

วารสารกลุ่มที่ 2 ที่ผ่านการรับรองคุณภาพจาก TCI

ISSN 1906-6813

ISSN 2730-2342 (online)



ราชาวดีสาร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

JOURNAL OF BOROMARAJONANI COLLEGE OF NURSING, SURIN

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2564

VOL. 11 NO. 2 July - December 2021





ราชภัฏสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ที่ปรึกษา

ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

บรรณาธิการ

ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ

บรรณาธิการผู้ช่วย

ดร.วรรณาด พรหมศวร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

อาจารย์สาคร สอนดี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

กองบรรณาธิการ

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. ผศ.ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. ผศ.ดร.ชนัญชิดาคุณฎี 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 สุกีมานิล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม |
| 11. ดร.นพดล พิมพ์จันทร์ | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางป้ออี
อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ |

ฝ่ายจัดการ

คุณสุณิสา สำเร็จดี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2564 Volume 11 Number 2 July – December 2021

<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 บทความวิชาการ และบทความพิเศษซึ่งแต่ละฉบับอาจมีเนื้อหาต่างกล่าวหลากหลายที่แตกต่างกันไป

กำหนดออก : ราย 6 เดือน กำหนดออกปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

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

การเผยแพร่วารสาร : ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เผยแพร่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์เท่านั้น ผู้อ่านสามารถติดตามอ่านราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ติดตามอ่านวารสารที่เว็บไซต์
<https://tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/index>

อัตราค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์บทความ : 3,000 บาท/บทความ

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

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณากลั่นกรองบทความ
ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2564 ISSN 1906-6813 ISSN 2730-2342 (online)

1	รศ.ดร.อาภาพร	เผ่าวัฒนา	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2	รศ.ดร.จันทิรา	เจียรนัย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
3	ผศ.ดร.นรีมัลย์	นิละไพจิตร	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
4	ผศ.ดร.กล้าเผณี	โชคบำรุง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
5	ดร.มาสริน	ศุกลปักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
6	ดร.สุริยา	ฟองเกิด	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
7	ดร.พรพรรณ	มนัสจกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
8	ดร.ปลื้มจิต	โชติกะ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
9	ดร.พรฤดี	นิริรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
10	ดร.ปรางทิพย์	ทาเสนาะ เอลเทอร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
11	ดร.วิไลพร	รังควัต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
12	ดร.วิภารัตน์	สุวรรณไวยพัฒน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
13	ดร.ธานี	กล่อมใจ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
14	ดร.อัศนี	วันชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
15	ดร.กิตติพร	เนาว์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
16	ดร.นสร่า	ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
17	ดร.วิรัชพัชร	สกุลสันติพร เศลล์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
18	ดร.รุ่งนภา	เขียวชะอำ	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
19	ดร.ยศพล	เหลื่องโสมนภา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
20	ดร.พิทยา	ศรีเมือง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
21	ดร.อดิพร	ทองหล่อ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
22	ดร.ธิดารัตน์	คณิงเพียร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
23	ดร.วรรณดา	พรหมศวร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วารสารกลุ่มที่ 2 : วารสารที่ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

บทความและรายงานวิจัยในราชวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
เป็นความคิดเห็นของผู้เขียนมิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมีใช้ความรับผิดชอบของคณะผู้จัดทำ

สารจากบรรณาธิการ

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 นี้ ได้เสร็จสิ้นท่ามกลางสถานการณ์การแพร่ระบาดทั่วโลกของโควิด-19 ที่เข้ามาสร้างความวุ่นวายให้ทั่วโลกมากกว่า 2 ปี และยังไม่มีท่าทีว่าจะไวรัสถัดนี้จะมีหมดไป และล่าสุดไวรัสถัดนี้พัฒนาตัวเองกลายเป็นชนิดที่ 5 หลังจากสายพันธุ์อัลฟาเบตา แกมมา และเดลตา ซึ่งโควิด-19 กลายพันธุ์ล่าสุดนี้มีชื่อในทางวิทยาศาสตร์ว่า B.1.1.529 องค์การอนามัยโลก ได้ตั้งชื่อเรียกให้ตามลำดับตัวอักษรกรีก ว่า “โอไมครอน” (Omicron) อย่างไรก็ตามเราควรเฝ้าจับตามอง และติดตามข่าวสารอย่างใกล้ชิด ขณะเดียวกันก็ควรปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุและผู้ที่ยังไม่ได้รับวัคซีนซึ่งอาจมีผลกระทบจากเชื้อโควิดสายพันธุ์โอไมครอนนี้ และสายพันธุ์อื่นๆ สำหรับใครที่ยังไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด ควรได้รับวัคซีนให้ครบโดส เพื่อลดความรุนแรงของอาการจากการติดเชื้อ ดูแลร่างกายให้พร้อม เพื่อสุขภาพที่ดี ป้องกันโรคร้ายแรงที่อาจเกิดขึ้น

สำหรับสาระในราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร ฉบับนี้ มีเนื้อหาที่น่าสนใจ และทันสมัย บทความวิจัยที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และชุมชน จำนวน 10 เรื่อง บทความวิจัยที่เกี่ยวกับโควิด-19 ที่ศึกษาผลของการพัฒนาระบบบริการโรงพยาบาลสนามต่อการจัดการด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของบุคลากรและผู้ป่วยโควิด-19 รวมทั้งบทความวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เช่น ภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอดด้วยรุ่น ประสิทธิภาพการถูกติตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และวิธีปฏิบัติตัวที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อลดการติตราตนเองเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการเสริมแรงตามทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำต่อพฤติกรรม การป้องกันท้องผูกและการเกิดท้องผูกในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย บทความวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เช่น การรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น ตำบลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล และการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี นอกจากนี้ยังนำเสนอบทความวิจัยด้านการศึกษาพยาบาล และสาธารณสุข ได้แก่ การประเมินสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้สำเร็จการศึกษารุ่นที่ 1 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี การวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ความต้องการศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง และความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์กร ลักษณะสร้างสรรค์และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสลบุรี นอกจากนี้มีบทความวิชาการจำนวน 2 เรื่อง ที่เกี่ยวกับการประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมิน CIPPiest ในการประเมินโครงการทางสุขภาพ และการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูงในการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์

ทั้งนี้ หากท่านผู้อ่านมีความสนใจลงตีพิมพ์ในวารสารสามารถส่งบทความเพื่อเข้ารับการพิจารณาตีพิมพ์ได้ ท้ายสุดนี้กองบรรณาธิการขอขอบคุณคณะวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิที่เสียสละเวลาตรวจสอบประเมินผลงานขอขอบคุณท่านผู้อ่านทุกท่านที่ติดตามอ่านวารสาร รวมทั้งขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายที่มีส่วนเร่งรัด ปรับปรุงงานจนวารสารฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี พบกันใหม่ฉบับหน้าค่ะ

ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ
บรรณาธิการ

สารบัญ

	หน้า
บทความวิจัย	
● ภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอดวัยรุ่นไทยในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ศุภวดี แถวเพี้ย จิราพร วรวงศ์ ศุภจิรา สืบศรีสุข ณวีวรรณ ศรีดาวเรือง และ ปัฐวิภา ญาณประเสริฐ	1
● ประสพการณ์การถูกตีตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและวิธีปฏิบัติตัวที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อลดการตีตราตนเองเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล บุญรฎา นามแก้ว และกิตติพร เนาว์สุวรรณ	17
● ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการเสริมแรงตามทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ ต่อพฤติกรรมการป้องกันท้องผูก และการเกิดท้องผูก ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย จิราภา ศรีท่าไฮ จันจิรา หินขาว และบุษยารัตน์ ลอยศักดิ์	32
● ความต้องการศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตของวิทยาลัย การสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ และพยงค์ เทพอักษร	45
● ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์การ ลักษณะสร้างสรรค์และความยืดหยุ่นพนักงานต่อการ กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี พัชรพิมล ดีรุณ สรวงทิพย์ ฤกษ์เกษม ยาเวลักษณ์ แก้วกล้า และสุริยา ฟองเกิด	60
● การประเมินสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้สำเร็จการศึกษารุ่นที่ 1 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง วิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนี สระบุรี ผุสดี ก่อเจตย์ นุสรนา นามเดช ณัฐวุฒิ บุญสนธิ และจรัสศรี อธิยาชัย	70
● การวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข อุทุมมชญาณ์ อินทเรือง คมวัฒน์ รุ่งเรือง และศรีนยา พลสิงห์ชาญ	80
● การรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น ตำบลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล พาริดา หลงย่าหน่าย ลลิตา ยะฝา ชารีพะ นารีเปน ยุภาดา ดวงตา นกษา สิงห์วีรธรรม และ กิตติพร เนาว์สุวรรณ	96
● การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ศรีไชย โพธิ์ศรี และมัลลิกา มากรัตน์	109
● ผลของการพัฒนาระบบบริการโรงพยาบาลสนามต่อการจัดการด้านสุขภาพและพฤติกรรม ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของบุคลากรและผู้ป่วยโควิด-19 ปาริชาติ กาญจนวงศ์ กิตติพร เนาว์สุวรรณ และนกษา สิงห์วีรธรรม	121

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทความวิชาการ	
● แนวทางการประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมิน CIPPIest ในการประเมินโครงการทางสุขภาพ นฤมล เอกธรรมสุทธิ และสิรารักษ์ เจริญศรีเมือง	137
● การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูงในการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์ ศิริพร ชูเดื่อเงิน สุดารัตน์ วุฒิสักดิ์ไพศาล และสุพัตรา หน่ายสังขาร	149
คำแนะนำในการตีพิมพ์	164

ภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอดด้วยรุ่นไทยในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ศุภาวดี แถวเพี้ย, Ph.D.*

จิราพร วรวงศ์, Ph.D.**

ศุภจิรา สืบศรีสุข, พย.ม.***

ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, Ph.D.**

ปัฐวิภา ญาณประเสริฐ, พย.บ.****

Received: December 26, 2020

Revised: October 28, 2021

Accepted: November 11, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายแบบตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพในมารดาหลังคลอดด้วยรุ่นไทยที่มารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ โรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดด้วยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 165 คน เลือกแบบบังเอิญ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2562 ถึง สิงหาคม 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และโรคประจำตัว และแบบสอบถามภาวะสุขภาพมารดาหลังคลอดด้วยรุ่น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ และวิเคราะห์ภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอดด้วยรุ่นโดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า มารดาหลังคลอดด้วยรุ่นส่วนมาก (ร้อยละ 77.60) มีอายุอยู่ระหว่าง 17-19 ปี ได้รับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 64.2) ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ (ร้อยละ 59.4) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 92.10) ภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอดด้วยรุ่นโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 109.36, SD = 13.34$) โดยภาวะสุขภาพด้านร่างกายและภาวะสุขภาพด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ($M = 54.67, SD = 6.85$; $M = 53.26, SD = 7.60$) จากผลการวิจัยบุคลากรด้านสุขภาพสามารถวางแผนการดูแลเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนมารดาหลังคลอดด้วยรุ่น ให้มีภาวะสุขภาพด้านร่างกายและด้านจิตใจที่ดีอย่างต่อเนื่องต่อไป

คำสำคัญ: มารดาหลังคลอดด้วยรุ่น ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
ผู้ให้การติดต่อ E-mail: supawadee.t@bcnkk.ac.th

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

Health Consequences of Postpartum Teenage Thai Mothers in North Eastern Region

Supawadee Thaewpia, Ph.D.^{*}

Chiraporn Worawong, Ph.D.^{**}

Supachira Suebseesook, M.N.S.^{***}

Chaweewan Sridawruang, Ph.D.^{**}

Pattawipa Yanprasert, B.N.S.^{****}

Abstract

The aim of this cross-sectional research study was to examine the health consequences of postpartum teenage Thai mothers who visited the hospitals in north eastern region for a 6-week postpartum check up after giving birth. One hundred and sixty-five postpartum teenage mothers at age less than 20 years old were recruited by convenient sampling. Data were collected between November 2019 and August 2020. The tools used in this study were demographic data (e.g., age, education, income, and health history) and the SF-36 Health Survey. Data were analyzed by using percentage, mean, and standard deviation.

The results of this study showed that most participants (77.60%) were aged between 17 and 19 years old; studied in secondary school (64.2%); had no income (59.4%); and no underlying disease (92.1%). The overall mean score of health consequences was good ($M = 109.36$, $SD = 3.34$). The score of physical health consequences and the mental health consequence were also good ($M = 54.67$, $SD = 6.85$; $M = 53.26$, $SD = 7.60$). Based on the study, health care providers can plan good care to promote and support teenage postpartum mothers for maintaining physical and mental health continuously.

Keywords: Postpartum Teenage Mother, Physical Health Consequences,
Mental Health Consequences

^{*} Registered Nurse, Senior Profession Level Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health; Corresponding Author E-mail: supawadee.t@bcnkk.ac.th

^{**} Registered Nurse, Senior Profession Level Boromarajonani College of Nursing UdonThani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

^{***} Registered Nurse, Profession Level, Khon Kaen Hospital

^{****} Registered Nurse, Profession Level, Karasin Hospital

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด รวมทั้งต่อภาวะสุขภาพทารกแรกเกิด (Lowdermilk, Perry, Cashion, Alden, & Olshansky, 2020) แม้ว่าอัตราการตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่นไทยจะมีแนวโน้มลดลง แต่การป้องกัน และแก้ไขปัญหาในกลุ่มนี้ยังต้องดำเนินต่อไป เพื่อป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบระยะยาวจากระยะตั้งครรภ์ จนถึงระยะหลังคลอด ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีอัตราการคลอดบุตรในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 37.8 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ซึ่งอยู่ในลำดับที่ 3 ของประเทศในกลุ่มอาเซียน (World Health Organization, 2017) แต่หากพิจารณาเฉพาะในประเทศไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2560-2562 พบว่าอัตราการคลอดของวัยรุ่นกลุ่มอายุนี้นี้ มีแนวโน้มลดลงเท่ากับ 39.6, 35.0, และ 31.3 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560-2561 ที่กำหนดไว้ไม่เกิน 42.0 ต่อประชากร 1,000 คน (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2562) โดยปี พ.ศ. 2560 จำนวนผู้คลอดอายุ 15-19 ปี ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราการคลอดของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี อยู่ระหว่าง 25-40 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2561)

การตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในระยะยาว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดอาจพบภาวะแทรกซ้อนของมารดาวัยรุ่น ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง มารดามีน้ำหนักเพิ่มน้อยระหว่างการตั้งครรภ์ โลหิตจาง รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด และเสี่ยงต่อการคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการ เช่น การผ่าตัดคลอด การช่วยคลอดด้วยเครื่องสุญญากาศ และการช่วยคลอดด้วยคีม นอกจากนี้ทารกยังเสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนดและตายในครรภ์ (Kawakita, Wilson, Grantz, Landy, Huang, & Gomez-Lobo, 2016) ส่วนผลกระทบด้านจิตใจนั้น พบว่าการตั้งครรภ์ทำให้วัยรุ่นรู้สึกอับอาย กลัว วิตกกังวล และความรู้สึกที่ต้องรับผิดชอบต่อการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้น (Murray, McKinney, Holub, & Jones, 2019)

ในระยะหลังคลอดมารดาวัยรุ่นต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตของชีวิตเนื่องจากยังมีวุฒิภาวะไม่เหมาะสม และส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจทำให้ยากต่อการสร้างความผูกพันและแสดงบทบาทมารดา นำไปสู่การกระทำรุนแรงหรือทำร้ายตนเองและบุตร (Murray et al., 2019) นอกจากนี้อัตราการตายปริกำเนิดเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 20 ปี ซึ่งเป็นผลจากการคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย จึงจะเห็นได้ว่ามารดาหลังคลอดวัยรุ่นมีภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับมารดาหลังคลอดกลุ่มอื่น (Patel & Sen, 2012) นอกจากนี้มารดาอาจมีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น ตกเลือดหลังคลอด โลหิตจาง ความดันโลหิตสูง ทูพโภชนาการ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้กำเนิดทารกน้ำหนักตัวน้อย และล้มเหลวในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจากการขาดความรู้ ลักษณะหวั่นหวาดที่ผิดปกติ หรือทารกเจ็บป่วยเมื่อแรกคลอด เป็นต้น (Kawakita et al., 2016; Lowdermilk et al., 2020) หรือปัญหาด้านจิตสังคม เช่น การปรับตัวสู่บทบาทการเป็นมารดาที่ช้ากว่ามารดาหลังคลอดด้วยผู้ใหญ่ มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำ ขาดการศึกษาต่อเนื่อง เศรษฐฐานะที่ต่ำทำให้คุณภาพชีวิตไม่ดี (ญาดา พันธะแดง, กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์, จรวยพร สุภาพ และวิริณห์ กิตติพิชัย, 2559; Murray et al., 2019) โดยเฉพาะในรายที่ไม่ได้สมรสก่อนตั้งครรภ์ที่อาจเกิดความรู้สึกผิดหวังและสับสนต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในระยะหลังคลอด ส่งผลให้ขาดความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตร การสร้างสัมพันธ์กับบุตรไม่ดีเกิดความเครียดและขัดแย้งในตนเอง รู้สึกหมดคุณค่าในตนเอง (ศศิรินทร์ พันธุ์สุวรรณ, พชรินทร์ สังวาล, อิชยา มอญแสง และพัชรินทร์ ไชยบาล, 2556; Desocio, Holland, Kitzman, & Cole, 2013)

นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลส่งผลต่อภาวะสุขภาพในระยะหลังคลอดของมารดาที่อายุน้อย เช่น ปัจจัยด้าน อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และการมีโรคประจำตัว โดยมีการศึกษาพบว่ามารดาหลังคลอดที่อายุน้อยและระดับการศึกษาที่ต่ำ ไม่สามารถทำงานเพื่อหารายได้ในการเลี้ยงดูตนเองและบุตร ทำให้ต้องการการดูแลในด้านเศรษฐกิจและความเป็นอยู่ที่ดี อีกทั้งปัญหาสุขภาพหรือการมีโรคประจำตัวของมารดาหลังคลอดด้วยรุ่มยังเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพในระยะหลังคลอด (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2559; ขนิษฐา เมฆกมล และอารีรัตน์ วิเชียรประภา, 2561; Murray et al., 2019)

จากการทบทวนงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น พบว่าการดูแลมารดาหลังคลอดด้วยรุ่มให้มีภาวะสุขภาพดีปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนเป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอดซึ่งเป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม แต่งานวิจัยส่วนมากเน้นการศึกษาภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ด้วยรุ่มในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอดระยะแรก (24-48 ชั่วโมงหลังคลอด) ส่วนการติดตามภาวะสุขภาพหลังคลอดระยะหลังทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ในกลุ่มมารดาหลังคลอดด้วยรุ่มยังมีน้อย ทำให้ขาดข้อมูลในการวางแผนให้การพยาบาล ดูแล รักษา ดังนั้นการศึกษาภาวะสุขภาพหลังคลอดในมารดาหลังคลอดด้วยรุ่มไทย จะเป็นข้อมูลในการวางแผนจัดบริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพและวางแผนให้การพยาบาลได้ครอบคลุม ในกลุ่มเสี่ยงนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพในมารดาหลังคลอดด้วยรุ่มไทย

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อศึกษา

1. ภาวะสุขภาพด้านร่างกายในมารดาหลังคลอดด้วยรุ่ม
2. ภาวะสุขภาพด้านจิตใจในมารดาหลังคลอดด้วยรุ่ม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยภาวะสุขภาพในมารดาหลังคลอดด้วยรุ่ม ประยุกต์ใช้แนวคิดนิเวศวิทยาเชิงสังคม (Social Ecological Model) ซึ่งมองปัจจัยที่มีต่อภาวะสุขภาพของบุคคลใน 5 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับบุคคล (intrapersonal factors) ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ความรู้ เจตคติ และทักษะ เป็นต้น 2) ระดับกระบวนการระหว่างบุคคล (interpersonal process factors) ได้แก่ เครือข่ายทางสังคมอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน 3) ระดับสถาบัน (institutional factors) ได้แก่ กฎระเบียบทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการของสถาบัน 4) ระดับชุมชน (community factors) ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร ชุมชน สถาบันและเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการ และ 5) ระดับนโยบาย ได้แก่ กฎหมายและนโยบาย เพื่อเป็นข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้ในการวางแผนให้บริการมารดาหลังคลอดด้วยรุ่ม (McLeroy, Bobeau, Steckler, & Glanz, 1988)

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Research Study) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพในมารดาหลังคลอดด้วยรุ่มไทย ที่มาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ พื้นที่การวิจัยเป็นหน่วยบริการสุขภาพของรัฐบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีบริการตรวจหลังคลอด ที่มีจำนวนมารดาหลังคลอดด้วยรุ่มมา

รับบริการอย่างน้อยเดือนละ 12-15 คน และมีผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูลในพื้นที่ เลือกพื้นที่การวิจัยได้จำนวน 6 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู โรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ และโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ มีรายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นมารดาหลังคลอดวัยรุ่นที่มาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ ในโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่การวิจัยจำนวน 6 โรงพยาบาล ระหว่างวันที่ 25 พฤศจิกายน 2562 – 31 สิงหาคม 2563 กลุ่มตัวอย่างมาจากการเลือกตามสะดวกหรือแบบบังเอิญ (Convenience sampling หรือ Accidental sampling) จากประชากรที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด คือ มารดาหลังคลอดวัยรุ่นทุกรายที่มาตรวจหลังคลอด ณ คลินิกวางแผนครอบครัว โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ เป็นมารดาหลังคลอด อายุอย่างน้อย 20 ปี สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง และยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยสูตรของ Thorndike (1978 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) โดยการคำนวณจาก $n > 10k + 50$ (n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง, K = จำนวนตัวแปรที่ต้องการศึกษา) ในการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด 5 ตัวแปร จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย และพิจารณาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่างจริงที่ศึกษาเพื่อป้องกันการสูญเสียของข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง มีขนาดกลุ่มตัวอย่างตามการคำนวณเท่ากับ 120 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) ซึ่งกำหนดจำนวนการเก็บข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล ประมาณ 15 -20 ราย จนกว่าจะครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 165 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามภาวะสุขภาพประกอบด้วย 2 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และโรคประจำตัว จำนวน 4 ข้อ โดยข้อมูลอายุเป็นคำถามปลายเปิดให้บันทึกตัวเลขอายุจำนวนเต็มเป็นปีของมารดาหลังคลอด นับตั้งแต่เกิดถึงวันที่ทำการศึกษา โดยที่เศษเกิน 6 เดือน นับเป็น 1 ปี ส่วนข้อมูล ระดับการศึกษา รายได้ และโรคประจำตัว เป็นคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะสุขภาพมารดาหลังคลอดวัยรุ่น นำมาจากแบบประเมินภาวะสุขภาพ ของ ญาดา พันธะ และคณะ (2559) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินภาวะสุขภาพฉบับสั้น 36 ข้อ (Short Form-36 Health Survey หรือ SF-36 Health Survey Version 2) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย กิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัย และคณะ (2548 อ้างถึงใน ญาดา พันธะ และคณะ, 2559) เพื่อศึกษาในมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรอายุไม่เกิน 6 เดือน มีจำนวน 36 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ซึ่งเป็นผลกระทบจากการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด ทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยด้านร่างกายประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพด้านการทำงานของร่างกาย ด้านการมีกิจกรรมของร่างกาย ด้านความลำบากของร่างกาย และภาวะสุขภาพโดยทั่วไป จำนวน 22 ข้อ และภาวะสุขภาพด้านจิตใจ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และด้านการดำรงชีวิต จำนวน 14 ข้อ โดยวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) โดยคำถามข้อที่ 1 และ 2 และ ข้อที่ 20-36 มีคำตอบ 5 ตัวเลือก รวมจำนวน

19 ข้อ คำถามข้อที่ 3-12 มีคำตอบ 3 ตัวเลือก รวมจำนวน 10 ข้อ คำถามข้อที่ 13-19 มีคำตอบ 2 ตัวเลือก รวมจำนวน 7 ข้อ โดยแบบวัดมีข้อคำถามทางบวก 29 ข้อ ข้อคำถามทางลบ 7 ข้อ คือข้อที่ 24, 25, 28, 29, 31, 33, 35 คิดคะแนนรวมกับคะแนนย่อยทุกหมวดรวมกัน ข้อคำถามด้านลบจะกลับคะแนนก่อน (โดยระดับที่ 1 ให้ 5 คะแนน หมายถึง ไม่มีเลย/ไม่จริงแม้แต่น้อย และระดับที่ 5 ให้ 1 คะแนน หมายถึง ตลอดเวลา/จริงแท้แน่นอน) แล้วจึงนำคะแนนไปรวมกับข้ออื่นๆ

การคิดคะแนนและการแปลผล โดยนำคะแนนรวมที่ได้ทั้งหมดจากแบบสอบถามซึ่งจะมีค่าคะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 36-139 คะแนน โดยคะแนนรวมที่มากแสดงถึง ภาวะสุขภาพที่ดี การแปลผลค่าคะแนนภาวะสุขภาพโดยรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีภาวะสุขภาพไม่ดี/มีปัญหา (36-70 คะแนน) ปานกลาง (71-105 คะแนน) และ ดี/ไม่มีปัญหา (106-139 คะแนน)

การแปลผลค่าคะแนนภาวะสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีภาวะสุขภาพไม่ดี/มีปัญหา (22-37 คะแนน) ปานกลาง (38-53 คะแนน) และ ดี/ไม่มีปัญหา (54-69 คะแนน) และการแปลผลค่าคะแนนภาวะสุขภาพด้านจิตใจโดยรวมแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีภาวะสุขภาพไม่ดี/มีปัญหา (14-32 คะแนน) ปานกลาง (33-51 คะแนน) และ ดี/ไม่มีปัญหา (52-70 คะแนน)

การแปลผลค่าคะแนนภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายและด้านจิตใจรายข้อแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีภาวะสุขภาพไม่ดี/มีปัญหา ปานกลาง และ ดี/ไม่มีปัญหา โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (อ้างถึงใน งามอาจ นัยวัฒน์, 2554) โดยใช้สูตรคำนวณทำการแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ จากผลต่างคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด หาค่าด้วยจำนวนชั้น และเนื่องจากข้อคำถามในแต่ละข้อ มีจำนวนข้อการเลือกตอบไม่เท่ากัน จึงกำหนดการแปลค่าคะแนนได้ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงการแปลผลตามระดับคะแนนตัวเลือกที่จำนวนข้อต่างๆ

ระดับคะแนนตัวเลือกตอบ 5 ข้อ	ระดับคะแนนตัว เลือกตอบ 3 ข้อ	ระดับคะแนนตัว เลือกตอบ 2 ข้อ	แปลผล
1.00 -2.33	1.00 - 1.67	1.00 -1.33	การมีภาวะสุขภาพไม่ดี/มีปัญหา
2.34 – 3.67	1.68 – 2.34	1.34 – 1.66	การมีภาวะสุขภาพปานกลาง
3.68 – 5.00	2.35 – 3.00	1.67 – 2.00	การมีภาวะสุขภาพที่ดี/ไม่มีปัญหา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถามทั้ง 2 ส่วน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบด้านเนื้อหา ความครอบคลุม ความถูกต้อง โดยข้อคำถามที่ได้รับการเสนอแนะให้ปรับปรุงการใช้คำและเพิ่มข้อความให้สอดคล้องกับมารดาหลังคลอดด้วยรุ่น ได้แก่ ข้อ 1 ปรับคำจาก “สุขภาพแย่” เป็น “สุขภาพไม่ดี” ข้อ 3 เพิ่มกิจกรรมที่ใช้แรงมาก เช่น ยกของหนัก ทำงานที่ต้องออกแรงมาก ออกกำลังอย่างหนัก ข้อ 4 ปรับ “การทำความสะอาดปัสสาวะที่บ้าน” เป็น “การทำความสะอาดบ้าน” ข้อที่ 29 ปรับคำถามจาก “ท่านรู้สึกเหนื่อยเพลีย หดพลังงาน” เป็น “ท่านรู้สึกเหนื่อยเพลีย หดเรี่ยวแรง” และ ข้อที่ 35 ปรับคำถามจาก

“สุขภาพฉันแตกต่างไปจากเพื่อนวัยเดียวกันที่ยังไม่มีลูก” เป็น “สุขภาพฉันไม่ดีเท่าเพื่อนวัยเดียวกันที่ยังไม่มีลูก”

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำกลับมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดด้วยรุ่น จำนวน 30 ราย ณ โรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ คำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ผู้วิจัยจะประสานงานขออนุมัติการเก็บรวบรวมข้อมูลกับหัวหน้างานคลินิกวางแผนครอบครัว ตามขั้นตอนของทางราชการ เพื่อความสะดวกและความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

2. เตรียมทีมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการพยาบาลมารดาหลังคลอดด้วยรุ่นปฏิบัติงาน ณ คลินิกวางแผนครอบครัว 5 ปี ทำหน้าที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงการใช้แบบสอบถาม และรายละเอียดของแบบสอบถามเป็นรายหัวข้อ รวมทั้งการชี้แจงและให้คำยินยอมเป็นผู้ร่วมวิจัย และให้ทีมผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้แบบสอบถามกับมารดาหลังคลอดที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และมีทักษะ ก่อนเก็บข้อมูลจริง ซึ่งผู้ช่วยวิจัยสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ตามขั้นตอน มีการซักถามถึงการใช้แบบชี้แจงอาสาสมัครสำหรับโครงการวิจัยซึ่งให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเก็บไว้โดยผู้ช่วยวิจัยไม่ต้องขอรับคืน

3. ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2562 - สิงหาคม 2563 โดยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ด้วยการศึกษาจากประวัติในบัตรผู้ป่วยนอกของมารดาหลังคลอดด้วยรุ่นที่มาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ เมื่อพบมารดาหลังคลอดด้วยรุ่น ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และเมื่อได้รับความยินยอมจากมารดาหลังคลอดด้วยรุ่น จึงให้ตอบแบบสอบถามขณะรอรับการตรวจหลังคลอดหรือหลังเสร็จสิ้นการตรวจหลังคลอด ในบริเวณห้องหรือมุมที่มีความเป็นส่วนตัว

4. นำแบบบันทึกที่รวบรวมได้มาให้คะแนนและจัดหมวดหมู่ข้อมูล เพื่อนำไปอภิปรายผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ และคำนวณเป็นค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์คะแนนภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอดด้วยรุ่นโดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น (KEF62031) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (011/2020E) และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น (IRB-BCNKK-21-2562) โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแสดงหลักฐานการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยต่อผู้บริหารของโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่วิจัยทั้ง 5 แห่ง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล หลังจากทีกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยให้มารดาหลังคลอดด้วยรุ่นและผู้ปกครองยืนยันการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ เนื่องจากการตั้งครรภ์และอยู่ในภาวะหลังคลอดด้วยรุ่น เป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อน เปราะบาง และเป็นความลับส่วนบุคคล แบบสอบถามที่ใช้จึงไม่มีการบันทึกข้อมูลหรือระบุตัวบุคคลที่เป็นเจ้าของข้อมูลหรือให้รหัสซึ่งสามารถนำไปบ่งชี้ตัวบุคคลที่เป็นเจ้าของข้อมูลบุคคลได้

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มารดาหลังคลอดด้วยรุ่นส่วนมาก มีอายุระหว่าง 17-19 ปี (ร้อยละ 77.6) รองลงมามีอายุระหว่าง 14-16 ปี (ร้อยละ 21.8) มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 64.2) รองลงมาคือ ไม่ได้ศึกษา (ร้อยละ 19.4) ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ (ร้อยละ 59.4) รองลงมามีรายได้ 1 – 3,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 11.5) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 92.1) และกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมการวิจัยได้จากโรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ มากที่สุด (ร้อยละ 23.6) รองลงมาคือโรงพยาบาลขอนแก่น (ร้อยละ 20.0)

ภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอดด้วยรุ่น ผลการศึกษาพบว่ามารดามีภาวะสุขภาพโดยรวม ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย และภาวะสุขภาพด้านจิตใจอยู่ในระดับดี ดังรายละเอียดคะแนนค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยรวม และจำแนกเป็นรายด้านของคะแนนภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอดด้วยรุ่น

ตัวแปร	ช่วงคะแนนของแบบสอบถาม	ช่วงคะแนนที่ได้	<i>M</i>	<i>SD</i>	การแปลผล
ภาวะสุขภาพ โดยรวม	36-139	80-137	109.36	13.34	ดี
ภาวะสุขภาพรายด้าน					
ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย	22-69	36-66	54.67	6.85	ดี
ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ	14-70	36-70	53.26	7.60	ดี

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ภาวะสุขภาพด้านการทำงานของร่างกาย ด้านการมีกิจกรรมของร่างกาย และด้านภาวะสุขภาพทั่วไป อยู่ในระดับดี และเมื่อจำแนกภาวะสุขภาพด้านร่างกายของมารดาหลังคลอดด้วยรุ่นเป็นรายข้อ พบว่า ข้อการอยู่ในภาวะหลังคลอดไม่มีผลรบกวนต่อการดำเนินชีวิตปกติ ($M = 3.99$,

$SD = 0.91$) รองลงมาคือข้อสุขภาพทางร่างกายของท่านไม่มีผลกระทบต่อการทำกิจกรรมทางสังคม ($M = 3.96, SD = 1.05$) และความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพปัจจุบันดีเยี่ยม แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยเลย ($M = 3.87, SD = 1.01$) ส่วนภาวะสุขภาพด้านความลำบากของร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ข้อการเป็นแม่่มือใหม่ทำให้มีเวลาทำงานอื่นได้น้อยกว่าที่ต้องการ ($M = 1.32, SD = 0.47$) รองลงมาคือ การมีลูกทำให้ท่านมีเวลาส่วนตัวลดลง ($M = 1.44, SD = 0.50$) ดังรายละเอียดคะแนนค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนภาวะสุขภาพด้านร่างกายของมารดาหลังคลอดด้วยรุ่น จำแนกเป็นรายข้อ

ตัวแปรภาวะสุขภาพด้านร่างกาย	<i>M</i>	<i>SD</i>	การแปลผล
ด้านการทำงานของร่างกาย			
1. ความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพปัจจุบันดีเยี่ยม แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยเลย	3.87	1.01	ดี
2. สุขภาพเมื่อเทียบกับปีที่แล้ว	3.53	1.09	ปานกลาง
ด้านการมีกิจกรรมของร่างกาย			
3. มีปัญหาเมื่อทำกิจกรรมที่ใช้แรงมาก	2.24	0.70	ปานกลาง
4. มีปัญหาเมื่อทำกิจกรรมที่ใช้แรงปานกลาง	2.70	0.47	ไม่มีปัญหา
5. มีปัญหาเมื่อเดินยกหรือหิ้วของหนักเต็มสองมือ	2.41	0.65	ไม่มีปัญหา
6. มีปัญหาเมื่อเดินขึ้นบันไดหลายชั้นติดต่อกัน	2.51	0.62	ไม่มีปัญหา
7. มีปัญหาเมื่อเดินขึ้นบันไดหนึ่งชั้น	2.85	0.42	ไม่มีปัญหา
8. มีปัญหาเมื่องอเข่า คุกเข่า โก้งโค้ง โน้มตัวลง หรือก้มลงเก็บของที่พื้นหรือจ่อตัว	2.55	0.56	ไม่มีปัญหา
9. มีปัญหาเมื่อเดินมากกว่าหนึ่งกิโลเมตร	2.47	0.62	ไม่มีปัญหา
10. มีปัญหาเมื่อเดินประมาณครึ่งกิโลเมตร	2.68	0.54	ไม่มีปัญหา
11. มีปัญหาเมื่อเดินประมาณหนึ่งร้อยเมตร	2.85	0.38	ไม่มีปัญหา
12. มีปัญหาเมื่อการอาบน้ำหรือแต่งตัว	2.91	0.36	ไม่มีปัญหา
ด้านความลำบากของร่างกาย			
13. การมีลูกทำให้ท่านมีเวลาส่วนตัวลดลง	1.44	0.50	ปานกลาง
14. การเป็นแม่่มือใหม่ทำให้มีเวลาทำงานอื่นได้น้อยกว่าที่ต้องการ	1.32	0.47	ปานกลาง
15. การมีลูกทำให้ท่านต้องออกจากงานหรือไม่สามารถทำกิจกรรมอย่างที่เคยทำ	1.56	0.50	ปานกลาง
16. ท่านมีความยากลำบากหรือต้องใช้ความพยายามในการทำกิจกรรมมากกว่าเดิมหลังมีลูก	1.62	0.49	ปานกลาง
ด้านภาวะสุขภาพทั่วไป			
17. ท่านต้องการเวลาความเป็นส่วนตัวมากขึ้น	1.74	0.44	ไม่มีปัญหา
18. ท่านต้องปรับอารมณ์บ่อยครั้ง	1.47	0.50	ปานกลาง
19. หลังคลอดลูกท่านไม่มีอารมณ์อยากทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน	1.79	0.45	ไม่มีปัญหา
20. สุขภาพทางร่างกายของท่านมีผลกระทบต่อการทำกิจกรรมทางสังคม	3.96	1.05	ไม่มีปัญหา
21. ท่านมีอารมณ์หงุดหงิด ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร	3.63	1.12	ไม่มีปัญหา
22. การอยู่ในภาวะหลังคลอด มีผลรบกวนต่อการดำเนินชีวิตปกติ	3.99	0.91	ไม่มีปัญหา

ส่วนภาวะสุขภาพด้านจิตใจของมารดาหลังคลอดด้วยรุ่น ด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม อยู่ในระดับดี เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อรู้สึกมีความสุขที่ได้เป็นแม่มีมือใหม่และมีลูกอยู่ข้างกายมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($M = 4.50, SD = 0.87$) รองลงมาคือข้อไม่มีปัญหาความรู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องอดนอน เพื่อดูแลลูก ($M = 4.23, SD = 0.90$) และ หลังคลอดไม่รู้สึกซึมเศร้าหรือหดหู่มากจนไม่มีอะไรทำให้รู้สึกดีขึ้นได้ ($M = 4.18, SD = 0.91$) และด้านการดำรงชีวิต อยู่ระดับปานกลาง โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ สุขภาพฉันดีเยี่ยมเท่ากับหรือมากกว่าก่อนมีลูก ($M = 3.06, SD = 1.13$) รองลงมาคือ สุขภาพฉันดีเท่าเพื่อนวัยเดียวกันที่ยังไม่มีลูก ($M = 3.56, SD = 1.30$) ตามลำดับ ดังรายละเอียดคะแนนค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนภาวะสุขภาพด้านจิตใจของมารดาหลังคลอดด้วยรุ่น จำแนกเป็นรายข้อ

ตัวแปรภาวะสุขภาพด้านจิตใจ	<i>M</i>	<i>SD</i>	การแปลผล
ด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม			
1. รู้สึกกระปรี้กระเปร่าพร้อมที่จะดูแลลูก	4.11	1.08	ดี
2. รู้สึกเต็มไปด้วยความวิตกกังวลที่ต้องดูแลลูกที่เพิ่งคลอด	3.72	1.18	ไม่มีปัญหา
3. รู้สึกว่าหลังคลอดท่านซึมเศร้าหรือหดหู่มากจนไม่มีอะไรทำให้รู้สึกดีขึ้นได้	4.18	0.91	ไม่มีปัญหา
4. รู้สึกจิตใจสงบ ผ่อนคลาย	3.44	1.13	ปานกลาง
5. รู้สึกกระชุ่มกระชวย สดชื่น แจ่มใส	3.65	1.03	ปานกลาง
6. รู้สึกท้อแท้และหดหู่ใจ	4.04	0.90	ไม่มีปัญหา
7. รู้สึกเหนื่อยเพลีย หหมดเรี่ยวแรง	3.75	0.95	ไม่มีปัญหา
8. รู้สึกมีความสุขที่ได้เป็นแม่มีมือใหม่และมีลูกอยู่ข้างกาย	4.50	0.87	ดี
9. รู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องอดนอน เพื่อดูแลลูก	4.23	0.90	ไม่มีปัญหา
10. ในระยะหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์หลังคลอดของท่าน มีผลต่อการกระทำกิจกรรมในสังคม	3.66	1.06	ไม่มีปัญหา
ด้านการดำรงชีวิต			
11. ไม่สบายง่ายกว่าคนอื่น	3.74	1.22	ไม่มีปัญหา
12. ฉันมีความสุขดีเหมือนกับคนอื่นๆ	3.64	1.07	ปานกลาง
13. สุขภาพฉันไม่ดีเท่าเพื่อนวัยเดียวกันที่ยังไม่มีลูก	3.56	1.30	ปานกลาง
14. สุขภาพฉันดีเยี่ยมเท่ากับหรือมากกว่าก่อนมีลูก	3.06	1.13	ปานกลาง

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าภาวะสุขภาพในมารดาหลังคลอดด้วยรุ่นไทยในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาพรวมอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากการได้รับการเตรียมความพร้อมมาก่อนตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ โดยสถานบริการสาธารณสุขของประเทศไทยมีการให้บริการและให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเฉพาะราย ส่งเสริมการปรับบทบาทการเป็นมารดา การเตรียมตัวเพื่อการคลอด และแนะนำการวางแผนชีวิตและการกลับไปศึกษาต่อ ทำให้มารดาหลังคลอดด้วยรุ่นสามารถรับรู้และนำมาปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองและมีภาวะ

สุขภาพที่ดีได้ โดยจะเห็นได้จากการศึกษาของ พรณิ พินตานนท์ ดรุณี ทองคำฟู ชนายนันท์ ปัญญาศิลป์ และ สุรัสวดี เวียงสุวรรณ (2558) ที่พัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยการจัดบริการตามมาตรฐาน บริการสุขภาพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ให้การบริการแบบครบวงจร (one stop service) เพื่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นทุกระยะตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด ซึ่งการมาฝากครรภ์เมื่อทราบว่าเริ่มตั้งครรภ์ จะส่งผลดีทางบวกต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ช่วยป้องกันการตกจากการ เจ็บป่วยตั้งแต่แรกเกิด และสามารถช่วยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้หากมีการเจ็บป่วยในระหว่างตั้งครรภ์ และสามารถช่วยให้ทารกมีพัฒนาการตามปกติ มีความรู้ในการดูแลตนเองจากการให้คำแนะนำ การสอนสุขศึกษา จากบุคลากรทางด้านสุขภาพ ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม จึงส่งผลให้ระยะคลอดและหลังคลอดมีภาวะสุขภาพที่ดีได้ (Lowdermilk et al., 2020) โดยแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลที่ศึกษาครั้งนี้มีการให้สุขศึกษาทั้งแบบ รายบุคคลและรายกลุ่มเนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่งถือเป็นปัจจัยระดับบุคคลและระดับสถาบันที่ส่งผลต่อ ภาวะสุขภาพมารดาหลังคลอดวัยรุ่น (McLeroy et al., 1988)

นอกจากนี้การมีพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 (2559) ของประเทศไทยซึ่งเป็นปัจจัยระดับนโยบาย ส่งผลให้มีมาตรการการป้องกันและแก้ไขปัญหาการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การตื่นตัวและการมีความพร้อมในการดำเนินงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุขและสุขภาพ ที่สอดคล้องตามพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวทำให้มารดาหลังคลอดวัยรุ่นได้รับการดูแลในทุกระยะของการตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ซึ่งจะเห็นได้จากการพัฒนางานบริการหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่มีการประยุกต์ใช้โปรแกรม การดูแลต่าง ๆ ในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นให้อยู่ในระดับดี (ปิยะมาพร เลหา ตีรานนท์ สมัทนา กลางคาร และเสฐียรพงษ์ ศิวินา, 2562) ประกอบกับสถานศึกษาในประเทศไทยจัดให้มีการ เรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาที่เหมาะสมกับช่วงวัยของนักเรียนหรือนักศึกษามากขึ้น รวมทั้งมีระบบการ ให้บริการปรึกษาการป้องกันและการแก้ไขปัญหาดังกล่าววัยรุ่น ดูแล ช่วยเหลือ ด้านสวัสดิการสังคม เช่น ที่พัก พิงขณะตั้งครรภ์ ศึกษาต่อได้โดยไม่ต้องพักการเรียน เป็นต้น และได้รับการส่งต่อในการรักษาพยาบาลหากมี ปัญหาสุขภาพ จึงอาจเป็นเหตุให้ภาวะสุขภาพในมารดาหลังคลอดวัยรุ่นไทย ในภาพรวมอยู่ในระดับดี

กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพด้านร่างกายในด้านการทำงานของร่างกาย ด้านการมี กิจกรรมของร่างกาย และด้านภาวะสุขภาพทั่วไปอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มี โรคประจำตัวหรือภาวะเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ซึ่งการรับรู้สภาพร่างกายของ บุคคลมีผลต่อชีวิตประจำวัน หากการรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย ความรู้สึกสุขสบาย ไม่มี ความเจ็บปวด จะทำให้ความสามารถในการจัดการความเจ็บปวดทางร่างกาย มีผลกำลังในการดำเนิน ชีวิตประจำวัน มีความสามารถในการดูแลตนเอง (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2561) โดยจะเห็นได้จากข้อที่ระบุว่า การอยู่ในภาวะหลังคลอดไม่มีผลรบกวนต่อการดำเนินชีวิตปกติ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือไม่มีปัญหา สุขภาพทางร่างกายที่มีผลกระทบต่อการทำกิจกรรมทางสังคม และภาวะสุขภาพปัจจุบันดีเยี่ยม แข็งแรง ไม่ เจ็บป่วยเลย ประกอบกับการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 7.9 มีโรคประจำตัว ได้แก่ โลหิตจาง ภูมิแพ้ ซิฟิลิส ไทรอยด์ และติดเชื้อไวรัสเอดส์ ซึ่งภาวะเหล่านี้เกิดขึ้นก่อนการตั้งครรภ์จึงอาจทำให้มารดาหลังคลอด วัยรุ่นสามารถปรับตัวต่อโรคที่เป็นตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด ไม่รู้สึกว่าเป็นภาวะรบกวนการดำเนิน ชีวิตปกติ

นอกจากนี้ยังพบว่า มารดาหลังคลอดวัยรุ่นมีศักยภาพในการดูแลตนเองและบุตร อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ฝากครรภ์และมาตรวจหลังคลอดที่โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น และโรงพยาบาล ประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัดและระดับอำเภอตามลำดับ สถานบริการสุขภาพ เหล่านี้มีบริการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งประกอบด้วย การให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแก่ผู้รับบริการซึ่งเป็นวัยรุ่นอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเพียงพอ การจัดให้มีบริการให้คำปรึกษาและบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ได้มาตรฐาน จึงทำให้มารดา หลังคลอดได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองและบุตร ซึ่งภาวะสุขภาพด้านร่างกายที่อยู่ในระดับดีของมารดา หลังคลอดวัยรุ่นนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ ภูเกตุ สุขชาติ แสงทอง และสุภาวรรณ วงศ์คำจันทร์ (2561) ที่วิจัยพัฒนายุทธศาสตร์การพัฒนาความมั่นคงด้านสุขภาพในมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก และพบว่า มารดา วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์และคลอดที่โรงพยาบาลอุทัยธานี มีความรู้ในการดูแลตนเองและบุตร มีความ เชื่อในสมรรถนะแห่งตน จึงทำให้มีสุขภาพกายที่ดี

มารดาวัยรุ่นหลังคลอดในการศึกษานี้มีภาวะสุขภาพจิตระดับดี อาจเนื่องจากการได้รับการให้คำปรึกษา ก่อนตัดสินใจฝากครรภ์และตั้งครรภ์จนคลอด ได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อการคลอด การปรับตัวสู่บทบาท การเป็นมารดาในระยะหลังคลอดจากบุคลากรด้านสุขภาพที่ดูแลในคลินิกฝากครรภ์ ซึ่งเมื่อมีความพร้อมต่อ การกระทำในสิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้ว จะทำให้เกิดการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเองในทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง ภาพลักษณ์ ความภาคภูมิใจในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง ความจำ ความคิด สมาธิ การตัดสินใจ และ ความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน รวมทั้งความสามารถในการจัดการความเครียด ความวิตก กังวล ทำให้มีความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพด้านจิตใจอยู่ในระดับดีได้ โดยจะเห็นได้จากข้อที่ระบุว่า *รู้สึกมีความสุขที่ได้เป็นแม่เมื่อใหม่และมีลูกอยู่ข้างกาย* ที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ซึ่งการสร้างทัศนคติและการส่งเสริม บทบาทการเป็นมารดาทำให้ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ลดความวิตกกังวล เกิดความมั่นใจ ความมั่นคง ทางอารมณ์ (อ่อนใจ พลงกายา และ พัทธวรรณ ชูเลิศ, 2562) และสอดคล้องกับรายงานของชนิษฐา เมฆกมล และอารีรัตน์ วิเชียรประภา (2561) ที่ระบุไว้ในบทความวิชาการว่า มารดาวัยรุ่นที่ได้รับการดูแล ช่วยเหลือ ให้ คำปรึกษา ดูแลเอาใจใส่ในระยะตั้งครรภ์ ดูแลด้านจิตใจเพื่อลดความกลัวความเจ็บปวดในระยะคลอด และ ส่งเสริมสัมพันธ์ภาพกับทารกในระยะหลังคลอด จะช่วยให้เผชิญกับความกดดันและความเครียดที่เกิดขึ้น จึงอาจทำให้มารดาหลังคลอดวัยรุ่นมีภาวะสุขภาพด้านจิตใจที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Erfinia, Widyawati, McKenna, Reisenhofer, and Ismail (2019) ที่พบว่า ภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจของมารดา หลังคลอดวัยรุ่นมีความรู้สึกด้านอารมณ์ด้านบวกที่พบ ได้แก่ มีความสุขกับทารกที่เกิดมาและรู้สึกว่าการชีวิต เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีตั้งแต่เป็นมารดา การเป็นมารดาวัยรุ่นทำให้ตนเองมีความเป็นผู้ใหญ่มากขึ้น มีความ สมบูรณ์พร้อมที่จะเป็นมารดา

นอกจากนี้การมีสิ่งสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ เช่น การยอมรับของบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะ บิดา มารดาของมารดาหลังคลอด ต่อการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และร่วมแก้ไขปัญหา การได้รับความ ช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคม จัดให้มีการฝึกอาชีพตามความสนใจและความถนัดแก่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ทั้งใน ระยะก่อนและหลังคลอด ที่ประสงค์จะเข้ารับการฝึกอาชีพ และการประสานงานเพื่อจัดหางานให้ได้ประกอบ อาชีพตามความเหมาะสม การจัดหาครอบครัวทดแทนในกรณีที่วัยรุ่นไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเองได้ อาจมีส่วนทำให้ภาวะสุขภาพด้านจิตใจของมารดาหลังคลอดวัยรุ่นอยู่ในระดับดีได้ ดังเช่นผลการวิจัยของ สงศรี

เมืองทอง ทศนีย์ นิลสูงเนิน และรัตนา ชื่นภักดี (2559) ที่ศึกษาผลของระบบการให้การช่วยเหลือมารดา ้วยเยาว์และการติดตามในรูปแบบสหวิชาชีพ พบว่า การจัดสวัสดิการสนับสนุนทางสังคม เช่น การสนับสนุน ค่ารักษา การจัดหางานให้ทำ การให้ที่พักชั่วคราวของมารดาและบุตรหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ทำให้ มารดาหลังคลอด้วยรุ่นสามารถประกอบอาชีพสุจริตหรือศึกษาต่อภายในเวลาหนึ่งปี และรับบุตรไปเลี้ยงดูต่อ ได้โดยตนเองหรือครอบครัว และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ellis-Sloan (2019) ที่พบว่า มารดาหลังคลอด ้วยรุ่นที่ได้รับการพัฒนาด้านการศึกษาต่อเนื่องภายหลังคลอด ได้รับการจ้างงาน มีความยืดหยุ่นด้านจิตใจ ปรับตัวกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดี มีความตั้งใจและแรงจูงใจในการเป็นมารดาหลังคลอด ทำให้คุณภาพชีวิตของ มารดาหลังคลอด้วยรุ่นดำเนินไปในทางบวก ภาวะสุขภาพด้านจิตใจจึงดีไปด้วย นอกจากนี้ผลการศึกษาของ แสงจันทร์ สุนันตะ ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และวรรณภา พาหุวัฒน์กร (2559) พบว่า การให้ความรู้และการ สนับสนุนมารดา้วยรุ่นครั้งแรกและขยายขณะอยู่โรงพยาบาลส่งผลต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทการเป็น มารดา สนับสนุนมารดา้วยรุ่นทั้งด้านอารมณ์ ความรู้สึกผูกพันระหว่างมารดาและบุตร ด้านความสามารถและ ความมั่นใจในบทบาทการเป็นมารดา และด้านความพึงพอใจในบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งในการศึกษารั้งนี้ มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่*ไม่รู้สีกว่ามีปัญหาซึมเศร้าหรือหดหู่*มากจน*ไม่มีอะไรทำให้รู้สึกดีขึ้นได้* และ *ไม่รู้สีก* เปื่อหน่วยที่ต้องอดนอนเพื่อดูแลลูก แสดงให้เห็นว่าภาวะสุขภาพด้านจิตใจของมารดาหลังคลอด้วยรุ่นอยู่ใน ระดับดี ประกอบกับมารดาหลังคลอดสามารถเข้าถึงแหล่งให้คำแนะนำหรือแหล่งช่วยเหลือด้านจิตสังคมได้ง่าย ขึ้น ทั้งจากโรงพยาบาลที่ตนฝากครรภ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ การสืบค้นข้อมูลผ่านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ทางสื่อสังคมออนไลน์ โทรทัศน์ และกลุ่มไลน์ที่เกี่ยวข้อง หรือการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อนในวัยเดียวกัน ซึ่ง ศิริพร จิรวัดนกุล สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และนิลุบล รุจิรประเสริฐ (2559) กล่าวว่า การให้คำปรึกษาผ่าน ระบบบริการสายด่วน 1663 ที่มีคุณภาพสำหรับ้วยรุ่นตั้งครรภ์ ช่วยให้ค้นหาปัญหา และสรุปทางเลือกที่้วยรุ่น ตัดสินใจเลือกเอง ทำให้เกิดความพึงพอใจ ได้พบทางออกที่ปลอดภัยทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม สามารถ ดำเนินชีวิตต่อไปได้

ข้อเสนอแนะ

ด้านการให้บริการสุขภาพ

1. บุคลากรด้านสุขภาพสามารถปรับมุมมองต่อภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอด้วยรุ่นในด้านบวก ด้วยการให้คำแนะนำ การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา หรือในรูปแบบผสมผสานเพื่อให้มารดาหลังคลอด้วยรุ่น มีความรู้และปฏิบัติตัวส่งเสริมให้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีต่อไป
2. สนับสนุนให้มารดาหลังคลอด้วยรุ่นได้รับการดูแลด้านสุขภาพตามพระราชบัญญัติการป้องกันและ แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ด้วยการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ รับการศึกษาต่อเนื่อง ขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด
3. ส่งเสริมให้มารดาหลังคลอด้วยรุ่นได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจ เกิดขึ้น โดยให้ความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติที่พบบ่อยของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์และระยะ คลอด รวมทั้งระยะหลังคลอด

4. สนับสนุนให้มารดาหลังคลอดวัยรุ่นได้รับการช่วยเหลือและแบ่งเบาภาระการเลี้ยงดูบุตรจากการสนับสนุนทางสังคม เช่น จาก สามี บิดา มารดา เป็นต้น ช่วยเป็นที่ปรึกษา พุดคุย ร่วมแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะปัญหาด้านเศรษฐกิจ และการกลับไปศึกษาต่อ

ด้านการวิจัย

1. ศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพในมารดาหลังคลอดวัยรุ่นรวมทั้งพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่อาจมีผลต่อภาวะสุขภาพ

2. ขยายเวลาการศึกษาภาวะสุขภาพระยะยาว ได้แก่ ระยะเวลา 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพด้านร่างกายและสุขภาพด้านจิตใจ รวมทั้งการกลับไปศึกษาต่อและการแก้ไขปัญหาด้านเศรษฐกิจที่อาจเกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (2561). *สถานการณ์การตั้งครรภ์แม่วัยรุ่น*.

สืบค้นจาก http://rh.anamai.moph.go.th/more_news.php?cid=14&file name=index

กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (2562). *สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2562*. สืบค้นจาก

http://rh.anamai.moph.go.th/more_news.php?cid=25& filename=index

ชนิษฐา เมฆกมล และอารีรัตน์ วิเชียรประภา. (2561). บทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาวัยรุ่น. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 12(2), 69-77.

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). *ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าใจ เข้าถึง และการนำไปใช้*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: อัมรินทร์พรินต์ติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.

ญาดา พันธะแดง, กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์, จรวยพร สุภาพ และวิริณธ์ กิตติพิชัย. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรอายุไม่เกิน 6 เดือน ในจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 46(2), 128-140.

บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแออนด์ไออินเตอร์ มีเดีย จำกัด.

ปิยะมาพร เลหาดีรานนท์, สุมัทนา กลางคาร และเสฐียรพงษ์ ศิวินา. (2562). การประยุกต์ใช้โปรแกรมการดูแลตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลนิคมคำสร้อยจังหวัดมุกดาหาร. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 5(4), 73-82.

พรรณี พินตานนท์, ดรุณี ทองคำฟู, ชนายนท์ ปัญญาศิลป์ และ สุรัสวดี เวียงสุวรรณ. (2558). การพัฒนาระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น: ONE STOP SERVICE โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เชียงใหม่. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา*, 5(1), 75-88.

- พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พุทธศักราช 2559. (2559, 30 มีนาคม).
- ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 133 ตอนที่ 30 ก. หน้า 1-9.
- มาลีวัล เลิศสาครศิริ. (2559). ต้นทุนชีวิตกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร: วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 24(1), 13-23.
- ศศินันท์ พันธุ์สุวรรณ, พชรินทร์ สังวาล, อิชยา มอญแสง และพัชรินทร์ ไชยบาล. (2556). ประสบการณ์หลังตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้แต่งงานในภาคเหนือตอนบน. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 33(3), 17-35.
- ศิริพร จิรวัดณ์กุล, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และนิลุบล รุจิระประเสริฐ. (2559). บทเรียนจากการพัฒนาบริการสายด่วนช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(3), 5-15.
- ศิริรัตน์ ภูเกตุ, สุชาติ แสงทอง และสุภาวรรณ วงศ์คำจันทร์. (2561). ยุทธศาสตร์การพัฒนาคความมั่นคงด้านสุขภาพมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก. *วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ*, 11(2), 190-200.
- สงศรี เมืองทอง, ทศนีย์ นิลสูงเนิน และรัตนา ชื่นรักดี. (2559). ผลของระบบการให้การช่วยเหลือมารดาวัยเยาว์และการติดตามในรูปแบบสหวิชาชีพ. *เวชบันทึกศิริราช*, 9(3), 148-154.
- แสงจันทร์ สุนันตะ, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และวรรณภา พาหุพัฒนกร. (2559). ผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนมารดาวัยรุ่นครรภ์แรกและขยายต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทการเป็นมารดา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 9(3), 148-154.
- องอาจ นัยพัฒน์. (2554). *การออกแบบการวิจัย วิธีการเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพและผสมผสานวิธีการ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อ้อมใจ พลกายา และพัทธวรรณ ชูเลิศ. (2562). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมบทบาทการเป็นมารดาโดยใช้การสนับสนุนของครอบครัวต่อทัศนคติและบทบาทของการเป็นมารดาของมารดาวัยรุ่น. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(1), 131-142.
- Desocio, J., Holland, M., Kitzman, H. & Cole, R. E. (2013). The influence of social-developmental context and nurse visitation intervention on self-agency change in unmarried adolescent mothers. *Research in Nursing and Health*, 36(2), 158-170. DOI: 10.1002/nur.21525
- Ellis-Sloan, K. (2019). Teenage mothers in later life: time for a second look. *Journal of Adolescence*, 77: 98-107. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.10.007>
- Erfina, E., Widyawati, W., McKenna, L., Reisenhofer, S., & Ismail, D. (2019). Adolescent mothers' experiences of the transition to motherhood: An integrative review. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(2), 221-228. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.03.013>
- Kawakita, T., Wilson, K., Grantz, K. L., Landy, H. J., Huang, C-C., Gomez-Lobo, V. (2016). Adverse maternal and neonatal outcomes in adolescent pregnancy. *Journal of*

- Pediatric and Adolescent Gynecology*. 29(2), 130-136. <https://doi.org/10.1016/j.jpap.2015.08.006>
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K., Alden, K. R., & Olshansky, E. F. (2020). *Maternity and women's health care*. (12th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A. & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351-377. <https://doi.org/10.1177/109019818801500401>
- Murray, S., McKinney, E., Holub, K., & Jones, R. (2019). *Foundations of maternal-newborn and women's health nursing*. (7th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Patel, H. P., & Sen, B. (2012). Teen motherhood and long-term health consequences. *Maternal and Child Health Journal*, 16(5): 1063–1071. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0829-2>
- World Health Organization. (2017). *World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>

**ประสบการณ์การถูกตีตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและวิธีปฏิบัติตัวที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
เพื่อลดการตีตราตนเองเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล**

บุญรญา นามแก้ว, พย.บ.*
กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ศษ.ด.**

Received : November 25, 2020

Revised: October 19, 2021

Accepted: November 12, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การถูกตีตราและวิธีปฏิบัติตัวที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อลดการตีตราตนเองเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล ดำเนินการวิจัยเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาประสบการณ์การตีตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่รับยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสงขลา จำนวน 59 คน โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ระยะที่ 2 ศึกษาวิธีปฏิบัติตัวที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถลดการตีตราตนเอง ผู้ให้ข้อมูลคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถลดการตีตราตนเองได้ จำนวน 10 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า

1. ประสบการณ์การถูกตีตรา จำแนกได้ 3 ประเด็น คือ 1) การตีตราตัวเอง ข้อค้นพบคือ 1.1) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 64.7 หลีกเลียงที่จะไปสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน เนื่องจากกลัวการถูกเปิดเผยข้อมูลสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีของตน และ 1.2) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอายและกลัวเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการจ้องมองหรือนินทาตนเอง 2) การตีตราจากบุคคลรอบข้าง ข้อค้นพบคือ สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่เคยแสดงท่าทีรังเกียจ ร้อยละ 78 และ 3) การถูกตีตราจากผู้ให้บริการสุขภาพ ข้อค้นพบคือ ผู้ให้บริการสุขภาพส่วนใหญ่มักแนะนำว่า “อย่ามีลูกเลย” เพราะติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 30

2. วิธีปฏิบัติตัวที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถลดการตีตราตนเองได้เมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล มีข้อค้นพบหลักคือ การเปลี่ยนแปลงตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย คือ การเปลี่ยนแปลงความคิดใหม่ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเอง และการปรับตัวเข้ากับสังคม

การศึกษานี้เป็นประโยชน์สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่จะนำผลวิจัยไปใช้ในการออกแบบกิจกรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งในคลินิกของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี สามารถเข้าสู่ระบบได้เร็ว ลดการแพร่กระจายของเชื้อ และผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี การตีตราตนเอง ประสบการณ์ วิธีปฏิบัติตัวที่ดี

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลควนเนียง; ผู้ให้การติดต่อ E-mail.: boonrada2527@gmail.com

** วิทยากรชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Experience of Stigmatization of People with HIV and Good Practice among People with HIV To Reduce Self-stigma when Coming to the Hospital

Boonrada Namkaew, B.N.S^{*}

Kittiporn Nawsuwan, Ed.D^{**}

Abstract

This research is a mixed method. The objective of this study was to study the stigmatization experience and best practices among people with HIV in order to reduce self-stigmatization when attending hospital services. The research was conducted in 2 phases. Phase 1 studied the stigmatization experience of HIV-infected persons. Receiving antiretroviral drugs at a hospital In Songkhla, 59 people using a specific sample sampling method the data collection tool was the HIV co-living questionnaire. Data were analyzed by descriptive statistics for phase 2, to study good practices of people with HIV that can reduce self-stigma. The respondents were ten self-stigmatized HIV infected individuals. Data were collected through in-depth interviews and analyse the data through content analysis. The study found that

1. The experience of stigmatization was categorized in three areas: 1) Self-stigma, findings were 1.1) Most HIV-infected people avoid going to health facilities near their homes. 64.7% of their fear of being disclosed of their HIV status; and 1.2) HIV-infected people, embarrassed and afraid of service providers looking at or gossiping themselves; 2) Stigmatization from those around them. The findings were that most family members had never shown a 78% disdainful attitude and 3) Stigmatization by the health care provider. "Do not have children" because they are infected with HIV 30 percent.

2. Good practices for people with HIV that can reduce self-stigma when coming to the hospital. The main finding is self-transformation. Which consists of 3 sub-issues: personal lifestyle adjustments the change of ideas and adaptation to society.

Therefore useful for public health workers to apply the research results to the design of activities in the care of HIV-infected patients in both hospital clinics and district health promotion hospitals for HIV-infected persons. Can log in quickly Reduce the spread of infection and people with HIV have a better quality of life.

Keywords: HIV infected person, self stigmatization, experience, good practice

^{*} Registered Nurse ,Professional Level, Khuanniang Hospital; Corresponding Author E-mail: boonrada2527@gmail.com

^{**} Lecturer, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing,

Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

บทนำ

การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยเอชไอวีปรากฏอยู่ทั่วไปในทุกองค์กร ตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่งรวมถึงสถานที่ปฏิบัติงาน และสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ประสบการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นกับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี หรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าน่าจะติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเปราะบางที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี อาจทำให้กลุ่มคนเหล่านี้เกิดความกลัวต่อการมารับบริการสุขภาพ และอาจส่งผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพ การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี หรือการบริการตรวจรักษาหรือดูแลสุขภาพอย่างอื่น ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้กลุ่มคนเหล่านี้ไม่ยอมกลับไปรับการรักษาที่สถานบริการสุขภาพนั้นอีก (จิราพร จิระสถิตย์, 2560) ปัจจัยที่กล่าวมานั้นส่งผลให้ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี หรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าน่าจะติดเชื้อเอชไอวีรู้ผลการตรวจหาเชื้อเอชไอวีได้ล่าช้า และผู้ที่ติดเชื้อมักได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีหรือบริการสนับสนุนอื่นๆ ล่าช้าไปด้วย (กัลยาณี จันธิมา, ศิวะยุทธ สิงห์ปรุ และบุญสวย ชัยสถิตกุล, 2561) การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่มักเกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถพบเจอได้ในหลายลักษณะ เช่น การปฏิเสธไม่ให้เข้ารับการรักษา การส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีไปรับบริการที่อื่น การจัดให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับบริการสุขภาพเป็นคนสุดท้าย โดยไม่คำนึงว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาก่อนหรือมาหลัง การขู่มขืนและก่อกวน และการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้กับครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงานของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีทราบโดยที่ไม่ได้รับคำยินยอมจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อน และการใช้คำพูดหรือถ้อยคำที่ดูถูกในระหว่างที่ให้บริการเป็นต้น (กัลยาณี จันธิมา, ศิวะยุทธ สิงห์ปรุ และบุญสวย ชัยสถิตกุล, 2561) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีมีการตีตราตนเอง (internalized stigma) ซึ่งแสดงออกมาเป็นความรู้สึกเกลียดชัง รู้สึกผิด รู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำลง

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการตีตราผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการตีตรา (Eshetu et al., 2015) นั่นหมายความว่าผู้ที่ถูกตีตรามักจะมีความกลัว หวาดระแวง เก็บกดความรู้สึกเหล่านี้ไปสู่การหลีกเลี่ยงที่จะเข้ารับบริการที่คลินิกและโรงพยาบาลถึงแม้ว่าจะอยู่ในภาวะที่ต้องการการดูแลทางการแพทย์ก็ตาม สิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีคือการมีวิถีชีวิตที่ผิดปกติไปจากผู้อื่น ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะใช้ชีวิตอยู่แบบหวาดระแวงเพราะกลัวความลับเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีของตนรั่วไหล (Social Research Institute, 2017) จนนำมาสู่ภาวะซึมเศร้าได้ นับได้ว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีมักจะมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าคนปกติทั่วไป ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาการดำเนินชีวิตในสังคมของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และเกิดคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีต่อไป

ดังนั้น การลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล และการลดการตีตราตนเองของตัวผู้ป่วย เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ที่จะช่วยลดปัญหาและอุปสรรคของการเข้าถึงบริการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งบริการดูแลและรักษาที่เหมาะสม หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความสบายใจที่จะเข้ารับบริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี และรับบริการรักษาเอชไอวีมากขึ้นแล้ว การแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวีก็ลดน้อยลง และผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีก็จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การศึกษาประสบการณ์การถูกตีตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและวิธีปฏิบัติตัวที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อลดการตีตราตนเองเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล โดยมุ่งทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหา สถานการณ์ การตีตรา และวิธีปฏิบัติตัวที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อลดการตีตราตนเอง จะได้ทำให้ผลการศึกษาที่เป็นประโยชน์ พยาบาลประจำคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวีและบุคลากรสุขภาพสาขาอื่นๆ สามารถนำผลการศึกษาที่ได้มาสังเคราะห์เพื่อพัฒนาแนวทางการลดการตีตราผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ประสิทธิภาพการถูกตีตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นอย่างไร
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีวิธีปฏิบัติตัวที่ดีเพื่อลดการตีตราตนเองอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการถูกตีตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการกับโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา
2. เพื่อศึกษาวิธีปฏิบัติตัวที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อลดการตีตราตนเองเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา

วิธีการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Methods) ในลักษณะของการผสมผสานระหว่างวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) นำวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มี 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ศึกษาประสิทธิภาพการถูกตีตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ มีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่คลินิกยาต้านไวรัส กับโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา ปี พ.ศ.2563 จำนวน 100 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่คลินิกยาต้านไวรัส กับโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 59 ราย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางการกำหนดกลุ่มตัวอย่างของ เครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่าง 80 ราย เนื่องจากในระหว่างการเก็บข้อมูลเป็นช่วงของการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 โรงพยาบาลมีการปรับเปลี่ยนวิธีการให้บริการผู้ป่วยที่มีความปลอดภัย โดยเฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะติดเชื้อได้ง่าย จึงทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีเดินทางมาโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงสามารถเก็บข้อมูลได้ทั้งหมด 59 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.75 ของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมด ใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า

เกณฑ์การคัดเข้าได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่คลินิกยาต้านไวรัส 2) ไม่มีโรคฉวยโอกาส และไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรง 3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 4) เขียน อ่าน และสื่อสารภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ย้ายไปรับบริการที่คลินิกยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลอื่นเนื่องจากไปอยู่ต่างจังหวัด 2) เปลี่ยนสิทธิการรักษาเป็นประกันสังคมในระหว่างเก็บข้อมูล 3) ผู้ป่วยไม่ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการเป็นกลุ่มตัวอย่าง 4) ไม่สามารถเขียน อ่าน และสื่อสารภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีของกองโรคเอดส์ (กองโรคเอดส์วันโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2558) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ สิทธิการรักษา ระยะเวลาที่ทราบการติดเชื้อ ระยะเวลาที่กินยาต้านไวรัส การเปิดเผยผลเลือด การตีตราจากคนรอบข้าง จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพเกี่ยวกับสถานบริการสุขภาพ ประกอบด้วย การหลีกเลี่ยงการไปรับที่สถานพยาบาลเนื่องจากการตีตราตัวเอง การตีตราจากผู้ให้บริการ จำนวน 6 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นให้เลือกตอบ เคย และไม่เคย

ส่วนที่ 3 การเปิดเผยสถานภาพและความลับของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีจากผู้ให้บริการสุขภาพ จำนวน 2 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นให้เลือกตอบ เคย ไม่เคย และไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

ส่วนที่ 4 การมีบุตรและอนามัยการเจริญพันธุ์ ถ้ามุ่งเกี่ยวกับการได้รับคำแนะนำจากผู้ให้บริการสุขภาพเรื่องยามีเพศสัมพันธ์อีกเลย การมีบุตร การได้รับยาต้านไวรัสฯ การคุมกำเนิด การถูกแนะนำให้ยุติการตั้งครรภ์ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นให้เลือกตอบคือ 1) เคยในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา 2) เคยแต่นานมากกว่า 12 เดือน 3) ไม่เคย และ 4) ตอบไม่ได้/ไม่เกี่ยวข้อง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี (กองโรคเอดส์วัยโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2558) มาใช้ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแล้ว $Z = 1.96$ (ค่าระดับความเชื่อมั่นที่ 95%)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อดำเนินการศึกษา ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง แล้วแจกแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่างทำ ใช้เวลา 20-30 นาที ทั้งนี้ภายหลังกกลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืนทั้งหมด จำนวน 59 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและ ประสิทธิภาพการถูกตีตราของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสงขลา โดยใช้สถิติพรรณนาแสดงจำนวนและร้อยละ

ระยะที่ 2 ศึกษาวิธีปฏิบัติตัวที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถลดการตีตราตนเองเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เคยตีตราตนเองแล้วสามารถลดการตีตราตนเองได้จำนวน 10 ราย เลือกผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสงขลา 2) เคยมีการหลีกเลี่ยงการมาโรงพยาบาลเนื่องจากการตีตรา (ข้อมูลนี้ได้มาจากการตอบแบบสอบถามสัมภาษณ์ในระยะที่ 1) 3) สามารถฟัง พูด และสื่อสารภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ และ 4) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) ตัวผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญ และได้รับการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการทำวิจัยเชิงคุณภาพเป็นอย่างดี 2) แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึก 3) เครื่องบันทึกเสียงอัดโน้ต และ 4) สมุดบันทึกภาคสนาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยชี้แจงวัตถุประสงค์และพิทักษ์สิทธิแก่ผู้ให้ข้อมูล เมื่อยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ผู้ให้ข้อมูลลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ จากนั้นสัมภาษณ์แบบรายบุคคลในเรื่องวิธีปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถลดการตีตราตนเองเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 30-45 นาที โดยมีเป้าหมาย คือให้ได้ข้อมูล อคติวิสัยของบุคคลในมุมมองต่อปรากฏการณ์ที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล มีความเกี่ยวเนื่องที่สามารถนำมาอธิบาย

ความหมายและทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้ ผู้วิจัยจะดำเนินการสัมภาษณ์โดยใช้คำถามปลายเปิด และพูดคุยแบบไม่เป็นทางการตามแนวคำถามที่สร้างขึ้น และใช้การหยั่งลึก (probe) เมื่อจำเป็น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม ลึกซึ้ง และอึดตัวในประเด็นที่ต้องการศึกษา โดยมีการบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์

ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ใช้เวลานานประมาณ 30 – 45 นาที สถานที่ในการสัมภาษณ์เป็นห้องให้คำปรึกษาของโรงพยาบาลซึ่งมีความเป็นส่วนตัวที่มีเพียงผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล วัน เวลา และสถานที่ในการให้สัมภาษณ์ ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล เมื่อสัมภาษณ์เสร็จผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นมีการถอดเทปคำสัมภาษณ์จากเครื่องบันทึกเสียงอัตโนมัติแบบคำต่อคำทันที หรือภายใน 24 ชั่วโมง โดยไม่สรุปหรือดัดแปลงข้อความใดๆ และนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดกลับไปให้กับผู้ให้ข้อมูลได้อ่านเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง หลังจากนั้นจึงพิมพ์ข้อมูลลงในแบบบันทึกการถอดความ กำหนดรหัสเบื้องต้น และจัดเก็บไว้เป็นรายบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลพร้อมๆ กับการรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ทราบประเด็นที่ต้องสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป ในการวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Miller & Crabtree (1992) ได้แก่ การจัดแฟ้มข้อมูล การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ข้อมูล การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และการสรุปผล

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ได้หมายเลขรับรอง 1/2564 ลงวันที่ 22 ตุลาคม 2563 นอกจากนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน คือ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดในรูปแบบสอบถาม โดยครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในรูปแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการเข้ารับบริการของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังจากที่ได้ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศ หญิง ร้อยละ 55.9 มีอายุอยู่ในช่วง 30-63 ปี อายุเฉลี่ย 47 ปี ส่วนใหญ่ทราบการติดเชื้อมาเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 12 ปี ได้รับยาต้านไวรัสมาเป็นเวลาเฉลี่ย 10 ปี ส่วนใหญ่เปิดเผยผลเลือดกับคนรักหรือสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 52.5 ไม่เปิดเผยกับใครเลย ร้อยละ 30.5 เปิดเผยกับชุมชนหรือเพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 1.7เปิดเผยผลเลือดกับคนรักหรือสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนสนิทและคนในชุมชนหรือเพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 15.3

2. ประสบการณ์การถูกตีตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา จำแนกได้ 3 ประเด็น ดังนี้

2.1 การติดตามตัวเองข้อค้นพบคือ เมื่อต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลถึงแม้จะไม่เกี่ยวกับโรคเอดส์แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ยังหลีกเลี่ยงที่จะไปสถานบริการสุขภาพใกล้บ้านสาเหตุเนื่องจากกลัวจะถูกเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 64.7 และอยู่ใกล้ที่ทำงานเพื่อนร่วมงานอาจเห็น ร้อยละ 5.88 โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ติดตามตนเองในเรื่องรู้สึกผิดที่ตัวเองติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 54.2 และรู้สึกกลัวว่าจะถูกเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการจ้องมองหรือนินทา ร้อยละ 22

2.2 การติดตามจากคนรอบข้าง ข้อค้นพบคือ ส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวไม่เคยแสดงท่าทีรังเกียจร้อยละ 78.0 รองลงมาคือไม่ทราบไม่แน่ใจ ร้อยละ 14.6 และสมาชิกในครอบครัวเคยแสดงท่าทีรังเกียจ แต่ปัจจุบันไม่มีท่าทีรังเกียจแล้วร้อยละ 4.9

2.3 การติดตามจากผู้ให้บริการสุขภาพ ข้อค้นพบคือ เคยมีผู้ให้บริการสุขภาพส่วนใหญ่แนะนำว่า “อย่ามีลูกเลย” เพราะติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 30 รองลงมาคือ เคยมีผู้ให้บริการสุขภาพแนะนำว่า “อย่ามีเพศสัมพันธ์อีกเลย” เพราะติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 27 และผู้ป่วยหรือคู่ครอง เคยถูกแนะนำหรือบังคับให้ยุติการตั้งครรภ์ เนื่องจากสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีของตัวเองหรือคู่ครองร้อยละ 23 ดังรายละเอียดในตาราง

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ การติดตามตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสงขลา

การติดตามตนเอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาเคยหลีกเลี่ยงที่จะไปเข้ารับบริการสุขภาพด้านเอชไอวีหรือบริการสุขภาพทั่วไปที่ไม่เกี่ยวกับเอชไอวี ที่สถานบริการใกล้บ้าน (N=59)		
- เคยหลีกเลี่ยง	17	28.8
- ไม่เคยหลีกเลี่ยง	42	71.2
1.2 สาเหตุที่ทำให้หลีกเลี่ยงที่จะไปสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน		
1.2.1 สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการติดตาม-กลัวผลเลือดเปิดเผย		
- กลัวจะถูกเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวี	11	64.7
- อยู่ใกล้ที่ทำงานเพื่อนร่วมงานอาจเห็น	1	5.8
1.2.2 สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการติดตาม-คุณภาพการให้บริการ		
- บริการไม่เป็นมิตร	1	5.8
- ต้องคอยนานกว่าผู้ป่วยอื่นหรือถูกจัดเป็นคิวสุดท้าย	1	5.8
2. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล เนื่องจากสาเหตุ		
- รู้สึกอายที่ตัวเองติดเชื้อเอชไอวี	10	16.9
- รู้สึกกลัวว่าจะถูกเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการจ้องมองหรือนินทา	13	22.0
- รู้สึกผิดที่ตัวเองติดเชื้อเอชไอวี	32	54.2
3. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เคยเว้น หรือเลื่อนเวลากินยาต้านไวรัส เพราะกลัวว่าคนอื่นจะสงสัยว่าติดเชื้อเอชไอวี	5	8.5

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ การตีตราจากคนรอบข้าง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสงขลา

การตีตราจากคนรอบข้าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. สมาชิกในครอบครัวเคยแสดงท่าทีรังเกียจเพราะท่านเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี (กรณีเปิดเผยกับคนรัก หรือสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนสนิทและคนในชุมชนหรือเพื่อนร่วมงาน)		
- สมาชิกในครอบครัวไม่เคยแสดงท่าทีรังเกียจ	32	78.0
- สมาชิกในครอบครัวแสดงท่าทีรังเกียจ ณ ปัจจุบัน	1	2.4
- สมาชิกในครอบครัวเคยแสดงท่าทีรังเกียจ แต่ปัจจุบันไม่มีท่าทีรังเกียจแล้ว	2	4.9
- ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	6	14.6
2. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาเคยถูกปฏิเสธการรับเข้าเรียน หรือให้ออกจากการเรียนเพราะเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี		
- ไม่เกี่ยวข้อง (ไม่ได้เรียนในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา)	59	100
3. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาเคยถูกปฏิเสธการรับเข้าทำงานหรือให้ออกจากงานเพราะเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี		
- ไม่เคย	47	79.7
- ไม่เกี่ยวข้อง (ไม่ได้ทำงานในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา)	12	20.3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ การตีตราจากบุคลากรทางสุขภาพ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสงขลา

การตีตราจากบุคลากรทางสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาเคยมีเหตุการณ์ต่อไปนี้เกิดขึ้นกับท่านเพราะท่านเป็นผู้ติดเชื้อหรือไม่		
- ถูกผู้ให้บริการปฏิเสธที่จะให้บริการสุขภาพ หรือปฏิเสธที่จะให้การรักษา	1	1.7
- ถูกจัดให้รับบริการเป็นคิวสุดท้ายหรือจัดให้รอนานกว่าผู้ป่วยรายอื่น	4	6.8
- ได้รับการดูแลเอาใจใส่แย่งกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยรายอื่นๆ	3	5.1
- ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เคยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล	11	18.6
- เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบอกให้อาซูดที่ใส่แล้ว ไปทิ้งในถังหรือบริเวณที่จัดไว้ให้เฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวีเท่านั้น	1	9.0
2. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เคยถูกผู้ให้บริการสุขภาพปฏิบัติต่อท่าน ให้ตรวจหาเชื้อเอชไอวีก่อนที่จะได้รับการรักษา หรือได้รับการผ่าตัด		
- เคย	8	13.6
- ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	9	15.3
3. ถูกเปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีของท่านแก่ผู้อื่น โดยที่ไม่ได้รับการยินยอม		
- เคย	7	11.9
- ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	3	5.1
4. ถูกทำเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์ไว้ให้เห็นอย่างชัดเจนบนแฟ้มประวัติการรักษาทำให้ผู้อื่นทราบว่าท่านติดเชื้อ		
- เคย	1	1.7
- ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	18	30.5

ตารางที่ 3 (ต่อ)

การตีตราจากบุคลากรทางสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
5. เคยมีผู้ให้บริการสุขภาพแนะนำว่า “อย่ามีเพศสัมพันธ์อีกเลย” เพราะติดเชื้อเอชไอวี		
- เคยในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	7	11.9
- เคย แต่นานมากกว่า 12 เดือน	9	15.3
- เคย	38	64.4
- ตอบไม่ได้/ไม่เกี่ยวข้อง	5	8.5
6. เคยมีผู้ให้บริการสุขภาพแนะนำว่า “อย่ามีลูกเลย” เพราะติดเชื้อเอชไอวี		
- เคยในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	4	6.8
- เคย แต่นานมากกว่า 12 เดือน	14	23.7
- ไม่เคย	34	57.6
- ตอบไม่ได้/ไม่เกี่ยวข้อง	7	11.9
7. เคยมีผู้ให้บริการสุขภาพตั้งเงื่อนไขว่าจะได้รับยาต้านไวรัส ก็ต่อเมื่อคุมกำเนิดหรือทำหมันเท่านั้น		
- เคยในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	3	5.1
- เคย แต่นานมากกว่า 12 เดือน	1	1.7
- ไม่เคย	49	83.1
- ตอบไม่ได้/ไม่เกี่ยวข้อง	6	10.2
8. ผู้ป่วยหรือคู่ครอง เคยถูกแนะนำหรือบังคับให้ยุติการตั้งครรภ์ เนื่องจากสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีของท่านหรือคู่ครอง หรือไม่		
- เคยในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	4	6.8
- เคย แต่นานมากกว่า 12 เดือน	10	16.9
- ไม่เคย	33	55.9
- ตอบไม่ได้/ไม่เกี่ยวข้อง	12	20.3

3. วิธีปฏิบัติตัวที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถลดการตีตราตนเองเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล มีข้อค้นพบหลัก คือ การเปลี่ยนแปลงตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย คือ การเปลี่ยนแปลงความคิดใหม่ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเอง และการปรับตัวเข้ากับสังคม โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 การเปลี่ยนแปลงความคิดใหม่ ข้อค้นพบคือ 1) การยอมรับตนเอง และ 2) มีความเข้มแข็งในการมองโลก ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีการปรับตัวต่อการติดเชื้อเอชไอวีโดยการปรับเปลี่ยนความคิดของตนเองเพื่อลดการตีตราตนเอง ลดความกลัวที่จะมารับบริการที่โรงพยาบาล การปรับเปลี่ยนแนวคิดเพื่อให้ตัวเองสามารถรับบริการที่โรงพยาบาลได้อย่างต่อเนื่องดังนี้

1) การยอมรับตนเอง ข้อค้นพบคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะพยายามยอมรับข้อผิดพลาดของตนเองที่เกิดขึ้นโดยเริ่มจากการลดการตีตราตนเอง เมื่อรู้ว่าตัวเองติดเชื้อจะรับไม่ได้ตีตราตัวเอง กลัวว่าคนอื่นจะรู้ แต่จะพยายามเปลี่ยนความคิดเรื่องการติดเชื้อและหันมาสนใจตนเอง เพื่อลดการตีตราตัวเอง เช่น การติดเชื้อถูกกำหนดมาแล้วโดยพระเจ้า เป็นต้น ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ตอนรู้ผลแรกๆ ไม่กล้าไปรับบริการที่ รพ. เพราะกลัวคนอื่นรู้ แต่ถ้าเป็นโรคอื่นแหละเหมือนเป็นมะเร็งนั่นป่านี้นายแล้ว” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“รับไม่ได้น้อง เราไม่คิดว่าเราจะเป็นพัสนิ เราเปลี่ยนมุมมองที่คิดว่าคนอื่นที่เป็นโรค ร้ายหยาเราเค้ายังตายก่อนเรา ถ้าเรากินยาตามหมอสั่งเรากินยาดี ดูแลตัวเองดี เราก็จะอายุยืนเหมือนคน ปกติ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“เครียดนั้นแหละน้องแต่ก็ต้องทำใจทำพริ้อได้เบอะเค้าให้เป็น ตอนแรกๆก็คิดมาก ตอนหลังเริ่มปรับได้ทำเฉยๆ ทำพริ้อหะต้องรับให้ได้ ใครที่ไม่นั้นเราก็อ่าไปลุงสิง ถึงบางคนเค้ากะดี เค้า ถามาเราก็อ่าเพลงปกติเบอะไม่ได้โกรธใครกับเค้า” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

2) มีความเข้มแข็งในการมองโลก ข้อค้นพบคือ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีมีการเปลี่ยน ความคิดว่าไม่ได้มีเราคนเดียวที่เป็น คนอื่นก็เป็น คิดว่าดีกว่าการเป็นโรคอื่นที่ร้ายแรงและรุนแรงกว่าติดเชื้อเอชไอวี เช่น โรคมะเร็ง เป็นต้น ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ไมโร๊ะ คนรู้จักก็รู้จะรู้ไปตะตามใจเค้าแหละเค้าหลง เราอยู่ทำหน้าที่แม่ ตายกะตาย รักษาสุขภาพเองหว่า ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“เราต้องปรับตัวโดยเป้าหมายเราคืออยู่เพื่อลูกคนอื่นไม่รู้ไม่เกี่ยวกับเรามากที่ อีก อย่างถ้าเราม่แต่จำจูกอยู่ที่เคยเราก็อ่าไปข้างหน้าไม่ได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ปฏิบัติตามหมอสั่งเราจะได้แข็งแรง ถึงเวลามากก็มาพบเพื่อนที่เป็นเหมือนกันได้พูดคุย กันทำให้รู้ว่าคนอื่นกะเป็นไม่ใช่มีแต่เรา ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“ เราเริ่มปรับตัวได้ นานๆ เข้าเกิดความเคยชิน รู้สึกว่าไม่ได้มีเท่าแต่เราคนเดียวที่เป็น การที่เราเจอกลุ่มเพื่อนที่เป็นทำให้เห็นว่ามีคนเหมือนเรา ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

3.2 การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเอง ข้อค้นพบคือ สนใจดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีมีการเปลี่ยนแปลงตนเองด้านร่างกายเมื่อทราบว่าตนเองติดเชื้อ เช่น

เลิกเหล้า เลิกบุหรี่ กินยาตรงเวลา ไม่ขาดยาหรือลืมกินยา ออกกำลังกาย ดังตัวอย่างคำ สัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ในเมื่อเรากินยาแล้วร่างกายแข็งแรงทำงานได้ ก็ต้องกินตามที่หมอสั่ง พื้ไม่เคยขาดยา เลยน้อง ออกกำลังกาย ไ้ไหนที่ทำให้เราแข็งแรง พื้ทำ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“เรากินยาตามหมอสั่งเรากินยาดี ดูแลตัวเองดี เราก็จะอายุยืนเหมือนคนปกติ นี่พื้กินยา มา 10 ปีหว่าแล้วไม่เคยป่วยเลยน้อง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ ตั้งแต่รู้ว่าติดเชื้อ ดิสิ่งหนึ่งคือทำให้เราหันกลับมาดูแลตัวเองดีขึ้น เหล้า บุหรี่เลิกหมด เพื่อเราจะได้แข็งแรงได้อยู่กับลูกไปนานๆ ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“การที่เราดูแลตัวเองดี ทำให้เราแข็งแรงเหมือนคนปกติทั่วไปจนเราไม่ได้แตกต่างจากคน ทั่วไปพื้ไม่เคยเจ็บไข้ได้ป่วยเหมือนเพื่อนเค้า ที่ทำงานนั้นไม่เคยลาเลย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

3.3 การปรับตัวเข้ากับสังคม ข้อค้นพบคือ 1) ไม่หลบเลี่ยงผู้ที่รู้จัก และ 2) ไปรักษาไกล บ้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ไม่หลบเลี่ยงผู้ที่รู้จัก ข้อค้นพบคือ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี จะลดความกลัวที่จะมารับ บริการที่โรงพยาบาล เพราะตอนที่ติดเชื้อใหม่ๆ ผู้ติดเชื้อจะกลัวการมารับบริการที่โรงพยาบาลเนื่องจาก กลัวเจอคนรู้จัก กลัวคนอื่นรู้ผลเลือด แต่พอทำใจได้และปรับตัวได้ก็ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมแล้ว ทำตัว ตามปกติ และตอบคำถามเท่าที่ตอบได้ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ก็มาตามปกติ ถ้าพบคนรู้จักก็บอกว่ามาหาหมอเป็นนู่เป็นนี่ ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ก็บอกไปปกติว่ามาหาหมอ ถ้าเค้าถามว่าเป็นไ้ไรก็บอกว่ามารับยาเพราะบางคนเค้า น่าจะรู้ว่าเราเป็นไ้ไร” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“เวลาใครถามว่ามาไซร์ก็บอกว่ามาเอายาความดันเพราะเราเป็นความดันอยู่แล้ว เราไม่จำเป็นต้องบอกเค้าหมดทั้ง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

2) **ไปรักษาไกลบ้าน** ข้อค้นพบคือ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี บางส่วนใช้วิธีเลือกสถานบริการที่อยู่ไกลบ้านเพื่อลดความกลัวการเจอคนรู้จัก และต้องการมารับบริการอย่างต่อเนื่อง เพราะผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีมีการตั้งเป้าหมายชีวิตว่าจะมีชีวิตอยู่เพื่อใคร การเลือกที่จะไม่สนใจคนรอบข้างที่แสดงท่าทีรังเกียจ และการที่ครอบครัวและญาติไม่แสดงท่าทีรังเกียจ การได้พบปะกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกันมีผลอย่างมากกับการรักษาตัวอย่างต่อเนื่องของผู้ติดเชื้อ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ต่อไปนี้

“ไม่เคยเลี้ยงที่จะมา รพ. เพราะวามารับยาที่นี่ ไม่รู้จักใคร ปกติบ้านอยู่ท้อ.หาดใหญ่ ถ้าไปรพ.หาดใหญ่ยังคนรู้จักหลยแหละพี่ก็เลยย้ายมาเอายาที่นี่” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“เราก็ออยู่ปกติของเราเพราะญาติพี่น้องเราเค้าปกติไม่รังเกียจ ชาวบ้านหรอกที่เป็นพันนั้นถึงมันไม่มีผลไ้ไ้กับเรามาก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“ไม่หลีกเลี่ยงการมารับบริการเนื่องจากว่าผู้ให้บริการให้บริการเป็นกันเอง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ที่นี่คืออย่างหนึ่งคือมีคลินิกแยกไม่ปนกับคนไข้ข้างนอก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“การบริการของเจ้าหน้าที่และการแยกคลินิกเป็นส่วน ญาติสามารถเบิกยาแทน การไม่ใช้สัญลักษณ์ที่แปลกแยกจากคนไข้ทั่วไป มีส่วนทำให้ผู้ป่วยคงอยู่ในระบบ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

อภิปรายผล

1. จากการศึกษาพบว่า ประสพการณ์การถูกตีตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกได้ 3 ประเด็น คือ

1) การตีตราตัวเองข้อค้นพบคือ เมื่อต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลถึงแม้จะไม่เกี่ยวกับโรคเอดส์แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ยังหลีกเลี่ยงที่จะไปสถานบริการสุขภาพใกล้บ้านสาเหตุเนื่องจากกลัวจะถูกเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 64.7 และอยู่ใกล้ที่ทำงานเพื่อนร่วมงานอาจเห็น ร้อยละ 5.88 โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ตีตราตนเองในเรื่องรู้สึกผิดที่ตัวเองติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 54.2 และรู้สึกกลัวว่าจะถูกเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการจ้องมองหรือนินทา ร้อยละ 22

2) การตีตราจากคนรอบข้าง ข้อค้นพบคือ ส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวและญาติไม่เคยแสดงท่าทีรังเกียจร้อยละ 78.0 รองลงมาคือไม่ทราบไม่แน่ใจ ร้อยละ 14.6 และสมาชิกในครอบครัวเคยแสดงท่าทีรังเกียจ แต่ปัจจุบันไม่มีท่าทีรังเกียจแล้วร้อยละ 4.9

3) การตีตราจากผู้ให้บริการสุขภาพ ข้อค้นพบคือ เคยมีผู้ให้บริการสุขภาพส่วนใหญ่แนะนำว่า “อย่ามีลูกเลย” เพราะติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 30 รองลงมาคือ เคยมีผู้ให้บริการสุขภาพแนะนำว่า “อย่ามีเพศสัมพันธ์อีกเลย” เพราะติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 27 และผู้ป่วยหรือคู่ครอง เคยถูกแนะนำหรือบังคับให้ยุติการตั้งครรภ์ เนื่องจากสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีของตัวเองหรือคู่ครอง ร้อยละ 23 เคยถูกให้ตรวจหาเชื้อเอชไอวีก่อนที่จะได้รับการรักษา หรือได้รับการผ่าตัดร้อยละ 13.6 สอดคล้องกับการวิจัยของ กัลยาณี จันธิมา, ศิวะยุทธ สิงห์ปฐ และบุญสวย ชัยสถิตกุล (2560) ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 13.1 เคยถูกละเมิดสิทธิ เช่น บังคับตรวจเอชไอวีก่อนผ่าตัด โดยแนวคิดของ Corrigan, Watson, & Sells (2007) ได้กล่าวถึงการตีตราใน 2 ลักษณะ คือการตีตราจากสังคม (Social stigma) และการรับรู้การตีตรา (Self stigma) โดยที่การตีตราจากสังคมเป็นปฏิกิริยาของบุคคลทั่วไปต่อบุคคลที่เจ็บป่วย แต่การรับรู้การตีตราเป็นความรู้สึกภายในจิตใจที่เกิดจากการถูกบุคคลอื่นมองภาพเกี่ยวกับผู้ป่วยขณะเจ็บป่วย ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความมีอคติและแบ่งแยกกีดกัน Goffman (1963) ได้อธิบายลักษณะของการตีตราโดยกำหนด

คุณลักษณะ 3 อย่างที่ก่อให้เกิดการตีตรา คือ 1) การถูกกล่าวโทษหรือตำหนิ ที่ทำให้บุคคลหมดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง 2) ลักษณะผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย 3) มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องทางศาสนา ประกอบกับบริบททางสังคมในพื้นที่ที่ยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การติดเชื้อเอชไอวี การที่ยังมีภาพเก่าๆ เกี่ยวกับผู้ติดเชื้อที่เข้าสู่ระยะเอดส์และเสียชีวิต ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวียังเป็นที่ยังเกลียดชังของคนที่พื้นที่ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์, พจนา ธัญญกิตติกุล, และชุตินันท์ พลเดช (2561) ที่พบว่าร้อยละ 70 ของผู้ติดเชื้อล่าช้าในการรักษา เพราะเห็นว่าตนเองยังแข็งแรงขาดความรู้เกี่ยวกับโรค และกลัวการตีตรา ผู้ติดเชื้อคิดว่าการติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องผิด เป็นบาป น่ารังเกียจ จึงไม่เปิดเผยตัวเอง และรักษาล่าช้า

2. วิธีปฏิบัติตัวที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถลดการตีตราตนเองเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล คือ การเปลี่ยนแปลงตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย คือ การเปลี่ยนแปลงความคิดใหม่ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเองและการปรับตัวเข้ากับสังคม สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทองศิริณี เมียสพรม, ปรียกมล รัชนกกุล และพวงพกา คงวัฒนานนท์ (2556) ที่พบว่า การดูแลตนเองขณะเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส ประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ 1) การดูแลตนเองทั่วไป: ทำตัวปกติเหมือนคนทั่วไป ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล และสิ่งแวดล้อม 2) การดูแลตนเองขณะอยู่ร่วมกับเชื้อเอดส์ ได้แก่ อย่ายกย่องต้องกินยาต่อเนื่อง จะเปิดเผยหรือปกปิดก็ต้องอยู่ในสังคมได้ สร้างสุขภาวะที่ดีด้วยการทำตนให้แข็งแรงอยู่เสมอ และถึงจะติดเชื้อก็มีความรับผิดชอบต่อนักเรียนและสังคม จากผลการวิจัยการเปลี่ยนแปลงตนเองประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

2.1. การเปลี่ยนแปลงความคิดใหม่ จากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีการปรับตัวต่อการติดเชื้อเอชไอวีโดยการปรับเปลี่ยนความคิดของตนเองเพื่อลดการตีตราตนเอง ลดความกลัวที่จะมารับบริการที่โรงพยาบาล การปรับเปลี่ยนแนวคิดเพื่อให้ตัวเองสามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลได้อย่างต่อเนื่องดังนี้

(1) การยอมรับตนเอง ข้อค้นพบคือ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีจะพยายามยอมรับข้อผิดพลาดของตนเองที่เกิดขึ้นโดยเริ่มจากการลดการตีตราตนเอง เมื่อรู้ว่าตัวเองติดเชื้อจะรับไม่ได้ ตีตราตัวเอง กลัวว่าคนอื่นจะรู้ แต่จะพยายามเปลี่ยนความคิดเรื่องการติดเชื้อและหันมาสนใจตนเอง เพื่อลดการตีตราตัวเอง เช่น การติดเชื้อถูกกำหนดมาแล้วโดยพระเจ้า เป็นต้น สอดคล้องกับชนิกา ศรีราช (2559) กล่าวว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาดังแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไปจนถึง 10 ปี มีทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่และรายเก่าอาจทำให้ผู้ที่สามารถปรับตัวกับการรักษา ภาวะเครียดลดลงตามระยะเวลาที่เข้าระบบการดูแลรักษา ส่วนภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมของการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามากจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองลดลง ($p\text{-value} < 0.01$)

(2) มีความเข้มแข็งในการมองโลก ข้อค้นพบคือ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีมีการเปลี่ยนความคิดว่าไม่ได้มีเราคนเดียวที่เป็น คนอื่นก็เป็น คิดว่าดีกว่าการเป็นโรคอื่นที่ร้ายแรงและรุนแรงกว่าติดเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับการวิจัยของกนกวรรณ สารอยู่ศิริกุล (2562) พบว่าการนำโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมมาใช้กับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีลดการตีตราตนเอง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการป่วยของตนเองได้มากขึ้น

การศึกษาของ พุทธิยะห์ หะยี (2551) กล่าวว่า การจัดการความเหนื่อยล้าเป็นความรู้สึกท้อแท้ เพลีย ไม่สดชื่น ไม่มีแรง อยากรพผ่อนของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับการจัดการความเหนื่อยล้าด้วยตนเองและโดยพยาบาล การแสดงต่อผู้อื่นด้วยความเอื้ออาทร ทำให้

ผู้ป่วยให้ความเป็นกันเองและกล้าเปิดเผยข้อมูลของตนเองมากขึ้น รวมทั้งช่วยให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ช่วยให้เข้าใจเหตุผลของการกระทำพัฒนาทักษะและความสามารถในการดูแลตนเองช่วยส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองให้ดีขึ้น พรนิภา หาญละคร, สมใจ รัตนมณี และประกอบ ชันทอง (2556) กล่าวว่า การที่จะลดอาการซึมเศร้าลงได้จำเป็นที่จะต้องปรับแก้ที่กระบวนการคิดของผู้ป่วยและในการที่จะปรับแก้กระบวนการคิดของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องให้การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้ามีอารมณ์ผ่อนคลายขึ้นโดยการฝึกสมาธิ เมื่อผู้ป่วยมีอารมณ์ผ่อนคลายแล้วจึงจะสามารถเรียนรู้ในการปรับความคิดใหม่ได้ดีขึ้น

2.2 การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเอง จากการสัมภาษณ์ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตัวเองที่เปลี่ยนไป เมื่อทราบว่า ตนเองติดเชื้อเอชไอวี โดยพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้นเช่นเลิกเหล้า เลิกบุหรี่ กินยาตรงเวลา ไม่ขาดยาหรือลืมกินยา ออกกำลังกาย สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ที่กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพ การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย มีระบบระเบียบ จากการศึกษาของทัศนีย์วรรณ สกุลแก้ว (2558) ที่ศึกษาการรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีสุขภาพดีพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า การรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองเกี่ยวกับชีวิตประจำวัน การรับรู้ความต้องการ การดูแลตนเองตามบทบาทหน้าที่ของตนเองและการรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับดี

2.3 การปรับตัวเข้ากับสังคม ข้อค้นพบคือ 1) ไม่หลบเลี่ยงผู้ที่รู้จัก โดย ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีตอนที่ติดเชื้อใหม่ๆ จะกลัวการมารับบริการที่โรงพยาบาลเนื่องจาก กลัวเจอคนรู้จัก กลัวคนอื่นรู้ผลเลือด แต่พอทำได้และปรับตัวได้ก็ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมแล้ว ทำตัวตามปกติ และตอบคำถามเท่าที่ตอบได้โดย Stoltz (1997) ได้ให้ความหมายของความสามารถในการฟันฝ่าอุปสรรคไว้ว่า หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในยามที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ยาก หรือลำบาก 2) ไปรักษาไกลบ้าน ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี บางส่วนใช้วิธีเลือกสถานบริการที่อยู่ไกลบ้านเพื่อลดความกลัวการเจอคนรู้จัก และต้องการมารับบริการอย่างต่อเนื่อง เพราะผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีมีการตั้งเป้าหมายชีวิตว่าจะมีชีวิตอยู่เพื่อใคร การเลือกที่จะไม่สนใจคนรอบข้างที่แสดงท่าทีรังเกียจ และการที่ครอบครัวและญาติไม่แสดงท่าทีรังเกียจ การได้พบปะกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกันมีผลอย่างมากกับการรักษาตัวอย่างต่อเนื่องของผู้ติดเชื้อ สอดคล้องกับงานวิจัยของณัฐพร สันวิภาต และทวารัตน์ โคตรภูเวียง (2562) เรื่องคุณภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีจังหวัดขอนแก่นพบว่าการเข้ารับบริการยาต้านไวรัสที่คลินิกในโรงพยาบาล ขอนแก่น มีกลุ่มแกนนำผู้ติดเชื้อที่ทำหน้าที่ร่วมกับ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อที่มา รับบริการ รวมทั้งมีกิจกรรมพบกลุ่มที่มีการพูดคุย แลกเปลี่ยน ปรับเปลี่ยนทัศนคติซึ่งกันและกัน และทีมสหวิชาชีพมีการติดตามเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สึกมีคุณค่าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะต่อการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผลการศึกษานี้ข้อมูลที่ได้มาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ในพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่สามารถลดการตีตราตัวเองเมื่อมารับบริการในสถานพยาบาล จึงเป็นประโยชน์สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะนำผลวิจัยไปใช้ในการออกแบบกิจกรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งในคลินิกของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่างๆ เช่น การออกแบบกิจกรรมกลุ่มเพื่อบำบัดความคิดเรื่องการตีตรา

ตนเองแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยกิจกรรมกลุ่มอาจจะแบ่งเป็นช่วงๆ เช่น ก่อนเริ่มยาต้านไวรัสฯ หลังเริ่มยาต้านไวรัสฯ 3 เดือน 6 เดือน เพื่อช่วยลดการตีตราตนเองของผู้ป่วย การจัดอบรมความรู้เรื่องการลดการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวีแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี สามารถเข้าสู่ระบบได้เร็ว ลดการแพร่กระจายของเชื้อ และผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การทำวิจัยในครั้งต่อไปควรเป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อให้ได้นวัตกรรม รูปแบบการบริหารจัดการ ระบบการทำงานที่เป็นบริบทของอำเภอ เช่น ผลของกิจกรรมบำบัดความคิดลดการตีตราตนเองต่อการมารับบริการอย่างต่อเนื่องของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานบริการ

เอกสารอ้างอิง

- กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2558). *คู่มือการสำรวจการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีในสถานบริการสุขภาพ “ในกลุ่มผู้รับบริการสุขภาพ”*.
นนทบุรี: หกหนึ่งเจ็ดจำกัด.
- กนกวรรณ สารอยู่ศิริกุล, จิรัชย์ หงส์ยันตรชัย, และปวิช สิริเกียรติกุล. (2562). ผลการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อการลดการตีตราในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ในโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัด ฉะเชิงเทรา. *วารสารรัชต์ภาคย์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 13(31), 171-178.
- กัลยาณี จันธิมา, ศิวะยุทธ สิงห์ปรุ และบุญสวย ชัยสถิตกุล. (2560). สถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติจากเอชไอวีในเขตสุขภาพที่ 9. *วารสารวิชาการ สคร.9*, 26(1), 13-24.
- จิราพร จิระสถิตย์. (2560). *การรับรู้การตีตราจากสังคมและปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อความหวาดหวั่นในผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น.
- ชนิกา ศรีราช. (2559). *พฤติกรรมกีดกันยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสาธารณสุขศาสตร์, สาขาวิชาเอกการจัดการการส่งเสริมสุขภาพ. ปทุมธานี.
- พุฒิชัย หะยิ. (2551). *ผลของโปรแกรมการจัดการอาการที่ผสมผสานการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, คณะพยาบาลศาสตร์, ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์. สงขลา.
- ณัฐพร ลีนวิภาต, และทวารัตน์ โคตรภูเวียง. (2562). คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีจังหวัดขอนแก่น. *วารสารควบคุมโรค*, 27(1), 1-11.
- ทัศนีย์วรรณ สกุลแก้ว. (2558). การรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีสุขภาพดี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 33(2), 132-141.
- ทองดารีณี เมียสพรม, ปรียกมล รัชกุล และพวงผกา คงวัฒนานนท์. (2556). ประสบการณ์การดูแลตนเองของวัยรุ่นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31(3), 58-67.
- พรนิภา หาญละคร, สมใจ รัตนมณี และประกอบ ชันทอง. (2556). ผลของกลุ่มบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิต่อความซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31(1), 132-141.

- ศีลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์, พจนา ัญญกิตติกุล และชุตีวัลย์ พลเดช. (2561). ผลของการตีตราต่อผู้เป็นโรคเรื้อนวัณโรคและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้เป็นโรคเอดส์. *วารสารควบคุมโรค*, 44(1), 19-29.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Sells, M., (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312-1318.
- Eshetu, D. A., Woldeyohannes, S. M., Kebede, M. A., Techane, G. N., Gizachew, K. D., Tegegne, M. T., & Misganaw, B. T. (2015). Prevalence of Depression and Associated Factors among HIV/ AIDS Patients Attending ART Clinic at Debrebirhan Referral Hospital, North Showa, Amhara Region, Ethiopia. *Clinical Psychiatry*, 1(1). DOI: 10.21767/2471-9854.100003.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Note on the management of spoiled identify*. Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607 – 610.
- Miller, W. L.& Crabtree, B. F., (1992). Primary Care Research: A Multimethod Typology and Qualitative Road Map. In B.F. Crabtree & W. L., Miller (Eds.), *Doing Qualitative Research*, (pp. 3-28). Newbury Park: SAGE.
- Stoltz, P. G. (1997). *Adversity quotient: Turning obstacles into opportunity*. New York: John Wiley & Sons.
- Social Research Institute. (2017). *Employment discrimination to people with HIV infection* Retrieved from: <http://library.nhrc.or.th/ulib/document/Fulltext/F07989.pdf>

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการเสริมแรงตามทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ
ต่อพฤติกรรมการป้องกันท้องผูก และการเกิดท้องผูก ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย

จิราภา ศรีท่าโฮ, พย.ม.*

จันจิรา หินขาว, พย.ม.**

บุษยารัตน์ ลอยศักดิ์, พย.ม.***

Received: February 4, 2021

Revised: November 12, 2021

Accepted: November 12, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการเสริมแรงตามทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ ต่อพฤติกรรมการป้องกันท้องผูก และการเกิดท้องผูกในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนวัดเกาะขวาง (สังวาลย์ราษฎร์รังสรรค์) จังหวัดจันทบุรี จำนวน 41 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัยคือแบบประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันท้องผูก พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย มีความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 และแบบประเมินประเมินอาการท้องผูกตามเกณฑ์ ROME IV วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนาและสถิติทดสอบทีคู่

ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันท้องผูกสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีอัตราการเกิดท้องผูกต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่าโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการเสริมแรงตามทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายมีพฤติกรรมการป้องกันท้องผูกที่ดีขึ้น และลดการเกิดท้องผูก ดังนั้นโปรแกรมนี้สามารถนำไปใช้สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายเพื่อช่วยส่งเสริมการป้องกันท้องผูกได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการเสริมแรงตามทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ
พฤติกรรมการป้องกันท้องผูก การเกิดท้องผูก นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข;
ผู้ให้การติดต่อ E-mail: jerapa@pnc.ac.th

** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

**Effects of a Combination of Providing Knowledge and Reinforcement of operant
Conditioning Theory on Preventing Behavior to Constipation and
Constipation Rate among Students in Upper Elementary**

Jerapa Srithahai, M.N.S.^{*}
Chanjira Hinkhaw, M.N.S.^{**}
Busayarat Loysak, M.N.S.^{***}

Abstract

This experimental research aimed to determine the effects of a combination of providing knowledge and reinforcement of operant conditioning theory on preventing behavior to constipation and constipation rate among students in upper elementary. The samples were 41 type students in upper elementary who study at Watkohkwang (Sangwanradrungson) School, Chanthaburi province. Data were collected using demographic, Preventing behavior to constipation questionnaires and ROME IV questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics, Paired t-test.

Results revealed that at the end of the program, the samples demonstrated a significant higher preventing behavior to constipation than baseline. In addition, results showed that the samples had constipation rate significant lower than baseline.

It can be concluded that the effects of a combination of providing knowledge and reinforcement of operant conditioning theory. which contributes to better preventing behavior to constipation and control constipation rate among students in upper elementary. Therefore, it can be used for students in upper elementary for preventing constipation.

Keywords: effects of a combination of providing knowledge and reinforcement of operant conditioning theory, preventing behavior to constipation, constipation rate, students in upper elementary

^{*} Registered Nurse, Senior Professional Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health; Corresponding Author E-mail: jerapa@pnc.ac.th

^{**} Registered Nurse Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

^{***} Registered Nurse, Professional Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

บทนำ

ท้องผูก (Constipation) เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่พบบ่อยในเด็ก จากการศึกษาในต่างประเทศพบอุบัติการณ์การเกิดท้องผูกในเด็ก อยู่ในช่วงร้อยละ 0.7-30 (Levy, Lemens, Vandenplas, & Devreker, 2017) ในประเทศไทยพบปัญหาเด็กท้องผูกร้อยละ 5-10 (สุพร ตริพงษ์กรณา, 2557) สำหรับสถิติในจังหวัดจันทบุรีจากการสำรวจสุขภาพนักเรียนโรงเรียนวัดเกาะขวาง (สังวาลย์ราษฎร์รังสรรค์) จังหวัดจันทบุรี พบว่านักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายมีปัญหาเรื่องท้องผูกร้อยละ 24 (สถิติสรุปการตรวจสุขภาพนักเรียน ประจำปีการศึกษา 2562, 2562) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่มาจากพฤติกรรมของเด็กในการรับประทานอาหาร เช่น รับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย การเคลื่อนไหวร่างกายของเด็กน้อยหรือดื่มน้ำน้อยร่างกายขาดน้ำโดยปราศจากโรคทางกาย

ท้องผูกจัดเป็นอาการมากกว่าโรค (Wald, 2002) เป็นอาการที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่มีแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลงไป โดยสาเหตุจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ช้าลง ส่งผลให้มีการขับถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือมีการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เช่น เคยถ่ายอุจจาระทุกวัน เมื่อไม่ถ่าย 1 วันถือว่าท้องผูกได้ โดยมีอุจจาระแห้งแข็งก้อนเล็กผิดปกติ รู้สึกถ่ายอุจจาระไม่สุด ถ่ายลำบาก ถ่ายมีเลือดปน และต้องออกแรงเบ่งในการขับอุจจาระเพิ่มขึ้น (Tanjung, Supriatmo, Sinuhaji, & Hakimi, 2013) ซึ่งสาเหตุของท้องผูก เชื่อว่ามาจากหลายปัจจัยส่งเสริมกัน ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารที่มีใยอาหารน้อย 2) การดื่มน้ำน้อย 3) การขับถ่ายอุจจาระไม่เป็นเวลา การละเลยไม่ถ่ายอุจจาระเมื่อรู้สึกปวด 4) การออกกำลังกายน้อย ทำให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ได้น้อย (Woolery et al., 2006) การเกิดท้องผูกจากสาเหตุต่างๆ ดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในเรื่องการตอบสนองขึ้นพื้นฐานของมนุษย์ โดยเฉพาะในเด็กวัยเรียน หากไม่ได้รับการแก้ไข อาจนำไปสู่ปัญหาการเกิดท้องผูกเรื้อรัง รวมถึงปัญหาอื่นๆ ในระบบทางเดินอาหารตามมา เช่น การเกิดโรคริดสีดวงทวารหนัก เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุที่ผู้ปกครองต้องพาบุตรหลานที่มีปัญหาเหล่านี้ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลนำมาซึ่งค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นอีกด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาในประเทศไทย พบว่า มีการศึกษาปัญหาเรื่องท้องผูกในเด็กในลักษณะการหาความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะท้องผูก (พรรณพัชร พิริยะนนท์, ศุภะวรรณ อินทรขาว, และอภิญญา ยวงทอง, 2561) โดยกล่าวถึงพบความชุกของการเกิดท้องผูกในเด็กมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารที่เป็นลักษณะอาหารจานด่วน รับประทานอาหารที่มีใยอาหารน้อยและในเด็กส่วนใหญ่ไม่ชอบรับประทานสมุนไพรพื้นบ้านที่แก้การท้องผูก เช่น มะขามแขก ชุมเห็ดเทศ อีกทั้งเด็กยังดื่มน้ำน้อยกว่า 4 แก้วต่อวันหรือน้อยกว่า 800 ซีซีต่อวัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาการเกิดท้องผูกในเด็กยังพบน้อย โดยพบว่ามีการศึกษาในกลุ่มเด็กที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดเป็นรูปแบบการดูแลเพื่อแก้ไขปัญหาท้องผูกในเด็กวัย 2 - 14 ปี โดยใช้โปรแกรมการสอนการฝึกขับถ่ายในผู้ป่วยเด็กหลัง การผ่าตัดที่นอนในโรงพยาบาล โดยใช้หลักการให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล หรือการต่อต้านในการฝึกขับถ่าย และการดูแลจัดการเรื่องอาหาร (จินตนา แสงงาม, วลัยยา ธรรมพนิชวัฒน์, มงคล เลหาเพ็ญแสง และสุดารัตน์ พยัคฆะเรือง, 2558) โดยพบว่า ถึงแม้หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เรื่องการขับถ่ายอุจจาระเพิ่มขึ้น แต่อัตราการเกิดท้องผูกในกลุ่มทดลองยังไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ซึ่งต้องมีการศึกษารูปแบบโปรแกรมที่ช่วยลดอัตราการเกิดท้องผูกและศึกษาในมิติของการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเด็กที่มีความเสี่ยงเพิ่มเติมต่อไป เพื่อลดปัญหาการเกิดท้องผูกเรื้อรัง และลดปัญหาผู้ป่วยเด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นำมาซึ่งการลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพและส่งเสริมให้เด็กได้มีการเรียนรู้ในโรงเรียนได้ตามปกติด้วย

การปลูกฝังพฤติกรรมในเด็กต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจลักษณะของเด็กในวัยต่าง ๆ โดยจากการศึกษา ลักษณะของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ช่วงอายุ 10-12 ปี เป็นวัยที่เริ่มสามารถตัดสินใจและรับผิดชอบในการกระทำของตนเอง ชอบการแข่งขัน ชอบการชื่นชม ให้ความสำคัญของกลุ่มเพื่อนและต้องการเป็นที่ยอมรับของกลุ่ม (กระทรวงศึกษาธิการ, 2551) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดที่สามารถนำมาใช้ปลูกฝังพฤติกรรมเด็กได้ คือ ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำของสกินเนอร์ (Skinner, 1938) เกิดจากการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนอง ให้ความสำคัญต่อการเสริมแรง (Reinforcement) ว่ามีผลทำให้เกิดการเรียนรู้ที่คงทนถาวรยิ่งขึ้นด้วย กล่าวคือ เราจะให้การเสริมแรงเฉพาะในเรื่องที่ต้องการเพื่อให้เกิดเป็นนิสัยติดตัว เหมาะสมกับการใช้ให้เกิดการเรียนรู้ในเด็ก โดยพบว่ามีให้นำทฤษฎีนี้ไปใช้ในงานวิจัยสร้างเป็นรูปแบบกิจกรรมเกมและใช้การเสริมแรงทางบวก โดยมุ่งหวังให้เกิดพฤติกรรมของนักเรียนตามที่คาดหวัง คือส่งเสริมให้นักเรียนมีสมาธิมากขึ้น กว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พิชญา สวนช่วย, 2560)

จากการสำรวจสุขภาพของนักเรียนโรงเรียนวัดเกาะขวาง (สังวาลย์ราษฎร์รังสรรค์) จังหวัดจันทบุรี ที่มีปัญหาเรื่องท้องผูก พบว่า ส่วนใหญ่เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย อายุอยู่ในช่วง 10-12 ปี (สถิติสรุปการตรวจสุขภาพนักเรียน ประจำปีการศึกษา 2562, 2562) เป็นปัญหาเรื้อรังที่ต้องแก้ไขผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมเพื่อป้องกันท้องผูกในเด็ก โดยเลือกใช้รูปแบบการให้ความรู้และใช้การเสริมแรงทางบวก โดยการให้รางวัล การกล่าวชื่นชม ตามทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำของสกินเนอร์ (Skinner, 1938) ที่เน้นการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดในเด็กโดยมุ่งหวังว่าการเสริมแรงในเรื่องการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันท้องผูกจะสามารถสร้างให้เกิดเป็นนิสัยติดตัว ลดปัญหาการเกิดท้องผูกในเด็กได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันท้องผูก ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการเสริมแรงตามทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบการเกิดท้องผูก ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการเสริมแรงตามทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

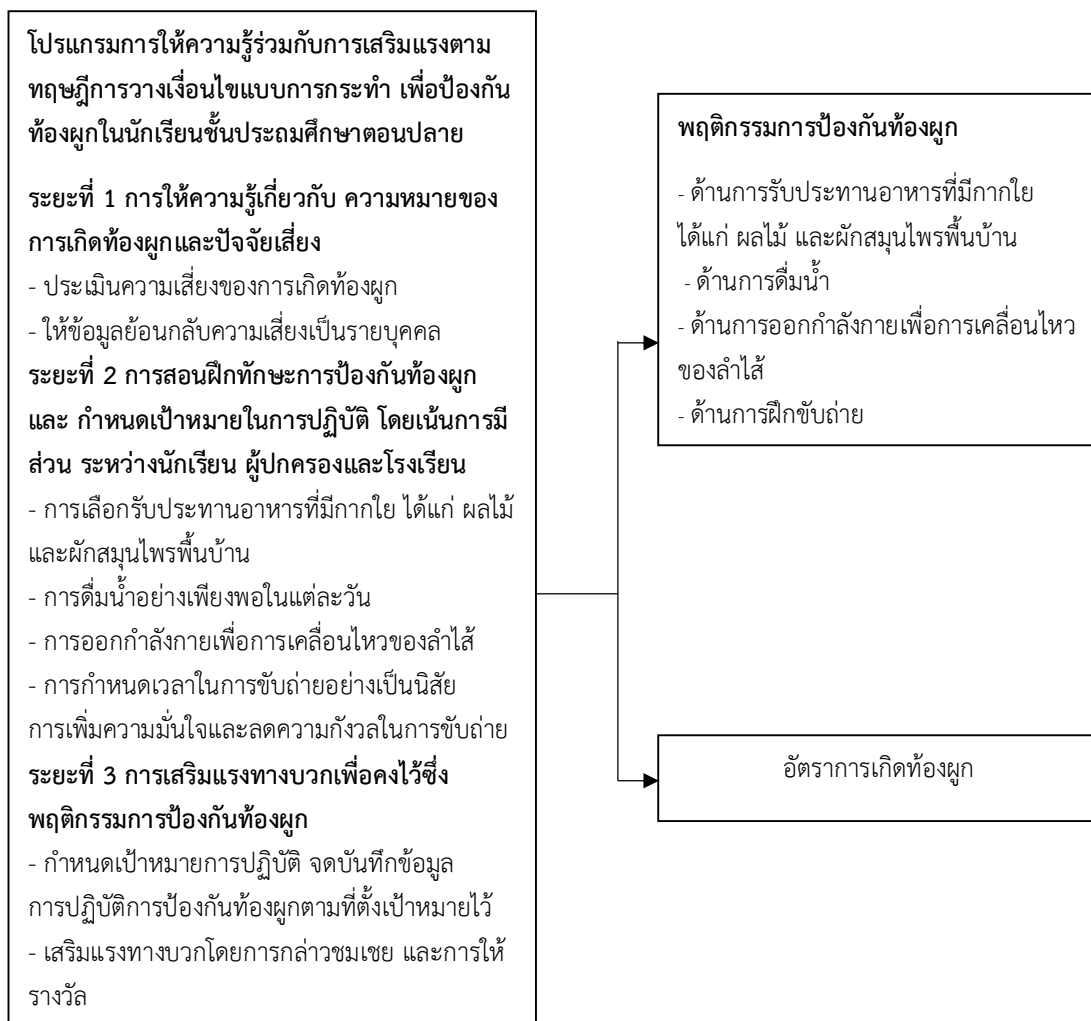
สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันท้องผูก ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการเสริมแรงตามทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. อัตราการเกิดท้องผูก ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการเสริมแรงตามทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิด

พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ตามกรอบแนวคิดของทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำของสกินเนอร์ (Skinner, 1938) ก็คือการควบคุมการตอบสนองด้วยวิธีการเสริมแรง กล่าวคือ เราจะให้การเสริมแรงเฉพาะในเรื่องที่ต้องการเพื่อให้เกิดเป็นนิสัยติดตัว ดังนั้นถ้าเราต้องการให้เด็กมีพฤติกรรมใหม่ในเรื่องใด ก็ควรให้การเสริมแรงพฤติกรรมนั้น เพื่อให้เด็กทำต่อไปจนเป็นนิสัย แต่ถ้าต้องการให้พฤติกรรมใดหายไปก็ควรลดการเสริมแรงพฤติกรรมนั้น ก็จะทำให้พฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนานั้นหายไป การปลูกฝังพฤติกรรมใหม่ให้แก่เด็กโดยใช้การเสริมแรงเป็นสิ่งควบคุมพฤติกรรม ควรมีการวางแผนให้เหมาะสม โดยการวิจัยครั้งนี้ ได้ออกแบบโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการเสริมแรงทางบวกตามแนวคิดทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การให้

ความรู้เกี่ยวกับความหมายของการเกิดท้องผูกและปัจจัยเสี่ยง ระยะที่ 2 การสอนฝึกทักษะการป้องกันท้องผูกและกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติ โดยเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างนักเรียน ผู้ปกครองและโรงเรียน โดยแบ่งฐานการปฏิบัติออกเป็น 4 ฐาน ระยะที่ 3 การเสริมแรงทางบวกเพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมป้องกันการป้องกันท้องผูก มีการวัดผลในเรื่องพฤติกรรมป้องกันการป้องกันท้องผูก 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับประทานอาหารที่มีกากใย ได้แก่ ผลไม้และผักสมุนไพรพื้นบ้าน 2) ด้านการดื่มน้ำ 3) ด้านการออกกำลังกายเพื่อการเคลื่อนไหวของลำไส้ และ 4) ด้านการฝึกขับถ่าย และวัดผลเรื่องการเกิดท้องผูก โดยระยะเวลาของการดำเนินโปรแกรม 6 สัปดาห์ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ดำเนินการทดลองตามแบบแผนการวิจัย แบบ 1 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest - Posttest Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป้องกันท้องผูก ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการเสริมแรงตามทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ ก่อนและหลังเข้าร่วม

โปรแกรม และเพื่อเปรียบเทียบการเกิดท้องผูก ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ร่วมกับการเสริมแรงตามทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนวัดเกาะขวาง (สังวาลย์ราษฎร์รังสรรค์) จังหวัดจันทบุรี ปีการศึกษา 2563 ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 30 เมษายน 2563 จำนวน 41 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้ามาศึกษา (Inclusion criteria)

1. สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้
2. ยินดีเข้าร่วมโปรแกรม โดยได้รับการบอกกล่าว เต็มใจ และลงชื่อในหนังสือยินยอม
3. มีผู้ปกครองที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการสอนได้

เกณฑ์การตัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. เข้าร่วมไม่ครบตามโปรแกรมที่กำหนดไว้
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีท้องผูกจากโรคทางกาย
3. มีการย้ายโรงเรียนหรือเสียชีวิตขณะดำเนินการวิจัย

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample Size Determination)

การศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายทั้งหมดจำนวน 41 คน ที่กำลังศึกษาอยู่ที่โรงเรียนวัดเกาะขวาง (สังวาลย์ราษฎร์รังสรรค์) จังหวัดจันทบุรี ปีการศึกษา 2562 ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 30 เมษายน พ.ศ. 2563

เครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด

1.1 โปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการเสริมแรงตามทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำของสกินเนอร์ (Skinner, 1948) เป็นกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมระหว่างนักเรียน ผู้ปกครองและโรงเรียน โปรแกรมแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ สัปดาห์ที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับความหมายของการเกิดท้องผูกและปัจจัยเสี่ยง ระยะที่ 2 การสอนฝึกทักษะการป้องกันท้องผูกและกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติ ระยะที่ 3 การเสริมแรงทางบวกเพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมป้องกันท้องผูก

1.2 คู่มือการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันท้องผูก พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ตามการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องกับ ความหมาย สาเหตุ อาการ การปฏิบัติเพื่อป้องกันท้องผูก ตารางการจดบันทึกการปฏิบัติกิจกรรม และตารางประทับตราดาวเมื่อมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้สำเร็จ

โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือ ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการเสริมแรงตามทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ และคู่มือการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันท้องผูก ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลเด็ก 1 ท่าน และพยาบาลเฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญ ในการพยาบาลเด็ก 1 ท่าน เพื่อให้พิจารณาตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด (Scale-level Content Validity Index: S-CVI) ได้ค่า S-CVI = .94

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ชุด ได้แก่

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2564) หน้า 37

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพของผู้ปกครอง

2.2 แบบประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันท้องผูก พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ป้องกันท้องผูกซึ่งมีจำนวน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการรับประทานอาหารที่มีกากใย ได้แก่ ผลไม้และผักสมุนไพรพื้นบ้าน 2) ด้านการดื่มน้ำ 3) ด้านการออกกำลังกายเพื่อการเคลื่อนไหวของลำไส้ และ 4) ด้านการฝึกขับถ่ายโดยแบบสอบถามมีทั้งหมด 8 ข้อ ลักษณะคำถาม เป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating scale) ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก 5 ข้อ และคำถามเชิงลบ 3 ข้อ มีเกณฑ์ การวัดแบบ Rating scale ตั้งแต่ 0-3 คะแนน ดังนี้ ปฏิบัติประจำเท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้งเท่ากับ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งเท่ากับ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติเท่ากับ 0 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมด 0-24 คะแนน โดยคะแนนรวมยิ่งมาก หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันท้องผูกยิ่งดี ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด และคำนวณค่า S-CVI ได้เท่ากับ .97 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนสฤติเดช จังหวัดจันทบุรี จำนวน 30 ราย นำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .83

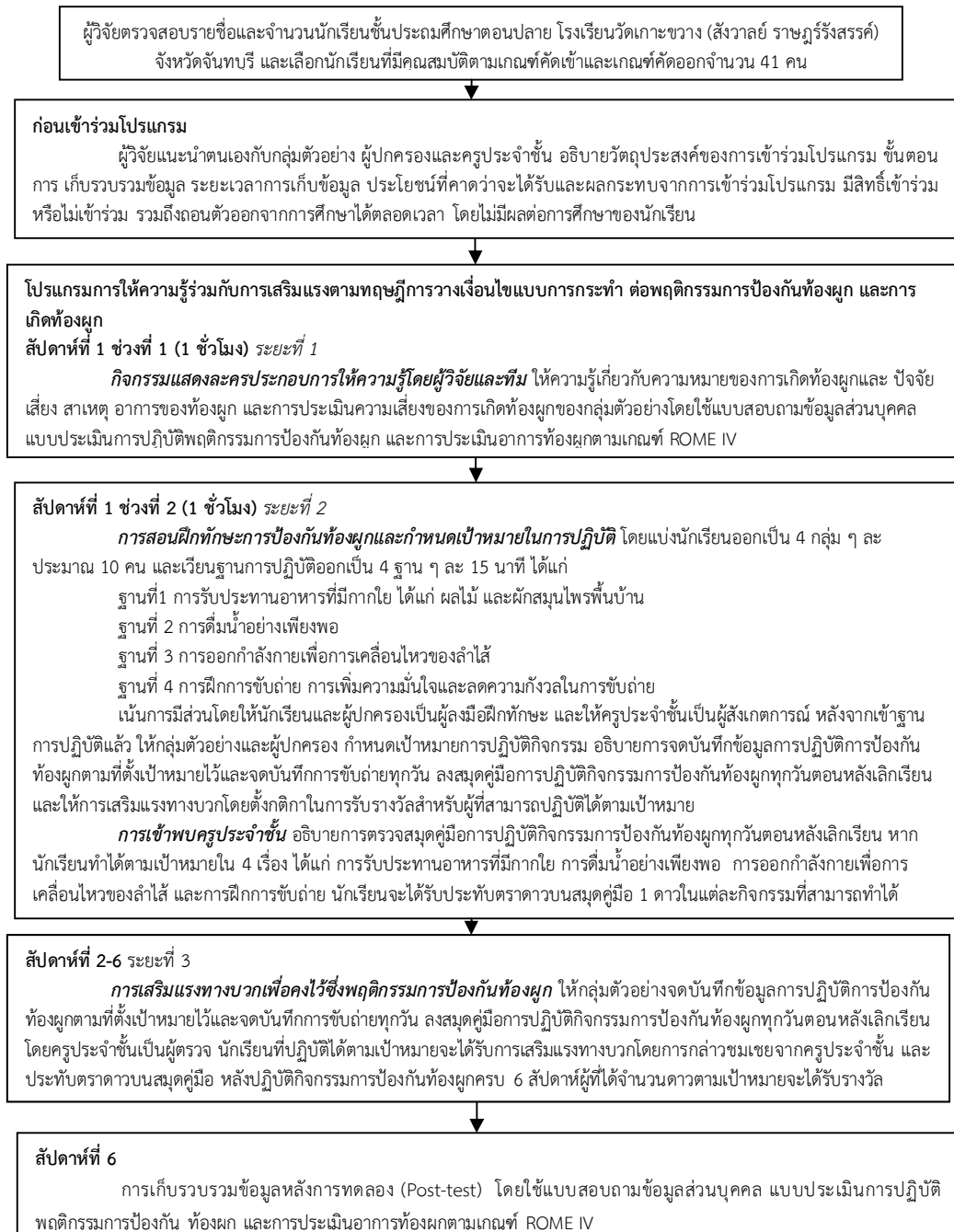
2.3 การประเมินอาการท้องผูกตามเกณฑ์ ROME IV เป็นเครื่องมือที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินอาหารได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะทางเดินอาหารทำหน้าที่ผิดปกติไร้โรคทางกาย (functional gastrointestinal disorders, FGIDs) ใช้ประเมินอาการท้องผูกที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคทางกายเพื่อวินิจฉัยอาการทางคลินิกเป็นหลัก (Jeffrey et al., 2016) ในการวิจัยครั้งนี้เลือกใช้เครื่องมือ ROME IV ในกลุ่มความผิดปกติที่พบในเด็กโตมากกว่า 4 ปีและวัยรุ่น ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อให้ตรวจสอบว่ามีหรือไม่มีอาการ ดังนี้ 1) ถ่ายอุจจาระไม่เกิน 2 ครั้ง/สัปดาห์ 2) การกลั้นอุจจาระไม่อยู่ อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ 3) ประวัติถ่ายอุจจาระคั่งค้างปริมาณมาก 4) ประวัติอุจจาระแข็งและเจ็บขณะถ่าย 5) ประวัติอุจจาระขนาดใหญ่ในลำไส้ตรง 6) ประวัติอุจจาระขนาดใหญ่จนอาจทำให้ส้วมอุดตัน การแปลค่าคือ ต้องมีอาการอย่างน้อย 2 ข้อขึ้นไป ภายใน 1 เดือน แปลผลว่า มีอาการท้องผูก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี เลขที่ CTIREC 010/63 หลังจากนั้นคณะผู้วิจัยแนะนำตนเองและขอความร่วมมือจากอาจารย์ และผู้ปกครองของนักเรียน โรงเรียนวัดเกาะขวาง (สังวาลย์ราษฎร์รังสรรค์) จังหวัดจันทบุรี และกลุ่มตัวอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรวบรวมข้อมูลการวิจัย ให้อิสระในการซักถาม และให้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ เมื่อผู้ปกครองที่ดูแลนักเรียนยินดีให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย คณะผู้วิจัยให้ผู้ปกครองที่ดูแลนักเรียนลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม เมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้ว หากกลุ่มตัวอย่างต้องการยุติการเข้าร่วมการวิจัย ก็สามารถถอนจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลเสียใดๆ คณะผู้วิจัยแจ้งกับผู้ปกครองที่ดูแลนักเรียนว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับโดยไม่มีการรายงานผลเป็นรายบุคคล ซึ่งการวิจัยครั้งนี้จะนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็น นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนวัดเกาะขวาง (สังวาลย์ราษฎร์รังสรรค์) จังหวัดจันทบุรี ปีการศึกษา 2562 ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 30 เมษายน 2563 จำนวน 41คน โดยดำเนินการดังนี้



แผนภูมิที่ 1 การดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพของผู้ปกครอง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันท้องผูก ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนวัดเกาะขวาง (สังวาลย์ราษฎร์รังสรรค์) จังหวัดจันทบุรี ที่ได้รับโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Pair t-test

3. เปรียบเทียบอัตราการเกิดท้องผูก ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนวัดเกาะขวาง (สังวาลย์ราษฎร์รังสรรค์) จังหวัดจันทบุรี ที่ได้รับโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ McNemar Test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 25 คน (ร้อยละ 61.00) มีอายุเฉลี่ยคือ 11.17 ปี ($SD = 1.14$) กำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 17 คน (ร้อยละ 41.50) ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 11 คน (ร้อยละ 26.80) และชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 13 คน (ร้อยละ 31.70) กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่งมีผู้ปกครองประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 25 คน (ร้อยละ 61.00) รองลงมาคือ ผู้ปกครองประกอบอาชีพค้าขาย จำนวน 5 คน (ร้อยละ 12.20)

2. ผลการวิจัย นำเสนอตามสมมุติฐาน

พฤติกรรมการป้องกันท้องผูก ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันท้องผูกทุกด้านสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันท้องผูก ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการเสริมแรงตามทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ ก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรม ($n = 41$)

คะแนนพฤติกรรมการป้องกันท้องผูก	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t- test p -value	
	M	SD	M	SD		
1. นักเรียนรับประทานผักที่ปรุงในอาหารได้เกือบทุกชนิด	2.15	0.48	2.56	0.55	4.20	.000
2. นักเรียนรับประทานเนื้อสัตว์และเชี่ยผักที่เป็นส่วนประกอบของอาหารทั้ง	2.51	0.55	2.27	0.67	1.76	.043
3. นักเรียนรับประทานผลไม้ เช่น ส้มเขียวหวาน แตงโมฝรั่ง กลัวยน้ำว่า มะละกอสุก และแอปเปิ้ล เป็นต้น	2.61	0.54	2.80	0.40	1.95	.029

ตารางที่ 1 (ต่อ)

คะแนนพฤติกรรมการป้องกันท้องผูก	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t- test	p-value
	M	SD	M	SD		
4. นักเรียนดื่มน้ำได้มากกว่า 6 แก้ว/ วัน (250 มล./แก้ว)	2.20	0.64	2.80	0.46	5.86	.000
5. นักเรียนออกกำลังกาย เช่น เดินรอบสนาม หรือ เต้นแอโรบิคอย่างน้อย 10-15 นาที	2.22	0.42	2.59	0.59	2.66	.000
6. นักเรียนชอบทำกิจกรรมที่อยู่ร่วมกับเป็น เวลานานๆ เช่น ดูทีวี เล่นเกมส์คอมพิวเตอร์ ใช้มือถือสมาร์ทโฟน เป็นต้น	1.98	0.76	1.61	0.74	2.42	.010
7. นักเรียนมีการฝึกนั่งขับถ่ายอุจจาระหลัง รับประทานอาหารมื้อเช้า	2.10	0.30	2.34	0.58	2.04	.000
8. นักเรียนกังวลในเรื่องการขับถ่ายอุจจาระ เช่น กลัวมีเลือดออก กลัวเจ็บปวดจากการเบ่งถ่าย อุจจาระ เป็นต้น	2.80	0.46	2.54	0.71	2.13	.019

อัตราการเกิดท้องผูก ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีอัตราการเกิดท้องผูกต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ยกเว้น ประวัติอุจจาระขนาดใหญ่และประวัติอุจจาระขนาดใหญ่จนอาจทำให้ส้วมอุดตัน ที่พบว่าไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอัตราการเกิดท้องผูก ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ร่วมกับการเสริมแรงตามทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n= 41)

อัตราการเกิดท้องผูก	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		Mcneamar's test p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
มีภาวะท้องผูก	17	41.46	4	9.76	.001
ไม่มีภาวะท้องผูก	24	58.54	37	90.24	

อภิปรายผล

พฤติกรรมกรรมการป้องกันท้องผูก

ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม (6 สัปดาห์) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันท้องผูกสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ผลการวิจัย สนับสนุนแนวคิดของทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำของสกินเนอร์ (Skinner, 1938) ที่กล่าวว่า การควบคุมการตอบสนองด้วยวิธีการเสริมแรง คือ เราจะให้การเสริมแรงเฉพาะในเรื่องที่ต้องการเพื่อให้เกิดเป็นนิสัยติดตัว ดังนั้นถ้าเราต้องการให้เด็กมีพฤติกรรมใหม่ในเรื่องใดก็ควรให้การเสริมแรงพฤติกรรมนั้นเพื่อให้เด็กทำต่อไปจนเป็นนิสัย แต่ถ้าต้องการให้พฤติกรรมใดหายไปก็ควรลดการเสริมแรงพฤติกรรมนั้น ก็จะทำให้พฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนานั้นหายไป โดยการวิจัยครั้งนี้พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม (6 สัปดาห์) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันท้องผูกสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากการกระตุ้นให้การเสริมแรง โดยการชมเชยหรือให้แรงจูงใจ โดยวิธีการต่างๆ เช่น การให้รางวัล เป็นกล่อ่งดินสอหรือเครื่องเขียน กล่าวชมเชยยินดีกับนักเรียนที่ปฏิบัติตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการรับประทานผัก ผลไม้ การดื่มน้ำในแต่ละวันเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพราะเด็กวัยนี้ต้องการให้ผู้อื่นสนใจตนเองหรือเห็นว่าตนเองมีความสำคัญว่าคนอื่น การให้แรงจูงใจจะทำให้เด็กสนใจ เรียนรู้และปฏิบัติพฤติกรรมที่เราต้องการอย่างต่อเนื่องต่อไป สอดคล้องกับผลการวิจัยของอริสรา อัครพิสิฐ (2558) ซึ่งได้ทำการวิจัยในชั้นเรียนเรื่อง ความคิดเห็นของนักศึกษาที่มีต่อการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการทำการบินด้วยการเสริมแรงทางบวก (Positive Reinforcement) ในรายวิชา 135-301 ภาษาอังกฤษทางธุรกิจระหว่างประเทศ พบว่าการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการทำการบินด้วยการเสริมแรงทางบวกเป็นแรงจูงใจในการเรียนการสอนที่ดี เพราะนอกจากจะทำให้ให้นักศึกษาตั้งใจเรียนมากขึ้นแล้วยังส่งผลให้นักศึกษามีความกระตือรือร้นในการทำการบินและมีความพยายามทำการบินด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น

อัตราการเกิดท้องผูก

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีอัตราการเกิดท้องผูก ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันท้องผูกเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นจากการเข้าร่วมโปรแกรมที่การเสริมแรงทางบวก มุ่งเน้นให้มีการป้องกันการเกิดท้องผูกตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ประกอบกับการมีกิจกรรมในการกระตุ้นติดตาม เป็นผลให้สามารถปฏิบัติตามเพื่อป้องกันท้องผูกได้อย่างสม่ำเสมอ โดยอัตราการเกิดท้องผูกต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับการประเมินเรื่องการเกิดท้องผูกในเรื่องประวัติอุจจาระขนาดใหญ่ และอุจจาระขนาดใหญ่จนอาจทำให้ส้วมอุดตัน ที่พบว่าไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ไม่ได้มีอาการดังกล่าวอยู่ก่อนแล้วแต่มีประวัติท้องผูกในอาการส่วนอื่นๆ ได้แก่ ถ่ายอุจจาระไม่เกิน 2 ครั้ง/สัปดาห์ ประวัติอุจจาระแข็งและเจ็บขณะถ่ายประวัติถ่ายอุจจาระคั่งค้างปริมาณมาก มีอุจจาระคั่งค้างในลำไส้ตรง และอุจจาระเล็ดอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียนควรรนำผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการเสริมแรงตามทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำไปใช้เพื่อดูแลนักเรียน ประถมศึกษาตอนปลายในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การจัดรูปแบบการทดลองแบบ 2 กลุ่ม (Two group pre- posttest design) เพื่อวัดผลลัพธ์ของงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างควรใช้วิธีการจัดกลุ่มในทิศทางเดียว (Randomized complete block design) เพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะใกล้เคียงกัน

2.2 ควรพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการเสริมแรงตามทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำต่อพฤติกรรมการป้องกันท้องผูกและการเกิดท้องผูก โดยมีการติดตามวัดผลเรื่องพฤติกรรมการป้องกันท้องผูกในระยะสั้น คือ 1-2 เดือน และในระยะยาวตั้งแต่ 6 เดือนขึ้น (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข) ซึ่งเป็นระยะที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงศึกษาธิการ. (2551). *หลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐานพุทธศักราช 2551*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุม สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- จินตนา แสงงาม, วัลยาธรรม พนิชวัฒน์, มงคล เลหาเพ็ญแสง และสุตาภรณ์ พยัคฆะเรือง. (2558). ผลของโปรแกรมการสอนเพื่อบรรเทาอาการท้องผูกของผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดแก้ไขภาวะผิดปกติของทวารหนักและลำไส้ตรง หรือโรคลำไส้ใหญ่โป่งพองแต่กำเนิด. *วารสารสภาการพยาบาล*, 30(1), 86-98.
- พิชญา สานช่วย. (2560). ผลการใช้โปรแกรมกิจกรรมเกมโดยประยุกต์ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำที่มีต่อสมาธิของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. *วารสารสุขศึกษา พลศึกษา และสันทนาการ*, 47(1), 222-231.
- พรรณพัชร พิริยชนนท์, ศุภระวรรณ อินทรขาว และอภิญญา ยวงทอง. (2561). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะท้องผูกในเด็กก่อนวัยเรียนในโรงเรียนอนุบาลแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 18(2), 202-209.
- สถิติสรุปการตรวจสุขภาพนักเรียนประจำปีการศึกษา. (2562). *สถิติสรุปการตรวจสุขภาพนักเรียน 2562*. จังหวัดจันทบุรี: โรงเรียนวัดเกาะขวาง (สังฆาลย์ราษฎร์รังสรรค์) จังหวัดจันทบุรี.
- สุพร ตรีพงษ์กรุณา. (2557). *เด็กท้องผูกแก้ไขไม่ยาก*. สืบค้นจาก <https://www.thairath.co.th/content/449182>
- อริสรา อัครพิสิฐ. (2558). ความคิดเห็นของนักศึกษาที่มีต่อการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการทำบ้าน ด้วยการเสริมแรงทางบวก (Positive Reinforcement) ในรายวิชา 135-301 ภาษาอังกฤษทางธุรกิจระหว่างประเทศ. กรุงเทพฯ: สาขาวิชาการจัดการธุรกิจระหว่างประเทศ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยสยาม.
- Jeffrey, S. H., Carlo, D. L., Miguel, S., Robert, J. S., Annamaria, S., & Miranda, T. (2016). Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/ Adolescent. *Gastroenterology*, 150(6), 1456-1468
- ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2564) หน้า 43

- Levy, E. I., Lemmens, R., Vandenplas, Y., & Devreker, T. (2017). Functional constipation in children: challenges and solutions. *Pediatric health, medicine and therapeutics*, 8, 19–27. <https://doi.org/10.2147/PHMT.S110940>
- Skinner, B. F. (1938). *The Behavior of Organisms: An Experimental Analysis*. New York: Appleton- Century.
- Skinner, B. F. (1948). Superstition' in the pigeon. *Journal of Experimental Psychology*, 38,168-172.
- Tanjung, F. A., Supriatmo, S., Sinuhaji, A. B., & Hakimi, H. (2013). Functional constipation and posture in defecation. *Paediatrica Indonesiana*, 53(2), 104-107.
- Wald, A. (2002). Slow transit constipation. *Current treatment options in gastroenterology*, 5(4), 279-283.
- Woolery, M., Carroll, E., Fenn, E., Wieland, H., Jarosinski, P., Corey, B., & Wallen, G. R. (2006). A constipation assessment scale for use in pediatric oncology. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 23(2), 65-74.

**ความต้องการศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง**

กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ, Dr.PH.*

พยงค์ เทพอักษร, Ph.D.**

Received: April 1, 2021

Revised: October 28, 2021

Accepted: November 12, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการศึกษาต่อในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่างคือ ศึกษเฝ้าบุคลากรสาธารณสุข และบุคคลที่สนใจ จำนวน 283 คน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามออนไลน์ ประกอบด้วยข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2563 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามจำนวน 283 คน ส่วนใหญ่มีความต้องการศึกษาต่อระดับปริญญาโทถึงร้อยละ 88.70 ถ้าวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง จะเปิดการเรียนการสอนในระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ในปีการศึกษา 2564 กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่สนใจสมัครเรียนร้อยละ 81.30 สาขาวิชาที่ต้องการศึกษาต่อส่วนใหญ่ คือ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ร้อยละ 36.09 รองลงมา คือสาขาบริหารสาธารณสุข ร้อยละ 33.04 ส่วนใหญ่ต้องการศึกษานอกเวลาราชการ (เสาร์-อาทิตย์) ร้อยละ 91.74 รูปแบบการจัดการเรียนการสอนส่วนใหญ่ต้องการรูปแบบออนไลน์ การสอนในชั้นเรียน และแบบผสมหน่วยกิตในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 35.22, 33.04 และ 31.74 ตามลำดับ แหล่งเงินที่ใช้ในการเรียนส่วนใหญ่ใช้ทุนตนเองถึงร้อยละ 91.30 ส่วนเหตุผลของการศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษาคือต้องการความก้าวหน้า ต้องการได้รับความรู้เพิ่มขึ้น ต้องการเพิ่มคุณวุฒิ ต้องการการยอมรับจากสังคมหรือเกียรติยศชื่อเสียง และต้องการความมั่นคงในอาชีพ ดังนั้น ผู้เกี่ยวข้องของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์ และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ควรเร่งจัดทำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของบุคลากรสุขภาพในการพัฒนาศักยภาพโดยจัดให้มีการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาต่อไป

คำสำคัญ: ความต้องการศึกษาต่อ บัณฑิตศึกษา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

** เกษตรกรชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; ผู้ให้การติดต่อ E-mail: phayongthep@gmail.com

Needs for Future Students in a Potential Master of Public Health Program at Sirindhorn College of Public Health, Trang

Kannika Ruangdej Chaosuansreecharoen, Dr.PH.^{*}

Phayong Thepaksorn, Ph.D.^{**}

Abstract

This cross-sectional survey research study investigated the needs for future students in a potential Master of Public Health program at the Sirindhorn College of Public Health, Trang. The participants of this study were 283 alumni of Sirindhorn College of Public Health, public health professionals, and other interested persons. We administered an online questionnaire during October- December 2020. We analysed quantitative data using descriptive statistics. We utilized content analysis to analyse qualitative data.

The research results revealed that 283 participants completed the online questionnaire. Most participants wanted to pursue a master's degree (88.70%). 81.30% of participants wanted to attend a potential Master of Public Health Program at Sirindhorn College of Public Health, Trang. The largest percentage of participants were interested in pursuing a master's degree in Public Health (36.09 %), followed by a master's degree in Public Health Administration (33.04%). Most respondents (91.74%) needed to study outside of regular office hours (Saturday-Sunday). Similar proportions of participants were interested in studying online (35.22%), at in-person classes (33.04%), and banking class credit for future study (31.74%). 91.30% of participants planned to self-fund their tuition. The top reasons that participants provided for pursuing a master's level degree included to make progress in their career, to gain more knowledge, to increase educational qualifications, to gain more social acceptance/reputation, and for better job security. Thus, Sirindhorn College of Public Health, Trang, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute should accelerate development of curriculum for a Master of Public Health program to meet the needs of public health personnel to develop their competency at the graduate level.

Keywords: needs for future study, graduate level, Master of Public Health,
Sirindhorn College of Public Health, Trang

^{*} Senior Nursing Instructor Sirindhorn College of Public Health, Trang, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

^{**} Senior Pharmacist Instructor Sirindhorn College of Public Health, Trang, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health;

Corresponding author: E-mail: phayongthep@gmail.com

บทนำ

สถานการณ์ของโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงส่งผลกระทบต่อประเทศไทย โดยเฉพาะนโยบายทางด้านสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศที่ได้มีการกำหนดบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้สามารถเข้าถึงปัญหาสุขภาพที่เป็นผลมาจากสุขภาวะ ปัญหาทางสังคมและวัฒนธรรม รวมทั้งมีแนวคิดและประสบการณ์ ในการชี้นำสังคมในการสร้างสรรค์ระบบสุขภาพที่พึงปรารถนา และสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนให้มีพลังและศักยภาพในการพัฒนาวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคล ชุมชนและสังคม ที่มีคุณภาพและสุขภาวะ โดยจะคำนึงถึงความเชื่อมโยงที่ทันต่อเหตุการณ์ทางสุขภาพที่เกิดจากผลกระทบจากภาวะเศรษฐกิจ ภาวะทางสังคม และภาวะสิ่งแวดล้อมของท้องถิ่นและของโลกที่เปลี่ยนแปลงไป ภัยพิบัติทางธรรมชาติและภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการเกิดโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำที่เป็นทั้งโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ การบาดเจ็บ รวมไปถึงโรคที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม เช่น ภาวะโลกร้อน การอพยพแรงงานระหว่างภูมิภาค(สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2559; สำนักนายกรัฐมนตรี, 2559) ดังนั้น จึงควรต้องมีการวางแผนเพื่อพัฒนาให้บุคลากรและผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ ให้มีองค์ความรู้ความสามารถในการค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา วางแผนแก้ปัญหาและดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ รวมถึงสามารถบูรณาการองค์ความรู้ทางสาธารณสุขที่หลากหลาย ได้แก่ วิทยาการระบาด โภชนาการ อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย พฤติกรรมศาสตร์และสุขศึกษา การวิจัยด้านสาธารณสุขและการบริหารสาธารณสุข เป็นต้น เพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขหรือพัฒนาสาธารณสุขให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิภาพสูงสุดและยั่งยืน (สถาบันพระบรมราชชนก, 2560; กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560)

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งสถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร ได้พระราชทานพระบรมราชานุญาตให้เปลี่ยนชื่อสถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขเป็น “สถาบันพระบรมราชชนก” ตามหนังสือสำนักราชเลขาธิการ ที่ รล 0003/12819 ลงวันที่ 27 กันยายน 2537 โดยมีฐานะเป็นส่วนราชการของสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข (พระราชบัญญัติ สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2562, 2562) โดยให้มีหน้าที่หลักด้านการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข ประกอบด้วยวิทยาลัยการสาธารณสุขและวิทยาลัยพยาบาล ในอดีตที่ผ่านมา วิทยาลัยในสังกัดของสถาบันพระบรมราชชนกจะจัดการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี และระดับปริญญาตรี ซึ่งต้องไปเป็นสถาบันสมทบของสถาบันอุดมศึกษาอื่นเพื่อให้สามารถจัดการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือระดับบัณฑิตศึกษาได้ เนื่องจากสถาบันพระบรมราชชนก ยังไม่อิสระทางวิชาการ ดังนั้นเพื่อให้สถาบันพระบรมราชชนกสามารถพัฒนาระบบบริหารและการจัดการศึกษาเฉพาะทางที่มีความคล่องตัว มีเสรีภาพทางวิชาการ และอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสภาสถาบันพระบรมราชชนกได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ดังนั้น พระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2562 ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ลงวันที่ 5 เมษายน 2562 ให้สถาบันพระบรมราชชนกเป็นสถาบันอุดมศึกษาเทียบเท่ามหาวิทยาลัย ออกจากสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มาเป็นนิติบุคคลเป็นกรมหนึ่งที่ดูแลการศึกษาทั้งหมด และกำหนดสถานภาพของสถาบันพระบรมราชชนกให้เป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่จัดการศึกษาระดับอุดมศึกษา แบ่งออกเป็น 2 คณะ คือ คณะพยาบาลศาสตร์และคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อผลิตและพัฒนาบุคลากรตามความต้องการของ

กระทรวงสาธารณสุข ให้การศึกษา ส่งเสริมวิชาการและวิชาชีพ ทำการสอน ทำการวิจัย ให้บริการทางวิชาการแก่สังคม และทะนุบำรุงศิลปและวัฒนธรรม (พระราชบัญญัติ สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2562, 2562) หลังจากสถาบันพระบรมราชชนกเป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพแล้ว พันธกิจในการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพของวิทยาลัยในสังกัดของสถาบันพระบรมราชชนก จึงมีความเป็นอิสระทางการศึกษามากขึ้นในอันจะสามารถจัดการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาได้ ประกอบกับสถาบันพระบรมราชชนกได้ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) จัดสรรทุนรัฐบาลในการพัฒนาอาจารย์ตามความต้องการของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ให้ไปศึกษาในระดับปริญญาเอกทั้งในประเทศและต่างประเทศ มาเป็นระยะเวลามากกว่า 15 ปี ดังนั้นอาจารย์ในสังกัดของสถาบันพระบรมราชชนก จึงมีศักยภาพที่พร้อมและเหมาะสมเพื่อรองรับกับการจัดการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา สำหรับวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง เป็นวิทยาลัยในสังกัดคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ ตั้งอยู่ในพื้นที่ภาคใต้ฝั่งอันดามัน มีอาจารย์ที่จบการศึกษาในระดับปริญญาเอกในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพจำนวน 9 คน แบ่งเป็นจบการศึกษาจากต่างประเทศด้วยทุนรัฐบาลในการพัฒนาอาจารย์ตามความต้องการของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 5 คน และจบการศึกษาหลักสูตรนานาชาติ จำนวน 4 คน (วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง, 2563) จากความพร้อมด้านศักยภาพของอาจารย์ อาคารสถานที่ ห้องเรียน หอพัก และสิ่งอำนวยความสะดวกของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ที่เอื้อต่อการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพในระดับบัณฑิตศึกษา ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการเพิ่มองค์ความรู้ด้านสาธารณสุขให้กับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในระดับต่างๆ ให้มีความรู้และมีสมรรถนะสูงขึ้นด้วยการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา ดังนั้น วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง จึงวางแผนจัดการศึกษาในระดับปริญญาบัณฑิตศึกษา ในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต เพื่อตอบสนองกลยุทธ์ที่ 1 ของคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ ในการพัฒนาหลักสูตรการศึกษาที่ตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพของประเทศ และได้มาตรฐานอาเซียน (สถาบันพระบรมราชชนก, 2562) จึงควรมีการดำเนินการสำรวจความต้องการศึกษาต่อหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง จากศิษย์เก่า บุคลากรประจำการที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ และผู้สนใจ ผลที่ได้จากการสำรวจครั้งนี้จะเป็นข้อมูลที่น่าไปใช้วางแผนการออกแบบเนื้อหาหลักสูตร และรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ตอบสนองตามความต้องการของผู้เรียนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความต้องการศึกษาต่อในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) ด้วยการสำรวจทางออนไลน์ (Google Forms) เพื่อศึกษาความสนใจในการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษาต่อการเปิดหลักสูตรและจัดทำรายละเอียดของหลักสูตร โดยสะท้อนความต้องการของบุคคลและแรงจูงใจในการศึกษาต่อในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ศิษย์เก่า บุคลากรสาธารณสุข และบุคคลที่สนใจ ที่สมัครใจตอบแบบสอบถามทางออนไลน์ (Google Forms) ระหว่างตุลาคม - ธันวาคม 2563 การเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive

sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกคือ (1) ศิษย์เก่า บุคลากรสาธารณสุข และบุคคลที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ภาคใต้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า และ (2) มีความสมัครใจตอบแบบสอบถามทางออนไลน์ (Google Forms) โดยส่งช่องทาง e-mail รายชื่อศิษย์เก่า และบุคลากรสาธารณสุขที่เคยอบรมในหลักสูตรต่างๆของวิทยาลัย โดยทั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามออนไลน์ จำนวน 283 คน โดยแบบสอบถามที่ใช้ในการวิเคราะห์หีบสมบรณ์นำมาวิเคราะห์ได้ จำนวน 230 ตัวอย่าง (ร้อยละ 81.27)

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ส่วน รายละเอียดดังนี้ **ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยลักษณะเป็นแบบข้อความให้เลือกตอบและเติมคำตอบ จำนวนข้อความ 6 ข้อ คือ เพศ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งปัจจุบัน สถานที่ปฏิบัติงาน และจังหวัดที่ปฏิบัติงาน **ส่วนที่ 2** ความต้องการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง จำนวน 6 ข้อ **ส่วนที่ 3** เหตุผลของการศึกษาต่อระดับปริญญาโท และ **ส่วนที่ 4** ความต้องการช่วยเหลือจากวิทยาลัยและข้อเสนอแนะลักษณะข้อความเป็นคำถามปลายเปิด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากการวิจัยที่ผ่านมาที่ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลมาใช้ในการประเมินผลครั้งนี้ ผลการตรวจสอบเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และคำนวณด้วยค่า Index of Item-Objective Congruence (IOC) มีค่าเท่ากับ 1.00

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

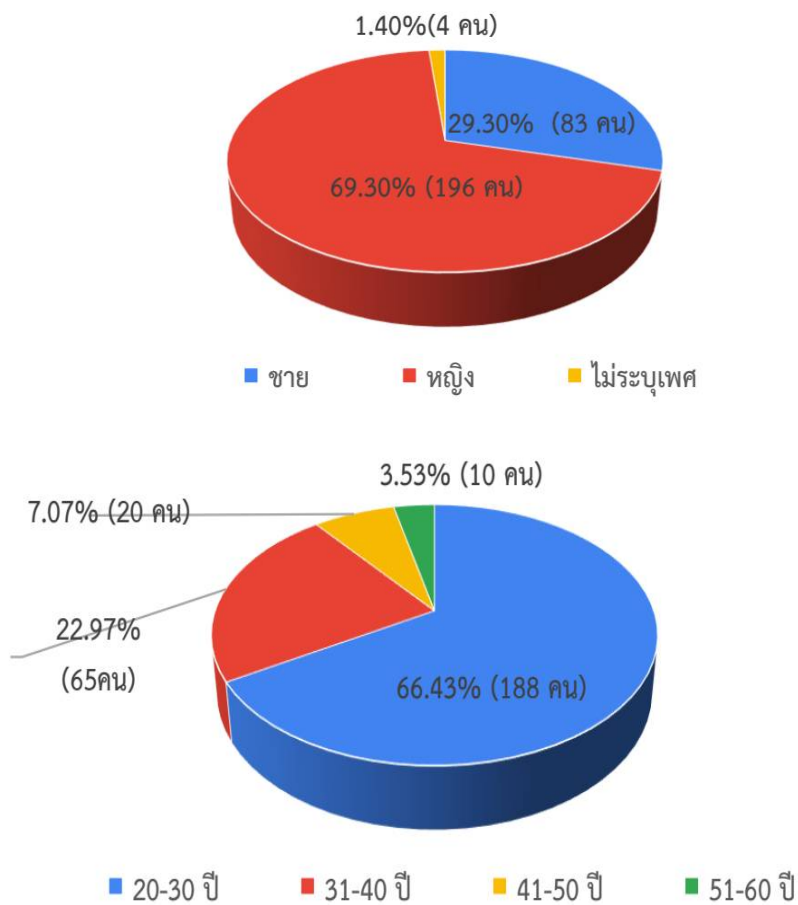
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

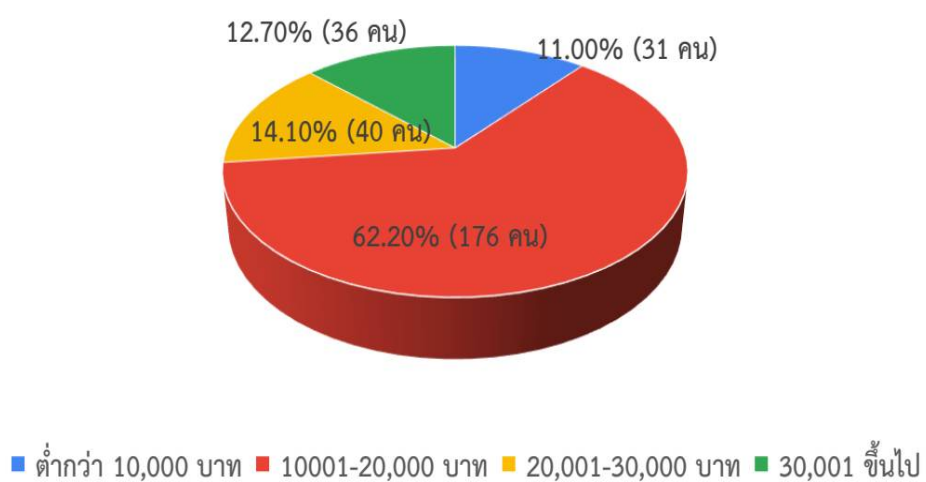
ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษานี้ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ โดยผู้วิจัยจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม ไม่ปรากฏชื่อ หรือสิ่งที่บอกข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถาม โดยผลการศึกษานำมาใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเพื่อการพัฒนาหลักสูตรเท่านั้น ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงกับกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา

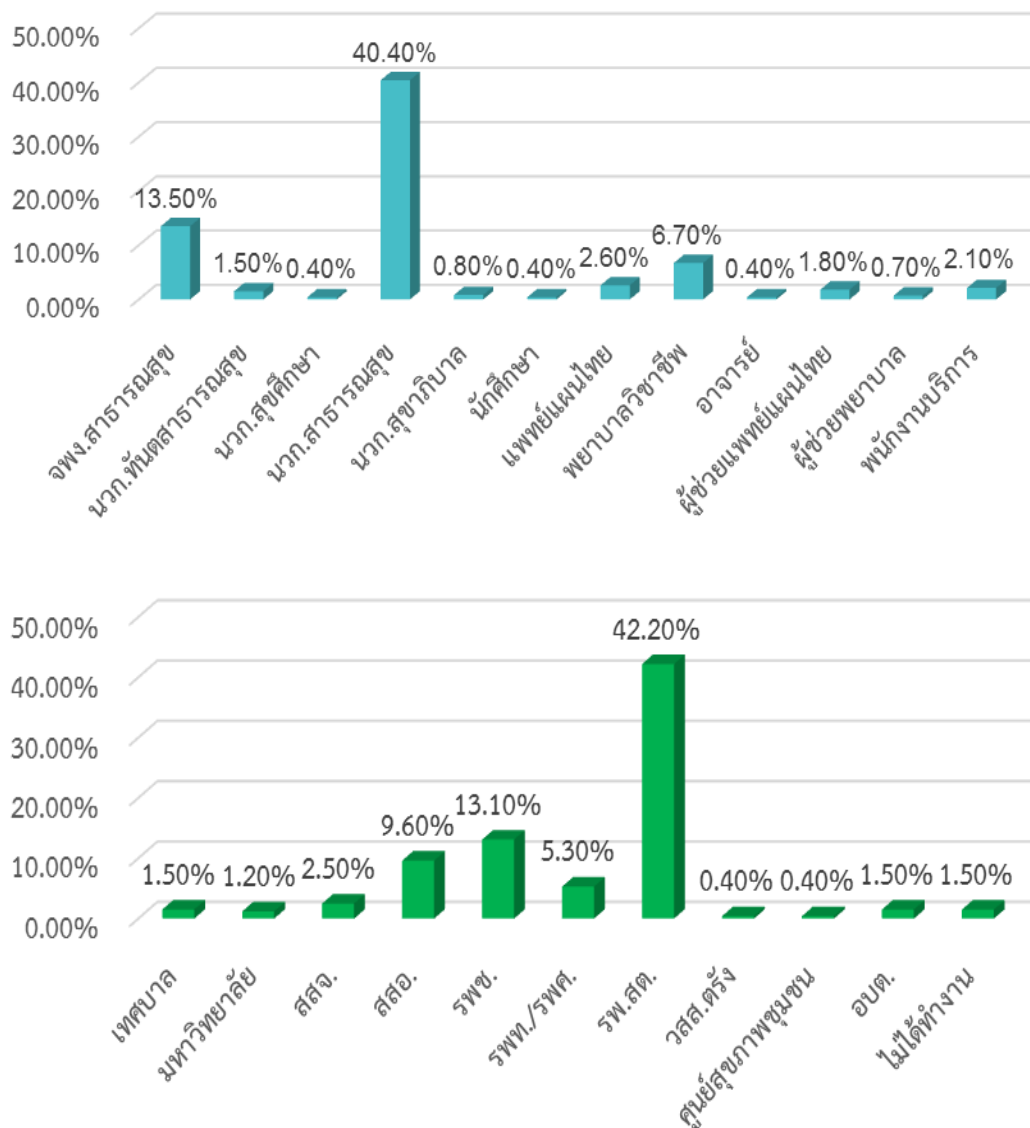
1. **ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามจำนวน 283 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 69.30 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 20 – 30 ปี ร้อยละ 66.43 (รูปภาพที่ 1) ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 10,001 – 20,000 บาท ร้อยละ 62.20 (รูปภาพที่ 2) ส่วนใหญ่สถานที่ปฏิบัติงาน คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ร้อยละ 42.20 และส่วนใหญ่มีตำแหน่งในปัจจุบันเป็นนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 40.40 (รูปภาพที่ 3) และปัจจุบันส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในจังหวัดตรัง ร้อยละ 25.09 (รูปภาพที่ 4)



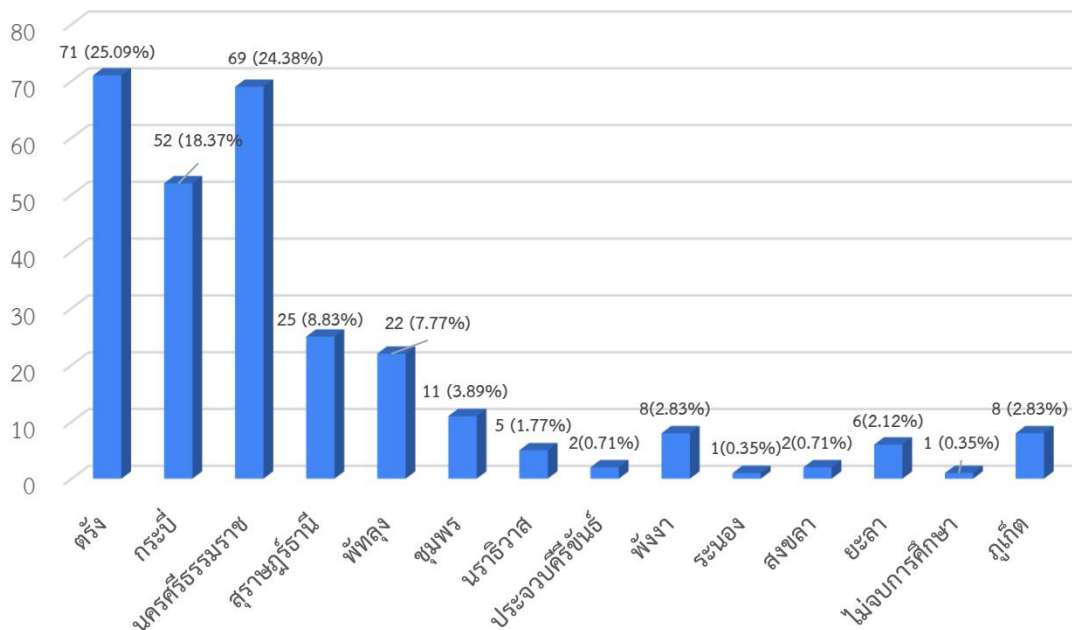
รูปภาพที่ 1 เพศและกลุ่มอายุของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 283)



รูปภาพที่ 2 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 283)

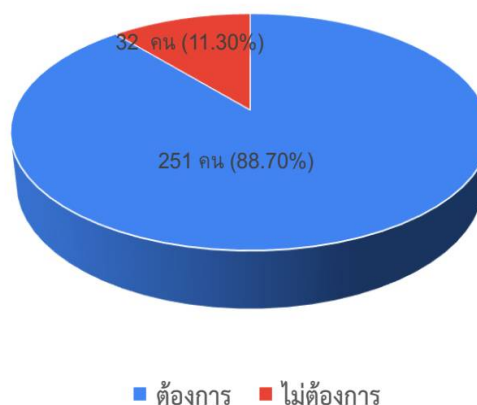


รูปภาพที่ 3 ตำแหน่งในปัจจุบัน และสถานที่ปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 283)

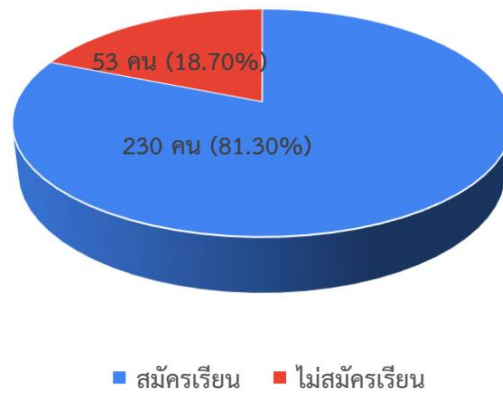


รูปภาพที่ 4 จังหวัดที่ปฏิบัติในปัจจุบันของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 283)

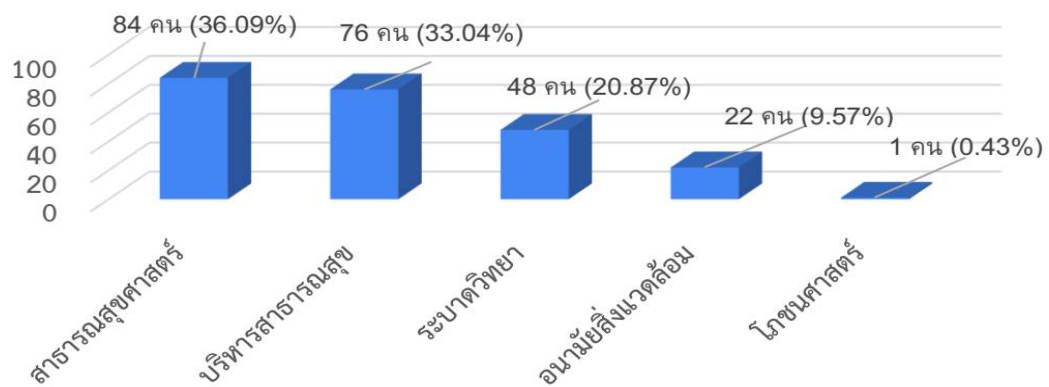
2. ความต้องการศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามจำนวน 230 คน ส่วนใหญ่มีความต้องการศึกษาต่อระดับปริญญาโทถึงร้อยละ 88.70 (รูปภาพที่ 5) และถ้าวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง เปิดการเรียนการสอนในระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ในปีการศึกษา 2564 กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ต้องการสมัครเรียนร้อยละ 81.30 (รูปภาพที่ 6) สาขาวิชาที่ต้องการศึกษาต่อส่วนใหญ่ คือ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ร้อยละ 36.09 รองลงมา คือ สาขาบริหารสาธารณสุข ร้อยละ 33.04 (รูปภาพที่ 7) ส่วนใหญ่ต้องการศึกษานอกเวลาราชการร้อยละ 91.74 (รูปภาพที่ 8) ผู้ตอบแบบสอบถามต้องการรูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ การจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียน และแบบผสมหน่วยกิตในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 35.22, 33.04 และ 31.74 ตามลำดับ (รูปภาพที่ 9) และแหล่งเงินที่ใช้ในการเรียนต่อของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ใช้ทุนตนเองถึงร้อยละ 91.30 (รูปภาพที่ 10)



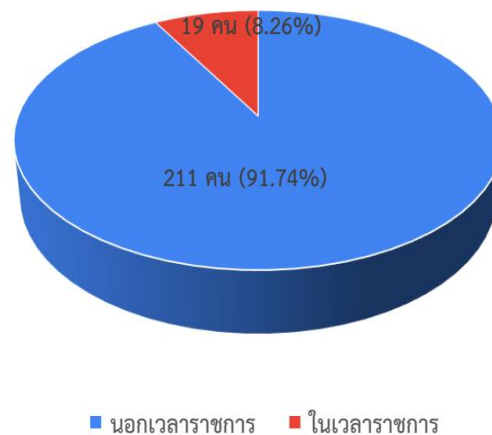
รูปภาพที่ 5 ความต้องการศึกษาต่อระดับปริญญาโทของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 283)



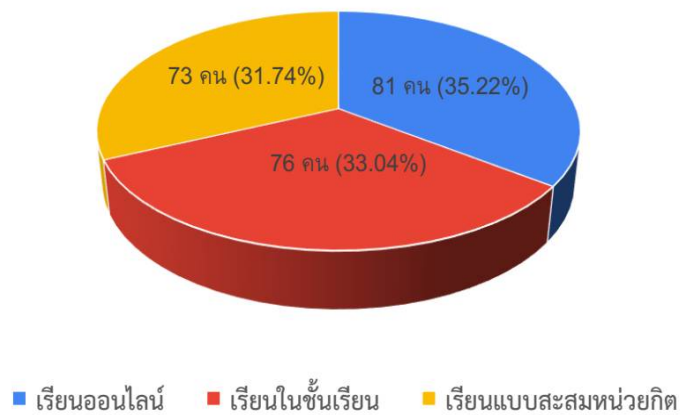
รูปภาพที่ 6 ความต้องการศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ปีการศึกษา 2564 ของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 283)



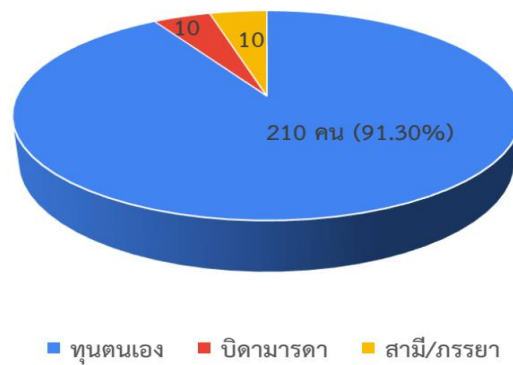
รูปภาพที่ 7 สาขาวิชาที่ผู้ตอบแบบสอบถามต้องการศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ปีการศึกษา 2564 (n = 230)



รูปภาพที่ 8 ช่วงเวลาที่ผู้ตอบแบบสอบถามต้องการศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ปีการศึกษา 2564 (n = 230)

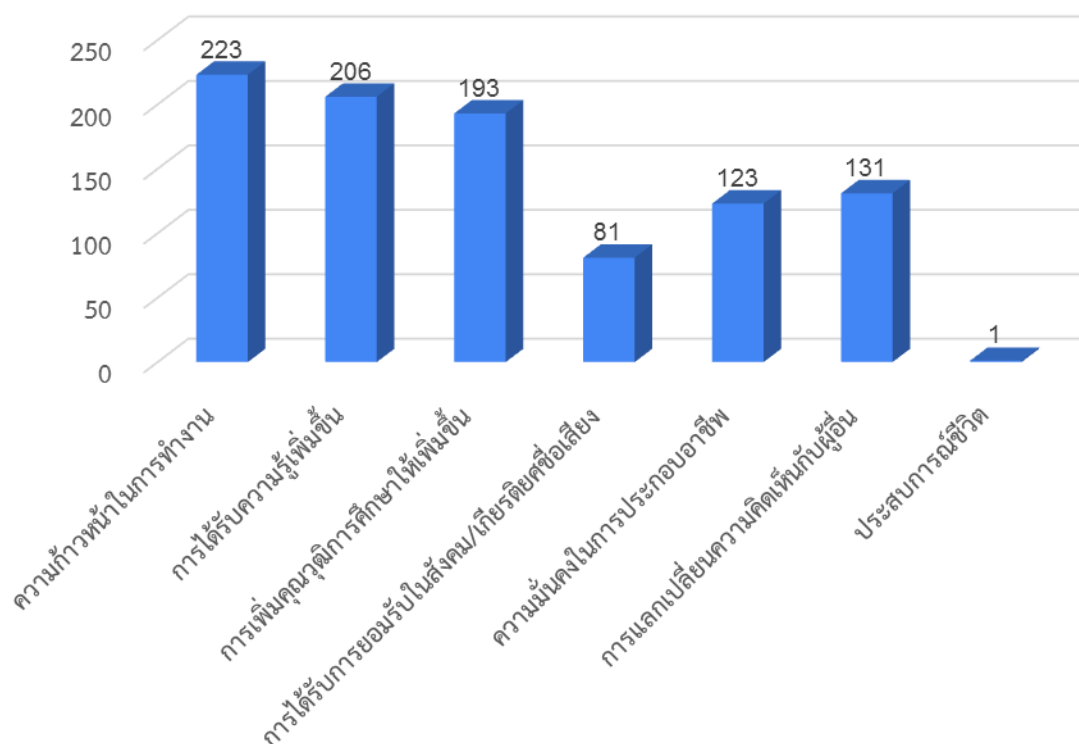


รูปภาพที่ 9 รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ผู้ตอบแบบสอบถามต้องการศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ปีการศึกษา 2564
(n = 230)



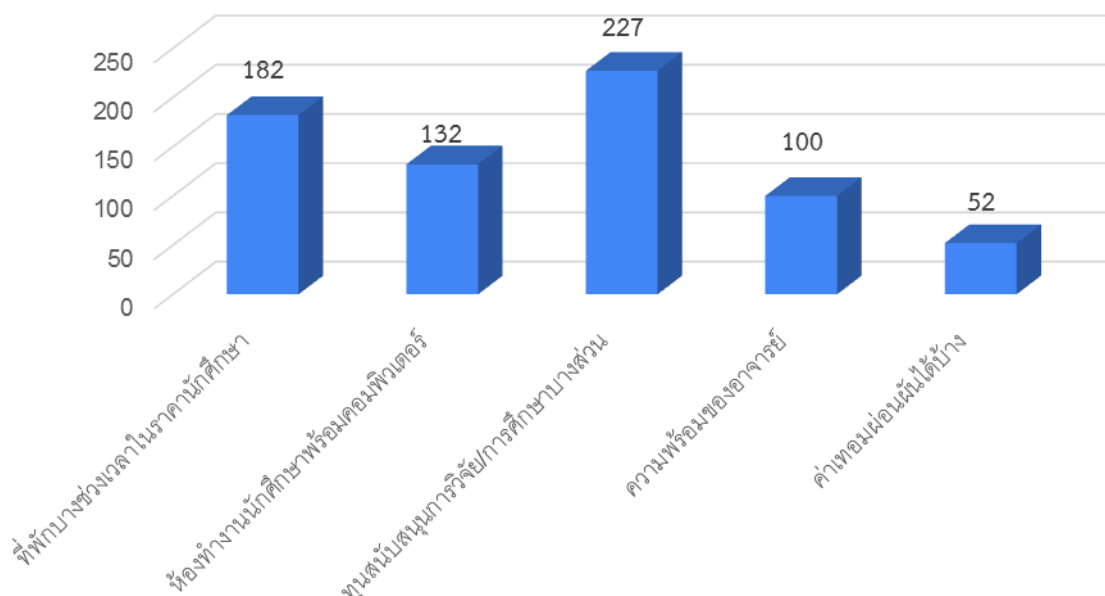
รูปภาพที่ 10 แหล่งเงินที่ใช้ในการเรียนต่อของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 230)

3. เหตุผลการศึกษาต่อระดับปริญญาโท ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 283 คน ระบุเหตุผลของความ ต้องการศึกษาต่อในระดับปริญญาโท ซึ่งสามารถระบุเหตุผลได้มากกว่า 1 ข้อ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ต้องการศึกษาต่อในระดับปริญญาโทเนื่องจากต้องการความก้าวหน้า 223 คน รองลงมาคือ การได้รับความรู้เพิ่มขึ้น จำนวน 206 คน และการเพิ่มคุณวุฒิเพิ่มขึ้น จำนวน 193 คน (รูปภาพที่ 11)



รูปภาพที่ 11 เหตุผลการศึกษาต่อระดับปริญญาโทของผู้ตอบแบบสอบถาม (n= 230)

4. ความต้องการช่วยเหลือจากวิทยาลัยและข้อเสนอแนะ สำหรับความต้องการช่วยเหลือจากวิทยาลัยผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 283 คน โดยตอบคำถามได้มากกว่า 1 คำตอบ ส่วนใหญ่ต้องการทุนสนับสนุนการวิจัยหรือการศึกษาบางส่วน จำนวน 227 คน รองลงมาคือ ที่พักบางช่วงเวลาในราคานักศึกษา จำนวน 182 คน และห้องทำงานนักศึกษาพร้อมคอมพิวเตอร์ จำนวน 132 คน สำหรับข้อเสนอของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ คือต้องการให้วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง เปิดการเรียนการสอนระดับปริญญาโทให้ทันในปีการศึกษา 2564 เนื่องจากเป็นศิษย์เก่าต้องการกลับมาเรียน อาจารย์และสถานที่มีความพร้อมมาก ทำงานในจังหวัดตรังจะได้ไม่ต้องเดินทางไกลไปเรียนที่อื่น จำนวน 223 คน (ร้อยละ 45.3) และรองลงมาคือ รูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานทั้งในชั้นเรียนและแบบออนไลน์ เพราะนักศึกษายังทำงานบางครั้งจะมีการปฏิบัติงานเวรนอกเวลาและราชการนอกเวลาราชการ เนื้อหาบางเรื่องสามารถสอนออนไลน์ได้ จำนวน 98 คน (ร้อยละ 19.92)



รูปภาพที่ 12 ความต้องการช่วยเหลือจากวิทยาลัยของผู้ตอบแบบสอบถาม (n= 230; ตอบคำถามได้มากกว่า 1 คำตอบ)

โดยมีข้อเสนอแนะของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 283) ในประเด็นดังนี้ คือ 1) ต้องการให้วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง เปิดการเรียนการสอนระดับปริญญาโทให้ทันในปีการศึกษา 2564 เนื่องจากเป็นศิษย์เก่าต้องการกลับมาเรียน อาจารย์และสถานที่ที่มีความพร้อมมาก ทำงานในจังหวัดตรังจะได้ไม่ต้องเดินทางไกลไปเรียนที่อื่น (n = 223) 2) รูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานทั้งในชั้นเรียนและแบบออนไลน์ เพื่อเอื้อกับการเรียนนอกเวลาราชการ เพราะนักศึกษายังทำงานบางครั้งจะมีการปฏิบัติงานเวรนอกเวลาและราชการนอกเวลาราชการ เนื้อหาบางเรื่องสามารถสอนออนไลน์ได้ เรียนเสาร์อาทิตย์จะทำให้ไม่ต้องลาเรียน ทำให้ง่ายต่อการขออนุมัติเรียนต่อได้ง่าย ไม่มีผลกระทบขาดคนทำงาน (n = 98) 3) เรียนในสาขาพยาบาลวิชาชีพซึ่งเหมาะสมกับยุคปัจจุบัน (n = 76) 4) มีการเรียนการสอนที่มีความหลากหลาย ได้ปฏิบัติจริง มีอุปกรณ์พร้อมที่จะสนับสนุนต่อการเรียนทุกรูปแบบ (n = 53) 5) มีระบบการเรียนการสอนแบบสะสมหน่วยกิต (Credit bank) (n = 22) 6) มีระบบการเรียนที่เอื้อต่อนักศึกษาที่อยู่ต่างจังหวัดที่ต้องเดินทางไปเรียนที่ วสส. ตรัง (n = 18) และ 7) เปิดหลักสูตรที่ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางหรือที่สอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่ (n = 2)

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามจำนวน 283 คน ด้วยการสำรวจทางออนไลน์ (Google Forms) กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสำรวจออนไลน์ส่วนใหญ่มีความต้องการศึกษาต่อระดับปริญญาโทถึงร้อยละ 88.70 และถ้าวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง เปิดการเรียนการสอนในระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ในปีการศึกษา 2564 กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสำรวจส่วนใหญ่จะสมัครเรียนถึงร้อยละ 81.30 ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจความต้องการศึกษาของนักศึกษาที่กำลังศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาของ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น และมหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี (สุพัฒน์ อาสนะ และคณะ, 2562; จุฑามาศ เบ้าคำกอง และคณะ, 2560) ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะศึกษาต่อ อย่างไรก็ตามเมื่ออธิบายเหตุผล

ตามแนวคิดความต้องการของมาสโลว์ ที่อธิบายว่ามนุษย์แต่ละคนจะมีความต้องการหลายๆ อย่างอยู่ในตัว ได้แก่ อาหาร น้ำ อากาศ ที่อยู่อาศัย ทรัพย์สิน เงิน เพื่อน ครอบครัว ความรัก ความอบอุ่น การศึกษา ทักษะ ความรู้ และอำนาจ การยกย่อง ยอมรับนับถือ ชื่อเสียง เกียรติยศ แต่ในขณะหนึ่งจะมีความต้องการอย่างใดอย่างหนึ่งที่มีลักษณะเด่นที่สุดเกิดขึ้น ซึ่งความต้องการที่เป็นลักษณะเด่นนี้จะเป็นแรงกระตุ้นหรือผลักดันให้ต้องพยายามหาวิธีการที่กระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อให้ได้สิ่งนั้น (ดวงพร รุ่งเรืองศรี, 2561) ซึ่งสิ่งนั้นคือความต้องการศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้นหลังจากจบระดับปริญญาตรีแล้วในระยะเวลาหนึ่งเมื่ออายุและมีรายได้อยู่ในระดับที่สามารถเรียนต่อในระดับที่สูงขึ้น เพราะข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า ผู้ตอบแบบสำรวจส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 20 – 30 ปี และมีรายได้อยู่ระหว่าง 10,001 - 20,000 บาท เป็นช่วงวัยที่พร้อมและเหมาะสมที่จะเรียนต่อในระดับบัณฑิตศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับเหตุผลว่าทำไมต้องการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา ผู้ตอบแบบสำรวจส่วนใหญ่ต้องการความก้าวหน้า ต้องการได้รับความรู้เพิ่มขึ้น ต้องการเพิ่มคุณวุฒิ ต้องการความมั่นคงในอาชีพ และต้องการการยอมรับในสังคมหรือเกียรติยศชื่อเสียง นอกจากนี้ เหตุผลที่ผู้ตอบแบบสำรวจส่วนใหญ่สนใจที่จะเรียนระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ในปีการศึกษา 2564 ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง “เนื่องจากเป็นศิษย์เก่าต้องการกลับมาเรียน อาจารย์และสถานที่ที่มีความพร้อมมาก ทำงานในจังหวัดตรังจะได้ไม่ต้องเดินทางไกลไปเรียนที่อื่น” โดยสอดคล้องกับพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2562 ซึ่งมีสถานะเป็นอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีชื่อเสียงมายาวนานในด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์ การพยาบาลและการสาธารณสุขให้กับกระทรวงสาธารณสุข มาเกือบหนึ่งศตวรรษ เป็นองค์กรส่วนกลางที่ตั้งกระจายในส่วนภูมิภาค มีความใกล้ชิดและทำงานร่วมกับชุมชนมาตลอด ตอบสนองต่อการผลิตและพัฒนาคนในชุมชนอย่างแท้จริง

สำหรับช่วงเวลาสำหรับผู้ตอบแบบสำรวจต้องการให้มีการจัดการเรียนการสอน คือ ช่วงนอกเวลาราชการ ได้แก่ เสาร์-อาทิตย์ สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาของ สุพัฒน์ อาสนะ และคณะ (2562) ที่ทำการศึกษาค้นคว้าความต้องการศึกษาต่อระดับปริญญาโท เหตุผลที่ได้รับจากผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ประกอบการหรือหัวหน้าหน่วยงานจึงต้องการให้บุคคลากรของตนเรียนในเวลาที่ไม่มีการปฏิบัติงานเพื่อไม่ให้เสียงานและผู้ตอบแบบสอบถามบางส่วนอาจต้องการทำงานและเรียนไปพร้อมกัน เนื่องจากความไม่พร้อมในเรื่องค่าใช้จ่ายในการเรียน เช่นเดียวกับการศึกษาของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น และมหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี (สุพัฒน์ อาสนะ และคณะ, 2562; จุฑามาศ เบ้าคำกอง และคณะ, 2560) ได้ศึกษาค้นคว้าความต้องการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษาของบุคลากรสาธารณสุข มีข้อเสนอแนะว่า การจัดการศึกษาควรจัดนอกเวลาราชการในวันเสาร์-อาทิตย์ เพื่อให้ผู้เรียนที่ทำงานแล้วสามารถมาศึกษาต่อได้ สำหรับผลการสำรวจครั้งนี้ พบว่าผู้เรียนต้องการให้วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง จัดการศึกษาในช่วงนอกเวลาราชการ และรูปแบบการเรียนการสอนเป็นลักษณะแบบผสมผสานทั้งในชั้นเรียนและแบบออนไลน์ ดังข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหาจากข้อเสนอจากผู้ตอบแบบสำรวจ “รูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานทั้งในชั้นเรียนและแบบออนไลน์ เพื่อเอื้อต่อการเรียนนอกเวลาราชการ เพราะนักศึกษายังทำงานบางครั้งจะมีการปฏิบัติงานเวรนอกเวลาและราชการนอกเวลาราชการ เนื้อหาบางเรื่องสามารถสอนออนไลน์ได้ เรียนเสาร์ อาทิตย์จะทำให้ไม่ต้องลาเรียน ทำให้ง่ายต่อการขออนุมัติเรียนต่อได้ง่าย ไม่มีผลกระทบขาดคนงาน”

สำหรับผลสำรวจความต้องการของผู้เรียนที่มีความสนใจจะมาเรียนต่อระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ปีการศึกษา 2564 นี้ คือส่วนใหญ่ต้องการศึกษาในสาขาสาธารณสุขศาสตร์ ร้อยละ 36.09 รองลงมา คือสาขาบริหาร

สาธารณสุข ร้อยละ 33.04 ทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่สถานที่ปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ร้อยละ 42.20 และส่วนใหญ่มีตำแหน่งในปัจจุบันเป็น นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 40.40 ดังนั้นจึงอาจจะมีความต้องการศึกษาในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตมากกว่าหลักสูตรบริหารสาธารณสุขและหลักสูตรอื่นๆ จากผลการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่าบุคลากรด้านสุขภาพในพื้นที่ภาคใต้ โดยเฉพาะบุคลากรด้านสุขภาพในพื้นที่จังหวัดตรัง กระบี่ นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี และพัทลุง มีความต้องการศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา ในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต จำนวนมาก ซึ่งวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ก็มีความพร้อมด้านศักยภาพของอาจารย์ อาคารสถานที่ ห้องเรียน หอพัก และสิ่งอำนวยความสะดวกที่เอื้อต่อการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนากำลังด้านสุขภาพในระดับบัณฑิตศึกษา ก็จะเป็นการตอบสนองความต้องการการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ การตอบสนองต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในรูปแบบของเขตบริการสุขภาพอันประกอบไปด้วยระดับปฐมภูมิ มุขีตยภูมิและตติยภูมิ ที่ได้มาตรฐานและให้บริการอย่างทั่วถึง โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุมโรค การบำบัดโรคเบื้องต้นและการฟื้นฟูสภาพ แก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน ตอบสนองต่อการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ในระดับบุคคล ชุมชน ประเทศและนานาชาติ ที่เกี่ยวข้องกับโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ โรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ โรคที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมภัยพิบัติทางธรรมชาติและภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้บริหาร และผู้เกี่ยวข้องทั้งสภาสถาบันพระบรมราชชนก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ และวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ควรเร่งผลักดันการพัฒนาและเปิดการเรียนการสอนหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ในปีการศึกษา 2564 นี้ เพื่อตอบสนองกับความต้องการในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขประจำการ และตอบสนองกลยุทธ์ที่ 1 ของคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ ในการพัฒนาหลักสูตรการศึกษาที่ตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพของประเทศและได้มาตรฐานอาเซียน และตอบสนองความต้องการ ซึ่งบุคลากรด้านสุขภาพในพื้นที่ภาคใต้มีความต้องการศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษาระดับปริญญาโท สาขาที่ต้องการศึกษา คือ สาขาสานุศาสตร์ สาขานบริหารสาธารณสุข และระบาวทยาตามลำดับ เพื่อตอบสนองต่อผู้เรียนและกำลังปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยมีความประสงค์ที่เข้าเรียนนอกเวลาราชการคือ เสาร์-อาทิตย์ และรูปแบบการจัดการเรียนการสอนเป็นแบบผสมผสานทั้งในชั้นเรียนและแบบออนไลน์ เพื่อเอื้อกับการเรียนนอกเวลาราชการสำหรับผู้เรียนที่ไม่ต้องการลาศึกษาต่อแบบเต็มเวลา

เอกสารอ้างอิง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แผนยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564)*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
จุฬามาศ เบ้าคำกอง, นพรัตน์ ส่งเสริม, อรอนงค์ บุรีเลิศ และเนตรทราย ทองคำ. (2560). ความต้องการศึกษาต่อและคุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิตและสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, 6(2), 86-94.

- ดวงพร รุ่งเรืองศรี. (2561). ความต้องการศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาการบริหารการพัฒนาของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยบูรพา. *วารสารด้านการบริหารรัฐกิจและการเมือง*, 8(1), 106-138.
- วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง. (2563). *คู่มืออาจารย์ ปีการศึกษา 2563*. ตรัง: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง.
- พระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2562. (2562, 5 พฤษภาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 136 ตอน 43 ก. หน้า 40-65.
- สุพัฒน์ อาสนะ, เสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, สุทิน ชนะบุญ, อีรศักดิ์ พาจันท์, เจตนิพิฐ สมมาตย์, วิชุดา แสงเพชร, และกุลธิดา กิ่งสวัสดิ์ (2562). ความต้องการศึกษาต่อปริญญาโทสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรขอนแก่น. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ*, 12(3), 233-239.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2559). *ร่างเศรษฐกิจและแผนพัฒนาสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564)*. กรุงเทพฯ: สำนักงาน.
- สำนักนายกรัฐมนตรี. (2559). *กรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - พ.ศ. 2579)*. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สถาบันพระบรมราชชนก. (2560). *แผนยุทธศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนก 2560-2564*. นนทบุรี: กองนโยบายและยุทธศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันพระบรมราชชนก. (2562). *คู่มือการประกันคุณภาพ สถาบันพระบรมราชชนก*. นนทบุรี: สถาบันพระบรมราชชนก.

ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ
กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

พัชรพิมล ตีรณ. บธ.ม.*
สรวงทิพย์ ภูักฤษณา, พย.ม.**
เยาวลักษณ์ แก้วกล้า, รป.ม.***
สุรียา ฟองเกิด, พย.ม.****

Received: January 18, 2021

Revised: November 12, 2021

Accepted: November 12, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์การ ลักษณะสร้างสรรค์ และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ทำการศึกษาในประชากรทั้งหมด 86 คน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง กันยายน พ.ศ. 2563 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามวัฒนธรรมองค์การ ลักษณะสร้างสรรค์ แบบสอบถามความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงาน มีความเชื่อมั่นเท่ากับ .93, .94 และ .96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติบรรยาย และวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยวัฒนธรรมองค์การ ลักษณะสร้างสรรค์โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.21$, $SD = .52$) ค่าเฉลี่ยความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.90$, $SD = .68$) และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตการทำงานโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.98$, $SD = .54$) 2) วัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .675$, $p < .001$) และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับคุณภาพชีวิตการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .736$, $p < .001$)

ดังนั้นการสร้างวัฒนธรรมองค์การ ลักษณะสร้างสรรค์มีผลต่อความมุ่งมั่นในการทำงานของบุคลากร มีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี และมีความคงอยู่ในองค์กรจนถึงวันเกษียณอายุราชการ

คำสำคัญ: วัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์ ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ คุณภาพชีวิตการทำงาน

* หัวหน้างานบริหารทั่วไป วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข;

ผู้ให้การติดต่อ E-mail: Bajrpimol@bnc.ac.th

** รองผู้อำนวยการกลุ่มงานอำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

*** นักทรัพยากรบุคคล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

**** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

The Relationship between Constructive Organizational Culture and Organizational Commitment and Quality of Working Life in Personals of Boromarajonani College of Nursing Chon Buri

Bajrpimol Deroon, M.B.A.^{*}
Srongsit Pookitsana, M.N.S.^{**}
Yaowaluk Klaowkla, M.P.A.^{***}
Suriya Fongkerd, M.N.S.^{****}

Abstract

This descriptive research aimed to study the relationship between constructive organizational culture and organizational commitment and quality of working life in personals of Boromarajonani College of Nursing Chon Buri. The study was conducted on a total sample of 86 personals from February to September 2020. Data were collected using questionnaires consisting of constructive organizational culture, organizational commitment and quality of working life questionnaire. The reliability was .93, .94 and .96, respectively. Descriptive statistics, and Pearson's product moment coefficient were used for data analysis.

The results showed 1) The overall mean score of constructive organizational culture was at a high level ($M = 4.21$, $SD = .52$), the overall mean score of organizational commitment was at a high level ($M = 3.90$, $SD = .68$), and the overall mean score of quality of working life was at a high level ($M = 3.98$, $SD = .54$) 2) The constructive organizational culture was significantly moderately positively correlated with quality of working life at the .01 level ($r = .675$, $p < .001$), and the organizational commitment was significantly highly positively correlated with quality of working life at the .01 level ($r = .736$, $p < .001$).

Therefore, the development of constructive organizational culture will have affect the commitment of personnel to work, have a quality of working life and remain in the organization until the day of their retirement.

Keywords: constructive organizational culture, organizational commitment, quality of working life

^{*} Head of General Administration, Boromarajonani College of Nursing Chon Buri, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health; Corresponding author E-mail: Bajrpimol@bnc.ac.th

^{**} Deputy Director of Corporate Affairs, Boromarajonani College of Nursing Chon Buri, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

^{***} Human Resources Officer, Boromarajonani College of Nursing Chon Buri, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

^{****} Instructor, Boromarajonani College of Nursing Chon Buri, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

บทนำ

คุณภาพชีวิตการทำงาน (Quality of Working Life) เป็นคุณลักษณะการทำงานของบุคคลที่ทำให้ชีวิตมีคุณค่า และเกิดความเป็นอยู่ของชีวิตที่ดีตามการยอมรับของสังคม ทำให้การทำงานและใช้ชีวิตด้านอื่นผสมผสานกันอย่างกลมกลืน จนผู้ทำงานรู้สึกพอใจและดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข ในขณะที่เดียวกันก็พร้อมทำงานให้เกิดผลงานที่ดีที่สุดตามความคาดหวังของสังคม (Sahni, 2019) ดังนั้นในองค์กรที่สมาชิกมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีจะทำให้องค์กรนั้นมีคุณภาพและประสิทธิภาพ และเกิดความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์กร (Chang, Hsieh, Lan & Chen, 2019) คุณภาพชีวิตการทำงานมี 8 ประการ ได้แก่ การได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม สภาพการทำงานที่ปลอดภัย ค่าแรงถึงสุขภาพอนามัย โอกาสในการพัฒนาสมรรถภาพของบุคคล ความมั่นคงและความก้าวหน้าในงาน การทำงานภายใต้การบริหารที่เป็นธรรมและเสมอภาค การทำงานภายใต้รัฐธรรมนูญองค์การที่ตนพอใจ ความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับชีวิตด้านอื่นๆ และความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคม (Walton, 1974) คุณภาพชีวิตดังกล่าวข้างต้นจะส่งผลต่อองค์การในด้านการช่วยเพิ่มผลผลิตขององค์การ การช่วยเพิ่มขวัญและกำลังใจของผู้ปฏิบัติงาน และการช่วยปรับปรุงศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานด้วย (เฉลิมขวัญ เมฆสุข และประสพชัย พสุนนท์, 2560) ซึ่งคุณภาพชีวิตการทำงานจะเน้นไปที่การสร้างความสะดวกสบาย สภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย โดยเฉพาะพยายามสร้างให้คนทำงานมีความสุขกับงาน เมื่อบุคลากรทำงานอย่างมีความสุขแล้วผลที่เกิดขึ้นตามมาคือการคงอยู่ของบุคลากรนานขึ้น (Suyantiningasih, Haryono, & Zami, 2018) นอกจากการทำงานอย่างมีความสุขแล้วที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ของบุคลากรในองค์กร ยังพบอีกว่าวัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์ก็มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในองค์กรของบุคลากรด้วยเช่นกัน (ปริยา มาตาพิทักษ์, 2554)

วัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์ (Constructive organizational culture) เป็นการให้ความสำคัญถึงค่านิยมในการทำงาน โดยมุ่งให้บุคลากรในองค์การเกิดความพึงพอใจ ได้รับความสำเร็จจากการทำงาน มีสัมพันธภาพอันดีระหว่างบุคลากรภายในองค์การ ซึ่งการทำงานในลักษณะนี้จะส่งผลให้องค์การประสบความสำเร็จ ดังนั้นวัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์ จึงเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงค่านิยมความเชื่อที่องค์การยึดถือปฏิบัติสืบต่อกันมาเป็นเวลาอันยาวนาน และได้หล่อหลอมเป็นลักษณะนิสัย ความคุ้นเคยของคนในองค์การหรืออาจเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าเป็นธรรมเนียมที่ยึดถือปฏิบัติจนเป็นวิถีชีวิตของสมาชิกในองค์การ เมื่อองค์การมีวัฒนธรรมดังที่กล่าวมาแล้วนั้น บุคลากรจะมีความภาคภูมิใจ กล้าแสดงออก มีความรัก ความผูกพันต่อองค์การ มีความเป็นน้ำหนึ่งอันเดียวกันและร่วมคิดร่วมทำร่วมพัฒนาองค์การเป็นอย่างดี (กรรณิการ์ โพธิ์ลังกา และสุทธินันท์ พรหมสุวรรณ, 2557) นอกจากนี้วัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์ยังมีผลต่อความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์การ เพราะเป็นความมั่นคงทางสัมพันธภาพของบุคคลกับองค์การ แสดงออกโดยพฤติกรรมเต็มใจที่จะทำงานอุทิศตนเพื่อองค์การทั้งงานในหน้าที่และนอกเหนือหน้าที่ มีความคิดสร้างสรรค์ที่จะพัฒนาผลงานเพิ่มผลผลิตขององค์การ เพื่อให้องค์การบรรลุผลสำเร็จ (ชุดิมา ปัญญาพินิจนุกุล, กลีบแก้ว จันทร์หงส์ และปรีศณี สมิต, 2555) ความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์การเป็นดัชนีชี้วัดประสิทธิภาพขององค์การ ช่วยธำรงรักษาบุคลากร ลดอัตราการโอนย้ายและลาออก ทำให้สามารถรักษาค่าผลประโยชน์ขององค์การได้ นอกจากนั้นความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์การยังสามารถทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติต่อองค์การได้ สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ได้ศึกษาองค์ประกอบความยืดหยุ่นผูกพันของ Meyer, Allen & Smith (1993) กล่าวถึงแนวคิดความยืดหยุ่นผูกพัน มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความยืดหยุ่นผูกพันด้านความรู้สึก (Affective commitment) ความยืดหยุ่นผูกพันต่อเนื่อง (Continuance commitment) และความยืดหยุ่นผูกพันที่เกิดจากมาตรฐานทางสังคม (Normative commitment)

ที่ผ่านมาผลงานวิจัยหลายเรื่องพบว่า วัฒนธรรมองค์การที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานอย่างมีความสุข รู้สึกยึดมั่นผูกพันกับองค์กร อย่างไรก็ตามภายใต้บริบทของสังคมที่เปลี่ยนแปลงก่อให้เกิดทั้งประเด็นที่ท้าทายหรือคุกคามต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี มีบุคลากรโยกย้ายและลาออกเป็นจำนวนมาก และจากผลการสำรวจความสุขในการทำงานระหว่างปี 2559-2561 พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีความสุขในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง และมีบุคลากรจำนวนไม่น้อยที่มีความสุขในการทำงานอยู่ในระดับต่ำ และยังไม่พบว่ามีการศึกษาถึงความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร วัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์ และคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ด้วยเหตุนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ผู้วิจัยจึงต้องทำการศึกษาเพื่อวางแผนส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี อันจะส่งผลต่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพงานแก่ผู้มาติดต่อราชการ ผลการศึกษาครั้งนี้จะทำให้ได้ข้อมูลที่สำคัญที่เป็นประโยชน์ สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารในการวางแผนด้านกำลังคน และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตการทำงานให้กับบุคลากร รวมทั้งเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรทางการศึกษาพยาบาล ในภาพรวมของประเทศต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาวัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์ ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร และคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์ ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (Correlation Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์ และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ อาจารย์ และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี จำนวนทั้งสิ้น 100 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ อาจารย์ และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป มีจำนวนทั้งสิ้น 86 คน คิดเป็นร้อยละ 86.00 ของประชากรทั้งหมด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี เลขที่ BNC REC 07/2563 วันที่รับรอง 27 เมษายน 2563 และผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม พร้อมชี้แจงกลุ่มตัวอย่างว่า คำตอบของแบบสอบถามไม่มีคำตอบที่ถูกต้องหรือผิด ให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบตามความรู้สึกนึกคิดของตนเอง ข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อผู้ตอบแบบสอบถาม และใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น จะวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และหากกลุ่มตัวอย่างไม่ประสงค์ที่จะตอบแบบสอบถามสามารถปฏิเสธได้ โดยไม่มีผลเสียใดๆ แก่ผู้ตอบแบบสอบถาม และผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่าง

อ่านหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัยก่อนตอบแบบสอบถามทุกฉบับ และให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในการให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยถือว่าเป็นการยินยอมในการเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และสายงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์ สร้างตามแนวคิดของ Cook & Lafferty (1989) โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน จำนวน 21 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด โดยมีความเชื่อมั่น (Reliability) สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ สร้างตามแนวคิดของ (Meyer, Allen, & Smith, 1993) จำนวน 15 ข้อ 3 ด้าน ข้อคำถามมีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงมาก เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงน้อย และเป็นจริงน้อยที่สุด โดยมีความเชื่อมั่น (Reliability) สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .94

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตการทำงาน สร้างตามแนวคิดของ Walton (1974) มีเกณฑ์ในการประเมิน 8 ด้าน จำนวน 40 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด โดยมีความเชื่อมั่น (Reliability) สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่เดียวกันกับผู้วิจัย โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยทำบันทึกข้อความขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี พร้อมทั้งส่งโครงร่างวิจัยและแบบสอบถามให้คณะกรรมการพิจารณา เพื่อทำการพิจารณาถึงความเหมาะสมในการเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

2. เมื่อผู้อำนวยการวิทยาลัยอนุมัติ ผู้วิจัยติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนสมบูรณ์

3. รวบรวมแบบสอบถามทุกฉบับและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามทุกชุด แล้วนำข้อมูลที่ได้อำนาจวิเคราะห์ผลทางการวิจัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และสายงาน วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. ระดับวัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์ ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ และคุณภาพชีวิตการทำงาน วิเคราะห์โดย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกรายด้าน และโดยรวม และประเมินระดับจากค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

3. ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์ ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ กับคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Coefficient) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1) ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.9 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 41 – 60 ปี ร้อยละ 58.20 มีการศึกษาระดับปริญญาโทมากที่สุด ร้อยละ 47.70 ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ ร้อยละ 61.60 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 44.20 เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.30 อายุการทำงาน 26 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 30.20 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 15,001 – 25,000 บาท ร้อยละ 32.20

1.2) วัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์

จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยวัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์ของบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.21$, $SD = .52$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านมิติมุ่งความสำเร็จ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ($M = 4.38$, $SD = .51$) รองลงมาคือ ด้านมิติมุ่งสังการแห่งตน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.20$, $SD = .51$) และน้อยที่สุดคือ ด้านมิติมุ่งบุคคลและการสนับสนุน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.06$, $SD = 1.08$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานวัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์ของบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี จำแนกตามภาพรวม และรายด้าน ($n = 86$)

วัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์	ช่วงคะแนน	M	SD	ระดับ
1) มิติมุ่งความสำเร็จ	1 - 5	4.38	.51	มาก
2) มิติมุ่งสังการแห่งตน	1 - 5	4.20	.51	มาก
3) มิติมุ่งบุคคลและการสนับสนุน	1 - 5	4.06	1.08	มาก
4) มิติมุ่งไม่ตรีสัมพันธ์	1 - 5	4.17	.58	มาก
ภาพรวม	1 - 5	4.21	.52	มาก

1.3) ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ

จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.90$, $SD = .68$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความยึดมั่นผูกพันที่เกิดจากมาตรฐานทางสังคม มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ($M = 4.08$, $SD = .63$) รองลงมาคือ ด้านความยึดมั่นผูกพันด้านความรู้สึก มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 3.93$, $SD = .61$) และน้อยที่สุดคือ ด้านความยึดมั่นผูกพันต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 3.68$, $SD = 1.20$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ ของบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี จำแนกตามภาพรวม และรายด้าน ($n = 86$)

ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ	ช่วงคะแนน	M	SD	ระดับ
1) ความยึดมั่นผูกพันด้านความรู้สึก	1 - 5	3.93	.61	มาก
2) ความยึดมั่นผูกพันต่อเนื่อง	1 - 5	3.68	1.20	มาก
3) ความยึดมั่นผูกพันที่เกิดจากมาตรฐานทางสังคม	1 - 5	4.08	.63	มาก
ภาพรวม	1 - 5	3.90	.68	มาก

1.4) คุณภาพชีวิตการทำงาน

จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.98$, $SD = .54$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคม มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ($M = 4.36$, $SD = .59$) รองลงมาคือ ด้านการทำงานภายใต้รัฐธรรมนูญองค์การที่ตนพอใจ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 4.09$, $SD = .65$) และน้อยที่สุดคือ ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับชีวิตด้านอื่นๆ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 3.62$, $SD = .74$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี จำแนกตามภาพรวม และรายด้าน (n = 86)

คุณภาพชีวิตการทำงาน	ช่วงคะแนน	M	SD	ระดับ
1) การได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม	1 - 5	3.64	.76	มาก
2) สภาพการทำงานที่ปลอดภัย ค่าจ้างถึงสุภาพอนามัย	1 - 5	4.06	.68	มาก
3) โอกาสในการพัฒนาสมรรถภาพของบุคคล	1 - 5	4.01	.74	มาก
4) ความมั่นคงและความก้าวหน้าในงาน	1 - 5	3.99	.62	มาก
5) การทำงานภายใต้การบริหารที่เป็นธรรมและเสมอภาค	1 - 5	4.04	.67	มาก
6) การทำงานภายใต้รัฐธรรมนูญองค์การที่ตนพอใจ	1 - 5	4.09	.65	มาก
7) ความสมดุลระหว่างชีวิตงานกับชีวิตด้านอื่น ๆ	1 - 5	3.62	.74	มาก
8) ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคม	1 - 5	4.36	.59	มาก
ภาพรวม	1 - 5	3.98	.54	มาก

2) ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์ และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

2.1) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์ และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ด้วยสถิติการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation)

จากการศึกษาพบว่า วัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .675$, $p < .001$) และ ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .736$, $p < .001$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างวัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์ และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตการทำงาน	
	r	p
วัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์	.675**	<.001
ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การ	.736**	<.001

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การอภิปรายผล

วัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์ จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยวัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์ของบุคลากร โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นั้นแสดงว่าบุคลากรมุ่งมั่นในการทำงานที่สร้างสรรค์ร่วมกันเพื่อให้องค์กรบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ การทำงานภายใต้วัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์ยังทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสมาชิกในองค์กร และจะส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาที่พบว่า บุคลากรของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตการทำงานสูงที่สุดในด้านความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคม ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Cook & Lafferty (1989) ที่อธิบายว่า วัฒนธรรมองค์กรมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้บุคลากรเกิดความเชื่อมั่นและทุ่มเทพลังงาน พลังใจในการปฏิบัติงานให้องค์กรประสบความสำเร็จและบรรลุเป้าหมาย และส่งผลให้บุคลากรในองค์กรมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไว้วางใจกัน ทำงานร่วมกันอย่างมีความสุข และงานบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ โพธิ์ลังกา และสุพัตรินันท์ พรหมสุวรรณ (2557) ทำการศึกษาลักษณะส่วนบุคคล วัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์ และสภาพแวดล้อมในองค์กร ที่มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพนักงานระดับปฏิบัติการในย่านธุรกิจจตุจักร กรุงเทพมหานคร พบว่า อิทธิพลของวัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์ที่ประกอบด้วย มิติเน้นความสำเร็จ มิติเน้นสังคมแห่งตน มิติเน้นให้ความสำคัญกับบุคลากร และมิติเน้นไม่ตรีสัมพันธ์ มีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของพนักงานระดับปฏิบัติการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าบุคลากรของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ หรือสายสนับสนุนที่มีตำแหน่งงานที่มั่นคง มีรายได้ขั้นต่ำ 15,000 บาทขึ้นไป และพบว่าส่วนใหญ่มีอายุงานมากกว่า 20 ปี จึงเป็นเหตุผลที่จะบ่งบอกถึงความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร และวิทยาลัยมีการปลูกฝังความเป็นองค์กรคุณธรรมอย่างต่อเนื่อง มีค่านิยมองค์กรที่สร้างให้เกิดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรสิ่งเหล่านี้ช่วยหล่อหลอมให้บุคลากรมีความรักและความผูกพันต่อองค์กรในระดับสูง และเมื่อบุคลากรมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรแล้วย่อมเกิดความพึงพอใจที่จะปฏิบัติงานด้วยดีและมีความสุขในงานอันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคลากร ในทางตรงกันข้ามคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีก็ส่งผลให้บุคลากรมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรได้เช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Kodikal and Rahman (2016) ทำการศึกษอิทธิพลของคุณภาพชีวิตในการทำงานที่มีต่อความผูกพันต่อองค์กรของพนักงาน พบว่า การพัฒนาบุคลากรขององค์กรต้องมีการปรับปรุงคุณภาพชีวิตการทำงานจึงจะเป็นสิ่งที่ทำให้บุคลากรมีความผูกพันต่อองค์กร และคุณภาพชีวิตดีขึ้น เช่นเดียวกันกับการศึกษาของปิยนิษฐ์ โชติวินิช, อัยรดา พรเจริญ, นลินี ทองประเสริฐ, กิตติมา จิงสุวดี, ประนอม คำผา และอโณทัย หาระสาร (2563) พบว่า ความผูกพันขององค์กรด้านจิตใจและด้านบรรทัดฐาน มีอิทธิพลทางตรงต่อการคงอยู่ของพนักงาน นั้นจึงเป็นได้ว่า การคงอยู่ในงานเกิดจากการมีความสุขในการทำงาน การมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีและการมีความผูกพันต่อองค์กรนั่นเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Yusoff, Rimi, and Meng (2015) พบว่าคุณภาพชีวิตในการทำงานเกี่ยวกับค่าตอบแทนที่เป็นธรรมและเพียงพอ โอกาสในการเติบโต ความปลอดภัย มีความสัมพันธ์ในทางลบกับความตั้งใจออกจากงาน หรือกล่าวได้ว่าคุณภาพชีวิตการทำงานส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรและการคงอยู่ของบุคลากรในองค์กร

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการคงอยู่ของบุคลากรในองค์กร พบว่าบุคลากรมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรในระดับมาก และภูมิใจที่ได้เป็นบุคลากรขององค์กรนี้ อย่างไรก็ตาม ควรต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยต้องการสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ดียิ่งขึ้น สร้างวัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์เพื่อให้บุคลากรมีความตั้งใจในการทำงานจนถึงวันเกษียณอายุราชการ และการเห็นคุณค่าของการเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรตลอดระยะเวลาที่ทำงานอยู่
2. ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนกและมีการเพิ่มเติมตัวแปรอื่นๆ เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ความแตกต่างระหว่างช่วงวัยของบุคลากร เป็นต้น เพื่อขยายองค์ความรู้ในขอบเขตตัวแปรอื่น
3. ควรมีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรภายใต้แนวคิดวัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์

เอกสารอ้างอิง

- กรรณิการ์ โพธิ์ลังกา และสุทธินันท์ พรหมสุวรรณ. (2557). การศึกษาลักษณะส่วนบุคคล วัฒนธรรมองค์การ ลักษณะสร้างสรรค์ และสภาพแวดล้อมภายในองค์กรที่มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพนักงานระดับปฏิบัติการ ในย่านธุรกิจอโศก กรุงเทพมหานคร. *วารสารวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย*, 9(2), 135-158.
- เฉลิมขวัญ เมฆสุข และประสพชัย พสุนนท์. (2560). ปัจจัยคุณภาพชีวิตการทำงานที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานระดับปฏิบัติการ บริษัท สยามฟิตติ้งส์ จำกัด. *วารสารธุรกิจปริทัศน์*, 9(1), 33-50.
- ชุติมา ปัญญาพินิจนุการ, กลีบแก้ว จันทรหงษ์ และปรีศนี สมิต. (2555). การเสริมสร้างความสุขในการทำงาน เพื่อส่งเสริมความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของอาจารย์ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 22(2), 11-23.
- ปรียา มาตาพิทักษ์. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะเชิงวิชาชีพและวัฒนธรรมองค์การลักษณะสร้างสรรค์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป เขตภาคตะวันออก*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์). มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.
- ปิยกันธิ์ โชติวนิช, อัยรา พรเจริญ, นลินี ทองประเสริฐ, กิตติมา จิ่งสุวดี, ประนอม คำผา และอโณทัย หาระสาร. (2563). อิทธิพลของคุณภาพชีวิตการทำงาน ความพึงพอใจในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์กรที่ส่งผลต่อการคงอยู่ของพนักงานห้องจัดแสดงรถยนต์และศูนย์บริการรถยนต์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารนักบริหาร*, 40(2), 81-94.
- Chang, H. P., Hsieh, C. M., Lan, M. Y., & Chen, H. S. (2019). Examining the moderating effects of work-life balance between human resource practices and intention to stay. *Sustainability*, 11(17), 1-15.
- Cook, R. A., & Lafferty, L. J. (1989). *Organization culture inventory*. Plymouth, MI: Human Syner-gistics.

- Kodikal, R., & Rahman, H. U. (2016). Influence of quality of work life on organizational commitment amongst employees in manufacturing sector. *International Journal in Multidisciplinary and Academic Research*, 5(5), 1-30.
- Meyer, J. P., Allen, N. J., & Smith, C. A. (1993). Commitment to organizations and occupations: Extension and test of a three - component conceptualization. *Journal of Applied Psychology*, 78, 538-551.
- Sahni, J. (2019). Role of quality of work life in determining employee engagement and organizational commitment in telecom industry. *International Journal for Quality Research*, 13(2), 285-300.
- Walton, R. E. (1974). Improving the Quality of Work Life. *Harvard Business review*, 4(7), 12 – 14.
- Suyantiningsih, T., Haryono, S., & Zami, A. (2018). Effects of quality of work life (QWL) and organizational citizenship behavior (OCB) on job performance among community health centre paramedics in Bekasi city, Indonesia. *Journal of Economics and Sustainable Development*, 9(6), 54-65.
- Yusoff, Y. M., Rimi, N. N., & Meng, C. H. (2015). A study of quality of work life, organizational commitment and turnover intention. *Problems and Perspectives in Management*, 13(2), 357-364.

การประเมินสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้สำเร็จการศึกษา
รุ่นที่ 1 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขากาพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

ผุสดี ก่อเจดีย์, ส.ม.*

นุสรนา นามเดช, ค.ด.**

ณัฐวุฒิ บุญสนธิ, พย.ม.***

จรัสศรี อธิยาชัย, พย.ม.****

Received: January 12, 2021

Revised: November 11, 2021

Accepted: November 12, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผลโดยวิธีการวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะด้านการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองของผู้สำเร็จการศึกษารุ่นที่ 1 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขากาพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2561 ถึง กุมภาพันธ์ 2562 โดยข้อมูลเชิงปริมาณเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากผู้สำเร็จการศึกษา 19 คน ผู้บังคับบัญชา จำนวน 5 คน และผู้ร่วมงานของผู้สำเร็จการศึกษา 10 คน ข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ผู้บังคับบัญชาของผู้สำเร็จการศึกษา 5 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า 1) ระดับสมรรถนะของผู้สำเร็จการศึกษาทั้ง 8 ด้านอยู่ในระดับดีมาก 2) มุมมองที่มีต่อสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้สำเร็จการศึกษาโดยพบว่า ในด้านพฤติกรรม การให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้สำเร็จการอบรมมีความมั่นใจ มีความรู้ความเข้าใจพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง และมีความใส่ใจต่อผู้ป่วย ในด้านความพึงพอใจต่อสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การเสาะแสวงหาความรู้และการบริการที่มีคุณภาพเพิ่มมากขึ้น และในด้านการนำใช้ความรู้เกี่ยวกับการให้ยา การให้กายภาพบำบัด และการอธิบายพยาธิสภาพและการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะควรมีการจัดการอบรมโดยมุ่งเน้นสมรรถนะเพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีสมรรถนะสูงสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพที่ดีของผู้ป่วย

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง สมรรถนะการพยาบาล หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; ผู้ให้การติดต่อ E-mail: pusadee@bcns.ac.th

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

**** พยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

**Evaluation of the Nurses' Competency Class 1 who Completed Specialized
Nursing Course of Care for Stroke Patients, Boromarajonani College of Nursing,
Saraburi**

Pudsadee Korjedee, M.P.H.^{*}

Nusara Namdej, Ph.D.^{**}

Nutthawut Bunsonti, M.N.S.^{***}

Jarutsri Atthayasai, M.N.S.^{****}

Abstract

This evaluation-descriptive research aimed to evaluate nurses' competencies class 1 who complete specialized nursing course of care for stroke patients, Boromarajonani College of Nursing, Saraburi. Data were collected during December, 2018 through February, 2019. The quantitative data were collected by using the stroke nursing competency assessment, which the researcher created, from 19 graduates and 10 graduates' co-workers and qualitative data were collected by interviewing supervisors of 5 graduates. The descriptive statistics was used to analyze quantitative data and content analysis was used to analyze qualitative data.

Results revealed that; 1. The competency level of the graduates in all 8 areas is very good. 2. The perspectives of stroke nurse specialist in nursing care stroke patients' competent categories found that, nursing behavior for stroke patients' categories, the stroke nurse specialist have more confidence, knowledge and understanding in pathology of cerebrovascular disease and having more attention to the patient. The stroke nurse specialist has more satisfied in caring of stroke patients' categories, seeking for knowledge and improving quality of care. They have been applied knowledge regarding to medical administration, physical therapy, pathophysiology explanation and stroke patients' health assessment.

Recommendations should be given to training courses aimed at enabling trainees to have high competency that can be used in the development of nursing practice to achieve good patient health outcomes.

Keywords: stroke, nurse competency, program for nurse specialist

^{*} Nursing instructor, Boromarajonani College of Nursing Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health; Corresponding author E-mail : pusadee@bcns.ac.th

^{**} Nursing instructor, Boromarajonani College of Nursing Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

^{***} Nursing instructor, Boromarajonani College of Nursing Phaer, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

^{****} Nursing instructor, Boromarajonani College of Nursing Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอย่างหนึ่ง ในระดับโลกพบว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ในขณะที่ในประเทศไทยพบมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้ชายเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 และผู้หญิงอันดับ 2 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) และโรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years; DALYs) (World Health Organization, 2015) ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนบทบาทของตนเองกลายเป็นผู้พึ่งพิง ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ เป็นภาระต่อครอบครัวและประเทศชาติ ในภาวะที่ระบบสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งที่ต้องมีการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลโดยให้มีสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งนี้ในบริบทของประเทศไทย ได้มีความพยายามที่จะพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งในแง่ของการรักษาและการพยาบาล ทำให้สถานบริการสุขภาพ (โรงพยาบาล) ต่างๆ เปิดบริการ FAST TRACT และมีหอผู้ป่วยเฉพาะโรคเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้

พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างมาก เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยพยาบาลต้องทำการประเมินสภาพผู้ป่วย และตัดสินใจอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างทันที่ หากพยาบาลไม่มีความเข้าใจแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแล้ว อาจจะทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสที่จะได้รับการดูแลรักษาได้ ซึ่งผลการพยาบาลได้ให้ความสำคัญอย่างมากต่อการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสนับสนุนให้สถาบันการศึกษาพยาบาลพัฒนาหลักสูตรการอบรมเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่ง วทบ.สระบุรี เล็งเห็นความสำคัญจึงได้จัดทำหลักสูตรดังกล่าวขึ้นและได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาลให้ดำเนินการจัดอบรมได้

หลักสูตรเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วทบ.สระบุรี ประกอบด้วยรายวิชาภาคทฤษฎีและปฏิบัติจำนวน 15 และ 5 หน่วยกิตตามลำดับ ซึ่งมีทั้งรายวิชาที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับนโยบายและการพยาบาล การประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูงและการตัดสินใจทางคลินิก การพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามสภาวะการเจ็บป่วย (วิกฤต เรื้อรัง และฟื้นฟูสภาพ) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า หากผู้ผ่านการศึกษารอบแรกจากหลักสูตรแล้วจะเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถที่เกี่ยวข้องในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 9 ด้าน ได้แก่ 1. สมรรถนะด้านความรู้เรื่องโรค 2. สมรรถนะเฉพาะทางด้านความสามารถในการประเมินและจัดการในภาวะเร่งด่วน 3. สมรรถนะด้านการให้ยาละลายลิ่มเลือด 4. สมรรถนะด้านการพยาบาลในการประเมินและการจัดการเมื่อพ้นภาวะเร่งด่วน 5. สมรรถนะด้านการพยาบาลเพื่อวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง 6. สมรรถนะด้านการสื่อสารและการประสานงาน 7. สมรรถนะด้านการเป็นผู้นำ 8. สมรรถนะด้านการถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีทางการพยาบาล 9. สมรรถนะเฉพาะทาง ด้านการวิจัยและพัฒนาทางการพยาบาล (นลินี พสุคันธศักดิ์ และสุวรรณา วิชาดสงเคราะห์, 2557) มีวิธีการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ หลักสูตรคาดหวังว่าเมื่อสำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรแล้วจะทำให้พยาบาลสามารถพัฒนาแนวทางในการจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองได้

หลักสูตรเฉพาะทางทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วทบ.สระบุรี ได้เปิดให้การอบรมรุ่นที่ 1 ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 บัดนี้มีผู้สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรแล้ว 19 คน ดังนั้นเพื่อเป็นการสะท้อนถึงคุณภาพของหลักสูตร จึงต้องมีการประเมินหลักสูตร ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกวิธีการศึกษาแบบการวิจัยเชิงบรรยายมาเป็นฐาน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขากาพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง รุ่นที่ 1

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประเมินผลโดยใช้รูปแบบเชิงพรรณนา (the evaluation - descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป็นการมองอย่างรอบด้าน ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้ทำการศึกษาจากผู้สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรทั้งหมด 19 คน และได้ทำการศึกษาจากผู้เกี่ยวข้องกับผู้สำเร็จการศึกษาทั้งผู้ร่วมงานและผู้บังคับบัญชา จำนวน 10 และ 5 คน ตามลำดับ เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง โดยเลือกผู้สำเร็จการศึกษารุ่น 1 ทั้งหมด และเลือกผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงานจากแต่ละหน่วยงานของผู้สำเร็จการศึกษาแบบจำเพาะเจาะจง โดยสัมภาษณ์ ผู้บังคับบัญชา 5 ท่าน และผู้ร่วมงาน 10 ท่าน มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 34 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือดังนี้

ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือวิจัย 2 ชุดโดย เครื่องมือวิจัยชุดที่ 1 เป็นแบบประเมินสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจาก นลินี พสุคันธภัก และสุวรรณา วิชาสงเคราะห์ (2557) และสุจารี บัวเจียม และบุญใจ ศรีสถิตนรากร (2557) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับสมรรถนะทั้ง 8 ด้านของการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 37 ข้อ ได้แก่ 1) ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 2) การประเมินและการจัดการในภาวะเร่งด่วน 3) การดูแลผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด 4) การพยาบาลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 5) การพยาบาลเพื่อวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง 6) การสื่อสารและประสานงาน 7) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และ 8) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยดูแล แบบสอบถามเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ (มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านและตรวจสอบความเที่ยงโดยหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.80 (ผู้วิจัยนำไปทดสอบกับผู้สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรที่มีลักษณะเช่นเดียวกัน โดยเป็นผู้สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรอบรมของสถาบันประสาทวิทยา จำนวน 30 คน) และเครื่องมือวิจัยชุดที่ 2 เป็นแนวคำถามในการสัมภาษณ์ เป็นคำถามปลายเปิด 3 ข้อ โดยสอบถามมุมมองที่มีต่อผู้สำเร็จการศึกษา ได้แก่ พฤติกรรมในการให้การพยาบาลผู้ป่วย การนำใช้ความรู้ และความพึงพอใจที่มีต่อผู้สำเร็จการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามสมรรถนะเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจรทางไปรษณีย์ให้แก่ผู้สำเร็จการศึกษา รุ่น 1 จำนวน 19 คน เพื่อให้ผู้สำเร็จการศึกษาประเมินสมรรถนะตนเองภายหลังสำเร็จการอบรมแล้ว 6 เดือน พร้อมแบบประเมินสำหรับให้เพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชาประเมินสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้บังคับบัญชา 5 ท่านเลือกเฉพาะในเขตบริการสุขภาพที่ 4 เพื่อสัมภาษณ์เกี่ยวกับการประเมินสมรรถนะในการปฏิบัติงานของผู้สำเร็จการอบรม โดยนัดหมายการสัมภาษณ์ในช่วงเวลาที่สะดวก

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี เลขที่ EC 1-009/5261 เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ระดับสมรรถนะ ผู้วิจัยกำหนดระดับสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง มีระดับสมรรถนะในระดับมากที่สุด
- ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง มีระดับสมรรถนะในระดับมาก
- ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง มีระดับสมรรถนะในระดับปานกลาง
- ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง มีระดับสมรรถนะในระดับน้อย
- ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง มีระดับสมรรถนะในระดับน้อยที่สุด

2. การวิเคราะห์เนื้อหา ผู้วิจัยทำการอ่านซ้ำหลายรอบแล้วจึงทำการยกประเด็นที่ได้จากการตอบ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n =19)	ร้อยละ 55.9
เพศ		
ชาย	1	2.9
หญิง	18	53.0
อายุ อายุต่ำสุด ...24..... ปี อายุสูงสุด ...48..... ปี เฉลี่ย.....36.9..... ปี		
ช่วงอายุ 20-30 ปี	7	20.6
ช่วงอายุ 31-40 ปี	1	2.9
ช่วงอายุ 41-50 ปี	11	32.4
ช่วงอายุ 51 ปีขึ้นไป	0	0

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สำเร็จการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางสาขาการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองจำนวนทั้งหมด 19 คน คิดเป็นร้อยละ 55.9 เป็นเพศหญิง จำนวน 18 คน (ร้อยละ 53.0) เพศชาย จำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.9) อายุเฉลี่ย 36.9 ปี โดยมีอายุสูงสุด 48 ปี ต่ำสุด 24 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี จำนวน 11 คน (ร้อยละ 32.4) รองมาอยู่ในช่วงอายุ 20-30 ปี (ร้อยละ 20.6) และอายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.9)

2. ระดับสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

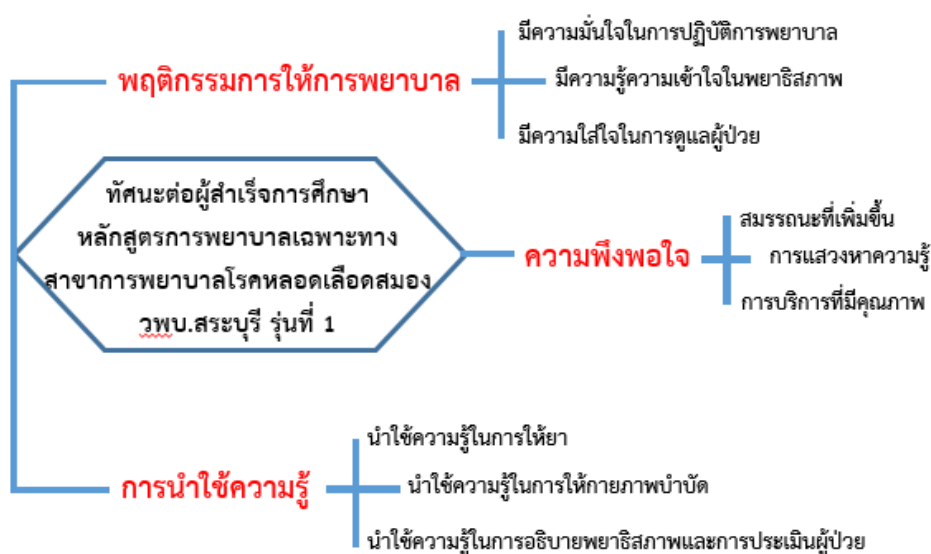
ตาราง 2 ระดับสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สมรรถนะด้าน	ระดับสมรรถนะ		
	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	เฉลี่ย (M)
1. ความรู้เรื่องโรค	4.15	4.41	4.28
2. การประเมินและการจัดการในภาวะเร่งด่วน	3.85	4.38	4.15
3. การดูแลผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด	4.03	4.35	4.21
4. การพยาบาลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	4.18	4.41	4.28
5. การพยาบาลเพื่อวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง	4.29	4.41	4.36
6. การสื่อสารและประสานงาน	4.24	4.29	4.26
7. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	4.06	4.35	4.22
8. การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์/แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยและ ผู้ดูแล	3.97	4.09	4.03
สมรรถนะโดยรวม	4.03	4.36	4.22

ผู้สำเร็จการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางสาขาการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ร่วมงานและผู้บังคับบัญชาประเมินระดับสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยภาพรวมอยู่ใน ระดับมาก และมีระดับสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายด้าน ทั้งหมด 8 ด้าน อยู่ในระดับมาก โดยองค์ประกอบที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.36$) เป็นสมรรถนะด้านการพยาบาลเพื่อวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง รองมาเป็นสมรรถนะความรู้เรื่องโรคและสมรรถนะการพยาบาลในหอผู้ป่วย ($M = 4.28$)

3. มุมมองต่อผู้สำเร็จการศึกษา

ผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงานของผู้สำเร็จการศึกษามีทัศนคติต่อผู้สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรเฉพาะทางสาขาการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี รุ่นที่ 1 จำแนกได้ 3 ด้าน ดังภาพที่ 1 และรายละเอียดดังนี้



ภาพที่ 1 ทัศนคติต่อผู้สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรเฉพาะทางสาขาการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี รุ่นที่ 1

3.1 พฤติกรรมในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พบว่าภายหลังสำเร็จการศึกษาแล้ว 3 - 6 เดือน มีความมั่นใจในทักษะทางคลินิกมากขึ้น มีเจตคติที่ดีโดยแสดงความสนใจใส่ใจในการดูแลผู้ป่วย โดยมีการเปลี่ยนแปลงเรื่องสมรรถนะในด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความรู้เรื่องพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น และมีความสนใจในการศึกษาค้นคว้าเพิ่มขึ้น ดังคำกล่าวดังนี้

“...เรื่อง *Clinical* ได้ดีขึ้นเรามีความมั่นใจมากขึ้น รู้สึกเปลี่ยนแปลงในตัวเอง กลับมาให้ยาได้ แล้วพอไปเรียนปุ๊บกลับมารู้สึกมั่นใจขึ้น..... ทักษะการประเมินผู้ป่วยใช้เครื่องมือมากขึ้น..... สามารถอยู่คนเดียวได้เพราะปกติก็ก่อนที่จะไปเรียนก็คือต้องมีพี่เลี้ยงที่เราไปเรียนมาแล้ว แล้วที่เนี่ยพอเราเรียนกลับมาเราต้องรับผิดชอบตัวเองอะจะต้องรอบคอบมากขึ้นเพราะว่าต้องตัดสินใจเองเพราะทุกอย่างก็คือความรู้ที่ไปเรียนมาปรับใช้” (K๑)

“ใส่ใจสนใจประเมินผู้ป่วย ถ้า *score drop* จะรีบเข้าไปดู รายงานหมอ” (K๕)

“*Patho* พยาธิเนี่ยแหละเขาค่อยๆแน่นขึ้นจากเมื่อก่อนเขาก็แค่ นั่งๆซักประวัติออนเซต *on set* รู้แต่อาจจะไม่รู้เทคนิคในการซักเชิงลึกแต่กลับพอไปเรียนเนี่ยเขาจะซักเพราะเขารู้ *Patho* เขาจะซักนี้ๆเขาจะซักแนวเรารู้เลยน้องซักมาเออเป็นแนว *patho stroke* อะไอย่างเนี่ย เออไม่ได้ซักออกมาแบบลวกๆอะไรอย่างนี้ ตัวเขาได้ตัวเขาก็ได้ *patho* มาอะไรอย่างเนี่ย” (K๓)

“เขาก็สนใจทั้งความสนใจมากขึ้น อย่างที่เขาบอก เขาเสร็จๆ แอบเห็นเขาก็เสร็จ อ่านเสร็จดูอะไรแบบนี้” (K๒)

3.2 การนำใช้ความรู้

พบว่าส่วนใหญ่ของผู้สำเร็จการศึกษามีการนำความรู้และประสบการณ์จากการศึกษาอบรมมาประยุกต์ใช้ในการทำงานในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล แต่ยังมองไม่เห็นความโดดเด่นของผู้สำเร็จการศึกษาในเรื่องการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ ดังคำกล่าวดังนี้

“สามารถอยู่คนเดียวได้ รับผิดชอบ ตัดสินใจได้..... การสอนญาติผู้ป่วยในการทำกายภาพบำบัด การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย” (K๓)

“การบริหารจัดการยา เมื่อเจอเคส *stroke fast tract*” (K๑)

“ได้จัดวิชาการนำเคสมา *conference* การสืบค้นงานวิจัยมีบ้าง ส่วนใหญ่เป็นการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย” (K๔)

3.3 ความพึงพอใจที่มีต่อผู้สำเร็จการศึกษา

พบว่าผู้บังคับบัญชา มีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานของผู้สำเร็จการศึกษา ผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีมีความโดดเด่นในเรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่าน (*Intermediated care*) แต่เมื่อเทียบความโดดเด่นกับผู้สำเร็จการศึกษาจากสถาบันอื่นผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี ยังขาดความมั่นใจในเรื่องการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ดังคำกล่าวดังนี้

“ก็ดีค่ะพึงพอใจสามารถกลับมาทำงานได้เพิ่มสมรรถนะของเขาได้...” (K๒)

“มีน้องยุวรัตน์เนี่ยเป็นตัวแทน *Intermediate care* ก็ได้รับคำชมอยู่เนาะว่ามีผลงานเอื้อ
หนองแคเขา *Plan* มาอยู่แล้วทำให้ไปทำเรื่องนี้ที่ส่งเขามาเรียน” (K๓)
“มองเห็นในความสามารถ แต่ยังไม่มั่นใจ ยังไม่สามารถแสดงออก” (K๔)
“ขาดความมั่นใจ เกี่ยวกับ *Guideline*” (K๑)

นอกจากนี้ ผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงานมีข้อเสนอแนะในการพัฒนาหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะ
ทางสาขาโรคหลอดเลือดสมองของวิทยาลัยบรมราชชนนี สระบุรี ให้มีการพัฒนาคู่มือเก็บทักษะและ
ประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติงานสำหรับผู้อบรมและควรเพิ่มเนื้อหาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองแบบแตก

“เขียนคู่มือประสบการณ์ให้ชัดเจน จะได้ประสบการณ์แต่ละแหล่งเป็นมาตรฐานเดียวกัน
เป็นแนวทางเดียวกัน” (K๒)
“ควรเพิ่มแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย *Hemorrhagic stroke* เพราะแนวโน้มผู้ป่วยจะเพิ่ม”
(K๑)

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องการประเมินสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้สำเร็จการศึกษา
รุ่นที่ 1 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง วิทยาลัยพยาบาลบรมราช
ชนนี สระบุรี สรุปผลการวิจัยได้ว่าพยาบาลที่สำเร็จการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางสาขาการพยาบาลโรคหลอดเลือด
สมองจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี รุ่นที่ 1 มีระดับสมรรถนะการพยาบาลโรคหลอดเลือด
สมองทุกด้านในระดับมาก โดยเฉพาะสมรรถนะด้านการพยาบาลเพื่อวางแผนการจำหน่ายและการดูแล
ต่อเนื่อง มีคะแนน ค่าเฉลี่ยสูงสุด เนื่องจากในหลักสูตร มีการฝึกปฏิบัติเยี่ยมบ้านกับทีมสหวิชาชีพ มีการ
มอบหมายงานให้ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้มีทักษะมี
ความชำนาญในการสอนและให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้และสอน
ผู้ดูแลและผู้ดูแลผู้ป่วยในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ ซึ่งกระบวนการในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองนั้นมีความสำคัญ และต้องมีการเตรียมผู้ดูแลให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
อย่างถูกต้อง การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและเพิ่ม
ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย (จินตนา จักรปิง, 2552) ในขั้นตอนของการดำเนินการ
จัดการอบรมมีกระบวนการคัดเลือกอาจารย์ผู้สอนที่มีประสบการณ์ มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ อาจารย์ผู้สอนทั้ง
ภาคทฤษฎีและปฏิบัติมีคุณสมบัติผู้สอนตามเกณฑ์ที่สภาการพยาบาลกำหนด ผู้สอนประกอบด้วย อาจารย์
แพทย์เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท และระบบหัวใจ หลอดเลือด อาจารย์พยาบาลสำเร็จการศึกษาในระดับ
ปริญญาโททางการพยาบาล มีความเชี่ยวชาญและปฏิบัติงานในสาขาการพยาบาลผู้ป่วยระบบหัวใจ หลอด
เลือด และระบบประสาท มีประสบการณ์ในการพยาบาลเกี่ยวกับผู้ป่วยระบบหัวใจ หลอดเลือด และระบบ
ประสาท โดยมีประสบการณ์ไม่น้อยกว่า 5 ปี (สภาการพยาบาล, 2552) ทำให้ผู้สำเร็จการอบรมความสามารถ
อธิบายอาการ และอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองได้ ความสามารถอธิบายผลกระทบของโรคที่มีต่อ
ระบบต่างๆ ของร่างกายได้ พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงต้องมีสมรรถนะเฉพาะทางใน

การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในแต่ละระยะของการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดโอกาสในการพิการและมีการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้กลับสู่สภาพเดิมอย่างรวดเร็ว (วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล และศรัณยา โมสิตะมงคล, 2560) ซึ่งสมรรถนะของพยาบาล เป็นผลมาจากการบูรณาการความรู้ ทักษะและคุณลักษณะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้และมีประสิทธิภาพ เพื่อผลลัพธ์ที่ดีของการพยาบาลที่ได้มาตรฐานและเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ (วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล และศรัณยา โมสิตะมงคล, 2560) การฝึกปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้ผู้สำเร็จการอบรมได้รับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย มีความมั่นใจในความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (วสนันท์ แสนใจงามวรภัทร์, 2555) นอกจากนี้ในหลักสูตรการอบรมได้เพิ่มเนื้อหาทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในเรื่องสมรรถนะด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์/แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแล สามารถวางแผนการพยาบาลโดยใช้หลักฐาน เชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ และสามารถวิเคราะห์และตัดสินใจเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์/แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ แต่อย่างไรก็ตามในการติดตามผลการอบรมของผู้สำเร็จการอบรมยังไม่พบการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ เนื่องจากผู้อบรมขึ้นฝึกปฏิบัติงานต่อเนื่อง ขาดการกระตุ้นในเรื่องการสืบค้นคว้าหาข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์/แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้สำเร็จการอบรมมีการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่ยังขาดความมั่นใจในเรื่องการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ดังนั้นในหลักสูตรควรจัดกำหนดเป็นประสบการณ์ภาคบังคับเพื่อสร้างความมั่นใจการสำเร็จการอบรม เพื่อสร้างความมั่นใจให้ผู้เข้ารับการอบรมทุกคนในการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์/แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

มุมมองที่มีต่อผู้สำเร็จการศึกษาเป็นไปในเชิงบวก อาจเพราะเป็นผู้ได้บังคับบัญชาที่ผู้บริหารได้คัดเลือกให้มาเข้ารับการอบรมฯ โดยวางแผนที่จะมอบหมายงานจากหน่วยงาน/องค์กรให้รับผิดชอบภายหลังสำเร็จการศึกษา ผู้สำเร็จการอบรมทุกคนมีวุฒิภาวะและประสบการณ์ทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้ารับการอบรม โดยภาพรวมผู้อบรมรุ่น 1 จะมีบุคลิกภาพเรียบร้อย มีความตั้งใจ รับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งก็จัดเป็นคุณลักษณะของบุคคลในวิชาชีพพยาบาลที่มีความรับผิดชอบต่องานในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย

สรุปและเสนอแนะ

สรุปได้ว่าผู้อบรมที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรบุรี รุ่นที่ 1 มีสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยจากการอบรมได้รับความรู้และทักษะ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถให้พยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้มาตรฐานและความปลอดภัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง ควรมีการจัดการอบรมโดยมุ่งเน้นสมรรถนะเพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีสมรรถนะสูงสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพที่ดีของผู้ป่วย

2. ควรมีการพัฒนาหลักสูตรเพื่อเพิ่มสมรรถนะด้านการวิจัยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์/แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแล

3. ควรมีการศึกษาติดตามประเมินผลหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง

4. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้สำเร็จการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาล

5. ควรศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเมื่อได้รับการพยาบาลจากผู้สำเร็จการอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง

เอกสารอ้างอิง

จินตนา จักรปิง. (2552). ผลการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลโรงพยาบาลน่าน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.

นลินี พสุคันธรักษ์ และสุวรรณา วิภาคสงเคราะห์. (2557). การพัฒนาเกณฑ์สมรรถนะเฉพาะทางของพยาบาลวิชาชีพโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารกองการพยาบาล*, 41(1), 74-87.

วสนันท์ แสนใจงามวรภัทร์. (2555). ระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต4. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการการพยาบาล). มหาวิทยาลัยคริสเตียน. นครปฐม.

วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และศรีธยา โมสิตะมงคล. (2560). การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: สมรรถนะของพยาบาล. ใน มนันทยา กองเมืองปัก, กรุณา ชุกิจ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และศรีธยา โมสิตะมงคล. *การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสู่ผลลัพธ์ที่เป็นเลิศทางการพยาบาล* (หน้า 3-16). กรุงเทพมหานคร: ศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *สถิติกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2556: Public Health statistic A.D. 2013*. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สภาการพยาบาล. (2552). *คู่มือการจัดทำหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง*. นนทบุรี: สภาการพยาบาล.

สุจารี บัวเจียม และบุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2557). สมรรถนะพยาบาลหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 26(3), 121-133.

World Health Organization. (2015). *World Stroke Campaign*. Retrieved from <http://www.world-stroke.org/advocacy/world-stroke-campaign>.

การวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล
วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

อุทุมมชญาณ์ อินทเรือง, ปร.ด.*
คมวิวัฒน์ รุ่งเรือง, ศษ.ด.**
ศรินยา พลสิงห์ชาญ, Ph.D.**

Received: April 23, 2021

Revised: October 23, 2021

Accepted: November 12, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข กรอบแนวคิดที่ใช้ในการสร้างสมมติฐานแบบจำลองเส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาลมาจากการสังเคราะห์งานวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่สำเร็จการศึกษาปีการศึกษา 2558-2560 จำนวน 500 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบสองขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามจำนวน 5 ฉบับ ดังนี้ 1) ความสามารถของร่างกาย 2) ความสามารถในการเรียนรู้และแก้ปัญหา 3) สัมพันธภาพทางสังคม 4) สิ่งสนับสนุนความมั่นคงในอาชีพ และ 5) คุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล ค่าความเชื่อมั่นใช้วิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis)

ผลการวิจัย พบว่า ผลการวิเคราะห์เส้นทางตามแบบจำลองสมมติฐานเส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 1.208$, $df = 1$, $\chi^2/df = 1.208$, $p\text{-value} = 0.272$, $CFI = 1.000$, $TLI = 0.999$, $RMSEA = 0.023$, $RMR = 0.055$) โดยคุณภาพชีวิตบัณฑิตพยาบาล ได้รับอิทธิพลรวมสูงสุดจากด้านสิ่งสนับสนุนความมั่นคงในอาชีพ ($\beta = 0.444$, $p\text{-value} < 0.01$) รองลงมา คือ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($\beta = 0.409$, $p\text{-value} < 0.01$) ด้านความสามารถในการเรียนรู้และแก้ปัญหา ($\beta = 0.239$, $p\text{-value} < 0.01$) และด้านความสามารถของร่างกาย ($\beta = 0.138$, $p\text{-value} < 0.01$) ตามลำดับ แบบจำลองเส้นทางปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาลได้ถึงร้อยละ 89 ($R^2 = 0.89$, $p\text{-value} < 0.01$)

ผลการศึกษาครั้งนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสถานบริการสุขภาพที่บัณฑิตพยาบาลปฏิบัติงานประจำในการบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บัณฑิตพยาบาลมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเพิ่มอัตราคงทนอยู่ในวิชาชีพพยาบาล เป็นบุคลากรที่มีสุขภาพที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนได้อย่างมีคุณภาพ

คำสำคัญ: เส้นทางปัจจัย คุณภาพชีวิต บัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรื คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข;
ผู้ให้การติดต่อ E-mail: utchaya@bcnsurin.ac.th

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรื คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Path Analysis of Factors Affecting the Quality of Life of Nursing Graduates from Nursing Colleges under the Ministry of Public Health

Utchaya Intharueang, Ph.D.^{*}

Komwat Rungruang, Ph.D.^{**}

Sarinya Polsingchan, Ph.D.^{**}

Abstract

The objective of this descriptive correlational research design was to analyze the path analysis of factors affecting the quality of life of nursing graduates from nursing colleges under the Ministry of Public Health. Conceptual framework for hypothesis path modeling factors affecting quality of life of nursing graduates comes from research synthesis. The sample were 500 nursing graduates from nursing colleges under the Ministry of Public Health who graduated from the academic year 2015-2017 and were obtained by two-stage random sampling. The research instrument was the factors affecting the quality of life questionnaire consisting of five parts: 1) Physical competence, 2) Learning and problem solving ability, 3) Social relationships, 4) Career security support, and 5) Quality of life. The reliability of the questionnaire was determined using the alpha coefficient of Cronbach equal 0.88. The data were analyzed using descriptive statistics and analyze the factors affecting the quality of life using path analysis.

The results of the research showed that the path analysis based on the path hypothesis model, the factors affecting the quality of life of the nursing graduate were consistent with the empirical data ($\chi^2 = 1.208$, $df = 1$, $\chi^2/df = 1.208$, $p\text{-value} = 0.272$, $CFI = 1.000$, $TLI = 0.999$, $RMSEA = 0.023$, $RMR = 0.055$). It was more influenced by career security support ($\beta = 0.444$, $p\text{-value} < 0.01$), followed by social relationships ($\beta = 0.409$, $p\text{-value} < 0.01$), ability to learn and solve problems ($\beta = 0.239$, $p\text{-value} < 0.01$) and physical competence ($\beta = 0.138$, $p\text{-value} < 0.01$) respectively. Also, the path model was able to jointly predict the quality of life of 89% of nursing graduates ($R^2 = 0.89$, $p\text{-value} < 0.01$).

The results of this study are the basic information of the nursing colleges under the Ministry of Public Health and health care workplaces where nursing graduates work regularly in human resource management in order to provide nursing graduates with a good quality of life. Moreover, it can increase the persistence rate in the nursing profession and encourage them to be health team personnel who provide quality health services to people.

Keywords: path analysis, quality of life, nursing graduates, nursing colleges, Under the Ministry of Public Health

^{*} Senior professional nurse, Boromarajonani College of Nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health; Corresponding author E-mail : utchaya@bcnsurin.ac.th

^{**} Senior professional nurse, Boromarajonani College of Nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

บทนำ

สถานการณ์การขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพเป็นสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ การขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพเป็นอุปสรรคหนึ่งในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน (World Health Organization [WHO], 2016) เนื่องด้วยการให้บริการด้านสุขภาพต้องอาศัยกำลังคนพยาบาลวิชาชีพในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ การลดความเหลื่อมล้ำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างทั่วถึง และการให้บริการสุขภาพที่เป็นเลิศ ซึ่งจะต้องมีกำลังคนพยาบาลวิชาชีพที่เพียงพอในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ การเพิ่มกำลังคนไม่ทันต่อความต้องการจากการสูญเสียพยาบาลวิชาชีพออกจากระบบบริการ จึงเป็นอุปสรรคสำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแก่ประชาชน

ปัจจุบันพบว่า สถานการณ์การขาดแคลนพยาบาลของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่เกิดจากการขาดตำแหน่งข้าราชการเพื่อบรรจุพยาบาลรุ่นเยาว์ (Young nurse) เนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายลดขนาดกำลังคนภาครัฐ ยุบเลิกตำแหน่งเกษียณอายุ และมีโครงการเกษียณอายุก่อนกำหนด (กฤษฎา แสงวดี, 2560) การขาดตำแหน่งเพื่อบรรจุพยาบาลวิชาชีพตลอดระยะเวลากว่า 15 ปี ส่งผลให้พยาบาลรุ่นเยาว์ลาออกภายในปีแรกของการทำงานถึงร้อยละ 48.68 และลาออกภายในปีที่ 2 ร้อยละ 25.57 อายุการทำงานเฉลี่ยของพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาใหม่และมีสถานภาพลูกจ้างชั่วคราวเท่ากับ 1.2 ปี ทำให้เกิดการสูญเสียอัตรากำลังคนถึงร้อยละ 80.05 ต่อปี สูงกว่ากลุ่มข้าราชการถึง 18 เท่า (วิจิตร ศรีสุพรรณ และกฤษฎา แสงวดี, 2555) พยาบาลรุ่นเยาว์มีอัตราการคงอยู่ในวิชาชีพเฉลี่ยเพียง 10.07 ปี (บุญช่วย ศิลาหม่อม, วรณี เดียววิเศษ และอารีรัตน์ ชำอยู่, 2561) นอกจากนี้ มีสาเหตุจากค่าตอบแทนน้อยเมื่อเทียบกับภาคเอกชน ภาระงานหนัก และไม่ได้บรรจุเข้ารับราชการทำให้อาชีพไม่มั่นคง และได้รับสวัสดิการที่ไม่เท่ากับข้าราชการ (จิรัชยา เจียวัก, 2556)

พยาบาลวิชาชีพโดยส่วนใหญ่ใช้ชีวิตในที่ทำงานมากกว่า 54 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (สภาการพยาบาล, 2555) พยาบาลวิชาชีพต้องปฏิบัติงานเกินเวลาโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.74 ชั่วโมงต่อสัปดาห์และเคยปฏิบัติงานติดต่อกัน 2 เหว (16 ชั่วโมง) ถึงร้อยละ 79.05 โดยมีทำงานเวรเช้าต่อเวรบ่ายร้อยละ 77.56 มีเวรบ่ายต่อเวรดึกร้อยละ 16.56 และเวรดึกต่อเวรเช้าร้อยละ 5.88 (เรมวอล นันท์ศุภวัฒน์, อรอนงค์ วิชัยคำ และอภิรติ นันท์ศุภวัฒน์, 2557) พยาบาลวิชาชีพที่จบใหม่ส่วนใหญ่ขึ้นเวรหนัก และช่วงเวลาพักผ่อนน้อย (สมจิต แดนสีแก้ว, ดลวิวัฒน์ แสนโสม นฤมล สิงห์ตง และปิยนุช บุญกอง, 2560) สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวย และสังคมของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานมากและเกินเวลาบ่อยๆ ร่างกายจะเกิดความเหนื่อยล้าสูง (ทริยาพรรณ สุภามณี, วิภาดา คุณาวิกติกุล และผ่องศรี เกียรติเลิศสนา, 2557) ร่างกายอ่อนแอ การตอบสนองช้า และความสามารถในการแก้ปัญหาลดลง และถ้าหากปฏิบัติงานเช่นนี้เป็นเวลานานๆ จะเป็นสาเหตุทำให้พยาบาลวิชาชีพนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ แบบแผนการนอนหลับและการพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากปกติทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับพักผ่อน เช่น เวลาในการนอนไม่เพียงพอ การนอนหลับยาก การนอนหลับไม่สนิท มีการใช้ยานอนหลับ (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, ภราดร ยิ่งยวด, วินัย ไตรนาทวัลย์ และเอกกมล ไชยโม, 2559) และมักพบความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน เช่น บาดเจ็บจากเข็มทิ่มตำ บาดเจ็บจากของมีคมทิ่มตำ พยาบาลวิชาชีพที่นอนหลับไม่เพียงพอจะทำให้ความสามารถในการขับรถลดลง เนื่องจากอาการง่วงซึมและเป็นสาเหตุให้เกิดอุบัติเหตุซึ่งเป็นอันตรายต่อทั้งชีวิตตนเองและผู้อื่น (Rogers, 2008)

สำหรับผลกระทบด้านจิตใจ พบการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ในเชิงลบ เช่น หงุดหงิด อารมณ์ไม่ดี เครียดเรื้อรังและเหนื่อยหน่าย (ทริยาพรรณ และคณะ, 2557) การทำงานที่ต่อเนื่องยาวนานในแต่ละวัน พยาบาล

วิชาชีพต้องเผชิญอารมณ์ของผู้ป่วยและญาติหลากหลาย การบริการพยาบาลที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจนำไปสู่ความเครียดในการปฏิบัติงาน (สุพรรณิ พุ่มแพง และบุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2558) นอกจากนี้ ผลของความเครียดส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ลำบาก ผิดพลาด เกิดอุบัติเหตุจากการทำงานมากขึ้น ก่อให้เกิดผลเสียต่อคุณภาพชีวิตและการปฏิบัติงาน

เมื่อมีภาระงานมากเวลาในการปฏิบัติงานจึงมากขึ้นส่งผลให้เวลาในการพักผ่อนหรือเวลาที่ใช้กับครอบครัวลดลงตามมา สิ่งเหล่านี้ย่อมทำให้ชีวิตขาดสมดุล เมื่องานมีผลกระทบต่อครอบครัวก็จะก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างงานและครอบครัวส่งผลให้มีความสัมพันธ์และร่วมกิจกรรมครอบครัวน้อยลง ภาระงานเกินและลักษณะการทำงานที่ไม่เป็นเวลาเป็นปัจจัยทำนายความขัดแย้งในงานกับครอบครัวได้ (Yildirim & Aycan, 2008) นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพต้องทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ การพบปะ ติดต่อกัน ประสานความร่วมมือ ขอความช่วยเหลือ และการได้รับความช่วยเหลือ พยาบาลวิชาชีพจะรู้สึกได้ถึงความเป็นเพื่อน มีกลุ่ม และมีสังคม ความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน บรรยากาศที่ทำงาน มีการสนับสนุนส่งเสริมความก้าวหน้าในอาชีพ ก็จะทำให้พยาบาลมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ บุรัสกร เตชะมา, สุคนธา คงศีล, สมชาติ ไตรรักษา และกิตติพงษ์ หาญเจริญ (2555) บรรยากาศองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต พยาบาลที่มีการรับรู้ความก้าวหน้าและมั่นคงในอาชีพ ได้รับค่าตอบแทนที่เพียงพอ ยุติธรรม สภาพแวดล้อมการทำงานสะดวกสบาย มีความปลอดภัยจะเกิดผลดีต่อผู้ปฏิบัติ เกิดทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงาน เกิดแรงจูงใจในการทำงาน เกิดความสุขในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิพิมพ์ คำกรฤาชา และสุลี ทองวิเชียร (2557) สภาพแวดล้อมในการทำงานจะเป็นตัวแปรทำนายคุณภาพชีวิตได้ถึงร้อยละ 60.2

คุณภาพชีวิตของพยาบาลจึงเป็นประเด็นสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญและต้องการยกระดับคุณภาพชีวิตของพยาบาลให้ดีขึ้น จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทยพบว่าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ, 2559) นอกจากนั้น ปุณยณัฐ พิมใจใส, มัณฑนา เทวาโกศลกุล และรุ่งอรุณ พุ่มเจริญ, 2564) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง พบว่ามีคุณภาพชีวิตการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติงานท่ามกลางสภาพแวดล้อม ทรัพยากร ระบบบริการ จำนวนผู้รับบริการ ความซับซ้อนของปัญหาและความรุนแรงของโรคในสถานบริการภาครัฐและเอกชนมีความแตกต่างกับพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาใหม่ (Novice nurses) ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานน้อย ขาดทักษะและความชำนาญในการปฏิบัติงานทำให้รู้สึกไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน ทักษะการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาอย่างไม่รวดเร็วและถูกต้อง (ลักขณา ศิริถิรกุล, บุญพิชชา จิตต์ภักดี และจารุวรรณ สอนงญาติ, 2564) ต้องเผชิญกับความเครียดและความวิตกกังวลจากการปรับตัวและการปรับเปลี่ยนบทบาทจากนักศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพใหม่ที่ต้องรับผิดชอบมากขึ้น จึงอาจทำให้เกิดความกลัวและวิตกกังวล มีความรู้สึกสับสนในบทบาทและไม่เข้าใจในระบบงาน บางคนต้องทำงานท่ามกลางความขัดแย้ง ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายท้อแท้ ไม่มีแรงจูงใจในการทำงาน ทำให้อยากลาออก (ปริญา แร่ทอง และธีรณัฐ ห่านิรติศัย, 2555) สิ่งเหล่านี้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลและคุณภาพบริการ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพโดยส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในทุกกลุ่มอายุซึ่งมีความแตกต่างในเรื่องประสบการณ์การทำงาน อีกทั้ง การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงความสัมพันธ์ของตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ยังไม่พบการวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อ

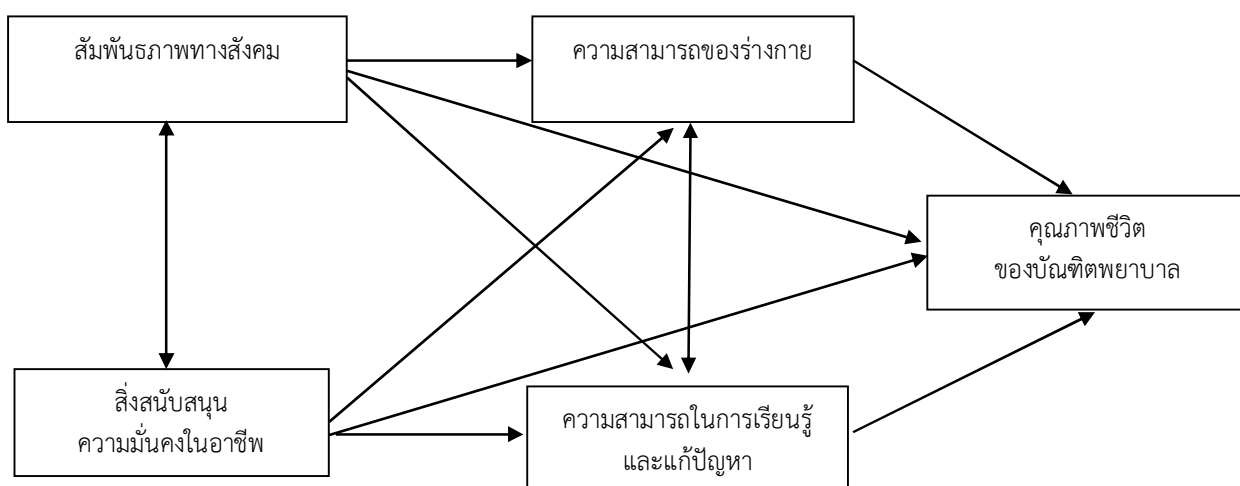
คุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาลวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยสังเคราะห์งานวิจัยเพื่อนำมาสร้างกรอบแนวคิดการวิจัยคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข อันจะนำไปสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล และการดำรงรักษาพยาบาลวิชาชีพให้คงอยู่ในระบบบริการสุขภาพของรัฐ

วัตถุประสงค์

เพื่อวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้สังเคราะห์งานวิจัยพบความสัมพันธ์ของข้อมูลแล้วนำมาสร้างเป็นแบบจำลองสมมติฐานเส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล เส้นทางปัจจัยประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ 1) ความสามารถของร่างกาย 2) ความสามารถในการเรียนรู้และแก้ปัญหา 3) สัมพันธภาพทางสังคม และ 4) สิ่งสนับสนุนความมั่นคงในอาชีพ การที่บุคคลมีการรับรู้ความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำงาน และความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ มีความสามารถในการเรียนรู้และแก้ปัญหา มีความคิดเชิงบวกต่อตนเองและต่อการดำเนินชีวิต ตัดสินใจและการเอาชนะปัญหา อุปสรรค ความมุ่งมั่นในการทำงานจนกระทั่งประสบความสำเร็จ และปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม การรับรู้ความสัมพันธ์ของตนเอง บุคคลอื่น การเป็นผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในสังคม และการได้รับสิ่งสนับสนุนให้เกิดความมั่นคงในอาชีพ ทั้ง 4 ปัจจัย ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีความสัมพันธ์ที่จะสนับสนุนให้บุคคลเกิดคุณภาพชีวิต ดังแสดงเป็นแผนภูมิภาพที่ 1 แบบจำลองสมมติฐานเส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล



ภาพที่ 1 แบบจำลองสมมติฐานเส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาการวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation research design)

ประชากร คือ บัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีการศึกษา 2558-2560 จำนวน 3,500 คน โดยประชากรมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จาก วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีการศึกษา ปีการศึกษา 2558-2560 2) ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลของรัฐ เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี และ 3) ยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง คือ บัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปีการศึกษา 2558-2560 จำนวน 500 คน ดังแสดงในตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบสองขั้นตอน (Two-stage Random Sampling) ดังนี้ ขั้นที่ 1 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามแนวทางการวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์ โครงสร้างเชิงเส้นตามข้อตกลงของ Schumacker & Lomax (2010) คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำตามเกณฑ์ของการวิเคราะห์สมการโครงสร้าง สามารถคำนวณได้จากจำนวนตัวแปรสังเกตได้ 50 ตัว คูณด้วย 10 เท่า เท่ากับ 500 คน และป้องกันการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 คิดเป็น 25 คน รวมกลุ่มตัวอย่าง คือ 500-525 คน ขั้นที่ 2 สุ่มวิทยาลัยพยาบาลที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยกำหนดให้วิทยาลัยพยาบาลเป็นกลุ่มและสุ่มมาร้อยละ 20 ของวิทยาลัยในแต่ละภาค ได้ภาคละ 1 วิทยาลัย และใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) ภาคละ 1 วิทยาลัย รวม 5 วิทยาลัย ขั้นที่ 3 สุ่มบัณฑิตพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลาก

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวิทยาลัยพยาบาลและภูมิภาค

ภูมิภาค (จำนวนวิทยาลัยฯ)	วิทยาลัยพยาบาล	จำนวนบัณฑิต	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
ใต้ (5)	A	431	99
เหนือ (8)	B	423	97
กลาง (7)	C	466	106
ตะวันออก (4)	D	465	106
ตะวันออกเฉียงเหนือ (6)	E	512	117
รวมขนาดกลุ่มตัวอย่าง		2,297	525

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามเพื่อวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล ประยุกต์ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตแบบองค์รวมขององค์การอนามัยโลก ชูดย่อ ฉบับภาษาไทย WHOQOL-BREF-THAI (สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และคณะ, 2540) โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ฉบับ จำนวน 50 ข้อ ดังนี้

1. แบบสอบถามความสามารถของร่างกาย ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 8 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 2 ข้อ ได้ตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ด้วยค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ค่า IOC อยู่ระหว่าง .67 – 1.00 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 ได้ข้อคำถามที่มีคุณภาพ จำนวน 10 ข้อ

2. แบบสอบถามความสามารถในการเรียนรู้และแก้ปัญหา ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 10 ข้อและข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ ได้ตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ด้วยค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ค่า IOC อยู่ระหว่าง .33 – 1.00 ผู้วิจัยเลือกข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์ (IOC มีค่ามากกว่า 0.50) ไว้จำนวน 10 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 ได้ข้อคำถามที่มีคุณภาพ จำนวน 10 ข้อ

3. แบบสอบถามสัมพันธภาพทางสังคม ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 14 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 11 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ ได้ตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ด้วยค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน IOC อยู่ระหว่าง .33 – 1.00 ผู้วิจัยเลือกข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์ (IOC มีค่ามากกว่า 0.50) ไว้จำนวน 10 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 ได้ข้อคำถามที่มีคุณภาพ จำนวน 10 ข้อ

4. แบบสอบถามสิ่งสนับสนุนความมั่นคงในอาชีพ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 18 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทุกข้อ ได้ตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ด้วยค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน IOC อยู่ระหว่าง .33 – 1.00 ผู้วิจัยเลือกข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์ (IOC มีค่ามากกว่า 0.50) ไว้จำนวน 10 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 ได้ข้อคำถามที่มีคุณภาพ จำนวน 10 ข้อ

5. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทุกข้อ ได้ตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ด้วยค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ค่า IOC อยู่ระหว่าง .67 – 1.00 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 ได้ข้อคำถามที่มีคุณภาพ จำนวน 10 ข้อ

ลักษณะของแบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ของลิเคิร์ท (Likert) ข้อคำถามเชิงบวก มีค่าคะแนนจากน้อยไปมาก คือ 1 หมายถึง คิดเห็นตรงกับข้อความน้อยที่สุด ถึง 5 หมายถึง เห็นตรงกับข้อความมากที่สุด และคำถามเชิงลบ ค่าคะแนนจากมากไปหาน้อย คือ 5 หมายถึง คิดเห็นตรงกับข้อความน้อยที่สุด ถึง 1 หมายถึง เห็นตรงกับข้อความมากที่สุด

การแปลผล โดยมีเกณฑ์การตัดสินค่าเฉลี่ยจากมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตามแนวทางของ Best & Kahn (1993) ดังนี้

- 1.00 - 1.80 หมายถึง บัณฑิตพยาบาลมีการรับรู้คุณภาพชีวิตในระดับที่แย่มาก
- 1.81 - 2.60 หมายถึง บัณฑิตพยาบาลมีการรับรู้คุณภาพชีวิตในระดับที่แย่
- 2.61 - 3.40 หมายถึง บัณฑิตพยาบาลมีการรับรู้คุณภาพชีวิตปานกลาง
- 3.41 - 4.20 หมายถึง บัณฑิตพยาบาลมีการรับรู้คุณภาพชีวิตในระดับดี
- 4.21 - 5.00 หมายถึง บัณฑิตพยาบาลมีการรับรู้คุณภาพชีวิตในระดับดีมาก

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการเห็นชอบและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ รหัส P-EC 04-01-62 ลงวันที่ 25 มกราคม 2562 และ P-EC 02-03-63 ลงวันที่ 14 พฤษภาคม 2563 ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ในการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และในระหว่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ทันที โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล

หรือคำอธิบายใดๆ ข้อมูลจะไม่ระบุชื่อตัวบุคคล ชื่อสถานที่ปฏิบัติงาน ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำผลวิจัยไปอภิปรายแสดงเป็นภาพรวมของการวิจัย และจะทำลายข้อมูลภายหลังผลงานวิจัยได้รับการเผยแพร่ไปแล้ว 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล ที่บัณฑิตพยาบาลปฏิบัติงานที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถาม ให้ผู้ช่วยนักวิจัยเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 525 ฉบับ เพื่อศึกษาเส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล และให้ส่งแบบสอบถามกลับคืนให้ผู้วิจัยทางไปรษณีย์
3. ตรวจนับจำนวนแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืน ดำเนินการติดตามแบบสอบถามที่ยังไม่ได้รับคืน และสรุปจำนวนแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมา จำนวน 500 ฉบับ คิดเป็น ร้อยละ 95.24 ซึ่งเพียงพอที่จะใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลตามที่กำหนด คือ กลุ่มตัวอย่าง คือ 500-525 คน
4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืน เพื่อดำเนินการลงข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้ สถิติพื้นฐานจำนวน และร้อยละ
2. วิเคราะห์ตัวแปรปัจจัยโดยใช้การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์เส้นทางปัจจัย ด้วยวิธีการวิเคราะห์อิทธิพลโดยใช้โปรแกรม Mplus เพื่อทดสอบเส้นทางอิทธิพลเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาลที่พัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์จากกลุ่มตัวอย่าง โดยการประมาณค่าความสอดคล้องของตัวแบบ (Measure of overall fit) จากนั้นทำการปรับโมเดล (Model modification) และพิจารณาทิศทางที่สมเหตุสมผลเชิงทฤษฎี ค่าสถิติที่ช่วยในการตรวจสอบความสอดคล้องที่จะช่วยสรุปเส้นทางอิทธิพลเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาลที่พัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์จากกลุ่มตัวอย่าง (Schumacker & Lomax, 2010) ดังนี้
 - 1) ค่า Chi-square : χ^2 เพื่อตรวจสอบความน่าจะเป็นของไคสแควร์ ซึ่งต้องไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เกณฑ์พิจารณา ค่าต้องมากกว่า 0.50
 - 2) ค่า Relative Chi-square: χ^2/df เพื่อตรวจสอบว่าตัวแบบมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เกณฑ์พิจารณา ค่าต้องน้อยกว่า 3
 - 3) ค่า p-value คือ ค่าความน่าจะเป็นทางสถิติ เกณฑ์พิจารณา ค่าต้องมากกว่า 0.50
 - 4) ค่า Comparative Fit Index: CFI คือ ดัชนีเปรียบเทียบความกลมกลืนของข้อมูลเชิงประจักษ์ ระหว่างแบบจำลองสมมติฐาน (Hypothesized model) กับแบบจำลองอิสระ (Independence model) เกณฑ์พิจารณา ค่าต้องมากกว่า 0.95 ถ้าหากค่าของ CFI เข้าใกล้ 1 มากเท่าใด แสดงว่าแบบจำลองสมมติฐานมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์
 - 5) ค่า Tucker - Lewis Index: TLI คือ ดัชนีเปรียบเทียบความกลมกลืนของข้อมูลเชิงประจักษ์ เกณฑ์พิจารณา ค่าต้องมากกว่า 0.95 ถ้าหากค่าของ TLI เข้าใกล้ 1 มากเท่าใด แสดงว่าแบบจำลองสมมติฐานมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

6) ค่า Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) คือ ดัชนีรากที่สองของความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าโดยประมาณค่าระหว่าง 0 - 1.00 เกณฑ์พิจารณา ค่า RMSEA ต้องน้อยกว่า 0.05 แสดงว่าแบบจำลองสมมติฐานมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์มาก (Close fit)

7) ค่า Root mean squared residual: RMR คือ ดัชนีวัดค่าส่วนที่เหลือจากการเปรียบเทียบระดับความกลมกลืนของตัวแบบสองตัวแบบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เกณฑ์พิจารณา ค่าต้องน้อยกว่า 0.05 ยิ่งมีค่าใกล้ศูนย์แสดงว่าแบบจำลองสมมติฐานมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

8) ค่า Standardized Root mean squared residual: SRMR คือ ดัชนีรากของกำลังสองเฉลี่ยของส่วนที่เหลือในรูปคะแนนมาตรฐาน เกณฑ์พิจารณา ค่าต้องน้อยกว่า 0.05 แสดงว่าแบบจำลองสมมติฐานมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล (Path analysis)

1) ผลการวิเคราะห์ระดับของปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล จากการวิเคราะห์ระดับของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล พบว่า บัณฑิตพยาบาลมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ($M = 3.93, SD = 0.46$) และมีการรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับดี ประกอบด้วย ด้านความสามารถของร่างกาย ($M = 4.14, SD = 0.44$) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($M = 4.12, SD = 0.51$) ด้านความสามารถในการเรียนรู้และแก้ปัญหา ($M = 3.91, SD = 0.47$) และด้านสิ่งสนับสนุนความมั่นคงในอาชีพ ($M = 3.74, SD = 0.64$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

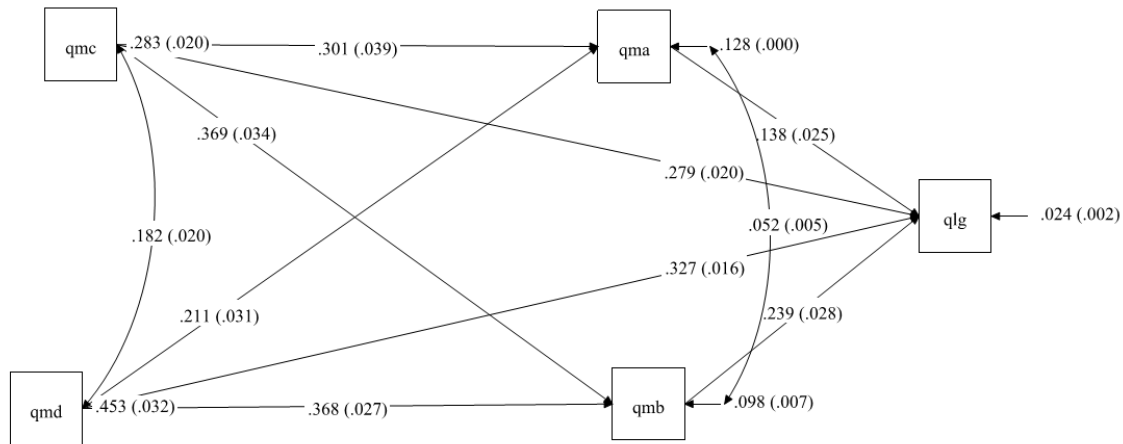
ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล ($n = 500$)

ตัวแปรปัจจัย	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการแปลผล
ด้านความสามารถของร่างกาย (qma)	4.14	0.44	ดี
ด้านความสามารถในการเรียนรู้และแก้ปัญหา (qmb)	3.91	0.47	ดี
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (qmc)	4.12	0.51	ดี
ด้านสิ่งสนับสนุนความมั่นคงในอาชีพ (qmd)	3.74	0.64	ดี
คุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล (qlg)	3.93	0.46	ดี

2) ผลการวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล

จากการวิเคราะห์เส้นทางปัจจัย (Path analysis) ผู้วิจัยได้ทำการปรับรูปแบบโดยพิจารณา จากดัชนีปรับรูปแบบและจากแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ผลจากการปรับรูปแบบทำให้รูปแบบมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยพิจารณาจากค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบความตรงของรูปแบบ ได้แก่ค่า $\chi^2 = 1.208, df = 1, \chi^2/df = 1.208, P\text{-value} = 0.272, CFI = 1.000, TLI = 0.999, RMSEA = 0.023, RMR = 0.055$ ค่า χ^2/df มีค่าน้อยกว่า 2 ค่าดัชนี CFI และ TLI ที่มีค่าเข้าใกล้ 1 ค่าดัชนี RMSEA มีค่าต่ำกว่า 0.05 และ RMR มีค่าต่ำกว่า 0.05 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ในการวิเคราะห์ด้วย โปรแกรม Mplus ถือว่ารูปแบบนั้นมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนั้น ผลการวิเคราะห์ครั้งนี้จึงยอมรับสมมติฐานหลักที่ว่า เส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาลตามแบบจำลองสมมติฐานมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือรูปแบบมีความตรง

นอกจากนี้ ตัวแปรด้านความสามารถของร่างกาย ด้านความสามารถในการเรียนรู้และแก้ปัญหา ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งสนับสนุนความมั่นคงในอาชีพ ซึ่งเป็นตัวแปรในโมเดลเส้นทางปัจจัยที่อธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาลได้ ร้อยละ 89 ดังแสดงใน ภาพที่ 2



$\chi^2 = 1.208$, $df = 1$, $\chi^2/df = 1.208$, $P\text{-value} = 0.272$, $CFI = 1.000$, $TLI = 0.999$, $RMSEA = 0.023$, $RMR = 0.055$ $R^2 = 0.889$

ภาพที่ 2 แบบจำลองเส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล

เมื่อพิจารณาขนาดอิทธิพลของเส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล จากภาพที่ 2 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ขนาดอิทธิพลจำแนกตามตัวแปร ดังนี้ คุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รับอิทธิพลรวมสูงสุดจากด้านสิ่งสนับสนุนความมั่นคงในอาชีพ (0.444) รองลงมาคือด้านสัมพันธภาพทางสังคม (0.409) ด้านความสามารถในการเรียนรู้และแก้ปัญหา (0.239) และด้านความสามารถของร่างกาย (0.138) ตามลำดับ

ขนาดอิทธิพลทางตรงที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล พบว่า ด้านความสามารถของร่างกายและด้านความสามารถในการเรียนรู้และแก้ปัญหา มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ด้านความสามารถในการเรียนรู้และแก้ปัญหาและด้านความสามารถของร่างกายมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล โดยค่าสัมประสิทธิ์ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.239 ($p < .001$) และ 0.138 ($p < .001$) ตามลำดับ หมายความว่าบัณฑิตพยาบาลที่มีการรับรู้ด้านความสามารถในการเรียนรู้และแก้ปัญหาดีจะมีคุณภาพชีวิตดี และบัณฑิตพยาบาลที่มีการรับรู้ด้านความสามารถของร่างกายดีจะมีคุณภาพชีวิตดี

สำหรับอิทธิพลทางอ้อมพบว่า ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งสนับสนุนความมั่นคงในอาชีพ มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีรายละเอียดดังนี้ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล เป็นอิทธิพลทางอ้อมที่ส่งผ่านตัวแปรด้านความสามารถของร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าสัมประสิทธิ์ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.130 ($p < .01$) หมายความว่า บัณฑิตพยาบาลที่มีการรับรู้ด้านสัมพันธภาพทางสังคมที่ดี จะส่งผลต่อด้านความสามารถของร่างกายและด้านความสามารถในการเรียนรู้และแก้ปัญหาที่ดี และการรับรู้ด้านความสามารถของร่างกายและด้านความสามารถในการเรียนรู้และแก้ปัญหาที่ดี จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาลที่ดีด้วย และด้าน

สิ่งสนับสนุนความมั่นคงในอาชีพมีอิทธิพลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล เป็นอิทธิพลทางอ้อมที่ส่งผ่านตัวแปรด้านความสามารถในการเรียนรู้และแก้ปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าสัมประสิทธิ์ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.117 ($p < .01$) หมายความว่า บัณฑิตพยาบาลที่มีการรับรู้ด้านสิ่งสนับสนุนความมั่นคงในอาชีพที่ดี จะส่งผลต่อด้านความสามารถในการเรียนรู้และแก้ปัญหาและด้านความสามารถของร่างกายที่ดี และการรับรู้ด้านความสามารถในการเรียนรู้และแก้ปัญหาและด้านความสามารถของร่างกายที่ดี จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาลที่ดีด้วย รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ขนาดอิทธิพลของเส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล

ตัวแปรปัจจัย	คุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล (qlg) (n=500)		
	อิทธิพลทางตรง	อิทธิพลทางอ้อม	อิทธิพลรวม
ด้านความสามารถของร่างกาย (qma)	.138**	-	.138**
ด้านความสามารถในการเรียนรู้และแก้ปัญหา (qmb)	.239**	-	.239**
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (qmc)	.279**	.130**	.409**
ด้านสิ่งสนับสนุนความมั่นคงในอาชีพ (qmd)	.327**	.117**	.444**

** $p < 0.01$

อภิปรายผล

1. คุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขอยู่ในระดับดี ($M = 3.93$, $SD = 0.46$) อธิบายได้ว่า บัณฑิตพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีการเจริญเติบโตของร่างกายอย่างเต็มที่มีภาวะสุขภาพร่างกายแข็งแรง ร่างกายสามารถทนทานต่อความเหนื่อยล้า ทำงานได้คล่องแคล่ว มีการใช้ความรู้ ทักษะในการเริ่มประกอบอาชีพอย่างเต็มที่เพื่อสร้างรายได้ ความมั่นคงและความก้าวหน้าในชีวิตและการทำงาน และมีความภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือสังคม สอดคล้องกับองค์ประกอบในการประเมินคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม (Holistic quality of life) ขององค์การอนามัยโลกที่กล่าวว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งแต่ละด้านมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันอย่างซับซ้อน และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานของสังคม (WHO, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาของ คมวัฒน์ รุ่งเรือง, อุตม์ชญาณ์ อินทเรือง และศรีนยา พลสิงห์ชาญ (2563) ที่ได้ทำการศึกษาและพบว่าบัณฑิตพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ มีคุณภาพชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับดี โดยเมื่อพิจารณาองค์ประกอบย่อยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อมทุกด้านอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับอูลัยวรรณ พงศ์ณัทรสกุล (2556) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีคุณภาพชีวิตการทำงานในระดับดี การที่พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้ลักษณะการทำงานที่ดี สภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย ได้รับการตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวังจากการทำงาน เกิดความพึงพอใจในงาน มีความสุขในการทำงาน และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าจากการทำงานนั้นๆ มีความภาคภูมิใจในอาชีพและการช่วยเหลือสังคม สามารถรักษาสมดุลชีวิตการทำงานและครอบครัว และมีช่วงเวลาคลายเครียดจากภาระหน้าที่รับผิดชอบ

2. ปัจจัยด้านความสามารถของร่างกาย (qma) ด้านความสามารถในการเรียนรู้และแก้ปัญหา (qmb) สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งสนับสนุนความมั่นคงในอาชีพสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของบัณฑิต

พยาบาล (QLG) ได้ร้อยละ 89 ($R^2 = .89, p < .01$) โดยมีเส้นทางปัจจัยที่ความซับซ้อนและสอดคล้องแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกและจากการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

2.1 ปัจจัยด้านความสามารถของร่างกาย (qma) มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล (qlg) ($\beta = .138, p < .001$) อธิบายได้ว่า บัณฑิตพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยที่ร่างกายมีความแข็งแรงสมบูรณ์และเป็นช่วงวัยทำงาน มีผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน ร่างกายคล่องแคล่วว่องไว สามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จลุล่วง ไม่มีภาวะเจ็บป่วย ไม่ต้องพึ่งพายาต่างๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ ได้รับความปลอดภัยจากการปฏิบัติงานสิ่งเหล่านี้ย่อมมีอิทธิพลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตบัณฑิตพยาบาล ในวัยทำงานถ้าหากเกิดการเจ็บป่วยก็จะส่งผลกระทบต่อการทำงาน การดำเนินชีวิตประจำวัน รายได้ สภาพจิตใจ อารมณ์ ความฝัน และเป้าหมายในชีวิต ดังนั้น ความสามารถของร่างกายจึงส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของแสงเทียน ธรรมลิขิตกุล และสิริรัก สีนอุดมผล (2562) ที่พบว่าภาวะสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงต่อคุณภาพชีวิต

2.2 ปัจจัยด้านความสามารถในการเรียนรู้และแก้ปัญหา (qmb) มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล ($\beta = .239, p < .001$) อธิบายได้ว่า บัณฑิตพยาบาลมีรับรู้และเข้าใจสภาพทางจิตใจของตนเอง มีความรู้สึกทางบวก มีความมั่นใจในตนเอง มีความคิด ความจำ สมาธิ ความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ แก้ไขปัญหา และตัดสินใจได้อย่างสมเหตุผล ปฏิบัติงานได้อย่างอิสระ ได้ใช้ศักยภาพในการทำงานอย่างเต็มกำลังความสามารถย่อมมีอิทธิพลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของประไพ ศรีแก้ว และดุขุฎี เอกพจน์ (2557) ที่พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตการทำงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของธิดารัตน์ ศรีกันหา, ภูษิตา อินทรประสงค์, สุขุม เจริญตน และจรรยา ภัทรอาชาชัย (2556) การที่พยาบาลรู้สึกเหนื่อยหน่าย อ่อนล้าทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ มีความรู้สึกทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

2.3 ปัจจัยด้านสัมพันธภาพทางสังคม (qmc) มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล (qlg) ($\beta = .279, p < .001$) และมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล (qlg) โดยอ้อมผ่านตัวแปรด้านความสามารถของร่างกาย (qma) และด้านความสามารถในการเรียนรู้และแก้ปัญหา (qmb) ($\beta = .130, p < .01$) อธิบายได้ว่า บัณฑิตพยาบาลที่มีสัมพันธภาพที่ดีทั้งในระดับครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และชุมชน ย่อมส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในชีวิต การงาน อาชีพ สุขภาพกาย สุขภาพใจ ดังนั้น ปัจจัยด้านสัมพันธภาพทางสังคมย่อมมีอิทธิพลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล และมีอิทธิพลโดยอ้อมผ่านตัวแปรด้านความสามารถของร่างกายและด้านความสามารถในการเรียนรู้และแก้ปัญหา สอดคล้องกับผลการศึกษาของศศิพิมพ์ คำกรฤชา และสุลลิต ทองวิเชียร (2557) ที่พบว่าสถานภาพสมรส และสภาพแวดล้อมในการทำงานมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน พยาบาลที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว ครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนที่คอยช่วยเหลือ สนับสนุนให้กำลังใจในการเผชิญปัญหา อุปสรรค และแก้ไขปัญหาด้านต่างๆ ด้วยความมั่นคงทางอารมณ์ อีกทั้งลักษณะงานพยาบาลเป็นงานที่เกี่ยวข้องปฏิสัมพันธ์กับบุคคล และสหสาขาวิชาชีพ มีทำงานเป็นทีม การทำงานต้องอาศัยความร่วมมือ ประสานงานทั้งภายในหน่วยงานหรือภายนอกหน่วยงาน รวมทั้งชุมชน การทำงานที่ทีมงานให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนซึ่งกันและกันย่อมทำให้งานเกิดความราบรื่น บรรลุเป้าหมาย นำไปสู่ความสุขในการทำงานและส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพของงานที่ดีตามมา สุดท้ายก็ก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี

2.4 ปัจจัยด้านสิ่งสนับสนุนความมั่นคงในอาชีพ (qmd) มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล (qlg) ($\beta = .327, p < .001$) และมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล (QLG) โดยอ้อมผ่านตัวแปรด้านความสามารถของร่างกาย (qma) และด้านความสามารถในการเรียนรู้และแก้ปัญหา (qmb) ($\beta = .117, p < .01$) อธิบายได้ว่า บัณฑิตพยาบาลได้มีรายได้ดี มีความมั่นคงในอาชีพ ได้รับการสนับสนุนส่งเสริมให้มีความรู้ ทักษะการปฏิบัติงาน เชื่อมมั่นใจตนเองในความคิด การกระทำ ใช้ศักยภาพในการทำงานอย่างเต็มที่ เกิดการส่งเสริมความเชี่ยวชาญ และเกิดความก้าวหน้าในอาชีพ อีกทั้ง สภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัย มีมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่ได้มาตรฐาน ทำงานด้วยความสบายใจ ไม่เกิดอันตรายต่อสุขภาพส่งผลให้การทำงานเกิดประสิทธิภาพ สิ่งสนับสนุนความมั่นคงในอาชีพ ความสามารถของร่างกาย และความสามารถในการเรียนรู้และแก้ปัญหาเป็นสิ่งที่สนับสนุนซึ่งกันและกันที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิพิมพ์ คำกรฤชา และสุลธิ ทองวิเชียร (2557) สิ่งแวดล้อมในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล

2.5 ปัจจัยด้านความสามารถของร่างกาย (qma) มีอิทธิพลทางบวกซึ่งกันและกันกับด้านความสามารถในการเรียนรู้และแก้ปัญหา (qmb) ($\beta = .052, p < .01$) อธิบายได้ว่า บัณฑิตพยาบาลสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ร่างกายมีความทนทาน พร้อมทั้งจะเผชิญเหตุการณ์ต่าง ๆ เป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ได้ดี สามารถทำงานได้อย่างเต็มศักยภาพ และการเรียนรู้และการแก้ปัญหานำไปสู่การดูแลสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะปัจจุบันเป็นโลกยุคโลกาภิวัตน์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และยุคเศรษฐกิจที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างพลิกผัน (Disruption economy) อีกทั้งยังมีเหตุการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (Covid-19) ที่ทำให้พยาบาลต้องเรียนรู้กับโรคอุบัติใหม่ หาวิธีการป้องกัน เพื่อให้ตนเอง เพื่อนร่วมงาน ครอบครัว และผู้รับบริการปลอดภัยไม่มีโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Covid-19) รักษาสุขภาพร่างกายแข็งแรง ร่างกายสามารถต้านทานต่อเชื้อโรคต่างๆ และการเกิดปัญหาสุขภาพ การมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงเป็นหนึ่งในความต้องการขั้นพื้นฐานในขั้นที่ 1 ตามแนวคิดของมาสโลว์ (Maslow, 1970) ตรงกับสภาวิชาชีพที่ว่า “อโรคยา ปรมาลาภา” ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ สุขภาพเป็นวิถีทางที่นำบุคคลไปสู่ความสุข และความสำเร็จต่างๆ ในชีวิตสุขภาพจึงเป็นพื้นฐานที่สำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคล (ประเวศ วสี, 2551)

2.6 ปัจจัยด้านสัมพันธภาพทางสังคม (qmc) มีอิทธิพลทางบวกซึ่งกันและกันกับด้านสิ่งสนับสนุนความมั่นคงในอาชีพ (qmd) ($\beta = .182, p < .01$) อธิบายได้ว่า บัณฑิตพยาบาลที่มีสัมพันธภาพที่ดีทั้งกับบุคคลในชีวิตจะนำไปสู่สมดุลของชีวิต การงาน และครอบครัวได้ และคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของชนิธรณ์ส์ อินทุลักษณ์ และอารีย์วรรณ อ่วมตานี (2557) ได้ศึกษาสมดุลชีวิตกับงานจากโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง พยาบาลวิชาชีพได้ให้ความหมายของสมดุลชีวิตกับงาน หมายถึง การบริหารจัดการเวลาในการดำเนินชีวิตส่วนบุคคล และการทำงานให้เหมาะสม โดยการใช้ชีวิตอย่างมีความสุขบนความพอดีและอยู่อย่างพอเพียง และการสร้างสมดุลชีวิตโดยการเริ่มจากการสร้างความสุขด้วยตนเอง และการเอาใจใส่ซึ่งกันและกันของสมาชิกในครอบครัว การจัดการความเครียดที่เกิดจากงาน การมีผู้ร่วมงานสนับสนุน และการได้รับสวัสดิการที่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ผู้บริหารกำหนดนโยบายที่จะส่งเสริมให้พยาบาลมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น การจัดกิจกรรมสันทนาการส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ ตรวจสอบสุขภาพประจำปีเพื่อค้นหาความเสี่ยงด้าน

สุขภาพหรือโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ เสริมสร้างบรรยากาศการทำงานร่วมกันที่ดี สนับสนุนและส่งเสริมความก้าวหน้าและความมั่นคงในอาชีพ สร้างมาตรฐานความปลอดภัยในการทำงาน การจัดอัตราค่าจ้างที่เหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะปฏิบัติการพยาบาล จัดสัมมนาที่ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

3. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ สำนวณคุณภาพชีวิตของพยาบาลอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการปรับปรุง หาแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของพยาบาล

4. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ศึกษาคุณภาพชีวิตของพยาบาลในทุกช่วงอายุ และตามแผนกที่ปฏิบัติ และความเสี่ยงความเสี่ยงด้านสุขภาพหรือโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ

เอกสารอ้างอิง

- กฤษดา แสงดี. (2560). วิถีชีวิตและคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: ข้อเสนอเชิงนโยบาย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(2), 456-468.
- ชนิณรัตน์ อินทุลักษณ์ และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2557). การสร้างสมดุลชีวิตกับงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15 (3), 382-389.
- คมวัฒน์ รุ่งเรือง, อุทุมขนิณ อินทเรือง และศรีนยา พลสิงห์ชาญ. (2563). คุณภาพชีวิตของบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*, 4(1), 37-61.
- จิรัชยา เจียวกั๊ก. (2556). *การคงอยู่ และความตั้งใจลาออกจากงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จังหวัดสงขลา*. (วิทยานิพนธ์หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา.
- ทริยาพรรณ สุภามณี, วิภาดา คุณาวิฑิตกุล และผ่องศรี เกียรติเลิศนภา. (2557). การปฏิบัติงานเกินเวลาของพยาบาลและผลลัพธ์ด้านพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน. *พยาบาลสาร*, 41(ฉบับพิเศษ), 48-58.
- ธิดารัตน์ ศรีกันหา, ภูษิตา อินทรประสงค์, สุขุม เจียมตน และจรรยา ภัทรอาชาชัย (2556) คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศิริราช. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 29(1), 57-64.
- บุญช่วย ศิลาหม่อม, วรณิ เดียวอิสระ และอารีรัตน์ ขำอยู่. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ Generation Y โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(1), 62-71.
- บุรสร เตจิมมา, สุคนธา คงศีล, สมชาติ โตรักษา และกิตติพงษ์ หาญเจริญ. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์อินเตอร์เนชั่นแนล. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 42(2), 82-91.
- ประไพ ศรีแก้ว และดุขุฎี เอกพจน์. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการการแพทย์ เขต 11*, 8(1), 101-111.
- ประเวศ ะสี. (2551, กรกฎาคม). *สุขภาวะที่สมบูรณ์*. หมอชาวบ้าน, 351, 1.

- ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, ภราดร ยิ่งยวด, วินัย ไตรนาทวัลย์ และเอกกมล ไชยม. (2559). *อิทธิพลของสมดุชีวิตกับการทำงานและความพึงพอใจในงานต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทย*. สืบค้นจาก <http://www.tcijthai.com/news/2020/4/current/1044>
- ปริญญา แร่ทอง และธีรณัฐ ห่านิรติศัย. (2555). ประสบการณ์การเปลี่ยนบทบาทจากนักศึกษาพยาบาลสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(2), 51-62.
- บุญนุช พิมพ์ใจใส, มณฑนา เทวโกคินกุล และรุ่งอรุณ พุ่มเจริญ. (2564). คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลจบใหม่. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(1), 254-263.
- เรมวอล นันท์ศุภวัฒน์, อรอนงค์ วิชัยคำ และอภิตี นันท์ศุภวัฒน์. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างชั่วโมงการปฏิบัติงานเกินเวลาของพยาบาลและผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พยาบาลและองค์กรในโรงพยาบาลทั่วไป. *พยาบาลสาร*, 41(4), 58-69.
- ลักขณา ศิริถิรกุล, บุญพิชชา จิตต์ภักดี และจารุวรรณ สอนงญาติ. (2564). องค์กรแห่งความสุข : คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลจบใหม่. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 27(1), 182-192.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ และกฤษฎา แสงวดี. (2555). ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(1), 5-12.
- ศศิพิมพ์ คำกรฤชา และสุลี ทองวิเชียร (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์น*, 8(2), 192-201.
- สภาการพยาบาล. (2555). แผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติฉบับที่ 3 (พ.ศ.2555-2559).
 นนทบุรี: สภาการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข
- สมจิต แดนสีแก้ว, ดลวิวัฒน์ แสนโสม, นฤมล สิงห์ดง และปิยนุช บุญกอง. (2560). บริบทการทำงานของพยาบาลไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. 35(2), 216-226.
- สุพรรณิ พุ่มแพง และบุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2558). ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ. *วารสารเกื้อการุณย์*, 22(2), 140-153.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วีระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะจิรังกุล. (2540). *เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- แสงเทียน ธรรมลิขิตกุล และสิริรัก สีนอุดมผล. (2562). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. *วารสารเกื้อการุณย์*, 26(1), 55-75.
- อุทัยวรรณ พงศ์ณภัทรสกุล. (2556). *คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร*. (วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์). มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.
- Best, J., & Kahn, J. V. (1993). *Research in education* (7th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Maslow, A. (1970). *Motivation and personality*. New York: Harper and Row Publishers.
- Rogers, A. E. (2008). The effects of fatigue and sleepiness on nurse performance and Patient Safety. In Hughes, R. G. (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses* (pp 509-545). Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.

- Schumacker, R., & Lomax, R. (2010). *A beginner's guide to structural equation modeling*. (3rd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- World Health Organization. (1997). WHOQOL Measuring of Quality of Life. Switzerland, Geneva : Author.
- World Health Organization. (2016). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. Switzerland, Geneva : Author.
- Yildirim D., & Aycan, Z. (2008). *Nurses' work demands and work-family conflict: a questionnaire survey*. *International Journal of Nursing Studies*, 45(9), 1366-1378.

การรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น
ตำบลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล

ฟารีดา หลังย่าน่าย, พย.บ.*

ลลิตา ยะผา, พย.ม.**

ชาร์พีะ นารีเพน, สบ.***

ยุภาดา ดวงตา, สบ.****

นภชา สิงห์วีรธรรม, พร.ด.*****

กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ศษ.ด.

Received: November 22, 2020

Revised: November 12, 2021

Accepted: November 12, 2021

บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมเฉลี่ยร้อยละ 2-10 จากการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุพื้นที่ตำบลควนโดน พบว่า มีผู้สูงอายุที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 13.9 การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อม (การรับรู้โอกาสเสี่ยง/การรับรู้ความรุนแรง) ในผู้สูงอายุตอนต้น ตำบลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล จำนวน 128 คน ใช้วิธีสุ่มแบบชั้นภูมิจากนั้นสุ่มอย่างง่ายโดยการหยิบลูกบอลแบบไม่คืนที่เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ระหว่าง .67-1.00 แล้วนำมาทดลองใช้ จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.78 วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น มีระดับการรับรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ($M = 3.18$, $SD = 0.21$) ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีเพศและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างกัน จะมีการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุเพศหญิงและมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะมีการรับรู้มากกว่าผู้สูงอายุเพศชายและไม่มีโรคเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะควรส่งเสริมการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมโดยเน้นเรื่องการรับรู้ โอกาสเสี่ยงของโรค ความรุนแรงของโรคในกลุ่มผู้สูงอายุทุกเพศ รวมทั้งผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว และควรศึกษาในวัยก่อนผู้สูงอายุเพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: การรับรู้ภาวะคุกคาม สมองเสื่อม ผู้สูงอายุตอนต้น

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนโดน จ.สตูล; ผู้ให้การติดต่อ E-mail: Fada.nurse@gmail.com

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนโดน จ.สตูล

***นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนโดน จ.สตูล

****นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนโดน จ.สตูล

*****วิทยากรชำนาญการ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

***** วิทยากรชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Threat Perception on Dementia Symptoms among the Young Old, Khuandon
Sub-district, Khuandon District, Satun Province

Fareeda Lungyanai, B.N.S.^{*}

Lalita Yafa, M.N.S.^{**}

Shareefah Nareepen, B.P.H.^{***}

Yupada Duangta, B.P.H.^{****}

Noppcha Singweratham, Ph.D.^{*****}

Kittiporn Nawsuwan, Ed.D.^{*****}

Abstract

Thailand has an average of 2-10 % of dementia symptoms among older adults. From screening dementia among older adults in Khuandon sub-district, it revealed 13.9 % of older adults with dementia. This descriptive research aimed to determine threat perception on dementia symptoms (perceived susceptibility/perceived severity) among 128 young old, Khuandon sub-district, Khuandon district, Satun province. Sample were recruited using stratified random sampling method. Data were collected through questionnaire of threat perception on dementia symptoms in older adults which had Index of Item-Objective Congruence (IOC) between .67 and 1.00. Pilot study was used with 30 young old yielding Cronbach's alpha coefficient of 0.78. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and the independent t-test.

Research results revealed that threat perception on dementia symptoms among young old was mostly at a high level ($M = 3.18$, $SD = 0.21$). Difference in gender and non-communicable diseases represented statically significant difference in threat perception on dementia symptoms ($p = .05$) and elderly females with non-communicable diseases were perceived more than male elderly and without chronic diseases.

Recommendation: promotion of threat perception on dementia symptoms should be focused on perceived susceptibility/perceived severity in older adults with all genders as well as those without comorbidities and should study in pre-older groups for becoming aging society.

Keywords: threat perception, dementia, young old

^{*} Registered Nurse, Practitioner Level, Khuandon Health Promoting Hospital, Satun Province

Corresponding Author E-mail: Fada.nurse@gmail.com

^{**} Registered Nurse, Professional Level, Khuandon Health Promoting Hospital, Satun Province

^{***} Public Health Technical Officer, Practitioner Level Khuandon Health Promoting Hospital, Satun Province

^{****} Public Health Technical Officer, Practitioner Level Khuandon Health Promoting Hospital, Satun Province

^{*****} Lecturer, Professional Level, Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

^{*****} Lecturer, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

บทนำ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ในประเทศไทย กำหนดให้บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ และมีสัญชาติไทยเป็นผู้สูงอายุหรือที่เรียกกันว่า "ผู้สูงวัย" (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553) โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุได้ 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) เป็นช่วงวัยที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ 2) ผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี) เป็นช่วงวัยที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง 3) ผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปี ขึ้นไป) เป็นช่วงวัยที่เจ็บป่วยบ่อยขึ้น อวัยวะเสื่อมสภาพ อาจมีภาวะทุพพลภาพ จากรายงานของกรมกิจการผู้สูงอายุระบุว่า ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทย จะเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” (Complete Aged Society) 20 เปอร์เซ็นต์ และเข้าสู่ภาวะ “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super Aged Society) ในปี พ.ศ. 2578 โดยคาดการณ์ว่าจะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 28 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ซึ่งการเพิ่มของจำนวนประชากรผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อเพิ่มการเกิดโรคเช่นกันโดยเฉพาะอาการสมองเสื่อม ที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ปัจจุบันอาการสมองเสื่อมกำลังเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทั่วโลก โดยมีแนวโน้มการเกิดอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นผันแปรตรงตามจำนวนของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน (จิราพันธ์ สุริยะ, 2559) ปี ค.ศ. 2015 องค์การอนามัยโลกได้รายงานการเกิดอุบัติการณ์สมองเสื่อมทั่วโลก พบว่า มีประชากรผู้สูงอายุมีอาการสมองเสื่อม จำนวน 47.47 ล้านคน ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายใหม่ 7.7 ล้านคนต่อปี คาดว่าในปี ค.ศ. 2050 จะมีผู้ป่วยอาการสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น เกือบ 3 เท่าหรือจำนวน 135.46 ล้านคน สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจอุบัติการณ์ในปี พ.ศ.2558 พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการสมองเสื่อมที่มีอาการป่วยประมาณ 600,000 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 6 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด สำหรับปี พ.ศ.2563 พบมีจำนวนผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้น 11,627,130 คน คิดเป็นร้อยละ 17.57 ของประชากร (ภริญวิทย์ อนันต์ดิลกฤทธิ์, 2564) และคาดว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จำนวน 1,117,000 คน ในปี พ.ศ. 2573 โดยความชุกของโรคจะพบมากขึ้นตามอายุ ซึ่งอาจพบสูงถึงร้อยละ 30 ในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 85 ปี (สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2561)

จะเห็นได้ว่าแนวโน้มของการเกิดอาการสมองเสื่อมเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก อาการสมองเสื่อม (Dementia) ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในวัยผู้สูงอายุ ทำให้ความสามารถของสมองเสื่อมถอยลง ซึ่งเกิดจากความผิดปกติจากอาการสมองเสื่อม จะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ ค่อยเป็นค่อยไป (สุทธิพันธ์ สุบินดี และบำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2561) หากมีปัจจัยมากระตุ้นจะทำให้อาการสมองเสื่อมเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ (ชัชวาล วงศ์สารี และศุภลักษณ์ พันทอง, 2561) ทำให้สมองสูญเสียหน้าที่ ซึ่งจะเกิดปัญหาหลายด้าน ได้แก่ ร่างกาย สังคม พฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ (ลักษณะภรณ์ เสนชัย, 2559) ผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแล บำบัดรักษาที่เหมาะสม จึงจะทำให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข การรับรู้ภาวะความรู้สึกอาการสมองเสื่อมและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการสมองเสื่อม จะทำให้เกิดการรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการสมองเสื่อมที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ โดยอาการสมองเสื่อมจะเกิดจากสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของสมองหลายส่วนบกพร่องไปจากเดิม ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติ ทั้งด้านอาชีพ การงาน การเข้าสังคม และการดูแลตนเอง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สังคม เศรษฐกิจ และนโยบายสาธารณะ เมื่อการรับรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงสามารถวางแผนเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย เพื่อชะลออาการสมองเสื่อมไม่ให้มีความรุนแรงและส่งผลกระทบน้อยที่สุด (สุทธิพันธ์ สุบินดี และบำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2561) ข้อมูลล่าสุดของการศึกษาปี พ.ศ. 2559 พบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประมาณ 4 แสนคน และผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมประมาณ 6 แสนราย มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอีกมาก และในอีก 20 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุที่อยู่ใน

ภาวะพึงพิงจะเพิ่มเป็น 1.3 ล้านคน ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะเพิ่มเป็น 1.4 ล้านคน ประชากรผู้สูงอายุไทย พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 8.1 โดยเป็นผู้ชายร้อยละ 6.8 และผู้หญิงร้อยละ 9.2 เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุและเพศจะเห็นว่า ความชุกของความผิดปกติในผู้สูงอายุเพศหญิงสูงกว่า ผู้สูงอายุเพศชายในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป โดยความชุกต่ำที่สุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และเพิ่มมากขึ้นตามอายุ จนอยู่ในระดับสูงสุดในกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป พบถึง ร้อยละ 13.6 ในเพศชาย และร้อยละ 28.5 ในเพศหญิง (ชัชวาล วงศ์สารี และ ศุภลักษณ์ พันทอง, 2561) นอกจากนี้พบว่า อายุ ระดับการศึกษา พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม (เพชรรัตน์ พิบาล, จตุพร จันทพุกษ์, ภาวณี แพงสุข, ปิยนุช ภิญโญ, ภควรรณ ตลอดจนพงษ์, นิสากร เข็มขนาน, 2561)

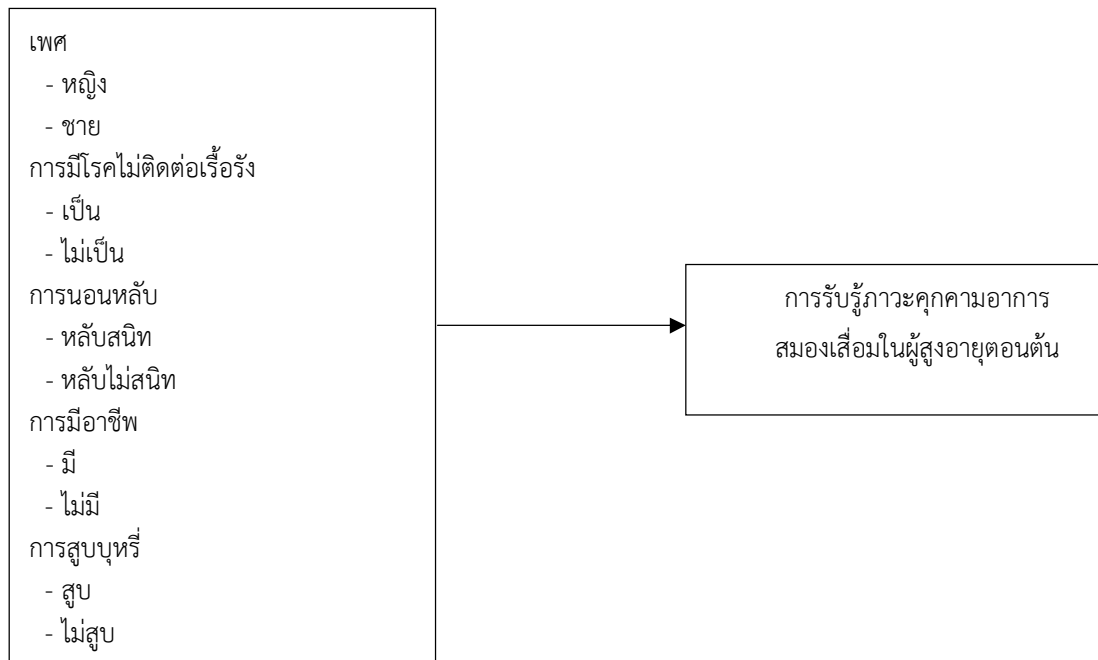
สถานการณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล มีประชากรผู้สูงอายุ ทั้งหมด 1,249 คน จำแนกตามผู้สูงอายุตอนต้น ร้อยละ 53.56 ผู้สูงอายุตอนกลาง ร้อยละ 31.87 และผู้สูงอายุตอนปลาย ร้อยละ 14.57 จากการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่ตำบลควนโดนด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2545) จำนวนทั้งหมด 236 คน พบว่ามีผู้สูงอายุที่สงสัยมีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 13.9 ถึงแม้ว่าทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนโดนได้ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมป้องกันภาวะสมองเสื่อมตามนโยบายของรัฐบาลอย่างต่อเนื่อง ทั้งการสอดแทรกในกิจกรรมเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้ผ่านชมรมผู้สูงอายุก็ตามแต่อัตราของกลุ่มเสี่ยงยังมีจำนวนมากใกล้เคียงกับประเทศ จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น ตำบลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น ตำบลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น ตำบลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล จำแนกตาม เพศ การมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การนอนหลับ การมีอาชีพ และการสูบบุหรี่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker (นิตยา เย็นฉ่ำ, 2535) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีปัจจัยหลายๆ ประเด็นที่สามารถอธิบายการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อม ประกอบด้วย เพศ การเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การนอนหลับ การมีอาชีพ และการสูบบุหรี่



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ ผู้สูงอายุตอนต้น (60 - 69 ปี) ที่อาศัยอยู่ในตำบลควนโดน อำเภอกวนโดน จังหวัดสตูล จำนวน 10 หมู่บ้าน ประกอบด้วย บ้านควนโดน บ้านสะพานเคียน บ้านถ้ำทะเล บ้านควนโต๊ะเหลง บ้านคูสน บ้านหัวสะพานเหล็ก บ้านบูเกเตยามู บ้านปลักใหญ่ใจดี บ้านนาปรัก และบ้านคลองบาราเกตุ รวมประชากรทั้งหมด จำนวน 669 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 - 69 ปี ที่อาศัยอยู่ในตำบลควนโดน อำเภอกวนโดน จังหวัดสตูล จำนวน 128 คน

กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี 2) เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 3) เป็นผู้สูงอายุที่ผ่านการประเมินด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 ผลการประเมิน ไม่มีความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมจากเครื่องมือนี้ สำหรับเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ 1) เป็นผู้ที่ย้ายออกจากชุมชนระหว่างการเก็บข้อมูล 2) มีสภาวะการเจ็บป่วยไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ อาการทางจิตประสาทหรือมีประวัติรักษาโรคทางจิตเวช ผู้ที่มีความผิดปกติ ในด้านการทำหน้าที่ ความคิดความเข้าใจ (Cognitive functioning) คือ กระบวนการการทำงานของสมอง ด้านความคิดความเข้าใจของผู้สูงอายุจากการทำหน้าที่ซึ่งครอบคลุมเนื้อหา 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ การจดจำ ความใส่ใจ การคำนวณ ภาษา และการระลึกได้ โดยนำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย Thai Mental State Examination (TMSE) ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power ใช้ Test family ค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2555) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่า Power เท่ากับ 0.8 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยกำหนดสัดส่วนจากราย

หมู่บ้าน จากนั้นสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling technique) ด้วยวิธีการจับสลากจากรายชื่อผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือในเก็บข้อมูลโดยศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและทบทวนวรรณกรรม รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา การมีอาชีพ ประวัติสมองเสื่อมในครอบครัว โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การนอนหลับ ความเครียด การมีผู้ดูแล การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในวัยผู้สูงอายุตอนต้น จำนวน 24 ข้อ มีข้อความคำถามด้านบวก จำนวน 19 ข้อ ความถามด้านลบ 5 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนจาก 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนการรับรู้ภาวะคุกคามต่ออาการสมองเสื่อมในวัยผู้สูงอายุตอนต้น เกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1998) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.01 - 2.00 หมายถึง มีการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.01 - 3.00 หมายถึง มีการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.01 - 4.00 หมายถึง มีการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ระหว่าง .67 – 1.00 หลังจากนั้นนำมาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .78

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการเสนอขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากนั้นทำหนังสือขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และรายละเอียดต่างๆ ในการเก็บข้อมูลให้แก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อเกิดความเข้าใจ และขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ จำนวน 128 คน ใช้เวลาคนละ 20 นาที และกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยมีการเซ็นชื่อ ประทับลายนิ้วมือ ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถเขียนได้ หรือมองไม่เห็น ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลภายในเดือนสิงหาคม – กันยายน 2563 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลที่ได้ให้ครบถ้วนสมบูรณ์

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล หมายเลขใบรับรอง: ET-ST 009/2563 วันที่ให้การรับรอง 20 สิงหาคม 2563 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษาได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากการเข้าร่วม พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลในการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลถูกเก็บไว้เป็นความลับไม่นำมาเปิดเผย ในการนำเสนอผลการวิจัยจะสรุปออกมาเป็นภาพรวม เพื่อใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์คุณลักษณะประชากร ระดับความรู้อาการสมองเสื่อม และการรับรู้ภาวะคุกคามของอาการสมองเสื่อม (การรับรู้โอกาสเสี่ยง/การรับรู้ความรุนแรง) โดยการนำเสนอการแจกแจงความถี่ (Frequencies Distribution) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น ตำบลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล จำแนกตาม เพศ การมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การนอนหลับ การมีอาชีพ และการสูบบุหรี่ โดยใช้สถิติ Independent t-test

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการใช้สถิติทดสอบค่าที โดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลพฤติกรรม การดูแลตนเองมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ($p = 0.076$)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะประชากร	n = 128	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	35	27.3
- หญิง	93	72.7
อายุ		
- ช่วงอายุ 60-64	69	53.9
- ช่วงอายุ 65-69	59	46.1
ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้ศึกษา	15	11.7
- ประถมศึกษา	98	76.6
- มัธยมศึกษา	11	8.6
- ปวช./ปวส.	3	2.3
- ปริญญาตรี	1	0.8
การมีอาชีพ		
- มี	85	66.4
- ไม่มี	43	33.6
ประวัติสมองเสื่อมในครอบครัว		
- เป็น	8	6.2
- ไม่เป็น	120	93.8
การเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
- เป็น	68	53.1
- ไม่เป็น	60	46.9
การนอนหลับในเวลากลางคืน		
- หลับสนิท	102	79.7
- หลับไม่สนิท	26	20.3

ตาราง 1 (ต่อ)

คุณลักษณะประชากร	n = 128	ร้อยละ
ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึกหุดหู่ เสร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่		
- มี	7	5.5
- ไม่มี	121	94.5
ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่		
- มี	7	5.5
- ไม่มี	121	94.5
มีผู้ดูแลเวลาเจ็บป่วย		
- มี	125	97.7
- ไม่มี	3	2.3
การสูบบุหรี่		
- สูบ	15	11.7
- ไม่สูบ	113	88.3
การดื่มแอลกอฮอล์		
- ดื่ม	1	0.8
- ไม่ดื่ม	127	99.2
การออกกำลังกาย (3-4 ครั้ง/สัปดาห์)		
- มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์	61	47.7
- น้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์	67	52.3

จากตาราง 1 พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.7 อายุระหว่าง 60 – 64 ปี ร้อยละ 53.91 การศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.6 การมีอาชีพ ร้อยละ 66.4 คนในครอบครัวไม่มีประวัติเป็นโรคสมองเสื่อม ร้อยละ 93.8 เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 53.1 นอนหลับสนิทในเวลากลางคืน ร้อยละ 79.7 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาไม่รู้สึกหุดหู่ เสร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง ร้อยละ 94.5 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาไม่รู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน ร้อยละ 94.5 มีผู้ดูแลเวลาเจ็บป่วย ร้อยละ 97.7 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 88.3 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 99.2 และออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 52.3

2. ระดับคะแนนการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น ตำบลควนโดน อำเภอกวนโดน จังหวัดสตูล (n = 128)

ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น ตำบลควนโดน อำเภอกวนโดน จังหวัดสตูล (n = 128)

ข้อความ	M	SD	การแปลผล
1. ผู้สูงอายุมีโอกาสเป็นภาวะสมองเสื่อมมากกว่าวัยอื่น เนื่องจากเป็นโรคที่เกิดขึ้นในคนเฒ่าคนแก่	3.50	0.77	สูง
2. โรคสมองเสื่อมเกิดจากผี/ทำไสยศาสตร์	3.21	0.96	สูง
3. โรคสมองเสื่อมเป็นอาการของคนบ้า คนเป็นโรคประสาท มีอาการทางจิต	2.06	1.05	ปานกลาง
4. การได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะได้รับการกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง มีเลือดออกในสมองมีโอกาสสมองเสื่อมได้	3.70	0.55	สูง

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อความ	M	SD	การแปลผล
5. การสูบบุหรี่ทำให้สมองเสื่อม	3.41	0.69	สูง
6. การดื่มสุรา/แอลกอฮอล์ เป็นประจำและเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม	3.63	0.63	สูง
7. การรับประทานยาคลายเครียดหรือยาคลายกังวลเป็นประจำ ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้	1.70	0.75	ต่ำ
8. ผู้สูงอายุที่อ้วนมีโอกาสเป็นภาวะสมองเสื่อม	2.90	0.93	ปานกลาง
9. ผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเป็นภาวะสมองเสื่อม	3.21	0.86	สูง
10. ผู้สูงอายุที่ไม่ออกไปพบปะพูดคุยกับกลุ่มเพื่อน ไม่เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ มีโอกาสเป็นภาวะสมองเสื่อม	3.55	0.66	สูง
11. โรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมีลักษณะเหมือนเด็ก เช่น การเล่นขยของ การสะสมของ	1.63	0.79	ต่ำ
12. ผู้สูงอายุที่มีความเครียด มีโอกาสเป็นภาวะสมองเสื่อม	3.52	0.56	สูง
13. ผู้สูงอายุที่มีประวัติเป็นโรคซึมเศร้า มีประวัติถูกทำร้ายร่างกาย จิตใจ ตั้งแต่เด็ก หรือสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก มีโอกาสเป็นภาวะสมองเสื่อม	3.52	0.66	สูง
14. ถ้าผู้สูงอายุสมองเสื่อม จะพูดสื่อสารกับคนอื่นไม่รู้เรื่อง	3.63	0.59	สูง
15. ถ้าผู้สูงอายุสมองเสื่อม จะไม่สามารถทำสิ่งที่เคยทำได้ เช่น แปร่งฟัน อาบน้ำ กินข้าวด้วยตนเองไม่ได้ ไม่สามารถทำงานที่ทำประจำได้ เช่น การทำไร่ ทำสวน	3.53	0.68	สูง
16. ถ้าผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะควบคุมตนเองไม่ได้ หลงลืมมากขึ้น จำคนในครอบครัว และชื่อตัวเองไม่ได้	3.59	0.57	สูง
17. ถ้าผู้สูงอายุสมองเสื่อม จะควบคุมการขับถ่ายไม่ได้	3.41	0.79	สูง
18. ถ้าผู้สูงอายุสมองเสื่อม จะมีความหวาดกลัว ระแวงคนใกล้ตัว	3.55	0.57	สูง
19. ถ้าผู้สูงอายุสมองเสื่อม จะช่วยเหลือตนเองไม่ได้และเป็นโรคอัมพาต	3.59	0.62	สูง
20. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง) มีโอกาสเป็นภาวะสมองเสื่อมมากกว่าคนที่ไม่เป็นโรค	3.39	0.76	สูง
21. โรคไข้นในเลือดสูงจะมีโอกาสสมองเสื่อม	3.19	0.75	สูง
22. อาการสมองเสื่อมเป็นโรคที่รักษาไม่หาย	1.60	0.82	ต่ำ
23. ถ้าผู้สูงอายุสมองเสื่อม ครอบครัวต้องดูแลอย่างใกล้ชิดและต้องเสียค่ารักษาจำนวนมาก	3.65	0.57	สูง
24. ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะเป็นภาระของครอบครัว เช่น ครอบครัวหรือผู้ดูแล ต้องดูแลผู้สูงอายุตลอดเวลา มีอาการปวดหลัง มีความเครียด อายเพื่อนบ้าน ขาดรายได้ ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ	3.73	0.54	สูง
ภาพรวม	3.18	0.21	สูง

จากตาราง 2 พบว่า ระดับการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้นตำบลควนโดน อำเภอกวนโดน จังหวัดสตูล อยู่ในระดับสูง ($M = 3.18, SD = 0.21$) หากพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่สูงที่สุดสามลำดับ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะเป็นภาระของครอบครัว เช่น ครอบครัวหรือผู้ดูแลต้องดูแลผู้สูงอายุตลอดเวลา มีอาการปวดหลัง มีความเครียด อายเพื่อนบ้าน ขาดรายได้ ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติ ($M = 3.73, SD = 0.54$) รองลงมา การได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะได้รับการกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง มีเลือดออกในสมอง มีโอกาสสมองเสื่อมได้ ($M = 3.70, SD = 0.55$) และถ้าผู้สูงอายุสมองเสื่อม ครอบครัวต้อง

ดูแลอย่างใกล้ชิดและต้องเสียค่ารักษาจำนวนมาก ($M = 3.65$, $SD = 0.57$) รายข้อที่ต่ำสุดสามลำดับ ได้แก่ อาการสมองเสื่อมเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ($M = 1.60$, $SD = 0.82$) รองลงมาคือ โรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเหมือนเด็ก เช่น การเล่นขยของ การสะสมของ ($M = 1.63$, $SD = 0.79$) และการรับประทานยาคลายเครียดหรือยาคลายกังวลเป็นประจำ ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมได้ ($M = 1.75$, $SD = 0.75$)

3. การเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น ตำบลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ตาราง 3 การเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น ตำบลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ตัวแปร	n	M	SD	t	df	p-value
เพศ						
ชาย	35	3.10	0.21	2.748	126	.007*
หญิง	93	3.21	0.20			
การมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง						
มี	68	3.22	0.20	2.26	126	.026*
ไม่มี	60	3.14	0.21			
การนอนหลับ						
นอนหลับสนิท	102	3.17	0.21	-1.756	126	.086
นอนหลับไม่สนิท	26	3.25	0.19			
การมีอาชีพ						
มี	85	3.16	0.21	-1.751	126	.119
ไม่มี	43	3.22	0.19			
การสูบบุหรี่						
สูบ	15	3.11	0.22	-1.391	126	.167
ไม่สูบ	113	3.19	0.20			

* $p < .05$

จากตาราง 3 พบว่าผู้สูงอายุที่มีเพศและการมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างกัน จะมีการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุเพศหญิงและมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะมีการรับรู้มากกว่าผู้สูงอายุเพศชายและไม่มีโรคเรื้อรัง

อภิปรายผลการวิจัย

การรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในวัยผู้สูงอายุตอนต้น ตำบลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล อยู่ในระดับสูง ($M = 3.18$, $SD = 0.21$) ประกอบกับทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนโดน มีกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองเสื่อมทั้งผ่านการเยี่ยมบ้านและการสอดแทรกในชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้สูงอายุในพื้นที่มีการรับรู้ในระดับสูง

นอกจากนี้ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน จะมีการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุเพศหญิงและมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะมีการรับรู้มากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย อธิบายได้ว่าเพศหญิง จะมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ตระหนักถึงปัญหาทางด้านสุขภาพ มีความรับผิดชอบและมีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคได้ดีกว่าเพศ

ชาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้อาการเตือน และ พฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง (กานต์ธิดา กำแพงแก้ว, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์ และวินัส ลิฬหกุล, 2558) พบว่าในสังคมและวัฒนธรรมไทยเพศหญิงมักมีบทบาทหนึ่ง สำคัญในการดูแลสุขภาพของบุคคลในครอบครัว ซึ่งอาจส่งผลให้เพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่า เพศชาย

สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างกัน จะมีการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะมีการรับรู้มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มี โรคเรื้อรัง อธิบายได้ว่าการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อม ส่งผลต่อการทำงานของสมอง จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้ แนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด สติปัญญา อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุ โดยโรคที่มีความ เกี่ยวข้องกับการรับรู้ต่างๆ พบได้ในโรคความดันโลหิตสูง หัวใจ พาร์กินสัน โรคติดเชื้อในสมอง และโรคหลอดเลือด สมอง โดยพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง รับรู้ความเจ็บป่วยได้ค่อนข้างชัดเจน ประกอบกับการ ได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับโรค จากแพทย์ พยาบาล และสื่อประชาสัมพันธ์จากหน่วยงานราชการหรือ ภาคเอกชนเป็นสิ่งกระตุ้นภายนอก ร่วมกับในปัจจุบันมีการจัดทำช่องทางเร่งด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ออกมา ประชาสัมพันธ์โดยหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้อง ทันเวลา จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีช่องทางในการรับรู้ข้อมูลความเจ็บป่วยได้มากขึ้น (อรอุมา คงแก้ว, ขนิษฐา นาคะ และจาวรารณ กฤตย์ประชา, 2561)

สำหรับตัวแปรอื่นได้แก่ การนอนหลับ อาชีพ การสูบบุหรี่ ต่างกัน มีการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมอง เสื่อมไม่แตกต่างกันเนื่องจาก

สำหรับตัวแปรการนอนหลับต่างกันมีการรับรู้ไม่แตกต่างกัน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาปัจจัยทำนายการ รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า การนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การรับรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 54.83) รับรู้สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเกิดจากการนอน พักผ่อนไม่เพียงพอ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักมากขึ้น เมื่อมีการนอนไม่หลับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงจึง เพิ่มขึ้น ส่วนกลุ่มที่ไม่มีปัญหาการนอนหลับจะคิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค เมื่อประเมินคะแนน การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจึงอยู่ในระดับต่ำ (จรรยา ภูเขาฟ้า และวาสนา รวยสูงเนิน, 2563) ในขณะที่อาชีพต่างกันมีการรับรู้ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย พบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนน ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในระดับต่ำ ($r = .36, p < .01$) หมายความว่า หากไม่ได้ประกอบอาชีพ ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยลดลง นั่นหมายถึงมีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (ปิยะภร ไพโรจน์ และ พรสวรรค์ เจ็ดตน, 2560) เช่นเดียวกับตัวแปรการสูบบุหรี่ต่างกันมีการรับรู้ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ งานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย พบว่าการ สูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการรับรู้ และพฤติกรรมของคนไทยต่อการสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะพบว่า ด้านการรับรู้ของผู้สูบบุหรี่และผู้ไม่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ในภาพรวมมีการรับรู้ในระดับมาก เมื่อพิจารณาการรับรู้ใน 3 ด้าน คือการรับรู้เรื่องอันตรายจาก บุหรี่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ การรับรู้เรื่องพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2540 และการรับรู้เรื่องสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่พบว่า การรับรู้ทุก ด้านอยู่ในระดับมาก โดยการรับรู้เรื่องสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (เอมอร พุฒิพิสิฐเชษฐ, 2542)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยง/การรับรู้ความรุนแรงอาการสมองเสื่อมในวัยก่อนสูงอายุทุกเพศและมีโรคประจำตัว โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข ลงติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตำบลควนโดน อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล
2. ควรจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การคืนข้อมูลผลการดำเนินงานวิจัยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ภายใต้การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครอบครัวหรือผู้ดูแล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อดำเนินกิจกรรมป้องกันการเกิดอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุของชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการรับรู้ภาวะคุกคามต่ออาการสมองเสื่อมในวัยก่อนผู้สูงอายุ (Pre aging) เพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ
2. ควรมีการศึกษาในรูปแบบงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุ
3. ศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจเกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะคุกคามต่ออาการสมองเสื่อมในการป้องกันโรค
4. การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลในผู้สูงอายุพื้นที่ตำบลควนโดนเพียงแห่งเดียว ซึ่งเป็นข้อมูลที่อาจสะท้อนได้ระดับพื้นที่เท่านั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาในผู้สูงอายุพื้นที่อื่นๆ ของอำเภอควนโดน เพื่อให้ได้ข้อมูลของการรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในภาพกว้างมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (ฉบับแก้ไข พ.ศ. 2553). สืบค้นจาก [HTTPS://WWW.DOP.GO.TH/](https://www.dop.go.th/download/laws/regulation_th_20152509163042_1.pdf)
[DOWNLOAD/LAWS/REGULATION_TH_20152509163042_1.PDF.](https://www.dop.go.th/download/laws/regulation_th_20152509163042_1.pdf)
- กานต์ธิดา กำแพงแก้ว, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์ และวินัส ลิขกุล. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้อาการเตือนและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 25(2), 40-56.
- จรรยา ภูเขาฟ้า และวาสนา รวยสูงเนิน. (2563). ปัจจัยทำนายการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 38(4), 64-72.
- จิรนนท์ สุริยะ. (2559). การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่.
- ชัชวาล วงศ์สารี, และศุภลักษณ์ พันทอง. (2561). ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ: การพยาบาลและการดูแลญาติผู้ดูแล. วารสารมจร.วิชาการ, 22(43-44), 166-179.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2555). การกำหนดขนาดตัวอย่างในการทดสอบสมมุติฐานวิจัย. สืบค้นจาก <https://llskill.com/web/files/GPower.pdf>.
- นิตยา เ็นฉ่ำ. (2535). ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพของบุคลากรชายในโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ปิยะกร ไพรสนธิ์, และพรสวรรค์ เจ็ดตน. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย. *วารสารสมาการพยาบาล*, 32(1), 65-80.
- เพชรรัตน์ พิบาล, จตุพร จันทพฤกษ์, ภาวนี แพงสุข, ปิยนุช ภิญโย, ภควรรณ ตลอดพงษ์, นิสากร เข้มขนาน. (2561). การศึกษาสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *ราชวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 8(2), 46-57.
- ภรณีวิทย์ อนันต์ติลลฤทธิ. (2564). ภาวะสมองเสื่อม. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 15(37), 392-398.
- ลักขณาภรณ์ แสนชัย. (2559). ประสพการณ์การปรับตัวของผู้ดูแลในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชนบท. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(1), 74-81.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2545). *การออกกำลังกายทั่วไปและเฉพาะโรคผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สุทินันท์ สุปินดี และบำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2561). การรับรู้ของชุมชนเกี่ยวกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 41(3), 54-64.
- สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2561). การป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. *การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(4), 6-14.
- อรอุมา คงแก้ว, ขนิษฐา นาคะ และจารุวรรณ กฤตย์ประชา. (2561). การรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 40(1), 115-128.
- เอมอร พุฒิปิสิฐเชฐ. (2542). *การรับรู้และพฤติกรรมของคนไทยต่อการสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ*. สืบค้นจาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1208?locale-attribute=th>.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3rd ed.). New Jersey: Prentice hall.

**การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน
โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี**

ศรัทธา โพธิ์ศรี, พย.ม.*
มัลลิกา มากรัตน์, วท.ม.**

Received: August 27, 2021
Revised: September 20, 2021
Accepted: November 1, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและศึกษาผลจากการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและเครือข่ายในชุมชน โดยทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จำนวน 50 คน ดำเนินการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสังเกต

ผลการวิจัย พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้มี 4 ขั้นตอน คือ 1. ขั้นการวางแผน ประกอบด้วย 1) การศึกษาวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหา 2) การวิเคราะห์ SWOT ร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้อง และ 3) การประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม 2. ขั้นปฏิบัติการ ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 3. ขั้นการสังเกตการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และ 4. ขั้นการสะท้อนผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการดำเนินงาน พบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเป็นสิ่งที่ทำให้เครือข่ายเกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน และทำให้เกิดกิจกรรมที่หลากหลายที่เป็นประโยชน์

ข้อเสนอแนะ ควรส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายในชุมชน อาทิ ผู้นำชุมชน อสม. ในเรื่องความเชี่ยวชาญในการเขียนโครงการเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน
การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

กระทรวงสาธารณสุข; ผู้ให้การติดต่อ E-mail: posri45@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ(ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข

Development of The Elderly Care Model by Community Participation,
Nongphai Sub-district, Meaung District, Udonthani Province

Srichai Posri, M.N.S.^{*}
Munlika Makrat, M.Sc.^{**}

Abstract

This research was participation action research (PAR). The purpose was to study and develop the health care model for elder in Nongphai Sub-district, Meaung District, Udonthani Province. The 50 participants who related with the elderly care in the community were selected with simple random sampling technique. Quantitative data was using created questionnaire to collect and applied in-depth interview and observation for qualitative data.

The result was found that developed process of the community care of elderly consisted of four phases including: 1. Planning stage including 1) To analyze the context and the problem of elderly health care 2) SWOT analysis with participants and 3) Workshops and elderly health care planning with participants 2. Implement stage of elderly health care planning 3. Observer elderly health care planning by participatory action and 4. Reflective of elderly health care process. The result revealed that the process of developed elderly health care in the community with participation of network, an exchange knowledge, ideas and experiences were caused a variety of beneficial activities.

Implications: Network partners in the community, such as community leaders should be encouraged to have expertise in writing projects for continual health care for the elderly.

Keywords: health care model for elderly, community participation,
participation action research (PAR)

^{*} Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health; Corresponding Author E-mail: posri45@gmail.com

^{**} Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ประชากรโลกมีอายุสูงขึ้น เนื่องจากอัตราเกิดที่ลดลงและผู้คนมีอายุยาวมากขึ้น ประชากรโลกกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในปี 2020 โลกของเรามีประชากรรวมทั้งหมด 7,795 ล้านคน โดยมีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1,050 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564)

จากผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ 4 ครั้งที่ผ่านมา พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องโดยในปี พ.ศ. 2557 มีสัดส่วนผู้สูงอายุเป็นร้อยละ 14.9 และมีแนวโน้มเพิ่มเป็นร้อยละ 16.0 ในปี พ.ศ. 2562 (สำนักสถิติพยากรณ์, 2557) งานวิจัยของ สุขเกษม ร่วมสุข (2553) ภรณ์ตั้งสุรตัน, วิมลฤดี พงษ์ศิริบุญ (2556) พันธิตรา สิงห์เขียว (2558) ขวัญดาว กล่ำรัตนศิริ, ศิริบุญ จงวุฒิเวศย์, ภัทรพล มหาพันธ์ และนวลฉวี ประเสริฐสุข (2556) และวัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว (2557) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพของคนไทยได้แก่การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เพศ ระดับการศึกษา ภาวะการมีโรคประจำตัว การรับรู้ข่าวสารสุขภาพ และระดับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ

สถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี มีประชากรจำนวน 1,575,311 คน เป็นผู้สูงอายุ 208,421 คน คิดเป็นร้อยละ 13.23 จังหวัดอุดรธานีจึงได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และคาดว่าจังหวัดอุดรธานีจะมีประชากรผู้สูงอายุถึงร้อยละ 19.61 ในปี 2568 และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) (วรัญญา นันตาแก้ว, 2561)

การทำงานแบบเครือข่ายเป็นปัจจัยที่สำคัญของการสร้างเสริมให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนาด้านต่างๆ ทั้งนี้เพราะสมาชิกของเครือข่ายต่างมีบทบาทสำคัญต่อการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย โดยมีกลไกการสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ มีการร่วมมือในเรื่องต่างๆ ในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เครือข่ายที่มีบทบาทและมีส่วนร่วมที่สำคัญที่จะทำให้ประสบความสำเร็จได้ ประกอบด้วย เครือข่ายภาคประชาชน และเครือข่ายภาครัฐ เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพได้อย่างยั่งยืน (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

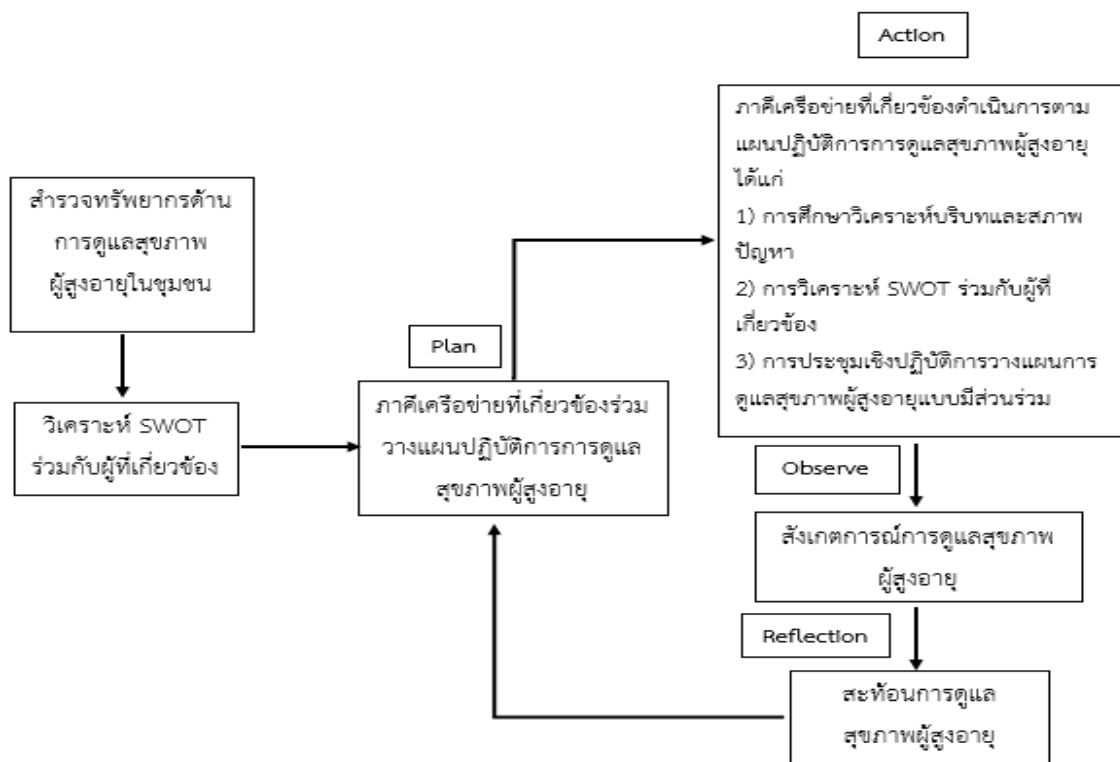
เมื่อพิจารณาปัญหาข้างต้นของผู้สูงอายุแล้ว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้เครือข่ายความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชน เพื่อหาแนวทางและรูปแบบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของ Kemmis & Mc Taggart (1990) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1. ขั้นการวางแผน ประกอบด้วย 1) การศึกษาวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหา 2) การวิเคราะห์ SWOT ร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้อง และ 3) การประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม 2. ขั้นปฏิบัติการ ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 3. ขั้นการสังเกตการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และ 4. ขั้นการสะท้อนผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานและให้เกิดแนวทางการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมที่แท้จริง เหมาะสมกับบริบทของชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลหนองโไฟ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลหนองไผ่ อำเภอมะนัง จังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยมีมุ่งศึกษา รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลหนองไผ่ อำเภอมะนัง จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1. ขั้นการวางแผน ประกอบด้วย 1) การศึกษาวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหา 2) การวิเคราะห์ SWOT ร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้อง และ 3) การประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม 2. ขั้นปฏิบัติการ ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 3. ขั้นการสังเกตการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และ 4. ขั้นการสะท้อนผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

พื้นที่ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ตำบลหนองไผ่ อำเภอมะนังอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและเครือข่ายในชุมชน โดยทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ประกอบด้วย คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ (10 คน) สมาชิก

สภาเทศบาลตำบลหนองไผ่ (10 คน) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (14 คน) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) (14 คน) อาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี (2 คน) รวมจำนวน 50 คน ทั้งหมดเป็นเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จนครบกระบวนการ

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี (หมายเลขรับรอง IRB BCNU 0411/009/2563) และดำเนินการวิจัยตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เป็นสำคัญ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 เครื่องมือดำเนินการวิจัยประกอบด้วย กิจกรรมตามแผนปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรธานี ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1. ขั้นการวางแผน ประกอบด้วย 1) การศึกษาวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหา 2) การวิเคราะห์ SWOT ร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้อง และ 3) การประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม 2. ขั้นปฏิบัติการ ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 3. ขั้นการสังเกตการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และ 4. ขั้นการสะท้อนผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ชุดที่ 2 เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ชนิดคือ

1) แบบวัดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จำนวน 29 ข้อ โดยเป็นคำถามในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นแบบคำถามปลายเปิด สัมภาษณ์ผู้แทนผู้มีส่วนร่วม จำนวน 4 ข้อ

3) แบบสังเกตพฤติกรรมเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนในระหว่างการปฏิบัติตามแผนในขั้นปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยการทดสอบใช้ในกลุ่มที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ และคำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.83

การตรวจสอบความตรง (Validity) ด้วยการหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) เป็นการหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence : IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย พบว่ามีค่าอยู่ระหว่าง .50 – 1.00 ตามเกณฑ์ยอมรับ (Rovinelli & Hambleton, 1977)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม การสัมภาษณ์และการสังเกตเพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการที่จะนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน ชุมชน ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โดยมีขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินการ ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนาโดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถามและการสนทนากลุ่มสำหรับเก็บข้อมูล
2. การเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างดำเนินการ โดยนำผลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้แบบสังเกตและแบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการดำเนินการโดยใช้แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์และแบบสังเกตเพื่อรวบรวมข้อมูล สภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค ข้อบกพร่องและแนวทางการดำเนินการแก้ไขต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ วุฒิการศึกษา ระยะเวลาของการเจ็บป่วยวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ ข้อมูลแบบวัดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย วิเคราะห์โดยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ นำมาจัดหมวดหมู่ของข้อมูลและวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรจำนวน 50 คน ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปทางด้านประชากรกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 54) อายุอยู่ระหว่าง 40 – 49 ปี (ร้อยละ 52) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 72) ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น (ม. 1 – ม. 3) (ร้อยละ 26) มีอาชีพหลักคือ เกษตรกรรม (ร้อยละ 64) และรายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 2,501 – 5,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 52)

2. ขั้นตอนการพัฒนา

ขั้นตอนที่ 1 วางแผน (Planning) ผลการวิเคราะห์จากการสนทนากลุ่มภาคีเครือข่ายการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 50 คน สรุปผลการวางแผนการดำเนินการได้ดังนี้

1) การศึกษาวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหา สรรวจทรัพยากรด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
ในชุมชน

ผลการสำรวจ พบว่า ในชุมชนเทศบาลตำบลหนองไผ่ มีแหล่งประโยชน์ทางด้านสุขภาพ จำนวน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตะไก้และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแมนนท์ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุเป็นไปด้วยดี มีการให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดตามนโยบายของกระทรวง

สาธารณสุข แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของภาคีเครือข่ายการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เป็นแบบแผนชัดเจน และจากการสัมภาษณ์เชิงลึกภาคีเครือข่ายการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 50 คน พบว่ามีการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งดำเนินงานโดยเทศบาลตำบลหนองไผ่ให้กับชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2) การวิเคราะห์ SWOT ร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยนำผลการสำรวจแหล่งประโยชน์ทางด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลตำบลหนองไผ่ มาวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสในการพัฒนาและอุปสรรค (SWOT) ในการพัฒนารูปแบบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการจัดประชุมร่วมกันกับคณะกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้ผลการวิเคราะห์ดังนี้

จุดแข็ง (Strengths) มีแหล่งประโยชน์ทางด้านสุขภาพ 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตะไก้และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแมนันท์ มีกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งดำเนินงานโดยเทศบาลตำบลหนองไผ่ และมีสมุนไพรรักษาโรคในชุมชน

จุดอ่อน (Weakness) ยังขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงานของคณะกรรมการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

โอกาส (Opportunities) ชุมชนเทศบาลตำบลหนองไผ่ มีการคมนาคมที่สะดวก สามารถเชื่อมโยงเครือข่ายการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้

อุปสรรค (Treats) ชุมชนยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

3) การประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม

- แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และทบทวนบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการแต่ละภาคส่วน

- ประชุมเพื่อจัดทำแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกัน โดยบูรณาการจัดทำแผนงานโครงการแก้ไขปัญหา มีการใช้ทรัพยากรในด้านต่างๆ ร่วมกัน จากหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดีจากทุกหน่วยงาน บูรณาการกับแผนงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของเทศบาลตำบลหนองไผ่

- คณะกรรมการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ประชุมและร่วมวางแผน กำหนดบทบาทหน้าที่ในการดำเนินโครงการพัฒนาศักยภาพชุมชน โดยการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยเน้นเรื่องการนำสมุนไพรมาใช้เพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน ประจำปีงบประมาณ 2563

- เสริมสร้างศักยภาพและความมั่นใจในการดำเนินงานของคณะกรรมการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยทบทวนความรู้ จัดการอบรม เรื่อง บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติการตามแผน (Action)

การปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการหรือโครงการที่ได้ในขั้นตอนการวางแผนไปปฏิบัติ มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม มีการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้ มีการดำเนินการ ดังนี้

- 1) จัดประชุมวางแผนร่วมกับคณะกรรมการดำเนินการ
- 2) การดำเนินงานตามแผนกิจกรรมที่ได้วางไว้ในโครงการ

ในการดำเนินการครั้งนี้เป็นการจัดดำเนินงานตาม “โครงการพัฒนาศักยภาพชุมชน โดยการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน ประจำปีงบประมาณ 2563” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้ โดยจัดการอบรม เป็น 2 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 พัฒนาศักยภาพแกนนำด้านการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักธรรมชาตินิยม และด้านการใช้สมุนไพรกับการสร้างเสริมสุขภาพ ในอาสาสมัครสาธารณสุขและแกนนำดูแลผู้สูงอายุ โดยดำเนินการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในด้านต่างๆ ที่มีความจำเป็นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 2 ถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นให้กับผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุขและแกนนำดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นให้กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขและแกนนำดูแลผู้สูงอายุถ่ายทอดความรู้และทักษะในการดำเนินการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 3 สังเกต (Observation)

เป็นขั้นการสังเกตในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเก็บรวบรวมหลักฐานจากการปฏิบัติตั้งแต่ขั้นตอนก่อนการดำเนินงาน ระหว่างดำเนินงาน และหลังการดำเนินงานจากการประชุมกลุ่มย่อยของคณะกรรมการต่าง ๆ ติดตามและสนับสนุน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)

จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สรุปผลการดำเนินงาน ถอดบทเรียน วิเคราะห์ปัจจัยแก่ความสำเร็จในการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรค วางแผนในการปรับปรุงแผนการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่อไป

3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ตาราง 1 คะแนนเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินงาน

ระดับการมีส่วนร่วม	ก่อนการดำเนินการ		หลังการดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มาก (ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00)	0	0	42	84
ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66)	33	66	8	16
น้อย (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	17	34	0	0

จากตาราง 1 พบว่า ก่อนการดำเนินงาน การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นของภาคีเครือข่าย ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66) และหลังการดำเนินงาน พบว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 84)

4. ข้อมูลจากสัมภาษณ์ผู้แทนผู้มีส่วนร่วม ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในประเด็นเรื่องการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยกลุ่มตัวอย่างได้กล่าวว่า ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมตั้งแต่ต้นกระบวนการ ร่วมในการวางแผนการดำเนินการ คิดกิจกรรม โดย กลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า กิจกรรมนี้ทำให้เกิดการเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น...” “...กล้าที่จะให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น...”

5. การวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่าย ตำบลหนองไผ่ อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานีในครั้งนี้ คือ 1) การใช้กลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยดึงศักยภาพของแต่ละบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพและมี คณะกรรมการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นกำลังสำคัญในการส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสม ส่งผลให้การดำเนินการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครั้งนี้บรรลุเป้าหมายในที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Action research) โดยมุ่งศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลหนองไผ่ อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยมีการดำเนินการตามขั้นตอน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1. ขั้นการวางแผน ประกอบด้วย 1) การศึกษาวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหา 2) การวิเคราะห์ SWOT ร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้อง และ 3) การประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม 2. ขั้นปฏิบัติการ ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 3. ขั้นการสังเกตการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และ 4. ขั้นการสะท้อนผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า

1. พัฒนารูปแบบในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลหนองไผ่ อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Action research) สามารถทำให้เกิดโครงการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้ 1 โครงการ ซึ่งเป็นโครงการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ให้การดูแลและส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความเป็นเจ้าของและต้องการมีส่วนร่วมในการพัฒนา สอดคล้องกับการวิจัยของนาวิกทักษ์ มูลสาร (2556) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบางห้องแขวง ตำบลห้องแขวง อำเภอลองนากา จังหวัดยโสธร โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) พบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมส่งผลให้แกนนำมีความรู้และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมผู้สูงอายุในชุมชนดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาและสามารถพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจนกว่าก่อนการพัฒนา สอดคล้องกับบุญมาก ไชยฤทธิ์ (2556) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน ตำบลโป่งเปือย อำเภอมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ พบว่า ภายหลังการดำเนินงานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการได้มีการประเมินพัฒนาการดำเนินงานมีการพัฒนาในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ พนิดา เทียงสันเทียะ, สันติสิทธิ์ เทียวเขิน และบัณฑิต วรรณประพันธ์ (2561) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน ตำบลโนนเมือง อำเภอขามสะแกแสง จังหวัด

นครราชสีมา เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ใช้กระบวนการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ โดยสรุปรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ที่เหมาะสม คือ การเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ทุกระดับ เข้ามามีบทบาทร่วมรับผิดชอบ และร่วมดำเนินการโดยมีกลไกการปลูกฝังให้เยาวชนในพื้นที่เกิดความตระหนักและเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมตั้งแต่ต้น เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่ยั่งยืนและต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของสมเกียรติ สุทธิรัตน์ (2561) ได้ศึกษาการสร้างเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชนในลักษณะเครือข่ายสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ โดยการจัดเวทีประชาคม การมีส่วนร่วมในการคิดวางแผนออกแบบกิจกรรมและการประเมินผล มีการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิก การสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิก การสร้างบรรยากาศที่ดี การมีผู้นำในการดำเนินการที่ดี มีงบประมาณที่เพียงพอในการดำเนินการ การให้เกียรติซึ่งกันและกันของเพื่อนสมาชิก และการร่วมกันสร้างค่านิยมและวัฒนธรรมที่ดี ทำให้เครือข่ายสุขภาพเกิดความเข้มแข็งและสามารถดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน สอดคล้องกับ พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ, ผุสดี ก่อเจติย์, เกศ แก้ว สอนดี และจันทร์พร โชคถวาย (2561) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของเครือข่ายสุขภาพชุมชนจังหวัดสระบุรี เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายสุขภาพมีการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเพิ่มขึ้น ได้แก่เรื่องพฤติกรรมดูแลสุขภาพในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพจิตใจ

2. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่การเกิดภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุขึ้นในชุมชนและเกิดร่างการดำเนินการสร้างโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลหนองไผ่ขึ้น สอดคล้องกับ ทิพยาภา ดาหาร และเจตสริยา ดาหาราช (2561) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอกอสุ่มพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอกอสุ่มพิสัย จังหวัดมหาสารคาม โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ 1) มีคณะกรรมการระดับตำบลที่มีความเข้มแข็ง 2) มีการประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี และ 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความตั้งใจและมุ่งมั่นในการดูแลผู้สูงอายุ และ สอดคล้องกับคณสนั่น สงภักดิ์, นฤมล สีนสุพรรณ และวิณา อิศรางกูร ณ อยุธยา (2562) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม บ้านไชยสอ ตำบลไชยสอ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดขอนแก่น ในรูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่า 1) สภาพการณ์มีส่วนร่วมในชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีมาก 2) การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 3) ปัจจัยที่ทำให้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ เกิดจาก (1) มีการจัดตั้งเครือข่ายคณะกรรมการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน (3) การติดต่อประสานงานของเครือข่าย (4) มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี 4) กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานอยู่ในระดับที่ดีมาก

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้

1. จากการศึกษา พบว่า ในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยทั่วไปจะเกิดจากการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล เป็นผู้คิดริเริ่มในการดำเนินกิจกรรม ยังไม่มีกิจกรรมที่ได้จากการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างจริงจัง เช่น ผู้ดูแลภายในชุมชน กลุ่มผู้นำชุมชน ในการดำเนินการ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ในครั้งนี้ จึงทำให้เกิดการแลกเปลี่ยน และการจัดกิจกรรมที่ได้จากความต้องการของคนในชุมชนอย่างแท้จริง

2. ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้ชุมชนได้เกิดการเรียนรู้ในการค้นหาปัญหาจากชุมชน และนำมาวางแผนงานทั้งในแผนงานโครงการระยะสั้น และแผนระยะยาวต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวางแผนการทำวิจัยในระยะยาว เพื่อติดตามความคงทนของการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตามกระบวนการการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

2. นำรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ไปปรับใช้และศึกษาหาแนวทางในการพัฒนาในกลุ่มวัยอื่น

3. ควรสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายทางด้านสุขภาพทุกระดับมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินการ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรธานี ที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนทุนโครงการงานวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข กองสุขศึกษา. (2556). *การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน*. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข.

ขวัญดาว กล่ำรัตนศิริ, ศิริบุณ จงวุฒิเวศย์, ภัทรพล มหาพันธ์ และนวลฉวี ประเสริฐสุข. (2556). ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคตะวันตกของประเทศไทย. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 7(3), 93-104.

คนสนันท์ สงภักดี, นฤมล สินสุพรรณ และวิมา อิศรางกูร ณ อยุธยา. (2562). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม บ้านไชยสอ ตำบลไชยสอ อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. *มนุษยสังคมสาร (มสส.)*, 17(2), 159 -178.

ทิพยาภา ดาหาร และ เจทสรียา ดาวราช. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 2(3), 42-54.

- นาถวิทักษ์ มูลสาร. (2556). *การพัฒนาแบบแผนการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลห้องแขง อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. มหาสารคาม.
- บุญมาก ไชยฤทธิ์. (2556). *รูปแบบการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน ตำบลโป่งเปือย อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. มหาสารคาม.
- พินดา เทียงสันเทียะ, สันติสิทธิ์ เชี่ยวเชิน และบัณฑิต วรรณประพันธ์. (2561). การพัฒนาแบบแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน ตำบลโนนเมือง อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิชาการ สคร. 9*, 24(1), 65 – 75.
- เพยาร์ พงษ์ศักดิ์ชาติ, ผุสดี ก่อเจดีย์, เกศแก้ว สอนดี และจันทร์พร โชคถวาย. (2561). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของเครือข่ายสุขภาพชุมชน จังหวัดสระบุรี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(4), 33 – 41.
- พันธิตรา สิงห์เขียว. (2558). พฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและความต้องการบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร*, 23 (3), 46 – 59.
- ภรณ์ ตั้งสุรรัตน์ และวิมลฤดี พงษ์หิรัญญ์. (2556). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางเมืองอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ*, 20, 57-69.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563*. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- วรัญญา นันตาแก้ว. (2561). *สังคมผู้สูงอายุเมืองอุดรธานี*. สืบค้นจาก <http://thainews.prd.go.th>
- วัชรพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว. (2557). *พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป). มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.
- สมเกียรติ สุทธิรัตน์. (2561). การสร้างเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม*, (ฉบับการประชุมรอบรอบ 25 ปี), 215 -222.
- สุขเกษม ร่วมสุข. (2553). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. อุบลราชธานี.
- สำนักสถิติพยากรณ์. (2557). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- Kemmis, S., & Mc Taggart, R. (1990). *The action research planner* (3rd ed.). Victoria: Deakin Universitypress.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion - Referenced test item validity. *Dutch journal of education research*, 2, 49-60.

**ผลของการพัฒนาระบบบริการโรงพยาบาลสนามต่อการจัดการด้านสุขภาพ
และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของบุคลากรและผู้ป่วยโควิด-19**

ปาริชาติ กาญจนวงศ์, ป.พ.ส.^{*}
กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ศษ.ด.^{**}
นภชา สิงห์วีรธรรม, พร.ด.^{***}

Received: October 27, 2021

Revised: December 3, 2021

Accepted: December 3, 2021

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการให้บริการโรงพยาบาลสนามต่อการจัดการด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของบุคลากรและผู้ป่วยโควิด-19 โรงพยาบาลบางกล้า กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้ามารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลสนาม และบุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลบางกล้า กลุ่มละ 45 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือระบบการให้บริการผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม แบบสอบถามการจัดการด้านสุขภาพ และแบบพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค COVID-19 ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ระหว่าง .67-1.00 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .91 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Independent t-test และสถิติ Wilcoxon sign ranks test ผลการวิจัยพบว่า

1. การจัดการด้านสุขภาพตามการรับรู้ของผู้ป่วยโควิด-19 และบุคลากรภายหลังการพัฒนาระบบการให้บริการโรงพยาบาลสนามไม่แตกต่างกัน

2. หลังการพัฒนาระบบการให้บริการโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลบางกล้า การจัดการด้านสุขภาพตามการรับรู้ของบุคลากรทั้งภาพรวมและรายด้าน มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. หลังการพัฒนาระบบการให้บริการโรงพยาบาลสนาม ผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้าพักโรงพยาบาลสนาม มีพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสูงกว่าก่อนการเข้าโรงพยาบาลสนามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นโรงพยาบาลบางกล้าควรจัดระบบการให้บริการโรงพยาบาลสนามให้กับผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้าพักในโรงพยาบาลสนามอย่างเป็นรูปธรรม โดยเน้นการทำความเข้าใจในขั้นตอนการปฏิบัติตัวและการพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสนาม

คำสำคัญ: โรงพยาบาลสนาม การจัดการด้านสุขภาพ โรคโควิด-19

^{*} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบางกล้า จังหวัดสงขลา

^{**} วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข;

ผู้ให้การติดต่อ E-mail : Jock2667@gmail.com

^{***} วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก คณะสาธารณสุขและสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Effects of Field Hospital Service System Development on Health Management and Preventive Behaviors of Personnel and COVID-19 Infected Patients

Parichad Kanchanawong, Dip in Nursing Science^{*}

Kittiporn Nawsuwan, Ed.D.^{**}

Noppcha Singweratham, Ph.D.^{***}

Abstract

This one group pretest-posttest quasi-experimental research aimed to examine the effects of field hospital service system development on health management and preventive behaviors of personnel and COVID-19 infected patients, Bangklam hospital. Sample were COVID-19 infected patients admitted to field hospital and medical personnel, 45 of which, recruited using purposive sampling. Research instruments included field hospital service system for COVID-19 infected patients, health management questionnaire and COVID-19 preventive behavior questionnaire which had IOC ranging from .67-1.00 and Cronbach's alpha coefficient of .91 and .90 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Independent t-test and Wilcoxon sign ranks test. Research results were found as follows;

1. Health management as perceived by COVID-19 infected patients and personnel after field hospital service system development was not different.

2. After field hospital service system development, Bangklam hospital, mean score of health management as perceived by personnel both overall and each aspect was significantly higher than that of before ($p<.001$).

3. After field hospital service system development, COVID-19 infected patients admitted to field hospital had significantly higher preventive behaviors than before field hospital admission ($p<.05$).

Therefore, Bangklam hospital should provide COVID-19 infected patients admitted to field hospital with concrete field hospital service system by focusing on understanding of self-care procedure and COVID-19 preventive behaviors during field hospital admission.

Keywords: field hospital, health management, COVID-19

^{*} Registered Nurse, Bangklam Hospital, Songkhla Province

^{**} Lecturer, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Songkhla Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health; Corresponding Author E-mail: Jock2667@gmail.com

^{***} Lecturer, Professional Level, Kanchanabhisek Institute of Medical and Public Health Technology Faculty of Public Health and Allied Health Sciences Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

ปัญหาและความเป็นมาของปัญหา

ปัจจุบันทั่วโลกกำลังเผชิญกับปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 (COVID-19) โดยในช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 มีการรายงานพบเชื้อไวรัสอุบัติใหม่โคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีนโดยผู้ป่วยทั้งหมดมีความเกี่ยวข้องกับตลาดค้าอาหารทะเล ซึ่งนับเป็นเชื้อโคโรนาสายพันธุ์ที่ 7 ที่ก่อโรคในคน มีอาการปอดอักเสบรุนแรงคล้ายโรคซาร์ส ต่อมาองค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดชื่อสำหรับเรียกโรคทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ Coronavirus disease 2019 หรือ COVID-19 โดยกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยเรียกว่า “โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019” (กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เมื่อวันที่ 9 กันยายน 2564 พบทั่วโลกมีผู้ป่วยติดเชื้อสะสมจำนวน 222,406,582 ราย เสียชีวิต 4,592,934 ราย โดยมีทวีปอเมริกามีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด 85,726,113 ราย และในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้ป่วยสะสม 41,934,728 (World Health Organization, 2020a) สำหรับในประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 1,338,550 ราย เสียชีวิต 13,731 ราย (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564ก) จะเห็นได้ว่าการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว ในระลอกที่ 3 มีสาเหตุหนึ่งมาจากการกลายพันธุ์ของเชื้อโควิด-19 สายพันธุ์ “B.1.617” หรือที่ถูกเรียกว่า “โควิด-19 สายพันธุ์อินเดีย” ซึ่งเป็นสายพันธุ์เดลต้าที่มีต้นกำเนิดมาจากประเทศอินเดียที่สามารถแพร่กระจายได้เร็ว ติดต่อดีงายจึงทำให้เกิดการระบาดเป็นวงกว้างได้เร็ว (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, 2564) ส่งผลให้โรงพยาบาลต้องรับจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษเป็นจำนวนมากเช่นกัน ทั้งๆ ที่จำนวนเตียงในโรงพยาบาลมีจำนวนจำกัด ทำให้ปัญหาเตียงไม่เพียงพอ ประกอบกับจำนวนผู้ติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นมากในแต่ละวัน และวิกฤติการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ไม่สามารถขยายเตียงรองรับผู้ป่วยเพิ่มขึ้นได้ (ประชาชาติธุรกิจ, 2564) กระทรวงสาธารณสุขจึงมีแนวทางหลากหลายแนวทางเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว เช่น การร่วมมือกับเอกชนใช้โรงแรมเป็นสถานพยาบาล (Hospital) การป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่เฉพาะสำหรับสถานประกอบการ (Bubble and seal) (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) การกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) (โรงพยาบาลสมิติเวช, 2564) การกักตัวในชุมชน (Community isolation) (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564ข) รวมทั้งการตั้งโรงพยาบาลสนาม (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564ค)

โรงพยาบาลสนามเป็นสถานที่ที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ที่ไม่มีอาการ หรือ มีอาการเล็กน้อย เช่น มีไข้ต่ำๆ มีน้ำมูก ไม่ได้กลิ่น เป็นต้น หรือมีอาการดีขึ้นหลังจากการรับรักษาไว้ในโรงพยาบาลและมีอาการคงที่ เข้ารับบริการตามระบบการดูแล และเฝ้าสังเกตอาการในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลสนามจะตั้งนอกสถานพยาบาล เช่น วัด โรงเรียน โรงยิม หรือ หอประชุมขนาดใหญ่ เป็นต้น มีวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งเพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชน และทรัพยากรด้านสาธารณสุขที่มีอยู่อย่างจำกัด เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ในสถานการณ์ที่มีการระบาดได้รับการดูแลรักษาอย่างปลอดภัย โดยมีผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม คือ ผู้ว่าราชการจังหวัด หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (ปภ.) จังหวัด และหน่วยงานอื่นๆ รวมถึงมีการกำหนดคณะทำงานที่ประกอบด้วย หัวหน้าส่วนราชการระดับจังหวัดที่เกี่ยวข้องและภาคเอกชน โดยมีข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม เช่น รายงานความรุนแรงของโรคโควิด-19 อัตราการมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน หรือโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น อย่างรวดเร็วในระยะเวลานี้ อัตราการรับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย PUI เพิ่ม

สูงขึ้น ตลอดจนความสามารถของโรงพยาบาลในการรองรับผู้ป่วย COVID-19 (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564ค)

โรงพยาบาลบางกล่ำเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ตั้งอยู่ในพื้นที่อำเภอบางกล่ำ จังหวัดสงขลา เปิดให้บริการโรงพยาบาลสนามที่ตึกเวชศาสตร์ฟื้นฟูซึ่งเป็นตึกใหม่ของโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2564 สามารถให้บริการผู้ป่วยโรคไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มที่ไม่มีอาการหรืออาการน้อยได้จำนวน 62 เตียง รับคนไข้ที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลหาดใหญ่ ซึ่งผ่านการคัดกรองจากแพทย์อายุรกรรมโรคติดเชื้อโรงพยาบาลหาดใหญ่แล้ว และรับคนไข้ที่ย้ายมาจาก Cohort ward (หอผู้ป่วยในรวมสำหรับผู้ป่วยโควิด-19) ซึ่งมีอาการคงที่ การจัดระบบบริการของโรงพยาบาลสนาม ดำเนินการตามแนวทางการจัดระบบบริการกรณีการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 ของกรมการแพทย์ และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งต้องมีการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม สถานที่และอุปกรณ์ให้เป็นไปตามมาตรฐานการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ส่วนการบริหารด้านบุคลากรต้องมีการจัดทีมและมีการสอนงานบุคลากรก่อนขึ้นปฏิบัติงาน โดยมีบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ แม่บ้านทำความสะอาด เวรเปล ซึ่งต้องมีการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างเคร่งครัด (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564ง) ผลการดำเนินงานเดือนแรกคือเดือนกรกฎาคม 2564 มีผู้รับบริการจำนวน 155 คน ประสบปัญหาต่างๆ เช่น การรับรู้ระบบการให้บริการไม่ตรงกัน การปฏิบัติงานไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน การให้บริการผู้ป่วยไม่ครบถ้วน การปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไม่ถูกต้อง ด้านผู้ป่วยโควิด-19 พบว่า อัตรากำลังใจของบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยเนื่องจากต้องปฏิบัติงานประจำที่โรงพยาบาล ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในการจัดการตนเองทั้งด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ผู้ป่วยเสนอแนะในเรื่องมิติทางวัฒนธรรม โดยให้ทางโรงพยาบาลสนามจัดสถานที่ประกอบศาสนกิจทั้งผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธและศาสนาอิสลาม ทางโรงพยาบาลจึงได้ดำเนินการปรับปรุงพัฒนาระบบตามวงจรคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จนเกิดระบบการพัฒนาการจัดบริการโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลบางกล่ำ ผู้ป่วยโควิด-19 ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การบริหาร อัตรากำลังใจ 2) การปฐมนิเทศและการสอนงานให้บุคลากรก่อนขึ้นปฏิบัติงาน 3) การจัดระบบดูแลผู้ป่วย 4) การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และ 5) การตอบสนองในมิติด้านจิตวิญญาณ ซึ่งระบบดังกล่าวจะส่งผลต่อการจัดการด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การจัดระบบดูแลผู้ป่วย 2) การจัดการตัวผู้ป่วย 3) การจัดการสิ่งแวดล้อม และ 4) การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนพฤติกรรมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-19 ของผู้ป่วย

จากที่กล่าวมาผู้วิจัยซึ่งเป็นทีมบริหารโรงพยาบาลสนามจึงได้พัฒนาระบบการให้บริการโรงพยาบาลสนามขึ้นเพื่อเป็นแนวปฏิบัติให้กับบุคลากรและผู้ป่วยโควิด-19 ที่มารับบริการโรงพยาบาลสนามและต้องการศึกษาผลของการพัฒนาด้วยการจัดระบบบริการดังกล่าว โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดบริการ เพิ่มความคุ้มค่าของทรัพยากร ผู้ป่วยได้รับบริการตามมาตรฐาน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน บุคลากรปลอดภัย และไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการจัดบริการโรงพยาบาลสนามต่อการจัดการด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของบุคลากรและผู้ป่วยโควิด-19 โรงพยาบาลบางกล่ำ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

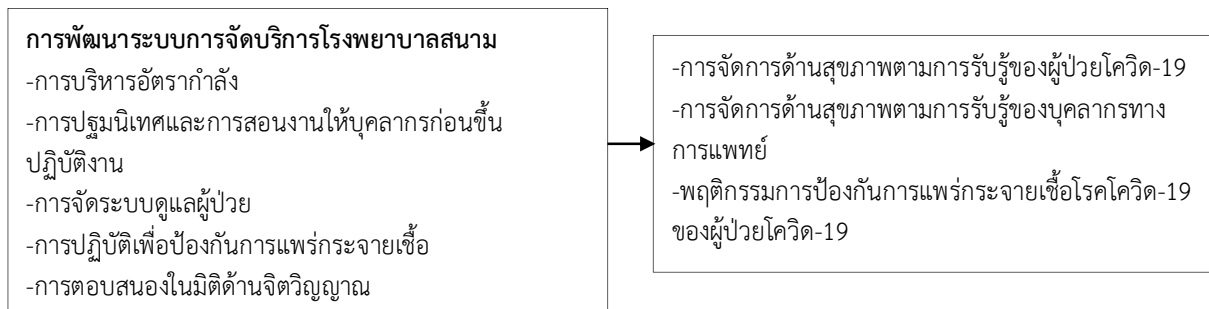
1. เพื่อเปรียบเทียบการจัดการด้านสุขภาพตามการรับรู้ของผู้ป่วยโควิด-19 และบุคลากรภายหลังการพัฒนาระบบการจัดบริการโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลบางกล้า
2. เพื่อเปรียบเทียบการจัดการด้านสุขภาพตามการรับรู้ของบุคลากรระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบการจัดบริการโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลบางกล้า
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยโควิด-19 ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบการจัดบริการโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลบางกล้า

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังใช้ระบบการพัฒนาระบบการจัดบริการโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลบางกล้า ผู้ป่วยโควิด-19 มีการรับรู้การจัดการด้านสุขภาพสูงกว่าบุคลากร
2. หลังใช้ระบบการพัฒนาระบบการจัดบริการโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลบางกล้า บุคลากรมีการรับรู้การจัดการด้านสุขภาพของ สูงกว่าก่อนพัฒนาระบบบริการ
3. หลังใช้ระบบการพัฒนาระบบการจัดบริการโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลบางกล้า ผู้ป่วยโควิด-19 มีพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 สูงกว่าก่อนพัฒนาระบบบริการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดระบบการจัดบริการผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนามตามแนวทางของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2564) และระบบที่โรงพยาบาลบางกล้าพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) การบริหารอัตรากำลัง 2) การปฐมนิเทศและการสอนงานให้บุคลากรก่อนขึ้นปฏิบัติงาน 3) การจัดระบบดูแลผู้ป่วย 4) การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และ 5) การตอบสนองในมิติด้านจิตวิญญาณ ซึ่งระบบดังกล่าวจะส่งผลต่อการจัดการด้านสุขภาพประกอบด้วย 1) การจัดระบบดูแลผู้ป่วย 2) การจัดการตัวผู้ป่วย 3) การจัดการสิ่งแวดล้อม และ 4) การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นแนวคิดที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแนวทางการดำเนินการหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospital) สำหรับผู้ป่วยโควิด-19 มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีโรคร่วมหรือมีโรคร่วมสำคัญที่ควบคุมได้ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2564ค) ภายใต้การดูแลจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ การเตรียมเวชภัณฑ์ การจัดการสิ่งแวดล้อม การดูแลความปลอดภัย และระบบสื่อสาร การสุกัาภิบาลเพื่อควบคุมการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ ตลอดจนการเป็นมิตรกับชุมชน และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ได้แก่ การสนับสนุนด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินพฤติกรรม และด้านอารมณ์และสังคม สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโควิด-19 ใช้แนวคิดของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2563) โดยมีสาระสำคัญเน้นแนวทางปฏิบัติตนเองเมื่อถูกกักตัวในสถานที่กักกัน (ดังภาพ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Groups, Pre-test, Post-test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 กลุ่มดังนี้

1) ผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้ามารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลบางกล้า ช่วงเดือน สิงหาคม – ตุลาคม พ.ศ.2564 กำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ 1.1) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคโควิด -19 1.2) มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงการเข้าพักในโรงพยาบาลสนาม 1.3) พักในโรงพยาบาลสนามตามเวลาที่กำหนด (10 วัน) และ 1.4) ยินยอมให้ข้อมูล สำหรับเกณฑ์การคัดออก คือ 1) มีอาการแทรกซ้อนระหว่างเข้าพักในศูนย์จนต้องทำให้ส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลบางกล้าหรือโรงพยาบาลหาดใหญ่

2) บุคลากรทางสุขภาพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลบางกล้าช่วงเดือนสิงหาคม – ตุลาคม พ.ศ. 2564 กำหนดเกณฑ์คัดเข้า 2.1) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสนามอย่างต่อเนื่อง 2.2) ปฏิบัติงานในตำแหน่งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานเปลและพนักงานทำความสะอาด 2.3) ยินยอมให้ข้อมูล ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ย้ายออกจากโรงพยาบาลบางกล้าขณะเปิดโรงพยาบาลสนาม และ 2) ลาขณะปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสนามติดต่อกันเกิน 14 วัน

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) ผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้ามารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลบางกล้า จำนวน 45 คน 2) บุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลบางกล้า ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานเปลและพนักงานทำความสะอาด จำนวน 45 คน

คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two independent means (matched paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่าการกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 45 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าคัดออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ ระบบการจัดบริการผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนามตามแนวทางของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2564ค) และระบบที่โรงพยาบาลบางลำพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การบริหารอัตรากำลัง 2) การปฐมพยาบาลและ Training บุคลากรก่อนขึ้นปฏิบัติงาน 2) การจัดระบบดูแลผู้ป่วย 3) การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และ 4) การตอบสนองในมิติด้านจิตวิญญาณ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา สถานภาพ ความเสี่ยงจากการสัมผัส รวม 7 ข้อ

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามการจัดการด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากแนวทางการดำเนินการหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospital) สำหรับผู้ป่วย COVID-19 มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีโรคร่วมหรือมีโรคร่วมสำคัญที่ควบคุมได้ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2564ค) และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ประกอบด้วย 1) ด้านการจัดระบบดูแลผู้ป่วย จำนวน 9 ข้อ 2) การจัดการตัวผู้ป่วย จำนวน 11 ข้อ 3) การจัดการสิ่งแวดล้อม จำนวน 5 ข้อ และ 4) การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร จำนวน 7 ข้อ รวมทั้งสิ้น 32 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) กำหนดเกณฑ์ให้คะแนน ตั้งแต่ ระดับ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด ถึงระดับ 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด ทั้งนี้แบบสอบถามดังกล่าวใช้วัดความคิดเห็นของผู้ป่วยและบุคลากรแต่มีปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและหน้าที่ของบุคลากร

ตอนที่ 3 เป็นแบบพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค COVID-19 จำนวน 20 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากแนวคิดพฤติกรรมการดูแลตนเองของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุข (2563) และแบบสอบถามจากงานวิจัยเรื่องพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคและการจัดการด้านสุขภาพอนามัยในการกักตัวที่ศูนย์การฟื้นฟูและดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากโรคติดเชื้อ COVID-19 นอกสถานพยาบาลวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก ของนภชา สิงห์วีระธรรม, นพมาศ เครือสุวรรณ, เฉลิมชัย เพาะบุญ, สมเพิ่ม สุขสมบูรณ์วงศ์ และนลินภัทร์ รตนวิบูลย์สุข (2564) โดยมีความสำคัญเน้นแนวทางปฏิบัติเมื่อถูกกักตัว ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) กำหนดเกณฑ์ให้คะแนนตั้งแต่ ระดับ 5 หมายถึง มากที่สุด ถึงระดับ 1 หมายถึง น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ระบบการจัดบริการโรงพยาบาลสนามและแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ อาจารย์จากวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก คณะสาธารณสุขและสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก 1 คน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านควบคุมการติดเชื้อจากโรงพยาบาลสงขลา 1 คน และพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลบางลำ 1 คน ได้ค่า IOC ระหว่าง .67-1.00

การตรวจสอบความเชื่อมั่น

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 มาทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยโควิด-19 กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสนามแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา จำนวน 30 คน เพื่อหาค่า

ความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด -19 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา และทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางกล่ำ
2. ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ช่วยวิจัยทราบเกี่ยวกับลักษณะงานวิจัย ระบบการจัดบริการผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม อธิบายขั้นตอน วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เมื่อผู้สนใจเข้าร่วมโครงการครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยทำการอธิบายความเป็นมาของปัญหา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อลดความเครียด ความกังวลและความกลัว ตลอดจน อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมตามโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยจากกลุ่มตัวอย่าง
5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามโดยให้บุคลากรทำแบบสอบถามการจัดการด้านสุขภาพก่อนมีการพัฒนาการจัดบริการ และให้ผู้ป่วยโควิดทำแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 หลังเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลสนามวันที่แรกของการเข้ารับรักษา (Pre-test)

ขั้นทดลอง

7. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการตามระบบการจัดบริการผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลบางกล่ำตามแนวทางของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2564) และระบบที่โรงพยาบาลบางกล่ำพัฒนาขึ้น ดังนี้

ระบบการจัดบริการผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม	กิจกรรม
1) การบริหารอัตรากำลัง	- กำหนดภาระงานในแต่ละตำแหน่ง - สำรวจจำนวนผู้ป่วยในแต่ละวันเพื่อกำหนดสัดส่วนบุคลากร - มีการสำรองอัตรากำลังจากหน่วยงานอื่น - มีการสับเปลี่ยนอัตรากำลังโดยเฉพาะพนักงานทำความสะอาด
2) การปฐมพยาบาลและการสอนงานให้บุคลากรก่อนขึ้นปฏิบัติงาน	- ให้ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ - การฝึกปฏิบัติใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (Personal protective equipment; PPE) - การรับใหม่ จำหน่าย เคลื่อนย้ายและ - ส่งต่อผู้ป่วย - การประเมินอาการผู้ป่วยและการบริหารยา
3) การจัดระบบดูแลผู้ป่วย	- การรับผู้ป่วยใหม่ - คัดกรองและประเมินอาการรายวัน

ระบบการจัดบริการผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม	กิจกรรม
	- การบริหารยา - การสื่อสารกับผู้ป่วย - การประเมินสุขภาพจิต - การออกกำลังกายและสันทนาการ - การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย - การจำหน่ายผู้ป่วย - การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร
4) การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	- การฝึกปฏิบัติใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (PPE) - การล้างมือ - การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลสนาม - การออกกฎ ระเบียบ เช่น การเว้นระยะห่าง การใช้ของส่วนตัว การใช้ของส่วนรวม - การสังเกตอาการเสี่ยงของตนเอง - การรายงานหัวหน้าเวร - การทำความสะอาดพื้น พื้นผิว
5) การตอบสนองในมิติด้านจิตวิญญาณ	- การจัดห้องประกอบศาสนกิจทั้งผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธและศาสนาอิสลาม - การจัดเวลาให้ประกอบศาสนกิจ

ชั้นหลังการทดลอง

8. หลังครบกำหนด 10 วันตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ผู้ป่วยโควิด-19 ทำแบบสอบถามการจัดการด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด -19 สำหรับบุคลากรทำแบบสอบถามการจัดการสุขภาพหลังพัฒนาระบบการจัดการ 2 เดือน (Post-test)

9. ทำการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบการจัดการด้านสุขภาพตามการรับรู้ของผู้ป่วยโควิด-19 และบุคลากรภายหลังการพัฒนาระบบการจัดบริการโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลบางกล้า โดยใช้สถิติ Independent t-test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Kolmogorov Smirnov, $p = .128$)

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบการจัดการด้านสุขภาพตามการรับรู้ของบุคลากรระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบการจัดบริการโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลบางกล้า โดยใช้สถิติ Paired t-test (Shapiro test, $p = .256$)

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบการจัดบริการโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลบางกล้า โดยใช้สถิติ Wilcoxon sign ranks test เนื่องจากข้อมูลไม่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Shapiro test, $p < .001$)

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา หมายเลข 1/2565 ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2564 และ ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังจากที่ได้ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปจาก พบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มักเป็นเพศหญิงร้อยละ 80.0 อายุเฉลี่ย 32 ปี ($SD = 8.61$) เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 42.2 สถานภาพโสดร้อยละ 73.3 ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 12.07 ปี ($SD = 8.46$) (ตาราง 1) สำหรับผู้ป่วยโควิด-19 เกินครึ่งเป็นเพศชายร้อยละ 53.3 อายุเฉลี่ย ($SD = 11.95$) การศึกษามัธยมศึกษาร้อยละ 40.0 สถานภาพโสดร้อยละ 55.6 มีความเสี่ยง/โอกาสในการสัมผัสเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 97.8 โดยสาเหตุมาจากสัมผัสกับผู้ป่วยที่ยืนยันว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 48.9 (ตาราง 2)

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=45)	ร้อยละ 100.0
1. เพศ		
หญิง	36	80.0
ชาย	9	20.0
2. อายุ ($M = 40.33$ ปี, $SD = 8.61$, $Min = 25$, $Max = 55$)		
4. ตำแหน่ง		
แพทย์	2	4.4
พยาบาล	19	42.2
เภสัชกร	16	35.6
ผู้ช่วยเหลือคนไข้	2	4.4
พนักงานแปล	3	6.7
พนักงานทำความสะอาด	3	6.7
5. สถานภาพ		
โสด	33	73.3
สมรส	10	22.2
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	2	4.4
6. ประสบการณ์ทำงาน ($M = 12.07$ ปี, $SD = 8.46$, $Min = 1$, $Max = 32$)		

ตาราง 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโควิด-19

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=45)	ร้อยละ 100.0
1. เพศ		
หญิง	21	46.7
ชาย	24	53.3
2. อายุ ($M = 32.00$ ปี, $SD = 11.95$, $Min = 13$, $Max = 60$)		
3. การศึกษา		
ประถมศึกษา	8	17.8
มัธยมศึกษา	18	40.0
ต่ำกว่าปริญญาตรี	10	22.2
ปริญญาตรี	0	0.0
สูงกว่าปริญญาตรี	9	20.0
4. สถานภาพ		
โสด	25	55.6
สมรส	19	44.2
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	1	2.2
5. ความเสี่ยง/โอกาสในการสัมผัสเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
มี	44	97.8
ไม่มี	1	2.2
สาเหตุความเสี่ยง/โอกาสในการสัมผัสเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
มีประวัติเดินทางไปยัง หรือมาจาก หรืออาศัยในพื้นที่ที่เกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	6	13.3
ประกอบอาชีพที่เกี่ยวข้องกับนักท่องเที่ยว สถานที่แออัดหรือติดต่อกับคนจำนวนมาก	7	15.6
ไปในสถานที่ชุมนุมชน หรือ สถานที่ที่มีการรวมกลุ่มคน	10	22.2
สัมผัสกับผู้ป่วยที่ยืนยันว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	22	48.9

2. ผลของการพัฒนาระบบการจัดบริการโรงพยาบาลสนามต่อการจัดการด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของบุคลากรและผู้ป่วยโควิด-19 โรงพยาบาลบางกล้า

2.1 เปรียบเทียบการจัดการด้านสุขภาพตามการรับรู้ของผู้ป่วยโควิด-19 และบุคลากร ภายหลังการพัฒนาระบบการจัดบริการโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลบางกล้า

ตาราง 3 เปรียบเทียบการจัดการด้านสุขภาพตามการรับรู้ของผู้ป่วยโควิด-19 และบุคลากร ภายหลังการพัฒนาระบบการจัดบริการโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลบางกล้า โดยใช้สถิติ Independent t-test

การจัดการด้านสุขภาพ	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i> (1-tailed)
ผู้ป่วยโควิด-19	45	4.17	0.55	-1.387	88	.169
บุคลากร	45	4.34	0.58			

จากตาราง 3 พบว่าการจัดการด้านสุขภาพตามการรับรู้ของผู้ป่วยโควิด-19 และบุคลากรภายหลังการพัฒนาระบบการจัดบริการโรงพยาบาลสนามไม่แตกต่างกัน

2.2 เปรียบเทียบการจัดการด้านสุขภาพตามการรับรู้ของบุคลากรระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบการจัดบริการโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลบางกล้า

ตาราง 4 เปรียบเทียบการจัดการด้านสุขภาพตามการรับรู้ของบุคลากร ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบการจัดบริการโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลบางกล้าโดยใช้สถิติ Dependent t – test

การจัดการด้านสุขภาพ	ก่อน		หลัง		t	df	p-value (1-tailed)
	M	SD	M	SD			
การจัดระบบดูแลผู้ป่วย	3.54	0.74	4.37	0.57	-5.671	44	<.001
การจัดการตัวผู้ป่วย	3.52	0.71	4.30	0.58	-5.270	44	<.001
การจัดการสิ่งแวดล้อม	3.61	0.74	4.36	0.63	-4.880	44	<.001
การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร	3.52	0.76	4.34	0.66	-4.922	44	<.001
ภาพรวม	3.54	0.70	4.34	0.58	-5.429	44	<.001

จากตาราง 4 พบว่าหลังการพัฒนาระบบการจัดบริการโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลบางกล้า การจัดการด้านสุขภาพตามการรับรู้ของบุคลากรทั้งภาพรวมและรายด้าน มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2.3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยโควิด-19 ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบการจัดบริการโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลบางกล้า

ตาราง 5 เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยโควิด-19 ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบการจัดบริการโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลบางกล้า

พฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	n	M	SD	IQR	Z	p-value (1-tailed)
ก่อน	45	4.47	0.51	.73	-1.767	.038
หลัง	45	4.55	0.44	.83		

จากตาราง 5 พบว่าหลังการพัฒนาระบบการจัดบริการโรงพยาบาลสนาม ผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้าพักโรงพยาบาลสนามมีพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสูงกว่าก่อนการเข้าโรงพยาบาลสนามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

การจัดการด้านสุขภาพตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคโควิด-19 และบุคลากรภายหลังการพัฒนาระบบการจัดบริการโรงพยาบาลสนามไม่แตกต่างกันซึ่งขัดแย้งกับสมมติฐาน ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลบางกล้า เป็นสถานรักษาเปิดให้บริการโรงพยาบาลสนามที่ศึกษาพื้นที่ฟื้นฟูซึ่งเป็นตึกใหม่ของโรงพยาบาลให้บริการผู้ป่วยโรคโควิด-19 กลุ่มที่ไม่มีอาการหรืออาการน้อย รับคนไข้ที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่

ซึ่งผ่านการคัดกรองจากแพทย์อายุรกรรมโรคติดเชื้อโรงพยาบาลขนาดใหญ่แล้ว อีกทั้งเป็นการกักตัวในช่วงที่มีการระบาดมาหลายระลอก ส่งผลให้บุคลากรและผู้ถูกกักตัวรับทราบข้อมูลในการป้องกันและดูแลตัวเอง ได้แก่ การล้างมือบ่อย ๆ การปิดปากและจมูกเมื่อไอและจาม การรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่เสมอ การหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับคนที่แสดงอาการของโรคทางเดินหายใจ เช่น ไอและจาม ที่เป็นไปตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564ค) จึงส่งผลให้มีการรับรู้การจัดการด้านสุขภาพอนามัยที่ดีไม่แตกต่างกันสอดคล้องกับการรับรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการเช่น ในทันตภิบาล (นภชา สิงห์วีระธรรม และคณะ, 2563) แพทย์ศูนย์อำนวยการแพทย์จังหวัดชายแดนภาคใต้ (ภคณัฐ วีระจร, โชคชัย ขวัญพิชิต, กิตติพร เนาว์สุวรรณ และนภชา สิงห์วีระธรรม, 2563) นักรังสีการแพทย์ (นภชา สิงห์วีระธรรม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, บรรจง เชื้อนแก้ว และอนนต์ ล่ององนวล, 2564) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นภชา สิงห์วีระธรรม และนพพร ดำแสงสวัสดิ์, 2563) รวมทั้งการรับรู้ของผู้ที่กักตัวที่ศูนย์การฟื้นฟูและดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากโรคติดเชื้อ COVID-19 วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก (นภชา สิงห์วีระธรรม, นพมาศ เครือสุวรรณ, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, เฉลิมชัย เพาะบุญ, สมเพิ่ม สุขสมบูรณ์วงศ์, นลินภัทร์ รตนวิบูลย์สุข, 2564)

หลังการพัฒนาระบบการจัดการบริการโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลบางกล้า การจัดการด้านสุขภาพตามการรับรู้ของบุคลากรทั้งภาพรวมและรายด้าน มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจาก 1) ปฐมนิเทศและการสอนงานให้แก่บุคลากรทุกคนก่อนขึ้นปฏิบัติงาน 2) การติดตามการปฏิบัติงานโดยรวบรวมปัญหารายวันนำมาวางแผนแนวทางแก้ไขและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 3) การเรียนรู้แนวทางการปฏิบัติงานจากคู่มือ 4) การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จากประสบการณ์จากการปฏิบัติงาน ที่มีความชัดเจนและสอดคล้องไปกับมาตรฐานการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม (World Health Organization, 2020a, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564ค) ที่ส่งผลให้มีการดำเนินงานที่ชัดเจนเป็นไปตามมาตรฐาน อีกทั้งการรับรู้ในกลุ่มบุคลากรทางด้านสุขภาพเป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ที่ดีอยู่แล้ว (นภชา สิงห์วีระธรรม และคณะ, 2563; ภคณัฐ วีระจร และคณะ, 2563; นภชา สิงห์วีระธรรม และคณะ, 2564) จะเห็นได้ว่าระบบการจัดการบริการโรงพยาบาลสนามที่มีความชัดเจนประกอบกับบุคลากรมีการรับรู้ในบริบทของการให้บริการจะส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงานในช่วงของการระบาดของโรคโควิด-19

ผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้าพักโรงพยาบาลสนามมีพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบการจัดการบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ศูนย์การฟื้นฟูและดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากโรคติดเชื้อ COVID-19 วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก (นภชา สิงห์วีระธรรม และคณะ, 2564) ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาระบบบริการที่มีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยทั้งในและนอกสถานบริการนั้น เริ่มต้น ด้วยการปฐมนิเทศเมื่อแรกเข้าพัก การกำหนดแนวปฏิบัติการเข้าอยู่ในศูนย์กักตัว ประกอบกับการสื่อสารผ่านช่องทางที่หลากหลาย ทำให้ผู้รับบริการมีพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-19 (นภชา สิงห์วีระธรรม และคณะ, 2564; รวิพร โรจนอาษา, นภชา สิงห์วีระธรรม, ชวิกา วรณโร และ เมธา เกียรติโมฬี, 2564) ส่งผลให้ระหว่างที่อยู่ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มมากขึ้น จึงส่งผลต่อผู้กักตัวจะเห็นได้ว่าการดำเนินมาตรการการกักตัวกลุ่มเสี่ยงเป็นการควบคุม ยับยั้งและหยุดการแพร่กระจายเชื้อไวรัสให้ดีและเร็วที่สุดที่หลายประเทศเลือกเป็นหนึ่งในมาตรการดำเนินงานควบคุมโรคอุบัติใหม่

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโควิด-19 ที่ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ที่อาจจะได้รับข้อมูลความรู้ในพฤติกรรมกำหนัดป้องกันตัวขณะอยู่ ก่อนส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลสนาม ดังนั้นจึง อาจจะส่งผลกระทบต่อข้อมูลการรับรู้และพฤติกรรมกำหนัดปฏิบัติงานได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรจัดระบบการสอนงานเสริมในบุคลากรกลุ่มพนักงานทำความสะอาดและคนขับรถ เนื่องจาก การกำหนัดปฏิบัติงานที่มีความเฉพาะและมีความเสี่ยงด้านการติดเชื้อมาก ในขณะกำหนัดรับรู้ด้านการจัดการสุขภาพ ของบุคลากรกลุ่มนี้ยังจำกัด

1.2 ควรพัฒนารูปแบบการให้บริการด้านสุขภาพจิตแก่ผู้รับบริการที่ติดเชื้อมีโควิด-19 ให้เป็น รูปธรรม เนื่องจากผู้ติดเชื้อมีส่วนหนึ่งมีความวิตกกังวลสูง ส่งผลต่อการรับรู้ลดลงทั้งด้านการจัดการสุขภาพและ พฤติกรรมกำหนัดป้องกันกำหนัดการแพร่กระจายเชื้อมากซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยผู้ป่วยผ่านระยะนี้ไปได้อย่างปลอดภัย

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิดในโรงพยาบาลสนามภายใต้การมีส่วนร่วมของภาค ประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตลอดจนภาคีเครือข่ายอื่นๆ และเพิ่มตัวแปรด้านการแสวงหาความรู้/ ช่องทางที่ได้รับความรู้

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์. (2564ก). คำแนะนำในการจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospital) ฉบับวันที่ 9 เมษายน พ.ศ.2564. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์. (2564ข). แนวทางการแยกกักผู้ป่วย COVID-19 ในชุมชน (Community Isolation) ฉบับวันที่ 24 กรกฎาคม 2564. สืบค้นจาก https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25640724160026PM_community%20isolation_v2n%2024072021_.pdf

กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์. (2564ค). แนวทางการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม (กรณีมีการระบาดของโรค ติดเชื้อมีไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในวงกว้าง). สืบค้นจาก https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25640111082302AM_Field%20Hospital%20GL_V_5_08012021.pdf

กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์. (2564ง). แนวทางการดำเนินการหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospital) สำหรับ ผู้ป่วย COVID-19 มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีโรคร่วมหรือมีโรคร่วมสำคัญที่ควบคุมได้ (ฉบับวันที่ 20 กรกฎาคม 2564). สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/guidelines/G_Invest_03_2.pdf.

กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์. (2563). แนวทางการจัดเตรียมพื้นที่กรณีมีการระบาดในวงกว้างของโรคติด เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) :โรงพยาบาลสนาม. สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_health_care/g06.pdf

กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค. (2564). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no637-011064.pdf>

กระทรวงสาธารณสุข. (2563). ประกาศเรื่องชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563. (2563, 29 กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 137 ตอนพิเศษ 48ง. หน้า 1.

กระทรวงสาธารณสุข. (2564). สถานการณ์ในประเทศไทย วันที่ 9 กันยายน 2564. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>

กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีรธรรม และนพพร ดำแสงสวัสดิ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรู้แรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. วารสารสถาบันบำราศนราดูร, 14(2), 92-103.

นกษา สิงห์วีรธรรม และนพมาศ เครือสุวรรณ. (2563). ความจำเป็น กลุ่มเสี่ยง และการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูและดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) นอกสถานพยาบาล: กรณีศึกษา วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้, 7(3), 1-9.

นกษา สิงห์วีรธรรม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, บรรจง เชื้อนแก้ว และ อนนต์ ละอองนวล. (2564). พฤติกรรมการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID –19) จากการปฏิบัติงานของนักรังสีการแพทย์. วารสารควบคุมโรค, 47(3), 467-478.

นกษา สิงห์วีรธรรม, นพมาศ เครือสุวรรณ, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, เฉลิมชัย เพาะบุญ, สมเพิ่ม สุขสมบูรณ์วงศ์, นลิน ภัทร์ รตนวิบูลย์สุข. (2564). พฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรค และการจัดการด้านสุขภาพอนามัยในการกักตัวที่ศูนย์การฟื้นฟูและดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากโรคติดเชื้อ COVID-19 วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30(ฉบับเพิ่มเติม 1), s14-s24.

นกษา สิงห์วีรธรรม, วัชรพล วิวรรณ เถาว์พันธ์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, เฉลิมชัย เพาะบุญ, และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์. (2563). การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของทันตภิบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารสถาบันบำราศนราดูร, 14(3), 31-42.

ประชาชาติธุรกิจ. (2564, 24 มิถุนายน). สธ.ลดนอน รพ.เหลือ 10 วัน ดันคนไข้กลับบ้าน เคลียร์เตียงรับวิกฤต. สืบค้นจาก <https://www.prachachat.net/general/news-697189>.

ภคณัฐ วีระจร, โชคชัย ขวัญพิชิต ,กิตติพร เนาว์สุวรรณ และ นกษา สิงห์วีรธรรม. (2563). การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกำลังพลที่ปฏิบัติงานสายแพทย์ ศูนย์อำนวยการแพทย์ จังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 3(3), 106-117.

รวีพร โรจนอาษา, นกษา สิงห์วีรธรรม, ชวิกา วรรณโร และเมธธา เกียรติโมฬี. (2564). แนวทางการกักกันผู้เดินทางมาจากท้องที่หรือนอกราชอาณาจักรที่มีความเสี่ยงในช่วงระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19): รูปแบบโรงแรมสำหรับกักกันตนเอง อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้, 8(1), 337-348.

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. (2564). โควิด-19 สายพันธุ์อินเดีย. สืบค้นจาก <https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/line>.

- โรงพยาบาลสมิติเวช. (2564). Home Isolation การกักตัวที่บ้านเมื่อต้องเผชิญกับโรคโควิด-19. สืบค้น จาก <https://www.samitivejhospitals.com/th/article/detail/home-isolation>.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Michigan: University of Michigan.
- World Health Organization. (2020a). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. Retrieved from <https://covid19.who.int/>
- World Health Organization, (2020b). *Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19) 19 March 2020*. Retrieved from [https://www.who.int/publications-detail/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications-detail/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-(covid-19))

แนวทางการประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมิน CIPPIest ในการประเมินโครงการทางสุขภาพ

นฤมล เอกธรรมสุทธิ, กศ.ด.*

สิรารักษ์ เจริญศรีเมือง, ส.ด.**

Received: March 4, 2021

Revised: October 28, 2021

Accepted: November 12, 2021

บทคัดย่อ

ปัญหาสุขภาพเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ ดังนั้นจึงเป็นบทบาทสำคัญของบุคลากรทางสุขภาพในการจัดทำโครงการต่างๆ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้น การประเมินผลโครงการเป็นขั้นตอนหนึ่งที่มีความสำคัญที่จะช่วยประเมินความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมหรือโครงการต่างๆที่กำลังดำเนินการ และเพื่อพิจารณาว่ากิจกรรมนั้นๆ มีประสิทธิภาพเพียงใด รวมทั้งช่วยวิเคราะห์ความสอดคล้องของโครงการว่าตรงกับความต้องการของผู้รับบริการหรือไม่ รูปแบบการประเมิน CIPPIest เป็นรูปแบบการประเมินหนึ่งที่เหมาะสมในการประเมินโครงการทางสุขภาพ เพราะเป็นรูปแบบการประเมินที่เป็นระบบมีกระบวนการประเมินที่เป็นลำดับขั้นตอนชัดเจน มีความเป็นพลวัตร ข้อมูลได้จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เก็บข้อมูลด้วยวิธีการที่หลากหลายทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จึงสอดคล้องบริบทของโครงการทางสุขภาพที่ต้องอาศัยความร่วมมือร่วมของมีที่ผู้เกี่ยวข้องหลายระดับการดำเนินโครงการจึงจะประสบความสำเร็จ รูปแบบการประเมิน CIPPIest ประกอบด้วย การประเมินหลักใน 4 มิติ ได้แก่ การประเมินบริบท (Context) การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input) การประเมินกระบวนการ (Process) และการประเมินผลผลิต (Product) ซึ่งต่อมามีการขยายกรอบการประเมินผลผลิตเป็น 4 มิติย่อยเพื่อให้ครอบคลุมและเกิดประโยชน์ยิ่งขึ้น ได้แก่ การประเมินผลกระทบ (Impact) ประเมินประสิทธิผล (Effectiveness) ประเมินการคงอยู่ (Sustainability) และการประเมินการถ่ายโยงความรู้ (Transition) โดยในแต่ละมิติของการประเมินจะมีรายละเอียดเพื่อให้ผู้อ่านมีความเข้าใจและสามารถนำแนวทางการประเมิน CIPPIest ไปใช้ประเมินโครงการทางสุขภาพให้ประสบผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้

คำสำคัญ: โครงการทางสุขภาพ การประเมินโครงการ รูปแบบการประเมิน CIPPIest

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

กระทรวงสาธารณสุข; ผู้ให้การติดต่อ E-mail: Naruemon@bcnb.ac.th

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Guideline for Applying of CIPPIest Model for Evaluating Health Programs

Naruemon Ekthamasut, Ph.D.^{*}

Siralak Charonesrimaung, Ph.D.^{**}

Abstract

Health problems are a major problem affecting individuals, families, communities and the nation. Therefore, it is an important role for health personnel in developing projects to promote quality of life of general population. The project evaluation is an important step to assess the need for changes during ongoing activities and to determine how effective activity is, and to analyze whether the project meet the needs of recipients or not. The CIPPIest evaluation Model is the most widely used assessment model because of its systematical form and collectively dynamic both quantitative and qualitative data from stakeholders through a variety of methods. The assessment consists of 4 main dimensions: context assessment, input evaluation, process evaluation, and product evaluation, which was later expanded into 4 sub-dimensions for product evaluation, including: impact assessment, effectiveness assessment, sustainability, and transition assessment. Each dimension of the assessment contains details that the user must understand well in order to make the application of the CIPPIest assessment model in the project effectively.

Keywords: health project, project evaluation, CIPPIest model

^{*} Senior Professional Nurses, Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health; Corresponding author E-mail: Naruemon@bcnb.ac.th

^{**} Senior Professional Nurses, Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

บทนำ

การดำเนินงานด้านสุขภาพเป็นการดำเนินงานเพื่อตอบสนองความต้องการของสังคม เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจที่ดี และเพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพจึงมีการดำเนินงานในรูปแบบโครงการซึ่งจะช่วยให้การทำงานมีความชัดเจน เฉพาะเจาะจง มีความคล่องตัวในการบริหารจัดการ ประเมินผลโครงการจึงเข้ามามีความสำคัญ เพราะจะทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้รับผิดชอบโครงการ ผู้บริหาร หรือและหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทราบว่าการจัดทำโครงการดังกล่าวผลการดำเนินโครงการบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการมากน้อยเพียงใด การดำเนินงานมีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง เพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงพัฒนาการจัดทำโครงการให้ดียิ่งขึ้น

รูปแบบประเมินผลโครงการมีหลายรูปแบบ แต่ละรูปแบบมีแนวคิด ข้อดีและข้อจำกัดแตกต่างกันไป ผู้ประเมินต้องพิจารณาเลือกให้เหมาะสมกับโครงการหรือสิ่งที่จะประเมิน และทำความเข้าใจรูปแบบการประเมินนั้นๆ อย่างถ่องแท้จึงจะได้รับประโยชน์สูงสุดจากผลการประเมิน สำหรับการประเมินโครงการทางสุขภาพแล้ว รูปแบบการประเมินชิปปี้ (CIPP Model evaluation) ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam) เป็นรูปแบบการประเมินหนึ่งที่มีความเหมาะสมในการนำมาประยุกต์ใช้ประเมินโครงการทางสุขภาพ ทั้งนี้เพราะมีกระบวนการประเมินที่เป็นระบบครอบคลุมขั้นตอนของการทำโครงการ ประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ การประเมินบริบท การประเมินปัจจัยนำเข้า การประเมินกระบวนการ และการประเมินผลผลิต ผลการประเมินที่ได้มีความน่าเชื่อถือสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง เพราะเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้วยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หลากหลาย ทำให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของโครงการทางสุขภาพที่ส่วนใหญ่มีผู้เกี่ยวข้องหลายกลุ่ม และรูปแบบการประเมินชิปปี้ยังมีการพัฒนาขยายการประเมินผลผลิตเป็น 4 มิตีย่อย หรือที่เรียกว่า CIPPIest ทำให้ครอบคลุมและเกิดประโยชน์ยิ่งขึ้นโดยเฉพาะกับโครงการทางสุขภาพ สำหรับวัตถุประสงค์ของบทความฉบับนี้ เพื่อเป็นการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการประเมินตามแนวคิดดังกล่าว และเป็นแนวทางแก่บุคลากรทางสุขภาพนำไปประยุกต์ใช้ในการประเมินโครงการทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป โดยในบทความนี้จะกล่าวถึงแนวคิดการประเมินโครงการพอสังเขปก่อนนำมาสู่รูปแบบการประเมิน CIPP และ CIPPIest และสุดท้ายเป็นแนวทางการนำรูปแบบการประเมิน CIPPIest ไปใช้ในการประเมินโครงการทางสุขภาพ

1. แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินโครงการ

1.1 ความหมายของการประเมิน

การประเมินโครงการ เข้ามามีความสำคัญในทุกๆ หน่วยงานทั้งในหน่วยงานของรัฐและองค์กรเอกชน ทั้งนี้เพราะการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ มักจะใช้โครงการเป็นตัวขับเคลื่อนการดำเนินงาน ในการทำโครงการจำเป็นต้องมีการประเมินโครงการเพื่อติดตามตรวจสอบว่าโครงการว่ามีความสำเร็จหรือไม่ มีความคุ้มค่าหรือไม่ มีสิ่งที่ต้องนำไปปรับปรุงแก้ไขต่อไปอย่างไรบ้าง เป็นต้น ทำให้หน่วยงานต่างๆ หันมาให้ความสำคัญมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้านิยามของคำว่า “การประเมิน” ได้มีการให้ความหมายตามวิวัฒนาการของศาสตร์แห่งการประเมินมาโดยลำดับ จนปัจจุบันนี้ความหมายที่เป็นที่ยอมรับและสร้างความเข้าใจร่วมกันในกลุ่มนักประเมิน มี 2 มิติ คือ 1) หมายถึง กระบวนการรวบรวมสารสนเทศของสิ่งที่ประเมิน เพื่อการตัดสินใจคุณค่าของสิ่งนั้น และ 2) หมายถึง กระบวนการในการกำหนดหรือตัดสินคุณภาพหรือคุณค่า และคุณประโยชน์ของสิ่งที่ได้รับการประเมินอย่างเป็นระบบ (Stufflebeam & Shikfield, 2007)

การประเมิน หมายถึง กระบวนการรวบรวมและสกัดข้อมูลเพื่อให้ได้สารสนเทศเพื่อการตัดสินใจ เราเชื่อมั่นว่าใครก็ตามที่มีสารสนเทศที่มีคุณภาพพอเพียง ครบถ้วน จะช่วยให้ผู้นั้นตัดสินใจได้อย่างถูกต้องเสมอ (สมหวัง พิธิยานุวัฒน์, 2559)

นอกจากนี้ การประเมินโครงการยังสามารถดำเนินการได้ทั้งในลักษณะของการประเมินก่อนเริ่มโครงการ การประเมินขณะโครงการกำลังดำเนินการอยู่ และการประเมินผลแผนงาน/โครงการหลังจากการดำเนินงานได้สิ้นสุดลงแล้ว โดยมีเป้าหมายเพื่อการตรวจสอบความก้าวหน้าของโครงการหรือแผนงาน ตลอดจนการพิจารณาผลสัมฤทธิ์ของโครงการหรือแผนงานนั้นๆ ว่ามีมากน้อยเพียงใด (รัตนะ บัวสนธ์, 2556)

สรุป การประเมินโครงการ หมายถึง กระบวนการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลของการดำเนินโครงการ อย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้สารสนเทศที่สำคัญว่าโครงการนั้นบรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนดหรือไม่เพียงใด มีปัญหาหรืออุปสรรคอย่างไร เพื่อช่วยให้ได้ข้อมูลหรือสารสนเทศในการปรับปรุงพัฒนาโครงการ

1.2 ความสำคัญของการประเมินโครงการ

การประเมินโครงการมีความสำคัญอยู่ 4 ประการ คือ ประเมินเพื่อปรับปรุงพัฒนา ประเมินเพื่อแสดงความรับผิดชอบ ประเมินเพื่อเผยแพร่ และประเมินเพื่อให้เกิดแสงสว่างทางปัญญา และการประเมินโครงการที่ดีต้องเป็นไปตามมาตรฐานการประเมินโครงการ (Program Evaluation Standards) ซึ่งประกอบด้วย มาตรฐาน 4 ด้านคือ มาตรฐานด้านอรรถประโยชน์ (utility) มาตรฐานด้านความถูกต้อง (accuracy) มาตรฐานด้านความเป็นไปได้ (feasibility) และมาตรฐานด้านความถูกต้อง (accuracy) มาตรฐานด้านความเป็นไปได้ (feasibility) และมาตรฐานด้านความเหมาะสม (propriety) (The Joint Committee on Standards for Educational Evaluation cited in Stufflebeam & Shinkfield, 2007)

จากการพิจารณาความหมายและความสำคัญข้างต้นของการประเมินโครงการ ชี้ให้เห็นว่าการประเมินโครงการเป็นกิจกรรมสำคัญที่ขาดไม่ได้ในการบริหารจัดการโครงการ เพราะมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการตัดสินใจของผู้บริหารและผู้รับผิดชอบโครงการ ทั้งนี้ผลที่ได้รับจากการประเมินโครงการนั้นสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกขั้นตอนตามลักษณะการดำเนินการ โดยสามารถสรุปได้ ดังนี้ (รัตนะ บัวสนธ์, 2556; พิชิต ฤทธิ์จรูญ, 2557; สมคิด พรหมจ้อย, 2562)

1) การประเมินก่อนดำเนินโครงการ ช่วยให้ได้ข้อมูลสารสนเทศต่างๆ เกี่ยวกับโครงการเพื่อใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการกำหนดโครงการ การตรวจสอบความพร้อมของทรัพยากรต่างๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการดำเนินโครงการ ตลอดจนความเป็นไปได้ในการจัดทำโครงการ

2) การประเมินขณะดำเนินโครงการ ช่วยให้ทราบข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับความก้าวหน้า ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินโครงการซึ่งนำมาใช้ในการตัดสินใจเพื่อการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงแก้ไข การดำเนินโครงการให้ เป็นไปตามทิศทางที่ต้องการ

3) การประเมินหลังโครงการเสร็จสิ้น ช่วยให้ได้ข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับความสำเร็จและความล้มเหลวของโครงการที่นำมาใช้ในการตัดสินใจและวินิจฉัยว่าจะดำเนินโครงการในช่วงต่อไปอย่างไร ยกเลิกหรือปรับขยายการดำเนินโครงการต่อไปอีก และยังช่วยบ่งบอกถึงประสิทธิภาพของโครงการว่าเป็นอย่างไร คำนึงค่ากับการลงทุนหรือไม่ รวมทั้งช่วยให้เกิดการเสริมแรงสร้างพลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงานในโครงการ เมื่อทราบผลสำเร็จ จุดเด่นหรือจุดด้อยของโครงการ โดยจะมุ่งมั่นปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินโครงการให้มีคุณภาพและมาตรฐานสูงขึ้น ซึ่งจะเกิดคุณค่าและประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการหรือองค์กร

โดยสรุป การประเมินโครงการมีความสำคัญช่วยให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับโครงการสามารถประเมินได้ในทุกช่วงของการดำเนินโครงการ ขึ้นอยู่กับว่าผู้ประเมินต้องการข้อมูลสารสนเทศดังกล่าวไปใช้ประโยชน์อย่างไรดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ประเด็นที่สำคัญอีกประการหนึ่งในการประเมินโครงการ คือ การเลือกรูปแบบที่ใช้เป็นกรอบในการประเมินโครงการ ซึ่งมีความสำคัญมากเช่นกัน เนื่องจากหากผู้ประเมินมีกรอบแนวคิดที่เป็นแบบแผนในการประเมินชัดเจน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นย่อมชัดเจนตามมา

2. รูปแบบการประเมิน CIPP และ CIPPIest

2.1 ที่มาของรูปแบบการประเมิน CIPP และ CIPPIest

รูปแบบการประเมินซีบีพี (CIPP Model) เริ่มในราวปี 1960 โดย ศาสตราจารย์ ดร.แดเนียล แอล สตัฟเฟิลบีม (Daniel L. Stufflebeam) อาจารย์มหาวิทยาลัยโอไฮโอ ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้เสนอรูปแบบการประเมินซึ่งได้กล่าวไว้ในหนังสือ “Evaluation Theory, Model and Applications” (Stufflebeam & Shinkfield, 2007) ให้นิยามการประเมินว่า หมายถึง กระบวนการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ได้สารสนเทศที่มีประโยชน์ในการนำไปใช้เป็นทางเลือกประกอบการตัดสินใจ มีจุดมุ่งหมายเพื่อเตรียมข้อมูลที่เกี่ยวข้องไว้ใช้ในการตัดสินใจ ผู้ทำการประเมินจะรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเสนอผลวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริหาร แนวคิดหลักของรูปแบบเห็นได้จากอักษรย่อ CIPP ได้แก่ การประเมินบริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Product) พัฒนารูปร่างขึ้นโดยมีพื้นฐานมาจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์การทำการประเมินโครงการทางการศึกษาของสหรัฐอเมริกาตั้งแต่กลางปี ค.ศ. 1960 โดยต้องการที่จะแก้ไขข้อผิดพลาดหรือข้อจำกัดของรูปแบบการประเมินแบบดั้งเดิม อาทิ การออกแบบการทดลอง การประเมินอิงวัตถุประสงค์ และการทดสอบมาตรฐาน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรูปแบบหรือวิธีการประเมินแบบดั้งเดิมมีข้อจำกัดในการศึกษาหาคำตอบเกี่ยวกับโครงการทางการศึกษาในสมัยนั้น จึงทำให้เกิดการพัฒนาการประเมินรูปแบบใหม่ๆ เพื่อหาคำตอบเกี่ยวกับโครงการทางการศึกษาอย่างรอบด้านหลายแง่มุมมากขึ้น ซึ่งรูปแบบการประเมิน CIPP ก็เป็นหนึ่งในรูปแบบการประเมินอื่นๆ ที่นักประเมินในยุคนี้พัฒนานำเสนอไว้ รูปแบบการประเมิน CIPP ปรากฏขึ้นเป็นลายลักษณ์ชัดเจนในหนังสือชื่อ Educational Evaluation and Decision Making ซึ่งตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 1971 และปรับปรุงอีกครั้งในปี ค.ศ. 2007 ในหนังสือ Evaluation Theory Models and Applications

2.2 องค์ประกอบการประเมินตามรูปแบบการประเมิน CIPP และ CIPPIest

รูปแบบการประเมิน CIPP เป็นการประเมินที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการและเพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาโครงการ ซึ่งประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบ แบ่งออกเป็น 3 ระยะของการทำโครงการ คือ ระยะที่ 1 การประเมินก่อนเริ่มโครงการ เป็นการประเมินเพื่อวางแผนโครงการ เป็นการกำหนดวัตถุประสงค์และวิธีการของโครงการ ในรูปแบบการประเมินของ CIPP ได้แก่ การประเมินบริบท และการประเมินปัจจัยนำเข้า จะได้สารสนเทศที่นำไปสู่การเขียนโครงการและการเสนอโครงการเพื่อขออนุมัติ ระยะที่ 2 การประเมินขณะดำเนินโครงการ ซึ่งตามรูปแบบของ CIPP จะหมายถึง การประเมินกระบวนการนั่นเอง เป็นการประเมินเพื่อติดตามการดำเนินงานให้เป็นไปตามแผนและปรับปรุงโครงการ และระยะที่ 3 การประเมินหลังสิ้นสุดโครงการ คือ การประเมินผลผลิตของโครงการนั่นเอง ซึ่งรายละเอียดของทั้ง 4

องค์ประกอบมีดังนี้ (Stufflebeam, 2007; Stufflebeam 2015; เซาร์ อินโย, 2555; รัตนะ บัวสนธ์, 2556; ศิริชัย กาญจนวาสี, 2558) ดังนี้

2.2.1 การประเมินบริบท (Context Evaluation) เป็นการประเมินปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อความสำเร็จและล้มเหลวของโครงการ แต่อยู่นอกเหนือการควบคุมของโครงการ พิจารณาความจำเป็นในการจัดทำโครงการดังกล่าวจากความต้องการของสังคม สภาพเศรษฐกิจ การเมือง และสิ่งแวดล้อม สอดคล้องนโยบายของหน่วยงานระดับบนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สารสนเทศที่ได้มีความสำคัญที่จะนำไปสู่การกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการ ทั้งนี้การประเมินบริบทมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) กำหนดขอบเขตและบรรยายเกี่ยวกับความตั้งใจให้บริการ 2) จำแนกผู้รับผลประโยชน์ที่ตั้งใจให้บริการหรือกลุ่มเป้าหมายและประเมินความต้องการจำเป็นของกลุ่มบุคคลดังกล่าว 3) จำแนกปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เป็นบ่อเกิดของความต้องการจำเป็นของผู้รับประโยชน์หรือกลุ่มเป้าหมายนั้น 4) จำแนกความเกี่ยวข้องระหว่างคุณสมบัติที่มีค่าและโอกาสการได้รับทุนอุดหนุนที่สามารถนำไปใช้กำหนดเป้าหมายความต้องการจำเป็นนั้น 5) จัดเตรียมข้อมูลพื้นฐานสำหรับการกำหนดเป้าหมายมุ่งการปรับปรุง 6) ประเมินความชัดเจนและความเหมาะสมเป็นไปได้ของเป้าหมายที่มุ่งการปรับปรุงพัฒนา และ 7) จัดเตรียมข้อมูลพื้นฐานสำหรับการตัดสินใจของเป้าหมายมุ่งการปรับปรุงหรือความพยายามในการให้บริการ

2.2.2 การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) เป็นการตรวจสอบความพร้อมด้านทรัพยากรที่จำเป็นต้องนำมาใช้ในการดำเนินโครงการทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ ว่ามีความเป็นไปได้หรือไม่ มีความเหมาะสมและเพียงพอหรือไม่ ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ เวลา กลุ่มเป้าหมาย เทคโนโลยี ผู้เชี่ยวชาญด้านเทคนิคหรือโครงการนั้นๆ ตลอดจนระบบการบริหารจัดการ การประเมินปัจจัยนำเข้า วัตถุประสงค์ 1) เพื่อเลือกแบบแผนการจัดกิจกรรมโครงการให้เหมาะสม โดยการศึกษาและตรวจสอบอย่างถี่ถ้วนเกี่ยวกับแนวทางต่างๆ ที่มีศักยภาพ หรือมีความเป็นไปได้มากที่สุด ในอันที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว การประเมินปัจจัยนำเข้าจะเป็นตัวบ่งบอกล่วงหน้าถึงความสำเร็จหรือความล้มเหลวหรือประสิทธิผลของความพยายามเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่โครงการนั้นๆต้องการให้เกิด 2) เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับแนวทางที่เป็นทางเลือกต่างๆ และเพราะเหตุใดจึงเลือกแนวทางนั้น และ 3) เพื่อจำแนกและจัดลำดับแนวทางที่เกี่ยวข้องให้แก่ผู้มีหน้าที่ตัดสินใจได้ใช้เป็นทางเลือกสำหรับการดำเนินงานต่อไป

2.2.3. การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) เป็นการประเมินเพื่อตรวจสอบการบริหารโครงการ การจัดกิจกรรมต่างๆของโครงการ และเป็นการตรวจสอบการนำแผนงานหรือโครงการไปใช้หรือตรวจสอบการดำเนินงานการใช้แผนงานโครงการว่าเป็นไปตามที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้จัดการและผู้ปฏิบัติงานในโครงการนั้นๆ เกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของโครงการว่าเป็นไปตามตารางเวลาที่กำหนดหรือไม่ การใช้งบประมาณและประสิทธิภาพเป็นอย่างไรสำหรับวัตถุประสงค์ 2) เพื่อชี้แนะแนวทางให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในการปรับปรุงการใช้งบประมาณและแนวทางการดำเนินงานของโครงการให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้นให้สามารถดำเนินการต่อไป และมีความเป็นไปได้ที่จะทำให้อบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ต้องการ ในการประเมินกระบวนการนั้น นักประเมินอาจพิจารณาภาพรวมๆ ว่า

กิจกรรมหรือการดำเนินงานของโครงการดังกล่าวเป็นอย่างไร โดยการตรวจเยี่ยมและสังเกตที่ศูนย์ของกิจกรรมนั้น การทบทวนวิเคราะห์เอกสารที่ปรากฏ (เช่น แผนปฏิบัติงาน งบประมาณรายงานบัญชี)

2.2.4. การประเมินผลผลิต (Product Evaluation) เป็นการประเมินผลที่ได้จากโครงการว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ตัวชี้วัดอื่นๆหรือไม่ คำนวณเพียงไร ประเมินทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ การประเมินในระหว่างดำเนินโครงการกรณีโครงการมีผลผลิตออกมาเป็นระยะ และประเมินเมื่อสิ้นสุดโครงการเพื่อดูผลผลิตรวมของโครงการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสอบวัด ติความ และตัดสินผลสัมฤทธิ์ของโครงการ แผนงาน หรือสิ่งที่เราจัดกระทำว่าตอบสนองบรรลุลักษณะความต้องการจำเป็นของกลุ่มผู้รับประโยชน์หรือไม่ นอกจากนั้นการประเมินผลผลิตก็จะต้องประเมินผลลัพธ์ (Outcomes) ทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ ทั้งที่เป็นไปในทางบวกและทางลบ

ต่อมา ในปี ค.ศ. 2007 ได้มีการปรับขยายรูปแบบการประเมิน CIPP โดยปรับขยายการประเมินผลผลิต (Product Evaluation) โดยแบ่งออกเป็นการประเมินผลกระทบ (Impact Evaluation) การประเมินประสิทธิผล (Effective Evaluation) การประเมินความยั่งยืน (Sustainability Evaluation) และการประเมินการถ่ายโยงความรู้ (Transfer Evaluation) ของสิ่งที่ได้รับการประเมินซึ่งมักได้แก่โครงการ แผนงาน หรือสิ่งแทรกแซงต่างๆ เรียกว่า รูปแบบการประเมิน CIPPIest ทั้งนี้ความหมายของมิติการประเมินที่เพิ่มขึ้นพิจารณาได้จากการตั้งคำถามการประเมิน (Evaluation Questions) ในแต่ละมิติ (Stufflebeam, 2007; Stufflebeam, 2015; รัตนะ บัวสนธ์, 2556; ศิริชัย กาญจนวาสี, 2558; ทิปทัศน ชินตาปัญญากุล, สมจิตร เรืองศรี, กิตติศักดิ์ ลักขณา และพรภิรมย์ หลงทรัพย์, 2560) ดังนี้

2.2.4.1 การประเมินผลกระทบ (impact evaluation : I) เป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่เกิดจากการดำเนินโครงการทั้งด้านบวกและด้านลบที่มีต่อกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มอื่นๆ ผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ผลกระทบต่อชุมชน ความสูญเสียทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ประเมินความขัดแย้งทางสังคม สามารถประเมินได้ทั้งช่วงที่มีการดำเนินโครงการและเมื่อสิ้นสุดโครงการ เป็นการประเมินโดยตั้งคำถามว่า สิ่งที่ได้รับประโยชน์จากโครงการได้รับเกินไปกว่าเป้าหมายความต้องการที่จะได้รับการตอบสนองตามความต้องการ ความจำเป็นนั้นคืออะไรบ้าง คำถามนี้ชี้ให้เห็นว่าไม่ว่าสิ่งที่ได้รับเกินไปกว่าที่กำหนดไว้นั้นจะเป็นไปในทางบวกหรือทางลบก็ล้วนแต่เป็นผลกระทบทั้งสิ้น

2.2.4.2 การประเมินประสิทธิผล (effectiveness evaluation: E) เป็นการประเมินผลที่เกิดหลังเสร็จสิ้นโครงการแล้วถึงผลที่เกิดขึ้น จากการทำโครงการว่ามีคุณภาพและความสำเร็จในระดับสูงหรือไม่ โครงการบรรลุตอบสนองความต้องการความจำเป็นของกลุ่มผู้ที่ได้รับผลประโยชน์ได้อย่างครอบคลุมหรือไม่ ได้แก่ผลที่ได้บรรลุวัตถุประสงค์โครงการหรือไม่ ความพึงพอใจที่มีต่อโครงการ และความสำเร็จของโครงการเมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่งมีเพิ่มขึ้นหรือลดลง

2.3.4.3 การประเมินความยั่งยืน (sustainability evaluation: S) เป็นการประเมินว่า ภายหลังสิ้นสุดโครงการแล้วยังสามารถดำเนินการตามขั้นตอนได้ตามเป้าหมายที่กำหนดได้ถึงแม้ว่าหน่วยงานภายนอกที่เข้ามาช่วยเหลือจะหยุดให้การช่วยเหลือ โดยอาจประเมินจากความต้องการของชุมชน ความเป็นเจ้าของร่วม ชุมชนสามารถสามารถบริหารจัดการได้เอง เป็นต้น เป็นการประเมินโดยตั้งคำถามว่า แนวทางการ

ปฏิบัติอย่างเป็นระบบหรือเป็นทางการเกี่ยวกับการนำโครงการไปใช้ให้ประสบผลสำเร็จอย่างยั่งยืนคืออะไร คำถามดังกล่าวมุ่งพิจารณาประเมินความคงอยู่หรือความต่อเนื่องในการนำโครงการที่ประสบผลสำเร็จไปใช้ รวมถึงวิธีการในการรักษาไว้ซึ่งความสำเร็จของโครงการดังกล่าว

2.3.3.4. การประเมินการถ่ายโยงความรู้ (transportability evaluation: T) เป็นการประเมินความเป็นไปได้ของการนำโครงการดังกล่าวไปดำเนินการในพื้นที่อื่นและมีบริบทที่ต่างกันออกไป ส่วนใหญ่ใช้ประเมินในโครงการนำร่องที่มีการศึกษาความเป็นไปได้ หรือใช้เพื่อเป็นกรณีศึกษาเพื่อการเรียนรู้ และปรับนำไปใช้กับพื้นที่อื่น เป็นการนำแนวคิดและกระบวนการของโครงการไปขยายผล ปรับปรุงหรือประยุกต์ใช้ โดยตั้งคำถามว่า มีการนำโครงการไปประยุกต์หรือปรับปรุงใช้ในที่อื่นๆ หรือไม่

จะเห็นว่ามิติการประเมินที่เพิ่มขึ้นทั้ง 4 ด้าน จากการขยายการประเมินผลผลิต ตามรูปแบบการประเมิน CIPP เดิม นั้น แท้ที่จริงก็คือ การประเมินในส่วนที่สตัฟเฟิลบีม เรียกว่า “ผลลัพธ์” (Outcomes) ของโครงการนั่นเอง เพียงแต่เป็นการจำแนกและตั้งคำถามการประเมินให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ดังนั้นวิธีการนำรูปแบบการประเมิน CIPPIest ไปใช้จึงยังคงมีลักษณะเช่นเดียวกับการใช้รูปแบบการประเมิน CIPP ที่กล่าวผ่านมาไม่ว่าจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับคุณค่าของรูปแบบการประเมินทั้งที่เป็นการประเมินเป็นระยะๆ และการประเมินสรุปรวม เหล่านี้เป็นต้น

สรุปได้ว่า การประเมินโครงการโดยใช้รูปแบบชิปโมเดลเป็นการประเมินเพื่อให้ได้ข้อมูลเพื่อช่วยให้ผู้บริหารตัดสินใจเลือกทางเลือกต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง โดยมีการประเมิน 4 ด้าน คือ ด้านบริบทหรือสภาพแวดล้อม ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต โดยการประเมินบริบทกระทำก่อนเริ่มโครงการเพื่อนำข้อมูลมากำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการ การประเมินปัจจัยนำเข้าประเมินก่อนนำโครงการไปปฏิบัติเพื่อหาข้อมูลไปใช้ออกแบบกิจกรรมในขั้นกระบวนการและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ของโครงการ การประเมินกระบวนการกระทำในระหว่างดำเนินโครงการเพื่อเป็นการประเมินหาข้อบกพร่องของการดำเนินโครงการเพื่อทำการแก้ไขให้สอดคล้องกับข้อบกพร่อง รวบรวมข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่จะสั่งการเพื่อการพัฒนางานต่างๆ และบันทึกเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นไว้เป็นหลักฐานส่วนการประเมินผลผลิตเป็นการประเมินเมื่อสิ้นสุดโครงการเป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้นจากการทำโครงการกับเกณฑ์มาตรฐานหรือวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้แต่ต้นรูปแบบการประเมิน

3. แนวทางการประยุกต์ใช้ CIPPIest ในการประเมินโครงการทางสุขภาพ

ปัญหาสุขภาพเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคม ทั้งต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ การจัดการดูแลสุขภาพจึงมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามความต้องการของผู้ใช้บริการ ครอบครัวทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนพัฒนาคุณภาพการดูแลตนเองและชุมชน พัฒนาคุณภาพของการรักษาพยาบาลครอบครัวทั้ง 4 มิติ จึงขับเคลื่อนผ่านโครงการหรือกิจกรรม โดยเฉพาะโครงการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (Health Promotion and Prevention Programs) การประเมินผลจึงเป็นเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการประเมินความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมหรือโครงการต่างๆ ที่กำลังดำเนินการ และเพื่อพิจารณาว่าโปรแกรมหรือการปฏิบัตินั้นมีประสิทธิภาพเพียงใด และสามารถวิเคราะห์ได้ว่าตรงตามความต้องการของผู้ใช้บริการหรือไม่ และครอบคลุม

ขอบเขตพื้นที่บริการเพียงใด และประเมินว่าจำเป็นต้องมีการปรับปรุงหรือไม่ ดังที่ เฟอริส (Ferris & Devaney, 2017) กล่าวว่า การประเมินผลโครงการนับเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์หนึ่งที่สำคัญในการทางแพทย์ เพื่อประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริการ เป็นผลให้การประเมินเป็นเครื่องมือสำคัญในการให้บริการ การดูแลสุขภาพ ที่มีความเป็นพลวัต สามารถบูรณาการให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้ในแต่ละพื้นที่ภายใต้ค่านิยมในการรับผิดชอบและความโปร่งใสสำหรับการประเมินทุกรูปแบบ สามารถสรุปความสำคัญของการประเมินโครงการทางสุขภาพ ได้ดังนี้

- 1) ช่วยในการตัดสินใจนำโครงการไปใช้ หรือ เป็นการประเมินกรณีก่อนการขับเคลื่อนโครงการ และศึกษาทางเลือก (Pre-evaluation)
- 2) ช่วยให้ทราบว่าโครงการประสบความสำเร็จตามเป้าหรือไม่ มีปัญหา อุปสรรค ต่อความสำเร็จอย่างไร
- 3) ช่วยในการตัดสินใจที่จะดำเนินการต่อหรือขยายงานออกไปหรือไม่
- 4) ช่วยให้มีผลการประเมินผลมาใช้ในการตัดสินใจปรับปรุงงาน
- 5) ช่วยเป็นเครื่องมือตัดสินใจในการกำหนดโครงการที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน

จากความสำคัญของการประเมินโครงการทางสุขภาพที่กล่าวมาข้างต้น ผู้เขียนจึงขอเสนอแนวทางการนำรูปแบบการประเมิน CIPPIest ไปประยุกต์ใช้ในการประเมินโครงการทางสุขภาพ โดยจะยกตัวอย่างผ่านโครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น แนวทางการประยุกต์ใช้มีดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การประเมินบริบท (Context Evaluation)

ประเมินความสอดคล้องของโครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับปัญหาสุขภาพของชุมชน ได้แก่ ประเมินปัญหาสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในชุมชน การดำเนินการหรือโครงการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพในชุมชนที่ผ่านมาผลการดำเนินงานเป็นอย่างไร มีความต้องการหรือปัญหาอะไรบ้างที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองหรือแก้ไข ประเมินความสอดคล้องกับนโยบายสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข นโยบายและวิสัยทัศน์ด้านสุขภาพของหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรส่วนท้องถิ่น หรือชมรมหรือไม่ มีความสอดคล้องกับนโยบายการสนับสนุนของแหล่งทุนหรือไม่ สภาพความผันผวนทางด้านสังคม เศรษฐกิจ เช่น ถ้าเป็นช่วงที่เศรษฐกิจไม่ค่อยดี หรือเป็นช่วงฤดูกาลเพาะปลูก อสม. อาจไม่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม เพราะต้องไปทำงาน เป็นต้น และประเมินความเหมาะสมของวัตถุประสงค์โครงการว่าสอดคล้องกับบริบทหรือไม่

ขั้นที่ 2 การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation)

จากโครงการตัวอย่าง ผู้ประเมินต้องประเมินปัจจัยหรือทรัพยากรที่ต้องการใช้ในโครงการ ได้แก่ ความเหมาะสมของผู้รับผิดชอบโครงการ งบประมาณสนับสนุน แหล่งทุนสนับสนุน กลุ่มเป้าหมาย อสม. ที่ต้องเข้าร่วมโครงการมีจำนวนและระดับความรู้ความสามารถ จำนวนและความเชี่ยวชาญของวิทยากร ความพร้อมของเครื่องมือสื่อสโตร์ที่ใช้ในการจัดอบรม ความเพียงพอของเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ต้องใช้ในการฝึกปฏิบัติ สถานที่ในการจัดโครงการ ความเหมาะสมของช่วงเวลาระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม นำสารสนเทศที่ได้ไปวางแผนดำเนินโครงการ และประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมหรือวิธีการที่กำหนดไว้ตลอดจนเป็นไปได้ เป็นต้น

ขั้นที่ 3 การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation)

ผู้ประเมินจะประเมินในว่าขณะดำเนินงานผู้รับผิดชอบโครงการหรือผู้ประเมินมีการกำกับติดตามการดำเนินงานเป็นระยะๆให้เป็นไปตามขั้นตอนที่ได้ถูกกำหนดไว้ตามแผนหรือไม่ กิจกรรมใดที่ทำได้หรือทำไม่ได้ เพราะเหตุใด และเกิดปัญหา อุปสรรคอย่างไรบ้าง นอกจากนี้การค้นหาข้อบกพร่อง จุดอ่อนหรือจุดแข็งของกระบวนการบริหารจัดการโครงการ เพื่อปรับปรุงการดำเนินโครงการ การประเมินความก้าวหน้าเป็นระยะจะช่วยให้เห็นความสำเร็จหรือปัญหาที่เกิดขึ้นได้เร็วขึ้นและเกิดปัญหาน้อยที่สุดได้ เช่น เมื่อดำเนินโครงการพัฒนาศักยภาพ อสม.ไปได้สักระยะ จากการประเมินพบว่า อสม.มาเข้าร่วมกิจกรรมลดลง อสม.ไม่มีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม เนื่องจากช่วงนี้ต้องออกไปประกอบทำไร่นาหากหยุดหลายวันพืชผลจะเสียหาย ผู้ประเมินเมื่อผู้รับผิดชอบโครงการทราบข้อมูลจึงปรับเปลี่ยนเวลาให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น โครงการจึงสามารถดำเนินการต่อไปได้ เป็นต้น

ขั้นที่ 4 การประเมินผลผลิต (Product Evaluation)

4.1 การประเมินผลกระทบ (Impact Evaluation) จากตัวอย่าง โครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แบ่งการประเมินผลกระทบออกเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ 1) ผลกระทบด้านบวก ได้แก่ คุณภาพชีวิตของคนในชุมชนดีขึ้น ประชาชนสามารถเข้าถึงสวัสดิการของรัฐผ่านทาง อสม. มีการนำผลความรู้ที่เกิดขึ้นไปใช้ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของสมาชิกในครอบครัว ตัว อสม. ได้รับยอมรับจากชุมชน รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่เป็นเจ้าของโครงการได้รับการยอมรับจากชุมชน เป็นต้น และ 2) ผลกระทบด้านลบ ได้แก่ ผลกระทบต่อตัว อสม.ที่ต้องรับผิดชอบมากขึ้น มีเวลาให้กับตนเองและครอบครัวควบครว้น้อยลง อสม.ขาดรายได้ อาจเกิดความขัดแย้งทางสังคมระหว่าง อสม.กับครอบครัว ชุมชน เป็นต้น

4.2 การประเมินประสิทธิผล (Effectiveness Evaluation) สามารถแบ่งได้ 3 ประเด็นย่อย คือ 1) บรรลุวัตถุประสงค์โครงการ ประกอบไปด้วย อสม.มีความรู้และทักษะในการสุขภาพดูแลตนเอง และ อสม.มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน 2) ความพึงพอใจ โดยวิเคราะห์จากการประเมินผลโครงการที่ประเมินความพึงพอใจของ อสม. ในการเข้าร่วมโครงการโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ 3) ติดตามระยะยาว หลังจากสิ้นสุดโครงการระยะหนึ่ง มีการตรวจสอบความก้าวหน้าด้านความรู้ความสามารถหลังปฏิบัติงานของ อสม.ว่ายังประสบความสำเร็จอยู่หรือไม่ เพิ่มขึ้นหรือลดลง

4.3 การประเมินความยั่งยืน (Sustainability Evaluation) เป็นการขยายผลของโครงการหรือการขยายจำนวนประชากรหรือกลุ่มเป้าหมาย โดยตั้งคำถามในการประเมินว่า แนวทางการนำโครงการไปใช้ให้ประสบผลสำเร็จอย่างยั่งยืนคืออะไร รวมถึงวิธีการในการรักษาไว้ซึ่งความสำเร็จของโครงการดังกล่าว จากตัวอย่าง โครงการพัฒนาศักยภาพของ อสม. เมื่อประเมินความยั่งยืนโดยกลุ่มเป้าหมาย โดยตั้งคำถามในการประเมินว่าแนวทางการนำโครงการไปใช้ให้ประสบผลสำเร็จอย่างยั่งยืนคืออะไร รวมถึงวิธีการในการรักษาไว้ซึ่งความสำเร็จของโครงการดังกล่าว พบว่า แนวทางการรักษาไว้ซึ่งความสำเร็จของโครงการคือ การสร้างความมั่นใจ การกระตุ้นเตือนเป็นระยะ และความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วม ภายหลังสิ้นสุดโครงการจึงมีการจัดทบทวนความรู้และทักษะทุก 3 เดือน และมีคู่มือการปฏิบัติงาน อสม. โดยมีการติดตามผลไปอีกระยะหนึ่งซึ่งใช้ระยะเวลามากกว่า 1 ปี เป็นการประเมินความรู้ความสามารถของ อสม. เมื่อสิ้นสุดโครงการว่าสามารถนำความรู้ที่ได้ไปพัฒนางานหรือสร้างองค์ความรู้ใหม่ได้อย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

4.4 การประเมินการถ่ายโยงความรู้ (Transportability Evaluation) เป็นการประเมินการเผยแพร่ความรู้และความสำเร็จของโครงการสู่ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานต่างๆ ยกตัวอย่าง จากโครงการพัฒนาศักยภาพของ อสม. การเผยแพร่ความรู้สู่ชุมชน เช่น เป็นที่ปรึกษาของสมาชิกคนอื่นๆหรือคนในชุมชน การเผยแพร่ความรู้ไปสู่ครอบครัว สมาชิกในครอบครัว อสม.มีความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพที่ชัดเจน รพ.สต. มีการถ่ายทอดความสำเร็จของโครงการเผยแพร่ความรู้ในการดำเนินโครงการไปสู่ รพ.สต. เป็นต้นแบบของโครงการพัฒนาศักยภาพ อสม. เป็นการส่งต่อจุดเด่นของโครงการและการเป็นแบบอย่างที่ดี หรือมีการใช้โครงการนี้เป็นกรณีศึกษาเพื่อการเรียนรู้และนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่น เป็นต้น

บทสรุป

รูปแบบการประเมิน CIPPIest หรือ CIPP คือ รูปแบบการประเมิน CIPP ประกอบไปด้วย 4 มิติหลัก ได้แก่ การประเมินบริบท การประเมินปัจจัยนำเข้า การประเมินกระบวนการ และการประเมินผลผลิต ซึ่งในการประเมินการผลผลิตได้เพิ่มเป็น 4 มิติย่อย ได้แก่ การประเมินผลกระทบ ประเมินประสิทธิผล ประเมินการคงอยู่ของโครงการ และการประเมินการถ่ายโยงความรู้ เพื่อให้ผลการประเมินมีความครอบคลุมสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้มากยิ่งขึ้น และเมื่อนำรูปแบบการประเมิน CIPPIest มาใช้ประเมินโครงการทางสุขภาพซึ่งเป็นโครงการที่มีความซับซ้อน จะช่วยให้ผลการประเมินการประเมินที่ได้มีความครอบคลุมถูกต้องและใช้ประโยชน์ได้จริงตรงกับความต้องการใช้ประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

เอกสารอ้างอิง

- เชาว์ อินโย. (2555). *การประเมินโครงการ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล, สมจิตร เรืองศรี, กิตติศักดิ์ ลักษณะ และพรภิรมย์ หลงทรัพย์. (2560). การประเมินหลักสูตรแนวใหม่: CIPPIest THE NEW CURRICULUM EVALUATION: CIPPIest MODEL. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 9(2), 203-212.
- พิชิต ฤทธิ์จรูญ. (2557). *เทคนิคการประเมินโครงการ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: แฮส ออฟ เคอร์มิสท์.
- เยาวดี รางชัยกุล วิบูลย์ศรี. (2556). *การประเมินโครงการ แนวคิดและแนวปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตนะ บัวสนธ์. (2556). CIPP และ CIPPIEST มโนทัศน์ที่คาดเคลื่อนและถูกต้องในการใช้. *วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย*, 5(2), 7-24.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2558). โมเดล CIPP ที่เปลี่ยนไป: ความหมาย ความสำคัญ และพัฒนาการ. *สารสมาคมวิจัยสังคมศาสตร์แห่งประเทศไทย*, 2(1), 3-10.
- สมคิด พรหมจ้อย. (2562). *เทคนิคการประเมินโครงการ* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: จตุพรดีไซน์.
- สมหวัง พิธิยานุวัฒน์. (2559). *วิธีวิทยาการประเมิน : ศาสตร์แห่งคุณค่า* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Ferris, H. A., & Devaney, A. (2017). *Evaluation in Healthcare. Department of Public Health, HSE South*. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/>

Stufflebeam D. L., (2015). *For applying CIPP evaluation model checklist: A tool the CIPP model to assess projects and programs*. Western Michigan University. Retrieved from <http://rszarf.ips.uw.edu.pl/ewalps/dzienne/cipp-model-stufflebeam2015.pdf>

Stufflebeam D. L., & Shinkfield A. J. (2007). *Evaluation theory, models & applications*. San Francisco: Jossey-Bass.

การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูงในการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์

ศิริพร ชุตเจ็จจิน, พย.ม.*
สุดารัตน์ วุฒิศักดีไพศาล, พย.ม.*
สุพัตรา หน่ายสังขาร, พย.ม.****

Received: April 22, 2021

Revised: November 15, 2021

Accepted: November 15, 2021

บทคัดย่อ

การจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูง เป็นการจำลองสถานการณ์ที่มีความเหมือนกับสถานการณ์จริงมาให้ผู้เรียนได้ฝึก โดยมีหุ่นจำลองและโปรแกรมควบคุมมาช่วยในการสร้างสถานการณ์ ปัจจุบันมีการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองในการจัดการเรียนการสอนสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์มากขึ้น เนื่องจากการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูง จะช่วยพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลและทักษะการตัดสินใจแก้ปัญหาในคลินิก บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงและนำเสนอประสบการณ์ของผู้เขียนในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง การจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูงมี 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเตรียมการ ประกอบด้วย การกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ต้องการ การออกแบบสถานการณ์จำลอง การออกแบบวิธีการประเมินผล การเตรียมสถานการณ์จำลอง การเตรียมผู้สอน การเตรียมผู้เรียน 2) ขั้นปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง ประกอบด้วย การให้คำแนะนำก่อนฝึกในสถานการณ์จำลอง การฝึกในสถานการณ์จำลองและการสรุปผลการเรียนรู้ และ 3) ขั้นประเมินผล ผู้สอนประเมินผลการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองโดยประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้เรียนที่ได้แสดงในสถานการณ์จำลอง ข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลจะช่วยตรวจสอบว่าผู้เรียนบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ต้องการหรือไม่และใช้เป็นข้อมูลในการสรุปผลการเรียนรู้ ผู้สอนที่สนใจการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูงควรศึกษาทำความเข้าใจในแนวคิด ขั้นตอนในการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง ข้อดีและข้อจำกัดของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง เพื่อให้ผู้สอนสามารถออกแบบการเรียนการสอนได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูง พยาบาลศาสตร์ศึกษา

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข; ผู้ให้การติดต่อ E-mail: siriporn@snc.ac.th

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

The Use of High-Fidelity Simulation Based Learning in Nursing Education

Siriporn Chudjuajeen, M.N.S.^{*}

Sudarat Wutisukpaisan, M.N.S.^{*}

Supattra Narysangkharn, M.S.N.^{**}

Abstract

High-Fidelity Simulation based learning (HFSB) is simulations that are similar to real-world scenarios for students to practice. The Mannequins equipped with control program is used to create situations encouraging learners. Recently, HFBS has been used increasingly particularly in nursing education. The paper aim to review the knowledge of high-fidelity simulation based learning and to present the author's experience in high-fidelity simulation based learning. HFSB learning consist of 3 steps; 1) preparation: determining the desired learning outcomes, scenario design, evaluation design, preparing simulation, preparing instructor, preparing learner 2) scenario action: pre-briefing, scenario training, debriefing and 3) evaluation: the teacher assesses the learning outcomes by observing the behavior of the learners who have been shown in the simulation. The information obtained from the evaluation helps determine whether the learner achieves the desired learning outcomes and uses them as information to summarize the results of learning. Instructors who are interested in using HFSB learning should study the concept, procedures, advantages and limitations of HFSB learning, therefore instructors can design teaching and learning appropriately and effectively.

Keywords: High-Fidelity Simulation, nursing education

^{*} Register nurse, Senior Professional level, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health; Corresponding Author E-mail: siriporn@snc.ac.th

^{**} Register nurse, Professional level, Boromarajonani College of Nursing, Suphanbur, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

บทนำ

การจัดการเรียนการสอนในปัจจุบันเน้นการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 หรือทักษะแห่งอนาคตใหม่ ทักษะที่ต้องการพัฒนาคือทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม 3Rs ได้แก่ การอ่าน (Reading) การเขียน (Writing) และคณิตศาสตร์ (Arithmetic) และ 8s ได้แก่ การคิดวิเคราะห์ การคิดอย่างมีวิจารณญาณและแก้ปัญหาได้ (Critical thinking and Problem Solving) การคิดอย่างสร้างสรรค์ คิดเชิงนวัตกรรม (Creativity and Innovation) ความร่วมมือ การทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำ (Collaboration Teamwork and Leadership) การสื่อสารและการรู้เท่าทันสื่อ (Communication Information and Media Literacy) ความเข้าใจความแตกต่างทางวัฒนธรรม กระบวนการคิดข้ามวัฒนธรรม (Cross-cultural Understanding) การใช้คอมพิวเตอร์และการรู้เท่าทันเทคโนโลยี (Computing and ICT Literacy) ทักษะทางอาชีพและการเรียนรู้ (Career and Learning Skills) และมีคุณธรรม มีเมตตากรุณา มีระเบียบวินัย (Compassion) (วิจารณ์ พานิช, 2556, หน้า 17-18)

การเรียนการสอนแบบเดิมที่เน้นการสอนแบบบรรยายโดยมีครูเป็นศูนย์กลาง (Teacher centered) เพื่อให้ นักศึกษามีความรู้และจำเนื้อหาการเรียนการสอนเพียงอย่างเดียว นั้น ไม่เพียงพอในการที่จะดำรงชีวิตและปฏิบัติงานในศตวรรษที่ 21 แล้ว (Dennick, 2016, p. 210) การเรียนการสอนต้องเปลี่ยนเป็นการเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Student centered) โดยครูผู้สอนมีหน้าที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ โดยที่ผู้เรียนเป็นผู้สร้างความรู้ขึ้นเอง ซึ่งความรู้ที่สร้างขึ้นเองนี้มีความหมายต่อผู้เรียน สามารถคงอยู่นานและลืมได้ยาก ผู้เรียนสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติงานได้ทันที การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลมุ่งเน้นการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยบริการ หลักสูตรการสอนทางการพยาบาลจึงมีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อให้ นักศึกษาได้เรียนรู้และพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลจนชำนาญ สามารถนำความรู้และประสบการณ์ไปใช้ปฏิบัติงานได้อย่างคล่องแคล่วเมื่อสำเร็จการศึกษา

จากประสบการณ์ในการจัดการเรียนการสอนด้านการพยาบาลของผู้เขียนที่ผ่านมา พบว่ามีประเด็นปัญหาในการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติที่น่าสนใจ 3 ประเด็น ดังนี้ ประเด็นแรกคือเมื่อให้นักศึกษาขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยจริง จะพบว่านักศึกษาไม่สามารถนำความรู้ที่ได้รับในห้องเรียนไปปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจริงได้ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่วิกฤติหรือฉุกเฉิน ประเด็นที่สองคือความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) การฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษามีโอกาสที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายได้ ถ้านักศึกษาไม่มีความรู้และความชำนาญที่เพียงพอ ปฏิบัติการพยาบาลผิดพลาดและเกิดอันตรายต่อผู้รับบริการ ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะฟ้องร้องทางกฎหมายได้ ประเด็นที่สามคือนักศึกษาขาดทักษะการตัดสินใจในคลินิกอย่างเหมาะสม อาจเนื่องจากนักศึกษาไม่มีโอกาสที่จะได้แสดงบทบาทในการตัดสินใจนั้นอย่างเต็มที่บนหอผู้ป่วยขณะฝึกปฏิบัติงานเพราะหน้าที่นั้นจะเป็นหน้าที่ของแพทย์หรือพยาบาลที่ประจำการ โดยเฉพาะในเหตุการณ์ที่เป็นสถานการณ์วิกฤติหรือฉุกเฉิน

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (High-Fidelity Simulation Based: HFSB) จึงเป็นวิธีจัดการเรียนการสอนวิธีการหนึ่งที่จะช่วยลดปัญหาเหล่านี้ได้ เนื่องจากการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยโดยตรง ลดความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริงเพราะได้ฝึกฝนจนชำนาญแล้วในสถานการณ์จำลอง ซึ่งมีความสำคัญมากในยุคปัจจุบันที่ระบบบริการสุขภาพคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยมากขึ้น ผู้เรียนมีโอกาสนำความรู้ที่ได้ศึกษามาในภาคทฤษฎีเชื่อมโยงไปสู่การปฏิบัติจริง สามารถพัฒนาทักษะทางคลินิกที่ต้องการได้เร็วขึ้นจากการฝึกทำได้บ่อยตามที่ต้องการ (อนันตพร นทรีกษ์, ธัชจรรย์ พันธุ์ชาติ, วุฒินันท์ อัจฉริยะโพธา, วิทยา ถิฐาพันธุ์, ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์ และพีรพงศ์ อินศร, 2563, หน้า 106-112) นอกจากนี้ยังช่วยพัฒนาทักษะอื่น เช่น การสื่อสารกับ

ทีมสุขภาพและผู้รับบริการ การทำงานเป็นทีม การตัดสินใจ ช่วยให้ผู้เรียนแต่ละคนได้รับประสบการณ์จากสถานการณ์จำลองที่เหมือนกัน และฝึกความชำนาญก่อนที่จะเผชิญกับสถานการณ์จริง (Damewood, 2016, pp. 268-271) การจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ของการเรียนรู้ที่สำคัญ 5 ด้านคือ 1) ความรู้ 2) ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล 3) การคิดวิเคราะห์ 4) ความพึงพอใจ และ 5) ความมั่นใจในตนเอง (Jefferies, 2005, pp. 96-103; O'Donnell, Decker, Howard, Levett-Jones & Miller, 2014, pp. 373-382) นอกจากนี้ในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการแพร่ระบาดของไวรัส Covid-19 โอกาสที่นักศึกษาพยาบาลจะได้ฝึกปฏิบัติงานเต็มที่บนหอผู้ป่วยก็ลดน้อยลงเพราะจำเป็นต้องหยุดการเรียนการสอน ทำให้สถาบันการศึกษาพยาบาลต้องปรับเปลี่ยนการเรียนการสอนโดยจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองให้กับผู้เรียนมากขึ้น เพื่อทดแทนชั่วโมงการฝึกปฏิบัติจริงบนหอผู้ป่วย สำหรับบทความนี้ผู้เขียนมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ประสบการณ์ของผู้เขียนในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองและเสนอแนวทางการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูงไปใช้ในการเรียนการสอนด้านการพยาบาล

การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูง

การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเป็นวิธีการสอนที่อาศัยการจำลองสถานการณ์จริงให้มากที่สุดและยกเอาสถานการณ์นั้นมาไว้ในชั้นเรียน เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจว่าในความเป็นจริงเรื่องๆ นั้นเป็นอย่างไร สถานการณ์จำลองที่ยกเอาไว้ในชั้นเรียนจะเป็นบทเรียนในการฝึกทักษะการแก้ปัญหาและทักษะการตัดสินใจของผู้เรียน โดยผู้สอนเชื่อว่าหากผู้เรียนได้รับการฝึกฝนในสถานการณ์จำลองจนชำนาญแล้ว เมื่อผู้เรียนได้พบเจอสถานการณ์จริง ผู้เรียนจะสามารถแก้ปัญหาและตัดสินใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้อง

แนวคิดการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง

แนวคิดในการอธิบายการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองมีหลายแนวคิด ในบทความนี้ผู้เขียนขอเสนอแนวคิด 2 แนวคิด ได้แก่ ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลบ (Kolb's Experiential Learning Theory) (Kolb, 1984) เนื่องจากทฤษฎีนี้สามารถอธิบายกระบวนการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองได้เป็นอย่างดี และแนวคิดการจัดการศึกษาทางการพยาบาลด้วยสถานการณ์จำลอง (The Nursing Education Simulation Framework) ของเจฟฟรีย์ (Jefferies, 2005, pp. 96-103) เนื่องจากเป็นแนวคิดที่แสดงถึงกระบวนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล และผลลัพธ์การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากการจัดการเรียนการสอนที่ชัดเจน แนวคิดทั้งสองแนวคิดมีรายละเอียดโดยสรุปดังนี้

1. ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลบ (Kolb's Experiential Learning Theory)

Kolb (1984) ให้ความหมายของการเรียนรู้ในฐานะกระบวนการที่ความรู้ถูกสร้างขึ้นจากการเปลี่ยนผ่านของประสบการณ์ (transformation of experience) ผู้เรียนจะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ อย่างเป็นกระบวนการดำเนินกันไปเป็นวงจรแต่ละขั้นตอนต่อเนื่องกัน สามารถอธิบายด้วยขั้นตอนหลัก 4 ขั้นตอนคือ

ขั้นที่ 1 การเรียนรู้ประสบการณ์รูปธรรม (concrete experience-CE) ประสบการณ์รูปธรรมเป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนเข้าไปมีส่วนร่วมและรับรู้ประสบการณ์ต่างๆ เน้นการใช้ความรู้สึกและยึดถือสิ่งที่เกิดขึ้นจริงตามที่ตนประสบในขณะนั้น

ขั้นที่ 2 การสังเกตอย่างใคร่ครวญ (reflection observation-RO) การสังเกตอย่างใคร่ครวญเป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนมุ่งที่จะทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ที่ได้รับโดยการสังเกตอย่างรอบคอบเพื่อการไตร่ตรองพิจารณา

ขั้นที่ 3 สร้างมโนทัศน์เป็นแนวคิดนามธรรม (abstract conceptualization-AC) เป็นขั้นที่ผู้เรียนใช้เหตุผลและใช้ความคิดในการสรุปรวบยอดเป็นหลักการต่าง ๆ จากประสบการณ์ที่ได้รับ

ขั้นที่ 4 การทดลองปฏิบัติจริง (active experimentation-AE) เป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนนำเอาความเข้าใจที่สรุปได้ในขั้นที่ 3 ไปทดลองปฏิบัติจริง เพื่อทดสอบว่าถูกต้องหรือขั้นตอนนี้เน้นที่การประยุกต์ใช้ จนเกิดประสบการณ์เชิงรูปธรรมที่วนกลับมาวงจรเดิม

ขั้นตอนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูงเมื่อเปรียบเทียบกับทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลป์ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสอดคล้องของทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลป์กับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูง

ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลป์	ขั้นตอนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูง
ขั้นที่ 1 การเรียนรู้ประสบการณ์รูปธรรม	ขั้นปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง
ขั้นที่ 2 การสังเกตอย่างใคร่ครวญ	ขั้นสรุปผลการเรียนรู้(Debriefing) - ให้ผู้เรียนได้ทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ว่าเกิดอะไรขึ้นบ้าง ผู้เรียนได้ทำอะไรต่อเหตุการณ์นั้น สิ่งที่คุณเรียนทำลงไปเกิดถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ มีสิ่งใดที่ทำได้ดีและสิ่งใดที่ไม่ดี
ขั้นที่ 3 สร้างมโนทัศน์เป็นแนวคิดนามธรรม	ขั้นสรุปผลการเรียนรู้(Debriefing) - ให้ผู้เรียนสรุปการเรียนรู้ที่ได้จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ถ้าหากพบเหตุการณ์เช่นนี้อีก ผู้เรียนจะอย่างไรให้ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม
ขั้นที่ 4 การทดลองปฏิบัติจริง	การที่ผู้เรียนนำความรู้ที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริง

2. การจัดการศึกษาทางการพยาบาลด้วยสถานการณ์จำลอง (The Nursing Education Simulation Framework) ของเจฟฟรี (Jefferies, 2005, pp. 96-103) มีองค์ประกอบ 5 องค์ประกอบ ได้แก่

1) ผู้สอน (Teacher) การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเป็นการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ (Student centered) ไม่ใช่เน้นครูเป็นสำคัญ (Teacher centered) ดังนั้นครูผู้สอนจะทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ตามที่ผู้เรียนต้องการ ให้คำแนะนำหรือชี้แนะแนวทางในการเรียนรู้ให้กับผู้เรียน ออกแบบสถานการณ์จำลอง เตรียมสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ในสถานการณ์จำลอง สิ่งสำคัญที่สุดคือผู้สอนต้องช่วยผู้เรียนในการสะท้อนคิดประสบการณ์และสรุปผลการเรียนรู้ให้กับผู้เรียนเมื่อสิ้นสุดการฝึกในสถานการณ์จำลอง เพื่อให้ผู้เรียนสามารถสรุปแนวคิดรวบยอดที่ถูกต้องต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้

2) ผู้เรียน (Student) ผู้เรียนมีหน้าที่รับผิดชอบการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-directed) เป็นผู้ชี้นำและสร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้ด้วยตนเอง แม้ว่าผู้สอนจะเป็นผู้ออกแบบสถานการณ์จำลอง แต่ผู้เรียนจะต้องเป็นผู้ตัดสินใจและแสดงบทบาทตามที่ได้รับมอบหมายในสถานการณ์จำลองนั่นเอง สุดท้ายผู้เรียนต้องเป็นผู้สะท้อนคิดและวิเคราะห์วิจารณ์สถานการณ์จำลองด้วยตนเองได้เมื่อสิ้นสุดการฝึกในสถานการณ์จำลอง ในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองนั้น ผู้สอนต้องคำนึงถึงหลักสูตรที่เรียนอยู่ ระดับชั้นปีและอายุของผู้เรียน เพราะสิ่งต่างๆ เหล่านี้ ส่งผลต่อการออกแบบสถานการณ์จำลองว่าควรเป็นอย่างไร มีความซับซ้อนมากน้อยเพียงใดและควรให้เกิดทักษะใดบ้าง

3) การปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง (Educational practices) ควรคำนึงถึงปัจจัยที่สำคัญ 7 ปัจจัย ดังนี้

3.1) การให้ผู้เรียนได้ลงมือกระทำและได้ใช้กระบวนการคิดกับสิ่งที่ผู้เรียนทำลงไป (Active learning) ผู้เรียนต้องสามารถอธิบายสิ่งที่ตนเองได้เรียนรู้ เชื่อมโยงความรู้และประสบการณ์เดิมมาใช้ และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในอนาคต

3.2) การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ผู้สอนต้องให้ข้อมูลย้อนกลับที่เป็นประโยชน์แก่ผู้เรียน เพื่อช่วยให้ผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้และมีทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีขึ้น

3.3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนและผู้เรียน (Student/Faculty interaction) เป็นพื้นฐานที่สำคัญต่อการคงอยู่ของความรู้และความเชื่อมั่นในตนเอง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนและผู้เรียนที่ดี จะเป็นแรงจูงใจให้ผู้เรียนอยากเรียนรู้และสามารถพัฒนาตนเองไปสู่การเรียนรู้ที่ซับซ้อนได้

3.4) การเรียนแบบร่วมมือ (Collaborative learning) เป็นการทำงานร่วมกันเป็นทีมของผู้เรียน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ผู้เรียนเรียนรู้ได้ดีขึ้นหากมีการเรียนเป็นกลุ่มหรือมีความร่วมมือในการเรียนรู้ภายในกลุ่ม

3.5) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (High expectation) ผู้สอนต้องกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นในผู้เรียน โดยกำหนดเป็นพฤติกรรมที่ต้องการเห็นในสถานการณ์จำลอง การออกแบบสถานการณ์จำลองที่ดี ควรกำหนดผลลัพธ์ให้มีมาตรฐานสูงและจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ สภาพแวดล้อมที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนแสดงพฤติกรรมตามที่ต้องการ

3.6) การเรียนรู้ที่หลากหลาย (Diverse learning) ผู้สอนต้องใช้วิธีการหรือช่องทางการเรียนรู้ที่หลากหลาย เช่น การให้ผู้เรียนได้ลงมือกระทำจริง การให้ผู้เรียนได้เห็นภาพจริง เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และสรุปแนวคิดรวบยอดได้

3.7) เวลาในการจัดการเรียนรู้ (Time on task) ผู้เรียนต้องสามารถจัดการกับสถานการณ์จำลองได้ในเวลาที่เหมาะสม ดังนั้นผู้สอนต้องกำหนดช่วงระยะเวลาต่างๆ ในสถานการณ์จำลอง เพื่อกระตุ้นการเรียนรู้หรือกระตุ้นให้ผู้เรียนได้แสดงพฤติกรรมที่คาดหวังออกมาได้อย่างเหมาะสม

4) การออกแบบสถานการณ์จำลอง (Simulation design) การออกแบบสถานการณ์จำลองที่ดีมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

4.1) วัตถุประสงค์ (Objectives) ผู้สอนต้องกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้หรือพฤติกรรมที่คาดหวังให้เกิดขึ้นในผู้เรียนเมื่อสิ้นสุดสถานการณ์จำลอง เช่น ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ ความสามารถในการแก้ปัญหา ความสามารถในการตัดสินใจ เป็นต้น

4.2) ความเสมือนจริง (Fidelity) การออกแบบสถานการณ์จำลองให้มีความเสมือนจริงจะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียนให้บรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่กำหนดไว้ การออกแบบสถานการณ์จำลองให้มีความเสมือนจริงจะต้องมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้ของสถานการณ์จำลอง ทั้งตัวสถานการณ์ อุปกรณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ความเสมือนจริงของสถานการณ์จำลองมีหลายระดับ การเลือกใช้แบบไหนจึงขึ้นกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

4.3) การแก้ปัญหา (Problem solving) การออกแบบสถานการณ์จำลองให้ผู้เรียนสามารถแสดงทักษะการแก้ปัญหาได้มีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะเป้าหมายของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองที่สำคัญอย่างหนึ่งคือการฝึกให้ผู้เรียนได้แก้ปัญหาในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง แล้วคาดหวังว่าเมื่อผู้เรียนได้พบเจอสถานการณ์จริงก็จะสามารถแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นการออกแบบสถานการณ์จำลองจึงควรออกแบบให้สถานการณ์สามารถกระตุ้นให้ผู้เรียนคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจทางและแก้ปัญหาทางคลินิกได้เหมาะสมกับระดับความรู้และประสบการณ์ของผู้เรียน

4.4) การสนับสนุนผู้เรียน (Student support) เช่น ข้อมูลผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แนวปฏิบัติในคลินิก ผู้สอนต้องจัดให้มีสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้การดำเนินสถานการณ์จำลองบรรลุเป้าหมาย การปฐมนิเทศก่อนเริ่มสถานการณ์จำลอง จะเป็นการช่วยสนับสนุนผู้เรียน ช่วยให้ผู้เรียนทราบว่าตนเองจะต้องพบกับสถานการณ์ใด จะใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ รวมทั้งแหล่งทรัพยากรต่างๆ อย่างไร

4.5) การอภิปรายสรุปและสะท้อนคิด (Debriefing) เป็นการอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จำลองร่วมกันระหว่างผู้สอนและผู้เรียน ภายหลังเสร็จสิ้นการฝึกในสถานการณ์จำลอง การอภิปรายสรุปและสะท้อนคิดมีความสำคัญต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน เพราะเป็นการกระตุ้นหรือชี้แนะให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการคิดที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์การเรียนรู้ การสรุปความคิดรวบยอดและนำความรู้ทางการพยาบาลที่ได้เรียนมาประยุกต์ใช้ในอนาคต

5) ผลลัพธ์จากการเรียนรู้ (Outcomes) ผลลัพธ์การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองประกอบด้วย ผลลัพธ์ 5 ด้าน ได้แก่ 5.1) ความรู้ (Knowledge) ความรู้ที่เกิดขึ้นจะสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่จัดให้กับผู้เรียน 5.2) ทักษะที่แสดงออก (Skill performance) การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองสามารถพัฒนาทักษะพิสัย (Psychomotor) ทักษะด้านเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาล (Technical skill) และทักษะที่ไม่ใช่เทคนิคด้านการปฏิบัติการพยาบาล (Non- technical skill) เช่น การคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหา การสื่อสาร ได้เป็นอย่างดี 5.3) ความพึงพอใจของผู้เรียน (Learner satisfaction) ผู้เรียนที่ได้เรียนรู้ในสถานการณ์จะเกิดความพึงพอใจต่อวิธีดำเนินการจัดการเรียนการสอนและสิ่งแวดล้อมของการเรียนรู้ 5.4) การคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical thinking) เป็นการคิดเชิงวิพากษ์วิจารณ์ การคิดเชิงเหตุผลสำหรับการตัดสินใจในคลินิก สามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ค้นหาและวิเคราะห์สิ่งที่ผิดปกติหรือปกติ การตัดสินใจควรให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไร และ 5.5) ความมั่นใจในตนเอง (Self-confidence) ความมั่นใจในตนเองจะช่วยส่งเสริมให้การตัดสินใจในคลินิกมีความถูกต้องเหมาะสมและเป็นปัจจัยที่ช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองทำให้ผู้เรียนมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้นในเรื่องการคิดวิเคราะห์และความสามารถในการแก้ปัญหา

ความเสมือนจริงในการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง

ระดับความเสมือนจริงในการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้เรียนมีความเข้าใจและเรียนรู้การจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ความเสมือนจริง (Fidelity) หมายถึง สภาพที่เกิดขึ้นจากการจำลองสถานการณ์ให้ถูกต้องและมีความเสมือนจริงในชีวิตจริง (Tuoriniemi & Schott-Baer, 2008, pp.105-109) ความเสมือนจริงมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1. Environmental Fidelity การจัดสภาพแวดล้อมและบรรยากาศห้องให้เสมือนจริงสอดคล้องกับสถานการณ์จำลอง เช่น การจัดห้องให้เหมือนกับหอผู้ป่วย มีเสียงโทรศัพท์ดัง มีญาติลูกเดินเข้าออก เป็นต้น

2. Equipment/Physical Fidelity เป็นระดับของหุ่นหรืออุปกรณ์จำลองที่ทำให้เห็นและให้ความรู้สึกเหมือนเป็นของจริง โดยระดับของความเสมือนจริงของหุ่นหรืออุปกรณ์จำลอง มีดังนี้

2.1 Low-fidelity simulator เป็นอุปกรณ์ที่มีความเสมือนจริงระดับต่ำ ออกแบบในลักษณะของอุปกรณ์ที่มีความคล้ายคลึงกับของจริง แต่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ มีประโยชน์สำหรับการใช้ในการเรียน การฝึกหัดการต่าง เช่น หุ่นฝึกการใส่สายสวนปัสสาวะ หุ่นฝึกทำคลอด

2.2 Medium-fidelity simulator เป็นอุปกรณ์ที่มีความเสมือนจริงระดับกลาง เป็นอุปกรณ์ที่มีการนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยเสริมทำให้เกิดความเสมือนจริง ช่วยให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจที่ชัดเจนและมีความจำเพาะขึ้นมากกว่า เช่น หุ่นฟังเสียงหัวใจ หุ่นฟังเสียงปอด ทำให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจและเชื่อมโยง

ความรู้จากทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติจริง หุ่นอาจตอบสนองนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล แต่ไม่สามารถแสดงผลที่เกิดขึ้นหลังจากให้การปฏิบัติการพยาบาลได้

2.3 High-fidelity simulator อุปกรณ์ความเหมือนจริงระดับสูง สามารถแสดงออกถึงสิ่งต่างๆ ได้คล้ายกับมนุษย์ที่มีชีวิตจริงไม่ว่าจะเป็นอาการ อาการแสดง การแสดงออกทางด้านอารมณ์ความรู้สึก ทั้งยังสามารถแสดงผลหลังให้การพยาบาล เช่น การตอบสนองหลังได้รับยา การตอบสนองหลังได้รับออกซิเจน

3. Psychological Fidelity สถานการณ์ที่กระตุ้นให้ผู้เรียนปฏิบัติตามความคิดหรือความรู้สึกของตน ทำให้ผู้เรียนได้รับรู้และแสดงออกถึงอารมณ์ความรู้สึกเมื่ออยู่ในสถานการณ์จำลองนั้น ถ้าจัดสถานการณ์จำลองให้เหมือนจริง จะส่งผลให้ผู้เรียนมีความเข้าใจและคิดว่าเหตุการณ์นั้นเป็นเหตุการณ์จริงเป็นสิ่งที่เขาต้องพบเจอในอนาคต

ข้อดีของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองในการศึกษาทางการพยาบาล มีข้อดีดังนี้

1. ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) ลดความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเพราะเป็นการปฏิบัติการพยาบาลกับหุ่นในสถานการณ์จำลอง แม้ผู้เรียนจะกระทำผิดพลาดจนอาจเกิดอันตรายในสถานการณ์จริง แต่ก็ไม่เกิดอันตรายต่อหุ่นจำลอง

2. ด้านการพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาล การฝึกในสถานการณ์จำลองช่วยพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องการได้ เพราะผู้เรียนสามารถฝึกได้บ่อยจนเกิดความชำนาญ ดังนั้นถ้าผู้เรียนได้ฝึกในสถานการณ์จำลองบ่อยๆ จะช่วยพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลให้มีความชำนาญมากขึ้น และยังช่วยพัฒนาทักษะอื่นที่จำเป็น เช่น การสื่อสารในที่สุภาพ การสื่อสารกับผู้ป่วย การแก้ปัญหา การตัดสินใจ การคิดวิเคราะห์ เป็นต้น (ศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, วิธดา อรรถเมธากุล และดวงแข พัทธกษิณ, 2561, หน้า 147-163; สืบตระกูล ตันตลานุกุล, สุวัฒน์ รัตนศักดิ์, ชมพูนุช แสงพานิช, วิภาวรรณ สีสั่งข์ และจิตติอาภา ตั้งวานิช, 2559, หน้า 49-58)

3. ด้านความมั่นใจของผู้เรียน การฝึกในสถานการณ์จำลองบ่อยๆ จนชำนาญ จะทำให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจในการนำความรู้ไปใช้กับการปฏิบัติงานจริง เมื่อผู้เรียนพบเจอกับสถานการณ์จริง ก็จะสามารถนำประสบการณ์การเรียนรู้จากสถานการณ์จำลองไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ เกิดความปลอดภัยกับผู้รับบริการ (สมจิตต์ สินธุชัย, กันยารัตน์ อบลวรรณ และสุนิย์รัตน์ บุญศิลป์, 2559, หน้า 113-127)

4. ด้านการลดความเครียดของผู้เรียน การฝึกในสถานการณ์จำลองก่อน จะช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลก่อนที่ผู้เรียนจะเผชิญกับสถานการณ์จริง เพราะมีประสบการณ์จากสถานการณ์จำลองมาแล้ว (สุดารัตน์ วุฒิสักดิ์ไพศาล, ศิริพร ชุตเจื้อจิ้น และเชมจิรา ท้าวน้อย, 2563, หน้า 70-81)

5. ด้านการจัดประสบการณ์ในการเรียนรู้ การฝึกในสถานการณ์จำลองช่วยให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์การเรียนการสอนที่เท่าเทียมกันจากสถานการณ์จำลองที่กำหนด ในสภาพของการฝึกปฏิบัติงานจริง ผู้เรียนแต่ละคนอาจได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ที่แตกต่างกัน ขึ้นกับประสบการณ์ที่แต่ละคนพบเจอ แต่การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองจะสามารถจัดสถานการณ์จำลองให้กับผู้เรียนทุกคนได้เรียนรู้เหมือนกัน (Dove, Robinson, & Jowers, 2017, pp. 200-207)

ข้อจำกัดของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเหมือนจริงมีข้อดีหลายประการ แต่ก็มีข้อจำกัดเช่นเดียวกัน (Dove, Robinson & Jowers, 2017, pp. 200-207) ดังนี้

1. ด้านความเหมือนจริง บางสถานการณ์ผู้สอนอาจไม่สามารถจัดสภาพแวดล้อมได้ตรงกับสภาพการณ์จริงได้ทั้งหมด เช่น ห้องฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยหนัก จึงอาจต้องประยุกต์ใช้ เช่น การเขียนป้ายบอก ซึ่งอาจทำให้ความเหมือนจริงลดลง

2. ด้านวัสดุอุปกรณ์ ผู้สอนอาจไม่สามารถจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่ต้องการใช้ตามสถานการณ์ที่กำหนดได้ครบถ้วน เนื่องจากอุปกรณ์และวัสดุทางการแพทย์มีราคาแพง หรือไม่สามารถซื้อได้หากไม่มีใบสั่งแพทย์ เช่น ยาต่างๆ ดังนั้นผู้สอนอาจต้องหาอุปกรณ์มาทดแทน เช่น จัดทำป้ายชื่อยาที่ต้องการแบบบน sterile water แทน หรือใช้การเขียนป้ายบอกชนิดของอุปกรณ์แทนอุปกรณ์จริง

3. ด้านอารมณ์และจิตใจ หุ่นจำลองย่อมไม่สามารถมีชีวิตและจิตใจได้เหมือนกับมนุษย์ทั้งหมดผู้สอนอาจต้องพากย์เสียงหุ่นเพื่อตอบโต้กับผู้เรียนแทน จะทำให้มีความเหมือนจริงมากยิ่งขึ้น และเพื่อให้ผู้เรียนเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยมากขึ้น ผู้สอนอาจมอบหมายให้ผู้เรียนไปศึกษาจากสถานการณ์จริงหรือให้ผู้เรียนที่มีประสบการณ์ตรงเล่าให้ผู้เรียนอื่นฟังเพิ่มเติม

การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเหมือนจริงสูง: ประสพการณ์จากการนำไปใช้

นักวิชาการได้กล่าวถึงขั้นตอนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองโดยทั่วไป เช่น Joyce, Weil & Showers(2010, pp. 169-180) ได้นำเสนอขั้นตอนการสร้างสถานการณ์จำลอง ดังนี้ 1) การปฐมนิเทศ เป็นการนำเสนอภาพรวมทั้งหมดของสถานการณ์จำลอง เช่น วิธีการเรียนรู้ หรือผลลัพธ์โดยรวมที่เกิดขึ้น 2) อธิบายให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าใจ เป็นการอธิบายกฎกติกาต่างๆในการเรียนรู้ การกำหนดบทบาทให้กับผู้เรียนในสถานการณ์ 3) ระหว่างการเรียนรู้ ผู้สอนจะเป็นผู้นำในการเรียนรู้และคอยดูแลให้การเรียนรู้ดำเนินไปจนสิ้นสุด อาจจะทำให้ผลสะท้อนการเรียนรู้เป็นระยะ พร้อมทั้งอธิบายถึงความคิดและความเข้าใจที่อาจคลาดเคลื่อน 4) การสรุปผล เป็นการสรุปร่วมกันระหว่างผู้สอนและผู้เรียน เป็นการสรุปเหตุการณ์ที่เกิดจากการรับรู้ของแต่ละคน บอกปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น วิเคราะห์กระบวนการของกิจกรรมทั้งหมดและเชื่อมโยงเข้าสู่สถานการณ์ที่เป็นจริงในชีวิตประจำวัน และ 5) ประเมินรูปแบบปรับปรุงสถานการณ์จำลองใหม่ให้สมบูรณ์

สำหรับในบทความนี้ผู้เขียนขอเสนอขั้นตอนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเหมือนจริงสูงที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ได้เริ่มจัดการเรียนการสอนมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ในฐานะที่ผู้เขียนเป็นอาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ ได้ใช้การจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์จำลองเหมือนจริงสูงในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกปกติและรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกที่มีภาวะแทรกซ้อน โดยมีวัตถุประสงค์ของการใช้การจัดการเรียนการสอนสอนในสถานการณ์จำลองเหมือนจริงสูง ดังนี้

1. การนำไปใช้ในการเรียนการสอนภาคทฤษฎี การนำการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเหมือนจริงสูงไปใช้ในการสอนภาคทฤษฎี มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจของผู้เรียนหลังเรียนรู้ทฤษฎีในชั้นเรียน การนำสถานการณ์จำลองเหมือนจริงสูงมาใช้สอนในภาคทฤษฎีนั้น ผู้สอนต้องเลือกหัวข้อการเรียนรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งที่คุณสอนเห็นว่ามีความสำคัญและเหมาะสมจะนำมาใช้สอน ผู้เรียนทุกคนไม่สามารถเข้าฝึกในสถานการณ์จำลองได้ทั้งหมดเพราะมีข้อจำกัดในเรื่องเวลา มีเพียงผู้เรียนบางคนเท่านั้นที่จะได้มีโอกาสเข้าฝึกในสถานการณ์จำลอง แต่ผู้เรียนคนอื่นๆ จะได้รับหน้าที่เป็นผู้สังเกตการณ์และผู้เรียนทุกคนจะได้ร่วมกันสะท้อนคิดและสรุปผลการเรียนรู้ภายหลังสิ้นสุดสถานการณ์จำลอง (Debriefing)

2. การนำไปใช้ในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ การนำการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเหมือนจริงสูงไปใช้ในการสอนภาคปฏิบัติ มีเป้าหมายคือ

2.1 เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ ภาควิชาฯนำสถานการณ์จำลองเหมือนจริงสูงมาใช้เตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษาก่อนขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ โดยเลือกสถานการณ์ที่พบบ่อยมาให้นักศึกษาแต่ละ

กลุ่มที่จะขึ้นฝึกภาคปฏิบัติได้เข้าเรียนรู้ในสถานการณ์จำลอง นักศึกษาทุกคนจะได้เข้าฝึกในสถานการณ์จำลอง ในวันแรกที่จะขึ้นฝึกภาคปฏิบัติและนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในสถานการณ์จริงเมื่อฝึกปฏิบัติงาน ผลจากการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกภาคปฏิบัติด้วยการฝึกในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูง ช่วยพัฒนาความรู้และความมั่นใจให้กับนักศึกษามากยิ่งขึ้น (สุดารัตน์ วุฒิสักดิ์ไพศาล, ศิริพร ชดเจื้อจิ้นและเขมจิรา ท้าวน้อย, 2563, หน้า 70-81)

2.2 เพื่อประเมินผลหลังฝึกภาคปฏิบัติ ภาควิชาฯให้นักศึกษาทุกคนเข้าสถานการณ์จำลองหลังสิ้นสุดการฝึกภาคปฏิบัติของแต่ละกลุ่ม เพื่อประเมินว่านักศึกษามีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล ทักษะการตัดสินใจแก้ไขปัญหา ทักษะการสื่อสารและทักษะการทำงานเป็นทีมมากน้อยเพียงใดหลังจากผ่านการฝึกในสถานการณ์จริงมาแล้ว

ขั้นตอนการจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูง สามารถแบ่งได้เป็น 3 ขั้นตอนคือ ขั้นเตรียมการ ขั้นปฏิบัติในสถานการณ์จำลองและขั้นประเมินผล ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ขั้นตอนนี้ประกอบด้วย การกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ต้องการ การออกแบบสถานการณ์จำลอง การออกแบบวิธีการประเมินผล การเตรียมสถานการณ์จำลอง การเตรียมผู้สอน การเตรียมผู้เรียน

1.1 การกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning outcomes) ผลลัพธ์การเรียนรู้คือพฤติกรรมที่ผู้สอนคาดหวังให้ผู้เรียนแสดงออกอย่างเป็นรูปธรรม ผู้เรียนต้องทำได้ (Active) เกิดผลสำเร็จ (Achievable) และสามารถวัดและประเมินผลได้ (Assessed) รวมทั้งต้องมีความเชื่อมโยงและสัมพันธ์กัน (Aligned) ในทุกระดับ ตั้งแต่บทเรียน รายวิชาและหลักสูตร ผู้สอนต้องกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่เหมาะสม โดยกำหนดให้สอดคล้องกับลักษณะของรายวิชา ทักษะและสมรรถนะของนักศึกษาในแต่ละชั้นปีที่ผู้สอนคาดหวังให้เกิดขึ้น ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่กำหนดควรครอบคลุมใน 3 มิติ ได้แก่ ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skills) และความสามารถในการประยุกต์ใช้และความรับผิดชอบ (Application and Responsibility) (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษาแห่งชาติ, 2560, หน้า 10-11) ยกตัวอย่างเช่น ผู้เรียนสามารถประเมินผู้คลอดที่มีภาวะช็อกอย่างถูกต้อง ผู้เรียนมีการสื่อสารกับผู้คลอดและทีมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ผู้เรียนสามารถตัดสินใจให้การดูแลผู้คลอดที่มีอาการชักได้อย่างเหมาะสม เป็นต้น

1.2 การออกแบบสถานการณ์จำลอง (Scenario) การสร้างสถานการณ์จำลองเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง เพราะสถานการณ์จำลองจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และแสดงพฤติกรรมที่ผู้สอนคาดหวังให้เกิดขึ้น สถานการณ์จำลองมีความสอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ เพราะผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ต้องการนั้นจะเชื่อมโยงไปถึงความซับซ้อนของเหตุการณ์ว่าจะออกแบบให้เหตุการณ์จำลองมีความซับซ้อนมากน้อยเพียงใดและใช้เวลาในการดำเนินสถานการณ์นานแค่ไหน สถานการณ์จำลองหนึ่งสถานการณ์สามารถสนับสนุนผลลัพธ์การเรียนรู้ได้หลายข้อ สถานการณ์จำลองที่ดีต้องมีความเหมือนจริง จูงใจหรือกระตุ้นให้ผู้เรียนอยากรับรู้ประสบการณ์นั้นและพยายามแสวงหาวิธีการแก้ปัญหา สถานการณ์ที่สร้างขึ้นต้องมีจุดหักเห (Trigger point) เพื่อให้ผู้เรียนใช้ความรู้และทักษะในการแก้ปัญหา สถานการณ์ที่จะนำมาสร้างสถานการณ์จำลองควรเป็นสถานการณ์ที่อาจพบได้ไม่บ่อย แต่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างรุนแรงหรือสถานการณ์ที่ผู้เรียนพบบ่อยและส่งผลกระทบรุนแรงก็ได้ (Chiniara et al., 2013, pp. 1380-1395) หัวข้อการเขียนสถานการณ์จำลองควรประกอบด้วยหัวเรื่องที่กล่าวถึงสถานการณ์จำลองที่เกิดขึ้น ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ต้องการ การเตรียมสถานที่และรายการอุปกรณ์ที่ต้องใช้ การเตรียมผู้ป่วยจำลองหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ ญาติ การเตรียมหุ่น การกำหนดสถานการณ์จำลอง โดยปกติการออกแบบสถานการณ์จำลองควรออกแบบให้ระยะเวลาของสถานการณ์อยู่ระหว่าง 15-20 นาที ระยะเวลาของ

สถานการณ์ที่สิ้นเกินไป อาจจะไม่สามารถกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ตามที่ต้องการ สถานการณ์จำลองที่สร้างขึ้นควรได้รับการทดสอบคุณภาพเพื่อให้ได้สถานการณ์ที่มีความสมบูรณ์ โดยผู้สร้างสถานการณ์จำลองนำสถานการณ์จำลองไปทดลองสอนและปรับปรุงแก้ไขสถานการณ์หลังทดลองให้เหมาะสม เรียกว่า Alpha test หลังจากนั้นนำสถานการณ์จำลองที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองสอนอีกครั้งโดยผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเขียนสถานการณ์จำลองและปรับปรุงแก้ไขให้สถานการณ์มีความสมบูรณ์มากขึ้น เรียกว่า Beta test

1.3 การออกแบบวิธีการประเมินผล ผู้สอนต้องออกแบบวิธีการประเมินผลการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ต้องการ วิธีการประเมินผลที่เหมาะสมจะใช้ในการจัดการเรียนการสอน สถานการณ์จำลองคือการประเมินผลภาคปฏิบัติ (Performance Assessment) เนื่องจากการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเป็นการสอนที่มอบหมายให้ผู้เรียนได้ลงไปปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จำลองที่กำหนดขึ้น ดังนั้นสิ่งที่ผู้เรียนแสดงออกในสถานการณ์จำลอง จึงเป็นการสะท้อนคุณภาพของผู้เรียนว่าผู้เรียนสามารถแสดงพฤติกรรมได้ถูกต้องเมื่อเทียบกับมาตรฐานการปฏิบัติมากน้อยเพียงใด การประเมินผลนี้ควรประเมินทั้งในมิติของกระบวนการ (Process) และผลงาน (Product) การประเมินกระบวนการคือการประเมินวิธีการปฏิบัติงานของผู้เรียน เช่น ผู้เรียนสามารถปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอนและละเอียดรอบคอบ ผู้เรียนสื่อสารภายในทีมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนการประเมินผลงานคือประเมินว่าจากการปฏิบัติการพยาบาลของผู้เรียน เช่น ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน เครื่องมือในการประเมินภาคปฏิบัติอาจจะใช้แบบตรวจสอบรายการ(Check list) หรือแบบมาตราส่วนประมาณค่า(Rating scale) โดยผู้สอนต้องกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนที่ชัดเจน (Scoring rubric) การประเมินผลจะช่วยให้ผู้สอนทราบว่าผู้เรียนบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ต้องการหรือไม่และใช้เป็นข้อมูลในการอภิปรายร่วมกันในช่วงสรุปผลการเรียนรู้

1.4 การเตรียมสถานการณ์จำลอง เป็นการเตรียมห้อง การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ หุ่นจำลองและโปรแกรมควบคุมการทำงาน หากผู้สอนออกแบบสถานการณ์จำลองให้มีบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ เช่น แพทย์ ญาติผู้ป่วย ผู้สอนก็ต้องเตรียมบุคคลเหล่านี้ให้พร้อมด้วย สถานการณ์จำลองบางอย่างมีข้อจำกัดที่หุ่นไม่สามารถแสดงได้ ผู้สอนต้องปรับวัสดุอุปกรณ์ที่มีเพื่อให้สถานการณ์มีความสมจริงมากที่สุด เช่น หากสถานการณ์กำหนดว่าผู้ป่วยมีอาการขาบวม ซึ่งหุ่นจำลองไม่สามารถแสดงอาการบวมได้ ผู้สอนอาจต้องนำไฟร์รูปลูกเข้าในโปรแกรมควบคุมหุ่น เพื่อให้โปรแกรมแสดงภาพในจอภาพหรืออาจนำภาพขาบวมมาติดบริเวณใกล้ขาของหุ่นก็ได้

1.5 การเตรียมผู้สอน ผู้สอนที่ควรได้รับการเตรียมความรู้และทักษะใน 2 เรื่อง เรื่องแรกคือความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักและวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง การออกแบบสถานการณ์จำลอง การสร้างเครื่องมือวัดประเมินผลและการสรุปผลการเรียนรู้ (Debriefing) เพื่อให้สามารถออกแบบการสอนและจัดการเรียนการสอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ผู้สอนควรได้รับการพัฒนาทักษะการสะท้อนการเรียนรู้ (Reflective teaching) เพราะจะช่วยให้ผู้สอนสามารถสรุปผลการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เรื่องที่สองคือผู้สอนควรได้รับการเตรียมในเรื่องการใช้หุ่นจำลองสถานการณ์เสมือนจริงสูง เนื่องจากการจัดการเรียนการสอนแบบเสมือนจริงสูง จำเป็นต้องหุ่นจำลองและโปรแกรมการควบคุมการใช้งาน เพื่อควบคุมการตอบสนองของหุ่นให้เป็นไปตามสถานการณ์จำลองที่ออกแบบไว้ นอกจากนี้ผู้สอนควรมีการประชุมเตรียมความพร้อมร่วมกัน การสอนด้วยวิธีนี้จะต้องใช้ผู้สอนอย่างน้อย 2 คน คนแรกเป็นผู้ควบคุมโปรแกรมและพากย์เสียงเป็นผู้ป่วย อีกคนหนึ่งอาจแสดงเป็นบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์และทำหน้าที่เป็นผู้ประเมินผลการเรียนรู้ ดังนั้นผู้สอนควรซักซ้อมความเข้าใจในสถานการณ์จำลองที่ออกแบบไว้ แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้สอนแต่ละคนและทดลองใช้สถานการณ์จำลองจริงก่อนสอน หากทดลองใช้สถานการณ์ที่ออกแบบไว้แล้วเกิดปัญหาหรือพบว่าสถานการณ์ที่ออกแบบไว้ยังไม่เหมาะสมก็จะได้ปรับแก้ก่อนนำไปใช้จริง เพื่อให้สถานการณ์สามารถ

กระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนได้ตามต้องการ มีการศึกษาของชนิดา ธนสารสุธี, ละมัต เลิศล้ำและสุภาเพ็ญ ปานะวัฒน์วิสุทธิ (2562) ในการพัฒนาทักษะอาจารย์ในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ SBL พบว่าควรประกอบด้วย การพัฒนา 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การปรับทัศนคติเกี่ยวกับการสอนด้วยสถานการณ์จำลองขั้นสูง 2) การให้ความรู้เรื่องการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองขั้นสูง ได้แก่ การให้ความรู้ภาพกว้างเกี่ยวกับการสอนด้วย สถานการณ์จำลองขั้นสูง การให้ความรู้เชิงลึกเกี่ยวกับการออกแบบโจทย์สถานการณ์ฝึกปฏิบัติการออกแบบโจทย์สถานการณ์จำลอง วิพากษ์และปรับปรุงโจทย์สถานการณ์ ให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคและวิธีการจัดการเรียนการสอน ฝึกปฏิบัติการสอน ให้ความรู้เกี่ยวกับการวัดและประเมินผล ฝึกปฏิบัติการออกแบบการวัดและประเมินผลด้วยสถานการณ์จำลองขั้นสูง และ 3) การสนทนากลุ่มเพื่อประเมินผลและทบทวนองค์ความรู้ (AAR)

1.6 การเตรียมผู้เรียน เป็นการปฐมนิเทศก่อนเรียน ผู้สอนอาจปฐมนิเทศผู้เรียนในกลุ่มใหญ่ก่อนที่จะแยกผู้เรียนเป็นกลุ่มย่อย เพื่อฝึกปฏิบัติจริงในสถานการณ์จำลอง สิ่งที่ผู้สอนต้องปฐมนิเทศ ได้แก่ ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ผู้สอนคาดหวังให้เกิดขึ้น จุดมุ่งหมายของการเรียนการสอน วิธีการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง การมอบหมายบทบาทหน้าที่ในสถานการณ์จำลอง กฎ กติกาและมารยาทในการเรียน ผู้สอนต้องอธิบายให้ผู้เรียนเข้าใจว่าการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองนั้น ผู้สอนพยายามที่จะจัดสถานการณ์ให้เสมือนจริงมากที่สุด แต่ก็อาจมีข้อจำกัดในบางเรื่องที่ไม่อาจเหมือนสภาพการณ์จริงได้ เน้นย้ำหน้าที่ที่สำคัญของผู้เรียนคือตั้งใจในการฝึก ไม่ล้อเล่นกันในขณะฝึก แสดงตามบทบาทที่ได้รับมอบหมายให้เหมือนจริงมากที่สุด และต้องปฏิบัติต่อหุ่นจำลองเสมือนเป็นผู้ป่วยจริง ในการมอบหมายบทบาทหน้าที่ให้กับผู้เรียน หากผู้สอนจัดให้มีผู้เรียนเป็นผู้สังเกตการณ์ (Observer) ผู้สอนต้องชี้แจงบทบาทหน้าที่ของผู้สังเกตการณ์และประเด็นที่ผู้สังเกตการณ์จะต้องร่วมกันอภิปรายในช่วงสรุปผลการเรียนรู้ ห้องในสถานการณ์จำลองจะเป็นกระจกแบบมองด้านเดียว (One way mirror) โดยผู้สอนซึ่งเป็นผู้ควบคุมสถานการณ์และผู้สังเกตการณ์จะเห็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จำลอง แต่ผู้เรียนในสถานการณ์จำลองจะไม่เห็นผู้สอนและผู้สังเกตการณ์ ทำให้สถานการณ์เหมือนผู้เรียนเรียนอยู่ตามลำพังเพื่อความสมจริงของเหตุการณ์

2. ขั้นตอนปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง โดยแบ่งผู้เรียนเป็นกลุ่มเล็กๆ 3-4 คน ขั้นปฏิบัตินี้ประกอบด้วย การให้คำแนะนำก่อนฝึกในสถานการณ์จำลอง การฝึกในสถานการณ์จำลองและการสรุปผลการเรียนรู้

2.1 การให้คำแนะนำก่อนฝึกในสถานการณ์จำลอง (Pre-briefing) ในขั้นตอนนี้เป็นการแนะนำผู้เรียนในห้องจำลองสถานการณ์ ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที เพื่อแนะนำเกี่ยวกับการใช้งานหุ่นจำลอง วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ภายในห้อง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์เบื้องต้นว่าสถานการณ์จำลองเป็นสถานการณ์ที่โหดเวลาใดและให้ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้เรียนซักถามข้อสงสัย หลังจากนั้นให้เวลาผู้เรียนในการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยและสำรวจวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อทำความเข้าใจ

2.2 การฝึกในสถานการณ์จำลอง (Scenario period) ระยะนี้เป็นการดำเนินสถานการณ์จำลองตามที่กำหนดไว้ ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ผู้สอนเป็นผู้ควบคุมสถานการณ์จำลอง มีผู้เรียนเป็นผู้อยู่ในสถานการณ์จำลองกลุ่มหนึ่ง 3-4 คน อาจมีผู้เรียนอีกกลุ่มหนึ่งเป็นผู้สังเกตการณ์ (Observer) ผู้เรียนที่ฝึกอยู่ในสถานการณ์จำลองจะได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่แตกต่างกันไป เช่น หัวหน้าทีมพยาบาล พยาบาล ผู้ปฏิบัติงาน ผู้เรียนจะต้องแสดงบทบาทตามที่ได้รับมอบหมายโดยใช้กระบวนการพยาบาลและตัดสินใจให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเหมาะสม หากผู้เรียนแสดงออกถึงทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม หุ่นจำลองก็จะตอบสนองไปในทางที่ดีขึ้น ในทางตรงกันข้ามหากผู้เรียนแสดงออกถึงทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม หุ่นจำลองก็จะตอบสนองไปในทางที่แย่ลง ผู้เรียนที่เป็นผู้สังเกตการณ์จะทำหน้าที่สังเกตสถานการณ์จำลองที่เกิดขึ้นและร่วมสะท้อนคิดภายหลังสิ้นสุดสถานการณ์จำลอง

2.3 การสรุปผลการเรียนรู้ (Debriefing) ระยะเวลาประมาณ 30-40 นาที เป็นการสรุปผลการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้สอนและผู้เรียน ทั้งผู้เรียนที่เข้าฝึกในสถานการณ์จำลองและผู้เรียนที่เป็นผู้สังเกตการณ์ การสรุปผลการเรียนรู้นับเป็นหัวใจสำคัญของการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองเพราะขั้นตอนนี้จะเป็นขั้นตอนที่ให้ผู้เรียนได้ย้อนกลับไปพิจารณาและวิเคราะห์สถานการณ์จำลองที่เกิดขึ้นอย่างใคร่ครวญ เหมือนกับการมอย้อนกลับไปทบทวนเหตุการณ์ที่ผ่านมา โดยผู้สอนอาจนำวิดีโอบันทึกสถานการณ์จำลองมาเปิดทบทวนให้ผู้เรียนดูด้วยก็ได้ การที่ผู้เรียนได้ย้อนกลับไปพิจารณาและวิเคราะห์สถานการณ์อย่างใคร่ครวญ ได้สะท้อนคิดออกมาว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นผู้เรียนรู้สึกนึกคิดอย่างไรและเหตุใดจึงตัดสินใจเช่นนั้น การตัดสินใจที่กระทำลงไปส่งผลอย่างไรต่อผู้ป่วย จะทำให้ผู้เรียนมองเห็นสิ่งที่ตนเองทำผิดพลาดหรือยังทำได้ไม่ดี รวมทั้งสิ่งที่ตนเองทำได้อยู่ต้องเหมาะสมและดีแล้ว ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากการกระทำที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จำลองและสรุปเป็นแนวคิดรวบยอดของตนเองว่าเมื่อพบเจอเหตุการณ์เช่นนี้อีกจะอย่างไร เพื่อจะได้นำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในสถานการณ์จริงที่อาจพบเจอต่อไปในอนาคต

3.ขั้นประเมินผล ผู้สอนประเมินผลการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองโดยประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้เรียนที่ได้แสดงในสถานการณ์จำลอง โดยใช้เครื่องมือที่ออกแบบมา เช่น แบบตรวจสอบรายการแบบมาตราส่วนประมาณค่า ที่มีการกำหนดเกณฑ์อย่างชัดเจน ข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลจะช่วยตรวจสอบว่าผู้เรียนบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ต้องการหรือไม่และใช้เป็นข้อมูลในการสรุปผลการเรียนรู้

ปัจจัยที่มีผลสำเร็จต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูง

จากประสบการณ์ในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ผู้เขียนได้ข้อสรุปว่าการจัดการเรียนการสอนโดยวิธีนี้จะประสบผลสำเร็จได้ ขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ปัจจัย ดังนี้

1. ผู้บริหาร ผู้บริหารบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้เกิดการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงสูง หากผู้บริหารเห็นความสำคัญ ผู้บริหารจะให้การสนับสนุนทั้งในด้านนโยบายที่จะเอื้อให้มีการจัดการเรียนการสอน การกำหนดทิศทางการจัดการเรียนการสอน สนับสนุนงบประมาณในการจัดหาหุ่นจำลองสถานการณ์ขั้นสูง วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ในการสร้างห้องจำลอง ซึ่งใช้งบประมาณค่อนข้างสูง สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาอาจารย์ให้มีความรู้ความชำนาญในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูง เช่น การอบรม การศึกษาดูงานทั้งในและต่างประเทศ

2. ผู้สอน ผู้สอนต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูง เพื่อให้สามารถออกแบบการจัดการเรียนการสอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีทัศนคติที่ดีและมุ่งมั่นต่อการจัดการเรียนการสอนเพราะการจัดการเรียนการสอนวิธีนี้ ต้องใช้การทำงานเป็นทีมร่วมกันระหว่างอาจารย์ผู้สอน ใช้เวลาในการเตรียมผู้เรียนและทรัพยากรต่างๆ ค่อนข้างมาก ผู้สอนจึงรู้สึกว่าจะต้องใช้แรงและเวลามากกว่าวิธีการสอนแบบอื่น หากผู้สอนท้อถอยล้มเลิกกลางคัน วิธีการสอนนี้ก็ไม้อาจเกิดขึ้นได้

3. ทรัพยากร การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูงต้องใช้หุ่นจำลองที่มีสมรรถนะสูง โปรแกรมการควบคุมหุ่น ห้องจำลองหอยผู้ป่วยที่มีความเสมือนจริง วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ ที่จะใช้ในสถานการณ์จำลอง หากทรัพยากรต่างๆ เหล่านี้ไม่ครบถ้วนเพียงพอก็อาจทำให้การจัดการเรียนการสอนไม่เกิดประสิทธิภาพตามเป้าหมายที่ต้องการได้

บทสรุป

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูง ช่วยพัฒนาความรู้ ทักษะด้านเทคนิค การปฏิบัติการพยาบาลและทักษะที่ไม่ใช่เทคนิคด้านการปฏิบัติการพยาบาล เช่น การคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหา การตัดสินใจในคลินิก การสื่อสาร ได้เป็นอย่างดี ผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อการเรียนและสิ่งแวดล้อมของการเรียนรู้ ขั้นตอนการจัดการเรียนการสอนมี 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ขั้นเตรียมการ ประกอบด้วย

กำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ต้องการ การออกแบบสถานการณ์จำลอง การออกแบบวิธีการประเมินผล การเตรียมสถานการณ์จำลอง การเตรียมผู้สอน การเตรียมผู้เรียน 2) ขั้นตอนปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง ประกอบด้วย การให้คำแนะนำก่อนฝึกในสถานการณ์จำลอง การฝึกในสถานการณ์จำลอง และการสรุปผลการเรียนรู้ และ 3) ขั้นตอนประเมินผล โดยประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้เรียนที่ได้แสดงในสถานการณ์จำลอง การประเมินผลจะช่วยตรวจสอบว่าผู้เรียนบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ต้องการหรือไม่ และใช้เป็นข้อมูลในการสรุปผลการเรียนรู้ ผู้สอนที่สนใจการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสูงควรศึกษาทำความเข้าใจในแนวคิดและขั้นตอนในการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง ข้อดีและข้อจำกัดของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง เพื่อให้ผู้สอนสามารถออกแบบการเรียนการสอนได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ตามที่ต้องการ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษาแห่งชาติ. (2560). *กรอบคุณวุฒิแห่งชาติ ฉบับปรับปรุง*. กรุงเทพฯ: บริษัท พรักหวานกราฟฟิค จำกัด.
- ชนิดา ธนสารสุธี, ละมัด เลิศล้ำ และสุภาเพ็ญ ปานะวัฒน์วิสุทธิ. (2562). การพัฒนาทักษะการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 9(2), 55-70.
- วิจารณ์ พานิช. (2556). *การสร้างการเรียนรู้สู่ศตวรรษที่ 21*. กรุงเทพฯ: ส.เจริญการพิมพ์.
- สมจิตต์ สีนุชชัย, กันยารัตน์ อุบลวรรณและสุนิย์รัตน์ บุญศิลป์. (2559). ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 ในการฝึกปฏิบัติรายวิชาฝึกทักษะทางวิชาชีพก่อนสำเร็จการศึกษา. *รวมาธิบัติพยาบาลสาร*, 23(1), 113-127.
- สุดารัตน์ วุฒิสักดิ์ไพศาล, ศิริพร ชุตเจื้อจัน และเชมจิรา ท้าวน้อย. (2563). ผลการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติงานต่อความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 14(2), 70-81.
- สืบทระกูล ต้นตลานุกูล, สุวัฒน์ รัตนศักดิ์, ชมพูนุช แสงพานิช, วิภาวรรณ สีสังข์ และฐิติอาภา ตั้งวานิช. (2559). ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองต่อการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติการรักษพยาบาลเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 8(1), 49-58.
- ศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, วิรดา อรรถเมธากุล และดวงแข พิทักษ์สิน (2561). ผลของการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย อย่างมีแบบแผนสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 20(3), 147-163.
- อนันตพร นทกรักษ์, ธีจรรย์ พันธุ์ชาติ, วุฒินันท์ อัจฉริยะโพธา, วิทยา ถิฐาพันธุ์, ตรีภาพ เลิศบรรณพงษ์ และพิรพงศ์ อินทร. (2563). การพัฒนาความสามารถทางคลินิกของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 ในภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมโดยการเรียนการสอนผ่านสถานการณ์จำลอง. *เวชบันทึกศิริราช*, 13(2), 106-112.
- Chiniara, G., Cole, G., Brisbin, K., Huffman, D., Cragg, B., Lamacchia, M., Norman, D., & Canadian Network For Simulation In Healthcare, Guidelines Working Group. (2013). *Simulation*

- in healthcare: a taxonomy and a conceptual framework for instructional design and media selection. *Medical teacher*, 35(8), e1380–e1395.
<https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.733451>
- Damewood, A. M. (2016). Current trends in higher education technology: Simulation. *Tech Trends*, 60(3), 268-271.
- Dennick, R. (2016). Constructivism: reflections on twenty five years teaching the constructivist approach in medical education. *International Journal of Medical Education*, 7, 200-210.
- Dove Ward, G., Robinson, L., & Jowers Ware, L. (2017). The Lived Experience of Nursing Students Participating in High-Fidelity Simulation at a School Grounded in Caring. *International Journal for Human Caring*, 21(4), 200–207.
<https://doi.org/10.20467/HumanCaring-D-17-00027>
- Jefferies, P. R. (2005). A framework for designing, implementing, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. *Nursing education perspectives*, 26(2), 96-103.
- Joyce, B. R., Weil, M., & Showers, B. (2010). The effects of cooperative learning experience on eighth grade students's achievement and attitude toward science. *Education* 2010, 131(1), 169-180.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs. NJ: Prentice-Hall Inc.
- O'Donnell, J. M., Decker, S., Howard, V., Levett-Jones, T., & Miller, C. W. (2014). NLN/Jeffries simulation framework state of science project: Simulation learning outcomes. *Clinical Simulation in Nursing*, 10(7), 373-382.
- Tuoriniemi, P., & Schott-Baer, D. (2008). Implementing a high-fidelity simulation program in a community college setting. *Nursing education perspectives*, 29(2), 105-109.

คำแนะนำในการเตรียมและส่งต้นฉบับ

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ กำหนดตีพิมพ์วารสารราย 6 เดือน (2 ฉบับต่อปี) ยินดีรับบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ ตลอดจนผลงานและนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยด้านสุขภาพและการศึกษาพยาบาล โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทาน แก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และการศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และการศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Word โดยบันทึกไฟล์เป็นชนิด Word 97-2003 Document (.doc) ขนาดตัวอักษร 16 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษบน-ล่าง ซ้าย-ขวา 2.54 เซนติเมตร รายการอ้างอิงไม่เกิน 40 รายการ ความยาวทุกรายการจำนวนไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหน้าจัดกึ่งกลาง ขนาดอักษร 16
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 16 (หนา) อยู่ใต้ชื่อเรื่อง พร้อมทั้งระบุอักษรย่อคุณทางการศึกษา และให้ใช้เชิงบรรทัด สัญลักษณ์ดอกจัน (* : Asterisk) เป็นตัวยกย่อกอักษรย่อคุณ เชิงบรรทัดท้ายหน้าให้พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ระบุด้านที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้ระบุ * ให้ตรงกับชื่อผู้พิมพ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักให้เพิ่ม E-mail
4. บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 1 หน้าต่อบทคัดย่อ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา)
7. การเรียงหัวข้อ หัวข้อย่อยให้ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดอักษร 16 (ปกติ)
8. การใช้ตัวเลขและคำย่อ ให้ใช้ตัวเลขอารบิกทั้งหมด ใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น
9. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบบทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 3 ซม. หัวข้อย่อยถัดมา 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อย่อยละ 0.5 ซม. และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข เช่น

1.

1.1

1.1.1

1.1.1.1

1)

1.1)

-

10. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตาราง และระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้ใต้ภาพนั้นๆ เว้นบรรทัดเหนือชื่อตารางและเหนือรูปภาพ 1 บรรทัด และเว้นใต้ตาราง และได้ชื่อภาพ 1 บรรทัด คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือภาพสีก็ได้ ภาพต้องมีความคมชัด กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาใต้ตารางและภาพประกอบนั้นๆ ด้วย

11. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระดังนี้

- บทคัดย่อภาษาไทย
- บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
- บทนำ
- วัตถุประสงค์การวิจัย
- สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
 - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
 - การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- เอกสารอ้างอิง (Reference)

12. บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับดังนี้

- บทคัดย่อภาษาไทย
- บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
- บทนำ
- เนื้อเรื่อง (แสดงสาระสำคัญที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ)
- สรุป
- ข้อเสนอแนะ
- เอกสารอ้างอิง (Reference)

13. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้การอ้างอิงรูปแบบ APA Style Format Reference, 7th edition

การอ้างอิงในเนื้อหา

ใช้การอ้างอิงระบบนาม-ปี (Name-year system) โดยระบุชื่อผู้แต่ง และปีพิมพ์ โดยมีรายละเอียดการอ้างอิงในเนื้อหา ดังนี้

1) ผู้แต่งที่เป็นชาวต่างชาติให้ใส่เฉพาะชื่อสกุล ส่วนผู้แต่งชาวไทยให้ใส่ทั้งชื่อและนามสกุล ส่วน ผู้แต่งคนไทยที่มียศ บรรดาศักดิ์หรือราชทินนาม สมณศักดิ์ ให้ใส่ไว้หน้าชื่อ ตัวอย่าง

..... (เกษินี จุฑาวิจิตร, 2552)

.....(McCargo, 2002)

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

3) ผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป ให้ใส่ชื่อผู้แต่งคนแรก ตามด้วยคำว่า และคณะ หรือ et al. (สำหรับผู้แต่งชาวต่างประเทศ) เช่น นรากร สารีเหล็ก และคณะ (2562).....

..... (Pratkanis et al., 1989)

4) การอ้างอิงมากกว่าสองแหล่งข้อมูลให้เขียนเรียงตามลำดับอักษร ดังนี้

.... สอดคล้องกับผลการศึกษาของมานะ จันทรคำ (2562) และจันทรา บัวสาม (2559)....

....หรือถึงแก่ชีวิต (เพิ่มพูน จรรยา, 2560; ศิริวรรณ มีคุณ, 2548)

....การวัดที่มีประสิทธิภาพ (Johnson & Joseph, 1989; Steve et al., 2000)

5) การอ้างอิงจากข้อมูลจากแหล่งทุติยภูมิ

ให้ระบุชื่อสกุลของผู้เขียนต้นฉบับ ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ปีพิมพ์ จากนั้น เอกสารภาษาไทยให้ใช้คำว่า อ้างถึงใน และเอกสารภาษาต่างประเทศให้ใช้คำว่า as cited in จากนั้นตามด้วยชื่อสกุลของผู้เขียนที่นำมาอ้างในงานของตนเอง ดังตัวอย่าง

การสื่อสารมีความจำเป็นต่อองค์กร เพราะในการทำงานนั้น จะต้องมีการติดต่อคำสั่งและรายงาน กับหัวหน้า ประสานงานกับฝ่ายอื่นในการทำงาน ทำให้การสื่อสารกลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิบัติงาน โดยได้มีผู้ให้ความหมายของการติดต่อสื่อสารภายในองค์กรว่า “เป็นการแสดงออกและ การแปลความหมายข่าวสารระหว่างหน่วยการติดต่อสื่อสารต่างๆ หรือบุคคลในตำแหน่งต่างๆ ที่อยู่ ภายในองค์กร” (สมยศ นาวิการ, 2527 อ้างถึงใน ชิณญ์ พันธุ์เจริญ, 2560)

In 1996, According to Kaplan and Norton, the implementation of the Balanced Scorecard allows the organization to be managed successfully. It support the deployment of business strategies, meeting customer needs, and the visibility of process problem. (Anan, 1989 as cited in Jason, 2015)

การเขียนรายการอ้างอิง

การลงรายการชื่อผู้แต่ง

กรณีผลงานที่มีผู้แต่งไม่เกิน 20 คน ให้ลงชื่อผู้แต่งทุกคน

กรณีผลงานที่มีผู้แต่ง 21 คน ขึ้นไป ให้ใส่ชื่อและสกุลของผู้แต่งคนที่ 1–19 ตามด้วยเครื่องหมาย , . . . ก่อนชื่อคนสุดท้าย โดยมีรูปแบบการลงรายการดังนี้

ชื่อผู้แต่งคนที่ 1, ชื่อผู้แต่งคนที่ 2, ชื่อผู้แต่งคนที่ 3, ชื่อผู้แต่งคนที่ 4, ชื่อผู้แต่งคนที่ 5, ชื่อผู้แต่งคนที่ 6, ชื่อผู้แต่งคนที่ 7, ชื่อผู้แต่งคนที่ 8, ชื่อผู้แต่งคนที่ 9, ชื่อผู้แต่งคนที่ 10, ชื่อผู้แต่งคนที่ 11, ชื่อผู้แต่งคนที่ 12, ชื่อผู้แต่งคนที่ 13, ชื่อผู้แต่งคนที่ 14, ชื่อผู้แต่งคนที่ 15, ชื่อผู้แต่งคนที่ 16, ชื่อผู้แต่งคนที่ 17, ชื่อผู้แต่งคนที่ 18, ชื่อผู้แต่งคนที่ 19, . . . ชื่อคนสุดท้าย. (ปีพิมพ์). ชื่อเรื่อง (พิมพ์ครั้งที่). สำนักพิมพ์. URL (ถ้ามี)

รูปแบบการเขียนรายการอ้างอิง

1. หนังสือ

1.1 หนังสือทั่วไป

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

ตัวอย่าง

วิรุณ ตั้งเจริญ. (2553). *พลังวัฒนธรรม*. สันติศิริการพิมพ์.

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

1.2 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง (ครั้งที่พิมพ์). สำนักพิมพ์. <https://doi.org/เลข DOI>

ตัวอย่าง

Jackson, L. M. (2019). *The psychology of prejudice: From attitudes to social action* (2nd ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000168-000>

2. บทหนึ่งในหนังสือ

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทหรือชื่อบทความ. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บรรณาธิการ), ชื่อหนังสือ (หน้าที่ปรากฏบทความ). สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

สุปราณี แจ้บำรุง.(2546). ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวัน. ใน สุปราณี แจ้บำรุง (บรรณาธิการ), *ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำสำหรับคนไทย พ.ศ. 2546* (หน้า 21-26). โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (รสพ).

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2564) หน้า 167

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 University Press.

3. วิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์

วิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์ที่ไม่ได้ตีพิมพ์

รูปแบบภาษาไทย

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่เผยแพร่). *ชื่อวิทยานิพนธ์*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์หรือวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. ชื่อมหาวิทยาลัย.

รูปแบบภาษาต่างประเทศ

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่เผยแพร่). *ชื่อวิทยานิพนธ์*. [Unpublished doctoral dissertation หรือ Unpublished master's thesis]. ชื่อมหาวิทยาลัย.

ตัวอย่าง

ประวิต เอรารรรถ. (2549). *การพัฒนาแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจครูในโรงเรียน : กรณีศึกษาโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม*. [วิทยานิพนธ์ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

Jung, M. S. (2014). A structural equation model on core competence of nursing students [Unpublished doctoral dissertation]. Choong-Ang University.

วิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์ จากเว็บไซต์ (ไม่อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์)

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่เผยแพร่). *ชื่อวิทยานิพนธ์*. [ระดับปริญญา, ชื่อมหาวิทยาลัย]. ชื่อเว็บไซต์. URL.

ตัวอย่าง

จุฬาลักษณ์ สอนไชยา. (2546). ผลของการจัดโปรแกรมนันทนาการที่มีต่อการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. Chulalongkorn University Intellectual Repository. <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/65704>

วิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์ที่อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่เผยแพร่). *ชื่อวิทยานิพนธ์*. (หมายเลข UMI หรือเลขลำดับอื่นๆ) [ระดับปริญญา, ชื่อมหาวิทยาลัย]. ชื่อฐานข้อมูล.

ตัวอย่าง

McNiel, D. S. (2006). *Meaning through narrative: A personal narrative discussing growing up with an alcoholic mother* (UMI No. 1434728) [Master's thesis, California State University–Long Beach]. ProQuest Dissertations and Theses database.

4. รายงานการวิจัย/รายงาน ที่จัดทำโดยผู้เขียนรายบุคคลสังกัดหน่วยงานรัฐหรือองค์กรอื่น

ชื่อผู้เขียน. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2552). รายงานการวิจัย เรื่อง การสังเคราะห์งานวิจัย เกี่ยวกับคุณภาพการศึกษาไทย : การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis). โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

5. บทความวารสาร

5.1 บทความในวารสารรูปเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มีเลข DOI

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ (ฉบับที่), เลขหน้าบทความ.

ตัวอย่าง

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

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

5.2 บทความในวารสาร อิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ (ฉบับที่), เลขหน้าบทความ. เลข DOI

ตัวอย่าง

การุณย์ ประทุม (2564). การจัดการกับความเอนเอียงจากคุณลักษณะร่วมของวิธีการวัดและการอนุมานความเป็นเหตุและผลในงานวิจัยทางธุรกิจและการจัดการ: การสำรวจภาคตัดขวางและระยะยาว. *จุฬาลงกรณ์ธุรกิจปริทัศน์*, 169, 22 - 39. DOI: 10.14456/cbsr.2021.10

5.3 บทความในวารสารแบบรูปเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ ตอนพิเศษหรือฉบับพิเศษ

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่ [ฉบับพิเศษ], เลขหน้าบทความ.

ตัวอย่าง

ฉัตรวรรณ ลัญฉวรรธนกร และจิตทิพย์ ณ สงขลา. (2561). การส่งเสริมทักษะการอ่านและการคิดอย่างมี
วิจารณ์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ที่มีปัญหาทางการอ่านโดยใช้ระบบเสริมศักยภาพทางการ
อ่านบนฐานของมายด์ทูลตามข้อมูลเชิงหลักฐาน. *วารสารครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย* [ฉบับ
พิเศษ], 46(4), 1–17. <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/EDUCU/article/view/152108>

5.4 บทความในวารสารแบบรูปเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ ฉบับเพิ่มเติม

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. *ชื่อวารสาร*, ปีที่ (ฉบับเพิ่มเติม เลขของฉบับที่), เลขหน้า
บทความ. URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

นิชาพร เจริญวานิชกุล และ ไพโรจน์ น่วมนุ่ม. (2562). ผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้คณิตศาสตร์ที่เน้นแบบอย่าง
และกลวิธีตามแนวคิดของเมย์เนสและจูเลียน-ชูลต์ซ ที่มีต่อความรู้ทางคณิตศาสตร์และความสามารถในการ
แก้ปัญหาทางคณิตศาสตร์ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5. *วารสารครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*,
47 (ฉบับเพิ่มเติม 2), 88–100. [https://so02.tci-thaijo.org/index.php/EDUCU/
article/view/232424](https://so02.tci-thaijo.org/index.php/EDUCU/article/view/232424)

6. หนังสือพิมพ์และหนังสือพิมพ์ออนไลน์

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์/วัน/เดือน). ชื่อคอลัมน์. *ชื่อหนังสือพิมพ์*, เลขหน้าบทความ. URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

ทีมข่าวการศึกษา. (2554, 23 กุมภาพันธ์). ผ่านร่าง พ.ร.ฎ. ตั้งสถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ. *เดลินิวส์*, 12.
Brody, J. E. (2007, December 11). Mental reserves keep brain agile. *The New York Times*.
<https://www.nytimes.com>

7. เว็บไซต์

ชื่อผู้แต่ง. (ปี, วัน/เดือนที่เผยแพร่). ชื่อบทความ. ชื่อเว็บไซต์. URL

ตัวอย่าง

อัคริมา สุ่มมาตย์. (2553). Plagiarism การโจรกรรมทางวิชาการ. สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
<http://www.library.kku.ac.th/kmlib/Mp=1674>
National Renewable Energy Laboratory.(2008). *Biofuels*.
http://www.nrel.gov/learning/re_biofuels.html

8. ราชกิจจานุเบกษา

ชื่อกฎหมาย/(ปี./วัน/เดือน)/ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม/เลขเล่ม/ตอนที่/เลขตอน. หน้า/เลขหน้า.

ตัวอย่าง

พระราชบัญญัติกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา พ.ศ. 2561. (2561, 13 พฤษภาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 135 ตอนที่ 33 ก. หน้า 1-18.

การส่งต้นฉบับ

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

2. ค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์บทความ จำนวน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)

3. การส่งต้นฉบับลงในวารสาร

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

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม ติดต่อ :

1) อาจารย์ ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ E-mail: howharn@gmail.com

2) อาจารย์สาคร สอนดี E-mail: sakorn@bcnsurin.ac.th

3) กองบรรณาธิการราชวดีสาร E-mail: journalrachawadee@gmail.com

4) ส่งต้นฉบับที่ระบบวารสาร (Submission Online)

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

การรับเรื่องต้นฉบับ

1. เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับทาง E-mail ให้ผู้เขียนทราบภายใน 3 อาทิตย์นับจากวันที่กองบรรณาธิการได้รับต้นฉบับที่ปรับแก้ไขเรียบร้อยแล้ว

2. เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาจัดพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบภายใน 3 เดือน

3. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรื เผยแพร่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เขียนสามารถดาวน์โหลดบทความที่ตีพิมพ์ได้ที่ระบบวารสาร ที่เว็บไซต์

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

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

วิสัยทัศน์

สถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านการพยาบาลชั้นนำ

ของกระทรวงสาธารณสุข

สร้างกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อชุมชนสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

อัตลักษณ์บัณฑิต

“การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์”

