



วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province

วารสารกลุ่ม 2 ได้รับการรับรองคุณภาพจาก TCI สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

บทความวิชาการ

- เทคนิคการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับพยาบาล
- การส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในผู้สูงอายุ: แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาล

ราตรี ฉิมฉลอง

จิรียา อินทนา และคณะ

บทความวิจัย

- ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี
- การพัฒนาระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
- ปัจจัยทำนายการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจในวัยรุ่น อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี
- ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ
- สถานการณ์การพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขของสถาบันพระบรมราชชนก สำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว: วิจัยเชิงคุณภาพ
- การบริการสังคมด้านสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
- ผลการใช้การเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานต่อทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมตามความคิดเห็นของนักศึกษา
- ผลของการเรียนรู้แบบใช้โครงงานเป็นฐานต่อความรู้ เรื่อง ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
- ผลของการใช้แนวปฏิบัติการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงต่อการปฏิบัติการพยาบาลและอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา
- การรับรู้สภาพความเป็นจริงและความคาดหวังต่อการบริการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

ณัฐวรรณ คำแสน

วรรณิภา เจริญศรี และคณะ

ศิริพร ศรีอินทร์

วัลลภี นาคศรีสังข์

อดิญาณ ศรเกษตริน และคณะ

สุริยา พองเกิด, ศุภรา หิमानันโต

นงนุช วงศ์สว่าง และคณะ

ภาวิณี เสาะสืบ และคณะ

จริณา คงพันธุ์,

ผกากรอง พันธุ์ไพโรจน์

ดนุลดา จินชาวขำ และคณะ

คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี รับผิดชอบตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการ ประเภทบทความวิชาการ (Academic articles) บทความวิจัย (Research articles) ทั้งนี้ บทความวิจัย หรือบทความวิชาการ ต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างที่ส่งตีพิมพ์ในวารสารอื่น ยกเว้นเป็นผลงานวิชาการที่ได้นำเสนอในการประชุมทางวิชาการ ที่ไม่มีรายงานสืบเนื่องจากการประชุม วิชาการ (Proceedings) วารสารนี้ มีคณะกรรมการพิจารณา ที่มีผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆ พิจารณา คุณภาพของบทความทุกเรื่องก่อนการตีพิมพ์ อย่างน้อยบทความละ 2 ท่าน ข้อคิดเห็นใดๆ ที่ตีพิมพ์ใน วารสารเป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่ของกองบรรณาธิการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย และผลงานวิชาการด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และการศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการในการแลกเปลี่ยนความรู้ทางด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และในการศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง

สำนักงานวารสาร

กองบรรณาธิการ วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

เลขที่ 203 หมู่ 2 ถนนคีรีรัฐยา ตำบลธงชัย

อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000

โทรศัพท์ 0-32427049 – 50 ต่อ 115

จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ที่ journal@pckpb.ac.th

พิมพ์ที่

มุมหนึ่งปรีนติง

เลขที่ 23 หมู่ 1 ตำบลหนองพลับ

อำเภอเมืองเพชรบุรี

จังหวัดเพชรบุรี 76000

หมายเหตุ: บทความในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน

มิใช่ของกองบรรณาธิการ และมีใช้ความรับผิดชอบของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ที่ปรึกษา ศ.เกียรติคุณ นพ.กำแหง จาตุรจินดา บรรณาธิการ ดร.อัจฉรวาดี ศรียศศักดิ์ ผู้ช่วยบรรณาธิการ ดร.จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ กองจัดการ ดร.รพีพรรณ นาคนุภา อาจารย์วารุณี เกตุอินทร์ อาจารย์สัญญา คำดี นางโสภณัฐ มิตรดี นายณพิชญ์ วิบูลย์ศิริชัย เจ้าของ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี	กองบรรณาธิการ ศ.ดร.วิภาดา คุณาวิฑิตกุล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ศ.เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รศ.ดร.ยาใจ สิทธิมงคล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รศ.ดร.สุตาภรณ์ พยัคฆะเรือง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รศ.ดร.ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ศ.ดร.บุญทิพย์ สิริธรรักษ์ สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช รศ.ดร.วไลยพร นันทคุุณวัฒน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต รศ.ดร.วันดี สุทธิรังษี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รศ.ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ รศ.ดร.วิลาวัลย์ ขมิ้นรัตน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ดร.ปัทมา ทองสม สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ดร.จรัสรัตน์ กิจสมพร สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ดร.ศุภกรใจ เจริญสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี Dr.Paul Alexander Turner โรงเรียนเซนต์ฟรังซิสเซเวียร์ ดร.อดิยาณ์ ศรีเกษตริน วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ดร.อัญพร ชื่นกลิ่น วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ดร.นงนภัทร รุ่งเนย วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ดร.จินตนา ทองเพชร วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ดร.กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
---	---

กำหนดเผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

บทความในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่ของกองบรรณาธิการ และมิใช่ความรับผิดชอบของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ราคาจำหน่ายเล่มละ 250 บาท

บทบรรณาธิการ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้รับการรับรองคุณภาพวารสารจาก ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thailand Citation Index: TCI) ในกลุ่ม 2 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2567 บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสาร ได้รับการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ อย่างน้อย 2 ท่านต่อบทความ แบบ Double blinded โดยจัดทำเป็นวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (Online journal) ISSN 2697-5279X (Online) ควบคู่กับฉบับที่ตีพิมพ์เป็นรูปเล่ม ISSN 2630-046X (Print) เพื่อ เผยแพร่ผลงานทางวิชาการที่หลากหลาย จำนวน 12 เรื่อง ดังนี้

บทความวิชาการ จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ 1) เทคนิคการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สำหรับพยาบาล และ 2) การส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในผู้สูงอายุ: แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาล

บทความวิจัย จำนวน 10 เรื่อง ได้แก่ 1) ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี 2) การพัฒนาระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 3) ปัจจัยทำนายการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจในวัยรุ่น อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี 4) ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ 5) สถานการณ์การพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขของสถาบันพระบรมราชชนก สำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว: วิจัยเชิงคุณภาพ 6) การบริการสังคมด้านสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 7) ผลการใช้การเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานต่อทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมตามความคิดเห็นของนักศึกษา 8) ผลของการเรียนรู้แบบใช้โครงงานเป็นฐานต่อความรู้ เรื่อง ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรินทร์ 9) ผลของการใช้แนวปฏิบัติการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงต่อการปฏิบัติการพยาบาลและอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา และ 10) การรับรู้สภาพความเป็นจริงและความคาดหวังต่อการบริการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

กองบรรณาธิการวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ขอขอบคุณผู้เขียนที่ร่วมเสนอบทความที่เป็นประโยชน์ และขอขอบคุณคณะกรรมการกลั่นกรองทุกท่านที่ช่วยให้ข้อเสนอแนะข้อคิดเห็น ทำให้บทความต่าง ๆ มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ทั้งท่านที่ส่งบทความและงานวิจัยเข้ามาเพื่อเผยแพร่ และผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาสละเวลาในการประเมินบทความและงานวิจัย เพื่อให้ข้อคิดในการปรับปรุงคุณภาพของงานให้ดียิ่งขึ้น

ดร.อจณราวี ศรียะศักดิ์

บรรณาธิการ

สารบัญ

บทความวิชาการ

- เทคนิคการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับพยาบาล 1
Nurses' Communication Techniques for Handling with Patients in Palliative Care
ราตรี ฉิมฉลอง
Ratree Chimchalong

- การส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในผู้สูงอายุ: แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาล 17
Ensuring Medication Safety for Older People: A Protocol for Nursing Action
จิริยา อินทนา, กนิพันธุ์ ปานณรงค์, หยาตชล ทวีธนาวิชย์, ปาริชาติ ญาตินิยม, ลิลิต ศิริทรัพย์จันน์
Jiriya Intana, Kanipun Pannarong, Yhadchol Tawetanawanich, Parichat Yatniyom,
Lilit Sirisabjanan

บทความวิจัย

- ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 33
ของประชาชนในเขตอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี
Knowledge, Attitudes, and Preventive Behaviors of COVID-19 among People
Living in Amphoe U-thong, Suphanburi Province
ณัฐวรรณ คำแสน
Natawan Khumsaen

- การพัฒนาระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 49
Development of Nursing Service System in the Observation Unit
of Phrachomklao Hospital, Phetchaburi Province
วรรณิภา เจริญศรี, บุญทิพย์ สิริธรรังศรี, จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, และวันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล
Wannipha Charoensri, Boontip Siritarungsri, Churairat Duangchan, Wanpen Pinyopasakul

- ปัจจัยทำนายการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจในวัยรุ่น อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี 68
Predicting Factors of Unintended Pregnancy among Adolescents in Amphoe
Tha Yang, Phetchaburi Province
ศิริพร ศรีอินทร์
Siriporn Sreein

- ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดา 82
ในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ
The Effect of a Supportive - Educative Nursing Program on Maternal Behavior
in Care for Children with Acute Respiratory Infection
วัลลภณี นาคศรีสังข์
Wantanee Naksrisang

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย (ต่อ)

- สถานการณ์การพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขของสถาบันพระบรมราชชนก 99
สำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว: วิจัยเชิงคุณภาพ
Development Situation of Public Health Personnel in Praboromarajchanok
Institute to Support Primary Care Cluster (PCC) Team: A Qualitative Study
อติญาณ์ ศรีเกษตริน, วารุณี เกตุอินทร์, รพีพรรณ นาคบุบผา, เบญจพร รัชตารมย์, ดาราวรรณ รองเมือง
Atiya Sarakshetrin, Varunee Ketin, Rapeepan Narkbubpha, Benjaporn Ratchatarom,
Daravan Rongmuang
- การบริการสังคมด้านสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 115
ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
Social Health Service for Old-Age Dependency in Tambon Ban Suan
Community, Amphoe Mueang, Chonburi Province
สุริยา ฟองเกิด, ศุภรา หิমানันโต
Suriya Fongkerd, Supara Himananto
- ผลการใช้การเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานต่อทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม 130
ตามความคิดเห็นของนักศึกษา
Result of Project Based Learning on Learning and Innovation Skills Measure by
Students' Opinion Surveying
นงนุช วงศ์สว่าง, วรพจน์ ศตเดชากุล, ดนุลดา จินขาวขำ, กมลพร แพทย์ชีพ, ชลธิชา บุญศิริ, ปณิธาน จอกกลอย
Nongnuch Wongsawang, Worapot Satadaechakul, Danurada Jeenkhokhum,
Kamonporn Patcheep, Chonticha Boonsiri, Panitharn Jorgloy
- ผลของการเรียนรู้แบบใช้โครงงานเป็นฐานต่อความรู้ เรื่อง ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพของ 144
นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
Outcomes of Project-Based Learning to Build on Further Knowledge
of Social Determinants of Health among Nursing Students of Boromarajonani
College of Nursing, Surin
ภาวิณี เสาะสืบ, วรรณถ พรหมศวร, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ
Pawinee Sosueb, Woranart Promsuan, Chularat Howharn

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย (ต่อ)

- ผลของการใช้แนวปฏิบัติการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงต่อการปฏิบัติการพยาบาลและอุบัติการณ์
การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา
Effects of the Use of High Alert Drug Using Guideline on Nursing Practicum and
Peripheral Vein Phlebitis in Medical Sub-Intensive Care Unit, Songkhla Hospital
จรีณา คงพันธุ์, ผกากรอง พันธุ์ไพโรจน์
Jareena kongpan, Pakakrong phunpiroad 156
- การรับรู้สภาพความเป็นจริงและความคาดหวังต่อการบริการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี
Perception of Real Condition and Expectation towards Health Care Services
for the Older People in Tambon Don Tako, Ratchaburi Province
ดนุลดา จินขาวขำ, นงนุช วงษ์สว่าง, กัญญา ศรีตะวัน
Danulada Chinkhaokham, Nongnuch Wongsawang, Kanya Sritawan 170
- คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับ 183

บทความวิชาการ (Academic article)

เทคนิคการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสำหรับพยาบาล Nurses' Communication Techniques for Handling with Patients in Palliative Care

ราตรี นิมฉลอง^{1*}

Ratree Chimchalong^{1*}

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: chimchalong@gmail.com, โทรศัพท์ 081-6332948)

(Received: November 4, 2020; Revised: February 5, 2021; Accepted: April 9, 2021)

บทคัดย่อ

การสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นสมรรถนะหนึ่งของพยาบาลซึ่งมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง การสื่อสารที่ดีเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่จะช่วยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจะทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ตลอดจนความรู้สึนึกคิดต่อความเจ็บป่วยอันจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวต่อภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และสามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสมกับโรคเพื่อลดความทุกข์ทรมาน รวมถึงเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดของผู้ป่วยเท่าที่ตนเองปรารถนาและสามารถทำได้ ในด้านหนึ่งการสื่อสารถือเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้ แต่ในอีกด้านหนึ่งการสื่อสารที่ขาดประสิทธิภาพ ก็อาจเป็นอุปสรรคหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้

บทความนี้ จึงให้แนวทางสำหรับพยาบาลในการพูดคุยกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว โดยใช้เทคนิคการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายว่า ควรต้องดำเนินการอย่างไรจึงจะเป็นวิธีการที่ดีที่สุดและเป็นประโยชน์ที่สุดต่อการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ: เทคนิคการสื่อสาร, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, พยาบาล

Abstract

Communicating with end-of-life care patients is one of the significant competencies of nurses in palliative care since good communication is an important tool for efficient treatment. In this regard, the nurse-patient communication can effectively bring about information about the illness along with the patients' feeling toward their own physical

¹ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Registered Nurse, Siriraj Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

conditions that help patients and their families adapt to the existing illnesses and to be able to behave appropriately with the disease in order to reduce suffering in order to provide the best quality of life of the patients as possible as they need. On one hand, communicating with patients is an independent role that nurses can do. On the other hand, ineffective communication can become an obstacle to hospice care.

The purpose of this article, thus, is to provide nurses with guidelines for talking to end-of-life patients and their families by using communication techniques in order to know how to effectively and beneficially handle with late-stage patients.

Keywords: Communication techniques, Palliative care, Nurses

บทนำ

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (end of life) หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าสภาพการเจ็บป่วยเป็นระยะลุกลามเรื้อรังซึ่งไม่มีวันรักษาให้หายขาดได้ อยู่ในช่วงใกล้เสียชีวิต มีระยะเวลาในการใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ไม่เกิน 6 เดือน หรือน้อยกว่านั้น (Hui et al., 2014) ทัวโลกมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายในแต่ละปีประมาณ 40 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีสาเหตุจากการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable diseases: NCDs) ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ตลอดจนแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้ความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) หรือการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต (end of life care) มีมากขึ้น อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพียง 14% เท่านั้น ที่ได้รับการดูแลโดยให้การป้องกันและบรรเทาอาการ ตลอดจนความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น เน้นการดูแลองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยมีเป้าหมายหลักคือ การลดความทรมานของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบหรือตายดี สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (พรพิมล จันทร์คุณาภาส และคณะ, 2561)

การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายมีความตึงเครียดทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากปัญหาที่ซับซ้อนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ร่วมกับการดำเนินโรคที่ทรุดลงอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวล รู้สึกท้อแท้ ความเครียดจากโรคที่คุกคาม หรือการเป็นภาระ รู้สึกถึงความไม่แน่นอนของชีวิต กลัวการพลัดพรากจากคนรักและการเสียชีวิต (วรวิธิตา จารุจินดา, 2561) ผู้ป่วยและครอบครัวจึงต้องการการดูแล ข้อมูล ความช่วยเหลือและการสนับสนุนในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นจากพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเหมาะสม พยาบาลจำเป็นต้องมีการสื่อสารที่ดีทั้งในการประเมินปัญหาของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรับทราบข้อมูล เข้าใจในแนวทางการรักษาครอบคลุมทั้งด้านเนื้อหาและความรู้สึก การสื่อสารเชิงวิชาชีพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัวที่ดี ทำให้ยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้นและสามารถปรับตัวได้ รวมถึง

ช่วยคลี่คลายความทุกข์ ซึ่งการดูแลและให้การพยาบาลทั้งหมดนี้ จำเป็นต้องอาศัยการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพโดยพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ที่มีความรู้และทักษะการสื่อสารที่ดี

การสื่อสารที่ขาดประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดความบกพร่องหรือความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล เกิดความไม่ไว้วางใจระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย/ครอบครัว และอาจขัดขวางการมีส่วนร่วมตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาของผู้ป่วยด้วย ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการวางแผนดูแลล่วงหน้า ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเตรียมตัวเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยหรือการเสียชีวิตที่จะเกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวางแผนล่วงหน้ามักมีความเสี่ยงที่จะได้รับการรักษาที่ไม่มีประโยชน์และยื้อชีวิต เสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากแต่ผู้ป่วยไม่ได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้ง อาจมีการฟ้องร้องเป็นคดีความ ปัญหาเหล่านี้ ส่วนหนึ่งเกิดจากความไม่รู้คือ ขาดสมรรถนะในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้รู้สึกลำบากใจ ขาดความมั่นใจ ไม่รู้ว่าควรจะสื่อสารอย่างไร ใช้เทคนิควิธีการใดที่ดีที่สุด และเกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย (โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ, 2563; วราภรณ์ คงสุวรรณ, กิตติกร นิลมานัต, และเยาวรัตน์ มัชฌิม, 2557; ปทิตตา นิกะวัน, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ, และธิดาภรณ์ จันทร์ดา, 2559; อัญชลี ช. ดุวอล, และตติยา ทุมเสน, 2561; สุรภา สายแก้ว, ยุพิน ถนอมวิชัย, และวัลภา คุณทรงเกียรติ, 2563) บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายหลักการ เทคนิคการสื่อสารที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตลอดจนแนวทางการประยุกต์การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วย

การสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย (communication with end-of-life patients)

สมรรถนะด้านการสื่อสารเชิงวิชาชีพเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลจะนำไปใช้ในทุกๆ มิติของการปฏิบัติการพยาบาล (Fakhr-Movahedi, Salsali, Negarandeh, & Rahnavard, 2011) การสื่อสารเชิงวิชาชีพเป็นเครื่องมือและเป็นสมรรถนะหนึ่งสำหรับพยาบาล ที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว พยาบาลใช้การสื่อสารเชิงวิชาชีพในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ซึ่งเป็นกระบวนการที่พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ตนเองเป็นสื่อในการบำบัดผ่านการสื่อสาร ควบคู่กับการใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อช่วยเหลือ หรือทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยอาศัยทักษะสำคัญทั้งความรู้เฉพาะทางวิชาชีพการพยาบาล และการสื่อสารระหว่างบุคคล (อัญชลี ช. ดุวอล, และตติยา ทุมเสน, 2561; สุรภา สายแก้ว และคณะ, 2563) เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรู้สึกนึกคิดต่อความเจ็บป่วย อันจะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับตัวต่อภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้เหมาะสมกับโรค ลดความทุกข์ทรมาน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดตามปรารถนาและเป็นไปได้

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลมีสมรรถนะในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายค่อนข้างต่ำ มีความลำบากใจ อึดอัด กังวลใจ และขาดความมั่นใจในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เกินกว่าหากพูดออกไปอาจกระทบกระเทือนความรู้สึก สร้างความไม่สบายใจ หรือทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงกว่าเดิม เนื่องจากขาดการเรียนรู้และฝึกทักษะ อีกทั้งสมรรถนะในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายขึ้นอยู่กับอายุ ประสบการณ์ และการได้รับการฝึกอบรม เป็นต้น (โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ, 2563; สุรภา สายแก้ว และ

คณะ, 2563) เนื้อหาที่จะกล่าวต่อไปนี้เป็นหลักการสื่อสาร เทคนิคการสื่อสาร และการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปประยุกต์ใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อคุณภาพการพยาบาล และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว

หลักการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากความสำคัญของการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายข้างต้น ผู้เขียนจึงได้รวบรวมหลักการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยจำแนกออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การเตรียมการสื่อสาร ระยะดำเนินการสื่อสาร และระยะหลังการสื่อสาร โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ระยะการเตรียมการสื่อสาร เป็นขั้นตอนสำคัญที่ต้องมีการวางแผนเพื่อเตรียมความพร้อมทั้งสำหรับตัวพยาบาลผู้สื่อสาร การเตรียมสถานที่ สิ่งแวดล้อม และเวลาในการสื่อสาร และการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัว ดังนี้

1.1 การเตรียมตัวสำหรับพยาบาลผู้สื่อสาร ได้แก่

- มีทัศนคติ/เจตคติที่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตลอดจนใช้การสื่อสารเพื่อบ่มขวัญการเยียวยาตั้งแต่แรก ทัศนคติ/เจตคติที่ดีต่อความตาย จะก่อให้เกิดพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดี ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดี หลักการพื้นฐานที่พยาบาลควรมี ได้แก่ 1) มีความรู้และความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง มีความเชื่อ/ศรัทธาว่าทุกสิ่งจะผ่านไปได้ มีความเคารพและยอมรับความคิดและการตัดสินใจของผู้ป่วย มีการเปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วยได้สื่อสาร ให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเอง ไม่เร่งรัด ด่วนสรุปและกระโจนสู่เป้าหมาย 2) เข้าใจการอยู่กับความเป็นปัจจุบันของผู้ป่วย ให้ความเท่าเทียม ยอมรับในสิ่งที่ผู้ป่วยเป็น และความสามารถในการประเมินตนเองได้ 3) เข้าใจถึงความรู้สึก อารมณ์และความคิดของผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน ยอมรับได้ทั้งด้านบวกและด้านลบที่ผู้ป่วยเป็น โดยไม่มีอคติ ไม่ลำเอียง รักษาความลับและไม่มีอคติต่อครอบครัวผู้ป่วย มีความจริงใจ และสนใจต่อความทุกข์และปัญหาของผู้ป่วยอย่างจริงจัง ความเข้าใจนี้ จะทำให้พยาบาลยอมรับ พร้อมจะใช้เวลาและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวค่อยๆ เปลี่ยนแปลงตนเอง โดยมีความเชื่อว่าทุกคนมีศักยภาพในตัวเองที่จะต่อสู้แก้ปัญหา แต่ในภาวะที่เกิดความรู้สึกวิตกกังวลกับความเจ็บป่วยท้อแท้สิ้นหวัง ทำให้ไม่สามารถนำศักยภาพมาใช้ได้ พยาบาลควรจะช่วยกระตุ้นให้ศักยภาพที่ดีนั้นถูกนำออกมาใช้ (นุชนาถ ศรีสุวรรณ, เยาวรัตน์ มัชฌิม, และกิตติกร นิลมานัต, 2557; วินัดดา ปิยะศิลป์ และวันดี นิงสานนท์, 2557; กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562)

- เตรียมความรู้และทักษะการสื่อสาร พยาบาลที่จะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัว หรือเป็นผู้ให้คำปรึกษา ควรมีการเตรียมตัวเองให้พร้อม ให้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และมีการฝึกทักษะหรือใช้เทคนิคในการสื่อสาร แสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อให้ตนเองมีความมั่นใจ มีความพร้อม มีความสามารถในการสื่อสารจนทำให้สร้างความน่าเชื่อถือให้กับตนเอง การฝึกสื่อสารบ่อยๆ จะทำให้เกิดการสั่งสมประสบการณ์ เกิดทักษะ การมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องที่จะสื่อสารจะทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยมีขั้นตอนในการเตรียมการสื่อสารที่สำคัญ (von Gunten, Ferris, & Emanuel, 2000; วินัดดา ปิยะศิลป์ และวันดี นิงสานนท์, 2557)

ได้แก่ 1) เตรียมหัวข้อและวัตถุประสงค์ที่จะพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว 2) ประเมินว่าผู้ป่วยและครอบครัวทราบอะไรบ้าง รู้สึกอย่างไร และอยากให้ช่วยเหลือในเรื่องใด 3) มีประเด็นใดอีกบ้าง ที่ผู้ป่วยและครอบครัวจำเป็นต้องทราบเพื่อใช้ในการตัดสินใจวางแผนการดูแลหรือใช้ในการแก้ปัญหาในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต 4) ให้ความรู้และแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันเพื่อตอบสนองความต้องการ ความรู้สึก และอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว 5) ค้นหาและกำหนดเป้าหมายในการดูแลรักษาร่วมกัน ทั้งความคาดหวัง/ ความหวัง คุณค่า ความเชื่อ และความกลัวของผู้ป่วยและครอบครัว 6) วางแผนการดูแล/ การจัดการกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และ 7) ติดตามประเมินผลของการดูแลอย่างต่อเนื่อง

- เตรียมข้อมูลของผู้ป่วย พยาบาลควรทบทวนทำความเข้าใจกับข้อมูลของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยจากข้อมูลที่บันทึกไว้ เช่น เวชระเบียน ใบส่งปรึกษา เป็นต้น ก่อนเริ่มการสื่อสาร เพื่อเตรียมหัวข้อและวัตถุประสงค์ที่จะพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว

- เตรียมฝึกฝนทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยอยู่เสมอ หากมีปัญหาเรื่องการสื่อสารกับผู้ป่วยหรือรู้สึกไม่มั่นใจ พยาบาลควรพูดคุยกับคนอื่นๆ ในทีมที่ดูแลเพื่อหาวิธีการแก้ปัญหาร่วมกัน และพยายามฝึกฝนทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยอยู่เสมอ (Shannon, Long-Sutehall, & Coombs, 2011; วินิตดา ปิยะศิลป์ และวันดี นิงสานนท์, 2557; กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562)

1.2 การเตรียมสถานที่ สิ่งแวดล้อม และเวลาในการสื่อสาร สถานที่ที่จะสื่อสารได้เหมาะสมนั้น ควรเป็นที่มีความเป็นส่วนตัว เงียบ สงบ ไม่มีเสียงรบกวน มีแสงสว่าง ควรจัดที่นั่งที่สบายไว้ให้ เพราะผู้ป่วยหลายท่านอาจมีปัญหาลำบากทำให้ยืนนานไม่ได้ ซึ่งถ้าต้องยืนนานๆ ย่อมเป็นอุปสรรคต่อการรับฟังการสนทนาต่อเนื่อง นอกจากนี้พยาบาลต้องไม่อยู่ในเวลาที่เร่งรีบหรือมีธุระในช่วงเวลาที่จะพูดคุยกับผู้ป่วย พยายามอย่าให้มีอะไรมารบกวนขณะพูดคุย เช่น โทรศัพท์ เป็นต้น เว้นระยะห่างระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยไม่ใกล้และไม่ไกลจนเกินไป พยายามอย่าให้มีสิ่งกีดขวางระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และถ้าเป็นไปได้ควรนั่งคุยกับผู้ป่วย ท่านั่งในการบำบัดที่มีประสิทธิภาพคือ พยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัวควรนั่งเยื้องกันเล็กน้อยซึ่งเป็นการทำที่ผ่อนคลายและมองเห็นคู่สนทนาได้ชัดเจน (กิตติพล นาควิโรจน์, 2559; โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ, 2563)

1.3 การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ พยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยแสดงออกถึงการยอมรับและให้เกียรติ แนะนำตัวเอง และทักทายด้วยท่าทีที่เป็นมิตร เพื่อแสดงให้เห็นว่าพยาบาลรู้จักและเห็นความสำคัญ ทำให้เกิดความคุ้นเคยและความไว้วางใจ รวมทั้งแสดงถึงความพร้อมในการเสนอตัวช่วยเหลือ รักในเพื่อนมนุษย์ (love) ห่วงใย (care) และเอาใจใส่ (concern) แสดงออกซึ่งความเคารพในคุณค่าของบุคคล ยอมรับผู้ป่วยเรียกชื่อผู้ป่วยได้ถูกต้อง ให้ความสำคัญในการอธิบายสิ่งต่างๆ ด้วยความเต็มใจ รับฟังปัญหาที่ผู้ป่วยระบาย 2) การแสดงความจริงใจ ซื่อตรง เปิดเผย ตรงไปตรงมา ให้เกียรติ เคารพความคิดเห็น ยอมรับความรู้สึก ให้ความสำคัญกับตนเอง และเชื่อถือในคำพูดได้ จะส่งผลต่อคุณภาพการรักษามาก ดังนั้น การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีตั้งแต่แรกพบจึงมีความสำคัญ เนื่องจากสัมพันธภาพที่ดี ทำให้เกิดความไว้วางใจ (trust)

(Caswell, Pollock, Harwood, & Porock, 2015; วินัดดา ปิยะศิลป์ และวันดี นิงสานนท์, 2557; กิตติพล นาควิโรจน์, 2559)

2. ระยะดำเนินการสื่อสาร มีขั้นตอนตามลำดับ ดังนี้

2.1 การทักทาย เป็นการแสดงออกถึงความเคารพกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้การยอมรับและเกิดความผ่อนคลายพร้อมที่จะพูดคุยต่อไป ในช่วงการทักทายนั้น พยาบาลควรแนะนำตัวเองก่อนว่าชื่ออะไร และมีตำแหน่งอะไร มีหน้าที่อะไร เพื่อให้ผู้ป่วยทราบข้อมูล จากนั้นพูดคุยเรื่องทั่วๆ ไปก่อน เพื่อเปิดบทหรือเริ่มต้นการสนทนา ตลอดจนการแสดงออกถึงการจำผู้ป่วยได้ ทำให้รู้สึกว่ายพยาบาลให้ความสำคัญและยอมรับในตัวผู้ป่วย เช่น การเรียกชื่อได้ถูกต้อง “สวัสดีค่ะ คุณ....” “เมื่อวานคุณเล่าว่า คุณ.....นอนไม่หลับมา 2-3 วันแล้ว” เป็นต้น (กิตติพล นาควิโรจน์, 2559)

2.2 ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว ในบางครั้งผู้ป่วยอาจเพลียหรือเหนื่อยเกินไป ซึ่งไม่เหมาะสมที่จะพูดคุยในเวลานั้นๆ โดยถามว่า “วันนี้คุณ....พร้อมและอยากจะพูดคุยกับทีมหรือเปล่าคะ” “วันนี้คุณไหวไหมคะ หรือจะพักก่อนดี” (Shannon et al., 2011; กิตติพล นาควิโรจน์, 2559) รวมทั้งการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยประเมินว่าได้ข้อมูลอะไรมาบ้าง รู้สึกอย่างไร ต้องการ และอยากให้ช่วยเหลือในเรื่องใด ควรให้ข้อมูลเท่าที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการทราบในปริมาณที่เหมาะสม นอกจากนี้ ต้องระวังเรื่องการให้ข้อมูล พยายามอย่าใช้ภาษาที่เป็นศัพท์ทางการแพทย์ แต่ถ้าจำเป็นต้องใช้ ควรอธิบายให้ผู้ป่วยฟังด้วยภาษาที่เข้าใจได้ง่าย ใช้คำพูดน่าเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวพูดและแสดงออกว่าพยาบาลกำลังฟังหรือสนใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด เช่น “ค่ะ” “แล้วอย่างไรต่อคะ” เป็นต้น บอกถึงสิ่งที่สังเกตเห็นเกี่ยวกับผู้ป่วยเพื่อแสดงถึงความใส่ใจ สนใจและช่วยให้ผู้ป่วยได้สำรวจตัวเอง เช่น “ท่าทางคุณดูเครียดๆ” และถามถึงสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้มาเพื่อให้พยาบาลเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัว มีการทวนซ้ำและสะท้อนเนื้อหาในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนทำความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดอีกครั้ง ทั้งยังเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เล่าเรื่องราวต่อไป เช่น ผู้ป่วยพูดว่า “ฉันอยากให้ลูกๆ สนใจใส่ใจฉันบ้าง” พยาบาลควรพูดว่า “คุณน้อยใจและรู้สึกว่าลูกๆไม่สนใจคุณ” เป็นต้น (Shannon et al., 2011; Caswell et al., 2015; วินัดดา ปิยะศิลป์ และวันดี นิงสานนท์, 2557; กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562)

2.3 ให้ข้อมูลใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด จริงอยู่ที่ความหวังของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ แต่การโกหกผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยขาดความเชื่อใจแก่ทีมที่ดูแล ให้ความรู้เรื่องโรค การพยากรณ์โรค ชัดจำกัดในการรักษาโรค และแนวทางในการรักษาโรค ให้เทคนิคการดูแลที่ทำให้การดูแลง่ายขึ้น ข้อมูลที่ให้ควรมีประโยชน์ร่วมกับการใช้เทคนิคการตั้งคำถามเพื่อดึงความสนใจก่อนให้ข้อมูล เช่น “คุณ....พอจะทราบไหมคะว่า เวลาเหนื่อยหอบ เราสามารถป้องกันได้” (von Gunten et al., 2000; Shannon et al., 2011; Caswell et al., 2015; ปาณิสรา บุญยรัตกลิน, 2562; กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562) พยาบาลควรให้ข้อมูลในประเด็นที่ผู้ป่วยและครอบครัวจำเป็นต้องทราบเพื่อใช้ในการตัดสินใจวางแผนการดูแลหรือใช้ในการแก้ปัญหาในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต ให้ความรู้และแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันเพื่อตอบสนองความต้องการ ความรู้สึกและอารมณ์ของผู้ป่วยและ

ครอบครัว สนับสนุนวางแผนหรือเลือกพฤติกรรมที่เหมาะสมกับเหตุการณ์ โดยพยาบาลวางแผนร่วมกับผู้ป่วย เช่น “คราวต่อไปถ้าคุณมีอาการเหนื่อยหอบอีก คุณจะอย่างไรคะ”

2.4 ตรวจสอบว่าเราเข้าใจตรงกับผู้ป่วยเป็นระยะๆ โดยการทวนความ/คำพูด เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการและให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับที่ผู้ป่วยต้องการและเป็นการยืนยันว่าสิ่งที่พยาบาลเข้าใจกับสิ่งที่ผู้ป่วยเข้าใจตรงกันและรับฟังผู้ป่วยโดยไม่ตัดสินไปเอง เช่น “เท่าที่คุณ...เล่ามา พยาบาลเข้าใจว่าคุณคงรู้สึก....กับเรื่องนี้มาก” เป็นต้น แต่ไม่ควรปฏิบัติบ่อยเกินไป เพราะจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดและรู้สึกว่าถูกตรวจสอบตลอดเวลา (กิตติพล นาควิโรจน์, 2559; กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562)

2.5 ยอมรับการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ของผู้ป่วย เป็นเรื่องปกติที่เมื่อเวลาเราพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับตัวโรคนั้น ผู้ป่วยอาจโกรธ เสียใจ ผิดหวัง หรือไม่เชื่อในสิ่งพยาบาลอธิบาย ซึ่งเกิดขึ้นได้เมื่อคนเราต้องเผชิญหน้ากับข่าวร้าย ดังนั้น ต้องเข้าใจธรรมชาติของอารมณ์ที่เกิดขึ้น และฝึกการจัดการกับอารมณ์ของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม อีกทั้ง เป็นเรื่องปกติที่ได้พูดคุยกับผู้ป่วยแล้ว ดูเหมือนผู้ป่วยยอมรับกับโรคได้ดี แต่พอคุยกับผู้ป่วยในครั้งต่อมาแล้วไม่ยอมรับก็เป็นได้ ให้อยู่ๆ ถามผู้ป่วยว่าเกิดอะไรขึ้น มีอะไรที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดหรือไม่สบายใจ รวมทั้งต้องหาปัจจัยอื่นๆ เช่น ประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะสับสน (delirium) ร่วมด้วยหรือไม่ เป็นต้น การยอมรับอาจแสดงออกด้วยท่าทาง น้ำเสียง หรือคำพูด เช่น การพยักหน้า การฟังไม่โต้แย้งหรือคัดค้าน เป็นต้น (von Gunten et al., 2000; กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562)

2.6 ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการประเมินการประเมิน (assessment) การวินิจฉัยปัญหา (diagnosis) การวางแผน (planning) การปฏิบัติ (implementation) และการประเมินผล (evaluation)

2.7 การสรุปความ เมื่อสิ้นสุดการสนทนา พยาบาลควรมีการสรุปเนื้อหาจากการสื่อสารด้วยคำพูดสั้นๆ เพื่อให้ได้ใจความทั้งหมด หรือสรุปประเด็นการสนทนา เช่น “คุณเล่าว่า.....” “วันนี้เราได้พูดคุยกันถึงเรื่อง....” เป็นต้น

3. ระยะเวลาหลังการสื่อสาร เป็นการบันทึกประเด็นสำคัญในการสนทนา ช่วยส่งต่อผลการสนทนาให้ผู้ที่มีส่วนสำคัญในการดูแลทราบข้อมูลที่ตรงกัน เป็นวิธีหนึ่งของการบอกกล่าวกันในทีมผู้ดูแล ทำให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวมีความต่อเนื่อง (วินัดดา ปิยะศิลป์ และวันดี นิงสานนท์, 2557)

เทคนิคการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหรือครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ ต้องใช้ทักษะในการสื่อสารมากกว่าการสนทนาทั่วไป การให้ข้อมูลนั้นจำเป็นต้องตอบสนองในสิ่งที่รู้อยู่แล้วและข้อมูลที่ต้องการอย่างแท้จริง เครื่องมือการสื่อสารที่จะทำให้การกิจนั้บรรลุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่

1. ใช้คำพูดที่ขึ้นต้น “ฉัน” มากกว่า “เธอ” (I-You message) ประโยคที่ขึ้นต้นด้วย “เธอ” หรือ “คุณ” นั้น เรียกว่า You-message มักแฝงความรู้สึกด้านลบ คุณค่า และตำหนิ ควรใช้ประโยคที่ขึ้นต้นด้วย “ฉัน” หรือ “ดิฉัน” หรือ “ผม” (I-message) ซึ่งสร้างความรู้สึกนุ่มนวลกว่า เช่น

ประโยคเปรียบเทียบ เมื่อสื่อสารเพื่อให้ได้ผลตามที่ต้องการ “ฉันอยากให้คุณยาให้ครบ” (I-message) กับ “ทำไมคุณไม่กินยาให้ครบ” (You-message) และในประโยคอื่นๆ เช่น “ฉันเสียใจที่เธอทำเช่นนั้น” กับ “เธอทำอย่างนั้นไม่ดี” วิธีฝึก You & I-message ให้ลองนึกว่าจะพูดอะไรเป็น You หรือ I-message ถ้าพบว่าเป็น You-message ให้เปลี่ยนคำพูดใหม่ให้เป็น I-message แทน (วินัดดา ปิยะศิลป์ และวันดี นิงสานนท์, 2557; กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562)

2. ประเมินผู้ป่วยและครอบครัวแบบ ถาม-บอก-ถาม (Ask-Tell-Ask) เทคนิคนี้ช่วยในการค้นหาสิ่งที่อยู่ในใจของผู้ป่วยและครอบครัว สร้างความสัมพันธ์และความคุ้นเคย เพื่อแสดงว่าพยาบาลยินดีที่จะรับฟังด้วยคำพูดที่ใช้อธิบายปัญหาสุขภาพ รวมถึงทราบประเด็นของข้อมูลสุขภาพที่ผู้ป่วยอาจเข้าใจไม่ถูกต้อง ตั้งคำถามโดยใช้คำถามปลายเปิด “อะไร” หรือ “อย่างไร” หลีกเลี่ยงคำถาม “ทำไม” เพราะทำให้รู้สึกถูกตำหนิ หรือถูกค้นหาความผิด คำถามปลายเปิดช่วยในการประเมินปัญหา ความต้องการ ความรู้สึกและความคิดได้ดีกว่า ผู้ป่วยบางคนรู้สึกอายในการถามคำถาม หรือไม่ชอบถาม การถามเพื่อกระตุ้น ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดคำถามและมีส่วนร่วมมากขึ้น โดยพยาบาลควรหยุดพูดทุกครั้งในประเด็นสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยพิจารณาว่าต้องการจะถามอะไร และตอบสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวอยากรู้ในจังหวะที่เหมาะสม จะทำให้การสนทนาตอบสนองความต้องการที่เฉพาะตัวของผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งยังควรแสดงออกถึงการเคารพและให้ความสำคัญกับตัวตนของผู้ป่วยและครอบครัว เทคนิค Ask-Tell-Ask มีขั้นตอนตามลำดับ ดังนี้ (Shannon et al., 2011; กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562)

2.1 ถาม (ask) โดยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อถามให้ผู้ป่วยระบุถึงปัญหาสุขภาพของตนเอง หลีกเลี่ยงคำถามที่สามารถตอบว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยใช้โทนเสียงที่เหมาะสม รับฟังด้วยความรู้สึกเอาใจใส่ดูแล และใช้เวลาในการถามตอบ เช่น “ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยสิคะว่า คุณรู้สึกอย่างไร เมื่อสัปดาห์ที่ผ่านมา”

2.2 บอก (tell) เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ถูกต้องในเวลาที่เหมาะสม ให้ข้อมูลที่จำเป็นและสอดคล้องกับพื้นฐานความรู้เดิม ไม่ควรเกิน 3 ประเด็นในแต่ละครั้ง ใช้ภาษาที่เรียบง่ายต่อการเข้าใจ หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ทางการแพทย์ สั้นและกระชับ ใช้ภาพหรือแผนภาพแสดงขั้นตอน หรือการสาธิตตามความเหมาะสม

2.3 ถาม (ask) เพื่อตรวจสอบความเข้าใจ เพื่อให้ข้อมูลได้ตรงตามประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการสนทนาและผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการสนทนา เช่น “คุณมีคำถามอะไรบ้างคะ” รวมทั้งบอก (tell) กับผู้ป่วยว่า พยาบาลต้องการตรวจสอบว่า อธิบายได้ดีพอหรือยัง โดยขอให้ผู้ป่วยอธิบายความเข้าใจด้วยคำพูดของผู้ป่วยเอง

2.4 ทำซ้ำตามขั้นตอน โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยถามคำถาม เช่น “คุณมีอะไรจะบอกเพิ่มเติมไหมคะ”

3. การฟังอย่างตั้งใจ (deep listening) เป็นทักษะที่สำคัญลำดับแรกของผู้ป่วยและครอบครัวต้องการอย่างมาก การฟังที่ดีคือ ฟังอย่างตั้งใจและไม่ตัดสิน ใส่ใจทั้งคำพูด สีหน้า ท่าทาง และการแสดงออก โดยฟังทั้งเนื้อความและความรู้สึกจนเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเป็น เพื่อให้พยาบาลเข้าใจเรื่องราว

ความคิด และความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค หลายครั้งการนั่งฟังเฉยๆ เป็นเวลา 5-10 นาที อาจได้คำตอบโดยไม่ต้องเริ่มถามอะไรเลย การฟังเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความทุกข์และความอัดอั้น โดยเฉพาะในการสนทนาครั้งแรก ควรให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสได้เล่าอย่างเต็มที่และใช้ภาษากายในระหว่างการฟัง เช่น สบตา พยักหน้าเป็นระยะๆ เพื่อสื่อสารว่ากำลังรับฟังด้วยความตั้งใจ ใช้การสัมผัสที่เหมาะสมและถูกกาลเทศะ ใช้ทั้งภาษาท่าทางและคำพูด น้ำเสียงนุ่มนวล (Caswell et al., 2015; วินัดดา ปิยะศิลป์ และวันดี นิงสานนท์, 2557; กิตติพล นาควิโรจน์, 2559; ปาณิสรา บุญยรัตกลิน, 2562; โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ, 2563)

4. การสะท้อนความรู้สึก (reflection) ในระหว่างที่สื่อสาร พยาบาลควรพูดสะท้อนความรู้สึกเพื่อเป็นการแจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบว่าพยาบาลเข้าใจในความคิด เรื่องราว หรือความรู้สึกที่ผู้ป่วยและครอบครัวแสดงออกมาทั้งท่าทางหรือคำพูด รวมทั้งใช้เป็นเทคนิคในการให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างชัดเจนด้วยภาษาพูด หากสามารถสะท้อนอารมณ์ของผู้ป่วยหรือครอบครัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าพยาบาลรับรู้เข้าใจเรื่องราวที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอย่างแท้จริง และเกิดความรู้สึกไว้วางใจและเปิดใจบอกข้อมูลและเรื่องราวมากขึ้น เช่น “ที่คุณ.....เล่ามา พยาบาลเข้าใจว่า.....” หรือ “ถ้าพยาบาลเข้าใจไม่ผิดคุณรู้สึก...” (กิตติพล นาควิโรจน์, 2559; ปาณิสรา บุญยรัตกลิน, 2562; โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ, 2563)

5. แสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจ (empathy) การแสดงออกถึงความเข้าใจ หรือรู้สึกเชื่อมโยง พยายามเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวที่ประสบกับความทุกข์ทรมาน “การเข้าถึงความรู้สึก ” โดยที่ไม่ได้นำความรู้สึก/ค่านิยมของพยาบาลเข้าไปเกี่ยวข้อง “เอาใจเขามาใส่ใจเรา” มีการให้ความช่วยเหลือโดยความรักและปรารถนาดีกับผู้ป่วย ผู้ป่วยมักบอกว่าไม่ชอบให้ใครมาสงสาร (sympathy) แต่รู้สึกดีเมื่อได้รับความเห็นอกเห็นใจ (empathy) ซึ่งเครื่องมือสำคัญในเรื่องนี้คือ ความไวในการรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วย (วินัดดา ปิยะศิลป์ และวันดี นิงสานนท์, 2557; โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ, 2563)

6. การใช้ความเงียบ การที่ผู้ป่วยนั่ง/ เงียบไป มักจะหมายถึง ผู้ป่วยกำลังคิดอะไรอยู่ ผู้ป่วยอาจกำลังลำดับความคิด หรือกำลังรวบรวมสติของการสื่อสาร หรือความกล้าที่จะเล่าเรื่องราว หรือความรู้สึกต่างๆ โดยเฉพาะเรื่องที่ผู้ป่วยทุกขใจออกมา ดังนั้น อย่าเพิ่งรีบถาม ให้เวลาปล่อยให้ผู้ป่วยคิดซึกพัก การใช้ทักษะการเงียบในจังหวะที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกผ่อนคลาย ไม่รู้สึกถูกรังรัด ช่วยให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวนเพื่อที่จะพูดระบายความคิด ระหว่างนั้นพยาบาลควรนั่งอยู่ข้างๆ อาจใช้การสัมผัส เช่น แตะที่ไหล่ผู้ป่วยเบาๆ เป็นต้น แล้วค่อยถามผู้ป่วยว่า “พยาบาล สังเกตเห็นคุณ...นั่งไปซึกพัก พอจะบอกได้ไหมว่า กำลังคิดอะไรอยู่” เป็นต้น (กิตติพล นาควิโรจน์, 2559; กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562)

7. อย่างกล้าที่จะแสดงความรู้สึกของตัวเองออกมา เพราะการแสดงความรู้สึกเป็นการสื่อว่ามีความจริงใจในการพูดคุยกับผู้ป่วย เช่น “พยาบาลเองก็รู้สึกอัดอั้นใจที่จะพูดเรื่องนี้เหมือนกัน” (กิตติพล นาควิโรจน์, 2559)

8. ระมัดระวังการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเร็วเกินไป พยาบาลมักความเคยชินกับการรีบให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ทั้งๆ ที่ยังไม่เข้าใจเรื่องราวที่เกิดขึ้นอย่างดีพอ ผู้ป่วยก็อาจเคยใช้วิธีที่เรา กำลังจะ

แนะนำแล้วก็ได้ ดังนั้น ก่อนจะให้คำแนะนำควรจะถามผู้ป่วยก่อนว่าที่ผ่านมาผู้ป่วยใช้วิธีการแก้ปัญหาอย่างไรบ้างและได้ผลเป็นอย่างไร สุดท้ายหากจำเป็นต้องให้คำแนะนำ ควรเลี่ยงคำพูด เช่น “หากพยาบาลเป็นคุณ พยาบาลจะ...” เพราะผู้ป่วยอาจจะตอบกลับมาว่า “ก็พยาบาลไม่ได้เป็นแบบฉัน/ผม” ซึ่งทำให้การสนทนาอาจจะต้องจบลงทันที คำพูดที่น่าจะดีกว่าคือ “คุณเคยลองแก้ปัญหาด้วย... บ้างหรือยัง” หรือ “จากที่พยาบาลเคยดูแลคุณเข้ามา บางคนใช้วิธี... คุณคิดว่าเป็นอย่างไร” (วินัดดา ปิยะศิลป์ และวันดี นิงสานนท์, 2557)

การสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care)

วิธีการสื่อสารมีหลากหลาย ขึ้นอยู่กับบริบทและช่วงเวลาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและญาติ อย่างไรก็ตามการทำความเข้าใจมุมมองการดูแลโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ ให้ความสำคัญต่อการทำความเข้าใจบริบท และความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย และปรับเปลี่ยนแผนการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ผ่านการมองโลกด้วยสายตาของผู้ป่วยเอง กระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญคือ ค้นหาโรคและความเจ็บป่วย เข้าใจชีวิตบุคคล หาแนวทางร่วมในการรักษา สร้างเสริมสุขภาพและความสัมพันธ์ที่ดี และตั้งอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง โดยดูแลทั้งโรค (disease) และความเจ็บป่วย (illness) ไปด้วยกัน ซึ่งเป็นการดูแลรักษาเฉพาะรายมีข้อดีคือ เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย และความร่วมมือในการรักษา ลดความวิตกกังวล ลดอาการต่างๆ มีความยืดหยุ่นต่อการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย โดยเฉพาะความเจ็บป่วย (illness) หมายถึง ประสบการณ์ของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมที่เกิดจากโรคหรือการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิต เป็นความเป็นจริงเฉพาะของแต่ละบุคคล หลากหลาย และซับซ้อน สามารถอธิบายได้แตกต่างกันไปตามแต่พื้นฐานและประสบการณ์ชีวิต การทำความเข้าใจโรคและความเจ็บป่วย (Stewart et al., 2013; Santana et al., 2018) การดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีองค์ประกอบที่สำคัญคือ การสื่อสารที่ครอบคลุมถึงการให้ข้อมูล การแสดงถึงความห่วงใย ความเข้าใจ การเสริมพลัง และการไวต่อความต้องการของผู้ป่วย (Constand, MacDermid, Bello-Has & Law, 2014) โดยมีเทคนิคที่เกี่ยวข้องและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนี้

1. เทคนิค IFFE (Idea-Feeling-Function-Expectation) เป็นเทคนิคการค้นหาความเจ็บป่วย เป็นการทำความเข้าใจผลกระทบของโรคต่อตัวบุคคลใน 4 ประเด็น (กุลณภา บุญมากุล, 2558) ดังนี้

- I = idea (ความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค) การประเมินความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เกิดขึ้น โดยพิจารณาที่มาและความถูกต้องของความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค รวมถึงความเหมาะสมของการเชื่อมโยงความคิดดังกล่าวกับสิ่งต่างๆ ของผู้ป่วยร่วมด้วย ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“วันนี้ไม่สบายมาหาหมอ เป็นอะไรมาคะ” “คุณคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยนี้” “คุณคิดว่ามีอะไรเกิดขึ้นกับคุณในขณะนี้” “อาการปวดในความคิดของคุณ หมายถึงอะไร”

- F = feeling (ความรู้สึกต่อตัวโรค) การประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยพิจารณาที่มาและความเหมาะสมของความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อความเจ็บป่วยร่วมด้วย ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“เมื่อคุณหมอบอกว่าเป็นโรค...นี่ แล้วรู้สึกอย่างไรคะ” “ขณะนี้คุณกังวลหรือกลัวสิ่งใดหรือไม่คะ” “อะไรที่ทำให้ให้คุณวิตกกังวลมากที่สุดขณะนี้” “คนเราก็มีความรู้สึกต่างๆ เข้ามามากมายเวลาว่ามีการเจ็บป่วย แล้วคุณล่ะ”

- F = function (ผลกระทบของการเป็นโรคต่อการดำเนินชีวิต) การประเมินผลกระทบต่องานของผู้ป่วย ทั้งในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน ครอบครัว และสังคม ที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย จะช่วยให้ทราบถึงระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วย และความเร่งด่วนในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“เมื่อเป็นโรค...นี่แล้ว ส่งผลกระทบอะไรบ้างต่อการดำเนินชีวิตคะ” “ความสามารถในการดำเนินชีวิตและการช่วยเหลือตนเองเป็นอย่างไรคะ” “สิ่งที่เกิดขึ้น ทำให้คุณต้องเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตหรือไม่คะ”

- E = expectation (ความคาดหวังต่อตัวโรค ว่าจะโรคดำเนินไปอย่างไร) การประเมินความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อการรักษาจากแพทย์ และต่อการดำเนินไปของโรค โดยพิจารณาที่มาและความเหมาะสมของความคาดหวังที่เกิดขึ้นร่วมด้วย เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งคาดหวังว่าการรักษาจะทำให้ตนเองหายจากโรค เพราะกังวลว่าบุตรของตนเองจะไม่มีผู้ดูแล หากตนเองต้องเสียชีวิตไป เป็นต้น ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“เมื่อเป็นโรคนี้ คาดหวังอย่างไรคะต่อโรคที่เป็น” “ต้องการให้คุณหมอและทีมผู้ดูแลช่วยเหลืออย่างไรคะ” “คุณคาดหวังอะไร ในการมารักษาครั้งนี้” “คุณคาดหวังว่าหลังจากนี้ ความเจ็บป่วยของคุณจะเป็นอย่างไร”

ตัวอย่างการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการใช้เทคนิค IFFE

พยาบาล: “คุณป้าคิดว่าโรคที่เป็นตอนนี้เป็นอย่างไบ้างคะ”

ผู้ป่วย: “คิดว่าโรคที่เป็นอยู่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีอาการเรื้อรัง” (idea)

พยาบาล: “เมื่อคุณหมอบอกว่าเป็นโรคนี้แล้วคุณป้ารู้สึกอย่างไรคะ”

ผู้ป่วย: “ป้าก็รู้สึกว่าการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่น่ารำคาญเล็กน้อย แต่ก็ไม่ได้คิดว่าเป็นภาระของครอบครัว ไม่ได้รู้สึกกังวลท้อแท้ แต่รู้สึกเหงาเพราะสามีไม่ค่อยอยู่บ้าน ลูกชาย ลูกสะใภ้ทำงานนอกบ้าน กลับมาช่วงเย็นต้องทำขนมขาย ป้าต้องอยู่บ้านคนเดียวเหมือนไม่ค่อยได้คุยกับใครเลย” (feeling)

พยาบาล: “เมื่อเป็นโรคนี้ความสามารถในการดำเนินชีวิตและการช่วยเหลือตนเองของคุณป้าเป็นอย่างไรคะ”

ผู้ป่วย: “ตอนนี้ป้าก็ช่วยเหลือตัวเองได้นะ ทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเองไม่ต้องมีคนช่วย กินข้าวเองได้ อาบน้ำแต่งตัว เองได้ นอนหลับได้ดี ทุกวันนี้ก็ยังออกกำลังกายได้ เดินหน้าบ้านตอนเช้าทุกเช้า (function)

พยาบาล: “คุณป้าคาดหวังอะไรในการมารักษาครั้งนี้คะ”

ผู้ป่วย: “ป้าไม่คาดหวังว่าโรคที่เป็นอยู่จะต้องหายไป แต่ก็พยายามดูแลตนเอง โดยการออกกำลังกาย เพื่อให้สุขภาพดีบ้าง ทำสุดขอแค่ไม่ทุกข์ทรมานจากโรค ไปแบบสงบๆ” (expectation)

2. เทคนิค BATHE เป็นเทคนิคสำหรับการค้นหาความรู้ ความเข้าใจในตัวตน หรือความคิดของผู้ป่วย และเป็นการสร้างความเข้าใจสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจริงๆ เน้นการใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้พูดในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะสื่อสารและเปิดโอกาสให้พยาบาลได้รับรู้ข้อมูลต่างๆ ที่แสดงให้เห็นความรู้ความเข้าใจ ทักษะคิด และบริบทที่แสดงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยอย่างแท้จริง และทักษะในการฟัง เพื่อเก็บรวบรวมข้อเท็จจริง ทักษะคิดที่ซ่อนอยู่ รวมถึงสัมผัสถึงอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วย เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลสะท้อนกลับ

และเสริมการให้ความรู้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตัวผู้ป่วย เทคนิค BATHE สามารถทำได้โดยใช้คำถามเพื่อสำรวจข้อมูล ตามลำดับดังนี้ (โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ, 2563; Stewart et al., 2013; Thomas et al., 2019; Chengappa et al., 2020)

- B = background (ภูมิหลัง/บริบท) คำพูดที่ใช้ ได้แก่ “ตอนนี้ชีวิตเป็นอย่างไรบ้าง มีปัญหาอะไรอย่างไร เล่าให้ฟังหน่อยได้ไหม”

- A = affect (ความรู้สึกขณะนี้) คำพูดที่ใช้ ได้แก่ “รู้สึกอย่างไรกับเหตุการณ์นี้ในขณะนี้” “รู้สึกอย่างไรกับเรื่องที่เล่ามา อยากให้คุณเล่าให้พยาบาลฟังว่ารู้สึกอย่างไร”

- T = trouble (ปัญหาที่สำคัญที่สุด) คำพูดที่ใช้ ได้แก่ “ปัญหาอะไรที่สำคัญที่สุดในตอนนี้” “ในมุมมองคนไข้/ญาติ คิดว่าปัญหาสำคัญมีอะไรบ้าง” “ดูเหมือนจะมีหลายเรื่องที่กำลังกังวล อยากให้ช่วยเรียงลำดับว่าอะไรสำคัญที่สุด”

- H = handling (การจัดการกับปัญหา) คำพูดที่ใช้ ได้แก่ “ตอนนี้วางแผนจะจัดการอย่างไรกับปัญหานี้” “ที่ผ่านมา คุณแก้ปัญหาอย่างไร เกิดผลอย่างไร”

- E = empathy (แสดงความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ และช่วยเหลือทางเลือก) ตัวอย่างคำพูดที่ใช้ ได้แก่ “คงทำให้คุณไม่สบายใจสักช่วงระยะหนึ่ง ต่อไปน่าจะคลี่คลาย” “อย่างไรก็ตามลอง.....” “ขอบคุณที่เล่าให้ฟัง” “เรื่องนี้เป็นเรื่องที่ไม่ง่ายที่ใครจะแก้ไขได้...เป็นกำลังใจให้” “มีอะไรที่พยาบาลพอจะช่วยได้ไหม”

ตัวอย่างการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการใช้เทคนิค BATHE

พยาบาล: “คุณป้าคะตอนนี้ ชีวิตเป็นอย่างไรบ้าง มีปัญหาอะไรอย่างไร เล่าให้พยาบาลฟังหน่อยได้ไหมคะ” (background)

ผู้ป่วย: “ป้าเป็นมะเร็ง ปารู้ว่าโรคนี้อันตราย ไม่หาย หมอบอกป้า ป้าไม่กลัวตาย แต่ป้าอยากรู้ว่าจะมีเวลาเหลืออีกเท่าไร จะอยู่ได้นานแค่ไหน อาการต่อไปจะเป็นอย่างไร จะได้เตรียมตัว ”

พยาบาล: “ที่คุณป้าถามเรื่องนี้เพราะอะไรคะ กำลังนึกถึงเรื่องอะไรอยู่ แล้วตอนนี้คุณป้ารู้สึกอย่างไร” (affect)

ผู้ป่วย: “ป้าแค่กลัวว่าจะอยู่ไม่ทันเห็นลูกรับปริญญา อยากได้เห็นและได้ถ่ายรูปคู่กับลูกในวันที่เขาประสบความสำเร็จ และก็กลัวว่าพอโรคเป็นมาๆมันจะทรมาณ ป้ากลัวทรมาณ ถ้าจะไปขอไปแบบสบายๆ ”

พยาบาล: “ดูเหมือนจะมีหลายเรื่องที่คุณป้ากังวล เรื่องไหนที่คุณป้ากังวลมากที่สุดในตอนนี้คะ” (trouble)

ผู้ป่วย: “ป้ากลัวอยู่ไม่ถึงวันที่ลูกรับปริญญา อยากได้ถ่ายรูปกับลูก”

พยาบาล: “แล้วคุณป้าวางแผนไว้อย่างไรคะ” (handling)

ผู้ป่วย: “ป้าก็จะดูแลตัวเองอย่างดี เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงออกจากโรงพยาบาลได้ไวๆ แต่ก็กลัวว่าจะอยู่ไม่ทัน ป้าเลยคิดว่าถ้าออกจากโรงพยาบาลครั้งนี้จะให้ลูกไปเช่าชุดแล้วไปถ่ายรูปด้วยกันก่อนทำได้ไหม”

พยาบาล: “ขอบคุณที่คุณป้าเล่าเรื่องนี้ให้พยาบาลฟัง พยาบาลคิดว่าแผนที่คุณป้าวางไว้ว่าจะถ่ายรูปก่อนวันรับปริญญาจริงเป็นความคิดที่ดี ซึ่งสามารถทำได้เลยทันทีโดยไม่ต้องรอให้คุณป้าออกจากโรงพยาบาลแล้วค่อยทำ คุณป้ามีอะไรให้พยาบาลพอช่วยได้บ้างบอกได้เลยนะคะ พยาบาลยินดีช่วยคุณป้าอย่างเต็มที่” (empathy)

3. เทคนิคพรสามประการ (3 wishes) เป็นเทคนิคที่นำมาใช้กับผู้ป่วยที่อาจมีเวลาเหลืออยู่จำกัด ช่วยสานฝันบางอย่างของผู้ป่วยให้เป็นจริง โดยใช้คำถามปลายเปิดในการถาม เพื่อให้ทราบ

ความปรารถนา ความต้องการของผู้ป่วย หรือสิ่งที่ยังค้างคา (unfinished business) ยังทำไม่เสร็จ และอยากทำให้เสร็จสิ้นก่อนที่ตัวเองจะจากไป คนเรามีสิ่งที่ต้องการในแต่ละช่วงของชีวิตไม่เหมือนกัน เทคนิคพรสามประการเป็นเหมือนทางลัดให้เข้าใจความต้องการของผู้ป่วยในระยะเวลาอันสั้น นอกจากนี้ พรสามประการที่ผู้ป่วยพูดออกมายังช่วยให้พยาบาลเชื่อมโยงบทสนทนาไปสู่สิ่งต่างๆ ที่สำคัญในชีวิตผู้ป่วย และสื่อสารสิ่งสำคัญเหล่านั้นไปยังครอบครัวได้ ตลอดจนเป็นการคำนึงถึงศักดิ์ศรีของผู้ป่วยที่กำลังจะตาย ตลอดจนการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่มีความหมายระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว (ดาริน จตุรภัทรพร, 2562; Vanstone et al., 2020) โดยใช้คำถาม “ถ้าให้ขอพรได้ 3 ข้อ ... (ระบุชื่อผู้ป่วย/ คำสรรพนามแทนตัวผู้ป่วย) อยากขออะไร” เช่น

พยาบาล: “คุณป้าคะ ถ้าให้คุณป้าขอพรได้ 3 ข้อ อยากขออะไรคะ”

ผู้ป่วย: “ข้อที่ 1 ป้าอยากกลับบ้านที่ต่างจังหวัดบ้านเกิดของป้า มีญาติๆ อยู่ที่นั่น ข้อที่ 2 อยากไปทำงานบวชหลาน ข้อที่ 3 ขอให้จากไปอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน”

การประยุกต์ใช้/ ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

1. ด้านการบริการพยาบาล ควรนำเทคนิคต่างๆ ที่ใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น เทคนิค IFFE เทคนิค BATHE และเทคนิคพรสามประการ นำมาพัฒนาเป็นแบบประเมินในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสาร เพื่อให้มีกรอบในการพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวที่ชัดเจนเป็นไปในแนวทางเดียวกัน และสามารถนำข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินมาใช้ในการวางแผนการพยาบาล ใช้ในการดูแลต่อเนื่อง ติดตามและประเมินผลการให้การปฏิบัติการพยาบาล รวมถึงการส่งต่อข้อมูลระหว่างกันในห้องสหภาพได้ (ดาริน จตุรภัทรพร, 2562; โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ, 2563)

2. ด้านการศึกษา ควรมีการสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับการสื่อสาร เทคนิคการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าไปในหลักสูตรการเรียนการสอนในระดับนักศึกษา และจัดให้มีหลักสูตรอบรมระยะสั้นหรือระยะยาว ในรูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และมีโปรแกรมฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ทักษะสำหรับพยาบาลจบใหม่ (residency program) หรือจัดทำบทเรียนออนไลน์เพื่อพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารด้วยการใช้เทคนิคต่างๆ ใช้สถานการณ์ทางคลินิก และการแสดงบทบาทสมมติจากสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริง จะส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะ มีทักษะในการสื่อสารเพิ่มขึ้นและมีความมั่นใจที่จะสื่อสาร (สุรภา สายแก้ว, ยุพิน ถนัดวณิชย์, และวัลภา คุณทรงเกียรติ, 2563; อัญชลี ช. คูวอล, และตติยา ทุมเสน, 2561)

3. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยหรืออิทธิพลที่มีความสัมพันธ์กับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือประสบการณ์ของพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย และรูปแบบการสื่อสารของพยาบาลกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนางานประจำที่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (สุรภา สายแก้ว และคณะ, 2563)

สรุป

การสื่อสารถือเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้ เป็นการแสดงออกถึงคุณค่าและความสำคัญของวิชาชีพการพยาบาลให้เป็นที่ประจักษ์ การสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นการสื่อสารเพื่อการบำบัดทางด้านจิตใจ มุ่งเพื่อการเยียวยาผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทักษะการสื่อสาร คือ สิ่งที่ถูกที่สุดที่พยาบาลทุกคนสามารถทำได้ และมีมูลค่ามากที่สุดในเวลาเดียวกัน การสื่อสารที่ดีมีความสำคัญมาก เพราะจะทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่น่ามาใช่วางแผนการดูแล ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลที่ดี ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวต่อภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและสามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสมกับโรค เพื่อลดความทุกข์ทรมานและเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดของผู้ป่วยเท่าที่ตนเองปรารถนาและสามารถทำได้

หลักการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำแนกออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะการเตรียมการสื่อสาร ระยะดำเนินการสื่อสาร และระยะหลังการสื่อสาร ซึ่งในทุกๆระยะสิ่งสำคัญคือการสื่อสารโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เครื่องมือที่ถูกนำมาใช้ในการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือการฟังอย่างตั้งใจ การสะท้อนความรู้สึก การใช้ความเงียบ การใช้คำถามปลายเปิด แบบ I-You message และ Ask-Tell-Ask ร่วมกับการใช้เทคนิคในการสื่อสารคือ เทคนิค IFFE เทคนิค BATHE และเทคนิคพรสามประการ (3 wishes) จะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตประสบความสำเร็จ

นอกจากนี้ยังสามารถนำเรื่องเทคนิคการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายนำไปประยุกต์ใช้ได้ในด้าน การบริการพยาบาล ด้านการศึกษา และด้านการวิจัย เพื่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีและพัฒนาการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2562). *เครื่องมือสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพ*. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กิตติพล นาควิโรจน์. (2559). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- กุลนภา บุญมากุล. (2558). ผลของการใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้านในการบำบัดทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายของชีวิตที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (ปริญญาณิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, กรุงเทพฯ.
- ดาริน จตุรภัทรพร. (2562). *ดูแลด้วยหัวใจ จากไปด้วยความรัก*. กรุงเทพฯ: SOOK Publishing.
- นุชนาถ ศรีสุวรรณ, เยาวรัตน์ มัชฌิม, และกิตติกร นิลมานัต. (2557). สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วย. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 34(3), 109-124.
- ปัทมิตา นิกะวัน, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ, และจิราภรณ์ จันทรดา. (2559). สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการสื่อสารกับผู้ป่วย. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 27(1), 128-141.
- ปาณิสรา บุญยรัตกลิน. (2562). การสื่อสารกับครอบครัวของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต: บทบาทพยาบาล. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 12(2), 90-99.

- พรพิมล จันทรคุณภาส, ไพทิพย์ เหลืองเรืองรอง, นุชน้อย ประภาโส, วิภา เตังอภิชาติ, รัชนก สิทธิโชติวงศ์, วรรณญา จวนสง, ...วารสารณัฏฐา ริมซัยสิทธิ์. (2561). แนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (*Palliative Care*) ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ. (2563). *ลัทธิสังคมนิยม: ศิลปะการสื่อสารสำหรับบุคลากรสุขภาพ เพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและญาติ*. กรุงเทพฯ: สามลดา.
- วารสารณัฏฐา คณสุวรรณ, กิตติกร นิลมานันต์, และเยาวรัตน์ มัชฌิม. (2557). อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายที่ห้องฉุกเฉิน. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 34(3), 97-107.
- วริทธิ์ตา จารุจินดา. (2561). การลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายด้วยหลักพุทธจิตวิทยา. *วารสารพุทธจิตวิทยา*, 3(1), 1-12.
- วินัดดา ปิยะศิลป์, และวันดี นิงสานนท์ (บ.ก.). (2557). *Best practice in communication* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.
- สุรภา สายแก้ว, ยุพิน ถนัดนิชัย, และวัลภา คุณทรงเกียรติ. (2563). การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะลุกลาม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(2), 93-101.
- อัญชลี ช. ดาวอล, และตติยา ทุมเสน. (2561). ทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัดสำหรับพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(พิเศษ), 25-33.
- Caswell, G., Pollock, K., Harwood, R., & Porock, D. (2015). Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: A qualitative study. *BMC Palliative Care*, 14(1), 1-14. doi: 10.1186/s12904-015-0032-0.
- Chengappa, N., Honest, P. C. R., David, K., Pricilla, R. A., Rahman, S. M., & Rebecca, G. (2020). Effect of BATHE interview technique on patient satisfaction in an ambulatory family medicine centre in South India. *Family Medicine and Community Health*, 8(4): 326-327. doi: 10.1136/fmch-2020-000327.
- Constand, M. K., MacDermid, J. C., Dal Bello-Haas, V., & Law, M. (2014). Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC Health Services Research*, 14(1), 1-9.
- Fakhr-Movahedi, A., Salsali, M., Negarandeh, R., & Rahnavard, Z. (2011). Exploring contextual factors of the nurse-patient relationship: A qualitative study. *Koomesh*, 13(1), 23-34.

- Hui, D., Nooruddin, Z., Didwaniya, N., Dev, R., De La Cruz, M., Kim, S. H., Kwon, J. H., Hutchins, R., Liem, C., & Bruera, E. (2014). Concepts and definitions for "actively dying," "end of life," "terminally ill," "terminal care," and "transition of care": A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(1), 77-89.
- Santana, M. J., Manalili, K., Jolley, R. J., Zelinsky, S., Quan, H., & Lu, M. (2018). How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expectations*, 21(2), 429–440.
- Shannon, S. E., Long-Sutehall, T., & Coombs, M. (2011). Conversations in end-of-life care: Communication tools for critical care practitioners. *Nursing in Critical Care*, 16(3), 124-130. doi: 10.1111/j.1478-5153.2011.00456.
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. (2013). *Patient-centered medicine: Transforming the clinical method*. Florida: Chemical Rubber.
- Thomas, C., Cramer, H., Jackson, S., Kessler, D., Metcalfe, C., Record, C., & Barnes, K. R. (2019). Acceptability of the BATHE technique amongst GPs and frequently attending patients in primary care: A nested qualitative study. *BMC Family Practice*, 20, 121. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1011-y>.
- Vanstone, M., Neville, T. H., Swinton, M. E., Sadik, M., Clarke, F. J., LeBlanc, A., ... & Cook, D. J. (2020). Expanding the 3 wishes project for compassionate end-of-life care: A qualitative evaluation of local adaptations. *BMC Palliative Care*, 19(1), 1-9.
- von Gunten, C. F., Ferris, F. D., & Emanuel, L. L. (2000). Ensuring competency in end-of-life care: Communication and relational skills. *The Journal of the American Medical Association*, 284(23), 3051-3057. doi: 10.1001/jama.284.23.3051.

บทความวิชาการ (Academic article)

การส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในผู้สูงอายุ: แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาล Ensuring Medication Safety for Older People: A Protocol for Nursing Action

จิริยา อินทนา^{1*}, กนิพันธุ์ ปานณรงค์², หยาดชล ทวีธนาวิชย์³, ปาริชาติ ญาตินิยม⁴, ลิลิต ศิริทรัพย์จันน์⁵

Jiriya Intana^{1*}, Kanipun Pannarong², Yhadchol Tawetanawanich³,

Parichat Yatniyom⁴, Lilit Sirisabjanan⁵

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: jiriya@bcnr.ac.th, โทรศัพท์ 089-7629944)

(Received: January 22, 2021; Revised: April 8, 2021; Accepted: April 21, 2021)

บทคัดย่อ

การใช้ยาในผู้สูงอายุถือเป็นประเด็นสุขภาพที่สำคัญ เนื่องจากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับวัยสูงอายุ ทำให้การใช้ยามีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายถึงชีวิตต่อร่างกาย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงร่างกายจากกระบวนการชรา การรับรู้ที่เสื่อมถอย การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค การรักษาโดยแพทย์หลายคน และทัศนคติในการใช้ยา ปัญหาการใช้ยาที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ ได้แก่ การใช้ยาหลายขนานทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อกันของยากับยา การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา ซึ่งก่อให้เกิดกลุ่มอาการผู้สูงอายุ เนื่องจากการใช้ยา ได้แก่ ความจำบกพร่อง ภาวะสับสนเฉียบพลัน กลั้นปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้ การพลัดตกหกล้ม และภาวะทุพโภชนาการ รวมถึงภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตในที่สุด

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในผู้สูงอายุ ด้วยการประเมินการใช้ยาของผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม การให้ความรู้ การจัดยาอย่างถูกต้อง จัดหาอุปกรณ์หรือวิธีการที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ยาได้ถูกต้องแม้จะมีข้อจำกัดด้านร่างกาย และการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพเพื่อให้การใช้ยาเกิดความปลอดภัย

คำสำคัญ: การใช้ยาอย่างปลอดภัย, ผู้สูงอายุ, แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาล

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ระชนบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา

Instructor, Faculty of Nursing, Chalermkarnchana University

³ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Chakiraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

⁴ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

Instructor, Faculty of nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

⁵ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Abstract

Medication safety is an important health problem for older people. Being old aged, there are multi-facet factors that possibly affect drug interactions, which are physical degeneration, cognitive impairment, chronic diseases, unnecessary medical practitioner changing, and individual attitudes toward the use of medicines. Common problems among older people are drug interaction and adverse drug reactions that cause geriatric syndromes, e.g., memory impairment, delirium, urinary and fecal incontinence, fall, malnutrition, disability and mortality.

Nurses play an important role in the promotion of medication safety for the older people by comprehensive drug use evaluation, patient education, correct drug administration, supportive equipment or method providing for the aged even ones with physical disability, and cooperation between a multidisciplinary team in order people to bring about drug safety.

Keywords: Medication safety, Older people, Protocol for nurses

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 20 ปี ที่ผ่านมา โดยในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 11,627,130 คน คิดเป็นร้อยละ 17.57 ซึ่งให้เห็นว่าประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว (aging society) (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2563) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แบบ (complete aged society) คือ มีประชากรสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2567 และสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super-aged society) คือมีประชากรสูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2578 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2555)

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังเรื้อรังเฉียบพลัน ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ และไขมันในเลือดสูง ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายจากระบบการชรา ซึ่งต้องรักษาโดยใช้ยา ร่วมกันหลายขนาน (Nechba, Kadi, Bennani-Ziatni, Zeggwagh, & Mesfioui, 2015; Dutta & Prashad, 2015) ข้อมูลการสำรวจการใช้ยาของประเทศไทยพบว่า ผู้สูงอายุ 1 ใน 3 ใช้ยาเป็นประจำ และมีใช้ยามากกว่า 2 ชนิด เพิ่มขึ้นตามสัดส่วนอายุ โดยมีความชุกของการใช้ยาร่วมกันหลายขนาน (polypharmacy) ร้อยละ 29 – 75 (ศิริสา เรื่องฤทธิ์ยาพิษ, 2561) ผลกระทบจากการใช้ยาร่วมกันหลายขนานในผู้สูงอายุ นอกจากทำให้เกิดผลข้างเคียงจากยา (Adverse Drug Reaction: ADR) อาจเกิดอันตรกิริยาต่อกันของยา หรือการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา (drug interaction) ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อระดับยาหรือพารามิเตอร์ทางเภสัชจลศาสตร์ของยา หรือฤทธิ์วิทยาของยาในร่างกายเปลี่ยนแปลงไป เมื่อได้รับยาตัวอื่นร่วมด้วย ผลของการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยานี้ อาจทำให้เสริมหรือลดฤทธิ์ในการรักษา หรือผลข้างเคียงของยาเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบให้เกิดกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) เนื่องจากการใช้ยา เช่น ความจำบกพร่อง

(cognitive impairment) ภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) กลั้นปัสสาวะ/ อุจจาระไม่ได้ (urinary and fecal incontinence) การพลัดตกหกล้ม (fall) และภาวะทุพโภชนาการ (malnutrition) รวมถึงภาวะทุพพลภาพ และเสียชีวิต (ศิริสา เรื่องฤทธิ์ชาญกุล, 2561; Boltz, Capezuti, Zwicker, & Fulmer, 2020) ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของประเทศ จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย จัดให้การส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสมในผู้สูงอายุเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายของประเทศไทยที่ต้องดำเนินการพัฒนาอย่างเร่งด่วน (ปราโมทย์ ปราสาทกุล, 2560) เพื่อลดผลข้างเคียงจากยาและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย

การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลและปลอดภัย ต้องได้รับความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร รวมถึงตัวผู้สูงอายุและผู้ดูแล บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักถึงการประเมินผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม การซักประวัติโรค และการใช้ยาอย่างละเอียด หลักการรักษาคควรเริ่มจากการไม่ใช้ยาก่อน กรณีที่ต้องรักษาโดยการให้ยา ควรพิจารณาทั้งข้อดีและข้อเสียของยาแต่ละตัว การทำงานของไตและตับ และควรเริ่มการให้ยาในปริมาณน้อย ค่อยปรับปริมาณยาเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ รวมทั้งให้ความสำคัญกับการประเมินการเกิดอันตรกิริยาของยา บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุของพยาบาล ในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสมในผู้สูงอายุ เพื่อเป็นพื้นฐานความรู้ของพยาบาลที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลด้านบริหารยาให้กับผู้สูงอายุช่วยให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้สูงอายุต่อไป

ปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดปัญหาการใช้ยา

ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการใช้ยาได้มากกว่าคนกลุ่มวัยอื่นๆ เนื่องจากปัจจัยหลายประการ ทั้งปัจจัยภายใน ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวผู้สูงอายุ และปัจจัยภายนอก ได้แก่ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ รายละเอียด ดังนี้

1. ปัจจัยภายใน คือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้สูงอายุ ได้แก่ กระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากระบวนการชรา (aging process) ที่ส่งผลต่อเภสัชจลศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากยา (Adverse drug reaction: ADR) คือ ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นในร่างกายหลังจากการใช้ยาดด้วยขนาดที่ใช้ในมนุษย์เพื่อการป้องกัน การวินิจฉัยโรค และการรักษา โดยปฏิกริยานี้เป็นสิ่งที่ไม่ต้องการและเป็นอันตรายต่อผู้ใช้ยา ซึ่งจะส่งผลให้ฤทธิ์ของยาเพิ่มขึ้นหรือลดลง (ศิริสา เรื่องฤทธิ์ ชาญกุล, 2561; ฤชณาพร ทิพย์กาญจนเรชา และสำลี สาสีกุล, 2562) ผลการศึกษาการใช้ยาของผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย พบอัตราการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 2.40 และจากปฏิกริยาไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 2.30 (ชินจิตร กองแก้ว, อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, และชไมพร กาญจนกิจสกุล, 2557) แนวทางการแก้ปัญหา คือ การซักประวัติการใช้ยา รวมถึงสมุนไพรและอาหารเสริม ซักถามอาการข้างเคียงต่างๆ ตลอดจนการพัฒนาวัฒนธรรมที่ช่วยส่งเสริมการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง เช่น แฝงยาปฏิทิน นาฬิกาปลุกเตือนรับประทานยา หรือนวัตกรรมกล่องจัดยาสำหรับการรับประทานในแต่ละมื้อ เป็นต้น (ฤชณาพร ทิพย์กาญจนเรชา และสำลี สาสีกุล, 2562)

2. ปัจจัยภายนอก ได้แก่

2.1 ความผิดพลาดจากตัวผู้ช้ยา (human) ประกอบด้วย การใช้ยาด้วยตนเอง (self-medication) เช่น การซื้อยาตามร้านยา การรับประทานยาไม่เหมาะสม รับประทานยาหมดอายุ เนื่องจากไม่มีความรู้ในการอ่านวันหมดอายุ หรือรวมยาหลายชนิดไว้ด้วยกัน รวมทั้ง ความเชื่อเรื่องการใช้ อาหารเสริม การใช้ยาทางเลือก หรือสมุนไพรต่างๆ ดังการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุไทยที่อาศัยในชุมชน ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยา คือ ขาดการตรวจสอบวิธีใช้และวันหมดอายุ ส่งผลให้ใช้ยาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ มีพฤติกรรมรับประทานยาที่ไม่เป็นไปตามคำสั่งแพทย์ เช่น การรวบมียา การใช้ยาไม่สม่ำเสมอ การปรับเพิ่มหรือลดยาเอง และการเก็บรักษายาไม่เหมาะสม (อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ และนิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ, 2558; วินัดดา ดรณณอม, จิตรลดา อุทัยพิบูลย์, และปวีณ ตั้งจิตต์พิสุทธิ์, 2562) นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีกลั้รับประทานยา และขาดความรู้ในการใช้ยา (วาสนา นัยพัฒน์, 2553) แนวทางแก้ปัญหาตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล คือ การประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุและญาติ เกี่ยวกับการใช้ยา และความสามารถในการบริหารยาด้วยตนเอง (กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา และสำลี สาลีกุล, 2562) ให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุให้ตรวจสอบวันหมดอายุก่อนใช้ยา ปรับฉลากยาให้ตัวหนังสือวันหมดอายุอยู่ในตำแหน่งที่ชัดเจน ขนาดตัวหนังสือเห็นได้ชัด ใช้ภาษาไทย หรือสัญลักษณ์ที่เป็นสากลเข้าใจง่าย เน้นย้ำถึงความสำคัญของการตรวจสอบ วันหมดอายุยา แจ้งผลเสียและความรุนแรงของโรคที่จะเกิดขึ้น (วินัดดา ดรณณอม และคณะ, 2562)

2.2 ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (medication non-adherence) เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ ได้แก่ การไม่รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือไม่กลับไปพบแพทย์ตามนัด การใช้ยาไม่ถูกต้องตามแผนการใช้ยา เนื่องจากได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วนเกี่ยวกับยา การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับยาที่ใช้ และการไม่สื่อสารกับแพทย์เกี่ยวกับยาที่ใช้อยู่หรืออาการที่เกิดขึ้น

2.3 การใช้ยาหลายชนิดร่วมกันหลายขนาน (polypharmacy) เนื่องจากเข้ารับการรักษากับแพทย์หลายคนเพราะการมีโรคร่วมหลายโรค ส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาของยาต่อผู้ป่วย (drug-patient reaction) และการเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยาต่อยา (drug-drug reaction) ทำให้ฤทธิ์ของยาเพิ่มขึ้นหรือลดลง เกิดปัญหากลุ่มอาการผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) นำไปสู่การเสียชีวิต (สุทธิพงษ์ รักเล่ง, สมเกียรติยศ วรเดศ, และบุญญพัฒน์ ไชยเมธ, 2559) รายละเอียด ดังตาราง 1

ข้อมูลในประเทศไทย รายงานการศึกษาของ Vatcharavongvan and Puttawancha (2017) พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนมีความชุกของการใช้ยาร่วมกันหลายขนานถึงร้อยละ 29.00 - 36.80 สำหรับแนวทางแก้ปัญหาตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล คือ การส่งเสริมการรักษาที่เน้นไม่ใช้ยา การสังเกตการเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยาต่อยา ยาต่อผู้ป่วย ร่วมกับการทบทวนการบริหารยาของผู้สูงอายุและผู้ดูแล เพื่อลดการใช้ยาร่วมกันหลายชนิด และแนะนำให้ผู้สูงอายุปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาที่ได้รับกับแพทย์ผู้รักษา (ศิริสา เรื่องฤทธิ์ชาญกุล, 2561)

ตาราง 1 กลุ่มยาที่ใช้บ่อยและการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา (drug interaction) จำแนกตามยาดั้งเดิมที่เกิดปัญหา ยาที่ก่อผลกระทบ และผลกระทบทางสุขภาพ (Jett, 2014; ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์, 2561)

ยาดั้งเดิมที่เกิดปัญหา	ยาที่ก่อผลกระทบ	ผลกระทบทางสุขภาพ
เมื่อให้ร่วมกัน ส่งผลให้ฤทธิ์ของยาดั้งเดิมเพิ่มขึ้น		
warfarin	phenylbutazone	- ภาวะเลือดออกผิดปกติ
	metronidazole	
	aspirin	
antidiabetic	sulfaphenazole	- น้ำตาลในเลือดต่ำ
sulfonylureas	chloramphenicol	
tolbutamide	phenylbutazone	
chlorpropamide	warfarin	
phenytoin	phenylbutazone	- หนึ่งตากระตุก
	chloramphenicol	- ความบกพร่องในการทรงตัว
	INH	- ซึมลง
azathioprine	allopurinol	- กัดการทำงานของไขกระดูก
methotrexate	sulfisoxazole	- กัดการทำงานของไขกระดูก
	aspirin	
digoxin	diuretic	- อาการพิษจากยา digoxin ได้แก่ เหนื่อยง่าย คลื่นไส้ อาเจียน
	quinidine	
propranolol	cimetidine	- หัวใจเต้นช้า
sedative-hypnotic	ethanol	- ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึม
เมื่อให้ร่วมกัน ส่งผลให้ฤทธิ์ของยาดั้งเดิมลดลง		
warfarin	barbiturates	- มีภาวะเลือดออกง่าย
	rifampicin	
	glutethimide	
	disopyramide	
prednisolone	barbiturates	- เสริมฤทธิ์ของยาสเตียรอยด์
quinidine	barbiturates	- หัวใจเต้นช้าลง
	rifampicin	
lincomycin	kaolin-pectin	- ปัสสาวะน้อยลง
tetracycline	antacid-iron	- การดูดซึมอาหารลดลง
tolbutamide	thiazide diuretic	- น้ำตาลในเลือดต่ำ
chlorpropamide	corticosteroids	- คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องร่วง น้ำหนักเพิ่ม

การเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลวิทยาในผู้สูงอายุ (pharmacokinetics in older people)

เภสัชจลศาสตร์ (pharmacokinetics) คือ การศึกษาถึงวิธีการที่ร่างกายจัดการกับยาที่ได้รับเข้าไป ได้แก่ การดูดซึมยา (drug absorption) การกระจายยาไปสู่ส่วนต่างๆ ของร่างกาย (drug distribution) เมตาบอลิซึมของยา (drug metabolism) และการขับถ่ายยาทางไต (renal excretion) สิ่งเหล่านี้ ล้วนเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากกระบวนการชรา ดังนี้

1. การดูดซึมยา (drug absorption) ระบบทางเดินอาหารของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงหลายประการ ได้แก่ ความเป็นกรดในกระเพาะอาหารลดลง การบีบตัวของทางเดินอาหารลดลง ปริมาณการไหลเวียนของเลือดผ่านกระเพาะอาหารลดลง และการลดลงของพื้นที่ผิวในการดูดซึมในทางเดินอาหาร ล้วนส่งผลให้การดูดซึมยาลดลง

2. การกระจายตัวของยา (drug distribution) ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบในร่างกายที่มีผลต่อการกระจายตัวของยา ได้แก่ ปริมาณน้ำในร่างกาย มวลกล้ามเนื้อ และโปรตีนอัลบูมินในเลือดลดลง ในขณะที่ปริมาณไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การกระจายตัวของยาที่ละลายได้ดีในน้ำลดลง ความเข้มข้นของยาในเลือดจึงสูงขึ้น ซึ่งตรงกันข้ามกับยาที่ละลายได้ดีในไขมัน จะมีการกระจายตัวเพิ่มขึ้นและออกฤทธิ์ยาวนานขึ้น โปรตีนอัลบูมินในเลือดที่ลดลง ทำให้ยาที่จับกับโปรตีนได้ลดลง สัดส่วนของยาในเลือดจึงเหลือมากขึ้น ซึ่งทำให้มีโอกาสเกิดผลข้างเคียงได้มาก เช่น ยา Warfarin ซึ่งเป็นยาลดการแข็งตัวของเลือดซึ่งใช้มากในผู้สูงอายุโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ออกฤทธิ์ โดยออกฤทธิ์ทางคลินิกในการยับยั้งกระบวนการสร้างปัจจัยในการแข็งตัวของเลือดที่พึ่งวิตามินเค (vitamin K-dependent coagulation factors) ในร่างกาย ได้แก่ coagulation factors II, VII, IX และ X รวมถึงโปรตีน C และ S ซึ่งส่งผลให้เลือดแข็งตัวช้า

3. เมตาบอลิซึมของยา (drug metabolism) ผู้สูงอายุจะมีการลดลงทั้งขนาด ปริมาณเลือดที่ไหลเวียนผ่านตับ และการทำงานของเอนไซม์ในตับลดลง ส่งผลให้ความสามารถของตับในการกำจัดยาได้ลดลง ทำให้ยาอยู่ในร่างกายและออกฤทธิ์ได้นานขึ้น จึงเกิดผลข้างเคียงได้ง่ายขึ้น เช่น ยา propranolol ยากลุ่มนี้จะทำหน้าที่ยับยั้งการทำงานของสาร norepinephrine และ adrenaline ซึ่งมีผลโดยตรงต่อตัวรับชนิด beta-1 และ beta-2 receptors ส่งผลให้หัวใจทำงานน้อยลง ความดันโลหิตลดลง และหัวใจเต้นช้าลงด้วย

4. การขับถ่ายยาทางไต (renal excretion) การลดลงของอัตราการกรองที่โกลเมอรูลัส (Glomerular filtration rate: GFR) การขับออกที่หลอดไตฝอย (tubular secretion function) และปริมาณเลือดที่ไหลผ่านไต (renal blood flow) ส่งผลให้ยาที่ถูกขับออกทางไตมีโอกาสสะสมและเกิดผลข้างเคียงได้บ่อย เช่น ยา benzodiazepines, warfarin, opioids และ verapamil (Jett, 2014; ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์, 2561)

เภสัชพลศาสตร์ (pharmacodynamics) คือ การศึกษาการออกฤทธิ์ของยาต่อร่างกาย (what drug does to the body) หรือการที่ยามีผลต่อร่างกายเกี่ยวข้องกับทั้งผลทางด้านชีวเคมี และสรีรวิทยาของยา กลไกที่ทำให้เกิดผลทั้งด้านที่พึงประสงค์คือฤทธิ์ในการรักษา และผลที่ไม่พึงประสงค์คือ อาการข้างเคียงและพิษของยา การจับของยากับโครงสร้างของร่างกายซึ่งทำหน้าที่เป้าหมายของยา (drug target) รวมถึง

ความสัมพันธ์ระหว่างขนาดยาที่ใช้กับการตอบสนองที่เกิดขึ้นในร่างกาย (dose-response relationship) ส่วนใหญ่มักเป็นเรื่องผลของยาต่อระบบไหลเวียนเลือดและระบบประสาท ซึ่งพบว่ายาส่วนใหญ่มีผลต่อตำแหน่งออกฤทธิ์ของผู้สูงอายุมากกว่าคนหนุ่มสาว รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 กลุ่มยาที่ใช้บ่อยและอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงหรืออันตรายและการพยาบาล (Jett , 2014; ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์, 2561; ฤชณาพร ทิพย์กาญจนธรรมา และสำลี สาสีกุล, 2562)

pharmacokinetics และผลกระทบ	กลุ่มยา/ชื่อยา	ผลข้างเคียง/อันตราย	การพยาบาล
1.การดูดซึมยา (drug absorption) ความเป็นกรดในกระเพาะอาหารลดลง pH เพิ่มขึ้น ทางเดินอาหารบีบตัวลดลง ปริมาณการไหลเวียนของเลือดผ่าน กระเพาะอาหารลดลง การลดลงของ พื้นผิวในการดูดซึมในทางเดินอาหาร	กลุ่ม active transport ชื่อยา calcium, organic iron, thiamine, aspirin, barbiturate, phenytoin, ketoconazole (เป็นยาที่มี ลักษณะเป็นกรดอ่อน ถูกดูด	ได้รับขนาดยาไม่เพียงพอต่อ การรักษาเนื่องจากร่างกาย ดูดซึมได้น้อย ไม่สามารถควบคุมอาการ โรคได้	สังเกตอาการแสดงของ โรคว่าระดับยาที่ได้รับ สามารถควบคุม รักษาโรค หรือเพิ่มปริมาณสารใน ร่างกายได้หรือไม่
ผลกระทบ ส่งผลให้การดูดซึมยาลดลง	ซึมได้ดีในสภาวะกรดสูง)		
2. การกระจายตัวของยา (drug distribution) โปรตีนลดลง ไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การกระจายตัวของยาที่ละลายได้ดีในน้ำลดลง ความเข้มข้นของยาในเลือดจึงสูงขึ้น และยาที่ละลายได้ดีในไขมันมีการกระจายตัวเพิ่มขึ้นออกฤทธิ์ยาวนานขึ้น	กลุ่ม ยาด้านจุลชีพ (antimicrobial drugs) ชื่อยา sulfonamide (เป็นยาที่จับกับโปรตีนได้ดี) ได้แก่ co-trimoxazole	ผื่นที่ผิวหนังคัน ผื่นไวต่อแสงแดด กลุ่มอาการสตีเวน-จอห์นสัน หรือมีอาการผื่นแพ้ยา ปวดศีรษะเวียนศีรษะท้องร่วงเหนื่อยล้า คลื่นไส้อาเจียน	เนื่องจากยาออกฤทธิ์ได้มากขึ้น มีโอกาสเกิดอาการข้างเคียงได้มากขึ้น ควรสังเกตอาการข้างเคียงอย่างใกล้ชิดเพราะมักเกิดในผู้สูงอายุ มีอาการมากขึ้นควรหยุดยาและพบแพทย์
ผลกระทบ ยาออกฤทธิ์ในร่างกายได้มากขึ้น	กลุ่ม ยาลดความดันโลหิต (anti-hypertensive) 1) ยาขับปัสสาวะ (diuretic drug) ชื่อยา thiazides 2) beta blocker (ละลายในไขมันได้ดี จึงออกฤทธิ์ได้มากในผู้สูงอายุ) ชื่อยา propranolol	- โปแตสเซียมต่ำ - น้ำตาลในเลือดและกรดยูริกสูง - หน้ามืดเป็นลมเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ เพราะ ตัวรับรู้แรงดันในเลือด (baroreceptor) มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตน้อยลง - เลือดไปเลี้ยงแขนขาลดลงลดความสามารถในการขยายแขนขา	- ควรสังเกตภาวะโปแตสเซียมต่ำ น้ำตาลในเลือดและกรดยูริกสูง - ระวังภาวะหัวใจล้มเหลว - กระตุ้นให้ออกกำลังกาย - ฝึกระวังอาการเบื่ออาหาร ภาวะซึมเศร้า สับสน

ตาราง 2 (ต่อ)

pharmacokinetics และผลกระทบ	กลุ่มยา/ชื่อยา	ผลข้างเคียง/อันตราย	การพยาบาล
	3) calcium Channel blocker ชื่อยา nifedipine	- ดูใน Drug metabolism	- ดูใน drug metabolism
	4) alpha-blocker Abs ชื่อยา prazosin	- ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า	- ตรวจค่าความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ค่อยๆเปลี่ยนอิริยาบถ
	กลุ่ม ยาละลายลิ่มเลือด (anti-coagulant) ชื่อยา warfarin (ปริมาณยาจับกับโปรตีนลดลง)	เลือดแข็งตัวช้าลง หรือไม่แข็งตัว	- สังเกตภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก จุดจ้ำเลือด - สังเกตภาวะเลือดออกในร่างกาย - ติดตามสัญญาณชีพ ภาวะช็อกจากการเสียเลือด ติดตามผล INR
	กลุ่ม ด้านโรคจิต (antipsychotic) ชื่อยา lithium	- พิษต่อระบบประสาท เช่น สับสน เพ้อคลั่ง ชัก	- ห้ามใช้ในผู้ป่วยกลัมน้ำหัวใจตายจากหลอดเลือดอุดตัน
	กลุ่ม ด้านโรคซึมเศร้า (antidepressant) ชื่อยา amitriptyline	- ความดันตกในท่านอน (postural hypotension)	- ระวังภาวะหัวใจล้มเหลว
	กลุ่ม ยาที่มีผลต่อหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular drugs) ชื่อยา amiodarone/quinidine/ digoxin	- หายใจหอบ เจ็บหน้าอก ไอเป็นเลือด หัวใจเต้นผิดจังหวะเร็วช้าหรือแรงกว่าปกติ วิงเวียนศีรษะ หรือรู้สึกจะเป็นลม ตาพร่า สูญเสียการมองเห็น ปวดศีรษะ ปวดด้านหลังของดวงตา - ดูใน renal excretion	- สังเกตอาการข้างเคียงที่อาจเกิดได้มากในวัยสูงอายุ

ตาราง 2 (ต่อ)

pharmacokinetics และผลกระทบ	กลุ่มยา/ชื่อยา	ผลข้างเคียง/อันตราย	การพยาบาล
3. เมตาบอลิซึมของยา (drug metabolism) ขนาด/ปริมาณเลือดไหลผ่านตับ/ การทำงานของเอนไซม์ตับลดลง ตับกำจัดยาได้ลดลงทำให้ยาอยู่ในร่างกายได้นานมากขึ้น	กลุ่ม ยานอนหลับ (hypnotic drugs) ชื่อยา benzodiazepines barbiturates กลุ่ม ต้านโรคจิต (antipsychotic) ชื่อยา amitriptyline, fluoxetine, haloperidol กลุ่ม anticholinergic - antihistamine/ analgesic - antidepressants - antimuscarinics - antiparkinsonian - antipsychotics/ antiemetic - antispasmodics - anticonvulsant กลุ่ม ยาลดความดันโลหิต - calcium channel blocker - beta blocker	ง่วงงุนง ซึม สับสน กดประสาทส่วนกลาง กดศูนย์การหายใจ วุ่นวายกระสับกระส่าย สับสนเฉียบพลัน เกิดภาพหลอน ซึม/ หัวใจเต้นเร็ว ความดันสูง ม่านตาขยาย หน้าแดง ปากแห้ง มีไข้ ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก - เวียนศีรษะความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้าลง ซึมสับสน - มึนงง ท้องผูก บวมที่ข้อเท้า และขา อากาศอาหารมากขึ้น - เหงื่ออกบวม - เลือดออกตามไรฟัน - คลื่นไส้อาเจียน - ดูใน drug distribution	ระวังภาวะพลัดตกหกล้ม ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โรคปอด (ถุงลมโป่งพอง หอบหืด นอนกรน มาก) ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยากกลุ่มนี้ - ฝ้าระวังอาการข้างเคียง โดยเฉพาะอาการซึม - สับสน เฉียบพลัน สมองเสื่อม หน้ามืด หกล้มอย่างใกล้ชิด - หากมีอาการมากขึ้นควรหยุดยาและพบแพทย์ - หากปากแห้ง ท้องผูก กระตุ้นให้จิบน้ำ ดื่มน้ำมากขึ้น - ฝ้าระวังในผู้ที่มีภาวะต่อมลูกหมากโต
4. การขับถ่ายยาทางไต (renal excretion) การขับถ่ายยาทางไตลดลง	กลุ่ม ยาด้านจุลชีพ (antimicrobial) ชื่อยา aminoglycoside group ได้แก่ kanamycin/ amikacin/ gentamicin/ streptomycin/	ค่าครึ่งชีวิตนานเป็น 2 เท่า จึงทำให้มีพิษต่อไตมาก	ให้อย่างช้าๆ ฝ้าระวังอาการแสดงของไตวาย ติดตามผลการการทำงานของไต เช่น eGFR, creatinine

ตาราง 2 (ต่อ)

pharmacokinetics และผลกระทบบ	กลุ่มยา/ชื่อยา	ผลข้างเคียง/อันตราย	การพยาบาล
	กลุ่ม ยาระงับปวดและลดการอักเสบ - analgesic - narcotic analgesic agent - anti-inflammatory - NSAIDs	กดศูนย์การหายใจ แผลในระบบทางเดินอาหาร พิษต่อไตและตับ กระตุกพรุน/หัก สับสน ความจำเสื่อม ท้องผูก	- สังเกตอาเจียนเป็นเลือด - ช็อกจากเลือดออกในกระเพาะอาหาร - สังเกตภาวะหยุดหายใจ - ติดตามค่าไต creatinine, eGFR - กลุ่ม NSAIDs ควรรับประทานพร้อมอาหารหรือนม เพื่อลดการระคายเคืองกระเพาะ
	กลุ่ม ยาที่มีผลต่อหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular drug) ชื่อยา digoxin *เกิดผลข้างเคียงได้ง่ายในผู้สูงอายุ*	หัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหัวใจวาย ทำให้เสียชีวิต	เผื่อระวังการเต้นของหัวใจ ใกล้ชิด สังเกตอาการอื่น ห่วงเสีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง สับสน ปวดศีรษะ
	กลุ่ม ยาลดความดันโลหิตสูง (antihypertensive agent) ชื่อยา ACE-inhibitors: captopril/ imidapril	ความดันโลหิตลดต่ำลงขณะเปลี่ยนท่านั่ง/นอน มาเป็นยืน ส่งผลให้เกิดการพลัดตก หกล้ม และค่าครึ่งชีวิตนานเป็น 2 เท่า จึงทำให้มีพิษต่อไตมาก	- สังเกตอาการเวียนศีรษะ - เปลี่ยนท่าอย่างรวดเร็วก่อน - ติดตามค่าไต creatinine, eGFR
	กลุ่ม ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด (hypoglycemic agent) ชื่อยา chlorpropamide/glibenclamide	เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้บ่อย จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ที่มีการทำงานของไตบกพร่อง เกิดภาวะโซเดียมในเลือดต่ำจากการกระตุ้นการหลั่ง ADH และขาดเกลือแร่	สังเกตอาการแสดงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ/ ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ

แนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยาในผู้สูงอายุสำหรับพยาบาล

การพัฒนาความสามารถของผู้สูงอายุและครอบครัวในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยา มีความสำคัญและจำเป็นต้องได้รับส่งเสริมเพื่อให้เกิดความปลอดภัยและลดภาวะแทรกซ้อน รายละเอียด ดังนี้

1. หลักการเบื้องต้นในการบริหารยาให้เกิดความถูกต้อง ปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุ พยาบาลควรยึดหลักการปฏิบัติตามหลัก 10 R ดังนี้ (Edward & Axe, 2015)

1) ให้ยาถูกชนิด (right drug) คือ การให้ยาถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยการตรวจสอบชื่อยาที่ใบคำสั่งการรักษาของแพทย์ (doctor's order) ใบบันทึกการบริหารยา การดยา และ หน้าซองยา/ ฉลากยา/ แผงยาให้ถูกต้องตรงกัน และอ่านชื่อยา ที่หน้าซองยา/ ฉลากยา/ แผงยา

2) ให้ขนาดถูกต้อง (right dose) หมายถึง การให้ยาตามขนาดที่แพทย์สั่ง

3) ให้ผู้ป่วยถูกคน (right client/ right patient) หมายถึง การให้ยากับผู้ป่วยได้ถูกบุคคล ตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่ให้ยากับผู้ป่วยผิดคน ด้วยการตรวจสอบคำสั่งแพทย์กับชื่อผู้ป่วยทุกครั้งก่อนให้ยา

4) ให้ถูกทาง (right route) หมายถึง การให้ยากับผู้ป่วยตามทางที่แพทย์สั่ง และตรวจสอบว่าเป็นทางที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับการให้ยาชนิดนั้นๆ โดยตรวจสอบทางที่ ให้ยาให้ตรงกับคำสั่งการรักษาของแพทย์ ใบบันทึกการบริหารยา การดยา และที่ฉลากยาว่าสามารถให้ตาม ทางที่แพทย์สั่ง

5) ให้ถูกเวลา (right time and frequency) เป็นการจดยาให้ผู้ป่วยได้รับตรงตามเวลา และความถี่ที่แพทย์สั่ง

6) บันทึกถูกต้อง (right documentation) หมายถึง การลงบันทึกเวลาที่ให้ยาลงในใบบันทึกการบริหารยาตามเวลาที่ให้ยาจริงทันที หากเวลาที่ให้ยากับผู้ป่วยต่างไปจากเวลาที่แพทย์สั่ง ให้บันทึกเวลาที่ให้จริงลงในใบบันทึกการบริหารยา พร้อมบันทึกเหตุผลลงในใบบันทึกทางการพยาบาล หากไม่ได้ให้ยากับผู้ป่วยให้บันทึกเหตุผลลงในใบบันทึกทางการพยาบาล

7) ตรวจสอบประวัติการแพ้ยาและทำการประเมินถูกต้อง (right history and assessment) หมายถึง การซักประวัติและตรวจสอบประวัติการรับยาของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งประวัติการแพ้ยา ดัดชื่อยาที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการแพ้ไว้ให้เห็นอย่างชัดเจนที่ หน้าแฟ้มผู้ป่วย และต้องไม่นำยาหรือสารใดๆ ที่ผู้ป่วยแพ้ไปให้กับผู้ป่วย

8) การให้ความรู้และข้อมูลถูกต้อง (right education and information) หมายถึง การให้ความรู้และข้อมูลกับผู้ป่วยอย่างเพียงพอเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ ผลที่คาดหวังจากการรักษาด้วยยา และอาการข้างเคียงที่อาจพบจากการรับยาชนิดนั้นๆ

9) สิทธิที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยา และสิทธิในปฏิเสธยา (right approach and right to refuse) หมายถึง ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะทราบผลการรักษาจากยา อาการข้างเคียงของยา และมีสิทธิที่จะปฏิเสธการรับยา

10) การตรวจสอบปฏิกิริยาระหว่างกันของยา (right drug-drug interaction and evaluation) และการประเมินถูกต้อง หมายถึง การตรวจสอบชนิดของยา และอาหารที่ผู้ป่วยเคยได้รับ หรือ ชนิดของยา และอาหารที่ผู้ป่วยกำลังได้รับอยู่ ที่จะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของยาที่ผู้ป่วยกำลังได้รับอยู่

2. พยาบาลศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในวัยสูงอายุ (aging process) ที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการดูดซึม (drug absorption) การกระจายตัวของยา (drug distribution) เมตาบอลิซึมของยา (drug metabolism) การขับถ่ายยาทางไต (renal excretion) เพื่อให้เกิดความตระหนักต่อการใช้ยาที่ปลอดภัย (Jett, 2014)

3. ประเมินความเหมาะสมของการใช้ยาของผู้สูงอายุ ที่มีความเสี่ยงสูง โดยเครื่องมือที่ช่วยในการเลือกยาที่เหมาะสมในผู้สูงอายุที่นิยม ได้แก่

1) Beer' criteria ซึ่งเป็นแบบประเมินที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ใช้พิจารณาความไม่เหมาะสมของยาตามโรคประจำตัวผู้สูงอายุ และไม่คำนึงถึงโรคประจำตัว ขยายขอบเขตของการประเมินการเกิดอันตรกิริยาต่อกันระหว่างยา (drug interactions) เข้าไปด้วย แบ่งเกณฑ์เป็น 5 กลุ่มใหญ่ คือ (1) ยาที่ไม่ควรใช้โดยไม่ขึ้นกับโรคหรือภาวะต่างๆ ของผู้สูงอายุ (2) ยาที่ไม่ควรใช้โดยขึ้นกับโรคหรือภาวะต่างๆ ของผู้สูงอายุ (3) ยาที่ใช้ได้แต่ควรใช้ด้วยความระมัดระวัง (4) ยาที่ต้องปรับตามการทำงานของไต (5) ยาที่ไม่ควรใช้ร่วมกันเนื่องจากมีปฏิกิริยาระหว่างยาดูด้วยกัน (American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel et al., 2015)

2) Screening Tool of Older Persons' Potentially Inappropriate Prescriptions (STOPP) เป็นเครื่องมือ/ แนวทางการพิจารณาการเริ่มให้ยาตามความเหมาะสมของข้อบ่งใช้ที่มี หากไม่มีข้อห้าม หรือใช้แนวทางการประเมินประวัติการใช้ยาของผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม ด้วยการซักประวัติเกี่ยวกับการใช้ยาในประเด็นต่างๆ ได้แก่ ชนิดของยา ปริมาณและระยะเวลาที่บริโภคยา รวมทั้งยาสมุนไพร อาหารเสริม และวิตามิน โดยแนะนำให้ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลยา อาหารเสริม และวิตามินต่างๆ มาให้พยาบาล เพื่อช่วยตรวจสอบวันเวลาที่หมดอายุ และบันทึกไว้เป็นข้อมูลเพื่อการดูแลต่อไป นอกจากนี้ พยาบาลควรสอบถามอาการแสดงบางอย่างที่สะท้อนให้เห็นเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา การเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา เช่น ภาวะน้ำตาลต่ำ ความดันโลหิตต่ำในขณะเปลี่ยนท่า สับสน หลงลืม เลือดออกในกระเพาะอาหาร เป็นต้น (O' Mahony et al, 2015; กฤษณาพร ทิพย์กาญจนธนา และสำลี สาสิทธิ์, 2562)

4. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุในการใช้ยา ความเชื่อของผู้สูงอายุในการใช้ยา เช่น การใช้สมุนไพรแทนยา และประเมินข้อจำกัดของผู้สูงอายุที่อาจส่งกระทบต่อการใช้อย่างถูกต้อง เช่น การมองเห็น ภาวะหลงลืม การกลืนลำบาก ภาวะสับสน และการอ่านหนังสือไม่ออก เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการบริหารยาสำหรับผู้สูงอายุ (Jett, 2014)

5. ประเมินศักยภาพของครอบครัวหรือผู้ดูแลที่ใกล้ชิดผู้สูงอายุ เกี่ยวกับความรู้ของการใช้ยา พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาของผู้สูงอายุแก่ผู้ดูแล (Jett, 2014)

6. ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ/ ผู้ดูแลที่ใกล้ชิดผู้สูงอายุและครอบครัว ในรายละเอียดเกี่ยวกับยาดังต่อไปนี้ (Jett, 2014; Boltz et al., 2020)

1) วัตถุประสงค์ในการให้ยาแต่ละชนิด ความรู้เกี่ยวกับการออกฤทธิ์ของยา อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น อาการของการทำปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยากับยา ความจำเป็นในการรับประทานยาให้ตรงตามขนาด เวลา

2) ความหมายของคำที่เกี่ยวข้องกับการให้ยา เช่น ก่อนอาหาร 15 นาที หลังอาหาร 30 นาที ยาอมใต้ลิ้น ยาพ่นในจมูก แนวทางการใช้ยาที่ถูกต้อง เช่น การใช้ยาเมื่อต้องการ อธิบายให้ความรู้เกี่ยวกับอุปกรณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้ยา เช่น 1 ช้อนโต๊ะ เท่ากับ 5 มิลลิลิตร 1 ช้อนชา เท่ากับ 2-3 มิลลิลิตร รวมทั้งจำนวนแคปซูลและจำนวนหยด

3) อธิบายเกี่ยวกับการเสื่อมสภาพและการหมดอายุของยา เช่น กลิ่น สี รส ความชื้น รูปทรงที่เปลี่ยนแปลง ลักษณะเม็ดยา ความเหนียว ฉลากบอกวันหมดอายุซึ่งมักเขียนเป็นภาษาต่างประเทศ คือ expire date (exp. date) ถ้ายาเสื่อมสภาพหรือหมดอายุห้ามใช้ เพราะอาจเกิดพิษจากยา เป็นต้น

4) อธิบายเกี่ยวกับการออกฤทธิ์ของยา ผลข้างเคียง การเกิดปฏิกิริยาของยาต่อยา ยาต่อสมุนไพร แนะนำผู้สูงอายุ และญาติให้ปรึกษาแพทย์และเภสัชกรทุกครั้ง ไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง ไม่ใช้ยาของบุคคลอื่นแม้จะป่วยเป็นโรคคล้ายคลึงกัน เพราะอาจเกิดพิษจากยาได้

5) เกี่ยวกับผลกระทบการใช้ยาหลายชนิด เช่น ค่าใช้จ่าย การใช้ยาหลายชนิดที่ไม่สมเหตุผล อาหารเสริมต่างๆ เป็นต้น

7. จัดเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องปลอดภัย เช่น ฉลากยา ฉลากแจ้งวันหมดอายุของยา ฉลากห้ามรับประทานที่เขียนด้วยหมึกแดง กล่องเก็บยา การจัดยาด้วยกล่องจัดยา นาฬิกาเตือนรับประทานยา สมุดเล่มเล็กที่บันทึกข้อความเกี่ยวกับชนิดของยา ขนาด จำนวน และเวลาที่รับประทานไว้ให้ชัดเจน ตะกร้าหรือกระเป๋ใส่ยาที่ช่วยให้สามารถเก็บยาได้อย่างเป็นระเบียบ ไม่ถูกแสงแดดเพื่อป้องกันการเสื่อมสภาพของยา เพื่อช่วยลดข้อจำกัดของผู้สูงอายุที่อาจเกิดขึ้น เช่น การหลงลืม เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถรับประทานยาได้ถูกต้องตรงตามวันเวลาที่เหมาะสมและปลอดภัย (Jett, 2014)

8. หากพยาบาลประเมินพบว่า ผู้สูงอายุมีอาการแสดงจากผลข้างเคียงของการใช้ยา หรือการเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา เช่น การเกิดภาวะสับสนในผู้สูงอายุ การมองเห็นผิดปกติ รวมถึงแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่มีความเสี่ยงจากการใช้ยาร่วมกันหลายขนาน ฯลฯ ควรดำเนินการส่งต่อข้อมูลให้แก่แพทย์และเภสัชกร และร่วมประชุมปรึกษากับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อช่วยแก้ปัญหาให้แก่ผู้สูงอายุไม่ให้เป็นการปรับชนิดและขนาดของยา

9. การส่งเสริมการรักษาจากการไม่ใช้ยา ผู้สูงอายุบางรายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (dementia) และปัญหาด้านพฤติกรรม เช่น วุ่นวาย และกระสับกระส่าย พยาบาลมีบทบาทช่วยส่งเสริม การไม่ใช้ยาในการรักษาปัญหาพฤติกรรมดังกล่าว เช่น การปรับสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยจิตเวช การเปิดเพลงที่ฟังสบายและปรับแสงสว่างภายในหอผู้ป่วยให้เหมาะสม นอกจากนี้ การจัดกิจกรรมบำบัดสามารถ ช่วยชะลอการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมได้ (ศิริสา เรื่องฤทธิ์ชาญกุล, 2561)

10. การประเมินและทบทวนการบริหารยาของผู้สูงอายุและผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยการให้ข้อมูลความรู้ในการบริหารยาและทบทวนความถูกต้อง แม่นยำหลังจากให้คำแนะนำ รวมถึงการประเมินโอกาสความ ผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาตามมาในอนาคต เมื่อผู้สูงอายุกลับบ้านหลังการรักษาเสร็จสิ้น

11. ส่งเสริมการรับประทานอาหารที่มีส่วนสนับสนุนการดูดซึมยา การกระจายตัวของยา หรือป้องกันการเกิดผลข้างเคียงจากยา เช่น สนับสนุนให้รับประทานกล้วย ส้ม แดงโม ซึ่งมีโปแตสเซียมสูงในผู้สูงอายุที่ได้รับยาลดความดันกลุ่มยาขับปัสสาวะควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำมากๆ หากได้รับยากลับ

ซัลฟาเนื่องจากยาสามารถตกผลึกทำให้เกิดก้อนนิ่วได้ง่ายและผู้สูงอายุมีความไวต่ออาการข้างเคียงจากการใช้ยา Sulfonamides ได้มาก

12. นอกจากกิจกรรมการพยาบาลดังกล่าวข้างต้นแล้ว พยาบาลควรจัดโปรแกรมการสอนเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้องสมเหตุสมผล พัฒนาโปรแกรมร่วมอื่นๆ เพื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ถูกต้อง โดยอาจส่งเสริมให้ครอบครัวและผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในโปรแกรมดังกล่าว เช่น โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน (ปิยดา ยุ้ยฉิม, มยุรี นีรตธราดร, พนิดา ศิริอำพันธ์กุล, และณัฐพัชร บัวบุญ, 2561)

บทสรุป

การใช้ยาให้เกิดความปลอดภัยในผู้สูงอายุถือเป็นเรื่องสำคัญอย่างหนึ่งในการดูแลผู้สูงอายุเนื่องจากในวัยสูงอายุมีปัจจัยหลายด้านที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ยา พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วย มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ การส่งเสริมการใช้ยาที่ถูกต้องสำหรับผู้สูงอายุเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญของพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของผู้สูงอายุ ประกอบกับผู้สูงอายุมีการใช้ยาหลายชนิดทำให้เกิดปฏิกิริยาระหว่างยาได้ง่าย การขับออกของยาช้ากว่าวัยอื่นๆ จากความเสื่อมของร่างกาย การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาในผู้สูงอายุอาจทำให้เข้าสู่ภาวะวิกฤตเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ พยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดปัญหาการใช้ยา การเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนวิทยาในผู้สูงอายุ ได้แก่ กลุ่มยาที่ใช้บ่อยและผลข้างเคียงหรืออันตรายของยา ปฏิสัมพันธ์ระหว่างยา ดังนั้น พยาบาลจึงต้องเข้าใจแนวปฏิบัติในการส่งเสริมการใช้ยาในผู้สูงอายุมารวมทั้งประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้การใช้ยาเป็นไปอย่างปลอดภัยและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2563). *สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563*. เข้าถึงได้จาก https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1610815306-335_0.pdf.
- กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา, และสำลี สาสีกุล. (2562). บทบาทพยาบาลในการป้องกันและการจัดการกับการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลกองทัพบก*, 20(1), 31-39.
- ชื่นจิตร กองแก้ว, อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, และชไมพร กาญจนกิจสกุล. (2557). *การใช้ยาในผู้สูงอายุไทย เขตภาคเหนือตอนล่างประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.

- ปณิตา ลิ้มปวัฒน์. (2561). โรคหรือภาวะที่เกิดจากการปฏิบัติทางการแพทย์. ใน ปณิตา ลิ้มปวัฒน์ (บ.ก.), *กลุ่มอาการสูงอายุและประเด็นทางสุขภาพที่น่าสนใจ* (น.187-202). ขอนแก่น: คลังนันทาวิทยา.
- ปราโมทย์ ปราสาทกุล (บ.ก.). (2560). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559*. นครปฐม: พรินเตอร์.
- ปิยดา ยู่ฉิม, มยุรี นิรัทธราตร, พนิดา ศิริอำพันกุล, และณัฐพัชร์ บัวบุญ. (2561). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการใช้ยาต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 48(1), 44-56.
- วาสนา นัยพัฒน์. (2553). ปัญหาสุขภาพ ปัญหาการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านพักข้าราชการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 3(1), 2-14.
- วินัดดา ตรณณอม, จิตรลดา อุทัยพิบูลย์, และปวีณ ตั้งจิตต์พิสุทธิ. (2562). ความร่วมมือและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในตำบลห้วยม อำเภอฟาน จังหวัดเชียงราย. *เชียงรายเวชสาร*, 11(1), 19-27.
- ศิรสา เรืองฤทธิ์ชาญกุล. (2561). การใช้ยาร่วมกันหลายขนานในผู้สูงอายุ. *วารสารรามธิบดีเวชสาร*, 41(1), 95-104.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2555). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบเอ็ด พ.ศ.2555-2559*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎามนตรี.
- สุทธิพงษ์ รักเล่ง, สมเกียรติยศ วรเดช, และบุญญพัฒน์ ไชยเมล์. (2559). ความชุก ปัญหาการใช้ยา และผลลัพธ์ของการใช้ยาหลายขนานในการรักษาผู้ป่วย: การทบทวนวรรณกรรม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 25(6), 1084-1096.
- อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, และนิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ. (2558). พฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุไทย. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 9(1), 32-46.
- American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel, Fick, D. M., Semla, T. P., Beizer, J., Brandt, N., Dombrowski, R.,... & Steinman, M. (2015). American Geriatrics Society 2015 updated beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(11), 2227-2246.
- Boltz, M., Capezuti, E., Zwicker, D., & Fulmer, T. T. (Eds.). (2020). *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (6th ed.). New York: Springer.
- Dutta, M., & Prashad, L. (2015). Prevalence and risk factors of polypharmacy among elderly in India: evidence from SAGE data. *International Journal of Public Mental Health and Neurosciences*, 2(2), 11-16.
- Edward, S., & Axe S. (2015). The 10 'R's of safe multidisciplinary drug administration. *Nurse Prescribing*, 13(8), 398-406.

- Jett, K. F. (2014). Safe Medication Use for Older Adult. In T. Touhy & K. F. Jett (Eds.), *Ebersole and Hess Gerontological Nursing & Healthy Aging* (4th ed.) (pp.106-120), St. Louis: Mosby.
- Nechba, R. B., Kadiri, M. E. M. B., Bennani-Ziatni, M., Zeggwagh, A. A., & Mesfioui, A. (2015). Difficulty in managing polypharmacy in the elderly: Case report and review of the literature. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 6(1), 30-33.
- O'Mahony, D., O'Sullivan, D., Byrne, S., O'Connor, M. N., Ryan, C., & Gallagher, P. (2015). STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: Version 2. *Age and Ageing*, 44(2), 213-218.
- Vatcharavongvan, P., & Puttawancha, V. (2017). Polypharmacy, medication adherence and medication management at home in elderly patients with multiple non-communicable diseases in Thai primary care. *Family Medicine & Primary Care Review*, 19(4), 412-416.

บทความวิจัย (Research article)

ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19
ของประชาชนในเขตอำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี

Knowledge, Attitudes, and Preventive Behaviors of COVID-19 among
People Living in Amphoe U-thong, Suphanburi Province

ณัฐวรรณ คำแสน^{1*}

Natawan Khumsaen^{1*}

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: knatawan@hotmail.com, โทรศัพท์ 080-463-7722)

(Received: March 6, 2021; Revised: March 10; Accepted: April 18, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ตลอดจนความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลของประชาชนในอำเภออุทุมพรจังหวัดสุพรรณบุรี ในช่วงการระบาดของไวรัสโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชน 445 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า

1. ประชาชนในอำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-49 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 46.07 มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 ในระดับมาก ร้อยละ 80.70 เชื่อมั่นว่าประเทศไทย จะเอาชนะโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้ และร้อยละ 83.40 มั่นใจว่าในที่สุดโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 จะถูกควบคุมได้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99.80 สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน

2. ระดับการศึกษา ความรู้ และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .10, .18$, และ $.16$ ตามลำดับ)

บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เพื่อส่งเสริมประชาชนให้มีความรู้ และป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19, ความรู้, ทักษะ, พฤติกรรม

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Instructor, Boromrajonani College of Nursing, Suphanburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Abstract

This survey research aims to examine levels of knowledge, attitudes, and preventive behaviors of Covid-19 along with associations between the understanding and personal factors among people living in Amphoe U-thong, Suphanburi Province during the Covid-19 pandemic. A set of questionnaires focusing on knowledge, attitudes, and preventive behaviors of Covid-19 in order to collect needed data via Line application. The reliability ranged in value was .81 alpha. The representative sample was 455 persons, as well. The data gathered from the questionnaire mentioned in the aforesaid, after being analyzed by Pearson's product moment correlation, shows that:

1. Most of the respondents age between 30-49 years and graduated with bachelor degrees. 46.07% of them have high-leveled knowledge of Covid-19, 80.7% trust that Thailand can get through the pandemic and 83.40% are sure that finally the spread of Covid-19 can be controlled. 99.80% of the representatives wear face mask when they are outside the houses.

2. Educational levels, knowledge of the disease, and attitudes toward Covid-19 are positively and significantly related to preventive practices of Covid-19 at level .05 ($r = .10, .18, .16$ respectively).

Healthcare providers can apply these findings in order to educate people about Covid-19 and to promote the appropriate preventive behavior among the Thai.

Keywords: Covid-19, Knowledge, Attitudes, Behaviors

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 (Covid-19) ได้เริ่มต้นเมื่อปลายปี พ.ศ. 2562 และลุกลามไปทั่วโลก สร้างความหวาดกลัวและส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประชากร และเมื่อต้นเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 มีการระบาดใหญ่ (pandemic) ซึ่งเป็นการติดเชื้อทั่วโลกอย่างรวดเร็ว ตามประกาศขององค์การอนามัยโลก เมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563ก) จากสถิติเมื่อวันที่ 15 เมษายน พ.ศ. 2563 ประชากรทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อ 1,982,939 คน และตาย 126,761 คน โดย 5 ลำดับแรกของประเทศที่มีผู้ติดเชื้อสูงสุด ประเทศสหรัฐอเมริกา (609,516 คน) เป็นอันดับหนึ่ง ตามด้วยสเปน (174,060 คน) อิตาลี (162,488 คน) เยอรมัน (132,362 คน) และฝรั่งเศส (131,362 คน) และเมื่อพิจารณา 5 ลำดับแรกของประเทศที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ สหรัฐอเมริกา (26,057 คน) อิตาลี (21,067 คน) สเปน (18,255 คน) ฝรั่งเศส (15,750 คน) และสหราชอาณาจักร (12,129 คน) ตามลำดับ (Dong, Du, & Gardner, 2020)

สำหรับการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 รอบแรกในประเทศไทย พบผู้ป่วยต้องสงสัยรายแรกเมื่อวันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2563 เป็นนักท่องเที่ยวหญิงชาวจีนอายุ 74 ปี ซึ่งเดินทางมาถึงกรุงเทพมหานครโดยเที่ยวบินจากนครอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน และ ณ วันที่ 8 เมษายน พ.ศ. 2563 พบอัตราการติดเชื้อในประเทศไทย จำนวน 2,369 คน มีผู้เสียชีวิต 30 คน ผู้ป่วยรายใหม่ 111 คน ในกรุงเทพและจังหวัดนนทบุรี 1,250 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 101 คน ภาคเหนือ 86 คน ภาคกลาง 332 คน และภาคใต้ 409 คน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563ก) และจากสถิติเมื่อวันที่ 22 เมษายน พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีการระบาดและมีจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 2,826 คน จำนวนผู้รักษาหาย 2,352 คน คิดเป็นร้อยละ 83.2 ร้อยละของการรักษาหายอยู่ในลำดับที่ 2 ของโลกรองจากประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563ข)

ส่วนการระบาดรอบที่ 2 ในประเทศไทยนั้น เริ่มช่วงปลายเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 โดยพบหญิงไทย อายุ 67 ปี อาชีพค้าขายที่ตลาดกลางกุ้ง ตำบลมหาชัย อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร ติดเชื้อโดยไม่มีประวัติการเดินทางออกนอกประเทศ ซึ่งคาดว่าเป็นการติดเชื้อจากแรงงานชาวจีนมาในตลาดกุ้ง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีแรงงานชาวจีนมาอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาครได้ลงพื้นที่เพื่อทำการตรวจเชิงรุก (active case finding) และพบว่าผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่ไม่มีอาการในกลุ่มแรงงานชาวจีนมาเป็นจำนวนมาก โดยการระบาดรอบที่ 2 นี้ มีความต่างจากการระบาดระลอกแรกในหลายด้าน เช่น จำนวนผู้ติดเชื้อมีจำนวนมากกว่า มีการกระจายไปหลายจังหวัด ทำให้คาดว่าการระบาดรอบที่ 2 คงไม่หมดไปอย่างรวดเร็วเหมือนรอบแรก (สุรัชย์ โชคครรชิตไชย, 2563) แม้ระบบควบคุมโรคของประเทศไทย มีการแยกผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งมีการติดตามผู้ที่สัมผัสเชื้อทุกราย และมีการตรวจเชื้อจากผู้ป่วยให้ได้อย่างรวดเร็ว แต่การระบาดในประเทศไทยก็ยังคงดำเนินอย่างต่อเนื่อง และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของประชาชน เนื่องจาก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และการใช้เทคโนโลยี เหล่านี้ล้วนมีผลกระทบต่อตัวบุคคลทั้งสิ้น เช่น ตกงาน หรือถูกเลิกจ้าง สมาชิกครอบครัวต้องอยู่ห่างกัน และมีการรักษาระยะห่างทางสังคม (social distancing) รวมถึงสัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชนลดลง ทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไป เกิดปัญหาการขาดรายได้ และชีวิตประจำวันที่ต้องปรับเปลี่ยนไป (ปัญญา เกิดมณี, สุรัชย์ ธรรมทวีธิกุล, ญาณพิณิจ วชิรสุรงค์, บดินทร์ชาติ สุขบท, และสมบัติ ทิมทรัพย์, 2563)

ในประเทศไทยได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด -19) (ศบค.) ซึ่งเป็นคณะกรรมการบริหารโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 แห่งชาติ ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ได้ประกาศภาวะฉุกเฉินของประเทศไทย โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนอยู่บ้าน (stay at home) ปฏิบัติงานที่บ้าน (Work from home: WFH) รักษาระยะห่างทางกายภาพ (physical distancing) รักษาระยะห่างทางสังคม (social distancing) สวมหน้ากากอนามัย และล้างมือบ่อยๆ (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ซึ่งการประกาศภาวะฉุกเฉินส่งผลให้ประชาชนต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทั้งหมด

สำหรับสถานการณ์การระบาดและการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในจังหวัดสุพรรณบุรีนั้น จังหวัดสุพรรณบุรี ได้มีมาตรการในการเฝ้าระวังติดตามผู้ที่เดินทางกลับมาจากประเทศกลุ่มเสี่ยงที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 โดยความร่วมมือทั้งจากฝ่ายปกครอง สาธารณสุข กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เฝ้าระวังในพื้นที่อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง และเมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 จังหวัดสุพรรณบุรี ได้ออกแถลงการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในพื้นที่ โดยระบุว่าได้รับรายงานการสอบสวนโรคระบาดวิทยา จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีที่พบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี 1 คน ซึ่งเป็นรายแรก โดยผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้สัมผัสโรคจากผู้ที่เดินทางกลับจากต่างประเทศและมีอาการป่วยระบบทางเดินหายใจซึ่งต่อมาตรวจพบว่าติดเชื้อไวรัสโควิด-19 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี, 2563) และเมื่อวันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2563 จังหวัดสุพรรณบุรีได้ประกาศว่า มีผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 รายที่ 6 หลังจากก่อนหน้านี้มีผู้ติดเชื้อสะสม 5 ราย และรักษาหายแล้ว แต่อยู่ระหว่างเฝ้าระวัง และล่าสุดมีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอีก 1 ราย โดยผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่พบทั้ง 6 รายเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอดูหมอง จังหวัดสุพรรณบุรีทั้งสิ้น

ดังนั้น จังหวัดสุพรรณบุรี จึงประกาศมาตรการล้อมกรอบอำเภอดูหมองเป็นพื้นที่เสี่ยงไวรัสโควิด-19 เนื่องจากมีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มจะแพร่ระบาดเพิ่มขึ้นอีก เพื่อให้การป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรีเป็นไปตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงกำหนดให้พื้นที่อำเภอดูหมอง เป็นพื้นที่เสี่ยงที่จำเป็นต้องยกระดับมาตรการในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ที่เข้มข้นขึ้น โดยจังหวัดสุพรรณบุรีมีมติให้กำหนดมาตรการห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกประเภท สถานที่จำหน่ายอาหาร และเครื่องดื่มทุกชนิด รวมถึงร้านค้า แผงลอย รถเข็น แผงผลไม้ หรือสถานประกอบการอื่นในลักษณะเดียวกัน ห้ามจัดให้มีสถานที่นั่งรับประทานโดยเด็ดขาด ยกเว้น การจำหน่ายเพื่อนำกลับไปรับประทานในที่พักเท่านั้น ให้ปิดตลาดนัดและสถานที่ที่มีลักษณะเดียวกันทุกแห่ง ห้ามการจัดเลี้ยงในงานบวช งานมงคลสมรส งานพิธีการศพ งานบุญทางศาสนา การไหว้บรรพบุรุษ และงานประเพณีทุกชนิด สำหรับการปฏิบัติในการจัดงานดังกล่าวให้ถือปฏิบัติตามประกาศกระทรวงวัฒนธรรม เรื่อง แนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับเทศกาล ประเพณี พิธีทางศาสนาและพิธีการต่างๆ โดยเคร่งครัด และขอความร่วมมือชาวอำเภอดูหมองงดเว้นการเดินทางออกนอกพื้นที่โดยไม่จำเป็น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี, 2563) ซึ่งการประกาศพื้นที่เสี่ยงและยกระดับมาตรการในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่เข้มข้นขึ้น ย่อมส่งผลกระทบต่อประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ (Li, Wang, Xue, Zhao, & Zhu, 2020)

จากการวิจัยของ Zhong และคณะ (2020) ที่ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของชาวจีนจำนวน 6,910 คน ในช่วงการระบาดใหญ่ของโควิด-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90 ตอบคำถามเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้ถูกต้อง ร้อยละ 97.10 มีความเชื่อมั่นว่าสาธารณสุขรัฐประชาชนจีนจะสามารถลดการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้จากการปฏิบัติตามนโยบายป้องกันการติดเชื้อ โดยร้อยละ 98 สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน นอกจากนี้ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการ

ป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และการศึกษาวิจัยของ Hussein, Naqid, Jacksi, and Abdi (2020) ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของชาวอิรัก โดยการเก็บข้อมูลแบบสำรวจทางออนไลน์ (online survey) จำนวน 1,959 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.80 มีความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 อยู่ในระดับดี ตอบถูกต้องประมาณร้อยละ 86.20 ต่ำที่สุดคือร้อยละ 67.70 และร้อยละ 69.80 มีความเห็นว่าหน่วยงานในพื้นที่จะควบคุมการติดเชื้อได้สำเร็จ และร้อยละ 86.70 แสดงความมั่นใจว่ารัฐบาลภูมิภาคเคอร์ดิสถานจะสามารถควบคุมการระบาดได้ ร้อยละ 93 หลีกเลี่ยงการไปในพื้นที่ที่มีผู้คนจำนวนมากและ ร้อยละ 57.30 สวมหน้ากากอนามัยและผ้าปิดจมูกเมื่อออกไปข้างนอก โดยในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 นี้ กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจเรื่องการรักษาระยะห่างทางสังคม และการรักษาระยะห่างทางกายภาพ ปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ต่อประชาชนทั่วไป ได้แก่ ปัญหาทางเศรษฐกิจ (การตกงาน และการถูกเลิกจ้าง) และปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความวิตกกังวล นอนไม่หลับ การดื่มสุรา และใช้สารเสพติดเพิ่มมากขึ้น (Huang & Zhao, 2020; Harkness, Behar-Zusman, & Safren, 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ในประเทศไทยมีงานวิจัยน้อยมากที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ด้วยสถานการณ์และเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในอำเภอรูทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ในช่วงที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ทั้งนี้ผลจากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพของประชาชนเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และเป็นข้อมูลให้ทีมสุขภาพ สามารถเตรียมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงในการดูแลสุขภาพของประชาชนในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภอรูทอง จังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภอรูทอง จังหวัดสุพรรณบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของบลูม (Bloom, 1964) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษา โดยแนวคิดของบลูม (Bloom, 1964) ได้กล่าวไว้ว่า ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงอย่างเป็นขั้นตอนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้ (knowledge) เป็น

กระบวนการทางสมองที่มีขั้นตอนในการพัฒนาสติปัญญาและเกี่ยวข้องกับการรับรู้การจำข้อมูลต่างๆ เพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจ 2) ทักษะ (attitude) เป็นกระบวนการทางด้านจิตใจ อารมณ์ความรู้สึก ความชอบ ค่านิยม ความเชื่อ การให้คุณค่าและการแสดงออกถึงคุณลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ ซึ่งจะบอกแนวโน้มของการกระทำและพฤติกรรมของตัวบุคคล และ 3) การปฏิบัติ (practice) เป็นการแสดงออกทางร่างกายซึ่งต้องอาศัยความรู้และทัศนคติที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติตามการรับรู้ซึ่งเป็นขั้นสุดท้ายที่ต้องใช้ระยะเวลาและการตัดสินใจ



ภาพ กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (descriptive cross-sectional research) มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นประชาชนที่อาศัยและมีภูมิลำเนาในอำเภอดำรงวิทยะ จังหวัดสุพรรณบุรี จากข้อมูลประชากรกลางปี ณ เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 พบว่ามีจำนวน 121,961 คน (กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี, 2563)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในอำเภอดำรงวิทยะ จังหวัดสุพรรณบุรี ไม่มีภาวะผิดปกติด้านสุขภาพจิต สามารถพูดอ่านหรือฟังภาษาไทยเข้าใจ มีข้อจำกัดในเรื่องการรักษาระยะห่างทางกายภาพ และมีความยินดีให้ข้อมูล คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power analysis จากโปรแกรม G*power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) เลือก Correlation: Bivariate normal model โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจทดสอบ (power of test) ที่ .80 และค่าขนาดอิทธิพล

(effect size) เท่ากับ .15 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 343 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดแทนข้อมูลที่อาจจะมี การสูญหาย (missing data) ร้อยละ 30 โดยอ้างอิงจากงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายกันของ Zhang et al. (2020) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 445 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenient sampling) และการเลือกแบบลูกโซ่ (snowball sampling)

เครื่องมือในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และการมีผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 จำนวน 16 ข้อ ซึ่งพัฒนาโดย Zhong และคณะ (2020) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ .76 แบบสอบถามถูกแปลเป็นภาษาไทย โดยผู้วิจัย หลังจากนั้นได้ทำการแปลย้อนกลับ (back-translation) โดยผู้เชี่ยวชาญที่สามารถใช้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษได้เป็นอย่างดี (bilingual person) จำนวน 2 ท่าน แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1) ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 12 ข้อคำตอบเป็นแบบ เลือกตอบ ถูก ผิด และไม่ทราบ คำตอบที่ถูกต้องให้ 1 คะแนน คำตอบที่ผิด และคำตอบว่า ไม่ทราบให้ 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์จำแนกระดับของคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Zhong et al., 2020)

คะแนนเฉลี่ย 0.00-4.00 หมายถึง ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 4.01-8.00 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 8.01-12.00 หมายถึง ระดับมาก

2) ด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 2 ข้อ แบบสอบถามให้ตอบ เห็นด้วย ให้ 1 คะแนน ไม่เห็นด้วย และไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์การจำแนกระดับของคะแนน เฉลี่ย ออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้ (Zhong et al., 2020)

คะแนนเฉลี่ย 0.00-1.00 หมายถึง ทัศนคติไม่ดี

คะแนนเฉลี่ย 1.01-2.00 หมายถึง ทัศนคดี

3) ด้านพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มี 2 ข้อ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบ คือ ถ้าปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์การจำแนก ระดับของคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้ (Zhong et al., 2020)

คะแนนเฉลี่ย 0.00-1.00 หมายถึง พฤติกรรมไม่ดี

คะแนนเฉลี่ย 1.01-2.00 หมายถึง พฤติกรรมดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดย ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้กับ ประชาชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยมาจากแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภออุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ที่ทำงานติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 3 คน มาเป็นผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูล โดยมีการให้ความรู้ และทำความเข้าใจเครื่องมือรวมทั้งวิธีการเก็บข้อมูลแบบออนไลน์

2. ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย รวมทั้งแนวทางในการเก็บข้อมูลกับประชาชนในทุกตำบลของอำเภออุทองจังหวัดสุพรรณบุรี โดยการให้แกนนำของกลุ่ม อสม. ซึ่งเป็นประชาชนในเขตอำเภออุทองและเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถามออนไลน์ ผ่านการใช้ Google form โดยให้ดาวน์โหลดแบบสอบถามออนไลน์ด้วย QR code ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาที

3. เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จแล้วได้ให้แกนนำของกลุ่ม อสม. อำเภออุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ที่เก็บข้อมูลกลุ่มแรกเปรียบเสมือนกลุ่มตั้งต้นช่วยแนะนำเพื่อนหรือคนที่รู้จักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การศึกษาอย่างน้อย 3 คนต่อไปอย่างเป็นแบบลูกโซ่ ซึ่งข้อดีของวิธีการแบบลูกโซ่นี้คือ ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตรงตามที่ต้องการในช่วงสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่มีข้อจำกัดในเรื่องการรักษาระยะห่างทางกายภาพ แล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างตั้งต้นส่งต่อ QR code แบบสอบถามออนไลน์ให้ประชาชนกลุ่มที่ 2 ทำแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

4. หลังจากทำแบบสอบถามเสร็จ ให้ช่วยแนะนำเพื่อนหรือคนที่รู้จักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การศึกษาต่อไปอีกอย่างต่อเนื่อง ถ้าเกิดกรณีมีการแนะนำอ้างอิงไปยังบุคคลเดิมที่ทำแบบสอบถามแล้วก็ต้องยุติบุคคลนั้นและเก็บข้อมูลกลุ่มบุคคลอื่นต่อไป

5. ภายหลังส่งแบบสอบถามออนไลน์ ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามในทุกๆ วัน ซึ่งจากการเก็บข้อมูลออนไลน์ผู้วิจัยใช้เวลา 2 สัปดาห์ ได้ข้อมูล 470 ชุด จึงยุติการรับแบบสอบถาม และแสดงความขอบคุณ ไปยังตัวแทน อสม. โดยใช้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line application) เช่นเดิม จากการตรวจสอบพบว่าแบบสอบถามออนไลน์ ที่ได้รับคืนมาจำนวน 470 ชุด มีความสมบูรณ์จำนวน 445 ฉบับ และมีอำนาจทดสอบหลังการวิจัย (post-hoc achieved power) เท่ากับ .89 หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เพื่อตอบคำถามการวิจัย วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient) โดยกำหนดค่าระดับความสัมพันธ์จากค่า r ดังนี้ (Wiersma & Jurs, 2009)

ระหว่าง .01-.20 หมายถึง ระดับต่ำมาก

ระหว่าง .21-.40 หมายถึง ระดับต่ำ

ระหว่าง .41 -.60 หมายถึง ระดับปานกลาง

ระหว่าง .61 -.80 หมายถึง ระดับสูง

มากกว่า .80 หมายถึง ระดับสูงมาก

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น คือ การแจกแจงเป็นโค้งปกติของข้อมูลด้วย normal probability plot พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี เอกสารรับรองหมายเลข CE-046/2563 ลงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 ผู้วิจัยมีการใช้รหัสของข้อมูลแทนการระบุตัวตน รวมถึงในส่วนของการตอบแบบสอบถาม หากอาสาสมัครวิจัยรู้สึกไม่สบายใจในการให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถาม สามารถขอถอนตัวออกจากการวิจัยได้เสมอ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 445 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.67 มีอายุอยู่ในช่วง 30-49 ปี ร้อยละ 50.11 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 54.16 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 46.07 มีอาชีพเป็นข้าราชการ ร้อยละ 27.41 มีรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 29.89 และมีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้สูงอายุและมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ร้อยละ 28.54 รายละเอียด ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะข้อมูลทั่วไปของประชาชนในเขตอำเภอบูทอง จังหวัดสุพรรณบุรี (n = 445)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			อาชีพ		
ชาย	46	10.33	ข้าราชการ	122	27.41
หญิง	399	89.67	รัฐวิสาหกิจ	8	1.80
อายุ (ปี)			ค้าขาย	76	17.08
18-29	76	17.08	เกษตรกร	33	7.42
30-49	223	50.11	รับจ้าง	88	19.77
50-59	105	23.60	นักศึกษา	40	8.99
≥ 60	41	9.21	อื่นๆ	78	17.53
สถานภาพสมรส			รายได้ต่อเดือน (บาท)		
โสด	168	37.75	< 5,000	75	16.85
สมรส	241	54.16	5,001-10,000	133	29.89
อื่น ๆ (หม้าย/หย่า/แยก)	36	8.09	10,001-20,000	79	17.75
การศึกษา			20,001-30,000	67	15.06
ประถมศึกษา	57	12.81	> 30,001	91	20.45
มัธยมต้น	28	6.29	การมีบุคคลกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด -19 ในครอบครัว		
มัธยมปลาย	65	14.61	ไม่ใช่	235	52.81
อาชีวศึกษา	19	4.27	ใช่	210	47.19
ประกาศนียบัตร	28	6.29	เด็กอายุน้อยกว่า 7 ปี	35	7.86
ปริญญาตรี	205	46.07	ผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี	127	28.54
สูงกว่าปริญญาตรี	43	9.66	ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	48	10.79

2. ระดับความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภอบูทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับมาก ($M = 9.44$, $SD = 1.34$) โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 93.50 มีความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงที่สำคัญของการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้แก่ ไข้ อ่อนเพลีย ไอ แห้ง ปวดเมื่อยตามตัว และมากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 54.20) ทราบว่า อาการคัดจมูก น้ำมูกไหลและจาม เป็นอาการที่พบน้อยในผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งอาการเหล่านี้แตกต่างจากไข้หวัด นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98.70 ทราบว่าในการที่จะป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 นั้น แต่ละบุคคลควรหลีกเลี่ยงการออกไปอยู่ในสถานที่ที่มีผู้คนจำนวนมาก เช่น ตลาดนัดและควรหลีกเลี่ยงการใช้บริการรถสาธารณะ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 97.30 ทราบว่า เชื้อไวรัสโควิด-19 สามารถแพร่กระจายทางละอองฝอยเข้าสู่ทางเดินหายใจจากผู้ติดเชื้อได้ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99.60 ทราบว่าคนที่สัมผัสกับผู้

ที่ติดเชื้อโควิด-19 ควรจะมีการกักตัว 14 วัน ในสถานที่ที่เหมาะสม ในด้านทัศนคติ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 83.40 มีความมั่นใจว่า ในที่สุดแล้วโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 จะสามารถถูกควบคุมได้ และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 80.70 มีความเชื่อมั่นว่าประเทศไทยจะสามารถเอาชนะโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้ ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ($M = 1.97, SD = .19$) นอกจากนี้ ในด้านพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 24 ระบุว่า เมื่อเร็ว ๆ นี้ได้ไปในสถานที่ที่มีบุคคลพลุกพล่านแออัด และร้อยละ 99.80 สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้านทุกครั้ง ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อยู่ในระดับดี ($M = 1.27, SD = .45$) รายละเอียด ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) จำนวนและร้อยละของความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุททอง จังหวัดสุพรรณบุรี ($n = 445$)

รายการ	M	SD	จำนวนและร้อยละ		
			จริง	เท็จ	ไม่ทราบ
ความรู้ (K) เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19					
1. อาการแสดงที่สำคัญของการติดเชื้อ โรคโควิด-19 คือ ใช้ อ่อนเพลีย ไอแห้ง ปวดเมื่อยตามตัว	.93	.25	416(93.50)	19(4.30)	10(2.20)
2. อาการคัดจมูก น้ำมูกไหล และจาม พบได้น้อยในผู้ที่ติดเชื้อ โควิด-19 ซึ่งอาการเหล่านี้แตกต่างจากโรคไข้หวัด	.54	.50	241(54.20)	162(36.40)	42(9.40)
3. ปัจจุบันนี้ยังไม่มีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ แต่การรักษา ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากการติดเชื้อได้เร็ว	.88	.32	389(87.40)	33(7.40)	23(5.20)
4. ไม่ใช่ทุกคนที่ติดเชื้อโควิด-19 แล้วจะต้องเข้าสู่ระยะรุนแรง ของโรคมีเพียงผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและคนอ้วนที่มีโอกาสที่ จะมีอาการรุนแรงจากการติดเชื้อ	.77	.42	311(69.90)	96(21.60)	38(8.50)
5. การรับประทานและสัมผัสสัตว์ป่า อาจส่งผลให้เกิดการติด เชื้อโควิด-19	.77	.42	242(54.40)	104(23.40)	99(22.20)
6. ผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 ไม่สามารถจะส่งต่อเชื้อไวรัสให้คนอื่น เมื่อไม่มีอาการไข้	.26	.44	91(20.40)	331(74.40)	23(5.20)
7. ไวรัสโควิด-19 แพร่ผ่านทางละอองฝอยของทางเดินหายใจ จากผู้ติดเชื้อ	.98	.13	433(97.30)	8(1.80)	4(0.90)
8. ประชาชนทั่วไปสามารถที่จะสวมหน้ากากทางการแพทย์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้	.99	.09	440(98.90)	4(0.90)	1(0.20)
9. สำหรับเด็กและผู้ใหญ่ตอนต้น ไม่จำเป็นต้องสวมหน้ากากเพื่อ ป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19	.38	.48	157(35.30)	276(62.00)	12(2.70)

ตาราง 2 (ต่อ)

รายการ	M	SD	จำนวนและร้อยละ		
			จริง	เท็จ	ไม่ทราบ
10. เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 แต่ละบุคคลควรจะหลีกเลี่ยงการออกไปอยู่ในสถานที่ที่มีผู้คนจำนวนมาก เช่น ตลาดนัดและหลีกเลี่ยงการใช้บริการรถสาธารณะ	.99	.08	439(98.70)	3(0.70)	3(0.70)
11. การกักตัวและการรักษาของผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการลดการแพร่เชื้อโควิด-19	.96	.20	418(93.90)	20(4.50)	7(1.60)
12. คนที่สัมผัสกับผู้ติดเชื้อโควิด-19 ควรจะมีการกักตัวแยกโรคทันทีในสถานที่ที่เหมาะสม โดยทั่วไประยะเวลาในการกักตัวคือ 14 วัน	.99	.10	443(99.60)	2(0.40)	0(0)
โดยรวม	9.44	1.34			
ทัศนคติ (A) เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19					
A1. ในที่สุดแล้วโรคโควิด-19 สามารถถูกควบคุมได้	.98	.14	371(83.40)	9(2.00)	65(14.60)
A2. ท่านเชื่อมั่นว่าประเทศไทยสามารถเอาชนะโรคโควิด-19	.99	.10	359(80.70)	5(1.10)	81(18.20)
โดยรวม	1.97	.19			
พฤติกรรม (P) การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19					
P1. เมื่อเร็ว ๆ นี้ท่านไปในที่มีคนจำนวนมากหรือไม่	.28	.45	107(24.00)	321(72.10)	17(3.80)
P2. เมื่อเร็ว ๆ นี้ท่านสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้านหรือไม่	.99	.10	444(99.80)	1(0.20)	0(0)
โดยรวม	1.27	.45			

3. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา ความรู้ ทัศนคติ กับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient) พบว่า ระดับการศึกษา ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .10, .18$, และ $.16$ ตามลำดับ) รายละเอียด ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างระดับการศึกษา ความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุททอง จังหวัดสุพรรณบุรี ($n = 445$)

ปัจจัย	r	p
ระดับการศึกษา	.10*	.03
ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา-19	.18*	.04
ทักษะเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัส โคโรนา-19	.16*	.03

* $p < .05$

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 มีคะแนนเฉลี่ย 9.44 ซึ่งอยู่ในระดับมาก อาจเป็นผลมาจากการให้ข้อมูลข่าวสารจากศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) ที่ได้ให้ข้อมูลข่าวสารในทุกช่องทาง รวมถึงข้อมูลข่าวสารในชุมชน จาก อสม. ผู้นำชุมชน หรือนโยบายระดับชาติจากกระทรวงสาธารณสุข และร้อยละ 46.10 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี และประกอบอาชีพรับราชการร้อยละ 27.40 ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ของประชาชนในประเทศมาเลเซีย (Azlan, Hamzah, Sern, Ayub, & Mohamad, 2020) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ครอบคลุมในระดับสูง โดยตอบคำถามได้ถูกต้องร้อยละ 80.50 และเมื่อพิจารณาในรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อย ได้แก่ ผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 ไม่สามารถจะส่งต่อเชื้อไวรัสให้คนอื่นเมื่อไม่มีอาการไข้ ($M = .26$) สำหรับเด็กและผู้ใหญ่ตอนต้น ไม่จำเป็นต้องสวมหน้ากากเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ($M = .38$) และอาการคัดจมูก น้ำมูกไหล และจาม พบได้น้อยในผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งอาการเหล่านี้แตกต่างจากโรคไข้หวัด ($M = .54$) ซึ่งในข้อเหล่านี้ หากประชาชนยังไม่ทราบ อาจมีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 และก่อให้เกิดการแพร่ระบาดได้มากยิ่งขึ้น ดังนั้นในการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนจึงควรเน้นย้ำประเด็นเหล่านี้ให้มากขึ้น

ในด้านทักษะ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ร้อยละ 83 มั่นใจว่าในที่สุดแล้วโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 จะถูกควบคุมได้ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80.70 เชื่อมั่นว่าประเทศไทยจะสามารถเอาชนะโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ได้ในที่สุด อาจเป็นเพราะ ศบค. ได้ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนครอบคลุมทุกด้านในทุกวัน และได้เน้นย้ำให้ประชาชนมีความเชื่อมั่นต่อการทำงานของรัฐบาลที่พยายามควบคุมการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-19 จึงทำให้ประชาชนมีทัศนคติทางบวกต่อการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาการสำรวจความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ในประชาชนชาวจีนในช่วงการระบาดใหญ่ของไวรัสโคโรนา-19 (Zhong et al., 2020) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 97.10 เชื่อมั่นว่าสาธารณรัฐประชาชนจีนจะสามารถเอาชนะและต่อสู้กับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ได้ในที่สุด

ด้านพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ร้อยละ 99.80 ได้สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้านทุกครั้ง อาจเป็นเพราะพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 นี้ ได้มีการรณรงค์ในทุกประเทศทั่วโลกซึ่งนับว่าเป็นพฤติกรรม New normal หรือพฤติกรรมใหม่ของประชาชนที่มีการดำเนินชีวิตในรูปแบบที่เปลี่ยนไป ซึ่งประชาชนได้ปฏิบัติให้เป็นนิสัย จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยของความรู้ในระดับมาก รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และมีพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zhong et al. (2020) พบว่าประชาชนชาวจีนมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 เป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มตัวอย่างเกือบร้อยละ 98 สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้านทุกครั้ง ในช่วงที่มีการระบาดใหญ่ของไวรัสโควิด-19 ในสาธารณรัฐประชาชนจีน (Zhong et al., 2020)

ส่วนผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์พบว่า ระดับการศึกษา ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ($r = .10, .18$ และ $.16$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$ แสดงว่า ประชาชนที่มีการศึกษาดี ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ระดับมาก และทัศนคติที่ดีต่อโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 จะมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มากขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Hussein และคณะ (2020) ที่พบว่าระดับการศึกษา ความรู้ และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของชาวอิรัก และผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนชาวจีน (Zhong et al., 2020) ที่พบว่า ระดับการศึกษา ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในประเทศซาอุดีอาระเบีย พบว่า ความรู้ และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนชาวซาอุดีอาระเบีย (Al-Hanawi et al., 2020) นั่นคือความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างเป็นขั้นตอน โดยความรู้ที่ดี และทัศนคติเชิงบวกของบุคคลย่อมนำไปสู่พฤติกรรมและการปฏิบัติที่ดีได้ในที่สุด (Bloom, 1964)

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้การเก็บข้อมูลโดยใช้การสำรวจแบบออนไลน์ เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในเขตอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี จึงทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างได้โดยตรง ซึ่งกลุ่มคนที่ตอบแบบสอบถามการวิจัยแบบออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์อาจไม่เป็นตัวแทนของประชาชนทุกกลุ่มได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่กระจาย ส่งผลให้คำตอบเบี่ยงเบนได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สถานบริการทางสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ในการควบคุมและป้องกันโรค เพื่อให้เกิดความเข้าใจและทัศนคติที่ดี อันจะส่งผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้อย่างครบถ้วนทุกประเด็น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองเพื่อต่อยอดการประยุกต์ใช้ความรู้ ทักษะและพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในการให้สุศึกษาแก่ประชาชน เพื่อรณรงค์และป้องกันโรคต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. (2563). *ข้อมูลประชากร* กลางปี (มิถุนายน 2563) จำแนกรายอำเภอ. สืบค้นจาก <http://www.spo.moph.go.th/web/dplan/images/info2564/popdistric63Ampher.xlsx>.
- กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข. (2563ก). *คู่มือการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับประชาชน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563ข). *รายงานโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ปัญญา เกิดมณี, สุรัชย์ ธรรมทวีธิกุล, ญาณพิณิจ วชิรสุรงค์, บดินทร์ชาติ สุขบท, และสมบัติ ทิมทรัพย์. (2563). แนวคิดและทิศทางการแก้ปัญหาโควิด-19. *วารสารก้าวหน้าโลกวิทยาศาสตร์*, 20(1), 1-12.
- ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *ข้อมูลสำหรับการป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 เอกสารเผยแพร่สำหรับประชาชน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. (2563). *รายงานการติดเชื้อโคโรนา 2019. HDC-Dashboard*. สืบค้นจาก <https://sp.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
- สุรัชย์ โชคครรชิตไชย. (2563). โควิด-19: การระบาดระลอกใหม่ในประเทศไทยปลายปี 2563. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 10(3), 1-2.
- Al-Hanawi, M. K., Angawi, K., Alshareef, N., Qattan, A. M., Helmy, H. Z., Abudawood, Y., ... & Alsharqi, O. (2020). Knowledge, attitude, and practice toward COVID-19 among the public in the Kingdom of Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 8, 217. doi: 10.3389/fpubh.2020.00217.
- Azlan, A. A., Hamzah, M. R., Sern, T. J., Ayub, S. H., & Mohamad, E. (2020). Public knowledge, attitudes and practices towards COVID-19: A cross-sectional study in Malaysia. *PLOS ONE*, 15(5), e0233668. doi: 10.1371/journal.pone.0233668.

- Bloom, B. S. (1964). *Taxonomy of education objective: The classification of educational goals: Handbook II: Affective domain*. New York: David McKay.
- Dong, E., Du, H., & Gardner, L. (2020). An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(5), 533–534. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30120-1.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 39(2), 175–191. doi.org/10.3758/bf03193146.
- Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B., & Anderson, E. R. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed). New Jersey: Pearson.
- Harkness, A., Behar-Zusman, V., & Safren, S. A. (2020). Understanding the impact of COVID-19 on Latino sexual minority men in a US HIV hot spot. *AIDS and Behavior*, 24(7), 2017–2023. doi: 10.1007/s10461-020-02862-w.
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: A web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 288, 112954. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112954.
- Hussein, N. R., Naqid, I. A., Jacksi, K., & Abdi, B. A. (2020). Assessment of knowledge, attitudes, and practices toward COVID-19 virus among university students in Kurdistan region, Iraq: Online cross-sectional study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(9), 4809–4814. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_870_20.
- Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N., & Zhu, T. (2020). The impact of COVID-19 Epidemic declaration on psychological consequences: A study on active Weibo users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 2032. doi: 10.3390/ijerph17062032.
- Wiersma, W. & Jurs, S.G. (2009). *Research methods in education*. Boston, Massachusetts: Pearson.
- Zhang, M., Zhou, M., Tang, F., Wang, Y., Nie, H., Zhang, L., & You, G. (2020). Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 among healthcare workers in Henan, China. *The Journal of Hospital Infection*, 105(2), 183-187. doi: 10.1016/j.jhin.2020.04.012.
- Zhong, B. L., Luo, W., Li, H. M., Zhang, Q. Q., Liu, X. G., Li, W. T., & Li, Y. (2020). Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: A quick online cross-sectional survey. *International Journal of Biological Sciences*, 16(10), 1745–1752. doi: 10.7150/ijbs.45221.

บทความวิจัย (Research article)

การพัฒนาระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี Development of Nursing Service System in the Observation Unit of Phrachomklao Hospital, Phetchaburi Province

วรรณิภา เจริญศรี^{1*}, บุญทิพย์ สิริธรรังศรี², จุไรรัตน์ ดวงจันทร์³, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล⁴

Wannipha Charoensri^{1*}, Boontip Siritarungsri², Churairat Duangchan³, Wanpen Pinyopasakul⁴

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: nuwannipha@hotmail.com, โทรศัพท์ 082-9151651)

(Received: November 24, 2020; Revised: January 14, 2021; Accepted: March 21, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ และประเมินความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการให้บริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จำนวน 15 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์รายบุคคลตามแนวคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา 2) การสร้างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และ 3) การประเมินความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโดยใช้แบบประเมินตามแนวคิด AGREE II ฉบับภาษาไทย 2556 โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ รวมทั้งสิ้น 7 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยคิดคะแนนเป็นร้อยละเทียบกับเกณฑ์

ผลการวิจัยพบว่า ระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ดังนี้ 1) โครงสร้าง ได้แก่ การจัดแบ่งพื้นที่ให้เหมาะสมและปลอดภัย อัตรากำลังพยาบาลที่เพียงพอและมีสมรรถนะเหมาะสม วัสดุอุปกรณ์เพื่อบำบัดรักษามีเพียงพอ 2) กระบวนการ ได้แก่ มีการใช้เกณฑ์มาตรฐานในการรับ/ย้ายผู้ป่วยที่อาการทรุดลง ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลและมีการ

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
Master student of Nursing Science (Nursing Administration), School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

² ศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
Professor, School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

³ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Instructor, Phrachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

⁴ รองศาสตราจารย์ ที่ปรึกษาด้านวิชาการ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
Associate professor, Academic advisor at Nursing Department, Siriraj Hospital

บันทึกทางการแพทย์พยาบาล มีการสื่อสารระหว่างทีมการพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานแบบมีส่วนร่วม 3) ผลลัพธ์ ได้แก่ ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร คุณภาพการบริการพยาบาล และความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมโดยรวม ร้อยละ 88.49

ผลการวิจัยนี้ ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบ, การบริการพยาบาล, หน่วยสังเกตอาการ

Abstract

The descriptive research aims to develop and evaluate the appropriateness of the nursing service system in the observation unit of Phrachomklao. There are 3 processes of the research: 1) to analyze situations and nursing service management in the observation unit – fifteen key informants were specifically selected from both providers and clients, then a set of semi-structured and open-ended questions were used in both individual and focus group interviews in order to collect the data. 2) to set up the nursing service management in the hospital 3) to evaluate the appropriateness of the nursing service system in the observation unit by creating an evaluation form based on the AGREE II, then handed down to the specific samples selected from senior experts, providers and clients before analyzing the data by percentage.

It is found from the study that there are three main factors that help develop nursing service system in the observation unit as follows: 1) structure – the appropriate and hygienic safe zoning, along with the sufficiency of efficient nursing agents and tools 2) procedure – the ability to use standard guidelines for admitting and referring patients with worsening symptoms, to apply proper nursing process operation, to record focus chartings, to effectively communicate among the nursing team, multidisciplinary team, and clients, and to set up a participatory risk management in the working section 3) outcoming result – patient and personnel's safety, nursing service quality and providers, and clients' satisfaction. Approximately, the appropriateness of the nursing service system in the observation unit has been developed to 88.49 %, as well.

Nurse administrators can apply the findings for further quality development in the observation unit.

Keywords: Nursing service system, System development, Observation unit

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบริการหน่วยสังเกตอาการ (observational unit) เป็นหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยในระยะสั้นหรือตามข้อตกลงร่วมกันในสถานพยาบาล รับดูแลผู้ป่วยโดยแพทย์มีความเห็นว่า ไม่ปลอดภัยที่จะให้กลับบ้าน แต่ไม่รุนแรงถึงขั้นต้องรับเข้าดูแลในหอผู้ป่วยใน การรับผู้ป่วยจากแผนกฉุกเฉินหรือแผนกผู้ป่วยนอก มีสถานที่ตั้งแยกเฉพาะออกจากห้องฉุกเฉินเพื่อดูแลผู้ป่วย มีแพทย์และพยาบาลที่รับผิดชอบเฉพาะหน่วย มีอุปกรณ์เครื่องมือที่เหมาะสม มีเกณฑ์รับและจำหน่ายผู้ป่วย รวมถึงกำหนดวันนอนในหน่วยสังเกตอาการภายใน 24 ถึง 72 ชั่วโมง หรือขึ้นอยู่กับข้อกำหนดของสถานพยาบาล รวมทั้ง มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน และมีกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการตามมาตรฐานที่กำหนด (ชาติชาย คล้ายสุบรรณ, 2561; Ross et al., 2013; American College of Emergency Physicians, 2015) ปัจจุบันโรงพยาบาลหลายแห่งประสบกับปัญหาจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น จนเกิดความแออัดในห้องฉุกเฉิน (emergency department crowding) (ภัทรรัช เทศนอม, 2561; พงษ์ลัดดา ปาระลี และชัชคณะ แพรวา, 2563) ทำให้ผู้ป่วยรอนานเกิดความไม่พอใจ มีภาวะเสี่ยง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการรักษายาบาล และความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมทั้ง การกลับมาตรวจซ้ำ (แพรวา โคตรณิน, ฐปนวงศ์ มิตร์สูงเนิน, ปรีวัฒน์ ภูเงิน, และลัดดาวัลย์ ภักดีราช, 2560) การให้บริการของหน่วยสังเกตอาการช่วยลดความแออัดของผู้ป่วยในได้ ช่วยเพิ่มอัตราการหมุนเวียนของเตียงผู้ป่วย โดยการคัดเลือผู้ป่วยที่อาการไม่ต้องการดูแลใกล้ชิด มีระยะเวลาการรักษาสั้นและแน่นอน เพื่อเข้ารับการรักษาในหน่วยสังเกตอาการ โดยลักษณะการบริการของหน่วยสังเกตอาการขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล (นพรุจ ลือกิตติกุล, 2556; ชาติชาย คล้ายสุบรรณ, 2561)

โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จัดตั้งหน่วยสังเกตอาการเพื่อรองรับผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยตั้งในหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก จำนวน 10 เตียง เนื่องจากหอผู้ป่วยดังกล่าวมีอัตราครองเตียงน้อยกว่าร้อยละ 50 มอบหมายให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก เป็นผู้ดูแลเพื่อบริหารอัตราค่าเตียงให้เหมาะสม รับผู้ป่วยอายุรกรรมประเภทอาการไม่รุนแรง คือ ผู้ป่วยประเภทที่ 1 ดูแลตนเองได้ (self-care) และผู้ป่วยประเภทที่ 2 ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง (minimum care) ตามเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และพักรักษาในหน่วยสังเกตอาการไม่เกิน 48 ชั่วโมง โดยรับใหม่ผู้ป่วยจากแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และรับย้ายจากหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่รักษาจนอาการดีขึ้นและวางแผนจำหน่ายภายใน 1-2 วัน เพื่อช่วยลดความแออัดของผู้ป่วยอายุรกรรมในหอผู้ป่วยสามัญ ผลการดำเนินงานของหน่วยสังเกตอาการที่ผ่านมาพบว่า มีรายงานอุบัติการณ์ทางคลินิกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 จำนวน 22 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 7.72 ปีพ.ศ. 2559 มีจำนวน 34 เรื่องคิดเป็นร้อยละ 5.68 และปีพ.ศ. 2560 มีจำนวน 35 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 8.96 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่เป็นรายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่อาการทรุดลงต้องย้ายกลับหอผู้ป่วยอายุรกรรม (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 2561) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและมีระดับความรุนแรงตั้งแต่ระดับน้อยจนถึงระดับมาก เป็นผลมาจากข้อจำกัดตามบริบท อาทิ การใช้พื้นที่และบุคลากรร่วมกับหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก อัตราค่าเตียงพยาบาลและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วย ส่งผลต่อคุณภาพการบริการของหน่วยสังเกตอาการ ทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ อย่างไรก็ตาม ยังขาด

ข้อมูลเชิงประจักษ์จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับสภาพการณ์ของโรงพยาบาล

จากการทบทวนแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการพยาบาลตามแนวคิดคุณภาพการดูแล (quality of care) ของ Donabedian (Ayanian, & Markel, 2016) พบว่า สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลหลากหลายบริบท รวมถึงมีการนำไปใช้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคต่างๆ (Ghaffari, Jahani Shourab, Jafarnejad, & Esmaily, 2014; Marsden et al., 2017) แนวคิดเชิงระบบนี้มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้าง (structure) คือ คุณลักษณะและแหล่งสนับสนุนต่างๆ ภายในองค์กร ครอบคลุมปัจจัยนำเข้า และการจัดการความสัมพันธ์ของปัจจัยนำเข้าให้มีคุณภาพพร้อมเข้าสู่กระบวนการทำงาน 2) ด้านกระบวนการ (process) เป็นการนำปัจจัยนำเข้าและโครงสร้างที่มีคุณภาพลงสู่การปฏิบัติ และ 3) ด้านผลลัพธ์ (outcome) คือ ความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพยาบาล อาจอยู่ในรูปของผลิตภัณฑ์ (product) หรือบริการ (service)

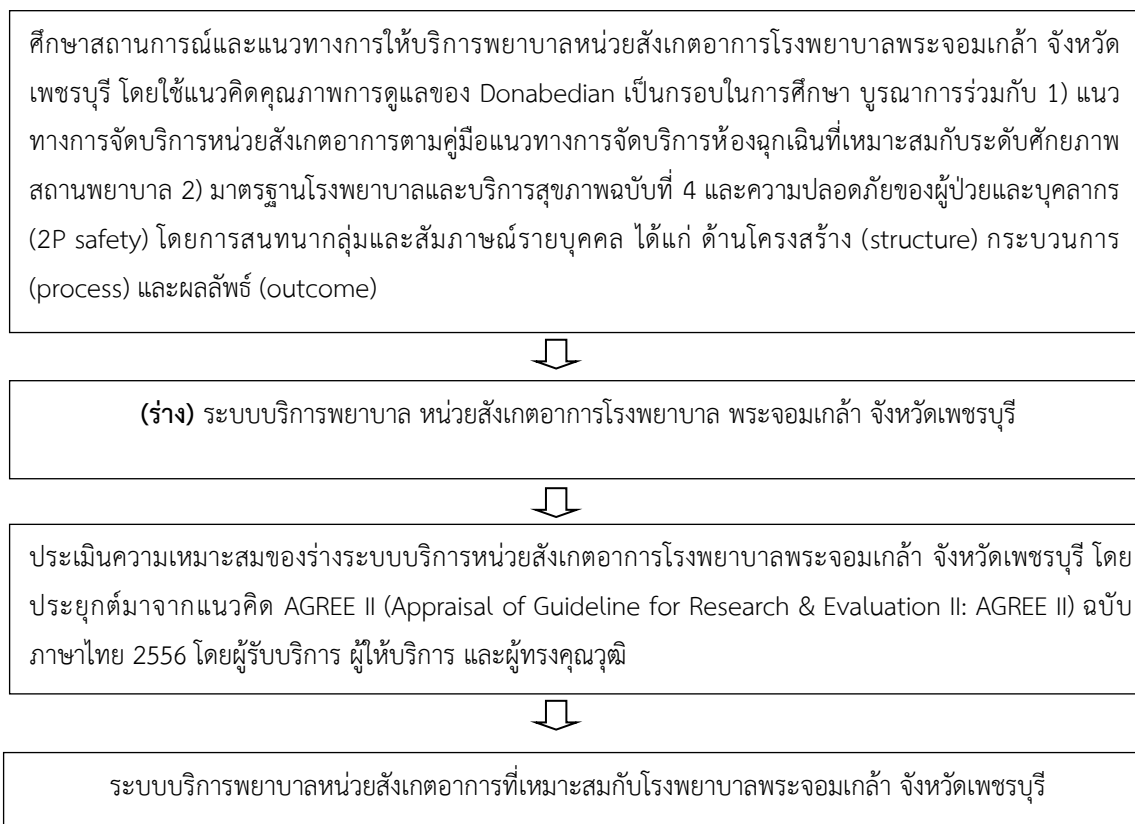
จากอุบัติการณ์ทางคลินิกที่ผ่านมาส่งผลต่อคุณภาพการบริการ และความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วย รวมถึงข้อจำกัดตามบริบทของหน่วยสังเกตอาการดังกล่าว ผู้วิจัยซึ่งรับผิดชอบและปฏิบัติงานที่หน่วยสังเกตอาการได้ตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้รับและผู้ให้บริการในหน่วยสังเกตอาการ รวมถึงคุณภาพการให้บริการที่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล และมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ จึงได้นำแนวคิดคุณภาพการดูแลของ Donabedian (Ayanian, & Markel, 2016) มาบูรณาการร่วมกับแนวทางการจัดบริการหน่วยสังเกตอาการตามคู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับระดับศักยภาพสถานพยาบาล Part 3 (ชาติชาย คล้ายสุบรรณ, 2561) และมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 พ.ศ. 2561 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน, 2561ก) และความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety: 2P Safety) (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน, 2561ข; สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน, 2561ค) มาใช้ในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพื่อให้ระบบบริการพยาบาลของหน่วยสังเกตอาการมีคุณภาพตามมาตรฐาน ปลอดภัย และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสร้างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อประเมินความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ นำแนวคิดคุณภาพการดูแลของ Donabedian (Ayanian, & Markel, 2016) มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้าง (Structure) 2) ด้านกระบวนการ (Process) และ 3) ด้านผลลัพธ์ (Outcome) บูรณาการร่วมกับแนวทางการจัดบริการหน่วยสังเกตอาการ ตามคู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับระดับศักยภาพสถานพยาบาล Part 3 (ชาติชาย คล้ายสุบรรณ, 2561) และมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 พ.ศ. 2561 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน, 2561ก) และความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety: 2P Safety) (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน, 2561ข; สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน, 2561ค) เพื่อใช้ศึกษาสถานการณ์และแนวทางการให้บริการหน่วยสังเกตอาการ และนำข้อมูลมาใช้พัฒนาระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี หลังจากนั้น นำร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่พัฒนาขึ้นไปประเมินความเหมาะสมของระบบโดยประยุกต์มาจาก การประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล จากแนวคิด AGREE II (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II) (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ซึ่งสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ มีวิธีดำเนินการวิจัย 3 ระยะ รายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการให้บริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) เป็นผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จำนวน 15 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยคำนึงถึงความสามารถในการให้ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งเป็นผู้รู้จริงเกี่ยวกับหน่วยสังเกตอาการ จำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยสังเกตอาการ 3 คน ผู้ช่วยเหลือนพยาบาล 1 คน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติหน้าที่เลขาทีมการดูแลผู้ป่วย (Patients Care Team: PCT) สาขาอายุรกรรม 1 คน สาขาจักษุ โสต ศอ นาสิก 1 คน และพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นตัวแทนคณะกรรมการด้านการติดเชื้อของโรงพยาบาล จำนวน 1 คน รวมทั้งสิ้น 7 คน
2. ผู้บริหารโรงพยาบาล จำนวน 2 คน ได้แก่ หัวหน้าหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก 1 คน และแพทย์อายุรกรรมประจำหน่วยสังเกตอาการ 1 คน
3. ผู้รับบริการ จำนวน 6 คน ได้แก่ ผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหน่วยสังเกตอาการ 3 คน และญาติผู้ดูแลผู้ป่วย 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview) เกี่ยวกับสถานการณ์และแนวทางการให้บริการพยาบาลในหน่วยสังเกตอาการ 3 ประเด็น คือ ด้านโครงสร้าง (structure) ด้านกระบวนการ (process) และด้านผลลัพธ์ (outcome) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมจำแนกเป็น 3 ชุด ตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักคือ ผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหาร และผู้รับบริการ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางวิชาการการพยาบาล การบริหารการพยาบาล การวิจัยและสถิติ และหัวหน้าหอผู้ป่วยพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงตำแหน่งวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รวม 5 คน วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้องทั้งฉบับ (Content Validity Index for Scale: S-CVI/Ave) (Polit, Beck, & Owen, 2007) เท่ากับ .97, .98 และ .88 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สันทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง ณ ห้องประชุมหอผู้ป่วยจักษุโสตศอนาสิก โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มด้วยตนเอง ก่อนเริ่มดำเนินการได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลเพื่อใช้เครื่องอัดเสียงการสนทนาระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล รวมถึงการถ่ายภาพขณะมีการสนทนาแล้วจึงเริ่มสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยพูดคุยกับผู้ร่วมสนทนาด้วยเรื่องทั่วไปก่อน หลังจากนั้นจะเริ่มประเด็นการสนทนาตามเครื่องมือประเด็นคำถามปลายเปิดกึ่งโครงสร้าง โดยพยายามให้ผู้เข้าร่วมสนทนาทุกคนได้แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในทุกประเด็นให้มากที่สุด ขณะที่สนทนากลุ่ม ผู้วิจัยจะสรุปประเด็นเป็นช่วงๆ เพื่อให้มั่นใจว่าการตีความและความเข้าใจของผู้วิจัยมีความถูกต้อง ตรงกับความคิดเห็นของผู้ร่วมสนทนา เมื่อได้อภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประเด็นต่างๆ กันจนกระจ่างชัดแล้ว ผู้วิจัยกล่าวสรุปและขอบคุณผู้ร่วมสนทนา

2. การสัมภาษณ์ผู้บริหารและผู้รับบริการเป็นรายบุคคล โดยใช้เวลาคนละประมาณ 1 ชั่วโมงทั้งนี้จนกว่าจะได้ข้อมูลอิ่มตัว ทำการสัมภาษณ์รายบุคคล ณ ห้องประชุมหอผู้ป่วยจักษุโสตศอนาสิก ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์และขออนุญาตบันทึกเทปเสียงและเหตุการณ์ในระหว่างการสัมภาษณ์รายบุคคล โดยได้เกริ่นนำเรื่องทั่วไปก่อน เพื่อสร้างบรรยากาศของความเป็นกันเอง หลังจากนั้นได้สัมภาษณ์ตามเครื่องมือประเด็นคำถามปลายเปิดถึงโครงสร้าง ซึ่งผู้วิจัยสัมภาษณ์แบบลักษณะการชวนคุยตามประเด็น เพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย ไม่รู้สึกหวาดระแวง หากมีประเด็นที่น่าสนใจก็จะถามเจาะลึกลงไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เมื่อได้ข้อมูลจากการถอดเทปเป็นภาษาเขียน นำมาจัดระบบความหมายของข้อความ จัดกลุ่มข้อความเป็นกลุ่มประเด็นหลัก ประเด็นรองและวิเคราะห์สรุปประเด็น (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2551)

ระยะที่ 2 การสร้างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์รายบุคคล รวมถึงข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์และแนวทางการให้บริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการจากผู้ให้ข้อมูลหลัก มาวิเคราะห์สรุปประเด็น หลังจากนั้นผู้วิจัยนำประเด็น ข้อเสนอแนะทั้งหมด มาบูรณาการร่วมกับแนวทางการจัดบริการหน่วยสังเกตอาการตามคู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับระดับศักยภาพสถานพยาบาล Part 3 (ชาติชาย คล้ายสุบรรณ, 2561) และ 3) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2561 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน, 2561ก) และความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (2P Safety) (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน, 2561ข; สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน, 2561ค) สร้างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

จากนั้น นำร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ขอความเห็นจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จนได้ร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการเพื่อทำการประเมินความเหมาะสมต่อไป

ระยะที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ประเมินความเหมาะสมของร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 7 คน จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยคัดเลือกตัวแทนจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในระยะที่ 1 กลุ่มละ 1 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก และญาติผู้ป่วย รวมเป็น 3 คน
2. กลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 คน ได้แก่ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ หัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เลขาธิการประจำศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และผู้ทรงคุณวุฒิทางการศึกษา ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากเครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล ตามแนวคิด AGREE II (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์, 2556) ประเมินความเหมาะสม 6 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 วัตถุประสงค์ มิติที่ 2 ขอบเขต มิติที่ 3 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มิติที่ 4 ความเป็นอิสระมุมมองความเป็นอิสระของผู้มีส่วนร่วม มิติที่ 5 ความเข้มงวดของการขั้นตอนการจัดทำ และมิติที่ 6 ความชัดเจนในการนำเสนอและการนำไปใช้ แบบสอบถามทั้งหมดรวม 6 ข้อ ได้ค่า S-CVI/Ave เท่ากับ .96 เป็นมาตรฐานประมาณค่า 7 ระดับ ได้แก่ คะแนนระดับ 1 (ไม่เหมาะสมเป็นอย่างมาก) เมื่อไม่มีข้อมูลที่ตรงกับหัวข้อหรือรายงานไว้ คะแนนระดับ 7 (เหมาะสมเป็นอย่างมากที่สุด) เมื่อระบบมีคุณภาพดีมาก ครอบคลุมตามหลักเกณฑ์ (Waltz, Strickland & Lenz, 2017) ดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง เห็นว่าข้อนี้ๆ ไม่มีความเหมาะสมเป็นอย่างมาก (ร้อยละ 0.0-14.2)
- 2 คะแนน หมายถึง เห็นว่าข้อนี้ๆ มีความเหมาะสมน้อยมาก (ร้อยละ 14.3-28.5)
- 3 คะแนน หมายถึง เห็นว่าข้อนี้ๆ มีความเหมาะสมน้อย (ร้อยละ 28.6-42.8)
- 4 คะแนน หมายถึง เห็นว่าข้อนี้ๆ มีความเหมาะสม (ร้อยละ 42.9-57.1)
- 5 คะแนน หมายถึง เห็นว่าข้อนี้ๆ มีความเหมาะสม (ร้อยละ 57.2-71.4)
- 6 คะแนน หมายถึง เห็นว่าข้อนี้ๆ มีความเหมาะสมเป็นอย่างมาก (ร้อยละ 71.5 - 85.7)
- 7 คะแนน หมายถึง เห็นว่าข้อนี้ๆ มีความเหมาะสมเป็นอย่างมากที่สุด (ร้อยละ 85.8-100.0)

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การคำนวณคะแนนความเหมาะสมตามสูตรแนวคิด AGREE II คิดคะแนนเป็นร้อยละ ดังนี้

$$\text{ระดับคะแนน} \quad \text{คือ} \quad \frac{\text{คะแนนที่ได้} - \text{คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้}}{\text{คะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้} - \text{คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้}}$$

คะแนนสูงสุดที่จะเป็นไปได้ = 7 (เห็นด้วยอย่างมาก) x จำนวนคำถามทั้งหมด x จำนวนผู้ประเมิน

คะแนนต่ำสุดที่จะเป็นไปได้ = 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างมากที่สุด) x จำนวนคำถามทั้งหมด x จำนวนผู้ประเมิน

หากมีค่าคะแนนความเหมาะสมโดยรวม ทั้ง 6 มิติมากกว่าร้อยละ 70 สามารถสรุปได้ว่าระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม เป็นที่ยอมรับ และนำไปใช้ได้ (ศากุล ช่างไม้, 2549; Waltz, Strickland & Lenz, 2017) และผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะจากผู้ประเมินมาปรับปรุงแก้ไขร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการให้มีความสมบูรณ์เพิ่มขึ้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี หมายเลข 6/2563 ลงวันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2563 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ร่วมวิจัยเข้าร่วมโดยสมัครใจ โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงในการเข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้ ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม โดยไม่มีการระบุข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลใดๆ ทั้งสิ้น

ผลการวิจัย

1 ร่างระบบบริการหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำแนกออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง กระบวนการ และ ผลลัพธ์ ซึ่งจำแนกออกเป็นองค์ประกอบย่อย ตามสภาพการณ์ปัจจุบันและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา รายละเอียด ดังนี้

1.1 ด้านโครงสร้าง ผลการวิจัยพบว่า มี 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ 1) การจัดแบ่งพื้นที่ (zone) ผู้ป่วยที่เหมาะสมและปลอดภัย 2) อัตรากำลังของบุคลากรเพียงพอและมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินด้านอายุรกรรมที่เหมาะสม และ 3) วัสดุอุปกรณ์เพื่อบำบัดรักษามีเพียงพอและพร้อมใช้งาน รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 องค์ประกอบและองค์ประกอบย่อยด้านโครงสร้าง จำแนกสภาพการณ์ปัจจุบันและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

องค์ประกอบย่อย	สภาพการณ์ปัจจุบัน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
1. การจัดแบ่งพื้นที่ (zone) ผู้ป่วยที่เหมาะสมและปลอดภัย	1.1 พื้นที่ของหน่วยสังเกตอาการอยู่ในหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก ไม่ได้แยกออกจากหน่วยเดิม เป็นหน่วยอิสระแบบชัดเจน 1.2. ให้บริการเตียงสามัญ 10 เตียง ทำให้อาการผู้ป่วยบางส่วนนอนอยู่ในฝั่งของผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก 1.3 ไม่มีการกำหนดพื้นที่สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อที่ชัดเจน 1.4 ไม่ได้จัดโซนสำหรับผู้ป่วยหญิงและผู้ป่วยชาย 1.5 พื้นที่ปฏิบัติงานของพยาบาลอยู่ในบริเวณทางเดินกลางหอผู้ป่วย ไม่มีการกั้นเป็นสัดส่วน	1.1 พื้นที่สำหรับผู้ป่วยหน่วยสังเกตอาการ ควรแยกออกมาจากหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก ให้ชัดเจน อาจใช้การกั้นห้องให้เป็นสัดส่วน มีทางเข้าออกหน่วยสังเกตอาการโดยไม่ต้องผ่านหอผู้ป่วยจักษุ 1.2. ควรปรับลดจำนวนเตียงลงเหลือ 8 เตียง เพื่อให้ผู้ป่วยหน่วยสังเกตอาการไปนอนฝั่งเดียวกับผู้ป่วยตา หู คอ จมูก ป้องกันการติดเชื้อ (cross infection) 1.3 จัดโซนผู้ป่วยติดเชื้อให้อยู่ด้านในสุดของหน่วย แผนระยะยาวควรทำห้องผู้ป่วยแยกโรคเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ 1.4 จัดโซนสำหรับผู้ป่วยหญิงและผู้ชาย ให้นอนคนละฝั่ง แยกห้องน้ำชายและหญิงโดยติดป้ายสัญลักษณ์ 1.5 จัดพื้นที่ปฏิบัติงานสำหรับพยาบาลโดยอาจกั้นห้องกระจกเพื่อความปลอดภัยและป้องกันการติดเชื้อ

ตาราง 1 (ต่อ)

องค์ประกอบย่อย	สภาพการณ์ปัจจุบัน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
2. อัตราการล้างของบุคลากรเพียงพอและมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินด้านอายุกรรมที่เหมาะสม	2.1 อัตราการล้างเวรเข้า พยาบาล 1 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน เวรบายและเวรตีกใช้อัตราการล้างของหอผู้ป่วย จักขุ โสต ศอ นาสิก โดยดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 หน่วย 2.2 สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ใช้การเรียนรู้ขณะปฏิบัติงาน ไม่ได้ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินด้านอายุกรรม	2.1 ควรจัดให้มีอัตราการล้างประจำของหน่วยสังเกตอาการแบบเต็มทีมการพยาบาล และจัดสรรอัตราล้างตามภาระงานจริง โดยบริหารอัตราล้าง พยาบาล 1 คน และผู้ช่วยพยาบาล 1 คน (staff mix) ในทุกเวร 2.2 พัฒนาสมรรถนะ โดยกำหนดสมรรถนะหลัก และทักษะที่จำเป็น เช่น โรคที่สำคัญของอายุกรรม ภาวะฉุกเฉินด้านอายุกรรม การช่วยฟื้นคืนชีพ และการทำหัตถการที่พบบ่อย
3. วัสดุอุปกรณ์เพื่อบำบัดรักษาเพียงพอและพร้อมใช้งาน	3.1 อุปกรณ์เพื่อบำบัดรักษาใช้ร่วมกับหอผู้ป่วย จักขุ โสต ศอ นาสิก บางครั้งมีไม่เพียงพอ เช่น oxygen pipeline/ oxygen regulator ไม่พอ รื้อมาใช้บุคลากรบางคน ยังใช้เครื่อง defibrillator เครื่อง EKG ไม่ชำนาญ	3.1 จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นอย่างเพียงพอ เช่น oxygen pipeline เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว และ oxygen regulator ทำคู่มือการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ กำหนดผู้รับผิดชอบดูแล อบรมทบทวนการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นที่ใช้ในภาวะฉุกเฉินอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ defibrillator เครื่อง EKG

1.2 ด้านกระบวนการ ผลการวิจัยพบว่า มี 4 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ 1) การใช้เกณฑ์มาตรฐานในการรับผู้ป่วย/ย้ายผู้ป่วยที่อาการทรุดลง 2) ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ 3) สื่อสารระหว่างทีมการพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้รับบริการ อย่างมีประสิทธิภาพ และ 4) บริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพ รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 องค์ประกอบและองค์ประกอบย่อยด้านกระบวนการ จำแนกสภาพการณ์ปัจจุบันและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

องค์ประกอบย่อย	สภาพการณ์ปัจจุบัน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
1. มีการใช้เกณฑ์มาตรฐานในการรับผู้ป่วย/ย้ายผู้ป่วยที่อาการทรุดลง	1.1 การรับใหม่ผู้ป่วย/รับย้ายผู้ป่วยใช้เกณฑ์รับผู้ป่วย คือ ประเภทที่ 1 ผู้ป่วยดูแลตนเอง (self-care) และประเภทที่ 2 ผู้ป่วยเจ็บป่วยปานกลาง (minimum care)	1.1 นำ PCK MEWs (Phrachomklao Modified Early Warning Score) ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้าฯ มาใช้ประเมินอาการของผู้ป่วยจะต้องมีคะแนนไม่เกิน 3 คะแนน ร่วมกับการใช้เกณฑ์มาตรฐานในการรับ/ย้ายผู้ป่วย เพื่อให้มีความชัดเจนและเป็นไปแนวเดียวกัน ตลอดจนประชาสัมพันธ์ให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและทีมสหสาขาวิชาชีพทราบอย่างทั่วถึง

ตาราง 2 (ต่อ)

องค์ประกอบย่อย	สภาพการณ์ปัจจุบัน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
2 ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ	2.1 ขาดองค์ความรู้และนำความรู้ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในกระบวนการพยาบาล 2.2 มีการบันทึกทางการพยาบาลแบบ focus charting แต่ขาดการระบุปัญหาไม่เป็นปัจจุบัน ข้อมูลไม่ครบถ้วนและขาดความชัดเจน 2.3 การนิเทศทางการพยาบาลไม่สม่ำเสมอ ไม่มีผู้รับผิดชอบโดยตรง	2.1 นำ PCK MEWs ใช้เฝ้าระวัง (monitoring) การรับรู้ลักษณะอาการที่เป็นอันตราย (recognition) การขอความช่วยเหลือ (call for help) วางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาล (response) 2.2 พัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลรายโรค อายุรกรรมที่สำคัญ โรคที่พบบ่อยและมีความเสี่ยงสูง จัดทำคู่มือเกณฑ์การบันทึกทางการพยาบาลให้ทันสมัย และเหมาะสม ผูกอบรมเชิงปฏิบัติการบันทึกทางการพยาบาลแบบ focus charting 2.3 หัวหน้างานเพิ่มบทบาทการนิเทศทางการพยาบาลของหัวหน้าพยาบาล และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้การบันทึกทางการพยาบาล มีความสมบูรณ์มากขึ้น
3. การสื่อสารระหว่างทีมการพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ	3.1 การรับเวอร์สรวมถึงการสื่อสารระหว่างแพทย์และพยาบาล มีการให้ข้อมูลไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุม และบุคลากรขาดทักษะการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ 3.2 การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ให้ข้อมูลไม่ชัดเจน มีความหมายคลุมเครือ ไม่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน	3.1 นำเทคนิคสื่อสารแบบไอเอสบาร์ (ISBAR: Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation) มาใช้ในการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการและนำไปใช้จริง เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยและแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ 3.2 การให้ข้อมูลให้ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและพัฒนาพฤติกรรมบริการอย่างมีหัวใจความเป็นมนุษย์ เช่น จัดทำโครงการพัฒนาพฤติกรรมบริการ สอดแทรกการสอนเรื่องจริยธรรมในประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน
4. บริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพ	4.1 มีกระบวนการบริหารความเสี่ยง การบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน แต่ยังขาดการมีส่วนร่วมของทีม ทำให้ไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อความปลอดภัย 4.2 มีแนวทางการบริหารยา แต่บุคลากรไม่เคร่งครัดต่อการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาของโรงพยาบาล	4.1 ส่งเสริมพยาบาลในทีมมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารความเสี่ยง ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมรับผิดชอบ และประเมินผลการจัดการความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง 4.2 ทบทวนการปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีอย่างเคร่งครัด การบริหารยาพยาบาลโดยใช้หลัก 10Rs ให้ความสำคัญเกี่ยวกับซั๊กประวัติยาเดิม และหัวหน้างานมีการนิเทศทางการพยาบาลด้านการบริหารยาอย่างสม่ำเสมอ

ตาราง 2 (ต่อ)

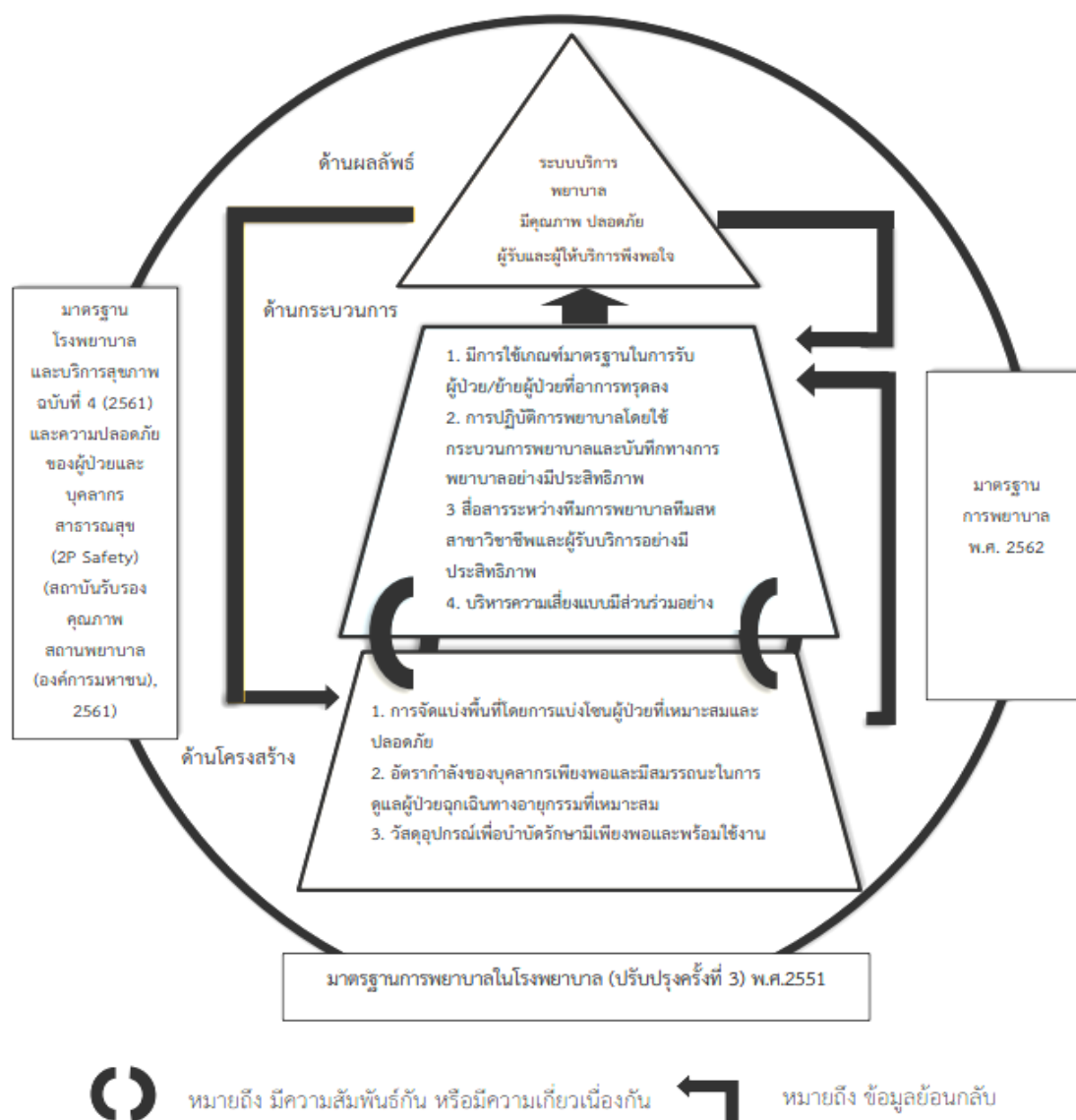
องค์ประกอบย่อย	สภาพการณ์ปัจจุบัน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
	4.3 ขาดมาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้ม แนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มไม่ชัดเจนพยาบาล ไม่มีการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เกิดอุบัติเหตุผู้ป่วยพลัดตกหกล้มในห้องน้ำ	4.3. ทบทวนปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ตั้งแต่แรกรับ ระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในทุกเวร กำหนดแนวปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ กำหนดเวลาตรวจเยี่ยมของพยาบาล ทบทวนการใช้ยาที่อาจทำให้ผู้ป่วยพลัดตกหกล้มได้ง่าย ให้ความรู้กับบุคลากร ผู้ป่วยและญาติ เพื่อป้องกันความเสี่ยง
	4.4 มีมาตรฐานปฏิบัติงานป้องกันการติดเชื้อ แต่ไม่ถูกปฏิบัติจริง บุคลากรบางคนยังไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาลผู้ปฏิบัติงานบางคนยังไม่ตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและญาติ	4.4.1 สร้างความตระหนักแก่บุคลากรในการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อขั้นพื้นฐาน (standard precautions) เน้นล้างมือถูกต้องตามหลักการ และใส่หน้ากากอนามัย กำหนดเกณฑ์การย้ายผู้ป่วยติดเชื้อต้องมาหน่วยสังเกตอาการและใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน 4.4.2 จัดให้มีเครื่องป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (protective personal equipment) สำหรับบุคลากรทุกระดับตามประเภทกิจกรรม 4.4.3 จัดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เช่น การใช้เครื่องป้องกันร่างกายส่วนบุคคล แนวทางการป้องกันการติดเชื้อขั้นพื้นฐานตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงาน 4.4.5 นิเทศทางการพยาบาล และการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ

1.3 ด้านผลลัพธ์ ผลการวิจัยพบว่า มี 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ 1) ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร (2P safety) 2) คุณภาพบริการ และ 3) ความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 องค์ประกอบและองค์ประกอบย่อยด้านผลลัพธ์ จำแนกสภาพการณ์ปัจจุบันและข้อเสนอแนะ
เพื่อการพัฒนา

องค์ประกอบย่อย	สภาพการณ์ปัจจุบัน	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
1. ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร (2P safety)	1.1 ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย พบว่ามี อุบัติการณ์ เช่น, อุบัติการณ์ ความคลาดเคลื่อนทางยา, การพลัดตก หกล้ม	1.1 ผู้รับบริการมีความปลอดภัย ใช้เกณฑ์ตัวชี้วัด และระบุในนโยบายเพื่อการติดตาม ได้แก่ อุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ ความผิดพลาดในการบริหารยา การระบุตัวผู้ป่วยผิด การพลัดตกหกล้ม และความผิดพลาดในการให้เลือด
	1.2 ด้านความปลอดภัยของบุคลากร พบอุบัติการณ์บุคลากรติดเชื้อวัณโรค จากการปฏิบัติงาน	1.2 บุคลากรมีความปลอดภัย ได้แก่ อุบัติการณ์ บุคลากรทางสุขภาพติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน
2. คุณภาพบริการ	2.1 พบอุบัติการณ์ เช่น การรับไว้เป็น ผู้ป่วยในผิดแผนก และการวินิจฉัยล่าช้า เป็นต้น	2.1 ใช้เกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ได้แก่ จำนวนอุบัติการณ์ทางคลินิก อัตราการติดเชื้อใน โรงพยาบาล อัตราการกลับเข้ารับการรักษาล่าช้าใน โรงพยาบาลภายใน 28 วัน ระยะวันนอนเฉลี่ยของ ผู้ป่วย อัตราการตาย จำนวนอุบัติการณ์การย้ายเข้า หอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่ได้วางแผน จำนวนอุบัติการณ์ การช่วยฟื้นคืนชีพ และจำนวนอุบัติการณ์การตาย อย่างไม่คาดคิด
	2.2 สมรรถนะของพยาบาลการดูแล ผู้ป่วยฉุกเฉินด้านอายุรกรรมไม่เพียงพอ	2.2 ใช้เกณฑ์ตัวชี้วัดและระบุในนโยบายการบริการ พยาบาลเพื่อการติดตาม ได้แก่ 1) ร้อยละของบุคลากรทางการพยาบาลได้รับการอบรมการพยาบาลทางด้านอายุรกรรมอย่างน้อย 10 วัน/คน/ปี 2) ร้อยละของบุคลากรทางการพยาบาล ได้รับการอบรมฟื้นฟูทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานอย่างน้อย 1 ครั้ง/คน/ปี
3. ความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ	3.1 ผู้ให้บริการมีวิตกกังวลกับการดูแล ผู้ป่วยอายุรกรรม และผู้รับบริการไม่พึงพอใจต่อพฤติกรรมบริการและความไม่ มั่นใจต่อการบริการ	3.1 ตัวชี้วัดความพึงพอใจ ได้แก่ 1) ร้อยละความพึงพอใจต่อการบริการของ ผู้รับบริการ $\geq 85\%$ 2) จำนวนข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ 3) ร้อยละความพึงพอใจในงานของบุคลากร $\geq 85\%$

จากร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่พัฒนาขึ้น ครอบคลุมองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ สามารถนำมาเขียนเป็นระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกต อาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ดังภาพ 2



ภาพ 2 ระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

2. ความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่พัฒนาขึ้น ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัยพบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ให้ความสำคัญกับความเหมาะสมของร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โดยรวม ร้อยละ 88.49 โดยด้านที่มีคะแนนความเหมาะสมสูงสุดคือ ความเป็นอิสระของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและด้านความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ ร้อยละ 92.86 ส่วนด้านวัตถุประสงค์ ด้านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และด้านความชัดเจนในการนำเสนอและการนำไปใช้ ได้คะแนนเท่ากันคือ ร้อยละ 88.10 และต่ำสุดในด้านขอบเขต ร้อยละ 80.95 รายละเอียด ดังตาราง 4

ตาราง 4 ร้อยละของคะแนนการประเมินเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ
โรงพยาบาล พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (N = 7)

รายการประเมิน	คะแนน (ร้อยละ)			
	ผู้รับบริการ	ผู้ให้บริการ	ผู้ทรงคุณวุฒิ	รวม
1. ด้านวัตถุประสงค์	66.67	100	87.50	88.10
2. ด้านขอบเขต	66.67	83.33	83.33	80.95
3. ด้านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	83.33	91.66	87.50	88.10
4. ด้านความเป็นอิสระ	83.33	100	91.66	92.86
5. ด้านความเข้มงวดของการขั้นตอนการจัดทำ	83.33	100	91.66	92.86
6. ด้านความชัดเจนในการนำเสนอและการนำไปใช้	83.33	91.66	87.50	88.10
โดยรวม	77.78	94.44	88.19	88.49

อภิปรายผล

1. ระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัยพบว่า มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ แต่ละองค์ประกอบมีประเด็นปัญหาและแนวทางการพัฒนา สามารถอภิปรายผลในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

ด้านโครงสร้าง หน่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีข้อจำกัดของพื้นที่ ใช้ร่วมกับหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก ทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและผู้ให้บริการ เนื่องจากไม่ได้ถูกออกแบบไว้เพื่อความเหมาะสมต่อการเป็นหน่วยสังเกตอาการ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า โครงสร้างอาคารสถานที่ ซึ่งไม่ได้ถูกออกแบบตั้งแต่เริ่มแรก ทำให้ไม่เอื้ออำนวย เป็นปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (นริลักษณ์ สุวรรณโนบล, จินตนา ตาปิน และศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, 2561) ดังนั้น การกำหนดพื้นที่สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อแยกออกจากผู้ป่วยทั่วไป จะช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (อะเคื่อ อุนหละกะ, สุชาดา เหลืองอาภาพงศ์, และจิตตาภรณ์ จิตธีรเชื้อ, 2557; กองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) นอกจากนี้ การจัดอัตรากำลังที่เหมาะสม และการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ทั้งความรู้ และทักษะของบุคลากร ให้สามารถทำงานภายใต้สภาวะที่ขาดแคลนอัตรากำลังได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ลดาวัลย์ จันทน์แจ้ง และบุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี, 2557) ส่งผลให้เกิดการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับมาตรฐานการจัดสถานบริการพยาบาล ในการสนับสนุนให้มีบุคลากรและอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่เหมาะสม เพียงพอ เพื่อความปลอดภัยของทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการ (ชาติชาย คล้ายสุบรรณ, 2561)

ด้านกระบวนการ พบว่าขาดประสิทธิภาพในการสื่อสารในทีมการพยาบาลและสหวิชาชีพ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และการบันทึกทางการพยาบาล ดังนั้น การนำเทคนิคการสื่อสารมาตรฐาน เช่น ไอเอสบาร์ (ISBAR) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพมาใช้ในการแลกเปลี่ยน/ ส่งต่อข้อมูลสำคัญระหว่างบุคลากร ซึ่งนำไปสู่ความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย (Burgess, van Diggele, Roberts, & Mellis,

2020) รวมทั้ง การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการวางแผนการพยาบาล และใช้เป็นเครื่องมือในการนิเทศทางการพยาบาลของผู้บริหารตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 3) มาตรฐานที่ 11 บันทึบทงการพยาบาล (ธัญรัตน์ จิรสินธิปก, เพียงใจ เจริญวิวัฒน์กุล, สุวิภา นิตยงกูร, สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ, และสรา วัชระเจริญ, 2551) ตลอดจนการส่งเสริมบทบาทพยาบาล ให้มีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง จะนำไปสู่การตัดสินใจอย่างมีคุณค่า และเกิดเป็นวัฒนธรรมองค์กร ส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (ศิริลักษณ์ ฤทธิ์ไธสง, 2560) นอกจากนี้ การจัดให้หน่วยสังเกตอาการมีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ตลอดจนการปฏิบัติตามระบบดังกล่าว ชี้ให้เห็นความสำคัญในบทบาทของพยาบาลต่อการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อให้กับบุคลากรทุกหน่วยงานในองค์กร (นริลักษณ์ สุวรรณโนบล และคณะ, 2561)

ด้านผลลัพธ์ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาของหน่วยสังเกตอาการ พบปัญหาความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ การทบทวนประเด็นปัญหาและหาแนวทางแก้ไขให้เป็นมาตรฐานมากขึ้นจึงมีความจำเป็น โดยหน่วยงานควรมีการกำหนดตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องและมีนโยบายในการติดตาม เช่น อุบัติการณ์ทางคลินิก เกณฑ์มาตรฐานคุณภาพการพยาบาล และความพึงพอใจของทั้งผู้รับและผู้ให้บริการ เพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงระบบบริการพยาบาลต่อไป สอดคล้องกับการประกันคุณภาพการบริการพยาบาลในปัจจุบันโดยกองการพยาบาล (2562) เสนอแนะว่าหน่วยงานต่างๆ ควรมีการจัดทำระบบสารสนเทศทางการพยาบาล เพื่อบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพบริการพยาบาลที่สำคัญ ทำให้สามารถติดตามผลการปฏิบัติพยาบาลได้อย่างเป็นระบบ

2. การประเมินความเหมาะสมของร่างระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้าฯ พบว่ามีความเหมาะสมโดยรวม ร้อยละ 88.49 ชี้ให้เห็นว่า ระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการฯ ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมเป็นที่ยอมรับและนำไปใช้ได้ (ศากุล ช่างไม้, 2549; Waltz, Strickland & Lenz, 2017) ทั้งนี้เนื่องจาก ระบบนี้พัฒนาตามแนวคิดคุณภาพการดูแลของ Donabedian (Ghaffari et al., 2014; Ayanian, & Markel, 2016) ซึ่งเป็นแนวคิดด้านการพัฒนาระบบที่มีประสิทธิภาพและได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางมาเป็นกรอบในการพัฒนาระบบ ทำให้ได้ข้อมูลครอบคลุมองค์ประกอบของระบบบริการพยาบาลทั้ง 3 ด้าน ซึ่งสะท้อนให้เห็นประเด็นสำคัญในแต่ละองค์ประกอบ การนำมาตรฐานวิชาชีพ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 (2561) และความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข มาใช้เป็นมาตรฐานการดูแล กำกับ และควบคุมคุณภาพการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งผู้รับบริการ ผู้ปฏิบัติ และผู้บริหาร ทำให้ได้ข้อมูลที่มีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่แท้จริง และให้ข้อเสนอแนะที่มีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ก่อให้เกิดผลดีต่อการขับเคลื่อนองค์กรหรือเครือข่าย ซึ่งเป็นไปตามระบบและกลไกของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (2561ก) อีกทั้งช่วยให้ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ มีความรู้สึกเป็นเจ้าขององค์กรนั้น ซึ่งความรู้สึกเป็นเจ้าของจะเป็นพลังในการขับเคลื่อนที่ดีที่สุด (ภัทรธิตา โกคาพันธ์, สงครามชัย ลีทองดี, และชาญชัย ดิกะปัญโญ, 2555)

อย่างไรก็ตาม พบว่าด้านวัตถุประสงค์ ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์ในภาพรวมของระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการ และด้านขอบเขต เป็นความชัดเจนในการระบุองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องการ

พัฒนาหรือแนวปฏิบัติ ซึ่งมีคะแนนในระดับต่ำกว่ามิติอื่นๆ (ร้อยละ 66.66) ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการอย่างต่อเนื่องต่อไป ทั้งนี้ ผู้ให้บริการและผู้บริหารควรให้ความสำคัญกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับหน่วยสังเกตอาการ การให้ข้อมูลการรักษาและคำแนะนำเพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจและสามารถร่วมมือกับบุคลากร ซึ่งการให้ข้อมูลจะทำให้ตอบสนองความต้องการผู้รับบริการได้จริง และสามารถนำไปพัฒนาระบบการบริการพยาบาลให้มีคุณภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรนำระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการที่พัฒนาขึ้นเสนอต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลในการนำไปใช้ในการปฏิบัติจริง เพื่อการจัดการหน่วยสังเกตอาการที่มีประสิทธิภาพต่อไป
2. ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยสังเกตอาการ ควรนำข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาในส่วนของกระบวนการและผลลัพธ์ไปใช้ในการจัดทำแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อคุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำระบบบริการพยาบาลหน่วยสังเกตอาการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีที่ได้ไปทดลองใช้ และศึกษาผลลัพธ์การใช้ระบบบริการพยาบาล ทั้งด้านผู้ให้บริการและด้านผู้รับบริการในหน่วยสังเกตอาการ ตลอดจนผลลัพธ์องค์กร เช่น ค่าใช้จ่าย และอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *แนวทางการจัดเก็บตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ประจำปีงบประมาณ 2563*. นนทบุรี: สื่อตะวัน.
- กองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *คู่มือการออกแบบอาคารสถานบริการสุขภาพและสภาพแวดล้อม แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน*. นนทบุรี: กองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- ชาติชาย คล้ายสุบรรณ (บ.ก.). (2561). *คู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับระดับศักยภาพสถานพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สามชัย 2017.
- ธัญรัตน์ จิรสินธิปก, เพียงใจ เจริญวัฒนกุล, สุวิภา นิตยากร, สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ, และสรา วัชรเจริญ (บ.ก.). (2551). *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

- นพรุจ ลือกิตติกุล. (2556). การศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดตั้งห้องสังเกตอาการผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับ
ตติยภูมิ (วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- นริลักษณ์ สุวรรณโนบล, จินตนา ตาปิน, และศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์. (2561). ศึกษาสถานการณ์การติด
เชื้อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ของโรงพยาบาลในภาควันออกเฉียงเหนือ.
วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 24(2), 76-95.
- พงษ์ลัดดา ปาระลี, และชัชฌาญะ แพรขาว. (2563). ปัจจัยทำนายการเกิดความแออัดที่ห้องฉุกเฉิน ใน
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 40(2), 52-65.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2551). หลักการและการใช้วิจัยเชิงคุณภาพสำหรับทางพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 2).
สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- แพรว โคตรฉิน, ฐปนวงศ์ มิตรสูงเนิน, ปรีวัฒน์ ภูเงิน, และลัดดาวัลย์ ภักดีราษ. (2560). การกลับมารักษา
ซ้ำโดยมิได้นัดหมายของผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. วารสาร
อายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 3(1), 29-36.
- ภัทรธิดา โภคาพันธ์, สงครามชัย ลีทองดี, และชาญชัย ดิกกะปัญญา. (2555). การพัฒนาคุณภาพระบบ
การจัดการความเสี่ยงด้านคลินิกตามมาตรฐานงานบริการ ผู้ป่วยในของพยาบาล โรงพยาบาลค่าย
สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารพยาบาลทหารบก, 13(2), 38-48.
- ภัทรรัช เทตถนอม. (2561). ความปลอดภัยของผู้ป่วยกับวิกฤติความแออัดในหน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน.
วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข, 4(2), 237-249.
- ลดาวัลย์ จันทร์แจ้ง, และบุญทิพย์ สิริธรังศรี. (2557). คุณภาพการบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้ป่วย
และผู้ให้บริการ หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลตรวด. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก
โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 31(4), 281-295.
- ศากุล ช่างไม้. (2549). การประเมินแนวทางปฏิบัติเพื่อใช้ในการวิจัยและการประเมินผล. วารสาร
มหาวิทยาลัย ศรีเตียน, 12(1), 15-24.
- ศิริลักษณ์ ฤทธิ์ไธสง. (2560). การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล ในบริบทของพยาบาลวิชาชีพ.
วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข, 3(1), 77-87.
- ศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. (2561). รายงานปฏิบัติการความเสี่ยง.
เพชรบุรี: โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2561ก). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ
ฉบับที่ 4. นนทบุรี: หนังสือดีวัน.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2561ข). เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของ
ประเทศไทย พ.ศ.2561. นนทบุรี: เฟมัสแอนด์ซัคเซสฟูล.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2561ค). เป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากร
สาธารณสุขของประเทศไทย พ.ศ.2561. นนทบุรี: เฟมัสแอนด์ซัคเซสฟูล.

- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติ สำหรับการวิจัยและการประเมินผล*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- อะเคื้อ อุณหเลขกะ, สุชาดา เหลืองอาภาพงศ์, และจิตตาภรณ์ จิตรีเชื้อ. (2557). *การป้องกันการติดเชื้อดื้อยาในหออภิบาลผู้ป่วย*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- American College of Emergency Physicians. (2015). *Emergency department observation services*. Retrieved from <https://www.acep.org/search/?searchtext=emergenc%20department-observation-services>.
- Ayanian, J. Z., & Markel, H. (2016). Donabedian's lasting framework for health care quality. *The New England Journal of Medicine*, 375(3), 205-207.
- Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C., & Mellis, C. (2020). Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC Medical Education*, 20(2), 1-8.
- Ghaffari, F., Jahani Shourab, N., Jafarnejad, F., & Esmaily, H. (2014). Application of Donabedian quality-of-care framework to assess the outcomes of preconception care in urban health centers, Mashhad, Iran in 2012. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 2(1), 50-59.
- Marsden, E., Taylor, A., Wallis, M., Craswell, A., Broadbent, M., Barnett, A.,.... & Glenwright, A. (2017). A structure, process and outcome evaluation of the geriatric emergency department intervention model of care: A study protocol. *BMC Geriatrics*, 17(1), 76. doi:10.1186/s12877-017-0462-z.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 30(4), 459-467.
- Ross, M. A., Hockenberry, J. M., Mutter, R., Barrett, M., Wheatley, M., & Pitts, S. R. (2013). Protocol-driven emergency department observation units offer savings, shorter stays, and reduced admissions. *Health Affairs*, 32(12), 2149-2156.
- Waltz, C., Strickland, O. L., & Lenz, E. (2017). *Measurement in nursing and health research* (5th ed.). New York: Springer.

บทความวิจัย (Research article)

ปัจจัยทำนายการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจในวัยรุ่น อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี Predicting Factors of Unintended Pregnancy among Adolescents in Amphoe Tha Yang, Phetchaburi Province

ศิริพร ศรีอินทร์^{1*}

Siriporn Sreein^{1*}

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sisi_tayang@hotmail.com, โทรศัพท์ 087-1315654)

(Received: October 6, 2020; Revised: January 19, 2021; Accepted: March 21, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจในวัยรุ่น อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ที่มาบริการฝากครรภ์และตรวจหลังคลอด โรงพยาบาลท่ายางและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 163 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ การรับรู้ความรุนแรงของการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการตั้งครรภ์ และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการตั้งครรภ์ และปัจจัยร่วม ได้แก่ อายุของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุของสามี รายได้ของครอบครัว และความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นเป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ ร้อยละ 60.73 ปัจจัยที่สามารถทำนายการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจในวัยรุ่น ได้แก่ อายุของสามี รายได้ของครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของการตั้งครรภ์วัยรุ่น และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการตั้งครรภ์ โดยตัวแปรทั้งหมดมีประสิทธิภาพในการทำนายได้ถูกต้อง ร้อยละ 24.20 ($\chi^2 = 32.05, p = .00$) โดยการรับรู้ความรุนแรงของการตั้งครรภ์วัยรุ่น (OR = 2.56, 95% CI: 1.34 - 4.88) และรายได้ของครอบครัว (OR = 1.00, 95% CI: 1.00 - 1.00) เป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสในการตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยไม่ตั้งใจ ในขณะที่อายุของสามี (OR = .90, 95% CI: .82 - .98) และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการตั้งครรภ์ (OR = .45, 95% CI: .23 - .89) เป็นปัจจัยที่ช่วยลดโอกาสในการตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยไม่ตั้งใจ

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ควรพัฒนารูปแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการตั้งครรภ์อย่างเป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับสภาพสังคมในปัจจุบัน เพื่อลดอัตราการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจในวัยรุ่น

คำสำคัญ: การตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ, วัยรุ่น, ปัจจัยทำนาย

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี

Registered Nurse (Professional Level), Primary Care Department, Thayang Hospital, Phetchaburi Province

Abstract

This descriptive research aims to study the predicting factors of unintended pregnancy among adolescents in Tha Yang Hospital and Tha Yang Health Promoting Hospital, Amphoe Tha Yang, Phetchaburi Province. The 163 samples were pregnant adolescents in Amphoe Tha Yang, Phetchaburi Province. The document was gathered by predicting factors questionnaires focusing on 1) individual factors: perceptions of unintended pregnancy risk, unintended pregnancy severity, preventing pregnancy benefits, and preventing pregnancy barriers 2) modifying factors: ages of pregnant adolescents, husbands' ages, family incomes, and knowledge toward pregnancy prevention. Data were analyzed by using descriptive statistics and stepwise multiple logistic regression analysis.

It is found from the study that 60.73% of pregnant adolescents are the unintended ones, whereas the involved prediction factors are husbands' ages, family incomes, perceptions of unintended pregnancy severity and of preventing pregnancy benefits. All factors had an effective prediction of 24.20 percent ($\chi^2 = 32.05, p = .00$). The analysis of predicting factors showed the increase of perceived severity of adolescent pregnancy (OR = 2.56, 95% CI: 1.34 - 4.88) and family income (OR = 1.00, 95% CI: 1.00 - 1.00) are factors predicting a rate of unintended pregnancy effectiveness. While the ages of husbands (OR = .90, 95% CI: .82 - .98) and the perception of pregnancy prevention (OR = .45, 95% CI: .23 - .89) are the factor that reduce the chances of unintentional adolescent pregnancy.

The results of the research indicate that the promotion of the awareness of pregnancy prevention benefits should be practically developed in corresponding with today's social conditions in order to reduce the unintended pregnancy rate among adolescents.

Keywords: Unintended pregnancy, Adolescents, Predicting factors

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (teenage pregnancy) เป็นการตั้งครรภ์ของสตรีที่มีอายุนับถึงวันที่คลอดบุตรระหว่าง 10-19 ปี จำแนกออกเป็น 2 ช่วงอายุ ได้แก่ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตอนต้นในผู้ที่มีอายุระหว่าง 10-14 ปี และในวัยรุ่นตอนปลายอายุระหว่าง 15-19 ปี ทั่วโลกมีหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นประมาณ 16 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 11 ของการคลอดทั้งหมด (World Health Organization, 2011) และร้อยละ 90 ของการตั้งครรภ์วัยรุ่นพบในประเทศที่มีรายได้ต่ำและประเทศที่มีรายได้ระดับปานกลาง (Ganchimeg et al., 2014; Cook & Cameron, 2015) องค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดมาตรฐานการเฝ้าระวังการ

ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ต้องไม่เกินร้อยละ 10 ต่อประชากรในวัยนี้ 1,000 คน รวมทั้ง องค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่น (adolescent birth rate) เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDGs) ที่นานาชาติต้องบรรลุให้ได้ภายในปี พ.ศ.2573 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560ก; นพวรรณ มาดารัตน์, 2562)

ในประเทศไทยพบอัตราการคลอดที่เกิดจากผู้หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี มีเพิ่มขึ้นและล่าสุดในปี พ.ศ. 2559 พบว่ามีอัตราการคลอดในกลุ่มวัยรุ่นหญิงอายุ 10-19 ปี เท่ากับร้อยละ 14.20 ต่อประชากรวัยเดียวกัน 1,000 คน (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560ข) ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ยุทธศาสตร์ที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ ข้อ 1.1 พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย โดยคาดหวังว่าประชาชนทุกวัยจะได้รับการส่งเสริมป้องกันโรค รักษาพยาบาลตลอดจนฟื้นฟูสภาพ เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะที่ 1 (2562-2564) โดยกำหนดเป้าหมายลดอัตราคลอดมีชีพในวัยรุ่นไม่เกิน 40 ต่อ 1000 ประชากรหญิง อายุ 15-19 ปี และการตั้งครรภ์ต้องมีคุณภาพ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559)

การตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมหรือไม่พึงประสงค์ รวมทั้งไม่พร้อมที่จะดูแลทารกที่เกิดมาใหม่เพราะวัยรุ่นยังต้องการการพึ่งพา ความเป็นผู้ใหญ่ที่ยังไม่สมบูรณ์ ส่งผลให้เกิดความเครียดในการเป็นมารดาเมื่อต้องเลี้ยงดูบุตร อย่างไรก็ตามเมื่อวัยรุ่นหญิงตั้งครรภ์ทั้งที่ตั้งใจหรือไม่ได้ตั้งใจ ส่งผลกระทบทั้งด้านสาธารณสุขและสังคม ตลอดจนการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ อีกทั้งตัววัยรุ่นเองต้องเผชิญกับความรู้สึกสูญเสีย เครียด กลัว ความวิตกกังวล ความรู้สึกอาย ความรู้สึกหมดคุณค่าในตนเอง และมักมีอาการซึมเศร้าหลังคลอด (บุญมี ภูตานัจว, วรณีย์ เดียววิเศษ, กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2557) และส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิตในเวลาต่อมา (Herd, Higgins, Sicinski, & Merkurieva, 2016) นอกจากนี้ ยังพบภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ ทารกในครรภ์มีขนาดเล็กกว่าอายุครรภ์ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย พิการแต่กำเนิด การเสียชีวิตเฉียบพลันในทารก หรือตายปริกำเนิด การคลอดก่อนกำหนด (Maravilla, 2016) ซึ่งเป็นผลกระทบทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ตลอดจนผลกระทบต่อครอบครัว สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม (ปริญภัทร นิธิตันติวัฒน์ และขวัญใจ เพทายประกายเพชร, 2559; รัตติยา ชูโชติ, 2561)

จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจในวัยรุ่นพบว่า มีปัจจัยหลากหลายในการศึกษาที่ผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Maiman, & Becker, 1975; Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) จำแนกออกเป็น 1) ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล (individual perception factors) ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ การรับรู้ความรุนแรงของการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการตั้งครรภ์ และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการตั้งครรภ์ และ 2) ปัจจัยร่วม (modifying factor) ได้แก่ อายุของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุของสามี รายได้ของครอบครัว และความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ โดยความเชื่อที่แตกต่างกันของบุคคลมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคที่แตกต่างกัน นอกจากนี้การรับรู้โอกาสในการเกิดภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ที่ถูกต้องและการปฏิบัติพฤติกรรม

เพื่อเตรียมตนเองให้พร้อมก่อนตั้งครรภ์ (ศิริรณภา แก้วพวง, วรณีย์ เดียววิเศษ, และวรรณทนา ศุภสีมานนท์, 2561) ปัจจัยร่วมเป็นปัจจัยมีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรม นอกจากนี้ ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ ทั้งความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษา การคุมกำเนิด และความเสี่ยงทางเพศ (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2557; วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์ และเบญจมาศ โอฬารรัตน์มณี, 2561; พัทธพร วรรณสุ, ปทุมทิพย์ ม่านโคกสูง, และพรพิมล วรรณสุ, 2562, เกสร เหล่าอรรค, อรทัย แสนบน, เจน โสธรวิทย์, และสมจิตร์ เมืองพิล, 2563) อีกทั้ง อายุของสามี (อังสนา วิศรุตเกษมพงศ์ และสมจิตร์ เมืองพิล, 2558) และอายุของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (เกสร เหล่าอรรค และคณะ, 2563) ตลอดจนรายได้ของครอบครัว (นุชราพรรณ วงษ์มัน, พงนิย์ เสงี่ยมจิตต์, และจำลอง วงษ์ประเสริฐ, 2557)

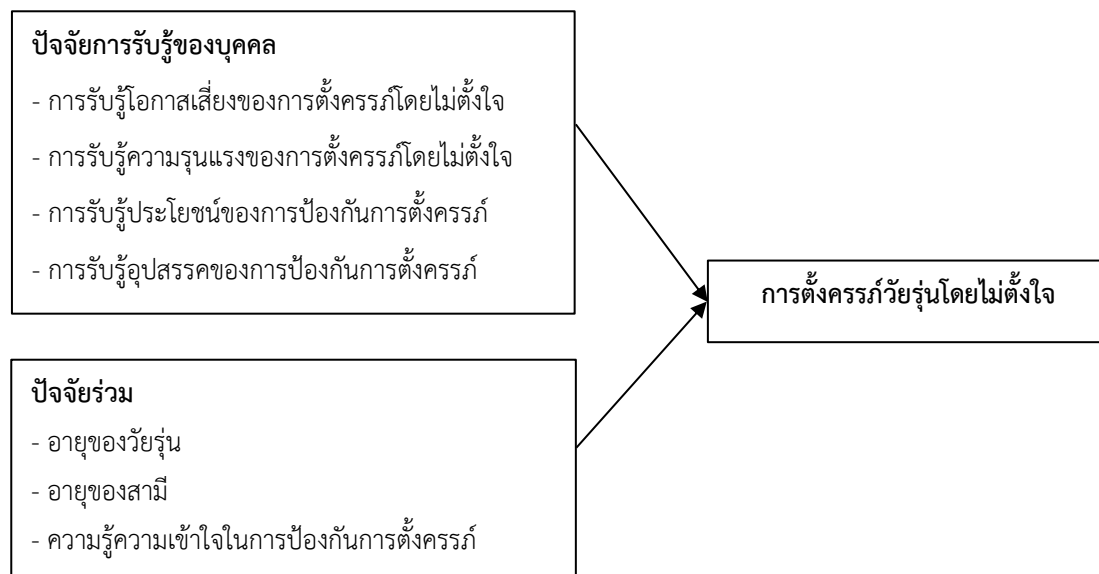
โรงพยาบาลท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี ได้มีการพัฒนาระบบบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนเพื่อลดการตั้งครรภ์วัยรุ่นมาอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น แม้ว่าการตั้งครรภ์วัยรุ่นมีแนวโน้มลดลง ตั้งแต่ปี 2560-2562 คิดเป็นร้อยละ 27.03, 26.87 และ 23.31 ตามลำดับ รวมทั้งอัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปีต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1000 คน เท่ากับ 36.9, 33.4 และ 31.1 ต่อ 1000 ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี ตามลำดับ (โรงพยาบาลท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี, 2563) แต่ก็ยังพบข้อมูลการตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจ ไม่ต้องการหรือไม่มีความพร้อมที่จะตั้งครรภ์และการดูแลบุตร รวมทั้งการขอรับบริการทำแท้ง ซึ่งยังมีข้อจำกัดในการบริการ และจากข้อมูลเวชระเบียนบันทึกประวัติการฝากครรภ์ของโรงพยาบาลท่ายางพบว่า มีวัยรุ่นตั้งครรภ์ร้อยละ 33.9 และร้อยละ 54.49 เป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ ซึ่งเป็นปัญหาที่ผู้วิจัยซึ่งรับผิดชอบงานอนามัยเจริญพันธุ์ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี ต้องการทราบปัจจัยทำนายการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจในวัยรุ่นกลุ่มนี้ เพื่อให้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการนำไปใช้เป็นแนวทางในการออกแบบโปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นโดยไม่ตั้งใจต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจในวัยรุ่น อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ คัดเลือกปัจจัยทำนายการตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยไม่ตั้งใจ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Maiman, & Becker, 1975; Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) จำแนกออกเป็น 1) ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล (individual perception factors) ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ การรับรู้ความรุนแรงของการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการตั้งครรภ์ และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการตั้งครรภ์ และ 2) ปัจจัยร่วม (modifying factor) ได้แก่ อายุของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุของสามี รายได้ของครอบครัว และความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มีรายชื่ออยู่ในฐานข้อมูลการมารับบริการฝากครรภ์และตรวจหลังคลอดโรงพยาบาลท่ามาย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอท่ามาย จังหวัดเพชรบุรี ในปีงบประมาณ 2563

กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุต่ำกว่า 20 ปี นับถึงวันคลอดบุตร ที่มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์และตรวจหลังคลอดที่โรงพยาบาลท่ามาย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอท่ามาย ระหว่างเดือนมิถุนายน – กันยายน พ.ศ.2563

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในกรณีไม่ทราบจำนวนประชากร (Wayne, 1995) กำหนดค่าสัดส่วน (p) ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี เท่ากับ .12 จากงานวิจัยของมาลีวัล เลิศสาครศิริ (2557) ความคลาดเคลื่อน (d) เท่ากับ .05 ค่า Alpha (α) เท่ากับ .05 และค่า Z เท่ากับ 1.96 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 164 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) มีอายุน้อยกว่า 20 ปี 2) เป็นการตั้งครรภ์เดี่ยว มีอายุครรภ์ตั้งแต่ไตรมาสที่สองขึ้นไปหรือหลังคลอดไม่เกิน 45 วัน 3) ไม่มีโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เป็นต้น และ 4) มีผลการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ปกติ และ 5) ยินดีให้ข้อมูลการวิจัยอย่างครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจในวัยรุ่น ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งเป็น 5 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุของสามี และรายได้ของครอบครัว ซึ่งเป็นแบบเติมคำตอบ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ เป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 16 ข้อ โดยตอบถูก ให้ 1 คะแนน และตอบผิด ให้ 0 คะแนน คิดคะแนนรวม ระหว่าง 0 – 16 คะแนน มีเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ (วิรัช วรรณรัตน์, 2560) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 13 - 16 คะแนน	หมายถึง ระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย 10 - 12 คะแนน	หมายถึง ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 0 - 9 คะแนน	หมายถึง ระดับต่ำ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำแนกออกเป็น 4 ด้าน รวม 36 ข้อ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ จำนวน 8 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ จำนวน 10 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการตั้งครรภ์ จำนวน 8 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการตั้งครรภ์ จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ระหว่างมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน ถึ้นน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33	หมายถึง ระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66	หมายถึง ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00	หมายถึง ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยนี้ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content analysis) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่แผนกฝากครรภ์ แพทย์ด้านเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ และอาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสูติศาสตร์ และนำไปทดลองใช้กับมารดาวัยรุ่นที่มีคุณสมบัติตามกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลชะอำ จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นสำหรับแบบสอบถามความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ โดยใช้สูตร KR-20 (Kuder-Richardson Formula 20) เท่ากับ .72 และวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ การรับรู้ความรุนแรงของการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการตั้งครรภ์ และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการตั้งครรภ์ เท่ากับ .89 .89 .86 และ .87 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานบริการฝากครรภ์และหลังคลอดของโรงพยาบาลท่าสาย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอท่าสาย จังหวัดเพชรบุรี เพื่อขอพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่มารับบริการตรวจตามนัด
2. เมื่อกลุ่มตัวอย่างเสร็จสิ้นการรับบริการแล้ว ผู้วิจัยทำการแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และกระบวนการในการเก็บข้อมูล เนื่องจากการวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี จึงทำการขออนุญาตจากผู้ปกครองหรือสามี โดยลงนามแสดงความยินยอมในการให้ข้อมูลการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร

3. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในสถานที่ที่เป็นส่วนตัวและแยกจากผู้มารับบริการอื่นๆ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15 นาที ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรับบริการของโรงพยาบาลข้อมูลเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมไม่สามารถอ้างอิงถึงกลุ่มตัวอย่างและทำลายข้อมูลหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 1 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ ได้แบบสอบถามที่มีข้อมูลครบถ้วน จำนวน 163 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 99.39 ได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยการรับรู้ของบุคคลและปัจจัยร่วม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
2. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจในวัยรุ่น อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี โดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติกหลายตัวแปร (multiple logistic regression) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยมีเกณฑ์ในการแปลผลขนาดความสัมพันธ์จากค่า Odd ratio (OR) หรือค่า $Exp(B)$ ดังนี้ (Sperandei, 2014)

ค่า Odd Ratio (OR) หรือ $Exp(B)$ = 1 แสดงว่า ปัจจัยนั้นไม่มีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์

ค่า Odd Ratio (OR) หรือ $Exp(B)$ > 1 แสดงว่า ปัจจัยนั้นเพิ่มโอกาสในการเกิดเหตุการณ์

ค่า Odd Ratio (OR) หรือ $Exp(B)$ < 1 แสดงว่า ปัจจัยนั้นลดโอกาสในการเกิดเหตุการณ์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลท่ายาง เลขที่ ศจม.ทย 005/2563 ลงวันที่ 28 พฤษภาคม พ.ศ.2563

ผลการวิจัย

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในอำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 163 คน มีอายุเฉลี่ย 17.26 ปี (SD = 1.57) อายุเฉลี่ยของสามี เท่ากับ 20.85 ปี (SD = 4.23) และมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 5,485.89 บาท (SD = 5,508.84) เป็นการตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยตั้งใจ จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 39.26 และเป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 60.73 ซึ่งในกลุ่มวัยรุ่นที่มีการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ จะมีค่าเฉลี่ยอายุของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (M = 17.12, SD = 1.54) รายได้ของครอบครัว (M = 4,255.55, SD = 3,867.00) ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ (M = 13.79, SD = 1.98) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการตั้งครรภ์ (M = 3.02, SD = .61) และการรับรู้อุปสรรคการป้องกันการตั้งครรภ์ (M = 3.02, SD = .61) ต่ำกว่ากลุ่มที่เป็นการตั้งครรภ์โดยตั้งใจ ในขณะที่อายุของสามี (M = 19.93, SD = 3.61) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการตั้งครรภ์วัยรุ่น (M = 3.61, SD = .67) และการรับรู้ความรุนแรงของการตั้งครรภ์วัยรุ่น (M = 3.59, SD = .726.) สูงกว่ากลุ่มที่เป็นการตั้งครรภ์แบบตั้งใจ ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย (*M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์วัยรุ่น
อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี (*n* = 163)

ตัวแปร	การตั้งครรภ์วัยรุ่น					
	ตั้งใจ (<i>n</i> = 64)		ไม่ตั้งใจ (<i>n</i> = 99)		รวม (<i>n</i> = 163)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
อายุของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น	17.48	1.60	17.12	1.54	17.26	1.57
อายุของสามี	22.27	4.73	19.93	3.61	20.85	4.23
รายได้ของครอบครัว	7,389.06	6,979.72	4,255.55	3,867.00	5,485.89	5,508.84
ความรู้ความเข้าใจในการ ป้องกันการตั้งครรภ์	13.85	2.31	13.79	1.98	13.82	2.11
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการ ตั้งครรภ์วัยรุ่น	3.51	.63	3.61	.67	3.58	.65
การรับรู้ความรุนแรงของการ ตั้งครรภ์วัยรุ่น	3.31	.61	3.59	.72	3.48	.70
การรับรู้ประโยชน์ของการ ป้องกันการตั้งครรภ์	3.16	.66	3.02	.61	3.08	.63
การรับรู้อุปสรรคของการ ป้องกันการตั้งครรภ์	3.16	.66	3.02	.61	3.08	.63

การศึกษาปัจจัยทำนายการตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกหลายตัวแปร (multiple logistic regression) แบบขั้นตอน โดยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ การทดสอบความเหมาะสมของแบบจำลองโดยวิธี Hosmer and Lemeshow Test มีค่าไคสแควร์ (χ^2) เท่ากับ 6.03 ($p = .64$) แสดงว่า แบบจำลองมีความเหมาะสม (Sperandei, 2014) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรทำนายน้อยกว่า .65 (Burns & Grove, 1993) แสดงว่า ตัวแปรทำนายไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง (Multicollinearity) ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยไม่ตั้งใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อายุของสามี รายได้ของครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของการตั้งครรภ์วัยรุ่น และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการตั้งครรภ์โดยตัวแปรทั้งหมดมีประสิทธิภาพในการทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 24.20 ($\chi^2 = 32.05, p = .00$) เมื่อพิจารณาค่าขนาดความสัมพันธ์ (Odd Ratio: OR) ของปัจจัยทำนาย พบว่า มีค่ามากกว่า 1 ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการตั้งครรภ์วัยรุ่น (OR = 2.56, 95% CI: 1.34 – 4.88) และรายได้ของครอบครัว (OR = 1.00, 95% CI: 1.00 – 1.00) ตามลำดับ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสในการตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยไม่ตั้งใจ ส่วนอายุของสามี (OR = .90, 95% CI: .82 – .98) และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการตั้งครรภ์ (OR = .45, 95% CI: .23 – .89) เป็นปัจจัยที่ช่วยลดโอกาสการตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยไม่ตั้งใจ ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจของวัยรุ่นในเขตอำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบขั้นตอน

ปัจจัยทำนาย	B	S.E.	Wald	Odds Ratio (OR)	95% CI
ค่าคงที่	2.36	1.45	2.64	10.62	
อายุของสามี	-.10	.04	4.96	.90*	.82 - .98
รายได้	.00	.00	8.03	1.00**	1.00 - 1.00
การรับรู้ความรุนแรงของการตั้งครรภ์วัยรุ่น	.94	.33	8.14	2.56**	1.34 - 4.88
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการตั้งครรภ์	-.78	.34	5.24	.45*	.23 - .89

Model Chi-square ($df = 7$) = 32.05, $p = .00$, Nagelkerke R Square = .242

* $p < .05$, ** $p < .01$

อภิปรายผล

ผลการศึกษาปัจจัยทำนายการตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยไม่ตั้งใจในเขตอำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี พบว่า เป็นการตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยไม่ตั้งใจ จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 60.73 มีอายุเฉลี่ย 17.12 ปี ($SD = 1.54$) ซึ่งเป็นอายุที่ใกล้เคียงกับการศึกษาของเกสร เหล่าอรรค และคณะ (2563) ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 17.9 ปี ($SD = 3.00$) อีกทั้ง มีอัตราส่วนที่มากเกินครึ่งของจำนวนหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นทั้งหมด (วิวรรณ พงศ์พัฒนานนท์, 2559) ซึ่งให้เห็นถึงขนาดของสถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยไม่ตั้งใจ ที่ต้องได้รับการแก้ไขต่อไป อย่างไรก็ตามอายุของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่สามารถร่วมทำนายการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ แสดงว่าการตั้งครรภ์วัยรุ่นทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจนั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับอายุวัยรุ่น แต่ขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง อภิปรายผลได้ ดังนี้

อายุของสามีของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยไม่ตั้งใจ มีอายุเฉลี่ย 19.93 ปี ($SD = 3.61$) ซึ่งเป็นอายุที่อยู่ในช่วงวัยที่ควรอยู่ในระบบการศึกษาและยังไม่ได้ประกอบอาชีพการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Cook and Cameron (2015) ที่พบว่าคู่สมรสของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มีคุณลักษณะไม่เหมาะสมในการประกอบอาชีพและว่างงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของอังสนา วิศรุตเกษมพงศ์ และสมจิตร เมืองพิล (2558) พบว่าอายุของสามีมีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจในการตั้งครรภ์ โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีสามีอายุมากกว่ามักเป็นการตั้งครรภ์โดยการตั้งใจ และสอดคล้องกับการศึกษานี้พบว่า อายุของสามีเป็นปัจจัยทำนายที่ช่วยลดโอกาสเกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจของวัยรุ่น ($OR = .90$, $p < .05$) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากสามีที่มีอายุมากกว่า จะมีส่วนในการร่วมรับผิดชอบ สนับสนุนและการดูแลให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคมได้ดี (กัญญา ตาแสงสา, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, และสุพิศ ศิริอรุณรัตน์, 2562)

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยไม่ตั้งใจ เฉลี่ยเดือนละ 4,255.55 บาท ($SD = 3687$) ซึ่งเป็นรายได้ค่อนข้างต่ำและเป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสในการตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยไม่ตั้งใจ ($OR = 1.00$, $p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในวัยรุ่นไทย (สุกัญญา ปานเจริญ, 2557) และในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เป็นแรงงานข้ามชาติชาวกัมพูชา (ศศิธร โพธิ์ชัย, พวงผกา คงวัฒนานนท์, และ

วนลดาทองใบ, 2561) ซึ่งตรงกันข้ามกับในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ประกอบอาชีพแล้ว จะมีความตั้งใจตั้งครรภ์มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ประกอบอาชีพ (อังสนา วิศฤตเกษมพงศ์ และสมจิตร เมืองพิล, 2558) ทั้งนี้ การประกอบอาชีพเป็นสิ่งที่แสดงถึงการมีรายได้ที่สามารถเลี้ยงดูบุตร จึงส่งผลให้มีการตั้งใจตั้งครรภ์มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ประกอบอาชีพหรือไม่มีรายได้

ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของการตั้งครรภ์ อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.59$, $SD = .726$) และเป็นปัจจัยที่ทำนายการตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจในวัยรุ่นในเขตอำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรีได้สูงสุด ($OR = 2.56$, $p < .05$) ซึ่งตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ถ้าวัยรุ่นมีการรับรู้ว่าการตั้งครรภ์มีความรุนแรงหรือผลกระทบที่ตามมาอย่างมาก ก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988; นฤมล ทาเทพ และรัตนศิริ ทาโต, 2557) ซึ่งให้เห็นว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มนี้อาจขาดความตระหนัก หรือการเข้าถึงความรู้ความเข้าใจต่อความรุนแรงหรือผลกระทบของการตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งส่งผลทำให้ลดความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรม การป้องกันการตั้งครรภ์ จึงควรที่จะส่งเสริมให้มีกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในโปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมสำหรับวัยรุ่น (ชลลดา ไชยกุลวัฒนา, อิชยา มอญแสง, และพัชรินทร์ ไชยบาล, 2562; เทพไทย โชติชัย, อ้อยทิพย์ บัวจันทร์, สมฤทัย ผดุงผล, กิรณา แต่อารักษ์, และชมพูนุท สิริพรหมภักดิ์, 2563) รวมทั้ง การเข้าถึงและรู้เท่าทันสารสนเทศสุขภาพทางเพศ และความรู้ความเข้าใจ ในการป้องกันการตั้งครรภ์ต่อไป (จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, กมลพรรณ วัฒนากุล, ชุตินา เทียนชัยทัศน, อัจฉราวี ศรียะศักดิ์, และกนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์, 2562)

ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.02$, $SD = .61$) และเป็นปัจจัยทำนายที่ช่วยลดโอกาสเกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจของวัยรุ่น ($OR = .45$, $p < .05$) ทั้งนี้เป็นไปตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ถ้าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการตั้งครรภ์ ก็จะลดโอกาสของการตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจในวัยรุ่นได้ ดังการศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของการคุมกำเนิดที่ดี ส่งผลให้มีการแสดงพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ (นฤมล ทาเทพ และรัตนศิริ ทาโต, 2557) และส่งผลต่อความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ (จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ และคณะ, 2562) ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการตั้งครรภ์และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่สามารถทำนายการตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจของวัยรุ่นในอำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรีได้ แม้ว่าการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของการตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจ และการรับรู้ประโยชน์ของการคุมกำเนิด (นฤมล ทาเทพ และรัตนศิริ ทาโต, 2557) และมีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจของวัยรุ่น (ปริญญญา เอี่ยมสำอาง, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, และพรนภา หอมสินธุ์, 2556) ก็ตาม ทั้งนี้ ปัจจัยในการทำนายพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจนั้น มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ของคู่สนหรือคู่สมรสของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นด้วยเช่นกัน ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ต้องการการสนับสนุนและความร่วมมือในการคุมกำเนิดจากทั้งสองฝ่าย (อันติกา ศรีวัฒนกุล, 2560) ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องการข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อนำไปสู่แนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข นำข้อมูลไปใช้ในการในการออกแบบกิจกรรมการส่งเสริมทักษะในการป้องกันการตั้งครรภ์ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือคู่สมรสของวัยรุ่น เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจในวัยรุ่นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรวิจัยและพัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจในวัยรุ่น ที่มีความสอดคล้องกับบริบทวัยรุ่นในยุคปัจจุบัน รวมทั้งการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือคู่สมรสของวัยรุ่น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่ามาย ที่ให้การสนับสนุนการวิจัย อ.ดร พชรินทร์ สมบูรณ์ อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย และผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ในการตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย ตลอดจนบุคลากรในกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลท่ามาย จังหวัดเพชรบุรีทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือให้งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กัญญา ตาแสงสา, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, และสุพิศ ศิริอรุณรัตน์. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของสามีวัยรุ่น. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 37*(3), 49-58.
- เกสร เหล่าอรรค, อรทัย แสนบน, เจน โสธรวิทย์, และสมจิตร เมืองพิล. (2563). ผลของการให้คำปรึกษาทางเลือกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและเยาวชนที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม. *ศรีนครินทร์เวชสาร, 35*(6), 713-719.
- จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, กมลพรรณ วัฒนาก, ชุติมา เทียนชัยทัศน์, อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, และกนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์. (2562). ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 6*(พิเศษ), 15-28.
- ชลลดา ไชยกุลวัฒนา, อิชยา มอญแสง, และพัชรินทร์ ไชยบาล. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนวัยรุ่น จังหวัดพะเยา. *รามาศิษย์พยาบาลสาร, 25*(3), 340-353.
- เทพไทย โชติชัย, อ้อยทิพย์ บัวจันทร์, สมฤทัย ผดุงผล, กิรณา แต่อารักษ์, และชมพูนุท สิริพรหมภัก. (2563). การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยเรียนของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. *วารสารบัณฑิตศึกษามหาจุฬาลงกรณ์, 7*(1), 212-224.
- นพวรรณ มาดารัตน์. (2562). การวิเคราะห์หัวข้อวัดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ, 5*(1), 35-45.

- นฤมล ทาเทพ, และรัตนศิริ ทาโต. (2557). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการคุมกำเนิดของนักเรียนอาชีวศึกษาหญิง ในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 30(2), 1-11.
- นุชราพรรณ วงษ์มัน, พงนิย เสงี่ยมจิตต์, และจำลอง วงษ์ประเสริฐ. (2557). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 7(1), 211-235.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุญมี ภูด่านจัว, วรณิ เดียววิศเรศ, และกนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2557). อยู่กับภาวะทุกข์: ปัญหาจิตสังคมเบื้องต้นที่ปิดกั้นความรู้สึกของการเป็นมารดาในนักเรียนที่ตั้งครรภ์ไม่ได้ตั้งใจ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 22(3), 43-55.
- ปฎิญา เอี่ยมสำอาง, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, และพรนภา หอมสินธุ์. (2556). ปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำที่ไม่ตั้งใจของวัยรุ่น. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 8(1), 55-67.
- ปวิณภัทร นิธิตันติวัฒน์, และขวัญใจ เพทายประกายเพชร. (2559). การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการทำแท้ง และแนวทางการป้องกันสำหรับวัยรุ่น. *วารสารวิทยาลัยการพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ*, 32(2), 133-146.
- พัชรพร วรรณสุ, ปทุมทิพย์ ม่านโคกสูง, และพรพิมล วรรณสุ. (2562). การศึกษาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นหญิง ในจังหวัดนครพนม. *วารสารการบริหารปกครอง*, 8(1), 497-518.
- มาลีวัล เลิศสาครศิริ. (2557). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่น ตามการรับรู้ของนักศึกษาชั้นปีที่1 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(1), 90-98.
- รัตติยา ชูโชติ. (2561). การรณรงค์การคุมกำเนิดในวัยรุ่น: บทบาทพยาบาลยุค 4.0. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(พิเศษ), 42-52.
- โรงพยาบาลท่าสาย จังหวัดเพชรบุรี. (2563). *รายงานประจำปีงบประมาณ 2563*. เพชรบุรี: โรงพยาบาลท่าสาย จังหวัดเพชรบุรี.
- วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์, และเบญจมาศ โอฟารรัตน์มณี. (2561). เพศศึกษาสำหรับวัยรุ่นในโรงเรียน: กรณีศึกษาในกรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาการพยาบาล*, 33(3), 82-98.
- วิรัช วรรณรัตน์. (2560). คะแนนสอบและการตัดเกรด. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์*, 2(3), 1-11.
- วิวรรณ พงศ์พัฒนานนท์. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่น โรงพยาบาลท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 6(2), 161-170.
- ศศิธร โพธิ์ชัย, พวงผกา คงวัฒนานนท์, และวนลดา ทองใบ. (2561). ความเชื่อตามวัฒนธรรมเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรงงานข้ามชาติชาวกัมพูชา. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 26(3), 71-81.

- ศิริินภา แก้วพวง, วรณีย์ เดียววิเศษ, และวรรณทนา ศุภสีมานนท์. (2561). อิทธิพลของการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ความรู้ และทัศนคติ ต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 26(2), 57-66.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560ก). *ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ.2560-2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559*. กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิสัย.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560ข). *สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2560*. นนทบุรี: สำนักอนามัยและเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สุดกัญญา ปานเจริญ. (2557). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุน จากครอบครัว ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 7(3), 113-123.
- อังสนา วิสฤตเกษมพงศ์, และสมจิตร เมืองพิล. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 30(3), 262-269.
- อันติกา ศรีวัฒนกุล. (2560). *พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของนักศึกษาชายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต)*. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Burns, N., & Grove, S. (1993). *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization* (2nd ed). Philadelphia, Pennsylvania: W.B. Saunders.
- Cook, S. M., & Cameron, S. T. (2015). Social issues of teenage pregnancy. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 25(9), 243-248.
- Ganchimeg, T., Ota, E., Morisaki, N., Laopaiboon, M., Lumbiganon, P., Zhang, J., ... & WHO Multicountry Survey on Maternal Newborn Health Research Network. (2014). Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: A World Health Organization multicountry study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(Suppl 1), 40-48.
- Herd, P., Higgins, J., Sicinski, K., & Merkurieva, I. (2016). The implications of unintended pregnancies for mental health in later life. *American Journal of Public Health*, 106(3), 421-429.
- Maiman, L. A., & Becker, M. H. (1975). The health belief model: Origins and correlation in psychological theory. *Health Education Monography*, 2(4), 336-385.

- Maravilla, J. C. (2016). The role of community health workers in preventing adolescent repeated pregnancies and births. *Journal of Adolescent Health, 59*(4), 378-390.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health education quarterly, 15*(2), 175-183.
- Sperandei, S. (2014). Understanding logistic regression analysis. *Biochemia Medica, 24*(1), 12-18.
- Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences* (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- World Health Organization. (2011). *WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive health outcomes among adolescents in developing countries*. Geneva: World Health Organization.

บทความวิจัย (Research article)

ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ The Effect of a Supportive - Educative Nursing Program on Maternal Behavior in Care for Children with Acute Respiratory Infection

วัลทณี นาคศรีสังข์^{1*}

Wantanee Naksrisang^{1*}

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Kimpinjo@gmail.com, โทรศัพท์ 081-1992322)

(Received: January 25, 2021; Revised: March 14, 2021; Accepted: April 17, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่ดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 60 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ได้รับโปรแกรมตามคู่มือการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่มารดาบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ตั้งแต่วันแรกที่มาตราพบุตรเข้ารับการรักษารวม 2 วัน และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เมื่อครบ 1 เดือน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการทดสอบที

ผลการศึกษาพบว่า มารดากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีคะแนนเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลบุตรหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05 ($t = -7.07, p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05 ($t = -6.97, p < .001$) ผลการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ที่นำมาใช้กับมารดาอย่างต่อเนื่อง จะช่วยส่งเสริมให้มารดามีพฤติกรรมการดูแลบุตรได้อย่างถูกต้อง

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Chakiraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

คำสำคัญ: การพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้, พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตร, โรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ

Abstract

This quasi-experimental research aims to study the comparison of maternal behavior in care for children under 5 years who have an acute respiratory infection. To compare a group of mothers receiving a supportive-educative nursing program with another group receiving regular nursing care. The representative samples were 60 selective mothers of the under 5-year-old children who have an acute respiratory infection and were admitted to the pediatric ward in Banpong Hospital, Ratchaburi Province, taking two days for a case. After being divided into two groups, 30 per each, the first one received the supportive-educative nursing program consisting of 2-day meetings with the researcher, distribution of a handbook of the care for children with an acute respiratory infection, and a telephone follow-up after the meeting, whereas the second one received normal nursing care. The data were gathered by using a set of questionnaires having Cronbach's alpha coefficient reliability of .85 that focuses on maternal behaviors in care for children under 5 years in acute respiratory infection condition. The analysis of descriptive statistics and t-test were applied, as well.

The results found from the experiment is that the groups of mothers receiving the supportive - educative Nursing Program reach the higher mean score of maternal care behaviors than they themselves before receiving the program with statistical significance at level .05 ($t = -7.074, p < .001$). It is also higher than the mean score of the group that did not receive the program with statistical significance at level .05 ($t = -6.974, p < .001$).

These findings suggest that the supportive and educational nursing program, which is continually applied to the mothers mentioned in the aforesaid, can help them understand appropriate behaviors of caring for their children.

Keywords: Supportive - educative nursing, Maternal behavior in care for children, Acute respiratory infection

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก (acute respiratory infection in children) เป็นโรคที่มีอุบัติการณ์ในทุกประเทศทั่วโลกและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจมีหลายโรค เช่น โรคปอดอักเสบ ไข้หวัด คออักเสบ หูชั้นกลางอักเสบ และทอนซิล

อีกเสบ เป็นต้น หากเด็กที่ป่วยด้วยโรคนี้ได้รับการดูแลรักษาที่ไม่ถูกต้องและเหมาะสม อาจเสียชีวิต มีความพิการ หรือมีปัญหาเรื้อรังตามมา นำไปสู่การสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศโดยรวม (สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562) อีกทั้งยังเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและการตายที่สำคัญในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จากการทบทวนอุบัติการณ์การเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในประเทศที่กำลังพัฒนา ในปี 2543-2558 พบว่าโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ มีจำนวน 231 ต่อ 1,000 ราย และร้อยละ 50 ถึง 80 ของเด็กที่เป็นโรคต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและมีอัตราการเสียชีวิต อยู่ระหว่างร้อยละ 0.3 ถึง 15 (McAllister et al., 2019) สำหรับสถานการณ์ประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 18 เมษายน พ.ศ.2560 สำนักระบาดวิทยาได้รับรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ จำนวน 67,424 ราย จาก 77 จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย 103.05 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 70 ราย คิดเป็นอัตรตาย 0.11 ต่อแสนประชากร โดยมีอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1:0.85 เป็นผู้ป่วยเด็กอายุตั้งแต่แรกเกิด ถึง 14 ปี จำนวน 24,866 ราย เสียชีวิต 3 ราย (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560) นอกจากนี้ มีรายงานสถานการณ์ไข้หวัดใหญ่ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2563 - 27 เมษายน 2563 พบกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ในเด็กเล็กกลุ่มอายุ 0-4 ปี เท่ากับ 652.08 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 5 - 14 ปี เท่ากับ 415.69 ต่อประชากรแสนคน เป็นการระบาดในโรงเรียน จำนวน 11 เหตุการณ์ (กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคติดต่อ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2563) และจากสถิติผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยแผนกกุมารเวช โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ระหว่างปี 2560-2562 คิดเป็นร้อยละ 57.3, 59.0, 53.4 ตามลำดับ และในปี 2563 ตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงเดือนมีนาคม 2563 คิดเป็นร้อยละ 69.77 ของจำนวนผู้ป่วยเด็กทั้งหมดที่มารับรักษาที่แผนกผู้ป่วย (แผนกกุมารเวช โรงพยาบาลบ้านโป่ง, 2563)

การกลับเป็นโรคติดเชื้อที่ปอดซ้ำในเด็กยังคงเป็นปัญหาและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (สุทธิณี สุปรียาพร, 2560) และทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (Huang et al., 2015) การเจ็บป่วยของเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี จะมีผลกระทบต่อดังและบิดามารดา เนื่องจากเด็กต้องการการดูแลจากบิดามารดาอย่างต่อเนื่อง เป็นวัยที่ยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (พัชรภรณ์ อารีย์, สุภาพร เขยชิด, บุษบา หีบเงิน, และพรศิริ ศรีมยุรา, 2562) พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กมีความสำคัญมาก เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อระบบหายใจในเด็กเกิดจากมารดามีพฤติกรรมที่ส่งผลทำให้บุตรมีภาวะทุพโภชนาการ น้ำหนักแรกเกิดน้อย (ต่ำกว่า 2,500 กรัม) ไม่ได้รับนมมารดาในช่วงอายุ 4 เดือนแรก การได้รับวัคซีนไม่ครบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัคซีนป้องกันโรคหัด การสัมผัสกับมลภาวะทางอากาศและควันบุหรี่ และอยู่ในสภาพครอบครัวที่แออัด (สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562)

แผนกกุมารเวช โรงพยาบาลบ้านโป่ง มีการให้คำแนะนำโดยใช้การพยาบาลตามปกติของแผนกกุมารเวชกรรม แต่ยังคงพบผู้ป่วยเด็กมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบ

ทางเดินหายใจจำนวนมาก พฤติกรรมการดูแลของมารดาเด็กโรคติดเชื้อระบบหายใจที่ถูกต้อง เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการป้องกันการเกิดโรคซ้ำได้ (สุทธิณี สุปรียาพร, 2560) ฉะนั้นมารดาและเด็กจึงจำเป็นต้องได้รับการพยาบาลที่มีขั้นตอนชัดเจน รับความช่วยเหลือจากพยาบาลเพื่อทดแทนแก้ไขความพร่องที่เกิดขึ้น (Orem, Taylor, & Renpenning, 2001) ตลอดจนการได้รับรู้ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ถูกต้องและเพียงพอ จะทำให้มารดามีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กได้ดีนำไปสู่การมีสุขภาพดีของเด็ก (จุฬาลักษณ์ แก้วสุก, ยุณี พงศ์จตุรวิทย์ และนุจรี ไชยมงคล, 2559) จากแนวคิดทฤษฎีของโอเร็มมี 6 มโนทัศน์หลัก ประกอบด้วย การดูแลตนเอง (self-care) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ความพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit) ความสามารถทางการพยาบาล (nursing agency) และปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (basic conditioning factors) ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน และประกอบกันเป็นทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง และทฤษฎีระบบการพยาบาล (theory of nursing system) ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ตามทฤษฎีของโอเร็มเป็นกระบวนการพยาบาลในการให้ข้อมูลและความรู้ด้วยการสนับสนุน การชี้แนะ การสอนและสาธิต และการจัดสิ่งแวดล้อมสนับสนุนการเรียนรู้ เช่น การจัดบรรยากาศที่เหมาะสมในการได้รับโปรแกรมการพยาบาลฯ การแจกรุ่นมือการดูแลบุตรด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้เรียนได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาล สนับสนุนให้ผู้เรียนสามารถคิดพิจารณาและตัดสินใจเลือก ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อให้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (Orem et al., 2001) ทั้งนี้ พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการเตรียมความรู้และความสามารถของมารดาในการดูแลบุตร ช่วยส่งเสริมให้เด็กพ้นหายจากการเจ็บป่วยได้ดี (พัฒนพร ตรีสุนย์ และประนอม รอดคำดี, 2560) พยาบาลจึงควรนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ไปใช้ เพราะมีการพยาบาลที่มีขั้นตอนชัดเจน มีการประเมินความสามารถของมารดาและความต้องการการดูแลของบุตร เมื่อมารดามีความพร่องในการดูแลบุตร มารดาต้องได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลเพื่อทดแทน แก้ไขความพร่องที่เกิดขึ้น (Orem et al., 2001)

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแนวคิดทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม มาสร้างโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางส่งเสริมให้มารดามีความรู้และมีพฤติกรรมดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ได้อย่างถูกต้องต่อเนื่อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีสุขภาพดี

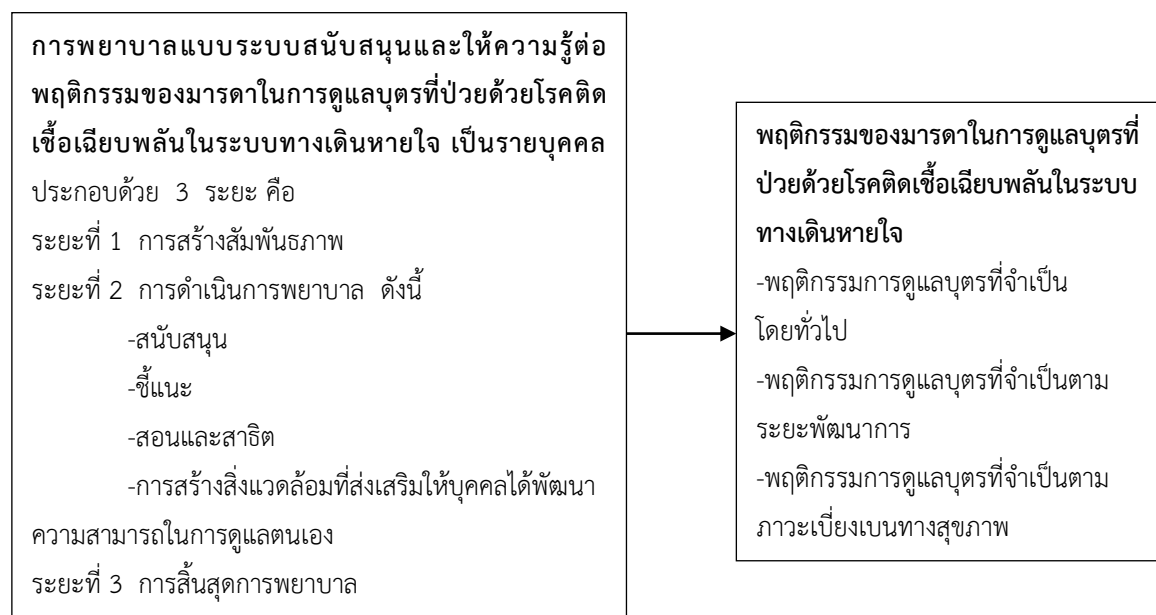
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีของโอเร็ม (Orem et al., 2001) จากหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบด้วยงานวิจัย และความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (expert opinion) ซึ่งการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจเป็นรายบุคคลประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะการสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะดำเนินการพยาบาล โดยการสนับสนุน ชี้แนะ สอนและสาธิต และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และ 3) ระยะการสิ้นสุดการพยาบาล จากแนวคิดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand: TSCD) ซึ่งเป็นแนวคิดทฤษฎีหนึ่งของโอเร็ม ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควรต้องกระทำในระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของตนเอง เป้าหมายสูงสุดของการดูแลตนเอง คือ ภาวะสุขภาพหรือความผาสุก กิจกรรมที่ต้องกระทำทั้งหมดนี้จะทราบได้จากการพิจารณาการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites: SCR) ซึ่งเป็นความตั้งใจหรือเป็นผลที่เกิดขึ้นที่หลังการกระทำการดูแลตนเองที่จำเป็นมี 3 ประการ คือ 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites: USCR) เป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคนตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่น ๆ เพื่อให้คงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลและความผาสุก ซึ่งความต้องการมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล 2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ (Developmental self-care requisites: DSCR) เป็นการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ และ 3) ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisite: HDSCR) เป็นความต้องการที่สัมพันธ์กับความผิดปกติทางพันธุกรรม และความเบี่ยงเบนของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล และผลกระทบของความผิดปกติ ตลอดจนวิธีการวินิจฉัยโรคและการรักษา ภายใต้หลักการที่ว่า การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิตมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งนี้หากบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (Orem et al. 2001) โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The two group pretest-posttest design) มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ไข้หวัด คออักเสบ หูชั้นกลางอักเสบ ทอนซิลอักเสบ กลุ่มอาการคroup หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน หลอดลมฝอยอักเสบ และปอดอักเสบ เข้ารับการรักษาตัวแบบผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม-พฤศจิกายน พ.ศ.2563

กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power 3.122 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) โดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ซึ่งได้จากการศึกษาที่ผ่านมา เท่ากับ 1.06 (สมฤดี เลิศงามมงคลกุล, ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ, และอาภาวรรณ หนูคง, 2554) จึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่เท่ากับ .80 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อำนาจการทดสอบ .90 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและควบคุม กลุ่มละ 28 ราย และเพิ่มอีกร้อยละ 10 (Lemeshow, Hosmer, Klar, Lwanga, & World Health Organization, 1990) เพื่อป้องกันการปฏิเสธระหว่างการทดลอง ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 31 ราย เมื่อรวบรวมข้อมูลพบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองย้ายที่อยู่และไม่สามารถติดตามได้ จำนวนกลุ่มละ 1 ราย เหลือจำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 30 ราย (Polit, & Beck, 2004) โดยทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของ

บุตร ดังนี้ 1) มีอายุต่ำกว่า 5 ปี 2) เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง 3) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ ซึ่งไม่ใช่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) และคุณสมบัติของมารดา ดังนี้ 1) มารดาไม่มีความพิการ 2) มารดาได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าไม่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) 3) มารดาอาศัยอยู่บ้านเดียวกับบุตร และเป็นผู้ดูแลหลัก 4) สามารถพูดจาสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย 5) ยินดีเข้าร่วมวิจัยและคาดว่าจะสามารถเข้าร่วมในการวิจัยได้อย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำแนกออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 คู่มือการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่มารดาบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม คือ การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Orem et al., 2001) ร่วมกับการศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสารบทความต่างๆ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การใช้คู่มือการให้การพยาบาลนี้ต้องอาศัยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีมีการดำเนินการพยาบาล โดยการสนับสนุน ให้กำลังใจ การชี้แนะ การให้ความรู้และมีการสาธิตการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และมีการสิ้นสุดการพยาบาล ซึ่งเป็นระยะพบทวนข้อควรปฏิบัติบางประการรวมถึงบอกการสิ้นสุดการพยาบาลตามแผนของโปรแกรมการพยาบาลฯ

1.2 คู่มือการดูแลบุตรด้วยตนเองสำหรับมารดาที่บุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ด้วยตนเองในขณะที่บุตรเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบหายใจ และการดูแลบุตรในภาวะที่บุตรปกติ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของโอเร็ม ร่วมกับการศึกษาค้นคว้าจากตำรา/ วารสารบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบหายใจ ที่ประกอบด้วยขั้นตอน 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ระยะที่ 2 การดำเนินการพยาบาล ประกอบด้วยสนับสนุน ชี้แนะ สอนและสาธิต การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และระยะที่ 3 การสิ้นสุดการพยาบาล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลของมารดา ได้แก่ อายุของมารดา ระดับของการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร รายได้ของครอบครัว โรคประจำตัว ผู้ช่วยเหลือดูแลบุตรเมื่อเจ็บป่วย ปัจจัยส่งเสริมที่มีผลต่อการเกิดโรคของบุตร ได้แก่ การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว การใช้เชื้อเพลิงในครอบครัวบุคคลที่เจ็บป่วยในครอบครัว และที่อยู่ปัจจุบัน ข้อมูลของเด็กป่วย ได้แก่ อายุของเด็ก การวินิจฉัยโรค และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคติดเชื้อระบบหายใจ

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการค้นคว้าตำราเอกสารและงานวิจัยที่

เกี่ยวข้องโดยอาศัยแนวคิดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของโอเรม (Orem et al., 2001) จำนวน 60 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรมการดูแลบุตรที่จำเป็นโดยทั่วไป จำนวน 23 ข้อ ด้านพฤติกรรมการดูแลบุตรที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ จำนวน 4 ข้อ และด้านพฤติกรรมการดูแลบุตรที่จำเป็นตามภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพ จำนวน 33 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดยข้อที่มีความหมายทางบวก ระดับ 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้งหรือทุกวัน ระดับ 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติบางครั้งหรือบางวัน และระดับ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย ส่วนข้อที่มีความหมายทางลบ จะให้คะแนนตรงกันข้ามกัน โดยมีเกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง ถูกต้องมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง ถูกต้องปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง ถูกต้องน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก จำนวน 2 คน และรองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการของวิทยาลัยพยาบาล จำนวน 1 คน โดยแบบสอบถามพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ .98 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับมารดาที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .85

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยตนเอง โดยจำแนก 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นก่อนดำเนินการทดลอง เมื่อโครงร่างการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการขออนุญาตใช้กลุ่มตัวอย่างและใช้สถานที่ในการทดลอง ชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการทดลองเก็บข้อมูลให้แก่หัวหน้าพยาบาลแผนกกุมารเวชกรรม รับทราบ และกำหนดวัน เวลาที่จะทำการทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัยและเปิดโอกาสให้ผู้สนใจเข้าร่วมการวิจัยตัดสินใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมการวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเริ่มเก็บข้อมูลของกลุ่มควบคุมให้ครบก่อนแล้วจึงเก็บกลุ่มทดลอง ซึ่งกลุ่มควบคุม ในวันแรกที่รับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลผู้วิจัยสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและบุตร และให้มารดาตอบแบบสอบถามพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ จากนั้นมารดาจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นการให้คำแนะนำและการให้ความรู้จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย โดยเป็นการสอนรายบุคคล อาจมีแผ่นพับและหรือคู่มือให้มารดาระหว่างการสอน สำหรับกลุ่มทดลอง มีการดำเนินการ ดังนี้

2.1 ในวันแรกที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลผู้วิจัยสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและบุตร และให้มารดาตอบแบบสอบถามพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

2.2 เข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่มารดาซึ่งเป็นรายบุคคล ประกอบด้วย 3 ระยะ โดยใช้เวลา 2 วัน ดังนี้

2.2.1 ระยะการสร้างสัมพันธภาพ ในวันที่ 1 มีการตกลงร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและมารดา เป็นระยะที่สร้างความเป็นกันเอง ความคุ้นเคยกับมารดา และความไว้วางใจ

2.2.2 ระยะดำเนินการพยาบาล หลังจากสร้างสัมพันธภาพแล้วเป็นระยะของการให้มารดาระบายความไม่สบายใจเกี่ยวกับบุตร ปัญหาในการดูแลบุตร และให้การช่วยเหลือโดยวิธีการ ดังต่อไปนี้

1) การสนับสนุนให้มารดาคงความพยายามปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรด้วยตนเอง เช่น การให้ความสนใจมารดาอย่างจริงจังให้กำลังใจมารดา เปิดโอกาสให้มารดาซักถามสิ่งคับข้องใจ ไม่วิจารณ์หรือขัดแย้งกับมารดา

2) การชี้แนะแนวทางในการดูแลบุตรด้วยตนเอง เช่น ให้ความกระจ่างในสิ่งที่มารดาไม่เข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรค ชี้แจงให้มารดาได้รับรู้ขั้นตอนและประโยชน์ของการรักษา ประคับประคองและสนับสนุนมารดาในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรด้วยตนเอง

3) การสอนให้ความรู้และมีการสาธิตเกี่ยวกับการดูแลบุตรด้วยตนเองเพิ่มเติม คือ การดูแลบุตรที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ การดูแลบุตรที่จำเป็นโดยทั่วไป และการดูแลบุตรที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ เช่น การเช็ดตัวลดไข้อย่างถูกวิธี การจัดทำของบุตรเพื่อดูดื่มน้ำมูกและเสมหะ และการดูดน้ำมูกอย่างถูกวิธี โดยผู้วิจัยสาธิตกับบุตรให้มารดาดู จากนั้นให้มารดาได้ปฏิบัติจริงกับบุตร ผู้วิจัยอธิบายชี้แจงช่วยเหลือเพิ่มเติมในสิ่งที่มารดาไม่เข้าใจและให้การดูแลบุตรไม่ถูกต้อง

4) การจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมความสามารถในการดูแลบุตรด้วยตนเอง คือ การจัดบรรยากาศที่เหมาะสมในการได้รับโปรแกรมการพยาบาล การแจกคู่มือการดูแลบุตรด้วยตนเองสำหรับมารดาที่บุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ไว้อ่านทบทวนข้อปฏิบัติในการดูแลบุตร โดยแจกคู่มือฯ ให้มารดาหลังจากการสอนให้ความรู้และสาธิตเกี่ยวกับการดูแลบุตรด้วยตนเอง

2.2.3 ระยะสิ้นสุดการพยาบาล ในวันที่ 2 เป็นระยะที่ผู้วิจัยทบทวนข้อควรปฏิบัติบางประการ ซึ่งมารดาสามารถใช้ในการดูแลบุตรด้วยตนเองต่อไป ในระหว่างการรักษาและบอกให้มารดาได้รับทราบการสิ้นสุดการพยาบาลตามแผนการที่วางไว้ ผู้วิจัยแจ้งเกี่ยวกับการโทรศัพท์ไปเยี่ยมและติดตามอาการหลังกลับบ้านไป 2 สัปดาห์ และการส่งแบบสอบถามไปให้และส่งกลับมาให้ผู้วิจัยในสัปดาห์ที่ 4 ทางไปรษณีย์

2.3 หลังจากนั้น 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์เยี่ยมติดตามปัญหาการดูแลและอาการบุตร จำนวน 1 ครั้ง มีการแจ้งการสิ้นสุดสัมพันธภาพให้มารดาได้ทราบล่วงหน้า และเปิดโอกาสให้มารดาได้แสดงความรู้สึกและข้อเสนอแนะต่อการเข้าร่วมในโปรแกรมการพยาบาล

3. ขึ้นหลังทดลอง เมื่อสิ้นสุดการทดลองครบ 1 เดือนนับจากเริ่มดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรฯ และส่งกลับให้แก่ผู้วิจัยทางไปรษณีย์ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยได้รับแบบสอบถามกลับคืนครบ 100%

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดา ที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test)
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาฯ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) ทั้งนี้ ได้เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

บทความการวิจัยนี้ เป็นส่วนหนึ่งในโครงการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช หมายเลข 1-80-2563 ลงวันที่ 2 มีนาคม พ.ศ. 2563 โดยการเข้าร่วมการวิจัยนี้ เป็นไปตามความสมัครใจและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพ ข้อมูลการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับและทำลายทิ้งภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของมารดาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีจำนวนกลุ่มละ 30 คน พบว่ามารดาของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกันคือ มีอายุระหว่าง 21 – 30 ปี ร้อยละ 56.70 และ 66.33 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา/ปวช./ปวส. ร้อยละ 76.70 และ 90.00 สถานภาพสมรส ร้อยละ 70.00 และ 83.33 ประกอบอาชีพนอกบ้าน ร้อยละ 86.67 เท่ากัน

มีบุตร 2 คนมากที่สุด ร้อยละ 36.68 และ 49.99 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนเท่ากับ 10,101-20,000 บาท ร้อยละ 33.33 และ 36.68 ส่วนใหญ่จะไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.33 และ 76.67 โดยมีตายายปู่ย่า เป็นผู้ช่วยเหลือดูแลบุตรป่วย ร้อยละ 83.33 และ 80.00 ในครอบครัวมีบุคคลที่สูบบุหรี่มากกว่าไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 83.33 เท่ากัน สำหรับการใช้จ่ายเงินในการหุงต้มภายในครอบครัว ส่วนใหญ่จะใช้แก๊ส ร้อยละ 86.65 และ 89.99 ไม่มีบุคคลที่เกี่ยวข้องในครอบครัวที่มีอาการไข้ ไอ มีน้ำมูก ร้อยละ 66.70 และ 73.33 ซึ่งลักษณะข้อมูลทั่วไปมารดาของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ข้อมูลทั่วไปของเด็ก ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีจำนวนกลุ่มละ 30 คน พบว่ามีอายุระหว่าง 0 – 1 ปี ร้อยละ 69.99 และ 59.99 ชนิดของโรคที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ พบว่าเป็นโรคปอดบวมมากที่สุด ร้อยละ 50.00 และ 53.33 และบุตรไม่เคยรับเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ร้อยละ 63.33 และ 66.67 ซึ่งลักษณะข้อมูลทั่วไปของเด็กทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาในกลุ่มทดลองที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลบุตรอยู่ในระดับถูกต้องมากที่สุด เท่ากับ 2.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .08 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลบุตรอยู่ในระดับมากที่สุด เท่ากับ 2.99 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .01 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -7.07, p < .001$) รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และผลการทดสอบทีของพฤติกรรมมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้

การทดสอบ	n	M	SD	$\bar{D}$	SD_d	t	p
ก่อนการทดลอง	30	2.89	.08	-10	.08	-7.07*	< .001
หลังการทดลอง	30	2.99	.01				

* $p < .05$

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองมารดาทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลบุตรอยู่ในระดับถูกต้องมากที่สุด โดยค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาในกลุ่มทดลองสูงกว่ามารดาในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -6.97, p < .001$) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และผลการทดสอบทีของพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาระหว่างกลุ่มทดลองใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่ม	n	M	SD	Mean difference	t	df	p
ทดลอง	30	2.99	.01	.01	-6.97*	58	< .001
ควบคุม	30	2.90	.08				

* $p < .05$

อภิปรายผล

1. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ พบว่า ภายหลังการทดลองพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เนื่องจากการเพิ่มความสามารถให้กับมารดาโดยใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งเป็นทฤษฎีระบบการพยาบาล (theory of nursing system) เกี่ยวกับการกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลที่ได้รับการดูแล โดยถูกนำมาใช้ปกป้องและดูแลตนเอง บุคคลที่อยู่ในการดูแล การพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นกระบวนการพยาบาลในการให้ข้อมูลและความรู้ด้วยการสนับสนุน ประคับประคอง การชี้แนะ การสอนและสาธิต และการจัดสิ่งแวดล้อมสนับสนุนการเรียนรู้เพื่อสนับสนุนให้ผู้เรียนสามารถคิดพิจารณา และตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง (Orem et al., 2001) กิจกรรมของโปรแกรมที่มีทั้งการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมนั้น ช่วยส่งเสริมให้มารดาได้เรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลบุตร ทำให้มารดาในกลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมในการดูแลบุตรที่ดี (สาธิตา สงทิพย์, วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์ และอรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิตย์, 2558)

นอกจากนี้ ในระยะดำเนินการพยาบาลในขั้นตอนการสอนและสาธิต ทำให้มารดาได้รับประสบการณ์จริง สามารถซักถามได้โดยตรงทำให้มารดาเกิดความเข้าใจและจดจำในเรื่องที่สาธิตได้แม่นยำ และนานขึ้น (วรรณมน ปาพรม, สมสมร เรืองวรบูรณ์, และสมปอง พะมูลิลา, 2562) การฝึกปฏิบัติด้วยตนเองจนประสบความสำเร็จ ส่งผลให้ผู้ปกครองเกิดความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันในเด็กเพิ่มขึ้น เกิดความเชื่อและมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น (อ้อมทิพย์ น้อยหมอ, นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, และจิตตาภรณ์ จิตรีเชื้อ, 2562) การจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมความสามารถในการดูแลบุตรด้วยตนเอง เช่น การแจกคู่มือการดูแลบุตรด้วยตนเอง การให้ข้อมูลเรื่อง

ผลกระทบของการป่วย ตลอดจนการสร้าง ความมั่นใจโดยใช้วิธีการพัฒนาความรู้ความสามารถตน ช่วยป้องกันการกลับมารักษาโรคซ้ำ (ภาวิณี ช่วยแท่น, ภรณ์ วัฒนสมบูรณ์ และสุปรียา ต้นสกุล, 2563)

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลฯ สูงกว่าที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เนื่องจาก โปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ตามแนวคิดระบบการพยาบาลของโอเร็มที่เน้นระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Orem et al., 2001) ในระยะแรก เป็นการสร้างสัมพันธภาพ เป็นการตกลงร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและมารดาเพื่อสร้างความเป็นกันเอง ความคุ้นเคย และความไว้วางใจ สอดคล้องกับการศึกษาของดวงเนตร์ ภู่วฒนาวิชย์ (2560) ศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ฯ พบว่า วันแรกผู้วิจัยจะสร้างสัมพันธภาพกับมารดาและผู้ป่วยเด็ก เพื่อให้เกิดความไว้วางใจระหว่างพยาบาลกับมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาด้วยโรคปอดอักเสบและผู้ป่วยเด็ก นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสมฤดี เลิศงามมมงคลกุล และคณะ (2554) พบว่าการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและมารดาตั้งแต่แรกเริ่ม จะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และความมั่นใจในการดูแลบุตร ระยะที่ 2 การดำเนินการพยาบาล ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนให้มารดาความพยายามปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรด้วยตนเอง 2) การชี้แนะแนวทางในการดูแลบุตรด้วยตนเอง 3) การให้ความรู้และมีการสาธิตเกี่ยวกับการดูแลบุตรด้วยตนเองเพิ่มเติม และ 4) การจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมความสามารถในการดูแลบุตรด้วยตนเอง ซึ่งในระยะนี้ จะให้มารดาได้ระบายความรู้สึกออกมา เปิดโอกาสให้ซักถามสิ่งคับข้องใจ และบอกถึงความรู้สึกต่างๆ ความวิตกกังวล การการสร้างเชื่อมั่นในผลดีของการปฏิบัติในการดูแลบุตรเพื่อป้องกันโรค ให้ข้อมูลเรื่องผลกระทบของการป่วยและผลทางบวกของปฏิบัติ และการสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติตามความสามารถตนเอง (ภาวิณี ช่วยแท่น และคณะ, 2563) สอดคล้องกับการศึกษาของสมฤดี เลิศงามมมงคลกุล (2554) พบว่า การชี้แนะร่วมกับให้การสนับสนุนสร้างความมั่นใจให้แก่มารดา ทำให้มารดาสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลบุตรได้อย่างเหมาะสมด้วยตนเอง นอกจากนี้จะมีการมอบคู่มือการดูแลบุตรด้วยตนเองฯ ให้แก่มารดาหลังการให้ความรู้และมีการเยี่ยมติดตามทางโทรศัพท์ ซึ่งเป็นการสนับสนุนด้านจิตใจและวัตถุซึ่งเป็นสื่อสำหรับการเรียนรู้ตามที่โอเร็มกล่าวว่า การอ่านคู่มือการปฏิบัติดูแลเป็นสิ่งที่ช่วยเตือนให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลได้มากขึ้น ความรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้ ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น (Orem et al., 2001) และในระยะที่ 3 การสิ้นสุดการพยาบาล เป็นระยะที่ผู้วิจัยทบทวนข้อควรปฏิบัติบางประการ มีการแจ้งการสิ้นสุดกิจกรรมให้มารดาทราบ เปิดโอกาสให้มารดาแสดงความรู้สึกและข้อเสนอแนะที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมในโปรแกรมฯ มารดาสามารถใช้ความรู้ในการดูแลบุตรด้วยตนเองต่อไป เป็นการสนับสนุนและการให้ความรู้ตามความสามารถของมารดา ทำให้ต้องการเรียนรู้และเห็นความสำคัญของการปฏิบัติดูแลบุตรได้อย่างถูกต้อง (ดวงเนตร์ ภู่วฒนาวิชย์, 2560) หลังจากนั้น 2 สัปดาห์ผู้วิจัยโทรศัพท์เยี่ยมติดตาม

ปัญหาการดูแลและอาการบุตรจำนวน 1 ครั้ง และเปิดโอกาสให้มารดาได้แสดงความรู้สึกและให้ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะที่เกี่ยวกับการดูแลบุตรที่เป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรภรณ์ อารีย์ และคณะ (2562) ได้กล่าวว่าผู้ดูแลเด็กควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับความรู้ ในการปฏิบัติตัวก่อนกลับ และติดตามการปฏิบัติตัว ควรให้ผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมความรู้และความตระหนัก เพื่อให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม

ผลโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ เป็นระบบการพยาบาลอีกรูปแบบหนึ่งที่สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ทำให้มารดามีพฤติกรรมดูแลบุตรที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของนักวิจัยหลายท่าน (สมฤดี เลิศงามมงคลกุล และคณะ, 2554; สาธิมา สงทิพย์ และคณะ, 2558; ดวงเนตร์ ภูพัฒนานิษฐ์, 2560; พารุณี วงษ์ศรี และทิพย์ ศัน ชินตาปัญญากุล, 2561; วรชมน ปาพรม และคณะ, 2562) อย่างไรก็ตามการวิจัยนี้มีข้อจำกัดที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือของบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี เนื่องจากพัฒนาการตามวัยและการเจ็บป่วย ความต้องการการดูแลจากบิดามารดาอย่างต่อเนื่อง เพราะเป็นวัยที่ยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (พัชรภรณ์ อารีย์ และคณะ, 2562) เป็นบุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (Orem et al., 2001) จุดเด่นของการศึกษานี้คือ มารดากล่าวถึงความต้องการด้านความรู้ การชี้แนะและสอนเรื่องการดูแลบุตรอย่างถูกต้องเมื่ออาเจียน และการซื้อยามารับประทานเองมากที่สุด ซึ่งเป็นสาเหตุส่งเสริมการเป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจของเด็ก เมื่อมารดาได้รับความรู้ที่ถูกต้อง จะสามารถดูแลบุตรเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ (สุทธิณี สุปรียาพร, 2560) นอกจากนี้ มารดาส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือดูแลบุตร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวนิดา แสนพุก, สุดใจ ศรีสงค์, และเพ็ญจรี แสนสุริวงศ์ (2563) ที่กล่าวว่ารูปแบบและวิธีการที่ให้ความรู้แบบมีแบบแผน ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สูงขึ้น ลดการกลับมารักษาซ้ำ และลดค่ารักษาพยาบาล ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีระบบการพยาบาล ในการช่วยส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อให้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (Orem et al., 2001) จะเห็นได้ว่าการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ สามารถส่งเสริมให้มารดาที่มีบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร สามารถพัฒนาความสามารถ และมีพฤติกรรมดูแลบุตรที่ถูกต้องและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจครอบคลุมระบบบริการ ทั้งที่หอผู้ป่วย จุดจำหน่ายก่อนกลับบ้าน และระบบการติดตามดูแลต่อเนื่อง

2. ฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการให้โปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อนำความรู้ไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลบุตรที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ทำการศึกษาวิจัยติดตามผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรอย่างต่อเนื่อง 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อศึกษาความยั่งยืนของพฤติกรรมภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ

2. ควรศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ ที่ได้รับการดูแลด้วยระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เช่น การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคติดต่อ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2563).

สถานการณ์โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1274820200505040058.pdf>.

จุฬาลักษณ์ แก้วสุก, ยุณี พงศ์จตุรวิทย์, และนุจรี ไชยมงคล. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กวัยก่อนเรียน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(4), 54-64.

ดวงเนตร์ ภูวัฒนาวินิชย์. (2560). ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และความสามารถ ของมารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล. *วารสารการพยาบาล*, 19(2), 35-44.

พารุณี วงษ์ศรี, และทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล. (2561). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเริ่มกับการดูแลและการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 10(1), 209-219.

พัชรารณ อารีย์, สุภาพร เขยชิด, บุษบา หีบเงิน, และพรศิริ ศรีมยุรา. (2562). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบของผู้ดูแล ในโรงพยาบาลเขต 5 กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 13(4), 150-164.

พัฒนพร ตรีสุนย์, และประนอม รอดคำดี. (2560). ผลของโปรแกรมการสอนแนะนำมารดาต่อพฤติกรรมในการดูแลเด็กวัยเตาะแตะโรคปอดอักเสบ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(1), 55-63.

ภาวิณี ช่วยแท่น, ภาณี วัฒนสมบูรณ์, และสุปรียา ต้นสกุล. (2563). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในมารดาเด็กโรคปอดอักเสบ. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 43(1), 12-24.

- สมฤดี เลิศงามมงคลกุล, ไช่มุกข์ วิเชียรเจริญ, และอาภาวรรณ หนูคง. (2554). ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นระบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(4), 55-60.
- สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการดูแลรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก พ.ศ. 2562*. นนทบุรี: ปิยอนด์ เอ็น เทอร์ไพรส์.
- สาธิตา สงทิพย์, วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, และอรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิตย์. (2558). ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่มารดาต่อความรู้และพฤติกรรมในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว อายุ 0-2 ปี. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 26(2), 25-38.
- สุทธิณี สุปรียาพร. (2560). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ*. (วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักโรคบาตวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *ข้อมูลการเฝ้าระวังโรคปอดอักเสบ*. สืบค้นจาก <http://www.boe.moph.go.th/fact/Pneumonia.htm>.
- วรรณมน ปาพรหม, สมสมร เรืองวารุภรณ์, และสมปอง พะมุลิลา. (2562). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดาวัยรุ่น. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(4), 86-96.
- วนิดา แสนพุก, สุดใจ ศรีสงค์, และเพ็ญจรี แสนสุริวงศ์. (2563). การพัฒนานารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ. *วารสารกองการพยาบาล*, 47(1), 153-168.
- อ้อมทิพย์ น้อยหมอ, นางเยาว์ เกษตร์ภิบาล, และจิตตาภรณ์ จิตรีเชื้อ. (2562). ผลของการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันของเด็ก. *พยาบาลสาร*, 46(1), 132-142.
- แผนกกุมารเวช โรงพยาบาลบ้านโป่ง. (2563). *สถิติผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในหอผู้ป่วยแผนกกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลบ้านโป่ง*. ราชบุรี: โรงพยาบาลบ้านโป่ง.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 39(2), 175–191. doi.org/10.3758/bf03193146.
- Huang, C. Y., Chang, L., Liu, C. C., Huang, Y. C., Chang, L. Y., Huang, Y. C., ... & Alliance, T. P. I. D. (2015). Risk factors of progressive community-acquired pneumonia in hospitalized children: A prospective study. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, 48(1), 36-42. doi: 10.1016/j.jmii.2013.06.009.

- McAllister, D. A., Liu, L., Shi, T., Chu, Y., Reed, C., Burrows, J., ... & Nair, H. (2019). Global, regional, and national estimates of pneumonia morbidity and mortality in children younger than 5 years between 2000 and 2015: A systematic analysis. *The Lancet Global Health*, 7(1), 47-57.
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research; principle and method*. Philadelphia: Lippincott.

บทความวิจัย (Research article)

สถานการณ์การพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขของสถาบันพระบรมราชชนก สำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว: วิจัยเชิงคุณภาพ Development Situation of Public Health Personnel in Praboromarajchanok Institute to Support Primary Care Cluster (PCC) Team: A Qualitative Study

อติญาณ์ ศรีเกษตริน¹, วารุณี เกตุอินทร์², รพีพรรณ นาคบุบผา^{2*}, เบญจพร รัชตารมย์³, ดาราวรรณ รongเมือง⁴

Atiya Sarakshetrin¹, Varunee Ketin², Rapeepan Narkbubpha^{2*},

Benjaporn Ratchatarom³, Daravan Rongmuang⁴

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: rapeepan@pckpb.ac.th, โทรศัพท์ 062-5651457)

(Received: December 10, 2020; Revised: March 10, 2021; Accepted: 9 April, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขของสถาบันพระบรมราชชนก สำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว จากตัวแทนของเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุข ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง 1 ภาคกลาง 2 และภาคใต้ รวมทั้งสิ้น 28 คน คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 14 คน และ 2) อาจารย์ที่รับผิดชอบงานด้านบริการวิชาการหรืองานพัฒนาบุคลากรของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 14 คน รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก จนข้อมูลมีความอิ่มตัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ 1) กระบวนการจัดหลักสูตรเป็นขั้นตอนเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของประเทศ 2) องค์ประกอบของระบบมีส่วนสำคัญในการผลักดันหลักสูตรการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนทีมหมอครอบครัว 3) ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้ให้ความร่วมมือในการสร้างและพัฒนา

¹ ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Director, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Instructor, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

³ ผู้อำนวยการ กองบริการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก

Director, Academic Service Division, Praboromarajchanok Institute

⁴ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Instructor, Phrapokklao College of Nursing, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

หลักสูตรของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ยิ่งไปกว่านั้น ผลการศึกษายังแสดงถึงความพร้อมของวิทยาลัยฯ ในด้านการดำเนินงานเพื่อพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขของสถาบันพระบรมราชชนก สำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว ทั้งด้านการรับรู้และการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ความเพียงพอของงบประมาณ การมีส่วนร่วมของหน่วยงานภายนอกที่มีความเชี่ยวชาญเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาของพื้นที่ รวมทั้งการวิจัยร่วมกันเพื่อศึกษาหารูปแบบในการให้บริการวิชาการระหว่างวิทยาลัยกับพื้นที่ ทั้งหมดนี้จะนำไปสู่การดำเนินงานเพื่อตอบสนองนโยบายการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัวต่อไป

คำสำคัญ: บุคลากรด้านสาธารณสุข, ทีมหมอครอบครัว, การพัฒนาบุคลากร

Abstract

This qualitative research aims to study the development situation of public health personnel in Praboromarajchanok Institute to support the Primary Care Cluster (PCC) team. Two representative informants from the network of nursing and public health colleges in each part of Thailand: Northern, Northeastern, Central (two sections for this area- the 1st and the 2nd ones) and Southern parts were selected by their specific quality, then were classified into two groups: 1) fourteen directors or deputy directors of colleges under the jurisdiction of the Praboromarajchanok Institute 2) fourteen lecturers who are responsible for academic service or personnel development affairs. Documents were gathered from profound interviews. Content analyses were applied after the data saturation had come out, as well.

The significant findings from the research are: 1) the course management process is a step of country's health problem solution 2) each element of the whole system has its important part to drive courses focused on public health personnel development that can support our Primary Care Cluster teams 3) All involved parties cooperate with each other in building and developing the particular courses for colleges under the jurisdiction of the Praboromarajchanok Institute. Furthermore, the result of the study shows the effectiveness of the colleges in public health personnel development in order to assist the teams, which are 1) the comprehension of policy to actual practice, 2) the budget sufficiency, 3) the cooperation, along with co-research, from professionals from outside sections in case of solving problems and approaching appropriate academic services for the communities nearby. All lead to the active procedure for public health personnel development to support the Primary Care Cluster teams, as well.

Keywords: Public health personnel, Primary Care Cluster (PCC) team, Personnel development

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บริการปฐมภูมิ คือ การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่มุ่งดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ระบบบริการปฐมภูมิที่ดี ยังเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยลดความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ อีกทั้งการมีแพทย์และบุคลากรที่เหมาะสมในระบบบริการปฐมภูมิ ช่วยลดอัตราการตายทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา ทั้งนี้ภารกิจที่สำคัญของระบบบริการปฐมภูมิ จึงเป็นการจัดการและพัฒนาเพื่อสร้างความเข้มแข็งของบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้สามารถดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ ภายใต้การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการจัดระบบและกลไกที่เอื้อต่อชุมชนมีความสุขอย่างมั่นคงและยั่งยืน (พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562, 2562)

ปี พ.ศ.2563 กระทรวงสาธารณสุข ได้ตั้งเป้าหมายมุ่งสู่การมีระบบปฐมภูมิเพื่อสุขภาพที่เข้มแข็ง ได้รับการจัดอันดับเป็น 1 ใน 3 ของเอเชียในการเสริมสร้างสังคมอุดมปัญญาทางสุขภาพ (smart healthy society) โดยในระยะ 5 ปีแรก เน้นการปฏิรูปเพื่อสร้างคุณค่าของระบบบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ การมีกลไกให้เกิดการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างกระทรวง หรือองค์กรอื่นๆ เร่งรัดการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพด้วยตนเองได้ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประจำ และมีการจัดตั้งหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิคลินิก หรือ Primary Care Cluster: PCC และทีมหมอครอบครัวดูแลอย่างทั่วถึง (ธนรัชต์ ผลิพัฒน์ และพรทิพย์ ศิริภาณุมาศ, 2560) จะเห็นได้ว่าบุคลากรด้านสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาระบบปฐมภูมิ ซึ่งเป็นหลักการที่สำคัญของการปฏิรูปประเทศเพื่อสุขภาพที่เข้มแข็งของประชาชน

พระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ.2562 ในมาตราที่ 8 ได้กำหนดให้สถาบันพระบรมราชชนก มีหน้าที่ผลิตบัณฑิตและพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับแนวนโยบายแห่งรัฐ เพื่อให้มีความรู้ความสามารถทางวิชาการและทักษะในวิชาชีพ มีคุณธรรม จริยธรรม มีความสำนึกต่อสังคม และเพื่อให้มีศักยภาพในการเรียนรู้ด้วยตนเอง รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดโอกาสและความเสมอภาคทางการศึกษาตามความต้องการของชุมชน ในปัจจุบันสถาบันพระบรมราชชนกมีศักยภาพด้านการผลิตบุคลากรที่สำคัญ ดังนี้ ผลิตบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตและประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรและสหเวชศาสตร์ ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง และหลักสูตรการพัฒนาบุคลากร เช่น หลักสูตรการบริหาร หลักสูตรพัฒนาด้านบริการสุขภาพ เป็นต้น (พระราชบัญญัติ สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2562, 2562) ทั้งนี้ สถาบันพระบรมราชชนกได้ดำเนินการด้านการผลิตและพัฒนาบุคลากรทางสุขภาพเป็นจำนวนมาก สามารถผลิตและพัฒนาบุคลากรกลุ่มใหญ่ซึ่งเป็นบุคลากรในทีมหมอครอบครัว เพื่อรองรับระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมาอย่างยาวนาน

ทีมหมอครอบครัว เป็นทีมผู้ดูแลสุขภาพประจำครอบครัว ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด วิชาชีพเภสัชกรรม ทันตบุคลากร นักวิชาการ

สาธารณสุข หรือเจ้าพนักงานสาธารณสุข และนักจิตวิทยา (ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย, กัญญา ดิษยาธิคม, อุทุมพร วงษ์ศิลป์, วาริสา ทรัพย์ประดิษฐ์, และนำพร สามิภักดิ์, 2561) ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ รวมถึงการดูแลที่บ้าน และประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลปลายทาง (บุญชัย ธีระกาญจน์, 2559; สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ, พุกษา บุกบุญ, และปิยฉัตร ตระกูลวงษ์, 2558) ทั้งนี้ สถาบันพระบรมราชชนก ได้มีหน้าที่ด้านการผลิตบุคลากร ซึ่งเป็นหนึ่งในทีมหมอบรรลุ เช่น พยาบาล วิชาชีพ ทันตบุคลากร นักวิชาการสาธารณสุขเจ้าพนักงานสาธารณสุข (พระราชบัญญัติ สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2562, 2562) แต่อย่างไรก็ตาม ไม่พบการศึกษาสถานการณ์การพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขของสถาบันพระบรมราชชนก ที่สนับสนุนทีมหมอบรรลุที่ชัดเจน รวมทั้ง ความเพียงพอของหลักสูตรต่อความต้องการที่มาจากประสบการณ์ตรงของผู้ดำเนินงาน

การวิจัยนี้ ศึกษาผลตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นตัวแทนของผู้บริหารและอาจารย์ที่รับผิดชอบงานด้านบริการวิชาการ หรืองานพัฒนาบุคลากรของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เกิดความเข้าใจสถานการณ์การพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขของสถาบันพระบรมราชชนก สำหรับการสนับสนุนทีมหมอบรรลุ ผลลัพธ์จากการศึกษาเชิงคุณภาพ ทำให้ได้ข้อมูลที่มีฉากและเหตุการณ์ ประสบการณ์ชีวิตของผู้ถูกศึกษา (Sandelowski, 2000) ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้สำหรับวางแผนพัฒนาหลักสูตรที่สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพ นำไปสู่การสนับสนุนบุคลากรของทีมหมอบรรลุ ให้มีความพร้อมในการดูแลสุขภาพของประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์การพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขของสถาบันพระบรมราชชนก สำหรับการสนับสนุนทีมหมอบรรลุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยสถานการณ์การพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขของสถาบันพระบรมราชชนก สำหรับการสนับสนุนทีมหมอบรรลุ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบโมเดล CIPP (Stufflebeam, 1971) ร่วมกับพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 เป็นกรอบการศึกษาใน 4 ด้าน คือ 1) ด้านบริบท ได้แก่ ความสอดคล้องและเหมาะสมของนโยบาย 2) ด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การรับรู้และการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ความเพียงพอและเหมาะสมของงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุน เทคนิควิธีการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน 3) ด้านกระบวนการ ได้แก่ การวางแผนการดำเนินงาน การดำเนินงาน การควบคุมกำกับ และการประเมินผล และ 4) ด้านผลผลิต ได้แก่ ผลที่ได้จากการประเมินภาพรวม ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จ ผลกระทบและปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากการดำเนินการตามนโยบาย การพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข สำหรับการสนับสนุนทีมหมอบรรลุ

คำถามการวิจัย

สถานการณ์การพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขของสถาบันพระบรมราชชนก สำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัวเป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนกันยายน - ธันวาคม พ.ศ. 2562 มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้บริหารและอาจารย์ที่รับผิดชอบงานบริการวิชาการ งานพัฒนาบุคลากรของวิทยาลัยพยาบาล และวิทยาลัยการสาธารณสุข โดยสุ่มอย่างง่ายจากเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุข ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง 1 ภาคกลาง 2 และภาคใต้ เครือข่ายละ 2 คน รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 28 คน ทำการเลือกผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เพื่อสำรวจประสบการณ์ที่เหมือนหรือแตกต่างกันระหว่างผู้บริหารและอาจารย์ผู้ปฏิบัติงานจริง จำแนกผู้ให้ข้อมูลหลักเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้อำนวยการวิทยาลัยหรือรองผู้อำนวยการวิทยาลัย สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 14 คน ลักษณะของกลุ่มที่เลือกเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ เป็นผู้บริหารของวิทยาลัย หรือเป็นรองผู้อำนวยการฝ่ายบริการวิชาการของวิทยาลัย สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดทำหลักสูตรตามนโยบายหมอครอบครัวมาแล้ว ไม่น้อยกว่า 6 เดือน สนใจและเต็มใจให้ข้อมูล

กลุ่มที่ 2 อาจารย์ที่รับผิดชอบงานด้านบริการวิชาการหรืองานพัฒนาบุคลากรของวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุข สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 14 คน ลักษณะของกลุ่มที่เลือกเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ มีประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดทำหลักสูตรตามนโยบายหมอครอบครัวมาแล้ว ไม่น้อยกว่า 6 เดือน รวมทั้งสนใจและเต็มใจให้ข้อมูล ในการศึกษาได้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจนข้อมูลมีความอิ่มตัว (อารีวรรณ อ่วมตานี, 2559)

เครื่องมือในการวิจัย แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมครอบคลุม 4 ประเด็น ดังนี้

1. สถานการณ์การพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข และหลักสูตรที่สถาบันพระบรมราชชนก จัดขึ้นสำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว ตัวอย่างข้อคำถาม “หลักสูตรที่ทางวิทยาลัยได้พัฒนาขึ้น เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของบุคลากรสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัวมีหลักสูตรใดบ้าง และมีลักษณะเป็นอย่างไร?”

2. สถานการณ์ความต้องการเพิ่มสมรรถนะของบุคลากรในระดับปฐมนูมิ สำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว ตัวอย่างข้อคำถาม “ท่านคิดว่าจะเพิ่มประสิทธิภาพการพัฒนาบุคลากร เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของบุคลากรสาธารณสุข สำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัวได้อย่างไร?”

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข ที่จัดขึ้นสำหรับการสนับสนุนทีมหมอกรอบครัว ตัวอย่างข้อคำถาม “ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาบุคลากร เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานของท่าน เป็นอย่างไร”

4. ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข และหลักสูตรที่สถาบันพระบรมราชชนก จัดขึ้นสำหรับการสนับสนุนทีมหมอกรอบครัว ตัวอย่างข้อคำถาม “จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ท่านพบปัญหา อุปสรรค ในการพัฒนาบุคลากร เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานของท่าน อย่างไรบ้าง”

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ ด้านการศึกษาพยาบาล ด้านบริการปฐมภูมิ และด้านการวัดและประเมินผล จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข นำไปทดลองใช้กับผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ รองผู้อำนวยการฝ่ายบริการวิชาการและอาจารย์ที่รับผิดชอบงานด้านบริการวิชาการของวิทยาลัย สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 2 คน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และนำมาปรับปรุงแก้ไข ข้อคำถามอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สัมภาษณ์ตามแนวคำถามและมีข้อคำถามต่อเนื่องในคำตอบที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้อธิบายเพิ่มเติม และมีการบันทึกภาคสนาม เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งประมาณ 45-60 นาที ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ทีมผู้วิจัยได้มีการทบทวนข้อมูลทุกครั้ง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความตรงกันของข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูล นอกจากนี้หากพบว่าข้อมูลที่ได้รับยังไม่สมบูรณ์ หรือยังไม่ชัดเจนตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ทีมผู้วิจัยได้ทำการนัดสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ในแต่ละวันหลังการสัมภาษณ์ทีมผู้วิจัยจะถอดเทปเสียง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลที่ได้รับ และนำมาปรับปรุงในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา แบบ Manifest content analysis (Graneheim & Lundman, 2004) โดยในแต่ละวันหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว คณะผู้วิจัยจะถอดเทปและบันทึกข้อมูลอย่างละเอียดปราศจากการตีความ และทำการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียดอีกครั้ง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. อ่านข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการเก็บข้อมูลโดยละเอียด และอ่านหลายๆ ครั้ง เพื่อเข้าถึงความหมายทั้งหมดที่สะท้อนวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2. แยกข้อความสำคัญทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ จัดทำเป็นหน่วยความหมาย (meaning unit) ทั้งที่เป็นข้อความ เป็นวลี หรือเป็นประโยค ซึ่งมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ทำการศึกษา

3. ให้ความหมายกับหน่วยความหมาย (meaning unit) โดยการนำหน่วยความหมายที่ได้จัดหมวดหมู่ไว้ ซึ่งอยู่ในบริบทของปรากฏการณ์ที่ศึกษาโดยใช้ code พร้อมทั้งใส่รหัสของผู้ให้ข้อมูลเพื่อสะดวกในการจัดหมวดหมู่ของแนวเรื่องในขั้นตอนต่อไป

4. จัดหมวดหมู่ของหน่วยความหมาย ให้เป็นหัวข้อย่อย (sub-category) โดยการนำหน่วยความหมายต่างๆ ที่ได้ให้ไว้มาอ่านซ้ำแล้วจัดกลุ่มตามประเภท และลักษณะที่มีนัยของความหมายในทางเดียวกันมารวมเข้าด้วยกัน

5. จัดหมวดหมู่ของหัวข้อย่อย (sub-category) เป็นหัวข้อหลัก (category) โดยการนำความหมายต่างๆ ที่ได้ให้ไว้มาอ่านซ้ำแล้วจัดกลุ่มตามประเภท และลักษณะที่มีนัยของความหมายในทางเดียวกันมารวมเข้าด้วยกันทั้งจัดเป็นประเด็นหลัก (category) ที่อยู่ภายใต้ความหมายเดียวกับแนวเรื่องนั้นๆ

6. บรรยายสาระสำคัญ และโครงสร้างของประสบการณ์ที่สำคัญที่ได้จากการศึกษา โดยสรุปความให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

7. นำข้อสรุปที่ได้ทั้งหมดให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง โดยนำข้อสรุปและผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (trustworthiness)

คณะผู้วิจัยใช้เกณฑ์การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพของ Guba and Lincoln (1989) ได้แก่ 1) ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (credibility) ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) จากสิ่งที่สังเกตได้ขณะสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (member checks) โดยการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง 2) ความสามารถในการพึ่งพา (dependability) โดยใช้วิธีการทำงานร่วมกันกับทีมวิจัย (working with a research team) ในการตรวจสอบข้อมูลที่รวบรวมได้ระหว่างนักวิจัย เพื่อยืนยันผลการวิจัย 3) ความสามารถในการยืนยันข้อมูล (confirmability) โดยใช้วิธีการตรวจสอบจากข้อมูลดิบ เช่น เทปบันทึกการสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม การตรวจสอบการพัฒนาข้อสรุป เช่น หน่วยความหมายที่สำคัญ การจัดหัวข้อย่อยหรือกลุ่มคำ และการให้รหัสข้อมูล และ 4) ความสามารถในการถ่ายโอน (transferability) คณะผู้วิจัยได้อธิบายบริบทการศึกษา กระบวนการวิจัย ขั้นตอนการศึกษา การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอผลการวิจัยโดยมีข้อมูลอธิบายสนับสนุนผลการวิจัย ซึ่งอาจจะนำมาใช้อ้างอิงสำหรับการศึกษาในบริบทที่คล้ายคลึงกัน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาบทบาทของวิทยาลัยภายใต้พระราชบัญญัติ สถาบันพระบรมราชชนกในการสร้างความเข้มแข็งของบุคลากรสาธารณสุข สำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว ซึ่งผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขรับรอง PCKCN REC 20/2562 ลงวันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ.2562 ผู้วิจัยทำการขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากผู้ให้ข้อมูลหลัก

รวมทั้งการขออนุญาตสัมภาษณ์ และอวดเทพการสัมภาษณ์ หลังจากผู้ให้ข้อมูลทุกคนลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมวิจัย (informed consent) ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ได้ทุกเวลาเมื่อต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลถูกเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและไม่สามารถอ้างอิงไปยังผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์สถานการณ์การพัฒนาศูนย์บริการด้านสาธารณสุขของสถาบันพระบรมราชชนก สำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัวของผู้ให้ข้อมูลหลัก สามารถจัดเป็น 3 หัวข้อ (category) และ 11 หัวข้อย่อย (sub-category) ดังนี้

ตาราง 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาของสถานการณ์การพัฒนาศูนย์บริการด้านสาธารณสุขของสถาบันพระบรมราชชนก สำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว

หัวข้อหลัก (category)	หัวข้อย่อย (sub-category)	หน่วยความหมาย (meaning unit)
1. กระบวนการจัด หลักสูตรเป็นขั้นตอน เพื่อแก้ไขปัญหา สุขภาพของประเทศ	- หน่วยงานมีหลักสูตรเป็นไป	หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน
	ตามความความต้องการของเขต	หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤต
	สุขภาพ เพื่อรองรับ service	หลักสูตร palliatives care
	plan	หลักสูตรผู้สูงอายุ
	- การจัดทำหลักสูตรตามความ	หลักสูตรอบรมเวชปฏิบัติครอบครัว
	เชี่ยวชาญของอาจารย์ผู้สอน	หลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง
	- ความร่วมมือของอาจารย์แต่ละ	กำหนดภาระงานด้านการบริการวิชาการไปสู่อาจารย์
	ภาควิชาในการสร้างหลักสูตร	ของแต่ละภาควิชา
		อาจารย์ร่วมกันวางแผนการบริการวิชาการ
		โดยเน้นการแก้ปัญหาของพื้นที่
	- การพัฒนาหลักสูตรให้มี	ร่วมมือกับกรมสุขภาพจิต ในการทำหลักสูตรการ
	ประสิทธิภาพร่วมกับหน่วยงาน	พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (การพยาบาลเด็ก)
	ที่มีความเชี่ยวชาญ	ร่วมกับกรมการแพทย์ทำหลักสูตรเฉพาะทางการ
		พยาบาลผู้สูงอายุ
	- การทำบันทึกข้อตกลง	ผู้รับการอบรมได้รับความรู้จากประสบการณ์จริงในการ
	เครือข่ายความร่วมมือกับพื้นที่	ฝึกภาคปฏิบัติ
	ชุมชนเป้าหมาย เพื่อแลกเปลี่ยน	พยาบาลในพื้นที่ได้เรียนรู้นโยบาย ความรู้ใหม่ๆ นำไปใช้
	ประสบการณ์และเรียนรู้ร่วมกัน	ได้จริงในหน่วยงานของตนเอง

ตาราง 1 (ต่อ)

2.องค์ประกอบของระบบที่จะผลักดันหลักสูตรการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนทีมหมอครอบครัว	- อาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชนอย่างลึกซึ้ง - เนื้อหาของหลักสูตรสอดคล้องกับนโยบาย เน้นชุมชน - การได้รับสนับสนุนงบประมาณ	มีอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน โดยจบการศึกษาในระดับปริญญาเอก มีการสนับสนุนให้อาจารย์เข้ารับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง และ หลักสูตรปริญญาโท ปริญญาเอก มีหลักสูตรที่มีเนื้อหาชัดเจน และสอดคล้องกับนโยบาย มีหลักสูตรที่มีเนื้อหาชัดเจน เน้นชุมชน การให้บริการวิชาการตามความต้องการของเขตสุขภาพ ทำให้มีการสนับสนุนงบประมาณ จัดหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ โดยจัดการเรียนการสอนการพยาบาลครอบครัว จัดประสบการณ์ด้านการพยาบาลครอบครัวให้นักศึกษาพยาบาล จัดโครงการครอบครัวเสมือนให้กับนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้มีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน พัฒนาบุคลากรในหน่วยงานและการจัดสรรภาระงานที่เหมาะสม ให้ความรู้ เรื่องทีมหมอครอบครัวแก่อาจารย์ในวิทยาลัยฯ ดำเนินการถอดบทเรียน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาอุปสรรค นำไปสู่การสร้างแนวปฏิบัติที่ดีของหลักสูตรวิทยาลัยฯ เป็นศูนย์กลางการจัดอบรมและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขแบบครบวงจร จัดโครงการบริการวิชาการทั้งเชิงรับและเชิงรุก สนับสนุนให้สาขาวิชาทำโครงการบริการวิชาการที่สอดคล้องกับความต้องการของสังคมและบูรณาการกับพันธกิจอื่นของวิทยาลัยฯ เช่น บูรณาการกับการเรียนการสอน และวิจัย เป็นต้น สนับสนุนโครงการบริการวิชาการที่สร้างความเข้มแข็งของชุมชน พัฒนาศักยภาพบุคลากร ให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคมและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข พัฒนาหลักสูตรร่วมกันระหว่างวิทยาลัยกับ สบช. ร่วมมือกับสาธารณสุขนิเทศในการพัฒนาชุมชน โดยจะใช้ area base ในการวัดแทน KPI ของกระทรวง
3.ความร่วมมือของทุกฝ่ายในการสร้างและพัฒนาหลักสูตรของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก	- การเตรียมบุคลากรให้มีความพร้อมเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข - การพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข - การพัฒนาระบบบริการวิชาการ	

ตาราง 1 (ต่อ)

- การพัฒนาระบบบริการวิชาการ (ต่อ)	ใช้การทำงานแบบ IPE มาต่อยอด โดยการกำหนดพื้นที่ และจัดอาจารย์และนักศึกษาทำงานกับพื้นที่ รวมทั้งวางแผนในการพัฒนาพื้นที่ โดยทำความร่วมมือกับพื้นที่ เป็นพื้นที่ที่มีการพัฒนา และพัฒนาต่อยอดเป็นชุมชนเข้มแข็ง สร้างรูปแบบการบริการวิชาการ/การพัฒนาศูนย์ที่ เป็นลักษณะเฉพาะของตนเอง แก้ไขปัญหาของพื้นที่ โดยเน้นชุมชน ดำเนินการวิจัยร่วมศึกษาหารูปแบบในการให้บริการ วิชาการ ระหว่างวิทยาลัยกับพื้นที่
-----------------------------------	--

สถานการณ์การพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข สำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัวพบว่า มีประเด็นที่เกี่ยวข้องรวม 3 ประเด็น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. กระบวนการจัดหลักสูตรเป็นขั้นตอน เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของประเทศ พบว่า หลักสูตรเป็นไปตามความความต้องการของเขตสุขภาพ เพื่อรองรับ service plan จัดทำหลักสูตรตามความเชี่ยวชาญของอาจารย์ผู้สอน มีความร่วมมือของอาจารย์แต่ละภาควิชาในการพัฒนาหลักสูตร มีการพัฒนาหลักสูตรให้มีประสิทธิภาพร่วมกับหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญ รวมทั้งมีการทำบันทึกข้อตกลงเครือข่ายความร่วมมือกับพื้นที่ชุมชนเป้าหมาย เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้ร่วมกัน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 หลักสูตรเป็นไปตามความความต้องการของเขตสุขภาพ เพื่อรองรับ Service plan ดังคำพูดต่อไปนี้

“นโยบายของสถาบันพระบรมราชชนกเมื่อ 2 ปีที่แล้ว เราก็ทำตามนโยบาย ซึ่งเปรียบเสมือนวิทยาลัยของเราเป็น HR ของกระทรวงสาธารณสุข วพบ.อุบลราชธานี อยู่เขตสุขภาพที่ 10 จึงจัดอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง เช่น หลักสูตรการพยาบาลวิกฤต และหลักสูตร palliatives care และปัจจุบันเพราะเห็นว่าอุบลราชธานีมีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด เพราะผู้สูงอายุมากในประเทศไทย จึงจัดอบรมหลักสูตรผู้สูงอายุ และพบว่าโรงพยาบาลมะเร็งอุบล จัดอบรมหลักสูตรอีก 1 หลักสูตรคือ การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง จัดประจำปี เพราะมีการวางแผนกัน เพื่อตอบสนองการดูแลในอนาคต” (DBCNSP3)

“ทำตามเดิม คือ service plan เราก็ต้องทำตามนโยบายอยู่แล้ว รวมทั้งอยู่ที่ตามความต้องการของพื้นที่ หลักสูตรที่ทางวิทยาลัยจัดอบรม คือ หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติครอบครัว” (DBCNSPRNW6)

“ที่ วพบ ชลบุรี มีเรื่องการจัดบริการวิชาการให้เขต 16 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน” (DBNCCHON7)

“บริการวิชาการตามความต้องการของพื้นที่ และตอบสนองความต้องการของเขตสุขภาพที่ 12 มีหลักสูตรที่ทางวิทยาลัยได้พัฒนาเพื่อสนับสนุนทีมหมอครอบครัว กำลังอบรมที่ จ.พัทลุง 2 รุ่นๆ ละ 2 วัน เป็นหลักสูตรเกี่ยวกับที่พัฒนาร่วมกับ พชอ.” (DSCPHTRANG11)

1.2 จัดทำหลักสูตรตามความเชี่ยวชาญของอาจารย์ผู้สอน ดังคำพูดต่อไปนี้

“อาจารย์ที่อบรมเวช เราทำให้เชี่ยวชาญมากขึ้นจึงอบรมเวชปฏิบัติครอบครัว” (DBCNSP3)

“ส่งอาจารย์ไปอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง และ หลักสูตรปริญญาโท ปริญญาเอกเพื่อสนับสนุนให้อาจารย์มีความเชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติทั่วไป จัดอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน และเวชปฏิบัติทั่วไป แม้ว่าไม่ได้อบรมทุกปี แต่มีการจัดประชุมฟื้นฟูเวชปฏิบัติทุกปี” (DBCNB9)

“บุคลากรมีความเชี่ยวชาญในด้านต่างๆ เช่น การผลิตผลงานทางวิชาการ การดูแลผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ การเสริมพลังเยาวชนในการต้านยาเสพติด และการพัฒนาคุณภาพการบริการปฐมภูมิ และการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เป็นต้น” (LBCNR15)

1.3 ความร่วมมือของอาจารย์แต่ละภาควิชาในการสร้างหลักสูตร ดังคำพูดต่อไปนี้

“ที่ผ่านมหาวิทยาลัยได้ทำหลักสูตรที่ตอบสนองพื้นที่โดยตรง เนื่องจากวิทยาลัยฯ (อาจารย์) และเขตสุขภาพ 12 มีการประชุม วางแผนการแก้ปัญหของพื้นที่ร่วมกัน ถ้าปัญหาของพื้นที่ในการพัฒนาคนหรือบริการวิชาการ ตรงกับภาควิชาไหน ภาควิชาไหนจะดำเนินการพัฒนาหลักสูตรเพื่อตอบสนองพื้นที่ เช่น การทำหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ส่งผลให้พื้นที่มีปัญหาด้านการพัฒนาบุคลากรนี้ถึงวิทยาลัย ที่จะช่วยแก้ปัญหาร่วมกันได้” (DBCNSK10)

1.4 พัฒนาหลักสูตรให้มีประสิทธิภาพร่วมกับหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญ ดังคำพูดต่อไปนี้

“ได้รับความร่วมมือกับกรมสุขภาพจิต ในการทำหลักสูตรการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (จิตเวชเด็ก) ร่วมกับกรมการแพทย์ ทำหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลผู้สูงอายุ” (DBNCCHON7)

1.5 ทำบันทึกข้อตกลงเครือข่ายความร่วมมือกับพื้นที่ชุมชนเป้าหมาย เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้ร่วมกัน ดังคำพูดต่อไปนี้

“การดำเนินงานบริการวิชาการของวิทยาลัยฯ มีการกำหนดพื้นที่ชุมชนเป้าหมายคือ ชุมชนตำบลดอนแก้ว-แม่ริม จ.เชียงใหม่ ในการให้บริการวิชาการแก่สังคม และมีทำบันทึกข้อตกลงเครือข่ายความร่วมมือกับพื้นที่ชุมชนเป้าหมาย รวมถึงการให้การสนับสนุนกับเขตบริการสุขภาพในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุข” (DBCNCM14)

“ผู้อบรมมองว่าสามารถนำความรู้ไปใช้ได้จริง โดยเฉพาะภาคปฏิบัติ พยาบาลในพื้นที่ได้เรียนรู้ นโยบาย ความรู้ใหม่ๆ นำไปใช้ได้จริงในแหล่งฝึก พัฒนาไปพร้อมกัน” (DBCNSURIN2)

2. องค์ประกอบของระบบที่จะผลักดัน หลักสูตรการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนทีมหมอครอบครัว พบว่า มีอาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชนอย่างลึกซึ้ง เนื้อหาของหลักสูตรสอดคล้องกับนโยบาย เน้นชุมชน รวมทั้งได้รับการสนับสนุนงบประมาณ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 อาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชนอย่างลึกซึ้ง ดังคำพูดต่อไปนี้

“มีการส่งอาจารย์ไปอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง และ หลักสูตรปริญญาโท ปริญญาเอก เพื่อสนับสนุนให้อาจารย์มีความเชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติทั่วไป” (DBCNB9)

2.2 เนื้อหาของหลักสูตรสอดคล้องกับนโยบาย เน้นชุมชน ดังคำพูดต่อไปนี้

“สิ่งที่รับมาจากนโยบายของส่วนกลาง คือไม่มีคนนอกมาประเมินว่าการดำเนินการของทีมหมอครอบครัวที่ได้ดำเนินการไปแล้วได้ผลลัพธ์หรือไม่ อย่างไร แต่เราไปรับมา รับรูปแบบมาทำเอง จึงทำให้มีประสิทธิภาพ โดยต้องมีการประเมินผล มีการเข้าไปประชุม สังเกต และถอดบทเรียนออกมา” (DBCNR4)

“เน้นภาพรวมของ สบช คือ เน้นชุมชน พื้นที่ ทรายใดที่เราจะทำหรือการสร้างนำซ่อม ต้องเน้นด้านนี้ให้ได้ ถ้าต้องการแข่งขันกันในเชิงวิชาการกับมหาวิทยาลัยอื่นๆ แต่ภาพรวมของ สบช. ต้องมาวิเคราะห์และหาเป็นจุดเด่นโดยเน้นชุมชน” (DSCPHUR5)

2.3 การได้รับสนับสนุนงบประมาณ ดังคำพูดต่อไปนี้

“สถาบันพระบรมราชชนกสนับสนุนงบประมาณที่เหมาะสมและเพียงพอกับการบริหารหลักสูตร” (DBCNSURIN2)

“หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว โดย ทางสบช. เป็นผู้ประสาน และจัดสรรงบประมาณที่ได้รับจากสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว” (LBCNSURAT16)

3. ความร่วมมือของทุกฝ่ายในการสร้างและพัฒนาหลักสูตรของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก พบว่า มีการเตรียมบุคลากรให้มีความพร้อมเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข มีการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งพัฒนาระบบบริการวิชาการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 การเตรียมบุคลากรให้มีความพร้อมเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข ดังคำพูดต่อไปนี้

“เตรียมบุคลากรให้มีความพร้อมเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข เช่น การจัดหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ โดยจัดการเรียนการสอนการพยาบาลครอบครัว จัดประสบการณ์ด้านการพยาบาลครอบครัวให้นักศึกษาพยาบาล จัดโครงการครอบครัวเสมือนให้กับนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้มีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เป็นต้น” (DBCNCM14)

3.2 การพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข ดังคำพูดต่อไปนี้

“วางแผนการพัฒนาคน เช่น การพัฒนาครู ก และปัญหา คือ จำนวนอาจารย์น้อย แต่ปีนี้มีปัญหาคนเกษียณและคนลาออก ทำให้คนที่อยู่ขึ้นวอร์ด มีภาระงานเยอะ เราก็ต้องวางแผนในการพัฒนาคนและการจัดสรรภาระงาน” (DBCNR4)

3.3 การพัฒนาระบบบริการวิชาการ ดังคำพูดต่อไปนี้

“พัฒนาระบบบริการวิชาการ เช่น ยกระดับศักยภาพของวิทยาลัยฯ ให้เป็นศูนย์กลางการจัดอบรม และพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขแบบครบวงจร ทันสมัย และพึ่งตนเองได้อย่างพอเพียง จัดโครงการบริการวิชาการทั้งเชิงรับและเชิงรุก พัฒนาระบบและกลไกการให้บริการวิชาการแบบครบวงจร และพัฒนางานจัดอบรม พัฒนาศักยภาพบุคลากร ให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคมและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น” (DBCNCM14)

“กำลังหารือกับสาธารณสุขนิเทศว่าจะมีการพัฒนาชุมชนอย่างไร โดยจะใช้ area base ในการวัดแทน KPI (ดัชนีชี้วัดผลงาน) ของกระทรวง และจะใช้การทำงานแบบ IPE (การจัดการศึกษาแบบสหวิชาชีพ) มาต่อยอดโดยการกำหนดพื้นที่เป็นอย่างไร และจะต้องจัดอาจารย์และนักศึกษาลงทำงานในพื้นที่ รวมทั้งวางแผนในการพัฒนาพื้นที่” (DSCPHUR5)

“รูปแบบที่ใช้เป็นการฝึกอบรม ลงพื้นที่ทำงานร่วมกันโดยให้ผู้อบรมลงพื้นที่จริง เน้นความรู้จากภาคทฤษฎีไปสู่ปฏิบัติ โดยร่วมกับทีมหมอครอบครัวในแต่ละอำเภอ ทำวิจัยร่วมศึกษาหารูปแบบในการให้บริการวิชาการระหว่างวิทยาลัยกับพื้นที่” (DBCNSURIN2)

อภิปรายผล

1. กระบวนการจัดหลักสูตรสำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว ของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขนั้น จัดทำขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของประเทศและรองรับ Service plan ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งสถาบันพระบรมราชชนก คือ เพื่อผลิตและพัฒนาบุคลากรตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข ให้การศึกษา ส่งเสริมวิชาการและวิชาชีพ (พระราชบัญญัติ สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2562, 2562) รวมทั้ง จัดทำตามความเชี่ยวชาญของอาจารย์ผู้สอน ซึ่งสอดคล้องกับเบญจมาศ บุญรับพ่ายและคณะ (2557) ที่ศึกษาการประเมินหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก ซึ่งพบว่า อาจารย์มีประสบการณ์สอนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติอย่างน้อย 1 ปี และมีการพัฒนาศักยภาพของตนเองในเรื่องความรู้ความสามารถตลอดเวลา จะได้รับการประเมินผลว่าการสอนอยู่ในระดับดีมาก และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้จริง

2. องค์ประกอบของระบบที่จะผลักดัน หลักสูตรการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนทีมหมอครอบครัว อาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชนอย่างลึกซึ้ง เนื้อหาของหลักสูตรสอดคล้องกับนโยบายเน้นชุมชน และได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ และคณะ (2562) ที่สังเคราะห์ข้อเสนอเพื่อพัฒนารูปแบบการบริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร ใน 4 ศูนย์บริการสุขภาพนำร่อง เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นวิธีการวิจัยแบบผสมผสาน ด้วยการสัมภาษณ์บุคลากรและการสำรวจประชาชนที่อาศัยรอบศูนย์บริการ พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาบุคลากรนั้นควรคำนึงถึงปัจจัย 4 ด้านของการบริหาร คือ 1) บุคคล (man) มีความตั้งใจในการให้บริการเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ทีมสหวิชาชีพ อาจารย์ในวิทยาลัยฯ ต้องเปิดใจยอมรับนโยบายการทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ และพร้อมที่จะเรียนรู้ในหลักการต่างๆ การมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการออกแบบหลักสูตรที่ต้องการ เช่น ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข และผู้บริหารกระทรวงมหาดไทย 2) การจัดการ (management) พื้นที่ที่ให้การฝึกอบรมให้ความร่วมมือ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ทีมสหวิชาชีพ มีการบริหารเวลาของสถาบันที่จัดอบรมเพื่อเอื้อให้กับบุคลากร สามารถให้บริการวิชาการได้ วางระบบการดำเนินงานที่ดีและการสนับสนุนจากผู้บริหาร การสนับสนุนและให้แรงจูงใจสำหรับบุคลากรที่ต้องมีการฝึกในการให้บริการเพิ่มนอกเหนือจากพันธกิจอื่นๆ การบริหารจัดการของวิทยาลัย 3) วัตถุดิบ (material) สิ่งอำนวยความสะดวก สถาบันพระบรมราชชนกสนับสนุนงบประมาณที่เหมาะสมและเพียงพอกับการบริหารหลักสูตร และ 4) การเงิน (money) การตั้งงบประมาณและจัดทำแผนการเงิน

3. ความร่วมมือของทุกฝ่ายในการสร้างและพัฒนาหลักสูตรของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก โดยการเตรียมบุคลากรให้มีความพร้อมเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของภราดร ยิ่งยวด, นครินทร์ สุวรรณแสง, กนกพร แจ่มสมบูรณ์, และพิศิษฐ์ พลธนะ (2563) เกี่ยวกับแนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของวิชาชีพพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และองค์กรพยาบาล ที่พบว่าองค์กรที่เกี่ยวข้องด้านการศึกษาพยาบาล ควรมีการออกแบบหลักสูตรทางการพยาบาลให้มีความสอดคล้องกับแผนการพัฒนาบริการสุขภาพ เพื่อสร้างบุคลากรทางการพยาบาลให้เป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ และสมรรถนะตรงตามแผนความต้องการของสถานบริการของรัฐในแต่ละระดับ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จัดหลักสูตรอบรมที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ครอบคลุมทุกสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ และเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิตามความต้องการของพื้นที่ รวมทั้งประสานกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพร่วมกัน
2. พัฒนาสมรรถนะอาจารย์ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ให้มีความรู้ ทักษะในการดำเนินงานบริการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ค้นหาหาความรู้เทคโนโลยีใหม่ๆ
3. สนับสนุนวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก โดยการจัดทำระบบและกลไกเพื่อการทำข้อตกลงหรือความร่วมมือกับหน่วยบริการ สำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว และเชื่อมโยงระบบการบริการวิชาการ ระหว่างสถาบันพระบรมราชชนกกับวิทยาลัยในสังกัด นำสู่การดำเนินงาน เพื่อตอบสนองนโยบายการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขสำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัว

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิเคราะห์ความพร้อม อัตรากำลัง และภาระงานของบุคลากรสายคณาจารย์ ที่ปฏิบัติงานในการปฏิบัติงานฝึกอบรมการดำเนินงานสนับสนุนของทีมหมอครอบครัวและระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข
2. การศึกษาความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเอกชนในการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ข้อจำกัดการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาเป็นเพียงตัวแทนของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ทำให้ผลการศึกษางานบางประการไม่เป็นไปตามบริบทของทุกวิทยาลัย การนำผลวิจัยไปใช้ในวงกว้าง จึงเป็นไปได้ว่ามีข้อจำกัด รวมทั้งยังขาดการศึกษาจากผู้เข้ารับการอบรม ซึ่งอาจส่งผลให้ผลงานวิจัยยังไม่ครอบคลุมกับสถานการณ์การพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข ของสถาบันพระบรมราชชนก สำหรับการสนับสนุนทีมหมอครอบครัวอย่างรอบด้าน

เอกสารอ้างอิง

- ขวัญประชา เขียงไชยสกุลไทย, กัญจนา ดิษยาธิคม, อุทุมพร วงษ์ศิลป์, วาริสา ทรัพย์ประดิษฐ์, และนำพร สามิภักดิ์. (2561). *โครงการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)* (รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์). นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก <http://ihppthaigov.net/DB/publication/attachresearch/416/chapter1.pdf>.
- ชนวนทอง ธนสุกาญจน์, พิพัฒน์ ลักษมีจักรกุล, ฉัตรสมัน พงศนิญโญ, จีรนนท์ แก้วกล้า, ทศนีย์ รวีวรกุล, จงกล โพธิ์แดง,... มงคล อักโข. (2562). *การสังเคราะห์ข้อเสนอเพื่อพัฒนารูปแบบการบริการปฐมภูมิ ในกรุงเทพมหานคร* (รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ธนรักษ์ ผลิพัฒน์, และพรทิพย์ ศิริภาณุมาศ. (2560). *แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (พ.ศ.2560 - 2579)*. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์.
- บุญชัย ชีระกาญจน์ (บ.ก.). (2559). *แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- เบญจมาศ บุญรับพ่าย, พรณีย์ ปานเทวัญ, आयพร ประสิทธิ์เวชชากร, กุณนที พุ่มสงวน, อารีย์ เสนีย์, และองค์อร ประจันเขตต์. (2557). การประเมินหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษารอคอยเบื้องต้น) วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(1), 107-113.
- พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562. (2562). (2562, 30 เมษายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 136 ตอนที่ 56 ก. หน้า 165-185.
- พระราชบัญญัติ สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2562. (2562, 5 เมษายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 136 ตอนที่ 43 ก. หน้า 40-65.
- ภราดร ยิ่งยวด, นครินทร์ สุวรรณแสง, กนกพร แจ่มสมบูรณ์, และพิศิษฐ์ พลชนะ. (2563). แนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่: แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของวิชาชีพการพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 13(3), 14-25.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ, พกษา บุกบุญ, และปิยฉัตร ตระกูลวงศ์. (2558). *รายงานผลการสำรวจสถานการณ์การดำเนินงาน และความคิดเห็นต่อยุทธศาสตร์พัฒนาทีมหมอประจำครอบครัว* (รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2559). *การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description?. *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334-340.
- Stufflebeam, D. L. (1971). The relevance of the CIPP evaluation model for educational accountability. *Journal of research and Development in Education*, 5(1), 19-25.

บทความวิจัย (Research article)

การบริการสังคมด้านสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

Social Health Service for Old-Age Dependency in Tambon Ban Suan
Community, Amphoe Mueang, Chonburi Province

สุริยา ฟองเกิด^{1*}, ศุภรา หิมานันโต¹

Suriya Fongkerd^{1*}, Supara Himananto¹

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: suriya@bnc.ac.th, เบอร์โทรศัพท์ 065-6279407)

(Received: March 5, 2021; Revised: April 16, 2021; Accepted: April 22, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบริการสังคมด้านสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นการจัดสวัสดิการสังคมโดยภาครัฐ ในการจัดบริการสวัสดิการสังคมขั้นพื้นฐานให้กับประชาชนเพื่อให้ได้รับการบริการอย่างเท่าเทียมกัน ผู้ให้ข้อมูลเป็นญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน และทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 10 คน และผู้มีบทบาทในชุมชนในการบริการด้านสวัสดิการสังคมด้านสุขภาพอนามัยโดยภาครัฐ จำนวน 10 คน ได้แก่ ผู้นำชุมชน พยาบาลชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประธานชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และจิตอาสา คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า การจัดสวัสดิการด้านสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนแบ่งเป็น 5 ประเด็น คือ 1) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2) การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4) การดูแลที่บ้าน และ 5) โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ผลการศึกษาสะท้อนลักษณะบริการสังคมด้านสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะนำไปใช้เพื่อวางแผนจัดบริการทางสังคมของภาครัฐโดยเฉพาะประเด็นของสุขภาพอนามัยให้ครอบคลุม มีคุณภาพ และสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้

คำสำคัญ: การบริการสังคมด้านสุขภาพอนามัย, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Instructor, Boromrajonani College of Nursing, Chonburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Abstract

This qualitative research aims to study social health services for old-age dependency in Tambon Ban Suan, Amphoe Mueang, Chonburi Province, which belongs to state social welfare under the responsibility of government sectors in order to provide basic fair services for citizens. The ten informants have been specifically selected from ones who live with and keep on taking responsible to watch out dependent old-age family members for more than a year along with ones who take an important part of state health welfare in the community, namely the community leader, community nursing agents, elderly caregivers, head of the aging club, village health volunteers and volunteers. Before being examined by content analysis, documents have been gathered by using a semi-structured tool for focused group interviews.

The research reveals that there are five aspects of social health services for old-age dependency, which are 1) universal health coverage, 2) medical and public health services, 3) Tambon health promoting hospital, 4) home care, and 5) volunteer caregivers for the community elderly project. It also reflects the characteristics of this welfare service in Ban Suan Community that can be adapted to build up State social services, especially health affairs, in order to organize the qualified services that meet local people's needs and are thoroughly accessible.

Keywords: Social health services, Old-age dependency

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างชัดเจน จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 11.5 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 17.5 ในปี 2562 ในปี พ.ศ. 2568 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 17.8 (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2563) ซึ่งเป็นประเด็นที่ท้าทายทางสังคมเพราะผู้สูงอายุมีอายุที่ยืนยาวขึ้น แต่ในขณะเดียวกันก็มีปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจนไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) และมีภาวะพึ่งพิง (พวงเพ็ญ เพือกสวัสดิ์, นิสาชล นาคกุล, และวิชญา โรจนรักษ์, 2559) ในปี 2563 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบจำนวน 256,565 คน ได้รับการดูแลช่วยเหลือ จำนวน 229,720 คน ซึ่งยังเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ยังไม่ได้รับการดูแลอีก จำนวน 26,845 คน (กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2564) เช่นเดียวกับรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดชลบุรี พบว่า ปี 2563 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบจำนวน 1,909 คน ได้รับการดูแลช่วยเหลือตามระบบ จำนวน 1,713 คน (ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2564) ในจำนวนนี้เป็น

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 50 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน, 2563)

การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้รัฐบาลต้องจัดให้มีการช่วยเหลือดูแลตามสิทธิของพลเมือง และจัดระบบสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุทั้งกลุ่มติดสังคม และกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์, 2560) แม้ว่ารัฐต้องเพิ่มงบประมาณค่าใช้จ่ายทางด้านสวัสดิการและการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นก็ตาม (อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และภักดี โพธิ์สิงห์, 2560) การบริการสังคมด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร และรัฐวิสาหกิจ ทำหน้าที่ร่วมรับผิดชอบในการบริการสังคมด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้สูงอายุ (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2563) นอกจากนี้ รัฐได้พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวขึ้น เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง ตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัว โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขในสังคม (อภินันท์ สนน้อย, ปิยาภรณ์ ศิริภานุมาศ, และสุรัชย์ ปิยานุกูล, 2559)

จากการทบทวนผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน ได้เริ่มต้นการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามระบบการดูแลระยะยาว ภายใต้นโยบายการจัดสวัสดิการสังคม เรื่อง การบริการสังคมด้านสุขภาพอนามัยลงสู่การปฏิบัติกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมาเป็นระยะเวลา 1 ปี ซึ่งจากผลการดำเนินการพบว่า ยังมีความไม่ชัดเจนหลายประการของการจัดบริการสังคมด้านสุขภาพอนามัยให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ได้รับสวัสดิการดังกล่าวตามนโยบาย จึงจำเป็นต้องศึกษาการบริการสังคมด้านสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจและได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการนำไปพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสมตามบริบทของชุมชน อันจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความสุข มั่นคง และยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการบริการสังคมด้านสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ญาติผู้ดูแล ปัจจุบันและผู้ที่เคยเป็นผู้ดูแลมาก่อนซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้เสียชีวิตไปแล้ว จำนวน 10 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นญาติที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 2) สื่อสารภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ และ 3) ยินดีให้ข้อมูลการวิจัย

2. ผู้ที่มีบทบาทในชุมชนในการบริการด้านสวัสดิการสังคมด้านสุขภาพอนามัยโดยภาครัฐ ได้แก่ ผู้นำชุมชน พยาบาลชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประธานชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และจิตอาสา จำนวน 10 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) ทำหน้าที่ในการให้บริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 2) สื่อสารภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ และ 3) ยินดีให้ข้อมูลการวิจัย

ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และกำหนดกลุ่มที่จะทำการสนทนากลุ่ม โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ซึ่งเป็นกลุ่มขนาดกลาง โดยมีจำนวนสมาชิกกลุ่ม 8-10 คน (ชาย โพธิ์สิตา, 2556)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือการวิจัยที่สำคัญ ซึ่งได้มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีประสบการณ์การทำวิจัยเชิงคุณภาพ และได้ทำการศึกษาทบทวนความรู้เกี่ยวกับวิจัยเชิงคุณภาพ กระบวนการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และความรู้เกี่ยวกับการบริการทางสังคมด้านสุขภาพอนามัยให้มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเป็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม โดยเป็นข้อคำถามปลายเปิด ให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงประสบการณ์ และการได้รับการบริการสังคมด้านสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี โดยมีคำถามนำดังต่อไปนี้ 1) ท่านรู้จักการบริการสังคมด้านสุขภาพอนามัยหรือไม่ และอย่างไร 2) ท่านให้ความหมายของการบริการสังคมด้านสุขภาพอนามัยว่าอย่างไร 3) มีใคร และหน่วยงานใดบ้างที่ให้บริการสังคมด้านสุขภาพอนามัยแก่ท่านในชุมชน และให้บริการอย่างไรบ้าง 4) ท่านสามารถเข้าถึงการให้บริการสังคมด้านสุขภาพอนามัยได้อย่างไร

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อขอความร่วมมือและให้การสนับสนุนในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ โดยประสานงานอย่างเป็นทางการกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน ประธานชุมชน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประธานชมรมผู้สูงอายุ เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินงาน และระยะเวลาดำเนินการวิจัยให้ทราบ ตลอดจนขอความร่วมมือในการอนุญาตให้ผู้เกี่ยวข้องในสังกัดเข้าร่วมกิจกรรมในการวิจัยครั้งนี้

2. ผู้วิจัยเข้าไปในพื้นที่วิจัยโดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ประธาน

ชุมชน ประธานชมรมผู้สูงอายุ ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเชิญเข้าร่วมการดำเนินการวิจัยโดยประสานอย่างเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ

3. ชี้แจงเพื่อสร้างความเข้าใจระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์วิธีดำเนินการ และระยะเวลาดำเนินการวิจัยให้ทราบ

4. สนทนากลุ่ม (focus group discussion) กับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม พร้อมทั้งสังเกตพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มขณะสนทนากลุ่ม จดบันทึกและบันทึกเสียงขณะสนทนากลุ่มจนกว่าการสนทนากลุ่มจะเสร็จสิ้น

5. จัดการข้อมูล หลังจากเสร็จสิ้นจากการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยจะมีการจัดข้อมูลดังนี้

5.1 หลังจากเสร็จสิ้นการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยจะทำการถอดเทปทุกคำพูดของกลุ่มตัวอย่าง และนำข้อมูลมาจัดเรียงในแต่ละเรื่อง เพื่อสะดวกในการนำข้อมูลออกมาใช้ และป้องกันการสับสนของผู้วิจัย

5.2 นำข้อมูลที่มีการจัดเรียงเรียบร้อยแล้ว นำมาตรวจสอบกับแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริการสังคมด้านสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

5.3 นำข้อมูลและแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริการสังคมด้านสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มาวิเคราะห์ร่วมกันว่าถูกต้องและตรงตามวัตถุประสงค์หรือไม่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพภายหลังการสนทนากลุ่มในแต่ละครั้ง จากข้อมูลที่ได้การจดบันทึกประเด็นและการถอดเทปสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นแบบการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามแนวคิดของ Colaizzi's method (Colaizzi, 1978) โดยการกำหนดรหัสข้อมูล จัดหมวดหมู่ข้อมูล และเชื่อมโยงข้อมูลให้เป็นแนวเรื่อง วิเคราะห์ข้อสรุป พร้อมกับการยกตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้มีการคำนึงถึงที่น่าเชื่อถือ (trustworthiness) ของกระบวนการวิจัยโดยมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) ดังนี้

1) ความเชื่อถือได้ (credibility) เป็นการยืนยันข้อมูลที่ได้จากการศึกษาว่ามีความถูกต้องและเป็นจริง และการตีความของผู้วิจัยกับความเป็นจริงระดับต่างๆ ในความคิดของผู้ให้ข้อมูลและนักวิจัย

2) การตรวจสอบได้ (auditability) ผู้วิจัยได้เขียนรายละเอียดของกระบวนการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างชัดเจน นำไปสู่การสร้างข้อสรุปและตรวจสอบได้

3) ความเฉพาะเจาะจงและนำไปใช้จริงตามประสบการณ์ที่พบ (transferability) ผู้วิจัยคำนึงถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ตามข้อค้นพบของงานวิจัยในบริบทที่นอกเหนือจากบริบทที่ผู้วิจัย

ทำการศึกษาคือ การบริการทางสังคมด้านสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี โดยผู้วิจัยได้เขียนบรรยายลักษณะของการบริการทางสังคมด้านสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่ค้นพบในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในภูมิภาคอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

4) การยืนยันผลการวิจัย (confirmability) ผลการวิจัยดังกล่าวนี้เป็นข้อค้นพบที่เกิดขึ้นจริงจากผู้ให้ข้อมูล มิได้เกิดจากความลำเอียงส่วนตัวของผู้วิจัย ซึ่งสามารถตรวจสอบได้ และการดำเนินการวิจัยได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการที่หลากหลายได้แก่ การสนทนากลุ่ม สังเกต และการจดบันทึก

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี เลขที่รับรอง BNC REC 10/2563 ลงวันที่ 21 พฤษภาคม พ.ศ.2563 และเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้วิธีการสนทนากลุ่มซึ่งเกี่ยวข้องกับบุคคล ดังนั้นการนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ ผู้วิจัยคำนึงถึงสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งต่อผู้ให้ข้อมูลในประเด็นเรื่องการยินยอมของผู้ให้ข้อมูลและการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยให้สิทธิแก่ผู้ให้ข้อมูลโดยมีแบบชี้แจงและพิทักษ์สิทธิ ซึ่งมีการอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนต่างๆของการวิจัย การนำข้อมูลไปใช้ ความมีอิสระในการร่วมวิจัยหรือถอนตัวจากการวิจัย ซึ่งไม่มีผลใดๆต่อผู้ให้ข้อมูล ส่วนการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงว่าจะไม่มีการเปิดเผยชื่อจริงแต่จะใช้เป็นรหัสแทน เทปบันทึกเสียงจะถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดการศึกษา และนำเสนอข้อมูลวิจัยเป็นภาพรวมทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิงและมีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนมากมีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาและประกอบอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่เพียงพอและผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีระยะเวลาเฉลี่ย 6 ปี อายุของผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ย 52 ปี เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงปัจจุบันจำนวน 8 คน และเป็นผู้ที่เคยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาก่อนและปัจจุบันผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้เสียชีวิตไปแล้ว จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 10 คน

ผู้ที่มีบทบาทในชุมชนในการบริการด้านสวัสดิการสังคมด้านสุขภาพอนามัยโดยภาครัฐ ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน จิตอาสา 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 3 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง (Care giver: CG) จำนวน 2 คน พยาบาลหรือผู้จัดการผู้ป่วยติดเตียง (Care manager: CM) จำนวน 1 คน และประธานชมรมผู้สูงอายุ 1 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 10 คน

2. การบริการทางสังคมด้านสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

จากการศึกษาการบริการทางสังคมด้านสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า มีการจัดบริการทางสังคมด้านสุขภาพอนามัยประกอบด้วย 5 ประเด็น คือ 1) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2) การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4) การดูแลที่บ้าน และ 5) โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ดังมีรายละเอียด ต่อไปนี้

2.1 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ข้อค้นพบคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานที่สามารถรับบริการด้านการตรวจสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเป็นการดำเนินงานโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสิทธิเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลางสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เป็นข้าราชการบำนาญ ซึ่งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทำให้สามารถลดค่าใช้จ่ายในครอบครัวลงได้ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...เค้ามีบัตรทองสำหรับผู้สูงอายุ ไปโรงพยาบาลก็ไม่ต้องจ่ายค่ารักษา มันก็ดีนะ ช่วยลดค่าใช้จ่ายในบ้านได้เยอะเลย...” (ID 102)

“...ป่าแกเป็นข้าราชการบำนาญ แกก็ใช้สิทธิข้าราชการเบิกจ่าย ก็ไม่ค่อยเป็นห่วงเท่าไรเรื่องค่ารักษา มันก็จะไปหมดกับเรื่องอื่นๆ พวกข้าวของเครื่องใช้เกี่ยวกับแกนี่แหละ ของที่มันเบิกไม่ได้ต้องซื้อเอง...” (ID 107)

“...ของแม่นี่แก ก็ได้ใช้สิทธิบัตรทองสำหรับคนแก่ในการรักษา มันก็พอช่วยได้อะนะ...แต่ค่าใช้จ่ายที่ดูแลแกมันเยอะกว่านั้น...” (ID 109)

“...ผู้ป่วยติดเตียงเขาก็เป็นผู้สูงอายุกันทั้งนั้น เขาก็จะได้สวัสดิการจากรัฐอยู่แล้ว...” (ID 208)

“...ก็ผู้ป่วยที่นี้จะใช้สิทธิการรักษาจากหลักประกันสุขภาพค่ะ ก็คือบัตรทอง หรือที่พวกเราเรียกว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก็สะดวกดีนะค่ะ คนไข้ไม่ต้องจ่ายเงินหรือสำรองเงินไปก่อน พุดง่าย ๆ ก็เหมือนรักษาฟรีค่ะ ตัดปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาลไปได้เลย...” (ID 203)

2.2 การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข ข้อค้นพบคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับสิทธิบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความสะดวกรวดเร็วกว่ากลุ่มอื่นๆ มีคลินิกเฉพาะผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับคิวที่เป็นคิวเร่งด่วนให้โดยไม่ต้องรอตรอนาน เพราะว่ามีกฎหมายที่กำหนดสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ได้แก่ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...เดี๋ยวนี้ไปโรงพยาบาลก็ไม่ต้องรอนานเหมือนเมื่อก่อนแล้ว เจ้าหน้าที่พอเขาเห็นเราไปและก็คนแก่นอนบนรถไปเขาก็จัดให้เราเข้าช่องทางด่วนเลย ก็ดีนะคนแก่ก็ไม่ต้องรอนานทั้งวัน...” (ID 104)

“...นี่พาแม่ไปโรงพยาบาลทุกทีมันจะเป็นแบบตรวจคนไข้รวมๆกันไปหมดคนไข้ก็เยอะรอนานมาก บางทีมาทั้งวัน แต่ปัจจุบันนะเขาแยกแผนกออกเป็นเฉพาะผู้สูงอายุ รถนั่ง รถนอน มานี่นะได้เข้าช่องเร่งด่วนเลย สะดวกสบายขึ้นเยอะ...” (ID 107)

“...ก็ตั้งแต่มีประกาศ พรบ. ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) มาสองสามปีนี้ที่มีความจริงจังในการจัดระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ค่อนข้างจะเต็มรูปแบบ มีการแบ่งแยก

สัดส่วนสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ เหมือนเป็นคลินิกสำหรับผู้สูงอายุ ก็ทำให้ผู้สูงอายุไม่ต้องรอคิวตรวจนาน ส่วนใหญ่จะได้ตรวจเร็วขึ้นและถ้าเป็นผู้สูงอายุติดเตียงนี้จะได้คิวเร่งด่วน คนไข้ก็จะได้กลับบ้านเร็วขึ้น...” (ID 203)

2.3 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ข้อค้นพบคือ จะมีการดำเนินโครงการดูแลสุขภาพที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่น บนพื้นฐานแนวคิด “หุ้นส่วนการดูแล” ประกอบด้วยประชาชนในพื้นที่ สถานบริการสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของตนเอง ซึ่งแบ่งออกเป็น 1) การดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และบุคลากรจากโรงพยาบาลชุมชน ได้เข้าไปเยี่ยมบ้าน คัดกรอง และตรวจสุขภาพ ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาช่วยเหลือ จัดประชุมและอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในด้านการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ และ 2) การดูแลโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน องค์กรเอกชน มูลนิธิ เมื่อมีการร้องทุกข์จากสมาชิกภายในชุมชน ได้ทำการลงพื้นที่ เพื่อเข้าไปเยี่ยมผู้สูงอายุตามบ้าน ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าไปช่วยเหลือ มีการจัดประชุม เสนอโครงการและกิจกรรมที่แก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการจัดทำแผนนโยบายและการมอบหมายงานให้แก่ทีมงานที่เกี่ยวข้อง นำโครงการไปปฏิบัติ มีการจัดตั้งกองทุน และรับบริจาคเงินจากหน่วยงานเอกชนเพื่อเข้ามาช่วยเหลือผู้สูงอายุภายในชุมชน รวมทั้ง มีการให้กำลังใจจากผู้สูงอายุด้วยกัน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...คุณหมอฟ้าอนามัยมาเยี่ยมค่ะ มาตรวจประเมินวันนี้ให้แม่ บางทีถึงเวลาเปลี่ยนสายยางให้อาหารเปลี่ยนสายปัสสาวะ เรายังไม่ทันได้โทรไปตามเลยเขาก็มาก่อนแล้ว คุณหมอจำวันครบกำหนดเปลี่ยนได้ก็มาโดยไม่ต้องตามเลย...” (ID 108)

“...หมอฟ้าอนามัย และหมอใหญ่จากโรงพยาบาล เขาก็ลงพื้นที่ช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยนะ คนไข้เยอะหมอก็มีน้อย เขาก็จัดโครงการอบรมให้ความรู้กับ อสม และ CG อยู่บ่อยๆ เพื่อให้เรามีความรู้เข้าไปช่วยดูแลผู้ป่วยของเราได้...” (ID 205)

“... ทาง รพ.สต. เราก็จะเป็นผู้ประสานงานกับทุกฝ่ายให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนร่วมกัน เราจะมี อสม. และ CG เป็นหลักในการเข้าไปในชุมชนเพื่อประเมินเบื้องต้นและเก็บรวบรวมข้อมูลมารายงานเราที่ รพ.สต. หลังจากนั้นเราก็จะลงไปเยี่ยมบ้าน เมื่อพบปัญหาที่ต้องประสานงาน เราก็จะประสานขอความช่วยเหลือไปที่เทศบาล ผู้นำชุมชนที่เกี่ยวข้อง และจะนัดวันกันเพื่อลงเยี่ยมบ้านแบบทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยติดเตียงค่ะ...” (ID 203)

“...พอมีผู้ป่วย 1 คนก็จะมี เจ้าหน้าที่จากเทศบาล โดยกองสาธารณสุข เขาเข้ามาดูแลแล้ว ก็จะมี อสม. มาด้วย...เขาจะส่งพยาบาลลงไปดูให้ก่อน แล้วต่อไปเขาก็จะดูแล ถ้าต้องการดูแลตลอด ก็จะมี อสม. ลงไป” (ID 205)

“...ใช่ๆ ถ้าเจอจะถ่ายรูปผู้ป่วย ให้อธิบายอาการเป็นยังไง ขาดเหลืออะไร ต้องการอะไรแล้วส่งรูปไปที่ไลน์ของเทศบาล เพราะเรามี ไลน์เป็นกลุ่มๆ...” (ID 207)

2.4 การดูแลที่บ้าน (home care) ข้อค้นพบ คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้รับการดูแลอยู่ 3 ประการ คือ การดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตใจ และการดูแลด้านเศรษฐกิจและสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.4.1 การดูแลด้านร่างกาย ข้อค้นพบคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีญาติที่ดูแลตลอดเวลา นอกจากนี้ยังมี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) และหน่วยงานสุขภาพเข้ามาให้ความช่วยเหลือในการให้บริการ การติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในรายที่มีปัญหาสุขภาพ ซึ่งกิจกรรมที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแล ได้แก่ การดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล ด้านอาหาร ออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน และการดูแลทางการแพทย์ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...ตื่นเช้ามาเราก็ต้องรีบหาคำกับข้าวให้เขากินและคอยจัดของที่เป็นไว้งั้นๆตัวเขา เขาจะได้หยิบจับง่ายๆ แล้วเราก็ออกไปขายของ พอกลับมาจากขายของก็พาไปอาบน้ำ เช็ดตัวทำกับข้าวให้เขากิน ถ้าเป็นวันหยุดก็จะออกกำลังกายพาให้เขาบ้าง แต่วันที่ต้องขายของก็จะมีเวลาก็จะไม่ได้ทำ...” (ID 101)

“...ป้าก็จะเข้าไปดูแลคนติดเตียง ไปคัดกรองน้ำตาลให้เขา แนะนำเรื่องอาหารการกินที่เหมาะสม ส่วนการดูแลประจำวันจะเป็นหน้าที่ของญาติเขาละ...” (ID 201)

“...เฉพาะงาน CG เข้า 8 โมง ต้องถึงบ้านคนไข้ไปดูการทานอาหาร รสหวาน มัน เค็ม ถูกต้องไหม ทานอาหารเสร็จดูเรื่องทานยาอย่างต่อเนื่องไหม ถูกต้องไหม ก็คือ จะดูการทานยาของเขา เสร็จ นั่งคุยกันสักพักออกกำลังกาย บอกเลยต้องบังคับถ้าไม่บังคับไม่ทำ มีอยู่หนึ่งรายถ้าเกิดไม่ไปตอนเช้า ยาหลังอาหารไม่กินค่ะ พอไปตอนเที่ยงนั้นอะไร ยาหลังอาหารเข้า...” (ID 202)

“...ช่วยเหลือในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้เขาละ เราก็ช่วยเขาในเรื่องของนวัตกรรม ทำอย่างไรไม่ให้เขาเป็นอีก ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน บางคนอาจไม่ดีขึ้นแต่ก็ไม่ได้ทำให้มันเลวลง...” (ID 205)

“...เวลาคนไข้และญาติโทรมาตามเราก็ดูแลกระเปาะเย็บและก็ออกไปกับ อสม. ส่วนใหญ่นะคะก็จะไปเปลี่ยนสายยางให้อาหาร เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ และก็ทำแผลละ...” (ID 203)

2.4.2 การดูแลด้านจิตใจ ข้อค้นพบคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัวจะได้รับการให้กำลังใจจากเพื่อนบ้าน อสม. ชมรมผู้สูงอายุ และบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัวมีขวัญและกำลังใจที่จะต่อสู้กับภาวะสุขภาพและความทุกข์ทรมานที่เผชิญอยู่ และผ่านพ้นวิกฤตนี้ไปได้ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...คือเราก็คอยให้กำลังใจ ให้เขาทำใจยอมรับสภาพที่เขาเป็นอยู่ และทีมงานของพวกเราก็จะมีนักจิตวิทยาลงไปช่วยประเมินสภาพจิตใจด้วย...” (ID 202)

“...เราเป็นครอบครัวเดียวกันเราก็ต้องให้กำลังใจเขา ถึงเขาจะเป็นยังงี้ก็เถอะ...” (ID 105)

“...แต่เขาป่วยเขาก็ดูไม่ค่อยดี และไม่ค่อยมีกำลังใจในการใช้ชีวิตต่อ พอเรากลับมาจากการทำงานเราก็ค่อยมาถามเขาอยู่เรื่อยๆ แหะละ ว่าเป็นไงบ้างคุยปรับทุกข์กัน...” (ID 103)

“...พวกเราก็จัดตารางเวรกันชมรมเพื่อไปเยี่ยมผู้ป่วยติดเตียง ไปให้กำลังใจ ไปพูดคุย ชวนพูดคุยเกี่ยวกับธรรมะ ใครชอบสนุกๆ เราก็คงไปทำกิจกรรมจำพวก...ร้องเพลงบ้าง เข้าจะได้ไม่เศร้าและจะได้มีกำลังใจที่จะสู้ต่อ...” (ID 210)

“...อสม. ก็ไปให้กำลังใจ มาเยี่ยม เขาแค่เห็นเราเขาก็ดีใจนะ ไปถึงก็จะหอมๆ หอมมาอีกแล้วเธอ...” (ID 206)

2.4.3 การดูแลด้านเศรษฐกิจและสังคม ข้อค้นพบคือ มีการช่วยเหลือในการซื้อของใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป อาหาร และการบริการรับ-ส่งโรงพยาบาลเพื่อไปตรวจตามนัด นอกจากนี้ผู้สูงอายุในชุมชนจะได้รับสวัสดิการทางสังคมจากรัฐบาล ได้แก่ เบี้ยยังชีพ

ผู้สูงอายุ เบี้ยยังชีพคนพิการ และบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นได้จัดสวัสดิการ และโครงการต่างๆในการดูแลผู้สูงอายุ

“...ของแม่ฉันก็ได้ใช้สิทธิผู้สูงอายุได้เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ มันก็พอช่วยได้นะ...แต่มันก็เงินแค่นิดเดียว ค่าใช้จ่ายที่ดูแลแม่ฉันเยอะกว่านั้น...” (ID 109)

“...ผู้ป่วยติดเตียงเขาก็เป็นผู้สูงอายุกันทั้งนั้น เขาก็จะได้สวัสดิการจากรัฐอยู่แล้ว ก็พวก...เอ่อ...เงินผู้สูงอายุทุกเดือน จะได้ตามอายุของเขา ใครที่ขึ้นทะเบียนผู้พิการด้วยก็จะได้อีกนะ ใครที่ยากจนก็จะได้บัตรสวัสดิการของรัฐอีกด้วย...” (ID 208)

“...ก็จะมีหน่วยงานมาดูแล ในทางด้านสุขภาพนี่ก็จะมี อสม. ดูแล แต่ว่าถ้าขาดเหลืออะไรอย่างนี้ คนที่อยู่ในบ้านเขาก็จะแจ้งมาหาผู้ใหญ่บ้าน เพื่อขอเตียง ขออุปกรณ์ต่างๆ อะไรอย่างนี้ เราก็จะแจ้งทางเทศบาล ให้ลงมาดูแลอีกทีหนึ่ง เทศบาลเขาก็จะให้กลุ่ม อสม. ทีมหมอของ รพ.สต. ดูแลให้อีกทีหนึ่ง เราแค่ประสานงานเฉยๆ แต่ชาวบ้านเขาจะมาหาชุมชนก่อน เขาจะมาหาผู้ใหญ่บ้านของพื้นที่นี้ก่อน แล้วเราก็จะไปเสนอกับทางเทศบาล แล้วเทศบาลก็จะลงดูแลต่อจากเราอีกทีหนึ่ง...” (ID 209)

“...กองสวัสดิการของชุมชนนี้ ก็ส่วนใหญ่ก็จะมีประชุมทุกครั้ง กรรมการชุมชน ประธานชุมชน เดือนละครั้ง ก็จะแจ้ง เทศบาล. เสร็จแล้วก็มาที่เรา มันก็แบบนี้ นายเป็นคนไปติดต่อเอง อย่างบริษัทห้างร้าน...อย่างนี้ ก็เขาขอเสนอ แล้วก็ใจใหญ่ๆ ก็ให้เสนอหนึ่งอะไรอย่างนี้ บ้างก็ 50,000 บ้าง เราก็เก็บเงินที่ได้นี้ไว้สำหรับช่วยเหลือผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนของเรา เช่น แพมเพิร์ส ข้าวสาร อาหารแห้ง ไข่ให้เขาได้กิน...” (ID 202)

“...เทศบาลจะให้การสนับสนุนผ้าอ้อมสำเร็จรูป เดือนละ 1 ครั้ง ไข่ นม ข้าวสาร เวลาที่มีกิจกรรมผู้พิการ เราจะเอาบัตรเขาไปรับของที่แจกให้ บางบ้านที่เข้าบ้านอยู่เทศบาลจะช่วยเป็นเงินเล็กน้อย แต่เขาไม่ได้นำเงินของเทศบาลมาช่วยเหลือนะ เขาก็มีกองทุน มูลนิธิมาช่วยเหลือ...” (ID 201)

“...เห็นมีบริษัทใหญ่ๆ ห้างต่างๆ ที่เขาอยู่แถวชุมชนเขาก็จะนำสิ่งของมาแจกให้ผู้ป่วยติดเตียงด้วยนะ บริจาคเงินให้ช่วยเหลือด้วยนะ แต่เขาก็ต้องประสานงานโดยผ่านมาทางเทศบาล และทีมจากเทศบาล ผู้บริหาร และบริษัทห้างร้านต่างๆ ก็จะลงพื้นที่มาด้วยกัน...” (ID 202)

2.5 โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ข้อค้นพบคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้รับการบริการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือดูแลจาก อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care giver: CG) ซึ่ง CG ทุกคนผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่น้อยกว่า 70 ชั่วโมง ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ และให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการสลับสับเปลี่ยนการดูแล กับญาติที่ทำหน้าที่หลักในการดูแล ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“...พวกเรามีการทำงานที่แบ่งงานกันเป็นสายงาน ก็จะมีสายทางสาธารณสุข ก็จะมี คุณหมอพยาบาล สาธารณสุข ที่ รพ.สต. และก็มี อสม CG มีชมรมผู้สูงอายุ พวกเราทำงานร่วมกันเวลาออกไปดูแลผู้ป่วยในชุมชนกัน...” (ID 205)

“...หนูก็เห็นมีมาเยี่ยมบ่อยค่ะ ที่เห็นก็จะเป็น คุณหมอนามัย อสม ชมรมคนแก่ณะคะเตียนนี่เขาเป็นโรงเรียนผู้สูงอายุกันแล้ว และก็มี...อะไรหะ...เขาเรียกกัน CG...CG... เขาก็มาช่วยดูแลดิเนะ บางทีเฝ้าคนไข้แทนเราเพื่อให้เราไปทำธุระได้...” (ID 104)

“...CG ทุกคนผ่านการอบรมจากกระทรวงสาธารณสุขทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ 70 ชั่วโมง ก็มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงดี ให้การดูแลได้ดี และก็เขียนรายงานผลส่งกลับมาได้นะคะ...” (ID 203)

อภิปรายผล

จากการศึกษาเชิงคุณภาพการบริการทางสังคมด้านสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า มีการจัดบริการทางสังคมด้านสุขภาพอนามัยประกอบด้วย 5 ประเด็น คือ 1) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2) การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4) การดูแลที่บ้าน และ 5) โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานที่สามารถรับบริการด้านการตรวจสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สามารถลดค่าใช้จ่ายในครอบครัวลงได้ และสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะนุช ชัยสวัสดิ์, ภิญญ์ ภูวนานันท์, สุรชาติ ฌหนองคาย, และวิโรจน์ กิตติพิชัย (2559) พบว่า ข้อมูลการใช้บริการสุขภาพตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุเมื่อมีความเจ็บป่วย เหตุผลส่วนใหญ่เพราะคิดว่าจะไม่ต้องเสียเงิน หรือเสียเงินน้อย มีความสะดวกเพราะหากเจ็บป่วยรุนแรงจะได้รับการรักษาจากแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญอย่างเต็มศักยภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของปณิดา จันทรสุกรี นิตินัย รุ่งจินดารัตน์, และพีระศักดิ์ จิ๋วตัน (2560) พบว่า การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้สูงอายุด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การยอมรับคุณภาพของบริการ รองลงมา คือ ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ และความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ

การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับสิทธิบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความสะดวกรวดเร็วกว่ากลุ่มอื่นๆ มีคลินิกเฉพาะผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับคิวที่เป็นคิวเร่งด่วนให้โดยไม่ต้องรอตรอนาน ที่เป็นเช่นนี้ เพราะว่ามีกฎหมายที่กำหนดสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ คือ พรบ. ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ที่ทำให้ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุมีการพัฒนามากยิ่งขึ้น จนสามารถตอบสนองต่อผู้รับบริการและมีความเหมาะสมกับบริบทของสังคมผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของวิชุดา ทศแก้ว และชนินทร์ เจริญกุล (2560) พบว่า โรงพยาบาลสังกัดกองทัพบก สามารถจัดช่องทางเฉพาะในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอกได้ ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจโดยรวมทุกด้านอยู่ในเกณฑ์ระดับสูง ร้อยละ 50.20 ระดับปานกลางร้อยละ 41.30 และอยู่ในเกณฑ์ระดับต่ำร้อยละ 8.50

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหน่วยงานหลักในการประสานงานระหว่างหน่วยบริการสุขภาพและหน่วยงานต่างๆในชุมชน และมีลักษณะการทำงานที่เน้นการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งออกเป็นการดูแลของหน่วยงานสุขภาพ และการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จะมีการนำกระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วมมาใช้ในการพัฒนาชุมชนในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ประกอบด้วยกระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ การสร้างความรู้ร่วมกัน การสร้างแนวทางในการพัฒนา และการสร้างแนวทางการปฏิบัติ การทำงานร่วมกันของชุมชนทุกภาคส่วน จะเป็นแนวทางที่ก่อให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชน อันจะนำไปสู่การเป็นชุมชนอยู่เย็นเป็น

สุขได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย (2557) พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยอาศัยกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการจัดเวทีระดมความคิด วิเคราะห์ปัญหาด้านการส่งเสริมและการดูแลสุขภาพร่วมกันระหว่างชมรมผู้สูงอายุ อสม. ตัวแทนของครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน ในการหาแนวทางการพัฒนาแกนนำด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน การกระตุ้นให้เห็นความสำคัญด้านสุขภาพ และแนวคิดการทำงานโดยอาศัยภาคีเครือข่ายให้เกิดการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน และสอดคล้องกับการศึกษาของรณิดา มนต์คลัง, ภัคดี โพธิ์สิงห์, และสัญญา เคนาภูมิ (2559) พบว่า การร่วมมือกันของเครือข่ายในชุมชน และการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนั้น โดยมีเทศบาลร่วมเป็นผู้ดูแลหลักในการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในเรื่องของชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ เพื่ออำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตและดูแลสุขภาพ ได้แก่ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส เช่นเดียวกับการศึกษาของกิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ์, เติ้จการ กันแจ่ม, ธนากร ธนวัฒน์, ณิชารีย์ ใจคำวัง, และพิชชาภา คนธสิงห์ (2562) พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตลอดเวลาอย่างถูกวิธี เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น สำลักอาหาร แผลกดทับ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ทุพโภชนาการ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลนอกเหนือจาก พยาบาล อสม. และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดบริการไว้ให้

การดูแลที่บ้าน ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้รับการดูแล ด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้อื่น ได้แก่ ญาติ อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ บุคลากรทางสุขภาพ เป็นการจัดให้มีการดูแลอย่างเป็นแบบแผน ตามหลักวิชาการ เหมาะสม และสม่ำเสมอกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ โดยทีมเยี่ยมบ้านจะออกไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัวที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, และศุภวดี แถวเพีย (2559) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทหน้าที่ในการลงไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงและให้การดูแลได้ตรงตามความต้องการ ตรงตามปัญหาของผู้ป่วย มีระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีการส่งต่อกับเจ้าหน้าที่ และมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง และสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะดา ภัคดีอำนาจ และพรชัย ลิขิตธรรมโรจน์ (2557) พบว่า ในการบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุมีการให้ความรู้โดยใช้เอกสารแผ่นพับ การจัดสวัสดิการรายได้แก่ผู้สูงอายุที่ยากไร้ มีการจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ การจัดบริการที่พักของผู้สูงอายุ มีการมอบเครื่องนุ่งห่ม มีกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้เกิดการช่วยเหลือกันแบบภาคีเครือข่ายของสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของชวลิต สวัสดิ์ผล, ธวัชชัย เพ็งพิณิจ, อัครเดช เสนานิกรณ์, และวารีย์ ศรีสุรพล (2560) พบว่า แนวทางที่เหมาะสมของชุมชนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยชุมชน คือ การมีกลไกขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุของชุมชน การทำงานในรูปแบบคณะกรรมการจากภาคีเครือข่าย องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการวางแผนด้านผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ

จากชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Thomas and Sandrine (2016) พบว่า การดูแลอย่างไม่เป็นทางการของญาติในครอบครัวจะช่วยลดความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีพึ่งพิงและการดูแลอย่างเป็นทางการจะเพิ่มสุขภาพจิตโดยทั่วไป

โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ เป็นโครงการที่มุ่งแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุขาดผู้ดูแลช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ถูกทอดทิ้ง ถูกกลั่นแกล้ง และผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลไม่ถูกต้องโดยอาศัยการสร้างอาสาสมัคร จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือประชาชนในชุมชนที่สมัครใจทำหน้าที่เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบกับรัฐบาลได้มีนโยบายพัฒนาและขยายระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care: LTC) โดยมีผู้จัดการดูแล (care manager) ซึ่งเป็นพยาบาล หรือนักกายภาพบำบัด หรือนักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) ที่ผ่านการฝึกอบรมและขึ้นทะเบียน ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเชิงรุกในพื้นที่ 1 : 10 คน โดยได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ที่ดำเนินงานอยู่แล้วภายใต้การบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทุกฝ่ายร่วมกันเข้าไปให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนของตนเอง ได้แก่การให้ความช่วยเหลือในการเผยแพร่ความรู้ การวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุข ให้บริการในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุพึ่งพิง ผู้สูงอายุในชุมชนได้ให้ความช่วยเหลือในด้านจิตใจ โดยเน้นการให้กำลังใจกับผู้สูงอายุด้วยกัน ส่วนครอบครัวมีบทบาทโดยตรงในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ค่าใช้จ่ายต่างๆ เช่น การเดินทางในการไปพบแพทย์ การซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของกชกร วัชรสุนทรกิจ และสุภาณี แก้วพินิจ (2560) พบว่า โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตาม 6 มาตรฐานของกรมอนามัย และได้มีระบบ การจัดการการดูแล (care management) ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยผู้จัดการดูแล ทำหน้าที่บริหารจัดการและประสานให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมและพัฒนาระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนให้บุคลากรภาคปฏิบัติได้ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและดูแลสุขภาพเชิงรุกให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัวสามารถเข้าถึงสวัสดิการด้านสุขภาพและสวัสดิการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

2. พยาบาลวิชาชีพควรจัดให้มีการบริการสุขภาพกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยมุ่งเน้นการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพอนามัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้ทุกคน ได้แก่ 1) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคนเข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2) จัดกิจกรรมการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขในเชิงรุกและให้เข้าถึงบริการได้ทุกคน 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นศูนย์กลางการติดต่อประสานงานกับองค์กรอื่นเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะ

พึงพึงได้รับสวัสดิการด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม 4) จัดกิจกรรมการดูแลที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพอย่างทั่วถึง และ 5) จัดโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ในชุมชนของตนเองเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เน้นการพัฒนาระบบการบริการสังคมด้านสุขภาพอนามัยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ, เพ็ญการ กันแจ่ม, ธนากร ธนวัฒน์, นิชาธิย์ ใจคำวัง, และพิชชาภา คนธสิงห์. (2562). รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน ตำบลป่าเช่า อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี*, 14(1), 65-78.
- กชกร วัชรสุนทรกิจ, และสุภาณี แก้วพินิจ. (2560). *มาตรฐานบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีศึกษาอำเภอลับแล จังหวัดอุดรธานี*. พิษณุโลก: ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก.
- กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม care plan*. สืบค้นจาก <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index?id=1392>
- ชวลิต สวัสดิ์ผล, ธวัชชัย เพ็งพินิจ, อัครเดช เสนานิกรณ, และวารีย์ ศรีสุรพล. (2560). การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 5 (พิเศษ), 387-405.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2556). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง.
- ปณิดา จันทรสุกรี, นิตินัย รุ่งจินดารัตน์, และพีระศักดิ์ จิวตัน. (2560). *ความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในประเทศไทย: กรณีศึกษาผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า* (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล (บ.ก.). (2563). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562*. นครปฐม: พรินเทอรี่.
- ปิยะนุช ชัยสวัสดิ์, ภฤดี ภูวนานันท์, สุรชาติ ณ หนองคาย, และวิโรจน์ กิตติพิชัย. (2559). การใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุตำบลบริหารขาว อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี. *วารสารการพยาบาล*, 18(2), 42-50.
- ปิยะดา ภักดีอำนาจ, และพรชัย ลิขิตธรรมโรจน์. (2557). *แนวทางการพัฒนาการจัดสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุของ องค์การบริหารส่วนตำบลกาตอง อำเภอยะหา จังหวัดยะลา*. *วารสารวิทยาการ จัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*, 31(2), 121-151.
- พิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, และศุภาวี แก้วเพี้ย. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมันตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น*, 23(2), 79-87.

- พวงเพ็ญ เพื่อกสวัสต์, นิสาชล นาคกุล, และวิชญา โรจนรักษ์. (2559). สถานการณ์ปัญหา และความ
ต้องการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี. *วารสาร
พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(2), 54-64.
- ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์, และยุวดี รอดจากภัย. (2557). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพของ
ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 9(2), 13-20.
- รณิดา มนต์คลัง, ภัคดี โพธิ์สิงห์, และสัญญา เคนาภูมิ. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินนโยบายเพื่อ
บรรลุผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.
วารสารวิชาการแพรวากาฬสินธุ์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์, 3(2), 133-153.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน. (2563). ข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม
Care Plan. ชลบุรี: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน.
- ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข. (2564). ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม *Care Plan*
ระดับจังหวัด ปีงบประมาณ 2563. สืบค้นจาก [http://dashboard.anamai.moph.go.th/
dashboard/agedcareplan/changwat?year=2020&rg=06](http://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/agedcareplan/changwat?year=2020&rg=06)
- วิชุดา ทศแก้ว, และชนินทร์ เจริญกุล. (2560). การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุตามประกาศ
กระทรวงกลาโหม พ.ศ. 2554. *วารสารราชพฤกษ์*, 15(2), 35-43.
- วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์. (2560). ระบบประกันการดูแลระยะยาว: ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย.
กรุงเทพฯ: วิทยุการปก (1997).
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). คู่มือการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เล่ม
3 การบริหารจัดการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: แสงจันทร์.
- อภิรักษ์ สนน้อย, ปิยาภรณ์ ศิริภานุมาศ, และสุรัชย์ ปิยานุกุล. (2559). รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ สาขามนุษยศาสตร์และ
สังคมศาสตร์*, 8(2), 153-169.
- อัญชิษฐา ศิริคำเพ็ง และภัคดี โพธิ์สิงห์. (2560). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงในยุคนประเทศ
ไทย 4.0. *วารสารวิชาการธรรมศาสตร์*, 17(3), 235-243.
- Colaizzi, P. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it. In Valle R. &
King M. (Eds.), *Existential phenomenological alternatives for psychology* (pp 48-71).
London: Oxford University Press.
- Thomas, B., & Sandrine, J. (2016). Does home care for dependent elderly people improve
their mental health?. *Journal of Health Economics*, 45(1), 149-160.

บทความวิจัย (Research article)

ผลการใช้การเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานต่อทักษะการเรียนรู้ และนวัตกรรมตามความคิดเห็นของนักศึกษา

Result of Project Based Learning on Learning and Innovation Skills Measure by Students' Opinion Surveying

นงนุช วงศ์สว่าง^{1*}, วรพจน์ ศตเดชากุล², ดนุตา จินขาว¹, กมลพร แพทย์ชีพ¹, ชลธิชา บุญศิริ¹, ปณิธาน จอกกลอย¹
Nongnuch Wongsawang^{1*}, Worapot Satadaechakul², Danurada Jeenkhokhum¹,
Kamonporn Patcheep¹, Chonticha Boonsiri¹, Panitharn Jorgloy¹

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: nongnuch_bcnr@yahoo.com, โทรศัพท์ 083-7143261)

(Received: May 8, 2020; Revised: January 18, 2021; Accepted: March 21, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานต่อทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมตามความคิดเห็นของนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาวิทยาศาสตร์เพื่อชีวิต จำนวน 153 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แผนการสอนโดยใช้การเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐาน แบบสอบถามทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที่แบบไม่อิสระต่อกัน

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความคิดเห็นของนักศึกษาต่อทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมหลังการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.28, p = .00$) สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาล ตลอดจนการทบทวนกิจกรรมการเรียนรู้ที่ช่วยส่งเสริมทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการสร้างสรรค์นวัตกรรมต่อไป

คำสำคัญ: การเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐาน, ทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม, นักศึกษาพยาบาล

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Instructor, Boromarajonani college of nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² อาจารย์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน

Instructor, Faculty of Engineering, Kasetsart University, Kamphaeng Saen Campus

Abstract

The quasi-experimental research aims to compare learning and innovation skills of nursing students before being taught by project-based learning with the skills gained after participating in the course using this particular learning method. The samples are 153 first-year nursing students of Boromrajonani College of Nursing, Ratchaburi who enrolled in the “Science for Life” course in the academic year 2018. The tools used in this study included a project-based learning lesson plan and a learning and innovation skill questionnaire. The reliability of the total scale was .92. The data were analyzed by descriptive statistics and a dependent t-test.

It is found that after they were taught by using project-based learning, the samples have significant overall learning and innovation skill scores statistically at the level of .05 ($t = 3.28, p = .00$), which is higher than themselves before being taught. The result of this study can be applied for improving nursing students’ learning and innovation skills along with increasing learning activities in order to improve the students’ clinical thinking and creativity skills.

Keywords: Project-based learning, Learning and innovation skills, Nursing students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในศตวรรษที่ 21 โลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และเทคโนโลยี ที่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตและภาวะสุขภาพของประชาชน ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้ การจัดการศึกษาทางด้านการพยาบาล ต้องมีการปรับกระบวนการทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมผู้เรียนให้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในระบบสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ โดยการพัฒนารูปแบบการบริการใหม่ๆ ที่ส่งเสริมคุณภาพการพยาบาลให้ดีขึ้น (Cusson, Meehan, Bourgault, & Kelley, 2019) ตลอดจนการเตรียมความพร้อมผู้เรียนให้มีทักษะการเรียนรู้และทักษะชีวิต ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นต่อการปรับตัว (วิจารณ์ พานิช, 2558; ทิศนา ขัมภณี, 2560) และการเรียนรู้ทักษะใหม่เพื่อการใช้ชีวิตอยู่รอดในสังคม (Martin, 2012) ทั้งนี้ ทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 เนื่องจากเป็นทักษะขั้นพื้นฐานที่กำหนดความพร้อมของผู้เรียนให้เข้าสู่โลกการทำงานที่มีความซับซ้อนมากขึ้นในปัจจุบัน (เบญจวรรณ ถนอมชยรัช, ผ่องศรี วาณิชศุภวงศ์, วุฒิชัย เนียมเทศ, และณัฐวิทย์ พจนตันติ, 2559)

ทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมประกอบด้วยทักษะย่อย 3 ด้าน ได้แก่ 1) การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการแก้ปัญหา (Critical thinking and problem solving) หมายถึง การคิดอย่างผู้เชี่ยวชาญ (expert thinking) 2) การสื่อสารและความร่วมมือ (communication and collaboration) หมายถึง การสื่อสารอย่างซับซ้อน (complex communicating) และ 3) การริเริ่มสร้างสรรค์และนวัตกรรม (creativity and

innovation) หมายถึง การประยุกต์ใช้จินตนาการและการประดิษฐ์ (Trilling & Fadel, 2009) ซึ่งทักษะเหล่านี้สามารถพัฒนาได้โดยการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐาน การเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานเป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่เหมาะสมสำหรับการพัฒนาผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 (วรรณรัตน์ ลาวัณ และสุวรรณ จันทร์ประเสริฐ, 2560; ศศิโสภิต แพงศรี, 2561) และการพัฒนาผู้เรียนให้มีทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม เนื่องจากเป็นวิธีการสอนที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถคิดเป็น ทำเป็น รู้จักการแก้ปัญหาด้วยวิธีปฏิบัติ ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ในการสร้างสรรค์โครงงานโดยรวมทักษะใหม่ๆ ด้านเทคโนโลยี การสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญ และการฝึกการแก้ปัญหาต่างๆ ที่สะท้อนถึงความรู้ของผู้เรียน (ศศิโสภิต แพงศรี, 2561) เป็นกิจกรรมที่เน้นการปฏิบัติตามความสนใจของผู้เรียน มีผู้สอนเป็นผู้กระตุ้นเพื่อนำความสนใจที่เกิดจากตัวผู้เรียนมาใช้ในการทำกิจกรรม ค้นคว้าหาความรู้ด้วยตนเอง นำไปสู่การเพิ่มความรู้จากการลงมือปฏิบัติ ผ่านกระบวนการเรียนรู้จากการทำงานเป็นกลุ่มที่จะนำไปสู่การสรุปความรู้ใหม่ มีการเขียนกระบวนการจัดทำโครงงานและได้ผลการทำกิจกรรมเป็นผลงานแบบรูปธรรม (ดุขฎิ โยเหลา, 2557; ศศิโสภิต แพงศรี, 2561)

จากการทบทวนวรรณกรรมการจัดการเรียนการสอนทั้งในและต่างประเทศ พบว่า การเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานสามารถพัฒนาทักษะที่จำเป็นและเป็นส่วนหนึ่งของทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม เช่น ผลการใช้การเรียนรู้แบบโครงงานสะสมเพื่อส่งเสริมทักษะศตวรรษที่ 21 ในนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล (กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, นวพร มามาก, ณัฐนิชา ศรีละมัย, ละเอียด แจ่มจันทร์, 2561) การพัฒนาหลักสูตรออนไลน์เพื่อเสริมสร้างทักษะสร้างสรรค์นวัตกรรม (จริยา ทองหอม, สิริวรรณ ศรีพหล, มารุต พัฒนา และปณิศา วรรณพิรุณ, 2560) แบบจำลองการเรียนการสอนแบบโครงงานโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นฐานเพื่อพัฒนาการคิดวิเคราะห์ (เคเซนทร์ กองพิลา, วชิระ อินทร์อุดม, และสังคม ภูมิพันธ์, 2559) และการพัฒนาหลักสูตรบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการสร้างสรรค์และนวัตกรรม ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย (จุลมนิ สุระโยธิน, เจษฎา กิตติสุนทร, และกิตติพงษ์ ลือนาม, 2562).

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี เชื่อว่า “การพยาบาลเป็นวิชาชีพสำคัญและจำเป็นในระบบสุขภาพ บุคลากรสาธารณสุขและประชาชนมีความจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและสนับสนุนระบบสุขภาพ การจัดการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ โดยมีชุมชนเป็นฐานให้การสนับสนุนการเรียนรู้ด้วยตนเอง การเรียนรู้จากสถานการณ์จริง ใฝ่รู้ ใฝ่เรียน คิดเป็น ทำเป็น แก้ปัญหาได้ มีภาวะผู้นำ มั่นคงในจริยธรรม มีจิตอาสา รับผิดชอบต่อการพัฒนาตนเอง สังคมและวิชาชีพ ผู้ที่ผ่านกระบวนการเรียนรู้จะสามารถสร้างสรรค์ความรู้ เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สามารถดำรงตนอย่างมีความสุข มีจิตวิญญาณของความเป็นมนุษย์ เป็นสมาชิกที่ดีของวิชาชีพและสังคม” (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี, 2559) วิทยาลัยฯ มีความมุ่งหมายที่พัฒนากระบวนการจัดการเรียนรู้ที่ส่งเสริมให้นักศึกษาได้รับการพัฒนาสมรรถนะด้านนวัตกรรมตั้งแต่ระดับชั้นปีที่ 1 ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์ประจำหลักสูตรและอาจารย์ผู้สอนเล็งเห็นความจำเป็นดังกล่าว จึงพัฒนาการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานที่มุ่งผลลัพธ์ด้านทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมของผู้เรียน ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นให้ความรู้พื้นฐาน ขั้นกระตุ้นความสนใจ ขั้นจัดกลุ่มร่วมมือ ขั้นแสวงหาความรู้ ขั้นสรุปสิ่งที่เรียนรู้ และขั้นนำเสนอผลงาน (ดุขฎิ โยเหลา, 2557; ศศิโสภิต แพงศรี, 2561) โดยนำไปประยุกต์ใช้กับนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รายวิชาวิทยาศาสตร์

เพื่อชีวิต ซึ่งมีวัตถุประสงค์รายวิชาเพื่อให้ผู้เรียนสามารถใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ทางทฤษฎีและนวัตกรรม ในการแก้ไขปัญหาและการศึกษาปัญหาทางสุขภาพ ซึ่งเหมาะสมกับการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐาน ผลการวิจัยนี้ จักเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อเตรียมความพร้อมผู้เรียนให้มีทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมเพื่อเป็นรากฐานในการพัฒนาทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมในชั้นปีที่สูงขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการใช้การเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานต่อทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม ตามความคิดเห็นของนักศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์รอง ดังนี้

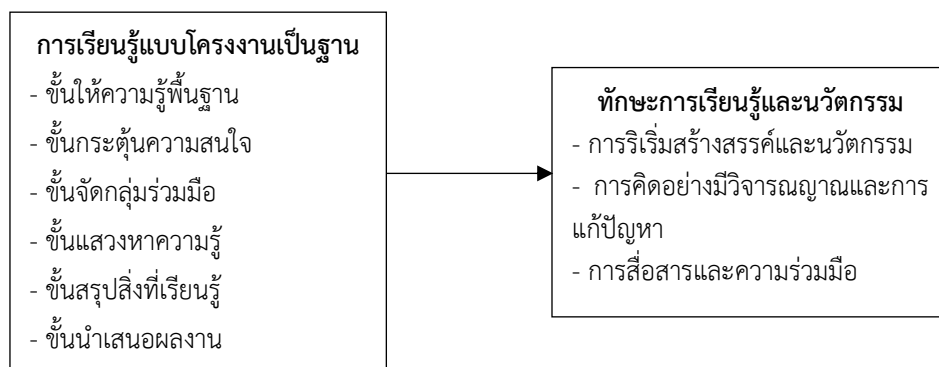
1. ศึกษาระดับของทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมตามความคิดเห็นของนักศึกษา ทั้งรายด้านและโดยรวม ก่อนและหลังการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐาน
2. เปรียบเทียบทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐาน

สมมติฐานการวิจัย

ทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาลหลังการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐาน สูงกว่าก่อนการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐาน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ ใช้แนวคิดทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง (constructivism theory) ผู้เรียนมีบทบาทในการสร้างความรู้จากความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่พบเห็นกับความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่เดิมเพื่อนำไปสู่การสร้างสรค์นวัตกรรมทางสุขภาพ โดยอาจารย์มีบทบาทช่วยกระตุ้นให้นักศึกษาเกิดความพยายามทางความคิด การตั้งคำถามและหาคำตอบด้วยการลงมือปฏิบัติจริง (Martin, 2010) โดยประยุกต์ขั้นตอนการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐาน (ดุขฎิ โยเหลา, 2557; ศศิโสภิต แพงศรี, 2561) และแนวคิดทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมของ Trilling and Fadel (2009) โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The one group pretest-posttest design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนสิงหาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ทำการศึกษาในประชากร เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 153 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) ลงทะเบียนเรียนในรายวิชา วิทยาศาสตร์เพื่อชีวิต ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2561 2) มีเวลาเรียนไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของเวลาเรียนทั้งหมด และ 3) ยินดีเข้าร่วมโครงการฯ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แผนการสอนโดยใช้การเรียนรู้แบบโครงงาน เป็นฐาน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานของคุชกี โยเหลา, 2557; ศศิโสภิต แพงศรี, 2561) จำนวน 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ขั้นให้ความรู้พื้นฐาน 2) ขั้นกระตุ้นความสนใจ 3) ขั้นจัดกลุ่มร่วมมือ 4) ขั้นแสวงหาความรู้ 5) ขั้นสรุปสิ่งที่เรียนรู้ และ 6) ขั้นนำเสนอผลงาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม เป็นสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมของ Trilling and Fadel (2009) และการดัดแปลงมาจากแบบประเมินความคิดเห็นของนักศึกษาเกี่ยวกับทักษะการเรียนรู้ใน ศตวรรษที่ 21 ของกมลรัตน์ เทอร์เนอร์, ลัดดา เหลืองรัตนมาศ, ทุตยรัตน์ รื่นเรือง, และสมพร รักความสุข (2561) แบบสอบถามประกอบด้วยคำถามที่ใช้ในการวัดทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะด้านการคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม 15 ข้อ 2) ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและทักษะในการแก้ปัญหา 10 ข้อ และ 3) ทักษะด้านการสื่อสารและการร่วมมือ 10 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด = 5 คะแนน เห็นด้วย = 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง = 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย = 2 คะแนน และไม่เห็นด้วย = 1 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2556)

คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง ระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แผนการสอนโดยใช้การเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานและแบบสอบถามทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การสอนวิชาวิทยาศาสตร์เพื่อชีวิตและอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานและการพัฒนาทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวัด (Index of Item Objective Congruence: IOC) ระหว่าง .60-1.00 และแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำแบบสอบถามทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมที่ได้ปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ทั้งฉบับเท่ากับ .92 และรายด้านทักษะการคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม ด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและทักษะในการแก้ปัญหา และทักษะด้านการสื่อสารและการร่วมมือ เท่ากับ .82, .87, และ .94 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการเตรียมความพร้อมผู้สอน จำนวน 5 คน โดยการจัดประชุมชี้แจงรายละเอียดของรายวิชา แนวทางการจัดการเรียนการสอนแบบโครงงานเป็นฐานเพื่อให้ผู้สอนมีความเข้าใจรูปแบบการสอน รวมทั้งพบนักศึกษากลุ่มตัวอย่าง เพื่อปฐมนิเทศชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการทำกิจกรรมข้อตกลงในการเรียนรู้โดยโครงงานเป็นฐาน วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับและผลกระทบต่างๆ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามก่อนขอการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

2. ขั้นดำเนินการสอน ตามแผนการสอนโดยใช้การเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานและแบบสอบถามทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม 6 ขั้นตอน โดยแบ่งออกเป็น 9 สัปดาห์ รายละเอียด ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ขั้นให้ความรู้พื้นฐาน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำโครงงาน ผู้สอนให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้ของรายวิชา ลักษณะโครงงานที่จะลงมือปฏิบัติ องค์ประกอบของโครงงานและรูปแบบเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐาน ใช้เวลา 30 นาที

สัปดาห์ที่ 2 ขั้นกระตุ้นความสนใจ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เรียนเกิดแรงบันดาลใจในการพัฒนานวัตกรรม เกิดแรงจูงใจในการใฝ่รู้ ใฝ่เรียน ผู้สอนนำตัวอย่างนวัตกรรมที่สร้างขึ้นโดยนักศึกษาจากภาควิชาวิศวกรรมเครื่องกล คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน มาให้นักศึกษาได้เรียนรู้และเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับประสบการณ์ในการสร้างนวัตกรรม ผู้สอนตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดแรงบันดาลใจ เช่น อะไรที่ทำให้นักศึกษาตื่นเต้นกับนวัตกรรมนี้มากที่สุด นักศึกษามีความเชื่ออะไรผิดๆ ที่ลดทอนความสามารถของนักศึกษาในการสร้างสรรค์นวัตกรรมหรือไม่ โดยแบ่งผู้เรียนออกเป็น 10 กลุ่มๆ ละ 15-16 คน ผู้สอนใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้เรียนคิดเกี่ยวกับปัญหาที่

เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการปฏิบัติการพยาบาลที่นักศึกษาเคยพบเห็น ให้นักศึกษาระดมสมองแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เคยพบเห็น โดยใช้เวลา 1 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 3 ขึ้นจัดกลุ่มร่วมมือ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เรียนสร้างทีมงานและกำหนดวิธีดำเนินงานของโครงการ ผู้สอนให้ผู้เรียนแบ่งกลุ่มเช่นเดียวกับกลุ่มที่เรียนในสัปดาห์ที่ 2 ผู้สอนใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้เรียนระดมสมองเพื่อเลือกปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการปฏิบัติการพยาบาลที่กลุ่มสนใจ มา 1 ประเด็น ผู้สอนใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้เรียนระดมสมองเพื่อใช้ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ในการแก้ไขปัญหาตามประเด็นที่กำหนด ผู้สอนให้ผู้เรียนกำหนดหน้าที่ ความรับผิดชอบของสมาชิกในกลุ่มและวางแผนการทำโครงการออกแบบนวัตกรรม ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 4-7 ขึ้นแสวงหาความรู้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เรียนดำเนินการแสวงหาความรู้และลงมือออกแบบนวัตกรรมทางสุขภาพ ผู้เรียนดำเนินการจัดทำโครงงานอย่างอิสระโดยทำความเข้าใจปัญหาของกลุ่มเป้าหมายจากสถานการณ์จริง ค้นหาสาเหตุของปัญหา หาแนวทางการแก้ไขปัญหา วางแผนการออกแบบนวัตกรรมและดำเนินการออกแบบนวัตกรรมตามแผนที่ไว้ ใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันและการระดมสมองเป็นเครื่องมือในการทำงาน ผู้สอนให้คำปรึกษาและติดตามความก้าวหน้าของโครงงาน โดยนักศึกษาจะมาพบครูผู้สอนทุกสัปดาห์ๆ ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 8 ขึ้นสรุปสิ่งที่เรียนรู้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เรียนได้ทบทวนการเรียนรู้ กระบวนการทำงาน ปัญหาอุปสรรค ข้อดี ข้อเสีย แนวทางการพัฒนา รวมถึงการสรุปผลงานเพื่อจัดทำเป็นรายงาน โดยผู้สอนใช้การตั้งคำถามที่ส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการสะท้อนคิดเพื่อนำไปสู่การสรุปการเรียนรู้ด้วยตนเอง ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 9 ขึ้นนำเสนอผลงาน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เรียนนำเสนอผลงานการออกแบบนวัตกรรมและสิ่งที่ตนเรียนรู้ระหว่างการจัดทำโครงงานร่วมกับเพื่อนร่วมชั้นเรียนและนักศึกษาจากภาควิชาวิศวกรรมเครื่องกล โดยจัดให้มีการนำเสนอผลงานที่คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน ใช้เวลา 6 ชั่วโมง (1 วัน)

3. ระยะเวลาหลังการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบสอบถามทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม (post-test) เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอน 1 สัปดาห์ อธิบายวิธีการตอบและกำหนดเวลาในการตอบแบบสอบถาม 30 นาที หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของคำตอบเพื่อรวบรวมไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปข้อมูลทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2. การเปรียบเทียบคะแนนทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังใช้การเรียนรู้โดยโครงงานเป็นฐาน โดยการทดสอบทีแบบไม่อิสระต่อกัน (dependent t-test) ทำการทดสอบการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution) ของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk W test เท่ากับ .38 ซึ่งมากกว่าค่าระดับนัยสำคัญ ($p > .05$) แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชนบุรี เลขที่ BCNR 22/60 ลงวันที่ 29 มิถุนายน พ.ศ.2561 ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับและผลกระทบต่างๆ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามในประเด็นต่างๆจนเข้าใจ ก่อนขอรับการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ ข้อมูลจากการวิจัย จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม ไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลเป็นรายบุคคล ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีนักศึกษาถอนตัวจากการวิจัย

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 99.35 %) มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานอยู่ในระดับดี ($M = 3.66$, $SD = .58$ และ $M = 3.98$, $SD = .49$ ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า หลังการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐาน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมด้านการสื่อสารและความร่วมมือสูงที่สุด ($M = 4.02$, $SD = .56$) รองลงมาคือด้านการริเริ่มสร้างสรรค์และนวัตกรรมและด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหาซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน ($M = 3.94$, $SD = .60$ และ $M = 3.94$, $SD = .51$ ตามลำดับ) รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับของทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังเรียนรู้แบบใช้โครงงานเป็นฐาน จำแนกตามรายด้านและโดยรวม ($N = 153$)

ด้าน	ก่อนเรียน			หลังเรียน		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
การริเริ่มสร้างสรรค์และนวัตกรรม	3.76	.60	มาก	3.94	.60	มาก
การคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา	3.70	.61	มาก	3.94	.51	มาก
การสื่อสารและความร่วมมือ	3.79	.57	มาก	4.02	.56	มาก
โดยรวม	3.66	.58	มาก	3.98	.49	มาก

ผลการเปรียบเทียบทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังเรียนโดยใช้การเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐาน พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.28$, $p = .00$) รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังเรียนโดยใช้การเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานโดยการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (N = 153)

การทดสอบ	M	SD	$\bar{D}$	SD_d	t	df	p
ก่อนเรียน	3.66	.58	.31	.82	3.28*	152	.00
หลังเรียน	3.98	.49					

* $p < .05$

อภิปรายผล

ผลการศึกษาการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานต่อทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมหลังการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานสูงกว่าก่อนและก่อนการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาค้นนี้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกับผลการศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 โดยใช้การเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐาน ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการจัดการเรียนการสอนโดยเทคนิคการเรียนรู้แบบโครงการเป็นฐานมีคะแนนเฉลี่ยทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (วรรณรัตน์ ลาวัณ และสุวรรณ จันทร์ประเสริฐ, 2560) และสอดคล้องกับผลการวิจัยอื่นๆ ที่นำการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานไปพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้และนวัตกรรม เช่น ทักษะการสร้างสรรค์นวัตกรรม (จริยา ทองหอม และคณะ, 2560; จุลมณี สุระโยธิน และคณะ, 2562) ทักษะการคิดวิเคราะห์ (เคเชนทร์ กองพิลา และคณะ, 2559) และทักษะการสื่อสาร (กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ และคณะ, 2561)

แสดงให้เห็นว่าการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานสามารถสร้างให้ผู้เรียนมีทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกิจกรรมการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานที่จัดการเรียนรู้ 6 ขั้นตอน (ดุขฎิโยเลลา, 2557) มีการผสมผสานการพัฒนาทักษะการริเริ่มสร้างสรรค์และนวัตกรรม การคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา การสื่อสารและความร่วมมือเข้าไปในขั้นตอนต่างๆ ของกิจกรรมการเรียนรู้ ได้แก่ การให้ความรู้พื้นฐานและการกระตุ้นความสนใจแก่ผู้เรียนช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนมีทักษะการริเริ่มสร้างสรรค์และนวัตกรรม โดยการให้ความรู้พื้นฐานจะช่วยให้ผู้เรียนมองเห็นองค์ประกอบและแนวทางในการจัดทำโครงงาน ในขณะที่การกระตุ้นความสนใจจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดแรงบันดาลใจซึ่งเป็นพลังขับเคลื่อนที่สำคัญของกระบวนการสร้างสรรค์ (creative process) และมีผลต่อการพัฒนาองค์ความรู้ การพัฒนาผลงานนวัตกรรม และการพัฒนาพฤติกรรมของผู้เรียน (Wartiovaara, Lathi, & Wincent, 2018) การจัดกลุ่มร่วมมือช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนมีทักษะการสื่อสารและความร่วมมือ โดยผู้เรียนได้ฝึกประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับผู้อื่น การทำงานเป็นทีม การสื่อสารกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ส่งผลให้ผู้เรียนได้พัฒนาทักษะด้านการสื่อสารและความร่วมมือ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้สมัยใหม่ ต้องให้ผู้เรียนรู้จักนำความรู้ไปประยุกต์ใช้โดยส่งเสริมการฝึกปฏิบัติและการเรียนรู้เป็นทีม (วิจารณ์ พานิช, 2558) นอกจากนี้ การจัดกลุ่มร่วมมือเป็นกระบวนการสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมกระบวนการคิดริเริ่มสร้างสรรค์

(Hämäläinen & Vähäsantanen, 2011) ดังการศึกษาของ Du, Su, & Liu (2013) ที่ศึกษาการพัฒนาหลักสูตรการพัฒนาที่ยั่งยืนโดยใช้การเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานในบริบทจีนพบว่า การเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานเป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การสะท้อนคิดแบบมีวิจารณญาณ การคิดเชิงระบบ การสร้างสรรค์และความตระหนักต่อวัฒนธรรม

นอกจากนี้ การจัดให้ผู้เรียนแสวงหาความรู้โดยการจัดทำโครงการออกแบบนวัตกรรมช่วยให้ผู้เรียนสร้างความรู้ด้วยตนเองผ่านการลงมือปฏิบัติ (ดุขฎิ โยเหลา, 2557) ส่งผลให้ผู้เรียนได้ลงมือด้วยตนเองจากประสบการณ์จริง เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ ค้นหาสาเหตุของปัญหาและการคิดแก้ปัญหาโดยการออกแบบนวัตกรรม สอดคล้องกับแนวทางการจัดการเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 ที่เน้นการจัดการเรียนการสอนแบบลงมือปฏิบัติ (active learning) โดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, 2557; วิไลลักษณ์ รัตนเพียรธัมมะ และปิยะนันท์ พรุ่งน้อย, 2559) เพื่อให้ผู้เรียนนำความรู้และทักษะไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด รวมทั้ง การพัฒนาผู้เรียนให้มีทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและความสามารถในการแก้ปัญหา (พรพรณี ปานเทวัญ, 2559) มีสามารถในการสร้างสรรค์นวัตกรรมทางสุขภาพซึ่งเป็นการส่งเสริมทักษะด้านการคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของจริยา ทองหอม และคณะ (2560) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาหลักสูตรออนไลน์เพื่อเสริมสร้างทักษะสร้างสรรค์นวัตกรรมโดยมีการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลาย คือ กิจกรรมการเรียนรู้จินตนิมิต กิจกรรมการเรียนรู้สร้างสรรค์นวัตกรรม กิจกรรมโครงงาน กิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง กิจกรรมการเรียนรู้ออนไลน์ และกิจกรรมการเรียนรู้ทางไกล ใช้การเรียนรู้ด้วยโครงการร่วมกับการเรียนรู้ด้วยวิธีการอื่นๆ ซึ่งพบว่า คะแนนทักษะสร้างสรรค์นวัตกรรมโดยภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างหลังการเรียนสูงกว่าก่อนการเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาแบบจำลองการเรียนการสอนแบบโครงงานโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นฐานเพื่อพัฒนาการคิดวิเคราะห์ (คเชนทร์ กองพิลา และคณะ, 2559) และกระบวนการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ เพื่อส่งเสริมนวัตกรรมด้านสุขภาพของนักเรียนที่มีความสามารถพิเศษทางวิทยาศาสตร์ ทั้งการร่วมกันค้นหาปัญหา การร่วมกันค้นหาแนวคิด การร่วมกันสร้างนวัตกรรม และการร่วมกันสร้างการยอมรับ (นิวัฒน์ บุญสม และมาเรียม นิลพันธุ์, 2558)

นอกจากนี้ ในขั้นการสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้และการนำเสนอผลงาน เป็นกระบวนการที่ช่วยทำให้ผู้เรียนได้พัฒนากระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านการสะท้อนคิดและการนำเสนอ การสะท้อนคิด (reflection) ช่วยให้ผู้เรียนตกผลึกการเรียนรู้และสะท้อนกลับไปสู่การพัฒนาตนเองให้สอดคล้องกับจุดอ่อน/จุดแข็งของตน รวมถึงการช่วยให้ผู้เรียนเกิดการคิดพิจารณาประสบการณ์ที่ผ่านมาอย่างรอบคอบ เพื่อพัฒนาผลงานให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น โดยผู้สอนจะการใช้การตั้งคำถามกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการสะท้อนคิด (อัสนี วันชัย, ชนายนันท์ แสงปาก, และยศพล เหลืองโสมนภา, 2560) ทั้งนี้ การจัดให้ผู้เรียนนำเสนอผลงาน ช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งนำไปสู่การสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง การสร้างการยอมรับในผลงานและการพัฒนาทักษะการสื่อสารในที่สาธารณะ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การให้ผู้เรียนร่วมกันนำเสนอนวัตกรรมกลุ่ม โดยคิดวิธีการนำเสนอที่เหมาะสมและนำเสนออย่างเป็นระบบ

นำเชื่อถือและร่วมกันประเมินนวัตกรรมของกลุ่มตนเองและกลุ่มอื่น เพื่อสร้างการยอมรับนวัตกรรมและนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน เป็นขั้นตอนของการร่วมกันสร้างการยอมรับ (collaborative acceptance building) ซึ่งเป็นขั้นตอนหนึ่งในกระบวนการเรียนการสอนที่ส่งเสริมนวัตกรรมด้านสุขภาพ (นิวัฒน์ บุญสม และมาเรียม นิลพันธุ์, 2558)

นอกเหนือจากกิจกรรมการเรียนรู้ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญ ในการทำให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมแล้วพบว่า เครือข่ายความร่วมมือจากภายนอกเป็นปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้ผู้เรียนเกิดแรงบันดาลใจ มีแรงกระตุ้นและเกิดมุมมองใหม่ๆ ในการพัฒนาผลงานให้ดีขึ้น โดยผู้เรียนได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับนักศึกษาจากภาควิชาชีพวิศวกรรมเครื่องกล คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน อย่างน้อย 2 ครั้งคือ ในสัปดาห์ที่ 2 ขั้นกระตุ้นความสนใจและในสัปดาห์ที่ 9 ขั้นนำเสนอผลงาน ความคิดของนักศึกษาได้พัฒนาออกมาเป็นแบบร่างและบางผลงานออกมาเป็นต้นแบบโดยความช่วยเหลือของนักศึกษาและอาจารย์จากภาควิชาชีพวิศวกรรมเครื่องกล โดยภาควิชาชีพวิศวกรรมเครื่องกลให้การสนับสนุนเรื่องพิมพ์สามมิติและห้องประชุมที่ใช้ในการนำเสนอผลงาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการคิดเชิงออกแบบ (design thinking) ซึ่งเป็นกระบวนการในการสร้างสรรค์นวัตกรรมให้ความสำคัญกับการสร้างทีมงานและการทำงานเป็นทีมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อเพิ่มมุมมองในการพัฒนาผลงานนวัตกรรมให้ดียิ่งขึ้น (Beard, Geist, & Lewis, 2018, นุจรี กิจวรรณ, 2561)

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยพบว่า หลังการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐาน คะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานอยู่ในระดับดี โดยคะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมด้านการสื่อสารและความร่วมมือสูงสุด รองลงมาคือ ด้านการคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรมและด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากันสะท้อนให้เห็นความสามารถของผู้เรียนในด้านการสื่อสารและการทำงานร่วมกับผู้อื่นที่มีมากกว่าความสามารถทางด้านการสร้างสรรค์นวัตกรรมและการคิดแก้ปัญหาอย่างมีวิจารณญาณ ทั้งนี้ อาจเกิดจากการออกแบบแผนการสอนในขั้นตอนที่ 5 ขั้นการแสวงหาความรู้ให้ผู้เรียนจัดทำโครงการออกแบบนวัตกรรมโดยไม่ต้องมีการสร้างชิ้นงานนวัตกรรมที่จับต้องได้ ทำให้ผู้เรียนขาดโอกาสในการพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ในด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การแก้ปัญหาและการสร้างสรรค์นวัตกรรม อีกทั้งคุณลักษณะของผู้เรียนซึ่งเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ซึ่งไม่ได้ผ่านการเรียนในรายวิชาทางการพยาบาลหรือรายวิชาอื่นๆ ที่ช่วยส่งเสริมทักษะด้านการริเริ่มสร้างสรรค์นวัตกรรมและทักษะการคิดวิจักษ์ญาณและการแก้ปัญหาอย่างเพียงพอ อีกทั้งทักษะการริเริ่มสร้างสรรค์นวัตกรรม ทักษะการคิดวิจักษ์ญาณและการแก้ปัญหาเป็นทักษะขั้นสูงที่ต้องใช้กระบวนการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอนและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้สอนควรนำแผนการจัดการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานไปใช้ในการเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมของนักศึกษาในรายวิชาวิชาอื่นๆ โดยให้ความสำคัญกับขั้นกระตุ้นความสนใจ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดแรงบันดาลใจในการพัฒนานวัตกรรม
2. ผู้สอนควรปรับปรุงแผนการสอนในขั้นตอนที่ 5 ขั้นการแสวงหาความรู้ให้ผู้เรียนมีโอกาสนำผลงานนวัตกรรมออกมาเป็นชิ้นงานเพื่อให้นักศึกษาได้พัฒนาความสามารถในการสร้างสรรค์นวัตกรรมเพิ่มมากขึ้น
3. ผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลควรสนับสนุนการสร้างร่วมมือกับสถานศึกษาหรือหน่วยงานภายนอกอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างโอกาสให้ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และแบ่งปันสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ทำการวิจัยเพื่อศึกษาผลของการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานต่อการพัฒนาทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมในแต่ละด้านการคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม การคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา หรือด้านการสื่อสารและความร่วมมือ โดยการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed method) เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ
2. ทำการวิจัยเพื่อศึกษาการพัฒนาทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมโดยใช้การเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานในชั้นปีที่สูงขึ้น เพื่อขยายผลการพัฒนาผู้เรียนให้มีความต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย ขอขอบพระคุณคณาจารย์และนักศึกษาจากภาควิชาวิศวกรรมเครื่องกล คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน ในการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์การออกแบบนวัตกรรม ตลอดจนสนับสนุนสถานที่ในการนำเสนอผลงานและการสนับสนุนนักศึกษาจากภาควิชาฯ ในการเป็นพี่เลี้ยงตลอดกระบวนการจัดทำโครงงาน

เอกสารอ้างอิง

- กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, ลัดดา เหลืองรัตนมาศ, ทุดิรัตน์ รื่นเรือง, และสมพร รักความสุข. (2561). การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทักษะ แห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 28(1), 127-138.
- กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, นวพร มามาก, ณัฐนิชา ศรีละมัย, และละเอียด แจ่มจันทร์. (2561). ผลการใช้การเรียนรู้แบบโครงงานสะเต็มเพื่อส่งเสริมทักษะศตวรรษที่ 21 ในนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์*, 26(2), 11-19.

- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2556). *การวิเคราะห์สถิติ: สถิติสำหรับบริหารและวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 14). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คเชนทร์ กองพิลา, วชิระ อินทร์อุดม, และสังคม ภูมิพันธุ์. (2559). แบบจำลองการเรียนการสอนแบบโครงการโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นฐานเพื่อพัฒนาการคิดวิเคราะห์. *วารสารศึกษาศาสตร์ ฉบับวิจัยบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 10(4), 19-25.
- จริยา ทองหอม, สิริวรรณ ศรีพล, มารุต พัฒนาผล, และปณิศา วรรณพิรุณ. (2560). การพัฒนาหลักสูตรออนไลน์เพื่อเสริมสร้างทักษะสร้างสรรค์นวัตกรรม. *Veridian E- Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์และศิลปะ*, 10(2), 138-156.
- จุลมนี สุระโยธิน, เจษฎา กิตติสุนทร, และกิติพงษ์ ลีอนาม. (2562). การพัฒนาหลักสูตรบูรณาการ เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการสร้างสรรค์และนวัตกรรม ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. *วารสารราชพฤกษ์*, 17(3), 43-51.
- ดุष्ฎี โยเหลา. (2557). *การศึกษาการจัดการเรียนรู้แบบ PBL ที่ได้จากโครงการสร้างชุด ความรู้ เพื่อสร้างเสริมทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ของเด็กและเยาวชน: จากประสบการณ์ ความสำเร็จของโรงเรียนไทย*. กรุงเทพฯ: ทิพย์วิสุทธิ.
- ทศนา แคมมณี. (2560). *ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 21). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิวัฒน์ บุญสม, และมาเรียม นิลพันธุ์. (2558). การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดของกระบวนการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์เพื่อส่งเสริมนวัตกรรมด้านสุขภาพของนักเรียนที่มี ความสามารถพิเศษทางวิทยาศาสตร์. *วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย*, 7(1), 123-133.
- นุจรี กิจวรรณ. (2561). กระบวนการคิดเชิงออกแบบ: มุมมองใหม่ของระบบสุขภาพไทย. *วารสารสภากาพย์*, 33(1), 6-14.
- เบญจวรรณ ถนอมชยวัช, ผ่องศรี วาณิชย์ศุภวงศ์, วุฒิชัย เนียมเทศ, และณัฐวิทย์ พจนตันติ. (2559). ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21: ความท้าทายในการพัฒนานักศึกษา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(2), 208-222.
- พรรณี ปานเทวัญ. (2559). การพัฒนาผู้เรียนในศตวรรษ ที่21 กับการเรียนรู้เชิงรุกในวิชาชีพพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 17(3), 17-24.
- วรรณรัตน์ ลาวัณ, และสุวรรณา จันทร์ประเสริฐ. (2560). การใช้เทคนิคการเรียนรู้แบบโครงการเป็นฐาน เพื่อการเสริมสร้างทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 10(2), 33-45.
- วิจารณ์ พานิช. (2558). วิธีสร้างการเรียนรู้เพื่อศิษย์ในศตวรรษที่ 21. *วารสารนวัตกรรมการเรียนรู้ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์*, 1(2), 3-14.

- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี. (2559). *แผนยุทธศาสตร์การพัฒน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี (พ.ศ. 2559-2563) ฉบับทบทวน เดือนเมษายน 2559*. ราชบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี.
- วิไลลักษณ์ รัตนเพียรธัมมะ, และปิยะนันท์ พรุ่งน้อย. (2559). นวัตกรรมการศึกษาในการพัฒนาทักษะเพื่อการดำรงชีวิตในศตวรรษที่ 21. *วารสารร่วมพฤษ มหาวิทยาลัยเกริก*, 34(3), 55-79.
- สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2557). *บทวิเคราะห์การศึกษาไทยในโลกศตวรรษที่ 21*. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา.
- ศศิโสภิต แพงศรี. (2561). การสอนแบบโครงงานเป็นฐาน: การประยุกต์สู่การปฏิบัติในการจัดการศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 29(1), 215-222.
- อัศนี วันชัย, ชนานันท์ แสงปาก, และยศพล เหลืองโสมนภา. (2560). การจัดการเรียนการสอนโดยใช้เทคนิคการสะท้อนคิดในการศึกษาพยาบาล. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 11(2), 105-115.
- Beard, G., Geist, M., & Lewis, E. J. (2018). Design thinking: Opportunities for application in nursing education. *Nurse Education Today*, 64, 115-118. doi: 10.1016/j.nedt.2018.02.007.
- Cusson, R. M., Meehan, C., Bourgault, A., & Kelley, T. (2019). Educating the next generation of nurses to be innovators and change agents. *Journal of Professional Nursing*, 36(2), 13-19. doi: 10.1016/j.profnurs.2019.07.004.
- Du, X., Su, L., & Liu, J. (2013). Developing sustainability curricula using the PBL method in a Chinese context. *Journal of Cleaner Production*, 61, 80-88. doi: 10.1016/j.jclepro.2013.01.012.
- Hämäläinen, R., & Vähäsantanen, K. (2011). Theoretical and pedagogical perspectives on orchestrating creativity and collaborative learning. *Educational Research Review*, 6(3), 169-184.
- Martin, R. (2010). Can Verbally aggressive messages in the instructor- student relationship be constructive. *College Student Journal*, 46(3), 726-737.
- Martin, J. (2012). *The meaning of the 21st century: A vital blueprint for ensuring our future*. London: Transworld.
- Trilling, B., & Fadel, C. (2009). *21st century skills: Learning for life in our times*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Wartiovaara, M., Lahti, T., & Wincent, J. (2019). The role of inspiration in entrepreneurship: Theory and the future research agenda. *Journal of Business Research*, 101, 548-554. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2018.11.035>.

บทความวิจัย (Research article)

ผลของการเรียนรู้แบบใช้โครงงานเป็นฐานต่อความรู้ เรื่อง ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ
ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

Outcomes of Project-Based Learning to Build on Further Knowledge of
Social Determinants of Health among Nursing Students of
Boromarajonani College of Nursing, Surin

ภาวินี เสาะสืบ^{1*}, วรนาถ พรหมศวร¹, จุฬารัตน์ ท้าวหาญ¹

Pawinee Sosueb^{1*}, Woranart Promsuan¹, Chularat Howharn¹

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pawi.add@gmail.com, โทรศัพท์ 085- 4794669)

(Received: January 28, 2021; Revised: March 30; Accepted: April 24, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานต่อความรู้เกี่ยวกับปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ จำนวน 100 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โครงงานศึกษาวิถีสุนทรียวิชามนุษย์ สังคม สิ่งแวดล้อมและการอยู่ร่วมกัน แบบวัดความรู้ เรื่อง ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น KR – 20 เท่ากับ .82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน และวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการจัดการเรียนรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 7.09$, $SD = 1.10$) คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการจัดการเรียนรู้ในระดับสูง ($M = 10.83$, $SD = 1.43$) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 28.11$, $p = .000$)

2. เปรียบเทียบคะแนนหลังการจัดการเรียนรู้แต่ละกลุ่มพบว่า คะแนนเฉลี่ยแต่ละกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนการจัดการเรียนรู้เป็นตัวแปรร่วม พบว่าความรู้หลังการจัดการเรียนรู้แต่ละกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($F_{(1, 89)} = 1.19$, $p = .31$)

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานมีประสิทธิภาพต่อการเพิ่มความรู้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนในวิชาชีพพยาบาลที่ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากการลงมือทำและแสวงหาความรู้ด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

คำสำคัญ: การเรียนรู้แบบใช้โครงงานเป็นฐาน, ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This quasi-experimental research using the same sample group in pre and post-experiment aims at examining the outcomes of project-Based learning to build on further knowledge of social determinants of health among undergraduate nursing students of Boromarajonani College of Nursing, Surin. The 100 representatives have been specifically selected to take the research tool: a knowledge measurement test focusing on social determinants of health having confidence value KR - 20 at .82, which is a part of the community's folkway study project belonging to the subject named The Cohabitation between Human, Society, and Environment. The data are analyzed by descriptive statistics, independent t-test, and covariant analysis. All bring about:

1. The mean score of knowledge before learning was at the medium level ($M = 7.09$, $SD = 1.1$) whereas the knowledge average score after learning management reached the high level at ($M = 10.83$, $SD = 1.43$). It shows statistically significant difference at ($t = 28.11$, $p < .001$), as well.

2. After comparing post-learning management scores between groups, there is no statistically significant difference. However, after using the pre-learning management scores as a co-variability, there is no statistically significant difference, too.

The results of this research indicate that project-based learning management is effective for building on learners' knowledge and can be applied for teaching management in a nursing college in order to provide experimental and self-directed learning.

Keywords: Project-based Learning, Social determinants of health, Nursing students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในสภาพปัจจุบันที่สังคมโลกกำลังมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่ยุคดิจิทัล วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นจัดการศึกษาด้านการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการเรียนรู้ของบัณฑิตให้ทันกับสังคมโลกในปัจจุบันที่กำลังเข้าสู่ยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และเทคโนโลยี อีกทั้งการศึกษาในศตวรรษที่ 21 จำเป็นต้องเตรียมคนเพื่อเผชิญการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว รุนแรง พลิกผัน และคาดไม่ถึง จึงต้องมีทักษะสูงในการเรียนรู้และปรับตัว (วิจารณ์ พานิช, 2558) การจัดการศึกษาจึงมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ทั้ง 7 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา (critical thinking & problem

solving) 2) ทักษะด้านการคิดอย่างสร้างสรรค์และนวัตกรรม (creativity & innovation) 3) ทักษะด้านความเข้าใจความต่างวัฒนธรรม ต่างกระบวนทัศน์ (cross – cultural understanding) 4) ทักษะด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ (collaboration, teamwork & leadership) 5) ทักษะด้านการสื่อสาร สารสนเทศ และรู้เท่าทันสื่อ (communication, information & media literacy) 6) ทักษะด้านคอมพิวเตอร์ เทคโนโลยี สารสนเทศและการสื่อสาร (computing and ICT literacy) 7) ทักษะด้านอาชีพและทักษะการเรียนรู้ (career & learning self – reliance) (Trilling & Fadel, 2009) ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนในยุคปัจจุบัน ผู้สอนต้องมุ่งไปสู่การเรียนรู้ “ทักษะเพื่อการดำรงชีวิตในศตวรรษที่ 21 (21st century skills)” เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาได้อย่างสอดคล้องกับยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในทักษะด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ (collaboration, teamwork & leadership) ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญในการจัดการศึกษาด้านการพยาบาล ที่เน้นการลงมือปฏิบัติจริง ยึดหลักการ “สอนให้น้อยลง แต่เรียนรู้ให้มากขึ้น (teach less, learn more)” เน้นกระบวนการเรียนรู้ที่ทำให้เกิดการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีพและการประกอบอาชีพ โดยผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงความรู้เดิมหรือประสบการณ์เดิมกับความรู้ใหม่ แล้วสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้เหมาะสม (อดิธยาณ์ ศรเกษตริน, ดาราวรรณ ร่องเมือง, และรุ่งนภา จันทรา, 2562)

การจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐาน (Project-Based Learning: PBL) เป็นการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งสามารถพัฒนาผู้เรียนให้เกิดการพัฒนาทักษะทักษะด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำได้ โดยครูจะไม่ใช้ผู้ทำหน้าที่สอน แต่ทำหน้าที่ออกแบบการเรียนรู้และอำนวยความสะดวก (facilitate) ในการเรียนรู้ (วิจารณ์ พานิช, 2558) โดยผู้เรียนมีส่วนร่วมในโครงงานที่ผู้เรียนได้ผลิตขึ้นมา เป็นวิธีการสอนที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถคิดเป็น รู้จักการแก้ปัญหาด้วยการลงมือปฏิบัติ สามารถแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง และสังเคราะห์องค์ความรู้ใหม่ด้วยตนเอง ซึ่งในการแสวงหาความรู้ นั้น ต้องมีการวางแผน และออกแบบกระบวนการสร้างองค์ความรู้ใหม่ (อัญชลี ทองเอน, 2561) ซึ่งมีแนวคิดที่เกี่ยวข้องและได้รับการยอมรับกันมากที่สุด คือการเรียนรู้เกิดจากการปฏิบัติจริง (learning by doing) (Dewey, 1897 อ้างถึงใน Efstratia, 2014) ประกอบด้วยความรู้ (knowing) และการลงมือกระทำ (doing) ความรู้และความสามารถในการใช้ความรู้ต่างๆ เป็นสิ่งสำคัญที่สุด การเรียนรู้แบบโครงงานสามารถเรียนรู้ผ่านกระบวนการแก้ปัญหา พัฒนาทักษะในการแก้ปัญหา ซึ่งทำให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงความรู้เดิมหรือประสบการณ์เดิมกับความรู้ใหม่ แล้วสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้เหมาะสม สำหรับประเทศไทยมีผู้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานไว้หลากหลาย เช่น การจัดการเรียนรู้แบบโครงงานของสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ที่กล่าวว่า การเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานเป็นกระบวนการจัดการเรียนการสอนที่เน้นกระบวนการจัดสถานการณ์/ สภาพการณ์ หรือกิจกรรมการเรียนรู้ให้ผู้เรียนได้มีประสบการณ์ เกิดการเรียนรู้ พัฒนาตนเองในทุกด้าน ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเตรียมความพร้อม 2) ขั้นกำหนดและเลือกหัวข้อ 3) ขั้นเขียนเค้าโครงของโครงงาน 4) ขั้นปฏิบัติงานโครงงาน 5) ขั้นนำเสนอผลงาน และ 6) ขั้นประเมินผลโครงงาน (สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ, 2559) โมเดลจรรยาบรรณแห่งการ

เรียนรู้แบบ Project – Based Learning (PBL) ซึ่งเชื่อว่า หากต้องการให้การเรียนรู้มีพลังและฝังในตัวผู้เรียนได้ ต้องเป็นการเรียนรู้ที่เรียนโดยการลงมือทำโครงการ (project) และการร่วมมือกันทำเป็นทีม 5 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นการระบุปัญหาหรือประเด็นที่จะทำโครงการ (define) 2) ขั้นวางแผนการทำโครงการ (plan) 3) ขั้นลงมือทำ (do) 4) ขั้นทบทวนการเรียนรู้ (review) และ 5) ขั้นนำเสนอผลการเรียนรู้ (presentation) (วิจารณ์ พานิช, 2558) และแนวทางการการเรียนรู้แบบโครงการเป็นฐานจากการศึกษาการจัดการเรียนรู้แบบ PBL ที่ได้จากโครงการสร้างชุดความรู้เพื่อสร้างเสริมทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ของเด็กและเยาวชนจากประสบการณ์ความสำเร็จของโรงเรียนไทย ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นให้ความรู้พื้นฐาน 2) ขั้นกระตุ้นความสนใจ 3) ขั้นจัดกลุ่มร่วมมือ 4) ขั้นแสวงหาความรู้ 5) ขั้นสรุปสิ่งเรียนรู้ 6) ขั้นนำเสนอผลงาน (ดุษฎิ โยเหลา, 2557) กระบวนการเรียนของการเรียนรู้ในแต่ละแนวคิดมีทั้งความเหมือนและความต่างกัน มีสองแนวคิดมีขั้นตอน 6 ขั้นตอนเหมือนกัน โดยข้อดีของทั้งสองแนวคิดนี้คือ มีขั้นเตรียมความพร้อม หรือให้ความรู้พื้นฐานในขั้นที่ 1 ส่วนในโมเดลจักรยานแห่งการเรียนรู้ที่มี 5 ขั้นตอน ในขั้นที่ 1 เป็นขั้นของการระบุปัญหาหรือประเด็นที่จะทำโครงการ นอกจากนี้ ในขั้นสุดท้าย มี 2 แนวคิดที่เป็นกิจกรรมเหมือนกันคือ ขั้นการนำเสนอผลการเรียนรู้หรือขั้นสุดท้ายเป็นขั้นการนำเสนอผลงาน ในขณะที่แนวคิดของคณะกรรมการการอาชีวศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ขั้นนำเสนอผลงานอยู่ในขั้นตอนที่ 5 และขั้นตอนที่ 6 เป็นขั้นการประเมินผลโครงการ ซึ่งเป็นจุดเด่นของแนวคิดนี้ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของดุษฎิ โยเหลา (2557) ที่มี 6 ขั้นตอน ซึ่งมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับกิจกรรมการจัดการเรียนการสอนในรายวิชามาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

ปัจจัยด้านสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health: SDH) เป็นแนวคิดที่เกิดขึ้นมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1940 โดยองค์การอนามัยโลก หมายถึง ปัจจัยสภาวะแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับบุคคลในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต เป็นปัจจัยที่มีผลหรือก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพของบุคคล และเป็นปัจจัยที่มีความเชื่อมโยงกับความไม่เป็นธรรมทางสังคม ผ่านทางความไม่เท่าเทียมกันทางสังคมในด้านต่างๆ เช่น อำนาจ เงิน ทรัพยากร หรือวัฒนธรรม ความไม่เท่าเทียมกันในสังคมตามแนวคิดปัจจัยด้านสังคมกำหนดสุขภาพที่ส่งผลต่อสุขภาพมี 6 ปัจจัย ได้แก่ 1) ความยากจน (poverty) เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพจากการมีรายได้น้อยหรือรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต 2) ความไม่เสมอภาคและความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ (health inequality and inequity) ในเรื่องของ เพศ อายุ ศาสนา เชื้อชาติ ฐานะทางสังคม ความพิการ ลักษณะที่อยู่อาศัย ที่ทำให้การเข้าถึงทรัพยากรด้านสาธารณสุขไม่เท่าเทียมกัน รวมถึงการพัฒนาเทคโนโลยีการสื่อสาร การเมือง เศรษฐกิจ สังคม ที่ทำให้เกิดการกระจายบริการสุขภาพที่มีความไม่เท่าเทียม 3) ความมั่นคงปลอดภัยด้านอาหาร (food safety) การบริโภคอาหารที่ไม่ปลอดภัยในทุกชั้นตอนย่อมเกิดอันตรายและส่งผลเสียต่อสุขภาพของบุคคล 4) การถูกกีดกันในทางสังคม (social exclusion) บุคคลที่มีลักษณะการถูกกีดกันในทางสังคมเช่น คนจน คนว่างงาน คนพิการ เป็นต้น มักขาดโอกาสทางการศึกษา ทำให้มีระดับการศึกษาที่ไม่สูง ต้องทำงานที่มีภาวะเสี่ยงสูง ไม่มีโอกาสเลือกงาน สวัสดิการรักษามีน้อย ส่งผลต่อความไม่เป็นธรรมในสังคมด้านสุขภาพ 5) ที่อยู่อาศัย (housing) สภาพที่

อยู่อาศัยที่มีความแออัด สภาพแวดล้อมที่มีความสกปรก ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิต และ 6) เงื่อนไขของการทำงาน (job condition) การจ้างงานที่ไม่เป็นธรรมทางด้านสุขภาพ เช่น การเอาเปรียบของนายจ้างต่อลูกจ้าง ลักษณะของอาชีพที่มีความเสี่ยง สภาพสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพลูกจ้าง เป็นปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้บุคคลเกิดภาวะเจ็บป่วยได้ (ชลธิชา แก้วอนุชิต, 2556) องค์ความรู้เรื่องปัจจัยด้านสังคมกำหนดสุขภาพ มีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะพยาบาลที่ต้องมีความเข้าใจแนวคิดดังกล่าวเพราะสามารถใช้เป็นแนวทางในการอธิบายต้นเหตุของปัญหาด้านสุขภาพอันเกิดจากปัจจัยสังคม รวมทั้งใช้เป็นแนวทางในการกำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบทางสุขภาพของบุคคล เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมอย่างทั่วถึงและครอบคลุมกับประชาชนทุกระดับ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการเรียนการสอนให้เพื่อพัฒนาทักษะการเรียนรู้ของบัณฑิตให้ทันกับสังคมโลกในปัจจุบันที่กำลังเข้าสู่ยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และเทคโนโลยี มีการนำวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐานในรายวิชา มนุษย์ สังคม สิ่งแวดล้อมและการอยู่ร่วมกัน สำหรับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2562 (ฝ่ายวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, 2560) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานต่อความรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ เรื่อง ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐานสำหรับปีการศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐาน

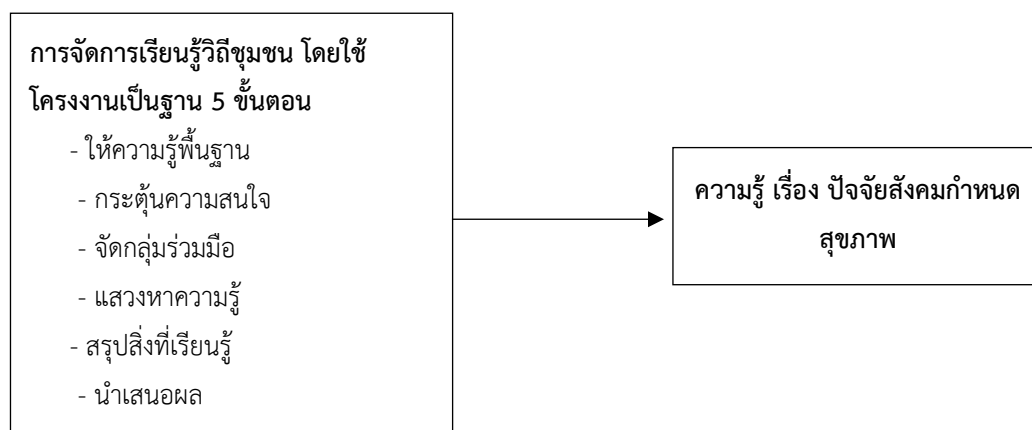
สมมติฐานการวิจัย

ความรู้เรื่องปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์หลังการเรียนรู้แบบใช้โครงงานเป็นฐานสูงกว่าก่อนทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการเรียนรู้แบบใช้โครงงานเป็นฐานที่ได้จากโครงการสร้างชุดความรู้เพื่อสร้างเสริมทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ของเด็กและเยาวชน จากประสบการณ์ความสำเร็จของโรงเรียนไทยของคุชฎ โยเหลา (2557) โดยมี 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ขั้นให้ความรู้พื้นฐาน ครูให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการทำโครงงานก่อนการเรียนรู้เพื่อให้ผู้เรียนเข้าใจขั้นตอนที่ชัดเจนในการทำโครงงาน 2) ขั้นกระตุ้นความสนใจ ครูเตรียมกิจกรรมที่กระตุ้นความสนใจของผู้เรียนเพื่อดึงดูดให้ผู้เรียนสนใจ ใคร่รู้

โดยกิจกรรมนั้นอาจเป็นกิจกรรมที่ครูกำหนดขึ้น หรืออาจเป็นกิจกรรมที่ผู้เรียนมีความสนใจต้องการทำอยู่แล้ว โดยครูเปิดโอกาสให้ผู้เรียนเสนอจากกิจกรรมที่ได้เรียนรู้ผ่านการจัดการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับชุมชนที่ผู้เรียนอาศัยอยู่ที่สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง 3) จัดกลุ่มร่วมมือ ครูให้ผู้เรียนแบ่งกลุ่มกันแสวงหาความรู้ ใช้กระบวนการกลุ่มในการวางแผนการดำเนินกิจกรรม โดยระดมความคิดและหารือ แบ่งหน้าที่เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกัน หลังจากที่ได้ทราบหัวข้อหรือประเด็นที่ตนเองต้องเรียนรู้ในภาคเรียนนั้นๆ เรียบร้อยแล้ว 4) ขั้นแสวงหาความรู้ เป็นขั้นที่ผู้เรียนลงมือปฏิบัติกิจกรรมโครงการตามหัวข้อที่ต้องเรียนรู้ โดยแต่ละคนร่วมมือปฏิบัติหน้าที่ของตนตามข้อตกลงของกลุ่ม และสามารถขอคำปรึกษาจากครูเป็นระยะเมื่อมีข้อสงสัยหรือเกิดปัญหาขึ้น และผู้เรียนร่วมกันสรุปสาระความรู้ตามหัวข้อหรือประเด็นที่ได้รับมอบหมาย ร่วมกันจัดทำรายงานสรุปผลการจัดทำโครงการ 5) ขั้นสรุปสิ่งที่เรียนรู้ ครูให้ผู้เรียนทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ทั้งหมด ตั้งแต่กระบวนการทำงาน ปัญหา อุปสรรค ข้อดี ข้อเสีย แนวทางการพัฒนา การสรุปผลรายงานโครงการ และ 6) ขั้นนำเสนอผลงาน ครูให้ผู้เรียนนำเสนอผลการเรียนรู้ของแต่ละกลุ่ม โดยออกแบบกิจกรรมหรือจัดสรรเวลาให้ผู้เรียนได้นำเสนอสิ่งที่แต่ละกลุ่มได้เรียนรู้ เพื่อให้เพื่อนกลุ่มอื่นๆ ได้ชมผลงาน โดยสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The one group pretest - posttest design) มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ปีการศึกษา 2562 จำนวน 435 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชามนุษย์ สังคมสิ่งแวดล้อมและการอยู่ร่วมกัน ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2562 จำนวน 100 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive Sampling) ตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) ไม่ได้เป็นการลงทะเบียนเรียนซ้ำ (regrade) และ 2) เต็มใจเข้าร่วมการวิจัยทุกขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโครงการศึกษาวิธีชุมชน ใช้แนวคิดการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงการเป็นฐาน (ดุขฎิ โยเหลา, 2557) 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นให้ความรู้พื้นฐาน ขั้นกระตุ้นความสนใจ ขั้นจัดกลุ่มร่วมมือ ขั้นแสวงหาความรู้ ขั้นสรุปสิ่งที่เรียนรู้ และขั้นนำเสนอผลงาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบวัดความรู้ เรื่อง ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ เป็นแบบปรนัย มี 4 ตัวเลือก จำนวน 16 ข้อ เลือกข้อที่ถูกที่สุดเพียงข้อเดียว ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 16 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ คะแนน 0 – 5 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนน 6 – 11 และระดับสูง คะแนน 12 – 16 คะแนน

การตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

โครงการศึกษาวิธีชุมชน ผ่านการวิพากษ์และรับรองความเหมาะสมจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตร ฝ่ายวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ และแบบวัดความรู้ เรื่อง ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์และการวัดและประเมินผลการศึกษา จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective-Item Congruence: IOC) ระหว่าง 0.67 – 1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาชั้นปีที่ 2 จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น KR -20 เท่ากับ .82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะก่อนทดลอง

1.1 คณะผู้วิจัยได้ศึกษา วิเคราะห์ คำอธิบายรายวิชา มนุษย์ สังคม สิ่งแวดล้อม และการอยู่ร่วมกัน ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2560) ออกแบบการจัดการเรียนรู้แบบโครงการเป็นฐาน จำนวน 6 บทเรียน ได้แก่ 1) การเข้าใจตนเองและความเป็นมนุษย์ จำนวน 12 ชั่วโมง 2) มนุษย์กับสังคม จำนวน 6 ชั่วโมง 3) มนุษย์กับสิ่งแวดล้อม จำนวน 6 ชั่วโมง 4) ความเชื่อ ค่านิยมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมมนุษย์ จำนวน 6 ชั่วโมง 5) มนุษย์และการอยู่ร่วมกันตามความเป็นจริง จำนวน 9 ชั่วโมง และ 6) การเป็นพลเมืองและหน้าที่พลเมือง จำนวน 6 ชั่วโมงนำเสนอแผนจัดการเรียนรู้ต่อคณะกรรมการบริหารหลักสูตร ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการฯ

1.2 หลังจากทีโครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ แล้ว จัดทำหนังสือถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เพื่อดำเนินการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1

1.3 คณะผู้วิจัยอธิบายกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ ลักษณะงานวิจัย วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยอธิบายความเป็นมาของปัญหา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ

1.4 ดำเนินการสอบก่อนเรียน (pre-test) โดยใช้แบบวัดความรู้เรื่อง ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ

2. ระยะทดลอง ดำเนินการจัดการเรียนรู้แบบใช้โครงงานเป็นฐาน ตามแผนการจัดการเรียนรู้ จำนวน 45 ชั่วโมง ดังนี้

2.1 ขั้นให้ความรู้พื้นฐาน ผู้สอนให้ความรู้เกี่ยวกับ วัตถุประสงค์การเรียนรู้ รายวิชาและแผนการจัดการเรียนรู้ของรายวิชา แล้วใช้กระบวนการกลุ่มแบ่งผู้เรียนออกเป็นกลุ่มย่อยเพื่อพัฒนาทักษะด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ จำนวน 10 กลุ่มๆ ละ 10 คน ตามลำดับตามเลขที่ของนักศึกษา ซึ่งเป็นลำดับตามรายชื่อเรียงลำดับตามตัวอักษรภาษาไทย

2.2 ขั้นกระตุ้นความสนใจ ผู้สอนให้ผู้เรียนแต่ละกลุ่มระดมสมองแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับหัวข้อที่จะศึกษาในประเด็นการศึกษาวิธีชุมชน จากนั้นนำเสนอหน้าชั้นเรียน แล้วสรุปเป็นหัวข้อที่จะศึกษาของชั้นเรียน ประกอบด้วย 2 หัวข้อคือ 1) การอยู่ร่วมกันในสังคม และ 2) วัฒนธรรม ความเชื่อ และการปฏิบัติที่มีอยู่ในชุมชน

2.3 ขั้นจัดกลุ่มร่วมมือ ผู้สอนชี้แจงหน้าชั้นเรียนแล้วมอบหมายผู้เรียนเข้ากลุ่มย่อย วางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลของแต่ละกลุ่มโดยการกำหนดโครงสร้างหัวข้อย่อย แนวคำถาม การสังเกตสิ่งต่างๆ สิ่งที่ต้องเตรียมการทั้งในด้านวัสดุอุปกรณ์และตัวผู้เรียน รวมทั้งการมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบของสมาชิกในกลุ่ม

2.4 ขั้นแสวงหาความรู้ มอบหมายผู้เรียนลงชุมชนเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลตามแผนที่ได้วางไว้ จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 4-6 ชั่วโมง สมาชิกแต่ละคนสรุปผลการเก็บรวบรวมข้อมูลตามที่ได้รับมอบหมาย

2.5 ขั้นสรุปสิ่งที่เรียนรู้ ผู้สอนมอบหมายแต่ละกลุ่มย่อย เข้ากลุ่มร่วมกันอภิปรายและนำเสนอผลการเก็บรวบรวมข้อมูลในหัวข้อต่างๆ และสรุปผลการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มโดยมีการเข้ากลุ่มเพื่ออภิปรายความก้าวหน้า จำนวน 2 ครั้ง

2.6 ขั้นนำเสนอผลงาน ผู้สอนมอบหมายแต่ละกลุ่มสรุปสาระความรู้ที่ได้ตามหัวข้อที่ได้ในขั้นตอนที่ 2 แล้วนำเสนอผลงานการเรียนรู้ของกลุ่มให้แก่อาจารย์ผู้สอน เพื่อนร่วมชั้นเรียนและผู้สนใจ ในรูปแบบของนิทรรศการ โดยมีตัวแทนนำเสนอผลงานกลุ่มละ 15 นาที (หมุนเวียนนำเสนอทีละกลุ่ม) หลังจากนั้นแต่ละกลุ่มจัดทำเป็นรายงานการศึกษาวิธีชุมชนรายกลุ่ม ส่งอาจารย์ผู้สอน

3. ระยะหลังการทดลอง ดำเนินการสอบหลังเรียน (post-test) โดยใช้แบบวัดความรู้เรื่อง ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มประชากร วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้ เรื่อง ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐาน โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired sample t-test)

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนหลังการจัดการเรียนรู้โดยใช้คะแนนก่อนการเรียนรู้เป็นตัวแปรร่วมของกลุ่มย่อย 10 กลุ่มโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance:

ANCOVA) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ 1) คะแนนก่อน-หลังการจัดการเรียนรู้ มีการกระจายเป็นโค้งปกติ 2) คะแนนก่อนการจัดการเรียนรู้ไม่มีการเปลี่ยนแปลงตามกลุ่ม (group by pre is not significant) ($F = .218, p = .991$)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ โดยได้รับการรับรองตามหนังสือรับรองรหัส P-EC 16 -04 - 62 ลงวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ.2562

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.00 มีสัญชาติไทย ร้อยละ 99.00 ส่วนใหญ่มีอายุ 20 ปี ร้อยละ 86.00 โดยมีอายุน้อยที่สุด 18 ปี และสูงสุด 33 ปี ร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธ

2. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้แบบโครงการเป็นฐาน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 7.09, SD = 1.12$) ในขณะที่หลังการจัดการเรียนรู้อยู่ในระดับสูง ($M = 10.83, SD = 1.43$) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 28.11, p = .000$) รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และผลการทดสอบทีของคะแนนความรู้ เรื่อง ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้โครงการเป็นฐานของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1

การทดสอบ	n	M	SD	$\bar{D}$	t	p
ก่อนการเรียนรู้	100	7.09	1.12	3.74	28.11*	.000
หลังการเรียนรู้	100	10.83	1.43			

* $p < .05$

ผลการเปรียบเทียบคะแนนหลังการจัดการเรียนรู้ระหว่างกลุ่มย่อย 10 กลุ่ม พบว่า เมื่อใช้คะแนนความรู้ก่อนการจัดการเรียนรู้เป็นตัวแปรร่วม พบว่า ความรู้หลังการจัดการเรียนรู้แต่ละกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($F_{(1, 89)} = 1.19, p = .31$) รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม คะแนนเฉลี่ยความรู้ เรื่อง ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ หลังการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานระหว่างนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 จำนวน 10 กลุ่ม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ตัวแปรร่วม (Pre-test)	37.93	1	37.93	24.22	.00
ระหว่างกลุ่ม (Post-test)	16.81	1	1.87	1.19	.31
ภายในกลุ่ม (error)	139.37	89	1.57		
รวม	194.11	100			

อภิปรายผล

นักศึกษากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพหลังการจัดการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานมากกว่าก่อนการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 28.11, p = .000$) ผลที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับวิธีการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐาน 6 ขั้นตอน (คุชฎ โยเหลา, 2557) ที่นำมาบูรณาการใช้ในการจัดการเรียนรู้แบบโครงงานในรายวิชามนุษย์ สังคม สิ่งแวดล้อมและการอยู่ร่วมกัน ที่ผู้เรียนผ่านกระบวนการจัดการเรียนรู้ตั้งแต่ขั้นที่ 1 ขั้นการให้ความรู้พื้นฐาน มีการทำความเข้าใจวิธีการเรียนการสอนโดยใช้โครงงาน รูปแบบกิจกรรมที่จะลงปฏิบัติ รวมทั้ง การแบ่งกลุ่มผู้เรียนออกเป็น 10 กลุ่มๆ ละ 10 คน จากนั้น ใช้กระบวนการกลุ่มในการเลือกหัวหน้ากลุ่ม และเลขากลุ่ม เพื่อพัฒนาทักษะด้านความร่วมมือและการทำงานเป็นทีม ขั้นที่ 2 ขั้นกระตุ้นความสนใจ ให้ผู้เรียนแต่ละกลุ่มระดมสมองแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับหัวข้อที่จะศึกษาในโครงงานศึกษาวิถีชุมชน โดยการกระตุ้นจากผู้สอนให้เกิดความสนใจและอยากที่จะเรียนรู้ ผู้สอนเสนอคำถามให้ชวนคิดว่า “ถ้าอยากเรียนรู้วิถีชีวิตของคนในชุมชนควรทำความเข้าใจข้อมูลอะไรบ้าง” จากนั้นร่วมกันสรุปหัวข้อในการเรียนรู้ เป็น 2 หัวข้อ ประกอบด้วย 1) การอยู่ร่วมกันในสังคม 2) วัฒนธรรม ความเชื่อ และการปฏิบัติที่มีอยู่ในชุมชน ขั้นที่ 3 ขั้นจัดกลุ่มร่วมมือ เป็นการเข้ากลุ่มย่อยเพื่อวางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลของแต่ละกลุ่ม มีการกำหนดโครงสร้างหัวข้อย่อย แนวคำถาม สิ่งที่ต้องสังเกต การมอบหมายความรับผิดชอบรายบุคคล ขั้นที่ 4 ขั้นแสวงหาความรู้ เป็นการลงมือศึกษาข้อมูล การแสวงหาความรู้จากแหล่งต่างๆในชุมชน โดยใช้กระบวนการเป็นทีม ภาวะผู้นำ ทักษะต่างๆของรายบุคคล จำนวน 4 ครั้ง ขั้นที่ 5 ขั้นสรุปสิ่งที่เรียนรู้ แต่ละกลุ่มเข้ากลุ่มย่อยตามที่กำหนดจำนวน 2 ครั้ง เพื่อและนำเสนอและร่วมกันอภิปรายผลการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละหัวข้อ โดยเลขากลุ่มทำหน้าที่ในการสรุปสาระความรู้ในแต่ละครั้ง ขั้นที่ 6 ขั้นนำเสนอผลงาน แต่ละกลุ่มนำเสนอผลการสรุปสาระความรู้ตามหัวข้อในขั้นตอนที่ 2 โดยการนำเสนอในรูปแบบนิทรรศการ นิทรรศการ โดยมีตัวแทนนำเสนอผลงานกลุ่มละ 15 นาที (หมุนเวียนนำเสนอทีละกลุ่ม) หลังจากนั้นแต่ละกลุ่มจัดทำเป็นรายงานการศึกษาวิถีชุมชนรายกลุ่ม ส่งอาจารย์ผู้สอน ผู้เรียนสามารถสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ที่เป็นความรู้ในรายวิชาที่กำหนดได้ โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ เรื่อง ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ หลังการจัดการเรียนการสอนผู้เรียนมีความรู้อยู่ในระดับสูง ในขณะที่ก่อนการจัดการเรียนรู้อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับ

การศึกษา ผลการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลจากการสอนโดยให้จัดทำโครงการ เรื่อง การพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพของระบบการไหลเวียนเลือดของรวงศ์ ชีวะสุพโธ และศุภกร หวานกระโทก (2561) พบว่า ผลการเรียนรู้ด้านความรู้และด้านทักษะทางปัญญา หลังการสอนโดยให้จัดทำโครงการสูงกว่าก่อนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการจัดการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐานในกลุ่มนักศึกษาในระดับปริญญาตรีสาขาอื่นของสิทธิพล อาจอินทร์ และธีระชัย เนตรณอมศักดิ์ (2554) เรื่อง การจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานในรายวิชาการพัฒนาหลักสูตร สำหรับนักศึกษา ระดับปริญญาตรี หลักสูตร 5 ปีที่พบว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาที่เรียนโดยใช้โครงงานเป็นฐานมีผลสัมฤทธิ์สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด นอกจากนี้การจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานใน 6 ขั้นตอน ผู้เรียนยังได้ฝึกและพัฒนาทักษะในหลายด้าน เช่น ทักษะการคิด ทักษะกระบวนการกลุ่ม ทักษะทางสังคม ทักษะการร่วมมือระหว่างบุคคล (สิทธิพล อาจอินทร์ และธีระชัย เนตรณอมศักดิ์, 2554) แสดงให้เห็นว่า การจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐาน สามารถนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนในสาขาพยาบาลได้ โดยที่ผู้เรียนสามารถมีผลการเรียนรู้ได้ตามที่หลักสูตรกำหนด

เมื่อวิเคราะห์ผลการศึกษารายกลุ่มทั้ง 10 กลุ่ม พบว่าความรู้หลังการจัดการเรียนรู้แต่ละกลุ่มไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่า การจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานมีประสิทธิภาพต่อการเพิ่มความรู้ และสามารถจัดการเรียนรู้แบบกลุ่ม โดยใช้ทั้ง 6 ขั้นตอน ซึ่งทำให้แต่ละกลุ่มเรียนรู้ได้ไม่แตกต่างกัน ฉะนั้นรูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานสามารถนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนในวิชาชีพพยาบาลที่มีการจัดการเรียนการสอนโดยการแบ่งเป็นกลุ่มย่อย ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติที่มีการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงในทุกรายวิชา วิธีการจัดการเรียนรู้แบบโครงงานเป็นฐาน จะช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากชีวิตจริง ได้แก้ปัญหาในสถานการณ์ที่แตกต่างได้โดยมีแนวทางการนำรูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานที่ได้ผลดีได้แก่ การที่ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากนอกห้องเรียนได้ลงมือทำด้วยตนเอง ฝึกการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง และรูปแบบโครงงานที่ใช้ต้องไม่ยุ่งยากและใช้เวลานานเกินไป (ศศิโสภิต แพงศรี, 2561)

ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากมีจำนวนนักศึกษาในชั้นเรียนมากถึง 100 คน ทำให้ต้องจัดแบ่งนักศึกษาออกเป็น 10 กลุ่ม ซึ่งชุมชนที่ใช้ในการศึกษาเรียนรู้ของนักศึกษาในแต่ละกลุ่ม อาจมีความแตกต่างกัน รวมทั้ง การแบ่งกลุ่มตามการเรียงลำดับเลขที่ โดยไม่ได้มีการคละตามผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนนั้น อาจเป็นตัวแปรแฝงที่ต้องคำนึงถึงในการศึกษาต่อไป แม้ว่าการศึกษานี้จะทำให้คะแนนความรู้หลังการเรียนไม่แตกต่างกันก็ตาม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการนำรูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้โครงงานเป็นฐานไปใช้ ในการจัดการศึกษาทางการพยาบาล โดยเฉพาะในรายวิชาที่เป็นการศึกษาในชุมชน เพื่อให้เกิดการพัฒนาแบบการจัดการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา
แห่งชาติ สาขาพยาบาลศาสตร์ โดยใช้โครงงานเป็นฐานในการจัดการศึกษาพยาบาลกับวิธีการเรียนรู้แบบอื่นๆ

รายการอ้างอิง

- ชลธิชา แก้วอนุชิต. (2556). แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพและปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพภายใต้
ระบบสุขภาพโลกและประเทศไทย. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 36(1), 123–131.
- ดุชนิ โยเหลา. (2557). *การศึกษาการจัดการเรียนรู้แบบ PBL ที่ได้จากโครงการสร้างชุดความรู้เพื่อสร้างเสริม
ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ของเด็กและเยาวชน: จากประสบการณ์ความสำเร็จของโรงเรียนไทย.
กรุงเทพฯ: ทิพย์วิสุทธิ.*
- ฝ่ายวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. (2560). *หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตร
ปรับปรุง พ.ศ. 2560).* สุรินทร์: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์.
- รวงดี ชีวะสุโท, และศุภกร หวานกระโทก. (2561). ผลการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลจากการสอนโดย
ให้จัดทำโครงการเรื่องการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพของระบบการไหลเวียนเลือด. *วารสาร
พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(3), 182-195.
- วิจารณ์ พานิช. (2558). วิธีสร้างการเรียนรู้เพื่อศิษย์ ในศตวรรษที่ 21. *วารสารนวัตกรรมการเรียนรู้
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์*, 1(2), 3-14.
- ศศิโสภิต แพงศรี. (2561). การสอนแบบโครงงานเป็นฐาน: การประยุกต์สู่การปฏิบัติในการจัดการศึกษา
พยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 29(1), 215-222.
- สิทธิพล อาจอินทร์, และธีรชัย เนตรนอมศักดิ์. (2554). การจัดการเรียนรู้โดยใช้โครงงานเป็นฐานใน
รายวิชาการพัฒนาหลักสูตร สำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี หลักสูตร 5 ปี. *วารสารวิจัย มข.*,
1(1), 1-16.
- สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. (2559). *แนวทางการจัดการเรียนรู้แบบใช้
โครงงานเป็นฐาน.* นครปฐม: สันทิวิกิจ พรินต์ติ้ง.
- อัญชลี ทองเฒ. (2561). การเรียนรู้โดยใช้โครงงานเพื่อพัฒนาผู้เรียนในศตวรรษที่ 21. *วารสารวไลยอลงกรณ์
ปริทัศน์*, 8(3), 185-199.
- อติญาณ์ ศรีเกษตริณ, ดารารวรรณ ร่องเมือง, และรุ่งนภา จันทรา. (2562). การศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่
21: สมรรถนะและบทบาทของอาจารย์พยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(1). 12–20.
- Efstratia, D. (2014). Experiential education through project based learning. *Procedia-Social
and Behavioral Sciences*, 152, 1256-1260. doi:10.1016/j.sbspro.2014.09.362.
- Trilling, R., & Fadel, C. (2009). *21st century skills: Learning for life in our times.* San Francisco:
Jossey – Bass.

บทความวิจัย (Research article)

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงต่อการปฏิบัติการพยาบาล

และอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ

ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา

Effects of the Use of High Alert Drug Using Guideline on Nursing Practicum

and Peripheral Vein Phlebitis in Medical Sub-Intensive Care Unit,

Songkhla Hospital

จรีณา คงพันธุ์^{1*}, ผกากรอง พันธุ์ไพโรจน์²

Jareena kongpan^{1*}, Pakakrong phunpiroad²

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: KungN2016@gmail.com, เบอร์โทรศัพท์ 085-5843723)

(Received: May 8, 2020; Revised: January 18, 2021; Accepted: April 25, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงต่อการปฏิบัติการพยาบาลและอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่ให้อาหารที่มีความเสี่ยงสูง จำนวน 18 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลในการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง แบบทดสอบความรู้ในการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ แบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลในการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ และแบบบันทึกอุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา การคำนวณอุบัติการณ์ และการทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ สูงกว่าก่อนการทดลอง ($t = -1.86, p = .04$) และมีคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.06, p = .02$) และอุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ลดลงจาก 11.12 ครั้งต่อ 1,000 วันให้ยา เป็น 2.88 ครั้งต่อ 1,000 วันให้ยา

¹ พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลสงขลา

Registered nurse (Professional level), Songkhla Hospital

² พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสงขลา

Registered nurse (Senior Professional level) Songkhla Hospital

จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า พยาบาลควรปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดแนวทางมาตรฐานในการป้องกันการอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลาย โดยได้รับการฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากการเกิดการอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลาย

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล, ยาที่มีความเสี่ยงสูง, ภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ

Abstract

This quasi-experimental research aims to study the effects of the use of a high alert drug using-guideline high-risk dosing guidelines on nursing practicum and peripheral vein phlebitis in the semi-critical care ward in Songkhla Hospital from February to December 2019. The representative samples were professional nurses who took responsible for 18 patients using high alert drugs. The research instruments consisted of 1) a personal data questionnaire, 2) a nursing practice knowledge test, 3) a care practice assessment form, and 4) an incident record form. Data were analyzed by descriptive statistics comparing knowledge scores using paired t-test statistics, performance score comparison using the one sample t-test, and comparing the incidence of venous inflammation using incidence rate.

It is found from the research that after using the guideline, the nurses became knowledgeable about high-risk medications rather than before applying the guidelines. The results were statistically significant ($t = -1.86, p = .04$). The score of the use of preventive practice in order to avoid peripheral venous insufficiency was higher to 80% than the threshold statistically significant at the .05 level ($t = -2.06, p = .02$) and the incidence of venous inflammation decreased from 11.12 times per 1,000 dosing days to 2.88 doses per 1,000 dosing days.

The results of the study suggest that healthcare workers should strictly hold the standard guideline for the prevention of venous inflammation and should be trained regularly to improve the problem as well as find ways to prevent and improve the quality of care for patients to be safe from the occurrence of venous inflammation.

Keywords: Nursing practice guideline, High alert drugs, Peripheral vein phlebitis

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา เป็นหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดย 5 อันดับโรคแรกที่ได้รับการรักษา คือ การติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure: CHF) โรคปอดอักเสบ (pneumonia) โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) และโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักและมีภาวะหัวใจล้มเหลว จำเป็นต้องได้รับยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือด (vasopressor drug) อย่างต่อเนื่อง เช่น norepinephrine, dobutamine และ dopamine เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมียา cordarone ซึ่งมีฤทธิ์ระคายเคืองเยื่อ (vesicant drug) (กาญจนา อุดมอัษฎาพร และมยุรี พรหมรินทร์, 2561) ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ (Phlebitis) เนื่องจากคุณสมบัติทางเคมีของยาที่มีภาวะเป็นกรด ค่า pH < 7 หรือมีภาวะเป็นด่าง ค่า pH > 7 และมีค่าความเข้มข้นของสารละลาย (osmolality) ที่ไม่เหมาะสม ในขณะที่เลือดเป็นของเหลวที่มีค่า pH ระหว่าง 7.35 - 7.45 และมีค่า osmolality ระหว่าง 285-310 มิลลิออสโมล/ลิตร (mOsm/L) (วิมลวัลย์ วโรฬาร, 2560) ส่งผลให้เกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบจากสารเคมี (chemical phlebitis) และการรั่วของยาออกนอกหลอดเลือด (extravasation) ได้บ่อยครั้งกว่ายาชนิดอื่น นอกจากนี้ สภาวะร่างกายของผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ บวม ผิวหนังบาง ผู้ป่วยสูงอายุ มีภาวะติดเชื้อ หรือภาวะช็อค ทำให้หาหลอดเลือดยาก เปราะและแตกง่าย ส่งผลให้ต้องถูกแทงหลอดเลือดหลายครั้ง และเกิดการอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลายในที่สุด

การอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลาย (Phlebitis) มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 1 ถึง ระดับ 4 (grade 1-4) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยจากการให้ยาดังกล่าว (ฐิติพร ปฐมจารุวัฒน์, 2560) ทำให้เกิดอาการปวด บวม แดง ร้อน และ/หรือเห็นลําหลอดเลือดได้ (Murphy, Gilmour, & Coombs, 2019) นอกจากนี้ หากมีภาวะรั่วซึมของยาออกนอกหลอดเลือดดำในขณะที่ให้ยา จะมีการทำลายเนื้อเยื่อรอบๆ บริเวณที่มีการรั่วซึมของยา ซึ่งอาจลุกลามถึงเส้นประสาท เอ็นและข้อต่อของอวัยวะต่างๆ (Corbett, et.al., 2018) นอกจากเกิดจากการให้ยาแล้ว อาจมีสาเหตุจากการระคายเคืองของหลอดเลือดดำ เนื่องจากการเสียดสีจากเข็ม การระคายเคืองจากยา หรือสารเคมีที่ให้แก่ได้รับการเตรียมไม่เหมาะสม ความเข้มข้นหรืออัตราความเร็วที่ให้ การอักเสบจากการมีลิ่มเลือดบริเวณปลายเข็ม หรืออาจเกิดจากการติดเชื้อบริเวณที่ให้สารน้ำ ซึ่งอาจมีที่มาจากสารน้ำ เครื่องมืออุปกรณ์ ตัวผู้ป่วยเอง รวมถึงการขาดประสบการณ์ของพยาบาล (สุภาณี เสนาดีสัย, และวรรณภา ประไพพาณิช, 2554) ส่งผลให้ประสิทธิภาพของการรักษาลดลง ต้องใช้เวลาในการรักษานานกว่าอาการจะดีขึ้น ส่งผลจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (ฐิติพร ปฐมจารุวัฒน์, 2560; กาญจนา อุดมอัษฎาพร และมยุรี พรหมรินทร์, 2561)

จากสถิติของโรงพยาบาลสงขลา พบการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ (phlebitis) ในปี พ.ศ.2559 - 2561 พบ 0.76, 0.71, และ 0.77 ครั้งต่อ 1,000 วัน ที่ให้สารน้ำ ตามลำดับ โดยพบมากในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม ซึ่งพบภาวะนี้ 7.32, 3.34, และ 2.94 ครั้งต่อ 1,000 วัน ที่ให้สารน้ำตามลำดับ อีกทั้งจากการทบทวนพบว่า พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ให้ยา norepinephrine และ codarone ซึ่งเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง โดยพบระดับ 1-4 จำนวน 62 ราย อวัยวะที่พบมากที่สุดคือ ขา ร้อยละ 69.35 รองลงมาคือ แขน ร้อยละ 30.64 รวมทั้งระยะของการเกิดพบได้ตั้งแต่ขณะให้ยาและหลังหยุดยาหนึ่งวัน

และเกิด extravasation ซึ่งต้องตัดอวัยวะ จำนวน 2 ราย อย่างไรก็ตาม การเกิดการอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลายจากการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงสามารถป้องกันได้ หากมีการส่งเสริมให้พยาบาลปฏิบัติตามแนวทางในการป้องกันภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ โดยการเตรียมความพร้อมของพยาบาลผู้ให้การดูแล ตั้งแต่พิจารณาสารน้ำหรือยาที่ใช้ในผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมในการแทงเส้นเลือด เพื่อให้สารน้ำและยา การดูแลระหว่างให้สารน้ำและยา และการดูแลหลังให้สารน้ำและยาที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งสอดคล้องกับจากการศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based) พบว่า มีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ โดยกำหนดวิธีปฏิบัติเหมือนกันในเรื่อง การเตรียมความพร้อมของพยาบาลผู้ให้การดูแล ตั้งแต่ก่อนให้สารน้ำ/ยา ขณะให้สารน้ำ/ยา และการดูแลระหว่างได้รับสารน้ำ/ยา เช่น จากการศึกษาการรักษาอาการบาดเจ็บจากการถูกลามในทารกและเด็กเล็ก (ปาจริย ศักดิ์วาลีสกุล และอุษณีย์ ศิริวงศ์พรหม, 2562; จุติพร ปฐมจารุวัฒน์, 2560; วิลลีย์ วโรพาร (2560) รวมทั้ง จากการทบทวนขอบเขตและการสำรวจการปฏิบัติในสหราชอาณาจักรพบว่า การบาดเจ็บจากการถูกทำลายเกิดจากการรั่วไหลของของเหลวหรือยาทางหลอดเลือดดำโดยไม่ตั้งใจนั้น ยังไม่มีความเห็นเป็นเอกฉันท์เกี่ยวกับแนวทางการรักษาที่ดีที่สุด (Corbett et al., 2019) สำหรับการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้แนวทางปฏิบัติป้องกันการอักเสบของหลอดเลือดดำและการรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดดำ จากการใช้ยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือดของผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเกิดการอักเสบของหลอดเลือดดำและรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดดำ น้อยกว่ากลุ่มที่ดูแลแบบปกติ (จุฑารัตน์ ไกรศรีวรรณ, 2554; จุติพร ปฐมจารุวัฒน์, 2560; กาญจนา อุดมอัษฎาพร และมยุรี พรหมรินทร์, 2561)

จากความสำคัญดังกล่าว กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลา ได้พัฒนาแนวทางปฏิบัติการป้องกันภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ จากการให้ยาและสารละลายที่มีความเสี่ยงสูงขึ้นใหม่ โดยศึกษาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และการจัดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการรั่วของยาหรือสารน้ำจากการบริหารยาทางหลอดเลือดดำของจุติพร ปฐมจารุวัฒน์ (2559; 2560) ขั้นตอนเริ่มตั้งแต่การเตรียมความพร้อมของพยาบาลโดยการประเมินและให้ความรู้เกี่ยวกับนิยามของการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ พยาธิสรีรวิทยา สาเหตุ ปัจจัย อุบัติการณ์และแนวทางการป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ โดยคาดหวังว่า เมื่อพยาบาลมีความรู้ สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง แต่ด้วยบุคลากรส่วนใหญ่ ยังขาดความรู้ ทำให้อาจไม่ได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ทุกขั้นตอน ประกอบกับแนวปฏิบัติฉบับใหม่ที่ได้นำมาใช้ แต่ยังไม่มีการติดตามและการประเมินผลผู้วิจัย จึงสนใจศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงต่อการปฏิบัติการพยาบาลและอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาปรับปรุงแนวปฏิบัติและลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการนำแนวปฏิบัติการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงต่อการปฏิบัติการพยาบาลและอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา ดังนี้

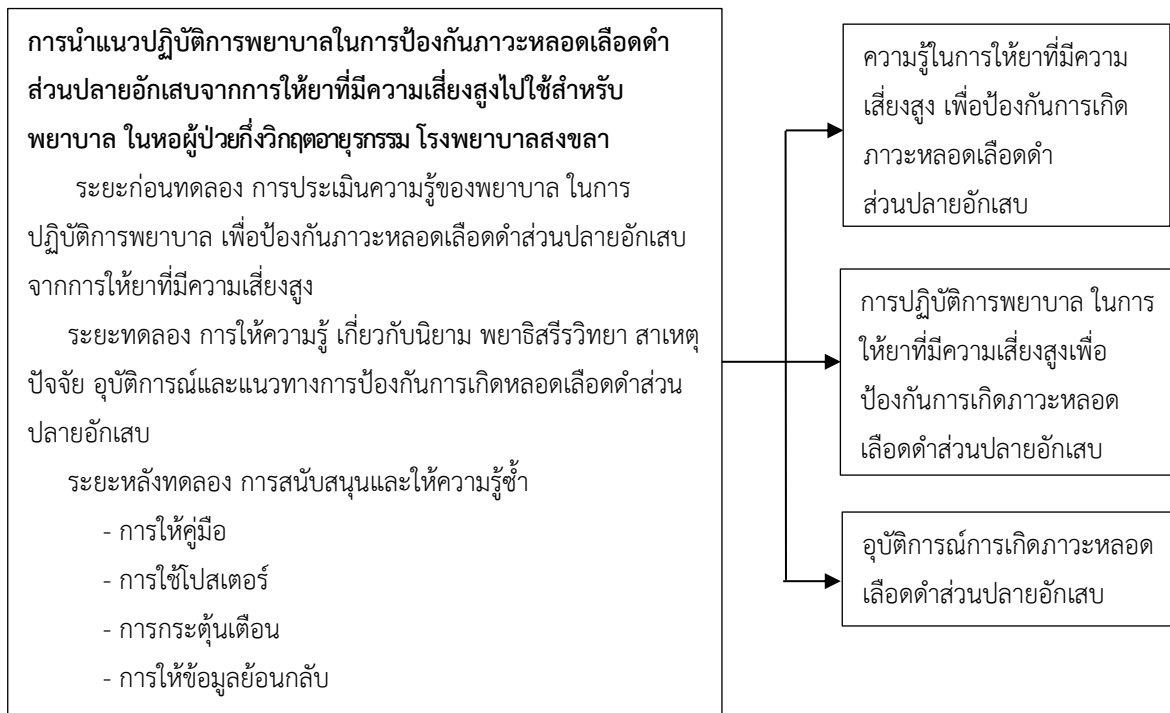
1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบของพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา ระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง
2. เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลาภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงกับเกณฑ์ร้อยละ 80
3. ศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการใช้แนวปฏิบัติการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง พยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา มีความรู้เกี่ยวกับการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบเพิ่มขึ้น
2. หลังการใช้แนวปฏิบัติการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา มีการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ มากกว่าร้อยละ 80
3. หลังการใช้แนวปฏิบัติการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง อุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลาลดลง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจากการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงไปใช้สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา พัฒนามาจากการจัดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการรั่วของยาหรือสารน้ำจากการบริหารยาทางหลอดเลือดดำของจิตติพร ปฐมจารุวัฒน์ (2559; 2560) จำแนกออกเป็น 3 ระยะคือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะทดลอง และระยะหลังการทดลอง ซึ่งจะส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา มีความรู้เกี่ยวกับการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง และการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบเพิ่มขึ้น รวมทั้งลดอัตราการเกิดอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนี้ ซึ่งสามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The one group pre-test post-test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา และปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่ให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามะเร็งในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา ซึ่งจำเป็นต้องได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูงผ่านทางหลอดเลือดดำ ระหว่างเดือนเมษายน ถึงกันยายน พ.ศ. 2562

กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม และให้การดูแลผู้ป่วยที่ให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power ใช้ Test family เลือก t-test, Statistical test เลือก Mean: Difference between Two Dependent Means (Match Paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .50 ค่าความคลาดเคลื่อน (alpha) เท่ากับ .05 และค่า power เท่ากับ .80 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) แต่เนื่องจากพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม มี 20 คน จึงเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด โดยมีเกณฑ์การเข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria) คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำ ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่ให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา ยกเว้น หัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้วิจัย รวมทั้ง ไม่ได้อยู่ในระหว่างการลาศึกษาต่อแบบเต็มเวลา และการอบรมระยะสั้น 4 เดือน ซึ่งมีพยาบาลวิชาชีพเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้

ทั้งสิ้น 18 คน ที่ให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต อายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา และจำเป็นต้องได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูงผ่านทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย โดยมีระยะพักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยน้อยอย่างน้อย 3 วัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลในการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ที่ได้พัฒนามาจากการจัดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการรั่วของยาหรือสารน้ำจากการบริหารยาทางหลอดเลือดดำของจิตติพร ปฐมจารุวัฒน์ (2559; 2560)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงานในหอผู้ป่วย และการได้รับการอบรมการป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ

2.2 แบบทดสอบความรู้ในการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก โดยถ้าตอบถูกต้องให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน โดยมีคะแนนรวมระหว่าง 0-20 คะแนน และมีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับ โดยการอิงเกณฑ์ (Bloom, 1971) ดังนี้

คะแนนระหว่าง 16 - 20 คะแนน (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) หมายถึง ระดับสูง

คะแนนระหว่าง 12 - 15 คะแนน (ร้อยละ 60 - 79.99) หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 0 - 11 คะแนน (ต่ำกว่าร้อยละ 60) หมายถึง ระดับต่ำ

2.3 แบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลในการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ จำนวน 18 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำของ Macklin (2003) เป็นแบบตรวจสอบรายการระหว่างการปฏิบัติ/ ไม่ได้ปฏิบัติ โดยกำหนดเกณฑ์การผ่านการประเมินคือต้องปฏิบัติตามรายการที่กำหนด 15 ข้อขึ้นไป หรือร้อยละ 80 ขึ้นไป

2.4 แบบบันทึกอุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ พัฒนาจากแบบบันทึกการรายงานการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบของจิตติพร ปฐมจารุวัฒน์ (2560) ได้แก่ ชนิดของยา ปริมาณที่ได้รับ ความเข้มข้น วิธีการบริหารยา ระดับการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ตำแหน่ง อาการแสดง และการจัดการเมื่อเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือการวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ แพทย์ด้านติดเชื้อ 1 คน พยาบาลผู้ชำนาญการด้านการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ 1 คน และพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยที่ให้อายาที่มีความเสี่ยงสูง 1 คน โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective-Item Congruence: IOC) ระหว่าง 0.67 - 1.00 จากนั้นนำแบบทดสอบความรู้และแบบประเมินการปฏิบัติการ

ดูแลผู้ป่วยที่ให้อาหารที่มีความเสี่ยงสูง ไปทดลองใช้กับพยาบาลหอผู้ป่วยหายใจเรื้อรัง วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น KR 20 เท่ากับ .81 และ .82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะก่อนการทดลอง ดำเนินการในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ.2563 รายละเอียด ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับลักษณะงานวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1.2 ประเมินความรู้ในการให้อาหารที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบของพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา ก่อนการใช้แนวปฏิบัติการให้อาหารที่มีความเสี่ยงสูง (pre-test)

2. ระยะดำเนินการทดลอง ดำเนินการในช่วงเดือนเมษายน - กรกฎาคม พ.ศ.2563 รายละเอียด ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยดำเนินการจัดการอบรมให้ความรู้ แก่พยาบาลวิชาชีพ เรื่อง การให้อาหารที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง โดยการบรรยาย อธิบาย และมีการทำความเข้าใจเป้าหมายของการใช้แนวปฏิบัติ และเปิดโอกาสให้พยาบาลได้ซักถามข้อสงสัย

2.2 การสาธิตย้อนกลับในกิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง ในการให้อาหารที่มีความเสี่ยงสูงทางหลอดเลือดดำ ทั้งการเตรียมความพร้อมในการแทงเส้นเลือด เพื่อให้สารน้ำและยา การดูแลระหว่างให้สารน้ำและยา และการดูแลหลังให้สารน้ำและยา

2.3 อธิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซักถาม แสดงความคิดเห็น รวมทั้งการให้ข้อเสนอแนะระหว่างการจัดอบรม

2.4 จากนั้นนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในการให้อาหารที่มีความเสี่ยงสูงมาใช้ในการทดลอง 2 สัปดาห์ ก่อนนำไปใช้จริง โดยการติดโปสเตอร์เตือน ที่มีข้อความกระตุ้น การปฏิบัติในการป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ โดยเป็นข้อความสั้นๆ กระชับ ชัดเจน มีสีสะดุดตา และมีรูปภาพประกอบ

2.5 นำแนวปฏิบัติไปใช้เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 3 เดือน โดยผู้วิจัยได้ติดตามประเมินความสามารถ อุปสรรคปัญหา ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติเป็นรายบุคคล จนพยาบาลทุกคนสามารถนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้ วิจัยสังเกตและเก็บข้อมูลการทำการกิจกรรม ให้ข้อมูลย้อนกลับทั้งในรวมและรายบุคคล เมื่อพบการปฏิบัติไม่ถูกต้อง

2.6 ระหว่างการใช้แนวปฏิบัติผู้วิจัยติดตามนิเทศข้างเตียง ทบทวนความเข้าใจในรายละเอียดแนวปฏิบัติ พร้อมให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้คำปรึกษาแก่พยาบาลในหน่วยงานจนครบทุกคน โดยใช้เวลาขณะรับ-ส่งเวร เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน

3. ระยะหลังทดลอง ภายหลังจากเสร็จสิ้นในระยะทดลอง 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยประเมินความรู้ความเข้าใจในการให้อาหารที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ของ

พยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา หลังการใช้แนวปฏิบัติการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง (post-test) รวบรวมแบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลในการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการคำนวณอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและการปฏิบัติการพยาบาลในการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ วิเคราะห์คะแนนความรู้ในการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ โดยใช้ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบของพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างก่อนและหลังในการใช้แนวปฏิบัติการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test) โดยผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น การกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk W test เท่ากับ .73 ซึ่งมากกว่าค่าระดับนัยสำคัญ ($p > .05$) แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010)
3. เปรียบเทียบคะแนนร้อยละของการปฏิบัติการพยาบาลในการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบของพยาบาลวิชาชีพเทียบกับเกณฑ์ร้อยละ 80 โดยใช้สถิติการทดสอบทีสำหรับกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม (one sample t-test)
4. วิเคราะห์อุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบต่อ 1,000 วันให้ยา เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติเป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยมีสูตรการคิดอุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบจาก จำนวนวันที่ให้ยา (1) และจำนวนครั้งของการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในทุกระยะ (2) คำนวณอัตราการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบโดยนำตัวเลขจาก (2) คูณกับ 1,000หารด้วยตัวเลขจาก (1)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลสงขลา ได้หมายเลขรับรอง SKH IRB 2019-Nrt-13-2861308 ลงวันที่ 6 กันยายน พ.ศ. 2562 และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการเข้าร่วมการวิจัยนี้เป็นไป ด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงาน ข้อมูลการวิจัยถูกเก็บไว้เป็นความลับ โดยนำเสนอผลงานวิจัยในภาพ และ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงานในหอผู้ป่วย และการได้รับการอบรมการป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 21-30 ปี และ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.90 ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 94.00 และมีประสบการณ์ทำงาน มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 50.00 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์อบรมการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ คิดเป็น ร้อยละ 88.90 รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่ให้อายาที่มีความเสี่ยงสูงในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา (N = 18)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	17	94.40
ชาย	1	5.60
อายุ		
21-30 ปี	7	38.90
31-40 ปี	2	11.10
41-50 ปี	7	38.90
51-60 ปี	2	11.10
วุฒิการศึกษา		
ปริญญาตรี	17	94.40
ปริญญาโท	1	5.60
ประสบการณ์การทำงาน		
< 1 ปี	2	11.10
1-5 ปี	4	22.20
5-10 ปี	3	16.70
>10 ปี	9	50.00
ประสบการณ์อบรม		
ไม่มี	16	88.90
มี	2	11.10

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการให้อายาที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบของพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา ระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการให้อายาที่มีความเสี่ยงสูง ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการใช้แนวปฏิบัติการให้อายาที่มีความเสี่ยงสูงพยาบาลวิชาชีพ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการให้อายาที่มีความ

เสี่ยงสูงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 14.14$, $SD = 1.63$) ในขณะที่หลังการใช้แนวปฏิบัติฯ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ($M = 15.83$, $SD = 1.82$) ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -1.86$, $p = .04$) รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และผลการทดสอบทีของความรู้เกี่ยวกับการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบของพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา ระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง

การทดสอบ	n	M	SD	$\bar{D}$	SD_d	t	p
ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ	18	14.14	1.63	-0.89	2.02	-1.86*	.04
หลังการใช้แนวปฏิบัติ	18	15.83	1.82				

3. เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลาภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงกับเกณฑ์ร้อยละ 80 ผลการวิจัยพบว่า มีการปฏิบัติตามป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบเฉลี่ยร้อยละ 85.35 ($SD = 9.55$) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.06$, $p = .02$)

4. อุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบหลังการใช้แนวปฏิบัติการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ผลการวิจัยพบว่า มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ 2.88 ครั้ง/1,000 ให้ยา ซึ่งต่ำกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติฯ ซึ่งมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ 11.12 ครั้ง/1,000 ให้ยา

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการปฏิบัติการพยาบาลและอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลาผลการวิจัยสรุปได้ว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบเพิ่มสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการอบรมให้ความรู้ เป็นกระบวนการทำให้พยาบาลได้รับรู้ข้อเท็จจริง ที่กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ และสามารถตัดสินใจประเมินสิ่งที่ได้พบเห็นว่าถูกต้อง นำไปสู่การเรียนรู้ได้เร็วขึ้น และส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ (พนิดา กาวินา, ทองปาน เงือกงาม, และศรีสุดา อัครพลังกุล, 2560)

นอกจากนี้ พยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลา มีการปฏิบัติตามป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ เนื่องจากก่อนการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในหน่วยงาน ได้มีการเผยแพร่

แนวปฏิบัติฯ และเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพ โดยจัดบอร์ดเผยแพร่แนวปฏิบัติฯ การจัดการให้ความรู้ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาระสำคัญ การให้ข้อมูลย้อนกลับทั้งทางบวกและทางลบ ตลอดจนการเสริมแรงทางบวก เพื่อให้พยาบาลเกิดความตระหนักในตนเอง นำไปสู่การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของลดาวัลย์ ฤทธิกล้า และณรงค์กร ชัยโพธิ์กลาง (2558) พบว่า การส่งเสริมการ ให้ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติสูงกว่าก่อนการทดลอง

การศึกษาศักยภาพการเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง 3 เดือน พบว่า มีอุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบลดลงจาก 11.12 ครั้งต่อ 1,000 วันให้ยา เป็น 2.88 ครั้งต่อ 1,000 วันให้ยา แสดงให้เห็นว่า การมีความรู้และการปฏิบัติ ที่ถูกต้องของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีการให้ยาทางหลอดเลือดดำ ส่งผลให้อุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของปจรรย์ ศักดิ์วีลีสกุล และอุษณีย์ ศิริวงศ์พรหม (2562) ศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบจากการได้รับยานอร์อิพิเนพรีน พบว่า หลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น อุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 2.25 เท่า ($OR = 2.25, 95\%CI .51-9.99$) และการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการป้องกันการอักเสบของหลอดเลือดดำและการรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดดำจากการใช้ยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือดห่อผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ (กาญจนา อุดมอัษฎาพร และมยุรี พรหมรินทร์, 2561) รวมทั้ง การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดส่วนปลายอักเสบ ซึ่งพบว่าสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ปจรรย์ ศักดิ์วีลีสกุล, และอุษณีย์ ศิริวงศ์พรหม, 2562)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลควรปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดแนวทางมาตรฐานในการป้องกันการอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลาย โดยได้รับการฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากการอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลาย
2. ผู้บริหารควรส่งเสริมให้ทุกหน่วยงานที่มีการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ในโรงพยาบาลสงขลา นำแนวปฏิบัติการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงไปใช้ โดยการให้ความรู้และติดตามการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ตลอดจนการถ่ายทอดไปสู่ โรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายได้อย่างครอบคลุม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาวิจัยผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา อุดมอัษฎาพร, และมยุรี พรหมรินทร์. (2561). ประสิทธิภาพของการใช้แนวทางปฏิบัติการป้องกัน การ อักเสบของหลอดเลือดดำและการรั่วซึมออกนอกหลอดเลือดดำจากการใช้ยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือดของผู้ป่วยหนักโรคหัวใจโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 14(1), 35-45.
- จุฑารัตน์ ไกรศรีวรรณ. (2554). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย โรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 19(1), 145-156.
- ฐิติพร ปฐมจารุวัฒน์. (2559). ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและจัดการกับภาวะ extravasation. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(2), 81-95.
- ฐิติพร ปฐมจารุวัฒน์. (2560). การป้องกันและการจัดการกับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการรั่วของหรือ สารน้ำ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 37(2), 169-181.
- ปาจริย์ ศักดิ์วลีสกุล, และอุษณีย์ ศิริวงศ์พรหม. (2562). ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบจากการได้รับยานอร์อิพิเนฟรีน. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 25(2), 92-108.
- พนิดา กาวินา, ทองปาน เงือกงาม, และศรีสุตา อัสพลลังกุล. (2560). ผลการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการ ติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ. *วารสารกองการพยาบาล*, 44(3), 34-57.
- วิมลวัลย์ วโรฬาร. (2560). หลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยเด็ก: การป้องกันและการดูแล. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 28(1), 16-28
- ลดาวลัย ฤทธิกล้า, และ ณรงค์กร ซ้ายโพธิ์กลาง. (2558). ผลของการส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการปฏิบัติของพยาบาลและอุปกรณ์ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจใน หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. *พยาบาลสาร*, 42(พิเศษ), 95-104.
- สุภาณี เสนาดีสัย, และวรรณภา ประไพพาณิชย์. (2554). *การพยาบาลพื้นฐาน แนวคิดและการปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 13). กรุงเทพฯ: จุฑทอง.
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill.
- Corbett, M., Marshall, D., Harden, M., Oddie, S., Phillips, R., & McGuire, W. (2018). Treatment of extravasation injuries in infants and young children: A scoping review and survey. *Health Technology Assessment*, 22(46), 1-112. doi 10.3310/hta22460
- Corbett, M., Marshall, D., Harden, M., Oddie, S., Phillips, R., & McGuire, W. (2019). Treating extravasation injuries in infants and young children: A scoping review and survey of UK NHS practice. *BMC Pediatrics*, 19(1), 6. doi: 10.1186/s12887-018-1387-1.

- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 39(2), 175–191.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J. & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed.). New York: Pearson.
- Lee, J. M., Lee, J., Jang, Y. S., & Kim, Y. H. (2018). Factors related to extravasation of non-chemotherapy vesicant drugs in peripheral vein catheters. *Journal of Korean Critical Care Nursing*, 11(2), 11-20.
- Macklin, D. (2003). Phlebitis: A painful complication of peripheral IV catheterization that may be prevented. *The American Journal of Nursing*, 103(2), 55-60.
- Murphy, A. D., Gilmour, R. F., & Coombs, C. J. (2019). Extravasation injury in a paediatric population. *ANZ Journal of Surgery*, 89(4), 122-126. doi: 10.1111/ans.14104.

บทความวิจัย (Research article)

การรับรู้สภาพความเป็นจริงและความคาดหวังต่อการบริการการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี Perception of Real Condition and Expectation towards Health Care Services for the Older People in Tambon Don Tako, Ratchaburi Province

ดนุลดา จินขาวคำ^{1*}, นงนุช วงษ์สว่าง¹, กัญญา ศรีตะวัน¹

Danulada Chinkhaokham^{1*}, Nongnuch Wongsawang¹, Kanya Sritawan¹

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Danulada@bcnr.ac.th, โทรศัพท์ 0924659977)

(Received: September 18, 2020; Revised: April 21; Accepted: April 26, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้สภาพความเป็นจริงและความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อการบริการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี จำนวน 243 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามการรับรู้สภาพความเป็นจริงและความคาดหวังต่อการบริการทางสุขภาพที่จำแนกต่อผู้สูงอายุผู้สูงอายุ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้สภาพความเป็นจริงของการบริการการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($M = 3.51, SD = .66$) และมีความคาดหวังต่อการบริการการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($M = 3.92, SD = .65$) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดทั้งการรับรู้สภาพความเป็นจริงและความคาดหวังคือ การได้รับเครื่องมือ/อุปกรณ์ช่วย ($M = 3.62, 4.02; SD = .64, .66$) และต่ำสุดในด้านการตรวจรักษาเพิ่มเติมจากแพทย์/พยาบาล ($M = 3.34, 3.80; SD = .68, .62$) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 10.01, p = .04$)

ดังนั้น การจัดบริการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ควรสอดคล้องกับความคาดหวังของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะจัดหาเครื่องมือ/อุปกรณ์ช่วย เช่น เก้าอี้นั่งขับถ่าย เครื่องช่วยฟัง รถเข็น ให้มีเพียงพอต่อการความจำเป็นของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: การรับรู้สภาพความเป็นจริง, ความคาดหวัง, การบริการการดูแลสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Instructor, Boromrajonani College of Nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Abstract

The purpose of this survey research is to determine the perception of real condition and expectation towards the health care services among older people in Tambon Don Tako, Amphoe Mueang, Ratchaburi Province. The subjects were 243 older people selected by purposive sampling techniques. The research instrument for data collection was the use of questionnaire focusing on the perception of real condition and expectation towards the health care services among older people. The reliability approached by Cronbach's alpha coefficient was .88. The data were then analyzed by using descriptive statistics and dependent t-test.

The study reveals as follows; the overall perception of the real condition among the older people was at a high level ($M = 3.51$, $SD = .66$), as for considering in each aspect, the highest was at the aspect of the acquisition of tools/assistive devices ($M = 3.62$, $SD = .64$), while the aspect of additional medical/nurse treatment was the lowest. ($M = 3.34$, $SD = .68$). The expectation towards health care services was at a high level ($M = 3.92$, $SD = .65$), the highest was at the aspect of acquisition of tools/assistive devices ($M = 4.02$, $SD = .66$), while the aspect of additional medical/nurse treatment was the lowest. Moreover, perception of the real condition and expectation towards health care services among older people were statistically significantly different at a level of 0.05 ($t = 10.01$, $p = .04$).

Therefore, comprehensive and efficient health care services for older people should be accordingly provided with their expectation, particularly in supplying tools/ equipment such as commode chair, hearing aids, wheelchair to be sufficient to meet the needs of them.

Keywords: Perception of real condition, Expectation, Healthcare service, Older people

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการศึกษาขนาดประชากรผู้สูงอายุในปี 2562 มีมากถึง 11.60 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.50 ของประชากรทั้งหมด 69.30 ล้านคน จำแนกเป็นผู้สูงอายุวัยต้น อายุ 60-69 ปี จำนวน 7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 60.40 ผู้สูงอายุวัยกลาง อายุ 70-79 ปี มีจำนวน 3.30 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 28 และผู้สูงอายุวัยปลาย อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 1.30 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11.60 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และจากรายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ปี 2565 ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ หรือหมายถึงสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 20 และก่อนปี 2576 ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด หรือมีสัดส่วนประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงขึ้นถึงร้อยละ 28 (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2562) ผู้สูงอายุ ถือว่าเป็นทรัพยากรที่สำคัญยิ่งของสังคมและประเทศชาติ เป็นต้นทุนทางสังคมที่มีค่ามาก

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมไทยที่นับถือผู้สูงอายุในฐานะผู้มีประสบการณ์มาก่อน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังเปรียบเสมือนศูนย์รวมจิตใจในครอบครัว (กมลชนก ขำสุวรรณ, และมาตี ลิมสกุล, 2560)

ด้วยอายุที่มากขึ้น และสภาพร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัย ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ตลอดจนการพัฒนาทรัพยากรผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี รัฐบาลจึงให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และในภารกิจบริการด้านสุขภาพ ต้องดำเนินการเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์ตามสิทธิกฎหมาย โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องตระหนักและให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การตอบสนองกับความคาดหวังต่อการให้บริการทางสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชน ตามการจัดการบริการการดูแลทางสุขภาพที่จำเป็นต่อผู้สูงอายุโดยภาครัฐ และระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุใน 5 ด้าน คือ 1) ระบบบริการ 2) การตรวจรักษาเพิ่มเติมจากแพทย์/พยาบาล 3) การได้รับเครื่องมือ/อุปกรณ์ช่วย 4) จัดให้มีการให้ความรู้ คำแนะนำและให้คำปรึกษาสหวิชาชีพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และ 5) คุณภาพการให้บริการทางสุขภาพ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552)

จะเห็นได้ว่า แม้ว่าประเทศไทยมีมาตรฐานในการบริการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตาม ยังพบประเด็นปัญหาอุปสรรคในการบริการสุขภาพเกี่ยวกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุไม่ชัดเจนทั้งในชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพ การบริการยังอยู่ลักษณะแยกส่วน ขาดการบูรณาการระหว่างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ (วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, ขวัญใจ อำนางค์ชัยเชื้อ, ศิริพันธ์ สาสดี, พรทิพย์ มาลาธรรม, และจิณณสิธ วรรณศักดิ์, 2557; พรทิพย์ สาริโส, ปิยะภร ไพรสนธิ์, อุษาฯ โถหินัง, วรางคณา อ่ำศรีเวียง, และนาริลักษณ์ พองรัตน์, 2560) ระบบบริการสุขภาพที่ไม่สอดคล้อง/ ครอบคลุมตามปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน (พรทิพย์ สาริโส และคณะ, 2560; สุปราณี สิทธิกันต์ และดารุณี จงอุดมการณ์, 2563) รวมทั้งผู้ให้บริการไม่เพียงพอ ขาดหน่วยงานสนับสนุนอาสาสมัคร (เสมอ จัดพล, 2556)

ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี เป็นตำบลที่เป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท ในปี พ.ศ. 2558 มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 12.50 ซึ่งถือได้ว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาสุขภาพและสร้างความเข้มแข็งชุมชนเพื่อความยั่งยืน ร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และเครือข่ายชุมชน เพื่อสร้างระบบสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่เตรียมพร้อมสำหรับการรองรับสังคมผู้สูงอายุ การศึกษาการรับรู้สภาพความเป็นจริงและความคาดหวังต่อการบริการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลดอนตะโก จังหวัดราชบุรี จะนำไปสู่การได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการให้ข้อเสนอแนะแก่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการออกรูปแบบระบบการจัดบริการดูแลสำหรับผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้สูงอายุ อันจะนำไปสู่นโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่ชัดเจนทั้งในชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพ การบริการแบบบูรณาการระหว่างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

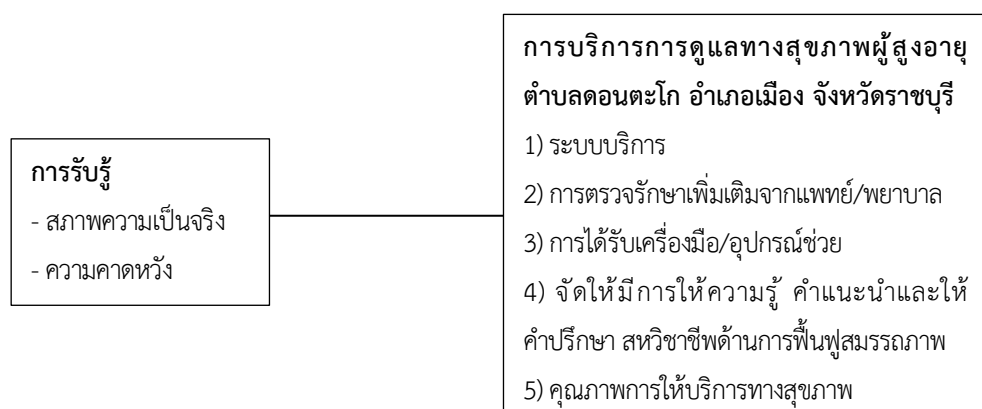
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้สภาพความเป็นจริงของการบริการการดูแลทางสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี
2. เพื่อศึกษาความคาดหวังของการบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี
3. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สภาพความเป็นจริงกับความคาดหวังต่อการบริการการดูแลทางสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ศึกษาตามแนวคิดการรับรู้ของ Schiffman and Kanuk (2000) ซึ่งการรับรู้สภาพความเป็นจริง เป็นกระบวนการที่บุคคลเลือกประมวลผล และตีความสิ่งเร้า ต่อระบบบริการการดูแลทางสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุโดยภาครัฐ และแนวคิดความคาดหวังของ Vroom (1984) ซึ่งเชื่อว่าบุคคลต้องการแสดงพฤติกรรมใดๆ ขึ้นอยู่กับความคาดหวังบุคคล ตลอดจนระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการบริการการดูแลทางสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุโดยภาครัฐ ดังนี้ 1) ระบบบริการ 2) การตรวจรักษาเพิ่มเติมจากแพทย์/พยาบาล 3) การได้รับเครื่องมือ/อุปกรณ์ช่วย 4) จัดให้มีการให้ความรู้ คำแนะนำและให้คำปรึกษา สหวิชาชีพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ 5) คุณภาพการให้บริการทางสุขภาพ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552)

โดยการรับรู้สภาพความเป็นจริง สิ่งที่ได้รับหรือเกิดขึ้นจริงจากการบริการที่ชุมชนจัดให้กับผู้สูงอายุทั้งที่เป็นบริการทางด้านสังคมและบริการทางด้านสุขภาพเพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุข ในขณะที่ความคาดหวังเป็นความเชื่อ เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่คาดการณ์ล่วงหน้า ต่อบางสิ่งบางอย่างว่าควรจะเป็น หรือควรเกิดขึ้นจากการบริการการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) มีวิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ประชากร ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ซึ่งมีทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ใน ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ในปี พ.ศ. 2559 (ข้อมูล ณ วันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559) จำนวน 666 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Yamane (1973 อ้างถึงใน สมชาย วรภิเษมสกุล, 2554) ที่ระดับความเชื่อมั่น .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 243 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้ 1) ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยิน การพูด และการมองเห็น 2) เข้าใจและสามารถ สื่อสารภาษาไทยได้ และ 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล และมีเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ มีความเจ็บป่วยจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามการวิจัยได้ เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และการมีผู้ดูแล ซึ่งเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list)
2. แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้สภาพความเป็นจริงและความคาดหวังต่อการบริการการดูแลทางสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งดัดแปลงจากแบบสอบถามผู้ดูแลผู้สูงอายุ เรื่อง ระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552) จำนวน 32 ข้อ จำแนกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านระบบบริการ จำนวน 5 ข้อ การตรวจรักษาเพิ่มเติมจากแพทย์/พยาบาล จำนวน 5 ข้อ การได้รับเครื่องมือ/อุปกรณ์ช่วย จำนวน 10 ข้อ การจัดให้มีการให้ความรู้ คำแนะนำและให้คำปรึกษา สหวิชาชีพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 7 ข้อ และด้านคุณภาพการให้บริการทางสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ซึ่งเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ระหว่าง เห็นที่เห็นด้วยมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน จนถึงน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน โดยมีเกณฑ์การจำแนกคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ (Best, 1977 อ้างถึงใน สมชาย วรภิเษมสกุล, 2554) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง ระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยนี้ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดย ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ด้านการพยาบาล อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาล และการวิจัย โดยมีค่าดัชนีของความสอดคล้อง (Index of Item – Objective Congruence: IOC) ระหว่าง .60-1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้ผ่านการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้กับ

ผู้สูงอายุในชุมชนใกล้เคียงที่มีความคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89, .86, .83, .78 และ .82 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยจัดประชุมชี้แจงกับพยาบาลวิชาชีพ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ปฏิบัติงานในงานตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี โดยกำหนดวัน เวลา และสถานที่สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2560
3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยและคณะแนะนำตนเองเพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย ตลอดจนการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ จากนั้นได้ขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง
4. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการวิจัยด้วยตนเองหรือในกรณีที่ไม่สะดวก ผู้ช่วยนักวิจัยได้อ่านรายการคำถามให้ฟังและให้เลือกตอบด้วยตนเอง โดยจัดสถานที่ในการตอบแบบสอบถามแยกจากผู้ป่วยที่มารับบริการทั่วไป โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของการตอบแบบสอบถาม เพื่อรวบรวมไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ วิเคราะห์คะแนนการรับรู้สภาพความเป็นจริงและความคาดหวังต่อการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งรายด้านและโดยรวมโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สภาพความเป็นจริง กับความคาดหวัง ของผู้สูงอายุ และในครอบครัวต่อการบริการผู้สูงอายุที่จัดโดยชุมชน โดยใช้สถิติการทดสอบค่าทีแบบกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี หมายเลข BCNR 005/2558 ลงวันที่ 22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 และได้รับการต่ออายุครั้งที่ 1 โดยการรับรองสิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2560

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 60-69 ปี จำนวน 183 คน (ร้อยละ 75.30) เพศหญิง จำนวน 146 คน (ร้อยละ 60.08) สถานภาพสมรส จำนวน 123 คน (ร้อยละ 50.62) ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือหรือต่ำกว่าประถมศึกษาตอนปลาย จำนวน 54 คน (ร้อยละ 22.22) ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 74 คน (ร้อยละ 30.45) และไม่มีผู้ดูแล จำนวน 141 คน (ร้อยละ 58.02) รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุ ในตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี (n = 243)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
60-69 ปี	183	75.30
70-79 ปี	34	14.00
80-89 ปี	26	10.70
เพศ		
ชาย	97	39.92
หญิง	146	60.08
สถานภาพสมรส		
โสด	94	38.68
สมรส	123	50.62
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	26	10.70
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือหรือต่ำกว่าประถมศึกษาตอนปลาย	54	22.22
ประถมศึกษาตอนปลาย	46	18.93
มัธยมศึกษาตอนต้น	42	17.28
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.	39	16.05
อนุปริญญา หรือ ปวส.	36	14.82
ปริญญาตรี	26	10.70
อาชีพ		
ข้าราชการบำนาญ	26	10.70
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	59	24.28
รับจ้างทั่วไป	74	30.45
เกษตรกร	52	21.40
ค้าขาย/งานบริการทำงานบริษัท	32	13.17
การมีผู้ดูแล		
มี	102	41.98
ไม่มี	141	58.02

2. การรับรู้สภาพความเป็นจริงของการบริการการดูแลทางสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลดอนตะโก จังหวัดราชบุรี ผลการวิจัย พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.51, SD = .66$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการได้รับเครื่องมือ/อุปกรณ์ช่วยสูงสุด ($M = 3.62, SD = .64$) รองลงมาคือ ด้านระบบบริการ ($M = 3.59, SD = .66$) และต่ำสุดในด้านการตรวจรักษาเพิ่มเติมจากแพทย์/พยาบาล ($M = 3.34, SD = .68$) ตามลำดับ รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของการรับรู้สภาพความเป็นจริงต่อการบริการการดูแลทางสุขภาพผู้สูงอายุในตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี โดยรวมและรายด้าน ($n = 243$)

ด้าน	M	SD	การแปลผล
ระบบบริการ	3.59	0.66	มาก
การตรวจรักษาเพิ่มเติมจากแพทย์/พยาบาล	3.34	0.68	ปานกลาง
การได้รับเครื่องมือ/อุปกรณ์ช่วย	3.62	0.64	มาก
จัดให้มีการให้ความรู้ คำแนะนำปรึกษาสหวิชาชีพ	3.41	0.62	มาก
คุณภาพการจัดบริการ	3.57	0.69	มาก
โดยรวม	3.51	0.66	มาก

3. ความคาดหวังต่อการบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลดอนตะโก จังหวัดราชบุรี พบว่าโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.92, SD = .66$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ระดับความคาดหวังด้านที่มากที่สุด คือ การได้รับเครื่องมือ/อุปกรณ์ช่วย ($M = 4.02, SD = .66$) รองลงมา คือ ด้านระบบบริการ ($M = 3.92, SD = .66$) และด้านที่ต่ำสุดคือ ด้านการตรวจรักษาเพิ่มเติมจากแพทย์/พยาบาล ($M = 3.80, SD = .62$) ตามลำดับ รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของความคาดหวังต่อการบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี โดยรวมและรายด้าน ($n = 243$)

ด้าน	M	SD	การแปลผล
ระบบบริการ	3.97	0.68	มาก
การตรวจรักษาเพิ่มเติมจากแพทย์/พยาบาล	3.80	0.62	มาก
การได้รับเครื่องมือ/อุปกรณ์ช่วย	4.02	0.66	มาก
จัดให้มีการให้ความรู้ คำแนะนำปรึกษาสหวิชาชีพ	3.85	0.6	มาก
คุณภาพการจัดบริการ	3.95	0.68	มาก
โดยรวม	3.92	0.65	มาก

4. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สภาพความเป็นจริงและความคาดหวังต่อการบริการการดูแลทางสุขภาพ ผู้สูงอายุในตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ในภาพรวมพบว่า ความคาดหวังต่อการบริการการดูแลทางสุขภาพผู้สูงอายุแตกต่างจากการรับรู้สภาพความเป็นจริงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 10.01, p = .04$) และในทุกด้าน รายละเอียด ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และผลการทดสอบทีระหว่างการรับรู้สภาพความเป็นจริงและความคาดหวังต่อการบริการการดูแลทางสุขภาพ ผู้สูงอายุในตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี โดยรวมและรายด้าน (n = 243)

ด้าน	ความเป็นจริง		ความคาดหวัง		$\bar{D}$	SD_d	t	p
	M	SD	M	SD				
ระบบบริการ	3.59	.66	3.97	.68	.38	.67	9.18*	.07
การตรวจรักษาเพิ่มเติมจากแพทย์/พยาบาล	3.34	.68	3.80	.62	.46	.65	11.78*	.03
การได้รับเครื่องมือ/อุปกรณ์ช่วย	3.62	.64	4.02	.66	.40	.65	9.82*	.02
จัดให้มีการให้ความรู้ คำแนะนำ	3.41	.62	3.85	.60	.44	.61	10.05*	.04
ปรึกษาสหวิชาชีพ								
คุณภาพการจัดบริการ	3.57	.69	3.95	.68	.38	.69	9.23*	.06
โดยรวม	3.51	.66	3.92	.65	.41	.66	10.01*	.04

* $p < .05$

อภิปรายผล

1. การรับรู้สภาพความเป็นจริงของการบริการการดูแลทางสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลดอนตะโก จังหวัดราชบุรี โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การได้รับเครื่องมือ/อุปกรณ์ช่วย ($M = 3.62, SD = .64$) ตามแนวคิดการรับรู้ของ Schiffman and Kanuk (2000) เป็นกระบวนการที่บุคคลเลือกประมวผล และตีความสิ่งเร้า ซึ่งการได้รับเครื่องมือ/อุปกรณ์ช่วย จากการบริการการดูแลทางสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาครัฐ ประกอบด้วยอุปกรณ์ช่วยการมองเห็น การได้ยิน แก้อัสน้ำขี้ถ่าย หม้อรองขี้ถ่าย รวากะยีน/เดิน ไม่เท้า เดินทางราบ เครื่องช่วยเดิน และรถเข็นด้วยมือ เป็นการได้รับการที่สามารถเป็นสิ่งของและเป็นรูปธรรมจับต้องได้ ส่งผลต่อการรับรู้สภาพความเป็นจริงของการบริการการดูแลทางสุขภาพผู้สูงอายุในด้านนี้สูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาของวรศรา เบ้าบุญ และพาณี สิตกะลิน (2562) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้คือ ประสบการณ์เดิม

ผู้สูงอายุตำบลดอนตะโก จังหวัดราชบุรี ที่เคยมีประสบการณ์ได้รับเครื่องมือ/อุปกรณ์ช่วยการบริการการดูแลทางสุขภาพผู้สูงอายุที่ดี ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจและบอกต่อผู้อื่นในการบริการที่ได้รับ สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งโรจน์ สงสระบุญ (2557) พบว่า การสื่อสารแบบปากต่อปาก ส่งผล

ต่อการรับรู้คุณภาพการให้บริการ ส่วนการรับรู้สภาพความเป็นจริงของการบริการการดูแลทางสุขภาพ ผู้สูงอายุ ลำดับสุดท้ายคือ ด้านการตรวจรักษาเพิ่มเติมจากแพทย์/พยาบาล ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านสุขภาพ เช่น ได้รับความรู้ คำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล และต้องการตรวจสุขภาพประจำปี มีหน่วยงานดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ซึ่งสภาพการปัจจุบัน แม้มีเยี่ยมบ้านโดย พยาบาลมีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ได้ จัดหาอุปกรณ์ในการดูแลให้ จัดอบรมผู้ดูแลของสำนักอนามัยปีละ 1 ครั้ง มีการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาเดือนละ 1 ครั้ง ในกรณีผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน แต่อย่างไรก็ตาม พบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรของศูนย์บริการสุขภาพ (วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ, 2557)

2. ความคาดหวังของการบริการการดูแลทางสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลดอนตะโก จังหวัดราชบุรี โดยรวมอยู่ในระดับมาก ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การได้รับเครื่องมือ/อุปกรณ์ช่วย อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษา ความคาดหวังของผู้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดตรัง (นิธิวัธ เหล็มปาน, 2554) และเช่นเดียวกับความคาดหวังของผู้ป่วยนอกที่เข้ามารับบริการกายภาพบำบัด ต่อมาตรฐานการบริการด้านกายภาพบำบัด โรงพยาบาลหัวหิน (วันเพ็ญ เหลืองนฤทัย, 2561) ซึ่งเห็นว่า ผู้สูงอายุคาดหวังจะได้รับบริการการดูแลทางสุขภาพจากหน่วยงาน หรือองค์การที่ทำหน้าที่ในการให้บริการ ซึ่งความคาดหวังของบุคคลขึ้นอยู่กับความต้องการและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล โดยมีข้อสังเกตคือ ผู้สูงอายุมีประสบการณ์เกี่ยวกับการได้รับเครื่องมือ/อุปกรณ์ช่วยจากการบริการการดูแลทางสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาครัฐทั้งโดยตรงหรือผ่านผู้สูงอายุรายอื่นๆ ในชุมชน ส่งผลให้เกิดจากความรู้สึกนึกคิดในการคาดคะเนเหตุการณ์ล่วงหน้าว่า ตนเองอาจได้รับการได้รับเครื่องมือ/อุปกรณ์ช่วยจากการบริการการดูแลทางสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาครัฐเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของวิโรจน์ เจษฎาลักษณ์ และมลินดา เอี่ยมวัฒน์ (2561) ผู้สูงอายุต้องการผลิตภัณฑ์และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ใช้ภายในบ้าน เพื่อความสะดวกสบายในการใช้ชีวิตประจำวัน ความปลอดภัย และลดการเป็นภาระของผู้ดูแล ดังนั้น ควรเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุปรึกษาโดยตรงกับนักสังคมสงเคราะห์ ให้การช่วยและจัดหาอุปกรณ์ในการดูแล และนักกายภาพบำบัด ฟันฟูสมรรถภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการความคาดหวังของผู้สูงอายุต่อไป

3. การเปรียบเทียบการรับรู้สภาพความเป็นจริงกับความคาดหวังต่อการบริการการดูแลทางสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ในทุกรายด้านและโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุมีความคาดหวังต่อการจัดบริการการดูแลทางสุขภาพสูงกว่าสภาพความเป็นจริงของการจัดบริการการดูแลทางสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน สอดคล้องกับการศึกษาในการบริการสาธารณสุขอื่นๆ (วรัญญา เขยตุ้ย, ชัญญานุช ทิวะสิงห์, และวลัยพร ราชคมน์, 2561; วริศรา บ้านู และพาณี สิตกะสิน, 2562) แสดงให้เห็นว่าการบริการการดูแลทางสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ยังไม่สามารถให้บริการที่มีคุณภาพตรงตามความคาดหวัง ยังมีช่องว่างในทุกด้าน โดยเฉพาะในด้านการตรวจรักษาเพิ่มเติมจากแพทย์/พยาบาล เช่น การจัดบริการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ หรือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาการจัดรูปแบบบริการผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของเทศบาลเมืองปากช่อง พบว่า แพทย์/ พยาบาล ไม่สามารถให้การรักษายาบาลผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว มีปัญหาการให้ข้อมูล/การสื่อสารกับผู้รับบริการ และปัญหา

พฤติกรรมบริการของแพทย์/ พยาบาล (สุมาลัย วรรณกิจไพศาล, 2559) ซึ่งปัญหาเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณภาพบริการ สอดคล้องกับการศึกษาในการบริการสุขภาพอื่นๆ ที่พบว่า เหตุผลที่ผู้มาใช้บริการไม่พึงพอใจในการให้บริการมากที่สุด คือ ระยะเวลาในการรอตรวจนาน ไม่มีเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำเรื่องปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ รวมทั้งเจ้าหน้าที่แสดงกิริยาไม่เต็มใจในการให้บริการ พุดจาไม่สุภาพ (วรัญญา เขยตุ้ย และคณะ, 2561) ซึ่งถ้ามีการพัฒนาการบริการการดูแลผู้สูงอายุในด้านการตรวจรักษาเพิ่มเติมจากแพทย์/พยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการ เน้นความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ มีบุคลากรผู้ให้บริการที่เอื้ออาทร เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ มีทั้งความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการ การยอมรับและการแสดงออกถึงความมีคุณค่าของผู้สูงอายุ ชี้ให้เห็นว่า การบริการผู้สูงอายุเป็นเรื่องซับซ้อนและมีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง การเปรียบเทียบช่องว่างระหว่างบริการที่คาดหวัง (expectation service) กับการบริการที่รับรู้จริง (perception service) จากมุมมองของผู้สูงอายุ สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาระบบการให้บริการที่สอดคล้องตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุหรือสร้างการบริการที่มีมาตรฐานในระดับสูงกว่าที่ผู้รับบริการคาดหวัง จะส่งผลให้การบริการการดูแลทางสุขภาพผู้สูงอายุที่มีคุณภาพและเกิดความพึงพอใจ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ควรนำข้อมูลใช้ในการจัดการบริการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการประสานงานกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดหาเครื่องมือ/ อุปกรณ์ช่วยเหลือที่จำเป็น ให้เพียงพอต่อต้องการและความคาดหวังของผู้สูงอายุ.

2. ประสานทีมสหวิชาชีพ เพื่อส่งต่อข้อมูลสำหรับการส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ การเพิ่มช่องทางการให้ความรู้และคำแนะนำในเชิงรุก ครอบคลุมปัญหาทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ทำการวิจัยและพัฒนารูปแบบระบบการจัดบริการดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทของตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี เพื่อคุณภาพการบริการดูแลและคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- กมลชนก ขำสุวรรณ, และมาตี ลิมสกุล. (2560). คุณค่าของผู้สูงอายุในระบอบของความเป็นจริง: ความท้าทายของนักวิจัยด้านสังคมศาสตร์ในปัจจุบัน. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์*, 25(1), 133-156.
- นิริวัช เหลี่ยมปาน. (2554). *ความคาดหวังของผู้รับบริการ ต่อคุณภาพบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตรัง* (วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). สงขลา: มหาวิทยาลัยทักษิณ.

- ปราโมทย์ ประสาทกุล (บ.ก.). (2562). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2561. นครปฐม: พรินเตอร์. พรทิพย์ สาริโส, ปิยะกร ไพรสนธิ์, อุษาห์ โกหิณัง, วรางคณา อ่ำศรีเวียง, และนารีลักษณ์ ฟองรัตน์. (2560). สถานการณ์ ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง: เขตเทศบาลเมือง เชียงราย. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 40(2), 85-95.
- รุ่งโรจน์ สงสระบุญ. (2557). การรับรู้คุณภาพการให้บริการและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสื่อสารแบบปาก ต่อปากของโรงพยาบาลเอกชน. *วารสารปัญญาวิวัฒน์*, 5(2), 16-19.
- วนาพรรณ ชื่นอิม, และพาณี สิตกะลิน. (2560). ความคาดหวังและการรับรู้ของบุคลากรต่อคุณภาพ การบริการของหน่วยบริการสุขภาพบุคลากร. *วารสารรามายิตยพยาบาลสาร*, 21(1), 122-137.
- วิศรา บ้าน, และพาณี สิตกะลิน. (2562). คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการต่อ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย. *วารสารสุขศึกษา*, 42(1), 157-172.
- วรัญญา เขยตุ้ย, ชัญญานุช ทิวะสิงห์, และวลัยพร ราชคมน์. (2561). ความคาดหวังและความพึงพอใจใน คุณภาพการให้บริการของผู้มารับบริการ โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสาร Mahidol R2R e-Journal*, 5(1), 101-119.
- วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ, ศิริพันธ์ สาสัตย์, พรทิพย์ มาลาธรรม, และจิณณสิธา ณรงค์ศักดิ์. (2557). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น. *วารสารสภา การพยาบาล*, 29(3), 104-115.
- วิโรจน์ เจริญลักษณ์, และมินณา เอี่ยมวัฒนะ. (2561). ความต้องการและแนวทางการพัฒนาผลิตภัณฑ์และ สิ่งอำนวยความสะดวกในบ้านสำหรับผู้สูงอายุในอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. *วารสารวิชาการ Veridian E-Journal สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ*, 11(1), 3130-3143.
- วันเพ็ญ เหลืองนฤทัย. (2561). ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อมาตรฐานการบริการของหน่วยงาน กายภาพบำบัด โรงพยาบาลหัวหิน. *วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล*, 3(1), 72-48.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2552). *บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย* (รายงานฉบับสมบูรณ์). นนทบุรี: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา ผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).
- สมชาย วรภิเษมสกุล. (2554). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ และสังคมศาสตร์*. อุตรธานี: อักษรศิลป์การพิมพ์.
- สุปราณี สิทธิกันต์, และดารุณี จงอุดมการณ์. (2563). อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ของผู้มีรายได้น้อยในชุมชนเมือง: การศึกษาเชิงคุณภาพ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 43(1), 19-29.
- สุมาลัย วรรณกิจไพศาล(2559) การพัฒนาการจัดรูปแบบบริการผู้สูงอายุมีส่วนร่วม เทศบาลเมืองปากช่อง. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ*, 3(2), 90-104.

เสมอ จัดพล. (2556). การจัดสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในองค์การบริหารส่วนตำบล
อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิชาการ Veridian E-Journal สาขามนุษยศาสตร์
สังคมศาสตร์ และศิลปะ*, 6(3), 510-519.

Schiffman, L. G., & Kanuk, L. L. (2000). *Consumer behavior* (7th ed.). New York: Prentice-Hall.

Vroom, V.H. (1984). *Work and motivation*. New York: Wiley.

คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับ

กองบรรณาธิการ วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ขอเรียนเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านส่งบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือรายงานกรณีศึกษา เพื่อพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ทั้งนี้บทความวิจัย บทความวิชาการ หรือรายงานกรณีศึกษาต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น ข้อความและข้อคิดเห็นต่างๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้นๆ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ หรือของวารสารฯ และกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทาน และแก้ไขต้นฉบับให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กองบรรณาธิการกำหนด

อนึ่ง ผู้ที่มีความประสงค์จะตีพิมพ์บทความหรืองานวิจัย ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีนี้ ต้องเป็นสมาชิกของวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จึงจะได้รับการตีพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

1. พิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป MS Word 97-2003 Document ขนาด 16 ใช้แบบอักษร TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) (หัวข้อใหญ่ขนาด 18) (สถานที่ทำงานขนาด 12) (ผู้ให้การติดต่อขนาด 12) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน – ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 8-15 หน้า (รวมรายการอ้างอิง) และรายการอ้างอิงไม่เกิน 10 ปี ยกเว้น Original paper จำนวนไม่เกิน 20 รายการ การใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ
2. ชื่อเรื่องเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาขนาด 18 ไว้หน้าแรกตรงกลาง
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดอักษร 14 หนา กึ่งกลางกระดาษอยู่ถัดจากชื่อเรื่อง 1 บรรทัด และให้ระบุเป็นตัวเลขยกท้าย
4. สถานที่ทำงาน อยู่ถัดจากชื่อผู้เขียน ขนาด 12 หนา กึ่งกลางกระดาษ
5. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำตอบบทคัดย่อ
6. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ
7. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดพิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดตัวอักษร 18 หนา หัวข้อย่อยเว้นห่างจากหัวข้อใหญ่ 3 – 5 ตัวอักษร ขนาดตัวอักษรปกติ (ตามข้อ 1)
8. การใช้ตัวเลขทั้งในเนื้อหาและในวงเล็บใช้เลขอารบิกทั้งหมด กรณีใช้คำย่อต้องเป็นคำที่ใช้อย่างแพร่หลายและ/หรือตามสากลเท่านั้น (โดยระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก)
9. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้
 - 9.1 บทคัดย่อภาษาไทย
 - 9.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
 - 9.3 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
 - 9.4 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 9.5 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
- 9.6 กรอบแนวคิดการวิจัย
- 9.7 วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล
- 9.8 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
- 9.9 ผลการวิจัย
- 9.10 การอภิปรายผล
- 9.11 ข้อเสนอแนะ ประกอบไปด้วย ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะ
ในการวิจัยครั้งต่อไป
- 9.12 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)
- 9.13 เอกสารอ้างอิง
10. บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้
 - 10.1 บทคัดย่อภาษาไทย
 - 10.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
 - 10.3 เนื้อหา
 - บทนำ
 - เนื้อเรื่อง
 - บทสรุป
 - 10.4 เอกสารอ้างอิง
11. รายงานกรณีศึกษา ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้
 - 11.1 บทคัดย่อภาษาไทย
 - 11.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
 - 11.3 เนื้อหา
 - ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
 - วัตถุประสงค์
 - วิธีดำเนินการศึกษา
 - ผลการศึกษา
 - สรุปกรณีศึกษา
 - ข้อเสนอแนะ
 - 11.4 เอกสารอ้างอิง
12. ถ้ามีตารางหรือแผนภูมิ ควรพิมพ์แยกตารางละ 1 แผ่น และให้ระบุในเนื้อเรื่องด้วยว่าใส่
ตารางหรือแผนภูมิไว้ที่ใด

13. ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพลายเส้นให้เขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษอาร์ตเส้นขนาดพองาม ถ้าเป็นภาพถ่ายให้ใช้ขนาดโปสการ์ด เขียนหมายเลขลำดับภาพ และลูกศรแสดงด้านบนและด้านล่างของภาพด้วยดินสอที่หลังภาพเบาๆ ทั้งภาพประกอบเรื่องและตารางต้องแยกไว้ต่างหาก แต่ในเรื่องต้องระบุว่าใส่รูปไว้ที่ใด

**** หมายเหตุ:** งานของนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอกที่ส่งมาตีพิมพ์จะต้องมีลายเซ็นอาจารย์ที่ปรึกษา ให้การรับรองว่าได้ตรวจผลงานของนักศึกษาแล้ว ตามแบบฟอร์มแนบท้ายวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

การเขียนเอกสารอ้างอิง

แนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตามเอพีเอ (APA-American Psychological Association 6th edition) โดยศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <http://www.apastyle.org/manual/>

การอ้างอิงในเนื้อหา (ใช้ระบบนามปี)

รูปแบบ	หน้าข้อความ		ท้ายข้อความ	
	ครั้งแรก	ครั้งต่อมา	ครั้งแรก	ครั้งต่อมา
ผู้แต่ง 1 คน	ชื่อ สกุล (ปี) Surname (Year)		(ชื่อ สกุล, ปี) (Surname, Year)	
	จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ (2558) Sriyasak (2015)		(จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, 2558) (Sriyasak, 2015)	
ผู้แต่ง 2 คน	ชื่อ สกุล 1 และชื่อ สกุล 2 (ปี) Surname 1 and Surname 2 (Year)		(ชื่อ สกุล 1 และชื่อ สกุล 2, ปี) (Surname 1 & Surname 2, Year)	
	จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ และอัจฉราวดี ศรียศศักดิ์ (2558) Duangchan and Sriyasak (2015)		(จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ และอัจฉราวดี ศรียศศักดิ์, 2558) (Duangchan & Sriyasak, 2015)	
ผู้แต่ง 3-5 คน	ชื่อ สกุล 1, ชื่อ สกุล 2, ชื่อ สกุล 3, ชื่อ สกุล 4, และชื่อ สกุล 5 (ปี) Surname 1, Surname 2, Surname 3, Surname 4, and Surname 5 (Year)	ชื่อ สกุล 1 และคณะ (ปี) Surname 1 et al. (Year)	(ชื่อ สกุล 1, ชื่อ สกุล 2, ชื่อ สกุล 3, ชื่อ สกุล 4, และชื่อ สกุล 5, ปี) (Surname 1, Surname 2, Surname 3, Surname 4, & Surname 5, Year)	(ชื่อ สกุล 1 และคณะ, ปี) (Surname 1 et al., Year)
	จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, กมล พรรณ วัฒนากร, ชุตินา เทียน ชัยทัศน์, อัจฉราวดี ศรียะ ศักดิ์, และกนกภรณ์ อ่วม พราหมณ์ (2558) Duangchan, Wattanakorn, Teanchaithut, Sriyasak, and Oumpram (2015)	จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ และ คณะ (2558) Duangchan et al. (2015)	(จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, กมล พรรณ วัฒนากร, ชุตินา เทียน ชัยทัศน์, อัจฉราวดี ศรียะ ศักดิ์, และกนกภรณ์ อ่วม พราหมณ์, 2558) (Duangchan, Wattanakorn, Teanchaithut, Sriyasak, & Oumpram, 2015)	จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ และ คณะ (2558) Duangchan et al. (2015)

รูปแบบ	หน้าข้อความ		ท้ายข้อความ	
	ครั้งแรก	ครั้งต่อมา	ครั้งแรก	ครั้งต่อมา
ผู้แต่ง 6 คนขึ้นไป	ชื่อ สกุล 1 และคณะ (ปี) Surname 1 et al. (Year)		(ชื่อ สกุล 1 และคณะ, ปี) (Surname 1 et al., Year)	
	จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ และคณะ (2558) Duangchan et al. (2015)		(จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ และคณะ, 2558) (Duangchan et al., 2015)	

การอ้างอิงท้ายบทความ

แหล่งอ้างอิง	รูปแบบ
หนังสือ	ผู้แต่ง 1 คน ชื่อ สกุล. (ปี). ชื่อเรื่อง (พิมพ์ครั้งที่). สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์. Author, A. A. (Year). <i>Title of work</i> . Location: Publisher. เบญจพร ปัญญา. (2553). การทบทวนองค์ความรู้: การตั้งครมในวัยรุ่น (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. Patton, M. Q. (2015). <i>Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice</i> (4 th ed.). California: SAGE.
	ผู้แต่ง 2 คน ชื่อ สกุล 1, & ชื่อ สกุล 2. (ปี). ชื่อเรื่อง (พิมพ์ครั้งที่). สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์. Author, A. A., & Author, B. B. (Year). <i>Title of work</i> . Location: Publisher. เจื้อยจันทร์ จงสถิตอยู่, และอรุณศรี จิตต์แจ้ง. (2556). พลังเครือข่ายในพื้นที่. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย. Bellanca, J., & Brendt, R. (2010). <i>21st century skills: Rethinking how students learn</i> . Bloomington: Solution Tree Press.
	ผู้แต่ง 3-7 คน (ใส่ชื่อ สกุลทุกคน) พชร สันทิต, สุรชาติ ฅ หนองคาย, สมาน งามสนิท, ฐานันดรศักดิ์ บวรนนท์กุล, เชษฐรัชดา พรธนาธิกุล, และประยงค์ เต็มขวลา. (2557). ศาสตร์และศิลป์การบริหารการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์. กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมคุณธรรม. Cates, A. R., Harris, D. L., Boswell, W., James, W. L., Yee, C., & Peters, A. V. (1991). <i>Trance and clay therapy</i> . Chicago, IL: Chicago University Press.
	ผู้แต่ง 8 คน หรือมากกว่า (ใส่ชื่อทุกชื่อแรก ใส่เครื่องหมายจุลภาค “,” ตามด้วย “...” ชื่อ สกุลคนสุดท้าย) จิราภา เต็งไธรัตน์, นพมาศ อึ้งพระ (ธีระเวคิน), รัชนี นพเกตุ, รัตนา ศิริพานิช, วารุณี ภูวสรกุล, ศรีเรือน แก้วกังวาล, ... อุบลวรรณ ภวานันท์. (2555). จิตวิทยาทั่วไป (พิมพ์ครั้งที่ 7 แก้ไขเพิ่มเติม). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
	บรรณาธิการ ผู้เรียบเรียงหรือผู้รวบรวม ชื่อ สกุล บรรณาธิการ (บ.ก.). (ปี). ชื่อเรื่อง (พิมพ์ครั้งที่). สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์. Editor, A. A. (Ed.). (Year). <i>Title of work</i> . Location: Publisher.

แหล่งอ้างอิง	รูปแบบ
	สมจิต หนูเจริญกุล, และอรสา พันธักดี (บ.ก.). (2555). <i>การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: บูรณาการสู่การปฏิบัติ</i> (พิมพ์ครั้งที่ 2 ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: สภาการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. Smith, A. D. (Ed.). (1986). <i>Endourology principle and practice</i>. New York, NY: Thieme.
	บทความในหนังสือ หรือบทในหนังสือ ณัฐพล ปัญญาโสภณ. (2554). มุมมองของนักศึกษานิเทศศาสตร์ต่อกระบวนการผลิตละครเพื่อการสื่อสาร. ใน ชนัญชี กังคานนท์ (บ.ก.), <i>กระบวนการทัศน์มหาวิทยาลัยไทยบนความท้าทายของเอเชียแปซิฟิก</i> (น. 23-24). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ. Sinnaeve, G. (2010). Use of near infrared spectroscopy for the determination of internal quality of entire apples. In S. Saranwong, & P. Williams (Eds.), <i>Near infrared spectroscopy: Proceedings of the 14th International Conference</i> (pp. 255- 259). West Sussex, UK: IMP.
บทความ จากวารสาร	ชื่อ สกุลผู้แต่ง. (ปี). ชื่อบทความ. <i>ชื่อวารสาร</i>, ปีที่(ฉบับที่), เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. วิโรจน์ ฉิ่งเล็ก, วารุณี เกตุอินทร์, และอัจฉราวดี ศรียะศักดิ์. (2561). ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นครั้งแรก. <i>วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์</i>, 10(1), 122-132. Sriyasak, A., Almqvist, A-L., Sridawruang, C., & Häggström-Nordin, E. (2015). Father role: A comparison between teenage and adult first-time fathers in Thailand. <i>Nursing & Health Science</i>, 17(3), 377–386. doi: 10.1111/nhs.12200.
รายงานการประชุม ทางวิชาการ	ชื่อ สกุลผู้แต่ง. (ปี). ชื่อบทความหรือชื่อเรื่องของบท. ใน หรือ In ชื่อ สกุลบรรณาธิการ (บ.ก. หรือ Ed. หรือ Eds.), <i>ชื่อการประชุม</i> (น. หรือ p. หรือ pp. เลขหน้า). สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์. สมประวิณ มั่นประเสริฐ. (2550). การศึกษาผลกระทบจากข้อตกลงเขตการค้าเสรีต่อกิจกรรมทางเศรษฐกิจรายพื้นที่ของประเทศไทย. ใน มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, <i>ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน: การประชุมวิชาการระดับชาติของนักเศรษฐศาสตร์ ครั้งที่ 3</i> (น. 207-239). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. Katz, I., Gabayan, K., & Aghajan, H. (2007). A multi-touch surface using multiple cameras. In J. Blanc-Talon, W. Philips, D. Popescu, & P. Scheunders (Eds.), <i>Lecture Notes in Computer Science: Advanced Concepts for Intelligent Vision Systems</i> (pp. 97-108). Berlin, Germany: Springer-Verlag.
วิทยานิพนธ์และ ดุษฎีนิพนธ์	ชื่อ สกุลผู้แต่ง. (ปี). ชื่อเรื่อง (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต หรือ Doctoral dissertation หรือ วิทยานิพนธ์ปริญญาโทหรือปริญญาเอก หรือ master's thesis สาขา). ชื่อสถาบัน, สถานที่พิมพ์. ก้องเกียรติ บุณศรี. (2553). <i>ความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นผู้ประกอบการขององค์กร สภาพแวดล้อมทางธุรกิจและผลการดำเนินงานในพื้นที่การนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย</i> (ปริญญาานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, กรุงเทพฯ. Nickels, D. W. (2005). <i>The relationship between IT-business alignment and organizational culture: An exploratory study</i> (Doctoral dissertation). University of Memphis, USA.

แหล่งอ้างอิง	รูปแบบ
รายงานการวิจัย	ชื่อ สกุลผู้แต่ง. (ปี). ชื่อเรื่อง (รายงานผลการวิจัย). สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์. พินิจ ทิพย์มณี. (2553). การวิเคราะห์ปัญหาทางกฎหมายที่เกี่ยวกับการตายของประเทศไทย (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต. Chitnomrath, T. (2011). <i>A study of factors regarding firm characteristics that affect financing decisions of public companies listed on the stock exchange of Thailand</i> (Research report). Bangkok: Dhurakij Pundit University.
สื่ออิเล็กทรอนิกส์	วรลักษณ์ ทองใบ. (2552). การใช้สารสนเทศการท่องเที่ยวของภาคใต้ของภาคใต้ในจังหวัดที่ประสบภัยพิบัติ สินามิ. สืบค้นจาก http://thesis.swu.ac.th/swuthesis/_Inf_Sci/Vorraluk_T.pdf นันทา เลาวัญศิริ. (2553). ธาตุอาหารหลักของน้ำสกัดชีวภาพแบบเข้มข้นจากขยะครัวเรือน. วารสาร ออนไลน์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 29(2). สืบค้นจาก http://www.journal.msu.ac.th/index.php?option=com_content&task= Buckingham, J. T., LeBeau, L. S., & Klein, W. M. P. (2011). The performance versus ability distinction following social comparison feedback. <i>Current Research in Social Psychology: An electronic journal</i> . 63(4). Retrieved from http://www.uiowa.edu/grpproc/crisp/crisp.html World Health Organization. (2016). <i>Fact sheet on adolescent pregnancy</i> . Retrieved from http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/ Bruckman, A. (1973). <i>MOOSE Crossing: Construction, community, and learning in a networked virtual world for kids</i> . (Doctoral dissertation). Massachusetts Institute of Technology. USA. Retrieved from http://www-static.cc.gatech.edu/-asb/thesis/

หมายเหตุ: การระบุชื่อ สกุลผู้แต่ง ตามจำนวนผู้แต่งในกรณีต่างๆ จากแหล่งอ้างอิงอื่นๆ ให้ใช้หลักเกณฑ์
เช่นเดียวกับการอ้างอิงจากหนังสือ

การส่งบทความ

ส่งบทความต้นฉบับ พร้อมที่อยู่ที่สามารถติดต่อสะดวก มาที่

ดร.อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ (บรรณาธิการวารสาร)

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

203 หมู่ 2 ถนนศิริรัฐยา ตำบลธงชัย

อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000

หรือส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์มาที่ journal@pckpb.ac.th

หรือ atcharawadee@pckpb.ac.th โทรศัพท์ 0-32427049 – 50 ต่อ 115 มือถือ 081-7088928



ใบสมัครสมาชิกและชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ประเภท ☐ บุคคล ชื่อ – นามสกุล (ตัวบรรจง).....

☐ หน่วยงาน ชื่อหน่วยงาน.....

เบอร์โทรศัพท์ อีเมล

มีความประสงค์ชำระ

☐ ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ เป็นเงิน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)

ชื่อบทความ.....

วารสารฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินทุกกรณี

☐ ค่าสมาชิก (กรณีส่งบทความตีพิมพ์ไม่ต้องชำระส่วนนี้)

☐ 1 ปี (3 เล่ม) เป็นเงิน 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

☐ 2 ปี (6 เล่ม) เป็นเงิน 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน)

โดยได้ชำระเป็น

☐ เงินสด

☐ ธนาณัติ/ เช็ค/ ตัวแลกเงิน/ ดราฟต์ ส่งจ่ายในนาม “วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี”

ที่อยู่ (ที่ต้องการจัดส่งวารสาร/ ใบเสร็จ)

.....
.....

ลงนามผู้สมัคร

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

หมายเหตุ

กรุณาส่งใบสมัครสมาชิกและชำระค่าธรรมเนียมตีพิมพ์วารสาร ไปนําส่งบทความ และหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์มายัง

ดร.อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ (บรรณาธิการวารสาร)

ที่อยู่ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ 203 หมู่ 2 ถนนศิริรัฐยา ตำบลธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000 หรือส่งทางอีเมล journal@pckpb.ac.th

ติดต่อสอบถาม โทร 081-7088928 หรืออีเมล journal@pckpb.ac.th

“วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี” <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/>



แบบฟอร์มนำเสนอบทความเพื่อลงตีพิมพ์
วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

1. ชื่อเรื่องภาษาไทย.....

 ภาษาอังกฤษ.....

 ประเภทบทความ ☐ บทความวิจัย ☐ บทความวิชาการ ☐ กรณีศึกษา
2. เป็นบทความจากวิทยานิพนธ์/ ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
3. ข้อมูลผู้นิพนธ์หลัก
 ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....
 หน่วยงาน.....ที่อยู่ติดต่อได้.....

 โทรศัพท์..... อีเมล:
 (ในกรณีที่เป็นวิทยานิพนธ์) รหัสนิสิต.....สาขาวิชา.....
 คณะ.....มหาวิทยาลัย.....
4. ตรวจสอบตามรายการต่อไปนี้
☐ ส่งบทความผ่านระบบ ThaiJo ทาง <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/>
☐ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (กรณีบทความวิจัย+แนบใบรับรองจริยธรรมฯ)
☐ รายการเอกสารอ้างอิงครบถ้วนตามที่อ้างอิงในเนื้อหาและถูกต้องตามรูปแบบที่วารสารกำหนด
☐ บทความย่อภาษาอังกฤษ ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา
5. ชื่อผู้นิพนธ์ร่วม
 1. ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....
 หน่วยงาน.....อีเมล:
 2. ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....
 หน่วยงาน.....อีเมล:
 3. ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....
 หน่วยงาน.....อีเมล:
 4. ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....
 หน่วยงาน.....อีเมล:

ขอรับรองว่าบทความนี้ ไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสาร หรืออยู่ในระหว่างกระบวนการของวารสารใดมาก่อน

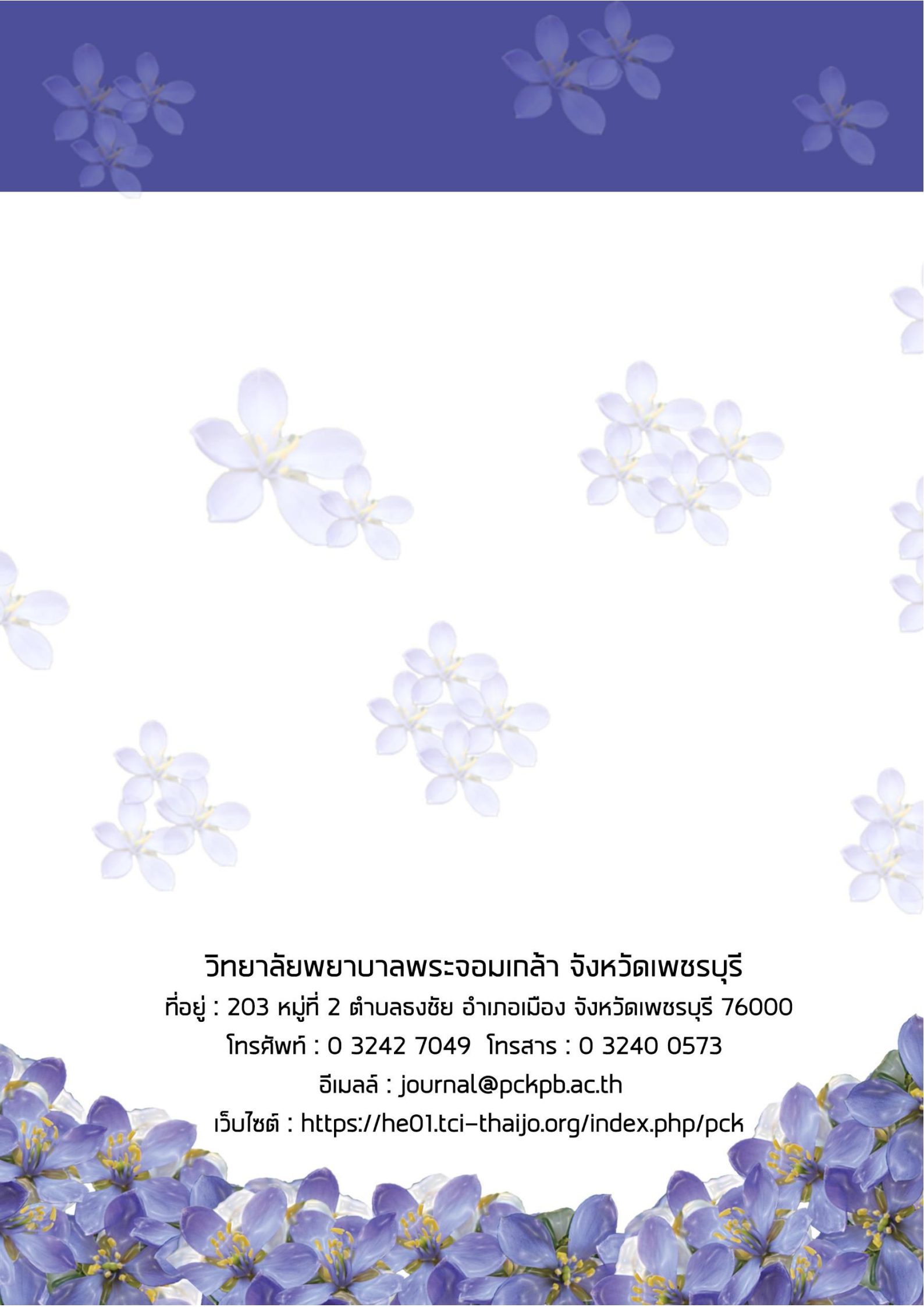
ลงชื่อ.....
 (.....)
 ผู้นิพนธ์หลัก/ ผู้นำส่ง

ขอรับรองว่าได้ทำการตรวจสอบเนื้อหา และรูปแบบการอ้างอิงที่ถูกต้องของบทความฉบับนี้ ก่อนที่จะส่งมาตีพิมพ์ในวารสารฯ (ในกรณีที่เป็นวิทยานิพนธ์)

ลงชื่อ.....

(.....)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ที่อยู่ : 203 หมู่ที่ 2 ตำบลธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000

โทรศัพท์ : 0 3242 7049 โทรสาร : 0 3240 0573

อีเมลล์ : journal@pckpb.ac.th

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