วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม
Journal of Nursing Siam University
ปีที่ 25 ฉบับที่ 48 มกราคม - มิถุนายน 2567 ISSN 1513-5454
Vol. 25 No.48 January – June 2024

บทความ	หน้า
การประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2562 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี **The Evaluation of the Bachelor of Nursing Curriculum Version 2019, Faculty of Nursing at Udonthani Rajabhat University** พรทิพย์ อนันตกุล และพวงผกา อินทร์เอี่ยม	10-20
การพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร และประเมินผลลัพธ์ **Development of a Model of Care Management for COVID-19 Patients in Crisis at Krathumbaen Hospital, Samutsakhon Province, and Evaluation of Outcomes** รัชดา แก้วอินชัย, จุฑาทิพย์ นามม่อง และนันทิภัคค์ พีรวัสธนะวุฒิ	21-33
ผลลัพธ์ของการจัดการเรียนการสอนด้วยแนวคิด C2TRS ต่อพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล **Results of Teaching Management with the C2TRS Concepts on Caring behaviors in nursing of Nursing Students** ศุภิสรา สุวรรณชาติ และอภิรดี สุขแสงดาว	34-44
ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 **Factors Influencings Stress of the Elderly in the COVID-19 Pandemic** ลัญชนา พิมพันธ์ชัยยบูลย์ และชัยสิทธิ์ ทันศึก	45-57
ผลของการใช้แอปพลิเคชันดีเอสซี ต่อการดูแลสุขภาพกายและจิตในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง **Effectiveness of the using DSC Application to Physical and Mental Health Care in Patients with Non-Communicable Diseases** สุสารี ประคินกิจ กาญจนา งามจันทราทิพย์ และสุธาทิพย์ ปันทปิติกุล	58-68
ผลลัพธ์การใช้นวัตกรรมคู่มือยุคใหม่ ใส่ใจคุณแม่หัวใจ New normal ห้องคลอด โรงพยาบาลสามพราน **Results of using innovative new era minded to hearts mothers New normal, Delivery Room, Samphran Hospital** อรวรรณ พึงประสพ และ สุกฤตา ตะการีย์	69-79
ผลของกิจกรรมสร้างสรรค์เสริมภูมิคุ้มกันยาเสพติดต่อภูมิคุ้มกันยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ **The Effectiveness of Creative Activities Boosting Narcotics Immunity on Narcotics Immunization of Lower Secondary Students at a school in Chiang Mai Province** กัญญาพัชญ์ จาอ้าย อรอนงค์ ธรรมจินดา และรุ่งฤดี วงค์ชุม	80-94
การบำบัดทางการพยาบาลเพื่อช่วยลดความรุนแรงของอาการประสาทหลอนทางการได้ยินในผู้ป่วยจิตเวช **Nursing Interventions in Reducing the Severity of Auditory Hallucinations in Psychiatric Patients** พุทธวรรณ ชูเชิด และสุวรรณา เชียงขุนทด	95-106

บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะท่านผู้อ่านวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยามที่รักทุกท่าน

เจอกันอีกครั้งกับ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ฉบับนี้เป็นปีที่ 25 ฉบับที่ 48 (มกราคม-มิถุนายน 2567) นะคะ กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณทุกท่านที่ได้ให้ความสนใจวารสารของเรา รวมทั้งให้ความเชื่อมั่นในคุณภาพของวารสารฉบับนี้ ไว้วางใจส่งบทความมาลงพิมพ์กันมากมายนะคะ

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ฉบับนี้มีเนื้อหาสาระที่หลากหลาย ประกอบด้วยบทความวิจัยและบทความวิชาการ จำนวนทั้งสิ้น 8 เรื่อง ซึ่งเป็นบทความวิจัยที่น่าสนใจ เริ่มจาก เรื่องที่ 1 เป็นบทความ เรื่อง “การประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2562 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี” เรื่องที่ 2 “การพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จ. สมุทรสาคร และประเมินผลลัพธ์” เรื่องที่ 3 เรื่อง “ผลลัพธ์ของการจัดการเรียนการสอนด้วยแนวคิด C2TRS ต่อพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล” เรื่องที่ 4 เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019” เรื่องที่ 5 “ผลของการใช้แอปพลิเคชันดีเอสซี ต่อการดูแลสุขภาพกายและจิตในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” เรื่องที่ 6 “ผลลัพธ์การใช้นวัตกรรมคู่มือยุคใหม่ ใส่ใจคุณแม่หัวใจ New normal ห้องคลอด โรงพยาบาลสามพราน” และเรื่องที่ 7 “ผลของกิจกรรมสร้างสรรค์เสริมภูมิคุ้มกันยาเสพติดต่อภูมิคุ้มกันยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น แห่งหนึ่ง ในจังหวัดเชียงใหม่”

นอกจากนี้ยังมีบทความวิชาการที่น่าสนใจ จำนวน 1 เรื่อง ได้แก่ “การบำบัดทางการพยาบาลเพื่อช่วยลดความรุนแรงของอาการประสาทหลอนทางการได้ยินในผู้ป่วยจิตเวช”

กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณท่านผู้เขียนบทความทุกท่านที่ให้เกียรติส่งบทความมาลงตีพิมพ์ รวมทั้งท่านผู้อ่านที่ให้ความสำคัญกับการอ่านและการอ้างอิงวารสารของเรา และขอเชิญชวนท่านที่มีผลงานวิจัยหรือมีบทความวิชาการที่ประสงค์จะลงพิมพ์ในวารสารทางวิชาการกรุณาจัดพิมพ์บทความตาม “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

อีเมล์ jsiamns@siam.edu

ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรทิพา ส่องศิริ มหาวิทยาลัยสยาม

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภัทรพร อรัณยภาค มหาวิทยาลัยสยาม

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรัสดาว เรโนลด์ มหาวิทยาลัยสยาม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วารุณี เพไร มหาวิทยาลัยสยาม

กองบรรณาธิการ

กองบรรณาธิการภายนอกมหาวิทยาลัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร เจ้าหน้าที่บำนาญ สภากาชาดไทย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร จินันทุยา สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา
3. อาจารย์นาถสุดา โชติวัฒนากุลชัย สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา
4. อาจารย์เนตดา วงศ์ทองมานะ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา
5. นาวาตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
6. เรือเอกหญิง ดร.นิษา วงษ์ชาญ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
7. ดร.ทิวาภรณ์ เฉลิมพิชัย มหาวิทยาลัยมหิดล
8. ดร.ปทุมทิพย์ อดุลวัฒนศิริ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
9. อาจารย์พัชรี รัศมีแจ่ม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
10. ดร.อนันต์ตรี สมิทธิ์นราเศรษฐ์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์
11. ดร.ไพรินทร์ ณิชาโชติสฤษฏ์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์
12. ดร.นิชาภา พัฒนวนิชกุล มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย

กองบรรณาธิการภายในมหาวิทยาลัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศนิกานต์ ศรีมณี มหาวิทยาลัยสยาม
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรือเอกหญิง ดร.วิภานันท์ ม่วงสกุล มหาวิทยาลัยสยาม
3. ดร.สุวรรณา เชียงขุนทด มหาวิทยาลัยสยาม

ฝ่ายจัดการทั่วไป

1. พันจ่าเอก ดร.ภูมเดชา ชาญเบญจพิภู มหาวิทยาลัยสยาม
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมฤดี ชื่นกิติญานนท์ มหาวิทยาลัยสยาม
3. ดร.วราภรณ์ คำรศ มหาวิทยาลัยสยาม
4. ดร.ณิชมล ขวัญเมือง มหาวิทยาลัยสยาม
5. อาจารย์สุจิตราภรณ์ ทับครอง มหาวิทยาลัยสยาม
6. อาจารย์สุธิดา ดีหนู มหาวิทยาลัยสยาม
7. อาจารย์ขวัญเรือน ก๋าวิตู มหาวิทยาลัยสยาม
8. อาจารย์ธัญลักษณ์วดี ก้อนทองถม มหาวิทยาลัยสยาม
9. อาจารย์นฤมล อังศิริศักดิ์ มหาวิทยาลัยสยาม
10. อาจารย์รัฐกานต์ ขำเขียว มหาวิทยาลัยสยาม
11. อาจารย์ศิรินา สันทัดงาน มหาวิทยาลัยสยาม
12. อาจารย์รัตนาภรณ์ นิวาศานนท์ มหาวิทยาลัยสยาม

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

1. ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรังศรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
3. รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. รองศาสตราจารย์ ดร.ปรางทิพย์ ฉายพุทธ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. รองศาสตราจารย์ ดร.อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ มหาวิทยาลัยมหิดล
6. รองศาสตราจารย์ พัสมณฑ์ คุ้มทวีพร มหาวิทยาลัยมหิดล
7. รองศาสตราจารย์ พ.ต.อ.หญิง ดร.ทิพย์ฆัมพร เกษโกมล วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
8. รองศาสตราจารย์ ดร.บำเพ็ญจิต แสงชาติ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
9. รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา
10. รองศาสตราจารย์ ดร.สุลี ทองวิเชียร มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี
11. รองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

12. รองศาสตราจารย์ ดร.อัจศรา ประเสริฐสิน	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
13. รองศาสตราจารย์ ดร.นวัสนันท์ วงศ์ประสิทธิ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์
14. รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณี เดียวอิศเรศ	มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
15. รองศาสตราจารย์ พรศิริ พันธสี	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
16. รองศาสตราจารย์ เยาวเรศ สมทรัพย์	มหาวิทยาลัยพายัพ
17. รองศาสตราจารย์ นพ. เอกชัย โควาวิสารัช	มหาวิทยาลัยสยาม
18. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ	มหาวิทยาลัยมหิดล
19. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์	มหาวิทยาลัยมหิดล
20. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ผจงจิต ไกรถาวร	มหาวิทยาลัยมหิดล
21. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฤดี ปุงบางกะดี่	มหาวิทยาลัยมหิดล
22. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงเดือน รัตนะมงคลกุล	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
23. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี 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 มัททวางกูร	มหาวิทยาลัยสยาม
30. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนี นามจันทรา	มหาวิทยาลัยรังสิต
31. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร จินันทุยา	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา
32. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตรีนุช พุ่มมณี	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
33. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นาวาโทหญิง วัชราพร เชยสุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
34. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร พูลรักษ์	มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
35. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา สุทธิเนียม	มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
36. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พีรนันท์ วิศาลสกุลวงษ์	มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
37. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เฟื่องอรุณ ปรีดีดิลก	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
38. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรฤดี นิธิรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
39. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
40. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณจรี มณีแสง	มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
41. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มุกข์ดา ผดุงยาม	มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

42. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พุทธวรรณ ชูเชิด	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
43. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จิตต์ระพี บูรณศักดิ์	มหาวิทยาลัยมหิดล
44. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิมผกา ปัญโญใหญ่	มหาวิทยาลัยพายัพ
45. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กฤตกา ธรรมรัตนกูล	สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์
46. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิลาวัลย์ ไทรโรจน์รุ่ง	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
47. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วารุณี เพไร	มหาวิทยาลัยสยาม
48. ดร.ไพรินทร์ ณิชาโชติสฤษฏ์	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์
49. นาวาเอกหญิง ดร. ธนพร แย้มสุดา	มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ
50. นาวาตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
51. นาวาโทหญิง ดร.พุทธชาด เจริญสิริวิไล	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
52. ดร.จิตรลดา พิริยศาสน์	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี
53. ดร.ชรริน ขวัญเนตร	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
54. ดร.จารุณี สรกฤช	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
55. ดร.สุลีมาศ อังศุเกียรติถาวร	มหาวิทยาลัยสยาม
56. ดร.สุวรรณา เชียงขุนทด	มหาวิทยาลัยสยาม
57. ดร.ปรียธิดา ชลศึกเสนีย์	มหาวิทยาลัยสยาม
58. ดร.จุรีวรรณ มณีแสง	มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
59. ดร.ปทุมทิพย์ อดุลวัฒนศิริ	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
60. ดร.รัชดา พ่วงประสงค์	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
61. ดร.พิมสิริ ภู่ศิริ	มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
62. ดร.วารีรัตน์ จิตติถาวร	มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
63. ดร.สิตานันท์ ศรีใจวงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
64. ดร.จิรพรรณ โพธิ์ทอง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
65. ดร.หทัยรัตน์ บุษยพรรณพงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท
66. ดร.สุมลา พรหมมา	โรงพยาบาลบางปะกง

คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

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

ต้นฉบับทุกเรื่องต้องผ่านการคัดกรองเบื้องต้นจากกองบรรณาธิการ เมื่อผ่านการพิจารณาขั้นต้นแล้วกองบรรณาธิการจะจัดส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องกับบทความ จำนวน 2-3 ท่าน อ่านและให้ข้อเสนอแนะ

ประเภทบทความ

1. บทความวิจัยทางการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. บทความวิชาการทางการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. บทความวิจัยหรือวิชาการต้องไม่เคยเผยแพร่หรืออยู่ระหว่างพิจารณาเผยแพร่ในวารสารใด ๆ กรณีบทความเคยนำเสนอในการประชุมวิชาการซึ่งมี Proceeding ผู้นิพนธ์ต้องแจ้งกองบรรณาธิการและระบุในบทความบริเวณเชิงอรรถ โดยระบุชื่อการประชุมและปีที่นำเสนอ
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. การออกใบรับรองการตีพิมพ์เผยแพร่บทความจะระบุปีและฉบับที่บทความเผยแพร่ซึ่งจะดำเนินการ 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 พร้อมแนบเอกสารการชำระเงินใน

ขั้นตอนการ 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 และตัวย่อวุฒิการศึกษาชิดขอบขวา ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ การระบุยศ/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 7th (American Psychological Association)

   การอ้างอิงในเนื้อหา

   - การอ้างถึงครั้งแรก

ผู้นิพนธ์คนไทย 1-2 ชื่อให้ระบุชื่อทุกคน หากผู้นิพนธ์มากกว่า 3 คนใส่เฉพาะชื่อ นามสกุลผู้นิพนธ์แรก ตามด้วยและคณะ, ปีพิมพ์)

ผู้นิพนธ์ต่างประเทศเหมือนภาษาไทย หากผู้นิพนธ์มากกว่า 3 คนขึ้นไป ใส่เฉพาะนามสกุลผู้นิพนธ์แรก ตามด้วย et al., ปีพิมพ์)

- การอ้างถึงครั้งต่อไป (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 1-20 คน ใส่ชื่อ ทุกคน

ผู้แต่ง 1,/ผู้แต่ง 2,/ผู้แต่ง 3,/ผู้แต่ง 4,/ผู้แต่ง 5/ผู้แต่ง.... และผู้แต่ง คนสุดท้าย.//(ปพิมพ).//ชื่อเรื่อง/(พิมพครั้งที่).//สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์.

- ผู้แต่ง 21 คน ขึ้นไป ใส่ชื่อ 19 คน แรก และใช้ . . . ตาม ด้วยคน สุดท้าย

ผู้แต่ง 1,/ผู้แต่ง 2,/ผู้แต่ง 3,/ผู้แต่ง 4,/ผู้แต่ง 5,/ผู้แต่ง ..., ผู้แต่งคนที่ 19 .....และ ผู้แต่งคนสุดท้าย.//(ปพิมพ).//ชื่อเรื่อง/(พิมพครั้งที่).//สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์.

9.3 กรณีผู้นิพนธ์คนไทยแต่นิพนธ์เป็นภาษาอังกฤษ ใช้อ้างนามสกุลขึ้นก่อนเช่นเดียวกับผู้นิพนธ์ต่างประเทศ ผู้นิพนธ์ต่างประเทศขึ้นต้นด้วยนามสกุลคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค ตามด้วยอักษรย่อชื่อต้น และชื่อกลาง

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

9.5 กรณีไม่ทราบชื่อผู้นิพนธ์ ใส่ชื่อหน่วยงานขึ้นต้น

ตัวอย่าง

กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2559). *รายงานการสำรวจการมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน.* กรุงเทพ ฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

จิราภรณ์ มีชูสิน. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยหัวใจวาย.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ธานินทร์ ศิลป์จารุ. (2551). *การวิจัยและวิเคราะห์ทางสถิติด้วย SPSS* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: เอส อาร์พริ้นติ้งแมสโปรดักส์จำกัด.

ปรียธิดา ชลศึกเสนีย์ และวรรณภา ศรีธัญรัตน์. (2560). การรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, 18*(35), 24 – 36.

สมจิต หนุเจริญกุล. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย. ใน สมจิต หนุเจริญกุล (บรรณาธิการ.), *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2* (หน้า 1-24). กรุงเทพ: วี.เจ. พริ้นติ้ง.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2559). *คอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม.* สืบค้นเมื่อ 20 พ.ย. 59,

จาก 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

การประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2562 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

The Evaluation of the Bachelor of Nursing Curriculum Version 2019, Faculty of Nursing at Udonthani Rajabhat University

Received: January 19, 2024
Revised: March 28, 2024
Accepts: May 27, 2024

พรทิพย์ อนันตกุล[1] (ปร.ด.), พวงผกา อินทร์เอี่ยม[2] (พย.ม.)
Porntip Anantakul, Ph.D., Puangpaka Iniam. M.N.S.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2562 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External Stakeholders) ประกอบด้วยบัณฑิตพยาบาลที่สำเร็จการศึกษา ในปีการศึกษา 2565 ผู้ใช้บัณฑิต และผู้รับบริการด้านสุขภาพ 2) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal Stakeholders) ประกอบด้วยผู้บริหารคณะพยาบาลศาสตร์ ผู้รับผิดชอบหลักสูตร คณาจารย์ บุคลากรสายสนับสนุน และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการประเมินหลักสูตรแบบซิปโมเดล (CIPP Model) คุณภาพของเครื่องมือชุดที่ 1 มีค่าความเที่ยง = 0.97 และชุดที่ 2 มีค่าความเที่ยง = 0.95 และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แนวคำถามในการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหาประกอบด้วยการตีความและการสรุปความ ผลการวิจัยพบว่า ด้านบริบทโดยรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.18, S.D. = 0.78) ด้านปัจจัยนำเข้าโดยมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.43, S.D. = 0.69) ด้านกระบวนการโดยรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.28, S.D. = 0.75) และด้านผลลัพธ์ ด้านคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.28 , S.D. = 0.68) และด้านสมรรถนะผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ระดับปริญญาตรี) โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.32, S.D. = 0.67)

คำสำคัญ: การประเมินหลักสูตร, พยาบาลศาสตรบัณฑิต, ซิปโมเดล

[1]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี, Thailand.
[2]อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
Corresponding author: panantakul@udru.ac.th

Abstract

The purpose of this research was to evaluate the Bachelor of Nursing Science curriculum version 2019, Faculty of Nursing at Udon Thani Rajabhat University. The sample group consists of 1) External Stakeholders consisting of nursing graduates who graduated in the academic year 2022, graduate users, and recipients of health services. 2) Internal Stakeholders consisting of Faculty of Nursing administrators, responsible persons for the curriculum, faculty members, support personnel, and the 4th year nursing students. Research instruments were questionnaires developed by the researcher based on the theoretical framework of the CIPP Model. The first set of tools had a reliability value = 0.97 and the second one had a reliability value = 0. 95 and collected qualitative data using group discussion questions, and in-depth interviews. Quantitative data were analyzed on frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation. Qualitative data were analyzed by content analysis consisting of interpretation and summary. The results of the analysis found that the overall context was appropriate at a high level ($\bar{X}$ = 4.18, S.D. = 0.78). The appropriateness of input factors was at a high level ($\bar{X}$ = 4.43, S.D. = 0.69) The overall process aspect was appropriate at a high level ($\bar{X}$ = 4.28, S.D. = 0.75) and the results aspect of the overall desirable graduate characteristics of nursing students were at a high level ($\bar{X}$ = 4.28, S.D. = 0.68) and the overall competency of nursing and midwifery professionals (undergraduate level) was at a high level ($\bar{X}$ = 4.32, S.D. = 0.67).

KEYWORDS: Course evaluation, Bachelor of Nursing Science, CIPP Model

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 มาตรา 4 ได้ให้ความหมายของการศึกษาไว้ว่า เป็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อความเจริญงอกงามของบุคคลและสังคมโดยการถ่ายทอดความรู้ การฝึก การอบรม การสืบสานทางวัฒนธรรม การสร้างสรรค์จรรโลงความก้าวหน้าทางวิชาการ การสร้างองค์ความรู้อันเกิดจากการจัดสภาพแวดล้อม สังคม การเรียนรู้ และปัจจัยเกื้อหนุนให้บุคคลเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต และการพัฒนาหลักสูตร ให้ทุกหลักสูตรพัฒนาให้ทันสมัยโดยมีการประเมินและรายงานผลการดำเนินการของหลักสูตรทุกปีการศึกษาเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงพัฒนาหลักสูตรเป็นระยะ ๆ อย่างน้อยตามรอบระยะเวลาของหลักสูตร หรือทุกรอบ 5 ปี (ประกาศคณะกรรมการมาตรฐานการอุดมศึกษา, 2565) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี เปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2562 โดยเชื่อว่าการพยาบาลคือการปฏิบัติต่อมนุษย์โดยใช้หลักวิชาทั้งทางวิทยาศาสตร์และศิลปศาสตร์เพื่อให้ผู้รับบริการทุก ช่วงวัยเกิดความสุขสบายหรือบรรเทาความเจ็บป่วยภายใต้กรอบของกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพและปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมทุกมิติของการพยาบาล ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพโดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน วัฒนธรรมท้องถิ่น ความแตกต่างทางวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมและบริบทอื่น ๆ รวมทั้งแสวงหาความรู้เพื่อให้การพยาบาลด้วยปิยวาจา จิตอาสา พัฒนา

ตนและสังคมอย่างต่อเนื่อง และมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บัณฑิตมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ ดังนี้

1) มีความรอบรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาล การผดุงครรภ์และศาสตร์ที่เกี่ยวข้องและสามารถประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2) สามารถปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม เน้นคุณธรรม ความปลอดภัยของผู้รับบริการทุกช่วงวัย ทุกภาวะสุขภาพ ทุกระดับของสถานบริการสุขภาพ และตามบริบทภายใต้ความแตกต่างทางวัฒนธรรม โดยใช้ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล การผดุงครรภ์และศาสตร์ที่เกี่ยวข้องภายใต้กฎหมายและจรรยาบรรณของวิชาชีพ

3) สื่อสารด้วยภาษาไทยและภาษาอังกฤษได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) คิดอย่างเป็นระบบ คิดสร้างสรรค์ คิดอย่างมีวิจารณญาณ ตัดสินใจ และแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์

5) สามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง และสนใจใฝ่รู้ในการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

6) สามารถใช้ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข และการใช้หลักสถิติอย่างเหมาะสม

7) แสดงออกซึ่งภาวะผู้นำและสามารถบริหารจัดการ การทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ สหวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้อง

8) สามารถใช้กระบวนการวิจัย และกระบวนการสร้างนวัตกรรมในการแก้ไขปัญหาทางการพยาบาลและสุขภาพ

9) มีความรู้และสมรรถนะด้านเทคโนโลยีดิจิทัลในการศึกษาค้นคว้า การปฏิบัติงาน การสื่อสารและการทำงานร่วมกับผู้อื่น

10) มีคุณธรรม จริยธรรม เคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ มีความรับผิดชอบ มีความเอื้ออาทรและมีปิยวาจา

11) แสดงออกถึงการมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพการพยาบาล ตระหนักในคุณค่าวิชาชีพและสิทธิของพยาบาล

12) เป็นพลเมืองดีในระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข ตลอดจนเป็นพลเมืองดีของชาติ ภูมิภาค ประชาคมโลก และเป็นผู้มีจิตอาสาเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น

13) มีสมรรถนะทางวัฒนธรรม สามารถปฏิบัติงานในสภาพการณ์ของความแตกต่างทางวัฒนธรรม

โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้เข้าศึกษาประกอบด้วยคุณสมบัติทั่วไป คือ สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย แผนการเรียนวิทยาศาสตร์-คณิตศาสตร์ เป็นผู้มีความประพฤติดี ไม่มีประวัติเสียหาย ไม่เคยต้องโทษในคดีอาญา ยกเว้นคดีอันเป็นลหุโทษ และกรณีที่เป็นชาวต่างชาติให้มีผลการผ่านเกณฑ์วิชาภาษาไทยตามที่มหาวิทยาลัยกำหนดและคุณสมบัติเฉพาะ คือ มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาวิชาชีพการพยาบาล ไม่เจ็บป่วยหรือเป็นโรคติดต่ออันตราย หรือมีความผิดปกติ/ความพิการที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาหรือการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาล โดยหลักสูตรมีจำนวนหน่วยกิต ตลอดหลักสูตร 137 หน่วยกิต ประกอบด้วย 1) หมวดวิชาศึกษาทั่วไป 30 หน่วยกิต 2) หมวดวิชาเฉพาะ 101 หน่วยกิต (กลุ่มพื้นฐานวิชาชีพ 24 หน่วยกิต และสาขาวิชาชีพการพยาบาล 77 หน่วยกิต แบ่งเป็นวิชาทฤษฎี 41 หน่วยกิต และวิชาปฏิบัติการทางการพยาบาล 36 หน่วยกิต) และ 3) หมวดวิชาเลือกเสรี 6 หน่วยกิต (หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2562 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี, 2562)

ปัจจุบันการจัดการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์มีเป้าหมายมุ่งผลิตบัณฑิตให้มีสมรรถนะที่จำเป็นตามความต้องการของสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาผู้เรียนให้มีสมรรถนะศตวรรษที่ 21 และสมรรถนะทางวิชาชีพ ที่มั่นใจได้ว่าจะให้บริการผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย

ระบบบริการสุขภาพต้องการบัณฑิตพยาบาลที่สามารถปฏิบัติงานตอบสนองปัญหาสุขภาพที่พบเป็นส่วนใหญ่และทิศทางการพัฒนาบริการสุขภาพในภาวะปกติวิถีใหม่ของประเทศไทยที่กำลังเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ โดยคาดหวังว่าผู้สำเร็จการศึกษาจะมีสมรรถนะสำคัญหลายประการ ได้แก่ สามารถนำความรู้มาใช้ประเมินภาวะสุขภาพ คิดวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพส่วนมากของบุคคลทุกช่วงวัยและแก้ปัญหาด้วยการออกแบบบริการพยาบาลอย่างสร้างสรรค์โดยคำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป็นนักจัดการสุขภาพในคลินิกรายกรณีโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และโรคติดต่ออุบัติใหม่ มีความกล้าหาญทางจริยธรรม แสดงภาวะผู้นำทำงานร่วมกับทีมสุขภาพใช้ภาษาและติดต่อสื่อสารกับผู้รับบริการได้ชัดเจนรอบรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของสังคม เป็นนักค้นคว้าหาความรู้ และใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพบริการพยาบาล มีทักษะเรียนรู้ตลอดชีวิต มีแนวคิดเป็นผู้ประกอบการ และมีจิตอาสาเพื่อพัฒนาวิชาชีพและสังคม (หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สภาการพยาบาล พ.ศ. 2564) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ได้ดำเนินการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาตรบัณฑิต พ.ศ. 2562 และในปีการศึกษา 2566 คณะฯ จะต้องปรับปรุงพัฒนาหลักสูตรให้ทันสมัยสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน มีสมรรถนะตามความต้องการของสังคม การประเมินหลักสูตร จึงเป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจากการประเมินสามารถที่จะวิเคราะห์จุดเด่นและจุดด้อยในการบริหารหลักสูตรได้เป็นอย่างดี (สุภาวดี เครือโชติกุลและคณะ, 2559) โดยการติดตามความก้าวหน้าของการใช้หลักสูตรตรวจสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้และเป็นข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ในการปรับปรุงหลักสูตร ผู้วิจัย จึงได้ดำเนินการประเมินหลักสูตรโดยใช้รูปแบบการประเมินแบบซิป (CIPP Model) ของสตัฟเฟิมบีม (Stufflebeam, 2017 และ Stufflebeam, 2020) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านบริบท (Context) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลผลิตของหลักสูตร (Product) การวิจัยครั้งนี้จะได้ข้อมูลที่มีประโยชน์สามารถนำมาวางแผนพัฒนาคุณภาพหลักสูตรให้มีความทันสมัย สอดคล้องกับความต้องการของสังคมและผู้ใช้บัณฑิต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2562 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการประเมินหลักสูตรแบบซิปโมเดล (CIPP Model) ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบประเมินบริบท (Context) สอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปรัชญาวัตถุประสงค์โครงสร้างและเนื้อหาของหลักสูตร ประกอบด้วย ความเหมาะสมของหน่วยกิต ความสำคัญและเป็นประโยชน์ ความเหมาะสมของวิธีสอน และความทันสมัยของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2562 ส่วนที่ 3 แบบประเมินปัจจัยนำเข้า สอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณลักษณะแรกรับของนักศึกษา คุณลักษณะของอาจารย์และทรัพยากรสนับสนุนการจัดการเรียนการสอนของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2562 ส่วนที่ 4 แบบประเมินกระบวนการ สอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรม การเรียนการสอน การมีส่วนร่วมของนักศึกษาและการวัดและการประเมินผลของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2562 คุณภาพของเครื่องมือ ชุดที่ 1 ได้ค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) เฉลี่ย 0.95 และค่าความเที่ยง = 0.97

ชุดที่ 2 แบบประเมินผลผลิต ประกอบด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์

และสมรรถนะผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ระดับปริญญาตรี) 8 ด้าน ได้ค่า IOC เฉลี่ย 1.00 และค่าความเที่ยง = 0.9

เครื่องมือชุดที่ 3 เป็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม (Focus group)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods research)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External stakeholders) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal stakeholders) เลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดประกอบด้วย 1) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External stakeholders) ประกอบด้วย ศิษย์เก่า/บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2565 จำนวน 30 คน (ร้อยละ 70 ของบัณฑิต) ผู้ใช้บัณฑิตและผู้รับบริการด้านสุขภาพจำนวน 30 คน รวมทั้งสิ้น 60คน 2) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal stakeholders) ประกอบด้วย กลุ่มผู้บริหารและคณาจารย์ บุคลากรสายสนับสนุน และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 56 คน (ร้อยละ 80 ของประชากร) เกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria) 1) บัณฑิตพยาบาลที่สำเร็จการศึกษา ในปีการศึกษา 2565 2) ผู้ใช้บัณฑิตและอาจารย์พี่เลี้ยงในแหล่งฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาล 3) คณาจารย์ เป็นอาจารย์ที่ทำงานที่คณะพยาบาลศาสตร์อย่างน้อย 1 ปี 4) บุคลากรสายสนับสนุนทำงานที่คณะพยาบาลศาสตร์ อย่างน้อย 1 ปี 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. การพิทักษ์สิทธิ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2562 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานีครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองโครงการการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี เลขที่ จย.มน.74/2566 การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

1) ผู้วิจัยยื่นแบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

2) ทำหนังสือเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลต่ออธิการบดี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลต่างๆ ที่บัณฑิตทำงาน และแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพของนักศึกษา ขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล 1) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใช้บัณฑิตผู้วิจัยได้จัดส่งแบบสอบถามใส่ซองพร้อมติดแสตมป์ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างบัณฑิตทำงาน และแบบสอบถามผ่านทางการ Scan QR Code หรือ Link แบบสอบถามออนไลน์ โดยขอความร่วมมือให้ตอบกลับภายใน 2 สัปดาห์ 2) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบัณฑิตผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามผ่านทางการ Scan QR Code และ Link แบบสอบถามออนไลน์ ไปตามช่องทางกลุ่มศิษย์เก่า ได้แก่ Line group โดยขอความร่วมมือให้ตอบกลับภายใน 2 สัปดาห์

3) กลุ่มอาจารย์พี่เลี้ยงในแหล่งฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลผู้วิจัยได้พบกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลโดยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม รวมถึงผู้วิจัยได้สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการประชุมกลุ่มย่อย (Focus groups) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพร่วมด้วย

4) ผู้บริหาร คณาจารย์ บุคลากรสายสนับสนุน และนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่าง ทำแบบสอบถามโดยการ Scan QR Code หรือ Link แบบสอบถามออนไลน์ โดยขอความร่วมมือให้ตอบกลับภายใน 2 สัปดาห์ รวมถึงผู้วิจัยจัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพร่วมด้วย

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ

เชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการ สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสนทนากลุ่มย่อย (Focus group) วิเคราะห์เชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์เนื้อหา ประกอบด้วยการตีความ และสรุปความ

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอกประกอบด้วย ผู้ใช้บัณฑิต ผู้รับบริการทางสุขภาพ และศิษย์เก่า และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายในประกอบด้วย ผู้บริหาร คณาจารย์ บุคลากร และนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ประเมินโดยใช้ CIPP Model ชุดที่ 1 แบบประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายในจำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 100 และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (ศิษย์เก่า) จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 96.67 ผลการวิจัยพบว่าด้านบริบท (Context) โดยรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.18, S.D. = 0.78) โดยด้านที่น้อยที่สุดคือโครงสร้างหลักสูตรมีความเหมาะสมระดับมาก ($\bar{X}$= 4.09, S.D. = 0.84) และข้อที่มีความเหมาะสมน้อยที่สุดคือ หมวดวิชาศึกษาทั่วไป 30 หน่วยกิต ($\bar{X}$= 3.89, S.D. = 0.94) การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input) พบว่ามีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.43, S.D. = 0.69) โดยด้านที่มีความเหมาะสมน้อยที่สุดคือ ด้านทรัพยากรสนับสนุนการจัดการเรียนการสอน ($\bar{X}$ = 4.14, S.D. = 0.82) และข้อที่มีความเหมาะสมน้อยที่สุดคือห้องเรียนมีเพียงพอและเหมาะสม ($\bar{X}$ = 3.95, S.D. = 0.89) ด้านกระบวนการ (Process) โดยรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.28, S.D. = 0.75) โดยกระบวนการบริหารจัดการหลักสูตรกิจกรรมการเรียนการสอนมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.24, S.D. = 0.73) และการวัดและการประเมินผลหลักสูตร ความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.32, S.D. = 0.77) การประเมินชุดที่ 2 ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายในจำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 98.21 และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอกจำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ผลการประเมินผลลัพธ์ด้านคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.28, S.D. = 0.68) โดยด้านที่มีความเหมาะสมมากที่สุดคือด้านคุณธรรมจริยธรรม ($\bar{X}$ = 4.43, S.D. = 0.61) รองลงมาคือด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ($\bar{X}$ = 4.35, S.D. = 0.68) และด้านการปฏิบัติทางวิชาชีพ ($\bar{X}$ = 4.34, S.D. = 0.66) ผลลัพธ์ด้านสมรรถนะผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ระดับปริญญาตรี) โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.32, S.D. = 0.67) โดยมีสมรรถนะที่ 3 อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.44, S.D. = 0.62) รองลงมาคือสมรรถนะที่ 6 ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ ($\bar{X}$ = 4.43, S.D. = 0.67)

การอภิปรายผล

ด้านบริบท (Context) มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.18, S.D. = 0.78) โดยด้านที่น้อยที่สุดคือโครงสร้างหลักสูตรมีความเหมาะสมระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.09, S.D. = 0.84) และข้อที่มีความเหมาะสมน้อยที่สุดคือหมวดวิชาศึกษาทั่วไป 30 หน่วยกิต ($\bar{X}$= 3.89, S.D. = 0.94) ปัจจุบันประกาศคณะกรรมการมาตรฐานการอุดมศึกษา เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับปริญญาตรี พ.ศ. 2565 ได้ลดจำนวนหน่วยกิตหมวดวิชาศึกษาทั่วไปจากไม่น้อยกว่า 30 หน่วยกิต เป็นไม่น้อยกว่า 24 หน่วยกิตแล้ว

ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) พบว่ามีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.43, S.D. = 0.69) โดยด้านที่มีความเหมาะสมน้อยที่สุดคือด้านทรัพยากรสนับสนุนการจัดการเรียนการสอน ($\bar{X}$ = 4.14, S.D. = 0.82) และข้อที่มีความเหมาะสมน้อยที่สุดคือ

ห้องเรียนมีเพียงพอและเหมาะสม ($\bar{X}$= 3.95, S.D. = 0.89) ซึ่งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานีมีอาคารเรียน 1 อาคารมีห้องเรียนจำนวน 14 ห้องโดยบรรจุ 40 ที่นั่งจำนวน 8 ห้องซึ่งยังไม่ได้ติดตั้งเครื่องปรับอากาศ และห้องเรียน 50 ที่นั่งมีจำนวนจำนวน 6 ห้อง ทั้งนี้ตั้งแต่ปีการศึกษา 2565 คณะพยาบาลศาสตร์ได้รับอนุมัติให้รับนักศึกษารุ่นละ 60 คน จึงทำให้ห้องเรียนมีความคับแคบซึ่งมหาวิทยาลัยได้จัดห้องเรียนที่อาคารเรียนรวม และคณะพยาบาลศาสตร์กำลังดำเนินการเสนอขอเพิ่มอาคารเรียนและห้องปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มเติม สำหรับทรัพยากรสนับสนุนการจัดการเรียนการสอนด้านอื่น ๆ คณะพยาบาลศาสตร์จัดหาให้เป็นไปตามเกณฑ์การตรวจรับรองสถาบันการศึกษาพยาบาลดังนี้ 1) ห้องปฏิบัติการพยาบาล คณะพยาบาลยังได้รับการสนับสนุนงบลงทุนในการจัดหาวัสดุ ครุภัณฑ์ทางการพยาบาลเพิ่มเติม โดยคณะพยาบาลได้จัดห้องปฏิบัติการพยาบาลแยกตามสาขา ประกอบด้วย ห้องปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน ห้องปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ ห้องปฏิบัติการพยาบาลเด็ก ห้องปฏิบัติการพยาบาลชุมชน ห้องปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช (ห้อง Happy room) และห้องปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2) ห้องสมุด หนังสือ และฐานข้อมูลการสืบค้น คณะพยาบาลศาสตร์จัดหาให้เป็นไปตามเกณฑ์การตรวจรับรองสถาบันการศึกษาพยาบาล 3) หอพักนักศึกษา มีหอพักในมหาวิทยาลัยแต่ยังขาดพื้นที่สำหรับทำกิจกรรมร่วมกันโดยเฉพาะกลุ่มที่คละเพศหญิงและเพศชายเนื่องจากมีช่วงเวลาเปิด-ปิดหอพักคือปิดเวลา 22.00 น.และเปิดเวลา 05.00 น. ซึ่งนักศึกษาบอกว่ายังทำงานกลุ่มไม่เสร็จพ่อบ้านหอก็ปิดไฟแล้วและต้องกลับขึ้นบนห้องซึ่งในกลุ่มที่มีเพื่อนผู้ชายด้วยจึงไม่สามารถทำงานต่อได้ คณะพยาบาลศาสตร์จึงได้ขอหอพักนักศึกษาในเมืองสำหรับนักศึกษาที่ต้องเรียนภาคปฏิบัติในโรงพยาบาลและมีพื้นที่สำหรับทำงาน และการประชุมกลุ่มย่อยสำหรับรายวิชาปฏิบัติในต่างจังหวัด คณะฯ จัดหาหอพักที่ปลอดภัยใกล้โรงพยาบาล 4) ห้องจัดทำกิจกรรมและสถานที่ที่ส่งเสริมการเรียนรู้ (Learning space) ยังไม่เพียงพอ และสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของน้องนี แสงโกร และคณะ (2563) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะการเรียนรู้โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลผลการศึกษาพบว่าคุณลักษณะผู้เรียน คุณลักษณะผู้สอนและสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะการเรียนรู้โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r= .769, .601, และ .396 ตามลำดับ)

ด้านกระบวนการ (Process) มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.28, S.D. = 0.75) โดยกระบวนการบริหารจัดการหลักสูตร กิจกรรมการเรียนการสอนมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.24, S.D. = 0.73) และการวัดและการประเมินผลหลักสูตรความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.32, S.D. = 0.77) ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมีการจัดการเรียนการสอนในสภาพจริงในรายวิชาปฏิบัติ ซึ่งทำให้นักศึกษาได้ศึกษาเรียนรู้จากผู้ป่วย และในวิชาทฤษฎีได้มีจัดการเรียนการสอนที่ให้นักศึกษาได้สะท้อนคิดร่วมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิชฌาย์วีร์ สินสวัสดิ์ (2562) ที่ศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติการสะท้อนคิดต่อพฤติกรรมการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ของการเขียนบันทึกการเรียนรู้โดยรวมอยู่ในระดับดี ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือทำให้ได้เรียนรู้จากเหตุการณ์รอบตัว รองลงมาคือทำให้มีความรับผิดชอบและทำให้ได้ค้นคว้าเรียนด้วยตนเองมากขึ้น ส่วนความคิดเห็นเกี่ยวกับอุปสรรคของการเขียนบันทึกการเรียนรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การมีเวลาจำกัดทำให้เรียนรู้ไม่ดีเท่าที่ควร รองลงมาคือการ

หาประเด็นการเรียนรู้มาเขียนบันทึกไม่ได้และไม่คุ้นเคยกับการเขียนบันทึกการเรียนรู้ สถาบันการศึกษาจึงควรสนับสนุนจัดการเรียนการสอนแบบสะท้อนคิดในวิชาทางการพยาบาลเพื่อเกิดทักษะการคิดวิเคราะห์สามารถเชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติได้ นอกจากนี้ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ปีการศึกษา 2563-2564 นักศึกษาได้ประสบการณ์จากการปฏิบัติจริงน้อย คณะ ฯ จึงจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ และฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการพยาบาลทำให้นักศึกษาขาดความมั่นใจ และขาดประสบการณ์ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในสถานการณ์จริงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุกฤตา ตะการีย์และคณะ (2565) ที่ศึกษาผลลัพธ์การจัดการเรียนภาคปฏิบัติออนไลน์ในนักศึกษาพยาบาลช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของ เชื้อไวรัสโคโรนา 2019: กรณีศึกษารายวิชาปฏิบัติการพยาบาลรวบยอดสาขาผดุงครรภ์ ผลการวิจัยพบว่าการเรียนด้วยตนเองและการได้รับความรู้ขณะเรียนออนไลน์มีการศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 100 เนื้อหาที่ได้รับและความคาดหวังในการเรียนออนไลน์คิดเป็นร้อยละ 95 การใช้ทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิตอลคิดเป็นร้อยละ 96 ปัญหาและอุปสรรคหรือข้อจำกัดในการเรียนการสอน คิดเป็นร้อยละ 87 ในการเรียนออนไลน์ภาคปฏิบัตินั้นนักศึกษาจะได้รับความรู้ ได้ฝึกการคิดวิเคราะห์เพิ่มขึ้น เห็นบทบาทหน้าที่การปฏิบัติงานคิดเป็นร้อยละ 95 แต่นักศึกษาจะขาดประสบการณ์การปฏิบัติจริง เมื่อให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยอาจขาดความมั่นใจ มีอาการกลัวไม่กล้าทำหัตถการเพราะขาดทักษะในการฝึกปฏิบัติ

ด้านผลลัพธ์ (Product) ประกอบด้วย ด้านคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์และสมรรถนะผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ระดับปริญญาตรี) โดยมีคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.28, S.D. = 0.68) ซึ่งด้านที่มีความเหมาะสมมากที่สุดคือด้านคุณธรรมจริยธรรม ($\bar{X}$ = 4.43, S.D. = 0.61) รองลงมาคือด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ($\bar{X}$ = 4.35, S.D. = 0.68) และด้านการปฏิบัติทางวิชาชีพ ($\bar{X}$ = 4.34, S.D. = 0.66) 2) ด้านสมรรถนะผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ระดับปริญญาตรี) โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.32, S.D. = 0.67) โดยมีสมรรถนะที่ 3 อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.44, S.D. = 0.62) รองลงมาคือสมรรถนะที่ 6 ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ ($\bar{X}$ = 4.43, S.D. = 0.67) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของยุพาภรณ์ ติรไพรวงศ์ และคณะ (2565) ที่ศึกษาวิจัยการประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี ผลการวิจัยพบว่าอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร อาจารย์ประจำหลักสูตรและนักศึกษา มีความคิดเห็นเฉลี่ยโดยรวม ด้านบริบทของหลักสูตรอยู่ในระดับมากและมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.51, 4.27 และ 4.14, S.D. = 0.48, 0.48 และ 0.52 ตามลำดับ) ด้านปัจจัยนำเข้าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.33, 4.21 และ 4.12, S.D. = 0.48, 0.53 และ 0.57 ตามลำดับ) ด้านกระบวนการอยู่ในระดับมากและมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.58, 4.15 และ 4.13, S.D. = 0.48, 0.61 และ 0.62 ตามลำดับ) และด้านผลลัพธ์ของหลักสูตรอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.45, 4.17 และ 4.15, S.D. = 0.56, 0.59 และ 0.61 ตามลำดับ) และสอดคล้องกับศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ ศรัญญา จุฬารี และฉวีวรรณ เศียรอุ่น (2561) ที่ศึกษาวิจัยการประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ผลการวิจัย 1. ด้านบริบท พบว่า 1) จุดมุ่งหมายของหลักสูตรมีความชัดเจน นำไปปฏิบัติได้จริง สอดคล้องกับความต้องการของสังคม และสอดคล้องกับเอกลักษณ์วิชาชีพพยาบาลในระดับมากถึงมากที่สุด 2) โครงสร้างหลักสูตรมีความเหมาะสมโดยเฉพาะหมวดวิชาเฉพาะทั้งกลุ่มวิชาพื้นฐานวิชาชีพและกลุ่มวิชาชีพ และหมวดวิชาเลือกเสรี และ 3) เนื้อหาสาระรายวิชามีความสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของหลักสูตรมีความน่าสนใจและทันสมัย จำนวนหน่วยกิต การจัดการเรียนการสอนและการวัด

ประเมินผลมีความเหมาะสมในระดับมากโดยเฉพาะหมวดวิชาเฉพาะ กลุ่มวิชาชีพ 2. ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า 1) อาจารย์เป็นผู้ที่มีความสำคัญมากต่อการจัดการเรียนรู้ที่มีคุณภาพและสอดแทรกคุณธรรมจริยธรรม 2) คุณลักษณะของผู้เรียนที่มีความเมตตา กรุณาและความสัมพันธ์อันดีกับผู้รับบริการ และความสามารถในการทำงานร่วมกันเป็นทีม และ 3) ปัจจัยเอื้อต่อการจัดการเรียนการสอนที่เพียงพอ เหมาะสม สะดวกในการเข้าถึงบริการจะช่วยเอื้อต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน 3. ด้านกระบวนการผลิต พบว่า การเตรียมการหลักสูตรและประเมินผลหลักสูตรมีความเหมาะสมมีระบบจัดการเรียนการสอนและการประเมินผลการเรียนรู้ที่ดี และยังมีการปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมจรรยาบรรณวิชาชีพ 4. ด้านผลผลิตพบว่าคุณลักษณะ เชิงวิชาชีพด้านภูมิธรรมในภาพรวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด คุณลักษณะเชิงวิชาชีพด้านภูมิรู้ และด้านภูมิปัญญาอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก และยังสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ศศิธร ชิดนายี สุมิตรพร จอมจันทร์ พิมพ์ใจ อุ่นบ้าน และปลื้มจิต โชติกะ (2564) ที่ศึกษาวิจัยการประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560) วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี เชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่าผู้สำเร็จการศึกษาและผู้ใช้บัณฑิตประเมินหลักสูตรด้านบริบทอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.16, SD = .78; $\bar{X}$ = 4.23, SD = .78) ตามลำดับ และอาจารย์ประเมินว่าหลักสูตรมีความสอดคล้องกับมาตรฐานชาติและปรัชญานโยบายของสถาบันพระบรมราชชนก เช่นเดียวกับด้านปัจจัยนำเข้า ที่ผู้สำเร็จการศึกษาอาจารย์และผู้ใช้บัณฑิตประเมินหลักสูตรอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.15, SD = .73; $\bar{X}$ = 4.39, SD = .67; $\bar{X}$ = 4.32, SD = .66) ด้านกระบวนการอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.10, SD = .69; $\bar{X}$ = 3.90, SD = .80; $\bar{X}$ = 4.19, SD = .74) และด้านผลผลิตอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.12, SD = .70; $\bar{X}$ = .11, SD = .68; $\bar{X}$ = 12, SD =.78) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

1) คณะฯ ควรลดจำนวนหน่วยกิตลง โดยเฉพาะหมวดวิชาศึกษาทั่วไป และวิชาพื้นฐานวิชาชีพมีความซ้ำซ้อน โดยอาจรวมในวิชาที่เกี่ยวข้อง และไม่ควรจัดการเรียนสอนภาคฤดูร้อน

2) รายวิชาเทคโนโลยีระบบสารสนเทศและนวัตกรรมทางการพยาบาล ควรแยกเนื้อหารายวิชาเพื่อให้ได้ครอบคลุมรายละเอียดและทักษะที่ควรปฏิบัติ

3) การมอบหมายงานควรมีการประชุมวางแผนกันตั้งแต่ต้นเทอมและให้มีความเหมาะสม

4) ปรับปรุงเนื้อหาให้มีความทันสมัย สอดคล้องกับยุคดิจิทัลและเหมาะกับบริบทของโลกปัจจุบันและนักศึกษาเจนเนอเรชั่นซี (Gen Z)

5) เนื้อหาในบางรายวิชามีมากเกินไปไม่เหมาะสมกับชั่วโมงเรียน ทำให้อาจารย์ผู้สอนบางท่านต้องนัดสอนนอกเวลา ซึ่งทำให้นักศึกษาเกิดความเหนื่อยล้า และไม่มีเวลาส่วนตัวหรือการทำงานอื่น

6) ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลชั้นปีที่ 4 ใน 3 วิชาสุดท้าย คือ วิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล ปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น และวิชาปฏิบัติการพยาบาลที่เลือกสรร เป็นช่วงที่นักศึกษาได้ฝึกประสบการณ์จริงได้เรียนรู้กับพี่พยาบาลซึ่งนักศึกษาได้มีโอกาสทำหัตถการจึงควรมีเวลาฝึกปฏิบัติอย่างน้อย 4 สัปดาห์ต่อเนื่องในหอผู้ป่วยนั้น ๆ และควรเลือกแหล่งฝึกปฏิบัติที่มีจำนวนผู้รับบริการมากเพียงพอ รวมทั้งมีความหลากหลายทั้งในเรื่องโรคและหัตถการต่าง ๆ

7) ควรมีหลักสูตรอบรมครูพี่เลี้ยง เพื่อให้พยาบาลพี่เลี้ยงสามารถช่วยดูแลนักศึกษาได้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับความร่วมมือจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้บริหารการพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลกุมภวาปี โรงพยาบาลหนองวัวซอ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช

สว่างแดนดิน โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และโรงพยาบาลกรุงเทพอุดร ซึ่งเป็นผู้ใช้บัณฑิตจากคณะพยาบาลศาสตร์ที่ให้ข้อมูลในการประเมินบัณฑิตพยาบาลรวมถึงผู้รับบริการทางสุขภาพ ขอขอบคุณบัณฑิตพยาบาล รุ่นที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ ขอบคุณผู้บริหาร คณาจารย์ บุคลากรและนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ และขอขอบคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานีที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

คณะกรรมการมาตรฐานการอุดมศึกษา. (2565). *ประกาศคณะกรรมการมาตรฐานการอุดมศึกษา เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับปริญญาตรี พ.ศ. 2565***.** ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 139. ตอนพิเศษ 212 ง/ 11-20. (2565, 9 กันยายน 2565)

น้องนี แสงโกร, นววรรณ เจริญโกวิท, พิมพ์ชนก ผิวเกลี้ยง และวีรยา หนุนพร้อม. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะการเรียนรู้โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม***,** 21(41), 41-54.

พิชฌาย์วีร์ สินสวัสดิ์. (2562). ผลของการจัดการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติการสะท้อนคิดต่อพฤติกรรมการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม***,** *20*(39), 88-98.

ยุพาภรณ์ ติรไพรวงศ์, รัตติกร เมืองนาง, ฐิติวรรณ โยธาทัย, วิระกาญจน์ สุเมธานุรักขกุล, พณาวรรณ พาณิชย์, ธิดารัตน์ ห้วยทราย และเนตรนภา กาบมณี.(2565). การประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2560) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี.*วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, *25*(2), 77-88.

สภาการพยาบาล. (2563) *ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการให้ความเห็นชอบหลักสูตรการศึกษาวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ระดับวิชาชีพสาหรับผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีสาขาอื่น พ.ศ. 2563*. ราชกิจจนุเบกษา. เล่ม 117. ตอนพิเศษ 280/ 47-57.

สภาการพยาบาล. (2566). *ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง สมรรถนะหลักของผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ปริญญาโท และปริญญาเอก สาขาพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลขั้นสูงระดับวุฒิบัตรและได้รับวุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สาขาการพยาบาลเฉพาะทางสาขาพยาบาลศาสตร์.* สืบค้นวันที่ 20 ตุลาคม 2566 จาก https://www.tnmc.or.th

สุกฤตา ตะการีย์, พิชาภรณ์ จันทนกุล, รัตนาภรณ์ นิวาศานนท์, กาญจนา งามจันทราทิพย์และศิริพร สามสี. (2565). ผลลัพธ์การจัดการเรียนภาคปฏิบัติออนไลน์ในนักศึกษาพยาบาลช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา2019: กรณีศึกษารายวิชาปฏิบัติการพยาบาลรวบยอดสาขาผดุงครรภ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, *23*(45), 73-88.

สุภาวดี เครือโชติกุล, มยุรา นพพรพันธุ์, สฤษฎิ จันทร์หอม, วราภา สิทธิภิรมย์ และกิติยา สมุทรประดิษฐ์. (2559). การประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2555) ของคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ, 3*(3) , 10-24.

สำนักเลขาธิการรัฐมนตรี. (2566). *พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542* ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 116 ตอนที่ 64 ก สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2566 จาก https://www.ratchakitcha.soc.go.th

สำนักเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. (2560). *แผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2579.* กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา.

ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ ศรัญญา จุฬารี และฉวีวรรณ เศียรอุ่น. (2561*). ประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2552 สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์,* รายงานวิจัย. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ศศิธร ชิดนายี สุมิตรพร จอมจันทร์ พิมพ์ใจ อุ่นบ้าน และปลื้มจิต โชติกะ (2564) การประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุงพ.ศ. 2560) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์, 13*(2), 199-214

Stufflebeam, D. L., & Zhang, G. (2017). *The CIPP evaluation model: How to evaluate for improvement and accountability.* Guilford Publications

Stufflebeam, D. L. (2000*). The CIPP model for*

evaluation. In Evaluation models: Viewpoints on educational and human services evaluation (pp. 279-317). Dordrecht: Springer Netherlands.

การพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร และประเมินผลลัพธ์

Development of a Model of Care Management for COVID-19 Patients in Crisis at Krathumbaen Hospital, Samutsakhon Province, and Evaluation of Outcomes

Received: March 29, 2024
Revised: April 30, 2024
Accepts: May 11, 2024

รัชดา แก้วอินชัย [1]
Rachada Kaewinchai (B.N.S.)
จุฑาทิพย์ นามม่อง (พย.ม.) [2] นันทิภัคค์ พีรวัสธนะวุฒิ (พย.ม.) [2]
Juthatip Nammong (M.NS), Nantipak Pheerawasthanawut (M.NS)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร และประเมินผลลัพธ์

รูปแบบและวิธีดำเนินการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีองค์ประกอบในการบริหารจัดการใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการสถานที่และสิ่งแวดล้อม ด้านอัตรากำลัง ด้านการพัฒนาบุคลากร ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ Semi ICU Cohort ward จำนวน 37 คน และเวชระเบียนผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาที่ Semi ICU Cohort ward จำนวน 347 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบนิเทศทางการพยาบาลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ แบบนิเทศทางการพยาบาลผู้ป่วย ได้รับออกซิเจนอัตราการไหลสูงทางจมูก แบบสำรวจรายการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจและการพยาบาลผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอัตราการไหลสูงทางจมูก แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติและแบบบันทึกผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย มีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) เท่ากับ .91,.89 .89 ,83 และ.88 ตามลำดับ ดำเนินการวิจัยในระหว่างเดือน มกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและ Chi-square test

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน, Thailand
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน, Thailand
Registered nurse, Krathumbean hospital
Corresponding author: rachada2507@gmail.com

ผลการวิจัย ผลลัพธ์ด้านพยาบาล พบว่า อัตราการติดเชื้อโควิด-19 ของพยาบาลวิชาชีพ จากการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ เท่ากับ 0 มีความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.76, SD=0.43) และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติโควิด-19 อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.05, SD=0.60) เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด-19 และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงทางจมูกก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<.05)

สรุปและข้อเสนอแนะ การพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จ. สมุทรสาคร เป็นการจัดระบบบริการทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ควรนำผลการวิจัยที่ได้ไปปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล

คำสำคัญ: การจัดการทางการพยาบาล, โควิด-19, การประเมินผลลัพธ์

Abstract

Objectives To develop a management model for COVID-19 patients in critical condition at Krathum Baen Hospital, Samut Sakhon Province, and evaluate the outcomes.

Methods This study is research and development. The management components in four areas include facility and environmental management, manpower ratio, personnel development, and equipment. The sample groups are divided into 37 professional nurses working in the Semi ICU Cohort ward and 347 COVID-19 patients registered for treatment at the Semi ICU Cohort ward. The research tools used include a nursing protocol for ventilator-assisted patients, a nursing protocol for patients receiving high-flow nasal cannula oxygen therapy, a survey on nursing practices for ventilator-assisted patients and patients receiving high-flow nasal cannula oxygen therapy, a satisfaction questionnaire for professional nurses regarding the management model for COVID-19 patients in critical condition, a perception questionnaire on self-competence in nursing COVID-19 patients in critical condition, and an outcome recording form. The content validity index (CVI) is .91, .89, .89, .83, and .88, respectively. The research was conducted from January to June 2022, and data analysis was performed using descriptive statistics and Chi-square tests.

Results The research findings on nursing outcomes revealed that the infection rate of COVID-19 among professional nurses, while working in critical COVID-19 patient care, was 0. Overall satisfaction with the nursing management approach for critical COVID-19 patients was high (mean 3.76, SD=0.43), and confidence in caring for critical COVID-19 patients was rated as good (mean 4.05, SD=0.60). When comparing

patient outcomes, it was found that the mortality rate of COVID-19 patients and the incidence rate of complications from being on HFNC before and after the development of nursing management approaches differed significantly statistically (P<.05).

Conclusion The development of nursing management for critical-care Covid-19 patients Krathumbaen Hospital, Samutsakhon Province is an efficient nursing service system. The research findings should be utilized to enhance the quality of nursing care.

Keywords: nursing management, Covid-19, evaluation of outcomes

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคติดเชื้อโควิด-19 มีการแพร่ระบาดครั้งแรก ใน พ.ศ. 2562 ที่ประเทศจีนและมีการระบาดที่รวดเร็วไปทั่วโลกทำให้ความต้องการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นในอัตราที่ก้าวกระโดด ในขณะที่ขีดความสามารถของสถานพยาบาลและบุคลากรสุขภาพไม่ได้เพิ่มขึ้นตามไปด้วย ส่งผลกระทบที่รุนแรงต่อระบบการจัดบริการในหลายด้าน ทั้งระบบโครงสร้างและระบบการบริการของโรงพยาบาล โดยมีสถิติการติดเชื้อทั่วโลก ณ วันที่ 24 สิงหาคม 2564 พบว่า มีผู้ติดเชื้อสะสม 213,154,044 ราย เสียชีวิต 4,451,307 ราย (กรมอนามัย, 2565) สำหรับประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อสะสม 1,083,951 ราย เสียชีวิตสะสม 9,788 ราย (ร้อยละ 0.98) และจังหวัดสมุทรสาครพบผู้ติดเชื้อสะสม 85,212 ราย เสียชีวิตสะสม 434 ราย (ร้อยละ 0.60) (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) จากการที่โรคติดเชื้อโควิด-19 มีการกลายพันธุ์ทำให้การระบาดของโรคมีการแพร่กระจายเป็นระลอกเพิ่มขึ้น โดยที่การระบาดระลอกสองในช่วงปลายปี 2563 เกิดขึ้นในจังหวัดสมุทรสาคร จาก Cluster ที่เป็นแรงงานข้ามชาติในตลาดกุ้ง มีผู้ป่วยติดเชื้อสูงสุด 500-800 คน/วัน และประกาศให้จังหวัดสมุทรสาครเป็นจังหวัดที่ต้องควบคุมสูงสุดจำกัดการเคลื่อนย้ายแรงงาน แต่ในสถานการณ์ปัจจุบันการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 เป็นการระบาดของสายพันธุ์เดลตาและสายพันธุ์แอลฟา ซึ่งพบในประเทศไทยครั้งแรกเมื่อวันที่ 27 กันยายน พ.ศ. 2564 มีการแพร่กระจายเชื้อได้อย่างรวดเร็ว และมีความรุนแรงมากกว่าการระบาดใน 2 ระลอกแรก จนทำให้เกิดการขาดแคลนทรัพยากรทางการแพทย์ ทรัพยากรในการบริการผู้ป่วยวิกฤต โดยเฉพาะเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive Care Unit; ICU bed) เครื่องช่วยหายใจ (Ventilators) เครื่องให้ออกซิเจนแรงดันสูง (High Flow Nasal Canular; HFNC) เครื่องไตเทียม (Hemodialysis machines) รวมถึงบุคลากรทางการพยาบาล ซึ่งเป็นทรัพยากรที่ไม่สามารถจัดหาได้เพียงพอกับความต้องการในระยะเวลาอันสั้นแต่มีความสำคัญต่อชีวิตของผู้ป่วย ที่ผ่านมาถึงแม้จะมีความพยายามในการเพิ่มเตียงสำหรับผู้ป่วยวิกฤติให้มากขึ้น รวมทั้งจัดหาอัตรากำลังอย่างไรก็ยังคงไม่เพียงพอต่อการรับผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยสูงมากขึ้นและมีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ตามไปด้วย (บวรศม ลีระพันธ์ และสมชัย จิตสุชน, 2564)

โรงพยาบาลกระทุ่มแบน เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ M1 ในช่วงสถานการณ์การระบาดของ

โรคโควิด-19 ที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี 2563 – สิงหาคม 2564 พบว่ามีผู้ติดเชื้อสะสม 36,080 ราย (รับไว้ในโรงพยาบาลกระทุ่มแบน 4,644 ราย) เสียชีวิตสะสม 324 ราย (งานควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลกระทุ่มแบน, 2565) และเมื่อทบทวนการจัดบริการพยาบาลตั้งแต่การระบาดในระลอกแรก พบว่า โรงพยาบาลกระทุ่มแบนไม่มีหอผู้ป่วยที่ใช้สำหรับรับผู้ป่วยติดเชื้อโดยตรงมีการใช้หอผู้ป่วยพิเศษเป็นห้องแยกสำหรับรองรับผู้ป่วย (Isolation room) โดยมีการปรับระบบระบายอากาศติดตั้งอุปกรณ์สื่อสารสำหรับใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วย ในส่วนของอัตรากำลังพยาบาลมอบหมายให้ทีมพยาบาลและเจ้าหน้าที่ของหอผู้ป่วยพิเศษเป็นทีมหลักในการดูแลผู้ป่วย และจัดอัตรากำลังเสริมหมุนเวียนมาจากหลายหน่วยงาน ตามภาระงานของแต่ละหน่วยงานในช่วงเวลานั้น แต่ในช่วงการระบาดระลอก 3 และ 4 มีการใช้พื้นที่ที่ยังไม่เปิดให้บริการมาจัดเป็นหอผู้ป่วย Cohort ward สำหรับรองรับผู้ป่วยที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและเนื่องจากพบว่าผู้ป่วยโควิด-19 อยู่ในภาวะวิกฤติมีจำนวนมาก ซึ่งควรได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤติ แต่โรงพยาบาลกระทุ่มแบนมีหอผู้ป่วยวิกฤติรวมที่รองรับผู้ป่วยได้ 13 เตียง เพียงแห่งเดียว ซึ่งต้องใช้รับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ โดยใช้ห้อง AIIR (Airborne Infection Isolation Room) รองรับผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติได้เพียงแค่ 2 เตียง เท่านั้น ทำให้ผู้ป่วยวิกฤติกระจายอยู่ตาม Cohort ward ที่มีโครงสร้างสถานที่การจัดการระบบระบายอากาศที่ยังไม่ได้มาตรฐาน รวมทั้งเครื่องช่วยหายใจและเครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูกที่ไม่เพียงพอ จึงไม่เอื้ออำนวยต่อการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ทั้งการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในสถานการณ์ที่มีผู้ป่วยวิกฤติเป็นจำนวนมากภายใต้การขาดแคลนพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤติทำให้พยาบาลเกิดความเครียดในการปฏิบัติงานและส่งผลต่อความปลอดภัยและสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ

ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติได้รับการดูแลตามมาตรฐานภายใต้สถานการณ์เร่งด่วน ผู้วิจัยในฐานะรองหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรม และได้รับมอบหมายให้มีหน้าที่ในการบริหารอัตรากำลังพยาบาลในการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ตั้งแต่การระบาดในระลอกแรก จนถึงปัจจุบัน และมีบทบาทสำคัญในการจัดระบบบริการพยาบาล ให้มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยได้คุณภาพและมาตรฐาน เพื่อรองรับการการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ สำหรับองค์กรพยาบาลเองรับผิดชอบในการจัดบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ซึ่งพยาบาลวิชาชีพถือว่าเป็นกำลังหลักที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมากที่สุดและในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติเป็นจำนวนมาก ภายใต้ความขาดแคลนของบุคลากรพยาบาล ทั้งในด้านจำนวนและสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติจึงเป็นความท้าทายขององค์กรพยาบาลในการให้บริการทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งเจ้าหน้าที่มีความปลอดภัยในการปฏิบัติหน้าที่ในการให้การพยาบาลภายใต้สถานการณ์ที่เร่งด่วนนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร และประเมินผลลัพธ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา (Research and development) ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและได้นำแนวคิดเชิงระบบ Core Components of Infection Prevention and Control ของ WHO (2019) แนวคิดการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 (กรมการแพทย์, 2563) ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) และการการนิเทศทางการพยาบาลโดยนำมาบูรณาการเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา (Research and development) โดยดำเนินการวิจัย 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1) ศึกษาสถานการณ์ ระยะที่ 2) พัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ ระยะที่ 3) ทดลองใช้รูปแบบ และ ระยะที่ 4) ประเมินผลลัพธ์รูปแบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคโควิด–19 ที่เข้ารับการรักษาที่ Semi ICU Cohort ward โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน ในระหว่างเดือน มกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2565 จำนวน 347 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้มาปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย Semi ICU Cohort ward จาก 7 หน่วยงาน ของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จำนวน 286 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคโควิด–19 ที่เข้ารับการรักษาที่ Semi ICU Cohort ward โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน ในระหว่างเดือน มกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2565 จำนวน 347 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้มาปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย Semi ICU Cohort ward จาก 7 หน่วยงาน ของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จำนวน 37 คน

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยกำหนดขอบเขตของเวลาในการศึกษาคือ มกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2565

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางสำเร็จรูป ของ Krejcie & Morgan ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกิน 5 % กำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 37 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

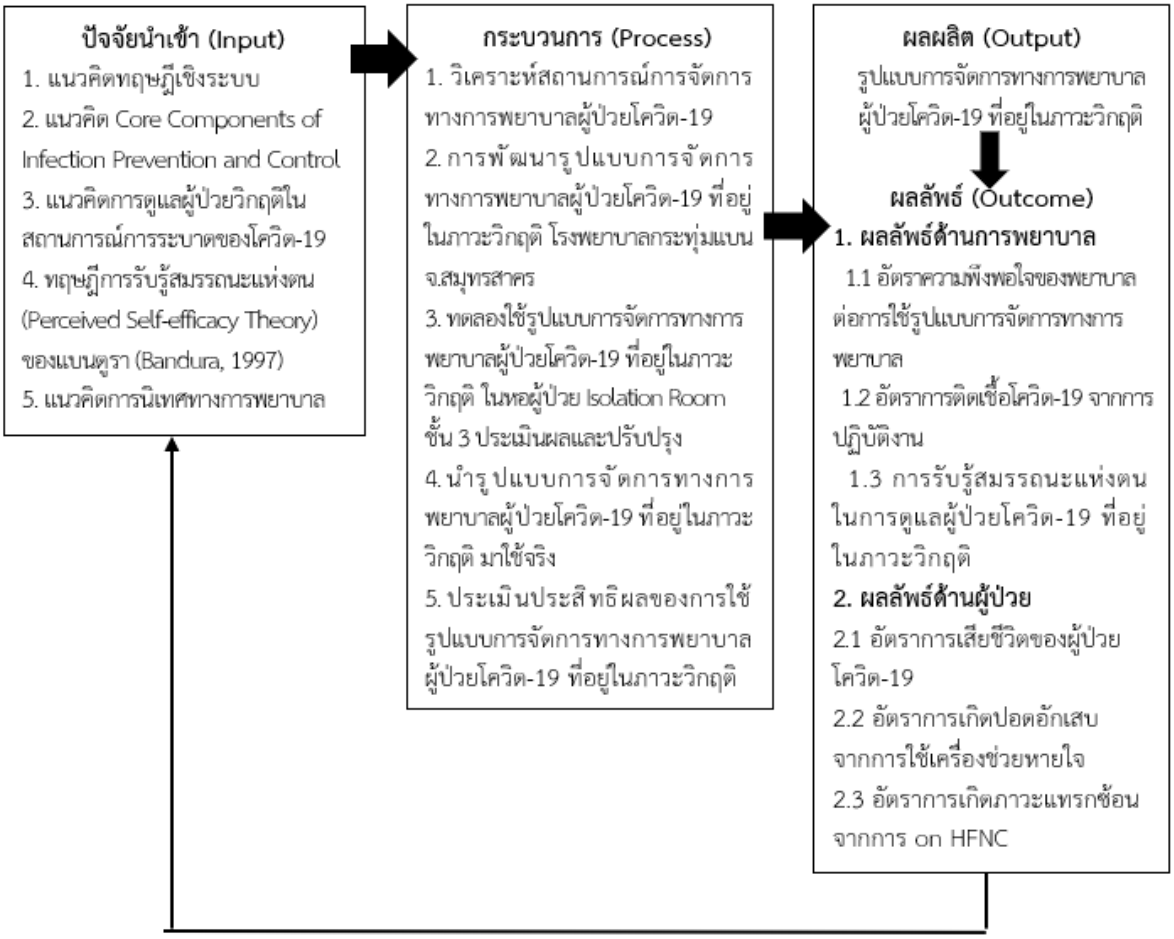
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสถานการณ์ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์โครงสร้างสำหรับสนทนากลุ่มกับหัวหน้างานและผู้ช่วยหัวหน้างาน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน Cohort ward ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .91

2. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร ได้แก่ แนวทางและแบบนิเทศทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator) แนวทางและแบบนิเทศทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วย On HFNC แนวทางการใช้อุปกรณ์ส่วนบุคคลป้องกันการติดเชื้อ แบบสำรวจรายการปฏิบัติการพยาบาล ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .91, .89, .89 ตามลำดับ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .83

และ .88 ตามลำดับ และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 และ .85 ตามลำดับ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในคน จากคณะกรรมการพิจารณาการทำวิจัยในคนของ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร และได้รับอนุญาตให้ทำวิจัยในโรงพยาบาลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระทุ่มแบน เมื่อได้รับอนุญาตให้ทำการวิจัย ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ โดยก่อนที่ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการชี้แจงให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์และอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามก่อนเริ่มต้นทำ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน แล้วจึงทำการรวบรวมแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ โดยไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาบริการเท่านั้น

ขั้นตอนการดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1) ศึกษาสถานการณ์ ระยะเวลาดำเนินการ 1 เดือน การบริหารจัดการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาล

กระทุ่มแบน ตั้งแต่สถานการณ์การระบาดในระลอกแรก ตั้งแต่มกราคม – มิถุนายน พ.ศ. 2564 เพื่อค้นหาปัญหา อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 โดยการประชุมระดมสมอง วิเคราะห์การจัดระบบบริการพยาบาลตามแนวคิด Core Components of Infection Prevention and Control ของ WHO, (2019) ใน 4 ประเด็น ดังนี้ 1) ด้านการจัดการสถานที่และสิ่งแวดล้อม 2) ด้านการพัฒนาบุคลากร 3) ด้านอัตรากำลัง 4) ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ และศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องงานวิจัยต่าง ๆ นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนในการพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ

ระยะที่ 2) พัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ ระยะเวลาดำเนินการ 1 เดือน เป็นขั้นตอนการนำข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ มาเป็นข้อมูลพื้นฐาน และใช้แนวคิดทฤษฎีเชิงระบบมาพัฒนาในการวางแผนและกำหนดรูปแบบการพัฒนา รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ โดยมีเนื้อหาที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการจัดการสถานที่และสิ่งแวดล้อม 2) ด้านการพัฒนาบุคลากร 3) ด้านอัตรากำลัง 4) ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ตามบริบทของโรงพยาบาลกระทุ่มแบน และมีการประชุมทีมพัฒนาระบบบริการโรงพยาบาลกระทุ่มแบน ถึงประเด็นการจัดหา ปรับปรุง สถานที่ สำหรับรองรับผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ และนำรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ ที่เป็นฉบับร่างให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย หัวหน้าพยาบาล 1 ท่าน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ 1 ท่าน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม 1 ท่าน และ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และหลังจากนั้นนำรูปแบบฉบับร่างมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

ระยะที่ 3) ทดลองใช้รูปแบบ ระยะเวลาดำเนินการ 2 เดือน ทดลองใช้รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 37 คน ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย Semi ICU Cohort ward ในระหว่าง และผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย Semi ICU Cohort ward ในระหว่าง เดือนมกราคม – มิถุนายน พ.ศ. 2565 โดยมีกิจกรรม ดังนี้ 1) ประชุมชี้แจงการใช้รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติแก่พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายให้มาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย Semi ICU Cohort ward ในประเด็นการจัดอัตรากำลังการมอบหมายงานระยะเวลาดำเนินการ 1 วัน 2)การพัฒนาความรู้และทักษะที่สำคัญ ได้แก่ การใช้อุปกรณ์ส่วนบุคคลป้องกันการติดเชื้อ (Personal Protective Equipment, PPE) การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator) และการดูแลผู้ป่วย On HFNC และการ Training Skill โดยพยาบาล ICU ระยะเวลาดำเนินการ 1 สัปดาห์ และการนิเทศสังเกตติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator) และการดูแลผู้ป่วย On HFNC ระยะเวลาดำเนินการ 1 เดือน

ระยะที่ 4) ประเมินผลลัพธ์ ระยะเวลาดำเนินการ 1 เดือน รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติโดยการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ

แบบนิเทศทางการพยาบาลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator) แบบนิเทศทางการพยาบาลผู้ป่วย On HFNC แบบสำรวจการรายการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจและการพยาบาลผู้ป่วย On HFNC แบบบันทึกความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการจัดการทางการพยาบาล แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ และแบบบันทึกผลลัพธ์ (Outcome) ด้านผู้ป่วย ได้แก่ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator Associated Pneumonia; VAP) และอัตราการเกิดลมรั่วในเยื่อหุ้มปอดจากการ On HFNC และวิเคราะห์ผลลัพธ์ที่ได้จากการทดลองใช้รูปแบบการจัดการทางการพยาบาล ประชุมทีมผู้พัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ โดยใช้ สถิติ Chi-square test

ผลการวิจัย

ผลลัพธ์ด้านการพยาบาล

1. คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างจากผลการศึกษา พบว่า พยาบาลวิชาชีพจำนวน 37 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมดมากกว่าครึ่ง อยู่ในช่วงอายุ 26-35 ปี (ร้อยละ 59.47) มีค่าเฉลี่ย 30.43 (SD = 6.56) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 29.73) ค่าเฉลี่ย 7.76 (SD = 9.38) มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 29.73) ค่าเฉลี่ย 7.76 (SD = 9.38) ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษ ก่อนได้รับมอบหมายให้มาปฏิบัติงานที่ Semi ICU Cohort ward มากที่สุด (ร้อยละ 32.43) และพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 100 ไม่มีการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n = 37)

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (พยาบาลวิชาชีพ)	จำนวน(คน) n=37	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	0	0
หญิง	37	100.00
อายุ (ปี)		
0-25	9	24.32
26-35	22	59.47
36-40	1	2.70
41-45	5	13.51
ค่าเฉลี่ย 30.43 (SD 6.56) Min – Max 23-45		

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (พยาบาลวิชาชีพ)	จำนวน(คน) n=37	ร้อยละ
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน (ปี)		
1-3	9	24.32
3-5	7	18.92
5-10	10	27.03
มากกว่า 10	11	29.73
ค่าเฉลี่ย 7.76 (SD 9.38) Min – Max 1-24		
หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน		
หอผู้ป่วยอายุรกรรม	5	13.51
หอผู้ป่วยศัลยกรรม	4	10.81
หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม	4	10.81
หอผู้ป่วยพิเศษ	12	32.43
หอผู้ป่วยหนัก	7	18.92
งานวิสัญญี	3	8.11
งานห้องผ่าตัด	2	5.41
การติดเชื้อโควิด-19 จากการปฏิบัติงาน		
ติดเชื้อ	0	0
ไม่ติดเชื้อ	37	100

2. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการจัดการทางการพยาบาล ผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ ความพึงพอใจโดยรวม อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.76, SD = 0.43) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ทั้ง 4 ด้าน มีความพึงพอใจด้านการจัดการความรู้มากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 3.89, SD = 0.39) รองลงมาด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ (ค่าเฉลี่ย 3.78, SD = 0.42) ด้านสิ่งแวดล้อมสถานที่ (ค่าเฉลี่ย 3.73, SD = 0.45) และด้านการจัดอัตรากำลัง (ค่าเฉลี่ย 3.49, SD = 0.50) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ

ความพึงพอใจ	จำนวน(คน) n=37		ระดับความพึงพอใจ
	mean	SD	
1. ด้านการจัดอัตรากำลัง	3.49	0.50	มาก
2. ด้านการจัดการความรู้	3.89	0.39	มาก
3.ด้านสิ่งแวดล้อมสถานที่	3.73	0.45	มาก
4.ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์	3.78	0.42	มาก
5.ความพึงพอใจโดยรวม	3.76	0.43	มาก

3. สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ จากการศึกษา พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีระดับสมรรถนะแห่งตนต่อการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ ทั้ง 5 ด้าน ดังนี้ สมรรถนะแห่งตนด้านการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-19 มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.05, SD = 0.60) รองลงมา ได้แก่ ด้านการดูแลผู้ป่วย On HFNC (ค่าเฉลี่ย 3.97, SD = 0.69) ด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคของผู้ป่วยโควิด-19 (ค่าเฉลี่ย 3.92, SD = 0.49) ด้านการใช้เครื่องติดตามสัญญาณชีพแบบรวมศูนย์ (ค่าเฉลี่ย 3.85, SD = 0.68) และด้านการการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ (ค่าเฉลี่ย 3.70, SD = 0.67) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ

	สมรรถนะแห่งตน	$\overline{X}$	SD	ระดับสมรรถนะ
1.	ด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคของผู้ป่วยโควิด-19	3.92	0.49	มาก
2.	ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-19	4.05	0.60	มาก
3.	ด้านการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อหายใจ	3.70	0.67	มาก
4.	ด้านการดูแลผู้ป่วย On HFNC	3.97	0.69	มาก
5.	ด้านการใช้เครื่องติดตามสัญญาณชีพแบบรวมศูนย์	3.85	0.68	มาก

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย

จากการศึกษา พบว่า หลังการทดลองผู้ป่วย โควิด-19 มีอัตราการเสียชีวิต อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจและอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการ On HFNC น้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรม โดยพบได้ร้อยละ 11.81, 18.82 และ 2.17 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองพบว่าอัตราการเสียชีวิตและอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการ On HFNC มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ $p = .000$ และ $p = .004$ ตามลำดับ ส่วนอัตราการเกิดปอดอักเสบจากใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่าไม่แตกต่างกัน $p = .334$ ดังตารางที่ 4

การอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.76, SD = 0.43) อธิบายได้ว่ารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติมีการเตรียมความพร้อมในด้านการจัดการสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การบริหารอัตรากำลังที่เพียงพอและมีการเพิ่มพูนความรู้ให้แก่ทีมพยาบาลทำให้พยาบาลมั่นใจในการดูแลตนเองและผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อจึงทำให้มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากสอดคล้องกับการศึกษาของ ปฤษณา เปล่งอารมณ์ (2564) ได้พัฒนารูปแบบ

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย

การเปรียบเทียบ	ก่อนทดลอง (n=715)	หลังทดลอง (n=347)	X^2	*P*-value
การเสียชีวิตของผู้ป่วยโควิด-19				
เสียชีวิต	144 (20.13)	41 (11.81)	8.385*	.000
ไม่เสียชีวิต	571(79.87)	306 (88.19)		
อัตราการเกิดปอดอักเสบจากใช้เครื่องช่วยหายใจ				
เกิด	16 (18.82)	7 (14.28)	2.192	.334
ไม่เกิด	69 (81.18)	42 (85.72)		
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาการ On HFNC				
เกิด	19 (7.60)	231 (92.40)	27.555*	.004
ไม่เกิด	2 (2.17)	88 (97.83)		

**P*-value ‹ 0.05

การจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราชจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลช่วยให้อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาลดลง เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีจึงมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูงของพยาบาลมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง

สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพต่อการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติจากการศึกษา พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีระดับสมรรถนะแห่งตนต่อการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ อยู่ในระดับมากทั้ง 5 ด้าน อธิบายได้ว่า รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติมีการจัดการด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีการจัดอัตรากำลังที่เพียงพอ เป็นการกระตุ้นทางอารมณ์ให้พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย มีการให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 และการ ใช้อุปกรณ์ป้องกันตัว (Personal Protective Equipment; PPE) โดยพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control Nurse; ICN) เป็นผู้ให้ความรู้ก่อนเข้าปฏิบัติงาน และนำระบบ Buddy มาใช้ในการเพิ่มความมั่นใจในการใส่และถอดกายอุปกรณ์ที่ถูกต้อง มีการจัดการความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ การดูแลผู้ป่วยที่ On HFNC รวมทั้งมีผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤติร่วมปฏิบัติงานและให้การฝึกสอนระหว่างปฏิบัติ เป็นการพูดคุยหรือชี้แนะด้วยวาจาและการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่นเพื่อสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความเชื่อในสมรรถนะและความสามารถของตนเองและก่อนปฏิบัติงานจริงพยาบาลวิชาชีพต้องได้รับการฝึกใช้อุปกรณ์ป้องกันตัว (PPE) จนมั่นใจเป็นประสบการณ์ความสำเร็จของตนที่จะป้องกันตนเองจากการติดเชื้อได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sandra et al.

(2022) พบว่า พยาบาลสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยโควิด -19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติได้ ภายใต้การดูแลของพยาบาลที่มีความชำนาญการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ จากการศึกษาของอุษา คำประสิทธิ์ (2565) พบว่า การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลทำให้มีการเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงทำให้พยาบาลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 อยู่ในระดับสูง และจากการศึกษาของธีรพร สถิรอังกูร และคณะ (2564) พบว่าการใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด–19 ช่วยให้พยาบาลมั่นใจว่าจะไม่นำเชื้อโรคกลับสู่ครอบครัวหรือชุมชนหลังจากปฏิบัติงานแล้ว และมั่นใจว่าสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ได้อย่างปลอดภัย ทั้งตัวผู้ป่วยและตนเองในระดับมากที่สุด

จากการศึกษา พบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยโควิด-19 มีอัตราการเสียชีวิต อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจและอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการ On HFNC น้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรม โดยพบได้ร้อยละ 11.81 18.82 และ 2.17 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง พบว่า อัตราการเสียชีวิตและอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการ On HFNC มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ $p = .000$ และ $p = .004$ ตามลำดับ อธิบายได้ว่า การเตรียมความพร้อมก่อนการปฏิบัติงานของพยาบาล โดยการจัดอบรมให้ความรู้ทำให้พยาบาลได้ศึกษา ได้ฝึกทักษะจนสามารถที่จะดูแลผู้ติดเชื้อได้ ทำให้พยาบาลมีความพร้อมในการให้บริการจึงทำให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของ โศภิษฐ์ สุวรรณเกษาวงษ์และ (2565) เปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการวิจัยตามรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 พบว่าในทุกกลุ่มอาการไม่ว่าจะเป็นระดับรุนแรงปานกลางหรือระดับมาก ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยมีผลอยู่ในระดับมาก อุบัติการณ์ส่วนใหญ่เกิดน้อยกว่า เช่น ภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น

สรุป

การพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ที่อยู่ในภาวะวิกฤติ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จ. สมุทรสาคร เป็นการจัดระบบบริการทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี ไม่เกิดการติดเชื้อโควิด-19 จากการปฏิบัติงาน ผู้ป่วยเสียชีวิตและเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

นำผลการวิจัยที่ได้ไปปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล

1. ด้านบริการ ได้แก่ การนำรูปแบบการจัดบริการพยาบาลไปใช้ในการดูแลพยาบาลผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลกระทุ่มแบนและโรงพยาบาลที่สนใจ

2. ด้านบริหาร ได้แก่ การกำหนดนโยบายในการจัดอัตรากำลังพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรคติดเชื้อ โดยคำนึงถึงระดับความรุนแรงของผู้ป่วยและสมรรถนะของพยาบาล การพัฒนาสมรรถนะการใช้เครื่องช่วยหายใจและเครื่องให้ออกซิเจนแรงดันสูง แก่เจ้าหน้าที่พยาบาล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2565*. สานักนโยบายและยุทธศาสตร์ สานักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์และ บุคลากรสาธารณสุข. http://morprom1.moph.go.th/news:

กรมอนามัย. (2565). *สรุปสถิติทั่วโลก รายงานสถานการณ์ โควิด-19 ทั่วโลก.* https://covid19.anamai.moph.go.th/en/

งานควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาลกระทุ่มแบน. (2565). *สถิติผู้ป่วย 2565*. โรงพยาบาลกระทุ่มแบน.

ธีรพร สถิรอังกูร, ศิริมา ลีละวงศ์, ศศมน ศรีสุทธิศักดิ์, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, ณิชาภา ยนจอหอ, และ กนกพร แจ่มสมบูรณ์. (2564). การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด–19 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30*(2), 320-33.

บวรศม ลีระพันธ์ และ สมชัย จิตสุชน. (2564). *เรายังทำอะไรเพิ่มเติมได้บ้างในสถานการณ์การระบาดที่เริ่มควบคุมได้ลำบากมากขึ้น*. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ). บทความวิชาการ. https://tdri.or.th /2021/06/covid-19-tight-situationpublic-health-system/.

ปฤษณา เปล่งอารมณ์. (2564). การพัฒนารูปแบบการจัดการทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยจากการบริหารยาความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราชจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารแพทย์เขต 4-5, 40*(1), 137-150.

โศภิษฐ์ สุวรรณเกษาวงษ์, ศิริมา ลีละวงศ์, กนกพร แจ่มสมบูรณ์, อรรถยา อมรพรหมภักดี และ อำพันธ์ พรมีศรี. (2565). *รูปแบบการพยาบาลผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อคุณภาพและความปลอดภัย* (รายงานการวิจัย). นนทบุรี: กองการพยาบาล.

อุษา คำประสิทธิ์. (2565). การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโนนไทย, *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, *1*(16), 30-44.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.

Krejcie, R.V., & D.W. Morgan. (1970). “Determining Sample Size for Research Activities”. *Educational and Psychological Measurement, 30*(3), 607 – 610.

Sandra et al. (2022). Responding to the COVID-19 pandemic: Development of a critical care nursing surge model to meet patient needs and maximise competencies. *Australian Critical Care, 35*, 13-21.

World Health Organization (2019*). Core Components of Infection Prevention and Control*. https://www.who.int/teams/integrated-health-services/infection-prevention-control/core-component

ผลลัพธ์ของการจัดการเรียนการสอนด้วยแนวคิด C2TRS ต่อพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

Results of Teaching Management with the C2TRS Concepts on Caring Behaviors in Nursing of Nursing Students

Received: February 26, 2024
Revised: June 11, 2024
Accepts: June 13, 2024

ศุภิสรา สุวรรณชาติ[1] (พย.ม.)
Supisara Suwannachat (M.N.S.)
อภิรดี สุขแสงดาว[2] (ค.ม.)
Apiradee Sooksangdow (M.Ed.)

บทคัดย่อ

พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาลและเป็นตัวชี้วัดสมรรถนะพึงประสงค์ที่คาดหวังในนักศึกษาพยาบาล การปลูกฝังพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลต้องกระทำอย่างเป็นระบบด้วยกระบวนการที่เหมาะสม การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการเรียนการสอนด้วยแนวคิด C2TRS ต่อพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่ฝึกปฏิบัติงานในวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล 138 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบราก .91 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.36, *SD* = 0.68) พฤติกรรมที่มีคะแนนสูงสุด 3 ลำดับแรกได้แก่ 1) ใช้คำเรียกผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและให้เกียรติ ($\bar{x}$ = 4.76, *SD* = 0.47) 2) บอกกล่าวกับผู้ป่วยก่อนให้การดูแล ($\bar{x}$ = 4.67, *SD* = 0.53) และ 3) พูดแสดงความห่วงใยขณะกำลังให้การดูแลผู้ป่วย ($\bar{x}$ = 4.57, *SD* = 0.61) พฤติกรรมที่นักศึกษาได้คะแนน 3 ลำดับสุดท้ายได้แก่ 1) ดูแลแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้ตรงตามที่ผู้ป่วยต้องการ ($\bar{x}$ = 3.99, *SD* = 0.68) 2) อธิบายเรื่องโรค ความก้าวหน้าของอาการและแนวทางการดูแลรักษาให้กับผู้ป่วยได้เข้าใจ ($\bar{x}$ = 3.74, *SD* = 0.84) และ 3) พูดคุยแนะนำให้ผู้ป่วยทำใจให้สบาย ทำใจให้สงบ ไหว้พระหรือสวดมนต์ตามหลักศาสนา ($\bar{x}$ = 3.70, *SD* = 0.85) การจัดการเรียนการสอนด้วยแนวคิด C2TRS ส่งเสริมให้นักศึกษามีพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล จึงควรนำแนวคิด C2TRS ไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล นักศึกษาพยาบาล การจัดการเรียนการสอน

1.ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, Thailand
2.พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, Thailand
Corresponding author: supisara@knc.ac.th

Abstract

Caring behaviors were crucial in nursing practice and served as an indicator of the desired competencies expected of nursing students. The cultivation of caring behaviors in nursing must be systematically implemented through appropriate processes. The objective of this research was to study the outcomes of teaching management with the C2TRS concept on the caring behaviors of 138 second-year nursing students during their clinical training in the Fundamental Principles and Nursing Techniques course. The data was collected through a validated questionnaire. The questionnaire was administered to a sample group of 16 students, and the Cronbach's alpha coefficient was found to be .91. The statistic used to analyze was a descriptive statistic. The research results revealed that nursing students expressed a high level of caring behaviors ($\bar{x}$ = 4.36, *SD* = 0.68). The top three caring behaviors with the highest scores were: 1) Using appropriate and respectful terms when addressing patients or their relatives ($\bar{x}$ = 4.76, *SD* = 0.47); 2) Communicating with patients before administering various care procedures ($\bar{x}$ = 4.67, *SD* = 0.53); and 3) Expressing concern and empathy while providing care to patients ($\bar{x}$ = 4.57, *SD* = 0.61).

The last three caring behaviors that students scored were: 1) Addressing and resolving patients' problems according to their needs ($\bar{x}$ = 3.99, *SD* = 0.68); 2) Providing patients and their caregivers with an understandable explanation of illnesses, the course of symptoms, and the care and treatment plan ($\bar{x}$ = 3.74, *SD* = 0.84); and 3) Speaking with patients and suggesting calming, relaxing techniques, or adopting religious activities based on the patient's beliefs ($\bar{x}$ = 3.70, *SD* = 0.85). In conclusion, teaching management with the C2TRS concept promoted nursing students' caring behaviors. Therefore, integrating the C2TRS concept into nursing education is recommended for effective teaching and learning.

KEYWORDS: Caring behaviors in nursing, nursing students, teaching management

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วิชาชีพพยาบาลมีหน้าที่ให้บริการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชน จึงต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นโดยเฉพาะผู้ป่วยและญาติ พยาบาลต้องตระหนักถึงความสำคัญของการทำหน้าที่นี้และให้บริการโดยคำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วยแต่ละคน หรือเรียกว่าการบริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ซึ่งหมายถึงการบริการอย่างเอื้ออาทร มีความรักความเมตตาเป็นที่ตั้ง (จินดามาศ โกศลชื่นวิจิตร, 2556)

การดูแลอย่างเอื้ออาทร (Caring) เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์บนพื้นฐานมนุษยธรรมระหว่างบุคคลหรือผู้ดูแลกับผู้ที่ได้รับการดูแลในวิชาชีพพยาบาล การดูแลอย่างเอื้ออาทรเกิดจากคุณธรรมและจริยธรรมทางการพยาบาลที่ถูกพัฒนาขึ้นจากความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญ (จอนผะจง เพ็งจาด, 2553) การดูแลอย่างเอื้ออาทรเป็นคุณธรรมจริยธรรมที่สำคัญของพยาบาล จะเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยมีการดูแลที่เข้าถึงจิตใจซึ่งกันและกัน การดูแลที่เกิดขึ้นจึงมิได้หมายถึงการดูแลทั่ว ๆ ไป แต่ต้องเป็นการดูแลที่ต่างฝ่ายต่างเข้าถึงความรู้สึก สัมผัสจิตใจและจิตวิญญาณของกันและกัน (จอนผะจง เพ็งจาด, 2553; จินดามาศ โกศลชื่นวิจิตร, 2556; Watson & Woodward, 2020) การที่พยาบาลจะให้การดูแล

ผู้ป่วยอย่างเอื้ออาทรได้นั้นต้องอาศัยการอบรมสั่งสอนและการฝึกฝนพัฒนาตนให้เป็น ผู้มีจิตใจเปี่ยมด้วยความเมตตา และเห็นคุณค่าของบุคคลอื่น การจัดการเรียนการสอนจึงต้องปลูกฝังให้นักศึกษาพยาบาลพัฒนาไปสู่การเป็นพยาบาล ที่มีความเอื้ออาทรซึ่งเป็นเป้าหมายของการจัดการศึกษาของสถาบันการศึกษาพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่านักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรแตกต่างกันและมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย การศึกษาในต่างประเทศพบว่านักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลสูงที่สุด และมีพฤติกรรมมากขึ้นตามระดับชั้นปีที่สูงขึ้น (Ferri et. al., 2020) แต่ต่างจากการศึกษาของรจนาถ หอมดี (2565) ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มีพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรสูงที่สุด รองลงมาคือชั้นปีที่ 3 และ 4 ตามลำดับ และพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลมีหลายปัจจัยได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลหรือปัจจัยด้านผู้เรียน เช่น ทัศนคติต่อวิชาชีพ ระดับชั้นปี ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ทัศนคติต่อผู้รับบริการ การรับรู้พฤติกรรมการดูแลผู้รับบริการด้วยความเอื้ออาทรของผู้สอน และพยาบาลบนหอผู้ป่วย การรับรู้สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย ความรู้ ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเองและการได้รับการเตรียมความพร้อม 2) ปัจจัยทางด้านวิชาชีพ เช่น การมีความรู้ทางวิชาชีพอย่างเพียงพอ 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถาบันการศึกษาในด้านการจัดการเรียนการสอน หลักสูตร และผู้สอน เช่น การจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการ ความรู้ความสามารถการเป็นแบบอย่าง และการมีสัมพันธภาพเชิงช่วยเหลืออย่างเอื้ออาทรของผู้สอนภาคปฏิบัติ เป็นต้น 4) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล เช่น การมีสิ่งแวดล้อมอุปกรณ์ที่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย และ 5) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย (ชุลีพร พรหมพาหกุล และคณะ, 2565; นรากูล พัดทอง, 2558; มยุรี ลี่ทองอิน และสิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์, 2558; เยาวรัตน์ มัชฌิม และบวรลักษณ์ ทองทวี, 2562; Inocian et al., 2022; Mohamed et al., 2023; Sümen et al., 2022) การศึกษาของทัศนีย์ ทิพย์สูงเนินและคณะ (2563) พบว่า พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลได้รับอิทธิพลรวมและอิทธิพลตรงจากปัจจัยด้านผู้เรียน ซึ่งมี 3 องค์ประกอบย่อยได้แก่ 1) ผู้เรียนมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลอย่างเอื้ออาทร 2) ผู้เรียนมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ และ 3) ผู้เรียนยึดจรรยาบรรณในการดูแลผู้ป่วย และได้รับอิทธิพลทางอ้อมสูงสุดจากปัจจัยด้านการจัดการเรียนการสอน รองลงมาคือปัจจัยด้านหลักสูตรปัจจัยด้านผู้สอนและได้รับอิทธิพลทางอ้อมต่ำสุดจากปัจจัยด้านการเป็นแบบอย่าง ผู้เรียนควรได้รับการเตรียมและปลูกฝังพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรอย่างเป็นระบบ เพราะพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลนอกจากเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลแล้ว ยังเป็นตัวชี้วัดสมรรถนะพึงประสงค์ที่คาดหวังในนักศึกษาพยาบาลด้วย สถาบันการศึกษาทางการพยาบาลจึงได้วางแผนจัดการเรียนการสอนอย่างเป็นระบบเพื่อพัฒนา ให้ผู้เรียนมีพฤติกรรมการดูแลผู้รับบริการด้วยความเอื้ออาทร ดังเช่นการศึกษาของสุพัตรา บัวที และคณะ (2566) ที่ได้พัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อพัฒนาผลการเรียนรู้ทางคลินิกด้านการดูแลด้วยความเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานประกอบด้วย การใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน การฝึกปฏิบัติการพยาบาลเสมือนจริงในหอผู้ป่วยจำลอง การสอนสุขศึกษา การตรวจเยี่ยมทางการพยาบาล การประชุมทางการพยาบาล การประชุมก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติ การเรียนรู้ด้วยตนเอง การฝึกปฏิบัติแบบเผชิญหน้าทางออนไลน์ และการฝึกปฏิบัติงาน บนหอผู้ป่วยสามารถพัฒนาผู้เรียนให้มีความสามารถในการดูแลด้วยความเอื้ออาทรอยู่ในระดับมากสอดคล้องกับการศึกษาของรจนาถ หอมดี และคณะ (2566) ที่นำโปรแกรมการส่งเสริมเจตคติต่อผู้สูงอายุมาพัฒนานักศึกษา ผลการวิจัยพบว่านักศึกษาที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมเจตคติมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรสูงกว่านักศึกษาที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา เป็นสถาบันการศึกษาพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายและพันธกิจในการจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษาพยาบาลพัฒนาไปสู่การเป็นพยาบาลที่มีความเอื้ออาทร จึงได้จัดการเรียนการสอนตามแนวคิด C2TRS (ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนินและคณะ, 2563) โดยใช้หลักสูตรที่มีปรัชญาและจุดมุ่งหมายในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของผู้เรียน (Curriculum Factor: C) พัฒนาผู้สอนให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดและวิธีการสอนที่ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลด้วยความเอื้ออาทรโดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องจิตตปัญญา (Teacher Factor: T_1) จัดกิจกรรมการเรียนการสอนหลากหลาย เช่น สอนแบบบรรยายในรายวิชามโนมติ ทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทร ควบคู่ไปกับการจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีและทดลองในรายวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาลเพื่อพัฒนาให้นักศึกษามีทักษะทางการพยาบาล สามารถปฏิบัติทักษะในสถานการณ์จำลองก่อนไปปฏิบัติกับผู้ป่วยจริงบนหอผู้ป่วยในการฝึกภาคปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล โดยก่อนฝึกปฏิบัติงานได้จัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมให้กับผู้เรียนโดย 1) ให้รุ่นพี่ถ่ายทอดประสบการณ์การฝึกภาคปฏิบัติครั้งแรกให้กับรุ่นน้อง 2) กิจกรรมฝากตัวเป็นศิษย์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับแหล่งฝึกเนื่องจากเป็นการฝึกภาคปฏิบัติครั้งแรก 3) การบรรยายพิเศษโดยวิทยากรของแหล่งฝึกเกี่ยวกับระบบการทำงานการฝึกปฏิบัติงาน การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขณะฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย จัดการเรียนการสอนโดยมอบหมายผู้ป่วยให้นักศึกษาใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดต่อกัน 2-3 วันโดยนักศึกษาต้องวางแผนการพยาบาลล่วงหน้า ประชุมก่อนปฏิบัติงาน ขณะปฏิบัติงานมีอาจารย์ผู้สอนคอยดูแลใกล้ชิด มีการประชุมและสะท้อนคิดหลังปฏิบัติงาน (Teaching Factor: T_2) ให้ผู้สอนเป็นแบบอย่างที่ดีแก่นักศึกษาด้านการมีพฤติกรรมการดูแลนักศึกษาและผู้รับบริการอย่างเอื้ออาทร (Role model: R) ผลจากการจัดการเรียนการสอนด้วยแนวคิดดังกล่าว จะทำให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทร (Student Factor: S) และสามารถให้การพยาบาลหรือการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลกับผู้รับบริการ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีผู้ใดศึกษาไว้ว่าการจัดการเรียนการสอนด้วยแนวคิดดังกล่าวทำให้ผู้เรียนมีพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรอยู่ในระดับใด ผู้วิจัยซึ่งมีบทบาทเป็นผู้รับผิดชอบจัดการเรียนการสอนรายวิชาและเป็นผู้สอนจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่ผ่านการจัดการเรียนการสอนด้วยแนวคิด C2TRS โดยผู้วิจัยเชื่อว่าการจัดการเรียนการสอนด้วยแนวคิดดังกล่าวจะทำให้นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล ข้อมูลที่ได้จะใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนที่เอื้อต่อการปลูกฝังพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในโอกาสต่อไป

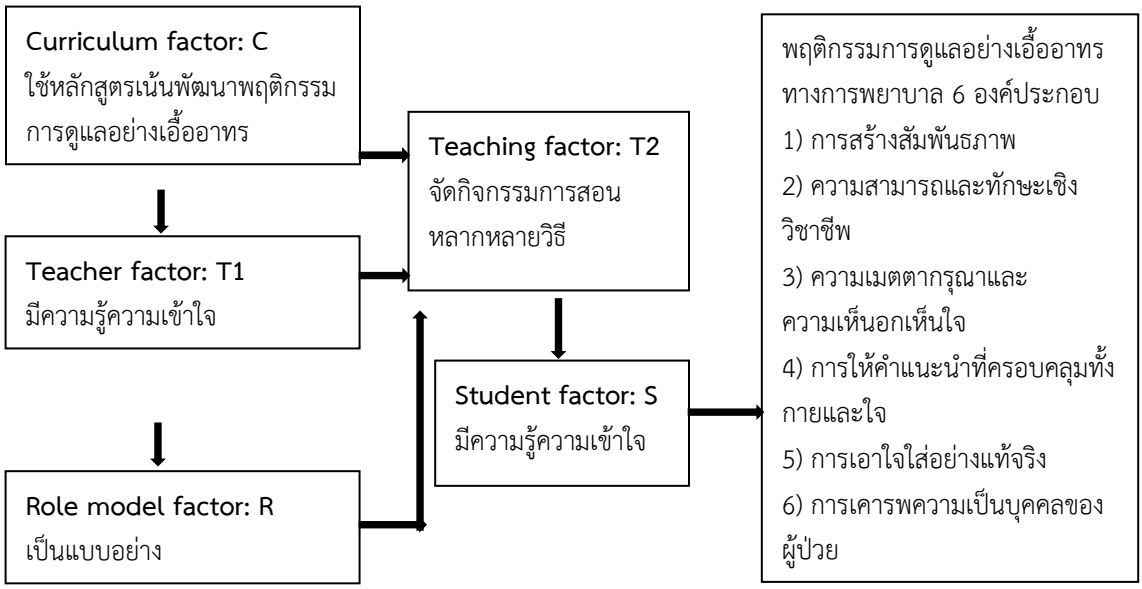
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่ผ่านการจัดการเรียนการสอนด้วยแนวคิด C2TRS

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การจัดการเรียนการสอนตามแนวคิด C2TRS (ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนินและคณะ, 2563) โดยใช้หลักสูตรที่มีปรัชญาและจุดมุ่งหมายในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของผู้เรียน พัฒนาผู้สอนให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดและวิธีการสอนที่ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลด้วยความเอื้ออาทร จัดกิจกรรมการเรียนการสอนหลากหลาย ให้ผู้สอนเป็นแบบอย่างที่ดีแก่นักศึกษาด้านการมีพฤติกรรมการดูแลนักศึกษาและผู้รับบริการอย่างเอื้ออาทร ผลจากการจัดการเรียนการสอนด้วยแนวคิดดังกล่าว จะทำให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทรและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยขณะฝึกภาคปฏิบัติครั้งแรกใน

รายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลด้วยความเอื้ออาทรทางการพยาบาลทั้ง 6 องค์ประกอบ (ชุติมา สืบวงศ์ลีและคณะ, 2554) ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างนักศึกษาพยาบาลกับผู้ป่วยและหรือญาติ 2) ความสามารถและทักษะเชิงวิชาชีพ 3) ความเมตตากรุณาและความเห็นอกเห็นใจ 4) การให้คำแนะนำที่ครอบคลุมทั้งกายและใจ 5) การใส่ใจอย่างแท้จริง และ 6) การเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วยได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1กรอบแนวคิด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามที่สร้างโดย ชุติมา สืบวงศ์ลีและคณะ (2554) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) ความสามารถและทักษะเชิงวิชาชีพ 3) ความเมตตากรุณาและความเห็นอกเห็นใจ 4) การให้คำแนะนำที่ครอบคลุมทั้งกายและใจ 5) การเอาใจใส่อย่างแท้จริง และ 6) การเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วย มีจำนวน 24 ข้อ คำตอบเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ตัวเลือก คือ 5 = เห็นด้วยมากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย และ 1 = น้อยที่สุด ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นอาจารย์พยาบาล 3 ท่าน หาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์รายข้อ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) มีค่า IOC เท่ากับ .67-1.00 นำข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่าหรือเท่ากับ .67 ไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่ฝึกปฏิบัติงานวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม 8 คน หอผู้ป่วยศัลยกรรม 8 คน (คัดออกไม่นำมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง) วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาก (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น .91 ถือว่าเป็นเครื่องมือที่ดีเพราะมีค่ามากกว่า .90 (ปราณี มีหาญพงษ์ และกรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้, 2561)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการเรียนการสอนตามแนวคิด

C2TRS ต่อพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 รุ่นที่ 67 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล ปีการศึกษา 2565 จำนวน 155 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงโดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ 1) ผ่านการสอนด้วยแนวคิด C2TRS 2) มีระยะเวลาการฝึกภาคปฏิบัติครบตามหน่วยกิต 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์ในการคัดออกได้แก่ เป็นกลุ่มตัวอย่างในการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ 16 คน ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ 1 คน คงเหลือกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย 138 คน

2. การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลและการเก็บรวบรวมข้อมูล

โครงร่างการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เอกสารชี้แจงอาสาสมัครและแบบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา COE No. 01/2565 เพื่อลดอิทธิพลของนักวิจัยที่เป็นอาจารย์ต่อกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษา จึงให้ผู้ช่วยวิจัยคือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ผ่านการเรียนวิชาวิจัยทางการพยาบาลเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัยโดยชี้แจงให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการวิจัย กระบวนการขอคำยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล ความหมายของข้อคำถามในแบบสอบถาม

เก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการวิทยาลัยที่เป็นพื้นที่วิจัย ผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อประชุมชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย โดยแนะนำตัว อธิบายให้เข้าใจวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายรายละเอียดข้อคำถามในแบบสอบถาม แจ้งสิทธิ์ของตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย ตลอดจนขอหยุดหรือออกจากการวิจัยได้ตามต้องการ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจจึงให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยจึงมอบแบบสอบถามและให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม ให้เวลาในการทำแบบสอบถาม 1 สัปดาห์แล้วจึงนำแบบสอบถามมาคืนผู้ช่วยวิจัย

3. การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงมาตรฐาน

2. พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) ของคะแนนรายข้อและรายองค์ประกอบ โดยใช้เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2560)

คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึงมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 138 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (93.5%) มีอายุอยู่ระหว่าง 19-25 ปี อายุเฉลี่ย 20.22 ปี (*SD* = 0.76) ส่วนใหญ่มีอายุ 20 ปี (73.9%) มีผลการเรียนรายวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาลในระดับ B+ (62.3%) เลือกเรียนพยาบาลเพราะเป็นความต้องการของตนเอง (53.6%) รองลงมาเลือกเรียนพยาบาลเพราะความต้องการของบิดามารดา (42.0%) แต่ละหอผู้ป่วยที่ฝึกปฏิบัติงานมีนักศึกษา 8 คน มีนักศึกษาตอบแบบสอบถาม 6-8 คนต่อ 1 หอผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.36, *SD* = 0.68) โดยองค์ประกอบที่ 6 การเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วยมีพฤติกรรมอยู่ใน

ระดับมากที่สุดและได้คะแนนสูงสุด ($\bar{x}$ = 4.65, *S.D.* = 0.58) ส่วนองค์ประกอบที่ 4 การให้คำแนะนำที่ครอบคลุมทั้งกายและใจ ได้คะแนนน้อยที่สุดแต่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.86, *S.D.* = 0.82)

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาล 3 พฤติกรรมแรกที่มีคะแนนสูงสุดได้แก่ 1) การใช้คำเรียกผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและให้เกียรติคล้ายกับผู้ป่วยเป็นญาติ ($\bar{x}$ = 4.76, *S.D.* = 0.47) 2) การบอกกล่าวกับผู้ป่วยก่อนให้การดูแลต่าง ๆ เช่น ก่อนฉีดยา ก่อนทำแผล เป็นต้น ($\bar{x}$ = 4.67, *S.D.* = 0.53) และ 3) การพูดแสดงความห่วงใย ขณะกำลังให้การดูแลผู้ป่วย เช่น ปวดมากไหม เจ็บหน่อยนะคะ เป็นต้น ($\bar{x}$ =4.57, *S.D.* = 0.61) อยู่ในระดับในมากที่สุด ส่วนพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างได้คะแนน 3 ลำดับสุดท้ายได้แก่ 1) การดูแลแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้ตรงตามที่ผู้ป่วยต้องการ ($\bar{x}$ = 3.99, *S.D.* = 0.68) 2) การอธิบายเรื่องโรค ความก้าวหน้าของอาการและแนวทางการดูแลรักษาให้กับผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลได้เข้าใจ ($\bar{x}$ = 3.74, *S.D.* = 0.84) และ 3) การพูดคุยแนะนำให้ผู้ป่วยทำใจให้สบาย ทำใจให้สงบ ไหว้พระหรือสวดมนต์ตามหลักศาสนาของผู้ป่วย ($\bar{x}$ = 3.70, *S.D.* = 0.85) แต่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมากดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 *ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล จำแนกรายพฤติกรรมเรียงลำดับตามค่าเฉลี่ย* (n=138)

องค์ประกอบที่	ข้อที่	พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล	ระดับพฤติกรรม		
			$\bar{x}$	*SD*	ระดับ
6	23	ใช้คำเรียกผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและให้เกียรติคล้ายกับผู้ป่วยเป็นญาติคนหนึ่ง	4.76	0.47	มากที่สุด
2	8	บอกกล่าวกับผู้ป่วยก่อนให้การดูแลต่าง ๆ	4.67	0.53	มากที่สุด
3	13	พูดแสดงความห่วงใย ขณะกำลังให้การดูแลผู้ป่วย	4.57	0.61	มากที่สุด
1	1	พูดกับผู้ป่วยและญาติด้วยความสุภาพ น้ำเสียงอ่อนโยน	4.56	0.54	มากที่สุด
2	9	ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล	4.56	0.57	มากที่สุด
6	24	เคารพความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย เช่น กั้นม่าน หรือใช้ผ้าคลุมร่างกายเมื่อต้องถอดเสื้อผ้า เป็นต้น	4.55	0.70	มากที่สุด
1	5	รับฟังปัญหาหรืออาการต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยหรือญาติบอกอย่างตั้งใจ	4.54	0.59	มากที่สุด
2	11	เมื่อผู้ป่วยเรียกหรือร้องขอความช่วยเหลือ จะรีบมาดูแลอย่างรวดเร็วโดยไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยรอนาน	4.54	0.55	มากที่สุด
1	3	พูดคุยทักทาย เป็นกันเองและมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ	4.47	0.65	มาก
3	14	มีความกระตือรือร้นและเต็มใจให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นอย่างดี	4.47	0.58	มาก
5	21	ดูแลผู้ป่วยโดยไม่แสดงท่าทางรังเกียจต่ออาการเจ็บป่วยหรือสิ่งสกปรกต่าง ๆ เช่นเลือด น้ำลาย อุจจาระ ปัสสาวะ	4.46	0.73	มาก
1	4	มองหน้าและสบตากับผู้ป่วยในขณะกำลังพูดคุยหรือในขณะให้การดูแลผู้ป่วย	4.45	0.67	มาก
1	6	ตรวจเยี่ยมและพูดคุยซักถามอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยอยู่เสมอ	4.44	0.65	มาก

องค์ประกอบที่	ข้อที่	พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล	ระดับพฤติกรรม		
			$\bar{x}$	*SD*	ระดับ
2	12	ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยบรรเทาความเจ็บปวด และความไม่สุขสบายต่าง ๆ ของร่างกาย	4.44	0.59	มาก
2	10	ดูแลผู้ป่วยอย่างสุขุมรอบคอบและไม่เกิดความผิดพลาดหรืออันตรายใด ๆ ขึ้นกับผู้ป่วย	4.41	0.66	มาก
3	16	พูดให้กำลังใจ ปลอบโยน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้น ไม่ท้อต่อความเจ็บป่วย เช่น อดทนนะลุง พยายามหน่อยนะคะ เป็นต้น	4.37	0.78	มาก
5	20	สัมผัส จับมือหรือแตะแขนผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล ในขณะที่มาพูดคุยหรือให้การดูแลผู้ป่วย	4.36	0.80	มาก
1	2	มีสีหน้ายิ้มแย้ม อารมณ์ดี	4.31	0.71	มาก
5	22	ซักถามหรือพูดคุยกับผู้ป่วยในขณะให้การพยาบาลต่าง ๆ เช่น ขณะเช็ดตัว ขณะทำแผล เป็นต้น โดยไม่ก้มหน้าทำงานของตนเองเพื่อให้เสร็จ ๆ ไปโดยเร็ว	4.29	0.84	มาก
2	7	เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ	4.22	0.78	มาก
4	19	ให้คำแนะนำในเรื่องสุขภาพและการปฏิบัติตัว เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานยา การป้องกันอาการแทรกซ้อน	4.13	0.78	มาก
3	15	ดูแลแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้ตรงตามที่ผู้ป่วยต้องการ	3.99	0.68	มาก
4	18	อธิบายเรื่องโรค ความก้าวหน้าของอาการและแนวทางการดูแลรักษาให้กับผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลได้เข้าใจ	3.74	0.84	มาก
4	17	พูดคุยแนะนำให้ผู้ป่วยทำใจให้สบาย ทำใจให้สงบ ไหว้พระหรือสวดมนต์ตามหลักศาสนาของผู้ป่วย	3.70	0.85	มาก

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.36, *S.D.* = 0.68) สอดคล้องกับผลการศึกษาของกนกรัตน์ วงษ์หีบทองและคณะ (2563) ที่พบว่านิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4 มีพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรอยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร คำพันธ์และคณะ (2563) ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 มีพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในระยะคลอดอยู่ในระดับสูง องค์ประกอบที่มีคะแนนสูงที่สุดคือ องค์ประกอบที่ 6 การเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.65, *S.D.* = 0.58) สอดคล้องกับรจนาถ หอมดี (2565) ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลตำรวจชั้นปีที่ 2 มีพฤติกรรมการดูแลอย่าง เอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุด้านการเคารพในบุคคลอยู่ในระดับมากที่สุด พฤติกรรมที่แสดงออกได้แก่ 1) การใช้คำเรียกผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและให้เกียรติคล้ายกับผู้ป่วยเป็นญาติ เช่น คุณลุง คุณป้า คุณตา คุณยาย หรือเรียกน้อง เรียกชื่อด้วยความสุภาพหากผู้ป่วยมีอายุน้อยกว่า ($\bar{x}$ = 4.76, *S.D.* = 0.47) และ 2) การเคารพความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย เช่น กั้นม่าน หรือใช้ผ้าคลุมร่างกายเมื่อต้องถอดเสื้อผ้า เป็นต้น ($\bar{x}$ = 4.55, *S.D.* = 0.70) ทั้งนี้เนื่องมาจากนักศึกษาได้รับการปลูกฝังแนวคิดนี้มาตั้งแต่การเรียนภาคทฤษฎีและภาคทดลองในห้องปฏิบัติการพยาบาลในรายวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลทั่วไปที่พบว่ามีนักศึกษาจำนวนร้อยละ 62.3 มีผลการเรียนในรายวิชานี้อยู่ในระดับ B+ สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ ทิพย์สูงเนินและคณะ (2563) ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลได้รับอิทธิพลรวมและอิทธิพลทางตรงจากปัจจัยด้านผู้เรียน เมื่อ

ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลด้วยความเอื้ออาทรและมีทักษะพื้นฐานการพยาบาลเมื่อต้องมาปฏิบัติจริงกับผู้รับบริการในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลซึ่งกิจกรรมการเรียนการสอนกำหนดให้นักศึกษาปฏิบัติทักษะพื้นฐานการพยาบาล เช่น การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร การขับถ่าย โดยใช้หลักการดูแลด้วยความเอื้ออาทรด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และคุณธรรมจริยธรรม เคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการโดยกำหนดเป็นผลลัพธ์การเรียนรู้ที่นักศึกษาต้องถูกประเมินจากผู้สอน การสอนภาคปฏิบัติใช้รูปแบบการมอบหมายแบบเจ้าของไข้ให้นักศึกษาดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง 2-3 วัน นักศึกษาได้ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด ได้พูดคุยและให้การพยาบาล ก่อนการปฏิบัติกับผู้ป่วยนักศึกษาต้องวางแผนการพยาบาลล่วงหน้า ประชุมปรึกษาก่อนปฏิบัติงาน ขณะปฏิบัติมีอาจารย์คอยดูแลใกล้ชิดและเมื่อสิ้นสุดการปฏิบัติงานประจำวันมีการประชุมปรึกษาหลังปฏิบัติงานและให้นักศึกษาสะท้อนคิดกับอาจารย์ จึงทำให้นักศึกษารับรู้ว่าตนมีพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ ทิพย์สูงเนินและคณะ (2563) ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลได้รับอิทธิพลรวมและอิทธิพลทางตรงจากปัจจัยด้านผู้เรียน และได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากปัจจัยด้านการจัดการเรียนการสอน และสอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา บัวทีและคณะ (2566) ที่พบว่าการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานเช่น การฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย การประชุมปรึกษาก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความสามารถในการดูแลด้วยความเอื้ออาทรอยู่ในระดับมาก

จากผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบที่ 4 การให้คำแนะนำที่ครอบคลุมทั้งกายและใจได้คะแนนต่ำกว่าองค์ประกอบด้านอื่น ๆ ($\bar{x}$ = 3.86, *S.D.* = 0.82) โดยพฤติกรรมที่ได้คะแนนต่ำที่สุด 2 ลำดับสุดท้ายคือ 1) การอธิบายเรื่องโรค ความก้าวหน้าของอาการและแนวทางการดูแลรักษาให้กับผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลได้เข้าใจ ($\bar{x}$ = 3.74, *S.D.* = 0.84) และ 2) การพูดคุยแนะนำให้ผู้ป่วยทำใจให้สบาย ทำใจให้สงบ ไหว้พระหรือสวดมนต์ตามหลักศาสนาของผู้ป่วย ($\bar{x}$ = 3.70, *S.D.* = 0.85) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mohamed และคณะ (2023) ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยอเล็กแซนเดรีย มีพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรเกี่ยวกับการสอนและให้คำแนะนำผู้ป่วยน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับพฤติกรรมด้านอื่น ๆ ทั้งนี้เป็นเพราะนักศึกษายังไม่ได้เรียนเรื่องโรคทำให้ไม่มีความรู้เพียงพอที่จะแนะนำประกอบกับนักศึกษามีอายุน้อย (อายุต่ำสุด 19 ปี สูงสุด 25 ปี อายุเฉลี่ย 20.22 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.76) ขึ้นฝึกปฏิบัติงานครั้งแรก มีความเข้าใจชีวิต เข้าใจผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยน้อย จึงทำให้มีพฤติกรรมการดูแลด้วยความเอื้ออาทรในองค์ประกอบนี้ต่ำกว่าด้านอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ ทิพย์สูงเนินและคณะ (2563) ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลได้รับอิทธิพลรวมและอิทธิพลทางตรงจากปัจจัยด้านผู้เรียน เนื่องจากผู้เรียนเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 2 ตามหลักสูตรยังไม่ได้เรียนเนื้อหาเกี่ยวกับโรคและมีอายุน้อย จึงทำให้มีความรู้ไม่เพียงพอ และอาจมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม จึงทำให้นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลด้วยความเอื้ออาทรทางการพยาบาลตามองค์ประกอบที่ 4 การให้คำแนะนำที่ครอบคลุมทั้งกายและใจ ได้คะแนนต่ำกว่าองค์ประกอบด้านอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของกนกรัตน์ วงษ์หิบทองและคณะ (2565) ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีต่ำ ๆ มีพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรน้อยกว่านักศึกษาชั้นปีสูง ๆ พฤติกรรมที่ได้คะแนนต่ำมักจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการประคับประคองด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ

สรุปและข้อเสนอแนะ

การจัดการเรียนการสอนด้วยแนวคิด C2TRS ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลอยู่ในระดับมาก องค์ประกอบที่มีคะแนนสูงที่สุดคือ องค์ประกอบที่ 6 การเคารพความ

เป็นบุคคลของผู้ป่วย อยู่ในระดับมากที่สุด องค์ประกอบที่ 4 การให้คำแนะนำที่ครอบคลุมทั้งกายและใจได้คะแนนต่ำกว่าองค์ประกอบด้านอื่น พฤติกรรมที่ได้คะแนนต่ำที่สุด 2 ลำดับคือ 1) การอธิบายเรื่องโรค ความก้าวหน้าของอาการและแนวทางการดูแลรักษาให้กับผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลได้เข้าใจ และ 2)การพูดคุยแนะนำให้ผู้ป่วยทำใจให้สบาย ทำใจให้สงบ ไหว้พระหรือสวดมนต์ตามหลักศาสนาของผู้ป่วย จากผลการศึกษา มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ผู้สอนควรพัฒนาผู้เรียนให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคที่พบบ่อยในหอผู้ป่วย เพื่อให้ผู้เรียนสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการได้ และควรพัฒนาผู้เรียนเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณผู้รับบริการ

2. ผู้วิจัยควรปรับปรุงข้อความในแบบวัดพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสมรรถนะในแต่ละระดับชั้นปี โดยเฉพาะข้อความเกี่ยวกับการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา

3. ผู้วิจัยควรประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลตามการรับรู้ของผู้รับบริการ อาจารย์ พยาบาลพี่เลี้ยง เพื่อยืนยันผลการศึกษาให้ชัดเจนขึ้น

4. ผู้วิจัยควรประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลเมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนแต่ละปีการศึกษาจนสำเร็จการศึกษา เพื่อให้ทราบความก้าวหน้าและสามารถพัฒนานักศึกษาได้อย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณหน่วยงานต้นสังกัดที่สนับสนุนทุนวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่สละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

กนกรัตน์ วงษ์หีบทอง, กทลี กล่อมอู่, กนกวรรณ ด่านจิตติศิริ, กมลรัชต์ เที่ยงตรง, นิลวรรณ เที่ยงจันทร์, วราภรณ์ ทองดอนง้าว, อาภาภรณ์ เตมีย์เจริญถาวร, ยังเดน คินแซง, และวงเดือน สุวรรณคีรี. (2563). พฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนิสิตพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร. *วารสารพยาบาล, 69*(4), *11-20.* สืบค้นจาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJN/article/view/242081/168730

จินดามาศ โกศลชื่นวิจิตร. (2556). การดูแลอย่างเอื้ออาทร : หัวใจสำคัญของการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ, 29*(2), 134-141. สืบค้นจาก https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/28978/24921

จอนผะจง เพ็งจาด. (2553). การใช้ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสันในการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 3*(1-3), 1-17. สืบค้นจาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/40052/33053

ชุติมา สืบวงศ์ลี, ศิริเดช สุชีวะ, และสุวิมล ว่องวาณิช. (2554). การพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรทางการพยาบาลโดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงปัญญา. *วารสารวิจัย, 7*(2), 127-142. สืบค้นจาก https://so03.tci-thaijo.org/index.php/sduhs/article/view/5150/4509

ชุลีพร พรหมพาหกุล, วราภรณ์ คงสุวรรณ, และบุศรา หมื่นศิริ. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. *วารสารวิจัยทางการพยาบาล การผดุงครรภ์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 42*(2), 1-10. สืบค้นจาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/255333/175578

ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน, วัลภา สบายยิ่ง, นิรนาท แสนสา, และจินดามาศ โกศลชื่นวิจิตร (2563) โมเดลเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 7*(1), 16-31. สืบค้นจาก https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/175934/160693

นรากูล พัดทอง. (2558). สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลืออย่างเอื้ออาทรของอาจารย์นิเทศตามการรับรู้ของ นักศึกษาพยาบาล และพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล ตามการรับรู้ของผู้รับบริการขณะ

ฝึกปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 9*(2), 59-63. สืบค้นจาก https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/56678/47173

บุญชม ศรีสะอาด. (2560). การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

ปราณี มีหาญพงศ์ และกรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร. (2561). การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก, 19*(1)*, 9-15.* สืบค้นจาก *https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/121885/92855*

มยุรี ลิ่ทองอิน และสิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. (2558). ปัจจัยร่วมทำนายพฤติกรรมการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลในวิชาปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ,* 33(3), 70-79. สืบค้นจาก https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/45992/38036

เยาวรัตน์ มัชฌิม และบวรลักษณ์ ทองทวี. (2562). พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลจบใหม่และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 39*(2), 73-86. สืบค้นจาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/199760/139596

รจนาถ หอมดี. (2565). การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยสูงอายุของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ. *วารสารพยาบาลทหารบก, 23*(2), 483-491. สืบค้นจาก https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/257283/174836

รจนาถ หอมดี กาญจนา ภัทราวิวัฒน์ และฐาศุกร์ จันประเสริฐ. (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมเจตคติต่อผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทร. *วารสารพยาบาลตำรวจ, 15* (2), 329-337. สืบค้นจาก https://he01.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/article/view/264554/180463

ศศิธร คำพันธ์ ชุติกาญจน์ แซ่ตั้ง และ อิงหทัย คำจุติ. (2563) การเปรียบเทียบการรับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรในระยะคลอดระหว่างนักศึกษาพยาบาลกับผู้คลอด. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 12*(1), 15-24. สืบค้นจาก https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/206317/163572

สุพัตรา บัวที นิตยา สุทธยากร กัญจน์ณิชา เรืองชัยทวีสุข และจารุรินทร์ พงษ์ประเทศ. (2566). การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานเพื่อพัฒนาผลการเรียนรู้ทางคลินิกของนิสิตพยาบาล. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 20*(3)*,138-151.* สืบค้นจาก *https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/265149/181846*

Inocian E. P., Hill M. B., Felicilda-Reynaldo R. F., Kelly S. H., Paragas E. D., & Turk M.T. (2022). Factors in the clinical learning environment that influence caring behaviors of undergraduate nursing students: An integrative review. DOI: 10.1016/j.nepr.2022.103391

Ferri P., Stifani S., Morotti E., Nuvoletta M., Bonetti L., Rovesti S., Cutino A., & Lorenzo R D. (2020). Perception of Caring Behavior Among Undergraduate Nursing Students: A Three-Cohort Observational Study. https://doi.org/10.2147/PRBM.S279063

Mohamed S O., Taha E E S., Sayed G E., & Halem E. (2023). Factors Influencing Caring Behaviors from Nursing Students' perspectives. https://doi.org/10.21608/asalexu.2023.318215

Sümen, A., Unal, A., Teskereci, G., Kardasoglu, S., Aslan, K., Irmak, M. S., ... & Aslan, H. B. (2022). The relationship between nursing students' professional attitudes and caring behaviors: A cross‐sectional study. *Perspectives in Psychiatric Care*, *58*(3). search.ebscohost.com

Watson, J., & Woodward, T. (2020). *Jean Watson's theory of human caring*. SAGE Publications Limited.

ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019

Factors Influencings Stress of the Elderly in the COVID-19 Pandemic

Received: February 28, 2024
Revised: June 22, 2024
Accepts: June 18, 2024

ลัญชนา พิมพันธ์ชัยยบูลย์ (พย.ม) [1]
Lunchana Phimphanchaiyaboon (M.N.S.)
ชัยสิทธิ์ ทันศึก (พย.ม) [2]
Chaisit Thansuk (M.N.S.)

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 ของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร จำนวน 95 คน ได้มาจากการสุ่มแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินความเครียดสวนปรุง, แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง, แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ที่มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .87, .86, .98 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression)

ผลการวิจัย พบว่า ความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 40.64, S.D. = 1.036) ปัจจัยที่สามารถทำนายความเครียดของผู้สูงอายุได้ คือ การสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ .05 (β = -0.402, p-value = 0.001)

จากการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุควรออกแบบการพยาบาลที่ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมโดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดความเครียดในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ความเครียด, ผู้สูงอายุ, การสนับสนุนทางสังคม

[1] อาจารย์ประจำ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, Thailand
Lecturer, Faculty of Nursing, Siam University
[2] อาจารย์ประจำ สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, Thailand
Lecturer, Faculty of Nursing, Siam University
Corresponding author: e-mail chaisit72@hotmail.com

Abstract

This research was predictive research targeting to determine the predictive factors influencing stress of the elderly The Senior Citizen Association of Nursing Siam University Bangkok. Subjects were 95 community members aged 60 and elderly living in in Phasi Charoen District Bangkok that were chosen by simple random sampling. Suanprung Stress Test-20, Self-Esteem Assessment, Social Support Assessment, Health Perception Assessment was used among the others for data collection the reliabilities were .87, .86, .98 and .91. Percentage, mean, standard deviation, multiple regressions were used for data analysis.

The results indicated that the older adult of the elderly in the covid 19 pandemic perceived their stress as moderate ($\bar{x}$ = 40.64, SD = 1.036). As well, the results showed that factors influencing stress of elderly is social support could predict stress ($p < .05$) (β = -0.402, p-value = 0.001).

The findings of the study are beneficial in term of care designed for elderly. The study suggests that intervention for elderly should promote Social Support by encouraging them to participate in their activities will help to reduce stress.

KEYWORDS: Stress, Elderly, Social Support

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 มีการระบาด และส่งผลกระทบแก่หลายประเทศทั่วโลก โดยไวรัสและโรคอุบัติใหม่นี้ไม่เป็นที่รู้จักเลยก่อนจะมีการระบาดในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ในเดือนธันวาคมปี 2562 มีผู้ติดเชื้อยืนยันทั่วโลก (ข้อมูล ณ วันที่ 18 พฤษภาคม 2564) 218 ประเทศ 2 เขตบริหารพิเศษ 2 เรือสำราญ จำนวน 164,272,595 คน ผู้ป่วยอาการวิกฤติจำนวน 101,708 คน หายแล้วจำนวน 142,991,373 คนเสียชีวิต 3,404,279 คน ในส่วนของประเทศไทยนั้นพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ 2,473 คน แบ่งเป็นติดเชื้อในประเทศ 1,770 ราย ติดเชื้อจากต่างประเทศ 23 ราย ติดเชื้อในเรือนจำ/ที่ต้องขัง 680 ราย ผู้ติดเชื้อสะสม 113,555 คน เสียชีวิตแล้ว 649 คน วันที่ 18 พฤษภาคม 2564 มีผู้เสียชีวิต 35 ราย โดยลักษณะของผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวและปัจจัยเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไตเรื้อรัง ไขมันในเลือดสูง หลอดเลือดสมองหัวใจและภาวะอ้วน (ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิค-19 (ศบค.), 2564)

เชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 เป็นโรคติดต่อซึ่งเกิดจากไวรัสโคโรนาชนิดที่มีการค้นพบล่าสุด เป็นตระกูลของไวรัสที่ก่อให้อาการป่วยตั้งแต่โรคไข้หวัดธรรมดาไปจนถึงโรคที่มีความรุนแรงมาก เช่น โรคระบบทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS-CoV) เป็นต้น ซึ่งเป็นสายพันธุ์ใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อนในมนุษย์ก่อให้เกิดอาการป่วยระบบทางเดินหายใจในคน (กรมควบคุมโรค, 2563)

เชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 โดยหลักแล้ว แพร่จากคนสู่คนผ่านทางละอองฝอย (Droplet) จากจมูกหรือปากซึ่งขับออกมาเมื่อผู้ป่วย ไอหรือจาม เรารับเชื้อได้จากการหายใจเอาละอองฝอยเข้าไปจากผู้ป่วย หรือจากการเอามือไปจับพื้นผิวที่มีละอองฝอย

เหล่านั้นแล้วมาจับตามใบหน้า ระยะเวลานับจากการติดเชื้อและการแสดงอาการ (ระยะฟักตัว) มีตั้งแต่ 1-14 วัน มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 5-6 วัน และเกิน 97% ของผู้ป่วยเริ่มมีอาการภายใน 14 วัน การเพิ่มจำนวนของไวรัสเกิดขึ้นในระบบทางเดินหายใจส่วนบนและในปอด มีงานวิจัยในช่วงแรกระบุว่า มีการเพิ่มจำนวนของไวรัสได้ในระบบทางเดินอาหาร แต่การติดต่อโดยระบบทางเดินอาหารยังไม่เป็นที่ยืนยัน ช่วงพีคของการแพร่เชื้อน่าจะเกิดขึ้นในช่วงแรกที่แสดงอาการและลดลงหลังจากนั้นการแพร่เชื้อก่อนแสดงอาการอาจเกิดขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม หากไม่มีอาการไอ ซึ่งเป็นกลไกหลักในการขับไวรัสออกมา อาจจำกัดการแพร่เชื้อในช่วงนั้น โดยอาการและอาการแสดงของโรคโควิด 19 ได้แก่ ไข้ ไอ อ่อนเพลีย หายใจขัด ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ เจ็บตามข้อ ปวดศีรษะ หนาวสั่น คลื่นไส้อาเจียน คัดจมูก ท้องเสีย ไอเป็นเลือด และตาแดงอักเสบ โดยกลุ่มที่มีความเสี่ยง ได้แก่ ผู้ที่อาศัยในพื้นที่เสี่ยงต่อการสัมผัสโรค หรือประเทศหรือเมืองที่มีการระบาดของโรคอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่เดินทางเข้าไป-ออกจาก หรือแวะเปลี่ยนเครื่องบินในประเทศหรือเมืองที่มีการระบาดของโรคอย่างต่อเนื่อง บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข บุคคลที่ทำงานให้บริการนักท่องเที่ยว และผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี และมีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดและหัวใจ เป็นต้น (World Health Organization: WHO, 2563)

การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 นี้ นอกจากจะส่งผลกระทบต่อร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจด้วย โดยเฉพาะในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้สูงอายุ จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 แล้วมีอาการหนักเป็นผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 60 ปี และมีโรคประจำตัว รัฐบาลจึงมีมาตรการในการป้องกันโดยการให้ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70 ปี อยู่แต่ในที่พักอาศัยเพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อจากสภาพแวดล้อมภายนอก สถานการณ์ดังกล่าวนี้อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความเครียดหรือความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองหรือคนในครอบครัว ในบางรายอาจเกิดอาการซึมเศร้า กินไม่ได้นอนไม่หลับ (กรมสุขภาพจิต, 2563)

จากการทบทวนวรรณกรรม และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุในภาวะปกติ พบว่า มีปัจจัยต่าง ๆ คือ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ สถานภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และจากสถานการณ์ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 ของผู้สูงอายุ คณะผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญของการหาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในผู้สูงอายุ โดยการศึกษาครั้งนี้ มุ่งเน้นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเครียดของผู้สูงอายุในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 ซึ่งได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพครอบครัว รายได้ โรคประจำตัว ที่อยู่อาศัย และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความเครียด ที่จัดทำขึ้นโดยโรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่ คือ แบบประเมินความเครียดสวนปรุง SPST-20 (Suanprung Stress Test-20) เพื่อใช้ประเมินระดับความเครียดของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน Rosenberg Self Esteem Scale ฉบับภาษาไทย ของ Wongpakaran T. & Wongpakaran N. (2011) ที่ดัดแปลงมาจาก Rosenberg, M. (1965) ได้ทำการศึกษาหาค่าความน่าเชื่อถือในกลุ่มนักศึกษา และจากข้อมูลของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย พบว่า แบบวัดนี้มีความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี โดยค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.86 ประกอบด้วยข้อคำถามของ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองโดยใช้แนวคิดของ Schaefer et al. (1981) แบบวัดนี้มีความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี โดยค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.98 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ โดยประเมินสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) จำนวน 5 ข้อ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) จำนวน 5 ข้อ การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible Support) จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยใช้การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของ ของสุพรรณี ธีระเจตกูล (2539) ที่ดัดแปลงจากแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Speake et al. (1989) แบบวัดนี้มีความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี โดยค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.91 มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน การรับรู้ภาวะสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาค่าความตรงของเครื่องมือ (Validity) ผู้วิจัยตรวจสอบข้อคำถามให้ครอบคลุมตัวแปรตามแนวคิดและวัตถุประสงค์ ตรวจสอบโดยผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ความเครียดในผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ประจำหอผู้ป่วยโควิด 19 จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุจำนวน 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความสมบูรณ์และความถูกต้องของเครื่องมือใช้การตรวจสอบข้อมูลโดยหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content Validity Index: CVI) ได้ค่า CVI มากกว่า 0.8 คำนวณค่าดัชนีตามสูตร Lynn (1986)

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ความเครียดในผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณ

โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (Cronbach, 1990) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87, .86, .98, และ .91 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 โดยมีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 - เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564

1. **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 120 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม กรุงเทพมหานครในปี พ.ศ. 2564 ที่สุ่มมาจากประชากรที่ศึกษา จำนวน 95 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ ผู้สูงอายุที่รู้สึกตัวดี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร และไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ต้องใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple regression) ในการวิเคราะห์ข้อมูล จึงคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Thorndike (1978) ดังนี้

$$n = 10k + 50$$

เมื่อ n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

k คือ จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา

$n = 10(4) + 50 = 90$ ราย

เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 (Burns & Grove; Polit & Hungler, 2542) ดังนั้น จึงได้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 95 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจะดำเนินการสุ่มตัวอย่าง ตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำการคัดกรองผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม จำนวน 120 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้คือ เป็นผู้สูงอายุที่รู้สึกตัวดี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร และไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช หลังจากนั้นจัดทำบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติครบถ้วนไว้

2. ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่าง จำนวน 95 คน จากบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุที่จัดทำไว้ตาม ข้อ 1 โดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Simple without replacement) ทีละคน จนครบจำนวน 95 คน แล้วจัดทำบัญชีรายชื่อไว้

3. ผู้วิจัยเชิญผู้สูงอายุที่ได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่างตามบัญชีรายชื่อตามข้อ 2 เข้าร่วมการวิจัย ถ้ามีผู้สูงอายุรายใดไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม โดยวิธีการสุ่มแบบง่ายด้วยการจับสลากแบบไม่คืน จากบัญชีรายชื่อที่จัดทำไว้ตามข้อ 1 จนได้ครบ จำนวน 95 คน

2. การพิทักษ์สิทธิ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1. เสนอโครงร่างวิจัยและเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

2. ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์การทำวิจัยและขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริงและแจ้งกลุ่มตัวอย่างว่าในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้คณะผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลนี้เป็นความลับไม่มีการระบุชื่อและรายงานการวิจัยจะเสนอผล โดยรวมและกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการปฏิเสธเข้าร่วมวิจัย

ข้อพิจารณาจริยธรรม

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยและเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลปากท่อ จังหวัดราชบุรี คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลปากท่อดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP และได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้เอกสารรับรองเลขที่ (COA)-PTHEC 04/2564 วันที่รับรอง 12 พฤศจิกายน 2564

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือ ในการรวบรวมข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (Google form) โดยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 95 คน ภายหลังได้รับแบบสอบถามกลับคืน คณะผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละชุดก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ข้อมูล ระยะเวลาการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน ถึง เดือนธันวาคม 2564

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพครอบครัว รายได้ โรคประจำตัว ที่อยู่อาศัย และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร โดยวิธีการหาค่าความถี่ และค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลระดับความเครียด (SPST-20) ด้วยค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) จากการหาค่าผลรวม แล้วนำผลรวมมาแปลเป็นระดับความเครียด

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด โดยใช้ค่าสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression)

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 95 ชุด ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้วนำมาทำการวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ โดยมีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพครอบครัว รายได้ โรคประจำตัว ที่อยู่อาศัย และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร พบว่า จากการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุจำนวน 95 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.30) อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 60-70 ปี (ร้อยละ 68.40) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 64.20) มีรายได้มากกว่า 3,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 48.40) ในส่วนของการมีโรคประจำตัว พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค โดยโรคความดันโลหิตสูงพบมากสุด (ร้อยละ 69.50) รองลงมา คือ ผู้สูงอายุ

ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 93.70) รองลงมา คือ อยู่ตามลำพัง (ร้อยละ 4.20) ส่วนด้านการรับรู้ข่าวสารสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่รับรู้ข้อมูลข่าวสารผ่านทางการรับชมโทรทัศน์ (ร้อยละ 76.80) รองลงมา คือ ผ่านทางสื่อโซเชียลมีเดีย ได้แก่ เฟซบุ๊ก (Facebook) ทวิตเตอร์ (Twitter) ยูทูป (Youtube), ไลน์(Line), อินสตาแกรม (Instagram) เป็นต้น (ร้อยละ 51.60) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ดังนี้ (n = 95)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	33	34.70
หญิง	62	65.30
2. อายุ		
60-70 ปี	65	68.40
71-80 ปี	23	24.20
มากกว่า 80 ปีขึ้นไป	7	7.40
3. สถานภาพครอบครัว		
โสด	18	18.90
สมรส	61	64.20
หย่าร้าง	2	2.10
หม้าย	13	13.70
แยกกันอยู่	1	1.10
4. รายได้		
ต่ำกว่า 600 บาทต่อเดือน	2	2.10
600-1,000 บาทต่อเดือน	19	20.00
1,001-1,500 บาทต่อเดือน	9	9.50
1,501-2,000 บาทต่อเดือน	8	8.40
2,001-2,500 บาทต่อเดือน	7	7.40
2,501-3,000 บาทต่อเดือน	4	4.20
มากกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	46	48.40

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
5. โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	36	37.90
มีโรคประจำตัว (ถ้ามี ระบุได้มากกว่า 1ข้อ)	59	62.10
โรคหัวใจ	7	11.86
โรคความดันโลหิตสูง	41	69.50
โรคหลอดเลือดสมอง	2	3.40
โรคเบาหวาน	18	30.50
โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง	1	1.70
โรคไตเรื้อรัง	1	1.70
โรคอ้วนลงพุง	5	8.47
โรคสมองเสื่อม	1	1.70
6. ที่อยู่อาศัย		
อยู่ตามลำพัง	4	4.20
อยู่กับผู้อื่น (ที่ไม่ใช่ครอบครัว)	2	2.10
อยู่กับครอบครัว	89	93.70
7. การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร (เลือกคำตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เพื่อนบ้าน	34	35.80
วิทยุกระจายเสียง	30	31.60
โทรทัศน์	73	76.80
หนังสือพิมพ์/แผ่นพับ/โปสการ์ด	16	16.80
โซเชียลมีเดีย	49	51.60

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 จำแนกตามรายข้อและจำแนกตามการแปลผล ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระดับความเครียดของผู้สูงอายุในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 โดยรวมความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 40.64 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.036 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่ 9 ปวดหลัง มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.43 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.068 รองลงมาคือ ข้อที่ 7 กล้ามเนื้อตึงหรือปวด มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.32 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.084 และลำดับสุดท้ายคือ ข้อที่ 20 เป็นหวัดบ่อย ๆ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 1.72 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.907 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง (n = 95)

คำถาม	$\bar{x}$	**S.D.**
1. กลัวทำงานผิดพลาด	1.94	0.965
2. ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้	2.01	0.928
3. ครอบครัวมีความขัดแย้งกันในเรื่องเงินหรือเรื่องงานในบ้าน	1.89	1.036
4. เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน	2.23	1.066
5. รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบ	1.77	1.026
6. เงินไม่พอใช้จ่าย	2.26	1.213
7. กล้ามเนื้อตึงหรือปวด	2.32	1.084
8. ปวดหัวจากความตึงเครียด	2.13	1.064
9. ปวดหลัง	2.43	1.068
10. ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลง	2.03	1.036
11. ปวดศีรษะข้างเดียว	1.83	1.108
12. รู้สึกวิตกกังวล	2.18	1.120
13. รู้สึกคับข้องใจ	1.95	1.066
14. รู้สึกโกรธ หรือหงุดหงิด	1.84	0.915
15. รู้สึกเศร้า	1.77	1.026
16. ความจำไม่ดี	2.11	1.067
17. รู้สึกสับสน	1.81	1.014
18. ตั้งสมาธิลำบาก	1.77	0.905
19. รู้สึกเหนื่อยง่าย	2.18	1.111
20. เป็นหวัดบ่อย ๆ	1.72	0.907
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	40.64	1.036

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 พบว่า การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความเครียดของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 15.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (R^2 = .15) โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่ทำนายได้มากที่สุด (β = -0.402, *p*-value = 0.001) ส่วนปัจจัยด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ ไม่มีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019

ตัวแปร	B	SE	Beta	Sig.
1. การสนับสนุนทางสังคม	-1.702	0.457	-0.402	.000*
2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	1.958	2.176	0.093	.370
3. การรู้ภาวะสุขภาพ	-3.221	2.842	-0.114	.260
R^2 = .157, SEE = 16.961, F =6.820, Sig=.000				

** $p < 0.001$*

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019

การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 ได้ จากผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (β = -0.402, *p*-value = 0.001) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาของพิศมัย สิโรตมรัตน์ (2553) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความว้าเหว่อยู่ในระดับต่ำมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ชุติไกร ตันติชัยวนิช (2551) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้พบว่าความว้าเหว่เกิดขึ้นได้จากการที่บุคคลเกิดความเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุร้ายแรงที่ต้องจำกัดความสัมพันธ์ทางสังคม เพราะต้องอยู่ในโรงพยาบาลและเคลื่อนไหวร่างกายได้ไม่เป็นปกติ (Lyons, 1991) ในผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยอยู่เพียงลำพังโดยไม่มีผู้ดูแลทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดได้ และในผู้สูงอายุที่ไม่มีการติดต่อกับสังคมภายนอกหรือต้องเกษียณอายุแล้วอาศัยอยู่แต่ในบ้านเหล่านี้ทำให้เกิดความความเครียดได้เช่นเดียวกัน

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 สอดคล้องกับการศึกษาของ ลัญชนา พิมพันธ์ชัยยบูลย์ (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว้าเหว่ของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าและสามารถบ่งชี้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ว่าเป็นอย่างไร การเห็นคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุจะแสดงระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองระดับสูงพอ ต่อเมื่อสามารถที่จะเผชิญความเครียดต่าง ๆ การปรับตัวทางอารมณ์ ทางสังคม และการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า จะมีความรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้เบื่อหน่าย มองชีวิตที่ผ่านมาในแง่ลบ อดีตที่ไม่ประสบความสำเร็จ จะทำให้เป็นคนเห็นแก่ตัว ขุ่นเคือง และมักกลัวความตาย การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา ปรากฏวงศ์ (2551) เรื่อง ปัจจัยพยากรณ์ความว้าเหว่ของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง พบว่า

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความว้าเหว่ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังและมีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จะมีความว้าเหว่น้อย ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังและมีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จะมีความว้าเหว่มาก ด้านการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังนั้น นงเยาว์ พลโทพงศ์ (2547) ศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว้าเหว่ในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความว้าเหว่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ เพ็ญพโยม เชยสมบัติ (2547) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความว้าเหว่ในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความว้าเหว่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จะมีความว้าเหว่น้อย ส่วนผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จะมีความว้าเหว่มาก

การรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงมีสุขภาพแข็งแรง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นันท์ณิชา สิงหเดชวีระชัย (2562) ศึกษาความเครียดและการจัดการความเครียดด้วยกิจกรรมนันทนาการของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุบ้านหนองกระทุ่ม อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม พบว่ามีความเครียดด้านร่างกายมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.96 ซึ่งสาเหตุของความเครียดมาจากปัญหาด้านสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ เช่น ปวดเข่า ปวดขา ไขข้อ กระดูก และภาวะร่างกายที่เสื่อมถอย

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 เนื่องจากการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนและสังคมนั้นเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีการติดต่อสื่อสารและสังสรรค์ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม ซึ่งอาจเป็นบุคคลที่อยู่ในวัยเดียวกัน ใกล้เคียงกัน หรือต่างวัย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับรูปแบบและลักษณะของกิจกรรมทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้มีโอกาสเข้าร่วม ซึ่งการเข้าร่วมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคมนั้นนอกจากจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์แล้วยังเป็นการทำให้ผู้สูงอายุได้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีโดยที่ได้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางสังคมด้วยการร่วมทำกิจกรรมกับบุคคลอื่นขณะเดียวกันการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมของผู้สูงอายุ ยังจะเป็นเงื่อนไขสำคัญในการช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสในการถ่ายทอดศักยภาพที่มีอยู่ของตนเองรวมทั้งการได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ภูมิปัญญาและทักษะร่วมกับบุคคลอื่นโดยจะเป็นการก่อให้เกิดประโยชน์ในเชิงสร้างสรรค์ต่อทั้งตัวผู้สูงอายุเองครอบครัวชุมชนและสังคมส่วนปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้และยังคงสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ และยังมีกิจกรรมร่วมสังคม จึงทำให้สัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุที่จะช่วยเหลือซึ่งกันและกันมีความเข้าใจกันจึงทำให้รู้สึก

ว่าตนเองยังคงมีความสามารถและไม่ต้องพึ่งลูกหลานมาก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ ผลการวิจัยนี้จะช่วยเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้มีการจัดโครงการส่งเสริมเกี่ยวกับการป้องกันภาวะเครียดและการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุ มีการให้บริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ควรมีกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ เสริมสร้างการรู้คิดให้เหมาะสมตามวัย โดยใช้ครอบครัวเป็นตัวแปรที่สำคัญในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ และควรมีการให้ความรู้กับผู้สูงอายุในการดูแลตนเองและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดจากโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง ส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามวัย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการทำวิจัยในรูปแบบวิจัยกึ่งทดลอง ในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการเกิดภาวะเครียดในผู้สูงอายุ โดยประยุกต์จากปัจจัยที่พบความสัมพันธ์คือการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะเครียด และนอกจากนี้ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน ได้มีส่วนร่วมในการคิด วางแผนและตัดสินใจในการวิจัย และสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดีเนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจากท่าน ดร. พรชัย มงคลวนิช อธิการบดีมหาวิทยาลัยสยาม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรทิพา ส่องศิริ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ที่ให้โอกาสผู้ทำวิจัยได้ศึกษาค้นคว้า จนทำให้ผลงานวิจัยเป็นประโยชน์ต่อผู้เกี่ยวข้อง

ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร ทุกท่านที่ให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการทำงานวิจัย และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และขอขอบคุณทุกท่านที่ได้ช่วยให้ข้อมูล คำแนะนำเพิ่มเติม เกี่ยวกับการงานวิจัย ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี สำหรับข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ผู้วิจัยยินดีที่จะรับฟังคำแนะนำจากทุกท่านที่ได้เข้ามาศึกษา เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนางานวิจัยต่อไป ขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_km/handout001_12032020.pdf

กรมสุขภาพจิต. (2563). แนวทางการดูแลสังคมจิตใจผู้สูงอายุในสถานการณ์ โควิด-19. https://r8way.moph.go.th/r8wayadmin/page/uploads_file/20200622065453.pdf

ชุติไกร ตันติชัยวนิช. (2551) ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล). DOI: https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/MU.the.2008.251

นงเยาว์ พลโทพงศ์. (2547). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว้าเหว่ในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.) ฐานข้อมูลงานวิจัย (ThaiLis).

นันท์ณิชา สิงหเดชวีระชัย. (2562). การศึกษาความเครียดและการจัดการความเครียดด้วยกิจกรรมนันทนาการของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุบ้านหนองกระทุ่ม อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปกร). http://ithesis-ir.su.ac.th/dspace/bitstream/123456789/2840/1/60601309.pdf

พิศมัย สิโรตมรัตน์. (2553). ความว้าเหว่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์). ฐานข้อมูลงานวิจัย (ThaiLis).

เพ็ญพโยม เชยสมบัติ. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความว้าเหว่ใน ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย). ฐานข้อมูลงานวิจัย (ThaiLis).

ลัญชนา พิมพันธ์ชัยยบูลย์. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว้าเหว่ของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา). ฐานข้อมูลงานวิจัย (ThaiLis).

วาสนา ปรากฏวงศ์. (2552) ปัจจัยพยากรณ์ความเหงาของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร) DOI : https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/NU.the.2009.239

สุพรรณี ธีระเจตกุล. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่าง มโนทัศน์สุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น). ฐานข้อมูลงานวิจัย (ThaiLis).

ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิค-19 (ศบค.). (2564). สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). http://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/060564.pdf

Cronbach, L. J. (1990). Essentials of psychological testing (5th ed.). New York: Harper Collins Publishers, 202-204. http://jfklib.oas.psu.ac.th/opac2/BibDetail.aspx?bibno=1013779

Lynn, M. (1986) Determination and Quantification of Content Validity Index. *Nursing Research, 35*, 382-386. https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017

Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press.326. http://dx.doi.org/10.1515/9781400876136

Schaefer, C., Coyne, J.C., & Lazarus, R.S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine, 4*(4), 381-405. http://doi.org/10.1007/BF00846149

Speake, D. L., Cowart, M. E., & Pellet, K. (1989). Health perceptions and lifestyles of the elderly. *Research in Nursing & Health, 12*(2), 93-100. http://doi.org/10.1002/nur.4770120206

Thorndike, R. M. (1978). Correlational procedures for research. Biometrical Journal, 21(4), 403-403 http://doi.org/10.1002/bimj.471021412

Word Health Organization Thailand. (2563). โรคโควิค 19 คืออะไร.สืบค้น มิถุนายน 13, 2565 จาก https://www.who.int/docs/defaultource/searo/thaila nd/ update-28 covid-19-what-we-know---june2020- thai.pdf?sfvrsn=724d2ce3_0

Wongpakaran, T. & Wongpakaran. N., (2011). Confirmatory Factor Analysis of Rosenberg Self-Esteem Scale: A Study of Thai Student Sample. *Journal of Psychiatric Association Thailand, 56*(1), 59-70. http://psychiatry.or.th/JOURNAL/56-1/06-Tinakon.pdf

ผลของการใช้แอปพลิเคชันดีเอสซี ต่อการดูแลสุขภาพกายและจิตในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Effectiveness of the Using DSC Application to Physical and Mental Health Care in Patients with Non-Communicable Diseases

Received: March 26, 2024
Revised: June 4, 2024
Accepts: June 25, 2024

สุสารี ประคินกิจ[1] (วท.ด.)
Susaree Prakhinkit (Ph.D)
กาญจนา งามจันทราทิพย์[2] (พย.ม.) สุธาทิพย์ ปันทปิติกุล[3] (พย.บ.)
Kanjana Njamjuntratip (M.N.S) Sutatip Pantapitikun (B.N.S)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของแอปพลิเคชันดีเอสซี (Daily Self Care; DSC) ต่อการดูแลสุขภาพกายและจิตในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเรื่องระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และความเครียด

รูปแบบและวิธีดำเนินการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ดำเนินการ 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พัฒนาการสร้างแอปพลิเคชัน DSC กรอบแนวคิดเรื่องความสุข 5 มิติ ระยะที่ 2 ศึกษาประสิทธิผลของผลของแอปพลิเคชัน DSC ต่อระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังภายในกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การทดสอบค่าทีแบบรายคู่ (Pair T-test) เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม โดยใช้การวิเคราะห์การทดสอบค่าทีอย่างอิสระ (Independent T- test)

ผลการวิจัย การพัฒนาแอปพลิเคชัน DSC เพื่อการดูแลสุขภาพกายและจิตในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 แอปพลิเคชันสำหรับผู้ใช้งาน ประกอบด้วย 6 ฟังก์ชัน ได้แก่ การประเมินความเครียดก่อนและหลังทำกิจกรรม กิจกรรมออกกำลังกาย 5 สุข แนวทางการดูแลสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน ความดันโลหิต และส่วนที่ 2 เว็บ แอปพลิเคชันสำหรับผู้ดูแลระบบ ในการรับทราบข้อมูลในการดูแลตนเองของผู้ใช้ เพื่อนำมาใช้ในการดูแลที่เหมาะสม ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แอปพลิเคชัน DSC เพื่อการดูแลสุขภาพกายและจิตสามารถลดความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 2) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แอปพลิเคชัน DSC เพื่อการดูแลสุขภาพกายและจิตสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 3) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แอปพลิเคชัน DSC เพื่อการดูแลสุขภาพกายและจิตสามารถผ่อนคลายความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ การใช้แอปพลิเคชัน DSC เพื่อการดูแลสุขภาพกายและจิตในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถลดความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และผ่อนคลายความเครียดได้

คำสำคัญ: ดีเอสซี แอปพลิเคชัน โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ความเครียด

[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, Thailand
[2]อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางพึ่ง
Corresponding author: e-mail tik.susaree@gmail.com

Abstract

Objective: To development and determine the effectiveness of Daily Self Care (DSC) application for physical and mental health care in patients with Non-Communicable Diseases (NCDs) to blood pressure, blood sugar, and stress.

Method: The research was quasi-experimental research. It was conducted in 2 phases, the first phase was to study the development of DSC and the second phase was to study the effectiveness of DSC application for physical and mental health care in patients with NCDs to blood pressure, blood sugar and stress. The data was analyzed compare the mean scores before and after within group by Pair t-test. Independent t-test was used to compare between groups.

Results: The development DSC application to physical and mental health care divided into 2 parts. Part 1 is an application for users consisting of 6 functions, including stress assessment before and after activities, exercise activities: 5 happiness, guidelines for mental health care, knowledge about diabetes, blood pressure diseases and part 2 web application for system administrators receive data for self-care of users .The results of the effectiveness DSC application analysis found that 1) The subjects who used DSC application for physical and mental health care had significant decreased blood pressure significantly ($p<0.05$) 2) The subjects who used DSC application for physical and mental health care had significant decreased blood sugar significantly ($p<0.05$) 3) The subjects who used DSC application for physical and mental health care had decreased stress significantly ($p<0.05$)

Conclusion: The DSC application for physical and mental health care could and decreased blood pressure, blood sugar and relief stress.

KEYWORDS: DSC application, Non-Communicable Diseases, Blood Pressure level, Blood Sugar level, Stress

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หลังการระบาดของโรคโควิด-19 ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ Non-Communicable Diseases (NCDs) มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น คร่าชีวิตประชาชนกว่า 1,000 คนต่อวัน หรือ 4 แสนคนต่อปี โดย NCDs ประกอบด้วย 4 โรคหลัก ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โดยกว่าครึ่งของผู้ที่เสียชีวิตจาก NCDs เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (ตั้งแต่อายุ 30-70 ปี) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของยุคโลกาภิวัตน์ และลัทธิบริโภคนิยม ได้แก่ แคมเปญการตลาดที่ดุดันของอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ เช่น น้ำหวาน เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ การไม่มีกิจกรรมทางกาย มลพิษทางอากาศ และการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ อีกทั้งประเทศไทยจัดเป็นประเทศที่มีความเสี่ยงของโรค NCDs มากกว่าประเทศเพื่อนบ้านในแถบเอเชีย เนื่องจากเป็นประเทศที่มีอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงสุด (คิดเป็น 2 เท่าของค่าเฉลี่ยของประเทศในภูมิภาคเอเชียใต้และตะวันออก) (สหประชาชาติ ประเทศไทย, 2565)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคนไทยพบอัตราการบริโภคโซเดียม และน้ำตาลสูงเป็น 2 เท่า และ 4 เท่าของปริมาณที่องค์การอนามัยโลกแนะนำให้บริโภคต่อวัน อีกทั้งยังพบว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้อัตราการเสียชีวิตและเป็นเหตุเจ็บป่วยอันดับต้น ๆ ของคนไทย รวมถึงเยาวชนไทย 9 ใน 10 คนยังมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (อย่างน้อย 150-300 นาทีต่อสัปดาห์) และคนไทยร้อยละ 42 มีภาวะน้ำหนักเกินซึ่งสูงเป็นลำดับ 2

ของประเทศในเอเชีย ยังพบมีความเสี่ยงทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อีกหลายปัจจัยได้แก่ การบริโภคอาหารจานด่วน การมีพฤติกรรมเนือยนิ่งที่เพิ่มขึ้น และบริการสร้างเสริมสุขภาพที่ต้องหยุดชะงัก เพราะมาตรการควบคุมการระบาดของโควิด-19 นอกจากนั้น การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรุนแรงของประเทศไทยจะยิ่งเร่งอัตราการเกิด NCDs ให้สูงขึ้นด้วย (สหประชาชาติประเทศไทย, 2565)

การเจ็บป่วยด้วยโรค NCDs ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และประเทศ เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจมีมูลค่าถึง 1.6 ล้านล้านบาทต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 9.7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Gross Domestic Product; GDP) นอกจากนั้นความสูญเสียจาก NCDs ที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ยังคุกคามความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย ซึ่งปัจจุบันงบประมาณกว่าครึ่งหมดไปกับการรักษา NCDs และโรคนี้ยังสร้างผลกระทบอย่างมากต่อภาคธุรกิจ เนื่องจากในแต่ละวันประชากรไทยกว่า 74,000 คน ไม่สามารถทำงานได้เนื่องจากเจ็บป่วยจาก NCDs รัฐต้องรับผิดชอบภาระการดูแลค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้นเฉลี่ยต่อประชากรสูงถึง 3,128 บาทต่อคน ผลกระทบระดับบุคคลส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ สูญเสียการมีคุณค่าในตนเอง เกิดความแปรปรวนทางด้านจิตใจ เกิดความเครียด ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ด้านต่างๆ เช่น ทางด้านสรีรวิทยาเพื่อรักษาภาวะสมดุลของร่างกาย อารมณ์จิตใจ และพฤติกรรม ซึ่งอาจพบตั้งแต่ระดับเล็กน้อย ปานกลาง และหากไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ ก็อาจเปลี่ยนเป็นระดับที่รุนแรง ถึงขั้น ทำร้ายตัวเองได้ (ชนิดาวดี สายืน และคณะ, 2563) การเกิดความเครียดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญเพิ่มขึ้น มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความเครียดจะส่งผลทำให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนที่ไปยับยั้งการทำงานของอินซูลินและกระตุ้นการหลั่งกลูคากอนทำให้ระดับน้ำตาลสูงขึ้น ซึ่งทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังส่งผลทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น จากภาวะที่หลอดเลือดมีการแข็งตัว (Dawa et al., 2020)

การจัดการกับปัญหา NCDs ที่ผ่านมา ประเทศไทยมีมาตรการที่หลากหลาย มีแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 2560-2565 และแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย 2561-2573 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ยังเป็นแกนหลักในการส่งเสริมสุขภาพ แต่พบว่าปัญหาความรุนแรงของโรค NCDs ยังเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับโรคได้ ความตระหนักและการให้ความสำคัญของผู้ป่วยลดลง อีกทั้งพบปัญหาการขาดความรู้ที่ถูกต้องในการบริโภคอาหาร การรับข้อมูลข่าวสารในสื่อออนไลน์ที่ไม่ถูกต้อง การเข้าถึงช่องทางการบริการที่ล่าช้า และยังขาดการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของอาการที่เข้าสู่ระยะอันตราย อีกทั้งในระดับชุมชนพบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้การเข้าถึงผู้ป่วยที่เริ่มเข้าสู่ระยะอันตรายเป็นไปได้ช้า ทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยทางด้านร่างกายและจิตใจลดลง

ปัจจุบันสังคมเข้าสู่ยุค VUCA (Volatile, Uncertain, Complex and Ambiguous) เป็นยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของ เทคโนโลยี มีการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เพื่อความสะดวกและรวดเร็ว ลดอันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ มีการใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการติดต่อสื่อสาร และให้ข้อมูลทางสุขภาพเพิ่มมากขึ้น มีการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพผ่านช่องทางแอปพลิเคชันไลน์ แต่มีข้อจำกัดเรื่องข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้รับคำปรึกษาต้องการเก็บเป็นความลับ (ศุภรัตน์ แก้วเสริม , 2565) และมีงานวิจัย ของรุ่งทิพย์ กันทะวงค์และคณะ (2564) ได้ศึกษาและพัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับเด็กวัยเรียน พบว่าแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับเด็กวัยเรียน สามารถใช้เป็นบทเรียนที่ช่วยให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจในการ ป้องกันติดเชื้อสำหรับเด็กวัยเรียนได้อย่างถูกต้องมากขึ้น สามารถดึงดูดใจให้ผู้เรียนได้ติดตามบทเรียนได้มากขึ้น และให้ความสำคัญในการดูแลตนเอง

จากปัญหาของโรค NCDs ที่ควบคุมการเกิดโรคและความรุนแรงได้ยาก ผู้ป่วยรายเก่าขาดความรู้

ความเข้าใจในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ไม่ปรับพฤติกรรมของตนเอง ทำให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น ปัจจุบันได้มีการใช้สื่อแอปพลิเคชันในการจัดการปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้นเพื่อการเข้าถึงได้ง่าย และสามารถเปิดใช้ได้ตลอดเวลาในการศึกษาหาความรู้ตลอดจนสร้างความตระหนักรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น และเพื่อสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข 20 ปี ในการนำเทคโนโลยีมาใช้ให้บริการประชาชนอย่างใกล้ชิด ตามนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ ผู้วิจัยได้บูรณาการการดูแลปัญหาทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจของผู้ป่วยโรค NCDs ควบคู่กัน โดยนำหลัก 3 อ และ สุข 5 มิติ มาใช้ผ่านแอปพลิเคชัน และกำกับติดตามระดับน้ำตาล ความดันโลหิต ความเครียด เพื่อประเมินประสิทธิผลของแอปพลิเคชัน DSC ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแอปพลิเคชัน DSC เพื่อการดูแลสุขภาพกายและจิตในผู้ป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแอปพลิเคชัน DSC เพื่อการดูแลสุขภาพกายและจิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องวัดความดันอัตโนมัติ ดิจิตอล (Automatic Blood pressure monitor) รุ่น TM 2657P แบบภายนอก (Non-invasive) ชนิดรัดต้นแขนแบบอัตโนมัติ หน้าจอแสดงผลแบบเป็นตัวเลข ดิจิตอล ใช้เทคนิคการวัดแบบ Oscillometric โดยเครื่องวัดความดันโลหิตที่ใช้ได้ผ่านการสอบเทียบเครื่องด้วย เครื่องวัดความดันโลหิตที่ได้มาตรฐาน ภายใน 1 ปี (calibrated เมื่อ 10 มกราคม 2566)
2. เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดยี่ห้อ Accu chek Instant ที่ผ่านการตรวจสอบมาตรฐาน (calibrated เมื่อ 10 มกราคม 2566)
3. แบบประเมินความเครียด ST5 ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยมีค่าความไว 64.6 และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86
4. แอปพลิเคชัน DSC ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นให้มีระบบการดูแลตนเอง โดยใช้หลัก 3 อ และสุข 5 มิติในการดูแลตนเอง และมีระบบการประเมินตนเองทั้งภาวะสุขภาพกายซึ่งได้แก่ ระดับน้ำตาล ความดันโลหิต และภาวะสุขภาพจิต ซึ่งได้แก่ ความเครียด มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน นำมาคิดค่า IOC เท่ากับ 0.89 และหาความเชื่อมั่นโดยการทดสอบซ้ำในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ไม่พบความแตกต่างของข้อมูลด้านความพึงพอใจของการใช้แอปพลิเคชันDSC

วิธีดำเนินการวิจัย

ระยะ 1 พัฒนาแอปพลิเคชัน DSC เพื่อการดูแลสุขภาพกายและจิต ผู้วิจัยดำเนินตามขั้นตอนดังนี้

1.1 ผู้ทำวิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม รวบรวมข้อมูล กำหนดความต้องการของผู้ใช้งานจากพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบุคลากรทางการแพทย์ ออกแบบและสร้างสื่อแอปพลิเคชัน DSC ตามความต้องการของผู้ใช้งาน โดยใช้โปรแกรมที่ทำ Visual Studio Code ภาษาโปรแกรมที่เขียน React Native ระบบฐานข้อมูล MySQL

1.2 พัฒนาแอปพลิเคชัน DSC นำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน นำมาปรับปรุงและพัฒนาดังภาพที่ 1

1.3 ทดสอบแอปพลิเคชัน DSC ทดลองใช้ในอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ตำบลบางพึง อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ ตำนวน 10 คน จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละมากกว่า 45 นาที ก่อนและหลังการทำแอปพลิเคชัน DSC ให้ทำแบบประเมินความประเมินความพึงพอใจและการลงข้อมูลในแต่ละวันแล้วนำคะแนนของการประเมินแต่ละครั้งมาเปรียบเทียบกัน โดยค่าที่ได้จะไม่แตกต่างกัน

ระยะที่ 2 ศึกษาประสิทธิผลของแอปพลิเคชัน DSC เพื่อการดูแลสุขภาพกายและจิต ดังภาพที่ 2

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือเป็นทั้งสองโรคร่วมกัน ในตำบลบางพึ่ง อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ คำนวณกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางโคเฮนกำหนดค่า Power = 0.8 Effect size = 0.4, α err prob = 0.05, จะได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 42 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 จะได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 50 คน สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 25 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria)

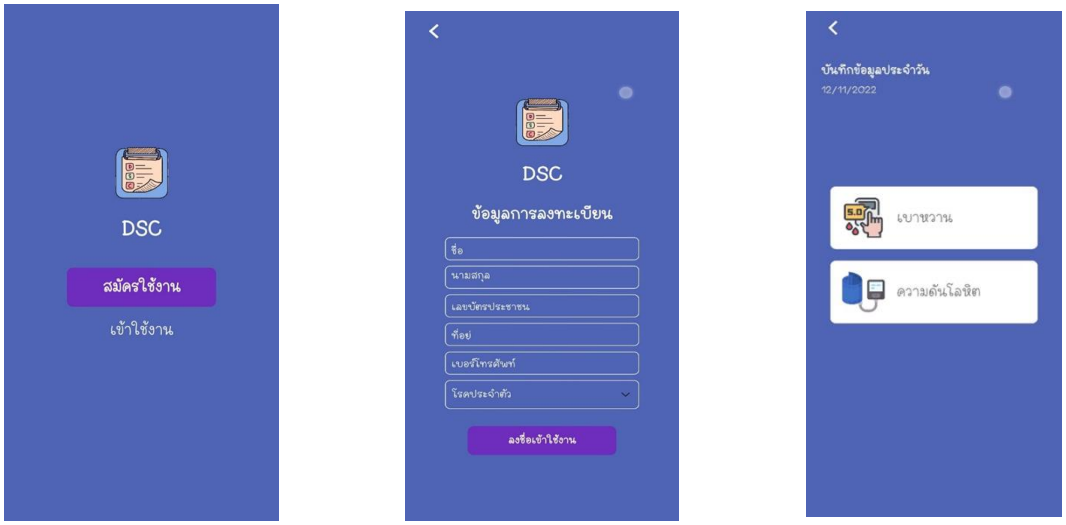
1. ผู้ที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตมากกว่า 5 ปีขึ้นไปและรับยาอย่างต่อเนื่อง
2. ผู้ที่ใช้โทรศัพท์มือถือระบบปฏิบัติการ Android
3. รู้สึกตัวดีมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ เคลื่อนไหวร่างกายได้ดี

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria)

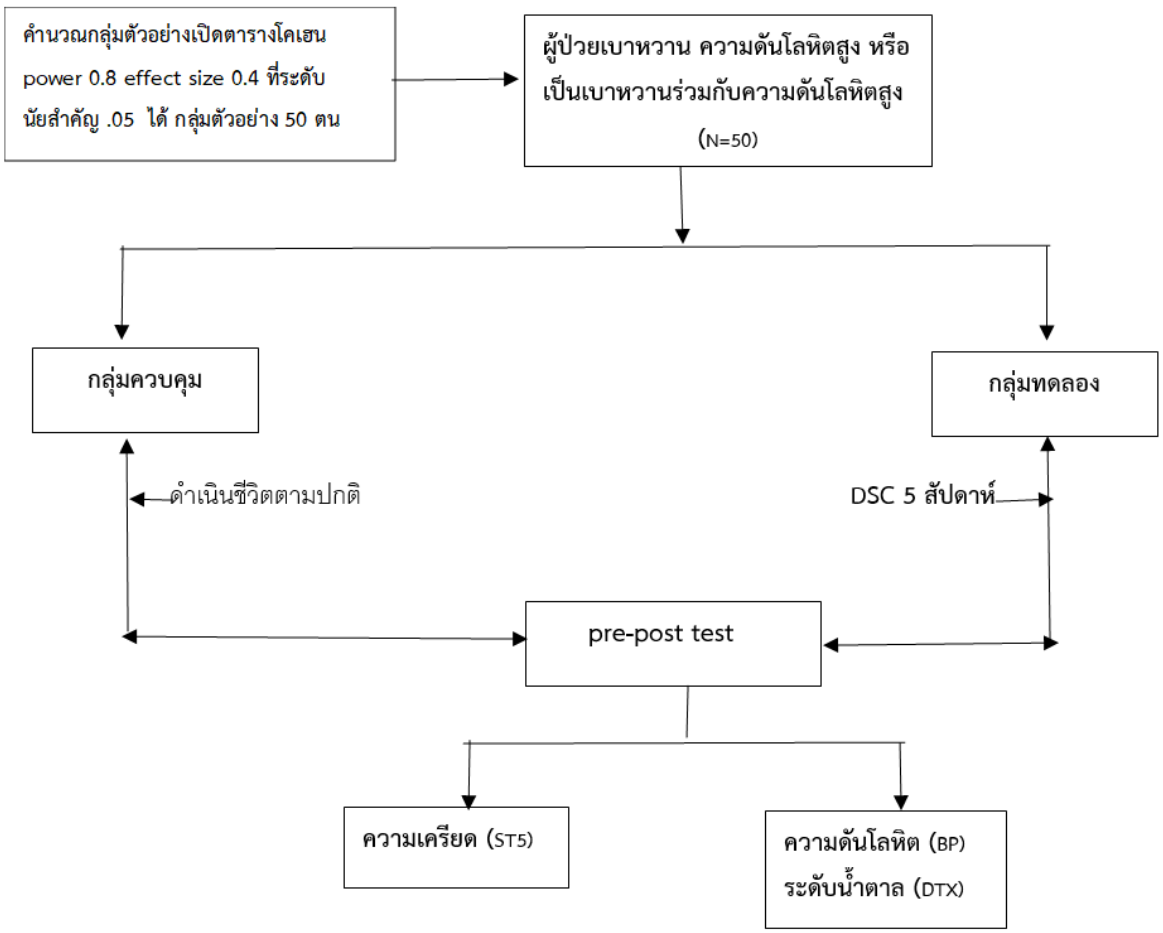
1. ไม่สมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยต่อ
2. เข้าร่วมกิจกรรมไม่ถึงร้อยละ 80
3. เกิดเหตุสุดวิสัยที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อได้ เช่น การเกิดการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหรือมีอาการเจ็บป่วย เป็นต้น

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายขั้นตอนการวิจัย อันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ ระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถติดต่อผู้วิจัยได้ทันที และจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาและแจ้งให้ทราบว่าการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมวิจัยจะไม่ส่งผลกระทบใด ๆ สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลที่ได้จะเก็บรักษาเป็นความลับและจะนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ก่อนเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยต่างๆ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



ภาพที่ 1 แสดงตัวอย่าง แอปพลิเคชัน DSC



ภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนของระยะ 2 ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แอปพลิเคชัน DSC (Daily Self Care)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางพึ่ง อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ตลอดจนขั้นตอนการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในระยะเวลาการวิจัย
3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนและหลังตามขั้นตอนการวิจัยดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือกลุ่มควบคุมดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ ประเมินความเครียด ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต ก่อนเริ่มโครงการ และประเมินซ้ำเมื่อครบ 5 สัปดาห์ หากการวิจัยได้ผลดี จะใส่โปรแกรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

กลุ่มที่ 2 คือกลุ่มทดลองใช้แอปพลิเคชัน DSC ซึ่งมีข้อจำกัดในการใช้สำหรับระบบปฏิบัติการ Android ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนการใช้แอปพลิเคชัน และแจกคู่มือในการใช้แอปพลิเคชัน และฝึกการใช้ แอปพลิเคชัน จัดทำกลุ่มไลน์กลุ่มเพื่อติดตามการใช้แอปพลิเคชัน โดยในแอปพลิเคชันกลุ่มทดลองลงทะเบียนในมือถือ ลงบันทึกค่าระดับน้ำตาล ค่าความดันโลหิตที่วัดได้ และประเมินความเครียดด้วยตนเอง หลังจากได้รับการสาธิต กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการโหลดแอปพลิเคชัน ซึ่งมีเมนูโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องอาหารที่เหมาะสมกับโรคได้แก่ เมนูหวานไม่เบา “เบาหวาน” ต้องระวัง กินเค็มแค่ไหน ไม่ป่วย เมนูการออกกำลังกาย ด้วยโปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสานกายและจิตสุข 5 มิติ เป็นวิดีโอพร้อมเพลงประกอบท่าให้ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายตาม

ความยาว ระยะเวลา 30-40 นาที ของสุสารี ประคินกิจ และคณะ (2562) เมนูการบริหารอารมณ์ ตามหลักการสุข 5 มิติ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติอาทิตย์ละ 3 วัน จนครบ 5 สัปดาห์ หลังจากนั้นประเมินระดับน้ำตาล ความดันโลหิต และความเครียดซ้ำ

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังภายในกลุ่มตัวอย่าง ในตัวแปรระดับความดันโลหิต น้ำตาลและความเครียดก่อนการทดลองและหลังสิ้นสุดการทดลอง โดยใช้การทดสอบค่าทีแบบรายคู่ (Pair t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ในตัวแปรระดับความดันโลหิต น้ำตาล และความเครียดก่อนการทดลองและหลังสิ้นสุดการทดลอง โดยใช้การทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ แบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

1. ผลการพัฒนาแอปพลิเคชัน DSC เพื่อการดูแลสุขภาพกายและจิตในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเผยแพร่สำหรับติดตั้งบนสมาร์ทโฟนระบบปฏิบัติการ Android โดยใช้ชื่อแอปพลิเคชัน DSC โดยแบ่งฟังก์ชันการใช้งานหลักของระบบออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แอปพลิเคชันสำหรับผู้ใช้งาน และ ส่วนที่ 2 เว็บแอปพลิเคชันสำหรับผู้ดูแลระบบ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แอปพลิเคชัน DSC บนสมาร์ทโฟน สำหรับผู้ใช้งานประกอบด้วย

1.1 หน้าจอหลักของแอปพลิเคชัน DSC บนสมาร์ทโฟน ช่องทางการลงทะเบียนเข้าใช้งาน ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลระดับน้ำตาลและความดันโลหิต

1.2 ช่องทางการทำแบบประเมินความเครียดก่อนทำกิจกรรม เมื่อคลิกที่สัญลักษณ์รูปผู้ใช้งานสามารถประเมินความเครียด และบันทึกข้อมูลและการแปลผล

1.3 ช่องทางกิจกรรม 5 สุข เป็นตารางกำหนดกิจกรรม สุข 5 มิติเมื่อคลิกที่สัญลักษณ์รูปผู้ใช้ จะได้ตารางทำกิจกรรม

1.4 ช่องทางให้ความรู้เรื่องอาหารเบาหวาน เมื่อคลิกที่สัญลักษณ์รูปจะเป็นความรู้เกี่ยวกับเมนูหวานไม่เบา “เบาหวาน” ต้องระวัง

1.5 ช่องทางให้ความรู้แนวทางการดูแลสุขภาพจิต เมื่อคลิกที่สัญลักษณ์รูปจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการผ่อนคลายความเครียด

1.6 ช่องทางให้ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง เมื่อคลิกที่สัญลักษณ์รูป จะเป็นความรู้เกี่ยวกับกินเค็มแค่ไหน ไม่ป่วย

1.7 ช่องทางในการประเมินความเครียดหลังทำกิจกรรม เพื่อให้ผู้ใช้ได้ทราบถึงสภาวะอารมณ์และบันทึกผลและเก็บประวัติข้อมูล

สวนที่ 2 เว็บแอปพลิเคชันสำหรับผู้ดูแลระบบ

ผู้ดูแลระบบเป็นพยาบาลประจำการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางพึ่ง จัดการข้อมูลฟังก์ชันต่าง ๆ ของแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน รับทราบข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาล ระดับความดันโลหิต และทราบแนวโน้มของการเกิดอันตรายของผู้ใช้ ติดต่อประสานงานให้ผู้ใช้มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และส่งต่อ

หากเข้าสู่ภาวะที่เป็นอันตรายกับผู้ใช้เพื่อการดูแลที่ทันท่วงที

2. ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลของแอปพลิเคชัน DSC เพื่อการดูแลสุขภาพกายและจิต

ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.00 เพศชายร้อยละ 14.00 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 61-70 ปี ร้อยละ 58.00 รองลงมาอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 71-80 ปี ร้อยละ 30.00 น้ำหนักเฉลี่ยอยู่ในช่วง 51-60 กิโลกรัม รองลงมาน้ำหนักอยู่ในช่วง 61-60 กิโลกรัม ร้อยละ 34.00

ความดันโลหิตตัวบน ก่อนและหลังภายในกลุ่มทดลองที่แอปพลิเคชัน DSC แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$) แต่ไม่เปลี่ยนแปลงในกลุ่มควบคุมดังตารางที่ 1 และความดันโลหิตตัวล่างก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชัน DSC ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงความดันโลหิตตัวบนก่อนและหลังภายในกลุ่มทดลองที่ใช้แอปพลิเคชัน DSC และกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	ค่าความดันโลหิตตัวบน Systolic blood pressure (mmHg)		t	p-value
	Pre-test	Post-test		
กลุ่มทดลอง (n=25)	143.64 ± 12.39	131.12 ± 8.39	4.29	0.01*
กลุ่มควบคุม (n=25)	153.12 ± 14.18	145.88 ± 26.57	1.47	0.16

ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน. *$p< .05$

ตารางที่ 2 แสดงความดันโลหิตตัวล่าง ก่อนและหลังภายในกลุ่มทดลองที่ใช้แอปพลิเคชั่นดีเอสซีและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	ค่าความดันโลหิตตัวล่าง Diastolic blood pressure (mmHg)		t	P-value
	Pre-test	Post-test		
กลุ่มทดลอง (n=25)	74.96 ± 9.17	71.36 ± 7.40	1.72	0.09
กลุ่มควบคุม (n=25)	75.24 ± 12.44	78.44 ± 22.52	-0.64	0.53

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชัน DSC ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	ค่าระดับน้ำตาลในเลือด Dextrostix: DTX (mg%)		t	*p*-value
	Pre-test	Post-test		
กลุ่มทดลอง (n=25)	148.80 ± 79.60	122.72 ± 39.98	2.34	0.03*
กลุ่มควบคุม (n=25)	126.88 ± 22.12	145.44 ± 38.64	-3.49	0.00

ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน. *$p < .05$

จากตารางที่ 3 ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังภายในกลุ่มทดลองที่แอปพลิเคชัน DSC แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$) แต่ไม่เปลี่ยนแปลงในกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบความเครียด ระหว่างก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชัน DSC ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	ค่าความเครียด Stress test Questionnaire (ST-5)		t	*p*-value
	Pre-test	Post-test		
กลุ่มทดลอง (n=25)	4.12 ± 3.79	0.40 ± 0.65	5.23	0.00*
กลุ่มควบคุม (n=25)	4.24 ± 3.67	5.04 ± 3.61	-3.27	0.00

ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน. *$p < .05$

จากตารางที่ 4 ระดับความเครียดก่อนและหลังภายในกลุ่มทดลองที่แอปพลิเคชัน DSC แตกต่างอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .05$) ซึ่งเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ลดลง แต่พบความเครียดเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มที่ควบคุม

จากตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของ ความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง ระดับน้ำตาล ความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการใช้แอปพลิเคชัน DSC พบว่า ความดันโลหิตตัวบน ระดับน้ำตาลในเลือด คะแนนความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) แต่ไม่พบความแตกต่างในระดับความดันโลหิตตัวล่าง

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่าง ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ความเครียด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการใช้แอปพลิเคชัน DSC

Variable	กลุ่มทดลอง (n=25)	กลุ่มควบคุม (n=25)	t	*p*-value
ความดันตัวบน (mmHg)	131.12 ± 8.39	145.88 ± 26.57	-2.65	0.01*
ความดันตัวล่าง (mmHg)	71.36 ± 7.40	78.44 ± 22.52	-1.49	0.14
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg%)	122.72 ± 39.98	145.44 ± 38.64	-2.04	0.04*
คะแนนความเครียด	0.40 ± 0.65	5.04 ± 3.61	-6.32	0.00*

ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน *$p < 0.05$การอภิปรายผล

การศึกษางานวิจัยครั้งนี้เพื่อส่งเสริมแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข 20 ปี มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที สามารถสรุปและอภิปรายผลได้ดังนี้

1. การพัฒนาแอปพลิเคชัน DSC เพื่อการดูแลสุขภาพกายและจิตในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 แอปพลิเคชันสำหรับผู้ใช้งาน ประกอบด้วย 6 ฟังก์ชัน และ ส่วนที่ 2 เว็บแอปพลิเคชันสำหรับผู้ดูแลระบบ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอิงข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นโรค ที่เป็นภัยเงียบ จึงจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรการแพทย์ เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการส่งต่อผู้ป่วยในการรักษา และในส่วนของผู้ดูแลระบบ ผู้วิจัยได้ออกแบบโดยการลงทะเบียนและใส่รหัส เพื่อความปลอดภัยของแอปพลิเคชัน ซึ่งสอดคล้อง ศุภรัตน์ แก้วเสริม (2565)

2. ประสิทธิผลของแอปพลิเคชัน DSC เพื่อการดูแลสุขภาพกายและจิต พบว่าผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และเบาหวานที่ใช้แอปพลิเคชัน DSC สามารถลดความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด และลดความเครียด ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อภิปรายได้ว่าแอปพลิเคชัน DSC เป็นแอปพลิเคชันที่ใช้ดูแลตนเอง ซึ่งใช้หลักการ 3 อ และการออกกำลังกายโดยใช้หลักสุข 5 มิติ ซึ่งการออกกำลังกายทำให้เกิดการหลั่งสารสร้างสุข ลดความเครียด และการกระตุ้นให้เกิดการหลั่งไนตริกออกไซด์ (NO) ทำให้เกิดการ

ขยายตัวของหลอดเลือดทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง (Huayi et al. 2022) และทำให้การเผาผลาญน้ำตาลเพิ่มมากขึ้น เพิ่มการทำงานของฮอร์โมนอินซูลิน ซึ่งสอดคล้องการวิจัยของ Wu et al. (2023) ได้ทำการศึกษาการออกกำลังกายแบบกายผสานจิตแบบไทชิในผู้ป่วยเบาหวานประเภท ไม่พึ่งอินซูลิน ผลพบว่าสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือด ฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA_1C) ในผู้ป่วยได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Xinzheng et al. (2022) พบว่าการออกกำลังกายแบบไทชิ (Tai Chi) สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือด ไขมันในเลือดได้ โดยเพิ่มการเผาผลาญน้ำตาลและไขมันในเลือด แอปพลิเคชัน DSC เป็นแอปพลิเคชันที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเอง การออกกำลังกายที่อยู่ในแอปพลิเคชันมีลักษณะความแรงอยู่ในระดับปานกลางซึ่งเหมาะกับผู้ป่วยกลุ่มวัยกลางคนและวัยสูงอายุ ลักษณะการออกกำลังกายเป็นการบริหารกายและจิต (Mind and Body Exercise) ซึ่งการศึกษาพบว่าสามารถลดความเครียด ลดระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ (Li et al., 2024) เพราะการออกกำลังกายในระดับที่เหมาะสมและระยะเวลา 3-5 วันต่อสัปดาห์ วันละ 40-50 นาที เป็นระยะเวลา 2-4 สัปดาห์ ส่งผลทำให้เซลล์เยื่อบุผนังหลอดเลือดหลั่งสารไนตริกออกไซด์ (NO) หลอดเลือดขยายตัวเลือดไหลผ่านหลอดเลือดได้ดีขึ้นทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง (Gambardella et al., 2020) ผลการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับความเครียด เพราะการออกกำลังกายเกี่ยวข้องกับการทำงานของสารสื่อประสาทซึ่งถูกหลั่งด้วยระบบไฮโปทาลามิคพิทูอิทารีแอดดีนอล (Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis; HPA axis) มีผลต่อการหลั่งระดับคอร์ติซอลลดลง ทำให้อารมณ์ดีขึ้น ลดความเครียด (Caplin et al., 2021) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของวิรมณ กาสีวงศ์ และสุประวีณ์ คงธนชโยพิทย์ (2565) พบว่า การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ การเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว การเสริมสร้างพลังอำนาจและการดูแลผู้สูงอายุด้วยความรักและใส่ใจเป็นรูปแบบที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีขึ้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีการใช้แอปพลิเคชันในการดูแลตนเองต้องอาศัยความร่วมมือจากคนในครอบครัว คนใกล้ชิดในการช่วยดูแลทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีตามมา

ข้อจำกัด

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดสังคมใน ช่วงอายุ 60-70 ปี ที่ป่วยด้วย NCDs และใช้มือถือระบบปฏิบัติการเฉพาะ Android เท่านั้น แอปพลิเคชัน ยังไม่สามารถใช้ในระบบ IOS ได้ รอการพัฒนาและปรับปรุงในระยะต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการศึกษา ขยายผลพัฒนานวัตกรรมสามารถใช้ได้ง่ายขึ้น จนสามารถจดอนุสิทธิบัตรได้
2. ด้านการพยาบาล สามารถนำองค์ความรู้นี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เสริมสร้างแรงจูงใจให้สามารถดูแลตนเองได้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้รวมทั้งพยาบาลสามารถติดตามความรุนแรงของโรคได้ง่ายขึ้น
3. ด้านการวิจัย นำไปพัฒนาต่อยอดพัฒนา ในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พัฒนาแนวทางในการดูแลที่เป็นระบบโดยใช้เทคโนโลยีในการพยาบาลในการติดตามผู้ป่วยและควบคุมความรุนแรงของโรค

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องขอบคุณชุมชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางพึ่ง ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

ชนิดาวดี สายืน, ณิชพันธุ์ระวี เพ็งพล, พรรณงาม วรรณพฤกษ์, กิรณานันท์ สนธิธรรม, เครือวัลย์ ดิษเจริญ, ณัฐณณร์ หาศิริ, จีราพรรณ์ บุรีแก้ว, พิไลวรรณ คำภีระ, ณัฐธิดา ทองจัต, ณัฐพร อามาตสมบัติ และณัฐชัย จับตะเฆ. (2563). ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, *23*(3): 67-76

รุ่งทิพย์ กันทะวงค์, วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ, เอกรัฐ บุญเชียง และ วราภรณ์ บุญเชียง. (2564). การพัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับเด็กวัยเรียน. *พยาบาลสาร*, *48*(2), 63 – 74.

วิรมณ กาสีวงศ์และ สุประวีณ์ คงธนชโยพิทย์. (2565). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม* , *23*(44). 23-35.

สหประชาชาติ ประเทศไทย. (2565*). โรค NCDs ฆาตกรเงียบที่คุกคามอนาคตประเทศไทย.(ออนไลน์)* สืบค้นจาก https://thailand.un.org/en/159788-prevention-and-control-noncommunicable-diseases-thailand-case-investment [6 พฤษภาคม 2567]

สุสารี ประดินกิจ, ลัญชนา พิมพันธ์ชัยยบูลย์, กาญจนา งามจันทราทิพย์. (2562). ผลโปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสานกายและจิตสุข 5 มิติ ต่อระดับไขมันในเลือด เปอร์เซ็นต์ไขมัน มวลกระดูก และความดันโลหิตในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ. (ออนไลน์) https://cuturl.link/s/cvGDQMt

ศุภรัตน์ แก้วเสริม. (2565). การพัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับการ

ดูแลผู้สูงอายุบนสมาร์ทโฟน. *วารสารวิจัยวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์*, *6*(2): 44-59.

Caplin, A., Chen, F.S., Beauchamp, M.R., Puterman, E. (2021). The effects of exercise intensity on the cortisol response to a subsequent acute psychosocial stressor. *Psychoneuroendocrinology, 131*, 105336 https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2021.105336

Dawa Gyeltshen, Aporn Deenan, Chintana Wacharasin,. (2020). Psychological Stress among Patients with Hypertension in Bhutan. The Journal of Faculty of NursingBurapha University, *28*(4): 63-74.

Gambardella J, Morelli MB, Wang X-J, Santulli G. (2020). Pathophysiological mechanisms underlying the beneficial effects of physical activity in hypertension. *The Journal of Clinical Hypertension*, *22*: 291–295.

Huayi, Z., Wang, S., Zhao, C., & He, H. (2022). Effect of exercise on vascular function in hypertension patients: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, *9*, https://doi.org/10.3389/fcvm.2022.1013 490

Li, S, Wang, P., Wang, J., Zhao, J., Wang, X., Liu, T. (2024). Effect of mind-body exercise on risk factors for metabolic syndrome including insulin resistance: a meta-analysis. *Frontiers in Endocrinology*, 15, https://doi.org/10.3389/fendo.2024.1289254

Wu, S., Wang, L, He, Y., Shi, F., Zhuang, H., Mei, L., & Qian, Y. (2023). Effects of different mind-body exercises on glucose and lipid metabolism in patients with type 2 diabetes: A network meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 53*,101802 https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2023.101802

Xinzheng, W., Fanyuan, J., Xiaodong, W. (2022). The effects of Tai Chi on glucose and lipid metabolism in patients with diabetes mellitus: A meta-analysis. *Complementary Therapies in Medicine, 71,* 102871 https://doi.org/10.1016/j.ctim.2022.102871

ผลลัพธ์การใช้นวัตกรรมคู่มือยุคใหม่ ใส่ใจคุณแม่หัวใจ New normal ห้องคลอด โรงพยาบาลสามพราน

Results of using innovative new era minded to hearts mothers New normal, Delivery Room, Samphran Hospital

Received: March 23, 2024
Revised: June 18, 2024
Accepts: June 24, 2024

อรวรรณ พึงประสพ[1] (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ)
Orawan Pungprasop[1] (Registered Nurse, Professional),
สุกฤตา ตะการีย์[2](พย.ม)
Sukrita Takaree[2] (M.N.S.)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์ศึกษาผลลัพธ์การใช้นวัตกรรมคู่มือยุคใหม่ ใส่ใจคุณแม่หัวใจ New normal ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์ 24-36 สัปดาห์ จำนวน 30 คน ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลสามพรานวันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ. 2566 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ปฏิบัติการวิจัย 2 วงรอบ เครื่องมือสำหรับการวิจัยคือ นวัตกรรมคู่มือยุคใหม่ ใส่ใจคุณแม่หัวใจ New normal ประกอบด้วย ข้อมูลการให้คำแนะนำต่างๆ ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รวมถึงข้อมูลของสถานพยาบาลทั้งรัฐบาลและเอกชนที่อยู่ในจังหวัดนครปฐม เพื่อการเข้าถึงในการบริการได้ง่ายและสะดวก และมี Link ไปที่ไลน์กลุ่มดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ, จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์, อายุครรภ์, ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index; BMI), ระดับการศึกษา, อาชีพ และสัญชาติ แบบวัดความพึงพอใจ1) ด้านแอปพลิเคชัน 2) ด้านเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำทั้งหมด 6 ข้อ 3) วัดความรู้ความเข้าใจการใช้นวัตกรรมคู่มือยุคใหม่ ใส่ใจคุณแม่หัวใจ New normal 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน 5 ระดับ การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติ dependent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการใช้นวัตกรรมคู่มือยุคใหม่ ใส่ใจคุณแม่หัวใจ New normal มีความพึงพอใจ, มีความรู้ความเข้าใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และไม่พบการกลับเข้ารักษาของหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในห้องคลอด

คำสำคัญ: เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, นวัตกรรมคู่มือยุคใหม่ ใส่ใจคุณแม่หัวใจ New normal

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสามพราน), Thailand
[2]อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม
Corresponding author: SukritaTakaree@gmail.com

Abstract

The Action Research model was applied to study the results of using innovative new era minded to hearts mothers New normal. Data from a sample group of 30 people suffering from preterm labour pain at 24-36 weeks of gestation received treatment at Samphran Hospital from December 22, 2023 - February 2024, 2 research cycles. The research tools are innovative new era minded to hearts mothers New normal, Delivery Room, Samphran Hospital. For easy and convenient access to the service, and there is a link to the LINE care group for pregnant women with premature labor pains. The tools used to collect data include: Personal information questionnaire includes age, number of pregnancy, gestational age, BMI, education level, occupation, and nationality. Satisfaction measure 1) application aspect 2) advice staff aspect, total of 6 items 3) measurement Knowledge and understanding of the using innovative new era minded to hearts mothers New normal 3 questions. Answers are on a 5-level scale. Statistical data analysis using descriptive statistics, percentage, mean, standard deviation and dependent t-test statistics.

The results showed that: The research found that after using innovative new era minded to hearts mothers New normal. They are satisfied, have knowledge and understanding with a statistical significance level of 0.05. Did not find any re-admission in case preterm labour pain in the delivery room.

KEYWORDS: Preterm labour pain, Innovative new era minded to hearts mothers New normal.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนด (Preterm Birth Rate) พบร้อยละ 5 ถึงร้อยละ 7 ในประเทศที่พัฒนาแล้ว และพบอุบัติการณ์ที่มากขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งประเทศไทยพบอุบัติการณ์เป็นอันดับที่ 55 ของโลก การคลอดก่อนกำหนดในปี 2553 คิดเป็นร้อยละ 12 (จำนวน 100,700 คน จากทารกคลอดมีชีพทั้งหมด 838,300 คน) (หทัยรัตน์ เรืองเดชณรงค์ และธีระ ทองสง, 2559) จากข้อมูลทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าจากปีงบประมาณ 2560-2565 อัตราตายทารกแรกเกิดภายใน 28 วัน (Neonatal Mortality Rate) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 4.4 เพิ่มเป็น 4.8 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน สาเหตุหลักร้อยละ 40 มาจากการคลอดก่อนกำหนด (กรมการแพทย์, 2566) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) มุ่งมั่นที่จะลดปัญหาสุขภาพ และการสูญเสียชีวิตจากการคลอดก่อนกำหนด (WHO, 2566) ภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm Labour) คือภาวะที่มีการเจ็บครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ (ในประเทศที่พัฒนาแล้วใช้ตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์) และก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ (วรพงศ์ ภู่พงศ์, 2562) หทัยรัตน์ เรืองเดชณรงค์ และธีระ ทองสง (2559) กล่าวถึงการคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของทารก

(Neonatal Mortality) และเป็นสาเหตุของการนอนโรงพยาบาลของหญิงตั้งครรภ์ในช่วงก่อนคลอด (Antenatal Hospitalization) ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างต่อทารกทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ได้แก่ ระบบประสาทที่ผิดปกติ (Cerebral Palsy, Sensory Deficit), พัฒนาการช้า (Delayed Development) และภาวะการหายใจที่ผิดปกติ (Respiratory Illness) ในทุก ๆ ปีมีรายงานทารกคลอดก่อนกำหนดมากกว่า 1 คนต่อทารก 10 คน และใน ทุก ๆ ปีทั่วโลกมีประมาณ 15 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11 ที่คลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ในจำนวนนี้ทารกมากกว่า 1 ล้านคน เสียชีวิต ซึ่งทำให้คุณภาพชีวิตทั้งของทารกและมารดาลดลง และยังสูญเสียทรัพยากรในการดูแลภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นจำนวนมากอีกด้วย (หทัยรัตน์ เรืองเดชณรงค์ และธีระ ทองสง, 2559)

ผู้วิจัยเห็นถึงปัญหาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นปัญหาของระบบสาธารณสุข ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) มุ่งมั่นที่จะลดปัญหาสุขภาพ และการสูญเสียชีวิตจากการคลอดก่อนกำหนด (WHO, 2566) จากการศึกษาอุบัติการณ์ของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มานอนพักรักษาตัวในห้องคลอด โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 - กันยายน พ.ศ. 2566 พบว่ามีจำนวน 73 ราย อัตราการครองเตียง 3-4 วัน และมีการคลอดก่อนกำหนดจำนวน 5 ราย ย้ายไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดนครปฐม จำนวน 4 ราย พบการกลับเข้ารักษาของหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในห้องคลอด จำนวน 8 ราย (รายงานสถิติจากห้องคลอด โรงพยาบาลสามพราน, 2565) ผู้วิจัยนำข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ที่เกิดอุบัติการณ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เข้าที่ประชุมของทีมพยาบาลวิชาชีพห้องคลอดแล้วศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมในเวชระเบียนของหญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 73 ราย พบว่าการพยาบาลยังไม่คลอบคลุมตาม D-METHOD ผู้วิจัยร่วมกับทีมพยาบาลห้องคลอดมีความสนใจในการหาแนวทางการดูแลมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

จากข้อความดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยประยุกต์รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นกระบวนการวิจัย โดยมีขั้นตอน P-A-O-R ปฏิบัติการวิจัย 2 วงรอบ เป็นนวัตกรรมคู่มือยุคใหม่ใส่ใจคุณแม่หัวใจ New normal ประกอบด้วย ข้อมูลการให้คำแนะนำต่าง ๆ ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รวมถึงข้อมูลของสถานพยาบาลทั้งรัฐบาลและเอกชนที่อยู่ในจังหวัดนครปฐม เพื่อการเข้าถึงในการบริการได้ง่ายและสะดวก และมี Link ไปที่ไลน์กลุ่มดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งฐิรวรรณ บัวแย้มและคณะ (2562) และทิพย์วรรณ ประสาสน์ศักดิ์และคณะ (2563) ได้กล่าวถึง หากพยาบาลวิชาชีพให้คำแนะนำ ดูแลประคับประคอง ให้ความรู้อย่างละเอียดเหมาะสม มีแนวปฏิบัติที่ดีทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว หญิงตั้งครรภ์จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถดูแลตนเองได้ดีจนครบอายุครรภ์ที่คลอด และสามารถลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดหรือลดอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ ผู้วิจัยจึงนำชิ้นงานนวัตกรรมคู่มือยุคใหม่ ใส่ใจคุณแม่หัวใจ New normal ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่ต่อยอดจากงาน R2R (Routine to Research) ของห้องคลอดที่มีการดำเนินการอยู่ต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน แต่ยังไม่มีการศึกษาผลลัพธ์ความพึงพอใจและความรู้ความเข้าใจในการใช้นวัตกรรมมาประกอบการวิจัย และบุศรินทร์ เขียนแม้น และคณะ (2565) กล่าวถึงการพัฒนา

รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติมีการดำเนินการ 2 วงรอบ มีการพยาบาลแบบการจัดการรายกรณี มีคู่มือการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และนวัตกรรมสมาธิง่าย ๆ คลายเครียด จะช่วยลดการคลอดก่อนกำหนด ลดการเข้ารับการรักษาซ้ำ เพิ่มความพึงพอใจ และความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

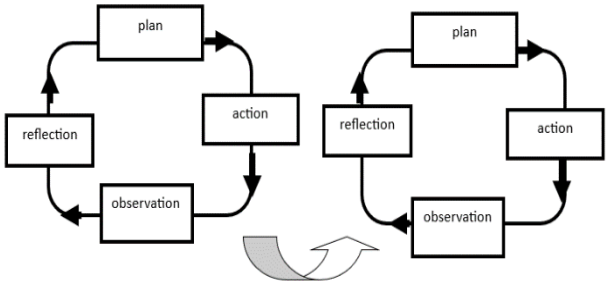
ศึกษาผลลัพธ์ความพึงพอใจและความรู้ความเข้าใจการใช้นวัตกรรมคู่มือยุคใหม่ ใส่ใจคุณแม่หัวใจ New normal ห้องคลอด โรงพยาบาลสามพราน

รูปแบบการวิจัย

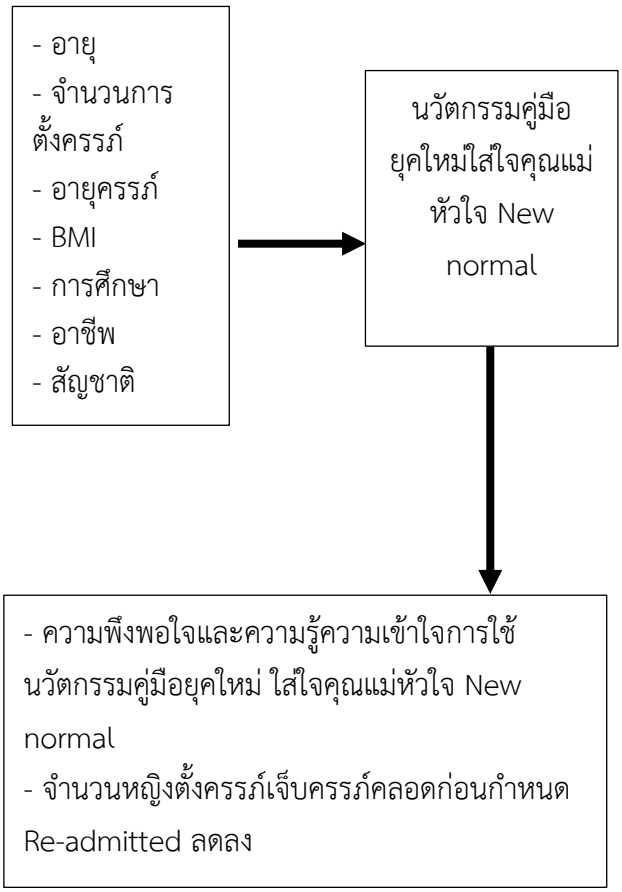
การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิด Kemmis and Mc Taggart ประกอบด้วยกิจกรรมวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอน โดยมีขั้นตอน P-A-O-R มาดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm Labour) โดยนำนวัตกรรมคู่มือยุคใหม่ ใส่ใจคุณแม่หัวใจ New normal มาดูแลหญิงตั้งครรภ์ เป็นกระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ไม่ให้เกิดอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด



แผนภาพ กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุหญิงตั้งครรภ์, ข้อมูลการตั้งครรภ์ที่เท่าไหร่, อายุครรภ์, ค่าBMI, ระดับการศึกษา, การประกอบอาชีพ และสัญชาติของหญิงตั้งครรภ์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจ และความรู้ความเข้าใจการใช้นวัตกรรมคู่มือยุคใหม่ ใส่ใจคุณแม่หัวใจ New normal แบบสอบถามเป็นปลายปิดลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน 5 ระดับ คำถาม 1) ด้านแอปพลิเคชัน 2) ด้านเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ ทั้งหมด 6 ข้อ ได้แก่ พึงพอใจน้อยที่สุด, พึงพอใจน้อย, พึงพอใจปานกลาง, พึงพอใจมาก และพึงพอใจมากที่สุด ตามลำดับ 3) ด้านความรู้ความเข้าใจการใช้นวัตกรรม ทั้งหมด 3 ข้อ ได้แก่ เข้าใจน้อยที่สุด, เข้าใจน้อย, เข้าใจ

ปานกลาง, เข้าใจดี และเข้าใจดีมาก (Likert อ้างใน สุบิน ยุระรัช, 2565)

คุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีสูติแพทย์ 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารก 1 ท่าน นำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามแบบวัดความพึงพอใจด้านแอปพลิเคชัน และด้านเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ เท่ากับ 0.83 ด้านวัดความรู้ความเข้าใจการใช้นวัตกรรมคู่มือยุคใหม่ ใส่ใจคุณแม่หัวใจ New normal เท่ากับ 1 ทำการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หลังจากนั้นทดสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแบบวัดความพึงพอใจด้านแอปพลิเคชันและด้านเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ เท่ากับ 0.83 ด้านวัดความรู้ความเข้าใจการใช้นวัตกรรมคู่มือยุคใหม่ ใส่ใจคุณแม่หัวใจ New normal เท่ากับ 0.67

วิธีดำเนินการวิจัย

การพยาบาลในห้องคลอด ได้ดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ และมีการปรับกระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มารดาไม่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แต่ยังไม่คลอบคลุมตาม D-METHOD ผู้วิจัยร่วมกับทีมพยาบาลห้องคลอด ได้นำขั้นตอน P-A-O-R มาเป็นแนวทางการดูแลมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ดังนี้

1. ระยะก่อนดำเนินการ

1. ผู้วิจัยขอหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลทำงานวิจัยจากจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม และนำส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสามพราน เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยกับผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลในการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยดำเนินการนำนวัตกรรมคู่มือยุคใหม่ ใส่ใจคุณแม่หัวใจ New normal ห้องคลอด โรงพยาบาลสามพราน ใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในช่วงอายุครรภ์ 24 - 36 สัปดาห์

4. ติดตามเก็บรวบรวมแบบสอบถามด้วยทีมผู้วิจัย หากพบว่ามีความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลได้ชี้แจงให้รายละเอียดเพื่อให้ตอบอย่างสมบูรณ์

5. ดำเนินการเก็บข้อมูล แล้วนำแบบสอบถามที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูล

2. ระยะการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยนำนวัตกรรมคู่มือยุคใหม่ ใส่ใจคุณแม่หัวใจ New normal มาดูแลหญิงตั้งครรภ์ เป็นกระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ไม่ให้เกิดอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นการดูแลและป้องกันด้วยการให้คำปรึกษาตั้งแต่ระยะแรกของการตั้งครรภ์ ผู้วิจัยจะมีไลน์กลุ่ม ประกอบไปด้วยเจ้าหน้าที่พยาบาลวิชาชีพของห้องคลอดในการให้บริการให้คำแนะนำ ให้

คำปรึกษา รวมถึงสามารถสอบถามถึงอาการที่ผิดปกติต่าง ๆ และไลน์กลุ่มจะมีสื่อการสอนเป็นคลิปวิดิโอการให้คำแนะนำการปฏิบัติตนที่ถูกต้องขณะตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ขั้นที่ 1 การวางแผนเพื่อไปสู่การปรับเปลี่ยนที่ดี (Planning)

1.1 ประชุมทีมเจ้าหน้าที่แผนกห้องคลอด โดยผู้วิจัยร่วมกำหนดปัญหา ใช้ข้อมูลทางวิชาการ (Evidence-based Management) นำแนวคิดทางทฤษฎี และผลวิจัยมาพัฒนางานสนับสนุนการปฏิบัติการบริการพยาบาล โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจ การบริการด้วยแนวความคิดเอื้ออาทรเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ดี

1.2 ทบทวนวิเคราะห์ขั้นตอนการปฏิบัติงานโดยนำนวัตกรรมคู่มือยุคใหม่ ใส่ใจคุณแม่หัวใจ New normal มาดูแลหญิงตั้งครรภ์ ศึกษาจุดอ่อนที่ต้องแก้ไขร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่แผนกห้องคลอด โดยศึกษาข้อมูลทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเอกสารอ้างอิง นำมาปรับแนวทางการดูแลให้เหมาะสมกับบริบทของแผนกห้องคลอด มีการใช้นวัตกรรมคู่มือยุคใหม่ ใส่ใจคุณแม่หัวใจ New normal

1.3 วางแผนการดำเนินการร่วมกันในทีมเจ้าหน้าที่แผนกห้องคลอด โดยจัดให้มีการประชุมต่อเนื่องทุกเดือน เพื่อค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

1.4 สะท้อนคิดกระบวนการดำเนินงาน และนำเสนอข้อมูลรับฟังการแสดงความคิดเห็นระหว่างทีมเจ้าหน้าที่แผนกห้องคลอด

1.5 ดำเนินการตามขั้นตอนแนวทางที่มีการปรับปรุง และนำผลมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยใช้นวัตกรรมคู่มือยุคใหม่ ใส่ใจคุณแม่หัวใจ New normal

ขั้นที่ 2 ลงมือปฏิบัติตามแผน (Action)

นำแผนจากขั้นตอนที่ 1 ไปสู่การปฏิบัติการใช้นวัตกรรมคู่มือยุคใหม่ ใส่ใจคุณแม่หัวใจ New normal ตามแผนการดำเนินการ โดยให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ admit ในห้องคลอด ให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสแกน Sticker QR code บนขวดสเปรย์แบบการ์ด เมื่อสแกนเข้าไปจะมี Link ไปยังข้อมูลการให้คำแนะนำต่างๆ ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รวมถึงมีข้อมูลของสถานพยาบาลทั้งรัฐบาลและเอกชนที่อยู่ในจังหวัดนครปฐม เพื่อการเข้าถึงในการบริการได้ง่ายและสะดวก และจะมี Link ไปที่ไลน์กลุ่มดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งจะมีทีมเจ้าหน้าที่แผนกห้องคลอดคอยให้คำแนะนำเพิ่มเติม

ขั้นที่ 3 การสังเกตและบันทึกผล (Observation)

จากการลงมือปฏิบัติตามแผน (Action) ของขั้นที่ 2 จะมีการติดตามสอบถามอาการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ Admit ในห้องคลอดอย่างต่อเนื่องจนกว่าอายุครรภ์จะมากกว่า 37 สัปดาห์ ที่พร้อมเข้าสู่การคลอดที่ปลอดภัยไม่ส่งผลอันตรายต่อทารกเมื่อคลอด

ขั้นที่ 4 การสะท้อนคิดผลของการปฏิบัติ (Reflection)

เป็นการนำผลการประเมินมาปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (Re-planning) ซึ่งเป็นข้อมูลของขั้นที่ 3 ในกระบวนการปฏิบัติงานตามที่วางแผนไว้ตลอดจนวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุน หรือ

อุปสรรคการดำเนินงานว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ การสะท้อนกลับครั้งนี้อาศัยกระบวนการในการพัฒนาร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่แผนกห้องคลอด จะเป็นการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานตามแนวทางการปฏิบัติการในวงจรกระบวนการวิจัยในรอบเกลียวต่อไป เพื่อให้ผลออกมาเกิดความปลอดภัยแก่มารดาและทารก รวมถึงมีกระบวนการให้การพยาบาลที่ดี

นวัตกรรมคู่มือยุคใหม่ ใส่ใจคุณแม่หัวใจ New normal ห้องคลอด โรงพยาบาลสามพราน

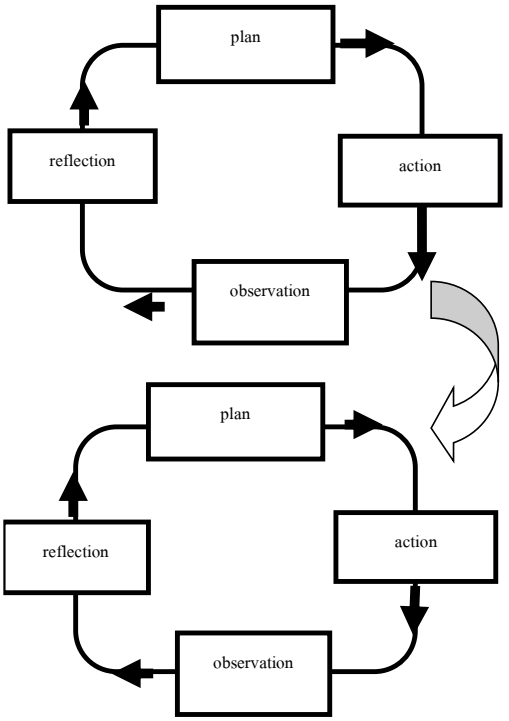
ออกแบบ Sticker QR code ที่ link ข้อมูลไปยังคลิปคำแนะนำต่างๆที่เหมาะกับหญิงตั้งครรภ์ ดังนี้ วิธีสังเกตอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ข้อปฏิบัติเพื่อป้องกันกระเพาะปัสสาวะอักเสบขณะตั้งครรภ์ การนับลูกดิ้น ท่านอน ข้อห้ามขณะตั้งครรภ์ สารอาหารทดแทนน้ำตาลในหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์กับเข็มขัดนิรภัย เลือกเสื้อผ้าให้เหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ และแนะนำโรงพยาบาลที่สามารถเข้ารับการดูแลได้อย่างสะดวก

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในช่วงอายุครรภ์ 24 - 36 สัปดาห์ มีการหดรัดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เกิดการบางตัวลง หรือมีการเปิดของปากมดลูก

กลุ่มตัวอย่าง

มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และนอนรับการรักษายับยั้งการคลอดที่ห้องคลอด โรงพยาบาลสามพราน รับการรักษาในวันที่ 22 ธันวาคม พ.ศ. 2566 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน กำหนดขนาดตัวอย่าง (Krejcie and Morgan, 1970) จำนวน 30 คน



แผนภาพ การดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research ห้องคลอด โรงพยาบาลสามพราน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1.1 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในช่วงอายุครรภ์ 24-36 สัปดาห์

1.2 สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

1.3 มีโทรศัพท์ที่สามารถเข้าสู่แอปพลิเคชันได้

1.4 ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย ร่วมการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัยที่ได้กำหนดไว้

2. เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusive criteria)

2.1 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในช่วงอายุครรภ์ < 24 หรือ > 36 สัปดาห์

2.2 ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

2.3 ไม่มีโทรศัพท์ที่สามารถเข้าสู่แอปพลิเคชันได้

2. การพิทักษ์สิทธิ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการทำวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม (หมายเลขหนังสือรับรอง 65/2566 วันที่รับรอง 21 ธันวาคม 2566) เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับผู้ตอบแบบสอบถาม และชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย อธิบายขั้นตอนของการเก็บข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ถือว่าเป็นความลับ จะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติงานและทางการศึกษา เป็นข้อมูลที่ผู้บริหารทางการพยาบาลนำไปพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้นไป และข้อมูลจะถูกทำลายหลังจากเสร็จสิ้นการศึกษา 1 ปี

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติ dependent t-test ของความพึงพอใจ และความรู้ความเข้าใจในการใช้นวัตกรรมคู่มือยุคใหม่ ใส่ใจคุณแม่หัวใจ New normal

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไป

ในการประยุกต์รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอน P-A-O-R เน้นการประยุกต์ใช้ความรู้เทคโนโลยีและนวัตกรรม เมื่อภายหลังการใช้นวัตกรรมคู่มือยุคใหม่ ใส่ใจคุณแม่หัวใจ New normal มีการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างใกล้ชิด รวมถึงความใส่ใจห่วงใย ให้การพยาบาลแบบการจัดการรายกรณีประกอบกับมีคู่มือการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และนวัตกรรมสมาธิง่าย ๆ คลายเครียด จะช่วยลดการคลอดก่อนกำหนด ลดการเข้ารับการรักษาซ้ำ เพิ่มความพึงพอใจ และความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ได้ หญิงตั้งครรภ์มีอุบัติการณ์เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 30 คน อายุหญิงตั้งครรภ์ส่วนมากอยู่ในช่วง 20 - 25 ปี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.3 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ส่วนมากตั้งครรภ์ที่สอง จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.3 ปัจจุบันท่านมีอายุครรภ์ช่วง 30-34^{+6} สัปดาห์ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.3 เมื่อคิดค่า BMI ส่วนมากอยู่ในช่วง 18.5 - 24.9 จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 ระดับการศึกษาส่วนมากจบมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.7 การประกอบอาชีพส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3 และส่วนมากเป็นคนสัญชาติไทย จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 96.7

ผลลัพธ์ความพึงพอใจ และความรู้ความเข้าใจการใช้นวัตกรรมคู่มือยุคใหม่ ใส่ใจคุณแม่หัวใจ New normal ห้องคลอด โรงพยาบาลสามพราน ดังตารางที่ 1

จากตารางที่ 1 เมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจและความรู้ความเข้าใจการใช้นวัตกรรมคู่มือยุคใหม่ ใส่ใจคุณแม่หัวใจ New normal พบว่า

ตารางที่ 1 แสดงการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจและความรู้ ความเข้าใจการใช้นวัตกรรมคู่มือยุคใหม่ ใส่ใจคุณแม่หัวใจ New normal (n=30)

ข้อความ	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
ด้านแอปพลิเคชัน				
สะดวก เข้าถึงข้อมูลได้ง่าย	4.73	.450	57.641	.000*
อ่านแล้วเข้าใจในเนื้อหา	4.30	.466	50.531	.000*
สีสันข้อมูล เนื้อหา น่าอ่าน น่าฟัง	4.80	.407	64.622	.000*
ด้านเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ				
ให้คำปรึกษา/แนะนำ ได้ละเอียดครบถ้วน	4.87	.346	77.097	.000*
ตอบคำถามตรงทุกคำถาม	4.73	.450	57.641	.000*
ตอบคำถามทันท่วงที ที่ท่านอยากทราบข้อมูล	4.90	.305	87.958	.000*
ด้านความรู้ความเข้าใจการใช้นวัตกรรม				
มีความรู้ ความเข้าใจมากยิ่งขึ้น	4.90	.305	87.958	.000*
นำไปใช้ และสามารถปฏิบัติได้ตามคำแนะนำ	4.60	.498	50.565	.000*
ข้อมูลในนวัตกรรมตรงตามความคาดหวังของท่าน	4.30	.466	50.531	.000*

*P-value < 0.05

ด้านแอปพลิเคชัน สะดวกเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย อ่านแล้วเข้าใจในเนื้อหา สีสันข้อมูล เนื้อหา น่าอ่าน น่าฟัง อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ด้านเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ มีการให้คำปรึกษา/แนะนำ ได้ละเอียดครบถ้วน สามารถตอบคำถามตรงทุกคำถามและตอบคำถามทันท่วงทีที่อยากทราบข้อมูล อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ด้านความรู้ความเข้าใจการใช้นวัตกรรม กระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ในไลน์กลุ่มประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่พยาบาลวิชาชีพห้องคลอดในการให้บริการ โดยให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา และหญิงตั้งครรภ์ อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ ศึกษาผลลัพธ์การใช้นวัตกรรมคู่มือยุคใหม่ ใส่ใจคุณแม่หัวใจ New normal ห้องคลอด โรงพยาบาลสามพราน มีการประยุกต์รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์ (2558) กล่าวคือ การวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยมุ่งนำผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติพัฒนาปรับปรุง ผลการปฏิบัติงานขององค์กรให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด เน้นการประยุกต์ใช้ความรู้เทคโนโลยีและนวัตกรรม ภายหลังการใช้นวัตกรรมคู่มือยุคใหม่ ใส่ใจคุณแม่หัวใจ New normal มีการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างใกล้ชิด รวมถึงความใส่ใจห่วงใย หญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจ อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่า

ด้านแอปพลิเคชัน สะดวกเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย อ่านแล้วเข้าใจในเนื้อหา สีสันข้อมูล เนื้อหา น่าอ่าน น่าฟัง อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับเมธาวี พรตเจริญ และคณะ (2566) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอด

ก่อนกำหนด ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามแนวคิด Gibson (1995) ช่วยให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่น และตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมได้ ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ในขั้นที่ 1) พบว่าหญิงตั้งครรภ์รับทราบหากมีความรู้สึกเครียด กังวล จะส่งผลอันตรายต่อตนเองและทารกในครรภ์, ขั้นที่ 2) หญิงตั้งครรภ์มีการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะตามโภชนาการ, ขั้นที่ 3) หากมีการวางแผนจะทำให้เกิดความมั่นใจ และมีการดูแลตนเองได้เหมาะสม และขั้นที่ 4) หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติได้ตามแผนการดูแลตนเอง

ด้านเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ มีการให้คำปรึกษา/แนะนำ ได้ละเอียดครบถ้วน สามารถตอบคำถามตรงทุกคำถามและตอบคำถามทันท่วงทีที่อยากทราบข้อมูล อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับชุติมา เทียนชัยทัศน์ และคณะ (2565) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นหากได้รับการแนะนำการดูแลตนเองที่ดี มีการรับรู้ถึงปัญหาสุขภาพจะป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้

ด้านความรู้ความเข้าใจการใช้นวัตกรรม กระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ในไลน์กลุ่มประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่พยาบาลวิชาชีพห้องคลอดในการให้บริการ โดยให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา และหญิงตั้งครรภ์สามารถสอบถามถึงอาการที่ผิดปกติต่างๆได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว ให้ความรู้ความเข้าใจเป็นรายบุคคลได้ทั่วถึง การให้ข้อมูลในนวัตกรรมตรงตามความคาดหวังของหญิงตั้งครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความเข้าใจมากยิ่งขึ้น หญิงตั้งครรภ์เมื่อได้รับการตอบสนองทันเวลา ทันเหตุการณ์ ได้รับความรู้ความเข้าใจเป็นรายบุคคลตัวต่อตัว ทำให้หญิงตั้งครรภ์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถดูแลตนเองได้ดีจนครบอายุครรภ์ที่คลอดได้ อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับทิพย์วรรณ ประสาสน์ศักดิ์, วิรัชนี สุขวัฒนานนท์ และศศิธร อินทุดม(2563) การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลแพร่ พบว่าการมีแนวปฏิบัติที่ดีทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว สามารถลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดได้ และลดอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้

ข้อเสนอแนะการนำผลงานวิจัยไปใช้

ในครั้งต่อไปในการใช้นวัตกรรมให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ควรมีการจัดกลุ่มให้คำแนะนำการใช้นวัตกรรม

ข้อข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การใช้นวัตกรรม คู่มือยุคใหม่ ใส่ใจคุณแม่หัวใจ New normal ห้องคลอด การวิจัยครั้งต่อไปมีใช้ให้ครอบคลุมทุกอายุของหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ < 37 สัปดาห์

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของนายแพทย์ทินกร ชื่นชม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามพราน และคุณเสริมศรี กิฬาลาช หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสามพราน ที่ให้ความกรุณาอนุญาตให้เก็บข้อมูล คำปรึกษาคำแนะนำ ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ให้ความช่วยเหลือตลอดเวลา และขอขอบพระคุณนายแพทย์ประกอบ ว่องไว และแพทย์หญิงญาณพันธุ์ รัตนกิจรุ่งเรือง ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจเครื่องมือวิจัย และกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรทิพา ส่องศิริ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ที่ได้ให้

ความกรุณาอนุญาตให้ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชาภรณ์ จันทนกุล ตรวจเครื่องมือวิจัย และเอื้อเฟื้อให้อาจารย์สุกฤตา ตะการีย์ เข้าร่วมทำวิจัย รวมถึงเจ้าหน้าที่ห้องคลอดทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่าในการเข้าร่วมประชุม แก้ไข ปรับปรุงทุกขั้นตอนการทำงานวิจัยของข้าพเจ้า ตลอดจนสนับสนุน กระตุ้น และให้กำลังใจตลอดมา ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์. (2566). *แนวปฏิบัติการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำหรับประเทศไทย.* 1-2. https://dmsic.moph.go.th/index/detail/9363

ชุติมา เทียนชัยทัศน์, กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์, นภาภรณ์ เกตุทอง และชณุตพร สมใจ. (2565). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, *5*(1), 35-46.

ฐิรวรรณ บัวแย้ม, เพียงบุหลัน ยาปาน, และสุจิตตรา พงศ์ประสบชัย. (2562). การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *รามาธิบดีพยาบาลสาร, 25*(3), 243-254.

ทิพย์วรรณ ประสาสน์ศักดิ์, วิรัชนี สุขวัฒนานนท์ และศศิธร อินทุดม. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโรงพยาบาลแพร่.*วารสารโรงพยาบาลแพร่, 28(2)*, 25-35.

บุศรินทร์ เขียนแม้น, เยาวเรศ ก้านมะลิ และวรรณวิมล ทุมมี. (2565). *การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 15*(3), 286-300.

เมธาวี พรตเจริญ, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ และพิริยา ศุภศรี. (2566). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดซ้ำในสตรีที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 31*(3), 1-12.ข

รายงานสถิติจากห้องคลอด โรงพยาบาลสามพราน. (2565). [เอกสารการไม่ได้ตีพิมพ์].

วรพงศ์ ภู่พงศ์. (2562). Untold Treatment of Preterm Labor. *การประชุมวิชาการกลางปี พ.ศ. 2562 ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.* 1-3.

วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์. (2558). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research*. *วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี, 2*(1), 29-49.

สุบิน ยุรรัช. (2565). ทำไมต้องลิเคิร์ต?. *วารสารนวัตกรรมและการจัดการ, 7*(1), 152-165.

หทัยรัตน์ เรืองเดชณรงค์ และธีระ ทองสง. (2559). Update in Preterm labor. *อุบัติการณ์ และความสำคัญของการคลอดก่อนกำหนด.* Department of Obstetrics and Gynaecology Faculty of Medicine Chiang Mai University. https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/topic-review/4867/.

Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically Ill children. *Journal of Advanced Nursing, 21*, 1201-1210.

Kemmis, S and, McTagart. (1990). *The Action Research Planner*. Geelong: Deakin UniversityPress.

Krejcie, R.V. and Morgan, D.W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*, 607-610.

WHO. (2566). *Preterm birth.* https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/preterm-birth

ผลของกิจกรรมสร้างสรรค์เสริมภูมิคุ้มกันยาเสพติดต่อภูมิคุ้มกันยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นแห่งหนึ่ง ในจังหวัดเชียงใหม่

The Effectiveness of Creative Activities Boosting Narcotics Immunity on Narcotics Immunization of Lower Secondary Students at a school in Chiang Mai Province

Received: March 23, 2024
Revised: June 20, 2024
Accepts: June 22, 2024

กัญญาพัชญ์ จาอ้าย (ศษ.ม.)[1]
Kanyapat Chaeye (Med.)
อรอนงค์ ธรรมจินดา (พย.ด.) [1] รุ่งฤดี วงค์ชุม (ปร.ด.) [1]
On-Anong Thammajinda (PND) Rungrudee Wongchum (PhD.)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของกิจกรรมสร้างสรรค์เสริมภูมิคุ้มกันยาเสพติดต่อภูมิคุ้มกันยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในจังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 21 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ กิจกรรมสร้างสรรค์เสริมภูมิคุ้มกัน และแบบประเมินภูมิคุ้มกันยาเสพติด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน หาค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1.00 และ .80 ตามลำดับ ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมิน ได้เท่ากับ .70 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการเปรียบเทียบแบบจับคู่

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภูมิคุ้มกันยาเสพติดหลังการได้รับกิจกรรมสร้างสรรค์เสริมภูมิคุ้มกันยาเสพติดทันที ระยะติดตาม 1 เดือนและ 3 เดือน สูงกว่าก่อนได้รับกิจกรรม (Mean = 154.90 S.D. = 19.37, Mean = 147.10 S.D. = 22.91, Mean = 142.70 S.D. = 26.74, Mean = 147.00 S.D. = 17.37 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบความแตกต่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภูมิคุ้มกันยาเสพติดหลังได้รับกิจกรรมสร้างสรรค์ ฯ ทันที และระยะติดตาม 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยระยะติดตาม 3 เดือนมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าหลังได้รับกิจกรรมทันที

ดังนั้นกิจกรรมสร้างสรรค์ ฯ เป็นกิจกรรมที่ช่วยสร้างเสริมภูมิคุ้มกันยาเสพติดได้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำกิจกรรมสร้างสรรค์ ฯ บูรณาการเข้าเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมในโครงการโรงเรียนสีขาวโดยปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับนักเรียนในแต่ละระดับชั้น และมีการทบทวนเนื้อหาให้กับนักเรียนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดการคงอยู่ของความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับยาเสพติด เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

คำสำคัญ: กิจกรรมสร้างสรรค์ ภูมิคุ้มกัน ยาเสพติด นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

[1] *คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ, Thailand*
Corresponding author: wongchum@hotmail.com

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to investigate the effectiveness of creative narcotics immune boosting activities on narcotics immunization of lower secondary students in Chiang Mai province. The participants consisted of 21 lower secondary students at a school in Chiang Mai. The research tools consisted of creative activities to enhance narcotics and substance abuse immunization and narcotics and substance abuse immunization assessment form. Research tools were examined for content validity by 3 experts with a CVI of 1.00 and .80 and reliability was .70. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

The results showed that after receiving creative activities, during the follow-up period of 1 month, and 3 months, the mean scores of narcotics and substance abuse levels were higher than before receiving creative activities (Mean=154.90 S.D.=19.37, Mean=147.10 S.D.=22.91, Mean=142.70 S.D.=26.74, Mean=147.00 S.D.=17.37, respectively). After comparing the mean score of immediately after receiving creative activities and the 3-month follow-up period, there was significantly different at the .05 level. It showed that the mean score of the 3-month follow-up period was lower than the mean score of immediately after receiving creative activities.

Therefore, creative activities enhance narcotics and substance abuse immunization. The activities should be integrated into the White School project for drug-free and adapted to suit students at different levels. Also, regular review of content and adjustment of students' attitudes on drugs to ensure the persistence of knowledge and understanding of narcotics and substance abuse immunization.

KEYWORDS: creative activities, immunization, narcotics, secondary students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ยาเสพติดเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย เป็นภัยคุกคามทั้งด้านความมั่นคง สังคม การศึกษา เศรษฐกิจ และเป็นตัวการสำคัญในการทำลายทรัพยากรบุคคลของประเทศ จากรายงานสถานการณ์ยาเสพติดระดับโลก พบว่า ในระหว่างปี ค.ศ. 2011-2021 มีการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้นประมาณ ร้อยละ 5.8 ในกลุ่มประชากรอายุ 15-64 ปี และพบในกลุ่มเยาวชนมากกว่าผู้ใหญ่ (United Nations Office on Drugs and Crime, 2023) สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจข้อมูลเด็กและเยาวชนไทย พบปัญหาสำคัญอันดับที่ 1 คือ เยาวชนเสพยาติดมากถึง 2.7 ล้านคน โดยเยาวชนอายุระหว่าง 15-19 ปี จำนวน 3 แสนคน ต้องเข้ารับการบำบัด ส่วนเยาวชนอายุ 11 ปีเริ่มเสพยาบ้า (กรมสุขภาพจิต, 2562) และจากรายงานมีผู้ป่วยเข้าบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 จนถึงปี พ.ศ. 2566 พบว่า ส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 25-29 ปี รองลงมาอายุระหว่าง 20-24 ปี ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2562 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด จำนวน 5,638 ราย และปี พ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้นเป็น 7,139 ราย พบว่ามีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นทุกปี (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2565) นอกจากนี้จากการสำรวจเด็กและเยาวชนที่ถูกดำเนินคดีโดยสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนทั่วประเทศ ปี พ.ศ. 2563 พบว่า

เป็นการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษถึงร้อยละ 49.3 และส่วนมากมีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 58.7 (กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน, 2563)

วัยรุ่นเป็นวัยที่อยู่ในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อในการก้าวผ่านจากวัยเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ ทำให้บางครั้งความคิดเห็นที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่นแตกต่างจากผู้ใหญ่ที่มีความรับผิดชอบแล้ว สังคมรอบข้างที่แปรเปลี่ยนไป สภาพเศรษฐกิจและสังคมที่ต้องแข่งขัน ทำให้ผู้ปกครองมีเวลาอบรมและใกล้ชิดบุตรหลานน้อยลง จนบางครั้งวัยรุ่นเกิดความรู้สึกสับสน ด้วยวัยที่ด้อยคุณวุฒิและอ่อนประสบการณ์ทำให้หาทางออกด้วยวิธีการที่ผิด (วรางคณา จันทร์คง และปาจรีย์ ผลประเสริฐ, 2561) อีกทั้งความต้องการเป็นที่สนใจของเพศตรงกันข้าม ความผิดหวังในชีวิตเกี่ยวกับเรื่องการเรียน การปรับตัวให้เข้ากับสังคม (สุวพันธุ์ คะโยธา และวุธิพงศ์ ภักดีกุล, 2561) และการถูกชักจูงจากมีเพื่อนที่มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Yaimai et al., 2019) สาเหตุดังกล่าวล้วนเป็นปัจจัยที่ผลักดันให้วัยรุ่นเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุลีวงศ์ สนสุผล และคณะ (2561) พบว่า ปัจจัยนำที่นำไปสู่การเสพยาเสพติด ได้แก่ การมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และสุราไม่ถูกต้อง การมีความเชื่อว่าการสูบบุหรี่ ดื่มสุราเป็นเรื่องปกติของสังคม การมีเจตคติที่ดีต่อการเสพสารเสพติด ขาดการรับรู้โทษ พิษภัยของสารเสพติด และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ สำหรับปัจจัยเอื้อที่นำไปสู่การเสพยาเสพติด ได้แก่ การคบเพื่อนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงหรืออยู่ในกลุ่มเพื่อนที่เสพยาเสพติดทำให้เข้าถึงยาเสพติดได้ง่าย ประกอบกับพ่อแม่ทำงานนอกบ้านไม่มีเวลาดูแล ปลูกฝังพฤติกรรมที่เหมาะสม ไม่ได้ปลูกฝังระเบียบวินัยและสิ่งที่ถูกที่ควร และปัจจัยเสริมที่นำไปสู่การเสพยา เสพติด ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่มีการแพร่ระบาด จุดเสี่ยง สังคมที่เปิดกว้างให้อิสระกับการใช้ชีวิตของวัยรุ่น ขาดการสอดส่องดูแลและจัดระเบียบสังคมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้วัยรุ่นเข้าถึงยาเสพติดได้ง่ายขึ้น

ดังนั้นปัญหายาเสพติดของวัยรุ่นจึงเป็นปัญหาที่ทุกฝ่ายต้องรีบเร่งดำเนินการศึกษาทำความเข้าใจ เพื่อป้องกันและแก้ไข รัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับปัญหานี้ จึงได้จัดทำนโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกันปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด (พ.ศ. 2566-2570) ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด มาตรา 3 เพื่อให้การป้องกัน ปราบปรามและแก้ไขปัญหา ยาเสพติดเป็นไปอย่างมีเอกภาพ มีความต่อเนื่อง กระบวนการในการดำเนินการอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นการลดระดับความรุนแรง ของปัญหายาเสพติด สู่การแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2566) และมอบหมายให้กระทรวงศึกษาธิการดำเนินการสร้างภูมิคุ้มกัน และป้องกันยาเสพติดในสถานศึกษา กำหนดมาตรการป้องกันเด็กและเยาวชนก่อนวัยเสี่ยง และในวัยเสี่ยงไม่ให้เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด เรียนรู้ถึงโทษและพิษภัยของยาเสพติด รู้จักวิธีปฏิเสธ หลีกเลี่ยงยาเสพติด และใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์เพื่อหลีกเลี่ยงการหมกมุ่นมั่วสุมกับยาเสพติดและอบายมุข ตลอดจนดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่ไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด การตัดวงจรกลุ่มเสี่ยงและป้องกันมิให้เกิดผู้เสพติดรายใหม่ทำได้ด้วยการแก้ปัญหากลุ่มเสี่ยง พื้นที่เสี่ยงและสร้างภูมิคุ้มกันในกลุ่มเด็กและเยาวชน (สุกานดา จันทวารีย์ และสุทธิพันธ์ อรัญญวาส, 2560) อย่างไรก็ตามในปัจจุบันเมื่อมีนโยบายปลดกัญชา และกระท่อม ออกจากบัญชีสารเสพติดประเภท 5 เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ และใช้เฉพาะกรณี จึงอาจส่งผลให้วัยรุ่นมีการเข้าถึงยาเสพติดดังกล่าวได้ง่ายขึ้น และนำไปใช้ในทางที่ผิด ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรส่งเสริมความรู้ และสร้างความตระหนักต่อโทษของยาเสพติดให้กับประชาชน รวมถึงเด็กและเยาวชนอย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่ โดยเฉพาะสถาบันการศึกษา เพื่อสร้างเกราะป้องกันให้เด็กและเยาวชนห่างไกลยาเสพติด (สุริยัน บุญแท้, 2563)

การเพิ่มภูมิคุ้มกันยาเสพติดแก่นักเรียนจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งแนวทางการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติดในสถานศึกษา มีการดำเนินงานแต่ละกลุ่มเป้าหมายต่างกันไป สำหรับกลุ่มมัธยมศึกษา ได้แก่ 1) จัดกิจกรรมเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง 2) ส่งเสริมสนับสนุนให้สถานศึกษากำหนดบทบาทและสร้างเครือข่ายกลุ่มแกนนำหรือองค์กรวิชาชีพ ในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและจริงจัง 3) ส่งเสริม สนับสนุนให้สถานศึกษาดูแลช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงหรือเสพด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในรูปแบบที่เหมาะสม 4) ส่งเสริมสนับสนุนการขับเคลื่อนโครงการ To be number one และ 5) ดำเนินการจัดระเบียบรอบสถานศึกษา โดยบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น (สุกานดา จันทวารีย์ และสุทธิพันธ์ อรัญญวาส, 2560) จากการศึกษาของศรณรงค์ ปล่องทองและคณะ (2565) พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนัก ได้แก่ การให้ความรู้ การตระหนักรู้และคุณค่าในตัวเอง ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการดำรงชีวิตทั่วไป เช่น ทักษะการสื่อสาร ทักษะทางสังคม ทักษะการแก้ปัญหา ช่วยลดพฤติกรรมการใช้/เสพกัญชาในกลุ่มเยาวชน และการศึกษาของธีรวัฒน์ พงศ์ภาณุพัฒน์ และคณะ (2565) พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตด้านความตระหนักในตนเอง และด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง สามารถเพิ่มทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการเสพสารเสพติดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาได้ ดังนั้นการเพิ่มภูมิคุ้มกันให้นักเรียนถือเป็นกลยุทธ์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษา

จากการให้บริการวิชาการของคณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพในโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในพื้นที่อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นโรงเรียนขยายโอกาส มีนักเรียนมาจากหลากหลายพื้นที่ โดยเฉพาะพื้นที่สูง และเป็นโรงเรียนที่อยู่ในพื้นที่ให้บริการวิชาการของคณะฯ พบว่า โรงเรียนดำเนินการตามแผนงานการสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติดของกระทรวงศึกษาธิการ มีกิจกรรมตามโครงการโรงเรียนสีขาว แต่ยังไม่มีกิจกรรมที่สร้างสรรค์เสริมสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติดให้นักเรียน และจากการสัมภาษณ์ครูที่รับผิดชอบเกี่ยวกับโครงการดังกล่าว พบว่า มีนักเรียนเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 เนื่องจากมีบางคนมาจากพื้นที่สูง ไม่ได้อาศัยอยู่กับครอบครัว และพบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ที่มีอายุอยู่ในช่วง 13-16 ปี ซึ่งถือเป็นเป็นช่วงวัยที่มีการเริ่มใช้สารเสพติด

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็กและเยาวชน ได้เล็งเห็นความสำคัญของส่งเสริมภูมิคุ้มกันยาเสพติดของนักเรียนโดยเฉพาะระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ผ่านกิจกรรมสร้างสรรค์เสริมสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติด เพื่อเสริมสร้างทักษะทางสังคม ความเข้มแข็งและป้องกันการเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดที่เหมาะสมกับช่วงวัย เป็นระบบอย่างต่อเนื่อง และเป็นการเสริมความแกร่งของเด็กไทยซึ่งเป็นอนาคตของชาติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

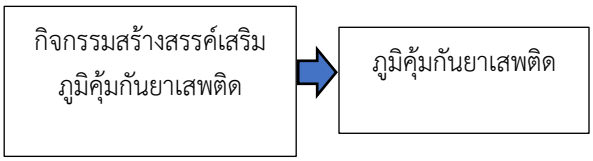
เพื่อศึกษาผลของกิจกรรมสร้างสรรค์เสริมภูมิคุ้มกันยาเสพติดต่อภูมิคุ้มกันยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

สมมติฐานการวิจัย

ค่าเฉลี่ยคะแนนภูมิคุ้มกันยาเสพติดของนักเรียนหลังการเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสรรค์เสริมภูมิคุ้มกันยาเสพติดทันที ระยะติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสรรค์เสริมภูมิคุ้มกันยาเสพติด

กรอบแนวคิดการวิจัย

คณะผู้วิจัยใช้ทฤษฎีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสรรค์ทันที ระยะติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน ตามทฤษฎีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งบุคคลจะต้องอาศัยกระบวนการสร้างความพร้อมก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Prochaska & DiClemente, 1984)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 36 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 21 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power version 3.1.9.4 ระดับนัยสำคัญ .05 อำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ .80 และขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ .60 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 19 คน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญหายผู้วิจัยจึงเพิ่มอีกร้อยละ 5 หลังจากนั้นคัดเลือกเข้าทำกิจกรรม

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการจับฉลาก ตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ไม่เคยเคยผ่านหลักสูตรการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันยาเสพติด
2. มีโทรศัพท์เคลื่อนที่
3. ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยและผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ เป็นแกนนำกลุ่มนักเรียนหรือสารวัตรนักเรียน

เกณฑ์ยุติการดำเนินการวิจัย ขอสละสิทธิ์ออกจากโครงการก่อน หรือเข้าร่วมโครงการไม่ครบตามแผนการดำเนินกิจกรรม

เครื่องมือการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1. *เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย* ได้แก่ กิจกรรมสร้างสรรค์เสริมภูมิคุ้มกันยาเสพติด ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวคิดของ McKinsey โดยศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับคู่มือมาตรฐานดำเนินการโรงเรียนสถานศึกษาสีขาว ปลอดยาเสพติดและอบายมุข ของกองส่งเสริมและพัฒนาการบริหารการศึกษาในภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ และแนวทางการจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อการสร้างภูมิคุ้มกันปัญหายาเสพติดของสำนักงานคณะกรรมการศึกษาขั้นพื้นฐาน และสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (2558) โดยกิจกรรมมีการบรรยาย อภิปราย และประเมินย้อนกลับด้วยเกม ซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรมดังต่อไปนี้

1) สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมเสริมสร้างความรู้ยาเสพติด ใช้เวลา 2 ชั่วโมง เน้นการให้ความรู้เรื่องความหมาย ประเภท ผลกระทบของยาเสพติด

2) สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมครูแดร์ หรือ D.A.R.E. (Drug Abuse Resistance Education) ใช้เวลา 2 ชั่วโมง เป็นกิจกรรมเสริมทักษะการหลีกเลี่ยงการใช้ยาเสพติด สามารถเผชิญสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด เสริมประเด็นเรื่องกฎหมาย บทลงโทษยกตัวอย่าง

3) สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมเสริมสร้างทักษะการป้องกันยาเสพติด ประกอบด้วย กิจกรรมเทวา-ซาตาน กิจกรรมบัตรคำ และกิจกรรมเล่าสู่กันฟัง ใช้เวลา 2 ชั่วโมงเป็นการทำกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับการเสริมทักษะการป้องกันยาเสพติด

4) สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมสารวัตรนักเรียน ประกอบด้วย กิจกรรมหาบอลในเงามืด และกิจกรรมตัวแบบน่าชื่นชม ใช้เวลา 2 ชั่วโมง เป็นกิจกรรมพัฒนาแกนนำ เพื่อเสริมทักษะเพื่อช่วยเพื่อน การสอดส่องดูแลเพื่อนนักเรียน

5) สัปดาห์ที่ 9 กิจกรรมจิตอาสาพาสุข ใช้เวลา 2 ชั่วโมง เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการเสริมพลัง การเสริมทักษะการติดต่อสื่อสาร การมีส่วนร่วม และการช่วยเหลือบุคคลอื่น ส่งเสริมการมีคุณธรรม จริยธรรมความดี ในการแบ่งปัน ช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่หวังผลตอบแทน โดยผ่านการทำงานร่วมกันในโรงเรียน

6) สัปดาห์ที่ 13 และสัปดาห์ที่ 21 เป็นการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์รายบุคคลโดยคณะผู้วิจัย

ทั้งนี้คณะผู้วิจัยใช้สัปดาห์เลขคี่ เนื่องจากเป็นสัปดาห์ที่มีชั่วโมงว่างในกิจกรรมโฮมรูม ซึ่งไม่รบกวนเวลาเรียนของกลุ่มตัวอย่าง

2. *เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย* เป็นแบบสอบถามประเมินด้วยตนเอง แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

<u>ส่วนที่ 1</u> แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ที่อยู่ปัจจุบัน การพักอาศัยร่วมของนักเรียน

<u>ส่วนที่ 2</u> แบบประเมินภูมิคุ้มกันยาเสพติด ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบประเมินภูมิคุ้มกันยาเสพติดของกุสุมา สว่างพันธุ์ (2558) ทั้งหมด 47 ข้อ ประกอบด้วย 7 ด้าน ดังนี้

1) ด้านความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ ลักษณะข้อคำถามที่มีคำตอบถูกและผิด ลักษณะแบบวัด เป็นลักษณะให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก ถูก = 1 คะแนน ผิด = 0 คะแนน

2) ด้านทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติด ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ลักษณะแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยน้อยที่สุดจนถึงเห็นด้วยมากที่สุด เป็นข้อความเชิงบวก 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2 และ 3 เป็นข้อความเชิงลบ 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 4 และ 5 การให้คะแนนดังนี้

ข้อความเชิงบวก

เห็นด้วยน้อยที่สุด	1	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	2	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	3	คะแนน
เห็นด้วยมาก	4	คะแนน
เห็นด้วยมากที่สุด	5	คะแนน

ข้อความเชิงลบ

เห็นด้วยน้อยที่สุด	5	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	4	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	3	คะแนน
เห็นด้วยมาก	2	คะแนน
เห็นด้วยมากที่สุด	1	คะแนน

3) ด้านการมีตัวแบบอย่างที่ไม่ใช้ยาเสพติด ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ลักษณะแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่ปฏิบัติ จนถึงปฏิบัติเป็นประจำ เป็นข้อความเชิงลบทั้งหมด

4) ด้านการมีระเบียบวินัยในตนเองในการไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ลักษณะแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่ปฏิบัติ จนถึงปฏิบัติเป็นประจำ เป็นข้อความเชิงบวก 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 เป็นข้อความเชิงลบ 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4 และ 5

5) ด้านการมีเป้าหมายในชีวิต มีอนาคตที่ดีไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ ลักษณะแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่ปฏิบัติ จนถึงปฏิบัติเป็นประจำ เป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมด

6) ด้านการมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้ยาเสพติด ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ ลักษณะแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยน้อยที่สุดหรือไม่เห็นด้วย จนถึงเห็นด้วยมากที่สุด เป็นข้อความเชิงบวก 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3 และ 4 เป็นข้อความเชิงลบ 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5 และ 6

การให้คะแนน ด้านที่ 3-6 ดังนี้

ข้อความเชิงบวก

ไม่ปฏิบัติ	1	คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	2	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	3	คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	4	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	5	คะแนน

ข้อความเชิงลบ

ไม่ปฏิบัติ	5	คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	4	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	3	คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	2	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	1	คะแนน

7) ด้านการเผชิญกับสภาพแวดล้อมเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ ลักษณะแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่ตรงตามสภาพความจริงเลย จนถึงตรงตามสภาพจริงที่สุด เป็นข้อความเชิงบวก 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, และ 6 เป็นข้อความเชิงลบ 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3 และ 5 การให้คะแนนดังนี้

ข้อความเชิงบวก

ไม่ตรงตามสภาพจริงเลย	1	คะแนน
ตรงตามสภาพจริงน้อย	2	คะแนน
ตรงตามสภาพจริงปานกลาง	3	คะแนน
ตรงตามสภาพจริงมาก	4	คะแนน
ตรงตามสภาพจริงมากที่สุด	5	คะแนน

ข้อความเชิงลบ

ไม่ตรงตามสภาพจริงเลย	5	คะแนน
ตรงตามสภาพจริงน้อย	4	คะแนน
ตรงตามสภาพจริงปานกลาง	3	คะแนน
ตรงตามสภาพจริงมาก	2	คะแนน
ตรงตามสภาพจริงมากที่สุด	1	คะแนน

การแปลความหมายของภูมิคุ้มกันยาเสพติด โดยใช้คะแนนรวม โดยคะแนนรวมมาก มีภูมิคุ้มกันยาเสพติดมาก คะแนนรวมน้อย มีภูมิคุ้มกันยาเสพติดน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ความตรงของเครื่องมือ (Validity) คณะผู้วิจัยนำกิจกรรมสร้างสรรค์เสริมภูมิคุ้มกันยาเสพติด และแบบประเมินภูมิคุ้มกันยาเสพติด ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญทั้งหมด 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านอนามัยโรงเรียน 1 ท่าน ด้านสาธารณสุข 1 ท่าน และด้านอนามัยชุมชน 1 ท่าน และจากนั้นนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) ได้เท่ากับ 1.00 และ .80 ตามลำดับ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินภูมิคุ้มกันยาเสพติดไปทดลองใช้กับกลุ่มนักเรียนที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .70

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยพายัพ รหัส COA No. 64/058 PYU_REC No. 64/057 นอกจากนี้คณะผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดย ทำหนังสือเสนอต่อผู้อำนวยการโรงเรียนและบุคคลที่เกี่ยวข้อง จากนั้นคณะผู้วิจัยแจ้งรายละเอียดต่าง ๆ ในขั้นตอนการทำวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับ ปฏิเสธ หรือบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อผลการเรียน ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ ซึ่งผู้วิจัยใช้รหัสตัวเลขบันทึกแทนชื่อของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน ข้อมูลทั้งหมดใช้เพื่อการศึกษาวิจัย และนำเสนอผลวิจัยในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คณะผู้วิจัยประสานงาน ทำจดหมายถึงผู้อำนวยการโรงเรียน และติดต่อไปยังหัวหน้าฝ่ายวิชาการ

2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว คณะผู้วิจัยจึงส่งแบบสอบถามไปยังหัวหน้าฝ่ายวิชาการและครูประจำชั้นระดับมัธยมศึกษาเพื่อทำความเข้าใจ และขอความร่วมมือในการจัดกิจกรรมต่างๆ

3. คณะผู้วิจัยได้เปิดรับสมัครให้นักเรียนมาเข้าร่วมวิจัย โดยไปพบนักเรียนด้วยตนเองและอธิบายรายละเอียดต่างๆ ของโครงการ และเอกสารใบยินยอมเข้าการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้นักเรียนนำเอกสารใบยินยอมเข้าการเข้าร่วมวิจัยไปให้ผู้ปกครองพิจารณาและรับทราบ พร้อมทั้งเซ็นยินยอมให้บุตรเข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจ

4. หลังจากได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองและนักเรียนยินดีเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้แล้ว คณะผู้วิจัยอธิบายแบบสอบถามโดยละเอียด และประเมินผลก่อนการจัดกิจกรรมโดยแจกแบบประเมินให้กลุ่มตัวอย่างทำ

5. ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสรรค์ตามแนวทางการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันยาเสพติดที่กำหนดไว้ ใช้เวลา 3 เดือน (สัปดาห์ที่ 1-9)

6. เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรม คณะผู้วิจัยทำการประเมินผลทันที โดยแจกแบบประเมินให้กลุ่มตัวอย่างทำ

7. ผู้วิจัยมีการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลทางโทรศัพท์ เมื่อครบ 1 เดือน และ 3 เดือนหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม คณะผู้วิจัยแจกแบบประเมินให้กลุ่มตัวอย่างทำ

8. เมื่อได้ข้อมูลครบทั้ง 3 ระยะตามที่กำหนดไว้ คณะผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภูมิคุ้มกันยาเสพติดก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสรรค์ ฯ ทันที ระยะติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน โดยใช้แบบจับคู่ (paired t-test) เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย จำนวน 11 คน ร้อยละ 52.4 และเพศหญิง จำนวน 10 คน ร้อยละ 47.6 ส่วนใหญ่อายุ 14 ปี จำนวน 13 คน ร้อยละ 61.9 ทั้งหมดมีภูมิลำเนาอยู่จังหวัดเชียงใหม่ อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา จำนวน 11 ราย ร้อยละ 52.4 รองลงมาอาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดา จำนวน 6 คน ร้อยละ 28.6 และมีเพียงจำนวน 1 รายที่อาศัยกับลุง/ป้า/น้า/อา ร้อยละ 4.8 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 21)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	52.4
หญิง	10	47.6
อายุ		
13 ปี	3	14.3
14 ปี	13	61.9
15 ปี	4	19.0
16 ปี	1	4.8
บุคคลที่อาศัยอยู่		
บิดา และมารดา	11	52.4
บิดา / มารดา	6	28.5
ปู่ ย่า / ตา ยาย	3	14.3
ลุง / ป้า / น้า / อา	1	4.8

ส่วนที่ 2 ค่าคะแนนภูมิคุ้มกันยาเสพติดก่อนและหลังการได้รับกิจกรรมสร้างสรรค์เสริมภูมิคุ้มกันยาเสพติดทันที ระยะติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนได้รับกิจกรรมสร้างสรรค์ฯ มีคะแนนภูมิคุ้มกันยาเสพติดเฉลี่ย เท่ากับ 147.00 (SD = 17.37) หลังได้รับกิจกรรมทันที มีค่าคะแนนภูมิคุ้มกันฯ เฉลี่ย เท่ากับ 159.90 (SD = 19.37) ระยะติดตาม 1 เดือน มีค่าคะแนนภูมิคุ้มกัน ฯ เฉลี่ยเท่ากับ 147.10 (SD = 22.91) และระยะติดตาม 3 เดือน มีค่าคะแนนภูมิคุ้มกัน ฯ เฉลี่ยเท่ากับ 142.70 (SD = 26.74) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยภูมิคุ้มกัน ฯ ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมทันทีมากกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสรรค์ ฯ ในทุกด้าน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภูมิคุ้มกันยาเสพติดก่อนและหลังการได้รับกิจกรรมสร้างสรรค์เสริมภูมิคุ้มกันยาเสพติดทันที ระยะติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน จำแนกตามรายด้านและโดยรวม

หัวข้อแบบประเมิน	ก่อน		หลังทันที		1 เดือน		3 เดือน	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.
1. ด้านความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด	8.62	1.63	9.33	1.88	9.29	1.65	9.05	1.59
2. ด้านทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติด	19.48	4.33	21.52	3.40	20.29	3.61	18.05	4.13
3. ด้านการมีตัวแบบที่ไม่ใช้ยาเสพติด	39.90	6.71	41.48	6.05	39.05	7.92	38.48	8.62
4. ด้านการมีระเบียบวินัยในตนเองในการไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด	21.43	3.89	22.81	3.36	21.33	4.49	20.95	4.10
5. ด้านการมีเป้าหมายในชีวิต มีอนาคตที่ดีไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด	13.29	2.59	13.38	3.37	13.05	7.92	12.24	3.51
6. ด้านการมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้ยาเสพติด	23.19	3.92	24.62	4.10	22.52	4.92	22.29	6.01
7. ด้านการเผชิญกับสภาพแวดล้อมเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด	21.09	4.23	21.81	3.54	21.57	4.27	21.62	4.13
โดยรวม	147.00	17.37	154.90	19.37	147.10	22.91	142.70	26.74

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภูมิคุ้มกันยาเสพติดก่อนและหลังการรับกิจกรรมสร้างสรรค์เสริมภูมิคุ้มกันยาเสพติดทันที ระยะติดตาม 1 เดือนและ 3 เดือน แบบรายคู่

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเป็นแบบรายคู่ (paired t-test) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภูมิคุ้มกันยาเสพติดหลังได้รับกิจกรรมสร้างสรรค์ ฯ และระยะติดตาม 3 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภูมิคุ้มกันยาเสพติดหลังได้รับกิจกรรมสร้างสรรค์ ฯ ทันทีมากกว่าระยะติดตาม 3 เดือน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภูมิคุ้มกันยาเสพติดก่อนและหลังการได้รับกิจกรรมสร้างสรรค์เสริมภูมิคุ้มกันยาเสพติดทันที ระยะติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน โดยใช้สถิติรายคู่

คะแนนภูมิคุ้มกันยาเสพติด	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	p-value
ก่อนได้รับกิจกรรมสร้างสรรค์ ฯ -	147.00	17.37	.062
หลังได้รับกิจกรรมสร้างสรรค์ ฯ ทันที	154.95	19.37	
ก่อนได้รับกิจกรรมสร้างสรรค์ ฯ -	147.00	17.37	.998

คะแนนภูมิคุ้มกันยาเสพติด	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	p-value
ระยะติดตาม 1 เดือน	147.09	22.91	
ก่อนได้รับกิจกรรมสร้างสรรค์ ฯ -	147.37	17.37	.503
ระยะติดตาม 3 เดือน	142.67	26.74	
หลังได้รับกิจกรรม ฯ ทันที -	154.95	19.37	.059
ระยะติดตาม 1 เดือน	147.09	22.91	
หลังได้รับกิจกรรม ฯ ทันที -	154.95	19.37	.016*
ระยะติดตาม 3 เดือน	142.67	26.74	
ระยะติดตาม 1 เดือน -	147.09	22.91	.452
ระยะติดตาม 3 เดือน	142.67	26.74	

*p-value ≤ .05

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบประเด็นที่น่าสนใจ สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยภูมิคุ้มกันยาเสพติดหลังการได้รับกิจกรรมสร้างสรรค์ ฯ ทันที และระยะติดตาม 1 เดือน สูงกว่าก่อนได้รับกิจกรรมสร้างสรรค์ฯ โดยก่อนได้รับกิจกรรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 147.00 คะแนน หลังได้รับกิจกรรมสร้างสรรค์ ฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 154.95 คะแนน และระยะติดตาม 1 เดือนมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 147.09 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศุลีวงศ์ สนสุผล และคณะ (2561) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการเสพสารเสพติดในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดบุรีรัมย์ (ปะคาโมเดล) โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในด้านความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพสารเสพติด และขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดเพิ่มขึ้น การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มสูงขึ้น พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพสารเสพติดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อภิปรายได้ว่าเมื่อบุคคลได้ผ่านกระบวนการสร้างความพร้อม โดยผ่านสื่อหรือกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัย จะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Prochaska & DiClemente, 1984) ซึ่งลักษณะกิจกรรมสร้างสรรค์ที่จัดขึ้น เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด การปรับทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติด การมีตัวแบบอย่างที่ไม่ใช้ยาเสพติด การมีระเบียบวินัยในตนเองกับการไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด การมีเป้าหมายในชีวิต การมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้ยาเสพติด และการเผชิญกับสภาพแวดล้อมเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ช่วยส่งเสริมทักษะชีวิตให้แก่กลุ่มตัวอย่างได้อย่างเหมาะสม ซึ่งทักษะชีวิตเป็นกระบวนการหนึ่งที่ช่วยให้มนุษย์ สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนเองได้อย่างเหมาะสมตามสภาพแวดล้อมที่ตนเองอาศัยอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทักษะชีวิตได้ถูกนำมาใช้ในการเตรียมการสำหรับวัยรุ่นให้พร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ โดยมีหลักการว่าทักษะชีวิตจะช่วยให้เยาวชนได้ค้นพบความต้องการขั้นพื้นฐานที่นำไปสู่การพัฒนาศักยภาพของตนเอง และนำไปแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ ส่งผลให้เกิดการแสดงออกของพฤติกรรมและพัฒนาการที่ดีขึ้น (สุทธญาณ์ จำปาทอง และคณะ, 2564) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภูมิคุ้มกันยาเสพติดเพิ่มขึ้น

เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสรรค์ ฯ ทันทีสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสรรค์ ฯ อาจเนื่องจากกิจกรรมสร้างสรรค์เสริม ฯ เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้นักเรียนได้เรียนรู้ได้หลายด้าน ๆ

เช่น กิจกรรมเสริมสร้างความรู้ยาเสพติด เป็นกิจกรรมที่ใช้ความรู้ ความเข้าใจในโทษ และผลกระทบของยาเสพติดด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยลักษณะของกิจกรรมได้มุ่งเน้นการเรียนรู้ที่มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันจากภาพที่วิทยากรได้นำเสนอเป็นตัวอย่าง ซึ่งกระตุ้นให้นักเรียนได้คิดวิเคราะห์มากขึ้นถึงผลเสียที่ตามมา ทั้งนี้จากการประเมินตามแผนการทำกิจกรรมสร้างสรรค์ ฯ พบว่า นักเรียนร้อยละ 70 สามารถบอกความหมาย ประเภทของยาเสพติด และผลกระทบของยาเสพติดได้

คะแนนเฉลี่ยด้านการมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้ยาเสพติด และด้านการเผชิญกับสภาพแวดล้อมเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติดภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมทันทีมากกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสรรค์ ฯ อาจเนื่องจากกิจกรรมครูแดร์ เป็นกิจกรรมเสริมทักษะการหลีกเลี่ยงการใช้ยาเสพติด สามารถเผชิญสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติด เสริมประเด็นเรื่องกฎหมายบทลงโทษ มีการยกตัวอย่างกรณีศึกษา ซึ่งผู้วิจัยได้เชิญวิทยากรที่เป็นตำรวจมาให้ความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์พร้อมแจกเอกสารประกอบ พบว่า นักเรียนสามารถแสดงบทบาทสมมติในการหลีกเลี่ยงการใช้ยาเสพติดได้ และมีการสะท้อนคิดการไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดได้ด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของนภีพัชร เกษรา (2565) ได้ศึกษาผลการดำเนินงานโครงการตำรวจครูแดร์ พบว่า หลังเข้าร่วมโครงการสร้างสรรค์ ฯ นักเรียนมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะการตัดสินใจหลีกเลี่ยงเมื่อถูกชักชวนให้ทดลองใช้ยาเสพติด และสอดคล้องกับงานวิจัยของวรางคณา จันทร์คง และปาจรีย์ ผลประเสริฐ (2561) ที่พบว่า การเสริมทักษะในการปฏิเสธเพื่อนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับยาเสพติด เป็นแนวทางการสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่ดี แสดงให้เห็นว่านักเรียนมีความรู้ความเข้าใจ นำไปสู่การมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้ยาเสพติด และสามารถเผชิญสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติดได้ต่อไป

คะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติต่อการใช้ยาเสพติดด้านการมีเป้าหมายในชีวิต มีอนาคตที่ดีไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด และด้านการมีระเบียบวินัยในตนเองในการไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสรรค์ ฯ ทันทีสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมฯ อาจเนื่องจากการทำกิจกรรมเทวา-ซาตาน เป็นการทำกิจกรรมเกี่ยวกับการเสริมสร้างการมีทัศนคติที่ไม่ใช้ยาเสพติด การมีระเบียบวินัยในตนเอง กิจกรรมเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งในการเสริมสร้างทักษะชีวิต การที่พัฒนาให้นักเรียนมีทักษะชีวิตที่ดีนำไปสู่การสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติดอย่างหนึ่ง กิจกรรมเล่าสู่กันฟัง เป็นการให้นักเรียนได้ฝึกจินตนาการชีวิต การตั้งเป้าหมายชีวิตที่ดี ในอนาคต ผ่านรูปภาพแต่ละรูปที่ตนเองเลือก นักเรียนส่วนใหญ่เล่าเรื่องที่ตนเองต้องการทั้งปัจจุบันและอนาคต ขณะที่นักเรียนบางคนเล่าเรื่องราวมีนักเรียนบางคนพยักหน้าและยิ้ม ซึ่งอาจแสดงถึงการมีสิ่งที่ปรารถนาเช่นเดียวกัน การที่นักเรียนได้คิดถึงอนาคตที่ดี ทำให้เขามีแรงบันดาลใจ หรือแรงจูงใจที่จะมุ่งมั่นทำในสิ่งที่เขาต้องการเป็นในอนาคต จากทฤษฎีการตั้งเป้าหมายของ Locke และ Latham (1990) ที่กล่าวไว้ว่าบุคคลที่มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต บุคคลย่อมมีความปรารถนาที่จะตามเป้าหมายที่กำหนดไว้โดยบุคคลมีความผูกพันต่อเป้าหมายของตนเอง โดยมีการเห็นคุณค่าในสิ่งที่ตนเองกระทำ โดยมีความมุ่งมั่นตั้งใจในการทำเป้าหมาย โดยการแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งบุคคลที่ได้รับข้อมูลย้อนกลับหรือการเสริมแรงเชิงบวก ย่อมมีขวัญและกำลังใจในการตั้งใจทำเป้าหมายที่เกิดขึ้นให้สำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี ดังนั้นความตั้งใจแน่วแน่ในการปฏิบัติต่อเป้าหมายของตนเอง อาจจะไม่ไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดหรืออุบายมุขใด ๆ เพื่อเป็นอุปสรรคในการบรรลุสิ่งที่ตนเองคาดหวังไว้

คะแนนเฉลี่ยด้านการมีตัวแบบอย่างที่ไม่ใช้ยาเสพติด ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสรรค์ ฯ ทันทีสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสรรค์ ฯ อาจเนื่องจากการเข้าร่วมกิจกรรมสารวัตรนักเรียน

ประกอบด้วย กิจกรรมหาบอลในเงามืด และกิจกรรมตัวแบบน่าชื่นชมเป็นกิจกรรมพัฒนาแกนนำ การเป็นแบบอย่างที่ดี เพื่อเสริมทักษะเพื่อนช่วยเพื่อน การสอดส่องดูแลเพื่อนนักเรียนด้วยกันเองหรือเพื่อนนักเรียนรุ่นน้อง รุ่นพี่ โดยสังเกตได้จากนักเรียนทุกกลุ่มสามารถบอกคุณลักษณะของผู้นำได้ร้อยละ 80 และกิจกรรมจิตอาสาพาสุขประกอบด้วย กิจกรรมเรื่องนี้ต้องประกาศแจ้ง และกิจกรรมจิตอาสา เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการเสริมพลัง การเสริมทักษะการติดต่อสื่อสาร การมีส่วนร่วมและการช่วยเหลือบุคคลอื่น ส่งเสริมการมีคุณธรรมจริยธรรมความดี ในการแบ่งปัน ช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่หวังผลตอบแทน โดยผ่านการทำงานร่วมกันในโรงเรียนและชุมชน ซึ่งกระบวนการดังกล่าวช่วยส่งเสริมการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ อีกทั้งช่วยให้นักเรียนพัฒนาทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น รู้จักภาวะอารมณ์ของตนเอง รู้จักการให้ สอดคล้องกับการศึกษาของบุษราภรณ์ ติเยาว์ และคณะ (2562) พบว่า การเรียนรู้จากประสบการณ์ในสังคมสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ จากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และจากการเป็นผู้ให้ ผู้ช่วยเหลือผู้อื่นเป็นกระบวนการขัดเกลาทางสังคมผ่านขบวนการจิตอาสาของเยาวชน นอกจากนี้ความเชื่อมโยงของขบวนการจิตอาสาที่มีผลต่อการพัฒนาตนเองของเยาวชน 3 ด้าน คือ ด้านกาย เยาวชนใช้เวลาว่างทำงานจิตอาสามีบุคลิกภาพกล้าแสดงออกเชื่อมั่นเห็นคุณค่าตนเอง ด้านจิตใจ เยาวชนเข้าใจภาวะอารมณ์ตนเองและผู้อื่น มีความอดทน ด้านความคิดสติปัญญา เยาวชนพัฒนาความรับผิดชอบต่อตนเองมีระเบียบ รู้จักให้ มีกระบวนการคิดในความรับผิดชอบต่อตน และผู้อื่น ไม่สร้างความเดือนร้อนให้ผู้อื่น ปรับตัวเข้ากับคนอื่น และในความรับผิดชอบต่อสังคมส่วนรวม ในกิจกรรมมีการสอนให้นักเรียนมีความรับผิดชอบ รู้จักทำงานร่วมกับผู้อื่น มีการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร รวมถึงมีการสอนการปฏิเสธยาเสพติดทำให้นักเรียนกล้าตัดสินใจเลือกแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม และไม่ไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด ถือเป็นองค์ประกอบของกลยุทธ์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษาได้ นอกจากนี้มีการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์รายบุคคลโดยคณะผู้วิจัย เป็นกลวิธีที่จะช่วยให้นักเรียนแสวงหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ทั้งเรื่องปัญหาส่วนตัว การเรียนและครอบครัว เป็นต้น ซึ่งถือได้ว่ากิจกรรมนี้เป็นการพัฒนาให้นักเรียนมีทักษะชีวิตต่อการเผชิญปัญหายาเสพติดได้ (สำนักงานคณะกรรมการศึกษาขั้นพื้นฐาน และสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบรามยาเสพติด, 2558)

อย่างไรก็ตามพบประเด็นที่น่าสนใจ คือ ค่าเฉลี่ยของคะแนนภูมิคุ้มกันยาเสพติดระยะติดตาม 3 เดือนน้อยกว่าหลังได้รับกิจกรรมสร้างสรรค์เสริม ฯ ทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของภูมิคุ้มกันยาเสพติดลดลงทุกด้าน โดยเฉพาะด้านทัศนคติต่อการใช้สารเสพติด ทั้งนี้อาจเนื่องจากธรรมชาติของบุคคลจะมีความจำคงอยู่ในระยะเวลาจำกัด (ทิศนา แขมมณี, 2560) การเว้นระยะในการประเมินหลังการอบรมเป็นเวลานานส่งผลต่อการเรียนรู้ของนักเรียน ทำให้ลืมความรู้ที่ได้รับไป สอดคล้องกับทฤษฎีความจำสองกระบวนการของ Atkinson และ Shiffrin (1968) ที่กล่าวว่าความทรงจำที่เกิดขึ้นภายหลังจากการเกิดเหตุการณ์ต่างๆ เป็นความทรงจำหลังการรับรู้ เมื่อเกิดความทรงจำระยะสั้นแล้วความทรงจำนั้นจะเลือนหายไปในระยะเวลาที่รวดเร็วมาก ซึ่งความทรงจำระยะสั้นจัดเป็นความทรงจำที่สามารถสูญหายไปอย่างง่ายดาย และหากเราไม่ได้จดจำหรือสนใจทบทวนในสิ่งที่ต้องการจะจำเพียงชั่วครู่ สิ่งนั้นจะหายไปจากความทรงจำทันที และจากทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กล่าวว่าบุคคลไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จากการคิดเพียงครั้งเดียว แต่จะค่อย ๆ พัฒนาความคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อได้รับการกระตุ้นอย่างต่อเนื่องและต้องมีแรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดที่เชื่อถือหรือไว้วางใจ พูดคุยหรือใช้เวลากับบุคคล เพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดี (Prochaska & DiClemente, 1984) ดังนั้นคะแนนเฉลี่ยของภูมิคุ้มกันในระยะติดตาม

3 เดือน จึงลดลงเมื่อเทียบกับคะแนนภายหลังทำกิจกรรมทันที

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสรรค์ ฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภูมิคุ้มกันยาเสพติดสูงกว่าก่อนได้รับกิจกรรมสร้างสรรค์ ฯ และพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนภูมิคุ้มกันยาเสพติดหลังได้รับกิจกรรมสร้างสรรค์ ฯ ระยะติดตาม 3 เดือนมีค่าน้อยกว่าภายหลังทำกิจกรรมทันที ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

ด้านการนำผลการวิจัยไปใช้

1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดฝึกอบรมครู เกี่ยวกับการนำกิจกรรมสร้างสรรค์ ฯ บูรณาการกับโครงการโรงเรียนสีขาว เพื่อจัดให้แก่นักเรียนในระดับชั้นต่าง ๆ

2) ผู้ปฏิบัติในสถานศึกษา เช่น ครูประจำชั้น/ครูแนะแนว หรือพยาบาลประจำโรงเรียน ควรมีการจัดโครงการทบทวนเนื้อหาและปรับทัศนคติในเรื่องยาเสพติดให้กับนักเรียนอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง เช่น การให้ข้อมูลผ่านช่องทางเสียงตามสายในโรงเรียน ป้ายต่าง ๆ บอร์ดความรู้ หรือกิจกรรม Home room หรือกลุ่มไลน์ เป็นต้น เพื่อให้นักเรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาเสพติด และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างถาวร

ด้านการทำวิจัย

1) ควรศึกษาเปรียบเทียบแบบสองกลุ่ม (two groups pretest-posttest experimental designs) เพื่อประเมินประสิทธิภาพกิจกรรมสร้างสรรค์ ฯ

2) ควรศึกษารูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ ฯ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจวิถีชีวิตของเยาวชน และสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้กับครอบครัว

3) ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ เช่น นักเรียนชั้นประถมศึกษา หรือมัธยมศึกษาตอนปลาย เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติดได้เหมาะสมกับวัย

4) ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความยั่งยืนของภูมิคุ้มกันยาเสพติดเพื่อปรับกิจกรรมผู้เรียน

เอกสารอ้างอิง

กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. (2563). *รายงานสถิติคดีประจำปี พ.ศ. 2563.* http://www.djop.go.th/images/djopimage/year63-2.pdf.

กรมสุขภาพจิต. (2562). สำรวจพฤติกรรมวัยรุ่นไทยหนักสุดติดยา. https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=28478.

กุสุมา สว่างพันธุ์. (2558). ภูมิคุ้มกันยาเสพติดและสารเสพติดของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายในเขตตำบลดอนสมบูรณ์ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 3*(4), 498-513.

ทิศนา แขมมณี. (2560). *ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 21). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธีรวัฒน์ พงศ์ภาณุพัฒน์, และคณะ**.** (2565). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการเสพสารเสพติดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ตำบลอิสาณ อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 37*(3): 559-568.

นภีพัชร เกษรา. (2562). การถอดบทเรียนความสำเร็จของโครงการ ครูแดร์ (D.A.R.E.) ประเทศไทย สำหรับการแก้ไขปัญหายาเสพติดในเด็กนักเรียน กรณีศึกษา กองร้อยตำรวจตระเวนชายแดนที่ 117 อำเภอเมือง จังหวัดตราด. การค้นคว้าอิสระ หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง. www3.ru.ac.th/mpa-abstract/files/2562_ 1582275307_6114830064.pdf.

นาถนภา นกดี. (2563). *การศึกษาความสัมพันธ์ของภาระงานทางคลื่นสมองในการทำงานสองอย่างพร้อมกันจาก การ*

จดจำระยะสั้น [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยศิลปากร.

บุษราภรณ์ ติเยาว์, ปาริชาติ วลัยเสถียร, และวิวัฒน์ หามนตรี. (2562). ขบวนการจิตอาสา : การขัดเกลาทางสังคมกับการพัฒนาตนของเยาวชนใน กรุงเทพมหานครและปริมณฑล. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร, 7*(ฉบับเพิ่มเติม), 67-78.

วรางคณา จันทร์คง, และปาจรีย์ ผลประเสริฐ. (2561). แนวทางการสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติดในกลุ่มเด็กและเยาวชนนอกสถานศึกษา ในจังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข, 4*(1), 65-74.

ศรณรงค์ ปล่องทอง และคณะ. (2565). *การประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักต่อผลกระทบการใช้กัญชาของเยาวชนนอกระบบ จังหวัดศรีสะเกษ*. รายงานวิจัย. กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.).

ศุลีวงศ์ สนสุผล, สุรีย์ จันทรโมลี, และประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2561). ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการเสพสารเสพติดในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดบุรีรัมย์. *รมยสาร, 16*(1), 207-224.

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2563). *จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมด ปีงบประมาณ 2565-2566*. http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=4596&Itemid=53.

สุริยัน บุญแท้. (2563). *โครงการสำรวจทัศนคติและพฤติกรรมการใช้สารเสพติด: กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 - 65 ปี ใน 20 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ.* รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

สุกานดา จันทวารีย์, และสุทธิพันธ์ อรัญญวาส. (2560). กลยุทธ์การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติดในสถานศึกษา. *วารสารวิชาการธรรมทรรศน์, 17*(3), 389-401.

สุทธญาณ์ จำปาทอง, จำเนียร พลหาญ, และอุรสา พรหมทา. (2564). รูปแบบการพัฒนาทักษะชีวิตของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย. *วารสารวิชาการธรรมทรรศน์, 21*(4), 129-141.

สุวพันธุ์ คะโยธา, และวุธิพงศ์ ภักดีกุล. (2561). ปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดและปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันยาเสพติดของเยาวชนในโรงเรียนมัธยมศึกษา เขตเทศบาลนครสกลนคร. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 21*(3), 85-95.

สำนักงานคณะกรรมการศึกษาขั้นพื้นฐาน และสำนักงานคณะกรรมการป้องกัน และปราบปรมยาเสพติด. (2558). *แนวทางการจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อการสร้างภูมิคุ้มกันปัญหายาเสพติด ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2566). นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกันปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด (พ.ศ. 2566-2570). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.

Atkinson, R. C., & Shiffrin, R. M. (1968). Human memory: a proposed system and its control processes. In: Spence KW, Spence JT, editors. *The psychology of learning and motivation* (Volume 2). Academic Press.

Locke, A. E., & Latham, P. G. (1990). *A theory of goal setting and task performance*. Prentice-Hall.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Dow-Jones/Irwin.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2023). *World drug report 2023* [Internet]. United Nations Publication. http://www.unodc.org/res/WDR-2023/WDR23_Exsum_fin_DP.pdf

Yaimai, W., Oopakarn, K., Phumvichitr, C., Anukulkijkul, C., Pornnoparat, N., Yindeepolcharoen, N., Uthong, N., Charoenjai, N., Rachapongthai, N., Theeraphanvikul, R., Ruamma, S., Soontrapornchai., Srimahachota, S., Rattanasumawong, W., Rangsin, R., and Sakboonyarat, B. (2019). Prevalence and associated risk factors of substance abuse among adolescents in rural communities, central Thailand: a cross-sectional study. *Journal of Southeast Asian Medical Research, 3*(2), 73-81.

การบำบัดทางการพยาบาลเพื่อช่วยลดความรุนแรงของอาการประสาทหลอนทางการได้ยินในผู้ป่วยจิตเวช

Nursing Interventions in Reducing the Severity of Auditory Hallucinations in Psychiatric Patients

Received: April 2, 2024
Revised: June 19, 2024
Accepts: June 28, 2024

พุทธวรรณ ชูเชิด (ปร.ด.)[1], สุวรรณา เชียงขุนทด (ปร.ด.)[1]
Puthawan Choocherd (Ph.D.)[1], Suwanna Chiangkuntod (Ph.D.)[2]

บทคัดย่อ

อาการประสาทหลอนทางการได้ยินเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยจิตเวชโดยเฉพาะโรคจิตเภท โรคจิตชนิดอื่น ๆ และโรคซึมเศร้าในระยะรุนแรง นอกจากนี้ยังพบอาการประสาทหลอนทางการได้ยินในผู้ที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการเสพสารเสพติดบางชนิดทั้งในระยะเมาสารและระยะถอนสาร และในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานอย่างมากและยังเป็นปัจจัยสำคัญในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยรวม การบำบัดเพื่อควบคุมอาการประสาทหลอนทางการได้ยินที่ได้ผลดีที่สุดคือการบำบัดด้วยยาต้านโรคจิต ส่วนการบำบัดทางจิตสังคมโดยการให้ผู้ป่วยยอมรับและปรับตัวอยู่กับเสียงแว่วจะช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เช่น การบำบัดการรู้คิดและการปรับพฤติกรรม สติบำบัด และการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา เป็นต้น การบำบัดทางการพยาบาลมุ่งเน้นการบำบัดแบบองค์รวม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ มีอาการประสาทหลอนลดลง ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านร่างกายอย่างเหมาะสม สนับสนุนให้ผู้ป่วยหยุดฟังเสียงแว่ว ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมเชิงบวก การบริหารยา การพัฒนาทักษะการคิดและทักษะทางสังคม การดูแลต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับอาการประสาทหลอนทางการได้ยินและแนวทางการบำบัดทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเพื่อช่วยลดความรุนแรงของอาการประสาทหลอนทางการได้ยิน สำหรับพยาบาลจิตเวชและพยาบาลทั่วไป สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยทั้งในคลินิก การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน

คำสำคัญ: อาการประสาทหลอนทางการได้ยิน, ผู้ป่วยจิตเวช, การบำบัดทางการพยาบาล, การพยาบาล

[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, Thailand

[2] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, Thailand

Corresponding author: suwanna@siam.edu

Abstract

Auditory hallucinations are the most common symptom in psychiatric patients, especially schizophrenia, other types of psychosis, and major depressive disorder. In addition, auditory hallucinations are also found in people with psychotic symptoms resulting from the use of substance drugs, both during the intoxication and withdrawal stages and in elderly people with dementia. It causes great distress to the patient and is also a key factor in the suicide of psychiatric patients, as well as a high risk of violence and a negative impact on the patient's overall quality of life. The most effective therapy for controlling auditory hallucinations is antipsychotic therapy, while psychosocial therapy, such as cognitive behavioral therapy, behavior therapy, mindfulness therapy, and developing coping skills, will help patients to accept and adapt to the sounds of auditory hallucinations and reduce the patient's suffering. Nursing therapy focuses on holistic therapy, intending to allow patients to adapt, have fewer hallucinations, have their physical needs properly met, encourage patients to stop listening to noises, and promote Participation in positive activities, medication administration, development of thinking and social skills, and continued care at home with the patient's family. As a result, patients can self-manage and have a better quality of life.

The purpose of this article is to review knowledge about auditory hallucinations and effective nursing treatment guidelines to help reduce the severity of auditory hallucinations for psychiatric nurses and general nurses, which can be applied in taking care of patients both in the clinic and in Continuing care at home and in the community.

KEYWORDS: auditory hallucinations, psychiatric patients, nursing interventions, nursing

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาการประสาทหลอนทางการได้ยินหรืออาการหูแว่ว (Auditory Hallucinations) เป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยจิตเวช เป็นปัจจัยสำคัญที่ถูกนำมาใช้ในการจำแนกโรคเพื่อวินิจฉัยโรคจิตที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย (APA, 2013) และพบมากถึงร้อยละ 70 ในผู้ป่วยโรคจิตเภท (Tsang et al., 2021) และผู้ป่วยโรคจิตชนิดอื่น ๆ เช่น โรคไบโพลาร์ในระยะแมเนีย โรคเครียดหลังเผชิญภยันตราย (Post-Traumatic Stress Disorder) โรคบุคลิกภาพผิดปกติ (Borderline personality disorder) โดยมีอัตราความชุกตลอดชีพ (Lifetime prevalence) สูงถึงร้อยละ 60-80 (Firdaus et al., 2023) อาการประสาทหลอนมักเป็นอาการของโรคทางจิตโดยเฉพาะโรคจิตเภท แต่ก็อาจเป็นผลมาจากการใช้สารเสพติด ความผิดปกติทางระบบประสาท และอาจเกี่ยวข้องกับอาการอื่น ๆ เช่น ภาวะเพ้อ (Delirium) หรือสมองเสื่อม (Dementia) (APA, 2013) อาการหูแว่วพบในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) ประมาณร้อยละ 8.9 ส่วนภาวะสมองเสื่อม (Dementia with Lewy Bodies, DLB) พบได้ประมาณร้อยละ 30.8 โดยเสียงที่ได้ยินส่วนใหญ่เป็นเสียงพูด (Verbal hallucinations) เสียงอื่น ๆ หรือเสียงดนตรีพบได้น้อย (Eversfield & Orton, 2019) ซึ่งโดยทั่วไปผู้ป่วยจะไม่มีภาวะหวาดระแวงร่วมด้วย (Frei & Truong, 2017)

อาการประสาทหลอนทางการได้ยินในผู้ที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการเสพสารเสพติด (Substance Induced Intoxication) เกิดจากกลุ่มยาและสารกระตุ้นประสาท (Stimulating Substances) เช่น ยากลุ่มแอมเฟตามีน (ยาบ้าและไอซ์) โคเคนและกระท่อม กลุ่มยาและสารหลอนประสาท (Hallucinogens) เช่น แอลเอสดี ไซโลไซบิน เมสคารีน

พีซีพี เคตามีน กลุ่มยาและสารเสพติดอื่นๆ (Others) ได้แก่ ยาอี กัญชา ภาวะพิษจากสารกระตุ้น (Amphetamine Intoxication) ในผู้ที่มีประวัติเสพยาเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนในปริมาณมาก ผู้ป่วยจะมีอาการหูแว่วว่ามีคนสั่งให้กระโดดจากที่สูง หรือสั่งให้ทำร้ายบุคคลอื่น ส่งผลให้กระทำบางอย่างที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ส่วนอาการหูแว่วจากภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal) จะได้ยินเสียงข่มขู่ พูดให้ร้าย โดยอาการจะเป็นมากในเวลากลางคืน (พฤทธิ์ ทองเพ็งจันทร์ และอัจฉรา วิไลสกุลยง, 2564)

ผู้ป่วยจะทุกข์ทรมาน วิตกกังวลและรบกวนผู้ป่วยมาก (Chadwick et al., 2016) แม้ว่าผู้ป่วยจะรับประทานยาสม่ำเสมอก็ตามก็ยังมีผลกระทบต่อสุขภาพจิต ความผาสุก และคุณภาพชีวิตอย่างรุนแรง เป็นปัจจัยสำคัญในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเภท (Turkington et al., 2016; Pandarakalam, 2016) มีการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความรุนแรงของอาการประสาทหลอนทางการได้ยินกับอาการซึมเศร้า และการขาดดุลทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท (Abdelraof etal., 2023) อาการประสาทหลอน หูแว่วว่าจะถูกทำร้ายส่งผลให้มีโอกาสก่อความรุนแรงที่จะตอบโต้กลับ คือ มีอาการคลุ้มคลั่ง ก้าวร้าว และมีพฤติกรรม อารมณ์ เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ถือเป็นอาการแสดงทางจิตที่เสี่ยงสูงต่อการทำอันตรายตนเอง ผู้อื่น และชุมชนแวดล้อม (Darrell-Berry et al., 2016)

การลดความรุนแรงของอาการประสาทหลอนทางหูทำได้หลายวิธี ได้แก่ การบำบัดด้วยยา การทำจิตบำบัดและการใช้โปรแกรมการฝึกสติบำบัด (Mindfulness Training Program) ที่ได้รับการพัฒนามาอย่างเหมาะสม (Bergmann et al., 2021; ปภาจิต บุตรสุวรรณและคณะ 2566) โดยทั่วไปพยาบาลจิตเวชเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับอาการประสาทหลอนทางการได้ยินได้อย่างเหมาะสม แต่อย่างไรก็ตามอาการประสาทหลอนทางการได้ยินนั้นยังพบได้ในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ผู้เขียนจึงเสนอแนวทางการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อลดความรุนแรงของอาการประสาทหลอนทางการได้ยินสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในทุกมิติของการดูแลเพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน ลดความทุกข์ทรมาน และช่วยส่งเสริมความผาสุกให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์บทความ

1. เพื่อทบทวนความรู้และแนวทางการบำบัดเพื่อช่วยลดความรุนแรงของอาการประสาทหลอนทางการได้ยินที่มีประสิทธิภาพ

2. นำเสนอแนวทางการบำบัดทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเพื่อช่วยลดความรุนแรงของอาการประสาทหลอนทางการได้ยินสำหรับพยาบาลจิตเวชและพยาบาลทั่วไป สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยทั้งในคลินิก การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน

ลักษณะของเสียงแว่วและอาการประสาทหลอนทางการได้ยิน

อาการประสาทหลอนทางการได้ยินหรืออาการหูแว่ว (Auditory Hallucinations) หมายถึง การรับรู้ทางประสาทสัมผัสที่ผิดปกติจากความจริงโดยปราศจากสิ่งเร้าภายนอก (APA, 2013) ซึ่งสามารถรับรู้ได้จากประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การเห็น การได้ยิน การสัมผัส การได้รับกลิ่นและการรับรสของลิ้น แต่อาการประสาทหลอนทางการได้ยินเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดถึงร้อยละ 75 ลักษณะที่พบบ่อยคือแว่วเสียงคนพูดคุยกัน หรือวิพากษ์วิจารณ์ตัวผู้ป่วย หรืออาจเป็นเสียงๆ เดียวที่คอยพูดต่อว่า หรือผู้ป่วยจะทำอะไรก็วิจารณ์ไปหมด เสียงนี้ได้ยินไม่เป็นเวลา กลางวันหรือกลางคืนก็ได้ยินพอๆ กัน ถ้าเสียงภายนอกดังเสียงนี้อาจเบาลงหรือหายไป (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558) อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น เห็นคนที่คุ้นเคยมาพูดด้วย หรือได้ยินแต่เสียง เสียงแว่วที่ได้ยินมักได้ยินเสียงคนพูดเป็นเรื่องราว อาจเป็นเสียงของบุคคลที่ผู้ป่วยรู้จักหรือไม่รู้จักก็ได้ และขณะที่ได้ยินก็รู้ตัวดีอยู่ตลอด เสียงแว่วนั้นอาจดังอยู่ในหูหรือก้องอยู่ในหัวของผู้ป่วย หรืออาจเป็น

เสียงความคิดของผู้ป่วยเอง หรือได้ยินเสียงของตนเองขณะที่คิดในใจ

สาเหตุของอาการประสาทหลอนทางการได้ยินอธิบายด้วยทฤษฎีชีวเคมีเกี่ยวกับด้านปัจจัยทางชีวภาพได้ว่าเกิดจากสารสื่อประสาทโดพามีนที่หลั่งมากผิดปกติใน Mesolimbic tract และน้อยเกินไปที่ Mesocortical (พิมพ์ชนา ศิริเหมอนนต์และคณะ, 2555) อาการหูแว่วที่มีสาเหตุจากโรคทางกาย (Organic Psychosis) เสียงที่ได้ยินมักจะเป็นเสียงที่ไม่เป็นเรื่องเป็นราว (Elementary Hallucination) เช่น เสียงวี้ ๆ เสียงหึ่ง ๆ ของเมลง เสียงลม เสียงดนตรี เสียงผิวลมปาก ส่วนเสียงแว่วที่มีสาเหตุมาจากด้านจิตใจ (Functional Psychosis) เสียงแว่วจะเป็นเสียงคนที่พูดคุยกันเป็นเรื่องเป็นราว เป็นคำหรือประโยคก็ได้ อาจเป็นคนเดียวหรือหลายคน เป็นเพศใดก็ได้ หรือเป็นการโต้ตอบกันของเสียงทั้งเพศชายและเพศหญิง ผู้ป่วยอาจจะรู้จักเจ้าของเสียงนั้นหรือไม่รู้จักก็ได้ คำพูดนั้นในด้านเนื้อหาอาจเป็นคำชม คำติเตียน วิพากษ์วิจารณ์คนอื่นหรือตัวผู้ป่วย คำสั่ง คำขอร้อง คำหยาบคาย หรือผู้ป่วยอาจได้ยินเสียงความคิดของตนเอง (Audible though) เสียงแว่วที่ได้ยินจะได้ยินไม่เป็นเวลา กลางวัน กลางคืนมีความถี่ของการได้ยินใกล้เคียงกัน เสียงจะเบาลงหากรอบตัวผู้ป่วยมีเสียงที่ดึงดูดความสนใจและดังกว่า

กล่าวโดยสรุปคือ เสียงแว่วที่ได้ยินนั้นพบได้ทั้งเสียงแว่วที่ดี (Positive voice hearing) และเสียงแว่วที่ไม่ดี (Negative voice hearing) ถ้าเป็นเสียงแว่วที่ดีจะเป็นเสียงที่พูดให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือ สร้างความสนุกสนานและเป็นมิตร ผู้ป่วยจะสามารถปรับตัวเข้ากับเสียงแว่วได้ ส่วนเสียงแว่วที่ไม่ดี เช่นเสียงต่อว่าดุด่า คำสั่งให้ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น คำพูดหยาบคาย ผู้ป่วยจะรู้สึกทุกข์ทรมานในเสียงที่ได้ยิน ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับเสียงได้ มีความเชื่อที่ผิด ๆ เกิดความวิตกกังวล รู้สึกโดดเดี่ยวและซึมเศร้า (Brand et al., 2022) ผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนทางการได้ยินจะมีความวิตกกังวลในระดับสูง คิดหมกมุ่นกับเสียงแว่วที่ได้ยิน รู้สึกว่าเสียงแว่วนั้นมีพลังและมีอำนาจควบคุมชีวิต ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และคุณภาพชีวิตไม่ดี ทำให้การตอบสนองของระบบประสาทต่อการกระตุ้นการได้ยินจากภายนอกลดลง (Knott et al., 2020) นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างความดังของเสียงที่ได้ยินกับความรุนแรงของอาการหลงผิด โดยร้อยละ 30 ของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้ยินเสียงแว่วชนิดสั่งการมีความรู้สึกทุกข์ทรมานกว่าการได้ยินเสียงตำหนิหรือต่อว่าและเป็นปัจจัยชักนำให้เกิดการฆ่าตัวตาย (Suicides) หรือฆ่าคนในครอบครัว (Homicides) (Pandarakalam, 2016)

การประเมินอาการประสาทหลอนทางการได้ยิน

การประเมินทำได้ใน 2 รูปแบบคือ การสังเกตและการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างมาโดยเฉพาะหรือแบบสอบถามอาการทางจิต ดังนี้

1. การประเมินโดยการสังเกตและการสัมภาษณ์ ควรประเมินอาการประสาทหลอนเป็นระยะ ๆ โดยเฉพาะเนื้อหาของอาการประสาทหลอน ผู้ป่วยที่มีอาการหูแว่วจะแสดงพฤติกรรมผิดปกติที่สังเกตได้ เช่น ทำท่าทางคล้ายกำลังฟังเสียงบางอย่าง หรือมีอาการพูดคนเดียวซึ่งเป็นการโต้ตอบกับเสียงที่ได้ยิน โดยใช้คำถามว่า “ได้ยินเสียงคน มาพูดคุยแต่ไม่เห็นตัวคนพูดบ้างหรือไม่” หรือ “ได้ยินเสียงคนมาพูดหรือสั่งให้ทำอะไรบ้าง หรือไม่” ควรรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการประสาทหลอนทางการได้ยินของผู้ป่วยให้ครอบคลุมว่าเกิดขึ้นอย่างไร ช่วงเวลาที่เกิด ความถี่ ระดับความดังของเสียง การควบคุมตนเองขณะได้ยินเสียง ความชัดเจนของเสียง กระแสเสียงหรือความสูงต่ำของเสียง อาการขาดสมาธิ และความรู้สึกทุกข์ทรมาน และประสบการณ์ที่ไม่พึงพอใจ ได้แก่ ความรุนแรง การสั่งให้กระทำสิ่งที่เป็นอันตราย ความตั้งใจที่จะทำตามคำสั่งจากเสียงแว่วนั้น (Buccheri et al., 2013) สาเหตุนำและกระตุ้นก่อนเกิดอาการประสาทหลอนหรือความสัมพันธ์กับสถานการณ์หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนพฤติกรรมตอบสนองหรือวิธีการต่อสู้กับปัญหาของผู้ป่วย ควรบันทึกคำพูดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องรวมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลในขณะนั้น

2. การประเมินโดยใช้แบบสอบถาม ธิดารัตน์ คะนึงเพียร (2548) ได้พัฒนาแบบประเมินลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่ว (Characteristics and Severity of Auditory Hallucination Scale: CSAH) จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-50 โดยคะแนนที่สูงขึ้นสะท้อนถึงระดับประสาทหลอนทางหูที่สูงขึ้น มีค่าความเที่ยงอัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .78 นอกจากนี้ บุคเชอรี่และคณะ (Trygstad et al., 2015) ได้พัฒนาแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์อาการหูแว่วของผู้ป่วย ชื่อว่า Auditory Hallucination Interview Guide Short Form (AHIG) เป็นการประเมินประสบการณ์ในอดีตและปัจจุบันของผู้ป่วย มีจำนวน 32 ข้อ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาที

สำหรับแบบประเมินอื่น ๆ ที่แปลเป็นภาษาไทยสามารถใช้ประเมินผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตและมีข้อคำถามเกี่ยวกับอาการประสาทหลอนทางการได้ยิน ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) แบบประเมินอาการทางจิตผู้ป่วยจิตเภท (Positive and Negative Syndrome Scale: PANSS) การประเมินภาวะถอนพิษสุรา ได้แก่ แบบประเมิน MINDS (Minneapolis Detoxification Scale) แบบประเมินอาการขาดสุรา (AWS: Alcohol withdrawal scale) และแบบประเมิน CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised) เป็นต้น

การบำบัดอาการประสาทหลอนทางการได้ยิน

1. การบำบัดด้วยยา การบำบัดด้วยยาเป็นการรักษาลำดับแรกที่ช่วยลดความรุนแรงของอาการลงได้อย่างรวดเร็วและแพร่หลายมากที่สุดในการช่วยควบคุมอาการเสียงแว่วและช่วยให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น ยาต้านโรคจิต (Antipsychotics) ทุกชนิดมีฤทธิ์ต้านอาการประสาทหลอนได้ (Pandarakalam, 2016) ร่วมกับการบูรณาการการรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ ทางจิตสังคม (Integrated approach) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้ป่วยจะรับประทานยาในขนาดที่เหมาะสมก็ยังพบว่าอาการประสาทหลอนทางการได้ยินยังคงมีอยู่ (Pandarakalam, 2016) ร้อยละ 8 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับประทานยาต่อเนื่อง 1 ปีจะยังคงมีอาการหูแว่วในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (Trygstad et al, 2012) การรักษาด้วยยาต้านโรคจิตได้รับการยอมรับว่าได้ผลดีในการรักษาอาการหูแว่วมากที่สุด (Heinssen et al., 2000) โดยยาที่ใช้ คือ ยารักษาโรคจิตเภทกลุ่มดั้งเดิม (Conventional antipsychotic drug) ได้แก่ Haloperidol, Perphenazine หรือ Chlorpromazine

2. การบำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า

การรักษาด้วยไฟฟ้านั้นจะทำเมื่อรักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล อาการหูแว่วยังคงมีอยู่ตลอดเวลาและมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย แต่ให้ผลดีไม่เท่าการรักษาด้วยยา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558)

3. การบำบัดทางจิตสังคม

3.1 การบำบัดด้วยแนวคิดทฤษฎีการบำบัดการรู้คิดและการปรับพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy: CBT) สามารถนำมาใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาเพื่อลดอาการทางบวกในผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งในระยะเกิดโรคครั้งแรกและระยะเรื้อรังได้ โดยเบคและคณะ (Beck et al., 1993) ให้ความหมายว่าเป็นระบบของการบำบัดทางจิตที่พยายามลดปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Excessive emotional reactions) และพฤติกรรมที่สร้างทุกข์ให้กับตัวเอง (Self-defeating) โดยปรับเปลี่ยนความคิดที่มีความคลาดเคลื่อนบิดเบือนจากความจริง รวมทั้งความเชื่อที่ทำให้การปรับตัวไม่เหมาะสมและเป็นสาเหตุของการแสดงออก การรักษาด้วยแนวคิดนี้เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพในการช่วยลดความถี่และความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจของเสียงแว่ว สำหรับผู้ป่วยโรคจิตหรือจิตเภทระยะเรื้อรังที่มีอาการหูแว่ว (Turner et al., 2020) ผู้บำบัดมีหน้าที่เหมือนครูฝึกที่กระตุ้นผู้ป่วย ช่วยให้เรียนรู้เทคนิคต่าง ๆ และให้ฝึกฝนให้ผู้ป่วยแยกแยะประเมินและตอบโต้กับความคิดและความเชื่อที่ไม่เป็นประโยชน์ของตนเอง ให้เห็นลักษณะความคิดใน

ปัจจุบันและเรียนรู้กับทักษะใหม่ ๆ โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกล้าท้าทายการตีความความคิดที่ไม่สมเหตุผลว่าเสียงแว่วนั้นมีอำนาจเหนือตนและไม่สามารถควบคุมได้ และปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมโดยการหันเหความสนใจออกไปจากเสียงด้วยเทคนิคการทำให้ขาดสมาธิ (Distraction technique) อย่างไรก็ตามการบำบัดด้วยการรู้คิดและการปรับพฤติกรรมมีข้อจำกัดคือ ผู้ป่วยต้องเป็นผู้ที่มีการตระหนักรู้และยอมรับการเจ็บป่วย (Insight) มีระดับสติปัญญาสูงที่จะช่วยให้เข้าใจการคิดเชิงนามธรรม (Pandarakalam, 2016) และมีพื้นฐานของความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วย

3.2 การบำบัดด้วยแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมบำบัด (Behavior therapies) ได้แก่ การยอมรับและความมุ่งมั่น (Acceptance and commitment therapy: ACT) พบว่าได้ผลดีในการลดอาการหูแว่วและเพิ่มความสามารถในการรู้สึกควบคุมได้ของผู้ป่วย (Ashry et al., 2021) จัดเป็นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในยุคที่ 3 (Third wave CBT) ซึ่งเป็นการนำเอาแนวคิดทางพุทธศาสนามาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในแบบตะวันตกโดยการบำบัดแบบนี้ เน้นการให้ผู้ป่วยเห็นธรรมชาติของความคิดและอารมณ์ที่ไม่เที่ยง มีทั้งสุขและทุกข์ เปลี่ยนแปลงไปเรื่อย ๆ หลีกเลี่ยงไม่ได้ ความตระหนักรู้ในธรรมชาติของอารมณ์และความคิด นำไปสู่การยอมรับและมีความยืดหยุ่นทางความคิดเพิ่มมาก โดยเทคนิคของ Third wave CBT นั้นอาจชวนให้คนไข้ข้ามไปมองเลยว่า “มันเป็นแค่ความคิด” แล้วไม่ต้องไปใส่ใจเนื้อหาความคิดนั้นเลยก็ได้ (ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร, 2565) แนวคิดการบำบัดดังกล่าวนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่มีมาก่อนหน้านี้ว่ายิ่งผู้ป่วยจิตเภทให้ความสำคัญกับการค้นหาความหมายของเสียงแว่วมากเท่าไรก็จะทำให้ผู้ป่วยขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมและทุกข์ทรมานมากขึ้นจากความคิดหมกมุ่นที่จะพยายามแปลความหมายของเสียงแว่วนั้นอยู่ตลอดเวลา ผู้บำบัดจึงควรให้ความสำคัญกับปฏิกริยาตอบสนองต่อเสียงมากกว่าการค้นหาว่าผู้ป่ายรับรู้ต่อเสียงแว่วนั้นอย่างไร

4. การบำบัดด้วยวิธีการอื่นๆ

การบำบัดเพื่อลดความรุนแรงของอาการหูแว่วในปัจจุบันมีรูปแบบที่ได้รับการยอมรับกันอย่างแพร่หลาย รวมถึงแนวทางอภิปัญญา (Metacognition) ซึ่งเป็นปัญญาระดับสูงสุดของการเรียนรู้เป็นความสามารถของบุคคลที่ระลึกรู้ว่าตนรู้อะไร ยังไม่รู้ในสิ่งใด และสามารถควบคุมและตรวจสอบความคิดทั้งหมดของตนเองได้ (สรวงพร กุศลส่ง, และมนสิช สิทธิสมบูรณ์, 2560) บุคคลจะสามารถนำประสบการณ์ในการคิดนั้นมาใช้ในการเรียนรู้หรือการทำงานให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ มีการศึกษาพบว่าการบำบัดด้วยอภิปัญญาร่วมกับการฝึกสติหรือสติบำบัด (Mindfulness) ซึ่งเป็นการฝึกให้มีสมาธิและจดจ่อต่อสถานการณ์ที่เป็นปัจจุบันนั้นเป็นปัจจัยสำคัญในการทำความเข้าใจกลไกการคิดซึ่งเป็นที่มาของอาการประสาทหลอนในโรคจิตเภท ช่วยส่งเสริมการฟื้นหายจากอาการทางจิต ส่งผลให้การทำหน้าที่ทางจิตสังคมดีขึ้น (Hochheiser et al., 2020) แต่ก็มีข้อควรระวังคือในบางกรณีโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถก้าวข้ามประสบการณ์ที่เจ็บปวด การใช้สติบำบัดอาจส่งผลให้เกิดความรู้สึกแปลกแยกเมื่อต้องฝึกสติเพื่ออยู่กับตนเอง

เป้าหมายของการบำบัดผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนทางการได้ยิน คือ การควบคุมเสียงแว่วหรือการลดความรุนแรงของอาการประสาทหลอนโดยการให้ผู้ป่วยยอมรับอาการดังกล่าวและการสอนให้ผู้ป่วยเผชิญกับเสียงแว่วนั้น ด้วยการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการจัดการอาการและการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติที่ไม่เหมาะสมต่ออาการประสาทหลอน (Sari & Sriati, 2023) ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการควบคุมอาการประสาทหลอนคือทัศนคติของผู้ป่วย เทคนิคในการบำบัดมีหลายวิธี เช่น การฝึกให้ผู้ป่วยเพิกเฉยต่อการได้ยินเสียงแว่ว โดยการ “หยุด” ติดตามเสียง และให้สนใจกับสิ่งที่เป็นจริงซึ่งอยู่รอบตัว เป็นต้น

การใช้ดนตรีบำบัดด้วยการให้ฟังเพลงเป็นประจำโดยการฟังเพลงที่มีจังหวะช้า โทนเสียงต่ำ มีเสียงประสานและเป็นเพลงที่มีเนื้อร้อง จะช่วยลด

อาการประสาทหลอนทางการได้ยินในผู้ป่วยจิตเภท และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Witusik & Pietras, 2019) รวมไปถึงการเล่นเครื่องดนตรีต่าง ๆ อีกด้วย ในทางกลับกันการพยายามกลบเสียงแว่วด้วยการฟังเสียงอื่นซ้ำ ๆ โดยเฉพาะเสียงที่มีความถี่สม่ำเสมอ (White noise) เช่น เสียงธรรมชาติผ่านทางหูฟังนั้นกลับเป็นวิธีที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Turkington et al., 2016) เนื่องจากเสียงนั้นไม่มีความหมายเฉพาะต่อตัวผู้ป่วย และการใส่หูฟังยังทำให้ลดโอกาสติดต่อทางสังคมกับผู้อื่น ทำให้ไม่มีโอกาสพัฒนาทักษะในการจัดการที่มีประสิทธิภาพอีกด้วย ในทำนองเดียวกันการพยายามตะโกนโต้ตอบ (Shouting) กับเสียงแว่วนั้นก็เป็นวิธีจัดการอาการเสียงแว่วที่ไม่มีประสิทธิภาพเช่นกัน แต่จะยิ่งทำให้เพิ่มความโกรธ ความเครียดและความทุกข์ทรมานยิ่งกว่าเดิม

การบำบัดด้วยการพัฒนาทักษะในการเผชิญปัญหา (Coping) ที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้คำถามกระตุ้นการคิด (Socratic question) เทคนิคการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence technique) และการเผชิญความจริง (Reality testing) ให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการหรือเผชิญอาการเจ็บป่วยและการตอบสนองทางพฤติกรรมที่เหมาะสมหรือมีประโยชน์ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับที่ประทับใจและไม่ประทับใจที่ผ่านมาในชีวิตและการตอบสนองทางทางอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมของตนเองเพื่อสืบหาหลักฐานที่เป็นความคิดที่เกิดจากข้อสันนิษฐานที่ไม่ถูกต้อง และใช้การสอนให้เบี่ยงเบนความสนใจใหม่ (Distraction techniques) เช่น การทำงาน การอ่านหนังสือออกเสียงดัง ๆ หรือการทำกิจกรรมที่สร้างสรรค์ที่ผู้ป่วยชอบและมอบหมายให้ผู้ป่วยไปฝึกใช้ กลยุทธ์การจัดการอาการตามแนวทางใหม่ที่ผู้ป่วยวางแผนไว้ (ณัฐิกา ราชบุตร และ สุริยา ราชบุตร, 2561) เพื่อลดความทุกข์ทรมานในระยะสั้น ๆ ก่อนที่จะฝึกให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับการมีอยู่ของเสียงแว่วนั้น เมื่อเสียงที่ได้ยินแตกต่างกัน แนวทางในการรับมือกับเสียงแว่วนั้นก็ย่อมต้องแตกต่างกันออกไปด้วย

กลยุทธ์ในการรับมือกับเสียงแว่วที่มีประสิทธิภาพและได้รับการยอมรับยังมีอีกหลายวิธีให้ผู้ป่วยได้เลือกแนวทางที่เหมาะสมกับตนเอง เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจโดยการใช้สัตว์เลี้ยงมาเป็นเพื่อนเล่น การดูทีวีหรือภาพยนตร์ที่มีเนื้อหาไม่หนักเกินไปทำให้เกิดการติดตามเรื่องราวจากภาพและเสียงต่าง ๆ การฝึกการหายใจ (Breathing exercise) จำนวน 8-12 ครั้งต่อนาทีจะช่วยให้รู้สึกสงบลงและลดอาการวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้ การใช้ศิลปะบำบัดโดยผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น

การบำบัดทางการพยาบาลเพื่อลดความรุนแรงของอาการประสาทหลอนทางการได้ยิน

ถึงแม้ว่าอาการประสาทหลอนทางทางการได้ยินจะเป็นอาการทางจิตที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคทางจิตหรือผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม แต่การศึกษาเกี่ยวกับการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้โดยตรงมีไม่มากนัก (Gonçalves et al., 2021) สภาพยาบาลระหว่างประเทศ (International Council of Nurses, ICN) ให้แนวทางการบำบัดทางการพยาบาลผู้ที่มีอาการประสาทหลอนทางการได้ยินไว้ ดังนี้

1. การสังเกตอาการบางอย่างของผู้ป่วย เช่น มีท่าทางแสดงถึงการฟังเสียงบางอย่าง การหัวเราะแบบไม่มีที่มาที่ไป การพูดคนเดียว การมีความคิดหยุดชะงัก ขาดสมาธิและความสนใจ เมื่อมีอาการเหล่านี้ พยาบาลควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสตัวผู้ป่วยโดยไม่มีการเตือนล่วงหน้า เพราะอาจถูกผู้ป่วยเข้าใจผิดว่าเป็นภัยคุกคามต่อเขา

2. แสดงท่าทียอมรับในการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยให้บอกเล่าเกี่ยวกับอาการประสาทหลอนที่เป็นอยู่ ไม่แสดงท่าทีต่อต้านหรือไม่ยอมรับโดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อเสียงสั่งการที่ผู้ป่วยได้ยิน

3. ไม่ส่งเสริมอาการประสาทหลอนที่เป็นอยู่ โดยการใช้คำว่า “เสียงที่ได้ยิน” แทนคำว่า “พวกเขาเหล่านั้น” เมื่อพูดถึงเสียงแว่ว

4. แสดงออกให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าแม้ว่าเสียงนั้นเป็นจริงสำหรับผู้ป่วยแต่พยาบาลไม่ได้ยินเสียงนั้น เพื่อให้

ผู้ป่วยตระหนักว่าเสียงนั้นไม่มีจริงและเกิดจากความเจ็บป่วย

5. ใช้เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction technique) เพื่อนำผู้ป่วยกลับมาสู่โลกแห่งความเป็นจริง เช่น การฟังเพลง การดูโทรทัศน์ เป็นต้น

6. การใช้เทคนิคหรือกลยุทธ์ที่พัฒนามาโดยเฉพาะเพื่อการบำบัด

จากการทบทวนรายงานการวิจัยและเอกสารเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการประสาทหลอนทางการได้ยินพบว่า การบำบัดทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมีดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ด้วยการพูดคุยที่นุ่มนวล เป็นมิตรและอบอุ่น แสดงการยอมรับผู้ป่วย มีความอดทนในการรับฟัง เพื่อสร้างความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือและยอมรับการเจ็บป่วย ใช้คำพูดที่สั้น ชัดเจน เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่เหมาะสมเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีประสาทหลอนทางการได้ยิน คือ เทคนิคการบอกความเป็นจริง (Present reality) (ธนพล บรรดาศักดิ์, 2564) แนะนำให้ผู้ป่วยบอกเมื่อเกิดอาการประสาทหลอน และนั่งอยู่เป็นเพื่อนหรืออยู่ใกล้ ๆ พยาบาลควรให้ความสนใจ ไม่โต้แย้ง ขำ หรือเห็นเป็นเรื่องตลก ควรเอาใจใส่ผู้ป่วย สนทนากับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

2. การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด

จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในบริเวณที่พยาบาลสามารถเฝ้าสังเกตอาการได้อย่างใกล้ชิดตลอดเวลา มีบรรยากาศผ่อนคลาย อากาศถ่ายเทสะดวก ลดการกระตุ้นทางเสียง หรือแสงที่สว่างจ้า ไม่เป็นที่เงียบเกินไป ไม่เป็นมุมอับเพื่อช่วยลดภาวะเครียดของผู้ป่วยลง กรณีอยู่ในหอผู้ป่วยควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้ห้องทำงานพยาบาล เก็บวัตถุและสิ่งของที่อาจเป็นอันตรายกับผู้ป่วย มอบหมายงานในตึกที่ผู้ป่วยสามารถทำได้

3. การกระตุ้นให้เข้ากลุ่มบำบัดและการให้สุขภาพจิตศึกษา

กลุ่มบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชมีหลายรูปแบบ ได้แก่ กลุ่มกิจกรรม (Activity groups) กลุ่มให้ความรู้ (Educational groups) กลุ่มบำบัดเพื่อการรักษา (Therapeutic groups) กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self – help groups) โดยส่วนใหญ่จะพบการจัดกลุ่มบำบัดเพื่อการรักษามากที่สุด เช่น กลุ่มจิตบำบัด กลุ่ม Cognitive behavioral therapy เป็นต้น รองลงมาคือกลุ่มให้ความรู้ต่าง ๆ เช่น การผ่อนคลายความเครียด ทักษะการแก้ไขปัญหา ทักษะทางสังคม เป็นต้น

การเข้ากลุ่มบำบัดเป็นการหลีกเลี่ยงการเกิดประสาทหลอน ในขณะเดียวกันผู้ป่วยจะได้พบปะพูดคุยกับบุคคลอื่น แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหูแว่วและเรียนรู้ทักษะการเผชิญปัญหาแบบใหม่ โดยผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตมาก ๆ จัดอยู่ในระดับความสามารถน้อย (Lower level group) พยาบาลควรคัดเลือกให้เข้ากลุ่มที่ใช้ระดับความสามารถน้อย ๆ ได้ เช่น กลุ่มศิลปะบำบัด โดยการให้ผู้ป่วยมีสมาธิจดจ่อต่อสิ่งที่เกิดขึ้นตรงหน้า เพิกเฉยต่อเสียงที่ได้ยิน ซึ่งพบว่าจะช่วยควบคุมอาการและเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการหูแว่วได้ (Ibrahim & Samiaji, 2021) เมื่อผู้ป่วยอาการทางจิตดีขึ้น สามารถจัดให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มเรียนรู้วิธีการเผชิญกับความวิตกกังวลขณะอยู่ในสถานการณ์ที่สัมพันธ์กับอาการหูแว่วผ่านการให้สุขภาพจิตศึกษาในรูปแบบการบำบัดที่เน้นการรู้คิด (Cognitive - Oriented) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประเมินประสบการณ์อาการหูแว่วและความเชื่อเกี่ยวกับหูแว่วที่ผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีแนวทางและวิธีการในการเผชิญกับอาการหูแว่วทำให้หูแว่วลดลงได้ (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี และคณะ, 2559; พิมพ์ชนา ศิริเหมอนนต์ และคณะ, 2555) คุณสมบัติของพยาบาลที่จะบำบัดด้วยวิธีนี้ ควรเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการฝึกทักษะกับผู้เชี่ยวชาญจนมีความชำนาญในการบำบัดด้วย CBT

นอกจากนี้ Buccheri และคณะ (2013) ได้พัฒนากลยุทธ์การสอนสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนแบบรายบุคคล ภายใต้การสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมการเรียนรู้ ได้แก่ การสร้างความไว้วางใจ ปลอดภัย สภาพแวดล้อมเอื้ออำนวย และการใช้สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ต่าง ๆ ดังนี้ 1) พัฒนาการตระหนักรู้ถึงอาการประสาทหลอน 2) การพูดคุยกับใครสักคน 3) การฟังเพลง 4) การดูโทรทัศน์ 5) การพูดว่า “หยุด” การเมินเฉยและการไม่เชื่อฟัง 6) การใช้ที่อุดหู 7) การ

จัดการกับความวิตกกังวล 8) ทำตัวให้ยุ่งเข้าไว้ และการช่วยเหลือผู้อื่น 9) การรับประทานยา และ 10) การหลีกเลี่ยงยาเสพติดและแอลกอฮอล์

4. การดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา

พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการดูแลให้ได้รับยาต้านโรคจิต (Antipsychotics) ซึ่งถือเป็นการดูแลระยะแรกที่พยาบาลแสดงบทบาทเป็นผู้นำในการสร้างความเชื่อมั่นในการบำบัดเพราะผู้ป่วยนอกจากจะทุกข์ทรมานจากอาการประสาทหลอนแล้วยังมีความยากลำบากในการปรับตัวต่ออาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านโรคจิต ได้แก่ อาการทางระบบประสาท เช่น ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก บางรายมีอาการสั่น ตัวแข็ง อาการทางระบบ ต่อมไร้ท่อ อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการคัดตึงเต้านม น้ำนมไหลประจำเดือนขาด อาการต่อผิวหนังเป็นอาการแพ้แสงแดด และการดื่มน้ำมากผิดปกติคือมากกว่า 3 ลิตรต่อวัน และเนื่องจากผู้ที่มีอาการหูแว่วมักจะหมกมุ่นกับอาการดังกล่าว จนขาดความสนใจดูแลตนเอง พยาบาลจึงควรฝึกผู้ป่วยให้ควบคุมอาการประสาทหลอน การส่งเสริมให้ทำกิจกรรมหรือกิจวัตรตามตารางเวลาและให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายทั้งในด้านอาหารและน้ำ การพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอและการขับถ่ายอย่างเหมาะสมควบคู่กันไปอีกด้วย

5. การพัฒนาทักษะทางสังคม

การพัฒนาทักษะทางสังคมทำได้โดยการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน ทบทวนความรู้เรื่องโรค การสังเกตอาการผิดปกติที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เน้นย้ำการรับประทานยาลดอาการทางจิตเพื่อปรับสมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง เพื่อที่จะควบคุมอาการ สามารถอยู่กับอาการหูแว่ว ได้โดยไม่ให้ทุกข์ทรมานและไม่รบกวนชีวิตประจำวัน สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ประเมินสัมพันธภาพของญาติและครอบครัวรวมทั้งแนะนำแหล่งประโยชน์แก่ญาติและผู้ดูแลให้มีแนวทางดูแลผู้ป่วยขณะมีอาการผิดปกติอย่างเหมาะสม ไม่ส่งเสริมอาการให้รุนแรงขึ้น ตลอดจนการให้สุขภาพจิตศึกษาซึ่งสามารถช่วยเพิ่มความสามารถของครอบครัวในการควบคุมอาการประสาทหลอนทางการได้ยินของสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทได้ (Daryanto et al., 2023) เป็นการลดความวิตกกังวลของญาติและผู้ดูแลอีกด้วย

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่มีอาการประสาทหลอนทางการได้ยิน ควรประยุกต์ทฤษฎี หลักการพยาบาลจิตเวช และใช้ข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มุ่งเน้นไปที่การบำบัดแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคมและจิตวิญญาณ โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยหยุดฟังเสียงแว่ว ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมเชิงบวก การติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (Firdaus et al. 2023; ธนพล บรรดาศักดิ์, 2564) ผลลัพธ์ของการบำบัดทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนทางการได้ยิน คือ ผู้ป่วยมีการจัดการตนเอง (Self-management) ที่ดีขึ้นเกี่ยวกับอาการประสาทหลอน และอาการประสาทหลอนพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น คือ มีอาการประสาทหลอนด้านลบลดลง ความรุนแรงน้อยลง การทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นลดลง และไม่มีความตั้งใจที่จะกระทำตามเสียงสั่ง

สรุป

อาการประสาทหลอนทางการได้ยินเป็นอาการด้านบวกที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเวช การบำบัดที่ได้ผลดีคือการให้ยาต้านอาการทางจิตร่วมกับการบำบัดด้วยวิธีการอื่น ๆ การบำบัดทางการพยาบาลมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ มีอาการประสาทหลอนลดลง และได้รับการตอบสนองความต้องการด้านร่างกายอย่างเหมาะสม ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด การกระตุ้นให้เข้ากลุ่มบำบัดเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจและให้การเรียนรู้ใหม่ในวิธีเผชิญปัญหาเพื่อจัดการกับอาการหูแว่ว การบริหารยาและติดตามดูแลอาการไม่พึงประสงค์ การพัฒนาทักษะทางสังคมของผู้ป่วย

ส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วย พยาบาลควรพัฒนาตนเองอยู่เสมอเพื่อให้สามารถใช้ความรู้ ทักษะ และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการใช้เทคนิคในการบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ ได้อย่างเต็มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนทางการได้ยินให้ปลอดภัยและมีความสุขในชีวิตมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

ณัฐิกา ราชบุตร และสุริยา ราชบุตร. (2561). การบำบัดด้วยแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคจิตเภท : การทบทวนงานวิจัยเพื่อใช้ในการปฏิบัติในประเทศไทย.*วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, *21*(1), 163-177.

ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร. (2565). *Basic skills in CBT*. กรุงเทพ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธนพล บรรดาศักดิ์. (2564). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท: กรณีศึกษา. *เวชสารแพทย์ทหารบก, 74*(3):221-232.

ปภาจิต บุตรสุวรรณ, สกาวรัตน์ พวงลัดดา, รัตน์ดา นราภักดิ์, และพุทธวรรณ ชูเชิด. (2566*).* ผลของโปรแกรมสติบำบัดเพื่อลดความรุนแรงของอาการประสาทหลอนทางหูในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพุทธจิตวิทยา*, *8*(2), 168-181.

พฤทธิ์ ทองเพ็งจันทร์, และอัจฉรา วิไลสกุลยง. (2564). *คู่มือแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตและสารเสพติด* สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

สรวงพร กุศลส่ง และมนสิช สิทธิสมบูรณ์. (2560). การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมยุทธวิธีการรู้คิดสำหรับนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏ. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, *19*(1), 114-130.

พิมพ์ชนา ศิริเหมอนนต์, อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, และอทิตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง. (2555). การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท: การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้ในการปฏิบัติ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 57*(2): 235-248.

มาโนช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4 ฉบับเรียบเรียง). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, อนงค์นุช ศาโศรก, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชุรีภรณ์ เสียงล้ำ, และวีร์ เมฆวิลัย (บ.ก.). (2559). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข)* พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

Abdelraof, A., Hamed, S., & Abd ELhay, E. (2023). The impact of auditory hallucinations severity on social skills and depressive symptoms among schizophrenic patients. *Mansoura Nursing Journal*, *10*(1), 155-166. doi: 10.21608/mnj.2023.320383

American Psychiatric Association [APA]. (2013*). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM 5)*. Arlington, VA: APA.

Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. & Liese, B.S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: The Guilford Press.

Bergmann, N., Hahn, E., Hahne, I., Zierhut, M., Ta, T. M. T., Bajbouj, M., Pijnenborg, G. H. M., & Böge, K. (2021). The relationship between mindfulness, depression, anxiety, and quality of life in individuals with schizophrenia spectrum disorders. *Frontiers in psychology*, *12*, 708808. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.708808

Brand, R. M., Badcock, J. C., & Paulik, G. (2022). Changes in positive and negative voice content in cognitive-behavioural therapy for distressing voices. *Psychology and psychotherapy*, *95*(3), 807–819. https://doi.org/10.1111/papt.12399

Buccheri, R. K., Trygstad, L. N., Buffum, M. D., Birmingham, P., & Dowling, G. A. (2013). Self-management of unpleasant auditory hallucinations: a tested practice model. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, *51*(11), 26–34.

https://doi.org/10.3928/02793695-20130731-02

Chadwick, P., Strauss, C., Jones, A. M., Kingdon, D., Ellett, L., Dannahy, L., & Hayward, M. (2016). Group mindfulness-based intervention for distressing voices: A pragmatic randomized controlled trial. *Schizophrenia research*, *175*(1-3), 168–173. https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.04.001

Darrell-Berry, H., Berry, K., & Bucci, S. (2016). The relationship between paranoia and aggression in psychosis: A systematic review. *Schizophrenia research*, *172*(1-3), 169–176. https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.02.009

Daryanto D., Irfan A., & Triana S. M. (2023). Effect of psycho-education enrichment on family's ability to control hallucinations in people with schizophrenia: pre-experimental study. *Health Education & Health Promotion*, *11*(1), 111-116.

Deborah L. Ellison, Cynthia K. Meyer. (2020). Presence and therapeutic listening. *Nursing Clinics of North America*, *55*(4), 457-465.

El Ashry, A. M. N., Abd El Dayem, S. M., & Ramadan, F. H. (2021). Effect of applying "acceptance and commitment therapy" on auditory hallucinations among patients with schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing*, *35*(2), 141–152. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.01.003

Eversfield, C. L., & Orton, L. D. (2019). Auditory and visual hallucination prevalence in Parkinson's disease and dementia with Lewy bodies: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *49*(14), 2342–2353. doi:10.1017/S0033291718003161

Firdaus, R., Hernawaty, T., Suryani, S., & Banda, strategies - A case study on adolescents with hearing hallucinations. *The Journal of Palembang Nursing Studies*, *2*(3), 186–195. https://doi.org/10.55048/jpns89

Frei, K., & Truong, D. D. (2017). Hallucinations and the spectrum of psychosis in Parkinson's disease. *Journal of the neurological sciences*, *374*, 56–62. https://doi.org/10.1016/j.jns.2017.01.014

Gonçalves, P.D., Sampaio, F.M., da Cruz Sequeira, C.A., & Paiva e Silva, M.A. (2021). Nursing process addressing the nursing focus "hallucination": A scoping review. *Clinical Nursing Research*, *30*, 392 - 400.

Hochheiser, J., Lundin, N. B., & Lysaker, P. H. (2020). The Independent Relationships of Metacognition, Mindfulness, and Cognitive Insight to Self-Compassion in Schizophrenia. *The Journal of nervous and mental disease, 208*(1), 1–6. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001065

Ibrahim, M., & Samiaji. (2021). The effectiveness of drawing occupation therapy on the ability to control hallucinations in schizophrenia: literature review. *KnE Life Sciences*, *6*(1), 635-641. https://doi.org/10.18502/kls.v6i1.8737

Knott, V., Wright, N., Shah, D., Baddeley, A., Bowers, H., de la Salle, S., & Labelle, A. (2020). Change in the neural response to auditory deviance following cognitive therapy for hallucinations in patients with schizophrenia. *Frontiers in psychiatry*, *11*,555. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00555

Pandarakalam, J. P. (2016). Pharmacological and non-pharmacological interventions for persistent auditory hallucinations in schizophrenia. *British journal of medical practitioners*, *9*(2), 1-8.

Sari, L., & Sriati, A. (2023). Interventions to challenge auditory hallucinations through strengthening coping and motivation in patients with schizophrenia: case report. *MAHESA: Malahayati Health Student Journal*, *3*(10), 3234-3247. doi:https://doi.org/10.33024/mahesa.v3i10.11177

Trygstad, L. N., Buccheri, R. K., Buffum, M. D., Ju, D. S., & Dowling, G. A. (2015). Auditory hallucinations interview guide: promoting recovery with an interactive assessment tool. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, *53*(1), 20–28. https://doi.org/10.3928/02793695-20141203-01

Tsang, A., Bucci, S., Branitsky, A., Kaptan, S., Rafiq, S., Wong, S., Berry, K., & Varese, F. (2021). The relationship between appraisals of voices (auditory verbal hallucinations) and distress in voice-hearers with schizophrenia-spectrum diagnoses: A meta-analytic review. *Schizophrenia research*, *230,* 38–47. https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.02.013

Turkington, D., Lebert, L., & Spencer, H. (2016). Auditory hallucinations in schizophrenia: helping patients to develop effective coping strategies. *BJPsych Advances*, *22*(6), 391–396. doi:10.1192/apt.bp.115.015214

Turner, D. T., Burger, S., Smit, F., Valmaggia, L. R., & van der Gaag, M. (2020). What constitutes sufficient evidence for case formulation-driven CBT for psychosis? Cumulative meta-analysis of the effect on hallucinations and delusions. *Schizophrenia bulletin*, *46*(5), 1072–1085. https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa045

Witusik, A., & Pietras, T. (2019). Music therapy as a complementary form of therapy for mental disorders. *Polski merkuriusz lekarski : organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, *47*(282), 240–243.

“คุณธรรมนำปัญญา พัฒนาความรู้

มุ่งสู่บริการ ผดุงมาตรฐานวิชาชีพ”