



วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

JOURNAL OF NURSING SIAM UNIVERSITY

ปีที่ 24 ฉบับที่ 47 กรกฎาคม – ธันวาคม 2566

ISSN 1513-5454

Vol. 24 No. 47 July – December 2023

สารบัญ

บทความ	หน้า
ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ต้องราชทัณฑ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเรือนจำแห่งหนึ่งในภาคใต้ตอนล่าง Factors Predicting Quality of Life in Prisoners with non – communicable diseases in the Lower Southern Province of Thailand บุญณพัฒน์ ชานาญเพาะ และเจนวิทย์ ณาตะโร	10-19
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมแบบผสมผสานเรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลต่อความรู้ และทักษะการปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล สำหรับ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ The Effect of Blended Learning Program of Principles and Nursing Techniques for Promoting Readiness on Knowledge, Principle Practice Skills and Nursing Techniques of Student Nurses กวรรณ ฆมทอง, อิดารัตน์ คณิงเพียร, อรณัฐ ประดับทอง และสุชมาล แสนพวง	20-30
การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลสมุทรสาคร The Development of Anesthesiology Nursing Practice Guidelines in Patients with Hemorrhagic Stroke at Undergo Surgery Samut Sakhon Hospital วัชร เอี่ยมอัมมสารณ, สุตา ธวัชพัฒนานันท์, อรวรรณ สมบูรณ์จันทร์ และพิมลสิริ ชวีศรีตันทันท์	31-41
การรับรู้ทักษะการเรียนรู้ ความมั่นใจ การประยุกต์ใช้ความรู้และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการฝึกปฏิบัติออนไลน์วิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวชศาสตร์ Perception of Learning Skills, Confidence, Application of Knowledge and Satisfaction of Nursing Students Towards Online Practice in Mental Health Nursing and Psychiatry Practicum สุวรรณา เชียงขุนทด, สุสิมาศ อังศุเกียรติถาวร, ธาธิพย์ จิรภัยจนะ และศิรินา สันทังงาน	42-55
ผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อความสามารถในการให้นมและการไหลของน้ำนมในมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง Effect of Supportive and Educative Nursing System Breast Feeding on Maternal Breastfeeding and Milk Flow in Cesarean Section พนิตนาฏ โชคดี	56-68
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชากรวัยแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติ อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ Factors Influencing to Preventive Behavior for Coronavirus Disease 2019 of Thai and Migrant Workers in Bang Sao Thong District, Samutprakarn Province ขวัญเรือน ก้าววิทู, ชัยสิทธิ์ ทันทิก และณรงค์ สุกใส	69-83
แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในอำเภอเมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง Guidelines to Rehabilitation of Drugs Addiction through Family Involvement in Mueng Angthong, Angthong Province วุฒิชัย สิทธิโชค, นภัสพร ศรีโสภะ และศนิกันต์ ศรีมัน	84-99
การส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้านสำหรับญาติผู้ดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูด Promoting Humanitude Care in Family Caregivers of Older Adults with Dementia เกศินี วุฒิวงศ์ และพินุช ลาเซอร์	100-110

Journal of Nursing, Siam University Editorial • Faculty of Nursing, Siam University

E-mail: jsiamns@siam.edu

38 Petchkasem Road, Bang-Wa, Phasi-Charoen District, Bangkok. 10160

Tel. 02 – 8678000 ext. 5216

บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะท่านผู้อ่านวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยามที่รักทุกท่าน

เจอกันอีกครั้งกับ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ฉบับนี้เป็นปีที่ 24 ฉบับที่ 47 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2566) นะคะ กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณทุกท่านที่ได้ให้ความสนใจวารสารของเรา รวมทั้งให้ความเชื่อมั่นในคุณภาพของวารสารฉบับนี้ ไว้วางใจส่งบทความมาลงพิมพ์กันมากมายนะคะ

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ฉบับนี้มีเนื้อหาสาระที่หลากหลาย ประกอบด้วยบทความวิจัยและบทความวิชาการ จำนวนทั้งสิ้น 8 เรื่อง ซึ่งเป็นบทความวิจัยที่น่าสนใจ เริ่มจาก เรื่องที่ 1 “ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ต้องราชทัณฑ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเรือนจำแห่งหนึ่งในภาคใต้ตอนล่าง” เรื่องที่ 2 “ผลของโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมแบบผสมผสานเรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลต่อความรู้ และทักษะการปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์” เรื่องที่ 3 เรื่อง “การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลสมุทรสาคร” เรื่องที่ 4 “การรับรู้ทักษะการเรียนรู้ ความมั่นใจ การประยุกต์ใช้ความรู้และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการฝึกปฏิบัติออนไลน์วิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์” เรื่องที่ 5 “ผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อความสามารถในการให้นมและการไหลของน้ำนมในมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง” เรื่องที่ 6 “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชากรวัยแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติ อำเภอ บางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ” และเรื่องที่ 7 “แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นฐานในอำเภอเมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง” และมีบทความวิชาการ 1 เรื่อง เรื่อง “การส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้านสำหรับญาติผู้ดูแลตามแบบฮิวแมนนิจูด”

กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณท่านผู้เขียนบทความทุกท่านที่ให้เกียรติส่งบทความมาลงตีพิมพ์ รวมทั้งท่านผู้อ่านที่ให้ความสำคัญกับการอ่านและการอ้างอิงวารสารของเรา และขอเชิญชวนท่านที่มีผลงานวิจัยหรือมีบทความวิชาการที่ประสงค์จะลงพิมพ์ในวารสารทางวิชาการ กรุณาจัดพิมพ์บทความตาม “คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์” ซึ่งอยู่ในหน้า 6 นะคะ หรือติดต่อให้คำแนะนำและติชมสามารถส่งมาได้ที่ jsiamns@siam.edu แล้วพบกันใหม่ฉบับหน้า สวัสดีค่ะ



บรรณาธิการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้วิชาการด้านสุขภาพ
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ข่าวสาร ความคิดเห็น และประสบการณ์ด้านการพยาบาลและการศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
3. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ร่วมวิชาชีพ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

กำหนดออกวารสาร ทุก 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ) มกราคม – มิถุนายน, กรกฎาคม – ธันวาคม

สำนักงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

38 ถนนเพชรเกษม ภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร 10160

โทร 0-2457-0068 ต่อ 5203, 5216 โทรสาร 0-2457-0068 ต่อ 5216

อีเมล jsiamns@siam.edu

ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรทิพา ส่องศิริ

มหาวิทยาลัยสยาม

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภัทรพร อรัญญภาค

มหาวิทยาลัยสยาม

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรัสดาว เรโนลด์

มหาวิทยาลัยสยาม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วารุณี เพ็ชร

มหาวิทยาลัยสยาม

กองบรรณาธิการ**กองบรรณาธิการภายนอกมหาวิทยาลัย**

- | | |
|--|--|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์ | เจ้าหน้าที่บ้านนาญ สภาภาษาไทย |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร จินันท์ | สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา |
| 3. อาจารย์นาถสุดา โชติวัฒนากุลชัย | สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา |
| 4. อาจารย์เนตดา วงศ์ทองมานะ | สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา |
| 5. นาวาตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง | วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ |
| 6. เรือเอกหญิง ดร.นิชา วงษ์ชาญ | มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราชมงคล |
| 7. ดร.ทิวาภรณ์ เกลิมพิชัย | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 8. ดร.ปทุมทิพย์ อดุลวัฒน์ศิริ | มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 9. อาจารย์พัชรี รัศมีแจ่ม | มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 10. ดร.อนันต์ตรี สมิตินันท์ราเศรษฐ์ | วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ |
| 11. ดร.ไพรินทร์ นิชาโชติสุขุณ | วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ |
| 12. ดร.นิชาภา พัฒนวิชกุล | มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย |

กองบรรณาธิการภายในมหาวิทยาลัย

- | | |
|---|-----------------|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศนิกันต์ ศรีมณี | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรือเอกหญิง ดร.วิภาณันท์ ม่วงสกุล | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 3. ดร.สุวรรณา เชียงขุนทด | มหาวิทยาลัยสยาม |

ฝ่ายจัดการทั่วไป

- | | |
|--|-----------------|
| 1. พันจ่าเอก ดร.ภูมเดชฯ ชาญเบญจพิภู | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมฤดี ชื่นกิตติยานนท์ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 3. ดร.วรารณณ์ คำரச | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 4. ดร.ณิชนล ขวัญเมือง | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 5. อาจารย์สุจิตราภรณ์ ทับครอง | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 6. อาจารย์สุธิดา ดีหนู | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 7. อาจารย์ขวัญเรือน กำวิตุ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 8. อาจารย์ธัญลักษณ์วดี ก้อนทองถม | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 9. อาจารย์นฤมล อังศิริศักดิ์ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 10. อาจารย์รัฐกานต์ ข้าเขียว | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 11. อาจารย์ศิรินา สันพัฒางาน | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 12. อาจารย์รัตนภรณ์ นิवासานนท์ | มหาวิทยาลัยสยาม |

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

- | | |
|---|-------------------------------|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์ | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรรังศรี | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| 3. รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. รองศาสตราจารย์ ดร.ปรางทิพย์ ฉายพุทธ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. รองศาสตราจารย์ ดร.อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. รองศาสตราจารย์ พัสสมณท์ คุ่มทวีพร | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. รองศาสตราจารย์ พ.ด.อ.หญิง ดร.ทิพย์ฉมพร เกษโกมล | วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ |
| 8. รองศาสตราจารย์ ดร.บำเพ็ญจิต แสงชาติ | มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 9. รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร กันทรดุษฎี เติร์มชัยศรี | มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา |
| 10. รองศาสตราจารย์ ดร.สุลี ทองวิเชียร | มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี |
| 11. รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |

- | | |
|---|--|
| 12. รองศาสตราจารย์ ดร.อังศรา ประเสริฐสิน | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 13. รองศาสตราจารย์ ดร.นวัสนันท์ วงศ์ประสิทธิ์ | มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ |
| 14. รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ์ เดียววิเศษ | มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี |
| 15. รองศาสตราจารย์ พรศิริ พันธสี | มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 16. รองศาสตราจารย์ เยาวเรศ สมทรัพย์ | มหาวิทยาลัยพายัพ |
| 17. รองศาสตราจารย์ นพ. เอกชัย โค้ววิสารัช | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 18. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 19. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 20. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ผจงจิต ไกรถาวร | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 21. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฤดี ปุบบางกะดี | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 22. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงเดือน รัตนะมงคลกุล | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 23. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริ์ กังใจ | มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 24. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุขศิริ ประสมสุข | มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี |
| 25. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พล.ร.ต.หญิง ดร.สุภัทรา เอื้อวงศ์ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 26. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรทิพา ส่องศิริ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 27. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรัสดาว เรโนลด์ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 28. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุสารี ประคินกิจ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 29. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิดา มัททวงกูร | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 30. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนี นามจันทร์ | มหาวิทยาลัยรังสิต |
| 31. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร จินันทุยา | สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา |
| 32. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตรีณัฐ พุ่มมณี | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ |
| 33. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นาวาโทหญิง วัชรพร เชยสุวรรณ | วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ |
| 34. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร พูลรักษ์ | มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ |
| 35. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา สุทธิเนียม | มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา |
| 36. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พินันท์ วิศาลสกุลวงษ์ | มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช |
| 37. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญอรุณ ปรีดีติลล | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 38. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรฤดี นิธิรัตน์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา |
| 39. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์ | มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 40. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จิตต์ระพี บุรณศักดิ์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 41. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิมผกา ปัญโญใหญ่ | มหาวิทยาลัยพายัพ |

42. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กฤตภา ธรรมรัตน์กุล
43. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิลาวัลย์ ไทรโรจน์รุ่ง
44. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วารุณี เฟโร
45. ดร.ไพรินทร์ ณิชโชติสุขภูมิ
46. ดร.พุทธรณ ชูเชิด
47. นาวาเอกหญิง ดร. ธนพร แยมสุตา
48. นาวาตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง
49. นาวาโทหญิง ดร.พุทธรชิต เจริญศิริวิไล
50. ดร.จิตรลดา พิริยาศสน์
51. ดร.ชรินทร์ ขวัญเนตร
52. ดร.จารุณี สรภพ
53. ดร.สุลีมาศ อังศุเกียรติถาวร
54. ดร.สุวรรณา เชียงขุนทด
55. ดร.ปรียธิดา ชลศึกเสนีย์
56. ดร.จวีวรรณ มณีแสง
57. ดร.ปทุมทิพย์ อดุลวัฒนศิริ
58. ดร.รัชดา พ่วงประสงค์
59. ดร.พิมสิริ ภูศิริ
60. ดร.วารินทร์ จิตติถาวร
61. ดร.สิดานันท์ ศรีใจวงศ์
62. ดร.จิรพรรณ โพธิ์ทอง
63. ดร.หทัยรัตน์ บุษยพรรณพงศ์
64. ดร.สุมลา พรหมมา

สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
มหาวิทยาลัยสยาม
วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี
มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยสยาม
มหาวิทยาลัยสยาม
มหาวิทยาลัยสยาม
มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท
โรงพยาบาลบางปะกง

คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ขอเรียนเชิญสมาชิกวารสารฯ และผู้สนใจส่งบทความเพื่อเผยแพร่ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาพิจารณาต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใด ๆ หรือเผยแพร่เนื้อหาเต็มรูปแบบในเอกสารใด หรือเป็นส่วนหนึ่งส่วนใดของผู้อื่น หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาในวารสารอื่น เนื้อหาต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์วารสาร น่าสนใจ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ทางการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพได้

ต้นฉบับทุกเรื่องต้องผ่านการคัดกรองเบื้องต้นจากกองบรรณาธิการ เมื่อผ่านการพิจารณาขั้นต้นแล้วกองบรรณาธิการจะจัดส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องกับบทความ จำนวน 2-3 ท่าน อ่านและให้ข้อเสนอแนะ

ประเภทบทความ

1. บทความวิจัยทางการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. บทความวิชาการทางการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. บทความวิจัยหรือวิชาการต้องไม่เคยเผยแพร่หรืออยู่ระหว่างพิจารณาเผยแพร่ในวารสารใด ๆ กรณีบทความเคยนำเสนอในการประชุมวิชาการซึ่งมี Proceeding ผู้นิพนธ์ต้องแจ้งกองบรรณาธิการและระบุในบทความบริเวณเชิงอรรถ โดยระบุชื่อการประชุมและปีที่น่าเสนอ
2. บทความวิจัยหรือวิชาการที่มีผู้ร่วมนิพนธ์ ต้องมีหนังสือรับรองจริยธรรมการส่งบทความ (วพมส 02) ตามรูปแบบของวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม (ดาวน์โหลดได้ที่หน้าเว็บไซต์วารสารฯ)
3. บทความวิทยานิพนธ์ ต้องมีหนังสือหนังสือรับรองจริยธรรมการส่งบทความ (วพมส 02) ตามรูปแบบของวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม (ดาวน์โหลดได้ที่หน้าเว็บไซต์วารสารฯ)
4. บทความจะได้รับการตีพิมพ์เมื่อผู้นิพนธ์ปรับบทความโดยพิจารณาข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2-3 ท่าน โดย Double blind และกองบรรณาธิการเรียบร้อยแล้ว
5. การออกไปรับรองการตีพิมพ์เผยแพร่งานจะระบุปีและฉบับที่บทความเผยแพร่ซึ่งจะดำเนินการ ภายหลังการปรับบทความและได้รับการกลั่นกรองจากกองบรรณาธิการให้ผ่านเข้ากระบวนการเตรียม ต้นฉบับตีพิมพ์ได้แล้วเท่านั้น
6. ความยาวของบทความวิจัย 10 – 12 หน้า และบทความวิชาการ 8 – 10 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง
7. ผู้นิพนธ์ส่งบทความออนไลน์ <https://tci-thaijo.org/index.php/nursingsiamjournal> โดยสมัครสมาชิกวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ฟรี



8. ผู้นิพนธ์ชำระค่าดำเนินการเผยแพร่บทความเรื่องละ 2,500 บาท (กรณีต้องการผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน) และ 3,500 บาท (กรณีต้องการผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน) ตามแบบฟอร์มชำระค่าตีพิมพ์ บทความ (วพมส 01) ดาวน์โหลดได้ที่หน้าเว็บไซต์วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม พร้อมแนบเอกสารการชำระเงินในขั้นตอนการ submission บทความ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการคืนค่าตีพิมพ์บทความกรณีบทความไม่สามารถเผยแพร่ผ่านวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยามได้
9. กรณีผู้นิพนธ์ยกเลิกการเผยแพร่บทความภายหลังได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้นิพนธ์ต้องรับผิดชอบค่าดำเนินการทั้งหมด 3,000 บาท (รวมค่าดำเนินการเผยแพร่บทความเมื่อแรกส่งบทความ) หากผู้นิพนธ์ไม่ปฏิบัติตามข้อตกลง กอง บก.ดำเนินการเรียกเก็บค่าปรับไปยังหน่วยงานต้นสังกัด และ บัณฑิตวิทยาลัย (กรณีวิทยานิพนธ์) และประกาศแจ้งต่อวารสารเครือข่ายร่วมรวมถึงหน้าเว็บไซต์วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์ MS word อักษร TH SarabunPSK
2. ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ อักษรขนาด 18 ตัวหนา จัดกลางหน้ากระดาษ
3. ผู้นิพนธ์ทุกท่านระบุ ชื่อ-สกุล และตัวย่อคุณการศึกษาขีดขอบขวา ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ การระบุศ/ตำแหน่ง สถานที่ติดต่อ/ต้นสังกัด e-mail address บริเวณเชิงอรรถใช้สัญลักษณ์ตัวเลขอารบิก และระบุ corresponding author ด้วย
 - กรณีผู้นิพนธ์เกิน 3 คน ระบุชื่อผู้นิพนธ์บรรทัดละ 2 คน โดยภาษาอังกฤษบรรทัดต่อท้ายชื่อภาษาไทยแต่ละคน
 - กรณีผู้นิพนธ์เกิน 5 คนระบุเฉพาะผู้นิพนธ์ชื่อแรกโดยระบุหัวหน้าโครงการและคณะ
4. บทคัดย่อภาษาไทยสอดคล้องกับภาษาอังกฤษ โดยบทคัดย่อภาษาอังกฤษไม่เกิน 250 คำ
5. คำสำคัญที่เป็นคำนาม ทั้งภาษาไทย และอังกฤษไม่เกิน 5 คำ
6. เนื้อหา ประกอบด้วยความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) เอกสารอ้างอิง
 - หัวข้อแต่ละเนื้อหาอักษรขนาด 16 ตัวหนา
 - เนื้อหาทั่วไปอักษรขนาด 16 ธรรมดา จัดรูปแบบ 2 คอลัมน์ ห่างขอบปกติทุกด้าน 2.54 เซนติเมตร การย่อหน้าตั้งเคาะปกติ 1.25 เซนติเมตร ยกเว้น เอกสารอ้างอิง ใช้อักษรขนาด 14 ธรรมดา
7. ตารางแสดงผลการวิจัยใช้รูปแบบเต็มหน้า ตารางไม่มีขอบซ้ายและขวา ขอบบนและล่างใช้เส้นแบบ 2 แถบ ระหว่างข้อมูลในตารางไม่มีเส้น (อาจมีเส้นคั่นบางกรณีข้อมูลมีรายละเอียดมาก เพื่อสะดวกต่อการอ่าน) ลำดับที่หัวตารางใช้ตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา ข้อมูลในตารางใช้ตัวอักษรขนาด 14 ธรรมดา
8. รูปประกอบในบทความควรใช้โปรแกรม PDF หรือ MS word เพื่อความคมชัดเมื่อตีพิมพ์

9. การเขียนอ้างอิงในเนื้อหาและท้ายบทความ (Reference) จะต้องสอดคล้องตรงกันตามรูปแบบ APA 6th (American Psychological Association)

การอ้างอิงในเนื้อหา

- การอ้างอิงครั้งแรก

ผู้นิพนธ์คนไทย (ชื่อนามสกุลผู้นิพนธ์ทุกคนยกเว้นผู้นิพนธ์เกิน 6 คนขึ้นไป ใส่เฉพาะชื่อ นามสกุลผู้นิพนธ์แรก ตามด้วยและคณะ, ปีพิมพ์)

ผู้นิพนธ์ต่างประเทศ (นามสกุลทุกคนยกเว้นผู้นิพนธ์เกิน 6 คนขึ้นไป ใส่เฉพาะนามสกุลผู้นิพนธ์แรก, ตามด้วย et al., ปีพิมพ์)

- การอ้างอิงครั้งต่อไป (ชื่อ นามสกุลผู้นิพนธ์แรก ตามด้วยและคณะ, ปีพิมพ์) หรือภาษาอังกฤษ (ชื่อ นามสกุลผู้นิพนธ์แรก ตามด้วย et al., ปีพิมพ์)

การอ้างอิงท้ายบทความ

9.1 รูปแบบวารสาร: ชื่อ/นามสกุลผู้แต่ง. //(ปี). //ชื่อเรื่อง. //ชื่อวารสาร, //ปีที่ (ฉบับที่), //หน้า.

9.2 รูปแบบหนังสือ: ชื่อ/นามสกุลผู้แต่ง. //(ปี). //ชื่อหนังสือ. //สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

- ผู้แต่ง 6 คนหรือน้อยกว่า

ผู้แต่ง 1, /ผู้แต่ง 2, /ผู้แต่ง 3, /ผู้แต่ง 4, /ผู้แต่ง 5 และผู้แต่ง 6. //(ปีพิมพ์). //ชื่อเรื่อง. //(พิมพ์ครั้งที่). //สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

- ผู้แต่งมากกว่า 6 คนขึ้นไป

ผู้แต่ง 1, /ผู้แต่ง 2, /ผู้แต่ง 3, /ผู้แต่ง 4, /ผู้แต่ง 5, /ผู้แต่ง 6, ... ผู้แต่งคนสุดท้าย. //(ปีพิมพ์). //ชื่อเรื่อง. //(พิมพ์ครั้งที่). //สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

9.3 กรณีผู้นิพนธ์คนไทยแต่มีผู้นิพนธ์เป็นภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อนามสกุลขึ้นก่อนเช่นเดียวกับผู้นิพนธ์ต่างประเทศ ผู้นิพนธ์ต่างประเทศขึ้นต้นด้วยนามสกุลคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค ตามด้วยอักษรย่อชื่อต้น และชื่อกลาง

9.4 กรณีชื่อบรรณาธิการ ใส่ (บก.). หรือ (Ed.). ท้ายชื่อ

9.5 กรณีไม่ทราบชื่อผู้นิพนธ์ ใส่ชื่อหน่วยงานขึ้นต้น

ตัวอย่าง

กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2559). รายงานการสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยี

สารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน. กรุงเทพฯ ฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

จิราภรณ์ มีชูสิน. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของ

ผู้ป่วยหัวใจวาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่,

บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ชานินทร์ ศิลป์จารุ. (2551). การวิจัยและวิเคราะห์ทางสถิติด้วย SPSS (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: เอส อาร์พรีนติ้งแมสโปรดักส์จำกัด.



- ปรียธิดา ชลศึกเสนีย์ และวรรณภา ศรีธัญรัตน์. (2560). การรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 18(35), 24 – 36.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ.), *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2* (หน้า 1-24). กรุงเทพฯ: วี.เจ. พรินต์ติ้ง.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2559). *คอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม*. สืบค้นเมื่อ 20 พ.ย. 59, จาก [http:// goo.gl/KLPB5T](http://goo.gl/KLPB5T)
- Assanangkornchai, S., & Edwards, J. G. (2015). Screening for nicotine and drug use disorders. *Textbook of addiction treatment: International perspectives* (207- 223): Springer.
- Mercer, D. W., Kent, A., Nowicki, S. D., Mercer, D., Squier, D., Choi, W., ...Morgan, C. (2004). *Beginning PHP5*. Indianapolis, IN: Wiley.
10. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือ ตำราที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา กรณีอ้างอิงเว็บไซต์ต้องเป็นของหน่วยงานที่เชื่อถือได้ ไม่อ้างอิงความคิดเห็นบน blog/หน้าเพจ หรือ wikipedia

กองบรรณาธิการ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม



ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ต้องราชทัณฑ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเรือนจำแห่งหนึ่งในภาคใต้ตอนล่าง

Factors Predicting Quality of Life in Prisoners with Non – Communicable Diseases in the Lower Southern Province of Thailand

Received: April 4, 2023

Revised: November 18, 2023

Accepts: December 17, 2023

บุญพัฒน์ ชำนาญเพาะ (พย.ม)¹ เจนวิทย์ ณาคะโร (พย.ม)²

Punnaphat Charmnanpho (M.N.S.) Janwit Nakahro (M.N.S.)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ต้องราชทัณฑ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเรือนจำ

รูปแบบและวิธีการดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ต้องราชทัณฑ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเรือนจำแห่งหนึ่งในภาคใต้ตอนล่าง จำนวน 160 ราย ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุ 41 ถึง 60 ปี ส่วนใหญ่มีสถานะในการต้องราชทัณฑ์โทษขั้นเด็ดขาด กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยจะมีความสัมพันธ์ต่อการลดลงของคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ log-odds 2.269 ($p = 0.001$) เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ต้องราชทัณฑ์ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางมีความสัมพันธ์ต่อการลดลงของคุณภาพชีวิต log-odds 1.245 ($p = 0.057$) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง หรือมีโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและข้อเสนอแนะ คุณภาพชีวิตผู้ต้องราชทัณฑ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ควรลดผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้ต้องราชทัณฑ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเรือนจำมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นำไปสู่การดูแลตนเอง และมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันต่อไป

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ผู้ต้องราชทัณฑ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ, Thailand

²สถานพยาบาลเรือนจำกลางสงขลา กรมราชทัณฑ์

Corresponding author: punnaphat.c@tsu.ac.th

Abstract

Objectives: This study aimed to examine the factors predicting prisoners' quality of life with non-communicable diseases (NCDs).

Methods: This research employed a predictive correlational design and included a sample group of 160 prisoners with NCDs in the lower southern province of Thailand. Data were collected using a questionnaire and analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

Results: The research results indicate that, in the sample group aged 41 to 60, individuals experiencing mild depression have a statistically significant correlation with a significant decrease in quality of life, with a log-odds of 2.269 ($p = 0.001$) when compared to the group of non-depressed individuals among those subject to compulsory military service. Meanwhile, the sample group with moderate depression shows a correlation with a decrease in quality of life, with a log-odds of 1.245 ($p = 0.057$). On the other hand, the sample group with severe depression or chronic diseases does not exhibit a statistically significant correlation with the quality of life.

Conclusion and recommendations: To enhance the quality of life for prisoners with NCDs, it is important to address the impact of chronic illness and depression. By doing so, prisoners with NCDs can experience an improved quality of life, increased self-care, and better ability to carry out daily activities.

Keywords: quality of life, non-communicable diseases prisoners

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Disease: NCDs) เป็นโรคที่มีการเจ็บป่วยระยะเวลายาวนาน มีการดำเนินของโรคที่รุนแรงเพิ่มขึ้นหากไม่ได้รับการรักษา และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของคนไทยทั้งในมิติจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่าประชากรโลกมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร้อยละ 71 โดยสาเหตุการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 44 รองลงมาคือโรคมะเร็งร้อยละ 22 โรคทางเดินหายใจเรื้อรังร้อยละ 9 และโรคเบาหวานร้อยละ 4 โดยปัญหา

ดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียปีการมีสุขภาวะและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง สำหรับในประเทศไทย พบว่าประชากรเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร้อยละ 74 (World Health Organization, 2020) สาเหตุจากความเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง จากรายงาน ในพ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2559 มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 8,687.5 คนต่อปี และในจังหวัดสงขลาอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงสุดในเขตภาคใต้ โดยในปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2560 อัตราการป่วยเฉลี่ยประมาณ



11,128 คน ต่อปี (อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า และสุธิดา แก้วทา, 2563) ซึ่งจากจำนวนและอัตราการเจ็บป่วยของโรคที่เพิ่มขึ้น และมีการกระจายอยู่ทุกระดับของบริการสุขภาพ ในส่วนของสถานพยาบาลเรือนจำแห่งหนึ่งในภาคใต้ตอนล่าง พบอัตราผู้ต้องราชทัณฑ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นเช่นกัน อาจเนื่องจากการดูแลในเรือนจำให้เป็นไปตามสิทธิ ซึ่งไม่สามารถเลือกรับการบริการด้านต่าง ๆ ได้ ไม่ว่าจะเป็นเป็นที่พักอาศัย อาหาร หรือการรักษา จากความเป็นอยู่ดังกล่าว ส่งผลให้เกิดความเครียด ดูแลตนเองลดลง เกิดอาการกำเริบของโรคจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตแย่ลงไปด้วย

คุณภาพชีวิตเป็นสภาพความเป็นอยู่ของมนุษย์ที่ดีมีความสุขทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นความพึงพอใจภายในตัวบุคคลต่อการดำรงชีวิตทั้งความต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม ความคิด และจิตใจ ทุกคนปรารถนาการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้การที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ต้องขึ้นอยู่กับองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน คือด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (King & Hinds, 1998) คุณภาพชีวิตจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อผู้ต้องราชทัณฑ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเนื่องจากการมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขและมีสุขภาวะในการดำเนินชีวิตภายใต้บริบทและกฎเกณฑ์ในเรือนจำ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความสัมพันธ์ปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ เพศชายมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศหญิง ระดับการศึกษาสูง รายได้สูง (ปฐยาวัชร ปรากุผล, อุทัยทิพย์ จันทรเพ็ญ และกนกพร แก้วโยธา, 2564; ปิยธิดา ชุมสงค์ และอารีวรรณ เชี่ยวชาญวัฒนา, 2562) ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน (จันจิรา

หิณขวา, ยศพล เหลืองโสมนภา, นวนันท์ ปัทมสุทธิกุล, จีราภา ศรีท่าไฮ, สุกัญญา ชันวิเศษ และปิยวดี พุฒไทย, 2560) และภาวะซึมเศร้า (ผกามาศ เพชรพงศ์, 2562: อรัญญา นามวงศ์, เอกพันธ์ คำภีระ, คอย ละอองอ่อน และวัชร ไซยจันดี, 2561)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาระดับคุณภาพชีวิตในผู้ต้องราชทัณฑ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มาใช้บริการที่สถานพยาบาลเรือนจำแห่งหนึ่งในภาคใต้ตอนล่าง เพื่อนำผลที่ได้ไปประยุกต์ใช้เพื่อวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ต้องราชทัณฑ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้ต้องราชทัณฑ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเรือนจำ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายของโรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคไต และภาวะซึมเศร้าต่อคุณภาพชีวิตในผู้ต้องราชทัณฑ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเรือนจำ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ซึ่งมีองค์ประกอบ คือด้านร่างกาย จิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม (WHOQOL group, 1996) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ 1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย จึงต้องมีการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพและผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมทัศนคติและการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน 2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ องค์ประกอบด้านวัตถุต่าง ๆ เป็นส่วนสำคัญของชีวิตและเป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยต่อการเผชิญปัญหาของบุคคล 3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อจิตใจหลายประการ เช่น

ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความกลัว และความรู้สึกสิ้นหวัง 4) ด้านครอบครัว ความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย ด้านการเงินและสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัจจัยที่พบบ่อยและมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งสามารถปรับแก้ไขหรือส่งเสริมเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

(1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ต้องราชทัณฑ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเรือนจำ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ เพศ สถานะความสัมพันธ์และการมีครอบครัวก่อนเข้ามาอยู่ในเรือนจำ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ระยะการเจ็บป่วย การศึกษาสูงสุดก่อนเข้าเรือนจำ หน้าที่ที่ได้รับมอบหมายขณะอยู่ในเรือนจำ รายได้รับฝากจากญาติต่อเดือน สถานะการต้องขัง ระยะเวลาที่เข้ามาอยู่ในเรือนจำ กำหนดโทษ เป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้เลือกตอบ (Checklist) จำนวน 12 ข้อ

(2) แบบสอบถามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) จำนวน 10 ข้อ มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน กำหนดเกณฑ์แบ่งระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันไว้ 4 ระดับ คะแนน 1-4 หมายถึง ทำกิจวัตรประจำวันเองไม่ได้เลย ต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยสมบูรณ์ คะแนน 5-8 คะแนน หมายถึง ทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยมากส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาผู้อื่น คะแนน 9-11 หมายถึง ทำกิจวัตรประจำวัน

ได้ด้วยตนเองเล็กน้อยมีการพึ่งพาผู้อื่นบางส่วน และคะแนน 12-20 หมายถึง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาร์คเท่ากับ .79

(3) แบบประเมินอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Beck depression inventory II, BDI-II Thai version) ซึ่งแปลและพัฒนาโดยนันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ นำคะแนนทุกข้อมารวมกัน โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0-3 คะแนน ตามระดับความรุนแรงของอาการ ระดับคะแนน 0-13 คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า, 14-19 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย, 20-28 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง และ 29-63 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาร์ค เท่ากับ 0.91

(4) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งดัดแปลงมาจากเครื่องมือชี้วัดคุณภาพขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับไทยโดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล และวนิดา พุ่มไพศาลชัย (2545) ประกอบด้วย 26 ข้อคำถาม คะแนนมาก หมายถึง คุณภาพชีวิตระดับดี ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาร์ค เท่ากับ 0.84 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.65

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research)



1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ต้องราชทัณฑ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มารับการรักษาในสถานพยาบาลเรือนจำแห่งหนึ่งในภาคใต้ตอนล่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ต้องราชทัณฑ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มารับการรักษาในสถานพยาบาลเรือนจำแห่งหนึ่งในภาคใต้ตอนล่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาโรยามาเน (Yamane, 1976) ซึ่งกำหนดให้จำนวนประชากร (N) เท่ากับ 268 ราย และใช้ค่าความคลาดเคลื่อน (e) เท่ากับ 0.05 ซึ่งเมื่อนำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมขั้นต่ำหรืออย่างน้อยที่สุด (n) ที่จะต้องเก็บข้อมูลจะเท่ากับ 160 ราย ซึ่งเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซนต์

เกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นผู้ต้องราชทัณฑ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับการรักษาในสถานพยาบาลเรือนจำแห่งหนึ่งในภาคใต้ตอนล่าง 2) เป็นผู้ที่ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษารั้งนี้และลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ผู้ต้องราชทัณฑ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่อยู่ในช่วงการเก็บข้อมูลหรือเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคในการให้ข้อมูล

2. การพิทักษ์สิทธิและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลสงขลา และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยตามเอกสารรับรองเลขที่ SKH IRB 2021-Nrt-J3-2028 เมื่อได้รับอนุมัติให้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลแล้วผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยเป็นลำดับขั้นตอนดังนี้ ผู้วิจัยจัดทำเอกสารชี้แจงการดำเนินการวิจัยต่อกรมราชทัณฑ์ กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยอย่างครบถ้วน ข้อมูลที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยถือเป็น

ความลับ การนำเสนอข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลจริง ผลการวิจัยเสนอในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) แสดงความถี่ร้อยละในการอธิบายข้อมูลส่วนบุคคลและระดับคุณภาพชีวิตของผู้ต้องราชทัณฑ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต ใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ต้องราชทัณฑ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเรือนจำ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชายส่วนใหญ่ร้อยละ 65.6 มีอายุตั้งแต่ 41 ถึง 60 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 56.9 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 45.6 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 81.9 ได้รับเงินฝากจากญาติต่อเดือนน้อยกว่า 2,250 บาท ร้อยละ 85.6 มีสถานะในการต้องขังของกลุ่มตัวอย่างคือโทษขั้นเด็ดขาดโดยโทษที่ถูกกำหนดไว้ส่วนใหญ่เป็นโทษที่ถูกตัดสินแล้ว ได้แก่ โทษจำคุก จำคุกตลอดชีวิต และประหารชีวิต (ร้อยละ 66.9, 28.7 และ 0.6 ตามลำดับ)

2. กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 81.9 มีโรคประจำตัวมาเป็นระยะเวลา 0-5 ปี โดยโรคที่เป็นมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 78.1 รองลงมาโรคเบาหวานร้อยละ 22.5 โรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 12.5 โรคหัวใจร้อยละ 7.5 และโรคไตร้อยละ 1.3

3. คะแนนภาวะซึมเศร้า ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตผู้ต้องราชทัณฑ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเรือนจำ

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 59.4 โดยแบ่งเป็นมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 30.6 ซึมเศร้าระดับ

ปานกลางร้อยละ 23.1 และซึมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 5.6 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับไม่มีภาวะพึ่งพา และส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 80.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาวะซึมเศร้า ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตผู้ต้องราชทัณฑ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเรือนจำ (n = 160)

คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะซึมเศร้า		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	65	40.6
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	49	30.6
มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง	37	23.1
มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	9	5.6
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน		
ไม่มีภาวะพึ่งพา	160	100
คุณภาพชีวิต		
ระดับปานกลาง	128	80
ระดับดี	32	20

4. จำนวนผู้ต้องราชทัณฑ์ในเรือนจำที่มีภาวะซึมเศร้าและโรคประจำตัวแบ่งตามระดับคุณภาพชีวิต เมื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง และระดับคุณภาพชีวิตดี พบว่าในกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางส่วนใหญ่จะมีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงรุนแรงจำนวน 46, 33 และ 9 คนตามลำดับ และในกลุ่มนี้จะมีโรคประจำตัวได้แก่ โรคเบาหวานจำนวน 32 คน โรคไขมันในเลือดสูงจำนวน 20 คน โรคหัวใจจำนวน 12 คน โรคไต 2 คน และโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 97 คน ดังตารางที่ 2

5. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ต้องราชทัณฑ์ในเรือนจำ การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับคุณภาพชีวิตกับ

ระดับภาวะซึมเศร้า โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ การเป็นเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ภาวะหัวใจ ความดันโลหิตสูง และโรคไตที่ระดับ $\alpha = 0.05$ จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยจะมีความสัมพันธ์ต่อการลดลงของคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ log-odds 2.269 ($p = 0.001$) เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ต้องขังที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางมีความสัมพันธ์ต่อการลดลงของคุณภาพชีวิต log-odds 1.245 ($p = 0.057$) แต่กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง หรือมีโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าและโรคประจำตัวแบ่งตามระดับคุณภาพชีวิต (n = 160)

ตัวแปร	ระดับคุณภาพชีวิต	
	ปานกลาง (n)	ดี (n)
ภาวะซึมเศร้า		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	40	25
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	46	3
มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง	33	4
มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	9	0
โรคเบาหวาน		
ไม่เป็นเบาหวาน	96	28
เป็นเบาหวาน	32	4
โรคไขมันในเลือดสูง		
ไม่เป็นโรคไขมันในเลือดสูง	108	32
เป็นโรคไขมัน	20	0
โรคหัวใจ		
ไม่เป็นโรคหัวใจ	116	31
เป็นโรคหัวใจ	12	1
โรคไต		
ไม่เป็นโรคไต	126	32
เป็นโรคไต	2	0
โรคความดันโลหิตสูง		
ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	31	3
เป็นโรคความดันโลหิตสูง	97	29

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณระหว่างตัวทำนายกับคุณภาพชีวิตผู้ต้องราชทัณฑ์ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเรือนจำ (n = 160)

ตัวแปรที่ศึกษา	β	SE	OR	95% CI	p-value
Intercept	-0.316	0.937	0.729	0.116 - 4.569	0.735
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	-2.269	0.665	0.103	0.028 - 0.381	0.000
มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง	-1.245	0.656	0.288	0.080 - 1.040	0.058
มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	-17.772	2044.134	0.000	0.000 - Inf	0.993
เป็นเบาหวาน	-0.266	0.763	0.767	0.172 - 3.420	0.728
เป็นโรคไขมัน	-17.201	1349.980	0.000	0.000 - Inf	0.989
เป็นโรคหัวใจ	-0.914	1.175	0.401	0.040 - 4.011	0.437
เป็นโรคความดัน	0.066	0.891	1.069	0.186 - 6.127	0.941
เป็นโรคไต	-16.015	4611.884	0.000	0.000 - Inf	0.997

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยจะมีความสัมพันธ์ต่อการลดลงของคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ log-odds 2.269 ($p = 0.001$) เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ต้องราชทัณฑ์ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางมีความสัมพันธ์ต่อการลดลงของคุณภาพชีวิต log-odds 1.245 ($p = 0.057$) แต่กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง หรือมีโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุ 41-60 ปี (ร้อยละ 65.6) ได้รับความทุกข์ทรมาน ทำให้สมรรถนะทางกายเสื่อมลงของเอนโดทีเลียมเซลล์บุผนังหลอดเลือดแดง และภาวะหลอดเลือดแดงแข็งเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และขาดการควบคุมอาหารเฉพาะโรค รวมถึงการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การมีโรคประจำตัวที่ต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่สถานะในการถูกกำหนดโทษส่วนใหญ่เป็นโทษจำคุกตลอดชีวิตร้อยละ 66.9 ส่งผลให้ความสามารถในการแสวงหาปัจจัยต่าง ๆ ที่จะส่งเสริมให้ร่างกายมีความสะดวกสบาย สุขภาพแข็งแรงและดำรงชีวิตลดลง เช่น ไม่สามารถควบคุมอาหารเฉพาะโรค ขาดการออกกำลังกาย และโภชนาการที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และทางด้านจิตใจทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ทั้งจากระยะเวลาในการถูกกำหนดโทษและจากการเจ็บป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทางจิตทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นเวลานานย่อมส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ต้องราชทัณฑ์ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Bellali, Manomenidis, Karamitri, Malliarou,

Igoumenou & Bellali. (2020) พบว่าผู้ต้องราชทัณฑ์ที่เป็นเบาหวานมีสุขภาพจิตที่แย่ลง ($p < 0.014$) และความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wright, Hearty & Allgar, 2019; Skowronski & Talik, 2021) จึงอธิบายตามทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Social Theory) ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ว่าบุคคลที่ไม่สามารถปรับตัวกับสิ่งเร้าที่เข้ามาคุกคามได้จึงเกิดความเครียดและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (Hammen, 2005) นอกจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์แล้ว การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญกับผู้ต้องราชทัณฑ์ เนื่องจากส่งผลให้การปฏิสัมพันธ์กับสังคมน้อยลง การเปลี่ยนแปลงลักษณะและโครงสร้างทางสังคม การสูญเสียบทบาทหน้าที่ในสังคม การไม่ได้อยู่กับบุคคลอันเป็นที่รักทำให้ผู้ต้องราชทัณฑ์มีความยากลำบากในการปรับตัว จนก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจตามมา

สรุปผล

การศึกษานี้ พบว่าภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยจะมีความสัมพันธ์ต่อการลดลงของคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ต้องราชทัณฑ์ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางมีความสัมพันธ์ต่อการลดลงของคุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง หรือมีโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาลเนื่องจาก การศึกษาในบริบทของเรือนจำพยาบาล สถานพยาบาลเรือนจำหรือพยาบาลศูนย์บำบัดยาเสพติด ควรส่งเสริม/แนะนำ หรือจัดทำคู่มือ วิดีโอ สาธิตการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าให้กับผู้ต้อง ราชทัณฑ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังอีกทั้งส่งเสริมให้บุคคลใน ครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิดเข้ามามีส่วนร่วมในการ วางแผนให้การพยาบาลแก่ผู้ต้องราชทัณฑ์โรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง

ด้านการศึกษาพยาบาล มุ่งเน้นให้มีการนำ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาปรับใช้ในรูปแบบ การเรียนการสอนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของ กลุ่มเปราะบาง เพื่อให้ นักศึกษามีความเข้าใจในการ ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่าง เหมาะสม

ด้านการบริหาร โดยผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการ กำหนดนโยบายและให้การสนับสนุนการจัดแนวทาง ในการพัฒนาส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ต้องราชทัณฑ์ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การดำเนินการวิจัยในการศึกษาคุณภาพชีวิต ของผู้ต้องราชทัณฑ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเรือนจำใน ครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางในการ พัฒนาการวิจัยในครั้งต่อไป ดังนี้

1. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ การ สนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรม สุขภาพ ที่อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ต้อง ราชทัณฑ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดโดยการ แก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ต้องราชทัณฑ์โรค ไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อ พัฒนาส่งเสริมคุณภาพชีวิต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสงขลา และขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัย ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

- จันจิรา หินขาว, ยศพล เหลืองโสมนภา, นวนันท์ ปัทมสุทธิ กุล, จีราภา ศรีท่าโฮ, สุกัญญา ชันวิเศษ และปิยวดี พุฒไทย. (2560). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน เขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลท่า ช่าง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์ สุขภาพ*. 11(1); 23-32.
- ผกามาศ เพชรพงศ์. (2562). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วย ด้วยโรคเบาหวานในอำเภอฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุม โรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์*. 13(2); 25-32.
- ปฐยาวัชร ปรากฏผล, อุทัยทิพย์ จันทระเพ็ญ และกนกพร แก วโยธา. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการ ตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง. *วารสารสุขภาพและ การศึกษาพยาบาล*. 27(1); 151-165.
- ปิยธิดา ชุมสงค์ และอารีวรรณ เชี่ยวชาญวัฒนา. (2562). คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน โรงพยาบาลชุมชน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารเภสัชกรรมไทย*. 12(4); 1051-1064.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลม, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล และ วนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2545). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย. โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่



อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า และสุธิดา แก้วทา. (2563). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กลุ่มเทคโนโลยีระบาดวิทยาและมาตรการชุมชน กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

อรัญญา นามวงศ์, เอกพันธ์ คำภีระ, คอย ละอองออน และวัชร ไซยจันดี. (2561). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน. *วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา*. 19(2); 94-105.

Bellali T., Manomenidis G., Karamitri I., Malliarou M., Igoumenou A., and Bellali N. (2020). Health-related quality of life of prisoners with diabetes mellitus. *Journal of Forensic and Legal Medicine*;73.101971.

Hammen C. (2005). *Stress and depression*. Annu. Rev. Clin. Psychol. ;1.293-319.

King, C. & Hinds. P. (1998). *Quality of Life: From Nursing and Patients Perspectives*. Boston: Jones and Bartlett Publishers.

Skowroński B. and Talik E. (2021). Quality of life correlates with people serving prison sentences in penitentiary institutions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*;18(4), 1655.

The WHOQOL Group. (1996). *WHOQOL-BREF introduction, administration, scoring and generic version of assessment, field trial version*. Geneva: WHO.

World Health Organization.

(2022). Noncommunicable diseases: progress monitor 2022. [Internet]. Switzerland: WHO; 2020 [cited 2022 Jan 2]. Retrieve from: <https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/non-communicable-diseases>.

Wright M. Hearty P. and Allgar V. (2019). Prison primary care and non-communicable diseases: a data-linkage survey of prevalence and associated risk factors. *BJGP Open*;3(2).

Yamane T. (1967). *Statistics. An Introductory Analysis*. 2nd Ed. New York: Harper and Row.



ผลของโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมแบบผสมผสานเรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลต่อความรู้ และทักษะการปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

The Effect of Blended Learning Program of Principles and Nursing Techniques for Promoting Readiness on Knowledge, Principle Practice Skills and Nursing Techniques of Student Nurses

Received: July 3, 2023

Revised: November 29, 2023

Accepts: December 16, 2023

กรวรรณ พมทอง (พย.ม.), ธิดารัตน์ คณิงเพียร (ปร.ด.),

Korawan Pomthong (M.N.S.), Thidarat Kanungpiarn (Ph.D)

อรนุช ประดับทอง* (พย.ม.), สุขุมล แสนพวง (พย.ม.)

Oranute Pradubthong (M.N.S.), Sukhumal Sanpaung, (M.N.S.)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมแบบผสมผสานเรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลต่อความรู้และทักษะการปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 103 คน เครื่องมือที่ใช้วิจัย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบวัดความรู้หลักและเทคนิคการพยาบาล จำนวน 15 ข้อ 3) แบบประเมินทักษะการปฏิบัติหลักและเทคนิคการพยาบาลจำนวน 8 ทักษะ หาค่าความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า = 1 ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้หลักและเทคนิคการพยาบาล ได้ค่า KR-20 = .82 และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแบบประเมินทักษะการปฏิบัติหลักและเทคนิคการพยาบาล ได้ค่า .80 วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา และสถิติการทดสอบที่ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลักการและเทคนิคการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมแบบผสมผสานเรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และคะแนนทักษะหลักการและเทคนิคการพยาบาล สูงสุดเท่ากับ 90-94 คะแนน (53.44%) ผลการศึกษานี้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรส่งเสริมการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานไปประยุกต์ใช้ในรายวิชาอื่นที่มีข้อจำกัดในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมความพร้อมแบบผสมผสาน, หลักการและเทคนิคการพยาบาล, ความรู้, ทักษะการพยาบาล

อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, Thailand

Corresponding author e-mail: oranute@bcnsurin.ac.th



Abstract

This quasi experimental study (one group pre test - post test group design) aims to study the effect of blended learning program of principles and nursing techniques for promoting readiness on knowledge, principle practice skills and nursing techniques of student nurses. A sample of 103 second-year nursing students who enrolled in the academic year 2022 and attended nursing practicum was purposively selected from Boromarajonani College of Nursing, Surin. The instruments were divided into two parts: 1) the blended learning program for determining readiness 2) the 15-item questionnaires focusing on knowledge of the principles and techniques in nursing; and 3) the 8 skill of the principles and techniques in nursing practice assessment. Three experts evaluated the content validity index. (IOC 1) The KR-20 of knowledge of the principles and techniques in nursing questionnaire was = 0.82 and the Cronbach's alpha of 8 skill of the principles and techniques in nursing practice assessment 0.80, respectively. The data was analyzed by percentage, mean, standard deviation, and paired t-test. Results showed that after attending the blended learning program, the nursing students had statistical significantly higher knowledge than before using program ($p < .001$). The most of skill scores of the preparation of principles and techniques in nursing were of 90–94 (53.44%). The suggestion, the blended learning program can be apply for promoting knowledge and nursing skill in the others nursing subjects.

KEYWORDS: the blended learning program, principle practice skills and nursing techniques of student nurses, knowledge, nursing skill

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในภาคทฤษฎีนั้น วิชาหลักการและเทคนิคทางการพยาบาล (พย. 1202) เป็นการเรียนรู้ด้านการพยาบาลพื้นฐานที่มีความสำคัญอย่างมากต่อการพยาบาลผู้ป่วย เป็นวิชาในหลักสูตรการศึกษาพยาบาล หมวดวิชาชีพเฉพาะมีการจัดเรียนการสอนที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจการพยาบาลพื้นฐาน

ตามหลักการและเทคนิคการพยาบาลในการดูแลสุขภาพบุคคลทุกช่วงวัย และการใช้หลักความปลอดภัยของผู้รับบริการ โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมบนพื้นฐานการดูแลด้วยความเอื้ออาทรด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยยึดหลักคุณธรรมจริยธรรม นักศึกษาจึงต้องมีการเรียนทั้งในห้องเรียนและการฝึกสาธิตย้อนกลับ



ในภาคทดลองเพื่อให้มีทักษะก่อนการไปฝึกปฏิบัติงานจริง

จากผลการประเมินการจัดเรียนการสอนในปีการศึกษา 2564 พบว่า นักศึกษายังเรียนรู้ได้ไม่ทันต่อช่วงเวลาที่กำหนดในช่วงเวลาเรียน การเรียนในห้องเรียนบางครั้งตามไม่ทันและขาดแหล่งการเรียนรู้ด้วยตนเอง ทำให้มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในภาคทฤษฎีไม่ถึงเกณฑ์ผ่านตามที่กำหนดในรายวิชา จากปัญหาดังกล่าวหากนักศึกษามีโอกาสได้พัฒนาความรู้ความเข้าใจในทางทฤษฎีของหลักและเทคนิคทางการพยาบาลอย่างเพียงพอก่อนที่จะเข้าสู่บริบทของการเรียนตามระยะเวลาที่กำหนดตามแผนการศึกษา จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งการเรียนรู้ใด ๆ หากผู้เรียนมีความพร้อมจะสามารถเรียนรู้ได้อย่างรวดเร็ว มีความเชื่อมั่น และปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความพร้อมของผู้เรียนถือเป็นสิ่งสำคัญและมีผลต่อระดับการเรียนรู้ของผู้เรียน ในการสอนหากผู้เรียนเกิดความพร้อมจะสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (วรรณ ชัยชนะรุ่งเรือง, 2551; ศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, วิรดา อรรถเมธากุล และดวงแข พิทักษ์สิน., 2561)

ผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ที่มีการติดเชื้อสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง นักศึกษาหลายรายมีการติดเชื้อโควิด-19 และมีกลุ่มเสี่ยงที่ต้องกักตัว ดังนั้น การเรียนรู้ในห้องเรียนจะต้องมีการปรับตัวให้สอดคล้องกับวิธีการเรียนรู้แบบปกติใหม่จากสถานการณ์ปัญหา เพื่อสร้างความพร้อมต่อการเรียนรู้หลักและเทคนิคทางการพยาบาล การมีกิจกรรมการเรียนรู้อย่างหลากหลาย ทั้งการเรียนรู้เสมือนจริงเรียนรู้ผ่านสื่อออนไลน์เพื่อเพิ่มความรู้ด้านหลักการและ

เทคนิคการพยาบาล จะช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพร้อมต่อการเรียนรู้ได้มากขึ้น การจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน (Blended Learning) เป็นวิธีการเรียนการสอนแนวใหม่ที่มีการเรียนการสอนที่หลากหลาย เป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่ผสมผสานทั้งแบบในห้องเรียนเผชิญหน้าระหว่างผู้เรียนและผู้สอนร่วมกับการเรียนรู้นอกห้องเรียนผ่านกิจกรรมและสื่อการสอนออนไลน์ในเว็บไซต์ต่าง ๆ หรือผู้สอนอาจจะนำเนื้อหาเข้าไปแขวนไว้ในเว็บเพจ หรือบนแพลตฟอร์ม Google Classroom ที่ผู้เรียนสามารถเข้าไปเรียนรู้ได้ตลอดเวลาที่ไหนเมื่อไหร่ก็ได้ (Anyway Anytime) (COMAS-QUINN, 2011; อภิชาติ อนุกุลเวช, 2555) สามารถส่งเสริมให้นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจได้มากขึ้น ซึ่งในปัจจุบันวิธีการเรียนรู้ของคนยุคใหม่นั้นเปลี่ยนไปอย่างมาก มีการใช้ชีวิตและเรียนรู้ด้วยตนเองบนโลกออนไลน์มากขึ้นอุปกรณ์สมาร์ตโฟน (Smartphone) ไอแพด (Ipad) คอมพิวเตอร์โน้ตบุ๊ก (Notebook) เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตไปแล้ว เมื่อต้องการเรียนรู้อะไร คนรุ่นใหม่จะสามารถเข้าไปศึกษาค้นคว้าได้ทันทีที่ใดก็ได้ การเรียนในห้องเรียนไม่ใช่สิ่งที่เหมาะสมมากที่สุดแล้วสำหรับผู้เรียนในยุคพึ่งพาเทคโนโลยีดิจิทัลเป็นหลัก ดังนั้นอาจารย์พยาบาลจึงต้องตระหนักถึงการปรับตัวและปรับเปลี่ยนการจัดการเรียนรู้ใหม่ และในยุคของการปฏิวัติดิจิทัล (Digital Revolution) ส่วนใหญ่นักศึกษาจะใช้เวลาอยู่กับการใช้คอมพิวเตอร์และโลกอินเทอร์เน็ตในการสื่อสาร การสร้างเครือข่าย การสืบค้น ซึ่งการเรียนรู้ของคนยุคนี้จะมีความสามารถในการสืบค้นหรือแสวงหาข้อมูลอย่างรวดเร็วบนโลกอินเทอร์เน็ต ซึ่งเข้าถึงได้ทุกที่ทุกเวลาเมื่อมีความสนใจหรือต้องการเรียนรู้ (ปิยนุช ชูโต, ศรีมณา นิยมคำ และจันทร์ฉาย โยธาใหญ่, 2557)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานในสาขาพยาบาลศาสตร์ทั้งในและต่างประเทศ สำหรับในต่างประเทศ Jokinen, & Mikkonen (2013) ศึกษาประสบการณ์สอนแบบผสมผสานในการศึกษาพยาบาล พบว่าจัดการเรียนรู้มีลักษณะของการเผชิญหน้ากันในห้องเรียนร่วมกับการใช้เทคโนโลยี หรือการเรียนรู้แบบออนไลน์ และ Gagnon, Gagnon, Desmartis, and Njoya (2013) ศึกษาผลการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานสำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ของสถาบันแห่งหนึ่งในประเทศแคนาดา ให้ข้อเสนอไว้ว่าการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานจะมีผลดีขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้เรียนและแรงจูงใจของผู้เรียนเป็นสำคัญ ผู้สอนสามารถคิดและออกแบบการสอนใหม่ ที่สามารถส่งเสริมประสบการณ์การเรียนรู้ได้มากกว่าการสอนแบบวิธีการออนไลน์หรือการสอนในห้องเรียนเพียงอย่างเดียว (Jeffrey, Milne, Suddaby & Higgins, 2014) ในประเทศไทย สุสันทา ยิ้มแย้ม, อำไพ จารุวัชรพาณิชย์กุล, จันทรัตน์ เจริญสันติ, อภิรัช อินทรางกูร ณ อยุธยา, ปิยนุช ชูโต และนางลักษณ์ เณริมสุข (2558) ศึกษาผลการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานในกระบวนวิชาการพยาบาลมารดาทารกแรกเกิดและการผดุงครรภ์ 2 หลังการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน คะแนนทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของผู้เรียนสูงกว่าก่อนการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานในทุกทักษะอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 และผู้เรียนพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยาณี ตันตรานนท์, วิลาวรรณย์ เตือนราษฎร์และ ธาณี แก้วธรรมมา (2561) ที่นำแนวคิดการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานในกระบวนวิชาวิทยาการระบาด จากการประเมินผลพบว่า

หลังเรียนนักศึกษา มีผลลัพธ์ในการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา (Thai Qualifications Framework for Higher Education; TQF) เพิ่มขึ้นจากก่อนเรียน และร้อยละ 61.9 ของนักศึกษามีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดและการศึกษาของปิยนุช ชูโต และคณะ (2557) ศึกษาผลการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานต่อสมรรถนะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศทางการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าความรู้และสมรรถนะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศทางการพยาบาล สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) จะเห็นได้ว่าการจัดเรียนรู้แบบผสมผสานสามารถส่งเสริมความรอบรู้ในวิชาทางการพยาบาลได้

อย่างไรก็ตามในการเรียนรู้หลักและเทคนิคทางการพยาบาล ยังไม่มีการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานแก่นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ถือเป็นวัยที่มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและใช้ชีวิตส่วนใหญ่กับเทคโนโลยีดิจิทัล ดังนั้นหากมีการพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้แบบผสมผสานเรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาล จะเป็นสื่อการเรียนรู้ที่สามารถส่งเสริมผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนแก่นักศึกษาได้ ซึ่งจากสภาพการณ์ปัญหาสถานการณ์โควิด-19 ที่นักศึกษาต้องกลับไปเรียนที่บ้านและมีช่วงปิดเทอมก่อนการเรียนในวิชาหลักและเทคนิคการพยาบาล หากมีการส่งเสริมความพร้อมต่อการเรียนให้นักศึกษาก่อนมาเรียนรู้จริงในชั้นเรียนจะช่วยให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้น คณะผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีรายวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาลได้เล็งเห็นความสำคัญ จึงมีความสนใจศึกษาวิจัยผลของโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมแบบผสมผสานเรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลต่อความรู้และทักษะ



การปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล สำหรับ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 และเป็นการสนับสนุน นักศึกษาเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความพร้อม แบบผสมผสานเรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลต่อ ความรู้และทักษะการปฏิบัติหลักการและเทคนิคการ พยาบาล สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและพัฒนาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และ ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา เกรดเฉลี่ยสะสม

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้หลักและเทคนิคการ พยาบาล มี 4 ตัวเลือก แบบ ก ข ค ง ซึ่งมีคำตอบที่ ถูกต้องเพียงคำตอบเดียว โดยเป็นข้อสอบที่พัฒนาขึ้นตาม แนวทางของวิชาหลักและเทคนิคการพยาบาล สาขา พยาบาลศาสตร์ จำนวน 16 ข้อ โดยมีเกณฑ์การ ให้คะแนนตอบตรงกับคำตอบที่กำหนดไว้ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ได้ให้ 0 คะแนน คะแนนต่ำสุดคือ 0 คะแนน สูงสุดคือ 16 ค่าความตรงของเนื้อหา (Index of Item objective congruence; IOC) เท่ากับ 1 ค่าความเชื่อมั่น ของแบบวัดความรู้หลักและเทคนิคการพยาบาล ได้ค่า KR-20 = .82

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทักษะการปฏิบัติหลักและ เทคนิคการพยาบาล 8 ทักษะการพยาบาลพื้นฐานที่

จำเป็นสำหรับวิชาชีพพยาบาล ได้แก่ 1. ทักษะการหยิบ จับของสะอาด ปราศจากเชื้อ สวมถุงมือ - เสือกาวน้ การสวมผ้าปิดปากและจมูก 2. ทักษะวัดสัญญาณชีพ 3. ทักษะการอาบน้ำสับประรดบนเตียง 4. ทักษะการใส่ สายให้อาหารและการให้อาหารทางสายยาง 5. ทักษะ การทำแผลแห้ง แผลเปียก แผลที่มีท่อระบาย 6. ทักษะ การฉีดเข้าชั้นผิวหนัง ใต้ผิวหนังและกล้ามเนื้อ การให้ยา สารน้ำ สารละลาย เลือดส่วนประกอบของเลือดทาง หลอดเลือดดำ 7. การให้ออกซิเจนและการดูดเสมหะ และ 8. ทักษะการสวนปัสสาวะ โดยเป็นแบบประเมิน แบบ Rating Scale ซึ่งมีระดับคะแนน 4 หมายถึง มากที่สุด 3 หมายถึง ปานกลาง 2 หมายถึง น้อย 1 หมายถึง น้อยที่สุด โดยกำหนดมีเกณฑ์ผ่านร้อยละ 80 ขึ้นไป ค่าความตรงของเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 1 ค่าค่า ความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า = .80

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ การวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บ รวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล
2. ผู้วิจัยประสานงานกับรองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ และพัฒนานักศึกษา เพื่อขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือ ปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลส่วนตัวที่ได้จะ เก็บเป็นความลับการนำเสนอผลหรืออภิปรายข้อมูล ของการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมทั้งหมด เมื่อกลุ่ม



ตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยจึงทำการเก็บข้อมูล

4. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดความรู้หลักการและเทคนิคการพยาบาลก่อนการทดลอง
5. กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบผสมผสานเรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น
6. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลองโดยให้กลุ่มตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดความรู้ หลักการและเทคนิคการพยาบาล
7. ประเมินทักษะการปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล โดยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ กลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกแบบ Purposive ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 103 คน ปีการศึกษา 2565

Inclusion criteria

1. เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
2. ลงทะเบียนเรียนวิชาหลักการและเทคนิคทางการพยาบาล
3. ไม่มีปัญหาการเจ็บป่วยทางกายหรือทางจิต

Exclusion criteria

1. มีปัญหาการเจ็บป่วยทางกายหรือจิต
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

การพิทักษ์สิทธิ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เลขที่ P-EC 01-04-65 ก่อนการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผู้วิจัยได้สอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลคำตอบจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับอย่างเคร่งครัดโดยผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้จะไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้ทำวิจัยจะเผยแพร่นำเสนอข้อมูลในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่อผลการเรียนของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการชี้แจงจุดประสงค์ ขั้นตอนในการศึกษา และเก็บข้อมูล ผู้วิจัยขอความร่วมมือและขอคำยินยอมในการตอบแบบสอบถามจากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ มีรายละเอียดดังนี้

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยหาค่าความถี่และร้อยละ
- 2) วิเคราะห์ข้อมูลหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้หลักการและเทคนิคการพยาบาลก่อนและหลังการทดลองของแต่ละรายบุคคล
- 3) วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้หลักการและเทคนิคการพยาบาลก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ pair t- test
- 4) วิเคราะห์คะแนนรวมทักษะการปฏิบัติหลักการและ



เทคนิคการพยาบาลก่อนและหลัง หาค่าร้อยละของกลุ่ม

ตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมแบบผสมผสานเรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาล จำแนกตามข้อมูลทั่วไป ($n = 103$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	13	12.62
หญิง	90	87.38
อายุ ($M = 20.10$ ปี, $SD = 1.305$, Min = 19 ปี, Max = 30 ปี)		
19 ปี	17	16.50
20 ปี	77	74.77
21 ปี	4	3.88
22 ปีขึ้นไป	5	4.85
ประสบการณ์การเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ (PN)		
มีประสบการณ์	2	1.94
ไม่มีประสบการณ์	101	98.06

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 87.38 รองลงมาเป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 12.62 อายุเฉลี่ย 20 ปี มีอายุต่ำสุดที่ 19 ปี และมีอายุสูงสุดที่ 30 ปี โดยมีอายุระหว่าง 20 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 74.77 โดยส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ (PN) คิดเป็นร้อยละ 98.06

จากตารางที่ 2 ภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมแบบผสมผสานเรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ก่อนการทดลอง $M = 5.48$, $SD = 1.85$; $M = 13.99$, $SD = 1.62$) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนหลักการและเทคนิคการพยาบาล ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมแบบผสมผสานเรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลความรู้และทักษะการปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ (Pre-test) กับหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมแบบผสมผสานเรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลความรู้และทักษะการปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ (Post –test) ด้วยการทดสอบค่า t –test (Dependent Samples)

คะแนนวิชาหลักการ	n	M	SD	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	103	5.48	1.85	-35.07	.01
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	103	13.99	1.62	-35.07	.01

ตารางที่ 3 ผลของคะแนนทักษะการปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมแบบผสมผสานเรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาล (n = 103)

คะแนนทักษะ	80-84	85-89	90-94	95-100
	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน
ทักษะการปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลจำนวน 8 ทักษะ (คน)	1	14	55	33
ทักษะการปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลจำนวน 8 ทักษะ (ร้อยละ)	0.97	13.59	53.40	32.04

จากตารางที่ 3 ค่าคะแนนทักษะการปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมแบบผสมผสานเรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุดอยู่ในช่วง 90–94 คะแนน จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 53.40 รองลงมาอยู่ในช่วง 95–100 คะแนน จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 32.04 และน้อยที่สุดอยู่ในช่วง 80-84 คะแนน จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.9

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมแบบผสมผสานเรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลต่อความรู้และทักษะการปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ และเพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะการปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมแบบผสมผสานเรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาล พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมแบบผสมผสาน เรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการ



เรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มีค่าเฉลี่ยมากกว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม โดยก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ส่งเสริมความพร้อมแบบผสมผสานเรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.48 ($SD = 1.85$) และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมแบบผสมผสานเรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.99 ($SD = 1.62$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมความพร้อมแบบผสมผสานเรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลมีองค์ประกอบแต่ละทักษะที่ชัดเจน เนื้อหาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้และสอดคล้องกับรายวิชา มีการอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละทักษะ และปฏิบัติเป็นตัวอย่าง เนื้อหาเข้าใจง่าย เข้าถึงเนื้อหาบทเรียนออนไลน์ได้ง่าย สะดวกในการเข้าถึง การตอบโต้ และสื่อสาร และมีวิดีโอสำหรับศึกษาทักษะนั้นด้วยตนเอง จึงส่งผลให้นักศึกษาที่เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังเรียนมากกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 สอดคล้องกับการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน (Blended Learning) แนวคิดการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานซึ่งเป็นวิธีการเรียนการสอนแนวใหม่ที่มีการเรียนการสอนที่หลากหลาย เป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่ผสมผสานทั้งแบบในห้องเรียนเผชิญหน้าระหว่างผู้เรียนและผู้สอนร่วมกับการเรียนรู้บนหน้าจอเรียนผ่านกิจกรรมและสื่อการสอนออนไลน์ในเว็บไซต์ต่าง ๆ งานวิจัยของจรรยาลักษณ์ ป้องเจริญ ยุคล์ เมืองช้าง, เรวดี โพธิ์รัง และดารินทร์ พนาสันต์ (2565) เรื่องผลการจัดการ

เรียนรู้โดยใช้บทเรียนออนไลน์ใน Google Classroom ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิตชั้นปีที่ 2 ในวิชาการพยาบาลขั้นพื้นฐานพบว่าผลสัมฤทธิ์คะแนนความรู้หลังเรียนสูงกว่าค่าเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 รวมทั้งการศึกษาของพิระนันท์ จีระยิ่งมงคล, พิมพ์ดา อนันต์สิริเกษม, พลอยประกาย ฉลาดล้ำ และนพพร คำแสงสวัสดิ์ (2565) เรื่องผลการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 ภายใต้สถานการณ์ COVID-19 พบว่าผลลัพธ์การเรียนรู้ของกลุ่มฝึกปฏิบัติแบบผสมผสานกับกลุ่มฝึกปฏิบัติตามปกติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 มีความแตกต่างกันในด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ และทักษะในการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและสารสนเทศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และยังพบว่าการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานช่วยให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความรับผิดชอบ การวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและสารสนเทศ ดังนั้นควรส่งเสริมการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานไปประยุกต์ใช้ในรายวิชาอื่นที่มีข้อจำกัดในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาต่อไป และสอดคล้องกับการศึกษาของดนัยศักดิ์ กาโร (2564) ศึกษาเรื่องผลการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานด้วยบทเรียนออนไลน์ แบบเปิดสำหรับมหาชนในรายวิชาการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีทางการศึกษาออนไลน์พบว่าการประเมินทักษะการปฏิบัติงานของผู้เรียนที่เรียนด้วย

บทเรียนออนไลน์มีคุณภาพอยู่ในระดับดี ดังนั้นจะเห็นว่าการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานมีผลต่อความรู้ของผู้เรียน ทั้งนี้ผู้เรียนส่วนใหญ่พึงพอใจในด้านการจัดการเรียนรู้ด้วยวิธีนี้นับสนุนด้วยงานวิจัยของ อภิรดี นันทศุภวัฒน์ และเรมวณ นันทศุภวัฒน์ (2556) ที่ศึกษาในเรื่องความพึงพอใจและผลลัพธ์ของการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานในกระบวนวิชาภาวะผู้นำและการจัดการทางการพยาบาล พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานในกระบวนวิชาภาวะผู้นำและการจัดการทางการพยาบาลทุกด้านอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

ควรส่งเสริมการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานไปประยุกต์ใช้ในรายวิชาอื่นที่มีข้อจำกัดในระยะเวลาในการเรียนการสอนภาคทดลองของนักศึกษาต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมแบบผสมผสานเรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลต่อความรู้และทักษะการปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ โดยดำเนินการแบบการวิจัยเชิงทดลอง (Randomized control trial research) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมในการนำไปใช้ต่อไป

2. ควรเพิ่มการติดตามผลการเรียนการสอนแบบผสมผสานเรื่องหลักการและเทคนิคการพยาบาลต่อความรู้และทักษะการปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในรายวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ที่กรุณาเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างและตอบแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการพยาบาลและอาจารย์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกตลอดการเก็บข้อมูลจนวิจัยเสร็จสิ้น

เอกสารอ้างอิง

กัลยาณี ตันตรานนท์, วิลาวัณย์ เตือนราษฎร์ และธานี แก้วธรรมา.

(2561). การประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานในกระบวนวิชาวิทยาการระบาด. *พยาบาลสาร*, 45(1), 100-109.

จรรยาลักษณ์ ป้องเจริญ, ยุคลธ เมืองช้าง, เรวดี โพธิ์รัง และดารินทร์

พนาสันต์. (2565). ผลการจัดการเรียนรู้โดยใช้บทเรียนออนไลน์ใน Google Classroom ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิตชั้นปีที่ 2 ในวิชาการพยาบาลขั้นพื้นฐาน. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 25(45), 54-71

ดนัยศักดิ์ กาโร. (2564). ผลการจัดการเรียนการสอนแบบ

ผสมผสานด้วยบทเรียนออนไลน์แบบเปิดสำหรับมหาชนในรายวิชาการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีทางการศึกษาออนไลน์. *การประชุมวิชาการระดับชาติมหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต ครั้งที่ 13*. ภูเก็ต :มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต.

ปิยนุช ชูโต, ศรีมณา นิยมคำ และจันทร์ฉาย โยธาฤทธิ์. (2557).

ผลการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะทางเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. *วารสารพยาบาลและการศึกษา*, 7(4), 156-167.

พีระนันท์ จีระยิ่งมงคล, พิมพ์ลดา อนันต์สิริเกษม, พลอยประกาย

ฉลาดล้ำ และนพพร คำแสงสวัสดิ์. (2565). ผลการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2



- ภายใต้สถานการณ์ COVID-19. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 15(3), 71-81.
- วรรณ ชัยชนะรุ่งเรือง. (2551). ผลของการเตรียมความพร้อมในการฝึกภาคปฏิบัติต่อความรู้ เจตคติ และทักษะในการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ. *สระบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี*.
- ศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, วิรดา อรรถเมธากุล และดวงแข พัทธกษลิน. (2561). ผลของการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยอย่างมีแบบแผนสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิตชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 20(3), 147-163.
- สุสันทา ยิ้มแย้ม, อำไพ จารุวัชรพาณิชย์กุล, จันทรัตน์ เจริญสันติ, อภิรัช อินทรางกูร ณ อยุธยา, ปิยนุช ชูโต และนางลักษณ์ เณลิสมสุข. (2558). การพัฒนาการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อพัฒนาทักษะการ เรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 *พยาบาลสาร*, 42 (ฉบับพิเศษ), 129-140.
- อภิชาติ อนุกุลเวช. (2555). *การเรียนรู้แบบผสมผสาน (Blended Learning)*. สืบค้น 10 ตุลาคม 2566 จาก http://www.chontech.ac.th/_abichat/1/index.php?option.html.
- อภิรดี นันทศุภวัฒน์ และเรมวณ นันทศุภวัฒน์. (2556). ความพึงพอใจและผลลัพธ์ของการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานในกระบวนวิชาภาวะผู้นำและการจัดการทางการพยาบาล. *พยาบาลสาร*, 40 (ฉบับพิเศษ), 47-60.
- COMAS-QUINN. A. (2011) Learning to teach online or learning to become an online teacher: an exploration of teachers' experiences in a blended learning course. *European Association for Computer Assisted Language Learning*, 23(3), 218-232. <https://doi.org/10.1017/S0958344011000152>,
- Gagnon, M., Gagnon, J., Desmartis, M and Njoya M. (2013). The Impact of Blended Teaching on Knowledge, Satisfaction, and Self-Directed Learning in Nursing Undergraduates: A Randomized, Controlled Trial. *Nursing Education Perspectives*, 36 (4), 377-382.
- Jeffrey, L. M., Milne, J., Suddaby. G., & Higgins, A. (2014). Blended learning: How teachers balance the blend of online and classroom components. *Journal of Information Technology Education: Research*, 13, 121-140. Retrieved from <http://www.jite.org/documents/Vol13/JITEv13ResearchP121-140Jeffrey0460.pdf>
- Jokinen, P., & Mikkonen, I. (2013) Teachers' experiences of teaching in a blended learning environment. *Nurse Education in Practice*, 13, 524-528. doi.org/10.1016/j.nepr.2013.03.014

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก
ที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลสมุทรสาคร

The Development of Anesthesiology Nursing Practice Guidelines in Patients
with Hemorrhagic Stroke at Undergo Surgery Samut Sakhon Hospital

Received: October 9, 2023

Revised: December 12, 2023

Accepts: December 16, 2023

วัชรีย์ เอี่ยมอิมสำราญ^{1*} (พย.บ.), สุธา ธวัชวัฒนนันท์¹ (พย.บ.)

Watcharee Eaimimsumran (B.N.S.), Suda Tawatwa (B.N.S.),

อรรวรรณ สมบูรณ์จันทร์¹ (พย.ม.), พิมสิริ ชววิชิตนันท์¹ (พย.ม.)

Orawan Somboonjan (M.N.S.), Pimsiri Chawisthitanan (M.N.S.)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลสมุทรสาคร ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดำเนินการตามขั้นตอนหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยกระบวนการใช้ผลงานวิจัยของไอโอวาโมเดล (IOWA Model Collaborative, 2017) กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ผู้ให้บริการ ได้แก่ พยาบาลวิสัญญี จำนวน 19 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหน่วยงาน จำนวน 58 คน และผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตกและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร จำนวน 30 คน ผลการศึกษา แนวปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลสมุทรสาคร พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 20 เรื่อง ประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ใช้เกณฑ์ของเมลลินีย์และไฟเอท์-โอเวอร์ฮอลท์ หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 2 จำนวน 3 เรื่อง ระดับ 3 จำนวน 2 เรื่อง ระดับ 4 จำนวน 4 เรื่อง ระดับ 5 จำนวน 5 เรื่อง ระดับ 6 จำนวน 2 เรื่อง และระดับ 7 จำนวน 4 เรื่อง แนวปฏิบัติประกอบด้วยพยาบาล 3 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนระงับความรู้สึก ได้แก่ การเตรียมผู้ป่วยสำหรับพยาบาลวิสัญญี และการเตรียมผู้ป่วยสำหรับพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงาน 2) ระหว่างระงับความรู้สึก ได้แก่ การพยาบาลขณะระงับความรู้สึก นำสลบ และการพยาบาลระยะฟื้นจากยาระงับความรู้สึก (Emergence) 3) หลังระงับความรู้สึก ได้แก่ การพยาบาลหลังระงับความรู้สึกสำหรับพยาบาลวิสัญญี ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยหลังได้รับการระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วย และการพยาบาลหลังระงับความรู้สึกสำหรับพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงาน คะแนนประเมินความสามารถ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสมุทรสาคร, Thailand

Corresponding author: watchree06@hotmail.com



ในการปฏิบัติของพยาบาลวิสัญญีส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ส่วนความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการวิสัญญีในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลสมุทรสาครของพยาบาลวิสัญญีและพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงานอยู่ในระดับมาก เมื่อนำไปใช้ผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัดจำนวน 30 คน ไม่พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อน ในการเลื่อนผ่าตัดจากการเตรียมไม่พร้อมและการย้ายเข้าห้องผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้วางแผนและไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับการระงับความรู้สึก

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติ, การพยาบาลวิสัญญี, หลอดเลือดสมองแตก, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก

Abstract

This research and development aimed to develop and study the results of using anesthesia nursing practice guidelines in patients with hemorrhagic stroke has undergone surgery at Samut Sakhon Hospital. The researcher developed it using empirical evidence that was conducted accordingly. Empirical evidence steps by using the research results of the IOWA Model (IOWA Model Collaborative, 2017). The target group consists of service providers, including anesthesia nurses, 19 people, professional nurses working in unit, 58 people, and service recipients, including patients who have been diagnosed, 30 people had hemorrhagic stroke and were treated with surgery at Samut Sakhon Hospital. Results of the study: Anesthesia nursing practice guidelines for patients with hemorrhagic stroke has undergone surgery at Samut Sakhon Hospital developed from empirical evidence in 20 cases. Evaluate the level of empirical evidence using Mellin's criteria. And power out – overhaul Empirical evidence Level 2:3 stories. Level 3:2 stories, Level 4:4 stories, Level 5:5 stories, Level 6:2 stories, and Level 7:4 stories. The practice guideline consists of nursing 3 phases: 1) the pre-anesthesia phase; Including preparing patients for anesthesia nurses. and preparing patients for professional nurses in the unit. 2) during anesthesia; Including nursing during anesthesia, anesthesia, and nursing during recovery from anesthesia. 3) after anesthesia; Including post-anesthesia nursing for anesthesia nurses, visit patients after receiving anesthesia in the ward. and post-anesthesia nursing for professional nurses in the unit. Evaluate the practical ability of anesthesia nurses in the unit at a high level when used by service recipients who are patients with hemorrhagic stroke of the 30 people who received surgery, no incidence of discrepancies was found in postponing

surgery not ready and unplanned transfer to intensive care unit and no complications were found from the suppression of feelings.

KEYWORDS: Practice guidelines, anesthesia nursing, patients with hemorrhagic stroke

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการสำรวจทั่วโลกในปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน ซึ่งโรคที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ในทุก 3 วินาที มีผู้ป่วยรายใหม่ 1 คน และโรคหลอดเลือดสมองมีระดับความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 และเป็นสาเหตุความพิการอันดับ 3 จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี 2560-2563 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราการตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี 2560-2563 พบอัตราการตายต่อประชากรแสนคนจากโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 48, 47, 53 และ 53 ตามลำดับ (กองโรคไม่ติดต่อ สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค, 2565) สำหรับจังหวัดสมุทรสาครมีอัตราการเกิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ต่อแสนประชากร ในปี 2563- 2565 เท่ากับ 487.23, 498.16 และ 879.34 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น อัตราตายจาก Stroke ภาพรวมทั้งผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic Stroke) และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) เท่ากับร้อยละ 10.44, 13.21 และ 8.81 ตามลำดับ (เกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ 7) โดยอัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

(เกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ 5) คิดเป็นร้อยละ 5.19, 5.72 และ 3.39 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (เกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ 25) 39.69, 34.56 และ 23.29 (สถิติจังหวัดสมุทรสาคร, 2566) โรคหลอดเลือดสมองแตกเป็นกลุ่มหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรุนแรงซึ่งสาเหตุที่พบได้บ่อย คือ ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดที่โป่งพองในสมองแตก หลอดเลือดดำและแดงที่ต่อกันผิดปกติในสมองแตก (สถาบันประสาทวิทยา, 2562) นอกจากนี้ยังเป็นผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เช่น เบาหวาน ไ้ไข่ม้วนในเลือดสูง ไ้ไข่ม้วน สำหรับแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ได้แก่ การรักษาด้วยยาแบบประคับประคอง และการผ่าตัดสมอง (สมหวัง โรจนะ, 2563) ซึ่งถือว่าการผ่าตัดใหญ่ที่มีระยะเวลาในการผ่าตัดนานตั้งแต่ 1 ชั่วโมงเป็นต้นไป และใช้ยาสลบหรือยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายซึ่งเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drug) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ การเตรียมตัวผู้ป่วย เครื่องมือ ทีมวิสัญญีและทีมการผ่าตัด มีผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัด และลดโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อชีวิตได้ โดยเฉพาะการเตรียมผ่าตัดผู้ป่วยหลอดเลือดสมองต้องควบคุมโรคร่วมให้อยู่ในระดับที่สามารถรับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายได้อย่างปลอดภัย (พฤทธ์ ประพงค์เสนา, 2558) กระบวนการเตรียมผู้ป่วยต้องทำด้วยความรวดเร็ว เพื่อ



เข้าสู่กระบวนการผ่าตัดรวดเร็ว เพื่อระงับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ลดอัตราการตาย และความพิการ

โรงพยาบาลสมุทรสาคร เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ขนาด 626 เตียง ดูแลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของหลอดเลือดในสมองที่รวม Trauma และ Non Trauma เป็นจำนวนมาก เปรียบเทียบระหว่างในเวลาและนอกเวลาราชการ จากสถิติปี 2563-2565 มีจำนวน 213/367, 236/319 และ 240/291 ราย พบจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งในและนอกเวลาราชการ 53, 51 และ 29 รายตามลำดับ การทำหัตถการทางศัลยกรรมภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึก วิกฤติแพทย์และวิสัญญีพยาบาลได้คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและต้องมีการวางแผนอย่างเป็นระบบเพื่อป้องกันและแก้ไขการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ จากการศึกษาเทียบเคียงในโรงพยาบาลระดับเดียวกัน การเกิดภาวะแทรกซ้อนมีสาเหตุมาจาก 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย จากโรคที่ทำให้ต้องมาผ่าตัด โรคประจำตัว ภาวะผู้สูงอายุ 2) ปัจจัยด้านศัลยกรรมหรือการผ่าตัด เช่น ชนิดและความซับซ้อนของการผ่าตัด การจัดท่าระหว่างผ่าตัดและระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด เป็นต้น 3) ปัจจัยด้านการให้ยาระงับความรู้สึก เช่น ชนิดของการให้ยาระงับความรู้สึก ระยะเวลาที่ได้รับยาระงับความรู้สึก หัตถการทางวิสัญญี ตลอดจนยาที่ใช้ เป็นต้น และ 4) ปัจจัยเชิงระบบ เช่น ความไม่เพียงพอ พร้อมใช้ของบุคลากร และเครื่องมืออุปกรณ์ที่สำคัญ จึงจำเป็นต้องมีการวางระบบการปฏิบัติงานและการเฝ้าระวังที่มีคุณภาพและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกที่มีเทคนิคหลากหลายเพื่อให้ผลการผ่าตัดมีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วยให้มากที่สุดและมีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด จากสถิติดังกล่าวทางหน่วยงานวิสัญญีจึงได้ใช้ปัญหาเป็น

แนวทางในการปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติในการให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยที่มาผ่าตัดสมองให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้นตามมาตรฐานการให้ยาระงับความรู้สึกของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์เพื่อให้เท่าทันสถานการณ์และเทคโนโลยีที่มีการพัฒนาตลอดเวลา การสร้างความปลอดภัยแก่ผู้มารับบริการและสะดวกต่อผู้ปฏิบัติงานในการเตรียมความพร้อมในการให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยที่มาผ่าตัดหลอดเลือดสมองแตก โรงพยาบาลสมุทรสาครตามแนวปฏิบัติที่ได้ปรับปรุงแก้ไขต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัดโรงพยาบาลสมุทรสาคร
2. เพื่อศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัดโรงพยาบาลสมุทรสาคร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัดโรงพยาบาลสมุทรสาคร ที่พัฒนาโดยใช้กรอบแนวคิดไอโอวาโมเดล (IOWA Model Collaborative, 2017) ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) การพยาบาลระยะก่อนระงับความรู้สึก ได้แก่ การเตรียมผู้ป่วยสำหรับพยาบาลวิสัญญี และการเตรียมผู้ป่วยสำหรับพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงาน 2) การพยาบาลระหว่างระงับความรู้สึก ได้แก่ การพยาบาลขณะระงับความรู้สึก นำสลับ และการพยาบาลระยะฟื้นจากยาระงับความรู้สึก 3) การพยาบาลหลังระงับความรู้สึก ได้แก่

การพยาบาลหลังระงับความรู้สึกสำหรับพยาบาล
วิสัญญี ตรวจสอบผู้ป่วยหลังได้รับการระงับ
ความรู้สึกที่หอผู้ป่วย และการพยาบาลหลังระงับ
ความรู้สึกสำหรับพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงาน

2. แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการปฏิบัติแบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้
ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.92
3. แบบวัดความพึงพอใจในการนำแนวปฏิบัติการ
พยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกที่
ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลสมุทรสาคร ของ
พยาบาลวิสัญญีและพยาบาลวิชาชีพประจำ
หน่วยงาน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI)
เท่ากับ 0.93
4. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติของ
พยาบาล ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI)
เท่ากับ 1.00
5. แบบบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยบันทึกจาก
แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกที่
ได้รับการผ่าตัด ประกอบด้วย การเลื่อนผ่าตัด
ภาวะแทรกซ้อนจากการรับความรู้สึก ตรวจสอบ
ความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.88

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ศึกษาที่โรงพยาบาล
สมุทรสาคร ดำเนินการระหว่าง 1 กรกฎาคม ถึง
30 กันยายน 2566 การดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้แบ่งการ

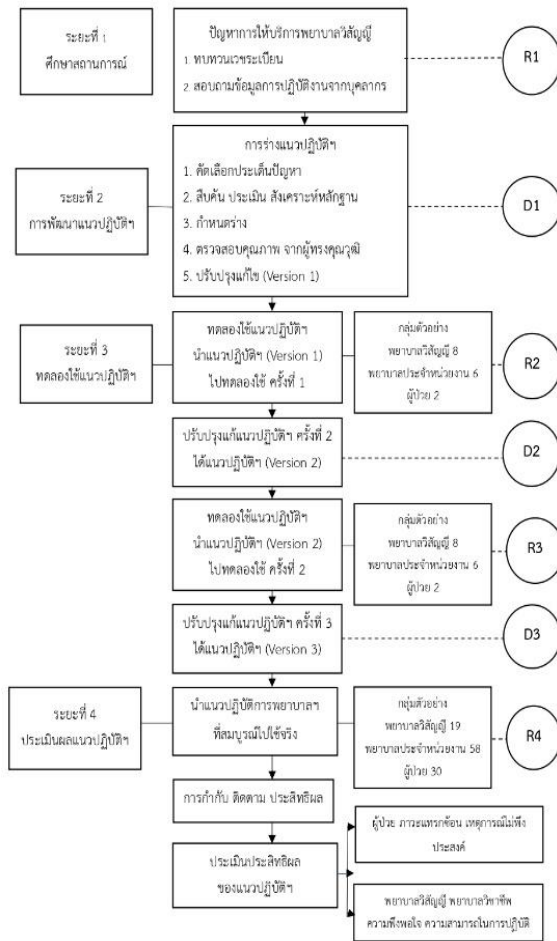
ดำเนินการวิจัยออกเป็น 4 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหา
และสถานการณ์การปฏิบัติพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัด ระยะที่ 2 การ
พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัด ด้วยกระบวนการ
ใช้ผลงานวิจัยของไอโอวาโมเดล (IOWA Model
Collaborative, 2017) ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการ
พยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการ
ผ่าตัดไปทดลองใช้ปรับปรุงจนกว่าจะได้ฉบับที่สมบูรณ์
ซึ่งการศึกษารั้งนี้ทำการทดลองใช้ 2 ครั้ง ระยะที่ 4
ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วย
หลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัด ที่พัฒนาขึ้นไปใช้
จริงเป็นเวลา 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1.1 ผู้ให้บริการ ได้แก่ พยาบาลวิสัญญีที่เป็น
พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรวิสัญญีพยาบาล
หลักสูตร 1 ปี จากราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมุทรสาครจำนวน 21 คน
และพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาวชิการ
พยาบาลระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าขึ้นไปสอบขึ้น
ทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทางการ
พยาบาลและผดุงครรภ์ขึ้นหนึ่งจากสภาการพยาบาล
ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมุทรสาคร จำนวน 580 คน

1.2 ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวใน
โรงพยาบาลสมุทรสาคร ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือด
สมองแตก (Hemorrhagic Stroke)



แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

2. กลุ่มตัวอย่าง

2.1 ผู้ให้บริการ คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ พยาบาลวิสัญญีโรงพยาบาลสมุทรสาคร จำนวน 19 คน เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานวิสัญญีพยาบาลอย่างน้อย 1 ปี เคยปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัด อย่าง

น้อย 1 ครั้ง เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) คือ พยาบาลหัวหน้าวิสัญญี 1 คน พยาบาลวิสัญญีที่เป็นผู้วิจัย 1 คน สำหรับพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงานหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยหนัก 1 และหอผู้ป่วยหนัก 3 ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการพยาบาลวิสัญญีเพื่อการผ่าตัด จำนวน 58 คน

2.2 ผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกได้รับการพยาบาลวิสัญญีด้วยวิธีระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อการผ่าตัด ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) การพยาบาลระยะก่อนระงับความรู้สึก ได้แก่ การเตรียมผู้ป่วยสำหรับพยาบาลวิสัญญี และการเตรียมผู้ป่วยสำหรับพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงาน 2) การพยาบาลระหว่างระงับความรู้สึก ได้แก่ การพยาบาลขณะระงับความรู้สึก นำสลับ และการพยาบาลระยะฟื้นจากยาระงับความรู้สึก 3) การพยาบาลหลังระงับความรู้สึก ได้แก่ การพยาบาลหลังระงับความรู้สึกสำหรับพยาบาลวิสัญญี ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยหลังได้รับการระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วย และการพยาบาลหลังระงับความรู้สึกสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ประจำหน่วยงานระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน 2566 จำนวน 30 คน

การพิทักษ์สิทธิ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล

การการวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมุทรสาคร เลขที่ SKH REC 51/2566/V.1 ลงวันที่ 29 มิถุนายน 2566 ในการดำเนินการวิจัยทุกระยะ ผู้วิจัยเคารพสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยมีการ

แจกเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย ร่วมกับอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิ่งที่คุณวิจัยต้องการความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมวิจัย และระยะเวลาที่ใช้ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิตอบปฏิเสธหรือเมื่อเข้าร่วมวิจัยแล้วสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยในช่วงใดก็ได้โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับและจะถูกวิเคราะห์ในภาพรวมโดยประโยชน์ที่ได้จะใช้ในการวิจัยเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติพรรณนา คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ ความพึงพอใจของพยาบาลวิสัญญีและพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงาน และความสามารถในการปฏิบัติของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลสมุทรสาคร

ผลการวิจัย

ผลลัพธ์กับระบบบริการและผู้ให้บริการ

แนวปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลสมุทรสาครพัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 20 เรื่อง โดยใช้หลัก PICO framework (Population, Intervention, comparison and Outcome framework) เป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกและร่วมกันจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Level of Evidence) รวมถึงระดับของข้อเสนอนำไปสู่การ

ปฏิบัติ (Grades of Recommendation) ประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ใช้เกณฑ์ของเมลนีย์และไฟน์เอาท์-โอเวอร์ฮอลท์ (Melnyk, & Fineout-Overholt, 2005) พบว่าเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ 2 จำนวน 3 เรื่อง ระดับ 3 จำนวน 2 เรื่อง ระดับ 4 จำนวน 4 เรื่อง ระดับ 5 จำนวน 5 เรื่อง ระดับ 6 จำนวน 2 เรื่อง และระดับ 7 จำนวน 4 เรื่อง จากนั้นเข้าสู่ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลสมุทรสาคร ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ กระบวนการใช้ผลงานวิจัยของไอโอวาโมเดล (IOWA Model Collaborative, 2017) ซึ่งแนวปฏิบัติประกอบด้วย การพยาบาล 3 ระยะ คือ การพยาบาลระยะก่อนระงับความรู้สึก การพยาบาลระหว่างระงับความรู้สึก และการพยาบาลหลังระงับความรู้สึก โดยมีขั้นตอนย่อยดังนี้ คือ

ระยะที่ 1 การพยาบาลระยะก่อนระงับความรู้สึก

1) การพยาบาลก่อนระงับความรู้สึกในผู้ป่วยสำหรับพยาบาลวิสัญญี ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การประเมินผู้ป่วยตาม ASA Class (American Society of Anesthesiologists) เพื่อทราบความแข็งแรงสมบูรณ์ และความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการได้รับบริการพยาบาลวิสัญญีให้ข้อมูลเบื้องต้นด้านวิธีการระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวเพื่อลดความวิตกกังวล ร่วมวางแผนการพยาบาลและการเตรียมผู้ป่วยก่อนระงับความรู้สึกกับพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน เสนอและแจ้งผลการเตรียมผู้ป่วยก่อนระงับความรู้สึกกับวิสัญญีแพทย์ และพยาบาลวิสัญญีที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยในระยะระหว่างระงับความรู้สึกต่อไป



2) การพยาบาลก่อนระงับความรู้สึกในผู้ป่วยสำหรับพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงาน ได้แก่ ร่วมประเมินผู้ป่วย วางแผนการพยาบาล การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการระงับความรู้สึกกับพยาบาลวิสัญญี

3) การพยาบาลก่อนระงับความรู้สึกในห้องผ่าตัดสำหรับพยาบาลวิสัญญี ได้แก่ ประเมินความถูกต้องของตัวบุคคล (Patient Identification) สอบถามการงดอาหารและน้ำทางปาก ตรวจสอบการให้ยาก่อนได้รับบริการทางวิสัญญี ตรวจสอบความพร้อมของรถเตรียมยา ระงับความรู้สึก อุปกรณ์ช่วยหายใจ ยาที่ใช้กับผู้ป่วยและเครื่องมือยาสลับพร้อมใช้งาน

ระยะที่ 2 การพยาบาลระหว่างระงับความรู้สึก

1) การพยาบาลระหว่างระงับความรู้สึกนำสลบสำหรับพยาบาลวิสัญญี ได้แก่ เตรียมอุปกรณ์ เฝ้าระวังใช้เทคนิค RSI (Rapid Sequence Intubation) ในกรณีฉุกเฉินป้องกัน Aspiration จัดทำให้เหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน Sign In ก่อนให้ยาระงับความรู้สึกกับวิสัญญีแพทย์ การให้นาสลบตามขั้นตอนแต่ละวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก รักษาระดับการระงับความรู้สึกโดยปรับแก๊สสลบ ยาแก้ปวด ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ภายใต้การกำกับการดูแลของวิสัญญีแพทย์ เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง สัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก Ventilation สังเกตลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจปริมาตรของลมหายใจออกของผู้ป่วย และการประเมินจาก Waveform ของ Capnography เฝ้าติดตามอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วย ประเมินปริมาณเลือดที่เสียระหว่างผ่าตัด และทดแทนให้เพียงพอ ประเมินระบบขับถ่ายปัสสาวะ

2) การพยาบาลระหว่างระงับความรู้สึก พ้นจากยาระงับความรู้สึก สำหรับพยาบาลวิสัญญี

ระยะที่ 3 การพยาบาลหลังระงับความรู้สึก

1) การพยาบาลหลังระงับความรู้สึกสำหรับพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงานในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังได้รับการระงับความรู้สึก

2) การพยาบาลหลังระงับความรู้สึกสำหรับสำหรับพยาบาลวิสัญญีในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังได้รับการระงับความรู้สึก

ได้รับการตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องตามเกณฑ์ของแบบประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II) (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2556) ค่าความเชื่อมั่นในทุกมิติเท่ากับร้อยละ 84.40 ซึ่งสรุปได้ว่าเป็นแนวปฏิบัติที่มีความน่าเชื่อถือ

การประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลสมุทรสาครโดยพยาบาลวิสัญญีและพยาบาลประจำหน่วยงาน พบว่ามีความเป็นไปได้ระดับมาก ทั้ง 5 ด้าน คือ ความง่ายในการนำไปใช้ ความสะดวกในการนำไปใช้ ความสามารถในการนำไปใช้ในทีมได้ ความสามารถในการนำไปใช้จริงในการดูแลผู้ป่วย และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ปฏิบัติจริง

ประเมินความสามารถการปฏิบัติ และความพึงพอใจการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยผู้ให้บริการเป็นพยาบาลวิสัญญีจำนวน 19 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหน่วยงานจำนวน 58 คน พบว่าความสามารถในการปฏิบัติของพยาบาลวิสัญญีส่วนใหญ่อยู่ในระดับ

ดีมากดังตารางที่ 1 ความสามารถในการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงานอยู่ในระดับดี ส่วนความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาล

สมุทรสาครของพยาบาลวิสัญญี ดังตารางที่ 2 และพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงานอยู่ในระดับมากทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ด้านมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย และความพึงพอใจโดยรวม

ตารางที่ 1 คะแนนความสามารถในการปฏิบัติตามขั้นตอนแนวปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลสมุทรสาครของพยาบาลวิสัญญี (n=19)

หัวข้อที่ประเมิน	ระดับความสามารถในการปฏิบัติ		
	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1. ระยะก่อนระงับความรู้สึก ในหอผู้ป่วย สำหรับพยาบาลวิสัญญี	4.16	0.834	ดี
2. ระยะก่อนระงับความรู้สึก ในห้องผ่าตัด สำหรับพยาบาลวิสัญญี	4.37	0.496	ดีมาก
3. ระยะระหว่างระงับความรู้สึก นำสลบ สำหรับพยาบาลวิสัญญี	4.21	0.713	ดีมาก
4. ระยะระหว่างระงับความรู้สึก พ้นจากยาระงับความรู้สึก สำหรับพยาบาลวิสัญญี	4.37	0.495	ดีมาก
5. ระยะหลังระงับความรู้สึก สำหรับพยาบาลวิสัญญี	4.37	0.684	ดีมาก

ตารางที่ 2 คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิสัญญีต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลสมุทรสาคร (n=19)

หัวข้อที่ประเมิน	คะแนนความพึงพอใจ		
	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1. ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกมากขึ้น	7.89	1.29	ระดับมาก
2. ท่านรู้สึกพึงพอใจต่อมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยเป็นไปในทางเดียวกัน	8.05	1.39	ระดับมาก
3. ท่านรู้สึกพึงพอใจเมื่อปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลสมุทรสาคร	8.21	1.27	ระดับมาก



ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย

นำแนวปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลสมุทรสาครกับผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) ที่ได้รับการผ่าตัดจำนวน 30 คน ในช่วงเวลาศึกษา 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่าไม่เกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อน ในการเลื่อนผ่าตัดจากการเตรียมไม่พร้อมและการย้ายเข้าห้องผู้ป่วยหนักโดยไม่ได้อำนาจแผน และไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับการระงับความรู้สึก

การอภิปรายผล

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลสมุทรสาครโดยสร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์เชิงวิทยาศาสตร์และการวิเคราะห์ข้อมูลความเป็นไปได้ในการปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญีในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกมีความจำเพาะชัดเจนเหมาะสมกับสถานการณ์และสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลสมุทรสาครครอบคลุมการพยาบาลวิสัญญีทั้ง 3 ระยะ มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน ประกอบด้วย 1) การพยาบาลระยะก่อนระงับความรู้สึก ได้แก่ การเตรียมผู้ป่วยสำหรับพยาบาลวิสัญญี และการเตรียมผู้ป่วยสำหรับพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงาน 2) การพยาบาลระหว่างระงับความรู้สึก ได้แก่ การพยาบาลขณะระงับความรู้สึก นำสลบ และการพยาบาลระยะฟื้นจากยาระงับความรู้สึก 3) การพยาบาลหลังระงับความรู้สึก ได้แก่ การพยาบาลหลังระงับความรู้สึกสำหรับพยาบาลวิสัญญี ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยหลังได้รับการระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วย และการพยาบาล

หลังระงับความรู้สึกสำหรับพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงาน ได้แนวปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกัน และมีการประสานความร่วมมือระหว่างพยาบาลวิสัญญีและพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงาน เพื่อวางแผนและให้บริการผู้ป่วยให้มีความปลอดภัย ทำความเข้าใจให้พยาบาลทุกคนเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามแนวทาง พร้อมรับฟังปัญหาที่เคยเกิดขึ้นเพื่อนำไปปรับปรุง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิภารัตน์ จุฑาสันติกุล, ยุพิน อภิสิทธิ์วงศ์, อำพรธณ จันทโรกร, และณลินี โกวิทวนางษ์ (2560) ที่ศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่กล่าวสรุปว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลมีการระบุขั้นตอนที่ชัดเจน ง่ายต่อการนำไปใช้ทั้งนี้ยังครอบคลุมการดูแลทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการระงับความรู้สึก แนวปฏิบัติทำให้รูปแบบการดูแลไปในทิศทางเดียวกัน ลดความหลากหลาย (Variation) เนื่องจากแนวปฏิบัติเป็นตัวชี้แนวทางการตัดสินใจให้ผู้ปฏิบัติใช้วิจารณญาณร่วมกับความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย การพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติเป็นการส่งเสริมการทำงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพโดยเน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง ทำให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลที่ครอบคลุมต่อเนื่องมีมาตรฐาน ลดโอกาสเกิดความผิดพลาด ลดกิจกรรมหรือขั้นตอนการปฏิบัติที่ไม่จำเป็นหรือซ้ำซ้อน เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับประโยชน์สูงสุด ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ และปรับปรุงคุณภาพการบริการสม่ำเสมอและผลลัพธ์ที่ทั้งผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องปรารถนาสูงสุดคือตัวชี้วัดคุณภาพการบริการดีขึ้น เช่น อัตราตาย ความพิการ ภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนและค่าใช้จ่าย

ลดลงในขณะที่คุณภาพชีวิตดีขึ้น (NHMRC ,1998 อ้างใน
ฉวีวรรณ ชงชัย, 2548)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ได้ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลดังนี้ คือ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล เพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลวิชาชีพทุกหน่วยบริการ โดยจัดให้มีระบบแลกเปลี่ยนทักษะความรู้ประสบการณ์เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย
2. ด้านบริหารการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริหารการพยาบาลโดยการร่วมกันทำงานอย่างเป็นระบบ การติดตาม การประเมินผล การรายงานอุบัติการณ์ อย่างต่อเนื่อง
3. ด้านวิจัยทางการพยาบาล ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อยอดในการพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ เฉพาะโรค หรือกลุ่มที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัว กลุ่มผู้ป่วยน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ หรือพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพในผู้ผ่าตัดเฉพาะ เช่น การผ่าตัดหัวใจและทรวงอก เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้สำเร็จลงไปได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากท่าน นายแพทย์ศุภฤทธิ์ เสงคราวิทย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรสาคร ขอขอบคุณคณะกรรมการศูนย์ส่งเสริมการวิจัย และผู้บริหารกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมุทรสาคร ที่ให้ข้อคิดในการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ และคอยเป็นกำลังใจ ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณา

ปีที่ 24 ฉบับที่ 47 กรกฎาคม - ธันวาคม 2566

ตรวจสอบเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตลอดจนให้คำแนะนำต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัย ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงาน ตลอดจนผู้ป่วย และญาติในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยหนัก 1 และหอผู้ป่วยหนัก 3 โรงพยาบาลสมุทรสาคร ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลสมุทรสาคร ฉบับนี้สำเร็จไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กองโรคไม่ติดต่อ สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรม

สุขภาพ กรมควบคุมโรค.(2565) ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ
สืบค้นจาก

<http://www.thaincd.com/2016/mission3>.

ฉวีวรรณ ชงชัย. (2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก.

วารสารสภาการพยาบาล. 20(2), 63-76.

พฤทธิ์ ประพงค์เสนา. (2558). ความปลอดภัยของผู้ป่วยวิชาชีพ.

ใน อักษร พูลนิติพร. มานี รักษาเกียรติศักดิ์, พรอรุณ
เจริญราช และนฤตม์ เรือนอนกุล. บรรณาธิการ. ตำรา
พื้นฐานวิชาการวิชาชีพวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 1.(431-438).

กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยวิชาชีพแพทยแห่งประเทศไทย.

วิภารัตน์ จุฑาสันติกุล, ยุพิน อภิสิทธิ์วงศ์, อำพรธม จันทโรกร,
และนลินี โกวิทวานวษ์ (2560). การพัฒนาและประเมิน
ประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกการพยาบาล
สำหรับผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่ว
ตัวในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *ศรีนครินทร์เวชสาร*.
32(2), 127-134.

สถาบันประสาทวิทยา. (2562). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก*. กรุงเทพฯ: บริษัทนาเพรส จำกัด.



สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข. (2556, สิงหาคม). *เครื่องมือการ
ประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติ สำหรับการวิจัยและการ
ประเมินผล*. สืบค้นจาก

[http://www.imrta.dms.moph.go.th/imrta/images/
AGREE%20ok%20for%20e-book.pdf](http://www.imrta.dms.moph.go.th/imrta/images/AGREE%20ok%20for%20e-book.pdf).

สถิติจังหวัดสมุทรสาคร (2566). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใน *สรุปผลการดำเนินงานเสนอ
การตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติรอบที่ 2
ปีงบประมาณ 2566*, ประชุมเสนอผลการดำเนินงาน
Service plan จังหวัดสมุทรสาคร วันที่ 5 มิถุนายน
2566.

สมหวัง โรจนะ. (2563). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองแตก จากภาวะความดันโลหิตสูง.
วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 31(2), 205-221.

Iowa Model Collaborative. (2017). *Iowa Model of
Evidence-Based Practice: Retrieved from
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2863293>*
1Evidence-Based Practice in Health

Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-
based practice in nursing & healthcare*.
Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.:
(pp. 6-10).



การรับรู้ทักษะการเรียนรู้ ความมั่นใจ การประยุกต์ใช้ความรู้และความพึงพอใจของนักศึกษา
พยาบาลต่อการฝึกปฏิบัติออนไลน์วิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์

Perception of Learning Skills, Confidence, Application of Knowledge and
Satisfaction of Nursing Students Towards Online Practice in Mental Health Nursing
and Psychiatry Practicum

Received: June 20, 2023

Revised: December 16, 2023

Accepts: December 24, 2023

สุวรรณา เชียงขุนทด¹ (ปร.ด.) สุลีมาศ อังศุเกียรติถาวร¹ (พย.ด.)

Suwanna Chiangkuntod (Ph.D), Suleemas Angsukiattitavorn (D.N.S)

ธารทิพย์ จิรกาญจนะ¹ (ศศ.ม.) ศิรินา สันทัดงาน¹ (ศศ.ม.)

Thantip Jirakunjana (M.A.), Sirina Suntudhan (M.A.)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกปฏิบัติออนไลน์วิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ 2) ศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการเรียนในการฝึกปฏิบัติออนไลน์วิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ 3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความมั่นใจก่อนและหลังฝึกปฏิบัติออนไลน์วิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของนักศึกษาพยาบาล และ 4) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประยุกต์ความรู้จากทฤษฎีก่อนและหลังฝึกปฏิบัติออนไลน์วิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาล

ประชากรคือนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ที่ลงทะเบียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ จำนวน 134 คน ที่ได้รับการฝึกปฏิบัติโดยใช้การเรียนรู้แบบผสมผสาน (Blended Learning) เน้นกรณีศึกษาแบบแสดงบทบาทสมมติโดยอาจารย์นิเทศประจำกลุ่มและการพบกันโดยตรง (Face to face) กิจกรรมฝึกหลัก 4 อย่างประกอบด้วย 1) การจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัด 2) การสนทนาเพื่อการบำบัด 3) รายงานกรณีศึกษารายบุคคล 4) รายงานและนำเสนอกรณีศึกษารายกลุ่ม คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตารางเครซีและมอร์แกนและเพิ่มโอกาสไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 113 คน เครื่องมือผู้วิจัยสร้างเองตามกรอบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตปี 2560 ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบสอบถามการรับรู้ทักษะในศตวรรษที่ 21 แบบประเมินความมั่นใจตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และความรู้เชิงปฏิบัติตามรายวิชา ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87 การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ

¹ อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, Thailand

Corresponding email: suwanna@siam.edu

เชิงพรรณาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และสถิติอนุมานเปรียบเทียบความต่างของคะแนนความมั่นใจและคะแนนการประยุกต์ความรู้เชิงปฏิบัติด้วย paired-t test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีร่วมตอบแบบสอบถามออนไลน์และตอบสมบรูณ์จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 99.12 โดยมีความพึงพอใจในระดับมากต่ออาจารย์นิเทศในการเปิดโอกาสให้ถามและตอบอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 74.1) ส่วนระดับความพึงพอใจต่ำที่สุดคือระยะเวลาในการนำเสนอกรณีศึกษารายกลุ่ม (ร้อยละ 9.8) ทักษะในศตวรรษที่ 21 ที่ได้รับการพัฒนามากที่สุดคือการสื่อสาร (ร้อยละ 36.6) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติพบว่าคะแนนความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและการประยุกต์ความรู้ไปใช้ปฏิบัติดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21, ความพึงพอใจ, ความมั่นใจ, ออนไลน์, การพยาบาลจิตเวช

Abstract

The objectives of this descriptive research were to 1) study the 21st-century learning skills of nursing students in online practice in mental health nursing and psychiatry practicum. 2) Study nursing students' satisfaction with learning in online practice in mental health nursing and psychiatry. 3) Compare mean confidence before and after training. Online practice in mental health nursing and psychiatry practicum in taking care of psychiatric patients among nursing students and 4) Compare the mean scores on the application of knowledge from theory before and after learning in online practice in mental health nursing and psychiatry practicum.

The population consisted of 134 nursing students in the third year of the Academic Year 2020 who were registered in the Mental Health and Psychiatric Nursing Practice Course. All students were practiced by using Blended Learning. Emphasis is placed on role-play for case studies by teachers in each group and face-to-face. The four activities' requirements for each student were 1) group therapy activities 2) therapeutic communication 3) case studies and 4) case study for group conferences. Krejcie and Morgan's method was used for determining the sample size with plus 10 % for error, total sample size was 113 nursing students. Questionnaires were created by researchers according to the 2017 Bachelor of Nursing Science curriculum framework. The instruments consisted of demographic data, a satisfaction questionnaire, self-assessment of 21st-century learning skills, self-confidence in caring for psychiatric patients and the practical knowledge test. Cronbach's alpha was .87 overall.



Data were analyzed by descriptive statistics, mean, percentage, and inferential statistics comparing differences in confidence scores and practical knowledge application scores by paired-t test.

The results showed that 112 nursing students (99.12%) were willing to respond to the questionnaire. The most satisfaction was the usually opportunity to discuss (74.1%) while the lowest of satisfaction was the limited time for case studies conference (9.8%). The most enhancement of 21st-century learning skills is communication skills (36.6%). Comparing between before and finished practice courses the research found that self-confidence in caring for psychiatric patients and applied knowledge to practice scores were also improved with statistical significance at the .05 level.

KEYWORDS: 21st-century learning skills, Satisfaction, Confidence, Online, Psychiatric Nursing

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรประกอบด้วย การเรียนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เนื่องจากเป็นวิชาชีพปฏิบัติ (Practice orientation discipline) เช่นเดียวกับอีกหลายสาขาในวิชาชีพวิทยาศาสตร์สุขภาพ การจัดการเรียนการสอนมีวิธีการและกลยุทธ์ที่หลากหลายรูปแบบเพื่อให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมที่ชัดเจน ทั้งสมรรถนะเชิงวิชาชีพและสมรรถนะเชิงสังคมที่ต้องสามารถวัดและประเมินผลได้ซึ่งโดยทั่วไปคือจัดการสอนแบบผสมผสานเรียนทฤษฎีร่วมกับการฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการ (Learning Resource Center: LRC) เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-Direct Learning) และการฝึกปฏิบัติจริงต่อผู้รับบริการในสถานบริการทางสุขภาพทุกระดับตั้งแต่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ระดับตติยภูมิไปจนถึงระดับปฐมภูมิคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลและศูนย์บริการสาธารณสุขเรียกว่าฝึกปฏิบัติทางคลินิก (Clinical skill in clinical practice) เพื่อให้ให้นักศึกษาได้ฝึกทักษะที่จำเป็นบางประการซึ่งไม่สามารถฝึกได้จากห้องปฏิบัติการเช่น ความเป็นปัจเจกบุคคล

เงื่อนไขในการดำเนินชีวิตและบริบทแวดล้อมที่แตกต่างกันของผู้รับบริการ แต่ปลายปี 2562 การศึกษาพยาบาลเป็นสถาบันหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 อย่างไรก็ตามการจัดการเรียนการสอนยังต้องดำเนินการต่อเพื่อผลิตพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคม การเรียนรู้ของผู้เรียนต้องไม่ขาดช่วง แต่ต้องมีรูปแบบตามวิถีใหม่ (OECD, 2020) ตามประกาศแนวปฏิบัติสถาบันอุดมศึกษา (กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม, 2563) ช่วงก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 การเรียนการสอนออนไลน์หรือทางไกลได้ถูกนำมาเป็นทางเลือกเสริมในวิชาเรียนภาคทฤษฎีซึ่งสอดคล้องกับความก้าวหน้าของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินชีวิตมากขึ้น

เนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ องค์ความรู้ต่าง ๆ ต้องใช้เวลาในการศึกษาพัฒนา จึงเกิดการระบาดซ้ำหลายระลอกในช่วงปี 2563 – 2565 และส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนในวงกว้าง ทำให้สถานบริการทางสุขภาพในทุกระดับต้องรับบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ทั้งส่งเสริม

สุขอนามัย รณรงค์ตามแนวทางวิถีใหม่เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค ดูแลผู้ที่ติดเชื้อในทุกกลุ่มวัย รวมถึงผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงซึ่งมีโรคประจำตัวหรือกลุ่มผู้สูงวัย และท้ายสุดคือฟื้นฟูสุขภาพให้ผู้ที่เคยติดเชื้อกลับมามีสุขภาพะ บทบาทหน้าที่ดังกล่าวมานั้น เป็นบทบาทหลักของพยาบาลวิชาชีพซึ่งในภาวะปกติ อัตรากำลังไม่เพียงพอต่อความต้องการ อีกทั้งการระบาดของโรคโควิด-19 ยังไม่สามารถควบคุมได้ดี อัตราการติดเชื้อและเสียชีวิตยังสูงมาก การป้องกันด้วยวัคซีนอยู่ระหว่างการพัฒนาอย่างเร่งด่วน ดังนั้นการปฏิบัติตามแนวทางวิถีใหม่จึงเป็นหลักการที่ต้องเคร่งครัดปฏิบัติซึ่งนอกจากการรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลด้วยการล้างมือสม่ำเสมอ สวมหน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่างของบุคคลเมื่อพบกันจึงจำเป็นอย่างยิ่ง ส่งผลให้เกิดอุปสรรคในการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติเรียนรู้ด้วยตนเองในห้องฝึกปฏิบัติการที่นักศึกษาจำนวนมากเรียนรวมกันในห้องที่มีเครื่องปรับอากาศ การหมุนเวียนถ่ายเทอากาศน้อย ง่ายต่อการแพร่กระจายเชื้อโรค ส่วนการฝึกปฏิบัติทางคลินิกสถานบริการสุขภาพต้องระงับการขอเข้าฝึกปฏิบัติหรือลดการศึกษาดูงานของนักศึกษาทุกหลักสูตร ที่กล่าวถึงการปรับตัวของการศึกษาพยาบาลในประเทศกำลังพัฒนาช่วงระบาดของโรคโควิด-19 และมีการ Lockdown ส่งผลให้การเรียนภาคปฏิบัติเพื่อให้ได้ประสบการณ์จริงถูกระงับทั้งหมดและเปลี่ยนเป็นระบบทางไกลที่ต้องพึ่งพิงอาศัยเทคโนโลยีและอินเทอร์เน็ตจึงต้องคำนึงถึงการครอบคลุมของสัญญาณที่ผู้เรียนอาจเข้าถึงได้ไม่เท่าเทียมกัน (Chinwendu F. Agu, Jodian Stewart, Nadine McFarlane-Stewart, & Tania Rae, 2021)

อย่างไรก็ตามแนวทางการศึกษาพยาบาลระดับสากลก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 มีแนวโน้มที่ต้องการลดชั่วโมงการฝึกปฏิบัติในคลินิก (Clinical

practice) จากแนวทางของหลักสูตรเดิมด้วยเหตุผลสถานพยาบาลเผชิญกับสภาวะขาดแคลนทรัพยากรในคลินิกและบุคลากร การให้นักศึกษาเข้าฝึกปฏิบัติจึงอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อผู้รับบริการซึ่งมีปัญหาทางสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้น (Bloomfield et al. 2008, Traynor et al. 2010 อ้างใน McCutcheon, Lohan, Traynor, & Martin, 2015) สอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทยที่สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทยมีนโยบายปรับลดชั่วโมงการฝึกปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี และส่งเสริมให้นำเทคโนโลยีเสมือนจริงหรือเพิ่มการเตรียมนักศึกษาในห้องฝึกปฏิบัติการเสมือนจริงของสถานบริการ ช่วงเวลาที่ผ่านมาสถาบันการศึกษาพยาบาลหลายแห่งมีการพัฒนาการเรียนอย่างต่อเนื่อง โดยก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 ได้นำการสอนออนไลน์ด้วยแพลตฟอร์มต่าง ๆ มาใช้เช่น Zoom Cloud Meetings, Google Hangouts Meet, Webinar, Microsoft Teams, Facebook Live และ Line เป็นต้น มาใช้ร่วมสอนอยู่แล้วซึ่งแต่ละโปรแกรมมีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกันไป ผู้ใช้สามารถประยุกต์ได้ตามความเหมาะสม (สิริพร อินทสนธิ, 2563) แต่วิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วยจริงเพื่อเพิ่มทักษะปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยตามปัจเจกบุคคลนั้นผู้เรียนต้องอาศัยประสบการณ์ความรู้ ความเข้าใจจากทฤษฎี มาเป็นทักษะการฝึกวิจารณ์ญาณทางคลินิกและศาสตร์อื่น ๆ (Gaberson KB., Oermann MH., 2010) ทำให้วิชาปฏิบัติทางการพยาบาลได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 อย่างมาก จึงเป็นความท้าทายของผู้สอนในการจัดการเรียนการสอนผสมผสาน (Blended Learning) ซึ่งเป็นแนวคิดที่



มีการบูรณาการการเรียนรู้แบบเผชิญหน้า (Face to face) และแบบออนไลน์ไว้ด้วยกัน ทำให้แนวทางการเรียนรู้กลายเป็นทางเลือกในยุคความปกติใหม่และสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในยุคศตวรรษที่ 21 แม้การเรียนรู้วิธีนี้จะมีข้อดีหลายประการแต่ทั้งผู้สอนและผู้เรียนจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความสามารถในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การสื่อสารแบบออนไลน์ และความยืดหยุ่นในการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้ปลอดภัยจากการระบาดของเชื้อโควิด-19 (อารีชีวะเกษมสุข, 2564) โดย Kathleen (2010) เขียนถึงลักษณะของผู้สอนในระบบออนไลน์ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียนคือเป็นผู้ที่สามารถจัดกระบวนการออนไลน์สอดคล้องกับเนื้อหา มีสื่อเสริมการสอนให้เข้าใจง่าย สามารถจำแนกความสำคัญสำหรับการเรียนรู้ การเลือกใช้สื่อรวมถึงกลยุทธ์การสอนและรูปแบบที่นำมาใช้จำเป็นอย่างยิ่งและต้องมีกรอบคุณภาพและมาตรฐานที่กำหนดของหลักสูตร โดยการใช้รูปแบบการประเมินผลที่ไม่ซับซ้อนและให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดกับนักศึกษา จะส่งผลให้นักศึกษามีทัศนคติที่ดีหรือทัศนคติเชิงบวกในการเรียนออนไลน์ พร้อมทั้งยังส่งเสริมพฤติกรรมของนักศึกษาพยาบาลด้วยการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Lifelong Learning Behaviors) (ธีระชล สาทสิน, ศรีสุตา วงศ์วิเศษกุล, 2564) การจัดการเรียนรู้ในคลินิกหรือรายวิชาปฏิบัติทางการพยาบาลที่เน้นการพัฒนาทั้งองค์ความรู้ทักษะทางปัญญาและทักษะเชิงวิชาชีพ ด้วยวิธีการสอนที่หลากหลาย ได้แก่ การใช้สถานการณ์เสมือนจริง กรณีศึกษา การประชุมปรึกษา การใช้ปัญหาเป็นฐาน เพื่อเน้นให้ผู้เรียนได้ฝึกการคิดวิเคราะห์ ร่วมอภิปราย การสะท้อนคิดเพื่อให้ได้แนวทางในการ

พัฒนาทั้งตัวผู้เรียนเองและผลลัพธ์การพยาบาล (Cirocco, 2007)

คณะผู้วิจัยได้ออกแบบการสอนในรูปแบบออนไลน์ โดยใช้การเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อศึกษาการรับรู้ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การประยุกต์ใช้ความรู้และความพึงพอใจต่อการฝึกปฏิบัติออนไลน์วิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาล ด้วยข้อจำกัดภายใต้สถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19 และแม้ว่าจะสามารถควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดได้ ผลการวิจัยนี้จะสามารถนำไปพัฒนาการจัดการเรียนการสอนในภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลให้สอดคล้องกับนโยบายการปรับลดชั่วโมงการฝึกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพจริงให้มีประสิทธิภาพได้ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกปฏิบัติออนไลน์วิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการฝึกปฏิบัติออนไลน์วิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อน และหลังการฝึกปฏิบัติออนไลน์วิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาล
4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประยุกต์ความรู้จากทฤษฎีก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การฝึกปฏิบัติออนไลน์วิชาปฏิบัติการพยาบาล

สุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์

1. รูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบออนไลน์

- สร้างสัมพันธภาพ สนทนาเพื่อการบำบัดกับ
กรณีศึกษาบทบาทสมมติโดยอาจารย์ประจำกลุ่ม
ครั้งละ 30 นาที จำนวน 3 ครั้ง
- กิจกรรมกลุ่มบำบัด รายคู่ 1 ครั้ง
- การสะท้อนคิดภายหลังสนทนาและกิจกรรมกลุ่ม
บำบัดจากผู้สอนและเพื่อน
- รายงานกรณีศึกษารายบุคคล
- รายงานกรณีศึกษารายกลุ่มและนำเสนอผ่าน
ออนไลน์

2. ช่องทางการเรียนรู้

- Microsoft Team
- Google Classroom
- VDO call line
- Face to face (เฉพาะกิจกรรมกลุ่มบำบัด)

- การรับรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
- ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
- ความพึงพอใจต่อการฝึกปฏิบัติออนไลน์
วิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิต
เวชศาสตร์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และเปรียบเทียบการประยุกต์ใช้ความรู้ ความมั่นใจและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 หลังการฝึกปฏิบัติออนไลน์วิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ของนักศึกษาพยาบาล ภายใต้ข้อจำกัดสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 โดยดำเนินการศึกษาดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2563 ที่ลงทะเบียนรายวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ จำนวน 134 คน

กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยใช้ตารางเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970 อ้างใน ละเอียตศิลาน้อย, 2560) อ้างอิงจำนวนประชากร 140 คน ได้จำนวน 103 คน ผู้วิจัยคาดการณ์ความคลาดเคลื่อนที่จะเกิดขึ้นและโอกาสในการได้ข้อมูลตอบกลับไม่สมบูรณ์



ร้อยละ 10 ดังนั้นได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการเท่ากับ 113 คน

การพิทักษ์สิทธิ์

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตการทำวิจัยจาก คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ประกาศรับอาสาสมัครและชี้แจงขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย และอธิบายให้เข้าใจถึงการปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาในขณะตอบแบบสอบถามโดยไม่มีผลกระทบต่อผลการเรียน หรือคะแนนในการฝึกปฏิบัติ ข้อมูลที่ได้จะรักษาเป็นความลับและเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ก่อนเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องระบุตัวตน ขอให้ตอบแบบสอบถาม 1 ครั้งเท่านั้นใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 30 นาที แบบบันทึกข้อมูลไม่สามารถเชื่อมโยงในการระบุตัวผู้ตอบแบบสอบถามได้

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศและอายุ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชออนไลน์คือด้านผู้สอน เนื้อหา กระบวนการและรูปแบบการจัดการสอน สื่อ เทคโนโลยี คำถามเป็นประโยคข้อความ

จำนวน 10 ข้อ เช่น “กรณีศึกษาสมมติที่อาจารย์มอบหมายให้ใช้ฝึกปฏิบัติเอื้อต่อการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติโดยประยุกต์ทฤษฎีมาใช้จริง” คำตอบเป็นมาตราประมาณค่าค่าคุณศัพท์ 2 ขั้ว คะแนนจาก 0 – 5 คือน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ทักษะในศตวรรษที่ 21 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ตามกรอบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตฉบับปี 2560 ข้อคำถามเป็นประโยคข้อความจำนวน 6 ข้อ เช่น “การฝึกปฏิบัติออนไลน์ช่วยพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของท่านในด้านการตัดสินใจ” คำตอบเป็นมาตราประมาณค่าค่าคุณศัพท์ 2 ขั้ว คะแนนจาก 0 – 10 คือน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ข้อคำถามเป็นประโยคข้อความจำนวน 10 ข้อ เช่น “การฝึกปฏิบัติออนไลน์โดยเน้นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับกรณีศึกษาสมมติช่วยให้ท่านมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช” คำตอบเป็นมาตราประมาณค่าค่าคุณศัพท์ 2 ขั้ว คะแนนจาก 0 – 10 คือน้อยที่สุด ถึง มากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) เท่ากับ .97 ภายหลังนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล จำนวน 40 คน แล้วนำมาหาความเที่ยงโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุมัติดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม
2. ชี้แจงงานวิจัย แนวทางดำเนินงานและสิทธิของนักศึกษา
3. จัดสอบเก็บคะแนน 30 ข้อ สำหรับนักศึกษาทั้งหมดที่ลงทะเบียนเรียน (ประชากร) ก่อนเรียนออนไลน์ 1 สัปดาห์ และแจ้งคะแนนให้รับทราบทันทีภายหลังการสอบ
4. วันที่ 1 หลังการฝึกปฏิบัติครบตามกำหนดเวลา 3 สัปดาห์ จัดสอบเก็บคะแนนโดยข้อสอบคู่ขนานสำหรับนักศึกษาทั้งหมดที่ลงทะเบียนเรียน (ประชากร) และแจ้งคะแนนให้รับทราบทันทีภายหลังการสอบ
5. วันที่ 2 หลังการฝึกปฏิบัติครบตามกำหนดเวลา 3 สัปดาห์ ผู้วิจัยประกาศรับอาสาสมัคร และส่งคิวอาร์โค้ดแบบสอบถามในระบบออนไลน์ให้นักศึกษาทั้งหมดที่ผ่านการฝึกปฏิบัติออนไลน์ผ่านทางไลน์กลุ่มของนักศึกษา โดยไม่ได้พบนักศึกษาโดยตรง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และสถิติอนุมานเปรียบเทียบความต่างของคะแนน ความมั่นใจและคะแนนการประยุกต์ความรู้เชิงปฏิบัติด้วย paired-t test

ผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2563 ที่ลงทะเบียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ จำนวน 112 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ระบุเพศของตนเองจึงไม่สามารถคำนวณร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศได้ (ประชากรเพศชายมีจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 3.73)

ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการฝึกปฏิบัติออนไลน์วิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ ที่ได้คะแนนมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ 1) ด้านการเปิดโอกาสให้ซักถามและตอบข้อซักถาม นักศึกษาอย่างสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 74.1 2) ด้านการใช้ภาษาของอาจารย์ส่งเสริมความเข้าใจและสอดคล้องกับเนื้อหา คิดเป็นร้อยละ 63.4 3) ด้านระยะเวลาการฝึกปฏิบัติกับอาจารย์ประจำกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 59.9 ส่วนความพึงพอใจต่อระยะเวลาการนำเสนอกรณีศึกษารายกลุ่มเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้มีระดับความพึงพอใจต่ำที่สุด ร้อยละ 22.3 และควรมีการปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 9.8 ดังเสนอในตาราง 1

ในตาราง 2 การรับรู้ทักษะการเรียนรู้ที่จำเป็นในศตวรรษ ที่ 21 จากการฝึกปฏิบัติออนไลน์วิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ พบว่าตนเองได้รับการพัฒนา 3 ลำดับแรกคือ 1) ด้านการสื่อสารมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.6 2) การทำงานเป็นทีม คิดเป็นร้อยละ 25.9 และ 3) การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ คิดเป็นร้อยละ 18.8 ส่วนด้านที่น้อยที่สุดคือการตัดสินใจ คิดเป็นร้อยละ 8



ตาราง 1 ความพึงพอใจต่อการฝึกปฏิบัติออนไลน์วิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 (n=112)

องค์ประกอบการฝึกปฏิบัติ	ร้อยละความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ควรปรับปรุง
1) กรณีศึกษารายบุคคลส่งเสริมการเรียนรู้การฝึกปฏิบัติจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎี	41.1	44.6	13.4	0.9	0
2) สื่อกรณีศึกษาสมมติส่งเสริมความเข้าใจผู้ป่วยจิตเวช	31.3	50.0	17.0	1.8	0
3) กิจกรรมที่กำหนดให้ปฏิบัติสร้างเสริมแรงจูงใจในการฝึกออนไลน์และส่งเสริมความเข้าใจ	33.0	51.8	13.4	1.8	0
4) อาจารย์ประจำกลุ่มเปิดโอกาสให้ซักถามและตอบข้อซักถามสม่ำเสมอ	74.1	18.8	7.1	0	0
5) ภาษาของอาจารย์ประจำกลุ่มส่งเสริมความเข้าใจ สอดคล้องกับเนื้อหา	63.4	29.5	7.1	0	0
6) ระยะเวลาการฝึกปฏิบัติกับอาจารย์ประจำกลุ่ม	59.9	33.0	7.1	0	0
7) งานที่ได้รับมอบหมายสอดคล้องกับระยะเวลา	47.3	42.9	8.0	1.8	0
8) การนำเสนอกรณีศึกษารายกลุ่มส่งเสริมการเรียนรู้ มีระยะเวลาเหมาะสม	22.3	40.2	20.5	7.2	9.8
9) เกณฑ์การประเมินมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน	50.9	38.4	9.8	0	0.9

ตาราง 2 ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 จากการฝึกปฏิบัติออนไลน์วิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 (n=112)

ทักษะการเรียนรู้	จำนวน	ร้อยละ
ความเป็นผู้นำ	13	11.6
การทำงานเป็นทีม	29	25.9
การสื่อสาร	41	36.6
การตัดสินใจ	8	7.1
การใช้เทคโนโลยี สารสนเทศ	21	18.8

ตาราง 3 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและคะแนนการประยุกต์ความรู้เพื่อการปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ในการฝึกปฏิบัติออนไลน์วิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ พบว่าภายหลังการฝึกปฏิบัติออนไลน์วิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์นักศึกษาพยาบาลศาสตร์

ชั้นปีที่ 3 มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแตกต่างกับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการประยุกต์ความรู้เพื่อการปฏิบัติหลังการฝึกปฏิบัติออนไลน์แตกต่างจากก่อนการฝึกปฏิบัติออนไลน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่ฝึกปฏิบัติรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ออนไลน์ (n=112)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	S.D.	T	p
ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนฝึกปฏิบัติออนไลน์	6.60	2.103	6.193	.000
ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหลังฝึกปฏิบัติออนไลน์	7.68	1.756		

$p < .05$

ตาราง 4 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนการประยุกต์ความรู้เพื่อการปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ในการฝึกปฏิบัติออนไลน์วิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ พบว่าภายหลังการฝึกปฏิบัติออนไลน์วิชาปฏิบัติการพยาบาล

สุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 มีคะแนนการประยุกต์ความรู้เพื่อการปฏิบัติหลังการฝึกปฏิบัติออนไลน์แตกต่างจากก่อนการฝึกปฏิบัติออนไลน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการประยุกต์ความรู้เพื่อปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ที่ฝึกปฏิบัติรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ออนไลน์ (n=112)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	S.D.	T	p
คะแนนการประยุกต์ความรู้เพื่อปฏิบัติก่อนฝึกออนไลน์	4.41	0.665	15.088	.000
คะแนนการประยุกต์ความรู้เพื่อปฏิบัติหลังฝึกออนไลน์	6.89	1.52		

$p < .05$

การอภิปรายผล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกปฏิบัติออนไลน์วิชาปฏิบัติการ

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ พบว่าได้รับการพัฒนาทักษะมากที่สุดคือการสื่อสาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา จันทรา และอติญาณ์ ศรีเกษตริน (2560) ที่พบว่าทักษะการเรียนรู้ ในศตวรรษที่ 21 ด้าน



การสื่อสาร สารสนเทศและรู้เท่าทันสื่อของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี อยู่ในระดับสูงอธิบายได้ว่านักศึกษาพยาบาลมีอายุอยู่ในช่วง 19-22 ปี มีการใช้เทคโนโลยีและการสื่อสารต่าง ๆ ผ่านระบบ เครือข่ายออนไลน์อย่างกว้างขวางทำให้มีความสามารถในการสื่อสารและการใช้สารสนเทศสอดคล้องกับการศึกษาของศุภฤตา ตะการีย์, พิชารณ จันทนกุล, รัตนารณ นิवासานนท์, กาญจนา งามจันทราทิพย์ และศิริพร สามสี (2565) นักศึกษาได้สะท้อนให้เห็นว่าการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลรวดยอดสาขาคงควรต้องมีการศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองด้วยและนักศึกษาส่วนใหญ่มีความสามารถในการเข้าถึงเทคโนโลยีค่อนข้างมากส่งผลให้สามารถค้นคว้าเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่น่ามาใช้ในการพยาบาลด้านการผดุงครรภ์ได้เพิ่มขึ้น ด้วยการศึกษาค้นคว้าของนักศึกษาพยาบาลต่อการฝึกปฏิบัติออนไลน์วิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ จากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ นักศึกษามีความพึงพอใจด้านอาจารย์ประจำกลุ่ม เปิดโอกาสให้ซักถามและตอบข้อซักถามสม่ำเสมอ และภาษาของอาจารย์ประจำกลุ่มส่งเสริมความเข้าใจสอดคล้องกับเนื้อหาสอดคล้องกับการศึกษาของเสถียร พูลผล และปฏิพล อรรถนพบริบูรณ์ (2563) ว่าการเรียนออนไลน์ทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับอาจารย์ผู้สอนมากยิ่งขึ้น และจากการศึกษาพฤติกรรมเรียนของนักศึกษาพยาบาลต่อการเรียนแบบออนไลน์ช่วงสถานการณ์โควิด-19 พบว่านักศึกษากลับมาแสดงความคิดเห็นมากขึ้น การฝึกออนไลน์ไม่ได้ปฏิบัติจริงแต่ต้องอธิบายให้อาจารย์และเพื่อนฟัง ได้สอนเพื่อน ได้สาธิตมันทำให้จำได้ไม่ลืม เรียบเรียงความคิดเป็นระบบมากขึ้น (มาลี

คำคง, อติภา อมรปิยภากร, รพีภัทร ชำนาญเพาะและ มุขรินทร์ ทองหอม, 2564) บทบาทของผู้สอนต้องสร้างบรรยากาศของการมีส่วนร่วม การอภิปราย และการเจรจาโต้ตอบ ที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้สอนและเพื่อนร่วมชั้นเรียน จัดกิจกรรมการเรียนการสอนให้เกิดความสนใจ มีชีวิตชีวา ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้เรียนประสบความสำเร็จในการเรียนรู้ จัดกิจกรรมการเรียนการสอนให้ท้าทาย และให้โอกาสผู้เรียนได้ปฏิบัติกิจกรรมการเรียนรู้ที่หลากหลาย (จิรัช สุวรรณเจริญ, อติญาณ ศรีเกษ, ชุตินา มาลัย, 2560) เกรแฮม (Graham, 2006) กล่าวว่าว่าการเรียนการสอนแบบผสมผสานเป็นรูปแบบการเรียนที่ยืดหยุ่น ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพมากกว่าการนั่งฟังการบรรยายในชั้นเรียนปกติ เพราะผู้เรียนจะได้รับประสบการณ์ทางการเรียนรู้อย่างอิสระผ่านระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ ไม่ถูกจำกัดด้วยสถานที่ และเวลา ผู้เรียนสามารถเลือกเวลาเรียนรู้หรือฝึกปฏิบัติได้ตามต้องการและตามอัตราความเร็วหรือความพร้อมของผู้เรียนเอง (Self-paced instruction) ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Hsu และ Hsieh (2011) พบว่านักศึกษาพยาบาลได้วันที่ได้รับการจัดการเรียนแบบผสมผสานในกระบวนการวิชาชีพจริยธรรมทางการพยาบาลมีกระบวนการคิดที่มีเหตุผล เป็นระบบชัดเจน และลึกซึ้งมากขึ้น รวมทั้งมีความพึงพอใจในบรรยากาศการเรียนรู้สูงขึ้น การจัดการเรียนรู้ภาคปฏิบัติซึ่งเน้นการประยุกต์ใช้ความรู้จากทฤษฎีนำมาสู่การปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งผู้เรียนต้องอาศัยทักษะและวิจารณญาณทางคลินิกในการบูรณาการความรู้ทางการพยาบาลและศาสตร์

อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย (Gaberson, 2010)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อน และหลังการฝึกปฏิบัติออนไลน์ วิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ ของนักศึกษาพยาบาล พบว่าภายหลังการฝึกปฏิบัติออนไลน์วิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ นักศึกษาประเมินตนเองว่ามีความเข้าใจประยุกต์ใช้ทฤษฎีในการปฏิบัติและมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากกว่าก่อนฝึกปฏิบัติหรือเรียนภาคทฤษฎีเพียงอย่างเดียว แม้การฝึกปฏิบัติส่วนใหญ่ได้รับการออกแบบให้เป็นระบบออนไลน์ นักศึกษาฝึกการสนทนากับอาจารย์ประจำกลุ่มในบทบาทสมมติ ผู้ป่วยจิตเวชจากประสบการณ์ของผู้สอนและด้วยมีการโต้ตอบกับนักศึกษา การสังเกตการพูด ประโยคหรือพฤติกรรม การแสดงออกทางสีหน้า แววตา น้ำเสียง ของนักศึกษา และสะท้อนคิดกระบวนการสุนทรียศาสตร์ภายหลังการฝึกสนทนาบำบัดและการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดส่งเสริมและเปิดโอกาสในการเรียนรู้ ด้วยการตั้งคำถาม รับฟังอย่างลุ่มลึก เปิดใจและพัฒนาความคิดผ่านกระบวนการกลุ่มในออนไลน์ ภายใต้ข้อจำกัดทางสังคมได้ สอดคล้องกับวิสูตรโพธิ์เงิน (2565) พบว่าการใช้สุนทรียสนทนาในการสอน นักศึกษาปริญญาตรีช่วยให้ไม่น่าเบื่อ ส่งเสริมความเข้าใจและการสร้างสัมพันธ์อันดีต่อผู้อื่น เปิดมุมมองความคิด ซึ่งการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี การรับฟังเป็นคุณลักษณะที่สำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาลและพยาบาลจิตเวชด้วย

การพัฒนาผู้เรียนให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการจัดการศึกษาทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ตาม

แนวคิดของ Trilling & Fadel (2009) ประกอบด้วย การเรียนรู้หลายด้าน จากการศึกษาครั้งนี้ นักศึกษารับรู้ ว่าได้รับการพัฒนาทักษะมากที่สุดคือการสื่อสาร ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา จันทรา และ อติญาณ์ ศรีเกษตริน (2560) ที่พบว่าทักษะการเรียนรู้ ในศตวรรษที่ 21 ด้านการสื่อสาร สารสนเทศและรู้เท่าทันสื่อของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษณ์ธานีอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่านักศึกษาพยาบาลมีอายุอยู่ในช่วง 19-22 ปี มีการใช้เทคโนโลยีและการสื่อสารต่าง ๆ ผ่านระบบเครือข่ายออนไลน์อย่างกว้างขวางทำให้มีความสามารถในการสื่อสารและสารสนเทศสอดคล้องกับการศึกษาของสุกฤตา ตะการีย์และคณะ (2565) นักศึกษาได้สะท้อนให้เห็นว่า การเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลรพยอดสาขาคงคงต้องมีการศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองด้วยและนักศึกษาส่วนใหญ่มีความสามารถในการเข้าถึงเทคโนโลยีค่อนข้างมากส่งผลให้สามารถค้นคว้าเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่นำมาใช้ในการพยาบาลด้านการผดุงครรภ์ได้เพิ่มขึ้นด้วย

ข้อเสนอแนะ

ด้านการศึกษา

ในระดับหลักสูตร ภายใต้ข้อจำกัดต่าง ๆ หากมีการออกแบบการเรียนรู้โดยผสมผสานรูปแบบความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี สื่อ กระบวนการ สุนทรียศาสตร์สามารถพัฒนาคุณลักษณะของผู้เรียนให้มีทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 และคุณลักษณะเชิงวิชาชีพตามหลักสูตรได้ ดังนั้นผู้สอนควรสร้างนวัตกรรมการ



เรียนรู้ให้หลากหลายเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ของผู้เรียนโดยไม่ถูกจำกัดจากสถานการณ์วิกฤตในอนาคต

ระดับนโยบาย หน่วยงานที่กำกับดูแลด้านการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพและหน่วยงานด้านสุขภาพควรมีมาตรการ แผน และกลยุทธ์ร่วมกันในการผลิตสื่อออนไลน์ที่มีคุณภาพ เหมาะสมกับการเรียนรู้เพื่อรับมือและบรรเทาผลกระทบจากวิกฤตการณ์ด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตช่วยส่งเสริมให้การผลิตบุคลากรด้านสุขภาพไม่หยุดชะงักโดยคำนึงถึงโอกาสและความเท่าเทียมในการเข้าถึงระบบการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนได้เรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ มีทักษะและคุณลักษณะเชิงวิชาชีพไม่แตกต่างกัน

ด้านวิจัย

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความคุ้มค่าและประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่สามารถผลิตพยาบาลได้ตามคุณลักษณะวิชาชีพภายใต้การใช้งบประมาณและทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด มีการขยายขอบเขตของการวิจัยให้ครอบคลุมมากขึ้น เช่น การจัดการเรียนการสอนออนไลน์ ในวิชาปฏิบัติการพยาบาลอื่น ๆ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม.
(2563). ประกาศมาตรการและการเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 ฉบับที่ 3 สืบค้นจาก
http://www.ops.go.th/main/images2563/muaAdmin/corona/COVID_3.pdf

จิรภัค สุวรรณเจริญ, อติญาณ ศรีเกษ และ ชุติมา มาลัย. (2560). รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทักษะในศตวรรษที่ 21 สำหรับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต.พยาบาลสาร, 44(4); 177-188.

ธีระพล สาดสิน และศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล. (2564). ถอดบทเรียนการสอนออนไลน์: ความท้าทายสำหรับอาจารย์ในสถานการณ์โรคโควิด-19. วารสารพยาบาลทหารบก, 22(1); 1-9.

มาลี คำคง, อติภา อมรปิยภากร, รพีภัทร ชำนาญเพาะ และ มุขรินทร์ ทองหอม. (2564). การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ระบบออนไลน์ในสถานการณ์โควิด-19.วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสยาม. 22(43); 114-126.

รุ่งนภา จันทรา และอติญาณ ศรีเกษตริน. (2560). ทักษะการเรียนรู้ศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญราษฎร์.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4(1); 110-180.

ละเอียด ศิลาน้อย. (2560). การใช้สูตรทางสถิติ (ที่ต้อง) ในการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิจัยเชิงปริมาณในทางมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์.วารสารวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์, 12(2); 50-61.

วิสูตร โพธิ์เงิน. (2556). การใช้สุนทรียสนทนาเพื่อพัฒนาความสามารถในการตั้งคำถามของนักศึกษาระดับปริญญาตรีสาขาวิชาการประถมศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย, 5(1); 21-33.

สิริพร อินทสนธิ์. (2563) โควิด-19: กับการเรียนการสอนออนไลน์ กรณีศึกษารายวิชาการเขียนโปรแกรมเว็บ COVID - 19 and Online Teaching case study: Web Programming Course. วารสารวิทยาการจัดการปริทัศน์, 22 (2); 203-213.



- สุกฤตา ตะการีย์, พิชามณณ์ จันทนกุล, รัตนภรณ์ นิเวศานนท์, กาญจนา งามจันทราทิพย์ และศิริพร สามสี. (2565). ผลลัพธ์การจัดการเรียนภาคปฏิบัติออนไลน์ในนักศึกษาพยาบาลช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019: กรณีศึกษารายวิชาปฏิบัติการพยาบาลรວຍຍອດສາຂາພຸດທະສາສະໜາ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 23(45); 73-88.
- เสถียร พูลผล และปฏิพล อรรถนพบริบูรณ์. (2563). การสำรวจความคิดเห็นของนักศึกษาเภสัชศาสตร์ที่มีต่อการเรียนการสอนออนไลน์ในช่วงโควิด 19 เพื่อออกแบบแนวทางการจัดการเรียนรู้รูปแบบใหม่ของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. การประชุมวิชาการครั้งที่ 15. 30 กรกฎาคม 2563. สมาคมเครือข่ายการพัฒนาวิชาชีพอาจารย์และองค์กรระดับอุดมศึกษาแห่งประเทศไทย (คพอท.).
- อารี ชิวเกษมสุข. (2564). การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลด้วยการเรียนรู้แบบผสมผสาน ในยุคความปกติใหม่. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 37(1); 25-37.
- Chinwendu F. Agu, Jodian Stewart, Nadine McFarlane-Stewart, & Tania Rae. (2021). COVID-19 pandemic effects on nursing education: looking through the lens of a developing country. *International Council of Nurses* 1-6. *International Nursing Review*, 68(2); 153-158.
- Cirotto, MM. (2007). How reflective practice improves nurse's critical thinking ability. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(6): 405-413.
- Gaberson KB, Oermann MH. (2010). *Clinical strategy in nursing*. New York: Springer Publishing.
- Hsu, L.L. and Hsieh, S.I. (2011) Effects of a blended learning module on self-reported learning performances in baccalaureate nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 67(11), 2435–2444.
- Kathleen Sitzman. (2010). Student-preferred caring behaviors for online nursing education. *Nursing Education Perspectives*, 31(3); 171-178.
- McCutcheon, K., Lohan, M., Traynor, M., & Martin, D. (2015). A systematic review evaluating the impact of online or blended learning vs. face-to-face learning of clinical skills in undergraduate nurse education. *Journal of Advanced Nursing*, 71(2); 255-270.
- OECD. (2020). *A framework to guide an education response to the COVID-19 Pandemic of 2020*. Retrieved from https://www.oecd-ilibrary.org/education/a-framework-to-guide-an-education-response-to-the-covid-19-pandemic-of-2020_6ae21003-en.
- Trilling, B., & Fadel, C. (2009). *21st Century Skills: Learning for Life in Our Times*. San Francisco, CA: John Wiley & Sons.



ผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อความสามารถในการให้นม และการไหลของน้ำนมในมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

Effects of a Supportive and Educational Nursing System for Breastfeeding on Maternal Breastfeeding and Milk Flow in Cesarean section Deliveries

Received: September 26, 2023

Revised: November 14, 2023

Accepts: December 22, 2023

พนิตนาฏ โชคดี (พย.ม.)

Phanitnad Chokdee (M.S.S.)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อความสามารถในการให้นม และการไหลของน้ำนมในมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จำนวน 44 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มละ 22 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ 1) การพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2) แบบประเมินความสามารถในการให้นม และ 3) แบบประเมินการไหลของน้ำนม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ สถิติการทดสอบที ผลการศึกษา พบว่า 1) มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีคะแนนความสามารถในการให้นมเฉลี่ย (LATCH score) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะ 48 ชั่วโมง หลังผ่าตัดและระยะก่อนกลับบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 2) มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีค่าเฉลี่ยระดับการไหลของน้ำนมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และระยะก่อนกลับบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้, การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

Abstract

This semi-experimental study aimed to investigate the impact of a supportive and educative nursing system for breastfeeding on maternal breastfeeding practices and milk flow following cesarean sections. The study included a total of 44 participants, selected based on predefined criteria. Participants were divided into two groups: one comprised of 22 individuals receiving the supportive and educative nursing system for breastfeeding, and the other consisting of a control group of 22 individuals receiving standard nursing care. The research utilized three main instruments: 1) the supportive and educative nursing system for breastfeeding, 2) a breastfeeding capacity evaluation form, and 3) an evaluation form for milk flow. Statistical analysis involved the use of frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square Test, and T-test. The findings revealed that: 1) mothers who underwent cesarean sections and received the supportive and educative nursing system for breastfeeding achieved significantly higher LATCH scores compared to those in the control group within the initial 48 hours after the cesarean section and during the pre-discharge phase ($p < 0.05$), and 2) mothers who underwent cesarean sections and received the supportive and educative nursing system for breastfeeding demonstrated a significantly higher rate of milk flow compared to those in the control group within the same time frames and with statistical significance ($p < 0.05$).

KEYWORDS: supportive and educative nursing system, breast feeding, Cesarean Section

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นมแม่มีปัจจัยทางชีวภาพที่มีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันในทารกคงอยู่ได้นาน 10 ปี เนื่องจากนมแม่มีส่วนช่วยในการป้องกันการอักเสบและการติดเชื้อ การเจริญเติบโตของระบบภูมิคุ้มกันและการพัฒนาอวัยวะของทารก ปัจจุบันการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องพบว่ามีสถิติที่เพิ่มมากขึ้น จากสถิติประเทศไทยมีการคลอดในแต่ละปีประมาณ 700,000 ราย มีอัตราการผ่าตัดคลอดประมาณร้อยละ 35-40 (ศศิธร เตชะมวลิวิทย์, พิชญ์สินี ศิริวิเชียร และเกสร สุวิทยะศิริ, 2564) โดย

พบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดโรงพยาบาลอุดรดิตถ์เพิ่มสูงขึ้นจากปี 2563 ถึงปี 2564 และในปี 2565 จากร้อยละ 59.8 เป็นร้อยละ 61.1 และ 61.5 ตามลำดับ (โรงพยาบาลอุดรดิตถ์, 2565) เมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานพบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้มาก จากการศึกษาพบว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรร้อยละ 50 1-2 วันแรกมีปัญหาหน้านมไม่ไหล ซึ่งทำให้มารดามีความวิตกกังวลมากขึ้น และร้องขอนมผสม ส่งผลต่อความสำเร็จและความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปัญหานมแม่ไม่ไหลหรือน้ำนมไหล



ไม่เพียงพอเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้มารดาตัดสินใจ เลิกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และหันมาให้นมผสม (หอผู้ป่วย สูติกรรมหลังคลอด, โรงพยาบาลอุตรดิตถ์, 2565) จาก การศึกษานำร่อง (Pilot study) ปัญหาน้ำนมไม่ไหล ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) พบว่า สาเหตุที่ทำให้การเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ในมารดาผ่าตัดคลอดบุตรไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควรเนื่องจากการขาดความรู้ มีความ เข้าใจผิดคิดว่านมผสมมีคุณค่าเท่าเทียมจากโฆษณาและ สื่อต่าง ๆ และบางครั้งความเชื่อทัศนคติและการ สนับสนุนจากบุคคลรอบข้างมีอิทธิพลมากต่อการ ตัดสินใจของมารดาและตามมาตรฐานของการส่งเสริม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาหลังคลอดควรเริ่มให้นมลูก ภายในชั่วโมงแรกหลังคลอดเพื่อเป็นการกระตุ้นฮอร์โมน ในการสร้างน้ำนม และเป็นช่วงที่มารดาและทารกตื่นตัว มากที่สุดและเป็นการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม แต่มารดาที่ ผ่าตัดคลอดอาจเริ่มให้นมแม่ครั้งแรกได้ช้าเพราะอาจมี อาการปวดแผลผ่าตัดและมารดาที่ได้รับยาชาเข้าไขสัน หลังจะเคลื่อนไหวตัวได้น้อยในระยะพักฟื้น ส่งผลให้การ เริ่มให้นมแม่ครั้งแรกไม่สามารถทำได้ตามความต้องการ โดยพบว่ามารดาหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทาง หน้าท้องมักจะเริ่มให้นมแม่ช้ากว่ามารดาที่คลอดทางช่อง คลอด การล่าช้าของการเริ่มให้นมแม่ครั้งแรกนอกจากจะ มีผลต่อระดับฮอร์โมนและการสร้างน้ำนมแล้วยังส่งผลต่อ ความล่าช้าในการสร้างน้ำนมแท้ (ลาวัลย์ ไบมณฑา, มยุรี นิรัตธราดร และสุภาพร กมลวารินทร์, 2558) และมารดา หลังผ่าตัดคลอดอาจรู้สึกว่าการไม่ประสบความสำเร็จใน การให้นม ดังนั้นการช่วยเหลือมารดาหลังผ่าตัดคลอดให้ สามารถให้น้ำนมและส่งเสริมการไหลของน้ำนมจะช่วยให้

ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การที่ มารดาหลังคลอดรับรู้ว่าคุณเองมีน้ำนมให้ลูกอย่าง เพียงพอเป็นตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงความสามารถ หรือ ความสำเร็จใน การให้นม ซึ่งการประเมินการให้นมแม่ โดยใช้ LATCH score สามารถทำนายระยะเวลาการ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่นาน 6 สัปดาห์โดยมารดาหลังคลอดที่ มีคะแนน LATCH score มากจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ นานกว่า (ศศิธร เตชะมวลิวิทย์ และคณะ, 2564) นอกจากนี้การประเมินการไหลของน้ำนมจะช่วยให้ มารดาหลังคลอดรับรู้ว่าคุณเองมีน้ำนมสำหรับทารก เกิด ความมั่นใจและส่งผลให้มีความต่อเนื่องของการให้นมแม่ ดังนั้นการเสริมสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง การสนับสนุน และให้กำลังใจมารดาหลังคลอด จะช่วยให้มารดาหลัง คลอดมีการไหลของน้ำนมอย่างมีประสิทธิภาพและ มีความมั่นใจในการที่จะให้นมแม่ต่อไปได้สำเร็จ จาก แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) มารดาหลังคลอดโดยทั่วไป นอกจากมีความต้องการการ ดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) แล้วยังมีความต้องการการดูแลตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care demand) ด้วย แต่มารดา ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอาจมีความพร่องใน การดูแลตนเองรวมทั้งความต้องการการดูแลตนเองตาม ระยะพัฒนาการ (ลาวัลย์ ไบมณฑา และคณะ, 2558) ในที่นี้หมายถึงการคงไว้ซึ่งบทบาทมารดาในการที่เลี้ยงลูก ด้วยนมแม่ให้สำเร็จ ดังนั้นการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ที่ประกอบด้วยการสอน การชี้แนะ การ แนะนำ และการสนับสนุน จึงเป็นระบบการพยาบาลที่จะ ช่วยส่งเสริมให้มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทาง หน้าท้องที่อาจจะมีข้อจำกัดในเรื่องการดูแลตนเองให้มี

ความสามารถในการเลี้ยงบุตรด้วยนมตนเอง ถึงแม้จะมีข้อจำกัดในเรื่องการดูแลตนเองได้ต่อไป ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีความเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถให้นมลูกได้ และจะมีน้ำนมสำหรับลูกอย่างเพียงพอ นำไปสู่ความสำเร็จในการให้นมแม่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการให้นมของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการไหลของน้ำนมของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีคะแนนความสามารถในการให้นมเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีค่าเฉลี่ยระดับการไหลของน้ำนมหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) เป็นกรอบแนวคิดโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The theory of nursing system) เพื่อให้มารดาใช้ความสามารถของตนเอง (Self-care agency) ในการให้นมบุตรได้อย่างเต็มศักยภาพ เพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยพยาบาลจะใช้ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) ภายใต้อัตลักษณ์กับผู้รับบริการโดยอาศัยความสัมพันธ์ในฐานะพยาบาลกับบุคคลผู้มีความพร้อมในการดูแลตนเอง ทั้งนี้เพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) และความต้องการการดูแลตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care demand) มารดาหลังคลอดเรียนรู้ในการกำหนดความต้องการการดูแลตนเองและกระทำการดูแลตนเอง โดยได้รับการสอน แนะนำ และสนับสนุนรวมทั้งการกระตุ้นและให้กำลังใจจากพยาบาล ให้มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องคงไว้ซึ่งความพยายามและศักยภาพในการดูแลตนเอง โดยในงานวิจัยนี้หมายถึงความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประกอบด้วย การดำเนินการตามหลักการดังนี้

1) การแนะนำ เป็นวิธีการช่วยเหลือสำหรับมารดาให้สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการ และให้การดูแลตนเองได้ภายใต้การแนะนำของพยาบาล

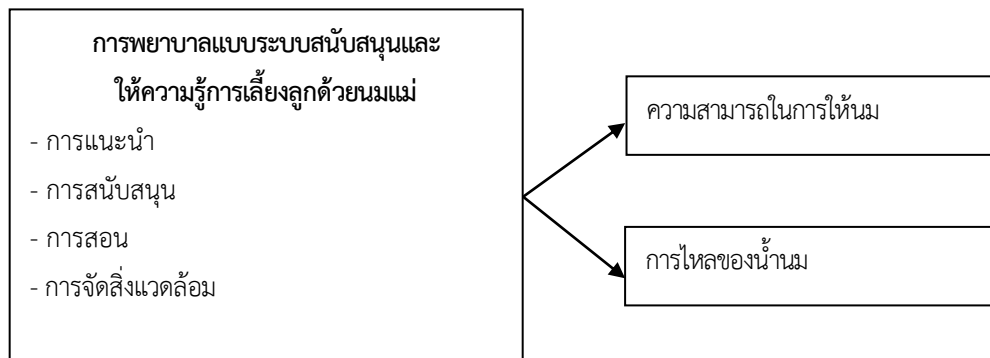
2) การสนับสนุน เป็นวิธีการส่งเสริมให้มารดาเกิดความมั่นใจและสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองและบุตรได้โดยพยาบาลมีส่วนร่วมสนับสนุนให้กำลังใจด้วย



คำพูด กิริยา ท่าทางการสัมผัส การรับฟังความทุกข์ และการช่วยบรรเทาความไม่สุขสบายอื่นที่เกิดขึ้น

3) การสอน เป็นการพัฒนาความรู้ ทักษะและความสามารถของมารดาโดยสอนในสิ่งที่มารดาต้องรู้ เสริมจากความรู้เดิม ร่วมกับการปฏิบัติให้สามารถเรียนรู้ และแก้ปัญหาได้ถูกต้อง

4) การจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อเอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ และการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและบุตร เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจเพื่อให้ได้ผลตามความต้องการ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำนวน 44 คน สถานที่ในการศึกษา หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ในช่วงเวลาระหว่างเดือนกรกฎาคม-กันยายน 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยได้แก่ 1.1) การพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 1.2) แผนการให้ความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังผ่าตัดคลอด

1.3) คู่มือการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 1.4) ภาพแสดงคำอธิบายซึ่งมีเนื้อหาสอดคล้องกับคู่มือการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสูติกรรมและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาล อาจารย์พยาบาล จากนั้นนำไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดจำนวน 10 คน ปรับปรุงตามคำแนะนำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 2.1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2.2) แบบประเมินความสามารถในการให้นม ซึ่งแปลจาก LATCH Scoring System 2.3) แบบประเมินการไหลของน้ำนมเพื่อประเมินความถี่ในการให้นม การไหลของน้ำนม ลักษณะของน้ำนมและ

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการให้นม โดยแบ่งเป็น 3 ระดับตามลักษณะทางกายภาพที่พบได้ในการให้นมหลังคลอด การหาความเที่ยงและความตรงของแบบประเมินการให้นม ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยนำไปใช้กับกลุ่มมารดาหลังการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 10 ราย

วิธีดำเนินการวิจัย

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลประจำการแผนกสูติกรรมหลังคลอดทำหน้าที่ประเมินพฤติกรรมการให้นม และการไหลของน้ำนม โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบแล้วจึงเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากการสุ่มอย่างง่ายในสัปดาห์แรกครั้งเดียว โดยใช้วิธีจับสลากและเก็บแต่ละกลุ่มสลับกันกลุ่มละ 1 สัปดาห์จนกระทั่งครบตามจำนวน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กตามแนวทางดูแลมารดาทารกหลังคลอดร่วมกับการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมด้วย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กตามแนวทางดูแลมารดาทารกหลังคลอดแบบปกติพร้อมทั้งอธิบายถึงความร่วมมือในการทำวิจัย และให้ความยินยอม พร้อมทั้งเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการสอนให้ความรู้ เก็บรวบรวม

ข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลประจำการแผนกสูติกรรมหลังคลอดทำหน้าที่ประเมินพฤติกรรมการให้นม และการไหลของน้ำนม โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูล ในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบแล้วจึงเริ่มเก็บข้อมูล ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมีรายละเอียดดังนี้ ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการและสิ่งที่ขอความร่วมมือที่อาสาสมัครต้องปฏิบัติในการวิจัยครั้งนี้ ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับและการพิทักษ์สิทธิ์ทั้งในเรื่องการเก็บรักษาความลับของข้อมูลและการดูแลช่วยเหลือหากเกิดสิ่งไม่พึงประสงค์อันเนื่องมาจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย หลังจากนั้นสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมโครงการและเซ็นใบยินยอมหากกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้ กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กตามแนวทางดูแลมารดาทารกหลังคลอดมารดาผ่าตัดคลอดที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดตามช่วงเวลาที่กำหนด โดยดำเนินการดังนี้ 1) เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาโดยการสัมภาษณ์โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพยาบาลตามปกติในเรื่องการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดและหลังผ่าตัด 2) ระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยเข้าเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างสอบถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรม ให้การดูแลตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กตามแนวทางดูแลมารดาทารกหลังคลอด หลังจากนั้นประเมินคะแนนความสามารถในการให้นมบุตร (LATCH score) และประเมินระดับการไหลของน้ำนมบีบน้ำนม และสอบถามทารกเริ่มดูดนมหลังรับยาตามเวลาที่ห้องคลอดส่งทารกปกติ โดยไม่มีการ



ติดตามเมื่อรับย้ายมารดา หลังจากนั้นแนะนำให้มารดา หรือญาติจับทารกดูนมทุก 3 ชั่วโมง 3) ระยะก่อน จำหน่ายผู้วิจยหรือผู้ช่วยผู้วิจยประเมินคะแนน ความสามารถในการให้นมบุตร (LATCH score) และ ระดับการไหลของน้ำนมโดยการบีบน้ำนม และสอบถาม

กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ปฏิบัติเช่นเดียวกันกับ กลุ่มควบคุมแต่เพิ่มคือการติดตามทารกจากห้องคลอด ทันทีที่รับย้ายมารดาจากห้องผ่าตัด และได้รับการสอน สาธิตมารดาและญาติโดยอธิบายให้ทราบและใช้วิธีการ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมด้วย ดังนี้ 1) ผู้วิจยเก็บรวบรวม ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาในกลุ่มทดลองปฏิบัติ เช่นเดียวกันกับกลุ่มควบคุม แต่เพิ่มวิธีการสอน สาธิต มารดาและญาติ โดยอธิบายให้คำแนะนำสอนสาธิต เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดคลอดทาง หน้าท้องตามการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ที่พัฒนาขึ้น การเริ่มให้นมแม่โดยเร็วหลังผ่าตัดโดยการ โทรติดตามทารกทันทีเมื่อรับย้ายมารดาจากห้องผ่าตัด จัดทำที่เหมาะสมในการให้นมแม่ สอนและฝึกทักษะการ จับทารกดูนมมารดาแก่ผู้ดูแลทันทีที่รับย้ายทารก ให้ ความรู้มารดาเพื่อความมั่นใจในความสามารถของตนใน การให้นมและการฝึกปฏิบัติ และเปิดโอกาสให้กลุ่ม ตัวอย่างซักถามปัญหาข้อสงสัยพร้อมกับให้คู่มือการ ปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการให้นมแม่ไปอ่านทบทวน เมื่อ มารดากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและ ให้ความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้รับความรู้และการฝึก ทักษะ ทำให้มารดาทราบว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไร ซึ่งช่วย ให้มารดาและผู้ดูแลมีความเข้าใจและสามารถให้นม มารดาแก่บุตรได้ 2) ระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้วิจย หรือผู้ช่วยผู้วิจยเข้าเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างสอบถามเกี่ยวกับ

ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งเรื่อง การบีบน้ำนมด้วยมือในเวลาที่ทารกไม่ได้ดูนม การ ช่วยเหลือมารดาในการให้นมบุตรในท่านอน 3) ระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้วิจย หรือผู้ช่วยผู้วิจยเข้าเยี่ยมกลุ่ม ตัวอย่างสอบถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ กิจกรรมต่าง ๆ หลังจากนั้นประเมินคะแนนความสามารถ ในการให้นมบุตร (LATCH score) และประเมินระดับ การไหลของน้ำนม โดยการบีบน้ำนม การสังเกตและ สอบถาม 4) ระยะก่อนจำหน่ายผู้วิจยหรือผู้ช่วยผู้วิจย ประเมินคะแนนความสามารถในการให้นมบุตร (LATCH score) และระดับการไหลของน้ำนมโดยการบีบน้ำนม สังเกตและสอบถาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา มารดาที่ผ่าตัดคลอด ทางหน้าท้องที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยสูติกรรมหลัง คลอด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ในช่วงเวลาที่ศึกษา วิธีการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มเข้ากลุ่ม กำหนดกลุ่ม ตัวอย่างโดยสูตรที่ใช้การคำนวณ Estimated sample size for a two-sample paired-means test กำหนด Power of study เท่ากับ 90% ค่า alpha 0.05, one-side test โดยสัดส่วนของกลุ่มมารดาที่ได้รับการ พยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้แรกได้รับ ถึง 48 ชั่วโมงต่อกลุ่มมารดาที่ได้รับการพยาบาลปกติแรกรับ ถึง 48 ชั่วโมงแรกเท่ากับ 1:1 ค่าสัดส่วนของกลุ่มมารดา หลังผ่าตัดคลอดที่คะแนนความสามารถในการให้นม = 7 กลุ่มที่คะแนนความสามารถในการให้นม = 8 คำนวณ กลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มละเท่า ๆ กัน จากนั้นดำเนินการหลัง สุ่มตัวอย่างโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุมกลุ่มละ 22 คน เริ่มจัดเข้ากลุ่มตั้งแต่รับมารดา หลังคลอดกลับจากห้องผ่าตัด โดยมารดาในกลุ่มควบคุมจะ ไม่ได้รับการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลแบบระบบ สนับสนุนและให้ความรู้ตั้งแต่แรกรับ การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มารับ การรักษาที่หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาล อุตรดิตถ์ ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า สู่การศึกษาเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 44 คน ตามลำดับ คัดเลือกมารดาที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดโดย เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1. เป็นมารดาหลัง ผ่าตัดคลอด คลอดเมื่ออายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป และไม่มีการทำหัตถการอื่นร่วมด้วย แรกครรภ์ที่ติด สูติกรรมหลังคลอด 2. เป็นมารดาที่ผ่าตัดคลอดทาง หน้าท้องมีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป 3. มีลักษณะเต้านม หัวนมปกติ 4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังผ่าตัด คลอด 5. มารดาและบุตรอยู่ร่วมกันในหอผู้ป่วยสูติกรรม หลังคลอดตั้งแต่หลังผ่าตัดจนกระทั่งจำหน่าย 6. ไม่มีข้อ ห้ามในการให้นมบุตร 7. ทารกไม่มีปัญหาการดูดกลืน ไม่มีความพิการ/ภาวะผิดปกติ/ภาวะแทรกซ้อนอื่น เช่น ลิ้นติด ปากแหว่ง เพดานโหว่ 8. สมัครใจยินยอมให้ความ ร่วมมือในการศึกษา เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1. มารดาและทารกที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะ เข้าร่วมวิจัย 2. ไม่สามารถเข้าร่วมการพยาบาลระบบ สนับสนุน ฯ ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป

การพิทักษ์สิทธิ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ เกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ REC No.18/2566 กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการอธิบาย

อย่างละเอียดถึงขั้นตอนการทำวิจัย การปฏิบัติตนและ ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้พินิติ เป็นกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยต้องเซ็นใบยินยอมก่อน เข้าร่วมและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ ตลอดเวลาโดยไม่มีการกระทบกระเทือนต่อการรักษา ตามปกติ การรวบรวมข้อมูลและการเสนอข้อมูลจะ กระทำโดยเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของ ผู้เข้าร่วมการวิจัย ผลการวิจัยจะไม่เสนอชื่อของผู้เข้าร่วม การวิจัยจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยนำมา ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนและหลัง การทดลองทุกฉบับให้มีความครบถ้วน ก่อนนำข้อมูลที่ ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมี รายละเอียดดังต่อไปนี้ 1. ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2. การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการให้นม (LATCH score) และระดับการไหลของน้ำนม มารดาที่ ได้รับการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้และ มารดาที่ได้รับการพยาบาลปกติหลังผ่าตัดคลอดทางหน้า ท้อง ใช้สถิติ t-test, exact test

ผลการวิจัย

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมี อายุเฉลี่ย 28.25 ปี (S.D. = 4.36) กลุ่มควบคุมและกลุ่ม ทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 26-30 ปี มากที่สุด ร้อยละ 40.91 และ 45.45 ตามลำดับ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง มี ระดับการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 50.00 และ



40.91 ตามลำดับ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีการ
ตั้งครรภ์หลังมากที่สุด ร้อยละ 68.18

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา และประวัติการตั้งครรภ์ (n =44)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)			C ²	p-value
	ควบคุม (n=22)	ทดลอง (n=22)	รวม		
อายุ (Mean = 28.25, S.D. = 4.36)					
20-25 ปี	5 (22.73)	5 (22.73)	10 (22.73)	16.333	0.360
26-30 ปี	9 (40.91)	10 (45.45)	19 (43.18)		
31-35 ปี	6 (27.27)	7 (31.82)	13 (29.55)		
36-40 ปี	2 (9.09)	-	2 (4.55)		
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	-	1 (4.55)	1 (2.27)	6.956	0.138
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3)	2 (9.09)	3 (13.64)	5 (11.36)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6/ปวช.)	2 (9.09)	7 (31.82)	9 (20.45)		
อนุปริญญา/ปวส./เทียบเท่า	7 (31.82)	2 (9.09)	9 (20.45)		
ปริญญาตรี	11 (50.00)	9 (40.91)	20 (45.45)		
การตั้งครรภ์					
ครรภ์แรก	7 (31.82)	7 (31.82)	14 (31.82)	.000	1.000
ครรภ์หลัง	15 (68.18)	15 (68.18)	30 (68.18)		

*p<.05

จากตารางที่ 2 พบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ จำนวน 22 คน และกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ จำนวน 22 คน มีค่าการไหลของน้ำนมเฉลี่ย ก่อนการทดลอง 1.68 และ 1.81 หลังการทดลอง 2.36 และ 3.40 ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบค่าการไหลของน้ำนมเฉลี่ยของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ มีค่าการไหลของ

น้ำนมเฉลี่ยไม่ต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ เมื่อเปรียบเทียบค่าการไหลของน้ำนมเฉลี่ยของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ มีค่าการไหลของน้ำนมเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ทางคลินิกเปรียบเทียบคะแนนการไหลของน้ำนมเฉลี่ยของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การไหลของน้ำนม	n	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
		Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ก่อนการทดลอง	22	1.68	0.47	1.81	0.39	-1.033	0.307
หลังการทดลอง	22	2.36	0.49	3.04	0.37	-5.167	0.000*

*p<.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการให้นมเฉลี่ยของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความสามารถในการให้นม	n	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p-value
		Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ก่อนการทดลอง	22	5.72	0.70	5.90	0.68	-.870	0.389
หลังการทดลอง	22	8.04	0.37	9.40	0.79	-7.266	0.000*

*p<.05

จากตารางที่ 3 พบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ จำนวน 22 คน และกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้จำนวน 22 คน มีความสามารถในการให้นมเฉลี่ยก่อนการทดลอง 5.72 และ 5.90 หลังการทดลอง 8.04 และ 9.40 เมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการให้นมเฉลี่ยของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ก่อนการทดลองพบว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติมีค่าความสามารถในการให้นมเฉลี่ยไม่ต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ เมื่อเปรียบเทียบค่าความสามารถในการให้นมเฉลี่ยของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้หลังการทดลองพบว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ มีค่า

ความสามารถในการให้นมเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีค่าเฉลี่ยระดับการไหลของน้ำนม หลังการทดลอง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อภิปรายได้ว่าระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีของโอเร็ม เป็นกระบวนการในการให้ข้อมูลและความรู้ด้วยการสนับสนุน การชี้แนะ การสอนและสาธิต และการจัดสิ่งแวดล้อมสนับสนุนการเรียนรู้ เช่น การจัดบรรยากาศ



ที่เหมาะสมในการได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ การแจกคู่มือการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดคลอดและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อให้ผู้เรียนได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลสนับสนุนให้ผู้เรียนสามารถคิดพิจารณาและตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเพื่อให้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเมื่อมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยเฉพาะการบีบเก็บน้ำนมอย่างถูกต้อง ถูกวิธี เต้านมมีการระบายน้ำนมได้ ทำให้นมดูละเอียดเหมือนนมที่ผลิตจากเต้านม มารดาเริ่มมีกำลังใจ มีความมั่นใจต่อความสามารถของตนเอง และมารดาเริ่มผ่อนคลายส่งผลให้ต่อมาได้สมองมีการหลั่งฮอร์โมนโปรแลคตินและกระตุ้นระดับฮอร์โมนออกซิโตซินในร่างกายมารดาทำให้น้ำนมที่สร้างตามธรรมชาติไหลออกมาได้เร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ โคตรสังข์, อุษา เชื้อหอม และศิริวรรณ แสงอินทร์ (2559) การกระตุ้นการหลั่งน้ำนมสามารถทำให้ระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมและการมาของน้ำนมเต็มเต้าเร็วขึ้น และมีการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของณัฏฐยา อ่อนผิว และประไพรัตน์ แก้วศิริ (2565) ที่พบว่าการสอนเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และแนวทางกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนมเป็นรายบุคคล ส่งผลให้มารดา มีการสร้างและหลั่งน้ำนมได้เร็ว และยังพบว่ามารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีคะแนนความสามารถในการให้นมเฉลี่ย หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อภิปรายได้ว่าเมื่อมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้เข้าร่วมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ซึ่งประกอบด้วย 1) การแนะนำเป็นวิธีการช่วยเหลือสำหรับมารดาให้สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการและให้การดูแลตนเองได้ภายใต้การแนะนำของพยาบาล 2) การสนับสนุนเป็นวิธีการส่งเสริมให้มารดาเกิดความมั่นใจและสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองและบุตรได้โดยพยาบาลมีส่วนร่วมสนับสนุนให้กำลังใจด้วยคำพูด กิริยา ท่าทางการสัมผัส การรับฟัง ความทุกข์ และการช่วยบรรเทาความไม่สุขสบายอื่นที่เกิดขึ้น 3) การสอนเป็นการพัฒนาความรู้ทักษะและความสามารถของมารดาโดยสอนในสิ่งที่มารดาต้องรู้ เช่น การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การจัดทำในการให้นมบุตร การนวดเต้านมเพื่อกระตุ้นการสร้างและหลั่งน้ำนมเสริมจากความรู้เดิมร่วมกับการปฏิบัติให้สามารถเรียนรู้และแก้ปัญหาได้ถูกต้อง และ 4) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลตนเองและบุตรเป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจเพื่อให้ได้ผลตามความต้องการจึงส่งผลให้มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มทดลองมีความสามารถในการให้นมที่ดีขึ้นประกอบกับคู่มือการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดคลอดและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและได้ให้ไว้กับมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีเนื้อหาที่ไม่ซับซ้อนมากและมีรูปภาพประกอบอ่านแล้วเข้าใจได้ง่ายสามารถปฏิบัติตามได้อย่างดีเมื่อมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจำขึ้นตอนใดไม่ได้สามารถนำคู่มือมาอ่านทบทวนได้ตลอดเวลา และเมื่อมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ อาจเป็นผลทำให้ความสามารถในการให้นมของมารดาที่ผ่าตัดคลอด

ทางหน้าท้องดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนพรัตน์ สารณะ (2564) ที่ศึกษาการส่งเสริมและสนับสนุน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดโดย ส่งเสริมให้ทารกดูดนมแม่ให้เร็วที่สุด การช่วยเหลือจัดทำ ให้นมแม่ การสนับสนุนด้านจิตใจ และติดตามการเลี้ยง ลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง จะทำให้มารดาหลังผ่าตัด คลอดประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร เตชะมวลิ่ววิทย์ และ คณะ (2564) ที่มีการทบทวนวรรณกรรมและสรุปแนว ทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังผ่าตัดตั้งแต่ ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน โดยกล่าวถึง ความสำคัญของการสอน การสาธิตย้อนกลับ การดูแล ความสุขสบายของมารดาหลังคลอด ให้คำแนะนำในการ ให้นมบุตรโดยใช้แบบประเมิน LACTH score เพื่อตาม เฝ้าระวังประเมิน และพูดกล่าวชมเชยให้กำลังใจจะช่วยให้ ประสบผลสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังผ่าตัด คลอด

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. นำการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งเป็นกระบวนการพยาบาล ในการให้ข้อมูลและความรู้ ด้วยการสนับสนุน ปรึกษาปรึกษา การชี้แนะ การสอนและสาธิต และการจัดสิ่งแวดล้อมสนับสนุนการเรียนรู้ เพื่อสนับสนุน ให้ผู้เรียนสามารถคิดพิจารณา และตัดสินใจเลือก ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองไปศึกษาอย่าง ต่อเนื่องและพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติให้เหมาะสม กับบริบทของหน่วยงานเพื่อให้สามารถนำไปปรับใช้ ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

2. ควรจัดอบรมพยาบาลประจำการเพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจการส่งเสริมมารดาที่ผ่าตัดคลอดทาง หน้าท้องในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดีย เพื่อนำไปประยุกต์ใช้อย่างถูกต้องเหมาะสมด้าน การศึกษาพยาบาล นำเสนอผลการวิจัยให้นักศึกษา พยาบาลได้เข้าใจวิธีการพยาบาลระบบสนับสนุนและ ให้ความรู้ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดีย และเข้าใจวิธีการนำแผนการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่าง เดียวของมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องไปใช้เพื่อ ส่งเสริมให้มีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดีย ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ติดตามผลเมื่อจำหน่ายมารดา กลับบ้าน ดังนั้นในการศึกษาครั้งถัดไปควรมีการ ติดตามความสามารถในการให้นมและการไหลของ น้ำนมในมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเมื่อ จำหน่ายกลับบ้านในระยะยาว

2. ควรมีการศึกษาผลการพยาบาลแบบระบบสนับสนุน และให้ความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กลุ่มอื่น ๆ เช่น มารดาครรภ์แรก เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

กนกวรรณ โคตรสังข์, อุษา เชื้อหอม และศิริวรรณ แสงอินทร์ และคณะ. (2559). ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่ง น้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมระยะเวลาการ มาของน้ำนมเต็มเต้าและการรับรู้ความสามารถในการ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้า ท้อง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 24(1), 13-25.



นพรัตน์ สารณะ. (2564). การส่งเสริมและสนับสนุน
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด.
พยาบาลสาร, 48(4), 324-335.

ณัฏยา อ่อนผิว และประไพรัตน์ แก้วศิริ. (2565). ผลของ
โปรแกรมกระตุ้นน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของ
น้ำนมและปริมาณน้ำนมของมารดาผ่าตัดคลอดทาง
หน้าท้องที่ทารกถูกแยกพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยทารก
แรกเกิด. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 15(2),
108-126.

โรงพยาบาลอุตรดิตถ์. (2565). *เวชระเบียนผู้ป่วย*
ประจำปี 2563-2565. โรงพยาบาลอุตรดิตถ์
สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
ลาวัลย์ ไบณทนา, มยุรี นิรัทธราตร และสุดาพร กมลวารินทร์
(2558). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วย
นมแม่ต่อความสามารถในการให้นมและการไหลของ
น้ำนมในมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. *พยาบาล*
สาร, 42(4), 65-75.

ศศิธร เตชะมวลิไวยุทธ์, พิชญ์สินี ศิริวิเชียร, เกษร สุวิทยะศิริ
(2564). การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังผ่าตัด
คลอด: การทบทวนวรรณกรรม. *วารสารวิจัยสุขภาพ*
และการพยาบาล, 37(3), 23-35.

หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลอุตรดิตถ์.
(2565). *สถิติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาผ่าตัด*
คลอดบุตรทางหน้าท้อง. โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ สำนัก
ปลัดกระทรวง สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M.
(2001). *Nursing: Concepts of practice (6th ed.)*.
St. Louis: Mosby.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชากร
วัยแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติ อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ

Factors Influencing to Preventive Behaviors for Coronavirus Disease 2019 of Thai
and Migrant Workers in Bang Sao Thong District, Samutprakarn Province.

Received: July 20, 2023

Revised: December 28, 2023

Accepts: December 29, 2023

ขวัญเรือน ก้าววิตุ¹ (วท.ม.), ชัยสิทธิ์ ทั่นศึก¹ (พย.ม.)

Kwanruen Kawitu (M.Sc), Chaisit Thansuk (M.N.S.)

ณรงค์ สุกใส² (ส.บ.)

Narong Suksai (B.P.H.)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชากรวัยแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติ อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ ตัวอย่าง คือ วัยแรงงานไทยและแรงงานเมียนมาร์ จำนวน 420 คน แบ่งเป็นแรงงานไทยและแรงงานเมียนมาร์ จำนวนอย่างละ 210 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนสิงหาคม 2565 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้ 3) แบบสอบถามด้านแรงสนับสนุนทางสังคม 4) แบบสอบถามด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 5) แบบสอบถามด้านการรับรู้ และ 6) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่า CVI ของแบบสอบถามเท่ากับ .96 และหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ .81 และ .77 ตามลำดับ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก (Mean = 2.18, SD = .50) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Beta = .134, p = .004) ทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Beta = .234, p < .001) แรงสนับสนุนทางสังคม (Beta = .226, p < .001) ปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้อุปสรรค (Beta = -.081, p = .037) และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค (Beta = .244, p < .001) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ร้อยละ 53 ($R^2 = .533, p < .001$)

¹ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, Thailand

² สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางเสาธง, Thailand

Corresponding author: sarangaeyo_may@hotmail.com



ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางในการกำหนดแบบแผนหรือรูปแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับประชาชน เช่น กิจกรรมการให้ความรู้กับประชาชน ในการเตรียมการรับมือกับการเกิดอุบัติการณ์ใหม่ในอนาคต และช่วยเตรียมแรงงานให้พร้อมอยู่ในภายใต้ชีวิตวิถีใหม่

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีอิทธิพล, พฤติกรรมการป้องกันตนเอง, โรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019, ประชากรวัยแรงงาน

Abstract

This research aimed to examine the preventive behavior for coronavirus disease 2019 (COVID-19) and factors affecting the preventive behaviors for coronavirus disease 2019 of Thai and migrant workers in Bang Sao Thong District, Samutprakarn Province. The sample were 420 people including 210 Thai workers and 210 migrant workers who work in Bang Sao Thong district, Samutprakarn province. Samples were selected by stratified random sampling technique. The data were collected during August 2022. The research instruments were questionnaires to assess demographic characteristics, health literacy, social support, attitude, towards coronavirus disease 2019, perception towards benefits and barriers of prevention behaviors, and the prevention behaviors of coronavirus disease 2019. All research instruments were validated in terms of content validity by three experts in the field. The Content validity index (CVI) was .96. The Cronbach's alpha coefficient reliability of the questionnaire was tested yielding values of .81 and .77 respectively. The quantitative data were analyzed using multiple regression.

The results found that the worker had a high level of prevention behavior of coronavirus disease 2019 (Mean = 2.18, SD = .50). Multiple regression analysis revealed that the following factors were statistically significantly (p -value < 0.05) affected the preventive behaviors of Coronavirus disease 2019; health literacy (Beta = .134, p = .004), attitude (Beta = .234, p < .001), social support (Beta = .226, p < .001), perception in the barriers related to the coronavirus disease 2019 (Beta = -.081, p = .037) and perception in the benefit related to coronavirus disease 2019 (Beta = .244, p < .001) were able to predict the prevention behavior of coronavirus disease 2019 at 53 percentages (R^2 = .533, p < .001)

The study results can be used as a guideline for defining plans and activity models in accordance with society such as activities to make people more knowledgeable, cope with emerging incidents in the future, and prepare workers to be ready for new ways of life.

KEYWORDS: Influencing factors, Preventive Behaviors, Coronavirus Disease 2019, Workers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19; โควิด-19) ทั่วโลกอย่างต่อเนื่องมากกว่า 3 ปี ประเทศไทยมีรายงานสถิติพบจำนวนผู้ติดเชื้อจากรายงานสถิติวันที่ 20 เมษายน 2565 ผู้ติดเชื้อภายในประเทศรายใหม่ 20,455 ราย รวมสะสม 1,860,864 ราย และเสียชีวิต 128 ราย (Department Of Disease Control, 2022) ซึ่งโรค COVID-19 เป็นโรคติดต่อในระบบทางเดินหายใจที่สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ง่ายส่งผลกระทบต่อสุขภาพและชีวิตของมนุษย์โดยตรงเชื้อสามารถก่อโรคปอดอักเสบและทำให้เกิดระบบหายใจล้มเหลวได้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 3.4 (สุรียา หมานมานะ, โสภณ เอี่ยมศิริถาวร และสุนมมาลย์ อุทุมมกุล, 2563) นอกจากจะทำให้สูญเสียชีวิตแล้ว ยังทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างรุนแรงจากการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของวัยแรงงานทั้งคนไทยและแรงงานข้ามชาติซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจด้วย

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศยุติภาวะฉุกเฉินวิกฤตโควิด-19 ไปเมื่อวันที่ 5 พ.ค. 2566 แต่ยังไม่ได้ประกาศให้เป็นโรคประจำถิ่นโดยอธิบายว่ายังไม่สามารถกำจัดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้หมดไปจากโลก (Eradication) หรือ หมดไปจากท้องถิ่น (Elimination) ได้เพราะเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถติดต่อกันระหว่างสัตว์สู่คน และจากคนกลับสู่สัตว์ (Zoonotic infection) จึงยากมากที่จะกำจัดไวรัสที่แพร่ระบาดในสัตว์และข้ามไปมาในคนอีกทั้งการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังไม่ใช่โรคที่ระบาดตามฤดูกาล (Seasonal infectious disease) เหมือนไข้หวัดใหญ่ เพราะองค์การอนามัยโลกยังไม่พบรูปแบบการระบาดในแต่ละช่วงของปี ดังนั้นหากเชื้อ

ไวรัสโคโรนา 2019 กลายพันธุ์เมื่อใดก็สามารถเกิดการระบาดได้ในทุกช่วงของปี และองค์การอนามัยโลกยังไม่มีข้อมูลพอเพียงในขณะนี้ที่จะกำหนดระยะเวลาที่เหมาะสมหรือความถี่ห่างในการฉีดวัคซีนเข็มแรกและเข็มกระตุ้น แต่ยังคงสนับสนุนให้มีการฉีดวัคซีนในกลุ่มเปราะบางเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันเมื่อมีการระบาดของโรคโควิด-19

สำหรับการระบาดอย่างต่อเนื่องในประเทศไทยตั้งแต่ต้นเดือนพฤษภาคม 2565 มีแนวโน้มจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่และผู้เสียชีวิตลดลง ประเทศไทยจึงได้ประกาศลดระดับให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่อเฝ้าระวังมาตั้งแต่เดือนตุลาคม ปี 2565 เป็นต้นมาแต่ถึงอย่างไรก็ตาม นพ.จักรรัฐ พิทยาวงศ์อานนท์ ผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กล่าวถึงกรณีผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกแถลงประกาศยุติภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขโลกของโรคโควิด-19 ส่งผลให้โรคโควิด-19 ไม่ใช่ภาวะฉุกเฉินอีกต่อไปว่าประกาศดังกล่าวไม่ได้มีผลกับแนวทางปฏิบัติของไทยเนื่องจากประเทศไทยได้ประกาศลดระดับให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่อเฝ้าระวังมาตั้งแต่เดือนตุลาคม ปี 2565 แล้ว การประกาศขององค์การอนามัยโลกเป็นเพียงแต่การประกาศให้มั่นใจว่าทั่วโลกสามารถควบคุมสถานการณ์การระบาดของโรคได้แม้โรคโควิด-19 ยังไม่ได้หายไปไหน แต่การรับมือให้ดีและจะไม่มีการระบาดใหญ่เกิดขึ้นอีก (สำนักงานข่าวกรมประชาสัมพันธ์, 2566) กระทรวงสาธารณสุขมีแนวทางปฏิบัติบนหลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ถูกกล่าวถึงในการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลก องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับแนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมีการรณรงค์ให้ประเทศสมาชิกร่วมมือกันส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้าน



สุขภาพ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541) เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกับโรคได้ โดยเฉพาะการคงหลักพฤติกรรมสุขอนามัยที่พึงประสงค์ เช่น การสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเมื่อเข้าไปในสถานที่ปิด ระบายอากาศไม่ดี สถานที่ที่มีคนรวมตัวกันหนาแน่น ไม่สามารถเว้นระยะห่างได้ หรือมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย การล้างมือบ่อย ๆ รวมถึงคัดกรองตนเองเมื่อมีความเสี่ยงหรือมีอาการ ขณะที่สถานประกอบการและกิจกรรมต่าง ๆ ยังต้องเข้มงวดการจัดการสิ่งแวดล้อม ทำความสะอาด จัดการขยะตามหลักสุขาภิบาล เพื่อให้เป็นสถานที่ที่มีความปลอดภัย (สำนักสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565)

จากแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้โดยมีการเสนอแนวปฏิบัติเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) (Becker, 1977) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยกล่าวว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพ หลีกเสี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อหรือรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และรับรู้ว่าโรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตการปฏิบัติที่เหมาะสมจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคโดยไม่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติ รวมทั้งการรับรู้ความสามารถของตนเองในการที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ (ชินาธิป นิสสะ, 2564) เนื่องจากการรับรู้ในด้านต่าง ๆ ทั้งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคนำไปสู่ความรู้ ความคิดความเข้าใจ และก่อให้เกิดเป็นพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (เขาวลิต เลื่อนลอย, 2565)

สำหรับประชาชนทั่วไปที่จะต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงของโลกสมัยใหม่ให้พร้อมรับมือและสามารถปรับตัวเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม มีความจำเป็นต้องใช้แนวคิดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพมาช่วยพิจารณาและตัดสินใจในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในตลอดช่วงอายุซึ่งมีคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการ คือ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ, ความรู้ความเข้าใจ, ทักษะการสื่อสาร, ทักษะการตัดสินใจ, การรู้เท่าทันสื่อ และการจัดการตนเอง (วัชรพร เขยสุวรรณ, 2560) นอกจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ การมีแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น การได้รับข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 แนวทางหรือมาตรการการป้องกันโรคทรัพยากรทั้งด้านบุคคล เงิน สิ่งของ รวมไปถึงการเชื่อถือ ยกย่อง ยอมรับกันและกันที่จะช่วยทำให้มีการปฏิบัติงานเป็นไปอย่างราบรื่น โดยแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งจากกลุ่มเครือญาติหรือกลุ่มบุคคลอื่นที่ไม่ใช่เครือญาติ (ประกาย จิโรจน์กุล, 2556) ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีส่วนกระตุ้นให้เกิดการปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเท่าที่ควร การสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นปัจจัยที่ดีต่อการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพเป็นอย่างดี (ยุพา วงศ์ไชย, และระพีพรรณ คำหอม, 2554) นอกจากนี้ตามแนวความคิดของบลูม (Bloom) ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ว่าทัศนคติเป็นตัวเร่งให้เกิดการปฏิบัติและความรู้จะไม่ถูกนำมาใช้หรือลงมือกระทำจนกว่าจะเกิดทัศนคติที่มากพอต่อการปฏิบัติ นั้น ๆ (Bloom, 1964; สุมิตรา ชูแก้ว, 2555) โดยทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 (ณัฐวรรณ คำแสน, 2564)

จังหวัดสมุทรปราการมีอัตราการมีงานทำหรือการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานที่สำคัญต่อการพัฒนาประเทศ แรงงานส่วนใหญ่จะทำงานในภาคอุตสาหกรรม เนื่องจากจังหวัดสมุทรปราการมีโรงงานอุตสาหกรรมเป็นอันดับ 2 ของประเทศ และพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการเป็นศูนย์กลางการขนส่งทั้งทางบก ทางน้ำและทางอากาศ จึงทำให้ประชาชนส่วนใหญ่เลือกที่จะทำงานในภาคอุตสาหกรรม โดยพบว่าจำนวนผู้มีงานทำทั้งหมดเป็นแรงงานข้ามชาติถึงร้อยละ 17.27 ในปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีอัตราการจ้างแรงงานข้ามชาติในจังหวัดสมุทรปราการสูงขึ้น การอยู่ในภาคส่วนการทำงานใช้แรงงานระดับล่างสุด ทำให้แรงงานชาวไทยและแรงงานข้ามชาติมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพระดับเล็กน้อยถึงระดับรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต โดยพบว่าเมื่อพิจารณาผู้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจากการทำงาน 7,396 คน ตามประเภทความรุนแรง พบว่าส่วนใหญ่จะหยุดงานไม่เกิน 3 วัน จำนวน 5,380 คน (ร้อยละ 72.74) รองลงมาเป็นผู้หยุดงานเกิน 3 วัน จำนวน 2,001 คน (ร้อยละ 27.06) และผู้ที่เสียชีวิต จำนวน 15 คน (ร้อยละ 0.20) โดยสาเหตุการประสบอันตรายเนื่องจากการทำงาน (สถานการณ์แรงงานจังหวัดสมุทรปราการ, 2564) ซึ่งในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างวันที่ 1 เมษายน - 31 ตุลาคม 2564 พบว่าจังหวัดสมุทรปราการมีผู้ติดเชื้อสัญชาติเมียนมาร์จำนวน 11,994 คน เป็นอันดับที่ 3 รองจากกรุงเทพมหานคร (16,607 คน) และสมุทรสาคร (20,320 คน) ตามลำดับ (ศิริดา เขมานิภูฐาโท, 2564) สอดคล้องกับการศึกษาของญาดา เรียมริมมะตัน และศิรินันท์ คำสืม (2561) พบว่ากลุ่มแรงงานข้ามชาติในภาคกลางมีพฤติกรรมสร้างเสริมเกี่ยวกับความรับผิดชอบต่อสุขภาพในการตรวจสุขภาพเมื่อเกิดความผิดปกติในร่างกายของ

ตนเองค่อนข้างน้อย เนื่องจากการไปตรวจรักษาตามสถานพยาบาลทำให้เสียเวลาและแรงงานมีความจำเป็นต้องทำงานหาเลี้ยงชีพเป็นหลัก สำหรับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ไม่ได้ปฏิบัติเท่าที่ควรเนื่องจากการทำงานประจำส่วนใหญ่ต้องใช้แรงติดต่อกันนานจึงคิดว่าไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายอีก นอกจากนี้แรงงานเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของปัญหาอาชญากรรม ยาเสพติดและสาธารณสุข ซึ่งในแง่สาธารณสุขแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาเมืองตามกฎหมาย แม้จะมีประกันสุขภาพร้อยละ 1,300 บาทต่อปีซึ่งเป็นงบประมาณจากกองทุนสำหรับจัดสรรในการดูแลผู้ป่วยข้ามชาติซึ่งสิทธิที่ได้รับและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นมักไม่เพียงพอในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยข้ามชาติ ถึงแม้จะมีการอุดหนุนงบประมาณของรัฐบาลผ่านกองทุนก็ตาม และพบว่ามีแรงงานข้ามชาตินอกระบบที่ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดโรคติดต่อ เช่น ไข้กาฬหลังแอ่น โรคเท้าช้าง วัณโรค และโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นต้น

จากสภาพปัญหาดังกล่าว สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ทั้งแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติ อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ในแรงงานข้ามชาติ ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาในอำเภอบางเสาธง ซึ่งเป็นพื้นที่หนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการที่พบว่ามีโรงงานอุตสาหกรรมจำนวนมาก และยังพบการระบาดของโรคโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ทำวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 6 ส่วน ฉบับภาษาไทยและภาษาเมียนมาร์ จำนวน 58 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อความถาม จำนวน 8 ข้อ ถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะงาน จำนวนผู้อาศัย ประวัติการติดเชื้อโควิด-19 และประวัติการได้รับวัคซีนโควิด-19 โดยลักษณะของคำตอบเป็นแบบเติมคำในช่องว่างและเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 ของกระทรวงสาธารณสุข มีข้อความถามจำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพจำนวน 4 ข้อ ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพจำนวน 4 ข้อ ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพจำนวน 4 ข้อ การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพจำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ส่วนที่ 5 ปัจจัยด้านการรับรู้ พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีข้อความถามจำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้ การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคจำนวน 4 ข้อ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจำนวน 4 ข้อ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคจำนวน 4 ข้อ การรับรู้ผลประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคจำนวน 4 ข้อ

มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน), มาก (4 คะแนน), ปานกลาง (3 คะแนน), น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 ของกระทรวงสาธารณสุขและการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 5, 4, 3, 2, และ 1 หมายถึงปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นส่วนมาก ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย และไม่เคยปฏิบัติ ตามลำดับ จำนวน 12 ข้อ การแปลผลแบ่งเป็น 3 เกณฑ์ คือ มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี (กรณีรายข้อ $\bar{x} = 3.68-5.00$, กรณีภาพรวม $\bar{x} = 44-60$) ระดับปานกลาง (กรณีรายข้อ $\bar{x} = 2.34-3.67$, กรณีภาพรวม $\bar{x} = 28-43.9$) และระดับไม่ดี ($\bar{x} = 1.00-2.33$, กรณีภาพรวม $\bar{x} = 12-27.9$)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแบบสอบถามเท่ากับ .96 และทำการปรับปรุงสำนวนภาษาให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ
2. การทดสอบความเชื่อมั่น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับวัยแรงงานที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในโรงงานแห่งหนึ่งจำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามเท่ากับ .81 และ .77 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา รูปแบบการศึกษา การวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ประชากรวัยแรงงานในจังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่าง คือวัยแรงงานที่ทำงานในอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size) จากจำนวนผู้ทำงานนอกภาคเกษตรกรรมจะทำงานในสาขาการผลิตจำนวน 643,747 คน คำนวณจากประชากรด้วยสูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างของเครซีและมอร์แกนได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 384 คน เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายจึงเก็บเพิ่มร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้โดยประมาณเท่ากับ 420 คน แบ่งเป็นแรงงานไทย

จำนวน 210 คน แรงงานข้ามชาติจำนวน 210 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 คำนวณโรงงานขนาดกลาง ในอำเภอ บางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ มีโรงงานขนาดกลาง 232 โรงงาน แบ่งเป็นในนิคม 34 โรงงานและนอกนิคม 198 โรงงาน ทำการสุ่มเลือกโรงงานโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จำนวน 5 โรงงาน หลังจากนั้นทำการคำนวณสัดส่วนโรงงานในนิคม อุตสาหกรรมและนอกนิคมอุตสาหกรรม

นอกนิคมอุตสาหกรรม มีจำนวนโรงงาน ทั้งหมด 198 โรงงาน จำนวนโรงงานเท่ากับ 4 โรงงาน

ในนิคมอุตสาหกรรม มีจำนวนโรงงาน ทั้งหมด 3 โรงงาน จำนวนโรงงาน เท่ากับ 1 โรงงาน

ขั้นที่ 2 การสุ่มโรงงานขนาดกลาง โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ตามสัดส่วน ประกอบด้วยในนิคมอุตสาหกรรม จำนวน 1 โรงงาน นอกเขตนิคมอุตสาหกรรม จำนวน 4 โรงงาน

ขั้นที่ 3 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากจากรายชื่อแบบไม่ใส่คืนโดยใช้ฐานข้อมูลจากฝ่ายทรัพยากรบุคคลในแต่ละโรงงาน จำนวน 5 โรงงาน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 420 คน แบ่งเป็นโรงงานละ 84 คน แบ่งเป็นกลุ่มละเท่ากัน แรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติ จำนวนกลุ่มละ 42 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. ผู้ที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป มีสัญชาติไทย หรือ สัญชาติ เมียนมาร์
2. เป็นพนักงานประจำและผ่านการทดลองงานตามระเบียบของโรงงาน



3. สำหรับแรงงานไทยเป็นผู้สามารถอ่าน เขียน ภาษาไทย สื่อสารด้วยภาษาไทยได้
4. สำหรับแรงงานข้ามชาติ เป็นผู้ที่สามารถอ่าน เขียน ภาษาเมียนมาร์ได้ สื่อสารด้วยภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ติดเชื้อโรคโควิด-19 ระหว่างทำการศึกษา

2. การพิทักษ์สิทธิและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย ในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม (เอกสารรับรองเลขที่ 2565/002.08/08) รหัส โครงการ SN-IRB 2565/002.06/06/65 วันที่อนุมัติ 8 สิงหาคม 2565 วันสิ้นสุดการอนุมัติ 7 สิงหาคม 2566 โดยผู้วิจัยได้อธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูลโดย ตอบแบบสอบถาม ใช้ระยะเวลา 20-30 นาที/ครั้ง และ เก็บรักษาข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยใช้รหัสตัวเลข แทนการระบุชื่อ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัย และจะทำลาย ข้อมูลหลังจากมีการเผยแพร่วิจัยแล้ว

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปข้อมูลเชิงพรรณนาวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์ข้อมูลอิทธิพลของตัวแปรต้นที่มีต่อตัวแปรตามวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis: MRA) แบบ Enter โดยใช้ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. ด้านข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 420 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.57) อายุ อยู่ระหว่าง 30-44 ปี (วัยทำงานตอนกลาง) ($\bar{x} = 33.32$, S.D. = 8.99) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 58.82) ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 10,001-15,000 บาท ($\bar{x} = 13,598.22$, S.D. = 6,235.16) ส่วนมากทำงานในส่วนของไลน์การผลิต ร้อยละ 44.52 จำนวนสมาชิกผู้อาศัยอยู่ร่วมกันส่วนมากมีจำนวน 2-5 คน ร้อยละ 68.07 สำหรับประวัติการติดเชื้อโควิด-19 พบว่าส่วนใหญ่เคยติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 66.67 ด้านการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 พบว่าส่วนใหญ่ได้รับวัคซีน ร้อยละ 99.29 ซึ่งได้รับวัคซีนจำนวน 3 เข็ม เป็นส่วนมาก ร้อยละ 66.19
2. สำหรับระดับของปัจจัยที่มีอิทธิพลและพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ส่วนมากอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\bar{x} = 3.93$, SD = .82) ทักษะคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\bar{x} = 3.98$, SD = 1.05) แรงสนับสนุนทางสังคม ($\bar{x} = 3.94$, SD = .58) การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรค ($\bar{x} = 3.45$, SD = .86) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ($\bar{x} = 3.48$, SD = .97) พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\bar{x} = 2.18$, SD = .50) รองลงมาคือการรับรู้อุปสรรค ($\bar{x} = 2.88$, SD = 1.51) ระดับปานกลาง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค ($\bar{x} = 4.36$, SD = .79) ระดับมากที่สุด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยที่มีอิทธิพล และระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n = 419)

ตัวแปร	$\bar{x}$	SD	การแปลผล
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	3.93	.82	ระดับมาก
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	3.98	1.05	ระดับมาก
แรงสนับสนุนทางสังคม	3.94	.58	ระดับมาก
การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรค	3.45	.86	ระดับมาก
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	3.48	.97	ระดับมาก
การรับรู้อุปสรรค	2.88	1.51	ระดับปานกลาง
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค	4.36	.79	ระดับมากที่สุด
พฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	2.18	.50	ระดับมาก

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ทั้งหมด ได้แก่ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r=.413$) ทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($r=.482$) แรงสนับสนุนทางสังคม ($r = .428$) และปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับ

โรค ($r=.343$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ($r=.329$) การรับรู้อุปสรรค ($r=.379$) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค ($r=.421$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n = 420)

ตัวแปร	r	p -value	ระดับความสัมพันธ์
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.413	<.001	ปานกลาง
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	.482	<.001	ปานกลาง
แรงสนับสนุนทางสังคม	.428	<.001	ปานกลาง
การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรค	.343	.003	ปานกลาง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	.329	.007	ปานกลาง
การรับรู้อุปสรรค	.379	<.001	ปานกลาง
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค	.421	<.001	ปานกลาง

ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($Beta = .134$, $p = .004$) ทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

($Beta = .234$, $p < .001$) แรงสนับสนุนทางสังคม ($Beta = .226$, $p < .001$) ปัจจัยด้านการรับรู้ด้านได้แก่การรับรู้อุปสรรค ($Beta = -.081$, $p = .037$) และการ

รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค (Beta = .244, $p < .001$) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัส

โคโรนา 2019 ของแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติ ได้ร้อยละ 53.30 ($F = 37.962$, $p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($n = 420$)

ตัวแปร	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
ค่าคงที่	1.045	.173		6.028	<.001
ความรู้ด้านสุขภาพ	.111	.038	.134	2.935	.004
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	.188	.039	.234	4.791	<.001
แรงสนับสนุนทางสังคม	.174	.037	.226	4.493	<.001
ปัจจัยด้านการรับรู้					
การรับรู้อุปสรรค	-.151	.004	-.081	-1.743	.037
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค	.041	.009	.244	4.735	<.001
$R = .721 \quad R^2 = .602 \quad R^2_{adj} = .533 \quad F = 37.962 \quad p < .001$					

การอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างปัจจัยที่ใช้ในการศึกษากับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านการรับรู้ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติได้ร้อยละ 53.30 ($F = 37.962$, $p < .001$) โดยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกและมีอิทธิพลมากที่สุดในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Beta = .041, $p < .001$) อาจเนื่องจากเมื่อบุคคลมีการรับรู้ถึงประโยชน์จะ

นำไปสู่ความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักซึ่งก่อให้เกิดเป็นพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้น โดยประโยชน์ที่แรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติรับรู้ได้จากการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือการที่ตนไม่ติดเชื้อ ไม่เกิดการเสียชีวิตจากการติดเชื้อและไม่นำความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อไปสู่คนรอบข้างสอดคล้องกับงานวิจัยของยุซุโระ เล้าแม, มยุรี ยิปาโล๊ะ และเชมพัทธ์ ขจรกิตติยา (2564) ซึ่งทำการศึกษาระดับและปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองเด็กอายุระหว่าง 2-5 ปี ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตเทศบาลจังหวัดยะลา จำนวน 92 คน โดยผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคและสิ่งชักนำให้เกิดการป้องกันโรคสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนได้ร้อยละ 62.30 ($R^2 = 0.623$, $p < .001$)

และการศึกษาของอภิวดี อินทเจริญ, คันธมาทน์ กาญจนภูมิ, กัลยา ตันสกุล และสุวรรณา ปัตตะพัฒน์. (2564) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลาจำนวน 381 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา ได้ร้อยละ 31.1 ($R^2=.311$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($Beta = .234$, $p < .001$) อธิบายได้ตามแนวความคิดของ Bloom (1964) ที่ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ว่าทัศนคติเป็นตัวเร่งให้เกิดการปฏิบัติและความรู้จะไม่ถูกนำมาใช้หรือลงมือกระทำจนกว่าจะเกิดทัศนคติที่มากพอต่อการปฏิบัติ นั้น ๆ (สุมิตรา ชูแก้ว, 2555) เห็นได้จากผลวิเคราะห์ด้านทัศนคติที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมากและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เหมาะสมในระดับมากเช่นกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของอุษณียาภรณ์ จันทร, พจนารถ สารพัด และศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ (2566) โดยศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวัยรุ่นตอนต้น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 อายุระหว่าง 13-15 ปี ในโรงเรียนขนาดใหญ่พิเศษ ในเขตอำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 356 คน ผลการศึกษาพบว่าทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($Beta = .148$, $p < .01$) สามารถร่วม

ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวัยรุ่นตอนต้นได้ร้อยละ 31.0 ($R^2 = .310$, $p < .01$)

แรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($Beta = .226$, $p < .001$) อาจเป็นผลจากเนื่องมาจากการกระตุ้นเตือนจากครอบครัวและเพื่อนในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อสำหรับสถานประกอบการยังต้องคุมเข้มการจัดการสิ่งแวดล้อมทำความสะอาด จัดการขยะตามหลักสุขาภิบาล เพื่อให้เป็นสถานที่ที่มีความปลอดภัย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การสนับสนุนเกี่ยวกับอุปกรณ์ในการรักษาหรือคำแนะนำการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิด แรงสนับสนุนทางสังคมเหล่านี้มีส่วนในการกระตุ้นให้แรงงานมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 สอดคล้องกับงานวิจัยของสุภาภรณ์ วงธิ (2564) ทำการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($p < .001$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของอุษณียาภรณ์ จันทร และคณะ (2566) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวัยรุ่นตอนต้น ในเขตอำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 356 คน ผลการศึกษาพบว่าทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($Beta = .272$, $p < .001$) สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวัยรุ่นตอนต้นได้ร้อยละ 31.0 ($R^2 = .310$, $p < .01$)



ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($Beta = .134, p = .004$) ซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระดับมากเช่นกัน โดยสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000) ที่ว่าเมื่อบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดทักษะและความสามารถในการดูแลจัดการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งรวมถึงพฤติกรรมส่วนบุคคล และกิจกรรมทางสังคมที่เกี่ยวกับสุขภาพ และนำไปสู่การตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับมากเป็นผลให้เกิดความสามารถในการใช้เหตุผลคิดวิเคราะห์ถึงผลดีหรือผลเสียเพื่อเลือกวิธีปฏิบัติตนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเพ็ญแข ดิษฐบรรจง, นงนภัทร รุ่งเนย, อัจฉรา สุขสำราญ และฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์ (2565) ทำการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนประถมศึกษาขนาดใหญ่พิเศษแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่าความรู้ด้านสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายได้ร้อยละ 38.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($R^2 = .383, p < .05$) ตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($Beta = 0.375, p < .05$)

การรับรู้อุปสรรคเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงลบและมีอิทธิพลน้อยที่สุดในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

($Beta = -.081, p = .037$) เนื่องจากการป้องกันโรคโควิด-19 โดยการสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเมื่อเข้าไปในสถานที่ปิด ระบายอากาศไม่ดี สถานที่ที่มีคนรวมตัวกันหนาแน่น ไม่สามารถเว้นระยะห่างได้ หรือมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย การล้างมือบ่อย ๆ รวมถึงคัดกรองตนเองเมื่อมีความเสี่ยง ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่มีมุมมองต่อการป้องกันโรคของตนเองว่ายังคงไม่สามารถทำได้ทุกครั้งหรือบ่อยครั้ง อาจจะมีข้อจำกัด เช่น การอาศัยอยู่ร่วมกันหลายคนก็ยากต่อการเว้นระยะห่างหากมีผู้ป่วยในบ้าน เป็นต้น แต่การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคยังคงจำเป็นเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตภายใต้วิถีชีวิตใหม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวิญญ์ทัญญู บุญทัน, พิชราภรณ์ ไหวคิด, วิภาพร สร้อยแสง, ชุตินา สร้อยนาค, ปรีศนา อัครชนพล, และจริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2563) ทำการศึกษาปัจจัย อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุโดยพบว่าการรับรู้อุปสรรค ($Beta = -.189, p = .002$) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุได้

สำหรับปัจจัยด้านการรับรู้ที่ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจเนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการให้ข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง โดยประชาชนจะได้รับความรู้ผ่านช่องทางต่าง ๆ มากมายหลายแหล่ง เช่น สื่อ มีเดีย ออนไลน์ เฟสบุ๊ค โทรทัศน์ เป็นต้น ซึ่งอาจเกิดความสับสนได้และมาตรการในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก็ยังคงเป็นวิธีเดิมจึงทำให้ปัจจัยด้านการรับรู้ข่าวสาร

เกี่ยวกับโรคไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกับงานวิจัยของ อภิวดี อินทเจริญ และคณะ (2564) ซึ่งทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา จำนวน 381 คน ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือการได้รับข้อมูลข่าวสาร ($Beta = .123$) โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งนี้เนื่องจากสถานการณ์ในปัจจุบันพบการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อย่างต่อเนื่องในทุก ๆ พื้นที่ ผู้คนจำนวนมากมีการใช้ชีวิตภายใต้วิถีชีวิตใหม่ทำให้ทุกคนสามารถเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อโควิด-19 ได้ทั้งนั้น ส่งผลให้การประเมินว่าใครจะมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคน้อยกว่ากันทำได้ยาก จึงทำให้ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา ชื่นใจ และบุญกา ปันทุรอำพร (2564) พบว่าปัจจัยแรงจูงใจในการป้องกันโรค ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ไม่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 (Covid-19)

ข้อเสนอแนะ

ด้านการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการส่งเสริมให้วัยแรงงานสามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม นำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพในการ

ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างยั่งยืน

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเน้นย้ำให้เกิดความตระหนักทั้งในเรื่องของการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โอกาสเสี่ยงในการติดโรค อันตรายของโรค และความรุนแรงของโรค ทำให้วัยแรงงานเกิดพฤติกรรมป้องกันโรค COVID-19 อย่างต่อเนื่องและเป็นการเตรียมพร้อมให้สามารถใช้ชีวิตภายใต้วิถีชีวิตใหม่ได้ต่อไปในอนาคต
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถวางแผนเพื่อเตรียมการรับมือกับการเกิดอุบัติการณ์ใหม่ในอนาคต

ด้านการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาในประเด็นอื่นเพิ่มเติม เช่น การเตรียมการรับมือกับการเกิดภาวะลองโควิด (Long covid) การเตรียมตัวเข้าวิถีชีวิตใหม่ต่อไปในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- ชนิษฐา ชื่นใจ และบุญกา ปันทุรอำพร. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 (Covid-19) ของประชากรในกรุงเทพมหานคร. สืบค้นจาก <https://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/twin9/6214154037.pdf>
- ชินาธิป นิสสะ. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*. 10(2), 138–147.
- เชาวลิต เลื่อนลอย. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนอำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*. 2(1). 18–33.



ญาติ เจริญธรรมะตัน, และศิรินันท์ คำสึม. (2561). ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของ
แรงงานต่างด้าว ในจังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสาร มวก
วิชาการ*. 21(42). 79-91.

ประกาย จิโรจน์กุล. (2556). *แนวคิด ทฤษฎีการสร้างเสริม
สุขภาพ และการนำมาใช้*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการ
วิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.

เพ็ญแข ดิษฐบรรจง, นงนภัทร รุ่งเนย, อัจฉรา สุขสำราญ และ
ฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์. (2565). ปัจจัยทำนาย
พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนชั้น
ประถมศึกษาตอนปลาย. *วารสารสุขภาพและการศึกษา
พยาบาล*. 28(2) 1-17.

ยุซรอ เล้าแม, มยุรี ยี่ปาโล๊ะ และเชมพัทธ์ ขจรกิตติยา.
(2564). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค
โควิด-19 ของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียน. *วารสาร
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*. 5(1).
12-25

ยุพา วงศ์ไชย และระพีพรรณ คำหอม. (2554). สถานภาพและ
บทบาทการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพภาคเอกชนใน
ประเทศไทย. คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). สืบค้นจาก
[https://kb.hsri.or.th/dspace/
handle/11228/1994?localeattribute=th](https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1994?localeattribute=th)

วัชรพร เชยสุวรรณ. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิด
และการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. *วารสาร
แพทย์นาวิ*. 44(3). 183-197.

วิญญ์ทัณณ บัญหัน, พัชรารณ ไหวคิด, วิภาพร สร้อยแสง,
ชุติมา สร้อยนาค, ปรีศนา อัครชนพล, และ จริยาวัตร
คมพยัคฆ์. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการ
สร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 (โควิด -19) ของผู้สูงอายุ. *วารสาร
พยาบาลตำรวจ*. 12(2). 323-337.

ศิริดา เขมานิภูฐาน. สถานการณ์แรงงานข้ามชาติและการข้าม
พรมแดนในช่วงการระบาดของโควิด-19. สืบค้นจาก
<https://mwgthailand.org/th/press/1639870217>

สถานการณ์ด้านแรงงานภายในจังหวัดสมุทรปราการ ไตรมาส
3 ปี 2564 .สืบค้นเมื่อ 30 พ.ค. 65, จาก

<https://samutprakan.mol.go.th/news/>

สถานการณ์ด้านแรงงานภายในจังหวัดสมุทรปราการ
ไตรมาส-3-ปี-2564-กรกฎาคม-กันยายน-2554

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.(2541). *นิยามศัพท์ส่งเสริม
สุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัท ดีไซน์จำกัด.

สำนักงานข่าว กรมประชาสัมพันธ์. สืบค้นจาก [https://](https://thainews.)
thainews.

[prd.go.th/th/news/detail/TCATG230506185137
321](https://prd.go.th/th/news/detail/TCATG230506185137321)

สำนักสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สืบค้น
จาก

[https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/04/174
113/](https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/04/174113/)

สุภาภรณ์ วงธิ. (2564). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย.*
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). มหาวิทยาลัย
นเรศวร, พิษณุโลก.

สุมิตรา ชูแก้ว. (2555). ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตาม
การรับรู้ของพยาบาลในการช่วยเหลือและสร้างเสริม
สุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *รวมาริษดี
พยาบาลสาร*. 18(2). 249-258.

สุรียา หมานมานะ, โสภณ เอี่ยมศิริถาวร และสุนนมาลย์
อุทัยกุล. (2563).โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
(COVID-19). *วารสารสถาบันบำราศนราดู*. 14(2).
124-133.

อภิวดี อินทเจริญ, คันธมาทน์ กาญจนภูมิ, กัลยา ต้นสกุล และ
สุวรรณา ปัตตะพัฒน์. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ
พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ของประชาชน ในเขต เทศบาลเมืองคองหงส์ จังหวัด
สงขลา.*วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*. 3(2). 19-
30.



อุษณียาภรณ์ จันทร, พจนารถ สารพัด และศิริยุพา
สนั่นเรืองศักดิ์. (2566). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการ
ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวัยรุ่นตอนต้น.
วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี.
6(2). 82-89.

Becker, M. H. (1974). The health belief model and
personal health behavior. *Health education
monographs*, 2,324-473.

Bloom, B. S. (1964). *Taxonomy of education
objective: The classification of educational
goals: Handbook II: Affective domain*. New
York: David McKay.

Department Of Disease Control. (2022). Retrieved
form

<https://ddc.moph.go.th/covid19dashboard/>.

Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970). *Determination
sample size for research activities. Education
and Psychology Measurement*, 30(3), p 607-
610.

Nutbeam D. (2000). *Health Literacy as a public
health goal: a challenge for contemporary
health education and communication
strategies into the 21st century*. *Health
Promotion International*, 15(3), 259-267.



แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในอำเภอเมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง

Guidelines to Rehabilitation of Drugs Addict through Family Involvement in Mueng Angthong, Angthong Province

วุฒิชัย สิทธิโชค (ส.ม.)¹, นภัสพร ศรีโสภา (ส.ม.)²

Wutthichai Sitthichok (M.P.H.), Napadsapon Sripopha (M.P.H.)

ศนิกันต์ ศรีมณี (ปร.ด.)³

Sanikan Seemanee (Ph.D.)

Received: October 27, 2023

Revised: December 29, 2023

Accepts: December 30, 2023

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเรื่อง แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวใน อ.เมืองอ่างทอง จ.อ่างทอง เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมจากครอบครัวต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดใน อ.เมืองอ่างทอง จ.อ่างทอง 2) เพื่อศึกษาปัจจัยด้านครอบครัวที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดใน อ.เมืองอ่างทอง จ.อ่างทอง 3) เพื่อเสนอแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวใน อ.เมืองอ่างทอง จ.อ่างทอง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด ทั้งหมด 754 คน ครอบครัวของผู้เข้ารับการฟื้นฟู 754 ครอบครัว เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานฟื้นฟูที่ดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดใน 14 ตำบล ได้จากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Krejcie & Morgan) ที่ระดับความเชื่อมั่น 3.841% ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 255 คน ผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ 1) การสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจง จากตำบลหัวไผ่ อำเภอเมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง จำนวน 7 คน 2) การสนทนากลุ่ม โดยการเลือกผู้เชี่ยวชาญแบบเจาะจงโดยมีคุณสมบัติ คือ เป็นผู้มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด จำนวน 7 คน และ 3) การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบ ยืนยันร่างข้อเสนอแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวใน อ.เมืองอ่างทอง จ.อ่างทอง โดยการเลือกผู้ทรงคุณวุฒิด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 9 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างแบบการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ค่าสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวังผู้วิจัยได้วิเคราะห์และจัดทำ

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง, Thailand

Corresponding author: tonsasook@hotmail.com

² โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง

³ คณะพยาบาลศาสตร มหาวิทาลัยสยาม

ความต้องการจำเป็น ใช้สูตร Modified Priority Needs Index (PNI_{modified}) ซึ่งเป็นดัชนีจัดเรียงลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นที่ใช้หลักการประเมินความแตกต่าง การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า 1) สถานการณ์การมีส่วนร่วมจากครอบครัวต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด พบว่า ด้านการเข้าใจ เข้าถึงพฤติกรรมของผู้เสพยาเสพติด ผู้เสพยาเสพติดต้องการให้ครอบครัวแสดงความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวกับผู้เสพยาเสพติด ครอบครัวให้คำปรึกษาพูดคุยกับผู้เสพยาเสพติดเกี่ยวกับสาเหตุของการติดยาเสพติด ด้านการมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดฟื้นฟู ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมบำบัดรักษากับเจ้าหน้าที่ และด้านสนับสนุนผู้เสพยาเสพติดในการกลับเข้าสู่สังคม ชุมชน และสิ่งแวดล้อม ครอบครัวมีส่วนช่วยให้ผู้เสพยาเสพติดปรับตัวเข้ากับสังคมและสภาพแวดล้อมได้ดีขึ้น 2) ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด พบว่า ด้านสนับสนุนผู้เสพยาเสพติดในการกลับเข้าสู่สังคม ชุมชน และสิ่งแวดล้อม มีค่าส่วนต่างระหว่างสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง (Gap = 0.32) รองลงมา คือ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวกับผู้เสพยาเสพติด และด้านการมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดฟื้นฟู มีค่าส่วนต่างระหว่างสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง (Gap = 0.31) และด้านการเข้าใจ เข้าถึง พฤติกรรมของผู้เสพยาเสพติด มีค่าส่วนต่างระหว่างสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง (Gap = 0.29) ตามลำดับ 3) ข้อเสนอแนะทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว พบว่า ด้านการเข้าใจ เข้าถึง พฤติกรรมของผู้เสพยาเสพติด ประกอบด้วย 5 แนวทาง คือ ความเข้าใจ โอกาส องค์กรความรู้เรื่องยาเสพติด ความรัก ความอบอุ่น และสมรรถภาพ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวกับผู้เสพยาเสพติด ประกอบด้วย 6 แนวทาง คือ เวลา ความปรองดอง กำลังใจ การเอาใจใส่ ความต่อเนื่อง และครอบครัวบำบัด ด้านการมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดฟื้นฟู ประกอบด้วย 5 แนวทาง คือ ปัจจัยหลักที่ทำให้เลิกยา ระยะเวลาในการบำบัด การเข้าร่วมทุกกระบวนการ การติดตามผล และความอดทน ด้านสนับสนุนผู้เสพยาเสพติดในการกลับเข้าสู่สังคม ชุมชน และสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย 6 แนวทาง คือ การออกกำลังกาย กิจกรรมร่วมกันในสังคม เพื่อนและสถานที่เสี่ยง การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และไม่เฝ้าที่คนในครอบครัวเคยเสพยา

คำสำคัญ: การฟื้นฟูสมรรถภาพ, ยาเสพติด, การมีส่วนร่วมของครอบครัว

Abstract

Guidelines to rehabilitation of drugs addict through family involvement in Mueng Angthong, Angthong Province. This study was Research and Development (R&D). The objectives of this research were to 1) examine the situation of the rehabilitation of drugs addict through family involvement in Mueng Angthong, Angthong Province 2) examine the family factor affected the rehabilitation of drugs addict involvement in Mueng Angthong, Angthong Province and 3) propose guidelines to rehabilitation of drugs addict through family involvement in Mueng Angthong, Angthong Province. The sample for quantitative research were: 754 drugs addict who received rehabilitation, 754 drugs addict's family who received



rehabilitation, rehabilitation staffs in 14 sub-districts was selected using simple random sampling by calculating the sample size (Krejcie & Morgan) at a confidence level of 3.841%, resulting in a sample size of 255 people. The key informants for qualitative research who has knowledge and understanding of the rehabilitation of drug addicts were: 1) 7 people were selected using purposive sampling from Hua Phai Subdistrict, Mueang Angthong District, Angthong Province for in-dept Interview. 2) 7 experts were selected using purposive sampling from knowledgeable and understanding of rehabilitation expert for focus group discussions and 3) 9 experts were selected using purposive sampling for confirm the draft Guidelines to rehabilitation of drugs addict through family involvement in Mueng Angthong, Angthong Province for connoisseurship. The instruments used were questionnaire, semi- Structured Interview, and connoisseurship. Quantitative data was analyzed using Frequency, Percentage, mean, and standard deviation. A difference between the current conditions and the desirable conditions using Modified Priority Needs Index ($PNI_{modified}$) Quantitative data was analyzed using content Analysis.

The results findings were as follow; 1) The current condition of the rehabilitation of drugs addict through family involvement found that 1.1) the understanding the behavior of drugs addict: Drug addict want their family to showed them love, care, and attention. 1.2) Family relationships: The family counseling with drugs addict about the causes of addiction. 1.3) Participation in the rehabilitation process: The family participates in therapeutic activities with staff 1.4) Supporting drugs addict in reintegrating into society, community, and environment: The family certifies the behavior of the drugs addict to society and the community. 2) The family factor affected the rehabilitation of drugs addict involvement found that the supporting drugs addict in reintegrating into society, community, and environment. There is a difference between the current conditions and the desirable conditions ($Gap = 0.32$). The family relationships with drugs addict and participation in the rehabilitation process. There is a difference between the current conditions and the desirable conditions ($Gap = 0.31$) and understanding the behavior of drugs addict. There is a difference between the current conditions and the desirable conditions ($Gap = 0.29$) respectively. 3) Guidelines to rehabilitation of drugs addict through family involvement found that 3.1) the understanding the behavior of drugs addict consists of 5 approaches were understanding, opportunities, knowledge about drugs, love and warmth, and a drug-addicted brain. 3.2) family relationships consist of 6 approaches were time, harmony, encouragement, caring, continuity, and family therapy. 3.3) participation in the rehabilitation process consists of 5 approaches were the main factors of drug abstinence. duration of rehabilitation process, Participation in whole of rehabilitation process, follow-up, and be patient. 3.3) Supporting drugs addict in reintegrating into society, community, and environment

consists of 6 approaches were exercise, activities involve in society, friends and risky drugs addict places, useful leisure, and not ashamed that drugs addict in family.

Keyword: Rehabilitation, Drugs addiction, Family involvement

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสถานการณ์ด้านการแพร่ระบาดของยาเสพติดมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในทุกพื้นที่ของประเทศไทย ถือเป็นปัญหาและภัยร้ายแรงของสังคมไทยมาอย่างยาวนาน โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนที่มีโอกาสเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดมากกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจากเป็นวัยที่ถูกชักจูงได้ง่ายและมีความอยากรู้อยากลอง อีกทั้งยังมีปัจจัยจากสภาพแวดล้อม สังคม หรือค่านิยมต่าง ๆ ที่เป็นแรงผลักดันให้เข้าไปข้องเกี่ยวกับยาเสพติดประเภทต่างๆ ได้โดยง่ายและก่อให้เกิดปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจ และการพัฒนาประเทศตามมา แผนยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2563 - 2565 คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างจริงจัง มีการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดประจำปี ให้มีความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของประเทศ ที่ครอบคลุมด้านการปราบปรามการบำบัดรักษา การป้องกันยาเสพติดและการบูรณาการการทำงานร่วมกันในทุกภาคส่วนของสังคมให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

จากการศึกษาสถานการณ์ด้านการแพร่ระบาดของยาเสพติดระดับโลกในปัจจุบัน พบว่า ประชากรที่มีอายุระหว่าง 15-35 ปี มีแนวโน้มการใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้น (United Nations Office on Drugs and Crime, 2021) สำหรับประเทศไทย พบว่าจำนวนเด็กและเยาวชนที่ถูกดำเนินคดียาเสพติดให้โทษ โดยสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนทั่วประเทศ พบว่า

มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในระหว่างปี พ.ศ. 2559-2563 คือ ร้อยละ 42.3, 44.6, 50.1, 51.4 และ 52.1 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 85 เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ระหว่าง 15-19 ปี และ 20-24 ปี ประเภทของยาเสพติดที่นิยมใช้อย่างแพร่หลาย คือ ยาบ้า ยาไอซ์ กัญชา กระท่อม เฮโรอีนและสารอื่น ๆ (สำนักงานยุทธศาสตร์ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2563) และจากการประเมินสหปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกระทำความผิดด้านการใช้ยาเสพติดของเด็กและเยาวชนไทย มีสาเหตุมาจาก 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ครอบครัวต่ำ ภาระเกินวัย แรงขับ/การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย มีทัศนคติต่อยาเสพติดในทางบวก การควบคุมตนเองต่ำ จิตใจไม่มั่นคง ยึดถือตนเองเป็นศูนย์กลาง อยากรู้อยากลอง และติดการเที่ยวเตร่ 2) ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ครอบครัวบกพร่อง การเลี้ยงดูไม่เหมาะสมและถูกปล่อยปละละเลย 3) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมและสังคม ได้แก่ การคบหาสมาคมกลุ่มเพื่อนที่มีพฤติกรรมกระทำความผิด พื้นที่พักอาศัย/แหล่งชุมชนที่มีอัตรากระทำผิดสูง มีแหล่งมั่วสุมและพื้นที่เสี่ยงต่อปัญหายาเสพติดและการไม่ได้รับโอกาสหรือถูกปฏิเสธจากสังคม

สำหรับในจังหวัดอ่างทอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง (2565) ได้กำหนดวิสัยทัศน์ว่า “คนอ่างทองสุขภาพดี ด้วยการดูแลสุขภาพตามวิถีชีวิตใหม่ภายในปี 2570” โดยมีพันธกิจ 4 ข้อ คือ 1) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ภัยสุขภาพ คุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และการจัดการสิ่งแวดล้อม 2) พัฒนาระบบ



บริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ ทติภูมิ และตติภูมิให้มีคุณภาพ 3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการดูแลและจัดการระบบสุขภาพ และ 4) พัฒนาระบบการจัดการที่มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ โดยคณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดอ่างทอง ครั้งที่ 6/2566 ได้มีการติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พบว่าในจังหวัดอ่างทองมีปัญหาจากผลกระทบของยาเสพติดและปัญหาการนำตัวผู้ป่วยส่งไปบำบัด และวิธีการที่ทำให้ผู้เสพยาเสพติดไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอตามคำสั่งแพทย์ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้เสพยาเสพติดมีอาการทางจิต จึงเห็นควรให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดูแลเรื่องการรักษาระดับคุณภาพและการรักษาดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตให้ถูกวิธี และการบำบัดฟื้นฟูจะเกิดขึ้นได้หากคนในครอบครัวเต็มใจและนำตัวผู้เสพยาเสพติดมาบำบัดฟื้นฟู

จากที่กล่าวมา พบว่า “ครอบครัว” เป็นต้นทางที่สำคัญในการที่จะทำให้มีการป้องกันไม่ให้บุตรหลานไปเสพยาเสพติดหรือเมื่อมีการเสฟแล้วจะเป็นส่วนสำคัญในการฟื้นฟูหรือป้องกันไม่ให้ผู้ที่เคยเสพยาเสพติดกลับไปเสฟใหม่หรือทำให้การบำบัดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้นวิธีการช่วยเหลือที่ครอบครัวและคนในชุมชนสามารถดำเนินการได้และเป็นวิธีการเดียวกับเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาล และสถานฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดใช้ในกระบวนการบำบัดซึ่งอาจจะผ่านการอบรมความรู้ระยะสั้น หรือการศึกษาข้อมูลสอบถามจากผู้มีประสบการณ์ร่วมกับการฝึกฝนและถือเป็นรูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับการบำบัดรูปแบบอื่น ๆ สิ่งสำคัญที่สุดที่ครอบครัวพึงมี คือเจตคติ ความเมตตา เห็นอกเห็นใจ และเจตนารมณ์ที่จะช่วยเหลือของผู้ให้การบำบัดด้วยวิธีการ 1) สร้างสัมพันธภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง สอบถาม

ความรู้สึกทั่วไป ทุกข์สุขประจำวัน หากเคยได้พูดคุยให้ความช่วยเหลือการเปลี่ยนแปลงหรือชื่นชมหากผู้เสฟมีการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น 2) ชี้ให้ผู้เสฟยาเสพติดประเมินปัญหาด้านต่าง ๆ ของตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ การใช้ชีวิต สัมพันธภาพในครอบครัว/สังคม และพิจารณาปัญหาที่มีผลกระทบต่อตัวเองในปัจจุบันและต้องการแก้ไข 3) สอบถามร่วมค้นหาสาเหตุของปัญหาให้ข้อมูลความรู้ความจริง แนะนำแนวทางและทางเลือกการปรับเปลี่ยนและให้ผู้เสฟยาเสพติดได้เลือกตัดสินใจและวางแผนการแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง 4) ชื่นชม เสริมกำลังใจ เน้นย้ำความมุ่งมั่น ตั้งใจในการปรับเปลี่ยนตนเองอาจให้ผู้เสฟยาเสพติดได้สรุปการให้คำปรึกษาและสอบถามความต้องการหรือนัดหมายการพบกันในครั้งต่อไป

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา “แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสฟยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในอำเภอเมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง” เพื่อกำหนดแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในอำเภอเมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง ให้ลดลง สามารถดำเนินการต่อต้านการแพร่ระบาดของยาเสพติดได้ตรงจุดโดยใช้การมีส่วนร่วมจากครอบครัวซึ่งเป็นสถาบันที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้เสฟยาเสพติดมากที่สุดเพื่อให้มีแนวทางที่ปฏิบัติได้จริงอย่างยั่งยืนสืบไป

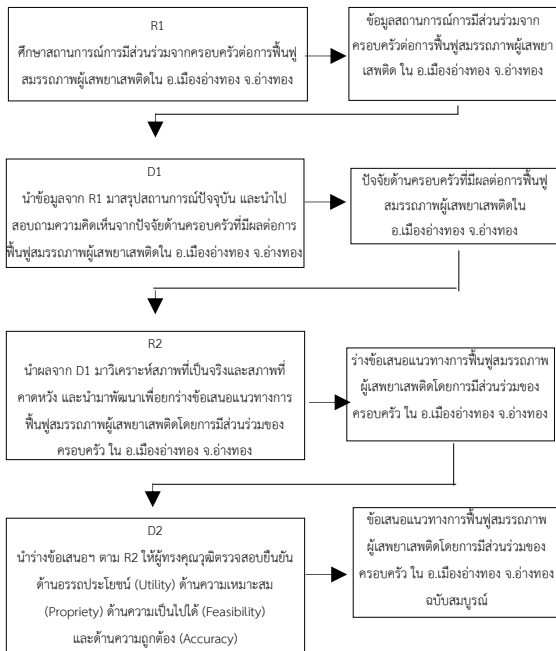
วัตถุประสงค์ในการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมจากครอบครัวต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสฟยาเสพติด ในอำเภอเมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยด้านครอบครัวที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสฟยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของ

ครอบครัวเป็นฐานในอำเภอเมืองอ่างทอง จังหวัด
อ่างทอง

- 3) เพื่อเสนอแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นฐานใน
อำเภอเมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง

ขั้นตอนกระบวนการวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) เพื่อเก็บข้อมูลสถานการณ์การมีส่วนร่วมจากครอบครัวต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด โดยเก็บข้อมูลจากผู้เข้ารับการฟื้นฟูครอบครัว ผู้เข้ารับการฟื้นฟู และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานฟื้นฟู ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิของหน่วยงานเพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมการใช้คำ ความตรงเชิงเนื้อหา
- 2) แบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ส่วนที่ 2 สภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวังต่อการมีส่วนร่วมของ

ครอบครัวในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามแนวคิดของลิเคิร์ต (Likert, 1967 อ้างถึงในเฉลิมพล ศรีหงษ์, 2563) ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน หาค่าดัชนีความสอดคล้อง ด้านเนื้อหา กับ จุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.89 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มทดลองที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยวิธีการประมาณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ได้เท่ากับ 0.95

- 3) ประเด็นการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อให้ความเห็นต่อ (ร่าง) ข้อเสนอแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวใน อ.เมืองอ่างทอง จ.อ่างทอง ประกอบด้วย 4 ด้าน คือด้านการเข้าใจ เข้าถึงพฤติกรรมของผู้เสพยาเสพติด ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวผู้เสพยาเสพติด ด้านการมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดฟื้นฟู และด้านสนับสนุนผู้เสพยาเสพติดในการกลับเข้าสู่สังคม ชุมชน และสิ่งแวดล้อม โดยเก็บข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นผู้มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด
- 4) แบบตรวจสอบยืนยันและประเมินข้อเสนอแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิของหน่วยงานเพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม การใช้คำ ความตรงเชิงเนื้อหา



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในอำเภอเมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง เป็น การวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) การศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมจากครอบครัวต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) (Berelsin, 1952 อ้างถึงใน สุรางค์ จันทวานิช, 2563) และนำเสนอแบบบรรยายและพรรณนา
- 2) การศึกษาปัจจัยด้านครอบครัวที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง (Modified Priority Needs Index (PNI_{modified})) โดยใช้ค่าสถิติพื้นฐาน คือ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 3) การตรวจสอบยืนยันด้านอรรถประโยชน์ (Utility) ด้านความเหมาะสม (Propriety) ด้านความเป็นไปได้ (Feasibility) และด้านความถูกต้อง (Accuracy) ของแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวใน อ.เมืองอ่างทอง จ.อ่างทอง ใช้วิธีการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ATGEC 23/2566) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

ผลการวิจัย

1.สถานการณ์การมีส่วนร่วมจากครอบครัวต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด ในอำเภอเมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง ผู้วิจัยได้ศึกษาสถานการณ์จากผู้เสพยาเสพติด ครอบครัวของผู้เสพยาเสพติด และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหาพบว่า

1.1) สถานการณ์ด้านการเข้าใจ เข้าถึงพฤติกรรมของผู้เสพยาเสพติด ผู้เสพยาเสพติดต้องการให้ครอบครัวแสดงความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ ครอบครัวรับรู้ความต้องการของผู้เสพยาเสพติดได้ ครอบครัวช่วยค้นหาสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้เสพยาเสพติด ครอบครัวทราบประวัติการใช้ยาเสพติดของผู้เสพยาเสพติด ครอบครัวแสดงออกในการเป็นพี่พี่ทางใจของผู้เสพยาเสพติดได้ ครอบครัวมีองค์ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด รวมทั้งวิธีการดูแลช่วยเหลือ ครอบครัวยอมให้ผู้เสพยาเสพติดพูดคุยด้วยเกี่ยวกับความต้องการเสพยาทุกเวลา ครอบครัวหลีกเลี่ยงการกระทบกระทั่ง ถ้าผู้เสพยาเสพติดทำร้ายครอบครัว แยกแยะได้ว่า ไม่โกรธผู้เสพยาเสพติดเพราะพฤติกรรม การติดยาไม่ใช่ตัวผู้เสพยาเสพติด ครอบครัวอดทนต่อสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้เสพยาเสพติดซึ่งเกิดระหว่างการเลิกยา ครอบครัวไม่จับผิดผู้เสพยาเสพติดว่าจะกลับไปเสพยาอีกครั้งหรือไม่ ครอบครัวพยายามทำทุกวิถีทางเพื่อไม่ให้ผู้เสพยาเสพติดและครอบครัวเองกลับไปใช้นิสัยไม่ดีต่อกัน เป้าหมายหลักในการเลิกยาเสพติดของผู้เสพยาเสพติดเพราะความรักที่มีต่อครอบครัว ครอบครัวไม่หวาดระแวง และหวาดกลัวที่ผู้เสพยาเสพติดจะกลับไปเสพยาซ้ำ ครอบครัวมีเวลาที่มีคุณภาพกับผู้เสพยาเสพติด ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเลิกยาด้วยตนเองของผู้เสพยาเสพติด

ครอบครัวเปิดโอกาสให้ผู้เสพยาเสพติดเลิกยาด้วยตนเอง “อยากให้พ่อและแม่รับฟังเวลามีปัญหามากกว่านี้ เพราะพ่อกับแม่เอาแต่ทำงานหนัก...”

1.2) สถานการณ์ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวกับผู้เสพยาเสพติด ผู้เสพยาเสพติดต้องการให้ครอบครัวให้คำปรึกษาพูดคุยกับผู้เสพยาเสพติดเกี่ยวกับสาเหตุของการติดยาเสพติด ครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้เสพยาเสพติด ครอบครัวมีความไว้วางใจว่าผู้เสพยาเสพติดมุ่งมั่นในการเลิกเสพยาเสพติด ครอบครัวพูดคุยปัญหาหรือเรื่องให้ผู้เสพยากังวลใจ โดยไม่ตำหนิว่ากล่าวครอบครัว ควรพูดจาดี ไม่เสียตี่ ดุด่า ครอบครัวเข้าใจว่าผู้เสพยาเสพติดมีจิตใจที่อ่อนแอ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ครอบครัวเข้าใจว่าการพูดจาทำร้ายจิตใจผู้เสพยาเสพติดอาจทำให้ผู้เสพยาเสพติดกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ หลังจากเลิกเสพยาเสพติด ผู้เสพยาเสพติดควรอาศัยอยู่กับครอบครัว และใช้ชีวิตร่วมกันระยะหนึ่ง หากครอบครัวอยู่ด้วยกันแบบปรองดอง ไม่ทะเลาะกัน จะเป็นปัจจัยให้ผู้เสพยาเสพติดเลิกยาได้ดีขึ้น ครอบครัวที่มีความอบอุ่นจะไม่มีปัญหาเรื่องคนในครอบครัวติดยาเสพติด คนในครอบครัวเชื่อมั่นในคำพูดของผู้เสพยาเสพติดว่าจะไม่กลับไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดอีก ครอบครัวปรับตัวเปลี่ยนแปลงตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้เสพยาเสพติดเลิกยาเสพติด ครอบครัวมีเวลาว่างที่จะทำกิจกรรมร่วมกับผู้เสพยาเสพติดเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ครอบครัวใหญ่ที่มีสมาชิกหลายคน เอาใจใส่จะทำให้ผู้เสพยาเสพติดมีกำลังใจในการเลิกเสพยาเสพติดมากขึ้น ผู้เข้ารับการบำบัดกลับมาเล่ากิจกรรมการบำบัดให้ครอบครัวฟังอยู่เสมอ การเลิกยาเสพติดจะสำเร็จหรือไม่อยู่ที่ครอบครัวเป็นหลัก ครอบครัวที่ไม่มีปัญหาด้านการเงิน ส่งผลให้ผู้เสพยาเสพติดบำบัดได้สำเร็จมากขึ้น “แม่ชอบว่าเวลาไปข้างนอกกับเพื่อน กลัวว่าเราจะไปเสพยาอีก...”

1.3) ด้านการมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด ต้องการให้ครอบครัวชี้ให้ผู้เสพยาเสพติดประเมินปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้ต้องใช้ยาเสพติด ครอบครัวทราบว่าเหตุผลหลักของการเลิกยาเสพติด เพราะต้องการทำให้ครอบครัวมีความสุข ครอบครัวทราบอาการของผู้ป่วยที่เสพยาเสพติด หรือปัญหาสุขภาพของผู้เสพยาเสพติด ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดผู้เสพยาเสพติด ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมบำบัดรักษากับเจ้าหน้าที่ และผู้เสพยาเสพติด ครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินผลกิจกรรมบำบัดรักษากับเจ้าหน้าที่ในส่วนที่เกิดขึ้นกับผู้เสพยาเสพติด ครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดทุกขั้นตอนเท่าที่จะทำได้ ครอบครัวมีตัวหลักในการให้ความช่วยเหลือผู้เสพยาเสพติดอย่างน้อย 1 คน ครอบครัวทราบถึงการเตรียมตัวในช่วงต่าง ๆ ของกระบวนการบำบัด ครอบครัวทราบว่ากระบวนการเลิกยาเสพติดเป็นกระบวนการที่ต้องทำต่อเนื่องหรืออาจใช้เวลาเป็นเดือนหรือปี หรือตลอดชีวิต ครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดกับผู้เสพยาเสพติดทุกขั้นตอนไม่ยกเว้นแม้ขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง ครอบครัวไม่เข้าร่วมกิจกรรมบำบัดกับผู้เสพยาเสพติด ทำให้ผู้เสพยาเสพติดรู้สึกท้อแท้ และไม่อยากเลิกเสพยาเสพติด ครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดกับผู้เสพยาเสพติด ไม่เป็นการเสียเวลาประกอบอาชีพ ครอบครัวรู้และเข้าใจเรื่องยาที่ใช้ในการบำบัด ครอบครัวต้องการให้บำบัดรูปแบบใดก็ได้ ขอเพียงให้เลิกยาเสพติดได้ ครอบครัวสามารถอดทนต่อระยะเวลาในการบำบัดยาเสพติดได้ ช่วงเวลาในการบำบัดแต่ละขั้นตอนมีความกระชับ ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับการบำบัดและการเข้าร่วมของครอบครัว “อยากให้มีคนไปด้วย (ไปเข้าร่วมกับบำบัดฟื้นฟู) เพราะรู้สึกอุ่นใจกว่าไปคนเดียว...”



1.4) ด้านสนับสนุนผู้เสพยาเสพติดในการกลับเข้าสู่สังคม ชุมชน และสิ่งแวดล้อม ผู้เสพยาเสพติดต้องการให้ครอบครัวมีส่วนช่วยให้ผู้เสพยาเสพติดปรับตัวเข้ากับสังคมและสภาพแวดล้อมได้ดีขึ้น ครอบครัวเป็นผู้รับรองคุณค่าและพฤติกรรมของผู้เสพยาเสพติดแก่สังคม ชุมชน ครอบครัวช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและการเงินของผู้เสพยาเสพติด ในขณะที่บำบัดรักษา ครอบครัวมีความรับผิดชอบในตัวผู้เสพยาเสพติดในภายในบ้านและนอกบ้าน ครอบครัวไม่ปล่อยปละละเลย และใส่ใจเรื่องการคบเพื่อนของผู้เสพยาเสพติด ครอบครัวควรมีส่วนช่วยในการเลือกคบเพื่อนเพื่อมิให้มีความเสี่ยงที่จะติดยาเสพติดเพื่อเพื่อนไม่ดี ครอบครัวไปออกกำลังกายร่วมกับผู้เสพยาเสพติด ครอบครัวให้ความสำคัญและสนับสนุนให้ผู้เสพยาเสพติดหลีกเลี่ยงจากคนและสถานที่ที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้กลับไปเสพยาซ้ำ ครอบครัวไม่รู้สึกลังเลที่จะมีสมาชิกในครอบครัวเสพยาเสพติด “พ่อกับแม่ไม่ค่อยไปไหนนอกบ้าน เพราะไม่อยากให้คนถามว่าลูกเลิกยาแล้วยัง...”

2. ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด โดยการศึกษาสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง ภาพรวม พบว่า

2.1) ด้านสนับสนุนผู้เสพยาเสพติดในการกลับเข้าสู่สังคม ชุมชน และสิ่งแวดล้อม มีค่าส่วนต่างระหว่างสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง (Gap = 0.32) รองลงมา คือ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวกับผู้เสพยาเสพติด และด้านการมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดฟื้นฟู มีค่าส่วนต่างระหว่างสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง (Gap = 0.31) และด้านการเข้าใจ เข้าถึงพฤติกรรมของผู้เสพยาเสพติด มีค่าส่วนต่างระหว่างสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง (Gap = 0.29) ตามลำดับ

2.2) ด้านการเข้าใจ เข้าถึง พฤติกรรมของผู้เสพยาเสพติด พบว่า ประเด็นที่มีค่าส่วนต่างระหว่างสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง (Gap) มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ครอบครัวยอมให้ผู้เสพยาเสพติดพูดคุยเกี่ยวกับความต้องการเสพยาทุกเวลา (Gap = 0.40) รองลงมา คือ ครอบครัวมั่นใจว่าผู้เสพยาเสพติดจะไม่กลับไปเสพยาอีกครั้ง และครอบครัวไม่หวาดระแวงและหวาดกลัวที่ผู้เสพยาเสพติดจะกลับไปเสพยาซ้ำ (Gap = 0.37) และครอบครัวช่วยค้นหาสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้เสพยาเสพติด (Gap = 0.33) ส่วนประเด็นที่มีค่าส่วนต่างระหว่างสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง (Gap) น้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ครอบครัวหลีกเลี่ยงการกระทบกระทั่งถ้าผู้เสพยาเสพติดทำร้าย และครอบครัวเปิดโอกาสให้ผู้เสพยาเสพติดเลิกยาด้วยตนเอง (Gap = 0.20) รองลงมา คือ ครอบครัวทราบประวัติการใช้ยาเสพติดของผู้เสพยาเสพติด (Gap = 0.23) และครอบครัวเข้าใจว่าเมื่อผู้เสพยาเสพติดมีพฤติกรรมก้าวร้าวอาจเป็นสาเหตุมาจากการเสพยาเสพติดไม่ใช่เพราะนิสัยส่วนตัว (Gap = 0.24) ตามลำดับ

2.3) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวกับผู้เสพยาเสพติด พบว่า ประเด็นที่มีส่วนต่างระหว่างสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ครอบครัวมีเวลาว่างที่จะทำกิจกรรมร่วมกับผู้เสพยาเสพติดเพื่อสร้างสัมพันธภาพ (Gap = 0.41) รองลงมา คือ คนในครอบครัวเชื่อมั่นในคำพูดของผู้เสพยาเสพติดว่าจะไม่กลับไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดอีก (Gap = 0.38) ครอบครัวให้คำปรึกษาพูดคุยกับผู้เสพยาเสพติดเกี่ยวกับสาเหตุของการติดยาเสพติด และครอบครัวมีความไว้วางใจว่าผู้เสพยาเสพติดมุ่งมั่นในการเลิกเสพยาเสพติด (Gap = 0.36) ตามลำดับ ประเด็นที่มีส่วนต่างระหว่างสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง

น้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ หลังจากเลิกเสพยาเสพติดผู้เสพยาเสพติดควรอาศัยอยู่กับครอบครัว และใช้ชีวิตร่วมกันระยะหนึ่ง (Gap = 0.22) รองลงมา คือ หากครอบครัวอยู่ด้วยกันแบบปรองดอง ไม่ทะเลาะกัน จะเป็นปัจจัยให้ผู้เสพยาเสพติดเลิกยาได้ดีขึ้น (Gap = 0.24) และครอบครัวเข้าใจว่าการพูดจาทำร้ายจิตใจผู้เสพยาเสพติดอาจทำให้ผู้เสพยาเสพติดกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ (Gap = 0.27) ตามลำดับ

2.4) ด้านการมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดฟื้นฟู พบว่า ประเด็นที่มีส่วนต่างระหว่างสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดกับผู้เสพยาเสพติดทุกขั้นตอน ไม่ยกเว้นแม้ขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง (Gap = 0.45) รองลงมา คือ ครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดกับผู้เสพยาเสพติด ไม่เป็นการเสียเวลา ประกอบอาชีพ (Gap = 0.41) และครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดทุกขั้นตอนเท่าที่จะทำได้ (Gap = 0.39) ตามลำดับ ส่วนประเด็นที่มีส่วนต่างระหว่างสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวังน้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ครอบครัวต้องการให้บำบัดรูปแบบใดก็ได้ขอเพียงให้เลิกยาเสพติดได้ (Gap = 0.15) รองลงมา คือ ครอบครัวทราบว่าเหตุผลหลักของการเลิกยาเสพติดเพราะต้องการทำให้ครอบครัวมีความสุข และครอบครัวสามารถอดทนต่อระยะเวลาในการบำบัดยาเสพติดได้ (Gap = 0.24) และครอบครัวทราบว่ากระบวนการเลิกยาเสพติดเป็นกระบวนการที่ต้องทำต่อเนื่องหรืออาจใช้เวลาเป็นเดือนหรือปี หรือตลอดชีวิต (Gap = 0.25) ตามลำดับ

2.5) ด้านสนับสนุนผู้เสพยาเสพติดในการกลับเข้าสู่สังคม ชุมชน และสิ่งแวดล้อม พบว่าประเด็นที่มีส่วนต่างระหว่างสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ครอบครัวไป

ออกกำลังกายร่วมกับผู้เสพยาเสพติด (Gap = 0.51) รองลงมา คือ ครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการเลือกคบเพื่อน เพราะเพื่อนเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดการเสพยาเสพติด (Gap = 0.35) และครอบครัวไม่รู้สึกลำบากใจที่มีสมาชิกในครอบครัวเสพยาเสพติด (Gap = 0.32) ตามลำดับ ส่วนประเด็นที่มีส่วนต่างระหว่างสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวังน้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ครอบครัวมีส่วนช่วยให้ผู้เสพยาเสพติดปรับตัวเข้ากับสังคมและสภาพแวดล้อมได้ดีขึ้น (Gap = 0.27) รองลงมา คือ ครอบครัวช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและการเงินของผู้เสพยาเสพติดในขณะบำบัดรักษา และครอบครัวไม่ปล่อยปละละเลย และใส่ใจเรื่องการคบเพื่อนของผู้เสพยาเสพติด (Gap = 0.28) และครอบครัวเป็นผู้รับรองคุณค่าและพฤติกรรมของผู้เสพยาเสพติดแก่สังคม ชุมชน (Gap = 0.29) ตามลำดับ

3. ข้อเสนอแนะทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในอำเภอเมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง พบว่า 1) ด้านการเข้าใจ เข้าถึง พฤติกรรมของผู้เสพยาเสพติด ประกอบด้วย 5 แนวทาง คือ ความเข้าใจ โอกาสองค์ความรู้เรื่องยาเสพติด ความรักความอบอุ่น และสมองติดยา 2) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวกับผู้เสพยาเสพติดประกอบด้วย 6 แนวทาง คือ เวลา ความปรองดอง กำลังใจ การเอาใจใส่ ความต่อเนื่อง ครอบครัวบำบัด 3) ด้านการมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดฟื้นฟูประกอบด้วย 5 แนวทาง คือ ปัจจัยหลักที่ทำให้เลิกยา ระยะเวลาในการบำบัด การเข้าร่วมทุกกระบวนการ การติดตามผล และความอดทน 4) ด้านสนับสนุนผู้เสพยาเสพติดในการกลับเข้าสู่สังคม ชุมชน และสิ่งแวดล้อมประกอบด้วย 6 แนวทาง คือ การออกกำลังกาย กิจกรรมร่วมกันในสังคม เพื่อนและสถานที่



เสี่ยง การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และไม่อายที่คนในครอบครัวเคยเสพยา

อภิปราย

1. สถานการณ์การมีส่วนร่วมจากครอบครัวต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด ใน อ.เมืองอ่างทอง จ.อ่างทอง พบว่า

1.1) ด้านการเข้าใจ เข้าถึง พฤติกรรมของผู้เสพยาเสพติด มีประเด็นที่สำคัญ คือ ผู้เสพยาเสพติดต้องการให้ครอบครัวแสดงความรัก ความห่วงใย การเป็นที่พึ่งทางใจ ให้รับรู้วิธีการดูแลช่วยเหลือ สอดคล้องกับการศึกษาของพิชเยศ ชูเมือง (2563) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อการเสพยาเสพติดเนื่องจากพ่อแม่หย่าร้างและแยกทางกัน คบเพื่อนหรือกลุ่มเพื่อนที่ใช้ยาเสพติดและปัจจัยทางสังคมเลียนแบบพฤติกรรมการเสพยาเสพติดจากคนรัก และต้องการเรียกร้องความสนใจหรือความรักจากคนรัก ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ในเรื่องมีปัญหาภายในครอบครัวจึงหันมาใช้สารเสพติด

1.2) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวกับผู้เสพยาเสพติด มีประเด็นที่สำคัญ คือ ผู้เสพยาเสพติดต้องการให้ครอบครัวไม่ดูคาวว่ากล่าว พุดจาติ ใดๆ ไม่เสียดสี ใช้อารมณ์ เพราะผู้เสพยาเสพติดอยู่ในสถานการณ์ที่อ่อนแอ การพุดจาทำร้ายจิตใจจากครอบครัวอาจทำให้กลับไปเสพยาเสพติดได้

1.3) ด้านการมีส่วนร่วมในกระบวนการฟื้นฟู มีประเด็นที่สำคัญ คือ ผู้เสพยาเสพติดต้องการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมบำบัดรักษา กับเจ้าหน้าที่และผู้เสพยาเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาของนิवारณ ตติยนันทพร (2565) พบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันและรักษายาเสพติด ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน 2) วางแผนการ

ดำเนินงาน 3) ปฏิบัติการรักษาผู้เสพยาเสพติด 4) ร่วมติดตามและประเมินผล และ 5) การดูแลระยะยาวหลังการรักษา

1.4) ด้านสนับสนุนผู้เสพยาเสพติดในการกลับเข้าสู่สังคม ชุมชน และสิ่งแวดล้อม มีประเด็นที่สำคัญ คือ ครอบครัวจะเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้เสพยาเสพติดกลับเข้าสู่สังคม ชุมชน และสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับการศึกษาของชูไผะยะห์ ลาเต๊ะ (2563) พบว่า การจัดการปัญหาเสพติดในชุมชน ประกอบด้วย 1) ด้านผู้นำชุมชน มีการดำเนินงานแบบบูรณาการ 4 เสาหลักด้วยกัน คือ กำหนดผู้ใหญ่บ้าน อีหม่าม และผู้นำจิตวิญญาณในชุมชน 2) ด้านสมาชิกในชุมชน การที่กลุ่มประชาชนให้กระบวนการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชนที่กระทำการออกมาในลักษณะของการทำงานร่วมกันที่แสดงให้เห็นถึงความต้องการร่วมกัน ความสนใจร่วมกัน มีความต้องการที่จะบรรลุถึงเป้าหมาย รับรู้ถึงปัญหาและความต้องการไปพร้อมกัน 3) ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม ในชุมชนเป็นการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการให้เด็กและเยาวชนที่มามีบำบัดในศูนย์บำบัดกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ โดยใช้ศาสนบำบัดเพื่อให้เป็นพื้นที่ปลอดภัยเสพยาเสพติด 4) ด้านเจ้าหน้าที่รัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องกับการจัดการปัญหาเสพติดในชุมชน การให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของยาเสพติดในชุมชนรวมถึงการส่งเสริมป้องกันและสนับสนุนให้เด็กและเยาวชนได้เข้าร่วมโครงการ

2. ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด โดยการศึกษาสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวัง มีประเด็นที่สำคัญ คือ สนับสนุนผู้เสพยาเสพติดในการกลับเข้าสู่สังคม ชุมชน และสิ่งแวดล้อม มีค่าส่วนต่างระหว่างสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวังสูงสุด รองลงมาคือสัมพันธภาพในครอบครัวกับผู้เสพยาเสพติด การมีส่วนร่วมใน

กระบวนการบำบัดฟื้นฟู และการเข้าใจ เข้าถึง พฤติกรรมของผู้เสพยาเสพติด ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากสิ่งที่ยากที่สุดในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดคือการที่สังคม ชุมชน ให้การยอมรับ และให้โอกาสในการแก้ไขสิ่งที่ผิดพลาดไปแล้ว ตลอดจนการให้โอกาสจากครอบครัวด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถจักร์ สมเกียรติกุล (2566) พบว่า รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน 2) วางแผนการดำเนินงาน 3) ปฏิบัติการรักษาผู้ยาเสพติด 4) ร่วมติดตามและประเมินผล และ 5) การดูแลระยะยาวหลังการรักษา ผลการประเมินรูปแบบพบว่าก่อนการใช้รูปแบบตัวแทนครอบครัวผู้ติดยาเสพติดที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ป้องกันและรักษายาเสพติดในระดับน้อย หลังการใช้รูปแบบตัวแทนของครอบครัวมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับมาก ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผลการประเมินบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในประเด็นความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด โดยผลการประเมินความพึงพอใจในภาพรวม ความพึงพอใจต่อรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน พบว่ามีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการประเมินภาพรวมความพึงพอใจต่อรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และกลุ่มภาคีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำ

ชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ข้อเสนอแนะทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในอำเภอเมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง พบว่า

3.1) ด้านการเข้าใจ เข้าถึง พฤติกรรมของผู้เสพยาเสพติด ประกอบด้วย 1) ความเข้าใจ ครอบครัวควรทำความเข้าใจ หลีกเลี่ยงที่จะกระทบกระทั่งทั้งทางวาจา ร่างกาย หรือพฤติกรรมการแสดงออกที่อาจจะกระทบจิตใจของผู้เสพยาเสพติด รวมทั้งไม่โต้ตอบในกรณีที่ผู้เสพยาเสพติดแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม ครอบครัวควรมีความใจเย็นให้มาก ทำความเข้าใจว่าพฤติกรรมไม่เหมาะสมหรือพฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดขึ้นในระหว่างที่ผู้เสพยาเสพติดอาจเกิดจากผลของยาเสพติด ไม่ใช่นิสัยส่วนตัวของผู้เสพยาเสพติด ดังนั้น ครอบครัวจึงควรพูดดี ๆ ไม่พูดจาเสียดสีดุด่า ยอมรับความผิดพลาดในอดีต พยายามอย่าพูดถึงเรื่องในอดีตที่ทำให้ผิดพลาดหรือทำให้รู้สึกไม่ดี ให้การยอมรับ ทำความเข้าใจว่าผู้เสพยาเสพติดอยู่ในช่วงที่มีจิตใจอ่อนแอ 2) โอกาส ครอบครัวควรให้โอกาสในการเลิกยาเสพติดด้วยตัวผู้เสพยาเสพติดเองก่อน สร้างความมั่นใจให้กับผู้เสพยาเสพติดว่าจะสามารถเลิกยาเสพติดได้ เพื่อทำให้ผู้เสพยาเสพติดภูมิใจในตัวเองหากสามารถเลิกยาได้ และควรเข้าไปมีส่วนร่วมกับกระบวนการในการเลิกยาเสพติดเพื่อทำความเข้าใจในแต่ละขั้นตอน 3) องค์ความรู้เรื่องยาเสพติด ครอบครัวควรศึกษาลักษณะของยาเสพติด ผลกระทบที่เกิดขึ้น และพฤติกรรมที่อาจแสดงออกกรณีเสพยาเสพติดชนิดนั้น ๆ เพื่อเป็นข้อมูลในการหลีกเลี่ยงช่วงเวลาดังกล่าวและเบี่ยงเบนความสนใจผู้เสพยาเสพติด 4) ความรักความอบอุ่น ครอบครัวควรแสดงออกถึงความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ พูดคุย เพราะเป้าหมายหลักของผู้เสพยาเสพติดที่ต้องการเลิกยา เพราะอยากทำเพื่อ



ครอบครัว ครอบครัวจึงควรรับรู้ความต้องการและสาเหตุของการเสพยาเสพติดของผู้เสพยาเสพติด เพื่อแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุได้ และร่วมมือกับผู้เสพยาเสพติดในการเลิกยาให้ได้ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น 5) สมองติดยา ครอบครัวต้องทำความเข้าใจถึงภาวะยาเสพติดที่จะเกิดขึ้นกับสมองของผู้เสพยาเสพติด ต้องทำความเข้าใจถึงคำว่า “สมองติดยา” และภาวะอื่น ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้เสพยาเสพติด ผู้เสพยาเสพติดต้องได้รับการรักษาทั้งทางร่างกายและจิตใจ การสื่อสารภายในครอบครัวจึงเป็นส่วนสำคัญในการช่วยเหลือผู้เสพยาเสพติด ส่วนผู้บำบัดควรให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับฤทธิ์ของยาเสพติดแต่ละประเภทให้ครอบครัวรับทราบ เมื่อผู้ป่วยมีการดื่มสุราร่วมด้วย จะกระตุ้นอาการให้รุนแรงมากขึ้นและขาดสติ ช่วงนี้ญาติควรหลีกเลี่ยงพฤติกรรมไปกระตุ้นอารมณ์ผู้ป่วย เพื่อป้องกันเหตุการณ์รุนแรงที่จะอาจเกิดขึ้นกับครอบครัวและชุมชนได้ โดยแนะนำให้สังเกตจากสัญญาณเตือน 5 อย่าง (5 Red flag) ได้แก่ ไม่หลับ ไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว เทียวหวาดระแวง หากพบว่ามีอาการดังกล่าวให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่ตำรวจ/ปกครอง เพื่อประสานนำตัวผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลใกล้บ้านให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ ปัญญา (2560) พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ปัจจัยหลักคือด้านบุคคล ปัจจัยรองลงมาคือด้านครอบครัว และด้านสังคม ดังนั้นจะป้องกันปัญหาการกลับมาเสพยาซ้ำต้องเริ่มแก้ที่ตัวบุคคลเป็นอันดับแรกโดยสร้างความตระหนักและเจตคติเชิงลบต่อยาเสพติดและควรเสริมสร้างสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถควบคุมตนเอง ส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลอีกทั้งช่วยลดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวและขอโอกาสต่อสังคม ต้องให้โอกาสผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดได้เข้าทำงาน จะทำให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ในการ

รักษาบำบัดฟื้นฟูเพื่อป้องกันการหวนกลับไปใช้สารเสพติดอย่างถาวร

3.2) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวกับผู้เสพยาเสพติด ประกอบด้วย 1) เวลา ครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวมีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งกัน เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนในครอบครัวหันไปพึ่งยาเสพติด ดังนั้นการให้เวลาต่อกันและกันอย่างเพียงพอ สัมพันธภาพที่ดี การให้ความไว้วางใจ ความมั่นใจ และบรรยากาศที่ดีในครอบครัว ตลอดจนการจัดการด้านเศรษฐกิจในครอบครัวที่เหมาะสมจะเป็นเกราะป้องกันแรกที่จะทำให้ผู้เสพยาเสพติดเลิกยาเสพติดได้ดีขึ้นหรือไม่กลับไปเสพยาเสพติดอีก 2) ความปรองดองกัน ผู้เสพยาเสพติดอยากมีโอกาสเริ่มต้นชีวิตใหม่ด้วยกันทั้งสิ้น ต้องการให้ครอบครัวอยู่รวมกันด้วยความปรองดอง ไม่ทะเลาะกัน ภายหลังการบำบัดฟื้นฟูครอบครัวจะได้เห็นการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตใหม่ที่แตกต่างจากก่อนการบำบัดฟื้นฟู ดังนั้นจึงควรให้มีความปรองดองในครอบครัวเพื่อให้ผู้เสพยาเสพติดไม่กลับไปเสพยาอีกครั้ง 3) กำลังใจ ช่วงเวลาที่ผู้เสพยาเสพติดอยู่ในระหว่างการเลิกยาเสพติดเป็นช่วงเวลาที่ละเอียดอ่อน ต้องต่อสู้กับตนเอง ผู้เสพอาจมีช่วงเวลาที่ท้อแท้ถดถอยในเชิงความเข้มแข็ง ดังนั้นครอบครัวต้องเข้าไปช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ผู้เสพยาเสพติดให้มากที่สุด 4) การเอาใจใส่ ช่วงเวลาหลังจากผู้เสพยาเสพติดเลิกยาเสพติดได้แล้วครอบครัวควรอยู่ใกล้ชิดกับผู้เสพยาเสพติดเพื่อดูแลเอาใจใส่ 5) ความต่อเนื่อง ถึงแม้จะจบกระบวนการบำบัดฟื้นฟูไปแล้ว ผู้เสพยาเสพติดก็ยังคงต้องการกำลังใจจากครอบครัว ต้องการให้ครอบครัวแสดงความรัก ความห่วงใย สัมพันธภาพเหล่านี้จะเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ครอบครัวรับรู้ความต้องการของผู้เสพยาเสพติดได้มากขึ้นด้วย 6) ครอบครัวบำบัด ครอบครัวควรเรียนรู้วิธีการ “Family Therapy” เพื่อช่วยเหลือผู้เสพยา

เสพติดได้อย่างต่อเนื่อง สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ใช่เพียงแต่ให้กำลังใจ แต่ต้องเป็นการรับฟังความเข้าใจจริง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญา ภูระหงษ์ (2561) พบว่า การเลี้ยงดูในวัยเด็ก สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับระดับการเสพติด ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ ยังมีอาการอยากยาเสพติด การรับรู้ว่าตนเองยังไม่อยากเลิก ติดใจในฤทธิ์ของยาเสพติด เหงาว่าเหว่ ไม่มีงานทำเป็นหลักแหล่ง เข้ากับเพื่อนกลุ่มใหม่ไม่ได้ ไม่มีเงินใช้ ปัจจัยภายนอกจากเพื่อนและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ มีความขัดแย้งกับคนในครอบครัว บ้านอยู่ในแหล่งที่มีกลุ่มผู้ติดยาเสพติด แหล่งจำหน่ายยาเสพติด ได้รับการชักชวนจากเพื่อนที่เคยเสพติดด้วยกัน ครอบครัวและสังคมในชุมชนไม่ยอมรับ มีความสัมพันธ์กับระดับการเสพติด กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าการที่จะไม่กลับไปเสพติด 3 อันดับแรก ได้แก่ อยู่กับครอบครัวคิดว่าครอบครัวสำคัญที่สุด ปฏิเสธเพื่อนชวนให้ได้ และตั้งสติมีความเชื่อมั่นในตนเองไม่คล้อยตามเพื่อน ด้านการบำบัดรักษา ได้แก่ ระยะเวลาการบำบัดรักษาน้อยไปควรเพิ่ม 6 เดือน หรือ 2 ปี และควรให้อยู่รับการรักษาจนแน่ใจว่าจิตใจเข้มแข็ง

3.3) ด้านการมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดฟื้นฟูประกอบด้วย 1) ปัจจัยหลักที่ทำให้เลิกยาครอบครัวควรรับทราบเหตุผลหลักของการเลิกยาเสพติดของผู้เสพยาเสพติดว่ามาจากปัจจัยใด เพื่อส่งเสริมให้บรรยากาศในครอบครัวสร้างแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นหากผู้เสพยาเสพติดสามารถเลิกยาเสพติดได้ ครอบครัวจึงควรเตรียมความพร้อมในทุกด้าน และเตรียมตัว เตรียมหัวใจ เตรียมช่วงเวลาว่างและบริหารจัดการเวลาที่จะร่วมกับผู้เสพยาเสพติดในการบำบัดฟื้นฟู 2) ระยะเวลาในการบำบัด กระบวนการบำบัดฟื้นฟูมีขั้นตอนและระยะเวลานาน ครอบครัวควรมีความอดทน มุ่งมั่นตั้งใจในการมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัดฟื้นฟู

ให้ต่อเนื่องจนจบกระบวนการ 3) การเข้าร่วมทุกกระบวนการ ในกระบวนการบำบัดฟื้นฟูควรเป็นอย่างยิ่งที่ครอบครัวควรเข้ามารับรู้ รับทราบ และมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ เพราะแต่ละกระบวนการอาจต้องมีแนวปฏิบัติที่ต้องกลับไปปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้าน หรือข้อควรระวังในระหว่างกระบวนการบำบัดฟื้นฟู ดังนั้น การที่ครอบครัวร่วมกับผู้เสพยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูจะมีโอกาสประสบความสำเร็จสูงกว่า 4) การติดตามผลเจ้าหน้าที่บำบัดฟื้นฟูกับครอบครัว ควรมีช่วงเวลาที่จะติดตามประเมินผลร่วมกันเป็นระยะว่า ก่อน ระหว่าง และหลังการเข้าร่วมกระบวนการบำบัดฟื้นฟู ผู้เสพยาเสพติดมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นหรือแย่ลงอย่างไรบ้าง 5) ความอดทน หากผู้เสพยาเสพติดไม่สามารถเลิกยาเสพติดได้ ครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบด้วย เพราะอาจเกิดผลกระทบอื่น ๆ ตามมา ครอบครัวควรพาผู้บำบัดเข้ารับการบำบัดอย่างสม่ำเสมอ และดูแลผู้เสพยาเสพติดตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ผู้เสพยาเสพติดอาจมีแนวโน้มที่จะล้มเลิกการบำบัดให้ครบโปรแกรม เนื่องจากเมื่อพ้นระยะเวลาขาดยา ผู้เสพยาเสพติดจะรู้สึกดีขึ้น และไม่ไปรักษาต่อเนื่องตามนัดหรือไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ แสงส่อง (2562) พบว่า วัยรุ่นที่เสพยาบ้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานมีการเสพยาบ้าน้อยกว่าก่อนเข้าเข้าร่วมโปรแกรม และน้อยกว่ากลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

3.4) ด้านสนับสนุนผู้เสพยาเสพติดในการกลับเข้าสู่สังคม ชุมชน และสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย 1) การออกกำลังกาย โดยครอบครัวอาจไปออกกำลังกายในชุมชนร่วมกับผู้เสพยาเสพติด เพื่อให้ทดลองกลับเข้าสู่สังคมและทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงด้วย เป็นเหมือนการเปิดให้สังคมได้รับทราบและยอมรับในการ



เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เสพยาเสพติดได้ดีขึ้น 2) กิจกรรมร่วมกันในสังคม ครอบครัวดำเนินชีวิตตามปกติทั่วไป ผู้เสพยาเสพติดอาจกลับมาอยู่กับครอบครัว ต้องทำให้ผู้เสพยาเสพติดปรับตัวเข้ากับครอบครัวและสังคมให้ได้ 3) เพื่อนและสถานที่เสี่ยง การเอาใจใส่ดูแลเรื่องการคบเพื่อนของผู้เสพยาเสพติด เพราะหากเพื่อนเป็นผู้เสพยาเสพติดอยู่แล้วก็อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้เสพยาเสพติดกลับไปเสพยาเสพติดอีก 4) การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ครอบครัวควรจัดตารางเวลาจัดให้ผู้เสพยาเสพติดมีกิจกรรมทำระหว่างที่เริ่มต้นหยุดยาเสพติด เพื่อช่วยให้ผู้เสพยาเสพติดมีการจัดการเวลาที่ดี 5) ไม่อายที่คนในครอบครัวเคยเสพยา ครอบครัวจะต้องไม่อายที่สังคมอาจรู้ว่าผู้เสพยาเสพติดคือคนในครอบครัว และต้องมีความรับผิดชอบต่อการกระทำของผู้เสพยาเสพติดในระหว่างการเข้ารับการบำบัดทั้งภายในบ้านและภายนอกบ้าน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อภิญญา ก่อเต็ม (2565) พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และอาชีพ รายได้ และตำแหน่งหน้าที่ในชุมชนของประชาชนมีผลต่อระดับการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาเสพติด ส่วนเพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่อยู่อาศัยในชุมชน ไม่มีผลต่อระดับการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาเสพติด ดังนั้นควรส่งเสริมให้ประธานชุมชน ผู้ที่มีรายได้สูง และผู้ประกอบการอาชีพธุรกิจส่วนตัวซึ่งมีศักยภาพสูงในการเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหายาเสพติดเข้ามามีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจ การดำเนินงาน การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและศรัทธาซึ่งส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาเสพติดได้เพิ่มขึ้น และยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1) การนำผลการวิจัยไปใช้

1.1) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นสภาพของครอบครัวที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้เสพยาเสพติดมีความคิดว่าครอบครัวเป็นปัจจัยหลักสำคัญในการเลิกยาเสพติด ซึ่งหากครอบครัวมีส่วนร่วมกับกระบวนการก็จะทำให้ผู้เสพยาเสพติดสามารถเข้ารับกระบวนการฟื้นฟูได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

1.2) ควรมีการกำหนดแนวทาง วิธีการ หรือการปฏิบัติตัวของครอบครัวอย่างชัดเจน เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ มีหลักในการปฏิบัติตัวเพื่อผู้เสพยาเสพติดอยู่ในกระบวนการฟื้นฟู รวมถึงการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ เพื่อประโยชน์ในการกำกับ ติดตาม ประเมินผลการฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดด้วย

1.3) ครอบครัว และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานฟื้นฟู ควรนำแนวทางไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด เพื่อให้ผู้เสพยาเสพติดสามารถบำบัดฟื้นฟูได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2) การทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1) ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินงานของอำเภออื่น หรือจังหวัดอื่น เพื่อเป็นการเทียบเคียงบริบทที่เหมาะสมกับแต่ละสภาพพื้นที่ วัฒนธรรมการทำงาน สภาพสังคมและเศรษฐกิจ ตลอดจนสภาพปัญหาด้านยาเสพติดที่เกิดขึ้น

2.2) ควรมีการศึกษา วิจัย และนำเสนอในภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้มีแนวทางสำหรับการปรับใช้ได้หลากหลายบริบทในเอกสารฉบับเดียว เพื่อให้เกิดการเปรียบเทียบและปรับใช้แนวทางระหว่างพื้นที่

2.3) ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในพื้นที่อื่นที่มีความแตกต่างด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม

วัฒนธรรม เพื่อให้ได้ข้อมูลเพียงพอในการสังเคราะห์
แนวทางการฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดที่สามารถนำไปใช้ได้
อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *แนวทางการ
ดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยมีส่วนร่วมของชุมชน
และแนวปฏิบัติที่ดี* บริษัท เดอะกราฟิก ชิสเต็มส์
จำกัด.

กัญญา ภูระหงษ์. (2561) ปัจจัยที่มีผลต่อการเสพยาของผู้ติดยา
เสพติดในเขตจังหวัดปทุมธานี. *วารสารพยาบาล
สาธารณสุข, 32*(2), 23-40.

เฉลิมพล ศรีหงษ์. (2564). เอกสารประกอบการบรรยาย
กระบวนการวิจัยเชิงนโยบายทางรัฐประศาสนศาสตร์.
กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง, โครงการ
รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต.

ชูไมยะห์ ลาเต๊ะ. (2563). การจัดการปัญหาเสพติดในชุมชน
กรณีศึกษา : ชุมชนบาราเฮาะ ตำบลบาราเฮาะ อำเภอ
เมือง จังหวัดปัตตานี. สืบค้นจาก
[http://www2.huso.tsu.ac.th/ncom/csd/csdful_
pdf/f326.pdf](http://www2.huso.tsu.ac.th/ncom/csd/csdful_pdf/f326.pdf)

นิภาวรรณ ตติยนันทพร. (2565). การมีส่วนร่วมของครอบครัวและ
ชุมชนในการป้องกันและบำบัดยาเสพติด อำเภอคอน
สวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 16*(2).
581-596.

พิชเยศ ชูเมือง. (2563). *การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาเสพติด
ของผู้ต้องหาคดียาเสพติด: กรณีศึกษาในพื้นที่จังหวัด
สงขลา*. [สารนิพนธ์ ปริญญารัฐประศาสนศาสตร
มหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ศิริลักษณ์ ปัญญา. (2558). ปัจจัยเสี่ยงของการกลับไปใช้ยาเสพติด
ซ้ำของผู้รับการบำบัดยาเสพติดในศูนย์ฟื้นฟู
สมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแห่งหนึ่งในภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือ. (รายงานการวิจัย). อุตรธานี:
มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุตรธานี.

ศิริลักษณ์ แสงส่อง. (2562). ผลของโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบ
ผสมผสานต่อการเสพยาบ้าในวัยรุ่นที่เสพยาบ้า.
วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 33(2), 76-90.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง. (2565). [https://atg-
h.moph.go.th/](https://atg-h.moph.go.th/)

สำนักยุทธศาสตร์ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและ
ปราบปรามยาเสพติด. (2563). รายงานผลการ
ดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ประจำปี
งบประมาณ 2563. กรุงเทพฯ: สำนักงาน
คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.

สุภางค์ จันทวานิช. (2563). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่
25). สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรรถจักร์ สมเกียรติกุล. (2566). การพัฒนารูปแบบการ
บำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยมีส่วนร่วมของ
ครอบครัวและชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี.
วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด, 1(1), 25-30.

อภิญญา ก่อเต็ม. (2565) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการ
แก้ไขปัญหายาเสพติดในจังหวัดนราธิวาส. *วารสารสภา
การสาธารณสุขชุมชน, 4*(3), 56-68.

United Nations Office on Drugs and Crime
(UNODC). (2021). *The Europa Directory of
International Organizations 2021* (23rd
Edition). London: Routledge.



การส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้านสำหรับญาติผู้ดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด Promoting Humanitude Care in Family Caregivers of Older Adults with Dementia

Received: August 12, 2023

Revised: October 31, 2023

Accepts: November 16, 2023

เกศินี วุฒิวงศ์ (M.P.H.)¹, พีรนุช ลาเซอร์ (Ph.D.)²

Kasinee Wudhiwong (M.P.H.)¹, Peeranuch LeSeure (Ph.D.)²

บทคัดย่อ

ในประเทศไทยการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้านโดยญาติผู้ดูแลที่เป็นสามี ภรรยา บุตร หลาน มักพบได้ในชุมชนเพราะเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมไทย รวมทั้งเป็นการตอบแทนพระคุณบุพการี แต่อย่างไรก็ตามการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเป็นการดูแลที่ยาวนานและเป็นภาระมากขึ้นตามการดำเนินของโรค ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลที่บ้านอาจเกิดความเหนื่อยล้า เครียด หรือหมดไฟในการดูแล เป็นต้น

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดที่ให้ความสำคัญกับการเคารพความเป็นมนุษย์ องค์ประกอบและขั้นตอนของการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด นอกจากนี้บทความยังได้นำเสนอการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดเพื่อเป็นทางเลือกสำหรับพยาบาลที่ให้การเยี่ยมบ้านนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้านให้มีความรู้ความเข้าใจและเพิ่มพูนทักษะการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดแก่ญาติผู้ดูแลที่บ้านเพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสมและลดภาระของญาติผู้ดูแลที่บ้าน

คำสำคัญ: แนวคิดฮิวแมนนิจูด, ภาวะสมองเสื่อม, ญาติผู้ดูแลที่บ้าน

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักการศึกษาทั่วไปและวิทยาศาสตร์พื้นฐาน มหาวิทยาลัยพายัพ , Thailand

²Asst.Prof. College of Nursing & Health Sciences, University of Massachusetts Dartmouth, USA

Corresponding author: kasineewud@gmail.com

Abstract

In Thailand, family caregivers, including husband, wife, child, and grandchild, play a significant role in caring for older adults with dementia in the family at home as part of Thai culture. Also, caring for older adults in the family is also a way children should be grateful to their parents/grandparents. However, providing long-term care for old adults with dementia could lead to exhaustion, stress, or burn out.

This article aims to present the concept of humanitude care, which emphasizes respect for the dignity of the human person. The article will present the key principles and steps of humanitude care. It will also provide an alternative approach for nurses who provide care in the community to enhance family caregivers, knowledge and skills in caring for older adults with dementia using the humanitude concept. Therefore, family caregivers could provide proper care for older adults with dementia with less burden.

KEYWORDS: humanitude care, dementia, family caregivers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล จากสถิติขององค์การอนามัยโลกในปีค.ศ.2023 พบทั่วโลกมีประชากรที่มีภาวะสมองเสื่อมถึง 55 ล้านคน โดยมีจำนวนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะสมองเสื่อมรายใหม่กว่า 10 ล้านคนต่อปี นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 7 และเป็นสาเหตุหลักของความพิการและการมีภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุทั่วโลก (World Health Organization (WHO), 2023) สำหรับประเทศไทย ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ เนื่องจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น จากสถิติในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 12.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด และมีจำนวนผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม จำนวน 6.8 แสนคน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564)

ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็นภาวะที่มีการแสดงออกถึงการทำหน้าที่ของสมองเสื่อมลงของบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะสมองส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรู้คิด (Cognitive Function) และสติปัญญา (Intellectual Function) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการจำ การรู้คิด การใช้เหตุผล และการตัดสินใจลดลง มีพฤติกรรมที่ผิดปกติทางการรับรู้ และความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน รวมทั้งปฏิบัติกิจกรรมได้น้อยลง ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นมากขึ้น (พัชรี คมจักรพันธ์, 2563) สำหรับครอบครัวไทยนั้นบุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 50 เป็นบุตร ร้อยละ 5-11 เป็นคู่สมรส (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2563) การที่ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลจากญาติผู้ดูแลที่บ้านเพราะกลุ่มบุคคลดังกล่าวส่วนหนึ่งมีความเชื่อตามหลักศาสนาพุทธเรื่องความกตัญญูในการเลี้ยงดูบิดามารดาเพื่อตอบแทนบุญคุณ (สมบุญธวัช, 2560) แต่อย่างไรก็ตามการดูแลผู้สูงอายุภาวะ



สมองเสื่อมนั้นใช้เวลานานและเป็นภาระมากขึ้นตามการดำเนินของโรค จึงทำให้ญาติผู้ดูแลที่บ้านรับภาระหนักในการดูแลและมีผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลที่บ้าน เช่น อ่อนเพลีย เครียด ขาดโอกาสพบปะเพื่อนหรือขาดรายได้ เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต (Scoping Review) ของ Giang, Jonathan, Ling-Jie, Min-Jia & Tau-Ming. (2022) พบว่าการนำแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude) ซึ่งเป็นการดูแลที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพ (Relationship-Centered) ร่วมกับการดูแลด้วยความเห็นอกเห็นใจ (Compassionate Care) ซึ่งเป็นหัวใจของการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม นอกจากจะลดภาวะหงุดหงิดวุ่นวาย (Agitation) ลดอาการทางจิตสังคม และส่งเสริมความผาสุกในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแล้วยังพัฒนาการสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแล รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและความรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและลดภาวะหมดไฟ (Burn Out) ในการดูแล

ดังนั้น ในต่างประเทศจึงมีการอบรมผู้ดูแลทั้งผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal Caregiver) เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา และผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) เช่น ญาติผู้ดูแล เพื่อนำแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม การศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมของ Kobayashi และ Honda (2021) พบว่า ภายหลังการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมตามแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ระดับความรู้สึกเป็นภาระ (Burden) ของญาติผู้ดูแลลดลง และปัญหาทางพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมลดลง สำหรับในประเทศไทย ผู้เขียนสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูล Thai

Journal Online (ThaiJO) พบงานวิจัย 3 เรื่องที่ศึกษาการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกระวนกระวายของผู้ป่วยภายหลังได้รับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (ฉันทน์นัท พุฒิวัฒนธราดล และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2561) การศึกษาการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมการดูแล (เสาวนีย์ เปรมทอง และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2561) การศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในสถานบริการสุขภาพ พบว่า ค่าเฉลี่ยความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (สุภาวดี ลำสัน และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2564)

จากหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับผลของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดที่ให้ผลลัพธ์เชิงบวกต่อผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลดังปรากฏในงานวิจัยที่กล่าวมาแล้ว ผู้เขียนจึงนำเสนอแนวทางการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลที่บ้านนำแนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดยพยาบาลชุมชนเยี่ยมบ้านจะให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลที่บ้านเกี่ยวกับแนวคิด หลักการ และการพัฒนาทักษะการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดรวมทั้งส่งเสริมสนับสนุนให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องและประเมินผลการดูแลที่บ้านเพื่อเพิ่มคุณภาพของการดูแล ลดความรู้สึกเป็นภาระ ลดภาวะหมดไฟ

ของญาติผู้ดูแลที่บ้าน และลดปัญหาทางพฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

วัตถุประสงค์บทความ

เพื่อนำเสนอแนวคิด หลักการและแนวทางการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดให้แก่พยาบาลชุมชนนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยญาติผู้ดูแลที่บ้าน

ภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) หรือ Major Neurocognitive Disorder (DSM-5™) เป็นภาวะการทำงานของสมองด้านการรู้คิดลดลง เช่น มีการเสื่อมของความจำ ความคิด การตัดสินใจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2019; Black & Grant, 2014) โดยภาวะสมองเสื่อมเกิดได้หลายสาเหตุ ได้แก่ การเสื่อมสลายของเนื้อสมอง โรคหลอดเลือดสมอง (Vascular Dementia) และสาเหตุอื่น เช่น ภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจะมีอาการตามระยะของโรคตั้งแต่มีอาการเล็กน้อย เช่น เริ่มหลงลืม สูญเสียความจำระยะสั้น อาการมากขึ้นจนถึงเริ่มหลงลืมชื่อคน จำทางกลับบ้าน ไม่ถูก มีปัญหาด้านการสื่อสารกับคนรอบข้าง หากมีอาการมากจะมีการบกพร่องในการรู้คิดมากขึ้นจนไม่สนใจเวลาและสถานที่ มีพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นต้น (ภรณวิทย์ อนันต์ติลลภพ, 2564)

ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุต่อญาติผู้ดูแลที่บ้าน

ในบทความนี้ ญาติผู้ดูแลที่บ้าน หมายถึง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ดูแลผู้สูงอายุตามความสัมพันธ์ในเครือญาติ โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

เช่น สามี ภรรยา บุตร หลาน หรือญาติพี่น้อง เป็นต้น (พัชร คมจักรพันธ์, 2563) สำหรับผลกระทบที่ญาติผู้ดูแลที่บ้านได้รับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีหลายด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย เช่น เจ็บป่วย ซึ่งมีสาเหตุจากการอัม การพุง หรือการยกผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในรายที่ช่วยตนเองได้น้อย 2) ด้านอารมณ์ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า ซึ่งเป็นผลมาจากปัญหาด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เช่น มีอารมณ์ก้าวร้าว กระวนกระวาย ซึมเศร้า เป็นต้น (ปิยะภัทร เดชพระธรรม, 2561) มีความรู้สึกเป็นภาระอย่างมาก (ชาลินี สุวรรณยศ และดารารวรรณ ต๊ะปินตา, 2561) 3) ด้านสังคมเศรษฐกิจ เช่น ขาดรายได้ การใช้จ่ายเงินไม่คล่องตัว (พัชร คมจักรพันธ์, 2563) และ 4) ด้านการใช้เวลาของญาติผู้ดูแลที่บ้านที่ใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (ปริยธิดา ชลศึกเสนีย์ และวรรณภา ศรีธัญรัตน์, 2560) จะเห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้านนั้น เป็นการดูแลในระยะเวลานานและรับภาระเพิ่มมากขึ้นตามการดำเนินของโรค ญาติผู้ดูแลที่บ้านจึงเป็นบุคคลสำคัญในการทำให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอยู่กับภาวะของโรคได้ตามสภาพ หากญาติผู้ดูแลที่บ้านได้รับการสอนเกี่ยวกับการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดจากพยาบาลชุมชนที่มีหน้าที่สำคัญในการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่องในชุมชนโดยการเยี่ยมบ้าน ญาติผู้ดูแลที่บ้านจะรู้สึกเหนื่อยกายเหนื่อยใจลดลง (ชาลินี สุวรรณยศ และดารารวรรณ ต๊ะปินตา, 2561)

การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด

ฮิวแมนนิจูดเป็นแนวคิดทางมานุษยวิทยาที่พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1979 โดย Yues Gineste และ Rosette Marescotti ชาวฝรั่งเศสซึ่งอาศัย



ประสบการณ์จากการทำงานมากกว่า 30 ปี ใน เนิร์สซิงโฮม พัฒนาแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุโดยอาศัย พื้นฐานของการดูแลที่เน้นความเข้าใจถึงความต้องการ ของมนุษย์เรียกว่า การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Gineste, Marescotti & Pellissier, 2008) แต่แนวคิดนี้ไม่ได้เป็นที่ รู้จักอย่างแพร่หลาย จนกระทั่ง Gineste และ Marescotti ได้นำแนวคิดนี้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมและตีพิมพ์เผยแพร่ผลการวิจัยในปี 2008 (Gineste, et al., 2008) หลังจากนั้นจึงมีผู้นำ การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมด้วยแนวคิดการดูแล แบบฮิวแมนนิจูดไปใช้อย่างแพร่หลายทั้งในทวีปยุโรป อเมริกา และเอเชีย (Melo, et al., 2017) สำหรับใน ประเทศไทยมีการตีพิมพ์บทความเกี่ยวกับการ ประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดในผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมครั้งแรกในปี พ.ศ. 2560 รวมทั้งมีการ อบรมพยาบาลและผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีการวิจัยและ เผยแพร่งานวิจัยตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา (กรรณิการ์ ศุภชัย, 2560)

จุดเน้นของการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดมี 2 ประการ ได้แก่ 1) การ สร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม รับรู้ว่าคุณดูแลต้องการสร้างสัมพันธภาพและให้ ความสำคัญกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยใช้ การแสดงออกด้วยวิธีที่ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม สามารถรับรู้และเข้าใจได้ เช่น การสบตา การสัมผัส และ 2) ให้ความสำคัญกับความสามารถของบุคคล ซึ่ง หมายถึง หากผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมยังคงกระทำ กิจกรรมนั้นได้ ผู้ดูแลไม่จำเป็นต้องช่วยเหลือเพื่อคง ความสามารถของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมไว้ (ฉีนีสเตอ, มาเรสก็อตติ, และ มิเวโกะ, 2563)

องค์ประกอบในการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

การดูแลแบบฮิวแมนนิจูดเน้นการสร้าง สัมพันธภาพกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยใช้เทคนิค การสื่อสารหลากหลายรูปแบบ (Multimodal Comprehensive Communication) ทั้งวัจนภาษา และอวัจนภาษา เพื่อแสดงให้เห็นการยอมรับในความ เป็นมนุษย์ เคารพในเสรีภาพ (Liberty) เอกสิทธิ์ในการ ตัดสินใจเกี่ยวกับตัวเอง (Autonomy) และศักดิ์ศรี (Dignity) ของผู้สูงอายุ (Kobayashi & Honda, 2021)

การดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การสบตา (Gaze or Eye Contact) การพูด (Speech) การสัมผัส (Touch) และการ จัดให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอยู่ในท่าทางแนวตั้ง ตรง (Verticality) โดยเริ่มการดูแลแต่ละครั้งด้วยเทคนิค การสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุภาวะ สมองเสื่อม ได้แก่ การสบตา การพูด และการสัมผัส ซึ่ง เป็นการกระทำที่มีความสัมพันธ์กัน สามารถเกิดขึ้น พร้อม ๆ กันในระหว่างการดูแล เป็นการกระตุ้นประสาท สัมผัสและการตอบสนองตามสัญชาตญาณของมนุษย์ ส่วนการจัดท่าทางในแนวตั้งตรง เป็นการเตรียมผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมให้มีความพร้อมในการมีปฏิสัมพันธ์กับ ผู้ดูแล และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Gineste, et al., 2008)

การสบตา การสบตาเป็นอวัจนภาษาที่ แสดงออกถึงอารมณ์ ความรู้สึกของผู้พูดผ่านทางสายตา การสื่อสารส่วนใหญ่เริ่มต้นจากการสบตา เพื่อดึงดูด ความสนใจของคู่สนทนาระหว่างการสนทนา การสบตา เป็นการแสดงถึงความตั้งใจฟัง การให้ความสำคัญกับ คู่สนทนา และแสดงความจริงใจของผู้พูด ลักษณะการ มองสบตาต้องเป็นธรรมชาติและไม่ทำให้คู่สนทนารู้สึก อึดอัด (Taylor, Lynn & Bartlett, 2022)

การสบตาในการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดใช้หลักการ สื่อสารกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยคำนึงถึงข้อจำกัดใน

การมองเห็นที่เกิดจากการเสื่อมสภาพตามวัย (Age-Related Vision Loss) ร่วมกับการให้ความเคารพผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม ซึ่ง Gineste, et al., (2008) แนะนำการใช้สายตามอง โดยใช้เทคนิค 4 ประการ ได้แก่ การมองแนวแกน (Axil) การสบตาในระดับแนวนอน (Horizontal) ระยะห่าง (Distance) และระยะเวลา (Duration) ดังนี้

- 1) การมองแนวแกน เป็นการเข้าหาผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมจากด้านหน้า ในระยะลานสายตาเพื่อให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมสามารถมองเห็นและไม่ตกใจ
- 2) การสบตาในระดับแนวนอน คือ การมองตรงมายังผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในแนวระดับสายตา ซึ่งบ่งบอกความจริงใจและแสดงความเท่าเทียมกันระหว่างญาติ ผู้ดูแลที่บ้านกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม หลีกเลี่ยงการมองจากศีรษะจรดเท้าหรือการชำเลื่องมองด้วยหางตา
- 3) ระยะห่างที่ใกล้พอประมาณ แสดงถึงความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด ญาติผู้ดูแลที่บ้านจึงควรยืนหรือนั่งในระยะใกล้กับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดยมีระยะห่างประมาณ 15-20 เซนติเมตร เพื่อให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมรู้สึกถึงความเป็นมิตร และ
- 4) ระยะเวลา การใช้เวลามองสบตาเป็นการบ่งบอกความรู้สึกดีที่มีให้กันประมาณ 30 วินาที ถึง 3 นาที

การพูด เป็นการสื่อสารสองทางระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร การสื่อสารจะมีความต่อเนื่องเมื่อผู้ส่งสารได้รับการตอบสนองด้วยคำพูดหรือท่าทางจากผู้รับสาร หากญาติผู้ดูแลที่บ้านนิ่งเงียบ ไม่ตอบสนองต่อการพูดของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอาจทำให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมรับรู้ว่าคุณาติผู้ดูแลที่บ้านเพิกเฉยหรือไม่ใส่ใจผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม นอกจากนี้หากมีความเงียบระหว่างการดูแลอาจทำให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมรู้สึกอึดอัด ดังนั้นญาติผู้ดูแลที่บ้านจึงควรอธิบายสิ่งที่กำลังปฏิบัติให้กับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมตลอดเวลาที่ปฏิบัติกิจกรรม เน้นคำพูดในทางบวก กล่าวชื่นชม และกระตุ้นให้มี

ส่วนร่วมในกิจกรรม เพื่อไม่ให้เกิดความเจ็บในขณะให้การดูแล นอกจากนี้ การพูดยังเป็นการกระตุ้นให้สมองมีการรับรู้เกี่ยวกับคำพูดจากการได้ยินอีกด้วย โดยการพูดจะทำการร่วมกับการสบตา การสัมผัส และการจัดทำทางในแนวตั้งตรง

การพูดเพื่อสื่อสารกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมควรปฏิบัติ ดังนี้ 1) โทนเสียง ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอาจมีปัญหาการได้ยินที่เกิดจากประสาทหูเสื่อมในผู้สูงอายุ (Age-Related Hearing Loss) จึงควรพูดกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมด้วยเสียงโทนต่ำ 2) ระดับเสียง การพูดกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาการได้ยิน อาจต้องใช้เสียงดังกว่าปกติเล็กน้อย แต่ไม่ควรตะโกน (Taylor, Lynn & Bartlett, 2022; Jensen, 2022) การใช้เสียงดังเกินไปอาจทำให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเข้าใจผิดคิดว่าญาติผู้ดูแลที่บ้านตำหนิติเตียน 3) ลักษณะการพูด ควรใช้น้ำเสียงนุ่มนวล ร่วมกับการสบตา พูดช้า ชัดเจน ใช้คำพูดไพเราะ ไม่พูดจาประชดประชัน และ 4) ความต่อเนื่อง ขณะดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ญาติผู้ดูแลที่บ้านควรสนทนาอย่างต่อเนื่อง ไม่ควรนิ่งเงียบเพราะทำให้การสนทนาหยุดชะงัก หรือทำให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมรู้สึกอึดอัด (อัจฉราภรณ์ อยู่ยังเกตุ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2562)

การสัมผัส การสัมผัสมักจะทำให้ผู้ถูกสัมผัสรู้สึกอบอุ่นใจ ปลอดภัย หรือรู้สึกได้รับการปลอบประโลม แต่ในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีความผิดปกติในการรู้คิด มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือกระวนกระวาย อาจตีความการสัมผัสไปในทางลบและมีการตอบสนองโดยการปกป้องตนเองด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Gineste, et al., 2008)

การสัมผัสผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมด้วยแรงที่สัมผัสลงมาบนร่างกายเป็นสิ่งสำคัญ การสัมผัสจึงควรคำนึงถึง 1) บริเวณที่สัมผัส เน้นการประคองจาก



ด้านล่างโดยให้มีพื้นที่สัมผัสกว้าง เพื่อให้ผู้ที่ได้รับการดูแลรู้สึกผ่อนคลายและวางใจ 2) น้ำหนักที่สัมผัสลงบนผิวหนังไม่ควรแรงเกินไป เช่น การพุงผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง ควรประคองใต้แขนแทนการจับข้อมือเพราะวิธีการจับและดึงทำให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมรู้สึกเป็นการบังคับ หรือหากต้องการสัมผัสบริเวณหลัง หรือไหล่ ควรสัมผัสด้วยการลงน้ำหนักเล็กน้อย วาดมือเป็นวงกว้าง และถูเบา ๆ (ธัญนันท์ พุฒิวัฒนธราดล และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2561)

การจัดท่าทางในแนวตั้งตรง หมายถึง การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมทรงตัวในท่ายืน ซึ่งช่วยส่งเสริมการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น กระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ลดภาวะกระดูกพรุน และคงความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Honda, et al., 2013) ควรยืนอย่างน้อยวันละ 20 นาที เช่น การยืนขณะทำกิจกรรม เปลี่ยนเสื้อผ้า เดินไปเข้าห้องน้ำ โดยให้รวมเวลายืนสะสมจนครบ 20 นาทีในแต่ละวัน (ฉวีเนสเตอ และคณะ, 2563)

ขั้นตอนของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด

Gineste และ Marescotti เสนอขั้นตอนของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Structured Sequence of Humanity Care Procedure: SEPCH) 5 ขั้นตอน (Henriques L., Marilia, Rosa Melo, Joao Araujo, & Mafalda Inacio, 2020) ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ก่อนการสร้างสัมพันธภาพ (Opening): ผู้ดูแลส่งสัญญาณ (Notification) เป็นการบอกให้รู้ถึงการมาดูแล และเพื่อขออนุญาตเข้าเพื่อดูแล เช่น การเคาะประตูส่งสัญญาณ และขออนุญาตเข้ามาดูแล เป็นการให้เกียรติ เคารพในความเป็นส่วนตัว และเคารพสิทธิของความเป็นมนุษย์ของ

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (Kobayashi & Honda, 2021)

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพหรือการเริ่มต้นปฏิสัมพันธ์ (Preliminary): เป็นขั้นตอนที่ทำให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการดูแล ในขั้นตอนนี้ผู้ดูแลเริ่มใช้ทักษะการพูด การสบตา และการสัมผัส ขั้นตอนนี้ควรเสร็จสิ้นภายในเวลา 20 วินาที ถึง 3 นาที หากใช้เวลาเกินกว่านี้ ควรเลื่อนกิจกรรมการดูแลออกไป (Gineste, et al., 2008)

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการดูแลโดยใช้เทคนิคฮิวแมนนิจูด (Sensory Circle) เป็นขั้นตอนการปฏิบัติการดูแลตามปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดยนำเอาหลักการตามองค์ประกอบของการดูแลทั้งหมดมาใช้ในการสื่อสารกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ทั้งการสบตา การสนทนา การสัมผัส และการจัดท่าทางในแนวตั้งตรง เพื่อกระตุ้นประสาทสัมผัสทั้งการมองเห็น ได้ยิน และการสัมผัส (Gomes Figueiredo, Carvalho Pereira de Melo, & de Paiva Ribeiro, 2018)

ขั้นตอนที่ 4 การสร้างความทรงจำที่ดี (Emotional consolidation): เป็นขั้นตอนที่ผู้ดูแลสร้างความทรงจำที่ดีให้กับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมก่อนสิ้นสุดการดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมนึกถึงสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมยอมรับการดูแลครั้งต่อไปง่ายขึ้น (ฉวีเนสเตอ และคณะ, 2563; Kobayashi & Honda, 2021)

ขั้นตอนที่ 5 การนัดหมายครั้งต่อไป (Next Appointment): เป็นการกำหนดเวลาที่จะทำกิจกรรมในครั้งต่อไป เพื่อยืนยันว่าผู้ดูแลจะกลับมาเป็นการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมรู้สึก



ถูกทอดทิ้ง (ฉีเนสเตอ และคณะ, 2563; Kobayashi & Honda, 2021)

การส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน ตามแนวคิดฮิวแมนนิจูด

พยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลที่บ้านมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดยให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด หลักการ และพัฒนาทักษะการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด จากตัวอย่างของต่างประเทศการที่ผู้ดูแลใช้แนวคิดฮิวแมนนิจูดให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมบางรายที่ปฏิเสธการดูแล ไม่ให้ความร่วมมือสำหรับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ปฏิเสธการอาบน้ำ หรือปฏิเสธการรับประทานอาหาร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมให้ความร่วมมือกับผู้ดูแลมากขึ้น (Kobayashi & Honda, 2021) ผู้เขียนจึงเสนอการประยุกต์ขั้นตอนและกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย ดังนี้

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ชื่อ กิจกรรม “เปิดใจเรียนรู้แนวคิดหลักการฮิวแมนนิจูด” เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีและให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดฮิวแมนนิจูด (30 นาที) โดยพยาบาลเริ่มจากรับฟังสภาพปัญหาและความต้องการของญาติผู้ดูแลที่บ้าน เช่น ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในประเด็นต่าง ๆ เมื่อญาติผู้ดูแลที่บ้านรู้สึกว่ามีวิธีการเดิมในการรับมือจัดการกับปัญหานั้นไม่ค่อยได้ผล พยาบาลจึงเริ่มเสนอหลักการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด โดยให้ชมคลิปวิดีโอเกี่ยวกับหัวข้อการสบตา การพูด การสัมผัส การจัดท่าทางในแนวตั้งตรงและสาธิตวิธีปฏิบัติ จากนั้นให้ญาติผู้ดูแลที่บ้านสาธิตย้อนกลับ หากผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีความพร้อมที่จะฝึกปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวัน ญาติผู้ดูแลที่บ้านสามารถฝึกปฏิบัติกับผู้สูงอายุ

ภาวะสมองเสื่อมได้ แต่หากผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมไม่พร้อม ก็ให้พยาบาลสาธิตกับญาติผู้ดูแลที่บ้าน และระหว่างการสาธิตพูดคุย พยาบาลควรให้ญาติผู้ดูแลที่บ้านพูดถึงความรู้สึกหลังจากเรียนรู้หลักการใหม่ ๆ หรือหลังการทดลองปฏิบัติ และควรเริ่มปฏิบัติมากกว่า 2 หลักการ (ฉันทน์ พุฒิวัฒนธราดล และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2561; สุภาวดี ลำสัน และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2564) สอดคล้องตามกิจวัตรของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม จากนั้นพยาบาลสอนและสาธิตให้ญาติผู้ดูแลที่บ้านเกี่ยวกับขั้นตอน 5 ขั้นตอนของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ดังนี้

ขั้นตอน 1 ก่อนพบปะ เป็นการส่งสัญญาณให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมรับรู้ตัว เช่น การเคาะประตู 3 ครั้ง หรือเข้าไปใกล้ผู้สูงอายุแล้วเคาะบริเวณปลายเตียงหรือโต๊ะข้างเตียง ขั้นตอนนี้ไม่มีบทสนทนาเป็นเพียงการเคาะส่งเสียงขออนุญาตเข้าไปในบริเวณห้องของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ขั้นตอนที่ 2 ก่อนเริ่มการดูแล การเริ่มต้นปฏิสัมพันธ์ ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอาจไม่สามารถจำเหตุการณ์ที่ผ่านมาในวันที่ผ่านมาหรือจำได้เพียงบางส่วน เมื่อญาติผู้ดูแลที่บ้านเริ่มกิจวัตรแต่ละวันจึงควรมีการเริ่มต้นปฏิสัมพันธ์ทุกครั้งเพื่อให้สัมพันธ์ภาพต่อเนื่อง เช่น ในเวลาเช้า อาจใช้การทักทายตามบริบทของสังคมไทย เช่น สัมผัสที่แขนและพูดต่อว่า “คุณแม่/คุณยายหลับสบายดีไหมคะ” เป็นต้น โดยนำหลักการทั้งหมดของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดมาใช้ เช่น การสบตา เข้าหาทางด้านหน้าหรือบริเวณลานสายตาที่ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมองเห็น ร่วมกับการสัมผัส

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการดูแลโดยใช้เทคนิคฮิวแมนนิจูด สิ่งสำคัญในขั้นตอนนี้คือ การเตรียมอุปกรณ์ที่จะใช้ในการดูแลให้ครบถ้วนเพื่อสานต่อสัมพันธ์ภาพที่สร้างขึ้นมาจากขั้นตอนที่ 1 และ 2



และในการปฏิบัติการดูแลให้ใช้หลักการสบตา พูด สัมผัส ให้สอดคล้องกับกิจกรรมที่ปฏิบัติให้ผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม เช่น การเช็ดตัวที่ไม่เร่งรีบ และพูดว่า “กำลังเช็ดตัวให้ รู้สึกสบายมากขึ้นไหมคะ”

ขั้นตอนที่ 4 การสร้างความทรงจำที่ดีโดยการนึกถึงช่วงดี ๆ ที่มีร่วมกัน ขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประทับความทรงจำที่ดีในทุกครั้งของการดูแล เพราะ ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจำเรื่องที่มีความรู้สึกมาเกี่ยวข้องได้นานกว่าความจำแบบอื่น ๆ (ฉีนีสเตอและคณะ, 2563) ดังนั้น การนึกถึงเวลาดี ๆ ร่วมกัน ประมาณ 40 วินาที จึงเป็นสิ่งที่ควรทำ เช่น หลังจากดื่มเครื่องดื่มที่ชอบ ญาติผู้ดูแลที่บ้านควรพูดให้ผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมรับรู้ความรู้สึกที่จะกลายเป็นความทรงจำที่ดี เช่น “ดื่ม (ชื่อเครื่องดื่ม) แล้วรู้สึกสดชื่นขึ้นนะคะ” ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอาจลืมเรื่องการดื่มเครื่องดื่ม แต่ความสุขจากการดื่มเครื่องดื่มที่ญาติผู้ดูแลที่บ้านจัดให้ จะคงอยู่ในความทรงจำของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและทำให้การดูแลในครั้งต่อไปได้ผลดี (ฉีนีสเตอและคณะ, 2563)

ขั้นตอนที่ 5 การนัดหมายครั้งต่อไป โดยการสัญญาว่าจะกลับมาอีก แนวคิดนี้ให้ความสำคัญกับความรู้สึกดีที่ได้รับจากการดูแล ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจะรอคอยการดูแลในครั้งต่อไปและทำให้การดูแลครั้งต่อไปทำได้ราบรื่นมากขึ้น ตัวอย่างกรณีที่ญาติผู้ดูแลที่บ้านเสร็จสิ้นการดูแลการรับประทาน อาหารเช้าและจะเข้ามาหาอีกครั้งประมาณ 10.00 น. เพื่อดูแลทั่วไป ญาติผู้ดูแลที่บ้านสามารถบอกหรือเขียนข้อความ “10 โมงเช้าจะมาหาอีกครั้ง” เพื่อรับประทาน อาหารว่าง หรือเมื่อส่งผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเข้านอน ญาติผู้ดูแลที่บ้านอาจบอกว่า “พรุ่งนี้พบกันใหม่ 6 โมงเช้า”

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ชื่อกิจกรรม “ฝึกฝนจนครบหลัก 4 ประการ” หมายถึง ญาติผู้ดูแลที่บ้าน

ปฏิบัติการดูแล โดยใช้หลักการสบตา พูด สัมผัส จัดท่าทางในแนวตั้งตรง (30 นาที) เริ่มจากพยาบาล รับฟังปัญหาในการดูแล ร่วมกันแก้ปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการของญาติผู้ดูแลที่บ้าน รับฟังการทดลอง ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด เสริมประเด็นที่ขาดความมั่นใจในการนำไปใช้ และเสริมกำลังใจ รวมทั้งทบทวนขั้นตอน 5 ขั้นตอนเหมือนกับการปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 ชื่อกิจกรรม “ทบทวนฝึกฝนเรียนรู้” ปฏิบัติเหมือนการเยี่ยมครั้งที่ 2

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 ชื่อกิจกรรม “เล่าสู่กันฟัง” เป็นการเปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลที่บ้านเล่าประสบการณ์หลังทดลองปฏิบัติการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ใช้เวลา (10-15 นาที) พยาบาลจะให้บริการเยี่ยมบ้านโดยไปหาที่บ้านหรือติดตามทางไลน์แอฟพลิเคชัน นอกจากรับฟังความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค ของญาติผู้ดูแลที่บ้าน พยาบาลควรกล่าวชมเชยในสิ่งที่ทำได้สำเร็จและให้กำลังใจกับสิ่งที่ญาติผู้ดูแลที่บ้านพยายามทำถึงแม้ว่ายังไม่สำเร็จ

การเยี่ยมบ้านและส่งเสริมญาติผู้ดูแลที่บ้าน สำหรับการผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยการนำเสนอแนวคิด สอน สาธิต หลักการ 4 ประการ และขั้นตอนของการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด ทำให้ญาติผู้ดูแลที่บ้านมีวิธีการสื่อสาร 4 ประการในการดูแล ได้แก่ การสบตา การพูด การสัมผัส และการจัดท่าทางในแนวตั้งตรง ซึ่งคาดว่าจะประโยชน์ต่อตัวผู้สูงอายุสมองเสื่อมและญาติผู้ดูแลที่บ้าน

สรุป

การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แนวคิดฮิวแมนนิจูดเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่าง ญาติผู้ดูแลที่บ้านและผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมบนพื้นฐานความเข้าใจถึงความต้องการของมนุษย์ โดย

ใช้การสื่อสารหลายทาง ได้แก่ การสบตา การพูด การสัมผัส และการจัดทำทางในแนวตั้งตรง เป็นแนวทางการดูแลที่ได้ผลลัพธ์ที่ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและญาติผู้ดูแลที่บ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พยาบาลชุมชนจึงควรส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลนำแนวคิดนี้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

- กรณีการ ศุภชัย. (2560). Humanitude: การประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 4(2), 95-99.
- ชาลินี สุวรรณยศ และ ดารารรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2561). บทบาทพยาบาลในการลดภาระจากการดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม. *พยาบาลสาร*, 45(4), 229-239.
- ณีนะสือ, อีฟส์., มาเรสก็อตติ, โรเซตต์., และ มิเวโกะ, ฮานตะ. (2563). *ฮิวแมนนิจูด : แนวคิดและเทคนิคใหม่ในการดูแลคนในครอบครัว*. (อนงค์ เงินหมื่น, ผู้แปล). กรุงเทพฯ: ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- ธัญชนก พุฒิวัฒนธราด และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2561). ผลของโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดต่อพฤติกรรมการกระทำความผิดของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(ฉ.พิเศษ), 241-249.
- ปิยะภัทร เดชพระธรรม. (2561). การฟื้นฟูผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม. ใน วิไล คุปต์นิรติชัยกุล (บรรณาธิการ), *การฟื้นฟูผู้สูงอายุในปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย* (หน้า 349-376). กรุงเทพฯ: พี.เอ. ลิฟวิ่ง.
- ปริยธิดา ชลศึกเสนีย์ และวรรณภา ศรีธัญรัตน์. (2560). การรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสยาม*, 18(35), 24-36.
- พัชร คุ้มจักรพันธุ์. (2563). *การดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน: บทบาทของพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.

- ปีที่ 24 ฉบับที่ 47 กรกฎาคม - ธันวาคม 2566
- ภรณ์วิทย์ อนันต์ดิลลฤทธิ. (2564). ภาวะสมองเสื่อม. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 15(37), 392 - 398. doi: <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2021.28https://he02.tci->
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2563). *ภาวะสมองเสื่อม*. สืบค้นจาก <https://thaitgri.org/?p=38965>
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2564*. สืบค้นจาก <https://thaitgri.org/?p=40101>
- สุภาวดี ลำสัน และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดต่อความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 13(2), 336-345.
- เสาวนีย์ เปรมทอง และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2561). ผลของการให้การดูแลตามแนวคิดฮิวแมนนิจูดโดยผู้ดูแลในครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19 (ฉบับเพิ่มเติม), 221-23.
- สมบุญ วัฒนะ. (2560). การดูแลบิดามารดาสูงอายุตามหลักคำสอนในพระพุทธศาสนาของครอบครัวไทยพุทธ. *วารสารการวิจัยเพื่อพัฒนาชุมชน (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 10(267), 67-80.
- อัจฉราภรณ์ อยู่ยังเกตุ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา (2562). ผลของโปรแกรมการดูแลแบบฮิวแมนนิจูดต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 35(2), 129-139.
- Black, D.W. & Grant, J.E. (2014). *DSM-5™ Guidebook*. Retrieved from <https://w1.med.cmu.ac.th/psychiatry/education/learning/dsm-5/>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *About dementia*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/aging/dementia/index.html>
- Giang, T.A., Jonathan Ern Juan, Ling-Jie Cheng, Min-Jia & Tau-Ming Liew. (2022). *Effects of Humanitude care on people with dementia and caregivers: A scoping review*. doi: 10.1111/jocn.16477.



- Gineste, Y., Marescotti, R., & Pellissier, J. (2008). Gineste Marescotti® method “Humanitude”, and pacification of pathological aggression behavior during nursing care [Short Survey]. *Revue de Geriatrie*, 33(6 Suppl. A), 2–4 Retrieved from <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-48949087180&origin=inward&txGid=5f88c4a52afc464d1097bb87a3b4b872>
- Gomes Figueiredo, A. M., Carvalho Pereira de Melo, R. C., & de Paiva Ribeiro, O. (2018). Humanitude care methodology: difficulties and benefits from its implementation in clinical practice. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(17), 53–62. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/5a63/b5d8e42fc417c24e5cb2b76e32a2ac60ae5c.pdf>.
- Henriques L., Marília, Rosa Melo, Joao Araujo & Mafalda Inacio. (2020). *Methodology of Care Humanitude Implementation at an Integrated Continuing Care Unit: Benefits for the Individuals Receiving Care*. doi: 10.4236/ojn.2020.1010067
- Honda, M., Mori, M., Hayashi, S., Moriya, K., Marescotti, R., & Gineste, Y. (2013). The effectiveness of French origin dementia care method; Humanitude to acute care hospitals in Japan. *European Geriatric Medicine*, 4(Suppl.), S207. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2013.07.689>.
- Jensen, S. (2022). *Nursing health assessment: A clinical judgment approach* (4th ed.). Wolters Kluwer.
- Kobayashi, M. & Honda, M. (2021). The effect of a multimodal comprehensive care methodology for family caregivers of people with dementia. *BMC Geriatrics*, 21:434. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02373-w>
- Melo, R., Queirós, P., Tanaka, L., Salgueiro, N., Alves, R., Araújo, J. & Rodrigues, M. (2017). Estado da arte da implementação da metodologia de cuidado humanitude em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(13), 53–62. doi: 10.12707/RIV17019.
- Taylor, C. R., Lynn, P., Bartlett, J. L. (2022). *Fundamentals of nursing: The art and science of person-centered care* (10th ed.). Wolters Kluwer.
- World Health Organization. (2023). *Dementia*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

“คุณธรรมนำปัญญา พัฒนาความรู้”

มุ่งสู่บริการ ผดุงมาตรฐานวิชาชีพ”

