



วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
สาขาภาคเหนือ

ปีที่ 25 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม-มิถุนายน 2562

วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

วัตถุประสงค์

1. เผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและความก้าวหน้าของวิชาชีพการพยาบาล
2. เป็นสื่อกลางให้ทราบถึงข้อมูล สถานภาพและเกียรติศักดิ์ ศักดิ์ศรีแห่งวิชาชีพ
3. เป็นศูนย์กลางรวบรวมและเผยแพร่ความคิดของมวลสมาชิกเสริมสร้างความแข็งแกร่งแห่งวิชาชีพ
4. ก่อให้เกิดพลังสามัคคีสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างมวลสมาชิก เกิดความตระหนักถึงความสำคัญขององค์กรวิชาชีพพยาบาล

วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ เป็นวารสารราย 6 เดือน กำหนดออกปีละ 2 ฉบับ ดังนี้ ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม – มิถุนายน
ฉบับที่ 2 เดือน กรกฎาคม – ธันวาคม

การสมัครสมาชิก

ให้กรอกใบสมัครการเป็นสมาชิกวารสารตามแบบฟอร์มที่อยู่ท้ายเล่มของวารสาร ส่งมายังหน่วยวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ อาคาร 1 ชั้น 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หรือทาง e-mail : nat-nd@hotmail.com โดยมีอัตราค่าสมาชิก ดังนี้

- 1 ปี ค่าสมาชิก 200 บาท (2 เล่ม)
 - 2 ปี ค่าสมาชิก 400 บาท (4 เล่ม)
 - 3 ปี ค่าสมาชิก 500 บาท (6 เล่ม)
- (ท่านที่ประสงค์จะสั่งซื้อรายฉบับ ราคาฉบับละ 100 บาท)

เจ้าของ: สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ
สำนักงาน: อาคาร 1 ชั้น 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
110/406 ถนนอินทวิโรต ต่าบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200
โทร. 0-5389-4213, 0-5393-5030 โทรสาร 0-5389-4213

ที่ปรึกษา: อ.ดร.ปิ่นนเรศ กาศอุดม
บรรณาธิการ: ผศ.ดร.ปรารธนา ลังการ์พินธุ์
ผู้ช่วยบรรณาธิการ: อ.พูนพิลาศ โรจนสุพจน์
กองบรรณาธิการ: ศ.ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา รศ.ดร.เดชา ทำดี
รศ.สุธิตา ล่ามช้าง ผศ.ดร.อุษณีย์ จินตะเวช
ผศ.ดร.ศรินทร์ทิพย์ ชวพันธ์ ผศ.ดร.รุ่งฤดี วงศ์ชุม
อ.ดร.ปลื้มจิต โชติกะ อ.ดร.กฤตพัทธ์ ฝักฝน

พิมพ์ที่: บริษัท สยามพิมพ์นานาชาติ จำกัด
108 ซ. 7 ต.ศรีภูมิ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ โทร. 053-216962
www.siampimnana.com

สารบัญ

ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ Health Literacy and Self-care Behavior among Post Valvular Heart Surgery Patients	1
ภาวินี ศรีสันต์ วนิดา หาจักร พิติณัช ราชภักดิ์ วาสนา อุปสาร	Pawinee Srison Wanida Hachuck Pitinut Ratchapakdee Wasana Uppasarn
บทบาทพยาบาลชุมชนในการใช้เทคโนโลยีดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ยุคไทยแลนด์ 4.0 Community Nurse Roles in Using Health Care Technology for Patients with Hypertension in Thailand 4.0	14
ภพพร บวรทิพย์ กฤตธีรา เพ็ชรรักษการ	Pataporn Bawornthip Kritthira Pienrakkarn
ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาต่อทักษะความคิดเชิงระบบ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค ในรายวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2 Effects of Case Study Learning on Systemic Thinking Skill of McCormick Nursing Students in Maternal-Child Nursing and Midwifery Practicum II Subject	23
กัญญาพัชญ์ จาอำย เยาวเรศ สมทรัพย์ ชัชฎาภรณ์ นันทขว้าง อมรเลิศ พันธุ์วัตร	Kanyapat Chaeye Yaowaras Somsap Chadchadaporn Nuntakwang Amornlert Phanvatr
ความคาดหวังและความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้รายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ The Expectation and Actuality of Learning Outcome in SN. 282 Fundamentals of Nursing Practicum among Second Year Nursing Students, McCormick Faculty of Nursing, Payap University	36
ประวีตา คำแดง กาญจนา ใจจ้อย	Praveda Kamdaeng Kanjana Jaijoy

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทา 49

ความเจ็บปวด ในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำพูน

Effectiveness of Clinical Nursing Practice Guidelines for Pain Relief in Critically Ill Patients, Lamphun Hospital

แสงอรุณ	ใจวงศ์ผาบ	Sangaroon	Jaiwongpab
ศรีวรรณ	เรืองวัฒนา	Sriwan	Ruangwattana
สมใจ	จันทวัง	Somjai	janthawang
พธนา	แก้วคำปา	Pornthana	Kaewkhampa
โสภา	ปัญญาใหญ่	Sopa	Panyoyai
ธน	ใจสินธ์	Tanon	jaisin

บรรณบำบัดสำหรับผู้ที่มีการซึมเศร้า 63

Bibliotherapy for Individual with Depression

วัลลภา	ทรงพระคุณ	Wallapa	Songprakun
เนตรดาว	ธงชีว	Natedao	Thongseaw

การซักประวัติอย่างไรให้มีประสิทธิภาพ: กรณีศึกษาระบบนรีเวช 71

How to Do Effectively History Taking: A Case Study of Gynecology System

มนตรี	คำรังษี	Montri	Khumrungsee
สุพรรณิการ์	ปิยะรักษ์	Supannika	Piyarak
ทิพย์	ลือชัย	Tip	Luechai
เขมิกา	สิริโรจน์พร	Khemika	Sirojporn
ชยธิดา	ไชยวงษ์	Chayatida	Chaiwong

ผลของการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักต่อผลลัพธ์การเรียนรู้และความพึงพอใจ 80

ของนิสิตสาธารณสุขศาสตร์ในวิชาการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ

Effects of Problem-Based Learning on Learning Outcomes and Satisfaction among Public Health Students in a Health Promotion and Elderly Care Course

สุภาภรณ์	อุดมลักษณ์	Suphaphon	Udomluck
พรรณนิภา	บุญกล้า	Pannipa	Boongla
ดิลกา	ไตรไพบุลย์	Dinlaga	Tripriboon

บรรณาธิการแถลง

วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ ปีที่ 25 ฉบับที่ 1 นี้ ประกอบด้วยบทความที่มีคุณภาพและน่าสนใจรวมจำนวน 8 เรื่อง เป็นบทความวิจัยจำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ 2) ความคาดหวังและความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้รายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 3) ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำพูน 4) ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาต่อทักษะความคิดเชิงระบบของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค ในรายวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ และ 5) ผลของการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักในวิชาการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุต่อผลลัพธ์การเรียนรู้และความพึงพอใจของนิสิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น นอกจากนี้ยังมีบทความวิชาการที่น่าสนใจจำนวน 3 เรื่องคือ บทบาทพยาบาลชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ยุคไทยแลนด์ 4.0 2) บรรณบำบัดสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และ 3) การชักประวัติอย่างไรให้มีประสิทธิภาพ: กรณีศึกษาระบบนรีเวช ขอขอบคุณ นักวิจัย นักวิชาการพยาบาลวิชาชีพ และสมาชิกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ทุกท่านที่ได้ส่งบทความวิจัยและบทความวิชาการเพื่อเผยแพร่ให้เป็นประโยชน์ทางวิชาการ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ จะพัฒนาวารสารนี้ให้มีคุณค่าและเป็นประโยชน์ในทางวิชาการและวิชาชีพยิ่งขึ้น และขณะนี้ วารสารนี้ได้เข้าอยู่ในระบบฐานข้อมูลวารสารอิเล็กทรอนิกส์กลางของประเทศไทย Thai Journals online (ThaiJo) แล้ว จึงขอเชิญชวนทุกท่านได้ส่งบทความวิจัยหรือบทความวิชาการมายังสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ ผ่านทางระบบฐานข้อมูลวารสารอิเล็กทรอนิกส์กลางของประเทศไทย <http://www.tci-thaijo.org/index.php/jnorthnurse/workflow/submission/194980> หรือ ทาง e-mail : nat-nd@hotmail.com เพื่อตีพิมพ์ในฉบับต่อไป ซึ่งจะเป็นฉบับที่ 2 ของปี 2562

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประรภณา ลังการ์พินธุ์
บรรณาธิการ



ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ
Health Literacy and Self-care Behavior among
Post Valvular Heart Surgery Patients

ภาวินี ศรีสันต์ พย.ม.* Pawinee Srison M.N.S.*
วนิดา หาจักร พย.ม.* Wanida Hachuck M.N.S.*
ปิตินัฐ ราชภัคดี พย.ม.** Pitinut Ratchapakdee M.N.S.**
วาสนา อุปสาร วท.ม.*** Wasana Uppasarn M.Sc.***

Corresponding Authors : Email: pawinee3123@hotmail.com

Received: 20 December 2018, Revised: 16 January 2019, Accepted: 6 May 2019

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจจำนวน 128 ราย ที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยตรวจคัดกรองทรวงอก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มแบบง่ายตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=14.73$, $SD=3.12$) มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.47$, $SD=.28$) และความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับต่ำ ($r = .24$, $p < .01$)

ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ โดยเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งจะช่วยป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดลิ้นหัวใจได้

คำสำคัญ : ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ

* อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชชา Email: pawinee3123@hotmail.com, wanida_whk@hotmail.com
* Nursing Instructor, Faculty of Nursing, Ratchathani University
** อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี Email: pitinut@rtu.ac.th
** Nursing Instructor, Faculty of Nursing, Ratchathani University Udonthani Campus
*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ Email: WASSANAUPPASAN@gmail.com
*** Professional Nurse, Sappasithiprasong Hospital

Abstract

The purpose of this descriptive study was to examine the relationship between health literacy and self-care behavior among post valvular heart surgery patients. The subjects were 128 patients with post valvular heart surgery who attended at thoracic surgery clinic, Outpatient Department of Sapprasitthiprasong Hospital, Ubonratchathani. The subjects were recruited by simple random sampling according to the inclusion criteria. Research instruments consisted of the demographic data questionnaire, the assessment of health literacy and the self-care behavior questionnaire. The data were analyzed by using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient.

The results revealed that, post valvular heart surgery patients had marginal health literacy ($\bar{x}=14.73$, $SD=3.12$), self-care behavior scores were at a high level ($\bar{x}=3.47$, $SD=.28$) and health literacy had low positive significant relationship with self-care behavior ($r = .24$, $p < .01$).

The results of this study can possibly considered as appropriate strategies to promote self-care behavior among post valvular heart surgery patients by enhancing their health literacy. Consequently, these strategies may prevent or delay post valvular heart surgery complications.

Keywords: Health literacy, Self-care behavior, Post valvular heart surgery patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะลิ้นหัวใจผิดปกติหรือโรคลิ้นหัวใจพิการ (Valvular heart disease) เป็นความผิดปกติของลิ้นหัวใจอันเนื่องมาจากพังผืดหรือหินปูนยึดเกาะลิ้นหัวใจ เมื่อลิ้นหัวใจมีพยาธิสภาพเกิดขึ้น จะส่งผลให้ลิ้นไม่สามารถเปิดปิดได้เต็มที่ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิต จนอาจเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ และความผิดปกติของลิ้นหัวใจยังมีผลทำให้เกิดการติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจได้ง่าย ซึ่งการผ่าตัดลิ้นหัวใจเป็นวิธีการรักษาหนึ่งเพื่อแก้ไขความผิดปกติของลิ้นหัวใจ โดยผู้ป่วยที่ลิ้นหัวใจสามารถซ่อมแซมได้ แพทย์จะพิจารณาผ่าตัดซ่อมแซมลิ้นหัวใจก่อน (Valve repair surgery) แต่หากลิ้นหัวใจเสียหายและถูกทำลายมาก ไม่สามารถซ่อมได้ แพทย์จึง

พิจารณาผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (Valve replacement surgery) คือการผ่าตัดเอาลิ้นหัวใจที่ผิดปกติออกแล้วใส่ลิ้นหัวใจเทียม (Prosthetic valve) เข้าไปแทนที่¹ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังการผ่าตัด^{2,3}

จากสถิติการผ่าตัดลิ้นหัวใจของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2557-2559 พบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยมีจำนวน 150, 201 และ 225 ราย ตามลำดับ⁴ และข้อมูลในปี พ.ศ.2558-2560 พบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาผ่าตัดลิ้นหัวใจกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากภาวะลิ้นหัวใจทำงานผิดปกติจำนวน 3 ราย 6 ราย และ 9 ราย ตามลำดับ⁵ ซึ่งปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากขึ้นภายใน

หลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจของผู้ป่วย แม้ว่าการผ่าตัดจะเป็นการรักษาที่ได้ผลดีสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะโรคลิ้นหัวใจพิการ แต่ก็อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ทั้งนี้ การที่จะลดหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้นั้น ต้องเตรียมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม ทั้งก่อนและหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ จำเป็นต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดที่ลิ้นหัวใจ (Thromboembolism) แล้วหลุดไปอุดตันที่อวัยวะสำคัญของร่างกาย และมีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดที่ถูกต้อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำเกิน หัวใจวาย และเลือดออกง่ายผิดปกติจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด โดยผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจจะต้องดูแลตนเองในการรับประทานยาละลายลิ่มเลือดอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมไม่ต้านหรือเสริมฤทธิ์ของยาละลายลิ่มเลือด การปรับการทำงานและกิจกรรมให้เหมาะสมกับสภาพหัวใจ การสังเกตอาการผิดปกติจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด รวมทั้ง การมาพบแพทย์เพื่อติดตามผลของการรักษาอย่างต่อเนื่อง¹ ดังนั้น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจึงจำเป็นต้องมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม

พฤติกรรมดูแลตนเอง ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม² อธิบายว่า หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลที่ริเริ่มขึ้น เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก เป็นการกระทำที่มีเป้าหมาย ผ่านขั้นตอนการคิดพิจารณาก่อนตัดสินใจลงมือกระทำ และมีการกระทำซ้ำๆ จนเป็นนิสัย ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมกับแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในแต่ละบุคคลจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง การกำหนดกิจกรรมการให้ความรู้จึงเป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ และได้มีการพัฒนาสื่อประกอบการสอน ได้แก่ เอกสาร คู่มือ และภาพเคลื่อนไหวต่างๆ โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ สามารถปฏิบัติตนตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง ดังผลการศึกษาของเพ็ญแข สุธรรม⁷ ที่พบว่า การได้รับความช่วยเหลือ

ด้านข้อมูลข่าวสารส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ดังนั้น การที่คนเราจะสามารถดูแลตนเองได้นั้น สิ่งสำคัญคือต้องมีความรู้ในการดูแลตนเอง โดยต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) จึงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อให้เกิดการปฏิบัติดูแลตนเองที่เหมาะสม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความสามารถของผู้ป่วยในการอ่าน เข้าใจและปฏิบัติตามข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ เป็นทักษะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และนำไปใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ⁸ โดยมีเงื่อนไขปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ เชื้อชาติ ภาษา วัฒนธรรม ความตระหนักในด้านสุขภาพและความสามารถส่วนบุคคล โดยบุคคลที่มีทักษะความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ เมื่อได้รับข้อมูล จะสามารถตัดสินใจ แก้ปัญหา และประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเองได้ การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ทำให้ขาดความสามารถในการเข้าใจ ส่งผลให้การปฏิบัติตนตามคำแนะนำไม่ถูกต้องได้⁹ โดยจากผลการศึกษาของนงลักษณ์ แก้วทองและคณะ¹⁰ พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอจะมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอและกำกั่ง ($p < .01$) ผลการศึกษาของแสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี¹¹ พบว่า ความแตกฉานทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรคในระดับปานกลาง ($r = .46, p < .01$) และผลการศึกษาของหทัยกานต์ ห่องกระจก¹² พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิได้ ($\beta = .31, p < .01$)

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่มีผลการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับใดและ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจหรือไม่ อย่างไร ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถจัดการรูปแบบการให้ ข้อมูลทางสุขภาพได้เหมาะสมกับระดับความสามารถ ของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ สามารถปฏิบัติ พฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และลด อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดลิ้นหัวใจได้

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจมีความรอบรู้ด้าน สุขภาพเป็นอย่างไร
2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจมีพฤติกรรมการ ดูแลตนเองเป็นอย่างไร
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้น หัวใจหรือไม่ อย่างไร

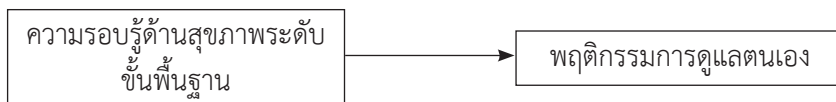
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความ รอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แนวคิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam⁸ โดยอธิบาย ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นความสามารถของ ผู้ป่วยในการอ่าน เข้าใจและปฏิบัติตามข้อมูลข่าวสาร

ที่ได้รับ เป็นทักษะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพ และนำไปใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของ ผู้ป่วย ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam⁸ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Basic functional health literacy) คือ ทักษะขั้นพื้นฐาน ในการอ่านและเขียนอย่างเพียงพอที่จะสามารถนำไป ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในสถานการณ์ประจำวัน ระดับที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นสื่อสาร/ มี ปฏิสัมพันธ์ (Communication/ Interactive health literacy) คือ ความสามารถนำข้อมูลที่รับไป ประยุกต์ใช้ในการตัดสินใจและเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม และระดับที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้น วิเคราะห์ (Critical health literacy) คือ ความ สามารถวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสาร และการใช้ข้อมูล ข่าวสารในการพยายามควบคุมจัดการเหตุการณ์กับ สถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ โดยในการ ศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจในระดับขั้นพื้นฐาน เพื่อ ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริการสุขภาพ และการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพหลังการผ่าตัด ลิ้นหัวใจ ซึ่งประกอบไปด้วย ทักษะด้านการอ่าน ด้าน ตัวเลข และการทำความเข้าใจ ซึ่งส่งผลต่อ การปฏิบัติ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้น หัวใจ โดยมีกรอบแนวคิดดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational study) เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือนมิถุนายน 2559 ถึงเดือนมกราคม 2560

การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบ (Power analysis) ประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการหาความสัมพันธ์ของ Cohen¹³ โดยกำหนดค่า Power analysis เท่ากับ .80 และ Effect size เท่ากับ .25 เนื่องจากงานวิจัยทางการแพทย์ส่วนใหญ่มีค่า Effect size น้อยกว่า .30¹⁴ ได้ค่าประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 126 ราย และผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลเพิ่มเป็น 139 รายเพื่อป้องกันปัญหาเกี่ยวกับความไม่สมบูรณ์ของคำตอบ

การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยสุ่มทำการศึกษาจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้เลขคี่ของหมายเลขลำดับคิวในการตรวจแต่ละวัน และคัดเลือกคุณสมบัติของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างเดิม

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 เดือนและได้รับยาต้านลิ่มเลือด

3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้

4. อยู่ในสภาพที่สามารถให้ข้อมูลได้โดยไม่มีอาการรุนแรงกำเริบ

5. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยค้างนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาหลังการผ่าตัด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดของ Parker และคณะ¹⁵ เพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ เป็นแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ประกอบด้วย การวัดความสามารถในการอ่าน และการเข้าใจในสิ่งที่ประสบหรือพบในสถานบริการสุขภาพ แบบประเมินมีลักษณะให้ผู้ถูกประเมินอ่านข้อความที่อยู่ในกล่องสี่เหลี่ยม แล้วตอบคำถามตามความเข้าใจ โดยมีตัวเลือกให้ผู้ถูกประเมินได้ 3 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ เนื้อหาประกอบด้วย การบริการตรวจรักษาและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ

การให้คะแนน ถ้าตอบตรงกับคำตอบที่กำหนดไว้ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ได้หรือไม่ตรงกับคำตอบที่กำหนดให้ 0 คะแนน คะแนนรวมเท่ากับ 20 คะแนน คะแนนรวมแบ่งระดับความรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ การแบ่งระดับคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของ The test of functional health literacy in adults (TOFHLA)¹⁵ ดังนี้

คะแนน 0.00 - 11.99 คะแนน (0-59%)
คะแนน 12.00 - 14.99 คะแนน (60-74%)
คะแนน 15.00 - 20.00 คะแนน (75-100%)

มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ
มีความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง
มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย การปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสม จำนวน 4 ข้อ การปฏิบัติตนเมื่อรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

จำนวน 4 ข้อ การทำกิจกรรมและการพักผ่อน จำนวน 4 ข้อ การผ่อนคลายความเครียด จำนวน 2 ข้อ การป้องกันการติดเชื้อของลิ้นหัวใจและการสังเกตอาการผิดปกติ จำนวน 4 ข้อ และการมาตรวจตามนัด จำนวน 2 ข้อ ลักษณะคำตอบมี 4 ตัวเลือก คือ

ปฏิบัติทุกครั้ง	เท่ากับ 4 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	เท่ากับ 3 คะแนน
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	เท่ากับ 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	เท่ากับ 1 คะแนน

เกณฑ์การพิจารณาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ

$$\text{มีค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง (คะแนนเฉลี่ยสูงสุด-คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด)} = \frac{(4-1)}{3} = 1$$

ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 1.00 - 2.00 พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 2.01 - 3.00 พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 3.01 - 4.00 พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องในเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ความถูกต้องทางทฤษฎี ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Index of item-objective congruence : IOC) เท่ากับ 0.66-1.0 และ .90 ตามลำดับ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข และตรวจสอบค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ จำนวน 30 ราย แบบทดสอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีค่า KR-20 เท่ากับ .64 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค

เท่ากับ .83 โดยจากการนำไปทดสอบ พบว่า แบบทดสอบความรอบรู้ด้านสุขภาพมีข้อคำถามและตัวเลือกตอบบางข้อที่มีความกำกวมและไม่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยในภาคอีสาน ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามและตัวเลือกให้มีความชัดเจนและเหมาะสม และนำไปทดลองซ้ำกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ จำนวน 30 ราย มีค่า KR-20 เท่ากับ .74 ก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี รหัสเอกสารรับรอง 027/2559 ผู้วิจัยมีการชี้แจงข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับโครงการวิจัยโดยละเอียด ครอบคลุม

ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และมีการนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และจะใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น และให้เวลาแก่กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจ หลังจากนั้นจึงให้เซ็นยินยอมในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานีถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับการอนุมัติให้เข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยตรวจคัดกรองทรวงอก เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการทำวิจัย

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลาของการเปิดให้บริการในคลินิกในวันอังคารและวันพฤหัสบดี ในเวลา 8.00-16.00 น. โดยผู้วิจัยสุ่มเลือกผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจตามหมายเลขลำดับคิวในการตรวจที่เป็นเลขคู่ หลังจากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยไม่เก็บข้อมูลซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างเดิม

4. ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือกชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตรวจวัดความดันโลหิต เจาะเลือดในรายที่มีตรวจเลือด และได้รับการบริการจากพยาบาลก่อนตรวจแล้ว ในระหว่างที่รอรับการตรวจจากแพทย์ ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัย พร้อมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยและเน้นย้ำว่าคำตอบของกลุ่ม

ตัวอย่างจะไม่มีผลต่อการใช้บริการและให้กลุ่มตัวอย่างที่ตกลงให้ความร่วมมือเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามที่จัดเตรียมไว้ โดยให้กลุ่มตัวอย่างนั่งตอบในห้องตรวจที่ว่างและมีมิดชิดในหน่วยตรวจคัดกรองทรวงอกเพื่อความเป็นส่วนตัวและป้องกันการรบกวน โดยผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายจนเข้าใจ จากนั้นจึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยในระหว่างตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะอยู่บริเวณใกล้เคียง หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยระหว่างที่ตอบแบบสอบถามสามารถสอบถาม ผู้วิจัยเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที และเมื่อได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยกล่าวคำขอบคุณสำหรับความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

6. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของคำตอบ พบว่า มีแบบสอบถามที่มีคำตอบไม่ครบจำนวน 11 ฉบับ จากจำนวนทั้งหมด 139 ฉบับ

7. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม ที่สมบูรณ์จำนวน 128 ฉบับ มาวิเคราะห์ข้อมูล ตามวิธีทางสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลระดับคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งพบว่า การแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบปกติ และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง

โดยการใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

จากการวิจัยพบผลการศึกษา ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.68 มีอายุระหว่าง 40-59 ปีร้อยละ 59.37 มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกันร้อยละ 64.06

มีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาร้อยละ 77.34 มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 72.66 และมีระยะเวลาหลังการผ่าตัดอยู่ในช่วง 1-5 ปีร้อยละ 42.19 และรองลงมาคือช่วง 6-10 ปีร้อยละ 23.44

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 53.91 และมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=14.73, SD=3.12$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ ($n = 128$)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
เพียงพอ	69	53.91
ปานกลาง	40	31.25
ไม่เพียงพอ	19	14.84

$\bar{x}=14.73, SD=3.12$

3. พฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.47, SD=.28$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านที่มีการปฏิบัติมากที่สุด คือ ด้านการมาตรวจตามนัด ($\bar{x}=3.96, SD=.14$) รองลงมาคือด้านการป้องกันการติดเชื้อของลิ้นหัวใจและการสังเกตอาการผิดปกติ ($\bar{x}=3.71, SD=.44$) ด้าน

การรับประทานยา ($\bar{x}=3.45, SD=.42$) ด้านการทำกิจกรรมและการพักผ่อน ($\bar{x}=3.41, SD=.54$) ด้านการผ่อนคลายความเครียด ($\bar{x}=3.28, SD=.72$) และน้อยที่สุด คือ ด้านการรับประทานอาหารเช้า ($\bar{x}=3.14, SD=.46$) โดยพฤติกรรมการดูแลตนเองทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ ($n = 128$)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	มาก		ปานกลาง		น้อย		\bar{x}	SD	ระดับ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ด้านการมาตรวจตามนัด	127	99.22	1	.78	-	-	3.96	.14	มาก
ด้านการป้องกันการติดเชื้อของลิ้นหัวใจและการสังเกตอาการผิดปกติ	113	88.28	15	11.72	-	-	3.71	.44	มาก
ด้านการรับประทานยา	100	78.13	27	21.09	1	.78	3.45	.42	มาก
ด้านการทำกิจกรรมและการพักผ่อน	90	70.31	36	28.13	2	1.56	3.41	.54	มาก
ด้านการผ่อนคลายความเครียด	68	53.12	46	35.94	14	10.94	3.28	.72	มาก
ด้านการรับประทานอาหาร	65	50.78	61	47.66	2	1.56	3.14	.46	มาก
โดยรวม	119	92.97	9	7.03	-	-	3.47	.28	มาก

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง เมื่อความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .24, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ ($n = 128$)

ตัวแปร	ความรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการดูแลตนเอง
ความรู้ด้านสุขภาพ	-	.24**
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	.24**	-

** $p < .01$

อภิปรายผล

ผลการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาระดับความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46.09 มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ

อยู่ในระดับปานกลางและไม่เพียงพอ แสดงว่าความสามารถในการเรียนรู้และเข้าใจสื่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจยังไม่เพียงพอ การมีความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ทำให้ขาดความสามารถในการเข้าใจ ส่งผลให้การปฏิบัติตามคำแนะนำไม่ถูกต้องได้ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษา ซึ่งระดับการศึกษาเป็นปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ⁹ โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ได้มากกว่า ตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ⁶

เมื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=3.47, SD=.28$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของวนิดา พิมทาและคณะ¹⁶ ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจอยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59.37) อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ซึ่งเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะ มีศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง มีการตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ อย่างรอบคอบ จึงสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น⁶ และกลุ่มตัวอย่างส่วนมาก (ร้อยละ 64.06) มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน จึงมีคนคอยดูแลเมื่อเจ็บป่วย ทำให้ได้รับการดูแลเอาใจใส่และความช่วยเหลือจากคู่สมรส และได้รับความรู้และประสบการณ์ตรงที่สามารถเป็นแบบอย่างได้ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติกรดูแลตนเอง โดยมีผลการศึกษาของวรรณิธร โพธารินทร์ และคณะ¹⁷ ที่พบว่า ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจเทียม

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการมาตรวจตามนัด ($\bar{x}=3.96, SD=.14$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเป็นรูปแบบที่แพทย์มีอำนาจเหนือกว่าผู้ป่วย โดยแพทย์เป็นผู้กำหนดประเด็นและเป้าหมายในการรักษาและมีหน้าที่ตัดสินใจเกี่ยวกับกระบวนการรักษา ผู้ป่วยมีหน้าที่ให้ความร่วมมือ และทำตามคำแนะนำของแพทย์¹⁸ และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจ จำเป็นต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด เพื่อ

ป้องกันลิ่มเลือดไปอุดตันที่ลิ้นหัวใจและอวัยวะสำคัญ ซึ่งยาต้านการแข็งตัวของเลือดเป็นยาที่มีดัชนีการรักษาแคบ มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์สูง ผู้ป่วยที่ได้รับยาจำเป็นต้องติดตามผลการตรวจเลือด INR และควบคุมให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม¹ ซึ่งในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ กำหนดให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดทุกรายต้องเข้าพบเภสัชกรเพื่อติดตามให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจึงให้ความสำคัญต่อการมาตรวจตามนัด

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการรับประทานอาหาร ($\bar{x}=3.14, SD=.46$) ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม การหลีกเลี่ยงการเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว เกลือ ผงชูรสในอาหาร และการควบคุมการรับประทานอาหารที่มีผลต่อการทำงานของยารวาร์ฟาริน ได้แก่ ผักใบเขียว ทั้งนี้อาจเนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ชอบรับประทานอาหารประเภทผักและอาหารที่มีรสชาติเค็ม โดยจากผลการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากรไทย พ.ศ.2560 พบว่า มีพฤติกรรมเติมเครื่องปรุงก่อนรับประทานอาหารโดยเติมน้ำปลาหรือซีอิ๊วมากที่สุดถึงร้อยละ 69 ประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการบริโภคอาหารมื้อหลักที่มีรสชาติเค็มร้อยละ 14.6 ซึ่งสูงกว่าภาคอื่นๆ และบริโภคอาหารกลุ่มผักและผลไม้สดมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์มากถึงร้อยละ 84.6¹⁹ ซึ่งการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ส่งผลให้ร่างกายได้รับเกลือโซเดียมในปริมาณมาก จนอาจเกิดภาวะน้ำเกินในร่างกาย และหัวใจทำงานหนักเพิ่มขึ้น และการรับประทานผักโดยเฉพาะผักใบเขียว เช่น ผักกาดหอม กะหล่ำปลี ผักขม หน่อไม้ฝรั่ง จะมีวิตามินเคสูง มีผลต้านฤทธิ์ของยารวาร์ฟาริน จนอาจทำให้เกิดลิ่มเลือด (Thromboembolism) ไปอุดตันที่อวัยวะสำคัญได้ ผู้ป่วยจึงควรรับประทานใน

ปริมาณเหมาะสมเท่าๆ กันในแต่ละวัน¹ ผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของวนิดา พิมทาและคณะ¹⁶ ที่พบว่า การปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหารเค็มเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจปฏิบัติได้น้อย

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง กล่าวคือ ความรู้ด้านสุขภาพยิ่งมาก ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองมากขึ้นด้วย ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam⁸ ที่อธิบายว่า ความรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถของผู้ป่วยในการอ่าน เข้าใจ และปฏิบัติตามข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ เป็นทักษะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และนำไปใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ⁸ โดยบุคคลที่มีทักษะความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ เมื่อได้รับข้อมูล จะสามารถตัดสินใจ แก้ปัญหา และประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเองได้ และเป็นไปตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม⁶ ที่อธิบายว่า ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่านเขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผล เป็นคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ที่เป็นพลังขับเคลื่อนในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจมีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอ จึงมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ดี ส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะแนวทางการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ดังนั้น หน่วยตรวจสอบกิจกรรมตรวจออก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จึงควรพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เพื่อให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ และนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม

2. บุคลากรทางสุขภาพควรประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจก่อนการให้ข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ มีแนวทางในการตัดสินใจในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์จริงที่ต้องเผชิญ มีการประเมินความเข้าใจย้อนกลับทุกครั้ง รวมทั้งการพัฒนาสื่อการสอนเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลให้แก่ผู้ป่วย

3. จากผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพควรเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดลิ้นหัวใจ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยกรุณาชี้แนะให้งานวิจัยสมบูรณ์ตลอดจนโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี และผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจทุกท่าน ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ และขอขอบคุณมหาวิทยาลัยราชธานี ที่ให้การสนับสนุนทุนอุดหนุนในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. อรุณา นากรณ์. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของลิ้นหัวใจ. ใน: เกศศิริ วงษ์คงคำและอรุณานากรณ์, บรรณาธิการ. การพยาบาลศัลยศาสตร์: ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ : เอ็นพีเพรส; 2559. 1–21.
2. กนกกาญจน์ กอบกิจสมงคล, เพิ่มสุข เอื้ออารี, นพวรรณ แสนเจริญสุทธิกุล และวิศาล คันธรัตน์กุล. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจในโรงพยาบาลรามธิบดี. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก [ออนไลน์]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 2560/08/28];20(1):46–56. เข้าถึงได้จาก: <https://tci-thaijo.org/index.php/journalthaicvtnurse/article/view/8504>
3. ภมร แซ่มรักษา, ศิริลักษณ์ ประวีณวรกุล และทัศนันท์ ศิริเสถียรรุจ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์[ออนไลน์]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 2560/08/28];3(2):1–14.เข้าถึงได้จาก: <http://journal.pnu.ac.th/ojs/index.php/pnujr/article/view/78/0>
4. สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย. สถิติการผ่าตัดหัวใจในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ.2544-ปัจจุบัน [ออนไลน์].2560[เข้าถึงเมื่อ 2560/10/17]. เข้าถึงได้จาก: http://thaists.org/news_detail.php?news_id=212
5. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. สถิติการผ่าตัดหัวใจโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี; 2561
6. Orem, D.E. Nursing concepts of practice. 6thed. St.Louis: Mosby; 2001. อ้างถึงในพร้อมจิตร์ ท่อนบุญเหิม. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม แนวคิดและการประยุกต์. มหาสารคาม: อภิชาติการพิมพ์; 2553.
7. เพ็ญแข สุธรรม. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคหัวใจแบบเปิดในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี; 2555.
8. Nutbeam, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International [online]. 2000 [cited 2018/08/22]; 15(3): 259 – 267. Available from: <https://academic.oup.com/heapro/article/15/3/259/551108>
9. อังคินันท์ อินทรกำแหง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์; 2560.
10. นงลักษณ์ แก้วทอง, ลักษณะ เต็มศิริกุลชัย, ประสิทธิ์ สีระพันธ์, ธราดล เก่งการพานิช และขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหอย จังหวัดสระแก้ว. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ [ออนไลน์]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2561/06/25]; 30(1): 45–56.เข้าถึงได้จาก: <https://tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/download/29276/25168/>

11. แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข [ออนไลน์]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2560/09/01]; 25(3): 43–54. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/47244>
12. หทัยกานต์ ห้องกระจก. อิทธิพลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปฐมภูมิ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.
13. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1987. quoted in Polit, D. F., & Hungler, B. P. Nursing research: principles and methods (6thed.). Philadelphia: Lippincott; 1999.
14. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยู แอนด์ ไอ อินเทอร์เน็ตมีเดีย จำกัด; 2553.
15. Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. The Test of Functional Health Literacy in Adults: A new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of General Internal Medicine*, 10(10), 537-541; 1995.
16. วนิดา พิมพ์ทา, จิราพร ศิริโชค, จิตอารีย์ ตันติยาสวัสดิกุล, รุ่งฤดี ถวิลวงษ์ และสมภาพ พระธานี. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในโรงพยาบาล ศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร [ออนไลน์]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2560/08/25]; 29(3): 256–262. เข้าถึงได้จาก: http://www.smj.ejnal.com/e-journal/showdetail/showpdf.php?file_pdf=1868_6_Wanida.pdf&art_id=1868
17. วรณัฏฐ์ โพธารินทร์, ขวนพิศ ทำนอง และวิลาวรรณ พันธุ์พฤกษ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ [ออนไลน์]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2560/08/28]; 32(1): 31–39. เข้าถึงได้จาก: <https://tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/18972>
18. ดวงมล ศรีประเสริฐ. อำนาจแพทย์ และรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย. วารสารธรรมศาสตร์ [ออนไลน์]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2561/04/25]; 37(1): 78 – 95. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/tujo/article/download/119827/91555>
19. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560 [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 2561/06/24]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/.pdf>

บทบาทพยาบาลชุมชนในการใช้เทคโนโลยีดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ยุคไทยแลนด์ 4.0 Community Nurse Roles in Using Health Care Technology for Patients with Hypertension in Thailand 4.0

ภทพร บวรทิพย์ พย.ม.* Pataporn Bawornthip M.N.S.*
กฤตธีรา เพียรรักษการ พย.ม.* Kritthira Pienrakkarn M.N.S.*

Corresponding Authors : : Email: umbhorn.nurse@gmail.com

Received: 8 December 2018, Revised: 20 December 2018, Accepted: 16 June 2019

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องในประเทศไทย โรคความดันโลหิตสูงนอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศไทย ปัญหานี้จึงเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ควรได้รับการแก้ไข ปัจจุบันประเทศไทยมีการขับเคลื่อนประเทศโดยนำนโยบายไทยแลนด์ 4.0 มาใช้ในการดูแลสุขภาพ โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเป็นเครื่องมือหลักในการดำเนินการขับเคลื่อนสู่การปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพไปสู่ยุคใหม่ (Health 4.0) เทคโนโลยีที่ใช้ ได้แก่ 1) Social webs and network, 2) Mobile application, 3) Internet of things, 4) Cloud computing, 5) Big data and health analytics, 6) Robotics และ 5) Artificial intelligences ดังนั้น พยาบาลชุมชนควรมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพตามนโยบาย Health 4.0 บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอเกี่ยวกับนโยบายไทยแลนด์ 4.0 ด้านสาธารณสุข เทคโนโลยีที่ใช้ในการขับเคลื่อนสู่ Health 4.0 และบทบาทพยาบาลชุมชนในยุคไทยแลนด์ 4.0 เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลชุมชนในการนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้เทคโนโลยีอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาลชุมชน โรคความดันโลหิตสูง ไทยแลนด์ 4.0

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ : Email: umbhorn.nurse@gmail.com, kritthira2012@gmail.com

* Instructor of McCormick Faculty of Nursing, Payap University

Abstract

In Thailand, the numbers of patients with hypertension have increased gradually. This disease affects the patient physically and psychologically well-being. It also affects the economics of the country. Thus, hypertension is an urgent problem that should be resolved. Thailand has used the Thailand 4.0 model as a guideline for health policy that aims to improve healthcare. Information technology was used as an important tool to lead Thailand to Thailand Health 4.0. Essential technologies include 1) Social Webs and Network, 2) Mobile Application, 3) Internet of Things, 4) Cloud Computing, 5) Big Data and Health analytics, 6) Robotics, and 5) Artificial Intelligences. Thus, information technology and innovation knowledge and skills are crucial for community nurses in the era of Thailand 4.0. Information technology and innovation should be used for improving healthcare in patients with hypertension in community settings.

The purpose of this article is to explain Thailand 4.0 Public Health Policy, information technology in Health 4.0, and community nurse roles in Health 4.0. This article can help community health nurses in using information technology to improve healthcare for patients with hypertension effectively.

Keywords: Community nurse roles, hypertension, Thailand 4.0

บทนำ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ปี ค.ศ. 2008 พบว่าประชากรทั่วโลกร้อยละ 40 ที่มีอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยเชื้อชาติแอฟริกันพบจำนวนสูงสุด ร้อยละ 46 เชื้อชาติอเมริกันพบน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 35 ภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเสียชีวิตเป็นอันดับแรกคือโรคหลอดเลือดสมอง รองลงมาคือโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเสียชีวิตทุกปี ประมาณ 9.4 ล้านคน¹ โดย ค.ศ. 2013 มีประชากรชาวอเมริกันป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 3,600,000 คน ผู้ป่วยตายจำนวน 1,000 คน ต่อวัน อย่างไรก็ตามประชากร 1 ใน 5 ไม่ทราบว่าตนเองมีระดับความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา 7 ใน 10 คน มีอาการข้างเคียง² สำหรับ

ในประเทศไทยจากการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบความชุกภาวะความดันโลหิตสูง 24.7 เพิ่มขึ้นจาก 21.4 ในปี พ.ศ. 2552 หรือพบมีภาวะความดันโลหิตสูง 1 ใน 4 หรือประชากร 13 ล้านคนมีภาวะความดันโลหิตสูง หากพิจารณาตามภาค พบว่าภาคเหนือมีความชุกมากที่สุด รองลงมาคือภาคใต้ ภาคกลาง กรุงเทพมหานคร ภาคตะวันออก เฉียงเหนือตามลำดับ ในจำนวนนี้มีร้อยละ 44.7 หรือประชากรประมาณ 5.2 ล้านคน ไม่เคยทราบว่าตนเองมีภาวะโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน ปีพ.ศ. 2548 มีผู้ที่เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 2,446 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 7,115 ราย ในปีพ.ศ. 2557 หรือคิดเป็นอัตราตาย 11 คนต่อประชากรแสนคน อัตราตายก่อนวัยอันควร (30-69 ปี) ด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 3.3

คนต่อประชากรแสนคน จากการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ประชากรไทยมีแนวโน้มภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มขึ้น 1 เท่า และมีภาวะอ้วน 1.5 เท่า³ และได้มีการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560 พบว่าประชากรส่วนใหญ่คำนึงถึงความชอบมากที่สุดร้อยละ 22.1 รองลงมาคือ รสชาติ ความอยากรับประทาน และความสะอาด ร้อยละ 18.5, 18.2 และ 17.8 ตามลำดับ รับประทานอาหารสำเร็จรูป แช่แข็งหรืออาหารพร้อมปรุงแช่เย็นตามร้านสะดวกซื้อ ร้อยละ 46.6⁴ พฤติกรรมการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา ร้อยละ 23.4 ส่วนใหญ่จะมีกิจกรรมทางกายแบบเคลื่อนไหวน้อย เดินทางและทำงานออกแรงตามลำดับ⁵

ปัจจุบันประเทศไทยมีนโยบายพัฒนาประเทศเข้าสู่ยุคไทยแลนด์ 4.0 ซึ่งเน้นการขับเคลื่อนประเทศด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรม ในด้านสุขภาพก็มีการใช้เทคโนโลยีต่างๆมากมายมาใช้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยหรือพัฒนาระบบการบริการ และจากสถานการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มมากขึ้นจากสถิติที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จึงเป็นความท้าทายของพยาบาลชุมชนที่จะปฏิบัติงานโดยบูรณาการงานประจำให้สอดคล้องกับนโยบายไทยแลนด์ 4.0 บทความนี้เขียนจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาและประสบการณ์การทำงานของผู้เขียน มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอเกี่ยวกับไทยแลนด์ 4.0 ด้านสาธารณสุข เทคโนโลยีที่ใช้ในการขับเคลื่อนสู่ Health 4.0 ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และบทบาทพยาบาลชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ได้รับการบริการที่สะดวก รวดเร็ว สำหรับพยาบาลชุมชน

สามารถนำไปเป็นแนวทางในการให้พยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้เทคโนโลยีช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ออกแบบการให้บริการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงการติดตามผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดภาวะแทรกซ้อนจำนวนการเสียชีวิตลดลง ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน รวมไปถึงการลดต้นทุนในการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ไทยแลนด์ 4.0 ด้านสาธารณสุข

ประเทศไทยมีการพัฒนาเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมอย่างต่อเนื่อง จากโมเดลประเทศไทย 1.0 ที่เน้นการขับเคลื่อนประเทศด้วยเกษตรกรรม โมเดลประเทศไทย 2.0 ยุคอุตสาหกรรมเบาเน้นการผลิตเพื่อลดการนำเข้า และโมเดลประเทศไทย 3.0 ยุคอุตสาหกรรมหนักที่เน้นการผลิตเพื่อส่งออก แต่ยังมีประเด็นปัญหาว่าประเทศมีรายได้ปานกลาง มีความเหลื่อมล้ำของการกระจายรายได้ การพัฒนาไม่สมดุล จนกระทั่งปัจจุบันที่เริ่มขับเคลื่อนประเทศด้วยโมเดลประเทศไทย 4.0 เน้นการพัฒนาเศรษฐกิจด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรม (Innovation drive economy) โดยมีกลไกที่ใช้ในการขับเคลื่อน ดังนี้ กลไกการขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม กลไกการขับเคลื่อนด้วยการสร้างการมีส่วนร่วม และกลไกการขับเคลื่อนที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม 1 ใน 5 กลุ่มเทคโนโลยีและอุตสาหกรรมเป้าหมาย คือกลุ่มสาธารณสุข สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Health, Wellness and Bio-Med) ซึ่งมี Roadmap ในการสร้างและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางการแพทย์เพื่อผลักดันให้ประเทศไทยเป็น Medical hub ของอาเซียนภายในปี พ.ศ.2568 ดังรูป

เพื่อผลักดันให้เป็นประเทศไทยเป็น Medical Hub ของอาเซียนภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ (รูปที่ ๔)



รูปที่ ๔ Roadmap การพัฒนานวัตกรรมกลุ่มสุขภาพ

Activate Windows
Go to PC settings to activate Windows.

รูปที่ 1 แสดง Roadmap การพัฒนานวัตกรรมกลุ่มสุขภาพ

จากนโยบายประเทศไทย 4.0 จึงทำให้กลุ่มสาธารณสุข สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ต้องตอบสนองนโยบายนำไปสู่ Health 4.0 ซึ่งหมายถึงการปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพเดิมที่เป็นแบบ Analog ไปสู่ยุคใหม่ที่เป็นแบบ Digital โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเป็นเครื่องมือหลักในการปฏิรูประบบเนื่องจากปัจจุบันมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในชีวิตประจำวัน ทั้งในเรื่องงาน การพักผ่อนดูหนัง ฟังเพลง อ่านข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ การติดต่อธุรกิจ เป็นต้น^๖

เทคโนโลยีที่ใช้ในการขับเคลื่อนสู่ Health 4.0

ประกอบด้วยเทคโนโลยีสำคัญที่เป็นหลัก 7 ประการดังนี้⁷

1. Social webs and network

เป็นเทคโนโลยีที่สร้างมาเพื่อให้ข้อมูลต่างๆ สามารถเชื่อมโยงและติดต่อกันได้ผ่านอินเทอร์เน็ต เช่น ไลน์ (LINE) เฟซบุ๊ก (Facebook) ทวิตเตอร์ (Twitter) ยูทูบ (YouTube) เป็นต้น ซึ่งปัจจุบันการติดต่อกันผ่านช่องทางเหล่านี้เป็นที่นิยมกันอย่างมาก โดยเฉพาะช่องทางไลน์และเฟซบุ๊ก เนื่องจากสมัครใช้งานง่ายและเป็นการสื่อสารแบบสองทาง สามารถโต้ตอบกันได้อย่างรวดเร็ว ส่วนช่องทางยูทูบเป็นการ

สื่อสารแบบทางเดียวแต่ก็เป็นที่ยอมรับเนื่องจากได้เห็นภาพและได้ยินเสียง ประชาชนสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนได้เลย ช่องทางการสื่อสารประเภทนี้สามารถเชื่อมโยงการสื่อสารระหว่างประชาชนด้วยกันเองระหว่างประชาชนกับทีมสุขภาพ หรือระหว่างทีมสุขภาพ ส่งผลให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในการการดูแลสุขภาพ เปิดช่องทางการสื่อสาร และยังเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการรวมถึงลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพได้มากขึ้น เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลสำหรับประชาชนเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนใช้ยาได้เหมาะสมกับโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การแพ้ยา การดื้อยา ภาวะไตวาย เป็นต้น

2. Mobile application

เป็นการใช้โทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ตซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ในการสื่อสารในชีวิตประจำวัน ช่วยค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ เช่น การคัดกรองความเสี่ยงของโรคต่างๆ การคำนวณดัชนีมวลกาย การคำนวณอายุครรภ์ การคำนวณอัตราการกรองของไต โดยการพัฒนาแอปพลิเคชันต่างๆ นี้จะช่วยส่งเสริมการดูแลสุขภาพและเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการ

3. Internet of things

เป็นการฝังอุปกรณ์สื่อสารไว้ในสิ่งของต่างๆ

เพื่อส่งสัญญาณแก่ระบบหรือผู้ที่เกี่ยวข้องผ่านทาง อินเทอร์เน็ตได้ เช่น เทศบาลตำบลแสนสุข จังหวัด ชลบุรี ร่วมกับอาจารย์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จัดทำโครงการแสนสุข สมาร์ทซีดี พัฒนาระบบดูแลสุขภาพแบบอัจฉริยะ (Smart healthcare) แก้ไขปัญหาผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและต้องอยู่บ้านเพียงลำพังเนื่องจากลูกหลานต้องไปทำงานนอกบ้าน จึงคิดค้นอุปกรณ์ขนาดเล็กที่ รับส่งสัญญาณบลูทูธได้ โดยสามารถสวมเป็นกำไลหรือสร้อยคอได้ โดยอุปกรณ์นี้จะทำการบันทึกจำนวนก้าว การเคลื่อนไหว ระยะทางในการเดิน และรูปแบบการนอนหลับ อีกทั้งสามารถแจ้งเตือนมายังผู้ดูแลในศูนย์ดูแลสุขภาพ สถานพยาบาล หรือญาติเมื่อระบบตรวจจับกิจกรรมที่ไม่ปกติ เช่น การล้มหกล้ม หรือมีการกดปุ่มฉุกเฉินขึ้น⁸

4. Cloud computing

เป็นระบบจัดเก็บข้อมูลและประมวลผลข้อมูล ในคอมพิวเตอร์โดยจะอยู่ในสถานที่ใดก็ได้ ทั้งในประเทศและต่างประเทศโดยรับส่งข้อมูลผ่านระบบ อินเทอร์เน็ต ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการซื้อเครื่อง คอมพิวเตอร์และระบบการจัดเก็บข้อมูลขนาดใหญ่ ประชาชนสามารถจัดเก็บข้อมูลสุขภาพส่วนตัวได้ สามารถส่งต่อข้อมูลให้แพทย์หรือระบบอัตโนมัติแปลผลและวิเคราะห์ผลเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ การจัดตั้ง Private cloud ของรัฐบาลหรือกระทรวงที่เกี่ยวข้องแล้วให้สถานพยาบาลทั้งหมดมาใช้ทรัพยากรส่วนกลางจะทำให้ประหยัดงบประมาณ ลงไปได้มาก และสามารถเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการ เพื่อประสิทธิภาพในการดูแลรักษา แต่ปัจจุบันยังพบว่าการลงระบบข้อมูลหรือดัชนีชี้วัดสุขภาพของประชาชน/ผู้รับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลระดับอำเภอและ จังหวัดใช้ระบบที่แตกต่างกัน กล่าวคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะบันทึกข้อมูลผู้รับบริการในฐาน ข้อมูล JHCIS โรงพยาบาลประจำอำเภอจะบันทึกข้อมูลผู้รับบริการในฐานข้อมูล HosXP ส่วน

โรงพยาบาลประจำจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์จะมีระบบการบันทึกข้อมูลเป็นของตนเอง ทำให้มีค่าใช้จ่ายที่ซ้ำซ้อนและข้อมูลผู้ป่วยไม่เป็นปัจจุบัน

5. Big data and health analytics

เป็นการจัดเก็บข้อมูลที่มีจำนวนมากไว้ในระบบ Cloud computing และมีการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆของผู้ป่วยอย่างแม่นยำ และเหมาะสมกับแต่ละคน โดยข้อมูลที่บันทึกนั้นจะมีตั้งแต่ประวัติการเกิด การได้รับวัคซีน การผ่าตัด การแพ้ยา การประสบอุบัติเหตุ การเจ็บป่วยที่ผ่านมา เพื่อนำมาประกอบการวินิจฉัยโรคและการรักษา เป็นการเพิ่มความรวดเร็วในการให้บริการ และคุณภาพการรักษา

6. Robotics

หุ่นยนต์ได้มีการพัฒนามาเรื่อยๆ จนปัจจุบันเริ่มมีการใช้งานเพื่อช่วยดูแลสุขภาพ และการบริการผู้ป่วย เช่น โรงพยาบาลมงกุฎวัฒนะได้ทดลองใช้หุ่นยนต์ช่วยเดินเอกสารหรือขนของภายในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อลดค่าแรงการจ้างพนักงาน ประหยัดเวลา เพิ่มความสะดวกรวดเร็ว แม่นยำ และประสิทธิภาพ ในการบริการผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งแก้ปัญหาขาดแคลนบุคลากร หรือโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งใช้หุ่นยนต์ช่วยผ่าตัด มีความแม่นยำในการกำหนดทิศทางและองศา การทำงานของศัลยแพทย์ร่วมกับหุ่นยนต์ จึงเพิ่มประสิทธิภาพความแม่นยำ ลดความผิดพลาด ลดภาวะแทรกซ้อนจากการฝังสกรูผิดตำแหน่ง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อไขสันหลังและเส้นประสาทได้

7. Artificial intelligences

หรือเรียกว่า ปัญญาประดิษฐ์ เป็นเทคโนโลยีที่ทำให้เกิดระบบอัตโนมัติที่ช่วยดูแลสุขภาพ อาจพัฒนาให้อยู่ในรูปแบบ Mobile application ให้ผู้ใช้สามารถส่งข้อมูลให้ระบบช่วยวิเคราะห์และให้คำแนะนำได้ เช่น นาฬิกาข้อมือมีฟังก์ชันนับก้าว คำนวณแคลอรี บันทึกการเคลื่อนไหว และการนอนหลับ หรือระบบปัญญาประดิษฐ์สามารถช่วยวินิจฉัยโรคคอหอยอักเสบ คำนวณอัตราการกรองของไต เป็นต้น

บทบาทพยาบาลชุมชนในการใช้เทคโนโลยีต่างๆ เข้ามาประยุกต์ใช้ในดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูง^{9,10}

1. บทบาทผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (Health care provider role) พยาบาลชุมชนจัดบริการสุขภาพให้ประชาชน ที่ผสมผสานและสอดคล้องกับนโยบายสุขภาพ ให้ครบถ้วนทุกมิติทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นสำคัญ และเป็นการทำงานเชิงรุก โดยมีการเข้าไปสำรวจปัญหา ความต้องการของประชาชน เพื่อให้การบริการที่ครอบคลุมตอบสนองความต้องการที่แท้จริง เทคโนโลยีที่สามารถใช้ในการบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น นวัตกรรมคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้หลักการป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี (3อ. 2ส.) วงล้อป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี เป็นเครื่องมือคัดกรองและจัดความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ด้วยการเทียบกับป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี เพื่อแบ่งประชาชนออกเป็น 4 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มปกติ สีขาว กลุ่มเสี่ยง สีเขียวอ่อน กลุ่มป่วยระดับ 0 สีเขียวเข้ม ระดับ 1 สีเหลือง ระดับ 2 สีส้ม ระดับ 3 สีแดง และกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน สีดำ หรืออาจเป็นการพัฒนาระบบบริการเดิมโดยใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วย เช่น พัฒนาระบบการเยี่ยมบ้าน พยาบาลร่วมกับเจ้าหน้าที่อสม. เข้าเยี่ยมบ้านและมีการติดตามพฤติกรรมทางโทรศัพท์ ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นและความดันโลหิตลดลง^{11,12} อย่างไรก็ตามพยาบาลอาจจะพัฒนาแอปพลิเคชัน หรือระบบการบริการ การติดตามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น Application การบันทึกเส้นรอบเอว น้ำหนัก ระดับความดันโลหิต แล้วมีการส่งข้อมูลมายังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้พยาบาลประเมินความเสี่ยง ความรุนแรง และวางแผนให้การพยาบาลต่อไป

2. บทบาทผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ (Health educator role) พยาบาลชุมชนให้ความรู้เพื่อต้องการพัฒนาศักยภาพของประชาชนให้มีความรู้ใน

การดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว การให้ความรู้อาจใช้วิธีการสอนสุขศึกษาในรูปแบบต่างๆ การจัดอบรมพัฒนาทักษะ ศักยภาพ การส่งความรู้ผ่านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย เช่น เพชบุ๊ก ไลน์ สไกด์ ช่องทางและวิธีการให้ความรู้ต้องเหมาะสมกับกลุ่มประชาชนแต่ละระดับด้วย เทคโนโลยีที่สามารถใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น นวัตกรรมกล่องเสียงสุขภาพป้องกันจรรยา 7 สี เมื่อกดปุ่มสีเลือกตามกลุ่มที่ต้องการจะมีเสียงให้ความรู้เรื่องคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติเมื่อเป็นกลุ่มเสี่ยง หรือเป็นโรคความดันโลหิตสูงแต่ละระดับ ปัจจุบันมีการผลิตเพื่อออกจำหน่ายแล้วราคาเริ่มต้นที่ 890 - 1,590 บาท นอกจากนั้นยังมีแอปพลิเคชัน “RDU รู้เรื่องยา” ให้คำแนะนำประชาชนเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย สมเหตุสมผล โดยสามารถบันทึกข้อมูลการใช้ยา โดยสแกน QR code บนซองยาเพื่อบันทึกข้อมูลยาของตนเชื่อมต่อกับการใช้ยาที่สถานพยาบาลที่รักษาอยู่ เพื่อลดการซ้ำซ้อนและปัญหาอันตรกิริยาระหว่างยาได้ (Drug interaction) นอกจากนั้นยังมีข้อมูลการใช้ยาที่สำคัญรวมถึงสามารถค้นหาโรงพยาบาลและร้านยาคุณภาพได้ สะดวกและรวดเร็วขึ้น ส่วนการให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชัน ในโรคความดันโลหิตสูงยังไม่มีใครพัฒนา แต่ได้มีนักศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์พัฒนาแอปพลิเคชัน Kidney Pro-Tech ซึ่งเป็นระบบติดตามอาการผู้ป่วยโรคไต ผู้ป่วยจะบันทึกข้อมูลต่างๆ ได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร การดื่มน้ำและอาหารที่รับประทาน ซึ่งระบบจะประมวลผลออกมาว่าอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมหรือไม่ หากมีอาการไม่ปกติ สามารถตรวจสอบอาการเบื้องต้น ซึ่งระบบจะมีข้อแนะนำวิธีการบรรเทาอาการเบื้องต้นจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หรือหากประเมินแล้วพบว่ามีอาการรุนแรง ระบบจะมีปุ่มฉุกเฉินสำหรับแจ้งโรงพยาบาลหรือหน่วยฉุกเฉิน

3. บทบาทผู้วิจัย (Researcher role) พยาบาลชุมชนดำเนินการทำวิจัยเพื่อปรับปรุงระบบหรือการให้บริการสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น การวิจัยดังกล่าว

อาจเป็นการวิจัยด้านการพัฒนางาน หรือพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน โดยบทบาทผู้วิจัยของพยาบาลสามารถดำเนินการร่วมกับประชาชน ทั้งนี้จะช่วยให้ประชาชนมีศักยภาพด้านการวิจัย เทคโนโลยีที่สามารถใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดจากการวิจัยของพยาบาลชุมชนได้แก่ การพัฒนาบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน เรื่องการดูแลตนเองสำหรับชาวไทยมุสลิมเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยพยาบาลผู้วิจัยใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเป็นสื่อในการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองโดยกำหนดเนื้อหาตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ผลการวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างว่าคะแนนความรู้เฉลี่ยหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนด้วยคอมพิวเตอร์ช่วยสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพึงพอใจต่อการใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนในระดับมาก ซึ่งนวัตกรรมชิ้นนี้มีจุดเด่นคือให้ความรู้แบบบรรยายทั้งภาษาไทยและภาษามลายู ให้ทำแบบทดสอบหากตอบผิดจะเฉลยคำตอบที่ถูกต้องให้ได้รับรางวัลประกวดนวัตกรรมจากพยาบาลแห่งประเทศไทย พ.ศ.2558 และได้รับทุนการพัฒนาสื่อจากสภาการพยาบาล พ.ศ.2556¹³

4. บทบาทผู้ประสานความร่วมมือ (Collaborator role) พยาบาลชุมชนร่วมทำงาน ประสานความร่วมมือกับทุกฝ่ายที่จะช่วยดำเนินงานเพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพและพัฒนาสุขภาพของประชาชน เนื่องจากไม่สามารถดำเนินงานได้เพียงลำพัง พยาบาลชุมชนต้องเป็นผู้ประสานความร่วมมือกับภาคีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การดำเนินงานมีการประสานความร่วมมือ และบูรณาการการทำงานไปพร้อมๆ กัน ต้องประสานงานทั้งผู้ที่อยู่ระดับต่ำกว่า สูงกว่าหรือระดับเดียวกัน เพราะการทำงานในชุมชนจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นประชาชน หน่วยงานต่างๆ องค์กรภาครัฐและเอกชน ตัวอย่างของการประสานความร่วมมือกับหลายฝ่าย จนทำให้เกิดเทคโนโลยีที่พัฒนาระบบการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและทีมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

โดยใช้ Google map zoning นอกจากนั้นยังมีแอปพลิเคชันที่ใช้ในการให้บริการ เช่น สำนักงานรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์ (องค์การมหาชน) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ร่วมกันพัฒนาแอปพลิเคชัน “RAMA appointment” เพื่อเพิ่มช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้รับบริการของโรงพยาบาลรามาธิบดีและประชาชนโดยทั่วไป โดยสามารถเข้าถึงข้อมูลบริการนัดหมาย และเลื่อนนัดได้ด้วยตนเอง เป็นการลดระยะเวลาการขอรับบริการ โดยหลังจากรับการตรวจจากแพทย์แล้ว ผู้รับบริการสามารถกลับบ้านได้โดยไม่ต้องรอบัตรนัดใหม่ ซึ่งทำให้ผู้รับบริการและประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงข้อมูลได้สะดวกจากทุกที่ ทุกเวลา ผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ (Mobile devices) พยาบาลชุมชนอาจประสานความร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญระบบคอมพิวเตอร์เพื่อช่วยกันออกแบบการจัดคิวรับบริการผู้ป่วยในชุมชน หรือร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีพัฒนาระบบที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

5. บทบาทผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) พยาบาลชุมชนกระตุ้น สนับสนุนให้ชุมชนเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในทิศทางที่ดีขึ้น โดยการให้ข้อมูลสุขภาพที่ทันสมัย เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลง สนับสนุนการสร้างองค์ความรู้ใหม่ หรือพัฒนาความรู้ที่ต่อยอดทำให้เกิดนวัตกรรมสุขภาพของชุมชน การปรับเปลี่ยนแนวคิดนโยบายที่เป็นของบริบทชุมชนเอง สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงกับภาวะสุขภาพของชุมชน ตัวอย่างเช่น มีการใช้แอปพลิเคชัน “Saraphihealth” ใน อ.สารภี จ.เชียงใหม่ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่สร้างขึ้นเพื่อจัดเก็บข้อมูลสุขภาพของประชาชนทุกคนในอำเภอ ที่สำคัญมีการนำเอา Google map มาพัฒนา ทำให้สามารถระบุตำแหน่งพื้นที่หมู่บ้าน และชุมชนที่ดูแลได้ และการนำ Saraphihealth มาใช้เก็บข้อมูลสุขภาพของชุมชนจะช่วยให้พยาบาลชุมชนและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์และวางแผนการจัดการสุขภาพของคนในชุมชนได้อย่างถูกต้อง ช่วยลดภาระโรคจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างเป็นระบบ

จุดเด่นอีกประการหนึ่งคือให้เยาวชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่จะเป็นผู้รวบรวมข้อมูล ซึ่งเป็นการเน้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมใน กิจกรรม¹⁴

6. ผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) พยาบาลชุมชนให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการที่ต้องการรับข้อมูลและปรึกษาปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต ปัจจุบันช่องทางการให้คำปรึกษาไม่ใช่แค่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการต้องเข้ามาพบพยาบาลที่สถานบริการสุขภาพเท่านั้น การเปิดช่องทางอื่นๆ ที่ง่ายต่อการให้คำปรึกษาของผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในช่องทางการให้บริการ เนื่องจากเทคโนโลยีปัจจุบันมีความทันสมัย และการติดต่อสื่อสารที่ง่าย ทำให้มีแหล่งการให้คำปรึกษาสุขภาพที่มีความจำเพาะเจาะจงกับโรค เช่น การปรึกษาทางไลน์ ทางโทรศัพท์ สายสุขภาพจิต โทร 1667 สายคุ้มครองผู้บริโภค โทร 1166 สายนี้ตลอดบุหรื โทร 1600 นอกจากนี้พยาบาลชุมชนยังสามารถเพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยได้โดยผ่านทางแอปพลิเคชัน เช่น ไลน์ (LINE) เฟซบุ๊ก (Facebook) ทวิตเตอร์ (Twitter) เป็นต้น หรืออาจมีการตั้งกลุ่มไลน์ของผู้ป่วยและพยาบาลเพื่อเป็นช่องทางในการให้คำปรึกษาเพิ่มเติมจากเดิม

7. ผู้บริหารจัดการ (Manager) พยาบาลชุมชนบริหารจัดการให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนและวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ การบริหารจัดการในปัจจุบันเน้นการบริหารจัดการในการดำเนินงานโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกันในชุมชน พยาบาลชุมชนจะไม่สามารถดำเนินการ

จัดการเพียงลำพัง การบริหารจัดการจำเป็นต้องให้ผู้รับบริการในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่มีสุขภาพและภาคีเครือข่ายต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วม มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบเพื่อกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกของการเป็นเจ้าของสุขภาพของชุมชนร่วมกัน เพื่อให้เกิดการบูรณาการการทำงานและใช้ทรัพยากรของชุมชนได้อย่างคุ้มค่ามากที่สุด¹⁵ นอกจากนี้พยาบาลชุมชนยังสามารถพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อช่วยในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางไผ่ อำเภอยะหา จังหวัดยะลา เจ้าหน้าที่ได้พัฒนาโปรแกรมจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยโปรแกรมมีระบบการคัดกรอง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สุขภาพช่องปาก ภาวะข้อเข่าเสื่อม และกลุ่มอาการ Geriatric syndrome เป็นต้น โดยนำข้อมูลจากการคัดกรอง มาประยุกต์ใช้กับข้อมูลการรับบริการ และข้อมูลที่มีอยู่ในฐาน Database JHCIS ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย¹⁶

สรุป

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของประเทศที่ต้องการขับเคลื่อนประเทศไปสู่ไทยแลนด์ 4.0 พยาบาลชุมชนเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีหรือนวัตกรรมต่างๆ ที่เหมาะสมตามบริบทเพื่อพัฒนาให้การบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. A global brief on HYPERTENSION: Silent killer, global public health crisis [online]. 2013 [cited 2019/01/26]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79059/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf;jsessionid=00722D628EA9B15E2CD3E095089A35E7?sequence=1
2. Centers for disease control and prevention. High Blood Pressure Facts [online]. 2018 [cited 2018/11/7]. Available from: <https://www.cdc.gov/bloodpressure/facts.htm>

3. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Summary of the surveillance system analysis approach 5 groups of 5 diseases 2016. Samutprakran: T.S. interprint; 2016. (in Thai)
4. National Statistical Office. Executive summary of the Consumer Behavior Survey in population. 2017 [online]. 2018 [cited 2018/11/7]. Available from: <http://www.nso.go.th> (in Thai)
5. National Statistical Office. The 2015 Physical Activity Survey [online]. 2018 [cited 2018/11/7]. Available from: <http://www.nso.go.th> (in Thai)
6. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. Thailand 4.0 Summary of public health [online]. 2018 [cited 2018/06/23]. Available from: https://ict.moph.go.th/upload_file/files/f458b9e53681c00be9b974f6f22e8f76.pdf
7. Paoin, W. Thailand Health 4.0 challenges and opportunities. Journal of the Thai Medical Informatics Association, 2017; 1: 31-36. (in Thai)
8. Saen Suk Municipality. Bangsaen Smart City [online]. 2016 [cited 2018/01/26]. Available from: <https://www.saensukcity.go.th/news/gallery/1259-160726-smart-city.html>
9. Krinuwat, K., kachakri, R. Community Health Nursing. Bangkok: Textbook of Faculty of Nursing Mahidol University; 2016. (in Thai)
10. Wisurasing, L., Wora-aroon, S. Community Nursing Process: Concept, Theory and Application of Public Health Care. Bangkok: Chulalongkorn University; 2017. (in Thai)
11. Ontha, R., Moolsart, S, Pitchayapinyo, P. The Development of a Home Visit Model based on Participation between Professional Nurses and Village Health Volunteers for Type II Diabetes. Journal of Nursing and Health Care, 2016; 34(4): 19-27. (in Thai)
12. Terathongkum, S., Prasatkaew, N., Maneesriwongul, W. Effects of a Home Visit and Telephone Follow-up Program on Health Behaviors and Health Status in Persons with Uncontrolled Hypertension. Ramathibodi Nursing Journal, 2014; 20(3). 356-371. (in Thai)
13. Jehdoloh, S., Kaveevivitchai, C., Piaseu, N, Neelapaichit, N. Development of Computer-Assisted Instruction on Self-Care for Thai Muslims with Hypertension. Thai Journal of Nursing Council, 2016; 31(1). 83-94. (in Thai)
14. Thai Health Promotion Foundation. “Saraphi Health” Health Information System of Amphoe Sang Suk [online]. 2013 [cited 2018/11/08]. Available from: <http://www.thaihealth.or.th>
15. Wongtib U, Udomvong N, Narin R. Development of Hypertension Prevention Program Among People at Risk by Community Participation. Nursing Journal, 2015; 42(4): 12-24. (in Thai)
16. Musur A. The Program for Managing Elderly Health Data. Thai Journal of Public Health and Health Sciences, 2017; 1(2). 52-64. (in Thai)

ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาต่อทักษะความคิดเชิงระบบของ
นักศึกษาพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค ในรายวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาล
มารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2*

Effects of Case Study Learning on Systemic Thinking Skill of
McCormick Nursing Students in Maternal-Child Nursing and
Midwifery Practicum II Subject*

กัญญาพัชญ์ จาอ้าย ศษ.ม.**	Kanyapat Chaeye M.Ed.**
เยาวเรศ สมทรัพย์ พย.ม.***	Yaowaras Somsap M.N.S.***
ชัชฎาภรณ์ นันทขว้าง พย.ม.****	Chadchadaporn Nuntakwang M.N.S.****
อมรเลิศ พันธุ์วัตร พย.ม.****	Amornlert Phanvatr M.N.S.****

Corresponding Authors : Email: Kanyapatchaeye@gmail.com

Received: 22 April 2019, Revised: 11 May 2019, Accepted: 14 May 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาต่อทักษะความคิดเชิงระบบของนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2561 ที่ฝึกปฏิบัติในรายวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2 (พบ. 485) ที่แผนกห้องคลอดและหลังคลอด จำนวน 58 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 29 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ สถานการณ์กรณีศึกษาของแผนกห้องคลอดและหลังคลอด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบทดสอบวัดความคิดเชิงระบบ ระยะเวลาเก็บข้อมูล 10 เดือนระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2561 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติค่าที่

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเชิงระบบไม่มีความแตกต่างกัน ($p < .05$) แต่กลุ่มทดลองภายหลังการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยความคิดเชิงระบบสูงกว่าก่อนการได้รับการสอนโดยใช้กรณีศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 สะท้อนว่าการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาช่วยส่งเสริมและพัฒนาการคิดเชิงระบบให้นักศึกษาพยาบาล

* ได้รับทุนอุดหนุนจากสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ Email: kanyapatchaeye@gmail.com

** Assist. Prof., McCormick Faculty of Nursing, Payap University

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ Email: Ysomsap@gmail.com

*** Assoc. Prof., McCormick Faculty of Nursing, Payap University

**** อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ Email: chadchadaporn.tam@gmail.com

**** Instructor of McCormick Faculty of Nursing, Payap University Email: amornlert.p@gmail.com

คำสำคัญ: การจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา ทักษะความคิดเชิงระบบ นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This Quasi-experimental research aimed to study the effects of case study Learning on systemic thinking skill of the nursing students. The 58 samples were senior nursing students in McCormick Faculty of Nursing, Payap University who enrolled in the Maternal- Child Nursing and Midwifery Practicum II (SN. 485) in 2018. Purposive sampling was used. The 29 samples were assigned equally in number to the experimental group and control group. Research instruments included case study scenario and the questionnaires consisted of 2 parts namely demographic data and systemic thinking evaluation form. Data were collected between September 2018 - June 2019 then analyzed using descriptive statistics and t - test.

The results showed that there were no statistical differences of the mean score of systemic thinking ($P < .05$) among that the experimental group and the control group. However, there were statistical differences of the mean score of systemic thinking ($p < .001$) in the experimental group before and after receiving the case study scenario. The findings reflect that learning and teaching using case study scenario help promoting and developing systemic thinking in nursing student.

Key Words: Case study scenario learning, Systemic thinking, Nursing student

ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

ปัจจุบันมีการจัดการศึกษาโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ เพื่อเป็นเครื่องมือกระตุ้นผู้เรียนให้เกิดการเรียนรู้ ที่เรียกว่า Education 4.0 ซึ่งการจัดการเรียนการสอนลักษณะนี้ จะเน้นให้ผู้เรียนสร้างสรรค์นวัตกรรมและการวิจัยด้วยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โดยมีกระทรวงศึกษาธิการส่งเสริมและสนับสนุนด้านลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้ ยกระดับมาตรฐานภาษาอังกฤษ พัฒนาและส่งเสริมผู้มีความสามารถพิเศษด้านวิทยาศาสตร์ คณิตศาสตร์และเทคโนโลยี การจัดการเรียนรู้ทำโดยนำครูจากหลายสาขาวิชามาร่วมมือกันพัฒนา เพื่อเป็นอีกหนึ่งแนวทางส่งเสริมทักษะที่จำเป็นสำหรับผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 โดยหวังว่าแนวทางใหม่นี้จะช่วยแก้ปัญหาผู้เรียนที่ไม่เข้าใจบทเรียน แต่ใช้วิธีเรียนแบบท่องจำ เพื่อให้ตนเองสอบผ่านเท่านั้น และลักษณะ

การเรียนการสอนแบบเดิมเน้นการบรรยาย ซึ่งเมื่อเวลาผ่านไปอีกภาคการศึกษาหนึ่ง ผู้เรียนมักลืมบทเรียนที่จบไปแล้ว ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้เรียนไม่ได้เข้าใจบทเรียนอย่างแท้จริง และมองไม่เห็นประโยชน์ในการนำไปใช้ในชีวิตจริง หรืออาจมาจากผู้เรียนไม่สามารถเชื่อมต่อกับความรู้เป็นภาพใหญ่ได้ ซึ่งการจัดการเรียนการสอนแบบกรณีศึกษาและการคิดเชิงระบบจะช่วยแก้ปัญหานี้ได้

การจัดการเรียนการสอนโดยกรณีศึกษา (Case study) นั้นเน้นการมีโจทย์ปัญหาท้าทายผู้เรียนให้คิดแก้ปัญหาก่อนลงมือปฏิบัติ² ซึ่งการนำกรณีศึกษาเข้ามาจัดรูปแบบการเรียนรู้ที่เรียกว่า Problem-based Learning (PBL) หรือการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน เป็นวิธีการเรียนรู้ที่เป็นผลมาจาก การแก้ปัญหาโดยใช้ความรู้ที่ผู้เรียน ทำการสืบค้นเองจึงเป็นที่ยอมรับว่าการกรณีศึกษาทำให้การเรียนรู้ของ

ผู้เรียนมีประสิทธิภาพ⁴ ด้วยเหตุผลดังนี้ 1) ผู้เรียนสามารถสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเองบนพื้นฐานจากสิ่งที่รู้อยู่แล้ว กับสิ่งที่ผู้เรียนสนใจนำมาสัมพันธ์กับกรณีศึกษา ทำให้พัฒนาการสร้างคำถามที่มีความหมายทางวิทยาศาสตร์ และนำไปสู่การสืบค้นต่อไป 2) ระหว่างที่ผู้เรียนวิเคราะห์กรณีศึกษานั้น ผู้เรียนต้องทำงานเป็นกลุ่ม อย่างร่วมมือร่วมใจกัน เพื่อหาข้อสรุปของกลุ่มว่าได้เรียนรู้อะไรบ้างจากกรณีศึกษา และต้องการเรียนรู้อะไรเพิ่มเติมอีก และ 3) ผู้เรียนได้เรียนรู้การเคารพความคิดเห็นซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีกระบวนการปรับแนวความคิดที่คลาดเคลื่อนของสมาชิก ระหว่างที่มีการอภิปรายในกลุ่มกรณีศึกษา โดยกรณีศึกษาสามารถนำมาใช้ได้ทั้งด้านการสอนและการประเมิน^{5,6} ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนพัฒนาทักษะการคิดขั้นสูง โดยนำเหตุการณ์มาดัดแปลง เพื่อเป็นตัวช่วยให้ผู้เรียนได้ศึกษา วิเคราะห์ จนเข้าใจปัญหา และสามารถแก้ไขปัญหามาทางวิทยาศาสตร์ได้อย่างมีเหตุผล^{7,8,9} โดยความคิดเชิงระบบเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาทักษะการคิดขั้นสูง ที่สามารถนำมาพัฒนาผู้เรียนให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพในการฝึกปฏิบัติ กรณีศึกษาแบ่งเป็นกรณีศึกษาปลายปิด (Close-ended case study) คือ กรณีศึกษาที่มีแนวทางการแก้ปัญหาไว้เรียบร้อยแล้ว และกรณีศึกษาปลายเปิด (Open-ended case study) คือ กรณีศึกษาที่ยังไม่มีแนวทางการแก้ปัญหาไว้ ซึ่งผู้เรียนต้องร่วมระดมความคิดเห็นกัน ในการหาวิธีแก้ไขด้วยกระบวนการกลุ่ม ซึ่งการเรียนแบบกรณีศึกษาจำเป็นต้องใช้การคิดเชิงระบบร่วมด้วยเสมอ

ความคิดเชิงระบบ (Systems thinking) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่มีการคิดและมองสถานการณ์หรือสิ่งต่างๆ แบบองค์รวม เพื่อนำมาเป็นกรอบแนวคิดของการทำงาน ที่มองความเชื่อมโยงกันระหว่างองค์ประกอบย่อยอย่างสมเหตุสมผล จึงใช้ในการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทักษะความคิดเชิงระบบยังเป็นความสามารถของบุคคล ที่แสดงออกถึงการพิจารณาปัญหาหรือสิ่งต่างๆ อย่างเป็นขั้นเป็นตอน มีกระบวนการทำความเข้าใจ

ปรากฏการณ์ หรือสิ่งต่างๆ โดยคำนึงถึงองค์ประกอบทั้งหมด มีลำดับขั้นตอนที่เป็นเหตุเป็นผล และมีเป้าหมายชัดเจน¹⁰ ซึ่งการคิดลักษณะนี้สามารถช่วยออกแบบการแก้ปัญหา เพื่อให้บรรลุเป้าหมายรวดเร็ว โดยใช้วิธีคิดหลายแบบ ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ดังนั้นทักษะในการคิดเชิงระบบ จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับนักศึกษาพยาบาลทุกคน เนื่องจากวิชาชีพพยาบาลมีหน้าที่ดูแลผู้รับบริการทุกสภาวะสุขภาพ ต้องมีการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาภายใต้สถานการณ์ที่แตกต่างกันไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันที่วิชาชีพพยาบาลได้เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมทุกด้านอย่างรวดเร็ว

การก้าวเข้าสู่สังคมศตวรรษที่ 21 ในอนาคตนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีสิ่งแวดล้อมและการดำเนินชีวิตอย่างก้าวกระโดด รวมถึงระบบการศึกษา ซึ่งการศึกษาถือเป็นหัวใจในการพัฒนาคน ดังนั้นระบบการศึกษาพยาบาลเอง จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพัฒนากระบวนการในการเรียนการสอน ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมศตวรรษที่ 21 และต้องพัฒนาการเรียนการสอน เพื่อให้สอดคล้องกับผู้เรียนที่มีลักษณะของความเป็นตัวของตัวเอง คิดเร็ว ทำเร็ว มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง ชอบท้าทาย มีวิถีชีวิตที่ทันสมัย และนิยมสื่อสารผ่านเทคโนโลยีที่ก้าวล้ำยุค¹¹ ซึ่งฝ่ายการจัดการศึกษาพยาบาลควรจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ฝึกให้คิดอย่างเป็นระบบ คิดวิเคราะห์เรื่องราวต่างๆ ให้สอดคล้องและเป็นเหตุเป็นผล คิดเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นการเรียนกลุ่มเล็กไม่เกิน 8 คน ทำให้อาจารย์มีโอกาสดูแลนักศึกษาอย่างใกล้ชิด สามารถจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ เพื่อติดตามพัฒนาการด้านการคิด และการปฏิบัติได้ง่าย

ในรายวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารก และการผดุงครรภ์ 2 (พบ.485) เป็นรายวิชาหนึ่งที่มีการปรับการเรียนการสอนอย่างต่อเนื่องทุกปี เพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้เรียนมากที่สุด จากการศึกษาประเมินผลรายวิชา และจากประสบการณ์ของผู้วิจัย

ในการจัดการเรียนการสอนรายวิชานี้พบว่า นักศึกษาสามารถปฏิบัติทักษะแต่ละด้านได้ตามวัตถุประสงค์ด้านการเรียนรู้ของรายวิชา แต่ความสามารถด้านความคิดเชิงระบบของนักศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ซึ่งผลสรุปเรื่องการคิดเชิงระบบนี้มาจากอาจารย์นิเทศทั้งหมดเป็นผู้ให้ข้อมูล ที่รวบรวมจากการร่วมอภิปรายกลุ่มกับนักศึกษาขณะจัดการเรียนการสอน โดยอาจารย์นิเทศพบว่านักศึกษาไม่สามารถยกตัวอย่างหรือแก้ปัญหากรณีที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการที่ได้รับมอบหมาย ทั้งยังไม่สามารถตอบคำถามได้ดีเท่าที่ควร ตลอดจนการสรุปปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการ นอกจากนี้ การเรียบเรียงคำพูดที่ผ่านกระบวนการคิด ไตร่ตรอง เพื่อให้ได้คำตอบที่ถูกต้องยังไม่อยู่ในระดับที่น่าพอใจ ดังนั้น ปีการศึกษา 2561 คณะผู้วิจัยได้ออกแบบให้นักศึกษาฝึกการคิดวิเคราะห์เชิงระบบ และฝึกคิดแก้ปัญหาผ่านกรณีศึกษา โดยตั้งวัตถุประสงค์ให้นักศึกษาเกิดการพัฒนาทักษะทางปัญญา สำหรับการคิดเชิงระบบเป็นทักษะการคิดที่สำคัญมากในการเรียนวิชาชีพพยาบาล และนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตในยุคปัจจุบันให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม จากเหตุผลดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ ต่อทักษะความคิดเชิงระบบของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิคชั้นปีที่ 4 ในรายวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2 (พบ.485) แผนกห้องคลอดและแผนกหลังคลอด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาต่อทักษะความคิดเชิงระบบของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค ในรายวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2 (พบ.485)

สมมติฐานการวิจัย

1. นักศึกษากลุ่มที่ได้รับการจัดการสอนโดยใช้กรณีศึกษามีคะแนนเฉลี่ยของทักษะความคิดเชิงระบบสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้กรณีศึกษา
2. นักศึกษากลุ่มที่ได้รับการจัดการสอนโดยใช้กรณีศึกษามีคะแนนเฉลี่ยของทักษะความคิดเชิงระบบหลังการใช้กรณีศึกษาสูงกว่าก่อนการใช้กรณีศึกษา

นิยามศัพท์เฉพาะ

ทักษะความคิดเชิงระบบ หมายถึง การที่นักศึกษาพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค ฝึกคิดอย่างเป็นระบบ คิดวิเคราะห์เรื่องราวต่างๆ ที่มีความสอดคล้องกัน เป็นเหตุเป็นผล คิดเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ โดยผ่านกรณีศึกษาที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ประเมินโดยใช้แบบทดสอบการวัดความคิดเชิงระบบที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา หมายถึง การจัดการเรียนการสอนในคลินิกแผนกห้องคลอดและแผนกหลังคลอด ที่เป็นแหล่งฝึกปฏิบัติ โดยใช้กรณีศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ในฝึกทักษะการคิดเป็นเหตุเป็นผล เพื่อให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้โดยสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของรายวิชาการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2 (พบ.485)

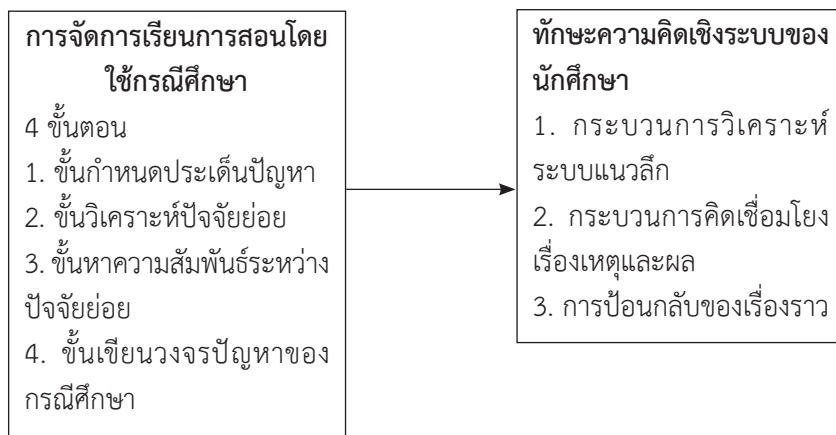
นักศึกษาพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค หมายถึง นักศึกษาพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิคชั้นปีที่ 4 ที่ลงทะเบียนเรียน รายวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2 (พบ.485) ในแผนกห้องคลอด และแผนกหลังคลอด ปีการศึกษา 2561

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้การจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาในคลินิก ซึ่งเป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่เรียกว่า Problem-based learning (PBL) หรือเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานตามแนวคิดของ

constructivism และการประยุกต์ใช้แนวคิดของ ฟริบโจป คอปรา (Frijfjob capra) มาเป็นแนวคิดในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้ให้นักศึกษาฝึกคิดวิเคราะห์เชิงระบบและฝึกคิดแก้ปัญหา ผู้วิจัยได้นำขั้นการจัดการเรียนการสอนโดย

จัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา 4 ขั้นตอน โดยคาดหวังให้เกิดประโยชน์สูงสุดในทักษะความคิดเชิงระบบของนักศึกษา ดังแสดงแผนภาพ ดังนี้



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2561 ที่ฝึกปฏิบัติในรายวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2 (พบ.485) ในแผนกห้องคลอด และแผนกหลังคลอด จำนวน 123 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2561 ที่ฝึกปฏิบัติในรายวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2 (พบ.485) ในแผนกห้องคลอด และหลังคลอด จำนวน 58 คน ซึ่งเป็นจำนวนนักศึกษาที่อยู่ช่วงฝึกปฏิบัติงานในรายวิชาพบ.485 โดยอีก 65 คนได้ฝึกปฏิบัติการพยาบาลในรายวิชาอื่น

โดยคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด การศึกษาครั้งนี้กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ระดับปานกลาง คือ 0.50 กำหนดค่าระดับความเชื่อมั่นที่ 0.95 อ้างอิงการทดสอบเท่ากับ 0.80 เมื่อนำไปเปิดตารางอำนาจการทดสอบของโคเฮน (1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 58 คน¹ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 29 คน สุ่มจับ

ฉลากเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองและปฏิบัติตามหลักการของ Kerlinger โดยยึดหลักการควบคุมตัวแปรภายนอก ไม่ให้มีผลต่อตัวแปรตาม คือ

1. Maximization of Systematic Valiance (Max.) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการจัดการเรียนการสอนที่แตกต่างกันกล่าวคือ กลุ่มทดลองได้รับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โจทย์สถานการณ์กรณีศึกษา ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการจัดการเรียนการสอนตามปกติ ซึ่งเป็นการทำให้ความแปรปรวนอันเนื่องมาจากตัวแปรอิสระหรือตัวแปรทดลองมีค่าสูงที่สุด

2. Minimization of Error Variance (Min.) เป็นการลดความแปรปรวน อันเนื่องมาจากความคลาดเคลื่อนให้มีค่าต่ำสุด โดยนักศึกษาที่อยู่ในการวิจัยนี้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันทุกประการ ได้แก่ การลงทะเบียนฝึกปฏิบัติการพยาบาลรายวิชาที่เหมือนกัน ชั้นปีเดียวกัน อายุ และเกรดเฉลี่ย

3. Control of Extraneous Variables (Con.) เป็นการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรภายนอกที่ไม่ได้ศึกษาแต่ตัวแปรนั้นอาจมีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม เพื่อไม่ให้เกิดผลต่อตัวแปรตาม โดยควบคุมสภาพห้องที่ใช้สอน เวลาที่ใช้สอน และเนื้อหาที่ใช้สอน

ที่มีลักษณะเหมือนกัน

ทั้งนี้ได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างมีรายละเอียด ดังนี้

1. เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 ลงทะเบียนรายวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2 (พบ.485) ภาคการเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2561 ฝึกปฏิบัติในแผนกห้องคลอด และหลังคลอด

2. ยินยอมในการเข้าร่วมในงานวิจัย การเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างสมัครร่วมโครงการโดยผ่านผู้ช่วยวิจัย ซึ่งผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประสานงานการติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลทั้งก่อนและหลัง สำหรับอาจารย์ในคณะวิจัยเป็นผู้ให้การจัดกระทำ (intervention) เท่านั้น ไม่ได้เข้ามาเกี่ยวข้องในกระบวนการเก็บข้อมูล โดยคณะผู้วิจัยได้ให้ความเป็นธรรม และไม่เผลอคั่นคะแนนจากการประเมินผลการเรียนของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โจทย์สถานการณ์กรณีศึกษาของแผนกห้องคลอด และแผนกหลังคลอด โดยโจทย์สถานการณ์กรณีศึกษา เป็นการกำหนดสถานการณ์ทางสุติศาสตร์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน ในสถานการณ์จะให้ข้อมูลที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ และกำหนดคำถามในลักษณะการวิเคราะห์กรณีศึกษา จากนั้นจึงเพิ่มข้อมูลในสถานการณ์ช่วงระยะคลอดจนถึงระยะหลังคลอดและกำหนดคำถามให้ตอบเพิ่มเช่นกัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และเกรดเฉลี่ย

2.2 แบบทดสอบการวัดความคิดเชิงระบบ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบทดสอบวัดการคิดเชิงระบบเป็นโจทย์สถานการณ์ 6 สถานการณ์ ลักษณะเป็นข้อสอบปรนัยชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยตอบ

คำถามจาก 6 สถานการณ์ จำนวน 22 ข้อ เกณฑ์ให้คะแนน ตอบถูก ให้ 1 คะแนน และตอบผิด ให้ 0 คะแนน

การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

(Content validity index)

ผู้วิจัยนำโจทย์สถานการณ์กรณีศึกษาของแผนกห้องคลอด และแผนกหลังคลอด และแบบทดสอบการวัดความคิดเชิงระบบที่สร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดย ประกอบด้วย 1) อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 ท่าน 2) อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนการสอน 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ความชัดเจนของข้อความแต่ละข้อ และความครอบคลุมของสาระความรู้ หลังจากได้ข้อเสนอแนะแล้ว นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.82

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเนื้อหา

(Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบทดสอบการวัดความคิดเชิงระบบไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน จากนั้นนำไปหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20: KR 20) ได้ค่าเท่ากับ 0.95

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารรับรองเลขที่ 117/2018 และกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและมีการลงนามยินยอมในเอกสารขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการพิจารณาอนุมัติทุนอุดหนุน

การวิจัย และโครงการวิจัยผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

การดำเนินการวิจัย

กลุ่มที่ได้รับการเรียนการสอนโดยใช้

สถานการณ์กรณีศึกษา (กลุ่มทดลอง)

1. ประเมินคะแนนความคิดเชิงระบบโดยให้ตอบแบบทดสอบการวัดความคิดเชิงระบบก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติงานในรายวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2 (พบ.485) ในแผนกห้องคลอด และแผนกหลังคลอด

2. จัดการเรียนการสอนโดยใช้โจทย์สถานการณ์กรณีศึกษา ซึ่งประกอบด้วยการจัดการเรียนรู้ 4 ขั้นตอนเรียงตามลำดับ ดังนี้

ขั้นตอนที่หนึ่ง ขึ้นกำหนดประเด็นปัญหา โดยวิเคราะห์บริบทของกรณีศึกษา สู่เป้าหมายของการคิด และการกำหนดวัตถุประสงค์ของกิจกรรม

ขั้นตอนที่สอง ขึ้นวิเคราะห์ปัจจัยย่อย โดยทบทวนสาเหตุของปัญหา ได้จากการใช้แผนผังความคิด แยกแยะองค์ประกอบของประเด็นปัญหา เพื่อศึกษาปัจจัยย่อย ความเป็นเหตุเป็นผลกัน โดยอาศัยข้อความรู้ หลักการ ประสบการณ์ในเรื่องที่กำลังศึกษา

ขั้นตอนที่สาม ขึ้นหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยย่อย โดยเริ่มกระบวนการเรียนรู้ความเชื่อมโยงสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยย่อยแต่ละตัวว่ามีความสัมพันธ์ที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน หรือทิศในทางผกผันกลับทิศทางกัน เพื่อไปสู่การกำหนดสมมุติฐานในเรื่องที่คิด

ขั้นตอนที่สี่ ขึ้นเขียนวงจรปัญหาของกรณีศึกษา โดยเชื่อมโยงระหว่างตัวแปรอย่างน้อย 2 ตัวแปรหรือมากกว่า ซึ่งการแสดงความสัมพันธ์ จะ

ปรากฏด้วยการเขียนลูกศรเชื่อมโยง สะท้อนปัญหาที่แท้จริงที่ผ่านการวิเคราะห์ สังเคราะห์ นำมาเชื่อมโยง ปรากฏผลเป็นรูปธรรมที่สมาชิกทุกคนในกลุ่มสามารถเรียนรู้ร่วมกันได้

3. ประเมินคะแนนความคิดเชิงระบบโดยให้ตอบแบบทดสอบการวัดความคิดเชิงระบบหลังการขึ้นฝึกปฏิบัติงานในรายวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2 (พบ.485) ในแผนกห้องคลอดและแผนกหลังคลอดของกลุ่มทดลอง

กลุ่มที่ได้รับการเรียนการสอนตามมาตรฐานปกติ (กลุ่มควบคุม)

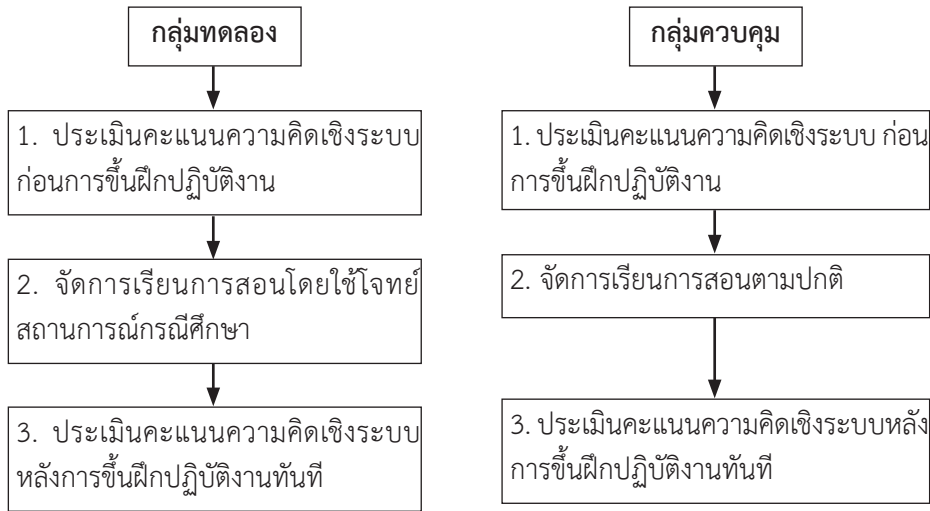
1. ประเมินคะแนนความคิดเชิงระบบโดยให้ตอบแบบทดสอบการวัดความคิดเชิงระบบก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติงานในรายวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2 (พบ.485) ในแผนกห้องคลอดและแผนกหลังคลอดของกลุ่มควบคุม

2. จัดการเรียนการสอนตามมาตรฐานปกติ

3. ประเมินคะแนนความคิดเชิงระบบโดยให้ตอบแบบทดสอบการวัดความคิดเชิงระบบหลังการขึ้นฝึกปฏิบัติงานในรายวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2 (พบ.485) ในแผนกห้องคลอดและแผนกหลังคลอดของกลุ่มควบคุม

ทั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยกับกลุ่มควบคุมก่อน จากนั้นจึงเก็บรวบรวมข้อมูลและจัดกระทำการเรียนรู้ โดยให้โจทย์สถานการณ์กรณีศึกษาในกลุ่มทดลอง ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่สับสนในการจัดกระทำ หลังจากเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองเสร็จจึงจัดให้กลุ่มควบคุมได้รับการเรียนรู้เหมือนกลุ่มทดลองทุกประการ เพื่อให้กลุ่มควบคุมมีโอกาสพัฒนาการคิดเชิงระบบเช่นกัน

แผนผังแสดงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนความคิดเชิงระบบ ภายในกลุ่มเดียวกัน โดยใช้สถิติทดสอบค่าที ชนิดสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (*t*-test for dependent sample [paired *t*-test])

3. วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนความคิดเชิงระบบ กลุ่มที่ได้รับการจัดการสอน โดยใช้กรณีศึกษากับกลุ่มที่ไม่ได้รับการสอน โดยใช้ สถิติทดสอบค่าที ชนิดสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (*t*-test for independent sample)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่ม ตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้มี จำนวน 58 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 รายและกลุ่ม ควบคุม 29 ราย ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 93.10 กลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 22.28 ปี (*S.D.* = 0.70, Range = 21-25 ปี)และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 22.17 ปี (*S.D.* = 0.47, Range = 21-23 ปี) และกลุ่มทดลอง มีเกรดเฉลี่ยเท่ากับ 2.82 (*S.D.* = 0.29, Range = 2.50 - 3.33)และกลุ่มควบคุมมีเกรดเฉลี่ยเท่ากับ 2.81(*S.D.* = 0.30, Range = 2.40 - 3.33)พบว่า เมื่อเปรียบเทียบ เกรด และอายุ ไม่มีความต่างกันของทั้งสองกลุ่ม ซึ่งเป็นการควบคุมตัวแปรภายนอกต่างๆ ไม่ให้ มีผล ต่อตัวแปรตามโดยยึดหลักMax.Min.Con.Principle ดังรายละเอียดตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ และเกรดเฉลี่ย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=29)		กลุ่มควบคุม (n=29)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ				
หญิง	27	93.10	27	93.10
ชาย	2	6.90	2	6.90
อายุ (ปี)				
20-25	29	100	29	100
	$(\bar{x} = 22.28, S.D. = 0.70,$ Range = 21-25)		$(\bar{x} = 21.27, S.D. = 0.47,$ Range = 21-23)	
เกรดเฉลี่ย				
2.00-2.49	0	0.00	2	6.90
2.50-3.00	20	69.00	18	62.10
3.01-3.49	9	31.00	9	31.00
	$(\bar{x} = 2.82, S.D. = 0.29,$ Range = 2.50-3.33)		$(\bar{x} = 2.81, S.D. = 0.30,$ Range = 2.40-3.33)	

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความคิดเชิงระบบ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความคิดเชิงระบบเท่ากับ 10.37 คะแนน (S.D.=2.09) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเท่ากับ 10.37 คะแนน (S.D.=1.80) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนน

เฉลี่ยของคะแนนความคิดเชิงระบบก่อนได้รับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบค่าทีชนิดสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) ผลการทดสอบพบว่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความคิดเชิงระบบของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังรายละเอียดตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความคิดเชิงระบบก่อนได้รับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม				p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	
คะแนนความคิดเชิงระบบ	10.37	2.09	10.37	1.80	.383

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความคิดเชิงระบบอยู่ระหว่าง 7-15 คะแนน (คะแนนเต็ม 22 คะแนน) และมีคะแนนเฉลี่ย 10.37 คะแนน (S.D.=2.09) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความคิดเชิงระบบอยู่ระหว่าง 7-14 คะแนน และคะแนนเฉลี่ย 10.37 คะแนน (S.D.=1.80) ภายหลังจากการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความคิดเชิงระบบเท่ากับ 12.66 คะแนน โดยคะแนนเฉลี่ยเดิม 10.37

คะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 2.29 คะแนน (S.D.=1.72) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความคิดเชิงระบบเท่ากับ 11.79 คะแนน โดยคะแนนเฉลี่ยเดิม 10.37 คะแนน เพิ่มขึ้นเป็น 1.42 คะแนน (S.D.=2.04) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความคิดเชิงระบบด้วยสถิติทดสอบค่าที่ชนิดสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test) ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน ดังรายละเอียดตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความคิดเชิงระบบก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.	
คะแนนความคิดเชิงระบบ					
กลุ่มทดลอง	10.37	2.09	12.66	1.72	.000
กลุ่มควบคุม	10.37	1.80	11.79	2.04	.007

ภายหลังจากการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความคิดเชิงระบบเท่ากับ 12.66 คะแนน (S.D.=1.72) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความคิดเชิงระบบเท่ากับ 11.79 คะแนน (S.D.=2.04) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง

คะแนนเฉลี่ยของคะแนนความคิดเชิงระบบ ด้วยสถิติทดสอบค่าที่ชนิดสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) พบว่าหลังได้รับการจัดการเรียนการสอนทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ดังรายละเอียดตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความคิดเชิงระบบหลังได้รับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	\bar{x}	S.D.พหุS.D.	p-value
คะแนนความคิดเชิงระบบ			
กลุ่มทดลอง	12.66	1.72	.088
กลุ่มควบคุม	11.79	2.04	

สรุปและอภิปรายผล

สมมติฐานข้อ 1 นักศึกษากลุ่มที่ได้รับการจัดการสอนโดยใช้กรณีศึกษามีคะแนนเฉลี่ยของการคิดเชิงระบบสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้กรณีศึกษา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความคิดเชิงระบบเท่ากับ 12.66 คะแนน ($S.D.=1.72$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความคิดเชิงระบบเท่ากับ 11.79 คะแนน ($S.D.=2.04$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความคิดเชิงระบบ ด้วยสถิติทดสอบค่าทีชนิดสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน พบว่าหลังได้รับการจัดการสอนโดยใช้กรณีศึกษาทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผลการวิจัยปฏิเสธสมมติฐานข้อ 1 ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะในรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 (พบ.485) มีการจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษาทำรายงานกรณีศึกษาทั้งรายเดี่ยวคนละ 1 กรณีศึกษา และรายกลุ่มจำนวน 1 กรณีศึกษาเหมือนกัน จึงอาจทำให้นักศึกษากลุ่มควบคุมนำกรณีศึกษาที่ตนเองรับดูแล ช่วงระหว่างการฝึกปฏิบัติงาน เพื่อกำหนดประเด็นปัญหา ทบทวนสาเหตุปัญหา วิเคราะห์สาเหตุ ประเมิน และสรุปผล ซึ่งกระบวนการนี้จำเป็นต้องมีการพูดคุยอภิปรายกันภายในกลุ่มโดยใช้กระบวนการพยาบาล นอกจากนี้กลุ่มควบคุมได้ฝึกปฏิบัติในแหล่งฝึกที่อยู่ต่างอำเภอตามตารางฝึกของรายวิชา ซึ่งแหล่งฝึกต่างอำเภอส่วนใหญ่มีจำนวนผู้มารับบริการจำนวนมาก และมีความหลากหลาย จึงทำให้นักศึกษากลุ่มควบคุมได้รับประสบการณ์ตรงในการใช้ทักษะการคิดเชื่อมโยง การคิดเชิงเหตุผล และการคิดตัดสินใจแก้ปัญหา และนักศึกษาเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีประสบการณ์ในการให้การดูแลและผู้รับบริการโดยใช้กระบวนการพยาบาลของหลักสูตรจึงทำให้มีประสบการณ์ในการคิดเป็นระบบมาก่อน ซึ่งสิ่งนี้อาจทำให้นักศึกษากลุ่มควบคุมปฏิบัติการพยาบาลได้ไม่ต่างจากกลุ่มทดลอง ที่ได้รับสถานการณ์กรณีศึกษาเสริมขณะฝึกปฏิบัติ ดังนั้นกลุ่มควบคุมจึงได้คะแนนความคิดเชิงระบบหลังทดลองไม่ต่างกับกลุ่มทดลอง

สมมติฐานข้อ 2 นักศึกษากลุ่มที่ได้รับการจัดการสอนโดยใช้กรณีศึกษามีคะแนนเฉลี่ยของการคิดเชิงระบบหลังการใช้กรณีศึกษาสูงกว่าก่อนการใช้กรณีศึกษา โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความคิดเชิงระบบก่อนการทดลอง อยู่ระหว่าง 7-15 คะแนน (คะแนนเต็ม 22 คะแนน) และมีคะแนนเฉลี่ย 10.37 คะแนน ($S.D. = 2.09$) แต่ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนความคิดเชิงระบบเท่ากับ 12.66 คะแนนจากคะแนนเฉลี่ยเดิม 10.37 คะแนน เพิ่มขึ้นเป็น 2.29 คะแนน ($S.D. = 1.72$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการจัดการเรียนการสอนด้วยกรณีศึกษาเป็นการนำเอาหลักการของการแก้ปัญหาเป็นฐานมากระตุ้นให้กลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้จากความสงสัยและต้องการแสวงหาความรู้เพื่อไขความสงสัยนั้น ซึ่งกรณีศึกษาเป็นสถานการณ์ที่สร้างขึ้นโดยอิงจากเหตุการณ์จริง เพื่อช่วยให้ผู้เรียนได้ฝึกฝนการเผชิญและแก้ไขปัญหา เปิดโอกาสให้คิดวิเคราะห์ ช่วยให้ผู้เรียนมีมุมมองที่กว้างขึ้น¹³ ซึ่งผู้สอนได้รับการจัดการเรียนรู้ 4 ขั้นตอน โดยขั้นตอนแรก การกำหนดประเด็นปัญหาของกรณีศึกษา ให้กลุ่มทดลองวิเคราะห์บริบทของกรณีศึกษาที่นำไปสู่สาเหตุของการเกิดปัญหาเหล่านั้น จากนั้นให้ทบทวนสาเหตุของปัญหาที่ได้จากการใช้แผนผังความคิด แยกแยะองค์ประกอบของประเด็นปัญหา เพื่อศึกษาดูปัจจัยย่อย มีความเป็นเหตุเป็นผลกันหรือไม่ โดยอาศัยข้อความรู้ หลักการ ประสบการณ์ในเรื่องที่กำลังศึกษา ขั้นตอนที่สอง วิเคราะห์ปัจจัยย่อยในการเกิดปัญหาของกรณีศึกษาที่ผ่านการพิจารณาเป็นเหตุเป็นผลมาแล้ว เป็นการเริ่มกระบวนการเรียนรู้ความเชื่อมโยงสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยย่อยแต่ละตัวว่ามีความสัมพันธ์ที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันหรือทิศทางผกผันกลับทิศทางกัน เพื่อไปสู่การกำหนดกระบวนการพยาบาล และขั้นตอนสุดท้าย กำหนดให้เขียนวงจรปัญหาของกรณีศึกษา โดยการเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลที่น่ามาสนับสนุน มีการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ร่วมกันของสมาชิกทุกคนในกลุ่ม โดยกระบวนการที่ให้นักศึกษากลุ่มทดลองได้เชื่อมโยงทุกอย่างที่

เป็นบริบทของกรณีศึกษา การค้นหาข้อมูลที่โยงใยของเรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้น ประสานต่อเนื่องกันของกรณีศึกษา ช่วยเสริมสร้างทักษะการคิดเชิงระบบของกลุ่มทดลองมากขึ้น ดังนั้นคะแนนเฉลี่ยหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาจึงมีคะแนนสูงกว่าก่อนการจัดการเรียนการสอน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสกลสุภา อภิษฐ์บุญโชค¹⁴ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาและความสามารถในการประเมินสภาพปัญหา การหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดของนักศึกษาพยาบาล พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประเมินสภาพปัญหาการหายใจทารกวิกฤตขณะนั้น และหลัง สูงกว่าก่อนการจัดการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 และกรณีศึกษาเป็นรูปแบบหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ เพื่อนำมาแก้ไข ปรับปรุงแนวทางการพยาบาลทารกวิกฤตด้วยตนเองอีกด้วย และสอดคล้องกับการวิจัยของพชรภรณ์ หมวดนุ้มและสุเทพ อ่วมเจริญ¹⁵ ที่ศึกษาการพัฒนาความสามารถในการคิดเชิงระบบเพื่อเชื่อมโยงการเขียนโดยใช้เทคนิคผังกราฟิกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 พบว่า ความสามารถในการคิดเชิงระบบของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้โดยใช้เทคนิคผังกราฟิกแตกต่างกันมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยมีคะแนนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน

ประสิทธิภาพของการจัดการเรียนการสอนแบบกรณีศึกษา แสดงให้เห็นว่าสามารถช่วยเน้นให้ผู้เรียนเข้าใจปัญหาและสถานการณ์ วิเคราะห์แก้ไขปัญหารอบด้าน นำข้อมูลมาเชื่อมโยงเป็นเหตุเป็นผลกัน มองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างส่วนย่อยต่างๆ ใน

สถานการณ์ของกรณีศึกษา จึงเหมาะสมกับการสอนคลินิกทางการพยาบาล เนื่องจากการส่งเสริมพัฒนาและเตรียมความพร้อมแก่นักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยเน้นความรู้ความเข้าใจและทักษะในการนำไปปฏิบัติเป็นหลัก เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้

การจัดการเรียนการสอนในรายวิชา พบ.485 มีการกำหนดงานของรายวิชา โดยหนึ่งในงานเหล่านั้นคือให้นักศึกษาจัดทำรายงานกรณีศึกษาเป็นแบบรายเดี่ยว และรายกลุ่ม 1 กรณีศึกษา ทำให้กลุ่มควบคุมได้ทำกรณีศึกษาเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง อันเป็นข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้ และอาจทำให้ผลการศึกษาปฏิบัติธรรมฐาน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำกระบวนการจัดการเรียนการสอนแบบกรณีศึกษาไปใช้ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2 ในปีการศึกษาถัดไป
2. นำกระบวนการจัดการเรียนการสอนแบบสถานการณ์กรณีศึกษาไปปรับใช้กับรายวิชาอื่นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมการคิดเชิงระบบ โดยใช้เทคนิคหรือรูปแบบการสอนแบบอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การเรียนแบบมีส่วนร่วม การเรียนแบบ Story line และการเรียนรู้แบบร่วมมือ เป็นต้น และควรเริ่มการศึกษาวิจัยในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีอื่นๆ ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. ชีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. จุดเน้นเชิงนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ.[ออนไลน์]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2562/5/7]. เข้าถึงได้จาก, https://www.bic.moe.go.th/images/stories/pdf/Policy_of_the_Minister_of_Education_Teerakit_Jareonsettasin.pdf
2. Sykes, G., and Bird, T. Teacher education and the case idea. Washington, DC: American Educational Research Association; 1992.
3. Barrows, H. S., and Tamblyn, R.M. Problem-Based Learning. An Approach to Medical Education. New York: Springer publishing company; 1980.
4. Bransford, J.D., Brow A.L., and Cocking (Eds.) R.R. How People Learn: Brain, Mind, Experience, and School: Expanded Edition Washington, DC:National academy press. Teachers' Challenges and Assessment Knowledge. Journal of Science Education and Technology. 1999; 21(2): 207-225.
5. Zohar, A., and Dori, Y. J. Higher Order Thinking Skills and Low Achieving Students: Are They Mutually Exclusive? Journal of the Learning Sciences. 2003; 12(1): 145-181.
6. Dori, Y. J., and Herscovitz, O. Teaching Thinking Skills in Context-Based Learning: Teachers' Challenges and Assessment Knowledge. Journal of Science Education and Technology. 1999; 21(2): 207-225.
7. Herreid, C. F. Case Studies in Science—A Novel Method of Science Education. Journal of College Science Teaching. 1994; 23(4): 221–229.
8. Herreid, C.F. What Is a Case? Journal of College Science Teaching. 1997; 27(2): 92–94.
9. สุนทร สันธพานนท์ และคณะ. การจัดการกระบวนการเรียนรู้: เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญตามหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์; 2545.
10. มกราพันธ์ จุฑะรสก. การคิดอย่างเป็นระบบ การประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอน (ฉบับปรับปรุง) กรุงเทพฯ: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก; 2556.
11. เยวาลักษณ์ โพธิธรรมา. การจัดการศึกษาทางการพยาบาล: สำหรับนักศึกษา Generation Y. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2554; 34(2): 61-69.
12. Burns, N., and Grove. S.K. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence (6th ed). St. Louis, MO: Elsevier Saunders; 2009.
13. ทิศนา แคมมณี. ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดการจัดการกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 17). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
14. สกลสุภา อภิษฐ์บุญโชค. การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบกรณีศึกษาและความสามารถในการประเมินสภาพปัญหาการหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดของนักศึกษาพยาบาล. วชิรเวชสาร. 2558; 59(3): 25-34.
15. พชรมณต์ หมวดนุ้ม และสุเทพ อ่วมเจริญ. การพัฒนาความสามารถในการคิดเชิงระบบเพื่อเชื่อมโยงการเขียนโดยใช้เทคนิคผังกราฟิกของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย. 2557; 6(2): 195-207.

ความคาดหวังและความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้รายวิชา พบ. 282
ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2
คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

The Expectation and Actuality of Learning Outcome in SN. 282
Fundamentals of Nursing Practicum among Second Year Nursing
Students, McCormick Faculty of Nursing, Payap University

ประวีตา คำแดง พย.ม.* Praveda Kamdaeng, M.N.S.*
กาญจนา ใจจ้อย ปร.ด.** Kanjana Jaijoy, Ph.D.**

Corresponding Authors : Email: jubjeab09@gmail.com

Received: 9 February 2019, Revised: 16 May 2019, Accepted 30 May 2019

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาถึงความคาดหวังและความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้รายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ จังหวัดเชียงใหม่ ที่ลงทะเบียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2560 จำนวนทั้งสิ้น 123 คน และอาจารย์นิเทศรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2560 จำนวนทั้งสิ้น 6 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความคาดหวังและความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน สร้างโดยผู้วิจัยจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความชัดเจนของภาษาและความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.91 และทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าเท่ากับ 0.99 และแบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานบนหอผู้ป่วย ของรายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการกำกับมาตรฐานของคณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ ประจำปีการศึกษา 2560 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความคาดหวังและความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้รายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน โดยรวมและรายด้านพบว่าไม่แตกต่างกัน

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ Email: jubjeab09@gmail.com

* Assist. Prof., McCormick Faculty of Nursing, Payap University

** อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ Email: joi.kanjana@gmail.com

** Instructor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University

2. ความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้รายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน และผลการประเมินปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานบนหอผู้ป่วย ของรายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน โดยอาจารย์นิเทศ โดยรวมและรายด้านพบว่ามีความสัมพันธ์กันทางบวก

คำสำคัญ: ความคาดหวัง ความเป็นจริง ผลการเรียนรู้รายวิชา พบ.282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2

Abstract

This descriptive research aimed to evaluate the expectation and actuality of learning outcome in SN 282 Fundamentals of Nursing Practicum among Second Year Nursing Students, McCormick Faculty of Nursing, Payap University. There were 6 instructors and 123 second year nursing students enrolled in this Fundamentals of Nursing Practicum course in academic year 2017. The research instruments were a general information record form and questionnaires for evaluating the expectation and actuality of learning outcome in Fundamentals of Nursing Practicum. The clarity of language and contents of these research tools were verified by 3 experts. The content validity index was 0.91 and an alpha coefficient of Cronbach was 0.99. The basic practice assessment form in the ward was approved by the standards committee of the McCormick Faculty of Nursing, Payap University in academic year 2017. The results showed as follows:

1) The expectation and actuality of learning outcome in SN 282 Fundamentals of Nursing were found no differences in the overall and each parameter.

2) The actuality of learning outcome in SN 282 Fundamentals of Nursing and the evaluation of nursing practice in SN 282 Fundamentals of Nursing by teacher was found positively correlated in the overall and each parameter.

Key words: Expectation, Actuality, Learning Outcome in SN. 282 Fundamentals of Nursing Practicum, Second Year Nursing Students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คณะพยาบาลศาสตร์ แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ เป็นสถาบันการศึกษาที่มุ่งเน้นผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพ มีความรู้ ความสามารถ มีทักษะทางปัญญา มีทักษะทางการพยาบาล มีคุณธรรม จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพที่ได้รับ

การยอมรับโดยทั่วไป เป็นบุคคลที่มีวิชาการก้าวหน้า รู้รักพัฒนา คุณธรรมนำใจ รับผิดชอบ โดยยึดหลัก สัจจะ-บริการด้วยน้ำใจไมตรีที่สอง มีระบบการจัดการศึกษาตามโครงสร้างของหลักสูตรเป็นระยะเวลาประมาณ 4 ปี มีการจัดการเรียนการสอนทั้งในรายวิชาทฤษฎีและรายวิชาฝึกปฏิบัติ¹

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของคณะพยาบาล
ศาสตร์เมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ ได้กำหนดให้
นักศึกษาพยาบาลฝึกประสบการณ์ภาคสนามตั้งแต้
ชั้นปีที่ 2 เพื่อให้ นักศึกษาสามารถบูรณาการทฤษฎี
ทางการพยาบาลพื้นฐานมาสู่การปฏิบัติการพยาบาล
พื้นฐานในสถานการณ์จริง โดยบูรณาการความรู้ หลัก
ฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งการนำกระบวนการพยาบาล
มาใช้ในการดูแลสุขภาพของมนุษย์แบบองค์รวม และ
มีการปรับปรุงทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่
บกพร่องในห้องปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้นักศึกษา
เกิดความมั่นใจ สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่าง
ถูกต้อง แม่นยำ และสามารถทำงานร่วมกันเป็นทีม¹
วิชา พบ.282: ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน (SN. 282:
Fundamentals of Nursing Practicum) เป็นกระ
บวนวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองความ
ต้องการพื้นฐานของมนุษย์ในภาวะปกติและเจ็บป่วย
โดยบูรณาการความรู้ หลักฐานเชิงประจักษ์ และนำ
กระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการดูแล
สุขภาพแบบองค์รวมโดยคำนึงถึงคุณธรรม จริยธรรม
และจรรยาบรรณวิชาชีพ เป็นรายวิชาฝึกปฏิบัติการ
พยาบาลวิชาแรกที่นักศึกษาพยาบาลจะได้นำความรู้
ที่ได้เรียนในชั้นเรียน และฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการ
พยาบาลมาใช้ในการขึ้นฝึกประสบการณ์ภาคสนาม
บนหอผู้ป่วยซึ่งจะได้สัมผัสกับผู้ป่วยในสถานการณ์
จริงในบทบาทและการปฏิบัติงานทางการพยาบาล
ภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์นิเทศ

การขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลกับสถานการณ์
จริงกับผู้ป่วยเป็นครั้งแรก นอกจากนักศึกษาไม่เคยมี
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อนแล้ว ยังไม่มั่นใจ
ในความรู้ต่างๆ ที่ได้รับมา ไม่มีความชำนาญในทักษะ
ต่างๆ เช่น การสื่อสารกับผู้ป่วย ญาติ หรือบุคลากรใน
ทีมสุขภาพ เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิด
ความเครียดและวิตกกังวลต่อการขึ้นฝึกปฏิบัติการ
พยาบาลได้² และจากประสบการณ์การนิเทศนักศึกษา
ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานพบว่านักศึกษา
มีความกลัว วิตกกังวล ตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่
คุ้นเคย ไม่กล้าทำอะไร กลัวเกิดผิดพลาดในปฏิบัติการ

พยาบาลต่างๆ นักศึกษาจึงต้องมีการทบทวนการ
ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานต่างๆ โดยเฉพาะทักษะที่
สำคัญและจำเป็นก่อนขึ้นปฏิบัติการพยาบาลจริงใน
โรงพยาบาล ตลอดจนถึงการสนับสนุนและการดูแล
เอาใจใส่จากอาจารย์ผู้นิเทศในขณะที่ขึ้นฝึกปฏิบัติการ
พยาบาล³ นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศขณะ
ฝึกปฏิบัติการพยาบาลยังมีผลต่อการเรียนรู้ของ
นักศึกษาเช่นกัน⁴ นักศึกษาจึงมีความคาดหวังที่จะได้
รับการนิเทศที่เป็นกัลยาณมิตร การให้คำแนะนำอย่าง
ต่อเนื่องด้วยความเอื้ออาทร^{5,6} เพื่อให้การฝึกปฏิบัติ
การพยาบาลพื้นฐานบรรลุตามการพัฒนาผลการเรียน
รู้ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณธรรม จริยธรรม ด้านความรู้
ด้านทักษะทางปัญญา ด้านทักษะความสัมพันธ์
ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ด้านทักษะการ
วิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยี
สารสนเทศ และด้านทักษะปฏิบัติทางวิชาชีพ¹

การพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
อย่างต่อเนื่องภายใต้การกำกับมาตรฐานวิชาชีพของ
คณะพยาบาลศาสตร์เมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
นั้นทั้งนี้เพื่อมุ่งเน้นการผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพ เป็น
พยาบาลวิชาชีพที่ดีตามคุณลักษณะบัณฑิตที่พึง
ประสงค์ การพัฒนาตั้งแต่จุดเริ่มต้นของการเข้าสู่
วิชาชีพโดยเริ่มจากรายวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลพื้น
ฐานที่ดี ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การพัฒนาทักษะการพยาบาล
ในรายวิชาฝึกปฏิบัติอื่นต่อเนื่องไป จนถึงการเป็น
พยาบาลวิชาชีพในอนาคต จากประสบการณ์การ
นิเทศงานนักศึกษาในรายวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาล
พื้นฐานหลักสูตรที่ผ่านมาได้มีการประเมินผลการฝึก
ปฏิบัติทั้งหมด 3 ด้านได้แก่ ความรู้ ทักษะ และ
ทัศนคติ ซึ่งยังพบว่ายังมีปัจจัยหลาย ด้านที่ส่งผลให้
ความเป็นจริงของผลการปฏิบัติของนักศึกษาไม่เป็น
ไปตามความคาดหวัง เช่น ด้านอาจารย์นิเทศที่มีความ
เอาใจใส่ มีความเป็นกันเอง ด้านนักศึกษาที่จัดสรร
เวลาในการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมน้อย รวมไปถึง
สถานที่แหล่งฝึก บุคลากรทีมสุขภาพที่เอื้อต่อการการ
เรียนรู้ เหล่านี้เป็นต้น ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อผลการ
เรียนรู้ของนักศึกษา

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่เป็นอาจารย์พยาบาลซึ่งทำการสอนทฤษฎีรายวิชาการพยาบาลพื้นฐานและนิเทศนักศึกษาฝึกปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานจึงสนใจที่จะศึกษาวิจัยในเชิงสำรวจเพื่อศึกษาถึงความคาดหวังและความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้รายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนากระบวนการเรียนการสอนให้มีคุณภาพและสร้างทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 และต่อเนื่องในชั้นปีสูงขึ้นต่อไป อันจะนำไปสู่การพัฒนาการเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดีในอนาคต

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความคาดหวังและความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้ และผลการประเมินการเรียนรู้โดยอาจารย์นิเทศ ในรายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
2. เพื่อเปรียบเทียบความคาดหวังและความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้รายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นจริงของผลการเรียนรู้โดยนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 และผลการประเมินการเรียนรู้โดยอาจารย์นิเทศ รายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน

สมมติฐานของการวิจัย

1. ความคาดหวังและความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้รายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ ไม่แตกต่างกัน
2. ความเป็นจริงของผลการเรียนรู้โดยนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 และผลการประเมินการเรียนรู้โดยอาจารย์นิเทศ รายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติ

การพยาบาลพื้นฐาน มีความสัมพันธ์ทางบวก

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาความคาดหวังและความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้รายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ ประชากรที่ใช้ในศึกษาครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ จังหวัดเชียงใหม่ ที่ลงทะเบียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2560 จำนวนทั้งสิ้น 123 คน และอาจารย์นิเทศรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2560 จำนวนทั้งสิ้น 6 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยคะแนนเฉลี่ยสะสม เกรดรายวิชาการพยาบาลพื้นฐาน 1, 2 เหตุผลที่เลือกเรียนวิชาชีพพยาบาล ความคาดหวังของผู้ปกครองเกี่ยวกับผลการเรียน ความสัมพันธ์กับเพื่อนนักศึกษา ความพร้อมในการขึ้นฝึกปฏิบัติ
2. แบบสอบถามความคาดหวังและความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน สร้างโดยผู้วิจัยจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณธรรม จริยธรรม ด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และด้านทักษะปฏิบัติเชิงวิชาชีพ โดยลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีความหมายของค่าคะแนนดังนี้

5	หมายถึง	ความคาดหวัง/ความเป็นจริงอยู่ในระดับมากที่สุด
4	หมายถึง	ความคาดหวัง/ความเป็นจริงอยู่ในระดับมาก
3	หมายถึง	ความคาดหวัง/ความเป็นจริงอยู่ในระดับปานกลาง
2	หมายถึง	ความคาดหวัง/ความเป็นจริงอยู่ในระดับน้อย
1	หมายถึง	ความคาดหวัง/ความเป็นจริงอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การแปลผลคะแนน ในการแบ่งกลุ่มคะแนนเป็นเกณฑ์ คือ คะแนนสูงสุด ผู้วิจัยทำการแปลผลโดยรวมและรายด้าน ลบคะแนนต่ำสุด หาค่าด้วยจำนวนระดับที่ต้องการ⁷ ได้ ด้วยการหาคะแนนรวม ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน ช่วงคะแนนรวมทั้งหมดและคะแนนรวมรายด้าน ดังนี้ มาตรฐาน โดยแบ่งระดับความคาดหวังและความเป็นจริงออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์มาตรฐานทางสถิติ คะแนนรวมทั้งหมด มีคะแนนรวมตั้งแต่ 1-330 แบ่งระดับความคาดหวัง/ความเป็นจริงโดยรวมดังนี้

คะแนน	1-110	หมายถึง	ความคาดหวัง/ความเป็นจริงอยู่ในระดับน้อย
คะแนน	111-220	หมายถึง	ความคาดหวัง/ความเป็นจริงอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน	221-330	หมายถึง	ความคาดหวัง/ความเป็นจริงอยู่ในระดับมาก

ด้านคุณธรรม จริยธรรม ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1-16 มีคะแนนรวมตั้งแต่ 1-80 แบ่งระดับความคาดหวัง/ความเป็นจริงดังนี้

คะแนน	1-27	หมายถึง	ความคาดหวัง/ความเป็นจริงอยู่ในระดับน้อย
คะแนน	28-54	หมายถึง	ความคาดหวัง/ความเป็นจริงอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน	55-80	หมายถึง	ความคาดหวัง/ความเป็นจริงอยู่ในระดับมาก

ด้านความรู้ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 17-26 มีคะแนนรวมตั้งแต่ 1-50 แบ่งระดับความคาดหวัง/ความเป็นจริงดังนี้

คะแนน	1-17	หมายถึง	ความคาดหวัง/ความเป็นจริงอยู่ในระดับน้อย
คะแนน	18-34	หมายถึง	ความคาดหวัง/ความเป็นจริงอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน	35-50	หมายถึง	ความคาดหวัง/ความเป็นจริงอยู่ในระดับมาก

ด้านทักษะทางปัญญา ได้แก่ ข้อคำถามที่ 27-31 มีคะแนนรวมตั้งแต่ 1-25 แบ่งระดับความคาดหวัง/ความเป็นจริงดังนี้

คะแนน	1-8	หมายถึง	ความคาดหวัง/ความเป็นจริงอยู่ในระดับน้อย
คะแนน	9-16	หมายถึง	ความคาดหวัง/ความเป็นจริงอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน	17-25	หมายถึง	ความคาดหวัง/ความเป็นจริงอยู่ในระดับมาก

ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 32-36 มีคะแนนรวมตั้งแต่ 1-25 แบ่งระดับความคาดหวัง/ความเป็นจริงดังนี้

คะแนน	1-8	หมายถึง	ความคาดหวัง/ความเป็นจริงอยู่ในระดับน้อย
คะแนน	9-16	หมายถึง	ความคาดหวัง/ความเป็นจริงอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน	17-25	หมายถึง	ความคาดหวัง/ความเป็นจริงอยู่ในระดับมาก

ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 37-41 มีคะแนนรวมตั้งแต่ 1-25 แบ่งระดับความคาดหวัง/ความเป็นจริงดังนี้

คะแนน	1-8	หมายถึง	ความคาดหวัง/ความเป็นจริงอยู่ในระดับน้อย
คะแนน	9-16	หมายถึง	ความคาดหวัง/ความเป็นจริงอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน	17-25	หมายถึง	ความคาดหวัง/ความเป็นจริงอยู่ในระดับมาก

ด้านทักษะปฏิบัติทางวิชาชีพ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 42-66 มีคะแนนรวมตั้งแต่ 1-125 แบ่งระดับความคาดหวัง/ความเป็นจริงดังนี้

คะแนน	1-42	หมายถึง	ความคาดหวัง/ความเป็นจริงอยู่ในระดับน้อย
คะแนน	43-84	หมายถึง	ความคาดหวัง/ความเป็นจริงอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน	85-125	หมายถึง	ความคาดหวัง/ความเป็นจริงอยู่ในระดับมาก

แบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานบนหอผู้ป่วย ของรายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน ที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการกำกับมาตรฐานของคณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ ประจำปีการศึกษา 2560 ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณธรรม

จริยธรรม ด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และด้านทักษะปฏิบัติเชิงวิชาชีพ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละด้าน 5 ระดับ ดังนี้

ด้านคุณธรรม จริยธรรม

- 5 คะแนน หมายถึง แสดงออกหรือมีพฤติกรรมที่เหมาะสมโดยไม่ต้องบอกกล่าว
- 4 คะแนน หมายถึง แสดงออกหรือมีพฤติกรรมที่เหมาะสมภายหลังการตักเตือน 1 ครั้ง
- 3 คะแนน หมายถึง แสดงออกหรือมีพฤติกรรมที่เหมาะสมภายหลังการตักเตือน 2 ครั้ง
- 2 คะแนน หมายถึง แสดงออกหรือมีพฤติกรรมที่เหมาะสมภายหลังการตักเตือน 3 ครั้ง
- 1 คะแนน หมายถึง แสดงออกหรือมีพฤติกรรมที่เหมาะสมภายหลังการตักเตือนมากกว่า 3 ครั้ง

ด้านความรู้/ทักษะทางปัญญา/ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ/ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ/ทักษะปฏิบัติทางวิชาชีพ

- 5 คะแนน หมายถึง บอก/อธิบาย/ระบุ/วิเคราะห์/แสดงความคิดเห็น/ตอบคำถาม ได้ถูกต้องครบถ้วนครอบคลุมตามหลักทฤษฎี โดยต้องการคำแนะนำเพียงเล็กน้อย
- 4 คะแนน หมายถึง บอก/อธิบาย/ระบุ/วิเคราะห์/แสดงความคิดเห็น/ตอบคำถาม ได้ถูกต้องครบถ้วนครอบคลุมตามหลักทฤษฎีเป็นส่วนใหญ่ โดยต้องการคำแนะนำเป็นครั้งคราว
- 3 คะแนน หมายถึง บอก/อธิบาย/ระบุ/วิเคราะห์/แสดงความคิดเห็น/ตอบคำถาม ได้ถูกต้องครบถ้วนครอบคลุมตามหลักทฤษฎีเป็นบางครั้ง
- 2 คะแนน หมายถึง บอก/อธิบาย/ระบุ/วิเคราะห์/แสดงความคิดเห็น/ตอบคำถาม ได้ถูกต้องครบถ้วนครอบคลุมตามหลักทฤษฎีเป็นส่วนน้อย โดยต้องการคำแนะนำบ่อยครั้ง
- 1 คะแนน หมายถึง บอก/อธิบาย/ระบุ/วิเคราะห์/แสดงความคิดเห็น/ตอบคำถาม ไม่ถูกต้องไม่ครบถ้วนตามหลักทฤษฎี โดยต้องการคำแนะนำอย่างใกล้ชิดทุกครั้ง

การแปลผลคะแนน

ผู้วิจัยทำการแปลผลโดยรวมและรายด้าน ด้วยการหาคะแนนรวม ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้รายวิชา พว. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน และผลการประเมินปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานบนหอผู้ป่วย ของรายวิชา พว. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน โดยอาจารย์นิเทศ⁸

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีดังนี้ ความตรงของเครื่องมือ (Validity) แบบสอบถาม ความคาดหวังและความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้รายวิชา พว. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความชัดเจนของภาษาและความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.91 หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงและแก้ไขให้เหมาะสมตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำแบบสอบถามไปหาความเชื่อมั่น

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลที่ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับประชากรโดยนำไปใช้ในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2559 จำนวน 50 ราย แล้วนำข้อมูลมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.99

การพิทักษ์สิทธิ์

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์ประชากรตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย โดยก่อนการรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยแจ้งให้ประชากรทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการ

รวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยไม่มีการบังคับใดๆ และมีเอกสารยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่าจะเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาหากต้องการ โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลและจะไม่มีผลต่อการเรียนการสอน ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และมีการใช้รหัสที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูล โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ และขอความร่วมมือ เมื่อประชากรตอบรับยินดีให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามความคาดหวังและความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้รายวิชา พว. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน ในช่วงเวลาก่อนขึ้นปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานให้ประชากรทำแบบสอบถามในส่วนของความคาดหวังต่อผลการเรียนรู้รายวิชา พว. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน แล้วดำเนินการรวบรวมแบบสอบถามคืนพร้อมตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และภายหลังการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานเสร็จสิ้นผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้ประชากรทำแบบสอบถามในส่วนของความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้รายวิชา พว. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน แล้วดำเนินการรวบรวมแบบสอบถามคืนพร้อมตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล พร้อมทั้งแจกแบบประเมินการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานบนหอผู้ป่วย ของรายวิชา พว. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน ที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการกำกับมาตรฐานของคณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ ประจำปีการศึกษา 2560 ให้อาจารย์นิเทศทำการประเมิน แล้วดำเนินการรวบรวมแบบประเมินคืนพร้อมตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลจากแบบสอบถามความคาดหวังและความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้รายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน ทำการทดสอบข้อมูลพบว่าการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ ใช้สถิติ Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความคาดหวังและความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้รายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้รายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน โดยนักศึกษา และผลการประเมินปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานบนหอผู้ป่วย ของรายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน โดยอาจารย์นิตศ จะใช้การทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman correlation coefficient)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ประชากรจำนวน

ทั้งสิ้น 123 คน มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.96-3.82 ส่วนใหญ่ผลการเรียนรายวิชาการพยาบาลพื้นฐาน 1 (พบ.211) ได้เกรด B+ ร้อยละ 42.3 และผลการเรียนรายวิชาการพยาบาลพื้นฐาน 2 (พบ.212) ได้เกรด B ร้อยละ 39.0 เหตุผลที่เลือกเรียนวิชาชีพพยาบาลเพราะจบแล้วมีงานทำร้อยละ 81.3 ความคาดหวังของผู้ปกครองเกี่ยวกับผลการเรียนอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 51.2 ความคาดหวังของตนเองเกี่ยวกับผลการเรียนอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 43.1 ความสัมพันธ์กับเพื่อนนักศึกษาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 61.0 และความพร้อมในการขึ้นฝึกปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 81.3

2. ค่าเฉลี่ยความคาดหวังและความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้รายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน พบว่าทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 1 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความคาดหวังและความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้รายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน โดยรวมและรายด้านพบว่าไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความคาดหวังและความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้รายวิชา พบ.282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน โดยนักศึกษา (N= 123)

ความคาดหวังและความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้รายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน (รายด้านและโดยรวม)	ความคาดหวัง			ความเป็นจริง		
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
รายด้าน						
ด้านคุณธรรม จริยธรรม	73.90	5.34	มาก	73.71	6.28	มาก
ด้านความรู้	41.55	5.88	มาก	42.76	5.41	มาก
ด้านทักษะทางปัญญา	21.92	2.63	มาก	21.28	2.26	มาก
ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ	22.00	2.68	มาก	22.41	2.35	มาก
ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	19.92	3.12	มาก	20.45	2.84	มาก
ด้านทักษะปฏิบัติทางวิชาชีพ	110.74	12.21	มาก	110.46	12.64	มาก
โดยรวม	290.04	24.39	มาก	291.06	28.46	มาก

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความคาดหวังและความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้อย่างไร พว.282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน (N= 123)

ความคาดหวังและความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้อย่างไร พว.282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน (รายด้านและรายรวม)	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่า Z	Sig.
รายด้าน				
ด้านคุณธรรม จริยธรรม	73.80	4.11	-1.169	.866
ด้านความรู้	42.16	4.64	-1.906	.057
ด้านทักษะทางปัญญา	21.60	2.02	-2.770	.066
ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ	22.20	2.17	-1.691	.091
ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	20.18	2.44	-1.789	.074
ด้านทักษะปฏิบัติทางวิชาชีพ	110.60	10.59	-3.387	.699
โดยรวม	290.55	22.68	-1.186	.852

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้อย่างไร พว. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน และผลการประเมินปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานบนหอผู้ป่วยของรายวิชา พว. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน โดยอาจารย์นิเทศ

ผลการประเมินปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานบนหอผู้ป่วยของรายวิชา พว. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน โดยอาจารย์นิเทศ พบว่าทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของผลการประเมินปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานบนหอผู้ป่วย ของรายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน โดยอาจารย์นิเทศ (N= 91)

ความคาดหวังและความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้รายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน (รายด้านและโดยรวม)	ความคาดหวัง		
	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
รายด้าน			
ด้านคุณธรรม จริยธรรม	74.06	5.78	มาก
ด้านความรู้	37.84	3.70	มาก
ด้านทักษะทางปัญญา	19.56	1.93	มาก
ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ	21.35	1.96	มาก
ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้ เทคโนโลยีสารสนเทศ	19.96	1.99	มาก
ด้านทักษะปฏิบัติทางวิชาชีพ	100.07	6.45	มาก
โดยรวม	272.19	13.57	มาก

ความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้รายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน โดยนักศึกษ และผลการประเมินปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานบนหอผู้ป่วย ของรายวิชา พบ.282 ปฏิบัติการ

พยาบาลพื้นฐาน โดยอาจารย์นิเทศ โดยรวมและรายด้านพบว่ามีความสัมพันธ์กันทางบวก ที่นัยสำคัญทางสถิติ .05 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้รายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน โดยนักศึกษา และผลการประเมินปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานบนหอผู้ป่วย ของรายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน โดยอาจารย์นิเทศ (N= 91)

ความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้และผลการประเมินปฏิบัติ การพยาบาลพื้นฐานบนหอผู้ป่วยของ รายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน	ค่า p	Sig.
รายด้าน		
ด้านคุณธรรม จริยธรรม	.029	.033*
ด้านความรู้	.206	.022*
ด้านทักษะทางปัญญา	.183	.043*
ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ	.148	.013*
ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	.172	.042*
ด้านทักษะปฏิบัติทางวิชาชีพ	.035	.007*
โดยรวม	.159	.049*

*p < .05

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ความคาดหวังและความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้รายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ ไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความคาดหวังและความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้รายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน โดยรวมและรายด้านพบว่าไม่แตกต่างกันตามสมมติฐานข้อที่ 1 แสดงให้เห็นว่าความคาดหวังของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ ต่อผลการเรียนรู้รายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลสอดคล้องกับความเป็นจริง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานในสถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วยนั้น นักศึกษาได้มีการเรียนรายวิชาทฤษฎีมาก่อน และฝึกปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานกับหุ่นจำลองในห้องปฏิบัติการจนเกิดความชำนาญ รวมทั้งการจัดการเรียนการสอนรายวิชา พบ. 280 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน ได้มีการจัดกระบวนการเรียนการสอนตั้งแต่ก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติ โดยการปฐมนิเทศเกี่ยวกับการฝึกประสบการณ์ภาคสนาม และการทบทวนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน ณ ศูนย์การเรียนรู้ทางการพยาบาล ระหว่างการฝึกปฏิบัติมีการประชุมปรึกษาทางการพยาบาลพื้นฐานก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติ (Pre-Post conference) ให้นักศึกษาทบทวนกิจกรรมการฝึกปฏิบัติในแต่ละวันทั้งในส่วนดีและส่วนที่ต้องปรับปรุง และมีการให้ข้อมูลย้อนกลับโดยอาจารย์นิเทศทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มเพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลครั้งต่อไป ทำให้นักศึกษาได้ฝึกทบทวนและพัฒนาทักษะการพยาบาลพื้นฐานของตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เป็นไปตามผลการเรียนรู้ที่ตนเองได้คาดหวังไว้ จึงส่งผลให้ความคาดหวังและความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้

รายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน โดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาของนิลอุบล แก้วอินทร์ และพรปวีณ์ หงษ์ประสิทธิ์ที่ศึกษาเกี่ยวกับความคาดหวังและความเป็นจริงของนักศึกษาพยาบาลต่ออาจารย์พยาบาลในการขึ้นฝึกภาคปฏิบัติวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลชั้นปีที่ 2 รุ่น 18 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความคาดหวังต่ออาจารย์พยาบาลในการขึ้นฝึกภาคปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนความเป็นจริงที่นักศึกษาพยาบาลได้รับจากอาจารย์พยาบาลโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ทั้งนี้สาเหตุที่ทำให้ความเป็นจริงเกี่ยวกับความสามารถการเรียนรู้ภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลไม่เป็นไปตามความคาดหวังเนื่องจากนักศึกษารู้สึกอึดอัดและประหม่าที่ต้องปฏิบัติงานต่อหน้าอาจารย์นิเทศและเจ้าหน้าที่จึงปฏิบัติได้ไม่คล่องแคล่ว และไม่มีเวลาศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเนื่องจากเห็นดเหนียวจากการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย⁵ เช่นเดียวกับการศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นตามความคาดหวังกับความคิดเห็นตามสภาพที่เป็นจริงต่อการเรียนการสอนด้วยภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาลที่เห็นว่าควรมีการเตรียมพร้อมทั้งนักศึกษาและผู้สอนในการเรียนการสอน⁹ รวมไปถึงการให้ข้อมูล คำชี้แนะจากอาจารย์และการให้นักศึกษาประเมินตนเองอย่างต่อเนื่องในระหว่างฝึกปฏิบัติงานทำให้ การรับรู้ สมรรถนะตนเองของนักศึกษาใกล้เคียงกับสมรรถนะที่ปฏิบัติจริง ซึ่งจะ เป็นพื้นฐานในการพัฒนาตนเองต่อไป⁸ ดังนั้นนักศึกษาจึงต้องมีการทบทวนการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานต่างๆ โดยเฉพาะทักษะที่สำคัญและจำเป็นก่อนขึ้นปฏิบัติการพยาบาลจริงในโรงพยาบาล และอาจารย์นิเทศควรมีวิธีการสอนที่เป็นกัลยาณมิตร ให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง⁵ ตลอดจนไปถึงการสนับสนุนและการดูแลเอาใจใส่ในขณะที่ขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล³

สมมติฐานที่ 2 ความเป็นจริงของผลการเรียนรู้โดยนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 และผลการประเมิน

การเรียนรู้โดยอาจารย์นิเทศ รายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน มีความสัมพันธ์ทางบวก

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้รายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน และผลการประเมินปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานบนหอผู้ป่วย ของรายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน โดยอาจารย์นิเทศ โดยรวมและรายด้านพบว่ามีความสัมพันธ์กันทางบวกตามสมมติฐานที่ 2 เช่นเดียวกับผลการวิจัยของไพรินทร์ สุคนธ์ตระกูล และปราณี ป้องเรือ ที่พบว่าการประเมินของนักศึกษาที่มีความสัมพันธ์กันกับการประเมินของอาจารย์เกี่ยวกับสมรรถนะการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนคลินิกสูติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยชี้ให้เห็นว่าการให้ข้อมูล คำชี้แนะจากอาจารย์และการให้นักศึกษาประเมินตนเองอย่างต่อเนื่องในระหว่างฝึกปฏิบัติงานทำให้การรับรู้สมรรถนะตนเองของนักศึกษาใกล้เคียงกับสมรรถนะที่ปฏิบัติจริง¹⁰ เช่นเดียวกับการจัดกระบวนการจัดการเรียนการสอนรายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน ในระหว่างการฝึกปฏิบัติการพยาบาลแต่ละวันมีการประชุมปรึกษาหารือระหว่างอาจารย์นิเทศกับนักศึกษาก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้นักศึกษาได้ทบทวนกิจกรรมการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละวันทั้งในส่วนดีและส่วนที่ต้องปรับปรุง และมีการให้ข้อมูลย้อนกลับโดยอาจารย์นิเทศทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มเพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลครั้งต่อไป จึงทำให้นักศึกษาได้รับรู้ถึงพัฒนาการของตนเองอย่างต่อเนื่องจนถึงวันสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติการพยาบาล นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาลยังมีผลต่อการเรียนรู้ของนักศึกษาเช่นกัน⁴ การนิเทศงานอย่างเป็นกัลยาณมิตร การให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องด้วยความเอื้ออาทร^{5,6} เหล่านี้จะส่งผลต่อการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลและการพัฒนาการเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดีในอนาคตได้

ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาในประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ จังหวัดเชียงใหม่ และจำกัดเฉพาะที่ลงทะเบียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2560 เท่านั้น ทำให้การแปลผลการวิจัยและอ้างอิงนำไปใช้กับประชากรอาจมีความคลาดเคลื่อนได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. เนื่องจากการทำวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ จังหวัดเชียงใหม่ และจำกัดเฉพาะที่ลงทะเบียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2560 เท่านั้น ดังนั้นเพื่อให้การแปลผลการวิจัยและอ้างอิงนำไปใช้กับประชากรได้ชัดเจน ควรศึกษาความคาดหวังและความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้ซ้ำอีกครั้งในรายวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลกับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นจริงต่อผลการเรียนรู้รายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน และผลการประเมินปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานบนหอผู้ป่วย ของรายวิชา พบ. 282 ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน โดยอาจารย์นิเทศ

3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความคาดหวังและความเป็นจริงในการเรียนการสอนรายวิชาอื่นที่มีลักษณะการเรียนการสอนคล้ายคลึงกัน เช่น ฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ ฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยพายัพที่ให้ทุนสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ จังหวัดเชียงใหม่ ที่

ลงทะเบียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2560 และอาจารย์นิเทศรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2560 ทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2554) (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ.2557) หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2557. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ; 2557.
2. มณฑา ลิ้มทองกุล และสุภาพ อารีเอื้อ. แหล่งความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด และผลลัพธ์การเผชิญความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกภาคปฏิบัติครั้งแรก. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2552; 15(2): 192-205.
3. McAllister, M. Principles for curriculum development in Australian nursing: An examination of the literature. Nurse Education Today 2001; 21: 304-314.
4. Papp, I., Markkanen, M., & Bonsdorff, M. Clinical environment as a learning environment: Student nurses' perception concerning clinical learning experiences. Nurse Education Today 2003; 23(4): 262-268.
5. นิลอุบล แก้วอินทร์ และพรปวีณ์ หงษ์ประสิทธิ์. ความคาดหวังของนักเรียนพยาบาลต่ออาจารย์พยาบาลในการขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ วิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล ชั้นปีที่ 2 รุ่น 18 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี. อุดรธานี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี; 2553.
6. ศศิกาญจน์ สกุลปัญญาวัฒน์. พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของอาจารย์พยาบาลที่สอนรายวิชาภาคปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน ตามการรับรู้ของอาจารย์ผู้สอนกับนักศึกษาสถาบันการศึกษาเอกชน. วารสารเกื้อการุณย์ 2557; 21: 108-23.
7. เต็มศรี ชำนิจารกิจ. สถิติประยุกต์ทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 6 ฉบับปรับปรุงแก้ไข. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
8. Hinkle, D.E, William, W. & Stephen G. J. Applied Statistics for the Behavior Sciences. 4th ed. New York: Houghton Mifflin; 1998.
9. วิไล ตั้งปนิชานติ, จันทรา แก้วภักดี, สุขพอง วงศ์สถาพรพัฒน์ และนพวรรณ เปียชี. การศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นตามความคาดหวังกับความคิดเห็นตามสภาพที่เป็นจริงต่อการเรียนการสอนด้วยภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2556; 19(3): 417-427.
10. ไพรินทร์ สุคนธ์ตระกูล และปราณี ป้องเรือ. สมรรถนะการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนคลินิกสูติกรรม: ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินของนักศึกษาและการประเมินของอาจารย์. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2557; 20(2): 259-270.

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทา
ความเจ็บปวด ในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำพูน
Effectiveness of Clinical Nursing Practice Guidelines for Pain
Relief in Critically Ill Patients, Lamphun Hospital

แสงอรุณ ใจวงศ์ผาบ พย.ม.*	Sangaroon Jaiwongpab M.N.S.*
ศรีวรรณ เรืองวัฒนา พย.ม.**	Sriwan Ruangwattana M.N.S.**
สมใจ จันทวัง พย.บ.***	Somjai janthawang B.N.S.***
พรธนา แก้วคำปา พย.บ.***	Pornthana Kaewkhampa B.N.S.***
โสภา ปัญญาใหญ่ พย.บ.****	Sopa Panyoyai B.N.S.****
ธนน ใจสินธ์ พย.บ.****	Tanon jaisin B.N.S.****

Corresponding Authors : Email: s.jaiwongpab@gmail.com

Received 16 March 2019, Revised 15 May 2019, Accepted: 31 May 2019

บทคัดย่อ

การจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤตมีความยุ่งยากซับซ้อนต้องอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำพูน กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก จำนวน 60 คน 2) ผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก จำนวน 539 คน ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2560 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2561 แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างก่อนการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล จำนวน 271 คน และกลุ่มตัวอย่างระหว่างการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล จำนวน 268 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต และแบบรวบรวมผลลัพธ์ในการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต ดำเนินการศึกษิตามกรอบแนวคิดการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ของสมาคมพยาบาลอาหาริโอ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ Email: s.jaiwongpab@gmail.com

* Nursing Instructor of Boromrajonani College of Nursing, Phrae

** หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน Email: r.sriwan_icu@hotmail.com

** Intensive Care Unit Ward Head Department of Lamphun Hospital

*** หัวหน้างานห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน Email: somjaijanthawang@hotmail.com

*** Intensive Care Unit Ward Head Department of Lamphun Hospital

**** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลลำพูน Email: nutay2554@gmail.com

**** Professional Nurse, Lamphun Hospital

ผลการศึกษา พบว่า ทีมสุขภาพมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤตระดับมาก ($\bar{x} = 2.70$, S.D. = .47) ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการจัดการความเจ็บปวดที่เหมาะสมทุกตัวชี้วัด อยู่ระหว่างร้อยละ 83.51 ถึง 99.65 และได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดร้อยละ 90.55 การประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตด้วยเครื่องมือที่เหมาะสม ทำให้ได้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจในการให้ยาบรรเทาความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นควรมีการนำแนวปฏิบัติดังกล่าวมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลต่อไป

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ความเจ็บปวด ผู้ป่วยวิกฤต

Abstract

Pain management in the critically ill patients has a complexity requires evidence-based practice to achieve good results. This operational research design aimed to investigate the effectiveness of clinical nursing practice guidelines to pain relief in critically ill patients, Lamphun Hospital. There were 2 sample groups; 1) sixty professional nurses who provided patients care in the intensive care unit. 2) the 539 critically ill patients who were admitted to the intensive care unit between November 2017 to February 2018, consisted of 271 patients before using clinical nursing practices guideline and 268 patients during implementation of this guideline. The research instruments were clinical nursing practice guidelines for pain relief in critically ill patients and compiled the results of pain management in these patients. Clinical practice guidelines of the Registered Nurses' Association of Ontario were used as a conceptual framework of this study. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results showed that health teams were satisfied at a high level to clinical nursing practice guidelines to pain relief in critically ill patients ($\bar{x} = 2.70$, S.D. = .47). The critically ill patients were received appropriate pain management 83.51 - 99.65 percent of all indicators and relieved pain about 90.55 percent. Pain assessments in critically ill patients with appropriate tools were used for the information in the medical team to relieve pain effectively. Therefore, this study should be used to improve the quality of care.

Key words: Clinical nursing practices guideline, Pain, Critically ill patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถิติผู้ป่วยวิกฤตในต่างประเทศ พบว่า ประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มขึ้นจาก 1.2 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2001 เป็น 2.2 ล้านคน ในปี 2009¹ ส่วนในประเทศไทยจากสถิติกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีการเพิ่มจำนวนเตียงผู้ป่วยวิกฤตขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2557 ถึง 2559 มีจำนวน 7,295 7,898 และ 7,900 เตียง ตามลำดับ^{2,3,4} สำหรับโรงพยาบาลลำพูน มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ปีงบประมาณ 2557 ถึง 2559 จำนวน 989, 1156 และ 1389 คน ตามลำดับ⁵ จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยวิกฤตมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตได้รับความเจ็บปวดทุกข์ทรมานซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ การได้รับบาดเจ็บ การผ่าตัด ภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ อาการของโรค การทำหัตถการเพื่อการบำบัดรักษา และการประเมินติดตามอย่างต่อเนื่อง เช่น การใส่หรือถอดท่อช่วยหายใจ การเจาะเลือดการทำผลการผ่าตัด การพลิกตะแคงตัว การดูดเสมหะ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะซึมเศร้า ความกลัว ความวิตกกังวล อาการนอนไม่หลับ ความเหนื่อยล้า ส่งผลให้ความเจ็บปวดทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น และมีการตอบสนองลดลงต่อการบรรเทาความเจ็บปวด⁶ ความเจ็บปวดของผู้ป่วยวิกฤตเป็นการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน ซึ่งเป็นการเจ็บปวดที่เกิดขึ้นทันที และมีช่วงระยะเวลาสั้นภายในเวลาไม่เกิน 3 เดือน⁷ ซึ่งเป็นปัญหาทางคลินิกที่ทำลายความสามารถของผู้ให้การดูแล การจัดการความเจ็บปวดที่เหมาะสมเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในลำดับต้นๆ⁸ หากผู้ป่วยได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม ความเจ็บปวดจะลดลงในเวลาอันรวดเร็ว ช่วยลดผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ และส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย การจัดการความเจ็บปวดที่เหมาะสมในผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย การประเมินความเจ็บปวด การกำหนดเป้าหมายในการประเมินความปวด การเลือกวิธีบรรเทาความเจ็บปวดที่เหมาะสม การติดตามผลการ

ประเมินความเจ็บปวด รวมทั้งการบันทึกที่ชัดเจน

การจัดการความเจ็บปวดที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยวิกฤตมีหลายปัจจัย ปัจจัยที่พบมากที่สุดคือ การสื่อสาร ซึ่งผู้ป่วยวิกฤตร้อยละ 71 ไม่สามารถสื่อสารด้วยการพูดหรือเขียนเพื่อบอกความเจ็บปวดของตนเองได้⁹ เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ระดับความรู้สึกตัวลดลงจากรุนแรงของการเจ็บป่วย ได้ยาที่ทำให้รู้สึกง่วงซึม นอกจากนี้ยังพบปัจจัยการจัดการความเจ็บปวดที่ไม่เหมาะสมที่เกิดจากทีมสุขภาพไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการความเจ็บปวด โดยผู้ป่วยวิกฤตมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอย่างรวดเร็ว มีปัญหาที่คุกคามต่อชีวิต ทีมสุขภาพจึงมุ่งให้ความสนใจในการรักษาชีวิต และให้ความสำคัญกับการจัดการความเจ็บปวดรองลงมาจากปัญหาที่คุกคามต่อชีวิต¹⁰ ผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการจัดการความเจ็บปวดที่ไม่เหมาะสมจะส่งผลกระทบต่อarkin สภาวะของผู้ป่วย¹¹ เพิ่มอัตราการตาย อัตราการเจ็บป่วย ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันนอนในห้องผู้ป่วยวิกฤต และระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล¹² ผลกระทบที่เกิดขึ้นนอกจากจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพ

การบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำพูน ที่ผ่านมายังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการบรรเทาความเจ็บปวด ไม่มีข้อมูลที่จะใช้สื่อสารกับทีมสุขภาพเกี่ยวกับความเจ็บปวดของผู้ป่วยวิกฤต ส่งผลให้ผู้ป่วยวิกฤตไม่ได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสม จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มห้องผู้ป่วยหนัก พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการจัดการความปวดจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยวิกฤตมีอาการกระสับกระส่าย พักไม่ได้ ก้าวร้าว ส่งผลต่อแบบแผนการนอนหลับของผู้ป่วย และพยายามดึงท่อช่วยหายใจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดทำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำพูนขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดตาม

มาขณะได้รับการรักษาพยาบาล ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย สามารถลดระยะเวลา และค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้แนวคิดของสมาคมพยาบาลของออนตาริโอ ในการประเมินผล การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย และได้ผลดี ได้แก่ งานวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับจัดการความปวด ในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดใหญ่ โรงพยาบาลนครพนม จังหวัดนครพนม พบว่าหลังจากใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 2.40, SD = 0.60$) และคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจของพยาบาลอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 2.26, SD = 0.54$)¹³ และเรื่องประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ พบว่า ระดับความปวดของผู้สูงอายุกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการจัดการความปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมภายหลังการผ่าตัด มีสัดส่วนที่แตกต่างจากกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)¹⁴

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำพูน
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำพูน ได้แก่
 - 2.1 ความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำพูน
 - 2.2 การได้รับการจัดการความเจ็บปวดของผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำพูน

คำถามการวิจัย

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลใน

การบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำพูน เป็นอย่างไร

2. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำพูน เป็นอย่างไร

2.1 ความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำพูน เป็นอย่างไร

2.2 การจัดการความปวดของผู้ป่วยวิกฤต ก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ และระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต เป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ของสมาคมพยาบาลออนตาริโอ¹⁵ มาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การคัดเลือกแนวปฏิบัติทางคลินิก 2) การระบุ วิเคราะห์ และการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง 3) การประเมินผลความพร้อมของสิ่งแวดล้อม หน่วยงาน และบุคลากร 4) การตัดสินใจใช้กลยุทธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ 5) การประเมินความสำเร็จของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และ 6) หาแหล่งประโยชน์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Operation study) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำพูน ดำเนินการศึกษิตามกรอบแนวคิดการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ของสมาคมพยาบาลออนตาริโอ¹⁵

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มประชากรในการศึกษา ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูนจำนวน 60 คน (งานห้องผู้ป่วยหนัก 1 จำนวน 21 คน งานห้องผู้ป่วยหนัก 2 จำนวน 19

คน งานห้องผู้ป่วยหนัก 3 จำนวน 20 คน) และผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2560 ถึง กุมภาพันธ์ 2561 โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 271 คน (ผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน ถึงธันวาคม 2560) และกลุ่มตัวอย่างระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล จำนวน 268 คน (ผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงกุมภาพันธ์ 2561)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณา และรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลลำพูน โดยมีหนังสือรับรองเลขที่ Ethic LPN 24/2560 และกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย มีการลงนามยินยอมในเอกสารขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถขอถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลได้จากการศึกษาจะเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ทฤษฎีความเจ็บปวด การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต เครื่องมือประเมินความปวด เครื่องมือประเมินระดับง่วงซึม (Richmond agitation sedation scale [RASS]) และกิจกรรมการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบรวบรวมผลลัพธ์ในการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค เครื่องมือที่ใช้ประเมินความเจ็บปวด ระดับความเจ็บปวด การบรรเทาความเจ็บปวด ระดับง่วงซึม (RASS Score) และผลลัพธ์การบรรเทาความเจ็บปวด

2. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แนว

ปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 3 ข้อคำถาม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดย 1 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย 2 หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง 3 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต แบบรวบรวมผลลัพธ์ในการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต และแบบประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการบรรเทาความเจ็บปวด อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) เท่ากับ 1

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

แบบประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย โดยไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ แล้วนำคะแนนที่ได้ไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .90

การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้เครื่องมือประเมินแนวปฏิบัติสำหรับการวิจัยที่ได้รับการแปลภาษาไทยโดยฉวีวรรณ ธงชัย¹⁶ (The Appraisal of guideline for research &

evaluation [AGREE]) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการ บรรเทาความเจ็บปวด จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 2 คน เครื่องมือ AGREE II แนะนำให้มีผู้ ประเมินแนวปฏิบัติอย่างน้อย 2 คน และแนะนำให้มี 4 คน เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของการประเมิน ผู้วิจัย จึงเลือกใช้ผู้ประเมินแนวปฏิบัติ 4 คน¹⁷

ประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติ

ประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติ ทางการพยาบาลการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วย วิกฤต โดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่ม งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก จำนวน 60 คน โดยนำ เครื่องมือดังกล่าวไปทดลองใช้กับผู้ป่วยวิกฤตที่มี ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ซึ่ง ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ พบว่า 1) แนวปฏิบัติ มีความง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน ร้อยละ 96.35 2) แนว ปฏิบัติมีความสะดวกในการใช้ ร้อยละ 95.45 3) แนว ปฏิบัติสามารถใช้ได้ในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 94.70 4) แนวปฏิบัติทำให้ประหยัดค่าใช้จ่าย ร้อยละ 93.20 5) ทีมสุขภาพมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 98.50 และ 6) แนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ใน การนำไปปฏิบัติจริง ร้อยละ 93.00 และหาค่า ความเชื่อมั่นระหว่างผู้วิจัยและพยาบาล (Inter-rater reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดย ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลลำพูน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการ ศึกษาและขออนุญาตรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างใน กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำพูน ผู้ศึกษาเข้าพบหัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการ พยาบาลผู้ป่วยหนัก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การศึกษาและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล

และดำเนินการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการ บรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาล ลำพูน

2. ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาคุณภาพการใช้แนว ปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวด ในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำพูน

- 2.1 แต่งตั้งคณะทำงานแนวปฏิบัติ ทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ ประเมินผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำพูน

- 2.2 จัดประชุมคณะทำงานเพื่อกำหนด ปฏิทินการดำเนินงาน จัดอบรมเพื่อให้ความรู้การ ประชุมกลุ่มย่อย (Conference) การสอนเป็นราย บุคคล (Personal visit) และการจัดประชุมเชิงปฏิบัติ การ (Workshop)

- 2.3 จัดเตรียมอุปกรณ์ที่จะใช้ในการ ดำเนินงาน

3. ผู้วิจัยจัดประชุมในหน่วยงาน เพื่อชี้แจง และทำความเข้าใจแก่พยาบาลในหน่วยงานเกี่ยวกับ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บ ปวดในผู้ป่วยวิกฤต และการลงบันทึกข้อมูลในแบบ รวบรวมผลลัพธ์ และเปิดโอกาสให้ซักถามจนพยาบาล ทุกคนมีความเข้าใจที่ตรงกัน

4. ดำเนินการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำพูน ให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ ดังนี้

- 4.1 ขอความร่วมมือจากหัวหน้ากลุ่ม งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก พยาบาลหัวหน้าเวร ในการกระตุ้นให้มีการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤตอย่าง สม่าเสมอ

- 4.2 รวบรวมผลลัพธ์ก่อนและระหว่างการใช้ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความ เจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต

- 4.3 บันทึกปัญหา อุปสรรคต่างๆ ที่เกิด ขึ้นในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการ บรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต

5. ติดตามตรวจสอบผลการใช้แนวปฏิบัติ

ทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤตตามแผนที่วางไว้ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤตให้ดีขึ้น โดยนำข้อมูลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤตมาวิเคราะห์บทวน

6. ดำเนินการปรับปรุงการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต แก้ไขปัญหา อุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต

7. ผู้ศึกษากำกับ ติดตาม และตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของการบันทึกผลลัพธ์

8. ผู้ศึกษาดำเนินการรวบรวมผลลัพธ์ในการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติมีระยะห่างกัน 2 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ และผู้ป่วยวิกฤต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาตามลักษณะข้อมูล ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

2. แบบรวบรวมผลลัพธ์ในการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำพูน โดยเริ่มต้นจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการจัดการความเจ็บปวด ทบทวนความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติ ความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการความเจ็บปวด ผู้วิจัยจัดประชุมในหน่วยงานเพื่อชี้แจงและทำความเข้าใจแก่พยาบาลในหน่วยงาน ร่วมดำเนินการพัฒนาคุณภาพการใช้

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต กำหนดปฏิทินการดำเนินงาน จัดอบรมเพื่อให้ความรู้ การประชุมกลุ่มย่อย (Conference) การสอนเป็นรายบุคคล (Personal visit) และการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) กำกับติดตามให้ทีมผู้ปฏิบัติดำเนินการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต ตลอดระยะเวลาดำเนินการศึกษา จัดเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ให้เพียงพอ และพร้อมใช้งาน บันทึกปัญหา อุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการใช้แนวปฏิบัติ ติดตามตรวจสอบผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต ตามแผนที่วางไว้ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์บทวน ปรับปรุงการใช้แนวปฏิบัติ เพื่อพัฒนาการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤตให้ดีขึ้น ประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต พบว่าแนวปฏิบัติมีความง่าย ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในการดูแลผู้ป่วย ประหยัดค่าใช้จ่าย

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลลำพูน ประกอบด้วย ความหมายของความปวดในผู้ป่วยวิกฤต สาเหตุของการเกิดความปวดในผู้ป่วยวิกฤต กลไกความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ทฤษฎีความเจ็บปวด ผลกระทบของความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต การจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต เครื่องมือประเมินความปวด แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) การประเมินความปวดในผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารได้และรายงานความปวดของตนเองได้ ประกอบด้วย เครื่องมือประเมินความปวดแบบตัวเลข (Numeric rating scale [NRS]) เครื่องมือประเมินความปวดแบบรูปภาพ (Face Pain Scale [FPS]) เครื่องมือประเมินความปวดด้วยการบอกความรุนแรงเป็นตัวเลขด้วยวาจา (Verbal descriptor scale [VDS]) 2) การประเมินความปวดในผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้

ประกอบด้วย เครื่องมือประเมินความปวดโดยการสังเกตพฤติกรรม (Behavioral pain scale [BPS]) และเครื่องมือสังเกตความปวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (Critical-Care Pain Observation tool [CPOOT]) เครื่องมือประเมินระดับง่วงซึม (RASS Score) และกิจกรรมการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต
 ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลพึงพอใจใน

ภาพรวมระดับมาก ($\bar{x} = 2.70, S.D. = .47$) ทั้งระบบการจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต ($\bar{x} = 2.67, S.D. = .46$) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต ($\bar{x} = 2.85, S.D. = .42$) และผลลัพธ์ของการจัดการความเจ็บปวดหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต ($\bar{x} = 2.59, S.D. = .49$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล (n=60)

หัวข้อ	ระดับความพึงพอใจ		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ระบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต	2.67	.46	มาก
2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤต	2.85	.42	มาก
3. ผลลัพธ์ของการจัดการความปวดหลังใช้แนวปฏิบัติ	2.59	.49	มาก
รวม	2.70	.47	มาก

กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 271 คน และกลุ่มที่เข้ารับการรักษาระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 268 คน กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะที่ใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53.14 และร้อยละ 53.36 ตามลำดับ มีอายุมากกว่า 60 ปี

คิดเป็นร้อยละ 66.79 และร้อยละ 53.36 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สื่อสารไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 70.11 และร้อยละ 67.54 กลุ่มตัวอย่างก่อนใช้แนวปฏิบัติเป็นโรคระบบทางเดินหายใจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 18.82 กลุ่มตัวอย่างระหว่างใช้แนวปฏิบัติเป็นโรคระบบทางเดินหายใจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 19.78 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตจำแนกตามเพศ อายุ ความสามารถในการสื่อสาร การวินิจฉัยโรค

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่างก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ (n=271)		กลุ่มตัวอย่างระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติ (n=268)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	144	53.14	143	53.36
หญิง	127	46.86	125	46.64
อายุ				
18 – 35 ปี	13	4.80	19	7.09
36 – 60 ปี	77	28.41	106	39.55
มากกว่า 60 ปี	181	66.79	143	53.36
ความสามารถในการสื่อสาร				
สื่อสารได้	81	29.89	87	32.46
สื่อสารไม่ได้	190	70.11	181	67.54
การวินิจฉัยโรค				
โรคเมเร็ง	43	15.87	53	19.78
โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	27	9.96	18	6.72
โรกระบบทางเดินหายใจ	51	18.82	32	11.94
โรคหลอดเลือดสมอง	44	16.24	49	18.28
โรคเลือดออกในระบบ	32	11.81	25	9.33
ทางเดินอาหาร				
โรกระบบทางเดินปัสสาวะ	9	3.32	6	2.24
ติดเชื้อในกระแสเลือด	20	7.38	32	11.94
อุบัติเหตุและได้รับบาดเจ็บรุนแรง	43	15.87	44	16.24
สูตินรีเวช	2	0.73	9	3.35

กลุ่มตัวอย่างก่อนใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤตได้รับการประเมินความเจ็บปวด 4,879 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างระหว่างใช้แนวปฏิบัติได้รับการประเมินความเจ็บปวด 4,827 ครั้ง ระหว่างใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่างได้รับการจัดการความเจ็บปวดที่

เหมาะสมเพิ่มขึ้นทุกตัวชี้วัด ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเจ็บปวดอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง ร้อยละ 95.32 ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเจ็บปวดด้วยเครื่องมือที่เหมาะสม ร้อยละ 99.65 ผู้ป่วยได้รับการจัดการความเจ็บปวดที่เหมาะสม ร้อยละ 83.51 และมีการบันทึกเกี่ยวกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสมร้อยละ 97.04 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของเหตุการณ์ที่ได้รับการจัดการความเจ็บปวดอย่างเหมาะสมในกลุ่มตัวอย่างก่อนและระหว่างใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต

การได้รับการจัดการ ความปวดอย่างเหมาะสม	ก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ			ระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติ		
	จำนวน เหตุการณ์	มี จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มี จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน เหตุการณ์	มี จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มี จำนวน (ร้อยละ)
ได้รับการประเมินความเจ็บปวด อย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง	4879	3675 (75.32)	1204 (24.68)	4827	4601 (95.32)	226 (4.68)
ได้รับการประเมินความเจ็บปวด ด้วยเครื่องมือที่เหมาะสม	4879	4005 (82.09)	874 (17.91)	4827	4810 (99.65)	17 (0.35)
ผู้ป่วยได้รับการจัดการความเจ็บ ปวดที่เหมาะสม	4879	3221 (66.02)	1658 (33.98)	4827	4031 (83.51)	796 (16.49)
การบันทึกเกี่ยวกับความเจ็บปวด ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม	4879	3568 (73.13)	1311 (26.87)	4827	4684 (97.04)	143 (2.96)

กลุ่มตัวอย่างก่อนใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต ได้รับการบรรเทาความเจ็บปวด ร้อยละ 65.15 กลุ่มตัวอย่างระหว่างใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลได้รับการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 90.55 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการบรรเทาความเจ็บปวด ก่อนและระหว่างใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต

การบรรเทาความเจ็บปวด	การบรรเทาความปวด ก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติ		การบรรเทาความปวด ระหว่างมีการใช้แนวปฏิบัติ	
	จำนวนผู้ป่วยที่มี ระดับความเจ็บปวด ตั้งแต่เล็กน้อยถึงมาก (n=198)	ร้อยละ	จำนวนผู้ป่วยที่มี ระดับความเจ็บปวด ตั้งแต่เล็กน้อยถึงมาก (n=201)	ร้อยละ
ได้รับการบรรเทาความเจ็บปวด	129	65.15	182	90.55
ไม่ได้รับการบรรเทาความเจ็บปวด	69	34.85	19	9.45

ผลการบรรเทาความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่างระหว่างใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเจ็บปวดลดลงแต่ยังคงมีอาการปวด

จำนวน 138 คน ร้อยละ 68.66 รองลงมา มีความปวดลดลงทั้งหมด จำนวน 37 คน ร้อยละ 18.40 และความเจ็บปวดไม่ลดลง จำนวน 26 คน ร้อยละ 12.94 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤตระหว่างใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต (n=182)

ผลการบรรเทาความปวด	จำนวน (n=182)	ร้อยละ
ความเจ็บปวดไม่ลดลง	18	9.89
ความเจ็บปวดลดลงแต่ยังคงมีอาการปวด	128	70.33
ความเจ็บปวดลดลงทั้งหมด	36	19.78

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยนี้พบว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลลำพูน มีความง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อนสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในการดูแลผู้ป่วย ประหยัดค่าใช้จ่าย ทีมสุขภาพมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้เกิดความยั่งยืนและต่อเนื่อง ต้องอาศัยกลยุทธ์ต่างๆ เพื่อเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ บุรณาการองค์ความรู้สู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง ผู้ปฏิบัติทุกคนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของผลงาน มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกัน (Partnership) มีส่วนร่วมในการดำเนินการทุกขั้นตอน¹⁸

จากข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่ไม่สามารถสื่อสารได้ ทำให้ทีมสุขภาพไม่สามารถรับรู้ความเจ็บปวดของผู้ป่วย ไม่มีข้อมูลที่จะใช้สื่อสารร่วมกับทีมสุขภาพ และไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง เมื่อมีการนำแนวปฏิบัติมาใช้ในการประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤต ทำให้ทีมสุขภาพสามารถเลือกใช้เครื่องมือประเมินความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม มีข้อมูล

ที่จะใช้สื่อสารกับทีมแพทย์เพื่อการตัดสินใจในการให้ยาบรรเทาความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับการจัดการความเจ็บปวดที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ บุญโยทยาน ฉวีวรรณ ธงชัย และมยุรี สำราญญาตี¹⁹ ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวด ในผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม พบว่า ผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่มีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ได้รับการประเมินความเจ็บปวดด้วยเครื่องมือที่เหมาะสมกับผู้ป่วยวิกฤตแต่ละราย ผู้ป่วยได้รับการจัดการความเจ็บปวดที่ตรงกับความต้องการ และพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการความเจ็บปวดซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลลำพูน พบว่า ผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลพึงพอใจระดับมาก ทั้งระบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความปวด และผลลัพธ์ของการจัดการความปวด และจากการใช้แนวปฏิบัติทำให้พยาบาลมีข้อมูลที่สื่อสารร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่าง

ระหว่างใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤตได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นทุกตัวชี้วัด สอดคล้องกับการศึกษาของวรวงคณา อัครีเวียง²⁰ ศึกษาการจัดการความปวดในผู้ป่วยวิกฤต: บทบาทที่ทำนายสำหรับพยาบาล พบว่า การจัดการความปวดเป็นบทบาทที่ทำนายของพยาบาล ซึ่งครอบคลุมทั้งการประเมินและการบรรเทาความปวดโดยใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก และซึ่งการประเมินความปวดและการบันทึกทางการพยาบาลเป็นข้อมูลที่สำคัญที่ทำให้สามารถสื่อสารร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อนำไปสู่การบรรเทาความปวดที่เหมาะสม

การพยาบาลในการบรรเทาความเจ็บปวดในผู้ป่วยวิกฤต พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเจ็บปวดลดลงแต่ยังคงมีอาการปวด ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงมากจะได้รับการบรรเทาอาการปวด ทีมสุขภาพต้องมีการประเมินผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่เหมาะสมและปลอดภัย ในแนวปฏิบัตินี้มีการใช้มาตรวัดความง่วงซึมของริชมอนด์ (RASS score)

สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ บุญโยทยาน ฉวีวรรณ ธงชัย และมยุรี สำราญญาติ¹⁹ ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการความเจ็บปวด ในผู้ป่วยวิกฤตหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม พบว่า เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจากการได้รับยา จึงมีการใช้มาตรวัดความง่วงซึมของริชมอนด์ (RASS score) มาประเมินผลข้างเคียงจากการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการบรรเทาความเจ็บปวดไปใช้ในหน่วยงาน ควรสร้างบรรยากาศในหน่วยงานให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติ ให้ทีมสุขภาพมีความรู้สึกเป็นเจ้าของผลงาน เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของการให้บริการทางการพยาบาล

2. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลควรมีการปรับปรุงให้เหมาะสมและทันสมัยตลอดเวลา

เอกสารอ้างอิง

1. Herring, A. A., Ginde, A., Fahimi, J., Alter, H. J., Maselli, J. H., Espinola, J. A., . . . Camargo, C. A. (2013). Increasing critical care admissions from U.S. emergency departments, 2001-2009. *Critical Care Medicine*, 41(5), 1197-1204. doi: 10.1097/CCM.0b013e31827c086f
2. สถิติโรงพยาบาลลำพูน. (2559). สถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต. ลำพูน: โรงพยาบาลลำพูน.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุขประจำปี 2557: จำนวนเตียงผู้ป่วยหนัก ICU จำแนกตามสังกัด รายเขตพื้นที่เครือข่ายบริการ จังหวัดปี 2557. Retrieved from: <http://thcc.or.th/download/gishealth/report-gis57.pdf>
4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุขประจำปี 2558: จำนวนเตียงผู้ป่วยหนัก ICU จำแนกตามสังกัด รายเขตพื้นที่เครือข่ายบริการ จังหวัดปี 2558. Retrieved from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_resource2558_29Dec60.pdf

5. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี 2559: จำนวนเตียงผู้ป่วยหนัก ICU จำแนกตามสังกัด รายเขตพื้นที่เครือข่ายบริการ จังหวัด ปี 2559. Retrieved from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/report-gis59_05Jan17.pdf
6. Puntillo, K. A., Wild, L. R., Morris, A. B., Thompson, C. L., & White, C. Practices and predictors of analgesic interventions for adults undergoing painful procedures. *American Journal of Critical Care*. 2002; 11, 415-429.
7. Macintyre P.E., Schug S.A., Scott D.A., Visser E.J., Walker S.M. Physiology and Psychology of acute pain. Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine, Acute Pain Management: Scientific Evidence 3rd edition, ANZCA & FPM, Melbourne; 2010, 1-33.
8. Berenholtz, S. M., Dorman, T., Ngo, K., & Pronovost, P. J. Qualitative review of intensive care unit quality indicators. *Journal of Critical Care*, 2002; 17(1), 1-15.
9. Gelin, C., Fortier, M., Viens, C., Fillion, L., & Puntillo, K. Pain assessment and management in critically ill intubation patients: A retrospective study. *American journal of critical care*, 2004; 13, 126-136.
10. Stanik-Hutt, J. A. Pain management in critically ill. *Critical Care Nurse*. 2003; 23, 99-103.
11. Hutchison, R. W. Challenges in acute post-operative pain management. *American Society of Health-System Pharmacists*, 2007; 64, S2-S5.
12. Li, D., Miskowski, C., Burkhardt, D., & Puntillo, K. Evaluations of physiologic reactivity and reflexive behaviors during noxious procedure in sedated critically ill patients. *Journal of Critical Care*. 2009; 24(3), 472.e9-472.e13.
13. Sroysuan, P. Effectiveness of Clinical Practice Guidelines Implementation for Pain Management Among Elderly After Major Surgery, Nakhonpanom Hospital, Nakhonpanom Province. *Nakhonpanom Hospital Journal*. 2015; 1(3). 28 – 38. (in thai)
14. Panchaiprom, P., Nanasilp, P. Effectiveness of Clinical Nursing Practice Guidelines Implementation for Pain Management Among Elderly Undergone Total Knee Arthroplasty, Chiangrai Prachanukroh Hospital. *Nursing Journal*. 2013; 40(3), 85 – 96. (in thai)
15. Registered Nurse Association of Ontario [RNAO]. Nursing best practice guideline: Assessment and management of pain. [Internet]. 2002. [Cited 2009 April 25th], Available from <http://www.rnao.org>
16. Thongchai C. The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation: AGREE [Internet]. 2013.[Cited 2017 September 14th], Available from https://www.agree-trust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_Instrument_Thai.pdf

17. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติ สำหรับการวิจัยและการประเมินผล, 2556. Retrieved from: <http://203.157.39.7/imrta/images/AGREE%20ok%20for%20e-book.pdf>
18. Thongchai C., Clinical Practice Guidelines Development. The Thai Journal of Nursing Council. 2005; 20(2). 63–76.
19. Punyodyana S., Thongchai C.,& Somrarnyart. Effectiveness of Implementing Clinical Practice Guidelines for Pain Management among Critically Ill Patients in Surgical Intensive Care Unit. Thai Journal of Nursing Council. 2011; 26(4). 82-95. (in thai)
20. Umsriwaing W. Pain Management in critically ill patients: Challenge's role for Nurse. Journal of Nursing and Education. 2015; 8(2). 1-8. (in thai)

บรรณบำบัดสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า Bibliotherapy for Individual with Depression

วัลลภา ทรงพระคุณ พย.ม, Ph.D. * Wallapa Songprakun, M.N.S, Ph.D.*
เนตรดาว ธงชีว พย.ม.** Natedao Thongseaw M.N.S.**

Corresponding Authors : Email: swallapa77@gmail.com

Received: 14 May 2019, Revised: 9 June 2019, Accepted: 13 June 2019

บทคัดย่อ

บรรณบำบัดสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นการบำบัดเพื่อปรับกระบวนการคิดและพฤติกรรม โดยมุ่งเน้นการใช้หนังสือเพื่อการบำบัดในการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ให้มีความสมเหตุสมผล ช่วยให้รับรู้สถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ตามสภาพความเป็นจริง ตลอดจนการส่งเสริมการทำกิจกรรมที่เกิดประโยชน์ สนับสนุนให้มีการจดบันทึกเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับตนเองอย่างเป็นอิสระ ทำให้เกิดความเข้าใจตนเองด้านความคิดที่บิดเบือนที่ส่งผลต่อความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเอง นอกจากนี้ช่วยส่งเสริมทักษะการจัดการความเครียด และทักษะด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทั้งนี้ การเลือกใช้บรรณบำบัดสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้านั้น ควรใช้ร่วมกับการชี้แนะและกำกับติดตามเป็นระยะระหว่างการบำบัด โดยสามารถใช้บรรณบำบัดเป็นการบำบัดทางเลือกโดยจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช ผู้ให้การปรึกษา ตลอดจนทีมสุขภาพจิต

คำสำคัญ: บรรณบำบัด ภาวะซึมเศร้า

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ Email: swallapa@yahoo.com

* Asst. Prof., McCormick Faculty of Nursing, Payap University

** อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ Email: dao_1409@hotmail.com

** Lecturer, McCormick Faculty of Nursing, Payap University

Abstract

Bibliotherapy for individual with depression is one of the therapies for cognitive behavioral modification. It focuses on using self-help books in individual to change automatic negative thought to be reasonable cognition. Bibliotherapy assists people to perceive the real situation, encourage individual to do beneficial activities, and support personal record independently to gain self-understanding in cognitive triad, which effect on personal affect and behaviors. Furthermore, bibliotherapy help supporting stress management skills and interpersonal relationship skills. However, using bibliotherapy for individual with depression should be coached and monitored by psychiatrists, psychiatric nurses, counselors, and/or mental health staff throughout the intervention.

Key words: Bibliotherapy, Depression

บทนำ

บรรณบำบัด เป็นรูปแบบการบำบัดด้วยหนังสือที่ส่งเสริมให้บุคคลอ่านและเขียนบันทึกเพื่อดูแลตนเอง ใช้เป็นทางเลือกในการบำบัดที่ช่วยให้บุคคลเกิดความเข้าใจตนเองเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญ ผลกระทบทางอารมณ์ ความรู้สึก และความคิดที่เกิดขึ้นกับตนเอง นอกจากนี้ยังช่วยส่งเสริมให้เพิ่มทัศนคติเชิงบวก และความหวังในการดำเนินชีวิต¹ การบำบัดด้วยหนังสือใช้ในบุคคลหลากหลายกลุ่ม ทั้งผู้ที่มีปัญหาทางความคิด พฤติกรรม และอารมณ์ความรู้สึก รวมทั้งในกลุ่มผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งปัจจุบันมีบุคคลที่ต้องเผชิญกับภาวะซึมเศร้าอย่างมากมาจากสถานการณ์การสูญเสีย ซึ่งบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าแสดงออกด้วยอารมณ์เศร้า หดหวัง ในระยะเวลายาวนาน มีการรับรู้ในคุณค่าตนเองลดต่ำลง ส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน² การใช้บรรณบำบัดจึงเป็นการบำบัดอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ที่ภาวะซึมเศร้า ซึ่งมุ่งเน้นการปรับกระบวนการคิดและพฤติกรรม โดยมีการกำหนดเนื้อหา กิจกรรม และรูปแบบของหนังสือเพื่อกระตุ้นการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบที่ส่งผลให้

เกิดภาวะซึมเศร้า กระตุ้นการทำกิจกรรมที่เกิดประโยชน์ ช่วยส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียด และทักษะด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล^{3,4,5} บทความฉบับนี้จึงมุ่งเน้นการนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับสถานการณ์ภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้า และบรรณบำบัดสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

สถานการณ์ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่สำคัญทางสุขภาพจิตในหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยด้วย ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะอารมณ์ที่แสดงออกในลักษณะเศร้าหมอง เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ใจ ขาดความสนใจ และความพึงพอใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน และในการประกอบอาชีพ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกระบุว่าในปัจจุบันประชากรมากกว่า 300 ล้านคนกำลังทุกข์ทรมานจากภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 18 ในช่วงปี ค.ศ. 2005 ถึง ค.ศ. 2015⁶ ครอบคลุมบุคคลที่มีอารมณ์เศร้าจากสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน รวมไปถึงบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และ ระดับรุนแรง ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในชีวิต

ประจำวันทั้งการทำงาน การเรียน และการดำเนินชีวิต ในครอบครัว มากกว่านั้นภาวะซึมเศร้าอาจเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายซึ่งตามสถิติมีประชากรมากกว่า 800,000 คน ต่อปีที่เสียชีวิตจากสาเหตุการฆ่าตัวตาย ซึ่งจากรายงานระบุว่าอัตราการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุอันดับสองของการเสียชีวิตในประชากรกลุ่มช่วงอายุ 15-29 ปี⁶ สำหรับประเทศไทย จากรายงานประจำปีพ.ศ. 2561 ของกรมสุขภาพจิต⁷ มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในปีงบประมาณ 2560 ร้อยละ 54.37 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2559 มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามารับบริการร้อยละ 48.50 นอกจากนี้องค์การอนามัยโลก⁸ ได้รายงานโรคที่จะสร้างปัญหาให้กับประชาชนโลก รวมทั้งประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2563 พบว่า โรคจิตเวช โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าจะมีอัตราการป่วยของประชากรก่อให้เกิดความสูญเสียที่สำคัญสูงเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ

ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นภาวะที่แสดงออกถึงอารมณ์เศร้า ความรู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกไร้พลัง ขาดสมาธิ ประสิทธิภาพความจำลดลง ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว และขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน⁹ หากอธิบายกลไกการเกิดภาวะซึมเศร้าโดยแนวคิดพื้นฐานทฤษฎีทางปัญญานิยม (Cognitive theory) ของอารอน เบค (Aron Beck) อังใน เบค รัช ซอว์ และ เอเมอร์⁹ กล่าวว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีกระบวนการคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ในชีวิตและสิ่งต่างๆ รอบตัวบิดเบือนไปในทางลบ ซึ่งใน เบค รัช ซอว์ และ เอเมอร์ อังใน ดารารรรณ ตีะปินตา¹⁰ กล่าวว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักรับรู้และตีความเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไปทางลบดังนี้

- 1) การมองตนเองในทางลบ (Negative view of self)
- 2) การมองโลกหรือสภาพแวดล้อมรอบตัวในทางลบ (Negative view of world) และ
- 3) การมองอนาคตของตนเองในทางลบ (Negative view of future)

บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า มักมีความคิดอัตโนมัติทางลบ (Automatic negative thought) เป็นกระบวนการคิดระดับนอกสุด ซึ่งถูกกระตุ้นจากความเชื่อพื้นฐานระดับลึก (Core beliefs) ซึ่งบุคคลถูกพัฒนาความเชื่อมาตั้งแต่วัยเด็ก เป็นความคิดต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และต่ออนาคตของแต่ละบุคคล พร้อมทั้งความเชื่อในระดับกลาง (Intermediate beliefs) ซึ่งเป็นความเชื่อเกี่ยวกับกฎเกณฑ์¹⁰ ความคิดอัตโนมัติทางลบดังกล่าวส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ในคุณค่าตนเองต่ำ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมจึงนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า

การปรับกระบวนการคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy: CBT) เป็นรูปแบบการบำบัดภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพรูปแบบหนึ่ง โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือนให้มีความเหมาะสมและสมเหตุสมผล ทำให้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ตามความเป็นจริง กระตุ้นการทำกิจกรรมที่เกิดประโยชน์ ช่วยส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียด และทักษะด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถปรับตัวในสถานการณ์ต่างๆ ได้ ช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า และช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้¹⁰ ในการบำบัดผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยรูปแบบการปรับทางความคิดและพฤติกรรม จึงมุ่งเน้นที่การแก้ไขความคิดอัตโนมัติทางลบ ก่อนเป็นอันดับแรกเนื่องจากสามารถเข้าถึงได้ง่ายกว่าและมีโอกาสประสบความสำเร็จในการปรับแก้สูงกว่าการกลับไปแก้ที่ Core beliefs เพื่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในการคิดที่คงทนและยั่งยืน¹¹ จากการทบทวรรณกรรมในปัจจุบันมีการนำการบำบัด CBT ไปใช้ในการบำบัดหลากหลายรูปแบบ เช่น การบำบัดรายบุคคล (Individual therapy) บำบัดรายกลุ่ม (Group therapy) โปรแกรมการบำบัดผ่านระบบฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ (Computerized based) และบรรณบำบัด (Self-help book/Manual or bibliotherapy)

บรรณบำบัดสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

บรรณบำบัด คือการใช้การอ่านหนังสือ การสะท้อนความรู้สึกนึกคิดของตนเอง รวมทั้งการบันทึกข้อความเกี่ยวกับตนเองในหนังสือ เพื่อช่วยแก้ปัญหาทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ซึ่งองค์ประกอบของบรรณบำบัดมีลักษณะดังต่อไปนี้¹²

1) ผู้ให้การบำบัด เป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ ทำหน้าที่ในการสร้างบรรยากาศที่เอื้ออำนวยต่อการบำบัดด้วยหนังสือ เป็นผู้ที่มีความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจความรู้สึกของผู้รับการบำบัด เพื่อช่วยเหลือผู้รับการบำบัดให้บรรลุตามเป้าหมายการบำบัด

2) หนังสือที่ใช้ในการบำบัด เป็นหนังสือที่ผู้บำบัดคัดเลือกหรือเขียนขึ้น โดยมีเนื้อหาเหมาะสมกับสภาพความเป็นจริงของผู้รับการบำบัด ใช้ภาษาที่เหมาะสมกับช่วงวัยและระดับความรู้ของผู้รับการบำบัด เพื่อให้ผู้รับการบำบัดทำความเข้าใจและคล้อยตามเนื้อหาของหนังสือได้อย่างลึกซึ้ง รูปแบบหนังสือควรมีเนื้อหาและรูปภาพประกอบที่น่าสนใจ ขนาดหนังสือพกพาสะดวก

3) วิธีการบำบัด เริ่มด้วยการตั้งวัตถุประสงค์ของการบำบัดด้วยหนังสือ เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินการเพื่อบรรลุตามเป้าหมายของการบำบัด คัดเลือก และ/หรือ เขียนหนังสือที่เหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาของผู้รับการบำบัด แนะนำวิธีการใช้หนังสือเพื่อการบำบัดตนเองตลอดจนการกระตุ้นและติดตามการใช้หนังสือเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างแรงจูงใจในการบำบัด รวมทั้งการประเมินความก้าวหน้าของการเปลี่ยนแปลงทางความคิดและพฤติกรรมของผู้รับบริการจากการใช้หนังสือเพื่อการบำบัด

4) ผู้รับการบำบัด เป็นผู้ที่มีความพร้อมทั้งสภาพทางร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา และด้านการศึกษาซึ่งมีผลต่อการรับรู้และการทำความเข้าใจในเนื้อหาของหนังสือ

บรรณบำบัด สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ใช้หนังสือในการบำบัดที่มุ่งเน้นการปรับความคิดและพฤติกรรม โดยหนังสือที่ผู้บำบัดคัดเลือก และ/

หรือเขียนขึ้นจะเป็นเนื้อหาเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้รับการบำบัดเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของตนเอง เพื่อประเมินความคิดที่บิดเบือน และอารมณ์ซึมเศร้าด้วยตนเอง นอกจากนี้จะได้รับความรู้ความรู้สึกของตนเองที่สมเหตุสมผลตามสภาพการณ์จริง ช่วยสร้างความหวัง นอกจากนี้ผู้บำบัดมีการกำหนดแนวทางไว้ในหนังสือเพื่อกระตุ้นให้ปฏิบัติกิจกรรม การดูแลอารมณ์ความคิด และความรู้สึกได้ด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ ตามแนวทางที่กำหนดไว้ในหนังสือ บรรณบำบัดเพื่อปรับกระบวนการคิดและพฤติกรรมในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นการใช้หนังสือเพื่อการบำบัดภาวะซึมเศร้ามุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ ความคิดที่บิดเบือน ให้ความสมเหตุสมผล ทำให้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ตามความเป็นจริง ตลอดจนการกระตุ้นการทำกิจกรรมที่เกิดประโยชน์ การอ่านหนังสือ และการจดบันทึกเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับตนเอง ทำให้เกิดความเข้าใจตนเองด้านความคิดที่บิดเบือน ที่ส่งผลต่อความรู้สึก และพฤติกรรมตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง ช่วยส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียด และทักษะด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล¹³

โดยทั่วไปหนังสือที่ใช้ในการบำบัดเพื่อปรับความคิดและพฤติกรรมผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้บำบัดเขียนขึ้นโดยมีการกำหนดกิจกรรมเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้อ่านทำความเข้าใจและปฏิบัติตนตามกิจกรรมต่างๆ ซึ่ง ประกอบด้วย¹⁴ 1) ทำความเข้าใจวิธีการใช้หนังสือเพื่อช่วยเหลือตนเอง และเข้าใจความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับอารมณ์เศร้า 2) ทำความเข้าใจอารมณ์ซึมเศร้าของตนเองจากการอ่านสถานการณ์และความรู้สึกของบุคคลในตัวอย่าง และบันทึกสถานการณ์ต่อตนเองพร้อมอารมณ์เศร้าของตนเอง 3) เรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนรูปแบบความคิดของตนเองที่มีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น 4) เรียนรู้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองจากแนวทางแนะนำในหนังสือหรือแนวทางเลือกใหม่ของตนเอง 5) หาแนวทางการผ่อนคลายอารมณ์ด้วยตนเอง 6) ติดตามประเมินความคิดอัตโนมัติของตนเอง ดังนั้น เมื่อผู้บำบัดได้

อธิบายทำความเข้าใจถึงวิธีการ ระยะเวลาในการใช้หนังสือแก่ผู้รับการบำบัดแล้ว ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถใช้หนังสือที่ผู้บำบัดเขียนขึ้นในการบำบัดดูแลตนเองอย่างเป็นอิสระโดยการอ่านทำความเข้าใจ ทำแบบประเมินตนเอง ตลอดจนการทำแบบฝึกหัดและการบ้าน ตามคำแนะนำที่ระบุไว้ในหนังสือ โดยที่ผู้บำบัดทำหน้าที่ในการสนับสนุน ส่งเสริม และเสริมสร้างแรงจูงใจในการใช้หนังสืออย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทั้งนี้ผู้บำบัดอาจต้องกำกับติดตามในการให้ความกระจ่างชัดเจนเกี่ยวกับวิธีการใช้หนังสือ และวิธีการบันทึกเพื่อสะท้อนอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า¹³

จากการศึกษาเกี่ยวกับบรรณบำบัดสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับการใช้ยาตามแผนการรักษาและการบำบัดในรูปแบบอื่น พบว่ามีอัตราการสูญหายจากการบำบัดที่น้อยกว่าจิตบำบัดรูปแบบอื่นเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่ง¹³ คูจเปอร์¹⁵ ศึกษาการรวบรวมเอกสารงานวิจัยเชิงทดลอง เกี่ยวกับผลของการใช้บรรณบำบัดร่วมกับการใช้โทรศัพท์เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการใช้หนังสือ จำนวน 6 ชิ้นงาน พบว่าการศึกษาทุกชิ้นงานมีประสิทธิภาพในการลดระดับความซึมเศร้า จากการใช้บรรณบำบัดในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับการบำบัดรักษาตามแผนการรักษาเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยยาและจิตบำบัดเท่านั้น ซึ่งผลการศึกษานี้แสดงถึงการใช้โทรศัพท์ติดตามความก้าวหน้าของการใช้หนังสือทุกสัปดาห์ (Weekly minimal telephone contact) จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้บรรณบำบัดในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ ฟิลส์ และคณะ¹⁴ ได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้คู่มือช่วยเหลือตนเอง (The Good Mood Guide: A self-help manual for depression) สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ถึงระดับปานกลางในชุมชนพื้นที่บริการของไลน์เซาท์โคสต์ประเทศออสเตรเลีย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้บรรณบำบัดคู่กับการติดตามความก้าวหน้าของการใช้คู่มือผ่านทางโทรศัพท์นาน 30 นาทีทุกๆ สัปดาห์ มีระดับซึมเศร้าหลังการทดลอง

ต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ และกลุ่มที่ใช้บรรณบำบัดควบคู่กับการโทรศัพท์ติดตามความก้าวหน้าของการใช้คู่มือ นาน 5 นาที ทุกๆ สัปดาห์ มีระดับซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่รับการรักษาตามแผนการรักษาทั่วไป

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าส่วนใหญ่ของการศึกษาเกี่ยวกับบรรณบำบัดมีพื้นฐานการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral bibliotherapy) เพื่อดูแลภาวะซึมเศร้าของตนเอง พบว่า บรรณบำบัดมีประสิทธิภาพในการช่วยปรับความคิดอัตโนมัติทางด้านลบ ซึ่งช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของเนย์เลอร์ และคณะ¹⁶ ทำการศึกษาการใช้บรรณบำบัดเพื่อการรักษาภาวะซึมเศร้าในหน่วยปฐมภูมิ เปรียบเทียบกับการรักษาตามแนวทางทั่วไปซึ่งส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาต้านซึมเศร้าเพื่อการรักษาเป็นหลัก กับแผนการบำบัดรักษาโดยใช้บรรณบำบัดเพื่อการปรับความคิดและพฤติกรรม ผู้ป่วยซึมเศร้าจำนวน 38 ราย พบว่าระดับความซึมเศร้าของทั้งสองกลุ่มลดลง อย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่ใช้บรรณบำบัดมีระดับการลดลงที่มากกว่า ซึ่งพอสรุปได้ว่าการใช้คู่มือเพื่อปรับความคิดพฤติกรรมควบคู่ไปกับการใช้ยาต้านอารมณ์เศร้านั้นมีประสิทธิภาพในการบำบัดผู้ป่วยซึมเศร้า

ในขณะที่การศึกษาของรอธ สติช ฮอว์ และการ์¹⁷ ศึกษาประสิทธิภาพระหว่างโปรแกรมป้องกันความซึมเศร้าของเด็กนักเรียนวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้า โดยใช้ปรับความคิดและพฤติกรรมรายกลุ่ม กับการใช้บรรณบำบัด และการใช้แผ่นพับความรู้ ผลการศึกษาพบว่าผลการบำบัดระยะยาว 2 ปี ติดตามผลของกลุ่มที่ใช้กลุ่มปรับความคิดและพฤติกรรม มีระดับความซึมเศร้าลดลงมากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้บรรณบำบัด และกลุ่มที่ใช้แผ่นพับความรู้ ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษานี้ให้ผู้รับการบำบัดใช้บรรณบำบัดโดยลำพังอย่างอิสระ โดยไม่มีการกำกับติดตาม ดูแลระหว่างการบำบัด ซึ่งเมื่อเทียบจากการศึกษาอื่นๆ ที่ใช้บรรณบำบัดควบคู่กับการบำบัดมาตรฐานตามแผนการรักษาอาการซึมเศร้า ที่จะได้ประสิทธิผลในการลดระดับอาการซึมเศร้าได้ดีกว่า ส่วนการศึกษา

ของพาร์ดีนี สโกจิน ซไรเฟอร์ โดมิโน วิลสัน และ ลารอคคา¹⁸ ศึกษาผลของบรรณบำบัดเพื่อปรับความคิดสำหรับการบำบัดอาการซึมเศร้าในนักโทษเรือนจำ ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงด้านระดับความทุกข์ทรมานทางใจ และอาการซึมเศร้าที่ลดลง ส่วนการศึกษาของ โมลโดวาน คอปินู และ เดวิด¹⁹ ทำการศึกษาประสิทธิผลของบรรณบำบัดเพื่อปรับการคิดและกลไกการเปลี่ยนแปลงสำหรับผู้มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย จำนวน 96 ราย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ใช้บรรณบำบัดมีการเปลี่ยนแปลงทั้งอาการซึมเศร้า ลักษณะความคิด และความคิดอัตโนมัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและทางคลินิก ซึ่งผลดีที่เกิดขึ้นสามารถคงอยู่ในระยะติดตาม 3 เดือน

สำหรับในประเทศไทยนั้น การศึกษาบรรณบำบัดสำหรับผู้ที่มีความซึมเศร้าเริ่มได้รับความสนใจมากขึ้นหากแต่ยังไม่แพร่หลายมากนัก จากการศึกษาของวัลลภา ทรงพระคุณ เทอเรนซ์ และแมคแคน³ ได้ศึกษาผลของบรรณบำบัดในการปรับความคิดและพฤติกรรมระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้การวิจัยแบบ RCT (Randomised controlled trial) จากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 56 ราย ใช้การรักษาตามแผนการรักษา ร่วมกับการใช้หนังสือช่วยเหลือตนเองเพื่อลดภาวะซึมเศร้า ร่วมกับการติดต่อทางโทรศัพท์สัปดาห์ละครั้ง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้หนังสือช่วยเหลือตนเองเพื่อลดภาวะซึมเศร้า (Good Mood Guide: A self-help manual for depression) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Life Line South Coast (NSW) ประเทศออสเตรเลีย ฉบับแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทย ประกอบด้วยเนื้อหา 8 บท แต่ละบทกำหนดให้ใช้เวลาอ่านและบันทึก 1 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยระดับความซึมเศร้าหลังการใช้บรรณบำบัดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งทางใจ ความทุกข์ทรมานใจ และความซึมเศร้า ในผู้ป่วยที่ได้รับบรรณบำบัด พบว่า กลุ่มที่

ใช้คู่มือช่วยเหลือตนเองในการลดภาวะซึมเศร้าควบคู่กับการรักษาตามแผนการรักษา มีความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างความเข้มแข็งทางใจกับความทุกข์ทรมานใจ และความซึมเศร้า⁴ นอกจากนี้วัลลภา ทรงพระคุณ และ ปารีชาติ มาป็น²⁰ ทำการศึกษาผลของโปรแกรมบรรณบำบัดเพื่อปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้หนังสือจำนวน 8 เล่ม แต่ละเล่มกำหนดให้ใช้เวลา 1 สัปดาห์ ในการอ่านและบันทึก พร้อมทั้งการประเมินตนเองจากแบบประเมินท้ายเล่ม และผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองในทุกๆ สัปดาห์เพื่อกำกับติดตามการใช้หนังสือเล่มเดิม และอธิบายทำความเข้าใจการใช้หนังสือเล่มต่อไป ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมลดลงในระยะหลังการทดลองทันที และลดลงเล็กน้อยในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ หลังการทดลอง ในขณะที่ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมประสบการณ์การดูแลทางด้านบวกของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นในระยะหลังการทดลองทันที จะเห็นได้ว่าโปรแกรมบรรณบำบัดมีส่วนช่วยลดระดับความซึมเศร้า และช่วยเพิ่มประสบการณ์การดูแลทางด้านบวก ปรับลดประสบการณ์การดูแลทางด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการใช้บรรณบำบัดสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาวิจัยและการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการใช้บรรณบำบัดเพื่อปรับความคิดและพฤติกรรมสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีความจำเป็นถึงในการเลือกใช้บรรณบำบัดสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า 1) ควรใช้ร่วมกับการรักษาตามมาตรฐานสำหรับภาวะซึมเศร้า และควรใช้บรรณบำบัดร่วมกับการติดต่อทางโทรศัพท์ (Minimal telephone contact) และการชี้แนะ (Coaching) เพื่อช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับ

การรักษาพยาบาลสถานบริการสุขภาพ ทั้งนี้ควรใช้หนังสือบำบัดตนเองอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง^{14, 20, 21} 2) เพื่อช่วยเสริมแรงจูงใจในการใช้หนังสือบำบัดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ลักษณะหนังสือควรน่าสนใจ มีรูปภาพที่สามารถสื่อความหมายได้ชัดเจน จัดทำหนังสือเป็นเล่มเล็กๆ สามารถอ่านทำความเข้าใจ เขียนบันทึก และทำการบ้านเสร็จได้ในระยะเวลาอันสั้น²⁰

หนึ่งของการบำบัด ที่ผู้รับการบำบัดสามารถใช้เพื่อช่วยเหลือดูแลตนเองที่บ้านควบคู่ไปกับการรักษาตามมาตรฐานสำหรับผู้ที่มิภาวะซึมเศร้า เพื่อช่วยให้เกิดการตระหนักรู้เรื่องราวและสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน ได้อย่างตรงตามความเป็นจริง สมเหตุผล ได้แนวทางการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น จากการอ่าน การเขียน การสะท้อนคิด และการทำกิจกรรมไปพร้อมกับการให้คำชี้แนะของผู้บำบัด

สรุป

จะเห็นได้ว่าบรรณบำบัดเพื่อการปรับความคิด และพฤติกรรมของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นอีกทางเลือก

เอกสารอ้างอิง

1. Good Therapy.org. Bibliotherapy [Internet]. 2016 [cited 2019 May 22]. Available from: <https://www.goodtherapy.org/learn-about-therapy/types/bibliotherapy>
2. The Hopeline. Understand Depression “Why do I feel like this?” The Hopeline.com; 2017. 2 p.
3. Songprakun W, Mccann TV. Evaluation of a cognitive behavioural self-help manual for reducing depression: A randomized controlled trial. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2012;19(7).
4. Songprakun W, Mccann TV. Using bibliotherapy to assist people to recover from depression in Thailand: Relationship between resilience, depression and psychological distress. Int J Nurs Pract. 2015;21(6).
5. Bilich LL, Deane FP, Phipps AB, Barisic M, Gould G. Effectiveness of bibliotherapy self help for depression with varying levels of telephone helpline support. Clin Psychol Psychother. 2008;15(2):61–74.
6. World Health Organization. Depression [Internet]. 2018 [cited 2019 May 9]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
7. Department of Mental Health. Annual report for psychiatric patients [Internet]. 2019 [cited 2019 May 5]. Available from: <https://www.dmh.go.th/report/datacenter/map/reds.asp>
8. Elder R, Evans K, Nizette D, Trenoweth S. Mental Health Nursing: A Manual for Practice. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2014.

9. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: The Guilford Press; 1979. 10–14 p.
10. Darawan Thapinta. Depression: Cognitive Behavioral Therapy and Counselling. Chiangmai: Wanida Press; 2556.
11. Department of Mental Health. Cognitive Behavioral Therapy for Depression Handbook. Bangkok: Beyond Publishing; 2007.
12. Hynes AM, Hynes-Berry M. Bibliotherapy- The interactive process: A handbook [Internet]. Boulder: Westview Press; 1986. Available from: <https://www.amazon.com>
13. Handy project team. Handbook of NonDrug Intervention (HANDI) Project Team. Bibliotherapy for depression. Aust Fam Physician. 2013;42(4 April):199–201.
14. Phipps, A. B., Eldelman, S., Perkins, D. P., Barisic, M. L., Deane, F. P., & Gould G V. The Good Mood Guide: A self-help manual for depression (second ed.). Wollongong, NSW; 2004.
15. Cuijpers P. Bibliotherapy in unipolar depression: a meta-analysis. J Behav Ther Exp Psychiatry. 1997;28:139–47.
16. Naylor, E.V et. al. Bibliotherapy as a treatment for depression in primary care [Internet]. Vol. 17, J Clin Psychol Med Settings. 2010 [cited 2019 May 6]. p. 258–71. Available from: <https://www.mendeley.com/catalogue/bibliotherapy-treatment-depression-primary-care/>
17. Rohde P, Stice E, Shaw H, Brière FN. Indicated cognitive behavioral group depression prevention compared to bibliotherapy and brochure control: Acute effects of an effectiveness trial with adolescents. Vol. 82, Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2014. p. 65–74.
18. Pardini, J., Scogin, F., Schriver, J., Domino, M., Wilson, D., & LaRocca M. Efficacy and process of cognitive bibliotherapy for the treatment of depression in jail and prison inmates [Internet]. Vol. 11, Psychol Serv. 2014 [cited 2019 May 1]. p. 141–52. Available from: <https://www.mendeley.com/catalogue/efficacy-process-cognitive-bibliotherapy-treatment-depression-jail-prison-inmates/>
19. Moldovan, R., Cobeanu, O., & David D. Cognitive bibliotherapy for mild depressive symptomatology: randomized clinical trial of efficacy and mechanisms of change. Clin Psychol Psychothe. 2013;20(6):482–93.
20. Songprakun W, Mapun P. Effects of Cognitive Behavioral Bibliotherapy program on depression and caregiving experiences for caregivers of clients with chronic illnesses. Bull Suanprung. 2015;31(3):32–45.
21. Bilich LL, Deane FP, Phipps AB, Barisic M, Gould G. Effectiveness of bibliotherapy self-help for depression with varying levels of telephone helpline support. Clin Psychol Psychother. 2008 Mar;15(2):61–74.

การซักประวัติอย่างไรให้มีประสิทธิภาพ: กรณีศึกษาระบบนรีเวช

How to Do Effectively History Taking: A Case Study of Gynecology System

มนตรี คำรังษี พย.ม.* Montri Khumrungsee M.N.S.*
สุพรรณนิการ์ ปิยะรักษ์ พย.ม.* Supannika Piyarak M.N.S.*
ทิพย์ ลือชัย พย.ม.* Tip Luechai M.N.S.*
เขมิกา สิริโรจน์พร พย.ม.* Khemika Sirirojporn M.N.S.*
ชยธิดา ไชยวงษ์ พย.ม.* Chayatida Chaiwong M.N.S.*

Corresponding Authors : Email: montri@bcnc.ac.th, supannigar@bcnc.ac.th

Received: 25 May 2019, Revised: 31 May 2019, Accepted: 14 June 2019

บทคัดย่อ

การซักประวัติเป็นจุดเริ่มต้นของการประเมินสภาพผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล เป็นการพูดคุยหรือซักถามข้อมูลการเจ็บป่วยโดย แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับผู้ป่วยหรือญาติ บทความนี้จะกล่าวถึงแนวทางการซักประวัติผู้ป่วยนรีเวช ซึ่งประกอบด้วยอาการสำคัญ อาการเจ็บป่วย ในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตซึ่งเหมือนกับการซักประวัติผู้ป่วยโดยทั่วไป อย่างไรก็ตาม การซักประวัติผู้ป่วยนรีเวชจะมีความแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น ประวัติการคุมกำเนิด ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ ประวัติการมีประจำเดือน ซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญในการวินิจฉัยโรค หลักการสำคัญในการซักประวัติผู้ป่วยนรีเวชประกอบด้วย สถานที่ต้องมิดชิด มีความเป็นส่วนตัว การใช้คำถามปลายเปิด กิริยาท่าทางของพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความสุภาพ เป็นมิตรและให้เกียรติผู้ป่วย เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยบอกอาการต่างๆที่เกิดขึ้นโดยละเอียด บทความนี้จะนำเสนอตัวอย่างการวิเคราะห์กรณีศึกษา การซักประวัติผู้ป่วยนรีเวช เพื่อช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถวิเคราะห์และเปรียบเทียบข้อมูลในการวินิจฉัยโรคที่ได้จากการซักประวัติได้

คำสำคัญ: การซักประวัติ กรณีศึกษา ผู้ป่วยนรีเวช

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ Email: montri@bcnc.ac.th, supannigar@bcnc.ac.th, tip@bcnc.ac.th, kaikamika@gmail.com, chayatida@bcnc.ac.th

* Nursing instructor, Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai

Abstract

Taking a patient's history is an initial step of health assessment in identifying the patient's problem. Chief complaints, present illness, and past medical history are taken by Medical staff, nurses, and public health staff from patients or relatives. This article will describe the methods of taking present and past medical history from gynecological patient which seems to be the same as other patient. However, taking history from gynecologic patient is different from other patients because nurses receive information regarding contraception history, sexual history, and menstrual history which is the important data for diagnosis. In order to obtain details of the history, nurses should use important principles for taking history in gynecologic patients such as: performing in a comfortable and private setting; using open-ended questions; encouraging patients to describe their problems in a polite, friendly and decent manners. This article provides a good example of case study that help nursing students to analyze differential diagnosis by comparing and contrasting the possibility from patient history and findings

Key word: History taking, Case study, Gynecological patients

บทนำ

การซักประวัติ (History taking) เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินภาวะสุขภาพ โดยใช้การพูดคุยหรือซักถามข้อมูลระหว่างบุคคล ซึ่งอาจจะเป็นแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับผู้ป่วยหรือญาติ เกี่ยวกับรายละเอียดของการเจ็บป่วยและข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน และครอบคลุมในการระบุถึงปัญหาของความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ เพื่อสามารถนำข้อมูลที่ได้ออกไปวางแผนในการตรวจร่างกายและการสืบค้นทางการแพทย์ (Investigation) ได้อย่างเหมาะสม และใช้เป็นข้อมูลในการวินิจฉัยแยกโรค (Differential diagnosis) ส่งผลให้การวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล^{1,2,3} โดยเฉพาะการซักประวัติผู้ป่วยนรีเวชจะมีความแตกต่างจาก

ผู้ป่วยในระบบอื่นๆ เช่น ต้องซักถามเกี่ยวกับประวัติการมีประจำเดือน การมีเพศสัมพันธ์ และการคุมกำเนิด รวมทั้งการปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความสุภาพเป็นมิตร และให้เกียรติผู้ป่วยเนื่องจากการซักประวัติทางนรีเวชเป็นเรื่องที่มีความเป็นส่วนตัวมาก จึงควรซักประวัติในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว มิดชิด คำถามควรเป็นคำถามปลายเปิดเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้บรรยายอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น และส่วนใหญ่อาการที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลอาจมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับระบบอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อาจเกิดจากสาเหตุของระบบทางเดินอาหารหรืออาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนจากการตั้งครรภ์หรืออาการทางระบบนรีเวชได้⁴ ดังนั้นผู้ซักประวัติจะต้องอาศัยความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในการซักประวัติที่ลึกซึ้งและมีประสิทธิภาพจึงมีส่วนช่วยวินิจฉัยโรคได้มากกว่าร้อยละ 60⁵

ความสำคัญของการซักประวัติ

ในปัจจุบันปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในแต่ละโรงพยาบาลมีความหลากหลาย โดยพบว่าผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงที่ซับซ้อน บางรายอาจมาด้วยอาการเจ็บป่วยเพียงโรคเดียวหรือหลายโรค ทำให้บุคลากรทางการแพทย์เกิดความยากในการวินิจฉัยโรค ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการซักประวัติผู้ป่วย โดยพยาบาลต้องเป็นผู้คัดกรอง การซักประวัติ และการตรวจร่างกายผู้ป่วยเบื้องต้น ซึ่งต้องอาศัยองค์ความรู้ ความชำนาญ ทักษะการสื่อสาร ประสพการณ์ และการตัดสินใจในการซักประวัติเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ได้มีการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยลักษณะของรายวิชาประกอบด้วยแนวคิด หลักการการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การวินิจฉัยแยกโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การให้คำแนะนำและการส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งหัวข้อการซักประวัติ เป็นหนึ่งในบทเรียนที่นักศึกษาพยาบาลต้องเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคทดลอง ดังนั้นในบทบาทของอาจารย์พยาบาล จึงมีความสำคัญในการเน้นย้ำให้นักศึกษาพยาบาลทุกคนได้ฝึกทักษะในการซักประวัติผู้รับบริการในสถานการณ์จริง เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลสามารถวินิจฉัยโรคและให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้ถูกต้อง

จากประสพการณ์สอนของอาจารย์พยาบาลในภาคปฏิบัติ พบว่า การซักประวัติผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาลในครั้งแรกย่อมมีความกลัว ความกังวล และความไม่มั่นใจในการปฏิบัติ เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลไม่เคยมีประสพการณ์และความชำนาญในการตรวจผู้ป่วยจริงมาก่อน ทั้งยังมีความไม่มั่นใจในความรู้ต่างๆ ที่ได้รับการฝึกฝนมาก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติ และจากฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงพบว่า นักศึกษาพยาบาลยังพร่องความรู้เรื่องการซักประวัติ ทำให้ได้ข้อมูลการเจ็บป่วยไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน (Present illness) และประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

(Past history) เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่านักศึกษาพยาบาลขาดทักษะในการนำความรู้ทางทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติในสถานการณ์จริง ทักษะการสื่อสารต่างๆ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ความรู้เกี่ยวกับโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการใช้รูปแบบการสอบ OSCE เพื่อประเมินทักษะทางคลินิกด้านการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตพบว่า นักศึกษามีทักษะทางคลินิกด้านการรักษาโรคเบื้องต้นโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ มากที่สุด (ร้อยละ 44.28) ด้านการซักประวัติอยู่ในระดับพอใช้ มากที่สุด (ร้อยละ 45.72) ส่วนในด้านการรักษาพยาบาลและด้านการตรวจร่างกายอยู่ในระดับควรปรับปรุง มากที่สุด (ร้อยละ 84.28 และร้อยละ 64.29 ตามลำดับ)⁶ เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่อง การรับรู้ของนักศึกษาและอาจารย์พี่เลี้ยงต่อทักษะทางคลินิกด้านการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา พบว่าระดับการรับรู้ของอาจารย์พี่เลี้ยงต่อทักษะทางคลินิกด้านการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา พบว่าระดับการรับรู้ของอาจารย์พี่เลี้ยงต่อทักษะทางคลินิกด้านการรักษาโรคเบื้องต้นโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.43$, $SD = .55$) และทักษะการซักประวัติการเจ็บป่วยของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.43$, $SD = .63$)⁷ นอกจากนี้หลุมพราง (Pitfall) ที่พบได้บ่อยจากการซักประวัติผู้หญิงที่มาด้วยอาการปวดท้อง ซึ่งเป็นอาการนำหลักที่พบบ่อยในหญิงวัยเจริญพันธุ์คือการซักประวัติไม่ละเอียด หรือไม่บันทึกข้อมูลในเวชระเบียน เช่น ประวัติรอบเดือน การมีเพศสัมพันธ์ ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติทางนรีเวช และประวัติการผ่าตัดอื่น ๆ เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลต่อความยากในการวินิจฉัยแยกโรคและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้⁸

แนวทางการซักประวัติผู้ป่วยนรีเวช

การให้บริการผู้ป่วยนรีเวชจะมีรูปแบบการซักประวัติผู้ป่วยที่มีความแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยชายและผู้ป่วยเด็กเนื่องจากข้อมูลการเจ็บป่วยโดยเฉพาะโรคทางนรีเวชมีความเฉพาะเจาะจงมากกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ ดังนั้น

สามารถสรุปประเด็นแนวทางการซักประวัติผู้ป่วย
นรีเวชได้ดังต่อไปนี้^{1,3,4,9,10,11}

1. ข้อมูลทั่วไป (Identify data) ประกอบด้วย
รายละเอียดทั่วไปของผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ
ศาสนา อาชีพ วันเดือนปีเกิด สถานภาพ ระดับการ
ศึกษา เป็นต้น

2. อาการสำคัญ (Chief complaint) คือ
อาการที่เป็นสาเหตุที่นำผู้ป่วยมารักษาโรงพยาบาล
โดยระบุอาการหลักเพียง 1-2 อาการ ตามด้วยระยะเวลา เช่น ปวดท้องน้อย ตกขาว 2 วันก่อนมาโรง
พยาบาล

3. ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน (History of
present illness) คือ การซักถามถึงอาการ หรือ
เหตุการณ์การเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มต้นของการเจ็บป่วย
จนถึงปัจจุบันตามลำดับเวลาที่เกิดขึ้นนั้น โดยใช้
เทคนิคการซักประวัติ SOCRATES

3.1 Site: ตำแหน่งที่เกิดอาการปวด โดย
ผู้ป่วยเป็นผู้ให้ข้อมูล เพื่อบอกพยาธิสภาพของอวัยวะ
ที่อยู่บริเวณนั้นเช่น การให้ผู้ป่วยชี้ตำแหน่งที่เกิด
อาการ เพื่อป้องกันการความผิดพลาดในการให้ข้อมูล

3.2 Onset: อาการเริ่มแรกของการเจ็บ
ป่วย เป็นการบอกความเร็วช้าของอาการที่เกิดขึ้น เช่น
เกิดอาการทันที (Acute) หรือเกิดอาการแบบค่อยเป็น
ค่อยไป (Insidious)

3.3 Character: รายละเอียดหรือลักษณะ
เฉพาะของอาการปวดเช่น ปวดหน่วงๆ แสบๆ
เสียดๆ บีบๆ

3.4 Radiation: อาการปวดที่กระจาย
ปวดร้าวไปยังตำแหน่งอื่น หรืออาการที่ย้ายตำแหน่ง
การปวด

3.5 Alleviating factors: ปัจจัยที่ทำให้
อาการดีขึ้นหรือทุเลาลง

3.6 Time course: อาการเริ่มเกิดขึ้นเมื่อ
ใด ช่วงเวลาที่เป็น ระยะเวลาที่เป็น รูปแบบลักษณะ
ของเวลาที่มีอาการ และถ้ามีอาการที่เป็นมานานสิ่งที่
ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจมารักษาคืออะไร

3.7 Exacerbating factors: ปัจจัยที่

ทำให้อาการกำเริบหรือเป็นมากขึ้น

3.8 Severity and Impact of life: ความ
รุนแรงของอาการ หรืออาการที่เกิดกระทบต่อชีวิต
ประจำวันหรือไม่

4. ประวัติประจำเดือน (Menstrual history)
ได้แก่ อายุที่เริ่มมีประจำเดือน วันแรกที่เริ่มมีประจำ
เดือนครั้งสุดท้าย (Last menstrual period) ระยะ
ห่างของรอบเดือน ระยะห่างจากวันแรกของประจำ
เดือนจนถึงวันแรกของประจำเดือนครั้งถัดไป จำนวน
วันที่มีประจำเดือนของแต่ละรอบ ปริมาณของประจำ
เดือน อาการอื่นที่พบก่อนช่วงมีประจำเดือน เช่น คัด
ตึงเต้านม น้ำหนักขึ้น อยากรักษาอาหารมากขึ้น ซึมเศร้า
ฉุนเฉียวโดยพบในช่วงก่อนมีประจำเดือน อาการปวด
ท้องช่วงเป็นประจำเดือน ส่วนใหญ่มักปวดหน่วงๆ ที่
ท้องน้อยโดยควรซักถามระยะเวลาที่ปวด ความ
รุนแรงของอาการปวด และเลือดออกกระหว่างรอบ
เดือน

5. การซักถามเกี่ยวกับอาการของวัยหมด
ประจำเดือน ได้แก่ เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด
อาการของวัยหมดประจำเดือน เช่น ร้อนวูบวาบ เหงื่อ
ออกตอนกลางคืน อารมณ์แปรปรวน วิดกกังวล ช่อง
คลอดแห้ง กลั้นปัสสาวะไม่ได้ การได้รับฮอร์โมน
ทดแทน ประเภทฮอร์โมนที่ใช้ ระยะเวลาที่เริ่มใช้
ฮอร์โมนทดแทน

6. ประวัติการคุมกำเนิด (Contraception)
วิธีคุมกำเนิดที่ใช้ในปัจจุบัน สอบถามอาการข้างเคียง
ที่เกิดขึ้น และวิธีคุมกำเนิดที่เคยใช้ ระยะเวลาที่ใช้
เหตุผลที่เลิกใช้

7. ประวัติการตรวจภายในและการตรวจ
มะเร็งปากมดลูก เป็นการสอบถามเพื่อคัดกรองมะเร็ง
ปากมดลูกโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป

8. ประวัติการติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน เป็นการ
สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการเคยมีประวัติการติดเชื้อใน
อุ้งเชิงกรานมาก่อนหรือไม่ ซึ่งจะส่งผลต่ออัตราการ
เกิดภาวะมีบุตรยากและการตั้งครรภ์นอกมดลูก

9. ประวัติการมีบุตรยาก ในกรณีที่สามีภรรยา

มีความสัมพันธ์ทางเพศกันอย่างสม่ำเสมอโดยไม่ได้คุมกำเนิดเป็นระยะเวลา 1 ปีแล้วยังไม่มีบุตรร่วมกับประวัติอื่นๆ เช่น การมีประจำเดือนไม่สม่ำเสมอ เคยมีประวัติเย็บอุ้งรงมดลูกเจริญผิดปกติหรือมีความผิดปกติของเย็บอุ้งรงมดลูกหรือท่อนำไข่

10. ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ อาการเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์ จำนวนคู่นอน

11. ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ได้แก่ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ การคลอด การแท้ง การขูดมดลูก อายุบุตรคนสุดท้าย ให้บันทึกตามหลักสูติศาสตร์ คือ GPAL

12. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past history) คือ การซักถามข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในอดีตที่ผ่านมา ได้แก่ โรคประจำตัว การผ่าตัด ประวัติการแพ้ (ยา อาหาร หรือสารเคมี) ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ

13. ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว (Family history) คือ การซักถามการเจ็บป่วยต่างๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว ซึ่งอาจจะสัมพันธ์หรือไม่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ได้แก่ ประวัติโรคทางพันธุกรรม หรือโรคติดเชื้อ

14. ประวัติส่วนตัว (Personal history) คือ การซักถามถึงแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเชื่อมโยงกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ได้แก่ ที่พักอาศัย สิ่งแวดล้อม การนอนหลับ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การใช้สารเสพติด การรับประทานอาหารและน้ำดื่ม การออกกำลังกาย เป็นต้น

15. ประวัติเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป (Review of systems) คือการซักประวัติทบทวนระบบสุขภาพรวมถึง การเจริญอาหาร การไหลของน้ำนมขณะให้นมบุตร อาการของโรคเกี่ยวกับต่อมไทรอยด์ น้ำหนักตัวลดลง สุขภาพจิต เป็นต้น

เนื่องจากการซักประวัติผู้ป่วยนรีเวชมีความแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ดังนั้นผู้ซักประวัติจะต้องซักถามข้อมูลในส่วนต่างๆ ให้ครอบคลุมตามแนวทางการซักประวัติดังกล่าว นอกจากนั้นผู้ซักประวัติผู้ป่วยนรีเวชจะต้องให้ความสำคัญในประเด็นดังต่อไปนี้^{4,12,13}

นี้^{4,12,13}

1. สถานที่ในการซักประวัติผู้ป่วยนรีเวชที่มาใช้บริการควรมีความเป็นส่วนตัวมาก ดังนั้นสถานที่ซักประวัติหรือตรวจร่างกายควรมีความมิดชิด หรืออาจแยกจากจุดบริการอื่นๆ ที่ชัดเจน เนื่องจากบางคำถามผู้ป่วยอาจจะรู้สึกอับอายหรืออึดอัดที่จะตอบคำถาม

2. พยาบาลที่ซักประวัติทางนรีเวชจะต้องมีคุณสมบัติในการปฏิบัติตัวด้วยความสุ่ม สำนวมกิริยาทำทาง การวางตนให้เหมาะสมกับวิชาชีพเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือและไว้วางใจ โดยเฉพาะขั้นตอนแรกในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เพื่อเป็นการสร้างบรรยากาศที่ดีในการซักประวัติจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่เกร็งหรือกลัวจนไม่กล้าเล่าอาการหรือประวัติการเจ็บป่วย และที่สำคัญผู้ซักประวัติต้องให้เกียรติผู้ป่วยเสมอ

3. เทคนิคการใช้คำถามในการซักประวัติ ควรใช้คำถามที่เข้าใจง่าย กระชับรัดและชัดเจน มีความระมัดระวังในการใช้คำถามและคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย และจรรยาบรรณวิชาชีพเป็นสำคัญ น้ำเสียงที่ใช้ต้องมีความมั่นคง รวมถึงมีการใช้เทคนิคการพูดที่ลดความเขินอายและลดความวิตกกังวล ดังนี้

3.1 คำถามที่ใช้ในการเริ่มต้นของการประวัติควรใช้คำถามปลายเปิดและผู้ซักประวัติต้องพยายามจับประเด็นให้ได้ว่าผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยอาการอย่างไร

3.2 ผู้ซักประวัติควรให้เทคนิคการฟังให้มากกว่าการพูด ยกเว้นกรณีที่จับประเด็นไม่ได้ให้สรุปเป็นช่วงๆ หากประวัติที่ได้ยังวกวน เพื่อเป็นการตรวจสอบข้อมูลที่ได้ว่าตรงกันหรือไม่

3.3 การใช้คำถามปลายปิด ควรใช้เมื่อต้องการทราบประวัติเฉพาะเจาะจง

3.4 ไม่ควรใช้คำถามที่ทำให้ผู้ป่วยกลัว ตกใจหรือเสียใจ หรือไม่ควรใช้คำถามนำเพราะอาจได้คำตอบที่ไม่ถูกต้อง

3.5 น้ำเสียงและถ้อยคำที่ใช้แสดงถึงความเมตตาและเห็นอกเห็นใจต่อผู้ป่วย

3.6 ควรปล่อยให้ผู้ป่วยพูดถึงอาการสำคัญ อาการเจ็บป่วยต่างๆ ได้โดยอิสระ ไม่ควรขัดแย้งหรือพูดตัดบท ไม่จับผิดข้อมูลของผู้ป่วย

4. การซักประวัติเกี่ยวกับประวัติเพศสัมพันธ์ ควรซักถามในภายหลังจากการที่ได้พูดคุยและมีความคุ้นเคยกันมาบ้างแล้ว และควรขออนุญาตผู้ป่วยก่อนพร้อมทั้งให้เหตุผลเนื่องจากเป็นข้อมูลส่วนตัว ยกตัวอย่างเช่น การซักประวัติเกี่ยวกับเพศของคู่นอน จำนวนคู่นอน รวมทั้งอาการที่เกิดระหว่างมีเพศสัมพันธ์ เช่น เจ็บท้องน้อยหรือมดลูกขณะมีเพศสัมพันธ์ และประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

5. การซักประวัติผู้ป่วยนรีเวชตามปกติส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลคือผู้ป่วย แต่ในบางครั้งผู้ป่วยอาจต้องการบุคคลที่สามอยู่ร่วมด้วยขณะซักประวัติเช่น พ่อแม่ ผู้ปกครอง คู่สมรส เป็นต้น หรือในบางครั้งผู้ซักประวัติเป็นเพศชายควรมีบุคคลที่สามอยู่ด้วยขณะซักประวัติทุกครั้งเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยให้ข้อมูลด้วยความสะดวกใจมากขึ้น

6. พยาบาลจะต้องเก็บรักษาความลับของผู้ป่วยเพื่อเป็นการรักษาสิทธิของผู้ป่วย

ซึ่งข้อมูลดังกล่าวข้างต้นมีความสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการบริการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกนรีเวช โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยพบว่า สตรีที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกนรีเวชมีความคาดหวังต่อการบริการของพยาบาลในด้านการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยยกตัวอย่างเช่น พยาบาลมีความรู้เพียงพอในการตอบคำถาม ให้บริการด้วยความอภัยค้ำยดีอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องปลอดภัยและพยาบาลมีการแต่งกายสุภาพ สะอาดและเรียบร้อย และในส่วนของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับการบริการมากที่สุดคือ ความเชื่อถือไว้วางใจ และความเข้าใจเห็นอกเห็นใจ¹⁴ ดังนั้นการซักประวัติคือก้าวแรกที่พยาบาลกับผู้ป่วยจะสร้างความคุ้นเคย และความเชื่อถือไว้วางใจ ทักษะการซักประวัติเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ โดยศาสตร์คือผู้ซักประวัติจะต้องมีองค์ความรู้ในการซักประวัติ

อย่างไรให้ครอบคลุมทุกหัวข้อเพื่อให้ได้ข้อมูลการเจ็บป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่เดียวกันศิลปะในการซักถามผู้ป่วย ผู้ซักประวัติต้องฝึกฝนให้ชำนาญ โดยอาจจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์การทำงานหรือทักษะในการฝึกปฏิบัติงาน เพราะหัวใจหลักสำคัญในการตรวจรักษาผู้ป่วยคือการซักประวัติเพื่อให้ครอบคลุม ถูกต้องและประวัติการเจ็บป่วยที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้การวินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง

บทความนี้นำเสนอการซักประวัติกรณีศึกษาผู้ป่วยนรีเวชของนักศึกษาพยาบาลจากการฝึกปฏิบัติรายวิชาการรักษาพยาบาลเบื้องต้น และผู้สอนได้วิเคราะห์ปัญหาที่พบจากการซักประวัติของนักศึกษาและนำเสนอแนวทางการแก้ไขเพื่อให้เกิดการซักประวัติผู้ป่วยนรีเวชให้มีประสิทธิภาพ ดังรายละเอียดดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1

ผู้รับบริการหญิง อายุ 15 ปี สถานภาพ สมรส อาชีพ รับจ้าง มารับบริการวันที่ 23 มกราคม 2562 อาการสำคัญ: มีเลือดออกทางช่องคลอด ปวดท้องน้อย 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน: 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้องน้อย ปวดบิดเป็นพักๆ ระดับความเจ็บปวด (Pain score = 6 คะแนน) มีเลือดออกทางช่องคลอด สีแดงคล้ำๆ ประจำเดือน บางครั้งออกมาเป็นก้อน เปลี่ยนผ้าอนามัยวันละ 3 ผืน ชุ่มผื่น เวียนศีรษะ ไม่อาเจียน ไม่คัดตึงเต้านม ไม่มีน้ำหนัลด ไม่มีตกขาว ปัสสาวะปกติ อุจจาระปกติ ซึ้อยาสมุนไพรรับประทาน อาการไม่ดีขึ้น จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต: ปฏิเสธโรคประจำตัว
ปฏิเสธการผ่าตัด
ปฏิเสธการได้รับอุบัติเหตุ
ปฏิเสธการแพ้ยา

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว: ปฏิเสธการเจ็บป่วยในครอบครัว หรือ โรคทางพันธุกรรม
ประวัติส่วนตัว: ปฏิเสธการสูบบุหรี่ / ดื่มสุราและการใช้สารเสพติด

LMP 1 พฤศจิกายน 2561 x 3 วัน
มีเพศสัมพันธ์ และคุมกำเนิดโดยใช้ยาเม็ด
คุมกำเนิด ชนิด 28 เม็ด

สรุปปัญหาที่พบจากการซักประวัติของกรณี
ศึกษารายนี้ คือ ผู้ป่วยรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด
วันละ 4 เม็ดต่อวัน ส่งผลให้มีระดับของฮอร์โมนเพศ
หญิงมากเกินไปจึงทำให้เกิดเลือดออกทางช่องคลอด

จากข้อมูลกรณีศึกษาสามารถวิเคราะห์ได้ดังนี้
ขาดการเชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎีนำไปประยุกต์ใช้
ในการฝึกปฏิบัติ เนื่องจากสาเหตุของภาวะการมีเลือด
ออกทางช่องคลอดเกิดขึ้นได้จาก 2 สาเหตุ คือ
ฮอร์โมนเพศ และการมีพยาธิสภาพที่โพรงมดลูก กรณี
ศึกษาดังกล่าว นักศึกษาได้ซักประวัติเรื่องการคุม
กำเนิดแต่ไม่ได้ซักถามเกี่ยวกับวิธีการรับประทานยา
เม็ดคุมกำเนิดของผู้ป่วยว่ารับประทานอย่างไร เช่น
จำนวนเม็ด เวลา และอาการข้างเคียงของการใช้ยา
เม็ดคุมกำเนิด และนักศึกษาไม่ได้ซักถามถึงอาการ
สำคัญของโรคที่เกิดจากความผิดปกติของโพรงมดลูก
ทำให้ไม่สามารถแยกแยะสาเหตุของแต่ละโรคได้ จึง
ส่งผลต่อการวินิจฉัยแยกโรคที่ถูกต้องได้ สอดคล้องกับ
การศึกษาเรื่อง การรับรู้ของนักศึกษาและอาจารย์
ที่เลี้ยงต่อทักษะทางคลินิกด้านการรักษาโรคเบื้องต้น
ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
สงขลา พบว่าระดับการรับรู้ทักษะการซักประวัติการ
เจ็บป่วยของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง
($\bar{x} = 3.43, SD = .63$)⁷ และในการซักประวัติผู้ป่วยจะ
ต้องคำนึงถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวของ
ผู้ป่วยเช่น อายุ ระดับการศึกษา เชื้อชาติ ซึ่งอาจจะส่ง
ผลต่อความรู้ที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัวและการ
เจ็บป่วยด้วย

กรณีศึกษาที่ 2

ผู้รับบริการหญิง อายุ 36 ปี สถานภาพ สมรส
อาชีพ รับจ้าง มารับบริการวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2562
อาการสำคัญ: ปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน 7 วันก่อนมา
โรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน: 7 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ปวดท้องบริเวณสะดือ ปวดท้องก่อนรับประทานอาหาร
อาหาร ไม่มีปวดร้าว มีแสบร้อนยอดอก มีเรอเปรี้ยว
คลื่นไส้อาเจียนทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร
เบื่ออาหาร ไม่ตกขาว ไม่คันช่องคลอด ปัสสาวะไม่
แสบขัด อุจจาระปกติ ไม่มีน้ำหนักลดหรือเพิ่ม จึงมา
โรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต: ปฏิเสธโรคประจำตัว
เคยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ปี 2559
ปฏิเสธการได้รับอุบัติเหตุ
ปฏิเสธการแพ้ยา

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว: ปฏิเสธการ
เจ็บป่วยในครอบครัว หรือ โรคทางพันธุกรรม
ประวัติส่วนตัว: ปฏิเสธการสูบบุหรี่ / ดื่มสุราและการ
ใช้สารเสพติด

LMP 15 ธันวาคม 2561 x 4 วัน
มีเพศสัมพันธ์ และคุมกำเนิดโดยใช้ยาเม็ด
คุมกำเนิด ชนิด 28 เม็ด

G₂P₂₀₀₂ last 14 years
ปฏิเสธการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ไม่เครียด
รับประทานตรงเวลา ไม่ชอบรสเผ็ด

สรุปปัญหาที่พบจากการซักประวัติของกรณี
ศึกษารายนี้คือ อาการสำคัญทำให้นักถึงโรคในระบบ
ทางเดินอาหารเป็นหลัก เช่น GERD, Gastritis,
Dyspepsia เป็นต้น แต่เมื่อนำข้อมูลที่ได้จากการซัก
ประวัติทั้งหมด นำไปวางแผนเพื่อวินิจฉัยแยกโรคโดย
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่าผู้ป่วยได้รับการ
วินิจฉัยโรคเป็นการตั้งครม

จากข้อมูลกรณีศึกษาสามารถวิเคราะห์ได้ดังนี้
นักศึกษามีการซักประวัติเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของ
ผู้ป่วย พบว่า LMP ของผู้ป่วยคือ วันที่ 15 ธันวาคม
2561 x 4 วัน แต่วันที่ผู้ป่วยมาตรวจคือวันที่
14 กุมภาพันธ์ 2562 ซึ่งข้อมูลดังกล่าวบ่งบอกถึงการ
ขาดประจำเดือนของผู้ป่วย และผู้ป่วยไม่ได้บอก
อาการเกี่ยวกับการตั้งครม แต่นักศึกษาไม่ได้นำ
ข้อมูลดังกล่าวมาใช้ในการวินิจฉัยแยกโรค ทำให้เกิด
การวินิจฉัยผิดพลาดได้ เนื่องจากอาการสำคัญและ
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันที่ผู้ป่วยบอกเป็นกลุ่ม

อาการของระบบทางเดินอาหาร แต่เมื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการคือ Urine pregnancy Test พบว่า Positive

สรุปแนวทางการแก้ไขปัญหาการซักประวัติของนักศึกษา ดังนี้

1. นักศึกษาต้องซักประวัติให้ครอบคลุมตามแนวทางการซักประวัติผู้ป่วยนรีเวช และที่สำคัญการซักประวัติในแต่ละเรื่องต้องเน้นรายละเอียดและต้องได้ข้อมูลเชิงลึก
2. นักศึกษาต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคเพื่อที่จะซักประวัติแยกสาเหตุของโรคที่นำมาด้วยกลุ่มอาการเดียวกัน
3. นักศึกษาต้องสามารถซักประวัติเพื่อแยกโรคในระบบอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับอาการของระบบนรีเวช
4. ผู้สอนใช้กรณีศึกษาที่ได้จากการสอนภาคปฏิบัตินำมาสอนโดยใช้วิธีการสอนแบบกรณีศึกษา

(Case study method) เพื่อให้ให้นักศึกษาได้ฝึกกระบวนการคิดวิเคราะห์กรณีศึกษาตั้งแต่การซักประวัติจนถึงการวินิจฉัยโรค

บทสรุป

การซักประวัติผู้ป่วยนรีเวช นอกเหนือจากอาการสำคัญและประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบันแล้ว ผู้ซักประวัติจำเป็นต้องซักประวัติเพื่อให้ได้ข้อมูลการเจ็บป่วยที่ครบถ้วนและครอบคลุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งประวัติทางนรีเวช เช่น ประวัติการมีประจำเดือน ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ ประวัติการคุมกำเนิด ซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญ ซึ่งจะส่งผลต่อการวินิจฉัยแยกโรคได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ผู้ซักประวัติจะต้องมีความรู้ทักษะ ประสบการณ์ และสามารถนำความรู้ทางทฤษฎีมาเชื่อมโยงหรือประยุกต์ใช้ในการซักประวัติผู้ป่วยในสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพได้

เอกสารอ้างอิง

1. เตชะ ทำดี. หลักและวิธีการประเมินสุขภาพ: การซักประวัติ การตรวจสภาพร่างกายทั่วไป. ใน: วราภรณ์ บุญเชียง และวิลาวัลย์ เตือนราษฎร์, บรรณาธิการ. การรักษาพยาบาลโรคเบื้องต้น. เชียงใหม่: วิทอินดีไซน์. 2559.15-44.
2. ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ. เทคนิคการซักประวัติเพื่อการรักษาพยาบาลโรคเบื้องต้น. สงขลา: มงคลการพิมพ์. 2556.
3. รักชนก คชไกร. การซักประวัติ การวินิจฉัยแยกโรค และประเด็นจริยธรรม. ใน: รักชนก คชไกร และ เวหา เกษมสุข, บรรณาธิการ. การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส; 2559. 42-66.
4. พรรณวิไล ตั้งกุลพานิชย์. หลักการซักประวัติและตรวจร่างกายในภาวะฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ: ปัญญามิตรการพิมพ์, 2559. 183-186.
5. สันต์ หัตถิรัตน์. ตำราซักประวัติและตรวจร่างกาย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2552.
6. ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ, สกุนตลา แซ่เตียว และวรวรรณ จันทรวงเมือง. Implementing the Objective Structured Clinical Examination (OSCE) to evaluate clinical skills in basic medical treatment of nursing students. Journal of Nursing Siam University. 2015;16(3):18-27.

7. ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ, สกุนตลา แซ่เตียว และอภิสิทธิ์ เชื้อคำเพ็ง. การรับรู้ของนักศึกษาและอาจารย์ที่เลี้ยงต่อทักษะทางคลินิกด้านการรักษาโรคเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2017;27(พิเศษ):131-143.
8. ฐปนวงศ์ มิตรสูงเนิน, ปรีวัฒน์ ภูเงิน และแพรว โคตรรุจิน. Pitfall Management in Emergency Room. *Srinagarind Med Journal*. 2013; 28. 74-79.
9. ยุทธพงศ์ วีระวัฒนตระกูล, ประนอม บุพศิริ, ศรีนารี แก้วฤดี, โฉมพิลาศ จงสมชัย และเจน โสธรวิทย์. สติ-นรีเวช ในเวชปฏิบัติทั่วไป. *ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์*; 2558.
10. Hasley S. A comparison of computer-based and personal interviews for the gynecologic history update. *Obstetrics & Gynecology*. 1995; 85(4): 494-498.
11. Bachman JW. The patient-computer interview: a neglected tool that can aid the clinician. *Mayo Clinic Proceedings*. 2003;78(1): 67-78.
12. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No.492: Effective Patient-Physician Communication. *Obstetrics & Gynecology*. 2011;17(5): 1254-1257.
13. Smith, RC. *Patient-Centered Interviewing: An Evidence-Based method*, Lippincott Williams and Willkins, Philadelphia, 2002.
14. ประวรรณ วิทย์วรานุกูล และ บัณฑิต สำแดงฤทธิ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการบริการพยาบาลในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกนรีเวช โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. 2558;33(3): 91-100.

พลของการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักต่อผลลัพธ์การเรียนรู้และความพึงพอใจ
ของนิสิตสาธารณสุขศาสตรในวิชาการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ

Effects of Problem-Based Learning on Learning Outcomes and Satisfaction among Public Health Students in a Health Promotion and Elderly Care Course

สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์ พย.ด.* Suphaphon Udomluck Ph.D.*
พรรณนิภา บุญกล้า วท.ม.* Pannipa Boongla M.S.N.*
ดิลกา ไตรไพบูลย์ วท.ม.** Dinlaga Tripiboon M.Hlt.Sc.**

Corresponding Author : Email: supapornudom7@gmail.com

Received: 11 May 2019, Revised: 30 May 2019, Accepted: 8 June 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยชั้นเรียนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ผลของการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักต่อผลลัพธ์การเรียนรู้และความพึงพอใจ และ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์การเรียนรู้กับความพึงพอใจของนิสิตสาธารณสุขศาสตรในวิชาการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ นิสิตสาธารณสุขศาสตร ชั้นปีที่ 3 จำนวน 45 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แผนการสอน คู่มือผู้สอน คู่มือผู้เรียน แบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ และแบบสอบถามความพึงพอใจ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.90 และ 0.85 และค่าความเชื่อมั่นซึ่งวัดโดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) เท่ากับ 0.92 และ 0.94 ตามลำดับ สถิติที่ใช้วิเคราะห์คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผลลัพธ์การเรียนรู้ โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.44$, S.D.=0.35) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.56$, S.D.=0.59) รองลงมาคือ ด้านคุณธรรมจริยธรรม ($\bar{X}=4.55$, S.D.=0.41) ส่วนความพึงพอใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด คือ ส่งเสริมให้ผู้เรียนทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม ($\bar{X}=4.73$, S.D.=0.50) รองลงมา คือ ให้อิสระผู้เรียนในการใช้ความคิดและการแสดงออกในการเรียนรู้ ($\bar{X}=4.67$, S.D.=0.52) 2) และความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์การเรียนรู้กับความพึงพอใจ พบว่า ผลลัพธ์การเรียนรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=0.711$, $p<0.05$)

* อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยเนชั่น E-mail: supapornudom7@gmail.com, pannipalp@gmail.com

* Lecturer of Faculty of Nursing, Nation University.

** อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร มหาวิทยาลัยเนชั่น E-mail: Dinlaga333@gmail.com

** Lecturer of Faculty of Public Health, Nation University.

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักช่วยให้ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและมีความรับผิดชอบในการบทบาทหน้าที่ของตนเอง ดังนั้นผู้สอนควรมีการสอดแทรกรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักให้ครอบคลุมทุกรายวิชา เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก ผลลัพธ์การเรียนรู้ ความพึงพอใจ นิสิตสาธารณสุขศาสตร์

Abstracts

This classroom research aimed to investigate 1) the effects of problem-based learning on learning outcomes and satisfaction and 2) the correlation between learning outcomes and satisfaction of public health students in a Health Promotion and Elderly Care course. Forty-five participants were recruited from third-year students of Public Health Faculty, Nation University. The research tools included lesson plan, Teacher's manual, Learner's manual, a questionnaire of learning outcomes, and a questionnaire of satisfaction. They were developed by the researcher and approved by 3 experts. The CVI for the questionnaire on learning outcomes and satisfaction were 0.90 and 0.85, respectively and the *Cronbach's alpha reliability coefficient* of the questionnaires were 0.92 and 0.94, respectively. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and Pearson product moment correlation.

The results found that the learning outcomes were at good level ($\bar{X}=4.44$, S.D. =0.35). Interpersonal relationship and responsibility scores were at highest levels ($\bar{X}=4.56$, S.D. =0.59) followed by the ethics ($\bar{X}=4.55$, S.D. =0.41). In terms of the satisfaction, promoting on group working was at highest level ($\bar{X}=4.73$, S.D. =0.50) followed by feeling free for learning and expressing their performances ($\bar{X}=4.67$, S.D. =0.52). There was statistically significant positive relationship between learning outcomes and satisfaction ($r=0.71$, $p<0.05$).

Recommendation: the results indicated that problem based learning can help student develop interpersonal relationship and responsibility. Therefore, instructor should use problem based learning in all subjects in order to improve effective learning outcomes.

Key words: Learning outcomes, Satisfaction, Problem-based learning, Public health students.

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

การจัดการเรียนการสอนระดับอุดมศึกษามีเป้าหมายเพื่อพัฒนาผู้เรียนให้เกิดคุณลักษณะที่พึงประสงค์ในการประกอบวิชาชีพ มีคุณธรรม จริยธรรม ดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข และมีทักษะศตวรรษที่ 21 ซึ่งเป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ 2542 (แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2545)¹ เกณฑ์ การประกันคุณภาพการศึกษาของคณะกรรมการการอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2557² และกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา พ.ศ. 2552³

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร⁴ เป็นหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและชีวิตของบุคคลทุกช่วงวัย ครอบครัว และชุมชน บัณฑิตจึงต้องมีความรู้ควบคู่กับทักษะปฏิบัติ มีการคิดอย่างเป็นระบบ มีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพ ผู้รับบริการ ตลอดจนชุมชนและสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในระบบสุขภาพของประเทศ จากการสำรวจความพึงพอใจของนิสิตชั้นปี 4 ปีการศึกษา 2560 ต่อคุณภาพหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต⁵ พบว่า ทักษะด้านปัญหาเป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (3 จาก 5 คะแนน) ซึ่งอาจมีผลต่อคุณภาพบัณฑิต จึงต้องได้รับการปรับปรุงเพื่อพัฒนาผู้เรียนให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหลักสูตร

วิชาการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ (Health promotion and elderly care) เป็นรายวิชาที่กำหนดให้มีการจัดการเรียนการสอนในชั้นปีที่ 3 ของหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต จำนวน 2 หน่วยกิต คำอธิบายรายวิชากำหนดให้ศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันอุบัติเหตุ ความรู้พื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุ การสร้างพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน การดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการผิดปกติและเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อย บทบาทครอบครัว ชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ แผนและนโยบายของชาติที่

เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ระบบการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทยและนานาชาติ และการบริการผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้การจัดการเรียนการสอนสอดคล้องกับหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ผู้วิจัยในฐานะผู้ร่วมสอนได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีการสอนแบบต่างๆ เพื่อค้นหาแนวทางในการพัฒนาการเรียนการสอน พบว่าวิธีการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก (Problem based learning) สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาผู้เรียนในด้านต่างๆ ได้แก่ ผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การทำงานเป็นทีม ความพึงพอใจของผู้เรียน และประสิทธิภาพการเรียนการสอนได้เป็นอย่างดี⁶⁻⁸

การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก (Problem based learning)^{9,10} เป็นวิธีการหนึ่งในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้เรียนแสวงหาความรู้เพื่อจะได้ค้นพบคำตอบของปัญหานั้น และเกิดการเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม องค์ประกอบสำคัญของการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักคือ 1) โจทย์ปัญหา/สถานการณ์ 2) การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง และ 3) การเรียนรู้แบบกลุ่มย่อย 8-10 คน ขั้นตอนของการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักมี 8 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ทำความเข้าใจกับคำศัพท์และแนวคิดจากโจทย์ 2) ระบุปัญหาของโจทย์หรือสถานการณ์ 3) วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา 4) กำหนดสมมติฐานที่เป็นสาเหตุของปัญหา 5) กำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้เพื่อนำมาใช้ในการแก้ปัญหา 6) ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม 7) สังเคราะห์ความรู้ที่ได้มาเพื่อพิสูจน์สมมติฐาน และ 8) การสะท้อนกลับ (Reflection) ลักษณะของปัญหาที่ใช้ในการสอนจะเป็นปัญหาที่พบได้ในชีวิตประจำวัน ของผู้เรียน เพื่อฝึกให้ผู้เรียนรู้จักคิดวิเคราะห์และพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา ผู้เรียนจะเรียนรู้ทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิต ประกอบด้วยความสามารถในการศึกษาค้นคว้า และใช้แหล่งการเรียนรู้ อย่างมีคุณภาพ และนำความรู้ต่างๆ ที่มีอยู่ก่อนหน้านี้แล้วมาเป็นฐานในการเพิ่มเติมความรู้ใหม่โดยอาศัยกระบวนการกลุ่ม และผู้สอนเป็นเพียงผู้ชี้แนะ

(Facilitator) เท่านั้น

จากเหตุผลข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักต่อผลลัพธ์การเรียนรู้และความพึงพอใจ โดยการนำวิธีการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักมาใช้ในการเรียนการสอนในหัวข้อ “เรื่องการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ และนโยบายของรัฐบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ” เพื่อพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา และพัฒนาทักษะด้านปัญญาของนิสิตสาธารณสุขศาสตร์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

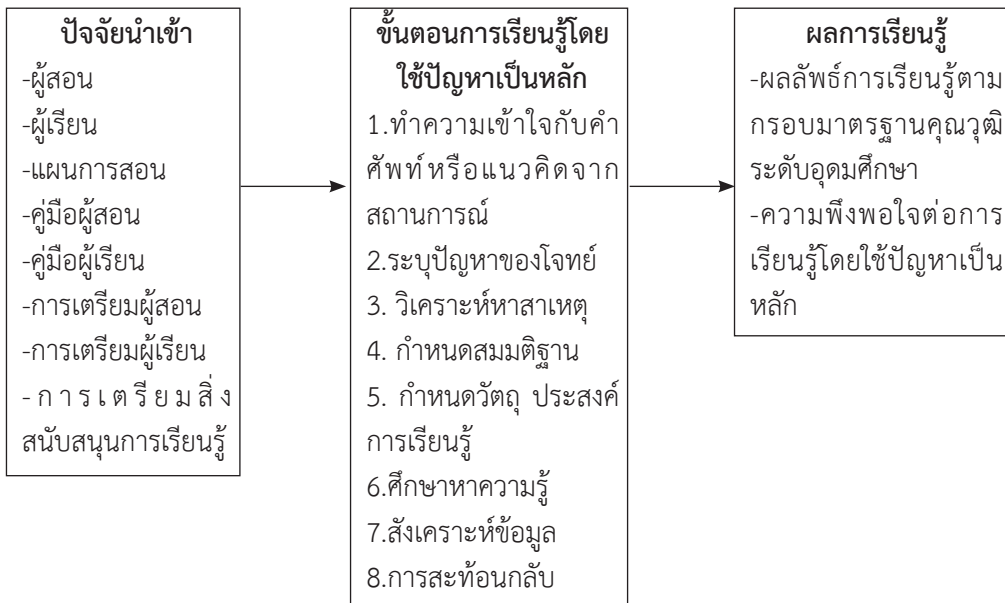
1. เพื่อศึกษาผลของการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักต่อผลลัพธ์การเรียนรู้และความพึงพอใจของนิสิตสาธารณสุขศาสตร์ในวิชาการส่งเสริมสุขภาพและ

การดูแลผู้สูงอายุ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์การเรียนรู้กับความพึงพอใจของนิสิตสาธารณสุขศาสตร์ในวิชาการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดของการวิจัยเชื่อว่าการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักของวัลลี สัตยาศัย^๑ เป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียน เป็นศูนย์กลาง และสามารถพัฒนาผู้เรียนด้วยการนำขั้นตอนการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักมาประยุกต์ใช้เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาและมีความพึงพอใจต่อการเรียนการสอน



ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในชั้นเรียนแบบ One group posttest design โดยมีการวัดผลลัพธ์การเรียนรู้และความพึงพอใจของนิสิตหลังการให้ความรู้เนื่องจากกลุ่มประชากรมีจำนวนน้อยไม่สามารถแยกเป็น 2 กลุ่มที่เป็นกลุ่มควบคุมได้ และ

ตัวแปรตามที่ทำการศึกษาต้องประเมินหลังจากทำกิจกรรมแล้ว

ประชากร คือ นิสิตสาธารณสุขศาสตร์ชั้นปีที่ 3 จำนวน 45 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นิสิตสาธารณสุขศาสตร์ชั้นปีที่ 3 จำนวน 45 คน ผู้วิจัยใช้ประชากรทั้งหมดเป็น

กลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากจำนวนผู้เรียนมีจำกัด โดยทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ กำลังศึกษาวิชาการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2561 สามารถเข้าเรียนด้วยวิธีการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักครบทั้ง 3 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง จำนวน 6 ชั่วโมง และไม่เคยเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นหลักมาก่อน เก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ ระหว่างเดือน มีนาคม ถึง เมษายน 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วย 4 ส่วนดังนี้

1. แผนการสอน วิชาการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุเรื่อง*การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจิตสังคม และจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ และนโยบายของรัฐบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ* ประกอบด้วยผลลัพธ์การเรียนรู้ที่สอดคล้องกับแผนที่มีการกระจายความรับผิดชอบของวิชา วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม วิธีการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก สื่อการสอนประกอบด้วยคู่มือผู้สอน คู่มือผู้เรียน แบบประเมินผลการเรียนรู้และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้เรียน

2. คู่มือผู้สอน เป็นแนวทางในการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักของผู้สอนที่ต้องใช้ในการประชุมกลุ่มย่อยร่วมกับผู้เรียนทั้ง 3 ครั้ง ประกอบด้วยความหมาย องค์ประกอบสำคัญของการเรียนรู้ ขั้นตอนการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก โจทย์/สถานการณ์ การเตรียมผู้สอน บทบาทหน้าที่ของผู้สอนและการประเมินผลการสอน

3. คู่มือผู้เรียน เป็นแนวทางในการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักของผู้เรียนที่ต้องใช้ในการประชุมกลุ่มย่อยทั้ง 3 ครั้ง ประกอบด้วยความหมาย องค์ประกอบสำคัญของการเรียนรู้ ขั้นตอนการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก โจทย์/สถานการณ์ การเตรียมผู้เรียน บทบาทหน้าที่ของผู้เรียนในกลุ่มย่อย และการประเมินผลการเรียน

4. แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ เกรดเฉลี่ยของปีการศึกษา 2560

2) แบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ในวิชาการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการวิเคราะห์เอกสารหลักสูตร สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต พ.ศ 2558 วิชาการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ต้องปรับปรุงพอใช้ ปานกลาง ดี และ ดีมาก โดยมีค่าคะแนนเท่ากับ 1 ถึง 5 คะแนน แบ่งเป็น 5 ด้าน ๆ ละ 5 ข้อ รวม 25 ข้อ คือ ด้านคุณธรรมจริยธรรม ด้านความรู้ ด้านปัญญา ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ และด้านการวิเคราะห์ตัวเลข การสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ

เกณฑ์การแปลผล คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.50 หมายถึงระดับน้อย 2.51-3.50 หมายถึงระดับปานกลาง 3.51-4.50 หมายถึงระดับดี และ 4.51-5.00 หมายถึงระดับดีมาก¹¹

3) แบบสอบถามความพึงพอใจของนิสิตต่อการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นครอบคลุมการจัดการเรียนการสอนและการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่มีความพึงพอใจน้อยที่สุด พึงพอใจน้อย พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจมาก และ พึงพอใจมากที่สุด โดยมีคะแนนจากน้อยไปมากเท่ากับ 1-5 จำนวน 10 ข้อ ๆ ละ 5 คะแนนรวม 50 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล คือ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.50 หมายถึงระดับน้อย 2.51-3.50 หมายถึงระดับปานกลาง 3.51-4.50 หมายถึงระดับมาก และ 4.51-5.00 หมายถึงระดับมากที่สุด¹¹

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของแผนการสอน คู่มือผู้สอน คู่มือผู้เรียน แบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ในวิชาการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ และแบบสอบถามความพึงพอใจของนิสิตต่อการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก โดยนำไปหาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความ

สอดคล้องของความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ (CVI) เท่ากับ 0.90 และ 0.85 และปรับปรุงตามคำแนะนำ และหาความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 และ 0.94 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เลขที่ E2562/003 ลงวันที่ 1 มกราคม ถึง วันที่ 31 กรกฎาคม 2562 และผู้วิจัยอธิบายให้สิทธิทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การปฏิบัติตัวขณะเข้าร่วมโครงการฯ เปิดโอกาสให้สิทธิซักถามข้อสงสัยจนเข้าใจตรงกันทั้งสองฝ่ายก่อนลงนามให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการฯด้วยความสมัครใจ การปฏิเสธไม่เข้าร่วมโครงการนี้ไม่มีผลกระทบต่อการเรียนวิชานี้แต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับไม่สามารถระบุว่าเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม การนำเสนอผลการวิจัยจะรายงานในภาพรวมให้ผู้เกี่ยวข้องทราบเท่านั้น และจะทำลายข้อมูลเมื่อเสร็จสิ้นงานวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุญาตคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างการเรียนรู้โดยใช้ปัญหา เป็นหลัก
2. เตรียมความพร้อมให้ผู้สอนและกลุ่มตัวอย่างก่อนการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักโดยใช้นอกเวลาและแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 5 กลุ่มๆ ละ 9 คน เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มย่อยคือ กำหนดให้มีการกระจายคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างในปีการศึกษาที่ผ่านมาจำนวนใกล้เคียงกัน
3. ดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักดังนี้ ครั้งที่ 1 ขั้นตอน 1) ให้กลุ่มตัวอย่างทำความเข้าใจกับคำศัพท์และแนวคิดจากโจทย์ 2) ระบุปัญหาของโจทย์ 3) วิเคราะห์หาสาเหตุของ

ปัญหา 4) กำหนดสมมติฐาน ที่เป็นสาเหตุของปัญหา 5) กำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้เพื่อนำไปศึกษาด้วยตนเอง 6) ศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองนอกกลุ่ม ครั้งที่ 2 ขั้นตอนที่ 7) สังเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาเพื่อพิสูจน์สมมติฐานโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้ ที่ศึกษาค้นคว้ามา สรุปเป็นชุดความรู้และใช้ในการแก้ไขปัญหาให้โจทย์ ครั้งที่ 3 ขั้นตอนที่ 8) ให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนคิด (Reflection) เกี่ยวกับการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักและบันทึกลงในแบบบันทึกการสะท้อนคิด ที่กำหนดให้ และนำเสนอผลการแก้ไขปัญหาให้โจทย์สถานการณ์ในการแลกเปลี่ยนกับกลุ่มใหญ่ใช้เวลาแนะนำเสนอกลุ่มละ 10 นาที

4. เมื่อสิ้นสุดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก ผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้และความพึงพอใจของนิสิตต่อการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักโดยให้เวลาตอบแบบอิสระและส่งคืนภายใน 1 วัน

5. ผู้วิจัยรวบรวมแบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้และแบบสอบถามความพึงพอใจของนิสิตต่อการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก และตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามจำนวน 45 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การหาความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์การเรียนรู้และความพึงพอใจของนิสิตต่อการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (88.89%) อายุระหว่าง 21-24 ปี อายุเฉลี่ย 21.95 ปี เกรดเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.00 -3.87
2. ผลลัพธ์การเรียนรู้ในวิชาการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ ภายหลังจากการเรียนรู้โดยใช้

ปัญหาเป็นหลักกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนผลลัพธ์การเรียนรู้ในวิชาการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ($\bar{X}=4.44$, S.D.=0.35) เมื่อพิจารณาจรรยาบรรณ ($\bar{X}=4.55$, S.D.=0.41) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนผลลัพธ์การเรียนรู้ของนิสิตสาธารณสุขศาสตร์ (n =45)

ด้าน	ผลลัพธ์การเรียนรู้	\bar{X}	SD	แปลผล
1.ด้านคุณธรรม จริยธรรม	1.ตรงต่อเวลา	4.38	0.58	ดี
	2.มีความรับผิดชอบ	4.60	0.54	ดีมาก
	4.ปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมายจนสำเร็จ	4.64	0.53	ดีมาก
	รวม	4.55	0.41	ดีมาก
2. ด้านความรู้	6.รวบรวมข้อมูล ถูกต้องเพียงพอจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้	4.40	0.54	ดี
	8.จัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้	4.47	0.55	ดี
	9.ให้การช่วยเหลือที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ	4.44	0.59	ดี
	รวม	4.42	0.42	ดี
3. ด้านปัญญา	11.สืบค้นข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายและเชื่อถือได้	4.47	0.63	ดี
	12.วิเคราะห์เรียบเรียงประเด็นความรู้ได้ชัดเจน	4.27	0.58	ดี
	14.ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อหาแผนการใหม่ๆในการแก้ปัญหาสุขภาพ	4.40	0.65	ดี
	รวม	4.37	0.44	ดี
4. ด้านความสัมพันธ์ระหว่าง บุคคลและความ รับผิดชอบ	16.ทำงานเป็นทีมทั้งในบทบาทผู้นำและสมาชิกทีม	4.56	0.59	ดีมาก
	18.เคารพความคิดเห็นของผู้อื่น	4.62	0.49	ดีมาก
	20.มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหา	4.56	0.59	ดีมาก
	รวม	4.56	0.42	ดีมาก
5. ด้านการ วิเคราะห์ตัว เลข สื่อสาร เทคโนโลยี สารสนเทศ	21.คำนวณและวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างถูกต้อง	4.22	0.52	ดี
	22.แปลงข้อมูลข่าวสาร/สารสนเทศที่มีคุณภาพ	4.18	0.53	ดี
	25.เลือกใช้เทคโนโลยีในการนำเสนอข้อมูลได้อย่างเหมาะสม	4.38	0.53	ดี
	รวม	4.28	0.39	ดี
รวมทุกด้าน		4.44	0.35	ดี

2. ความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก

กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักอยู่ในระดับมากที่สุด (\bar{X} =4.57, S.D.=0.40) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการส่งเสริมให้ผู้เรียนทำงานร่วมกันเป็นกลุ่มมากที่สุด (\bar{X} =4.73, S.D.=0.50) รองลงมาคือให้อิสระผู้เรียนในการใช้ความคิดและการ

แสดงออกในการเรียนรู้ (\bar{X} =4.67, S.D.=0.52)

3. ความสัมพันธ์ของผลลัพธ์การเรียนรู้และความพึงพอใจต่อการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก ผลลัพธ์การเรียนรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกค่อนข้างสูงกับความพึงพอใจต่อการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักของนิสิตสาธารณสุขศาสตร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.711$, $p \leq 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation)ระหว่างผลลัพธ์การเรียนรู้และความพึงพอใจต่อการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักของนิสิตสาธารณสุขศาสตร์ (N=45)

	ความพึงพอใจต่อการเรียนรู้	ผลลัพธ์การเรียนรู้
ความพึงพอใจต่อการเรียนรู้	1	0.711**
Sig (2-tailed)		0.000
ผลลัพธ์การเรียนรู้	0.711**	1
Sig (2-tailed)	0.000	

** $p \leq 0.05$

อภิปรายผล

1. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนผลลัพธ์การเรียนรู้ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริวิวัฒน์ อายุวัฒน์¹² ที่ศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักโดยการสะท้อนคิดจากผู้เรียนพบว่า ผู้เรียนรู้สึกสนุกและกระตือรือร้นในการเรียนรู้ รู้สึกชอบการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก มีการเรียนรู้ด้วยตนเอง เรียนรู้จากกระบวนการกลุ่มและการทำงานเป็นทีม รวมทั้งได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และความคิดแบบใหม่ๆ ด้วย และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ พิชฌายีวีร์ สินสวัสดิ์ และอรพิน สว่างวัฒนเศรษฐ์¹³ ที่พบว่าพฤติกรรมการเรียนการสอนแบบใช้ปัญหาเป็นหลักของนักศึกษาพยาบาลตามความคิดเห็นของตนเอง เพื่อนและผู้สอนโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยพบว่าค่า

เฉลี่ยในกระบวนการกลุ่มมีค่าสูงสุดและอยู่ในระดับดีที่เป็นเช่นนี้เพราะการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักเป็นการเรียนรู้โดยอาศัยกระบวนการกลุ่ม ประกอบด้วยสมาชิกในกลุ่มๆ ละ 8-9 คน ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันตามบทบาทที่รับผิดชอบในการดำเนินการประชุมกลุ่ม ประกอบด้วยประธาน เลขานุการ และสมาชิกภายในกลุ่ม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะได้รับบทบาทแตกต่างกันออกไป เช่น การเป็นประธาน เลขานุการ และการเป็นสมาชิกกลุ่มตามที่กำหนดไว้ในคู่มือผู้เรียน และได้รับการปฐมนิเทศการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักจากผู้สอน นอกจากนี้ผู้สอนจะมีความใกล้ชิดกับผู้เรียนในกลุ่มย่อยมากขึ้น สามารถสังเกตความก้าวหน้าหรือปัญหาของผู้เรียนได้อย่างดี จึงให้ข้อติชมและแก้ไขข้อบกพร่องของผู้เรียนได้อย่างรวดเร็ว ดังการสะท้อนคิดของกลุ่มตัวอย่าง “การเรียนในคาบนี้ทำให้ได้ฝึกทักษะการทำงานเป็นกลุ่ม ทักษะการเป็นผู้นำ ผู้ตาม

และได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อน ๆ ภายในกลุ่ม ได้เรียนรู้การทำงานกับเพื่อนต่างกลุ่มซึ่งอาจารย์เป็นผู้จัดกลุ่มให้ เป็นประสบการณ์ใหม่ ได้เห็นศักยภาพของเพื่อนแต่ละคนในการเสนอความคิดเห็น หรือช่วยวิเคราะห์โจทย์ปัญหา...” (Par 1/5)

นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยรองลงมาคือ ทักษะด้านคุณธรรมจริยธรรม เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามที่ได้รับมอบหมายจนสำเร็จมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ พิษณีย์วีร์ สีนสวัสดิ์ และอรพิน สว่างวัฒนเศรษฐ์¹³ ที่พบว่าความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลหลังการเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นหลักสูงกว่าก่อนการเรียนรู้โดยพบว่าการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของทางเลือกมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ทั้งนี้เป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างได้พัฒนาความรับผิดชอบและการทำหน้าที่ตามบทบาทในการเข้ากลุ่มทั้ง 3 ครั้ง จึงเกิดความร่วมมือกันมากขึ้น และสามารถนำผลงานที่ได้รับมอบหมายมาใช้ในการแก้ไขปัญหาของโจทย์สถานการณ์โดยคำนึงถึงคุณธรรมในวิชาชีพ ดังการสะท้อนคิดของกลุ่มตัวอย่าง “ความรู้ที่ได้ในคาบนี้สามารถนำไปวางแผนงานที่จะเกิดขึ้นในการปฏิบัติงานโดยคิดแก้ไขปัญหาย่อยอย่างเป็นระบบ มีความรอบคอบในหน้าที่ที่รับผิดชอบ ต้องศึกษาหาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ อย่างครบถ้วน และนำมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์จริงที่สามารถพบได้ในอนาคต” (Par 2/5)

2. ความพึงพอใจต่อการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการเรียนรู้ โดยใช้ปัญหาเป็นหลักอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการส่งเสริมให้ผู้เรียนทำงานร่วมกันเป็นกลุ่มมีคะแนนมากที่สุด รองลงมา คือ ให้อิสระผู้เรียนในการใช้ความคิดและการแสดงออกในการเรียนรู้ สอดคล้องกับการศึกษาของคิม (Kim)¹⁴ ที่พบว่านักศึกษาแพทย์แผนจีนมีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักในวิชาการฝังเข็ม และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการศึกษาของชอย (Choi)¹⁵ ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการเรียนการ

สอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักอยู่ในระดับดี โดยมีความพึงพอใจที่ได้รับผลการประเมินสะท้อนคิดจากอาจารย์ประจำกลุ่มมากที่สุด และประสิทธิผลของการเรียนโดยวิธีนี้สามารถสร้างแรงจูงใจให้ผู้เรียนได้มากที่สุด ที่เป็นเช่นนี้เพราะนอกจากการเรียนการสอนเป็นกลุ่มย่อยแล้ว การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักยังส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีอายุเฉลี่ย 21.95 ปี เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนผ่านไปสู่วัยผู้ใหญ่ที่ต้องมีความรับผิดชอบในการกำกับตนเองมากขึ้น และต้องการความเป็นอิสระในการค้นหาแหล่งเรียนรู้ด้วยตนเอง ประกอบกับปัจจุบันข้อมูลสารสนเทศต่างๆ สามารถเข้าถึงง่ายและรวดเร็วโดยอาศัยเทคโนโลยีสารสนเทศในการสืบค้นจากแหล่งเรียนรู้ที่หลากหลาย ความเป็นอิสระในการค้นหาแหล่งเรียนรู้ และมีความใฝ่รู้ในวิธีการสอนที่ไม่เคยเรียนมาก่อน⁹ ดังการสะท้อนคิด “รู้สึกสนุกและอุ่นใจในการเรียนแบบนี้ อาจารย์ชวนคิด ทำให้ห้องเรียนไม่เงียบ และผู้เรียนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นได้อย่างทั่วถึง” (Par 3/5)

3. ผลลัพธ์การเรียนรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจต่อการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก ในระดับสูง แสดงว่าผู้เรียนที่มีผลลัพธ์การเรียนรู้ในระดับมากจะมีความพึงพอใจต่อการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักในระดับมากเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของแฮนแดนและคณะ (Hamdan, et al)¹⁶ ที่พบว่าประสิทธิผลของการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักมีความสัมพันธ์สูงกับความพึงพอใจต่อการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในรัฐจอร์เจีย ประเทศมาเลเซีย อธิบายได้ว่าเมื่อผู้เรียนสามารถทำงานตามที่ได้รับมอบหมายได้สำเร็จทุกครั้ง มีการช่วยเหลือกันในการเรียนรู้ขณะเข้าประชุมกลุ่มย่อย ร่วมกับได้รับคำชี้แนะจากผู้สอนในการปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้นทุกครั้งที่เข้ากลุ่ม ทำให้ผู้เรียนมีความมั่นใจในการเรียนรู้ที่ได้รับและมีความพึงพอใจต่อการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก นอกจากนี้ในกระบวนการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักทำให้ผู้เรียนมีอิสระในการค้นหาค่า

ตอบที่ต้องการด้วยตนเองและโจทย์ปัญหาที่ใช้ในการเรียนรู้เป็นสถานการณ์จริงที่สามารถพบได้ในการฝึกปฏิบัติงานในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการจัดการเรียนการสอน ผู้สอนควรเพิ่มชั่วโมงการสอนโดยใช้กระบวนการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก ในรายวิชานี้และวัดผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ซ้ำ
2. ด้านบริหารการศึกษา เนื่องจากการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักจำเป็นต้องใช้แหล่งข้อมูลที

หลากหลายในการค้นคว้า ผู้รับผิดชอบรายวิชาและผู้สอนควรมีการวางแผนจัดเตรียมหนังสือ ตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้องให้เพียงพอที่นิตสามารถค้นคว้าได้ในห้องสมุด และเพิ่มช่องทางในการสืบค้นบนระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตความเร็วสูงที่มีประสิทธิภาพ

3. ด้านการวิจัย ควรทำการวิจัยด้วยวิธีการแบบ Two-group pre-posttest design เปรียบเทียบผลการเรียนรู้ของผู้เรียน เพื่อให้เกิดความชัดเจนของผลที่เกิดจากกระบวนการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา; 2547.
2. คณะกรรมการประกันคุณภาพการศึกษาภายในระดับอุดมศึกษา. คู่มือการประกันคุณภาพการศึกษาภายในระดับอุดมศึกษา พ.ศ 2557. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: ภาพพิมพ์; 2558.
3. สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา. กรุงเทพฯ: มปท; 2552.
4. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น. มคอ.2 หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน. ลำปาง: มหาวิทยาลัยเนชั่น; 2558.
5. คณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น. รายงานความพึงพอใจของนักศึกษาปีสุดท้ายต่อคุณภาพของหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตปีการศึกษา 2560. ลำปาง: มหาวิทยาลัยเนชั่น; 2561.
6. นภาพร พุฒินิษฐ์ สุรศักดิ์ พุฒินิษฐ์ มาริสา สุวรรณราช และอรทัย แก้วมหากาฬ. ผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 ต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษาพยาบาล. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560;4(1):1-14.
7. เกียรติศักดิ์ พลอยแสง. การศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรายวิชาภาษากับการสื่อสารที่จัดการเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นฐาน. รายงานวิจัย. คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2553.
8. พรเลิศ ชุ่มชัย สุนทรีย์ คำเพ็ง โยธิน ปอยสูงเนิน. ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักด้านอาชีวอนามัยต่อผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ ทักษะการแก้ปัญหา การทำงานเป็นทีมและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2559; 9(4):60-73.

9. วัลลี สัตยาศัย. บรรณาธิการ. การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก: รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง. กรุงเทพฯ:บุ๊คเน็ท; 2547.
10. คณาจารย์วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก. คู่มือครูในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก สำหรับวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดพระบรมราชชนก. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์; 2558.
11. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2556.
12. สิริวัฒน์ อายุวัฒน์. การเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก (Problem based learning): ความท้าทายของการศึกษาพยาบาลในการพัฒนาการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21.วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2560; 27(2):15-30.
13. พิชญ์วีร์ สิ้นสวัสดิ์ และอรพิน สว่างวัฒนเศรษฐ์. การจัดการเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นหลักเพื่อส่งเสริมความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2560; 9(1): 59-71.
14. Kim, Y. J. Observational Application Comparing Problem-Based Learning with the Conventional Teaching Method for Clinical Acupuncture Education. Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine (ECAM). 2019; 1–6.
15. Choi, H. A problem-based learning trial on the Internet involving undergraduate nursing students. Journal of Nursing Education. 2003; 42(8): 359–63.
16. Hamdan, A.R, Kwan, C.L, Khan, A., Abdul Ghafar, M.N and Sihes, A.J. Implementation of Problem based learning among Nursing Students. International Education Studies. 2014;7(7):136- 142.

**ประชาสัมพันธ์การส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ใน
วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ**

วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ ได้รับการรับรองให้อยู่ในฐานข้อมูลเพื่อการสืบค้นงานวิจัย ผลงานทางวิชาการ และการอ้างอิงของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการไทย หรือ Thai-Journal Citation Index (TCI) กลุ่มที่ 2 ผู้ที่จะส่งบทความตีพิมพ์ต้องสมัครเป็นสมาชิกวารสารฯ อย่างน้อย 3 ปี (เฉพาะผู้เขียนชื่อแรก) ลักษณะของบทความที่ตีพิมพ์

1. เป็นบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ
2. เป็นบทความด้านการบริการการพยาบาล การศึกษาพยาบาล และสุขภาพที่เกี่ยวข้อง
3. ต้องไม่เป็นบทความที่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อนทั้งในและต่างประเทศ รวมทั้งภาษาอื่น ๆ
4. บทความเป็นฉบับภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ
5. บทความวิจัยต้องผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยให้แนบสำเนาใบรับรองจริยธรรมการวิจัยฯ มาพร้อมกับบทความต้นฉบับที่จะส่งขอตีพิมพ์

การสมัครเป็นสมาชิกวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

กรอกใบสมัครการเป็นสมาชิกวารสารฯ ตามแบบฟอร์มที่อยู่ท้ายเล่มของวารสาร ส่งมายังหน่วยงานวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ อาคาร 1 ชั้น 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200 หรือทาง e-mail : nat-nd@hotmail.com โดยมีค่าสมาชิก ดังนี้

- 1 ปี ค่าสมาชิก 200 บาท (2 เล่ม) และค่าส่งวารสาร 40 บาท
 - 2 ปี ค่าสมาชิก 400 บาท (4 เล่ม) และค่าส่งวารสาร 80 บาท
 - 3 ปี ค่าสมาชิก 500 บาท (6 เล่ม) และค่าส่งวารสาร 100 บาท
- รายฉบับ ราคาฉบับละ 100 บาท และค่าส่งวารสารฉบับละ 20 บาท

ความรับผิดชอบของผู้เขียน

1. เนื้อหาและข้อคิดเห็นใดๆ ที่ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมพยาบาลฯ ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนเท่านั้น ผู้เขียนบทความต้องศึกษารายละเอียดหลักเกณฑ์การจัดทำต้นฉบับตามที่วารสารกำหนด และเนื้อหาส่วนภาษาอังกฤษต้องได้รับการตรวจสอบจากเจ้าของภาษามาแล้ว

2. ส่งบทความต้นฉบับที่มีความยาวไม่เกิน 12 หน้า มายังสมาคมฯ ภายในเวลาที่กำหนด คือ ฉบับที่ 1 ภายใน 28 กุมภาพันธ์

ฉบับที่ 2 ภายใน 31 สิงหาคม

โดยส่งทาง E-mail ถึงหน่วยงานวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ อาคาร 1 ชั้น 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200

E-mail address : nat-nd@hotmail.com

3. ชำระค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิอ่านบทความ เรื่องละ 1,500 บาท โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ บัญชีออมทรัพย์ชื่อ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ บัญชีเลขที่ 566-2-06297-7

4. หากผู้เขียนต้องการตีพิมพ์แบบเร่งด่วน (Fast track) ต้องชำระค่าใช้จ่ายเพิ่ม เรื่องละ 2,000 บาท โดยโอนเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ บัญชีออมทรัพย์ชื่อ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ บัญชีเลขที่ 566-2-06297-7

ขั้นตอนการพิจารณาบทความ

1. เมื่อกองบรรณาธิการวารสารได้รับบทความวิจัยหรือบทความวิชาการแล้ว จะพิจารณาเบื้องต้นตามหลักเกณฑ์การจัดทำต้นฉบับที่วารสารกำหนดและคุณภาพของบทความ แล้วแจ้งผลการพิจารณาเบื้องต้นให้ผู้เขียนรับทราบ

2. บทความที่ผ่านการพิจารณาเบื้องต้น จะถูกส่งต่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกตามความเชี่ยวชาญของสาขาวิชา จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณากลับกรอง (Blinded peer review)

3. บทความที่ไม่ผ่านการพิจารณาเบื้องต้นตามหลักเกณฑ์การจัดทำต้นฉบับที่วารสารกำหนด และบทความที่ไม่ผ่านการพิจารณาด้านคุณภาพ กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาเบื้องต้นให้ผู้เขียนรับทราบเพื่อพิจารณาปรับปรุง

4. บทความที่ได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านให้แก่ผู้เขียน

5. ผู้เขียนบทความพิจารณาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน พร้อมแนบเอกสารชี้แจงการปรับแก้บทความ ส่งกลับมายังกองบรรณาธิการ ภายใน 2 สัปดาห์

6. เมื่อกองบรรณาธิการพิจารณาว่าบทความได้รับการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะอย่างครบถ้วนแล้ว จะแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้เขียน เพื่อยืนยันรับการตีพิมพ์บทความอย่างเป็นทางการ

7. ผู้เขียนบทความจะได้รับวารสารฉบับที่บทความนั้นตีพิมพ์ จำนวน 2 ฉบับ โดยจะส่งให้ผู้เขียนที่เป็นชื่อแรกเท่านั้น

**หลักเกณฑ์และรูปแบบการจัดทำต้นฉบับบทความเพื่อขอรับ
การตีพิมพ์ในวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ**

ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

- **ขนาดกระดาษ A 4** ความยาวทั้งหมดไม่เกิน 12 หน้ารวมเอกสารอ้างอิง
- **กรอบของข้อความ** ในแต่ละหน้าให้มีขอบเขตดังนี้ จากขอบบนของกระดาษ 1.25 นิ้ว ขอบล่าง 1.0 นิ้ว ขอบซ้าย 1.25 นิ้ว ขอบขวา 1.0 นิ้ว
- **ระยะห่างระหว่างบรรทัด** หนึ่งช่วงบรรทัดของเครื่องคอมพิวเตอร์
- **ตัวอักษร** ใช้ (TH SarabunPSK) และพิมพ์ตามที่กำหนดดังนี้
 - **ชื่อเรื่อง (Title)**
 - ภาษาไทย ขนาด 24 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
 - ภาษาอังกฤษ ขนาด 24 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
 - **ชื่อผู้เขียน (ทุกคน)**
 - ชื่อผู้เขียน ภาษาไทย – ภาษาอังกฤษ ชื่อย่อวุฒิการศึกษา ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
 - ตำแหน่ง/สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย-อังกฤษ ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
 - **บทคัดย่อ**
 - ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract” ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
 - ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ ความยาวไม่เกิน 1/2 หน้า ภาษาไทย และ 1/2 หน้าภาษาอังกฤษ
 - **คำสำคัญ (Keywords)** พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ เลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 3-4 คำ ขนาด 16 point
 - **รายละเอียดบทความ**
 - หัวข้อใหญ่ ขนาด 17 point ตัวหนา กำหนดขีดซ้าย
 - หัวข้อรอง ขนาด 17 point ตัวหนา กำหนดขีดซ้าย
 - ตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ
 - ย่อหน้า 0.5 นิ้ว
 - **เนื้อหาของบทความวิจัย กำหนด ดังนี้**
 - ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
 - คำถามการวิจัย (ถ้ามี)
 - วัตถุประสงค์การวิจัย
 - สมมุติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
 - กรอบแนวคิดในการวิจัย (อธิบายแนวคิด ทฤษฎี พร้อมสรุปเป็นแผนภูมิประกอบ)
 - วิธีดำเนินการวิจัย (รายละเอียดของประชากร การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างเกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โดยระบุ รายละเอียดของเครื่องมือ การหาคุณภาพของเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิจัย

- ผลการวิจัย
- สรุปและอภิปรายผล
- ข้อเสนอแนะ การนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์ และการวิจัยครั้งต่อไป
- เอกสารอ้างอิง (ไม่เกิน 15 รายการ)

● **เนื้อหาของบทความวิชาการ กำหนด ดังนี้**

- บทคัดย่อ
 - บทนำ
 - แนวคิดนำไปสู่การหาคำความรู้ทางการแพทย์ (ถ้ามี)
 - บทสรุป
- **คำศัพท์** ให้ใช้ศัพท์บัญญัติของราชบัณฑิตยสถาน
 - **ภาพและตาราง** กรณีมีภาพและตารางประกอบ ชื่อภาพให้ระบุคำว่า ภาพที่ ไว้ได้ ภาพประกอบและจัดข้อความบรรยายภาพให้อยู่กึ่งกลางหน้ากระดาษ ชื่อตารางให้ระบุคำว่า ตาราง ที่ หัวตารางให้จัดชิดซ้ายของหน้ากระดาษ และได้ภาพประกอบหรือตารางให้บอกแหล่งที่มาโดยพิมพ์ได้ชื่อภาพใช้ตัวอักษรขนาด 14 point ตัวปกติ เส้นของตารางให้มีเพียง 3 เส้น เส้นหัวข้อตารางและเส้นปิดท้ายตาราง
 - **กิตติกรรมประกาศ** ให้ประกาศเฉพาะการได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย

การส่งต้นฉบับบทความวิจัย/ วิชาการเพื่อขอรับการตีพิมพ์

ผู้เขียนส่งบทความต้นฉบับ ทาง e-mail : nat-nd@hotmail.com ส่งถึงหน่วยงานวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

การเขียนเอกสารอ้างอิง

1. เอกสารอ้างอิงทุกฉบับต้องมีการอ้างอิงที่กล่าวถึงในบทความ
2. ใช้ระบบตัวเลขในการอ้างอิง โดยพิมพ์ด้วยก
3. เรียงลำดับการอ้างอิงตามเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ โดยเรียงลำดับหมายเลขอ้างอิงเริ่มจากหมายเลข 1,2,3 ไปตามลำดับที่อ้างก่อน-หลัง โดยใช้เลขอารบิก และทุกครั้งที่มีการอ้างซ้ำจะต้องใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง
4. การอ้างอิงเอกสารมากกว่า 1 ฉบับต่อเนื้อกันจะใช้เครื่องหมายติงศกั (hyphen หรือ -) เชื่อมระหว่างฉบับแรกถึงฉบับสุดท้าย เช่น 1-3 แต่ถ้าอ้างถึงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน จะใช้เครื่องหมายจุลภาค (comma หรือ,) โดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร เช่น 4,6,10
5. รูปแบบการพิมพ์เอกสารอ้างอิงท้ายบทความให้พิมพ์ตามลำดับการอ้างอิงตามหมายเลขที่ได้อ้างถึงในเนื้อหาของบทความ และไม่แยกประเภทของเอกสารที่ใช้อ้างอิง
6. รายละเอียดการเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ ให้ใช้ตามระบบ แวนคูเวอร์ (Vancouver) ดังนี้

การอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal). ปีที่พิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume & Number/Issue): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย. (Page)

ตัวอย่าง

บุญมี ภูด่านจัว. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ต่อการนับและบันทึกลูกดิ้น. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2557;12(1):135-146.

การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา ประกอบด้วย 2 แบบ

1. การอ้างอิงหนังสือทั้งเล่ม มีรูปแบบการอ้างอิง ดังนี้

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปี (Year).

ตัวอย่าง

กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. พฤติกรรมการบริโภค หวาน มัน เค็ม. นนทบุรี: กองสุขศึกษกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2556.

2. การอ้างอิงบทใดบทหนึ่งของหนังสือ ที่มีผู้แต่งรายบทและมีบรรณาธิการหนังสือ (Chapter in a book) มีรูปแบบการอ้างอิง ดังนี้

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบท (Title of a chapter). ใน (In): ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/ Editor (s). ชื่อหนังสือ (Title of the book). ครั้งที่พิมพ์ (Edition). เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): สำนักพิมพ์ (Publisher); ปีพิมพ์ (Year). หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักงานพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม/สรุปผลการประชุม (Conference paper) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/ editor(s). ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

การอ้างอิงเอกสารที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/ Dissertation) มีรูปแบบการเขียนอ้างอิง ดังนี้

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ประเภท/ระดับปริญญา. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ ปริญญา.

ตัวอย่าง

จุฑามาศ สนทนก. ปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองเพื่อการสร้างสรรค์ผลงานทางวิชาการของอาจารย์สถาบันบัณฑิตศึกษาเอกชน. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.

การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Material) ใช้การอ้างอิงตามรูปแบบประเภทของเอกสารโดยจะเพิ่มเติมข้อมูลบอกประเภทของสื่อเอกสารที่นำมาอ้างอิง วันที่สืบค้นข้อมูล และแหล่งที่มาของข้อมูล ดังนี้

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article) [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง

ยุทธนา พรหมณี. วิวัฒนาการทางความคิดเกี่ยวกับผู้นำ : ทฤษฎีภาวะผู้นำ [ออนไลน์]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 2556/3/17]. เข้าถึงได้จาก: www.pncc.ac.th/pncc/wrod/re/r22.doc

การอ้างอิงบทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; ปีที่/เล่มที่: หน้า/about

ตัวอย่าง

วนิดา สติประเสริฐ, ยุวดี ลีลักษณ์วิระ และพรนภา หอมสินธุ์. ผลการชี้แนะต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้. วารสารการพยาบาลและการศึกษา [ออนไลน์]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2558/12/25];8(3):33-51. เข้าถึงได้จาก: http://www.scppk.com2_tps-13/marticle.php?id=113114

แบบฟอร์มการสมัครเป็นสมาชิกวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

สมาชิกใหม่ ต่ออายุสมาชิก หมายเลขสมาชิก.....
(สมาชิกเก่าโปรดระบุหมายเลขสมาชิก)

1. ข้าพเจ้า น.ส./นาง/นาย.....มีความประสงค์ที่จะเป็นสมาชิก
วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

ในนามหน่วยงาน คือ.....

ในนามบุคคล คือ.....

มีกำหนด.....ปี ตั้งแต่ฉบับที่.....ถึงฉบับที่.....ประจำปี พ.ศ.....โปรดส่งวารสารไปยัง
(หน่วยงาน).....หรือ (บุคคล) น.ส./
นาง/นาย.....

ที่อยู่.....

รหัสไปรษณีย์.....โทร.....

Email :.....

2. ระยะเวลาที่บอกรับ

1 ปี ค่าสมาชิก 200 บาท (2 เล่ม) และค่าส่งวารสาร 40 บาท

2 ปี ค่าสมาชิก 400 บาท (4 เล่ม) และค่าส่งวารสาร 80 บาท

3 ปี ค่าสมาชิก 500 บาท (6 เล่ม) และค่าส่งวารสาร 100 บาท

รายฉบับ ราคาฉบับละ 100 บาท และค่าส่งวารสารฉบับละ 20 บาท

3. ข้าพเจ้าได้ส่ง เงินสด

หลักฐานการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาคณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ บัญชีออมทรัพย์ชื่อ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ บัญชี
เลขที่ 566-2-06297-7 จำนวน.....บาท (.....) มาพร้อมนี้
และขอให้ออกใบเสร็จในนามของ.....

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....(ผู้รับเงิน)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่ง หน่วยงานวารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ

อาคาร 1 ชั้น 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200