



JOHSS วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

Journal of Health Sciences Scholarship

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang



2022
2565

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2565

Vol. 9 No.1, January - June 2022

สำนักงาน กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
กลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
268 ถนนป่าสาม ตำบลห้วยเวียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000
โทรศัพท์ 0 54 22 6254 ต่อ 141 โทรสาร 0 54 22 5020

Email: journalbcnlp@gmail.com

Book Cover Design by O-pas Pramoonsin



วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

Journal of Health Sciences Scholarship



เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บรรณาธิการ: ดร.ยงยุทธ แก้วเต็ม

ผู้ช่วยบรรณาธิการ: ดร.ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ

ที่ปรึกษาวารสารวิชาการ

ศ. เชี่ยวชาญพิเศษ ดร.สฤษดิ์ จุตรสิทธิ์

ศ.ดร.นพ.พงศ์เทพ วิวรรณเดชะ

ผอ. วาสนา มั่งคั่ง

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

นักวิจัยอิสระ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.นพ.พงศ์เทพ วิวรรณเดชะ

รศ.ดร.เดชา ทำดี

ผศ.ดร.สุขศิริ ประสมสุข

ผศ.ดร.สมพร สันติประสิทธิ์กุล

ผศ.ดร.รุ่งฤดี วงศ์ชุม

ผศ.ดร.มยุรฉัตร กันยะมี

ดร.กาญจนาณัฐ ทองเมืองธัญเทพ

ดร.พัฒนา นาคทอง

ดร.พิทยา ศรีเมือง

ดร.มธุรดา บรรจงการ

ดร.ชูศักดิ์ ยืนนาน

ดร.เอกรัตน์ เชื้ออินธา

ดร.ธีรรัตน์ บุญฤกษ์

ดร.อัจฉรา ลิทธิรักษ์

นักวิจัยอิสระ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

คณะพยาบาลศาสตร์แม่คคอร์ดมิด มหาวิทยาลัยพายัพ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (มศว.)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์

มหาวิทยาลัยเนชั่น ลำปาง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสุจริตินธร ขอนแก่น

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

คณะกรรมการบริหารจัดการ

อ.จิตอาวี ชาติมนตรี

นางสาวเบญจวรรณ ยศเสนา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง



นโยบายและขอบเขตการตีพิมพ์

วารสารมีนโยบายการเผยแพร่บทความที่มีคุณภาพ ด้านสุขภาพและสาธารณสุขซึ่งนิพนธ์โดยพยาบาล แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ฯลฯ ซึ่งปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข สาธารณสุขชุมชน อนามัยสิ่งแวดล้อม และบทความด้านการพยาบาลทั่วไป ทฤษฎีการพยาบาลและการวิจัยการพยาบาลขั้นสูงและการพยาบาลเฉพาะทาง โดยมีผู้นิพนธ์จากทั้งภายในและภายนอกสถาบัน

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์

1. บทความวิจัย (Research article) คือ รายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย หรือ การพัฒนาอย่างเป็นระบบ
2. บทความวิชาการ (Academic articles) คือ งานเขียนซึ่งเป็นเรื่องที่น่าสนใจ เป็นความรู้ใหม่ มีการใช้แนวคิดทฤษฎี ผลงานวิจัยจากแหล่งข้อมูล
3. บทความปริทัศน์ (Review Article) คือ บทความที่มีการผสมผสานแนวคิดและผลการวิจัยหลายๆ งานวิจัย โดยผู้เขียนจะสังเคราะห์แนวคิด ตลอดจนสังเคราะห์ผลการวิจัยจากงานวิจัยต่างๆ เพื่อประมวลเป็นข้อโต้แย้งในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อเป็นการทบทวนการก้าวหน้าทางวิชาการของเรื่องนั้นๆ โดยให้ข้อวิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่และส่งเสริมความรู้ด้านการพยาบาล การแพทย์ และการสาธารณสุขที่เป็นประโยชน์ผ่านบทความวิชาการและผลงานวิจัย
2. เพื่อเป็นแหล่งเสนอผลงานวิชาการสำหรับสมาชิกทางการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในเชิงสุขภาพ
3. เพื่อเสริมสร้างนักวิชาการที่ต่อยอดเป็นองค์ความรู้อันเป็นประโยชน์ทางการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในเชิงสุขภาพ
4. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ทางวิชาการ และการติดต่อสัมพันธ์ของนักวิชาการในเชิงสุขภาพ

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ กลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง 268 ถนนป่าข่ม ตำบลหัวเวียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000
โทรศัพท์ 054-226254 ต่อ 141 โทรสาร 054-225-020
Email: journalbcnlp@gmail.com

กำหนดออกวารสาร: ราย 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ)

มกราคม-มิถุนายน และ กรกฎาคม-ธันวาคม

ทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

ผ่านการพิจารณาลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ อย่างน้อย 2 ท่าน

ความคิดเห็นหรือข้อความใด ๆ ในทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

เป็นวรรณกรรมของผู้เขียนโดยเฉพาะและถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนเท่านั้น

ทางสถาบันผู้จัดทำไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ไม่มีข้อผูกพันประการใด ๆ และไม่มีส่วนรับผิดชอบแต่อย่างใด



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (Peer reviewers)

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

ศ.ดร.นพ.พงศ์เทพ วิวรรณเดชะ

รศ.ดร.เดชา ทำดี

รศ.ดร.จักรกฤษณ์ พิญาพวงษ์

ผศ.ดร.สุขศิริ ประสมสุข

ผศ.ดร.สมพร สันติประสิทธิ์กุล

ผศ.ดร.มยุรฉัตร กันยะมี

ผศ.ดร.รุ่งฤดี วงศ์ชุม

ผศ.ดร. ทศนีย์ นະແສ

ดร.กาญจนาณัฐ ทองเมืองธัญเทพ

ดร.พัฒนา นาคทอง

ดร.พิทยา ศรีเมือง

ดร.มธุรดา บรรจงการ

ดร.ชูศักดิ์ ยืนนาน

ดร.สุวัฒนา คำสุข

ดร.เอกรัตน์ เชื้ออินธา

ดร.เชษฐา แก้วพรม

ดร.อัญญา ปลดเปลื้อง

ดร.สมปรารถนา สุดใจนาค

ดร.ยุทธศิลป์ ชุมณี

ดร.สุวัฒน์ แสนเวียงจันทร์

ดร.ธีรรัตน์ บุญญะ

ดร.อัจฉรา สิทธิรักษ์

ดร.ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ

ดร.ยงยุทธ แก้วเต็ม

นักวิจัยอิสระ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (มศว)

คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์

มหาวิทยาลัยเนชั่น ลำปาง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสุรินทร์ ขอนแก่น

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (Peer reviewers)
วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (ต่อ)

รศ.ดร.จตุรงค์ เหมรา

ผศ.ดร.เวหา เกษมสุข

ผศ.ภก.ดร.วินัย สยอวรรณ

ดร. สุตคณิง ฤทธิ์ฤทัย

ภญ.ดร.วรัญญา อรุโณทยานันท์

นพ.สิทธิ ภาคไพบูลย์

ดร.ตลนภา ไชยสมบัติ

ดร.กนกวรรณ เอี่ยมชัย

ดร. อรัญญา นามวงศ์

ดร. จารุณี รัศมีสุข

ดร.พรพรรณ ไพศาลทักษิณ

ดร.ณัฐฐิฎฐกรณ์ ปัญจพันธ์

ดร.รุ่งกาญจน์ วุฒิ

ดร. บุศรินทร์ ผัดวัน

ดร. วันวิสาข์ ชูจิตร

ดร.กัญญ์ณพัชญ์ ศรีทอง

ดร.วิภา เอี่ยมสำอาดค์ จารามิลโล

ดร.ศรีจันทร์ พลับจัน

ดร. พยอม ถิ่นอ้วน

ดร.ดุจเดือน เขียวเหลื่อง

ดร.ดวงดาว เทพทองคำ

ดร.วรทรง นิลเพ็ชร

มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตลำปาง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก

วิทยาลัยนักษิณบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปางศิลาทอง กำแพงเพชร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา



สารบัญ

- **ซอร์สพลิก: ทักษะที่จำเป็นสำหรับวิชาชีพพยาบาล** 1
ภารดี ขาวรินทร์, สมฤดี กิรตวนิชเสถียร, มยุรี กมลบุตร, ปราชญา ศุภฤกษ์โยธิน
- **การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง: การสอนแบบใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ เพื่อพัฒนานักศึกษาพยาบาลด้านทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา** 18
จันทร์จิรา ยานะชัย, ประจวบ แผลมหลัก
- **สมรรถนะของพยาบาลด้านการจัดการบริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019** 39
อัญญา ปลดเปลื้อง
- **ปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมืองจังหวัดลำปาง** 52
เอกรัตน์ เชื้ออินถา, กรรณิการ์ กองบุญเกิด, อัจฉรา สิทธิรักษ์
- **การจัดการบริการเลิกบุหรี่ในสถานศึกษา : ความเป็นไปได้ รูปแบบ ปัญหาและอุปสรรค** 68
ดลนภา ไชยสมบัติ, อัมพร ยานะ, บัวบาน ยะนา
- **การถอดบทเรียนการจัดการบริการคลินิกหมอครอบครัว: บทบาทพยาบาลวิชาชีพ ในทีมสหวิชาชีพศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง** 90
สุวัฒนา คำสุข, บุศรา ทัศนวิจิตร, จำเนียร วรรณารักษ์, ณัฐฐิธรณ์ ปัญจพันธ์
- **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลป่าตันนาครี** 103
อารีชา เสาร์แก้ว
- **ผลของการให้การบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วยASSIST ต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลางของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ณ คลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง** 124
พัฒน์นิตา มหาราช



สารบัญ (ต่อ)

○ ความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลของรัฐในจังหวัด เชียงใหม่	144
เกศราภรณ์ ชูพันธ์, พนิดา พาสี, กานต์วี คำซ่ง, ทวี เรืองโหม	
○ การศึกษาผลการใช้สื่อภาพกระบวนการแปร่งฟันในการช่วยสื่อสารกระบวนการแปร่งฟันแก่เด็กที่มี ความต้องการพิเศษโดยผู้ปกครองที่บ้านโรงเรียนวัดช้างเคียน จ.เชียงใหม่	161
ทัศนากุญชร, พชรภรณ์ กาวิละ, น้ำผึ้ง รัตนพิบูลย์, กรวิภา วุฒิจูพันธ์, วิสัฏฐ์ กิจธเนศ, สุทธิกานต์ กันตี่, ภาวิณี วรรณศรี, เดชา ทำดี	
○ ประสิทธิภาพของการพอกเข้าสมุนไพรร่วมกับส่งเสริมการดูแลตนเอง ต่ออาการปวดเข้า ความสามารถในการ เดิน และการเคลื่อนไหวข้อในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม	176
วนิดา อินทราชา, พยอม ถิ่นอ่อน, อาทิตย์ วชิกรรม	
○ สถานการณ์การเกิดวัณโรคของผู้ต้องขังในเรือนจำ อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง	194
ประดิษฐ์ นิธิชัย	
○ การศึกษาลักษณะทางคลินิกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการรุนแรงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเด็ก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี	210
หทัยรัตน์ อัจฉิมาพันธ์, พนิดา สุขประเสริฐ, สุพรรณิศา อำไพ	
○ การพัฒนาการเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริง ต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ใน รายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช	228
วินัย รอบคอบ, ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, วรภรณ์ ทินวัง	
○ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มีโรคร่วมเป็น ความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน อำเภอเกาะ จังหวัดลำปาง	253
ปวิวัฒน์ อินทร์นวล, วัฒนา ตาแสน, กฤษฎี ทองบรรจบ, ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ	
○ ถอดบทเรียน: กระบวนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริงระดับสูง วิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2	269
จิราพร เป็งราชรอง, ปาริชาติ ตูลาพันธ์, ปานจันทร์ อิมหน้า	



สารจากบรรณาธิการ

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือปีที่ 9 ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2565 ฉบับนี้ เป็นฉบับแรกของปีที่ 9 สำหรับการดำเนินงานวารสาร และเป็นก้าวต่อไปของวารสารที่ได้ส่งผลการดำเนินงานที่ผ่านมาเพื่อเข้ารับการประเมินการปรับกลุ่มคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI รอบที่ 4 ครั้งที่ 3 (2565-2567) และเราจะมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพวารสารให้มีคุณภาพดียิ่งๆ ขึ้นไป

วารสารฉบับนี้ยังคงประกอบด้วยบทความวิชาการและบทความวิจัยที่มีความหลากหลายเช่นเคย อาทิเช่น 1) ด้านการศึกษาเป็นการพัฒนาการเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริง การใช้สถานการณ์จำลองกับหุ่นผู้ป่วยเสมือนจริงสูง การสอนแบบวิธีการใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ และความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาล 2) ด้านความรู้ทางสุขภาพกับการชะลอการเสื่อมของไต ปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 3) ด้านสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ ซอฟต์สกีลทักษะที่จำเป็นสำหรับพยาบาล บทบาทพยาบาลในทีมหมอครอบครัว และสมรรถนะด้านการจัดบริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 4) ด้านการวิจัยในชุมชน ได้แก่ การใช้สื่อภาพในการสื่อสารกระบวนการแปรผันแก่เด็กที่มีความต้องการพิเศษ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การจัดการบริการเลิกบุหรี่ในสถานศึกษา และ 5) ด้านการวิจัยในกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ การบำบัดแบบสั้นๆ การคัดกรองพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และสถานการณ์การเกิดวัณโรคของผู้ต้องขังในเรือนจำ อำเภอเมืองจังหวัดลำปาง ซึ่งแต่ละเรื่องล้วนมีความน่าสนใจแทบทั้งสิ้น

บทความทุกเรื่องได้ผ่านการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องจากหลายๆ หน่วยงานทั้งจากสถาบันการศึกษาและหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง จึงขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาสละเวลาในการประเมินบทความและงานวิจัยเพื่อให้ข้อคิดเห็นในการปรับปรุงคุณภาพของงานและมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของวารสารฯ ให้ดียิ่งขึ้น ขอขอบคุณสมาชิกทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของวารสารเป็นอย่างดีรวมถึงท่านที่ส่งบทความเข้ามาเพื่อเผยแพร่ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารฉบับนี้จะเป็นเวทีทางวิชาการที่จะกระตุ้นความคิดและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของนักวิจัย นักวิชาการและผู้อ่านทุกท่าน ทางวารสารยินดีรับข้อเสนอแนะจากทุกช่องทางเพื่อการปรับปรุงวารสารให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นต่อไป ขอเชิญท่านติดตามเนื้อหาที่น่าสนใจได้ภายในฉบับ พบกันใหม่ ฉบับหน้าครับ

ยงยุทธ แก้วเต็ม
บรรณาธิการ



Soft skills: Skills Needed for Nurses

Paradee Chaonarin^{1*}, Somruidee Keeratavanithsathian*
Mayuree Kamolabutra*, Prachya Supharoekyothin*

(Received: November 5, 2021, Revised: November 29, 2021, Accepted: December 13, 2021)

Abstract

Nursing and midwifery practitioners need two skills, hard skills, and soft skills, which are equally essential. Hard skills deal with the academic skill which use for the operation to be by professional standards. Soft skills will lead the practitioners to be successful in working on Humanize Nursing Care.

Soft skills deal with emotional and socializing skills which are rather abstract and more difficult to measure and evaluate than academic skills. Soft skills derive from learning, working experience, practicing, working with others. Soft skills are specific and necessary for the nursing profession, they are cover emotional intelligence skills, communication skills, interaction with other skills, leadership skills, teamwork skills, analytical thinking skills, creative thinking skills, and problems solving skills.

These skills suit and conform to core competencies for nursing and midwifery practitioners which sets by the Nursing and Midwifery Council. It is important and necessary to develop soft skills for practitioners by approaching through training programs and learning management meanwhile measurement and evaluating should be managed continuously. Each organization may select some soft skills that math up core competencies or need to develop which will be a benefit to the nursing profession, colleagues, and service recipients.

Keywords: Nurses; Soft skills

*Instructor, Nursing faculty, Bangkok Thonburi University Corresponding

¹Corresponding author: paradeeoo2500@gmail.com โทร 086-366-6001



ชอล์ฟสกล : ทักษะที่จำเป็นสำหรับวิชาชีพพยาบาล

ภารดี ชาวนรินทร์^{1*}, สมฤดี กิรวนิชเสถียร*,
มยรี กมลบุตร*,ปราชญา ศุภฤกษ์โยธิน*

(วันที่รับบทความ : 5 พฤศจิกายน 2564 , วันที่แก้ไขบทความ: 29 พฤศจิกายน 2564, วันที่ตอบรับบทความ: 13 ธันวาคม 2564)

บทคัดย่อ

ผู้ประกอบการวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์จำเป็นต้องใช้ทักษะทั้งสองด้านที่มีความสำคัญควบคู่กัน ได้แก่ ทักษะด้านวิชาการ (Hard skills) ซึ่งเป็นทักษะสำหรับการปฏิบัติงานให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพและทักษะด้านอารมณ์และสังคม (Soft skills) ที่ทำให้การปฏิบัติงานนั้นสำเร็จ ในการดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ทักษะด้านอารมณ์และสังคม (Soft skills) เป็นทักษะที่มีความเป็นนามธรรมสูงวัดและประเมินผลได้ยากกว่าทักษะด้านวิชาการ Soft skills เกิดขึ้นได้จากการเรียนรู้ ประสบการณ์การทำงาน จากการฝึกฝน และจากการทำงานร่วมกับผู้อื่น Soft skills ที่เป็นคุณลักษณะเฉพาะตัวที่จำเป็นสำหรับวิชาชีพพยาบาล เช่น ทักษะความฉลาดทางอารมณ์ ทักษะในการสื่อสาร ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทักษะภาวะผู้นำ ทักษะการทำงานเป็นทีม ทักษะการคิดวิเคราะห์ ทักษะความคิดสร้างสรรค์ และทักษะการแก้ปัญหาเป็นต้น

บทความนี้ประกอบด้วย ความหมาย คุณลักษณะและความสำคัญของ Soft skills ต่อการปฏิบัติงานและความสำคัญของการพัฒนา Soft skills ในวิชาชีพพยาบาล ซึ่งทักษะเหล่านี้มีความสอดคล้องกับสมรรถนะหลักของผู้ประกอบการวิชาชีพการพยาบาลผดุงครรภ์ที่กำหนดโดยสภาการพยาบาล Soft skills จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพัฒนาให้กับวิชาชีพพยาบาลโดยใช้กระบวนการการฝึกอบรมหรือการจัดการเรียนรู้ในรูปแบบต่างๆ ตลอดจนมีการประเมินผลสม่ำเสมออย่างต่อเนื่องโดยอาจเลือก Soft skills ที่มีความสอดคล้องกับสมรรถนะหลักหรือสอดคล้องกับความต้องการขององค์กรมาพัฒนา อันจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งทั้งต่อวิชาชีพพยาบาลเอง ผู้ร่วมงานและผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ

คำสำคัญ พยาบาล ; ชอล์ฟสกล

* อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ paradeeo2500@gmail.com โทร 086-366-6001



บทนำ

ยุคศตวรรษที่ 21 เริ่มตั้งแต่ปี 2000 จนถึงปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมเทคโนโลยี อย่างรวดเร็ว ต่อเนื่องตลอดเวลา ซึ่งการเปลี่ยนจากยุคอุตสาหกรรมเข้าสู่ยุคเทคโนโลยีสารสนเทศ ทำให้สังคมในปัจจุบันและในโลกอนาคตมีการแข่งขันสูงขึ้นก่อให้เกิดความซับซ้อนของปัญหาต่างๆ เป็นยุคที่ต้องใช้ความรู้และทักษะชีวิตหลายอย่าง มาเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน จึงจะทำให้การดำเนินงานขององค์กรเป็นไปอย่างราบรื่น สำเร็จตามเป้าหมาย จากนโยบายและจุดเน้นในการจัดการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการปีงบประมาณ พ.ศ.2564 สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ (สป.ศธ.) ได้ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งบริบทที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูปการศึกษา เพื่อนำไปกำหนดเป็นนโยบายและจุดเน้นการจัดการศึกษา โดยยึดกรอบการปฏิรูปการศึกษาน้อมนำพระราชกระแสรับสั่งของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวด้านการศึกษา ที่จะต้องมุ่งสร้างพื้นฐานให้เด็กเยาวชน และผู้เรียนมีทัศนคติที่ถูกต้องในเรื่องสถาบันหลักของชาติ สร้างพื้นฐานชีวิตด้านอุปนิสัยที่เข้มแข็งสร้างความรู้ และทักษะ เพื่อให้มีอาชีพมีงานทำ และได้้นำเป้าหมายของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) จุดเน้นด้านการเสริมสร้างศักยภาพและทรัพยากรมนุษย์ ที่มุ่งให้คนไทยเป็นคนดี คนเก่งมีคุณภาพในทุกสาขาอาชีพ การจัดการศึกษาจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาผู้เรียนให้มีทักษะชีวิตหลายด้าน เช่น การสื่อสาร การคิดวิเคราะห์ ความสามารถในการแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจัดการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) จากประสบการณ์จริงหรือจากสถานการณ์จำลองผ่านการลงมือปฏิบัติ ตลอดจนจัดการเรียนการสอนในเชิงแสดงความคิดเห็นเพื่อเปิดโลกทัศน์มุมมองร่วมกันของผู้เรียนและครูให้มากขึ้น จัดการเรียนรู้พัฒนาผู้เรียนให้มีความรอบรู้ทั้งทักษะทางวิชาการและทักษะชีวิต เพื่อเป็นเครื่องมือในการดำรงชีวิตและสร้างอาชีพ เพื่อให้บัณฑิตมีความพร้อมสำหรับวิถีชีวิตในศตวรรษที่ 21 (Ministry of Education, 2017).

Soft skills แปลเป็นภาษาไทยว่า จรณทักษะ (Chindarat, P., 2014). เป็นทักษะที่ไม่ใช่ทักษะด้านวิชาการ (Academic skills) หรือทักษะทางปัญญา (Cognitive skills) Soft skills มีการกล่าวถึงมานาน และมีการปรับเปลี่ยนคำอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี คศ. 1993 เช่นใช้คำว่า Life skill, Transversal skills, Generic competence, Key competence, Transferable skills, 21st century skills, Non-technical skill หรือ Future work skills คำว่า Soft skills เริ่มนำมาใช้ในปี 2014 (Advance Collegiate Schools of Business :AACSB, 2016) Soft skills เป็นกลุ่มทักษะทางด้านอารมณ์และสังคม ดังนั้นการจะเกิด Soft skills ได้ ต้องลงมือปฏิบัติ ฝึกฝน ให้มีประสบการณ์ โดยอาศัยการเรียนรู้นอกห้องเรียนเป็นหลัก เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนค่านิยม การมีคุณธรรม จริยธรรม มีวินัย จิตสาธารณะ และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ Soft skills มีความคล้ายคลึงกับทักษะในศตวรรษที่ 21 Soft skills กล่าวถึงทักษะที่จำเป็นต้องใช้ในการดำเนินชีวิตหรือการทำงาน เช่น ทักษะในการสื่อสาร และปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น รวมไปถึงทักษะด้านการพูดในที่สาธารณะ ทักษะในการทำงานร่วมกับผู้อื่น ทักษะในการเป็นผู้นำ ทักษะการเรียนรู้ และการปรับตัวตามสถานการณ์ ทักษะการทำงานเป็นทีม ทักษะในการคิดวิเคราะห์ ทักษะในการแก้ปัญหา และทักษะด้านความคิดสร้างสรรค์ และการคิดแก้ปัญหา เป็นต้น กลุ่มทักษะ



เหล่านี้เป็นทักษะที่ผู้ปฏิบัติงานทุกคนรวมถึงพยาบาลควรมีเพื่อช่วยในการปฏิบัติงานและร่วมกันเป็นพลังขับเคลื่อนการพัฒนาของประเทศชาติและวิชาชีพต่อไป (Wattanabutr, B., 2020) นอกจากนี้องค์การ UNESCO ยังได้กล่าวถึงทักษะพื้นฐานที่ควรมีในการทำงานของทุกอาชีพ ได้แก่ ทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ การคิดวิเคราะห์ ความคิดสร้างสรรค์ การทำงานเป็นทีม หรือ ทักษะการสื่อสาร (Sornkasetrin, A., Rongmuang,D., & Chandra,R., 2019).

วิชาชีพพยาบาลจำเป็นต้องมีการปรับตัวให้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและก้าวกระโดดกับงานที่ทำหยาบมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จำเป็นต้องใช้ทั้งความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานและการปรับตัวที่จะต้องนำทักษะชีวิตต่างๆ เช่น ทักษะทางการสื่อสาร ทักษะการคิดวิเคราะห์ ทักษะการทำงานเป็นทีม เป็นต้น มาปรับตัวต่อการเผชิญสถานการณ์ที่ต้องพบกับผู้ป่วย ญาติและผู้ร่วมงาน ที่มีความต้องการหลากหลายรูปแบบ ทั้งหมดต้องอาศัยการสื่อสาร ความร่วมมือระหว่างกันที่เน้นความถูกต้อง ครอบคลุม กระชับ ตรงประเด็น ซึ่งจะลดปัญหาข้อขัดแย้งระหว่างพยาบาล ผู้รับบริการและผู้ร่วมวิชาชีพได้ พยาบาลจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีทักษะทางอารมณ์และสังคมที่ดี อันจะนำไปสู่การให้บริการที่ปลอดภัย สามารถส่งผลโดยตรงกับผู้ป่วยให้ได้รับคุณภาพการพยาบาลที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ทราบถึงความสำคัญของ Soft skills ต่อการปฏิบัติงาน
2. เพื่อให้ทราบถึงความสำคัญของการพัฒนา Soft skills ในวิชาชีพพยาบาล

ขอบเขตบทความ

ขอบเขตเนื้อหาในบทความนี้ประกอบด้วย บทนำเกี่ยวกับ Soft skills ความหมายและคุณลักษณะของ Soft skills ความสำคัญของ Soft skills ต่อการปฏิบัติงาน ความสำคัญของการพัฒนา Soft skills ในวิชาชีพพยาบาล และ Soft skills ที่จำเป็นตามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ

ความหมายและคุณลักษณะของ Soft skills

Soft skills คือกลุ่มของคุณสมบัติด้านมนุษยสัมพันธ์ที่เป็นคุณลักษณะเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล (Rattanawat, P.,2021 pp.59-69). สามารถจำแนกได้เป็น 3 หมวดหมู่ใหญ่ๆ ได้แก่ ทักษะส่วนบุคคล ทักษะทางสังคม และทักษะเชิงระบบ โดยลักษณะของกลุ่มทักษะเหล่านี้จะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันดังนี้

1. ทักษะส่วนบุคคล (personal skills) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่ช่วยให้ประสบความสำเร็จในชีวิต และการทำงาน เช่น ความรับผิดชอบ ความมุ่งมั่น การมีแรงจูงใจในการทำงาน ความมีวินัยในตนเอง การตระหนักในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง การคิดบวก หรือ การมองโลกในแง่ดี ความตระหนักในตนเองสามารถ



สร้างแรงบันดาลใจให้กับตนเองและผู้อื่นได้ คนที่มีแรงจูงใจในตนเอง จะมีความสามารถในการเรียนรู้สิ่งต่างๆ เป็นคุณสมบัติที่สามารถนำไปพัฒนา Soft skills ในด้านอื่นๆ ด้วย

2. ทักษะทางสังคม (social skills) หมายถึง ทักษะการติดต่อทางสังคม และการสื่อสารกับบุคคล เช่น การสื่อสารกับเพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน ผู้ป่วยญาติผู้ป่วย รวมทั้งสหสาขาวิชาชีพต่างๆ ตัวอย่างของทักษะทางสังคม ได้แก่ ความเห็นอกเห็นใจ การรับคำวิจารณ์ และการทำงานเป็นทีมและการจัดการ. ผู้ประกอบการส่วนใหญ่มีความต้องการพนักงานที่มีความสามารถในการสื่อสารและการทำงานเป็นทีม แม้ว่าความรู้ทางวิชาชีพมีความสำคัญ แต่ทักษะทางสังคมสามารถสร้างความแตกต่างได้ โดยทักษะทางสังคมจะช่วยให้ชีวิตการทำงานเป็นไปอย่างราบรื่น ทำงานอย่างมีความสุข และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของงาน

3. ทักษะเชิงระบบ (systematic skills) หมายถึง ทักษะการทำงานที่เกี่ยวข้องกับทักษะทางวิชาชีพเป็นอย่างมาก โดยทักษะเหล่านี้เป็นทักษะที่ใช้ประกอบในการเรียนรู้ทักษะทางวิชาชีพ ตัวอย่าง เช่น ทักษะการนำเสนองาน ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการคิดวิเคราะห์ ทักษะการแก้ปัญหา และทักษะการจัดการความเครียด เป็นต้น

นอกจากการแบ่งหมวดหมู่ แล้วยังมีความหลากหลายในการให้ความหมายของ Soft skills ในแต่ละบริบทของวิชาชีพที่มีความแตกต่างกัน จากแหล่งเผยแพร่ข้อมูลของศูนย์ผู้นำนวัตกรรมหลักสูตรและการเรียนรู้กล่าวว่า Soft skills หมายถึง ทักษะด้านความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และการสื่อสารที่จำเป็นต้องใช้ในการทำงาน ด้านการเรียนรู้เพื่อการสร้างนวัตกรรมให้ประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ และเอื้อให้เกิดการสร้างสรรคนวัตกรรม เพราะ Soft skills จะช่วยส่งเสริมการพัฒนา Hard skills หรือทักษะเฉพาะทางอย่างต่อเนื่องในการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ (Wongyai, W. and Marut Phatphon, M., 2019). และจากการศึกษาเรื่อง ทักษะทางสังคม คุณธรรม และจริยธรรมสำหรับการปฏิบัติงานของคนประจำเรือกรมเจ้าท่า กระทรวงคมนาคม ของ สุรัชย์ บุรพานนทชัย (Burapanontachai, S., 2020). พบว่า Soft skills มีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง และได้กล่าวว่า ผู้ปฏิบัติงานในการเดินเรือ ทักษะในการติดต่อสื่อสารเป็นทักษะสำคัญ โดยแยกความสามารถในการสื่อสารไว้ 3 ด้าน ได้แก่ ทักษะในการรับสาร ทักษะในการส่งสาร และทักษะในการควบคุมการสื่อสารระหว่างบุคคล สอดคล้องกับแนวคิดของ โกลแมน (Goleman, 1998: 27,95) ที่กล่าวว่าทักษะในการสื่อสารเป็นทักษะด้าน Soft skills ที่สำคัญประการแรกที่ใช้ในการสร้างสัมพันธภาพ และสร้างสายสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เนื่องจากเป็นทักษะที่สามารถทำให้บุคคล ค้นพบสิ่งที่พื้นฐานร่วมกันของคนในองค์กร ทำให้คนในองค์กรมีความสามัคคีปรองดองกัน ทำให้การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นราบรื่น สามารถทำงานร่วมกันได้ดี และทำให้งานสำเร็จได้

จะเห็นได้ว่า Soft skills เป็นการรวมทักษะหลายด้านที่เกี่ยวข้องไว้ด้วยกันและมีความเกี่ยวโยงกัน เช่น ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ทำให้รู้เท่าทันอารมณ์ตนเอง จึงบริหารจัดการอารมณ์ตนเองและผู้อื่นได้ ส่วนทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ (people skills) ได้แก่ ทักษะในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการทำงาน รวมถึงทักษะการสื่อสาร ทำให้รับฟังและเข้าใจจิตใจผู้อื่น ทักษะดังกล่าวเป็นทักษะทางสังคม (social skills)



เป็นความสามารถในการปฏิบัติตัวเองเพื่อให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างเหมาะสม (Palagrit consultant, 2021). ทักษะที่ช่วยส่งเสริมความฉลาด ความสามารถทางอารมณ์ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การทำงานร่วมกับผู้อื่น ทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เป็นทักษะที่ช่วยให้สามารถดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้อย่างไม่เป็นปัญหาจึงส่งผลต่อการทำงานที่ประสบความสำเร็จได้เป็นอย่างดี

ความหมายของ Soft skills อีกนัยหนึ่ง คือ เป็นทักษะที่เกี่ยวกับพฤติกรรม และความคิด เป็นลักษณะส่วนบุคคลและเป็นทักษะที่สามารถช่วยให้บุคคลนั้นสามารถประสบความสำเร็จในบทบาทและหน้าที่การปฏิบัติงานได้ในทุกงานและยังส่งผลต่อการดำเนินชีวิต เนื่องจากงานและการดำเนินชีวิตไม่สามารถแยกออกจากกันได้อย่างชัดเจนแต่เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกันอย่างใกล้ชิด มีห้าทักษะที่ถูกกล่าวถึงว่าเป็นที่ต้องการมากที่สุดในปี 2020 คือ ทักษะความคิดสร้างสรรค์ ทักษะการโน้มน้าว ทักษะการทำงานเป็นทีม ทักษะการปรับตัว และทักษะความฉลาดทางอารมณ์ (Uamsathit, T., 2021).เช่นเดียวกับ Kenton (2019) ที่ให้ความหมาย ของ Soft skills ว่าเป็นลักษณะนิสัย ความฉลาดทางอารมณ์ของบุคคล (EQ) และ ทักษะการมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่นในสังคมและในสถานที่ทำงาน

จากที่ได้กล่าวมาโดยสรุป ความหมายโดยรวมของ soft skills ในพยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ทักษะด้านอารมณ์ รวมถึงกลุ่มของลักษณะบุคลิกภาพ อุปนิสัย ความสุภาพ ความสามารถในการเข้าสังคม ความสามารถและความมีวุฒิภาวะ ในการควบคุมอารมณ์ ความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ เป็นคุณลักษณะที่จะช่วยให้พยาบาล สามารถดำรงชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น และสามารถทำงานประกอบอาชีพให้ก้าวหน้า และประสบความสำเร็จได้เป็นอย่างดี เป็นทักษะด้านพฤติกรรมและเป็นคุณลักษณะที่ผู้ประกอบการต้องการ มีความจำเป็นสำหรับการพัฒนาตนเองช่วยส่งเสริมให้การทำงานมีประสิทธิภาพและนำไปสู่เป้าหมายและความสำเร็จในการทำงาน และจากการจัดหมวดหมู่และความหมายของผู้รู้ที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่า Soft skills เป็นเรื่องสำคัญที่ ทุกคน ทุกวิชาชีพที่ต้องมีเพราะไม่เพียงแต่ทำให้สามารถประสบความสำเร็จได้มากขึ้นเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของคนด้วย ในสาขาวิชาชีพการพยาบาลซึ่งต้องปฏิบัติงานท่ามกลางความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการทำงานที่ต้องใช้ทักษะความสามารถในการดูแลสุขภาพ ให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติแบบองค์รวม (Holistic care) ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้มีร่างกายแข็งแรง การป้องกัน เพื่อไม่ให้มีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น หรือเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้ว ต้องทำให้หายจากภavnนั้น การดูแลฟื้นฟูสุขภาพ เมื่อหายจากการเจ็บป่วยและมีการดูแลด้านจิตวิญญาณ เพื่อให้เป็นประชากรที่มีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดอย่างสมดุล ตามสภาพการณ์ของแต่ละบุคคลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต



ความสำคัญของ Soft skills ต่อการปฏิบัติงาน

จากมุมมองของผู้จ้างงานพบว่านักศึกษาระดับปริญญาตรีและระดับบัณฑิตศึกษาต่างชาติ Soft skills ในการทำงาน (Inta, & Montree. (2019) ดังนั้นการผลิตบัณฑิตในยุคปัจจุบันของสถาบันอุดมศึกษาต้องคำนึงและตระหนักถึงการผลิตบัณฑิตให้มีคุณภาพมากที่สุด เพื่อสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของตลาดแรงงานและ ผู้รับบริการ (Prachakun R., & Sri Ruechach, 2019) Soft Skills เป็นสิ่งสำคัญที่มีผล และมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มประสิทธิผลของพนักงาน และผลผลิตทางธุรกิจ รวมไปถึงความสำเร็จขององค์กร เป็นทักษะที่นำมาประยุกต์ใช้ในศตวรรษที่ 21 (Gewertz, 2007) เนื่องจากเป็นคุณลักษณะ ที่ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ของบุคคล ประสิทธิภาพในการทำงาน และเพิ่มโอกาสในการทำงานให้กับบุคคล (Parsons, 2008) ทั้งนี้ Soft skills ยังส่งผลต่อความสำเร็จในการประกอบธุรกิจ ช่วยให้บุคคลมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีการตัดสินใจที่เหมาะสม สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ สร้างความประทับใจที่ดีแก่ผู้อื่น และส่งผลต่อการพัฒนาวิชาชีพ (Anju, 2009) ผู้จ้างงานให้ความสำคัญกับ Soft Skills ของผู้สมัครงานและนักศึกษาที่จบใหม่ค่อนข้างมาก เนื่องจาก Soft Skills มีผลต่อความสำเร็จขององค์กร (Vasanthakumari, 2019) ประกอบกับ Soft Skills เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้นักศึกษาที่จบการศึกษาแล้วสามารถหางานทำได้มากขึ้น ผลการวิจัยยังชี้ให้เห็นว่า การจ้างงานนั้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทักษะภาวะผู้นำ ทักษะการสื่อสาร และทักษะการทำงานเป็นทีม โดยทักษะภาวะผู้นำสามารถผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร (Abullah, Muhammad & Md Naris, 2019) จะเห็นได้ว่า การจ้างงานใช้ Soft Skills ของบุคคลในการพิจารณาว่าจ้างเป็นสำคัญ การผลิตบัณฑิตให้มี Soft Skills และสามารถที่จะตอบสนองได้ตรงตามความต้องการของตลาดแรงงาน จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับสถาบันอุดมศึกษาที่จะต้องปรับตัวและเปลี่ยนแปลง ผลิตบัณฑิตที่มีความโดดเด่นมีทักษะนอกเหนือมากกว่าความรู้ทางวิชาการ ทั้งนี้ในมุมมองของผู้จ้างงานมีความคาดหวังว่าสถาบันอุดมศึกษาจะสามารถพัฒนาและเพิ่มจำนวนบัณฑิตผู้สำเร็จการศึกษาที่มีความสามารถมากขึ้น โดยผ่านกิจกรรมหรือโปรแกรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเรียนการสอน

ผู้ปฏิบัติงานในยุคปัจจุบันที่มีทักษะทางวิชาการเพียงอย่างเดียว จะทำให้ผู้รับเข้าปฏิบัติงานในองค์กร แต่ Soft skills เป็นทักษะที่มีความจำเป็นต่อความสำเร็จของการปฏิบัติงาน เพราะทักษะนี้เป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิบัติงานให้สำเร็จ และส่วนใหญ่ที่มี Soft skills จะเป็นคนที่ประสบความสำเร็จในอาชีพการงาน (Elmohmady, E. A. E., Abo Gad, R. A. E. F., Ramadan, A., & Hamdy, A. 2020) สามารถเพิ่มความก้าวหน้าในอาชีพการงานได้ มีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการฝึก Soft skills ในประเทศกานาพบว่า 89% ของผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยอย่างยิ่งว่า Soft skills สามารถพัฒนาความก้าวหน้าในการทำงานได้ และยังสนับสนุนว่า Soft skills เป็นทักษะที่จำเป็นต้องมีสำหรับวิชาชีพพยาบาล (Laari L, Dube BM., 2017) เพราะมีประโยชน์ในการทำงานเนื่องจากช่วยเพิ่มความสามารถในการสื่อสาร ช่วยสร้างความกระตือรือร้นในการทำงาน เพิ่มทัศนคติที่ดีต่อการทำงาน เสริมสร้างการทำงานเป็นทีม การสร้างเครือข่าย ช่วยในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในการทำงาน (Morrell BL, Eukel HN, Santurri LE., 2020) Soft skills หรือความฉลาดทางอารมณ์ ไม่ใช่ทักษะ



และความสามารถที่มีมาโดยกำเนิด แต่เป็นทักษะที่สามารถพัฒนาได้ตลอดชีวิต ในสถานประกอบการที่ประสบความสำเร็จมักให้ความสำคัญในการพัฒนา Soft skills ให้กับพนักงาน (Pathiratne, J., 2015) ประโยชน์อีกประการหนึ่งของ Soft skills คือ ความสามารถในการปรับปรุง และพัฒนาความมั่นใจในตนเอง ยังมีรายงานอีกว่า Soft skills ส่งผลต่อการพัฒนาความมั่นใจในการจัดการกับสถานการณ์ ความพร้อมในการจัดการผู้ป่วย และพัฒนาความสามารถในการตอบสนอง และการจัดการสถานการณ์ในการปฏิบัติงาน (Peddle, M., Bearman, M., Mckenna, L., & Nestel, D., 2019).

สรุปความสำคัญของ soft skills ต่อการปฏิบัติงาน Soft Skills คือ ลักษณะอุปนิสัย และทักษะความสามารถทางอารมณ์และสังคม ทักษะ soft skills ส่วนใหญ่ จำเป็นต้องอาศัยการฝึกฝนเรียนรู้ soft skills ช่วยพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีผลกระทบเชิงบวกต่องานที่ทำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเป็นการทำงานร่วมกัน ช่วยให้สามารถทำงานและสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ Soft Skills เป็นสิ่งสำคัญที่จะเพิ่มโอกาสในการทำงานให้บัณฑิตจบใหม่มีงานทำมาก

ความสำคัญของการพัฒนา Soft skills ในวิชาชีพพยาบาล

Soft skills เป็นคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของวิชาชีพการพยาบาลทั้งยังช่วยทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่จะเกิดขึ้นกับผู้รับบริการอีกด้วย Soft skills เป็นทักษะที่เกิดมาจากการอบรมเลี้ยงดู จากประสบการณ์ชีวิต และจากการฝึกฝนอบรม การพัฒนา Soft skills จึงควรมีการปลูกฝังและฝึกฝนตั้งแต่เด็กและควรมีการพัฒนาเพิ่มเติมตั้งแต่เริ่มเข้ามาเป็นนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลประสบความสำเร็จในการศึกษาด้วยดีและเสริมสร้างความเข้มแข็งของวิชาชีพการพยาบาลได้อีกทางหนึ่ง (Tunksakool, J., Jamjuree, D., Yamkasikorn, M., & Kongsaktrakul, C., 2020). การพัฒนา Soft skills ในวิชาชีพพยาบาลนับว่าเป็นเรื่องสำคัญ แต่ Soft skills เป็นทักษะด้านอารมณ์และสังคม ซึ่งการทดสอบและการประเมินผลทำได้ยากและซับซ้อน (Melser, N.A., 2019) ในการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลให้ก้าวหน้าและยั่งยืนนั้นการพัฒนาทักษะ Soft Skills ให้กับพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญเทียบเท่ากับการพัฒนาทักษะทางวิชาการ เนื่องจากเป็นทักษะที่ทำให้พยาบาลมีความสามารถในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และ Soft Skills ยังมีความสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ ทำให้สามารถทำงานได้อย่างไร้รอยต่อ เพราะการทำงานเหล่านี้ต้องใช้ทักษะการสื่อสารระหว่างการทำงานเป็นทีม การทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ และเป็นที่ประจักษ์ว่างานการพยาบาลเป็นงานที่ ทำหายและความซับซ้อน อาจก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าและเกิดความ เครียดได้มาก (Ernawati, E., & Bratajaya C. N. A. (2021) จากการศึกษาเชิงสำรวจ พบว่า Soft Skills ที่ผู้ป่วยต้องการให้มีในพยาบาล ได้แก่ ความน่าเชื่อถือ ความรวดเร็ว ความช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ การสื่อสาร มารยาท ความมั่นใจในการพูด รวมทั้ง ความทุ่มเทในการดูแลผู้ป่วย ความเมตตา เห็นอกเห็นใจ มนุษย์สัมพันธ์ การเอาใจใส่ดูแล และความสุขภาพ (Laari, L. Anim-Boamah, O., & Boso C. M., 2021) ในปัจจุบันแม้ว่าพยาบาลจะมีคุณสมบัติมากมาย แต่อาจยังขาดความรอบคอบ ความล่าช้า ขาด



แรงจูงใจ มีความประมาท ไม่จริงจัง ขาดความกระตือรือร้น ซึ่งในคุณลักษณะของพยาบาล ในวิชาชีพพยาบาลควรมีความมุ่งมั่นตั้งใจ มีความคิดสร้างสรรค์ มีมนุษยสัมพันธ์ มีรอยยิ้ม และมีความอบอุ่น (Hartiti, T., Poddar, S., & Bhaumik, A., 2020). คุณสมบัติเชิงลบดังกล่าว อาจทำให้การให้บริการในการดูแลผู้ป่วยอาจเกิดปัญหาได้

ผู้เขียนมีความเห็นว่า Soft Skills สามารถป้องกันการเกิดปัญหา และความผิดพลาดในการทำงานได้ ดังนั้นการเตรียมบุคลากรผู้ดูแลสุขภาพให้มีความพร้อมโดยการพัฒนาเพื่อให้ปฏิบัติงานได้สำเร็จ มีความมั่นใจ และปรับตัวในการปฏิบัติงานได้ดี ให้มีความฉลาดทางอารมณ์ มีความเต็มใจ มีความร่วมมือร่วมใจ เรียนรู้ร่วมกัน มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ซื่อสัตย์ ทำให้เกิดความไว้วางใจกัน การทำงานเป็นทีม การควบคุมอารมณ์ มีความเป็นผู้นำ มีการสื่อสารที่ดี และสามารถเข้าใจผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้ พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีทักษะทั้งสองด้านทั้ง Hard Skills และ Soft Skills ควบคู่กันเพื่อให้งานมีประสิทธิภาพ การพัฒนาและฝึกฝน Soft Skills จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลทุกคน เพื่อให้สามารถปรับตัวในการปฏิบัติงาน จึงควรจัดให้มีการพัฒนาในหลักสูตรการเรียนการสอนพยาบาล และจัดให้มีการฝึกอบรมในสถานประกอบการภายหลังที่ได้เข้าไปปฏิบัติงานแล้ว ผู้รับผิดชอบหรือผู้บริหารที่มีหน้าที่มอบหมายงานควรมีความใส่ใจ และสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาอย่างแท้จริง เนื่องจากพบว่าผลของการพัฒนา Soft Skills ส่งผลให้มีบรรยากาศการทำงานแบบเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยที่มาใช้บริการ และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในงานบริการด้านสุขภาพ (Patel S., 2021) ตัวอย่างของการพัฒนา Soft Skills ที่ทำการศึกษาโดย Hartiti, T., Poddar, S., & Bhaumik, A., 2020 มีการจัดทำโมเดลแบบจำลองความเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง โดยใช้สถานการณ์จำลอง โดยเลือก Soft Skills ที่จำเป็นและสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริง เช่น ทักษะทางอารมณ์ ความมั่นใจในตนเอง การสื่อสาร ภาวะผู้นำ การปฏิบัติตามกฎระเบียบ การทำงานเป็นทีม ความถูกต้องแม่นยำและทักษะการแก้ปัญหา และมีการประเมินผล พบว่าในองค์กรพยาบาลทุกแห่งที่นำโมเดลไปใช้ เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผลสูง ถือว่าเป็นการปฏิรูปโดยใช้โมเดลแบบจำลองความเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงของพยาบาลที่ได้ผลเป็นอย่างดี (Hartiti, T., Poddar, S., & Bhaumik, A., 2020)

ในปัจจุบันเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีดิจิทัล นำแนวทางการพัฒนาผู้นำทางการพยาบาลโดยการฝึกอบรมโปรแกรมการพัฒนา Soft Skills บนเว็บไซต์เสมือนจริง เพื่อเสริมทักษะ Soft Skills ที่สำคัญของพยาบาลรูปแบบใหม่ในบริบทการดูแลสุขภาพพบว่าผู้นำการพยาบาลและประชาชนผู้รับบริการได้ตอบรับการเรียนรู้ โดยใช้โปรแกรมดังกล่าวนี้ เป็นอย่างมาก การฝึกอบรมมุ่งเน้นทักษะความเป็นผู้นำ โดยนำเทคโนโลยีมาเสริมความเข้มแข็งในการพัฒนาแผนการพัฒนาแบบดั้งเดิมที่ใช้เพียงการถ่ายทอดประสบการณ์โดยวาจาหรือจากการเรียนรู้ผ่านเอกสารเท่านั้น ยกตัวอย่างการนำสถานการณ์จำลองที่อาจเกิดขึ้นมาให้ทดลองปฏิบัติ เช่น สถานการณ์การสื่อสารเมื่อญาติหรือผู้ป่วยได้รับข่าวร้าย และมีการประเมินผลให้ทราบ ซึ่งเป็นการช่วยเสริมทักษะ Soft Skills สร้างความมั่นใจให้กับพยาบาลก่อนที่จะพบในสถานการณ์จริง เป็นต้น

Soft Skills ส่งผลต่อความสำเร็จในการดูแลสุขภาพของประชาชน การพัฒนา Soft Skills ให้กับผู้ที่เข้าสู่อำนาจผู้นำในอนาคตจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ดังนั้นผู้นำหรือผู้บริหารการพยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทในการ



ส่งเสริมสนับสนุนและสนใจในการพัฒนาทักษะทางด้าน Soft skills ให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานให้มีความสามารถด้าน Soft Skills อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Raoji, N. V., 2021)

Soft skills ที่จำเป็นตามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ

จากความสำคัญของการพัฒนา Soft skills ในวิชาชีพพยาบาลจะเห็นได้ว่า พยาบาลจำเป็นต้องศึกษาและพัฒนา Soft skills ที่มีอยู่หลายด้านอยู่ตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง เพราะ การปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่นซึ่งเป็นหน้าที่ประจำหลักของพยาบาลวิชาชีพ แต่ Soft skills ในวิชาชีพพยาบาลมีตัวชี้วัด ที่ค่อนข้างเป็นนามธรรมและประเมินผลได้ยากเนื่องจากการสื่อความหมายไม่ชัดเจน (Jamjan, Makornkan & Keeratavanithsathian, 2019) ซึ่งแตกต่างจากทักษะเฉพาะทางวิชาชีพ (Hard Skill) โดยตรงที่สามารถวัดผลได้ง่ายกว่า จึงทำให้แนวทางในการพัฒนา ยังขาดการวัดผลที่ชัดเจนตามที่กล่าวมาแล้ว Soft skills ของพยาบาล มีส่วนสำคัญมากเช่นเดียวกับทักษะทางวิชาการ (Hard Skill) ดังนั้นในอนาคตการพัฒนาทักษะบัณฑิตพยาบาล หรือแม้แต่ พยาบาลวิชาชีพที่กำลังปฏิบัติหน้าที่อยู่ ควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะด้านการจัดการคน (People Management Competency) ที่เพิ่มเสริมจากสมรรถนะด้านการทำงาน (Work Related Competency) โดยแบ่งได้เป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านบริหารตนเอง เช่น บริหารเวลา จัดการตนเอง จูงใจตนเอง ความมั่นใจในตนเอง เชาวน์อารมณ์ 2) ด้านการทำงานร่วมกับผู้อื่น เช่น ความสามารถในการจูงใจ การบริหารทีมงาน การสื่อสาร การนำเสนอข้อมูล การจัดการความขัดแย้ง และการจัดการการเปลี่ยนแปลง เป็นต้น (Proyrungroj, P., 2021).

จากเหตุผลและความจำเป็นดังกล่าวข้างต้น ผู้เขียนจึงนำสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ มาหาค้นหา Soft skills ที่สอดคล้องและเกี่ยวข้องกันเพื่อนำสู่การพัฒนาให้ตรงตามสมรรถนะหลักที่สภาการพยาบาลกำหนด โดยตามความหมายของพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 พยาบาลวิชาชีพหมายถึง บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพจากสภาการพยาบาล โดยสภาการพยาบาลได้กำหนดสมรรถนะหลักของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีจริยธรรม เป็นไปตามมาตรฐานและกฎหมายวิชาชีพ บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพประกอบด้วย ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ดูแลรักษา และฟื้นฟูสุขภาพ แก่บุคคล กลุ่มคน และชุมชน ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม เพื่อให้ทุกคนเกิดการเรียนรู้ สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วย ลดภาวะเสี่ยงการเกิดโรค หรือ ความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ ด้วยการสอน และให้การปรึกษาอย่างมีประสิทธิภาพ แสดงภาวะผู้นำด้านสุขภาพ ตามจรรยาบรรณวิชาชีพโดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน ตระหนักในความสำคัญของการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ด้วยการเรียนรู้ตลอดชีวิตโดยผ่านประสบการณ์ การวิจัย และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ในการสนับสนุนการปฏิบัติงาน สร้างคุณค่าในตนเอง ให้มีความเจริญก้าวหน้า และมีศักดิ์ศรี โดยสถาบันการศึกษาพยาบาล มีการพัฒนา Soft skills ที่เป็นระบบเดียวกันจากประกาศกระทรวงศึกษาธิการ (Ministry of Education, 2017) เรื่องมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขา



พยาบาลศาสตร์ พ.ศ.2560 ซึ่งได้กำหนดไว้ว่าคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ที่เป็น Soft skills ได้แก่ การสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ การคิดอย่างเป็นระบบ คิดสร้างสรรค์คิดอย่างมีวิจารณญาณ มีการตัดสินใจ และแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ มีความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น มีภาวะผู้นำและสามารถบริหารจัดการในการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ สหวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้อง และจากการศึกษาของ Ernawati, E., & Bratajaya C. N. A., 2021 ถึงการรับรู้ของพยาบาลอาวุโสเกี่ยวกับ Soft skills ที่จำเป็นสำหรับพยาบาลใหม่ในโรงพยาบาลเอกชนในกรุงจาการ์ตา ประเทศอินโดนีเซีย โดยการสัมภาษณ์พบมี Soft Skills 9 ด้านที่พยาบาลใหม่ควรได้รับการพัฒนา ได้แก่ ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การควบคุมตนเอง การสร้างแรงจูงใจในตนเอง การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ความยืดหยุ่น การคิดวิเคราะห์ การให้คำแนะนำ และการดูแลผู้ป่วย เน้นทักษะทางด้านความฉลาดทางอารมณ์ สำหรับผู้นำทางการพยาบาลในอนาคต มี Soft Skills ควรพัฒนา คือ ทักษะการสื่อสาร ทักษะภาวะผู้นำ การควบคุมอารมณ์ การแก้ปัญหา ความมีจรรยาบรรณวิชาชีพ ทักษะด้านนวัตกรรม การบริหารจัดการ การวิเคราะห์คิด และการทำงานเป็นทีม และมีข้อเสนอแนะทางการพัฒนา ให้ทำได้โดยจัดให้พยาบาลใหม่ได้รับการฝึกอบรม เรียนรู้ร่วมกัน และประเมินผลจากการปฏิบัติ และได้มีข้อเสนอแนะให้จัดทำหลักสูตร Soft Skills ไว้ในหลักสูตรการศึกษาทางการพยาบาล ทำให้ประสบความสำเร็จในการปรับตัวและอาชีพในอนาคต (Ernawati, E., & Bratajaya C. N. A., 2021)

จากการทบทวนวรรณกรรมจากฐานข้อมูล Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL), Medline on EBSCOhost and Google Scholar โดยใช้คำสืบค้นคือ Soft skills, non-technical skills, nursing skills, nursing art, aesthetics. จากงานวิจัยจำนวน 754 ชื่อเรื่อง ตั้งแต่ ปี 2012-2020 โดย Laari, L. Anim-Boamah, O., & Boso C. M. , 2021 โดยแบ่ง Soft Skills ในมุมมองผู้บริหาร มุมมองผู้ป่วย และใน มุมมองพยาบาลอาวุโส พบว่า มุมมองของผู้บริหาร มุมมองผู้ป่วย และมุมมองของพยาบาลอาวุโสมีความเห็นคล้ายกันในเรื่องของคุณลักษณะที่พยาบาลควรมีคือความฉลาดทางอารมณ์ มุมมองของผู้บริหารและผู้ป่วยที่มองเหมือนกันคือการแก้ปัญหา การทำงานเป็นทีม การสื่อสารและการเป็นผู้นำ ส่วนมุมมองผู้บริหารกับพยาบาลอาวุโสที่มองเหมือนกันคือการคิดวิเคราะห์ เทคโนโลยี ดังนั้นเพื่อให้พยาบาลมี Soft skills ที่เหมาะสมสมรรถหลักในแต่ละด้าน จึงเห็นควรว่าพยาบาลต้องเข้าใจสมรรถนะหลักเพื่อวิเคราะห์และเลือกใช้ Soft skills ให้เหมาะสมตามสมรรถนะที่สภาการพยาบาลกำหนดซึ่งทักษะต่าง ๆ นั้น มีข้อเสนอแนะ ว่าควรนำเข้าไปในกระบวนการพยาบาล ในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ และควรได้รับการประเมินและฝึกฝนก่อนฝึกปฏิบัติงานจริง (Laari, L. Anim-Boamah, O., & Boso C. M., 2021) และควรมีการจัดการฝึกอบรมพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สำหรับทั้งพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาล เนื่องจากมีความสำคัญต่อการส่งเสริมทักษะของพยาบาลในเชิงบวก ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานที่มีทักษะ Soft Skills สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Hussein, N.H.Y. & Elsaïad H.S.A.E.A., 2021). ซึ่งผู้เขียนมีความเห็นว่าผู้นำหรือผู้บริหารการพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในการส่งเสริมสนับสนุนและจูงใจในการพัฒนาทักษะทางด้าน Soft skills ให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานเพื่อช่วยให้พยาบาล



ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพอย่างเหมาะสม โดยสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพของสภาการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับ Soft Skills ดังนี้

สมรรถนะที่ 1 ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมาย พยาบาลต้องตระหนักในคุณค่า ความเชื่อของตนเองและผู้อื่น และไม่ใช้คุณค่า ความเชื่อของตนเองในการตัดสินผู้อื่นให้การพยาบาลโดยแสดงออกถึงการเคารพในคุณค่า ความเชื่อ และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ข้อจำกัดของสมรรถนะตนเอง ไม่เสี่ยงในการปฏิบัติงานที่อาจเกิดผลเสียต่อผู้ใช้บริการและปรึกษาผู้รู้ที่เหมาะสมเพื่อความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ ต้องแสดงออกถึงความรับผิดชอบต่อผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาลของตน ส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการได้รับรู้และเข้าใจในสิทธิของตน ปกป้องผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการถูกละเมิดสิทธิหรือได้รับการปฏิบัติที่ผิดหลักคุณธรรม จริยธรรม อย่างเหมาะสม สามารถวิเคราะห์ประเด็นจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการพยาบาลตัดสินใจเชิงจริยธรรมและดำเนินการได้อย่างเหมาะสม ในสถานการณ์ที่มีความขัดแย้งทางจริยธรรมและกฎหมายที่ไม่ซับซ้อน และที่สำคัญต้องปฏิบัติการพยาบาลโดยแสดงออกซึ่งความเมตตา กรุณา คำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ใช้บริการจรรยาบรรณวิชาชีพ กฎหมาย และข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น Soft skills ที่จำเป็นสำหรับสมรรถนะที่ 1 ได้แก่ ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ การเป็นมืออาชีพ ทักษะในการดูแลผู้ป่วย การมีมนุษยสัมพันธ์ ความยืดหยุ่น ทักษะการสื่อสาร การให้คำแนะนำ ทักษะการคิดวิเคราะห์ การรู้จักควบคุมตนเอง

สมรรถนะที่ 2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ Soft skills ที่จำเป็นสำหรับสมรรถนะที่ 2 ได้แก่ การเป็นมืออาชีพ ทักษะการทำงานเป็นทีม และทักษะการดูแลผู้ป่วย

สมรรถนะที่ 3 ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ Soft skills ที่จำเป็นสำหรับสมรรถนะที่ 3 ได้แก่ บุคลิกภาพเชิงวิชาชีพ พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง และการมีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพการพยาบาล

สมรรถนะที่ 4 ด้านภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ Soft skills ที่จำเป็นสำหรับสมรรถนะที่ 4 ได้แก่ การมีภาวะผู้นำ ความสามารถในการบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล การทำงานเป็นทีม

สมรรถนะที่ 5 ด้านวิชาการและการวิจัย พยาบาลต้องตระหนักในสิ่งที่ตนไม่รู้ และมีคำถามที่เกิดจากการปฏิบัติงาน ที่จะนำไปสู่การแสวงหาความรู้ สามารถ สืบค้นความรู้ด้วยวิธีการที่เหมาะสม สรุปประเด็นความรู้จาก ตำรา บทความวิชาการ และงานวิจัยที่ไม่ซับซ้อนและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้ สรุปประเด็นความรู้จากประสบการณ์ของตนเองได้ และสามารถถ่ายทอดความรู้ให้ผู้อื่นเข้าใจได้ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้ในการปฏิบัติงานกับผู้ร่วมงาน ผู้เกี่ยวข้อง ในการพัฒนางาน และแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ใช้บริการ หน่วยงาน และสังคม โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้ถูกวิจัย และคำนึงถึงจรรยาบรรณนักวิจัย และสามารถประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยในการแสวงหาความรู้เพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล Soft skills ที่จำเป็นสำหรับสมรรถนะที่ 5 ได้แก่ การสร้างงานวิจัย การพัฒนาคุณภาพ การสร้างนวัตกรรม ทักษะการคิดวิเคราะห์ ทักษะการแก้ปัญหา ความกระตือรือร้น



สมรรถนะที่ 6 ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ พยาบาลต้องมีทักษะการติดต่อสื่อสารและ การสร้างสัมพันธภาพที่ดี Soft skills ที่จำเป็นสำหรับสมรรถนะที่ 6 ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร การให้คำแนะนำ ความฉลาดทางอารมณ์ ทักษะการมีมนุษยสัมพันธ์ ความยืดหยุ่น

สมรรถนะที่ 7 ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ พยาบาลต้องมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ โปรแกรมการใช้งาน องค์ประกอบของเทคโนโลยีสารสนเทศ และระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ และการพยาบาล และระบบการจำแนกข้อมูลทางการแพทย์พยาบาลสามารถ ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์พื้นฐานที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน โปรแกรมวิเคราะห์พื้นฐาน โปรแกรมนำเสนองาน การประมวล จัดเก็บ และนำเสนอ ข้อมูลข่าวสาร. ใช้เครือข่ายสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ ในการสืบค้นข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและการพยาบาล และความรู้ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งติดต่อสื่อสาร แลก เปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพและบุคคลทั่วไป มีส่วนร่วมในการจัดเก็บข้อมูลเพื่อจัดทำและพัฒนาฐานข้อมูลทางการแพทย์พยาบาล และพัฒนาระบบสารสนเทศในหน่วยงาน Soft skills ที่จำเป็นสำหรับสมรรถนะที่ 7 ได้แก่ ทักษะด้านเทคโนโลยี และสารสนเทศ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการสร้างนวัตกรรม ความกระตือรือร้น มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ทักษะการบริหารจัดการ ทักษะการคิดวิเคราะห์ การมีมนุษยสัมพันธ์ และการสร้างเครือข่าย

สมรรถนะที่ 8 ด้านสังคม พยาบาลต้องติดตามการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองอย่างสม่ำเสมอ จากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เที่ยงตรงวิเคราะห์และประเมินข้อมูลข่าวสารการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง เพื่อการนำไปใช้ประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของหน่วยงานท้องถิ่น ประเทศ และองค์กรวิชาชีพ สามารถปรับตัวให้สอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม ยึดหลักปฏิบัติตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ดำรง ส่งเสริม ค่านิยม วัฒนธรรมของชาติ ภูมิปัญญาท้องถิ่น และวิถีชีวิตชุมชน มีวิจาร์ณญาณในการ เลือกรับวัฒนธรรมที่หลากหลาย Soft skills ที่จำเป็นสำหรับสมรรถนะที่ 8 ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการสร้างนวัตกรรม การควบคุมอารมณ์ ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะด้านการบริหารจัดการ ทักษะการคิดวิเคราะห์เทคโนโลยีและสารสนเทศ ทักษะการทำงานเป็นทีม ทักษะภาวะผู้นำ ความยืดหยุ่น แรงจูงใจ ทักษะการให้คำแนะนำ การมีความฉลาดทางอารมณ์

จากการค้นคว้ารวบรวมสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพที่สภาการพยาบาลกำหนดและจากการค้นคว้งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้เขียนพบว่าSoft skills ที่สอดคล้องและมีความจำเป็นสำหรับวิชาชีพพยาบาล ได้แก่

- 1) ทักษะการติดต่อสื่อสาร (communication skills) 2) การทำงานเป็นทีม (teamwork) 3) ภาวะผู้นำ (leadership) 4) ทักษะการแก้ปัญหาและการคิดอย่างมีวิจาร์ณญาณ (problem solving and critical thinking) 5) การคิดสร้างสรรค์ (creative thinking) 6) ทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ (interpersonal skills) 7) ความยืดหยุ่น (flexibility) 8) ทักษะการจูงใจ (motivation)

ตัวอย่างในการใช้ Soft skills ในการดูแลผู้ป่วย เช่น การแจ้งภาวะความเจ็บป่วยหรือการแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยหรือญาติ จำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกับทีมแพทย์ พยาบาลควรมีทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ ในการสร้าง



ความสัมพันธ์ที่ดีและควรมีทักษะในการจูงใจและทักษะในการสื่อสารที่ดี ทั้งกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อสื่อสารให้ผู้ป่วยและญาติ ทราบถึงสภาพอาการของผู้ป่วย การรักษา การวางแผนการพยาบาล และการรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นและได้เสนอแนะสิ่งที่จะต้องติดตามต่อไป เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และจากการศึกษาของ รัตนาภรณ์ประชากุลและคณะ (Rattanaporn,P., & Chanaphol.S. ,2019). กล่าวว่าสุนทรียทักษะภาวะผู้นำซึ่งเป็นหนึ่งใน Soft skills เป็นทักษะที่สำคัญอีกและมีความจำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล และเป็นทักษะที่จะทำให้องค์กรประสบความสำเร็จในการทำงาน รวมทั้งมีผลในการส่งเสริมการพัฒนาตนเองของผู้ปฏิบัติงานและกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยนั้นมีหลายวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย สุนทรียทักษะภาวะผู้นำมีความจำเป็นและสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการ

จะเห็นได้ว่า Soft skills รวมถึงทักษะการสื่อสารทางการพยาบาลมีความสำคัญในการช่วยให้รับทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างถูกต้องครบถ้วนและสามารถนำข้อมูลต่างๆที่ได้มารวบรวมแผนการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันทั่วทั้งที่ พ้นจากภาวะคุกคามของชีวิต

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

บริบททางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยีและการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยที่เปลี่ยนไป ส่งผลกระทบต่อองค์กรพยาบาลทั้งในปัจจุบันและอนาคตบริบทพยาบาลซึ่งเป็นทรัพยากรบุคลากรที่มีคุณค่าและมีความสำคัญยิ่งต่อความสำเร็จและการ อยู่รอดขององค์กร เป็นผู้ให้บริการใกล้ชิดกับผู้ป่วย และญาติ และยังเป็นผู้ประสานงานที่สำคัญในทีมสุขภาพ ทักษะ Soft skills ได้แก่ ทักษะการติดต่อสื่อสาร ทักษะการทำงานเป็นทีม การมีภาวะผู้นำ ทักษะการแก้ปัญหาและการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การมีความคิดสร้างสรรค์ ทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ ทักษะการจูงใจ และการมีความยืดหยุ่นในการทำงาน เป็นทักษะที่สำคัญยิ่งที่พยาบาลจำเป็นต้องเรียนรู้และพัฒนา โดยจัดให้มีการเรียนรู้อย่างสม่ำเสมออย่างต่อเนื่อง-เพื่อการดูแลผู้ป่วยและการปรับตัวในการปฏิบัติกับผู้ร่วมงานที่มีความหลากหลายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้เขียนมีความเห็นว่าพยาบาลจำเป็นต้องมี Soft skills ที่มีความสอดคล้องเหมาะสมกับสมรรถนะหลักของสภาการพยาบาลที่กำหนดตามบริบทและสถานการณ์ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ปัจจัยสำคัญยิ่งที่ทำให้เกิดการพัฒนา Soft skills ของวิชาชีพพยาบาลคือการตระหนักถึงความสำคัญ การส่งเสริมสนับสนุน และสร้างแรงจูงใจ ของผู้นำทางการพยาบาล รวมทั้งระบบการพัฒนาบุคลากร และวัฒนธรรมองค์กรที่ดี เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล ผู้ร่วมงานและสิ่งสำคัญยิ่งคือผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีต่อผู้ป่วยและผู้รับบริการ



เอกสารอ้างอิง

- Abullah, A. R., Muhammad, M. Z. & Md Naris, N. A. (2019). The Role of Soft Skills within Business Students towards Graduate Employability. *Journal of Entrepreneurship and Business*, 7(2): 1-14.
- Anju, A. (2009). A holistic approach to Soft skills training. *IUP Journal of Soft Skills*, 3(3). 7-11.
- Burapanontachai, S. (2020). Necessary and important social, moral and ethical skills. to the performance of seafarers. Marine Department, Ministry of Transport. (Online), Available: <http://www.mmtc.ac.th/mmtc2020/mmtcpublish/630227-Research-Soft-skills-morality-and-ethics-for-seafarers.pdf>. (2021, October 10). (in Thai)
- Chindarat, P. (2014). *Skills*. (Online), Available: <https://www.dailynews.co.th/article/223844>. (2021,1 August). (in Thai)
- Dube, B., & Laari, L. (2017). Nursing students' perceptions of Soft skills training in Ghana. *Curationis*, 40(1), 1-5.
- Elmohmady, E. A. E., Abo Gad, R. A. E. F., Ramadan, A., & Hamdy, A. (2020). Contribution of Non Technical Skills on Nurses' Performance Efficiency of Nursing Care Process in Intensive Care Units. *Tanta Scientific Nursing Journal*, 19(2), 127-150.
- Ernawati, E., & Bratajaya, C. N. A. (2021). Senior nurses' perceptions of essential Soft skills for novice nurses in a private hospital in Jakarta, Indonesia: A phenomenological study. *Belitung Nursing Journal*, 7(4), 320-328.
- Gewertz, C. (2007). 'Soft Skills' in Big Demand. (Online), Available: <https://www.edweek.org/teaching-learning/Soft-skills-in-big-demand/2007/06>. (2021, October10).
- Goleman, D. (1998). The emotional intelligence of leaders. *Leader to Leader*, 1998(10), 20-26.
- Hartiti, T., Poddar, S., & Bhaumik, A. (2020). Development Transformational Leadership Model to Improve Nurses' Soft Skills. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*, 16(10), 113-8.
- Hussein, N.H.Y. & Elsaïad H.S.E.A. (2021). Impact of Soft Skills Training Program on Head Nurse 's Performance. *Egyptian Journal of Health Care*, 12(3), 1451-1461. doi:10.21608/ejhc.2021.196858.
- Inta, M. (2019). Soft Skills: Essential Skills for Professional Teachers in the New Era. *Journal of Education Science*, 20(1).153-167. (inThai).
- Jamjan, L., Makornkan, S., & Keeratavanithsathian, S. (2019). Developing Nursing Students' Soft Skills: Learned from the Collaborative Network for Educational Quality Assurance. *Journal of Public Health Nursing*, 33(2), 130-140. (inThai).
- Kenton, W. (2019). *Soft Skills*. (Online), Available: <https://www.investopedia.com/terms/s/Soft-skills.asp>. (2021, September 17).



- Laari, L., Anim-Boamah, O., & Boso, C. M. (2021). Integrative review of Soft skills the desirable traits and skills in nursing practise. (Online), Available: https://scholar.google.com/scholar?hl=th&as_sdt=0%2C5&q=Integrative+review+of+Soft+skills+the+desirable++traits+and+skills+in+nursing+practise.+&btnG= (2021, September 17).
- Ministry of Education. (2017). *Announcement of the Ministry of Education Commissioner Subject: Undergraduate qualifications Nursing Science, 2017*. (Online), Available: <http://www.mua.go.th/users/tqf-hed/news/data6/pdf>. (2021, October 10).
- Ministry of Education. (2017). Education Development Plan of the Ministry of Education, 12 (2017- 2021). (Online), Available: <http://www.mua.go.th/users/bpp/main/download/plan/EducationPlan12.pd>. (2021, October 10) (in Thai).
- Melser, N. A. (2019). *Soft Skills for Children: A Guide for Parents and Teachers*. Rowman & Littlefield Publishers.
- Morrell, B. L., Eukel, H. N., & Santurri, L. E. (2020). Soft skills and implications for future professional practice: Qualitative findings of a nursing education escape room. *Nurse Education Today*, 93, 104462.
- Palagrit consultant/blog/. (2021). What-Is-Soft-skills. (Online), Available: <https://www.palagrit.com/what-is-interpersonal-skills/>. (2021, October 10). (in Thai)
- Parsons, T. L. (2008). *Definition: Soft skills*. (Online), Available: <http://searchcio.techtarget.com/definition/Soft-skills>. (2021, 1 August).
- Patel, S. (2021). *Soft Skills for Health Care Staff: A Scoping Review*. (Online), Available: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/501945/Patel%20Shradhdhabahen.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. (2021, October 17).
- Pathiratne, J. (2015). *Emotional Intelligence, Soft Skills and Nursing Performance: A Study of Nursing in Medical and Surgical Wards of a Private Tertiary Care Hospital in Sri Lanka*. In Annual Research Symposium, University of Colombo.
- Peddle, M., Bearman, M., McKenna, L., & Nestel, D. (2019). Exploring undergraduate nursing student interactions with virtual patients to develop 'non-technical skills' through case study methodology. *Advances in Simulation*. 4(1), 1-11.
- Prachakun R., & Sri Ruechach. (2019). Leadership Soft Skills Affecting Nursing Service Quality Development of Registered Nurse at Community Hospital in Khon Kean Province. *KU Journal for Public Health Research*, 12(1), 86-94. (in Thai)
- Proyrungroj, P. (2021). Soft Skills Factors Affecting to Workers Performance Effectiveness of Y Generation Group in Bangkok. *Rajapark Journal*, 15(42), 117-128.



- Raoji, N. V. (2021). *The Future of Leadership Training: An Immersive Web-Based Program Enhancing Nurse's Critical Soft Leadership Skills in New Healthcare Contexts*. Doctoral dissertation, Yale University.
- Rattanaporn, P., & Chanaphol, S. (2019). Leadership Soft Skills Affecting Nursing Service Quality Development of Registered Nurse at Community Hospital in Khon Kean Province. *KKU Journal for Public Health Research*. 12(1). 87-92. (in Thai)
- Rattanawat, P. (2021). A Survey of Soft Skills Needed in the 21st Century Workplace. *Rampai Pannee Research Journal*. 15(1). 59-69.
- Sornkasetrin, A., Rongmuang, D., & Chandra, R. (2019). Nursing Education in the 21st Century: Competencies and Roles of Nursing Instructors. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 20(1), 12-20.
- Tunksakool, J., Jamjuree, D., Yamkasikorn, M., & Kongsaktrakul, C. (2020). A Study of Collaborative Problem-Solving Competency for Nursing Students. *Ramathibodi Nursing Journal*. 26(2), 217-231.
- Uamsathit, T. (2021). The development of Soft skills through the actualization of the volunteer project according to the rules of contemplative education. *Journal of Liberal Art of Rajamangala University of Technology Suvarnabhumi*. 3(1), 37-50. (in Thai)
- Vasanthakumari, S. (2019). Soft skills and its application in work place. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 3(2), 66-72.
- Wattanabutr, B. (2020). Factors Influencing Soft Skills Development of Thai Youth in the 21st Century. *Journal of Academic Research*. 4(1), 87-94.
- Wongyai, W. and Marut Phatphon, M. (2019). *Soft Skills to Master*. Srinakarinwirot University. (Online), Available: http://www.curriculumandlearning.com/upload/Books/Lesson%20Learned%20to%20Transform_1577326265.pdf. (2021, October 10). (in Thai).



Transformative Learning: Teaching by Experts by Experience for Development of Critical thinking and Problem Solving Skills

Janjeera Yanachai ^{1*}

Prachuab Lamluk ^{**}

(Received: August 31, 2021, Revised: March 21, 2022, Accepted: March 23, 2022)

Abstract

In the 21st century, nursing education for baccalaureate nursing students have to encompass essential and productive skills into the nursing courses to generate their assessment abilities. This paper aimed to study transformative learning by using experts' experiences to develop nursing's student's competency, including critical thinking and problem solving skills. As noted by Transformative Learning Theory, the study focused on expert by experiences to promote learning experiences of nursing students. To contribute expert by experiences technique into the nursing course, patients with physical and mental deficiency became as an expert member of the team.

The results highlighted that using experts by experiences techniques delivered a new paradigm, and interestingly promote individual learners, transform critical thinking, alter attitude to emerge their own ways to gain knowledge. In addition, applying this strategy learner acknowledged their recent skills to create their further nursing roles. These indicated that experts by experiences should apply to all clinical practices fields in order to develop nursing skills, knowledge, critical thinking, and problem solving in nursing students, as well as enhance core nursing skills and life-long learning.

Keywords: Experts by experience; Transformative learning; Critical thinking and problem solving

^{*} Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

^{**} Assistant Professor Dr., School of Medicine, University of Phayao

¹Corresponding author: janjeera905@gmail.com โทร 0979644263



การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง : การสอนแบบใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ เพื่อพัฒนานักศึกษา พยาบาลด้านทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา

จันทร์จิรา ยานะชัย^{1*}

ประจวบ แหลมหลัก^{**}

(วันที่รับบทความ : 31 สิงหาคม 2564 , วันที่แก้ไขบทความ: 21 มีนาคม 2565, วันที่ตอบรับบทความ: 23 มีนาคม 2565)

บทคัดย่อ

การจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้ผู้เรียนมีทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 โดยเฉพาะด้านทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา เป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับการเป็นพยาบาลเพื่อใช้ในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ ระบุปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และตัดสินใจ ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ จึงมีการนำแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงของ Jack Merzirow (1997) ใช้ในการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมทักษะ โดยใช้วิธีการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ เป็นการนำผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจ มาใช้ในการจัดการเรียนการสอนในฐานะผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ ส่งผลทำให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อ วิธีปฏิบัติและค้นพบวิธีการเรียนรู้แบบใหม่ พัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหาด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งเกิดการสร้างความรู้ด้วยตนเอง ผู้เรียนสามารถบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้และเชื่อมโยงความรู้สู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพในอนาคต โดยมีอาจารย์เป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการจัดการเรียนการสอนโดยวิธีการใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง ในการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตด้านทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา และผลของการนำแนวคิดไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติในคลินิก ข้อเสนอแนะ ควรจัดการเรียนการสอนในภาคปฏิบัติด้วยวิธีการใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ในขั้นตอนต่างๆอย่างสมบูรณ์ ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการสอนและการปฐมนิเทศ ขั้นตอนดำเนินการสอนและวิธีการสอน และขั้นตอนการสรุปการเรียนรู้ ควรสนับสนุนการมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการอย่างแท้จริง และจัดการเรียนการสอนในทุกรายวิชาเพื่อให้นักศึกษาเกิดทักษะที่จำเป็นเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองและอย่างต่อเนื่อง

Keywords: ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์; การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง; การคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ janjeera905@gmail.com โทร 0979644263



บทนำ

การนำแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงของ Jack Merzirow (Merzirow, 1997) ไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้ผู้เรียนมีทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ซึ่งเป้าหมายหลักของการศึกษาในศตวรรษ 21 ไม่ใช่เป็นเพียงตัวเนื้อหาหรือสาระความรู้ แต่เป็นการฝึกให้เกิดทักษะ (Skills) ที่จำเป็นและฝึกการเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยเฉพาะทักษะทางปัญญาด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับการเป็นพยาบาล เพื่อใช้ในการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการ ระบุปัญหาทางการพยาบาล วางแผนให้การพยาบาล และตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลเพื่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ การจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมทักษะดังกล่าว ผู้เรียนต้องมีการฝึกพัฒนาด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยมีอาจารย์เป็นผู้ให้การสนับสนุนการเรียนรู้เท่านั้น

การศึกษาเกี่ยวกับ Changing attitudes: The impact of Expert by Experience involvement in Mental Health Nursing Education: An international survey study กล่าวว่า การปฏิรูปการศึกษามีความจำเป็นมากและเพื่อการสร้างคุณค่าสำหรับหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ การขับเคลื่อนด้านการพัฒนาหลักสูตรการสอนจึงมีการนำผู้ที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตและมีการดีขึ้นจนหายเป็นปกติมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนในฐานะผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินทัศนคติของนักศึกษาต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต การพยาบาลสุขภาพจิต และศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ จำนวน 194 คน ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษามีการยอมรับและเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่ดีมากขึ้น และการศึกษาครั้งนี้ยังชี้ให้เห็นว่า การฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตด้วยการใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชทั้งทางด้านสังคมและการดูแลอย่างเป็นระบบด้วยเช่นกัน แต่อย่างไรก็ตามควรมีการพัฒนากลยุทธ์ของวิธีการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ต่อไป (Brenda Happell et al., 2018)

Petra Videmšek (Videmšek, 2017) ได้ทำการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประโยชน์ของการสอนแบบการใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ และการมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญ ในรายวิชาสุขภาพจิตของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 หลักสูตรสังคมสงเคราะห์ แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเรียนด้วยวิธีการศึกษาวิจัยร่วมกับผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ในฐานะนักวิจัย และกลุ่มที่สองเรียนด้วยวิธีศึกษาวิจัยกับครูผู้สอนที่เป็นนักวิจัย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มนักศึกษาที่เรียนโดยใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์มีความรู้ความเข้าใจมากกว่ากลุ่มที่เรียนกับครูผู้สอน และนักศึกษาตระหนักรู้ถึงคุณค่าของผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์โดยเป็นต้นกำเนิดของการสร้างองค์ความรู้ เห็นว่าความสำคัญของการเรียนรู้จากทัศนคติ แนวคิดและหลักการ ความผิดปกติและปัญหาสุขภาพของผู้เชี่ยวชาญ และความแตกต่างกันนั้นส่งผลให้นักศึกษาค้นพบองค์ความรู้ที่แท้จริง คุณค่าที่เกิดจากประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญสามารถชักนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบบริการทางสังคมได้



วัตถุประสงค์

บทความวิชาการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการจัดการเรียนการสอนเพื่อการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงโดยวิธีการใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง ในการพัฒนาสมรรถนะ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตต่อทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา จากการทบทวนวรรณกรรมผู้เขียนผู้เขียนขอเสนอใน 3 ประเด็นหลัก ดังต่อไปนี้

1. การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning)
2. การจัดการเรียนการสอนเพื่อการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง และการพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาล
3. ผลของการนำวิธีการจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีการใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ไปใช้

1. การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning)

การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง หมายถึง การเปลี่ยนแปลงระดับรากลึกของกระบวนการคิด ความรู้สึก และการปฏิบัติ (Transformative Learning Centre, 2004) Jack Mezirow (Mezirow, 1997) เป็นผู้ค้นพบทฤษฎีการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning : TL) เป็นคนแรกในปี 1978 กล่าวว่า TL เป็นการศึกษาหาวิธีการเรียนรู้ตั้งแต่เริ่มต้นจากประสบการณ์ของตนเอง สู่การเปลี่ยนแปลงด้านความเชื่อ การรับรู้และการตั้งสมมติฐาน การปรับเปลี่ยนวิธีคิด มุมมองและบูรณาการนำสู่การปฏิบัติจริง ซึ่งการเปลี่ยนเปลี่ยนนั้นเป็นระดับปัจเจกบุคคล นอกจากนี้ กล่าวถึง 10 ขั้นตอนของกระบวนการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงมี ดังนี้

1.ภาวะกระตุกการรับรู้ในวิกฤติการณ์ปัจจุบันมีความขัดแย้งกับประสบการณ์การเรียนรู้ตามมุมมองเดิม (Disorienting Dilemma) การที่บุคคลเผชิญกับประสบการณ์ที่แตกต่างไปจากประสบการณ์เดิมหรือไม่สอดคล้องกับความเชื่อของตนเอง เมื่อเกิดความไม่สอดคล้องกันระหว่างกรอบแนวคิดเดิมของบุคคล เหตุการณ์ที่บุคคลเผชิญนั้นก่อให้เกิดความสับสน วุ่นวาย งุนงง ในความเชื่อ Larry J. Green & Kaisu Mälkki (Green & Mälkki, 2017) ศึกษาเรื่องความขัดแย้งในภาวะภาวะกระตุกการรับรู้ โดยนำทฤษฎีการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงของ Mezirow's (2000) ศึกษาประสบการณ์ของความสับสนขัดแย้ง และคุณลักษณะของภาวะภาวะกระตุกการรับรู้ในวิกฤติการณ์ พบว่าเมื่อผู้เรียนเผชิญกับจุดเริ่มต้นของเหตุการณ์ที่สถานการณ์จริงที่เห็นผู้ป่วย ผู้บาดเจ็บ แล้วเกิดภาวะชกกัน รู้สึกถูกคุกคาม ไม่ปลอดภัย สับสน ความรู้สึกดังกล่าวนำไปสู่การหาคำอธิบายว่าเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง การรับรู้ผิดปกติ รู้สึกขัดแย้งในตนเอง เครียด ผู้เรียนจะเกิดความพยายามดิ้นรนให้หลุดพ้นออกสภาวะคุกคามเช่นนี้ อยากหาสถานที่ปลอดภัย ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นเชิงลบและนำไปสู่พัฒนาการของกระบวนการเรียนรู้อันท้าทายจนนำไปสู่การปฏิบัติการเรียนรู้ใหม่

2. การตรวจสอบความรู้สึกของตนเอง (Self-Examination with Feelings of Guilt, or Shame) จากการประสบวิกฤติการณ์ที่ทำให้เกิดความสับสน บุคคลมีการตรวจสอบความรู้สึกต่าง ๆ ของตนเองเกี่ยวกับ



สถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น ความรู้สึกกลัว โกรธ ความไม่สบายใจ ความรู้สึกผิด บาป โทษตนเอง และความอับอาย เป็นต้น Maria Miceli, & Cristiano Castelfranchi (Miceli & Castelfranchi ,2018) กล่าวว่า ความอับอายเป็นการประเมินตนเองเชิงลบประเภทต่างๆ ที่แสดงออกโดยนัย โทษตนเองว่ามีความบกพร่อง ไร้ความสามารถ ส่วนความรู้สึกผิดหมายถึงการรับรู้ตนเองว่าเป็นผู้กระทำผิด การรับรู้ถึงอันตรายของตนเองที่ทำให้เกิดขึ้น และความอับอายเกิดจากความคลาดเคลื่อนในสิ่งที่ตนเองปฏิบัติจริงเปรียบเทียบกับสิ่งที่ตนเองคาดหวัง ส่งผลให้บุคคลเกิดความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมและทัศนคติที่เป็นอันตรายของตนเอง และกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาตนเองและเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตนเอง

3. การทบทวน วิเคราะห์และประเมินสมมติฐานเดิมอย่างจริงจัง (A critical assessment of epistemic, sociocultural, or psychic assumptions) หมายถึง การวิเคราะห์และตรวจสอบความเชื่อถือในข้อสันนิษฐานของบุคคลเองอย่างเป็นเหตุเป็นผล โดยปราศจากอคติ และอย่างเปิดใจยอมรับ การประเมินสมมติฐานเดิมอย่างจริงจัง

4. การยอมรับความไม่พอใจในสมมติฐานเดิมของตนเองและการแลกเปลี่ยนกระบวนการเปลี่ยนแปลงกับบุคคลอื่น (Recognition that one's discontent and the process of transformation are shared and that others have negotiated a similar change) เมื่อบุคคลเข้าใจและเกิดการยอมรับต่อความทุกข์ความไม่พอใจความไม่สบายใจของตน จะเริ่มมีการแลกเปลี่ยนกระบวนการเปลี่ยนแปลงโดยการสอบถามบุคคลอื่น เช่น อาจารย์ เพื่อน เป็นต้น เพื่อให้บุคคลเกิดเรียนรู้ความเชื่อหรือกรอบแนวคิดของบุคคลอื่น โดยเชื่อว่า เมื่อบุคคลอื่นสามารถทำได้ ตนเองก็สามารถทำได้เช่นกัน

5. การค้นหาบทบาทใหม่ ความสัมพันธ์ และการปฏิบัติใหม่ (Exploration of options for new roles, relationships, and actions) ในขั้นนี้บุคคลได้ปรับเปลี่ยนความเชื่อ ข้อสมมติฐาน หรือกรอบแนวคิดของตนเองใหม่ การริเริ่มใหม่และเริ่มต้นหาแนวทางวิธีการปฏิบัติการเรียนรู้แบบใหม่

6.การวางแผนปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการเรียนรู้แบบใหม่ (Planning of a course of action) บุคคลจะวางแผนแนวทางในการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่บทบาทใหม่ ความสัมพันธ์ใหม่ และการปฏิบัติใหม่

7.การลงมือปฏิบัติตามแผน โดยการพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลง (Acquisition of knowledge and skills for implementing one's plans) บุคคลอาจต้องพัฒนาความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้อง มีการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม และศึกษาอย่างลึกซึ้ง

8. การทดลองปฏิบัติตามบทบาทใหม่ (Provisional trying of new roles) พร้อมกับการตรวจสอบประโยชน์ของวิธีการปฏิบัติในการเรียนรู้ใหม่

9.การสร้างสมรรถนะ ความมั่นใจในบทบาทใหม่ และความสัมพันธ์ใหม่ (Building of competence and self-confidence in new roles and relationships) ในขั้นตอนนี้จะช่วยสร้างความมั่นใจให้กับบุคคลได้มากขึ้น และมีความสามารถในการปฏิบัติที่สูงขึ้นอีกด้วย



10. การบูรณาการเข้ากับชีวิตตนเองในอนาคต (A reintegration into one's life on the basis of conditions dictated by one's perspective) เป็นการบูรณาการมุมมองใหม่ของบุคคลที่ผ่านกระบวนการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง ไปสู่การดำเนินชีวิตจริงในอนาคต

Sabra Brock (Brock,2010) ศึกษาวิจัยโดยการนำแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง 10 ขั้นตอนของ Jack Mezirow (Merzirow ,1997) ไปใช้ในการเรียนการสอนกับนักศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 256 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงในขั้นตอนต่างๆ ภาวะกระตุกการรับรู้ในวิกฤติการณ์ ความรู้สึกผิดและอับอาย การตรวจสอบความรู้สึกของตนเองอย่างจริงจัง การไม่ยอมรับในความสามารถแห่งตน และเริ่มที่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น การค้นหามุมมองใหม่และวิธีการเรียนรู้แบบใหม่ การวางแผน ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการเรียนรู้แบบใหม่ การทดลองปฏิบัติตามบทบาทใหม่ การสร้างสมรรถนะ ความมั่นใจ ในบทบาทใหม่ และการบูรณาการเข้ากับชีวิต ของนักศึกษาสามารถทำนายการเกิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.001$)

วิจารณ์ พานิช (Phanich,2515) กล่าวว่า Transformative Learning (TL) ต้องเปลี่ยนแปลงทั้งโลกทัศน์ (Affective Attributes) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Attributes) และพฤติกรรม (Psychomotor Attributes) คือมีการเปลี่ยนแปลงอย่างครบถ้วนในทุกด้าน เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เรียกว่า การเปลี่ยนแปลงทั้งเนื้อทั้งตัว (Holistic Change) และเชื่อว่าการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงเป็น Communicative Learning ซึ่งหมายถึงการเรียนรู้เป็นกลุ่มโดยใช้วิธีการเรียนรู้ด้วยการร่วมกันตรวจสอบแนวความคิด ความเชื่อคุณค่า ความรู้สึก ผ่านกระบวนการต่างๆ ผ่านการปฏิบัติจริงในชีวิต แล้วจึงมีมติร่วมกันต่อการเปลี่ยนแปลงนั้น และปัจจัยหลัก 6 ประการของ TL ประกอบด้วย ประสบการณ์ของปัจเจกบุคคล การสะท้อนคิดอย่างจริงจัง สนทนา มุมมอง/วิธีการที่ครบถ้วน (Holistic) ให้ความสำคัญต่อบริบท (Context) และความสัมพันธ์ที่อยู่บนฐานของความจริงใจ โดยทั้งหมดมีความเชื่อมโยงกันและมีความสำคัญอย่างเท่าเทียมกัน ผลลัพธ์ของการเรียนรู้ส่งผลผู้เรียนจะมีชีวิตที่ดี เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิตและบรรลุทักษะแห่งศตวรรษที่ 21

2. การจัดการเรียนการสอนเพื่อการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง และการพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาล

การจัดการเรียนการสอนเพื่อการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง และการพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาล มีความเชื่อมโยงกันอย่างมีนัยยะ การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงนั้น เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มุ่งให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงในความเชื่อและมุมมอง โดยเป็นการเรียนรู้ที่พิจารณาหาเหตุและผล จากการตั้งคำถามกับปรากฏการณ์ที่พบเห็นว่า เกิดอะไรขึ้น สาเหตุเกิดขึ้นได้อย่างไร การเรียนรู้เกิดจากการสะท้อนคิดของตนเอง ส่งผลให้เปลี่ยนแปลงโลกทัศน์ และนำไปสู่การปฏิบัติที่



สะท้อนให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของผู้เรียนในด้านความรู้ วิธีการเรียนรู้ การได้มาซึ่งความรู้ ความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง เกิดกระบวนการคิดเป็นแบบพลวัตร คิดสร้างสรรค์ จินตนาการ นำไปสู่การตั้งคำถามใหม่ คิดแบบต่อยอด การคิดลึกซึ้ง ใคร่ครวญและเกิดการศึกษาแบบหยั่งราก การพัฒนาเป็นลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไป จนเกิดทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญมากสำหรับการศึกษาระดับอุดมศึกษา และการฝึกปฏิบัติอย่างเป็นวิชาชีพ (Pérez, Lluch, Pegueroles, Llobet, Arroyo, & Merino, 2015) นักศึกษาพยาบาลควรได้รับการฝึกและพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มสมรรถนะการแก้ไขปัญหา (problem solving) ได้อย่างมีคุณภาพและการดูแลผู้ป่วยด้วยความปลอดภัย (Alfaro-LeFevre, 2013)

วิจิตรา กุสุมและคณะ (Kusoom et al., 2017) กล่าวว่า การพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล การจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีการใช้สถานการณ์จำลอง (simulation) เป็นกระบวนการที่ผู้สอนกระตุ้นให้ผู้เรียน เกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด โดยให้ผู้เรียนแสดงในสถานการณ์ที่มีบทบาทข้อมูล และกติกาการทำหน้าที่ ที่สะท้อนความเป็นจริง และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ โดยใช้ข้อมูลคล้ายกับที่เป็นจริง โดยผู้สอนสรุปการเรียนรู้จากการแสดงบทบาทนั้น ๆ จึงช่วยฝึกทักษะ การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การสื่อสาร การตัดสินใจ การแก้ปัญหาและกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และซัชวาล วงศ์สารี (Wongsaree, 2019) กล่าวว่า การสอนนักศึกษาพยาบาลเจเนอเรชันแซตให้คิดอย่างมีวิจารณญาณ ต้องสอนโดยใช้วิธีการสอนหลายวิธี บูรณาการให้เป็นโปรแกรมเดียวกัน จัดผู้เรียนเป็นกลุ่มย่อย อธิบายกิจกรรมการเรียนการสอนที่ชัดเจน ก่อนให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ตามโปรแกรมที่ออกแบบไว้ โดยผู้สอนเปลี่ยนความสำคัญของตนจากการเป็นผู้บรรยายมาเป็นผู้ที่ออกแบบสถานการณ์ เป็นผู้กระตุ้น เป็นผู้ชี้แนะให้นักศึกษาได้คิด เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ปฏิบัติทักษะด้วยตนเองอย่างเต็มที่ โดยผู้สอนเป็นผู้ติดตามให้เป็นไปตามกระบวนการสอน ประเมินผลความคิดอย่างมีวิจารณญาณ และสร้างบรรยากาศในการเรียนให้ผู้เรียนเกิดความสุขจะช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนมีการคิดที่มีวิจารณญาณมากขึ้น บทความนี้ผู้เขียนเสนอแนวทางการจัดการเรียนการสอนเพื่อการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง และการพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา ที่สามารถประยุกต์ใช้ได้ดังนี้

การจัดการเรียนการสอนด้วยกระบวนการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง เป็นการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ได้เรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์ที่กำหนดขึ้นเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ฝึกปฏิบัติได้อย่างไม่มีข้อจำกัด สามารถพัฒนาทักษะด้านอื่น ๆ ที่ต้องใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเช่น การมีปฏิสัมพันธ์ การสื่อสาร การตัดสินใจ การคิดวิเคราะห์ และการแก้ปัญหา เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองจากประสบการณ์ จนสามารถสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเองได้ ภายใต้หลักการสำคัญ 3 ประการ ดังนี้ ขั้นแรก Prebrief เป็นขั้นการเตรียมผู้เรียนให้รับทราบวัตถุประสงค์ของการเรียนการสอน รวมถึงรับทราบเกี่ยวสถานการณ์ที่กำหนดไว้ พร้อมทั้งแนะนำสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้เพื่อให้ผู้เรียนมีความพร้อม ขั้นที่สอง Scenario เป็นขั้นฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภายใต้สถานการณ์ที่กำหนดโดยมีหุ่นและอุปกรณ์ อื่นๆ เป็นสื่อการเรียนรู้ และขั้นที่สาม Debrief เป็นขั้นการสรุปใจความสำคัญหลังการฝึกปฏิบัติโดยผู้สอนกระตุ้นให้ผู้เรียนได้สะท้อนถึงความรู้สึก ประสบการณ์และ



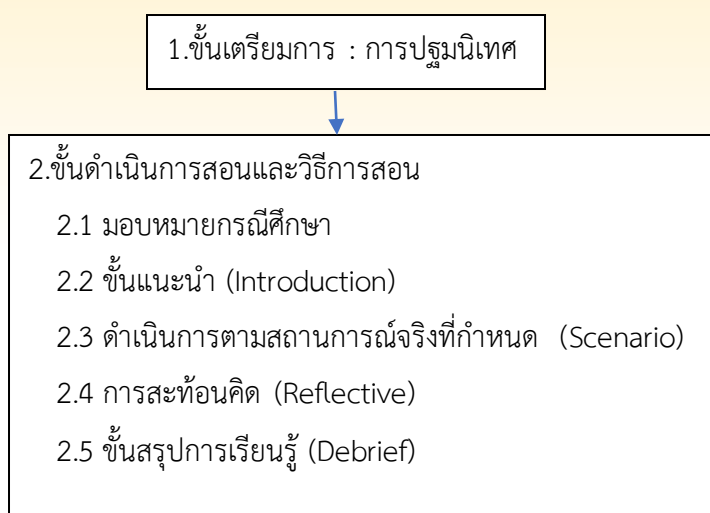
ผลการปฏิบัติรวมถึงแนวทางการพัฒนาในการปฏิบัติงาน โดยผู้สอนมีบทบาทเป็นผู้เอื้ออำนวยความสะดวก (facilitator) ซึ่งต้องใช้ความรู้ความสามารถในการกระตุ้นผู้เรียนให้เกิดการคิดวิเคราะห์และเรียนรู้ด้วยตนเองที่เหมาะสมและสอดคล้องกับระดับความรู้และประสบการณ์ผู้เรียนเป็นสำคัญ

การจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีการใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ (Experts by Experience :EBE) เป็นวิธีการสอนชนิดหนึ่งของการการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง โดยผู้สอนได้นำผู้ป่วยจริงที่มีประสบการณ์ในโรคนั้นๆ และมีปัญหาสุขภาพทางกายหรือจิตใจ โดยการใช้ผู้ป่วยเป็นผู้เชี่ยวชาญและให้นักศึกษาได้เรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญ ให้นักศึกษาได้ฝึกการคิด การถาม การพูด การสื่อสาร การรับฟัง การตั้งคำถาม การสังเกตอาการและอาการแสดง ปฏิบัติต่างๆ การตรวจร่างกาย เพื่อการค้นหาความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย แล้วตั้งคำถามด้วยตนเองว่า ปรากฏการณ์ที่พบเห็นนั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร สาเหตุเกิดจากอะไร และแสวงหาความรู้ทางวิชาการด้วยตนเองเพื่อนำมาอธิบายในสิ่งที่ตนเองตั้งคำถาม จนเกิดการสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง สามารถส่งเสริมให้นักศึกษาสามารถคิดวิเคราะห์ ระบุปัญหาทางการพยาบาล วางแผนให้การพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วย โดยผู้สอนเป็นผู้สนับสนุนกระบวนการเรียนรู้ และคอยช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งมีความแตกต่างจากการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ในส่วนของผู้สอนเป็นผู้ออกแบบโจทย์สถานการณ์ ตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการให้นักศึกษาเรียนรู้ การสะท้อนคิด และสนับสนุนแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้รับจากการทำงานร่วมกันในกลุ่มผู้เรียนด้วยกัน การสอนด้วยวิธีการใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลจิตเวช มีประโยชน์ต่อการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการพยาบาลแบบองค์รวม การพัฒนาทักษะปฏิบัติ การสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ (interpersonal skill) ในปัจจุบันการเรียนการสอนแบบ EBE ยังขาดความสมบูรณ์และไม่ครอบคลุม ส่วนมากสาเหตุเกิดจากการขาดการเตรียมความพร้อม การสะท้อนคิด และทักษะความรู้ พบว่าการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ด้วยวิธี EBE โดยการเรียนรู้จากปรากฏการณ์และประสบการณ์จริงของผู้ป่วย ควรได้รับการสนับสนุนให้มีการสอนแบบ EBE อย่างกว้างขวางในสถาบันการศึกษาที่มีการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ แต่วิธีการนำสู่การปฏิบัติจริงนั้น ขาดความชัดเจนในกระบวนการจัดการเรียนการสอน (Horgan et al,2020) วิธีการเรียนรู้ด้วยวิธี EBEเป็นการเรียนการสอนชนิดหนึ่งของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง(SBL) โดยผู้สอนได้นำผู้ป่วยจริงที่มีประสบการณ์ในโรคนั้นๆ และมีปัญหาสุขภาพทางกายหรือจิตใจ โดยใช้ผู้ป่วยเป็นผู้เชี่ยวชาญ ให้นักศึกษาได้เรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญ ทำให้นักศึกษาได้ฝึกการคิด การถาม การพูด การสื่อสาร การรับฟัง การตั้งคำถาม การสังเกตอาการและอาการแสดง ปฏิบัติต่างๆ การตรวจร่างกาย เพื่อการค้นหาความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย โดยการเรียนการสอนแบบ EBE นี้ ทำให้นักศึกษาเกิดทักษะด้านการคิดแบบมีวิจารณญาณ (Critical Thinking) หมายถึงความสามารถในการคิดอย่างถี่ถ้วนและมีเหตุผล เกี่ยวกับสิ่งที่เราทำและสิ่งที่เราเชื่อ ประโยชน์ของการคิดแบบ Critical Thinking คือการทำให้เราสามารถเชื่อมโยงตรรกะต่างๆ และสามารถสร้างข้อโต้แย้งที่มีเหตุผลได้ การเรียนรู้รูปแบบ EBE เป็นการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จะส่งเสริมนักศึกษา



สามารถวิเคราะห์ ระบุปัญหาทางการพยาบาล วางแผนให้การพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผล การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วย จากการศึกษาของ Brenda Happell (Happell et al.,2022) พบว่า การสอนแบบใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ในวิชาการพยาบาลจิตเวช ทำให้เกิดผลลัพธ์เชิงบวกทั้งต่อ ผู้เรียนและผู้ป่วย และผู้เรียนบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ที่สำคัญได้

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้เขียนได้นำแนวทางการจัดสอนด้วยวิธีการใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ ไปใช้ในการสอนภาคปฏิบัติในคลินิก ประกอบด้วยขั้นตอน ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แนวทางการจัดสอนด้วยวิธีการใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์

1.ขั้นเตรียมการ อาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติในคลินิก ปฐมนิเทศนักศึกษาเกี่ยวกับลักษณะของรายวิชา วัตถุประสงค์ วิธีการจัดการเรียนการสอน การวัดและประเมินผลในรายวิชา อธิบายวัตถุประสงค์ และวิธีดำเนินการ ของการฝึกภาคปฏิบัติด้วยวิธี EBE ระหว่างการฝึกภาคปฏิบัติจะมีอาจารย์ผู้สอนดูแลอย่างใกล้ชิด ให้นักศึกษา เรียนรู้ด้วยตนเองโดยมีผู้ป่วยหรือญาติเป็นผู้เชี่ยวชาญ โดยเรียนรู้จากตัวผู้ป่วยและสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้น บทบาทของอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติในคลินิกจะเป็นเพียงผู้สนับสนุนการเรียนรู้ของนักศึกษาให้บรรลุผลลัพธ์การ เรียนรู้ กำหนดประสบการณ์ที่ต้องเรียนรู้ และเตรียมการค้นหาสถานการณ์จริงที่กำหนดขึ้นสำหรับการเรียนรู้ การ เตรียมตัวผู้เรียนให้มีความพร้อมสำหรับการเรียนรู้และปลอดภัย การเตรียมสถานการณ์ที่ดีเพื่อใช้ในการเรียนรู้จะ ส่งเสริมให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่คาดหวัง

2.ขั้นตอนการสอนและวิธีการสอน ผู้สอนภาคปฏิบัติในคลินิก ดำเนินการดังนี้

2.1 มอบหมายกรณีศึกษา โดยเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางกายหรือจิตใจที่สอดคล้องตาม ลักษณะและสาระสำคัญของรายวิชา หรือสถานการณ์จริงที่กำหนดไว้ให้นักศึกษาเรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญ

2.2 ขึ้นแนะนำ(Introduction)และกล่าวสรุปก่อนฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Prebrief)
ขั้นตอน มีดังนี้



กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ผลลัพธ์ที่คาดหวังที่จะเกิดกับนักศึกษาที่จบบทบาทของผู้เรียนและผู้ที่เกี่ยวข้อง
ปฐมนิเทศสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัยของผู้เรียน และสิ่งของระบบสนับสนุนขณะที่ฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงที่
กำหนดขึ้น อุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้

2.3 ดำเนินการตามสถานการณ์จริงที่กำหนด (Scenario) โดยมีอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติใน
คลินิกเป็นผู้ดูแลนักศึกษาอย่างใกล้ชิด จนสิ้นสุดสถานการณ์

2.4 การสะท้อนคิด (Reflective) โดยมี 3 ขั้นตอนดังนี้ ขั้น Descriptive phase มุ่งเน้นการ
อธิบายความคิด ความรู้สึกของนักศึกษา โดยเปิดโอกาสให้นักศึกษา อธิบายความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับสถานการณ์
(Scenario) และสิ่งที่ยังไม่เข้าใจในสถานการณ์และ อนุญาตให้ Facilitator ได้อธิบายหรือซักถามในประเด็นที่ยัง
ไม่เข้าใจที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ ขั้น Analysis phase เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้สะท้อนคิด บอกเล่าในสิ่งที่ตนเอง
คิด การตัดสินใจและสิ่งที่ลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริง พร้อมทั้งคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้ปฏิบัติใน
สถานการณ์ที่ผ่านมาซึ่งเป็นการวิเคราะห์เหตุการณ์กระทำหรือสิ่งที่เกิดขึ้นในสถานการณ์และขั้น Application
phase มุ่งเน้นสิ่งที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ภายใต้สถานการณ์และการนำความรู้ไปปรับใช้ในอนาคตต่อไป เป็นการช่วย
ให้ผู้เรียนได้วิเคราะห์แนวทางพัฒนาทักษะด้านการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก การเรียนรู้ตามรูปแบบการสะท้อน
คิดของกิบส์ เป็นรูปแบบที่ใช้ได้ดีโดยการบรรยายเหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึก วิเคราะห์สถานการณ์ ถึงสิ่งที่ทำ
ได้ดีและสิ่งที่อยากจะทำให้ดีขึ้น เชื่อมโยงประสบการณ์เข้ากับทฤษฎี และสรุปหลักการขององค์ความรู้ที่ได้เรียนรู้
นำสู่การปฏิบัติเชิงวิชาชีพในอนาคต โดยผู้สอนเป็นเพียงผู้สนับสนุนการเรียนรู้โดยใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้เรียนได้
คิดวิเคราะห์และฝึกทักษะการให้เหตุผลทางคลินิกซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ในการพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณ
และการตัดสินใจทางคลินิก

2.5 ขั้นสรุปการเรียนรู้ (Debrief) เป็นการสรุปการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการสะท้อนคิด
(reflective) ประกอบด้วยขั้นตอนและวิธีการดังต่อไปนี้

2.5.1 การวางแผนสรุปการเรียนรู้ (Debrief plan) ประกอบด้วย ดำเนินการ Debrief ใน
สถานที่เดียวกับสถานที่ปฏิบัติ Scenario เช่น หอผู้ป่วย ห้องประชุมของหอผู้ป่วย ท้ายเตียงผู้ป่วย เป็นต้น การทำ
Debrief เมื่อสิ้นสุดสถานการณ์ทันที เพื่อให้ผู้เรียนสามารถทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ผู้สังเกตการณ์ ได้แก่พยาบาลที่
เลี้ยงหลังฝึก หรือนักศึกษาคนอื่นมีหน้าที่หลัก คือการสังเกตเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งที่ปฏิบัติได้ดีและสิ่งที่ต้อง
ปรับปรุงโดยใช้เครื่องมือการบันทึก เช่นการจกรายละเอียด แบบประเมิน เป็นต้น ผู้ช่วยสังเกตการณ์ เป็นผู้ช่วย
เหลือในการสะท้อนข้อมูลเพิ่มเติมที่ยังไม่ครบถ้วน ผู้ควบคุมระบบสั่งการเป็นอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติในคลินิกทำ
หน้าที่ควบคุมการปฏิบัติให้ดำเนินการไปตามระบบที่วางไว้ และผู้ช่วยเหลือการ Debrief มีบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือ
ผู้นำในการ Debrief อาจมีหรือไม่มีก็ได้ หรืออาจเป็นนักศึกษาคนอื่นเป็นผู้ช่วยเหลือการ Debrief เพื่อให้เกิดการ
แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในทีม



2.5.2 การอธิบายความคิด ความรู้สึกของนักศึกษา (Descriptive phase) เป็นการกระตุ้นให้นักศึกษาอธิบาย แสดงความรู้สึก ทบทวนและอธิบายสิ่งที่ได้ลงมือปฏิบัติการพยาบาล โดยอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติในคลินิกใช้คำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นให้นักศึกษาได้อธิบายในสิ่งที่เผชิญขณะดำเนินการตามสถานการณ์จริงที่กำหนด

2.5.3 การวิเคราะห์เหตุผลการกระทำหรือสิ่งที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ (Analysis phase) เป็นการใช้คำถามปลายเปิดที่ส่งผลกระทบต่อนักศึกษาให้การคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้น หรืออธิบายเหตุผลของการปฏิบัติการพยาบาลนั้นๆ ไม่ควรเป็นคำถามปลายปิดที่จำกัดความรู้ของนักศึกษา

2.5.4 วิเคราะห์แนวทางพัฒนาทักษะด้านการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกปรับใช้ในอนาคตต่อไป (Application phase) เป็นการตั้งคำถามที่มุ่งเน้นสิ่งที่ทำให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ภายใต้สถานการณ์จริง ความรู้ที่เกิดขึ้น จุดอ่อน หรือจุดที่ปฏิบัติได้ดีในสถานการณ์ และการนำความรู้ไปปรับใช้เมื่อเผชิญสถานการณ์แบบนี้อีกครั้ง หรือนำไปใช้ในอนาคตรสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก

2.5.5 ข้อปฏิบัติของผู้ควบคุมระบบสั่งการ และ Facilitator เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด มีข้อปฏิบัติดังนี้ รักษาเวลา เป็นผู้สังเกตการณ์ คำนึงอยู่เสมอว่าไม่ใช่การสอนแบบบรรยาย ควรกระตุ้นให้เกิดการสะท้อนคิด ทำให้เป็นการเรียนรู้ของกลุ่ม หรือของเหตุการณ์ และให้เกิดบรรยากาศการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีการตัดสินใจที่ดี และมีความแม่นยำ เที่ยงตรง ถูกต้อง รู้จังหวะในการเข้าไปเกี่ยวข้อง หรือช่วยเหลือนักศึกษาขณะปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริงเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือญาติ และให้นักศึกษาได้เกิดการเรียนรู้จากสถานการณ์จริงที่กำหนดขึ้น

2.6 นิเทศ ติดตาม กำกับนักศึกษา อาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติในคลินิกดำเนินการ นิเทศ ติดตาม กำกับนักศึกษา ขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาลในชั้นปฏิบัติในสถานการณ์จริง อย่างใกล้ชิด และตัดสินใจให้การช่วยเหลือนักศึกษาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือญาติ

2.7 ประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ อาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติในคลินิกดำเนินการประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ตามแบบฟอร์มการวัดประเมินผลที่กำหนด โดยนักศึกษาบทบาทนักศึกษาดำเนินการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริงตามที่ได้รับมอบหมายตามลักษณะวิชา ฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริงตามที่กำหนดด้วยวิธีสอนแบบ EBE สะท้อนคิดทั้ง 3 ขั้นตอนกับอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติในคลินิกเมื่อเสร็จสิ้นแต่ละสถานการณ์ และร่วมประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ตามแบบฟอร์มการวัด ประเมินผล

สำหรับการประเมินผล แบ่งออกเป็น 1) การประเมินสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ด้านทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา ใช้แบบประเมินสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลด้านการคิดแบบมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา ที่มีการพัฒนามาจากเครื่องมือวัดและประเมินผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ประกอบด้วย ชุดข้อสอบที่เป็นโจทย์สถานการณ์จำลอง จำนวน 4 สถานการณ์ แบบประเมินทักษะการประชุมปรึกษาปัญหา



ทางการพยาบาล (nursing care conference) แบบประเมิน mapping concept และแบบประเมินการตรวจเยี่ยมทางการพยาบาล และแบบประเมินทักษะการประชุมปรึกษาปัญหาทางการพยาบาล (pre-post conference) 2) แบบประเมินผลของนักศึกษาต่อการสอนด้วยวิธีการใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ เป็นแบบสอบถามที่มีโครงสร้างเป็นคำถามปลายเปิด เป็นการประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ และการให้คุณค่าของตัวผู้ป่วยที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ ทักษะการจัดการเรียนการสอน และการบรรลุผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ของนักศึกษา ตัวอย่างคำถามได้แก่ 2.1) วิธีการจัดการเรียนการสอนในคลินิกด้วยวิธีการใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ ส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลด้านการคิดแบบมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหาอย่างไร 2.2) นักศึกษามีการเปลี่ยนแปลงวิธีการเรียนรู้ของตนเองและ/หรือสามารถนำทักษะที่เกิดขึ้นไปใช้ในการฝึกภาคปฏิบัติในรายวิชาอื่นๆได้อย่างไร 2.3) นักศึกษาเล่าประสบการณ์ขณะฝึกภาคปฏิบัติด้วยวิธีการจัดการเรียนการสอนในคลินิกด้วยวิธีการใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ เป็นอย่างไร

3.ผลของการนำวิธีการจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ไปใช้

1.สมรรถนะนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตด้านทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา

ด้านทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา ผลของการนำวิธีการจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ไปใช้จัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 จำนวน 64 คน ผลการประเมินด้วยแบบประเมินสมรรถนะนักศึกษาด้านการคิดแบบมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหาของกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนด้วยวิธี EBE มีค่าเฉลี่ยสมรรถนะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 และพบว่า นักศึกษามีการพัฒนากระบวนการคิดในลักษณะค่อยๆพัฒนา โดยเริ่มจากการใช้ทักษะด้านความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญ เมื่อเกิดองค์ความรู้แล้วจะสามารถพัฒนาให้เป็นทักษะทางปัญญา ด้วยการนำความรู้ไปใช้ในการประเมินปัญหาและความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วย (health need assessment) จากนั้นนักศึกษาจะเริ่มกระบวนการคิดจากปรากฏการณ์ที่ตนเองค้นพบจากการประเมิน แล้วตั้งคำถามกับตัวเองว่าความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้อย่างไร อะไรเป็นสาเหตุ มีความเชื่อมโยงกับสิ่งใดบ้าง กระบวนการคิดวิเคราะห์เป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีมาเชื่อมโยงและหาคำตอบเพื่อมาอธิบายกับสิ่งที่ค้นพบ สามารถระบุปัญหาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และตัดสินใจให้การพยาบาลได้ดีมากยิ่งขึ้น แก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะราย ส่งผลให้เกิดการใช้กระบวนการพยาบาลสำหรับปฏิบัติการพยาบาลอย่างสมบูรณ์ ทำให้นักศึกษาเกิดกระบวนการคิดแบบต่อเนื่อง ตลอดเวลา และมีการคิดต่อยอด

ด้านทักษะการแก้ปัญหา พบว่า นักศึกษาจำนวน 64 คน มีความกล้าตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วยมากขึ้น พัฒนาการด้านทักษะการแก้ปัญหานักศึกษาเกิดจากการเปลี่ยนแปลงกระบวนการเรียนรู้โดยการพัฒนาทักษะการตัดสินใจแก้ปัญหานั้น นักศึกษาค้นพบว่าตนเอง



ทำการศึกษาค้นคว้าจากตำราและเอกสารทางวิชาการและนำมาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยนั้น ไม่สามารถตอบสนองความต้องการอันแท้จริงของผู้ป่วยได้ อีกทั้งนักศึกษายังพบว่า การรวบรวมข้อมูลที่ระบุปัญหาของผู้ป่วย ไม่ครอบคลุม การขาดข้อมูลที่สำคัญทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์แนวโน้มของปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย การที่ไม่สามารถตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการแก้ไขปัญหผู้ป่วยได้เนื่องจากขาดความรู้ ภาวดังกล่าวชักนำไปสู่ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการเรียนรู้ของตนเอง และก้าวเข้าสู่ระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional phase) จนสามารถออกแบบวิธีการเรียนรู้ใหม่ (transformative learning) เกิดการคิดอย่างใคร่ครวญ คิดอย่างมีวิจารณญาณ กล้าตัดสินใจแก้ไขปัญหของผู้ป่วยและเกิดการสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง (constructivism)

2. กระบวนการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง ผลของการนำวิธีการจัดการเรียนการสอนด้วยวิธีใช้ผู้เชี่ยวชาญ โดยประสบการณ์ไปใช้จัดการเรียนการสอน พบว่าผู้เรียนเกิดกระบวนการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง ด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับปัจเจกบุคคล เป็นการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ วิธีคิด เกิดการคิดแบบใคร่ครวญ คิดแบบลึกซึ้ง จนสามารถออกแบบวิธีการเรียนรู้แบบใหม่ รวมถึงมีการเรียนรู้แบบกลุ่ม โดยผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มระหว่างผู้เรียนและครูผู้สอน ผู้เรียนแสดงความรู้ ความคิด ความเชื่อ ของตนเองต่อผู้อื่นโดยไม่มีการปิดกั้น และร่วมกันตรวจสอบองค์ความรู้ ผ่านการอภิปรายร่วมกัน การสะท้อนคิดทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการคิด การเรียนรู้จากประสบการณ์จริงของตนเอง จนกระทั่งผู้เรียนสามารถบูรณาการความคิด แบบแผนความเชื่อใหม่ไปสู่การปฏิบัติจริงได้ โดยกระบวนการเปลี่ยนแปลงนั้นเกิดขึ้นในระยะเปลี่ยนผ่าน ก่อนและเกิดการพัฒนาสมรรถนะด้านทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา มีลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไป พัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยจากการสัมภาษณ์กลุ่มนักศึกษาจำนวน 64 คน มีความคิดเห็นตรงกันเกี่ยวกับกระบวนการการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงในระยะเปลี่ยนผ่าน มีดังนี้

1. ภาวะสับสน นักศึกษาเกิดความรู้สึกสับสน มึนงง วุ่นวายใจ กระวนกระวายใจ วิตกกังวลอย่างรุนแรง ไม่รู้วิธีปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่อยู่ตรงหน้าอย่างไร พฤติกรรมที่นักศึกษาแสดงออก เช่น ยืนมองผู้ป่วย ไม่จับต้องตัวผู้ป่วย หมุนตัวไปมา บางรายไม่อยู่นิ่ง เป็นต้น

2. ภาวะตรวจสอบความรู้สึกของตนเอง นักศึกษาเริ่มมองตนเอง ตระหนักและเกิดการรับรู้ที่ตนเอง รู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ไม่มีความรู้ความสามารถ รู้สึกผิด กลัว กังวล รู้สึกอาย ละอายใจ รู้สึกบาป โทษตัวเอง ผิดที่ไม่มีความรู้ ไม่มีความเหมาะสมที่จะมาดูแลผู้ป่วย กล่าวโทษตนเอง เกิดการทบทวนตนเองว่าประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร เหตุใดจึงไม่มีความรู้เพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วย

3. ภาวะการทบทวนและการวิเคราะห์ตนเองอย่างเป็นระบบ นักศึกษาทบทวนประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมาและตั้งคำถามแก่ตัวเองว่าทำไมพยาบาลประจำหอผู้ป่วยถึงสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ เขามีวิธีคิดและเรียนรู้มาอย่างไร นักศึกษามีการคิดทบทวนตนเองและประเมินความสามารถแห่งตนเปรียบเทียบกับความสามารถของผู้อื่นทั้งที่เป็นพยาบาลและเพื่อนคนอื่นที่เป็นต้นแบบของความสำเร็จ เกิดการตัดสินใจแบบฉับพลันโดยอยาก



ทดลองเรียนรู้ ต้องการพัฒนาตนเองให้ดีขึ้น ต้องอยู่รอดภายใต้สถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่และเชื่อมั่นว่าตนเองพัฒนาได้และสามารถเรียนรู้และปฏิบัติการพยาบาลได้เช่นเดียวกับผู้อื่น

4.ภาวะการยอมรับในสภาวะการณ์และริเริ่มแลกเปลี่ยนวิธีเรียนรู้กับบุคคลอื่น นักศึกษาจะเกิดการยอมรับความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น ความทุกข์ใจ ความล้าช้อยใจ ความรู้สึกผิดและด้อยค่า เป็นต้น แล้วจึงเริ่มเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองให้เพื่อน พยาบาลพี่เลี้ยงแหล่งฝึก อาจารย์ผู้อื่น นักศึกษาแพทย์ ตั้งคำถามวิธีการเรียนรู้กับบุคคลอื่นที่ประสบความสำเร็จว่า ควรเริ่มต้นการเรียนรู้อย่างไร

5.ภาวะการค้นหาค้นพบใหม่ของตนเองสำหรับการเรียนรู้ของตนเอง นักศึกษายุติบทบาทเดิมวิธีการเรียนรู้แบบเดิมที่ทำให้นักศึกษาเรียนรู้ล้มเหลว ไม่บรรลุเป้าหมายการเรียนรู้ และริเริ่มกระบวนการเรียนรู้ใหม่โดยย้อนกลับไปเรียนรู้ใหม่ที่จุดเริ่มต้น เช่น การประเมินจากตัวผู้ป่วยอย่างละเอียดรอบคอบ จนค้นพบสิ่งที่ปัญหาของผู้ป่วยจริง จึงกลับไปศึกษาค้นคว้าจากเอกสารตำราทางวิชาการเพิ่มเติม เพื่อหาเหตุผลและคำอธิบายในปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย และมีความต้องการศึกษาต่อยอดในสิ่งที่อาจเกิดขึ้นต่อไปในอนาคตของผู้ป่วย เป็นต้น

6.การวางแผนแนวทางการเรียนรู้ใหม่ โดยนักศึกษาเริ่มวางแผนการเรียนรู้ใหม่ของตนเอง กำหนดวิธีปฏิบัติของตนเองในการเรียนรู้จากตัวผู้ป่วยที่เชื่อว่าจะบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ เพราะที่ผ่านมาพบว่าการเรียนรู้แบบเดิมเอามาใช้ไม่ได้ ไม่ครอบคลุม การพยาบาลไม่เฉพาะเจาะจง ไม่ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยรายนั้น

7.การพัฒนาตนเองด้านทักษะความรู้ การคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา โดยนักศึกษาเริ่มอ่านหนังสือ ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารทางวิชาการจากหลายแหล่งมากขึ้น ซึ่งไม่เคยปฏิบัติเช่นนี้มาก่อน ทำความเข้าใจกับสิ่งที่กำลังศึกษาอย่างลึกซึ้ง เชื่อมโยงความรู้กับปรากฏการณ์ที่ค้นพบในผู้ป่วย คิดวิเคราะห์หาเหตุผลโดยใช้ความรู้เพื่อใช้อธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย และพยายามค้นหาความผิดปกติและปัญหาของผู้ป่วยเพิ่มเติมทั้งที่กำลังเกิดขึ้นและอาจจะเกิดขึ้นในอนาคต เมื่อศึกษาด้วยตนเองแล้วมีบางประเด็นที่เกิดข้อสงสัยเริ่มมีการขอคำปรึกษาจากอาจารย์ผู้สอนในคลินิก

8.การทดลองปฏิบัติ ในระยะนี้นักศึกษาต้องการทดลองในสิ่งที่ตนเองศึกษามา เกิดความกล้าทดลองปฏิบัติการพยาบาลกับตัวผู้ป่วยจริง กล้าบอกพยาบาลพี่เลี้ยงแหล่งฝึกเกี่ยวกับการตัดสินใจของตนเองในการให้การพยาบาล กล้าเล่าประสบการณ์ที่ได้ตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในกระบวนการสะท้อนคิด (reflective) เมื่อรู้ว่ามีข้อผิดพลาด ก็เกิดการเรียนรู้ และขอแก้ไขในครั้งต่อไปเมื่อมีโอกาสอีก โดยอาจารย์ผู้สอนจะทำหน้าที่จัดสถานการณ์จริง มอบหมายกรณีศึกษาที่เป็นผู้ป่วยจริงให้นักศึกษาได้เรียนรู้อย่างใกล้ชิด โดยมีอาจารย์เป็นผู้ดูแลและช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ช่วยกระตุ้นให้นักศึกษาเกิดความกล้าที่จะเข้าหาตัวผู้ป่วย เพื่อค้นหาและศึกษาหาความรู้จากตัวผู้ป่วย ระหว่างทดลองปฏิบัติผู้เรียนเห็นการพัฒนาของเพื่อนทั้งทีมทุกคนร่วมมือกัน เรียนรู้ร่วมกัน เช่น การประชุมปรึกษาทางการพยาบาล ทุกคนมีเข้าใจมากขึ้น เพื่อนทุกคนได้คนไข้ที่แตกต่างกันจะ



สามารถนำมาพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ ให้เพื่อนคนอื่นฟังเกี่ยวกับการตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วยที่มีผลลัพธ์การพยาบาลที่ดีขึ้น เหมือนเพื่อนเคยเจอเหตุการณ์ที่เหมือนกัน เพื่อนก็สามารถตัดสินใจได้ดีขึ้น

9.ภาวะเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง นักศึกษาเกิดการปฏิบัติการพยาบาลด้วยความมั่นใจ กล้าตัดสินใจให้การพยาบาลผู้ป่วยเมื่อพบปัญหาได้ในทันที ให้การพยาบาลเหมาะสมกับปัญหา ตามความต้องการของผู้ป่วยจริง มั่นใจว่าสามารถดูแลผู้ป่วยของตนเองได้ กล้าเล่าประสบการณ์ดีๆ และความรู้ที่ได้จากการเรียนรู้ขณะปฏิบัติการพยาบาลให้เพื่อนนักศึกษาคนอื่นได้ ระยะนี้นักศึกษารู้สึกมีความสุขกับความสำเร็จในการเรียนรู้ของตนเอง ส่งผลให้กระตุ้นให้นักศึกษาอยากเรียนรู้ต่อเนื่อง ไม่ยอมหยุดนิ่ง

10.การวางแผนก้าวสู่วิชาชีพการพยาบาลของตนเอง นักศึกษาเริ่มมองการณ์ไกลไปอนาคตเมื่อตนเองเป็นพยาบาลวิชาชีพแล้ว วิธีการเรียนรู้ที่ตนเองออกแบบใหม่นี้ สามารถทำให้ตนเองเกิดความรู้ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ คิดเป็นระบบ คิดเชื่อมโยงและตัดสินใจการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยได้ทันทีและถูกต้องเหมาะสม สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาลอย่างสมบูรณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วย และมีความปลอดภัย โดยทักษะการเรียนรู้จะติดตัวนักศึกษาไปตลอดและจะต้องมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

พฤติกรรมนักศึกษาที่แสดงออกขณะเรียนรู้ด้วยวิธีใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ทั้ง 10 ขั้นตอนนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sabra Brock (Brock,2010) กล่าวว่า พฤติกรรมการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงในขั้นตอนภาวะกระตุกการรับรู้ในวิกฤติการณ์ ความรู้สึกผิดและอับอาย การตรวจสอบความรู้สึกของตนเองอย่างจริงจัง การไม่ยอมรับในความสมรรถนะแห่งตนและเริ่มทำการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น การค้นหาบทบาทใหม่และวิธีการเรียนรู้แบบใหม่ การวางแผนปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการเรียนรู้แบบใหม่ การทดลองปฏิบัติตามบทบาทใหม่ การสร้างสมรรถนะ ความมั่นใจในบทบาทใหม่ และการบูรณาการเข้ากับชีวิต สามารถทำนายการเกิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของวิธีการจัดการเรียนการสอนในคลินิกด้วยวิธีใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ (Experts By Experience : EBE)

จากการถอดบทเรียนของนักศึกษาหลังการเรียนรู้แบบวิธีใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ พบปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ส่งผลให้นักศึกษาเกิดการเปลี่ยนแปลง และบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ แบ่งออกเป็น 3 ด้านดังนี้

1.ปัจจัยด้านผู้สอน พบว่า อาจารย์ผู้สอนควรเป็นผู้ที่มีทักษะหรือคุณลักษณะดังนี้

1.1 เป็นผู้ฟังที่ดี (Good Audience) รับฟังสิ่งที่นักศึกษาอธิบาย การรับฟังจะเป็นการแสดงการยอมรับความคิดเห็นของนักศึกษา เปิดโอกาสให้นักศึกษาแสดงความคิดเห็น อธิบายการเรียนรู้ ความรู้สึกคับข้องใจ หรือความภาคภูมิใจเมื่อปฏิบัติการพยาบาลแล้วประสบความสำเร็จตามเป้าหมายของการพยาบาลที่ตั้งไว้ ไม่เป็น



การปิดกั้นความคิดเห็นของนักศึกษาซึ่งจะเป็นการกระตุ้นให้นักศึกษาได้พยายามคิดใคร่ครวญ และติดต่อยอดองค์ความรู้และอยากศึกษา เรียนรู้ในสิ่งที่เกิดขึ้นในปรากฏการณ์นั้นอย่างต่อเนื่อง

1.2 เป็นผู้ชี้แนะ (mentor) ผู้สอนทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในกระบวนการเรียนรู้ของนักศึกษา คอย ชี้แนะประเด็นการเรียนรู้ในสถานการณ์ที่กำหนด เนื่องจากประเด็นการเรียนรู้จะชักนำให้นักศึกษาได้เกิดทักษะการ ตั้งคำถามด้วยตนเอง ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยนั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร อะไรเป็นสาเหตุ และต้องวางแผนให้การ ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไรเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย โดยนักศึกษาพยายามศึกษาหาองค์ความรู้มาอธิบายโดยเชื่อมโยง ความรู้เข้ากับปรากฏการณ์ที่ค้นพบในตัวผู้ป่วย เป็นการฝึกคิดวิเคราะห์ การเป็นผู้ชี้แนะของอาจารย์ผู้สอนนี้จะช่วย ให้การเรียนรู้ของนักศึกษาได้เกิดองค์ความรู้ ความเข้าใจและจดจำ มากกว่าการสอนภาคทฤษฎีให้เกิดความรู้เพียง อย่างเดียว

1.3 เป็นผู้เปิดโอกาสสำหรับการเรียนรู้ (giving students a chance for learning) ผู้สอนเปิด โอกาสให้นักศึกษาได้ทดลองฝึกปฏิบัติการพยาบาลภายใต้สถานการณ์ที่กำหนด โดยมีอาจารย์ผู้สอนคอยดูแลอย่าง ใกล้ชิดเพื่อความปลอดภัยของตัวผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ทดลองปฏิบัติได้อีกในครั้งต่อไป เนื่องจากนักศึกษาได้ ผ่านกระบวนการทบทวนตนเองในประสบการณ์ครั้งแรกและค้นพบความผิดพลาดของการตัดสินใจในการ ปฏิบัติการพยาบาล จึงเกิดกระบวนการเรียนรู้ จดจำ ไตร่ตรอง และวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลในครั้งต่อไป เมื่อพบเหตุการณ์คล้ายเดิม

1.4 เป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้ (supporter) ผู้สอนเป็นผู้สรรหา วางแผนการจัดการเรียนรู้จาก กรณีสืบศึกษาจริง กำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ไว้อย่างชัดเจน และจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้ครอบคลุม แนะนำ แหล่งค้นคว้าความรู้จากฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือ หลักฐานเชิงประจักษ์ เอกสารตำราทางวิชาการ เปิดโอกาสให้ นักศึกษาซักถามเมื่อเกิดข้อสงสัยหรือต้องการความช่วยเหลือ

1.5 เป็นผู้กระตุ้นการเรียนรู้ (stimulator) ผู้สอนทำหน้าที่เป็นผู้กระตุ้นการเรียนรู้ของนักศึกษา ชี้แนะประเด็นความรู้ที่นักศึกษายังเรียนรู้ไม่ครอบคลุมโดยการตั้งคำถามที่เป็นเป้าหมายของการเรียนรู้ใน สถานการณ์ที่กำหนดขึ้น โดยมีใช้ลักษณะการตั้งคำถามเพื่อวัดความรู้เท่านั้น และผู้สอนกระตุ้นการเรียนรู้ใน ลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไป ควรประเมินพัฒนาการและผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาตลอดเวลา และกระตุ้น การเรียนรู้เป็นระยะๆ ไม่เร่งกระบวนการเรียนรู้ของนักศึกษา แต่ให้ขับเคลื่อนการเรียนรู้ให้เกิดอย่างต่อเนื่อง เพราะหากนักศึกษาเรียนรู้ไม่ทันการณ์ จะส่งผลกระทบให้นักศึกษาเกิดความคิดเชิงลบ (negative thinking) ซึ่ง เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ของนักศึกษา รู้สึกด้อยค่า และหยุดการเรียนรู้ไปในที่สุด การพูดเชิงสร้างสรรค์จะเป็น ตัวกระตุ้นการเรียนรู้

1.6 ทักษะการจูงใจ (motivation) และพูดโน้มน้าว (convince) ผู้สอนเป็นผู้ชี้แนะหรือส่งเสริมให้ นักศึกษามองเห็นความสำเร็จหรือผลลัพธ์ที่ดีของการเรียน ด้วยกระบวนการสะท้อนคิดซึ่งจะกระตุ้นนักศึกษา ประเมินตนเอง ค้นหาจุดแข็งของนักศึกษา เพื่อให้ผู้เรียนเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง กล่าวชื่นชมนักศึกษา



เมื่อบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ในสถานการณ์ที่กำหนด แม้จะเป็นเพียงความสำเร็จขั้นต่ำก็ตาม แต่จะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้นักศึกษาเกิดความภาคภูมิใจในศักยภาพของตนเอง ต้องการคิดวิเคราะห์และเรียนรู้อย่างต่อเนื่องและต่อยอด ดังนั้นการชี้แนะและการส่งเสริมให้มองเห็นความสำเร็จหรือผลลัพธ์ของการเรียนรู้จะช่วยให้ นักศึกษาเกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้มากขึ้น

1.7 ทักษะการสื่อสารที่ดี (good communication) จากการศึกษาพบว่า การสื่อสารที่ดีควรเป็นการสื่อสารแบบสองทาง โดยเริ่มต้นควรเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้แสดงความรู้สึก บอกเล่า อธิบายความรู้ ความคิดของตนเอง ให้อาจารย์ได้รับรู้ อาจารย์ควรรับฟังจนจบ ไม่หยุดการพูดของนักศึกษาระหว่างสนทนา อาจารย์ควรพูดชี้แนะประเด็นการเรียนรู้หลังจากที่นักศึกษาพูดแล้วเสร็จ ทำให้นักศึกษากล้าเล่าประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมา กับอาจารย์

2.ปัจจัยด้านผู้เรียน พบว่า นักศึกษาควรเป็นผู้ที่มีทักษะหรือคุณลักษณะดังนี้

2.1 ทักษะด้านความรู้ (knowledge skill) ทักษะด้านความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญของการเรียนรู้ของการจัดการเรียนการสอนในคลินิกด้วยวิธีการใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ เนื่องจากนักศึกษาเห็นว่า การประเมินผู้ป่วยจะต้องใช้องค์ความรู้ทางทฤษฎี หากพร่องความรู้ นักศึกษาจะไม่สามารถค้นพบความผิดปกติ ปัญหาและความต้องการทางสุขภาพที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ ที่สำคัญจะส่งผลให้ไม่สามารถระบุประเด็นสำคัญของการเรียนรู้ ทำให้การศึกษาค้นคว้าไม่ครอบคลุมผลลัพธ์การเรียนรู้ที่กำหนด

2.2 ทักษะการจัดการกับความคิดเชิงลบ (negative thinking) นักศึกษาต้องมีทักษะการจัดการกับความคิดเชิงลบได้เนื่องจากการที่นักศึกษาประเมินตนเองว่าความรู้ไม่เพียงพอสำหรับการพยาบาลผู้ป่วย ไม่สามารถตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่กำลังเกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดความรู้สึกด้อยคุณค่า กล้าวโทษตัวเอง รู้สึกผิดต่อผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ความคิดเชิงลบที่เกิดขึ้นภายในตัวของนักศึกษาส่งผลให้เกิดความพยายามทบทวนวิธีการเรียนรู้ที่ผ่านมาของตนเอง มีจุดด้อยอย่างไร และพยายามค้นหาและวางแผนวิธีการเรียนรู้แบบใหม่ เปลี่ยนแปลงตนเองจนทำให้การเรียนรู้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ วิธีการจัดการความคิดเชิงลบของนักศึกษา ได้แก่ การสังเกตพฤติกรรมของพยาบาลที่เป็นต้นแบบ ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีที่เกิดกับตัวผู้ป่วยที่เป็นผลมาจากปฏิบัติการพยาบาลในขณะนั้น ความสำเร็จในการเรียนรู้ของเพื่อน การสอบถามอาจารย์ผู้สอนหรือผู้ที่มีความรู้มากกว่า จะเป็นการช่วยให้นักศึกษาค่อยๆปรับเปลี่ยนทัศนคติจากเชิงลบเป็นเชิงบวก สิ่งที่สำคัญมากที่สุดคือการมองเห็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลในระยะสั้น จากการปฏิบัติการพยาบาลแล้วผู้ป่วยปลอดภัย อาการทางคลินิกดีขึ้น นักศึกษาจะเกิดความภาคภูมิใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเกิดแรงจูงใจอยากเรียนรู้เพิ่มเติม แต่การพูดเชิงลบจะเป็นทำลายความหวังและความต้องการเรียนรู้ของนักศึกษา

2.3 ความรับผิดชอบ (responsiveness) เนื่องจากการเรียนรู้ของการจัดการเรียนการสอนในคลินิกด้วยวิธีการใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ นักศึกษามีการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยมีผู้ป่วยหรือญาติเป็นผู้เชี่ยวชาญและนักศึกษาเรียนรู้จากตัวผู้ป่วยและสถานการณ์จริงที่กำหนดขึ้น บทบาทของอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติในคลินิกจะ



เป็นเพียงผู้สนับสนุนการเรียนรู้ของนักศึกษาให้บรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้เท่านั้น ดังนั้นนักศึกษาต้องมีความรับผิดชอบในการเรียนรู้ของตนเอง มีวินัย ศึกษา ค้นคว้าความรู้ทางวิชาการด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นดังนี้

1. บทบาทของพยาบาลพี่เลี้ยงแหล่งฝึก พยาบาลพี่เลี้ยงแหล่งฝึกจะเป็นส่วนสำคัญในการสร้างบรรยากาศเอื้อต่อการเรียนรู้ ด้วยการเป็นแบบอย่างที่ดีเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาล (role model) การจัดประสบการณ์ที่ส่งเสริมการเรียนรู้ให้กับนักศึกษา เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติจริง มีการเสริมแรงด้วยการกล่าวชื่นชมเมื่อนักศึกษาสามารถปฏิบัติได้ดี

2. สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ การเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ปฏิบัติในสถานการณ์จริง ฝึกปฏิบัติการพยาบาล ฝึกตัดสินใจให้การพยาบาลด้วยตนเอง และเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยมีอาจารย์หรือพยาบาลพี่เลี้ยงเป็นผู้คอยดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่ปิดกั้นโอกาส เพราะเมื่อนักศึกษาเกิดการเรียนรู้จนเกิดองค์ความรู้ที่สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตัวเองแล้ว มีอาจารย์เป็นผู้ประคับประคองเท่านั้น เมื่อนักศึกษาปฏิบัติการพยาบาลและเห็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีที่เกิดกับผู้ป่วย จะทำให้นักศึกษาเกิดทัศนคติเชิงบวกต่อการเรียนรู้ การสะท้อนคิดเป็นกระบวนการที่ช่วยให้นักศึกษาได้เกิดการใคร่ครวญในสิ่งที่ตนเองได้กระทำลงไป เป็นการระบายความรู้สึกของตนเองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รู้สึกปลดปล่อย การทบทวนตนเอง ทบทวนกระบวนการพยาบาลที่ปฏิบัติทำให้ทราบข้อบกพร่องที่ต้องได้รับการแก้ไขและการพัฒนา และการพยายามหาคำตอบที่เป็นองค์ความรู้มาอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ช่วยกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น และกล้าตัดสินใจให้การช่วยเหลือผู้ป่วยถ้าพบเหตุการณ์ที่มีลักษณะคล้ายกันอีกในอนาคต การทำงานเป็นทีม จะเป็นการส่งเสริมบรรยากาศในการเรียนรู้ เนื่องจากกรณีศึกษาในหอผู้ป่วยจริงมีมากมาย และนักศึกษาบางคนไม่มีประสบการณ์การเรียนรู้ครบทุกคน แต่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จะช่วยให้นักศึกษาทุกคนร่วมเรียนรู้ และช่วยเหลือกันภายในทีม

จุดเด่นของการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง เมื่อผู้เรียนได้รับการสนับสนุนกระบวนการเรียนรู้ทั้งจากผู้เชี่ยวชาญ โดยประสบการณ์ อาจารย์ผู้สอน การสร้างบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ จะกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง การปรับเปลี่ยนกระบวนการเรียนรู้ใหม่ มุมมอง และกระบวนการทัศนใหม่ ออกแบบวิธีปฏิบัติ จนนำไปสู่การปฏิบัติจริงได้ ส่งผลให้ผู้เรียนสามารถสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง บรรลุเป้าหมายและผลลัพธ์การเรียนรู้ พบว่า ทักษะด้านความรู้ การจัดการความคิดเชิงลบและความรับผิดชอบของผู้เรียนเป็นข้อจำกัดสำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง



บทสรุป

ผลของการสอนด้วยวิธี EBE สามารถพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ด้านทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหาได้อย่างแท้จริงและมีประสิทธิภาพ ส่วนการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative learning) นั้นเกิดขึ้นในระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional phase) มี 10 ขั้นตอนสำคัญ โดยกระบวนการเปลี่ยนแปลงวิธีการเรียนรู้ เกิดขึ้นก่อนสมรรถนะด้านทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหาจะเกิดขึ้น การพัฒนาเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปและต่อเนื่อง การพัฒนาทักษะนั้นทำให้นักศึกษาสามารถปฏิบัติการพยาบาลอย่างสอดคล้องกับปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วยในระดับปัจเจกบุคคล ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจากการเชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎีสู่การปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรม สามารถอธิบายเหตุผลของการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างสมเหตุสมผล ทักษะด้านความรู้ของนักศึกษาเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการเรียนรู้ กระบวนการสร้างความรู้เกิดจากการประเมินผู้ป่วยในสถานการณ์จริง ค้นหาความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยสิ่งที่นักศึกษาค้นพบและเผชิญในสถานการณ์จริงจะเป็นตัวกระตุ้น ให้นักศึกษาเกิดการคิดและตั้งคำถามกับตนเองว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร แล้วใช้องค์ความรู้ทางทฤษฎีที่ผ่านการเรียนในชั้นเรียน ร่วมกับการศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองจากแหล่งความรู้ต่างๆ เพื่อหาคำตอบมาอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยอย่างมีเหตุผล และเกิดการตั้งคำถามกับตัวเองว่าความผิดปกตินั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร อะไรเป็นสาเหตุ มีความเชื่อมโยงกับสิ่งใดบ้าง นำสู่กระบวนการคิดวิเคราะห์จนสามารถระบุปัญหาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และตัดสินใจให้การพยาบาลและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะราย ส่งผลให้เกิดการใช้กระบวนการพยาบาลสำหรับปฏิบัติการพยาบาลอย่างสมบูรณ์ นักศึกษาเกิดกระบวนการคิดแบบต่อเนื่องตลอดเวลา มีการคิดต่อยอด มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้อื่นและเกิดการสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง การเรียนรู้จากผู้ป่วยจริงเป็นผู้เชี่ยวชาญนั้นเป็นแหล่งความรู้และเป็นการเรียนรู้ที่ดีที่สุดและมองเห็นคุณค่าของผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญ โดยบทบาทของผู้สอนเป็นเพียงผู้ชี้แนะการเรียนรู้ผ่านการสะท้อนคิด การค้นหาประเด็น การเรียนรู้ จัดประสบการณ์การเรียนรู้ สนับสนุนและจัดบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ การเรียนด้วยวิธี EBE ส่งผลให้นักศึกษามุ่งมั่นลงมือปฏิบัติการเรียนรู้ด้านทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้เรียนในการก้าวสู่วิชาชีพการพยาบาลในอนาคต

ข้อเสนอแนะ ควรจัดการเรียนการสอนในภาคปฏิบัติด้วยวิธี EBE ควรดำเนินการจัดการเรียนการสอนในขั้นตอนต่างๆอย่างสมบูรณ์ ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการสอน การปฐมนิเทศ การสรุปการเรียนรู้ และการมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการอย่างแท้จริง และสอนในทุกรายวิชาเพื่อให้นักศึกษาเกิดทักษะที่จำเป็นเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองและอย่างต่อเนื่อง



เอกสารอ้างอิง

- Alfaro-LeFevre, R. (2013). *Critical thinking and clinical judgment: A practical approach to outcome-focused thinking (5th ed)*. Philadelphia, PA: W. B. Saunders Elsevier.
- Brock, S.E. (2010). Measuring the importance of precursor steps to transformative learning. *Adult Education Quarterly*, 60(2), 122-142.
- Chutchavarn Wongsaree. (2019). Teaching to Critical thinking in Generation Z Nursing Student: A Review of Literature. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 20(1), 21-30 (in Thai)
- Green, L., & Mälkki, K. (2017). *Relationship Conflict as Disorienting Dilemma: An Experiential Prototype for Transformation*. *Journal of Transformative Learning*, (4)2, 69-83.
- Happell, B., Platania-Phung, C., Scholz, B., Bocking, J., Horgan, A., Manning, F., Doody, R., Hals, E., Granerud, A., Lahti, M., Pullo, J., Vatula, A., Koski, J., van der Vaart, K. J., Allon, J., Griffin, M., Russell, S., MacGabhann, L., Bjornsson, E., & Biering, P. (2019). *Changing attitudes: The impact of Expert by Experience involvement in Mental Health Nursing Education: An international survey study*. *International journal of mental health nursing*, 28(2), 480-491. <https://doi.org/10.1111/inm.12551>
- Horgan, A., et.al. (2020). *Expert by experience involvement in mental health nursing education: The co-production of standards between Experts by Experience and academics in mental health nursing*. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 27(5), 553-562.
- Khamnee, T. (2513). *Instructional Design: Wide choice* (vol.8). Bangkok: Chulalongkorn printing. (in Thai).
- Imel, S. (1998). *Transformative learning in adulthood* (Vol. 200). ERIC Clearinghouse on Adult, Career, and Vocational Education, Center on Education and Training for Employment, College of Education, the Ohio State University.
- Miceli, M., & Castelfranchi, C. (2018). Reconsidering the Differences Between Shame and Guilt. *Europe's journal of psychology*, 14(3), 710-733.
- Mezirow, J. (1997). Transformative learning: Theory to practice. *New directions for adult and continuing education*, 1997(74), 5-12.



- Mezirow, J. (2000). Learning to think like an adult. *Learning as transformation: Critical perspectives on a theory in progress*, 3-33.
- Potgieter, E. (2000). Clinical teaching: Developing critical thinking in student nurses: Education. *Professional Nursing Today*, 16(2), 4-8
- Timo Toikko (2016) *Becoming an expert by experience: An analysis of service users' learning process*, *Social Work in Mental Health*, 14:3, 292-312, DOI: 10.1080/15332985.2015.1038411
- Kusoom, W. & Tongvichean, S. (2017) *Developing Critical Thinking Skill for Nursing Students*. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 25(3), 1-7. (in Thai)
- Wichan Phanich. (2515) *Transformative learning*. Bangkok. SR printing mass product company limited. (in Thai)
- Saowanee Choojan, Ronnchai Khonboon. (2019). *Transformative Learning: Education Perspective for Nursing Students in Coronavirus Disease 2019*. (in Thai)
- Soakeaw, S. (2019). *Factors Affecting to Analytical thinking of nursing students Faculty Of Nursing*, Ubon Ratchathani Rajabhat University. *Journal of Srivanalail Vijail*. 8(2), 39-50. (in Thai).
- Suandra M. Tomlinson-Clarke, Darren L Clarke. (2016) *Social Justice and Transformative Learning: Culture and Identity in the United States and South Africa* *Routledge Research in Educational Equality and Diversity*. Routledge. ISBN 1317577914, 9781317577911
- Videmšek, P. (2017). *Expert by experience research as grounding for social work education*. *Social Work Education*. 36



The Role of Nurses in the Provision of Vaccine Services to Prevent Coronavirus 19

Unya Plodpluang^{1*}

(Received: December 3, 2021, Revised: February 20, 2022, Accepted: March 17, 2022)

Abstract

In the situation of the corona virus 19 epidemic, nurses play an important role in providing nursing services to coronavirus patients and preventing disease for at-risk individuals. This article presents the role of nurses in the provision of vaccine services for the prevention of Coronavirus 19 based on practical experience in vaccination centers and literature reviews. Five roles included: 1) planning for vaccination service, 2) risk assessments by screening risk assessment and vaccination consent form, 3) vaccine preparations, 4) vaccine injection technique and 5) observations of vaccine side effects.

Nurses should review their roles in order to be able to provide effective vaccination services for the prevention of coronavirus disease 2019 and in accordance with the organization's policy and for the benefit of the service recipients.

Keywords: Role of nurses; Vaccination service; Coronavirus 19

* Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Chakiraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

¹Corresponding author: anya_p12@hotmail.com Tel: 0898377885



บทบาทของพยาบาลด้านการจัดบริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

อัญญา พลดเปลื้อง^{1*}

(วันที่รับบทความ : 3 ธันวาคม 2564 , วันแก้ไขบทความ: 20 กุมภาพันธ์ 2565, วันตอบรับบทความ: 17 มีนาคม 2565)

บทคัดย่อ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการป้องกันโรคแก่บุคคลกลุ่มเสี่ยงต่างๆ พยาบาลจึงควรมีความพร้อมในการจัดบริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 บทความนี้เสนอบทบาทของพยาบาลด้านการจัดบริการวัคซีนเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์ในการจัดบริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบ บทบาท 5 ประการ ได้แก่ 1) การวางแผนจัดบริการวัคซีน 2) การประเมินความเสี่ยงตามแบบคัดกรองและใบยินยอมรับวัคซีน 3) การเตรียมวัคซีน 4) การฉีดวัคซีน และ 5) การสังเกตอาการผิดปกติภายหลังได้รับวัคซีน พยาบาลควรทบทวนบทบาทดังกล่าวเพื่อให้สามารถบริการวัคซีนเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับนโยบายขององค์กรและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ

คำสำคัญ: บทบาทของพยาบาล; การจัดบริการวัคซีน; โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ:anya_p12@hotmail.com โทรศัพท์: 0898377885



บทนำ

ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ส่งผลกระทบต่อสาธารณสุขเสียทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคมของโลก เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม มีปัญหาชีวิตโดยรวมและความเครียด รวมทั้งการปรับตัว และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ปัญหาสุขภาพกาย และสุขภาพจิต (Kittiprapas et al, 2020) โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคที่ติดต่อได้ง่ายและเป็นอันตรายอย่างมากต่อชีวิตของผู้ได้รับเชื้อ ก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านสุขภาพของประชากรโลกทั้งแบบเฉียบพลันถึงขั้นเสียชีวิต และส่งผลกระทบยาวต่อสุขภาพของร่างกายมนุษย์ จนองค์การอนามัยโลกต้องประกาศให้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการระบาดใหญ่ ทั้งนี้รัฐบาลไทยได้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินโดยอาศัยอำนาจตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.2548 ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2563 พร้อมกับจัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือเรียกโดยย่อว่า “ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19” และให้โรงพยาบาลสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่มีหน้าที่และอำนาจในการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งภาครัฐและเอกชน จัดหา ยา เวชภัณฑ์ เครื่องมือในการตรวจโรค เครื่องช่วยหายใจและอุปกรณ์อื่นๆ ที่จำเป็นให้เพียงพอตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดหรือแนะนำ ทั้งนี้ ให้ความสำคัญการเตรียมบุคลากรทางการแพทย์จากแหล่งต่าง ๆ และการเตรียมสถานที่กักกัน สถานที่คุมไว้สังเกตหรือเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยที่อาจเพิ่มจำนวนขึ้น นอกจากนั้นแล้วการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน นอกเหนือไปจากที่กล่าวมาแล้ว คือ การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนปฏิบัติตามแบบ Social distancing ควบคู่ไปกับการสร้างภูมิคุ้มกันให้กับประชาชนด้วยการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่ในการจัดหาวัคซีนที่ได้มาตรฐานตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนด เพื่อให้บริการกับประชาชนอย่างทั่วถึง ในการนี้สภาการพยาบาลในฐานะผู้แทนผู้ประกอบการวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์ ได้ออกแถลงการณ์สนับสนุนให้มีการจัดหาวัคซีนที่มีประสิทธิภาพสูงให้กับประชาชน และเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร อุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมให้เพียงพอต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2021) พร้อมทั้งกำหนดแนวปฏิบัติเพื่อควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยในหน่วยบริการต่างๆ

สมรรถนะของพยาบาลด้านการจัดบริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการป้องกันโรคแก่บุคคลกลุ่มเสี่ยงต่างๆ โดยเฉพาะการจัดบริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถและทักษะการจัดบริการให้กับผู้รับบริการจำนวนมาก สมรรถนะของพยาบาลที่ให้บริการพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการจัดบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ



สมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลด้านการจัดบริการวัคซีนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อประชาชน แบ่งเป็น 5 ประการ ได้แก่

1. การวางแผนจัดบริการวัคซีน
2. การประเมินความเสี่ยงตามแบบคัดกรองและใบยินยอมรับวัคซีน
3. การเตรียมวัคซีน
4. การฉีดวัคซีน
5. การสังเกตอาการผิดปกติภายหลังได้รับวัคซีน

1. การวางแผนจัดบริการวัคซีน

พยาบาลพึงนำความรู้ ความสามารถด้านการบริหารมาใช้ในการจัดบริการวัคซีนเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คำนึงถึงความสะดวกคล่องด้านนโยบายและการปฏิบัติเพื่อให้การบริการวัคซีนบรรลุเป้าหมายตามที่หน่วยงานกำหนด ทั้งนี้พยาบาลประสานความร่วมมือกับเภสัชกรเพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการคงสภาพของวัคซีน การเตรียมวัคซีนเพื่อลดการสิ้นเปลืองและสูญเสียวัคซีน การลงรายการการใช้วัคซีน คำนวณความต้องการใช้วัคซีนในแต่ละวัน การจัดเตรียมเวชภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง และการจัดอัตรากำลังพยาบาล นอกจากนี้พยาบาลควรมีการเตรียมพร้อมก่อนการให้บริการ การควบคุมมาตรฐานการให้บริการ และการบริหารจัดการภายหลังได้รับวัคซีน ตามมาตรฐานงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอย่างเคร่งครัด การเตรียมพร้อมก่อนการให้บริการวัคซีนโควิด ประกอบด้วย

1. การจัดเตรียมสถานที่ให้บริการ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการให้บริการวัคซีนโควิด และเตรียมพร้อมกรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังฉีดวัคซีน ดังนั้น โรงพยาบาลควรจัดให้มีสถานที่ให้บริการเป็นการเฉพาะ มีพื้นที่เพียงพอสำหรับผู้มารับบริการ โดยยึดหลักการเว้นระยะห่าง 1 – 2 เมตร มีจุดล้างมือหรือที่ตั้งเจลแอลกอฮอล์ที่เพียงพอต่อจำนวนผู้รับบริการ จุดลงทะเบียนและคัดกรองที่โปร่งโล่ง มีอากาศถ่ายเทสะดวก จุดรอฉีดวัคซีนและให้ความรู้ บริเวณฉีดวัคซีนที่มีความพร้อมในการกู้ชีพ จุดเฝ้าสังเกตอาการภายหลังได้รับวัคซีน จุดนัดหมาย และที่สำคัญมีผังขั้นตอนการรับบริการตั้งแต่เริ่มรับบริการจนเสร็จสิ้นไว้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ควรมีจุดประชาสัมพันธ์ที่อธิบายขั้นตอนต่างๆผ่านเครื่องขยายเสียงเพื่ออำนวยความสะดวกต่อการรับบริการของกลุ่มเป้าหมาย

2. การจัดอัตรากำลังพยาบาลเพื่อให้บริการฉีดวัคซีน COVID – 19 ควรมีความสอดคล้องกับขั้นตอนการให้บริการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดขึ้น โดยมีขั้นตอนที่พยาบาลมีส่วนในการให้บริการ ได้แก่ จุดวัดสัญญาณชีพ จุดซักประวัติประเมินความเสี่ยงและลงนามในใบยินยอมการรับวัคซีน จุดรอฉีดวัคซีน จุดฉีดวัคซีน และจุดสังเกตอาการ ทั้งนี้ กองการพยาบาล (Nursing Division of Ministry of Public Health Thailand, 2021) ได้กำหนดการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลสำหรับการบริการวัคซีน COVID – 19 ดังแสดงตารางที่ 1



ตารางที่ 1 แสดงการบริหารจัดการอัตรากำลังพยาบาลสำหรับการบริการวัคซีน COVID – 19

จุดบริการ		อัตรากำลังพยาบาลสำหรับการบริการวัคซีน COVID – 19		
		ผู้รับบริการ 600 คน (เข้า 300 คน บ่าย 300 คน)	ผู้รับบริการ 300คน (เข้า 150 คน บ่าย 150 คน)	ผู้รับบริการ 100คน (เข้า 50 คน บ่าย 50 คน)
จุดวัดสัญญาณชีพ		พยาบาล 1 คน ผู้ช่วยพยาบาล 2 คน	ผู้ช่วยพยาบาล 2คน	ผู้ช่วยพยาบาล 1คน
จุดซักประวัติประเมินความเสี่ยง ลงนามในใบยินยอมการรับวัคซีน		พยาบาล 5-6 คน	พยาบาล 2-3 คน	พยาบาล 1-2 คน
จุดรอฉีดวัคซีน		พยาบาล 2-3 คน	พยาบาล 1-2 คน	พยาบาล 1 คน
จุดฉีดวัคซีน		พยาบาล 5-6 คน	พยาบาล 2-3 คน	พยาบาล 1-2 คน
จุดสังเกตอาการ	เฝ้าระวังอาการ และให้คำปรึกษา	พยาบาล 3 คน	พยาบาล 2 คน	พยาบาล 1 คน
	รับผู้รับวัคซีนที่มี อาการแทรกซ้อน	พยาบาล 2 คน	พยาบาล 2 คน	พยาบาล 2 คน

3. การจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ พยาบาลจำเป็นต้องจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการฉีดวัคซีน ภายใต้ระบบลูกโซ่ความเย็น และ เตรียมเอกสารต่างๆ ให้พร้อมต่อการดำเนินงาน ได้แก่

- อุปกรณ์ฉีดวัคซีน ได้แก่ เข็มฉีดยา กระบอกฉีดยา พลาสเตอร์ กระดิกสำหรับใส่วัคซีน สำลี แอลกอฮอล์ ยาแก้ปวดลดไข้ ขนาดกระบอกฉีดยาที่เหมาะสม: เนื่องจากปริมาณวัคซีนที่ใช้ต่อโดส มีปริมาณ 0.5 ซีซี จึงควรใช้กระบอกฉีดยาขนาด 1 ซีซี หรือ 3 ซีซี เป็นขนาดที่เหมาะสมกับปริมาณวัคซีนที่ใช้ต่อโดส ขนาดเข็มฉีดยาที่เหมาะสม:ขนาดเข็มฉีดยา 23-26 G ยาว 1-2 นิ้ว โดยฉีดเข้าชั้นกล้ามเนื้อ

- อุปกรณ์กู้ชีพ ประกอบด้วย รถ Emergency ที่พร้อมใช้งาน อุปกรณ์ปฐมพยาบาล Ambu bag, Oxygen face mask, IV fluid for resuscitation, Adrenaline, Laryngoscope, Endotracheal tube เป็นต้น

- อุปกรณ์ช่วยเหลือการเคลื่อนย้ายผู้รับบริการ เช่น รถนั่ง รถนอน รถ Ambulance ชื่อผู้ประสานงานและหมายเลขโทรศัพท์ในภาวะฉุกเฉิน เป็นต้น



2. การประเมินความเสี่ยงตามแบบคัดกรองและยินยอมรับวัคซีน

บริเวณจุดคัดกรองความเสี่ยงก่อนให้บริการวัคซีนมีความสำคัญมาก ทั้งนี้พยาบาลควรเตรียมตนเองก่อนการให้บริการด้วยการล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจล 70% หรือน้ำและสบู่ สวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย ได้แก่ สวมกาวน์พลาสติกแขนยาวทับชุดที่สวมใส่ ใส่ Surgical Mask แล้วทับด้วยหน้ากากผ้าอีก 1 ชั้น สวมหมวกคลุมผม ใส่ Face shield และสวมถุงมือยาง พยาบาลจะตรวจร่างกายทั่วไป วัดสัญญาณชีพ ชักประวัติความเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ตามแบบประเมินความเสี่ยงและยินยอมรับวัคซีนโควิด-19 ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (Department of Disease Control, 2021) เพื่อสำรวจความผิดปกติประกอบการพิจารณาการให้วัคซีนของแพทย์ ดังนี้

2.1 การตรวจร่างกายทั่วไป พยาบาลจะประเมินอุณหภูมิร่างกาย หากมีไข้ ให้งดการฉีดวัคซีนในวันนั้น ชั่งน้ำหนัก ชีพจร และวัดความดันโลหิต โดยวัด 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 15 – 30 วินาที ด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ แบบพันต้นแขน (Automated upper arm cuff blood pressure measuring device) โดยผู้ถูกวัดความดันโลหิต ไม่เห็นค่าความดันโลหิต ทั้ง 3 ค่า แล้วคำนวณหาค่าเฉลี่ยความดันโลหิต (Automated-3-reading blood pressure) ค่าเดียว หรือ ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติแบบพันต้นแขน ที่วัดความดันโลหิตทั้ง 3 ครั้ง ห่างกัน 15 – 30 วินาที แล้วแสดงค่าตัวเลขความดันโลหิตเฉลี่ยค่าเดียว (Department of Disease Control, 2021) กำหนดค่าความดันโลหิตไม่ควรเกิน 140/90 mm.Hg. หากเกินหรือมีอาการใจสั่นให้นั่งพัก 15 – 30 นาที ถ้าไม่ดีขึ้นให้ปรึกษาแพทย์ผู้รับผิดชอบ

2.2 การซักประวัติและคัดกรองภาวะผิดปกติ พยาบาลที่จุดคัดกรองจะซักประวัติ สอบถามอาการผิดปกติ ตรวจสอบข้อห้ามและข้อควรระวังของการฉีดวัคซีนทุกชนิด ตามแบบคัดกรองและลงนามยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลของหน่วยบริการ วันเดือนปีที่ให้บริการ และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ ซึ่งประกอบด้วย ชื่อ-นามสกุล อายุ วันเดือนปีเกิด เบอร์โทรศัพท์ และที่อยู่ ทั้งนี้การคัดกรองประวัติของผู้รับบริการ จะเป็นการประเมินภาวะสุขภาพผู้ขอรับบริการวัคซีนโควิด 19 ที่พยาบาลหรือผู้ให้บริการ ดังนี้

- อายุที่ยังไม่ได้รับการรับรองให้ฉีดวัคซีนได้
- หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รุนแรงกว่าหญิงไม่ตั้งครรภ์ และอาจทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนดได้ แม้ว่าวัคซีนส่วนใหญ่ไม่มีการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ แต่การศึกษาในสัตว์ทดลอง ไม่พบว่าวัคซีนจะมีผลอันไม่พึงประสงค์ต่อการตั้งครรภ์ จึงแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการรับเชื้อฉีดวัคซีนได้หลังไตรมาสแรก ส่วนหญิงให้นมบุตรสามารถฉีดวัคซีนได้
- อาการแพ้รุนแรงจากการฉีดวัคซีนโควิด19 ครั้งก่อน หรือแพ้ส่วนประกอบของวัคซีน
- เคยได้รับการถ่ายเลือด พลาสมา ผลิตภัณฑ์จากเลือด ส่วนประกอบของเลือด อิมมูโนโกลบูลิน ยาทานไวรัส หรือ แอนติบอดีสำหรับการรักษาโควิด-19 ภายใน 90 วันที่ผ่านมา



- มีโรคประจำตัวที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรค เป็นต้น
 - ภาวะโรคเรื้อรังที่รุนแรงและยังควบคุมไม่ได้ กำเริบ หรืออาการยังไม่คงที่ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หอบ เหนื่อย ใจสั่น โดยเฉพาะ โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบหลอดเลือด หัวใจ ประสาท มะเร็ง เป็นต้น ภาวะเหล่านี้ควรปรึกษาแพทย์ ผู้ดูแลก่อน ว่าสามารถรับวัคซีนได้หรือไม่ ส่วนโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวอื่นๆที่มีอาการ คงที่ดีสามารถรับวัคซีนได้
 - มีอาการเกี่ยวกับสมอง หรือ ระบบประสาทอื่น ๆ
 - ตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วง 10 วันที่ผ่านมา
 - มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือนอนรักษาตัวและออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 14 วัน
 - ผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันผิดปกติ ไม่ว่าจะเป็นจากสาเหตุใดๆ สามารถรับวัคซีนได้ แม้ว่าการสร้างภูมิคุ้มกันหลังการฉีดวัคซีนอาจจะไม่ดีเท่าคนปกติ แต่วัคซีนยังมีประสิทธิภาพป้องกันโรคได้ แต่ควรปรึกษาแพทย์ หากมีสภาวะภูมิคุ้มกันอ่อนแอมาก หรือกำลังรับยากดภูมิขนาดสูง แพทย์อาจมีการปรับหรือหยุดยากดภูมิคุ้มกันก่อนหรือหลังการฉีดวัคซีน
 - มีภาวะเลือดออกง่ายหรือหยุดยาก เกล็ดเลือดต่ำ การแข็งตัวของเลือดผิดปกติหรือ ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด
 - มีอาการป่วยเช่น มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก อ่อนเพลียกล้ามเนื้อ เป็นต้น
- เมื่อพยาบาลคัดกรองผู้รับบริการแล้วพบว่า มีภาวะดังกล่าว ให้งดเว้นการฉีดวัคซีนโควิด 19 ไว้ก่อน จากนั้นควรปรึกษาแพทย์ผู้รับผิดชอบเพื่อลงความเห็นไว้เป็นลายลักษณ์อักษร หมายเหตุ กรณีติดเชื้อโควิดมาก่อน แนะนำฉีดวัคซีน 1 เข็ม ภายหลังการติดเชื้อ 1- 3 เดือน หากพบปัญหาให้ส่งปรึกษาแพทย์ก่อนส่งไปยังจุดถัดไป
- กรณีในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า นั้น วัคซีนโควิด 19 ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในประเทศไทย ให้ฉีดได้ในบุคคลอายุ 12 ปีขึ้นไป ณ ปัจจุบัน (9 กันยายน 2564) ได้แก่ วัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer vaccine) เป็นวัคซีนชนิดเอ็มอาร์เอ็น เอ (mRNA vaccine) ฉีด 2 ครั้ง โดยห่างกัน 3 - 4 สัปดาห์ อาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนที่อาจพบได้ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดงบริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ปวดข้อ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน ต่อมน้ำเหลืองข้างที่ฉีดวัคซีนบวม เป็นต้น จากการให้วัคซีนนี้ในต่างประเทศ พบรายงานการเกิดภาวะกล้ามเนื้อ หัวใจอักเสบ หรือเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบแต่พบน้อยมาก ส่วนใหญ่พบในเพศชายวัยรุ่น ภายใน 14 วันหลังฉีดวัคซีน โดยอาการบ่งชี้ เช่น การเจ็บหน้าอก หายใจสั้น หรือใจสั่น หากมีอาการภายหลังได้รับวัคซีนที่รุนแรง ให้ไปพบแพทย์ที่สถานพยาบาลทันที (Department of Disease Control, 2021) ทั้งนี้ผู้ปกครองต้องลงนามยินยอมให้บุตรหลานได้รับการฉีดวัคซีนโควิด 19 ด้วยวัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer Vaccine) โดยสมัครใจก่อนการฉีดวัคซีนด้วย หากพบว่านักเรียน/นักศึกษา มีอายุเกิน 18 ปี ให้รับวัคซีน Pfizer ได้พร้อมกับนักเรียนร่วมสถาบันการศึกษาได้



3. การเตรียมวัคซีน

พยาบาลพึงมีความรู้เกี่ยวกับวัคซีนที่นำมาใช้ในการจัดบริการ กล่าวคือ ที่วัคซีนโควิด 19 ใช้ในปัจจุบันเป็นวัคซีน Oxford–AstraZeneca วัคซีนชนิดเชื้อตาย Sinovac หรือ Sinopharm วัคซีน Pfizer, Moderna และ วัคซีนJohnson ซึ่งต้องมีการขึ้นทะเบียนรับรองให้ใช้โดยคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ซึ่งทำให้มั่นใจว่า วัคซีนที่จะนำมาใช้ทุกตัวในประเทศไทยจะต้องมีประสิทธิภาพ และความปลอดภัยต่อผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีน การเปรียบเทียบวัคซีนโควิด 19 ที่มีใช้ในปัจจุบัน วัคซีนแต่ละตัวมีข้อดีและข้อจำกัด และที่สำคัญคือ ไม่สามารถนำผลการศึกษาของวัคซีนต่างชนิดมาเปรียบเทียบกันโดยตรงได้เนื่องจากมีความแตกต่างกันทั้งด้านการศึกษาประชากร และช่วงเวลา อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาที่รายงานมากขึ้น ทำให้สรุปข้อดีและข้อจำกัดของวัคซีนแต่ละชนิด ดังแสดงตารางที่ 2 ได้ดังนี้ (Department of Disease Control, 2021)

ตารางที่ 2 แสดงข้อดีและข้อจำกัดของวัคซีนแต่ละชนิด

ชนิดของวัคซีน	ข้อดี	ข้อจำกัด
Oxford–AstraZeneca	- ประสิทธิภาพเกิดขึ้นเร็ว ตั้งแต่หลังการฉีดเข็มแรกเพียง 2 สัปดาห์ - ประสิทธิภาพ เกิดเต็มที่ - มีการรับรองและยอมรับในประเทศในทวีปยุโรปและอเมริกา	- มีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นได้บ่อย มีไข้ เพลีย ได้ถึงร้อยละ 70-80 แต่ส่วนใหญ่อาการไม่มาก - ไม่มีข้อมูลการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ และผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างมาก - เป็นเทคโนโลยีใหม่ ยังไม่แน่ใจว่าการมีแอนติบอดีต่อไวรัสที่เป็นพาหะจะลดทอนประสิทธิภาพในการฉีดครั้งต่อไปหรือไม่
Sinovac	- มีอาการข้างเคียงน้อย - เป็นวัคซีนเชื้อตายจึงไม่ต้องกังวลในการใช้กับผู้ที่ภูมิคุ้มกันบกพร่องและหญิงตั้งครรภ์ - เทคโนโลยีในการผลิตเป็นแบบที่เคยมีการใช้มาก่อน ทำให้มีความ ไว้วางใจในความปลอดภัยระยะยาว	- ต้องฉีดครบ 2 เข็มจึงจะมีประสิทธิภาพเกิดได้เต็มที่ - มีรายงานอาการข้างเคียง คล้ายอาการ ทางระบบประสาท (Immunization stress-related response :ISRR)
Pfizer, Moderna	- ข้อมูลการศึกษาพบว่ามีประสิทธิภาพสูงมาก สามารถป้องกันการติดเชื้อทั้งหมดได้ร้อยละ 95 ป้องกันการติดเชื้อที่ไม่มีอาการได้ร้อยละ 91	- มีอาการข้างเคียงพบได้บ่อย ไม่รุนแรง - เป็นเทคโนโลยีใหม่ ทำให้มีความระแวงถึงผลข้างเคียงในระยะยาว



ตารางที่ 2 แสดงข้อดีและข้อจำกัดของวัคซีนแต่ละชนิด (ต่อ)

ชนิดของวัคซีน	ข้อดี	ข้อจำกัด
	- มีข้อมูลการใช้ในหญิงตั้งครรภ์และผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องว่าปลอดภัยได้ผลดี - มีการรับรองและยอมรับสำหรับประเทศ ในทวีปยุโรปและทวีปอเมริกา	
Johnson	- ฉีดเข็มเดียว - เลียนแบบการติดเชื้อไวรัสอะดิโนตามธรรมชาติจึงไม่มีความกังวลเรื่องผลข้างเคียงระยะยาว - มีการรับรองและยอมรับสำหรับประเทศในทวีปยุโรปและทวีปอเมริกา	- ไม่มีข้อมูลการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ และผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างมาก - เป็นเทคโนโลยีใหม่ ยังไม่แน่ใจว่า การมีแอนติบอดีต่อไวรัสที่เป็นพาหะจะลดทอนประสิทธิภาพในการฉีดครั้งต่อไปหรือไม่

นอกจากนี้ สภาการพยาบาล (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2021) ได้กำหนดแนวปฏิบัติสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อการเตรียมฉีดวัคซีน Multiple dose ในสถานการณ์แพร่ระบาดโควิด -19 ไว้ดังนี้

1. เตรียมสถานที่ บริเวณหรือพื้นที่ที่จัดเตรียมวัคซีนให้สะอาด
2. ผู้เตรียมวัคซีนใส่หน้ากากอนามัยที่แนบใบหน้า ทำความสะอาดมือด้วยน้ำและสบู่ หรือ 70% alcohol hand rub สวมกาวน์พลาสติกกันน้ำแขนยาวทับชุดที่สวมใส่ สวมหมวกคลุมผมและสวมถุงมือสะอาด
3. เตรียมอุปกรณ์ ได้แก่ ถาดเตรียมยาที่ติดชื่อวัคซีนกำกับ Syringe ขนาด 1 ml. เข็มสำหรับดูดวัคซีนเบอร์ 21-25 เข็มสำหรับฉีดวัคซีนเบอร์ 25 ความยาว 1 นิ้ว สำลีแอลกอฮอล์ และกล่องปลดหัวเข็ม
4. เตรียมและตรวจสอบความพร้อมใช้ของวัคซีน ได้แก่ สภาพขวดวัคซีน ลักษณะของน้ำยาวัคซีน และวันหมดอายุ
5. ใช้ Aseptic technique ในการเตรียมวัคซีน เปิดฝาขวดวัคซีน เช็ดจุกยางด้วยแอลกอฮอล์ 70% ใช้เข็มเบอร์ 21-25 แทงที่จุกยางโดยทำมุม 90 องศากับขวดวัคซีนห้ามเขย่าขวดวัคซีน



6. ปรับระดับปลายเข็มให้อยู่ในระดับน้ำยาวัคซีน กรณี dose วัคซีนกำหนดให้เป็น 0.5 ml. เช่น AstraZeneca ให้ดูดวัคซีนให้ได้ปริมาณ 0.5 ml. ต่อ dose ปลด Syringe แล้วสวมเข็มสำหรับฉีดวัคซีนเบอร์ 25 และวาง Syringe ในถาดเตรียมยาที่เขียนชื่อวัคซีนกำกับไว้ กรณีฉีดวัคซีนชนิดอื่นต้องดูดวัคซีนให้ได้ตามที่คุณผลิตกำหนดไว้

7. สวม Syringe ที่จะเตรียมวัคซีนใน dose ถัดไป เข้ากับเข็มดูดที่ค้างไว้กับขวดวัคซีน ทำซ้ำในข้อ 6 จนกระทั่งวัคซีนหมดขวด หากวัคซีนที่เหลือในขวดมีปริมาณไม่ถึง dose ที่กำหนด ไม่ต้องดูดมาใช้ และห้ามนำไปผสมกับวัคซีนอื่น

8. วัคซีนใน Syringe ที่เตรียมฉีด และวัคซีนที่เหลือในขวด ต้องใช้ภายใน 6 ชั่วโมง หลังจากนำวัคซีนออกจากตู้เย็นที่ควบคุมอุณหภูมิ

9. เก็บขวดวัคซีนที่ใช้แล้วในอุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส อย่างน้อย 7 วันเพื่อการทวนสอบกรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังได้รับวัคซีน

4. การฉีดวัคซีน

พยาบาลควรทบทวนการฉีดยา เพื่อป้องกันความผิดพลาดและอันตรายที่อาจเกิดกับผู้รับบริการ วัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 การฉีดวัคซีน COVID-19 ยึดหลัก 5R คือ Right patient, Right drug, Right dose, Right time และ Right route มีแนวทางการดำเนินการ ดังนี้

1. ตรวจสอบชื่อ นามสกุล และอายุของผู้รับวัคซีน รวมทั้งชนิดและจำนวนวัคซีนที่จะให้กับผู้รับวัคซีน และให้ผู้รับวัคซีนนั่งเก้าอี้ที่จัดเตรียมไว้ให้

2. ทำความสะอาดมือทั้งที่สวมถุงมือด้วยแอลกอฮอล์เจล 70%

3. กำหนดตำแหน่งที่จะฉีดวัคซีนที่กล้ามเนื้อ Deltoid โดยวัดจากปุ่มไหล่ (Acromial process) ลงมา 2 นิ้ว บนแนวกลางต้นแขน

4. เช็ดบริเวณที่จะฉีดวัคซีน ด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% วัดจากตำแหน่งที่จะฉีดออกด้านนอก 2-3 นิ้ว แล้วรอให้แห้งฉีดวัคซีนโดยแทงเข็ม 90 องศากับกล้ามเนื้อ Deltoid ความลึกประมาณ 1 นิ้ว หรือ 1.5 นิ้ว สำหรับผู้รับวัคซีนที่มีไขมันบริเวณต้นแขนหนาไม่หยิบเนื้อขึ้นมา เพราะการหยิบเนื้อขึ้นมาจะทำให้ฉีดไม่ถึงชั้นกล้ามเนื้อ การฉีดวัคซีนไม่มีความจำเป็นต้องดึงหลอดฉีดยาหรือทดสอบว่าเข้าเส้นเลือดหรือไม่ (Nursing Division of Ministry of Public Health Thailand, 2021) เมื่อเข็มปักเข้ากล้ามเนื้อแล้ว ค่อยๆเดินยาได้ทันที เพียงสังเกตที่หัว syringe ทุกครั้งว่ามี เลือดย้อนมาที่หัว syringe หรือไม่ก็พอ เพราะตำแหน่งที่เราฉีดไม่มีเส้นเลือดใหญ่อยู่แล้ว เดินยาจนหมด ดึงเข็มออกตรงๆ

5. ปิดพลาสติกหรือสำลีแห้ง sterile บริเวณที่ฉีดวัคซีน ถ้ามีเลือดซึมให้ใช้สำลีแห้ง กดไว้เบาๆ ห้ามคลึงบริเวณที่ฉีด แจ้งผู้รับวัคซีนให้เอาออกในวันรุ่งขึ้น

6. การทิ้งหัวเข็มและ Syringe



6.1 กรณีที่มีกล่องปลดหัวเข็ม ให้ปลดหัวเข็มกับกล่อง โดยไม่ต้องสวมปลอกเข็ม ส่วนSyringe ที่ตั้งลงในถังขยะติดเชื้อ ติดป้ายที่ภาชนะว่าเป็นของมีคม ปริมาณของเข็มไม่ควรเกิน 2 ใน 3 ส่วนของภาชนะ ปิดฝาก่อนนำไปกำจัด สำหรับปลอกเข็มทิ้งในขยะธรรมดา

6.2 กรณีที่ไม่มีกล่องปลดหัวเข็ม ให้ทิ้งเข็มพร้อม Syringe ในภาชนะที่ป้องกันการแทงทะลุได้ โดยไม่ต้องสวมปลอกเข็ม ติดป้ายที่ภาชนะว่าเป็นขยะติดเชื้อและของมีคม ปริมาณของขยะติดเชื้อและของมีคมไม่ควรเกิน 2 ใน 3 ส่วนของภาชนะ ปิดฝาก่อนนำไปกำจัด

7. ทำความสะอาดมือทั้งที่สวมถุงมือด้วยแอลกอฮอล์เจล 70% กรณีถุงมือมีรอยร้าวหรือหลังให้บริการผู้รับวัคซีนที่มีบาดแผลที่ผิวหนัง มีสารคัดหลั่ง โดยให้ถอดถุงมือแล้วทิ้งลงในถังขยะติดเชื้อ

5. การสังเกตอาการผิดปกติภายหลังได้รับวัคซีน

ภายหลังได้รับวัคซีนพบว่า อาจมีอาการไม่พึงประสงค์ได้ เนื่องจากผู้รับบริการอาจมีความวิตกกังวล และขั้นตอนการเข้ารับบริการรับวัคซีน อาจทำให้เกิด ความเครียดได้สูง ทั้งหมดนี้อาจทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดนี้เมื่อได้รับการฉีดวัคซีนได้ องค์การอนามัยโลก (WHO, 2019) ได้นิยามกลุ่มอาการจากปฏิกิริยาเหล่านี้ว่า Immunization Stress-Related Response (ISRR) เป็นอาการทางกายที่เกิดขึ้นจริง ที่ตอบสนองต่อภาวะความเครียดในการได้รับการฉีดวัคซีนร่วมกับ อาการข้างเคียงที่เกิดตามปกติหลังได้รับวัคซีน เกิดได้กับวัคซีนทุกชนิด ทุกรุ่นการผลิต (Lot) อาการของ ISRR เช่น เป็นลม ปวดเกร็งท้อง คลื่นไส้ ตามัว ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว อันเป็นผลจากการตอบสนองของระบบประสาท อัตโนมิติไปจนถึงอาการทางระบบประสาท (Dissociative Neurological Symptom Reaction: DNSR) เช่น อาการอ่อนแรง การเคลื่อนไหวของร่างกายผิดปกติ ความผิดปกติของการทรงตัว พูดไม่ชัด อาการคล้ายภาวะหมด เลือดสมองหรือชัก โดยส่วนใหญ่อาการมักเกิดขึ้นเร็วภายในไม่กี่นาทีหลังการฉีดวัคซีน แต่อาจมีบางรายเกิดช้าเป็นชั่วโมงหรือเป็นภายหลังการได้รับวัคซีน ISRR มักจะเกิดในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย และพบมากในผู้ที่อายุน้อย ผู้ที่มีอาการ ISRR พบว่า มีอาการของระบบประสาท คล้ายอาการทางหลอดเลือดสมอง เช่น ชา แขนขาอ่อนแรง ภายหลังได้รับวัคซีน โดยอาการเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ประมาณ 5-30 นาทีภายหลังการได้รับวัคซีน แต่บางรายเกิดหลังจากนั้นหลายชั่วโมงหรือเป็นวัน เมื่อตรวจภาพรังสีวิทยาของสมอง (Neuroimaging study) ไม่พบพยาธิสภาพที่ชัดเจน อาการมักจะหายไปภายใน 1-3 วัน บางรายอาการอาจจะอยู่ได้นานกว่านั้น พยาบาลจึงควรมีความรู้ความสามารถในการประเมินอาการผิดปกติ ภายหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 และให้บริการพยาบาลแก่ผู้รับบริการฉีดวัคซีนได้อย่างถูกต้อง ดังนี้

1. สังเกตอาการข้างเคียงของวัคซีน ประมาณ 30 นาที ในรายที่มีอาการข้างเคียงชนิดรุนแรง จะพบอาการหมดสติ ไข้สูง มีจุดเลือดออกจำนวนมาก แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก ปวดศีรษะ รุนแรง ปากเปื่อย กล้ามเนื้ออ่อนแรง ผื่นขึ้นทั้งตัว อาเจียนมากกว่า 5 ครั้ง หากมีอาการดังกล่าวให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เพื่อบรรเทาอาการและรายงานแพทย์ กรณีที่มีอาการข้างเคียงชนิดไม่รุนแรง เช่น มีไข้ต่ำๆ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน



อ่อนเพลีย ปวดบริเวณที่ฉีดวัคซีน แนะนำให้รับประทานยาแก้ปวด Paracetamol 500 มิลลิกรัม 1-2 เม็ด และให้ผู้รับวัคซีนคอยสังเกตอาการที่บ้าน ถ้าพบว่ามีอาการผิดปกติให้กลับมาพบแพทย์

2. วัดสัญญาณชีพก่อนกลับ กรณีที่พบอาการผิดปกติ

3. ให้คำแนะนำสำหรับผู้รับวัคซีนในการปฏิบัติตนที่บ้าน

3.1 สังเกตอาการตนเองเมื่อกลับไปบ้าน กรณีอาการข้างเคียงที่ไม่รุนแรงและไม่ต้องไปพบแพทย์ ได้แก่ ไข้ต่ำๆ หรือปวดศีรษะ ไม่สลายตัว ปวดเมื่อย ปวดบวมแดงร้อน หรือคันบริเวณที่ฉีด คลื่นไส้ อาเจียน ไม่เกิน 5 ครั้ง อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ผื่นแดงเล็กน้อย ในกรณีอาการข้างเคียงรุนแรงและต้องไปพบแพทย์ ได้แก่ ไข้สูง หนาวสั่น ปวดศีรษะรุนแรง มีจุดจ้ำเลือดออกจำนวนมาก เหนื่อย แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวกหรือหายใจไม่ออก ใบหน้าเขียว หรือปากเขียว อาเจียนมากกว่า 5 ครั้ง แขนขาอ่อนแรง ไม่สามารถทรงตัวได้ ผื่นขึ้นทั้งตัว ผื่นหนังลอก ชัก หรือหมดสติ

3.2 ให้ผู้รับวัคซีน Add line หมอพร้อม เพื่อการติดตามอาการหลังฉีดวัคซีน

3.3 บันทึกชื่อและหมายเลขโทรศัพท์หน่วยบริการกรณีต้องการความช่วยเหลือ

4. เมื่อพบผู้ที่มีอาการทางระบบประสาทหลังการฉีดวัคซีน เช่น ชา อ่อนแรง ตามัว ควรรีบปรึกษาแพทย์ เพื่อการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ควรตรวจร่างกายอย่างละเอียดเพื่อให้มั่นใจว่าไม่มีภาวะโรคทางกายก่อนประเมินอาการทางระบบประสาทที่เกิดตามหลังการฉีดวัคซีน ควรให้การดูแลรักษาโดยใช้สหสาขาช่วยดูแล ถ้าพบอาการทางกายควรให้รักษาตามอาการ และให้การประคับประคองจิตใจ โดยไม่มีการว่ากล่าวหรือทำให้ผู้ที่มีอาการรู้สึกไม่ดี ควรให้ความมั่นใจเรื่องอาการที่เกิดขึ้นว่า อาการนี้อาจเกิดขึ้นได้ และส่วนใหญ่จะดีขึ้นภายในเวลาไม่นาน โดยไม่มีอันตราย เพื่อลดความวิตกกังวล

ข้อเสนอแนะสำหรับพยาบาลเกี่ยวกับการบริการวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19

1. พยาบาลควรเพิ่มเติมความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 เนื่องจากมีข้อมูลทางวิชาการของวัคซีนเผยแพร่อย่างต่อเนื่อง ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 จะทำให้สามารถให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้รับบริการได้เป็นอย่างดี

2. พยาบาลควรระมัดระวังการแสดงทัศนคติส่วนตัวเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ในที่สาธารณะ เนื่องจากผู้รับบริการอาจเข้าใจคลาดเคลื่อนและคิดว่าเป็นการขึ้นนำการรับบริการได้

3. พยาบาลควรติดตามและทบทวนนโยบายการบริการวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 จากภาครัฐและหน่วยงานที่สังกัด

4. พยาบาลควรให้บริการพยาบาลตามแนวปฏิบัติสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่สภาการพยาบาลกำหนดอย่างเคร่งครัด



บทสรุป

สมรรถนะพยาบาลด้านการจัดบริการวัคซีนโรคไวรัส 19 มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ครอบคลุม พยาบาลจึงควรเพิ่มพูนสมรรถนะของตนเอง ได้แก่ 1) การวางแผนจัดบริการวัคซีน โดยพยาบาลประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพเพื่อเตรียมพร้อมก่อนให้บริการวัคซีน และควบคุมการให้บริการให้ถูกต้องตามมาตรฐาน 2) การประเมินความเสี่ยงตามแบบคัดกรองและใบยินยอมรับวัคซีน โดยพยาบาลจะตรวจร่างกายทั่วไป ชักประวัติความเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน เพื่อสำรวจความผิดปกติประกอบการพิจารณาการให้วัคซีน และให้ลงนามยินยอมรับวัคซีนโควิด-19 3) การเตรียมวัคซีน พยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับวัคซีนทุกชนิดที่นำมาใช้ในการจัดบริการ และเตรียมการฉีดวัคซีนได้ตามที่สถานการณ์กำหนด 4) การฉีดวัคซีน พยาบาลควรทบทวนการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ และทึงหัวเข็มและ Syringe ได้อย่างถูกต้องตามหลักการป้องกันการกระจายเชื้อ และ 5) การสังเกตอาการผิดปกติภายหลังได้รับวัคซีน พยาบาลควรมีความรู้ในการประเมินอาการผิดปกติภายหลังได้รับวัคซีนและให้บริการพยาบาลแก่ผู้รับบริการฉีดวัคซีนได้อย่างถูกต้อง การเพิ่มเติมความรู้และประสบการณ์ที่หลากหลายจะทำให้พยาบาลสามารถให้บริการวัคซีนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ

เอกสารอ้างอิง

- Department of Disease Control of Ministry of Public Health Thailand. (2021). *Guidelines for vaccinating against COVID-19 in an outbreak situation 2021 of Thailand*. (1st revised edition). Retrieved (2021, June 29). from <https://www.thainapci.org/2021/2021/06/02/>.
- Institute of Neurology. (2021). *Immunization stress related responses by the World Health Organization*. Retrieved (2021, November 19) from <https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-151594-8>.
- Nursing Division of Ministry of Public Health Thailand. (2021). *Management of the nurse workforce rate in providing COVID-19 vaccination services*.
- Kittiprapas,S., Terdudomtham,T., Paktanapakorn,P.& Sorkjabok,P. (2020). *The social impact of the 2019 coronavirus outbreak 2019 and economic crisis*. Ministry of Social Development and Human Security.
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2021). *Guidelines for nursing and midwifery practitioners for the preparation of multiple dose vaccinations in the situation of the COVID 19 epidemic*. Retrieved (2021, November 19) from <https://www.tnmc.or.th/news/576>.
- World Health Organization. (2019). *Immunization stress-related responses*. A manual for program managers and health professionals to prevent, identify and respond to stress-related responses following immunization.



Predictive Factors for Blood Pressure Control in Hypertensive patients in Muang Lampang District, Lampang

Ekkarat Chuaintha*

Kannika Kongbunkird*

Atchara Sittiruk*

(Received : February 16, 2022 , Revised : March 24, 2022 , Accepted: March 28, 2022)

Abstract

The purpose of this predictive study was to identify factors that might predict blood pressure control in persons with hypertension in Muang Lampang district, Lampang. A total of 385 hypertensive patients aged 35 years and above were randomly selected from primary health care hospitals in Muang Lampang district, Lampang. Self-reported questionnaires were used to collect data including the Functional Communication and Critical Health Literacy Scales (FCCHL) and the Self-Care Behavior in hypertension. The reliability coefficients of both questionnaires were 0.70 and 0.88 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, and binary logistic regression.

The finding revealed that percentage 59 of sample could control their blood pressure. Blood pressure control was predicted by number of anti-hypertensive drug (OR = 2.91, CI= 1.20-7.03, $p = .018$), co-morbidity (OR = 1.53, CI= 1.01-2.33, $p = .044$) and health literacy (OR = 1.02, CI= 1.0-1.05, $p = .044$). Three factors predicted blood pressure about 3.8%. Critical health literacy predicted blood pressure control. The study results guided health care providers to promote health literacy in order to achieve optimal blood pressure.

Keywords: Health Literacy; Health behavior; Hypertension

* Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon lampang, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

¹Corresponding author: eakpin@hotmail.com โทร 0816714283



ปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

เอกรัตน์ เชื้ออินธา^{1*}
กรรณิการ์ กองบุญเกิด*
อัจฉรา สิทธิรักษ์*

(วันที่รับบทความ : 16 กุมภาพันธ์ 2565 , วันที่แก้ไขบทความ: 24 มีนาคม 2565 , วันที่ตอบรับบทความ: 28 มีนาคม 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 385 คน โดยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในเขตอำเภอเมืองจังหวัดลำปางกลุ่มตัวอย่างได้มาโดยวิธีการสุ่มหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยวิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมีค่าความเชื่อมั่น 0.70 และ 0.88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและ Binary logistic regression

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ ร้อยละ 59 จำนวนกลุ่มยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ($OR = 2.91$, $CI = 1.20-7.03$, $p = .018$) การมีโรคร่วม ($OR = 1.53$, $CI = 1.01-2.33$, $p = .044$) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($OR = 1.02$, $CI = 1.0-1.05$, $p = .044$) เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยปัจจัยทั้ง 3 ร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 3.8 (Cox and Snell $R^2 = .038$) ความรอบรู้ขั้นการมีวิจารณญาณ เพียงด้านเดียวที่เป็นปัจจัยทำนายการควบคุมโลหิต ($OR = 1.120$, $CI = 1.021-1.229$, $p = .017$) ผลการศึกษานี้ใช้เป็นแนวทางในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์การรักษา

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรมสุขภาพ; ความดันโลหิตสูง

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ eakpin@hotmail.com โทร 0816714283



บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชนิดหนึ่งเป็นภัยคุกคามสุขภาพทั่วโลก ซึ่งเป็นสาเหตุการตายของประชากรทั่วโลกประมาณ 10.80 ล้านคนต่อปี (GBD 2019 Risk Factors Collaborators, 2020) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มที่จะเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบว่าประชากรที่มีอายุ 30-79 ปี เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า จากปี ค.ศ. 1990 ถึง 2019 เพศหญิงเพิ่มขึ้นจาก 331 ล้านคน เป็น 626 ล้านคน เพศชายเพิ่มขึ้น 317 ล้านคนเป็น 652 ล้านคน (NCD Risk Factor Collaboration, 2021) นอกจากนี้การเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมอง โดยพบว่าระดับความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกที่เพิ่มขึ้น 3.70 และ 2.80 มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด และระดับความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกที่เพิ่มขึ้น 8.20 และ 4.40 มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Mill, Stefanescu & He, 2020) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย อัตราการป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงปี พ.ศ.2564 มีจำนวน 960 คนต่อแสนประชากร และร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมได้ดีมีเพียง ร้อยละ 56.52 (Division of Non Communicable Disease, 2021) จากการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 (2562-2563) โรคความดันโลหิตสูงยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญโดยพบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2562 – 2563 เท่ากับ ร้อยละ 25.40 (ชายร้อยละ 26.70 และหญิง ร้อยละ 24.20) สูงกว่าของการสำรวจครั้งที่ 5 เมื่อ พ.ศ. 2557 ซึ่งพบความชุก ร้อยละ 24.70 (ชายร้อยละ 25.60 และหญิง ร้อยละ 23.90) นอกจากนี้ยัง พบว่า ร้อยละ 48.80 เป็นผู้ที่มิมีระดับความดันโลหิตสูงแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 3.50 เป็นโรคความดันโลหิตสูงแต่ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 25.00 เป็นโรคความดันโลหิตสูงและควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 22.60 เป็นโรคความดันโลหิตสูงและควบคุมไม่ได้ (Aekplakorn, 2021) สำหรับจังหวัดลำปาง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ตั้งแต่ปี พ.ศ 2560 - 2563 มีผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 100,706 คน 103,861 คน 104,470 คน 112,716 คน ตามลำดับ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะได้รับการรักษา แต่ยังคงพบว่ามีร้อยละ 58.99 หรือประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ (Lampang Provincial Public Health, 2021) ซึ่งเป้าหมายการรักษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคือ การรักษาระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นการรักษามาตรฐานมี 2 วิธี คือ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการให้ยาลดความดันโลหิต ซึ่งการลดความดันซิสโตลิกลง 10 มม.ปรอท หรือ การลดความดันไดแอสโตลิก ลง 5 มม.ปรอท สามารถลด ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดลงมาได้ร้อยละ 20 ลดอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุได้ ร้อยละ 15.00 ลดอัตราการเกิด stroke ร้อยละ 35.00 ลดอัตราการเกิดโรคของหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 20.00 และ ลดอัตราการเกิดหัวใจล้มเหลวร้อยละ 40.00 นอกจากการรักษาด้วยยาแล้ว การ



ปรับเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิตเพื่อควบคุมและป้องกันโรคก็มีความสำคัญในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงเช่นกัน โดยควบคุมให้มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 18.50 – 22.90 กก./ตร.ม. และมีเส้นรอบเอว อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน สำหรับคนไทย คือ สำหรับผู้ชายไม่เกิน 90 ซม. (36 นิ้ว) และสำหรับผู้หญิง ไม่เกิน 80 ซม. (32 นิ้ว) บริโภคโซเดียมในปริมาณที่เหมาะสมคือ ไม่เกินวันละ 2 กรัม การจำกัดโซเดียมให้เข้มงวดขึ้นในปริมาณไม่เกินวันละ 1.50 กรัม จะช่วยลดความดันโลหิตได้ ออกกำลังกายแบบแอโรบิก อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน จำกัดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ผู้หญิงไม่ควรดื่มเกิน 1 ดื่มมาตรฐาน (standard drink) ต่อวัน และผู้ชายไม่ควรเกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน โดยปริมาณ 1 ดื่มมาตรฐานของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ประมาณ 10 กรัม (Thai Hypertension Society, 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง จากการศึกษานี้ของ Pinprapapan, Junlapeeya, Saovapha, Ongkan, & Sudjainark (2013) พบว่า ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ($OR = .92$ $CI = .85 - .99$) จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน ($OR = 1.73$ $CI = 1.01 - 2.94$) และระยะเวลาการมารับการตรวจตามนัด ($OR = .57$ $CI = .41 - .80$) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำนายการควบคุมความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้จากการศึกษาของ Katanoi, Danyuththasilpe, Noosorn และ Sririphonphaibun (2015) พบว่า ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ ได้แก่ อิทธิพลด้านสถานการณ์โรคความดันโลหิต การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย ละ อิทธิพลของครอบครัวและทีมสุขภาพ สามารถทำนายระดับความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 36.60 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Pakdevong และ Binhosen (2014) พบว่า ระยะเวลาเจ็บป่วย จำนวนยารักษาความดันโลหิตสูงที่ได้รับ พฤติกรรมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียดมีความสัมพันธ์กับการควบคุมความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ จำนวนยารักษาความดันโลหิตสูงที่ได้รับ ($OR = .148$, 95% CI 0.77-0.283, $p = .000$) และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ($OR = 2.022$, (95% CI 1.081-3.782, $p = .028$) ร่วมกันทำนาย การควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 27.90 (Cox and Snell $R^2 = .279$)

ปัจจุบันพบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของบุคคลเป็นอย่างมาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ประเมินและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนได้ ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ (Nutbeam, 2008) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ซึ่งจากการศึกษากระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (Woradaphakhna, 2020) สอดคล้องกับการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัดมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดี และ



ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิตโดยผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ ทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้ (Thongma, 2020) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับ สูงจะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นใน 4 มิติ ได้แก่ 1. ผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcomes) คือสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์การรักษา 2. ผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ (behavioral outcomes) มีพฤติกรรมการรับประทานยาในระดับดี 3. ผลลัพธ์ต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่าง แพทย์และผู้ป่วย (patient-physician interactions outcomes) คือมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ และ 4. ผลลัพธ์ต่อสุขภาพในด้าน อื่น ๆ (other outcomes) สามารถเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติตัว ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมากกว่าผู้ที่มีความรู้ต่ำ ความรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งทางตรงและทางอ้อม (Thongma, 2020) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wannasirikul, Termsirikulchai, Sujirarat, Benjakul, & Tanasugarn (2016) พบว่า ความรู้ทางด้านสุขภาพไม่เพียงแต่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แต่ยังเป็นตัวแปรคันกลางอีกด้วย เช่นเดียวการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พบว่า ความรู้ทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ($r = .30, p = .011$) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ($r = .37, p = .002$) (Kareesuun, Malathum & Sutti, 2019)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ปัจจัยการมีโรคร่วม ปัจจัยด้านพฤติกรรมและปัจจัยความรู้รอบทางด้านสุขภาพเพื่อใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ตามเป้าหมายของการรักษา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการควบคุมความดันโลหิตในผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตในผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

สมมติฐานการวิจัย

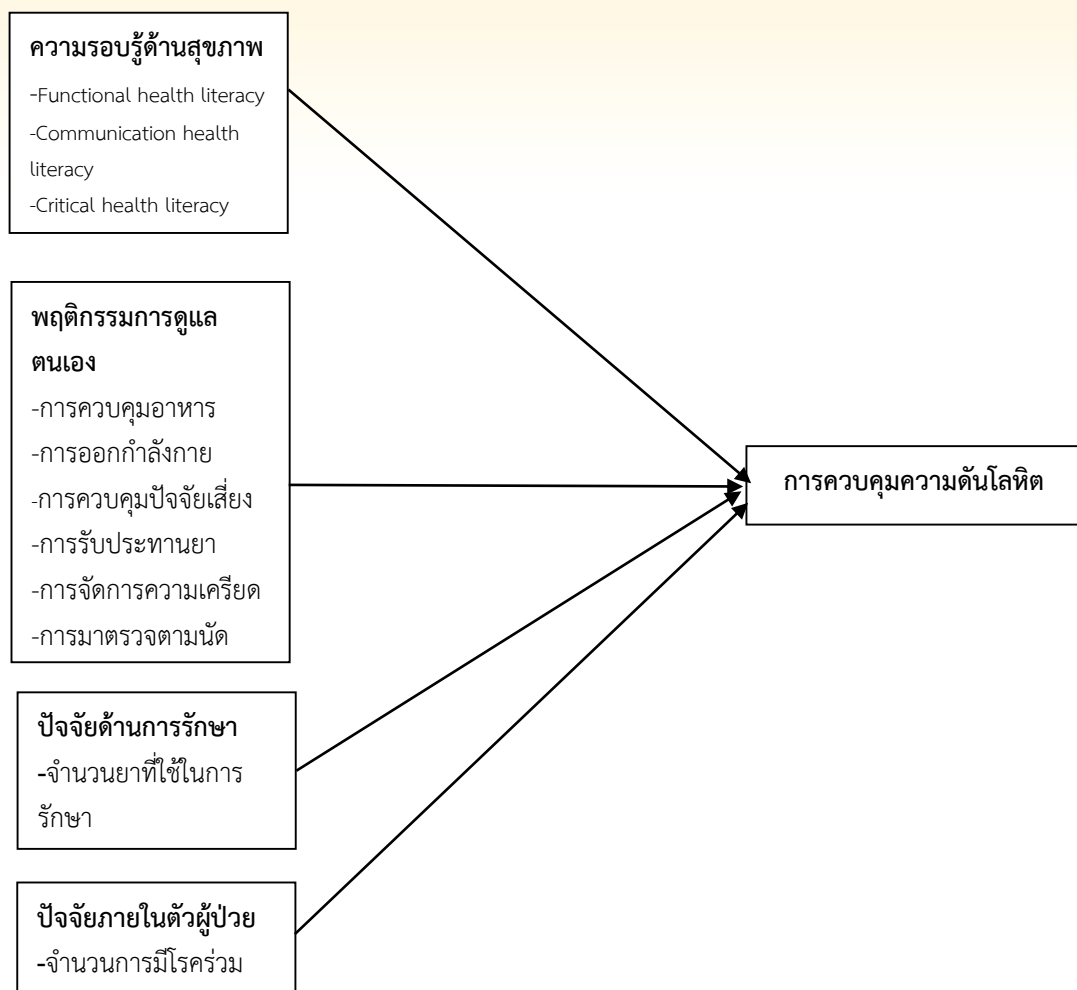
มีปัจจัยอย่างน้อย 1 ปัจจัยที่สามารถทำนายระดับความดันโลหิตของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ เช่น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ การมีโรคร่วม จำนวนยาที่ใช้ในการรักษา



ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้มีขอบเขตการศึกษาประกอบด้วย 1) ด้านเนื้อหามุ่งศึกษาการควบคุมและปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตสูง 2) ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่ยื่นทะเบียนรับการรักษา จำนวน 28,401 คน โดยมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 385 คน 3) ด้านพื้นที่ คือ เขตอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง 4) ด้านระยะเวลา คือ ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ.2563 – พฤษภาคม พ.ศ. 2564

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็น Predictive design ศึกษาจาก secondary data ของงานวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง (Dumrongwuttichot, 2021) ซึ่งเก็บข้อมูลในประชากรที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง จำนวน 28,401 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธี Taro Yamane ได้กลุ่มตัวอย่าง รวม dropout rate จำนวน 385 คน วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบ Multi - Stage Random Sampling ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง และสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรในแต่ละสถานบริการ และสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากรายชื่อผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในสถานบริการที่สุ่มได้

เกณฑ์คัดเลือก (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและรักษาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป และขึ้นทะเบียนการรักษาในอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง
2. อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป
3. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็น
4. ความดันโลหิตซิสโตลิกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 150 mmHg และความดันไดแอสโตลิกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 100 mmHg และไม่มีอาการแสดงหรือมีภาวะแทรกซ้อนจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ โดยพิจารณาจากการค่าความดันโลหิตจากการมารับการตรวจครั้งล่าสุด

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงขณะเข้าร่วมโครงการมีอาการหรืออาการแสดงที่มีผลต่อการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในโรคความดันโลหิตสูง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา การมีโรคอื่นร่วม กลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง และระดับความดันโลหิตครั้งล่าสุด



2. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้แบบสอบถามความรอบรู้ (Functional Communication and Critical Health Literacy Scales: FCCHL) ของจิราพร ชลธิชา ชลาลักษณ์ (Chontichachalalauk, 2015) โดยจำแนกประเภทความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับขั้นพื้นฐาน จำนวน 5 ข้อ ขั้นการสื่อสาร จำนวน 5 ข้อ และขั้นการคิดอย่างมีวิจารณญาณ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เคยจนถึงบ่อยครั้งจำนวนทั้งหมด 14 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 14-56 คะแนน คะแนนมากหมายถึงมีความรอบรู้สูง

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในโรคความดันโลหิตสูง สร้างขึ้นโดย ยุทธพงษ์ พรหมเสนา (Promsena, 2007) ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การรับประทานยา การจัดการกับความเครียด และการมาตรวจตามนัด ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติจำนวน 30 ข้อคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-60 คะแนน คะแนนมากหมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในโรคความดันโลหิตสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ Functional Communication and Critical Health Literacy Scales (FCCHL) และ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในโรคความดันโลหิตสูง ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยการนำไปทดลองใช้ในผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.70 และ 0.87 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิต โดยใช้สถิติ Binary logistic regression โดยก่อนการวิเคราะห์ Binary logistic regression ได้ทำการทดสอบ multicollinearity พบว่าตัวแปรทำนายไม่เกิดปัญหา multicollinearity โดยพบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนาย อยู่ที่ 0.012-0.075

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ได้รับเอกสารรับรองเลขที่ E 2564-076 ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้ข้อมูลจากงานวิจัยจากหน่วยงานต้นสังกัดเรียบร้อยแล้ว



ผลการวิจัย

1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 237 คน คิดเป็นร้อยละ 61.60 และเพศชาย จำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 38.40 อายุอยู่ระหว่าง 35-80 ปี อายุเฉลี่ย 63.40 ปี (Mean= 63.40, S.D. = 9.60) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.30 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.10 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.90 ประกอบอาชีพเกษตรกร และรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 31.70 และ 30.40 ตามลำดับ มีรายได้จากเบี้ยผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 64.20 รองลงมา คือ ได้รายได้จากบุตรหลาน ร้อยละ 40.00 ความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 42.60 มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 31.70 มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บ

1.2 การเจ็บป่วยและการรักษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 85.70 ใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 54.30 มีโรคร่วม โดยโรคหรือการเจ็บป่วยที่พบร่วมกับความดันโลหิตสูง ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 34.30 เบาหวาน ร้อยละ 30.60 กลุ่มยาที่ใช้รักษาความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 79.50 ได้รับการรักษาด้วยยาในกลุ่มต้านแคลเซียม (calcium channel blockers) รองลงมาใช้ยาในกลุ่ม Beta-adrenergic receptor blockers ร้อยละ 15.80 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 93.80 ใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตเพียง 1 กลุ่ม กลุ่มตัวอย่างเกินกึ่งหนึ่ง ร้อยละ 59.00 สามารถควบคุมความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท โดยค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกเท่ากับ 133.74 มม.ปรอท ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกเท่ากับ 79.71 มม.ปรอท

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Mean= 3.03, S.D.= 0.58) อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาระดับความรอบรู้ 3 รายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับขั้นพื้นฐาน (Mean= 2.83, S.D. = 0.94) แสดงว่ามีความรอบรู้ขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับปานกลาง ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการสื่อสาร (Mean=3.01, S.D. = 0.68) และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีวิจารณญาณ (Mean= 3.18, S.D. = 0.74) แสดงว่า มีความรอบรู้ขั้นการสื่อสารและขั้นการมีวิจารณญาณอยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้าน (n = 385)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Mean	S.D.	ระดับ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy)	2.83	0.94	ปานกลาง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการสื่อสาร (Communication health literacy)	3.01	0.68	มาก
ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีวิจารณญาณ (Critical health literacy)	3.18	0.74	มาก
ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	3.03	0.58	ระดับมาก

หมายเหตุ: คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 = ระดับมาก, 2.01-3.00 = ระดับปานกลาง, 1.00 – 2.00 = ระดับน้อย



3.พฤติกรรมกาการดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกาการดูแลตนเองโดยรวม (Mean=1.74 ,S.D. = 0.17) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกาการดูแลตนเองในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมด้านอาหาร (Mean= 1.51, S.D. = 0.48) ด้านออกกำลังกาย (Mean= 1.51, SD = 0.51) ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง (Mean= 1.89, S.D. = 0.10) ด้านการรับประทานยา (Mean= 1.95, S.D. = 0.86) ด้านการจัดการกับความเครียด (Mean= 1.71, S.D. = 0.33) ด้านการมาตรวจตามนัด (Mean= 1.83, S.D. = 0.28) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกาการดูแลตนเองในแต่ละด้านข้างต้นในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพฤติกรรมกาการดูแลตนเองในโรคความดันโลหิตสูง โดยรวมและรายด้าน (n = 385)

พฤติกรรมกาการดูแลตนเองใน โรคความดันโลหิตสูง	Mean	S.D.	ระดับ
ด้านการควบคุมอาหาร	1.51	0.48	มาก
ด้านการออกกำลังกาย	1.51	0.51	มาก
ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง	1.89	0.10	มาก
ด้านการรับประทานยา	1.95	0.86	มาก
ด้านการจัดการกับความเครียด	1.71	0.33	มาก
ด้านการมาตรวจตามนัด	1.83	0.28	มาก
รวมรายด้าน	1.74	0.17	มาก

หมายเหตุ คะแนนเฉลี่ย 1.31 – 2.00 = ระดับมาก, 0.61 – 1.30 = ระดับปานกลาง, 0.00 – 0.60 = ระดับน้อย

4 ปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิต กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (Division of Non Communicable Disease, 2021) ที่ระบุเกณฑ์ตัวชี้วัดว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย < 140 และ < 90 มม.ปรอท. ในการวิจัยนี้จึงใช้ระดับความดันโลหิตที่น้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท.เป็นกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ ส่วนผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท. กรณีที่มีค่าความดันโลหิตสูงกว่าเกณฑ์ตัวใดตัวหนึ่งให้ถือเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่า จำนวนกลุ่มยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง (OR = 2.91, CI= 1.20-7.03, p = .018) การมีโรคร่วม (OR = 1.53, CI= 1.01-2.33, p = .044) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (OR = 1.02, CI= 1.0-1.05, p = .044) เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยปัจจัยทั้ง 3 ร่วมกันทำนายได้ ร้อยละ 3.80 (Cox and Snell R² =



.038) ดังแสดงในตารางที่ 3 เมื่อนำระดับความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ขั้นการสื่อสาร และขั้นการมีวิจาร์ณญาณ มาวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการควบคุมโลหิตของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ความรอบรู้ขั้นการมีวิจาร์ณญาณ เพียงด้านเดียวที่เป็นปัจจัยทำนายการควบคุมโลหิต ($OR = 1.120$, $CI = 1.021-1.229$, $p = .017$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ Binary logistic regression ระหว่างปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับ การควบคุมความดันโลหิต

ปัจจัยทำนาย	β	p-value	Odds ratio	95% Confidence Interval	
				Lower	Upper
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.026	.044	1.026	1.001	1.053
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	.005	.785	1.005	.968	1.044
ปัจจัยด้านการรักษา					
จำนวนกลุ่ม Odds ยาที่ใช้	1.068	.018	2.909	1.203	7.036
ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย					
การมีโรคร่วม	.429	.044	1.536	1.011	2.333

Constant = -2.203, -2 LLR = 506.243, Cox and Snell $R^2 = .038$, Nagelkerke $R^2 = .052$

Hosmer and Lemeshow test $X^2 = 5.019$, $df = 8$, $p = .756$

หมายเหตุ จำนวนกลุ่มยาที่ใช้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ใช้ยา 1 ชนิดรักษาโรคความดันโลหิต และ กลุ่มที่ใช้ยามากกว่า 1 ชนิดรักษาโรคความดันโลหิต

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ Binary logistic regression ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ขั้นการสื่อสาร และขั้นการมีวิจาร์ณญาณ กับ การควบคุมความดันโลหิต

ปัจจัยทำนาย	β	p-value	Odds ratio	95% Confidence Interval	
				Lower	Upper
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ					
ขั้นพื้นฐาน	.015	.503	1.016	.971	1.063
ขั้นการสื่อสาร	-.027	.481	.973	.902	1.050
ขั้นการมีวิจาร์ณญาณ	.113	.017	1.120	1.021	1.229

Constant = -.867, -2 LLR = 513.212, Cox and Snell $R^2 = .021$, Nagelkerke $R^2 = .028$

Hosmer and Lemeshow test $X^2 = 7.708$, $df = 8$, $p = .463$



อภิปรายผล ผู้วิจัยอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. การควบคุมความดันโลหิตพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 59.00 สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท. ซึ่งรายงานรายละเอียดตัวชี้วัดเพื่อกำกับติดตามคุณภาพบริการ การดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (Division of Non Communicable Disease, 2021) ที่ระบุเกณฑ์ตัวชี้วัดว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย < 140 และ < 90 mmHg และระบุเป้าหมายไว้ที่มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60.00 นั่นคือ อัตราการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ยังไม่บรรลุเป้าหมายการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (Division of Non Communicable Disease, 2021) ที่รายงานว่า ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมได้ดีมีเพียงร้อยละ 56.52 และข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางที่รายงานว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ร้อยละ 58.99 (Lampang Provincial Public Health, 2021) การที่กลุ่มตัวอย่างควบคุมความดันโลหิตได้เพียงกึ่งหนึ่งอาจเนื่องมาจาก การที่กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 54.30 มีโรคอื่นร่วมด้วย คือภาวะไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน (ร้อยละ 34.30, 30.60 ตามลำดับ) ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งจากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงซึ่งมีโรคเบาหวานร่วมด้วย ควรได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 1 ชนิด เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมาย (Thai Hypertension Society, 2019)

2. ปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิต พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายการควบคุมความดันโลหิตในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ จำนวนกลุ่มยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ($OR = 2.91$, $CI = 1.20-7.03$, $p = .018$) การมีโรคร่วม ($OR = 1.53$, $CI = 1.01-2.33$, $p = .044$) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($OR = 1.02$, $CI = 1.0-1.05$, $p = .044$) เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยปัจจัยทั้ง 3 ร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 3.8 (Cox and Snell $R^2 = .038$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาความดันโลหิตจำนวน 1 ชนิดสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่าผู้ที่ได้รับยามากกว่า 1 ชนิด 2.91 เท่า และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคร่วมสามารถควบคุมความดันโลหิตได้มากกว่ากลุ่มที่มีโรคร่วม 1.53 เท่า โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาความดันโลหิต จำนวน 1 ชนิดสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่ากลุ่มที่ใช้ยามากกว่า 1 ชนิด จากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยจะได้รับยาเพียง 1 ชนิดเมื่อเริ่มต้นการรักษา และจะพิจารณาเพิ่มกลุ่มยาเมื่อไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ซึ่งผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงเพียง 1 ชนิด มักจะเป็นกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์การรักษา (Thai Hypertension Society, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของ (Pakdevong & Binhosen, 2014) พบว่า จำนวนยาที่ใช้ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิต และการศึกษาของ (Pinprapapan, Junlapeeya, Saovapha, Ongkan, & Sudjainark, 2013) พบว่า จำนวนยาที่รับประทานต่อวันเป็นปัจจัยในการทำนายการควบคุมความดันโลหิต



ส่วนปัจจัยการมีโรคร่วม สามารถอธิบายได้จากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง แพทย์จะพิจารณาเพิ่มกลุ่มยาที่ใช้ในการรักษาเมื่อพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์และ/หรือมีโรคอื่นร่วม การมีโรคร่วมทำให้การรักษาความดันโลหิตสูงมีข้อควรระวังเกี่ยวกับการใช้ยา ทำให้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาจึงทำให้กลุ่มที่มีโรคร่วมไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์การรักษา (Thai Hypertension Society, 2019) ส่วนปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่ากลุ่มที่มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพต่ำ 1.02 เท่า การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีศึกษาในระดับประถมศึกษา ซึ่งมีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป ที่พบว่า คนที่อ่านไม่ได้และเขียนไม่คล่องมีโอกาที่จะมีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าคนที่อ่านหรือเขียนได้คล่อง (Roma & Kloyiam, 2019) การที่บุคคลมีความรู้ส่งผลให้บุคคลสามารถรับรู้และเข้าใจคำแนะนำในการปฏิบัติตามแผนการรักษา แสวงหาข้อมูลเพิ่มเติม รับรู้ วิเคราะห์ และเท่าทันสื่อ ข่าวสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพในระดับดี ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพคือสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายของการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อระดับความดันโลหิต ($\beta = -0.14, p < 0.05$) (Wannasirikul, Termsirikulchai, Sujirarat, Benjakul & Tanasugarn, 2016) นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์ความรู้ด้านสุขภาพแยกเป็น 3 ระดับ คือขั้นพื้นฐาน ขั้นการสื่อสาร และขั้นการมีวิจารณญาณ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีวิจารณญาณเป็นปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิต ($OR = 1.120, CI = 1.021-1.229, p = .017$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีวิจารณญาณสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้มากกว่ากลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีวิจารณญาณต่ำ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีวิจารณญาณ เป็นความสามารถของบุคคลในการคิดวิเคราะห์และเลือกใช้ข้อมูลทางด้านสุขภาพเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ต่อตนเองและบอกต่อข้อมูลแก่บุคคลอื่นได้ ซึ่งจะสามารถนำข้อมูลนั้นไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความรู้ทางด้านสุขภาพขั้นการมีวิจารณญาณ มีอิทธิพลมากที่สุดต่อระดับความดันโลหิต (Wannasirikul, Termsirikulchai, Sujirarat, Benjakul, & Tanasugarn, 2016) ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพพบว่าไม่สามารถทำนายการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในทุกด้านอยู่ในระดับมาก ทั้งรายด้านและภาพรวม ทำให้ไม่เกิดการกระจายตัวของค่าคะแนน อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้เมื่อเข้าสมการวิเคราะห์ทางสถิติจึงเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายการควบคุมความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างได้



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษาพบว่า มีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 59.00 ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์การรักษา ในขณะที่กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 93.80 ได้รับยารักษาความดันโลหิตสูง 1 กลุ่ม ร่วมกับ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.30 มีโรคร่วม ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการประเมินระดับความดันโลหิต ประวัติการมีโรคร่วม ร่วมกับแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์การรักษา
2. นำข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพมาใช้ในการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความรู้ด้านสุขภาพเพื่อนำไปสู่การควบคุมตามดันโลหิตตามเกณฑ์การรักษา โดยพัฒนาให้ผู้ป่วยมีความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะความรู้ขั้นพื้นฐาน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อนำไปสู่การควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์การรักษา

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้างต่อไป

ผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในการอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากร ซึ่งผลการวิจัยนี้สามารถอ้างอิงไปได้เฉพาะประชากรที่มีลักษณะเดียวกันกับการศึกษาครั้งนี้ นอกจากนี้ในการศึกษาค้างต่อไปควรศึกษาเส้นทางอิทธิพลของตัวแปรความรู้ที่อาจเป็นตัวแปรส่งผ่าน (mediator) ในการทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

- Aekplakorn, W. (2021). The sixth national health examination survey of Thailand population (2019-2020). Bangkok: Faculty of medicine Ramathibodi hospital Mahidol University. (in Thai)
- Chontichachalalauk, J. (2015). Translation and evaluation of version of the Diabetics Numeracy test for olders adults with type 2 diabetes. the United States: The University of Texas at Austin.
- Division of Non-Communicable disease. (2021). Indicators to monitor service quality non-communicable disease operations (diabetes and high blood pressure) Fiscal Year 2022. Retrieved. (2022, February 12) from. <http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=14109&tid=&gid=1-015-005>. (in Thai)
- Dumrongwuttichot N. (2021). *The relationship between health literacy and health care behaviors of hypertensive patients in Muang Lampang*, Lampang. Independent study, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang.
- Don Nutbeam. (2008). The evolving concept of health literacy . *Social science and Medicine* 57(12), 2072-2078.



- GBD 2019 Risk Factors Collaborators. (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: systematic analysis for the global burden of disease study 2019 369(10258). *The Lancet* , 1223-1249.
- Katainoi. H., Danyuththasilpe, C., Noosorn, N. & Sririphonphaibun, T. (2015). Factor predicting blood pressure level among risk persons with hypertension. *Journal of nursing and health sciences* 9(3), 122-132. (in Thai)
- Kareesun, K., Malathum, P. & Sutti, N. (2019). Relationship among health literacy knowledge about hypertension control and health behavior in older persons with hypertension. *Ramathibodi Nursing Journal*, 25 (3), 280-295. (in Thai)
- Lampang Provincial Public Health. (2021). HDC Lampang. Retrieved. (2022, February 12). from. <https://lpg.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
- Mills, T.K, Stefanescu, A. & He. J. (2020). The global epidemiology of hypertension. *Nat Rev Nephrol* 16(4), 223-237.
- NCD Risk Factor Collaboration. (2021). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. 398. *Lancet* , 957-980.
- Pakdevong, N. and Binhosen, V. (2014). Factor predicted blood pressure control in persons with hypertension in one community hospital. *Journal of Nursing and health care*, 32(1)23-30. (in Thai)
- Pinprapapan, E., Junlapeeya, P., Saovapha, B., Ongkan, T., Sudjainark, S. (2556). *Predicting Factors of Controlling Blood Pressure Among Persons with hypertension in Lampang Province. Interdisciplinary Life-Course Human Potentials Development: Socio-Economic, Educational, Health and Nursing Perspectives*, 763-774.
- Promsena, Y. (2007). *Self-behavior among hypertensive patients at hypertension clinic, Nakhonping Hospital*. Chiang Mai : Chiang Mai University .
- Roma, W. and Kloyiam, S. (2019). Thai Health Literacy Survey (THL-S) of Thais aged 15 years and above, 2019. Nonthaburi: Health System Research Institute.
- Thai Hypertension Society. (2019). Thai Hypertension Society: Guidelines in the Treatment of Hypertension 2019. Retrieved. (2022, February 12) from. <http://www.thaihypertension.org/files/HT%20guideline%202019.with%20watermark.pdf>.



- Thongma, P. (2020). Health literacy and health outcomes in hypertensive patients . *Thai Read Cross Nursing Journal* 13(1), 50-62. (in Thai)
- Wannasirikul, P., Termsirikulchai, L., Sujirarat, D., Benjakul, S. & Tanasugarn, C. (2016). Health literacy, medication adherence, and blood pressure level among hypertensive older adults treated at primary health care centers. *Southeast asian journal of tropical medicine and public health* 47(1), 109-120.
- Woradaphakhna, L. (2020). An analytical study of health literacy and monks health care behaviors according to Dhamma-Vinaya to compliance with the health recommendations. *Journal of graduate studies review* 16(2), 129-138.



Smoking cessation services provided in educational institutions : Possibilities, designs, problems and obstacles

Donnapa Chaisombut ^{1*}, Amporn Yana^{*}, Buaban Yana^{*}

(Received : December 31, 2021 , Revised : February 28, 2022, Accepted: March 17, 2022)

Abstract

This survey study aimed to assess situations, possibilities, problems, obstacles and suggestion for designing a service to assist students in Phayao Province in quitting smoking. One hundred and eight participants, twenty-seven in each group, included school principals, teachers, parents, and students who had smoked in the past. The questionnaire consisted of two sessions: the school's readiness to provide smoking cessation services and a knowledge test about the risks of smoking used as a research instrument. Descriptive statistics and content analysis were used to analyze data collection.

Although most of the school principals, approximately 88.90%, strongly agreed that schools should provide smoking cessation, only 37.04% of teacher were trained to assist students in quitting smoking in the school. The smoking cessation service showed as an available resource to build smoking cessation clinic while some participants argued that the clinic was limited due to available places in the school. Integrating the cooperation among schools, parents, students, healthcare services, and communities reported as an effective way in term of managing smoking cessation in the school. In the private area of the smoking cessation clinic, students who volunteer to receive treatments besides needed experts and families to help them to quit smoking. Based on knowledge-related dangers of smoking, teachers and parents had a moderate level whereas students were at low level. Promoting both understanding and attitude relating to danger of smoking to educational team, students, and families should be included as a policy of smoking cessation services.

Keywords: Cigarette abstinence; High school; Students

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

¹Corresponding author: Donnapa.c@bcnpy.ac.th Tel: 0987479524



การจัดบริการเลิกบุหรี่ในสถานศึกษา : ความเป็นไปได้ รูปแบบ ปัญหาและอุปสรรค

ดลนภา ไชยสมบัติ^{1*}, อัมพร ยานะ*, บัวบาน ยะนา*

(วันที่รับบทความ : 31 ธันวาคม 2564 , วันแก้ไขบทความ: 28 กุมภาพันธ์ 2565 , วันตอบรับบทความ: 17 มีนาคม 2565)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ความเป็นไปได้ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะรูปแบบการให้การช่วยเหลือนักเรียนให้เลิกบุหรี่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตจังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารสถานศึกษา ครูอนามัยโรงเรียน/ครูผู้รับผิดชอบในการแก้ไขปัญหาระบบบุหรี่, ผู้ปกครอง และ นักเรียน จากโรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตจังหวัดพะเยาจำนวน 27 โรงเรียน รวมจำนวนผู้ร่วมวิจัยทั้งสิ้น 108 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม 1) ปัจจัยส่วนบุคคล, 2) ความคิดเห็นเกี่ยวกับความพร้อมในการดำเนินการจัดบริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียน, 3) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ โดยเครื่องมือได้รับการตรวจสอบคุณภาพผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนาโดยใช้ ค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ผู้บริหารสถานศึกษา ส่วนใหญ่ ร้อยละ 88.89 เห็นด้วยอย่างยิ่งกับการที่โรงเรียนควรให้บริการเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ในโรงเรียน ทั้งนี้ ครูอนามัยโรงเรียน/ครูผู้รับผิดชอบ ร้อยละ 37.04 เคยมีประสบการณ์ในการอบรมให้ความรู้การช่วยให้นักเรียนเลิกบุหรี่ ครูมีประสบการณ์ในการให้การช่วยเหลือให้นักเรียนให้เลิกบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 66.67 ผู้บริหารสถานศึกษา และครูผู้รับผิดชอบมีความคิดเห็นเกี่ยวกับความพร้อมในการจัดบริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียน อยู่ในระดับพร้อมมากในทุกด้าน ยกเว้น ครูมีความเห็นว่า มีความพร้อมในระดับปานกลางในด้านสถานที่จัดทำเป็นคลินิกเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ในโรงเรียน นักเรียนส่วนใหญ่เห็นด้วยเกี่ยวกับการจัดบริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 96.29 แต่ ร้อยละ 51.85 ของนักเรียน คิดว่านักเรียนจะไม่ไปใช้บริการถ้าโรงเรียนมีคลินิกช่วยเลิกบุหรี่ในโรงเรียน ผู้ปกครองทั้งหมดร้อยละ 100 เห็นด้วยเกี่ยวกับการจัดบริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียน ทั้งนี้ครู และ ผู้ปกครอง มีระดับความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรืภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง แต่นักเรียนมีความรู้ภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ข้อเสนอแนะการวิจัย ควรมีการดำเนินการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรืและการเลิกบุหรื ในโรงเรียน ให้แก่ คือ ครูอนามัยโรงเรียน/ครูผู้รับผิดชอบในการแก้ไขปัญหาระบบบุหรี่ ผู้ปกครอง และ นักเรียน รวมทั้งการส่งเสริมทัศนคติที่ถูกต้องให้กับนักเรียนในการยอมรับการให้การช่วยเหลือในการจัดบริการเลิกบุหรืในโรงเรียน

คำสำคัญ : การเลิกบุหรื, โรงเรียนมัธยม

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Donnappa.c@bcnpy.ac.th โทร 0987479524



บทนำ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้ดำเนินการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรในปี พ.ศ. 2560 จากจำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 55.90 ล้านคน พบว่า เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ 10.70 ล้านคน (ร้อยละ 19.10) แยกเป็นผู้ที่สูบเป็นประจำ 9.40 ล้านคน (ร้อยละ 16.80) และเป็นผู้ที่สูบนานๆ ครั้ง 1.30 ล้านคน (ร้อยละ 2.20) กลุ่มอายุ 25-44 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่ สูงสุด (ร้อยละ 21.90) และ กลุ่มเยาวชน (อายุ 15-19 ปี) มีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 9.70 ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมเสี่ยงของประชากรที่มีอายุ ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ทั้งเรื่องการสูบบุหรี่ และดื่มสุราคงคู่กันไป พบว่าจังหวัดที่มีอัตราผู้สูบบุหรี่เป็นประจำและดื่มสุราสม่ำเสมอเกินกว่าร้อยละ 10.00 มีด้วยกันทั้งสิ้น 6 จังหวัด ได้แก่ จ.สุรินทร์ (ร้อยละ 11.70) จ.ลำพูน (ร้อยละ 11.30) จ.พะเยา (ร้อยละ 10.50) จ.จันทบุรีและ จ.สมุทรสาครมีอัตราเท่ากัน (ร้อยละ 10.40) จ.นนทบุรี (ร้อยละ 10.30) ตามลำดับ (National Statistical Office, 2018)

สถานการณ์การสูบบุหรี่ในเด็กวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา นับเป็นปัญหาสำคัญ จากผลการศึกษาสถานการณ์การสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นที่กำลังศึกษาในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา และสายอาชีพระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ของจังหวัดพะเยา จำนวน 392 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ร้อยละ 31.10 อายุที่กลุ่มตัวอย่างเริ่มสูบบุหรี่คือ 13 ปี อัตราการสูบบุหรี่ของเพศชาย เท่ากับ 45.40 เพศหญิงเท่ากับ 13.20 เหตุผลที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่คือ อยากรอง ร้อยละ 43.40 รองลงมา คือ ลดความเครียดและตามเพื่อน ร้อยละ 32.80 และ 22.10 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่า นักเรียนในโรงเรียนถือเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ (Chaikoolvatana, Sutti & Jaimalai, 2017) จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ โปรแกรมการช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ในโรงเรียน (School-based interventions) จัดเป็นกิจกรรมหนึ่งในการช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนที่มีประสิทธิภาพมากกว่าวิธีการช่วยเหลืออื่นๆ เช่น การรับการรักษาจากคลินิกเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาล และการช่วยเหลือโดยครอบครัว (Gabble et al., 2015) และ จากรายงานผลการศึกษาในโรงเรียนของสหรัฐอเมริกา พบว่า โปรแกรมการช่วยเหลือนักเรียนให้เลิกบุหรี่ในโรงเรียนมัธยมร่วมกับการให้รางวัลและสร้างแรงจูงใจ ส่งผลสำเร็จต่อการเลิกบุหรี่ในนักเรียนในระยะเวลาอันสั้น (Krishnan-Sarin et al., 2013) ซึ่ง ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) แนะนำการดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหามันบุหรี่โดยใช้โรงเรียนเป็นฐานร่วมกับแนวทางอื่นๆ ในชุมชน เช่น การเพิ่มราคาต่อหน่วยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ การรณรงค์ต่อต้านยาสูบอย่างยั่งยืน และทำให้สภาพแวดล้อมปลอดบุหรี่ ให้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหามันบุหรี่ (Centers for Disease Control and Prevention, 2014) และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2550-2562) ในต่างประเทศ มีขนาดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 94 ถึง 2,801 คน บทความทั้งหมดมีการศึกษาทั้งในเพศชายและเพศหญิง อายุของนักเรียนอยู่ในช่วง 11 ถึง 19 ปี ซึ่งการศึกษาค้นคว้านี้แสดงให้เห็นว่า ความรู้และโปรแกรมที่ส่งเสริมให้นักเรียนสามารถเลิกบุหรี่และเน้นในโรงเรียนของรัฐบาล พบว่าโปรแกรมให้สุขศึกษาการเลิกบุหรี่ของ



โรงเรียนและโปรแกรมการออกกำลังกายและการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจสามารถ นำไปใช้ในโรงเรียนได้ดี (Hanpatchaiyakul et al., 2021)

ในประเทศไทย มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ในสถานศึกษา โดยเครือข่ายครูเพื่อโรงเรียนปลอดบุหรี่ (Teachers Networking for Smoke-Free Schools) ได้เริ่มดำเนินงานภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มาตั้งแต่ ปี พ.ศ.2548 จนถึงปัจจุบัน โดยสนับสนุนให้โรงเรียนที่เป็นภาคี เครือข่ายโรงเรียนปลอดบุหรี่ ทั้ง 31 จังหวัดครอบคลุมทุกภูมิภาค ได้ดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมด้วยการนำ “7 มาตรการเพื่อโรงเรียนปลอดบุหรี่” ซึ่งผลการวิจัยประเมินผลโครงการโรงเรียนปลอดบุหรี่ โดยใช้รูปแบบการประเมิน CIPP Model โดยเปรียบเทียบโรงเรียนในเครือข่ายโรงเรียน ปลอดบุหรี่จำนวน 2 แห่ง กับ โรงเรียนที่ไม่ได้เป็นเครือข่ายโรงเรียนปลอดบุหรี่ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน 2 แห่ง จากการประเมิน พบว่าการดำเนินงานโรงเรียนปลอดบุหรี่ของโรงเรียนในเครือข่ายโรงเรียนปลอดบุหรี่ ได้ผลดีกว่าโรงเรียนที่ไม่ได้เป็นเครือข่ายโรงเรียนปลอดบุหรี่ในทุกด้านอย่างชัดเจน โดย ด้านบริบท พบว่า โรงเรียนในเครือข่ายฯ มีคนสูบบุหรี่ในบริเวณโรงเรียนน้อยกว่าในโรงเรียนที่ไม่ได้เป็นเครือข่ายฯ ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า โรงเรียนในเครือข่ายฯ มีผู้รับผิดชอบงานด้านบุหรี่โดยตรง มีการจัดสถานที่ให้ปลอดบุหรี่ มีครูที่ดูแลนักเรียนอย่างใกล้ชิด และส่งเสริมให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการทำให้โรงเรียนปลอดบุหรี่ ซึ่งทำให้นักเรียนเห็นความสำคัญของพิษภัยบุหรี่และมีทักษะในการปฏิบัติตนให้ห่างไกลบุหรี่ มากกว่าโรงเรียนที่ไม่ได้เป็นเครือข่ายฯ ด้านกระบวนการ พบว่าโรงเรียนในเครือข่ายฯ มีการดำเนินงานเพื่อโรงเรียนปลอดบุหรี่ ได้ชัดเจนเป็นรูปธรรม มากกว่า โรงเรียนที่ไม่ได้เป็นเครือข่ายฯ ด้านผลลัพธ์พบว่า โรงเรียนในเครือข่ายฯ นักเรียนมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ที่เหมาะสม มีค่านิยมไม่สูบบุหรี่ และมีความตั้งใจแน่วแน่ว่าจะไม่สูบบุหรี่เพราะเห็นว่สังคมไม่ยอมรับ (Action on Smoking and Health Foundation, 2018) แต่อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรม ยังขาดข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับการให้บริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียน และส่วนใหญ่กิจกรรมในการดูแลช่วยเหลือให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูบบุหรี่แก่นักเรียนที่สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ ในลักษณะรายบุคคล ยังไม่มีผลรายงานการดำเนินการมากนัก อีกทั้งเมื่อครูส่งต่อนักเรียนที่สูบบุหรี่เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ พบว่านักเรียนส่วนใหญ่มักขาดความต่อเนื่องในการรับการบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่ ซึ่งอาจเนื่องมาจาก ระยะทางที่ห่างไกล และ ความไม่สะดวกในช่วงเวลาในการไปสถานบริการ (Smoking cessation clinic, Phayao Hospital, 2019) ดังนั้น ผู้วิจัย จึงสนใจศึกษาศึกษาสถานการณ์ ความเป็นไปได้ ปัญหา และ อุปสรรคในการดำเนินการเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ในโรงเรียนมัธยมศึกษา และ ข้อเสนอแนะรูปแบบการให้การช่วยเหลือนักเรียนให้เลิกบุหรี่ในโรงเรียนมัธยมในพื้นที่เขตจังหวัดพะเยา ทั้งหมด (27 โรงเรียน) ซึ่งยังไม่เคยมีการจัดบริการเลิกบุหรี่ในสถานศึกษามาก่อน เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวคตินวัตกรรมการจัดบริการช่วยเหลือให้นักเรียนให้เลิกบุหรี่ โดยครูในโรงเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการพัฒนากระบวนการในโรงเรียน พัฒนาศักยภาพครูให้สามารถให้บริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียน ให้การช่วยเหลือนักเรียนให้เลิกบุหรี่รายบุคคล และติดตามประเมินจนนักเรียนเลิกบุหรี่อย่างถาวร ทำให้นักเรียนมีความต่อเนื่องใน



การเลิกบุหรี่ ซึ่งการจัดบริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียนโดยครู จะทำให้นักเรียนที่ติดบุหรี่เข้าถึงบริการเลิกบุหรี่ได้มากขึ้น มีความสะดวกต่อการเข้าถึงบริการมากกว่าโรงพยาบาล ลดเวลาการเดินทาง และ สะดวกในช่วงเวลาการรับบริการ ทั้งนี้การพัฒนากระบวนการให้บริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียนโดยครู สอดคล้องกับ ร่างแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2565-2570) ในยุทธศาสตร์ที่ 2 ป้องกันมิให้เกิดผู้เสพติดยาสูบรายใหม่และเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบ โดยการให้ความรู้ โฆษณายาสูบ ให้แก่เด็ก เยาวชนและนักสูบหน้าใหม่ เฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ยาสูบ การโฆษณา และรู้เท่าทันกลยุทธ์ของอุตสาหกรรมยาสูบ (Royal Thai government, 2022)

วัตถุประสงค์

ศึกษาสถานการณ์ ความเป็นไปได้ ปัญหา และ อุปสรรคในการดำเนินการเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ในโรงเรียนมัธยมศึกษา และ ข้อเสนอแนะรูปแบบการให้การช่วยเหลือให้นักเรียนให้เลิกบุหรี่ในโรงเรียนมัธยม

ขอบเขตงานวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อ ศึกษาสถานการณ์ ความเป็นไปได้ ปัญหา และ อุปสรรคในการดำเนินการเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ในโรงเรียนมัธยมศึกษา และ ข้อเสนอแนะรูปแบบการให้การช่วยเหลือให้นักเรียนให้เลิกบุหรี่ในโรงเรียนมัธยมในจังหวัดพะเยา จำนวน 27 โรงเรียน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา คือ ผู้บริหารสถานศึกษา จำนวน 27 คน ครูอนามัยโรงเรียน/ครูผู้รับผิดชอบในการแก้ไขปัญหาเรื่องบุหรี่ จำนวน 27 คน นักเรียน จำนวน 27 คน ผู้ปกครองนักเรียน จำนวน 27 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 108 คน ทำการศึกษาในระหว่างเดือน 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2563 ถึง 30 มกราคม พ.ศ.2564

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยในครั้งนี้ศึกษา อยู่ในพื้นที่โรงเรียนมัธยมศึกษา ในเขตจังหวัดพะเยาทุกแห่ง จำนวน 27 แห่ง โดยศึกษา 4 กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย 1) ผู้บริหารทุกโรงเรียน จำนวน 27 คน , 2) ครูอนามัยโรงเรียน/ครูผู้รับผิดชอบในการแก้ไขปัญหาเรื่องบุหรี่ในโรงเรียน โรงเรียนละ 1 คน เป็นจำนวน 27 คน , 3) นักเรียนที่มีประสบการณ์/แนวโน้มเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ โรงเรียนละ 1 คน เป็นจำนวน 27 คน และ 4) ผู้ปกครองของนักเรียนที่มีประสบการณ์/แนวโน้มเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ โรงเรียนละ 1 คน เป็นจำนวน 27 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 108 คน



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และหาความเชื่อมั่น (Reliability) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกันจำนวน 30 คน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและความคิดเห็นเบื้องต้นเกี่ยวกับการจัดการบริการเลิกบุหรี่ พัฒนาโดยผู้วิจัย เป็นคำถามปลายปิด มีคำตอบแบบเลือกตอบ (Check List) จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ผู้บริหารสถานศึกษา : อายุ เพศ ตำแหน่ง ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง ประสบการณ์ในการอบรมความรู้เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหามัธยมศึกษา ความเห็นเกี่ยวกับการจัดให้บริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียน (เห็นด้วยอย่างยิ่ง, ปานกลาง, เล็กน้อย, ไม่เห็นด้วย) และ โครงการเลิกบุหรี่ที่เคยดำเนินการในโรงเรียน

1.2 ครูอนามัยโรงเรียน/ครูผู้รับผิดชอบในการแก้ไขปัญหามัธยมศึกษา อายุ เพศ ตำแหน่ง ระยะเวลาในการทำงาน การอบรมความรู้เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหามัธยมศึกษา โครงการเลิกบุหรี่ที่เคยดำเนินการในโรงเรียน ประสบการณ์การช่วยเหลือเด็กให้เลิกบุหรี่ และ เทคนิคที่เคยใช้ในการช่วยนักเรียนให้เลิกบุหรี่

1.3 นักเรียน : อายุ เพศ ระดับชั้น เกรดเฉลี่ย ค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากผู้ปกครอง รูปแบบการอยู่อาศัย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการบริการเลิกบุหรี่ (เห็นด้วย, ไม่เห็นด้วย) และ การไปใช้บริการคลินิกเลิกบุหรี่ในโรงเรียน (ใช้, ไม่ใช้)

1.4 ผู้ปกครอง : อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ อาศัย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการบริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียน (เห็นด้วย, ไม่เห็นด้วย)

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับความพร้อมในการจัดการบริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียน (เฉพาะผู้บริหารและครู) พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามความพร้อมใน 5 ประเด็น คือ นโยบายและสิ่งสนับสนุน บุคลากร สถานบริการสนับสนุน และ นักเรียน ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ กำหนดระดับมาตราส่วนของคำตอบ 5 ระดับ จากพร้อมมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด แปลผลแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ พร้อมน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33), พร้อมปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34 -3.66), และ พร้อมมาก (ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00) แบบสอบถามมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) = 0.90 และ ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) = 0.89

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ พัฒนาโดยผู้วิจัยประกอบด้วยคำถาม 13 ข้อ ตอบถูกได้ 1 ตอบผิดได้ 0 คะแนน แปลผลแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ ความรู้ระดับต่ำ (≤ 7 คะแนน, $< 60\%$), ระดับปานกลาง (8-10 คะแนน, 60-79%), ระดับสูง (11-13 คะแนน, $\geq 80\%$) แบบสอบถามมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) = 0.80 และ ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) ได้ 0.74

ส่วนที่ 4 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับแนวคิดและความพร้อมในการดำเนินการจัดการบริการเลิกบุหรี่ ในโรงเรียน เป็นข้อคำถามปลายเปิดสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นไปได้ รูปแบบ ปัญหาอุปสรรค เกี่ยวกับจัดการบริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียน



การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมวิจัย

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา เลขที่ REC 010/63 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มประชากรที่ศึกษาโดยชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล มีการชี้แจงสิทธิที่ผู้ร่วมวิจัยสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลเสียหาย สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยคณะผู้วิจัยเสนอการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการดังนี้

1. ทำหนังสือติดต่อประสานงาน สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาพะเยา เพื่อประสานงานในการเข้าไปเก็บข้อมูลในโรงเรียน โดยมีครูผู้รับผิดชอบด้านการแก้ไขปัญหามุขหรือของโรงเรียน ทั้ง 27 โรงเรียนเป็นผู้ประสานงาน อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. นักวิจัยลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจาก ทั้ง 27 โรงเรียน โดยการใช้แบบสอบถาม ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้บริหารสถานศึกษา และ ใช้แบบสอบถามตอบด้วยตนเอง สำหรับ 1) ครูผู้รับผิดชอบด้านการแก้ไขปัญหามุขหรือ โรงเรียนๆ ละ 1 คน, 2) นักเรียนที่มีความเสี่ยง/ประสบการณ่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ จำนวน 27 คน และ 3) ผู้ปกครองของนักเรียนที่มีความเสี่ยง/ประสบการณ่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ จำนวน 27คน
3. นำข้อมูลมาบรรณาธิกร ทำการบันทึกข้อมูลเพื่อเตรียมวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistic) โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย และ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้บริหารสถานศึกษา ครูอนามัยโรงเรียน/ครูผู้รับผิดชอบในการแก้ไขปัญหามุขหรือผู้ปกครอง และ นักเรียน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป และ ความเห็นเบื้องต้นเกี่ยวกับจัดบริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียนของผู้บริหารสถานศึกษา (n = 27)

ข้อมูล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	23	85.19
หญิง	4	14.81
อายุ (Mean= 53.81, S.D. =6.04, MIN = 39, MAX = 61)		



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป และ ความเห็นเบื้องต้นเกี่ยวกับจัดบริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียน
ของผู้บริหารสถานศึกษา (n = 27)(ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ตำแหน่งผู้บริหารสถานศึกษา		
ชำนาญการ	5	18.52
ชำนาญการพิเศษ	22	81.48
ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งผู้บริหารสถานศึกษา (Mean= 11.89, S.D = 6.123, MIN = 2, MAX = 22)		
ประสบการณ์ในการอบรมให้ความรู้ในการช่วยให้นักเรียนเลิกบุหรี่		
ไม่เคย	10	37.04
เคย	17	62.96
โรงเรียนควรให้บริการเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ในโรงเรียน		
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	24	88.89
เห็นด้วยปานกลาง	3	11.11
เห็นด้วยเล็กน้อย	0	0
ไม่เห็นด้วย	0	0
โรงเรียนเคยมีโครงการช่วยเลิกบุหรี่หรือไม่		
เคย	24	88.89
ไม่เคย	3	11.11
ความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายโรงเรียนปลอดบุหรี่		
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	17	62.96
เห็นด้วยปานกลาง	10	37.04
เห็นด้วยเล็กน้อย	0	0
ไม่เห็นด้วย	0	0

จากตารางที่ 1 พบผู้บริหารสถานศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 85.19 มีอายุ (Mean=53.81,S.D =6.04) ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการชำนาญการพิเศษ ร้อยละ 81.48 มีประสบการณ์ในการอบรมให้ความรู้ในการช่วยให้นักเรียนเลิกบุหรี่ ร้อยละ 62.96 ส่วนใหญ่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับการที่โรงเรียนควรให้บริการเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ในโรงเรียนคิดเป็นร้อยละ 88.89 ทั้งนี้โรงเรียนเคยมีโครงการช่วยเลิกบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 88.89 ผู้บริหารเห็นด้วยอย่างยิ่งเกี่ยวกับนโยบายโรงเรียนปลอดบุหรี่ร้อยละ 62.96 และ เห็นด้วยปานกลาง ร้อยละ 37.04



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป และ ความเห็นเบื้องต้นเกี่ยวกับจัดบริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียนของครูอนามัยโรงเรียน/ครูผู้รับผิดชอบในการแก้ไขปัญหาเรื่องบุหรี่ (n = 27)

ข้อมูล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	13	48.15
หญิง	14	51.85
อายุ (Mean= 47.48 S.D =9.21 MIN = 28, MAX = 59)		
ตำแหน่ง		
ครูอัตราจ้าง/พนักงานราชการ	3	11.11
ครูผู้ช่วย	1	3.70
ครูระดับปฏิบัติการ	2	7.41
ครูชำนาญการ	9	33.33
ครูชำนาญการพิเศษ	12	44.44
ประสบการณ์ในการอบรมให้ความรู้ในการช่วยให้นักเรียนเลิกบุหรี่		
ไม่เคย	17	62.96
เคย	10	37.04
ประสบการณ์ในการให้การช่วยเหลือนักเรียนให้เลิกบุหรี่		
ไม่เคย	18	66.67
เคย	9	33.33
เทคนิคที่เคยใช้ในการช่วยนักเรียนให้เลิกบุหรี่		
เทคนิค 5 R เพื่อสร้างแรงจูงใจ	4	14.81
เทคนิค 5 A	3	11.11
การควบคุมและให้นักเรียนรายงานผลตัวเอง	9	33.33
การเสริมแรง	10	37.04
การลงโทษ	1	3.70

จากตารางที่ 2 พบครูอนามัยโรงเรียน/ครูผู้รับผิดชอบในการแก้ไขปัญหาเรื่องบุหรี่ เกินครึ่งเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 51.85 อายุ (Mean=47.48 ,S.D.=9.21) ดำรงตำแหน่งครูชำนาญการพิเศษ ร้อยละ 44.44 รองลงมา ครูชำนาญการ ร้อยละ 33.33 มีประสบการณ์ในการอบรมให้ความรู้ในการช่วยให้นักเรียนเลิกบุหรี่เพียง ร้อยละ 37.04 มีประสบการณ์ในการให้การช่วยเหลือนักเรียนให้เลิกบุหรี่ ร้อยละ 66.67 เทคนิคที่เคยใช้ในการช่วยนักเรียนให้เลิกบุหรี่ได้แก่ การเสริมแรง ร้อยละ 37.04 รองลงมา การควบคุมและให้นักเรียนรายงานผลตัวเอง ร้อยละ 33.33 เทคนิค 5 R เพื่อสร้างแรงจูงใจ ร้อยละ 14.81 เทคนิค 5 A ร้อยละ 11.11 และ การลงโทษ ร้อยละ 3.70 ตามลำดับ



ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป และ ความเห็นเบื้องต้นเกี่ยวกับจัดบริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียน
ของนักเรียนในการจัดบริการช่วยเหลือให้นักเรียนเลิกบุหรี่ (n = 27)

ข้อมูล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	17	62.96
หญิง	10	37.04
อายุ (Mean= 15.59, S.D. =1.37 MIN = 13, MAX = 18)		
เรียนระดับชั้น		
ม.1	1	3.70
ม.2	3	11.11
ม.3	11	40.74
ม.4	3	11.11
ม.5	6	22.22
ม.6	3	11.11
ค่าคะแนนเฉลี่ย (GPA) (Mean= 2.72 S.D =0.56)		
การสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบเลย	4	14.82
เคยแค่ลองสูบ แต่ปัจจุบันไม่ได้สูบ	9	33.33
เคยสูบแต่เลิกได้แล้ว	7	25.93
ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่	7	25.93
ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดบริการเลิกบุหรี่ ในโรงเรียน		
เห็นด้วย	26	96.29
ไม่เห็นด้วย	1	3.71
ถ้าโรงเรียนมีคลินิกช่วยเลิกบุหรี่ในโรงเรียน นักเรียนคิดว่าจะใช้บริการหรือไม่		
ใช่	13	48.15
ไม่ใช่	14	51.85

จากตารางที่ 3 พบว่า นักเรียนสองในสาม เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 62.96 อายุ (Mean=15.59 ,S.D. =1.37) เกือบครึ่งเป็นนักเรียนชั้น ม. 4 คิดเป็นร้อยละ 40.74 รองลงมา เป็นนักเรียนชั้น ม.5 ร้อยละ 22.22 มีเกรด



(Mean=2.72, S.D. =0.56) นักเรียนที่ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่ คิดเป็นร้อยละ 25.93 และ เคยสูบบุหรี่แต่เลิกได้แล้ว ร้อยละ 25.93 เคยแค่ลองสูบบุหรี่ แต่ปัจจุบันไม่ได้สูบบุหรี่เลย 33.33 ส่วนใหญ่ เห็นด้วยเกี่ยวกับการจัดบริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 96.29 และเพียง ร้อยละ 48.15 ของนักเรียนคิดว่าจะใช้บริการถ้าโรงเรียนมีคลินิกช่วยเลิกบุหรี่ในโรงเรียน และ ไม่ใช้บริการร้อยละ 51.85

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป และ ความเห็นเบื้องต้นเกี่ยวกับจัดบริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียนของผู้ปกครองในการจัดบริการช่วยเหลือให้นักเรียนเลิกบุหรี่ (n = 27)

ข้อมูล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	17	62.96
หญิง	10	37.04
อายุ (Mean= 46.59, S.D. =11.04 MIN = 28, MAX = 72)		
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	4	14.81
ประถมศึกษา	1	3.70
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	11.11
ปวช.	11	40.74
ปวส./อนุปริญญา	6	22.22
ปริญญาตรีและสูงกว่า	2	7.41
อาชีพผู้ปกครอง		
ข้าราชการ/พนักงานรัฐ	1	3.70
พนักงานประจำบริษัท	8	29.63
พนักงานชั่วคราว	6	22.22
ธุรกิจส่วนตัว	1	3.70
เกษตรกร	3	11.11
กรรมกร/รับจ้าง	4	14.81
แม่บ้าน	4	14.81



ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป และ ความเห็นเบื้องต้นเกี่ยวกับจัดบริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียนของผู้ปกครองในการจัดบริการช่วยเหลือให้นักเรียนเลิกบุหรี่ (n = 27) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
การสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบเลย	11	40.74
เคยแค่ลองสูบ แต่ปัจจุบันไม่ได้สูบ	1	3.70
เคยสูบแต่เลิกได้แล้ว	5	18.52
ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่	10	37.04
ความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดบริการเลิกบุหรี่		
ในโรงเรียน		
เห็นด้วย	27	100.00
ไม่เห็นด้วย	0	0

จากตารางที่ 4 พบผู้ปกครองสองในสามเป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 62.96 อายุ (Mean=46.59,S.D.=11.04) เกือบครึ่งจบการศึกษา ปวช. คิดเป็นร้อยละ 40.74 ประกอบอาชีพพนักงานประจำบริษัทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.63 รองลงมา พนักงานชั่วคราว ร้อยละ 22.22 ปัจจุบันผู้ปกครองยังสูบบุหรี่อยู่คิดเป็นร้อยละ 37.04 และ เคยสูบแต่เลิกได้แล้ว ร้อยละ 18.52 ไม่เคยสูบเลย ร้อยละ 40.74 ผู้ปกครองทั้งหมดเห็นด้วยเกี่ยวกับการจัดบริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 100

ตอนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับความพร้อมในการจัดบริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียนของผู้บริหารสถานศึกษา และครูอนามัยโรงเรียน/ครูผู้รับผิดชอบในการแก้ไขปัญหาเรื่องบุหรี่

ตารางที่ 5 ความคิดเห็นเกี่ยวกับความพร้อมในการจัดบริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียนของผู้บริหารสถานศึกษา(n=27) และครูอนามัยโรงเรียน/ครูผู้รับผิดชอบการแก้ไขปัญหาบุหรี่ ในโรงเรียน (n=27)

ข้อ	ความคิดเห็น	ผู้บริหารสถานศึกษา		ครูอนามัยโรงเรียน/ครูผู้รับผิดชอบ	
		ระดับความพร้อม (Mean ± S.D.)	แปลผล	ระดับความพร้อม (Mean ± S.D.)	แปลผล
1	นโยบายและสิ่งสนับสนุน โรงเรียนพร้อมที่จะจัดทำ นโยบายในการสนับสนุนการ จัดบริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียน	4.89 ± 0.32	พร้อมมาก	4.56 ± 0.64	พร้อมมาก



ตารางที่ 5 ความคิดเห็นเกี่ยวกับความพร้อมในการจัดบริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียนของผู้บริหารสถานศึกษา(n=27) และครูอนามัยโรงเรียน/ครูผู้รับผิดชอบการแก้ไขปัญหามัธยมศึกษา ในโรงเรียน (n=27) (ต่อ)

ข้อ	ความคิดเห็น	ผู้บริหารสถานศึกษา		ครูอนามัยโรงเรียน/ครูผู้รับผิดชอบ	
		ระดับความพร้อม (Mean $\pm$ S.D.)	แปลผล	ระดับความพร้อม (Mean $\pm$ S.D.)	แปลผล
2	โรงเรียนมีความพร้อมที่จะขอความร่วมมือกับผู้ปกครองเพื่อสนับสนุนการจัดบริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียน	4.67 $\pm$ 0.48	พร้อมมาก	4.56 $\pm$ 0.58	พร้อมมาก
3	โรงเรียนมีสถานที่จัดทำเป็นคลินิกเพื่อช่วยเลิกบุหรี่	4.26 $\pm$ 0.86	พร้อมมาก	3.26 $\pm$ 1.29	พร้อมปานกลาง
4	โรงเรียนสามารถสนับสนุนวัสดุ / สื่อให้ความรู้ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียน	4.37 $\pm$ 0.63	พร้อมมาก	3.70 $\pm$ 0.87	พร้อมมาก
5	บุคลากรโรงเรียนมีครูอนามัยโรงเรียน/ครูแกนนำที่มีความพร้อมในการให้บริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียน	4.63 $\pm$ 0.49	พร้อมมาก	4.41 $\pm$ 0.69	พร้อมมาก
6	โรงเรียนมีครูอนามัยโรงเรียน/ครูแกนนำที่มีความรู้และทักษะการให้คำปรึกษา เพื่อช่วยเหลือให้นักเรียนเลิกบุหรี่	4.48 $\pm$ 0.75	พร้อมมาก	4.26 $\pm$ 0.76	พร้อมมาก
7	สถานบริการสนับสนุนสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่มีความพร้อมในการรับการส่งต่อจากโรงเรียนเพื่อช่วยนักเรียนเลิกบุหรี่	4.56 $\pm$ 0.51	พร้อมมาก	4.22 $\pm$ 0.75	พร้อมมาก



ตารางที่ 5 ความคิดเห็นเกี่ยวกับความพร้อมในการจัดบริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียนของผู้บริหารสถานศึกษา(n=27) และครูอนามัยโรงเรียน/ครูผู้รับผิดชอบการแก้ไขปัญหายุติ ในโรงเรียน (n=27) (ต่อ)

ข้อ	ความคิดเห็น	ผู้บริหารสถานศึกษา		ครูอนามัยโรงเรียน/ครูผู้รับผิดชอบ	
		ระดับความพร้อม (Mean $\pm$ S.D.)	แปลผล	ระดับความพร้อม (Mean $\pm$ S.D.)	แปลผล
8	สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ มีบุคลากรที่สามารถเป็นพี่เลี้ยง ให้ครูอนามัยโรงเรียน/ครูแกนนำ ในการพัฒนาความรู้และทักษะในการช่วยเหลือให้นักเรียนเลิกบุหรี่	4.48 $\pm$ 0.64	พร้อมมาก	4.11 $\pm$ 0.80	พร้อมมาก
9	โรงเรียนสามารถประสานขอความร่วมมือ จากสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อขอรับการสนับสนุนเวชภัณฑ์เบื้องต้น เช่น สมุนไพรดอกหญ้าขาว ใบโปรงฟ้า ในการช่วยเลิกบุหรี่	4.26 $\pm$ 0.81	พร้อมมาก	4.804 $\pm$ 0.85	พร้อมมาก
10	นักเรียนจะได้รับการบริการที่ดีและต่อเนื่อง เมื่อสมัครใจเข้ารับบริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียน	4.45 $\pm$ 0.64	พร้อมมาก	4.19 $\pm$ 0.79	พร้อมมาก

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้บริหารสถานศึกษามีความคิดเห็นเกี่ยวกับความพร้อมในการจัดบริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียน อยู่ในระดับพร้อมมากในทุกด้าน และ ครูอนามัยโรงเรียน/ครูผู้รับผิดชอบในการแก้ไขปัญหายุติ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับความพร้อมในการจัดบริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียนของผู้บริหารสถานศึกษาในระดับพร้อมมากในทุกด้าน ยกเว้น มีความพร้อมในระดับปานกลางในด้านโรงเรียนมีสถานที่จัดทำเป็นคลินิกเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ในโรงเรียน



ตอนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ ของครูอนามัยโรงเรียน/ครูผู้รับผิดชอบการแก้ไขปัญหามุหรี่ ในโรงเรียน นักเรียน และ ผู้ปกครอง

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของครูผู้รับผิดชอบการแก้ไขปัญหามุหรี่ในโรงเรียน (n=27)

ผู้ปกครอง (n=27) และ นักเรียน (n=27) จำแนกตามคะแนนความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่

ระดับความรู้ เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่	ครูอนามัยโรงเรียน จำนวนคน(%)	ผู้ปกครอง จำนวนคน(%)	นักเรียน จำนวนคน(%)
ค่าเฉลี่ยความรู้ (Mean $\pm$ S.D.)	7.19 $\pm$ 2.29	7.14 $\pm$ 2.03	5.33 $\pm$ 2.00
ระดับความรู้			
ต่ำ (≤ 7 คะแนน, $< 60\%$)	15 (55.55%)	14 (51.85%)	23 (85.19%)
ปานกลาง (8-10 คะแนน, 60-79%)	10 (37.04%)	12 (44.45%)	4 (14.81%)
สูง (11-13 คะแนน, $\geq 80\%$)	2 (7.41%)	1 (3.70%)	0 (0%)

จากตารางที่ 6 พบ ครูอนามัยโรงเรียน/ครูผู้รับผิดชอบการแก้ไขปัญหามุหรี่ในโรงเรียน และ ผู้ปกครอง มีระดับความรู้ภาพรวมเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ในระดับปานกลาง นักเรียนมีความรู้ในระดับต่ำ โดยครูอนามัยโรงเรียนนักเรียน มีค่าคะแนนสูงสุด (7.19 $\pm$ 2.29) รองลงมา เป็นผู้ปกครอง (7.14 $\pm$ 2.03) และ นักเรียน (5.33 $\pm$ 2.00) ตามลำดับ

ตอนที่ 4 ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นไปได้ รูปแบบ ปัญหาอุปสรรค เกี่ยวกับจัดบริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียน ของผู้บริหารสถานศึกษา ครูอนามัยโรงเรียน/ครูผู้รับผิดชอบการแก้ไขปัญหามุหรี่ในโรงเรียน นักเรียน และ ผู้ปกครอง

ตารางที่ 7 ความเป็นไปได้ รูปแบบ ปัญหาอุปสรรค เกี่ยวกับจัดบริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียน ตามความคิดเห็นของ
ผู้บริหารสถานศึกษา ครูอนามัยโรงเรียน/ครูผู้รับผิดชอบการแก้ไขปัญหามุหรี่ในโรงเรียน นักเรียน และ ผู้ปกครอง

ประเด็น	ผู้บริหาร	ครู	นักเรียน	ผู้ปกครอง
1.ความเป็นไปได้	-เป็นไปได้ ได้มาก	-เป็นไปได้	-เป็นไปได้ เห็นด้วย (ร้อยละ 96.29, 26 คน) กับการจัดการ คิดว่า จะมีนักเรียนมาใช้บริการ เพราะช่วยให้นักเรียนเลิก	-เป็นไปได้ เห็นด้วย (ร้อยละ 100, 27 คน) กับการ จัดบริการ คิดว่า การเลิก บุหรี่เป็นสิ่งที่ดี อยากให้ ทางโรงเรียนช่วยเหลือ แก้ไขโดย



ตารางที่ 7 วามเป็นไปได้ รูปแบบ ปัญหาอุปสรรค เกี่ยวกับการจัดบริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียน ตามความคิดเห็นของผู้บริหารสถานศึกษา ครูอนามัยโรงเรียน/ครูผู้รับผิดชอบการแก้ไขปัญหามุขในโรงเรียน นักเรียน และ ผู้ปกครอง(ต่อ)

ประเด็น	ผู้บริหาร	ครู	นักเรียน	ผู้ปกครอง
			บุหรี่ได้ ไม่ต้องเสียเงิน ทางไกลไปเลิกบุหรี่ที่ โรงพยาบาล -ไม่เห็นด้วย (ร้อยละ 3.71, 1 คน) คิดว่า นักเรียนจะไม่มาใช้บริการ เพราะไม่กล้าที่จะแสดง ตัวออกมายอมรับว่าตน สูบบุหรี่ อาจอายุที่สูบ กลัวครูลงโทษ หักคะแนน และ กลัวผู้ปกครองคิดว่า จะเลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ ไม่ กล้าเปิดเผย	เร่งด่วน เพราะบุหรี่ เป็นสิ่งเสพติดอันตราย ต้นๆที่เด็กๆเข้าถึงง่าย และนำไปสู่การลองสิ่ง เสพติดอื่นๆที่ร้ายแรง ขึ้น
2.รูปแบบ	-ควรมีรูปแบบ ที่หลากหลาย โดยจัดใน รูปแบบการบูร ณาการ ระหว่าง โรงเรียน ผู้ปกครอง นักเรียน ผู้นำ ชุมชนท้องถิ่น สาธารณสุข ร่วมกันดูแล	-ควรจัดในรูปแบบกึ่ง ทางการให้ผู้สูบสมัครใจ ในการบำบัดรักษา ให้ คำปรึกษากับนักเรียนที่ ติดบุหรี่ มีการ บำบัดรักษานักเรียนที่ สูบบุหรี่อย่างถูกต้อง โดยการประสานกับ แพทย์เพื่อให้คำปรึกษา ในการเลิกสูบบุหรี่ และ ควรมีการดูแลจาก ครอบครัวต่อเนื่อง	-มีการสอนเรื่องโรคภัย บุหรี่ ควรจะเป็น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ พยาบาล ตำรวจ หรือผู้เชี่ยวชาญด้านบุหรี่ -มีการจัดให้คำปรึกษา บริเวณห้องพยาบาลของ โรงเรียน เพื่อที่เด็กจะได้ เข้ามาหาและปรึกษาได้ ตลอดเวลา -ผู้บริหาร หรือฝ่าย ปกครอง และครู ควร	-ควรมีการบริการเพื่อช่วย ให้นักเรียนเลิกบุหรี่ ส่งเสริมให้นักเรียนหันมา สนใจเล่นกีฬามากขึ้น -ผู้ปกครองส่งเสริม โดย การ ที่คนในครอบครัวไม่ ควรสูบบุหรี่เพราะเมื่อสูบ แล้ว จะทำให้ผู้ปกครอง ไม่สามารถตักเตือนเด็กได้ จะเป็นตัวอย่างที่ไม่ดี สำหรับเด็กๆ



ตารางที่ 7 ความเป็นไปได้ รูปแบบ ปัญหาอุปสรรค เกี่ยวกับจัดบริการเลิบบุหรี่ในโรงเรียน ตามความคิดเห็นของผู้บริหารสถานศึกษา ครูอนามัยโรงเรียน/ครูผู้รับผิดชอบการแก้ไขปัญหามุขในโรงเรียน นักเรียน และ ผู้ปกครอง(ต่อ)

ประเด็น	ผู้บริหาร	ครู	นักเรียน	ผู้ปกครอง
	ต้องทำงานเป็น ทีมร่วมกัน อย่างเป็น รูปธรรม	-ครูคอยให้กำลังใจแนะ แนวทางในการเลิกบุหรี่ -การบริการให้คำปรึกษาควร มีบุคลากรที่มีความรู้พร้อมให้	จัดการตรวจคัดกรอง แบบเข้มข้นกับนักเรียน ไม่ให้เอาบุหรี่เข้ามาสูบ ในโรงเรียน	
	โรงเรียน อยาก ให้สาธารณสุข ช่วยพัฒนาให้ ความรู้เพื่อให้ นักเรียนเกิด ความตระหนัก และส่งผลให้ นักเรียนเลิก บุหรืโดยถาวร	คำปรึกษา สถานที่บริการควร เป็นห้องส่วนตัวอย่างชัดเจน มีการเสริมแรงให้นักเรียน -ควรมีการร่วมมือจาก อาจารย์ในโรงเรียนทุกฝ่าย และ ผู้ปกครอง นอกจากนั้น ควรขอความร่วมมือกับ หน่วยงานสาธารณสุข มาให้ คำปรึกษาเพิ่มเติมเรื่องบุหรื	-ควรมีครูที่ปรึกษาที่มี ความเข้าใจนักเรียน	
3. ปัญ หา อุปสรรค	-อาจขาดความ ต่อเนื่องของ โครงการ เพราะการ ทำงานต้อง บูรณาการและ การขับเคลื่อน ร่วมกันของฝ่าย ต่างๆ	-อาจขาดงบประมาณในการ จัดกิจกรรม ขาดแคลนสื่อ อุปกรณ์ สื่อวิดิทัศน์ -ขาดความเป็นสัดส่วนของ ห้องที่ให้บริการให้คำปรึกษา -ขาดวิทยากรที่มีความรู้ด้าน บุหรืมาให้ความรู้กับนักเรียน -ครูอาจมีความรู้ไม่เพียงพอ ที่ จะชี้แนะแนวทางในการเลิก บุหรืให้กับ นักเรียนอย่าง เข้าใจด้วยวิธีการหลักการที่ ถูกต้อง	-นักเรียน ไม่กล้า ยอมรับว่าตนเองสูบ บุหรื อาจอายที่สูบ และกลัวถูกครูและ ผู้ปกครองลงโทษ	-ผู้ปกครองอาจไม่ สามารถเป็น แบบอย่างในการไม่ สูบบุหรื และ ไม่มี เวลาสนใจกำกับ ติดตามการเลิกบุหรื ของนักเรียน



จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้บริหาร ครู ผู้ปกครอง และ นักเรียนเกือบทั้งหมด เห็นว่า การจัดบริการเลิกบุหรี่ ในโรงเรียนมีความเป็นไปได้ มีเพียงนักเรียน 1 คน ร้อยละ 3.71 ไม่เห็นด้วย คิดว่านักเรียนจะไม่มาใช้บริการ เพราะไม่กล้าที่จะยอมรับว่าตนสูบบุหรี่ อาจอาย กลัวครูลงโทษ และ กลัวผู้ปกครองคิดว่าจะเลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ ไม่กล้าเปิดเผย สำหรับรูปแบบในการจัดบริการ ควรมีรูปแบบที่หลากหลาย โดยจัดในรูปแบบการบูรณาการระหว่าง โรงเรียน ผู้ปกครอง นักเรียน ผู้นำชุมชนท้องถิ่น สาธารณสุข และ ควรจัดในรูปแบบกึ่งทางการให้ผู้สูบบุหรี่สนใจในการบำบัดรักษา โดยได้รับการสนับสนุน ดูแลจากครอบครัว ควรมีบุคลากรที่มีความรู้พร้อมให้คำปรึกษา สถานที่บริการควรเป็นห้องส่วนตัวอย่างชัดเจน มีการเสริมแรงให้นักเรียน ร่วมกับการส่งเสริมให้นักเรียนหันมาสนใจเล่นกีฬามากขึ้น สำหรับ ปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการ อาจขาดความต่อเนื่องของโครงการ เพราะการทำงานต้องบูรณาการและการขับเคลื่อนร่วมกันของฝ่ายต่างๆ อาจขาดงบประมาณในการจัดกิจกรรม ขาดสิ่งสนับสนุน ขาดความเป็นสัดส่วนของห้องที่ให้บริการให้คำปรึกษา ขาดวิทยากรที่มีความรู้ด้านบุหรี่มาให้ความรู้กับนักเรียน และ ครูอาจมีความรู้ไม่เพียงพอ ที่จะชี้แนะแนวทางในการเลิกบุหรี่ให้กับนักเรียน นอกจากนั้น นักเรียนอาจไม่กล้ายอมรับว่าตนเองสูบบุหรี่ อาจอายที่สูบ และกลัวถูกครูและผู้ปกครองลงโทษ นอกจากนั้น ผู้ปกครองอาจไม่สามารถเป็นแบบอย่างในการไม่สูบบุหรี่ และ ไม่มีเวลาสนใจกำกับติดตามการเลิกบุหรี่ของนักเรียน

อภิปรายผล

ผู้บริหารสถานศึกษามีความคิดเห็นเกี่ยวกับความพร้อมในการจัดบริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียนของผู้บริหาร สถานศึกษาในระดับพร้อมมากในทุกด้าน เช่นเดียวกับ ครูอนามัยโรงเรียน/ครูผู้รับผิดชอบในการแก้ไขปัญหาเรื่อง บุหรี่ มีความคิดเห็นเกี่ยวกับความพร้อมในการจัดบริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียน อยู่ในระดับพร้อมมากในทุกด้าน ยกเว้น มีความพร้อมในระดับปานกลางในเรื่องโรงเรียนมีสถานที่จัดทำเป็นคลินิกเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ในโรงเรียน แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของโรงเรียน ในประเทศไทยที่ได้ มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ในสถานศึกษา โดยเครือข่ายครูเพื่อโรงเรียนปลอดบุหรี่ (Teachers Networking for Smoke-Free Schools) ซึ่งได้เริ่มดำเนินงานภายใต้การสนับสนุนจาก สำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 จนถึงปัจจุบัน โดยสนับสนุนให้โรงเรียนที่เป็นภาคี เครือข่ายโรงเรียนปลอดบุหรี่ ทั้ง 31 จังหวัดครอบคลุมทุกภูมิภาค ได้ดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมด้วยการนำ “7 มาตรการเพื่อโรงเรียนปลอดบุหรี่” อีกทั้งในโรงเรียนใน เครือข่าย มีการดำเนินงานเพื่อโรงเรียนปลอดบุหรี่ ได้ชัดเจนเป็นรูปธรรม มากกว่า โรงเรียนที่ไม่ได้เป็นเครือข่ายฯ ด้านผลลัพธ์พบว่า โรงเรียนในเครือข่ายฯ นักเรียนมีความรู้ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ที่ เหมาะสม มีค่านิยมไม่สูบบุหรี่ และมีความตั้งใจแน่วแน่ว่าจะไม่สูบบุหรี่เพราะเห็นว่าสังคมไม่ยอมรับ (Action on Smoking and Health Foundation, 2018)

จากผลการศึกษา ครูอนามัยโรงเรียน/ครูผู้รับผิดชอบการแก้ไขปัญหาบุหรี่ในโรงเรียน และ ผู้ปกครอง มีระดับความรู้ภาพรวมเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ในระดับปานกลาง นักเรียนมีความรู้ในระดับต่ำ โดยครูอนามัย



โรงเรียนนักเรียน มีค่าคะแนนสูงสุด (7.19 ± 2.29) รองลงมา เป็นผู้ปกครอง (7.14 ± 2.03) และ นักเรียน (5.33 ± 2.00) ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการที่ครูมีระดับความรู้ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากการที่ไม่ได้มีการจัดอบรมมากนักในเรื่องนี้ สอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้บริหารสถานศึกษาและครู ที่เห็นว่าควรมีการพัฒนา รูปแบบและวิธีการทำให้คำปรึกษานักเรียน อยากให้มีการพัฒนาสำหรับครูทุกคนในโรงเรียนเพื่อที่จะสามารถชี้แนะแนวทางในการเลิกบุหรี่ให้กับนักเรียนอย่างเข้าใจด้วยวิธีการหลักการที่ถูกต้อง เพราะวิธีการเข้าถึงเด็กวัยรุ่นยุคปัจจุบันซึ่งเป็นเด็กรุ่นใหม่ซึ่งเด็กมักจะมีความเป็นตัวตนสูง มีอิสระทางความคิดอาจจะเป็เหตุให้นักเรียนไม่ยอมรับในการแก้ไขปัญหายุหรืในโรงเรียนได้ ในทำนองเดียวกัน นักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรืในระดับต่ำ เป็นผลให้นักเรียนได้เสนอรูปแบบกิจกรรมในการสอนเรื่องโรคภัยบุหรื ควรจะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ พยาบาล ตำรวจ หรือผู้เชี่ยวชาญด้านบุหรื มาบริการให้ความรู้ มีหน่วยงานของรัฐเข้ามาบริการในโรงเรียนโดยจะมีโต๊ะให้คำปรึกษาบริเวณห้องพยาบาลของโรงเรียน เพื่อที่เด็กจะได้เข้ามาหาและปรึกษาได้ตลอดเวลา

สำหรับความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นไปได้ รูปแบบ บทบาท ปัญหาอุปสรรค เกี่ยวกับจัดบริการเลิกบุหรืในโรงเรียนของผู้บริหารสถานศึกษา ครูอนามัยโรงเรียน/ครูผู้รับผิดชอบในการแก้ไขปัญหारे่องบุหรื ผู้ปกครองและนักเรียน คิดว่า การช่วยเลิกบุหรืในโรงเรียนเป็นไปได้มาก โดยมีรูปแบบที่หลากหลาย และจัดบริการแบบกึ่งทางการ โดยการจัดในรูปแบบการบูรณาการระหว่าง โรงเรียน ผู้ปกครอง นักเรียน ผู้นำชุมชน ท้องถิ่น ทำข้อตกลงร่วมกัน มีการกำกับดูแลตามข้อตกลงและร่วมกันค้นหาปัญหา หาวิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยในส่วนของสาธารณสุขได้เข้ามาพัฒนาให้ความรู้กับนักเรียนโดยวิทยากรที่สามารถต่อยอดเพื่อให้นักเรียนเกิดความตระหนักที่ดียิ่งขึ้นและส่งผลให้นักเรียนเลิกบุหรืโดยถาวร ในบทบาทการมีส่วนร่วม ต้องทำงานเป็นทีมร่วมกัน อย่างเป็นรูปธรรมโรงเรียนกับสาธารณสุข ปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น ความต่อเนื่องของโครงการและการขับเคลื่อนร่วมกันควรมีกิจกรรมส่งเสริมความรู้/การอบรม/ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้โทษและพิษภัยของบุหรืสำหรับเยาวชนอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ โรงเรียนมีความพร้อมในการช่วยเหลือสนับสนุนในการเลิกสูบบุหรื โดยให้คำปรึกษา แนะนำ ซึ่งปัจจุบันครูอนามัยโรงเรียนมีความพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือในการเลิกบุหรื สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเรื่องสถานการณ์การสูบบุหรืของบุคลากรและนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี : ภายใต้โครงการมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีปลอดบุหรื พบว่าบุคลากรและนักศึกษา ร้อยละ 92.50 เห็นด้วยกับการดำเนินงานมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีปลอดบุหรื โดยร้อยละ 85.80 ต้องการให้จัดเขตพื้นที่สูบบุหรืโดยเฉพาะ ร้อยละ 84.50 ต้องการให้จัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรือย่างต่อเนื่องในทุกช่องทาง และร้อยละ 81.30 ต้องการให้จัดกิจกรรมช่วยเลิกสูบบุหรื (Nualjun & Suepsamran, 2016) นอกจากนั้น จากผลการศึกษา ผู้บริหารสถานศึกษา และครู ยังเสนอแนะให้มีการพัฒนารูปแบบและวิธีการทำให้คำปรึกษานักเรียน อยากให้มีการพัฒนาสำหรับครูในโรงเรียนเพื่อที่จะสามารถชี้แนะแนวทางในการเลิกบุหรืให้กับนักเรียนอย่างเข้าใจด้วยวิธีการหลักการที่ถูกต้อง เพราะวิธีการเข้าถึงเด็กวัยรุ่นยุคปัจจุบันซึ่งเป็นเด็กรุ่นใหม่ซึ่งเด็กมักจะมีความเป็นตัวตนสูง มีอิสระทางความคิด อาจจะเป็นสาเหตุให้นักเรียนไม่ยอมรับในการแก้ไขปัญหายุหรืในโรงเรียน ซึ่ง โปรแกรมการช่วยเหลือให้เลิกบุหรื



ในโรงเรียน (School-based interventions) จัดเป็นกิจกรรมหนึ่งในการช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนที่มีประสิทธิภาพมากกว่าวิธีการช่วยเหลืออื่นๆ เช่น การรับการรักษาจากคลินิกเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาล และการช่วยเหลือโดยครอบครัว (Gabble et al., 2015) อีกทั้งศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) แนะนำการดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหามันบุหรี่โดยใช้โรงเรียนเป็นฐานร่วมกับแนวทางอื่นๆ ในชุมชน เช่น การเพิ่มราคาต่อหน่วยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ การรณรงค์ต่อต้านยาสูบอย่างยั่งยืน และทำให้สภาพแวดล้อมปลอดบุหรี่ ให้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหามันบุหรี่ (Centers for Disease Control and Prevention, 2014) และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2550-2562) พบว่าความรู้และโปรแกรมที่ส่งเสริมให้นักเรียนสามารถเลิกบุหรี่ในโรงเรียนของรัฐบาล ใช้ได้ผลดีในการช่วยเหลือนักเรียนให้เลิกบุหรี่ (Hanpatchaiyakul et al., 2021) ซึ่งจากผลการศึกษาความคิดเห็นของนักเรียนและผู้ปกครอง เห็นด้วยกับบริการช่วยเลิกบุหรี่ในโรงเรียน นักเรียนเห็นว่าการจัดบริการช่วยเลิกบุหรี่ในโรงเรียน สามารถช่วยลดจำนวนนักเรียนที่ติดบุหรี่ได้มาก จะทำให้ทุกคนที่ติดบุหรี่เลิกสูบและจะทำให้ไม่มีใครอยากลองบุหรี่ เป็นกิจกรรมที่ดีสามารถทำให้นักเรียนเลิกบุหรี่ นักเรียนส่วนหนึ่งให้ความเห็นว่าถ้าโรงเรียนมีคลินิกช่วยเลิกบุหรี่ในโรงเรียนคิดว่าจะมีนักเรียนมาใช้บริการเพราะช่วยให้นักเรียนหันมาทำอย่างอื่นที่ไม่ใช่การสูบบุหรี่ จะได้เลิกบุหรี่ได้ ไม่ต้องเสียเงินค่ารักษา แต่มีบางส่วนหนึ่ง คิดว่านักเรียนจะไม่มาใช้บริการ เพราะ ไม่กล้าที่จะแสดงตัวออกมายอมรับว่าตนสูบบุหรี่ อาจอายที่สูบบุหรี่ ไม่ค่อยจะยอมรับ รู้สึกกลัว ไม่กล้า ไม่อยากไป กลัวครู กลัวผู้ปกครองและยังคิดว่าเลิกไม่ได้ กลัวโดนหักคะแนน มีส่วนน้อยมากที่จะยอมรับว่าตนเองนั้นสูบบุหรี่ในโรงเรียน และ ไม่กล้าเปิดเผย ซึ่งควรเป็นประเด็นที่ต้องพัฒนาทัศนคติของนักเรียนต่อไป

ข้อเสนอแนะการนำผลการศึกษาไปใช้

ควรมีการดำเนินการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ และการเลิกบุหรี่ ในโรงเรียนให้แก่ คือ ครูอนามัยโรงเรียน/ครูผู้รับผิดชอบในการแก้ไขปัญหามันบุหรี่ ผู้ปกครอง และ นักเรียน มีการส่งเสริมทัศนคติที่ถูกต้องให้กับนักเรียนในการยอมรับการให้การช่วยเหลือในการจัดบริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียน รวมทั้งค้นหาสาเหตุของปัญหามันบุหรี่เพื่อสนับสนุน ให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกบุหรี่ของนักเรียนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการให้บริการเลิกบุหรี่ในโรงเรียน โดยดำเนินการศึกษานำร่องในโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีความพร้อม



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ให้ทุนสนับสนุนในการศึกษาวิจัย ขอบพระคุณ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา และ ฝ่ายวิจัย ในการสนับสนุนการดำเนินการวิจัย รวมทั้งขอขอบคุณผู้ร่วมวิจัยทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Action on Smoking and Health Foundation. (2018). *The results of the evaluation of smoke-free schools can actually prevent new smokers*. Retrieved 1 November 2020. from [http://www.smokefreeschool.net/content_attachment/ attach/805b8b0b1ce9c32e5fb36f77ec2b48c.pdf](http://www.smokefreeschool.net/content_attachment/attach/805b8b0b1ce9c32e5fb36f77ec2b48c.pdf). (in Thai)
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs 2014*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health
- Chaikoolvatana, C., Sutti, P. & Jaimalai, W. (2017). Smoking behavior and risk factors associated with smoking of early adolescents in Phayao Province, Thailand. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 27(3), 57-67. (in Thai)
- Gabble, R., Babayan, A., DiSante, E. & Schwartc, R. (2015). *Smoking cessation intervention for youth: a review of the literature*. Toronto: Ontario Tobacco Unit.
- Hanpatchaiyakul, K., et al. (2021). *Journal of Research and Curriculum Development*, 11(2), 109-121.
- Krishnan-Sarin, S., et al. (2013). An exploratory randomized controlled trial of a novel highschool-based smokingcessation intervention for adolescent smokers using abstinence-contingent incentives and cognitive behavioral therapy. *Drug Alcohol Depend*. 132(0),346–351.
- National Statistical Office of Thailand. (2018). *The smoking and drinking behaviour survey 2017*. Bangkok: Pimdeekarnpim Co., Ltd. (in Thai)
- Nualjun, N. & Suepsamran, P. (2016). The situation of smoking behavior among staff and students at Ubon Ratchathani University: Smoke Free Ubon Ratchathani University Project. *Journal of Science and Technology, Ubon Ratchathani University*. 18(2),1-10. (in Thai).



Royal Thai government. (2022). *(Draft)Third National Strategic Plan for Tobacco Control 2022 – 2027*. Retrieved 1 November 2020 from:

<https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/51642>. (in Thai).

Smoking cessation clinic, Phayao Hospital. (2019). *Summary of the annual report on the operation of the smoking cessation clinic*. (in Thai)



Lesson Learned from Being Redesigned a Family Care Team and Nurses' Role at Urban Community Health Center, Sri-Muat-Klao Health Promotion Hospital, Muang, Lamphang

Suwattana Kumsuk^{1*}, Busara Thatsanawichit^{**},
Jamnion Wannaruk^{***}, Nutthaporn Panchakhan^{*}

(Received: November 23, 2021, Revised: February 28, 2022, Accepted: March 17, 2022)

Abstract

Establishing a family care team improves a primary health service system, and increases accessibility to standard medical and public health services for all populations. This study; being conducted at Sri-Muat-Klao Health Promotion Hospital, a family care team in urban health center, was to take lessons learned from the redesigned family care team and the nurse's role. Qualitative method was applied, and purposive sampling is used to collect data from interviewing of five nurses. The interviews were last about 60-90 minutes per each. Data were recorded in a recorder, and transcribed verbatim words by words. Questionnaire obtained personal information; regarding age, sex, marital status, educational levels, being certified as a nurse practitioner (Primary Medical Care), and years of working at a primary health setting and a family care team. Descriptive statistics was applied for these data analysis, and content analysis was used to describe the interviewing data. Qualitative results were confirmed for trustworthiness by using triangulation technique.

The results reveal that it was designed as a family care team, consisting of three S components; Structure, Staff, and System. Nurse's role was emerged as working in; 1) case management; 2) primary medical care; 3) caring for families, patients with chronic diseases and palliative care at home; 4) health promotion, disease prevention, and rehabilitation; 5) consultation and collaboration with local agencies; 6) transferring and continuum of care system; and 7) empowerment. However, competencies such as team work and coordination may be in need for the nurses to be ready working as a member of a family care team.

Keywords: Role of nurses; A family care team; Primary health service

* Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon lampang, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

** Registered Nurse, Primary Care Unit, Lamphang Hospital

*** Public Health Professional

¹Corresponding author: suwattana.k@mail.bcnlp.ac.th โทร 0-5422-6254.



การถอดบทเรียนการจัดบริการทีมหมอกรอบครัวและบทบาทพยาบาลวิชาชีพ
ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า
อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

สุวัฒนา คำสุข^{1*}, บุศรา ทศนวิจิตร^{**},
จำเนียร วรรณารักษ์^{***}, ณัฏฐ์ฐรณ์ ปัญจพันธ์*

(วันที่รับบทความ : 23 พฤศจิกายน 2564 , วันที่แก้ไขบทความ: 28 กุมภาพันธ์ 2565, วันที่ตอบรับบทความ: 17 มีนาคม 2565)

บทคัดย่อ

การจัดทีมหมอกรอบครัวถือเป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้ประชาชนเข้าถึงการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน การวิจัยนี้เพื่อถอดบทเรียนรูปแบบการจัดบริการและบทบาทพยาบาลวิชาชีพในทีมหมอกรอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า ใช้ระเบียบวิธีวิจัยคุณภาพด้วยการถอดบทเรียนการจัดรูปแบบทีมหมอกรอบครัวในระยะจัดตั้งและบทบาทพยาบาลวิชาชีพ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเป็นพยาบาลในทีมหมอกรอบครัว จำนวน 5 คน ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 60-90 นาทีต่อคน ข้อมูลที่ได้ถูกบันทึกในเครื่องบันทึกเสียงและทำการถอดเทปแบบคำต่อคำ ส่วนข้อมูลส่วนบุคคลเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การผ่านการอบรมวิชาชีพปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) และระยะเวลาการปฏิบัติงานในทีมหมอกรอบครัวและหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนาและข้อมูลสัมภาษณ์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการแบบสามเส้า (triangulation technique)

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการจัดทีมหมอกรอบครัวจัดบริการครบสามองค์ประกอบ ได้แก่ โครงสร้าง บุคลากร และระบบบริการและการจัดการ รวมถึงบทบาทพยาบาลวิชาชีพในทีมหมอกรอบครัวมี 7 ด้าน ประกอบด้วย 1) การจัดการรายกรณี 2) การตรวจรักษาโรคเบื้องต้น 3) การดูแลครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้ายที่บ้าน 4) การสร้างเสริมป้องกันและฟื้นฟูสภาพ 5) การเป็นที่ปรึกษาและประสานงานท้องถิ่น 6) การจัดระบบการส่งต่อและดูแลต่อเนื่อง และ 7) การเสริมสร้างพลังอำนาจ จะเห็นได้ว่าพยาบาลวิชาชีพยังคงดำเนินการตามบทบาทที่กำหนดของสภาการพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามพบว่าสมรรถนะในการทำงานเป็นทีมและการเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพมีความจำเป็น ดังนั้น ควรพัฒนาทักษะที่จำเป็นนี้ให้กับพยาบาลวิชาชีพเพื่อเตรียมความพร้อมในการจัดตั้งทีมหมอกรอบครัวต่อไป

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล; คลินิกหมอกรอบครัว; บริการสุขภาพปฐมภูมิ

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

**พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลลำปาง

*** นักวิชาการอิสระ

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ suwattana.k@mail.bcnlp.ac.th โทร 0-5422-6254.



บทนำ

การจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในปัจจุบันมุ่งการจัดบริการโดยเน้นการบูรณาการบริการสุขภาพแก่คนทุกกลุ่มวัย (Care for All at All ages) เป็นการบริการสุขภาพระดับบุคคลที่เกิดจากการมีส่วนร่วมและประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงได้อย่างเท่าเทียม (World Health Organization, 2019) กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่จัดบริการสุขภาพภาครัฐมีนโยบายในการพัฒนาให้บริการสุขภาพทั่วไปทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพโดยกำหนดให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและ “ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)” ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุขและอื่นๆ เป็นผู้ดูแลประชากรทุกครัวเรือนในเขตรับผิดชอบโดยดูแลประชาชนจำนวนหนึ่งหมื่นคน ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนมี *หมอประจำตัว* (Strategy and Planning Division, 2016) ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 มาตรา 258 หมวด ข. กำหนดว่าให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสมและพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ (2562) ให้ค่านิยามว่า “บริการสุขภาพปฐมภูมิ” เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชนและบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (รักษาโรคเบื้องต้น) มีบทบาทในการดูแลสุขภาพโดยปฏิบัติการพยาบาลในการประเมินภาวะสุขภาพ การคัดกรองผู้ป่วย การรักษาโรคเบื้องต้น การช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน การดูแลอย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง การทำหัตถการที่ไม่ซับซ้อนและการรับส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการสุขภาพระดับบุคคล ครอบครัวและกลุ่มคนในระดับปฐมภูมิ (Junprasert, 2014) เมื่อมีการพัฒนาทีมหมอครอบครัวที่ให้บริการตามบริบทของครอบครัวและชุมชนซึ่งทำงานในรูปแบบของทีมสหวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพถือเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการทำงานโดยอาศัยหลักเวชศาสตร์ครอบครัวและศาสตร์ทางการพยาบาลที่มุ่งการมีส่วนร่วมในการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน แต่ยังคงพบข้อจำกัดในการจัดบริการในคลินิกหมอครอบครัว เช่น จำนวนพยาบาลต่อประชากรไม่เพียงพอ การกำหนดบทบาทของพยาบาลวิชาชีพยังไม่ชัดเจน (Suwannasaeng & Yingyoud 2020)

ในปี พ.ศ.2560 จังหวัดลำปางมีการจัดตั้งทีมหมอครอบครัว 4 แห่งซึ่งรวมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้าโดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพให้บริการตามองค์ประกอบ 3 S ได้แก่ โครงสร้าง (Structure) บุคลากร (Staff) และระบบ (System) และจากผลการประเมินการจัดตั้งทีมหมอ



ครอบครัว พบว่า ทีมหมอครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า ผ่านเกณฑ์การจัดตั้งของสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว (Lampang Provincial Public Health Office, 2017) ดังนั้น การถอดบทเรียนการจัดบริการทีมหมอครอบครัวและบทบาทพยาบาลวิชาชีพในทีมหมอครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า จะเป็นการอธิบายเกี่ยวกับการจัดรูปแบบบริการในทีมหมอครอบครัวที่ผ่านเกณฑ์และบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานตามรูปแบบของทีมหมอครอบครัวนี้ ผลของการศึกษาอาจใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษารูปแบบการจัดบริการทีมหมอครอบครัวในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า
- 2) เพื่อศึกษาบทบาทพยาบาลวิชาชีพในทีมหมอครอบครัวตามรูปแบบการจัดบริการทีมหมอครอบครัวในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตงานวิจัยนี้ เพื่อศึกษารูปแบบการจัดบริการทีมหมอครอบครัวและบทบาทพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนเมษายน-พฤษภาคม พ.ศ.2563

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยคุณภาพโดยใช้การถอดบทเรียน มุ่งค้นหาความรู้ที่ฝังลึก (tacit knowledge) จากการปฏิบัติให้ผู้ที่มีความรู้อธิบายความจริงและความรู้ที่ซ่อนในตัวตนทั้งในสภาวะจิตใต้สำนึกหรือจิตสำนึก ภายใต้บริบทที่เฉพาะเจาะจงทั้งในประเด็น เนื้อหาและตัวละครที่เกี่ยวข้องในกระบวนการดำเนินงานและผลที่ได้มีความจำเพาะสูง (Phlainoi, 2019) มีการดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ 1) การออกแบบแผนการถอดบทเรียน เพื่อค้นหาประเด็น เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการจัดรูปแบบการบริการทีมหมอครอบครัว บทบาทพยาบาลวิชาชีพและกำหนดคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ 2) ดำเนินการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัว 3) ถอดบทสัมภาษณ์เพื่อสกัดบทเรียนจากประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพ และ 4) การเขียนรายงานการถอดบทเรียน การตรวจสอบและยืนยันกับกลุ่มผู้ที่มีส่วนร่วมและเผยแพร่บทเรียนสู่สาธารณะ



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการศึกษานี้ มีพื้นที่ดำเนินการหลัก คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า และผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้าและเป็นสมาชิกทีมหมอครอบครัว จำนวน 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แนวคำถามในการสัมภาษณ์ประเด็นรูปแบบการจัดบริการทีมหมอครอบครัวและบทบาทพยาบาลวิชาชีพที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยประเด็นที่เกี่ยวข้อง
2. เครื่องบันทึกเสียง
3. รายงานการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมด้านภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลปฐมภูมิ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชนและผู้มีความเชี่ยวชาญด้านวิจัยคุณภาพ เมื่อได้รับข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงข้อคำถามและทดลองสัมภาษณ์กับตัวแทนกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัว จำนวน 1 คน ก่อนนำไปใช้จริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ถูกบันทึกในเครื่องบันทึกเสียงจะถูกถอดเทปแบบคำต่อคำและเก็บไว้ในแฟ้มข้อมูล ก่อนนำมาวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) มีการจัดทำดัชนีข้อมูล จัดกลุ่มข้อมูล วิเคราะห์ประเด็นและพิสูจนบทสรุป ส่วนการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือ ใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation technique) โดยตัวแทนผู้ให้ข้อมูล พยาบาลวิชาชีพและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นผู้ตรวจสอบข้อมูลตามคำถามวิจัยเพื่อรับรองความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้ ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา วิเคราะห์โดยการใช้อยู่สถิติเชิงพรรณนา เช่น ความถี่และร้อยละ เป็นต้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

โครงร่างวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการประเมินผลจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เลขที่ 003/2562 วันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ.2562



ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลในครั้งนี้ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) จำนวน 5 คน ทั้งหมดเป็นเพศหญิงและมีอายุระหว่าง 46 ถึง 54 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 51 ปี สถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้าและเป็นสมาชิกทีมหมอครอบครัวมากกว่า 5 ปี ส่วนใหญ่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้จัดการรายกรณีหรือ case manager ผลการวิจัย ดังนี้ รูปแบบการจัดบริการทีมหมอบริการ ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า ดำเนินการตามแนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอบริการ สำหรับหน่วยบริการ ปี พ.ศ.2559 เริ่มต้นจัดตั้งเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) จังหวัดลำปาง เมื่อปี พ.ศ. 2560 โดยขึ้นทะเบียนกับสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอบริการ ใช้ชื่อว่าเครือข่ายบริการปฐมภูมิชุมชนและปรับการจัดบริการในหน่วยบริการ 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดโครงสร้าง (structure) 2) การจัดบุคลากร (staff) และ 3) การจัดระบบ (system) ดังนี้

ก. การจัดโครงสร้าง (structure) โดยการรวมหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ใกล้เคียง 3 แห่ง ได้แก่ 1) ทีมหมอบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า 2) ทีมหมอบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฟ่อน และ 3) ทีมหมอบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกล้วยแพะกล้วยม่วง รวมประชากรที่ต้องดูแลรับผิดชอบ 29,672 คน จัดตั้งเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิชุมชน (Primary Care Cluster) สำหรับทีมหมอบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า แบ่งพื้นที่รับผิดชอบเป็น 4 หมอด และกำหนดให้มีบุคลากรสาธารณสุขรับผิดชอบคนละหมอด พยาบาลวิชาชีพท่านหนึ่ง กล่าวว่า ตนเองรับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชนในหมู่บ้านหนึ่งหมู่บ้าน

ข. การจัดบุคลากร (staff) เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามเกณฑ์ในการจัดตั้งทีมหมอบริการ (a family care team) เริ่มจากผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) นักวิชาการสาธารณสุข ทันตภิบาล เป็นสมาชิกและทำหน้าที่ในทีมหมอบริการนี้ แต่เนื่องจากยังขาด แพทย์เวชปฏิบัติ หมอบริการ ทันตแพทย์ เภสัชกร เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม แพทย์แผนไทยและนักกายภาพบำบัด ทั้งนี้เพื่อให้การจัดตั้งทีมหมอบริการครบตามเกณฑ์ที่เน้นการบริการปฐมภูมิโดยใช้ความชำนาญของแต่ละวิชาชีพทำงานอย่างบูรณาการ จึงต้องอาศัยการบริหารทรัพยากรบุคคลโดยคำนึงนายอำเภอและการสนับสนุนบุคลากรจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปางในการจัดตั้งทีมหมอบริการให้ครบตามเกณฑ์ โดยพยาบาลวิชาชีพเล่าว่า ทีมหมอบริการ เริ่มประมาณ 3-4 ปีแล้วค่ะ ถ้าพูดถึงลักษณะงานของพยาบาลก็จะไม่ต่างจากเดิม แต่ว่าถ้ามีทีมหมอบริการก็จะมีแพทย์ออกมาให้บริการ โดยเฉพาะในวันที่มีคลินิกจะทำให้การรักษาครอบคลุมมากยิ่งขึ้น



เพราะว่าจะมีแพทย์มาและสะดวกกับผู้รับบริการ ก็จะไม่ต้องรีเฟอร์ คนไข้ก็จะได้รับการที่มีคุณภาพเหมือนกัน แต่ว่าสะดวกและคนไข้ก็พึงพอใจมากขึ้น จะเห็นได้ว่าทีมหมอครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า เป็นทีมหมอครอบครัวหนึ่งในเครือข่ายบริการปฐมภูมิขมพู่ จัดตั้งเมื่อปี พ.ศ.2560 ทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติการรักษาทั่วไป 5 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน ทันตภิบาล 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน และได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลลำปางโดยการจับคู่บุคลากรมาปฏิบัติงานเป็นทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว โดยมีทันตแพทย์และเภสัชกรหมุนเวียนมาปฏิบัติงานเป็นบางครั้งและมีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวเป็นหัวหน้าทีมหมอครอบครัว

ค. การจัดระบบ (System) หมายถึงระบบบริการและการจัดการโดยเน้นแบบ บริการ

ทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี โดยการบริการทุกคน หมายถึงการจัดบริการสุขภาพแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัยตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ถึงวัยสูงอายุ บริการทุกอย่าง หมายถึงการบริการครบทุกมิติทางสุขภาพทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพและคุ้มครองผู้บริโภค ให้บริการทุกที่ หมายถึงการทำงานทั้งในและนอกสถานบริการสุขภาพโดยเฉพาะการทำงานเชิงรุกให้บริการที่บ้านและในชุมชน ด้วยการผสมผสานกับการใช้เทคโนโลยี เช่น application line และ telemedicine ในการทำงานร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพและผู้รับบริการโดยการให้คำปรึกษาหรือสอบถามปัญหาสุขภาพ ซึ่งเรียกว่า บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี โดยพยาบาลยกตัวอย่างว่า การที่เราดูแลผู้ป่วยก็จะทำงานร่วมกัน การวางแผนการเยี่ยมบ้านก็จะมีเกณฑ์ บางรายเยี่ยมทุกอาทิตย์ ทุกเดือน ปีละ 1 ครั้ง 2 ครั้ง เช่น คนไข้กลุ่มสีแดงก็อาจจะไปเยี่ยมทุกวันก็ได้คะขึ้นอยู่กับปัญหาของคนไข้ สำหรับการดูแลหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) ซึ่งเน้นการบริการตามความต้องการของประชาชนและจัดบริการในชุมชน (community-based care) และให้การบริการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (humanized care) โดยการให้การพยาบาลที่เน้นการดูแลด้วยความเมตตากรุณาจรรยาบรรณ เช่นคำกล่าวว่า จากการทำเป็นหมอครอบครัว เราจะลงชุมชนมากขึ้น เราจะรู้จักคนไข้มากขึ้น รู้จักสิ่งแวดล้อมของคนไข้และถ้าคนไข้มีปัญหาเราก็สามารถที่จะให้คำแนะนำคนไข้ได้ถูก เพราะว่าเราจะรู้จักคนไข้ รู้จักพื้นฐานครอบครัว พื้นฐานการกินการนอนของคนไข้ เมื่ออธิบายรูปแบบบริการที่สำคัญยึดหลัก ดังนี้

1) การบริการผสมผสานในสถานบริการโดยบริการที่เน้นการรักษาโรคเบื้องต้นและครอบคลุมถึงการส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟู ได้แก่ การจัดบริการคลินิกเด็กดี คลินิกวัยรุ่น คลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกทันตกรรม คลินิกกายภาพบำบัดและคลินิกให้คำปรึกษาทางสุขภาพ เช่นพยาบาลเล่าว่าในการบริการคลินิกเด็กดี ให้บริการประเมินพัฒนาการตามวัยและเรื่องของวัคซีนกลุ่มเด็กและวัคซีนมาตรฐานทั่วไปในกลุ่มเด็ก

2) การบริการต่อเนื่องถึงบ้าน (homeward) โดยมีกิจกรรมเยี่ยมบ้าน บริการทำหัตถการและการให้



บริการดูแลระยะยาว หรือ Long-term care และการสนับสนุนให้ครอบครัว หรือผู้ดูแล (care giver) ร่วมดูแลสุขภาพผู้ป่วยโดยพยาบาลกล่าวว่า ส่วนของงานที่เน้นในงาน มอค.(หมอครอบครัว) คือ งานเยี่ยมบ้านเชิงรุกในกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยติดเตียงในพื้นที่ที่ตัวเองรับผิดชอบ คนไข้โรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุและผู้พิการ คนไข้จิตเวช คนไข้โรค ค่ะ

3) การบริการเชิงรุกในชุมชน เป็นการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มประชากรในชุมชน ได้แก่ การตรวจคัดกรองโรคแทรกซ้อนทางตาและเท้าจากโรคเบาหวาน การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การส่งเสริมการออกกำลังกายและการจัดอาหารปลอดภัยในชุมชนโดยพยาบาลกล่าวว่า มอค. เรียกได้ว่าเป็นทุกอย่างในชุมชน งานส่งเสริมสุขภาพ งานควบคุมป้องกันโรค งานประสานต่างๆ ในชุมชนและในเรื่องของการฝึกอบรมโครงการในชุมชนและเป็นที่ปรึกษาในเรื่องของการแก้ไขปัญหาชุมชนโดยของบประมาณของ รพ.สต. ค่ะ

4) การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วม เป็นการจัดทำแผนสุขภาพร่วมกับชุมชน การสนับสนุนชมรมสุขภาพในชุมชนโดยอธิบายว่า ต้องเริ่มตั้งแต่การทำแผนชุมชน ลงทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพใน รพ.สต. ตั้งแต่ทำแผน วิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันว่าปัญหาชุมชนในเขตของเราจริงๆ แล้วมันคืออะไร และเราจะเดินไปพร้อมๆ สเติร์โศเดอร์ต่างๆ ได้อย่างไร ไม่ใช่ปล่อยให้ รพ.สต. ทำเชิงรุกแต่ฝ่ายเดียว

5) การรับข้อมูลให้คำปรึกษา เป็นการใช้เทคโนโลยี เช่น application line หรือ telemedicine ในการให้บริการเพื่อให้ข้อมูลสุขภาพและให้คำปรึกษาแก่ประชาชน โดยพยาบาลเล่าว่า ถ้าเป็นกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงเป็นภาวะปกติ เราก็จะทำการสอนได้เลย แต่ถ้าอย่าง เช่น คนไข้ข้อติด บางครั้งญาติคนไข้อาจจะมีความรู้ว่ายากกว่ากันยาคือจะทำให้ทำบวมตึง ถ้าเป็นผู้ป่วยสูงอายุอาจจะไม่ใช่สาเหตุนี้ เราจึงต้องขอคำปรึกษาคุณหมอก่อน และอธิบายให้คนไข้ฟัง ให้คนไข้ปฏิบัติตาม เราติดต่อหมดได้ตลอด ส่วนใหญ่เราจะติดต่อขอคอนเซิร์ททาง LINE เราจะมีส่งข้อความไปก่อน ถ้าคุณหมอสะดวกก็จะตอบมาเลยคะ

2. สำหรับบทบาทพยาบาลวิชาชีพในทีมหมอครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า พยาบาลให้บริการตรวจรักษาในคลินิกโรคเรื้อรังโดยดูแลผู้ป่วยในหมู่บ้านที่ตนเองรับผิดชอบ ทำให้พยาบาลมีโอกาสดูแลผู้ป่วยกลุ่มเดิม การประเมินภาวะสุขภาพได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือเนื่องจากเกิดความศรัทธาและไว้วางใจกันในการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลเล่าว่า เมื่อก่อนเห็นคนไข้เยอะมาก วันอังคารเต็ม พุธสัปดาห์ก็เต็ม อย่างนี้คนไข้ก็จะไม่ลดสักที พอหลังจากนั้นปรับใหม่มีคลินิกทุกวันตาม มอค. ของตัวเองจะรับ มอค. เป็นวันจันทร์ ส่วนวันอังคารก็จะเป็นพยาบาลอีกคนหนึ่ง อย่างของวันจันทร์ของตัวเองที่รับคนไข้ 700 กว่าคน ก็รู้สึกได้ว่าได้หมดคะ เราจะลิสต์ไว้ว่าคนนี้ได้มาครั้งแรก คนนี้ต้องไปลดเรื่องอาหารไขมันจาก lab อย่างนี้คะ ทำให้เรารู้สึกมันได้คุณภาพมากขึ้นดีกว่าที่เราไปทำแบบเดิม การบันทึกประวัติผู้ป่วยก็จะมีสมุดบันทึกเป็นเล่มและตัวเองก็เป็นเล่ม ส่วนตัวก็จะมีชื่อเล่นของทุกคน จะต้องมีคนไข้นัดของตัวเอง และตอนนี้เราเก็บข้อมูลไว้ในคอมพิวเตอร์ด้วยเอง เราก็จะมาร์คให้เราจำได้ แล้วเราก็บันทึกไว้เป็นเล่ม นอกจากนี้ผู้ป่วยได้ประโยชน์



อย่างมากในการมารับบริการตามเวลาที่นัดหมาย สะดวก รวดเร็ว ลดการแออัด โดยพยาบาลกล่าวว่า เราพบคนไข้รับยาที่โรงพยาบาล คนไข้เป็นโรคความดัน เบาหวาน รักษาที่โรงพยาบาล มาตลอดและทานยาที่โรงพยาบาล และล่าสุดโรงพยาบาล ปรับยาให้คนไข้และคนไข้มีอาการใจสั่นและขาบวม คนไข้ก็มาหาเรา เราก็วัดความดันเสร็จและเป็นวันที่เหมาะพอดี ทางเราได้ส่งต่อให้หมอตรวจหมอได้ปรับยาให้คนไข้ใหม่ ถ้าวันนั้นหมอไม่มาเราก็ปรับยาเองไม่ได้ คนไข้ก็ต้องกลับไปโรงพยาบาล และช่วงนี้เป็นช่วงโควิด คนไข้ไม่สะดวกที่จะไปโรงพยาบาล ก็เลยมาหาเราเพราะมีอาการ นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพให้บริการแบบผสมผสานโดยมีการจัดทำสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อใช้เป็นสมุดบันทึกการนัดและใช้ข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วยในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม สำหรับบทบาทการจัดการรายกรณีอย่างบูรณาการและต่อเนื่อง พยาบาลวิชาชีพมีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยเริ่มจากเมื่อมีผู้ป่วยส่งต่อมารับการรักษาต่อที่บ้าน ข้อมูลผู้ป่วยจะส่งผ่านทางระบบสารสนเทศ ได้แก่ ระบบ Continuous Of Care (COC) และ Thai refer จากโรงพยาบาลแม่ข่าย อาสาสมัครสาธารณสุขจะสอบถามผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านและแจ้งไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า หลังจากนั้นทีมเยี่ยมบ้านและอาสาสมัครสาธารณสุข จะเข้าเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินอาการเบื้องต้นและนำข้อมูลที่ได้ประจักษ์ร่วมกับทีมหมอครอบครัว เพื่อวางแผนทางในการดูแลรักษา สำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องทำหัตถการ เช่น การดูแลการให้อาหารทางสายยาง การดูแลผู้ป่วยให้ออกซิเจนที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ การดูแลทางโภชนาการและการดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา พยาบาลเจ้าของไข้ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติการพยาบาลและการทำหัตถการนี้ตามระยะเวลาที่กำหนดและถ้าผู้ป่วยและญาติต้องการคำปรึกษาหรือสอบถามปัญหาสุขภาพหรือการดูแลผู้ป่วย จะใช้ช่องทางในการติดต่อสื่อสารกับทีมหมอครอบครัว โดยการใช้ line application หรือร่วมกับการใช้ช่องทาง telemedicine ในการขอรับคำปรึกษาจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพอื่นๆ

การบริการเยี่ยมบ้านเชิงรุก เป็นการดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มต่างๆ ได้แก่ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยวัณโรคและผู้ป่วยจิตเวช โดยพยาบาลเล่าว่า ถ้าพยาบาลไปเยี่ยมไข้ เราก็จะนัดกันไปเป็นทีม 3 คน คนที่เป็นหัวหน้าทีม คือ หมอ.บ้านนั้น เพราะจะรู้ข้อมูลเยอะที่สุดและเราก็จะไปช่วยกันดูแล โดยทีมหมอครอบครัวจัดลำดับการเยี่ยมบ้านตามลักษณะผู้ป่วยตามประเภทผู้ป่วยสีแดง สีเหลืองและสีเขียว สำหรับผู้ป่วยกลุ่มสีแดงเป็นกลุ่มที่ทีมหมอครอบครัวต้องเข้าเยี่ยมบ้านทันที พยาบาลได้เล่าถึงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงหลังจากภาวะ Stroke ซึ่งเป็นผู้ป่วยติดเตียงมาเกือบปี พยาบาลได้เยี่ยมบ้านให้ความรู้ในการทำกายภาพบำบัดและติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุกเย็นก่อนเลิกงานร่วมกับตัวแทนผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชนและประธาน อสม. จนผู้ป่วยสามารถลุกนั่ง ลุกเดินและช่วยเหลือตัวเองได้ การเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องเป็นการพยาบาลตามบริบทของผู้ป่วยหรือ patient-centered care โดยเล่าว่า ผู้ป่วยติดเตียง เพศชายอายุ 16 ปี ประสบอุบัติเหตุจากมอเตอร์ไซด์ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดและได้รับการส่งต่อให้ทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัดและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลงเยี่ยมบ้านและเข้าไปดูแลเกี่ยวกับ



การฟื้นฟูสภาพโดยเฉพาะการเคลื่อนไหว อาการผู้ป่วยหลังจากได้รับการบำบัดโดยการเยี่ยมบ้านจากผู้ป่วยนอนติดเตียงเดินไม่ได้ ขณะนี้สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ขยับมาเข็นรถเข็นเองได้แล้ว ช่วยเหลือตัวเองในเรื่องของการขับถ่ายได้ดีขึ้น ไม่เป็นภาระของครอบครัวเพราะว่าครอบครัวนี้มีแค่ยายและฐานะไม่ค่อยดี รวมถึงสุขภาพจิตที่ดีขึ้น เนื่องจาก ช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น เคลื่อนไหวด้วยตัวเองได้ ทำให้คนไข้สุขภาพจิตดีขึ้น โดยในช่วงแรกพยาบาลเข้าไปดูคนไข้ใส่สายสวนปัสสาวะ การขับถ่าย ร่างกายอ่อนล้าจะหาไม่มีความรู้สึกต้องใส่แพมเพิร์สกลายเป็นปัญหาของครอบครัว เนื่องจากคนไข้ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ แต่อยู่กับยายที่มีโรคประจำตัว พยาบาลเยี่ยมบ้านดูแลทั้งหมดได้แก่ การใส่สายสวนปัสสาวะ นำสิ่งของที่ได้รับบริจาค เช่น แพมเพิร์สและผ้าปูรองไปให้ การดูแลใส่สายให้อาหารทางจมูกรวมถึงให้คำแนะนำการให้อาหารทางสายยาและการดูแลเรื่องจิตใจเนื่องจากคนไข้เป็นวัยรุ่นคนไข้ยังยอมรับไม่ได้จากที่ร่างกายปกติที่ช่วยเหลือตัวเองได้ทุกอย่างและต่อมาชีวิตได้เปลี่ยนไปเลย คนไข้กลายเป็นภาระของครอบครัวเป็นภาระของยาย คนไข้มีอาการเครียด ทางเราได้ไปเยี่ยมตลอด จนคนไข้มีอาการดีขึ้นและได้ไปตรวจตามนัดของโรงพยาบาล ตลอดจนอาการคนไข้ดีขึ้นและต่อมาก็จะมีหน่วยงานเข้ามาดูแลผู้ได้รับผลกระทบจากอุบัติเหตุจราจรได้ลงมาเยี่ยม เมื่อคนไข้มีอาการดีขึ้นได้ส่งคนไข้ไปฟื้นฟูที่โรงพยาบาลเวชารักษ์ลำปางไปอยู่ได้หลายเดือนเหมือนกัน

การสร้างเสริมป้องกันโรคในชุมชน พยาบาลวิชาชีพได้รับผิดชอบคนละหมู่บ้าน ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการสุขภาพประจำหมู่บ้านในการจัดมหกรรมสุขภาพ “ตลาดนัดรักสุขภาพ” และกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเน้นที่พฤติกรรมออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการอารมณ์ การลดหรืองดการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมและประชาชนสามารถจัดการสุขภาพตนเองโดยการส่งเสริมให้เกิดความรู้ทางสุขภาพหรือ health literacy โดยพยาบาลได้กล่าวว่าจริงๆ ก็เน้นงานซ่อมเยอะ แต่ถ้าทำงานด้วยสหวิชาชีพแล้ว ให้ชุมชนมีส่วนร่วมคิด เพราะเราก็ต้องขับเคลื่อนไปทั้งแนวราบแนวตั้งจะต้องไปพร้อมๆกันทั้งหมด ที่สำคัญคือการที่ชุมชนมี health literacy ชี้ให้เห็นปัญหาให้คิดว่าตรงนี้ถ้าไม่แก้ไขสุดท้าย สิ่งที่จะมาเจอคือตัวเขาเองกับลูกกับหลานเขา ให้เขารู้สึกตระหนักและลุกมาร่วมมือต่อสู้กันในชุมชน คือเขาต้องเป็นคนตื่นตัวตระหนักซึ่งตรงนี้ อย่างเขตราก็เห็นได้ชัดในตอนนี้อาการว่าบางสิ่งบางอย่างเราไม่ต้องสั่งการ บางอย่างเราก็ทำหน้าที่ของ รพ.สต. หลายๆอย่างตอนนี้เราถอยมาเป็นพี่ปรึกษา คนที่จะจุดประกายปรากฏว่าเป็นชุมชน

การประสานงานกับองค์กรอื่น เป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพในการทำงานแบบภาคีเครือข่ายร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การขอรับบริจาคแพมเพิร์สและการจัดตั้งกองทุนแพมเพิร์ส การขอรับบริจาคเงินเยียวยาแก่ผู้ป่วยติดเตียง การประสานงานในการปรับปรุงบ้านให้เหมาะกับผู้ป่วยสูงอายุ การประสานงานเพื่อขอรถรับส่งผู้ป่วยโดยพยาบาลวิชาชีพได้กล่าวว่า ถ้าเรามีแค่ในชุมชน เราจะต้องประเมินก่อนว่าคนไข้มีปัญหาเรื่องอะไรบ้าง อย่างเรื่องของการพยาบาลเราสามารถให้การดูแลรักษาแก้ไข ในเรื่องของครอบครัวที่มีปัญหาเรื่องเศรษฐกิจเราไม่ได้ทำงานคนเดียว เรายังมีเครือข่ายที่จะประสานไปทางผู้นำชุมชนเทศบาล เพื่อว่าเราจะมีอะไรบ้างในการช่วยเหลือคนไข้ที่มีปัญหาในชุมชน ได้ใช้เจ้าหน้าที่เครือข่ายในการแก้ไขเหมือนกัน



อภิปรายผล

จากการศึกษานี้พบว่า 1) รูปแบบการจัดบริการทีมหมอครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า มีการดำเนินงานตามเกณฑ์การจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว สำหรับหน่วยบริการ (2559) โดยจัดตั้งเครือข่ายบริการปฐมภูมิชุมชน (Primary Care Cluster) ประกอบด้วยทีมหมอครอบครัว 3 ทีม ให้การดูแลประชากร 29672 คน โดยทีมหมอครอบครัวศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีหมวดเกล้า มีการปรับโครงสร้าง (structure) โดยมีการทำงานแบบบูรณาการและต่อเนื่องด้วยทีมสหวิชาชีพ (staff) และให้บริการแบบ บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี และ 2) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ต่างๆ ดังนี้ (1) การตรวจรักษาโรคในการวินิจฉัย พยาบาลวิชาชีพได้ช่วยอย่างการให้บริการตรวจรักษาโรคในคลินิกโรคเรื้อรัง (2) การจัดการรายกรณีทั้งนี้รวมถึงการจัดระบบการส่งต่อและดูแลต่อเนื่องโดยใช้ระบบสารสนเทศในการนำส่งข้อมูลผู้ป่วยหลังจากกลับมาจากโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพจะประเมินสภาพผู้ป่วยเบื้องต้นโดยทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ และนำข้อมูลผู้ป่วยมาเสนอในการประชุมวางแผนการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมหมอครอบครัวก่อนที่จะให้บริการเยี่ยมบ้านพร้อมกัน (3) การเยี่ยมบ้านเชิงรุก เป็นการทำงานอย่างบูรณาการและต่อเนื่องร่วมกับทีมสหวิชาชีพในทีมหมอครอบครัว โดยส่งเสริมให้ผู้ดูแลและสมาชิกในชุมชนร่วมกันดูแลผู้ป่วย (4) การสร้างเสริมป้องกันโรคในชุมชน โดยการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองและ (5) การประสานงานกับองค์กรอื่นเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย

การปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพนี้เป็นบทบาทของพยาบาลวิชาชีพตามที่ Suwannasaeng & Yingyoud (2020) อธิบายว่าบทบาทพยาบาลวิชาชีพในคลินิกหมอครอบครัวมี 7 ด้าน ประกอบด้วย 1) การจัดการรายกรณี 2) การตรวจรักษาโรคเบื้องต้น 3) การดูแลครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังและระยะสุดท้ายที่บ้าน 4) การสร้างเสริมป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพ 5) การเป็นที่ปรึกษาและประสานงานท้องถิ่น 6) การจัดระบบการส่งต่อและดูแลต่อเนื่อง และ 7) การเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อเทียบกับการศึกษาของ Sritragool & Nuntaboot (2021) ที่ระบุว่าพยาบาลเวชปฏิบัติทำงานตามบทบาทที่กฎหมายกำหนดรับผิดชอบในการบริการสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพและการสนับสนุนบริการสุขภาพ ในการศึกษาพยาบาลวิชาชีพได้ทำงานตามบทบาทที่กฎหมายกำหนดโดยทำหน้าที่ตรวจรักษาโรคเบื้องต้น ให้บริการเยี่ยมบ้านตามบทบาทวิชาชีพและทำงานร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักกายภาพบำบัด โดยใช้ระบบสารสนเทศที่มีอยู่ เช่น application line และ telemedicine ในการปรึกษาและตอบปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน และใช้ระบบ continuous of care และ Thai refer ในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย รวมถึงให้บริการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องจนอาการผู้ป่วยดีขึ้น

การจัดบริการในทีมหมอครอบครัวนี้เป็นการให้บริการด้วยทีมสหวิชาชีพยึดชุมชนเป็นฐาน (community based care) และผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) โดยมีการใช้ระบบสารสนเทศในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยเพื่อใช้ในการวางแผนการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องหลังจากกลับจากโรงพยาบาล มีการทำงาน



ประสานกับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการร่วมมือกันทำงานดูแลผู้ป่วยในชุมชน และมีการสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเองโดยการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังแก่ผู้ป่วยในคลินิกโรคเรื้อรังสอดคล้องกับการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในจังหวัดกำแพงเพชรซึ่งใช้หลักการจัดบริการแบบบูรณาการและยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางเช่นกัน (Kumsuk & Katsomboon, 2022)

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ผลการศึกษานี้เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดแนวทางการจัดตั้งทีมหมอครอบครัวในการจัดบริการในหน่วยบริการ 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดโครงสร้าง (structure) 2) การจัดบุคลากร (staff) และ 3) การจัดระบบ (system) และการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงานตามที่สภาการพยาบาลและกฎหมายกำหนดในทีมหมอครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาบทบาทวิชาชีพอื่นในทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพในทีมหมอครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

- Constitution of the Kingdom of Thailand. (2560). Cabinet and Royal Gazette Publishing Office, Bangkok. (in Thai)
- Junprasert, S. (2014). Community nurse practitioner and primary health care in Thailand. *Thai Journal of Nursing and Midwifery*, 1(1); 57-65. (in Thai)
- Kumsuk, S., & Katsomboon, M. (2022). Comparison of Integrated People-centered Care for Chronic Care Patients of Kamphaeng Phet Hospital and Khlong Khlong Hospital Primary Care Cluster, Kamphaeng Phet Province. *Journal of Community Development and Life - Quality*, 10(1); 117-127. (in Thai)
- Lampang Provincial Public Health Office. (2017). *Annual Report: Executive Summary*. Lampang: Lampang Provincial Public Health Office. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2559). *Primary Care Cluster: Guideline for Implementation*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Nursing Division. (2018). *Guideline for Nursing Care Management in Primary Care Cluster*. Nonthaburi: Nursing Division, Office of Permanent Secretary. (in Thai)



- Phlainoi, S. (2019). *Lesson Learned and Knowledge Management* (7thed.) Bangkok: Thailand Health Academy. (in Thai)
- Sawanasaeng N., & Yingyoud, P. (2020). Primary Care Cluster: Concept and Management of Registered Nurses' Roles. *Thai Journal of Nursing Council*, 35(1);5-17. (in Thai)
- Sritragool R., & Nuntaboot, K. (2021). The Practice of Nurses Practitioners In the context of Primary Health Care Thailand. *Research and Development Health System Journal*, 14(2); 265-279. (in Thai)
- Strategy and Planning Division. (2016). *Strategy on primary care network development supporting the Constitution of the Kingdom of Thailand 2016 (2017-2026)*. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2017). *Missions of Nursing in Primary Care Cluster*. Nonthaburi: Thailand Nursing and Midwifery Council. (in Thai)
- The Permanent Secretary Office. (2562). *Primary Health System Act*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- World Health Organization. 2019. *Sustainable Development Goals*. Geneva: World Health Organization.



The Quality of Life for Dependent Elderly in Patunnakure Subdistrict Municipality

Arisa Saokaew^{1*}

(Received: January 24, 2021, Revised: March 18, 2022, Accepted: March 28, 2022)

Abstract

This mixed method study aimed to examine the quality of life and caring guideline of dependent elderly people in Patunnakure Subdistrict Municipality, Tambon Patun, Maetha, Lampang. The population consisted of 25 elderly people who were dependent on the long-term health care service program for the elderly. World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) – BREF that translated to a Thai version used as semi-structured interview. Data gathered between October and December 2021. Descriptive statistics and thematic analysis were used to conduct analysis and manage data.

Although the overall quality of life for dependent elderly people is at a moderate level ($\mu = 3.32, \sigma = 0.57$), the quality of life for individuals was at the lowest, including satisfaction with sexual life, acceptance of self-appearance, and either working at house or living at hospital ($\mu = 1.88, \sigma = 0.78$), ($\mu = 1.18, \sigma = 0.53$), ($\mu = 1.00, \sigma = 0.00$). Five themes emerged from the administration of caring guidelines: 1) healthcare professionals, village health volunteers, and caregivers were educated regarding physical therapy and routine healthcare, 2) orthosis tools needed for aids preparation, 3) regular house visits required consistency and continuity, 4) local government promoted community activities, and 5) the local governments and private government needed to relentlessly support. To improve the quality of life and value for dependent elderly people and those who were caregivers, healthcare networks, local government, and community administration should collaborate as a compatible and practical team.

Keywords: Quality of life; Elderly people with dependency

* Registered nurse, Professional level, Patunnakure Subdistrict Municipality

¹Corresponding author: arisa.bowling2525@gmail.com Tel: 0897597705



คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลป่าตันนาคิ้ว

อาริษา เสาร์แก้ว^{1*}

(วันที่รับบทความ : 24 มกราคม 2564 , วันที่แก้ไขบทความ: 18 มีนาคม 2565, วันที่ตอบรับบทความ: 28 มีนาคม 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสาน วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและกำหนดแนวทางการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลป่าตันนาคิ้ว ตำบลป่าตัน อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 25 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถาม พัฒนามาจากเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (ฉบับภาษาไทย) และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์ประเด็นร่วม

ผลการศึกษา พบว่า ภาพรวมระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 3.32$, $\sigma = 0.57$) และคุณภาพชีวิต ระดับน้อยที่สุด ได้แก่ ความพอใจในชีวิตทางเพศ การยอมรับรูปร่างหน้าตา และทำงานหรือมีชีวิตอยู่ได้ในแต่ละวันแม้ว่าจะจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาล ($\mu = 1.88$, $\sigma = 0.78$), ($\mu = 1$, $\sigma = 0.53$), ($\mu = 1.00$, $\sigma = 0.00$) ตามลำดับ สำหรับการกำหนดแนวทางในการดูแลคุณภาพชีวิต ได้แก่ 1) การวางแผนให้ความรู้เรื่องการท่ายากภาพบำบัด และการดูแลด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอโดยบุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) จัดหาอุปกรณ์ช่วยด้านการเคลื่อนไหวที่เหมาะสม 3) ออกเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอทั้งบุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน 4) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่งเสริมกิจกรรมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีส่วนร่วมในชุมชน เช่น การทำบุญ การจัดกิจกรรมพบปะซึ่งกันและกัน 5) ผสานความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกชุมชนในการช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย การซ่อมแซมบ้าน รวมถึงสนับสนุนการฝึกอาชีพที่เหมาะสม

ดังนั้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรทำงานร่วมกันแบบภาคีเครือข่ายทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรทางการแพทย์ และกลุ่มองค์กรในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต; ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

* พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ,เทศบาลตำบลป่าตันนาคิ้ว จังหวัดลำปาง

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ : arisa.bowling2525@gmail.com โทรศัพท์:0897597705



บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทย ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว โดยสถิติของผู้สูงอายุพบว่าประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น จาก 4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 6.80 ในปี 2537 เพิ่มขึ้นเป็น 10 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14.90 ในปี 2557 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 20.50 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 32.10 ในปี 2583 National Health Security Office, Ministry of Public Health, (2016) และในปี 2558 กระทรวงสาธารณสุขได้ประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 6,394,022 ล้านคน พบว่ามีกลุ่มติดสังคมประมาณ 5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 79.00 และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดบ้าน ติดเตียงที่จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนการบริการสุขภาพและสังคม ประมาณ 1.30 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21 (National Health Security Office, Ministry of Public Health, 2016) และในเทศบาลตำบลป่าตันนาครี มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ ในปี พ.ศ. 2561 , 2562 และ 2563 จำนวน 16,25 และ 47 ราย ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่มักพบปัญหาคุณภาพชีวิต เช่น ความผิดปกติของร่างกาย ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีความกังวลกลัวการถูกทอดทิ้งกลัวไม่มีผู้ดูแล กลัวการไม่มีอาชีพที่เลี้ยงตนเองได้ และมีปัญหา ในการเข้าร่วมสังคมกับผู้อื่น Jongrat et al.,(2019) ซึ่งในปี 2559 รัฐบาลได้เล็งเห็นว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามชุดสิทธิประโยชน์ที่ทางกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพได้กำหนดขึ้น และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้บริหารจัดการให้การบริการทางการแพทย์ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง (National Health Security Office, Ministry of Public Health, 2016)

นอกจากนี้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่มักพบปัญหาคุณภาพชีวิต ซึ่งองค์การอนามัยโลก World Health Organization (1997) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคล ภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและคุณค่าที่คนผู้นั้นอาศัยอยู่ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและสิ่งที่เกี่ยวข้องของบุคคลผู้นั้นเป็นนัยที่หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคลใน ด้านสุขภาพ ร่างกาย ด้านสภาวะจิตใจ ระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านความเชื่อส่วนบุคคล และความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านร่างกายจะมีปัญหาเกี่ยวกับการขาดความรู้ในเรื่อง การดูแลสุขภาพ เพราะส่วนใหญ่ไม่เชื่อและปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ด้านจิตใจ มักจะมี ปัญหาเรื่องของความวิตกกังวล ห่วงใยลูกหลาน กลัวการถูกทอดทิ้ง ตลอดจนมีความรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยว หด กาลังใจหรือเศร้าบ่อยๆ ในด้านสัมพันธภาพทางสังคม ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสภาพร่างกายไม่เอื้อต่อการประกอบ อาชีพ ทำให้มีปัญหาเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน และในด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นเรื่องที่ดำเนินการได้ยุ่งยาก เนื่องจากความไม่พร้อมของเศรษฐกิจภายใน คราวเรือน วัสดุอุปกรณ์ต่างไม่มีความพร้อม Jongrat et al.,(2019) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้สูงอายุใน ทุกกระบบ ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินตนเองมีสุขภาพไม่แข็งแรง และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่



สามารถหาเลี้ยงตนเองได้ รู้สึกลดคุณค่าของตนเอง ทำให้คุณภาพชีวิตของตนเองลดลง (World Health Organization, 2018) ผู้สูงอายุยังมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ มีความท้อแท้ ซึมเศร้า กลัวการถูกทอดทิ้ง มีผลต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ และ ส่งผลโดยตรงต่อระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม ผู้สูงอายุ มีการปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง เนื่องจากภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมลดลง ทำให้ผู้สูงอายุปรับตัวค่อนข้างยาก ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลงด้วย ซึ่งจากการที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในด้านต่างๆ ดังกล่าวจึงมีความจำเป็นที่หน่วยงานต่างๆ ในชุมชนควรให้ความสำคัญและศึกษาถึงสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่ เพื่อนำไปสู่แนวทางในการช่วยเหลือที่แตกต่างกันออกไป (Changmai, 2007)

สำหรับเทศบาลตำบลป่าตันนาครี เป็นสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลป่าตันนาครี พบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงฯ ส่วนใหญ่มักจะมีปัญหาในการเคลื่อนไหว ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ต้องมีผู้ดูแล ซึ่งบางครั้งผู้ดูแลอาจจะไม่ได้อยู่ดูแลตลอดเวลาและไม่ได้เอาใจใส่อย่างเพียงพอ จนอาจทำให้ผู้สูงอายุมีความเศร้า หดหู่ และน้อยใจ ที่เป็นภาระแก่ผู้ดูแลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง จนส่งผลทำให้เกิดปัญหาและความต้องการ ในการช่วยเหลือเพื่อทำให้คุณภาพชีวิตของตนเองดีขึ้น ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ด้านได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (Mahatnirunkul et al., 2002) กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลป่าตันนาครี ซึ่งได้รับผิดชอบ การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาลตำบลป่าตันนาครี ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาครีและบ้านอ้วน เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินเข้าสู่การรับบริการดังกล่าว โดยมีผู้จัดการระบบ (Care Manager) ทำหน้าที่วางแผนการดูแล และผู้ดูแล (Care Giver) ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ และมีหน้าที่ควบคุม และติดตามการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 จนถึงปัจจุบัน พบว่า เริ่มมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวนเพิ่มขึ้น ในปี 2561, 2562 และ 2563 ตามลำดับจำนวน 16 , 25 และ 47 ราย (Municipal district Patunnakure, 2021) และผู้สูงอายุที่อยู่ติดบ้าน ติดเตียงอาจมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงจากเดิม ซึ่งจากที่ผู้วิจัยได้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาด้านร่างกาย เคลื่อนไหวค่อนข้างลำบาก ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มักบ่นว่าเบื่อ และกลัวเป็นภาระของลูกหลาน ทำให้ไม่อยากมีรายได้เป็นของตนเอง เพื่อเพิ่มรายได้ให้ครอบครัว ลดการเป็นภาระให้แก่ลูกหลาน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่เทศบาลตำบลป่าตันนาครี อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง เพื่อนำผลการวิจัย มาวางแผนในการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลป่าตันนาครี



2. เพื่อกำหนดแนวทางการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลป่าตันนาครี

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีขอบเขตการศึกษา 4 ด้าน คือ 1) ด้านเนื้อหา มุ่งศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลป่าตันนาครี และกำหนดแนวทางการศึกษาแบบผสมผสาน ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ 2) ด้านกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาลตำบลป่าตันนาครี ที่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ 3) ด้านพื้นที่ คือ ในเขตเทศบาลตำบลป่าตันนาครี อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง 4) ด้านระยะเวลา ระหว่างเดือน ตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ.2564

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย รูปแบบการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method) มีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยระยะที่ 1 ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณก่อน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สภาพการอยู่อาศัย แหล่งที่มาของรายได้ จำนวนรายได้ โรคประจำตัว และจำนวนสมาชิกในครัวเรือน และระดับคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน และในระยะที่ 2 เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมีการสัมภาษณ์ เชิงลึกกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 25 คน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้และนำข้อมูลเชิงคุณภาพมาใช้เสริมและสนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณโดยเป็นการวิจัยแบบผสมผสานในรูปแบบเชิงอธิบายเป็นลำดับ (Sequential Explanatory)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลป่าตันนาครี จำนวน 25 คน ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

- 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ตามโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลป่าตันนาครี
- 2) เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ และผู้วิจัยเป็นผู้ถามคำถามให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นผู้ตอบ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ออกจากโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ ด้วยเหตุผลการเสียชีวิต หรืออาการดีขึ้น และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่สามารถสื่อสารได้
- 2) เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางสุขภาพจิต



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาจากเครื่องมือชีวิตคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (Mahatnirunkul et al., 2002) โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สภาพการอยู่อาศัย แหล่งที่มาของรายได้ จำนวนรายได้ โรคประจำตัว และจำนวนสมาชิกในครัวเรือน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคุณภาพชีวิต โดยเครื่องมือชีวิตคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL BREF THAI) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย 1.ด้านร่างกาย 2.ด้านจิตใจ 3.ด้านสัมพันธภาพทางสังคม 4.ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 26 ข้อ โดยด้านร่างกายเป็นคำถามข้อที่ 1-8 ด้านจิตใจเป็นคำถามข้อที่ 9-14 ด้านสัมพันธภาพทางสังคมเป็นคำถามข้อที่ 15-17 และด้านสิ่งแวดล้อมเป็นคำถามข้อที่ 18-26 แบบสอบถามเป็นแบบมาตรา ส่วนประเมินค่าแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert , 1970) 5 ระดับ โดยมีระดับความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องในการให้คะแนนและแปลความหมาย ดังนี้

5 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมากที่สุด

4 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก

3 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

2 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับน้อย

1 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับน้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลความหมายของระดับคะแนนแปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ยของผลคะแนนตามเกณฑ์ในการวิเคราะห์ ตามแนวคิดของ Likert Rating Scales มีรายละเอียดคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.50 ถึง 5.00 หมายความว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.50 ถึง 4.49 หมายความว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.50 ถึง 3.49 หมายความว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.50 ถึง 2.49 หมายความว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 ถึง 1.49 หมายความว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับน้อยที่สุด

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สำหรับแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยจะนำไปสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยประกอบด้วยแนวคำถามจำนวน 5 ข้อ ซึ่งเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและแนวทางที่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องการได้รับความช่วยเหลือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามจากเครื่องมือชีวิตคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย Mahatnirunkul et al.,(2002) และได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบและได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ 0.83



ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) สำหรับการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปสอบความเชื่อมั่นในพื้นที่ตำบลใกล้เคียงซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่ศึกษาจำนวน 10 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.74

สำหรับแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยได้นำให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบประเด็นคำถาม เพื่อครอบคลุม ความเหมาะสมของเนื้อหา และภาษา

การพัฒนาลิขสิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนของจริยธรรมการวิจัยทุกขั้นตอน โดยเลือกประชากรตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ได้ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย แจ้งการพัฒนาลิขสิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งให้ทราบว่า โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดลำปางแล้ว เลขที่ 080/2564 รวมทั้งแจ้งให้ถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย สิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ รวมถึงการเก็บข้อมูลเป็นความลับตลอดการวิจัยและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปการสรุปผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แปลผลคะแนนคุณภาพชีวิต
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์ประเด็นร่วมแบบวิเคราะห์สาระข้อมูล

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาระยะที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปและระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลปาดันนาคร้าว

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (n = 25)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	6	24
หญิง	19	76
2. ช่วงอายุ		
60 – 65 ปี	3	12
66 – 70 ปี	2	8
71 – 75 ปี	6	24
76 – 80 ปี	2	8
81 – 85 ปี	3	12
86 – 90 ปี	6	24
90 ปี ขึ้นไป	3	12



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (n = 25) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
3. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	9	36.00
ประถมศึกษา	16	64.00
4. สภาพการอยู่อาศัยร่วมกันกับผู้อื่นของผู้สูงอายุ		
อยู่คนเดียว	3	12.00
อยู่ร่วมกับสามี/ภรรยา	5	20.00
อยู่ร่วมกับลูก/หลาน	13	52.00
อยู่ร่วมกับสามีหรือภรรยาและลูก/หลาน	4	16.00
5. แหล่งที่มาของรายได้		
หน่วยงานของรัฐ (เบี้ยยังชีพ)	5	20.00
หน่วยงานของรัฐ (เบี้ยยังชีพ) และของบุคคลอื่น (เงินของคู่สมรส ลูกหลาน ญาติ)	20	80.00
6. รายได้ต่อเดือน		
< 7,000 บาท	18	72.00
≥ 7,000 บาท	7	28.00
7. โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	6	24.00
มีจำนวน 1 โรค	9	36.00
มีจำนวน 2 โรค	5	20.00
มีจำนวน 3 โรค	4	16.00
มีจำนวนมากกว่า 3 โรคขึ้นไป	1	4.00
8. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน		
อยู่คนเดียว	3	12.00
1 – 2 คน	8	32.00
3 – 4 คน	10	40.00
4 คนขึ้นไป	4	16.00



ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาลตำบลป่าตันนาครว ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.00 มีช่วงอายุ 71-75 ปี, 86 – 90 ปี ร้อยละ 24.00 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 64.00 ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ร่วมกับลูก/หลาน ร้อยละ 52.00 แหล่งที่มาของรายได้จากหน่วยงานของรัฐ (เบี้ยยังชีพ) และจากบุคคลอื่น (คู่สมรส/ลูก/หลาน) ร้อยละ 80.00 รายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 7,000 บาท ร้อยละ 72.00 มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 76.00 จำนวนสมาชิกในครัวเรือนจำนวน 3-4 คน ร้อยละ 40.00

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลป่าตันนาครว โดยชุดระดับคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI)

คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต (จำนวน(คน) / ร้อยละ)							
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	μ	σ	ระดับ
ด้านร่างกาย								
1. สามารถทำในสิ่งที่ต้องการแม้ว่าจะมีการเจ็บปวดตามร่างกาย (ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว)	5 (20.00)	5 (20.00)	8 (32.00)	7 (28.00)	0	2.68	1.11	น้อย
2. มีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวันใหม่ (ทั้งเรื่องงาน การดำเนินชีวิตประจำวัน)	2 (8.00)	18 (72.00)	4 (16.00)	1 (4.00)	0	2.16	0.64	น้อย
3. พอใจกับการนอนหลับ	0	1 (4.00)	12 (48.00)	12 (48.00)	0	3.44	0.58	ปานกลาง
4. รู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	1 (4.00)	11 (44.00)	12 (48.00)	1 (4.00)	0	2.52	0.65	น้อย
5. ทำงานหรือมีชีวิตรอยู่ได้ในแต่ละวัน แม้ว่าจะจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาล	8 (32.00)	13 (52.00)	3 (12.00)	1 (4.00)	0	1.88	0.78	น้อยที่สุด



ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลป่าตันนาครี โดยชุดระดับคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต (จำนวน(คน) / ร้อยละ)							ระดับ
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	μ	σ	
6. พอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมา	2 (8.00)	15 (60.00)	8 (32.00)	0	0	2.24	0.60	น้อย
7.สามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดี	5 (20.00)	13 (52.00)	7 (28.00)	0	0	2.08	0.70	น้อย
8.พอใจกับสุขภาพในตอนนี้	0	8 (32.00)	10 (40.00)	7 (28.00)	0	2.96	0.79	น้อย
ด้านจิตใจ								
9. รู้สึกพึงพอใจในชีวิต เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง	0	9 (36.00)	11 (44.00)	5 (20.00)	0	2.84	0.75	น้อย
10.มีสมาธิในการทำงานต่างๆ ดี	1 (4.00)	17 (68.00)	7 (28.00)	0	0	2.24	0.52	น้อย
11.รู้สึกพอใจในตนเอง	0	18 (72.00)	7 (28.00)	0	0	2.28	0.46	น้อย
12. ยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเอง	5 (20.00)	18 (72.00)	7 (28.00)	0	0	1.18	0.53	น้อยที่สุด
13. รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล	2 (8.00)	2 (8.00)	10 (40.00)	11 (44.00)	0	3.20	0.91	ปานกลาง
14. รู้สึกว่าชีวิตที่มีความหมายมาก	0	13 (52.00)	10 (40.00)	2 (8.00)	0	2.56	0.65	น้อย
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม								
15. พอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา	1 (4.00)	7 (28.00)	11 (44.00)	6 (24.00)	0	2.88	0.83	น้อย



ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลป่าตันนครสวรรค์ โดยชุดระดับคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF - THAI) (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต (จำนวน(คน) / ร้อยละ)							ระดับ
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	μ	σ	
16.พอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ	2 (8.00)	11 (44.00)	8 (32.00)	4 (16.00)	0	2.56	0.87	น้อย
17.พอใจในชีวิตทางเพศของท่าน	25 (100.00)	0	0	0	0	1.00	0.00	น้อยที่สุด
ด้านสิ่งแวดล้อม								
18. รู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีในแต่ละวัน	0	5 (20.00)	15 (60.00)	5 (20.00)	0	3.00	0.65	ปานกลาง
19. พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้	0	5 (20.00)	12 (48.00)	8 (32.00)	0	3.12	0.73	ปานกลาง
20. มีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น	2 (8.00)	4 (16.00)	16 (64.00)	3 (12.00)	0	2.80	0.76	น้อย
21. พอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น	0	15 (60.00)	10 (40.00)	0	0	2.40	0.50	น้อย
22. ได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็น	1 (4.00)	7 (28.00)	11 (44.00)	6 (24.00)	0	2.88	0.83	น้อย
23. มีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมาก	0	5 (20.00)	17 (68.00)	3 (12.00)	0	2.92	0.57	น้อย
24. สภาพแวดล้อมต่อสุขภาพของท่าน	0	4 (16.00)	18 (72.00)	3 (12.00)	0	2.96	0.54	น้อย
25. พอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน (การคมนาคม)	0	22 (88.00)	2 (8.00)	1 (4.00)	0	2.04	0.35	น้อย
26. คิดว่าคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ในขณะนี้	0	9 (36.00)	9 (36.00)	7 (28.00)	0	2.92	0.81	น้อย
โดยรวม						3.32	0.57	ปานกลาง



จากตารางที่ 2 ผลการศึกษา พบว่า ภาพรวมของระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลป่าตันนาครี อยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 3.32$, $\sigma = 0.57$) โดยมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับน้อยที่สุด 3 ประเด็นได้แก่ ข้อที่ 17 พอใจในชีวิตทางเพศของท่าน, ข้อที่ 12 ยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเอง และ ข้อที่ 5 ทำงานหรือ มีชีวิตอยู่ได้ในแต่ละวัน แม้ว่าจะจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาล โดยมีค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานดังนี้ ($\mu = 1.00$, $\sigma = 0.00$), ($\mu = 1.18$, $\sigma = 0.53$) และ ($\mu = 1.88$, $\sigma = 0.78$) ตามลำดับ

สำหรับระดับคุณภาพชีวิตที่อยู่ในระดับน้อย 3 ประเด็น ได้แก่ ข้อที่ 7 สามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดี , ข้อที่ 25 พอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน (การคมนาคม) , ข้อที่ 21 พอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น โดยมีค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานดังนี้ ($\mu = 2.08$, $\sigma = 0.70$) , ($\mu = 2.04$, $\sigma = 0.35$), ($\mu = 2.40$, $\sigma = 0.50$) ตามลำดับ

ผลการศึกษาระยะที่ 2 : กำหนดแนวทางการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลป่าตันนาครี

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In – depth Interview) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลป่าตันนาครี พบว่า

1. ด้านร่างกาย

1.1 สภาพร่างกายทั่วไป ประเด็นร่วมที่พบคือ ผู้สูงอายุต้องพึ่งพิงสมาชิกในครอบครัว และ มีปัญหาในการเคลื่อนไหวและการสื่อสาร ดังมีข้อมูลของผู้ให้สัมภาษณ์ที่ว่า “ปวดขาและปวดท้องบางครั้ง” (ผู้สูงอายุคนที่ 1) “ขาทั้ง 2 ข้าง ไม่สามารถเหยียดได้ พยายามเหยียดแล้วจะปวด” (ผู้สูงอายุคนที่ 2) “ปวดเข่าทั้ง 2 ข้าง ทำให้เดินลำบาก ทำให้ใช้ชีวิตไม่ปกติ” (ผู้สูงอายุคนที่ 3) “ขาข้างซ้ายอ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย” (ผู้สูงอายุคนที่ 8) “ขา 2 ข้างไม่มีแรง เดินไม่ได้ ไม่มีความรู้เรื่องการกายภาพ แต่เคลื่อนไหวด้วยการเขยิบ” (ผู้สูงอายุคนที่ 9) “มีแผลบริเวณก้น เส้นผ่านศูนย์กลาง 2 ซม. ลำบากในการทำแผล” (ผู้สูงอายุคนที่ 10) “ปวดขา 2 ข้างบางครั้ง ทานยาแก้ปวดอาการดีขึ้น” (ผู้สูงอายุคนที่ 12) “มีปวดเมื่อยตามข้อต่างๆ เวลาขยับตัวมาก” (ผู้สูงอายุคนที่ 14) “ขา 2 ข้างไม่มีแรง ขยับ่าย ใส่แอมเพิร์ส ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ไม่อยากเป็นภาระลูก” (ผู้สูงอายุคนที่ 16) “หูทั้ง 2 ข้าง ได้ยินไม่ค่อยชัดเจนทำให้สื่อสารลำบาก” (ผู้สูงอายุคนที่ 21) และ “เดินลำบากบ้าง มีปวดข้อ และเข่าบางครั้ง” (ผู้สูงอายุคนที่ 22 และคนที่ 25)

ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณในระยะที่ 1 ที่พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกายที่อยู่ในระดับน้อย ในข้อ 1) สามารถทำในสิ่งที่ต้องการแม้ว่าจะมีการเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้องปวดตามตัว และ ข้อ 2) มีกำลังเพียงพอในการทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวัน และข้อ 7 สามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้



1.2 ความต้องการช่วยเหลือด้านร่างกาย ประเด็นร่วมที่พบคือ ความต้องการเรื่องค่าใช้จ่าย การทำกายภาพบำบัด และความช่วยเหลือเกี่ยวกับอุปกรณ์กายภาพบำบัดที่ช่วยให้เคลื่อนไหวร่างกายได้ดีขึ้น รวมถึงคนดูแลด้านสุขภาพ เช่น อสม. ดังมีข้อมูลของผู้ให้สัมภาษณ์ที่ว่า “อยากได้ยาสามัญประจำบ้าน เวลาเจ็บ ปวดเล็กๆน้อยๆ รักษาเองได้” (ผู้สูงอายุคนที่ 1 , คนที่ 2 และคนที่ 3) “อยากได้ไม้สাঁหาหรือรถเข็น เพื่อช่วยในการเดิน จะได้ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง” (ผู้สูงอายุคนที่ 8) “อยากให้มีกิจกรรมดูแลเข้า พอกเข้า ลดอาการปวดเข้าได้บ้าง” (ผู้สูงอายุคนที่ 3 , คนที่ 22 และคนที่ 25) “อยากได้รถเข็นนั่ง อยากออกไปข้างนอก” (ผู้สูงอายุคนที่ 12) “อยากได้อุปกรณ์ช่วยเดิน คือไม้สাঁหา” (ผู้สูงอายุคนที่ 14) “อยากมีความรู้เรื่องการทำกายภาพ จะได้ทำให้ตัวเองได้บ้าง” (ผู้สูงอายุคนที่ 9) “อยากให้มีคนมาทำแผลทุกวัน” (ผู้สูงอายุคนที่ 10) “อยากได้เพิ่มเพิร์สฟรีบ้าง เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายของลูกได้” (ผู้สูงอายุคนที่ 16) “อยากได้รถเข็นนั่ง เพื่อจะไปที่ต่างๆ ได้บ้าง” (ผู้สูงอายุคนที่ 22) “อยากได้ไม้ค้ำยัน หรือไม้สাঁหา เพื่อช่วยให้เดินได้สะดวก” (ผู้สูงอายุคนที่ 24) และ “อยากให้อสม. มา” (ผู้สูงอายุคนที่ 25)

ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณในระยะที่ 1 ที่พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกายที่อยู่ในระดับน้อยในข้อ 4) รู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไร ผ่านไปได้ในแต่ละวัน และ ข้อ 5) ที่อยู่ในระดับน้อยที่สุด ที่ระบุว่า ทำงานหรือมีชีวิตรอยู่ได้ในแต่ละวัน แม้ว่าจะจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาล

2. ด้านจิตใจ

2.1 สภาพจิตใจทั่วไป ประเด็นร่วมที่พบคือ เบื่อ เครียด กังวล ท้อแท้ เหงา ขาดกำลังใจ ดังมีข้อมูลของผู้ให้สัมภาษณ์ที่ว่า “เบื่อ ไม่อยากทำอะไรเลย” (ผู้สูงอายุคนที่ 1) “มีอาการเบื่อบางครั้ง บางครั้ง ก็เฉยๆ” (ผู้สูงอายุคนที่ 2) “ไม่มีเบื่อ อยู่บ้านคนเดียวเวลากลางวันก็ฟังวิทยุ ฟังข่าว” (ผู้สูงอายุคนที่ 3) “สภาพจิตใจดี ไม่มีอาการเหงา ไม่เบื่อ” (ผู้สูงอายุคนที่ 5) “เบื่อบางครั้ง อยู่บ้านกัน 2 คน แค่มามีภรรยา บางครั้งก็ทะเลาะกันบ้าง” (ผู้สูงอายุคนที่ 6) “มีอาการเหงา เหมือนถูกทอดทิ้ง เพราะลูกอยู่ไกล” (ผู้สูงอายุคนที่ 10) “อยู่บ้าน 2 คนกับภรรยา มีเหงาบางครั้ง” (ผู้สูงอายุคนที่ 12) “อยู่บ้านเฉยๆ มีเบื่อบ้าง แต่ลูกอยู่ด้วยตลอด หายเบื่อได้บ้าง” (ผู้สูงอายุคนที่ 13) “ไม่เหงา ไม่เศร้าใช้ชีวิตให้ปกติ ตามสภาพของเรา” (ผู้สูงอายุคนที่ 14) “จิตใจดี ไม่เหงา ไม่เบื่อ ชื่นกับการอยู่บ้านเฉยๆ แล้ว” (ผู้สูงอายุคนที่ 15) “มีเบื่อบางครั้ง เพราะทะเลาะกับลูกที่อยู่ด้วย ไม่ค่อยได้คุยกัน แต่จะมีเพื่อนบ้าน มาเที่ยวหาบ้าง เลยไม่ค่อยเหงา” (ผู้สูงอายุคนที่ 16) “เครียด เพราะเดินไม่ได้ ไม่ได้หาเงินค่าใช้จ่ายไม่พอใช้ลูกหาเงินคนเดียว แต่ใช้กันทั้งบ้านมีหลายคน” (ผู้สูงอายุคนที่ 17) “เครียด กังวลเกี่ยวกับการอาการป่วย ไม่ดีขึ้นเลย” (ผู้สูงอายุคนที่ 18) “ไม่เหงา ไม่เบื่อ ชื่นกับการนอนแบบนี้แล้ว” (ผู้สูงอายุคนที่ 19) “สภาพจิตใจดี ไม่เครียด มีเบื่อบ้าง เพราะอยู่บ้านเฉยๆ” (ผู้สูงอายุคนที่ 20) “เหงา เบื่อบางครั้ง เพราะไม่มีคนดูแล อยู่คนเดียว” (ผู้สูงอายุ คนที่ 22) “สภาพจิตใจดี ไม่เหงา มีเพื่อนบ้านคุยด้วย” (ผู้สูงอายุคนที่ 23) “มีอาการหลงลืมบ้าง แต่อยู่บ้านไม่เหงา” (ผู้สูงอายุคนที่ 24) และ “ไม่เบื่อ ไม่เหงา อยู่บ้านเฉยๆ” (ผู้สูงอายุคนที่ 25)



ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณในระยะที่ 1 ที่พบว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่อยู่ในระดับน้อยคือ ข้อ 9) รู้สึกพึงพอใจในชีวิต เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง และข้อ 11) รู้สึกพอใจในตนเอง และที่อยู่ในระดับปานกลาง ข้อ 13 ระบุว่า รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล

2.2 ความต้องการช่วยเหลือด้านจิตใจ ประเด็นร่วมที่พบคือ ต้องการกำลังใจจากบุคคล รอบข้าง ดังมีข้อมูลของผู้ให้สัมภาษณ์ที่ว่า “มีหลานๆ อยู่ด้วย อาการเบื่อ ดีขึ้นบ้าง” (ผู้สูงอายุคนที่ 1) “มี อสม. และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น มาเยี่ยมบ้าง อาการเบื่อลดลง” (ผู้สูงอายุคนที่ 2) “อยากให้หมอการเยี่ยมบ้านบ่อยๆ เพื่อจะได้ปรึกษาเรื่องสุขภาพ และคลายเหงา” (ผู้สูงอายุคนที่ 6) “การผ่อนคลาย ทำให้ไม่เบื่อ โดยการฟังวิทยุ ฟังข่าวสารต่างๆ” (ผู้สูงอายุคนที่ 8 และคนที่ 9) “มี อสม. มาเยี่ยมรู้สึกดีขึ้น อยากให้มาเยี่ยมตลอด” (ผู้สูงอายุคนที่ 12) “อสม. และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นมาเยี่ยมรู้สึกดี ไม่ค่อยเหงา” (ผู้สูงอายุคนที่ 19) “อสม. และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ดูแลดี อยากให้ดูแลแบบนี้ตลอด” (ผู้สูงอายุคนที่ 20) “อยากให้มีการรวมกลุ่มบ้าง อยากพบปะเพื่อนๆ พูดคุยกันบ้าง” (ผู้สูงอายุคนที่ 21) และ “อสม. ดูแลดี อยากให้ดูแลแบบนี้ตลอด” (ผู้สูงอายุคนที่ 25)

ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณในระยะที่ 1 ที่พบว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตใจในข้อ 14) ที่อยู่ในระดับปานกลาง ที่ระบุว่า รู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมาก

3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม

3.1 สัมพันธภาพทางสังคมทั่วไป ประเด็นร่วมที่พบคือ ต้องการการมีปฏิสัมพันธ์จากบุคคลในชุมชน ดังมีข้อมูลของผู้ให้สัมภาษณ์ที่ว่า “อยู่คนเดียวตอนกลางวัน เพราะลูกไปทำงาน แต่ไม่เหงา เพราะมีเพื่อนบ้านมาเที่ยวหาบ้าง” (ผู้สูงอายุคนที่ 5) “อยู่กัน 2 คนกับสามี ลูกไม่มี ไม่มีคนดูแลตอนกลางวัน ญาติอยู่ไกลไม่ได้มาเยี่ยม” (ผู้สูงอายุคนที่ 9) “อยู่คนเดียว รู้สึกเหงา เหมือนถูกทอดทิ้ง ลูกอยู่ไกล แต่โทรศัพท์มาหาตลอด” (ผู้สูงอายุคนที่ 10) “ลูกหลานไม่ค่อยมาหาเพราะอยู่ไกล เหนงาบ้าง” (ผู้สูงอายุคนที่ 11) “ญาติไม่ค่อยมาเยี่ยม ไม่มาดูแลเลย” (ผู้สูงอายุคนที่ 12 และคนที่ 22) “มีญาติและเพื่อนบ้านคุยด้วย ช่วยเหลือและดูแลเป็นอย่างดี” (ผู้สูงอายุคนที่ 23) และ “ญาติ/ลูกหลานดูแลดี” (ผู้สูงอายุคนที่ 24)

ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณในระยะที่ 1 ที่พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมในข้อ 15) ที่อยู่ในระดับน้อยที่ระบุว่า พอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา” และข้อ 16) ที่ระบุว่า ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ

3.2 ความต้องการช่วยเหลือด้านสัมพันธภาพทางสังคม ประเด็นร่วมที่พบคือ อยู่คนเดียว เหมือนถูกทอดทิ้ง, ญาติ/ลูกไม่ได้ดูแล และอยากให้มีการดูแลด้านสุขภาพที่บ้าน เช่น ให้ความรู้ ตรวจเยี่ยม ดังมีข้อมูลของผู้ให้สัมภาษณ์ที่ว่า “อยากให้มีการที่ให้ความรู้ และมีการพบปะ ตามหมู่บ้านบ้าง เพื่อจะได้เข้าร่วมและทำกิจกรรมเท่าที่จะทำได้” (ผู้สูงอายุคนที่ 5 และคนที่ 10) และ “อยากให้มี อสม. มาดูแลตลอด เพราะมีคนมาดูแลมาสนใจ และมีความสำคัญ” (ผู้สูงอายุคนที่ 9)



ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณในระยะที่ 1 ที่พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมในข้อ 15) ที่อยู่ในระดับน้อยที่ระบุว่า พอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา

4. ด้านสิ่งแวดล้อม

4.1 สภาพแวดล้อมทั่วไป ประเด็นร่วมที่พบคือ รายได้ไม่เพียงพอ และสภาพบ้านไม่มั่นคง ไม่สะอาด ดังมีข้อมูลของผู้ให้สัมภาษณ์ที่ว่า “รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย บางครั้งมีการยืมจากเพื่อนบ้านบ้าง” (ผู้สูงอายุคนที่ 2) “มีอาการเหนื่อยบ่อย เดินทางไป รพ. ลำบาก ต้องขอรถ อปพร. ไปส่งบ่อยๆ” (ผู้สูงอายุคนที่ 6) “บ้านที่อยู่เป็นบ้านของตนเอง มีความมั่นคง แต่เงินไม่พอใช้” (ผู้สูงอายุคนที่ 8) “สภาพบ้านค่อนข้างเก่า ไม่มั่นคง หลังคาสังกะสีบางที่มีฝนรั่ว” (ผู้สูงอายุคนที่ 9) “บ้านมั่นคงดี ภายนอกบ้านเป็นต้นไม้ ร่มรื่นดี” (ผู้สูงอายุคนที่ 10) “อยากออกไปนอกบ้านบ้าง บ้านหลังนี้อยู่คนเดียว แต่บ้านลูกก็อยู่ใกล้ๆ ลูกมาหาตลอด” (ผู้สูงอายุคนที่ 11) “เงินเบี้ยยังชีพไม่ค่อยพอใช้ เพราะรายจ่ายทางสังคมค่อนข้างมาก” (ผู้สูงอายุคนที่ 12) “อยู่บ้านของตนเอง มั่นคงแข็งแรง ปลอดภัยดี” (ผู้สูงอายุคนที่ 13) “เงินที่มี ไม่ค่อยเพียงพอต่อค่าใช้จ่าย เพราะอยู่ด้วยกันหลายคน” (ผู้สูงอายุคนที่ 14) “บ้านที่อาศัยอยู่ แข็งแรง ปลอดภัยดี” (ผู้สูงอายุคนที่ 15) “รายรับไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในครอบครัว เพราะได้แต่เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและผู้พิการเท่านั้น” (ผู้สูงอายุคนที่ 20) และ “อยู่บ้านคนเดียว บ้านรกไม่ค่อยสะอาด ไม่มีคนช่วยทำความสะอาด เพราะเราไม่สามารถทำได้ นานๆ หลานจะมาให้ครั้งหนึ่ง” (ผู้สูงอายุคนที่ 22)

ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณในระยะที่ 1 ที่พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมในข้อ 19) ที่อยู่ในระดับปานกลาง ที่ระบุว่า ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ และข้อ 20) ที่มีระดับคุณภาพชีวิตในระดับน้อย ที่ระบุว่า มีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น

4.2 ความต้องการช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม ประเด็นร่วมที่พบคือ อยากมีรายได้เพิ่ม และอยากให้ซ่อมแซมบ้าน ให้มั่นคง และสะอาด ดังมีข้อมูลของผู้ให้สัมภาษณ์ที่ว่า “อยากได้เบี้ยผู้สูงอายุและผู้พิการเพิ่ม เพื่อจะได้มีรายได้เพิ่มขึ้น เพียงพอกับรายจ่าย” (ผู้สูงอายุคนที่ 2) “อยากได้ออกซิเจนไว้ที่บ้าน โดยไม่เสียเงินเวลาเดิม เพราะเวลาเหนื่อยจะได้นำมาใส่หากไม่ดีขึ้นค่อยไป รพ.ลดภาระการไป รพ.” (ผู้สูงอายุคนที่ 6) “อยากให้มีการซ่อมแซมบ้านให้บ้าง ทำให้มั่นคง แข็งแรง หลังคาไม่รั่วซึม” (ผู้สูงอายุคนที่ 9) และ “อยากให้ อสม. และอาสาสมัครบริบาลมาช่วยดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและอยากให้เทศบาลมาช่วยทำความสะอาดบ้านให้” (ผู้สูงอายุคนที่ 22)

ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณในระยะที่ 1 ที่พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมในข้อ 19) ที่อยู่ในระดับปานกลาง ที่ระบุว่า พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ และข้อ 20) ที่มีระดับคุณภาพชีวิตในระดับน้อย ที่ระบุว่า มีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น

สำหรับแนวทางการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามโครงการจัดบริการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลป่าตันนครินทร์ จากการสัมภาษณ์พบว่า

1. ด้านร่างกาย ผู้ให้ข้อมูลดังนี้ “วางแผนการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างสม่ำเสมอ โดยบุคลากรทางการแพทย์/อสม./ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG)” (ผู้สูงอายุคนที่ 3 , 22 และ 25) “ให้ความรู้



เรื่องการดูแลสุขภาพและการทำกายบำบัดสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” (ผู้สูงอายุคนที่ 9 และ 10) และ “การจัดทากายอุปกรณ์ช่วยด้านการเคลื่อนไหวที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” (ผู้สูงอายุคนที่ 8, 12, 14 และ 24)

2. ด้านจิตใจ ผู้ให้ข้อมูลคือ “การออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างสม่ำเสมอ ทั้งบุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. ผู้นำชุมชน เพื่อให้กำลังใจและดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุ” (ผู้สูงอายุคนที่ 2 และ 6)

3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ผู้ให้ข้อมูลคือ “ส่งเสริมกิจกรรมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้มีส่วนร่วมในชุมชน” (ผู้สูงอายุคนที่ 5 , 9 และ 10)

4. ด้านสิ่งแวดล้อม ผู้ให้ข้อมูลคือ “ช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย การซ่อมแซมบ้าน” (ผู้สูงอายุคนที่ 6, 9 และ 22) และ “สนับสนุนการฝึกอาชีพที่เหมาะสม” (ผู้สูงอายุคนที่ 2)

อภิปรายผล

1. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลป่าตันนครวัด โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจาก ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตที่อยู่ระดับน้อยที่สุด ได้แก่ ความพอใจในชีวิตทางเพศ การยอมรับรูปร่างหน้าตา และทำงานหรือมีชีวิตอยู่ได้ในแต่ละวันแม้ว่าจะจำเป็นต้องไปรับการรักษายาบาล ($\mu = 1.88$ $\sigma = 0.78$), ($\mu = 1.18$ $\sigma = 0.53$), ($\mu = 1.00$ $\sigma = 0.00$) ตามลำดับ เหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาทางการเคลื่อนไหว ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ บางรายมีปัญหาเรื่องข้อติด นอนติดเตียงส่งผลต่ออาการลักษณะของตนเอง จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตของตนเองในเรื่องการยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเอง รวมถึงความสามารถในการทำงานหรือมีชีวิตอยู่ได้ในแต่ละวัน แม้ว่าจะจำเป็นต้องไปรับการรักษายาบาลนั้นอยู่ในระดับน้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ Jongrat et al., (2019) พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาด้านจิตใจมากที่สุดในเรื่องความวิตกกังวล กลัวลูกหลานทอดทิ้ง กังวลว่าจะไม่มีคนดูแล ห่วงรูปร่างหน้าตาของตนเอง ตลอดจนมีความรู้สึกเหงา และโดดเดี่ยว นอกจากนี้การที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายหรือเดินทางไปไหนมาไหน ได้ด้วยตนเองส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ในเรื่องความสามารถในการทำในสิ่งต่างๆ ที่ต้องการ แม้ว่าจะมีการเจ็บปวดตามร่างกาย, ความรู้สึกพอใจในการทำสิ่งต่างๆ ให้ผ่านไปได้ในแต่ละวัน , ทำงานหรือมีชีวิตอยู่ได้ในแต่ละวันแม้ว่าจะจำเป็นต้องไปรับการรักษายาบาล รวมถึงสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้อยู่ในระดับน้อยตามมาด้วย สอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ Jongrat et al., (2019) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในทางที่เสื่อมทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและโรคเรื้อรัง เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เชื่อมโยงทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ความสามารถในการทำกิจกรรมและบทบาททางสังคมลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามกาลเวลา ทำให้เกิดการทรุดโทรมของ



อวัยวะต่างๆ ส่วนใหญ่จะมีระดับคุณภาพชีวิตในเรื่องของความสามารถในการทำงานในชีวิตประจำวันที่ลดลงตามไปด้วย สำหรับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ผู้สูงอายุมีความพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับผู้อื่น มีความพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน อยู่ในระดับน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของ Jongrat et al.,(2019) พบว่า เมื่อเข้าสู่วัยชราจากสภาพร่างกายที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการประกอบอาชีพเหมือนเช่นในช่วงวัยที่ผ่านมา อาจมีปัญหาในการเข้าร่วมสังคมบ้าง จนถึงขั้นไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเลย และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมนั้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สภาพแวดล้อมต่อสุขภาพ พอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น อยู่ในระดับน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของ Jongrat et al., (2019) ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะยังอยู่บ้านของตนเอง แต่ด้วยสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้การไปใช้บริการสาธารณสุขค่อนข้างลำบาก ส่วนการจัดสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบ้านควรให้เอื้อต่อการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2. แนวทางการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามโครงการจัดบริการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง เทศบาลตำบลป่าตันนาครี ดังนี้

2.1 ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงฯ เปรียบปริมาณด้านร่างกายอยู่ในระดับน้อยที่ระบุว่า สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ แม้ว่าจะมีการเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว และอยู่ในระดับน้อยที่สุด ที่ระบุว่าทำงานหรือมีชีวิตอยู่ได้ในแต่ละวัน แม้ว่าจะจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาล และผลการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้น้อย เพราะมีการเจ็บปวดตามร่างกาย ทำให้มีปัญหาในการเคลื่อนไหวร่างกายตามมาจึงมีความจำเป็นต้องมีความรู้เรื่อง การทำกายภาพบำบัด และการดูแลสุขภาพทั่วไปจากผู้ที่มีความรู้โดยบุคลากรทางการแพทย์ และกระตุ้นการทำกายภาพบำบัดอย่างสม่ำเสมอจากกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน จึงควรมีการวางแผนการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างสม่ำเสมอโดยบุคลากรทางการแพทย์/อสม./ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) รวมทั้งให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพและการทำกายภาพบำบัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Boonyaratkalin (2018) พบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ การประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง มีการส่งเสริมความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง การจัดการโรคที่เหมาะสมและการประเมินผลการดูแล ให้ความรู้ด้านสุขภาพและให้การปรึกษา รวมทั้งประสานงานกับผู้ร่วมงานอื่นๆ ในพื้นที่

2.2 ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตเชิงปริมาณด้านร่างกายอยู่ในระดับน้อยที่ระบุว่า สามารถทำในสิ่งที่ต้องการ แม้ว่าจะมีการเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว , มีกำลังเพียงพอในการทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวัน , สามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ และอยู่ในระดับน้อยที่สุด ที่ระบุว่าทำงานหรือมีชีวิตอยู่ได้ในแต่ละวัน แม้ว่าจะจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาล และผลการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า ความสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้น้อยจึงมีความต้องการอุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหวที่เหมาะสมสำหรับตนเอง ซึ่งการจัดหาอุปกรณ์ ที่เหมาะสมในการส่งเสริมการเคลื่อนไหวที่สามารถทำให้ผู้สูงอายุไปทำกิจกรรมต่างๆ ได้



นอกเหนือจากการอยู่แต่เพียงในบ้านของตนเองหรือสามารถเดินทางไปรับการรักษาได้โดยการมีกายอุปกรณ์ที่ช่วยเหลือในกิจกรรมดังกล่าว จึงควรจัดหาอุปกรณ์ช่วยด้านการเคลื่อนไหวที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ Yaprakit et al., (2020) พบว่า ชุดบริการอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ผู้สูงอายุต้องการ เช่น อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน เป็นต้น และการจัดบริการอุปกรณ์และการศึกษาของ Charoenwong et al., (2019) พบว่า ความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้แก่ การสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว รวมทั้งการศึกษาของ Chaiyachen (2021) พบว่า แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านร่างกายให้ดีขึ้น ควรเน้นให้ความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพที่ดี ด้านการบริโภคที่ดี การเตรียมความพร้อม ในการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ จัดให้มีหน่วยงานดูแลเรื่องความเจ็บป่วย และอุปกรณ์ ด้านการแพทย์ให้เพียงพอต่อการเข้ารับบริการของประชากรในวัยผู้สูงอายุ ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ซึ่งจะช่วยทั้งการป้องกันและการรับมือกับโรคร้ายไข้เจ็บต่างๆ ได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงมีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุขรวมทั้งช่วยให้ผู้สูงมีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคมได้

2.3 ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตเชิงปริมาณด้านจิตใจอยู่ในระดับน้อย ระบุว่ารู้สึกพึงพอใจในชีวิต เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง และรู้สึกพอใจในตนเอง รวมทั้งอยู่ในระดับปานกลาง ระบุว่า รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล และผลการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีอาการเบื่อ เครียด กังวล ท้อแท้ เหงา และขาดกำลังใจ ทำให้มีความต้องการกำลังใจจากบุคคลรอบข้าง ดังนั้นการมีกิจกรรมเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอโดยบุคลากรทางแพทย์ กลุ่มองค์กรภายในชุมชน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมี ส่วนช่วยส่งเสริมกำลังใจ ให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า มีพลังในการดำเนินชีวิตได้ต่อไป จึงควรมีการออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างสม่ำเสมอ ทั้งบุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. ผู้นำชุมชน เพื่อให้กำลังใจและดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุฯ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kanyakan et al., (2019) พบว่า กิจกรรมที่มีความสำคัญ คือการเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพทั้งกลุ่มภายนอกและภายใน ได้แก่ กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้นำ กลุ่มอาสาสมัคร กลุ่มองค์กรและสถาบันในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มเจ้าหน้าที่ของรัฐ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Charoenwong et al., (2019) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความต้องการเพื่อนคอยคลายเหงา เพราะเป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวไม่สามารถออกบ้านไปไหนมาไหนได้

2.4 ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตเชิงปริมาณด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับน้อยที่ระบุว่า พอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมา และพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ และผลการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่คนเดียวเหมือนถูกทอดทิ้งและต้องการการมีปฏิสัมพันธ์จากบุคคลในชุมชน ดังนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการส่งเสริมกิจกรรมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้มีส่วนร่วมในชุมชน เช่น การทำบุญ การจัดกิจกรรมพบปะซึ่งกันและกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sawatphol et al., (2017) พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง จะมีการจับกลุ่มสนทนา มีการรวมกลุ่มตาม



ธรรมชาติ เช่น กลุ่มเพื่อนที่อยู่ใกล้กัน มีการพบปะพูดคุยกัน ชุมชนควรสนับสนุนในรูปแบบกิจกรรมสงเคราะห์ มอบสิ่งของให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน สวัสดิการอื่นๆ และนอกจากนี้การส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุก็ถือเป็นหนึ่งในพันธกิจหรือหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือให้อุดหนุนค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ จากประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2561 (Gazette, 2018) และเทศบาลมีหน้าที่ส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ จากพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 และแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2562

2.5 ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตเชิงปริมาณด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ระบุว่า ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ และอยู่ในระดับน้อยระบุว่า มีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น และผลการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องการรายได้เพิ่ม และซ่อมแซมบ้านให้เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง ดังนั้นควรมีการผสมผสานความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกชุมชนในการช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย การซ่อมแซมบ้าน รวมถึงสนับสนุนการฝึกอาชีพที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jongrat et al. , (2019) พบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนอกจากครอบครัวจะเป็นผู้ดูแลหลัก กลไกสำคัญที่ต้องทำร่วมกันคือ องค์กรที่ทำงานในท้องถิ่นที่สำคัญ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายบริการด้านสุขภาพระดับอำเภอและชุมชน ให้ดูแลอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง และนอกจากนี้การส่งเสริมให้มีการปรับปรุงสภาพบ้านหรือสิ่งแวดล้อม ยังถือเป็นการพัฒนาสภาพบริบทที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวนโยบายยุทธศาสตร์ของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2560 – 2569 ที่ว่า ร่วมส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการรองรับสังคมผู้สูงอายุ และสังคมแห่งการเกื้อกูลอย่างเท่าเทียมของท้องถิ่น ตามแนวทางดังนี้ ส่งเสริมการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสาธารณะตามภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้พร้อมรับสังคมผู้สูงอายุ การสร้างและปรับปรุงบ้านที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตของคนพิการ และผู้สูงอายุในท้องถิ่น Department of Local Administration . (2017)

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดอาศัยอยู่ภายในหมู่บ้านของตนเอง การดูแลควรเริ่มต้นจากบุคคลภายในชุมชน ดังนั้นควรให้คนในชุมชนร่วมกันดูแลผู้สูงอายุ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ร่วมดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ และสัมพันธภาพทางสังคมด้วย

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้มีการรวมกลุ่ม หรือพบปะกับบุคคลในชุมชนบ้าง เพื่อลดปัญหาด้านจิตใจ และมีการเพิ่มสัมพันธภาพทางสังคม ให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าทางสังคม



3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อหากิจกรรม/งานที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเพิ่มรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรหาแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงต้องเจ็บป่วยและกลายเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2. การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยครอบครัว เป็นบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัว ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักมีการเตรียมความพร้อม เพิ่มศักยภาพในครอบครัวและช่วยแบ่งเบาภาระและผลกระทบของผู้ดูแลหลักให้สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้อย่างเหมาะสม
3. การบริการสุขภาพ และอุปกรณ์การช่วยเหลือที่จำเป็น มีข้อจำกัดทางงบประมาณ ควรมีการทำงานเชิงรุกให้ประชาชนกลุ่มต่างๆ โดยการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะพึ่งพิงกับประชาชนกลุ่มอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

- Boonyaratkalin P. (2018). Long-term Care for the Dependent Elderly in the Community: The Nurse's Role. *Thai Red Cross Nursing Journal*. 11(1), 56-57. (in Thai)
- Chaiyachen J. (2021). Quality of Life Development for the Elderly People in Tambon Thathongmai, Kanchanadit District, Suratthani Province. *Narkbhutparitat Journal Nakhon Si Thammarat Rajabhat University*. 13(1), 210-211. (in Thai)
- Charoenwong S., et al. (2018). Dependent Elders in a Southern Rural Muslim Community: Current Situation of Care and Needs for Long-Term Care. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 5(2), 243-244. (in Thai)
- Department of Local Administration. (2017). *Department of Local Government Strategy 2017-2026*. Retrieved. (2021, Decembe 11) from www.dla.go.th. (in Thai).
- Gazette. (2018). Notification of The Decentralization Committee for Local Government Re: Define the business in the interests of the local people as the authority and duties of the local authority. Care for elderly people with dependency. Retrieved. (2021, Decembe 11) from www.ratchakitcha.soc.go.th. (in Thai)
- Jongrat K., et al. (2019). Health condition and Quality of Life of Elderly people with dependency at Municipal district Thung Song, Nakhon Si Thammarat Province. *Journal of Health Science*. 28(6), 1017-1018. (in Thai)



- Kayakan K , Kosalvit T , Bunyanirawat N. (2019) . Integrated Community-Based Long Term Model Using Community Participation for Dependent Elders at Dongbang Promoting Hospital in Mueang District. *Ubon Ratchathani Province. Journal of Humanities & Social Sciences*. 17(1),15-16. (in Thai).
- Mahatnirunkul S., et al. (2002). *WHOQOL-BREF-THAI*. Chiangmai. Department of Mental Health. Retrieved. (2021, Decembe 11) <https://www.dmh.go.th>. (in Thai)
- Sawatphol C., et al. (2017). Care for Elderly Dependents in the Northeast of Thailand. *Journal of MCU Peace Studies*. 5(1),402-403 . (in Thai)
- Yapradit P, Kongtarn O. (2019). The Development of a Long Term Care Service for Dependent Elders in Nongsim Sub-district, Borabue, Mahasarakham Province. *Songklanagarind Journal of Nursing*.40(3), 59-60. (in Thai)



Effects of ASSIST-Linked Brief intervention for Alcohol Screening on Moderate Risk Drinking Behaviors in People Living with Human Immunodeficiency Virus at the Antiretroviral Drugs Clinic of, Ko-Kha Hospital, Lampang Province

Pannita Maharaj ^{1*}

(Received: November 14, 2021, Revised: February 25, 2022, Accepted: April 1, 2022)

Abstract

Hazardous alcohol use is common among people living with HIV (PLHIV) and may decrease antiretroviral therapy (ART) adherence. This study was a quasi-experimental study with pre-posttest two groups design. This study was aimed to compared alcohol consumption behavior before and after receiving the ASSIST-linked brief intervention and between the experimental group and the control group. It also examined the relationship between the ASSIST-linked brief intervention and the antiretroviral therapy adherence in PLHIV. The samples consisted of 100 PLHIV aged 20-60 years old, had moderate risk behaviors and took antiretroviral drugs regularly. The samples were equally divided into a control group and an experimental group. An experimental group received the ASSIST-linked brief intervention on moderate risk drinking, while a control group received the routine nursing care. The instrument for collecting data was the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) developed by WHO. Data were analyzed by using descriptive statistics, analysis of paired t-test and independent t-test and also binary logistic regression analysis.

The study revealed that after intervention for 16 weeks: The experimental group had significantly lower mean score of drinking behaviors than before the intervention. ($p\text{-value} < .001$) The experimental group had significantly lower mean score of drinking behaviors than the control group. ($p\text{-value} < .001$) The experimental group had the opportunity to take antiretroviral drugs more than 95% for 3.76 times when compared to the control group ($p\text{-value} = .008$)

It could be seen that the ASSIST-linked brief intervention can be effective for modifying behavior in PLHIV and increasing antiretroviral therapy adherence.

Keywords: ASSIST-linked brief therapy; Drinking behaviors; People living with HIV

^{*}Medical Physician, Senior Professional Level Department of Internal Medicine Ko-Kha Hospital

¹Corresponding author: k_pannita@hotmail.com โทร 098 995 0565



ผลของการให้การบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST ต่อพฤติกรรมการ ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลางของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ณ คลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง

พัฒนิตา มหาราช ^{1*}

(วันที่รับบทความ : 14 พฤศจิกายน 2564 , วันที่แก้ไขบทความ: 25 กุมภาพันธ์ 2565, วันที่ตอบรับบทความ: 1 เมษายน 2565)

บทคัดย่อ

การดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงพบได้ทั่วไปในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งนำมาสู่ความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสที่ลดลง การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างก่อนและหลังได้รับการบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST กับความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีอายุระหว่าง 20-60 ปี ที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลางและกินยาต้านไวรัสเป็นประจำ จำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 50 คน ที่ได้รับการบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST และกลุ่มควบคุม 50 คน ซึ่งได้รับการแนะนำตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบคัดกรองประสิทธิภาพการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติดขององค์การอนามัยโลก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, ทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ paired t-test และการทดสอบค่าทีที่เป็นอิสระจากกัน (Independent t-test) และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (Binary logistic regression analysis)

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ หลังทดลองในสัปดาห์ที่ 16 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ณ สัปดาห์ที่ 16 หลังทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) และกลุ่มทดลองมีโอกาสร่วมมือในการกินยาต้านไวรัส มากกว่าร้อยละ 95 ของปริมาณที่ได้รับ 3.70 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .008$)

ผลการศึกษานำมาสู่การบำบัดแบบสั้นตามผลคัดกรอง ASSIST ไปใช้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลางและเพิ่มความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

คำสำคัญ: การบำบัดแบบสั้นตามผลคัดกรอง ASSIST; พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์; ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลเกาะคา

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ k_pannita@hotmail.com โทร 098 995 0565



บทนำ

ไวรัสเอชไอวี ย่อมาจากภาษาอังกฤษว่า Human Immunodeficiency Virus (HIV) เป็นเชื้อไวรัสที่เมื่อเข้าสู่ร่างกายของมนุษย์แล้ว จะมุ่งไปทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาว ซึ่งเม็ดเลือดขาวในร่างกายทำหน้าที่ในการกำจัดสิ่งแปลกปลอมหรือเชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกายแล้วนำไปทำลาย เมื่อเซลล์เม็ดเลือดขาวถูกทำลาย จึงทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อเอชไอวีมีภูมิคุ้มกันต่ำลง จนในที่สุดร่างกายไม่มีภูมิคุ้มกันเพียงพอในการป้องกันร่างกายจากเชื้อโรคนอก โดยไวรัสเอชไอวีสามารถติดต่อได้ผ่านทางเลือดและสารคัดหลั่ง เช่น การมีเพศสัมพันธ์ หรือการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การติดเชื้อเอชไอวี แบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะติดเชื้อเอชไอวี อาการช่วงแรกจะคล้ายเป็นไข้หวัดทั่วไปและเมื่อเจาะเลือดไปตรวจทางห้องปฏิบัติการจะพบปริมาณไวรัสที่สูงมาก 2) ระยะสงบ เป็นระยะที่ไม่มีอาการ ระยะนี้เชื้อไวรัสค่อยๆทำลายเม็ดเลือดขาวและทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลงไปเรื่อยๆ หากไม่ได้รับการรักษาจะใช้เวลาประมาณ 7-10 ปี ก่อนจะพัฒนาเข้าสู่ระยะเอดส์ และ 3) ระยะเอดส์ (AIDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome) เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องอย่างรุนแรงจนทำให้ร่างกายไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อจากโรคแทรกซ้อน และมักมีอาการติดเชื้อที่รุนแรงมาก มีโอกาสเสียชีวิตสูง ในช่วงที่มีเชื้อเอชไอวีอยู่ในร่างกายแต่ยังไม่มีอาการป่วย (ระยะที่ 1 และ 2) เรียกว่า เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพราะร่างกายยังมีภูมิคุ้มกันที่ควบคุมหรือจัดการกับเชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกายได้อยู่ และเมื่อภูมิคุ้มกันถูกทำลายเหลือจำนวนน้อย จนไม่สามารถควบคุมหรือจัดการกับเชื้อโรคบางอย่างได้ ทำให้ป่วยด้วยเชื้อโรคนั้นๆ (ระยะที่ 3) เรียกว่า ‘เริ่มมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง’ และผู้ที่อยู่ในระยะนี้จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์ เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะที่1ถึงระยะที่2 คือ ระยะติดเชื้อและไม่มีอาการ แพทย์จะเริ่มให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกินยาต้านไวรัสทันทีเพื่อลดปริมาณไวรัสให้ต่ำที่สุด ทำให้ไวรัสเอชไอวีส่งผลต่อเม็ดเลือดขาวและภูมิคุ้มกันของร่างกายน้อยที่สุด หากกินยาต้านไวรัสสม่ำเสมอก็จะสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติควบคู่ไปกับการระวังไม่แพร่เชื้อไวรัสให้ผู้อื่นเพิ่มเติม แต่หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการวินิจฉัยล่าช้าหรือรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ จนร่างกายเข้าสู่ระยะสุดท้าย คือ ระยะเอดส์ จะเป็นการรักษาโรคติดเชื้อแทรกซ้อนเป็นหลัก ควบคู่ไปกับการให้ยาต้านไวรัส ซึ่งในระยะนี้ร่างกายจะอ่อนแอและมีโอกาสเสียชีวิตสูง ดังนั้น การคัดกรองคนที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การได้รับยาต้านไวรัสอย่างทันท่วงที และการให้ความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ จึงเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการรักษาและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ (World Health Organization, 2016)

ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ได้ประกาศยุทธศาสตร์ 90-90-90 โดยมีเป้าหมายให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ได้รับการวินิจฉัยอย่างน้อย ร้อยละ 90 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างน้อย ร้อยละ 90 และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสสามารถควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสได้สำเร็จอย่างน้อย ร้อยละ 90 ภายในปี ค.ศ.2020 (UNAIDS, 2016) ในปัจจุบันเป็นที่ทราบกันดีว่าเป้าหมายของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติไม่สามารถทำได้สำเร็จ โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงระยะเวลานี้มีการแพร่ระบาดใหญ่ของ COVID – 19 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเศรษฐกิจทั่วโลก (The World Bank, 2021)



และยังส่งผลต่อการป้องกันและรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก (Jiang, Zhou, & Tang, 2020) ยิ่งไปกว่านั้น แอลกอฮอล์ยังเป็นสารเสพติดที่มีการใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลก (Peacock et al., 2021) และอาจเป็นอุปสรรคสำคัญในการดำเนินงานให้ถึงเป้าหมายดังกล่าว (Lipira et al., 2020) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผนวกกับสถานการณ์ของ COVID-19 ในขณะนี้ (The Lancet, 2020)

การดื่มแอลกอฮอล์สามารถแบ่งการดื่มออกได้เป็น 3 ระดับ ตามปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มเข้าไปและความเสี่ยงต่อปัญหาที่เกิดขึ้น (Center for Alcohol Studies, 2011) คือ 1) การดื่มแบบเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายน้อย (low risk) หมายถึง การดื่มไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวันซึ่งเทียบเท่ากับเบียร์ 1.5 กระป๋อง หรือเหล้า 40 ดีกรี 50 มิลลิลิตร 2) การดื่มแบบเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายสูง (hazardous drinking) หมายถึงการดื่มแอลกอฮอล์ในลักษณะที่ทำให้ผู้ดื่มเสี่ยงที่จะเกิดผลเสียต่อสุขภาพ ซึ่งการดื่มแบบเสี่ยงนี้เป็นการดื่มที่มากกว่า 2 มาตรฐาน แต่ไม่เกิน 4 มาตรฐานต่อวัน เทียบเท่ากับเบียร์ 4.5 กระป๋องหรือเหล้า 40 ดีกรี 150 มิลลิลิตร นอกจากนี้การดื่มมากแบบเม้าท์วรา (binge drinking) คือการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากติดต่อกันในระยะเวลาอันสั้น (ภายใน 2-3 ชั่วโมง) ในโอกาสหรือเหตุการณ์ครั้งเดียวกัน โดยดื่มตั้งแต่ 3 แก้วขึ้นไปต่อครั้ง และ 3) การดื่มแบบอันตราย (harmful drinking) หมายถึงการดื่มแอลกอฮอล์ที่ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจ เป็นการดื่มมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อวัน การที่ถูกสังคมตีตราว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับการใช้แอลกอฮอล์ในการแก้ไขปัญหาในชีวิต ทำให้พบการดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายได้มากในผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Wardell, Shuper, Rourke, & Hendershot, 2018) จากการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าในหลายศูนย์การศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าร้อยละ 27 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย ร้อยละ 34 มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบเม้าท์วรา (Duko, Ayalew, & Ayano, 2019) ขณะที่ผลการศึกษาจากกลุ่มประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง พบพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายอย่างแพร่หลาย ร้อยละ 20 – 46 (Lunze et al., 2017) สำหรับประเทศไทย พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 18.7 (Musumari et al., 2017) การดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าถึงการรักษาล่าช้าและขาดการดูแลสุขภาพของตนเอง (Abaynew, Deribew, & Deribe, 2011) ลดความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัส (Tran, Nguyen, Do, Nguyen, & Maher, 2014) เพิ่มพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยและการใช้สารเสพติดแบบผิดอันเป็นการเพิ่มความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีไปยังผู้อื่น (Li et al., 2017) นอกจากนี้แล้วยังทำให้ระบบภูมิคุ้มกันทำงานได้แย่งและเชื้อเอชไอวีมีการตอบสนองต่อยาต้านไวรัสลดลง (Malbergier, Amaral, & Cardoso, 2015) อย่างไรก็ตามสิ่งที่เรารับถึงผลลัพธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและสังคม แต่ในปัจจุบันยังคงไม่มีมาตรการที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการดื่มแอลกอฮอล์เหล่านี้ (Hasin et al., 2013)

แนวทางการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ประสบปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์มีด้วยกัน 3 ระดับ คือ การดูแลช่วยเหลือในระดับปฐมภูมิ โดยการใช่วิธีการต่างๆในการควบคุมสิ่งแวดล้อมไม่ให้เอื้อต่อการดื่มแอลกอฮอล์



ระดับทุติยภูมิจะเน้นที่การค้นหา (early detection) และวินิจฉัยผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น ซึ่งแนวทางการช่วยเหลือในระดับนี้ที่พบว่าสามารถนำมาปฏิบัติได้ผลดี คือการใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะการดื่มแอลกอฮอล์ว่าดื่มแบบเสี่ยงน้อย แบบเสี่ยงปานกลาง หรือแบบเสี่ยงสูง และให้การบำบัดแบบสั้น (brief intervention) แก่กลุ่มดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลาง ส่วนระดับตติยภูมิคือการรักษาผู้ที่มีภาวะติดแอลกอฮอล์หรือกลุ่มเสี่ยงสูง (Trova, Paparrigopoulos, Liappas, & Ginieri-Coccossis, 2015)

การดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายในคนปกติทั่วไป เป็นรูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์ที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดผลลัพธ์ที่อันตราย ได้แก่ ปัญหาสุขภาพทางกาย ปัญหาสุขภาพทางจิต และปัญหาสังคม (Tefera et al., 2016) ซึ่งการดื่มแอลกอฮอล์ในลักษณะนี้จะให้การช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการโดยการให้การบำบัดแบบสั้น ซึ่งใช้ระยะเวลาน้อยกว่า 30 นาทีในแต่ละครั้ง มีการบำบัดตั้งแต่ 1 ถึง 6 ครั้ง เพื่อป้องกันการพัฒนาปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์จากการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลางจนกลายเป็นการดื่มแบบเสี่ยงสูง (Moyer, 2013) มีหลายการศึกษาในอดีตที่ทำการศึกษาดังกล่าวถึงประสิทธิภาพของการบำบัดแบบสั้นในผู้ติดเชื้อมีแอลกอฮอล์ การศึกษาส่วนใหญ่ทำในกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูงและอยู่ในภูมิภาคอเมริกาเหนือ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการให้การบำบัดแบบสั้น (Hasin et al., 2013) แต่มีบางการศึกษาที่ไม่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในประเด็นดังกล่าว (Chander, Hutton, Lau, Xu, & McCaul, 2015) ผลการศึกษาดังกล่าวไม่สามารถนำมาอ้างอิงใช้ในประเทศไทยได้ เนื่องจากมีบริบทในการศึกษาที่แตกต่างกันและยังไม่มีเคยมีการศึกษาถึงประเด็นนี้มาก่อนในประเทศไทย ดังนั้นในบทบาทของแพทย์เวชกรรมป้องกันที่ปฏิบัติงานในคลินิกยาต้านไวรัส จึงต้องการศึกษาการลดพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลางในผู้ติดเชื้อมีแอลกอฮอล์ที่รับยาต้านไวรัสเป็นประจำ ณ คลินิกยาต้านไวรัสโรงพยาบาลเกาะคา โดยการให้การบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST (ASSIST linked brief intervention) ซึ่งถูกพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก (Assanangkornchai, Arunpongpaisal, & Kittirattanapaiboon, 2013) โดย ASSIST เป็นคำย่อของ Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test หรือแบบคัดกรองประสบการณ์ในการใช้ยาสูบ สุรา และสารเสพติดตัวอื่นๆ เช่น กัญชา โคเคน ยาบ้า ยาหล่อมประสาท ยาหลอนประสาท สารระเหย ฝิ่นและยาอื่นๆ ที่มีบุคลากรสุขภาพเป็นผู้คัดกรอง ซึ่งมีจุดเด่นที่ผู้ให้บริการสามารถส่งมอบการบำบัดแบบสั้นได้สำเร็จในครั้งเดียว โดยใช้ระยะเวลาเพียง 3 - 15 นาที เหมาะสมกับบริบทของคลินิกยาต้านไวรัสที่มีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมาก ทำให้ผู้รับบริการตระหนักถึงปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเอง มีการแบ่งปันความรู้และให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมตลอดจนรับผิดชอบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตัวเอง

ปัจจุบันยังไม่พบรายงานการศึกษาถึงประสิทธิผลของการบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST ในผู้ติดเชื้อมีแอลกอฮอล์ที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย ดังนั้นจุดมุ่งหมายของการศึกษานี้ก็เพื่อที่จะประเมินถึงประสิทธิผลของการให้บำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST ในผู้ติดเชื้อมีแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลาง และเพื่อทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างการบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อ



จากการคัดกรองด้วย ASSIST และความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลาง เมื่อเรานำถึงถึงจำนวนผู้รับบริการจำนวนมากที่คลินิกยาต้านไวรัส จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาการช่วยเหลือที่สั้น สามารถทำได้ในครั้งเดียวและง่ายต่อการนำไปปฏิบัติเพื่อลดการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลาง ก่อนและหลังได้รับการบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลาง หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST กับความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลาง

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลาง หลังได้รับการบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST ต่ำกว่าก่อนการได้รับการบำบัด
2. คะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลาง ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
3. การบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลาง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มคือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST เพื่อลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลางตามที่ผู้วิจัยกำหนด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการให้บริการตามปกติ นั่นคือประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ แจ้งผลการประเมินและให้คำแนะนำเพื่อลดการดื่มแอลกอฮอล์ แจ้งนัดหมายทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลับมาประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัส ใช้เวลาในการติดตามกลุ่มตัวอย่าง 16 สัปดาห์ โดยมีประชากรที่ศึกษาคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสเป็นประจำและมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลางจำนวน 250 คน โดยเริ่มทำการวิจัย ตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ.2564 ณ คลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง



วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ติดเชื่อเฮชไอวีอายุระหว่าง 20-60 ปี ที่มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ แบบเสี่ยงปานกลาง (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test : ASSIST) ค่าคะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 11-26 คะแนน ที่รับยาต้านไวรัสเป็นประจำ ณ คลินิกยาต้านไวรัสโรงพยาบาลเกศา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื่อเฮชไอวีที่กินยาต้านไวรัสเป็นประจำและมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลาง ที่เข้ารับการรักษา ณ คลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลเกศา มีอายุระหว่าง 20-60 ปี มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ระหว่าง 11-26 คะแนน และได้รับยาต้านไวรัสมานานไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้ทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัย การปฏิบัติตน ประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมวิจัย การนำข้อมูลไปใช้ ความมีอิสระในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยและได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย โดยคำนวณจากโปรแกรม STATA เวอร์ชัน 12 และได้นำการศึกษาของ Joseph, Das, Sharma, & Basu (2014) มาร่วมกำหนด โดยกำหนดค่าแอลฟาเท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.8 ได้ขนาดตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 46 คน อย่างไรก็ตามเพื่อป้องกันปัญหากลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษาที่กำหนด ผู้วิจัยจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเป็นกลุ่มละ 50 คน รวมจำนวน 100 คน นำกลุ่มตัวอย่างมาจับคู่ (paired matching) ด้วยเกณฑ์ เพศ อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี ระยะเวลาในการกินยาต้านไวรัส ความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัส และคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ระดับเดียวกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST 10 ขั้นตอนขององค์การอนามัยโลก (Assanangkornchai, Arunpongpaisal, & Kittirattanapaiboon, 2013) ซึ่งประกอบด้วย 1) Asking ถามผู้ป่วยว่าสนใจจะทราบคะแนนแบบสอบถามของตนเองหรือไม่ 2) Feedback ให้คะแนนเฉพาะตัวแก่ผู้ป่วย 3) Advice ให้คำแนะนำวิธีการลดความเสี่ยงจากการใช้แอลกอฮอล์ 4) Responsibility ให้ผู้ป่วยรับผิดชอบในการตัดสินใจเลือกด้วยตนเอง 5) Concerned ถามผู้ป่วยว่ารู้สึกกังวลกับคะแนนของตนเองมากน้อยเพียงไร 6) Good things ให้ชั่งน้ำหนักข้อดีของการใช้แอลกอฮอล์ 7) Less good things ให้ชั่งน้ำหนักข้อไม่ค่อยดีของการใช้แอลกอฮอล์ 8) Summarize and reflect สรุปและสะท้อนคำพูดของผู้ป่วยโดยเน้นที่ “ข้อไม่ค่อยดี” 9) Concerned ถามผู้ป่วยว่ากังวลกับ “ข้อไม่ค่อยดี” มากน้อยเพียงไร และ 10) Take-home materials ให้เอกสารคู่มือกลับบ้านเพื่อเสริมการบำบัดแบบสั้น โดยผู้ให้การบำบัดแบบสั้นเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกยาต้านไวรัส ที่ได้รับการอบรมการให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ ทำการบำบัดจำนวน 1 ครั้งๆละ 15 นาที ร่วมกับการบำบัดตามปกติ ได้แก่ การ



ประเมินอาการ การให้คำแนะนำแบบสั้น จำนวน 1 ครั้งๆละ 10 นาที ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การแสดงความชื่นชม ความพยายามที่จะลดหรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์ 2) การใช้คำถามสร้างแรงจูงใจในการลดหรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์ เช่นการถามเกี่ยวกับผลกระทบของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ การถามเกี่ยวกับความพยายามที่จะลดหรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงที่ผ่านมา 3) การให้ข้อมูลในการลดหรือเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นข้อมูลที่จำเป็น มีความรวดเร็วและให้ทางเลือกแก่ผู้รับบริการ

2.เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลาง ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการดื่ม จำนวนรายการยาต้านไวรัสที่กินเป็นประจำ และความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัส

2.2 แบบคัดกรองประสบการณ์การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด : คู่มือเพื่อใช้ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test:ASSIST) : manual for use in primary care ขององค์การอนามัยโลก (Assanangkornchai, Arunpongpaisal, & Kittirattanapaiboon, 2011) โดยให้บุคลากรสุขภาพเป็นผู้สอบถามผู้มารับบริการ แบบคัดกรอง ASSIST สามารถคัดกรองผู้ใช้สารเสพติดได้หลายประเภท สำหรับการศึกษาครั้งนี้ใช้คัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี สามารถประเมินพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ตามระดับความเสี่ยงออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับความเสี่ยงต่ำ ระดับความเสี่ยงปานกลางและระดับความเสี่ยงสูง แบบคัดกรอง ASSIST ประกอบด้วย 7 คำถาม มีค่าคะแนนระหว่าง 0 – 39 แบบคัดกรองนี้มีความไว (sensitivity) เท่ากับ ร้อยละ 96 และความจำเพาะ (specificity) เท่ากับ ร้อยละ 88 ในการคัดแยกพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ตามระดับความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่าง (Nima, Rakpanusit, Arttanuchit, Porji & Hayeye, 2016)

โดยคำถามข้อที่ 1 สอบถามว่าในชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เคยดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ หากไม่เคยดื่มหรือหยุดดื่มตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปให้ยุติการประเมิน หากเคยดื่มแอลกอฮอล์ให้ทำการประเมินต่อ คำถามข้อที่ 2 สอบถามความถี่ของการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 0 - 6 คำถามข้อที่ 3 สอบถามความต้องการดื่มแอลกอฮอล์อย่างรุนแรงในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 0 - 6 คำถามข้อที่ 4 สอบถามปัญหาสุขภาพ ครอบคลุม 7 ข้อ ที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 0 - 7 คำถามข้อที่ 5 สอบถามการไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ตามปกติ เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 0 - 8 คำถามข้อที่ 6 สอบถามความเป็นห่วงของคนรอบข้างต่อการดื่มแอลกอฮอล์ตลอดชีวิตที่ผ่านมา โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 0 - 6 คำถามข้อที่ 7 สอบถามความล้มเหลวในการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ตลอดชีวิตที่ผ่านมา โดยมีค่าคะแนนระหว่าง 0 - 6 จากนั้นแบ่งคะแนนจัดกลุ่มพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ออกเป็น 3 ระดับ คือ

คะแนน 0 - 10 คะแนน หมายถึง กลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (Lower risk)

คะแนน 11 - 26 คะแนน หมายถึง กลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยงปานกลาง (Moderate risk)

คะแนน 27 คะแนนขึ้นไป หมายถึง กลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยงสูง (High risk)



2.3 แบบบันทึกการนับเม็ดยาด้านไวรัส โดยเภสัชกรเป็นผู้นับเม็ดยาที่คงเหลือของผู้มารับบริการเมื่อมาพบแพทย์ตามนัด และบันทึกลงในแบบบันทึกการนับเม็ดยาในแต่ละครั้งที่มารับบริการ หากมีความร่วมมือในการกินยาด้านไวรัสมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 95 หมายถึง มีความสม่ำเสมอในการกินยาด้านไวรัส หากมีความร่วมมือน้อยกว่า ร้อยละ 95 หมายถึง ไม่มีความสม่ำเสมอในการกินยาด้านไวรัส (Department of Disease Control, 2020)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบคัดกรองประสบการณ์การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test : ASSIST) ขององค์การอนามัยโลก (Assanangkornchai, Arunpongpaishai, & Kittirattanapaiboon, 2011) ผู้วิจัยนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่คลินิกยาด้านไวรัสของโรงพยาบาลสบปราบ จังหวัดลำปาง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) เท่ากับ 0.85

ขั้นตอนการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1: ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1. ผู้ศึกษารวบรวมเอกสารและจัดเตรียมเอกสารที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เตรียมตัวผู้ให้การบำบัดแบบสั้นซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกยาด้านไวรัส โดยให้เข้ารับการอบรม การให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์

ขั้นตอนที่ 2: ขั้นตอนการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.กลุ่มทดลอง จะได้รับการบำบัดแบบสั้นซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนหลัก 10 ขั้นตอนจากผู้ให้บริการ

สัปดาห์ที่ 1 ผู้ศึกษาได้ดำเนินการ ดังนี้ ผู้ศึกษาแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาและแปลผลระดับคะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พร้อมให้การบำบัดแบบสั้น และนัดหมายเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง

สัปดาห์ที่ 16 ผู้ศึกษาได้ดำเนินการ ดังนี้ ผู้ศึกษาประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มทดลอง พร้อมแจ้งผลประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ให้กลุ่มทดลองแต่ละคนรับทราบ และแจ้งสิ้นสุดการศึกษา

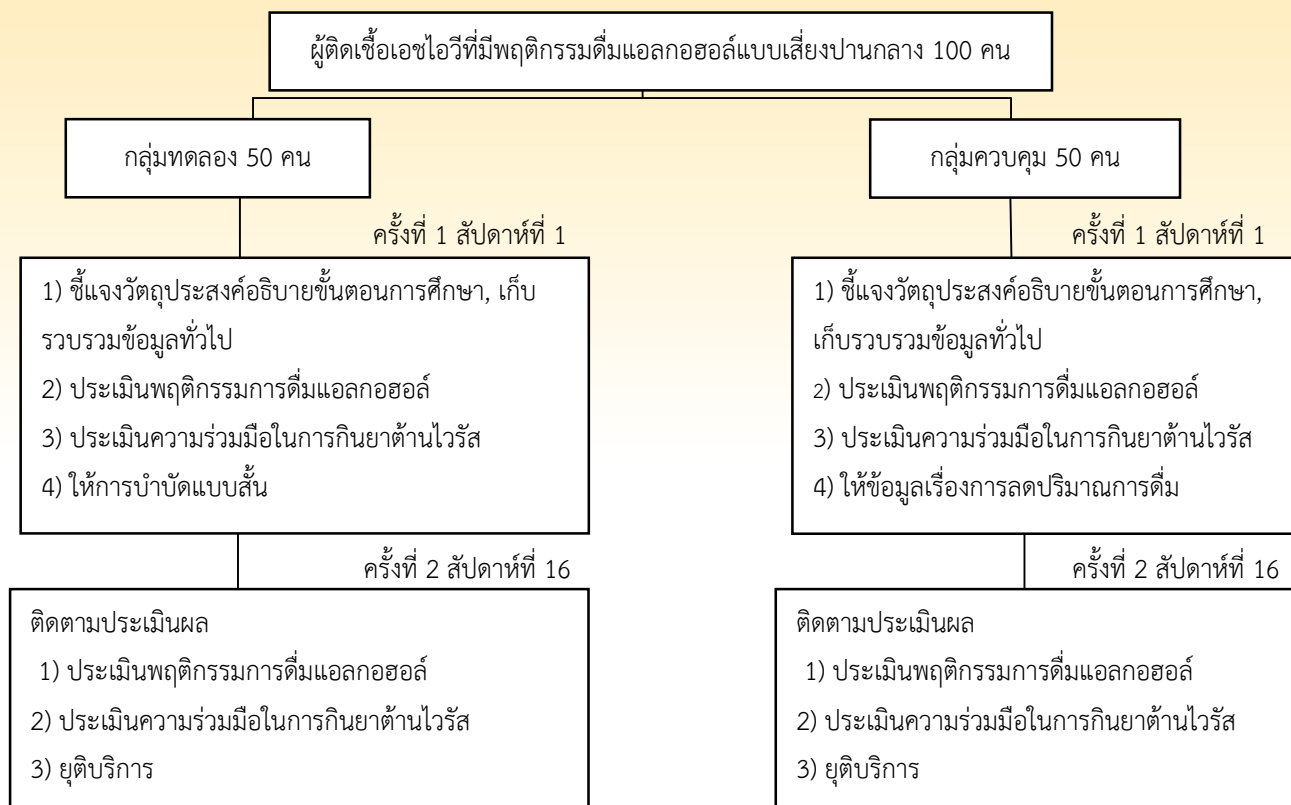
2. กลุ่มควบคุม จะได้รับคำแนะนำตามปกติจากผู้ให้บริการ

สัปดาห์ที่ 1 ผู้ศึกษาได้ดำเนินการ ดังนี้ ผู้ศึกษาแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา และแปลผลระดับคะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พร้อมให้ข้อมูลเรื่องการลดการดื่มแอลกอฮอล์ และนัดหมายเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง

สัปดาห์ที่ 16 ผู้ศึกษาได้ดำเนินการ ดังนี้ ผู้ศึกษาประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มควบคุม พร้อมแจ้งผลประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ให้กลุ่มควบคุมแต่ละคนรับทราบ และแจ้งสิ้นสุดการศึกษา



การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนการดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสรุปดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

บรรยายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติพรรณนา โดยข้อมูลที่เป็นค่านามนับได้ (categorical variable) รายงานเป็นความถี่หรือร้อยละ ส่วนข้อมูลที่เป็นค่าต่อเนื่อง (continuous variable) รายงานเป็นค่า Mean±SD สำหรับการเปรียบเทียบข้อมูลที่เป็นค่าต่อเนื่องใช้ t-test แบบ paired t-test ในการเปรียบเทียบคะแนน ASSIST ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และใช้ t-test แบบ independent t-test ในการเปรียบเทียบคะแนน ASSIST หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และใช้ Binary logistic regression เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST และความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เอกสารการรับรองเลขที่ E 2564-020 เมื่อวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ.2564



ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล การดื่ม และการกินยา

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง(n=50)		กลุ่มควบคุม(n=50)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	36	72.00	36	72.00
หญิง	14	28.00	14	28.00
อายุ				
20-29 ปี	8	16.00	7	14.00
30-39 ปี	4	8.00	3	6.00
40-49 ปี	21	42.00	24	48.00
50-59 ปี	17	34.00	16	32.00
สถานภาพ				
โสด	18	36.00	17	34.00
คู่	20	40.00	24	48.00
หม้าย/หย่า/แยก	12	24.00	9	18.00
การศึกษา				
ประถมศึกษา	18	36.00	18	36.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	23	46.00	19	38.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6	12.00	5	10.00
ปริญญาตรี	3	6.00	8	16.00
ระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์				
1-5 ปี	4	8.00	5	10.00
6-10 ปี	3	6.00	5	10.00
10 ปีขึ้นไป	43	86.00	40	80.00
จำนวนยาต้านไวรัสที่กินต่อหนึ่งวัน				
1 เม็ด	32	64.0	32	64.0
2 เม็ดขึ้นไป	18	36.0	18	36.0
ความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสก่อนการทดลอง				
< ร้อยละ 95	14	28.0	16	32.0
≥ ร้อยละ 95	36	72.0	34	68.0



จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ เป็นเพศชายร้อยละ 72.00 และเพศหญิงร้อยละ 18.00 จำนวนเท่ากันทั้งสองกลุ่ม อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 40 - 49 ปี มีสถานภาพคู่มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 40.00 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 48.00 ในกลุ่มควบคุม มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.00 และ 38.00 ตามลำดับ โดยมีระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด 10 ปีขึ้นไปทั้งสองกลุ่ม พบในกลุ่มทดลองร้อยละ 86.00 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 80.00 ในส่วนของปริมาณยาต้านไวรัสที่ต้องกินพบว่าร้อยละ 64.00 ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกินยา 1 เม็ดต่อวัน สำหรับความร่วมมือในการกินยาด้านไวรัสก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการกินยาด้านไวรัสมากกว่าร้อยละ 95 ของปริมาณที่ได้รับ โดยพบในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมร้อยละ 72.00 และ 68.00 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติทดสอบ ที ของพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

รายละเอียดคำถาม	ช่วง คะแนน	ค่าเฉลี่ยก่อน ทดลอง	ค่าเฉลี่ยหลัง ทดลอง	t- test	p- value
1. ความถี่/จำนวนการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 3 เดือน (Q_2)	0-6	3.42±0.81	2.22±0.76	14.85	<.001
2. อยากดื่มแอลกอฮอล์มากๆ (Q_3)	0-6	3.62±0.64	1.80±1.57	12.33	<.001
3. มีปัญหาสุขภาพ/สังคม/กฎหมายจากการ ดื่มแอลกอฮอล์ (Q_4)	0-7	4.14±0.35	0.64±1.48	21.24	<.001
4. ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ตามปกติ เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Q_5)	0-8	1.50±2.32	0.50±1.52	3.50	<.001
5. ความกังวลของคนรอบข้างต่อพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ (Q_6)	0-6	1.56±1.94	0.36±0.98	5.71	<.001
6. ความพยายามในการเลิกหรือลดการดื่ม แอลกอฮอล์ด้วยตนเอง (Q_7)	0-6	1.62±2.11	0.48±1.26	5.48	<.001
คะแนนรวมจากทุกคำถาม	0-39	17.02±4.55	5.60±3.47	19.91	<.001

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดแบบสั้น มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ก่อนเริ่มการทดลองและหลังการทดลอง 16 สัปดาห์ เท่ากับ 17.02±4.55 คะแนน และ 5.60±3.47 คะแนน



ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติ paired t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการทีมแอลกอฮอล์ (ASSIST) หลังการทดลอง แตกต่างจากค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติทดสอบ ที่ ของพฤติกรรมกรรมการทีมแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง

รายละเอียดคำถาม	ช่วง คะแนน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเฉลี่ย	t-test	p-value
		คะแนน กลุ่มทดลอง	คะแนน กลุ่มควบคุม		
1. ความถี่/จำนวนการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 3 เดือน (Q ₂)	0-6	2.22±0.76	2.98±0.71	-5.14	<.001
2. อยากดื่มแอลกอฮอล์มากๆ (Q ₃)	0-6	1.80±1.57	3.28±0.91	-5.79	<.001
3. มีปัญหาสุขภาพ/สังคม/กฎหมายจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Q ₄)	0-7	0.64±1.48	3.06±1.71	-7.57	<.001
4. ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ตามปกติ เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Q ₅)	0-8	0.50±1.52	1.80±2.42	-3.21	.002
5. ความกังวลของคนรอบข้างต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (Q ₆)	0-6	0.36±0.98	1.08±1.58	-2.74	.008
6. ความพยายามในการเลิกหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์ด้วยตนเอง (Q ₇)	0-6	0.48±1.26	1.14±1.70	-2.20	.003
คะแนนรวมจากทุกคำถาม	0-39	5.60±3.47	13.34±3.46	-11.17	<.001

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการทีมแอลกอฮอล์ (ASSIST) หลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 5.60±3.47 คะแนน และ 13.34±3.46 คะแนน ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนของพฤติกรรมกรรมการทีมแอลกอฮอล์ (ASSIST) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < .001$



ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการให้การบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST และความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัส

ปัจจัย	ร้อยละความร่วมมือในการกินยา		OR(95%CI)	p-value
	น้อยกว่าร้อยละ 95 (n=26)	มากกว่าร้อยละ 95 (n = 74)		
การบำบัดแบบสั้น				
ได้รับการบำบัดแบบสั้น	7	43	3.76 (1.41-10.05)	.008
ไม่ได้รับการบำบัดแบบสั้น	19	31		

จากตารางที่ 4 พบว่า การให้การบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสมากกว่าร้อยละ 95 ของปริมาณที่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการบำบัดแบบสั้นมีโอกาสให้ความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสมากกว่าร้อยละ 95 ของปริมาณที่ได้รับ ถึง 3.76 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ติดเชื้อที่ไม่ได้รับการบำบัดแบบสั้น (OR = 3.76 ; 95% CI 1.41 - 10.05 ; p = .008)

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST ในการลดพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลางของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของการบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST ที่มีต่อการเพิ่มขึ้นของความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลางด้วยเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจาก การบำบัดแบบสั้นที่ใช้ในการศึกษานี้อิงตามหลักการของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ซึ่งพัฒนาโดย Miller & Rollnick (2013) อันเป็นการปฏิสัมพันธ์ที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยช่วยนำให้ผู้รับบริการได้ค้นหาและแก้ไขความลังเลใจในการใช้แอลกอฮอล์ แรงจูงใจสำหรับการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้จากสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้รับบริการและบุคลากรสุขภาพ หลักการสำคัญของการสร้างแรงจูงใจคือ การที่บุคลากรสุขภาพแสดงความเข้าใจเห็นใจผู้รับบริการ ซึ่งประกอบด้วยท่าทีที่ยอมรับและไม่ตัดสินว่าถูกหรือผิด พยายามเข้าใจมุมมองของผู้รับบริการและขจัดอคติที่ใช้คำว่า "ชี้เหล่า" สิ่งสำคัญคือ หลักเกี่ยงการตำหนิหรือวิพากษ์วิจารณ์ผู้รับบริการโดยตรง นอกจากนี้การมีทักษะการฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความที่อธิบายหรือขยายความรู้สึกประสบการณ์และความคิดของผู้รับบริการที่ซ่อนอยู่เป็นพื้นฐานของการแสดงความเข้าใจเห็นใจ การที่บุคลากรสุขภาพมีความเข้าใจเห็นใจจะเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้รับบริการตอบสนองต่อการ



บำบัดได้ดี (Korcha, Polcin, Evans, Bond, & Galloway, 2015) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ O'Donnell et al., (2014) ซึ่งทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systemic review) จำนวน 24 การศึกษา ตั้งแต่ปี ค.ศ.2002 ถึง 2012 ซึ่ง พบว่า การบำบัดแบบสั้นมีประสิทธิภาพในการลดการดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับผู้ที่ดื่ม แอลกอฮอล์แบบอันตรายในสถานบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มนักดื่มแอลกอฮอล์เพศชายในวัย กลางคน และยังได้ผลดีในนักดื่มเพศหญิง นักดื่มที่มีโรคร่วมและได้ผลทุกกลุ่มชาติพันธุ์ไม่จำกัดว่าเป็นนักดื่มที่ อาศัยอยู่ในประเทศพัฒนาแล้วหรือกำลังพัฒนาก็ตาม

หากพิจารณาประเด็นประสิทธิผลของการบำบัดแบบสั้นที่มีต่อความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัส ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญเนื่องจาก ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องกินยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน สม่าเสมอ และตรงเวลา เพื่อควบคุมจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกายให้อยู่ในปริมาณต่ำที่สุดและเพิ่มระดับ ภูมิคุ้มกัน เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้โอกาสที่จะล้มกินยาต้านไวรัสลดลง เนื่องจากไม่มีอาการเมเมาและทำให้มีสติสัมปชัญญะในการกินยาอย่างถูกต้อง ผลการศึกษาค้นนี้สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ Go et al., (2020) ซึ่งทำการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized control trial) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาวเวียดนามที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตรายจำนวน 440 คน พบว่า การบำบัด แบบสั้นมีประสิทธิภาพในการเพิ่มร้อยละของการไม่ดื่มแอลกอฮอล์และลดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวี เมื่อเวลาผ่านไป สิบสองเดือนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของเราแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการให้การบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST ที่ช่วยลดพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลางของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ โดยมีจุดเด่นที่สามารถทำให้สำเร็จได้ในครั้งเดียวไม่ต้องนัดหมายผู้มารับบริการหลายครั้งเหมาะที่จะนำไป ประยุกต์ใช้ในการบริการผู้ป่วยตามปกติและเหมาะสมในบริบทที่มีทรัพยากรอย่างจำกัด (Braithwaite et al., 2014) อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดอยู่หลายประการ อาทิเช่น การบำบัดแบบสั้นถูกส่งต่อโดย พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ดื่มแอลกอฮอล์ ในขณะที่คลินิกยาต้านไวรัสส่วนใหญ่ไม่มี ผู้ชำนาญการในด้านนี้อาจส่งผลกระทบต่อการใช้ในสถานการณ์จริง นอกจากนี้การที่ผู้เข้าร่วมการศึกษายัง หลงลืมในพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ที่ผ่านมาของตนเองหรือมีความกังวลในการเปิดเผยพฤติกรรมการ ดื่มแอลกอฮอล์ที่แท้จริงของตนเองให้ผู้ให้บริการทราบ ส่งผลให้การรายงานปริมาณหรือความถี่ในการดื่ม แอลกอฮอล์ต่ำกว่าความเป็นจริง พบในการศึกษาของสาธารณรัฐยูกันดาก่อนหน้านี้ (Muyindike et al., 2017) สำหรับข้อจำกัดในประเด็นการประเมินคะแนน ASSIST ก็มีความน่าสนใจว่ามีความเหลื่อมล้ำในการประเมิน หรือไม่ เนื่องจากช่วงคะแนนในการวินิจฉัยว่ามีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลางเป็นช่วงคะแนนที่ กว้างคือ 11 ถึง 26 คะแนน ในส่วนของการวัดผลลัพธ์ทางคลินิกการศึกษานี้ของเราก็มีข้อจำกัดเช่นกัน เนื่องจากเร าศึกษาเพียงความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นการวัดผลทางอ้อม อย่างไรก็ตามการที่ ผู้ให้บริการถามคำถามสั้นๆหรือแจกแผ่นพับเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ ย่อมได้ผลในการลดการดื่มแอลกอฮอล์ใน



ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและอาจจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติในลักษณะนี้ทุกครั้งที่ผู้รับบริการมารับบริการตามนัดหมาย เพื่อเสริมพลังในการลดการติดเชื้อแอลกอฮอล์ จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจสำหรับการศึกษาในอนาคต

การศึกษาในครั้งนี้ถือว่าการบุกเบิกในการให้การบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงปานกลาง โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่าการให้การบำบัดแบบสั้นมีประสิทธิภาพทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคะแนน ASSIST ลดลงและเพิ่มโอกาสในการกินยาต้านไวรัส มากกว่าร้อยละ 95 ของปริมาณที่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อติดตามผู้ติดเชื้อเป็นระยะเวลานาน 4 เดือน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

- ควรนำเสนอผลการศึกษาต่อผู้บริหารเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการวางแผนการให้การบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST ที่คลินิกยาต้านไวรัส หรืออาจขยายผลการดำเนินงานไปยังคลินิกโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ซึ่งผู้รับบริการอาจมีพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงแอบแฝงอยู่ เนื่องจากการบำบัดแบบสั้นที่เชื่อมต่อการคัดกรองด้วย ASSIST มีจุดเด่นที่สามารถทำให้สำเร็จได้ในครั้งเดียวไม่ต้องนัดหมายผู้มารับบริการหลายครั้งเหมาะที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการบริการผู้ป่วยตามปกติ และเหมาะสมในบริบทที่มีทรัพยากรอย่างจำกัด

- ควรมีการพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพที่ประจำอยู่ที่คลินิกยาต้านไวรัสและคลินิกโรคเรื้อรังทุกคน ให้ผ่านการอบรมการให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

- ควรขยายระยะเวลาการศึกษาให้ยาวนานกว่านี้ เนื่องจากการศึกษานี้ใช้ระยะเวลาการศึกษาเพียง 16 สัปดาห์ อาจเป็นระยะเวลาที่สั้นเกินไปในการติดตามการคงอยู่ของพฤติกรรมของผู้รับบริการ นอกจากนี้รูปแบบของการศึกษาควรจะเป็นการศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized control trial) เพื่อที่จะสามารถนำผลการศึกษามาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงต่อไป

- ควรมีการปรับช่วงคะแนน ASSIST ในการคัดกรองให้แคบลง เพื่อความแม่นยำในการจำแนกพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ว่ามีความเสี่ยงระดับใด

- ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบอื่น เช่น การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี



เอกสารอ้างอิง

- Abaynew, Y., Deribew, A., & Deribe, K. (2011). Factors associated with late presentation to HIV/AIDS care in South Wollo Zone Ethiopia: a case-control study. *AIDS research and therapy*, 8, 8. Retrieved (2021, August, 8) from <https://doi.org/10.1186/1742-6405-8-8>
- Assanangkornchai, S., Arunpongpaisal, S., & Kittirattanapaiboon, P. (2013). *The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: manual for use in primary care*. (2nd ed.). Nonthaburi, Thailand: Kunathai. (in Thai)
- Assanangkornchai, S., Arunpongpaisal, S., & Kittirattanapaiboon, P. (2011). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care*. Nonthaburi, Thailand: Kunathai. (in Thai)
- Braithwaite, R. S., et al. (2014). How inexpensive does an alcohol intervention in Kenya need to be in order to deliver favorable value by reducing HIV-related morbidity and mortality? *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*, 66(2), e54–e58. Retrieved (2021, August, 19) from <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000140>
- Center for Alcohol Studies. (2011). A decades of center for alcohol studies, status knowledge for alcohol consumption control. Nonthaburi: The Graphico Systems. (in Thai)
- Chander, G., Hutton, H. E., Lau, B., Xu, X., & McCaul, M. E. (2015). Brief Intervention Decreases Drinking Frequency in HIV-Infected, Heavy Drinking Women: Results of a Randomized Controlled Trial. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*. 70(2), 137–145. Retrieved (2021, July, 8) from <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000679>
- Churchill, S., Pavey, L., Jessop, D., & Sparks, P. (2016). Persuading People to Drink Less Alcohol: The Role of Message Framing, Temporal Focus and Autonomy. *Alcohol and Alcoholism*. 51(6), 727–733. Retrieved (2021, August, 27) from <https://doi.org/10.1093/alcalc/agw033>
- Department of Disease Control. (2020). *Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2017*. Nonthaburi, Thailand: Author. (in Thai)
- Duko, B., Ayalew, M., & Ayano, G. (2019). The prevalence of alcohol use disorders among people living with HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 14(1), 52. Retrieved (2021, September, 4) from <https://doi.org/10.1186/s13011-019-0240-3>



- Go, V. F., et al. (2020). Effect of 2 Integrated Interventions on Alcohol Abstinence and Viral Suppression Among Vietnamese Adults with Hazardous Alcohol Use and HIV: A Randomized Clinical Trial. *The Journal of the American Medical Association*, 3(9), e2017115. Retrieved (2021, August,1) from <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.17115>
- Hasin, D. S., et al. (2013). Reducing heavy drinking in HIV primary care: a randomized trial of brief intervention, with and without technological enhancement. *Addiction (Abingdon, England)*, 108(7), 1230–1240. Retrieved (2021, September,13) from <https://doi.org/10.1111/add.12127>
- Jiang, H., Zhou, Y., & Tang, W. (2020). Maintaining HIV care during the COVID-19 pandemic. *The Lancet. HIV*, 7(5), e308–e309. Retrieved (2021, August,8) from [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(20\)30105-3](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(20)30105-3)
- Joseph, J., Das, K., Sharma, S., & Basu, D. (2014). Assist-linked alcohol screening and brief intervention in Indian workplace setting: result of a 4-month follow up. *Indian Journal of Social Psychiatry*. 30(3-4), 80-86.
- Korcha, R. A., Polcin, D. L., Evans, K., Bond, J. C., & Galloway, G. P. (2015). Intensive Motivational Interviewing for Women with Alcohol Problems. *Counselor (Deerfield Beach, Fla.)*, 16(3), 62–69.
- Li, L., et al. (2017). Alcohol Use, HIV Treatment Adherence, and Sexual Risk Among People with a History of Injecting Drug Use in Vietnam. *AIDS and behavior*, 21(Suppl 2), 167–173. Retrieved (2021, August,8) from <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1860-0>
- Lipira, L., et al. (2020). Patterns of alcohol use and associated characteristics and HIV-related outcomes among a sample of African-American women living with HIV. *Drug and alcohol dependence*, 206, 107753. Retrieved (2021, August,29) from <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107753>
- Lunze, K., et al. (2017). HIV Stigma and Unhealthy Alcohol Use Among People Living with HIV in Russia. *AIDS and behavior*, 21(9), 2609–2617. Retrieved (2021, August,8) from <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1820-8>



- Malbergier, A., Amaral, R. A., & Cardoso, L. D. (2015). Alcohol dependence and CD₄ cell count: is there a relationship? *AIDS Care*, 27(1):54-58. Retrieved (2021, September,3) from <https://doi.org/10.1080/09540121.2014.947235>.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing: Helping people change. New York, NY: Guilford Press.
- Moyer, V. A. (2013). Preventive Services Task Force. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med*, 159(3) 210-218. Retrieved (2021, August,9) from <https://doi.org/10.7326/0003-4819-159-3-201308060-00652>.
- Musumari, P. M., et al. (2017). Socio-behavioral risk factors among older adults living with HIV in Thailand. *PloS one*, 12(11), e0188088. Retrieved (2021, August,9) from <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188088>.
- Muyindike, W. R., et al. (2017). Phosphatidylethanol confirmed alcohol use among ART-naïve HIV-infected persons who denied consumption in rural Uganda. *AIDS care*, 29(11), 1442–1447. Retrieved (2021, August,9) from <https://doi.org/10.1080/09540121.2017.1290209>
- Nima, P., Rakpanusit, T., Arttanuchit, S., Porji, A., & Hayeye, S. (2016). ASSIST-Y linked Islamic BI among substance abuse students of Islamic private schools in three southern border provinces. *Al-Hikmah Journal of Fatoni University*, 8(16), 109-121. (in Thai)
- O'Donnell, A., et al. (2014). The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 49(1), 66–78. Retrieved (2021, August,15) from <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt170>
- Peacock, A., Leung, J., Larney, S., Colledge, S., Hickman, M., Rehm J., Degenhardt, L. (2018). Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction*, 113(10), 1905-1926.
- Teferra, S., et al. (2016). Hazardous alcohol use and associated factors in a rural Ethiopian district: a cross-sectional community survey. *BMC Public Health* 16, 218. Retrieved (2021, August,15) from <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2911-6>



- The Lancet (2020). Maintaining the HIV response in a world shaped by COVID-19. *Lancet* (London, England), 396(10264), 1703. Retrieved (2021, August,15) from [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32526-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32526-5)
- The World Bank. (2021). *Global Economic Prospects*. Washington DC, US.: Author.
- Tran, B. X., Nguye, L. T., Do, C. D., Nguyen, Q. L., & Maher, R. M. (2014). Associations between alcohol use disorders and adherence to antiretroviral treatment and quality of life amongst people living with HIV/AIDS. *BMC public health*, 14, 27. Retrieved (2021, August,15) from <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-27>
- Trova, AC., Paparrigopoulos, T., Liappas, I., & Ginieri-Coccossis, M. (2015). Prevention of alcohol dependence. *Psychiatriki*, 26(2), 131-140.
- UNAIDS. (2016). *90–90–90—An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic*. Geneva, Switzerland: Author.
- Wardell, J. D., Shuper, P. A., Rourke, S. B., & Hendershot, C. S. (2018). Stigma, Coping, and Alcohol Use Severity Among People Living with HIV: A Prospective Analysis of Bidirectional and Mediated Associations. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 52(9), 762–772. Retrieved (2021, August,17) from <https://doi.org/10.1093/abm/kax050>
- World Health Organization. (2016). *Global health sector strategy on HIV 2016-2021. Towards ending AIDS*. Geneva, Switzerland: Author.



Rational Drug Use Literacy of Nursing Students at Public Nursing College in Chiangmai

Kesaraporn Choopun^{1*}, Panida Palee*,
Karnrawee Khamchang*, Tawee Reungchom*

(Received: January 21, 2021, Revised: February 21, 2022, Accepted: March 8, 2022)

Abstract

The purpose of this descriptive research was to study the rational drugs used literacy among 250 nursing students in the academic year 2020 recruited by stratified sampling technic. Data were collected by an online survey questionnaire reporting validity of the questionnaire range was 0.67 – 1.00. Reliability of basic knowledge of drug use and rational drug use literacy was tested by Kuder-Richardson reporting as 0.79 and 0.96 respectively. Descriptive statistics were used for data analysis. A relationship between factors and rational drugs used literacy was analyzed by using the Chi-square test and the Pearson Correlation.

Most participants (77.60%) completed the pharmacological subject and experienced learning nursing subjects from classroom and clinical practice. The research findings showed that about half of the participants (49.6%) had a high level of basic knowledge of drug use ($M=12.85$ $SD=3.31$). Most of the participants (88%) had a high level of rational drugs used literacy ($M=51.97$ $SD=13.40$). It is reported that years of study, completion of the pharmacological subject, experience learning nursing subjects, and levels of basic knowledge of drug use were significantly associated with levels of rational drug use literacy ($p<.001$). Also, basic knowledge of drug use was positively correlated with rational drug use literacy ($r=.586$, $p<.001$). The findings also suggest that nursing colleges should develop practical rational drug use learning programs or short courses for improving nursing students' knowledge and applying rational drug use in clinical practice effectively.

Keywords: Rational drug use literacy; Nursing students; Factors; Basic knowledge of drug use

* Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Chiangmai, Faculty of Nursing,
Praboromrachanok Institute

¹Corresponding author: kesaraporn@bcnc.ac.th (085-7157756)



ความรู้รอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลของรัฐในจังหวัดเชียงใหม่

เกศราภรณ์ ชูพันธ์^{1*}, พนิดา พาลี*, กานต์รวี คำซัง*, ทวี เรืองโฉม*

(วันที่รับบทความ : 21 มกราคม 2565 , วันแก้ไขบทความ: 21 กุมภาพันธ์ 2565, วันตอบรับบทความ: 8 มีนาคม 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาคครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้รอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้รอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2563 จำนวน 250 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Sampling) รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ โดยหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องภายในอยู่ในช่วง 0.67 – 1.00 ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามจากสูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน ของแบบสอบถามการใช้ยาเบื้องต้น และแบบสอบถามความรู้รอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เท่ากับ 0.79 และ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้รอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation) ผลการวิจัยพบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 77.60 ผ่านการเรียนวิชาเภสัชวิทยาและมีประสบการณ์การเรียนภาคปฏิบัติ วิชาการพยาบาล ร้อยละ 49.6 มีความรู้เรื่องการใช้ยาเบื้องต้นอยู่ในระดับสูง ($M=12.85$ $SD=3.31$) ร้อยละ 88 มีความรู้รอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับสูง ($M=51.97$ $SD=13.40$) งานวิจัยนี้พบว่าระดับชั้นปี การผ่านวิชาเภสัชวิทยา ประสบการณ์การเรียนภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาล และระดับความรู้เรื่องการใช้ยาเบื้องต้น มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้รอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และพบว่าคะแนนความรู้เรื่องการใช้ยาเบื้องต้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคะแนนความรู้รอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.586$, $p<.001$)

ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปพัฒนาจัดการเรียนการสอนเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล หรือหลักสูตรอบรมระยะสั้นเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดความรู้และสามารถประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความรู้รอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล; นักศึกษาพยาบาล; ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์; การใช้ยาเบื้องต้น

* อาจารย์พยาบาล, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประพันธ์บทความ kesaraporn@bcnc.ac.th โทร 085-7157756



บทนำ

ปัญหาเชื่อดื้อยาเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก มีสาเหตุจากการใช้ยาไม่สมเหตุผล ซึ่งพบประเด็นปัญหาการบริหารยา ทั้งด้านขนาดยา ช่วงเวลาที่ให้ยา ข้อบ่งใช้และค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มสูงขึ้น (Kshirsagar, 2016) สำหรับประเทศไทย ปัญหาการใช้ยาไม่สมเหตุผลมีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นเดียวกับหลายประเทศทั่วโลก จากการใช้ยาเกินความจำเป็น โดยเฉพาะยาที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ยาต้านจุลชีพ และยาสเตียรอยด์และยาชุด ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ต้องเปลี่ยนประเภทกลุ่มยาปฏิชีวนะใหม่ จนกระทั่งเกิดปัญหาเชื่อดื้อยาเพิ่มขึ้น (Health System Research Institute, 2012) รวมถึงการไ้ยาราคาแพงนอกบัญชียาหลัก การใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง การใช้ยาดูด้วยตนเองที่ยังขาดข้อมูลที่เพียงพอในการตัดสินใจ ทั้งนี้เนื่องจากประเทศไทยยังไม่มีระบบการติดตามกำกับการใช้ยาที่เป็นรูปธรรมต่อเนื่อง (World Health Organization Regional Office for South East Asia., 2015)

การใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ ซึ่งได้กำหนดให้มีการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนประชาชนทั่วไป โดยกำหนดเป้าหมายการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพให้เป็นผู้ที่สามารถทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยเป็นผู้มีความรู้ (knowledge) ทักษะ (skill) และเจตคติ (attitude) ที่เอื้อต่อการใช้ยาสมเหตุผล (Food and Drug Administration Ministry of Public Health, 2017; Subcommittee on the Promotion of Rational Drug Use, 2015; Thailand Nursing and Midwifery Council, 2021; World Health Organization, 1985) องค์การอนามัยโลก อธิบายความหมายของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use) ว่า เป็นการใช้อย่างมีข้อบ่งชี้ที่มีคุณภาพมีประสิทธิภาพ สนับสนุนด้วยหลักฐานที่เชื่อถือได้ให้ประโยชน์ทางคลินิกเหนือกว่าความเสี่ยงจากการใช้ยาและคำนึงถึงปัญหาเชื่อดื้อยา ใช้ยาตามกรอบบัญชียาในราคาเหมาะสม คำนึงค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ผู้รับบริการทุกคนสามารถใช้อย่างได้อย่างเท่าเทียม (Food and Drug Administration Ministry of Public Health, 2017; World Health Organization, 1985)

สภาการพยาบาลกำหนดให้การใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นสมรรถนะของบัณฑิตพยาบาล โดยส่งเสริมการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนร่วมกันเพื่อดูแลผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพ โดยบรรจุหลักสูตรการใช้ยาสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อผลิตบัณฑิตพยาบาลให้มีสมรรถนะในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามนโยบายแห่งชาติด้านยาและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564 โดยใช้วิธีการเรียนการสอนและการประเมินผลที่หลากหลาย ประกอบกับการใช้กรณีตัวอย่างจากสถานการณ์จริง (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2021)

สถาบันพระบรมราชชนกเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เป็นแหล่งผลิตพยาบาลเพื่อไปปฏิบัติงานในส่วนภูมิภาค เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เป็นต้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่



คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก มีหน้าที่ในการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อไปปฏิบัติงานร่วมกับทีมสุขภาพในสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข จึงต้องมีการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพที่มีความรู้ในการแก้ปัญหาของประชาชนและการใช้ยาอย่างสมเหตุผลก็เป็นหนึ่งในประเด็นปัญหาสุขภาพของประเทศ จากสถานการณ์ดังกล่าว พบว่า ในปัจจุบันการศึกษาประเด็นความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล พบว่านักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาในชั้นปีที่สูงกว่ามีความรู้เรื่องการใช้ยาในระดับดี (Bunmusik, Chantira, & Heeaksorn, 2019; Samranbua & Thamcharoentrakul, 2020) ส่วนประเด็นความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลยังไม่พบงานวิจัยด้านนี้ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะอาจารย์พยาบาลจึงสนใจทำการศึกษาความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและความรู้เรื่องการใช้ยาเบื้องต้น และเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในกลุ่มนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ทั้งนี้ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้สอดคล้องกับบริบทในการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาล เพื่อนำไปสู่การพัฒนาสมรรถนะด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาล เพื่อเตรียมบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความพร้อมในการให้บริการทางสุขภาพร่วมกับทีมสหวิชาชีพในสถานบริการสุขภาพต่างๆ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาความรู้เรื่องการใช้ยาเบื้องต้นของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
3. เพื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องการใช้ยาเบื้องต้น และความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้อ้างอิงกรอบแนวคิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1985) และคู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประเทศไทย (Subcommittee on the Promotion of Rational Drug Use, 2015) และสมรรถนะในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของพยาบาล (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2021) โดยอธิบายความหมายของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use, RDU) ไว้ดังนี้ การที่ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ ใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม และมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด คำนึงตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ไม่เป็นการใช้ยาซ้ำซ้อน คำนึงถึงปัญหาเชื้อดื้อยา โดยกำหนดความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Literacy) ประกอบด้วยความสามารถ 8 ด้าน ดังต่อไปนี้ 1) หลักการและความสำคัญของการใช้ยาอย่างสม



เหตุผล 2) การสื่อสารเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 3) การใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย 4) ผลกระทบของยาต่อสิ่งแวดล้อม 5) จริยศาสตร์กับการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 6) ความเสมอภาคในการใช้ยา และการคำนึงถึงความคุ้มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์การแพทย์ 7) ความร่วมมือของสหวิชาชีพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และ 8) การประเมินหลักฐานทางการแพทย์ และแหล่งเรียนรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ดังนั้นในการวิจัยนี้จึงกำหนดตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ระดับชั้นปี การเรียนวิชาเภสัชวิทยา ประสบการณ์เรียนภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาล ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเบื้องต้น และความรอบรู้การใช้ยาอย่างสมเหตุผล สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่ ปีการศึกษา 2563 จำนวน 612 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรทาโร ยามาเน่ (Yamane, 1973) ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 250 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Sampling) ประกอบด้วยนักศึกษาชั้นปีที่ 1, 2, 3 และ 4 จำนวน 56, 63, 78 และ 53 คน ตามลำดับ ทำการสุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายโดยใช้ตารางเลขสุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ระดับชั้นปี การเรียนวิชาเภสัชวิทยา ประสบการณ์เรียนภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาล

ตอนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเบื้องต้น จำนวน 20 ข้อ เลือกตอบ ถูก ผิด

ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) แปลผลดังนี้



ระดับสูง คะแนนระหว่าง 13.34 - 20

ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 6.68 - 13.33

ระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 0 - 6.67

ตอนที่ 3 แบบประเมินความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล จำนวน 60 ข้อ เลือกตอบ ถูก ผิด ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) แปลผลดังนี้

ระดับสูง คะแนนระหว่าง 40.01 - 60

ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 20.01 - 40

ระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 0 - 20

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยเภสัชกร 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ด้านเภสัชวิทยา 2 ท่าน โดยมีค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (Index of item objective congruence, IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2563 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน ค่าความเที่ยงจากสูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) พบว่าแบบประเมินการใช้อย่างสมเหตุสมผล เท่ากับ 0.79 และแบบประเมินความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลเท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม Google Form กลุ่มตัวอย่างสแกน QR code เพื่อตอบแบบสอบถามเอง โดยมีเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย (Information sheet) กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถออกจากการวิจัยในระหว่างการวิจัยได้ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ มีการรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างประสงค์จะเข้าร่วมโครงการวิจัย ต้องให้ความยินยอมโดยกตเลือก “ยินยอม” เข้าร่วมวิจัย ในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Consent Form) เพื่อเริ่มตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยการกตเลือก “ไม่ยินยอม” เพื่อออกจากแบบสอบถาม กำหนดระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 21 วัน ตั้งแต่วันที่ 11 กุมภาพันธ์ - 4 มีนาคม 2564 กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม จำนวน 250 คน คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้อย่างสมเหตุสมผล และคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุสมผล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับชั้นปี การเรียนวิชาเภสัชวิทยา ประสบการณ์เรียน ภาควิชาการพยาบาล กับระดับความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเบื้องต้นกับความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยหาสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ตามเอกสารรับรองเลขที่ E11/2563 เมื่อวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ.2563 ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงโครงการวิจัยและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอยกจากการวิจัยได้ก่อนการดำเนินการวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยการตอบรับหรือปฏิเสธหรือขอยกจากการวิจัยไม่มีผลต่อการเรียนหรือการประเมินผลการเรียนใดๆทั้งสิ้น ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ ซึ่งจะนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น และการรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวมไม่ชี้เฉพาะเจาะจงบุคคลใด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจำนวน 250 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.80 และเพศชาย ร้อยละ 7.20 อายุ ($M=20.92, S.D. = 2.56$) กำลังศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 คิดเป็นร้อยละ 22.40, 25.20, 31.20 และ 21.20 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 77.60 ผ่านการเรียนวิชาเภสัชวิทยาสำหรับพยาบาล รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

2. ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเบื้องต้น

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เรื่องการใช้อย่างเบื้องต้น ($M= 12.85, S.D.=3.31$) จากคะแนน 20 คะแนน โดยร้อยละ 49.60 มีระดับคะแนนความรู้เรื่องการใช้อย่างเบื้องต้นระดับสูง ร้อยละ 45.20 มีระดับคะแนนความรู้เรื่องการใช้อย่างเบื้องต้นระดับปานกลาง มีเพียงร้อยละ 5.20 ที่มีระดับคะแนนความรู้เรื่องการใช้อย่างเบื้องต้นในระดับต่ำ (ตารางที่ 2) เมื่อพิจารณาความรู้การใช้อย่างเบื้องต้นรายข้อพบว่า พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้มากที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ 1) การรับประทานยาพาราเซตามอลมากเกินไปจะเป็นพิษต่อตับ (ร้อยละ 92.00) 2) เมื่อท่านเกิดอาการแพ้ยา ท่านต้องหยุดรับประทานยานั้นทันที (ร้อยละ 91.60) และ 3) ยาแก้แพ้บางชนิด เช่น คลอเฟนิรามีน อาจทำให้ง่วงซึมได้ (ร้อยละ 84.40) อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่น้อยที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ 1) เครื่องดื่มไม่ควรรับประทานร่วมกับยา ได้แก่ นม ชา หรือกาแฟ (ร้อยละ 2.40) 2) การที่แพทย์สั่งจ่ายยาลดกรดร่วมกับยา



ประเภทอื่นๆ จะช่วยลดอาการแสบร้อนในท้องได้ (ร้อยละ 18.00) และ 3) การเก็บรักษายารูปแบบน้ำเชื่อมในตู้เย็นจะช่วยยืดวันหมดอายุของยาได้ (ร้อยละ 26.00) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	18	7.2
หญิง	232	92.8
ระดับชั้นปี		
ชั้นปีที่ 1	56	22.4
ชั้นปีที่ 2	63	25.2
ชั้นปีที่ 3	78	31.2
ชั้นปีที่ 4	53	21.2
การเรียนวิชาเภสัชวิทยา		
ยังไม่ได้เรียน	56	22.4
ผ่านการเรียน	194	77.6
การเรียนภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาล		
ยังไม่ได้เรียน	56	22.4
ผ่านการเรียน	194	77.6

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้เรื่องการใช้ยาเบื้องต้น

ระดับ	ความรู้เรื่องการใช้ยาเบื้องต้น	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง (13.34 – 20 คะแนน)	124	49.60
ปานกลาง (6.68 – 13.33 คะแนน)	113	45.20
ต่ำ (0 – 6.67 คะแนน)	13	5.20

คะแนนเต็ม 20 คะแนน Min=0, Max=19 M=12.85, SD=3.31



ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเบื้องต้นรายข้อ

ข้อ	คำถาม	ตอบถูก	
		n	ร้อยละ
1	การที่แพทย์สั่งจ่ายยาลดกรดร่วมกับยาประเภทอื่นๆ จะช่วยลดอาการแสบร้อนในท้องได้	45	18.00
2	การเก็บรักษายารูปแบบขี้ผึ้ง หรือเจลในตู้เย็นจะช่วยยืดวันหมดอายุของยาได้	101	40.40
3	การเก็บรักษายารูปแบบน้ำเชื่อมในตู้เย็นจะช่วยยืดวันหมดอายุของยาได้	65	26.00
4	เมื่อเปิดใช้ยาหยอดตาแล้วใช้ไม่หมดสามารถเก็บไว้ใช้ครั้งต่อไปได้จนกว่าจะถึงวันหมดอายุ	108	43.20
5	ยาแก้ปวดที่ผสมยาปฏิชีวนะ (หรือที่เข้าใจว่าเป็นยาฆ่าเชื้อหรือยาแก้อักเสบ) สามารถใช้ในการรักษาสิวได้ทุกชนิด	157	62.80
6	การรับประทานยาปฏิชีวนะ (ที่เข้าใจว่าเป็นยาฆ่าเชื้อหรือยาแก้อักเสบ) ควรรับประทานติดต่อกันอย่างน้อย 5 วัน	136	55.40
7	ผงเกลือแร่มีข้อบ่งใช้รักษาอาการปวดท้อง	197	78.80
8	พาราเซตามอลช่วยบรรเทาอาการหวัด	179	71.60
9	การรับประทานยาลดกรดชนิดเม็ดควรเคี้ยวก่อนกลืนเพื่อให้ยาออกฤทธิ์ได้ดี	188	75.20
10	วิตามินเป็นผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ดังนั้นการรับประทานวิตามินมากๆ จะไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ	151	60.40
11	การรับประทานยาก่อนอาหาร หมายถึงการรับประทานยาก่อนรับประทานอาหาร 30-60 นาที	182	72.80
12	การกินยาหลังอาหารที่ถูกต้อง คือ การรับประทานยาหลังอาหาร 15-30 นาที	206	82.40
13	ยาแก้แพ้บางชนิด เช่น คลอเฟนิรามีน อาจทำให้ง่วงซึมได้	211	84.40
14	คาลาไมโนโลชั่นเป็นยาทาภายนอกใช้รักษาบาดแผลเปิดบริเวณผิวหนัง	192	76.80
15	ยาระบายมีสรรพคุณในการลดน้ำหนัก	208	83.20
16	การรับประทานยาพาราเซตามอลมากเกินไปจะเป็นพิษต่อตับ	230	92.00
17	วิธีการรับประทานยาเมื่อลืมรับประทานยาคือการเพิ่มขนาดยาเป็นสองเท่าในมื้อถัดไป	211	84.40
18	Used before 31 August 2020 หมายถึง การใช้ยานี้ควรใช้ก่อนวันที่ 31 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563	211	84.40
19	เครื่องดื่มที่ไม่ควรรับประทานร่วมกับยา ได้แก่ นม ชา หรือกาแฟ	6	2.40
20	เมื่อท่านเกิดอาการแพ้ยา ท่านต้องหยุดรับประทานยานั้นทันที	229	91.60



3. ความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล คิดเป็นร้อยละ 86.62 (Mean=51.97, S.D.=13.40) จากคะแนนทั้งหมด 60 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 88.00 มีระดับคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับสูง มีเพียงส่วนน้อย ร้อยละ 6.40 ที่มีคะแนนในระดับปานกลาง ร้อยละ 5.60 มีคะแนนในระดับต่ำ (ตารางที่ 4) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลรายด้าน (ตารางที่ 5) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านความร่วมมือของสหวิชาชีพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสูงสุด คิดเป็นคะแนนร้อยละ 90.92 (Mean=10.91, S.D.=2.92) จากคะแนน 12 คะแนน และรองลงมาคือด้านการประเมินหลักฐานทาง การแพทย์และแหล่งเรียนรู้ในการใช้อย่างสมเหตุผล คิดเป็น ร้อยละ 90.40 (Mean=4.52, S.D.=1.24) จากคะแนน 5 คะแนน และด้านการใช้อย่างสมเหตุผลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย คิดเป็น ร้อยละ 89.20 (Mean=8.29, S.D.=2.73) จากคะแนน 10 คะแนน อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านผลกระทบของยาต่อสิ่งแวดล้อมมีคะแนนต่ำสุด คิดเป็น ร้อยละ 81.90 (Mean=8.19, S.D.=2.68) จากคะแนน 10 คะแนน ความรู้ด้านหลักการและความสำคัญของการใช้อย่างสมเหตุผล คิดเป็น ร้อยละ 82.70 (Mean= 8.27 ,S.D.=2.46) จากคะแนน 10 คะแนน และความรู้ด้านจริยศาสตร์กับการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล คิดเป็น ร้อยละ 83.80 (Mean=4.19, S.D.=1.31) จากคะแนน 5 คะแนน

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล

ระดับ	ความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง (40.01 – 60 คะแนน)	222	88.00
ปานกลาง (20.01 – 40 คะแนน)	16	6.40
ต่ำ (0 – 20 คะแนน)	14	5.60
คะแนนเต็ม 60 คะแนน Min=0, Max=60 M=51.97, S.D.=13.40		



ตารางที่ 5 คะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลจำแนกรายด้าน

ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล(รายด้าน)	คะแนน		คะแนน	
	รวม	ร้อยละ	Mean	S.D.
1. หลักการและความสำคัญของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	10	82.70	8.27	2.46
2. การสื่อสารเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	5	87.00	4.35	1.27
3. การใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย	10	89.20	8.92	2.73
4. ผลกระทบของยาต่อสิ่งแวดล้อม	10	81.90	8.19	2.68
5. จริยศาสตร์กับการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	5	83.80	4.19	1.31
6. ความเสมอภาคในการใช้ยา และการคำนึงถึงความคุ้มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์การแพทย์	3	86.67	2.60	0.85
7. ความร่วมมือของสหวิชาชีพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	12	90.92	10.91	2.92
8. การประเมินหลักฐานทางการแพทย์ และแหล่งเรียนรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	5	90.40	4.52	1.24
รวมรายด้าน	60	86.62	51.97	13.40

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ผลการศึกษา พบว่า ระดับชั้นปี การผ่านการเรียนวิชาเภสัชวิทยา ประสบการณ์เรียนภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาล และระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเบื้องต้น มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 6 นอกจากนี้ พบว่า คะแนนความรู้เรื่องการใช้ยาเบื้องต้น มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคะแนนความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล อย่างมีนัยสำคัญ ($r = .586$, $p < .001$) ตารางที่ 7



ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล

ปัจจัย	ระดับความรอบรู้		df	χ ²	p-value
	ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล				
	สูง (n=220)	ต่ำ-ปานกลาง (n=30)			

ระดับชั้นปี			3	19.366	0.000
ชั้นปีที่ 1	40(71.40)	16(28.60)			
ชั้นปีที่ 2	58(92.10)	5(7.90)			
ชั้นปีที่ 3	74(94.90)	4(5.10)			
ชั้นปีที่ 4	48(90.60)	5(9.40)			
การเรียนวิชาเภสัชวิทยา			1	18.766	0.000
ยังไม่ได้เรียน	40(71.40)	16(28.60)			
ผ่านการเรียน	180(92.80)	14(7.20)			
การเรียนภาคปฏิบัติวิชาการ			1	18.766	0.000
พยาบาล					
ยังไม่ได้เรียน	40(71.40)	16(28.60)			
ผ่านการเรียน	180(92.80)	14(7.20)			
ระดับความรู้เรื่องการไ้ยา			1	21.385	0.000
เบื้องต้น					
ต่ำ-ปานกลาง	99(78.60)	27(21.40)			
สูง	121(97.60)	3(2.40)			

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องการไ้ยาเบื้องต้นกับความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล

ความรู้เรื่องการไ้ยาเบื้องต้น	Pearson Correlation	ความรอบรู้ด้านการไ้ยา	
		ความรู้เรื่องการไ้ยาเบื้องต้น	อย่างสมเหตุผล
		1	.586**
	Sig. (2-tailed)		.000
(12.85, 3.31)	N	250	250

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)



อภิปรายผล

ความรู้เรื่องการใช้ยาเบื้องต้น

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งมีระดับคะแนนความรู้เรื่องการใช้ยาเบื้องต้นในระดับสูง อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งที่มีความรู้เรื่องการใช้ยาเบื้องต้นในระดับต่ำ - ปานกลาง โดยพบว่าประเด็นที่มีความเข้าใจคลาดเคลื่อนมากที่สุด คือ เครื่องดื่มที่ไม่ควรรับประทานร่วมกับยา และการเก็บรักษายาและวันหมดอายุของยา แสดงให้เห็นว่านักศึกษายังขาดความรู้ หรือมีความรู้ไม่เพียงพอในการใช้ยาเบื้องต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาระดับความรู้การใช้ยาปฏิชีวนะของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในจังหวัดภูเก็ต พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.25 มีความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับต่ำ และพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับพอใช้ (Khoka, 2021) ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางส่วนกำลังศึกษาในระดับชั้นปีที่ 1 ยังไม่ได้เรียนวิชาเภสัชวิทยาและวิชาทางการแพทย์ และบางส่วนกำลังศึกษาในระดับชั้นปีที่ 2 ที่ผ่านเรียนวิชาเภสัชวิทยาและเริ่มต้นเรียนรู้ภาคปฏิบัติทางการแพทย์ ซึ่งอาจจะยังขาดประสบการณ์การใช้ยา จึงทำให้มีความรู้ด้านการใช้ยาเบื้องต้นในระดับต่ำ-ปานกลาง จากผลการวิจัยนี้ สถาบันการศึกษาควรออกแบบการเรียนการสอนที่สอดแทรกความรู้เรื่องการใช้ยาเบื้องต้นควบคู่ไปกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้กับนักศึกษาพยาบาลในทุกชั้นปี และติดตามผลความรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษามีความรู้เรื่องการใช้ยาที่ถูกต้องและมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม

ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

งานวิจัยนี้ค้นพบว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนด้านความร่วมมือของสหวิชาชีพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสูงสุด รองลงมาได้แก่ ด้านการประเมินหลักฐานทางการแพทย์และแหล่งเรียนรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ที่พบว่าบัณฑิตพยาบาลมีการรับรู้สมรรถนะการใช้ยาสมเหตุผลโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีการรับรู้สมรรถนะย่อยการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับมากทุกด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านทำงานร่วมกับผู้อื่นแบบสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Charoensuk, Leungratanamart, Reunreang, Turner, & Theinpichet, 2020) ทั้งนี้อาจสามารถอธิบายได้ว่า พยาบาลมีความตระหนักและให้ความสำคัญว่า การใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยถือเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของสหวิชาชีพเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย ตามนโยบายของสภาการพยาบาลที่กำหนดให้การจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ต้องครอบคลุมสาระเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย ความเสมอภาคและความเป็นธรรม (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2021) สอดคล้องกับประกาศขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2010) ระบุว่า ความร่วมมือแบบสหวิชาชีพในการใช้ยาช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย คำนึงคุณค่า สร้างความพึงพอใจในบริการ และทีมสุขภาพมีความสุขในการทำงาน



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

งานวิจัยนี้พบว่าระดับชั้นปี การเรียนวิชาเภสัชวิทยา และการเรียนภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาล มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาล ในชั้นปีที่สูงขึ้น ผ่านการเรียนวิชาเภสัชวิทยา มีประสบการณ์การเรียนภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาล และมีความรู้ เรื่องการใช้ยาเบื้องต้นสูง จะมีระดับความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสูงขึ้น สามารถอธิบายได้ว่า วิทยาลัย พยาบาลเริ่มมีการบรรจุประเด็นการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในปีการศึกษา 2561 และบรรจุหัวข้อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในทุกรายวิชาการพยาบาล ในปีการศึกษา 2562 ตามนโยบายของ คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และสภาการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการ ใช้ยาอย่างสมเหตุผลของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนประชาชนทั่วไป (Food and Drug Administration Ministry of Public Health, 2017; Subcommittee on the Promotion of Rational Drug Use, 2015; Thailand Nursing and Midwifery Council, 2021) ซึ่งวิทยาลัยพยาบาลมีการจัดการเรียนการสอน เริ่มจากหมวดวิชาพื้นฐานวิชาชีพในชั้นปีที่ 2 ในรายวิชาเภสัชวิทยา ครอบคลุมเนื้อหาสาระของเภสัช จลนศาสตร์ เภสัชกลศาสตร์ อาการข้างเคียง ปฏิกริยาต่อกันของยากลุ่มยาประเภทต่างๆ สมุนไพรที่ใช้ในการ บำบัดรักษา และบทบาทพยาบาลในการบริหารยาสมเหตุผล และเริ่มบรรจุเนื้อหาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน รายวิชาการพยาบาลทั้งรายวิชาทฤษฎีและปฏิบัติ ในชั้นปีที่ 2-4 โดยเน้นบทบาทของพยาบาลในการบริหารยา อย่างสมเหตุผล และการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาตามขอบเขตของวิชาชีพพยาบาลร่วมกับสหวิชาชีพ แสดงว่ากลุ่ม ตัวอย่างได้รับการพัฒนาความรู้มาอย่างต่อเนื่องทั้งจากการเรียนหลักสูตรภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ และจากสื่อ ออนไลน์ หรือการประชาสัมพันธ์ตามสถานพยาบาลพยาบาลต่างๆ จึงส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลในชั้นปีสูง ที่ผ่าน การเรียนวิชาเภสัชวิทยา การเรียนวิชาทางการพยาบาล มีความรู้เรื่องการใช้ยาเบื้องต้นในระดับสูง จะมีความรอบ รู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสูงขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาสมรรถนะด้านความสามารถในการใช้ยาของ นักศึกษาพยาบาล โดยประเมินความรู้เกี่ยวกับเภสัชวิทยา การบริหารจัดการยา รวมถึงการประยุกต์ความรู้ไปใช้ใน การตัดสินใจการให้ยาแก่ผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลที่จะสำเร็จการศึกษาพยาบาลมีความรู้ทักษะ การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาและการตัดสินใจดีกว่านักศึกษาพยาบาลที่เริ่มเรียนพยาบาล (Manias & Bullock, 2002) และยังสอดคล้องกับการวิจัยเรื่องความรู้เรื่องการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งพบว่า นักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาในชั้นปีที่สูงกว่า คือ ปี 2-4 ผ่านการเรียนวิชาเภสัชวิทยามาแล้ว และกลุ่มตัวอย่าง บางส่วนที่มีประสบการณ์ในการทำงานในโรงพยาบาลมาก่อน มีความรู้เรื่องการใช้ยาในระดับดี ส่งผลให้สามารถใช้ ยาได้อย่างสมเหตุผล (Bunmusik, Chantira, & Heeaksorn, 2019; Samranbua & Thamcharoentrakul, 2020) และเป็นไปในทิศทางเดียวกับการสำรวจความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของ นักศึกษาวิทยาลัยในประเทศจีน ที่พบว่าความรู้เรื่องยาเบื้องต้น สามารถช่วยให้นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจการ ใช้ยาอย่างสมเหตุผลได้ ดังนั้นสถาบันการศึกษาจำเป็นต้องมีการเผยแพร่ความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลใน



วิทยาเขต และให้โอกาสนักศึกษาได้เลือกเรียนในหัวข้อความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลหรือวิชาเลือกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (Yin, He, Shen, Mu, & Tang, 2022)

อย่างไรก็ตามเมื่อศึกษาในรายละเอียดพบว่า กลุ่มตัวอย่างชั้นปีที่ 3 และ ชั้นปีที่ 2 มีร้อยละของผู้ที่มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับสูง มากกว่าชั้นปีที่ 4 (ร้อยละ 94.60, 92.10 และ 90.60 ตามลำดับ) ซึ่งนักศึกษาชั้นปีที่ 2-4 ผ่านการเรียนรายวิชาเภสัชวิทยาและรายวิชาการพยาบาล การที่กลุ่มตัวอย่างในชั้นปีที่ 4 มีร้อยละของผู้ที่มีความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับสูง น้อยกว่าชั้นปี 2 และ 3 เล็กน้อย อาจเนื่องมาจากในชั้นปีที่ 4 มีการสอดแทรกหาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในปัสสาวะของการเรียน ซึ่งแตกต่างจาก ชั้นปีที่ 2 และ 3 ที่เริ่มสอดแทรกเนื้อหาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระยะเริ่มต้นและมีครบทุกรายวิชาทางการพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ จะเห็นได้ว่าการเรียนวิชาเภสัชวิทยาและการเรียนวิชาทางการพยาบาลมีความเกี่ยวข้องกับระดับความรู้เรื่องการใช้ยาเบื้องต้นและความรอบรู้เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล นอกจากนี้แล้ว ประสพการณ์การใช้ยาส่วนบุคคลอาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับระดับความรู้เรื่องการใช้ยาเบื้องต้น และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งสนับสนุนโดยงานวิจัยปัจจัยทำนายการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ที่ระบุว่า ประสพการณ์ในการใช้ยาของบุคคลมีความสัมพันธ์กับความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Polsingchan & Rungruang, 2021; Sornkrasetrin et al., 2019) ดังนั้นวิทยาลัยควรออกแบบการเรียนการสอนเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้กับนักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปี และควรมีหลักสูตรระยะสั้นให้ความรู้เรื่องการใช้ยาเบื้องต้นสำหรับนักศึกษาพยาบาลรูปแบบออนไลน์ ควรมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมให้นักศึกษามีความรู้เรื่องการใช้ยาที่ถูกต้อง และมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม

ข้อจำกัดของงานวิจัย

งานวิจัยนี้ศึกษาในกรอบประชากรของวิทยาลัยพยาบาลของรัฐเพียงแห่งเดียว ดังนั้นการนำผลการวิจัยไปใช้ควรคำนึงถึงคุณลักษณะของประชากรด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

งานวิจัยนี้พบว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเบื้องต้น และความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับสูง อย่างไรก็ตาม มีรายงานนักศึกษาจำนวนหนึ่งมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเบื้องต้น และความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับต่ำ-ปานกลาง ดังนั้นวิทยาลัยพยาบาลซึ่งมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการผลิต และพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ควรจัดการเรียนการสอนเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้ครอบคลุมในทุกสาขาวิชา ควรพัฒนากระบวนการและรูปแบบวิธีการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ เน้นกระบวนการประยุกต์ใช้ความรู้ และฝึกทักษะการปฏิบัติในสถานการณ์จริงให้ครอบคลุม เพื่อให้ นักศึกษาสามารถใช้ยาในกรอบบัญชียา ตามบทบาทของพยาบาลในการบริหารยาให้เกิดประโยชน์ทาง



คลินิกสูงสุดและลดความเสี่ยงที่เกิดจากการใช้ยา เพื่อให้มีทักษะในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับดีตามมาตรฐานวิชาชีพพยาบาล (Churyen, 2021) นอกจากนี้ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเบื้องต้น และความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล สำหรับนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 ที่ยังไม่ได้เรียนวิชาเภสัชวิทยาหรือวิชาการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษากลุ่มนี้มีความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรศึกษาวิจัยเชิงทดลองหรือพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนหรือการอบรมเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่ชัดเจน
- 2) ควรศึกษาวิจัยเพิ่มเติมด้วยการออกแบบที่ได้มาตรฐาน โดยวิธีวิจัยแบบผสมผสาน ในกลุ่มประชากรที่เป็นนักศึกษาพยาบาลจากสถาบันการศึกษาทั้งรัฐบาลและเอกชน เพื่อค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องและออกแบบการจัดการสอนอย่างเป็นระบบเพื่อการปรับปรุงความรู้และพฤติกรรมในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Best, W. (1977). *Research in Education*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Bunmusik, S., Chantra, R., & Heeaksorn, C. (2019). Knowledge Attitude and Behaviors in Rational Antibiotics Use of Nursing Students Southern College of Nursing and Public Health Network. *Journal of Health Research and Innovation*, 2(1). (in Thai)
- Charoensuk, S., Leungratanamart, L., Reunreang, T., Turner, K., & Theinpichet, S. (2020). An Evaluation of Competency in Rational Drug Use of Nursing Graduates. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, Vol. 21(2), 158-168. (in Thai)
- Churyen, A. (2021). The Nurses' Role in Rational Drug Use in Hospital. *Nursing Journal*, 48(1), 410-421. (in Thai)
- Food and Drug Administration Ministry of Public Health. (2017). Instructional Manual for Rational Use of Drugs. (in Thai)
- Health System Research Institute. (2012). Antibiotic Resistant Bacteria Crisis and Solution of Thai Society. (Online), Available: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3917?locale-attribute=th>(2021, January 10).
- Khoka, A. (2021). Knowledge and antibiotic use behavior of undergraduate students in Phuket Province. *Royal Thai Army Medical Journal*, 74(4), 277-290. (in Thai)



- Kshirsagar, A. (2016). Rational use of medicines: Cost consideration & way forward. *The Indian journal of medical research*, 144(4), 502.
- Manias, E., & Bullock, S. (2002). The educational preparation of undergraduate nursing students in pharmacology: perceptions and experiences of lecturers and students. *International Journal of Nursing Studies*, 39(7), 757-769.
- Polsingchan, S., & Rungruang, K. (2021). Selected Factors Affecting Rational Antibiotic Use Behaviors of Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Surin. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 31(1), 211-223. (in Thai)
- Samranbua, A., & Thamcharoentrakul, B. (2020). Factor Predicting Rational Drug Use Among Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Nakorn Rasisima. *Journal of Health and Nursing Education*, 26(2), 37-52. (in Thai)
- Sornkrasetrin, A., Rungnoi, N., Thongma, N., Klinchat, R., Rajataramya, B., & Nitirat, P. (2019). Factors Predicting the Rational Antibiotic Use among Nursing Students. *Journal of Health and Nursing Education*, 25(1), 43-59. (in Thai)
- Subcommittee on the Promotion of Rational Drug Use. (2015). *Rational Drug Use Hospital Manual*. In C. Chayakul (Ed.), (pp. 198). (Online), Available: <https://www.hsri.or.th/sites/default/files/attachment/RDU%20Book.pdf>. (2021, January 10)
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2021). The format of the curriculum of rational drug use in the Bachelor of Nursing program. (Online), Available: <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/summarymed.pdf>. (2021, January 8)
- World Health Organization. (1985). The rational use of drugs: review of major issues.
- World Health Organization. (2010). *Medicines: rational use of medicines. Fact sheet No.338*.
- World Health Organization Regional Office for South East Asia. (2015). *Medicine in Health Care Delivery: Thailand situation analysis*. New Delhi: WHO
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis*. New York: Harper and Row.
- Yin, C., He, X., Shen, K., Mu, X., & Tang, F. (2022). Knowledge and Behavior in Rational Drug Use Among College Students in Zunyi City. *Risk Management and Healthcare Policy*, 15, 121.



The Effects of Toothbrushing Process Picture Communication Aid at Home for Parents with Special Need Children at Wat Changkean School Chiangmai

Thatsana Ritthikul^{1*}, Patcharaporn Gavila^{*}, Numpueng Rattanapiboon^{*}
Kornwipa Wudtjureepun^{*}, Wisapen Kittaned^{*}, Sutthikarn Kantee^{*}
Phawinee Wannasee^{*}, Decha Tamdee^{**}

(Received: January 21, 2021, Revised: March 30, 2022, Accepted: April 4, 2022)

Abstract

Dental caries and gingivitis in children with special needs are higher than general children. One of the main reasons is improper tooth brushing. Parents therefore play an important role in children's tooth brushing including training children to brush their teeth by themselves. But with disabilities in language comprehension and communication, as a result, children do not cooperate in tooth brushing. Therefore, the use of visual media is an important aid in communication between children and parents. The quasi-experimental research aimed to study the effects of using Tooth brushing process picture on helping to communicate the brushing process to children with special needs by their parents at home among 32 pairs of parents-children in Wat Chang Khian School, Chiang Mai Province in the academic year 2021. The research instruments composed of the demographic data interview form, children's toothbrushing behaviors and the child's upper front teeth plaque record. Data were analyzed by descriptive statistic and compare the efficacy of intervention by Wilcoxon rank-sum test and Fisher's exact test.

The results showed that the average age of children was 11.2 years. 96.9% of the children brushed their teeth by themselves while 34.4 % of the children brushed their teeth without parent supervision and 78.1 % of them brushed their teeth twice a day. After receiving Tooth brushing Process Picture Communication Aid, it was found that 96.9 % of children had better brushing behaviors, 75.0 % of them had more systematic brushing, and the amount of plaque on the tooth surface before and after using visual media was statistically significant reduced at $P < .001$

In conclusion, the use of Tooth brushing Process Picture Communication Aid at home has clearly changed tooth brushing behavior of children in a better way.

Keywords: Tooth brushing process picture communication aid, Children with special needs, Parent

^{*} Intercountry Centre for oral health, Department of Health

^{**} Faculty of Nursing, Chiangmai University

¹ Corresponding author: Thatsana.r@anamai.mail.com โทร 053140141



การศึกษาผลการใช้สื่อภาพกระบวนการแปร่งฟันในการช่วยสื่อสารกระบวนการแปร่งฟันแก่เด็กที่มีความต้องการพิเศษโดยผู้ปกครองที่บ้านโรงเรียนวัดช่างเคียน จ.เชียงใหม่

ทัศนากุศล^{1*}, พัชรภรณ์ กาวิละ*, น้ำผึ้ง รัตนพิบูลย์*,
กรวิภา วุฒิจูรีพันธุ์*, วิสเพ็ญ กิจเนต*, สุทธิกานต์ กันตี่*,
ภาวิณี วรรณศรี*, เดชา ทำดี**

(วันที่รับบทความ : 21 มกราคม 2564 , วันที่แก้ไขบทความ: 30 มีนาคม 2565, วันที่ตอบรับบทความ: 4 เมษายน 2565)

บทคัดย่อ

ปัญหาโรคฟันผุและโรคเหงือกพบได้สูงในเด็กที่มีความต้องการพิเศษ เมื่อเทียบกับเด็กทั่วไป สาเหตุสำคัญคือ การแปร่งฟันที่ไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ปกครองจึงมีบทบาทสำคัญในการแปร่งฟันแก่เด็กกลุ่มนี้ รวมถึงฝึกเด็กให้แปร่งฟันด้วยตนเอง แต่ด้วยความบกพร่องทางความเข้าใจภาษาและการสื่อสาร ทำให้เด็กไม่ให้ความร่วมมือในการแปร่งฟัน ดังนั้นการใช้สื่อภาพจึงเป็นตัวช่วยที่สำคัญในการสื่อสารระหว่างเด็กและผู้ปกครอง งานวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการใช้สื่อภาพกระบวนการแปร่งฟัน ในการช่วยสื่อสารกระบวนการแปร่งฟันแก่เด็กที่มีความต้องการพิเศษโดยผู้ปกครองที่บ้าน ของเด็กในโรงเรียนวัดช่างเคียน จ.เชียงใหม่ ในปีการศึกษา 2564 จำนวน 32 คู่ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ผู้ปกครองเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง เด็ก และพฤติกรรมทันตสุขภาพของเด็ก และแบบบันทึกปริมาณคราบจุลินทรีย์บนผิวฟันหน้าบนของ เด็ก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการศึกษาระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Wilcoxon rank-sum test และสถิติ fisher's exact test

ผลการศึกษา พบว่า เด็กมีอายุเฉลี่ย 11.20 ปี มีพฤติกรรมแปร่งฟันด้วยตนเอง ร้อยละ 96.90 โดยไม่มีผู้ปกครองคอยกำกับดูแล ร้อยละ 34.40 แปร่งฟันด้วยตนเองวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 78.10 หลังจากได้รับสื่อภาพกระบวนการแปร่งฟันเพื่อใช้ในบ้าน พบว่าเด็กส่วนใหญ่มีพฤติกรรมแปร่งฟันที่ดีขึ้น ร้อยละ 96.90 แปร่งฟันอย่างเป็นระบบมีแบบแผนมากขึ้น ร้อยละ 75.00 และปริมาณคราบจุลินทรีย์บนผิวฟันก่อนและหลังการใช้สื่อภาพลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .001$

สรุป การใช้สื่อภาพกระบวนการแปร่งฟันที่บ้านทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของทันตสุขภาพและพฤติกรรมการแปร่งฟันของเด็กในทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน

คำสำคัญ: สื่อภาพกระบวนการแปร่งฟัน; เด็กที่มีความต้องการพิเศษ; ผู้ปกครอง

* ศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ กรมอนามัย อำเภอเมือง เชียงใหม่

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ผู้ประสานงานบรรณกิจ Thatana.r@anamai.mail.com โทร 053140141



บทนำ

ในปี 2560 พบความชุกของการเกิดโรคฟันผุในเด็กไทย อายุ 3 – 5 ปี สูงถึงร้อยละ 52.90 – 75.60 โดยเด็กอายุ 5 ปี เคยมีประสบการณ์ปวดฟันถึงร้อยละ 27.5 และพบว่าผู้ปกครองให้เด็กแปรงฟันเองถึงร้อยละ 80.40 (Bureau of Dental Health, 2018) นอกจากนั้นพบว่ามียารายงานปัญหาโรคฟันผุและโรคเหงือกในเด็กที่มีความต้องการพิเศษสูงกว่าเด็กทั่วไปหลายงานวิจัย (Alkhabuli, Essa, Al-Zuhair, & Jaber, 2019; Gardens et al., 2013; Hennequin, Moysan, Jourdan, Dorin, & Nicolas, 2008; Lamba, Rajvanshi, Sheikh, Khurana & Saha, 2015; Makboon, 2019) และไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการ ดำเนินการแก้ไขปัญหายุ่งยากและยังขาดมาตรการ การส่งเสริมและป้องกันด้านสุขภาพช่องปากที่ดีพอสำหรับเด็กพิเศษกลุ่มนี้ (Department of health and human services, 2002; Gardens et al., 2013; Shin & Saeed, 2013)

โดยทั่วไปแล้ว เด็กที่มีอายุน้อยจะปัญหาในการแปรงฟันด้วยตนเอง ซึ่งอาจทำได้ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ทำให้การแปรงฟันในเด็กกลุ่มนี้ไม่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่มีอายุน้อยมีความยุ่งยากในการแปรงฟัน ทำให้ประสบปัญหาในการแปรงฟันมากกว่าเด็กปกติ ทั้งนี้ปัญหานี้ยังคงอยู่ถึงแม้ว่าเด็กที่มีความต้องการพิเศษมีอายุมากขึ้น (Lamba et al., 2015) โดยเฉพาะขั้นตอนของการแปรงฟันซ้ำ เพื่อขจัดคราบจุลินทรีย์ที่หลงเหลือออกให้หมด (Shin & Saeed, 2013) จึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ปกครองเด็กพิเศษที่มีความต้องการควรได้รับความรู้เรื่องกระบวนการแปรงฟัน การกระตุ้น การส่งเสริมทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กพิเศษรวมถึงการช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ เพื่อบรรเทาความยากลำบาก (Campanaro, Huebner, & Devis, 2014; Huebner & Riedy, 2010; Shin & Saeed, 2013) เด็กกลุ่มนี้ยังต้องได้รับการส่งเสริมการฝึกแปรงฟันด้วยตนเองตามระดับความสามารถและพัฒนาการของแต่ละคน ภายใต้การดูแลของผู้ปกครอง (Khoomyat, Rujirojananun, Kongtaweelard, & Limsomwong, 2015) ขณะเดียวกันควรได้รับการฝึกฝนการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว (Shin & Saeed, 2013) จากการศึกษาพบว่าสุขภาพช่องปากของเด็กที่มีความต้องการพิเศษขึ้นอยู่กับ การดูแลของผู้ปกครองและการสื่อสาร กล่าวคือ เด็กที่มีความต้องการพิเศษที่มีผู้ปกครองเป็นคนแปรงฟันให้ มีสุขภาพช่องปากดีกว่ากลุ่มเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่แปรงฟันเอง (Curnow, Pine, Burnside, & Nicholson, 2002; Pine, Curnow, Burnside, & Nicholson, 2000) และปัญหาด้านการสื่อสารเป็นอุปสรรคต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น เด็กไม่สามารถเข้าใจความสำคัญของการดูแลความสะอาดร่างกาย และรวมถึงขั้นตอนที่ควรปฏิบัติเพื่อดูแลความสะอาดร่างกายตนเอง แม้ผู้ปกครองเน้นย้ำด้วยการอธิบายผ่านคำพูดอย่างดีแล้วก็ตาม และอุปสรรคเรื่องการสื่อสารนี้ ยังส่งผลต่อความร่วมมือในการแปรงฟันวันละสองครั้ง อีกด้วย (Khoomyat et al., 2015) ทั้งนี้ สุขภาพช่องปากส่งผลกับการใช้ชีวิตประจำวันของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ (Department of Promotion and Development of the Quality of Life of Persons with Disabilities Ministry of Social Development and Human Security, 2019)



การสื่อสารกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษโดยเฉพาะกลุ่มเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาและออทิสติก เป็นกระบวนการสื่อสารที่ทำได้ยาก และมีผลต่อการใช้ชีวิตร่วมกันระหว่างผู้ปกครองและเด็กพิเศษ แต่ทั้งนี้ มีกระบวนการที่จะทำให้ ผู้ปกครองและเด็กที่มีความต้องการพิเศษ สามารถเรียนรู้ซึ่งกันและกันได้ คือ กระบวนการ TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children) ซึ่งเป็นกระบวนการ เพื่อให้เกิดเชื่อมโยงการได้ยินและการเห็นเข้าด้วยกัน โดยใช้เครื่องมือ อย่างเป็นขั้นตอน เช่น วิดีโอ ภาพ การเห็นตัวอย่าง การสัมผัสของจริง อย่างเป็นลำดับ (Orellana, Sanchis, & Silvestre 2014) กระบวนการ TEACCH เป็นรูปแบบที่ผ่านการทดลอง มีความเชื่อถือได้ และเป็นวิธีที่ให้ผลดีในการสร้างความร่วมมือในขั้นตอนการรักษาทางทันตกรรมสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ (Backman & Pilebro, 1999; Limsomwong, 2015; Orellana et al., 2014) รวมถึงด้านทันตกรรมป้องกัน (Pilebro & Backman, 2005)

ถึงกระนั้น สื่อภาพที่เกี่ยวกับทันตสุขภาพสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษ ส่วนใหญ่มาจากต่างประเทศ สำหรับประเทศไทยนั้น การศึกษาการใช้สื่อภาพเพื่อส่งเสริมการแปรงฟันในเด็กกลุ่มนี้ยังมีจำนวนน้อย แต่การฝึกฝนเด็กที่มีความต้องการพิเศษ จนสามารถแปรงฟันได้เองอย่างมีประสิทธิภาพนั้น เป็นสิ่งจำเป็น และต้องเริ่มต้นตั้งแต่อายุน้อยๆ ด้วยความช่วยเหลือของผู้ปกครองในการกระตุ้นการแปรงฟัน การสื่อสารขั้นตอนการแปรงฟัน รวมถึงการแปรงฟันแก่เด็กอย่างสะอาดครบถ้วน ซึ่งเป็นการยากที่เด็กจะให้ความร่วมมือจนจบกระบวนการแปรงฟัน ในการนี้สื่อภาพจึงเป็นตัวช่วยสำคัญที่จะทำให้เด็กเข้าใจกระบวนการแปรงฟันได้ดีขึ้น ส่งผลต่อความร่วมมือในการแปรงฟันทุกขั้นตอน จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยจึงนำสื่อภาพกระบวนการแปรงฟันมาพัฒนาต่อยอด และศึกษาผลของการใช้สื่อภาพกระบวนการแปรงฟันสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่บ้าน เพื่อนำผลการศึกษาดังกล่าวไปวางแผนการดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษทั่วประเทศ เพื่อลดปัญหาสุขภาพช่องปากแก่เด็กกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการใช้สื่อภาพกระบวนการแปรงฟัน ในการช่วยสื่อสารกระบวนการแปรงฟันแก่เด็กที่มีความต้องการพิเศษโดยผู้ปกครองที่บ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลการใช้สื่อภาพกระบวนการแปรงฟัน ในการช่วยสื่อสารกระบวนการแปรงฟันแก่เด็กที่มีความต้องการพิเศษโดยผู้ปกครอง ที่บ้าน โดยศึกษาในกลุ่มผู้ปกครองและเด็กที่มีความต้องการพิเศษ โรงเรียนวัดช่างเคี่ยน จ.เชียงใหม่ ในปีการศึกษา 2564 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 32 คู่ ทุกคนได้รับการทาบทามเพื่อเข้าร่วมวิจัย โดยนักวิจัยจะทำการแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ และประโยชน์



ของงานวิจัย รวมถึงขั้นตอนการวิจัยประกอบด้วย การสัมภาษณ์ผู้ปกครองจำนวนสองครั้ง ระยะเวลาห่างกัน 2 เดือน โดยในการสัมภาษณ์ครั้งแรกจะได้รับการสาธิตการใช้สื่อภาพกระบวนการแปรงฟันโดยละเอียด พร้อมได้รับสื่อภาพกระบวนการแปรงฟันกลับไปใช้ที่บ้านเป็นประจำเพื่อใช้สื่อสารกับเด็กที่บ้านในระหว่างแปรงฟัน อย่างสม่ำเสมอตลอดระยะเวลาสองเดือน ในขณะที่เดียวกันเด็กจะได้รับการตรวจปริมาณคราบจุลินทรีย์ผิวฟันหน้าบนด้านริมฝีปากที่เห็นด้วยตาเปล่าก่อนและหลังการใช้สื่อภาพกระบวนการแปรงฟันที่บ้าน โดยให้ผู้ปกครองลงนามรับทราบข้อมูลและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และเมื่อกลับบ้านแล้วผู้ปกครองจะทำการดูแลเรื่องการแปรงฟันให้กับเด็กที่มีความต้องการพิเศษโดยการใช้สื่อที่ได้รับ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 2 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G Power¹⁸ โดยกำหนดค่า Effect size เท่ากับ .5 กำหนดค่า alpha เท่ากับ .5 และกำหนดค่า power เท่ากับ .80 จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้ เท่ากับ 24 คู่ ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 32 คู่ เพื่อทดแทนกรณีกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย โดยมีเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มเป้าหมายดังนี้ ผู้ปกครองของเด็กมีความสนใจในการเข้าร่วมวิจัย สามารถให้ข้อมูลก่อนและหลังการวิจัย และยินดีใช้สื่อภาพในการสื่อสารกับเด็กระหว่างแปรงฟันต่อเนื่องอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 2 เดือน เป็นผู้กำกับดูแลเรื่องการแปรงฟันของเด็กโดยเฉพาะ สามารถใช้ภาษาไทยได้ดี และยินยอมให้มีการตรวจคราบจุลินทรีย์บนผิวฟันเด็กจำนวน 2 ครั้ง และเด็กที่จะเข้าร่วมงานวิจัย เป็นเด็กที่ไม่มีโรคประจำตัวหรือพฤติกรรมที่ทำให้ไม่สามารถรับการตรวจฟันได้ เด็กไม่มีอาการเจ็บปวดฟันรุนแรงในระหว่างช่วงเวลา 2 เดือนที่มีการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ แบ่งเป็น 2 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือสำหรับการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

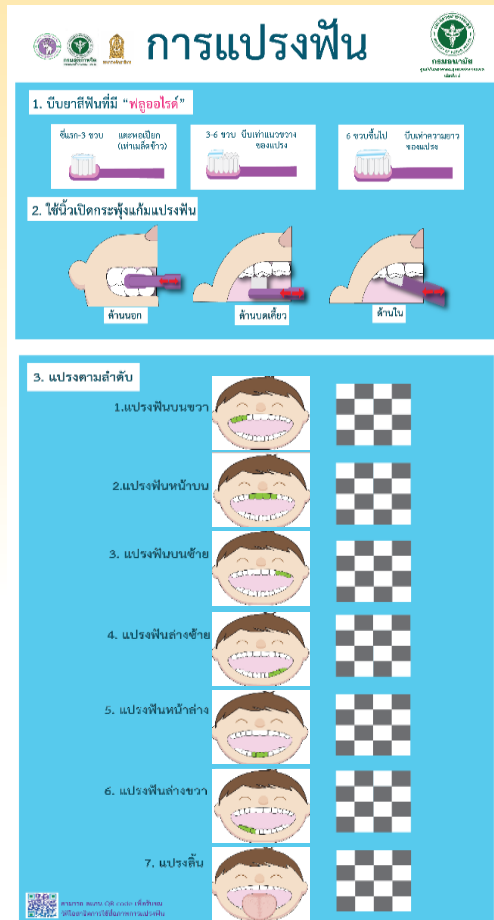
1.1 สื่อภาพกระบวนการแปรงฟันที่พัฒนาโดยศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศภายใต้ความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ โดยสื่อภาพกระบวนการแปรงฟันได้ถูกนำไปทดลองใช้กับผู้ปกครองเด็กที่มีความต้องการพิเศษในศูนย์การศึกษาพิเศษเขตการศึกษาที่ 8 จังหวัดเชียงใหม่ ในปี 2563 และประเมินผล พบว่า ผู้ปกครองจำนวน 26 คน มีความพึงพอใจมาก ร้อยละ 82.10 และผู้ปกครองร้อยละ 88.50 พบว่าเด็กมีความร่วมมือในระหว่างการแปรงฟันดีขึ้น สังเกตจากการนั่งขึ้น แปรงฟันนานขึ้น และแปรงฟันบ่อยขึ้น (Intercountry Centre For Oral Health, 2019) โดยสื่อภาพกระบวนการแปรงฟันชุดนี้ ได้มีการมุ่งเน้นออกแบบให้สอดคล้องกับการเรียนรู้ของเด็กที่มีความบกพร่องทางการสื่อสารและการเรียนรู้ ซึ่งเด็กกลุ่มนี้เรียนรู้ได้จากการใช้สายตาในการจดจำสิ่งต่าง ๆ มากกว่า การใช้หูฟัง สอดคล้องกับหลักการ TEACCH ที่นำขั้นตอนการแปรงฟันมาทำให้เป็นขั้นตอนย่อย ทีละขั้นตอน เหมาะกับเด็กที่สามารถจดจำได้ทีละหนึ่งอย่างตามหลักการนี้เด็กจะสามารถรับรู้ว่าการแปรงฟันจะจบเมื่อไหร่ ลดโอกาสความไม่ร่วมมือจากการรอคอย สื่อนี้ยังออกแบบให้มีลักษณะไม่ดึงดูดสายตาของเด็กออกนอกประเด็นที่กำลังสื่อสารในแต่ละขั้นตอนตามกระบวนการ TEACCH ทั้งยังต้องมีสีเส้นและรูปภาพสมวัย กระตุ้นเด็กให้มีความสนใจในการแปรงฟัน และสามารถใช้พูดคุย



สื่อสารได้ทั้งกับเด็กกลุ่มที่เข้าใจภาษาและไม่เข้าใจภาษา ทั้งนี้ในเด็กที่ยังแปรงฟันเองไม่ได้ สื่อยังสามารถเป็นแนวทางแก่ผู้ปกครองในการแปรงฟันแก่เด็กอย่างถูกวิธี และใช้สอนขั้นตอนการแปรงฟันแก่เด็กที่พร้อมแปรงฟันด้วยตนเองได้ และสิ่งที่สำคัญคือ เนื้อหาต้องไม่ยากจนเกินไปที่เด็กจะเข้าใจได้ ใช้คำชัดเจน ไม่เปรียบเทียบ และตรงไปตรงมา

สื่อภาพกระบวนการแปรงฟันชุดนี้มีลักษณะเป็นแผ่นกระดาษขนาด 63*29.70 ซม. ปริ้นท์สีพร้อมเคลือบด้วยลามิเนตใส (ดังแสดงในรูปภาพ 1) มีข้อมูลสามส่วน คือ ปริมาณยาสีฟันที่มีผลออกฤทธิ์ที่เหมาะสมตามวัย บริเวณผิวฟันที่ต้องได้รับการเน้นย้ำให้ได้รับการแปรง และลำดับการแปรงฟันตามตำแหน่งฟันแต่ละบริเวณในช่องปาก โดยภาพจะแบ่งฟันทั้งปากออกเป็น 6 บริเวณ และลิ้นอีก 1 บริเวณ รวมเป็น 7 ตำแหน่ง ซึ่งจะมีภาพหน้าตึกตาอ้าปากเห็นฟันทุกซี่ติดกาวหนามเตยในช่องสี่เหลี่ยมตามลำดับจากบนลงล่าง ตึกตาแต่ละลำดับจะมีสีฟันตรงกับบริเวณที่กำลังแปรง เช่น ลำดับที่ 1 แปรงฟันบนขวา สีของซี่ฟันบนภาพตึกตาตำแหน่งที่ตรงกันจะมีสีเขียว เช่นเดียวกับตำแหน่งซี่ฟันอื่นๆในลำดับถัดไป การทำให้สีซี่ฟันมีสีเขียวเด่นชัดทำให้เด็กได้จดจำกับซี่ฟันที่กำลังแปรงโดยมีภาพประกอบวิธีการใช้งานอย่างละเอียดที่ติดไว้ด้านหลัง (ดังแสดงในรูปภาพ 3)

ผู้ปกครองจะได้รับการสอนวิธีการใช้สื่อภาพกระบวนการแปรงฟันผ่านการสาธิต และการดูวิดีโอวิธีสาธิตการใช้สื่อภาพ พร้อมซักถามตอบข้อสงสัย รวมเป็นเวลา 30 นาที และถูกขอให้นำสื่อภาพกระบวนการแปรงฟันนี้ไปใช้ในการพูดคุยสื่อสารกับเด็กในระหว่างแปรงฟันที่บ้าน ผ่านข้อมูลในสื่อภาพ โดยให้ผู้ปกครองเริ่มต้นจากการแนะนำสื่อให้เด็กได้รู้จัก ผ่านการจัดวางสื่อภาพติดกับผนังในบริเวณที่เด็กมองเห็นในระดับสายตา (ดังแสดงในรูปภาพ 2) และเป็นบริเวณที่มีการแปรงฟันเป็นประจำ พร้อมกับกระตุ้นให้เด็กมีส่วนร่วมกับการแปรงฟัน ได้แก่ การบิยาสีฟันตามภาพ สำหรับเด็กเล็กหรือเด็กโตที่ต่อต้านการแปรงฟัน ผู้ปกครองจะเป็นผู้แปรงฟันให้ตามลำดับภาพ สำหรับเด็กโตหรือเด็กที่ไม่ต่อต้านการแปรงฟัน เด็กจะเป็นผู้จับแปรงฟันสีฟันเอง ผู้ปกครองทำการชี้ลำดับการแปรงฟันเริ่มต้นจากตำแหน่งฟันบนขวา เมื่อแปรงฟันลำดับนี้ทั้งด้านนอกและด้านในของผิวฟันครบถ้วนอย่างน้อย 20 วินาที ผู้ปกครองต้องกระตุ้นให้เด็กย้ายภาพตึกตาลำดับที่แปรงฟันเสร็จแล้วไปไว้บนช่องตารางขาวดำด้านขวามือและกลับมาแปรงฟันตามลำดับ ทำอย่างนี้ในทุกลำดับจนครบ 7 ลำดับ เวลาในการแปรงฟันทั้งหมดจะไม่น้อยกว่า 2 นาที โดยขอให้ใช้สื่อภาพอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ในระหว่างแปรงฟันที่บ้าน เป็นเวลาต่อเนื่อง 2 เดือน



รูปภาพที่ 1 แสดงตัวอย่าง
สื่อภาพกระบวนการแปรงฟัน



รูปภาพที่ 2 แสดงตัวอย่างการใช้สื่อภาพ
กระบวนการแปรงฟันที่บ้าน



รูปภาพที่ 3 แสดงตัวอย่างคำแนะนำสำหรับผู้ปกครอง
ในการสื่อภาพกระบวนการแปรงฟัน

1.2 วิธีโอเอสอีวีการใช้สื่อภาพกระบวนการแปรงฟัน

นอกจากการสาธิตด้วยการอธิบายและฝึกใช้แล้ว ยังให้ผู้ปกครองได้ดูวิธีโอเอสอีวีการใช้สื่อภาพในบ้านโดยละเอียด ตั้งแต่การกระตุ้นความสนใจสื่อภาพ การบิยาสีฟัน การจัดทำทางการแปรงฟัน เทคนิคการเปิดกระพุ้งแก้มช่วยเด็กขณะแปรงฟันด้านใน ตลอดจนข้อสังเกตที่สำคัญในการแปรงฟัน สำหรับการแปรงฟันทั้งเด็กเล็กและเด็กโต เพื่อให้ผู้ปกครองเห็นภาพกระบวนการใช้อย่างละเอียด ซึ่งสามารถดูซ้ำได้โดยการสแกนคิวอาร์ที่ติดอยู่บนมุมภาพด้านล่างซ้าย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือสำหรับการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลจากผู้ปกครอง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็ก ข้อมูลด้านทันตสุขภาพของเด็ก

2.2 แบบสัมภาษณ์ผู้ปกครองเกี่ยวกับข้อมูลพฤติกรรมการแปรงฟันที่บ้านของเด็กที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 6 ข้อ และตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อภาพสำหรับเด็ก



พิเศษ จากนั้นทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) มีค่า = 0.90

2.3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับทัศนคติของผู้ปกครอง ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อภาพสำหรับเด็กพิเศษ จำนวน 12 ข้อ

2.4 แบบบันทึกปริมาณคราบจุลินทรีย์ผิวฟันหน้าบนด้านริมฝีปากที่เห็นด้วยตาเปล่าก่อนและหลังการใช้สื่อภาพ ตามแนวทางการตรวจปริมาณคราบจุลินทรีย์ในงานวิจัยของ Pilebro & Backman (2005)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์ในรูปแบบสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) สำหรับข้อมูลทั่วไป แสดงเป็นจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลค่าเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์ และค่าเฉลี่ยความร่วมมือก่อนและหลังการใช้สื่อภาพกระบวนการแปรงฟัน โดยใช้สถิติ Wilcoxon ranksum test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ และวิเคราะห์ความแตกต่างจำนวนและร้อยละของเด็กที่มีความสมบูรณ์ในการแปรงฟันโดยใช้สถิติ fisher's exact test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิทักษ์สิทธิสวัสดิภาพและป้องกันอันตรายของผู้ถูกวิจัย ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ โดยได้รับอนุมัติเมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 อ้างอิงเลขเอกสารทศโครงการวิจัย 38/2563

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการตรวจคราบจุลินทรีย์ผิวฟันหน้าบนด้านริมฝีปากของเด็กที่มีความต้องการพิเศษ จำนวน 32 คู่ และทุกคู่สามารถเข้าร่วมการวิจัยจนเสร็จสิ้น โดยข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองที่เข้าร่วมงานวิจัยเป็นดังนี้ มีอายุเฉลี่ย 43.20 มีอาชีพแม่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 25.00 และมีการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุดร้อยละ 46.90 ส่วนเด็กที่เข้าร่วมงานวิจัย มีอายุเฉลี่ย 11.20 ปี เป็นบุคคลออทิสติกมากที่สุด ร้อยละ 59.40 มีระดับการสื่อสารระดับเข้าใจภาษาสามารถพูดเป็นประโยคมากที่สุด ร้อยละ 75.00 ได้รับการรักษาทางทันตกรรมเฉพาะเมื่อมีอาการเท่านั้น ร้อยละ 43.80 และไม่เคยได้รับการรักษาทางทันตกรรมเลย ร้อยละ 28.10 เคยมีประสบการณ์การใช้สื่อภาพในครอบครัว ร้อยละ 62.50 และเด็กมีพฤติกรรมแปรงฟันด้วยตนเอง จำนวน 31 คน โดย 11 คน แปรงฟันโดยไม่มีผู้ปกครองกำกับดูแล ร้อยละ 34.40



ตารางที่ 1 การเปลี่ยนแปลงของปริมาณคราบจุลินทรีย์ในเด็กกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้สื่อกาพกระบวนการแปรงฟัน (n=32)

ปริมาณคราบจุลินทรีย์	หลังการใช้สื่อกาพ	
	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มที่มีคราบจุลินทรีย์ลดลง	21	65.60
กลุ่มที่มีคราบจุลินทรีย์ไม่เปลี่ยนแปลง	6	18.80
กลุ่มที่มีคราบจุลินทรีย์เพิ่มขึ้น	5	15.60

จากตารางที่ 1 ผลการเปลี่ยนแปลงคราบจุลินทรีย์ของเด็กหลังการใช้สื่อกาพกระบวนการแปรงฟันที่บ้านพบว่า ร้อยละ 65.60 (จำนวน 21 คน) มีคราบจุลินทรีย์เฉลี่ยลดลง ร้อยละ 18.80 (จำนวน 6 คน) มีคราบจุลินทรีย์ไม่เปลี่ยนแปลง และร้อยละ 15.60 (จำนวน 5 คน) มีคราบจุลินทรีย์เพิ่มขึ้น

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ผิวฟันหน้าบน ก่อนและหลังใช้สื่อกาพกระบวนการแปรงฟันเป็นเวลา 2 เดือน (n=32)

ปริมาณคราบจุลินทรีย์	ก่อนการใช้สื่อกาพ		หลังการใช้สื่อกาพ		P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
ค่าเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์	1.20	0.50	0.80	0.60	<.001

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคราบจุลินทรีย์ผิวฟันหน้าบนพบว่าค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์หลังการใช้สื่อกาพกระบวนการแปรงฟันของเด็กลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .001$

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของเด็กที่มีความสมบูรณ์ในการแปรงฟัน ก่อนและหลังใช้สื่อกาพกระบวนการแปรงฟัน จากการสังเกตของผู้ปกครอง เป็นเวลา 2 เดือน (n=32)

ความสมบูรณ์ในการแปรงฟันของ เด็กที่มีความต้องการพิเศษ	ก่อนการใช้สื่อกาพ		หลังการใช้สื่อกาพ		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
แปรงได้ครบทุกซี่	10	31.30	17	53.10	<.001
แปรงได้ครบทุกด้าน	9	28.10	13	40.60	<.001
แปรงได้นานอย่างน้อย 2 นาที	14	43.80	23	71.90	.002
แปรงทุกวัน วันละ 2 ครั้ง	31	96.90	32	100.00	.057



จากตารางที่ 3 ผลความสมบูรณ์ในการแปร่งฟันก่อนและหลังการทดลอง พบว่า พฤติกรรมการแปร่งฟันของเด็กมีความสมบูรณ์มากขึ้นหลังใช้สื่อภาพกระบวนการแปร่งฟันจากการสังเกตของผู้ปกครอง โดยจำนวนเด็กที่แปร่งฟันครบทุกซี่เพิ่มขึ้นจากก่อนการเข้าร่วมการศึกษา จากร้อยละ 31.30 เป็นร้อยละ 53.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ เด็กกลุ่มตัวอย่างแปร่งฟันได้ครบทุกด้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.10 เป็นร้อยละ 40.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ กลุ่มตัวอย่างแปร่งฟันได้นานอย่างน้อย 2 นาที เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 43.80 เป็น ร้อยละ 71.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = .002$ และแปร่งฟันทุกวันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 96.90 เป็นร้อยละ 100 แต่อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ $p = .057$

ตารางที่ 4 การความเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมการแปร่งฟันของเด็กที่มีความต้องการพิเศษหลังใช้สื่อภาพกระบวนการแปร่งฟัน จากการสังเกตของผู้ปกครอง เป็นเวลา 2 เดือน

สิ่งที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ปฏิบัติการการตอบโต้ของเด็กต่อสื่อภาพ		
พยายามเรียนรู้ ทำตาม แต่ไม่ย้ายภาพสม้าเสมอ	25	78.10
พยายามเรียนรู้ ทำตาม และย้ายภาพสม้าเสมอ	6	18.80
ไม่สนใจดูสื่อภาพ ต่อต้าน	1	3.10
ลักษณะพฤติกรรมการแปร่งฟันที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน		
มีพฤติกรรมการแปร่งฟันที่ดีขึ้น	31	96.90
ยอมอ้าปากให้ผู้ปกครองแปร่งทุกครั้งจากที่ไม่ยอมอ้าปากเลย	1	3.10
เริ่มฝึกแปร่งเองจากที่ไม่ยอมฝึกด้วยตนเอง (อายุ 15)	1	3.10
แปร่งฟันนานขึ้น	15	46.90
มีวินัย รู้เวลาในการแปร่งฟัน เรียกแล้วมาแปร่งฟันทันที	17	53.10
แปร่งฟันอย่างมีแบบแผนไม่สะเปะสะปะ	24	75.00
สื่อสารกับผู้ปกครองได้ดีขึ้น เช่น ชี้บอกจุดที่แปร่งไม่สะอาดได้ง่ายขึ้น	14	43.80
หมุนข้อมือได้ดีขึ้น	2	6.30
พฤติกรรมไม่เปลี่ยนแปลง	1	3.10

จากตารางที่ 4 พบว่า เด็กมีพฤติกรรมการแปร่งฟันเป็นไปในทางที่ดีขึ้น ร้อยละ 96.90 โดย เด็กมีพฤติกรรมการแปร่งฟันที่มีระเบียบแบบแผนมากขึ้น ร้อยละ 75.00 เด็กแปร่งฟันนานขึ้น ร้อยละ 46.90 เด็กมีวินัยในการแปร่งฟันเป็นประจำมากขึ้น ร้อยละ 53.10 และเด็กสามารถรับการสื่อสารจากผู้ปกครองได้ดีขึ้น เช่น เข้าใจ



การซื้ออุปกรณ์ที่แปรปรวนไม่สะดวกได้ง่ายขึ้น ร้อยละ 43.80 นอกจากนี้ยังพบว่าเด็ก 1 คนที่ไม่ยอมอ้าปากเพื่อรับการแปรงฟัน สามารถให้ความร่วมมือจนถึงขั้นตอนการแปรงฟันซี่ในสุดได้เป็นประจำทุกวัน เด็ก 2 คน สามารถหมุนข้อมือได้ดีขึ้น และเด็ก 1 คน ยอมรับเริ่มฝึกแปรงฟันด้วยตนเองจากเดิมที่ยอมให้ผู้ปกครองเป็นผู้แปรงฟันให้เท่านั้น

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการแปรงฟันที่บ้านก่อนและหลังใช้สื่อภาพกระบวนการแปรงฟันจากการสังเกตของผู้ปกครอง เป็นเวลา 2 เดือน (n=32)

ความร่วมมือในการแปรงฟันที่บ้าน	ก่อนการใช้สื่อฯ		หลังการใช้สื่อฯ		P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
ค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการแปรงฟันที่บ้าน	2.90	0.90	3.10	0.80	.002

จากตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบความร่วมมือของเด็กในการแปรงฟันที่บ้านก่อนและหลังการทดลองมีค่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .002$)

ทัศนคติของผู้ปกครองหลังการใช้สื่อภาพกระบวนการแปรงฟันที่บ้าน พบว่า ผู้ปกครองเห็นว่าสื่อภาพกระบวนการแปรงฟันมีส่วนช่วยฝึกเด็กให้แปรงฟันด้วยตนเองหรือทำให้เด็กได้รับการแปรงฟันได้อย่างถูกต้องมากขึ้น จำนวน 30 คน คิดเป็น ร้อยละ 93.80 และสังเกตเห็นว่าเด็กมีความเข้าใจความหมายในสื่อภาพได้ จำนวน 29 คน คิดเป็น ร้อยละ 90.60 ผู้ปกครองเห็นด้วยว่าสื่อภาพกระบวนการแปรงฟันนี้มีประโยชน์ จำนวน 31 คน คิดเป็น ร้อยละ 96.90 และจะใช้สื่อภาพกระบวนการแปรงฟันนี้ต่อไปในอนาคต จำนวน 29 คน คิดเป็น ร้อยละ 90.60 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ทัศนคติของผู้ปกครองหลังการใช้สื่อภาพกระบวนการแปรงฟันที่บ้านเป็นเวลา 2 เดือน

สิ่งที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
มีส่วนช่วยฝึกเด็กให้แปรงฟันด้วยตนเองหรือทำให้เด็กได้รับการแปรงฟันได้อย่างถูกต้องมากขึ้น	30	93.80
เด็กมีความเข้าใจความหมายในสื่อภาพได้	29	90.60
สื่อภาพกระบวนการแปรงฟันนี้มีประโยชน์	31	96.90
จะใช้สื่อภาพกระบวนการแปรงฟันนี้ต่อไปในอนาคต	29	90.60



อภิปรายผล

งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า สื่อภาพกระบวนการแปรงฟันกระตุ้นการเรียนรู้เรื่องการแปรงฟันของเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่บ้านโดยมีผู้ปกครองคอยกำกับดูแลตามกระบวนการแปรงฟันร่วมกับสื่อภาพ ดังนี้ คือ สร้างความคุ้นเคยระหว่างเด็กกับสื่อภาพ กระตุ้นให้เด็กมีส่วนร่วมกับการแปรงฟันเช่นการบิยาสีฟัน กระตุ้นให้เด็กแปรงฟันตามลำดับภาพ อย่างน้อยลำดับละ 20 วินาที และกระตุ้นให้เด็กย้ายภาพตุ๊กตาในลำดับที่แปรงฟันเสร็จแล้ว ไปไว้บนช่องตารางขาวดำด้านขวามือ และกลับมาแปรงฟันตามลำดับ จนครบ 7 ลำดับ โดยผู้ปกครองช่วยในการเปิดกระพุ้งแก้มหรือทำการแปรงซ้ำในกรณีที่เห็นว่าเด็กแปรงได้ไม่ครบถ้วน อย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ในระหว่างแปรงฟันที่บ้าน เป็นเวลาต่อเนื่อง 2 เดือน ทำให้เด็กมีพฤติกรรมการแปรงฟันที่ดีขึ้น ได้แก่ การยอมอ้าปากทุกครั้งจากที่ไม่ยอมอ้าปากเลย เริ่มฝึกแปรงเองจากที่ไม่ยอมฝึกด้วยตนเอง แปรงฟันนานขึ้น มีวินัย รู้เวลาในการแปรงฟัน เรียกแล้วมาแปรงฟันทันที แปรงฟันอย่างมีแบบแผนไม่สะเปะสะปะ สื่อสารกับผู้ปกครองได้ดีขึ้น เช่น ชี้บอกจุดที่แปรงไม่สะอาดได้ง่ายขึ้น และหมุนข้อมือได้ดีขึ้น นอกจากนั้นปริมาณคราบจุลินทรีย์บนผิวฟันก่อนและหลังการใช้สื่อภาพกระบวนการแปรงฟันที่บ้านยังมีค่าลดลง อีกทั้งการสื่อสารกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษในเรื่องการแปรงฟันที่บ้านโดยใช้ภาพประกอบตามแนวหลักการ TEACCH นั้น มีความเหมาะสม ตรงกับความต้องการของผู้ปกครองเพื่อช่วยดูแลและฝึกฝนการแปรงฟันแก่เด็กโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีพัฒนาการทางด้านภาษาในระดับที่เข้าใจประโยคได้ แม้จะไม่สื่อสารเป็นประโยคก็ตาม ซึ่งจะสามารถเห็นการเปลี่ยนแปลงด้านการแปรงฟันด้วยตนเองอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติแล้ว การแปรงฟันยังคงเป็นเรื่องที่ผู้ปกครองต้องลงมือแปรงฟันแก่เด็กด้วยตนเองก่อน แต่สื่อภาพกระบวนการแปรงฟันนี้ก็ยังคงมีบทบาทสำคัญในการสร้างความตระหนักแก่ผู้ปกครองและกระตุ้นให้กำกับดูแลการแปรงฟันอย่างละเอียด ทุกขั้นตอน และมีความอดทนในการควบคุมดูแลการแปรงฟันเป็นประจำแก่เด็กรวมถึงเป็นเครื่องหมายที่ย้ำเตือนถึงการให้ความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กที่มีความต้องการพิเศษในบ้านอีกด้วย

นอกจากนี้ จากข้อมูลในงานวิจัยนี้ที่พบว่าผู้ปกครองร้อยละ 62.50 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ในจำนวนนี้ จำแนกเป็นผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาจำนวน 15 คน และปริญญาโทหรือสูงกว่าจำนวน 5 คน) ซึ่งค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเมื่อระดับการศึกษาสูงขึ้น (Roma et al. 2019) อาจกล่าวได้ว่าผู้ปกครองที่มีการศึกษาสูงขึ้นไปมีแนวโน้มใช้สื่อภาพกระบวนการแปรงฟันที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตรงกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อความรู้ของผู้ดูแลเด็กพิเศษ และความรู้มีผลต่อทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กพิเศษ (Liu et al., 2017)

แม้ว่าผลการวิจัยทำให้เห็นแนวโน้มที่ดีขึ้นเรื่องการแปรงฟันด้วยตนเองที่บ้าน ภายใต้การกำกับดูแลของผู้ปกครอง อย่างไรก็ตาม ไม่สามารถกล่าวได้ว่าสื่อภาพกระบวนการแปรงฟันที่ติดไว้ในห้องน้ำของแต่ละบ้านจะเป็นปัจจัยสำคัญอย่างที่ช่วยให้เด็กแปรงฟันได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งพาคำแนะนำจากผู้ปกครองอีกต่อไป เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาความเปลี่ยนแปลงในระยะเวลาเพียง 2 เดือน การติดตามผลในระยะเวลานาน



ขึ้นอาจให้ผลแตกต่างจากนี้ นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กบางคนยังมีระดับคราบจุลินทรีย์ที่ยังไม่เปลี่ยนแปลง แม้ว่าผู้ปกครองจะมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้สื่อภาพกระบวนการแปรงฟันที่บ้าน จึงกล่าวได้ว่าสื่อนี้เป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยสื่อสารเรื่องการแปรงฟันระหว่างผู้ปกครองและเด็ก สำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษแม้ว่าจะมีพัฒนาการแปรงฟันที่ดีขึ้นตามระดับแต่ก็ยังต้องได้รับการกำกับดูแล เพื่อให้พัฒนาถึงจุดที่เทียบเท่าผู้ใหญ่ปกติ จึงจะสามารถปรับวิธีการโดยให้เด็กดูแลตนเองได้อย่างถาวร (Khoomyat et al., 2015)

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. สื่อภาพกระบวนการแปรงฟันที่ได้จากการพัฒนาครั้งนี้สามารถนำมาเป็นต้นแบบเพื่อพัฒนารูปแบบสื่อภาพเพื่อการเรียนรู้และสื่อสารสำหรับเด็กที่มีความต้องการพิเศษในประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้องกับทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว และการทานอาหาร เป็นต้น รวมไปถึงการเรียนรู้และปฏิบัติตามขั้นตอนที่ยากขึ้นไปกว่าชีวิตประจำวัน เช่น การรับการรักษาทันตกรรม เป็นต้น โดยเฉพาะกลุ่มเด็กออทิสติกที่มีอุปสรรคและความท้าทายแก่ผู้ดูแลในการสื่อสารมากที่สุด
2. นำผลการวิจัยไปสู่รูปแบบบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากพื้นฐานแก่ครอบครัวเด็กที่มีความต้องการพิเศษเพื่อเพิ่มศักยภาพผู้ปกครองและเด็กในการดูแลความสะอาดช่องปาก โดยเฉพาะหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพเด็กที่มีความต้องการพิเศษควรมีการสนับสนุนงบประมาณและส่งเสริมการดูแลอย่างทั่วถึงและครอบคลุม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นของผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้สื่อภาพกระบวนการแปรงฟัน เช่น การเปรียบเทียบความสะอาดของผิวฟันของเด็กออทิสติกที่ได้รับการดูแลกระบวนการแปรงฟันที่บ้านโดยผู้ปกครองตามปกติ กับ กลุ่มที่ได้รับสื่อภาพกระบวนการแปรงฟันเข้ามาช่วยในการสื่อสารกระบวนการแปรงฟันที่บ้าน และควรขยายเวลาการศึกษาต่อเนื่องมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Alkhabuli, J.O.S., Essa, E.Z., Al-Zuhair, A.M., Jaber, A.A. (2019). Oral health status and treatment needs for children with special needs: a cross-sectional study. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*. 19(4877), 1-10.
- Backman, B., Pilebro, C. (1999). Visual pedagogy in dentistry for children with autism. *Journal of Dentistry for Children*. 66, 325-331.



- Bureau of Dental Health. (2018). *Report on the results of the 8th National Oral Health Survey, Thailand 2017*, 1st edition, Nonthaburi: Sam Charoen Panich. (in Thai).
- Campanaro, M., Huebner, C.E., Devis, B.E. (2014). Facilitators and barriers to twice daily tooth brushing among children with special health care needs. *Special Care in Dentistry*. 34(4), 185-92.
- Curnow, M.M., Pine, C.M., Burnside, G., Nicholson, J.A. (2002). A randomized controlled trial of the efficacy of supervised tooth brushing in high-caries-risk children. *Caries Research*. Jul-Aug; 36(4), 294-306.
- Department of health and human services. (2002). *Closing the gap: a national blueprint to improve the health of persons with mental retardation is a 2002 report of the surgeon general's conference on health disparities and mental retardation*. (Online), Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44346/>. (2020, September 1).
- Department of Promotion and Development of the Quality of Life of Persons with Disabilities Ministry of Social Development and Human Security. (2019) *Report on the situation of people with disabilities in Thailand*. (Online), Available: https://www.m-society.go.th/ewtadmin/ewt/mso_web/ewt_news.php?nid=15511. (2020, September 20). (in Thai).
- Gardens, S.J., et al. (2013). Oral health survey of 6–12-year-old children with disabilities attending special schools in Chennai, India. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 24(6), 424-33.
- Hennequin, M., Moysan, V., Jourdan, D., Dorin, M., Nicolas, E. (2008). Inequalities in oral health for children with disabilities: a french national survey in special schools. *PLoS ONE*. 3(6), (1-11).
- Huebner, C.E., Riedy, C.A. (2010). Behavioral determinants of brushing young children's teeth: implication for anticipatory guidance. *Pediatric dentistry*. 32, 48-55.
- Intercountry Centre For Oral Health (2019). *Project report for developing dental health media for children with special needs*. (Online), Available: [article_20201005102714.pdf](#) (moph.go.th). (2021, September 25). (in Thai).
- Khoomyat, P., Rujirojananun, P., Kongtaweelard O., Limsomwong, P. (2015). Guidelines for dental management for special children. (Online), Available: https://th.rajankul.go.th/_admin/file-download/5-4614-1450157545.pdf. (2020, October 25). (in Thai).



- Lamba, R., Rajvanshi, H., Sheikh, Z., Khurana, M., Saha, R. (2015). Oral hygiene needs of special children and the effects of supervised tooth brushing. *International Journal of Scientific Study*. 3,30-35.
- Limsomwong, P. (2015). The application of a visual communication program in conjunction with dental services in children with autism. *Rajanukul Journal*. 30(1), 25-35. (in Thai).
- Makboon, K. (2019). Oral conditions and dental health behaviors of special children in kindergarten Suphanburi Panyanukul School, Suphan Buri Province. *Thai Dental Nurse journal*. 30(1), 1-14. (in Thai).
- Orellana, L.M., Sanchis, S.M., Silvestre, F.J. (2014). Training adults and Children with an autism spectrum disorder to be compliant with a clinical dental assessment using a TEACCH-based approach. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.44, 776–785.
- Pilebro, C., Backman, B. (2005). Teaching oral hygiene to children with autism. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 15, 1-9.
- Pine, C.M., Curnow, M.M., Burnside, G., Nicholson, J.A. (2000). An intervention program to establish 10Regular tooth brushing; understanding parent's belief and motivating children. *International Dental Journal*. 312-23.
- Roma, W., et al. (2019). *The Thai Health Literacy Survey (THL-S) of Thais aged 15 years and above*. Nonthaburi. Health Systems Research Institute. (in Thai).
- Shin, C.J., Saeed, S. (2013). Toothbrushing barriers for people with developmental disabilities: a pilot study. *Special Care in Dentistry*. 33(6), 269-74.



Effectiveness of Herbal Knee Wraps together with Self- Care Promotion on Knee Pain, Walking Ability and Joint Mobility in the Elderly Osteoarthritis

Wanida Intharacha ^{1*}, Payom Tin-uan ^{*}, Athit Wajeekarm ^{**}

(Received: November 3, 2021, Revised: February 11, 2022, Accepted: April 4, 2022)

Abstract

Osteoarthritis is a common problem in the elderly which has an impact on health and lifestyle. This quasi-experimental research aimed to compare the degree of knee pain, walking ability, and joint mobility in elderly patients with osteoarthritis of the herbal knee wrap and promote self-care. Twenty-four participants recruited by using purposive sampling. Following the clinical trial at five days and two weeks, the participants who received a herbal knee mask to promote self-care were checked performs. The instrumental included the face rating scale, walking ability test (TUGT), and knee range of motion measurement tool (Goniometer), using one-way repeated measure ANOVA.

The pre-trail mean post-test pain level (Mean = 7.04, S.D = 0.45) was significantly reduced ($p < .05$), as were after five days (Mean = 3.08, S.D = 0.53) and two weeks (Mean = 1.79, S.D = 0.43) while the mean post-test range of left knee motion increased statistically significance ($p < .05$) compared to the mean pre-trails. However, the mean range of left knee motion and right knee after the experiment at pre-trail, after five days, and two weeks had not statically significant differences ($p < .05$). Although the mean score of walking ability after trail (Mean = 15.96, S.D = 0.75), after five days (Mean = 11.97, S.D = 0.46), and two weeks (Mean = 10.96, S.D = 0.32) was statistically decreases ($p < .05$), the mean score between five days and two weeks of trail had no statically significant ($p < .05$). This notices that promoting self-care in elderly patients with osteoarthritis using alternative medicine was self-reliant in promoting better quality of life.

Keywords: Elderly with osteoarthritis; Herbal knee wraps; Knee pain; Walking ability; Joint mobility

* Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

** Thai Traditional Medicine, Thai Traditional Health Learning and Promotion Center Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

¹Corresponding author: wanidaintharacha @gmail.com โทร 0897561836



ประสิทธิผลของการพอกเข้าสมุนไพรร่วมกับส่งเสริมการดูแลตนเอง ต่ออาการปวดเข่า ความสามารถในการเดิน และการเคลื่อนไหวข้อในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

วนิดา อินทราชา^{1*}, พยอม ถิ่นอ้วน^{*}, อาทิตย์ วจิกรรม^{**}

(วันที่รับบทความ : 3 พฤศจิกายน 2564 , วันที่แก้ไขบทความ: 11 กุมภาพันธ์ 2565, วันที่ตอบรับบทความ: 4 เมษายน 2565)

บทคัดย่อ

ภาวะข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและการดำเนินชีวิต การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพอกเข้าสมุนไพรร่วมกับส่งเสริมการดูแลตนเอง ต่ออาการปวดเข่า ความสามารถในการเดิน และการเคลื่อนไหวข้อในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 24 คน ซึ่งได้รับการพอกเข้าด้วยสมุนไพรและส่งเสริมการดูแลตนเอง วัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบประเมินระดับความปวดชนิดตัวเลข การทดสอบความสามารถในการเดิน และเครื่องมือวัดพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่า

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความปวดหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยก่อนการทดลอง (Mean=7.04, S.D.= 0.456) ในระยะหลังการทดลอง 5 วัน (Mean=3.08, S.D.= 0.531) และในระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ (Mean=1.79, S.D.= 0.430) ค่าเฉลี่ยของพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่าซ้ายหลังการทดลองมีค่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ย 55.92 องศา (S.D.= 3.253) หลังการทดลอง 5 วัน (Mean=66.42, S.D.= 3.44) และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ (Mean=72.96, S.D.= 3.569) แต่ค่าเฉลี่ยหลังการทดลอง 5 วัน กับ หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ยพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่าขวา หลังการทดลองมีค่าเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยก่อนการทดลอง (Mean=47.33, S.D.= 5.33) หลังการทดลอง 5 วัน (Mean=56.21, S.D.=6.11) และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ (Mean=64.42, S.D.=7.025) ค่าเฉลี่ยของความสามารถในการเดินพบว่าระยะเวลาการเดินหลังการทดลอง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยก่อนการทดลอง (Mean=15.96, S.D.=0.75) หลังการทดลอง 5 วัน (Mean=11.97, S.D.=0.46) และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ (Mean=10.96, S.D.=0.32) แต่ค่าเฉลี่ยหลังการทดลอง 5 วัน กับ หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการศึกษานี้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากภาวะข้อเข่าเสื่อมโดยใช้แพทย์ทางเลือก ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม;การพอกเข้าด้วยสมุนไพร;อาการปวดเข่า;ความสามารถในการเดิน; การเคลื่อนไหวข้อ

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

** แพทย์แผนไทย ศูนย์การเรียนรู้และส่งเสริมสุขภาพแผนไทย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ wanidaintharacha@gmail.com โทร 0897561836



บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และในปี พศ. 2564 ได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย โดยสมบูรณ์ (Complete Aged Society) (Department of Elderly Affairs, 2019) วัยสูงอายุเป็นวัยแห่งความเสื่อมของร่างกายและอวัยวะต่างๆ โรคกระดูกและข้อเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะโรคข้อเข่าเสื่อม (Knee osteoarthritis) เป็นโรคเรื้อรัง ที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ 75 ปีขึ้นไป พบข้อเข่าเสื่อมถึง ร้อยละ 80.00 (Allen & Golightly, 2015; Nimitanan, 2014; CDC. Arthritis Statistic, 2010) เนื่องจากข้อเข่าเป็นข้อที่ต้องรับน้ำหนักของร่างกายและทำหน้าที่เคลื่อนไหวขณะเดินมากที่สุด ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะข้อเข่าเสื่อมได้ง่าย ภาวะข้อเข่าเสื่อมเกิดจากการเสื่อมสภาพของกระดูกอ่อนข้อต่อ ทำให้กระดูกอ่อนไม่สามารถเป็นเบาะรองรับน้ำหนักและมีการสูญเสียคุณสมบัติของน้ำหล่อเลี้ยงเข่า เมื่อมีการเคลื่อนไหวของเข่าก็จะเกิดการเสียดสีและเกิดการสึกหรอของกระดูกอ่อน ผิวของกระดูกอ่อนจะ แข็งผิวไม่เรียบทำให้มีอาการปวดเวลาเคลื่อนไหวหรือลงน้ำหนัก อาการที่พบได้บ่อย คือ ปวด ข้อเข่า มีเสียงกรอบแกรบ (crepitation) ฝืดติดขัดข้อเข่า เป็นระยะเวลาน้อยกว่า 30 นาที และมีข้อเข่าขนาดใหญ่ ขึ้นโดยไม่มีการอักเสบ บวมร้อน การปวดเข่าระยะแรกจะมีอาการเป็นๆหายๆ แล้วต่อมาค่อยเป็นมากขึ้น จนในที่สุดจะปวดรุนแรงหรือปวดตลอดเวลา และทำให้เกิดข้อเข่าผิดรูป ข้อฝืด หรือข้อติด เดินได้ไม่ปกติ (Kawinwongkowitz, et al. 2017) ส่งผลให้การปฏิบัติการกิจประจำวันต่างๆ ทำได้ไม่สะดวก และเสี่ยงต่อการหกล้ม ภาวะติดบ้านติดเตียง เกิดเป็นภาระของญาติและผู้ดูแล ซึ่งส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง และเกิดการสูญเสียเวลา รายได้และค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก (Petcharat & Kaspichayawattana, 2014)

แนวทางการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมในปัจจุบันส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นการบรรเทาอาการปวด การช่วยชะลอการเสื่อมของข้อเข่า เพื่อบรรเทาความรุนแรงของโรค ทำให้ข้อเข่ามีการทำงานได้ดีขึ้น และป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้น การใช้ยาบรรเทาอาการ เช่น ยาแก้ปวดแก้อักเสบ ยาคลายกล้ามเนื้อ ไม่ควรใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน เพราะทำให้เกิดผลข้างเคียง เช่น แผลในกระเพาะอาหาร ไตวาย ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ยากระตุ้นการสร้างกระดูกอ่อนที่ผิวข้อ หรือยาชะลอความเสื่อม การฉีดยาใสข้อเทียมซึ่งจะช่วยให้อาการดีขึ้นเฉลี่ย 6 เดือนถึง 1 ปี แต่มีราคาค่อนข้างสูง การฉีดยาสเตียรอยด์เข้าข้อหรือเจาะข้อเพื่อดูน้ำไขข้อออกจะทำให้อาการปวดดีขึ้นเร็ว แต่ก็กลับมาเป็นอีกและมีผลข้างเคียง เช่น กระดูกอ่อนผิวข้อบางลงทำให้ข้อเสื่อมเร็วขึ้น กระดูกพรุน กล้ามเนื้อลีบหรือติดเชื้อมาในข้อ ส่วนการผ่าตัดเป็นทางเลือกสุดท้ายจะใช้ในผู้ที่มีอาการมากและรักษาวิธีอื่นแล้วไม่ได้ผล (Durham, Fowler, & Edlund, 2014) ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมให้หายขาดได้ การรักษาทางการแพทย์แผนไทยเป็นทางเลือกที่สำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมด้วยภูมิปัญญาไทย โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอาการปวดข้อเข่า เพิ่มการเคลื่อนไหวของร่างกายและข้อ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น การประคบสมุนไพร การนวดประคบ การนวดไทยแบบราชสำนัก การนวดแบบเชลยศักดิ์ การนวดแบบ



พื้นบ้าน (Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Health, 2016) การพอกเข้าด้วยสมุนไพร เป็นการรักษาทางการแพทย์แผนไทย โดยใช้ภูมิปัญญาไทยที่มีการนำมาใช้ในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อบรรเทาอาการปวด ลดความรุนแรงของโรคและทำให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สมุนไพรที่ใช้ในการประคบจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตให้ดีขึ้น ทำให้มีเลือดมาเลี้ยงเพิ่มขึ้น ช่วยขจัดของเสียในกล้ามเนื้อและข้อได้เร็วขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่นดีขึ้น ช่วยรักษาและบรรเทาอาการเคล็ด ปวดขัดในข้อเข่าได้ (Institute of Thai Traditional Medicine, 2016; Pradit, Chomdet, & Nganwongpanich, 2014) จากการศึกษาผลของการพอกเข้าด้วยสมุนไพรชนิดต่างๆ ในงานวิจัยต่าง ๆ ที่ผ่านมา พบว่าการใช้สมุนไพรพอกเข้ามีผลทำให้อาการปวดและการเคลื่อนไหวของข้อดีขึ้น (Poonsuk, et al.2017; Yammun, Udompittayasan & Siramaneerat. 2018; Wichayavoranun, Mukpradub & Thiangjanya, 2017; Somput, 2015). นอกจากนี้ การทำกายภาพบำบัดด้วยการบริหารข้อ และการออกกำลังกายที่ถูกต้อง จะช่วยส่งเสริมความแข็งแรงของข้อเข่า และช่วยบรรเทาอาการปวดเข้าได้ (Billi, 2018; Inkaew, 2020; Udomsak, 2019)

ปัจจัยส่งเสริมการเกิดอาการโรคข้อเข่าเสื่อมมากขึ้นส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ได้แก่ ภาวะอ้วนเนื่องจากน้ำหนักตัวจะไปเพิ่มแรงกดข้อต่อผิวข้อซึ่งจะต้องรับน้ำหนัก 6 เท่าของน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หรือการนั่งยองๆ นั่งพับเพียบโดยเฉพาะการเดิน การขึ้นลงบันได ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงเนื่องจากทำให้ข้อเข่าต้องแบกรับน้ำหนักเกินกระดูกอ่อนมากขึ้น (Soisong, Ruenkon, Fuengthong & Sathong, 2019) หากผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถลดปัจจัยส่งเสริมดังกล่าวโดยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมย่อมช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุขและอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Mathhujad & Nititham, 2020) ดังนั้น การควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน การหลีกเลี่ยงการงอเขามากเกินไป การบริหารกล้ามเนื้อ และการออกกำลังกายที่เหมาะสม (Areeuea, Wanavanan & Rupsawang, 2016) จากการการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า การเพิ่มความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลตนเองโรคข้อ เข่าเสื่อมที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น และลดปัญหาจากภาวะข้อเข่าเสื่อมได้ (Mathhujad & Nititham, 2020; Udomsak, 2019 ; Malaimart, Danyuthsilp, Tangkavanich, & Kittimanon, 2012) ดังนั้นการส่งเสริมการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ จะช่วยบรรเทาอาการปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และทำให้ผู้สูงอายุสามารถเดินและเคลื่อนไหวข้อเข่าได้มากขึ้น และส่งผลให้ผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จะเห็นได้ว่าผลการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาการพอกเข้าด้วยสมุนไพรชนิดต่างๆ ที่มีผลต่อการบรรเทาอาการปวดและการเคลื่อนไหวของข้อ แต่ยังไม่พบการศึกษาผลของการพอกเข้าด้วยสมุนไพรร่วมกับการส่งเสริมการดูแลตนเอง และการมีประสิทธิผลต่อความสามารถในการเดิน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สูตรสมุนไพรที่หาง่ายในชุมชน และเป็นตำรับยาเฉพาะของศูนย์การเรียนรู้และส่งเสริมสุขภาพแผนไทย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาผลของการพอกเข้าด้วยสมุนไพรร่วมกับการส่งเสริมการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้เมื่อมีอาการปวดเข่าและมีข้อ



เข้าติดจากภาวะข้อเสื่อม โดยใช้สมุนไพรในชุมชนและมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

- 4.1 เพื่อเปรียบเทียบระดับอาการเข่าปวดก่อนและหลังการพอกเข่าด้วยสมุนไพรและส่งเสริมการดูแลตนเอง
- 4.2 เพื่อเปรียบเทียบการเคลื่อนไหวข้อเข่าก่อนและหลังการพอกเข่า ด้วยสมุนไพรและส่งเสริมการดูแลตนเอง
- 4.3 เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการเดินก่อนและหลังการพอกเข่า ด้วยสมุนไพรและส่งเสริมการดูแลตนเอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพอกเข่าสมุนไพรร่วมกับส่งเสริมการดูแลตนเอง ต่ออาการปวดเข่า ความสามารถในการเดิน และการเคลื่อนไหวข้อในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้สูงอายุ บ้านแม่ก่ง ตำบล บ้านเป้า อำเภอ เมืองลำปาง จังหวัด ลำปาง กลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 ราย โดยการเปิดรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ และผ่านการคัดเข้าตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) และประเมินอาการโดยพยาบาลเวชปฏิบัติ และแพทย์แผนไทย หลังการทดลองมีกลุ่มตัวอย่างอยู่ตลอดโครงการ จำนวน 24 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

(1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนักตัว ส่วนสูง อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว จำนวนข้อเข่าที่มีอาการปวด ระยะเวลาที่เป็นที่มีอาการข้อเข่าเสื่อม ประวัติการรักษาข้อเข่าเสื่อม และวิธีการลดอาการเจ็บปวด

(2) แบบทดสอบการวัดระดับอาการปวด โดยใช้ **Facial Scale**

(3) การทดสอบความสามารถในการเดิน โดยใช้ **Time Up and Go Test**

(4) เครื่องมือวัดพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่า (Goniometer)

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

2.1 วัสดุ อุปกรณ์ ที่ใช้ในการพอกเข่าด้วยสมุนไพร และยาพอกสมุนไพร ซึ่งสูตรนี้เป็นตำรับยาเฉพาะของศูนย์การเรียนรู้และส่งเสริมสุขภาพแผนไทยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง มีส่วนประกอบ ดังนี้ ผงฟ้าทะลายโจร 40 กรัม ผงขมิ้นชัน 25 กรัม ผงพริกไทยดำ 25 กรัม แป้งข้าวเจ้า 10 กรัม น้ำผึ้งเสกตัมสุก 100 มิลลิลิตร โดยมีขั้นตอนการทำตำรับยาพอกเข่าสมุนไพร ดังนี้



- 1) เตรียมสมุนไพรชนิดแห้ง ได้แก่ ฟ้าทะลายโจร(ใบ) หนัก 40 กรัม ขมิ้นชัน (หัวแห้ง) พริกไทยดำ(เมล็ด) หนักสิ่งละ 25 กรัม ผางเสน(แก่น) หนัก 0.10 กรัม
 - 2) บดสมุนไพรแห้ง ได้แก่ ฟ้าทะลายโจร ขมิ้นชัน และพริกไทย ให้เป็นผงละเอียด
 - 3) ผสมผงยาและแป้งข้าวเจ้าให้เป็นเนื้อเดียวกัน น้ำหนักผงยารวม 100 กรัม
 - 4) ต้มน้ำผางเสน ประมาณ 5-10 นาที จากนั้นผสมน้ำผางเสนและผงยาให้เป็นเนื้อเดียวกัน เมื่อส่วนผสมเข้ากันแล้วนำตัวยาพักไว้ในตู้เย็นเป็นเวลา 5-10 นาที
 - 5) ใช้มือนวดเนื้อยา ให้เป็นแผ่นบางๆวางบนข้อเข่าจากนั้นใช้ผ้าพันรอบข้อเข่าพอกทิ้งไว้ประมาณ 30 นาที
- 2.2 คู่มือส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม การออกกำลังกายและการบริหาร และวิธีการพอกเข่าด้วยสมุนไพร

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เวลาในการดำเนินการ 2 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 1

- 1) เปิดรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ และผ่านการคัดเข้าตามเกณฑ์ ตามจำนวนที่กำหนดไว้ และประเมินอาการโดยแพทย์แผนไทย
- 2) สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และประเมินระดับความปวด โดยใช้ Facial Scale ตรวจวัดองศาการเคลื่อนไหวเข่าด้วย Goniometer และทดสอบความสามารถในการเดิน (Time Up and Go Test) และบันทึกไว้ ก่อนการทดลอง
- 3) จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม สาธิต และสอนการฝึกปฏิบัติการพอกเข่าด้วยตนเอง และวิธีการบริหารข้อเข่า พร้อมแจกคู่มือ
- 4) ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการพอกเข่าสมุนไพร วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที โดยจะพอกเข่าติดต่อกันจำนวน 5 ครั้ง เป็นเวลา 5 วัน
- 5) หลังจากกลุ่มตัวอย่างพอกเข่าด้วยสมุนไพร ครบ 5 ครั้ง ผู้วิจัยประเมินระดับความปวด โดยใช้ Facial Scale ตรวจวัดองศาการเคลื่อนไหวเข่าด้วย Goniometer และทดสอบความสามารถในการเดิน (Time Up and Go Test) และบันทึกไว้ ในหลังการทดลอง 5 วัน
- 6) ติดตามกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยการสอบถาม เรื่องการปฏิบัติตัว การออกกำลังกายและการบริหารเข่า และให้คำแนะนำการดูแลตนเอง

สัปดาห์ที่ 2

ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างมาประเมินระดับความปวด โดยใช้ Facial Scale ตรวจวัดองศาการเคลื่อนไหวเข่าด้วย Goniometer และทดสอบความสามารถในการเดิน (Time Up and Go Test) หลังได้รับการพอกเข่าด้วยสมุนไพร และบันทึกไว้ ในหลังการทดลอง 2 สัปดาห์



การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ได้รับเอกสารรับรองเลขที่ E2565-033 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาโดยชี้แจงการเข้าร่วมวิจัยให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย มีการชี้แจงสิทธิที่ผู้ร่วมวิจัยสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลเสียหาย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผย โดยคณะผู้วิจัยเสนอการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติพื้นฐานการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ

one way ANOVA

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.30 อายุ 60-70 ปี ร้อยละ 75.10 ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ 18.50-22.90 ร้อยละ 50.00 โรคประจำตัวที่พบส่วนใหญ่เป็น โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ คิดเป็นร้อยละ 33.30 มีสถานภาพ สมรส ร้อยละ 66.70 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 58.30 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 37.50 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 45.80 ประวัติการรักษาเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ร้อยละ 45.80

จากการประเมินอาการและอาการแสดงภาวะข้อเข่าเสื่อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาข้อเข่าทั้งสองข้าง คิดเป็นร้อยละ 70.80 ระยะเวลาเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 3-5 ปี ร้อยละ 58.30 ประวัติการได้รับอุบัติเหตุบริเวณข้อเข่า พบว่า ไม่เคยประสบอุบัติเหตุบริเวณข้อเข่า ร้อยละ 79.20 ประวัติการเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดบริเวณข้อเข่า พบว่า ไม่เคยเข้ารับการผ่าตัดบริเวณข้อเข่า คิดเป็นร้อยละ 91.70 อาการแสดงที่พบ ส่วนใหญ่มีอาการปวดข้อเข่า ร้อยละ 95.80 มีอาการข้อฝืด ร้อยละ 50.00 มีเสียงดังในข้อเข่า ร้อยละ 75.00 ไม่มีอาการบวมแดงบริเวณข้อเข่า คิดเป็นร้อยละ 58.30 ลักษณะข้อเข่าผิดรูป พบว่า ไม่มีอาการผิดรูปของข้อเข่า ร้อยละ 83.30 การใช้อุปกรณ์ในการช่วยเดิน พบว่า ไม่ใช้อุปกรณ์ในการช่วยเดิน ร้อยละ 87.50

จากการประเมินผลกระทบของโรคข้อเข่าเสื่อมต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่า การเดินไม่ค่อยสะดวก ร้อยละ 70.80 การนั่งยองๆนั่งพับเพียบไม่ได้ ร้อยละ 70.80 การทำกิจกรรมต่างๆลดลง ร้อยละ 54.20 ออกกำลังกายไม่ได้/ออกกำลังกายลดลง ร้อยละ 66.70 การได้รับการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมในปัจจุบัน พบว่า เข้ารับการรักษารโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีการนวด-ประคบสมุนไพร ร้อยละ 33.30 รองลงมาเข้ารับการรักษารโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยการรับประทานยา ร้อยละ 29.20



ส่วนที่ 2 ผลการพอกเข้าด้วยสมุนไพรและการส่งเสริมการดูแลตนเอง

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานผลการพอกเข้าด้วยสมุนไพรและการส่งเสริมการดูแลตนเอง

ผลการทดลอง	ก่อนการทดลอง Mean(S.D.)	หลังการทดลอง 5 วัน Mean(S.D.)	หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ Mean(S.D.)
ความเจ็บปวด	7.04(0.45)	3.08(0.53)	1.79(0.43)
ความสามารถในการเดิน	15.96(0.75)	11.97(0.46)	10.96(0.32)
พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่า			
ข้อเข่าขวา	47.33(5.33)	56.21(6.11)	64.42(7.02)
ข้อเข่าซ้าย	55.92(3.25)	66.42(3.44)	72.96(3.56)

จากตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบผลการประคบเข้าด้วยสมุนไพร พบว่า ก่อนการทดลอง ระดับความปวด (Mean=7.040,S.D.=0.45) ความสามารถในการเดิน (Mean=15.96,S.D.=0.75) พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่าขวา (Mean=47.33,S.D.= 5.33) พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่าซ้าย (Mean=55.92,S.D.= 3.25) หลังการทดลอง 5 วัน ระดับความปวด(Mean=3.08,S.D.=0.53) ความสามารถในการเดิน (Mean= 11.97,S.D.=0.46) พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่าขวา (Mean=56.21,S.D.=6.11) พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่าซ้าย (Mean= 66.42 ,S.D.=3.44) และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ระดับความปวด(Mean=1.79,S.D.=0.43) ความสามารถในการเดิน (Mean= 10.96,S.D.=0.329) พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่าขวา (Mean=64.42 ,S.D.=7.02) พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่าซ้าย (Mean=72.96,S.D.=3.56)

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบความเจ็บปวด พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่า และความสามารถในการเดินระหว่างการทดลอง กับ หลังการทดลอง 5 วัน และ หลังการทดลอง 2 สัปดาห์

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเจ็บปวด

ความเจ็บปวด	Mean(S.D.)	Mean different	P-value
ก่อนการทดลอง	7.04(0.45)	3.95	.000
หลังการทดลอง 5 วัน	3.08(0.53)		
ก่อนการทดลอง	7.04(0.45)	5.25	.000
หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	1.79(0.43)		
หลังการทดลอง 5 วัน	3.08(0.53)	1.29	.000
หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	1.79(0.43)		



จากตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับความปวดพบว่า ก่อนการทดลอง ระดับความปวด (Mean= 7.04,S.D.=0.45) หลังการทดลอง 5 วัน ระดับความปวด (Mean= 3.08,S.D.=0.53) และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ระดับความปวด (Mean= 1.79,S.D.=0.43) ซึ่งค่าเฉลี่ยระดับความปวดก่อนการทดลอง กับ หลังการทดลอง 5 วัน และ หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่า(ข้างขวา)

พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่า	Mean(S.D.)	Mean different	P-value
ก่อนการทดลอง	47.33(5.33)	-8.87	.31
หลังการทดลอง 5 วัน	56.21(6.11)		
ก่อนการทดลอง	47.33(5.33)	-17.08	.05
หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	64.42(7.02)		
หลังการทดลอง 5 วัน	56.21(6.11)	-8.20	.35
หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	64.42(7.02)		

จากตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่า(ข้างขวา) พบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่า(ข้างขวา) (Mean= 47.33,S.D.= 5.33) หลังการทดลอง 5 วัน คะแนนพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่า(ข้างขวา) (Mean= 56.21,S.D.=6.11) และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ คะแนนพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่า(ข้างขวา) (Mean= 64.42,S.D.=7.02) ซึ่งค่าเฉลี่ยของคะแนนพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่า(ข้างขวา) ก่อนการทดลอง กับ หลังการทดลอง 5 วัน และ หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ตารางที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่า (ข้างซ้าย)

พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่า	Mean(S.D.)	Mean different	P-value
ก่อนการทดลอง	55.92(3.25)	-10.50	.034
หลังการทดลอง 5 วัน	66.42(3.44)		
ก่อนการทดลอง	55.92(3.25)	-17.04	.001
หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	72.96(3.56)		
หลังการทดลอง 5 วัน	66.42(3.44)	-6.54	.181
หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	72.96(3.56)		



จากตารางที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่า(ข้างซ้าย) พบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่า(ข้างซ้าย) (Mean= 55.92,S.D.= 3.253) หลังการทดลอง 5 วัน คะแนนพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่า(ข้างซ้าย) (Mean= 66.42,S.D.= 3.447) และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ คะแนนพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่า(ข้างซ้าย) (Mean= 72.96,S.D.= 3.569) ซึ่งค่าเฉลี่ยของคะแนนพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่า(ข้างซ้าย) ระหว่าง หลังการทดลอง 5 วัน กับ หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ตารางที่ 5 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความสามารถในการเดิน (ระยะเวลาคิดเป็นวินาที)

ความสามารถในการเดิน	Mean(S.D.)	Mean different	P-value
ก่อนการทดลอง	15.96(0.75)	3.98	.000
หลังการทดลอง 5 วัน	11.97(0.46)		
ก่อนการทดลอง	15.96(0.75)	4.99	.000
หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	10.96(0.32)		
หลังการทดลอง 5 วัน	11.97(0.46)	1.01	.196
หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	10.96(0.32)		

จากตารางที่ 5 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความสามารถในการเดินพบว่า ก่อนการทดลอง ความสามารถในการเดิน (Mean= 15.96,S.D.=0.75) หลังการทดลอง 5 วัน คะแนนความสามารถในการเดิน (Mean= 11.97,S.D.=0.46) และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ คะแนนความสามารถในการเดิน (Mean= 10.96,S.D.=0.32) ซึ่งความสามารถในการเดินก่อนการทดลอง กับ หลังการทดลอง 5 วัน และ หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ มีระยะเวลาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) แต่ความสามารถในการเดิน หลังการทดลอง 5 วัน กับ หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ มีระยะเวลาลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)



อภิปรายผล

การเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดก่อนและหลังการพอกเข้าด้วยสมุนไพรและส่งเสริมการดูแลตนเอง

จากผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความปวดหลังจากการพอกเข้าสมุนไพรร่วมกับส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดย ก่อนการทดลอง (Mean = 7.04, S.D. = 0.45) ในระยะหลังพอกเข้าติดต่อกัน 5 วัน (Mean = 3.08, S.D. = 0.53) และ ในระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ (Mean = 1.79, S.D. = 0.43) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดลดลงในระยะแรกหลังพอกเข้าติดต่อกัน 5 วัน และยังคงอยู่หลังพอกเข้า 2 สัปดาห์ จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดข้อเข่าทั้งสองข้าง ร้อยละ 70.80 รองลงมามีอาการปวดข้อเข่าข้างเดียว คิดเป็นร้อยละ 29.20 ระยะเวลาเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 3-5 ปี ร้อยละ 58.30 มีอาการแสดงที่พบ ได้แก่ มีอาการปวดข้อเข่า ร้อยละ 95.80 และไม่มีอาการบวมแดงบริเวณข้อเข่า ร้อยละ 58.30 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการปวดเข่าและไม่มีการอักเสบของข้อเข่า ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ สมุนไพรพอกเข้าที่มีองค์ประกอบสำคัญได้แก่ ขมิ้นชัน พริกไทย และฟ้าทลายโจร ซึ่งมีทั้งฤทธิ์ร้อนและฤทธิ์เย็น สำหรับสมุนไพรพอกเข้าที่มีฤทธิ์ร้อน ได้แก่ ขมิ้นชัน และพริกไทย ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตให้ดีขึ้น ทำให้มีเลือด มาเลี้ยงเพิ่มขึ้น ช่วยขจัดของเสียในกล้ามเนื้อและข้อได้เร็วขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่นดีขึ้น ช่วยรักษาและบรรเทาอาการเคล็ด บรเทาอาการปวดขัดในข้อเข่าได้ พริกไทยดำมีฤทธิ์ด้านการอักเสบในหลอดเลือด มีสารไปเปอร์รีน (Piperine) ซึ่งมีฤทธิ์แก้ปวด สามารถยับยั้งการทำงานของสารอินเตอร์ลิวคิน (Interleukin) ยับยั้งเอนไซม์เมทริกซ์เมทัลโลโปรทีเนส 13 (MMP -13) และลดการสร้างโปรสตาแกลนดิน (Prostaglandin) ทำให้เมล็ดพริกไทยมีฤทธิ์ด้านการอักเสบและด้านการเสื่อมของข้อ ขมิ้นชันเป็นสมุนไพร มีสารเคอร์คูมินอยด์ที่มีฤทธิ์ด้านการอักเสบได้เหมือนกับยาต้านการอักเสบไดโคลฟีแนคของแผนปัจจุบัน ขมิ้นชันยังมีสารต้านอนุมูลอิสระ ช่วยลดการอักเสบ ชะลอการเสื่อมของข้อเข่า สำหรับฟ้าทลายโจร เป็นสมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็น ช่วยลดการอักเสบ การบวม และลดปวดได้จากการกระตุ้นใยประสาทซี - ไฟเบอร์ (C - fiber) ในบริเวณเดียวกันกับตำแหน่งที่เกิดความเจ็บปวด ส่งผลให้ศักยภาพในการรับกระแสประสาทความรู้สึกเจ็บปวดและส่งไปยังสมองจึงน้อยลง ความเจ็บปวดจึงลดลงตรงตามทฤษฎีควบคุมประตู (Pradit, Chomdet, & Nganwongpanich, 2014) จากผลการศึกษาของ ชีระ ผิวเงิน และ ขนิษฐา ทูมาผล (Pew-ngern & Tuma, 2020) พบว่าการใช้สมุนไพรประคบเข่า เป็นการรักษาข้อเข่าเสื่อมที่ทำให้พยาธิสภาพของโรคดีขึ้นได้มากกว่าลูกประคบธรรมดา โดยสมุนไพรที่ใช้คือ ไพล และเถาวัลย์เปรียง มีฤทธิ์ลดอาการอักเสบ ลดปวดและลดบวมได้ ผลการศึกษาในครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของการพอกเข้าด้วยตำรับสมุนไพรต่ออาการปวดเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมของ ศิริพร แยมมุล เจษฎา อุดมพิทยาสรรพ์ และ อิศรา ศิริมณีรัตน์ (Yammun, Udompittayasan, & Siramaneerat, 2018) โดยใช้สมุนไพรมี ผงขมิ้นชัน และผงขิง เป็นองค์ประกอบที่สำคัญ พบว่า ทำให้ระดับอาการปวดเข่าของผู้ป่วยลดลง โดยมีค่าเฉลี่ยระดับอาการปวดเข่าของกลุ่มตัวอย่างก่อนการพอกครั้งที่ 1 และหลังการพอกครั้งที่ 5 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของ ผัสชา สมพุท (Somput,



2015) ที่ได้ศึกษาผลของการพอกเข้าด้วยทารับยาพอกต่ออาการปวดเข้าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยทารับยาสมุนไพรที่มีส่วนประกอบหลัก คือ รากชิงชี รากย่านาง รากคนทา รากเท้ายายม่อม รากมะเดื่อชุมพร ไพล ขมิ้นชัน ผิวมะกรูด ผลการศึกษาพบว่า อาการปวดเข้าของผู้ป่วยลดลง ค่าเฉลี่ยพอกครั้งที่ 1 และหลังการพอกครั้งที่ 6 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

นอกจากผลการออกฤทธิ์ของสมุนไพรแล้ว กลุ่มตัวอย่างยังได้รับความรู้และคู่มือการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม การออกกำลังกายและการบริหาร และวิธีการพอกเข้าด้วยสมุนไพรด้วยตนเอง ทำให้สามารถนำกลับไปศึกษาทบทวนแนวทางการปฏิบัติตัวและมีการติดตามสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อเปิดโอกาสให้ซักถามและกระตุ้นให้มีการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปิยะมน มัทธูจิต และอลิสสา นิธิธรรม (Mathhujad, & Nititham, 2020) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดข้อเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งประกอบทำให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การบริหารและปรับอิริยาบถที่เหมาะสมโดยมีทั้งการบรรยายและสาธิต มีการติดตามและให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ซึ่งส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดเข้าดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุกัญญา มาลัยมาตร (2563) ศึกษาพบว่า การส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมทำให้คะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดข้อเข่าต่ำกว่าก่อนทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Malaimart, Danyuthsilp, Tangkavanich & Kittimanon, 2012) และจากการศึกษาของ รัตนาวัลี ภักดีสมัย และพนิชฐา พานิชาชีวะกุล (Phakdisamai & Panichacheewakul, 2011) พบว่า การมีคู่มือในการปฏิบัติการบริหารร่างกายจะช่วยให้ผู้สูงอายุนั่นใจและสามารถที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมการบริหารร่างกายเพื่อลดอาการปวด จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการพอกเข้าด้วยสมุนไพรรวมกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง โดยเฉพาะการบริหารข้อเข่า จะช่วยบรรเทาอาการปวดข้อเข่าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จันจิรา บิลลี (Billi, 2018) พบว่า การพอกเข้าด้วยยาสมุนไพร เป็นเวลา 20 นาที ทำต่อเนื่อง 5 วัน ร่วมกับการฝึกการบริหารกล้ามเนื้อขาและเข่า ระดับความปวดก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 5 วัน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยระดับความปวดก่อนการทดลอง ($\text{Mean} = 5.52, \text{S.D.} = 0.87$) หลังการทดลองทันที ($\text{Mean} = 4.45, \text{S.D.} = 1.28$) และหลังการทดลอง 5 วัน ($\text{Mean} = 3.67, \text{S.D.} = 1.36$) เช่นเดียวกับ สิริทิพย์ วิชยวรรณ์ และคณะ (Wichayavoranun et al., 2017) พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความปวดมีค่าลดลงหลังจากได้รับโปรแกรมในวันที่ 1 วันที่ 2 วันที่ 3 วันที่ 4 และวันที่ 5 เมื่อเปรียบเทียบกับระดับความปวดก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองจึงเป็นปัจจัยสำคัญร่วมกับการพอกเข้าด้วยสมุนไพร ซึ่งสามารถช่วยบรรเทาอาการปวดเข้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม



เปรียบเทียบพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่าก่อนและหลังการพอกเข้าด้วยสมุนไพรและส่งเสริมการดูแลตนเอง

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่าขวา พบว่า ก่อนการทดลอง พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่าขวา (Mean= 47.33,S.D.= 5.33) หลังการทดลอง 5 วัน พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่าขวา (Mean= 56.21,S.D.=6.11) และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่าขวา (Mean= 64.42,(S.D.=7.02) ซึ่งค่าเฉลี่ยของคะแนนพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่าขวา ก่อนการทดลอง กับ หลังการทดลอง 5 วัน และ หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่าซ้าย พบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่าซ้าย (Mean= 55.92,S.D.= 3.25) หลังการทดลอง 5 วัน คะแนนพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่าซ้าย (Mean= 66.42,(S.D.= 3.44) และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ คะแนนพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่าซ้าย (Mean= 72.96,S.D.= 3.56) ซึ่งค่าเฉลี่ยของคะแนนพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่าซ้าย ก่อนการทดลอง กับ หลังการทดลอง 5 วัน และ หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) แต่ ค่าเฉลี่ยของคะแนนพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่าซ้าย หลังการทดลอง 5 วัน กับ หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีอาการข้อฝืด ร้อยละ 50.00 มีเสียงดังในข้อเข่า ร้อยละ 75.00 มีอาการผิอรูขี้เป็ดของข้อเข่า ร้อยละ 16.70 การนั่งยองๆนั่งพับเพียบไม่ได้ มีปัญหา ร้อยละ 70.80 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างนี้มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหวของข้อ ไม่สามารถเหยียดหรืองอข้อได้ตามปกติ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือวัดองศาการเคลื่อนไหวของเข่า ด้วยโกนิโอมิเตอร์ (goniometer) เพื่อประเมินความสามารถในการงอและเหยียดเข่า โดยวัดองศาที่เข่าสามารถเหยียดได้มากที่สุดทั้งก่อนและหลังการทดลอง จากผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเพิ่มมากขึ้น แสดงว่าข้อเข่าสามารถเหยียดและงอได้มากขึ้น จึงแสดงให้เห็นว่าการพอกเข้าด้วยสมุนไพร สามารถช่วยเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อได้ เนื่องจากสมุนไพรพอกเข้ามีองค์ประกอบสำคัญได้แก่ ขมิ้นชัน พริกไทย และฟ้าทะลายโจร ซึ่งมีทั้งฤทธิ์ร้อนและฤทธิ์เย็น สมุนไพรที่มีทั้งฤทธิ์ร้อนเช่น ขมิ้นชัน และพริกไทย จะมีสรรพคุณในการช่วยขับลม กระจายลม บรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อและปวดตามข้อต่างๆซึ่งอาการปวดข้อเข่าในทฤษฎีการแพทย์แผนไทย เกิดจากเลือดและลมไหลเวียนไม่สะดวก ทำให้มีการคั่งอั้นของลมส่งผลให้เกิดอาการปวด เมื่อเราใช้สมุนไพรสโรนจึงช่วยกระจายลมไม่ให้เกิดการคั่งอั้นที่ข้อเข่า ทำให้อาการปวดลดลง อาการข้อฝืดลดลง จึงสามารถเหยียดและงอข้อเข่าได้ดีขึ้น (Pradit, Chomdet & Nganwongpanich, 2014) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อมรรัตน์ เรืองสกุล และคณะ (Rueangsakul et al.,2020) ศึกษา พบว่า การนวดราชสำนักร่วมกับการประคบทำให้ลดการบวมของใต้ลูกสะบ้าและเหนือลูกสะบ้าลงได้มากกว่า ทำให้สามารถมีมุมข้อ (นอนหงาย) เหยียดตรงได้มากกว่า แสดงให้เห็นว่าพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข่าเพิ่มมากขึ้นเมื่อได้รับการประคบร่วมด้วย จึงทำให้เชื่อได้ว่าผลของการรักษาน่าจะมาจากการออกฤทธิ์ของตัวยา หลังได้รับการประคบ จากการศึกษาของผัสนา สมพูด (Somput, 2015) ที่ศึกษาผลของการพอกเข้าด้วยตำรับยา



พอกต่ออาการปวดเข้าในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบน้ำเข้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหลุมพอ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ โดยตำรับยาสมุนไพรนี้มีส่วนประกอบหลัก คือ รากชิงชี รากย่านาง รากคนทา รากเท้าชายม่อม รากมะเดื่อชุมพร ไพล ขมิ้นชัน ผิวมะกรูด ผลการศึกษา พบว่า องค์กรเคลื่อนไหวของข้อเข้าของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ค่าเฉลี่ยก่อนพอกครั้งที่ 1 และหลังการพอกครั้งที่ 6 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากผลการออกฤทธิ์ของสมุนไพรแล้ว กลุ่มตัวอย่างยังได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข้าเสื่อมโดยเฉพาะการออกกำลังกายแบบที่มีการเคลื่อนไหวของข้อ (Isotonic Exercise หรือ Dynamic) ซึ่งมีการสาธิตและมีการติดตาม สอบถามเรื่องการบริหารข้อเมื่ออยู่บ้านเป็นรายบุคคล โดยมีคู่มือ ซึ่งมีรูปภาพของท่าที่ใช้ในการบริหารเพื่อให้ข้อเข้าได้เคลื่อนไหวช่วยลดข้อติดแข็ง และมีเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข้า จึงส่งผลให้หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลการใช้รูปแบบโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะปวดข้อเข้าต่อระดับ ความรุนแรงของอาการปวดข้อเข้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะปวดข้อเข้า พบว่า ระดับข้อฝืดก่อนการศึกษา (Mean= 9.54) หลังการศึกษา (Mean= 6.40) (Udomsak, 2019) เช่นเดียวกับสิริวรรณ ธรรมคงทอง ปาจริย์ อับดุลลาภาซิม และนิภา มหาราชพงศ์ (Thammakongthong, Abdullakasim, & Maharachpong, 2019) ศึกษาผลการโปรแกรมออกกำลังกาย ร่วมกับแบบ แผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทาง สังคม พบว่า ความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อเข้าในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมการดูแลตนเองโดยเฉพาะการออกกำลังกายที่เน้นการบริหารข้อ จะช่วยทำให้พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเพิ่มขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข้าขา มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญ ส่วนพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข้าซ้าย มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง 5 วัน กับหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ อย่างไม่มีนัยสำคัญ อาจเนื่องมาจากจำนวนข้อเข้าที่มีอาการปวดส่วนใหญ่เป็นทั้ง 2 ข้าง ทำให้ค่าเฉลี่ยของพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข้าแต่ละข้างที่เพิ่มขึ้นมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อเข้าทั้งสองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการเดินและการเคลื่อนไหวต่าง ๆ ได้ดีขึ้น

เปรียบเทียบความสามารถในการเดินก่อนและหลังการพอกเข้าด้วยสมุนไพรและส่งเสริมการดูแลตนเอง

จากผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความสามารถในการเดิน พบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนความสามารถในการเดิน (Mean=15.96,S.D.=0.75) หลังการทดลอง 5 วัน คะแนนความสามารถในการเดิน (Mean= 11.97, S.D.=0.46) และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ คะแนนความสามารถในการเดิน (Mean= 10.96, S.D.=0.32) ซึ่งค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเดินก่อนการทดลอง กับ หลังการทดลอง 5 วัน และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ มีระยะเวลาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเดิน หลังการทดลอง 5 วัน กับ หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ มีระยะเวลาลดลงอย่างไม่มีนัย



สำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีอาการผิดปกติของข้อเข่า คิดเป็นร้อยละ 16.70 ใช้อุปกรณ์ในการช่วยเดินคิดเป็นร้อยละ 12.50 จากการประเมินผลกระทบของโรคข้อเข่าเสื่อมต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่า การเดินไม่ค่อยสะดวก มีปัญหาคิดเป็นร้อยละ 70.80 การนั่งยองๆ นั่งพับเพียบไม่ได้ มีปัญหาคิดเป็นร้อยละ 70.80 การทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง มีปัญหา ร้อยละ 54.20 การออกกำลังกายไม่ได้/การออกกำลังกายลดลง มีปัญหา ร้อยละ 66.70 มีการรับประทานยา ร้อยละ 29.20 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาในการเดินและการทรงตัว ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แบบประเมินความสามารถในการเดินโดยใช้ Timed Up and Go Test (TUGT) ซึ่งเป็นแบบประเมินความเสี่ยงในการล้มในผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อม โดยผู้ทดสอบจะบันทึกเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมที่ประกอบด้วย การลุกขึ้นยืนจากเก้าอี้ เดินด้วยความเร็วปกติ (comfortable speed) ในระยะทาง 3 เมตร (10 ฟุต) หมุนตัวกลับ เดินกลับมาที่เก้าอี้ และนั่งลง ทำการทดสอบ 3 ครั้ง ผลของเวลาในการทดสอบนำมาเฉลี่ยกัน การทดสอบ TUG มีหลายค่า ค่าตัดแบ่งในกลุ่มของผู้สูงอายุคือ 1) ผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน มากกว่า 13.50 วินาที 2) ผู้สูงอายุที่พักรักษาในโรงพยาบาล มากกว่า 15 วินาที 3) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่า 14 วินาที และผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อสะโพกเสื่อม มากกว่า 10 วินาที (Jalayondeja, 2014) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อม จะมีปัญหาเรื่องการทรงตัว การลุกนั่ง การยืน และการเดิน ทำให้ใช้ระยะเวลาในการเดินมากกว่าปกติ จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเดินก่อนการทดลอง กับ หลังการทดลอง 5 วัน และ หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ มีระยะเวลาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงว่า การพอกเข่าด้วยสมุนไพรและการส่งเสริมการปฏิบัติตัว ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการเดินเพิ่มขึ้น และลดความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเดิน หลังการทดลอง 5 วัน กับ หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ มีระยะเวลาลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงว่าความสามารถในการเดินเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีความแตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 2 กลุ่มตัวอย่างไม่ได้มีการพอกเข่าร่วมด้วยแต่ยังคงมีการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำในคู่มือ ซึ่งการพอกเข่าด้วยสมุนไพรอย่างสม่ำเสมอจะช่วยบรรเทาอาการปวดเข่าได้ เห็นได้จากการศึกษาของปิยะพล พูลสุข และคณะ (Poonsuk et al., 2017) พบว่า ระดับความปวดของข้อเข่า ระดับอาการข้อฝืด และช่วงเวลาในการลุกเดินลดลง และระดับความสามารถในการใช้งานของข้อเข่าดีขึ้นหลังได้รับการพอกเข่าด้วยยาสมุนไพร

นอกจากนี้การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยเฉพาะการพอกเข่าสมุนไพรด้วยตนเองและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง มีผลช่วยบรรเทาอาการปวด และทำให้มีการเคลื่อนไหวของข้อเพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้ความสามารถในการเดินเพิ่มขึ้นได้ เห็นได้จากการศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุปวดข้อเข่าในชุมชนที่มีหลักสูตรในการพัฒนาอสม. ทำให้ชุมชนมีกลุ่มแกนนำที่สามารถดูแลผู้สูงอายุปวดข้อเข่าในชุมชนได้ การพัฒนาผู้สูงอายุโดยการให้ความรู้เรื่องโรค การฝึกการบริหารข้อและกล้ามเนื้อรอบข้อ และการมีคู่มือในการปฏิบัติการบริหาร จะช่วยให้ผู้สูงอายุมั่นใจและสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมการบริหารเพื่อลดอาการปวด เพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อเข่า และลดการใช้ยาได้ (Phakdisamai & Panichacheewakul, 2011) ซึ่งสอดคล้องกับ



การศึกษาผลการใช้รูปแบบโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะปวดข้อเข่า พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับความปวด ระดับข้อฝืดลดลง และระดับความสามารถในการใช้ข้อเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$ (Udomsak, 2019)

ผลการศึกษารังนี้แสดงให้เห็นว่า การพอกเข่าด้วยสมุนไพรร่วมกับการส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องสามารถช่วยบรรเทาอาการปวดและส่งผลให้มีการเคลื่อนไหวของข้อและความสามารถในการเดินเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมสามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากผลการศึกษาผลการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ช่วยส่งเสริมทักษะในการจัดการกับปัญหาสุขภาพและ เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี มีผลทำให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น สามารถดำเนินชีวิตได้ อย่างปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Petcharat,& Kaspichayawattana, 2014) ดังนั้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในปัจจุบันควรใช้วิธีการพอกเข่าด้วยสมุนไพรร่วมกับการส่งเสริมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

- Areeuea, S., Wanavanan, S. & Rupsawang, I. (2016). Selected factors in predicting health status. of people with osteoarthritis symptoms. *Journal of Public Health Nurses*. 30(1). 28-46.
- Allen, K.D., & Golightly, Y.M. (2015). Epidemiology of osteoarthritis: state of the evidence. *Current Opinion in Rheumatology*. 27(3), 276-283.
- Billi, J. (2018). The Effects of Self- Knee Pain Relief Program in Elderly with Osteoarthritis. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*. 1 (2). (in Thai).
- Center for Disease Control: CDC. Arthritis Statistic. Retrieved (2020, January 29) from http://www.cdc.gov/arthritis/data_statistics/arthritis_related_stats.htm; 2010.
- Department of Elderly Affairs. (2019). *Statistics of the elderly*. <http://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/275>
- Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Health. (2016). *Guidelines for examination and treat osteoarthritis with Thai traditional medicine*. Bangkok: Sam Charoen Commercial (Bangkok) Co., Ltd.
- Durham, C. O., Fowler, T., & Edlund, B. (2014). *Managing knee osteoarthritis in older adults*. *American Nurse Today*, 9(7). Retrieved (2020, January 29) from <http://www.americannursetoday.com/managing-kneeosteoarthritis-in-older-adults/>
- Inkaew, C. (2020). Effectiveness of the Program in Reducing Knee Osteoarthritis Problems in the Elderly osteoarthritis, Chang Sai Hospital, Kanchanadit District, Surat Thani Province *Journal of Medicine District*. 11(33), 293-301. (in Thai).



- Poonsuk, P., Songphasuk, S., Chantha, M., Nimphithakphong, N & Jiratsathit, K. (2017). Effectiveness of herbal poultices for relieving knee pain in osteoarthritis patients. *Thammasat Medicine*, 18(1). 104-111.
- Institute of Thai Traditional Medicine. (2016). Handbook of Elderly Care for Osteoarthritis with Traditional Medicine Thai and Integrated Medicine for public health volunteers. Nonthaburi : Factory Affairs Office Print the War Veterans Organization.
- Jalayondeja, C. (2014). Falls screening by Timed Up and Go (TUG). *Journal of Medical Tecnology and Physical therapy*. 26(1), 5-16.
- Kawinwongkowitz, W., et al. (2017). Osteoarthritis of the knee. Bangkok: Hip joint unit and knee joints department Orthopedic, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. Retrieved (2017, July 12) from [https://med.mahidol.ac.th/ortho/sites/default/fifiles/public/fifile/pdf/knee](https://med.mahidol.ac.th/ortho/sites/default/files/public/fifile/pdf/knee)
- Lekutai ,S., Tansuwannon ,W., Sereechotchahiran ,S.,& Buakham ,P.(2008).Pain-relieving effects of hot herbal compressin patients with knee osteoarthritis. *Journal of Thai Traditional& Alternative Medicine*. 6(2), 219-228. (in Thai).
- Mathhujad, P. & Nititham, A. (2020). Effectiveness of a behavioral promotion program for reducing knee pain in osteoarthritis patients who receive treatment at a Thai traditional medical clinic Nong Suea Hospital Pathum Thani Province. *Advanced Science Journal*. 20 (1), 70-89. (in Thai).
- Malaimart, S., Danyuthsilp, C., Tangkavanich, T. & Kittimanon, N. (2012). Effects of Empowerment Program on Self -care Behaviorsand Pain Level among Older Adults Osteoarthritis, Muang District, NakhonSawan Province. *Journal of Public Health Nurses*. 26(2) : 44-57
- Nimit-arnun, N. (2014). Epidemiological situation and risk assessment of osteoarthritis in Thai people. *The Royal Thai Army Nursing Journal*. 15(3), 185-194.
- Petcharat, N.,& Kaspichayawattana. J. (2014). Impact of a Self-Management Programme on Old – Age Osteoarthritis Patients’ Daily Activities and Health-Related Quality of life. *Thai Journal of Nursing Council*. 2014; 29(2): 127-140.
- Pew-ngern, T. & Tuma, K. (2020). *Comparison of the effect of Thai herbal compress and vine-piercing compress on pain in patients with osteoarthritis*. *Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine*. 18(2), 297-305 (in Thai).
- Poonsuk, P., Songphasuk, S., Chantha, M., Nimphithakphong, N. & Jiratsathit, K. (2017). *Effectiveness of herbal poultices for relieving knee pain in osteoarthritis patients*. *Thammasat Medicine*, 18(1), 104-111.



- Phakdisamai, R & Panichacheewakul, P.(2011). Development of care for the elderly with knee pain problems of Ban Bak Subdistrict Health Promoting Hospital, Changhan District, Roi Et Province. *Journal of Nursing and health*, 34(4), 748-757. (in Thai).
- Promptansud, P. & Munsart, S. (2019). Effectiveness of a pain management and environmental adjustment program for elderly with knee osteoarthritis. *Thai Journal of Nursing*, 67(4), 34 - 43.
- Pradit, W., Chomdet, S. & Nganwongpanich, K. (2014). Researches of Thai Herbs for Osteoarthritis Treatment. *Scientific Journal KKU*, 42(2), 289-302.
- Somput, P. (2015). Effects of knee wrap with poultice on knee pain in patients with jab pongna knee disease. Rajamangala University of Technology Isan, Nakhon Ratchasima.
- Wichayavoranun, S., Mukpradub, S. & Thiangjanya, P. (2017). *Effects of the Relief Program Knee pain with herbal medicine, knee mask in patients with osteoarthritis, Na Noi Subdistrict, Hat Yai District, Songkhla Province*, Documents for the Academic Contest on Thai Traditional Medicine for the Fiscal Year 2017: Food, Drugs, Thai Traditional Medicine and Alternative Medicine Songkhla Provincial Public Health Office.
- Yammun,S., Udompittayasan, J. & Siramaneerat, I. (2018). Effectiveness of knee wrap with herbal formulations on knee pain in patients Japong dry knee. Ban Khok Hospital, Ban Khok District, Uttaradit Province. *Journal of Boromarjonani College of Nursing Suphanburi* 1(1), 16-27. (in Thai).
- Rueangsakul, R., Panaporn, T., Sae Sim, S Yoysanit, T. & Chayatawat3, W. (2020) Range of Motion of Knee Osteoarthritis Patients when Treating with Only Royal Court-type Massage and with Herbal Compression. *Journal of Traditional Thai Medical Research*, 6(1), 21-34.
- Udomsak, T. (2019). *Effect of Self-Management Support Program in Elderly with Knee Pain on Severity Level of knee joint pain, Hang Chat Subdistrict, Hang Chat District Lampang Province*. *Journal of Public Health System Development Research*, Phrae , 9(8),19-31.
- Soisong, S., Ruenkon, A., Fuengthong, P. & Sathong, P. (2019). Nursing for the Elderly with Osteoarthritis *Regional Medical Journal*. 33 (2),197-210.
- Thammakongthong, S., Abdullakasim, P & Maharachpong, N.(2019). Effect of an exercise program using thera-band on leg and joint mobility on knee osteoarthritis patients. *Journal of Public Helth Nursing*, 33, 51-66. Retrieved (2020, January 29) from <https://he01.tci-thaijo.org/index>



The Situation of Tuberculosis of Inmates in Prison Mueang Lampang District, Lampang Province

Pradit Nirattisai ^{1*}

(Received: November 7, 2021, Revised: March 31, 2022, Accepted: April 18, 2022)

Abstract

The objectives of this analytical descriptive were to study morbidity rates and to analyze pulmonary tuberculosis, morbidity rates among inmates in prisons, by studying and collecting retrospective data from the Lampang Central Prison database of 2,706 inmates from 3 prisons from October to December 2019. The instruments used a personal data record form, physical examination by chest radiography and sputum AFB 3 -day and MTB test in inmates with abnormalities on chest radiographs. The descriptive data were analyzed frequency, percentage and compare the ratios of disease and non-morbidity in both the risk factor and non-risk groups

The result found that: A total of 2,706 inmates were examined by chest radiograph screening found abnormalities 10.02 %, males 9.24%, females 0.78%, receiving additional tests with sputum AFB and MTB of the 32 positive and diagnosed pulmonary tuberculosis inmates (31 males, 1 female), 17.11 % of the inmates had abnormal radiographs. In each prison, chest radiography screening results showed abnormalities: 1) 2,552 The Central Prison with 261 abnormalities, 2) 50 at Nong Krathing Temporary Prison, 4 with abnormalities, 3) 104 at Central detention center with 7 abnormalities, of which three were further tested with AFB sputum and MTB tests, who were positive and were diagnosed with pulmonary tuberculosis, 29, 2 and 1 patients, respectively. Risk factor of pulmonary tuberculosis found that sex and underlying diseased are not associated in this study.

This study suggested that disease was caused by an imbalance of factors involved in both the human, disease-causing and environmental factors that need to be balanced in order to reduce the incidence of the disease. Screening of asymptomatic pulmonary tuberculosis patients in prison should therefore be screened according to criteria for speedy diagnosis and timely treatment to help reduce the spread of pulmonary tuberculosis in prison.

Keywords: Pulmonary Tuberculosis; Inmates; Prison

* Social Medicine Group, Lampang Hospital

¹Corresponding author: praditnirattisai@gmail.com Tel.0883909589



สถานการณ์การเกิดวัณโรคของผู้ต้องขังในเรือนจำ อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง

ประดิษฐ์ นิรัตติชัย^{1*}

(วันที่รับบทความ : 7 พฤศจิกายน 2564 , วันที่แก้ไขบทความ: 31 มีนาคม 2565, วันที่ตอบรับบทความ: 18 เมษายน 2565)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราป่วยและวิเคราะห์อัตราการป่วยด้วยวัณโรคปอดของผู้ต้องขังที่อยู่ในเรือนจำ โดยศึกษาและเก็บข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูลของเรือนจำกลางลำปาง ตั้งแต่เดือนตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ.2562 กลุ่มตัวอย่างผู้ต้องขัง จำนวน 2,706 คน จาก 3 เรือนจำ เครื่องมือที่ใช้คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล การตรวจร่างกายโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก และการส่งเสมหะเพื่อทำการทดสอบโดยส่งตรวจ AFB จำนวน 3 วัน และการส่งตรวจ MTB ในผู้ต้องขังที่พบความผิดปกติที่ภาพถ่ายรังสีทรวงอก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบอัตราส่วนของการเป็นโรคและไม่เป็นโรคในกลุ่มที่ได้รับปัจจัยเสี่ยงและไม่ได้รับปัจจัยเสี่ยง

ผลการศึกษาผู้ต้องขังทั้งหมด 2,706 คน จากการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกพบความผิดปกติ ร้อยละ 10.02 เพศชาย ร้อยละ 9.24 เพศหญิง ร้อยละ 0.78 โดยได้รับการตรวจเพิ่มด้วยการส่งเสมหะ AFB และตรวจ MTB ซึ่งได้ผลบวกและได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นวัณโรคปอดเข้าสู่กระบวนการการรักษา จำนวน 32 คน (ชาย 31 คน หญิง 1 คน) คิดเป็นร้อยละ 17.11 ของผู้ต้องขังที่พบภาพรังสีผิดปกติ โดยแต่ละเรือนจำมีผลการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกที่พบความผิดปกติ: 1) เรือนจำกลาง 2,552 คน พบความผิดปกติ 261 คน 2) เรือนจำชั่วคราวหนองกระตัง 50 คน พบความผิดปกติ 4 คน 3) สถานกักขังกลาง 104 คน พบความผิดปกติ 7 คน ซึ่งทั้ง 3 เรือนจำได้รับการตรวจเพิ่มด้วยการส่งเสมหะ AFB และตรวจ MTB ซึ่งได้ผลบวกและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดเข้าสู่กระบวนการการรักษา จำนวน 29, 2 และ 1 คน ตามลำดับ แต่เมื่อวัดความสัมพันธ์ของเพศชายไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นวัณโรคเมื่อเทียบกับเพศหญิง และการมีโรคประจำตัวกับการปฏิเสธโรคประจำตัวไม่มีผลต่อการเกิดโรควัณโรครายใหม่ในเรือนจำ

การศึกษาชี้ให้เห็นว่าโรคเกิดจากการเสียสมดุลของเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งคน ตัวก่อโรค และสิ่งแวดล้อม ต้องเกิดความสมดุลจึงจะทำให้การเกิดโรคลดลงได้ แต่ด้วยสิ่งแวดล้อมในเรือนจำเป็นสถานที่แออัด การคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่มีอาการแสดงที่อยู่ในเรือนจำจึงควรได้รับการคัดกรองตามเกณฑ์เพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการวินิจฉัยและได้รับการรักษาอย่างทันทั่วถึงเพื่อช่วยลดอัตราการแพร่ระบาดของโรควัณโรคปอดในเรือนจำ

คำสำคัญ: วัณโรคปอด; ผู้ต้องขัง; เรือนจำ

^{*}โรงพยาบาลลำปาง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: praditnirattisai@gmail.com โทร 0883909589



บทนำ

วัณโรค เป็นโรคติดต่อทางอากาศ ที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium ซึ่งมีหลายชนิด เชื้อที่พบบ่อยที่สุดและเป็นปัญหาในประเทศไทย คือ เชื้อ Mycobacterium tuberculosis โดยทั่วไปแล้วผู้ที่ติดเชื้อวัณโรคจะไม่แสดงอาการใดๆ ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นที่ปอด และจะติดต่อผ่านระบบทางเดินหายใจ จึงทำให้เชื้อเข้าปอดได้ง่ายที่สุด จึงทำให้วัณโรคยังคงเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของไทยและองค์การอนามัยโลกจัดให้ไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีปัญหาวัณโรค วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง โดยกลุ่มเสี่ยงที่อาจป่วยเป็นวัณโรค ได้แก่ ผู้ต้องขังในเรือนจำ ผู้สูงอายุ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเบาหวาน แรงงานข้ามชาติ และบุคลากรด้านสาธารณสุข (The Bureau of Tuberculosis, Department of disease Control, 2018)

วัณโรคมีอุบัติการณ์การเกิดโรคในปี 2559 มีรายงานว่าผู้ต้องขังจำนวน 307,961 ราย จากเรือนจำและทัณฑสถาน 142 แห่ง มีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา 1,589 ราย มีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา rifampicin (RR-TB) 88 ราย ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน 21 ราย และพบผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ HIV จำนวน 293 ราย จากข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคในปี 2562 ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรค 105,000 รายต่อปี และมีการเสียชีวิตจากวัณโรค 11,000 รายต่อปี โดยมีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา 88,000 ราย และมี 17,000 ราย ที่ไม่ได้รับรายงานหรือไม่ได้รับการวินิจฉัย ขณะที่ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ HIV เสียชีวิต 1,900 ราย (The Bureau of Tuberculosis, Department of disease Control, 2018)

วัณโรคมีการแพร่กระจายเชื้อโดยจะแพร่กระจายจากปอด หลอดลม หรือกล่องเสียงของผู้ป่วยวัณโรค เมื่อผู้ป่วยไอจามพูดดังๆ ตะโกน หัวเราะ หรือร้องเพลง เชื้อเหล่านี้จะอยู่ในละอองฝอยของเสมหะที่ออกมาสู่อากาศ อนุภาคของละอองฝอยขนาดใหญ่มักตกลงพื้นและแห้งไป เหลือส่วนที่เล็กที่สุดที่มีเชื้อวัณโรคจะลอยอยู่ในอากาศได้หลายชั่วโมง และถูกทำลายโดยแสงแดด โดยการไอนเวลา 1 ชั่วโมง ระยะแพร่เชื้อสามารถปล่อยละอองเสมหะที่มีเชื้อได้ตั้งแต่ 18-3,798 ละออง (Fennelly K.P., Martyny J.W., Fulton K.E., Orme L.M., Cave C.M. and Heifets L.B, 2004) เมื่อสูดหายใจเอาละอองฝอยที่มีเชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกาย เชื้อวัณโรคที่มีขนาดใหญ่จะติดอยู่ที่จมูกหรือลำคอ ซึ่งมักไม่ก่อให้เกิดโรค แต่ส่วนที่มีขนาดเล็กๆ จะเข้าไปสู่ที่ปอดเชื้อจะถูกทำลายด้วยระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย หากมีเชื้อที่ถูกทำลายไม่หมดจะแบ่งตัวทำให้เกิดการติดเชื้อ ถ้าระบบภูมิคุ้มกันแข็งแรงจะสามารถยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อวัณโรค

วัณโรคจึงเป็นโรคติดต่อที่สามารถคัดกรองและสามารถรักษาให้หายได้ แต่ความชุกของวัณโรคปอดในกลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำสูงกว่าในประชากรทั่วไปเกือบ 10 เท่า และด้วยบริบทในเรือนจำซึ่งเป็นสถานที่บุคคลอยู่รวมกันแออัดมาก ระบบการระบายอากาศ ประสิทธิภาพไม่เพียงพอ ด้วยข้อจำกัดของสถานที่และระบบการรักษาความปลอดภัย ทำให้การควบคุมวัณโรคยังมีปัญหาอุปสรรค (The Bureau of Tuberculosis, Department of disease Control, 2018) ทั้งการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรค การค้นหาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และการรักษาที่มี



ประสิทธิภาพเพื่อตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อ ดังนั้นถ้ามีการคัดกรองเพื่อค้นหาและวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคให้รวดเร็วขึ้นตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ยังไม่มีอาการ ให้การรักษาวัณโรคและวัณโรคดื้อยาที่รวดเร็ว ลดอัตราการเสียชีวิตและลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคนำไปสู่การลดความชุก และอุบัติการณ์วัณโรคปอดให้เป็นไปตามเป้าหมาย

วัณโรคปอดมีการคัดกรองในเรือนจำด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกผู้ต้องขังทุกราย เป็นครั้งแรกในเรือนจำทั่วประเทศ ผู้ต้องขังประมาณ 2.8 แสนคน เนื่องจากผู้ต้องขังในเรือนจำเป็นหนึ่งในกลุ่มเสี่ยงสำคัญที่มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคปอดได้สูงกว่าคนทั่วไป 7-10 เท่า อีกทั้งยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยและรักษา สำหรับวัณโรคปอดในเรือนจำหากผู้ต้องขังไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา โอกาสที่จะแพร่กระจายเชื้อให้คนอื่น ๆ ในเรือนนอนได้ง่ายและเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรคดื้อยาเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป (Wattanathorn S. & Phakdeewapi T.,2019)

จากสถานการณ์จำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง มีจำนวนผู้ต้องขังในจำนวนที่มากในแต่ละปีจากสถิติ (Department of Correction, 2018) ผู้ต้องขังในสถานกักขังกลาง จังหวัดลำปางในปี 2561 รวม 25 คน เป็นชายทั้งหมด และในปี 2562 มีผู้ต้องขังเพิ่มขึ้นเป็น 104 คน เป็นชาย 79 คนเป็นหญิง 25 คน ผู้ต้องขังในเรือนจำกลาง จังหวัดลำปางในปี 2561 รวม 2,621 คน เป็นชาย 2,249 คน คิดเป็นร้อยละ 85.81 เป็นหญิง 372 คน คิดเป็นร้อยละ 14.19 และในปี 2562 ผู้ต้องขังในเรือนจำกลาง จังหวัดลำปาง รวม 2,656 คน เป็นชาย 2,268 คน คิดเป็นร้อยละ 85.39 เป็นหญิง 388 คน คิดเป็นร้อยละ 14.61 และเรือนจำชั่วคราวหนองกระทิง จังหวัดลำปางในปี 2562 มีจำนวนผู้ต้องขังจำนวน 50 คนเป็นชายทั้งหมด และได้คัดกรองวัณโรคเชิงรุกโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกผู้ต้องขัง (X-ray) ในปี 2561 ได้ศึกษานำร่องที่ผู้ต้องขังในสถานกักขังกลาง จังหวัดลำปาง ในปี 2561 จำนวน 25 คน เป็นชายทั้งหมด พบผู้ต้องขังสงสัยวัณโรคปอด 1 คนโดยพบว่ามียาแบบจืดร่วมกับเส้นและปื้นที่ปอดขวาส่วนบนคิดเป็นร้อยละ 4 และส่งผู้ต้องขังที่พบภาพรังสีผิดปกติเก็บเสมหะส่งตรวจ AFB ผลบวกจำนวน 1 คนคิดเป็นร้อยละ 100 ของผู้ต้องขังที่พบภาพรังสีผิดปกติได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคปอดจากการตรวจเสมหะยืนยัน ดังนั้นโรงพยาบาลลำปาง โดยงานป้องกัน ควบคุมโรคและระบาดวิทยา กลุ่มงานเวชกรรมสังคม จึงมีความสนใจในการคัดกรองวัณโรคปอดในกลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำกลางลำปาง สถานกักขังกลาง และเรือนจำชั่วคราวหนองกระทิง ที่อยู่ในเขตอำเภอเมืองลำปาง เพื่อลดอัตราการป่วย ของการเกิดวัณโรคปอดในเรือนจำ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอัตราป่วยและวิเคราะห์อัตราการป่วยด้วยวัณโรคปอดของผู้ต้องขังในเรือนจำทั้ง 3 เรือนจำ ได้แก่ เรือนจำกลางจังหวัดลำปาง เรือนจำชั่วคราวหนองกระทิง และสถานกักขังกลาง จังหวัดลำปาง



คำถามการวิจัย

อัตราป่วยของการเกิดวัณโรคปอดในเรือนจำทั้ง 3 เรือนจำ ได้แก่ เรือนจำกลางจังหวัดลำปาง เรือนจำชั่วคราวหนองกระทิง และสถานกักขังกลาง จังหวัดลำปาง นั้นเป็นอย่างไร

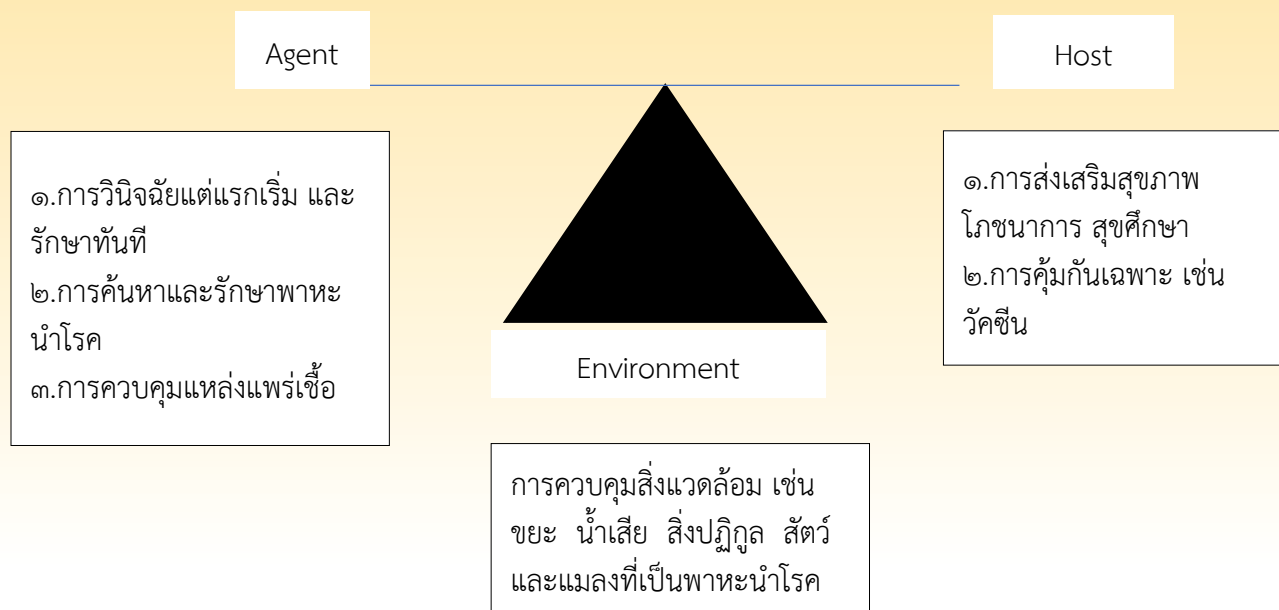
นิยามศัพท์

วัณโรคของผู้ต้องขัง หมายถึง โรคติดต่อที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียที่ติดต่อกันผ่านทางอากาศด้วยการหายใจ การจาม การไอหรือการอยู่ร่วมกัน โดยการศึกษาครั้งนี้จะเป็นการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยวัณโรคปอดในกลุ่มผู้ต้องขังเท่านั้น ไม่ได้รวมถึงวัณโรคทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยการคัดกรองวัณโรคปอดด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกและการตรวจเสมหะด้วยวิธี GeneXpert ในกลุ่มผู้ต้องขัง

เรือนจำ หมายถึง สถานที่กักขังนักโทษที่อยู่ในเรือนจำทั้ง 3 เรือนจำ ได้แก่ เรือนจำกลางจังหวัดลำปาง เรือนจำชั่วคราวหนองกระทิง และสถานกักขังกลาง จังหวัดลำปาง แต่ทั้ง 3 สถานที่ที่มีความจำเป็นของการรับผู้ต้องขังที่แตกต่างกัน โดย 1)สถานกักขังกลาง เป็นสถานที่ที่มีอำนาจควบคุมผู้ต้องขังซึ่งถูกกำหนดโทษกักขัง เช่น โทษขังแทนค่าปรับส่วนใหญ่ กักขังไม่เกิน 2 ปี จึงมีผู้ต้องขังหมุนเวียนเปลี่ยนบ่อย 2) เรือนจำชั่วคราวหนองกระทิง เป็นที่กักขังผู้ต้องขังชั้นดีที่ได้รับการลดโทษและใกล้ได้รับการปลดโทษซึ่งเป็นผู้ต้องขังที่อยู่ในเรือนจำกลางมาก่อนซึ่งมีผู้ต้องขังจำนวนน้อยที่สุด และ 3)เรือนจำกลาง เป็นเรือนจำปกติที่รับคุมขังผู้ต้องขังที่มีคำพิพากษาแล้วและนักโทษเด็ดขาดที่มีโทษจำคุกตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปซึ่งจะมีผู้ต้องขังมากกว่า 1,000 คนขึ้นไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาอัตราป่วย ของการเกิดวัณโรคปอดของผู้ต้องขังที่อยู่ในเขตอำเภอเมืองลำปาง ได้แก่ เรือนจำกลางจังหวัดลำปาง เรือนจำชั่วคราวหนองกระทิง และสถานกักขังกลาง จังหวัดลำปาง โดยใช้หลักการป้องกันและควบคุมโรค เมื่อปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคมียู่ 3 ด้านคือ 1) สิ่งที่ทำให้เกิดโรค (Agent) 2) คน (Host) 3) สิ่งแวดล้อม (Environment) ถ้าสามารถยับยั้งตัวแปรใด ตัวแปรหนึ่งได้ก็จะสามารถทำให้การป้องกันและควบคุมโรคดีขึ้น แต่ในกรณีผู้ต้องขังในเรือนจำอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดียวกัน ได้รับการส่งเสริมสุขภาพและโภชนาการที่เหมือนกัน ดังนั้นถ้ามีการค้นหาและวินิจฉัยโรคตั้งแต่แรกเริ่มได้น่าจะสามารถลดการเกิดโรคได้เช่นกัน สรุปเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้ คือ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์ (descriptive analytical study) โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังในช่วงไตรมาส 1 ของปีงบประมาณ 2563 ระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ.2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ต้องขังทุกคนในเรือนจำจังหวัดลำปาง จำนวน 2,706 คน ซึ่งมีทั้งหมด 3 แห่งคือ 1) เรือนจำกลางจังหวัดลำปาง จำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด 2,552 คน 2) เรือนจำชั่วคราวหนองกระทิง จำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด จำนวน 50 คน และ 3) สถานกักขังกลาง จำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด 104 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางคลินิกจากการตรวจร่างกายโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR) และผลการตรวจเสมหะด้วยวิธี GeneXpert

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจร่างกายโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR) และยืนยันผลการอ่านโดยรังสีแพทย์ทุกราย โดยได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีการศึกษานำร่องที่ผู้ต้องขังในสถานกักขังกลาง จังหวัดลำปางในปี 2561 จำนวน 25 คน เป็นชายทั้งหมด พบความผิดปกติจากการถ่ายภาพรังสีทรวงอกจำนวน 1 รายและให้แพทย์รังสีอ่านผลจากภาพถ่ายรังสีทรวงอกทุกรายพบผู้ต้องขังสงสัยวัณโรคปอด 1 ราย เช่นกันโดยพบว่ามีรอยฝ้าแบบจุด



ร่วมกับเส้นและปื้นที่ปอดขาวส่วนบน และในรายที่พบความผิดปกติจากการถ่ายภาพรังสีทรวงอกจะได้รับการส่งตรวจเสมหะเพื่อวินิจฉัยวัณโรคปอดทุกราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เพื่อขออนุมัติก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว จึงทำเรื่องประสานขอศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูลของเรือนจำกลางลำปาง โดยศึกษาจากประชากรทั้งหมดตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยทำหนังสือขออนุญาตใช้ฐานข้อมูลตามระบบ

1.3. ผู้วิจัยเข้าพบบุคลากรในเรือนจำทั้ง 3 สถานที่คือ เรือนจำกลางจังหวัดลำปาง เรือนจำชั่วคราวหนองกระทิง และสถานกักขังกลาง จังหวัดลำปาง เพื่อชี้แจงและทำความเข้าใจในการขอศึกษาข้อมูลย้อนหลังเกี่ยวกับผลการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอดในเรือนจำ ผลจากการถ่ายภาพรังสี และผลการตรวจเสมหะ โดยผู้วิจัยส่งหนังสือบันทึกข้อความในการขอข้อมูลย้อนหลังดังกล่าวกับทางเรือนจำที่เกี่ยวข้อง และนำข้อมูลที่ได้ระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2562 มารวบรวมและใช้ข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ในปี 2563 หลังขอจริยธรรมการวิจัยในคนเรียบร้อยแล้ว

1.4 เมื่อได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งหมดจากฐานข้อมูลที่มีอยู่ จึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูลหลังเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยเรื่องสถานการณ์การเกิดวัณโรคของผู้ต้องขังในเรือนจำ อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ดำเนินการให้รับรองโครงการวิจัย ตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล เลขที่โครงการวิจัย E 2563-058 ลงวันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ.2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์เปรียบเทียบอัตราส่วนของการเป็นโรคและไม่เป็นโรคในกลุ่มที่ได้รับปัจจัยเสี่ยงและไม่ได้รับปัจจัยเสี่ยงด้วยค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Relative risk)



ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ต้องขังในเรือนจำ อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง

ตัวแปร	ภาพรังสีปกติ		ภาพรังสีผิดปกติ		AFB,MTB+	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	1933	75.74	242	9.48	28	10.73
หญิง	358	14.03	19	0.75	1	0.38
ช่วงอายุ						
15-35 ปี	1031	40.39	131	5.13	12	4.59
36-59 ปี	897	35.15	98	3.84	11	4.21
60 ปีขึ้นไป	363	14.22	32	1.25	6	2.29

จากตารางที่ 1 ข้อมูลเรือนจำกลาง จังหวัดลำปาง ปี 2562 พบว่า จำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด 2,552 คน ผลการการคัดกรองวัณโรคในเรือนจำด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (X-Ray) ไม่พบความผิดปกติ 2,291 คน และพบความผิดปกติ 261 คน คิดเป็น 10.23 เปอร์เซ็นต์ของผู้ต้องขังทั้งหมด แบ่งเป็นเพศชายพบความผิดปกติ 242 คน คิดเป็น 9.48 เปอร์เซ็นต์ของผู้ต้องขังทั้งหมด และเพศหญิงผลการการคัดกรองวัณโรคในเรือนจำด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (X-Ray) พบความผิดปกติ 19 คน คิดเป็น 0.75 เปอร์เซ็นต์ของผู้ต้องขังทั้งหมด และผู้ต้องขังที่พบความผิดปกติที่ภาพถ่ายรังสีทรวงอกได้รับการตรวจรักษาเพิ่มด้วยการส่งเสมหะเพื่อทำการทดสอบโดยส่งตรวจ AFB (Acid-Fast Bacillus) จำนวน 3 วัน และการส่งตรวจ MTB พบว่ามีผู้ต้องขังจำนวน 29 ราย พบผลการส่งตรวจ AFB และ MTB เป็นผลบวก ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคและเข้าสู่กระบวนการการรักษาต่อไป โดยคิดเป็นร้อยละ 11.11 ผู้ต้องขังที่พบความผิดปกติที่ภาพถ่ายรังสีทรวงอก

ตารางที่ 2 ข้อมูลโรคประจำตัว และข้อมูลของผู้ต้องขังที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรครายเก่าและรายใหม่ จำนวน 29 คนในเรือนจำกลาง จังหวัดลำปาง ปี 2562

โรคประจำตัว	จำนวน	วัณโรครายเก่า	วัณโรครายใหม่
ปฏิสัยโรคประจำตัว	19	5	14
โรคความดันโลหิตสูง	2	-	2
โรคเบาหวาน	1	1	-



ตารางที่ 2 ข้อมูลโรคประจำตัว และข้อมูลของผู้ต้องขังที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรครายเก่าและรายใหม่ จำนวน 29 คนในเรือนจำกลาง จังหวัดลำปาง ปี 2562 (ต่อ)

โรคประจำตัว	จำนวน	วัณโรครายเก่า	วัณโรครายใหม่
โรคไวรัสตับอักเสบบี	1	1	-
โรคสะเก็ดเงิน	1	-	1
โรคนิ้วในไต	1	-	1
โรคเอดส์	1	-	1
โรคจิตเภท	1	-	1
โรคจิตจากแอมเฟตามีน	1	-	1
ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันสูง หัวใจโต และ ถุงลมโป่งพอง	1	-	1

จากตารางที่ 2 ข้อมูลเรือนจำกลาง จังหวัดลำปาง ปี 2562 พบว่า จำนวนผู้ต้องขังที่ได้รับการวินิจฉัยโรควัณโรคทั้งหมด 29 คน เป็นผู้ต้องขังที่เป็นวัณโรครายเก่าจำนวน 7 คนคิดเป็นร้อยละ 24.14 ของผู้ต้องขังที่ได้รับการวินิจฉัยโรควัณโรค ปฏิเสธโรคประจำตัวจำนวน 5 คน ซึ่งมีโรคประจำตัว 2 คน คือโรคเบาหวาน 1 คนและโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดบี 1 คน ส่วนผู้ต้องขังที่เป็นวัณโรครายใหม่จำนวน 22 คนคิดเป็นร้อยละ 75.86 ของผู้ต้องขังที่ได้รับการวินิจฉัยโรควัณโรค ปฏิเสธโรคประจำตัวจำนวน 14 คน ซึ่งมีโรคประจำตัว 8 คน คือ โรคความดันโลหิตสูง 2 คน โรคนิ้วในไต 1 คน โรคสะเก็ดเงิน 1 คน โรคเอดส์ 1 คน โรคจิตเภท 1 คน โรคจิตจากแอมเฟตามีน 1 คน และป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันสูง หัวใจโต และ ถุงลมโป่งพอง 1 คน

ตารางที่ 3 ตารางแสดงความสัมพันธ์ของภาพรังสีผิดปกติของผู้ต้องขังชายและหญิงในเรือนจำกลางจังหวัดลำปางต่อการวินิจฉัยโรค

	AFB,MTB+	ปกติ	รวม	Relative risk	95%CI
ชาย	28	2147	2175	4.85	0.66 to 35.56
หญิง	1	376	377		

z statistic 1.55, Significance level P=0.1201



จากตารางที่ 3 ผู้ต้องขังชายมีผล AFB,MTB+ จำนวน 28 คน และผู้ต้องขังหญิงมีผล AFB,MTB+ จำนวน 1 คน ผู้ต้องขังชายจึงมีปัจจัยเสี่ยงเป็นวัณโรคมากกว่า 4.90 เท่าของผู้ต้องขังหญิง แต่ค่า Relative risk = 4.85 อยู่ในค่า 95%CI 0.66 to 35.56 ดังนั้นความสัมพันธ์ของเพศชายไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นวัณโรคเมื่อเทียบกับเพศหญิง

ตารางที่ 4 ตารางแสดงความสัมพันธ์ของผู้ต้องขังที่เป็นวัณโรคในเรือนจำกลางจังหวัดลำปาง ต่อการวินิจฉัยโรคเป็นวัณโรครายใหม่

	TBnew	ไม่ใช่ TBnew	รวม	Relative risk	95%CI
มีโรคประจำตัว	8	21	29	0.57	0.28 to 1.15
ปฏิเสธโรคประจำตัว	14	15	29		

z statistic 1.567, Significance level P=0.117

จากตารางที่ 4 ผู้ต้องขังที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรควัณโรค และปฏิเสธการมีโรคประจำตัวและเป็นวัณโรคใหม่จำนวน 14 คน ของผู้ต้องขังที่พบว่าเป็นวัณโรค 29 คน และผู้ต้องขังที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรควัณโรคที่มีโรคประจำตัวและเป็นวัณโรครายใหม่จำนวน 8 คนของผู้ต้องขังที่พบว่าเป็นวัณโรค 29 คน ผู้ต้องขังที่มีโรคประจำตัว มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรควัณโรครายใหม่เป็น 0.57 เท่าของผู้ต้องขังที่ปฏิเสธโรคประจำตัว ในเรือนจำกลาง จังหวัดลำปาง แต่ค่า Relative risk =0.57 อยู่ในค่า 95%CI 0.28 to 1.15 ดังนั้นการมีโรคประจำตัวกับการปฏิเสธโรคประจำตัวไม่มีผลต่อการเกิดโรควัณโรครายใหม่ในเรือนจำ

ตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปเรือนจำชั่วคราวหนองกระเทียม จังหวัดลำปาง

ตัวแปร	ภาพรังสีปกติ		ภาพรังสีผิดปกติ		AFB,MTB+	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	46	92.00	4	8.00	2	50.00
หญิง	0	0.00	0	0.00	0	0.00
ช่วงอายุ						
15-35 ปี	18	36.00	1	2.00	1	25.00
36-59 ปี	26	52.00	3	6.00	1	25.00
60 ปีขึ้นไป	2	4.00	0	0.00	0	0.00



จากตารางที่ 5 ข้อมูลเรือนจำชั่วคราวหนองกระทิง จังหวัดลำปาง พบว่าจำนวนผู้ต้องขังเพศชายทั้งหมด 50 คน ผลการการคัดกรองวัณโรคในเรือนจำด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (X-Ray) ไม่พบความผิดปกติจำนวน 46 คน และพบความผิดปกติ 4 คน คิดเป็น 92.00 เปอร์เซ็นต์ และ 8.00 เปอร์เซ็นต์ ตามลำดับ และผู้ต้องขังที่พบความผิดปกติที่ภาพถ่ายรังสีทรวงอกได้รับการตรวจรักษาเพิ่มด้วยการส่งเสมหะเพื่อทำการทดสอบโดยส่งตรวจ AFB (Acid-Fast Bacillus) จำนวน 3 วัน และการส่งตรวจ MTB พบว่ามีผู้ต้องขังจำนวน 2 รายพบผลการส่งตรวจ AFB และ MTB เป็นผลบวก ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคและเข้าสู่กระบวนการการรักษาต่อไป โดยคิดเป็น ร้อยละ 50 ของผู้ต้องขังที่พบความผิดปกติที่ภาพถ่ายรังสีทรวงอก

ตารางที่ 6 ข้อมูลโรคประจำตัว และข้อมูลของผู้ต้องขังที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรครายเก่าและรายใหม่ จำนวน 2 คนในเรือนจำชั่วคราวหนองกระทิง จังหวัดลำปาง ปี 2562

โรคประจำตัว	จำนวน	วัณโรครายเก่า	วัณโรครายใหม่
โรคติดเชื้อราเรื้อรัง	1	1	-
โรคถุงลมโป่งพอง	1	1	-

จากตารางที่ 6 ข้อมูลเรือนจำชั่วคราวหนองกระทิง จังหวัดลำปาง ปี 2562 พบว่าจำนวนผู้ต้องขังที่ได้รับการวินิจฉัยโรควัณโรคทั้งหมด 2 คน เป็นผู้ต้องขังที่เป็นวัณโรครายเก่าจำนวน 2 คนคิดเป็น 100 เปอร์เซ็นต์ของผู้ต้องขังที่ได้รับการวินิจฉัยโรควัณโรคซึ่งมีโรคประจำตัวทั้ง 2 คน คือโรคติดเชื้อราเรื้อรัง 1 คนและโรคถุงลมโป่งพอง 1 คน

ตารางที่ 7 ข้อมูลทั่วไปสถานกักขังกลาง จังหวัดลำปาง

ตัวแปร	ภาพรังสีปกติ		ภาพรังสีผิดปกติ		AFB,MTB+	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	74	71.15	5	4.81	1	14.29
หญิง	23	22.12	2	1.92	0	0
ช่วงอายุ						
15-35 ปี	44	42.31	2	1.92	0	0
36-59 ปี	49	47.12	5	4.81	1	14.29
60 ปีขึ้นไป	4	3.84	0	0	0	



จากตารางที่ 7 ข้อมูลสถานกักขังกลาง จังหวัดลำปางปี 2562 พบว่า จำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด 104 คน ผลการการคัดกรองวัณโรคในเรือนจำด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (X-Ray) ไม่พบความผิดปกติ 97 คน และพบความผิดปกติ 7 คน คิดเป็น 6.73 เปอร์เซ็นต์ของผู้ต้องขังทั้งหมด แบ่งเป็นเพศชายพบความผิดปกติ 5 คน คิดเป็น 4.81 เปอร์เซ็นต์ของผู้ต้องขังทั้งหมด และเพศหญิงผลการการคัดกรองวัณโรคในเรือนจำด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (X-Ray) พบความผิดปกติ 2 คน คิดเป็น 1.92 เปอร์เซ็นต์ของผู้ต้องขังทั้งหมด และผู้ต้องขังที่พบความผิดปกติที่ภาพถ่ายรังสีทรวงอกได้รับการตรวจรักษาเพิ่มด้วยการส่งเสมหะเพื่อทำการทดสอบโดยส่งตรวจ AFB (Acid-Fast Bacillus) จำนวน 3 วัน และการส่งตรวจ MTB พบว่ามีผู้ต้องขังจำนวน 1 รายพบผลการส่งตรวจ AFB และ MTB เป็นผลบวก ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคและเข้าสู่กระบวนการการรักษาต่อไป โดยคิดเป็นร้อยละ 14.29 เปอร์เซ็นต์ของผู้ต้องขังที่พบความผิดปกติที่ภาพถ่ายรังสีทรวงอก โดยผู้ต้องขังที่ได้รับวินิจฉัยเป็นวัณโรครายใหม่ และมีโรคประจำตัว คือ โรคเอดส์

อภิปรายผล

จากการศึกษาสถานการณ์การเกิดวัณโรคของผู้ต้องขังทั้ง 3 สถานที่คือ เรือนจำกลางจังหวัดลำปาง, เรือนจำชั่วคราวหนองกระทิง และสถานกักขังกลาง จังหวัดลำปาง ในปี พ.ศ. 2562 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล การตรวจร่างกายโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก และการส่งเสมหะเพื่อทำการทดสอบโดยส่งตรวจ AFB จำนวน 3 วัน และการส่งตรวจ MTB พบว่า มีการพบผู้ต้องขังที่สงสัยเป็นวัณโรคจากภาพรังสีผิดปกติพบร้อยละ 10.02 แบ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 9.24 เพศหญิง ร้อยละ 0.78 และป่วยเป็นวัณโรคจากผลการตรวจเสมหะด้วย AFB และ MTB พบ 32 คน คิดเป็นร้อยละ 17.11 ของผู้ต้องขังที่พบภาพรังสีผิดปกติ ซึ่งผู้ต้องขังชายมีผล AFB, MTB+ จำนวน 31 คน และผู้ต้องขังหญิงมีผล AFB, MTB+ จำนวน 1 คน แต่ความสัมพันธ์ของเพศชายไม่มีความสัมพันธ์กับการเป็นวัณโรคเมื่อเทียบกับเพศหญิง ซึ่งตรงกันข้ามกับการศึกษาของงานวิจัยอื่นๆ ที่พบว่า โอกาสแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคมีสูงในเรือนจำโดยเฉพาะในผู้ต้องขังชายที่มีจำนวนมากกว่าผู้ต้องขังหญิงจึงทำให้ร้อยละของผู้ต้องขังชายจะเป็นวัณโรคได้มากกว่าเพศหญิงและสามารถกระจายเชื้อได้ดี เนื่องด้วยสิ่งแวดล้อมและการอยู่อาศัยอยู่ร่วมกันอย่างแออัดซึ่งเกิดจากจำนวนผู้ต้องขังที่มีมากขึ้น ขาดการถ่ายเทอากาศที่เหมาะสม การไหลเวียนของอากาศที่ไม่ดี (Peasri M., Thipwareerom W., Hingkanon P. & Prachanban P., 2015) ถึงแม้ว่าการศึกษาในครั้งนี้จะไม่พบความสัมพันธ์ของการเกิดวัณโรคปอดในเพศชายกับเพศหญิงก็ตาม แต่ก็มีผลสอดคล้องในเรื่องการมีสถานที่แออัดคับแคบและการขาดการถ่ายเทอากาศที่เหมาะสมซึ่งส่งผลต่อการเกิดการแพร่กระจายวัณโรคปอดในเรือนจำให้เพิ่มมากขึ้นตามมาด้วยเช่นกัน

จากผลการศึกษาในครั้งนี้นอกจากเพศที่ไม่พบความสัมพันธ์ในการเกิดวัณโรคในเรือนจำแล้ว การมีโรคประจำตัวกับการปฏิเสธโรคประจำตัวก็พบว่าไม่มีผลต่อการเกิดโรควัณโรคในเรือนจำเช่นเดียวกัน ซึ่งแม้ว่าผลการศึกษาจะไม่แสดงความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น แต่ก็ชี้ให้เห็นว่ามีจำนวนของผู้ต้องขังที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณ



โรคปอดเกิดขึ้นในเรือนจำ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขโดยกรมควบคุมโรค ร่วมกับกระทรวงยุติธรรม กรมราชทัณฑ์ได้ร่วมมือกันประกาศเจตนารมณ์ยุติวัณโรคในเรือนจำที่ถือเป็นนโยบายระดับชาติที่จะยุติวัณโรคตามแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องคัดกรองและลดความเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคปอดให้ลดน้อยลง ซึ่งการเกิดวัณโรคปอดในเรือนจำตามแนวทางระบาดวิทยากล่าวไว้ว่า โรคเกิดจากการเสียดุลของเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Determinants) โดยแบ่งปัจจัยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ปัจจัยเกี่ยวข้องกับคน (Host) 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวก่อโรค (Agent) และ 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม (Environment) จะเห็นได้ว่าโอกาสแพร่กระจายของเชื้อมีสูงในเรือนจำ เนื่องด้วยสิ่งแวดล้อมและการอยู่อาศัยกันอย่างแออัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมานิตย์ เป็ลยศรี (Peasri M., Thipwareerom W., Hingkanon P. & Prachanban P., 2015) เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในเรือนจำต่อการแพร่กระจายของวัณโรคจากสถานที่คับแคบหรือที่ขาดการถ่ายเทอากาศที่เหมาะสม การไหลเวียนของอากาศที่ไม่ดี สภาพแออัดนั้นเกิดจากจำนวนผู้ต้องขังที่มีมากขึ้นทำให้มาตรฐานของพื้นที่นอนของผู้ต้องขังลดลงและไม่ผ่านเกณฑ์ ซึ่งจากข้อมูลของกรมราชทัณฑ์พื้นที่นอนของผู้ต้องขัง 1 คนตามมาตรฐานสากลคือ 7.5 ตารางเมตรต่อคนส่วนในประเทศไทยนั้น มาตรฐานขั้นต่ำของพื้นที่นอน สำหรับผู้ต้องขังที่กำหนดโดยกรมราชทัณฑ์ คือ 2.25 ตารางเมตรต่อผู้ต้องขัง 1 คน ซึ่งเป็นขนาดที่พอจะยอมรับได้ ถ้าการระบายอากาศในห้องนอนอยู่ในเกณฑ์ดี แต่ในความเป็นจริงนั้นในเรือนจำกลางจังหวัดลำปางผู้ต้องขังมีปริมาณมากพื้นที่นอนสำหรับผู้ต้องขังที่กำหนดโดยกรมราชทัณฑ์ คือ 1.20 ตารางเมตรต่อผู้ต้องขัง 1 คน โดยเฉพาะในผู้ต้องขังชายที่มีจำนวนมากกว่าผู้ต้องขังหญิงจึงทำให้ร้อยละของผู้ต้องขังชายจะเป็นวัณโรคได้มากกว่าเพศหญิง (Department Of Corrections, 2016)

จากความแตกต่างกันของสถานที่ในการกักขังผู้ต้องขังมีความจำเป็นของการรับผู้ต้องขังที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ในสถานกักขังกลาง จังหวัดลำปาง เป็นสถานที่ที่มีอำนาจควบคุมผู้ต้องขังซึ่งถูกกำหนดโทษกักขัง เช่น โทษชังแทนค่าปรับส่วนใหญ่กักขังไม่เกิน 2 ปี จึงมีผู้ต้องขังหมุนเวียนเปลี่ยนบ่อยและพบวัณโรคในผู้ต้องขังรายใหม่ ส่วนเรือนจำชั่วคราวหนองกระทิงซึ่งเป็นที่พักผู้ต้องขังชั้นดีที่ได้รับการลดโทษและใกล้ได้รับการปลดโทษ ซึ่งเป็นผู้ต้องขังที่อยู่ในเรือนจำกลางมาก่อนจึงมีผู้ต้องขังจำนวนน้อยที่สุดและพบเป็นกลุ่มวัณโรคหายเก่าทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา พบว่า มีจำนวนผู้ต้องขังที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดในสถานกักขังกลาง จำนวนมากกว่าสถานกักขังอีก 2 แห่ง ด้วยเหตุที่มีการหมุนเวียนและเปลี่ยนบ่อยดังกล่าว นอกจากนี้ในเรือนจำกลางเป็นเรือนจำประจำจังหวัดที่เป็นเรือนจำปกติที่รับคุมขังผู้ต้องขังที่มีคำพิพากษาแล้ว และนักโทษเด็ดขาดที่มีโทษจำคุกตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งในแต่ละเรือนจำกลางจะมีผู้ต้องขังมากกว่า 1,000 คนขึ้นไป และมีจำนวนมาก และจะมีความหลากหลายมีทั้งผู้ป่วยวัณโรคหายใหม่และหายเก่าปะปนกัน (Department Of Corrections, 2016) จึงทำให้มีการพบจำนวนของผู้ป่วยวัณโรคได้เพิ่มมากขึ้น

การดำเนินงานวิจัยนี้ พบว่า การที่มีข้อจำกัดในด้านสิ่งแวดล้อมจึงทำให้ผู้ต้องขังที่เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่มีอาการแสดงแต่สามารถแสดงผลได้ด้วยการคัดกรองด้วยการเอกซเรย์ทรวงอกทำให้เกิดความแม่นยำ จากทั้ง 3



สถานที่ ทั้งเรือนจำกลาง เรือนจำชั่วคราวหนองกระเทียม และ สถานกักขังกลาง พบว่าเมื่อภาพรังสีผิดปกติและป่วยเป็นวัณโรคจากผลการตรวจเสมหะด้วย AFB และ MTB คิดเป็นร้อยละ 17.11 ของผู้ต้องขังที่พบภาพรังสีผิดปกติตามลำดับ และสามารถหาความผิดปกติของความเสี่ยงโรคอื่นร่วมด้วย ดังนั้นการคัดกรองผู้ป่วยทุกปีจะช่วยลดอัตราการแพร่ระบาดของโรควัณโรคทั้งในกลุ่มที่แสดงอาการและไม่แสดงอาการเพื่อการรักษาได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น จากการศึกษาของวันดี วิรัสสะ, 2561 (Wiratsa W., 2018) ได้พัฒนารูปแบบการคัดกรองวัณโรคจากวิธีเดิม และเพิ่มการคัดกรองด้วยการเอกซเรย์ทรวงอกผู้ต้องขัง ทำให้ผู้ต้องขังทุกคนได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำด้วยการ X-ray ปอด ประจำปีๆ ละ 1 ครั้ง เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ มีการค้นพบผู้ป่วยเร็วขึ้น ได้รับการรักษาเร็วขึ้น ป้องกันการแพร่เชื้อภายในเรือนจำ และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง มีความพึงพอใจการคัดกรองวัณโรครูปแบบใหม่มากกว่ารูปแบบเก่า

ดังนั้นการที่ประมาณร้อยละ 11 ของผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มประชากรทั่วไป เคยต้องขังในเรือนจำมาก่อน อาจเป็นไปได้ว่ามีการติดเชื้อวัณโรคจากเรือนจำ หรืออาจป่วยเป็นวัณโรคแต่ไม่ได้รับการคัดกรองในขณะที่ต้องขังในเรือนจำ รวมทั้งอาจเป็นกรณีที่ผู้ป่วยพ้นโทษ ในระหว่างการรักษาวัณโรค กรณีต่างๆ ล้วนแต่บ่งชี้ความสำคัญของการพัฒนาระบบการส่งต่อระหว่างเรือนจำกับสถานบริการสาธารณสุข ไม่เพียงแต่ผู้ต้องขังทุกคนควรได้รับการคัดกรองวัณโรค เมื่อแรกเริ่มเข้าสู่เรือนจำ และมีการคัดกรองเป็นประจำเท่านั้น แต่เมื่อพ้นโทษจำเป็นต้องมีการส่งต่อเพื่อรับการรักษาวัณโรคอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งอาจคัดกรองโรคติดต่อต่างๆ รวมทั้งวัณโรค เพื่อส่งต่อไปรับการดูแลที่สถานพยาบาลในระบบปกติ (Wiriaprasopchoke A., Ngamwittayapong J. & Netsuwan S., 2017) เมื่อมีการค้นหาคัดกรองวัณโรคแล้วควรมีการจัดทำเป็นแนวทางในการดูแลผู้ต้องขังเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรควัณโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการเข้าสู่เรือนจำ การติดตามและการส่งต่อในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และการคัดกรองก่อนออกสู่สังคมเพื่อการลดการแพร่กระจายโรคสู่สังคมภายนอก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

เรือนจำควรมีการอบรมให้ผู้ต้องขังมีความรู้เรื่อง การป้องกันวัณโรคปอดด้วยตนเอง สนับสนุนการใส่หน้ากากอนามัย ผ้าปิดปากในเรือนจำอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และทำการตรวจคัดกรองวัณโรคปอดตั้งแต่วัยเริ่มแรกเริ่มเข้าสู่เรือนจำ และก่อนจะออกจากเรือนจำสู่สังคมภายนอก เพื่อลดการแพร่ระบาดของโรควัณโรคปอดได้ โดยอาจมีการจัดทำแผนการตรวจคัดกรองในทุกๆ 6 เดือน หรือ 1 ปีอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติม มีการจัดทำเป็นโปรแกรม หรือแนวปฏิบัติในการให้ความรู้โรคติดต่อที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ต้องขัง วิธีการปฏิบัติเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ การคัดกรองวัณโรคปอดในผู้ต้องขังแผนการรักษา การแยก



ผู้ต้องขังที่ป่วยเป็นโรคกับผู้ต้องขังที่ไม่เป็นโรค และการดูแลได้รับยาอย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้ต้องขังที่เป็นโรค เพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างยั่งยืนต่อไปและลดการแพร่กระจายเชื้อได้อย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้ต้องขัง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กรมราชทัณฑ์ ผู้บัญชาการ พยาบาลประจำเรือนจำ และผู้ต้องขังทุกคนที่อยู่ในเรือนจำทั้ง 3 สถานที่ คือ เรือนจำกลางจังหวัดลำปาง เรือนจำชั่วคราวหนองกระตัง และสถานกักขังกลาง จังหวัดลำปาง ที่อนุเคราะห์สถานที่ในการจัด เก็บข้อมูล ความร่วมมือในการช่วยกันคัดกรองวัณโรคปอด และขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องสำหรับโครงการดีๆ ที่จะช่วยลดการแพร่ระบาดของวัณโรคปอดที่ทำให้เกิดความตระหนักในการคัดกรองโรคเบื้องต้น

เอกสารอ้างอิง

- Fennelly K.P., Martyny J.W., Fulton K.E., Orme L.M., Cave C.M. and Heifets L.B. (2004). Cough-generated Aerosols of Mycobacterium tuberculosis: A New Method to Study Infectiousness. *American Journal Respiratory Critical Care Medicine*. 169(1). 604–609.
- Peasri M., Thipwareerom W., Hingkanon P. & Prachanban P. (2015). Factors affecting on the self-care capability of TB inmates in prisons/ prisons lower Northern Region. *Journal of Nursing and Health*, 9(3), 45-58.
- Sawatwenapong W., & Lamrod K. (2018). Situation of tuberculosis among personnel in hospital under the ministry of public health, Tak province. *Journal of health systems research*.11(2), 286-295.
- Department Of Corrections.(2016). *Standards for TB prevention and care in prisons* .(Online), Available: <http://www.tbthailand.org/qtb>. (2021, 2 December)
- Department of Correction.(2018). *Statistic Report-Department of correction*.(Online), Available: [https://th.wikipedia.org/wiki/ Department of correction](https://th.wikipedia.org/wiki/Department_of_correction). (2022, 12 February).
- The Bureau of Tuberculosis, Department of disease Control. (2018). *Systeriatic screening for activeTB and drug-resistance TB*. 2nd Edition. Bangkok: The Bureau of Tuberculosis, Department of disease Control.
- Veteewuthajarn K. , Suwannaphan K., Saengphet W..(2018).Factors related to the preventing tuberculosis of inmates in Buengkan provincial prisons in 2017.*The official of disease prevention and control at 7 Khon Kean*, 25(3), 99-105.
- Wattanathorn S. & Phakdeewapi T.. (2019). A survey of the prevalence of Pol tuberculosis found in inmate's prison in health area 4,2017. *Journal of Medicine and Pubic health area 4*. April-September 2019, 9(2),50-58.



Wiratsa W. (2018). The development of screening model for finding tuberculosis patients in prisons in Singburi province 2018. *Journal of Medicine and Pubic health area* 4. April-September 2020, 10(2), 1-9.

Wiriaprasobchok A., Ngamvithayapong-Yanai J., Wongyai J., Nedsuwan S., (2017). Characteristics and treatment outcome of TB patients from prisons and general TB patients in Muang district Chiang Rai Province, *Pubic Systems Research Journal*, April-June 2017, 6(2), 277-285.



A Study of Clinical Description and Associated Factors of Severe Symptoms of Children with COVID-19 Infection King Narai Hospital Lopburi

Hathairat Autjimanon^{1*}, Panida Sukprasong^{**}, Supansa Amprai^{***}

(Received: December 30, 2021, Revised: April 28, 2022, Accepted: May 10, 2022)

Abstract

This retrospective descriptive study was aimed to describes the clinical of Covid-19 infection, associated factors of severe symptoms of children with COVID-19 infection to monitor the occurrences of MIS-C (Multisystem Inflammatory Syndrome in Children). The study used a purposive sampling method. A total of 169 children who had Covid-19 and treated at King Narai Hospital from April 1st to September 30th 2021 were the target population of this study. 1) Patient records of children with Covid-19 infection. 2) MIS-C form follow-up interview. Either Chi-square, Fisher's exact with OR crude with 95% confidence interval and either Independent t-test, Mann-Whitney U test were used to process the data.

Most children got infected through families and relatives (76.30%). Others had only mild symptoms (65.10%). Age 1-5 year ($p=.023$), age 6-12 year ($p=.000$), age 13-18 year ($p=.001$), fever ($p=.041$), myalgia ($p=.040$) and having rash ($p=.010$) were associated factors that related to the disease severity, were significantly. The results showed that body temperature ($p=.000$), duration of fever ($p=.000$), oxygen saturation ($p=.000$), duration of hospital stay ($p=.006$), serum albumin level ($p=.020$), and serum CRP level ($p=.024$) between patients with mild symptoms and patients with severe symptoms were significantly different. Therefore, health promotion in changing the behaviors for preventing the spread disease was an important action including promoting the standard of the monitoring of MIS-C.

Keywords: Covid-19 in children infection; Severe symptoms; MIS-C

* Pediatrician, King Narai Hospital Lopburi

** Nurse Practitioner, King Narai Hospital Lopburi

*** Public Health Technical Officer, King Narai Hospital Lopburi

¹Corresponding author: hathairatknh@gmail.com. Tel 086-8127037



การศึกษาลักษณะทางคลินิกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการรุนแรงของการติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ในเด็ก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี

หทัยรัตน์ อัจฉิมานนท์^{1*}, พนิดา สุขประสงศ์^{**}, สุพรรณษา อำไพ^{***}

(วันที่รับบทความ : 30 ธันวาคม 2564 , วันที่แก้ไขบทความ: 28 เมษายน 2565, วันที่ตอบรับบทความ: 10 พฤษภาคม 2565)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่ออธิบายลักษณะทางคลินิกของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยเด็ก 2) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการรุนแรงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยเด็ก และ 3) เพื่อติดตามเฝ้าระวังภาวะกลุ่มอาการอักเสบหลายระบบที่เป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังจากติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อายุแรกเกิด-18 ปี ที่ได้รับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในรพ.พระนารายณ์มหาราชตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน - 30 กันยายน 2564 จำนวน 169 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยเด็ก 2) แบบสัมภาษณ์ติดตามอาการทางโทรศัพท์ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้สถิติ Chi-square, Fisher's exact, OR crude และค่า 95% CI วิเคราะห์ความแตกต่างใช้สถิติ Independent t-test, Mann-Whitney U test.

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ติดเชื้อมาจากคนในครัวเรือน ร้อยละ 76.30 ระดับความรุนแรงของอาการระดับ mild disease ร้อยละ 65.10 ปัจจัยด้านอายุ 1-5 ปี ($p=.023$) อายุ 6-12 ปี ($p=.000$) และอายุ 13-18 ปี ($p=.001$) อาการไข้ ($p=.041$) ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ($p=.040$) และมีผื่น ($p=.010$) มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยอุณหภูมิร่างกาย ($p=.000$) ระยะเวลาการมีไข้ ($p=.000$) ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด ($p=.000$) ระยะเวลานอนพักโรงพยาบาล ($p=.006$) Albumin ($p=.020$) และ CRP ($p=.024$) ของกลุ่มอาการเล็กน้อยกับกลุ่มอาการรุนแรงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลจากการติดตามเฝ้าระวังพบผู้ป่วยเด็กมีภาวะ MIS-C 3 ราย ร้อยละ 1.80 ดังนั้นควรส่งเสริมให้ประชาชนมี Health literacy ปรับพฤติกรรมป้องกันแพร่กระจายเชื้อในครัวเรือน และส่งเสริมมาตรการการติดตามเฝ้าระวังภาวะ MIS-C

คำสำคัญ: ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเด็ก; อาการรุนแรง; กลุ่มอาการอักเสบหลายระบบที่เป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรง

*กุมารแพทย์, โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี

**พยาบาลเวชปฏิบัติ, โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี

*** นักวิชาการสาธารณสุข, โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี

¹ผู้ประสานงาน: hathairatknh@gmail.com. Tel 086-8127037.

**บทนำ**

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19) เป็นการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากเชื้อไวรัส Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ซึ่งมีจุดเริ่มต้นจากเมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีนเกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สายพันธุ์เบต้า ต่อมาเกิดการระบาดใหญ่ทั่วโลก (pandemic) (Panahi, Amir, & Pouy, 2020) นับเป็นวิกฤตทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยตั้งแต่ปลายเดือนธันวาคม 2562 จนถึงปัจจุบัน สำหรับประเทศไทยเริ่มพบการติดเชื้อตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 และเกิดการระบาดอย่างต่อเนื่องเป็นระลอกจนถึงปัจจุบันนับเป็นระลอกที่ 3 พบสายพันธุ์อังกฤษหรือที่เรียกว่า แอลฟา ซึ่งสามารถแพร่กระจายได้เร็วกว่าสายพันธุ์เดิม 1.70 เท่า สายพันธุ์อินเดียที่เรียกว่า เดลต้า ซึ่งระบาดได้ง่ายกว่าสายพันธุ์อังกฤษถึง 1.40 เท่า ทำให้การระบาดขยายวงกว้างจากวัยทำงานไปสู่ทุกคนในครอบครัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุและเด็กติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น (Phuworawan, 2021) และเมื่อปลายเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 องค์การอนามัยโลกประกาศ มีการระบาดสายพันธุ์ใหม่ เรียกว่า Omicron ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มเชื้อกลายพันธุ์ที่มีโอกาสเพิ่มการระบาดได้สูงขึ้นในวงกว้างมีความเสี่ยง มีโอกาสติดเชื้อซ้ำ รวมทั้งประสิทธิภาพวัคซีนที่มีอยู่อาจลดลง (World Health Organization, 2021) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขรายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่เดือนมกราคม 2563 ถึงปัจจุบัน ณ วันที่ 18 ธันวาคม 2564 ทั่วโลกพบว่ามีผู้ติดเชื้อยืนยันสะสม 274,028,428 ราย และมีผู้เสียชีวิต 5,362,720 ราย ประเทศไทยพบผู้ป่วยติดเชื้อสะสมจำนวน 2,188,629 คน และเสียชีวิต 21,355 คน คิดเป็นร้อยละ 0.98 (Department of Disease Control Emergency Operations Center, 2021) ปัจจัยที่ทำให้การระบาดขยายวงกว้างมากขึ้นมีหลายปัจจัย ที่สำคัญคือการพักอาศัยในแหล่งที่มีการระบาดของโรคอย่างรุนแรง (Alsohime, Temsah, Al-Nemri, Somily, & Al-Subaie, 2020) การอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อหรือการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว บุคคลใกล้ชิดที่มีการติดเชื้อ (Alsohime et al., 2020; Kriangburapha, 2020; Chang, Wu, & Chang, 2020) ผู้ป่วยเพศชายมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากกว่าและมีความเสี่ยงที่โรคจะมีความรุนแรงมากกว่าเพศหญิง (Barek, Aziz & Islam, 2020)

การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเด็กส่วนมากมักไม่พบอาการรุนแรงหรือไม่แสดงอาการ จากการทบทวนงานวิจัยของ (Alsohime, Temsah, Al-Nemri, Somily, & Al-Subaie, 2020) เรื่องความชุก สาเหตุ อาการทางคลินิกและผลลัพธ์การรักษาของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเด็กพบว่า เด็กที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มักจะไม่แสดงอาการจึงเป็นผู้กระจายเชื้อแก่ผู้ดูแลได้โดยง่าย ขณะเดียวกันปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของเด็กต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือการสัมผัสบุคคลใกล้ชิด สมาชิกในครอบครัวที่มีการติดเชื้อ รวมทั้งการพักอาศัยในแหล่งที่มีการระบาดของโรค และจากการศึกษาของ De Souza, Nadal, Nogueira, Pereira, & Brandao (2020) ศึกษาอาการของเด็กอายุน้อยกว่า 18 ปีที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนเมษายน 2563 พบว่าสัดส่วนการแสดงอาการแบบไม่มีอาการ (asymptomatic), อาการเล็กน้อย (mild), อาการปานกลาง (moderate), อาการรุนแรง (severe), และมีอาการขั้นวิกฤต (critical) ร้อยละ 14.20, 36.30, 46.00, 2.10 และ 1.20 ตามลำดับ อาการที่พบบ่อยคือ ไข้ ไอ อาการทางจมูก (มีน้ำมูก จมูกไม่ได้กลิ่น) ท้องเสีย และคลื่นไส้ อาเจียน



พบร้อยละ 47.5, 45.0, 11.2, 8.1 และ 7.1 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า มีภาวะปอดอักเสบร้อยละ 36.9 จากรายงานสถานการณ์ โควิด-19 ในเด็กไทย(อายุ 0-18 ปี) ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ 1 เมษายน 2564-24 พฤศจิกายน 2564 พบจำนวนเด็กติดเชื้อ โควิด-19 อายุแรกเกิด ถึง 18 ปีสะสมทั้งหมด จำนวน 310,648 ราย มีผู้เสียชีวิต 59 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต(case fatality rate) ร้อยละ 0.01 การที่มีเด็กและวัยรุ่นติดเชื้อโควิด-19 เพิ่มมากขึ้น คาดว่าจะมีการพบผู้ป่วย Multisystem Inflammatory Syndrome in Children; MIS-C เพิ่มมากขึ้น (Samkoket, 2021) MIS-C เป็นกลุ่มอาการอักเสบหลายระบบที่เป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังจากติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะที่พบได้ยากอาจเริ่มมีอาการได้ตั้งแต่กำลังจะหายจากโรค หรือ ตามหลังการติดเชื้อประมาณ 2-6 สัปดาห์ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการของโรคโควิดเพียงเล็กน้อยหรือไม่แสดงอาการ อายุเฉลี่ยที่พบ 9.7 ปี พบในเด็กเพศชายมากกว่าเพศหญิง(Feldstein et al., 2020) ภาวะที่มีความรุนแรง MIS-C ตามหลังโควิด-19 ในเด็กและวัยรุ่นซึ่งอาจรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้ กุมารแพทย์ควรสังเกตอาการที่เข้าได้กับโรคได้แก่ มีไข้เกิน 38 องศาเซลเซียส เกิน 24 ชั่วโมง ร่วมกับมีอาการตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไปของร่างกาย (หัวใจและหลอดเลือด ไต ทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต ทางเดินอาหาร และ ระบบประสาท)ที่ไม่พบสาเหตุจากโรคอื่น และมีการติดเชื้อหรือมีการสัมผัส ผู้ติดเชื้อ SARS-CoV2 ในเวลาที่ผ่านมาไม่นาน มีค่าการอักเสบในเลือดสูง ต้องรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Department of Medicine, 2021) และ Alshime et al.(2020) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยเด็กที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่อายุน้อยกว่า 1 ปี มีความเสี่ยงที่จะมีอาการรุนแรง โดยเป็นอาการตอบสนองต่อการติดเชื้ออย่างรวดเร็วและรุนแรง มีการติดเชื้ออย่างรุนแรงในหลายระบบของร่างกาย

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่รับรักษาผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมทั้งเป็นแม่ข่ายในการรับส่งต่อผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งแนวโน้มผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษามีสูงขึ้น การป้องกันการติดเชื้อในเด็กที่ดีจะสามารถลดอัตราการติดเชื้อและความรุนแรงจากการติดเชื้อได้ การวางแผนเพื่อป้องกันการระบาดและการดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะรุนแรงในเด็กจึงมีความสำคัญ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาข้อมูลทางระบาดวิทยา ลักษณะอาการทางคลินิก มีปัจจัยอะไรที่สัมพันธ์กับอาการรุนแรงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเด็ก ตลอดจนเฝ้าระวังการเกิดอาการรุนแรง หรือ MIS-C โดยการติดตามอาการหลังติดเชื้อ 2-6 สัปดาห์ ซึ่งผลการศึกษารั้งนี้จะเป็นประโยชน์แก่การนำไปเป็นแนวทางในการดูแลรักษา ติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเด็ก และการควบคุมป้องกันโรคต่อไป

วัตถุประสงค์

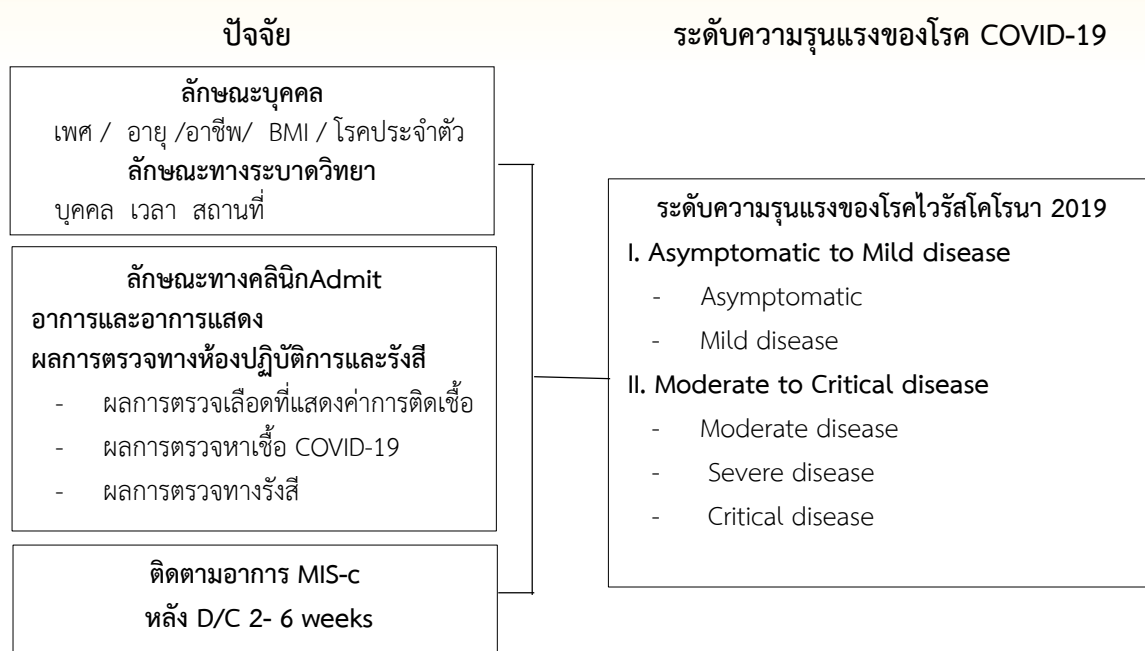
- 1.เพื่ออธิบายลักษณะทางระบาดวิทยาของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยเด็กแรกเกิดถึง 18 ปี
- 2.เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการรุนแรงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยเด็กแรกเกิดถึง 18 ปี
- 3.เพื่อติดตามเฝ้าระวังภาวะ MIS-C ในผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยเด็กแรกเกิดถึง 18 ปี



ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัยนี้ประกอบด้วย ด้านเนื้อหาเป็นการศึกษาเพื่ออธิบายลักษณะทางระบาดวิทยาที่ประกอบด้วย บุคคล เวลา สถานที่ ลักษณะอาการ ความรุนแรง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสี และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยเด็กแรกเกิดถึง 18 ปี ตลอดจนผลการติดตามเฝ้าระวังภาวะ MIS-C กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเด็กแรกเกิด ถึง 18 ปี ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี ด้านพื้นที่การศึกษา โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชจังหวัดลพบุรี และด้านระยะเวลาตั้งแต่ วันที่ 1 เมษายน- 30 พฤศจิกายน พ.ศ.2564

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาย้อนหลัง (Retrospective descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยเด็กแรกเกิด ถึง 18 ปีที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี



กลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่แรกเกิด ถึง 18 ปี ได้รับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชจังหวัดลพบุรี ในช่วงวันที่ 1 เมษายน - 30 กันยายน พ.ศ.2564 จำนวน 169 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ “แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเด็ก” ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนแบบสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย ข้อมูลลักษณะบุคคล ข้อมูลลักษณะทางระบาดวิทยา ข้อมูลลักษณะทางคลินิกอาการและอาการแสดง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจทางรังสี

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ “เฝ้าระวังติดตามอาการเพื่อค้นหากลุ่มอาการ MIS-C หลังติดเชื้อ 2- 6 สัปดาห์” เนื้อหาสอบถามอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 – 6 สัปดาห์ หลังจำหน่าย เนื้อหาประกอบด้วยกลุ่มอาการโรคควาซากิ ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท การรักษาหรือการจัดการกับอาการที่พบ อาการปัจจุบัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตเนื้อหาข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อใช้เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน โดยกำหนดให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และเนื่องจากเป็นข้อมูลที่มีลักษณะเป็นกายภาพหรือรูปธรรม (hard data) จึงมิได้ทำการทดสอบ validity และ reliability แต่ได้ผ่านการลงความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านว่ามีความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์

2. แบบสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ “เฝ้าระวังติดตามอาการเพื่อค้นหากลุ่มอาการ MIS-C หลังติดเชื้อ 2- 6 สัปดาห์” มี 9 ข้อคำถาม ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity) ทำการทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity) ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ Index of item Objective: IOC= 0.81 และนำแบบสัมภาษณ์ทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย คำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป รายละเอียดดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา อธิบายข้อมูลลักษณะทางระบาดวิทยาตามลักษณะบุคคล ระยะเวลา สถานที่ ระดับความรุนแรงของอาการนำเสนอค่าความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ค่ามัธยฐาน, ค่าต่ำสุด-สูงสุด และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ข้อมูลอธิบายความสัมพันธ์ตามลักษณะของข้อมูล ข้อมูลที่ไม่ต่อเนื่อง อาการและอาการแสดง กับระดับความรุนแรงของอาการ โดยใช้สถิติ Chi-square ในกรณีที่มีค่าคาดหวังน้อยกว่า 5 เกิน 25% ใช้สถิติ Fisher's exact แทน อธิบายขนาดความสัมพันธ์ด้วย OR crude และค่า 95% confidence



ส่วนข้อมูลที่มีลักษณะของมูลที่มีความต่อเนื่องทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐานของข้อมูล ทดสอบข้อมูลด้วย Kolmokorov-Smirnov ข้อมูลที่แจกแจงปกติใช้สถิติ Independent t-test และกรณีข้อมูลที่ไม่แจกแจงปกติใช้สถิติ Mann-Whitney U test แทน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงการเคารพในสิทธิมนุษยชน โดยขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี รหัสงานวิจัย KNH 30 /2564 ซึ่งมีการดำเนินการและเป็นไปตามข้อกำหนด โดยการวิจัยนี้จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นรายบุคคล การนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลลักษณะบุคคล** กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเด็กทั้งหมด 169 ราย เป็นเพศชาย 90 ราย ร้อยละ 53.30 เพศหญิง 79 ราย ร้อยละ 46.70 จำแนกตามกลุ่มอายุเป็น 4 กลุ่มได้แก่ อายุต่ำกว่า 1 ปี 13 ราย ร้อยละ 7.7 อายุ 1-5 ปี 36 ราย ร้อยละ 21.30 อายุ 6-12 ปี 62 ราย ร้อยละ 36.70 และ อายุ 13-18 ปี 58 ราย ร้อยละ 34.30 อายุต่ำสุด 10 วัน (Mean= 9.4, S.D.=2.30) มีประวัติโรคประจำตัว 9 ราย ร้อยละ 5.3 ได้แก่ โรคหัวใจ 2 ราย โรคปอด 2 ราย ธาลัสซีเมีย 1 ราย โลหิตจาง 1 ราย และ G-6-P-D 1 ราย และมีภาวะโภชนาการอ้วน 41 ราย ร้อยละ 24.30 การพักอาศัยในครัวเรือนผู้ป่วยที่ติดเชื้อจากครัวเรือน 129 ราย พบว่า การพักอาศัย ส่วนใหญ่อยู่หลังคาเรือนละ 4 คน ร้อยละ 46.60 รองลงมาหลังคาเรือนละ 6 คน ร้อยละ 26.40 (Mean= 4.6) และสูงสุดหลังคาเรือนละ 8 คน ร้อยละ 1.60

2. **ผลการศึกษาข้อมูลทางระบาดวิทยา** พบว่า ส่วนใหญ่มีผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลใกล้ชิดเป็น บิดา หรือมารดา 145 ราย ร้อยละ 85.80 ประวัติการสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันครั้งสุดท้าย พบว่า สถานที่ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยันส่วนใหญ่คือในครัวเรือน 129 ราย ร้อยละ 76.30 โดยบุคคลหรือผู้ป่วยยืนยันที่สัมผัสครั้งสุดท้าย ส่วนใหญ่คือ คนในครัวเรือนที่ทำหน้าที่ดูแลใกล้ชิด 78 ราย ร้อยละ 46.20 พบว่า เป็นผู้ป่วยที่มีอาการ 154 ราย ร้อยละ 91.1 และไม่มีอาการ 15 ราย ร้อยละ 8.90 ระยะเวลาที่สัมผัสผู้ป่วยยืนยันครั้งสุดท้าย จนถึงแสดงอาการ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1 - 7 วัน 140 ราย ร้อยละ 91.50 ระยะเวลา (Mean=3.80 วัน) และ ระยะเวลาที่สัมผัสผู้ป่วยยืนยันครั้งสุดท้าย จนถึงผลการตรวจ RT-PCR พบเชื้อ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1 - 7 วัน 108 ราย ร้อยละ 63.30 ระยะเวลาเฉลี่ย 6.8 วัน การดูแลรักษาหลังการได้รับการวินิจฉัยทำการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลสนาม 119 ราย ร้อยละ 70.40 ระยะเวลาการรักษาเป็นผู้ป่วยใน 1-7 วัน 84 ราย ร้อยละ 49.70 (Mean=7.50 วัน จำแนกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรค COVID-19ตามแนวทางปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก(WHO) พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่รุนแรง (mild disease) 110 ราย ร้อยละ 65.10 ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ข้อมูลทางระบาดวิทยาและการดูแลรักษาโรค COVID-19 ในเด็กแรกเกิดถึง 18 ปี (n=169)

ลักษณะทางระบาดวิทยา	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ผู้ทำหน้าที่ดูแลใกล้ชิด		
พ่อ-แม่	145	85.80
น้ำ-ปู่-ย่า-ตา-ยาย	14	8.30
ครูพี่เลี้ยง(ค่ายฯ) / พี่เลี้ยง	10	5.90
สถานที่สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยยืนยัน		
ในครัวเรือน*	129	76.30
ในชุมชน	22	13.00
ค่าย(กิจกรรมนักเรียน)	9	5.30
ที่ทำงาน	7	4.20
ยานพาหนะ	2	1.20
สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยยืนยัน		
เป็นบุคคลเดียวกับผู้ดูแลใกล้ชิด	78	46.20
เป็นบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ผู้ดูแลใกล้ชิด	91	53.80
ระยะเวลาสัมผัสผู้ป่วยยืนยันถึงมีอาการ(n=154)		
1 - 7 วัน	140	91.50
8 - 12 วัน	13	8.50
ระยะเวลาสัมผัสผู้ป่วยยืนยันครั้งสุดท้ายถึงตรวจพบเชื้อ		
1 - 7 วัน	107	63.30
8 - 14 วัน	56	33.10
15 - 17 วัน	6	3.60
การรักษาแบบผู้ป่วยในครั้งแรก(first admit)		
รพ.สนาม	119	70.40
รพ.พระนารายณ์ฯ	50	29.60
ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล(L.O.S)		
1 - 7 วัน	84	49.70
8 - 14 วัน	82	48.50
15 - 18 วัน	3	1.80



ตารางที่ 1 ข้อมูลทางระบาดวิทยาและการดูแลรักษาโรค COVID-19 ในเด็กแรกเกิดถึง 18 ปี (n=169) (ต่อ)

ลักษณะทางระบาดวิทยา	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ความรุนแรงอาการโรค COVID-19 แนวทางองค์การอนามัยโลก(WHO)		
no sign& Asymptom	15	8.90
mild disease	110	65.10
moderate non-severe pneumonia	42	24.80
serve pneumonia *	1	0.60
critical disease : sepsis **	1	0.60

* Severe pneumonia เด็กอายุ 20 วัน ** Critical sepsis : เด็กอายุ 10 วัน

3. ผลการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการรุนแรงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุ และอาการ กับความรุนแรงของโรค COVID-19 ตามแนวทาง องค์การอนามัยโลก(WHO) ในผู้ป่วยเด็กแรกเกิดถึง 18 ปี พบว่า กลุ่มอายุกับความรุนแรงของโรค COVID-19 พบว่า เด็กป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 6 ถึง 12 ปี ร้อยละ 36.70 และ ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรค(moderate-sever-critical) ทั้งหมด 44 ราย ทุกกลุ่มอายุมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรค COVID-19 ที่ระดับนัยสำคัญ.05 ยกเว้นกลุ่มอายุที่น้อยกว่า 1 ปี โดยพบว่ากลุ่มที่มีระดับรุนแรงปานกลางถึงวิกฤต พบมากที่สุดคือกลุ่มอายุ 13 ถึง 18 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 36.40 ($p=.001$) เมื่อเทียบกับเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี พบว่ากลุ่มอายุ 6 ถึง 12 ปี มีโอกาสเกิดระดับรุนแรงของโรคเป็น 6 เท่า ($OR=5.889$, 95% $CI= 2.905 -11.938$) กลุ่มอายุ 13 ถึง 18 มีโอกาสเกิดความรุนแรงของโรคเป็น 3 เท่า ($OR=2.625$, 95% $CI=1.476- 4.669$) และ กลุ่มอายุ 1 ถึง 5 ปี มีโอกาสเกิดอาการรุนแรงเป็น 2 เท่า ($OR=2.273$, 95% $CI =1.118 - 4.619$)

อาการแสดง กับระดับความรุนแรงของโรค COVID-19 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการ ไอ ร้อยละ 68.00 รองลงมาคือไข้ ร้อยละ 52.70 และเจ็บคอ ร้อยละ 35.50 ตามลำดับ ระดับความรุนแรงของ COVID-19 disease severity ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก(WHO) ผลการศึกษาพบว่า ไข้ ($p=.041$) อาการมีผื่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ($p=.040$) และ มีผื่น ($p=.010$) สัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<.05$ อาการไข้มีโอกาสดเกิดความรุนแรงของโรคเป็น 2 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มไม่มีไข้ ($OR=2.094$, 95%, $CI=1.024-4.221$) อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อมีโอกาสดเกิดความรุนแรงของโรคเป็น 3 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มไม่มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ($OR=2.534$, 95%, $CI=1.021-6.291$) และอาการมีผื่นมีโอกาสดเกิดความรุนแรงของโรคเป็น 6 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มไม่มีอาการผื่น($OR=6.421$, 95%, $CI=1.532-26.911$) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุ และอาการกับระดับความรุนแรงของโรค COVID-19 ในผู้ป่วยเด็กแรกเกิดถึง 18 ปี

Ages and symptoms	all patient symptom (n=169)	Moderate severe critical (n=44)	Asymptom -mild (n=125)	OR	95% CI	p-value
Age						
< 1 year	13 (7.70)	8 (18.20)	5 (4.00)	.625	.204 - 1.910	.410 ^c
1 - 5 year	36 (21.30)	11 (25.00)	25 (20.00)	2.273	1.118 - 4.619	.023 ^{c*}
6 -12 year	62 (36.70)	9 (20.50)	53 (42.40)	5.889	2.905 - 11.938	.000 ^{c*}
13 -18 year	58 (34.30)	16 (36.40)	42 (33.60)	2.625	1.476 - 4.669	.001 ^{c*}
Symptoms						
cough	115 (68.00)	29 (65.9)	86 (68.8)	.877	.423 - 1.818	.724 ^c
fever	89 (52.70)	29 (65.90)	60 (48.00)	2.094	1.024 - 4.287	.041 ^{c*}
sorethroat	60 (35.50)	13 (29.50)	47 (37.60)	.696	.331 - 1.461	.337 ^c
runny nose	36 (21.30)	11 (25.00)	25 (20.00)	1.333	.593 - 3.000	.486 ^c
phlegm	36 (21.30)	11 (25.00)	25 (20.00)	1.333	.593 - 3.000	.486 ^c
diarrhea	33 (19.50)	7 (15.90)	26 (20.80)	.720	.288 - 1.801	.482 ^c
dyspnea	31 (18.30)	8 (18.20)	23 (18.40)	.986	.405 - 2.389	.972 ^c
myalgia	23 (13.60)	10 (22.70)	13 (10.40)	2.534	1.021 - 6.291	.040 ^{c*}
headache	15 (8.90)	3 (6.80)	12 (9.60)	.689	.185 - 2.566	.417 ^F
rash	9 (5.30)	6 (13.60)	3 (2.40)	6.421	1.532 - 26.911	.010 ^{F*}
Lose of smell	9 (5.30)	2 (4.50)	7 (5.60)	.803	.160 - 4.018	.571 ^F
Loss of taste	9 (5.30)	2 (4.50)	7 (5.60)	.803	.160 - 4.018	.571 ^F

^c : Chi-square, ^F = Fisher's exact test , * p<.05

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะบุคคล อาการแสดง และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วย COVID-19 ในเด็กแรกเกิดถึง 18 ปีพบว่า อาการแสดง กับระดับความรุนแรงของอาการโรค COVID-19 โดยการเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐานที่ ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 พบว่า อุณหภูมิในกลุ่มที่มีอาการรุนแรงสูงกว่ากลุ่มที่มีอาการเล็กน้อยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.000) ระยะเวลาที่เป็นไข้กลุ่มที่มีอาการรุนแรงมีระยะเวลาของการเป็นไข้นานกว่ากลุ่มที่มีอาการเล็กน้อยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.000) ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด (O₂ saturation) ของกลุ่มที่มีอาการรุนแรงพบว่ามีค่าต่ำกว่ากลุ่มที่มีอาการเล็กน้อยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.000) ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล (L.O.S) ของกลุ่มที่มีอาการรุนแรงมีระยะวัน



นอนนานกว่ากลุ่มที่มีอาการเล็กน้อยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.000$) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า ค่าเฉลี่ยของอัลบูมิน (Albumin) กลุ่มที่มีอาการรุนแรงต่ำกว่ากลุ่มอาการเล็กน้อยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.020$) และค่า CRP ของกลุ่มที่มีอาการรุนแรงสูงกว่ากลุ่มมีอาการเล็กน้อยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.024$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ข้อมูลลักษณะบุคคล อาการแสดงและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยโรค COVID-19 ในเด็กอายุแรกเกิดถึง 18 ปี

ข้อมูล	Moderate-severe- critical (n=44)		Asymptom-mild (n=125)		P-value
ลักษณะบุคคล					
- BMI , median [IQR]	18.30	(24.70-27.80)	18.30	(13.90-27.10)	.838 ^M
อาการและการแสดง					
- Temp °C, median [IQR]	37.50	(36.60-37.80)	36.80	(36.40-37.60)	.000 ^{M*}
- ระยะเวลาไข้ (วัน), median [IQR]	2.00	(2.00-7.00)	1.00	(1.00-7.00)	.000 ^{M*}
- O ₂ sat (%), median [IQR]	97.00	(95.00-98.00)	98.00	(96.00-99.00)	.000 ^{M*}
อาการและการแสดง					
- ระยะเวลาสัมผัสผู้ป่วยยืนยันครั้งสุดท้ายถึงแสดงอาการวัน),median[IQR]	3.00	(2.00-7.00)	3.00	(3.00-10.00)	.837 ^M
- ระยะเวลาสัมผัสผู้ป่วยยืนยันครั้งสุดท้ายถึงพบเชื้อ(วัน), median [IQR]	6.00	(4.00-12.00)	6.00	(5.00-13.00)	.398 ^M
- L.O.S (day), median [IQR]	9.00	(5.00-14.00)	7.00	(5.00-14.00)	.006 ^{M*}
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ					
- Ct RdRP gene, mean [S.D.]	25.20	(5.00)	25.80	(5.20)	.565 ^t
- Ct E gene , mean [S.D.]	22.00	(4.90)	22.30	(4.40)	.578 ^t
- Ct N gene , mean [S.D.]	21.40	(3.50)	27.60	(7.40)	.052 ^t
- Ct ORF 1 ab gene , median [IQR]	22.20	(3.80)	28.20	(8.60)	.116 ^M
- Hematocrit , median [IQR]	40.80	(37.9-46.9)	40.40	(37.50-41.40)	.329 ^M
- WBC $\times 10^9/L$, median [IQR]	7.00	(5.5-10.00)	6.00	(4.90-8.00)	.467 ^M
- Platelet cell/mm ³ mean [S.D.]	307,433	(110,186)	284,800	(64,003)	.467 ^t
- Neutrophil $\times 10^9/L$ mean [S.D.]	40.00	(19.20)	47.40	(17.20)	.223 ^t
- Lymph $\times 10^9/L$, mean [S.D.]	49.20	(17.20)	43.90	(16.20)	.328 ^t
- Monocyte, mean [S.D.]	9.20	(5.20)	6.90	(1.20)	.441 ^t
- Glucose , mean [S.D.]	102.30	(7.80)	103.30	(23.40)	.880 ^t



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ข้อมูลลักษณะบุคคล อาการแสดงและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยโรคCOVID-19ในเด็กอายุแรกเกิดถึง18ปี (ต่อ)

ข้อมูล	Moderate-severe-critical (n=44)		Asymptom-mild (n=125)		P-value
- Monocyte, mean [S.D.]	9.20	(5.20)	6.90	(1.20)	.441 ^t
- Glucose , mean [S.D.]	102.30	(7.80)	103.30	(23.40)	.880 ^t
- Creatinine, median [IQR]	0.5	[.3]	0.6	[.62]	.162 ^t
- BUN, mean [S.D.]	10.0	[3.7]	10.9	[2.8]	.330 ^t
- Albumin, mean [S.D.]	4.2	[0.3]	4.6	[0.2]	.020 ^{t*}
- Globulin, mean [S.D.]	2.8	[0.7]	3.1	[0.4]	.320 ^t
- Direct bilirubin, mean [S.D.]	0.2	[0.1]	0.1	[0.1]	.928 ^t
- total bilirubin, mean [S.D.]	0.8	[2.1]	0.4	[0.2]	.265 ^t
- Alk. Phos, mean [S.D.]	176.6	[85.9]	137.9	[68.3]	.180 ^t
- AST, mean [S.D.]	32.9	[15.1]	27.1	[9.9]	.119 ^t
- ALT, median [IQR]	13.5	[10-31]	12.4	[9-26]	.676 ^M
- CRP, mean [S.D.]	4.2	[4.7]	2.2	[2.1]	.024 ^{t*}
- Na , mean [S.D.]	138.6	[3.2]	139.4	[3.7]	.449 ^t
- K , mean [S.D.]	4.3	[0.8]	4.2	[0.5]	.508 ^t
- C , mean [S.D.]	105.4	[2.2]	105.4	[2.9]	.994 ^t
- Co ₂ , mean [S.D.]	21.4	[3.0]	22.7	[3.6]	.139 ^t

^t : independent t- test , ^M: Man Whithney U – test, * p<.05

4.ผลการติดตามเฝ้าระวังภาวะ MIS-C

ผลการติดตามเฝ้าระวังภาวะMIS-C โดย Home Isolate Primary Care Team ผู้ป่วย169 ราย พบว่า มีไข้ 11 ราย ร้อยละ6.5 ผื่น 3 ราย ร้อยละ 1.8 ตาแดง 2 ราย ร้อยละ 1.2 อาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือด: แน่นหน้าอกหายใจไม่อิ่ม 1 ราย ร้อยละ 0.6 อาการทางระบบทางเดินอาหาร:ปวดท้อง 3 ราย ร้อยละ1.8 , ท้องเสีย 6 ราย ร้อยละ3.6 ,คลื่นไส้ 2 ราย ร้อยละ1.2 , อาเจียน 2 ราย ร้อยละ 1.2 มีอาการคล้ายไส้ติ่งอักเสบ 3 ราย ร้อยละ1.8 อาการทางระบบประสาท : ปวดศีรษะ 7 ราย ร้อยละ10.1) พบอาการเข้าเกณฑ์สงสัยส่งต่อวินิจฉัย/รักษา 4 ราย ร้อยละ 2.4 พบว่าเป็น MIS-C 3 รายร้อยละ 1.8 และ อาการปวดท้องเฉียบพลัน (Acute Abdominal pain) 1 ราย ร้อยละ 0.6

Case MIS-C

1) เด็กหญิงอายุ 10 วัน เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล 11 ก.ค. 64 มาด้วย ไข้สูง หอบ ประวัติพ่อแม่ติดเชื้อCOVID19 ส่งทำ RT-PCR=detected (gene Ct N=16.26,E =18.19, ORF1ab=17.07) วินิจฉัยทาง



การแพทย์ neonatal sepsis & COVID-19 & pneumonia ผู้ป่วย Re-admit 18/8/2564 ในสัปดาห์ที่ 6 ด้วยไข้ หายใจดัง ไม่ดูดนม อาเจียน ผล CXR: pul infiltration, CBC: WBC=12,220 $10^9/L$, Neutrophil=12.5 $10^9/L$, Lymph=78.6 $10^9/L$ มีผื่นนูนแดงบริเวณ perineum

2) เด็กหญิง 14 ปี เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล 1 ส.ค. 64 ด้วย mild symptoms ผลการตรวจ RT-PCR=detected (gene Ct N=21.77, ORF1ab=21.84) ผู้ป่วย Re-admit 20 ส.ค. 2564 ในสัปดาห์ที่ 3 ด้วย อาการ ไข้ ปวดท้องน้อยรอบสะดือ คลื่นไส้ อาเจียน CRP=12.8 mg/dL, CBC: WBC=10,600 $10^9/L$, Neutrophil=60 $10^9/L$ วินิจฉัยทางการแพทย์ acute appendicitis & covid-19 infection ทำ appendectomy

3) เด็กชาย 10 ปี เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล 23 ส.ค. 64 ด้วย ไข้ ไอ เจ็บคอ ผล RT-PCR = detected (gene Ct E =27.94, Rd RP=32.29) ร่วมกับปวดท้องน้อย ถ่ายเหลว CT Whole abdomen: acute appendicitis, CBC: WBC=16,960 $10^9/L$, Neutrophil=90 $10^9/L$ วินิจฉัยทางการแพทย์ acute appendicitis mild pneumonia, covid 19 infection ทำ appendectomy

ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์วินิจฉัยแต่ไม่ใช่เป็น MIS-C

หญิง 16 ปี Admit 13 ก.ค. 64 ด้วย mild symptoms RT-PCR=detected (gene Ct E=24.17, RdRP=27.9) ส่งต่อ Follow up OPD สัปดาห์ที่ 4 มีไข้ ปวดท้องน้อย ถ่ายเหลว มีอาการคล้ายไข้หวัดอักเสบ ส่งตรวจ CBC: WBC=6,000 $10^9/L$ วินิจฉัยทางการแพทย์ Abdominal pain

อภิปรายผล

ลักษณะบุคคลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเด็ก ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.30 มีอายุเฉลี่ย 9.40 ปี ซึ่งเป็นช่วงกลุ่มอายุเด็กวัยเรียนสอดคล้องกับ Dong et al. (2020) ศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาโควิด-19 ในเด็กประเทศจีน 2,143 ราย พบผู้ป่วยเด็กติดเชื้อโควิดส่วนใหญ่เป็น เพศชาย ร้อยละ 56.60 มีอายุเฉลี่ย 7 ปี และสอดคล้องกับการศึกษาของ Lu et al. (2020) ทำการศึกษาการติดเชื้อโควิดในเด็ก สาธารณรัฐประชาชนจีน ระหว่างวันที่ 28 มกราคม ถึง 26 กุมภาพันธ์ ค.ศ. 2020 ตรวจคัดกรองโดยการทำ Nasopharyngeal or throat swabs 1,391 ราย พบผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อโควิด-19 ทั้งหมด 171 ราย ร้อยละ 12.30 ส่วนใหญ่เป็นเพศชายและมีคามัธยฐานของอายุ 6.70 ปี ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มวัยเรียนเช่นกัน

ศึกษาทางระบาดวิทยาอธิบายความเชื่อมโยง บุคคล เวลา สถานที่ พบว่าส่วนใหญ่มีผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลเด็ก ใกล้ชิดเป็น บิดา หรือมารดา ร้อยละ 85.00 ประวัติการสัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันครั้งสุดท้ายส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครัวเรือน ร้อยละ 76.30 โดยบุคคลหรือผู้ป่วยยืนยันที่สัมผัสครั้งสุดท้ายส่วนใหญ่คือคนในครัวเรือนที่ทำหน้าที่ดูแล ใกล้ชิด ร้อยละ 46.20 สอดคล้องกับ Lu et al. (2020) ศึกษาระบาดของโควิด-19 ในประเทศจีนพบผู้ป่วยเด็กยืนยัน 171 ราย โดยส่วนใหญ่ติดเชื้อมาจากครอบครัวสูงถึง ร้อยละ 90.1 และจากการรายงานของหน่วยงานป้องกันโรคติดต่อในสหรัฐอเมริกา รายงานการติดเชื้อโควิด-19 ระหว่างวันที่ 12 กุมภาพันธ์ ถึง 2 เมษายน ค.ศ. 2020 พบผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในสหรัฐอเมริกา 149,760 ราย เป็นการติดเชื้อในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปี 2,572 ราย



ร้อยละ 1.70 และพบว่าร้อยละ 91.00 ของผู้ป่วยติดเชื้อในเด็กมาจากครอบครัวหรือในชุมชน (Centers for Disease Control and Prevention, 2020)

ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรค COVID-19 จำแนกตามแนวทางปฏิบัติขององค์การอนามัยโลกพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ($p = .000$) พบว่า ระดับอาการที่มีความรุนแรงสูงสุดคือระดับวิกฤต (critical disease) วินิจฉัยทางการแพทย์ติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) 1 ราย ร้อยละ 100.00 เป็นเด็กที่มีอายุ 10 วัน ความรุนแรงรองลงมาคือระดับรุนแรง (severe) วินิจฉัยทางการแพทย์ปอดอักเสบ (pneumonia) 1 ราย ร้อยละ 100.00 พบในเด็กอายุ 20 วัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Alshime et. al (2020) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยเด็กที่มีการติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ที่อายุน้อยกว่า 1 ปี มีความเสี่ยงที่จะมีอาการรุนแรง โดยเป็นอาการตอบสนองต่อการติดเชื้ออย่างรวดเร็วและรุนแรง มีการติดเชื้ออย่างรุนแรงในหลายระบบของร่างกายสอดคล้องกับการศึกษาของ Yasuhara, Kuno, Takag, & Sumitomo (2020) ทบทวนกรณีศึกษาผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวนทั้งหมด 114 ราย พบว่า ผู้ป่วยเด็กที่มีอาการหายใจเหนื่อยพบได้บ่อยในเด็กที่อายุน้อยกว่า 1 ปี และสอดคล้องกับ Dong et. al (2020) ศึกษาลักษณะระบดวิทยาโควิด-19 ในเด็กประเทศจีน พบว่า แต่ละกลุ่มอายุมีความแตกต่างกันของอาการรุนแรง ในกลุ่มเด็กอายุ ต่ำกว่า 1 ปี พบระดับ Critical ร้อยละ 53.00 อายุ 1 ถึง 5 ปีพบระดับรุนแรง (severe) ร้อยละ 30.10 6 ถึง 10 ปี และ 11 ถึง 15 ปี พบไม่มีอาการร้อยละ 31.90 และ 28.70 และ 15 ปีขึ้นไป พบ moderate ร้อยละ 17.0 อย่างไรก็ตามพบว่าเด็กทารกอายุ น้อยกว่า 1 ปี และเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี เป็นกลุ่มที่พบมีอาการรุนแรงและวิกฤตได้สูงกว่าเด็กในกลุ่มอายุอื่น

อาการแสดง ความสัมพันธ์ของอาการแสดงกับระดับความรุนแรงของอาการโรค COVID-19 พบว่าอาการมีผื่น ($p = .010$) ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ($p = .040$) และ ไข้ ($p = .030$) สัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ และอาการมีผื่นมีโอกาสเกิดความรุนแรงของโรคเป็น 6 เท่า อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อมีโอกาสเกิดความรุนแรงของโรคเป็น 3 เท่า และอาการไข้มีโอกาสเกิดความรุนแรงของโรคเป็น 2 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มไม่มีอาการ สำหรับอาการแสดง พบว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการ 154 ราย ร้อยละ 91.1 อาการที่พบส่วนใหญ่ได้แก่ ไอ ร้อยละ 68.0 ไข้ ร้อยละ 52.7 เจ็บคอ ร้อยละ 37.6 สอดคล้องกับการศึกษาของ Lu et al. (2020) และการศึกษาของ Xia et al. (2020) ศึกษาอาการที่พบในเด็กที่ป่วยเป็น COVID-19 ได้แก่ อาการไอ ร้อยละ 48.5 - 65.0 ไข้ ร้อยละ 41.50-60.00 ไข้คอตีบ ร้อยละ 46.20 และอาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องเสีย อาเจียน พบได้น้อย ร้อยละ 5.00-10.00 ซึ่งแตกต่างจากอาการในผู้ใหญ่ที่จะมีไข้สูงและไอบ่อยกว่า ประมาณร้อยละ 4-15 ของผู้ป่วยเด็กเป็นผู้ป่วยติดเชื้อแต่ไม่มีอาการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Yasuhara et al. (2020) ทบทวนกรณีศึกษาผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวนทั้งหมด 114 ราย พบว่า ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่มีอาการ ไข้ ร้อยละ 64.2 รองลงมาคือไอ ร้อยละ 39.34 และ มีอาการหายใจเหนื่อย ร้อยละ 10.7 ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาการหายใจเหนื่อยพบได้บ่อยในเด็กที่อายุน้อยกว่า 1 ปี

ลักษณะบุคคล อาการแสดงและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อุณหภูมิร่างกายในกลุ่มที่มีอาการรุนแรงสูงกว่ากลุ่มที่มีอาการเล็กน้อยแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ($p = .000$) ระยะเวลาที่เป็นไข้กลุ่มที่มี



อาการรุนแรงนานกว่ากลุ่มที่มีอาการเล็กน้อยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ($p = .000$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang et al. (2020) ศึกษาปัจจัยทำนายที่มีผลต่อความรุนแรงของอาการโควิด-19 กลุ่มตัวอย่าง 43 ราย แยกเป็นกลุ่มอาการไม่รุนแรงร้อยละ 67.40 กลุ่มอาการรุนแรง ร้อยละ 32.60 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าอาการมีไข้ และผู้ป่วยที่รุนแรงกว่ามีระดับออกซิเจนในเลือดต่ำกว่า 39 องศาเซลเซียส ร้อยละ 42.00 เมื่อเทียบกับกลุ่มไม่รุนแรงพบร้อยละ 6.9%, อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$ ($p = 0.004$)

ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด (O_2 saturation) ของกลุ่มที่มีอาการรุนแรง พบว่า มีค่ามัธยฐานต่ำกว่ากลุ่มที่มีอาการเล็กน้อยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ($p = .000$) สอดคล้องกับ Mejia et al. (2020) ศึกษาความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดปัจจัยทำนายการเสียชีวิตผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ใหญ่ขณะอยู่โรงพยาบาลของรัฐ เมืองลิมา ประเทศเปรู ทำการศึกษาย้อนหลังในโรงพยาบาลลิมา ประเทศเปรูผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ช่วง มีนาคม-กรกฎาคม ค.ศ.2020 จำนวน 369 ราย พบว่า อยู่รักษาจนถึงจำหน่าย 186 ราย และครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเสียชีวิตขณะอยู่โรงพยาบาล 183 ราย ร้อยละ 49.50 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ประเมินปัจจัยทำนายในการเสียชีวิตขณะนอนรพ.พบว่า ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดเมื่อรับเข้าไว้ นอนในโรงพยาบาล น้อยกว่าร้อยละ 90.00 สัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลเป็น 9.13 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดมากกว่าร้อยละ 90.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ($OR = 9.13$, 95%, $CI = 5.50-15.14$)

ระยะเวลาวันนอนรพ. (L.O.S) ของกลุ่มที่มีอาการรุนแรงมีระยะวันนอนนานกว่ากลุ่มที่มีอาการเล็กน้อย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ($p = .000$) หากวิเคราะห์สัดส่วนจำนวนวันนอนพบว่า ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Mejia et al. (2020) ที่พบว่าโดยรวมค่ามัธยฐาน L.O.S = 7 วัน, กลุ่มที่รักษาจนถึงจำหน่าย L.O.S = 8 วัน และกลุ่มที่เสียชีวิตขณะรักษาในรพ. L.O.S = 5 วัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ การที่ผลการศึกษาไม่สอดคล้องนี้เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการเปรียบเทียบของการศึกษามีความรุนแรงที่ต่างกันการที่มีความรุนแรงมากจนทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น จำนวนวันนอนจึงลดลง อย่างไรก็ตามผลการศึกษาของ Mejia et al. (2020) พบว่า ค่ามัธยฐานวันนอนผกผันกับค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด กล่าวคือ L.O.S 7 วัน (IQR 4-10) ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด = 90% , L.O.S 9.50 วัน (IQR 6-13.50) ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด = 89-85% , L.O.S 10.50 วัน (IQR 8-14) ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด = 84-90% , L.O.S 22 วัน (IQR 17.5-22.50) ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด < 80% แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count: CBC) ได้แก่ Hematocrit, WBC, Platelet, Neutrophil, Lymphocyte, Monocyte กับระดับรุนแรงของอาการไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p > .05$ ค่าเฉลี่ยอัลบูมินของผู้ป่วยเด็กกลุ่มอาการเล็กน้อยสูงกว่ากลุ่มที่มีอาการรุนแรง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ($p = .020$) ค่าเฉลี่ย CRP ของผู้ป่วยเด็กกลุ่มอาการเล็กน้อยต่ำกว่ากลุ่มที่มีอาการรุนแรง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ($p = .024$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sun et al. (2020) ศึกษาลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยเด็กชั้นรุนแรงที่ติดเชื้อ โควิด-19 ในหูยั้น ประเทศจีน พบว่าการ



ตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไปไม่จำเพาะต่อ COVID-19 การตรวจ การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด พบว่าส่วนใหญ่จำนวนเม็ดเลือดขาวอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือค่อนข้างต่ำเล็กน้อย อาจพบ lymphocyte ต่ำ เกล็ดเลือดอาจจะปกติหรือค่อนข้างต่ำ อาจพบค่าการอักเสบเช่น CRP ESR ปกติหรือสูงขึ้นได้ procalcitonin มักอยู่ในเกณฑ์ปกติในรายที่มีอาการรุนแรงอาจพบเอนไซม์ตับผิดปกติ LDH, CRP, procalcitonin และ D-dimer สูงขึ้น

การติดตามเฝ้าระวังภาวะ MIS-C ทำให้สามารถพบผู้ป่วยที่มีภาวะ MIS-C 3 ราย สามารถสรุปได้ 2 ประการดังนี้ คือ ประการแรกผู้ป่วยสามารถได้รับการดูแลช่วยเหลือทันที่ที่ไม่เกิดอันตรายถึงชีวิต ประการที่ 2 อาจกล่าวได้ว่า เป็นเรื่องของศักยภาพของทีม Home Isolate primary care team ที่เริ่มตั้งแต่ระบบการติดตามระบบการปรึกษาทางการแพทย์ และ ระบบส่งต่อเพื่อวินิจฉัยรักษาอย่างไรร้อยต่อ เชื่อมโยงสู่แนวทางปฏิบัติที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยการ “พัฒนากระบวนการเฝ้าระวังภาวะ MIS-C “ ร่วมกับ “ Home Isolate Care Team” ซึ่งเป็นรูปแบบการทำงานที่เน้นการทำงานเป็นทีมในส่วนของคุณชน จากการทำงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team : SRRT) ร่วมกับ ระบบการดูแลของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care) ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นผู้ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา และประสานงานแบบไรร้อยต่อ มาประยุกต์ระบบการติดตามอาการเฝ้าระวัง MIS-C ในชุมชนหลังจำหน่ายผู้ป่วยเด็กกลับบ้าน โดยแบ่งการทำงานติดตามเฝ้าระวัง เป็น 4 ทีมครอบคลุมทั้งอำเภอเมืองลพบุรี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนมีพฤติกรรมเหมาะสมในเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยเฉพาะการใช้ชีวิตประจำวันกับคนในครัวเรือน ปรับลดพฤติกรรมความเคยชินที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ
2. สนับสนุนการนำมาตรการการติดตามเฝ้าระวังภาวะ MIS-C ไปใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ซึ่งจะช่วยลดโอกาสรุนแรงและป้องกันการเสียชีวิต
3. จัดทำเอกสารคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยและญาติ “อาการสำคัญที่ควรกลับมาพบแพทย์ หรือแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่
4. เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการที่สะดวก รวดเร็ว เช่น โทรศัพท์ หรือ แอปพลิเคชัน โน้ต ให้ผู้ป่วยสามารถติดต่อสื่อสารได้สะดวก ทันที

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ปัจจุบันมีการส่งเสริมการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในวงกว้าง แต่ก็ยังพบว่ามีประชาชนบางกลุ่มยังไม่เข้าถึงหรือไม่ยินยอมฉีดวัคซีนดังกล่าว ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปควรเป็นการศึกษาถึงผลของการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรุนแรงของโรคโควิด-19 เพื่อนำผลการศึกษามาวางแผนการพัฒนาการส่งเสริมให้มีการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคอย่างครอบคลุม



กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์ ศาสตราจารย์นายแพทย์ ยง ภู่วรวรรณ หัวหน้าศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะด้านไวรัสวิทยาคลินิก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา ชี้แนะแนวทางการศึกษาวิจัยครั้งนี้ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี และ ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายที่ช่วยติดตามเฝ้าระวัง รวบรวมข้อมูล ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการติดตามประเมินผลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- Alsohime, F., Tamsah, M.H., Al-Nemri, A. M., Somily, A.M., & Al-Subaie S. (2020). COVID-19 infection prevalence in pediatric population: Etiology, clinical presentation and outcome. *Journal of infection and public health*, 13(12), 1791-1796. doi:10.1016/j.jiph.2020.10.008.
- Barek, M.A, Aziz, M.A, & Islam, M.S. (2020). Impact of age, sex, comorbidities and clinical symptoms on the severity of COVID-19 cases: A meta-analysis with 55 studies and 10014 cases. *Heliyon*, 6(12), 1-24. doi: 10.1016/j.heliyon.2020.e05684. Epub 2020 Dec 15.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Coronavirus disease 2019 in children United States. *Morbidity and mortality weekly report*, 69 (14), 5-8.
- Chang, T.H, Wu, J.L, & Chang, L.Y.(2020). Clinical characteristics and diagnostic challenges of pediatric COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the Formosan Medical Association*, 119(5), 982-989.
- De Souza, T.H, Nadal, J.A, Nogueira, R.J, Pereira, R.M, & Brandao, M.B. (2020).Clinical manifestations of children with COVID-19: A systematic review. *Pediatr pulmonol*, 55(8), 1892-1899. doi: 10.1002/ppul.24885. Epub 2020 Jun 15.
- Department of Medicine. (2021). *Guidelines Multisystem Inflammatory Syndrome in Children; MIS-C in Thai* (Online), Available: <https://www.thaipediatrics.org/pages/Doctor/Detail/46/387>. (2021, October 4).(inThai)
- Dong, Y., et al. (2020). Epidemiological Characteristics of 2143 pediatric patients with 2019 coronavirus disease in China. *Pediatrics*, 145(6). doi:10.1542/peds.2020-070.
- Feldstein, L.R., et al. (2020). Characteristics and outcomes of US children and adolescents with multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) compared with severe acute COVID-19. *The Journal of the American Medical Association*, 325(11),1074-1087. doi: 10.1001/jama.2021.2091.



- Kriangburapha W. (2020). Coronavirus infection 2019 in children . *British Medical Journal*, 7(1),96-102. (in Thai)
- Lu, X.,el al. (2020). SARS-CoV-2 Infection in children. *The New England Journal of Medicine (NEJM)*, 382(17), 1663-1665.
- Mejia, F., el al. (2020).Oxygen saturation as a predictor of mortality in hospitalized adult patients with COVID-19 in a public hospital in Lima. *PloS ONE*, 15(12),doi: 10.1371/journal.pone.0244171
- Ministry of Public Health. Department of Disease Control Emergency Operations Center. (2021). Situation report Coranavirus Disease 2019 No 715. (Online), Available: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation.php>. (2021, December 18). (in Thai)
- Panahi, L., Ami, i.M., & Pouy, S. (2020). Clinical characteristics of COVID-19 infection in newborns and pediatrics: A systematic review. *Archives of academic emergency medicine*, 8(1), 1-9.
- Phuworawan Y. (2021). The impact of covid-19 in thaland. *Thai Journal of Pediatrics*, 60(2), 81-82. (in Thai)
- Samkoket, R. (2021). *Report the situation of COVID-19 in Thai children(0-18 year old)*. (Online), Available: <https://www.thaipediatrics.org>. (2021, August 21). (in Thai)
- Sun, D., el al. (2020). Clinical features of severe pediatric patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan: A single center's observational study. *World Journal of Pediatric*, 16(3), 251-259.
- World Health Organization. (2021). *Classification of Omicron (B.1.1.529): SARS-CoV-2 Variant of Concern*. (Online), Available: <https://www.who.int/news/item>. (2021, November 11).
- Xia, W.,el al. (2020).Clinical and CT features in pediatric patients with COVID19 infection: Different points from adults. *Pediatric Pulmonology*, 55(5), 1169-1174. doi: 10.1002/ppul.24718. (Epub ahead of print).
- Yasuhara, J., Kuno, T., Takagi, H., Sumitomo, N. (2020). Clinical characteristics of COVID-19 in children: A systematic review. *Pediatric Pulmonology*, 55(10), 2565-2575. doi:10.1002/ppul.24991.
- Zhang, H., el al. 2020). *Potential factors for prediction of disease Severity of COVID-19 Patients* (Online), Available: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.20.20039818v1> doi: 10.1101/2020.03.20.20039818i. (2021, November 11). (in Thai)



Development of Learning Outcomes based on Learning and Evaluation Redesigned using Standardized Patient in Simulation-Based Learning (SBL) in Mental Health and Psychiatric Nursing Courses

Winai Robkob ^{1*} Sriprapai Inchaihep^{*}, Woraporn Thinwang^{*}

(Received: February 6, 2022, Revised: April 21, 2022, Accepted: May 10, 2022)

Abstract

The purpose of this research is to redesign Simulation-Based Learning (SBL) using standardized patients to learning outcomes in mental health and psychiatric nursing courses. 160 participants who were second year nursing students participated in this study. The questionnaire was divided into four parts: Background information, the redesign SBL, instrumental-related learning outcome assessment, and instrumental-related the evaluation of learning efficiency verified by three peer reviewers. Descriptive statistics were carried out to assess number of participants, percentages, averages as well as standard deviation.

The redesign of SBL using standardized patient included the crucial component of learning management in promoting interactive, motivative, and critical learnings. The SBL besides consisted of the evaluation process in developing feed-up-back-forward throughout learning outcome assessment in the core nursing curriculums. The overall domain of learning outcomes was high (Mean= 3.09, S.D. = 0.20), with the ethical and moral domain at the highest level (Mean = 4.00, S.D. = 0.00). The average scores for knowledge and learning outcomes related to interpersonal skill and responsibility domains were both high (Mean= 3.01, S.D. = 0.43) and (Mean= 3.00, S.D. = 0.24).

The results showed the effectiveness of the redesign SBL using standardized patient model tended to promote learning outcomes and management in mental health and psychiatric nursing courses. Integrating and developing the redesign SBL into nursing theories or practicums noticed as an appropriate and effective plan in developing nursing students' competency and practice.

Keywords: Learning and Evaluation Redesigned; Simulation Standardized patients Mental health nursing; Learning Outcomes

* Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

¹Corresponding author: winai59@gmail.com Tel 0946651618



การพัฒนาการเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริง ต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

วินัย รอบคอบ^{1*}, ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ*, วรภรณ์ ทินวัง*

(วันที่รับบทความ : 6 กุมภาพันธ์ 2565 , วันแก้ไขบทความ: 21 เมษายน 2565, วันที่รับบทความ: 10 พฤษภาคม 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์เสมือนจริง และศึกษาผลลัพธ์การเรียนรู้ที่เกิดจากการจัดการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์เสมือนจริง ในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 จำนวน 160 คน เครื่องมือในการวิจัย มี 4 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) รูปแบบการเรียนรู้ท่ามกลางความปกติใหม่เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้ในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 3) เครื่องมือประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ 4) เครื่องมือประเมินประสิทธิภาพการจัดการเรียนรู้ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบจัดการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริงมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ กระบวนการจัดการเรียนรู้ที่ครอบคลุมการเรียนรู้ผ่านกระบวนการปฏิสัมพันธ์, การเสริมสร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้ และการสะท้อนคิดอย่างใคร่ครวญ รวมทั้งกระบวนการประเมินผลการเรียนรู้ที่ครอบคลุมการประเมินผลเพื่อพัฒนาใช้กระบวนการ Feed-up-back-forward และการประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ตามผลลัพธ์การเรียนรู้ที่หลักสูตรกำหนด

ผลลัพธ์การเรียนรู้ทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.09, S.D. = 0.20) โดยผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านคุณธรรมจริยธรรม มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = 4.00, S.D. = 0.00) รองลงมาคือผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านความรู้ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.01, S.D. = 0.43) และด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.00, S.D. = 0.24) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ การพัฒนาการเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริง เป็นรูปแบบที่ส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้ในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชที่มีประสิทธิภาพ ควรส่งเสริมให้ใช้การพัฒนาการเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริงในหน่วยการเรียนรู้อื่น ๆ และทุกรายวิชาหมวดวิชาชีพทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะของนักศึกษาในการจัดการเรียนการสอน และสามารถปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริงต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนาการเรียนการสอน; ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริง; ผลลัพธ์การเรียนรู้

* อาจารย์พยาบาล,วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ winai59@gmail.com โทร 0946651618



บทนำ

การจัดการศึกษาวิชาชีพการพยาบาลในปัจจุบันส่งเสริมให้ผู้เรียนมีทักษะแห่งการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ที่ต้องสนับสนุนให้ผู้เรียนเกิดทักษะการคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ การคิดอย่างสร้างสรรค์ การแก้ปัญหาการสื่อสาร และการทำงานร่วมกัน รวมทั้งมีความรู้ที่สอดคล้องตามมาตรฐานจริยธรรมของวิชาชีพพยาบาล (Resource & Guide, 2008) โดยการพยาบาลมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการพัฒนาให้ทันต่อวิกฤตการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้สอดคล้องกับผู้รับบริการมีความแตกต่างหลากหลาย มีภาวะสุขภาพที่ซับซ้อนรุนแรง หรือโรคอุบัติใหม่ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ต้องปรับการเรียนการสอนรูปแบบใหม่ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมผู้เรียนให้สามารถตระหนักรู้และเข้าใจตนเอง สร้างการเรียนรู้ และกรอบอ้างอิงใหม่ ที่ถูกต้องและสร้างสรรค์ เพื่อนำไปสู่การให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งแนวโน้มการจัดการศึกษาพยาบาลยังมุ่งเน้นให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติงานร่วมกับทีมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Prajankett, 2014) แนวทางที่จะนำไปสู่การพัฒนาการศึกษาพยาบาลได้อย่างชัดเจนคือการเรียนรู้ภาคปฏิบัติ ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจของการศึกษาพยาบาล เพราะทำให้นักศึกษาพยาบาล มีการประยุกต์ใช้ความรู้ให้สอดคล้องกับสถานการณ์จริงได้ฝึกฝนทักษะ และได้พัฒนาเจตคติต่อการให้การพยาบาลได้อย่างสมบูรณ์ นักศึกษาจะต้องบูรณาการความรู้ในศาสตร์สาขาต่าง ๆ ได้แก่ปัญหาตามสถานการณ์จริง ซึ่งการศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องมุ่งพัฒนาบัณฑิตพยาบาลให้มีทักษะที่จำเป็นในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง โดยการพัฒนาระบบการเรียนการสอนที่มุ่งให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ที่นำไปสู่การเรียนรู้สิ่งใหม่ แนวคิดสำคัญที่ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนานักศึกษาพยาบาลตามที่หลักสูตรกำหนดคือ Transformative Education ที่สอดคล้องกับการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง (Simulation-based learning: SBL) ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีความสำคัญที่ทำให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ตามที่หลักสูตรกำหนดของรายวิชาและชั้นปีที่เน้นการจัดประสบการณ์ช่วยส่งเสริมความสามารถในการประยุกต์เชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎีไปสู่วิชาการฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก รวมทั้งพัฒนาให้ผู้เรียนมีความสามารถในการคิดแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ เข้าใจตนเอง และอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข (Panich, 2016)

การจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์เสมือนจริง (Simulation-based learning: SBL) เป็นการจัดการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง เป็นวิธีการเรียนรู้ที่กระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงและทำให้เรียนรู้ทักษะการปฏิบัติพยาบาลในสถานการณ์ที่ช่วยส่งเสริมสมรรถนะด้านความรู้ ทักษะพิสัย และจิตพิสัย ที่ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ในภาพสภาพแวดล้อมที่จัดขึ้นเสมือนอยู่ในสถานการณ์จริง รวมทั้งสร้างโอกาสให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการเรียนรู้พัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์สถานการณ์ และการตัดสินใจแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยเสมือนจริงมากที่สุด ช่วยให้ผู้เรียนฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์การเรียนรู้ที่ปลอดภัย ส่งเสริมให้สร้างความคิดแบบรวบยอดจากประสบการณ์ที่ได้รับและสามารถนำไปต่อยอดในการดูแลผู้ป่วยจริงในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจมีความแตกต่างและซับซ้อนทางคลินิก รวมทั้งมีการสรุปหลักการหรือแนวคิดที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ที่สอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ (learning outcome) (Norkaeo, 2015; Riley, 2016)



นอกจากนี้การเรียนรู้ในสถานการณ์จริงที่หลากหลายและซับซ้อนจะทำให้เกิดการสร้างความรู้ใหม่ และเปลี่ยนแปลงมุมมองจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลนำไปสู่การพัฒนาการศึกษาพยาบาลให้มีทักษะจำเป็นในการประกอบวิชาชีพพยาบาลและทักษะจำเป็นในศตวรรษที่ 21 (Inchaithep, 2019) ซึ่งการจัดการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์เสมือนจริง (Simulation-based learning: SBL) รวมทั้งการใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในการศึกษาพยาบาลเพื่อให้นักศึกษาได้ฝึกฝนทักษะด้านต่าง ๆ ให้มีความชำนาญก่อนที่จะขึ้นปฏิบัติงานจริงบนหอผู้ป่วย ช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และส่งเสริมทักษะทางการพยาบาลจากการที่ได้รับการฝึกกับผู้ป่วยมาตรฐาน (standardize patient) ซึ่งเป็นผู้ป่วยจำลองที่ได้รับการฝึกฝนให้เป็นผู้ป่วยตามบทบาทที่ได้รับซึ่งการที่ได้มีการปฏิสัมพันธ์จะทำให้เกิดทักษะต่าง ๆ ที่หลากหลาย (Suwankiri et al., 2016) การจัดการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์เสมือนจริง จึงเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด โดยให้ผู้เรียนได้แสดงบทบาทตามสถานการณ์ที่กำหนดขึ้น ทำให้ผู้เรียนได้ฝึกบทบาทการให้การพยาบาล (Klipfel et al., 2014) ฝึกการปฏิบัติทักษะการพยาบาล การมีปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารในสถานการณ์ที่มีสภาพคล้ายความเป็นจริง (Foronda et al., 2014) รวมทั้งผู้เรียนยังได้รับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยตามสถานการณ์เสมือนจริงแบบองค์รวม และส่งเสริมให้เรียนรู้การแก้ไขปัญหา และตัดสินใจเชิงคลินิกอย่างเป็นระบบในการเชื่อมโยงองค์ความรู้สู่ผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียนที่พัฒนาความมั่นใจในการฝึกภาคปฏิบัติ (Smith & Roehrs, 2009) มีความสอดคล้องจากการศึกษาผลของการใช้การจัดการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์เสมือนจริงพบว่า สามารถสร้างความมั่นใจให้แก่นักศึกษาได้ (Thanaroj, 2017) และสามารถพัฒนาทักษะปฏิบัติการพยาบาลและทักษะที่ไม่ใช่ปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงของผู้เรียนได้ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการเรียนรู้อย่างปลอดภัย (Norkaeo et al., 2015) รวมทั้งจากผลการศึกษาที่สำคัญจากการใช้ผู้ป่วยจำลองในสถานการณ์เสมือนจริงสามารถพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนตามเป้าหมายที่กำหนดได้ (Maraphen et al., 2019)

สถานการณ์วิกฤติในปัจจุบันที่สำคัญคือการแพร่ระบาดของเชื้อโรคโควิด-19 ที่เป็นอุปสรรคในการเรียนรู้ทำให้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนในวิชาชีพการพยาบาลต้องเปลี่ยนไปตามกระแสของการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำรงชีวิตที่เรียกว่า “ชีวิตวิถีใหม่” (New normal) ดังนั้นจึงมีการปรับเปลี่ยนวิธีจัดการเรียนการสอนเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปและส่งเสริมให้ผู้เรียนบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning outcome) ตามที่หลักสูตรกำหนด (Siriwong, 2020) ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์สาขาการสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชได้เห็นความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของนักศึกษาพยาบาลในการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ จึงได้มีการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริง (Simulation-based learning: SBL) เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้ในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งที่จะพัฒนาศักยภาพของนักศึกษาพยาบาลในการเรียนรู้ที่ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงทำให้เรียนรู้ทักษะการปฏิบัติพยาบาลในสถานการณ์ที่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และมีการให้ข้อมูลย้อนกลับ รวมทั้งให้นักศึกษาได้อภิปรายประเด็นที่พบจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Rattanawimol et al., 2015) โดยการเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์เสมือน



จริง ช่วยให้ผู้เรียนฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์การเรียนรู้ที่ปลอดภัย ทำให้พัฒนาผู้เรียนในทักษะด้านการคิดวิเคราะห์ โดยผ่านกระบวนการโครงงานเกี่ยวกับตนเอง การสนทนาเชิงวิพากษ์ และการสะท้อนคิดอย่างลึกซึ้ง (Karen, 2017) เพื่อการเปลี่ยนแปลงมุมมองและความคิดใหม่ ๆ สามารถเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการดูแลสุขภาพ และมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้มีทักษะจำเป็นในการประกอบวิชาชีพพยาบาลและทักษะจำเป็นในศตวรรษที่ 21 ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมในการก้าวสู่การเป็นบัณฑิตที่มีคุณภาพตรงตามความต้องการของสังคมที่เปลี่ยนแปลงต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริง เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้ในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การเรียนรู้ที่เกิดจากการเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริง เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้ในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

ขอบเขตงานวิจัย

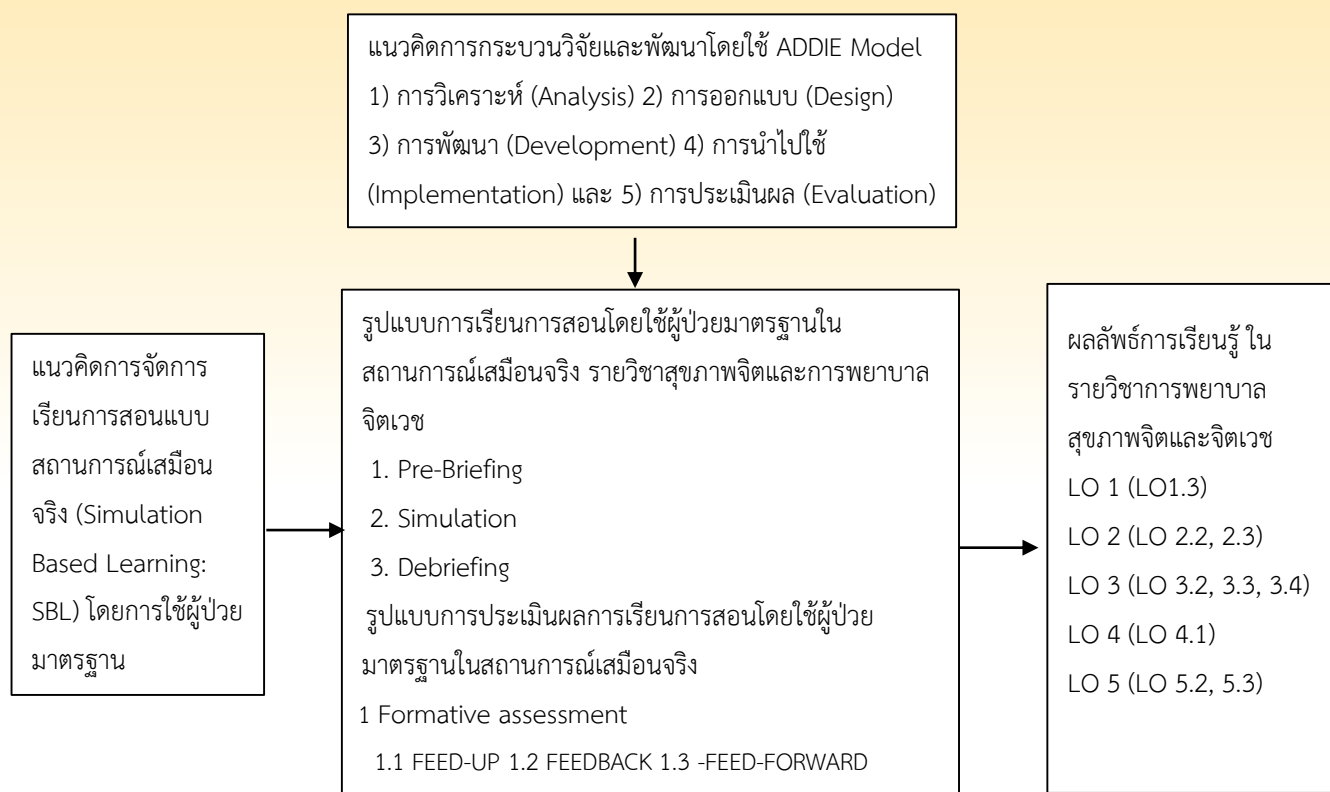
การวิจัยครั้งนี้มีขอบเขต คือ 1) ด้านเนื้อหาเพื่อพัฒนาการเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริง เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้รายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ในหัวข้อการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่กำหนดไว้ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560) 2) ด้านประชากร ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 จำนวน 160 คนที่กำลังศึกษาในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560) 3) ด้านพื้นที่ คือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง 4) ด้านระยะเวลาที่ศึกษา คือ ปีการศึกษา 2563 ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2563 ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2564

กรอบแนวคิดการวิจัย

ทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการกระบวนวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed – Methods) โดยอาศัย ADDIE Model ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ตามหลักกระบวนการออกแบบและสื่อสารการศึกษา หรือ ADDIE Instructional Design Model ได้แก่ การวิเคราะห์ (Analysis) การออกแบบ (Design) การพัฒนา (Development) การนำไปใช้ (Implementation) และการประเมินผล (Evaluation) (McGrif & Steven, 2000) และแนวคิดการจัดการเรียนการสอนแบบสถานการณ์เสมือนจริง (Simulation Based Learning: SBL) โดยการใช้ผู้ป่วยมาตรฐาน ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะคือ 1) ขั้นนำหรือขั้นการแนะนำ (Pre-Briefing) 2) ขั้นปฏิบัติใน



สถานการณ์เสมือนจริง(Simulation) และ 3) ขั้นตอนอภิปรายหรือสรุปผลการเรียนรู้ (Debriefing) (Kumkong & Chaikongkiat, 2017) ดังแสดงในภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์

รูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริง หมายถึง การจัดการเรียนการสอนรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ในหัวข้อ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ประกอบด้วย การเรียนการสอนที่ใช้ผู้ป่วยมาตรฐานที่แสดงพฤติกรรมตามอาการทางจิตที่ผู้สอนออกแบบไว้ เป็นสื่อกระตุ้นการเรียนรู้ ประกอบด้วย การเรียนการสอน 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ขั้นนำหรือขั้นการแนะนำ (Pre-Briefing) ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติในสถานการณ์เสมือนจริง (Simulation) และขั้นตอนที่ 3 ขั้นอภิปรายหรือสรุปผลการเรียนรู้ (Debriefing)

ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริง หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่หรือแสดงตัวว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวช ตามที่กำหนดไว้ใน Training material worksheet เพื่อให้นักศึกษาได้ฝึกทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัด

ผลลัพธ์การเรียนรู้ในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หมายถึง คะแนนที่ได้จากการประเมินความสามารถของนักศึกษาตามผลลัพธ์การเรียนรู้ที่รายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชกำหนดไว้ 5 ด้าน



ได้แก่ ด้านที่ 1 คุณธรรมจริยธรรม, ด้านที่ 2 ความรู้, ด้านที่ 3 ทักษะทางปัญญา, ด้านที่ 4 ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ และด้านที่ 5 ทักษะการวิเคราะห์ทางตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ประเมินโดยใช้แบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ ประกอบด้วย ประเมินเพื่อพัฒนาผู้เรียน (formative assessment), ประเมินเพื่อตัดสินผลการเรียนรู้ (summative evaluation) และ ประเมินประสิทธิภาพการจัดการเรียนรู้

วิธีดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์การจัดการเรียนการสอน (Analysis)

แหล่งข้อมูล ได้แก่ ผลการจัดการเรียนการสอนในปีการศึกษา 2562 หัวข้อการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด และอาจารย์ผู้สอนวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช จำนวน 6 คน

เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผลการจัดการเรียนการสอน ครอบคลุมผลลัพธ์การเรียนรู้ LO1.3, LO 2.2, 2.3, LO 3.2, 3.3, 3.4, LO 4.1, LO 5.2, 5.3 และประเด็นการสนทนากลุ่มประกอบด้วย แนวทางการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริง ปัญหาอุปสรรคของการจัดการเรียนการสอน และแนวทางการพัฒนาในปีการศึกษา 2562

วิธีการวิจัย ระยะที่ 1

1.ศึกษาเนื้อหา วิเคราะห์ มคอ. 3 ในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช และแนวทางการจัดการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริง

2.จัดสนทนากลุ่มอาจารย์ผู้สอนวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช จำนวน 6 คน เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการพัฒนาการจัดการเรียนรู้ หัวข้อการสนทนาเพื่อการบำบัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 2 การพัฒนาเพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริง (Design & Development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.อาจารย์ผู้สอนวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช จำนวน 6 คน

2.คณะกรรมการวิชาการ และอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร จำนวน 6 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

รูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริง เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้ ในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ส่วน ได้แก่



1. แนวทางการเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริง เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้ในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ประกอบด้วยกิจกรรมการเรียนการสอน 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ขั้นนำหรือขั้นการแนะนำ (Pre-Briefing) ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติในสถานการณ์เสมือนจริง (Simulation) และขั้นตอนที่ 3 ขั้นอภิปรายหรือสรุปผลการเรียนรู้ (Debriefing)

2. แนวทางการประเมินผลการเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริง เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้ในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ประกอบด้วยการประเมินระหว่างเรียน (Formative assessment) และการประเมินผลรวบยอด (Summative assessment)

วิธีการวิจัย ระยะที่ 2

1.ขั้นการออกแบบ (Design)

1.1 นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 1 มาร่างแนวทางการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริง ออกแบบสื่อการสอน เนื้อหาการเรียนรู้ ใบกิจกรรมการเรียนรู้ และขั้นตอนการจัดการเรียนการสอน

1.2 กำหนดแนวทางการวัดและประเมินผล เครื่องมือวัดและประเมินผล และเกณฑ์การประเมินผล ที่สอดคล้องกับการเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริงและ มคอ.3

2. ขั้นการพัฒนา (Development)

2.1 นำร่างแนวทางการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริง และแนวทางการวัดและประเมินผล เข้าประชุมเพื่อร่วมกันวิพากษ์ในที่ประชุมอาจารย์อาจารย์ผู้สอนวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช จำนวน 6 คน และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

2.2 นำร่างแนวทางการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริง และแนวทางการวัดและประเมินผล ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไข เสนอต่อคณะกรรมการวิชาการ และอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร จำนวน 6 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมของแนวทางการจัดการเรียนการสอนและการประเมินผลโดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริง และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

2.3 นำแนวทางการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริง และแนวทางการวัดและประเมินผล ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 2 มาจัดทำแผนการสอน ใบกิจกรรม และเตรียมผู้ป่วยมาตรฐานให้เป็นไปตาม Training material worksheet ที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์การเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริง (Implementation & Evaluation)



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ชั้นปีที่ 2 จำนวน 160 คนที่กำลังศึกษาในรายวิชาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560) ในปีการศึกษา 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แนวทางการเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริง เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้ในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

ชุดที่ 2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลจากการเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริง เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้ในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ประกอบด้วย องค์ประกอบ 4 ส่วนได้แก่

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ และ เพศ

2. เครื่องมือประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ ประกอบด้วย

2.1 เครื่องมือประเมินเพื่อพัฒนาผู้เรียน (formative assessment)

1) แบบทดสอบความรู้รายบทผ่าน google classroom, kahoot (ประเมิน LO2)

2) แบบประเมินสะท้อนคิด (ประเมิน LO 1 และ LO 3)

3) แบบประเมินกรณีศึกษา (Analytic rubric score) (ประเมิน LO2, LO3, LO5)

4) แบบประเมินการทำงานเป็นทีม (ประเมิน LO4)

2.2 เครื่องมือประเมินเพื่อตัดสินผลการเรียนรู้ (summative evaluation)

1) แบบทดสอบความรู้รวบยอดรายวิชา (ประเมิน LO2)

2) แบบประเมินกรณีศึกษา (Analytic rubric score) (ประเมิน LO2, LO3)

3. เครื่องมือประเมินประสิทธิภาพการจัดการเรียนรู้ ประกอบด้วย แบบประเมินประสิทธิภาพการสอน รายวิชา และแบบประเมินประสิทธิภาพการสอนของผู้สอนรายบุคคล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวทางการเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริง เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้ และเครื่องมือประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ ในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะผู้วิจัยนำรูปแบบการเรียนรู้ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ภาษาที่ใช้ ความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎี ความเป็นไปได้ และความสอดคล้องของรูปแบบ และนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า 0.8-1.0



วิธีการวิจัย ระยะที่ 3

1. ขั้นการนำไปใช้ (Implementation)

1.1 ปฐมนิเทศนักศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงแนะนำแผนการเรียนรู้ การใช้เอกสารคู่มือ ใบกิจกรรม และขั้นตอนการเรียนการสอน และประชุมเตรียมผู้สอนเพื่อให้ผู้สอนแต่ละคนจัดการเรียนการสอนในแนวทางเดียวกันและเป็นไปตามแผนการเรียนการสอน และการวัดและประเมินผลกำหนด

1.2 นำแนวทางจัดการเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริง ไปจัดการเรียนการสอนแก่นักศึกษาในหัวข้อการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด จำนวน 6 ชั่วโมง โดยใช้กิจกรรมการบรรยาย อภิปรายจำนวน 3 ชั่วโมง และการเรียนการสอนในสถานการณ์เสมือนจริง จำนวน 3 ชั่วโมง

2. ขั้นการประเมินผล (Evaluation)

2.1 ระหว่างการจัดการเรียนการสอน การประเมินคุณภาพของแนวทางจัดการเรียนการสอน โดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริง โดยใช้เครื่องมือประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ จำนวน 4 ชุด เพื่อประเมินเพื่อพัฒนาผู้เรียน (formative assessment)

2.2 ภายหลังการจัดการเรียนการสอน การประเมินคุณภาพของแนวทางจัดการเรียนการสอน โดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริง โดยใช้เครื่องมือประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ จำนวน 2 ชุด เพื่อตัดสินผลการเรียนรู้ (summative evaluation)

2.3. หลังเสร็จสิ้นการเรียนการสอนประเมินประสิทธิภาพการจัดการเรียนรู้ ประกอบด้วยแบบประเมินประสิทธิภาพการสอนรายวิชา และแบบประเมินประสิทธิภาพการสอนของผู้สอนรายบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลนำมาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน และนำข้อมูลมาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยจำนวน, ร้อยละ, คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์มาตรฐานผลการเรียนรู้ที่เกิดจากการเรียนรู้ในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน, ร้อยละ, การหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ได้รับหมายเลขรับรอง E2562-008 ลงวันที่ 12 กรกฎาคม พ.ศ.2562 และการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยได้แนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลและสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย สิทธิในการยุติการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ไม่มีการระบุชื่อ นามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม



โครงการวิจัยจึงจะเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และภายหลังเสร็จสิ้นทั้งแบบลงชื่อยินยอมและแบบสอบถามจะได้รับการเข้ารหัส เพื่อรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างและนำมาใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาการพัฒนาการเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริง เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้ในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย มีดังนี้

1. ผลการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริง
ในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์การจัดการเรียนการสอน (Analysis) ในปีการศึกษา 2562 หัวข้อการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ใช้วิธีการเรียนการสอนแบบบรรยาย ประกอบการวิเคราะห์กรณีศึกษา และการฝึกทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัด ซึ่งเป็นกระบวนการที่เน้นเนื้อหาวิชามากกว่าการจัดการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง และเน้นกระบวนการคิดวิเคราะห์ ผลการประเมินจากนักศึกษาและอาจารย์ผู้สอนพบว่านักศึกษาทุกคนผ่านการประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ที่กำหนด โดยนักศึกษามีความรู้ทางทฤษฎี แต่ยังไม่สามารถเชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้ และไม่สามารถใช้ทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อขึ้นฝึกภาคปฏิบัติและต้องสนทนากับผู้ป่วยจริง นักศึกษามีความวิตกกังวล ใช้เทคนิคการสนทนาไม่เหมาะสม และส่งผลต่อการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษา ในปีการศึกษา 2564 ควรใช้แนวทางการจัดการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริง มาเพิ่มเติมเพื่อให้นักศึกษาไปฝึกทักษะมากขึ้น ในสถานการณ์ที่หลากหลาย

ระยะที่ 2 การพัฒนาเพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริง (Design & Development)

รูปแบบพัฒนาขึ้นจากการวิเคราะห์การจัดการเรียนการสอน เพื่อให้ผู้เรียนมีสมรรถนะในศตวรรษที่ 21 ทีมผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบสถานการณ์เสมือนจริง (Simulation Based Learning: SBL) โดยการใช้ผู้ป่วยมาตรฐาน (Standardized Patients) มาเป็นกิจกรรมการเรียนรู้ในรายวิชาในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ในหน่วยที่ 2 เรื่อง การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด จำนวน 6 ชั่วโมง เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของรายวิชาและวัตถุประสงค์ของหน่วยการเรียนรู้ โดยผลของการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริงของนักศึกษาพยาบาล รายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มีองค์ประกอบดังแสดงในตารางที่ 1-2



ตารางที่ 1 ตารางการวิเคราะห์แนวคิดทฤษฎีสู่การจัดกิจกรรมการเรียนการสอน

แนวคิดทฤษฎี	กิจกรรมการเรียนการสอน
1. Interactive Learning (การเรียนรู้ผ่านกระบวนการปฏิสัมพันธ์) แนวคิด เป็นการเรียนรู้แบบมีปฏิสัมพันธ์ เป็นการเน้นสื่อสารแบบสองทางทั้งก่อนการเรียนรู้ ระหว่างการเรียนรู้ และหลังการเรียนรู้ใช้ทั้งบททวนการเรียนรู้ล่วงหน้า เสริมสร้างสภาพแวดล้อมทางการเรียน สนับสนุนผู้เรียนให้มีการเรียนรู้อย่างมีชีวิตชีวา ผู้เรียนสามารถโต้ตอบ และแสดงความคิดเห็นในระหว่างทำกิจกรรม ซึ่งจะเป็แรงจูงใจในการเรียนมีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน ผู้เรียนกับผู้เรียน ผู้เรียนกับผู้ช่วยมาตรฐาน	1. การสื่อสารระหว่างผู้สอนกับผู้เรียนผ่าน Google classroom 3. การสื่อสารในทีมผู้เรียนเพื่อมอบหมายหน้าที่อภิปรายความรู้ และหาข้อสรุปร่วมกัน 4. การฝึกทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดระหว่างผู้เรียนและผู้ช่วยมาตรฐาน 5. การอภิปรายร่วมกันระหว่างผู้สอนและผู้เรียน 6. การสรุปความรู้และการทบทวนหลังการเรียนรู้ผ่าน google classroom
2. Motivative Learning (การส่งเสริมแรงจูงใจในการเรียนรู้) แนวคิด การจูงใจ เป็นการสร้างแรงผลักดันแรงกระตุ้น โดยสร้างสิ่งกระตุ้นบุคคลจากสิ่งเร้าเรียกว่าสิ่งจูงใจ ก่อให้เกิดความต้องการนำไปสู่แรงขับภายในที่ทำให้ผู้เรียนแสดงพฤติกรรมในทิศทางที่ตรงตามเป้าหมายของการเรียนรู้ บุคคลก็จะเกิดความพยายามสืบเสาะแสวงหาสิ่งที่ต้องการ แนวทางการสร้างสิ่งเร้าแรงจูงใจประกอบด้วย การกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการเรียนรู้ การมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ การรับรู้ความสำเร็จ การได้รับการยอมรับนับถือ และการชื่นชมยินดี	1. การเปิดโอกาสให้ผู้เรียนร่วมกันวางแผนการเรียนรู้และมอบหมายหน้าที่ในกลุ่ม 2. การนำเสนอความสำคัญและความจำเป็นในการเรียนรู้หัวข้อการสื่อสารเพื่อการบำบัด 3. การสะท้อนผลการเรียนรู้ เสริมแรง ชื่นชมทั้งด้านพฤติกรรมการเรียนรู้และเนื้อหาการเรียนรู้ 4. การจัดบรรยากาศการเรียนรู้ที่ผ่อนคลาย เพื่อให้รู้สึกปลอดภัยในการแสดงความคิดเห็น 5. การนำผู้ช่วยมาตรฐานมาเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนการสอนเพื่อกระตุ้นความสนใจในการเรียนรู้และเชื่อมโยงสู่ความจำเป็นของการเรียนรู้สู่สถานการณ์จริง



ตารางที่ 1 ตารางการวิเคราะห์แนวคิดทฤษฎีสู่การจัดกิจกรรมการเรียนการสอน (ต่อ)

แนวคิดทฤษฎี	กิจกรรมการเรียนการสอน
3. Critical reflective (การสะท้อนคิดอย่างใคร่ครวญ) แนวคิด การสะท้อนคิดอย่างใคร่ครวญ เป็นการไตร่ตรองถึงเหตุผล และความรู้สึกจากมุมมองของตนเองและผู้อื่น ช่วยให้ผู้เรียนได้ทำความเข้าใจแยกแยะและอธิบายเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ได้เรียนรู้ นำไปสู่ความสามารถในการปรับมุมมองของตนเอง เกิดการวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณในกิจกรรมการพยาบาล รู้ตระหนักในความหมายการกระทำของตนเองและคุณค่าในประสบการณ์ที่เรียนรู้มากขึ้น	1. การจัดบรรยากาศการเรียนรู้ให้ผ่อนคลายให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ 2. การจัดการเรียนรู้ให้ใกล้เคียงสถานการณ์จริงคือจัดผู้ป่วยมาตรฐาน ให้ผู้เรียนได้ทำความเข้าใจสถานการณ์จริง 3. การจัดให้ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนมุมมอง ความคิด และประสบการณ์ กระตุ้นให้ประเมินตนเอง ให้เหตุผลประกอบการประเมินและสะท้อนความรู้สึกในการเรียนรู้

จากการวิเคราะห์กิจกรรมการเรียนรู้ตามแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ในตารางที่ 1 คณะผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบสถานการณ์เสมือนจริง (Simulation Based Learning: SBL) โดยการใช้ผู้ป่วยมาตรฐาน (Standardized Patients) เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้ในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เนื้อหาการเรียน การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

เวลาที่ใช้ 6 ชั่วโมง

จุดประสงค์การเรียนรู้ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้เรียนได้แสดงพฤติกรรมการณ์สนทนาเพื่อการบำบัดที่เคารพในคุณค่า และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
2. เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการสนทนาเพื่อการบำบัด และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อให้ผู้เรียนสามารถวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ โดยใช้องค์ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อการบำบัด และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์ร่วมกัน เพื่อให้การสนทนาเพื่อการบำบัดแก่ผู้รับบริการ
4. เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถใช้เทคโนโลยีในการสืบค้นและเรียนรู้เกี่ยวกับหลักการการสื่อสาร และใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อการบำบัดในการสื่อสารกับผู้ป่วยมาตรฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
5. เพื่อให้ผู้เรียนสามารถทำงานเป็นทีมในบทบาทผู้นำและสมาชิกในทีมตามสถานการณ์ที่กำหนดให้ฝึกทักษะการเรียนรู้กับผู้ป่วยมาตรฐานได้



กิจกรรมการเรียนการสอน

ขั้นเตรียมสอน (Pre-Brief)

1. ผู้สอนมอบหมายการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยมาตรฐานด้วยตนเองล่วงหน้าผ่าน google classroom ที่มีการสื่อสารกันระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์การเรียนรู้ เพื่อให้ให้นักศึกษามีความพร้อมและทำความเข้าใจขอบเขตการเรียนรู้ และกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้เพิ่มเติม เชื่อมโยงความรู้เดิมและความรู้ใหม่เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่มีความหมาย
3. ปฐมนิเทศผู้ป่วยมาตรฐาน (Standardized Patients) และทบทวนการแสดงผลการประเมินให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ใน Training material worksheet

ขั้นสอน (Simulation Activity) ดำเนินสถานการณ์จำลองตามที่ออกแบบไว้ ดังนี้

1. นักศึกษาในแต่ละกลุ่ม ร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ผู้ที่จะฝึกสนทนากับผู้ป่วย และผู้สังเกตการณ์ที่ทำการสนทนาของตัวเอง
2. ผู้เรียนฝึกทักษะการสนทนากับผู้ป่วยมาตรฐาน โดยตัวแทนผู้สนทนามีเวลาในการสนทนากับผู้ป่วยไม่เกิน 15 นาที ต่อคน
3. หลังจากสนทนาเสร็จสิ้น นักศึกษาร่วมกันอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการวิเคราะห์สถานการณ์และเทคนิคการสนทนา เป็นเวลา 15 นาที และส่งผลการศึกษารายกลุ่มแก่อาจารย์ประจำกลุ่ม
4. เปลี่ยนกลุ่มไปเรียนรู้กับผู้ป่วยมาตรฐาน จนครบทั้ง 3 ระยะของการสนทนา ตามเวลาที่กำหนดเพื่อให้ นักศึกษาได้ฝึกทักษะกับผู้ป่วยมาตรฐานครบ 3 คน ตามขั้นตอนการเรียนรู้ที่กำหนดในข้อ 1-4

ทั้งนี้ในกระบวนการเรียนการสอน ผู้เรียนสามารถแสดงทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดอย่างอิสระตามการตัดสินใจแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยตามที่สถานการณ์กำหนด โดยผู้สอนเป็นผู้สังเกตการณ์ไม่รบกวนหรือขัดจังหวะการสนทนาของผู้เรียน

ขั้นสรุปบทเรียน (Debrief)

1. ผู้สอนกระตุ้นให้ผู้เรียนและผู้ป่วยมาตรฐาน ได้เปิดเผยความรู้สึกที่เกิดขึ้นระหว่างการสนทนาต่อกัน โดยมุ่งเน้นการฟังว่านักศึกษารู้สึกอย่างไรและจำแนกแยกแยะสิ่งที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ เปิดโอกาสและกระตุ้นให้นักศึกษาที่สังเกตการปฏิบัติการพยาบาลของเพื่อนได้สะท้อนความรู้สึกและประสบการณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบ
2. ผู้เรียนร่วมอภิปรายผลการสนทนากับผู้ป่วยมาตรฐานในด้านหลักการการสนทนาเพื่อการบำบัด และเทคนิคของการสนทนาเพื่อการบำบัด โดยผู้สอนตั้งคำถามนำกระตุ้นให้ผู้เรียนได้อภิปรายร่วมกันเพื่อสะท้อนการปฏิบัติและเหตุผลของการปฏิบัติของนักศึกษา ช่วยให้นักศึกษาขยายขอบเขตความคิดให้กว้างขึ้น
3. ผู้สอนเสริมแรงผู้เรียน เพิ่มเติมในประเด็นที่ผู้เรียนมีความเข้าใจคลาดเคลื่อน และวิเคราะห์ไม่ครอบคลุม



4. ผู้สอนกระตุ้นให้ผู้เรียนสะท้อนคิดผลการเรียนรู้ ประกอบด้วยการประเมินตนเอง ประโยชน์ของการเรียนรู้ สะท้อนสิ่งที่ได้เรียนรู้ วิธีการเรียนรู้ ความรู้สึกที่เกิดขึ้น และแนวทางการพัฒนาตนเอง

สื่อการเรียนรู้

1. ผู้ป่วยมาตรฐานจำนวน 3 คน แบ่งพฤติกรรมเป็น 3 ระยะของขั้นตอนการสนทนาเพื่อการบำบัด
2. ใบกิจกรรมการเรียนรู้

ตารางที่ 2 รูปแบบการประเมินการเรียนรู้ท่ามกลางความปกติใหม่ เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้ในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

แนวคิดการประเมินการเรียนรู้	กระบวนการประเมินผล
1. Formative assessment มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและความสามารถของนักเรียนระหว่างการเรียนรู้เพื่อนำผลการประเมินไปใช้พัฒนาผู้เรียนและพัฒนาการจัดการเรียนการสอน จึงเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่สังเกตความต้องการและความก้าวหน้าของนักเรียนในกระบวนการเรียนรู้ผ่านกระบวนการ Feed-up-back-forward ประกอบด้วย การประเมินก่อนเรียน ขณะเรียน และหลังเรียน โดยเน้นการประเมินขณะนั้น, ให้ข้อมูลที่ชัดเจนเพื่อการพัฒนา, รักษาความเป็น	1. FEED-UP การให้ข้อมูลผู้เรียนเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้สร้างแรงจูงใจ ให้ข้อมูลที่ทำให้เห็นคุณค่าของสิ่งที่เรียน โดยการชี้แจง 1.1 วัตถุประสงค์/เป้าหมาย ของการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐาน 1.2 วิธีการ/กระบวนการในการจัดการเรียนการสอนโดยชี้แจงรายละเอียดใน google classroom ให้นักศึกษาล่วงหน้าและชี้แจงเปิดโอกาสให้ซักถาม 1.3. สื่อ/แหล่งเรียนรู้ ใบงานและสถานการณ์ให้นักศึกษาได้เตรียมตัวและวางแผนในการทำงานเป็นทีมร่วมกับเพื่อน 1.4 ชี้แจงการวัดและประเมินให้ทราบ 1.5 ชี้แจงกฎและกติการะหว่างเรียนให้ทราบ



ตารางที่ 2 รูปแบบการประเมินการเรียนรู้ท่ามกลางความปกติใหม่ เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้ในรายวิชา สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช (ต่อ)

แนวคิดการประเมินการเรียนรู้	กระบวนการประเมินผล
ส่วนตัว และให้ข้อมูลเชิงบวกเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ	2. FEEDBACK ให้ข้อมูลผู้เรียนเกี่ยวกับ 2.1 ผลการเรียนรู้ ระหว่างเรียน นักศึกษาได้วิเคราะห์การ สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เทคนิคการสนทนาที่เพื่อนใช้กับผู้ป่วยเสมือน 2.2 คุณภาพการเรียนรู้ หลังเสร็จสิ้นการสนทนานักศึกษาได้ วิเคราะห์การสร้างความสัมพันธ์เพื่อการบำบัดร่วมกันในกลุ่มกับเพื่อน ผู้ป่วยเสมือนและอาจารย์ 2.3 จุดเด่น-จุดที่ควรพัฒนาหลังวิเคราะห์ร่วมกันในกลุ่ม นักศึกษาได้ประเมินตนเอง และประเมินเพื่อนที่เป็นตัวแทนกลุ่มใน การสร้างความสัมพันธ์ และวิเคราะห์ประเด็นที่ยังไม่สมบูรณ์และสิ่ง ที่ต้องปรับปรุงพัฒนาและบันทึกข้อมูลในใบงาน 2.4 ครูใช้วิธีในการพัฒนา ด้วยการสื่อสารเชิงบวก เพื่อสร้าง แรงบันดาลใจในการเรียนรู้ 3. FEED-FORWARD ให้ข้อมูลต่อยอดในการเรียนรู้เพื่อ พัฒนาการเรียนรู้ด้วยตนเองในอนาคต ในเรื่อง 3.1 แหล่งการเรียนรู้ 3.2 วิธีการเรียนรู้ด้วยการเสริมพลังในการเรียนรู้ ผักผ่น พัฒนตนเองอย่างต่อเนื่อง
2. Summative assessment เป็นการประเมิน ที่มุ่งเน้นไปที่ผลลัพธ์ ตามเป้าหมายของการเรียนรู้ จุดประสงค์ คือเพื่อตรวจสอบผลลัพธ์การเรียนรู้ของ ผู้เรียน กล่าวคือพวกเขาได้เรียนรู้ตาม เป้าหมายที่หลักสูตรกำหนดในระดับใด	1. การทดสอบความรู้รวบยอดรายวิชา ด้วยการประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ในมาตรฐานการเรียนรู้ด้าน ความรู้ (LO2) ตามตารางวิเคราะห์ข้อสอบที่กำหนดไว้ใน รายละเอียดของรายวิชา (Course Specification) 2. การวิเคราะห์การสร้างความสัมพันธ์เพื่อการบำบัด เป็นการ ประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ตามมาตรฐานการเรียนรู้ด้านอื่น ๆ ได้แก่ ด้านคุณธรรม จริยธรรม (LO1) ด้านทักษะทางปัญญา (LO3) ด้านการทำงานเป็นทีม (LO4) และด้านทักษะการสื่อสาร (LO5) ตามสัดส่วนที่กำหนดไว้ในตารางวิเคราะห์หลักสูตรที่กำหนดไว้ใน รายละเอียดของรายวิชา (Course Specification)



2. ผลการประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ที่เกิดจากการจัดการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริงในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

เป็นผลการศึกษาในระยะที่ 3 คือการนำรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริงไปปฏิบัติ และประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ (Implementation & Evaluation) ดังนี้

2.1.มาตรฐานผลลัพธ์การเรียนรู้ที่เกิดจากการเรียนรู้ในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชในหัวข้อ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด พบว่า ผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning outcome : LO) ที่กำหนดได้แก่ LO 1.3, 2.2, 2.3, 3.2, 3.3, 3.4, 4.2, 5.2 และ 5.3 พบว่า ภาพรวมมีค่าเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 3.09 (จากคะแนนเต็ม 4), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.20 โดยผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านที่ 1 คุณธรรมจริยธรรมมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = 4.00, S.D. = 0.00) รองลงมา ผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านที่ 2 ความรู้ มีค่าเฉลี่ยในระดับมาก (Mean = 3.01, S.D. = 0.43) และด้านที่ 4 ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ มีค่าเฉลี่ยในระดับมาก (Mean = 3.00, S.D. = 0.24) โดยผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning outcome : LO) ทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2.41 (เป็นเกณฑ์ผ่านที่กำหนดในผลลัพธ์การเรียนรู้) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของผลลัพธ์การเรียนรู้ตามมาตรฐานผลลัพธ์การเรียนรู้ที่เกิดจากการเรียนรู้ในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

มาตรฐานผลลัพธ์การเรียนรู้	Mean	S.D.	ระดับ
ด้านที่ 1 คุณธรรมจริยธรรม	4.00	0.00	มากที่สุด
LO 1.3 เคารพในคุณค่า และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์			
ด้านที่ 2 ความรู้	3.01	0.43	มาก
LO 2.2 มีความรู้และความเข้าใจในสาระสำคัญของศาสตร์ทางวิชาชีพการพยาบาล ระบบสุขภาพ และปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมและระบบสุขภาพ			
LO 2.3 มีความรู้ ความเข้าใจในวัฒนธรรม สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงของประเทศ และสังคมโลกที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและประชาชน			
ด้านที่ 3 ทักษะทางปัญญา	2.50	0.55	มาก
LO 3.2 สามารถสืบค้นและวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย			
LO 3.3 สามารถนำข้อมูลและหลักฐานไปใช้			
LO 3.4 สามารถคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ โดยใช้องค์ความรู้ทางวิชาชีพและที่เกี่ยวข้องรวมทั้งใช้ประสบการณ์เป็นฐาน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ ในการให้การพยาบาล			



ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของผลลัพธ์การเรียนรู้ตามมาตรฐานผลลัพธ์การเรียนรู้ที่เกิดจากการเรียนรู้ในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช (ต่อ)

มาตรฐานผลลัพธ์การเรียนรู้	Mean	S.D.	ระดับ
ด้านที่ 4 ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ LO 4.1 ทำงานเป็นทีมในบทบาทผู้นำและสมาชิกทีมในทีมการพยาบาล ทีมสุขภาพ และทีมในชุมชนของระบบบริการสาธารณสุขทุกระดับและในบริบทหรือสถานการณ์ที่แตกต่างกัน	3.00	0.24	มาก
ด้านที่ 5 ทักษะการวิเคราะห์ทางตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ LO 5.2 สามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาล LO 5.3 สามารถใช้ภาษาไทย และภาษาอังกฤษในการสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ	2.97	0.39	มาก
รวมผลลัพธ์การเรียนรู้ในทุกด้าน	3.09	0.20	มาก

2.2 ผลการสะท้อนคิดการเรียนรู้

จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) นักศึกษา สรุปข้อมูลได้ดังนี้

1. **ทัศนคติที่นักศึกษามีต่อผู้ป่วยจิตเวช** นักศึกษาส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวช การได้เห็นพฤติกรรมของผู้ป่วยมาตรฐาน ทำให้นักศึกษารู้สึกอยากช่วยเหลือผู้ป่วย การสนทนาเพื่อการบำบัดและชักประวัติอาการวิथाทางจิตเวช ที่นักศึกษาสามารถสอบถามข้อมูลได้ตามต้องการทำให้นักศึกษาเกิดทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวชและยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น

2. **การประเมินการเรียนรู้ของตนเอง** นักศึกษาส่วนใหญ่ประเมินความพร้อมของตนเองอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำก่อนการเรียนการสอน โดยประเด็นที่ทำหายตนเองหรือประเด็นที่นักศึกษาคิดว่าตนเองยังมีความรู้ไม่เพียงพอ ในการสนทนากับผู้ป่วยมาตรฐาน ทำให้การเลือกใช้เทคนิคการสนทนา หรือบทสนทนาที่สอดคล้องกับการใช้เทคนิคการสื่อสารไม่เหมาะสม แต่ภายหลังจากการเรียนการสอนเสร็จสิ้นนักศึกษาให้ข้อมูลว่ามีความรู้ความเข้าใจมากขึ้นและมีความพร้อมในการสนทนากับผู้ป่วยจริงมากขึ้น

3. **วิธีการเรียนรู้** นักศึกษาให้ข้อมูลว่าวิธีการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพของตนเองได้แก่การเตรียมตัวให้มากขึ้น ทบทวนการใช้เทคนิคการสนทนาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย และวิเคราะห์ตนเอง รวมทั้งตระหนักรู้ในตนเองก่อนจะไปสนทนากับผู้ป่วย พยายามทำความเข้าใจสิ่งที่กำลังเผชิญ นอกจากนี้การเรียนรู้จากการ



อภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหลังการฝึกทักษะและการสรุปความรู้จากผู้สอนยังเป็นกระบวนการสำคัญที่ทำให้ผู้เรียนได้เรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. แนวทางการนำผลการเรียนรู้ไปใช้ประโยชน์

4.1 ปรับใช้กับการฝึกปฏิบัติจริงบนหอผู้ป่วยจิตเวช และวิธีการรับมือและการเตรียมตัวที่ครอบคลุมในการใช้เทคนิคการสนทนาทุกขั้นตอน รวมทั้งสามารถนำสิ่งที่ผิดพลาดไปปรับปรุงและนำสิ่งที่ดีไปเสริมและพัฒนาความรู้ให้มากกว่าเดิมในการนำไปใช้สนทนากับผู้ป่วยจิตเวชที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

4.2 นำการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในรายวิชาทางการพยาบาลอื่น ๆ รวมทั้งให้เวลาในการทำกิจกรรมมากขึ้น

4.3 ก่อนขึ้นฝึกวิชาปฏิบัติควรมีการเตรียมความพร้อมในการเข้าห้อง simulation หรือฝึกทักษะในการสนทนากับผู้ป่วยเสมือนจริง เพื่อให้เกิดความมั่นใจการสนทนาเพื่อการบำบัดเพิ่มมากขึ้น

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา คณะผู้วิจัยอภิปรายการพัฒนาการเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริง เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้ในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ได้แก่

1. การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริง เพื่อส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้ในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ได้นำแนวคิดกระบวนการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed – Methods) โดยอาศัย ADDIE Model และแนวคิดการจัดการเรียนการสอนแบบสถานการณ์เสมือนจริง (Simulation Based Learning: SBL) ตามรูปแบบ ADDIE Model ในระยะการวิเคราะห์การจัดการเรียนการสอนร่วมกับทีมผู้สอนในภาควิชา พบว่าหัวข้อการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เดิมใช้วิธีการเรียนการสอนแบบบรรยาย ประกอบการวิเคราะห์กรณีศึกษา และการฝึกทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัด นักศึกษาไม่สามารถเชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้ และไม่สามารถใช้ทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อให้ให้นักศึกษาไปฝึกทักษะมากขึ้นจึงควรใช้ผู้ป่วยมาตรฐานมาใช้ในการพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวปฏิบัติที่ดีในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยเสมือนในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของกลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ซึ่งใช้ผู้ป่วยเสมือนในวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชโดยมีการพัฒนาวิธีการเรียนการสอนโดยคณาจารย์ในกลุ่มวิชา และเสนอต่อที่ประชุมคณาจารย์และมีการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการสอนโดยเดิมมีการใช้กรณีศึกษามาประยุกต์ใช้ความรู้โดยใช้ผู้ป่วยเสมือน โดยมีการกำหนดความรู้หลักที่จำเป็นต่อการเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยเสมือน ในการหัวข้อ สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การตรวจสภาพ พัฒนาผู้สอนเกี่ยวกับการใช้ผู้ป่วยเสมือนในการจัดการเรียนการสอน เมื่อสร้างความรู้บางส่วนให้เหมาะต่อการใช้ในการสอนนำไปฝึกใช้ก่อนสอนจริง



และพัฒนาปรับปรุงแล้วนำมาใช้กับนักศึกษาแล้วจึงขึ้นสรุปบทเรียนจากผู้สอนและนักศึกษาจากการประยุกต์ใช้ ความรู้ในการสอนโดยใช้ผู้ป่วยเสมือน (Faculty of Nursing, Saint Louis College, 2018)

จากขั้นตอนการเรียนการสอนการเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริงมี 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ขั้นนำหรือขั้นการแนะนำ (Pre-Briefing) มีการมอบหมายการศึกษาข้อมูลผู้ป่วย มาตรฐานด้วยตนเองล่วงหน้า ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การเรียนรู้ เพื่อให้ศึกษามีความพร้อมและเชื่อมโยงความรู้เดิม และเกิดการเรียนรู้อย่างมีความหมาย ขั้นตอนที่ 2 ขั้นสอน (Simulation Activity) นักศึกษาในกลุ่มร่วมกันกำหนด บทบาทหน้าที่ของสมาชิกและมีตัวแทนสนทนากับผู้ป่วยมาตรฐาน และได้อภิปรายร่วมกันในกลุ่มร่วมกับอาจารย์ และผู้ป่วยมาตรฐาน และขั้นตอนที่ 3 ขั้นสรุปบทเรียน (Debrief) เพื่อให้ผู้เรียนได้ผ่านการฝึกประสบการณ์ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยมีการจัดการเรียนการสอนตาม แนวคิดทฤษฎี ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1. การเรียนรู้ผ่านกระบวนการปฏิสัมพันธ์ (Interactive Learning) เน้นการสื่อสารแบบสองทางทั้งก่อนการเรียน ระหว่างการเรียน และหลังการเรียน เป็นการสื่อสาร ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน ผู้เรียนด้วยกัน ผู้เรียนกับผู้ป่วยมาตรฐาน แล้วอภิปรายสรุปความรู้ร่วมกันระหว่างผู้เรียน และผู้สอน 2. การส่งเสริมแรงจูงใจในการเรียนรู้ (Motivative Learning) เป็นการสร้างสิ่งจูงใจนำไปสู่แรงขับ ภายใน ที่ทำให้ผู้เรียนแสดงพฤติกรรมในทิศทางที่ตรงตามเป้าหมายของการเรียนรู้ โดยการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม ในการวางแผนการจัดบรรยากาศการเรียนรู้ที่ผ่อนคลาย เพื่อให้รู้สึกปลอดภัยในการแสดงความคิดเห็น การสะท้อน ผลการเรียนรู้ การเสริมแรง และใช้ผู้ป่วยมาตรฐานเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้ กระตุ้นความสนใจและให้เห็น ความสำคัญและความจำเป็นของการเรียนรู้ 3. การสะท้อนคิดอย่างใคร่ครวญ (Critical reflective) เป็นการ ไตร่ตรองถึงเหตุผล และความรู้สึกจากมุมมองของตนเองและผู้อื่นนำไปสู่ความสามารถในการปรับมุมมองของ ตนเอง เกิดการวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณในกิจกรรมการพยาบาล รู้ตระหนักในความหมายการกระทำของ ตนเองและคุณค่าในประสบการณ์ที่เรียนรู้มากขึ้น ผลจากสะท้อนคิดการเรียนรู้ ด้านทัศนคติ พบว่า นักศึกษา มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย จิตเวชและยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยมากขึ้น ด้านการประเมินการเรียนรู้ของตนเอง นักศึกษาส่วนใหญ่ก่อนเรียนมีความรู้และความพร้อมค่อนข้างน้อยทำให้ในการสนทนาผู้ป่วยมาตรฐานใช้เทคนิค สนทนาที่ยังไม่เหมาะสมและไม่สอดคล้องมากนัก แต่เมื่อได้เรียนรู้กับผู้ป่วยมาตรฐานแล้วเมื่อสิ้นสุดการเรียน การสอนนักศึกษาให้ข้อมูลว่ามีความรู้และมีความพร้อมมากขึ้น ด้านวิธีการเรียนรู้ นักศึกษาให้ข้อมูลว่าการที่จะเรียนรู้ อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องเตรียมความรู้ ทบทวนการใช้เทคนิคการสนทนา การวิเคราะห์ตนเองและตระหนักใน ตนเองและการเตรียมตัวให้มากขึ้น นอกจากนี้การเรียนรู้จากการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหลังการฝึก ทักษะและการสรุปความรู้จากผู้สอนยังเป็นกระบวนการสำคัญที่ทำให้ผู้เรียนได้เรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการจัดการ การเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์จำลอง พบว่าเป็นวิธีการ สอนที่ทำให้ผู้เรียนมีความรู้สึกใกล้ชิดสถานการณ์จริง หรือผู้ป่วยจริงมากขึ้น กระตุ้นผู้เรียนให้เกิดความสนใจ และเกิด การเรียนรู้ สามารถฝึกทักษะได้อย่างมั่นใจ ไม่รู้สึกกดดัน (Faculty of Nursing, Saint Louis College, 2018)



นอกจากนี้การฝึกปฏิบัติจริง ภายใต้สิ่งแวดล้อมในคลินิก ที่จำลองให้ใกล้เคียงสถานการณ์เสมือนจริงมากที่สุด ทำให้ผู้เรียนได้รับการฝึกฝนให้มีทักษะความสามารถในการคิดวิเคราะห์ การสังเคราะห์ การประเมินค่า การแก้ปัญหา และการตัดสินใจ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Suwankiri et al., 2016)

2. ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่เกิดจากการจัดการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริง ในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่เกิดจากการจัดการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริงในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช พบว่า ผลลัพธ์การเรียนรู้ทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 3.09 (จากคะแนนเต็ม 4), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.20 อยู่ในระดับมาก โดยผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านคุณธรรมจริยธรรมมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = 4.00, S.D. = 0.00) รองลงมา ผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านความรู้ และด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบมีค่าเฉลี่ยในระดับมาก (Mean = 3.01, S.D. = 0.43 และ Mean = 3.00, S.D. = 0.24 ตามลำดับ) ซึ่งจากวิเคราะห์กิจกรรมการเรียนการสอนในระยะเวลาที่การเรียนรู้ผ่านกระบวนการปฏิสัมพันธ์ (Interactive Learning) เน้นการสื่อสารแบบสองทางระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน ผู้เรียนด้วยกัน ผู้เรียนกับผู้ป่วยมาตรฐาน จึงเป็นการส่งเสริมทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และทักษะการสื่อสาร ผลจากการสะท้อนคิดของนักศึกษาการที่ได้ซักประวัติ อาการวิถยาระหว่างที่สนทนากับผู้ป่วยมาตรฐาน ได้ฝึกใช้การสัมภาษณ์ตามที่ตนเองวางแผนไว้และได้รับการตอบสนองทำให้นักศึกษามีความเข้าใจผู้ป่วย มีทัศนคติที่ดีและยอมรับผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น สำหรับทักษะด้านความรู้ทำให้และทักษะทางปัญญานั้นจากกิจกรรมการเรียนตามขั้นตอนของการจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองทั้ง 3 ระยะ คือ ขั้นตอนที่ 1 ขั้นนำหรือขั้นการแนะนำ (Pre-Briefing) ขั้นตอนที่ 2 ขั้นสอน (Simulation Activity) และขั้นตอนที่ 3 ขั้นสรุปทบทวน (Debrief) เป็นวิธีการที่กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้อย่างเป็นระบบเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม ร่วมกับการสะท้อนคิดการเรียนรู้ของตนเองทำให้นักศึกษาได้แนวทางในการพัฒนาตนเอง นอกจากนี้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ เป็นการสรุปหลักการหรือแนวคิดที่จะนำไปประยุกต์ในสถานการณ์ใหม่ ทำให้ผู้เรียนได้ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ ความคิด ความรู้สึกต่อกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติในสถานการณ์เสมือนจริง ซึ่งจะช่วยส่งเสริมทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ (Sinthuchai & Ubolwan, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของรังศิมา วงษ์สุทิน และคณะ (2562) พบว่าการจัดการเรียนการสอนด้วยหุ่นจำลองสถานการณ์เสมือนจริงสมรรถนะสูงมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิ โดยการรับรู้ผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.01, S.D. = 0.76) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านคุณธรรมจริยธรรม (Mean = 4.26, S.D. = 0.66) รองลงมาคือด้านทักษะการสร้างสัมพันธภาพ (Mean = 4.21, S.D. = 0.66) (Wongsutin et al., 2019) คล้ายคลึงกับการศึกษาการใช้สื่อการเรียนการสอนเสมือนจริงผ่านทางแอปพลิเคชัน ในสมาร์ทโฟน ในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.53, S.D. = 0.04) และมีความรู้มากขึ้นหลังการศึกษาผ่านสื่อการเรียนในสมาร์ทโฟน (Mean = 4.48, S.D. =



0.55) (Chaleoykitt et al., 2019) และจากการศึกษาการใช้สถานการณ์จำลองในการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาลพบว่า นักศึกษามีความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดสูงขึ้น ซึ่งสนับสนุนประสิทธิผลของการใช้สถานการณ์จำลองเพื่อเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติทักษะการสนทนาเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ (Khamwong et al., 2020) สอดคล้องกับการศึกษาผลของการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง (SBL) ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลสูงขึ้น โดยนักศึกษาสามารถสะท้อนความคิดรวบยอด และเชื่อมโยงประสบการณ์ส่งผลให้นักศึกษาเกิดความสามารถด้านการคิดแบบมีวิจารณญาณได้ (Yeepaloh, 2017) และจากการศึกษาผลจากทักษะการสื่อสารของนักศึกษาพยาบาลกับผู้ป่วยจำลองในสถานการณ์เสมือนจริงพบว่า นักศึกษาที่เข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยจำลองในสถานการณ์เสมือนจริงมีการประเมินทางด้านจิตใจและทักษะการสื่อสารดีกว่าวิธีการเรียนรู้แบบเดิมในห้องเรียน รวมทั้งนักศึกษาพยาบาลมีระดับความมั่นใจและความพึงพอใจมากขึ้นจากการที่มีประสบการณ์ในการใช้ทักษะการสื่อสารและสนทนาเพื่อบำบัดทางการพยาบาล และทำให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้และเกิดองค์ความรู้ใหม่ ๆ จากการที่ใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองในสถานการณ์เสมือนจริง (Donovan & Mullen, 2019; Schlegel, 2019)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. นำรูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริงในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ไปใช้ในการเตรียมความพร้อมนักศึกษา (pre-clinic) ก่อนการขึ้นฝึกภาคปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป
2. ส่งเสริมให้มีการขยายผลวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานในสถานการณ์เสมือนจริงไปใช้กับนักศึกษาในทุกชั้นปี และรายวิชาทางการพยาบาลต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาสามารถแก้ไขปัญหา และตัดสินใจตามสถานการณ์ที่หลากหลาย เกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ และพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning outcome: LO)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาสร้างสถานการณ์เสมือนจริงโดยใช้ผู้ป่วยมาตรฐานจิตเวชในหน่วยการเรียนรู้อื่น ๆ มากขึ้น เช่น หัวข้อการสัมภาษณ์และตรวจสภาพจิต รวมทั้งการพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเวช เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษามีทักษะการแก้ปัญหา การคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ การทำงานเป็นทีม และสามารถแสดงความรู้ความสามารถ ทำให้เกิดทักษะความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ รวมทั้งสามารถประเมินมาตรฐานผลลัพธ์การเรียนรู้รายวิชาของนักศึกษารายด้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ



2. ประเมินติดตามสมรรถนะของนักศึกษาในทักษะด้านการสนทนาเพื่อการบำบัด ในรายวิชาปฏิบัติสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

เอกสารอ้างอิง

- Chaleoykitt, S., Chiewsothorn, S., & Nuyleis, Y. (2019). The Development of an Innovative Learning Method with Augmented Reality Applications on Smartphone. *Ramathibodi Nursing Journal*, 25(1), 5-15.
- Donovan, L. M., & Mullen, L. K. (2019). Expanding nursing simulation programs with a standardized patient protocol on therapeutic communication. *nurse education in practice*, 38(1), 126-131.
- Faculty of Nursing, Saint Louis College. (2018). *Goods practice with Simulation-Based Learning (SBL) in Mental Health and Psychiatric Nursing Courses*. Retrieved. (2022, January 3). from. [:https://www.slc.ac.th/2018/img/km/2561/slc1/2.pdf](https://www.slc.ac.th/2018/img/km/2561/slc1/2.pdf).
- Foronda, C., Gattamorta, K., Snowden, K., & Bauman, E. B. (2014). Use of virtual clinical simulation to improve communication skills of baccalaureate nursing students: A pilot study. *Nurse education today*, 34(6), 53-57.
- Inchaithep, S. (2019). Transformative Learning: A Nursing learning management in clinics. *Journal of Health Sciences Scholarship*, 6(1), 1-10.
- Karen, H. (2017). Simulation-Based Learning in Australian Undergraduate Mental Health Nursing Curricula: A Literature Review. *Journal of Clinical Simulation in Nursing*, 13(8), 380-389.
- Khamwong, M., Sirimai, W., Kurlaka, S., & Nuchusuk, C. (2020). Effect of Simulation-Based Learning on Self-Confidence in Therapeutic Communication Practice of Nursing Students. *Journal of Health and Nursing Research*, 36(1), 201-212.
- Klipfel, J. M., Carolan, B. J., Brytowski, N., Mitchell, C. A., Gettman, M. T., & Jacobson, T. M. (2014). Patient safety improvement through in situ simulation interdisciplinary team training. *Urologic Nursing*, 34(1), 39-46.
- Kumkong, M., & Chaikongkiat, P. (2017). High Fidelity simulation-based learning: A method to develop nursing competency the Southern College Network. *Journal of Nursing and Public Health*, 4 (Special Issue), 332-344.



- Maraphen, R., Boonkoun, W., & Kheovichai, K. (2019). Effect of a Learning Instructional by Using Standardized Patients as Simulation in Home Visits. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 14(1), 125-139.
- Norkaeo, D. (2015). Simulation based learning for nursing education. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 31(3), 112-122.
- Norkaeo, D., Kangyang, M., Buranarom, P., Taveekaew, C., Kanbupar, N., & Promwong, W. (2015). The Effect of High-Fidelity Simulation Teaching Program on Student Nurses' Knowledge, Skill, and Self-efficacy regarding Nursing Care for Pregnant Woman with Complication. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 29(3), 53-65.
- Panich, V. (2016). *Transformative Learning*. Bangkok, SR Printing.
- Prajankett, O. (2014). Transformative Learning: Nursing Education Perspective. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 15(3), 179-184.
- Rattanawimol, C., Kaewurai, W., & Hingkanont, P. (2015). The Instructional Model Development focusing on standardized Patient with Circle of Trust to Enhance Learning Happiness for Nursing student. *Journal of Nursing and Health Sciences*. 9(3), 179-192.
- Resource, A., & Guide, P. (2008). *21st Century Skills, Education & Competitiveness*. Partnership for 21st Century Skills.
- Riley, R.H. (2016). *Manual of Simulation in Healthcare*(2thed). United Kingdom: Oxford University Press.
- Schlegel, C. (2019). The value of standardized Patients in nursing education. Center of higher education for nursing Reichenbachstrasse Switzerland. *Journal of Nursing Science*, 27(2), 40-48.
- Smith, S.J., & Roehrs, C.J. (2009). High-Fidelity Simulation: Factors Correlated with Nursing Student Satisfaction and Self-Confidence. *Nursing Education Perspective*, 30(2), 74-78.
- Siriwong, S. (2020). N.A.V.Y. Strategies for Change in the New Normal Nursing Education. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 47(3), 747-760.
- Suwankiri, V., Julmusi, O., & Tangkarnwanit, T. (2016). Learning management by using simulation for nursing students. *Journal of Nursing Chulalongkorn University*, 28(2), 1-14.
- Sinthuchai, S., & Ubolwan, K. (2017). Learning using virtual simulation: applying to learning and teaching. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 18(1), 29-38.
- Thanaroj, S. (2017). Simulation-based Learning in Principles and Techniques Course in Nursing Practicum. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 9(2), 70-84.



Wongsutin, R., Meeboon, S., Sukolpuk, M., Teerawongsa, N., Sirisabjanan, L., Tojun, S. (2019).

Nursing students' perceptions on high-fidelity simulation learning and learning outcomes regarding Thailand Qualification Framework. *Journal of Health Sciences Research*, 13(2), 11-19.

Yeepaloh, M., Ruangroengkulrit, P., Thongjan, J., Suwan, K., & Chaleawsak, K. (2017). The effect of simulated teaching on critical thinking ability of nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Yala. *Journal of Nursing, Public Health and Education*, 18(3), 128-134.



Relationship between Health Literacy and Tardiness of Renal Progression in Chronic Kidney Disease with Diabetes Mellitus and/or Hypertension Patient in Ngao District, Lampang

Pariwat Innual^{1*}, Watthana Tasan^{*}, Krid Thongbunjob^{*}, Sriprapai Inchaihep^{**}

(Received: January 3, 2022, Revised: April 1, 2022, Accepted: May 11, 2022)

Abstract

This cross-sectional study research aimed to study relationship between Health Literacy and tardiness of renal progression in Chronic Kidney Disease's patients with multimorbidities: Diabetes Mellitus and/or Hypertension from Ngao district, Lampang, Thailand. Designed as a cross-sectional study, a total of 147 patients are included from Taro Yamane Formula, to identify individuals' Health Literacy using Chanuantong's assessment and categorized into three levels: 'above-average', 'average' and 'below-average'. Estimated Glomerular Filtration Rate (eGFR) record of each samples in year 2020 and 2021 are collected to assess the tardiness of renal progression. The data area analyzed using descriptive statistics and Chi-square test with p-value less than .05 ($p < .05$).

In terms of Health Literacy level, the results showed 1) that the majority, 69 samples (46.90%), are categorized as 'below-average', while 54 samples (36.70%) are defined as 'average' group and only 24 samples (16.30%) are 'above-average'. 2) An eGFR change from year 2020 to 2021 are decreased, in a significant level of statistics, at $3.48 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ 3) Levels of Health Literacy are statistically significantly related to tardiness of renal progression in patients with Diabetes Mellitus and/or Hypertension in Chronic kidney disease patients whose eGFR are below $5 \text{ mL/min/1.73 m}^2$.

Keywords: Chronic kidney disease; Health literacy; tardiness of renal progression

*Ngao Hospital, Lampang

**Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

¹Corresponding author: Champmed@gmail.com Tel 0821852946



ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ที่มีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ปวิวัฒน์ อินทร์นวล^{1*}, วัฒนา ตาแสน^{*}, กฤษฎี ทองบรรจบ^{*}, ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ^{**}

(วันที่รับบทความ: 3 มกราคม 2565, วันที่แก้ไขบทความ: 1 เมษายน 2565, วันที่ตอบรับบทความ: 11 พฤษภาคม 2565)

บทคัดย่อ

งานวิจัยแบบการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับและศึกษาระดับความรู้ทางสุขภาพ และ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพและชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ได้จำนวน 147 คน แบ่งตามเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใน อ.เมือง จ.ลำปาง โดยใช้เครื่องมือวัดระดับความรู้แจ้งแตกฉาน สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง กองสุขภาพศึกษา ปี 2558 และแบบบันทึกค่าอัตราการกรองของไต วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติไค-สแควร์ (Chi-square tests)

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ จำนวน 69 คน (ร้อยละ 46.90) ระดับปานกลาง จำนวน 54 คน (ร้อยละ 36.70) และระดับสูง จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 16.30 2) การชะลอการเสื่อมของไตพิจารณาจากอัตราการกรองของไต พบว่า ค่าเฉลี่ยของอัตราการกรองของไต ปี 2563 และ 2564 ลดลงเฉลี่ย 3.48 มล./นาที/1.73 ตร.ม./ปี และ 3) ระดับของความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับการชะลอการเสื่อมของไต (eGFR < 5 มล./นาที/1.73 ตร.ม./ปี) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรัง, ความรู้ด้านสุขภาพ, การชะลอการเสื่อมของไต

* โรงพยาบาลเมือง จ.ลำปาง

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Champmed@gmail.com โทร 0821852946



บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาสำคัญในระบบสาธารณสุขทั่วโลก เนื่องจากเป็นโรคที่มีความชุกเพิ่มขึ้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลกพบความชุกโรคไตเรื้อรัง ประมาณร้อยละ 13.40 (Hill et al., 2016) ประเทศไทยพบความชุกโรคไตเรื้อรังทุกระยะประมาณร้อยละ 17.60 หรือ 8.40 ล้านคน (Ingsathit et al., 2010) โรคไตเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาด ทำได้เพียงชะลอการดำเนินโรคก่อนเข้าสู่ไตระยะสุดท้าย ซึ่งต้องใช้วิธีบำบัดทดแทนไตต่อเนื่อง สร้างภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงส่งผลกระทบต่อระดับบุคคลจนถึงระดับประเทศ (Kanjanaabuch & Takkavatakarn, 2020) ในจังหวัดลำปางมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 20,225 คน และเป็นประชากรในอำเภองาว 890 คน โดยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุและมีระดับของโรคไตเรื้อรังอยู่ในระยะที่ 3 ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในอำเภองาวยังมีปัญหาด้านสุขภาพเนื่องจากข้อมูล ของผู้ป่วยเบาหวานสามารถคุมเบาหวานได้ดีร้อยละ 56.66 เมื่อพิจารณาแล้วพบว่ากลุ่มที่คุม น้ำตาลไม่ได้ 1,155 คน คิดเป็นร้อยละ 43.34 และกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มที่คุมไม่ได้ ร้อยละ 32.74 ซึ่งการที่ไม่สามารถคุมเบาหวานและความดันให้อยู่ในระดับเป้าหมายนั้นย่อมส่งผลให้เกิดภาวะไตเรื้อรัง

ปัจจัยสำคัญที่มีผลกับการเสื่อมของไตและการนำไปสู่ไตวายระยะสุดท้ายอันดับแรกคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 44.0 และ อันดับที่ 2 คือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.90 มีการเก็บข้อมูลเพื่อทำนายการทำงานของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีโรคร่วมเป็นเบาหวานเทียบกับที่ไม่มีโรคร่วมเป็นเบาหวาน พบว่ากลุ่มที่เป็นเบาหวานมีค่าการทำงานของไตลดลงเร็วกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นเบาหวาน (Go et al., 2018) และ รายงานการศึกษาที่พบว่าโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับโรคไตวายเรื้อรัง (Sabanayagam et al., 2011) นอกจากนี้ระดับความดันโลหิตที่สูงควบคุมได้ไม่ดีจะส่งผลให้เกิดภาวะเสื่อมของไตมากยิ่งขึ้น (Ishikura et al., 2016)

ความรู้ทางสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการนำมาปรับใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะมีความแตกต่างในแต่ละบุคคล จากการศึกษาเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพและโรคไตพบว่าผู้ป่วยโรคไต มีประสบการณ์ขาดความรู้ในการดูแลตนเองและพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 1 และ 2 มีความตระหนักถึงภาวะโรคไตของตนเองเพียงร้อยละ 40 และในผู้ป่วยระยะที่ 3 และ 4 มีความตระหนักเพียงร้อยละ 23 และมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 1.9 ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรัง และความรู้ด้านสุขภาพสามารถสะท้อนพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ (Devraj et al., 2015) ดังนั้นความรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตจึงมีความสำคัญในการทำนายการเกิดภาวะการเสื่อมของโรคไตเรื้อรัง ในจังหวัดลำปางมีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังจำนวน 20,225 คน และเป็นประชากรในอำเภองาว 890 คน โดยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุและมี



ระดับของโรคไตเรื้อรังอยู่ในระยะที่ 3 หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมจะนำไปสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย ผู้ป่วยเบาหวานและความดันในอำเภองาวยังมีปัญหาด้านสุขภาพ โดยพบว่ามียาที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เป็นจำนวนถึงร้อยละ 43.34 และกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 32.74 ซึ่งการที่ไม่สามารถควบคุมเบาหวานและความดันให้อยู่ในระดับเป้าหมายนั้นย่อมส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจนเกิดการเสื่อมของไตเพิ่มมากขึ้นและนำไปสู่โรคไตเรื้อรังในที่สุด

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นถึงความสำคัญของความรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีโรคร่วมเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงกับการชะลอและป้องกันภาวะไตเสื่อมของตนเอง ดังนั้นจึงควรมีการประเมินความรู้ทางด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้นและหาความสัมพันธ์ของความรู้ทางสุขภาพกับผลลัพธ์ในการชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในระยะต่างๆ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับรักษาดูแลและส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีโรคร่วมเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน อำเภองาว จังหวัดลำปาง
2. เพื่อศึกษาการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน อำเภองาว จังหวัดลำปาง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพและการเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน ของอำเภองาว จังหวัดลำปาง

สมมติฐานของการวิจัย

ผู้ป่วยที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่สูงจะสามารถช่วยชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูงหรือเบาหวานได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ

ขอบเขตการวิจัย

การทำวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการเสื่อมของไตในกลุ่มผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มีโรคร่วมเป็นความ



ต้นโลหิตสูงหรือเบาหวาน ในอำเภองาว จังหวัดลำปาง จำนวน 147 คน ในช่วงเวลาเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2564

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ทางสุขภาพ ศึกษาการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วย และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตวายเรื้อรังในอำเภองาว จังหวัดลำปาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 5 ในอำเภองาว จังหวัดลำปาง จำนวน 203 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 5 ตามนิยามสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตอำเภองาว จังหวัดลำปาง โดยมีฐานข้อมูลอยู่ในโรงพยาบาลงาว คำนวณขนาดตัวอย่าง จากสูตรของ Taro Yamane's Formula ได้ 134 คน เพื่อป้องกันการเก็บข้อมูลไม่เพียงพอจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการศึกษานี้ 147 คน

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

Population(N) = 203

Sampling of error (e) = 0.05

แทนค่า

$$n = \frac{203}{1 + 203(0.05)^2}$$

$$n = 134$$

สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) แบ่งตามเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลงาว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใน อ.งาว จ.ลำปาง และคำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากประชากรของแต่ละพื้นที่ ในจำนวน 10 พื้นที่ พื้นที่ละ 14-15 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง และภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 5 อย่างน้อย 2 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภองาวในช่วงเดือนพฤศจิกายน ปี 2563 ถึงเดือนมกราคม ปี 2564



2. ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ พุดคุยสื่อสาร ภาษาไทยได้รู้เรื่อง ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเก็บข้อมูล

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่

1. มีอาการไม่คงที่ หรือจำเป็นต้องเข้ารับการรักษารุนแรงต่อเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของอาการที่อาจจะก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยระหว่างการเก็บข้อมูล

2. ไม่สามารถให้ความร่วมมือตลอดเวลาในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกในช่วงเดือน พฤศจิกายน 2563 - เดือน มกราคม 2564 ทั้งหมด 147 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพการสมรส การศึกษา รายได้ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้ยาสมุนไพร

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง แบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ของ รศ. ดร. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ และ คณะ (Tanasugarn & Neelapaichit, 2015) ประกอบด้วยคำถาม 8 ตอน ในงานวิจัยนี้แปลผลความรู้ด้านสุขภาพแบ่งการวัดผลออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1.) มีความรู้ด้านสุขภาพสูง คือ ผู้ที่มีความรู้แจ้งแตกฉานสูง มีคะแนนรวมในตอนที่ 2-8 ตั้งแต่ร้อยละ 75 ขึ้นไป และ ปฏิบัติทุกพฤติกรรม 3๐2ส (ตอนที่ 8) 3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป

2.) มีความรู้ด้านสุขภาพปานกลาง คือ รู้จัก คือ มีคะแนนรวมในตอนที่ 1-8 น้อยกว่าร้อยละ 75 แต่ปฏิบัติทุกพฤติกรรม 3๐2ส (ตอนที่ 8) 3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป หรือ รู้แจ้งหมายถึง มีคะแนนรวมในตอนที่ 1-8 ตั้งแต่ร้อยละ 75 ขึ้นไป ปฏิบัติทุกพฤติกรรมในตอนที่ 8 3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป 3.) มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ คือ มีคะแนนรวมในตอนที่ 1 - 8 น้อยกว่าร้อยละ 75 และ ปฏิบัติทุกพฤติกรรม 3๐2ส (ตอนที่ 8) น้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์หรือปฏิบัติ 3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไปเพียงบางพฤติกรรม

ส่วนที่ 3 แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลเจ้าหน้าที่ จะมีระดับอัตราการกรองไตของปี 2563 และปี 2564 และ ระยะของโรคไตเรื้อรังย้อนหลังอย่างน้อย 1 ปี



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยส่วนที่ 2 นำมาจาก แบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง รศ. ดร. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ และ คณะ ในปี 2558 (Tanasugarn & Neelapaichit, 2015) โดยส่วนที่เป็นข้อคำถามแบบประเมินวัดความสามารถในการอ่านและทำความเข้าใจตัวหนังสือ และตัวเลข วิเคราะห์คุณภาพด้วยอำนาจจำแนกค่าความยากง่าย มีค่าเท่ากับ 0.30 - 0.79 และค่าความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายใน โดยวิธี Kuder Richardson (KR-20) มีค่าเท่ากับ 0.98 ส่วนข้อคำถามที่มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) วิเคราะห์คุณภาพแบบวัดด้วย ความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายในโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Chronbach's Alpha) มีค่าเท่ากับ 0.97

ขั้นเตรียมการ

1.ส่งโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการ วิจัยในคน ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง พิจารณาให้ความเห็นชอบในการดำเนินการศึกษา เอกสารรับรองเลขที่ 179/2563

2.นำแจ้งหนังสือจากโรงพยาบาลงาวถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

3.ผู้วิจัยจะดำเนินการติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลของอำเภอ งาว จำนวน 11 แห่ง และบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อดำเนินการชี้แจงอธิบายแนวทางการดำเนินงานวิจัยโดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการบันทึกค่าอัตราการกรองของไต

4. ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วย จากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยที่อยู่ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลงาวและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง โดยกำหนดจำนวนแต่ละแห่งตามสัดส่วนประชากร และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จนครบจำนวน 147 คน

5.ทำการชี้แจงผู้ที่เกี่ยวข้อง คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ช่วยวิจัย ในเรื่องการแจ้งประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อการนัดหมายในการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการแจ้งกลุ่มตัวอย่างให้ทราบล่วงหน้า ตามแผนดำเนินการเก็บข้อมูล อย่างน้อย 3 วัน

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยการแนะนำตัวเอง พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง และอธิบายการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง



2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ทำแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถาม พฤติกรรมสุขภาพ ใช้เวลาเฉลี่ยในการตอบแบบสอบถามประมาณ 50 นาที

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลและนำข้อมูลมาลงรหัส ให้นำนักคะแนนตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับการรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและข้อมูลเกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรัง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่และร้อยละ

2. การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square tests) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยได้นำโครงการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ นำเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เลขที่จริยธรรม 169/2563 พิจารณาในประเด็นการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ถูกศึกษาและให้ดำเนินการศึกษาภายในขอบข่ายของโครงการการศึกษาที่นำเสนอ ผู้ป่วยได้รับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล และการสอบถามความสมัครใจ ผู้ป่วยมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้ จะไม่มีผลต่อการรับบริการ เป็นไปด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมการศึกษได้ตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยเท่านั้น วิจัย สิทธิในการปกปิดชื่อไม่ให้ปรากฏ โดยการเสนอหรือการอภิปรายข้อมูลใน รายงาน การวิจัยโดยผู้วิจัยจะเสนอข้อมูลในภาพรวม จะไม่มีการอ้างอิงที่สืบค้นไปยังผู้ร่วมวิจัยได้ หลังจากอาสาสมัครวิจัยรับทราบข้อมูล โดยการอธิบายและเอกสารอย่าง ชัดเจน ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้อาสาสมัครวิจัยสอบถามข้อสงสัยก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ด้วยตนเอง ซึ่งไม่มีการบังคับและผู้วิจัยใช้เวลาในการตัดสินใจ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาคั้งนี้จะไม่ถูกเปิดเผย เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษา เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลที่ได้ในภาพรวม โดยไม่ระบุชื่อของบุคคลที่ให้ข้อมูล อาสาสมัครวิจัยสามารถหยุดหรือยกเลิกในการจะให้ข้อมูลได้ทุกคั้ง หากไม่ประสงค์ ที่จะให้ข้อมูลต่อไป โดยอาสาสมัครวิจัยจะไม่เสียประโยชน์ใดๆทั้งสิ้น



ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอายุเฉลี่ย 70.47 ปี อายุสูงสุด 96 ปี ต่ำสุด 40 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี 56 คน (ร้อยละ 36.70) เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 57.80) มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 14.30 โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 (ร้อยละ 33.30 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 67 คน (ร้อยละ 45.60) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 (ร้อยละ 38.80 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด) และผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวน 59 คน (ร้อยละ 40.10) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 (ร้อยละ 45.80 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด) ดังตารางที่ 1

อัตราการกรองของไตและค่า creatinine ของกลุ่มตัวอย่างเทียบระหว่างปี 2563 และปี 2564 พบว่าค่าเฉลี่ยของอัตราการกรองของไต ปี 2563 และ 2564 ลดลงเฉลี่ย 3.30 มล./นาที่/1.73 ตร.ม. ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ย creatinine ปี 2563 คือ 1.74 mg/dL และปี 2564 คือ 1.89 mg/dL ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 2 ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตวายเรื้อรัง โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (ผู้ที่รู้แจ้งและแตกฉานสูง) ระดับปานกลาง (ผู้ที่ไม่รู้อะไร แต่แตกฉาน และ ผู้ที่รู้แจ้ง แต่ไม่แตกฉาน) และระดับต่ำ (ผู้ที่ไม่รู้อะไรและไม่แตกฉาน) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้มีความรู้ด้านสุขภาพของเบาหวานและความดันโลหิตสูงในระดับต่ำ จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 46.90 ผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลางจำนวน 54 คน ร้อยละ 36.70 และผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพระดับสูง มีเพียง 24 คน คิดเป็นร้อยละ 16.30 รายละเอียดดังตารางที่ 3 ระดับของความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานที่ระดับ eGFR < 5 มล./นาที่/1.73 ตร.ม. ตามมาตรฐานการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี) ค่าเฉลี่ย (Min – Max)	70.47 (40 – 96)	
40 – 49 ปี	5	3.40
50 – 59 ปี	23	15.60
60 – 69 ปี	54	36.70
70 – 79 ปี	31	21.10
80 – 89 ปี	27	18.40
90 – 99 ปี	7	4.80



ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	62	42.20
หญิง	85	57.80
โรคประจำตัว		
เบาหวาน	21	14.30
ไตเรื้อรังระยะที่1	7	33.30
ไตเรื้อรังระยะที่2	3	14.30
ไตเรื้อรังระยะที่3	7	33.30
ไตเรื้อรังระยะที่4	3	14.30
ไตเรื้อรังระยะที่5	1	4.80
ความดันโลหิตสูง	67	45.60
ไตเรื้อรังระยะที่1	9	13.40
ไตเรื้อรังระยะที่2	16	23.90
ไตเรื้อรังระยะที่3	26	38.80
ไตเรื้อรังระยะที่4	11	16.40
ไตเรื้อรังระยะที่5	5	7.50
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	59	40.10
ไตเรื้อรังระยะที่1	9	15.20
ไตเรื้อรังระยะที่2	15	25.40
ไตเรื้อรังระยะที่3	27	45.80
ไตเรื้อรังระยะที่4	5	8.40
ไตเรื้อรังระยะที่5	3	5.10



ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อัตราการกรองของไตและค่า creatinine เทียบระหว่างปี 2563 และปี 2564

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ปี 2563 Mean SD (Min – Max)	ปี 2564 Mean SD (Min – Max)	t	p-value
อัตราการกรองของไต (มล./นาที/1.73 ตร.ม.)	56.37 ± 28.09 (2.90 – 109.20)	52.89 ± 27.62 (2.6 – 105.10)	- 3.30	< 0.001
ค่า Creatinine	1.74 ± 2.13 (0.40 – 15.60)	1.89 ± 2.32 (0.40 – 17.20)	0.13	0.003

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน และร้อยละ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรัง

	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1.สูง	ผู้ที่รู้แจ้งและแตกฉานสูง	24	16.40
2.ปานกลาง		54	36.70
	2.1 ผู้ที่รู้แจ้ง แต่แตกฉาน	19	12.90
	2.2 ผู้ที่รู้แจ้ง แต่ไม่แตกฉาน	35	23.80
3.ต่ำ	ผู้ที่ไม่รู้แจ้งและไม่แตกฉาน	69	46.90



ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ของระดับความรู้ด้านสุขภาพกับภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยจากปี 2563 – 2564 ประเมินจากระดับ eGFR ที่ชะลอได้ตามมาตรฐานการชะลอไตเสื่อม < 5 มล./นาที่/1.73 ตร.ม.)

ความรู้ด้านสุขภาพ	N (%)	การชะลอภาวะไตเสื่อมใน 1 ปี (eGFR ปี 2564 – 2563) N (%)		χ^2	df	p
		< 5	≥ 5			
สูง	24 (16.40)	6 (25.00)	18 (75.00)	6.024	2	0.049
ปานกลาง	54 (36.70)	24 (44.40)	30 (55.60)			
ต่ำ	69 (46.90)	19 (27.50)	50 (72.50)			

อภิปรายผล

การอภิปรายผลนำเสนอตามประเด็นของผลที่พบจากการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

จากกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน จำนวน 147 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ ถึงร้อยละ 46.90 และอยู่ในระดับสูงเพียงร้อยละ 16.3 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ (Inadequate health literacy) สอดคล้องกับการศึกษาของ Costa-Requena และคณะ (Costa-Requena et al., 2017) รายงานพบว่าผู้ป่วยไตเรื้อรังที่อยู่ในระดับปานกลางและรุนแรงมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ คิดเป็นจำนวนตั้งแต่ร้อยละ 5 จนถึงร้อยละ 60 โดยเมื่อพิจารณาจากข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือเทียบเท่าเป็นจำนวนร้อยละ 69.4 สะท้อนถึงว่าความสามารถในด้านการอ่านออกเขียนได้และการเข้าใจสารสนเทศเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความรู้ทางสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ DeWalt และคณะ (Dewalt et al., 2004) ที่สรุปผลการทบทวนวรรณกรรม พบว่าบุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้ข้อมูล ข่าวสารและการเข้ารับบริการสุขภาพ

การชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน พบว่าค่าเฉลี่ยของอัตราการกรองของไตลดลงจากปี 2563 ถึง 2564 เฉลี่ย 3.48 มล./นาที่/1.73ตร.ม. ทั้งนี้พบว่ามีค่าเฉลี่ย creatinine เพิ่มขึ้น อาจจะเป็นเพราะ อายุที่เพิ่มมากขึ้น ระดับความดันโลหิตหรือระดับน้ำตาลที่ควบคุมได้ไม่ดี ประเภทยาที่รับประทาน ตลอดจนผลข้างเคียงจากการใช้ยาของผู้ป่วย เช่น ยาแก้ปวด ยาสมุนไพร เป็นต้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Polonia และคณะ (Polonia et al., 2017) ที่รายงานผลการศึกษาพบว่า การลดลง



ของการทำงานของไตมากกว่าร้อยละ 10 จากระดับการกรองของไตเดิมในแต่ละปีในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหรือไม่มีโรคเบาหวานก็ตาม ปัจจัยที่พบว่าสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตนอกจากปัจจัยด้านอายุของผู้ป่วยแล้ว รายงานวิจัยของ Jamshidi และคณะ (Jamshidi et al., 2020) ยังพบข้อมูลว่า น้ำหนักตัวที่มาก การใช้ยาลดความดันโลหิตที่มีผลต่อการทำงานของไต ระดับความดันโลหิตที่สูงช่วงกลางคืน และระดับน้ำตาลที่สูง มีผลทำให้อัตราการกรองของไตลดลงได้เช่นเดียวกัน

ความรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูงหรือเบาหวานซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและระยะของไตปี 2563 เทียบกับปี 2564 กลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมีอัตราการกรองของไตที่เสื่อมมากขึ้นไปสู่ระยะที่ 4 และ 5 มากกว่ากลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ของ Boonstra et al. (2020) และ Taylor et al. (2018) พบว่ากลุ่มของผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมีการเสื่อมของอัตราการกรองไตที่เร็วกว่ากลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูง เช่นเดียวกับรายงานผลงานวิจัยของ Ricardo และคณะ (Ricardo et al., 2014) ได้ทำการศึกษาวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพที่จำกัดหรือระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับระดับอัตราการกรองของไตที่ต่ำมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกัน

ข้อจำกัดของงานวิจัย

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาอาจมีขนาดเล็กน้อย ถึงแม้จะใช้ผู้ป่วยทั้งอำเภอและผ่านการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยความน่าจะเป็นแล้วก็ตาม แต่เมื่อพิจารณาจากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างยังพบว่าการกระจายของข้อมูลส่วนบุคคลยังน้อยในด้านอายุ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 81 เป็นผู้สูงอายุ การศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษาจนถึงร้อยละ 80.3 ซึ่งข้อมูลดังกล่าวถือว่าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความรู้ด้านสุขภาพ นอกจากนี้การใช้แบบประเมินที่วัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับโรคเบาหวานหรือความดันโลหิต ไม่ได้มีการประเมินที่เหมาะสมสำหรับโรคไตเรื้อรังโดยเฉพาะ และในปัจจุบันยังไม่มีแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรังในฉบับภาษาไทย ซึ่งข้อจำกัดเหล่านี้อาจจะส่งผลต่อการเก็บข้อมูลในการวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตได้

ข้อเสนอแนะและการนำผลการศึกษาไปใช้

1. เนื่องจากผลวิจัยสะท้อนว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานต่ำ (Functional Health Literacy) ดังนั้นสิ่งที่ต้องมุ่งเน้นคือการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยโดยแก้ไขปัญหาย่อยตาม



รายบุคคลและแยกตามความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในแต่ละด้าน เช่น ด้านการอ่านศัพท์พื้นฐานและการอ่านตัวเลข ด้านการค้นหาข้อมูลสุขภาพ ด้านปฏิสัมพันธ์ เป็นต้น ซึ่งควรมีโปรแกรมพิเศษสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยอาจให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมเพื่อให้สามารถช่วยเหลือพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้ดีขึ้น รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงบริบท สภาพแวดล้อมของผู้ป่วยด้วย จึงเป็นจุดที่ควรมีการพัฒนาในส่วนนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

2. ในขั้นตอนการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง แบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง” พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาเรื่องการอ่านและความเข้าใจ แม้ว่าจะมีผู้ช่วยเป็นผู้อ่านให้ฟังก็ยังมีปัญหาเรื่องของการเข้าใจในชุดคำถาม ทั้งนี้อาจมาจากวัฒนธรรมทางด้านภาษาถิ่น จึงควรพัฒนาเครื่องมือแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยเฉพาะ และเหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมในชุมชนด้วย

3. เนื่องจากการเก็บข้อมูลของการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่ ดังนั้น เจ้าหน้าที่จึงเป็นกลุ่มบุคคลที่ต้องพัฒนาศักยภาพเพื่อช่วยผู้ป่วยชี้ให้เห็นความสำคัญของการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

4. งานวิจัยนี้สะท้อนว่าการมีความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับเสื่อมของไตในเรื่องของโรคไตเรื้อรังที่มีโรคร่วมเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงได้ ดังนั้นสิ่งที่ต้องมุ่งเน้นคือการสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยโดยแยกตามรายด้าน เช่น ด้านความรู้ ด้านการตัดสินใจ หรือด้านการปฏิบัติตัวตามหลัก 3อ 2ส รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงบริบท สภาพแวดล้อมของผู้ป่วยด้วย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ในการศึกษาวิจัยความรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาและพัฒนาเครื่องมือแบบประเมินความรู้ทางสุขภาพที่เหมาะสมและจำเพาะกับผู้ป่วยไตเรื้อรังโดยโรคไต ในบริบทประเทศไทยและตามวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ ทั้งในระดับบุคคล ผู้ดูแล ครอบครัวของผู้ป่วยและชุมชนรอบรู้สุขภาพโรคไต อีกทั้งการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional design) ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลครั้งเดียวจึงควรเพิ่มเติมแบบระยะยาวเพื่อทราบแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงความรู้ด้านสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงของอัตราการกรองของไต



เอกสารอ้างอิง

- Boonstra, M. D., Reijneveld, S. A., Foitzik, E. M., Westerhuis, R., Navis, G., & de Winter, A. F. (2020). How to tackle health literacy problems in chronic kidney disease patients? A systematic review to identify promising intervention targets and strategies. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 36(7), 1207-1221. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfaa273>
- Costa-Requena, G., Moreso, F., Carmen Cantarell, M., & Serón, D. (2017). Health literacy and chronic kidney disease [10.1016/j.nefro.2017.04.009]. *Nefrología (English Edition)*, 37(2), 115-117. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2017.04.009>
- Devraj, R., Borrego, M., Vilay, A. M., Gordon, E. J., Pailden, J., & Horowitz, B. (2015). Relationship between Health Literacy and Kidney Function. *Nephrology (Carlton)*, 20(5), 360-367. <https://doi.org/10.1111/nep.12425>
- Dewalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., & Pignone, M. P. (2004). Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *J Gen Intern Med*, 19(12), 1228-1239. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x>
- Go, A. S., Yang, J., Tan, T. C., Cabrera, C. S., Stefansson, B. V., Greasley, P. J., Ordonez, J. D., & Kaiser Permanente Northern California, C. K. D. O. S. (2018). Contemporary rates and predictors of fast progression of chronic kidney disease in adults with and without diabetes mellitus. *BMC nephrology*, 19(1), 146-146. <https://doi.org/10.1186/s12882-018-0942-1>
- Hill, N. R., Fatoba, S. T., Oke, J. L., Hirst, J. A., O'Callaghan, C. A., Lasserson, D. S., & Hobbs, F. D. R. (2016). Global Prevalence of Chronic Kidney Disease - A Systematic Review and Meta-Analysis. *PloS one*, 11(7), e0158765-e0158765. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158765>
- Ingsathit, A., Thakkestian, A., Chaiprasert, A., Sangthawan, P., Gojaseni, P., Kiattisunthorn, K., Ongaiyooth, L., Vanavan, S., Sirivongs, D., Thirakhupt, P., Mittal, B., & Singh, A. K. (2010). Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrol Dial Transplant*, 25(5), 1567-1575. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfp669>
- Ishikura, K., Obara, T., Kikuya, M., Satoh, M., Hosaka, M., Metoki, H., Nishigori, H., Mano, N., Nakayama, M., Imai, Y., Ohkubo, T., & on behalf of the, J. H.-M. S. g. (2016). Home blood pressure level and decline in renal function among treated hypertensive patients: the J-HOME-Morning Study. *Hypertension Research*, 39(2), 107-112. <https://doi.org/10.1038/hr.2015.110>



- Jamshidi, P., Najafi, F., Mostafaei, S., Shakiba, E., Pasdar, Y., Hamzeh, B., & Moradinazar, M. (2020). Investigating associated factors with glomerular filtration rate: structural equation modeling. *BMC nephrology*, 21(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s12882-020-1686-2>
- Kanjanabuch, T., & Takkavatakarn, K. (2020). Global Dialysis Perspective: Thailand. *Kidney360*, 1(7), 671-675. <https://doi.org/10.34067/kid.0000762020>
- Polonia, J., Azevedo, A., Monte, M., Silva, J. A., & Bertoquini, S. (2017). Annual deterioration of renal function in hypertensive patients with and without diabetes. *Vascular health and risk management*, 13, 231-237. <https://doi.org/10.2147/VHRM.S135253>
- Ricardo, A. C., Yang, W., Lora, C. M., Gordon, E. J., Diamantidis, C. J., Ford, V., Kusek, J. W., Lopez, A., Lustigova, E., Nessel, L., Rosas, S. E., Steigerwalt, S., Theurer, J., Zhang, X., Fischer, M. J., & Lash, J. P. (2014). Limited health literacy is associated with low glomerular filtration in the Chronic Renal Insufficiency Cohort (CRIC) study. *Clin Nephrol*, 81(1), 30-37. <https://doi.org/10.5414/cn108062>
- Sabanayagam, C., Shankar, A., Lim, S. C., Tai, E. S., & Wong, T. Y. (2011). Hypertension, Hypertension Control, and Chronic Kidney Disease in a Malay Population in Singapore. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 23(6), 936-945. <http://www.jstor.org/stable/26724181>
- Tanasugarn, C., & Neelapaichit, N. (2015). *Development tools Health literacy in patients with diabetes & hypertension* (D. o. H. S. Support, Ed.). Ministry of Public Health.
- Taylor, D. M., Fraser, S., Dudley, C., Oniscu, G. C., Tomson, C., Ravanani, R., & Roderick, P. (2018). Health literacy and patient outcomes in chronic kidney disease: a systematic review. *Nephrol Dial Transplant*, 33(9), 1545-1558. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfx293>



Lesson Learned: The Process of Teaching and learning by Using Scenarios with High-Fidelity Human Simulation in Teaching Maternal and Newborn Nursing and Midwifery II

Jiraporn pengrachrong^{1*}, Parichart Tulapan*, Panjan Imnam*

(Received: February 15, 2022, Revised: May 11, 2022, Accepted: May 31, 2022)

Abstract

This quantitative research aims to process the teaching and learning by using scenarios with high-fidelity human simulation in teaching maternal and newborn nursing and midwifery II. A focus group discussion was used to conduct this study. In 2019, six nursing instructors who taught 30 fourth-year nursing students at Boromarajonani College of Nursing in Nakhon Lampang about maternal nursing and midwifery in nursing high-fidelity human simulation were divided into two groups of participants.

At the preparation stage, a simulation is prepared by modifying the original simulation and developing three new scenarios, as well as by assembling a team of instructors, learners, technological support systems and advanced virtual mannequins. Three phases to the process of educating with High-Fidelity Human Simulation scenarios: 1) Pre-brief, 2) Scenario Period, and 3) using video recordings to reflect the learning outcomes and lead into each relevant session on a topic. Learning outcomes without the pressure of grading, learners reported that being responsible, enthusiastic about learning, teamwork, analytical thinking, problem solving, and effective communication are pleasurable and exciting. Developing the simulated skills of teaching and learning in connecting a variety of systems enabled learners' practical skills effectively represent their knowledge and abilities.

This study recommends that the simulated process be developed and used in other contexts with a high degree of maternal nursing, for instance, to improve the quality of learners and enhance the quality of healthcare services.

Keywords: Lesson learned; Simulation scenarios; High-fidelity human simulation; Maternal and Newborn nursing and midwifery II

* Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Lampang Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

¹Corresponding author: jiraporn.peng@mail.bcnlp.ac.th Tel 0864269607



**ถอดบทเรียน: กระบวนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริง
ระดับสูง วิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2**

จิราพร เป็งราชรอง^{1*}, ปาริชาติ ตูลาพันธุ์*, ปานจันทร์ อิ่มหน้า*

(วันที่รับบทความ : 15 กุมภาพันธ์ 2565, วันแก้ไขบทความ: 11 พฤษภาคม 2565, วันที่ตอบรับบทความ: 31 พฤษภาคม 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียน: กระบวนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริงระดับสูง วิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 โดยการถอดบทเรียนภายหลังจัดการเรียนการสอน ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก 2 กลุ่ม ใช้สถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริงระดับสูง จำนวน 6 คน และนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 จำนวน 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ขั้นตอนเตรียมการ: มีการเตรียมสถานการณ์จำลองโดยปรับสถานการณ์จำลองเดิมแล้วสร้างสถานการณ์จำลองใหม่ 3 สถานการณ์ ขึ้นกระบวนการดำเนินการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริงระดับสูง 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขึ้นแนะนำ 2) ขึ้นดำเนินการตามสถานการณ์ 3) ขึ้นสรุปการเรียนรู้ ใช้บันทึกวิดีโอในการสะท้อน ผลลัพธ์ของการเรียนรู้ พบว่า มีความรับผิดชอบ กระตือรือร้นในการเรียนรู้ ทำงานเป็นทีม สามารถคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจแก้ไขปัญหาและสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพในบรรยากาศการเรียนรู้ที่สนุกสนาน ตื่นเต้น ไม่เกิดความกดดันเนื่องจากไม่มีการประเมินผลในรูปแบบการขอให้คะแนน มองเห็นภาพชัดเจน จดจำได้ง่ายเมื่อเข้าสู่บทเรียนภาคทฤษฎี เกิดความมั่นใจสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้เมื่อเผชิญสถานการณ์จริง ด้านผู้สอนได้เรียนรู้ พัฒนาทักษะการเขียนโจทย์สถานการณ์จำลองที่มีความเชื่อมโยงและซับซ้อนในหลายระบบ มีการพัฒนาทักษะการจัดการเรียนการสอนที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงที่ช่วยพัฒนาการเรียนรู้ ทักษะปฏิบัติและหลักการสะท้อนผลให้แก่ผู้เรียนรวมถึงการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะในการใช้หุ่นจำลองเสมือนจริงอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ ควรมีการพัฒนาและดำเนินการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริงระดับสูง วิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 ในผู้เรียนรุ่นต่อไป

คำสำคัญ: การถอดบทเรียน; สถานการณ์จำลอง; หุ่นเสมือนจริงระดับสูง; วิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

¹ผู้ประพันธ์บทความ jiraporn.peng@mail.bcnlp.ac.th โทร 0864269607



บทนำ

การศึกษาพยาบาลเป็นการศึกษาทางวิชาชีพ ที่ต้องจัดการเรียนรู้ให้ผู้สำเร็จการศึกษามีความพร้อมในการประกอบวิชาชีพทางการพยาบาล ที่มีสมรรถนะในการให้บริการด้านสุขภาพให้ครอบคลุมทุกมิติด้านการพยาบาล การป้องกันการรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้การดูแลอย่างมีคุณภาพ มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งเป็นรากฐานสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพการดูแล มีเป้าหมายเพื่อลดความเสี่ยงหรือสิ่งไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการดูแลในระบบสุขภาพ และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย โดยการป้องกันความผิดพลาด เรียนรู้จากความผิดพลาดที่เกิดขึ้นและสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Boonmak & Boonmak, 2013) การตระหนักถึงความสำคัญของมาตรฐานการรักษาพยาบาลด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งหัวใจของความปลอดภัยของผู้ป่วยก็คือ “การป้องกันความผิดพลาดในการดูแลรักษาผู้ป่วย” (Chaleoykitti, 2014)

ภายใต้บริบทของสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์เปลี่ยนไปอย่างรวดเร็วมาก การศึกษาพยาบาลยังเป็นการศึกษาทางวิชาชีพเฉพาะที่มีการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ มีรูปแบบและวิธีการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลาย เพื่อให้ผู้เรียนมีคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ ในการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลต้องมีคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ และบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (Thai Qualifications Framework for Higher Education (TQF) (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2554 เพื่อพัฒนาทักษะ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณธรรมจริยธรรม 2) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 3) ด้านความรู้ 4) ด้านปัญญา 5) ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ 6) ด้านการปฏิบัติ (Office of Higher Education Commission, 2018). ผู้สอนต้องปรับกระบวนการสอนในการจัดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 มุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีความรู้ ความสามารถและมีทักษะทางวิชาชีพที่จำเป็นในการประกอบวิชาชีพการพยาบาล เช่น การตัดสินใจ การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม การแก้ปัญหา การฝึกฝนทักษะแบบซ้ำ ๆ จนมากพออย่างเป็นระบบ จนรู้จริง จึงต้องจัดการเรียนรู้ให้ผู้เรียนเกิดการเรียนให้รู้จริง (Mastery Learning) โดยพัฒนาผู้เรียนจากผู้ไม่รู้ ให้เป็นผู้รู้ ผ่านขั้นตอนการพัฒนา 4 ระยะ คือ พัฒนาจากระยะไม่รู้ว่ามีรู้ ไปสู่ระยะรู้หรือตระหนักว่ามีรู้ ไปสู่ระยะทำหรือปฏิบัติได้ โดยต้องตั้งใจทำ ไปสู่ระยะทำหรือปฏิบัติได้โดยอัตโนมัติ (Panich, 2012)

การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง อาศัยหลัก Mastery Learning คือ จัดการเรียนรู้โดยมีเป้าหมาย ให้ผู้เรียนบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ตามเกณฑ์ที่กำหนด เป็นลำดับขั้น ตามความสามารถที่แตกต่างกันของผู้เรียน จึงมีความเหมาะสมในการพัฒนาผู้เรียน ให้รู้จริงผ่านกระบวนการเรียนรู้ ภายใต้การสะท้อนกลับของผู้สอน และแก้ไขการปฏิบัติจนบรรลุเป้าหมายที่กำหนด และการฝึกสถานการณ์จำลองก่อนไปปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง ช่วยลดระยะเวลาการเรียนรู้ ที่ต้องไปปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง (Learning Curve) ให้สั้นลง ส่งผลให้โอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยลดลง ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น (Lertbunnaphong, 2015)การจัดการเรียนรู้ โดยใช้สถานการณ์จำลอง จึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่ใช้ในการพัฒนาผู้เรียนที่มีเป้าหมายสำคัญ คือความปลอดภัยในการดูแล



ผู้ป่วย ลดความผิดพลาดทางการแพทย์ และพัฒนาระบบการดูแลผ่านกระบวนการ 4 ด้าน คือ 1) กระบวนการด้านการศึกษา (Education) โดยการแปลงองค์ความรู้ไปสู่การปฏิบัติในชีวิตจริง 2) กระบวนการด้านการประเมินผล (Assessment) โดยการประเมินเพื่อควบคุมคุณภาพและปรับปรุงคุณภาพ 3) กระบวนการด้านการบูรณาการระบบสุขภาพ (Health System Integration) โดยการพัฒนาและฝึกการทำงานเป็นทีม บริหารทรัพยากรอย่างเหมาะสมในสถานการณ์จริง และ 4) กระบวนการด้านการวิจัย (Research) โดยการศึกษาพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์เพื่อนำไปสู่การพัฒนากระบวนการ (Boonmak & Boonmak, 2013)

การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงจึงถูกนำมาใช้ในการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์ และแพร่หลายมากขึ้น โดยเฉพาะสถานการณ์จำลองเสมือนจริงกับหุ่นเสมือนจริงระดับสูง (Rourke, 2010) ซึ่งเป็นกลยุทธ์การสอนที่ช่วยให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ผู้เรียนสามารถปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเองในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงซ้ำได้หลายครั้งโดยไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยโดยตรงและปกป้องสิทธิของผู้ป่วย จนเกิดความมั่นใจก่อนให้การพยาบาลผู้ป่วยจริง (Cordeau, 2013) และสามารถฝึกปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและวิกฤตได้ การเรียนรู้จากประสบการณ์ในสถานการณ์จำลองช่วยให้ผู้เรียนถ่ายโอนความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ ผู้เรียนได้รับข้อมูลป้อนกลับทันทีผ่านการสะท้อนคิด การปฏิบัติช่วยให้ผู้เรียนได้เปิดใจสะท้อนความรู้สึกลึกๆ ที่เกิดขึ้นได้ทบทวนและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้รับจากการทำงานร่วมกันในกลุ่มผู้เรียนด้วยกัน ผู้สอนช่วยสะท้อนคิดผลการปฏิบัติของผู้เรียนในส่วนที่ปฏิบัติได้ดี และส่วนที่ต้องปรับปรุงพัฒนาครอบคลุมทักษะปฏิบัติการพยาบาล (technical skills) และทักษะที่ไม่ใช่ปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง (non-technical skills) (Phrampus & O'Donnell, 2013) ผลลัพธ์การเรียนรู้ช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความรู้ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจทางการพยาบาล และทักษะที่ไม่ใช่การปฏิบัติการพยาบาล เช่น การตัดสินใจ การทำงานเป็นทีม การสื่อสาร และการเคารพคุณค่าของความเป็นมนุษย์ ช่วยให้ผู้เรียนมีความพึงพอใจ และความมั่นใจในตนเอง มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยและจดจำสิ่งที่ได้เรียนรู้นานกว่าวิธีการสอนชนิดอื่น เพราะผู้เรียนได้เรียนรู้ไปพร้อมกับการลงมือปฏิบัติจริงในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและส่งเสริมการเรียนรู้ (Pasquale, 2013) ส่งเสริมผู้เรียนให้มีการเรียนรู้เชิงรุก เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ เกิดการเปลี่ยนแปลงตัวเอง มีทักษะกระบวนการคิดและแก้ปัญหา ทักษะในการสื่อสารที่ดี ทำงานเป็นทีม มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยเน้นประสบการณ์จริงซึ่งสอดคล้องกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริงระดับสูง (High fidelity simulation) ที่นิยมใช้ในการศึกษาทางการพยาบาล เนื่องจากหุ่นจำลองได้รับการออกแบบให้มีการแสดงการคล้ายมนุษย์ และใช้ระบบคอมพิวเตอร์ในการควบคุมให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านสรีระที่เสมือนจริง เช่น หุ่นสามารถโต้ตอบกับผู้เรียนขณะอยู่ในสถานการณ์ได้ ได้ วัดค่าสัญญาณชีพต่างๆ ได้ ฟังเสียงหัวใจ ปอดได้ จำลองสถานการณ์เสมือนจริงให้หุ่นอยู่ในสถานการณ์จำลองขณะตั้งครรภ์ คลอด และ หลังคลอดที่มีความผิดปกติได้ และสามารถควบคุมให้คลอดตัวเด็กทารกจากตัวหุ่นคลอดได้ โดยการควบคุมระบบเทคนิคปฏิบัติการของคอมพิวเตอร์ ซึ่งการตอบสนองเหล่านี้ช่วย



กระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ วิเคราะห์ ตัดสินใจแก้ไขปัญหาและให้การพยาบาลตามสถานการณ์จำลองที่กำหนดขึ้นได้

วิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2 จัดการเรียนการสอนให้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 มีจุดมุ่งหมายให้นักศึกษา มีความรู้ความเข้าใจโดยยึดแนวคิด หลักการพยาบาลแบบองค์รวมบนพื้นฐานทฤษฎีการดูแลด้วยความเอื้ออาทร สำหรับมารดาและทารกที่มีภาวะเสี่ยงและปัญหาสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ตลอดจนใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลมารดาและทารกที่มีภาวะเสี่ยงและปัญหาสุขภาพเนื่องจากการตั้งครรภ์ในระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด การเตรียมและการช่วยเหลือมารดาและทารกที่ได้รับการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การช่วยเหลือในการทำสูติศาสตร์หัตถการ การดูแลทารกแรกเกิดทันทีที่มีภาวะเสี่ยงและปัญหาสุขภาพได้ ซึ่งเนื้อหาที่มีความซับซ้อน ยากในการทำความเข้าใจและบางเนื้อหา ที่พบว่าเป็นปัญหาภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยทาง สูติกรรม เป็นสาเหตุการเสียชีวิตและความพิการของผู้คลอดและทารกในครรภ์ ถูกจัดเป็นปัญหาสุขภาพของประเทศไทยและของหลายประเทศทั่วโลก อาทิเช่น ผู้คลอดที่มีภาวะคลอดติดไหล่ ความดันโลหิตสูง ครรภ์แฝด ทารกอยู่ในภาวะคับขัน และภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น และได้มีการดำเนินการจัดการเรียนการสอนที่หลากหลาย อาทิเช่น บรรยาย วิเคราะห์กรณีศึกษา การสอนเป็นทีม (Team based teaching) และการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation based Learning) เพื่อช่วยให้ผู้เรียนมีสมรรถนะดังกล่าว

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปางได้มีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงด้วยการใช้หุ่นที่มีความเสมือนจริงระดับสูง (High fidelity human simulation) มาตั้งแต่ปีการศึกษา 2558 และดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง จากความต้องการพัฒนาผู้เรียนของครูผู้สอนให้เป็นพยาบาลที่มีคุณภาพ โดยใช้กระบวนการที่ประกอบด้วย บทบาทครูผู้สอน บทบาทของผู้เรียน และบทบาทของเจ้าหน้าที่เทคนิค โดยที่ครูผู้สอนทำหน้าที่กำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนของสถานการณ์จำลอง ออกแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่ตรงกับบริบทของผู้รับบริการ รวมทั้งให้การสนับสนุนอื่นๆ ที่จำเป็นแก่ผู้เรียน ในส่วนของผู้เรียนเน้นหนักไปที่การอภิปรายสะท้อนคิดภายหลังจากการเข้ากิจกรรมจำลองสถานการณ์ทั้งแบบรายบุคคลและแบบกลุ่ม การฝึกฝนการเป็นผู้สังเกตการณ์รวมถึงบทบาทอื่นๆ เพื่อความสมจริง และเพื่อให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจในสถานการณ์มากยิ่งขึ้น และอีกหนึ่งบทบาทเป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่เทคนิคที่จะทำหน้าที่ในส่วนการตั้งค่าคอมพิวเตอร์และการจัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อให้การจำลองสถานการณ์ด้วยการใช้หุ่นที่มีความเสมือนจริงระดับสูงนั้นมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและเกิดผลลัพธ์ตามที่กำหนดไว้ สาขาวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ ได้จัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริงขั้นสูง ตั้งแต่ปีการศึกษา 2560 เพื่อพัฒนาการเรียนรู้ ของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 จัดในระหว่างเรียนภาคทฤษฎี โดยการนำคลิปวิดีโอของตัวแทนผู้เรียนในแต่ละกลุ่ม ที่ลงปฏิบัติในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูง ที่ครูผู้สอนได้ออกแบบปรับปรุงและสร้างสถานการณ์จำลองขึ้นใหม่ มาเป็นตัวกระตุ้นในการเรียนรู้เพื่อนำเข้าสู่เนื้อหา ในหัวข้อที่ 2 การดูแลมารดาและทารกที่มีความผิดปกติในระยะ



ตั้งครรภ์ : การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลมารดาและทารกที่มีภาวะเสี่ยงและปัญหาทางสุขภาพ เนื่องจาก การตั้งครรภ์ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด ความผิดปกติของการตั้งครรภ์ (การแพ้ท้องอย่างรุนแรง, ภาวะความดันโลหิตสูง, ครรภ์แฝด, ความผิดปกติของน้ำคร่ำ, ทารกตายในครรภ์) โดยใช้สถานการณ์จำลองผู้คลอด ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์อยู่ในภาวะคับขัน และสายสะดือย้อย (Pregnancy Induced Hypertension, Fetal distress, Prolapsed cord) หัวข้อที่ 4 การดูแลมารดาและทารกที่มีปัญหา สุขภาพร่วมในระยะตั้งครรภ์และ/หรือหลังคลอด การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลมารดาและทารกที่มี ปัญหาทางสุขภาพร่วม กับการตั้งครรภ์ ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยใช้สถานการณ์ จำลองผู้คลอดที่มีภาวะคลอดติดไหล่และมีภาวะเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus & Shoulder dystocia) และหัวข้อการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลมารดาและทารกที่มีปัญหาสุขภาพใน ระยะหลังคลอดโดยใช้สถานการณ์จำลองผู้คลอดที่มีภาวะรกลอกตัวช้าและตกเลือดหลังคลอด (Delayed placenta delivery & Postpartum Hemorrhage) ประเมินผลจากรายงานการวิเคราะห์สะท้อนผลการเรียนรู้

ด้วยเหตุนี้คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่ถอดบทเรียน กระบวนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองกับ หุ่นเสมือนจริงระดับสูงที่ส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้วิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2 เพื่อ สังเคราะห์เป็นบทเรียนที่นำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้ในระดับลึกและให้แนวทางหรือข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย การปฏิบัติ การศึกษาวิจัยเพื่อนำไปสู่การพัฒนาการจัดการเรียนการสอนพยาบาลศาสตร์ให้ชัดเจนขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อถอดบทเรียนกระบวนการจัดการเรียนการสอน โดยใช้สถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริงระดับสูงที่ ส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้วิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยมีขอบเขตการศึกษา ประกอบด้วย 1) ด้านเนื้อหา มุ่งศึกษากระบวนการจัดการเรียนการสอนโดย ใช้สถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริงระดับสูง ผลลัพธ์การเรียนรู้วิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 2) ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ อาจารย์ที่สอนวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 และ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 ที่ผ่านการเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริงระดับสูง 3) ด้านพื้นที่คือ การจัดการเรียนการสอนในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง และ 4) ด้านระยะเวลาที่ ศึกษาเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ถึง เมษายน พ.ศ. 2563



วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการถอดบทเรียนภายหลังจัดการเรียนการสอน โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลหลัก 2 กลุ่ม 1) ประชากร คือ อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ที่สอนวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 โดยใช้สถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริงระดับสูง จำนวน 6 คน 2) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 ในปีการศึกษา 2562 จำนวน 30 คน โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติ คือ เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 ที่ผ่านการเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริงระดับสูงในวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริงระดับสูง คือคำถามแบบมีโครงสร้าง ในประเด็นกระบวนการ จัดการเรียนการสอน โดยใช้สถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริงระดับสูง ของรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 ในการสนทนากลุ่มอาจารย์และนักศึกษาที่ผ่านการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริงสูง ในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 ในประเด็น ชั้นเตรียมการ ชั้นกระบวนการเรียนรู้ และชั้นประเมินผล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ ด้านการใช้สถานการณ์จำลองกับหุ่นผู้ป่วยเสมือนจริงสูง ในการสอนการพยาบาล เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา แล้วนำมาปรับปรุงเพื่อใช้เก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม กับกลุ่มครูผู้สอนจำนวน 6 คน และกลุ่มผู้เรียนที่ผ่านการเข้าเรียนในสถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริงสูง ในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 จำนวน 30 คน โดยใช้ข้อคำถามแบบมีโครงสร้างในกระบวนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริงสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในประเด็น กระบวนการจัดการเรียนการสอน โดยใช้สถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริงระดับสูงของรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 2



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยและคณะนำเสนอโครงร่างการวิจัยเพื่อรับการพิจารณาการรับรองการด้านจริยธรรมจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เมื่อคณะกรรมการ รับรองแล้ว ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ E2562-050 ผู้วิจัยและคณะเข้าพบผู้ให้ ข้อมูลหลัก แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ และขั้นตอน การ เก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งให้ผู้ให้ข้อมูลหลัก เป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองโดยความสมัครใจ และ ชี้แจงให้ทราบว่าสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการเรียนการสอนของผู้ให้ข้อมูล หลัก ในการบันทึกข้อมูลจะไม่มีการระบุชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยและคณะจะเก็บ เป็นความลับ และนำมาใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลัก ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงจะเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย

ถอดบทเรียนตามวัตถุประสงค์ จากการถอดบทเรียนกระบวนการจัดการเรียนการสอน โดยใช้ สถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริงระดับสูงที่ส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้วิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการ ผดุงครรภ์ 2 กับผู้สอนและผู้เรียน จากการสนทนากลุ่ม พบว่า

1.ขั้นเตรียมการ การเตรียมสถานการณ์จำลองและการกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่สอดคล้องกับ ผู้เรียนและสำหรับการสอนภาคทฤษฎี ผู้สอนใช้สถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริงระดับ สูง (High Fidelity Simulation) ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่มีความเสมือนจริงมากที่สุดในการฝึกปฏิบัติโดยอุปกรณ์ที่ใช้ในการฝึก สามารถ แสดงผลทางสรีรวิทยาได้ทันทีโดยผ่านโปรแกรมคำสั่งคอมพิวเตอร์ผู้สอนและผู้เรียนมีส่วนร่วมในการแสดงบทบาท ต่าง ๆ ในสถานการณ์ หุ่นที่ใช้ในการฝึกในสถานการณ์ ได้แก่ หุ่นมนุษย์จำลองที่สามารถฟังเสียงหายใจและมีการ เคลื่อนไหวของทรวงอกสามารถกระพริบตา มีเสียงต่าง ๆ สามารถจัดให้อยู่ระยะตั้งครรภ์ คลอดทารก และภาวะ หลังคลอด ตามเงื่อนไขที่กำหนดได้ โดยมีกระบวนการดังนี้

ขั้นวางแผนเตรียมสถานการณ์จำลอง

1.1 อาจารย์ผู้รับผิดชอบวิชา ศึกษาหลักสูตร/เนื้อหา/วัตถุประสงค์รายวิชาตามกรอบมาตรฐานของ คณะกรรมการอุดมศึกษาแห่งชาติ (มคอ.2) และ จัดทำ ร่าง การจัดการเรียนรู้ในระดับวิชา มคอ.3 จัดกิจกรรมการ เรียนการสอนรูปแบบต่าง ๆ ร่วมกับการใช้สถานการณ์จำลองกับหุ่นผู้ป่วยเสมือนจริงระดับสูง 3 สถานการณ์ ร่าง ออกแบบการจัดการเรียนการสอน วิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 เพื่อนำเสนอเข้าที่ประชุม ภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์

1.2 ประชุมอาจารย์ผู้สอน ภาควิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ เพื่อหารือเกี่ยวกับการ จัดทำ มคอ.3 การพัฒนา/การปรับปรุงการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน ในรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก



และการผดุงครรภ์ 2 สำหรับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 ตามผลการประเมินของนักศึกษา และอาจารย์ผู้สอนในประเด็นการใช้สถานการณ์จำลองกับหุ่นผู้ป่วยเสมือนจริงสูงที่ควรมีการจัดอย่างต่อเนื่องทุกปี

การเตรียมสถานการณ์จำลอง (Simulation Scenario) ขั้นตอนดำเนินกิจกรรม โดย

- อาจารย์ผู้รับผิดชอบวิชาและอาจารย์ผู้สอน ร่วมกันทบทวนกระบวนการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริงระดับสูง และ วางแผน พัฒนาการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองกับหุ่นผู้ป่วยเสมือนจริงระดับสูง พบว่า สถานการณ์ที่เคยใช้จะเป็นสถานการณ์ที่ไม่ซับซ้อน เช่น สถานการณ์จำลองผู้คลอดที่มีภาวะคลอดติดไหล่ (Shoulder dystocia) ครั้งนี้ ได้ทบทวนและวางแผนที่จะพัฒนาให้เหมาะสมกับผู้เรียนซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4

- อาจารย์ผู้รับผิดชอบวิชาและผู้สอน ร่วมกันวิเคราะห์ เนื้อหาสำคัญ ที่ยากและซับซ้อน/เป็นภาวะฉุกเฉินที่ผู้เรียนไม่สามารถเข้าไปอยู่ในสถานการณ์นั้น รวมทั้งสถานการณ์ที่พบบ่อย จากประสบการณ์ของการสอน ในคลินิกของผู้สอนที่เกี่ยวข้องกับรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 เพื่อนำข้อมูลมาออกแบบสร้างสถานการณ์จำลองใหม่ที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้น โดยมีการปรับปรุงสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเดิม 3 สถานการณ์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การปรับปรุงสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเดิม 3 สถานการณ์

สถานการณ์จำลองเดิม	สถานการณ์จำลองปรับปรุงใหม่
1. ผู้คลอดที่มีภาวะคลอดติดไหล่(Shoulder dystocia)	1. ผู้คลอดที่มีภาวะคลอดติดไหล่และเกิดภาวะเบาหวานระยะตั้งครรภ์ Gestational Diabetes Mellitus & Shoulder dystocia
2. ผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์อยู่ในภาวะค้ำชัน(Pregnancy Induced Hypertension & Fetal distress)	2. ผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์อยู่ในภาวะค้ำชัน และสายสะดือย้อย (Pregnancy Induced Hypertension & prolapse cord & Fetal distress)
3. ผู้คลอดที่มีระยะที่ 1 ของการคลอดยาวนานและตกเลือดหลังคลอด (Prolonged First Stage & Postpartum Hemorrhage)	3. ผู้คลอดที่มีภาวะรกลอกตัวช้าและตกเลือดหลังคลอด (Delayed placenta delivery & Postpartum Hemorrhage)

โดยกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่สอดคล้องกับผู้เรียน นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 และสำหรับการสอนภาคทฤษฎีวิชาการพยาบาล มารดา ทารกและการผดุงครรภ์ ในหัวข้อที่ 2 เรื่อง การดูแลมารดา และทารกที่มีความผิดปกติในระยะตั้งครรภ์ หัวข้อที่ 4 เรื่อง การดูแลมารดาและทารกที่มีปัญหาสุขภาพร่วมใน



ระยะตั้งครุฑและ/หรือหลังคลอด และหัวข้อที่ 5 เรื่อง การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลมารดาทารกที่มีความผิดปกติในระหว่างการคลอดและทารกหลังคลอด ตามหลักการออกแบบสถานการณ์จำลอง โดยกำหนดเป้าหมายการเรียนรู้ วัตถุประสงค์การเรียนรู้ ภาพรวมและขั้นตอนของสถานการณ์ การประเมินผลการเรียนรู้ ข้อมูลสถานการณ์ แนวทางสำหรับผู้สอน บทการจำลองสถานการณ์ เพื่อลงข้อมูลในคอมพิวเตอร์ โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไป ใช้และปรับปรุงให้เหมาะสมต่อไป นอกจากนั้นมีการเตรียมทีมครูผู้สอน เตรียมผู้เรียน ประสานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในห้องปฏิบัติการ เพื่อเตรียมความพร้อมในการจัดการเรียนการสอน

2.ขั้นกระบวนการเรียนรู้ ขั้นตอนการดำเนินการจัดการเรียนการสอน ดำเนินการใน 3 ขั้นตอน คือ

2.1 ขั้นเริ่มต้น/เกริ่นนำ(pre brief) ผู้รับผิดชอบวิชาได้ดำเนินการชี้แจงกิจกรรมการเรียนการสอนและมอบหมายใบงาน สถานการณ์จำลอง(Scenario) ทั้ง 3 สถานการณ์ให้นักศึกษาทุกคนไปศึกษาก่อน ซึ่งเนื้อหาของสถานการณ์จำลอง(Scenario) จะเป็นเนื้อหาที่นักศึกษายังไม่ได้เรียน วัตถุประสงค์เพื่อต้องการให้นักศึกษาได้ศึกษาข้อมูลและเตรียมค้นคว้าเพิ่มเติมก่อนการเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลอง(Scenario) เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ จากนั้นครูที่สอนในห้องปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง แนะนำผู้เรียนเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ และลักษณะคุณสมบัติและการใช้งานหุ่นเสมือนจริงระดับสูง บอกถึงความคาดหวัง บทบาทของผู้เรียน ที่ผู้เรียนกำลังจะเผชิญ ใช้เวลา 20 นาที รวมทั้ง ชี้แจงผู้เรียนเกี่ยวกับการรายงานแพทย์โดยใช้หลัก SBARซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

S = Situation แนะนำชื่อพยาบาลที่เป็นผู้รายงาน ชื่อหอผู้ป่วย ชื่อผู้รับบริการที่มีปัญหาและประเมิน

ข้อมูลโดยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางช่องคลอด พบปัญหาอะไรบ้าง

B = Background ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน การรักษา โรคประจำตัว การผ่าตัด ของผู้รับบริการ

A = Assessment ระบุปัญหาที่พบและการพยาบาลที่ให้ไปแล้วหรือกำลังจะให้ เช่น ผู้คลอดมีกระเพาะปัสสาวะโป่ง แล้วอยู่ในระยะใกล้คลอด ผู้เรียนได้ให้การช่วยเหลือโดยให้ผู้คลอดหยุดเบ่ง แล้วทำการสวนปัสสาวะแบบปล่อย เพื่อระบายน้ำปัสสาวะออกให้ผู้คลอด เป็นต้น

R = Recommendation เสนอแผนการรักษาให้แก่แพทย์ หรือให้แพทย์เห็นความสำคัญที่ต้องรีบมาดูแลการผู้รับบริการให้ทันทั้งที่

2.2) ขั้นดำเนินการตามสถานการณ์ (Scenario Period) ใช้เวลา 20 นาที ผู้สอนทำหน้าที่ในการอำนวยความสะดวกในการฝึกปฏิบัติของผู้เรียน ผู้สอนควรมีอย่างน้อย 2 คน หรือมีผู้สอน 1 คน และมีเจ้าหน้าที่ควบคุมสถานการณ์อยู่ในห้องควบคุม 1 คน โดยผู้สอนคนที่ 1 ทำหน้าที่ในการควบคุมสถานการณ์และหุ่นฝึกปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ส่วนคนที่ 2 ทำหน้าที่ในการดูแลผู้เรียนในสถานการณ์ไม่รบกวนผู้เรียน กระตุ้นให้ผู้เรียนแสดงบทบาทของตนเอง ส่งเสริมและให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดการทำงานเป็นทีม ส่งเสริมการใช้ทักษะการสื่อสาร ในขณะที่ให้การพยาบาล และแสดงบทบาทแพทย์ในกรณีผู้เรียนรายงานข้อมูลผู้ป่วยหรือร้องขอให้แพทย์เข้าไปช่วย



ในการรักษา ช่วยเหลือเมื่อผู้เรียนมีปัญหาและรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้เรียนเพื่อนำเข้าสู่ ขั้นตอนิปรายหรือสรุปผลการเรียนรู้ (Debriefing) ต่อไป โดยทำการบันทึกวิดีโอการปฏิบัติการพยาบาลของผู้เรียนในสถานการณ์จำลองผ่านระบบปฏิบัติการประเมินผลการเรียนรู้ (Learning space)

ผู้เรียนใช้วิธีคัดเลือกตัวแทนผู้เรียนจากห้อง A และ B ห้องละ 3 กลุ่มๆ ละ 5 คนเพื่อเข้าเรียนในสถานการณ์จำลองที่มีหุ่นจำลองเสมือนจริงระดับสูง (Simulation room) มีการแบ่งหน้าที่กันการปฏิบัติการพยาบาล ในบทบาทต่าง ๆ ตามสถานการณ์ที่ได้รับมอบหมาย เริ่มการเรียนในสถานการณ์จำลองเมื่อผู้สอนแจ้งให้ เริ่มปฏิบัติในสถานการณ์เสมือนจริง (Start Simulation) จากนั้นผู้เรียนแสดงบทบาทพยาบาลและทำหน้าที่ในการดูแลผู้รับบริการ ประเมินภาวะสุขภาพผู้รับบริการจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ร่วมกันคิดวิเคราะห์ปัญหา และตัดสินใจให้การพยาบาล ผู้รับบริการตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายร่วมกับทีม ได้แก่ หัวหน้าทีม (In charge) พยาบาลที่ต้องให้การรักษา (Leader) พยาบาลที่มีบทบาทในการบริหารยา (medication nurse) และสมาชิกร่วมทีม (member) และมีการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ มีการรายงานแพทย์ด้วยหลัก SBAR สำหรับผู้เรียนที่เหลือนำหน้าที่เป็นผู้สังเกตการณ์ ผู้สอนมอบหมายให้ผู้สังเกตการณ์สังเกตพฤติกรรมกรพยาบาลของทีมผู้เรียนในห้องปฏิบัติการ ร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมและเกิดการเรียนรู้ไปพร้อมกับผู้เรียนในห้องปฏิบัติการและเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการนำเข้าสู่ขั้นตอนิปรายหรือสรุปผลการเรียนรู้ (Debriefing) ต่อไป

2.3) ขั้นสรุป (Debrief) ครูผู้สอนนำวิดีโอที่ตัวแทนในแต่ละกลุ่มเข้าปฏิบัติการในสถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริงระดับสูง ในแต่ละสถานการณ์ นำมาเปิดในห้องเรียนเพื่อให้ผู้เรียนทุกคนที่อยู่ในห้องได้ดูพร้อมกันอีกครั้ง เพื่อใช้เป็นสถานการณ์จำลองที่เสมือนจริง เป็นตัวนำ เพื่อกระตุ้นเข้าสู่บทเรียน ในเนื้อหาที่เกี่ยวข้องรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 ได้แก่ หัวข้อที่ 2 เรื่อง การดูแลมารดาและทารกที่มีความผิดปกติในระยะตั้งครรภ์, หัวข้อที่ 4 เรื่อง การดูแลมารดาและทารกที่มีปัญหาสุขภาพพร้อมในระยะตั้งครรภ์และ/หรือหลังคลอด และหัวข้อที่ 5 เรื่อง การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลมารดาทารกที่มีความผิดปกติในระหว่างการคลอดและทารกหลังคลอด เพื่อให้ให้นักศึกษาได้ร่วมกันวิเคราะห์ ตัดสินใจให้การพยาบาล เหมาะสมถูกต้องหรือต้องปรับปรุงแก้ไขอย่างไร ภายหลังเมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนในแต่ละหัวข้อนักศึกษาทุกคนต้องเขียนสะท้อนคิด ส่งครูผู้สอน

3. **ขั้นประเมินผล** ภายหลังเสร็จสิ้นการจัดการเรียนการสอนแล้ว ครูผู้สอนให้ข้อมูลที่พบเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริงขั้นสูง คือ

1 การบริหารจัดการตารางเวลาการเข้าเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริงระดับสูงไม่เป็นไปตามที่กำหนด เนื่องจาก จากเดิมผู้รับผิดชอบวิชาได้การวางแผนการเล่นบรรจุไว้ในตารางการสอนในรายวิชา แต่เนื่องจากผู้ที่เกี่ยวข้องติดภารกิจ ทำให้ต้องใช้เวลานานในการจัดการเรียนการสอน ส่งผลให้ ไม่สามารถ



ส่งสัญญาณไปยังห้องเรียน ที่มีนักศึกษากลุ่มสังเกตการณ์ได้ จึงปรับโดยแบ่งนักศึกษาเป็น 2 กลุ่ม แยกสังเกตการณ์ที่ห้อง Debrief แทน และ บันทึกวิดีโอไว้เพื่อให้นักศึกษาในภายหลัง

2.อุปกรณ์ไม่พร้อมใช้ ได้แก่ หุ่นมีปัญหา ชัดข้อ ไม่สามารถดำเนินการโดยใช้สถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริงระดับสูง ต่อเนื่อง ตามที่กำหนดตามตารางได้เนื่องจากหุ่นถูกนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนหลายวิชา

3 ผู้สอนยังขาดความรู้และประสบการณ์การดำเนินการโดยใช้สถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริงระดับสูงรวมถึงทักษะในการใช้หุ่น เนื่องจากการจัดการเรียนการสอนโดยการใช้สถานการณ์เสมือนจริงไม่ได้ถูกกำหนดไว้ในกิจกรรมการจัดการเรียนการสอนในวิชาอื่น ทำให้ขาดการฝึกฝนทักษะที่ต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการหลงลืมและเป็นอุปสรรคต่อการจัดการเรียนการ

4 การขาดความพร้อมด้านทักษะของเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน เนื่องระยะลงมือปฏิบัติสถานการณ์ (Run Scenario) จะต้องใช้ประสบการณ์และทักษะในการใช้หุ่นทำให้ขาดความคล่องตัวในการจัดกิจกรรม

5.การบริหารจัดการเวลาในระยะลงมือปฏิบัติสถานการณ์ (Run Scenario) ยังไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากลักษณะวิชาได้กำหนดให้ระยะเวลาของการทำกิจกรรมไว้เพียง 1 ชั่วโมง ทำให้ต้องลดระยะเวลาของการจัดกิจกรรม ส่งผลให้กระบวนการดำเนินกิจกรรมบางอย่างอาจทำได้ไม่ครอบคลุมทุกกระบวนการทั้งการนำเข้าบทเรียน กระบวนการเรียน การ

ประเมินผล

ครูผู้สอนเสนอแนวทางแก้ไขปัญหว่า สิ่งสำคัญที่จะพัฒนาการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงให้มีคุณภาพและบรรลุตามเป้าหมายในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 ได้แก่

1. การวางแผนปรับปรุงการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาโดยยึดการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผลการประเมินรายวิชาที่ผ่านมาปรับปรุงให้เกิดประสิทธิภาพรวมถึงการประสานงานที่มีคุณภาพกับผู้ที่เกี่ยวข้อง

2. การพัฒนาอาจารย์ในการสร้างสถานการณ์จำลองให้มีความซับซ้อนพอที่จะครอบคลุมเนื้อหาได้หลายๆเรื่อง และควรเป็นเรื่องที่ต้องใช้การตัดสินใจในภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน

3. การพัฒนาความพร้อมด้านทักษะ องค์ความรู้ของอาจารย์ เจ้าหน้าที่ ให้สามารถเป็นผู้จัดเตรียมและ Run Scenario ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การเตรียมความพร้อมของสิ่งสนับสนุนที่เอื้อต่อการเรียนรู้ให้พร้อมใช้อยู่เสมอ และควรจัดเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนคอยอำนวยความสะดวกเพื่อช่วยเหลือและแก้ไขสถานการณ์ที่ผิดพลาดระหว่างการจัดการเรียนการสอน

5. การเตรียมความพร้อมของนักศึกษาในการเล่นและเพิ่มจำนวนสถานการณ์ให้มีความหลากหลายเพื่อให้ นักศึกษาได้หมุนเวียนเปลี่ยนกันเล่นมากขึ้น



6. การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ควรส่งเสริมให้มีลักษณะกิจกรรมการเรียนการสอนในรูปแบบที่หลากหลาย และอาจใช้สถานการณ์เสมือนจริงเป็นตัวกระตุ้นในการนำเข้าสู่บทเรียนโดยไม่คิดการวัดประเมินผลในรูปแบบของคะแนน เพื่อลดความเครียดและความกดดันต่อนักศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มผู้เรียน ผลลัพธ์ในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริงระดับสูง พบว่า

1.ด้านความรู้สึก ผู้เรียนได้สะท้อนถึงความรู้สึกว่า “รู้สึกตื่นเต้น แปลกใหม่ ทำท่าย สนุกมากกว่าการเรียนในชั้นเรียน” “ตื่นเต้นเหมือนอยู่ในสถานการณ์จริง ทำให้มีความเข้าใจในหลักการพยาบาลผู้ป่วยมากขึ้น” รู้สึกมีประโยชน์ มั่นใจในการนำความรู้ไปใช้ “รู้สึกเป็นวิธีการเรียนที่ดี ช่วยกระตุ้น การคิดในการแก้ไขสถานการณ์ต่อนั้น ช่วยให้อยากเรียนรู้มากขึ้น”

2. ด้านความรับผิดชอบ ผู้เรียนได้สะท้อนถึงความรู้สึกว่า “ภายหลังได้รับแจก scenario แล้วมีการเตรียมตัวก่อนเรียน กระตือรือร้นในการค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติม โดย อ่านหนังสือ/วารสาร ดู YouTube เข้ากลุ่มกับเพื่อนแลกเปลี่ยน ความรู้ ด้วยกัน เพื่อเตรียมตัว เตรียมความรู้ ก่อนเข้า Sim แม้ไม่ได้เรียนมาก่อนต้องศึกษาเพิ่มจากการอ่านหนังสือ”

3.ด้านการทำงานเป็นทีม ผู้เรียนได้สะท้อนถึง การทำงานเป็นทีม “ได้ทำงานเป็นทีม มีการวางแผนกับเพื่อนว่าจะปฏิบัติการทำงานอย่างไร มีการแบ่งงานกันว่าใครจะรับบทบาทไหน ในกลุ่มมี 5 คนแบ่งเป็น In charge, Leader, ที่เหลือ 3 คนเป็น member วางแผนกับเพื่อนว่าจะปฏิบัติการทำงานอย่างไร เพื่อช่วยคนไข้”

4.ด้านการใช้กระบวนการพยาบาล ผู้เรียนได้สะท้อนว่า “ทำให้รู้กระบวนการ รู้หลักการในการดูแลผู้ป่วย ได้ตัดสินใจและทำจริงกับหุ่นเสมือนจริง สถานการณ์จริง เราไม่ได้ทำทุกอย่าง เวลาขึ้นวอร์ดจริง ได้แต่ทำตามพี่พี่สั่ง พี่ให้ทำอะไรเราก็ได้ทำแค่นั้น แต่ที่เราเข้า sim เราต้องใช้การประเมินข้อมูลคนไข้ ทำให้เรารู้ว่า คนไข้มีปัญหาอะไร เราได้เข้าไปให้การดูแล ทำให้มีความเข้าใจในหลักการพยาบาลผู้ป่วยมากขึ้น” “รู้สึกเป็นวิธีการเรียนที่ดี ช่วยกระตุ้น การคิดในการแก้ไขสถานการณ์ต่อนั้น ช่วยให้อยากเรียนรู้มากขึ้นทำให้ลำดับเหตุการณ์ในการแก้ไขปัญหาได้ง่ายขึ้น เห็นภาพในการให้การพยาบาลมากขึ้น เป็นลำดับขั้นตอน”

5.ด้านการคิดวิเคราะห์แก้ปัญหา และตัดสินใจ ผู้เรียนได้สะท้อนว่า “มีการช่วยกันคิด ตัดสินใจนำความรู้มาใช้จากสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอด ตั้งสติ ว่าเกิดอะไรขึ้น เช่น Scenario Shoulder Dystocia การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ต้องรีบให้การช่วยเหลือทุกอย่างต้องทำพร้อมๆ กัน อะไรรีบทำก่อน ไม่ได้เรียงลำดับว่าจะทำเหมือนทฤษฎี แต่เป็นประสบการณ์ที่ดีที่ช่วยคนไข้ได้ทัน”

6.ด้านการสื่อสาร ผู้เรียนได้สะท้อนถึงการสื่อสาร โดยใช้ SBAR ว่า “ได้วิธีการทำงานประสานกับแพทย์ จะรายงานแพทย์อย่างไร ทุก 5 หรือ 10 นาที หลักการรายงานต้องใช้ SBAR เช่น สถานการณ์รถล่อตัวซ้ำ ต้องรายงานแพทย์ ทุก 15 นาที in charge รายงานมีผิดพลาด เพราะตื่นเต้น ลืม ตกหล่น แต่ถือว่าเป็นประสบการณ์ที่ดี”



7.ด้านการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ผู้เรียนได้สะท้อนว่า “เวลาเราทำอะไรจะต้องบอกชี้แจงกับผู้ป่วยก่อน พอเล่น Sim อาจารย์เล่นบทเป็นผู้ป่วย อาจารย์ถามเยอะมากกว่าทำอะไร เพราะอะไร ทำให้ตระหนักว่าเวลาเราไปทำจริงกับคุณแม่ เราจะทำอะไรก็จะต้องบอกทุกครั้งเพื่อลดความวิตกกังวลของคุณแม่”

8.ด้านความรู้ ที่เข้าใจง่าย จดจำได้นาน ผู้เรียนได้สะท้อนว่า “พอมาเรียนเนื้อหาเข้าใจง่ายกว่า เพราะมีพื้นฐานมาระดับหนึ่ง มองเห็นภาพ เข้าใจมากขึ้น การพยาบาล 1-2-3-4 สามารถจดและจำได้นาน มากกว่าอ่านหนังสือ การพยาบาลอันดับแรกคืออะไร เวลาเอามาใช้ เราต้องทำอะไร วิเคราะห์ได้ง่ายขึ้น เพราะเคยเจอมาเข้าใจ เมื่อเจอข้อสอบก็ตัดสินใจได้”

9.ด้านความมั่นใจในตัวเอง ผู้เรียนได้สะท้อนว่า “ช่วง Debrief จะได้แนวคิด แนวปฏิบัติ สิ่งที่ถูก ผิด สิ่งที่ต้องพัฒนาต่อไป เกิดการเรียนรู้เป็นประโยชน์ นำไปปรับใช้ในอนาคตได้ มั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยได้ เพราะเราผ่าน มีประสบการณ์ในสถานการณ์ที่เหมือนจริงมาแล้ว ”

10.ด้านบรรยากาศการเรียนรู้ที่ผ่อนคลาย ผู้เรียนได้สะท้อนว่า “เข้า sim วิชานี้ไม่เครียด ไม่กดดัน ว่าถ้าทำไปแล้วจะผ่านหรือไม่ ไม่ใช่สอบ OSCE เหมือนวิชาอื่นๆ ทำผิดพลาด ไม่เป็นไร อาจารย์ไม่ได้ตำหนิอะไร ปลอบให้เราแก้ไขปัญหา ตามสถานการณ์”

อภิปรายผล

กระบวนการจัดการเรียนการสอน โดยใช้สถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริงระดับสูงที่ส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้วิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 อธิบายได้ว่าเป็นการจัดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ที่มีการออกแบบสถานการณ์และการสรุปผลการเรียนรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ผู้สอนได้วางแผนการจัดการเรียนรู้เป็นอย่างดี โดยครูผู้สอนในสาขาวิชาร่วมมือกันที่จะมุ่งมั่นพัฒนาผู้เรียนให้บรรลุเป้าหมายของรายวิชา รวมทั้งความรู้ในเนื้อหาของรายวิชาและทักษะของครูผู้สอนในการออกแบบสร้างสถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริงระดับสูงที่พัฒนาต่อเนื่องทุกปี ทำให้สถานการณ์มีความหลากหลายและเชื่อมโยงกันในเนื้อหาที่ผู้เรียนควรรู้ในรายวิชา มีการเตรียมสถานการณ์จำลองและการกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่สอดคล้องกับผู้เรียน สำหรับการสอนภาคทฤษฎี จากเรื่องที่ยาก ซับซ้อน ทำให้เข้าใจเป็นรูปธรรมมากขึ้น และช่วยในการตั้งคำถาม เป็นผู้นำการอภิปราย สะท้อนคิด (Debrief) สำหรับผู้เรียนทั้งชั้นเพื่อนำสู่การเรียนรู้ในประเด็นเนื้อหาที่กำหนด ในบรรยากาศการเรียนรู้ที่สนุก ไม่กดดัน ไม่ตำหนิผู้เรียน ด้านผู้เรียนมีความพร้อมในการที่จะเรียนรู้ ทั้งในบทบาทของผู้เข้าเรียนในสถานการณ์จำลองและผู้ร่วมสังเกตการณ์และสะท้อนคิด โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบประสบการณ์ของ Kolb ที่อธิบายการเรียนรู้ไว้ว่า เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ถูกสร้างขึ้น ตามเป้าหมายที่ต้องการเพื่อให้ผู้เรียนได้ประสบการณ์ที่จำเป็น (O'Donnell et al., 2014) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ความรู้ถูกสร้างขึ้นจากการเปลี่ยนผ่านของประสบการณ์และการเรียนรู้ประกอบด้วยขั้นตอนหลัก 4 ขั้นตอน คือ 1) การเรียนรู้ประสบการณ์เชิงรูปธรรม หรือการสร้างประสบการณ์ (Concrete Experience) เป็นการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้ผู้เรียนในการลงมือ



หรือทำกิจกรรมจากสภาพจริง 2) การสะท้อนการเรียนรู้การสังเกตอย่างใคร่ครวญ หรือการทบทวน (Reflection Observation) ผู้เรียนสะท้อนความคิดผ่านการพูด การเขียน อภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น 3) การสรุปองค์ความรู้หรือเป็นแนวคิดเชิงนามธรรม (Abstract Conceptualization) ผู้เรียนมีการสร้างองค์ความรู้เป็นแนวคิดเชิงนามธรรม ซึ่งเกิดจากการบูรณาการข้อสังเกตต่าง ๆ โดยผ่านประสบการณ์หรือการลงมือกระทำ จนเกิดเป็นความคิดรวบยอด และ 4) การนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ (Active Experimentation) ผู้เรียนนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติหรือประยุกต์ใช้ในสถานการณ์อื่นๆ ทำให้เกิดประสบการณ์เป็น วัฏจักรต่อไป (Sinthuchai, Ubolwan & Boonsin, 2017; Suapumee, Naksrisang, & Singhasem, 2017; O'Donnell et al., 2014)

ด้านกระบวนการมี 3 ขั้นตอนคือ ขั้น 1) ขั้นแนะนำ (Pre-brief) มีการเตรียมผู้เรียน (Pre brief) สำหรับผู้เรียนในกลุ่มใหญ่ ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมอาสาเป็นตัวแทนกลุ่มในการเรียนรู้ ส่วนผู้เรียนที่เหลือมอบหมายทำหน้าที่เป็นผู้สังเกตการณ์ โดยแจกใบงานให้ผู้เรียนทุกคน ประกอบไปด้วยข้อมูลสถานการณ์จำลอง 3 สถานการณ์ ได้แก่ 1) ผู้คลอดที่มีภาวะคลอดติดไหล่และเกิดภาวะเบาหวานระยะตั้งครรภ์ 2) ผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์อยู่ในภาวะคับขัน และสายสะดือย้อย 3) ผู้คลอดที่มีภาวะรกลอกตัวช้าและตกเลือดหลังคลอด ที่ผ่านการวิพากษ์โดยทีมครูผู้สอน สำหรับผู้เรียนที่จะเข้าเรียนในสถานการณ์จำลอง ได้รับการแนะนำเกี่ยวกับหุ่นเสมือนจริงระดับสูง วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ ที่อยู่ในห้อง รวมทั้งกติกาการเรียนในห้องสถานการณ์จำลอง 2) ขั้นการดำเนินการในสถานการณ์จำลอง (Scenario period) ครูผู้สอนได้ประสานงานการจัดการเรียนการสอนร่วมกับครูที่รับผิดชอบในศูนย์ฝึกทักษะทางการแพทย์ หอสถานการณ์จำลอง เพื่อลงข้อมูลในคอมพิวเตอร์กับหุ่นเสมือนจริงระดับสูง จัดเตรียมห้อง วัสดุอุปกรณ์ ที่เสมือนจริง ในแต่ละสถานการณ์ที่กำหนดขึ้น โดยดำเนินการกลุ่มละ 20-30 นาที พร้อมทั้งบันทึกเป็นไฟล์วิดีโอ 3) ขั้นสรุปการเรียนรู้ (Debrief) ครูนำวิดีโอที่บันทึกไว้ มาให้ผู้เรียนทั้งห้องดูอีกครั้ง และได้ใช้คำถามเพื่อกระตุ้นในการเรียนรู้เชื่อมโยงเข้าสู่เนื้อหาที่จะเรียน 5W 1H และให้ผู้เรียนสะท้อนสิ่งที่ได้เรียนรู้ และสิ่งที่จะนำไปปรับใช้ ในการฝึกปฏิบัติต่อไป ภายใต้บรรยากาศผ่อนคลาย ไม่มีการตำหนิผู้เรียน ไม่มีการประเมินผลในรูปแบบของการให้คะแนน ทำให้ผู้เรียนรู้สึกสนุกและผ่อนคลาย แต่จะใช้คำถามว่าเพราะเหตุไร จึงปฏิบัติเช่นนั้น ถ้าหากทำผิดพลาด และถ้าต้องทำให้ดี ให้ผู้รับบริการปลอดภัยควรทำอย่างไร ผลลัพธ์ในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริงระดับสูง ทำให้ผู้เรียนรู้สึกตื่นเต้น ทำท่าย สนุกมากกว่าการเรียนในชั้นเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของ Kaewsaeng-on, Kuntabunlang, & Palasuk (2017) ศึกษาความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนโดยการจำลองสถานการณ์เสมือนจริงสูง พบว่า รูปแบบการเรียนการสอนโดยการจำลองสถานการณ์เสมือนจริงสูง มีความน่าสนใจ ตื่นเต้นทุกครั้งที่ยังเรียนเสมือนเข้าไปอยู่ในสถานการณ์จริง ทำให้การเรียนไม่น่าเบื่อ นักศึกษามีความมั่นใจมากขึ้น ในการนำความรู้ไปใช้บนหอผู้ป่วยจริง



นอกจากนี้ผู้เรียนเกิดความรับผิดชอบทำงานเป็นทีม มีทักษะสื่อสาร ทำให้คิดวิเคราะห์แก้ปัญหา และตัดสินใจ ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ช่วยให้เข้าใจง่าย จดจำได้นาน เกิดความมั่นใจในตัวเอง ในบรรยากาศการเรียนรู้ที่ผ่อนคลาย ดังผลการศึกษาของ Lewis, Strachan & Smith (2012) ที่ศึกษาทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ในการศึกษาผลของการใช้หุ่นจำลองสมรรถนะสูง ต่อการพัฒนาทักษะที่ไม่ใช่ทักษะทางคลินิกในนักศึกษาพยาบาล พบว่า สถานการณ์จำลองมีผลทางบวกในการพัฒนาผู้เรียนในเรื่องการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย การทำงานเป็นทีม ความสามารถในการบริหารจัดการในสถานการณ์วิกฤต ทักษะการเป็นผู้นำ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการใช้เหตุผลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่ซับซ้อนได้ และช่วยพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความมั่นใจในการปฏิบัติงานในคลินิก การศึกษาของ Khalaila (2014) เกี่ยวกับการใช้สถานการณ์จำลองในการศึกษาพยาบาล โดยประเมินจากผลลัพธ์ทางการเรียนรู้ของนักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติทางคลินิกครั้งแรกโดยใช้สถานการณ์จำลอง ผลการศึกษาพบว่า หลังการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง นักศึกษาพยาบาลมีความวิตกกังวลลดลง ความมั่นใจในตนเองและมีความสามารถในการดูแลเพิ่มขึ้น สมรรถนะในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล และสมรรถนะในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความมั่นใจในตนเอง การศึกษาของ Marie, Kathei, David & Jonathan (2006) ที่ศึกษาการปฏิบัติโดยใช้ผู้ป่วยจำลองกับนักศึกษาพยาบาลเริ่มฝึกปฏิบัติการพยาบาล พบว่า นักศึกษาร้อยละ 61 บอกว่าประสบการณ์การฝึกสถานการณ์จำลองทำให้มีความมั่นใจในทักษะการตรวจร่างกายของตนเอง และการศึกษาของ Kumkong et al. (2016) พบว่า ผลของการใช้สถานการณ์จำลองต่อความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับผู้ป่วยวิกฤติ-ฉุกเฉินของนักศึกษาพยาบาล พบว่า คะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับผู้ป่วยวิกฤติ-ฉุกเฉินของกลุ่มทดลองหลังได้รับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง ($\text{Mean}=4.38, \text{S.D.}=0.33$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\text{Mean}=3.96, \text{S.D.}=0.45$) อย่างมีนัยสำคัญที่.001

จะเห็นได้ว่าการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ สถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริงระดับสูงเป็นวิธีการสอนที่หลากหลาย ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการเรียนการสอน สามารถกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่ชัดเจน ผู้เรียนได้ฝึกทักษะต่าง ๆ เช่น การตัดสินใจ การแก้ปัญหา การทำงานเป็นทีม การติดต่อประสานงานรวมถึงการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังเป็นวิธีการสอนที่บูรณาการความรู้ทางทฤษฎีสู่การปฏิบัติ พัฒนาการเรียนรู้จนเกิดเป็นประสบการณ์ทางการพยาบาล รวมจนถึงผู้เรียนมีโอกาสดูฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย ก่อนฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Norkaeo, 2015; Lertbunnaphong, 2015; Kanhadilpok & Punsommreung, 2016; Sinthuchai & Ubolwan, 2017; Khemmani, 2017)



ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

- 1.สามารถนำแนวทางการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริงระดับสูงไปประยุกต์ใช้ในการสอนโดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละสถาบันการศึกษา
2. ใช้พัฒนาการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาต่างๆ เพิ่มขึ้น เช่น วิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ ในการเตรียมตัวผู้เรียนให้พร้อมก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติ ระหว่างปฏิบัติ และเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติ ทั้งนี้ขึ้นกับ ความสอดคล้องกับผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ต้องการพัฒนาผู้เรียน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริงระดับสูงต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ทั้ง 6 ด้าน และทักษะอื่นๆ ในศตวรรษที่ 21 ในการปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด หลังคลอด หรือในรายวิชาอื่นๆ อาทิเช่น ความพึงพอใจ ความรับผิดชอบ การมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ การใช้เหตุผลในการแก้ปัญหาและตัดสินใจ การทำงานเป็นทีม การสื่อสาร

เอกสารอ้างอิง

- Boonmak,P.& Boonmak,S. (2013). Medical Simulation the Way to Improve Patient Care. *Srinagarind Medicine Journal*,25(suppl):80-85.
- Cant,r.P& Cooper,SJ. (2010) .Simulation-Based Learning in Nurse Education:Systematic Review.*Journal of Advanced Nursing*,66(1):3-15.
- Chaleoykitti S., Kamprow P., Promdet S. (2014). Patient Safety and Quality of Nursing Service. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*; 15(2):66-70. (in Thai)
- Cordeau, M.A. (2013). Teaching holistic nursing using clinical simulation: A pedagogical essay. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(4), 40-50.
- Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing: A guide to teaching and learning methods*. Further Education Unit. Oxford Polytechnic: Oxford.
- Kaewsang-on,W.,Kuntabunlang,Y.& Palasuk.,R.,(2017).The Opinion of Nursing Students of High-Fidelity Simulation-Based Learning .*The 1st National conference research and innovation knowledge transformation towards Thailand 4.0*. 7-8 December Proceeding.
- Kanhadilpok, S., & Punsommreung, T. (2016). Simulation based learning: design for nursing education. *Journal of Nursing and Education*, 9(2), 169-176. (in Thai)



- Khalaila, R. (2014). Simulation in Nursing Education : an Evaluation of Students' Outcomes at Their First Clinical Practice Combined with Simulations. *Nurse Education Today*; 34:252-258.
- Khamkong M, Licharoen P, Aramrom Y, Chitwiboon A. (2016). The effect of using simulation on self- confidence in care and advanced resuscitation for critical-emergency patients of nursing students. *Journal of Nursing College Network and Southern Public Health*; 3 (3):52-64. (in Thai)
- Khemmani, T. (2017). *Teaching Science: Knowledge for Effective Learning Process Management (21st ed.)*. Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)
- Kolb, A.Y., & Kolb, D.A. (2005). Learning styles and learning spaces: enhancing experiential learning in higher education. *Academy of Management Learning & Education*, 4, 193-212.
- Lertbunnaphong, T. (2015). Simulation based medical education. *Siriraj Medical Bulletin*, 8(1), 39-46. (in Thai)
- Lewis, R., Strachan, A. & Smith, M. M. (2012). Is high fidelity simulation the most effective method for the development of non-technical skills in nursing? a review of the current evidence. *The Open Nursing Journal*, 6, 82-89.
- Marie, N.B., Kathei, A., David N.B. & Jonathan, B.V. (2006). The use of Human Patient Simulators Best Practices with Novice Nursing Students, *Nurse Educator*; 31(4):170-174.
- Norkaeo, D., (2015). Simulation based learning for nursing education. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 31(3), 112-122. (in Thai)
- O'Donnell, JM., Decker, S., Howard, V., Levett Jones, T., & Miller, CW. (2014). NLN/Jeffries simulation framework state of science project: Simulation learning outcomes. *Clinical Simulation in Nursing*, 10(7), 373- 382.
- Office of Higher Education Commission. (2018). *Standard Criteria for Higher Education Curriculum, 2015 and Related Standards*. Bangkok: Wongsawang Publishing and Printing. (in Thai)
- Panich, W. (2012). How does learning occur? How to 8 Mastery Learning [Internet]. Retrieved (2016, May 3) from: <http://www.gotoknow.org / posts / 519648.2012>. (in Thai)
- Pasquale, S.J. (2013). *Education and Learning Theory*. In A.I. Levine et al. (Eds.), *The Comprehensive Textbook of Healthcare Simulation*, (pp. 51-55).



- Retrieved from doi: 10.1007/978-1-4614-5993-4_3, © Springer Science + Business Media New York.
- Phrampus, P.E., & O'Donnell, J.M. (2013). *Debriefing using a structured and supported approach*. In A.I. Levine et al. (Eds.), *The Comprehensive Textbook of Healthcare Simulation*, (pp. 73-84). doi: 10.1007/978-1-4614-5993-4_6, ©Springer Science + Business Media New York.
- Rourke.,L, Schmidt,M., & Garga N.,(2010) Theory-Based Research of High Fidelity Simulation Use in Nursing Education: A Review of the Literature Retrieved from *The journal International Journal of Nursing Education Scholarship* .<https://doi.org/10.2202/1548-923X.1965>
- Sinthuchai S,Ubolwan K, Boonsin S. (2016). Effect of high fidelity simulation based learning on knowledge satisfaction and self-confidence among the fourth year nursing students in comprehensive nursing care practicum.(research paper).
Boromarajonani College of Nursing, Saraburi,71 p. (in Thai)
- Sinthuchai S, Ubolwan K,Boonsin S. (2017). Effect of high fidelity simulation based learning on knowledge,satisfaction, and self-confidence among the fourth year nursing students in comprehensive nursing care practicum. *Ramathibodi Nursing Journal*;23(1)113-127. (in Thai)
- Steinwachs, B. (1992). *How to facilitate a debriefing. Simulation & Gaming*, 23(2), 186-195.



คำแนะนำการส่งต้นฉบับเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ หรือ Journal of Health Science Scholarship (JOHSS) เป็นวารสารที่เป็นสื่อกลางในการนำเสนอผลงานทางวิชาการและงานวิจัย เพื่อสนับสนุนและยกระดับขีดความสามารถในการผลิตและสร้างองค์ความรู้วารสารมีนโยบายการเผยแพร่บทความที่มีคุณภาพ ด้านสุขภาพและสาธารณสุข ซึ่งนิพนธ์โดยพยาบาล แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ฯลฯ ซึ่งปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข สาธารณสุขชุมชน อนามัยสิ่งแวดล้อม และบทความด้านการพยาบาลทั่วไป ทฤษฎีการพยาบาลและการวิจัยการพยาบาลขั้นสูงและการพยาบาลเฉพาะทาง โดยมีผู้นิพนธ์จากทั้งภายในและภายนอกสถาบัน เป็นวารสารรายหกเดือนหรือครึ่งปี กำหนดการออกวารสาร ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน) และฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม)

เรื่องที่ส่งเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ต้องเป็นงานวิชาการด้านการพยาบาล ด้านการแพทย์ และด้านสาธารณสุข ครอบคลุมประเภท บทความวิจัย (Research article) บทความวิชาการ (Academic article) บทความปริทัศน์ (Review article)

บทความที่เสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ จะได้รับการประเมินแบบไม่เปิดเผยตัวตนสองทาง (double-blind review) โดยผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน บรรณาธิการจะพิจารณาข้อเสนอแนะในการปรับแก้ก่อน ที่ผู้เขียนจะได้รับแจ้งข้อเสนอแนะดังกล่าวผลการพิจารณาจากกองบรรณาธิการถือเป็นสิ้นสุด

บทความต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อนและต้องไม่อยู่ระหว่างการเสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น

ประเภทของบทความที่รับพิจารณาเพื่อเผยแพร่

1. **บทความวิจัย (Research article)** คือ รายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย หรือ การพัฒนาอย่างเป็นระบบ ควรประกอบด้วย

1.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อหน่วยงานที่สังกัดทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษกรณีมีผู้ร่วมวิจัยหลายคน ให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่และ email address พร้อมทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษของผู้ร่วมวิจัยทุกคนในบทความ

1.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยต้องระบุถึงแบบแผนการวิจัย วัตถุประสงค์ ประชากรและตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และผลการวิจัย ความยาวไม่เกิน 250 คำ

1.4 คำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.5 บทนำ (ที่แสดงถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาหรือภูมิหลังของงานที่ศึกษา)



1.6 วัตถุประสงค์ของการศึกษา คำถามการวิจัย หรือ สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

1.7 ขอบเขตการศึกษา ควรระบุให้ครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหาหรือตัวแปร ด้านประชากร และกลุ่มตัวอย่าง ด้านพื้นที่และด้านระยะเวลา

1.8 นิยามศัพท์/กรอบแนวคิด (ถ้ามี)

1.9 ระเบียบวิธีวิจัย หรือ วิธีดำเนินการวิจัย (Methods) ให้บอกรายละเอียดของสิ่งที่น่าสนใจ เริ่มด้วยรูปแบบแผนการศึกษา (study design) เช่น descriptive หรือ quasi-experiment แล้วระบุประชากร และกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายหรือแบบหลาย ขั้นตอน รวมถึงวิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (interventions) เครื่องมือที่ใช้ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การทดสอบความน่าเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ ซึ่งอาจเป็น วิธีการเชิงคุณภาพหรือวิธีการเชิงปริมาณขึ้นอยู่กับประเภทของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างซึ่งการวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ (Ethical committee approval) โปรดระบุว่าการพิจารณาจากคณะกรรมการชุดใดบ้างและเมื่อไร และให้ระบุเลขที่ที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยดังกล่าว

1.10 ผลการศึกษา แสดงผลของการวิจัย และข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาวิจัยนั้นๆ อาจมีภาพ ตาราง และแผนภูมิประกอบให้ชัดเจน เข้าใจได้ง่าย ไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย

1.11 การอภิปรายผล รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะบนพื้นฐานของผลงานวิจัย

1.12 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) (ถ้ามี) มีย่อหน้าเดียวเป็นแจ้งให้ทราบว่ามี การช่วยเหลือหรือมีผู้สนับสนุนทุนการวิจัยที่สำคัญจากที่ใดบ้าง

1.13 เอกสารอ้างอิง (Reference) คือ รายการเอกสารอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย (รายละเอียดวิธีการอ้างอิงให้ดูในหัวข้อการเขียนอ้างอิง) การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ระบบ APA style โดยทำเป็นวงเล็บวางไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง ทุกรายการให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษ (รายละเอียดในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง) การเรียงลำดับรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ให้เรียงลำดับตามตัวอักษร A----->Z

2. บทความวิชาการ (Academic articles) คือ งานเขียนซึ่งเป็นเรื่องที่นำเสนอ เป็นความรู้ใหม่ กล่าวถึง ความเป็นมาของปัญหา วัตถุประสงค์ แนวทางการแก้ปัญหา มีการใช้แนวคิดทฤษฎี ผลงานวิจัยจากแหล่งข้อมูล เช่น หนังสือวารสารวิชาการ อินเทอร์เน็ต ประกอบการวิเคราะห์ วิจารณ์ เสนอแนวทางการแก้ไข ควรประกอบด้วย

2.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อหน่วยงานที่สังกัดทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษกรณีมีผู้ร่วมวิจัยหลายคน



ให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่และ email address พร้อมทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษของผู้ร่วมวิจัยทุกคนในบทความ

2.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษโดยต้องระบุถึงวัตถุประสงค์ หัวข้อที่นำเสนอ และข้อเสนอแนะ โดยเนื้อหาในบทคัดย่อความยาวไม่เกิน 250 คำ

2.4 คำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.5 บทนำ (ที่แสดงเหตุผลหรือที่มาของประเด็นที่ต้องการอธิบายหรือวิเคราะห์)

2.6 เนื้อหาของบทความ จะเป็นการอธิบายหรือวิเคราะห์ประเด็นตามหลักวิชาการ โดยมีการสำรวจเอกสารหรืองานวิจัยเพื่อสนับสนุนจนสามารถสรุปผลการวิเคราะห์ในประเด็นนั้นได้ อาจเป็นการนำความรู้จากแหล่งต่างๆ มาประมวลร้อยเรียงเพื่อวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ โดยผู้เขียนสามารถแสดงทัศนะทางวิชาการของตนเองไว้อย่างชัดเจนด้วย ส่วนสุดท้ายจะเป็นส่วนสรุปและข้อเสนอแนะ มีการเขียนเอกสารอ้างอิงที่ครบถ้วนสมบูรณ์

2.7 References คือ รายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย (รายละเอียดวิธีการอ้างอิงให้ดูในหัวข้อการเขียนอ้างอิง)

3. บทความปริทัศน์ (Review Article) คือ บทความที่มีการผสมผสานแนวคิด และผลการวิจัยหลายๆ งานวิจัย โดยผู้เขียนจะสังเคราะห์แนวคิดเหล่านี้ ตลอดจนสังเคราะห์ผลการวิจัยจากงานวิจัยต่างๆ เพื่อประมวลเป็นข้อโต้แย้งในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยวัตถุประสงค์ของการเขียนบทความปริทัศน์ คือ เป็นการสรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์ความรู้ทั้งทางกว้างและทางลึกอย่างทันสมัยจากผลงานวิจัยอื่นๆ และ/หรือผลงานวิชาการอื่นๆ จนถึงปัจจุบัน เพื่อเป็นการทบทวนการก้าวหน้าทางวิชาการของเรื่องนั้นๆ โดยให้ข้อวิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป ควรประกอบด้วย

3.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อสังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และขอให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่และ email address

3.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.4 คำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.5 บทนำเพื่อกล่าวถึงความน่าสนใจของเรื่องที่น่าสนใจก่อนเข้าสู่เนื้อหาในแต่ละประเด็น

3.6 เนื้อหาของบทความจะนำเสนอในแต่ละประเด็นและต้องมีบทสรุปเรื่องที่เสนอ พร้อมข้อเสนอแนะจากผู้เขียนเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวสำหรับให้ผู้อ่านได้พิจารณาประเด็นที่น่าสนใจต่อไป ผู้เขียนควรตรวจสอบเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับบทความที่น่าสนใจอย่างละเอียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเนื้อหาที่ใหม่ที่สุด ข้อมูลที่



นำเสนอจะต้องไม่จำเพาะเจาะจงเฉพาะผู้อ่านที่อยู่ในสาขาของบทความเท่านั้น แต่ต้องนำเสนอข้อมูลที่ซึ่งผู้อ่านในสาขาอื่นสามารถเข้าใจได้

3.7 บทสรุปหรือวิจารณ์

3.8 References คือ รายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย (รายละเอียดวิธีการอ้างอิงให้ดูในหัวข้อการเขียนอ้างอิง)

ทั้งบทความวิจัย (Research Article) บทความวิชาการ (Journal Article) บทความปริทัศน์ (Review Article) และบทวิจารณ์บทความ (Article Review) ผู้นิพนธ์กรุณาแนบหนังสือขอเสนอบทความในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ ซึ่งอยู่ด้านหลังสุดของเอกสารชุดนี้ ทั้งนี้ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 20 หน้า (รวมเอกสารอ้างอิง) ขนาดกระดาษ A4 (รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16)

การเตรียมบทความต้นฉบับ

ทุกบทความทั้งบทความวิจัยและบทความวิชาการที่ส่งตีพิมพ์ที่วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือจะต้องไม่เคยได้รับการเผยแพร่ ตีพิมพ์ หรือได้ส่งไปพิจารณาคุณภาพบทความในวารสารอื่นๆ มาก่อน และขอให้ผู้นิพนธ์ปฏิบัติตามแนวทาง ประกาศ และนโยบายของวารสารฯ ในการส่งบทความมาตีพิมพ์เผยแพร่ เพื่อมาตรฐานและคุณภาพของวารสารต่อไป การรับบทความต้นฉบับ ระบบจะรับไฟล์ MS Words เท่านั้น และต้องไม่มี file protection เนื่องจาก reviewer อาจจะทำให้ความเห็นโดยใช้ Track Changes หรือ New Comment

รายละเอียดการเตรียมต้นฉบับ

ต้นฉบับหลัก: ต้นฉบับจะต้องมีเนื้อเรื่องสมบูรณ์ พิมพ์ต้นฉบับ ด้วยกระดาษ A4 หน้าเดียว เขียนเป็นภาษาไทยมีความยาวไม่เกิน 15-20 หน้า และเว้นระยะขอบอย่างน้อย 2.5 ซม. ทางด้านซ้ายและด้านบนของหน้ากระดาษ และเว้นระยะของ 2 ซม. ทางด้านขวาและด้านล่างของหน้ากระดาษ ให้ผู้นิพนธ์ใช้ TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษร 16 ตลอดทั้งต้นฉบับ ยกเว้น Title ที่มีขนาดตัวอักษร 18

ต้นฉบับหลักควรประกอบด้วย:

1. ชื่อเรื่อง/บทความ ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ต้องกะทัดรัดและสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช้คำย่อ โดยแยกหน้าภาษาอังกฤษ 1 หน้า และภาษาไทย 1 หน้า (โดยให้หน้าภาษาอังกฤษขึ้นก่อน) ชื่อเรื่องควรกะทัดรัดไม่ยาวจนเกินไป ภาษาไทย TH SarabunPSK ขนาด 18 ตัวหนา และภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK ขนาด 18 ตัวหนา

2. ชื่อผู้นิพนธ์ โดยให้ระบุชื่อ-นามสกุลเต็มของผู้นิพนธ์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษของแต่ละคนที่มีส่วนในงานวิจัยนั้นโดยเรียงตามลำดับความสำคัญ ขนาดตัวอักษร TH SarabunPSK 16 ระบุสถานที่ทำงาน (Affiliation) หรือหน่วยงานที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน และจังหวัด ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ



ไม่ใช่คำย่อ ทั้งนี้ในกรณีมีมากกว่าหนึ่งสังกัด ขอให้ระบุมาเพียงสังกัดเดียว เมื่อมีผู้เขียนหลายคน และอยู่คนละสังกัดให้ใช้สัญลักษณ์ต่อไปนี้อย่างลำดับเพื่อแยกสังกัด *, ** โดยให้ระบุเป็นเชิงอรรถในหน้านั้นๆ

2.1 ชื่อผู้นิพนธ์ ไม่ใส่ตำแหน่งวิชาการ ยศ ตำแหน่งทหาร สถานภาพทางการศึกษา หรือ คำนำหน้าชื่อ หรือท้ายชื่อ เช่น นาย นาง นางสาว ผศ.ดร., Ph.D., ร.ต.ต., พ.ต.ท. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., ผู้อำนวยการ..., คณบดีคณะ...,

2.2 ใส่เครื่องหมายดอกจัน (*, **, ***, ****) เป็นตัวยกกำกับท้ายนามสกุลของผู้แต่งทุกคน และตัวเลขกำกับด้วย (1) เฉพาะผู้ประพันธ์บรรณกิจ (Corresponding author), อีเมล (E-mail Address) : ให้ใส่เฉพาะผู้ประพันธ์บรรณกิจ

3. บทคัดย่อ ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ ความเป็นมาและเหตุผล วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีศึกษา กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ บทคัดย่อภาษาไทยไม่ควรเกิน 1 หน้ากระดาษ และภาษาอังกฤษ ไม่ควรเกิน 1 หน้ากระดาษ เช่นเดียวกัน ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเอง โดยไม่ต้องหาความหมายต่อ ไม่ควรมีคำย่อในภาษาอังกฤษและต้องเป็นประโยคอดีต

4. คำสำคัญ ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษวางไว้ท้ายบทคัดย่อ และ Abstract

5. บทนำ เป็นการแสดงถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา ภูมิหลังและเหตุผล (background and rationale) เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านทราบถึงปัญหา ลักษณะและขนาดของปัญหาที่นำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นที่ต้องใช้ในการศึกษาอาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้

6. วัตถุประสงค์การศึกษา คำถามการวิจัย หรือ สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

7. ขอบเขตการศึกษา ควรระบุให้ครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหาหรือตัวแปร ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ด้านพื้นที่และด้านระยะเวลา

8. นิยามศัพท์/กรอบแนวคิด (ถ้ามี) โดยกรอบแนวคิด ควรมีแนวคิดทฤษฎีที่นำมาใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

9. วิธีดำเนินการวิจัย หรือ ระเบียบวิธีวิจัย ให้บอกรายละเอียดของสิ่งที่น่าสนใจ เริ่มด้วยรูปแบบแผนการศึกษา (study design) เช่น descriptive หรือ quasi-experiment แล้วระบุประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายหรือแบบหลายขั้นตอน รวมถึงวิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (interventions) เครื่องมือที่ใช้ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การทดสอบความน่าเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล วิธีวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ ซึ่งอาจเป็นวิธีการเชิงคุณภาพหรือวิธีการเชิงปริมาณขึ้นอยู่กับประเภทของการวิจัย



10.มาตรฐานจริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งการวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ (Ethical committee approval) โปรดยกเว้นว่าผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการชุดใดบ้างและเมื่อไร และให้ระบุเลขที่ที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยดังกล่าว

11 ผลการศึกษา แสดงผลของการวิจัย และข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาวิจัยนั้นๆ อาจมีภาพ ตาราง และแผนภูมิประกอบให้ชัดเจน เข้าใจได้ง่าย ไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย

12 การอภิปรายผล เป็นการให้ข้อวิจารณ์เกี่ยวกับผลการศึกษาที่เกิดขึ้น รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะบนพื้นฐานของผลงานวิจัย รวมทั้งควรให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไปด้วย

13 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) (ถ้ามี) มีย่อหน้าเดียวเป็นแจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือ หรือมีผู้สนับสนุนทุนการวิจัยที่สำคัญจากที่ใดบ้าง

14 เอกสารอ้างอิง (Reference) เป็นการแสดงถึงแหล่งที่มาของข้อมูลที่ถูกนำมาอ้างอิงขึ้นมาใช้ในการวิจัย เพื่อเป็นการแสดงว่าไม่ได้นำผลงานของผู้อื่นมาเป็นของตนเอง รายการเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องเปลี่ยนรายการเอกสารอ้างอิงให้เป็นอังกฤษที่ตรงตามต้นฉบับและเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย การเขียนเอกสารอ้างอิงให้ใช้การอ้างอิงระบบ APA (6th) edition style ให้เรียงลำดับตามตัวอักษร

ตัวอย่างการเขียนรูปแบบอ้างอิงมีรายละเอียด ดังนี้

การเขียนเอกสารอ้างอิงให้ใช้การอ้างอิงระบบ APA Style ให้เรียงลำดับตามตัวอักษร มีรายละเอียดและตัวอย่างของเอกสารอ้างอิง ดังนี้

หนังสือ

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

Davis, Keith. (1967). Human Relation at Work: The Dynamic of Organization Behavior.
New York: McGraw-Hill.

บทความในวารสาร

ชื่อผู้เขียน. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร. ปีที่ (เดือน): เลขหน้า.

Eiamsumang, P., Srisuriyavait, R., & Homsin, P. (2013). Risk factors of unintended repeat pregnancy among adolescents. The public health journal of Burapha University. 8(1), 55-67. (in Thai).



Egloff, G. & Fitzpatrick, A. (1997). Vocationally Oriented Language Learning. *Learning Teaching Journal*, 30(July): 226: 242.

เว็บไซต์

Lynch, T. (1996). *DS9 trials and tribble-actions review*. [Online], Available: <http://www.bradley.edu/campusorg/psiphi.html>. (1997, 8 October)

Computer Crime and Intellectual Property Section (CCIPS). (2003). How to Report Internet-Related Crime (Online), Available: <http://www.cybercrime.gov/reporting.htm>. (2004, 17 January)

จากแหล่งอื่นๆ

Agrawal, A. (2008, March 5–6). *The role of local institutions in adaptation to climate change*. Paper presented at the Social Dimensions of Climate Change, Social Development Department, The World Bank, Washington, DC.

Central Statistics Office of Republic of Botswana. (2008). *Gross domestic product per capita 06/01/1994 to 06/01/2008* [Statistics]. Available from CEIC Data database.

Supakorndej, S. (2003). *The process of recycling bank on Ban Thai Samakee community in Ban Pong, Ratchaburi*. Unpublished Master's thesis, Mahidol University.

Wilfley, D. E. (1989). *Interpersonal analysis of bulimia*. Doctoral dissertation, University of Missouri, Columbia.

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง (เนื่องจากต้องทำให้วารสารเป็นมาตรฐาน ดังนั้น Reference หากเป็นภาษาไทย: ผู้เขียนบทความต้องเปลี่ยน Reference ภาษาไทยให้เป็นภาษาอังกฤษด้วย แล้ววงเล็บข้างหลังว่า (in Thai). และให้นำชื่อผู้แต่งหรือหน่วยงานที่อ้างอิงที่ท่านทำเป็นภาษาอังกฤษ ไปใส่อ้างอิงในบทความด้วย)

ปะราสี อเนก. (2554). องค์ประกอบทางการตลาดที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้คุณค่าในการใช้บริการสปาของนักท่องเที่ยวต่างชาติในจังหวัด เชียงใหม่. *วารสารวิทยาการจัดการ*. 28(2), 64-72.

ให้เขียนเป็น

Anek. P. (2011). The Marketing Component Influence to the Value Perception in Using Spa Service of Foreigner Tourist in Chiangmai Province. *Journal of management sciences*. 28(2), 64-72. (in Thai).

Ebel, R. L., & Frisbie, D. A. (1986). *Essentials of Educational Measurement* (4th ed.). New Jersey: Prentice-Hall.



Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory*. New York: MacGraw-Hill.

Radermacher, H., Feldman, S., & Bird, S. (2010). Food security in older Australians from different cultural backgrounds. *Journal of Nutrition, Education and Behavior*. 42(5), 328-336.

ข้อควรระวังการจัดเตรียมบทความ

-ชื่อผู้แต่ง ไม่ใส่ตำแหน่งทางวิชาการ ยศ ตำแหน่งทหาร สถานภาพทางการศึกษา หรือ คำนำหน้าชื่อ หรือ ท้ายชื่อ เช่น นาย, นาง, นางสาว, ผศ.ดร., PhD, ร.ต.ต., พ.ต.ท.

-ไม่ระบุสถานภาพผู้แต่ง เช่น อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์, ผศ.ดร. เป็นต้น

สถานที่ติดต่อ

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

กลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

268 ถนนป่าขาม ตำบลหัวเวียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000

โทรศัพท์ 054-226254 ต่อ 141

โทรสาร 054-225-020

email: journalbcnlp@gmail.com

<http://www.tci-thaijo.org/index.php/johss>

JOHSS

Journal of Health Sciences Scholarship

2022

2565

สำนักงาน กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
กลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
268 ถนนป่าขาม ตำบลหัวเวียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000
โทรศัพท์ 0 54 22 6254 ต่อ 141 โทรสาร 0 54 22 5020
Email: journalbcnlp@gmail.com
Book Cover Design by O-pas Pramoonsin