



วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province

วารสารกลุ่ม 2 ได้รับการรับรองคุณภาพจาก TCI สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ISSN 2630-046X (Print) ISSN 2697-5297 (Online)

บทความวิชาการ

- บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความรู้สุขภาพทางเพศ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น
- การจัดการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยเสมือนในสถานการณ์จำลอง: การสอนทักษะการประเมินสุขภาพ

ปาริฉัตร อารยะจารุ

และคณะ

จุไรรัตน์ ดวงจันทร์

และคณะ

บทความวิจัย

- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในโรงพยาบาลหัวหิน
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลแก่กระจาน
- ประสิทธิภาพชีวิตของผู้ดูแลหลักในการดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
- ผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมงของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครพนมราชธานี
- ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม
- ประสิทธิภาพความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
- ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กรและความสุขของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบุรี
- รูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาลไทย: การทบทวนขอบเขต
- ผลของการสอนโดยใช้นวัตกรรมสื่อการสอนทางอินเทอร์เน็ต เรื่อง การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ต่อผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้และความพึงพอใจของนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรธรรมบุรี
- ผลการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรในโครงการหมอในบ้านพยาบาลในใจ ต่อสมรรถนะสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาแพทย์
- แนวทางการพัฒนาคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี: การวิจัยแบบผสมผสาน
- ประสิทธิภาพโครงการรณรงค์อย่างปลอดภัย เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและตั้งครรภ์ไม่พร้อมในนักศึกษาพยาบาล
- ผลของการใช้หุ่นจำลองเสมือนจริงในการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กต่อความสามารถ และความมั่นใจในการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กของนักศึกษาพยาบาล
- สภาพปัญหาการดำเนินการของระบบสัญญาณเตือน เพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงของผู้ป่วยผู้ใหญ่ขณะเข้าพักรักษาตัว ภายในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

สุปรียา สอนธิ

และคณะ

มุกดา สนจีน

อังสนิ ก้นสุขเจริญ

วิลาวัลย์ กล้าแรง

และคณะ

พิชญพันธ์ จันทระ

และคณะ

สุปรียา สัมฤทธิ์วงศ์

และคณะ

ลักขณา ศิริถิรกุล

จารุวรรณ สอนงญาติ

เอกรินทร์ อ่วมอุ่ม

และคณะ

รพีพรรณ นาคบุผา

และคณะ

จิตติมา ดวงแก้ว

และคณะ

เพ็ญจมาศ คำธนะ

และคณะ

ปานิสา สว่างนันท

และคณะ

พัชณียา เชียงดา

และคณะ

จารุวรรณ สอนงญาติ

และคณะ

โสภา หนูศิริ

และคณะ

คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี รับผิดชอบตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการ ประเภทบทความวิชาการ (Academic articles) บทความวิจัย (Research articles) ทั้งนี้ บทความวิจัยหรือ บทความวิชาการ ต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างที่ส่งตีพิมพ์ในวารสารอื่น ยกเว้นเป็น ผลงานวิชาการที่ได้นำเสนอในการประชุมทางวิชาการ ที่ไม่มีรายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการ (Proceedings) วารสารนี้ มีคณะกรรมการพิจารณาพิชญ์ ที่มีผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆ พิจารณาคุณภาพของ บทความทุกเรื่องก่อนการตีพิมพ์ บทความละ 3 ท่าน ข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ตีพิมพ์ในวารสารเป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่ของกองบรรณาธิการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย และผลงานวิชาการด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และ การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการในการแลกเปลี่ยนความรู้ทางด้านการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และในการศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง

สำนักงานวารสาร

กองบรรณาธิการ วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

เลขที่ 203 หมู่ 2 ถนนคีรีรัฐยา ตำบลธงชัย

อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000

โทรศัพท์ 0-32427049 – 50 ต่อ 115

จดหมายอิเล็กทรอนิกส์มาที่ journal@pckpb.ac.th

พิมพ์ที่

มุมหนึ่งปิ่นตั้ง

เลขที่ 23 หมู่ 1 ตำบลหนองพลับ

อำเภอเมืองเพชรบุรี

จังหวัดเพชรบุรี 76000

หมายเหตุ: บทความในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน

มิใช่ของกองบรรณาธิการ และมิใช่ความรับผิดชอบของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ที่ปรึกษา ศ.เกียรติคุณ นพ.กำแหง จาตุรจินดา ศ.พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร ศ.พญ.วณิดา ชื่นกองแก้ว บรรณาธิการ ดร.อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ ผู้ช่วยบรรณาธิการ ดร.จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ ดร.รพีพรรณ นาคบุบผา กองจัดการ อาจารย์วราณี เกตุอินทร์ อาจารย์ทิพย์วัลย์ มีทรัพย์ นางโสภณัฐ มิตรดี เจ้าของ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	กองบรรณาธิการ ศ.เกียรติคุณ ดร.วิภาดา คุณาวิกติกุล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ศ.เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ศ.เกียรติคุณ ดร.บุญทิพย์ สิริธรงค์ สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช รศ.ดร.ยาใจ สิทธิมงคล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รศ.ดร.สุดาภรณ์ พยัคฆะเรือง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รศ.ดร.ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช รศ.ดร.วัลย์พร นันทศุภวัฒน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต รศ.ดร.วันดี สุทธิรังษี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รศ.ดร.ศิริพันธุ์ ศรีพันธุ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์ รศ.ดร.วิลาวัลย์ ขมนิรัตน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รศ.ดร.อรัญญา เขาวลิต คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ผศ.ดร.มนพร ชาติขำนิ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ดร.ศุภกิจ เจริญสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี Dr.Paul Alexander Turner โรงเรียนเซนต์ฟรังซิสเซเวียร์ ผศ.ดร.อดิยาณ์ ศรีเกษตริณ 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 ได้รับการรับรองคุณภาพวารสาร จากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thailand Citation Index: TCI) ในกลุ่ม 2 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2567 บทความที่ลงตีพิมพ์ในวารสาร ได้รับการพิจารณาขึ้นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านต่อบทความ แบบ Double blinded โดยจัดทำเป็นวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (online journal) ISSN 2697-5279X (Online) ควบคู่กับฉบับที่ตีพิมพ์เป็นรูปเล่ม ISSN 2630-046X (Print) เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการที่หลากหลาย สำหรับปีที่ 5 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2565 นี้ มีบทความที่ลงตีพิมพ์เผยแพร่ จำนวน 16 เรื่อง ดังนี้

บทความวิชาการ จำนวน 2 เรื่อง คือ 1) บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความรู้สุขภาพทางเพศ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น และ 2) การจัดการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยเสมือนในสถานการณ์จำลอง: การสอนทักษะการประเมินสุขภาพ บทความวิจัย จำนวน 14 เรื่อง คือ 1) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลหัวหิน 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลแก่งกระจาน 3) ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักในการดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท 4) ผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมงของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี 5) ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครปฐม 6) ประสบการณ์ความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 7) ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กรและความสุขของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบุรี 8) รูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาลไทย: การทบทวนขอบเขต 9) ผลของการสอนโดยใช้นวัตกรรมสื่อการสอนทางอินเทอร์เน็ต เรื่อง การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ต่อผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้และความพึงพอใจของนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี 10) ผลการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรในโครงการหมอในบ้านพยาบาลในใจ ต่อสมรรถนะสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาแพทย์ 11) แนวทางการพัฒนาคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี: การวิจัยแบบผสมผสาน 12) ประสิทธิภาพโครงการรณรงค์อย่างปลอดภัย เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและตั้งครรภ์ไม่พร้อมในนักศึกษาพยาบาล 13) ผลของการใช้หุ่นจำลองเสมือนจริงในการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กต่อความสามารถ และความมั่นใจในการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กของนักศึกษาพยาบาล และ 14) สภาพปัญหาการดำเนินการของระบบสัญญาณเตือนเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงของผู้ป่วยผู้ใหญ่ขณะเข้าพักรักษาตัว ภายในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

กองบรรณาธิการ วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ขอขอบคุณผู้เขียนที่ร่วมเสนอบทความที่เป็นประโยชน์ และคณะกรรมการกลั่นกรองทุกท่านที่ช่วยให้ข้อเสนอแนะ ทำให้บทความมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณกองจัดการวารสารฯ ทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี หากผู้เขียนท่านใดมีความประสงค์จะส่งบทความตีพิมพ์ในฉบับถัดไป คือ ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2566 และฉบับถัดไป สามารถติดต่อกับกองจัดการวารสารตามช่องทางที่กำหนด ทั้งนี้ วารสารกำหนดจำนวนเรื่องในการตีพิมพ์เผยแพร่ ฉบับละประมาณ 15 เรื่อง ประกอบด้วยบทความวิชาการ 2-3 เรื่อง และบทความวิจัยประมาณ 12-13 เรื่อง

ดร.อัจฉรวาทิ ศรียะศักดิ์

บรรณาธิการ

สารบัญ

□ บทความวิชาการ

- บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพทางเพศ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ
ในมารดาวัยรุ่น 1

Nurses' Roles in Promoting Sexual Health Literacy

for Preventing Repeat Pregnancy among Adolescent Mothers

ปาริฉัตร อารยะจารุ, รพีพรรณ นาคบุบผา, กันตภณ เชื้อฮ้อ

Parichat Arayajaru, Rapeepan Narkbubpha, Kantaphon Chueahor

- การจัดการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยเสมือนในสถานการณ์จำลอง: การสอนทักษะการประเมินสุขภาพ 11

Standardized Patients Using in Simulation-Based Learning:

Teaching Health Assessment

จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, รวีวรรณ แก้วอยู่, พงษ์ศักดิ์ ปานดี

Churairat Duangchan, Raveewan Keawyo, Pongsak Pandee

□ บทความวิจัย

- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน
ในโรงพยาบาลหัวหิน 24

Factors Influencing Early Hospital Arrival among Acute Ischemic Stroke

Patients in Hua Hin Hospital

สุปรียา สอนิ, ฐิณัฐญา นพคุณ, จุไรรัตน์ ดวงจันทร์

Supreeya Sonti, Thichattaya Noppakhun, Churairat duangchan

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอด
บุตรที่โรงพยาบาลแก่งกระจาน 39

Factors Associated with First Inadequate Antenatal Care of Pregnant Women

Experiencing Delivery in Kaeng Krachan Hospital

มุกดา สอนจีน, อังสินี กันสุขเจริญ

Mukda Sonjean, Angsinee Kansukcharearn

- ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักในการดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท 53

Lived Experiences of Primary Caregivers in Preventing Relapse

of the Disease in Schizophrenia Patients

วิลาวัลย์ กล้าแรง, อารยา จิรมนัสวงศ์, พยอมน ตันทจรรยา, ธัญดา อินเงิน,

ณัฏชา พลวงงาม, รุจิสรร สุระถาวร

Wilawan Klaraeng, Araya Jiramanasawong, Payom Tantajanya, Tanyada Inngern, Natcha

Pluangngam, Rujisan Surataworn

สารบัญ (ต่อ)

□ บทความวิจัย (ต่อ)

ผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมงของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี	68
The 1-hour Sepsis Bundle Practical Outcomes of Registered Nurses in Caring for Severe Sepsis Patients at the Emergency Department, Nopparat Rajathanee Hospital	
พิชญพันธุ์ จันทระ, สมพร ศรีทันตร, ฐิตินันท์ วัฒนะชัย, ณัฐพล ยูวนิช, กิตติศักดิ์ หมั่นเขตรกิจ, วรวรรณ สัมฤทธิ์มโนพร, นุชนารถ เขียนนุกูล	
Pitchayapan Chantara, Somporn Sritundorn, Thitinun Watthanachai, Nuttapol Yuwanich, Kittisak Munketkit, Worawan Samritmanoporn, Nuchanard Kiennukul	
ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม	83
Factors Affecting Burnout Syndrome among Registered Nurses in Nakhon Pathom Hospital	
สุปรียา สัมฤทธิ์วงศ์, นิตยา เพ็ญศิริณา, พรทิพย์ กิระพงษ์	
Supreya Somritvong, Nittaya Pensirinapa, Porntip Geerapong	
ประสบการณ์ความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ	98
Work-life Balance Experience of Professional Nurses at the Tertiary Care Hospital	
ลักขณา ศิริกรกุล, จารุวรรณ สอนงญาติ	
Lakana Siratirakul, Jarawan Sanongyard	
ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กรและความสุขของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบุรี	114
Effects of the Application of the Program to Enhance Organizational Commitment and Happiness among Registered Nurses in Community Hospitals, Phetchaburi Province	
เอกรินทร์ อ่วมอ่อม, ธีระวุธ ธรรมกุล, วรางคณา จันทรงค์	
Ekarin Aoumuom, Theerawut Thammakun, Warangkana Chankong	
รูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารก และผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาลไทย: การทบทวนขอบเขต	128
Thai Nursing Students' Knowledge of Simulation-Based Learning in Maternal and Newborn Nursing and Midwifery Practicum: A Scoping Review	
รพีพรรณ นาคบุบผา, ยุคลธร แจ่มฤทธิ์, ชนุตพร สมใจ, ปาริฉัตร อารยะจารุ	
Rapeepan Narkbubpha, Yukonton Jamrit, Chanuttaporn Somjai, Parichat Arayajaru	

สารบัญ (ต่อ)

□ บทความวิจัย (ต่อ)

ผลของการสอนโดยใช้นวัตกรรมสื่อการสอนทางอินเทอร์เน็ต เรื่อง การคัดกรองและประเมิน
สุขภาพผู้สูงอายุ ต่อผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้และความพึงพอใจของนักศึกษา หลักสูตรพยาบาล
ศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี 147

The Effect of Geriatric Assessment Instructional Media Innovation on Learning
Achievement and Satisfaction of Nursing Students, Boromarajonani College of
Nursing, Suphanburi

จิตติมา ดวงแก้ว, สุพรรณิ เปี้ยวนาลาว, สุภาวดี นพจรจินดา

Jittima Duangkaew, Supanee Peawnalaw, Supawadee Noparoojjinda

ผลการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรในโครงการหมอบ้านพยาบาลในใจ ต่อสมรรถนะสหสาขาวิชาชีพ
ของนักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาแพทย์ 160

The Effect of Co-Curricular Activities in Mor Nai Ban Payaban Ani Jai (Medical
in Your Home, Nurse in Your Heart) Project Towards Inter-Professional
Competency among Nursing, and Medical Students

เพ็ญจมาศ คำธนะ, จิราภรณ์ อนุชา, นงนุช วงศ์สว่าง, สมบัติ หัชลีฬา

Phenchamat Khamthana, Chiraporn Anucha, Nongnuch Wongsawang,

Sombat Hatchaleelaha

แนวทางการพัฒนาคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี: การวิจัยแบบผสมผสาน 173

Quality Development Guideline of Graduates According to Thai Qualifications
Framework for Higher Education according to Prachomklao College of Nursing,
Phetchaburi Province: Mixed Methods Research

ปานิสรา ส่งวัฒนายุทธ, สรลรัตน์ พลอินทร์, ชนาภา สมใจ

Panisara Songwatthanayuth, Sarunrattana Polin, Chanapa Somjai

ประสิทธิผลโครงการร็อกอย่างปลอดภัย เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและตั้งครรภ์ไม่พร้อม
ในนักศึกษาพยาบาล 191

Effectiveness of Safe Love Project for Preventing the Sex Risk Behaviours and
Unwanted Pregnancy in Nursing Students

พัชนียา เชียงตา, ณัฏฐ์นรี คำอุไร, พรนิภา วงษ์มาก, ชิดชนก พันธุ์ป้อม, สุภัตสร เลาะหะนะ

Patchaneeya Chiengta, Natnari Khamaurai, Pornnipa Wongmak, Chidchanok Phanpom,

Supassorn Lorhhana

สารบัญ (ต่อ)

☐ บทความวิจัย (ต่อ)

ผลของการใช้หุ่นจำลองเสมือนจริงในการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กต่อความสามารถ และความมั่นใจในการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กของนักศึกษาพยาบาล 205

Effects of Using Simulation-Based Learning of Respiratory System Examination Model on the Ability and Confidence to Perform Children's Respiratory System Examination of Nursing Students

จารุวรรณ สอนงญาติ, ยุคนธ์ เมืองช้าง, ลักขณา ศิริธิรกุล

Jaruwan Sanongyard, Yukon Muangchang, Lakana Siratirakul

สภาพปัญหาการดำเนินการของระบบสัญญาณเตือน เพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงของผู้ป่วยผู้ใหญ่ ขณะเข้าพักรักษาตัว ภายในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 218

The Problems of Prachomklao Modified Early Warning System (PCK MEWS) Implementation in Adult Patient Admitted at Prachomklao Hospital

โสภา หมูศิริ, กมลพรรณ วัฒนากร, ถวิล ชำคัง, ปันตดา มณีทิพย์,

พนมกร หิรัญญัตติ, ธัญพร ชื่นกลิ่น, จินตนา ทองเพชร

Sopa Moosiri, Kamonpun Wattanakorn, Tawin Sumkong, Panadda Maneethip,

Panomkorn Hiranyattiti, Thunyaporn Chuenklin, Jintana Tongpeth

☐ คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับ

235

บทความวิชาการ (Academic article)

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความรู้สุขภาพทางเพศ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น Nurses' Roles in Promoting Sexual Health Literacy for Preventing Repeat Pregnancy among Adolescent Mothers

ปาริฉัตร อารยะจารุ^{1*}, รพีพรรณ นาคบุบผา², กันตภณ เชื้อฮ้อ¹

Parichat Arayajaru^{1*}, Rapeepan Narkbubpha², Kantaphon Chueahor¹

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: parichat@bcnr.ac.th; โทรศัพท์ 095-2391954)

(Received: December 1, 2022; Revised: December 18, 2022; Accepted: December 26, 2022)

บทคัดย่อ

ปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นยังคงเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขทั่วโลก ยิ่งไปกว่านั้นการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นยังเป็นข้อกังวลหนึ่งที่สาธารณสุขจำเป็นต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากการตั้งครรภ์ซ้ำในช่วงวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อร่างกายและเพิ่มภาระทางเศรษฐกิจสังคมที่ซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งความรู้สุขภาพทางเพศ เป็นปัจจัยหลักที่สามารถสะท้อนได้ว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศจะสามารถใช้ทักษะที่จำเป็นในการแสวงหาความรู้ การเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อ การประเมินตนเองและการจัดการตนเอง การมีทักษะการตัดสินใจทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีได้

แม้ว่ามารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นผู้ผ่านการมีประสบการณ์ตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนมาแล้ว แต่ยังมีหลายคนมีการตั้งครรภ์ซ้ำและเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย จิตและสังคม ซึ่งมีปัจจัยสำคัญคือ การขาดความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ พยาบาลจึงเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทางเพศแก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอด บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทพยาบาลและความสำคัญในการส่งเสริมความรู้สุขภาพทางเพศ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น และการเว้นระยะการมีบุตรเพื่อให้เหมาะสมกับวัย

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล, ความรอบรู้สุขภาพทางเพศ, การตั้งครรภ์ซ้ำ, มารดาวัยรุ่น

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Instructor, Boromrajonani College of Nursing Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute,
Ministry of Public Health

² อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Instructor, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok
Institute, Ministry of Public Health

Abstract

Adolescent pregnancy remains a major public health problem worldwide. Moreover, repeat pregnancy among adolescent mothers is also a concern that public health needs to concentrate on because repeat pregnancy has an impact on the physical and increases a redundancy of socio-economic burden. Sexual health literacy is the main factor that can reflect those who are well-versed in sexual health literacy will be able to apply the necessary skills to gain sexual health knowledge including cognitive skills, access skills, communication skills, media literacy skills, self-management skills, and decision skills to achieve a good health outcome.

Although adolescent mothers have experienced early pregnancy, many of them re-experienced unplanned pregnancies that influenced on whether physical and psychosocial conditions. Moreover, the lack of sexual health literacy is an essential factor. Thus, nurses play an important role in promoting sexual health knowledge to postpartum adolescent mothers. This academic article aims to present the nurses' roles and the necessity of promoting sexual health literacy to prevent adolescent repeat pregnancy which can support adolescent mothers to prevent unplanned pregnancies and avoid an unmet need for family planning.

Keywords: Nurses' roles, Sexual health literacy, Repeat pregnancy, Adolescent mothers

บทนำ

สถานการณ์การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นเป็นเรื่องที่ทั่วโลกให้ความสำคัญและต้นตวี่ที่จะหามาตรการป้องกันและแก้ไข ทั้งนี้การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น (repeat pregnancy: RP) หมายถึง หญิงวัยรุ่นที่มีการตั้งครรภ์ครั้งที่สองขึ้นไป ขณะอายุไม่เกิน 20 ปี แม้การตั้งครรภ์ครั้งแรกจะเป็นการแท้ง การคลอดก่อนกำหนด หรือทารกเสียชีวิตก็ตาม (Reddy et al., 2017) จากรายงานของกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ พบอัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นทั่วโลกอยู่ที่ประมาณ 46 ต่อ วัยรุ่นหญิง 1,000 คน ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตรา 33 ต่อวัยรุ่นหญิงอายุเดียวกัน 1,000 คน (World Health Organization, 2018) ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งพบว่าสถิติการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี พ.ศ. 2564 มีอัตราการคลอดถึงร้อยละ 14.45 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ให้ ไม่เกินร้อยละ 13.5 (สำนักงานอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่ต้องเร่งรัดการดำเนินงานเพื่อลดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

ผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ส่งผลทั้งด้านมารดาและทารก ซึ่งด้านมารดาพบว่าเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 18.8 ด้านทารกพบว่าน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ร้อยละ 18.7 ภาวะความดันโลหิตสูง

ในระยะตั้งครรภ์ร้อยละ 6 มีคะแนนประเมินสภาวะทารกแรกเกิดน้อยกว่า 7 คะแนน ใน 5 นาทีแรก ร้อยละ 2 และตายปริกำเนิดร้อยละ 3 ที่น่าสนใจ คือภาวะตกเลือดหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำ ร้อยละ 2.5 ซึ่งมากกว่าการตกเลือดหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นที่คลอดครั้งแรก (Talungchit et al., 2017) รวมทั้ง ยังพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นที่พบว่า หญิงวัยรุ่นที่ตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำ มีเจตคติทางบวกต่อการตั้งครรภ์ซ้ำ มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง หรือเชื่อว่าบุคคลใกล้ชิด คัดหวังให้ตนเองตั้งครรภ์ซ้ำ (สุกัญญา ปานเจริญ และคณะ, 2563) จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำวัยรุ่นมีสาเหตุจากพหุปัจจัยทั้งด้านครอบครัว สิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม ส่วนบุคคล และยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างมากของประเทศไทย ที่ควรได้รับการแก้ไขปัญหาย่างเร่งด่วน และต่อเนื่อง โดยควรมุ่งเน้นด้านปัจจัยส่วนบุคคล ให้วัยรุ่นมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอที่จะ ป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้

ปัจจุบันความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ถูกหยิบยกขึ้นมาเป็นเรื่องสำคัญ ทั้งในวงการ การศึกษา และสาธารณสุข เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี สามารถดูแล ตนเองและป้องกันความเจ็บปวดหรือภาวะสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ได้ (วรรณศิริ นิลเนตร และ วาสนา เรืองจุติโพธิ์พาน, 2562) แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2008) มีการนำมาใช้เป็น แนวทางและหลักการศึกษาด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างแพร่หลาย ซึ่งจำแนกไว้ 6 องค์ประกอบคือ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access skill) 2) ทักษะความรู้ความเข้าใจ (cognitive skill) 3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) 4) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) 5) ทักษะการจัดการตนเอง (self-management skill) และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy)

แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพดังกล่าวได้ถูกนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพหลายมิติอย่างแพร่หลาย รวมถึงด้านการดูแลสุขภาพทางเพศ (Vamos et al., 2020) ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ (sexual health literacy) หมายถึง ความสามารถ พฤติกรรม และทักษะการดูแลตนเองในด้านสุขภาพทางเพศ รวมถึงการเข้าถึงความรู้การมีความเข้าใจการตั้งครรภ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ และพฤติกรรมไม่พึง ประสงค์ในการป้องกันการตั้งครรภ์และป้องกันโรคติดต่อทางเพศ เป็นต้น (Vamos et al., 2020) แนวคิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่ 3.7 และ 5.6 กำหนดให้ ภายในปี ค.ศ. 2030 ในเป้าหมายที่ 3.7 สาธารณสุขทั่วโลกจะต้องสร้างหลักประกันว่ามีการเข้าถึงบริการ ข้อมูลการให้การศึกษาเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์โดยถ้วนหน้า รวมถึงการวางแผนครอบครัวและการผสม อนามัยเจริญพันธุ์ในยุทธศาสตร์และแผนงานระดับชาติ ภายในปี 2573 การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทางเพศ ได้อย่างครอบคลุม ประกอบด้วย บริการวางแผนครอบครัว การจัดให้ข้อมูลความรู้และการศึกษาด้าน สุขภาพทางเพศ ตลอดจนการบูรณาการด้านการบริการด้านสุขภาพทางเพศเข้าสู่แผนงานโครงการและ นโยบายระดับชาติ และเป้าหมายที่ 5.6 คือ สาธารณสุขทั่วโลกจะต้องสร้างหลักประกันว่า จะมีการเข้าถึง สุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์และสิทธิการเจริญพันธุ์โดยถ้วนหน้า ตามที่ตกลงในแผนปฏิบัติการของการประชุมนานาชาติว่าด้วยประชากรและการพัฒนาและแผนปฏิบัติการปักกิ่งและเอกสาร ผลลัพธ์ของการประชุมทบทวนเหล่านั้น อย่างเป็นทางการ (World Health Organization, 2017) ซึ่ง

การดูแลสุขภาพทางเพศและนับว่าสำคัญกับประชากรหญิงในทุกช่วงวัยโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มประชากรวัยรุ่นหญิง

พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลมารดาวัยรุ่นหลังคลอดตั้งแต่ที่มารดาวัยรุ่นเหล่านี้ เข้ามารับบริการในโรงพยาบาล ซึ่งพยาบาลสามารถประเมิน หรือคัดกรอง และส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ ได้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ไปจนถึงระยะหลังคลอดและรวมถึงการดูแลในชุมชน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทพยาบาลและความสำคัญในการส่งเสริมความรู้สุขภาพทางเพศ (sexual and reproductive health literacy) เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น และการเว้นระยะการมีบุตรที่เหมาะสมกับวัย เพื่อให้เกิดการตั้งครรภ์ที่พร้อมในทุก ๆ ด้านเหมาะสมกับบริบทของมารดาแต่ละรายต่อไป

บทบาทพยาบาลเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น นับเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยและเป็นปัญหาที่ทั่วโลกกำลังเผชิญอยู่ตลอดหลายทศวรรษที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ต้องเผชิญความยากลำบากในชีวิต ที่มักได้รับความกดดันจากครอบครัวและสังคม ยิ่งไปกว่านั้นบางรายมีโอกาสทำแท้งซึ่งจะเป็นอันตรายต่อร่างกายอย่างมากหากมีการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ส่วนรายที่มีการตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อไปก็จะมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่อตัวหญิงตั้งครรภ์เองและบุตรได้ทั้งด้านร่างกายและจิตใจตามมา (World Health Organization, 2018) มารดาวัยรุ่นที่มีประสบการณ์การตั้งครรภ์ ยังมีความเสี่ยงด้านเพศสัมพันธ์ (sexually active) ที่อาจนำไปสู่การตั้งครรภ์ซ้ำในช่วงวัยรุ่นได้และส่งผลกระทบต่อมารดาวัยรุ่น ทารก และครอบครัวเป็นอย่างมาก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ช่วงหลังคลอด 6 สัปดาห์แรก (puerperium) เป็นช่วงที่สำคัญที่สุดในการดูแลมารดาวัยรุ่น เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลวิชาชีพนับเป็นบุคลากรที่ให้การดูแลแก่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดอย่างใกล้ชิดจึงนับเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่มีหน้าที่และบทบาทที่สำคัญต่อมารดาวัยรุ่นดังกล่าว

ตามประกาศของกองการพยาบาล กล่าวว่า บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ เป็นการปฏิบัติงานตามขอบเขตหน้าที่และสอดคล้องกับบทบาทของพยาบาล ทั้งนี้พยาบาลไม่ได้มีหน้าที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างเดียว พยาบาลยังต้องรับผิดชอบการดูแลบริการพยาบาลให้มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพที่สุด หน้าที่ให้การบริการแก่ผู้ป่วยโดยการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือปัญหาการพยาบาลที่ซับซ้อน รวมถึงให้ความรู้แก่ผู้ใช้บริการ โดยมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติการ ด้านการวางแผน ด้านการประสานงาน และด้านการบริการ (กองการพยาบาล, 2561) จากบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบทั้ง 4 ด้าน ผู้เขียนได้ทบทวนวรรณกรรมและเรียบเรียงแนวทาง บทบาทการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ ในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นมารดาวัยรุ่น ในประเด็นบทบาทด้านการสร้างความเข้าใจและประเมินความเสี่ยงของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด บทบาทด้านการวางแผนเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ บทบาทด้านการประสานงานเพื่อส่งเสริมการดูแลอย่างเป็นองค์รวม และบทบาทพยาบาลด้านการบริการที่ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. บทบาทด้านการสร้างความเข้าใจและประเมินความเสี่ยงของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด

การสร้างความเข้าใจและประเมินความเสี่ยงของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด เป็นบทบาทด้านการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องตัดสินใจตามมาตรฐาน ตามแนวทาง สิทธิผู้ป่วย จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ และคัดกรอง ประเมิน วิเคราะห์ วินิจฉัยปัญหาตามความต้องการของมารดาวัยรุ่น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการดูแลมารดาตั้งครรภ์วัยรุ่น ควรคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยที่ควรได้รับเพื่อให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลได้ตระหนัก เห็นความสำคัญของปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีความซับซ้อน (กองการพยาบาล, 2561) โดยแบ่งเป็น ความเข้าใจบริบทของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดและปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำและความเข้าใจแนวทางการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ ดังนี้

1.1 ความเข้าใจบริบทของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดและปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำ การทำความเข้าใจถึงบริบทของมารดาวัยรุ่น ทั้งในด้านความสัมพันธ์ของมารดาวัยรุ่นกับสามีและครอบครัว สังคม เป็นสิ่งแรกที่พยาบาลควรคำนึงถึง จากทฤษฎีทางสังคมที่ใช้กันอย่างแพร่หลายทั้งในด้านมานุษยวิทยา จิตวิทยา และสาธารณสุขของ Bronfenbrenner (1986) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ว่าด้วยเรื่องพัฒนาการของมนุษย์ ที่มีความสัมพันธ์กับบริบทที่แวดล้อมของแต่ละคนแตกต่างกันไป ประกอบด้วย ปัจจัยระดับบุคคล (individual level) หมายถึง ความคิดความรู้ ทศนคติของมารดาวัยรุ่น อีกปัจจัยหนึ่งคือ ปัจจัยระหว่างบุคคล (interpersonal level) ซึ่งหมายรวมถึงสามีและครอบครัวและบริบทชุมชนสังคม

1.1.1 การทำความเข้าใจปัจจัยระดับบุคคล (Individual level) ปัจจัยระดับบุคคล ตามทฤษฎีหมายถึง ปัจจัยด้าน เพศ อายุ ความรู้ ทศนคติ ความตระหนักส่วนบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากการเลี้ยงดู การเจริญเติบโตที่ผ่านระยะเวลาจนพัฒนาเป็น ความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพที่แสดงออกมาทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง ในบทความนี้หมายถึง ความรู้ ความเชื่อ ทศนคติด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ ด้านความตระหนักถึงผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำ ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในการตั้งครรภ์ซ้ำ และความรู้ด้านการคุมกำเนิด จากการศึกษาของกุลธิดา ทรัพย์สมบูรณ์ และคณะ (2564) พบว่าปัจจัยด้าน อายุ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ และความตั้งใจควบคุมปัจจัยเสี่ยงในการตั้งครรภ์ซ้ำได้ดีกว่ามารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อยและมีความรู้ด้านสุขภาพทางเพศไม่เพียงพอต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้

1.1.2 การทำความเข้าใจปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal level) ปัจจัยระหว่างบุคคลตามแนวคิดของ Bronfenbrenner (1986) หมายถึง ความสัมพันธ์ของบุคคลกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ที่มีผลต่อความเชื่อ ทศนคติ รวมไปถึงการปฏิบัติ สำหรับมารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ คลอดบุตร และมีการสร้างครอบครัวของตนเอง ผู้ที่มีส่วนสำคัญในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน คือ สามี (ปาริฉัตร อารยะจารุ และคณะ, 2562) การสื่อสารด้านเพศของคนในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งหมายถึงหากมารดาวัยรุ่นสามารถพูดคุยเรื่องเพศ การวางแผนการมีบุตรที่พึงประสงค์กับครอบครัวจะสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้ (กุลธิดา ทรัพย์สมบูรณ์ และคณะ, 2564) ดังนั้นพยาบาลควรตระหนักถึงการทำความเข้าใจในปัจจัย

ระดับบุคคล และปัจจัยระหว่างบุคคล เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินคัดกรองความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศได้ ตามแนวทางการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ

1.2 ความเข้าใจแนวทางการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ บทบาทหนึ่งในการปฏิบัติการมารดาวัยรุ่นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำคือ การทำความเข้าใจแนวทางการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ โดยใช้แบบประเมิน หรือทำการรวบรวมข้อมูลจากมารดาหลังคลอด (วรรณศิริ นิลเนตร และ วาสนา เรืองจุติโพธิ์พาน, 2562) ซึ่งบทบาทผู้ประเมิน ควรยึดหลักดังนี้คือ เครื่องมือที่ใช้ประเมินควรกระชับ และเครื่องมือประเมินเหมาะสมกับบริบทที่สำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ โดยจะสามารถประเมินได้จากแบบสอบถาม การประเมินด้วยการสัมภาษณ์ ตามองค์ประกอบ 6 ด้าน ของ Nutbeam (2008) ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการประเมินสามารถทำได้ ดังนี้ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล สุขภาพและบริการสุขภาพ สามารถประเมินได้จากการเข้าถึงข้อมูลความรู้จากเว็บไซต์ จากแอปพลิเคชัน หรือจากการสอบถามจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือเป็นต้น 2) ทักษะความรู้ความเข้าใจ ประเมินจากระดับความรู้ที่สำคัญในด้านสุขภาพทางเพศเช่น วิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ วิธีการคุมกำเนิด 3) ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ สามารถประเมินได้จาก ทักษะการเจรจาต่อรอง ทักษะการปฏิเสธในเรื่องการคุมกำเนิดหรือป้องกันการตั้งครรภ์ 4) ทักษะการตัดสินใจ สามารถประเมินได้จากทัศนคติและพฤติกรรมในการเลือกปฏิบัติ หรือไม่ปฏิบัติ จากเหตุและผล 5) ทักษะการจัดการตนเอง สามารถประเมินด้วย การเปลี่ยนผ่านสู่บทบาทการเป็นมารดา การได้รับแรงสนับสนุนจากสามีและครอบครัวที่ช่วยให้มารดาวัยรุ่นจัดการกับตนเองและวางแผนการตั้งครรภ์ต่อไปได้ และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ สามารถประเมินได้จากการเลือกแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ การเปรียบเทียบแหล่งข้อมูลที่อ้างอิงได้ เป็นต้น

2. บทบาทด้านการวางแผนเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

จากที่กล่าวมาความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ นำไปสู่การป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน หรือการตั้งครรภ์ผิดเวลา ซึ่งบทบาทพยาบาลในการวางแผนนั้น ควรทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การวางแผนการดูแลหรือวางแผนสนับสนุนความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งสอดคล้องกับการวางแผนที่สามารถจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ จนนำไปสู่การป้องกันการตั้งครรภ์ได้ โดยสามารถแบ่งตามกรอบ PRECEDE model ตามที่ อัจฉราพรรณ สอนจันทร์ และคณะ (2563) กล่าวว่า บุคคลจะมีความรู้มากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 อย่าง ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะสนับสนุนให้บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการดูแลต่อเนื่องได้อย่างเหมาะสมกับผู้รับบริการ ได้แก่

2.1. ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีการศึกษาที่พบว่ามารดาวัยรุ่นยังมีการรับรู้ที่สับสนสองฝ่าย กล่าวคือมารดาในกลุ่มที่มีการตั้งครรภ์ซ้ำจะไม่ตั้งใจคุมกำเนิด และไม่ได้ตั้งใจที่จะตั้งครรภ์ครั้งที่สอง ซึ่งมารดาวัยรุ่นที่ไม่ได้ตั้งใจที่จะตั้งครรภ์ก็พบว่า ไม่ได้ตั้งใจที่จะป้องกันเช่นเดียวกัน (ปาริฉัตร อารยะจารุ และคณะ, 2562)

2.2. ปัจจัยเอื้อ หมายถึง การเข้าถึงสื่อสนับสนุนการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่น ความสะดวก เวลา ค่าใช้จ่าย และการเข้าถึงบริการ ซึ่งบทบาทพยาบาลในการวางแผน ให้การดูแลให้เหมาะสม สะดวก

ทันช่วงเวลาที่สำคัญคือช่วง 6 สัปดาห์หลังคลอด ให้มารดาวัยรุ่นสามารถรับบริการคุมกำเนิดที่เหมาะสม เช่น การคุมกำเนิดระยะยาว (อัจฉราพรรณ สอนจันทร์ และคณะ, 2563) และอีกสิ่งหนึ่งที่สำคัญจำเป็นอย่างยิ่งคือ โรงพยาบาลและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำเป็นต้องมีการจัดหาคุมกำเนิดและมีสื่อความรู้ที่เหมาะสมและให้เพียงพอ มีประสิทธิภาพ พร้อมใช้ และผู้ให้การพยาบาลต้องมีความรู้ ความชำนาญในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาคุมกำเนิดหลังคลอดได้

2.3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสื่อสารภายในครอบครัวและกลุ่มเพื่อน รวมไปถึงสังคม ประเทศชาติ ที่ส่งผลกระทบต่อบริบทชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ ในระบบบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ และการดำเนินการเชิงนโยบาย เป็นปัจจัยเสริมที่สำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่น รวมทั้งนโยบายที่ภาครัฐประกาศใช้เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในช่วงวัยรุ่น และเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ (อัจฉราพรรณ สอนจันทร์ และคณะ, 2563)

ภายใต้เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน SDG target 3.7, 5.6 ที่สาธารณสุขทั่วโลกจะต้องสร้างหลักประกันว่ามีการเข้าถึงบริการข้อมูลการเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์โดยถ้วนหน้า รวมถึงการวางแผน ครอบครัวและการผสมพันธุ์ในยุทธศาสตร์และแผนงานระดับชาติ และจะต้องสร้างหลักประกันว่า จะมีการเข้าถึงสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์และสิทธิการเจริญพันธุ์โดยถ้วนหน้า ตามที่ตกลงในแผนปฏิบัติการของการประชุมนานาชาติว่าด้วยประชากรและการพัฒนาและแผนปฏิบัติการปักกิ่งและเอกสารผลลัพธ์ของการประชุมทบทวนเหล่านั้นอย่างเป็นทางการ (World Health Organization, 2017)

3. บทบาทด้านการประสานงานเพื่อส่งเสริมการดูแลอย่างเป็นองค์รวม

การที่พยาบาลจะสามารถส่งเสริมให้เกิดบริการครอบคลุมถ้วนหน้าตามเป้าหมาย SDG นั้น พยาบาลต้องสามารถประสานงาน และร่วมมือกับทุกภาคส่วน ทั้งเชิงนโยบายและการจัดทำแผนงาน ร่วมกัน โดยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพการบริการ เช่น บทบาทการเป็นนักวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ในการดูแลกลุ่มมารดาวัยรุ่น (วรรณศิริ นิลเนตร และ วาสนา เรืองจุฑิโพธิ์พาน, 2562) ซึ่งการประสานงานกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งการสื่อสารในลักษณะการให้ข้อเสนอแนะ การเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อรายงาน และการวางแผนการดูแลร่วมกันเป็นต้น

บทบาทการประสานงาน (collaboration) ถือเป็นบทบาทที่สำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาลที่มีความจำเป็นต้องพัฒนาตนเองให้เป็นผู้ประสานงานด้านสุขภาพ พึงทักษะให้แก่มารดาวัยรุ่น โดยเฉพาะช่วงหลังคลอดระยะแรก ที่เป็นช่วงเวลาที่สำคัญในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กองการพยาบาล, 2561) โดยเน้นไปที่ความร่วมมือของครอบครัว และประสานความช่วยเหลือจากหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ช่วยให้มีการติดต่อต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชนได้

4. บทบาทพยาบาลด้านการบริการที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ

บทบาทด้านการบริการคือ การให้การพยาบาลที่เหมาะสมและเกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ทักษะที่สำคัญของพยาบาลได้แก่ ทักษะการให้ความรู้ การสื่อสารและการต่อรอง และ

ประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง พยาบาลสามารถส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศตามแนวทางของ Nutbeam (2008) ได้ตามแนวทาง ดังนี้

4.1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access skill) ตามที่องค์การอนามัยโลก ได้ให้ข้อเสนอแนะ (World Health Organization, 2018) ในเรื่องการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดที่จำเป็นหลังคลอดได้ทุกคนตามสิทธิที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ควรมีการจัดบริการที่ครอบคลุมทุกช่วงวัย เจริญพันธุ์ โดยเฉพาะกลุ่มมารดาวัยรุ่น การส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพควรมีความเหมาะสมกับลักษณะพื้นฐานของมารดาวัยรุ่นที่มีความอาย มีความกลัวที่จะเข้ารับบริการ จึงควรปรับเป็นบริการที่เป็นมิตรมากขึ้น โดยสร้าง จัดหา รวบรวมไว้เพื่อให้คำแนะนำแก่มารดาวัยรุ่นให้สามารถเข้าถึงได้โดยสะดวกและอ้างอิงได้ รวมถึงสำนักงานอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2564) ได้เสนอแนะให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการคุมกำเนิดระยะยาว เช่น การฝังยาคุมกำเนิด และการใส่ห่วงที่จัดหาไว้อย่างเพียงพอและไม่มีค่าใช้จ่ายตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภ์วัยรุ่น ปี 2559 ที่มีมาตรการเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับ การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภ์วัยรุ่น

4.2 ทักษะความรู้ความเข้าใจ (cognitive skill) เนื้อหาที่นำมาใช้ ควรเป็นเนื้อหาที่เข้าใจง่าย ในด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพทางเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ ซึ่งจากการศึกษาของกุลธิดา ทรัพย์สมบูรณ์ และคณะ (2564) พบว่าความรอบรู้ด้านทักษะความรู้ความเข้าใจของมารดาวัยรุ่นเกิดจากความสามารถในการอ่าน เขียน การฟัง เนื้อหาความรู้จากผู้สอนสุขศึกษาทั้งในโรงเรียน และโรงพยาบาลได้รวมไปถึงสามารถเข้าถึงเว็บไซต์ที่มีการใช้คำแนะนำเชิงวิชาการในระดับที่น่าเชื่อถือได้

4.3 ทักษะการสื่อสาร (communication skill) ในการสื่อสาร ข้อมูลสุขภาพ ควรใช้คำพูดง่าย ๆ ความเร็วปานกลาง รายข้อไม่มากจนเกินไป สร้างพื้นที่แลกเปลี่ยนกันด้วยช่องทางที่เหมาะสม และเป็นส่วนตัว (confidentiality) ซึ่งมารดาวัยรุ่นบางคนไม่สะดวกใจในการสื่อสารด้านการคุมกำเนิดสามีและฝ่ายชายมีส่วนช่วยในการป้องกันการตั้งครรภ์น้อยกว่า เนื่องจากมีความเชื่อว่าการคุมกำเนิดเป็นหน้าที่ของผู้หญิง (ปาริฉัตร อารยะจารุ และคณะ, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาของวันชัย สมใจเพ็ง (2565) ที่พบว่า การพัฒนาความรอบรู้สุขภาพทางเพศในวัยรุ่น ควรเน้นด้านการสื่อสารกับวัยรุ่นเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในเรื่องพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม ส่งผลให้ให้มีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมทางเพศที่ถูกต้อง

4.4 ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) การส่งเสริมทักษะการตัดสินใจควรเป็นช่องทางที่สามารถเข้าถึงง่ายเหมาะกับบริบทของมารดาหลังคลอด เช่น การส่งเสริมทักษะการตัดสินใจที่สามารถทำได้โดยการจัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะการพูดคุยอย่างมีส่วนร่วมกับสามีและครอบครัวถึงการวางแผนการมีบุตรที่เหมาะสม (อัจฉราพรรณ สอนจันทร์ และคณะ, 2563)

4.5 ทักษะการจัดการตนเอง (self-management skill) เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หรือความรู้สึกถึงความสามารถของตนเองที่มีต่อความมั่นใจในการปฏิเสธพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ และทัศนคติต่อการคุมกำเนิดชนิดต่าง ๆ ซึ่งทักษะเหล่านี้เป็นทักษะส่วนบุคคล และสามารถส่งเสริมได้ด้วยการให้ตัวอย่าง หรือโปรแกรมการส่งเสริมให้มีทักษะการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษาของวันชัย สมใจเพ็ง (2565) ที่พบว่าพฤติกรรมการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น

4.6 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) บทบาทพยาบาลควรจัดหา ประสานผู้เกี่ยวข้องในการจัดหาสื่อที่เหมาะสม หรือประชาสัมพันธ์สื่อความรู้ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ให้มารดาวัยรุ่นทราบ นอกจากนี้ควรเน้นย้ำและประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในด้านการควบคุมสื่อที่น่าเชื่อถือ และให้ความรู้ที่ผิดเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ (อัจฉราพรรณ สอนจันทร์ และคณะ, 2563)

บทสรุป

ความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ เป็นปัจจัยหลักสำคัญในการทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และมีผลต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นได้ บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความรู้สุขภาพทางเพศนั้น ไม่เพียงแต่จะช่วยให้มารดามีความรู้ในการดูแลตนเองในด้านสุขภาพทางเพศแล้ว ยังสามารถช่วยให้มารดาวัยรุ่นสามารถวางแผนครอบครัวและเว้นระยะการมีบุตรได้อย่างเหมาะสม ภายใต้การดูแลและคำปรึกษาที่มารดาวัยรุ่นพึงได้รับ อีกทั้งพยาบาลควรต้องคำนึงถึงบริบทโดยรอบตัวที่มีส่วนสำคัญกับผู้รับบริการ ให้มีส่วนร่วมในการวางแผนครอบครัว และส่งเสริมการร่วมกันกับครอบครัวในการป้องกันการตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสม

รายการอ้างอิง

- กองการพยาบาล. (2561). บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ. http://nurse.npru.ac.th/system/20190113191522_a0a9ca0b2dc8a20555739e94e6ab03dc.pdf
- กุลธิดา ทรัพย์สมบูรณ์, วรรณภา พาหุพัฒนกร, ทิวาภรณ์ เฉลิมพิชัย, และ ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(3), 322-330.
- ปาริฉัตร อารยะจารุ, วิราวรรณ คล้ายหิรัญ, และ จิราภรณ์ อนุชา. (2562). ประสบการณ์ชีวิตของมารดาวัยรุ่น: ความตั้งใจ/ไม่ตั้งใจ ในการตั้งครรภ์ซ้ำ. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(1), 177-185.
- พัชรวรรณ เครื่องแก้ว, วรรณภา พาหุพัฒนกร, และ ฤดี ปุงบางกระดี่. (2564). ปัจจัยทำนายด้านความรู้ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ต่อความตั้งใจในการใช้การคุมกำเนิดระยะยาวในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 39(1), 64-76.
- วรรณศิริ นิลเนตร, และ วาสนา เรืองจุติโพธิ์พาน. (2562). ความรู้ด้านสุขภาพกับวิชาชีพพยาบาล. *วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย*, 15(2), 1-18.
- วันชัย สมใจเพ็ง. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพทางเพศกับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 5(2), 101-116.

- สุดกัญญา ปานเจริญ, จิราจันทร์ คณหา, และ ภัทรานิษฐ์ จองแก. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 5(10), 231-247.
- สำนักงานอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานประจำปี 2564 สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. <https://rh.anamai.moph.go.th/th/department-yearly-report/download/?did=207441&id=82926&reload=>
- อัจฉราพรรณ สอนจันทร์, สุทิน ชนะบุญ, และ ลำพึง วอนอก. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน*, 3(2), 60-71.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Reddy, J., Mistry, J., & Jacobs, F. (2017). Rapid repeat birth: Intersections between meaning-making and situational support among multiparous adolescent mothers. *Journal of Adolescent Research*, 32(6), 696-718.
- Talungchit, P., Lertbunnaphong, T., & Russameecharoen, K. (2017). Prevalence of repeat pregnancy including pregnancy outcome of teenage women. *Siriraj Medical Journal*, 69(6), 363-368.
- Vamos, C. A., Thompson, E. L., Logan, R. G., Griner, S. B., Perrin, K. M., Merrell, L. K., & Daley, E. M. (2020). Exploring college students' sexual and reproductive health literacy. *Journal of American College Health*, 68(1), 79-88.
- World Health Organization. (2017). *Fact sheet on Sustainable Development Goals (SDGs): health targets sexual and reproductive health*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340880/WHO-EURO-2017-2386-42141-58055-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization. (2018). *Adolescent Pregnancy*. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

บทความวิชาการ (Academic article)

การจัดการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยเสมือนในสถานการณ์จำลอง: การสอนทักษะการประเมินสุขภาพ Standardized Patients Using in Simulation-Based Learning: Teaching Health Assessment

จุไรรัตน์ ดวงจันทร์^{1*}, รวีวรรณ แก้วอยู่¹, พงษ์ศักดิ์ ปานดี¹

Churairat Duangchan^{1*}, Raveewan Keawyoo¹, Pongsak Pandee¹

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: julyratana@gmail.com; โทรศัพท์ 097-2691246)

(Received: November 28, 2022; Revised: December 26, 2022; Accepted: December 27, 2022)

บทคัดย่อ

การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง เป็นวิธีการเรียนการสอนที่ช่วยฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง เพื่อให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ใกล้เคียงกับความจริง ซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เป็นการฝึกทักษะความชำนาญภายใต้การดูแลของผู้สอน ทำให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย แต่ก็มีข้อจำกัดในเรื่องของความสมจริง การแสดงออกทางอารมณ์ และความรู้สึก รวมทั้งปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้เรียน การบูรณาการความรู้จากภาคทฤษฎีและการฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ผู้ป่วยเสมือน ในสถานการณ์จำลอง ซึ่งเป็นบุคคลใด ๆ ก็ตามที่ได้รับการฝึกหัดอย่างถูกต้องในการแสดงบทบาทตามที่กำหนดได้อย่างสมจริงและทำซ้ำได้ จึงเป็นการสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ให้กับผู้เรียน ในสถานการณ์ที่ต้องมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจริง ภายใต้สภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่ปลอดภัย และบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ ทั้งทักษะการพยาบาล การแก้ปัญหา การตัดสินใจ และทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วย

บทความนี้ ได้นำเสนอการจัดการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยเสมือนในสถานการณ์จำลอง ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของแนวคิด NLN Jeffries Simulation Theory ในด้านบริบท ภูมิหลัง การออกแบบ ประสบการณ์จำลอง และผลลัพธ์การเรียนรู้ รวมทั้ง นำเสนอกรณีตัวอย่างสำหรับการสอนทักษะการประเมินสุขภาพ ทั้งในระยการเตรียมการสอน ระยะเวลาสอน และระยะประเมินผล ซึ่งสามารถเป็นแนวทางในการนำไปประยุกต์ใช้ในการฝึกทักษะการประเมินสุขภาพได้อย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง, ผู้ป่วยเสมือน, การประเมินสุขภาพ

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Instructor, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Ministry of Public health

Abstract

Simulation-based learning is a teaching strategy to support nursing practical skills before actual clinical settings. Students can experience real-life situations within a safe, supervised setting without posing a risk to patients. There are some limitations of simulation-based learning in terms of reality, feelings, emotional expressions, and the interaction between patients and learners, as well as costly. Therefore, the integration of standardized patients into simulation-based learning is a new method for nursing clinical practice. A standardized patient refers to a person trained to portray a patient in realistic and repeatable ways. This creates a learning experience for students in situations that require interaction with real patients at patients under a safe learning environment and achieve learning outcomes including nursing skills, problem-solving, decision-making, and communication skills.

This academic article presents learning management using standardized patients with simulation-based learning into each component of NLN Jeffries Simulation Theory, consisting of context, background, design, simulated experience, and learning outcomes. Including an example of health assessment in pre-briefing, simulation, and debriefing sessions. This can be a guideline for appropriate application in the practice of other health assessment skills.

Keywords: Simulation-based learning, Standardized patient, Health assessment

บทนำ

การฝึกทักษะการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นการสอนสาธิต การฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลองในห้องปฏิบัติการ และการฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย ตามลำดับ ซึ่งการฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยพบว่า ผู้เรียนรู้สึกเครียด วิตกกังวลกับการฝึกภาคปฏิบัติ เนื่องจากขาดประสบการณ์ทางคลินิก การไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อน ทั้งเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ไม่คุ้นเคย และกลัวการปฏิบัติผิดพลาด (Tuzer et al., 2016) ตลอดจนสภาพแวดล้อมในคลินิกที่ไม่เอื้อต่อการฝึกทักษะกับผู้ป่วยจริง การจัดการศึกษาพยาบาลศาสตร์ในปัจจุบัน จึงให้ความสำคัญกับการเรียนการสอนโดยการฝึกทักษะการพยาบาลในห้องปฏิบัติการ ก่อนการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริงในห้องผู้ป่วยมากขึ้น

การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง (simulation-based learning: SBL) จัดเป็นนวัตกรรมที่นำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอน เพื่อให้ผู้เรียนเชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎีมาสู่ประสบการณ์ทางคลินิก เป็นการจำลองสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่สมจริง ผู้สอนสามารถควบคุมสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ได้ มีการสะท้อนคิดและให้ข้อเสนอแนะย้อนกลับได้อย่างทันเวลา สิ่งสำคัญที่สุดคือ ผู้เรียนได้รับประสบการณ์จริงในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย อยู่ภายใต้การดูแลของผู้สอน โดยไม่ต้องเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย การสอนทักษะการพยาบาล

ในห้องปฏิบัติการโดยใช้สถานการณ์จำลอง เป็นวิธีการเรียนรู้ที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีวงจรการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ โดยผู้สอนจัดประสบการณ์ที่ต้องการเรียนรู้ให้กับผู้เรียนก่อน จากนั้นให้ย้อนกลับไปทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้น และเกิดเป็นความคิดรวบยอดในสิ่งที่ได้เรียนรู้ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ต่อไป (Kolb & Kolb, 2009) ช่วยให้ผู้เรียนปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและเกิดความชำนาญ มีความปลอดภัยทั้งกับผู้ป่วยและผู้เรียน รวมทั้ง การพัฒนาทักษะอื่นที่จำเป็นสำหรับพยาบาล ได้แก่ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจ การแก้ปัญหา และการสื่อสาร เป็นต้น (สมจิตต์ สินธุชัย และ กันยารัตน์ อุบลวรรณ, 2560) จึงเป็นวิธีการสอนที่ได้รับการยอมรับ และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจากนักวิชาการและองค์กรทางการพยาบาล เป็นทฤษฎี NLN Jeffries Simulation Theory (Jeffries, 2005; Jeffries et al, 2015; Cowperthwait, 2020)

การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง สามารถจัดให้มีความเหมือนจริงแตกต่างกันไปจากน้อยที่สุด เช่น การเรียนจากหุ่นจำลองที่ไม่มีปฏิกิริยาตอบโต้ จนถึงระดับเหมือนจริงมากที่สุด ซึ่งเป็นการศึกษาสถานการณ์จำลองกับหุ่นจำลองที่มีโปรแกรมคอมพิวเตอร์ควบคุมให้สามารถโต้ตอบได้ในระดับหนึ่ง แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของความสมจริงและการสื่อสารระหว่างบุคคล (Andrea & Kotowski, 2017) จึงได้มีการนำบุคคลที่มีชีวิตจริงเข้าร่วมในการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง เรียกว่า ผู้ป่วยเสมือน (standardized patients) หมายถึง บุคคลใด ๆ ก็ตามที่ได้รับการฝึกหัดอย่างถูกต้อง เพื่อแสดงบทบาทตามที่กำหนดได้อย่างสมจริงและทำซ้ำได้ (Lewis et al., 2017) การเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยเสมือนในสถานการณ์จำลอง จัดเป็นสถานการณ์จำลองระดับสูง (high-fidelity simulation) เป็นวิธีการเรียนรู้ที่เหมาะสม ช่วยพัฒนาทั้งทักษะการพยาบาล และทักษะทางสังคม (Cowperthwait, 2020) จึงได้มีการจัดทำเป็นมาตรฐานและแนวปฏิบัติสำหรับการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยเสมือนในสถานการณ์จำลอง (Lewis et al., 2017; Cowperthwait, 2020) และช่วยให้บรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ดี (ประทุม สร้อยวงศ์ และคณะ, 2558; Luctkar-Flude et al., 2012; Tuzer et al., 2016; Andrea & Kotowski, 2017)

การสอนทักษะประเมินสุขภาพ โดยทั่วไปเป็นการฝึกกับหุ่นจำลองหรือกับเพื่อนนักศึกษา ซึ่งเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี มีโอกาสที่จะตรวจพบความผิดปกติ และให้ประสบการณ์เรียนรู้น้อย จึงจำเป็นที่จะต้องนำผู้ป่วยเสมือนเข้ามาใช้ในการจัดการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองที่กำหนด เพื่อความสมจริงและผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ดี บทความนี้ ได้นำเสนอการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองและผู้ป่วยเสมือน ที่สอดคล้องกับแนวคิดของ NLN Jeffries Simulation Theory รวมทั้ง กรณียตัวอย่างการนำไปประยุกต์ใช้ในการฝึกทักษะการประเมินสุขภาพ ซึ่งสามารถเป็นแนวทางในการนำไปประยุกต์ใช้ในการฝึกทักษะการพยาบาลอื่นได้อย่างเหมาะสมต่อไป

แนวคิดพื้นฐานของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง

การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง มีพื้นฐานจากทฤษฎีวงจรการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ (experiential learning cycle) เป็นกระบวนการสร้างความรู้จากประสบการณ์ มี 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การสร้างประสบการณ์ (concrete experience) เป็นการจัดประสบการณ์ใหม่ ให้ผู้เรียนได้ลงมือกระทำจริง

2) การสะท้อนการเรียนรู้โดยการสังเกตอย่างไตร่ตรอง (reflection observation) ภายหลังจากที่ได้รับประสบการณ์ใหม่ 3) การสรุปองค์ความรู้เชิงนามธรรม (abstract conceptualization) จากการบูรณาการข้อสังเกตผ่านประสบการณ์หรือลงมือกระทำจนเกิดความคิดรวบยอด และ 4) การนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ (active experimentation) (Kolb & Kolb, 2009) ซึ่งได้มีการนำมาประยุกต์ใช้และพัฒนาสำหรับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองทางพยาบาลศาสตร์ จนได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายโดย Jeffries ภายใต้งานสนับสนุนของ National League for Nurses and the Laerdal Corporation ระหว่างปี ค.ศ. 2005-2012 (Jeffries, 2005; Cowperthwait, 2020) จนกระทั่งพัฒนาเป็น NLN Jeffries Simulation Theory (Jeffries, Rodgers, & Adamson, 2015)

การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองตาม NLN Jeffries Simulation Theory มี 5 องค์ประกอบที่สำคัญ สำหรับการจัดการเรียนการสอนให้ได้มาตรฐาน (Jeffries et al., 2015) ได้แก่

1. บริบท (context) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการออกแบบสถานการณ์จำลอง ทั้งสถานที่ (ห้องเรียน หรือห้องปฏิบัติการ หรือหอผู้ป่วย) เนื้อหาการสอนเป็นการสอนทฤษฎีหรือฝึกปฏิบัติ รวมทั้งวัตถุประสงค์ของสถานการณ์จำลอง เพื่อการสอนให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์หรือการสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เช่น การสอบเลื่อนชั้นปี และการสอบรวบยอดก่อนสำเร็จการศึกษา เป็นต้น

2. ภูมิหลัง (background) เป็นปัจจัยที่แทรกอยู่ภายในบริบทของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง ได้แก่ เป้าหมายของสถานการณ์จำลอง ความคาดหวังของผู้เรียน ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า สถานการณ์จำลองนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อวัดผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียนในเรื่องใด ผู้เรียนเป็นชั้นปีใด สามารถปฏิบัติทักษะใดได้บ้าง ซึ่งต้องเหมาะสมกับผู้เรียน และทรัพยากรที่สนับสนุนการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง ทั้งความเชี่ยวชาญของผู้สอน บุคลากรสนับสนุนทางเทคนิค ทุนจำลอง และอาคารสถานที่ เป็นต้น

3. การออกแบบ (design) เป็นสิ่งจำเป็นในขั้นเตรียมการสำหรับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง ซึ่งครอบคลุมวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ความสมจริง การมอบหมายหรือกำหนดบทบาทของผู้เรียน ลำดับของสถานการณ์ และกลวิธีสอน ทั้งในขั้นของการนำเข้าสู่บทเรียน (pre-briefing) ขั้นสถานการณ์ (scenario) และขั้นสรุปบทเรียน (debriefing)

4. ประสบการณ์จำลอง (simulation experience) ต้องครอบคลุมคุณลักษณะของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง 5 ประการ ได้แก่ สภาพแวดล้อมที่เป็นมิตร (environment of trust) ให้ประสบการณ์ (experiential) ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (learner centric) มีปฏิสัมพันธ์โต้ตอบ (interactive) และการสร้างความร่วมมือ (collaborative) ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์เชิงพลวัต (dynamic interaction) ระหว่างผู้สอน (facilitator) และผู้เรียน (participants) นำไปสู่กลวิธีในการเรียนการสอน (educational strategies) ทั้งในขั้นของการนำเข้าสู่บทเรียน ขั้นสถานการณ์ และขั้นสรุปบทเรียน

5. ผลลัพธ์การเรียนรู้ (learning outcomes) เป็นผลสืบเนื่องมาจากปฏิสัมพันธ์เชิงพลวัตระหว่างผู้สอนและผู้เรียน ก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางบวก ทั้งผลลัพธ์กับผู้เรียน กับผู้ป่วย และผลลัพธ์เชิงระบบต่อการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง

การจัดการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยเสมือนในสถานการณ์จำลอง

จากข้อจำกัดในความจริงของการฝึกทักษะการพยาบาลโดยใช้หุ่นจำลอง (Andrea & Kotowski, 2017) ทั้งการแสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึก ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้เรียน และการจัดซื้อหุ่นจำลองขึ้นสูงมีราคาแพง รวมทั้ง ในการฝึกทักษะการพยาบาลองค์รวม เช่น การประเมินสภาพผู้ป่วย โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย หรือการสนทนาเพื่อการบำบัด เป็นต้น ซึ่งเป็นทักษะที่ต้องมีการปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารแบบสองทาง การนำผู้ป่วยเสมือนมาแทนที่หุ่นจำลอง เป็นการเพิ่มความซับซ้อนของสถานการณ์ที่สามารถสนทนากับผู้ป่วยจริง และทำให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด (Keiser & Turkelson, 2017)

ผู้ป่วยเสมือน (simulated patients) ผู้ป่วยจริง (real or actual patients) และผู้ป่วยมาตรฐาน (standardized patients) เป็นคำที่มีการใช้ในความหมายที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งผู้ป่วยจริงหรือคนปกติทั่วไป ที่ได้รับการสอนหรือฝึกให้แสดงบทบาทเป็นผู้ป่วย สามารถแสดงอาการหรือให้ข้อมูลทางสุขภาพได้อย่างมีมาตรฐาน แต่ในการเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลอง หมายถึง บุคคลใด ๆ ก็ตามที่ได้รับการฝึกหัดอย่างถูกต้อง เพื่อแสดงบทบาทตามที่กำหนด (Lewis et al., 2017) ดังนั้น จึงไม่ได้หมายถึงผู้ป่วยเท่านั้น แต่รวมถึง การแสดงเป็นสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล และทีมสุขภาพ ซึ่งช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ ฝึกปฏิบัติ ทักษะในสภาพแวดล้อมที่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ช่วยเพิ่มความสนใจ ความเอาใจใส่ในการฝึกทักษะ และไม่ต้องกังวลใจกับการจัดการเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย เนื่องจาก เป็นการตกลงและเต็มใจระหว่างผู้ป่วยเสมือนและผู้เรียน อีกทั้ง ผู้ป่วยเสมือนได้รับการฝึกการให้ข้อมูลสะท้อนกลับแก่ผู้เรียนในมุมมองของผู้ป่วย จึงถือได้ว่าผู้ป่วยเสมือนคือ ครูผู้สอนอีกคน (Andrea & Kotowski, 2017; Lewis et al., 2017)

การนำผู้ป่วยเสมือนเข้ามาประยุกต์ใช้ในการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง จัดเป็นสถานการณ์จำลองระดับสูง สามารถลดข้อจำกัดในเรื่องของความเป็นจริง และปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล Cowerthwait (2020) ได้เสนอแนวทางในการบูรณาการผู้ป่วยเสมือนกับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง ตามองค์ประกอบของ NLN Jeffries Simulation Theory ดังนี้

1) บริบท: การนำผู้ป่วยเสมือนเข้ามาประยุกต์ใช้ในการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง จะมีคุณค่าอย่างมาก ถ้าสิ่งที่ต้องการหรือผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้เรียนนั้น เป็นการพัฒนาทักษะอื่นที่นอกเหนือจากเทคนิคการพยาบาล ซึ่งการเรียนรู้โดยใช้หุ่นจำลองไม่สามารถทำให้เกิดทักษะเหล่านี้ได้ เช่น ความไวในการรับรู้ และตอบสนองต่อความรู้สึกทางสีหน้าและท่าทาง การแสดงออกถึงการเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย การร่วมตัดสินใจระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งเป็นการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นทักษะที่เกี่ยวข้องทางด้านอารมณ์และสังคม อย่างไรก็ตาม ต้องแน่ใจว่า สถานการณ์ที่กำหนดขึ้นมามีความปลอดภัยต่อผู้ป่วยเสมือน ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Lewis et al., 2017) โดยไม่ควรเป็นสถานการณ์ในภาวะวิกฤติ เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ หรือผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นต้น รวมถึง บริบทในเรื่องฉากและสถานที่ที่ต้องใกล้เคียงกับสภาพจริง เช่น ถ้าเป็นเหตุการณ์ในหอผู้ป่วยหรือที่บ้าน การแต่งกายก็ต้องตรงกับบริบท หรือถ้าเป็นที่แผนกผู้ป่วยนอก เหตุการณ์หรือฉากที่แสดงก็ต้องให้ผู้ป่วยเดินเข้ามารับบริการ ทั้งท่าทางการเดินหรือการนั่งรถเข็นมา ก็ต้องเหมาะสมกับโรค อย่างไรก็ตามสิ่งสำคัญคือ ผู้ป่วยเสมือนและผู้เรียนต้องไม่พบเจอกันมาก่อนที่

จะเริ่มการเรียนรู้ตามสถานการณ์จำลอง จึงควรมีห้องพักแยกหรือห้องแต่งตัวสำหรับผู้ป่วยเสมือนแยกจากห้องเรียน

2) ภูมิหลัง: ประกอบด้วยเป้าหมายของสถานการณ์จำลอง ปัจจัยด้านผู้เรียน และทรัพยากรที่สนับสนุนการเรียนรู้ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ที่คาดหวังได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด การนำผู้ป่วยเสมือนเข้ามาใช้ในการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองต้องมีการวางแผนล่วงหน้า ทั้งการเตรียมผู้เรียน การเตรียมผู้สอน และคู่มือการเรียนรู้ การจัดหาและการเตรียมผู้ป่วยเสมือน และครูผู้สอนผู้ป่วยเสมือน (SP educators) บุคคลเหล่านี้ ต้องเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองในการทำให้การเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองประสบความสำเร็จ

ประเด็นที่ต้องพิจารณาในการใช้ผู้ป่วยเสมือนคือ คุณภาพ เวลา และค่าใช้จ่าย มีข้อเสนอแนะให้เริ่มต้นจากการเรียนการสอนโดยไม่ต้องลงทุนสูง เลือกใช้กับบางทักษะที่จำเป็นหรือบางรายวิชา อาจอาศัยความร่วมมือกับชุมชนที่สามารถสนับสนุนผู้ป่วยเสมือนโดยการอาสาสมัคร หรือเป็นบุคลากรที่ทำงานในสถาบันการศึกษานั้น แต่หากไม่มีข้อจำกัดในด้านค่าใช้จ่ายและเวลา ควรมีหลักสูตรหรือชั้นเรียนสำหรับผู้ป่วยเสมือนในการฝึกหัด ให้สามารถแสดงตามบทบาทที่ได้รับมอบหมายสามารถให้ข้อมูลป้อนกลับได้อย่างมีมาตรฐาน และมีความเป็นมืออาชีพ (Lewis et al., 2017).

3) การออกแบบ: นอกจากต้องครอบคลุมวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ความเสมือนจริง การมอบหมายหรือกำหนดบทบาทของผู้เรียน ลำดับของสถานการณ์ และกลวิธีในการเรียนแต่ละขั้นตอนแล้วยังต้องคำนึงถึงความกลมกลืน (immersion) และความเป็นมาตรฐาน (standardization) โดยสถานการณ์นั้นต้องเป็นสภาพจริง และความสามารถของผู้ป่วยเสมือนในการแสดงตามบทบาทที่กำหนดได้อย่างเข้าถึงอารมณ์ของผู้เรียน และกระตุ้นผู้เรียนให้รับรู้ได้ถึงสิ่งเร้าทางอวจนภาษาที่ผู้ป่วยเสมือนแสดงออกมา และสามารถตอบสนองด้วยได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ลักษณะทางกายภาพของผู้ป่วยเสมือน ทั้ง อายุ เพศ และสภาพความเจ็บป่วยต้องใกล้เคียงกับความเป็นจริง เพราะจะส่งผลต่อความน่าเชื่อถือและตอบวัตถุประสงค์การเรียนรู้ (Muckler, 2017) ดังนั้น ผู้ป่วยเสมือนจำเป็นต้องรับรู้ถึงระดับความสามารถของผู้เรียนและเข้าใจวัตถุประสงค์ของสถานการณ์จำลอง รวมทั้ง เข้าใจบทบาทของตัวละครที่ได้รับมอบหมายให้แสดง เพื่อให้สามารถแสดงบทบาทได้อย่างเที่ยงตรง และมีมาตรฐาน

4) ประสพการณ์จำลอง: ตาม NLN Jeffries Simulation Theory ประกอบด้วยกลยุทธ์ในการเรียนการสอน ผู้สอน และผู้เรียน (Jeffries et al., 2015) การนำผู้ป่วยเสมือนเข้ามาอยู่ในการเรียนการสอนนั้น จึงต้องเพิ่มผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามาอีก 2 ส่วน คือ ครูผู้สอนผู้ป่วยเสมือน และผู้ป่วยเสมือน และมีประเด็นที่ต้องคำนึงถึง ดังนี้

4.1) ด้านผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนได้เรียนรู้และมีประสบการณ์เกี่ยวกับทักษะการเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย การร่วมตัดสินใจร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย และการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเป็นความได้เปรียบของการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยเสมือนที่มีความใกล้เคียงกับความจริง ผู้เรียนจึงต้องได้รับการบอกกล่าวล่วงหน้า ว่าจะมีผู้ป่วยเสมือนในสถานการณ์จำลองก่อนที่จะเข้าสู่ขั้นนำเข้าสู่

บทเรียน เพื่อจะได้มีการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจและการได้รับข้อมูลย้อนกลับจากผู้ป่วยเสมือนใน
ขั้นของการสรุปบทเรียน

4.2) ด้านผู้สอน ซึ่งมีบทบาทในการอำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ การสังเกต
รับฟัง สะท้อนคิด กระตุ้นผู้เรียนให้ได้คิดวิเคราะห์และตัดสินใจ มีประสบการณ์และความเข้าใจกระบวนการ
เรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเป็นอย่างดีแล้ว การนำผู้ป่วยเสมือนเข้ามาในการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง
นั้น ผู้สอนต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาทักษะของสถานการณ์จำลอง ทั้งบริบทที่เกี่ยวข้อง การให้ข้อมูล
ย้อนกลับเกี่ยวกับความสามารถผู้ป่วยเสมือน การระบุความคาดหวังที่ชัดเจนสำหรับการให้ข้อมูลป้อนกลับจาก
ผู้ป่วยเสมือนในระหว่างการสรุปบทเรียน รวมทั้ง การบรรลุผลลัพธ์ของการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยเสมือน และที่
สำคัญที่สุดคือ จะต้องตระหนักถึงสิ่งที่อาจคุกคามต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเสมือนทั้งทางด้านร่างกายและ
จิตใจ และถ้าจำเป็นจะต้องเข้ามาจัดการได้อย่างทันท่วงที

4.3) ครูผู้สอนผู้ป่วยเสมือน เป็นผู้ที่ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการฝึกนักแสดงละคร
หรือภาพยนตร์ ซึ่งจะมามีบทบาททั้งการรับสมัคร คัดเลือก และฝึกสอนผู้ป่วยเสมือนในการเล่นตามบทบาทใน
สถานการณ์ที่ได้รับมอบหมาย โดยเฉพาะการแสดงออกทางอารมณ์และท่าทาง ที่สื่อถึงความเจ็บป่วยทุกข
ทรมาน การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า หากมีเหตุการณ์ที่ไม่เป็นไปตามสถานการณ์ที่กำหนด และฝึกการให้ข้อมูล
ย้อนกลับแก่ผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์จากหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ในกรณีมี
ผู้ป่วยเสมือนหลายคนและต้องแสดงในสถานการณ์เดียวกันหรือผู้ป่วยเสมือนคนเดียวแต่ต้องแสดงหลายรอบ
กับผู้เรียนหลายคน การควบคุมความเป็นมาตรฐานเป็นบทบาทสำคัญของครูผู้สอนผู้ป่วยเสมือน ในการ
ประเมินความสามารถของผู้ป่วยเสมือนให้สามารถแสดงได้อย่างมีอาชีพ และมีมาตรฐาน ซึ่งก็คือ
ความสามารถในการปฏิบัติซ้ำกับผู้เรียนได้หลายครั้ง โดยไม่แตกต่างกัน

4.4) ผู้ป่วยเสมือน นอกจากการแสดงบทบาทเป็นผู้ป่วยแล้ว ยังรวมถึงผู้ที่แสดง
บทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัว ทีมการพยาบาล และสหวิชาชีพ สิ่งท้าทายสำหรับผู้ป่วยเสมือนคือ
ความเป็นมาตรฐานและคุณภาพของการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้เรียน (Cowperthwait, 2020) ซึ่งต้องได้รับ
การสอนให้แสดงล่วงหน้า ก่อนที่จะเข้าสู่กระบวนการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง สิ่งสำคัญคือ แม้ว่าจะ
ได้รับการฝึกหัดให้แสดงตามบทบาทที่ได้รับมอบหมายอย่างได้มาตรฐานก็ตาม แต่ผู้ป่วยเสมือนที่มี
คุณภาพสูง ต้องสามารถจัดการกับสถานการณ์เฉพาะหน้า สามารถสลับไปมาตามเหตุการณ์ได้อย่าง
เหมาะสม และเป็นธรรมชาติ โดยไม่ทำร้ายความรู้สึก เกิดความขัดแย้ง หรือส่งผลกระทบต่อร่างกายและ
จิตใจของตนเอง โดยการขอยุติหรือออกจากการเล่นได้อย่างเหมาะสม (Lewis et al., 2017) สำหรับ
คุณภาพของการให้ข้อมูลย้อนกลับในขั้นการสรุปบทเรียน ต้องไม่ใช่การระบุว่าผู้เรียนปฏิบัติทักษะนั้นได้ดี
หรือไม่ดีอย่างไร แต่ต้องเป็นประเด็นที่เกี่ยวกับการปฏิสัมพันธ์ การสื่อสารระหว่างผู้เรียนกับผู้ป่วยเสมือน
หรือทีมการพยาบาล รวมทั้ง การแสดงออกซึ่งการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ การดูแลโดยยึดผู้ป่วย
เป็นศูนย์กลาง ซึ่งผู้สอนจะต้องเปิดโอกาส และจัดการให้มีกิจกรรมนี้ เพิ่มเข้าไปในขั้นการสรุปบทเรียน

5) ผลลัพธ์การเรียนรู้ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนและผู้เรียนตามการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์
จำลอง มีอิทธิพลทางตรงต่อผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียน ดังนั้น การนำผู้ป่วยเสมือนเข้ามาเพิ่มในสถานการณ์

จำลองปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยเสมือนและผู้เรียน การให้ข้อมูลย้อนกลับจากผู้ป่วยเสมือน ย่อมส่งผลต่อผลลัพธ์การเรียนรู้เช่นกัน ทั้งการเพิ่มคุณค่าของการดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ส่งเสริมความสามารถในการติดต่อสื่อสาร เพิ่มความตระหนักในประเด็นทางกฎหมายและจริยธรรมการพยาบาล และส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล บรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ทั้งในด้านพุทธิพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัยและมีความพร้อมในการปฏิบัติจริงในคลินิกต่อไป (Muckler, 2017) รวมทั้ง การเจริญพัฒนาทั้งด้านบุคลิกภาพและความเป็นวิชาชีพ (McIntosh et al., 2018) ซึ่งเป็นการลงทุนทางส่งผลต่อคุณค่าทางการศึกษาและการพัฒนาผู้เรียนในทุกด้านได้อย่างชัดเจน

การนำผู้ป่วยเสมือนเข้ามาร่วมในสถานการณ์จำลองในการจัดการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์ได้รับความสนใจเป็นอย่างยิ่ง และมีการจัดทำแนวปฏิบัติเป็นมาตรฐาน (standards of best practice: SOBP) (Lewis et al., 2017) แม้ว่ามีข้อจำกัดของการมีศูนย์กลางในการจัดหา ฝึกหัด และให้บริการในรูปของธนาคารผู้ป่วยเสมือน (simulated patient bank) แต่ผู้สอนก็สามารถนำมาประยุกต์ใช้สำหรับการฝึกทักษะที่ต้องการให้ผู้เรียนได้ประสบการณ์ที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด ก่อนที่จะนำไปใช้จริงในคลินิก โดยเฉพาะทักษะการประเมินสภาพผู้ป่วย ได้แก่ การซักประวัติ และการตรวจร่างกาย ซึ่งช่วยให้ผู้เรียนได้พัฒนาทั้งความรู้และทักษะดังกล่าว รวมทั้ง ความสามารถในการสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการเสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้เรียน (Luctkar-Flude et al., 2012; Slater, et al., 2016; Andrea & Kotowski, 2017)

การสอนทักษะการประเมินสุขภาพโดยใช้ผู้ป่วยเสมือนในสถานการณ์จำลอง

การประเมินสุขภาพ ทั้งการซักประวัติ และการตรวจร่างกายเป็นกระบวนการในการรวบรวมข้อมูลทางสุขภาพอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานจำเป็นสำหรับการวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผลการพยาบาล ภายใต้การพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และความปลอดภัยของผู้ป่วย นักศึกษาพยาบาลจึงต้องเรียนรู้และมีโอกาสฝึกปฏิบัติการประเมินสุขภาพ การสอนทักษะประเมินสุขภาพ โดยเฉพาะการตรวจร่างกาย โดยทั่วไปเป็นการฝึกกับหุ่นจำลองหรือกับเพื่อนนักศึกษา (peer physical examination: PPEs) แม้ว่าหุ่นจำลองในปัจจุบันจะมีความทันสมัย สามารถฟังเสียงหัวใจและปอดที่ผิดปกติได้ดี แต่ก็มีข้อจำกัดในเรื่องของการสื่อสารระหว่างบุคคล ส่วนการฝึกปฏิบัติกับเพื่อนนักศึกษาก็เป็นคนปกติที่มีสุขภาพดี จึงขาดประสบการณ์เรียนรู้การตรวจพบความผิดปกติ รวมทั้ง ความไม่สะดวกใจในการให้ข้อมูลที่เป็นความลับ หรือการเปิดเผยร่างกายหรืออวัยวะกับเพื่อนนักศึกษาด้วยกัน (Slater et al., 2016)

ผู้ป่วยเสมือนจึงเป็นทางเลือกใหม่สำหรับสถาบันการศึกษาทางพยาบาลศาสตร์ ในการฝึกทักษะการประเมินสุขภาพ ทั้งการตรวจร่างกายและการซักประวัติ ซึ่งพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจในการฝึกประเมินสุขภาพกับผู้ป่วยเสมือนมากกว่าหุ่นจำลอง (Luctkar-Flude et al., 2012) และการเรียนรู้กับผู้ป่วยเสมือนช่วยให้มีความมั่นใจ และความสามารถสื่อสารโต้ตอบในการซักประวัติทางสุขภาพ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย (Andrea & Kotowski, 2017) นอกจากนี้ ยังพบว่านักศึกษากลุ่มที่ฝึกทักษะการประเมินสุขภาพกับผู้ป่วยเสมือน มีการคิดอย่างมีวิจารณญาณมากกว่ากลุ่มที่ฝึกปฏิบัติกับเพื่อนนักศึกษาด้วยกัน (Slater et al., 2016) จะเห็นได้ว่า การเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยเสมือนในสถานการณ์จำลอง

เป็นนวัตกรรมการสอนที่ช่วยพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์และการประเมินสุขภาพสำหรับนักศึกษาพยาบาล

ในบทความวิชาการนี้ จึงขอเสนอตัวอย่างการฝึกทักษะการประเมินสภาพโดยใช้ผู้ป่วยเสมือนในสถานการณ์จำลอง เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้เรียนสำหรับการฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้น สำหรับผู้เรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 โดยมีการออกแบบการเรียนรู้การสอน 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการสอน

1.1 การเตรียมสถานการณ์ (scenario) และวัตถุประสงค์การเรียนรู้ กำหนดสถานการณ์ โดยมีฉากเป็นแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ผู้ป่วยเสมือนเป็น “ผู้ป่วยชายไทย อายุ 50 ปี มาด้วยอาการสำคัญ ไอมาก และเหนื่อยหอบ 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีประวัติเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease: COPD) มา 10 ปี รักษาโดยการรับประทานยาและยาพ่น” กำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้เพื่อให้ผู้เรียนได้ปฏิบัติทักษะการซักประวัติและการตรวจร่างกาย โดยต้องยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ และสิทธิของผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลไปใช้สำหรับการวางแผนการรักษาขั้นต้น (initial plan)

1.2 การเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ โดยจัดห้องปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นห้องตรวจผู้ป่วยนอก ประกอบด้วยโต๊ะซักประวัติ ที่มีเตียงตรวจ และอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการตรวจร่างกาย และแบบฟอร์มบันทึกผลการซักประวัติและการตรวจร่างกาย รวมทั้ง ภาพถ่ายรังสีปอด (chest X-rays) และผลการตรวจสมรรถภาพปอด (pulmonary function test) และเตรียมยาที่ผู้ป่วยเสมือนใช้อยู่เป็นประจำ

1.3 การเตรียมผู้เรียน มอบหมายให้ผู้เรียนทบทวนความรู้หลักการซักประวัติและการตรวจร่างกาย การดูวิดีโอสาธิตการตรวจร่างกายจากหัวจรดปลายเท้า (head to toe physical examination) และฝึกปฏิบัติการตรวจร่างกายกับเพื่อนล่วงหน้า 3 วัน รวมทั้ง ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากผู้เรียนกลุ่มนี้ มีประสบการณ์และคุ้นเคยกับการเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลอง จึงไม่จำเป็นต้องเตรียมผู้เรียนในประเด็นนี้

1.4 การเตรียมผู้ป่วยเสมือน เป็นผู้ป่วยจริงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภูมิลำเนาในชุมชนใกล้สถานศึกษา และอาสาสมัครมาเป็นผู้ป่วยเสมือน ที่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการเล่าประวัติตามที่กำหนดไว้ในบทซึ่งเป็นข้อมูลจริง และหากถูกซักประวัติที่นอกเหนือจากที่กำหนด ก็สามารถให้ข้อมูลที่เป็นจริงได้ รวมทั้ง มีร่องรอยโรค เช่น ขนาดและรูปร่างของทรวงอกถังเบียร์ (barrel-shaped chest) ตรวจร่างกายพบ anterior-posterior (A-P) diameter เพิ่มขึ้น เคาะปอดที่มีลักษณะโป่ง (hyperresonance) มีการใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจเข้า การหนาตัวผิดปกติ (hypertrophy) ของกล้ามเนื้อด้านนอกของคอ (กล้ามเนื้อ sternocleidomastoid) ทั้ง 2 ข้าง เป็นต้น ตลอดจนการฝึกซ้อมการเล่าประวัติตามลำดับเหตุการณ์ การฝึกไม่ให้ออกหรือเล่าข้อมูลใด ๆ ก่อนที่จะถูกถามและตอบเฉพาะสิ่งที่ถามเท่านั้น โดยไม่พยายามเปิดเผยข้อมูลเพื่อเป็นการช่วยผู้เรียนโดยที่ผู้เรียนไม่ได้ซักถาม รวมทั้ง การจัดการกับปัญหาเฉพาะหน้า เช่น กรณีที่ผู้เรียนเงียบไปเป็นเวลานานหรือไม่ทราบว่าต้องถามอะไร จะให้ผู้ป่วยฝึกใช้การแสดงออกทาง

ภาษาที่กระตุ้นให้ผู้เรียนซักถามประวัติต่อไป หรือบ่งถึงอาการเจ็บป่วยเพื่อนำไปสู่บทสนทนาต่อไป หากถูกถามถึงข้อมูลที่ไม่มีในบทให้ปฏิเสธหรือตอบในสิ่งที่จริง และการแสดงถึงข้อจำกัดที่ไม่สามารถตรวจร่างกายในท่านั่งได้ หรือเพื่อให้ผู้เรียนได้บริหารเวลาในการตรวจร่างกายอย่างรวดเร็ว เช่น มีอาการเหนื่อยหอบเพิ่มมากขึ้น เป็นต้น

2. ระยะเวลาสอน เป็นการสอนกลุ่มย่อย กลุ่ม ๆ ละ 7-8 คน รายละเอียด ดังนี้

2.1 ขั้นนำ (pre-briefing) เป็นการแนะนำผู้เรียนเกี่ยวกับรายละเอียด วัตถุประสงค์และผลลัพธ์การเรียนรู้ของสถานการณ์ กิจกรรมที่ต้องปฏิบัติกับผู้ป่วยเสมือนซึ่งเป็นผู้ป่วยจริง ได้แก่ การซักประวัติ และการตรวจร่างกายในระบบที่เกี่ยวข้อง การใช้คำถามที่เหมาะสม และเคารพความเป็นบุคคล โดยในแต่ละกลุ่ม มอบหมายให้ผู้เรียน 2 คนเป็นผู้ร่วมแสดงบทบาทตามสถานการณ์ และผู้เรียนที่เหลือเป็นผู้สังเกตการณ์ ในห้องสังเกตการณ์ และทำการตรวจสอบพฤติกรรมการซักประวัติและการตรวจร่างกายตามแบบประเมิน จากนั้นผู้สอนแนะนำสถานที่ และอุปกรณ์ที่ใช้ในการประเมินสภาพผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติมและให้เวลาผู้เรียนในการปรึกษาและวางแผนการปฏิบัติงาน ซึ่งใช้เวลาประมาณ 15 นาที

2.2 ขั้นปฏิบัติสถานการณ์จำลองและผู้ป่วยเสมือน (simulation practice with standardized patient) โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที เริ่มจากผู้สอนแนะนำผู้ป่วยเสมือนกับให้ผู้เรียนที่เป็นอาสาสมัคร 2 คน โดยแนะนำเฉพาะชื่อ-นามสกุลจริง อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล และป่วยเป็นโรคปอดปอดอุดกั้นเรื้อรัง มา 5 ปี จากนั้น ให้ผู้เรียนปฏิบัติการซักประวัติและตรวจร่างกาย โดยผู้สอนจะคอยสังเกตการณ์ห่าง ๆ และกระตุ้นผู้เรียนในกรณีที่ทั้งผู้เรียนและผู้ป่วยเสมือนไม่มีปฏิสัมพันธ์หรือเงียบเป็นเวลานาน รวมทั้ง การยุติสถานการณ์เมื่อครบตามกำหนดเวลาหรือเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น การละเมิดสิทธิผู้ป่วย หรือผู้ป่วยไม่ยินยอมให้ข้อมูล หรือมีอาการผิดปกติ เหนื่อยหอบมาก เป็นต้น

2.3 ขั้นสรุปบทเรียน (debriefing) ใช้เวลาประมาณ 15 นาที เริ่มจากการให้ผู้ป่วยเสมือนได้สะท้อนความรู้สึกที่ผู้เรียนปฏิบัติว่าชอบหรือไม่ชอบอะไร ต้องการให้ปฏิบัติอย่างไร ที่แสดงถึงการเคารพในความเป็นบุคคลและความสามารถในการสื่อสาร ทั้งการแนะนำตัว การแจ้งวัตถุประสงค์และการขออนุญาตในการซักประวัติและตรวจร่างกาย ความชัดเจนในการสื่อสารใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายในการซักประวัติ และการขอให้ผู้ป่วยปฏิบัติหรือแสดงท่าทางต่าง ๆ ในการตรวจร่างกาย รวมทั้ง การไม่เปิดเผยร่างกายโดยไม่จำเป็น และการปฏิบัติด้วยความนุ่มนวล จากนั้น กล่าวขอบคุณผู้ป่วยเสมือนและให้ออกจากห้องเรียนเพื่อเตรียมสำหรับกลุ่มต่อไป จากนั้น ให้ผู้เรียนบรรยายความรู้สึกต่อสถานการณ์จำลองที่มีผู้ป่วยเสมือน รวมทั้ง ผู้สังเกตการณ์ร่วมสะท้อนความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้เรียน ทั้งความถูกต้องของการปฏิบัติ ทักษะการประเมินสุขภาพ คุณภาพของการสื่อสาร การแสดงออกท่าทาง น้ำเสียง ความนุ่มนวล รวมทั้ง การตัดสินใจ แก้ปัญหาในกรณีที่ผู้ป่วยเงียบ หรือให้ข้อมูลไม่ตรงประเด็น หรือมีข้อจำกัด เช่น เหนื่อยมากหรือไม่สามารถตรวจในท่านั่งได้ เป็นต้น และสุดท้ายผู้สอนจะสะท้อนผู้เรียนในสิ่งที่ผู้เรียนทำได้ดี และส่วนที่ผู้เรียนบกพร่องโดยไม่ตำหนิ แต่จะให้กำลังใจ การเสริมแรงบวก ตลอดจนให้ผู้เรียนเสนอแนวทางการนำไปประยุกต์ใช้เมื่อฝึกภาคปฏิบัติจริง โดยตระหนักถึงคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ และสิทธิของผู้ป่วย

3. ระยะประเมินผล ภายหลังจากเสร็จสิ้นการเรียนการสอน ได้วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสรุปบทเรียน การฝึกทักษะการประเมินสุขภาพโดยใช้ผู้ป่วยเสมือนในสถานการณ์จำลองพบว่า ผู้เรียนมีความรู้สึกได้ใกล้ชิดกับสถานการณ์และผู้ป่วยจริง มีความเป็นธรรมชาติ และรับรู้ในสิ่งที่ป็นชีวิตจริงมากกว่าการฝึกกับหุ่นจำลองหรือกับเพื่อนผู้เรียนด้วยกัน หรือจากสถานการณ์ที่เป็นกระดาษ ทำให้เกิดความกระตือรือร้น และกระตุ้นความสนใจ ใส่ใจในการเรียนรู้ ได้พัฒนาความสามารถในการสื่อสาร ทั้งการใช้ภาษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การระมัดระวังในการใช้คำพูด เพื่อไม่ให้เกิดการสื่อสารที่ผิดพลาด รวมทั้ง เสริมสร้างความมั่นใจ การสะท้อนจากผู้ป่วยเสมือนทำให้ได้ตระหนักถึงการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และสามารถนำไปพัฒนาปรับปรุงเมื่อต้องฝึกปฏิบัติจริงได้ รวมทั้ง ข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติ และการตรวจร่างกายจากผู้ป่วยเสมือน ที่มีการคัดเลือกให้มีร่องรอยโรค ลักษณะทางพยาธิวิทยากายวิภาคที่สอดคล้องกับโรคที่เป็น สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการรักษาขั้นต้นได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะในการนำไปประยุกต์ใช้

จากประสบการณ์การสอนทักษะการประเมินสุขภาพโดยใช้ผู้ป่วยเสมือนในสถานการณ์จำลอง มีข้อจำกัดและข้อเสนอแนะสำหรับเป็นแนวทางในการนำไปประยุกต์ใช้ ดังนี้

1. ผลลัพธ์การเรียนรู้จากตัวอย่างการสอนทักษะการประเมินสุขภาพโดยใช้ผู้ป่วยเสมือนในสถานการณ์จำลอง เป็นเพียงสิ่งที่ได้จากการสรุปการเรียนรู้จากผู้เรียน ซึ่งเป็นข้อมูลบางส่วนที่สะท้อนจากผู้เรียนในช่วงเวลาจำกัด และขาดกระบวนการหรือใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีคุณภาพและเชื่อถือได้ จึงควรมีการทำวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อยืนยันผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังของการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยเสมือนในสถานการณ์จำลอง

2. เนื่องจากมีผู้เรียนหลายกลุ่ม ต้องสลับเปลี่ยนเข้ามาฝึกทักษะกับผู้ป่วยเสมือนเพียงท่านเดียว ทำให้ผู้ป่วยเสมือนมีความอ่อนล้าและยังขาดการฝึกหัดให้มีความชำนาญและเป็นมืออาชีพ ส่งผลให้มีการแสดงตามสถานการณ์ได้ไม่คงที่ จึงควรมีการจัดหาผู้ป่วยเสมือนที่มีประวัติและร่องรอยโรคใกล้เคียงกันได้ครบตามจำนวนกลุ่มของผู้เรียน หรือจัดหาผู้ป่วยเสมือนที่เป็นโรคอื่นที่ผู้เรียนจะพบได้บ่อยเมื่อขึ้นไปฝึกปฏิบัติงานจริง เพื่อให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ในแต่ละสถานการณ์ โดยมีการสรุปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกัน

3. อาจารย์ผู้รับผิดชอบวิชาสามารถนำแนวทางการจัดการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยเสมือนในสถานการณ์จำลองไปใช้เป็นส่วนหนึ่งในการเตรียมความพร้อมนักศึกษา ก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความมั่นใจในการปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง และบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้

บทสรุป

การใช้ผู้ป่วยเสมือนในการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองถือเป็นรูปแบบการเรียนรู้ใหม่ เพื่อให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงมากที่สุด ทีมผู้สอนจำเป็นต้องมีความเข้าใจในวิธีการของการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยเสมือนที่แตกต่างจากการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองทั่วไป ควรมีการจัดการเรียนการสอนตามองค์ประกอบของ NLN Jeffries Simulation Theory ดังที่กล่าวมาข้างต้น ร่วมกับการเตรียมผู้ป่วยเสมือนได้อย่างเหมาะสมกับประสบการณ์จำลอง ผู้สอนสามารถจัดการให้การเรียนการสอนให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของบทเรียนหรือรายวิชาและส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้เรียนทั้งในด้านการประเมินสุขภาพ การแก้ปัญหา การตัดสินใจ และทักษะการสื่อสาร ตัวอย่างการใช้ผู้ป่วยเสมือนในสถานการณ์จำลองเพื่อฝึกทักษะการประเมินสุขภาพ สามารถนำไปประยุกต์ในการจัดการศึกษาเพื่อฝึกทักษะการประเมินสุขภาพในสถานการณ์อื่น อย่างไรก็ตาม หน่วยงานทางการศึกษาควรมีการวางแผนงบประมาณเกี่ยวกับค่าตอบแทนผู้ป่วยเสมือน การจัดหา และฝึกหัดผู้ป่วยเสมือน เพื่อแสดงบทบาทได้อย่างเที่ยงตรง และได้มาตรฐาน

รายการอ้างอิง

- ประทุม สร้อยวงศ์, เบญจมาศ สุขสถิตย์, ทศพร คำผลศิริ, และ ณัฐธยาน์ สุวรรณคุณหาสน์. (2558). การใช้ผู้ป่วยจำลองในการศึกษาพยาบาล. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 21(3), 289-296.
- สมจิตต์ สินธุชัย, และ กันยารัตน์ อุบลวรรณ. (2560). การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง: การนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(1), 29-38.
- Andrea, J., & Kotowski, P. (2017). Using standardized patients in an undergraduate nursing health assessment class. *Clinical Simulation in Nursing*, 13(7), 309-313.
- Cowperthwait, A. (2020). NLN/Jeffries simulation framework for simulated participant methodology. *Clinical Simulation in Nursing*, 42, 12-21.
- Hill, B. (2017). Research into experiential learning in nurse education. *British Journal of Nursing*, 26(16), 932-938.
- Jeffries, P. R. (2005). A framework for designing, implementing, and evaluating: Simulations used as teaching strategies in nursing. *Nursing Education Perspectives*, 26(2), 96-103.
- Jeffries, P. R., Rodgers, B., & Adamson, K. (2015). NLN Jeffries simulation theory: Brief narrative description. *Nursing Education Perspectives*, 36(5), 292-293.
- Keiser, M. M., & Turkelson, C. (2017). Using students as standardized patients: Development, implementation, and evaluation of a standardized patient training program. *Clinical Simulation in Nursing*, 13(7), 321-330. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2017.05.008>.

- Kolb, A. Y., & Kolb, D. A. (2009). Experiential learning theory: A dynamic, holistic approach to management learning, education and development. In Armstrong, S. J. & Fukami, C. (Eds.), *The SAGE handbook of management learning, education and development* (pp.42-68). Sage.
- Lewis, K. L., Bohnert, C. A., Gammon, W. L., Hölzer, H., Lyman, L., Smith, C., Thompson, T. M., Wallace, A. & Gliva-McConvey, G. (2017). The association of standardized patient educators (ASPE) standards of best practice (SOBP). *Advances in Simulation*, 2(10), 1-8.
- Luctkar-Flude, M., Wilson-Keates, B., & Larocque, M. (2012). Evaluating high-fidelity human simulators and standardized patients in an undergraduate nursing health assessment course. *Nurse Education Today*, 32(4), 448-452.
- McIntosh, C. E., Thomas, C., & Edwards, J. A. (2018). A standardized patient and faculty's viewpoint on working together on an autism spectrum disorder simulation. *Journal of Nursing Education and Practice*, 8(7), 91-96.
- Muckler, V. C. (2017). Exploring suspension of disbelief during simulation-based learning. *Clinical Simulation in Nursing*, 13(1), 3-9.
- Slater, L. Z., Bryant, K. D., & Ng, V. (2016). Nursing student perceptions of standardized patient use in health assessment. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(9), 368-376
- Tuzer, H., Dinc, L., & Elcin, M. (2016). The effects of using high-fidelity simulators and standardized patients on the thorax, lung, and cardiac examination skills of undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 45, 120-125.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2016.07.002>

บทความวิจัย (Research article)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับการรักษาทันเวลา ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลหัวหิน Factors Influencing Early Hospital Arrival among Acute Ischemic Stroke Patients in Hua Hin Hospital

สุปรียา สอนิ¹, ฐิติฐญา นพคุณ¹, จุไรรัตน์ ดวงจันทร์^{2*}

Supreeya Sonti¹, Thichatthaya Noppakhun¹, Churairat duangchan^{2*}

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: julyratana@gmail.com; โทรศัพท์ 097-2691246)

(Received: October 31, 2022; Revised: December 18, 2022; Accepted: December 24, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 130 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลาก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎี PRECEDE Model ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มารับการรักษาทันเวลาภายใน 4.5 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 53.80 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพบว่า สถานภาพคู่ ($OR_{adj} = .33$; 95%CI = .12 - .87) การรับรู้ความรุนแรงระดับสูง ($OR_{adj} = .65.49$; 95%CI = 9.43 - 454.62) ร่วมทำนายการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ได้ร้อยละ 54.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิจัยนี้สนับสนุนว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง และสถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการมารับการรักษาได้ทันเวลา จึงควรรณรงค์ให้บุคคลที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และคู่สมรส รวมไปถึงบุคคลในครอบครัวใกล้ชิด ตระหนักถึงความรุนแรงของโรค และเข้ารับการรักษาทันทีตามแนวทางช่องทางด่วนได้ทันเวลา

คำสำคัญ: การมารับการรักษาทันเวลา, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน, การรับรู้ความรุนแรงของโรค

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหัวหิน

Registered Nurse (Professional Level), Hua Hin Hospital

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Instructor, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

Abstract

This cross-sectional study aims to study the factors predicting pre-hospital delay among acute ischemic stroke patients in Hua Hin Hospital, Prachuap Khiri Khan Province. The sample size was calculated by using power analysis from 130 patients who were selected with lottery simple random sampling. The data were collected by using a set of questionnaires developed for to PRECEDE Model; predisposing, enabling, and reinforcing factors with Cronbach's alpha reliability at .93. Descriptive statistics and logistic regression were applied to analyze the data.

The findings reveal that 53.80% of acute ischemic stroke patients have been early hospitalized within 4.5 hours. The logistic regression analysis reveals that Marital status ($OR_{adj} = .33$; 95%CI = .12 - .87), and high perceived severity ($OR_{adj} = 65.49$; 95%CI = 9.43 - 454.62) was predicted at 54% with statistical significance at the .05 level.

This research supports that recognizing the severity of an acute ischemic stroke and marital status is the factor that can predict earlier treatment. Therefore, campaigns should be made for people who are at risk of having a stroke, spouses, and close family members to be aware of the severity of the disease according to pre-hospital delay with the FAST TACK method.

Keywords: Early hospital arrival, Acute ischemic stroke patients, Perceived severity

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease or stroke) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) ที่เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต ทั้งยังเป็นสาเหตุที่นำไปสู่ภาวะความพิการที่รุนแรงและระยะยาวของประชากรทั่วโลก (GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators, 2016) จากรายงานการสำรวจทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2019 พบอุบัติการณ์การเกิดโรค จำนวน 12.2 ล้านคน มีความชุกของโรค 101 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิต จำนวน 6.6 ล้านคน ซึ่งเมื่อเทียบกับปี ค.ศ. 1990 พบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดโรคเพิ่มขึ้น ร้อยละ 70 มีความชุกของโรคเพิ่มขึ้น ร้อยละ 85 และมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น ร้อยละ 43 (GBD 2019 Stroke Collaborators, 2021) และสำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2557-2561 พบอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2557-2559 หลังจากนั้น มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย และเริ่มคงที่ในปี พ.ศ. 2561 โดยมีอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเท่ากับ 44.3 ต่อประชากรแสนคน และอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2563)

โรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดอาการที่ผิดปกติของระบบประสาทแบบค่อยเป็นค่อยไปและทวีความรุนแรงมากขึ้น อาการของโรคขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือด การรักษาที่รวดเร็วถือเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน ยิ่งปล่อยไว้จะทำให้สมองเกิดความเสียหายเพิ่มมากขึ้น เสี่ยงต่อความพิการและเสียชีวิตได้มากขึ้น (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2564) การมารับรักษาทันเวลา (early hospital arrival) เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จากการวิจัยของ Fladt et al. (2019) พบว่า การมารับรักษาหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่า 4.5 ชั่วโมง ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพลดลง เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มารับรักษาทันเวลาภายใน 4.5 ชั่วโมง จากผลการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่าใช้เวลาในการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล มากกว่า 4.5 ชั่วโมง ในช่วงร้อยละ 56.4 ถึง 61.8 (กัญจน์นิชา เียดยโสสง และคณะ, 2562; จิราพร บุญโท, 2564; Rakchue & Poonphol, 2019) ซึ่งการมารับรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ถือว่าเป็นโอกาสทอง (golden period) ที่จะมีโอกาสช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำได้ทันเวลา ทำให้ไม่ให้เกิดความพิการตามมาได้ (Advani et al., 2017)

จากการทบทวนปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาทันเวลา มีปัจจัยที่หลากหลาย ทั้งการรับรู้อาการเตือนของโรค (warning signs) ได้แก่ มุมปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรงหรือชาข้างใดข้างหนึ่ง ตามัวหรือมองไม่เห็น พูดตะกุกตะกักหรือพูดไม่ค่อยชัด นึกคำพูดไม่ออกหรือไม่เข้าใจคำพูด ปวดศีรษะรุนแรงเฉียบพลัน เวียนศีรษะบ้านหมุน สูญเสียความสามารถของการประสานงานของแขนขา เดินลำบากหรือเป็นลมเฉียบพลัน (สัทกช โพธิ์คำ, 2563) การรับรู้อาการเตือนจะช่วยให้นำส่งเพื่อการรักษาได้ทันเวลา (Soto-Cámara et al., 2019; Waelveerakup et al., 2019) และสามารถช่วยลดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมองได้ นอกจากนี้ ยังพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส รวมทั้งพาหนะในการเดินทางมาโรงพยาบาล (Jin et al., 2012) การใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Rakchue & Poonphol, 2019; Soto-Cámara et al., 2019) ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาล การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ล้วนส่งผลต่อระยะเวลาในการมารับการรักษาทันเวลา (พีชญา ศรีสา และคณะ, 2562, จิราพร บุญโท, 2564)

โรงพยาบาลหัวหินเป็นโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน มีการวางระบบการจัดการโดยใช้กระบวนการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองและได้พัฒนาการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันมาโดยตลอด ซึ่งสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลหัวหิน ปีงบประมาณ 2562-2565 ในยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและระบบบริการที่มีความเป็นเลิศ (PP & service excellence) มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพและกลยุทธ์เชิงรุกสู่ชุมชน เครือข่ายชุมชนเข้มแข็งโรงพยาบาลเครือข่ายคุณภาพ แต่จากการสำรวจในเบื้องต้นในปีงบประมาณ 2563 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันที่ได้รับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ เพียงจำนวน 31 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 625 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.96 ซึ่งจากจำนวนของการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำดังกล่าว

อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยจำนวนมากยังมารักษาได้ไม่ทันเวลา หรือมารักษาได้อย่างล่าช้า ซึ่งอาจจะเป็นผลให้เกิดความสูญเสียทั้งการตายและความพิการตามมาได้

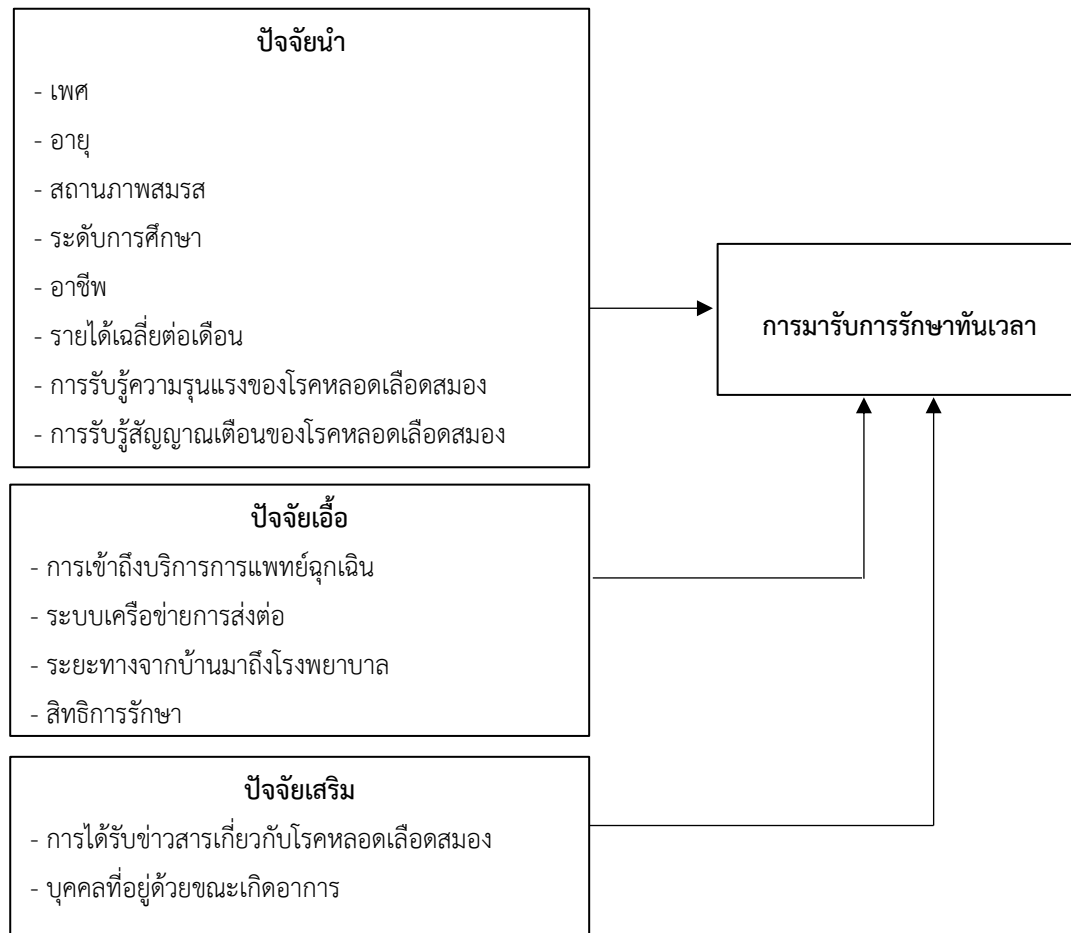
อย่างไรก็ตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการมารับการรักษาทันเวลาที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นพบว่า ผลการวิจัยมีความแตกต่างกันไปตามลักษณะทางภูมิศาสตร์และบริบทสิ่งแวดล้อม ชุมชน และประชากร (พัชรภรณ์ ปินตา, 2564) สำหรับโรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เป็นโรงพยาบาลอยู่ในเส้นทางการจราจรที่เป็นเส้นทางไปยังแหล่งการท่องเที่ยวชายทะเล จึงต้องรองรับผู้ป่วยฉุกเฉินจากเดินทางมาจากต่างจังหวัด รวมทั้งประชาชนในพื้นที่อำเภอหัวหินและอำเภออื่น ๆ ในจังหวัดเดียวกันและจังหวัดใกล้เคียงซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการเดินทางได้สะดวก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลหัวหิน เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์แนวทางในการลดปัญหาการมารับบริการล่าช้า และเพิ่มโอกาสในการได้รับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลหัวหิน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การคัดเลือกตัวแปรเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลหัวหินนี้ เป็นไปตามแนวคิด PRECEDE Model (Green & Kreuter, 2005 อ้างถึงใน นรลักษณ์ เอื้อกิจ และ ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี, 2562) เชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple factors) ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ (predisposing factors) เป็นปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติทั้งความรู้และความเชื่อของบุคคล 2) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) เป็นปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมที่อำนวยความสะดวกต่างๆ ทั้งในด้านความพร้อมและการเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวก และ 3) ปัจจัยเสริม (reinforcing factors) เป็นปัจจัยภายนอกจากบุคคลที่มีอิทธิพลในการปฏิบัตินั้นๆ และกำหนดระยะเวลาในการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โดยนับระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาลหัวหินต้องไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลหัวหิน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive research) มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน และมารับการรักษาในโรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ระหว่างเดือน 1 กรกฎาคม 2564 – 30 มิถุนายน 2565 จำนวน 220 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดอำนาจทดสอบ (power analysis) เท่ากับ .95 กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ .05 ตัวแปรใน

การศึกษา 14 ตัวแปร และกำหนดขนาดของอิทธิพลจากงานวิจัยของของพัชรภรณ์ ปันตา (2564) มีค่า R^2 เท่ากับ 0.187 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 131 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายจาก หมายเลขผู้ป่วยนอก โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) มีข้อมูลระยะเวลาที่เกิดอาการ และเวลาที่เดินทางมาโรงพยาบาล 2) มีภูมิลำเนาในอำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 3) ผู้ป่วยยังคงมีชีวิตอยู่ และ 4) ยินดีให้ข้อมูลการวิจัย และมีเกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยย้ายที่อยู่และไม่สามารถติดต่อได้ และ 2) ให้ข้อมูลการวิจัยได้ไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ตามแนวคิด PRECEDE Model (Green & Kreuter, 2005 อ้างถึงใน นรลักษณ์ เอื้อกิจ และ ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี, 2562) และจากการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้อง จำแนกตามปัจจัยออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยนำ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพปัจจุบัน และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ซึ่งเป็นแบบสำรวจรายการ 2) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 7 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ระหว่างเห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) จนถึงไม่เห็นด้วยเลย (1 คะแนน) และ 3) แบบสอบถามการรับรู้การเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 8 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ระหว่างเห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) จนถึงไม่เห็นด้วยเลย (1 คะแนน)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 4 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ระหว่างเห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) จนถึงไม่เห็นด้วยเลย (1 คะแนน) 2) แบบสอบถามระบบเครือข่ายการส่งต่อ ได้แก่ ระยะทางจากบ้านหรือสถานที่มีอาการถึงโรงพยาบาล และวิธีการมารับบริการในโรงพยาบาล และ 3) สิทธิการรักษา ซึ่งเป็นแบบสำรวจรายการ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การเคย/ไม่เคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และช่องทางการรับข่าวสาร และ 2) บุคคลที่อยู่ด้วยเมื่อเกิดอาการ ซึ่งเป็นแบบสำรวจรายการ

โดยแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้การเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คัดคะแนนเฉลี่ยรายข้อและโดยรวม โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกระดับของคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้ (Best, 1981)

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.51 – 4.00 หมายถึง ระดับสูง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 2.50 หมายถึง ระดับต่ำ

2. แบบบันทึกระยะเวลา นับตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่มารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลหัวหิน แบ่งเป็น ผู้ป่วยที่มารับ

การรักษาภายในเวลา 4.5 ชั่วโมง หมายถึง ทันเวลา และ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาล่าช้ากว่าเวลา 4.5 ชั่วโมง หมายถึง ไม่ทันเวลา ซึ่งได้จากการซักประวัติและลงบันทึกของพยาบาลวิชาชีพในเวชระเบียนผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือการวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดสมอง และสมอง 1 ท่าน พยาบาลชำนาญการผู้มีส่วนเกี่ยวข้องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (item-objective congruence index: IOC) ระหว่าง .067 – 1.00 แก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เท่ากับ .87, .89 และ .83 ตามลำดับ และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ .93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับอนุญาตการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ข้อมูลกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่เคยมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน
2. คัดเลือกแฟ้มประวัติผู้ป่วยในช่วงเดือน 1 กรกฎาคม 2564 – 30 มิถุนายน 2565 ตามเกณฑ์คัดเข้า เพื่อนำมาใช้มาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่ายจากหมายเลขผู้ป่วยนอก
3. ดำเนินการติดต่อประสานงานกลุ่มตัวอย่างจากหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ของผู้ป่วยหรือญาติที่บันทึกไว้ในเวชระเบียน เพื่อขอความเป็นยินยอมในการให้ข้อมูลการวิจัย
4. ประสานงานพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่ภูมิลำเนาของกลุ่มตัวอย่าง ในการจัดส่งแบบสอบถามให้ดำเนินการให้ข้อมูลตามเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย การลงนามแสดงความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาไม่เกิน 20 นาที ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและส่งกลับทางไปรษณีย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ ได้แบบสอบถามกลับคืนมาและมีข้อมูลครบถ้วน จำนวน 130 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 99.23 ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแต่ละปัจจัยกับตัวแปรการมารับการรักษาทันเวลา เป็นการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (univariate analysis) โดยใช้สถิติ Crude Odds Ratio (crud OR) และค่าความเชื่อมั่น 95% Confidence Interval (CI)
3. ปัจจัยทำนายการมารับรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันโดยใช้การวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (multivariate analysis) โดยใช้สถิติ binary logistic regression ที่ระดับ

นัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (r_s) ระหว่างตัวแปรต้นมีค่าน้อยกว่า .80 (Stevens, 1996) แสดงว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง (Multicollinearity)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลหัวหิน เลขที่ RECHHH010/2565 ลงวันที่ 23 สิงหาคม 2565 ทั้งนี้ เป็นการศึกษาที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรักษาทางด้านการคลินิก จึงไม่ทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับความเสียหาย เสี่ยงอันตรายต่อร่างกาย แต่อาจได้รับความเหนื่อยเล็กน้อยจากการทำแบบสอบถาม ซึ่งการให้ข้อมูลการวิจัยนี้ เป็นไปตามความสมัครใจ ข้อมูลถูกเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่มารับบริการในโรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 130 คน พบว่า มารับการรักษาทันเวลาก่อน 4.5 ชั่วโมง จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 53.80 และมาช้าไม่ทันเวลา หลัง 4.5 ชั่วโมง จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 46.20

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลหัวหิน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองสูง มีโอกาสมาโรงพยาบาลทันมากกว่าผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองต่ำ 36 เท่า ($OR_{Crude} = 36.42$) ผู้ที่รับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองสูง มีโอกาสมาโรงพยาบาลทันมากกว่าผู้ที่รับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองต่ำ 11 เท่า ($OR_{Crude} = 10.69$) การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงมีโอกาสมาโรงพยาบาลทันมากกว่าผู้ที่มีการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงต่ำ 4 เท่า ($OR_{Crude} = 3.65$) การเดินทางมาโรงพยาบาลโดยใช้รถฉุกเฉิน (บริการ1669) มีโอกาสมาโรงพยาบาลทันมากกว่าพาหนะส่วนตัว/รับจ้าง 2 เท่า ($OR_{Crude} = 2.04$) การเคยได้รับข่าวสารเกี่ยวโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสมาโรงพยาบาลทันมากกว่าผู้ที่ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวโรคหลอดเลือดสมอง 2 เท่า ($OR_{Crude} = 2.12$) และผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีโอกาสเข้ารับการรักษาได้ทันเวลาน้อยกว่าผู้ที่ร้อยสถานภาพโสดร้อยละ 65 ($OR_{Crude} = .35$) ส่วนตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ รวมทั้ง ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล และบุคคลที่อยู่ด้วยเมื่อเกิดอาการไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลามารับการรักษาทันเวลา รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในโรงพยาบาลหัวหิน (n = 130)

ตัวแปร	มาร.พ.ทันเวลา (n = 70)		มาร.พ.ไม่ทันเวลา (n = 60)		OR _{Crude}	95%CI
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปัจจัยนำ						
เพศ						
หญิง	48	57.14	36	42.86	1.45	.70 - 2.99
ชาย	22	47.83	24	52.17	1	
อายุ						
40 – 59	32	54.24	27	45.76	0.72	.31 - 1.68
มากกว่า 60	22	55	18	45	0.87	.34- 2.23
น้อยกว่า 40	16	51.61	15	48.39	1	
ระดับการศึกษา						
มัธยมศึกษาตอนปลาย	19	45.24	23	54.76	1.26	.35 - 1.79
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	24	68.57	11	31.43	0.38	.85 – 5.13
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	27	50.94	26	49.06	1	
อาชีพปัจจุบัน						
ธุรกิจส่วนตัว	15	53.57	13	46.43	1.11	.34 - 1.77
รับราชการและรัฐวิสาหกิจ	18	50	18	50	1.15	.67 - 1.96
รับจ้าง/ค้าขาย/เกษตรกรรม	37	56.06	29	43.94	1	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน						
5,001 – 10,000 บาท	25	59.52	17	40.48	1.716	.63 - 4.60
10,001 – 15,000 บาท	19	50	19	50	1.167	.42 - 3.17
มากกว่า 15,001 บาท	14	58.33	10	41.67	1.633	.53 - 5.00
ต่ำกว่า 5,000 บาท	12	46.15	14	53.85	1	
สถานภาพสมรส						
โสด/ไม่มีคู่สมรส	17	31.48	37	68.52	.35*	.17 - .73
มีคู่สมรส	43	56.58	33	43.42	1	
การรับรู้ความรุนแรงของโรค						
สูง	46	93.88	3	6.12	36.42**	10.31 - 128.58
ต่ำ	24	29.63	57	70.37	1	
การรับรู้การเตือนโรคหลอดเลือดสมอง						
สูง	38	86.36	6	13.64	10.69**	4.06 – 28.07
ต่ำ	32	37.21	54	62.79	1	

ตาราง 1 (ต่อ)

ตัวแปร	มาร.พ.ทันเวลา		มาร.พ.ไม่ทันเวลา		OR _{Crude}	95%CI
	(n = 70)		(n = 60)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปัจจัยเอื้อ						
การเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉิน						
สูง	44	69.84	19	30.16	3.65**	1.76 - 7.56
ต่ำ	26	38.81	41	61.19	1	
ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล						
≤ 10 กิโลเมตร	39	54.93	32	45.07	1.10	.55- 2.20
> 10 กิโลเมตร	31	52.54	28	47.46	1	
ระบบเครือข่ายการส่งต่อ						
บริการ 1669	23	43.40	30	56.6	2.04*	1.00 - 4.15
พาหนะส่วนตัว/รับจ้าง	47	61.04	30	38.96	1	
สิทธิการรักษา						
ประกันสุขภาพ	47	50.54	46	49.46	.62	.28 - 1.35
ประกันสังคม/ข้าราชการ	23	62.16	14	37.84	1	
ปัจจัยเสริม						
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค						
เคย	41	63.08	24	36.92	2.12*	1.05 - 4.27
ไม่เคย	29	44.62	36	55.38	1	
บุคคลที่อยู่ด้วยขณะเกิดอาการ						
ไม่ใช่คนในครอบครัว	49	59.76	33	40.24	1.91	.92 - 3.92
ครอบครัว	21	43.75	27	56.25	1	

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

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในโรงพยาบาลหัวหิน ได้คัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในโรงพยาบาลหัวหิน จำนวน 6 ตัวแปร ได้แก่ สถานภาพสมรส พาหนะนำส่งโรงพยาบาล การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้สัญญาณเตือน และการเข้าถึงบริการฉุกเฉิน เพื่อการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกโดยวิธี Enter ผลการทดสอบความเหมาะสมของแบบจำลองโดยวิธี Hosmer and Lemeshow Test มีค่าไคสแควร์เท่ากับ 2.17, $p = .97$ แสดงว่าแบบจำลองมีความเหมาะสม การทดสอบ Step Block Model มีค่าไคสแควร์เท่ากับ 67.56, $p < .001$ แสดงว่าค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนายแตกต่างจาก 0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่า Nagelkerke R Square เท่ากับ .451 แสดงว่า ตัวแปรทั้ง 6 ตัวสามารถร่วมกันทำนายการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในโรงพยาบาลหัวหิน ได้ร้อยละ 45.10 และมีจำนวน

ร้อยละของการทำนายได้ถูกต้องเท่ากับ 79.20 เมื่อพิจารณาค่า OR_{adj} พบว่า ผู้ที่มีการรับรู้ความรู้ความรุนแรงระดับสูงมีโอกาสมารับการรักษาทันเวลาสูงกว่าผู้ที่มีการรับรู้ความรู้ความรุนแรงระดับต่ำ 65 เท่า ($OR_{adj} = 65.49$) และผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่มีโอกาสมารับการรักษาทันเวลาน้อยกว่าผู้ที่มีสถานภาพโสดร้อยละ 67 ($OR_{adj} = .33$) รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยโลจิสติก ปัจจัยทำนายการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในโรงพยาบาลหัวหิน

ปัจจัย	B	S.E.	OR_{adj}	95% CI
สถานภาพสมรสคู่	-1.10	.49	.33*	.12 - .87
ใช้บริการ 11669 นำส่งโรงพยาบาล	.15	.50	1.16	.43 - 3.09
การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรค	.77	.49	2.15	.82 - 5.67
การรับรู้ความรู้ความรุนแรงระดับสูง	4.18	.98	65.49**	9.43 - 454.62
การรับรู้การเตือนระดับสูง	.37	.94	1.45	.23 - 9.19
การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับสูง	-1.30	.73	.27	.06 - 1.14
Constant	-.35	.51	.70	

Model Chi-square 67.56, $p < .001$

Nagelkerke R Square = .541, Percentage correct = 79.20

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

การอภิปรายผล

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในโรงพยาบาลหัวหิน สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามแนวคิด PRECEDE MODEL (Green & Kreuter, 2005) อ้างถึงใน นรลักษณ์ เอื้อกิจ และ ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี, 2562) ดังนี้

1. ปัจจัยนำ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความรู้ความรุนแรง การรับรู้การเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาทันเวลา ($OR_{Crude} = .35, 36.42, 10.69$ ตามลำดับ) การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นความเชื่อว่าการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความรุนแรง ก่อให้เกิดความพิการ มีความยากลำบากในการใช้ชีวิต ใช้เวลานานในการรักษา และนำไปสู่การเสียชีวิตได้ ทั้งนี้ การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการจัดการอาการทันที จึงมีแนวโน้มที่จะมารับการรักษาได้ทันเวลา (พิชญา ศรีสา และคณะ, 2562; Zhou et al., 2017) ในทางตรงข้ามหากมีการรับรู้ต่ำ ก็มีแนวโน้มที่จะเข้ารับการรักษาล่าช้า (Rakchue & Poonphol, 2019) การรับรู้การเตือนโรคหลอดเลือดสมอง จะส่งผลต่อความตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อาการชัก อาการหน้าเบี้ยว สามารถทำนายการมารับการรักษาทันเวลาได้ (พัชรภรณ์ ปินตา, 2564) เช่นเดียวกับการไม่รับรู้ว่ามีปัญหาหรืออาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีผลต่อการเข้ารับการรักษาอย่างล่าช้าได้ (จิราพร บุญโท, 2564; Rakchue &

Poonphol, 2019) และสถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่เกิดจากอิทธิพลของคู่สมรส ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีคู่สมรสกลับมีโอกาสมารับการรักษาทันเวลาลดลง ซึ่งเป็นตัวแปรที่แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การอยู่คนเดียว จะมารับการรักษาล่าช้ามากกว่าการมีคู่สมรส (จิราพร บุญโท, 2564; Jin et al., 2012) อาจอธิบายได้ว่าอาจมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับคู่สมรส เช่น ขาดการรับรู้ความรุนแรงหรือการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ไม่ตระหนักถึงการมารับการรักษาให้ทันเวลา ดังผลการศึกษาตัวแปรที่ใกล้เคียงกัน คือ การมีบุคคลที่อยู่ด้วยขณะเกิดอาการและรับรู้ว่ามีโรคนี้รุนแรง จะส่งผลต่อการตอบสนองทันทีและมีแนวโน้มที่จะพามารับการรักษาได้ทันเวลา (Zhou et al., 2017; Ruiz et al., 2020)

2. ปัจจัยเอื้อ ผลการวิจัยพบว่า การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และระบบเครือข่ายการส่งต่อมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($OR_{Crude} = 3.65, 2.04$ ตามลำดับ) อธิบายได้ว่าเป็นปัจจัยที่มาจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนให้บุคคลมีความสะดวกในการเข้าไปรับการรักษาหรือเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวก สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า หากผู้ป่วยสามารถใช้โทรศัพท์ในการโทรเบอร์ฉุกเฉินได้ มีโอกาสที่จะเข้ามารับการรักษาได้ทันเวลา (Zhou et al., 2017; Soto-Cámara et al., 2019; Wang et al., 2021) นอกจากนี้ ยังช่วยลดระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเกิดอาการจนกระทั่งได้รับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Hsieh et al., 2014) การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินถือว่ามีความจำเป็นอย่างมากสำหรับการจัดการขั้นต้นที่ดีที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งการมีระบบการส่งต่อจากชุมชนที่ดี (Zhou et al., 2017) ในขณะที่บุคคลที่ไม่ได้โทรเบอร์ฉุกเฉินมีแนวโน้มที่จะเข้ารับการรักษาช้า (Rakchue & Poonphol, 2019)

3. ปัจจัยเสริม ผลการวิจัยพบว่า การเคยได้รับข่าวสารเกี่ยวโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสมาโรงพยาบาลทันมากกว่าผู้ที่ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวโรคหลอดเลือดสมองถึง 2 เท่า ($OR_{Crude} = 2.12$ ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลในการมารับการรักษาทันเวลา ปัจจัยเสริมส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะของการให้ความรู้ และข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นสิ่งที่ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนและคงอยู่ของการปฏิบัติ การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองผ่านช่องทางต่างๆ ก็มีแนวโน้มที่มาเข้ารับการรักษาได้ทันเวลา (Zhou et al., 2017) และลดโอกาสในการเข้ารับการรักษาอย่างล่าช้า (Vallippalam et al., 2021)

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ทั้งปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีอิทธิพลต่อการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลหัวหิน โดยเฉพาะสถานภาพคู่ ($OR_{adj} = .33; 95\%CI = .12 - .87$) การรับรู้ความรุนแรงระดับสูง ($OR_{adj} = .65.49; 95\%CI = 9.43 - 454.62$) ร่วมทำนายการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ได้ร้อยละ 54.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยเหล่านี้มีส่วนสำคัญที่ช่วยในการสร้างและพัฒนาให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองให้ตระหนักรู้และเห็นความสำคัญของการมารับการรักษาทันเวลา และเป็นแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองเพื่อรองรับนโยบายระบบบริการสุขภาพ (service plan) ในอนาคต

ข้อจำกัดของการวิจัย

การมารับการรักษาทันเวลา อาจขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่ ผลการศึกษานี้ อาจไม่ครอบคลุมในพื้นที่ที่มีบริบทที่แตกต่างกับอำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ควรรณรงค์ให้บุคคลที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มรส รวมไปถึงบุคคลในครอบครัว ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและความสำคัญของการมารับการรักษาได้ทันเวลา

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

วิจัยและพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในประชาชนกลุ่มเสี่ยง กลุ่มรส ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและความตระหนักในการมารับการรักษาได้ทันเวลา

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2563). รายงานสถานการณ์โรค NCDs: เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กัญจน์นิชา เยียดไธสง, อภิญา วงศ์พิริยโยธา, และ พงนิย ชูลีลัง. (2562). ปัจจัยทำนายระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากเกิดอาการในระยะเฉียบพลัน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(1), 148-156.
- จิราพร บุญโท. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อความล่าช้าก่อนถึงโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลันในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. *หัวหินเวชสาร*, 1(3), 10-22.
- นรลักษณ์ เอื้อกิจ, และ ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. (2562). การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 12(1), 38-48.
- พัชรภรณ์ ปินตา. (2564). ปัจจัยทำนายการมารับการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 4(3), 46-58.
- พีชญา ศรีสา, รุ่งทิพย์ เบ้าต๋น, ปิฎยาวัชร ปราบกุล, และ อุทัยทิพย์ จันทรเพ็ญ. (2562). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลหลังเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลพระพุทธบาท. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 36(1), 7-15.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2564). *โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke): ความรู้สำหรับผู้ปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน*. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข.

- สัตกช โพธิ์คำ. (2563). การรับรู้ทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดชนิดขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสมาคมประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 15(4), 66-75.
- Advani, R., Naess, H., & Kurz, M. W. (2017). The golden hour of acute ischemic stroke. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 25, Article 54. <https://doi.org/10.1186/s13049-017-0398-5>
- Best, J. W. (1981). *Research in education* (4th ed). Prentice-Hall.
- Fladt, J., Meier, N., Thilemann, S., Polymeris, A., Traenka, C., Seiffge, D. J., Seiffge, D. J., Sutter, R., Peters, N., Gensicke, H., Flückiger, B., de Hoogh, K., Künzli, N., Bringolf-Isler, B., Bonati, L. H., Engelter, S. T., Lyrer, P. A., & De Marchis, G. M. (2019). Reasons for prehospital delay in acute ischemic stroke. *Journal of the American Heart Association*, 8(20), Article e013101. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.013101>
- GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators. (2016). Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 388(10053), 1459-1544.
- GBD 2019 Stroke Collaborators. (2021). Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Neurology*, 20, 795-820.
- Hsieh, M., Tang, S., Chiang, W., Huang, K., Chang, A. M., Ko, P. C., Tsai, L., Jeng, J., & Ma, M. H. (2014). Utilization of emergency medical service increases chance of thrombolytic therapy in patients with acute ischemic stroke. *Journal of the Formosan Medical Association*, 113(11), 813-819.
- Jin, H., Zhu, S., Wei, J. W., Wang, J., Liu, M., Wu, Y., Wong, L. K. S., Cheng, Y., Xu, E., Yang, O., Anderson, C. S., Huang, Y., & ChinaQUEST Investigators. (2012). Factors associated with prehospital delays in the presentation of acute stroke in urban China. *Stroke*, 43(2), 362-370.
- Rakchue, P., & Poonphol, S. (2019). Factor influencing pre-hospital delay among acute ischemic stroke patients in Rajavithi hospital. *Journal of Thai Stroke Society*, 18(1), 5-13.
- Ruiz, R. G., Fernández, J. S., Ruiz, R. G., Bermejo, M. R., Arias, Á. A., Pinto, A. S., Meneses, A. L., Paniagua, E. B., & Alemán, J. A. (2020). Factors related to immediate response to symptoms in patients with stroke or transient ischaemic attack. *Neurología (English Edition)*, 35(8), 551-555.

- Soto-Cámara, R., González-Santos, J., González-Bernal, J., Martín-Santidrian, A., Cubo, E., & Trejo-Gabriel-Galán, J. M. (2019). Factors associated with shortening of prehospital delay among patients with acute ischemic stroke. *Journal of Clinical Medicine*, 8(10), Article 1712. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6832968/pdf/jcm-08-01712.pdf>
- Stevens, J. (1996). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (3rd ed.). Lawrence Erlbaum.
- Vallippalam, J., Krishna, S., Suresh, N., Sunny, A. A., & Iyer, R. S. (2021). Stroke education focusing on recognition and response to decrease pre-hospital delay in India: Need of the hour to save hours. *Interdisciplinary Neurosurgery*, 26, Article 101309. <https://doi.org/10.1016/j.inat.2021.101309>
- Waelveerakup, W., Lapvongwatana, P., Leelacharas, S., & Davison, J. (2019). Factors predicting stroke pre-hospital delay behavior intention among people with high risk of stroke. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 23(3), 271-284.
- Wang, R., Wang, Z., Yang, D., Wang, J., Gou, C., Zhang, Y., Zian, L., & Wang, Q. (2021). Early hospital arrival after acute ischemic stroke is associated with family members' knowledge about stroke. *Frontiers in Neurology*, 12, Article 652321. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8187751/>
- Zhou, Y., Yang, T., Gong, Y., Li, W., Chen, Y., Li, J., Wang, M., Yin, X., Hu, B., & Lu, Z. (2017). Pre-hospital delay after acute ischemic stroke in central urban China: Prevalence and risk factors. *Molecular Neurobiology*, 54(4), 3007-3016.

บทความวิจัย (Research article)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์
ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลแก่งกระจาน

Factors Associated with First Inadequate Antenatal Care of Pregnant
Women Experiencing Delivery in Kaeng Krachan Hospital

มุกดา สนจิน¹, อังสินี กันสุขเจริญ^{2*}

Mukda Sonjean¹, Angsinee Kansukcharearn^{2*}

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: angsinee@pckpb.ac.th; โทรศัพท์ 080-9950894)

(Received: November 30, 2022; Revised: December 25, 2022; Accepted: December 28, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตร โรงพยาบาลแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ช้ากว่า 12 สัปดาห์และไม่ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพที่มาคลอดบุตร โรงพยาบาลแก่งกระจาน ระหว่าง 1 ตุลาคม 2564- 30 กันยายน 2565 จำนวน 102 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างตามกรอบแนวคิดทฤษฎี PRECEDE Model ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฝากครรภ์ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ .78 แบบสอบถามทัศนคติต่อการฝากครรภ์ การรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ประโยชน์ และรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84, .84, .84 และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกและไม่ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพเมื่ออายุครรภ์ 13-20 สัปดาห์ ร้อยละ 70.59 และอายุครรภ์เกิน 20 สัปดาห์ ร้อยละ 29.41 ปัจจัยรายได้ของครอบครัวต่อเดือน และการรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 6.45, 5.14$; Cramer'V = .25, .22 ตามลำดับ)

ผลการวิจัยนี้ สามารถนำไปพัฒนาช่องทางการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์ เพื่อสร้างความตระหนักรู้ในความจำเป็นของการมาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี

Registered Nurse (Professional Level), Kaeng Krachan Hospital, Phetchaburi Province

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Instructor, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Ministry of Public Health

และครบตามเกณฑ์ รวมทั้ง จัดบริการเชิงรุกพัฒนาเครือข่ายคลินิกฝากครรภ์คุณภาพลงสู่ชุมชน เพื่อลดภาระค่าใช้จ่าย และจัดบริการสนับสนุนพาหนะในการเดินทางมารับบริการฝากครรภ์

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์, การฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์, การรับรู้โอกาสเสี่ยง

Abstract

This correlation descriptive research aims to study the factors predicting inadequate antenatal care (ANC) among pregnant women who delivered babies at Kaeng Krachan Hospital, Phetchaburi Province. A sample consisted of 102 pregnant women who received delayed antenatal care after 12 weeks and had fewer than five pregnancy-care attended times. All of them experienced child delivery in Kaeng Krachan Hospital. The data have been collected by using the questionnaires that were developed according to PRECEDE Model consisting of the knowledge of antenatal care questionnaire with KR-20 reliability at .78, the questionnaire of attitude towards pregnancy, benefits of antenatal care, risk perception, and perceived barriers to inadequate antenatal care with Cronbach's alpha coefficients were .84, .84, .84 and .81, respectively. Descriptive statistics and the Chi-square test have been applied to analyze the data.

The findings reveal that 70.59% of pregnant women with child delivery experiences in Kaeng Krachan hospital had been delayed in the first visit to antenatal care within gestational age 13-20 weeks, and 29.41% within gestational age over 20 weeks. The Fisher's exact test reveals that ($\chi^2 = 6.54$, Cramer's V = .25), and highly perceived severity ($\chi^2 = 5.14$; Cramer's V = .22) are statistically significantly correlated with delayed antenatal care at the .05 level.

According to this research, the development channels to recognize and educate the risk of Inadequate antenatal care should be supported. Developing an antenatal clinic quality network for the community is a way to reduce the cost burden and support the fund for low-income pregnant women.

Keywords: Pregnant women, Inadequate antenatal care, Perceived severity

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฝากครรภ์เป็นจุดเริ่มต้นแห่งการพัฒนาคุณภาพประชากรเริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์เพื่อการตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัย มารดาทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อนและมีสุขภาพแข็งแรง นอกจากนี้ยังแสดงออกถึงการเอาใจใส่สุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์อีกด้วย การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข คือ การมารับบริการฝากครรภ์กับเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และ

สาธารณสุขที่ให้บริการอยู่ในโรงพยาบาลรัฐ ศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน ตามประกาศนโยบายฝากครรภ์คุณภาพ สำหรับประเทศไทย พ.ศ.2565 ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565ก) และสอดคล้องตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2018) และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ตามแนวทางฝากครรภ์คุณภาพวิถีชีวิตใหม่ โดยให้ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ และฝากครรภ์ต่อเนื่องตามเกณฑ์ฝากครรภ์ 8 ครั้ง เพื่อประเมินและคัดกรองความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ที่ส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์และหญิงตั้งครรภ์ รวมทั้งส่งต่อไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพ เพื่อให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคเพิ่มเติมและดูแลรักษา (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565ก)

สถานการณ์การฝากครรภ์ในประเทศไทย พ.ศ. 2564 จากฐานข้อมูลกลางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 78.12 และครบตามเกณฑ์คุณภาพ 5 ครั้ง ร้อยละ 71.19 (ซึ่งเกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนดคือ ร้อยละ 75) (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565ข) ซึ่งการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Belayneh et al., 2016) ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยมาก (Xaverius et al., 2016) รวมทั้ง ติดเชื้อในกระแสเลือด การเจริญเติบโตช้าในครรภ์ การขาดออกซิเจนแรกเกิด และการตายปริกำเนิดของทารก (Tariku et al., 2010) และยังส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารก เช่น ภาวะโลหิตจาง ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยหรือมากกว่าปกติ ตัวเหลือง ติดเชื้อในกระแสเลือด และการหายใจล้มเหลว (อนุสรฯ กังอุบล, 2560; ฐิติมา หาญสมบูรณ์, 2565) ทารกแรกเกิดมีภาวะดาวน์ซินโดรม 1: 800 การเกิดมีชีพ เด็กติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ร้อยละ 1.61 (ฐานข้อมูลกลาง กรมอนามัย, 2565) สำหรับในจังหวัดเพชรบุรี จากฐานข้อมูลในระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center) ในปีงบประมาณ 2565 พบอัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ เพียงร้อยละ 72.24 และหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 52.23 ซึ่งไม่ผ่านตามเกณฑ์ เช่นเดียวกันกับในระดับประเทศ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพ ทั้งการคัดกรองวินิจฉัยความเสี่ยงติดตามเพื่อเฝ้าระวังความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ รวมถึงไม่ได้รับการค้นหาโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม โรคติดเชื้อต่าง ๆ เพื่อให้ดูแลรักษาและแก้ไขได้ทันเวลา

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ได้มีการศึกษาในพื้นที่ระดับพบปัจจัยที่ทำให้บุคคลมาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ได้แก่ อายุ (สุวิมล สุรินทร์พย์, 2559; มรกต สุวรรณนิช, 2563) ระดับการศึกษา (เรณู ศรีสุข, 2559; มรกต สุวรรณนิช, 2563) ความรู้ความเข้าใจและทัศนคติต่อการฝากครรภ์ (มรกต สุวรรณนิช, 2563; หทัยรัตน์ รังสรรค์สถุณ, 2564) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการมาฝากครรภ์ล่าช้า และการรับรู้อุปสรรคของการมาฝากครรภ์ (สุวิมล สุรินทร์พย์, 2559) และการรับรู้ประโยชน์ของการมาฝากครรภ์ (สินภรณ์ กล่อมยงค์ และคณะ, 2563) ซึ่งเป็นปัจจัยนำหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกช้ากว่า 12 สัปดาห์และไม่ครบตามเกณฑ์ นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอื่นอีก ได้แก่ รายได้ของครอบครัว อันเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยค่าใช้จ่ายในการมาฝากครรภ์ การเข้าถึงและรับบริการฝากครรภ์

เรื่อง การเดินทางมาฝากครรภ์ ระบบการให้บริการฝากครรภ์ ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ด้านการฝากครรภ์ รวมทั้ง แรงสนับสนุนทางสังคมทั้งสาม และสมาชิกในครอบครัว (สุวิมล สุรินทร์พย์, 2559; อังคนา สูงส่งเกียรติ, 2562; หทัยรัตน์ รังสรรค์สฤษฎ์, 2564) เป็นปัจจัยเอื้อที่เป็นคุณลักษณะของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สังคม วัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคลและทรัพยากรที่จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ และปัจจัยที่เป็นผลสะท้อนที่หญิงตั้งครรภ์จะได้รับ ได้แก่ สิทธิการรักษา (สุวิมล สุรินทร์พย์, 2559) อย่างไรก็ตาม พบว่า ผลการศึกษาตัวแปรที่เป็นปัจจัยส่งต่อการมาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์มีความสอดคล้องกัน และไม่สอดคล้องกันในบางปัจจัยเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มของงานวิจัยที่ได้ศึกษา

ผลการสำรวจข้อมูลของโรงพยาบาลแก่งกระจาน ในปีงบประมาณ 2565 พบหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกเกิน 12 สัปดาห์และไม่ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ จำนวน 110 ราย (ร้อยละ 45) (โรงพยาบาลแก่งกระจาน, 2565) หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ส่วนใหญ่ไม่ทราบที่ตั้งครรภ์มีภาวะที่ต้องดูแลรอบครรภ์และทำงาน จึงไม่มีเวลามาฝากครรภ์ การเดินทางของประชาชนในพื้นที่มายังโรงพยาบาลค่อนข้างลำบาก ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมีราคาแพงเพราะต้องเช่ารถและไม่มีรถประจำ ไม่ทราบสิทธิการรักษา ขาดความรู้ความเข้าใจในการฝากครรภ์ และคิดว่ามาฝากครั้งแรกแล้วดูแลตนเองได้ หากมีอาการปกติไม่จำเป็นต้องมาฝากครรภ์ และพบอุบัติการณ์ หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 13.64 และทารกน้ำหนักตัวน้อย ร้อยละ 9.09 (โรงพยาบาลแก่งกระจาน, 2565) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลแก่งกระจาน โดยนำปัจจัยจากการศึกษามากำหนดกรอบแนวคิด เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและดำเนินการแก้ไขการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่อำเภอแก่งกระจานที่มีลักษณะเฉพาะ นำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นตั้งครรภ์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลแก่งกระจาน

สมมติฐานการวิจัย

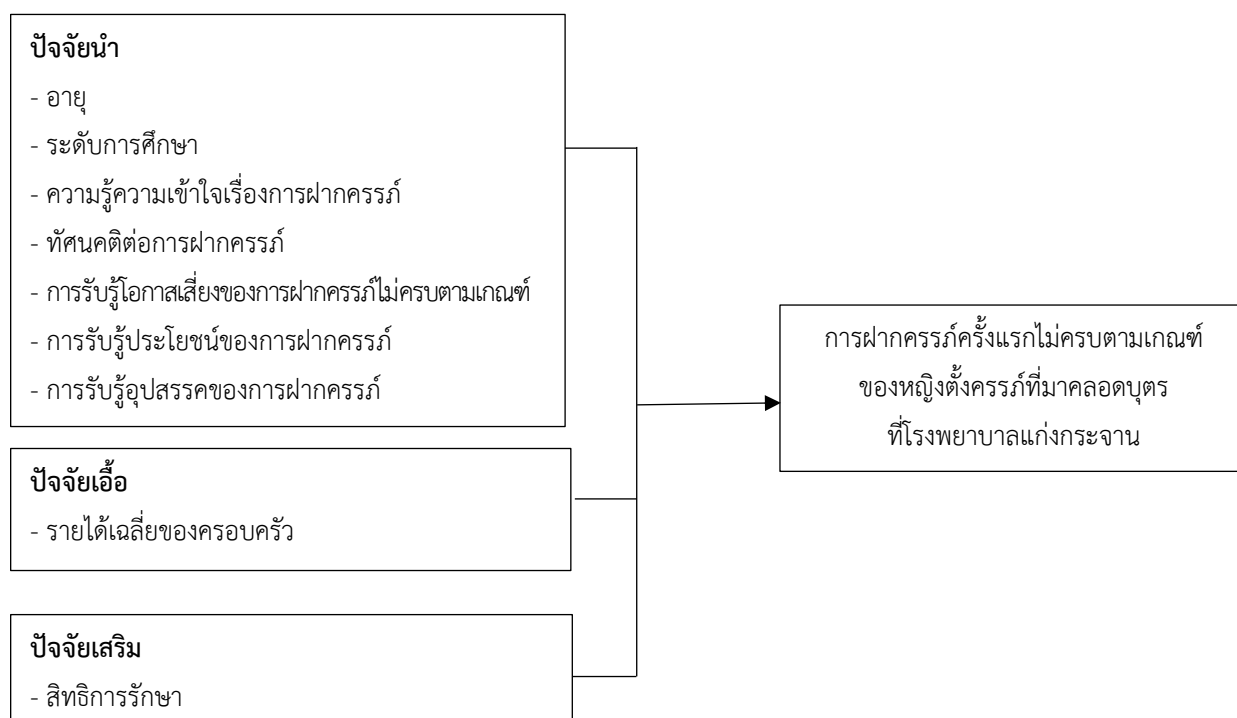
ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลแก่งกระจาน

กรอบแนวคิดวิจัย

การวิจัยนี้ คัดเลือกตัวแปรโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎี PRECEDE Model (Green & Kreuter, 2005) ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) (Rosenstock et al., 1988) ที่มีผลต่อการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกหลัง 12 สัปดาห์ และไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ 5 ครั้ง (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565ก) ดังนี้

- 1) ปัจจัยนำ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล เป็นปัจจัยที่เป็นความ

พอใจของบุคคลซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ และเป็นคุณลักษณะของบุคคลหรือประชากรที่ติดตัวกับบุคคลเหล่านั้นมาก่อนแล้ว ซึ่งจะมีความพอใจที่ส่งผลต่อทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความรู้ความเข้าใจและทัศนคติต่อการฝากครรภ์ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ (สุวิมล สุรินทร์พย์, 2559) 2) ปัจจัยเอื้อ เป็นคุณลักษณะของสิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพและสังคมวัฒนธรรมของบุคคลและชุมชน ได้แก่ รายได้ของครอบครัว และ 3) ปัจจัยเสริม เป็นผลสะท้อนที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับการแสดงพฤติกรรมนั้น ช่วยให้เกิดความมั่นคงของการเกิดพฤติกรรม การเสริมแรงจะได้รับจากบุคคลที่มีอิทธิพลต่อตนเอง ได้แก่ สิทธิการรักษา โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลแก่งกระเจาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive survey) ดำเนินการเก็บข้อมูลเดือน พฤศจิกายน 2565 มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์ที่มาคลอดโรงพยาบาลแก่งกระเจาน ในปีงบประมาณ 2565-2566 (ตุลาคม 2564 – พฤศจิกายน 2565) จำนวน 120 คน (โรงพยาบาลแก่งกระเจาน, 2565)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์ที่มาคลอดโรงพยาบาลแก่งกระเจาน ในปีงบประมาณ 2565 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

สำหรับการทดสอบ Chi-square กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α error) = .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 องศาอิสระ (df) เท่ากับ 2 ขนาดอิทธิพลขนาดกลาง เท่ากับ .30 (Cohen, 1988) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 108 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้ 1) หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และไม่ครบ 5 ครั้ง และ 2) อายุมากกว่า 18 ปี ขึ้นไป คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายจากทะเบียนผู้คลอดโรงพยาบาลแก่งกระจานในปีงบประมาณ 2565 (ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎี PRECEDE Model (Green & Kreuter, 2005) และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) (Rosenstock et al., 1988) จำนวน 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย อายุ การศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว สิทธิการรักษาพยาบาล และอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจรายการ และเติมข้อมูลในช่องว่าง

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจต่อการฝากครรภ์ จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบว่า ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ ถ้าตอบถูกให้ ข้อละ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน โดยคะแนนรวมจะอยู่ระหว่าง 0-12 คะแนน และมีเกณฑ์ในการจำแนกคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1971) ดังนี้

คะแนนระหว่าง 0-7 คะแนน (< ร้อยละ 60) หมายถึง ระดับต่ำ

คะแนนระหว่าง 8- 9 คะแนน (ร้อยละ 60- 79) หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 10- 12 ($\leq$ ร้อยละ 80) หมายถึง ระดับสูง

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการฝากครรภ์ จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ไม่เห็นด้วย = 1 คะแนน เห็นด้วยน้อย = 2 คะแนน เห็นด้วยมาก = 3 คะแนน และเห็นด้วยอย่างยิ่ง = 4 คะแนน คัดคะแนนเฉลี่ย โดยมีเกณฑ์ในการจำแนก 3 ระดับ (Best, 1977) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.99 หมายถึง มีทัศนคติทางลบ

คะแนนเฉลี่ย 2.00 – 2.99 หมายถึง มีทัศนคติเป็นกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.00 – 4.00 หมายถึง มีทัศนคติทางบวก

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ จำนวน 10 ข้อ และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ระหว่างน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน จนถึงมากที่สุด เท่ากับ 4 คะแนน คัดคะแนนเฉลี่ย โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.99 หมายถึง ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.00 – 2.99 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.00 – 4.00 หมายถึง ระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถามทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ สูติแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพแผนกสูติรีเวช 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลมารดาทารก 1 ท่าน วิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (item-objective congruence Index: IOC) ที่มีค่าระหว่าง 0.67-1.00 โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น สำหรับแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ มีค่า KR-20 เท่ากับ .78 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ และการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .84, .84, .84 และ .81 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งกระจาน เพื่อขออนุญาตเข้าถึงแฟ้มประวัติหญิงตั้งครรภ์ ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก ไม่ครบตามเกณฑ์และมาคลอดบุตรของโรงพยาบาลแก่งกระจาน ข้อมูลที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้

2. ดำเนินการติดต่อประสานงานกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า จากหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ของผปวยหรือญาติที่บ้านพักไว้ในแฟ้มประวัติ เพื่อขอความยินยอมในการให้ข้อมูลการวิจัย

3. ประสานงานพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่ภูมิลำเนาของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการให้ข้อมูลตามเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย การลงนามแสดงความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาไม่เกิน 20 นาที ซึ่งได้ข้อมูลที่ครบถ้วนจากการตอบแบบสอบถามจำนวน 102 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 94.44

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และคะแนนของแบบสอบถาม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์ ซึ่งจำแนกเป็น 2 ค่า (dichotomous variable) คือ อายุครรภ์ 13-20 สัปดาห์ และอายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ โดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square Test: χ^2) กำหนด

ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test) ในกรณีที่ตัวแปรต้นและตัวแปรตามเป็นแบบ 2x2 และหาระดับความสัมพันธ์ด้วยการทดสอบ Cramer's V ซึ่งมีเกณฑ์การการแปลผลขนาดของความสัมพันธ์ออกเป็น 5 ระดับ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2561) ดังนี้

ค่า $V = 0$ หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ค่า $V = .01 - .25$ หมายถึง ระดับต่ำ

ค่า $V = .26 - .55$ หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่า $V = .56 - .75$ หมายถึง ระดับสูง

ค่า $V = 1$ หมายถึง มีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี หมายเลขโครงการ คคม.พบ. 033/2565 ลงวันที่ 31 ตุลาคม 2565 ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามมาตรฐานการวิจัยในมนุษย์ทั้งการให้ข้อมูลโดยการบอกกล่าว กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลการวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลถูกเก็บไว้เป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และทำลายข้อมูลหลังเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 1 ปี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลแก่งกระจาน จำนวน 102 คน มีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 17-45 ปี ร้อยละ 64.70 ($M = 25.25$, $SD = 4.89$) มีการศึกษาสูงสุดอยู่ในกลุ่มมัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า ร้อยละ 58.90 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 53.90 ($M = 11269.21$, $SD = 2814.20$) ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 95.10 มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 13-20 สัปดาห์ จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 68.60 และมาฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 31.40

2. ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลแก่งกระจาน ผลการวิจัยจำแนกตามรายปัจจัย ดังนี้

2.1 ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุมารดา ผลการวิจัยพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี โดยกลุ่มมาฝากครรภ์ครั้งแรกมากกว่า 13-20 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 42.20 ส่วนกลุ่มมาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์เกิน 20 สัปดาห์ ร้อยละ 22.50 ระดับการศึกษา ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า ร้อยละ 40.20 และ 18.60 ตามลำดับ ความรู้ความเข้าใจต่อการฝากครรภ์ พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีความรู้ความเข้าใจต่อการฝากครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 44.10 และ 16.70 ตามลำดับ ทักษะการฝากครรภ์ พบว่าทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.70 และ 27.50 ตามลำดับการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 46.10 และ 21.60 ตามลำดับ และการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 43.10 และ 14.70

ตามลำดับ ซึ่งทุกตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลแก่กระจาน ยกเว้นระดับของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.80 และ 29.40 ตามลำดับ และมีความสัมพันธ์กับช่วงอายุครรภ์ในการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Fisher's exact test = 5.14, Cramer's V = .22) รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้ากับการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลแก่กระจาน อำเภอแก่กระจาน จังหวัดเพชรบุรี (n = 102)

ตัวแปร	อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก						Fisher's test
	13 - 20 สัปดาห์		เกิน 20 สัปดาห์		รวม		
	(n=72)		(n=30)				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (Min 17, Max 45, M = 25.25, SD = 4.89)							
ต่ำกว่า 20 ปี	16	15.70	3	2.90	19	18.60	2.92 ^a
21 – 30 ปี	43	42.20	23	22.50	66	64.70	Cramer's V .17
มากกว่า 30 ปี	13	12.70	4	3.90	17	16.70	
ระดับการศึกษา							
มัธยมต้นหรือต่ำกว่า	41	40.20	19	18.60	60	58.80	.35 ^b
มัธยมปลายหรือสูงกว่า	31	30.40	11	10.80	42	41.20	Cramer's V .06
ความรู้ความเข้าใจต่อการฝากครรภ์							
ปานกลาง	27	26.50	13	12.70	40	39.20	.30
สูง	45	44.10	17	16.70	62	60.80	Cramer's V .05
ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และฝากครรภ์							
ปานกลาง	7	6.90	2	2.00	9	8.80	.24
สูง	65	63.70	28	27.50	93	91.20	Cramer's V .05
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการฝากครรภ์ล่าช้า							
ต่ำ	11	10.80	0	0.00	11	10.80	5.14*
ปานกลาง	61	59.80	30	29.40	91	89.20	Cramer's V .22
การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์							
ปานกลาง	25	24.50	8	7.80	33	32.40	.62
สูง	47	46.10	22	21.60	69	67.60	Cramer's V .08
การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์							
ต่ำ	44	43.10	15	14.70	59	57.80	1.07
ปานกลาง	28	27.50	15	14.70	43	42.20	Cramer's V .10

^a Chi-square test, ^b Fisher's exact test, * $p < .05$

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านปัจจัยเอื้อ ได้แก่ รายได้ของครอบครัวผลการวิจัยพบว่า รายได้ของครอบครัวต่อเดือนในกลุ่มมาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 13-20 สัปดาห์ มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 38.20 ในขณะที่กลุ่มมาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์เกิน 20 สัปดาห์ มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 32.40 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับช่วงอายุครรภ์ในการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลแก่งกระเจา อำเภอกำแพงกระเจา จังหวัดเพชรบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Fisher's exact test = 6.45, Cramer's V = .25) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ รายได้ของครอบครัว กับการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลแก่งกระเจา อำเภอกำแพงกระเจา จังหวัดเพชรบุรี (n = 102)

ตัวแปร	อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก						Fisher's test
	13 - 20 สัปดาห์		เกิน 20 สัปดาห์		รวม		
	(n=72)		(n=30)				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)							
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000	33	32.40	22	21.60	55	53.90	6.45*
มากกว่า 10,000	39	38.20	8	7.80	47	46.10	Cramer'V .25

*p<.05

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านปัจจัยเสริม ได้แก่ สิทธิการรักษา ผลการวิจัยพบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม ใช้สิทธิการรักษาในระบบสุขภาพถ้วนหน้าเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.70 และ 29.41 แต่ประเภทของสิทธิการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอายุครรภ์สำหรับการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์รายละเอียด ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลแก่งกระเจา อำเภอกำแพงกระเจา จังหวัดเพชรบุรี (n = 102)

ตัวแปร	อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก						Fisher's test
	13 - 20 สัปดาห์		เกิน 20 สัปดาห์		รวม		
	(n=72)		(n=30)				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สิทธิการรักษา							
ระบบสุขภาพถ้วนหน้า	67	65.70	30	29.40	97	95.10	2.19
ประกันสังคม	5	4.90	0	0.00	5	4.90	Cramer'V .15

การอภิปรายผล

1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความรู้ความเข้าใจต่อการฝากครรภ์ ทักษะคิดต่อการฝากครรภ์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ และการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ ผลการวิจัยพบว่า มีเพียงตัวแปรระดับของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์เท่านั้นที่มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับช่วงอายุครรภ์ของการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง โดยที่กลุ่มที่มาฝากครรภ์ในช่วงอายุ 13-20 สัปดาห์ มีสัดส่วนมากกว่ากลุ่มที่มาฝากครรภ์หลัง 20 สัปดาห์ ซึ่งให้เห็นว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์เป็นปัจจัยสำคัญที่ผลักดันให้มาฝากครรภ์ได้เร็วขึ้น แม้ว่าจะเปราะมาฝากครรภ์ล่าช้าและไม่ครบตามเกณฑ์ก็ตาม ดังนั้น การเพิ่มสื่อหรือช่องทางการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่หลากหลายและเข้าถึงง่าย เป็นปัจจัยสำคัญต่อการฝากครรภ์คุณภาพ ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของ สุวิมล สุรินทร์พย์ (2559) ที่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าอยู่ในระดับสูง และไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์พื้นที่โซนตะวันตกเชิงพลบ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน

ในขณะที่ช่วงอายุของหญิงตั้งครรภ์พบว่า ทั้งสองกลุ่มส่วนมากมีอายุระหว่าง 20-30 ปี และระดับการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า ซึ่งเห็นว่า วุฒิภาวะและการศึกษาไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการมาฝากครรภ์ล่าช้า รวมทั้ง ระดับความรู้ความเข้าใจต่อการฝากครรภ์ ซึ่งเป็นความรู้ที่ได้รับเมื่อมาฝากครรภ์ (จันทร์รัตน์ เจริญสันติ, 2560) การมาฝากครรภ์ช้าและมีจำนวนครั้งไม่ครบตามเกณฑ์ จึงมีโอกาสที่ได้รับความรู้ในส่วนนี้ไม่เพียงพอ จึงไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ในขณะที่งานวิจัยของ สุวิมล สุรินทร์พย์ (2559) เช่นเดียวกันกับระดับของทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์และการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์ อาจเนื่องจากการติดตามเก็บรวมข้อมูลภายหลังจากที่คลอดบุตรไปแล้ว และได้รับการส่งเสริมพัฒนาทักษะของหญิงตั้งครรภ์ในระยะตั้งครรภ์ช่วงที่มาฝากครรภ์จนกระทั่งคลอด (จันทร์รัตน์ เจริญสันติ, 2560) ทำให้เกิดแรงจูงใจและมีทัศนคติที่ดีต่อการฝากครรภ์ ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของ เรณู ศรีสุข (2559) พบว่า ทัศนคติในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ รวมทั้ง การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์หญิง สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุวิมล สุรินทร์พย์ (2559) ที่พบว่า อุปสรรคเรื่องการเข้าถึงบริการต่ำ และไม่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้า

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์ ได้แก่ รายได้ของครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเห็นว่า รายได้ของครอบครัวเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึงและใช้บริการด้านสุขภาพได้ (Anderson, 1995) รวมทั้ง ใช้จ่ายเงินในการดูแลตนเอง ดูแลบุตรในครรภ์ ทำให้ชีวิตและความเป็นอยู่ดีขึ้น ในทางตรงข้ามหากมีรายได้น้อยก็จะมีผลต่อการมาฝากครรภ์ล่าช้ากว่าและไม่ครบตามเกณฑ์ สอดคล้อง

กับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ (มรกต สุวรรณนิช, 2563; หทัยรัตน์ รังสรรค์สุชัย, 2564)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์ ได้แก่ สิทธิการรักษา ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าและไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์ อธิบายได้ว่า แม้ว่าจะทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ต้องเพิ่มภาระเรื่องค่าใช้จ่ายการรับบริการฝากครรภ์ฝากครรภ์ในระบบก็ตาม แต่ยังคงต้องมีภาระค่าใช้จ่ายแฝงที่อยู่นอกระบบบริการ อันได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายของสามีที่ต้องหยุดงานเพื่อพาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ ดังนั้น สิทธิการรักษาจึงไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุวิมล สุรินทร์พย์ (2559) พบว่า สิทธิการรักษาส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างที่ทำงานโรงงานและรับจ้าง จึงใช้สิทธิประกันสังคมไม่ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่าย จึงไม่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ล่าช้า

จากผลการศึกษาและอภิปรายข้างต้น สรุปได้ว่า ปัจจัยด้านระดับของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์และรายได้ของครอบครัวต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตร โรงพยาบาลแก่งกระจาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การที่ผลการวิจัยมีความแตกต่างจากงานวิจัยที่ได้ทบทวนวรรณกรรม อาจเป็นผลมาจากข้อจำกัดของการวิจัยแบบภาคตัดขวางและเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่มาคลอดบุตร ซึ่งเป็นช่วงเวลาหลังจากที่เข้ารับบริการฝากครรภ์เสร็จสิ้นแล้ว ซึ่งส่งผลต่อระดับของความรู้ความเข้าใจ ทักษะการรับรู้ประโยชน์ต่อการฝากครรภ์ และบริบทของพื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยมีความแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาล ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาเครือข่ายคลินิกฝากครรภ์คุณภาพ โดยการเพิ่มช่องทางในการรับรู้โอกาสเสี่ยงและให้ความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง ของการฝากครรภ์ครั้งแรกไม่ครบตามเกณฑ์ เพื่อให้เกิดความตระหนักและเห็นความจำเป็นในการมาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์และฝากครรภ์ครบเกณฑ์ รวมทั้ง การจัดบริการเชิงรุกหน่วยฝากครรภ์เคลื่อนที่หรือการสนับสนุนพาหนะในการเดินทางมารับบริการฝากครรภ์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

วิจัยและพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกฝากครรภ์คุณภาพระดับปฐมภูมิที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลแก่งกระจาน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ภาควิชาเครือข่าย และชุมชน ในการสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ให้มารับบริการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์

รายการอ้างอิง

- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *คู่มือการฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565*. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กัลยา วาณิชย์บัญชา. (2561). *สถิติสำหรับงานวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 12). สามลดา.
- จันทร์รัตน์ เจริญสันติ. (2560). *การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีในระยะตั้งครรภ์*. สยามพิมพ์นานาชาติ.
- ฐานข้อมูลกลาง กรมอนามัย. (2565, 25 ตุลาคม). *ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*. <https://dashboard.anamai.moph.go.th/ministry?year=2021>
- จิตติมา หาญสมบูรณ์. (2565). การประเมินผลการฝากครรภ์ ภาวะสุขภาพมารดาและทารก อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 19(1), 23-33.
- มรกต สุวรรณวิช. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลราชบุรี. *วารสารแพทย์เขต4-5*, 39(4), 648-654.
- โรงพยาบาลแก่งกระเจาน. (2565). *รายงานผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลแก่งกระเจาน ปีงบประมาณ 2565*. โรงพยาบาลแก่งกระเจาน.
- เรณู ศรีสุข. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการเขตอำเภอพนสนิมคม [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สินารณ์ กล่อมยงค์, วรรณทนา ศุภสีมานนท์, และ วรรณิ เดียววิเศษ. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการฝากครรภ์คุณภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 31(2), 41-56.
- สุวิมล สุรินทร์พย์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์พื้นที่โซนตะวันออก อ่าวเอมือง จังหวัดลำพูน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- หทัยรัตน์ รังสรรค์สฤกษ์. (2564, 9 เมษายน). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ล่าช้ากว่า 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกในสถานบริการของรัฐเขตอำเภอกระทุ้ง จังหวัดภูเก็ต. <https://www.vachiraphuket.go.th/articles/research/การมาฝากครรภ์ล่าช้า>
- อนุสร กังอุบล. (2560). การประเมินผลการฝากครรภ์ ภาวะสุขภาพมารดาและทารก อำเภอเวียงสระ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11*, 31(1), 109-119.
- อังคณา สูงส่งเกียรติ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการฝากครรภ์ ล่าช้าในหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการ ณ ศูนย์แพทย์ชุมชนโรงพยาบาลกระบี่. *กระบี่เวชสาร*, 1(2), 13-23.

- Belayneh, T., Adefris, M., & Andargie, G. (2014). Previous early antenatal service utilization improves timely booking: Cross-sectional study at university of Gondar hospital, Northwest Ethiopia. *Journal of Pregnancy*, 2014, Article 132494. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/132494>
- Best, J. W. (1977). *Research in education*. (3rd ed.). Prentice-Hall.
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach*. McGraw-Hill
- 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.
- Tariku, A., Melkamu, Y., & Kebede, Z. (2010). Previous utilization of service does not improve timely booking in antenatal care: cross sectional study on timing of antenatal care booking at public health facilities in Addis Ababa. *Ethiopian Journal of Health Development*, 24(3), 226-233.
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience: Summary*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259947/WHO-RHR-18.02-eng.pdf>
- Xaverius, P., Alman, C., Holtz, L., & Yarber, L. (2016). Risk factors associated with very low birth weight in a large urban area, stratified by adequacy of prenatal care. *Maternal and Child Health Journal*, 20(3), 623-629.

บทความวิจัย (Research article)

ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักในการดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

Lived Experiences of Primary Caregivers in Preventing Relapse of the Disease in Schizophrenia Patients

วิลาวณย์ กล้าแรง^{1*}, อารยา จิรมนัสวงศ์¹, พยอมน ตันทจรรยา², ธัญดา อินเงิน³,
ณัชชา พลวงงาม², รุจิสร สุระถาวร¹

Wilawan Klaraeng^{1*}, Araya Jiramanasawong¹, Payom Tantajanya², Tanyada Inngern³,
Natcha Pluangngam², Rujisan Surataworn¹

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: wilawan@bcnsurin.ac.th; โทรศัพท์ 086-8768138)

(Received: September 20, 2022; Revised: December 27, 2022; Accepted: December 27, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักในการดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่เคयरกษาที่โรงพยาบาลสุรินทร์ คัดเลือกแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย 2) อายุ 30 ปีขึ้นไป 3) ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอาการดีไม่ได้รับการรักษาซ้ำเกิน 5 ปี 4) มีประสบการณ์ชีวิตที่ช่วยให้ผู้ป่วยไม่กลับเป็นซ้ำ 5) มีอาชีพที่มีรายได้เพียงพอ 6) มีทัศนคติเชิงบวก จำนวน 12 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ตามแนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างจนได้ข้อมูลอิ่มตัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักในการดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ 1) ดูแลด้วยจิตกุศลให้ผู้ป่วยได้แสดงศักยภาพ ไม่ขาดยาไม่ป่วยซ้ำเป็นความสำเร็จ 2) อุปสรรคที่ทำให้ไม่สำเร็จคือ ผู้ดูแลไม่มีวิธีจัดการผู้ป่วยและเครียด 3) ผ่านอุปสรรคมาได้ เพราะมีตัวช่วยและกำลังใจที่ดี และ 4) เมตตาผู้ป่วยจิตเภท และให้การช่วยเหลือตามความต้องการจำเป็น

ทีมสุขภาพจิต องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นควรนำผลวิจัยไปพัฒนาผู้ดูแลหลักให้ดีขึ้น และควรวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบหรือโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ

คำสำคัญ: ประสบการณ์ชีวิต, โรคจิตเภท, ผู้ดูแลหลัก

1 อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Ministry of Public Health

2 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุรินทร์
Registered Nurse (Professional Level), Surin Hospital

3 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสลักได
Registered Nurse (Professional Level), Salakdai Sub-district Health Promoting Hospital

Abstract

This descriptive qualitative research aims to study the life experiences of primary caregivers in recurrence prevention care for schizophrenic patients. The information providers are the primary caregivers of a schizophrenic patient who was previously treated at Surin Hospital. There were 12 people purportedly selected according to the following inclusion criteria: 1) living with the patient in the same houses; 2) being at aged 30 years and over; 3) taking care of schizophrenic patients in good conditions and did not receive repeated treatment for more than 5 years; 4) had life experiences that helped the patient not to get relapsed; 5) earning sufficient career income; 6) having positive attitudes. Data have been collected through in-depth interviews, following the semi-structured interview approach. When the information was saturated, the data have been analyzed by descriptive content analysis.

The results show that the life experiences of primary caregivers that help prevent relapse, or vice versa, in schizophrenic patients, consist of 1) factors of success come from taking care of the patients with kindness and generosity so that they have chances to show their potential, not withdrawing the medicines and not getting sick repeatedly 2) on the contrary, an obstacle of success occurs in cases that the caregivers do not have a way to manage patients and getting stress themselves. 3) sincere help and supportive encouragement from others bring the caregivers to get through many obstacles., and 4) provide kindness and assistance as needed

Mental health teams and local governments should apply the research results to develop better caregivers. Research on a model or program to develop caregiver skills for schizophrenic patients to prevent relapses should be continually done.

Keywords: Lived experiences, Schizophrenia, Primary caregivers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลานาน เพราะผู้ป่วยมีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม ทำให้รักษาให้หายขาดได้ยาก และแม้ว่าจะได้รับการรักษาจนอาการทางจิตสงบ แต่ก็สามารถเกิดการกลับมาเป็นซ้ำได้ (สุตาพร สติยยุทธการ, 2559) จากสถิติผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมทั้งผู้ป่วยใหม่และกลับเป็นซ้ำ ระหว่างปีงบประมาณ 2562 - 2564 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี คือ 273,817 ราย, 283,065 ราย และ 284,273 ราย ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2565) การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญ ทำให้เกิดความผิดปกติของสมอง และมีอาการทางจิตรุนแรงได้

ง่าย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558) เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ ขาดแรงจูงใจในการรักษา ปฏิเสธการเจ็บป่วย ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา มีความพร้อมทางเศรษฐกิจ ใช้สารเสพติด ต้องเผชิญกับการถูกด้อยค่า ถูกปฏิเสธจากคนในชุมชนเมื่อมีอาการกำเริบซ้ำบ่อย ถูกสังคมตีตราโดยการรังเกียจและซ้ำเติมผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากทำความเข้าใจผิดให้ชุมชน เช่น มีการพกพาอาวุธไว้กับตัว การทำร้ายผู้อื่นเพราะมีอาการหวาดระแวง หลงผิด เป็นต้น (ปนิดา พุ่มพุท และ ขวัญตา ภูริวิทยาธิระ, 2564) ส่งผลต่อการตอบสนองต่อการรักษาและการฟื้นฟู ก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงและการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของครอบครัว รวมทั้งยังทำให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่นับเป็นมูลค่ามหาศาลในแต่ละปีของประเทศ (สุดาพร สถิตยทุธการ, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรมสาเหตุของการกลับเป็นซ้ำพบว่า เกิดจากความไม่ร่วมมือในการรักษา และการรับประทานยา และมีการใช้สารเสพติด (สุดาพร สถิตยทุธการ, 2559) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยจิตเภทจัดเป็นกลุ่มเปราะบางและมีความสามารถในการจัดการตนเองน้อย จึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการจัดการกับปัญหาข้างต้น จากการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักต่อการรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภทครั้งแรกจะรู้สึกกังวลใจในระดับสูง เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท แต่ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลมานาน จะควบคุมความกังวลได้ดี มีความเข้าใจพฤติกรรมและอารมณ์ผู้ป่วย มีวิธีในการสื่อสารที่เหมาะสม และเรียนรู้วิธีจัดการที่จะลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้ดี (ทวีศักดิ์ กสิผล และคณะ, 2563) ชี้ให้เห็นว่า ประสบการณ์ของผู้ดูแลส่งผลเชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยอาศัยความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันของครอบครัว การชื่นชม การให้ความรัก และความเห็นอกเห็นใจกับผู้ป่วย รวมทั้ง ความรู้และทักษะความมั่นใจในตนเอง วุฒิภาวะ และการยอมรับของผู้ดูแล (Shiraishi & Reilly, 2019) ครอบครัวจะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยา รักษาอาการทางจิตอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ร่วมกับช่วยเหลือติดต่อกับเพื่อนบ้านเพื่อให้เข้าใจในโรคที่ผู้ป่วยเป็น และทราบข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมจากบุคลากรทางการแพทย์ หรือแหล่งช่วยเหลือทางสังคมเมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น (สุดาพร สถิตยทุธการ, 2559) ผู้ดูแลหลักที่มีประสบการณ์ชีวิตในการเผชิญและจัดการกับปัญหาทุกสิ่งโดยตรง ความสำเร็จจากการดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาและการสื่อสารกับเพื่อนบ้านให้เข้าใจจนผู้ป่วยอาการดีขึ้นไม่ป่วยซ้ำ สะท้อนความเป็นผู้ดูแลที่มีความรู้ความเข้าใจผู้ป่วย เข้าใจโรค และยาทางจิตเวช มีความสามารถในการดูแลอย่างเหมาะสม มีทัศนคติและปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลในครอบครัว มีการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสม มีความเข้าใจไม่กล่าวตำหนิผู้ป่วย ถึงแม้บางครั้งพฤติกรรมผู้ป่วยทำให้เกิดความยุ่งยากใจกับญาติและผู้ใกล้ชิด แต่ความเข้าใจช่วยให้อยอมรับ และสามารถจัดการได้เหมาะสม เผชิญได้อย่างเข้มแข็ง

จากสถานการณ์การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและการทบทวนวรรณกรรมที่สะท้อนบทบาทสำคัญของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยและคณะซึ่งปฏิบัติร่วมกับกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสุรินทร์ ซึ่งพบว่าในระหว่างปี 2561-2565 มีอัตราผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 3.75, 2.66, 4.75 และ 5.69 ตามลำดับ เป็นการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเกินเป้าหมาย ร้อยละ 5 ซึ่งกลุ่มงานจิตเวชกำหนดขึ้นเพื่อวางแผนให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กองการพยาบาลกำหนดให้อัตราการป่วยซ้ำลดลง

ร้อยละ 10 ของทุกปี (กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสุรินทร์, 2565) ดังนั้น การศึกษาจากประสบการณ์ของบุคคลสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้น ไม่ป่วยซ้ำ ก็คือผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก (primary care giver) ว่าพวกเขาได้ทำอะไร และอย่างไรบ้าง จนสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ให้ป่วยซ้ำได้สำเร็จ การที่จะได้ข้อมูลสำคัญเหล่านี้ ต้องใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก อันจะนำไปสู่การได้ต้นแบบการดูแลและพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทได้เหมาะสมมากขึ้น ลดอัตราการป่วยซ้ำก่อเกิดเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคมสืบไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลัก ในการดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (descriptive qualitative research) มีวิธีดำเนินการวิจัยรายละเอียด ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่เคยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสุรินทร์ คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้ 1) เป็นญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย 2) อายุ 30 ปีขึ้นไป 3) ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอาการดีไม่เข้ารับการรักษามากกว่า 5 ปีขึ้นไป 4) มีประสบการณ์ชีวิตที่ช่วยให้ผู้ป่วยไม่กลับเป็นซ้ำ 5) มีอาชีพที่มีรายได้เพียงพอ 6) มีทัศนคติเชิงบวก ดำเนินการสัมภาษณ์จนกว่าจะได้ข้อมูลเชิงลึกที่สามารถให้ข้อสรุปที่ชัดเจนจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัวเพียงพอที่จะอธิบายประสบการณ์ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทได้ จำนวนทั้งสิ้น 12 คน

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วยคำถามปลายเปิด ยืดหยุ่นสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) มีข้อคำถามหลัก จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ 1) แต่ละวันท่านจะต้องทำอะไรบ้าง/ท่านดูแลคุณ.. อย่างไรบ้าง/ ท่านรู้สึกอย่างไรที่ต้องดูแล....ที่ป่วยเป็นจิตเภท/ มีกิจกรรมที่ต้องทำร่วมกันอะไรบ้าง และผลการดูแลเป็นอย่างไร 2) ท่านทำอะไร คุณ..จึงไม่กลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ/ มีวิธีการดูแลอย่างไรบ้าง / คิดว่าเพราะอะไรคุณ..จึงอาการดีขึ้น 3) มีปัญหาหรืออุปสรรคอย่างไรบ้าง/ ทำอย่างไรถึงผ่านมาได้ 4) หากท่านมีโอกาสท่านจะบอกเล่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของท่านอย่างไรบ้าง 5) ท่านอยากบอกกับสังคมหรือชุมชนให้เข้าใจผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องใด 6) ท่านต้องการการสนับสนุน/ช่วยเหลือจากองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเรื่องใดบ้าง เพราะเหตุใด โดยข้อคำถามย่อยอาจเกิดขึ้นขณะเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้สัมภาษณ์ต่อเนื่องจนได้ข้อมูลเชิงลึกที่สามารถพรรณนาประสบการณ์ชีวิตในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ข้อสรุปชัดเจนเพียงพอ

แนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชและการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน นำไปทดลองใช้แนว

ทางการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 5 ราย นำมาปรับปรุงแนวคำถามให้เหมาะสม ก่อนเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลจริงกับผู้ให้ข้อมูลหลัก

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามด้วยตนเอง มีรายละเอียด ดังนี้

1. ประชุมเตรียมความพร้อมคณะวิจัยในการดำเนินการสัมภาษณ์และเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการทบทวนวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และหลักการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก หัวหน้าทีมวิจัยทำหน้าที่เป็นผู้สัมภาษณ์หลัก เก็บข้อมูลจากการสังเกตสถานการณ์ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ให้ข้อมูลทั่วไป ตลอดจนข้อมูลที่ได้จากการสังเกตลักษณะการดูแลช่วยเหลือ และการสัมภาษณ์จากผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ และพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (non-participant observation) การบันทึกเสียง โดยผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลหลักก่อนดำเนินการบันทึกเสียง ทั้งนี้ จะทำการปกป้องผู้ให้ข้อมูลโดยไม่มีการบันทึกชื่อผู้ให้ข้อมูลและยึดหลักการตัดสินใจของผู้ให้ข้อมูล สามารถออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลต่อการดำเนินชีวิตและสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ

2. ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 สถานที่ดำเนินการวิจัยคือ บ้านผู้ดูแลหลัก ตามขั้นตอน ดังนี้

2.1 สร้างสัมพันธภาพโดยการทักทายแนะนำตัวเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักไว้วางใจ

2.2 แจ้งจุดประสงค์ รายละเอียดการวิจัย การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล เมื่อมีความเข้าใจและยินดีแล้วให้ลงนามยินยอมร่วมวิจัยก่อน แล้วจึงดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกเสมือนเป็นการสนทนาในชีวิตประจำวัน ตามแบบสัมภาษณ์ที่มีแนวคำถามกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักในการดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยจะใช้เวลา 45-60 นาที

2.3 ระหว่างดำเนินการวิจัยหากผู้ถูกวิจัยมีความรู้สึกอึดอัด เศร้าหรืออารมณ์ผิดปกติผู้วิจัยจะหยุดการสัมภาษณ์ทันที เพื่อดูแลให้ความช่วยเหลือก่อน และจะกลับมาสัมภาษณ์ใหม่อีกเมื่อผู้ถูกวิจัยยินดีให้ข้อมูลต่อและมีความพร้อม โดยจะย้อนกลับมาสัมภาษณ์เพิ่มอีกจนกว่าจะได้ข้อมูลที่ชัดเจนครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่มาจากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกันได้แก่ ข้อมูลจากการสังเกตสถานการณ์ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ให้ข้อมูลทั่วไป ตลอดจนข้อมูลที่ได้จากการสังเกตลักษณะการดูแลช่วยเหลือและการสัมภาษณ์จากผู้ที่เกี่ยวข้อง และวิธีการเก็บข้อมูลที่ต่างกัน (methodological triangulation) โดยผู้วิจัยวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลเรื่องเดียวกันที่ได้จากวิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธี เพื่อยืนยันตรวจสอบกันและเพิ่มเติมความสมบูรณ์ครบถ้วน ได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์ และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสาร (ชาย โพธิ์สิตา, 2562)

2. ผู้วิจัยนำข้อมูลมาจัดระเบียบเนื้อหาของข้อมูล (data organizing) และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลภาคสนาม (Field note) การวิเคราะห์จำแนกประเภทข้อมูล (typological analysis) การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ดังนี้ (ไชย โพธิ์สิตา, 2562)

2.1 การจัดการข้อมูล (data management) จัดระเบียบข้อมูล ใส่รหัสของข้อมูล

2.2 แสดงข้อมูล (data display) กำหนดประเด็นสำคัญ (main theme) รายละเอียดประเด็นสำคัญ (sub theme)

2.3 อธิบายข้อมูลหรือข้อค้นพบ (data explanation) ตรวจสอบคำอธิบายหรือแนวคิดข้อค้นพบที่ได้ ดูหลักฐานให้เพียงพอ กำจัดข้อมูลหรือสร้างข้อสรุปชั่วคราว

2.4 สร้างบทสรุป และเขียนบันทึก โดยกระทำการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกับ การเก็บข้อมูล

2.5 พิสูจน์ความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์ โดยจัดหมวดหมู่เนื้อหาพิจารณา ตรวจสอบความเป็นตัวแทนที่ดีของข้อมูลว่าข้อมูลที่เก็บได้มาจากผู้ดูแลหลักตามเกณฑ์การคัดเข้า ข้อมูลจากการสังเกตสถานการณ์ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ให้ข้อมูลทั่วไป ตลอดจนข้อมูลที่ ได้จากการสังเกตลักษณะการดูแลช่วยเหลือและการสัมภาษณ์จากผู้ที่เกี่ยวข้อง ภายหลังจากที่ผู้วิจัยได้ บทสรุปที่ผ่านการพิสูจน์ความน่าเชื่อถือแล้วนำข้อสรุปที่ได้มาเรียบเรียง และนำเสนอผลการวิเคราะห์ ข้อมูลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลภาคสนามด้วยตนเองโดยคำนึงถึงหลักจริยธรรม และผ่านการอบรม หลักสูตรจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์เบื้องต้น จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ซึ่งจัดโดย สถาบันวิจัยแห่งชาติ (วช.) และได้เสนอโครงการวิจัยประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักในการดูแลเพื่อ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ รหัส P-EC 06-03-64 วันที่ 5 สิงหาคม 2564 โดยผู้วิจัยจะดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการ วิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ไม่มีการระบุชื่อของผู้ให้ข้อมูล 4) การเก็บรักษาเป็นความลับ 5) การนำเสนอผลวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัว ออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการของผู้ให้ข้อมูล และจะทำลายข้อมูล ทั้งหมดภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 12 คน เป็นชาย 2 คน หญิง 10 คน อายุระหว่าง 54-82 ปี อาศัยอยู่กับผู้ป่วยจิตเภท โดยมีภูมิลำเนาจังหวัดสุรินทร์ มีประสบการณ์ชีวิตในการดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

1. ดูแลด้วยจิตกุศล ให้ผู้ป่วยได้แสดงศักยภาพ ไม่ขาดยาไม่ป่วยซ้ำเป็นความสำเร็จ โดยผู้ป่วยจิตเภทที่รับประทานยาสม่ำเสมออย่างต่อเนื่องจะสามารถควบคุมอาการได้ และสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นร่วมกิจกรรมในชุมชนได้

1.1 การดูแลด้วยจิตกุศล โดยดูแลด้วยใจบริสุทธิ์ ให้ความรัก ความเข้าใจ ความห่วงใย รวมทั้ง การใช้คำพูดที่ไพเราะ ไม่ตำหนิ พุดให้กำลังใจกัน ใช้ความเอื้ออาทร ไม่ไปอะไร ๆ กับเขาเยอะ ทำได้แค่นี้ก็แค่นั้น พยายามเข้าใจไม่ไปกดดันซ้ำเติม จิตกุศลของผู้ดูแลและคนรอบข้างเป็นเสมือนยาวิเศษหล่อเลี้ยงหัวใจผู้ป่วยจิตเภท เป็นการหล่อเลี้ยงหัวใจทั้งผู้ให้และผู้รับ แล้วเติบโตไปด้วยกัน ดังตัวอย่างคำบอกเล่า ดังนี้

“ยายเป็นแม่ (78 ปี) ก็ยอมรับการเจ็บป่วยของลูกนะ ป่วยมานาน แรก ๆ ก็มีปัญหายะเยอะเหมือนกัน แต่ตอนนี้เข้าใจแล้ว เขาก็ไม่เคยป่วยซ้ำอีกเลย ภูมิใจความสุจริตได้อยู่ดูแลปรนนิบัติพ่อแม่ ยายว่าเพราะจิตอันเป็นกุศลนี้แหละที่ช่วยเขาอาการดีขึ้น เขาปรนนิบัติพ่อแม่ ยายก็ชมเขา เขาก็ยิ้มดีใจ” (Caregiver7)

“คอยดูแลการกินยาเตือนให้กินยา พาไปพบแพทย์ พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย ไม่พุดตำหนิ ไม่จุกจิกจู้จี้ ขี้บ่น ใช้คำพูดที่ไพเราะ ไม่พุดขัดใจให้หงุดหงิด ไม่ให้อดนอน เมื่อรู้สึกเหนื่อยก็พัก ใช้ความรักในการดูแล และใช้ธรรมะ” (Caregiver6)

1.2 ดูแลให้ผู้ป่วยได้แสดงศักยภาพ การที่ผู้ดูแลเรียนรู้จิตและความสามารถของผู้ป่วย และช่วยสนับสนุนให้เขาได้แสดงความสามารถ เป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในการดูแล ดังตัวอย่างคำบอกเล่าของผู้ดูแลหลัก ดังตัวอย่างคำบอกเล่า ดังนี้

“ก่อนป่วยเขาทำงานบริษัทที่กรุงเทพฯ เขาเก่งเขาเป็นหัวหน้างาน พอป่วยทำงานไม่ได้ก็กลับมาช่วยแม่ทำงานบ้าน ทำสวนปลูกผักผลไม้ หุงข้าว ทำกับข้าว เตรียมตักบาตร ผู้ป่วยจะเป็นคนจัดยาให้แม่กิน รู้สึกเขาจะห่วงใย คอยดูแลพ่อแม่ ก็รู้สึกดีใจนะที่ลูกป่วยแล้วได้ดูแลพ่อแม่อย่างดี (หัวเราะ) ทุกคนช่วยกันทำงาน จะไม่มีปัญหาขัดแย้งกัน ยายว่าเขามีความสุขได้ทำงานสวนที่เขารักนี้แหละทำให้เขาอาการดีขึ้น เขาภูมิใจที่ดูแลตัวเองจนหาย เขาทำสวนและได้ดูแลพ่อแม่ด้วย ตอนนี้ยายก็ดีใจนะ (หัวเราะ)” (Caregiver3)

“ผู้ป่วยร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนได้ ให้เขาแสดงความคิดเห็น และส่งเสริมให้เขามีคุณค่าในตนเอง เขาเป็นคนมีความรู้ความสามารถถึงศักยภาพออกมาช่วยเสริมพลังให้เขา แบบนี้ทำให้เขาอาการดีขึ้น” (Caregiver7, 10)

1.3 ไม่ขาดยา ไม่ป่วยซ้ำ คือ ความสำเร็จของผู้ดูแลหลัก ความสำเร็จของผู้ดูแลหลักคือ “ไม่ขาดยา” “ไม่ป่วยซ้ำ” เมื่อคนดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย ผู้ป่วยก็มักจะตั้งใจดูแลตนเองด้วย ผู้ดูแลหลักเอาใจใส่ดูแลเรื่องการรับประทานยาให้สม่ำเสมอต่อเนื่องตามคำสั่งแพทย์ กระตุ้นเตือนหรือพาผู้ป่วยพบแพทย์ตามนัด พยายามอย่าให้เขาขาดยา ดังตัวอย่างคำบอกเล่า ดังนี้

“ลูกชายยายป่วยมา 15 ปีแล้ว ดีที่ลูกเขาไม่ดื้อมั่ว และเขาก็กินยาต่อเนื่องตลอด เขากินยาของเขาเอง ทำให้อาการปกติสามารถทำงานได้และก็ร่วมกิจกรรมในชุมชนได้” (Caregiver2)

“คอยดูแลให้กินยา พาไปพบแพทย์ดูแลเขาพักผ่อนให้เพียงพอ ไม่ให้นอนดึก ตอนนีเขาก็กินยาตลอด และไม่ดื่มเหล้าแล้วอาการดีขึ้นเยอะ เราจะใช้ธรรมชาติก่อนนอน ดูแลเอาใจใส่ให้ร่วมกิจกรรมในหมู่บ้านช่วยให้เขารู้สึกมีคุณค่า และพยายามพูดคุยกับเพื่อนบ้านให้เขาได้รับการยอมรับจากคนในชุมชน จะได้ช่วยกันดูแลไม่ให้เขามีอาการกำเริบ”(Caregiver5)

2. อุปสรรคที่ทำให้ไม่สำเร็จ คือ ผู้ดูแลไม่มีวิธีการจัดการผู้ป่วย และเครียด

อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีมากมาย ทำให้ผู้ดูแลและทุกคนในครอบครัวเครียดมากและไม่มีวิธีการที่ดีพอ การดูแลผู้ป่วยในช่วงแรกจึงไม่ค่อยประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

2.1 ผู้ดูแลมีความเครียด ผู้ดูแลหลักไม่สามารถพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วยได้ตามปกติ แล้วยังต้องดูแลทุกอย่าง ทั้งเรื่องอาหารการกินความเป็นอยู่ทุกอย่าง จัดการทั้งงานบ้านงานอาชีพ บางครั้งครอบครัวต้องดูแลใกล้ชิดจนไม่สามารถไปทำงาน บางทีทำให้ขาดรายได้จึงเป็นปัญหาอุปสรรคค่อนข้างมาก บางครอบครัวผู้ดูแลเป็นแม่ที่แก่ชราที่ค่อนข้างลำบากมากเครียดมากในการดูแลลูกที่ป่วยทางจิตเวช แต่ที่สุสุดแล้วแม้ท่านจะชรามากเครียดมากท่านก็จำต้องฝืนลุกขึ้นมาดูแลลูกเพราะบางครอบครัวมีกันแค่สองคนแม่ลูก ดังตัวอย่างคำบอกเล่า ดังนี้

“ในช่วงแรก ๆ ทุกคนเครียดมากต้องคอยช่วยดูแล อาบน้ำ ซักผ้า จะไม่ได้ไปทำงาน ไม่มีรายได้เลย บางครั้งผู้ป่วยอารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียว เราก็ต้องอดทน ๆ ๆ จนเครียด ต้องใช้เงินมากเหมารถไปรักษา ในต่างจังหวัดบ้าง รพ.เอกชนบ้าง..(น้ำตาไหลตลอดขณะเล่า) ถ้าให้เล่าก็ยาวมากกว่าจะถึงวันนี้ ยายก็ต้องขายข้าว ขายวัว หมดเนื้อหมดตัวหาแต่เงินมารักษาลูก”(Caregiver1)

“ช่วงแรกของการป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลต่างจังหวัด 3-4 ครั้ง ต้องเหมารถและต้องมีคนไปช่วยดูแล และพาไปรักษาเข้าทรงแม่มด ครั้งละประมาณ 10,000 บาท จะทำยังไงได้เมื่อสามีป่วย คนเป็นภรรยาที่ภูมิลำเนาต้องขายข้าว ขายนา ขายควาย มารักษา ต้องประหยัดอดออม แม่ลูกอ่อนต้องเลี้ยงลูกที่เล็ก ๆ คนเดียว ช่วงนั้นที่ผู้ป่วยมีอาการ เราก็เพิ่งจะคลอดลูกคนสุดท้ายได้ 20 วัน มีความเครียดมาก ลำบากมาก ต้องอดทนต่ออารมณ์ความคิดแปลก ๆ ของผู้ป่วย” (Caregiver5)

2.2 ไม่มีวิธีการจัดการผู้ป่วย ในบางครั้งผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ผู้ดูแลบางท่านไม่สามารถควบคุมกำกับอาการได้ด้วยเหตุผลต่าง ๆ นานา เช่น เมื่อมีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยคิดว่าหายปกติจึงไม่ยอมกินยา รวมทั้งผู้ป่วยบางรายมีการดื่มสุรา สูบบุหรี่ หรือการใช้สารเสพติดแล้วยังคงอยู่ในสังคมเพื่อนที่มีการดื่มสุรา สูบบุหรี่ ซึ่งชวนให้เลิกยากมาก คนดูแลก็ไม่ว่างจะจัดการเขายังไง บอกเขาบอกเขาก็หงุดหงิด เมื่อจัดการไรเขาไม่ได้เขาก็มีอาการกำเริบ ซึ่งเป็นปัญหาอุปสรรคที่ผู้ดูแลเล่าว่ายากมากเหนื่อยมากในการดูแล บางครั้งผู้ป่วยอารมณ์หงุดหงิดรุนแรง คนในบ้านในชุมชนก็จะกลัว บางคนไม่รู้จะทำยังไงดีเลยหนีไปอาศัยบ้านญาติก่อน และบางทีจัดการไม่ได้ก็จะเกิดความเสียหาย มีการบาดเจ็บบ้าง ข้าวของเสียหายบ้าง บางครั้งบางครอบครัวต้องใช้เงินจำนวนมากหรือขายทรัพย์สินเพื่อเหมารถนำผู้ป่วยไปรักษา หรือแสวงหารักษาอื่น ๆ พาไปรักษากับคนทรงเจ้า บางครั้งก็ได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านหรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ปัญหาอุปสรรคที่ยากที่สุดคือ “ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา หรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง” ญาติไม่สามารถควบคุมกำกับอาการได้ ดังตัวอย่างคำบอกเล่า ดังนี้

“เขาไม่ยอมกินยาที่ไม่รู้จะทำไมยังบอกเขามากก็หงุดหงิดปล่อยไปนาน ๆ เข้าเขาก็ป่วยซ้ำอีก ถ้าเขาอารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียว เราก็ทำอะไรเขาไม่ได้ก็ไม่ได้ต่อตทนหาวิธีรักษาไปทั่ว และบางครั้งก็พาเขาไปเข้าทรงแม่มดทำหาไปทุกอย่างให้แต่เขาหาย” (Caregiver1)

“เขาค็มเหล้าสุบบุหรี เครื่องดื่มกระตุ้น แล้วยังไม่สนใจกินยาอาการก็กำเริบ แถมอยู่ในสังคมเพื่อนที่มีการดื่มสุรา สุบบุหรี ซึ่งชวนให้เขาเลิกยากมาก คนดูแลก็ไม่รู้จะจัดการเขาอย่างไร เป็นอะไรที่ยากมากเหนื่อยมากจริง ๆ” (Caregiver2)

3. ผ่านอุปสรรคมาได้ เพราะมีตัวช่วยและกำลังใจที่ดี

3.1 มีตัวช่วย ในที่สุดแล้วแม้มีอุปสรรคมากมาย แต่หลาย ๆ ครอบครัวก็สามารถผ่านไปได้ด้วยความพยายามของคนในครอบครัว เพื่อนบ้านและชุมชน ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรับประทานยา เลิกสูรยาเสพติดทุกชนิด จึงผ่านปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ มาได้ ดังตัวอย่างคำบอกเล่า ดังนี้

“ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาช่วงแรกหมดเยอะมาก ต้องเหมารถพาไปรักษาที่โรงพยาบาลต่างจังหวัด 2 ครั้ง และ โรงพยาบาลในจังหวัดหลายครั้ง ต้องขายทรัพย์สินเพื่อนำเงินมาใช้จ่ายและใช้หนี้ด้วย ดีที่มีลูกสาวคอยช่วยเหลือค่าใช้จ่าย (สีหน้าแววตาปลื้มลูกสาว) ยายต้องประหยัด อดออม และอดทน” (Caregiver3)

“ลูกๆหลานๆ และเพื่อนบ้านเข้าใจเขา ช่วยเหลือให้งานเขาทำพอมีรายได้บ้าง ทำได้บ้างไม่ได้บ้างตามประสาที่ไม่ว่าอะไร มีงานไร้ก็ชวนเขาไปด้วย เราก็ซึ่งน้ำใจทุกคนเลยนะช่วยเหลือกันจนเขาอาการดีขึ้นเรื่อย ๆ เราก็หายเหนื่อย” (Caregiver4)

3.2 มีกำลังใจที่ดี การดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทำเพื่อให้เขารู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจที่ดีอย่างน้อยก็ยังมีคนรักเข้าใจเอาใจใส่เขาจนอาการดีขึ้น เป็นกำลังใจที่ดีทั้งผู้ป่วยผู้ดูแลและครอบครัว นับเป็นประสบการณ์ที่ทุกคนได้เรียนรู้ไปด้วยกัน และก็เป็นเรื่องที่น่ายินดีที่บางครอบครัวไม่มีปัญหาอุปสรรคอะไรเลย และเป็นกำลังใจที่ดีให้กับหลาย ๆ ครอบครัวที่จะก้าวข้ามปัญหาอุปสรรค ดังตัวอย่างคำบอกเล่า ดังนี้

“ไม่มีอุปสรรค ไม่ได้ช่วยอะไรมา เพียงแต่เราอย่าไปดูว่าเขาให้อิสระเขา” (Caregiver11)

“ยายเครียด (น้ำตาไหล) กังวลกับอาการป่วยของลูกชายมากเลยนะ แต่ยายก็ได้รับกำลังใจที่ดีจากลูกๆคนอื่น ๆ ทุกคนช่วยกัน เพื่อนบ้านก็ช่วยให้กำลังใจให้คำแนะนำดีนะให้การช่วยเหลือบ้าง ดีที่เพื่อนบ้านชุมชนยอมรับ (น้ำตาแห้งความปิติ)” (Caregiver3)

“ในฐานะภรรยาที่จะดูแลการกินยา ผู้ป่วยไม่ดื่มสุรา หรือสารเสพติด หลีกเลี้ยงสิ่งกระตุ้นให้เครียดหรือหงุดหงิด ดูแลให้ได้พักผ่อนที่เพียงพอ ก็พยายามให้กำลังใจตัวเองแล้วก็ได้การช่วยเหลือและกำลังใจจากลูกหลานจากเพื่อนบ้านด้วย เขาก็อาการดีขึ้นเรื่อย ๆ เราก็มั่นใจหายเหนื่อย” (Caregiver4)

4. เมตตาผู้ป่วยจิตเภท และให้การช่วยเหลือตามความต้องการจำเป็น

4.1 เมตตาผู้ป่วยจิตเภท ให้เขามีที่ยืนในสังคม ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกขอบคุณทุกคนที่ให้ความช่วยเหลือและเมตตาผู้ป่วยให้เขามีที่ยืนในสังคม และยังได้ขออนุญาตกล่าวจากใจต่อทุกคนว่า “ผู้ดูแลไม่ได้อยากมีญาติป่วยทางจิต ผู้ป่วยจิตเภทเองเขาก็ไม่ได้ต้องการที่จะป่วยทางจิตเวชเช่นกัน” และเขาก็ต้องการการยอมรับจากทุกคน ต้องการมีที่ยืนในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์เช่นเดียวกับเราทุกคน เราต่างต้องการความรักความเข้าใจ-ความเห็นใจจากคนรอบข้างทุกคนในสังคม ผู้ป่วยจิตเภทไม่ต้องการถูกสังคมตีตราว่าเป็น “คน บ- อา- บา ไมโท”(รณรงค์จะไม่ใช้คำนี้กับผู้ป่วยจิตเวช) เขาต้องการ

เหมือนกับที่ทุกท่านต้องการ ผู้ดูแลขอเป็นประจักษ์พยานว่า “ผู้ป่วยจิตเภทที่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จะสามารถควบคุมอาการได้” สามารถร่วมกิจกรรมในชุมชน และดำเนินชีวิตเป็นปกติในสังคมได้ อย่าแสดงอาการรังเกียจเขาเลยเขาไม่ได้อยากป่วย อย่าตีตราแสดงความรังเกียจไม่พอใจเขา เขาเหนื่อยมากท้อแท้มากพอแล้ว อย่ามาซ้ำเติมเขาอีกเลย ขอขอบคุณจากใจที่เหลืที่ยืนในสังคมให้เขา การเห็นใจยอมรับจะเป็นความสุขเล็ก ๆ ได้บ้าง ดังตัวอย่างคำบอกเล่า ดังนี้

“อย่าซ้ำเติมผู้ป่วยเลย อยากให้ทุกคนให้กำลังใจเขา คนดูแลเหนื่อยมาก แล้วน้องชาย (ผู้ป่วย) ชอบเดินไปทั่วหมู่บ้าน อยากให้ทุกคนเข้าใจว่าเขาป่วยเป็นโรคจิตเวช อย่าพูดอะไรให้สะเทือนใจ พูดกับเขาด้วยวาจาไพเราะ” (Caregiver9,12)

“พวกเราบางครั้งรู้สึกที่ถูกสังคมตีตรา แสดงความรังเกียจเรา ไม่พอใจเรา เราล้มลุกคลุกคลาน กว่า จะผ่านแต่ละเรื่องมาได้ เหนื่อยท้อแท้มากพอแล้ว อย่ามาซ้ำเติมเราอีกเลย..(น้ำตาไหลขณะบอกเล่าความรู้สึก) เราอยากขอบคุณจากใจที่เหลืที่ยืนในสังคมให้เราบ้าง” (Caregiver12)

4.2 ช่วยเหลือตามความต้องการจำเป็น เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ ปฏิเสธการเจ็บป่วย ไม่มีแรงจูงใจ ไม่ร่วมมือในการรักษา มีความพร่องทางเศรษฐกิจ ใช้สารเสพติด ต้องเผชิญกับการถูกด้อยค่า ถูกปฏิเสธจากคนในชุมชนเพราะมีอาการกำเริบซ้ำบ่อย สังคมตีตราแสดงความรังเกียจซ้ำเติมผู้ป่วยและครอบครัว จึงเป็นโอกาสที่เพื่อนบ้าน ชุมชนคนรอบข้างจะให้การช่วยเหลือ ช่วยกันให้กำลังใจ ให้อาหาร ให้อาการ ช่วยพูดคุยถามทุกข์สุขเขาบ้าง ให้ความสัมพันธ์ที่ดี ให้เขาแสดงความคิดเห็นได้ ให้ความเข้าใจให้ความช่วยเหลือตามความต้องการจำเป็น บางเรื่องได้รับการช่วยเหลือบ้างแล้ว บางเรื่องยังขาดแคลน แต่เป็นสิ่งจำเป็นจริง ๆ จึงฝากข้อความถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพจิตทุกระดับ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลด้านสุขภาพจิตดังตัวอย่างคำบอกเล่า ดังนี้

“ขอบคุณที่ให้โอกาสเขาร่วมกิจกรรมในชุมชน เพื่อนบ้านมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ให้กำลังใจให้อาหารให้ความเข้าใจ ให้ความช่วยเหลือหลายอย่าง อยากขอบคุณจากใจ” (Caregiver2)

“ต้องการเงินซ่อมแซมต่อเติมบ้าน บ้านประตูและหน้าต่าง”(Caregiver2)

“ช่วยทำบัตรผู้พิการ เงินทุนประกอบอาชีพ”(Caregiver1,3,4,5,6,7,8)

“ช่วยเหลือค่ารถในการไปรับยา หางานให้ผู้ป่วยทำ” (Caregiver9,10)

การอภิปรายผล

1. ดูแลด้วยจิตกุศลให้ผู้ป่วยได้แสดงศักยภาพ ไม่ขาดยาไม่ป่วยซ้ำเป็นความสำเร็จ เมื่อผู้ดูแลหลักมีทัศนคติที่ดีเชื่อว่าเป็นบุญกุศล แม้อยู่บนความเหนื่อยยากที่ได้ดูแลคนที่รักยามเจ็บไข้ได้ป่วย ก็จะมีกำลังใจที่ดีมีแรงมีพลังที่มากพอในการดูแลด้วยความเอาใจใส่มากขึ้นขอแต่ให้อาการเขาดีขึ้นเหนื่อยแค่ไหนก็หายเหนื่อย จึงเอาใจใส่คอยดูแลให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ พยายามให้ผู้ป่วยเรียนรู้ตัวเองยอมรับตัวเองและพอใจในตัวเอง ดังการศึกษาของนลิน ดวงปัญญา และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2563) ให้ความหมายของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ คือ การดูแลเอาใจใส่เพื่อไม่ให้กลับป่วยซ้ำ เกิดจากความรักใคร่ ห่วงใยและผูกพัน ผู้ป่วยคือคนสำคัญ มีคุณค่าและมีความหมายต่อผู้ดูแลหลัก การดูแลด้วยจิตกุศลจึงเป็นความแข็งแกร่งในชีวิต ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องมีพลัง

สุขภาพจิตที่ดีเพราะพลังสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับการมองโลกในแง่ดี ทักษะคิดและความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ศิริพร บุรณกุลกิจการ และคณะ, 2561)

การดูแลให้ผู้ป่วยได้แสดงศักยภาพ ส่งเสริมให้เขาได้แสดงความสามารถตามศักยภาพของเขา มีกิจกรรม มีงานอาชีพมีรายได้เป็นการช่วยให้เขารู้สึกมีคุณค่า ให้เขารู้สึกมีกำลังใจที่ดีที่อย่างน้อยก็ยังมีคนมองเห็นความสามารถของเขา ให้โอกาสเขาได้แสดงความสามารถ รักเข้าใจเอาใจใส่ยอมรับเขาจนเขามีอาการดีขึ้น ดังการศึกษาของไพลิน ปรัชญคุปต์ และคณะ (2558) ที่พบว่า การค้นพบศักยภาพของผู้ป่วยจิตเวชและญาติ ซึ่งมีความสามารถในการร้องเพลงและกลอนลำ จึงร่วมกันประยุกต์ใช้เป็นการแสดงประจำชมรมบ้านสุขใจและประเมินความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งล้วนเป็นการดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชได้แสดงศักยภาพ นอกจากนี้ การไม่ขาดยา ไม่ป่วยซ้ำ คือ ความสำเร็จของผู้ดูแลหลัก จากผลวิจัยแม้พบว่า ผู้ดูแลหลักที่ประสบความสำเร็จส่วนใหญ่จะเป็นแม่ที่สูงอายุก็ตาม แต่ก็ยังเป็นกลุ่มคนส่วนใหญ่ในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ดังการศึกษาของขวัญสุดา บุญทศ และคณะ (2556) พบว่า ผู้ที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุดคือ แม่ พี่ พ่อ และบุคลากรทางสุขภาพ ตามลำดับ โดยให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์จิตใจมากที่สุด รองลงมาคือ การให้ข้อมูลคำแนะนำ การให้สิ่งของและการสนับสนุนด้านการจ้างงาน การเสริม แรงบวกการช่วยให้รับรู้คุณค่า การให้เงิน ส่วนการส่งเสริมหรือจัดกิจกรรมฟื้นฟูสภาพพบว่าได้รับความสนับสนุนน้อยที่สุด ซึ่งแม้การสนับสนุนแต่ละอย่างจะมากน้อยต่างกันไป แต่ผู้ดูแลหลักก็เป็นผู้ให้การดูแลสนับสนุนช่วยเหลือในทุกสิ่งแก่ผู้ป่วยจิตเภทจนกระทั่งอาการดีขึ้นและไม่มีอาการกำเริบซ้ำ ดังการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว มีพฤติกรรมการใช้ยาดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (จิรากร กันทับทิม, 2559) ทั้งนี้ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เป็นปัจจัยสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทอาการสงบ (รัตติยาพร เบ็ญเจ๊ะมะ, 2562)

2. อุปสรรคที่ทำให้ไม่สำเร็จ คือ ผู้ดูแลเครียด และไม่มีวิธีจัดการผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ดูแลมีความเครียดเพราะต้องจัดการทุกอย่างในขณะที่ไม่สามารถพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วยได้ตามปกติ จากที่ผู้ดูแลหลักหลายๆ ท่านเล่าว่า “ช่วงป่วยแรกๆ เครียดมาก เหนื่อยมาก” ทั้งดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำทุกอย่าง ทั้งงานบ้าน งานอาชีพ บางครอบครัวต้องดูแลใกล้ชิด จนไม่สามารถไปทำงาน ขาดรายได้ เป็นหนี้สิน และผู้ป่วยจิตเภทบางคนดื่มสุราเสพยาเสพติด ก็ยิ่งยากลำบากมากขึ้นอีก ก็ยิ่งเพิ่มความเครียดในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของทวีศักดิ์ กสิผล และคณะ (2563) ที่พบว่า ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักต่อการรับรู้ว่ามีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภทครั้งแรก จะรู้สึกเครียดกังวลใจในระดับสูงเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท วิธีการสื่อสารในครอบครัวระยะแรกมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง การเตรียมผู้ดูแลและสถานที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระยะยาวเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ดูแลในวัยสูงอายุ ดังนั้นพยาบาลจิตเวชจะต้องลดความเครียดและวิตกกังวลของผู้ดูแลโดยการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และเน้นการเข้าถึงการให้บริการจิตเวชในครอบครัวผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

การไม่มีวิธีจัดการผู้ป่วย ในช่วงป่วยแรก ๆ มีอุปสรรคมากมาย บางครอบครัวไม่รู้ว่าใครจะดูแล และก็ไม่รู้ว่าจะดูแลผู้ป่วยอย่างไรดี ไม่เข้าใจโรคและการดูแล ไม่สามารถจัดการผู้ป่วยได้ดีพอทำให้ผู้ป่วยมี

อาการป่วยซ้ำบ่อยการดูแลจึงไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ดังการศึกษาของ Meng and Wu (2020) ที่พบว่าประสบการณ์ของผู้ดูแลและครอบครัวเมื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีผลในเชิงบวกและเชิงลบ ซึ่งประสบการณ์เชิงลบคือ ผู้ดูแลหลักรับภาระหนักมาก โรงพยาบาลและสังคมควรให้การสนับสนุนช่วยเหลือมากขึ้น ทั้งความเครียดและไม่มีวิธีจัดการเป็นปัญหาอุปสรรคที่หนักหน่วงมาก และการทบทวนผลเชิงบวกของ Kulhara et al. (2012) ที่พบว่าโรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงซึ่งเกี่ยวข้องกับผลกระทบที่สำคัญสำหรับทั้งผู้ป่วยและญาติ เนื่อง จากความผิดปกติของการเจ็บป่วย ญาติของผู้ป่วยจิตเภทจึงต้องแบกรับความโหดร้ายที่ยากในการจัดการ การศึกษาทั่วโลกได้ประเมินแง่มุมต่างๆของการดูแล เช่น ภาระการเผชิญปัญหาคุณภาพชีวิตการสนับสนุนทางสังคม อาการที่แสดงออกและการเจ็บป่วยทางจิตใจ

3. ผ่านอุปสรรคมาได้ เพราะมีตัวช่วยและกำลังใจที่ดี ในประเด็นการมีตัวช่วย จากผลวิจัยพบว่าทุกครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเภทก็ผ่านไปได้ด้วยความพยายามของคนในครอบครัวและชุมชน ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรับประทานยา เลิกสูรายาเสพติดทุกชนิด อุปสรรคจะมากแค่ไหนก็เลยผ่านมาได้เพราะค่อยๆได้เรียนรู้ไปด้วยกัน การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลหลักเป็นการแสดงออกให้เห็นถึงความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วย ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรักความเอาใจใส่ไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีความผิดปกติด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยตามศักยภาพของผู้ดูแลหลัก ทำให้ครอบครัวเกิดความผูกพัน เกิดความอบอุ่นในครอบครัวมากขึ้น การดูแลเป็นการกระทำโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีดูแลตนเองได้ปลอดภัย (นลิน ดวงปัญญา, 2563) และไม่กลับมามีอาการป่วยซ้ำวิธีการดูแลวิธีการจัดการผู้ป่วยจิตเภทและเริ่มมีกำลังใจที่ดีเพราะมีตัวช่วยคือมีคนคอยช่วยเหลือสนับสนุน ไม่ว่าจะเป็นคนในครอบครัวเองและเพื่อนบ้านรวมทั้งเครือข่ายผู้นำชุมชนด้วย การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภทสามารถพัฒนาให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม และผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข (ชัชชชา เพ็งเกร็ด, 2564)

การมีกำลังใจที่ดี การดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทำเพื่อให้เขารู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจที่ดีที่อย่างน้อยก็ยังมีคนรักเข้าใจเอาใจใส่เขาจนอาการดีขึ้น เป็นกำลังใจที่ดีทั้งผู้ป่วยผู้ดูแลและครอบครัว ดังการศึกษาของ Kulhara et al. (2012) ที่สะท้อนการมีกำลังใจที่ดีผ่านการประเมินด้านบวกของการดูแลที่ได้รับการวัดผลต่าง ๆ ว่าเป็นประสบการณ์การดูแลในเชิงบวก ความพึงพอใจในการดูแล ผลประโยชน์การดูแล และการค้นหาคำหมายผ่านขนาดการดูแลและด้านบวกของประสบการณ์การดูแล การศึกษาชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีประสบการณ์ในการดูแล (ในรูปแบบของการมีความอ่อนไหวต่อคนพิการความชัดเจนเกี่ยวกับลำดับความสำคัญในชีวิตและความรู้สึกที่แข็งแกร่งภายในมากขึ้น) การศึกษาบางชิ้นชี้ให้เห็นว่าผู้ที่ประสบการณ์การดูแลเชิงลบมากขึ้นก็มีประสบการณ์ในการดูแลในเชิงบวกเช่นกัน ทั้งหมดนี้ก่อเกิดเป็นกำลังใจที่ดีให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวสามารถก้าวข้ามปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ นานามาได้ด้วยดี

4. เมตตาผู้ป่วยจิตเภท ให้เขามีที่ยืนในสังคม การที่ผู้ดูแลหลักได้กล่าวเชิงเป็นกระบอกเสียงให้กับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ขอที่ยืนในสังคมและแสดงความขอบคุณที่เมตตาผู้ป่วยจิตเภท และมีน้ำตา

ไหลขณะบอกเล่าความรู้สึกเป็นตัวสะท้อนที่ค่อนข้างชัดเจนถึงความรู้สึกทุกข้อใจสะท้อนใจกับความยากลำบากในการใช้ชีวิตของพวกเขาที่ทุกคนในสังคมพึงตระหนักถึงเพื่อให้ความเข้าใจเห็นใจ และให้ความเมตตากรุณาช่วยเหลือเติมพลังบวกให้เขาบ้างตามสมควร ที่อย่างน้อยให้พวกเขารับรู้ว่าเขายังมีที่ยืนในสังคม และไม่ได้เดินอยู่ในความยากลำบากเพียงลำพัง และบุญกุศลนี้ก็ไม่ไปไหนจะยังอยู่กับทุกท่านที่มีจิตอันเป็นกุศลและก็จะเติบโตสุขใจไปด้วยกัน สังคมจะน่าอยู่เพียงใดถ้าทุกคนให้ความเมตตากรุณาช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มาช่วยกันเติมพลังบวกให้เขามีแรงดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้วยการให้ความเมตตากรุณาให้เขามีที่ยืนในสังคม ผู้วิจัยขอกล่าวเช่นเดียวกันว่า “ขอบคุณผู้ป่วยจิตเภทที่ให้เรามีเมตตา” จากการศึกษาของเขมณัฐ ศรีพรหมภักดิ์ และคณะ (2558) ที่พบว่า อายุ ตราบาป ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความแข็งแกร่งในชีวิตและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทตามความต้องการจำเป็น เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ ขาดแรงจูงใจในการรักษา ปฏิเสธการเจ็บป่วย ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ความพร่องทางเศรษฐกิจ การใช้สารเสพติด การเผชิญกับการถูกด้อยค่า ถูกปฏิเสธจากคนในชุมชนเมื่อมีอาการกำเริบซ้ำบ่อย ถูกสังคมตีตราโดยการรังเกียจและซ้ำเติมผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากทำความเข้าใจผิดร้อนให้ชุมชน เช่น มีการพกพาอาวุธไว้กับตัว การทำร้ายผู้อื่นเพราะมีอาการหวาดระแวง หลงผิด เป็นต้น (ปนิดา พุ่มพุด และ ขวัญตา ภูริวิทยาธิระ, 2564) ล้วนเป็นภาระอันหนักอึ้งเกินกว่าจะแบกรับโดยลำพัง จำเป็นที่สังคมคนรอบข้างจะต้องยื่นมือเข้าช่วยเหลือ ทุกความต้องการการช่วยเหลือที่แท้จริง ทั้งการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน ช่วยให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ทำบัตรผู้พิการ งบประมาณซ่อมแซมต่อเติมบ้าน ทุนในการประกอบอาชีพ ค่ารถในการไปรับยาหรือแม้แต่คำพูดที่แสดงความเข้าใจเห็นใจ ให้กำลังใจ ล้วนเป็นความต้องการจำเป็นแท้จริงที่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวพึงได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสังคมรอบข้างที่เข้มแข็งมากกว่า

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team: MCATT) เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพจิตทุกระดับ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลด้านสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาผู้ดูแลหลักให้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีมากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบหรือโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกำเริบซ้ำ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีและประสบความสำเร็จมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). รายงานประจำปีของกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2558. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช ข้อมูลจากระบบระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2564. <https://dmh.go.th/report/datacenter/dmh/>
- กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสุรินทร์. (2565). เอกสารรายงานตัวชีวิต เฉพาะโรคห่อผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสุรินทร์. กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสุรินทร์.
- ขวัญสุตา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไชโตะ, และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2556). การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 58(1), 89-100.
- เชมณัฐ ศรีพรหมภักดิ์, พชรินทร์ นินทจันทร์, และ โสภณ แสงอ่อน. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแรงในชีวิต トラบาป ความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 29(1), 103-122.
- จิรากร กันทับทิม, และ เพ็ญพัทธ์ อุทิศ. (2559). ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 33(3), 30-41.
- ชัชชชา เพ็งเกร็ด. (2564). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข, 1(3), 1-16.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2562). ศาสตร์และศิลป์การวิจัยเชิงคุณภาพ: คู่มือนักศึกษาและนักวิจัยสังคมศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 8). อมรินทร์.
- ทวีศักดิ์ กสิผล, พิจิตรา ชุมหัตติธรรม, ขวามา ประเสริฐทรง, ชนิกา เจริญจิตต์กุล, ศิริยุพา นันสนานนท์, และ อำพัน จารุทัศน์นางกูร. (2563). ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย, 13(1), 102-115.
- นลิน ดวงปัญญา, และ เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. (2563). ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 32(2), 43-54.
- ปณิดา พุ่มพุด, และ ขวัญตา ภูริวิทยาธีระ. (2564). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อลดการรับรู้ตราบาป. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 4(3), 215-224.
- ไพลิน ปรัชญคุปต์, วรรณมณี รวมจิตร, พรชนก ทานา, และ ธนิต โคตรมะ. (2558). กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไร่ จังหวัดขอนแก่น. กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.

- รัตติยาพร เป็ญเจ๊ะมะ, และ รัชนีกร อุปเสน. (2562). ปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา. *พยาบาลสาร*, 47(4), 66-75.
- ศิริพร บุรณกุลกิจการ, จินห์จุฑา ชัยเสนา ตาลาส, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, และ เวทิส ประทุมศรี. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยปกป้องกับพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 28(1), 24-35.
- สุดาพร สถิตยยุทธการ. (2559). การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: สถานการณ์และแนวทางการป้องกัน. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 8(3), 1-15.
- Kulhara, P., Kate, N., Grover, S., & Nehra, R. (2012). Positive aspects of caregiving in schizophrenia: A review. *World Journal of Psychiatry*, 2(3), 43-48.
- Meng, J., & Wu, J. (2020). The experiences of caregivers in caring persons with Schizophrenia - A descriptive literature review [Unpublished Bachelor Degree]. Lishui University. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2: 1432923/FULLTEXT01.pdf>
- Shiraishi, N., & Reilly, J. (2019). Positive and negative impacts of schizophrenia on family caregivers: A systematic review and qualitative meta-summary. *Social psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(3), 277-290.

บทความวิจัย (Research article)

ผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็ว
ใน 1 ชั่วโมงของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงที่
เข้ารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

The 1-hour Sepsis Bundle Practical Outcomes of Registered Nurses in
Caring for Severe Sepsis Patients at the Emergency Department,
Nopparat Rajathanee Hospital

พิชญพันธุ์ จันทร¹, สมพร ศรีทันดร², ฐิตินันท์ วัฒนะชัย¹, ณัฐพล ยูวานิช^{3*},
กิตติศักดิ์ หมั่นเขตรกิจ⁴, วรวรรณ สัมฤทธิ์มโนพร⁴, นุชนารถ เขียนนุกุล²

Pitchayapan Chantara¹, Somporn Sritundorn², Thitinun Watthanachai¹, Nuttapol Yuwanich^{3*},
Kittisak Munketkit⁴, Worawan Samritmanoporn⁴, Nuchanard Kiennukul²

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: nuttapol.y@rsu.ac.th; โทรศัพท์ 061-9192101)

(Received: October 9, 2022; Revised: December 11, 2022; Accepted: December 11, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยย้อนหลังเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล
ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมงของพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยติด
เชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิด
รุนแรง ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2563 – 31 ธันวาคม 2563 จำนวน 73 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ
ข้อมูลการวิจัย ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบบันทึกกระบวนการดูแล และ
ผลลัพธ์การดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด
แบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมง โดยมีการส่งแลคเตทในเลือดภายใน 1 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 95.90

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

Registered Nurse (Professional Level), Nopparat Rajathanee Hospital

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

Registered Nurse (Senior Professional Level), Nopparat Rajathanee Hospital

³ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

Instructor, School of nursing, Rangsit university

⁴ แพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

Medical Physician (Professional Level), Nopparat Rajathanee Hospital

การเจาะเลือดเพาะเชื้อ 2 ขวด ก่อนให้ยาต้านจุลชีพ ภายใน 1 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 98.60 การได้รับยาต้านจุลชีพชนิดออกฤทธิ์กว้างขวางภายใน 1 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 95.90 อัตราการได้รับสารละลาย crystalloid fluid ภายใน 1 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 93.10 การได้รับ vasopressor คิดเป็นร้อยละ 80.80 ผลลัพธ์ของปฏิบัติตาม 1-hour Sepsis Bundle ได้แก่ การเกิดภาวะช็อกเมื่อครบเป้าหมายการรักษาภายใน 6 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 16.40 และพบอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 28.80

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การปฏิบัติตาม 1-hour Sepsis Bundle มีแนวโน้มที่จะช่วยแก้ไขและลดอาการรุนแรงของโรคได้ภายใน 6 ชั่วโมงหลังจากเข้ารับการรักษาโดยเฉพาะระบบไหลเวียนโลหิตที่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว

คำสำคัญ: ผลลัพธ์การดูแลแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมง, พยาบาลวิชาชีพ, ผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง

Abstract

This retrospective descriptive study aims to examine the outcomes of practicing the 1-hour Sepsis Bundle among registered nurses in caring for severe sepsis patients admitted to the Emergency Department, Nopparat Rajathanee Hospital. The study samples were 73 patients selected from the medical records of those diagnosed with severe sepsis who received treatments between 1st June – 31st June 2020 at the Emergency Department, Nopparat Rajathanee Hospital. A personal data record form for patients with severe sepsis and a record form of caring processes and outcomes according to the 1-hour Sepsis Bundle practices has been used as a collection of data. Descriptive statistics have been applied to analyze the data.

The results reveal that most of the nurses provided care for patients with severe sepsis under the 1-hour Sepsis Bundle practices. The serum lactate was collected within 1 hour representing 95.90%, hemoculture 2 samples were collected before antimicrobial therapy within 1 hour representing 98.60%, and 95.90% received broad-acting antimicrobials within 1 hour. Moreover, 93.10% received intravenous crystalloid fluid within 1 hour, and 80.80% received a vasopressor. The outcome of the 1-hour Sepsis Bundle practices showed that 16.40% had a shock after 6-hour specific treatment and a 28.80% mortality rate was found.

Based on the study results, it may be concluded that following the 1-hour Sepsis Bundle practices may prevent and reduce severe symptoms of sepsis after a 6-hours specific treatment, especially the circulatory system that can rapidly return to normal.

Keywords: Outcomes of 1-hour Sepsis Bundle, Registered nurses, Patients with severe sepsis

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง (severe sepsis) เป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิต เป็นผลมาจากกระบวนการอักเสบและนำไปสู่ภาวะติดเชื้อในร่างกาย ทำให้การกำซาบออกซิเจนลดลง ส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ล้มเหลวและเสียชีวิตภายในเวลารวดเร็ว (Levy et al., 2018) และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตมากถึง 1 ใน 4 ของประชากรทั่วโลก (Evans et al., 2021) ในประเทศไทยมีผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 175,000 รายต่อปี พบผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงเสียชีวิตร้อยละ 34.6 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จึงกำหนดเป้าหมายให้ลดอัตราการเสียชีวิต ในปี พ.ศ. 2564 น้อยกว่าร้อยละ 26 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2563) โดยปัจจัยที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ได้แก่ การวินิจฉัยที่ล่าช้า การได้รับยาปฏิชีวนะช้ากว่า 1 ชั่วโมง การได้รับยาปฏิชีวนะที่ไม่ครอบคลุมเชื้อ และการได้รับสารน้ำไม่เพียงพอและไม่เหมาะสม (Evans et al., 2021)

แนวทางการรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงตาม The Surviving Sepsis Campaign (SSC) Guidelines เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการช่วยลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ โดยมีการใช้และการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตามแนวทางการรักษาแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 6 ชั่วโมงแรก ที่พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 2016 มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดให้แล้วเสร็จภายใน 3 และ 6 ชั่วโมง (Rhodes et al., 2017) และในปี ค.ศ. 2018 ได้มีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการรักษาเป็นการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมงแรก (1-hour Sepsis Bundles) ประกอบด้วย การส่งตรวจระดับแลคเตท เก็บเลือดเพื่อเพาะเชื้อก่อนให้ยาต้านจุลชีพ การให้ยาต้านจุลชีพชนิดออกฤทธิ์กว้างขวาง ภายใน 1 ชั่วโมง เลือกให้สารละลายชนิด crystalloid solution จำนวน 30 มิลลิตรต่อน้ำหนัก 1 กิโลกรัม และให้ยาในกลุ่มบีบหลอดเลือด (vasopressor) (Levy et al., 2018) เพื่อพุงระบบไหลเวียนโลหิตและคงไว้ซึ่งค่าความดันโลหิตเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท มุ่งเน้นกระบวนการรักษาที่รวดเร็วเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก

จากแนวทางปฏิบัติทางการรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงตาม The SSC Guideline จะเห็นได้ว่าหลักการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงมุ่งเน้นการรักษาอย่างรวดเร็วและการเฝ้าระวังอาการที่อาจเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ดังนั้นพยาบาลผู้ซึ่งอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง (Branco et al., 2020) และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการคัดกรองและดักจับอาการสำคัญที่เปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือด การดูแลรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัดและรวดเร็วแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ทั้งนี้ เพื่อป้องกันความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนส่งต่อไปรับการรักษาที่เหมาะสมในแผนกอื่น (Harley et al., 2019)

ในประเทศไทยได้มีการพัฒนาแนวทางระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงขึ้น โดยแนวทางการปฏิบัติส่วนใหญ่จะครอบคลุมถึง การให้ความรู้ การฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยที่

ติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (รินนิภา สวนสุข และคณะ, 2565) การรักษาที่เหมาะสม การดูแลผู้ป่วยโดยสหสาขาวิชาชีพ และการสื่อสารอย่างเป็นระบบ (ศจีรัตน์ โกศล และคณะ, 2564) จากหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่า การนำแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง ส่งผลให้การวินิจฉัยภาวะช็อกจากการติดเชื้อได้เร็วขึ้น สามารถลดอัตราการตาย (รินนิภา สวนสุข และคณะ, 2565) และลดอัตราการเกิดอวัยวะล้มเหลว (สุทธิชัย แก้วหางค์ และ ดลวิวัฒน์ แสนโสม, 2563)

ในปี พ.ศ. 2556 โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ได้เริ่มพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 6 ชั่วโมง จากหลักฐานเชิงประจักษ์ (อาภรณ์ นิยมพฤษ และคณะ, 2556) จากการติดตามผลลัพธ์ของการใช้แนวทางปฏิบัติ ยังพบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง และเป็นสาเหตุการเสียชีวิต 3 อันดับแรกของโรงพยาบาล (พรพิมล อรรถพรกุล และคณะ, 2563) ในปี พ.ศ. 2563 จึงได้มีการปรับแนวทางการปฏิบัติใหม่เป็นการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมง ตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงของ The SSC Guideline ซึ่งมุ่งเน้นการส่งแลคเตทในเลือด การเจาะเลือดเพาะเชื้อก่อนให้ยาต้านจุลชีพ การได้รับยาต้านจุลชีพชนิดออกฤทธิ์กว้างขวาง การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำชนิด Crystalloid และการได้รับยากลุ่มบีบหลอดเลือด (vasopressor drug) เพื่อพยุงระบบไหลเวียนโลหิตและคงไว้ซึ่งค่าความดันโลหิตเฉลี่ยที่มากกว่าเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท ภายใน 1 ชั่วโมง (Levy et al., 2018)

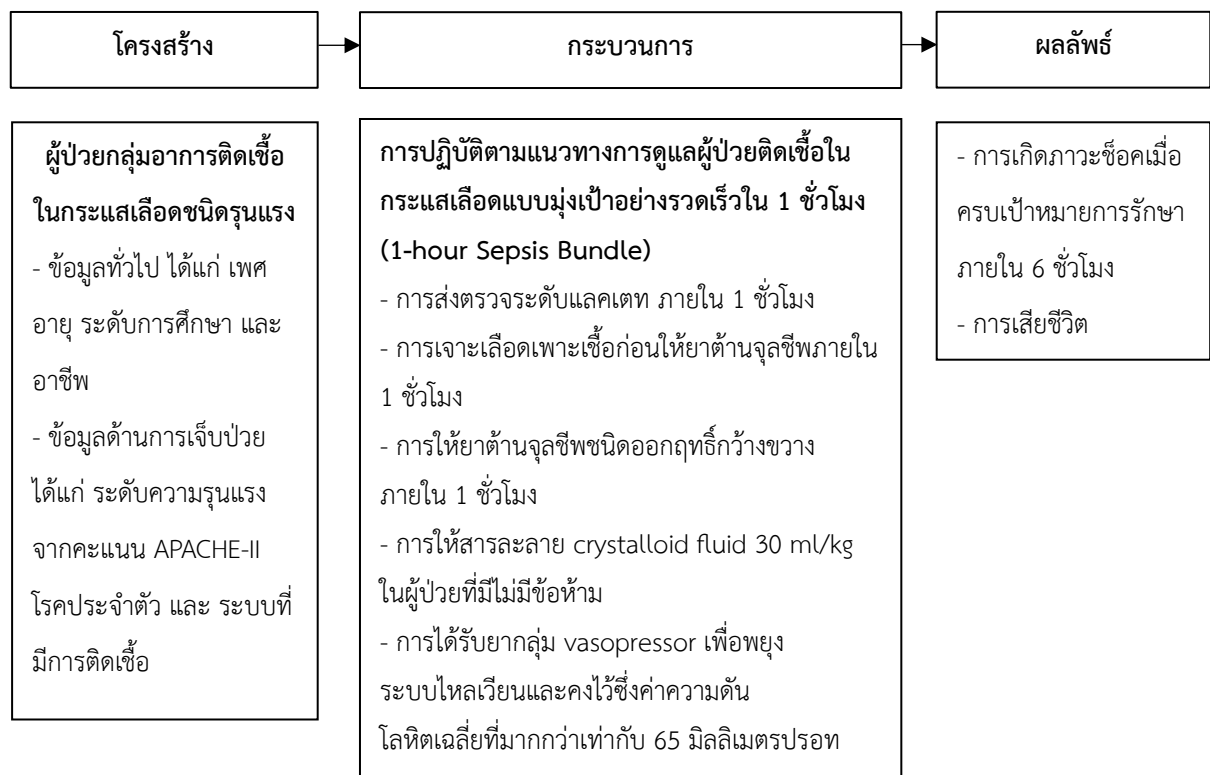
จากประเด็นระบาดวิทยาในข้างต้น ยังพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี แม้ว่าจะเริ่มมีการใช้แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยในปี 2561 พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 593 ราย (พรพิมล อรรถพรกุล และคณะ, 2563) และจากสถิติเวชระเบียนโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีในปี พ.ศ. 2562 - 2563 พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 1,072 ราย และ 1,151 ราย ตามลำดับ นอกจากนี้หลังจากที่มีการนำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมง (1-hour Sepsis Bundle) มาใช้ยังไม่มีการศึกษาผลของการใช้แนวทางปฏิบัติ เพื่อดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้วิจัยในฐานะที่ได้รับการมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด จึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมง (1-hour Sepsis Bundle) ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมง (1-hour Sepsis Bundle) ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาผลของการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมง (1-hour Sepsis Bundle) ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โดยใช้กรอบแนวคิดของ Donabedian (2005) การประเมินคุณภาพการบริการควรคำนึงถึงโครงสร้าง (structure) หมายถึง สภาวะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย กระบวนการ (process) หมายถึง กิจกรรมที่ทำให้การดูแลสุขภาพกิจกรรมของผู้ให้บริการจะส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี และผลลัพธ์ (outcome) ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและเป็นผลที่มาจากการดูแล ซึ่งรวมถึงการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมง (1-hour Sepsis Bundle) ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study design) มีวิธีดำเนินการวิจัยรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เวชระเบียนผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) จำนวน 190 รายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2563 – 31 ธันวาคม 2563

กลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง (severe sepsis) ที่มารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2563 – 31 ธันวาคม 2563

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากขนาดอิทธิพล (effect size) โดยใช้สูตรของ Glass et al. (1981) ได้เท่ากับ .33 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อำนาจในการทดสอบ (power, $1-\beta$) = .80 และเปิดตารางเทียบ (Polit & Beck, 2022) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 73 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแรกจากแพทย์ว่าติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง (severe sepsis) โดยมีอาการและอาการแสดงอย่างน้อย 2 ข้อ หรือมากกว่าของ systemic inflammatory response syndrome (SIRS) criteria หรือมีภาวะ sepsis (SIRS ร่วมกับมีแหล่งของการติดเชื้อ) หรือมีภาวะ sepsis ร่วมกับความดันโลหิตต่ำ (severe sepsis) โดยความดันโลหิตซิสโตลิก <90 มิลลิเมตรปรอท mean arterial pressure <65 มิลลิเมตรปรอท หรือลดต่ำกว่า 40 มิลลิเมตรปรอท เมื่อเทียบกับ baseline 2) ชนิดการติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน (Community-acquired) 3) อายุ 15 ปีขึ้นไป และ 4) ไม่มีข้อจำกัดหรือข้อห้ามในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ กำหนดเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ดังนี้ 1) ข้อมูลไม่สมบูรณ์ 2) ผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น และ 3) ผู้ป่วยที่เสียชีวิตก่อนได้รับการรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกผลการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง ใช้เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน โดยคณะผู้วิจัยปรับจากแนวทางปฏิบัติที่มีใช้ในโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง (อาภรณ์ นิยมพฤษฯ และคณะ, 2556; Donabedian, 2005; Levy et al., 2018; Evans et al., 2021) ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกด้านโครงสร้าง ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และระบบที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อ 2) คะแนนความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย (acute physiology and chronic health evaluation II, APACHE-II) ได้แก่ ประวัติโรคเรื้อรัง อุณหภูมิร่างกาย ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ความอิ่มตัวของออกซิเจน ความเป็นกรดต่างในเลือดแดง ระดับโซเดียม โปแตสเซียม ครีเอตินิน ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงอัดแน่น และจำนวนเม็ดเลือดขาวในเลือด ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0-71 คะแนน คะแนนยิ่งสูง หมายถึง ความรุนแรงของการเจ็บป่วยสูงขึ้นและมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้น (Knaus et al, 1985)

2. แบบบันทึกกระบวนการ โดยบันทึกความถี่ว่า ทำได้หรือทำไม่ได้ตามแนวปฏิบัติฯ ได้แก่ การส่งแลคเตทในเลือดภายใน 1 ชั่วโมง การเจาะเลือดเพาะเชื้อภายใน 1 ชั่วโมงก่อนให้ยาต้านจุลชีพ การได้รับยาต้านจุลชีพชนิดออกฤทธิ์กว้างขวาง ภายใน 1 ชั่วโมง การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

ชนิด Crystalloid fluid 30 mL/kg และการได้รับยาในกลุ่ม Vasopressor เพื่อพยุงระบบไหลเวียนโลหิต และคงไว้ซึ่งค่าความดันโลหิตเฉลี่ยที่มากกว่าเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท

3. แบบบันทึกผลลัพธ์ ได้แก่ ความถี่ว่าเกิดหรือไม่เกิดภาวะช็อกเมื่อครบเป้าหมายการรักษา ภายใน 6 ชั่วโมง โดยมีเกณฑ์ ดังนี้ 1) ค่าความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure: SBP) < 90 mmHg หรือค่าแรงดันเฉลี่ย (mean arterial pressure: MAP) < 65 mmHg โดยไม่ตอบสนองต่อการให้ สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ (fluid resuscitation) และ 2) SBP ลดลง > 40 mmHg ในผู้ป่วยความดันเลือดสูง โดยไม่ตอบสนองต่อการให้ fluid resuscitation และจำนวนของผู้ป่วยที่เสียชีวิตหลังจากที่ได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการโรคติดเชื้อ 3 ท่าน แพทย์อายุรกรรมโรคติดเชื้อ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน ซึ่งมีดัชนีความสอดคล้อง (item content validity index: I-CVI) เท่ากับ 1

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรม โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยจากหัวหน้าหน่วยงานเวชระเบียน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

2. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการศึกษาวิจัยแก่หัวหน้าหน่วยงานเวชระเบียน ได้แก่ วัตถุประสงค์ รูปแบบวิจัย วิธีการดำเนินงาน และการนำข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย

3. เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง ย้อนหลังที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2563 – 31 ธันวาคม 2563 ผ่านระบบคอมพิวเตอร์ โดยการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยต้องใช้รหัสผ่านในการเข้าถึง มีผู้วิจัยสองชื่อแรกและเจ้าหน้าที่หน่วยงานเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องเท่านั้นที่มีรหัสผ่านในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อป้องกันการรั่วไหลของข้อมูลผู้ป่วยเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในเรื่องการรักษา ความลับและสอดคล้องกับหลักจริยธรรมการวิจัยในคน (Polit & Beck, 2022)

4. เมื่อคัดเลือกเวชระเบียนได้ตามจำนวนที่ตรงตามเกณฑ์คัดเข้า ผู้วิจัยแจ้งหัวหน้าหน่วยงานเวชระเบียน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีรับทราบ ถึงจำนวน ชื่อ-สกุล และเลขประจำตัวผู้ป่วย (hospital number: HN) ของผู้ป่วยที่นำไปใช้ในการศึกษาวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้านโครงสร้าง ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลด้านกระบวนการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมง (1-hour Sepsis Bundle) ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงเป็นจำนวนร้อยละ และความถี่ ได้แก่ การส่งตรวจระดับแลคเตทภายใน 1 ชั่วโมง การเจาะเลือดเพาะเชื้อภายใน 1 ชั่วโมงก่อนให้ยาต้านจุลชีพ การได้รับยาต้านจุลชีพชนิดออกฤทธิ์กว้างขวาง ภายใน 1 ชั่วโมง การให้สารละลาย Crystalloid fluid 30 ml/kg และการได้รับ Vasopressor เพื่อพยุงระบบไหลเวียนโลหิตและคงไว้ซึ่งค่าความดันโลหิตเฉลี่ยที่มากกว่าเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท การเกิดภาวะช็อกเมื่อครบเป้าหมายการรักษา ภายใน 6 ชั่วโมง และการเสียชีวิต

3. วิเคราะห์ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมง (1-hour Sepsis Bundle) เป็นจำนวนร้อยละ และความถี่ ได้แก่ การเกิดภาวะช็อกเมื่อครบเป้าหมายการรักษา ภายใน 6 ชั่วโมง และการเสียชีวิต

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัย และจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ซึ่งได้ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ใบรับรอง 36/2563 ออกให้ ณ วันที่ 29 พฤษภาคม 2563 ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล คณะผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตหัวหน้าหน่วยงานเวชระเบียน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีเพื่อขอใช้ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยในการศึกษาวิจัย และชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีดำเนินการศึกษาแก่หัวหน้าหน่วยงานเวชระเบียน และการรายงานผลการวิจัยซึ่งจะนำเสนอเป็นภาพรวมโดยไม่ระบุตัวบุคคล

ผลการวิจัย

1. ด้านโครงสร้าง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง จำนวน 73 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 39 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.4 มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 61 ปี จำนวน 45 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.70 อายุเฉลี่ย 61.60 ปี ($SD = 21.70$) มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.90 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.70 มีคะแนน APACHE-II ระหว่าง 2-30 คะแนน ($M = 14.70$, $SD = 5.40$) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.10 โดยพบการติดเชื้อ 3 ระบบอันดับแรก ได้แก่ ระบบทางเดินปัสสาวะ จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.30 ระบบทางเดินหายใจ จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.50 และระบบทางเดินปัสสาวะและระบบไหลเวียนโลหิต จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.30 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละของตัวแปรด้านโครงสร้างของผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง (n = 73)

รายการ		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	39	53.40
	หญิง	34	46.60
อายุ (ปี) (Min = 17, Max = 99, M = 61.60, SD = 21.70)			
	≤ 35 ปี	8	10.90
	36-45 ปี	7	9.60
	46-60 ปี	13	17.80
	≥ 61 ปี	45	61.70
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียน	19	26.00
	ประถมศึกษา	24	32.90
	มัธยมศึกษา	15	20.50
	อนุปริญญา	10	13.70
	ปริญญาตรีและสูงกว่า	5	6.80
อาชีพ	ไม่ได้ทำงาน	37	50.70
	รับจ้าง	29	39.80
	ค้าขาย	2	2.70
	ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	1.30
	ข้าราชการบำนาญ	4	5.50
ระดับความรุนแรงจากคะแนน APACHE-II (Min = 2 , Max = 30, M = 14.70, SD = 5.40)			
	Low risk	37	50.70
	High risk	36	47.90
โรคประจำตัว	มี	38	52.10
	ไม่มี	35	47.90
ระบบที่ติดเชื้อ	ระบบทางเดินหายใจ	15	20.50
	ระบบทางเดินปัสสาวะ	17	23.30
	ระบบไหลเวียนโลหิต	7	9.60
	ระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบไหลเวียนโลหิต	9	12.30
	ระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินปัสสาวะ	4	5.50
	ระบบทางเดินหายใจและระบบไหลเวียนโลหิต	5	6.90
	ระบบทางเดินอาหาร	9	12.30
	ระบบผิวหนัง	7	9.60

2. ด้านกระบวนการ การดูแลปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมง (1-hour Sepsis Bundle) ของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า มีการส่งแลคเตทในเลือดภายใน 1 ชั่วโมง จำนวน 70 ราย คิดเป็นร้อยละ 95.9 การเจาะเลือดเพาะเชื้อ 2 ขวด ก่อนให้ยาต้านจุลชีพ ภายใน 1 ชั่วโมง จำนวน 72 ราย คิดเป็นร้อยละ 98.6 การได้รับยาต้านจุลชีพชนิดออกฤทธิ์กว้างขวางภายใน 1 ชั่วโมง จำนวน 71 ราย คิดเป็นร้อยละ 95.9 อัตราการได้รับสารละลาย crystalloid fluid 30 mL/kg ภายใน 1 ชั่วโมง จำนวน 68 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.1 การได้รับ vasopressor เพื่อพุงระบบไหลเวียนโลหิตและคงไว้ซึ่งค่าความดันโลหิตเฉลี่ยที่มากกว่าเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 59 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.8 รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 กระบวนการดูแลปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมง (1-hour Sepsis Bundle)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การส่งแลคเตทในเลือดภายใน 1 ชั่วโมง		
ทัน	70	95.90
ไม่ทัน	3	4.10
การเจาะเลือดเพาะเชื้อ 2 ขวด ก่อนให้ยาต้านจุลชีพภายใน 1 ชั่วโมง		
ทัน	72	98.60
ไม่ทัน	1	1.40
การได้รับยาต้านจุลชีพชนิดออกฤทธิ์กว้างขวางภายใน 1 ชั่วโมง		
ได้รับ	71	97.20
ไม่ได้รับ	2	2.80
การได้รับสารละลาย crystalloid fluid 30 mL/kg ภายใน 1 ชั่วโมง		
ได้รับ	68	93.10
ไม่ได้รับ	5	6.90
การได้รับ vasopressor เพื่อพุงระบบไหลเวียนโลหิตและคงไว้ซึ่งค่าความดันโลหิตเฉลี่ย ≥ 65 mmHg		
ได้	59	80.80
ไม่ได้	14	19.20

3. ด้านผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมง (1-hour Sepsis Bundle) ได้แก่ การเกิดภาวะช็อกเมื่อครบเป้าหมายการรักษาภายใน 6 ชั่วโมง จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.40 และอัตราการเสียชีวิต จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.80 (ตารางที่ 3)

ตาราง 3 ผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมง (1-hour Sepsis Bundle)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การเกิดภาวะช็อกเมื่อครบเป้าหมายการรักษา ภายใน 6 ชั่วโมง		
เกิด	12	16.40
ไม่เกิด	61	83.60
การเสียชีวิต		
เสียชีวิต	14	28.80
ไม่เสียชีวิต	52	71.20

การอภิปรายผล

การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมง (1-hour Sepsis Bundle) ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงที่เข้ารับการรักษานที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการของ Donabedian (2005) ดังนี้

1. ปัจจัยด้านโครงสร้างซึ่งเป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่สำคัญและมีผลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงที่เข้ารับการรักษานที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และร้อยละ 52 ของกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ง่าย เนื่องจากส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันลดลง และการมีโรคประจำตัวอาจทำให้ความรุนแรงของการติดเชื้อในกระแสเลือดมีความรุนแรงขึ้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย (Martin-Loeches et al., 2019) อาจทำให้ร่างกายไม่สามารถปรับสมดุลให้อยู่ในภาวะปกติได้ (homeostasis) ทำให้มีความรุนแรงมากขึ้นและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้ง่าย (Boonmee et al., 2020; World Health Organization, 2020) ดังนั้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็วตามแนวทางปฏิบัติและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดเพื่อแก้ไขภาวะวิกฤติ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจส่งผลถึงชีวิตได้ (Martin-Loeches et al., 2019) เมื่อพิจารณาระบบของร่างกายที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดพบว่า ระบบทางเดินหายใจเป็นระบบที่มีการติดเชื้อมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เป็นปัจจัยทำนายสาเหตุของการติดเชื้อในกระแสเลือดมากที่สุด (Boonmee et al., 2020) อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสนใจว่าร้อยละ 10.90 ในการศึกษาในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (young adult) ซึ่งตามหลักสรีรวิทยาของช่วงวัยนี้ มีระบบภูมิคุ้มกันที่ทำงานได้มีประสิทธิภาพได้ดีกว่าวัยสูงอายุ ซึ่งการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงและภาวะช็อกอาจมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย จึงควรมีการศึกษาปัจจัยร่วมที่เกี่ยวข้องต่อไป เนื่องจากปัจจุบันเริ่มพบภาวะนี้มากขึ้นในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Bouza & López-Cuadrado, 2019)

คะแนนความรุนแรงของความเจ็บป่วย (APACHE-II) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.70 (SD = 5.40) และร้อยละ 47.90 อยู่ในระดับเสี่ยงสูง (high risk) ซึ่งบ่งบอกถึงความรุนแรงที่อาจส่งผลให้เสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่าประเมินจากคะแนน APACHE-II เป็นปัจจัยทำนายสาเหตุการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ซึ่งการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยยึดแนวทางปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมง (1-hour Sepsis Bundle) อย่างเคร่งครัดจะช่วยลดความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้ (Martin-Loeches et al., 2019)

2. ปัจจัยด้านกระบวนการและผลลัพธ์การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมง (1-hour Sepsis Bundle) ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติได้เป็นส่วนใหญ่ โดยปฏิบัติตามได้มากกว่าร้อยละ 90 ครบทุกข้อและสำเร็จ สอดคล้องตามเป้าหมายที่เป็นตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขกำหนด (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ซึ่งเป็นการปฏิบัติตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง โดยครอบคลุมในด้านการเฝ้าระวัง การคัดกรอง และดักจับอาการสำคัญที่เปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงอย่างใกล้ชิด เพื่อให้การรักษาเกิดประสิทธิผล และการป้องกันความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง (Harley et al., 2019; Branco et al., 2020) ผลลัพธ์จากการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติพบว่า การเกิดภาวะช็อกเมื่อครบเป้าหมายการรักษา ภายใน 6 ชั่วโมง เพียงร้อยละ 16.40 และการเสียชีวิต ร้อยละ 28.80 สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงที่เข้ามารับการรักษาที่หน่วยงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ได้รับการรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมง (1-hour Sepsis Bundle) จึงช่วยลดการเกิดภาวะช็อกและการเสียชีวิตได้ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการตระหนักรู้และการให้ความสำคัญของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลและรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงตามแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับ Survival Sepsis Campaign (Levy et al., 2018; Evans et al., 2021) ที่มุ่งเน้นแก้ไขและลดอาการรุนแรงของโรคได้ภายใน 6 ชั่วโมงหลังจากเข้ารับการรักษา โดยเฉพาะระบบไหลเวียนโลหิตที่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับงานวิจัยผลการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยในระยะ 1 ชั่วโมงแรก ทำให้มีการรักษาที่รวดเร็ว จะช่วยลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้ (สุทธิชัย แก้วหางค์ และ ดลวิวัฒน์ แสนโสม, 2563)

อย่างไรก็ตามหลังจากได้ให้การดูแลตามแนวทางปฏิบัติฯ ยังคงพบผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงหลังได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติฯ คิดเป็นร้อยละ 16.40 อธิบายได้ว่าโรคประจำตัวของผู้ป่วยอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้การรักษาด้วยสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ยาต้านจุลชีพ และ Vasopressor ไม่ได้ผลในการป้องกันภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ซึ่งโรคประจำตัวบางโรค เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง และโรคไต ส่งผลต่อความแปรปรวนของการทำงานของระบบไหลเวียน ทำให้ร่างกายปรับการทำงานของระบบไหลเวียนให้เป็นปกติได้ยากประกอบกับพยาธิสภาพของภาวะช็อกจากการติดเชื้อทำให้

หลอดเลือดขยาย (World Health Organization, 2020) ส่งผลให้ระบบไหลเวียนล้มเหลวได้ง่ายและเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว (Boonmee et al., 2020)

การศึกษานี้ พบการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงร้อยละ 28.80 สอดคล้องกับอัตราการเสียชีวิตของผู้ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงตามเป้าหมายตัวชี้วัดประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้อัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ที่น้อยกว่าร้อยละ 30 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ซึ่งอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง มีสาเหตุที่เกี่ยวข้องหลายประการ เช่นอายุ โรคประจำตัว และความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย รวมถึงความล่าช้าในกระบวนการรักษาพยาบาล แม้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาและสามารถแก้ไขภาวะช็อกในระยะเวลา 6 ชั่วโมงแรกได้ ก็ยังเป็นผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในระยะต่อมา

การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมง (1-hour Sepsis Bundle) ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินผลลัพธ์ของ Donabedian (2005) แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนวทางฯ ได้เป็นส่วนใหญ่ เมื่อศึกษาถึงผลลัพธ์ทางการพยาบาลหลังการเกิดภาวะช็อกเมื่อครบเป้าหมายการรักษา ภายใน 6 ชั่วโมง และการเสียชีวิตพบว่ามีอัตราการเกิดภาวะช็อก และอัตราการเสียชีวิตอยู่ในระดับต่ำ และไม่เกินร้อยละ 30 ตามเป้าหมายตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนด ดังนั้นการการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมง (1-hour Sepsis Bundle) เป็นกระบวนการจัดการที่ดีและส่งผลต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคร่วม ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและอาจส่งผลให้เกิดภาวะช็อกจึงควรเตรียมความพร้อม พัฒนาสมรรถนะให้แก่พยาบาลวิชาชีพ รวมถึงการนิเทศติดตามการปฏิบัติตาม 1-hour Sepsis Bundle จากหัวหน้างานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพเกิดทักษะในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยยึดแนวทางปฏิบัติฯ อย่างเคร่งครัด จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไวและเหมาะสม อาจจัดระบบคัดกรองที่เร่งด่วนขึ้นในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยใช้แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยศึกษาในครั้งต่อไป

ควรวิจัยติดตามประเมินสมรรถนะและผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมง (1-hour Sepsis Bundle) ของพยาบาลวิชาชีพในการ

ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสูงอายุ เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติและสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2564*. http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/kpi_template_edit%201.pdf
- พรพิมล อรรถพรกุล, จิราภรณ์ คุ่มศรี, สันจัย เขื่อนเพชร, นัยนา วัฒนากุล, พรนภา เอี่ยมลออ, เพียงพิมพ์ ตันติลีปกร, ยุทธนา สมานมิตร, และ นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ. (2563). ระบาดวิทยาการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ปี 2018. *วารสารกรมการแพทย์*, 45(4), 175-183.
- รินนิภา สวนสุข, เยาวภา เพียรพานิช, และ สาวิตรี รินที. (2565). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 12(1), 170-189.
- ศจีรัตน์ โกศล, ประภาพร ชูกำเหนิด, และ ปราโมทย์ ทองสุข. (2564). การพัฒนารูปแบบการจัดการการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 14(1), 97-111.
- สุทธิชัย แก้วหาวงค์, และ ดลวิวัฒน์ แสนโสม. (2563). ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลระยะ 1 ชั่วโมงแรกต่อผลลัพธ์ที่คัดสรรในผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดที่แผนกงานฉุกเฉิน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(1), 196-206.
- อาภรณ์ นิยมพฤษ, พิชญพันธุ์ จันทระ, พชร ยิ้มแย้ม, และ น้ำอ้อย รักติวงษ์. (2556). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31(2), 14-24.
- Boonmee, P., Ruangsomboon, O., Limsuwat, C., & Chakorn, T. (2020). Predictors of mortality in elderly and very elderly emergency patients with sepsis: A retrospective study. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 21(6), 210–218. <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.7.47405>
- Bouza, C., & López-Cuadrado, T. (2019). Epidemiology and Trends of Sepsis in Young Adults Aged 20-44 Years: A Nationwide Population-Based Study. *Journal of Clinical Medicine*, 9(1), Article 77. <https://doi.org/10.3390/jcm9010077>
- Branco, M. J. C., Lucas, A. P. M., Marques, R. M. D., & Sousa, P. P. (2020). The role of the nurse in caring for the critical patient with sepsis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), Article e20190031. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0031>
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691–729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>

- Evans, L. M., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., Machado, F. R., McIntyre, L., Ostermann, M., Prescott, H. C., Schorr, C., Simpson, S., Wiersinga, W. J., Alshamsi, F., Angus, D. C., Arabi, Y., Azevedo, L., Beale, R., Beilman, G., ... & Levy, M. M. (2021). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Critical Care Medicine*, 49(11), 1063-1143. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000005337>
- Glass, G. V., McGaw, B., & Smith, M. L. (1981). *Meta-Analysis in Social Research*. Sage.
- Harley, A., Johnston, A. N. B., Denny, K. J., Keijzers, G., Crilly, J., & Massey, D. (2019). Emergency nurses' knowledge and understanding of their role in recognizing and responding to patients with sepsis: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 43, 106–112. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.01.005>
- Knaus, W. A., Draper, E. A., Wagner, D. P., & Zimmerman, J. E. (1985). APACHE II: a severity of disease classification system. *Critical Care Medicine*, 13(10), 818–829.
- Levy, M. M., Evans, L. E., & Rhodes, A. (2018). The surviving sepsis campaign bundle: 2018 update. *Intensive Care Medicine*, 44(6), 925-928. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003119>
- Martin-Loeches, I., Guia, M. C., Vallecoccia, M. S., Suarez, D., Ibarz, M., Irazabal, M., Ferrer, R., & Artigas, A. (2019). Risk factors for mortality in elderly and very elderly critically ill patients with sepsis: a prospective, observational, multicenter cohort study. *Annals of Intensive Care*, 9(1), Article 26. <https://doi.org/10.1186/s13613-019-0495-x>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2022). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer Health.
- Rhodes, A., Evans, L. E., Alhazzani, W., Levy, M. M., Antonelli, M., Ferrer, R., Kumar, A., Sevransky, J. E., Sprung, C. L., Nunnally, M. E., Rochweg, B., Rubenfeld, G. D., Angus, D. C., Annane, D., Beale, R. J., Bellinghan, G. J., Bernard, G. R., Chiche, J., Coopersmith, C., ... & Dellinger, R. P. (2017). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. *Intensive Care Medicine*, 43(3), 304–377. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4683-6>
- World Health Organization. (2020, 26 August). *Sepsis*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sepsis#:~:text=Sepsis%20is%20a%20life-threatening,multiple%%20organ%20failure%20and%20death>

บทความวิจัย (Research article)

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม Factors Affecting Burnout Syndrome among Registered Nurses in Nakhon Pathom Hospital

สุปรียา สัมฤทธิ์วงศ์¹, นิตยา เพ็ญศิริินา^{2*}, พรทิพย์ กิระพงษ์²

Supreya Somritvong¹, Nittaya Pensirinapa^{2*}, Porntip Geerapong²

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pensirinapa@gmail.com; เบอร์โทรศัพท์ 081-624-3098)

(Received: October 31, 2022; Revised: December 17, 2022; Accepted: December 27, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านองค์การและปัจจัยเกี่ยวกับการทำงาน 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านองค์การ และปัจจัยเกี่ยวกับการทำงานกับภาวะหมดไฟในการทำงาน และ 3) อิทธิพลของปัจจัยในการทำนายภาวะหมดไฟในการทำงาน กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลนครปฐมที่ทำงานอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 110 คน โดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง .79 - .95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลวิจัยพบว่า

1. พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐมมีภาวะหมดไฟในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 52.80$, $SD = .68$) มีอายุเฉลี่ย 39.81 ปี ระยะเวลาในการปฏิบัติงานส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 33.60 มีคะแนนเฉลี่ยปัจจัยด้านองค์การอยู่ในระดับมาก ($M = 3.60$, $SD = .87$) และปัจจัยเกี่ยวกับทำงานอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.24$, $SD = .68$)

2. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะหมดไฟในการทำงาน ($r = -.27$, $-.29$) ปัจจัยด้านองค์การ ได้แก่ การพัฒนาอาชีพ บทบาทในองค์กร และสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงาน มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง ($r = -.54$, $-.45$ และ $-.43$) และปัจจัยเกี่ยวกับการทำงาน ได้แก่ ลักษณะงาน และด้านภาระงาน มีความสัมพันธ์ทางลบอยู่ในระดับปานกลาง ($r = -.58$, $-.50$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ลักษณะงาน การพัฒนาอาชีพ และระยะเวลาการปฏิบัติงาน ($Beta = -.58$, $-.23$, และ $-.26$ ตามลำดับ) ร่วมกันทำนายความแปรปรวนของภาวะหมดไฟของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐมได้ร้อยละ 42

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Master Student of Public Health, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Associated Professor, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ผู้บริหารควรทำแผนความก้าวหน้าในอาชีพของพยาบาลวิชาชีพให้ชัดเจน และสอดคล้องกับระยะเวลาปฏิบัติงาน รวมทั้งปรับปรุงลักษณะงานให้เอื้อต่อการทำงาน

คำสำคัญ: ภาวะหมดไฟในการทำงาน, ปัจจัยส่วนบุคคล, ปัจจัยด้านองค์การ, ปัจจัยเกี่ยวกับการทำงาน, พยาบาลวิชาชีพ

Abstract

This cross-sectional descriptive study aims to examine 1) the levels of job burnout, personal factors, organizational factors, and work-related factors, 2) the relationship between personal, organizational, and work-related factors and job burnout, and 3) the influence of those factors on job burnout, all among registered nurses (RNs) at Nakhon Pathom Hospital. The study involved a sample of 110 RNs systematically, randomly selected from all 675 RNs at the hospital who had worked there for at least one year. The research tool was a questionnaire with a reliability coefficient of 0.79 to 0.95. Data were analyzed by using descriptive statistics, the Chi-square test, Pearson's correlation coefficient, and multiple regression. The results show that;

1. Both the overall and each aspect level of job burnout are moderate ($M = 52.80$, $SD = .68$); their personal factors included the mean age of 39.81 years, working tenure of fewer than 5 years; their overall organizational factor was at the high level ($M = 3.60$, $SD = .87$) and work-related factors at the moderate level ($M = 3.24$, $SD = .68$).

2. Their personal factors (age and job tenure) are based on a low negative correlation with job burnout ($r = -.27, -.29$), organizational factors (work relationship, role and career development) come from a moderate negative correlation with job burnout ($r = -.54, -.45, -.43$), work-related factors (workload and job characteristics) are the result of a moderate negative correlation with job burnout ($r = -.58, -.50$) and are significantly ($p < .01$) correlated with burnout. Job characteristics ($Beta = -.58$), job tenure ($Beta = -.23$), and career development ($Beta = -.26$) show a negative influence on their burnout with 42.30% predictive efficiency.

This research indicates that the hospital's administrators should clearly formulate a career path development plan for each registered nurse, as well as improve the job characteristics and supportive system of nurses.

Keywords: Job burnout, Personal factors, Organizational factors, Factors related to work, Registered nurses

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พยาบาลถือว่าเป็นบุคลากรกลุ่มสำคัญของระบบสุขภาพ แต่ปัจจุบันทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยกำลังเผชิญกับภาวะขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากมีอัตราการย้ายงานหรือลาออกจากวิชาชีพค่อนข้างสูง สถานการณ์ปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ พร้อมกับการส่งเสริมจากทางภาครัฐในการที่จะทำให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ จึงเกิดการขยายตัวของสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน จากการขยายตัวการให้บริการทางการแพทย์ส่งผลต่อบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะอาชีพพยาบาล ซึ่งทำงานร่วมกับแพทย์และสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลจึงมีความสำคัญในหน่วยงานหรือองค์กรที่ดูแลด้านสุขภาพ ปัญหาขาดแคลนหรือความต้องการพยาบาลวิชาชีพได้กลายเป็นปัญหาระดับโลกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 (World Health Organization, 2016) ในปี พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลกรายงานสถานการณ์ทั่วโลกมีพยาบาล 28 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 59 ของบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมด และมีความขาดแคลนพยาบาล 6 ล้านคน เนื่องจากภาระงานที่ล้นมือ จำนวนพยาบาลจบใหม่ไม่สอดคล้องกับจำนวนประชากรที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว (World Health Organization, 2019)

ภาวะขาดแคลนพยาบาล ส่งผลให้พยาบาลที่มีอยู่ต้องแบกรับภาระหนัก ก่อให้เกิดความเครียด ผักผ่อนน้อย เกิดโรคไร้เชื้อเรื้อรัง ขาดงานหรือลางานบ่อย เป็นต้น หากอยู่ในสถานการณ์ภาวะขาดแคลนพยาบาล ก็จะส่งผลให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout syndrome) ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้มากในบุคลากรที่มีอาชีพให้บริการ ที่ต้องทำงานเกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น พยาบาลจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ประสบปัญหาภาวะหมดไฟในการทำงานได้มากที่สุด ส่งผลให้มีการย้ายงานหรือลาออกในอัตราที่สูง เมื่อเทียบกับวิชาชีพอื่นๆ ในด้านสุขภาพ (อรุณรัตน์ คันธา และคณะ, 2556) จากสถิติการลาออกจากงานของ พยาบาลพบว่า ในแต่ละปีมีการลาออกถึงร้อยละ 48.68 (กฤษดา แสงวดี, 2560) องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของภาวะหมดไฟในการทำงานใน 3 ด้าน คือ 1) ความอ่อนล้าทางอารมณ์ 2) ความรู้สึกด้อยสัมพันธ์ภาพต่อบุคคล และ 3) ความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ภาวะหมดไฟในการทำงานเป็นตัวสะท้อนความเครียดรุนแรงจากการทำงาน ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย และส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของบุคคล (World Health Organization, 2019) โดยมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน สามารถสรุปได้ 3 ด้าน ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และช่วงเวลาการอยู่เวร (Maslach & Leiter, 2008) 2) ปัจจัยด้านองค์กร ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน บทบาทในองค์กร และการพัฒนาอาชีพ (Maslach et al., 2001) และ 3) ปัจจัยเกี่ยวกับการทำงาน ได้แก่ ภาระงาน และลักษณะงาน เช่น หน่วยงานที่มีโอกาสรับผู้ป่วยหนักหรือการขึ้นปฏิบัติงานแบบเวรผลัดเช้า-บ่าย-ดึก (วีระยุทธ บุญเกียรติเจริญ และคณะ, 2561)

โรงพยาบาลนครปฐม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่มีอัตราากำลังพยาบาลต่ำกว่าเกณฑ์ และมีภาระงานมากโดยเฉพาะในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 โดยจำนวนพยาบาลวิชาชีพในปีงบประมาณ 2563 รวมทั้งสิ้น 778 คน หากคิดตามกรอบอัตรากำลังเทียบเท่าพนักงานประจำ (full time equivalent: FTE) ที่ร้อยละ 80 ควรจะมีพยาบาลวิชาชีพ 881 คน จึงยังมีส่วนขาดอีก 103 คน และจากรายงานผลผลิตภาพทางการ

พยาบาล (productivity in nursing) ที่ใช้เป็นเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาลด้านประสิทธิภาพการปฏิบัติงานที่สำคัญของหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานในโรงพยาบาล ใช้ในการคิดต้นทุนต่อหน่วย และช่วยในการจัดสรรบุคลากรทางการพยาบาลขึ้นปฏิบัติงานว่าเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพทางการพยาบาลหรือไม่ (productivity target = 95-120%) ที่คำนวณ ณ สิ้นเดือนกันยายน 2563 พบว่ามีหน่วยงานที่มีค่าภาระงานเกินเกณฑ์ที่กำหนดถึงร้อยละ 54.29 จาก 39 หน่วยงาน เมื่อจำนวนบุคลากรมีไม่เพียงพอหรือไม่สมดุลกับปริมาณงาน จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพต้องรับมือกับภาระงานที่มีปริมาณเพิ่มมากขึ้น จนนำไปสู่ภาวะหมดไฟในการทำงาน (ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลนครปฐม, 2563) ดังนั้น การศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม รวมทั้ง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านองค์กร และปัจจัยเกี่ยวกับการทำงานนี้ จึงเป็นข้อมูลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงาน และธำรงรักษาให้พยาบาลวิชาชีพคงอยู่ในงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะหมดไฟในการทำงาน ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านองค์กร และปัจจัยเกี่ยวกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครปฐม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านองค์กร และปัจจัยเกี่ยวกับการทำงาน กับภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครปฐม
3. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านองค์กร และปัจจัยเกี่ยวกับการทำงาน ในการทำนายการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครปฐม

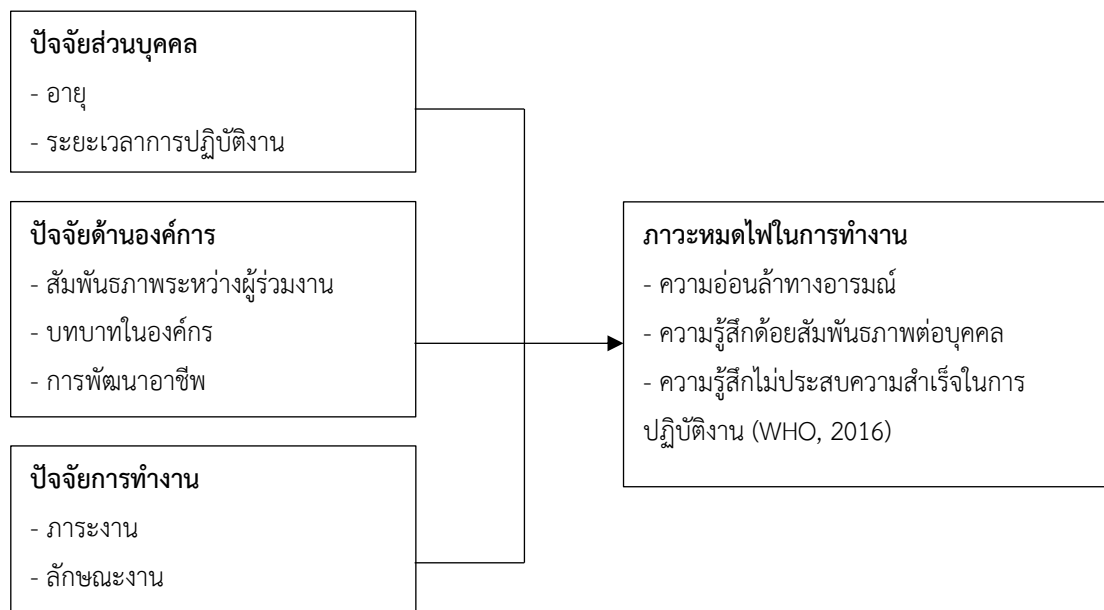
สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านองค์กร และปัจจัยเกี่ยวกับการทำงานมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครปฐม
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านองค์กร และปัจจัยเกี่ยวกับการทำงาน สามารถร่วมทำนายการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครปฐม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีขององค์การอนามัยโลกใน 3 ด้าน คือ 1) ความอ่อนล้าทางอารมณ์ 2) ความรู้สึกด้อยสัมพันธภาพต่อบุคคล และ 3) ความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงาน (World Health Organization, 2016) และคัดเลือกปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระยะเวลาการปฏิบัติงาน (Maslach & Leiter, 2008) 2) ปัจจัยด้านองค์กร ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน บทบาทในองค์กร และการพัฒนาอาชีพ (Maslach et al.,

2001) และ 3) ปัจจัยเกี่ยวกับการทำงาน ได้แก่ ภาระงาน และลักษณะงาน (วีระยุทธ บุญเกียรติเจริญ และคณะ, 2561) โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive research) มีวิธีดำเนินการวิจัยรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพประจำการที่ปฏิบัติงานใน 39 หน่วยงาน ของโรงพยาบาลนครปฐม ณ เดือนกันยายน 2562 จำนวน 675 คน (ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลนครปฐม, 2563)

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพประจำการที่ปฏิบัติงานปฏิบัติงานใน 39 หน่วยงาน ของโรงพยาบาลนครปฐม โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 2) ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโดยตรงตามเวร 8 ชั่วโมง 3) ไม่อยู่ในระหว่างการอบรมระยะสั้นหรือลาศึกษาต่อ และ 4) ยินดีให้ข้อมูลการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถาม กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคำนวณแบบสำเร็จรูปจากใช้ค่าความสัมพันธ์ของงานวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (จุฑารัตน์ แซ่ลือ และ สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, 2560) มีค่า $r = .26$ กำหนดค่า $\alpha = .05$, $\beta = .20$ ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 97 คน และเพื่อป้องกันความไม่ครบถ้วนข้อมูลและการสูญหายของการส่งแบบสอบถามกลับคืนจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีก 10 % รวมเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 110 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มจาก

บัญชีรายชื่อพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติครบถ้วนจาก 39 หน่วยงาน ทุกๆ 6 คน จากสูตร $N/n = 675/110 = 6$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป เป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา กลุ่มงานที่สังกัด หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และช่วงเวลาการอยู่เวร

ตอนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลนครปฐม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระยะเวลาการปฏิบัติงาน ระบุเป็นหน่วยนับเป็นปี เกิน 6 เดือนคิดเป็นปี

2) ปัจจัยด้านองค์การ จำแนกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน จำนวน 5 ข้อ ด้านบทบาทในองค์กร จำนวน 5 ข้อ และด้านการพัฒนาอาชีพจำนวน 5 ข้อ รวมทั้งสิ้น 15 ข้อ

3) ปัจจัยการทำงานจำแนกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านภาระงาน จำนวน 5 ข้อ และด้านลักษณะงาน จำนวน 5 ข้อ

แบบสอบถามปัจจัยด้านองค์การและปัจจัยการทำงาน เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากระดับมากที่สุดไปจนถึงน้อยที่สุด โดยมีคะแนนระหว่าง 5 ถึง 1 คะแนน และมีเกณฑ์ในการจำแนกคะแนนเฉลี่ยรายด้านและโดยรวม เป็น 5 ระดับ ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 คะแนน หมายถึง ระดับสูงมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 คะแนน หมายถึง ระดับน้อยมาก

ตอนที่ 3 แบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงาน ผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากแบบสอบถามของนันทาวดี วรสุวิธ และคณะ (2563) ซึ่งแปลมาจากแบบวัด Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach et al., 2001) จำนวน 22 ข้อ ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) จำนวน 9 ข้อ ด้านความรู้สึกด้อยสัมพันธ์กับบุคคล (depersonalization) จำนวน 5 ข้อ และด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงานลดลง (reduced occupational accomplishment) จำนวน 8 ข้อ ซึ่งมีตัวเลือกตอบเป็นแบบ Likert scale 7 ระดับ โดยเรียงจาก “ไม่เคยเลย” เท่ากับ 0 คะแนน ไปจนถึง “ทุกๆ วัน” เท่ากับ 6 คะแนน ตามลำดับ คิดคะแนนรวมของข้อคำถามในแต่ละด้าน โดยมีเกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนนรายด้าน (Maslach & Jackson, 1986) ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงการแบ่งระดับภาวะหมดไฟในการทำงานตามเกณฑ์ของ Maslach & Jackson (1986)

ด้าน	ระดับ		
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ความอ่อนล้าทางอารมณ์	0-16 คะแนน	17-26 คะแนน	27 คะแนนขึ้นไป
ความรู้สึกลดลงสัมพันธ์กับอาชีพ	0-6 คะแนน	7-12 คะแนน	13 คะแนนขึ้นไป
ความรู้สึกประสบความสำเร็จในการทำงาน	39 คะแนนขึ้นไป	32-38 คะแนน	0-31 คะแนน

โดยมีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานภาพรวม (คะแนนระหว่าง 0-130 คะแนน) จำแนกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากพิสัย ดังนี้ (นันทวดี วรสุวิธ และคณะ, 2563)

มากกว่า 88 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ระดับสูง

คะแนนระหว่าง 45 - 88 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 44 คะแนน หมายถึง ระดับระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยนี้ ผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางสาขาจิตเวช ผู้บริหารทางการแพทย์ และอาจารย์พยาบาล โดยมีค่าระหว่าง 0.67-1.00 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามปัจจัยด้านองค์การ ปัจจัยเกี่ยวกับการทำงาน และภาวะหมดไฟในการทำงาน มีค่าเท่ากับ .85, .79, และ .95 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับการอนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครปฐม ได้ดำเนินการขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม ในการขอดำเนินการเก็บข้อมูล โดยการนำแบบสอบถามและคำชี้แจงไปแจกแก่กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม พร้อมจัดเตรียมซองไปรษณีย์เฉพาะบุคคล ปิดผนึกและส่งกลับมายังผู้วิจัยภายใน 2 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 1-17 กรกฎาคม พ.ศ.2565 โดยมีผู้ส่งคืนครบถ้วน และมีความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านองค์การ และปัจจัยเกี่ยวกับการทำงานกับภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลนครปฐม โดยทดสอบไคสแควร์สำหรับตัวแปรสถานะภาพสมรส และหน่วยงานที่ปฏิบัติ และการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) สำหรับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระยะเวลาการปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านองค์การ และปัจจัยเกี่ยวกับการทำงาน กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2562) ดังนี้

ค่า $r > \pm .70$ หมายถึง ระดับสูง

ค่า $r \pm .30 - \pm .70$ หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่า $r < \pm .30$ หมายถึง ระดับต่ำ

3. วิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านองค์การ และปัจจัยเกี่ยวกับการทำงานที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลนครปฐม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise) ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณ ผู้วิจัยได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Hair et al., 2019) ได้แก่ 1) ข้อมูลลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normality) และตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (linearity) โดยพิจารณาจากกราฟ normal probability plot พบว่า ลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ 2) ทดสอบความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ต้องมีความเป็นเอกภาพ (homoscedasticity) และข้อมูลไม่มี outliers โดยพิจารณาจากกราฟ scatter Plot พบว่ามีการกระจายของจุดห่างจากเส้นตรงอย่างสมมาตร และอยู่ระหว่าง ± 3 3) ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์พหุคูณเชิงเส้นสูง (multicollinearity) โดยพิจารณาจากค่า Tolerance อยู่ระหว่าง .58 - .72 และค่า VIF ซึ่งอยู่ระหว่าง 1.38 - 1.97 และ 4) ไม่เกิดปัญหาความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์ (autocorrelation) โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.85 ซึ่งอยู่ในช่วง 1.50 - 2.50

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลนครปฐม หมายเลข NPH-REC No. 002/2022 เมื่อวันที่ 19 เมษายน 2565 ผู้วิจัยชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการให้ทราบถึงสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมในการวิจัย การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลและการทำลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย เผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวมและการนำเสนอในเชิงวิชาการ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครปฐม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 98.18 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 91.82 สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 58.20 รองลงมาคือ สมรสแล้วหรือมีคู่ครอง ร้อยละ 41.80 ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักมากที่สุด ร้อยละ 18.20 รองลงมาคือ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรมร้อยละ 17.29 ปฏิบัติงานสัปดาห์ละมากกว่า 40 ชั่วโมง ร้อยละ 78.18 รองลงมาคือ ปฏิบัติงานสัปดาห์ละ 40 ชั่วโมง ร้อยละ 18.18 โดยชั่วโมงการทำงานประจำเฉลี่ยต่อสัปดาห์ที่ 56.65 ชั่วโมง ($SD = 24.35$) ต่ำสุด 35 ชั่วโมง สูงสุด 96 ชั่วโมง ปฏิบัติงานพยาบาลนอกเวลาโดยทำงานเวร

ป่วย หรือเวรตึกมากที่สุด ร้อยละ 72.73 โดยทำงานนอกเวลามากที่สุดที่ 21-40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ร้อยละ 46.36

2. ระดับภาวะหมดไฟในการทำงาน ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านองค์การ และปัจจัยเกี่ยวกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครปฐม

2.1 ระดับภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 52.80$, $SD = .68$) เมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่า ด้านที่อยู่ในระดับสูงคือ ความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงาน ($M = 18.47$, $SD = .77$) ส่วนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ($M = 24.22$, $SD = .81$) และความรู้สึกด้อยสัมพันธ์ภาพต่อบุคคล ($M = 10.11$, $SD = .68$) อยู่ในระดับปานกลาง ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และของระดับภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม ($n = 110$)

ด้าน	ภาวะหมดไฟ (จำนวนและร้อยละ)			M	SD	ระดับ
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
ความอ่อนล้าทางอารมณ์	37 (33.64)	38 (34.55)	35 (31.82)	24.22	.81	ปานกลาง
ความรู้สึกด้อยสัมพันธ์ภาพต่อบุคคล	33 (30.00)	45 (40.90)	32 (29.10)	10.11	.77	ปานกลาง
ความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงาน	4 (3.64)	9 (8.20)	97 (88.18)	18.47	.45	สูง
โดยรวม	40 (36.40)	68 (61.80)	2 (1.80)	52.80	.68	ปานกลาง

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านองค์การ และปัจจัยเกี่ยวกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครปฐม ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครปฐม มีอายุเฉลี่ย 39.81 ปี ($SD = 11.77$) มีระยะเวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติงาน 18.12 ปี ($SD = 10.93$) ปัจจัยด้านองค์การโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.60$, $SD = .87$) ซึ่งด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน ($M = 3.76$, $SD = .79$) รองลงมาคือ บทบาทในองค์กร ($M = 3.55$, $SD = .84$) และต่ำสุดในด้านการพัฒนาอาชีพ ($M = 3.49$, $SD = .97$) และปัจจัยเกี่ยวกับการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.24$, $SD = .68$) รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านองค์การ และปัจจัยเกี่ยวกับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม ($n = 110$)

ปัจจัย	M	SD	ระดับ
ปัจจัยส่วนบุคคล			
อายุ (ปี) (Max = 59, Min = 23)	39.81	11.77	-
ระยะเวลาปฏิบัติงาน (ปี) (Max = 38, Min = 1)	18.12	10.93	-
ปัจจัยด้านองค์การ	3.60	.87	มาก
สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน	3.76	.79	มาก
บทบาทในองค์กร	3.55	.84	มาก
การพัฒนาอาชีพ	3.49	.97	ปานกลาง
ปัจจัยการทำงาน	3.24	.68	ปานกลาง
ภาระงาน	3.04	.69	ปานกลาง
ลักษณะงาน	3.43	.61	ปานกลาง

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านองค์การ และปัจจัยเกี่ยวกับการทำงานกับภาวะหมดไฟของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับการทำงานด้านภาระงานและด้านลักษณะงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะหมดไฟอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน โดยด้านลักษณะงาน ($X7$) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากที่สุดเท่ากับ $-.58$ รองลงมา ได้แก่ ปัจจัยด้านองค์การในประเด็นการพัฒนาอาชีพ ($X5$) ($r = -.54$) และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์น้อยที่สุดในปัจจัยส่วนบุคคลด้านระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ($r = -.29$) รายละเอียด ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านองค์การ ปัจจัยเกี่ยวกับการทำงาน กับภาวะหมดไฟของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม

ปัจจัย	r	ระดับ
ปัจจัยส่วนบุคคล		
อายุ ($X1$)	$-.26^*$	ต่ำ
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ($X2$)	$-.29^*$	ต่ำ
ปัจจัยด้านองค์การ		
สัมพันธภาพระหว่างผู้ร่วมงาน ($X3$)	$-.43^{**}$	ปานกลาง
บทบาทในองค์กร ($X4$)	$-.45^{**}$	ปานกลาง
การพัฒนาอาชีพ ($X5$)	$-.54^{**}$	ปานกลาง
ปัจจัยเกี่ยวกับการทำงาน		
ภาระงาน ($X6$)	$-.50^{**}$	ปานกลาง
ลักษณะงาน ($X7$)	$-.58^{**}$	ปานกลาง

* $p < .01$, ** $p < .001$

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า มีตัวแปรลักษณะงาน ($Beta = -.58$) ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ($Beta = -.23$) และการพัฒนาอาชีพ ($Beta = -.26$) ร่วมกันทำนายความแปรปรวนภาวะหมดไฟของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม ได้ร้อยละ 42.00 รายละเอียด ดังตาราง 5

ตาราง 5 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ปัจจัยทำนายภาวะหมดไฟของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม

ตัวแปร	<i>b</i>	<i>Beta</i>	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>R</i> ² _{CHANGE}	<i>F</i>
ด้านลักษณะงาน (X7)	-18.01	-.58	.58	.33	.33	55.04**
ด้านการพัฒนาอาชีพ (X5)	-7.83	-.26	.65	.42	.04	8.81*
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน (X2)	-.41	-.23	.62	.39	.05	9.30*
ค่าคงที่ = 112.91, Durbin-Watson = 1.85, * $p < .01$, ** $p < .001$						

การอภิปรายผล

1. ภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐมโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ร้อยละ 88.18 มีระดับภาวะหมดไฟในการทำงานในด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงานในระดับสูง รองลงมาคือ ด้านความรู้สึกด้อยสัมพันธ์ภาพต่อบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.90 และด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 34.55 ตามลำดับ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการเป็นนักศึกษาในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อจากไวรัสโคโรนา-19 ซึ่งมีปริมาณผู้ป่วยจำนวนมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยหนัก สอดคล้องกับผลการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานในช่วงสถานการณ์ดังกล่าวในหลายประเทศ เช่น จีน (Hu et al, 2020) อินเดีย (Khasne et al., 2020) และสิงคโปร์ (Tan et al., 2020)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านองค์กร และปัจจัยเกี่ยวกับการทำงาน กับภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม

ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ผลการวิจัยพบว่า อายุ และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะหมดไฟ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.26, -.29$) แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่มีอายุและระยะเวลาปฏิบัติงานยิ่งมาก จะมีโอกาสเกิดภาวะหมดไฟลดลง อาจเนื่องมาจากพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุมาก มีระยะเวลาในการทำงานมานาน จะมีความผูกพันในงาน มีประสบการณ์มาก สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพความเป็นจริงได้ดีกว่าผู้อายุน้อย ประกอบกับมีความมั่นคงในชีวิตทั้งหน้าที่การงาน ฐานะความเป็นอยู่ จึงทำให้มีความพึงพอใจจากงานเพิ่มขึ้นและมีความผูกพันในองค์กรมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Douglas and Roberts (2020) ที่พบว่า ผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะมีคะแนนความผูกพันในงานสูงขึ้น โดยเฉพาะในด้านการอุทิศตนให้กับงานและการจดจ่อใส่ใจกับการทำงาน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 89.08% อายุเฉลี่ย 32.45 ปี สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลหรืองานบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน 4 แห่ง มีความสัมพันธ์กับ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระยะเวลาการทำงาน ยังมีระยะเวลาการทำงานที่นานขึ้นจะมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานรู้สึกมั่นคง (ณัฐนันท์ ฤทธิ์สำเร็จ และคณะ, 2565)

ปัจจัยด้านองค์การมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะหมดไฟอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งด้านการพัฒนาอาชีพ บทบาทในองค์กร และสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ร่วมงาน ($r = -.54, -.45$ และ $-.43$) ตามลำดับ อธิบายได้ว่า หากบุคลากรได้รับการพัฒนาอาชีพจะมีภาวะหมดไฟในการทำงานลดลง ทั้งนี้อาจมาจากการได้รับโอกาสในการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง (อมรรัตน์ จันโยธา และคณะ, 2560) ซึ่งเป็นความก้าวหน้าทางวิชาชีพ ดังผลการวิจัยที่พบว่า โอกาสก้าวหน้าในอาชีพที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวาย (บุญช่วย ศิลาหม่อม และคณะ, 2561) ผู้บริหารจึงควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความก้าวหน้าในวิชาชีพของพยาบาล เพื่อให้มีอัตราการคงอยู่ในงานเพิ่มมากขึ้น

ปัจจัยเกี่ยวกับการทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบอยู่ในระดับปานกลางกับภาวะหมดไฟอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งในด้านลักษณะงาน และภาระงาน ($r = -.58, -.50$) สอดคล้องกับผลการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในประเทศญี่ปุ่น (Kitaoka & Masuda, 2013) อาจเป็นเพราะลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพ ที่ต้องเผชิญกับความท้าทายด้านอารมณ์มากกว่าอาชีพอื่น อีกทั้งมีเวลาสำหรับการพักผ่อนลดลง สูญเสียเวลาสำหรับการใช้ชีวิตปกติ จึงเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานได้

3. อิทธิพลในการทำนายการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนครปฐม ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะงาน การพัฒนาอาชีพ และระยะเวลาการปฏิบัติงาน ($Beta = -.58, -.26$ และ $-.23$ ตามลำดับ) สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนภาวะหมดไฟในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐมได้ร้อยละ 42 ($R^2 = .42$) ซึ่งเห็นว่าพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐมที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานมากกว่าจะมีโอกาสทำงานหรือประสบความสำเร็จมากกว่าพยาบาลที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานน้อยกว่า และ อาจเพราะพยาบาลวิชาชีพกลุ่มดังกล่าวสามารถปรับตัวเข้ากับลักษณะงานได้มากกว่า เริ่มมีความมั่นคงในงานซึ่งมาจากการได้รับการพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพ เกิดความรู้สึกมั่นคงสามารถปรับบทบาทในการปฏิบัติงานมาได้อย่างต่อเนื่อง องค์กรจึงควรให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการปริมาณงานที่เหมาะสม รวมทั้ง จำเป็นต้องสนับสนุนด้านทรัพยากรอย่างเพียงพอ ทั้งอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ที่จำเป็น ซึ่งส่งผลให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดไฟจากการทำงานได้ (จุฑารัตน์ แซ่ลื้อ และ สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, 2560) ระยะเวลาการปฏิบัติงาน สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของภาวะหมดไฟของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐมได้เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 39 สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยด้านประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด มีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟ (วีระยุทธ บุญเกียรติเจริญ และคณะ, 2561) ที่พบว่า สะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรที่มีอายุน้อยและประสบการณ์ในการทำงานย่อมน้อยไปด้วย อาจเกิดภาวะหมดไฟได้สูงกว่าผู้ที่มีประสบการณ์มาก และปัจจัยการพัฒนาอาชีพ ที่ส่งผลให้มี

ความแปรปรวนของภาวะหมดไฟของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐมเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 42 ($R^2 = .42$) สอดคล้องกับการศึกษาของบุญช่วย ศิลาหม่อม และคณะ (2561) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพเจนเนอเรชันวายมีเพียงปัจจัยเดียว คือโอกาสก้าวหน้าในอาชีพที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ Generation Y และมีอิทธิพลต่อการคงอยู่ในงานผู้บริหารจึงควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความก้าวหน้าในวิชาชีพของพยาบาล เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพคงอยู่ในงานเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตบุคลากร โดยให้ความสำคัญกับการจัดสรรและมอบหมายงานให้เหมาะสมกับพยาบาลวิชาชีพแต่ละคน ปรับปรุงลักษณะงานของพยาบาลและระบบการสนับสนุนให้คำปรึกษา โดยเฉพาะผู้ที่เข้าทำงานใหม่หรือมีระยะเวลาทำงานน้อย การจัดทำแผนพัฒนาความก้าวหน้าตามสายอาชีพ รวมทั้ง เปิดโอกาสให้พยาบาลวิชาชีพในระดับปฏิบัติการ มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาภาวะหมดไฟในการทำงานได้ตรงกับบริบทของผู้ปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพในปัจจัยด้านลักษณะงานและด้านการพัฒนาอาชีพเพิ่มเติมเนื่องจากมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างไร เพื่อนำไปสู่การวางแผนปรับปรุงที่ชัดเจน
2. ทำการวิจัยเชิงทดลองในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรู้สึกรู้สึกความสำเร็จในการปฏิบัติงาน การส่งเสริมคุณภาพชีวิต และความก้าวหน้าในอาชีพของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อลดหมดไฟในการทำงาน

เอกสารอ้างอิง

- กฤษฎา แสงวดี. (2560). วิถีชีวิตขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพของสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข: ข้อเสนอเชิงนโยบาย. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 12(15), 58-74.
- จุฑารัตน์ แซ่ลื้อ, และ สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 9(2), 95-103.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2562). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 14). เทพเนรมิตการพิมพ์.
- นันทวดี วรสุวิธ, ลักษณะ สกฤตทอง, กุสิสรา พิศาลเอก, มนัสพงษ์ มาลา, และ ปราณี เนาวนิตย์. (2563). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจป้องกันภาวะหมดไฟดูแลใจคนทำงานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 (EPI-BP Model) ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 13(2), 603-613.

- ณัฐนันท์ ฤทธิ์สำเร็จ, ชีระวุธ ธรรมกุล, และ ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชนอำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา*, 17(1), 86-99.
- บุญช่วย ศิลาหม่อม, วรณีย์ เดียววิเศษ, และ อาริรัตน์ ชำอยู่. (2018). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ Generation Y โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 36(1), 62-71.
- ประคอง วรรณสุต. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลนครปฐม. (2563). *แบบประเมินตนเองการกำกับวิชาชีพพยาบาล*. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลนครปฐม.
- วีระยุทธ บุญเกียรติเจริญ, บุญเต็ม แสงดิษฐ์, และ ทศพร วิมลเก็จ. (2561). ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานคร. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 71(3), 163-172.
- อรุณรัตน์ คันธา, เดช เกตุฉ่ำ, กฤษดา แสงดี, และ ดวงทิพย์ ชีระวิทย์. (2556). การย้ายงานของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(3), 19-31.
- อมรรัตน์ จันโยธา, สุทธินันท์ ฉันทธนกกุล, เฉลิมชัย ชัยกิตติภรณ์, และ สุนธา ศิริ. (2560). ศึกษาความเหนื่อยล้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าจากการปฏิบัติงานของ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(พิเศษ), 166-174.
- Douglas, S., & Roberts, R. (2020). Employee age and the impact on work engagement. *Strategic HR Review*, 19(5), 209-213. <https://doi.org/10.1108/SHR-05-2020-0049>
- Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B., & Anderson, E. R. (2019). *Multivariate Data Analysis* (7th ed.) Pearson Education.
- Hu, D., Kong, Y., Li, W., Han, Q., Zhang, X., Zhu, L. X., Wan, S. W., Liu, Z., Shen, Q., Yang, J., He, H., & Zhu, J. (2020). Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *eClinicalMedicine*, 24, Article 100424. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100424>
- Khasne, R. W., Dhakulkar, B. S., Mahajan, H. C., & Kulkarni, A. P. (2020). Burnout among healthcare workers during COVID-19 pandemic in India: Results of a questionnaire-based survey. *Indian Journal of Critical Care Medicine: Official Publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, 24(8), 664 -671.
- Kitaoka, K., & Masuda, S. (2013). Academic report on burnout among Japanese nurses. *Japan Journal of Nursing Science*, 10(2), 273-279.

- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. John Wiley & Sons.
- Tan, B. Y., Kanneganti, A., Lim, L. J., Tan, M., Chua, Y. X., Tan, L., Ooi, S. B. and et al. (2020). Burnout and associated factors among health care workers in Singapore during the COVID-19 pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(12), 1751-1758.
- World Health Organization. (2016). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2019). *Burn-out an “occupational phenomenon”: International classification of diseases*. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>.

บทความวิจัย (Research article)

ประสบการณ์ความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

Work-life Balance Experience of Professional Nurses

at the Tertiary Care Hospital

ลักขณา ศิริถิรกุล^{1*}, จารุวรรณ สอนงญาดี¹

Lakana Siratirakul^{1*}, Jaruwan Sanongyard¹

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kai_lakana@hotmail.com; โทรศัพท์ 081-9866330)

(Received: October 13, 2022; Revised: December 14, 2022; Accepted: December 27, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประสบการณ์ความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กระทรวงสาธารณสุข ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในและหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงานว่าเป็นผู้ที่มีความสมดุลชีวิตและการทำงานที่ดีและยินดีให้ข้อมูล โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 16 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มย่อยตามแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ตรวจสอบความเชื่อถือได้ด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า ผลการวิจัยพบว่า

1. พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการและหัวหน้าหอผู้ป่วยให้ความหมายของความสมดุลชีวิตและการทำงานตามการรับรู้และประสบการณ์ที่ผ่านมาว่า เป็นความสุขที่เกิดจากคุณภาพของความสุขและความพึงพอใจในชีวิตการทำงานและครอบครัว คุณภาพในการทำหน้าที่และการมีส่วนร่วมของการทำงานและครอบครัวเกิดความขัดแย้งในบทบาทที่ทำงานและครอบครัวน้อยที่สุด และคุณภาพด้านเวลาของการทำงานและครอบครัว

2. ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของชีวิตและการทำงานมี 7 ประเด็น ดังนี้ 1) ความพึงพอใจในการทำงาน 2) ความพึงพอใจในชีวิต 3) การทำหน้าที่ของครอบครัว 4) การเป็นพนักงานที่ดี 5) ความขัดแย้งในบทบาทเกิดน้อยที่สุด 6) ความพอเพียงด้านเวลา และ 7) การสนับสนุนจากองค์กร

การค้นพบมุมมองความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาลวิชาชีพนี้ เป็นข้อมูลให้กับองค์กรทางการพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาล ร่วมกันวางแผนการจัดนโยบายส่งเสริมคุณภาพชีวิตและนโยบายความสมดุลชีวิตและการทำงานเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความสมดุลชีวิตและการทำงานที่ดีตรงกับความต้องการของพยาบาลวิชาชีพต่อไป

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

คำสำคัญ: ประสบการณ์ความสมดุลชีวิตและการทำงาน, พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

Abstract

This qualitative research aims to explore the work-life balance of nurses in tertiary care hospitals, the Ministry of Public Health. The main informants were professional nurses for focus group discussion. 16 professional nurses were selected by using purposive sampling. These were individuals who indicated a willingness to participate in focus group discussions and who had identified themselves or were recommended by colleagues as someone who had good work and life balance. The data have been collected through focus group interviews using a semi-structured interview method. Data analysis has come from content analysis, along with triangulation methods. The research reveals that;

1. The nursing profession, operating and chief patient career lead to the meaning of life balance and work according to the perception and experience that appropriateness is caused by the balance of happiness and satisfaction in life, work and family, the balance of work and engagement of work and family with minimum-rate conflicts in work and family role, along with the balance of working time and family.

2. The findings of the work-life balance of professional nurses consist of 7 issues as follows: 1) Work satisfaction, 2) Life satisfaction, 3) Minimal Role conflict, 4) Employee citizenship, 5) Family functioning, 6) Time balance, and 7) Organization support.

The research revelation is that the perspective of professional nurses' work-life balance provides information for nursing organizations and nursing administrators to plan policies to ensure that professional nurses have a good work-life balance as they need.

Keywords: Work-life balance experience, Registered Nurses, Tertiary care hospitals

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พยาบาลวิชาชีพเป็นหนึ่งในบุคลากรทางสุขภาพที่มีความสำคัญและมีจำนวนมากที่สุดในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย มีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการให้บริการในสถานการณ์ฉุกเฉินและสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรคติดต่อรวมถึงการระบาดของผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นต้น ในปัจจุบันพบปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพทั่วโลก จากการคาดการณ์การขาดแคลนพยาบาลสูงถึง 12.9 ล้านคนในปี พ.ศ. 2578 (World Health Organization, 2015) ประเทศไทยกำลังเผชิญปัญหาวิกฤติการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพและมีอัตราการลาออกของพยาบาลวิชาชีพเช่นกัน สถิติการลาออกของพยาบาลในโรงพยาบาล

ระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในปี พ.ศ. 2555-2558 มีอัตราการลาออกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 3.9, 4.15, 4.35 และ 5.25 ตามลำดับ (สุวรรณ อินทรสถาพร และคณะ, 2563) จากปัญหาการลาออกดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อการขาดแคลนบุคลากร ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีภาระงานเพิ่มมากขึ้น เกิดความไม่สมดุลชีวิตและการทำงาน และยังส่งผลต่อการลดระดับคุณภาพชีวิตของพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอิทธิพลของสมดุลชีวิตกับการทำงานและความพึงพอใจในงานต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทย พบว่าคุณภาพชีวิตของพยาบาลไทยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาลวิชาชีพไทยอยู่ในระดับน้อย (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ, 2564) จากสาเหตุดังกล่าวส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพขาดแรงจูงใจในการทำงาน ขาดความสมดุลชีวิตและการทำงาน ซึ่งส่งผลต่อความผูกพัน และความตั้งใจคงอยู่ในองค์กรลดลง (ไพรวลัย รัตนบัญชร และคณะ, 2557; อติทยา เล็กประทุม และ เกลิมขวัญ สิงห์วี, 2563)

ความสมดุลชีวิตและการทำงานเป็นเรื่องของการบริหารจัดการเวลาของแต่ละบุคคลในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม รวมถึง เวลาในการทำงาน ชีวิตส่วนตัว และครอบครัว มีความสุขในการทำงานไปพร้อมกัน ขึ้นอยู่กับเพศ อายุ บทบาทหน้าที่ในการทำงานและการใช้ชีวิต การบริหารเวลาในการทำงานของตนเองและการบริหารของแต่ละองค์กร (หทัยทิพย์ ลีวสงวนกุล, 2555) นอกจากนี้ ความสมดุลชีวิตและการทำงานเป็นเรื่องของการจัดสรรบทบาทของงาน ครอบครัว และชีวิตส่วนตัวได้อย่างสมดุล เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี มีความพึงพอใจในชีวิตและการทำงาน ซึ่งต้องดำเนินอยู่บนพื้นฐานความสมดุล (Hutton, 2005) รวมถึง การดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข มีเวลาให้ครอบครัว มีเวลาใช้ชีวิตส่วนตัว มีเวลาทุ่มเทในการทำงานให้กับองค์กรอย่างเต็มกำลังความสามารถ ทั้งนี้เพื่อให้สามารถประสบความสำเร็จได้ทั้งงานและชีวิตครอบครัว เกิดความรู้สึกที่ดีและมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ส่งผลต่อความสำเร็จของงานและองค์กร แต่ถ้าองค์กรใดผู้ปฏิบัติงานขาดความสมดุลชีวิตและการทำงานย่อมส่งผลต่อผลการปฏิบัติงานต่ำ คุณภาพของงานลดลง และขาดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ซึ่งแสดงว่า ความสมดุลชีวิตและการทำงาน เป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อความยึดมั่นผูกพันที่ดีต่อองค์กรและส่งผลดีต่อชีวิตครอบครัว รวมถึงชีวิตส่วนตัวด้วย

จากการศึกษาความสมดุลชีวิตและการทำงาน พบว่ามีการศึกษาที่ความสมดุลชีวิตและการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการทำงานกับกิจกรรมในชีวิต (Dex & Bond, 2005; Bouwmeester et al., 2021) อย่างไรก็ตาม จำนวนชั่วโมงในการทำงานกับกิจกรรมการทำงานมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย เนื่องจากแต่ละคนมีบทบาท ลักษณะงานที่ทำ และความต้องการที่แตกต่างกัน ดังนั้น ความสมดุลชีวิตและการทำงานมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลตามบทบาทหน้าที่ในการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล ดังความหมายของความสมดุลชีวิตและการทำงานของ Hutton (2005) และ Clark (2001) ว่าเป็นการบริหารจัดการเรื่องชีวิตและการทำงานอย่างสมดุล มีการแบ่งเวลาให้เหมาะสมในการดำรงชีวิต เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงาน เวลาส่วนตัว เวลาสำหรับครอบครัว เวลาพักผ่อน และเวลาให้กับสังคม โดยมีความสอดคล้องกันระหว่างการกำหนดเวลาในบทบาทการทำงานและบทบาทการใช้ชีวิตด้านอื่น ทำให้บุคคลเกิดความสมดุลในการแสดงบทบาทตามสภาพเงื่อนไขที่เป็นอยู่ โดยมีผลกระทบ

ระหว่างบทบาทน้อยที่สุด หรือเกิดความขัดแย้งระหว่างบทบาทน้อยที่สุด และเกิดความพึงพอใจในบทบาทมากที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมยังเห็นถึงความหลากหลายของความหมายของความสมดุลชีวิตและการทำงาน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความหมายของความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาลวิชาชีพเพื่อเข้าใจมุมมองความหมายและประสบการณ์การเสริมสร้างความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์อย่างแท้จริง รวมถึงเกิดความรู้ความเข้าใจและเป็นอีกแนวทางเลือกหนึ่งสำหรับการสร้างความสมดุลชีวิตและการทำงานในสหสาขาวิชาชีพอื่นได้ ผลการศึกษานี้ จะเป็นประโยชน์ต่อบุคคล ครอบครัวและองค์กรทางการพยาบาล และเป็นแนวทางการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความสมดุลชีวิตและการทำงานที่ดี ทั้งนี้ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความผูกพันที่ดีต่อองค์กรและทำให้มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ตลอดจนนำไปใช้เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารในการธำรงรักษาพยาบาลวิชาชีพให้คงอยู่ในองค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่ออธิบายประสบการณ์ความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์ความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (descriptive qualitative research) มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน จำนวน 8 คน และหัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 8 คน ในโรงพยาบาลศูนย์จังหวัดสุพรรณบุรีและจังหวัดอุตรดิตถ์ รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลจำนวน 16 คน ข้อมูลจึงอ้อมตัว คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ด้วยวิธีการสอบถามจากหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานหรือหัวหน้าหอผู้ป่วยถึงการหาบุคคลผู้ที่มีความสมดุลชีวิตและการทำงาน โดยเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในการทำงานและความพึงพอใจในชีวิตที่ดี สามารถทำหน้าที่ในครอบครัวได้เป็นอย่างดี การเป็นพนักงานที่ดี มีความขัดแย้งในบทบาทงานกับบทบาทอื่น ๆ น้อยที่สุด และสามารถแบ่งเวลาสำหรับการทำงาน ครอบครัว ชีวิตส่วนตัวและกิจกรรมทางสังคมได้เป็นอย่างดี ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานกะหมุนเวียนและหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มี

ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลศูนย์แผนกสูติรีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม ห้องผ่าตัด และผู้ป่วยหนัก และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องมากกว่า 2 ปี 2) มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับความสมดุลชีวิตและการทำงาน และ 3) มีความยินดีเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการสนทนากลุ่มย่อย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview) ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้บทสนทนาจากแนวคิดเกี่ยวกับความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาล ตามทฤษฎีเส้นแบ่งขอบข่ายงานและครอบครัว (Clark, 2000) ตัวอย่างแนวคำถามในการสัมภาษณ์ ได้แก่ 1) ความสมดุลชีวิตและการทำงานในความคิดของท่านคืออะไร 2) การรับรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบความสมดุลชีวิตและการทำงานในความคิดของท่านคืออะไร 3) ท่านมีวิธีการดูแลความสมดุลชีวิตและการทำงานของท่านอย่างไร

ซึ่งแบบสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คือ 1) พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในเรื่องความสมดุลชีวิตและการทำงานและมีประสบการณ์ด้านการวิจัย 2) ผู้บริหารทางการพยาบาลมีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโททางการบริหารการพยาบาล มีหน้าที่รับผิดชอบบริหารองค์กร และ 3) นักวิชาการที่มีความรู้ ประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในเรื่องความสมดุลชีวิตและการทำงาน โดยมีผลงานเผยแพร่ทางวิชาการเกี่ยวกับความสมดุลชีวิตและการทำงาน ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและนำไปทดลองสัมภาษณ์พยาบาลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 1 ราย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การสนทนากลุ่มย่อยโดยผู้วิจัย ซึ่งได้รับการฝึกวิธีการสัมภาษณ์และมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพในการลงเรียนวิชาวิจัยเชิงคุณภาพในระดับปริญญาเอก จากการฝึกทักษะการสนทนากลุ่มย่อยในรายวิชาเชิงคุณภาพทางการพยาบาล และประสบการณ์ทำงานวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับอาจารย์พยาบาลในระดับปริญญาเอก โดยมีรายละเอียดในการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ทีมผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดสุพรรณบุรีและจังหวัดอุตรดิตถ์ โดยการโทรศัพท์ประสานฝ่ายการพยาบาลและลงสำรวจพื้นที่ก่อนการดำเนินการ เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยและขออนุญาตเข้าสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. ตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้และได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

3. การเก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพและหัวหน้าหอผู้ป่วย ทีมผู้วิจัยแนะนำตนเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและการสัมภาษณ์ เป็นการสร้างความคุ้นเคยเป็นกันเองโดยไม่แบ่งแยกสถานภาพกับผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยการบอกชื่อจริงและชื่อเล่น และใช้สรรพนามเรียกผู้ให้ข้อมูลด้วยความเคารพและให้เกียรติตามวัยที่แตกต่างกัน เช่น คุณพี่ คุณน้อง ทำให้เกิดความคุ้นเคยได้เร็วขึ้น

4. การสนทนากลุ่มย่อย (focus group interview) โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง พร้อมทั้งบันทึกการสัมภาษณ์และขอบันทึกเทปเสียง โดยการขออนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลหลักอีกครั้งด้วย

วาจา ในช่วงการดำเนินการสัมภาษณ์ทีมผู้วิจัยมีการบันทึกย่อที่เขียนและเปิดโอกาสผู้ให้ข้อมูลหลักตอบคำถามอย่างอิสระตามความคิดเห็น ความรู้สึก ประสบการณ์และการรับรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบความสมดุลชีวิตและการทำงาน ผู้วิจัยกล่าวทบทวนข้อมูลหรือประเด็นสำคัญ เพื่อตรวจสอบความเข้าใจที่ตรงกันกับผู้ให้ข้อมูลหลักเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที ในขณะการสนทนากลุ่มย่อย ผู้วิจัยทำการบันทึกภาคสนาม (field note) ทุกครั้ง เพื่อจดข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้วิจัยสังเกตพบ การแสดงสีหน้า ท่าทาง ประเด็นที่น่าสนใจ รวมถึงการบันทึกย่อในขณะสัมภาษณ์เพื่อป้องกันการลืม หลังการสนทนากลุ่มย่อยผู้วิจัยได้ทำการถอดเทป บันทึกเสียงคำถามสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ จัดพิมพ์ คำสัมภาษณ์ อ่านคำสัมภาษณ์รายบรรทัด แล้วนำข้อมูลที่ได้มาบันทึกรายละเอียดเมื่อสิ้นสุดการสนทนากลุ่มย่อย ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเดือนสิงหาคม – เดือนตุลาคม 2565

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness)

เป็นการตรวจสอบความสอดคล้องเกี่ยวกับความเป็นจริงและการตีความของผู้วิจัยรายละเอียด ดังนี้ (Lincoln & Guba, 1985)

1. ความเชื่อถือได้ (credibility) มีการตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (member checking) โดยนำผลการวิเคราะห์ในภาพรวมให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยัน เพื่อให้ข้อมูลที่สมบูรณ์และมีความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

2. ความคงที่ (dependability) ผู้วิจัยจัดทำตารางบันทึกข้อมูลมีการจัดเก็บอย่างเป็นระบบ สามารถตรวจสอบได้และดำเนินการวิจัยภายใต้กระบวนการวิจัยที่วางแผนไว้

3. การนำไปใช้ (transferability) ผู้วิจัยเขียนบรรยายบริบทของพื้นที่ที่ศึกษา การดำเนินการวิจัยไว้อย่างละเอียด เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทหรือสถานการณ์อื่นที่คล้ายคลึงหรือใกล้เคียงกันได้

4. การยืนยันข้อมูล (confirmability) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมเอกสารต่าง ๆ สิ่งที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สามารถนำไปใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงแหล่งข้อมูล เพื่อตรวจสอบความถูกต้องภายหลังได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

เป็นการดำเนินการกับข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ เพื่อนำมาซึ่งการตอบโจทย์การวิจัย การดำเนินการในขั้นตอนนี้ จึงเป็นการวิเคราะห์ผลจากข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มย่อย ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) (Graneheim & Lundman, 2004) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. บทสัมภาษณ์จากการสนทนากลุ่ม (interview transcripts) ทั้งหมด ถูกนำมาอ่านเพื่อทำความเข้าใจ ค้นหาความหมายและค้นหาความเชื่อมโยงกับวัตถุประสงค์การวิจัย

2. บทสัมภาษณ์ทั้งหมดจากการสนทนากลุ่มถูกนำมาอ่านซ้ำหลาย ๆ รอบเพื่อให้เข้าใจเนื้อหาที่สำคัญ ความหมายทั้งหมดที่สะท้อนวัตถุประสงค์ของการวิจัยเกี่ยวกับความสมดุลชีวิตและการทำงาน ในรูปแบบกลุ่มคำหรือประโยคที่แสดงในบทสัมภาษณ์จากสนทนากลุ่ม ซึ่งแสดงในรูปหน่วยของความหมาย (meaning unit)

3. หน่วยของความหมาย (meaning unit) แต่ละหน่วยจะถูกย่อความหมาย (condensation) ถูกนำมารวมกลุ่มตามประเด็นที่ค้นพบ และหลังจากนั้นจึงมีการให้รหัส (coding) ในหน่วยที่มีการเชื่อมโยงกับความหมายของแต่ละกลุ่ม ซึ่งกระบวนการนี้ จะเริ่มอธิบายรหัสที่ถูกจัดหมวดหมู่ให้มีลักษณะของความเป็นนามธรรมมากขึ้น

4. หน่วยที่ถูกให้รหัสถูกจัดกลุ่ม เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลโดยจะเห็นความเหมือนและความแตกต่างของข้อมูลแต่ละหมวด ภาพข้อมูลที่ได้เป็นลักษณะของหมวดหมู่ย่อย ๆ (sub-categories) ซึ่งถูกแบ่งข้อมูลให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

5. หมวดหมู่ย่อย ๆ แต่ละหมวด (sub-categories) ถูกนำมารวมเป็นประเภทของความหมายและความต่างของความหมายที่ค้นพบและให้ชื่อประเภทของความหมายแต่ละหมวดหมู่ (categories)

6. ความหมายแต่ละหมวดหมู่ (categories) ถูกนำมากำหนดประเด็นหลัก (theme) ผ่านการตีความ (interpretation) โดยประเด็นหลักมีความเชื่อมโยงกับความหมายที่สอดคล้องต่อหมวดหมู่ (categories) และหมวดหมู่ย่อย (sub-categories)

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี ได้รับเอกสารรับรองหมายเลข EC-001/2565 เมื่อวันที่ 19 สิงหาคม 2565 ได้รับการรับรองแล้ว ผู้วิจัยจึงจะเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้หลักการกระทำใด ๆ ก็ตาม ที่อาจสร้างความไม่สบายใจต่อผู้ให้ข้อมูลและมีผลกระทบต่อองค์กรได้ จากนั้นได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยก่อนการสนทนากลุ่มย่อย ผู้ให้ข้อมูลสามารถเลือกที่จะเข้าร่วมวิจัยได้ตามความสมัครใจ การจดบันทึก และการบันทึกเสียง ได้ทำการขออนุญาตก่อน การวิเคราะห์ข้อมูลในการสัมภาษณ์ได้ปกปิดข้อมูลส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล การให้การสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความพร้อมและการยินยอม การเก็บเอกสารที่ใช้รวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้เก็บไว้ในตู้ที่สามารถเข้าถึงได้เพียงคนเดียว และทำลายทันทีที่เสร็จสิ้นการวิจัย และการรายงานผลการวิจัยจะถูกรายงานโดยภาพรวมของการศึกษาวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล จำนวน 16 คน อายุอยู่ระหว่าง 35-54 ปี มากกว่าครึ่งจบการศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 56.25 สถานภาพคู่ ร้อยละ 50.00 มีบุตรจำนวน 2 คน ร้อยละ 25.00 ลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 43.75 ความเพียงพอของรายได้ระดับมีเหลือเก็บ ร้อยละ 50.00

2. ประสพการณ์ความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิพบแก่นสาระสำคัญ 2 ประเด็นหลัก คือ

2.1 ความหมายของความสมดุลชีวิตและการทำงาน ประกอบด้วย

2.1.1 คุณภาพของความสุขและความพึงพอใจในชีวิตการทำงานและครอบครัว คือ มีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต และประสบความสำเร็จทั้งการทำงานและชีวิตครอบครัว ดังตัวอย่างคำบอกเล่า ดังนี้

“ความสมดุลชีวิตและการทำงาน คือ การทำให้มีความสุขและประสบความสำเร็จทั้งการทำงานและชีวิตครอบครัว ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ความสมดุลชีวิตและการทำงาน คือ ถ้าเราพอใจในงานแสดงว่าเรามีความสมดุลในงาน ส่วนถ้าเรามีความพึงพอใจในชีวิตแสดงว่าเรามีความสมดุลในชีวิต ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“ความสมดุลชีวิตและการทำงาน คือ ความสมดุลก็เหมือนดูจากความพึงพอใจทั้งในงานและในชีวิต ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

“ความสมดุลชีวิตและการทำงาน คือ สมดุลชีวิตและการทำงาน ประกอบด้วย การทำงานและชีวิตส่วนตัว บางคนโสด หรือมีครอบครัวแล้ว ซึ่งการทำงานจะดำเนินไปควบคู่กับชีวิตส่วนตัวไม่หนักไปด้านใดด้านหนึ่งแบบไม่มีปัญหา โดยที่ทั้ง 2 ส่วนประสบความสำเร็จทั้งคู่ ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ความสมดุลชีวิตและการทำงาน คือ ความสมดุลชีวิตและการทำงาน รู้สึกว่า การทำงานครอบครัว ถ้าทุกอย่างมันสมดุลกันมันคงจะส่งผลให้เรามีความสุข ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

“ความสมดุลชีวิตและการทำงาน หมายถึง เป็นความสมดุลของเวลาที่ใช้ในการทำงาน การพักผ่อนและการใช้ชีวิตส่วนตัว ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12)

2.1.2 คุณภาพในการทำหน้าที่และการมีส่วนร่วมในชีวิตการทำงานและครอบครัว ส่งผลทำให้เกิดความสมดุลชีวิตและการทำงานที่ดี ดังตัวอย่างคำบอกเล่า ดังนี้

“ความสมดุลชีวิตและการทำงาน คือการใช้ชีวิตในการทำงานอย่างเต็มที่และการได้ทำหน้าที่ในครอบครัวอย่างเต็มที่เหมือนกัน ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ความสมดุลชีวิตและการทำงาน คือการมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมทั้งงาน ครอบครัวและเพื่อนฝูงเพื่อให้เรามีความสุขทั้งในงานและในชีวิตครอบครัว ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“ความสมดุลชีวิตและการทำงาน คือการได้ทำหน้าที่ในงานและในครอบครัวไม่บกพร่อง ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

“ความสมดุลชีวิตและการทำงาน คือในชีวิตเรามีหน้าที่ที่ต้องทำในครอบครัว ในบทบาทของพยาบาลในที่ทำงาน โดยใช้แต่ละบทบาทให้ถูกต้องให้สมดุลกัน ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ความสมดุลชีวิตและการทำงาน คือการไม่ละเลยบทบาทหน้าที่ในครอบครัวโดยที่ทำงานอย่างเดียว ทำให้สมดุลกัน ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

2.1.3 เกิดความขัดแย้งน้อยที่สุดในบทบาทที่ทำงานและครอบครัวน้อยที่สุด โดยการจัดสรรเวลาให้ได้ทำทุก ๆ ส่วนในชีวิตทั้งเรื่องงาน ครอบครัว การดูแลตนเองและการช่วยงานสังคม ดังตัวอย่างคำบอกเล่า ดังนี้

“ความสมดุลชีวิตและการทำงาน คือ ไม่เกิดความขัดแย้งในแต่ละบทบาทหรือเกิดน้อยที่สุด โดยที่สามารถทำทุกอย่างไปพร้อมกันได้อย่างดี ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13)

“ความสมดุลชีวิตและการทำงาน คือการจัดสรรให้ทำทุกๆส่วนในชีวิตให้มันลงตัวทั้งเรื่องงาน ครอบครัว การดูแลตนเองและการช่วยงานทางสังคมบ้าง โดยพยายามทำให้ได้ในทุกส่วนโดยอาศัยการบริหารจัดการเวลา” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“ความสมดุลชีวิตและการทำงาน คือเราสามารถบริหารจัดการได้ทั้งในที่ทำงาน ทั้งที่บ้าน ทั้งสังคม โดยเฉพาะเป็นคนมีสังคมทั้งเพื่อน ไม่ให้บกพร่อง เหมือนกับว่าเกิดความเสียหายแต่ละจุดน้อยที่สุด” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 16)

2.1.4 ดุลยภาพด้านเวลาการทำงานและครอบครัว คือ การมีเวลาให้กับครอบครัวและทำงานให้ประสบความสำเร็จ ดังตัวอย่างคำบอกเล่า ดังนี้

“ความสมดุลชีวิตและการทำงาน คือ การได้มีเวลาให้กับครอบครัวและได้ทำงานให้ประสบความสำเร็จทั้ง 2 อย่าง การใช้เวลาในการทำงานและการใช้เวลากับครอบครัวให้สมดุลกัน โดยที่ไม่ใช่การแบ่งจำนวนเวลาเท่าๆ กัน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ความสมดุลชีวิตและการทำงาน คือการใช้เวลากับการทำงานและครอบครัวให้สมดุลกัน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“ความสมดุลชีวิตและการทำงาน คือโดยอาศัยการบริหารเวลาในการจัดสรรเวลาที่เหมาะสมในการทำงาน การดูแลครอบครัว หาเวลาทำกิจกรรมส่วนตัวและสังสรรค์กับเพื่อนบ้าง เพื่อให้เกิดความสุขในชีวิตในทุกๆด้าน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13)

“ความสมดุลชีวิตและการทำงาน คือสำหรับคนที่มีครอบครัวจะมองในมุมของงานและครอบครัวเท่านั้น แต่สำหรับคนโสดอาจมองในมุมของส่วนตัว ในเรื่องการออกกำลังกาย การอ่านหนังสือ การพักผ่อน หรือ การไปเที่ยว การดูหนัง ฟังเพลงด้วย การได้หาเวลาให้กับตัวเองและได้ทำกิจกรรมส่วนตัว เช่นการเสริมสวย การช้อปปิ้ง เล่นเกมส์ อ่านนิยาย การรีแลกซ์ ก็ถือว่าเรามีความสมดุลในเรื่องชีวิตส่วนตัว หรือการได้ไปเที่ยวกับเพื่อน ไปวัดบ้างก็เป็นการใช้ชีวิตทางสังคมบ้าง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 14)

“ความสมดุลชีวิตและการทำงาน คือเป็นความสมดุลของเวลาที่ใช้ในการทำงาน การพักผ่อนและการใช้ชีวิตส่วนตัว อีกอย่างก็เป็นความรู้สึกเหนื่อยในระยะเวลาหนึ่งกับความรู้สึกผ่อนคลายในอีกระยะเวลาหนึ่งในหนึ่งวันให้มันมีความสมดุลกัน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

2.2 ปัจจัยส่งเสริมความสมดุลชีวิตและการทำงาน ประกอบด้วย

2.2.1 ความพึงพอใจในการทำงาน เป็นการที่พยาบาลวิชาชีพมีความรู้สึกดีต่องานที่รับผิดชอบ รู้สึกว่างานมีความหมายกับตน มีความสุขกับการทำงาน และการได้รับสวัสดิการที่เพียงพอ ดังตัวอย่างคำบอกเล่า ดังนี้

“เราช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์น้อยลงและเจ็บปวดน้อยลง นั่นคือความสุขจากการทำงาน นอกจากนี้ เราภูมิใจในผลงานของเรา การดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ท้าทาย เมื่อผู้ป่วยฟื้นตัว เรารู้สึกดี” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“ผู้รับบริการของเรามีความสุข เราเข้าไปช่วยเขาทำให้เขามีความทุกข์น้อยลง อันนี้วัดได้จากการเข้าไปช่วยเหลือเขาอย่างน้อยได้คุยเป็นเพื่อน ได้ระบาย ได้ปลดทุกข์ ความเจ็บปวดน้อยลง อันนั้นเป็นความสุขที่ได้จากที่ทำงาน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“เมื่อได้เห็นคนเจ็บอาการดีขึ้น เรารู้สึกดีใจที่ได้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยหายจากโรคและความทรมานได้ สิ่งเหล่านี้ทำให้ฉันมีความสุขในการทำงาน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

“ฉันรักงานที่ฉันทำเพราะงานของฉันเป็นงานที่มีคุณค่า และมีความหมายต่อเพื่อนมนุษย์” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12)

“ความพึงพอใจในงานก็คือความสุขของเราในที่ทำงาน ซึ่งอาจจะดูได้จากเงินเดือน สวัสดิการ และการทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงานอย่างมีความสุขเท่านั้นพอ เพราะเนื่องจากการทำงานแล้วเรามีความสุข เราก็จะทำงานได้ไปเรื่อย ๆ ไม่เครียด” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

2.2.2 ความพึงพอใจในชีวิต การที่พยาบาลวิชาชีพมีความสุขกับการดำรงชีวิต พึงพอใจในสิ่งที่ตนมีอยู่ สามารถปฏิบัติบทบาทความรับผิดชอบในครอบครัวได้อย่างครบถ้วน และคิดว่าการ ทำกิจกรรมในครอบครัวเป็นรางวัลหนึ่งของชีวิต ดังตัวอย่างคำบอกเล่า ดังนี้

“เนื่องจากเรื่องครอบครัวและการทำงานเป็นของคู่กัน คือถ้าครอบครัวโอเคในลักษณะ งานเรา เข้าใจงาน ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนและยอมรับในงานเราได้คือทุกอย่างก็จะ happy ไปด้วยกัน อย่างที่บอก ความภูมิใจ พอเพียงแค่นี้ก็มีแล้วสำหรับชีวิต” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“ความสุขของชีวิตเราก็คือ การได้ใช้เวลากับชีวิตในการพักผ่อน ดูหนัง ฟังเพลง เวลา ทำงานก็ทำอย่างเต็มที่” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

2.2.3 การทำหน้าที่ของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นการที่พยาบาล วิชาชีพ ดำรงไว้ซึ่งความรัก ความเข้าใจ ความห่วงใย ความเอาใจใส่ และคอยสนับสนุนซึ่งกันและกัน สมาชิกทุกคนในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ดังตัวอย่างคำบอกเล่า ดังนี้

“ส่วนการมีส่วนร่วมครอบครัวเข้าใจว่าการช่วยเหลือเราในเรื่องการดูแลลูก ดูแลบ้าน ช่วย เราทำงานบ้านเพื่อที่เราจะได้พักผ่อนมากขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ส่วนการมีส่วนร่วมครอบครัวเข้าใจว่าเป็นความเข้าใจกัน การช่วยเหลืองานเรา สัมพันธภาพที่ดี ความเป็นครอบครัวก็คือความเข้าใจ อีกอย่างการที่เป็นที่ปรึกษาหลักในการช่วยแก้ไขปัญหาให้เราได้ ใน กรณีที่มีปัญหาคำถามใจ ถึงจะไม่ใช้ปัญหาใหญ่แต่ถ้าเรามีคนที่อยู่เคียงข้างพูดคุยกับเราได้ทุกอย่าง เพียงคำแนะนำ เล็กๆน้อยๆ มันก็ทำให้เรารู้สึกดี เป็นการให้กำลังใจกันแค่นี้ก็รู้สึกอบอุ่นใจ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12)

“ความรักเชื่อมทุกจุด ขอให้ครอบครัวซัพพอร์ต และให้กำลังใจเรา ทุกปัญหาก็ผ่านไปได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“บทบาทความเป็นสามี ภรรยา ต้องช่วยกันประคอง ถ้ามีแล้วทำงานนั้น งานนี้เป็นหน้าที่ ของแม่บ้าน อันเนี่ยเป็นสาเหตุให้ต้องหย่าร้าง ดังนั้นคนในครอบครัวต้องช่วยกันโดยเฉพาะงานในบ้าน เพื่อช่วยกันแบ่ง เบาภาระงานบ้าน ไม่ว่าจะทำกับข้าว หรือทำงานบ้าน ก็ให้ช่วย ๆ กันก็จะทำให้เกิดความสมดุลในชีวิตครอบครัว” (ผู้ให้ ข้อมูลคนที่ 13)

2.2.4 การเป็นพนักงานที่ดี การที่พยาบาลวิชาชีพมีความเต็มใจที่จะช่วยเหลือ งานของสมาชิกในองค์กร ยินดีปฏิบัติงานแทนหากสมาชิกในองค์กรมีความจำเป็นต้องหยุดงาน และการ มีส่วนร่วมในการพัฒนาหน่วยงาน ดังตัวอย่างคำบอกเล่า ดังนี้

“ความใกล้ชิด สนับสนุนความคุ้นเคยกับเพื่อนร่วมงาน หรือการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ถ้ามีให้ กัน เราก็จะตอบสนองต่อกัน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“การมีความสัมพันธ์กันที่ดีทำให้เกิดการมีส่วนร่วมที่ดีในงาน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12)

“การที่เพื่อนร่วมงานช่วยเหลือซึ่งกันและกันทำให้ทำงานอย่างมีความสุข” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“การมีส่วนร่วมในที่ทำงาน มองความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ให้เกียรติกันและกันจะช่วย ให้การทำงานราบรื่น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 16)

2.2.5 ความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่เกิดน้อยที่สุด การที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติบทบาทต่าง ๆ ที่ตนต้องรับผิดชอบในหน้าที่การงาน และนอกเหนือจากบทบาทหน้าที่การทำงาน ได้แก่ บทบาทในครอบครัว บทบาทในสังคมกับเพื่อนได้โดยไม่เกิดความขัดแย้งระหว่างบทบาทหรือเกิดความขัดแย้งน้อยที่สุดและไม่ให้ความสำคัญกับบทบาทใดบทบาทหนึ่งมากกว่ากัน ทำให้อีกบทบาทหนึ่งถูกลดความสำคัญลง ส่งผลให้บุคคลสามารถรักษาคุณภาพของบทบาทหน้าที่เหล่านั้นได้ ดังตัวอย่างคำบอกเล่า ดังนี้

“การใช้เวลากับการทำงานและครอบครัวให้สมดุลกัน ไม่เกิดความขัดแย้งในแต่ละบทบาทหรือเกิดน้อยที่สุดโดยที่สามารถทำทุกอย่างไปพร้อมๆกันได้อย่างดี” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“บทบาทของพยาบาลและบทบาทของการเป็นสมาชิกหนึ่งในครอบครัว นั้น ครอบครัวย่อมมาคาดหวังว่าเราเป็นพยาบาลต้องมาดูแลมันไม่ใช่ ทุุกๆคนก็มีบทบาทของแต่ละคน พยาบาลต้องทำหน้าที่ในงานอย่างเต็มที่ ฉะนั้นครอบครัวก็ต้องเข้าใจในบทบาทของพยาบาล ถ้าเขาเข้าใจมันก็จะไม่มี conflict แต่ถ้าเขาไม่เข้าใจก็จะเกิดความขัดแย้งว่าทำไมไม่มาดูแลมันละ ซึ่งตามปกติย่อมต้องมีการเกิด conflict ได้บ้างแต่เป็นไปไม่ได้ที่จะเกิด conflict เลย ดังนั้นก็ต้องทำอะไรให้เกิด conflict ให้น้อยที่สุดถึงจะได้สมดุลทั้งงานและครอบครัว” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“การรู้บทบาทหน้าที่ของตนเองในทำงานหรือบทบาทหน้าที่ของครอบครัว อยู่ที่ทำงานเราก็มียุติวโนแต่พอเรากลับบ้านมันก็ไม่ใช่ เมื่อกลับบ้านเราก็มองบทบาทจากที่ทำงานลงแล้วทำบทบาทอื่นเมื่ออยู่บ้านได้ก็ไม่น่าจะมีความขัดแย้งในบทบาทหรือเกิดความขัดแย้งน้อยที่สุด เพื่อให้เกิดความสมดุลในชีวิต” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

2.2.6 ความพอเพียงด้านเวลา เป็นการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อการจัดสรรเวลาในการดำเนินชีวิตให้มีสัดส่วนที่เหมาะสมสำหรับงาน ครอบครัว ชีวิตส่วนตัวและสังคม ดังตัวอย่างคำบอกเล่า ดังนี้

“เวลาส่วนใหญ่ของพยาบาลคือเวลาทำงานมากกว่าจริงๆ มันขึ้นอยู่กับมุมมองและการปรับตัว บางครั้งที่ต้องลงเวรไปนอนน้อยหน่อยเพื่อที่จะเอาเวลาไปพักผ่อนกับครอบครัวไปเที่ยว ไปกิน เราต้องลดเวลาส่วนตัวของเราลงไป แต่ถ้าเราทำเวลาตรงนั้นแล้วเรามีความสุข ทำให้เกิดความสมดุล” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“สำหรับการสมดุลด้านของเวลา ก็เอาที่มัน win-win ทั้งหมดทำแล้วทุกคนก็จะโอเคทั้ง 2 ฝ่าย โดยที่ไม่จำเป็นต้องให้เวลาเท่ากัน เหมือนกับว่า เราทำอะไรก็จะเต็มที่ทั้งในงาน ในครอบครัวและการดูแลตนเองเราก็จะสมดุลของเราได้เองโดยจัดสรรแยกกันโดยชัดเจน โดยไม่เกิดความขัดแย้งในทุกบทบาท” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“เวลาสำหรับพี่ที่ต้องจัดสรรก็ต้องให้เหมาะสมกัน อย่างพี่ก็ไม่ค่อยเอางานกลับไปทำบ้าน จัดแบ่งช่วงเวลาจริงๆสำหรับพี่เองพี่โอเคในเรื่องของการบริหารจัดการเวลา น้อยครั้งที่พี่จะเอางานกลับไปทำที่บ้าน โดยแยกกันระหว่างงานและครอบครัวอย่างชัดเจน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 14)

2.2.7 การสนับสนุนจากองค์กร การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อการที่องค์กรเล็งเห็นคุณค่าของพยาบาล ใส่ใจต่อความผาสุกและสนับสนุนความต้องการทางอารมณ์และสังคม ดังตัวอย่างคำบอกเล่า ดังนี้

“หัวหน้าก็ยังเอื้อและมีส่วนช่วยเหลืออย่างมากในช่วยสลับเวร ถ้าหัวหน้าไม่เข้าใจหรือไม่เอื้อให้เรา จะยังทำให้เรารู้สึกแย่งไปอีกในช่วงเวลาที่เรากำลังเกิดวิกฤติ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12)

“การสนับสนุนของหัวหน้างานช่วยลดความขัดแย้งในผู้ร่วมงานลง มีความสุข รับฟังปัญหาให้ข้อคิดเห็น อันไหนแก้ไขก็แก้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 14)

“ในที่ทำงานเมื่อมีปัญหาที่สามารถปรึกษาหัวหน้าได้เลย พูดบอกได้เลย เมื่อเกิดปัญหาอันดับแรกหัวหน้าจะนำปัญหาเข้าห้องประชุมก่อน อันไหนปรับได้ก็ปรับ ถ้าอันไหนปรับไม่ได้แล้วเกิดข้อขัดแย้ง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

“ในมุมมองของหัวหน้าที่เราได้สัมผัส เมื่อเกิดปัญหาขึ้น เราเข้าไปคุยกับหัวหน้า หัวหน้าก็จะให้ข้อคิดกับเรา เสนอแนะวิธีต่างๆ ซึ่งเรามองว่าเราเป็นเด็ก อย่างจะมองหรือคิดไม่ถึงถึงในมุมที่หัวหน้าแนะนำ เหมือนเขามองในมุมกว้าง เขาให้ข้อแนะนำ แล้วเราจะได้อำนาจที่เราจะแก้ไขในแง่ไหน ซึ่งเราเองอาจจะไม่ได้มองกว้างอย่างนี้ ทำให้เรารู้สึกว่าเราไม่โดดเดี่ยว มีคนช่วยซัพพอร์ต” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“ระบบหรือนโยบายขององค์กรที่ทำให้เราทำงานอย่างมีความสุขมากขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11)

“หัวหน้าควรรับฟังความคิดเห็นของลูกน้อง ไม่กุ่มอำนาจเบ็ดเสร็จ ไม่ใช่ตั้งจนคุยเล่นพูดคุยกันไม่ได้ เหมือนอยู่กันอย่างพี่น้อง ทำให้มีความสุขในที่ทำงานมากขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

การอภิปรายผล

1. ความหมายของความสมดุลชีวิตและการทำงาน ในมุมมองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ จากการศึกษาได้ข้อค้นพบความหมายของความสมดุลชีวิตและการทำงานที่ครอบคลุม 1) ดุลยภาพของความสุขและความพึงพอใจในชีวิตการทำงานและครอบครัว 2) ดุลยภาพในการทำหน้าที่และการมีส่วนร่วมในชีวิตการทำงานและครอบครัว 3) เกิดความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่น้อยที่สุดและ 4) ดุลยภาพด้านเวลาการทำงานและและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการสร้างดุลยภาพในการดำเนินชีวิตระหว่างการทำงานและชีวิตส่วนตัว โดยให้ความหมายของงาน หมายถึงกิจกรรมต่างๆครอบคลุมทั้งการทำงานตามเวลางานปกติ และกิจกรรมอื่นที่ต้องทำนอกเหนือเวลางาน ส่วนชีวิต หมายถึง การใช้ชีวิตกับครอบครัว การมีอิสระในการใช้เวลาพักผ่อนส่วนตัว รวมถึงการใช้เวลาสำหรับการทำกิจกรรมในครอบครัว และ คำว่า สมดุล หมายถึง การแบ่งเวลาให้แก่งาน และชีวิตอย่างเหมาะสม (Hyman & Summers, 2004) นอกจากนี้ความหมายของความสมดุลชีวิตและการทำงานไม่เพียงแต่การจัดสรรเวลาระหว่างการทำงานและชีวิตส่วนตัว ชีวิตครอบครัวได้อย่างเหมาะสมเท่านั้น ยังรวมถึงการสร้างสมดุลจากการมีส่วนร่วมในองค์กร ครอบครัวหรือหน้าที่อื่นๆ ได้อย่างลงตัวและความสมดุลด้านความพึงพอใจต่อหน้าที่การงาน ครอบครัวของตนเองที่จัดสรรได้อย่างสมดุล (Greenhaus et al., 2003) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Clark (2000) ที่ให้ความหมายของความสมดุลชีวิตและการทำงาน หมายถึงการที่บุคคลมีความพึงพอใจในการแสดงบทบาทที่ดีในการทำงานและการดูแลครอบครัว โดยมีความขัดแย้งระหว่างบทบาทเรื่องงานและครอบครัวน้อยที่สุด และยังสอดคล้องกับความสมดุลชีวิตและการทำงานในพยาบาลวิชาชีพ เป็นการแบ่งเวลาในการปฏิบัติตามบทบาทในการดำรงชีวิต ทั้งชีวิตส่วนตัว ครอบครัวและการทำงาน ให้เท่าเทียมกันในแต่ละบทบาทโดยต้องมีความพึงพอใจมีการจัดสรรเวลา มีความขัดแย้งในบทบาทน้อยที่สุด และการปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการปฏิบัติงานในองค์กรต่าง ๆ และองค์กรที่ทำงานยังมีส่วนสำคัญอย่างมากในการที่สนับสนุนหรือส่งเสริมให้บุคคลเกิดความสมดุลชีวิตและการทำงาน (เรียม นมรักษ์, 2564)

2. ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของชีวิตและการทำงาน ในมุมมองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์ สะท้อนออกเป็น 7 ประเด็น ได้แก่ 1) ความพึงพอใจในการทำงาน 2) ความพึงพอใจในชีวิต

3) การทำหน้าที่ของครอบครัว 4) การเป็นพนักงานที่ดี 5) ความขัดแย้งในบทบาทเกิดน้อยที่สุด 6) ความพอเพียงด้านเวลา และ 7) การสนับสนุนจากองค์กร กล่าวคือ ดุลยภาพด้านเวลาที่ให้ระหว่างงานกับชีวิต สมดุลด้านการมีส่วนร่วม และสมดุลด้านความพึงพอใจ ซึ่งการจัดสรรเวลา การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจที่มีให้กับการทำงานและการใช้ชีวิตกับครอบครัวอย่างสมดุลจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ (Greenhaus et al., 2003) นอกจากนี้ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานเป็นสิ่งสำคัญที่คนทำงานต้องการให้เกิดความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานที่ดีจะส่งผลดีทั้งคนทำงานและองค์กร ดังนั้นองค์กรจึงควรมีส่วนสำคัญที่จะส่งเสริมให้พยาบาลหรือพนักงานมีความสมดุลชีวิตและการทำงานที่ดีได้ (ปริณดา สมควร, 2557) จากการศึกษาของจรัมพร ให้อย่าง และคณะ (2560) ได้ข้อค้นพบที่ว่า ครอบครัวและสังคมในที่ทำงานเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมสมดุลชีวิตและการทำงาน เนื่องจากความสุขจากครอบครัวเป็นกำลังผลักดันสำคัญให้กับคนทำงานให้สามารถฝ่าฟันอุปสรรคของภาระงานหนักได้ ร่วมกับความมีน้ำใจ ความใส่ใจให้ความสำคัญกับสังคัมรอบข้างหรือเพื่อนร่วมงานเป็นพลังขับเคลื่อนสำคัญที่ช่วยเพิ่มระดับความสมดุลชีวิตและการทำงานเช่นกัน นอกจากนี้การบริหารจัดการด้านเวลาที่เหมาะสมต่อการทำงาน ครอบครัว ส่วนตัวและสังคัม และการที่สมาชิกในครอบครัวมีความรัก ความผูกพัน ความช่วยเหลือกันและกันของสมาชิกในครอบครัวจะเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตและความสุขของคนทำงาน

นอกจากนี้ การศึกษาของจรัมพร ให้อย่างและคณะ (2560) พบข้อค้นพบที่ว่า อิทธิพลของครอบครัวและสังคมเป็นปัจจัยที่สะท้อนความสุขที่ได้จากครอบครัวและความสุขจากความมีน้ำใจ การใส่ใจให้ความสำคัญกับสังคัมรอบข้างไม่ว่าจะสังคัมเพื่อนร่วมงาน เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งอิทธิพลต่อความสมดุลชีวิตและการทำงานในทางบวก นอกจากนี้ ระดับความสุขจากครอบครัวช่วยเพิ่มระดับความสมดุลชีวิตและการทำงาน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า กำลังใจ ความรัก ความใส่ใจ ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันของคนในครอบครัวจะช่วยผลักดันให้คนทำงานสามารถฝ่าฟันอุปสรรคของภาระงานที่หนักได้ เช่นเดียวกันกับความมีน้ำใจ ความใส่ใจให้ความสำคัญกับสังคัมการทำงาน เพื่อนร่วมงานจะช่วยเพิ่มระดับความสมดุลชีวิตและการทำงานได้ รวมถึง การศึกษาของปณณช พิมใจใส และคณะ (2565) ที่ค้นพบว่า ความสมดุลชีวิตและการทำงานเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ รวมถึงการศึกษาของ ปิยสุณีย์ ชัยปาณี และคณะ (2563) ที่ศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบที่องค์กรจะส่งเสริมให้คนทำงานมีความสมดุลชีวิตและการทำงาน จะประกอบด้วย สภาพแวดล้อมในการทำงาน องค์กรแห่งความสุข การพัฒนาความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน ประสิทธิภาพของการทำงานเป็นทีมและการบริหารจัดการเวลา ดังนั้นผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลและผู้บริหารโรงพยาบาลควรให้ความสำคัญในเรื่องความสมดุลชีวิตและการทำงาน โดยพิจารณานโยบายที่ส่งเสริมความสมดุลชีวิตและการทำงานให้แก่พยาบาลที่เกี่ยวกับการแบ่งเวลาในการทำงานและการใช้ชีวิตที่ดี การส่งเสริมความพึงพอใจในงาน กำหนดบทบาทและความรับผิดชอบในการทำงานอย่างชัดเจนและเหมาะสม รวมถึงการจัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอในการปฏิบัติงาน นโยบายวันหยุด การลาพักผ่อน เวลาทำงานที่ยืดหยุ่น และการจัดสวัสดิการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนความก้าวหน้าในวิชาชีพ นอกจากนี้ การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน การได้รับ

คำแนะนำในการทำงานที่เหมาะสมจากผู้บังคับบัญชา ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลที่ดีและการคงอยู่ในวิชาชีพอย่างมั่นคง (เรียม นมรักษ์, 2564; Nanjundeswaraswamy, 2022)

ข้อจำกัดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นกลุ่มเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานกะหมุนเวียนและหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยใน ซึ่งผลการวิจัยที่ได้อาจจะไม่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มพยาบาลวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และไม่ได้เป็นตัวแทนของพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ในกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้บริหารทางการพยาบาล ผู้บริหารโรงพยาบาล บุคลากรทางการพยาบาลในการส่งเสริมความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในทุกระดับโรงพยาบาล
2. เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัว สังคมเพื่อนร่วมงาน และนโยบายยืดหยุ่นระยะเวลาการทำงานของพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ พร้อมทั้งพัฒนาเครื่องมือวัดความสมดุลชีวิตและการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ตรงและสอดคล้องกับบริบทของพยาบาลวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

- จรัมพร ไหล่ายอง, ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, และ มะลิวัลย์ ชันเล็ก. (2560). งาน ครอบครัว สังคม: สมดุลชีวิตกับการทำงานที่มากกว่าการจัดสรรเวลาของแรงงานในภาคอุตสาหกรรมการผลิต. *วิศวกรรมสารมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์*, 19(2), 96-102.
- ปริญดา สมควร. (2557). *ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานกับประสิทธิผลการปฏิบัติงานของข้าราชการตำรวจกองบังคับการอำนวยการสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง*. [วิทยานิพนธ์ ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยเกริก.
- ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, วินัย ไตรนาทวลวัลย์, เอกกมล ไชโยม, และ ภราดร ยิ่งยวด. (2564). อิทธิพลของสมดุลชีวิตกับการทำงานและความพึงพอใจในงานต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(2), 344-352.

- ปิยสุนีย์ ชัยปาณี, เอกสิทธิ์ สนามทอง, อิทธิพัทธ์ สุวทันพรกุล, และ ดวงเดือน จันทร์เจริญ. (2563). กลยุทธ์ทางเลือกการสร้างความสุขในชีวิตและการทำงานของบุคลากรในองค์กรที่มีสรรถนะสูงในประเทศไทย. *วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*, 12(2), 88-104.
- ปณณนุช พิมพ์ใจใส, มัณฑนา เทวาทโกณกุล, และ อัจฉรา ศรีสุภกรกุล. (2565). อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 30(2), 13-24.
- ไพรวลัย รัตนปัญชร, ยุยงค์ จันทรวิจิตร, สาโรจน์ สันตยากร, และ ปกรณ์ ประจัญบาน. (2557). ปัจจัยจำแนกการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพุทธชินราช พิชณุโลก. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 8(3), 104-117.
- เรียบ นมรักษ์. (2564). สมดุลชีวิตและการทำงานในพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 11(3), 176-186.
- สวรรณ อินทรสถาพร, อรรพรรณ แก้วบุญชู, และ เพลินพิศ บุญยมาลิก. (2563). สมดุลชีวิตและงานและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของพยาบาลที่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิชั้นสูงแห่งหนึ่ง. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 13(2), 129-143.
- หทัยทิพย์ ลีสงวนกุลธร. (2555). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสมดุลชีวิตกับการทำงาน: กรณีศึกษา สถาบันคุ้มครองเงินฝาก [วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ดีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย.
- อติยา เล็กประทุม, และ เฉลิมขวัญ สิงห์วี. (2563). แรงจูงใจในการทำงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานและความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 46(1), 174-217.
- Bouwmeester, O., Atkinson, R., Noury, L., & Ruotsalainen, R. (2021). Work-life Balance policies in high performance organisations: A comparative interview study with millennials in Dutch consultancies. *German Journal of Human Resource Management*, 35(1), 6-32.
- Clark, S. C. (2000). Work/family border theory: A new theory of work/family balance. *Human Relations*, 53(6), 747-770.
- Clark, S. C. (2001). Work cultures and work/family balance. *Journal of Vocational Behaviour*, 58(3), 348-365.
- Dex, S., & Bond, S. (2005). Measuring work-life balance and its covariates. *Work, Employment and Society*, 19(3), 627-637.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

- Greenhaus, J. H., Collins, K. M., & Shaw, J. D. (2003). The relation between work–family balance and quality of life. *Journal of Vocational Behavior*, 63(3), 510-531.
- Hutton, A. (2005). *The case for work/ life balance: Closing the gap between policy and practice*. Hudson Highland Group.
- Hyman, J. & Summers, J. (2004). Lacking balance? Work-life employment practices in the modern economy. *Personnel Review*, 33(4), 418- 429.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.
- Nanjundeswaraswamy, T. S. (2022). Nurses quality of work life: Scale development and validation. *Journal of Economic and Administrative Sciences*, 38(2), 371-394.
- World Health Organization. (2015). *Global strategy on human resources for health: workforce 2030*. World Health Organization.

บทความวิจัย (Research article)

ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กร และความสุขของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบุรี Effects of the Application of the Program to Enhance Organizational Commitment and Happiness among Registered Nurses in Community Hospitals, Phetchaburi Province

เอกรินทร์ อ่วมอ่วม¹, อีระวุธ ธรรมกุล^{2*}, วรางคณา จันทร์คง²

Ekarin Aoumuom¹, Theerawut Thammakun^{2*}, Warangkana Chankong²

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Theerawut.tha@stou.ac.th; โทรศัพท์ 089-7164864)

(Received: October 31, 2022; Revised: December 16, 2022; Accepted: December 21, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กรและความสุขของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 78 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กรและความสุขในการ จำนวน 39 คนและกลุ่มควบคุมที่ปฏิบัติงานตามปกติ จำนวน 39 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความผูกพันต่อองค์กรและความสุขของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการทดสอบที ผลการวิจัยพบว่า

1. พยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กรและความสุข มีคะแนนเฉลี่ยความผูกพันต่อองค์กรและความสุขสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 28.50, 17.01; p < .05$ ตามลำดับ)

2. พยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กรและความสุข มีคะแนนเฉลี่ยความผูกพันต่อองค์กรและความสุขสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 34.65, 15.44; p < .01$ ตามลำดับ)

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า สามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กรและความสุขไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรขององค์กรพยาบาล เพื่อเพิ่มแรงจูงใจและความสุขในการทำงาน

¹ นักศึกษาลัทธิสุทธสาธิตสาธิตมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Master Student of Public Health, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Associate Professor, School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

ลดความขัดแย้ง ส่งเสริมทักษะการสื่อสาร และสัมพันธภาพที่ดี ทั้งกับเพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา และผู้รับบริการ

คำสำคัญ: ความผูกพันต่อองค์กร, ความสุข, พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research is to study the effectiveness of the organizational commitment and workplace happiness promotion program among registered nurses (RNs) working at community hospitals in Phetchaburi Province. The samples consist of 78 RNs that have been divided into 1) an experimental group of 39 people and 2) a control group of 39 people. Data have been collected by using a set of questionnaires on work enhancement and happiness. The confidence value of Cronbach's alpha reliability coefficients is .86 and .84. After analyzing the data by using descriptive statistics and the t-test. The results, then, show that:

1. The experimental group has higher mean scores on work enhancement and happiness after participating in the program to enhance organizational commitment and happiness among registered nurses than before participating in the program. Statistically significant at .05, the *t*-test values are 28.50, and 17.01, respectively.

2. The experimental group has an average score on work enhancement and happiness, which is higher than the control group. The statistical difference in work enhancement and happiness is .01. The *t*-test values are $t = 34.65$, and 15.44, respectively.

Therefore, it can be concluded that the program should be progressively used as a guideline for improving the staff of nursing organizations to increase motivation and happiness in work, reduce conflict and promote good communication and relationship skills with colleagues.

Keywords: Organizational commitment, Happiness, Registered nurse, Community hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบริหารงานให้ประสบความสำเร็จและบรรลุเป้าหมายทั้งของงานและคน องค์ประกอบที่สำคัญในการพัฒนาองค์กรให้ประสบความสำเร็จและบรรลุเป้าหมายอย่างยั่งยืนคือ การบริหารทรัพยากรบุคคล ทั้งการสรรหาที่มีคุณภาพสมบูรณ์ทั้งความรู้ คุณธรรม และจริยธรรม รวมทั้ง การดำรงรักษาบุคลากรที่มีคุณภาพไว้ จากการสำรวจภาระงานและสภาพการทำงานของพยาบาล โรงพยาบาลภาครัฐทั่วประเทศ พบว่าพยาบาลประจำการทำงานต่อเนื่องเกิน 12 ชั่วโมงต่อวัน ส่งผลให้คุณภาพการบริการไม่

เป็นไปตามมาตรฐาน บรรยายการทำงานและสร้างความเครียด กระหน่ำต่อประสิทธิภาพขององค์กร และคุณภาพชีวิตของพยาบาล รวมถึงองค์กรก็ได้รับผลกระทบจากการลาออกและโอนย้ายงานเพิ่มขึ้น (วิจิตรศรีสุพรรณ และกฤษฎา แสงดี, 2562) จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ผู้บริหารทางการพยาบาลจำเป็นต้องทำความเข้าใจเป็นอย่างดี เพื่อการคงอยู่ในงานและการธำรงรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และคุณภาพไว้ในองค์กร

การสร้าง ความผูกพันต่อองค์กรจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากร และสามารถใช้นโยบายการเข้าออกจากการลาออกได้ดีกว่าความพึงพอใจ (ชนงกรณ์ กุณทลบุตร, 2556) ความผูกพันต่อองค์กรเป็นภาวะทางจิตใจที่ทำให้บุคลากรมีความยึดมั่นต่อองค์กรของตน (Allen & Meyer, 1990) ผู้ที่มีความผูกพันต่อองค์กรสูง ย่อมต้องทำงานกับองค์กรเป็นระยะเวลายาวนาน และมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติงานสูงกว่าผู้ที่มีความผูกพันต่อองค์กรต่ำ ความผูกพันต่อองค์กรเป็นความสัมพันธ์ที่แนบแน่นและผลักดันให้บุคลากรเต็มใจอุทิศตนเอง เพื่อการสร้างสรรคิให้องค์กรบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ในทางตรงกันข้ามหากองค์กรไม่สามารถสร้างความผูกพันให้แก่บุคลากร ผลที่ตามคือทำให้บุคลากรขาดความตั้งใจการทำงาน หลีกเลียงความรับผิดชอบ และหาโอกาสเปลี่ยนงานใหม่และลาออกไปยังองค์กรอื่นที่คิดว่าดีกว่า (อนุดิษฐ์ ฐานไชยกร, 2562)

การธำรงรักษาบุคลากรทางการพยาบาลที่ดีที่สุดคือ การสร้างความผูกพันต่อองค์กรให้เกิดขึ้นกับพยาบาลวิชาชีพ เพราะเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการลดเวลาและลดค่าใช้จ่ายใน การสรรหาบุคลากรใหม่เข้ามาทดแทน อีกทั้ง เมื่อบุคลากรมีความผูกพันต่อองค์กรก็จะส่งผลให้มีความสุขในการทำงานอีกด้วย (กิจจา อ่วมแก้ว, 2560) ในขณะที่ความสุขในการทำงานเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคลที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการทำงานหรือประสบการณ์ของบุคคลในการทำงาน (Warr, 2007) นำไปสู่การปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ มีความรู้สึกรักอยากทำงาน มีความผูกพัน และพอใจที่ได้ปฏิบัติงานร่วมกัน (Manion, 2003) นอกจากนี้ เมื่อบุคลากรมีความสุขในการทำงานยังลดการขาดงานและการลาออกจากงานด้วย ดังผลการวิจัยของโปรแกรมการสร้างความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยการสื่อสารอย่างเป็นรูปธรรม การมีสัมพันธภาพที่ดี มีความไว้วางใจกัน ส่งผลให้มีความสุขในการทำงานเพิ่มมากขึ้น (กรรณทวรรณ ชุ่มเชื้อ, 2558)

จังหวัดเพชรบุรี มีโรงพยาบาลชุมชนประจำในแต่ละอำเภอ จำนวน 7 แห่ง เป็นโรงพยาบาลขนาดตั้งแต่ 30-100 เตียง มีภารกิจให้บริการดูแลประชาชนในระดับชุมชน ให้บริการครอบคลุม ทั้งมิติด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพร่างกาย มีพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 360 คน มีสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้ป่วยเกินเกณฑ์ (ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562, 2562) จากข้อมูลย้อนหลังของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบุรี ปีงบประมาณ 2563-2564 พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีอัตราการลาออกคิดเป็นร้อยละ 3.04 และ 3.12 ตามลำดับ (กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี, 2564) ซึ่งถือเป็นจำนวนที่มากเมื่อเทียบกับจำนวนพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด และส่วนใหญ่มักเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ที่ตำแหน่งไม่สามารถเลื่อนไหลสู่ระดับที่สูงขึ้นได้

จากปัญหาดังกล่าวร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กรและความสุขที่ผ่านมาเป็นการศึกษาแยกจากกัน ทั้งนี้ ความผูกพันต่อองค์กรและความสุขเป็นปัจจัยร่วมกันในการคงอยู่ของบุคลากร ผู้วิจัยจึงจัดทำโปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กรและความสุขของพยาบาลวิชาชีพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบุรี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ The Gallup Organization (2008) ที่พูดถึงความผูกพันของบุคลากร (employee engagement) เป็นคุณลักษณะภายในที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึทางอารมณ์ของบุคลากรที่มีต่อองค์กร มาบูรณาการร่วมกับทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจในการทำงานของ Herzberg (1973) และแนวคิดการสื่อสารระหว่างบุคคลของ DeVito (2003) และแนวคิดความสุขในการทำงานของ Manion (2003) ผลการวิจัยนี้ จะเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้บริหารองค์การพยาบาลในการบริหารจัดการและพัฒนาบุคลากร และสร้างบรรยากาศให้เหมาะกับการทำงานก็จะส่งผลให้การทำงานของพยาบาลวิชาชีพมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้รับบริการพึงพอใจ ผู้ปฏิบัติมีความสุขกับการทำงานมีความยึดมั่นผูกพันในองค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความผูกพันต่อองค์กรและความสุขของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบุรี ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กรและความสุขของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบุรี
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความผูกพันต่อองค์กรและความสุขของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบุรี ระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กรและความสุขของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบุรี และกลุ่มควบคุมที่ปฏิบัติงานตามปกติ

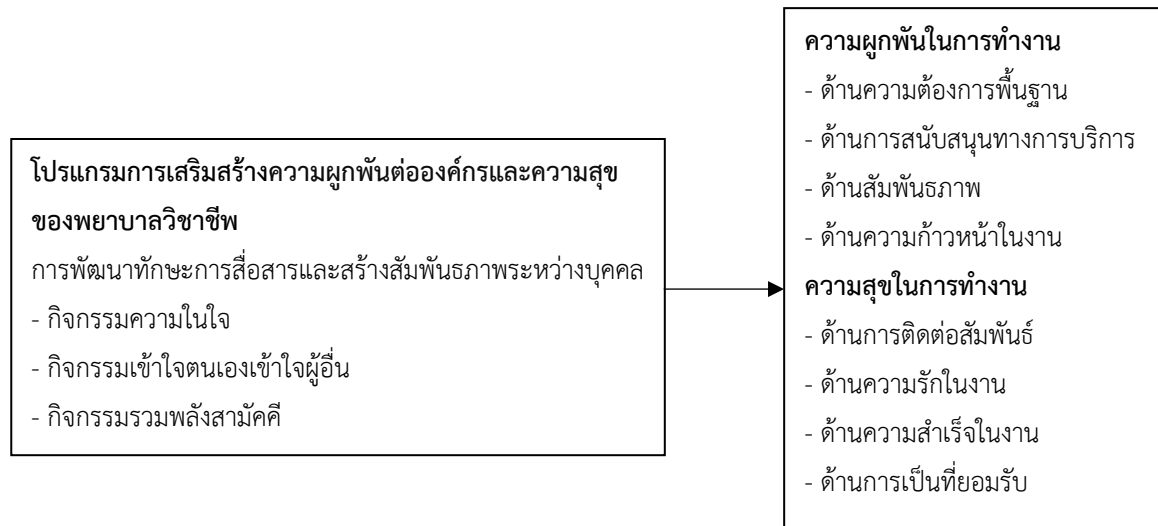
สมมติฐานการวิจัย

พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดเพชรบุรี มีคะแนนเฉลี่ยความผูกพันต่อองค์กรและความสุข ภายหลังการทดลองโดยการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กรและความสุข สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันและความสุขของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบุรี ผ่านกิจกรรมในการพัฒนาทักษะการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มาจากกรอบแนวคิด The Gallup Organization (2008) เป็นคุณลักษณะภายในของบุคลากร เชื่อว่าการที่บุคลากรจะทำงานได้ดี สร้างสรรค์ผลิตผลที่มีประสิทธิภาพ และทำงานให้กับองค์กร

อย่างเต็มความสามารถ ก็ต่อเมื่อบุคลากรมีทัศนคติในแง่บวกกับองค์กร เพื่อร่วมงาน และต่อตนเอง มาบูรณาการร่วมกับปัจจัยข้างต้น คือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของทฤษฎีแรงจูงใจ (Herzberg, 1973) และแนวคิดการสื่อสารระหว่างบุคคล (Devito, 2003) ได้แก่ การเป็นคนเปิดเผย การร่วมรู้สึกและการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน โปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันและความสุขของพยาบาลวิชาชีพนี้ ส่งผลให้เกิดความผูกพันต่อองค์กรในด้านความต้องการพื้นฐาน การสนับสนุนทางการบริหาร สัมพันธภาพ และความก้าวหน้าในงาน และมีความสุขทั้งในด้านการติดต่อสัมพันธ์ ความรักในงาน ความสำเร็จในงาน และการเป็นที่ยอมรับ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัยผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กรและความสุขของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (quasi-experimental research: two group pretest-posttest design) มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 7 โรงพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในปี พ.ศ. 2565 รวมทั้งสิ้น 360 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบุรี ในปี พ.ศ.2565 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สำหรับการทดสอบ Mean: Difference between two independents mean กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดใหญ่ เท่ากับ .80 ค่า alpha = .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .95 (ธวัชชัย วรพงศธร และ สุรีย์พันธุ์ วรพงศธร, 2561) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 35 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในกลุ่มทดลอง และกลุ่ม

ควบคุมกลุ่มละ 39 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายโรงพยาบาลละ 13 คน โดยกลุ่มทดลองเป็นพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลหนองหญ้าปล้อง โรงพยาบาลแก่งกระจาน และโรงพยาบาลเขาย้อย และกลุ่มควบคุมจากโรงพยาบาลบ้านแหลม โรงพยาบาลท่ายาง และโรงพยาบาลบ้านลาด โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) มีประสบการณ์ในการทำงานในโรงพยาบาลนั้นๆ ตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป 2) ไม่อยู่ในระหว่างลาศึกษาต่อ อบรมระยะสั้น หรือลาคลอด และ 3) มีความยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย และมีเกณฑ์การยกเลิกจากการวิจัยคือ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบถ้วน และให้ข้อมูลการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันและความสุขของพยาบาลวิชาชีพ ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Herzberg, 1973; Devito, 2003; Manion, 2003; The Gallup Organization, 2008) เป็นการพัฒนาทักษะการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ประกอบด้วยกิจกรรมความเข้าใจ การเข้าใจตนเองเข้าใจผู้อื่น และรวมพลังสามัคคี ดำเนินกิจกรรมจำนวน 7 สัปดาห์ สัปดาห์ละๆ ละประมาณ 30-45 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมปฏิบัติงานตามปกติ

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม จำแนกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ แผนกที่ปฏิบัติงาน อายุ สถานภาพสมรส ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความผูกพันในองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ สร้างตามแนวคิดของ The Gallup Organization (2008) จำนวน 48 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ความต้องการพื้นฐาน การสนับสนุนทางบริการ สัมพันธภาพ และความก้าวหน้าในงานยอมรับ ซึ่งเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ระหว่างมาก ให้ 5 คะแนน ถึ้น้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 48-240 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความสุขของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามของปานจิตต์ กลั่นทกพันธ์ (2557) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Manion (2003) จำนวน 39 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การติดต่อสัมพันธ์ ความรักในงาน ความสำเร็จในงาน และการเป็นที่ยอมรับ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ระหว่างมาก ให้ 5 คะแนน ถึ้น้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 39-195 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือการวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และ พยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน ซึ่งโปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กรและความสุขของพยาบาลวิชาชีพ มีค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .87 และแบบสอบถามความผูกพันต่อองค์กรและความสุขของพยาบาลวิชาชีพมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและนำไปทดลอง

ใช้กับพยาบาลวิชาชีพในจังหวัดใกล้เคียง จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามความผูกพันต่อองค์กรและความสุขของพยาบาลวิชาชีพ เท่ากับ .86 และ .84 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะก่อนการทดลอง

- ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการทดลองไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดเพชรบุรี เพื่อขออนุญาตให้พยาบาลวิชาชีพเข้าร่วมการวิจัย

- นัดหมายกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัยรวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การขอความยินยอมอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร และดำเนินการให้ตอบแบบสอบถามความผูกพันต่อองค์กรและความสุขของพยาบาลวิชาชีพทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (pretest) โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที

- นัดหมายการดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลองโรงพยาบาลละ 13 คน จำนวน 3 โรงพยาบาล รวมทั้งสิ้น 39 คน ที่และ 3 โรงพยาบาลเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 39 คน โดยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มแยกแต่ละโรงพยาบาลละ 13 คน ในการทำกิจกรรมแต่ละครั้งโดยกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลเดียวกันจะมาร่วมกิจกรรมในโปรแกรมพร้อมกัน โดยมีผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน ในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม และการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ระยะทดลอง ดำเนินกิจกรรมการวิจัยตามโปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันและความสุขของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 7 สัปดาห์ๆ ละครั้ง ระหว่างเดือนพฤษภาคม – กรกฎาคม 2565 โดยใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมงต่อครั้ง ดังนี้

- สัปดาห์ที่ 1 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ให้ความรู้และพัฒนาทักษะการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และความสุขในการทำงาน

- สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมทบทวนความรู้และทักษะการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และความสุขในการทำงาน และดำเนินการตามกิจกรรม “ความเข้าใจ” โดยการเขียนหรือวาดรูป และนำเสนอให้เพื่อนฟัง ในประเด็นฉันเป็นอย่างไร และรู้สึกอย่างไรกับชีวิตในช่วงนี้ และสะท้อนคิดสิ่งที่ได้เรียนรู้และการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันและการทำงานอย่างไร

- สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรม “เข้าใจตนเองเข้าใจผู้อื่น” โดยใช้ใบงาน เรื่อง สัมผัสความรู้สึก อภิปรายและสรุปคุณค่าของการรู้จักและเข้าใจความรู้สึกของตนเองและการประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

- สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรม “รวมพลังสามัคคี” ผ่านการฝึกการพูดในเชิงบวกกับเพื่อนร่วมงาน จากนั้น ให้ร่วมกันสะท้อนคิดประโยชน์ที่ได้รับจากกิจกรรมตลอด 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา และร่วมกันวางแผนเพื่อนำไปปฏิบัติจริงในการทำงาน

- สัปดาห์ที่ 5 มอบหมายให้กลุ่มตัวอย่าง นำแนวทางปฏิบัติที่ได้จากโปรแกรมเสริมสร้างความผูกพันและความสุขของพยาบาลวิชาชีพไปปฏิบัติจริงในการทำงานเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์

- สัปดาห์ที่ 6 ประชุมกลุ่มเพื่อสรุปประเมินผลการนำแนวทางปฏิบัติที่ได้จากโปรแกรมเสริมสร้างความผูกพันและความสุขของพยาบาลวิชาชีพไปปฏิบัติจริง

สำหรับกลุ่มควบคุม ดำเนินกิจกรรมเฉพาะการจัดประชุมให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการสื่อสารและสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และความสุขในการทำงาน 1 ครั้ง

3. ระยะหลังการทดลอง

ในสัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการตอบแบบสอบถามความผูกพันในองค์กรและความสุขในการทำงาน (posttest)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความผูกพันต่อองค์กรและความสุขของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired sample t-test)

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความผูกพันต่อองค์กรและความสุขของพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กรและความสุขของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบุรี และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เลขที่ คจม.พบ. 008/2565 ลงวันที่ 20 เมษายน 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน ของจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 78 คน โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.31 เท่ากัน มีอายุอยู่ในช่วง 31-50 ปี ร้อยละ 61.54 และ 51.28 สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 48.72 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 46.15 ตำแหน่งในการปฏิบัติงานส่วนใหญ่ คือ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ร้อยละ 66.67 และ 58.97 แผนกที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นหอผู้ป่วยใน ร้อยละ 33.33 ในขณะที่กลุ่มควบคุมเป็นแผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 38.46 มีรายได้เฉลี่ย อยู่ในช่วง 20,000 - 30,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 48.72 และ 51.28 และมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5-15 ปี ร้อยละ 64.10 และ 53.85 ตามลำดับ

ผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Chi-square (χ^2) พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 78)

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 39)		กลุ่มควบคุม (n = 39)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	3	7.69	3	7.69	.71	.39
หญิง	36	92.31	36	92.31		
อายุ (ปี)						
<30	13	33.33	12	30.77	.96	.11
31-50	24	61.54	20	51.28		
>50	2	5.13	7	17.95		
สถานภาพสมรส						
โสด	19	48.72	15	38.46	.78	.24
คู่	17	43.59	18	46.15		
หม้าย/หย่าร้าง	3	7.69	6	15.39		
ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน						
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	2	5.13	2	5.13	.86	.70
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	26	66.67	23	58.97		
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	5	12.82	7	17.95		
พยาบาลวิชาชีพ	6	15.38	7	17.95		
แผนกที่ปฏิบัติงาน						
หอผู้ป่วยใน	13	33.33	11	28.21	2.43	.15
ผู้ป่วยนอก	11	28.21	15	38.46		
อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน	12	30.77	12	30.77		
หอผู้ป่วยหนัก	3	7.69	1	2.56		
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวท่านต่อเดือน (บาท)						
< 20,000	12	30.77	13	33.33	4.05	.31
20,000 - 30,000	19	48.72	20	51.28		
>30,000	8	20.51	6	15.39		

ตาราง 1 (ต่อ)

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 39)		กลุ่มควบคุม (n = 39)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระยะเวลาที่ในการปฏิบัติงาน (ปี)						
<5	10	25.64	8	20.51	.37	.84
5 - 15	25	64.10	21	53.85		
>15	4	10.26	10	25.64		

2. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กรและความสุขของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบุรี

2.1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความผูกพันต่อองค์กรและความสุขของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบุรี ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กรและความสุขของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบุรี มีคะแนนเฉลี่ยความผูกพันต่อองค์กร ($M = 181.49$, $SD = .57$; $M = 134.31$, $SD = .59$) และความสุข ($M = 156.53$, $SD = .67$; $M = 120.27$, $SD = .62$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 28.50$, 17.01 ; $p < .05$ ตามลำดับ) รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และผลการทดสอบทีคะแนนเฉลี่ยความผูกพันต่อองค์กรและความสุข ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กรและความสุขของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบุรี ($n = 39$)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean difference (95%CI)	t
	M	SD	M	SD		
ความผูกพันต่อองค์กร	134.31	.59	181.49	.57	41.17 (5.85, 21.94)	28.50*
ความต้องการขั้นพื้นฐาน	30.26	.60	36.67	.53	6.41 (5.85, 6.97)	23.17*
การสนับสนุนทางบริการ	32.05	.63	44.31	.60	12.25 (11.84, 12.66)	60.19*
สัมพันธภาพ	57.00	.65	78.10	.59	21.10 (20.25, 21.94)	50.42*
ก้าวหน้าในงาน	15.00	.50	22.41	.56	7.41 (6.97, 7.84)	34.23*
ความสุข	120.27	.62	156.53	.67	36.33 (4.21, 22.08)	17.01*
การติดต่อสัมพันธ์	28.79	.70	35.56	.66	6.76 (7.98, 8.55)	7.53*
ความรักในงาน	62.79	.63	83.51	.69	20.71 (19.35, 22.08)	30.23*
ความสำเร็จในงาน	13.15	.57	17.13	.69	3.97 (3.47, 4.46)	16.00*
การได้รับการยอมรับ	15.43	.60	20.33	.67	4.89 (4.21, 5.58)	14.28*

* $p < .05$

2.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความผูกพันต่อองค์กรและความสุขของพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กรและความสุข และกลุ่มควบคุมที่ปฏิบัติงานตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย (คะแนนหลังการทดลอง - ก่อนการทดลอง) ความผูกพันต่อองค์กร ($M = 45.37, SD = 20.60$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 34.65, SD = 15.76$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 34.65, p < .01$) และมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย (คะแนนหลังการทดลอง - ก่อนการทดลอง) ความสุข ($M = 39.13, SD = 26.17$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 30.04, SD = 20.13$) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 15.44, p < .01$) ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และผลการทดสอบที่ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความผูกพันในงานและความสุขของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบุรี ระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กรและความสุข และกลุ่มควบคุม ($n = 78$)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง ($n = 39$)		กลุ่มควบคุม ($n = 39$)		Mean difference (95%CI)	t
	M	SD	M	SD		
ความผูกพันต่อองค์กร	45.37	20.60	39.13	26.17	10.71 (6.62, 14.80)	34.65**
ความต้องการขั้นพื้นฐาน	30.26	0.60	27.64	0.67	2.62 (2.59, 3.25)	22.16**
การสนับสนุนทางบริการ	32.05	0.63	33.87	0.57	1.82 (1.60, 3.40)	60.11**
สัมพันธ์ภาพ	57.00	0.65	56.62	0.59	0.38 (0.33, 0.71)	50.12**
ก้าวหน้าในงาน	15.00	0.50	15.74	0.48	0.74 (0.65, 1.05)	33.23**
ความสุข	34.65	15.76	30.04	20.13	9.08 (3.81, 14.3)	15.44**
การติดต่อสัมพันธ์	25.90	0.70	25.49	0.60	0.41 (0.32, 0.73)	7.12**
ความรักในงาน	59.72	0.63	57.64	0.57	2.08 (2.01, 4.09)	31.25**
ความสำเร็จในงาน	11.54	0.57	12.46	0.50	0.92 (0.85, 1.77)	16.15**
การได้รับการยอมรับ	15.49	0.60	15.82	0.51	0.33 (0.25, 0.58)	14.25**

** $p < .01$

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันและความสุขของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดเพชรบุรี มีคะแนนเฉลี่ยความผูกพันต่อองค์กรและความสุขภายหลังการทดลองโดยการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันและความสุขสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้ปฏิบัติงานตามปกติ ซึ่งอธิบายได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันและความสุขเป็นกิจกรรมที่เน้นการพัฒนา

ความคิด และจิตใจ การชี้ให้เห็นถึงความเป็นจริงตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาลและสัมพันธภาพของ อีกทั้ง การทำงานในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก มีบุคลากรจำนวนไม่มาก ทุกคนมีความรู้จักรู้จัก และคุ้นเคยกัน จึงรู้สึกเหมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน ซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญที่ส่งผลต่อความรู้สึกผูกพันต่อองค์กร ดังการศึกษาที่พบว่า ปฏิสัมพันธ์ภายในหน่วยงาน ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด (ปิยะมาศ เกิดแสง, 2562) เช่นเดียวกันกับในด้านความต้องการขั้นพื้นฐาน ค่าตอบแทน สวัสดิการและผลประโยชน์ที่องค์กรจ่ายให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน จะเป็นการจูงใจในการปฏิบัติงานและเป็นการส่งเสริมขวัญกำลังใจของผู้ปฏิบัติงานให้มีการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (ประภาพร พลฤกษ์ศรี, 2557)

พยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดเพชรบุรี มีคะแนนเฉลี่ยความสุข ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมสูงขึ้น และมีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่าง (คะแนนหลังการทดลอง - ก่อนการทดลอง) สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อภิปรายได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันและความสุขที่มีการปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาลชุมชน ของจังหวัดเพชรบุรี โดยใช้ระยะเวลา 7 สัปดาห์ และกิจกรรมการทดลองที่เป็นการทบทวนปัญหาและความต้องการ และได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นทั้งในด้านการติดต่อสื่อสาร การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ทุกกิจกรรมมีส่วนช่วยในการกระตุ้นให้พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการทำงานราบรื่น สะดวก ไม่มีข้อขัดแย้ง อีกทั้ง การทำกิจกรรมในโปรแกรม ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้และเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น มีโอกาสได้เปิดเผยความคิดเห็นความรู้สึกของตนเองโดยการแสดงออกทั้งคำพูดและการกระทำ ทำให้สามารถทราบความจริงทั้งในด้านบวกและด้านลบ ได้เรียนรู้และเห็นข้อดีข้อเสียของตนเองที่ควรปรับปรุง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ส่งผลให้บรรยากาศในการทำงานดีขึ้นและส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพรู้สึกมีความสุขและมีกำลังใจในการทำงานอีกด้วย (นฤมล สุธีรวิทย์, 2558) รวมถึงลักษณะงานพยาบาลต้องมีการประสานงานและปฏิบัติงานร่วมกับเพื่อนร่วมงาน และสหสาขาวิชาชีพ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมงาน จึงส่งผลให้เกิดความสุขในการทำงาน (สิรินันท์ ขุนเพชร และ ฮอเดียะ บิลยะลา, 2560) อีกทั้งในโปรแกรม มีกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ การแสดงบทบาทสมมติ เกม การระดมสมอง และการจำลองสถานการณ์ ช่วยให้บุคคลเข้าใจทักษะการจัดการตนเอง เพื่อนำไปใช้ในการควบคุมพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน สามารถนำไปจัดการกับปัญหาได้ดีและส่งผลต่อความสุขในการทำงาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

นำโปรแกรมการเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กรและความสุขของพยาบาลวิชาชีพ ไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาบุคลากรขององค์กรพยาบาล เพื่อเพิ่มแรงจูงใจและความสุขในการทำงาน ลดความขัดแย้ง และส่งเสริมทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพที่ดี ทั้งกับเพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา และผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ทำการวิจัยและพัฒนา (research and development) รูปแบบการเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กรและความสุขของบุคลากรสหวิชาชีพ ทั้งแพทย์ เภสัชกร เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่อื่นๆ เพื่อการคงอยู่ของบุคลากรในทีมสุขภาพอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- กรรณทวรรณ ชุ่มเชื้อ. (2558). ผลของโปรแกรมการสร้างความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 22(1), 59-71.
- กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. (2564). *รายงานอัตรากำลัง กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี ประจำปีงบประมาณ 2563 - 2564*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี.
- กิจจา อ่วมแก้ว. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์การกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 12(2), 119-139.
- ชนงกรณ์ กุณทลบุตร. (2556). *หลักการจัดการ: องค์การและการจัดการสมัยใหม่*. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธวัชชัย วรพงศธร, และ สุรีย์พร วรพงศธร. (2561). การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power. *วารสารกรมอนามัย*, 14(2), 11-21.
- นฤมล สุธีรุฒิ. (2558). ภาวะหมดไฟ: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและแนวทางในการป้องกัน. *วารสารการวัดผลการศึกษา*, 32(91), 16-25.
- ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ.2562. (2562, 28 เมษายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 136 ตอนพิเศษ 97 ง. หน้า 30-36. <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/A111.PDF>.
- ประภาพร พลฤกษ์ศรี. (2557). *ปัจจัยคำตอบแทนที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ของพนักงานบริษัทสยามแม็คโคร จำกัด (มหาชน) ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
- ปานจิตต์ กลั่นทกพันธ์. (2557). *ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์การกับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ปิยะมาศ เกิดแสง. (2562). *ความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลนครปฐม* [สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยเกริก.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ, และกฤษฎา แสงวดี. (2562). ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลและแนวทางการแก้ไข: การจัดการปัจจัยระดับบุคคล. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 20(38), 232-244.

- สิรินันท์ ขุนเพชร, และ ฮอเดียะ บิลยะลา. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ฉบับมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 4(2), 69-80.
- อนุดิษฐ์ ฐานไชยกร. (2562). ความผูกพันในองค์กร. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 4(1), 32-45.
- Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 63(1), 1-18.
- Devito, J. A. (2003). *Human communication: The basic course* (9th ed.). Pearson Education.
- Herzberg, F. (1968). One more time: How do you motivate employees?. *Harvard Business Review*, 46(1), 53-62.
- Manion, J. (2003). Joy at work!: Creating a positive workplace. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 33(12), 652-659.
- The Gallup Organization. (2008). *Employee engagement*. Gallup's Research-Based Approach. <https://www.gallup.com/workplace/229424/employee-engagement.aspx>.

บทความวิจัย (Research article)

รูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาลไทย: การทบทวนขอบเขต Thai Nursing Students' Knowledge of Simulation-Based Learning in Maternal and Newborn Nursing and Midwifery Practicum: A Scoping Review

รพีพรรณ นาคบุบผา^{1*}, ยุคลธร แจ่มฤทธิ์¹, ชนุตพร สมใจ¹, ปาริฉัตร อารยะจารุ²
Rapeepan Narkbubpha^{1*}, Yukonton Jamrit¹, Chanuttaporn Somjai¹, Parichat Arayajaru²

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

(Received: September 27, 2022; Revised: December 23, 2022; Accepted: December 24, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบการทบทวนขอบเขตนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนรูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาลไทย โดยรายงานเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษที่เผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2565 สืบค้นจากฐานข้อมูล PubMed, ProQuest, Medical Library, Science Direct, Cochrane Library, TDC-ThaiLIS, TCI ซึ่งพบรายงานวิจัยผ่านการคัดกรอง จำนวน 6 เรื่อง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาในระดับชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 66.67 แบ่งกลุ่มย่อยในสถานการณ์จำลองระดับง่าย จำนวน 7 – 8 คน ร้อยละ 33.33 และแบ่งกลุ่มย่อยในสถานการณ์จำลองระดับยาก จำนวน 4 - 5 คน ร้อยละ 50.00 รูปแบบการเรียนการสอนมี 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะการเตรียมเป็นการเตรียมโจทย์สถานการณ์จำลองเสมือนจริงทั้งระดับยากและระดับง่าย ขึ้นอยู่กับเนื้อหาของรายวิชาตามหลักสูตร 2) ระยะการเรียนรู้ ได้แก่ ขั้นเตรียมนักศึกษา ส่วนใหญ่ใช้เวลา 15 นาที และ 60 นาที ขึ้นปฏิบัติในสถานการณ์ ใช้เวลา 15-40 นาที และขั้นสรุปการเรียนรู้ ใช้เวลา 15 - 60 นาที และ 3) ระยะการประเมินผลการเรียนรู้ พบว่า ทดสอบความรู้หลังทดลองทันที ร้อยละ 83.33 และมีการติดตามทดสอบความรู้หลังทดลอง 2 สัปดาห์ ร้อยละ 16.67 ผลลัพธ์จากการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่ประเมินความพึงพอใจต่อการเรียนการสอน ร้อยละ 83.33 ความรู้ ร้อยละ 50.00 ความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติการพยาบาล และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ร้อยละ 33.33 ตามลำดับ

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Instructor, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute,
Ministry of Public Health

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute,
Ministry of Public Health

รูปแบบการเรียนการสอนยังมีรูปแบบที่แตกต่างกันทั้งด้าน กิจกรรม ระยะเวลา และการวัดผล
ผลลัพธ์การเรียนรู้ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับกิจกรรม และระยะเวลาที่เหมาะสมทั้ง 3 ระยะ
รวมทั้ง การสร้างโจทย์สถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงในการวัดผลลัพธ์การเรียนรู้ในทักษะต่าง ๆ ของการ
พยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์

คำสำคัญ: การเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง, การพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์,
นักศึกษาพยาบาลไทย

Abstract

This scoping review research aims to review the teaching and learning strategy of using simulation-based learning in maternal and newborn nursing and midwifery practicum in Thai nursing students. The scoping review of the reports published in either Thai or English in 2017-2022 was undertaken using the following search through databases of PubMed, ProQuest, Medical Library, Science Direct, Cochrane Library, TDC-ThaiLIS, and TCI. Six studies met the inclusion criteria.

According to study findings, the majority of the sample are fourth-year nursing students. A simple scenario, which divided 7-8 students in each subgroup, is 33.33% used, whereas a complex scenario, which divided 4-5 students in each subgroup, is 50.00% used. The teaching process includes these three phases: 1) Preparation phase: prepared scenarios for both difficult and easy levels depending on the content of the course according to the curriculum. 2) Learning phase: 2.1) Pre-briefing stage for 15 and 60 minutes, 2.2) Playing scenario stage for 15-40 minutes, 2.3) Debriefing stage for 15-60 minutes, 3) Learning evaluation phase: Post-tests of knowledge were administrated immediately after the experiment by 83.33%, and 16.67% conducted post-test in two weeks after the experiment. The research results show that most of them (83.33%) made an instructional satisfaction assessment, 50% administrated knowledge evaluation, and self-confidence towards nursing practice and nursing practice skills were assessed by 33.33% respectively.

There are also different teaching and learning styles in terms of activities, duration and learning outcome measurements. Therefore, further studies should be conducted regarding activity, the appropriate duration for all four steps, and specific scenarios to measure learning outcomes in various professional skills of maternal and newborn nursing and midwifery.

Keywords: Simulation-based learning, Maternal and newborn nursing and midwifery,
Thai nursing students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หลักสูตรการศึกษาวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ระดับวิชาชีพ พ.ศ. 2563 มุ่งผลิตบัณฑิต ให้มีความรอบรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เน้นความรู้ สมรรถนะ และทักษะด้านวิชาชีพตามข้อกำหนดของมาตรฐานวิชาชีพ (ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการให้ความเห็นชอบหลักสูตรการศึกษาวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ระดับวิชาชีพ พ.ศ. 2563, 2563) ส่งผลให้การจัดการศึกษาต้องกำหนดให้มีการเรียนภาคทฤษฎี การเรียนในห้องปฏิบัติการ และการเรียนภาคปฏิบัติ โดยภาคปฏิบัติจะจัดการเรียนการสอนในโรงพยาบาลและในชุมชน เพื่อให้สอดคล้องกับเนื้อหาหรือสาระวิชาดังกล่าว อย่างไรก็ตาม เมื่อเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งมีมาตรการหลักในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และลดจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2020) ส่งผลให้ทุกประเทศทั่วโลกมีนโยบาย มาตรการ หรือข้อปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของประชากรทุกคนในประเทศ สำหรับในประเทศไทยสถาบันอุดมศึกษาต้องหยุดดำเนินการเรียนการสอนทุกรูปแบบ โดยให้ใช้การเรียนการสอนแบบออนไลน์ทดแทน (กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม, 2563) รวมทั้ง สถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งเป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ส่งผลให้ต้องปรับเปลี่ยนการเรียนการสอน ให้สอดคล้องกับนโยบายของประเทศ โดยการเรียนการสอนภาคทฤษฎีใช้การเรียนแบบออนไลน์ทดแทน สำหรับการเรียนการสอนภาคปฏิบัติเปลี่ยนเป็นการสอนแบบออนไลน์ หรือใช้สถานการณ์เสมือนจริง จัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติในโรงพยาบาลและในชุมชนทั้งหมด (ศราวุธ เรืองสวัสดิ์ และ พวงเพ็ญ เผือกสวัสดิ์, 2564) ส่งผลกระทบเป็นอย่างยิ่งสำหรับรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ ซึ่งนักศึกษาพยาบาลต้องดูแลมารดาและทารก ทั้งในภาวะปกติ และมีความซับซ้อนทางคลินิก ถือว่าเป็นเนื้อหาและทักษะที่มีความสำคัญสำหรับนักศึกษาพยาบาล ซึ่งจะจบการศึกษาไปเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ขึ้นหนึ่งในอนาคต

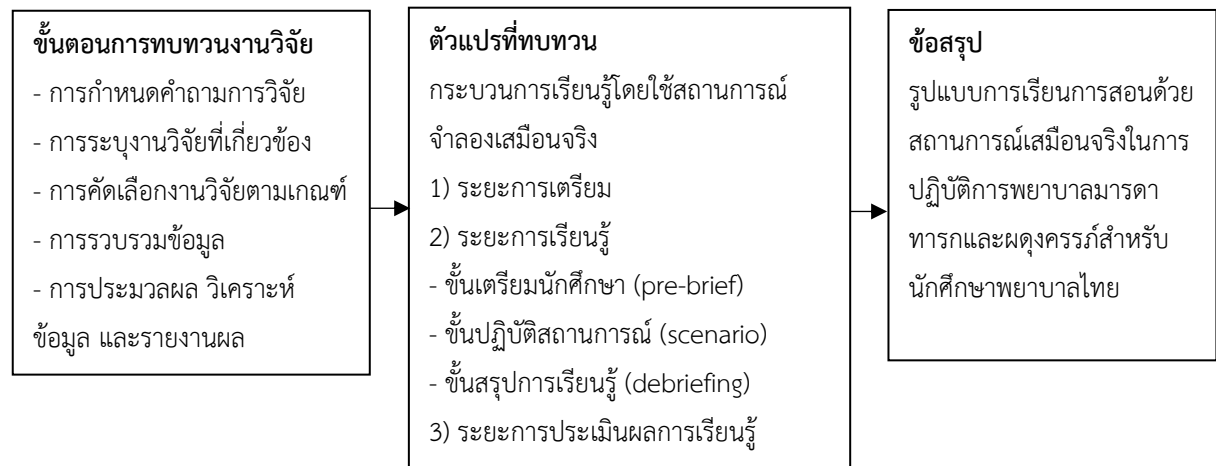
การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง (simulation-based learning: SBL) ในทางพยาบาลศาสตร์ศึกษา จัดเป็นนวัตกรรมการสอนเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้โดยไม่เสี่ยงต่ออันตรายกับผู้ป่วยจริง (Alshutwi et al., 2022) เป็นทางเลือกที่เหมาะสมในการฝึกอบรมทางคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และพัฒนาความสามารถทางคลินิกที่จำเป็นโดยใช้การฝึกสถานการณ์เสมือนจริงจากหุ่นจำลองเฉพาะที่ควบคุมโดยซอฟต์แวร์คอมพิวเตอร์หรือมนุษย์จริงที่แสดงบทบาทเป็นผู้ป่วย (Hegland et al., 2017) เป็นวิธีการเรียนการสอนที่ต้องการให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ผู้เรียนสามารถปฏิบัติพยาบาลในสถานการณ์เสมือนจริงซ้ำได้หลายครั้งจนเกิดความมั่นใจก่อนให้การพยาบาลผู้ป่วยจริง (Cordeau, 2013) รูปแบบการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์เสมือนจริงมี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านผู้สอน เป็นผู้จัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยผู้เรียนเป็นศูนย์กลางการเรียน 2) ด้านผู้เรียน ซึ่งถูกมอบหมายให้มีความรับผิดชอบที่จะเรียนรู้ด้วยตนเอง 3) การจัดการเรียนรู้ มุ่งให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม การใช้หุ่นจำลองที่สามารถโต้ตอบได้ มีการให้ข้อมูลป้อนกลับ ตลอดจนการเรียนรู้ที่มีความหลากหลาย 4) การออกแบบสถานการณ์

เสมือนจริง ประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์ของความเหมือนจริง ความซับซ้อนของสถานการณ์ การสื่อสารข้อมูล และการอภิปราย และ 5) ผลลัพธ์การเรียนรู้ ที่คำนึงถึงความรู้ ทักษะ ความพึงพอใจของผู้เรียน การคิดวิจารณ์ญาณ และความมั่นใจในตนเองของผู้เรียน และมีกระบวนการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะการเตรียม 2) ระยะการเรียนรู้ และ 3) ระยะการประเมินผลการเรียนรู้ (Jefferies, 2005) จะเห็นได้ว่าการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงเป็นทางเลือกที่เหมาะสมในการฝึกอบรมทางคลินิกสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ต้องมีการเว้นระยะห่างทางสังคมจากการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา (COVID-19) (Alshutwi et al., 2022)

อย่างไรก็ตาม ยังมีคำถามที่ไม่ชัดเจนเกี่ยวกับรูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์สำหรับนักศึกษาพยาบาล ที่สอดคล้องกับทั้ง 3 ขั้นตอนของการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงนั้นเป็นอย่างไร คณะผู้วิจัยจึงสนใจหาข้อสรุปดังกล่าว โดยการประยุกต์ใช้การทบทวนขอบเขต (scoping review) (Arksey & O'Malley, 2005) จากเอกสารงานวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลอง เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่ชัดเจนเกี่ยวกับรูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาล และนำไปพัฒนาใช้เป็นแนวปฏิบัติที่ดี ในการเตรียมรับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระลอกใหม่หรือการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการทบทวนขอบเขต (scoping review) เกี่ยวกับลักษณะรูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์สำหรับนักศึกษาพยาบาลไทย โดยเป็นผลงานวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลอง ที่เผยแพร่ในช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2565 (ค.ศ. 2017-2022) ซึ่งมี 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดคำถามการวิจัย 2) การระบุนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 3) การคัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด 4) การรวบรวมข้อมูล และ 5) การประมวลผล วิเคราะห์ข้อมูล และรายงานผล (Arksey & O'Malley, 2005) บนพื้นฐานของกระบวนการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะการเตรียม 2) ระยะการเรียนรู้ และ 3) ระยะการประเมินผลการเรียนรู้ (Jefferies, 2005) โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัยรูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาลไทย: การทบทวนขอบเขต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อทบทวนขอบเขตเกี่ยวกับรูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาลไทย

คำถามการวิจัย

รูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาลไทยเป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

การทบทวนขอบเขต (scoping review) (Arksey & O'Malley, 2005) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน รายละเอียด ดังนี้

1. ระบุปัญหาของการวิจัย (identification of research questions) คือ รูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาลไทย

2. กำหนดงานศึกษาที่เกี่ยวข้อง (identification relevant studies) โดยประชากรเป็นงานวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาลไทย ทำการศึกษาในประเทศไทยที่เผยแพร่ระหว่าง พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2565 ใช้คำสืบค้น ดังนี้ จัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง (Simulation Based Learning), ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง (The Effects of using Simulation Based Learning), การเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ (Simulation-based Learning in Maternal and Newborn Nursing and Midwifery), นักศึกษาพยาบาลไทย (Thai Nursing Students)

3. คัดเลือกงาน (selection studies) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกรงานวิจัยโดยผู้วิจัยทบทวน คัดเลือกรงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบการวิจัยโดยมีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับกร ทดลอง งานวิจัยแบบกึ่งทดลองที่มีกลุ่มควบคุม และงานวิจัยแบบกึ่งทดลองที่ไม่มีกลุ่มควบคุม ส่วนเกณฑ์ การคัดออก คือ งานวิจัยที่ไม่สมบูรณ์ รายละเอียดไม่เพียงพอและไม่สอดคล้องตามวัตถุประสงค์

4. ทำตารางข้อมูลงานที่เกี่ยวข้อง (charting the data) โดยใช้แบบบันทึกผลการสกัดข้อมูล ดังตาราง 1

5. สรุปข้อมูลและรายงานผลงานศึกษา (collating, summarizing and reporting the results) จากการทบทวนพบว่าม้งานวิจัยที่สืบค้นจากฐานข้อมูล PubMed, Medical Library, Science Direct, Cochrane Library, TDC-ThaiLIS และ TCI พบรายงานการวิจัยจำนวน 95 เรื่อง นำไปคัดกรองเรื่องที่มี ความซ้ำซ้อนจากฐานข้อมูลที่แตกต่างกัน เหลือจำนวน 74 เรื่อง และนำไปคัดกรองเบื้องต้นจากชื่อเรื่องและ บทคัดย่อ พบว่ามีรายงานการวิจัยที่ผ่านการคัดกรองเบื้องต้น จำนวน 32 เรื่อง จากนั้น นำไปคัดเข้าเฉพาะ การศึกษาวิจัยที่เผยแพร่ในช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2565 (ค.ศ. 2017-2022) เนื่องจากการเรียนการสอน รูปแบบใหม่ในประเทศไทย พบว่าผ่านเกณฑ์คัดกรองจำนวน 19 เรื่อง และสืบค้นฉบับสมบูรณ์และ นำไปคัดกรองโดยใช้แบบคัดกรองงานวิจัย พบว่ามีงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าเพื่อทำการทบทวน จำนวน 6 เรื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยผู้วิจัยใช้เครื่องมือของสถาบัน The Joanna Briggs Institute ได้แก่ แบบการประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงทดลอง (The Joanna Briggs Institute, 2017a) และแบบการประเมินคุณภาพงานวิจัยกึ่งทดลอง (The Joanna Briggs Institute, 2017b) โดยหากพบว่า บทความวิจัยแสดงข้อมูลตรงตามข้อคำถามที่ประเมิน ให้ 1 คะแนน ไม่มีข้อมูลหรือไม่ชัดเจน ให้ 0 คะแนน และหากไม่เกี่ยวข้อง ไม่คิดคะแนนข้อนั้น นำคะแนน รวมที่ได้มาคำนวณเป็นค่าร้อยละ โดยมีเกณฑ์ในการ แปลผล ดังนี้ คะแนนเท่ากับและมากกว่าร้อยละ 75 คุณภาพระดับสูง คะแนนร้อยละ 50-74.99 คุณภาพ ระดับปานกลาง และคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50 คุณภาพระดับต่ำ

2. แบบบันทึกผลการสกัดข้อมูล (data extraction form) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดย ดัดแปลงจากเครื่องมือที่พัฒนาโดยสถาบัน The Joanna Briggs Institute (The Joanna Briggs Institute, 2014) ในการลงบันทึกข้อมูลจากงานวิจัยหรือบทความที่คัดเลือกมาเพื่อทบทวน เพื่อนำไป วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัย ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของงานวิจัย ได้แก่ ผู้ทำวิจัย ปีที่พิมพ์เผยแพร่ ระเบียบวิธีวิจัย กลุ่มตัวอย่างและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา รายวิชาหรือเนื้อหาทางการพยาบาล และ 2) เนื้อหาสาระของงานวิจัย ได้แก่ รูปแบบ และผลการวิจัยของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์ เสมือนจริงในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาล

เครื่องมือการวิจัยนี้ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล ด้านการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญการ วิจัยการทบทวนขอบเขต จำนวน 1 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง .67 - 1.00 ทุกข้อ

และนำไปทดลองปฏิบัติกับเอกสารรายงานการวิจัย 3 เรื่อง โดยแยกทำอย่างเป็นอิสระจากกัน จากนั้นนำผลการลงบันทึกที่ได้มาเปรียบเทียบเพื่อหาความสอดคล้องตรงกันของการบันทึก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของเอกสารรายงานการวิจัย โดยใช้สถิติพรรณนา
2. วิเคราะห์ และสังเคราะห์รูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาลไทย โดยใช้การวิเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเอกสาร ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ แบบยกเว้น (exemption) ของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ PCKCN REC 27/2565 ลงวันที่ 10 พฤศจิกายน 2565

ตาราง 1 แบบบันทึกผลการสกัดข้อมูลงานวิจัยรูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาลไทย

ลำดับ/ ปีที่ เผยแพร่	ชื่อผู้แต่ง/ระเบียบ วิธีวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/รายวิชา หรือเนื้อหาทางการ พยาบาล	รูปแบบโปรแกรมที่ใช้/ กระบวนการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง
1/2565	กนกวรรณ กุลชาติ และคณะ การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัด ก่อน-หลังการ ทดลอง	ชั้นปีที่ 4 จำนวน 76 คน/ ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติ วิชาการผดุงครรภ์	1. ระยะการเตรียม เป็นการเตรียมสถานการณ์จำลองเสมือนจริง แบ่งเป็น 1.1 ระดับง่าย สำหรับฝึกทักษะที่จำเป็นในระยะตั้งครรภ์ 2 สถานการณ์ ได้แก่ 1) การคำนวณอายุครรภ์และการตรวจครรภ์ และ 2) วิธีการคุมกำเนิด ระยะคลอด 4 สถานการณ์ ได้แก่ 1) การเตรียมอุปกรณ์ทำคลอด 2) การทำคลอดทารก 3) การทำคลอดรกและการตรวจรก และ 4) การประเมินและเย็บแผลฝีเย็บ และระยะหลังคลอด 4 สถานการณ์ ได้แก่ 1) การตรวจร่างกายมารดาหลังคลอด 2) การตรวจร่างกายทารกเกิด 3) การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ 4) การฉีดวัคซีนในทารกแรกเกิด 1.2 ระดับยาก จำนวน 4 สถานการณ์ ได้แก่ 1) ภาวะตกเลือดหลังคลอด 2) การบริหารยาแมกนีเซียมซัลเฟตในผู้คลอดที่มีความดันโลหิตสูง 3) การช่วยคลอดในภาวะคลอดไหล่ยาก และ 4) การประเมินและช่วยเหลือทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจน ซึ่งในแต่ละสถานการณ์

ลำดับ/ ปีที่ เผยแพร่	ชื่อผู้แต่ง/ระเบียบ วิธีวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/รายวิชา หรือเนื้อหาทางการ พยาบาล	รูปแบบโปรแกรมที่ใช้/ กระบวนการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง
			จะประกอบด้วย 3 ฉาก ได้แก่ ระยะเวลาแรก ระยะเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลง และระยะพักฟื้น 2. ระยะเวลาการเรียนรู้ 2.1 ทำแบบสอบถามความรู้ และความมั่นใจในการเรียนรู้ โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงก่อนการทดลอง 2.2 ชี้แจงก่อนการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงทั้งหมด ประมาณ 60 นาที 2.3 ดำเนินการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง 3 ขั้นตอน ได้แก่ 2.3.1 ขั้นเตรียม (pre-brief) ชี้แจงรายละเอียด 10 นาที 2.3.2 ขั้นปฏิบัติในสถานการณ์ (scenario) 30 นาที 2.3.3 ขั้นสรุปการเรียนรู้ (debriefing) 20 นาที 3. ระยะเวลาประเมินผลการเรียนรู้ 3.1 ประเมินความรู้ด้วยแบบทดสอบก่อนและหลังการเรียนรู้ 3.2 ประเมินความมั่นใจในตนเองด้วยแบบสอบถามก่อนและหลังการเรียนรู้ 3.3 ประเมินความพึงพอใจของนักศึกษา ด้วยแบบสอบถาม
2/2564	พัทธวรรณ ชูเลิศ, และคณะ การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัด ก่อน-หลังการ ทดลอง	ชั้นปีที่ 3 จำนวน 35 คน/ การพยาบาลใน ระยะตั้งครรภ์ ระยะรอ คลอด และระยะคลอด	1. ระยะเวลาเตรียม 1.1 การเตรียมความพร้อมผู้สอน 1.2 การจัดเตรียมโจทย์สถานการณ์ 1.3 การจัดเตรียมห้องปฏิบัติการเสมือนจริง 2. ระยะเวลาการเรียนรู้ ระยะเวลาในการปฏิบัติทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย 2.1 ขั้นเตรียมนักศึกษา (pre-brief) ผู้เรียนทุกกลุ่มพร้อมทั้งแนะนำให้ผู้เรียนศึกษารายละเอียด 2.2 ขั้นปฏิบัติในสถานการณ์ (scenario) ผู้เรียนได้ฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแลช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์ตามที่กำหนด ประกอบด้วยสถานการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะตั้งครรภ์ การดูแลผู้คลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด และการทำคลอด

ลำดับ/ ปีที่ เผยแพร่	ชื่อผู้แต่ง/ระเบียบ วิธีวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/รายวิชา หรือเนื้อหาทางการ พยาบาล	รูปแบบโปรแกรมที่ใช้/ กระบวนการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง
			2.3 ขั้นสรุปการเรียนรู้ (debriefing) ให้ผู้เรียนสะท้อนคิดกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติในสถานการณ์ โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้เรียนสะท้อนคิด 3. ระยะการประเมินผลการเรียนรู้ 3.1 ประเมินความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกโดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังการเรียนรู้ 3.2 ประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาโดยใช้แบบสอบถาม
3/2564	ตรีชฎา ปันสำเร็จ และคณะ การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัด ก่อน-หลังการ ทดลอง	ชั้นปีที่ 4 จำนวน 61 คน/ ปฏิบัติการพยาบาล มารดา ทารกและการ ผดุงครรภ์ 2	1. ระยะการเตรียม - เตรียมแผนการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงจำนวน 5 เรื่องได้แก่ 1) การพยาบาลมารดาที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ 2) การพยาบาลมารดาที่มีภาวะคลอดติดไหล่ 3) การพยาบาลมารดาที่มีภาวะสายสะดือย้อย 4) การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด และ 5) การกู้ชีพทารกแรกเกิด 2. ระยะการเรียนรู้ 2.1 ขั้นเตรียมนักศึกษา (pre-brief) 2.2 ขั้นปฏิบัติในสถานการณ์ (scenario) โดยแบ่งนักศึกษาเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 7-8 คน เลือกนักศึกษา 2-3 คน ปฏิบัติการพยาบาลภายใต้สถานการณ์ที่กำหนดโดยการประเมินสภาพการระบุปัญหา และปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง 2.3 ขั้นสรุปการเรียนรู้ (debriefing) อภิปรายโดยใช้ GAS Model และการสะท้อนคิด (Reflection) 3. ระยะการประเมินผลการเรียนรู้ 3.1 ประเมินการรับรู้ทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาด้วยแบบสอบถามก่อนและหลังการเรียนรู้ 3.2 ประเมินทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาโดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังการเรียนรู้
4/2563	สุธารัตน์ วุฒศักดิ์ ไพศาล และคณะ การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัด	ชั้นปีที่ 3 จำนวน 80 คน/ ปฏิบัติการพยาบาล มารดาทารกและผดุง ครรภ์ 1	1. ระยะการเตรียม - เตรียมแผนการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงเรื่อง การพยาบาลในระยะที่ 2 ของการคลอด 2. ระยะการเรียนรู้ กลุ่มทดลองได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติ เป็นรายกลุ่ม ๆ ละ 8 คน

ลำดับ/ ปีที่ เผยแพร่	ชื่อผู้แต่ง/ระเบียบ วิธีวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/รายวิชา หรือเนื้อหาทางการ พยาบาล	รูปแบบโปรแกรมที่ใช้/ กระบวนการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง
ก่อน-หลังการ ทดลอง			2.1 ชี้แจงลักษณะวิชา รายละเอียดของรายวิชา 2.2 ทำแบบทดสอบวัดความรู้ 20 นาที และทำแบบวัด ความมั่นใจในตนเอง 15 นาที 2.3 เข้าเรียนรู้ในสถานการณ์จำลอง โดยผู้วิจัยจัดให้กลุ่ม ทดลองเข้าเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองครั้งละ 4 คน ขั้นตอน การเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองมี 3 ขั้นตอน คือ 2.3.1 ขั้นเตรียมนักศึกษา (pre-brief) ใช้เวลา 15 นาที 2.3.2 ขั้นปฏิบัติในสถานการณ์ (scenario) ใช้เวลาใน การปฏิบัติสถานการณ์จำลองประมาณ 40 นาที 2.3.3 ขั้นสรุปการเรียนรู้ (debriefing) ใช้เวลา 60 นาที โดยให้ผู้เรียนได้สะท้อนคิด (reflective thinking) และ สะท้อนกลับ (feedback) 3. ระยะการประเมินผลการเรียนรู้ 3.1 ประเมินความรู้ด้วยแบบสอบถามก่อนและหลังการ เรียนรู้ 3.2 ประเมินความมั่นใจในตนเองด้วยแบบสอบถามก่อน และหลังการเรียนรู้ 3.3 ประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาโดยใช้ แบบสอบถาม
5/2562	ดวงกมล หน่อแก้ว และคณะ (2562) การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัด ก่อน-หลังทดลอง แบบสุ่ม	ชั้นปี 4 จำนวน 80 คน/ ก่อนการฝึกวิชา ปฏิบัติการพยาบาล มารดา ทารก และผดุง ครรภ์ 2	1. ระยะการเตรียม 1.1 เตรียมสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูง 4 สถานการณ์ คือ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะมดลูกแตก ภาวะเครียดของทารกในครรภ์ ภาวะสายสะดือย้อย 2. ระยะการเรียนรู้ กิจกรรมการเรียนรู้ 3 ขั้นตอน แบ่งกลุ่ม ย่อย 5 คน จำนวน 8 กลุ่ม ประกอบด้วย 2.1 ขั้นเตรียมนักศึกษา (pre-brief) ใช้เวลา 60 นาที 2.2 ขั้นปฏิบัติในสถานการณ์ (scenario) การฝึกทักษะ ปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน กลุ่มละ 15 นาที จนครบทุกสถานการณ์ 2.3 ขั้นสรุปการเรียนรู้ (debriefing) ใช้เวลา 30 นาที 3. ระยะการประเมินผลการเรียนรู้ การรวบรวมข้อมูลหลัง ทดลอง (posttest) ภายหลังการเรียนรู้ 2 สัปดาห์ 3.1 ประเมินความรู้ด้วยแบบสอบถามก่อนและหลังการ เรียนรู้

ลำดับ/ ปีที่ เผยแพร่	ชื่อผู้แต่ง/ระเบียบ วิธีวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง/รายวิชา หรือเนื้อหาทางการ พยาบาล	รูปแบบโปรแกรมที่ใช้/ กระบวนการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง
			3.2 ประเมินทักษะปฏิบัติก่อนและหลังการเรียนรู้ 3.3 ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังการเรียนรู้ 3.4 ประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาโดยใช้แบบสอบถาม
6/ 2021	Pansuwan & Klankhajhon (quasi-- experimental research, one group pretest- posttest design	30 students of Year 4 / Nursing of early postpartum hemorrhage	1. Preparation phase The content of early postpartum hemorrhage scenario consists of the definition, etiology, risk factors, signa and symptoms, treatment, holistic nursing care, and continuous care. The contents were designed based on the evidences of nursing care of women with early postpartum hemorrhage. 2. Learning phase 2.1 The learning outcomes data through the performance test around 30 minutes and satisfaction around 15 minutes after the completion of the simulated scenario. 2.2 The simulation program was proceeded as follows: 2.3.1 spilt students into 6 groups, 5 students in each group 2.3.2 pre-briefing stage about scenario around 15 minutes 2.3.3 scenario stage with SimMom in the simulation laboratory around 30 minutes 2.3.4 debriefing stage with team around 15 minutes and reflective feedback around 15 minutes 3. Learning evaluation phase 3.1 performance in nursing care 3.2 satisfied learning by using the simulation program

ผลการวิจัย

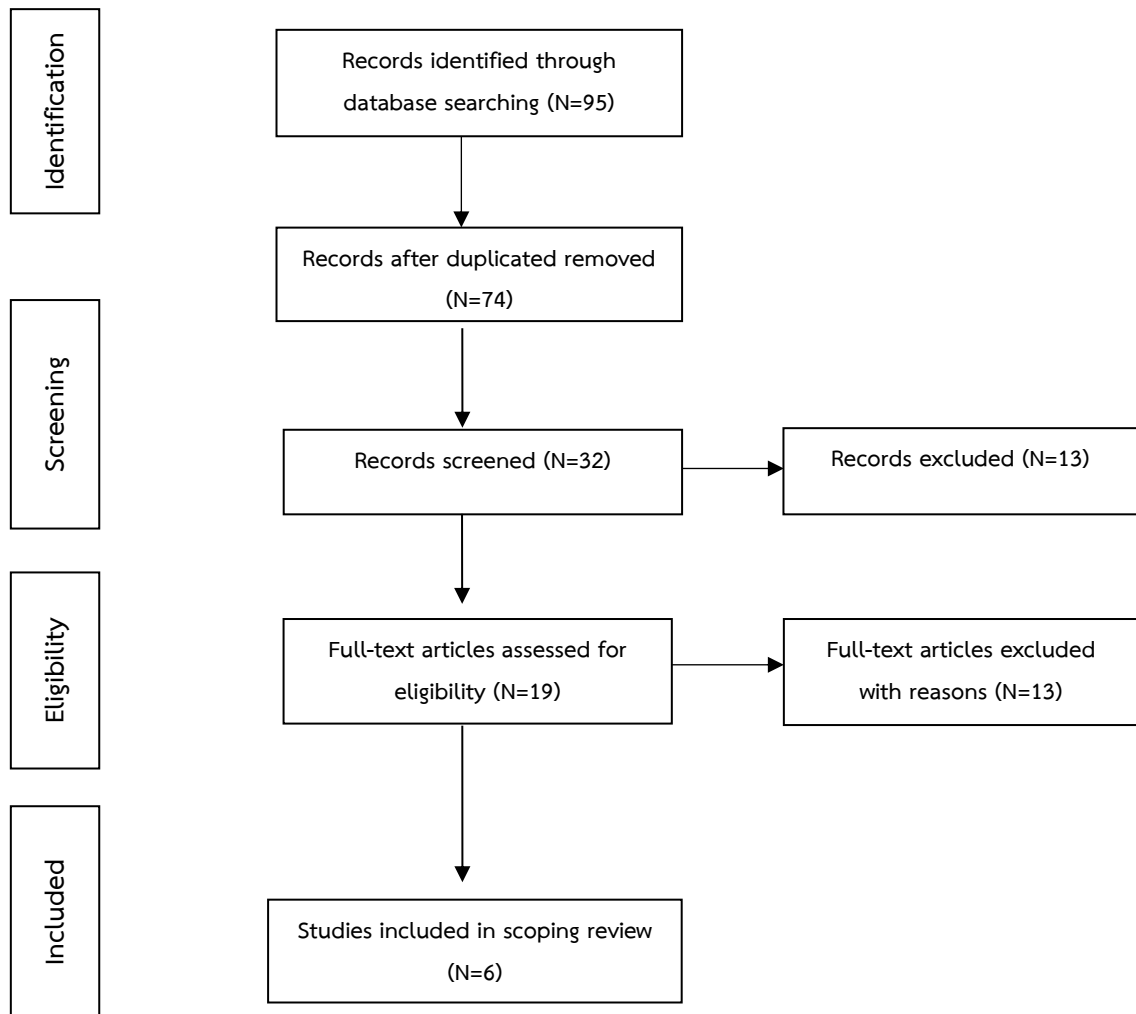
1. คุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวกับรูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาลพบว่า ส่วนใหญ่ตีพิมพ์ในช่วงปีพ.ศ. 2564 คิดเป็นร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง จำนวน 5 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 83.33 ซึ่งเป็นแบบ 1 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง จำนวน 4 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 66.67 งานวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง จำนวน 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 16.67 งานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุมแบบสุ่ม จำนวน 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 16.67 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นนักศึกษาพยาบาลในระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่กำลังศึกษาในระดับชั้นปีที่ 4 จำนวน 4 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 66.67 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอยู่ระหว่าง 71-80 คน จำนวน 3 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่แบ่งกลุ่มย่อยของนักศึกษาในสถานการณ์จำลองระดับง่าย จำนวน 7-8 คน จำนวน 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 33.33 และแบ่งกลุ่มย่อยของนักศึกษาในสถานการณ์จำลองระดับยากจำนวน 4-5 คน จำนวน 3 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 50 ประเภทรายวิชา/เนื้อหาทางการพยาบาลของสถานการณ์จำลอง ส่วนใหญ่เป็นรายวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1 และ 2 จำนวน 3 เรื่อง คิดเป็น ร้อยละ 50.00 และก่อนฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1 และ 2 จำนวน 2 เรื่อง คิดเป็น ร้อยละ 33.33 ตามลำดับ ดังภาพที่ 2

2. รูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงของนักศึกษาพยาบาล พบว่ามี การทดสอบความรู้และทักษะก่อนทดลองโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 6 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 100 มีกระบวนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง 3 ระยะ ได้แก่

2.1 ระยะการเตรียม เป็นการเตรียมโจทย์สถานการณ์จำลองเสมือนจริงทั้งระดับยาก (สูง) และระดับง่าย (ต่ำ) ขึ้นอยู่กับเนื้อหาของรายวิชาตามหลักสูตร

2.2 ระยะการเรียนรู้ ประกอบด้วย

2.2.1 ขั้นเตรียมนักศึกษา (pre-brief) เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการจัดการเรียน เริ่มตั้งแต่การเตรียมความพร้อมของผู้สอน การจัดเตรียมสถานการณ์ จัดเตรียมการประเมินผลผู้เรียน เตรียมความพร้อมผู้เรียน และเตรียมความพร้อมห้องปฏิบัติการเสมือนจริง ส่วนใหญ่ใช้เวลา 15 นาที และ 60 นาที จำนวนเท่ากันคือ 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 33.33



ภาพ 2 PRISMA flow diagram (Moher et al., 2009)

2.2.2 ขั้นปฏิบัติในสถานการณ์ (scenario) ส่วนใหญ่ใช้เวลา 15-40 นาที จำนวน 4 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 66.67

2.2.3 ขั้นสรุปการเรียนรู้ (debriefing) โดยการสะท้อนคิดประสบการณ์จากสถานการณ์จำลอง จากวิดีโอที่บันทึกพฤติกรรมขณะเรียน สรุปหลักการหรือแนวคิดรอบยอด และการวางแผนตนเองเพื่อจะนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ รวมทั้งการนำทฤษฎี GAS Model มาประยุกต์ใช้ ส่วนใหญ่ใช้เวลา 15 - 60 นาที จำนวน 4 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 66.67

2.3 ระยะเวลาประเมินผลการเรียนรู้ มีการทดสอบความรู้หลังทดลองทันทีที่ใช้แบบสอบถาม จำนวน 5 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 83.33 และมีการติดตามทดสอบความรู้ หลังทดลอง 2 สัปดาห์ จำนวน 1 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 16.67 ผลลัพธ์จากการวิจัย พบว่าส่วนใหญ่จะประเมินความพึงพอใจต่อการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง จำนวน 5 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 83.33 ความรู้ จำนวน 3

เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 50 ความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติการพยาบาล และทักษะการปฏิบัติ การพยาบาล จำนวน 2 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 33.33 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละของรูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ของนักศึกษาพยาบาลไทย (n = 6)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
การทดสอบความรู้ก่อนทดลอง (pretest)		
มี	6	100.00
ไม่มี	0	0.00
ระยะเวลาที่ใช้ในการ Pre-brief		
15 นาที	2	33.33
60 นาที	2	33.33
ไม่ระบุ	2	33.33
ระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติ SIM		
15 นาที	1	16.67
30 นาที	1	16.67
40 นาที	2	33.33
ไม่ระบุ	2	33.33
ระยะเวลาที่ใช้ในการ De-brief		
15 นาที	1	16.67
20 นาที	1	16.67
30 นาที	1	16.67
60 นาที	1	16.67
ไม่ระบุ	2	33.33
การทดสอบความรู้หลังทดลอง (posttest)		
หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที	5	83.33
หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	1	16.67
การวัดผลลัพธ์จากการวิจัย		
ความรู้	3	50.00
ความรู้ ความสามารถ/สมรรถนะของตนเอง	1	16.67
ความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติการพยาบาล	2	33.33
ความพึงพอใจต่อการเรียนการสอน	5	83.33
ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก	1	16.67
ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล	2	33.33
ทักษะการตัดสินใจทางคลินิก	1	16.67

การอภิปรายผล

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงของนักศึกษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ มี 3 ระยะ คือ

1. ระยะการเตรียม เป็นการเตรียมโจทย์สถานการณ์จำลองเสมือนจริงให้สอดคล้องกับเนื้อหาของรายวิชาตามหลักสูตร สอดคล้องกับ Jefferies (2005) ที่กล่าวว่าการเตรียมสถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่ดีจะส่งเสริมให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่คาดหวัง และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการเตรียมสถานการณ์ได้ดังนี้ 1) กำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ควรจะสัมพันธ์กับระดับความรู้และประสบการณ์ของผู้เรียน และครอบคลุมองค์ประกอบทั้งด้านพุทธิพิสัย ทักษะพิสัยและจิตพิสัย 2) ออกแบบสถานการณ์สถานการณ์ต้องเหมือนจริงมากที่สุดทั้งผู้ป่วย อุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม 3) กำหนดบทบาทของผู้อยู่ในสถานการณ์ ได้แก่ แพทย์ ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย 4) กำหนดรายการอุปกรณ์ที่ใช้ในแต่ละสถานการณ์ และจัดเตรียมให้ครบถ้วน 5) สร้างแบบประเมินการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้ 6) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเหมือนจริงและความสมบูรณ์ของสถานการณ์ ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้และประสบการณ์ในการพยาบาลตามสถานการณ์จำลอง และ 7) ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำข้อมูลทั้งหมดลงโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อควบคุมให้หุ่นจำลอง ทดสอบความสมบูรณ์ของโปรแกรม หลังจากนั้นปรับแก้ไขสถานการณ์ให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

2. ระยะการเรียนรู้ ประกอบด้วย

2.1 ขั้นเตรียมนักศึกษา (pre-brief) เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการจัดการเรียน เริ่มตั้งแต่การเตรียมความพร้อมของผู้สอน การจัดเตรียมสถานการณ์ จัดเตรียมการประเมินผลผู้เรียน เตรียมความพร้อมผู้เรียน และเตรียมความพร้อมห้องปฏิบัติการเสมือนจริง ส่วนใหญ่ใช้เวลา 15 และ 60 นาที ซึ่งใกล้เคียงกับสมจิตต์ สินธุชัย และกันยารัตน์ อุบลวรรณ (2560) ที่กล่าวว่าขั้นนำเป็นการชี้แจงรายละเอียดการเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลอง ใช้เวลา 20 นาที สำหรับในสถานการณ์แรก ต่อมาเมื่อผู้เรียนเริ่มคุ้นเคยกับการเรียน เวลาที่ใช้ในขั้นนี้จะลดลง ผู้สอนปฐมนิเทศและให้คำแนะนำแก่ผู้เรียนเกี่ยวกับภาพรวมเบื้องต้นของสถานการณ์จำลอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการฝึกปฏิบัติ การปฏิบัติตัวในห้องปฏิบัติการเสมือนจริง การทำงานของหุ่นเสมือนจริง แนะนำอุปกรณ์ต่าง ๆ และเปิดโอกาสให้ผู้เรียนสร้างความคุ้นเคยกับหุ่นและอุปกรณ์ในห้อง และสร้างบรรยากาศให้ผู้เรียนรู้สึกปลอดภัย ดังการศึกษาของ MacKinnon et al. (2017) พบว่า แนวปฏิบัติที่เหมาะสมของการเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลอง ทั้งความจริง ตรงประเด็น การมีส่วนร่วมระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน การจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่ปลอดภัยและไม่คุกคาม และคำแนะนำที่สนับสนุนตลอดกระบวนการเรียน ทั้งนี้ ผู้สอนต้องเตรียมความพร้อมผู้เรียนล่วงหน้า โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองที่เสมือนจริง และชี้แจงให้ผู้เรียนทราบถึงวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้แต่ละสถานการณ์เอกสารตำราที่ควรศึกษา เพื่อให้ผู้เรียนทบทวนค้นคว้าความรู้ก่อนเข้าเรียน จำนวนผู้เรียนแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนประมาณ 6-8 คน การเรียนรู้ในสถานการณ์แต่ละสถานการณ์ใช้เวลาประมาณ 60 นาที ตามขั้นตอนการเรียนรู้

2.2 ขั้นปฏิบัติในสถานการณ์ (scenario) ส่วนใหญ่ใช้เวลา 15-40 นาที สอดคล้องกับ Jefferies (2005) ที่กล่าวว่า การปฏิบัติในสถานการณ์ ใช้เวลา 15-20 นาที ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ผู้เรียนได้ฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในสถานการณ์ต่าง ๆ เป็นการทำงานร่วมกันเป็นทีม และปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทที่กำหนดไว้

2.3 ขั้นสรุปการเรียนรู้ (debriefing) โดยการสะท้อนคิดประสบการณ์จากสถานการณ์จำลอง จากวิดีโอที่บันทึกพฤติกรรมขณะเรียน สรุปหลักการหรือแนวคิดรอบยอด และการวางแผนตนเอง เพื่อจะนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ รวมทั้งการนำทฤษฎี GAS Model มาประยุกต์ใช้ ส่วนใหญ่ใช้เวลา 15 - 60 นาที สอดคล้องกับสมจิตต์ สินธุชัย และกันยารัตน์ อุบลวรรณ (2560) ซึ่งกล่าวว่า ขั้นตอนการสรุปผลการเรียนรู้เป็นหัวใจสำคัญของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง ผู้สอนและผู้เรียนร่วมกันตรวจสอบประสบการณ์ผ่านการสะท้อนคิด ช่วยให้ผู้เรียนถ่ายโยงความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ ผู้เรียนได้ทำความเข้าใจวิเคราะห์ความคิดความรู้สึกต่อกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติในสถานการณ์ และสรุปหลักการหรือแนวคิดที่จะนำไปประยุกต์ในสถานการณ์ใหม่ และประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมที่ใช้ในการทดลอง ทั้งนี้ความรู้หรือทักษะที่ใช้วัดผลลัพธ์จากการวิจัย พบว่าส่วนใหญ่จะประเมินความมั่นใจในตนเอง ในการปฏิบัติการพยาบาล ความพึงพอใจต่อการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของวงเดือน สุวรรณศิริ และคณะ (2559) ที่พบว่าวิธีการเรียนการสอนสถานการณ์จำลองเสมือนจริงจะสนับสนุนให้ผู้เรียน เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล มีสมรรถนะเชิงวิชาชีพ รวมทั้งการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิชาชีพเพิ่มขึ้น และการศึกษาของ MacKinnon et al. (2017) พบว่า การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเป็นการเตรียมความพร้อมที่ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการให้การพยาบาลมารดาและทารก

3. ระยะการประเมินผลการเรียนรู้ มีการทดสอบความรู้หลังทดลองทันทีที่ใช้แบบสอบถาม ส่วนใหญ่จะประเมินความพึงพอใจต่อการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติการพยาบาล และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องกับ Jefferies (2005) ที่กล่าวว่าตามกรอบแนวคิดการศึกษาทางการพยาบาลด้วยสถานการณ์จำลอง จะต้องประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ความรู้ ทักษะการปฏิบัติ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจทางการพยาบาล ความพึงพอใจ และความมั่นใจในตนเอง

การเตรียมความพร้อมของนักศึกษาก่อนการฝึกปฏิบัติงานจริงบนหอผู้ป่วยโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ที่ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะการเตรียม เป็นการเตรียมโจทย์สถานการณ์จำลองเสมือนจริงให้สอดคล้องกับเนื้อหาของรายวิชาตามหลักสูตร 2) ระยะการเรียนรู้ ได้แก่ การเตรียมความพร้อมของผู้สอน ผู้เรียน จัดเตรียมสถานการณ์ เตรียมห้องปฏิบัติการเสมือนจริง และการประเมินผลผู้เรียน รวมทั้ง การดำเนินสถานการณ์จำลอง ที่ใช้โจทย์สถานการณ์ตามความยากง่ายของเนื้อหาและตรงกับหลักสูตรการเรียน และสรุปผลการเรียนรู้ที่ผ่านกระบวนการป้อนกลับและการสะท้อนคิด ภายได้สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย มีผู้สอนเป็นผู้อำนวยความสะดวกให้นักศึกษาเกิดกระบวนการเรียนรู้ และมีโอกาสได้ฝึกซ้อมจนเกิดความมั่นใจในตนเอง และ 3) ระยะการประเมินผลการเรียนรู้ ควรประเมินผลครอบคลุม

ผลลัพธ์การเรียนรู้ ทั้งด้านความรู้ ทักษะการปฏิบัติ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจทางการพยาบาล ความพึงพอใจ และความมั่นใจในตนเอง

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะรายงานการวิจัยเชิงทดลอง ในช่วง พ.ศ. 2560-2565 ผลการวิจัยจึงไม่สามารถอ้างอิงไปยังผลการวิจัยที่มีรูปแบบหรือในช่วงเวลาอื่นได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

นำองค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับอาจารย์ของวิทยาลัยหรือหน่วยงานทางการศึกษาพยาบาลต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชน เพื่อช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถประยุกต์ทฤษฎีสู่การปฏิบัติจนเกิดความมั่นใจ และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริงมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อความปลอดภัยและคุณภาพในการพยาบาล

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีงานวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อค้นหาและอธิบายถึงปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงของปัจจัยส่งเสริม ปัญหา อุปสรรคในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงของนักศึกษาพยาบาล ทั้งผู้สอนและผู้เรียน เพื่อให้เกิดความเข้าใจลึกซึ้งในปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้ง การสังเคราะห์งานในต่างประเทศเปรียบเทียบกับประเทศไทย นำไปสู่การพัฒนาและการจัดการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

รายการอ้างอิง

- กนกวรรณ กุลชาติ, นิตยา พันธงาม, จตุพร ก้าวศรี, สมสกุล นิละสมิต, ทิววรรณ เทพา, ชลรดาร์ก พันธุชิน, สมพร วัฒนกุลเกียรติ, และ ฐิติ สัจจวรรณพนา. (2565). ผลของการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติวิชาชีพปฏิบัติการผดุงครรภ์ ต่อความรู้ ความพึงพอใจ และความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 45(1), 112-123.
- กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. (2563). *ประกาศกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม เรื่อง มาตรการและการเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19*. https://www.ops.go.th/images/2563/muaAdmin/corona/COVID_3.pdf
- ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการให้ความเห็นชอบหลักสูตรการศึกษาระดับวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ระดับวิชาชีพ พ.ศ. 2563. (2563, 1 ธันวาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 137 ตอนพิเศษ 280 ง. หน้า 36-46. [https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/normal2563\(1\).PDF](https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/normal2563(1).PDF)

- ดวงกมล หน่อแก้ว, มนชยา ก้างยาง, พรรณวดี บุณนารมย์, จงลักษณ์ ทวีแก้ว, นวพล แก่นบุปผา, และ ไวยพร พรหมวงศ์. (2562). ผลของโปรแกรมการสอนโดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงระดับสูงในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนต่อความรู้ ทักษะปฏิบัติและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 29(3), 53-65.
- ตรีชฎา ปุ่นสำเร็จ, สุพรรณิ กัณห์ดิลก, รุ่งรวี ประเสริฐศรี, และ ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ. (2564). ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานและสถานการณ์เสมือนจริงที่มีต่อการรับรู้ทักษะการตัดสินใจทางคลินิกและทักษะการตัดสินใจทางคลินิก ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 14(1), 14-32.
- พัทธวรรณ ชูเลิศ, มนัสชนก กุลพานิชย์, อ้อมใจ พลกายา, รัชนี ครองระวะ, และ หยาดชล ทวีธนา วนิชย์. (2564). รูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงสำหรับนักศึกษาพยาบาลในยุคโควิด-19. *วารสารมหาจุฬานาครธรรม์*, 8(12), 121-133.
- วงเดือน สุวรรณศิริ, อรพิน จุลมุลี, และ ฐิตติอาภา ตั้งคำวานิช. (2559). การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองสำหรับนิสิตนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 28(2), 1-14.
- ศราวุธ เรืองสวัสดิ์, และ พวงเพ็ญ เผือกสวัสดิ์. (2564). การจัดการเรียนการสอนของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 4(2), 101-114.
- สุภารัตน์ วุฒศักดิ์ไพศาล, ศิริพร ชุตเจื้อจิ้น, และ เขมจิรา ท้าวน้อย. (2563). ผลของการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติงานต่อความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองของนักศึกษา. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 14(2), 74-81.
- สมจิตต์ สินธุชัย, และกันยารัตน์ อุบลวรรณ. (2560). การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง: การนำไปใช้จัดการเรียนการสอน. *วารสารพยาบาลกองทัพบก*, 18(1), 29-38.
- Alshutwi, S., Alsharif, F., Shibily, F., Wedad M., A., Almotairy, M. M., & Algabbashi, M. (2022). Maintaining clinical training continuity during COVID-19 pandemic: Nursing students' perceptions about simulation-based learning. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), Article 2180. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042180>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology: Theory & Practice*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Cordeau, M. A. (2013). Teaching holistic nursing using clinical simulation: A pedagogical essay. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(4), 40-50.

- Hegland, P. A., Aarlie, H., Strømme, H., & Jamtvedt, G. (2017). Simulation-based training for nurses: Systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 54, 6-20. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.04.004>
- Jefferies P. R. (2005). A framework for designing, implementing, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. *Nursing Education Perspectives*, 26, 96-103.
- MacKinnon, K., Marcellus, L., Rivers, J., Gordon, C., Ryan, M., & Butcher, D. (2017). Student and educator experiences of maternal-child simulation-based learning: A systematic review of qualitative evidence. *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(11), 2666-2706. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2016-003147>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 264-269.
- Pansuwan, K., & Klankhajhon, S. (2021). The effect of using simulation-based learning on nursing performances of early postpartum hemorrhage in nursing students. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 9(3), 175-180. <https://doi.org/10.24198/jkp.v9i3.1682>
- The Joanna Briggs Institute. (2014). *Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2014 edition*. <https://nursing.lsuhs.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/ReviewersManual.pdf>
- The Joanna Briggs Institute. (2017a). *Checklist for randomized controlled trials*. https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI_RCTs_Appraisal_tool2017_0.pdf
- The Joanna Briggs Institute. (2017b). *Checklist for quasi-experimental studies (non-randomized experimental studies)*. https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI_Quasi-Experimental_Appraisal_Tool2017_0.pdf
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease (COVID-19) questions and answers (general)*. <https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/q-a-on-covid-19/q-a-on-covid-19-general>

บทความวิจัย (Research article)

ผลของการสอนโดยใช้นวัตกรรมสื่อการสอนทางอินเทอร์เน็ต เรื่อง การคัดกรองและ
ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ต่อผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้และความพึงพอใจของนักศึกษา
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

The Effect of Geriatric Assessment Instructional Media Innovation on
Learning Achievement and Satisfaction of Nursing Students,
Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi

จิตติมา ดวงแก้ว¹, สุพรรณณี เปี้ยวนาลาว^{1*}, สุภาวดี นพรุจจินดา¹

Jittima Duangkaew¹, Supanee Peawnalaw^{1*}, Supawadee Noparoojjinda¹

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: suphaneer@snc.ac.th; โทรศัพท์ 086-6281750)

(Received: September 20, 2022; Revised: December 18, 2022; Accepted: December 20, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ
1) เปรียบเทียบคะแนนผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ ระหว่างก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนด้วย
นวัตกรรมสื่อการสอนทางอินเทอร์เน็ต เรื่อง การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ รายวิชาการ
พยาบาลผู้สูงอายุ และ 2) ศึกษาระดับความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมสื่อการสอน กลุ่มตัวอย่าง คือ
นักเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2564 จำนวน 101 คน เครื่องมือที่ใช้ใน
การวิจัย ได้แก่ นวัตกรรมสื่อการสอนทางอินเทอร์เน็ต เรื่อง การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ
ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ แบบทดสอบผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ มีค่าความ
เชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ .81 และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมสื่อการสอนทาง
อินเทอร์เน็ต มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .78 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ
เชิงพรรณนา และการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลภายหลังการสอนด้วย
นวัตกรรมสื่อการสอนทางอินเทอร์เน็ต ($M = 18.26, SD = 1.85$) สูงกว่าก่อนเรียน ($M = 14.86, SD = .58$)
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 21.37, p < .001$) และมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Ministry of Public Health

($M = 3.62$, $SD = .87$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในด้านอรรถประโยชน์ ($M = 3.64$, $SD = .91$) และต่ำสุดในด้านความถูกต้อง ($M = 3.55$, $SD = .92$)

ผลการวิจัยนี้ สามารถนำไปเป็นข้อมูลสนับสนุนในการนำนวัตกรรมสื่อการสอน เรื่อง การคัดกรอง และประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษามีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่สูงขึ้นไป

คำสำคัญ: นวัตกรรมสื่อการสอน, ผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้, ความพึงพอใจ, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This quasi-experimental research with a one-group pretest-posttest design aims to 1) compare the result of the Geriatric assessment instructional media innovation on the learning achievement of nursing science student pre-test scores and post-test scores. and to 2) assess the students' satisfaction in learning lessons through geriatric assessment instructional media innovation. The samples were 101 second-year nursing students who took the Gerontological nursing course during the 2021 academic year. Research instruments are the Geriatric assessment instructional media innovation which has been tested for validity with .67-1.00. The pre-test/post-test knowledge assessment and a set of questionnaires to measure students' satisfaction towards the instructional media innovation. The questionnaires have been tested for reliability with .81 and .78 respectively. The data has been analyzed by using descriptive statistics and paired t-tests.

The research results are: The posttest score ($M = 18.26$, $SD = 1.85$) in the learning achievement was significantly higher than the pretest score ($M = 14.86$, $SD = .58$) at the p-value of .05 ($t = 21.37$, $p < .001$), and the average score in the satisfaction in of instructional media Innovation were at a good level ($M = 3.62$, $SD = .87$). After considering each aspect, it is found that the highest score from instructional media innovation is an aspect of utility ($M = 3.64$, $SD = .91$) and the lowest score is an aspect of accuracy ($M = 3.55$, $SD = .92$).

The research toward the Geriatric assessment instructional media innovation should be promoted for higher learning achievement of nursing students.

Keywords: Instructional media innovation, Learning achievement, Satisfaction, Nursing students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โลกของเราในปัจจุบันได้ก้าวเข้าสู่สังคมเทคโนโลยี ทำให้เกิดรูปแบบการจัดการศึกษาที่ทันสมัยและน่าสนใจเป็นอย่างมาก มีการนำเอานวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการศึกษาเข้ามาใช้ในรูปแบบของสื่อการเรียนการสอนผ่านเครือข่ายการเรียนรู้ ที่ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง และการแสวงหาความรู้ได้จำกัดอยู่เฉพาะภายในห้องเรียน (วิจารณ์ พานิช, 2556) เป้าหมายหลักของการศึกษา จึงไม่ใช่ตัวเนื้อหาหรือสาระความรู้ แต่เป็นการฝึกให้เกิดทักษะที่จำเป็น และฝึกการเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิต (Trilling & Fadel, 2009) ซึ่งมีรูปแบบการเรียนการสอนที่หลากหลายวิธีที่ทำให้ผู้สอนและผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันได้ โดยพิจารณาตามองค์ประกอบ ความสอดคล้องกับลักษณะวิชา และบริบทของผู้เรียน เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลให้ผู้เรียนเกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ (บุศบา ทาธง และคณะ, 2562)

การจัดการเรียนการสอนในสาขาการพยาบาลศาสตร์ นักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องเรียนรู้ทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ และต้องเรียนรู้อยู่ตลอดเวลาและอย่างต่อเนื่อง (ปิยะ ศักดิ์เจริญ, 2558) กระบวนการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองจึงมีความเหมาะสมเป็นอย่างมาก (Gould, 2012) การเรียนรู้โดยการชี้นำตนเองเป็นการจัดการเรียนการสอนที่เน้นความต้องการของผู้เรียน โดยมีผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง และสร้างบรรยากาศให้ผู้เรียนเกิดความพร้อมในการเรียนรู้ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (Knowles, 1980) ซึ่งผู้เรียนจะมีอิสระ เกิดความคิดสร้างสรรค์ ปราศรณาในความสำเร็จ และเกิดความรู้สึภาคภูมิใจในตนเอง (ละเอียด แจ่มจันทร์ และสายสมร เกลยกิตติ, 2557) การจัดการเรียนการสอนที่ผู้สอนเป็นผู้กำหนดเนื้อหา ทำให้ผู้เรียนขาดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และไม่สามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนด้วยนวัตกรรมสื่อการสอน เพื่อทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง

นวัตกรรมสื่อการสอนมีความสำคัญกับการเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 ช่วยให้การจัดการศึกษามีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น เป็นการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนที่มีความสอดคล้องกับลักษณะผู้เรียนในปัจจุบัน ซึ่งเป็นวิธีที่ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองตามความต้องการของตนเอง สามารถสืบค้นความรู้ได้ทางอินเทอร์เน็ต ถือเป็นการสนับสนุนการจัดการเรียนรู้เชิงรุก ซึ่งเป็นวิธีการที่ช่วยฝึกทักษะการคิดและสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้มากกว่าการจัดการเรียนรู้แบบตั้งรับ การพัฒนาการจัดการเรียนรู้ที่ผสมผสานการเรียนในห้องเรียนที่เป็นแบบเผชิญหน้าระหว่างผู้เรียนและผู้สอนกับการเรียนนอกห้องเรียนโดยผ่านกิจกรรมและแอปพลิเคชันต่างๆ เป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่ยืดหยุ่นและน่าสนใจ (วรวิศา วรวงศ์ และคณะ, 2562) นักศึกษาพยาบาลในยุคเจนเอเรชั่น Z ซึ่งเติบโตมาพร้อมกับเทคโนโลยีดิจิทัลและสังคมออนไลน์ที่มีการสื่อสารผ่านสมาร์ตโฟน อินเทอร์เน็ตและสื่อออนไลน์ มีความความสามารถด้านเทคโนโลยี ชอบความเร็ว ทันทีทันใด สีสันสดใส และบรรยากาศ (สรินทร์ เขียวโสธร และคณะ, 2563)

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้สื่อการสอนอิเล็กทรอนิกส์ต่อการเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความพึงพอใจของผู้เรียนพบว่า มีทั้งในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน (นิภา กิมสูงเนิน และสุวรรีย์ เพชรแต่ง, 2559) วิชา เทคโนโลยีสารสนเทศทางการพยาบาล (สาวิตรี สิงหาต และคณะ, 2561)

และรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 (เดือนเพ็ญ บุญมาชู และคณะ, 2564) แต่ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับผลการสอนโดยใช้นวัตกรรมสื่อการสอนทางอินเทอร์เน็ตในวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ในปีการศึกษา 2563 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี มีการพัฒนาหลักสูตรและการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับคุณลักษณะของผู้เรียนร่วมกับการจัดการเรียนการสอนที่อยู่ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของ การติดเชื้อโคโรนาไวรัส-19 (COVID-19) จึงทำให้การเรียนรู้ของผู้เรียนไม่ได้เกิดขึ้นภายในห้องเรียนเพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับข้อคิดเห็นผ่านการประเมินประสิทธิภาพการเรียนการสอนวิชา การพยาบาล ผู้สูงอายุพบว่า สื่อการสอนยังไม่ทันสมัย และข้อคิดเห็นจากผู้สอนพบว่า ผู้เรียนขาดองค์ความรู้และทักษะ การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้ผู้เรียนไม่มั่นใจในการซักประวัติ และตรวจร่างกายผู้สูงอายุ

การประเมินสุขภาพถือเป็นเครื่องมือที่ช่วยค้นหาปัญหา ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยของ ผู้สูงอายุ ในปีการศึกษา 2564 ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จึงได้สร้างนวัตกรรมสื่อการสอน ทางอินเทอร์เน็ต โดยใช้งานผ่านสมาร์ทโฟน มีเนื้อหาการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุที่มีทั้งข้อความ รูปภาพ และวิดีโอ โดยผู้เรียนสามารถฝึกปฏิบัติประเมินสุขภาพผู้สูงอายุจากกรณีตัวอย่าง พร้อมทั้งแสดงผลลัพธ์ แบบทันที อีกทั้งยังสามารถเข้าไปทบทวนเนื้อหาได้ตลอดเวลา ซึ่งเป็นนวัตกรรมสื่อการสอนมีความ เหมาะสมกับลักษณะสภาพปัญหาของรายวิชาและลักษณะผู้เรียนในปัจจุบัน ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์ ผู้สอน จึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรมสื่อการสอนทางอินเทอร์เน็ต เรื่อง การคัดกรองและ ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้เรียนและผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ สามารถประเมินภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุได้สะดวก รวดเร็ว และวางแผนการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

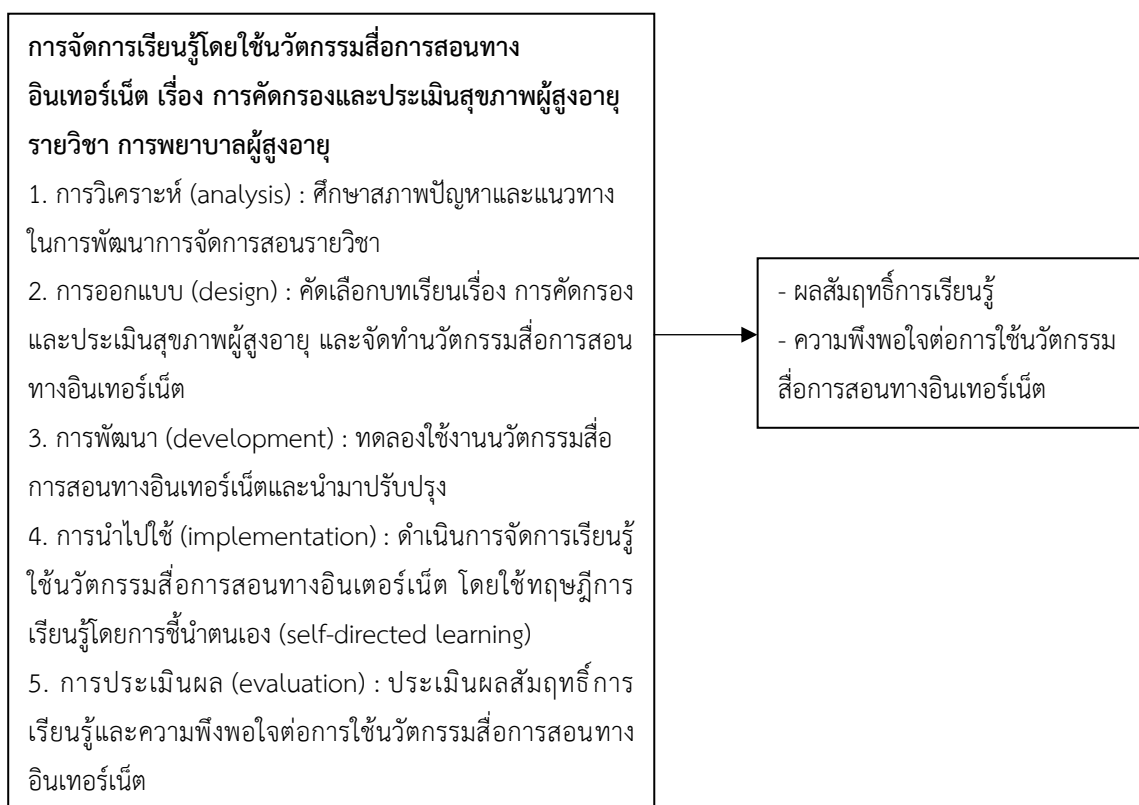
1. เพื่อเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ระหว่างก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนด้วย นวัตกรรมสื่อการสอนทางอินเทอร์เน็ต เรื่อง การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ รายวิชาการ พยาบาลผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมสื่อการสอนทางอินเทอร์เน็ต เรื่อง การคัด กรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการเรียนโดยใช้นวัตกรรมสื่อการสอนทางอินเทอร์เน็ต เรื่อง การคัดกรองและประเมิน สุขภาพผู้สูงอายุ นักศึกษาพยาบาลมีผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้สูงกว่าก่อนการเรียน และมีความพึงพอใจอยู่ใน ระดับมาก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

นวัตกรรมสื่อการสอนทางอินเทอร์เน็ต เรื่อง การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ สร้างขึ้นบนพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้โดยการชี้นำตนเอง (self-directed learning) ของ Knowles (1980) โดยมีกระบวนการจัดการเรียนรู้แบบเชิงรุกที่เน้นความต้องการของผู้เรียน ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ผู้สอนทำหน้าที่อำนวยความสะดวก เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความพร้อมในการเรียนรู้ตลอดเวลา และอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ และดำเนินการพัฒนาการสอนออนไลน์ตามแบบจำลอง ADDIE (McGriff & Steven, 2000) ส่งผลให้ผู้เรียนมีความพึงพอใจการใช้วัตกรรมการสอนทางอินเทอร์เน็ต โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดในการวิจัย ผลของการสอนโดยใช้นวัตกรรมสื่อการสอนทางอินเทอร์เน็ต เรื่อง การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ต่อผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้และความพึงพอใจของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (quasi-experimental research, one group pretest-posttest design) มีวิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ทำการศึกษาในประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2564 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี จำนวน 101 คน คัดเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) ลงทะเบียนเรียน รายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุเต็มเวลา 2) มีเวลาในการเข้าเรียน อย่างน้อย 80% ของเวลาเรียนทั้งหมด และ 2) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยตามระยะเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ นวัตกรรมสื่อการสอนทางอินเทอร์เน็ต เรื่อง การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นสื่อการสอนอิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้งานผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นเรียนรู้โดยการชี้นำตนเอง (Knowles, 1980) และพัฒนาการสอนออนไลน์ตามแบบจำลอง ADDIE (McGriff & Steven, 2000) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

- วิเคราะห์ (analysis) ศึกษาสภาพปัญหาและการนำผลการจัดการเรียนการสอน รายวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุ ในปีการศึกษาที่ผ่านมาวางแผนร่วมกับอาจารย์ในภาควิชา ร่วมกับการจัดการเรียนการสอนอยู่ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) วิทยาลัยกำหนดนโยบายการจัดการเรียนการสอนที่ผสมผสานทั้งรูปแบบการเรียนในห้องเรียนและออนไลน์ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างสูงสุด

- ออกแบบ (design) ผู้วิจัยเตรียมสร้างนวัตกรรมสื่อการสอน โดยกำหนดเนื้อหาและลงมือเขียนเว็บแอปพลิเคชัน (web application) แบบหน้าจอดีด้วยภาษามาร์กอัป (html5) ร่วมกับการนำเข้าไฟล์รูปภาพและวิดีโอ และสร้างเป็นรหัสคิวอาร์ (Quick Response: QR code) เพื่อความสะดวกในการใช้งานสำหรับผู้เรียน โดยเน้นให้ผู้เรียนสามารถใช้งานผ่านอุปกรณ์เคลื่อนที่ เช่น สมาร์ทโฟน หรือ แท็บเล็ต

- พัฒนา (development) นำนวัตกรรมสื่อการสอนทางอินเทอร์เน็ตไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลปีที่ 2 ของวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคกลางที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และนำมาพัฒนาปรับปรุงแก้ไข

- การนำไปใช้ (implementation): นำนวัตกรรมสื่อการสอนทางอินเทอร์เน็ต เรื่อง การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ไปทดลองใช้โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (quasi-experimental research, one group pretest-posttest design)

- ประเมินผล (evaluation) ประเมินความรู้ด้วยแบบสอบหลังเรียน (post-test) และประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมสื่อการสอนทางอินเทอร์เน็ต

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และเกรดเฉลี่ยสะสม

2.2 แบบทดสอบผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ เรื่อง การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างตามขอบเขตเนื้อหาหัวข้อสอบ (test blueprint) เป็นข้อสอบแบบปรนัย เลือกตอบ 4

ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ โดยถูกต้องให้ข้อละ 1 คะแนน และตอบผิด ให้คะแนน เท่ากับ 0 คะแนน คิดคะแนนรวมโดยมีคะแนนระหว่าง 0 - 20 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (16-20 คะแนน) หมายถึง ระดับสูง

คะแนนร้อยละ 60-79 (12-15 คะแนน) หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-11 คะแนน) หมายถึง ระดับต่ำ

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมสื่อการสอนทางอินเทอร์เน็ต เรื่อง การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 14 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ อรรถประโยชน์ รูปแบบการใช้งาน ความเหมาะสม ความถูกต้อง และความรับผิดชอบ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนระหว่าง 5 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด จนถึง 1 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด คิดคะแนนเฉลี่ยรายด้านและโดยรวม โดยมีเกณฑ์ในการการแปลผลคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (Best, 1997)

ระหว่าง 4.50-5.00 คะแนน หมายถึง ระดับมากที่สุด

ระหว่าง 3.50-4.49 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

ระหว่าง 2.50-3.49 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ระหว่าง 1.50-2.49 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย

ระหว่าง 1.00-1.49 คะแนน หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำนวัตกรรมสื่อการสอนทางอินเทอร์เน็ต เรื่อง การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ แบบทดสอบผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมสื่อการสอนทางอินเทอร์เน็ต ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านเทคโนโลยีการศึกษา และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) เท่ากับ .67 -1.00 จากนั้นนำแบบทดสอบผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมสื่อการสอนทางอินเทอร์เน็ต ไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลปีที่ 2 ของวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคกลางที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยแบบทดสอบผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ มีค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ .81 และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมสื่อการสอนทางอินเทอร์เน็ต มีค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) เท่ากับ .78

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการทดลอง

ก่อนการทดลอง 1 วัน ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยและวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับ และความไม่สะดวกที่อาจจะได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ ซึ่งเป็นไปตามความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่าง

สามารถการปฏิเสธการให้ข้อมูลการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ และยังคงได้รับการจัดการเรียนการสอนและการประเมินผลตามมาตรฐาน ข้อมูลการวิจัยจะเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้ เตรียมความพร้อมของเครือข่ายอินเทอร์เน็ต และอุปกรณ์สื่อสารแบบเคลื่อนที่ เพื่อสแกนรหัสคิวอาร์ (QR code) ในการเข้าใช้งานนวัตกรรมสื่อการสอน หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ก่อนเรียน (pretest) เรื่อง การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 25 นาที

2. ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการจัดการเรียนรู้ รายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ในหัวข้อ การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 4 ชั่วโมง ประกอบด้วยเนื้อหา การประเมินด้านร่างกาย จิตสังคม การทำหน้าที่ การประเมินปัจจัยเอื้อต่อภาวะสุขภาพ เช่น แหล่งประโยชน์จากครอบครัว ชุมชน สังคมและสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ และการประเมินผู้ดูแล โดยผู้วิจัยเป็นผู้สอนในชั่วโมงการเตรียมการสอนและให้ผู้เรียนฝึกปฏิบัติการประเมินจากกรณีตัวอย่างผ่านนวัตกรรมสื่อการสอนที่แสดงผลลัพธ์การประเมินแบบทันที และกลุ่มตัวอย่างสามารถศึกษาทบทวนด้วยตนเองนอกเวลาเรียน

3. ขั้นตอนหลังการทดลอง หลังจากเสร็จสิ้นการเรียนการสอน 1 วัน ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้หลังเรียน (posttest) และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมสื่อการสอนทางอินเทอร์เน็ต โดยใช้ระยะเวลาในการตอบ คนละ 30 นาที หลังการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการเรียนโดยใช้นวัตกรรมสื่อการสอนทางอินเทอร์เน็ต เรื่อง การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test)
3. วิเคราะห์ระดับความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล ภายหลังการเรียนโดยใช้นวัตกรรมสื่อการสอนทางอินเทอร์เน็ต เรื่อง การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี รหัสจริยธรรมที่ EC-028/2564 ลงวันที่ 25 เมษายน 2564 การวิจัยนี้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาศึกษา และขอคำยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาโดยสมัครใจ การเข้าร่วมการวิจัยนี้มีความเสี่ยงต่ำ ผู้เรียนมีสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลต่อการ

ประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน โดยข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2564 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 92.08 และเพศชาย จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 7.92 นักศึกษาส่วนใหญ่อายุ เท่ากับ 20 ปี จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 77.23 นักศึกษาส่วนใหญ่อายุมีเกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร (GPA) 3.00 ขึ้นไป จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 45.55 รองมาเกรดเฉลี่ยสะสม 2.51 – 2.99 จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 36.63 และเกรดเฉลี่ยสะสมน้อยกว่า 2.50 จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 17.82

2. การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังเรียนโดยใช้นวัตกรรมสื่อการสอนทางอินเทอร์เน็ต เรื่อง การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ก่อนเรียน เท่ากับ 14.86 ($SD = 0.58$) และคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้หลังเรียนเพิ่มขึ้นเป็น 18.26 ($SD = 1.85$) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 21.37, p < .001$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการทดสอบทีคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังเรียนโดยใช้นวัตกรรมสื่อการสอนทางอินเทอร์เน็ต เรื่อง การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ($n = 101$)

การทดสอบ	M	SD	Mean difference	t	df	p
ก่อนการเรียน	14.86	.58	-3.41	21.37*	100	< .001
หลังการเรียน	18.26	1.85				

* $p < .05$

3. ระดับความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมสื่อการสอนทางอินเทอร์เน็ต เรื่อง การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.62, SD = .87$) และคะแนนเฉลี่ยรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านอรรถประโยชน์ ($M = 3.64, SD = .91$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ความถูกต้อง ($M = 3.55, SD = .92$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และระดับความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมสื่อการสอนทางอินเทอร์เน็ต เรื่อง การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ จำแนกรายด้านและโดยรวม (*n* = 101)

ด้าน	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
อรรถประโยชน์	3.64	.91	มาก
เป็นนวัตกรรมที่น่าสนใจ	3.65	.87	มาก
เป็นนวัตกรรมที่มีประโยชน์ต่อการเรียนการสอน	3.69	.86	มาก
ข้อมูลที่ได้รับตรงประเด็นที่ต้องการ	3.60	.88	มาก
รูปแบบการใช้งาน	3.63	.84	มาก
รูปแบบการเรียนรู้มีความสะดวก	3.56	.80	มาก
เนื้อหาเข้าใจได้ง่าย	3.60	.88	มาก
เนื้อหาสอดคล้องกับบทเรียน	3.63	.87	มาก
การนำเสนอเนื้อหาและภาพประกอบน่าสนใจ	3.67	.87	มาก
การออกแบบนวัตกรรมมีความเหมาะสมและสวยงาม	3.65	.87	มาก
นวัตกรรมช่วยกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง	3.67	.79	มาก
ความเหมาะสม	3.63	.86	มาก
สามารถนำไปใช้งานได้จริง	3.65	.87	มาก
นวัตกรรมทำให้ผู้เรียนมีความมั่นใจในการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ	3.60	.88	มาก
ความถูกต้อง	3.55	.92	มาก
เนื้อหามีความถูกต้องตามหลักการ	3.56	.91	มาก
การแปลผลมีความถูกต้องและแม่นยำ	3.54	.93	มาก
ความรับผิดชอบในการประเมิน	3.60	.90	มาก
ผลการคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุถูกต้องและนำไปใช้อ้างอิงได้	3.60	.90	มาก
โดยรวม	3.62	.87	มาก

การอภิปรายผล

1. นักศึกษาพยาบาลที่เรียนด้วยนวัตกรรมสื่อการสอนทางอินเทอร์เน็ต เรื่อง การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ รายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มีผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาโดยใช้สื่อการสอนอิเล็กทรอนิกส์ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยรังสิต (นิภา กิมสูงเนิน และสุวรีย์ เพชรแต่ง, 2559) และการสอนด้วย e-Learning ในกระบวนการพยาบาลผู้สูงอายุ (วนิชา พิงชมภู และ ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2557) และการจัดการเรียนการสอนด้วย e-Learning รายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 (เดือนเพ็ญ บุญมาชู และคณะ, 2564) ซึ่งอธิบายได้ว่า นวัตกรรมสื่อการสอนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ทำให้ผู้เรียนเข้าใจมิติการ

ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การประเมินด้านร่างกาย จิตสังคม การทำหน้าที่ ปัจจัยเอื้อต่อภาวะสุขภาพ และการประเมินผู้ดูแล จากการฝึกปฏิบัติจากกรณีตัวอย่าง ซึ่งช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนได้วิเคราะห์ถึงปัญหาสุขภาพ อีกทั้งยังเป็นสื่อที่ช่วยให้ผู้เรียนสามารถเข้าไปเรียนรู้และทบทวนได้ตลอดเวลา สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ด้วยการชี้นำตนเอง ที่ว่าผู้เรียนจะสามารถเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น บุคคลที่เรียนรู้ด้วยการริเริ่มของตนเองจะเรียนได้มากกว่าดีกว่า มีความตั้งใจ มีจุดมุ่งหมายและมีแรงจูงใจสูงกว่า สามารถนำประโยชน์จากการเรียนรู้ไปใช้ได้ดีกว่าและยาวนานกว่าคนที่เรียนรู้โดยเป็นแต่เพียงผู้รับหรือรอการถ่ายทอดจากผู้สอนเท่านั้น (Griffin, 1983) ซึ่งเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ โดยผู้สอนต้องสร้างบรรยากาศในการเรียนให้เกิดขึ้น เพื่อให้นักศึกษาสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้เรียนมีผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้เพิ่มขึ้นหลังได้รับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้นวัตกรรมสื่อการสอน

2. นักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้นวัตกรรมสื่อการสอนทางอินเทอร์เน็ต เรื่อง การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ รายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ($M = 3.62$, $SD = .87$) ซึ่งอธิบายได้ว่า นวัตกรรมสื่อการสอนทางอินเทอร์เน็ตสอดคล้องกับลักษณะของผู้เรียนสาขาพยาบาลศาสตร์ในปัจจุบัน ซึ่งเป็นคนรุ่นใหม่ยุคเจนเอเรชั่น Z สามารถเรียนรู้ผ่านสมาร์ทโฟน และสามารถทบทวนบทเรียนด้วยตนเอง (สรินทร เขียวโสธร และคณะ, 2563) นอกจากนี้ ยังเป็นการผสมผสานเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีทั้งภาพประกอบ เสียงและวิดีโอที่ดึงดูดและกระตุ้นความสนใจของผู้เรียน ส่งผลให้ผู้เรียนมีความพึงพอใจในรูปแบบการใช้งาน การนำเสนอเนื้อหา และภาพประกอบมีความน่าสนใจ ช่วยกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนการสอนด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์ของรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1 (วรวิศา วรวงศ์ และคณะ, 2562) และบทเรียนคอมพิวเตอร์บนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต เรื่องอุทกเศียร (อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ และคณะ, 2554) ซึ่งผู้เรียนมีความพึงพอใจในเทคนิคการนำเสนอเนื้อหาและภาพประกอบ รวมทั้ง การออกแบบที่มีความสวยงาม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

นวัตกรรมสื่อการสอนทางอินเทอร์เน็ต การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ รายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ช่วยเพิ่มผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ของผู้เรียน ดังนั้น ผู้สอนควรนำสื่อไปพัฒนาให้ครอบคลุมหัวข้ออื่นๆ ทั้งรายวิชา

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มเปรียบเทียบและมีการวัดซ้ำ เพื่อติดตามการคงอยู่ของผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และเพิ่มการศึกษาตัวแปรตามเกี่ยวกับทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักเรียนพยาบาลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ. (2564). *คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564*. http://dmscaretools.dms.go.th/geriatric/download/DMS_Aging_screening.pdf
- เดือนเพ็ญ บุญมาชู, ธัญทิพย์ คลังชำนาญ, และ ภรณ์ แก้วลี. (2564). ผลของการจัดการเรียนการสอนด้วย e-Learning ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาในรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 15(37), 352-364.
- นิภา กิมสูงเนิน, และ สุรวิทย์ เพชรแดง. (2559). ผลการใช้สื่อการสอนอิเล็กทรอนิกส์ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยรังสิต. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 9(1), 63-74.
- บุศบา ทาธง, ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์, และ บุษกร แก้วเขียว. (2562). ผลของการจัดการเรียนการสอน โดยประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อผลลัพธ์การเรียนรู้และความพึงพอใจของนักศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิตในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนี ชัยนาท. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 11(1), 155-168.
- ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ, ผกามาศ พิธรากร, และ ภคพร กลิ่นหอม. (2563). การพัฒนานวัตกรรมทางการ พยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 3(3), 1-15.
- ปิยะ ศักดิ์เจริญ. (2558). ทฤษฎีการเรียนรู้ผู้ใหญ่และแนวคิดการเรียนรู้ด้วยการชี้นำตนเอง: กระบวนการ เรียนรู้เพื่อการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 16(1), 8-13.
- ละเอียด แจ่มจันทร์, และ สายสมร เฉลยกิตติ. (2557). พลเมืองอาเซียน: แนวคิดในการจัดการศึกษา พยาบาลศาสตร์. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 155-161
- วิจารณ์ พานิช. (2556). *การสร้างการเรียนรู้สู่ศตวรรษที่ 21*. มูลนิธิสยามกัมมาจล.
- วริศา วรวงศ์, พูลทรัพย์ ลาภเจียม, และ วราภรณ์ บุญยงค์. (2562). การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอน ด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์ของผู้เรียนรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ 1. *วารสาร สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ*, 25(2), 1-25.
- วณิชา พิงชมพู่, และ ศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2557). การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนด้วย E-Learning สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตในกระบวนวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ. *พยาบาลสาร*, 41(ฉบับ พิเศษ), 11-25.
- สาวิตรี สิงหาด, สุพัต กิตติวรเวช, และ อธิพงศ์ สุริยา. (2561). ผลสัมฤทธิ์และความพึงพอใจของนักศึกษา พยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนผ่าน Google Classroom ในรายวิชา เทคโนโลยีสารสนเทศ ทางการพยาบาล. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, 9(2), 124-137.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2544). *การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 4). บุญศิริการพิมพ์.

- สายสมร เฉลยกิตติ, สรินทร เชี่ยวโสธร, และ ญาดา น้อยเลิศ. (2562). การพัฒนาการเรียนรู้ด้วยนวัตกรรมสื่อการสอนเสมือนจริงโดยสมาร์ทโฟน. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 25(1), 5-15.
- สรินทร เชี่ยวโสธร, ญาดา น้อยเลิศ, และ สายสมร เฉลยกิตติ. (2563). ผลของการจัดการเรียนรู้ด้วยสื่อเสมือนจริงของนักเรียนพยาบาลกองทัพบก ต่อทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 4(3), 152-163.
- อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, วารุณี เกตุอินทร์, สุวรรณิ แสงอาทิตย์, และ วิโรจน์ ฉิ่งเล็ก. (2554). การทดสอบประสิทธิภาพของบทเรียนคอมพิวเตอร์บนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต เรื่อง อุทกเศียร (Hydrocephalus) สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 3(2), 91-103.
- Best, W. J. (1997). *Research in education*. Allyn and Bacon.
- Gould, J. (2012). *Learning theory and classroom practice in the lifelong learning sector* (2nd ed.). Learning Matters.
- Griffin, C. (1983). *Curriculum theory in adult lifelong education*. Croom Helm.
- Knowles, M.S. (1984). *Self-directed learning: A neglected species* (3rd ed.). Gulf Publishing.
- Likert, R. (1967). *The method of constructing and attitude scale: Reading in attitude theory and measurement*. Wiley & Son.
- McGriff, S. J. (2000). Instructional system design (ISD): Using the ADDIE model. <https://www.lib.purdue.edu/sites/default/files/directory/butler38/ADDIE.pdf>
- Trilling, B., & Fadel, C. (2009). *Learning and innovation skills. 21st century skills learning for life in our times*. Jossey-Bass.

บทความวิจัย (Research article)

ผลการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรในโครงการหมอในบ้านพยาบาลในใจ ต่อสมรรถนะสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาแพทย์ The Effect of Co-Curricular Activities in Mor Nai Ban Payaban Ani Jai (Medical in Your Home, Nurse in Your Heart) Project Towards Inter-Professional Competency among Nursing, and Medical Students

เพ็ญจมาศ คำชนะ¹, จิราภรณ์ อนุชา², นงนุช วงศ์สว่าง^{2*}, สมบัติ หัซลีฬา³
Phenchamat Khamthana¹, Chiraporn Anucha², Nongnuch Wongsawang^{2*},
Sombat Hatchaleelaha³

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

(Received: August 31, 2022; Revised: December 22, 2022; Accepted: December 23, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาหลังการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมหลักสูตรในโครงการหมอในบ้านพยาบาลในใจ และเปรียบเทียบสมรรถนะสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมหลักสูตร กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี และนักศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 80 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสมมติใจ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ คู่มือการจัดการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพ: กิจกรรมเสริมหลักสูตรในโครงการหมอในบ้านพยาบาลในใจและแบบประเมินสมรรถนะสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษา ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบวิลคอกชัน

ผลการวิจัย พบว่า สมรรถนะสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาหลังการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมหลักสูตรในโครงการหมอในบ้านพยาบาลในใจอยู่ในระดับมาก ($M = 3.98$, $SD = .62$) แต่ไม่แตกต่างจากก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมหลักสูตร ($M = 3.96$, $SD = .55$)

¹ ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Director, Boromrajonani College of Nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Ministry of Public Health

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Instructor, Boromrajonani College of Nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Ministry of Public Health

³ ผู้อำนวยการ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษา โรงพยาบาลราชบุรี
Director, Medical Education Center, Ratchaburi Hospital

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ควรออกแบบกิจกรรมที่สามารถสร้างแรงจูงใจให้นักศึกษาเห็นความสำคัญของการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ จัดประสบการณ์ให้นักศึกษาอย่างต่อเนื่อง สร้างบรรยากาศในการเรียนรู้เชิงบวก และเน้นการลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริง

คำสำคัญ: สมรรถนะสหสาขาวิชาชีพ, กิจกรรมเสริมหลักสูตร, นักศึกษาพยาบาล, นักศึกษาแพทย์

Abstract

This quasi-experimental research aims to study inter-professional competencies among students after participating in co-curricular activities in a project named Mor Nai Ban Payaban Ani Jai Project (the medical in your home, the nurse in your heart) and to compare inter-professional competencies among students before and after participating in co-curricular activities in Mor Nai Ban Payaban Ani Jai Project (the medical in your home, the nurse in your heart). The samples consisted of students of the Bachelor of Nursing Program of Boromrajonani College of Nursing, Ratchaburi and students of the Doctor of Medicine Program of Ratchaburi Medical Education Center, Ratchaburi Hospital ($n = 80$). The research instruments consisted of the inter-professional education management manual: Mor Nai Ban Payaban Ani Jai Project, and the inter-professional competency evaluation form. The reliability of the total scale was .97. The data were analyzed by using mean scores, standard deviation, and Wilcoxon Signed-Rank Test.

The results indicate that the overall inter-professional competency among students and students after participating in co-curricular activities is at a high level ($M = 3.98$, $SD = .62$). The comparative results of inter-professional competencies among students before and after participating in co-curricular activities are different with no statistical significance.

The suggestion of this study is that students should be motivated to recognize the importance of interdisciplinary learning. Moreover, the ongoing experiences of interdisciplinary learning should be provided for students to create a positive learning environment with a form of hands-on activities in each actual situation.

Keywords: Inter-professional competency, Co-curricular activity, Nursing students, Medical students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างประชากร สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม เทคโนโลยี สิ่งแวดล้อม นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ การจัดการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ จึงมีความจำเป็นต้องมีการจัดการเรียนรู้ให้เหมาะสมกับการศึกษาในศตวรรษที่ 21 และบริบทด้านสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและซับซ้อนมากยิ่งขึ้น บนพื้นฐานของความร่วมมือระหว่างระบบการจัดการศึกษากับระบบสุขภาพตามยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ ในศตวรรษที่ 21 (พ.ศ.2557-พ.ศ.2561) (วีระศักดิ์ พุทธาศรี และ วณิชา ชื่นกองแก้ว, 2560).

จากการประชุมวิชาการประจำปีระดับชาติ การพัฒนาการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ ครั้งที่ 3 “เรียนร่วมวิชาชีพ สู่ทีมสุขภาพ” ได้มีการเสนอแนวการจัดการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพ (inter-professional education: IPE) คือ การเรียนรู้ร่วมกันทำกิจกรรมการเรียนรู้ เกิดประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกันระหว่างนักศึกษาด้านสุขภาพและสาขาที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชศาสตร์ สหเวชศาสตร์ กายภาพบำบัด เป็นต้น เพื่อสร้างสัมพันธ์ที่ดีในการทำงานเป็นทีม และลดความขัดแย้งระหว่างวิชาชีพ (วีระศักดิ์ พุทธาศรี และ วณิชา ชื่นกองแก้ว, 2560) และเมื่อนักศึกษาสำเร็จการศึกษาออกไปประกอบวิชาชีพ จะสามารถปฏิบัติงานร่วมกับทีมสุขภาพ มีเป้าหมายร่วมกันในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ การเรียนการสอนจึงต้องส่งเสริมการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ภายใน (mindset) ส่งเสริมให้ศึกษาและเรียนรู้ระบบสุขภาพ ลงพื้นที่ชุมชน เรียนรู้จิตใจของตนเอง และผู้อื่น โดยเฉพาะผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้นักศึกษาเข้าใจบริบทสังคม การเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพเป็นวิธีการเรียนที่เน้นให้ผู้เรียนได้มีโอกาสเรียนรู้ร่วมกันผ่านมุมมองและประสบการณ์การดูแลสุขภาพของวิชาชีพอื่น ภายใต้สถานการณ์เดียวกัน ประสานความร่วมมือหนุนเสริมแบบไม่แยกส่วน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์สุดท้ายคือ “ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้นและประชาชนมีสุขภาวะที่ดี” (สุณี เศรษฐเสถียร, 2558) สอดคล้องกับงานวิจัยของอดิญาณ์ ศรีเกษตรริน และคณะ (2563) ที่พบว่า กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมส่งผลให้ทักษะการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ด้านการเรียนรู้บทบาททีมสหสาขาวิชาชีพ ด้านภาวะความเป็นผู้นำ และด้านการทำงานเป็นทีมสูงขึ้น

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี มีความมุ่งมั่นที่จะผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพเพื่อตอบสนองระบบบริการสุขภาพตามความต้องการของสังคมและผู้ใช้บัณฑิตแต่การจัดการเรียนการสอนที่ผ่านมายังขาดโอกาสในการเรียนรู้ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี จึงได้ประสานความร่วมมือกับศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลราชบุรี เพื่อจัดการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพในรูปแบบกิจกรรมเสริมหลักสูตรในโครงการหมอบ้านพยาบาลในใจ โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ให้นักศึกษาทั้ง 2 สาขาวิชาชีพเกิดสมรรถนะสหสาขาวิชาชีพ 5 ด้าน ได้แก่ 1) จริยธรรมและค่านิยมร่วมกัน (ethics and shared values) 2) บทบาทและความรับผิดชอบ (roles and responsibilities) 3) การทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำ (teamwork and leadership) 4) การเรียนรู้และการสะท้อนคิด (learning and reflectio) และ 5) การสื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพ (interprofessional communication) (วณิชา ชื่นกองแก้ว, 2561) ผลการศึกษาค้นครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดการศึกษาแบบสหสาขา

วิชาชีพที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีทักษะที่จำเป็นในการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ มีความรู้ความสามารถในการวางแผนและดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้เหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ที่เหมาะสม เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนปฏิบัติงานจริงร่วมกันของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตและหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตซึ่งจะส่งผลดีต่อการดูแลผู้สูงอายุในสังคมสูงวัยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

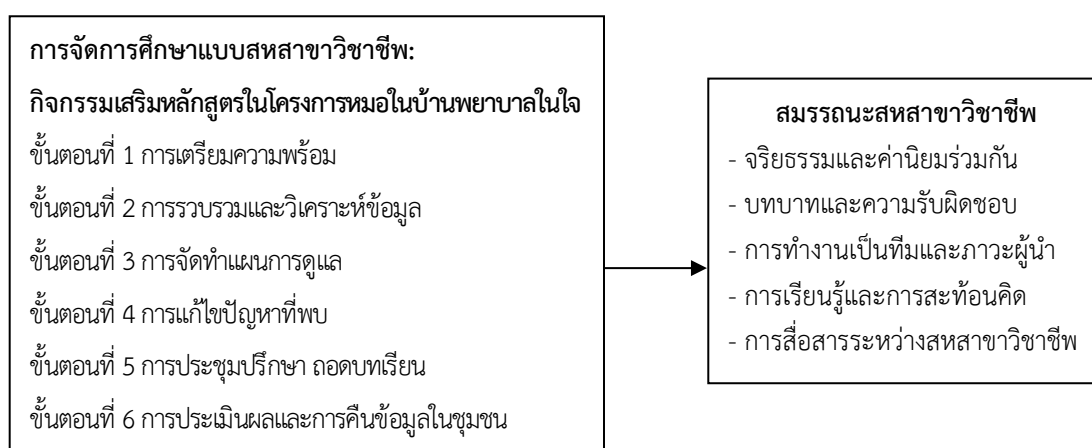
1. เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาหลังการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมหลักสูตรในโครงการหมอในบ้านพยาบาลในใจ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษา ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมหลักสูตรในโครงการหมอในบ้านพยาบาลในใจ

สมมติฐานการวิจัย

สมรรถนะสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมหลักสูตรในโครงการหมอในบ้านพยาบาลในใจแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยนี้ ใช้กรอบแนวคิดการจัดการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพของประเทศไทย (conceptual framework of Thailand 4.0) (วนิดา ชื่นกองแก้ว, 2561) ในการจัดการเรียนรู้ร่วมกันของนักศึกษา 2 สาขาวิชาชีพในรูปแบบกิจกรรมเสริมหลักสูตรในโครงการหมอในบ้านพยาบาลในใจ โดยมุ่งเน้นให้เกิดสมรรถนะสหสาขาวิชาชีพ 5 ด้าน ได้แก่ 1) จริยธรรมและค่านิยมร่วมกัน 2) บทบาทและความรับผิดชอบ 3) การทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำ 4) การเรียนรู้และการสะท้อนคิด และ 5) การสื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ 1



ภาพ กรอบแนวคิดของการวิจัยผลการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรในโครงการหมอในบ้านพยาบาลในใจต่อสมรรถนะสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาแพทย์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2562 ถึง มกราคม 2563 มีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ปีการศึกษา 2562 ชั้นปีที่ 2 จำนวน 148 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 87 คน และนักศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลราชบุรี ปีการศึกษา 2562 ชั้นปีที่ 4 จำนวน 31 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี การศึกษา 2562 ชั้นปีที่ 2 และ 3 และนักศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลราชบุรี ปีการศึกษา 2562 ชั้นปีที่ 4 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการทดสอบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดเล็ก .30 ค่าความคลาดเคลื่อน (α) .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 71 คน แต่เพื่อชดเชยการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 80 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มเจาะจง ตามสัดส่วนของนักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาแพทย์ คือ 1:2 ได้เป็นนักศึกษาพยาบาล จำนวน 54 คน และนักศึกษาแพทย์ จำนวน 26 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2562 และ 2) เข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ และมีเกณฑ์การยกเลิกจากงานวิจัย คือ นักศึกษาเข้าร่วมกิจกรรมได้ไม่ครบทุกครั้งหรือขอยุติการเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ คู่มือการจัดการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพ: กิจกรรมเสริมหลักสูตรในโครงการหอในบ้านพยาบาลในใจ ประกอบด้วย ความสำคัญของการจัดการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพ โครงการหอในบ้านพยาบาลในใจ กิจกรรมการเรียนรู้ และแนวทางการสะท้อนคิดหลังการเรียนรู้ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพ (วนิษา ชื่นกองแก้ว, 2561) กิจกรรมการเรียนรู้เป็นกิจกรรมเสริมหลักสูตร แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน จำนวน 15 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง รวม 48 ชั่วโมง ใช้เวลา 15 สัปดาห์ จัดกิจกรรมทุกวันพุธ เวลา 13.00-16.00 น. รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 การจัดการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพ : กิจกรรมเสริมหลักสูตรในโครงการหมอในบ้านพยาบาลในใจ

สัปดาห์ที่	ขั้นตอน	กิจกรรม
1-2 (6 ชม.)	การเตรียมความพร้อม	ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธ์ภาพ ระหว่างนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล อาจารย์แพทย์ และอาจารย์พยาบาลในกลุ่มใหญ่และกลุ่มย่อยแบบครอบครัวเสมือนคือ การดูแลช่วยเหลือกันระหว่างสมาชิกในกลุ่มเสมือนเป็นสมาชิกครอบครัวเดียวกัน ครั้งที่ 2 ปรับกระบวนการทัศนคติการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบสหสาขาวิชาชีพ ชี้แจงการใช้แบบประเมินและเครื่องมือในการดูแลผู้สูงอายุ
3-5 (9 ชม.)	การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล	ครั้งที่ 3 เรียนรู้ในชุมชนเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้สูงอายุและครอบครัว ครั้งที่ 4-5 เรียนรู้ในชุมชนเพื่อรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลผู้สูงอายุและครอบครัว
6-7 (6 ชม.)	การจัดทำแผนการดูแล	ครั้งที่ 6-7 ประชุมปรึกษาเพื่อจัดทำแผนการดูแล (care plan) ผู้สูงอายุในชุมชนแบบสหสาขาวิชาชีพและนำเสนอแผนการดูแลให้อาจารย์พยาบาล/แพทย์เพื่อรับฟังข้อเสนอแนะ และปรับแผนการดูแลให้เหมาะสม
8 – 11 (12 ชม.)	การแก้ไขปัญหาที่พบ	ครั้งที่ 8-10 เรียนรู้ในชุมชนเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชาชีพตามแผนการดูแลที่วางไว้ ครั้งที่ 11 เรียนรู้ในชุมชนเพื่อจัดกิจกรรมมุทิตาจิตผู้สูงอายุและครอบครัว
12 – 13 (6 ชม.)	การประชุมปรึกษาและถอดบทเรียน	ครั้งที่ 12 ประชุมปรึกษา (care conference) การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบสหสาขาวิชาชีพ ครั้งที่ 13 ถอดบทเรียนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบสหสาขาวิชาชีพ: โครงการหมอในบ้าน พยาบาลในใจ
14 – 16 (6 ชม.)	การประเมินผลและการคืนข้อมูลในชุมชน	ครั้งที่ 14 ประชุมปรึกษาเพื่อประเมินผลผลการดูแลผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชาชีพ ครั้งที่ 15 คืนข้อมูลให้กับผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งต่อการดูแลผู้สูงอายุ ครั้งที่ 16 จัดนิทรรศการนำเสนอผลงาน (show share cheer)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นสอบถาม จำแนกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ประเภทของนักศึกษา และสถานที่ศึกษา ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อมูล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสมรรถนะสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษา ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแบบประเมินการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพ (วนิชา ชื่นกองแก้ว, 2561) แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ จริยธรรมและค่านิยมร่วมกัน จำนวน 5 ข้อ บทบาทและความรับผิดชอบ จำนวน 9 ข้อ การทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำ จำนวน 11 ข้อ การเรียนรู้และการสะท้อนคิด จำนวน 6 ข้อ และ การสื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 7 ข้อ รวมทั้งหมด 38 ข้อ เป็นแบบรายงานตนเอง ลักษณะคำถามเป็นมาตร

ประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ระหว่างมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน จนถึงน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน คิดคะแนนเฉลี่ยรายด้านและโดยรวม จำแนกออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (วิรัช วรรณรัตน์, 2560)

คะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 4.51 – 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 2.51 – 3.50) หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 1.51 – 2.50) หมายถึง ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 1.00 – 1.50) หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือการวิจัยนี้ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ด้านการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ อาจารย์ด้านกิจกรรมเสริมหลักสูตร และพยาบาลวิชาชีพด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ความเหมาะสมของเนื้อหาและการใช้ภาษา โดยมี ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .92 นำแบบประเมินสมรรถนะสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha reliability coefficient) เท่ากับ .97

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยประชุมเตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัยโดยอธิบายกิจกรรมการเรียนรู้ในแต่ละกิจกรรมที่กำหนดในคู่มือการจัดการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพ: กิจกรรมเสริมหลักสูตรในโครงการหมอในบ้านพยาบาลในใจและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือวิจัยที่ใช้ทั้งหมด
2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างก่อนการดำเนินการทดลอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ และให้ลงนามในการตอบรับหรือการปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัย
3. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (pretest) โดยนัดหมายให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนประเมินสมรรถนะสหสาขาวิชาชีพ พร้อมกัน ใช้เวลาทำประมาณ 15 นาที ส่งคืนให้ผู้วิจัยหลังทำเสร็จ
4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ชุมชนตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี และโรงพยาบาลราชบุรี ตามที่กำหนดไว้ในคู่มือการจัดการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพ: กิจกรรมเสริมหลักสูตรในโครงการหมอในบ้านพยาบาลในใจ รวมระยะเวลา 16 สัปดาห์ ตามรายละเอียดในตาราง 1
5. เมื่อครบถ้วนตามระยะเวลาที่กำหนด ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (posttest) โดยนัดหมายให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนประเมินสมรรถนะสหสาขาวิชาชีพพร้อมกันโดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง เวลาทำประมาณ 15 นาที ส่งคืนให้ผู้วิจัยหลังทำเสร็จ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษา ใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) วิเคราะห์คะแนนสมรรถนะสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษา รายด้านและโดยรวมโดยใช้ ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษา ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมหลักสูตรในโครงการหมอในบ้านพยาบาลในใจโดยใช้สถิติทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon Signed-Rank Test) เนื่องจากผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส เลขที่ BCNR 003/2563 ลงวันที่ 4 พฤศจิกายน 2562 ผู้วิจัยพบตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและอธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จัดทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย เก็บข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับ รวมทั้ง นำเอกสารที่เกี่ยวข้องเก็บใส่ตู้ล็อกกุญแจระยะเวลา 1 ปีหลังจากครบกำหนดจะดำเนินการทำลายเอกสารและให้เกียรติแก่ตัวอย่าง โดยการสอบถามการยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อตัวอย่างยินยอมเท่านั้นและดำเนินการให้เซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทุกราย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.30 อายุ 20 ปี ร้อยละ 31.30 เป็นนักศึกษาพยาบาล จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส คิดเป็นร้อยละ 67.50 และนักศึกษาแพทย์จากศูนย์แพทย์ศาสตร์ศึกษา โรงพยาบาลราชบุรี คิดเป็นร้อยละ 32.50

2. สมรรถนะสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษา ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมหลักสูตรในโครงการหมอในบ้านพยาบาลในใจอยู่ในระดับมาก ($M = 3.96$, $SD = .55$ และ $M = 3.98$, $SD = .62$) โดยก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในด้านจริยธรรมและค่านิยมร่วมกัน ($M = 4.19$, $SD = .66$) และต่ำสุดในด้านการทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำและการเรียนรู้และการสะท้อนคิด ($M = 3.88$, $SD = .68$) หลังการเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในด้านสมรรถนะด้านจริยธรรมและค่านิยมร่วมกัน ($M = 4.18$, $SD = .61$) และต่ำสุดในด้านการสื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ($M = 3.91$, $SD = .70$) รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับของคะแนนสมรรถนะสหสาขาวิชาชีพ ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมหลักสูตรในโครงการหมอในบ้านพยาบาลในใจ ของนักศึกษา

ด้าน	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (n= 80)			หลังเข้าร่วมกิจกรรม (n= 80)		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
จริยธรรมและค่านิยมร่วมกัน	4.19	.66	มาก	4.18	0.61	มาก
บทบาทและความรับผิดชอบ	3.98	.59	มาก	4.01	0.60	มาก
การทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำ	3.88	.68	มาก	3.96	0.67	มาก
การเรียนรู้และการสะท้อนคิด	3.88	.68	มาก	3.93	0.69	มาก
การสื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพ	3.98	.55	มาก	3.91	.70	มาก
โดยรวม	3.96	.55	มาก	3.98	.62	มาก

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษา ระหว่างก่อนและหลัง การเข้าร่วมกิจกรรมเสริมหลักสูตรในโครงการหมอในบ้านพยาบาลในใจ ผลการวิจัยพบว่า ไม่แตกต่างกัน รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะสหสาขาวิชาชีพ ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมหลักสูตรในโครงการหมอในบ้านพยาบาลในใจของนักศึกษา (n = 80)

การทดสอบ	M	SD	ระดับ	Median	Z	p
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	3.96	.55	มาก	4.00	.501	.62
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	3.98	.62	มาก	4.00		

การอภิปรายผล

1. สมรรถนะสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาหลังการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมหลักสูตรในโครงการหมอในบ้านพยาบาลในใจพบว่า อยู่ในระดับมาก ($M = 3.98$, $SD = .62$) สอดคล้องกับการศึกษาสมรรถนะการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาระดับปริญญาตรี 4 สาขาวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาล แพทย์ ครู และวิศวกร (ณัฐนันท์ วรสุข และคณะ, 2563) และหลังการเรียนรู้ร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ พยาบาล และแพทย์แผนไทย (ธัญมณล สุริยานิมิตสุข และคณะ, 2563) เมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่า มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในด้านจริยธรรมและค่านิยมร่วมกัน อาจเนื่องจากการจัดการศึกษาตามหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ของศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลราชบุรี และหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาจริยธรรมสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสุขภาพ มีการสอดแทรกการพัฒนาผู้เรียนให้มีคุณธรรมจริยธรรมผ่านรายวิชาต่าง ๆ ทั้งภาค

ทฤษฎีและภาคปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของพรศิริ พันธสี และ เจตจรรยา บุญญกุล. (2560) ที่พบว่าการจัดการเรียนการสอนจริยธรรมทางการพยาบาลและกฎหมายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมและการปฏิบัติตามกฎหมายในการปฏิบัติการพยาบาล นอกจากนี้ เมื่อนักศึกษาเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งเปิดโอกาสให้นักศึกษาเรียนรู้จากสถานการณ์จริง ลงมือปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุด้วยตนเองและร่วมกับสมาชิกในกลุ่ม ผู้เรียนได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการโดยตรง เป็นการส่งเสริมจริยธรรมตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Bandura, 1977 อ้างถึงใน สานิตย หนูนิล, 2556)

ด้านการสื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพเป็นสมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด เห็นได้ว่าการสื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพเป็นความสามารถที่ครอบคลุมถึงการเลือกเครื่องมือและเทคนิคในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ระบบข้อมูลสารสนเทศ และเทคโนโลยีการสื่อสาร เพื่ออำนวยความสะดวกในการอภิปรายและการมีปฏิสัมพันธ์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของทีม ซึ่งสามารถส่งเสริมได้โดยการเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติ (จิตติรัตน์ แสงเลิศสุทัย และคณะ, 2563) แต่เนื่องจากการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรในโครงการนี้เปิดโอกาสให้ ผู้เรียนลงมือปฏิบัติค่อนข้างน้อย เพราะกิจกรรมส่วนใหญ่เน้นการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งอาจส่งผลให้นักศึกษาประเมินตนเองต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งระหว่างพยาบาลกับพยาบาล พยาบาลกับผู้ป่วย และพยาบาลกับสหสาขาวิชาชีพ (เปรมฤดี ศรีวิชัย และกันติยา ลิ้มประเสริฐ, 2562) และการศึกษาสมรรถนะในการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพหลังเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ปกติของนักศึกษาพยาบาล และนักศึกษาแพทย์แผนไทย มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดในด้านการติดต่อสื่อสาร (ธัญญมล สุริยานิมิตรสุข และคณะ, 2563) ผลการศึกษานี้ แตกต่างจากการศึกษาของณัฐนันท์ วรสุข และคณะ (2563) ในนักศึกษาระดับปริญญาตรีของ 4 สาขาวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาล แพทย์ ครุ และวิศวกรรม ซึ่งด้านการสื่อสารมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ มีเพียง 2 สาขาวิชาชีพและไม่เคยรู้จักหรือมีปฏิสัมพันธ์กันมาก่อน จึงอาจมีผลต่อบรรยากาศทางจิตวิทยา (psychology environment) ที่มีผลต่อการเรียนรู้ เป็นบรรยากาศของการให้ความร่วมมือซึ่งกันและกัน ซึ่งทั้งผู้สอนและผู้เรียนต้องมีส่วนร่วมในการสร้างบรรยากาศร่วมกัน (พิมพาพิญ ทอวกิ่ง, 2563)

2. การเปรียบเทียบสมรรถนะสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษา ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมหลักสูตรในโครงการหมอในบ้านพยาบาลในใจ พบว่าไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาโดยส่วนใหญ่ที่ผ่านมา (ธวัชชัย ยืนยาว และคณะ, 2562; ธัญญมล สุริยานิมิตรสุข และคณะ, 2563; อติญาณ ศรีเกษตรริน และคณะ, 2563) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากปัจจัยด้านผู้เรียนและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ประสบการณ์เกี่ยวกับการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ การที่ผู้เรียนไม่มีประสบการณ์มาก่อน ทำให้ขาดความพร้อมต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ที่มีประสบการณ์การเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมต่อการเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จุฬารัตน์ ห้าวหาญ และคณะ, 2563) ด้านแรงจูงใจ ซึ่งเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ศิริบุญ รุ่งหิรัญ, 2557) กิจกรรมเสริมหลักสูตรนี้ ไม่ใช่วิชาบังคับที่ผู้เรียนทุกคนจำเป็นต้องเรียนในสถานการณ์ที่มีภาระการเรียนและการสอบ

มีช่วงเวลาที่ทำโครงการนานถึง 16 สัปดาห์ มีช่วงเวลาที่ซ้อนกับการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาทั้ง 2 หลักสูตร ต้องเดินทางกลับมาจากแหล่งฝึกเพื่อมาร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง อาจส่งผลให้ผู้เรียนขาดความสนใจหรือแรงจูงใจในการเรียนรู้ สอดคล้องกับการศึกษาของรัชฎา สหะวรกุลศักดิ์ และคณะ (2564) พบว่า แรงจูงใจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความสำเร็จของการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ และ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ (ศิริบุญ รุ่งหิรัญ, 2557) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมอันเนื่องมาจากผู้เรียนทั้ง 2 สาขาวิชาชีพ ที่ไม่เคยรู้จักหรือมีปฏิสัมพันธ์กันมาก่อนจึงอาจมีผลต่อบรรยากาศการเรียนรู้และนำสู่ข้อจำกัดของการพัฒนาสมรรถนะสหวิชาชีพของนักศึกษาทั้งสองหลักสูตร

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ผู้รับผิดชอบโครงการ ควรออกแบบกิจกรรมที่สร้างแรงจูงใจให้นักศึกษาเห็นความสำคัญของการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ จัดประสบการณ์ให้นักศึกษาอย่างต่อเนื่อง สร้างบรรยากาศในการเรียนรู้เชิงบวกโดยเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาในทีมได้รู้จักและคุ้นเคยกันก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ในทีม เพื่อพัฒนาสมรรถนะในด้านการสื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และเปิดโอกาสให้นักศึกษาลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริงร่วมกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

วิจัยและพัฒนารูปแบบการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพ ทั้งในรูปกิจกรรมเสริมหลักสูตร และการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาที่เหมาะสมกับบริบทของสาขาวิชาชีพที่เข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้ เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและสุขภาวะที่ดีของผู้รับบริการ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี และได้รับความร่วมมือจากศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลราชบุรี ผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนตะโก และผู้สูงอายุในตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

เอกสารอ้างอิง

จิตติรัตน์ แสงเลิศอูทัย, ปัญญา ทองนิล, นภาเดช บุญเชิดชู, ชัยยุทธ มณีรัตน์ โยธิน ศรีโสภา, และ มุทิทา ทาคำแสน. (2563). การเรียนรู้จากการปฏิบัติ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี, 10(3), 155-163.

- จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, ธวัชชัย ยืนยาว, สุชาดา นั้มวัฒนากุล, และ สุขุมล แสนพวง. (2563). ความพร้อมต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพของนักศึกษาอุดมศึกษาจังหวัดสุรินทร์. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 30*(1), 25-34.
- ณัฐนันท์ วรสุข, สุริยะ ปิยะผดุงกิจ, และ สุตติเทพ ศิริพิพัฒน์กุล. (2563). ผลการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพต่อสมรรถนะการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพและความสุขของนักศึกษา. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 30*(3), 50-61.
- ณัฐิกา ราชบุตร, สมหมาย กุ่มผั่น, และ พรพรวิทย์ ธนินธิติพงศ์. (2563). สมรรถนะด้านจริยธรรมจรรยาบรรณและกฎหมายวิชาชีพ ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด, 14*(2), 182-191.
- ธวัชชัย ยืนยาว, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, และ วรนาถ พรหมศวร. (2562). ผลการจัดการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพต่อการรับรู้และเข้าใจบทบาทตามสาขาวิชาชีพและความสามารถในการทำงานเป็นทีม. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา, 20*(1), 137-147.
- ธัญญมล สุเรียนิมิตรสุข, ทศยิรรัตน์ รื่นเรือง, เอกพจน์ สืบญาติ, เครือวัลย์ แพทน์ทธี, และ อัจฉรวรรณ ยิ้มยัง. (2563). ผลการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ (IPE) เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ปกติต่อสมรรถนะในการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ. *วารสารพยาบาลตำรวจ, 12*(2), 380-387.
- เปรมฤดี ศรีวิชัย, และ กันติยา ลิ้มประเสริฐ. (2562). พฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดพะเยา. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 37*(1), 138-147.
- พรศิริ พันธสี, และ เจตจรรยา บุญญกุล. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมและการปฏิบัติตามกฎหมายในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 10*(1), 81-94.
- พิมพ์พัญ ทองกิจ. (2563). บทบาทครูกับการจัดบรรยากาศชั้นเรียนเชิงบวกในศตวรรษที่ 21. *ศึกษาศาสตร์สาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 4*(1), 50-59.
- รัชฎา สหะวรกุลศักดิ์, ศิรินาถ ตงศิริ, และ หทัยชนก ประดิษฐ์ผล. (2564). ปัจจัยความสำเร็จและความท้าทายในการพัฒนากิจกรรมการเรียนร่วมสหสาขาวิชาชีพของศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรและเครือข่าย. *บูรพาเวชสาร, 8*(1), 95-111.
- วณิชา ชื่นกองแก้ว. (2561). *คู่มือการจัดการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). พี.เอ.ลิฟวิ่ง.
- วิรัช วรรณรัตน์. (2560). คะแนนสอบและการตัดเกรด. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์, 2*(3), 1-11.
- วิริยาภรณ์ แสนสมรส, วิภารัตน์ ยมดิษฐ์, นิศากร เยาวรัตน์, อมรรัตน์ สว่างเกตุ, และ นพวรรณ ดวงจันทร์. (2560). คุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล: กรณีศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 10*(4), 144-159.

- วีระศักดิ์ พุทธาศรี, และ วณิชา ชื่นกองแก้ว (บ.ก.). (2560). รายงานการประชุมวิชาการประจำปีระดับชาติ การพัฒนาการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ ครั้งที่ 3 เรียนร่วมวิชาชีพ สู่ทีมสุขภาพไทย. มุขนิธิเพื่อการพัฒนาการศึกษาบุคลากรสุขภาพ (ศสช.).
- ศิริบุญ รุ่งหิรัญ. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล ชุมชน จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย, 6(1), 109-120.
- सानิตย์ หนูนิล. (2556). การพัฒนาจริยธรรมในองค์การผ่านกระบวนการบริหารทรัพยากรมนุษย์. วารสาร มหาวิทยาลัยศิลปากร ฉบับภาษาไทย, 33(1), 131-148.
- สุณี เศรษฐเสถียร. (2558). รูปแบบการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ ณ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลอุดรธานี. เวชศาสตร์ฟื้นฟู, 25(2), 65-70.
- อติญาณ์ ศรีเกษตรริน, วารุณี เกตุอินทร์, อัจฉราวดี ศรียศศักดิ์, สุทธนันท์ กัลละ, จุรีรัตน์ กิจสมพร, อรชร อินทองปาน, และ สรลรัตน์ พลอินทร์ (2563). ผลการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อทักษะ การทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 6(1), 125-135.

บทความวิจัย (Research article)

แนวทางการพัฒนาคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี: การวิจัยแบบผสมผสาน
Quality Development Guideline of Graduates According to Thai
Qualifications Framework for Higher Education according to Prachomkiao
College of Nursing, Phetchaburi Province: Mixed Methods Research

ปานิสรา ส่งวัฒนายุธ^{1*}, สรลรัตน พลอินทร์¹, ชนาภา สมใจ¹

Panisara Songwatthanayuth^{1*}, Sarunrattana Polin¹, Chanapa Somjai¹

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: panisara@pckpb.ac.th, โทรศัพท์ 096-8854536)

(Received: September 4, 2022; Revised: December 29, 2022; Accepted: December 29, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยผสมผสานแบบขั้นตอนเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) คุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และ 2) แนวทางการพัฒนาคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ การวิจัยเชิงปริมาณกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน และบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา ปี 2563 กลุ่มละ 131 คน รวมทั้งสิ้น 363 คน ดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่ คุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน และบัณฑิต ที่สำเร็จการศึกษา ปี 2563 กลุ่มละ 10 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี อยู่ในระดับมาก ($M = 4.16$, $SD = .38$) ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน และบัณฑิตเกี่ยวกับคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของบัณฑิต โดยรวมไม่แตกต่างกัน ($p = .73$) แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ และรูปแบบการเรียนการสอน

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Instructor, Prachomkiao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Ministry of Public Health

มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของบัณฑิต ($r = .22$ และ $.18$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$

2. มีแนวทางการพัฒนาคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ดังนี้

1) จัดการเรียนการสอนทันสมัยต่อการเปลี่ยนแปลงกับโรคอุบัติใหม่และภาวะสุขภาพของประชาชน 2) พัฒนาผู้เรียนที่สามารถใช้ให้เหมาะสมกับแหล่งทุน 3) จัดการเรียนการสอนที่คำนึงยุคสมัยของผู้เรียน เน้นการพัฒนาการคิดวิเคราะห์และแก้ปัญหาการปฏิบัติงาน 4) เลือกใช้และพัฒนานวัตกรรมหรือแนวทางใหม่มาแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการได้ 5) พัฒนาภาวะผู้นำ 6) พัฒนาการสื่อสารทางบวก 7) ทักษะการคำนวณยา สารน้ำ และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 8) นำเทคโนโลยีมาใช้ในการปฏิบัติงาน และ 9) การปฏิบัติทักษะทางวิชาชีพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

ผลการวิจัยนี้ สามารถนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบัณฑิตพยาบาลตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติด้านทักษะทางปัญญาและความรู้มากขึ้น เพื่อการบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร และสอดคล้องความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพบัณฑิต, กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ, บัณฑิตพยาบาล

Abstract

The mixed-methods explanatory sequential design is used in this study. This research aims to study: 1) the quality of graduates according to the Thai Qualifications Framework for Higher Education (TQF) of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi province, and 2) the guidelines for developing desirable characteristics according to TQF of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi province. In quantitative research, the samples were 363 people - supervisors, colleagues, and graduates in the academic year of 2020, each group of 131 persons. The instrument used to collect the data consists of the quality of graduates according to TQF and its factors questionnaires with Cronbach's alpha coefficient reliability as $.89$ and $.88$ respectively. Data have been analyzed by using descriptive statistics, Analysis of Variance, and Pearson's product-moment correlation coefficient. The qualitative research was prepared for supervisors, colleagues, and graduates in the academic year 2020. Data have been analyzed by content analysis. The research findings are as follows:

1. The overall mean score of quality based on graduate according to the TQF was at a high level ($M = 4.16$, $SD = .38$). Opinions of supervisors, colleagues, and graduates regarding the quality of graduates according to the TQF was without statistical significance ($p = .73$). The factors achievement motivation and learning styles correlated with the

quality of graduate according to the TQF of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi province ($r = .22$, and $.18$, $p < .05$)

2. Guidelines for developing graduate quality according to the TQF and graduate should be 1) to develop modern teaching with up-to-date content in response to the changing with emerging diseases towards the public health condition, 2) to develop learners can be used appropriately with funding sources, 3) to develop analytical thinking for solving problems, 4) to develop innovations or new approaches for solving health problems of clients, 5) to develop leadership, 6) to develop positive communication, 7) to calculate of medication, fluid, and rational use of medicine, 8) to apply technology to work, and 9) to promote the practice of evidence-based professional skills.

The results of this research will lead to the development of quality according to the Thai Qualifications Framework for Higher Education in intellectual skills and knowledge in order to achieve learning outcomes and achieve the objectives of the curriculum and the needed stakeholders.

Keywords: Graduate quality development, Thai Qualifications Framework for Higher Education (TQF), Nursing graduates

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เป็นสถาบันการศึกษาที่ผลิตบัณฑิตพยาบาลให้มีความรู้ ความสามารถทางวิชาการและทักษะในวิชาชีพ มี คุณธรรม จริยธรรม มีความสำนึกต่อสังคม และมีศักยภาพในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับ มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 ทั้ง 6 ด้าน คือ 1) คุณธรรมจริยธรรม 2) ความรู้ 3) ทักษะทางปัญญา 4) ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ทักษะการ วิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยี และ 6) ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ ซึ่งแต่ละ สถาบันการศึกษาจะกำหนดผลการเรียนรู้ระดับหลักสูตรให้สอดคล้องกับปรัชญาและวัตถุประสงค์ของ หลักสูตรและกระจายความรับผิดชอบผลการเรียนรู้สู่รายวิชาต่างๆ เพื่อประโยชน์ในการบริหารจัดการ การศึกษาในสถาบัน (ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขา พยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560, 2561)

ผลการศึกษาค้นคว้าบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของผู้สำเร็จ การศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม และสถาบันพระบรมราชชนก พบว่าอยู่ใน ระดับมาก (นาคยา พึ่งสว่าง และ สิริพร บุญเจริญพานิช, 2560; รพีพรรณ วิบูลย์วัฒนกิจ และ พีระ เรื่อง ฤทธิ์, 2562) ซึ่งมีปัจจัยด้านการจัดการเรียนการสอน และความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน มีความสัมพันธ์กับ

คุณลักษณะบัณฑิตพยาบาล (รุ่งนภา จันทรา และคณะ, 2559; ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ และคณะ, 2561) แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างมากต่อการศึกษาค้นคว้า เป็นเสมือนแรงผลักดันจากภายในตัวบุคคลที่ต้องการบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนด (ฉันททิพย์ พลอยสุวรรณ และคณะ, 2563) เจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาลจึงสำคัญต่อการเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเมื่อนักศึกษามีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพจะมีความตั้งใจมุ่งมั่นในการเรียน เพื่อให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนดีและมีความพร้อมในการเป็นพยาบาลวิชาชีพ (ศุภามณ จันทรสกุล, 2561)

การประกันคุณภาพการศึกษาภายในระดับหลักสูตร กำหนดให้มีการประเมินคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ในตัวบ่งชี้ที่ 2.1 ตามมาตรฐานอุดมศึกษา (สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา, 2560) ปัจจุบันการวิจัยยังไม่มีการศึกษาเพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีที่ชัดเจน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจเห็นความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบัณฑิตให้เป็นตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีตรงตามความต้องการของผู้ใช้บัณฑิต เพื่อนำผลที่ได้ไปศึกษา ไปใช้ในการกำหนดแนวทางการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนที่มีคุณภาพและสร้างความเชื่อมั่นในการเป็นผู้ให้บริการทางการพยาบาล แก่สังคมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ดังนี้

1.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย คุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ระหว่างความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน และบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

1.2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ รูปแบบการเรียนการสอน และสภาพแวดล้อมการเรียนกับคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

2. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพบัณฑิตและแนวทางการพัฒนาคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (mixed-methods research) แบบขั้นตอนเชิงบรรยาย (explanatory sequential design) โดยการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) ศึกษาคุณภาพ

บัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ได้แก่ ด้านคุณธรรมจริยธรรม ด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความรับผิดชอบ ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศ และด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ (ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560, 2561) ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ได้แก่ เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ รูปแบบการเรียนการสอน และสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ นำข้อมูลไปใช้สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ดังภาพ

วิจัยเชิงปริมาณ

- คุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้แก่ เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล รูปแบบการเรียนรู้ แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ และสภาพแวดล้อมการเรียนรู้



วิจัยเชิงคุณภาพ

- แนวทางการพัฒนาคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ภาพ กรอบแนวคิดในการวิจัยคุณภาพบัณฑิตและแนวทางการพัฒนาตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี: การวิจัยแบบผสมผสาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed- methods research) แบบขั้นตอนเชิงบรรยาย (explanatory sequential design) มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. การวิจัยเชิงปริมาณ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเมษายน - พฤษภาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

จำแนกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) บัณฑิต เป็นผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555) วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี รุ่นที่ 29 ปีการศึกษา 2563 จำนวน 130 คนโดยการเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ ปฏิบัติงานแล้ว 1 ปี สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย ยินดีและให้ความร่วมมือโดยการตอบแบบสอบถามการวิจัย และมี

เกณฑ์ในการคัดออก คือ ลาออกหรือว่างงาน 2) ผู้บังคับบัญชา เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือในหน่วยงาน ซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาระดับต้นของบัณฑิต จำนวน 130 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ ยินดีและให้ความร่วมมือโดยการตอบแบบสอบถามการวิจัย และ 3) ผู้ร่วมงานของบัณฑิต โดยเป็นพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติหน้าที่ร่วมกับผู้สำเร็จการศึกษาในหอผู้ป่วยหรือในหน่วยงานเดียวกันกับผู้สำเร็จการศึกษา จำนวน 130 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ ยินดีและให้ความร่วมมือโดยการตอบแบบสอบถามการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ฉบับ สำหรับบัณฑิตผู้สำเร็จการศึกษา ผู้บังคับบัญชา และผู้ร่วมงาน ซึ่งในแต่ละฉบับมี 2 ตอนคือ ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ แต่ฉบับสำหรับบัณฑิตผู้สำเร็จการศึกษา จะมี 3 ตอน โดยเพิ่มแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำแนกตามผู้ตอบแบบสอบถาม ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของบัณฑิต ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง วุฒิการศึกษา และประสบการณ์การทำงาน 2) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง วุฒิการศึกษา และประสบการณ์การทำงาน ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อมูล

ตอนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ จำนวน 61 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณธรรม จริยธรรม 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะทางปัญญา 4) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ 6) ด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ โดยคณะผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาขึ้น จำแนกเป็น 1) แบบสอบถามเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล จำนวน 20 ข้อ 2) แบบสอบถามแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ จำนวน 9 ข้อ 3) แบบสอบถามรูปแบบการเรียนรู้ จำนวน 16 ข้อ และ 4) แบบสอบถามสภาพแวดล้อมในการเรียน จำนวน 15 ข้อ

โดยแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 5 หมายถึง มากที่สุด 4 หมายถึง มาก 3 หมายถึง ปานกลาง 2 หมายถึง น้อย และ 1 หมายถึง น้อยที่สุดมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย เป็น 5 ระดับ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2559)

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

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content analysis) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการเรียนการสอน ผู้วิจัยนำมาปรับปรุง แก้ไขตามข้อเสนอแนะ และคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (IOC) มีค่าระหว่าง 0.67-1.00 และนำไปทดลองใช้กับบัณฑิตพยาบาลที่สำเร็จการศึกษา ในปีการศึกษา 2562 จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .89 และ .88 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและความคิดเห็นของบัณฑิต ผู้บังคับบัญชา และผู้ร่วมงาน ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ของบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ของบัณฑิต ผู้บังคับบัญชา และผู้ร่วมงานด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (one way analysis of variance)
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยได้แก่ เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ รูปแบบการเรียนการสอน และสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ กับคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient: r) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาระดับความสัมพันธ์ดังนี้ (Cohen, 1988)

$r = .10 - .29$ หมายถึง ระดับต่ำ

$r = .30 - .49$ หมายถึง ระดับปานกลาง

$r = .50 - 1.00$ หมายถึง ระดับสูง

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำแนกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) บัณฑิตผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี รุ่นที่ 29 ปีการศึกษา 2563 ปฏิบัติงานแล้ว 1 ปี สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย ยินดีและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์ในการคัดออกเมื่อลาออกจากการเป็นพยาบาลในระหว่างการศึกษา จำนวน 10 คน 2) ผู้บังคับบัญชา เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือในหน่วยงาน ซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาระดับต้นของบัณฑิต จำนวน 10 คน โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ ยินดีและให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ และ 3) ผู้ร่วมงานของบัณฑิต โดยเป็นพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติหน้าที่ร่วมกับผู้สำเร็จการศึกษาในหอผู้ป่วยหรือใน

หน่วยงานเดียวกันกับบัณฑิต จำนวน 10 คน โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ ยินดีและให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ ในระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนมิถุนายน 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผู้วิจัยสร้างเอง เกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานที่ทำงาน ตำแหน่ง วุฒิการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน
3. แบบบันทึกภาคสนาม เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการบันทึก วัน เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ สิ่งที่เกิดขึ้น และอุปสรรคในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ตามแนวคำถามแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้อธิบายเพิ่มเติมและมีการบันทึกภาคสนาม ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ทีมผู้วิจัยได้มีการทบทวนข้อมูลทุกครั้งเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความตรงกันของข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูล หากพบว่าข้อมูลที่ได้รับยังไม่สมบูรณ์ หรือยังไม่ชัดเจนตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย หลังการสัมภาษณ์ทีมผู้วิจัยจะถอดเทปเสียง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลจนข้อมูลอิ่มตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) แบบ manifest content analysis (Graneheim & Lundman, 2004) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยอ่านข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากโดยละเอียด และอ่านหลายๆ ครั้งเพื่อเข้าถึงความหมายทั้งหมด
2. แยกข้อความสำคัญทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ จัดทำเป็นหน่วยความหมาย (meaning unit) ทั้งที่เป็นข้อความเป็นวลีหรือเป็นประโยค
- 3) ให้ความหมายกับหน่วยความหมาย (meaning unit) โดยการนำหน่วยความหมายที่ได้จัดหมวดหมู่ไว้โดยใส่ code พร้อมทั้งใส่รหัสของผู้ให้ข้อมูล โดยรหัสผู้บังคับบัญชาคือ C ผู้ร่วมงานเป็น N และบัณฑิตเป็น S
- 4) จัดหมวดหมู่ของหน่วยความหมาย ให้เป็นหัวข้อย่อย (sub-category) โดยการนำมาจัดกลุ่มตามประเภทและลักษณะที่มีย่อยของความหมายในทางเดียวกันมารวมเข้าด้วยกัน

5) จัดหมวดหมู่ของหัวข้อย่อย (sub-category) เป็นหัวข้อหลัก (category) โดยการนำความหมายต่างๆ ที่ได้ให้ไว้มาอ่านซ้ำแล้วจัดกลุ่มตามประเภทและลักษณะที่มีนัยของความหมายในทางเดียวกันมารวมเข้าด้วยกันทั้งจัดเป็นประเด็นหลัก (category)

6) บรรยายสาระสำคัญ และโครงสร้างของประสบการณ์ที่สำคัญที่ได้จากการศึกษา โดยสรุปความให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

7) นำข้อสรุปที่ได้ทั้งหมดให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง เมื่อได้ข้อมูลจากการถอดเทปเป็นภาษาเขียน นำมาจัดระบบความหมายของข้อความ จัดกลุ่มข้อความเป็นกลุ่มประเด็นหลัก ประเด็นรองและวิเคราะห์สรุปประเด็น

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (trustworthiness)

ของ Guba and Lincoln (1989) ดังนี้ 1) ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (credibility) ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ซึ่งจากการสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม หลังจากนั้นให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ตรวจสอบ (member checks) 2) ความสามารถในการพึ่งพา (dependability) โดยใช้ทีมวิจัยทั้ง 3 คน ร่วมกันตรวจสอบข้อมูลที่รวบรวมได้เพื่อยืนยันผลการวิจัยที่ได้ 3) ความสามารถในการยืนยันข้อมูล (confirmability) โดยผู้วิจัยได้ตรวจสอบจากข้อมูลดิบสู่หาข้อสรุป ได้แก่ หน่วยความหมายที่สำคัญ การจัดหัวข้อย่อยหรือกลุ่มคำ และการให้รหัสข้อมูล และ 4) ความสามารถในการถ่ายโอน (transferability) โดยการนำผลการวิจัยที่ได้ไปอ้างอิงกับผลการวิจัยที่คล้ายคลึงได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เอกสารหมายเลขที่ PCKCN REC 16/2565 ลงวันที่ 25 เมษายน 2565

ผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ผลการสำรวจผู้ตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 363 ฉบับ จาก 390 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 92.36 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 98.62 อายุน้อยกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.95 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลศูนย์ คิดเป็นร้อยละ 36.36 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 99.17 วุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 95.04 มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.33 ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของบัณฑิต ผู้บังคับบัญชา และผู้ร่วมงาน

ข้อมูล	รวม (n=363)		ผู้บังคับบัญชา (n=121)		ผู้ร่วมงาน (n=121)		บัณฑิต (n=121)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ								
หญิง	358	98.62	121	100	121	100	117	96.69
ชาย	5	1.38	-	-	-	-	4	3.31
อายุ (ปี)								
น้อยกว่า 30	116	31.95	-	-	-	-	116	96.15
30-40	28	7.71	-	-	29	23.97	5	3.85
41-50	112	30.85	13	10.74	85	70.25	-	-
51 ปี ขึ้นไป	107	29.48	108	89.26	7	5.78	-	-
สถานที่ปฏิบัติงาน								
รพ.ศูนย์	132	36.36	39	32.23	39	32.23	39	32.23
รพ.ทั่วไป	84	23.14	29	23.97	29	23.97	29	23.97
รพ.ชุมชน	123	33.88	48	39.67	48	39.67	48	39.67
รพ.สต.	9	2.48	3	2.48	3	2.48	3	2.48
สำนักงานสาธารณสุข	3	0.77	1	0.83	1	0.83	1	0.83
องค์กรมหาชน	12	3.08	4	3.30	4	3.30	4	3.30
ตำแหน่ง								
พยาบาลวิชาชีพ	360	99.17	118	97.52	121	100.00	121	100.00
นักวิชาการสาธารณสุข	3	0.83	3	2.48	-	-	-	-
วุฒิการศึกษา								
ปริญญาตรี	345	95.04	112	92.56	112	93.08	121	100.00
ปริญญาโท	18	4.96	9	6.92	9	6.92	-	-
ประสบการณ์การทำงาน								
น้อยกว่า 10 ปี	121	33.33	-	-	-	-	121	100.00
10-20 ปี	29	7.99	-	-	29	23.97	-	-
20 -30 ปี	98	27.00	13	10.74	85	70.25	-	-
30 ปีขึ้นไป	115	31.68	108	89.26	7	5.78	-	-

1.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา แห่งชาติ ของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ระหว่างความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน และบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพบัณฑิต ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($M = 4.16$, $SD = .38$) โดย

มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในด้านคุณธรรม จริยธรรม ($M = 4.48, SD = .37$) มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ในด้านทักษะ ปัญญาอยู่ในระดับมาก ($M = 3.94, SD = .52$)

เมื่อจำแนกตามรายกลุ่มพบว่า ผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงานประเมินบัณฑิตโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($M = 4.12, SD = .39$; $M = 4.10, SD = .35$ ตามลำดับ) โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในด้านคุณธรรม จริยธรรม มี อยู่ในระดับมาก ($M = 4.51, SD = .36$; $M = 4.42, SD = .38$ ตามลำดับ) และต่ำสุดในด้านทักษะปัญญา ($M = 3.94, SD = .58$; $M = 3.99, SD = .52$ ตามลำดับ) ในขณะที่บัณฑิตประเมินตนเองโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($M = 4.16, SD = .39$) และมีค่าเฉลี่ยสูงสุดในด้านคุณธรรม จริยธรรมอยู่ในระดับมากเช่นกัน ($M = 4.51, SD = .36$) แต่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดในด้านความรู้ อยู่ในระดับมาก ($M = 3.93, SD = .52$)

ผลจากการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพบัณฑิตตาม กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัด เพชรบุรี ระหว่างความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน และบัณฑิต ผลการวิจัยพบว่า ไม่แตกต่างกัน ($F = .31, p = .73$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพบัณฑิต ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ระหว่างความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน และบัณฑิต

ด้าน	รวม (n=363)		ผู้บังคับบัญชา (n=121)		ผู้ร่วมงาน (n=121)		บัณฑิต (n=121)		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
คุณธรรม จริยธรรม	4.48	.37	4.51	.36	4.42	.38	4.51	.36		
ความรู้	3.99	.45	3.98	.45	4.03	.45	3.98	.45		
ทักษะปัญญา	3.94	.52	3.94	.58	3.99	.52	3.93	.52		
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความรับผิดชอบ	4.08	.49	4.07	.49	4.08	.49	4.07	.49		
ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้ เทคโนโลยีสารสนเทศ	4.08	.49	4.07	.49	4.09	.50	4.14	.62		
ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ	4.09	.52	4.08	.53	4.11	.48	4.08	.53		
โดยรวม	4.16	.38	4.12	.39	4.10	.35	4.16	.39	.31	.73

1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ รูปแบบการเรียนการสอน และสภาพแวดล้อมการเรียนกับคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ของวิทยาลัยพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการเรียน การสอน และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพบัณฑิตตามกรอบ

มาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของวิทยาลัยพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ($r = .22, .18, p < .05$) ดังตาราง 3

ตาราง 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) ระหว่างเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ รูปแบบการเรียนการสอน และสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ($n = 121$ คน)

ตัวแปร	r	ระดับ
เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล	.14	ต่ำ
แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์	.18*	ต่ำ
รูปแบบการเรียนการสอน	.22*	ต่ำ
สภาพแวดล้อมการเรียนรู้	.11	ต่ำ

* $p < .05$

2. ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 96.67 อายุน้อยกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลขนาดใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 30.00 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 96.67 วุฒิการศึกษา ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 90.00 มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.33

2.2 แนวทางการพัฒนาคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัยจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ควรมีการพัฒนาคุณลักษณะบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 5 ด้าน ดังนี้

2.2.1 ด้านความรู้

1) จัดการเรียนการสอนทันสมัยต่อการเปลี่ยนแปลงกับโรคอุบัติใหม่และภาวะสุขภาพของประชาชน

“น้องใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจได้ยังไม่คล่อง ไม่รู้วิธีการดูแลเก็บรักษาว่าทำอะไร”(N2)

“ในสถานการณ์ระบาดโควิด-19 น้องยังดูแลผู้ป่วยยังไม่คล่อง ยังต้องคอยแนะนำ”(C1)

“ยังไม่สามารถดูแลผู้ป่วยที่เกิดขึ้นใหม่ๆได้ดี ไม่มั่นใจต้องให้พี่ๆมาแนะนำ” (S1)

2) พัฒนาผู้เรียนที่สามารถใช้ให้เหมาะสมกับแหล่งทุน

“อยากให้อาจารย์ช่วยพัฒนาน้องให้เหมาะกับแหล่งทุนที่กลับไปทำงาน จะดีมาก” (N5)

“น้องๆ ควรได้กลับมาฝึกกับแหล่งทุนตนเอง จะได้มาถึงไม่ต้องปรับตัวมาก” (C3)

“อยากมีเวลาฝึกที่แหล่งทุนที่จะกลับไปทำงาน หรือรู้ว่าจะทำงานที่ไหน วอร์คอะไรจะได้เตรียมตัวไว้” (S4)

2.2.2 ด้านทักษะทางปัญญา

1) จัดการเรียนรู้การสอนที่คำนึงยุคสมัยของผู้เรียนที่เน้นการพัฒนาการคิดวิเคราะห์ แก้ปัญหาการปฏิบัติงาน

“น้องสมัยนี้ไม่เหมือนสมัยเก่าที่แก้ปัญหาเก่ง ตอนนี้อยู่ต้องกระตุ้นให้น้องรู้จักคิดวิเคราะห์มากขึ้น น้องสนใจผู้ป่วยลดลงไม่เข้าหาผู้รับบริการ” (N1)

“น้องๆ ใน gen นี้ยังวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยยังไม่ค่อยครบ เน้นทำงานให้เสร็จไป ควรจะวิเคราะห์ให้รอบด้านก็จะดี ผাগอาจารย์ช่วยพัฒนาหน่อยนะค่ะ” (C2)

“หนูเป็นเด็กอึกยุดที่บางครั้งยังวิเคราะห์ แก้ไขปัญหาผู้ป่วยยังไม่ดี เพราะยังขาดประสบการณ์” (S3)

2) เลือกใช้และพัฒนานวัตกรรมหรือแนวทางใหม่มาแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการได้

“น้องเก่งไอที น่าจะสร้างวิธีการใหม่ๆ หรือพัฒนาอะไรในการดูแลผู้ป่วยได้” (N6)

“อยากให้น้องช่วยกันพัฒนางานให้ดีขึ้น ไม่อยากดูพี่เก่า ๆ ทำแล้วไม่พัฒนา เคียวนี่โรคเปลี่ยนไปแล้ว” (C5)

“ตอนเรียนก็เรียนวิชาการก็พอจะนำมาใช้ในการพัฒนานวัตกรรมได้บ้างยังไม่ได้” (S4)

2.2.3 ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ควรมีการพัฒนาผู้เรียนที่มีภาวะผู้นำ และสามารถสื่อสารทางบวกได้

1) พัฒนาภาวะผู้นำ

“น้อง ๆ อยู่ใน save zone เยียบๆ ให้ทำอะไรก็ทำ ไม่ค่อยกล้าแสดงความคิดเห็น สบายๆ” (N3)

“น้องรุ่นใหม่มักทำตาม ๆ พี่ไปไม่ค่อยจะค่อยแสดงความคิดเห็นไม่เป็นผู้นำ จะพูดกับคนไข้ไม่ค่อยเป็น” (C6)

“ไม่กล้าพูดมาก กลัวพี่จะว่า พี่ให้ทำอะไรก็ทำไป” (S6)

2) พัฒนาการสื่อสารทางบวก

“น้องมักพูดจาไม่ค่อยเป็น ทำให้ไม่รู้คิดอะไร บางครั้งก็ตอบแปลกๆ บางครั้งก็มีมั้งที่ขาดสมาธิมาระวะ” (N7)

“น้องรุ่นใหม่ บางครั้งพูดเหมือนหาเรื่อง ทั้ง ๆ ที่ไม่เจตนา บางทีพูดกับพี่เองก็พูดห้วน ๆ” (C6)

“บางครั้งก็ว่ารู้จะพูดอย่างไรกับพี่ ๆ พูดไม่ถูก” (S7)

2.2.4 ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และเทคโนโลยีสารสนเทศ

1) คำนวณยา สารน้ำ และใช้ยาอย่างสมเหตุผล

“น้องมักจะคำนวณสารน้ำได้ช้า บางครั้งคิดผิด ยา small dose คิดไม่ค่อยได้ เมื่อก่อน เราเรียนเทียบบัญญัติญาณ แต่เด็กสมัยใหม่คิดไม่ได้ ไม่เข้าใจวิธีการคิดของเค้า” (N6)

“น้องรุ่นใหม่เทียบบัญญัติไตรยางค์ไม่เป็น คำนวณยากกว่าจะได้ช้า ต้องรู้เรื่องการใช้อย่างมีเหตุผลด้วยนะ” (C8)

“ยาบางอย่างคำนวณไม่ถูกเหมือนกันในยาเด็กละเอียดมาก ต้องใช้เวลา” (S7)

2) นำเทคโนโลยีมาใช้ในการปฏิบัติงาน

“น้องเก่งเทคโนโลยี ใช้ excel มาทำงานได้ แต่ต้องฝึกการใช้อุปกรณ์ที่ทันสมัยมากขึ้น” (N8)

“น้องรุ่นใหม่เค้าได้อยู่แล้วเรื่องการใช้อุปกรณ์ แต่อยากให้เก่งอุปกรณ์ใหม่ๆ ด้วย” (C7)

“รุ่นหนูเก่งในการใช้เทคโนโลยีสื่อสาร แต่ยังไม่ค่อยเก่งในการแพทย์ใหม่ไม่เก่ง” (S7)

2.2.5 ด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ เป็นการส่งเสริมการปฏิบัติทักษะทางวิชาชีพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

“น่องยังไม่ค่อยได้ใช้วิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ในการทำงาน ยังทำงานตามพี่บอก” (N9)

“น่อง ๆ ก็ทำงานตาม routine ไม่ค่อยนำข้อมูลเชิงประจักษ์เหมือนที่เคยเรียนมาใช้ ถ้าใช้ได้จะดีมากเลย” (C9)

“เวลาทำงานจริง ๆ งานวนมาก ทำให้ไม่ได้ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เหมือนที่เคยเรียนมาใช้”(S10)

การอภิปรายผล

1. คุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัยพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคุณภาพบัณฑิตด้านคุณธรรม จริยธรรมมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ส่วนค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือด้าน คุณภาพบัณฑิตด้านทักษะทางปัญญา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในบัณฑิตพยาบาลในหลายสถาบันการศึกษาทางพยาบาลศาสตร์ (นาตยา พึ่งสว่าง และสิริพร บุญเจริญพานิช, 2560; ปัทมาภรณ์ คงขุนทด และคณะ, 2563) อาจเนื่องมาจากการจัดการเรียนการสอนที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์บนพื้นฐานการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เน้นการเข้าใจหลักจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ ศาสนา และวัฒนธรรมตลอดจนสิทธิมนุษยชน มีการจัดการเรียนการสอนที่สอดแทรกคุณธรรมจริยธรรมทุกรายวิชาและทุกชั้นปี และมีชมรมปัญญาภินิหารสำหรับนักศึกษาที่สนใจ มีชมรมจิตอาสาที่มีการจัดกิจกรรมค่ายอาสา กิจกรรมทำความดีสำหรับนักศึกษาทุกชั้นปี ส่วนด้านทักษะทางปัญญา ควรมีการพัฒนาในเรื่องความสามารถคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบโดยใช้องค์ความรู้และประสบการณ์วิชาชีพและที่เกี่ยวข้องเป็นฐานในการคิดเพื่อแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์ได้ อาจเนื่องมาจากประสบการณ์ทางวิชาชีพหลังจากจบใหม่มาเพียง 1 ปี ยังไม่เพียงพอในการคิดและแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการไม่ดีพอจากการมีประสบการณ์ที่น้อย (นาตยา พึ่งสว่าง, และ สิริพร บุญเจริญพานิช, 2562) ส่งผลให้ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน และบัณฑิตเกี่ยวกับคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าทั้งบัณฑิต ผู้บังคับบัญชา และผู้ร่วมงานมีความคาดหวังไปทางเดียวกัน จึงส่งผลให้ผลการประเมินคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติจึงไม่แตกต่างกัน

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ รูปแบบการเรียนการสอน และสภาพแวดล้อมการเรียนกับคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า รูปแบบการเรียนการสอนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณลักษณะบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของบัณฑิตซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ และคณะ (2560) และการศึกษาของรุ่งนภา จันทรา และคณะ (2559) อธิบายได้ว่ารูปแบบการสอนที่มีความหลากหลาย เช่น การเรียนจากกรณีศึกษา การเรียนจากหุ่นจำลองเสมือนจริง เป็นต้น ที่ทำให้มีการพัฒนากระบวนการคิดของนักศึกษาทำให้เกิดการคิดวิเคราะห์ในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ในการปฏิบัติงาน จึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ การศึกษานี้ มีความสัมพันธ์ในระดับ

ต่ำ ดังนั้น จึงควรจัดการเรียนการสอนที่มีการเรียนรู้เชิงรุก (active learning) สามารถปรับตัวได้กับสถานการณ์จริงเมื่อบัณฑิตสำเร็จการศึกษาไปแล้ว และสร้างทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติการพยาบาลได้ดี (ผจงศิลป์ เฟิงมาก และคณะ, 2561) สำหรับแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณลักษณะบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ซึ่งอธิบายได้ว่า แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์จะทำให้ผู้เรียนเกิดความมุ่งมั่นทำให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน เกิดความกระตือรือร้นที่จะพยายามทำงานให้ได้ผลดีเยี่ยม พยายามแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเองเพื่อให้เกิดความสำเร็จส่งผลให้เกิดคุณลักษณะบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ วิทยาลัยอาจต้องพัฒนานิสัยในการเรียน การปรับตัวของนักศึกษาพยาบาล และเจตคติต่อการเรียนในขณะเรียนการสอน เพื่อส่งเสริมแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ให้มากขึ้น (ศิริมา เขมะเพชร, 2559)

2. แนวทางการพัฒนาคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัยพบว่า ด้านความรู้ ควรพัฒนาการจัดการเรียนการสอนทันสมัยต่อการเปลี่ยนแปลงกับโรคอุบัติใหม่ ภาวะสุขภาพ และแหล่งทุน ตลอดจนสามารถใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยและจำป็นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนาตยา พิงสว่าง และสิริพร บุญเจริญพานิช (2560) พบว่า การพัฒนาบัณฑิตการพยาบาลควรคำนึงถึงความต้องการของการใช้งานของแหล่งทุนที่สนับสนุนและควรมีความรู้ที่เท่าทันการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ในปัจจุบันเพื่อให้เกิดคุณภาพของบัณฑิต เพราะแหล่งทุนเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่จะสามารถระบุความสามารถของบัณฑิตที่สามารถนำมาใช้งานได้ตรง

ด้านทักษะทางปัญญา ควรพัฒนาการคิดวิเคราะห์แก้ปัญหาการปฏิบัติงานโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่คำนึงยุคสมัยของผู้เรียนที่เน้นการพัฒนาการคิดวิเคราะห์แก้ปัญหาการปฏิบัติงานที่เหมาะสมในสถานการณ์ เลือกใช้และพัฒนานวัตกรรมหรือแนวทางใหม่มาแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิวดา โพธิ์ทอง และคณะ (2559) การคิดวิเคราะห์เป็นสิ่งที่ควรส่งเสริมหรือพัฒนาในบัณฑิตพยาบาล เป็นนักคิดที่อยู่บนฐานของการวิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลที่หลากหลายตามสภาพความเป็นจริง การพัฒนาการคิดและการแก้ไขปัญหาต้องกระทำต่อเนื่อง โดยผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง มีบทบาทในการสร้างความรู้ด้วยตนเอง จนทำให้เกิดทักษะการคิดและแก้ปัญหา สามารถตอบสนองถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการอย่างมีวิจารณญาณ

ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ควรมีการส่งเสริมความเป็นผู้นำ และสื่อสารเชิงบวก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรพีพรรณ วิบูลย์วัฒนกิจ, และพีระ เรืองฤทธิ์ (2560) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบของนักศึกษาเพิ่มขึ้น ให้สอดคล้องกับลักษณะของผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 ที่มีบุคลิกภาพที่มีความเป็นตัวของตัวเองสูง การที่ผู้เรียนมีการเรียนรู้จากกระบวนการกลุ่มย่อยทำให้เกิดการสร้างภาวะผู้นำ สร้างการสื่อสารที่สร้างสรรค์ จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และทำงานร่วมกัน รับฟังความเห็นต่างของผู้อื่น เกิดบรรยากาศการเรียนรู้ในการทำงานร่วมกัน ทำให้ผู้เรียนมีความเคารพและยอมรับในความแตกต่างระหว่างบุคคล

ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และเทคโนโลยีสารสนเทศ ควรพัฒนาใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล และนำเทคโนโลยีมาใช้ในการปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศุภกรใจ เจริญสุข และคณะ (2563) พบว่าควรมีการบูรณาการหลักสูตรการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลเข้าไปในหลักสูตรทางการศึกษา การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลที่จบใหม่ควรมีความรู้ทักษะและความสามารถในการใช้ยาที่มีคุณภาพจะช่วยให้ผู้รับบริการปลอดภัย มีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น ตลอดจนการรู้จักใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ มาเป็นเครื่องมือสำคัญในการแสวงหาความรู้ ช่วยการในการเข้าถึงข้อมูลได้รวดเร็ว มาใช้ในการตัดสินใจ เพื่อปรับใช้ในการพยาบาลในแต่ละรายอย่างเหมาะสม ทันสมัยและมีคุณภาพในการบริการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (สุปราณี พลชนะ และนันทกาญจน์ หาญพรม, 2560)

ด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ ควรส่งเสริมการปฏิบัติทักษะทางวิชาชีพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ พุทธิรักษา และคณะ (2559) พบว่า เป็นสมรรถนะหลักที่คาดหวังของพยาบาล โดยมีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล จะส่งเสริมอำนาจของพยาบาลในการตัดสินใจเลือกวิธีการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้รับบริการที่ได้ด้วยตนเอง โดยการสืบค้นข้อมูล วิเคราะห์ผลการวิจัย และประเมินคุณภาพงานวิจัย เพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล สู่การพัฒนาคุณภาพพยาบาลวิชาชีพที่ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

วิทยาลัยควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนและกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่สอดคล้องกับคุณลักษณะบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ โดยเฉพาะในด้านทักษะทางปัญญาและด้านความรู้ที่ควบคู่กัน โดยจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับยุคสมัยของผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 เน้นการเรียนแบบเชิงรุก คิดวิเคราะห์ การแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีที่เท่าทันโรคอุบัติการณ์ใหม่และภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง รวมไปถึง การจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่ส่งเสริมแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ให้มากขึ้น รวมทั้ง การเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างอาจารย์และพยาบาลพี่เลี้ยงแหล่งฝึกในการหล่อหลอมบัณฑิตอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาผลการเรียนรู้ (learning outcome) ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิในระดับอุดมศึกษาต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

วิจัยและพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยเฉพาะด้านทักษะทางปัญญา และด้านความรู้ที่ส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้และสอดคล้องวัตถุประสงค์ของหลักสูตรต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2559). *การวิเคราะห์สถิติ: สถิติสำหรับการบริหารและวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 16). โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉันททิพย์ พลอยสุวรรณ, กนกอร พิเดช, สุวารี โพธิ์ศรี, และ ฐานิตา พึ่งฉิ่ง. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 13(1), 97-113.
- นาคยา พึ่งสว่าง, และ สิริพร บุญเจริญพานิช. (2562). คุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติและคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามอัตลักษณ์ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ. *วารสารแพทยนาวิ*, 44(2), 1-17.
- ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560. (2561, 3 มกราคม). *ราชกิจจานุเบกษา*, เล่มที่ 135 ตอนพิเศษ 1 ง. หน้า 7-11.
- ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ, ศิริลักษณ์ กิจสวัสดิ์, กัญญาณัฐ ศิริโชติ, และ สุกลักษณ์ บุญเหลือ. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะของบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 1(1), 57-69.
- ปวิดา โพธิ์ทอง, สุพัตรา จันทรสุวรรณ, สุนทรี ขะชาตย์, และ เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์. (2559). การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานเพื่อส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ และผลการเรียนรู้ของนักศึกษาตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (TQF). *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม*, 6(3), 124-131.
- ปัทมาภรณ์ คงชุดทด, ฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์, นุชมาศ แก้วกุลทล, นฤมล ปรมาสวัสดิ์, และ มยุรี พางาม. (2563). ความคิดเห็นของผู้ใช้บัณฑิตต่อคุณภาพบัณฑิตและอัตลักษณ์ของพยาบาลจบใหม่ที่สามารถศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ปีการศึกษา 2561. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(6), 1086-1094.
- ผจงศิลป์ เพ็งมาก, เทวิกา เทพญา, พิมพ์ศา ศักดิ์สองเมือง, และ อุดม พานทอง. (2561). การรับรู้ทัศนคติและประสบการณ์การใช้เทคนิควิธีการสอนด้วยแนวคิด “การเรียนรู้เชิงรุก” ตามมุมมองของอาจารย์ผู้สอน ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน. *วารสารวิชาการศึกษาศาสตร์*, 19(1), 137-149.
- รพีพรรณ วิบูลย์วัฒนกิจ, และพีระ เรืองฤทธิ์. (2560). คุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของผู้สำเร็จการศึกษาวินิจฉัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค ประชาภักษ์ นครสวรรค์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2559. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรคประชาภักษ์.

- รุ่งนภา จันทรา, เพ็ญศรี ทองเพชร, และ อติญาณ์ ศรีเกษตรริน. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 9(4), 90-101.
- ลัดดาวัลย์ พุทธิรักษา, รัชนิกรณ ทรัพย์กรานนท์, และ ประพนธ์ โอทกานนท์. (2559). ปัจจัยสู่ความสำเร็จในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(3), 94-103.
- ศุภามณ จันทรสกุล. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อวิชาชีพการพยาบาล ปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจ กับความตั้งใจในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลของ นักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 19(37), 119-134.
- ศิริมา เขมะเพชร. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 8(1), 116-124.
- ศุกรใจ เจริญสุข, ลัดดา เหลืองรัตนมาศ, ทศิยรัตน์ รื่นเรือง, กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, และ สุนทราวดี เขียวพิเชฐ. (2563). การประเมินสมรรถนะด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบัณฑิตพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(2), 158-168.
- สมใจ วินิจกุล และ วัลยา ตูพานิช. (2556). ปัจจัยทำนายสมรรถนะตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษารายวิชาสุขภาพคนเมืองและการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช. *วารสารเกื้อการุณย์*, 21(พิเศษ), 51-65.
- สุปราณี พลชนะ, และนันทกาญจน์ หาญพรม. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของนักเรียนพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ. *วารสารแพทยนาวิ*, 44(3), 19-34.
- สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2560). *คู่มือการประกันคุณภาพการศึกษาภายใน ระดับอุดมศึกษา พ.ศ. 2557* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ภาพพิมพ์.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- 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*. Sage.

บทความวิจัย (Research article)

ประสิทธิผลโครงการรื้ออย่างปลอดภัย เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ
และตั้งครรภ์ไม่พร้อมในนักศึกษาพยาบาล

Effectiveness of Safe Love Project for Preventing the Sex Risk Behaviours
and Unwanted Pregnancy in Nursing Students

พัชนียา เชียงตา^{1*}, ณัฐณรี คำอุไร¹, พรนิภา วงษ์มาก¹, ชิดชนก พันธุ์ป้อม¹, สุภัตสร เลาะหะนะ²

Patchaneeya Chienta^{1*}, Natnari Khamaurai¹, Pornnipa Wongmak¹,

Chidchanok Phanpom¹, Supassorn Lorhahana²

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: patchaneeya@bcns.ac.th; เบอร์โทรศัพท์ 089-4095861)

(Received: October 18, 2022; Revised: December 23, 2022; Accepted: December 29, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลโครงการรื้ออย่างปลอดภัยเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและตั้งครรภ์ไม่พร้อม กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2563 จำนวน 116 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ดำเนินโครงการบนพื้นฐานของแนวคิดการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะที่จำเป็น เก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนทดลองและหลังทดลอง โดยใช้แบบวัดความรู้ ค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .75 แบบสอบถามทัศนคติต่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และตั้งครรภ์ไม่พร้อม ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนาและการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการศึกษา พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การตั้งครรภ์ไม่พร้อม และการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภายหลังเข้าร่วมโครงการรื้ออย่างปลอดภัยเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและตั้งครรภ์ไม่พร้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.14, -4.21, p < .01$) ตามลำดับ และทัศนคติต่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและตั้งครรภ์ไม่พร้อม ภายหลังเข้าร่วมโครงการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.29, p < .01$)

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Ministry of Public Health

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า โครงการรักอย่างปลอดภัยเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่อยู่บนพื้นฐานของแนวคิดการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะที่จำเป็น สามารถนำไปประยุกต์ใช้ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นได้ต่อไป

คำสำคัญ: ตั้งครรภ์ไม่พร้อม, พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This quasi-experimental research aims to study the effectiveness of the Safe Love Project in preventing sex-risk behaviours and unwanted pregnancy in nursing students. The purposive sampling consisted of 116 first-year nursing students in the academic year 2020. The project provided the concepts of Information Motivating and training in behavioural skills (Information Motivation and Behavioral Skills Model: IMB Model). Data have been collected in 3 phases: before the experiment, after the experiment, and 1 month after the activity. The questionnaire was used to measure knowledge and attitude. The reliabilities of the tools were .75 and .80 respectively. The data has been analyzed by using descriptive statistics and paired t-tests.

The results show that nursing students have an average score of knowledge about unwanted pregnancy and sexually transmitted diseases prevention, and attitude toward preventing sex-risk behaviours and unwanted pregnancy after the experiment are statistically higher than those before ($t = -3.14, -4.21, -8.29; p < .01$).

The research results come from applying the IMB model, which consists of information provided, motivation establishing and necessary skill improvement that leads to knowledge, appropriate attitudes and ways to prevent unwanted pregnancy and safe-sex behaviours. It can be applied to create activities focusing on safe-sex behaviours and unwanted pregnancy avoidance, as well.

Keywords: Unwanted pregnancy, Sex-risk behaviours, Nursing students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในยุคสมัยที่สังคมมีความเปิดกว้างขึ้น สถานการณ์ทางสุขภาพของวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงไปมากกว่าในอดีต จะเห็นได้จากการที่เด็กมีแนวโน้มของการเข้าสู่การเป็นวัยรุ่นเร็วขึ้น ในช่วงวัยรุ่นที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ฮอร์โมน และทางด้านจิตใจ ทำให้มีแสดงออกถึงการมอบความรัก ความใส่ใจ และมองหาโอกาสที่จะสานความสัมพันธ์ของตนเองและคู่รักให้แน่นแฟ้นยิ่งขึ้น ซึ่งวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ เริ่มมีความสนใจเพศตรงข้าม และเกิดอารมณ์ทางเพศได้ง่าย อาจนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรและการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ได้ การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมโดยการห้ามมีเพศสัมพันธ์อย่างเดียวอาจจะไม่เพียงพอ (ชลลดา ไชยกุลวัฒนา และคณะ, 2562) ในขณะเดียวกันก็ยังมีวัยรุ่นอีกไม่น้อยที่มีความเข้าใจไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ และทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา ตั้งแต่ปัญหาสุขภาพทางเพศ ไปจนถึงการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม ซึ่งล้วนเกิดจากการใช้วิธีคุมกำเนิดไม่ถูกต้อง การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการร่วมเพศ คิดว่าการใช้ถุงยางอนามัยขัดขวางความรู้สึกทางเพศ มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน อันจะนำไปสู่โอกาสในการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเชื้อเอชไอวีได้ง่าย ส่งผลให้มีแนวโน้มการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มสูงขึ้น รวมถึงการคิดว่าร่วมเพศครั้งเดียวไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ นำไปสู่การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการทำแท้ง (อรัญญา ปานเพชร และ ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2563)

จากข้อมูลสถิติสาธารณสุข ปี 2562 – 2564 มีอัตราการคลอดมีชีพในหญิงกลุ่มอายุ 15-19 ปี อยู่ที่ 31, 28.7 และ 25 ต่อ 1,000 ประชากร แม้ว่าจะมีแนวโน้มลดลง แต่กระทรวงสาธารณสุข นโยบายจะลดให้เหลือ 15 ต่อ 1,000 ประชากร ในปี 2570 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564; เจาะลึกระบบสุขภาพ, 2565) แม้ว่าอัตราการคลอดของมารดาวัยรุ่นมีแนวโน้มลดลง แต่มารดาวัยรุ่นเหล่านี้เป็นกลุ่มที่อยู่ในวัยเรียน ทำให้ต้องลาออกกลางคัน ไม่ได้วางแผนสำหรับการมีบุตร จึงไม่มีความพร้อมในการเป็นมารดาและบิดา สอดคล้องกับข้อมูลจากการบริการ 1663 สายด่วนปรึกษาเอดส์และท้องไม่พร้อมพบว่า ช่วงการระบาดโควิด-19 มีหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อม ขอรับบริการปรึกษาทางเลือกเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัว โดยมีสถิติสูงสุดในเดือนพฤษภาคม 2564 รวม 4,461 คน เฉลี่ย 149 คน ต่อวัน เป็นหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ประมาณ 26 คน ต่อวัน ซึ่งมากกว่าช่วงสถานการณ์ปกติ ที่มีค่าเฉลี่ย 16 คน ต่อวัน เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า หญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมหลังจากปรึกษาทางเลือก ร้อยละ 70-90 มีความประสงค์ยุติการตั้งครรภ์เนื่องจากปัจจัยแวดล้อม ทั้งสุขภาพตนเอง ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม (เจาะลึกระบบสุขภาพ, 2564) และจากรายงานสถิติของจังหวัดสระบุรี พบว่า มีอัตราการคลอดบุตรของวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-19 ปี เท่ากับ 31.82 ต่อ 1,000 ประชากร ซึ่งเกินค่าเกณฑ์มาตรฐานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข คือ 27 ต่อ 1,000 ประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี, 2565; สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

การป้องกันความเสี่ยงในการป้องกันตั้งครรภ์ไม่พร้อม ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งการออกกฎหมาย นโยบาย การสอดแทรกการเรียนการสอนเรื่องเพศไปในหลักสูตร เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และตัววัยรุ่นเอง โดยมุ่งเน้นให้เกิดความรู้เกี่ยวกับเพศภาวะ การมีเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด

การสอนเรื่องเพศศึกษา การสื่อสารเรื่องเพศ การปลูกฝังค่านิยมเรื่องเพศ การรับผิดชอบของเพศชาย และการให้บริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ที่มีประสิทธิภาพ (อรัทัย ปานเพชร และ ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2563) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นการแก้ปัญหาในมัธยมต้นและมัธยมปลาย การสอนเพศศึกษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง และทักษะการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับนักเรียน ดังนั้น เพื่อให้มีความครอบคลุมและก้าวหน้า ต่อองค์ความรู้ที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การเรียนระดับอุดมศึกษา ที่ยังพบว่าการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และพบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สอดคล้องกับการศึกษาที่ พบว่า นักเรียนบางส่วน มีความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ และเจตคติในการป้องกันการตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง (เพียรศรี นามไพร, 2560) จึงยังคงมีความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันความเสี่ยงทางเพศ และตั้งครรภ์ไม่พร้อมต่อไป

แนวคิดรูปแบบการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการฝึกทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรม (Information Motivation and Behavioral Skills: IMB Model เป็นทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ โดยมีความเชื่อว่า หากบุคคลได้รับข้อมูลที่ดี ได้รับแรงจูงใจทำให้เกิดทัศนคติ หรือรับรู้ผลเสียด้านสุขภาพ ตลอดจนได้ฝึกทักษะที่จำเป็น และมีความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม จะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี แต่ในทางตรงข้าม หากบุคคลนั้นขาดความรู้ ไม่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติ และขาดซึ่งทักษะพฤติกรรมก็จะส่งผลเชิงลบต่อสุขภาพ การที่บุคคลจะเกิดพฤติกรรมนั้นๆ ขึ้นอยู่กับขึ้นอยู่กับอิทธิพลของ 3 ปัจจัย คือ 1) การให้ข้อมูลความรู้ (information) มีผลโดยตรงกับพฤติกรรมของบุคคล และนำไปสู่การปฏิบัติ 2) การสร้างแรงจูงใจ (prevention motivation) ซึ่งแรงจูงใจ เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดการปฏิบัติ 3) การพัฒนาทักษะที่จำเป็น (behavioral skills) การที่จะเกิดพฤติกรรมใด ๆ บุคคลต้องมีการรับรู้ความสามารถในทักษะที่จำเป็นของตนเองต่อการกระทำให้เกิดพฤติกรรมนั้น ๆ (Fisher & Fisher, 2002) การนำแนวคิด IMB Model มาใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม มีทั้งการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น และการป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (วรรณศิริ ประจันโน และคณะ, 2560; อุทัยวรรณ สกุลวลีธร และคณะ, 2561; รัตม์ลภัส ใจยะสิทธิ และคณะ, 2561) ซึ่งพบว่า ส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม ป้องกันความเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นหญิง ที่อยู่ในชั้นมัธยมเป็นส่วนใหญ่ การวิจัยนี้ จึงสนใจแนวคิด IMB เพื่อหาแนวทางใหม่ ๆ ในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในระดับอุดมศึกษา

แม้ว่าสถิติการตั้งครรภ์ในนักศึกษาพยาบาลมีน้อย แต่นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ที่เข้ามาศึกษาส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18-20 ปี ถือเป็นกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนผ่านสู่ผู้ใหญ่ จึงมีความเสี่ยงที่อาจเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ดังนั้น นักศึกษาควรได้รับการเตรียมพร้อมในหลาย ๆ ด้าน เพื่อรองรับการใช้ชีวิตในรูปแบบใหม่ในระดับอุดมศึกษา เพื่อให้การใช้ชีวิตดำเนินไปได้อย่างราบรื่น และยังมีส่วนสำคัญที่ทำให้ นักศึกษาประสบความสำเร็จในการเรียนพร้อมในการเรียนรู้ทางวิชาชีพในระดับที่สูงขึ้นด้วย รวมถึงการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ นักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องเพศ ผลกระทบของการตั้งครรภ์ไม่

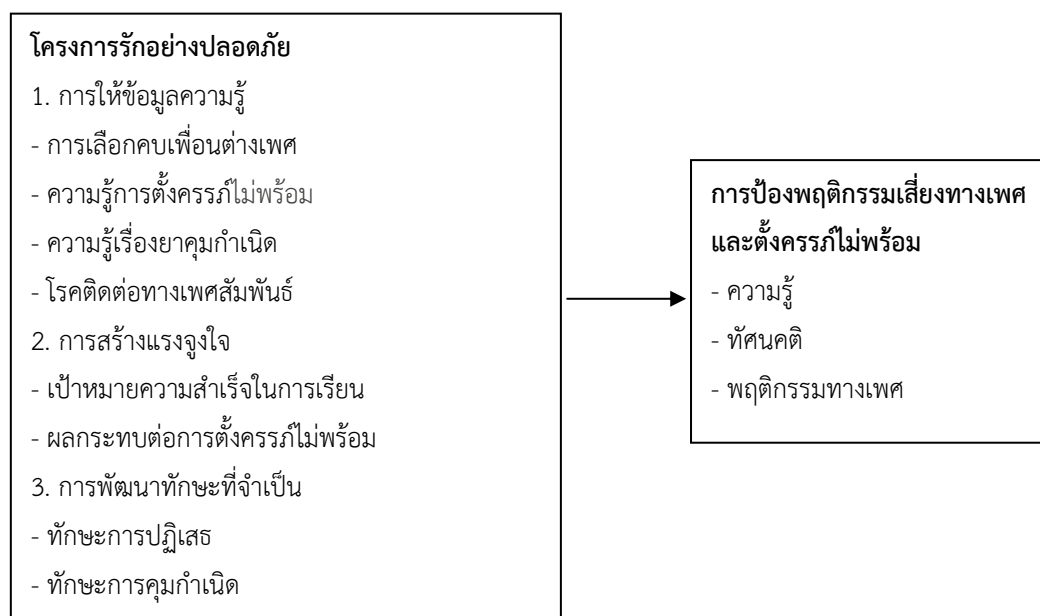
พร้อมและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จนถึงการมีทักษะในการป้องกันตนเองที่ดี ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของสถานการณ์ดังกล่าว จึงจัดทำโครงการรณรงค์อย่างปลอดภัยเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและตั้งครรภ์ไม่พร้อมในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 โดยประยุกต์ใช้แนวคิด IMB Model มาใช้ในงานกิจกรรม ประโยชน์ที่ได้จากการศึกษานี้ นำมา ซึ่งการขยายผลจัดโครงการให้ความรู้ และอบรมนักศึกษาระดับอุดมศึกษา เพื่อให้มีความรู้ ทักษะและการมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม ปลอดภัย ลดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ก่อนเข้าร่วมโครงการ และหลังเข้าร่วมโครงการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด ใช้รูปแบบการให้ข้อมูล ข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการฝึกทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรม (Information Motivation Behavioral: IMB Model) (Fisher & Fisher, 2002) ผู้วิจัยนำมาประยุกต์กับกลุ่มนักศึกษา ในกระบวนการจัดโครงการ การออกแบบกิจกรรม เพื่อให้นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีความรู้ ความเข้าใจ เกิดทัศนคติที่ดี สามารถมีทักษะที่สำคัญ การป้องกันความเสี่ยงทางเพศ และการป้องกันตั้งครรภ์ไม่พร้อม ประกอบด้วยกิจกรรม 3 ขั้นตอน ได้แก่ การให้ข้อมูลความรู้ การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะที่จำเป็น โดยมีกรอบแนวคิด แสดงดังภาพ 1



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัยประสิทธิผลโครงการรณรงค์อย่างปลอดภัย เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและตั้งครรภ์ไม่พร้อมในนักศึกษาพยาบาล

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (quasi-experimental research: one group pretest-posttest design) มีรายละเอียด ของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2563 สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2563 สถาบันการศึกษาพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง จำนวน 116 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเป็นนักศึกษาที่ลงทะเบียนเต็มเวลาและยินดีเข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือ ชุด ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การมีแฟน และการเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับตั้งครรภ์ไม่พร้อม ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบ

1.2 แบบทดสอบความรู้การตั้งครรภ์ไม่พร้อมและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สร้างโดยคณะผู้วิจัย มีลักษณะให้เลือกตอบ “ใช่” “ไม่ใช่” หรือ “ไม่ทราบ” ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน จำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตั้งครรภ์ไม่พร้อม จำนวน 20 ข้อ และด้านความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 10 ข้อ โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน และ 0-10 ตามลำดับ โดยมีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตั้งครรภ์ไม่พร้อม

คะแนน 0-6 หมายถึง ระดับน้อย

คะแนน 7-13 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนน 14-20 หมายถึง มีระดับมาก

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

คะแนน 0-4 หมายถึง ระดับน้อย

คะแนน 5-7 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนน 8-10 หมายถึง มีระดับมาก

1.3 แบบวัดทัศนคติการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม เป็นแบบสอบถามของพอเพ็ญ ไกรนรา และคณะ (2556) เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ระหว่างเห็นด้วยมากที่สุดจนถึงไม่เห็นด้วย มีประกอบด้วยข้อคำถามด้านลบ จำนวน 9 ข้อ และด้านบวก จำนวน 11 ข้อ รวมทั้งสิ้น 20 ข้อ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) ดังนี้

คะแนน 20.00 – 46.60 หมายถึง ระดับต่ำ

คะแนน 46.70 – 73.30 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนน 73.40 - 100 หมายถึง ระดับสูง

1.4 แบบสังเกตพฤติกรรมทางเพศ เป็นแบบตรวจสอบรายการที่ผู้วิจัยพัฒนา ออกแบบที่มีข้อรายการตรวจสอบ โดยผู้วิจัยร่วมประชุมปรึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับเกณฑ์การประเมิน ก่อนการประเมิน มีหัวข้อในการประเมิน ทั้งหมด 5 ข้อ แต่ละข้อจะประเมินพฤติกรรมว่ามีการปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ จากการแสดงบทบาทสมมติ เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงไปอยู่ในสถานการณ์ที่จะเปิดโอกาสให้เกิด การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่พึงประสงค์ การใช้ทักษะการปฏิเสธ วิธีการคุมกำเนิด การเลือกปรึกษาบุคคลใกล้ชิด โดยมีผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยอีก 2 ท่านเป็นผู้ประเมินพร้อมกันจากการแสดงบทบาทสมมติ ในแต่ละกลุ่มต้อง แสดงผ่านอย่างน้อย 3 หัวข้อ ถึงจะผ่านการประเมิน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โครงการรื้ออย่างปลอดภัย เพื่อป้องกัน พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยมีการเรียนรู้ผ่าน IMB Model ด้วยวิธีการให้ข้อมูล ความรู้ การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะที่จำเป็น ประกอบด้วยกิจกรรม ได้แก่

2.1 การให้ข้อมูลความรู้ เป็นกลุ่มใหญ่ ได้แก่ การเลือกคบเพื่อนต่างเพศ ความรู้ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม ความรู้เรื่องยาคุมกำเนิด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การปฏิเสธ การหลีกเลี่ยงไปอยู่ใน สถานการณ์ที่จะเปิดโอกาสให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่พึงประสงค์

2.2 กิจกรรมการสร้างแรงจูงใจ เป็นกลุ่มใหญ่ การสร้างเป้าหมายความสำเร็จในการ เรียน ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อม อภิปรายกลุ่มย่อย การพัฒนาทักษะที่จำเป็น เป็นกลุ่มย่อย ได้แก่ การสาธิตและสาธิตย้อนกลับการใช้ยาคุมกำเนิด ทักษะการปฏิเสธ ฝึกปฏิบัติทักษะการปฏิเสธ ทั้งหมด 2 วัน

2.3 การแสดงบทบาทสมมติ 1 สัปดาห์ หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 1 โดย เนื้อหาได้จากประชุมวางแผน คัดเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับการเรียนรู้ จากอาจารย์ที่มีประสบการณ์ในการ จัดกระบวนการกลุ่ม และเป็นวิทยากรหลักในการบรรยายตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ทั้งกลุ่มใหญ่และกลุ่มย่อย

การตรวจหาคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบวัดทัศนคติการ ป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และแบบทดสอบความรู้การตั้งครรภ์ไม่พร้อมและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามดังกล่าวไปทดลองใช้กับนักศึกษพยาบาลในสถาบันการศึกษาอื่นที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทัศนคติการป้องกันการ ตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า เท่ากับ .80 และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้การตั้งครรภ์ไม่พร้อมและโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ โดยใช้สูตรความเชื่อมั่นคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .75

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ระยะ มีรายละเอียด ดังนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยพบผู้ช่วยวิจัย จำนวน 5 คน ที่เป็นอาจารย์ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารก และผดุงครรภ์ ที่มีประสบการณ์ในการเป็นวิทยากรในการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น และการเป็นวิทยากร เกี่ยวกับเยาวชนทั้งระดับมัธยมและอุดมศึกษา เพื่อทำความเข้าใจเนื้อหา รูปแบบ การให้ความรู้ การสร้าง ทัศนคติ การฝึกทักษะเกี่ยวกับป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและตั้งครรภ์ไม่พร้อม พร้อมทั้งแจ้งให้ทราบ

ถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอน การดำเนินกิจกรรม การสังเกตพฤติกรรม และทำแบบประเมิน ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ ทักษะ การประเมินการแสดงบทบาทสมมติ เกี่ยวกับป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและตั้งครรภ์ไม่พร้อม

1.2 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม (ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม) โดยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้การตั้งครรภ์ไม่พร้อมและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และแบบวัดทัศนคติการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที ในการตอบสอบถาม ภายในห้องประชุมที่จัดโครงการ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

2. ระยะทดลอง จัดทำโครงการรณรงค์ มีรูปแบบกิจกรรมกลุ่มใหญ่และกลุ่มย่อย ได้แก่

2.1 ครั้งที่ 1 (ระยะเวลา 2 วัน) มี 3 กิจกรรม รายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างแรงจูงใจ ได้แก่

- เป้าหมายความสำเร็จในการเรียน โดยให้นักศึกษาคูภาพความสำเร็จของการเรียน การรับปริญญา ความภาคภูมิใจของครอบครัว และอภิปรายกลุ่มย่อย พร้อมทั้งวิเคราะห์เหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จ และอุปสรรคของการศึกษาต่อในระดับปริญญาตรี และร่วมกันหาแนวทางในการป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น

- ความรู้และผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมจะเกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ทำแท้งผิดกฎหมาย ผลกระทบจากการทำแท้ง หากมีการตั้งครรภ์ต่อ เช่น การคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย เป็นต้น ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 2 การให้ข้อมูลความรู้ ได้แก่ 1) การเลือกคบเพื่อนต่างเพศ ให้ความรู้เกี่ยวกับระยะเวลา ความเหมาะสมของการเลือกคบเพื่อนต่างเพศ 2) ทักษะการปฏิเสธ ให้ความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์หรือคำพูดที่จะถูกชักจูงไปในที่อันตราย การหลีกเลี่ยงไปในที่ให้เกิดความเสี่ยง การใช้การสื่อสารเพื่อการปฏิเสธในรูปแบบต่างๆ 3) ความรู้เรื่องยาคุมกำเนิด ให้รู้จักกับกับวิธีการคุมกำเนิดแต่ละวิธี โดยให้ดูวิดีโอ และชนิดของยาคุมของจริง และ 4) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สาเหตุ ผลกระทบ การป้องกัน การรักษา หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และให้เล่นเกมเป็นกลุ่มย่อย ทายปัญหา ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะที่จำเป็น ได้แก่ การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ ทักษะการปฏิเสธ โดยให้จับคู่ แสดงตามเหตุการณ์ และใช้คำพูดหรือวิธีการในการปฏิเสธ ในการทักษะการคุมกำเนิด โดยให้ใส่ถุงยางอนามัยจากหุ่นจำลอง เล่นเกมแลกน้ำ ระยะเวลา 3 ชั่วโมง สะท้อนคิดกิจกรรม เป็นกลุ่มย่อย

2.2 ครั้งที่ 2 (ห่างจากครั้งแรก 1 สัปดาห์) โดยให้แบ่งกลุ่มย่อยแสดงบทบาทสมมติเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงไปอยู่ในสถานการณ์ที่จะเปิดโอกาสให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่พึงประสงค์ การใช้ทักษะการปฏิเสธ วิธีการคุมกำเนิด การเลือกปรึกษาบุคคลใกล้ชิด กลุ่มละ 15 นาที ประเมินพฤติกรรมโดยอาจารย์ 3 ท่าน ซึ่งผู้วิจัยร่วมประชุมปรึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับเกณฑ์การประเมิน การประเมินจากแบบสังเกตพฤติกรรม โดยแบ่งกลุ่ม นักศึกษาออกเป็น กลุ่มละ 10 คน แสดงบทบาทเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงไปอยู่ในสถานการณ์ที่จะเปิดโอกาสให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่พึงประสงค์ การใช้ทักษะการปฏิเสธ

วิธีการสุ่มกำเนิด การเลือกประชากรบุคคลใกล้ชิด จำนวน 5 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วยคำถาม ปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ ซึ่งแต่ละกลุ่มต้องได้คะแนน 3 ใน 5 ถือว่าผ่าน ภายหลังการแสดงบทบาทสมมติ ให้ลงความเห็น พร้อมกันว่าแต่ละกลุ่มแสดงบทบาทสมมติ ผ่าน หรือไม่ผ่าน

3. ระยะเวลาหลังการทดลอง ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้การตั้งครรภ์ไม่พร้อมและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และแบบวัดทัศนคติ การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การมีแฟน และการได้รับความรู้

2. เปรียบเทียบความรู้ และทัศนคติ ป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ ด้วยการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) โดยก่อนวิเคราะห์ได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ กลุ่มตัวอย่างประชากรมีการแจกแจงแบบปกติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี (เลขที่อนุมัติ ec 1-006-2562 วันที่ 30 สิงหาคม 2562) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย สิทธิในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัย และสิทธิการถอนตัวจากการเข้าร่วมในการวิจัย ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อคะแนนและการเรียนรวมถึงการตอบข้อซักถาม ข้อเสนอแนะ แก่กลุ่มตัวอย่างก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามเอกสารชี้แจง และลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยวัยรุ่นตอนปลาย อายุ 18-20 ปี กำลังศึกษาชั้นปีที่ 1 รวม 116 คน ประกอบด้วยเพศชาย 6 คน คิดเป็นร้อยละ 5.20 เพศหญิง 110 คน คิดเป็นร้อยละ 94.80 ส่วนใหญ่มีแฟน และเคยได้รับการอบรมเรื่องเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมมาก่อน ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ของนักศึกษาพยาบาล (n = 116 คน)

รายการ		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	6	5.17
	หญิง	110	94.83
อายุ	18	56	48.20
	19	52	44.80
	20	6	5.20
การมีแฟน	มี	35	30.20
	ไม่มี	81	69.80
ได้รับความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม			
เคย		106	91.40
ไม่เคย		10	8.60

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ และทัศนคติ การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ก่อน-หลังเข้าร่วมโครงการ

2.1 ด้านความรู้ แบ่งออกเป็น ความรู้การตั้งครรภ์ไม่พร้อม การคุมกำเนิด ผลกระทบของการตั้งครรภ์ การทำแท้ง และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยระยะหลังเข้าร่วมโครงการ ($M = 14.80$, $SD = 1.42$) สูงวก่อนเข้าร่วมโครงการ ($M = 14.06$, $SD = 2.15$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.14$, $p = .002$) ในส่วนของความรู้การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ หลังเข้าร่วมโครงการ ($M = 9.67$, $SD = .89$) มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ ($M = 9.20$, $SD = 1.08$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.21$, $p < .001$)

2.2 ด้านทัศนคติการป้องกันการตั้งครรภ์ ตัวอย่างของแบบถามสอบถาม เช่น หญิงชายอยู่ใกล้ชิด สัมผัสเนื้อตัวกันมีโอกาสสูงที่จะมีเพศสัมพันธ์ การดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์อาจนำไปสู่ การมีเพศสัมพันธ์ได้ ค่านิยมการมีแฟนของวัยรุ่น ส่งผลให้มีโอกาสตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้ จากการตอบแบบสอบถาม ผลของทัศนคติพบว่า คะแนนเฉลี่ยของทัศนคติของการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ระยะหลังเข้าร่วมโครงการ ($M = 74.22$, $SD = 6.00$) สูงวก่อนเข้าร่วมโครงการ ($M = 67.11$, $SD = 7.3$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.29$, $p < .001$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 คะแนนเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) ระดับ และการทดสอบทีของความรู้ และทัศนคติ การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการตั้งครรรภ์ไม่พร้อม ระหว่างก่อนเข้าร่วมโครงการ และหลังเข้าร่วมโครงการ (*n* = 116 คน)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Mean difference (95%CI)	<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ		
ความรู้การป้องกันการตั้งครรรภ์ไม่พร้อม	14.06	2.15	มาก	14.82	1.42	มาก	-0.75 (-0.28, -1.23)	-3.14**
ความรู้การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	9.20	1.08	มาก	9.67	0.89	มาก	-1.23 (-0.25, -4.21)	-4.21**
ทัศนคติการป้องกันการตั้งครรรภ์ไม่พร้อม	67.11	7.31	ปานกลาง	74.22	6.00	สูง	-7.11 (-5.41, -8.29)	-8.29**

***p* < .01

การอภิปรายผล

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการตั้งครรรภ์ไม่พร้อม ระหว่างก่อนเข้าร่วมโครงการ และหลังเข้าร่วมโครงการ สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ด้านความรู้เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและตั้งครรรภ์ไม่พร้อม พบว่า คะแนนเฉลี่ยระยะหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อธิบายได้ว่า นักศึกษาที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม มีการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ได้ดีขึ้น จากรูปแบบการให้ข้อมูลความรู้ ได้แก่ การเลือกคบเพื่อนต่างเพศ การตั้งครรรภ์ไม่พร้อม การปฏิเสธ ความรู้เรื่องยาคุมกำเนิด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การสร้างแรงจูงใจ ได้แก่ เป้าหมายความสำเร็จในการเรียน ผลกระทบต่อการตั้งครรรภ์ไม่พร้อม การพัฒนาทักษะที่จำเป็น ได้แก่ การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการคุมกำเนิด สะท้อนคิด ในรูปแบบกลุ่มใหญ่และกิจกรรมกลุ่มย่อย ทำให้มีคะแนนความรู้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.14, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาการให้ข้อมูลข่าวสาร กิจกรรมการเรียนรู้ โปรแกรมการ ป้องกันการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น ช่วยส่งเสริมการป้องกันการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น (นันทพร ศรีเมฆรัตน์, 2563) นอกจากนี้ ยังพบว่า การให้ข้อมูลข่าวสาร ในนักเรียนหญิงชั้นปีที่ 2 เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น ส่งผลให้ภายก่อนและหลังการทดลอง วัยรุ่นมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรรภ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 (ชลดา กิ่งมาลา และคณะ, 2558) รวมถึง การให้โปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้เรื่องเพศศึกษา และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการตั้งครรรภ์ก่อนวัยอันควร โดยประยุกต์จากทฤษฎีแรงจูงใจ ประกอบด้วย กิจกรรม การอภิปรายกลุ่ม การนำเสนอ บทบาทสมมุติ ในนักเรียนชั้นปีที่ 5 พบว่า ความรู้ ความคาดหวัง ในความสามารถของตนเอง พฤติกรรมการปฏิบัติตนและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการป้องกันการตั้งครรรภ์ก่อนวัยอันควรสูงกว่าก่อนการทดลอง มีความแตกต่างกันที่

ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (ซันนัย ตียะไพธาดา และ พรณี บัญชรหัตถกิจ, 2556) ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าว พบว่า การให้ความรู้มีความสำคัญต่อการช่วยป้องกันความเสี่ยงทางเพศ และป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้

2. ด้านทัศนคติการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ค่าเฉลี่ยระยะก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่า นักศึกษาที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม มีการเปลี่ยนแปลงในทัศนคติได้ดีขึ้น จากการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจ ในการสร้างเป้าหมายความสำเร็จในการเรียน ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่จะเกิดขึ้น เมื่อเกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น สะท้อนคิด ระดมสมองผ่านกิจกรรมกลุ่มย่อย ทำให้เกิดทัศนคติที่ดีในการป้องกันตั้งครรภ์ไม่พร้อม มีเป้าหมายในการเรียน การใช้ชีวิต เพื่อให้ประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษา การประยุกต์รูปแบบการให้ข้อมูลการสร้างแรงจูงใจ และการฝึกทักษะในการป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น มีการจัดกิจกรรม กระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเพื่อน นักเรียนด้วยกัน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากตัวแบบ (model) ส่งผลให้ทัศนคติต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนหญิงภายหลังการทดลองมีคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง (รัศมีลภัส ใจยะสิทธิ และคณะ, 2561)

3. ด้านพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ นักศึกษาที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม ที่ได้รับการพัฒนาทักษะที่จำเป็น ได้แก่ การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการคุมกำเนิด อธิบายได้ว่า การแสดงบทบาทสมมติ เป็นการทบทวนความรู้ และสามารถลงมือปฏิบัติจริงในการแสดงออกพฤติกรรมป้องกัน ทั้งนี้ไม่สามารถที่จะติดตามพฤติกรรมจริงของนักศึกษาได้ จึงเลือกการแสดงบทบาทสมมติ เป็นการให้นักศึกษาแสดงออกทางพฤติกรรม เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงไปอยู่ในสถานการณ์ที่จะเปิดโอกาสให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่พึงประสงค์ การใช้ทักษะการปฏิเสธ วิธีการคุมกำเนิด การเลือกปรึกษาบุคคลใกล้ชิดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลดา กิ่งมาลา และคณะ (2558) พบว่าการจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะนักเรียนที่ได้รับการฝึกทักษะในการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และทักษะการใช้วิธีการ คุมกำเนิด ที่ถูกต้อง และให้มีการแสดงบทบาทสมมติในสถานการณ์จำลองโดยให้มีการแสดงพฤติกรรมการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และการใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง ส่งผลให้วัยรุ่นหญิงมีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง 1 กลุ่ม และไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม อาจทำให้มีปัจจัยอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการจัดกระทำทดลอง ที่ส่งผลต่อผลการวิจัยได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านนโยบายสุขภาพ ควรมีการส่งเสริมการใช้แนวคิดรูปแบบการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะที่จำเป็น แนวทางสำหรับการดูแลกลุ่มวัยรุ่นในระดับประเทศ เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม
2. ด้านการศึกษา ควรมีการนำแนวคิดรูปแบบการให้ข้อมูลข่าวสาร การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะที่จำเป็น มาเป็นแนวทางการป้องกันความเสี่ยง และตั้งครรภ์ไม่พร้อม มาใช้กับกลุ่มนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา เพื่อเป็นทางเลือก ในการเป็นแนวทางสำหรับการดูแลกลุ่มวัยรุ่น เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และตั้งครรภ์ไม่พร้อมต่อไป
3. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล นำผลการศึกษา และรูปแบบของโปรแกรมไปพัฒนาการให้บริการกับวัยรุ่นในสถานศึกษา และควรมีการจัดอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ ความสามารถที่จะให้บริการหรือจัดกิจกรรมในการให้ความรู้ได้อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ทำการวิจัยเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม และมีการวัดซ้ำ เพื่อติดตามการคงอยู่ของความรู้ ทักษะและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและตั้งครรภ์ไม่พร้อม

เอกสารอ้างอิง

- เจาะลิกระบบสุขภาพ. (2564, 27 มิถุนายน). *โควิด ทำพิษ หญิงไทยท้องไม่พร้อมพุ่ง พังสายด่วน 1663 หาทายออก*. <https://www.hfocus.org/content/2021/06/22005>
- เจาะลิกระบบสุขภาพ. (2565, 11 กรกฎาคม). *ไทยเผยตัวเลข "ท้องไม่พร้อม" ลดลง! แต่ยังมีปัญหาพื้นที่ห่างไกล คุณกานีดผิตวิธิ*. <https://www.hfocus.org/content/2022/07/25485>
- ชันนัย ตียะไธธาตา, และ พรธณี บัญชรหัตถกิจ. (2556). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5. *ศรีนครินทร์ เวชสาร*, 28(2), 146-154.
- ชลดา กิ่งมาลา, ทศนีย์ รวีวรกุล, และ อาภาพร เผ่าวัฒนา. (2558). ผลของโปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 31(3), 25-34.
- ชลลดา ไชยกุลวัฒนา, อิชยา มอญแสง, และ พัทธรินทร์ ไชยบาล. (2562). ประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนวัยรุ่น จังหวัดพะเยา. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 25(3), 340-353.
- นันทพร ศรีเมฆารัตน์. (2563). รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 5(3), 96-104.

- พอเพ็ญ ไกรนรา, เมธิณี เกตวาธิมาตร, และ มัณฑนา มณีโชติ. (2556). ผลของโปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมโดยแกนนำนักศึกษาพยาบาลต่อความรู้ ทักษะและความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นตอนต้น. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 19(2), 20-30.
- เพียรศรี นามไพร. (2560). ความรู้ และเจตคติ ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนมัธยมศึกษาโรงเรียน จันทบุเกษาอนุสรณ์ ตำบลเกษตรวิสัย อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารโรงพยาบาล มหาสารคาม*, 14(3), 67-75.
- รัศมีลภัส ใจยะสิทธิ, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, และ ณัฐกมล ชาญสาธิตพร. (2561). การประยุกต์รูปแบบ การให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการฝึกทักษะในการป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนหญิงชั้น มัธยมศึกษาตอนต้น. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 32(3), 1-18.
- วรรณศิริ ประจันโน, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, และ พรนภา หอมสินธุ์. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทาง เพศของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายตามแนวความคิดการให้ข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และ ทักษะพฤติกรรม. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 29(2), 39-51.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี. (2565). สถิติสาธารณสุข 2564. http://www.sro.moph.go.th/ewtadmin/ewt/saraburi_web/main.php?filename=index
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานประจำปี 2564 สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. <https://rh.anamai.moph.go.th/th/departement-yearly-report/download/?did=207441&id=82926&reload=>
- อุทัยวรรณ สกวลลีธร, ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์, และ นฤมล ชีระรังสิกุล. (2561). ปัจจัยทำนาย พฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่นหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 12(2), 253-264.
- อรรถัย ปานเพชร, และ ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2563). การตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่น: แนวทางการป้องกัน และเฝ้าระวัง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 31(2), 280-292.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed). Prentice-Hall.
- Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (2002). The Information Motivation Behavioral Skills Model. In R. J. DiClement., R. A. Crosby., & M. C. Kegler (Eds.), *Emerging theories in health promotion practice and research* (pp. 40-70). Jossey-Bass.

บทความวิจัย (Research article)

ผลของการใช้หุ่นจำลองเสมือนจริงในการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็ก

ต่อความสามารถ และความมั่นใจในการตรวจร่างกาย

ระบบทางเดินหายใจในเด็กของนักศึกษาพยาบาล

Effects of Using Simulation-Based Learning of Respiratory System

Examination Model on the Ability and Confidence to Perform

Children's Respiratory System Examination of Nursing Students

จารุวรรณ สอนองญาตี¹, ยุคนธ์ เมืองช้าง¹, ลักณา ศิริธิรกุล^{1*}

Jaruwan Sanongyard¹, Yukon Muangchang¹, Lakana Siratirakul^{1*}

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kai_lakana@hotmail.com; เบอร์โทรศัพท์ 081-9866330)

(Received: September 28, 2022; Revised: December 28, 2022; Accepted: December 29, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มทดสอบก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถและความมั่นใจก่อนและหลังการใช้หุ่นจำลองเสมือนจริงในการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2564 จำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความมั่นใจและแบบประเมินความสามารถในการฝึกตรวจระบบทางเดินหายใจในเด็ก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการทดสอบที่ ผลการศึกษาพบว่า

1. ความสามารถในการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมการเรียนการสอนโดยการใช้หุ่นจำลองเสมือนจริงมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ($t = 12.52$, $p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 13.42$, $p < .05$)
2. ความมั่นใจในการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมการเรียนการสอนโดยการใช้หุ่นจำลองเสมือนจริง มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 13.89$, $p < .001$)

ผลการวิจัยแสดงว่า หุ่นจำลองเสมือนจริงในการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กสามารถนำไปใช้เป็นสื่อในการเรียนการสอนภาคทดลองก่อนการปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยในคลินิกได้

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

คำสำคัญ: หุ่นตรวจร่างกายในเด็ก, ความสามารถในการตรวจร่างกาย, ความมั่นใจ, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This quasi-experimental research, a pretest-posttest control group design aimed to compare the ability and confidence before and after using the simulation-based learning of the respiratory system examination model of nursing students. Sixty nursing students, studying on the 3rd in the 2021 academic year at Boromarajonai College of Nursing, Suphanburi were recruited using simple random sampling. The sample was divided into 2 groups, including 30 nursing students in experimental groups and 30 nursing students in control groups. Data were collected using the ability and confidence to examine the respiratory system for children's questionnaires of nursing students. Data were analyzed using descriptive statistics, and t-test. The results showed that:

1. The ability to examine the respiratory system of children after using the simulation-based learning of the respiratory system examination model of the experimental group was significantly higher than before using the model ($t = 12.52, p < .001$); and was significantly higher than the control group at .05 ($t = 13.42, p < .05$).

2. The confidence to examine the respiratory system of children after using the simulation-based learning of the respiratory system examination model of the experimental group was significantly higher than before using the model ($t = 13.89, p < .001$).

The conclusion is that the simulation-based learning of the respiratory system examination model of nursing students can be used in the nursing laboratory before practicing with patients in the clinic.

Keywords: Children's physical examination model, Physical examination ability, Confident, Nursing students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสอนภาคปฏิบัติบนคลินิกเป็นหัวใจสำคัญของวิชาชีพพยาบาลหลักสูตรในพยาบาลศาสตร์ ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพโดยอาศัยการปฏิบัติการพยาบาลเป็นหลัก ผู้เรียนจะเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงและนำความรู้ทางทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ทั้งด้านทักษะทางปัญญา ทักษะทางการปฏิบัติและทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ ดังนั้น การเรียนรู้ประสบการณ์ตรงจากการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริงในสถานบริการเป็นสิ่งที่ดีต่อการเรียนรู้ แต่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องสิทธิผู้ป่วยและความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญที่ผู้เรียนไม่สามารถปฏิบัติแบบลองผิดลองถูกได้ นอกจากนี้ ยังมีบางกิจกรรม เช่น

การฝึกช่วยฟื้นคืนชีพ การตรวจภายใน และการสวนปัสสาวะ เป็นต้น ที่ไม่สามารถฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริงได้ ดังนั้น การฝึกปฏิบัติโดยการใช้หุ่นจำลองเสมือนจริง จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นเพื่อให้ผู้เรียนได้มีโอกาสฝึกทักษะ เพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ โดยเฉพาะโครงสร้าง ลักษณะทางกายภาพ และกระบวนการทำงานของอวัยวะในร่างกายอย่างถูกต้องและแม่นยำ (สุสันหา ยิ้มแย้ม, 2559)

หุ่นฝึกทักษะการพยาบาล (nursing manikins) หรือหุ่นจำลองสถานการณ์ (simulation) มีประโยชน์ในเชิงผลลัพธ์ด้านความรู้และสมรรถนะทางการพยาบาล (สุสันหา ยิ้มแย้ม, 2559) ความมั่นใจของผู้เรียนในการปฏิบัติการพยาบาลก่อนที่จะปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย (วโรตม เสมอเชื้อ และคณะ, 2563) และช่วยลดความเครียดความวิตกกังวลในการขึ้นฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริงบนหอผู้ป่วย (Foronda et al., 2013) จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการศึกษาศึกษาพยาบาล

ภาควิชาการพยาบาลเด็ก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี จึงได้เล็งเห็นความสำคัญในการเตรียมความพร้อมในด้านทักษะการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็ก สำหรับนักศึกษาพยาบาลก่อนขึ้นฝึกประสบการณ์จริงบนหอผู้ป่วย โดยการพัฒนาหุ่นจำลองตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็ก เพื่อใช้เป็นสื่อการสอนภาคปฏิบัติให้กับนักศึกษาพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการสอนภาคปฏิบัติ เพิ่มความมั่นใจในการตรวจร่างกายให้แก่ นักศึกษาพยาบาลก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานจริงบนหอผู้ป่วย อีกทั้ง ยังเป็นการลดความเสี่ยงและเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย อีกทั้ง การจัดซื้อหุ่นจำลองมาเพื่อฝึกปฏิบัติหัตถการมีราคาแพง การมีข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณ ทำให้มีจำนวนหุ่นจำลองไม่เพียงพอต่อจำนวนนักศึกษาพยาบาล คณะผู้วิจัยจึงได้พัฒนาสื่อการสอนนวัตกรรมหุ่นจำลองเสมือนจริงในการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็ก ซึ่งประกอบด้วย หุ่นปอดเทียม สื่ออิเล็กทรอนิกส์เสียงปอด และภาพโครงสร้างของปอด ผลิตขึ้นจากวัสดุที่ต้นทุนต่ำ แต่มีประสิทธิภาพในการใช้ฝึกการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็ก ซึ่งช่วยให้ผู้เรียนได้ฝึกปฏิบัติทักษะนี้ในสภาพเสมือนจริง ได้ฝึกปฏิบัติการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กซ้ำได้ จนเกิดความชำนาญ ช่วยส่งเสริมความสามารถในการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กของนักศึกษาและมีความพร้อมในการประเมินสภาพที่แม่นยำ และให้การดูแลเด็กที่ถูกต้องและความปลอดภัย

วัตถุประสงค์วิจัย

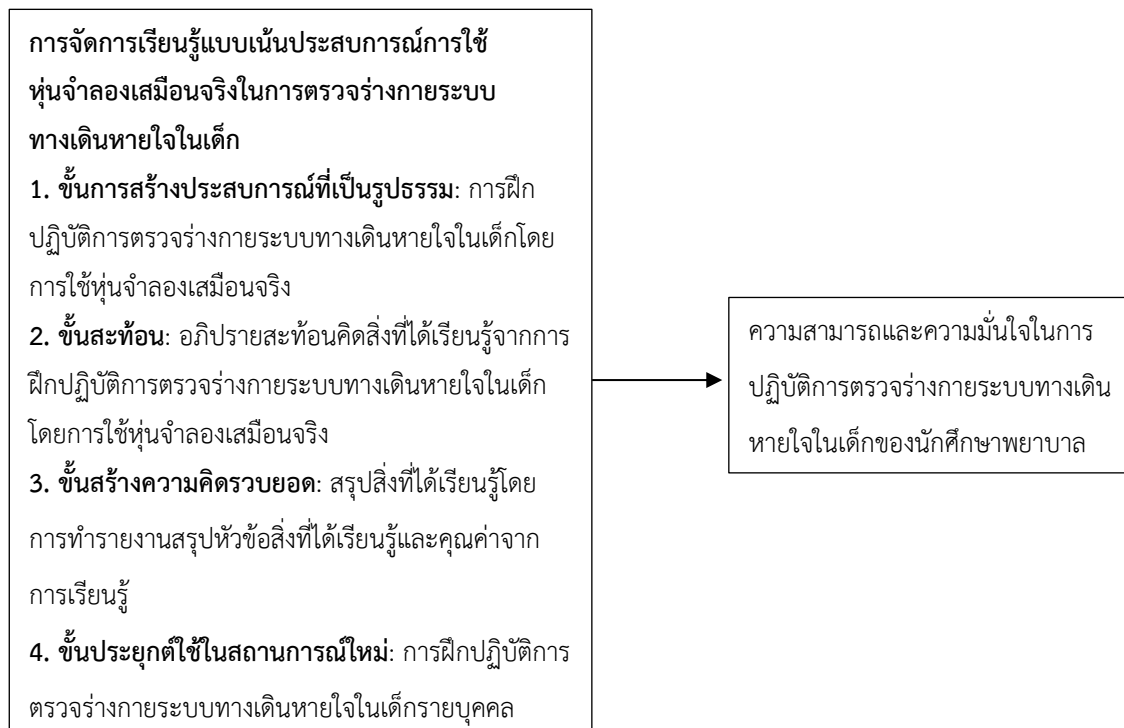
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถ และความมั่นใจ ในการปฏิบัติการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อน และหลังการใช้หุ่นตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็ก
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็ก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้หุ่นตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็ก และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตรวจร่างกายในเด็กตามปกติ

สมมติฐานในการวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็ก ภายหลังการใช้หุ่นตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตรวจร่างกายในเด็กตามปกติ
2. นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็ก ภายหลังการใช้หุ่นตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กสูงกว่าก่อนทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าของการใช้หุ่นจำลองเสมือนจริงในการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กนี้ เป็นไปตามแนวคิดการเรียนรู้ที่เน้นประสบการณ์ (Kolb & Kolb, 2009) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นการสร้างประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม โดยการฝึกปฏิบัติการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กโดยการใช้หุ่นจำลองเสมือนจริง 2) ขั้นสะท้อน โดยการอภิปรายสะท้อนคิดสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กโดยการใช้หุ่นจำลองเสมือนจริง 3) ขั้นสร้างความคิดรวบยอด โดยการสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้โดยการทำรายงานสรุปหัวข้อสิ่งที่ได้เรียนรู้และคุณค่าจากการเรียนรู้ และ 4) ขั้นประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ โดยการฝึกปฏิบัติการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กรายบุคคล ซึ่งการที่บุคคลจะเกิดการปฏิบัติทักษะการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กนั้น ๆ จำเป็นต้องมีความรู้ที่ถูกต้องจนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยผลของการใช้หุ่นจำลองเสมือนจริงในการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กต่อความสามารถและความมั่นใจในการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กของนักศึกษาพยาบาล

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest- posttest design) มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2564 จำนวน 112 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2564 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับสถิติการทดสอบที่แบบ 2 กลุ่มอิสระต่อกัน กำหนดระดับนัยสำคัญ เท่ากับ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ ($\text{power test}=1-\beta$) เท่ากับ .80 และประมาณค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .50 (Cohen, 1977) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 54 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือการออกจากการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบอย่างง่าย โดยให้นักศึกษาจำนวน 30 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเรียนการสอนตามปกติ และที่เหลืออีก 30 คน เป็นกลุ่มทดลอง โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก 2 แบบเต็มเวลา และ 2) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยตามระยะเวลาที่กำหนด และเกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนได้ตลอดโครงการวิจัยผู้วิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นหุ่นจำลองเสมือนจริงในการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็ก มีการประดิษฐ์หุ่น 3 ชั้น ดังนี้

ชั้นที่ 1 การเตรียมการประดิษฐ์หุ่นจำลองฝึกทักษะตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็ก ศึกษาหลัก และรูปแบบการทำงานของหุ่นจำลองฝึกทักษะตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กในห้องปฏิบัติการพยาบาลที่มีอยู่เดิม และหุ่นจำลองที่คณะผู้ประดิษฐ์ขึ้นเพื่อปรับรูปแบบการประดิษฐ์ หุ่นจำลองตัวใหม่ให้มีความเสมือนจริงมากที่สุด

ชั้นที่ 2 การประดิษฐ์หุ่น วิธีการ วางแผนและออกแบบหุ่นประดิษฐ์ จำลองพร้อมอุปกรณ์ในการประดิษฐ์ อุปกรณ์ในการประดิษฐ์ ประกอบด้วยหุ่นพลาสติกแข็งครึ่งตัวและอุปกรณ์ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์เพื่อให้เกิดเสียงปอด ดังภาพ 2



ภาพ 2 หุ่นจำลอง และอุปกรณ์ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม 3 ส่วน คือ

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ อายุ เพศ และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนทางการเรียนของนักศึกษาชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2563 ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบ

2.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็ก ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามโครงสร้างเนื้อหาวิชาของบทเรียนและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้ตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วย การเตรียมอุปกรณ์ในการตรวจร่างกาย การปฏิบัติการตรวจระบบทางเดินหายใจในเด็ก การประเมินผู้ป่วย และบันทึกรายงาน จำนวน 19 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ ปฏิบัติถูกต้อง ให้ 2 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ให้ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน คิดคะแนนรวมโดยมีคะแนนระหว่าง 0 - 38 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกค่าเฉลี่ยออกเป็น 2 ระดับ คือ ระหว่าง 0-22 คะแนน (ต่ำกว่าร้อยละ 60) หมายถึง ไม่ผ่าน และมากกว่า 23 คะแนน (ร้อยละ 60 ขึ้นไป) หมายถึง ผ่าน

2.3 แบบสอบถามความมั่นใจในการตรวจระบบทางเดินหายใจในเด็ก สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยตามวัตถุประสงค์ของการเรียน เพื่อประเมินความมั่นใจในด้านการเตรียมผู้ป่วย การเตรียมอุปกรณ์ในการตรวจร่างกาย การปฏิบัติการตรวจระบบทางเดินหายใจในเด็ก การประเมินผู้ป่วย และบันทึกรายงาน จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนระหว่างมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน ถึ้นน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน คิดคะแนนเฉลี่ยรายข้อและโดยรวม โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกค่าเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2560)

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

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยนำหุ่นจำลองเสมือนจริงในการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็ก ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านเพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของหุ่นสื่อการสอน นำหุ่นตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็ก ไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญทั้งในด้านเนื้อหาและด้านสื่อ นวัตกรรมหุ่นจำลอง แล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจพิจารณาอีกครั้ง เพื่อหาประสิทธิภาพ โดยประสิทธิภาพของ หุ่นจำลองการตรวจร่างกาย เท่ากับ 80/80 เป็นไปตามเกณฑ์ ก่อนนำไปทดลองภาคสนาม (field testing)

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กและแบบสอบถามความมั่นใจในการตรวจระบบทางเดินหายใจในเด็ก ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ตลอดจนลำดับเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลเด็ก จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการสอนนวัตกรรมหุ่นจำลอง จำนวน 1 ท่าน โดยมีดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence: IOC) ระหว่าง .67–1.00 หลังจากแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำ

ของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็ก ไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี จำนวน 10 คน นำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR) 20 เท่ากับ .82 ส่วนแบบสอบถามความมั่นใจในการตรวจระบบทางเดินหายใจในเด็ก นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรีที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มทดลอง มีการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1.1 ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยเตรียมพร้อมด้านอุปกรณ์ สถานที่และเตรียมอาจารย์พยาบาล 2 คน เป็นผู้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กของกลุ่มตัวอย่าง ทีมผู้วิจัยอบรมชี้แจงเกี่ยวกับการใช้หุ่นจำลองการตรวจร่างกายแก่กลุ่มทดลองและอาจารย์พยาบาลผู้ประเมิน พร้อมทั้งแนะนำวิธีการใช้หุ่นจำลองตามคู่มือ และประเมิน (pretest) ในกลุ่มทดลองด้วยแบบสอบถามความมั่นใจในการตรวจระบบทางเดินหายใจในเด็ก ก่อนการใช้หุ่นจำลองตามความคิดเห็นของตนเอง

1.2 ระยะทดลอง กลุ่มทดลองได้ฝึกการตรวจร่างกายจากหุ่นจำลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นเวลา 1 สัปดาห์พร้อมคู่มือ และจัดการเรียนรู้แบบเน้นประสบการณ์การใช้หุ่นจำลองเสมือนจริงในการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็ก ดังนี้

1.2.1 ขั้นการสร้างประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมในกลุ่มทดลอง โดยปฏิบัติ ดังนี้

- ครูสาธิตการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจให้กลุ่มทดลอง โดยการใช้หุ่นจำลองเสมือนจริงฯ

- นักศึกษากลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็ก (นอกชั้นเรียน) ด้วยหุ่นจำลองเสมือนจริงฯ โดยการแบ่งนักศึกษาออกเป็น 15 คู่ จับคู่ฝึกซ้อมการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจ และหลังจากนั้นให้นักศึกษา 1 คน ปฏิบัติทักษะฯ รายเดี่ยว ใช้เวลาปฏิบัติคนละ 10 นาที โดยมีครูผู้ประเมิน 2 คน จนครบ 30 คน

1.2.2 ขั้นสะท้อน: อภิปรายสะท้อนคิดสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กโดยการใช้หุ่นจำลองเสมือนจริง ระหว่างครู 2 คน และกับกลุ่มทดลอง 30 คน ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

1.2.3 ขั้นสร้างความคิดรวบยอด: สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้โดยการทำรายงานสรุป 1 หน้ากระดาษใน 2 หัวข้อ สิ่งที่ได้เรียนรู้และคุณค่าจากการเรียนรู้ เป็นแผนผังความคิด (mind mapping)

1.2.4 ขั้นประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่: ร่วมกันนำความรู้ไปฝึกปฏิบัติการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กในสถานการณ์ที่แตกต่างต่อไป โดยกลุ่มทดลอง 30 คน มีการนัดการปฏิบัติการตรวจร่างกายเด็กระบบทางเดินหายใจในสถานการณ์ที่แตกต่าง เว้นช่วงจากระยะขั้นสร้าง

ความคิดรวบยอด นาน 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นให้กลุ่มทดลอง 30 คน การปฏิบัติการตรวจร่างกายทีละ 1 คน ใช้เวลา 10 นาที โดยมีครูผู้ประเมิน 2 คน ชั่วโมงโดยให้ปฏิบัติทีละ 1 คน ใช้เวลา 7 ชั่วโมง

1.3 ระยะประเมินผล (Post-test) ในกลุ่มทดลอง หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมการวิจัย นาน 1 สัปดาห์ ให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามความมั่นใจในการตรวจระบบทางเดินหายใจในเด็กหลังการใช้หุ่นจำลองฯ

2. กลุ่มควบคุม มีการเรียนการสอนแบบเดิม ดังนี้

2.1 ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยเตรียมพร้อมด้านอุปกรณ์ สถานที่และเตรียมอาจารย์พยาบาล 2 คน เป็นผู้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กของกลุ่มควบคุม พร้อมทั้งแนะนำวิธีการใช้หุ่นตามคู่มือ และครูสาธิตการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจ แบบการจัดการเรียนปกติและประเมิน (pretest) ในกลุ่มควบคุม ด้วยแบบสอบถามความมั่นใจในการตรวจระบบทางเดินหายใจในเด็ก ก่อนการใช้หุ่นจำลองตามความคิดเห็นของตนเอง และให้นักศึกษากลุ่มควบคุมฝึกปฏิบัติด้วยตนเองนอกชั้นเรียน

2.2 ระยะทดลอง โดยนำหุ่นจำลองการตรวจร่างกายพร้อมคู่มือไปใช้กับกลุ่มควบคุม และนัดประเมินทักษะการตรวจร่างกายหลังจากระยะเตรียมการ 2 สัปดาห์ การประเมินความสามารถในการปฏิบัติการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กทีละ 1 นานคนละ 10 นาที โดยมีอาจารย์พยาบาล จำนวน 2 คน เป็นผู้ให้คะแนนนักศึกษา จนครบ 30 คน

2.3 ระยะประเมินผล (posttest) ในกลุ่มควบคุม หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมการวิจัย นาน 1 สัปดาห์ ให้กลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามความมั่นใจในการตรวจระบบทางเดินหายใจในเด็กหลังการใช้หุ่นจำลองฯ ของกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการสอนตามปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่าความถี่ และร้อยละ และการเปรียบเทียบความเท่าเทียมของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็ก และคะแนนความมั่นใจ ในกลุ่มทดลองระหว่างก่อน และหลังการใช้หุ่นจำลองการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็ก โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็ก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้หุ่นจำลองการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็ก และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ได้รับเอกสารรับรองหมายเลข EC-017/2564 ได้รับการรับรองตั้งแต่วันที่ 30 มิถุนายน 2564 ถึง วันที่ 29 มิถุนายน 2565 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับ ขั้นตอนการวิจัย และระยะเวลาการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนทราบทุกราย พร้อมทั้งชี้แจงว่าสามารถปฏิเสธและถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ร่วมวิจัย และข้อมูลที่ได้รับจะเก็บเป็นความลับ การนำเสนอการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่อการวิจัยเสร็จสิ้นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ที่เหลือจะได้รับการสอนการตรวจร่างกายจากการหุ่นจำลองเหมือนกลุ่มทดลองตามความสนใจ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 30 ราย กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 19-21 ปี จำนวน 18 คน ร้อยละ 60 เป็นเพศหญิงจำนวน 27 ราย ร้อยละ 90 และมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2.50-3.00 จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.33 กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 19-21 ปี จำนวน 21 คน ร้อยละ 70 เป็นเพศหญิงจำนวน 29 ราย ร้อยละ 96.67 และมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2.50-3.00 จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.67

การเปรียบเทียบความเท่าเทียมของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบ Chi-square พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลส่วนบุคคลไม่แตกต่างกัน รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ และการทดสอบไคแอสควร์ ของข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาพยาบาล (n= 60)

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		χ^2
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
อายุ (ปี)					
19 -21	18	60.00	21	70.00	.417
22-25	12	40.00	9	30.00	
เพศ					
ชาย	3	10.00	1	3.33	.301
หญิง	27	90.00	29	96.67	
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน					
2.50 – 3.00	16	53.33	14	46.67	.871
3.01- 3.50	9	30.00	10	33.33	
3.51-4.00	5	16.67	6	20.00	

2. การเปรียบเทียบความสามารถและความมั่นใจในการปฏิบัติการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อน และหลังการใช้หุ่นตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็ก ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็ก ภายหลังการใช้หุ่นตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็ก ($M = 3.89, SD = .87$) สูงกว่าก่อนทดลอง ($M = 2.68, SD = .48$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.52, p < .001$) และมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กหลังการทดลอง ($M = 3.78, SD = .76$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 2.27, SD = .58$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($t = 13.89, p < .001$) รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการทดสอบที คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กและความมั่นใจในการตรวจร่างกายของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังการใช้หุ่นจำลอง ($n = 30$)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean difference	t	p
	M	SD	M	SD			
ความสามารถในการปฏิบัติการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็ก	2.68	.48	3.89	.87	-1.21	12.52***	< .001
ความมั่นใจในการตรวจร่างกาย	2.72	.58	3.78	.76	-1.06	13.89***	< .001

*** $p < .001$

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็ก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้หุ่นตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตรวจร่างกายในเด็กตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองภายหลังการใช้หุ่นมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็ก ($M = 3.98, SD = .87$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติ ($M = 2.82, SD = .46$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($t = 13.42, p < .05$) รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการทดสอบที คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กและความมั่นใจในการตรวจร่างกายของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้หุ่นมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็ก และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติ

กลุ่ม	M	SD	Mean difference	t	p
กลุ่มทดลอง ($n = 30$)	3.98	.87	-1.16	13.42*	.05
กลุ่มควบคุม ($n = 30$)	2.82	.46			

* $p < .05$

การอภิปรายผล

1. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถ และความมั่นใจ ในการปฏิบัติการตรวจร่างกาย ระบบทางเดินหายใจในเด็กของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อน และหลังการใช้หุ่นตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็ก และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตรวจร่างกายในเด็กตามปกติ ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กมากกว่าก่อนการใช้หุ่นตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการศึกษาเปรียบเทียบ ระหว่าง 2 กลุ่มผลการศึกษาสอดคล้องกับ คือนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการฝึกทักษะโดยใช้หุ่นจำลอง เสมือนจริงในการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตต์ สินธุชัย และกันยารัตน์ อุบลวรรณ (2560) ที่ศึกษาเรื่อง ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์ เสมือนจริงที่สามารถพัฒนาความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ในการฝึกปฏิบัติรายวิชา ฝึกทักษะทางวิชาชีพก่อนสำเร็จการศึกษามีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอีกด้วยซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้แสดงให้เห็นว่า หุ่นจำลองเสมือนจริงในการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กที่ผู้วิจัยและทีมสร้างขึ้นจากวัสดุที่มีราคาถูก มีโครงสร้างเสมือนจริง และสะดวกต่อการใช้งาน ซึ่งถูกพัฒนาจากหลักการสร้างสื่อวัสดุสามมิติที่สามารถพิสูจน์ได้เสมือนจริง สะดวกต่อการใช้งานและการเคลื่อนย้าย และตอบสนองตามวัตถุประสงค์การเรียนการสอน เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้รวดเร็ว (สุสันหา ยิ้มแย้ม, 2559) อีกทั้ง มีความเหมาะสมในการนำมาใช้เป็นสื่อการสอน นักศึกษาพยาบาลได้เป็นอย่างดี และยังสามารถใช้หุ่นจำลองดังกล่าวนำมาฝึกทบทวนด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมให้เกิดความชำนาญในการฝึกตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กได้อย่างดี สอดคล้องกับการใช้หุ่นจำลองในการฝึกทักษะการดูดเสมหะ (ลักขณา ศิริธิกุล และคณะ (2563) และสอดคล้องกับการพัฒนาหุ่นจำลองสำหรับฝึกทักษะการประเมินท่าทางการในครรภ์ (จิราภรณ์ นันทชัย และ สมชาย แสงนวล, 2561) และหุ่นจำลองการเจาะเก็บเลือด (นลินภัทร์ รตนวิบูลย์สุข, 2555) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการฝึกปฏิบัติโดยการใช้หุ่นจำลองเสมือนจริง ช่วยให้ผู้เรียนได้พัฒนาทักษะและสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลจนเกิดความมั่นใจเพิ่มขึ้น โดยการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ที่เหมือนกันและได้รับข้อมูลป้อนกลับทันทีผ่าน การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณเกี่ยวกับการตัดสินใจในการพยาบาล ทักษะปฏิบัติการพยาบาล จนเกิดเป็นความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจริง ซึ่งส่งผลต่อความปลอดภัยและคุณภาพในการพยาบาลมากขึ้น

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็กของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อน และหลังการใช้หุ่นตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจในเด็ก ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากทดลองนักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการตรวจระบบทางเดินหายใจในเด็กสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการเรียนรู้ของบุคคลเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงจากปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตน (self-efficacy) บุคคลจะ

แสดงพฤติกรรมนั้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด (Bandura, 1977) นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับวงจรการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Kolb's learning cycle) ซึ่งอธิบายเกี่ยวกับการเรียนรู้ที่เกิดจากการเปลี่ยนผ่านของประสบการณ์ (transformative of experience) (Kolb, 2014) ดังนั้น เมื่อผู้เรียนได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง เกิดการรับรู้ในความสามารถของตนเองและคาดหวังในผลลัพธ์ที่ปฏิบัติจะส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติและประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรชาติ สิทธิปรกรณ์ (2561) พบว่า นิสิตพยาบาลที่ได้รับการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีค่าเฉลี่ยความมั่นใจในตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Mould et al. (2011) ที่ศึกษาชุดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ซึ่งพบว่า ความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับผลการศึกษา การใช้หุ่นแขนและหลอดเลือดจำลองต่อความสามารถในการเจาะเลือดและการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี (นิศารัตน์ รวมนงษ์ และคณะ, 2554)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าหุ่นจำลองเสมือนจริงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นเพื่อใช้ในกระบวนการเรียนรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญเพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลสามารถฝึกปฏิบัติก่อนขึ้นปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล เนื่องจากกิจกรรมบางอย่างมีความเสี่ยงหรืออันตรายต่อชีวิตหรือความเจ็บปวด เช่นการฉีดยาหรือการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำรวมถึงการดูดเสมหะ ดังนั้น หุ่นจำลองจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ควรมีจัดหาให้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการ (สุสันหา ยิ้มแย้ม, 2559)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

นำไปใช้เป็นต้นแบบสำหรับสถานศึกษาหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาล ในการผลิตสื่อการสอนประเภทหุ่นจำลองที่ใช้ต้นทุนในการผลิตต่ำและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

วิจัยและพัฒนาให้มีลักษณะเสมือนจริงเช่นเดียวกับหุ่นนำเข้าจากต่างประเทศ โดยการเพิ่มระดับความดังของเสียงคล้ายคลึงกับเสียงปอดและสามารถปรับระดับความดังได้หลายระดับ รวมถึงการปรับขนาดของหุ่นจำลองเด็กให้มีหลายขนาด

เอกสารอ้างอิง

- นิศารัตน์ รวมวงษ์, มัณฑนา เหมชะญาติ, และ บุษยรัตน์ ลอยศักดิ์. (2554). ผลของการใช้หุ่นแขนและหลอดเลือดจำลองต่อความสามารถในการใช้สารน้ำและเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 29(1), 395-407.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2560). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 10). สุวีริยาสาส์น.
- ลักขณา ศิริธิกุล, ดารินทร์ พนาสันต์, และ จารุวรรณ สอนงญาติ. (2563). ผลของการใช้หุ่น Suction ต่อความสามารถในการดูดเสมหะของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 5(6), 374-388.
- วโรดม เสมอเชื้อ, กวินวรา นาวันประเสริฐ, นัยนา เมธา, และ ณยฎา สรวิสูตร. (2563). การเรียนการสอนทางการพยาบาลโดยใช้หุ่นจำลองผู้ป่วยเสมือนจริงสมรรถนะสูง. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ*, 26(1), 1-12.
- สมจิตต์ สินธุชัย, และ กันยารัตน์ อุบลวรรณ. (2560). การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง: การนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(1), 29-38.
- สุสัณหา ยิ้มแย้ม. (2559). การพัฒนาหุ่นจำลองเพื่อฝึกทักษะทางคลินิกของนักศึกษา สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. *พยาบาลสาร*, 43(2), 142-151.
- สุรชาติ สิทธิปกรณ์. (2561). ผลของการจัดการเรียนรู้ด้วยหุ่นจำลองเสมือนจริงต่อความมั่นใจในตนเองและความพึงพอใจของนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- Bandura A. (1977). *Self-efficacy: the exercise of control*. W.H. Freeman and Company.
- Cohen J. (1977). *Statistical power for the behavioral sciences* (2nd ed). Academic Press.
- Foronda, C., Liu, S., & Bauman, E. B. (2013). Evaluation of simulation in undergraduate nurse education: An integrative review. *Clinical Simulation in Nursing*, 9(10), 409-416.
- Kolb, A. Y., & Kolb, D. A. (2009). Experiential learning theory: A dynamic, holistic approach to management learning, education and development. In Armstrong, S. J. & Fukami, C. (Eds.) *Handbook of Management Learning, Education and Development* (pp.42-68). Sage.
- Kolb, D. A. (2014). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. FT press.
- Mould, J., White, H., & Gallagher, R. (2011). Evaluation of a critical care simulation series for undergraduate nursing students. *Contemporary Nurse*, 38(1-2), 180-190.

บทความวิจัย (Research article)

สภาพปัญหาการดำเนินการของระบบสัญญาณเตือน เพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงของผู้ป่วยผู้ใหญ่ขณะเข้าพักรักษาตัว ภายในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี The Problems of Prachomklao Modified Early Warning System (PCK MEWS) Implementation in Adult Patient Admitted at Prachomklao Hospital

โสภา หมูศิริ¹, กมลพรรณ วัฒนากร^{2*}, ถวิล ชำคัง³, ปนัดดา มณีทิพย์³, พนมกร หิรัญญัตติ¹,
ธัญพร ชื่นกลิ่น⁴, จินตนา ทองเพชร²

Sopa Moosiri¹, Kamonpun Wattanakorn^{2*}, Tawin Sumkong³, Panadda Maneethip³,
Panomkorn Hiranyattiti¹, Thunyaporn Chuenklin⁴, Jintana Tongpeth²

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kamonpun@pckpb.ac.th; เบอร์โทรศัพท์ 082-2068842)

(Received: September 22; Revised: December 23, 2022; Accepted: December 29, 2022)

บทคัดย่อ

ระบบสัญญาณเตือนเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี ได้ดำเนินการมาแล้วระยะหนึ่ง จึงควรมีการติดตามการดำเนินงาน การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินการ และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบสัญญาณเตือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลผู้ปฏิบัติ เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 22 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่มที่ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. ประเด็นปัญหาและอุปสรรค ได้แก่ 1) บุคลากรขาดความรู้ ความเข้าใจ ทักษะและความตระหนัก 2) ขั้นตอนและเกณฑ์การใช้ PCK MEWS ยังไม่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหอผู้ป่วย 3) การรายงานอาการของผู้ป่วยโดยใช้คะแนน PCK MEWS คลาดเคลื่อน และ 4) ไม่มั่นใจในความถูกต้องของคะแนนการประเมิน

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

Registered Nurse (Professional Level), Prachomklao Hospital, Phetchaburi Province

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Instructor, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

Registered Nurse (Senior Professional Level), Prachomklao Hospital, Phetchaburi Province

⁴ ข้าราชการบำนาญ

Retired Government Official

2. ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการปรับปรุง ได้แก่ 1) พัฒนาปรับปรุงระบบ PCK MEWS ให้เหมาะสม 2) ประชุมชี้แจงเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ 3) นำรูปแบบการรายงานอาการมาใช้ร่วมกันกับ PCK MEWS 4) จัดการประเมินและอุปกรณ์ที่ได้มาตรฐาน 5) กำกับติดตามและเพิ่มช่องทางการรับฟังปัญหา และ 6) นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการปรับปรุงระบบ

ผลการวิจัยนี้ สามารถนำไปใช้ในการพัฒนา PCK MEWS ให้เป็นมาตรฐานเพื่อการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: ระบบสัญญาณเตือนการเฝ้าระวังอาการทรุดลง, PCK MEWS, ผู้ป่วยผู้ใหญ่

Abstract

Prachomklao Modified Early Warning System (PCK MEWS) has been implemented for a period, so monitoring the system is necessary. This study, thus, aims to investigate problems and recommendations to improve the PCK MEWS that detected deterioration of adult patients admitted at Prachomklao Hospital. The qualitative method is applied, whereas data have been collected by a focus group discussion among 22 stakeholders, which are administrators, head-wards, and professional nurses from 7 in-patient wards who were selected with purposive sampling in order to prove content validity. Data have been, then, analyzed by the Thematic analysis method.

The results show that the problems and obstacles are 1) lack of understanding, skills and awareness of health care providers, 2) inappropriate process and criteria of PCK MEWS in each ward context, 3) incorrect information handover with PCK MEWS score, and 4) unconvinced in the validation of the score. The recommendations are 1) to develop the appropriated PCK MEWS, 2) to train health care providers 3) to use the handover model with PCK MEWS 4) to provide the standard measurement and instruments 5) to monitor the system, along with adding a channel to receive the feedback, and 6) to utilize information technology to adjust the system.

According to this research, should be developed PCK MEWS as a standard practice for future effective nursing care.

Keywords: Modified Early Warning System, PCK MEWS, Adult patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยที่ซับซ้อนส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการทรุดลงได้อย่างไม่คาดคิด และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยที่พักรักษาในหอผู้ป่วยสามัญมีอาการแย่ลง อาจทำให้ต้องย้ายอย่างเร่งด่วนเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตแบบไม่ได้เตรียมมาก่อน หรือมีภาวะหัวใจหยุดเต้นและเสียชีวิตที่คาดไม่ถึง ซึ่งก่อนที่การเจ็บป่วยจะมีภาวะทรุดลงนั้น มักจะมีการและสัญญาณชีพที่บ่งบอกและเตือนถึงอันตรายที่กำลังจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ร้อยละ 84 ของผู้ป่วยจะมีการเตือนใน 8 ชั่วโมงก่อนจะมีภาวะหัวใจหยุดเต้น และร้อยละ 70 จะมีการที่แสดงว่ามีการทำงานของระบบหายใจ และสมองลดลง การเฝ้าประเมินอาการเตือนเหล่านี้ จะช่วยให้สามารถรับรู้ และตอบสนองได้อย่างเหมาะสมเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงที่บ่งบอกได้ว่ากำลังมีอาการที่ทรุดลง

ระบบสัญญาณเตือน (Early Warning System: EWS) เป็นหนึ่งในระบบประเมินที่นำมาใช้ เพื่อเฝ้าติดตามและกระตุ้นเตือน (track and trigger) ให้ทราบว่าผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่มีอาการทรุดลงตั้งแต่เนิ่น ๆ ได้ก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์นั้น ระบบนี้ประกอบด้วย ค่าที่ใช้วัด (parameter) 5 ตัว ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก อุณหภูมิกาย และระดับความรู้สึกตัว ต่อมาความนิยมในการนำไปใช้มากขึ้น ทั้งในประเทศอังกฤษและอีกหลาย ๆ ประเทศ และมีการนำไปพัฒนาเป็นการประเมินสัญญาณเตือนระดับชาติ (National Early Warning Score: NEWS) รวมทั้ง การปรับระบบประเมินนี้เป็นระบบสัญญาณเตือนแบบประยุกต์ (Modified Early Warning System: MEWS) สถาบันการบางแห่งใช้ MEWS ที่มีค่าที่ใช้วัด 5 ตัว (Rocha et al., 2016) บางแห่งปรับค่าที่ใช้วัดจาก 5 ตัวเป็น 6 – 7 ตัว คือมีการเพิ่มการวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงจากปลายนิ้ว (SpO_2) และค่าปริมาณน้ำปัสสาวะ (Temgoua et al, 2018)

การนำระบบสัญญาณเตือนมาใช้ ช่วยในการสังเกตอาการทรุดลงของผู้ป่วยในห้องสังเกตอาการของแผนกฉุกเฉิน โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีคะแนน MEWS ที่มากกว่า 4 คะแนน มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (Lam et al., 2006) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Nishijima et al. (2016) ที่พบว่าคะแนน MEWS ที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเท่ากับ 6, 7, 8 และ 9 คิดเป็นร้อยละ 0.18, 1.40, 1.75 และ 3.57 ตามลำดับ นอกจากนี้ จากการศึกษาของ Smith et al. (2014) พบว่า คะแนน MEWS สามารถใช้ทำนายการมีภาวะหัวใจหยุดเต้นและเสียชีวิต ภายใน 48 ชั่วโมงของผู้ป่วยที่พักรักษาในโรงพยาบาล และจากการศึกษาของแสงโสม ช่วยช่วง (2561) พบว่า การใช้ MEWS ในการประเมินผู้ป่วยในห้องตรวจสวนหัวใจ สามารถเฝ้าระวังอาการ และรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาและการพยาบาลได้ปลอดภัยอย่างทันทั่วทั้งที่

โรงพยาบาลพระจอมเกล้า เล็งเห็นความสำคัญในการเฝ้าระวังอาการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ตอนที่ III-4.2 ในการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการมีอาการทรุดลงได้อย่างทันทั่วทั้งที่ ปลอดภัยเหมาะสม (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2562) จึงพัฒนา Prachomklao Modified Early Warning System: PCK MEWS ขึ้นจากแนวคิด MEWS, SOS (Search Out Severity

Score) และ NEWS เพื่อใช้เป็นเครื่องมือการประเมินอาการและอาการแสดงจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่สำคัญ ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงของผู้ป่วยผู้ใหญ่ขณะเข้าพักรักษาตัวภายในหอผู้ป่วยสามัญ ค่าคะแนนที่ได้แปลผลออกมาในรูปแบบคะแนน (clinical scoring) ความเสี่ยงที่กำลังจะเข้าสู่ภาวะวิกฤต หรือความเสี่ยงต่อการทรุดลง และเริ่มใช้มาตั้งแต่ 19 มิถุนายน 2562 จากการทำดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า อัตราการเกิดอุบัติเหตุผู้ป่วยทรุดลง จำต้องให้การฟื้นคืนชีพ (cardiopulmonary resuscitation: CPR) และย้ายเข้ารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตแบบไม่คาดหวัง (unplanned CPR & ICU) ตั้งแต่ปี 2560 ถึง 2563 เท่ากับ 0.36, 0.31, 1.06 และ 0.91 ต่อพันวันนอน (กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 2562) แม้ว่าในปี 2562 และ 2563 เริ่มมีการนำ PCK MEWS มาใช้แล้ว แต่อัตราการเกิดอุบัติเหตุผู้ป่วยทรุดลง และมี unplanned CPR & ICU นี้ยังเป็นผลลัพธ์ที่ไม่น่าพึงพอใจ และไม่บรรลุเป้าหมาย (0 ต่อพันวันนอน) สาเหตุอาจเกิดจากบางองค์ประกอบที่ใช้ในการประเมินไม่เหมาะสมกับบริบทและภาระงาน หรืออาจเกิดจากปัจจัยและปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดจากบุคลากรผู้ใช้ หรือวิธีการขั้นตอนในการดำเนินงานตามระบบ ซึ่งจากการทบทวนของ Le Lagadec and Dwyer (2016) พบว่า ความสำเร็จในการนำระบบสัญญาณเตือน (EWS) ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคล ได้แก่ ทักษะคิดของบุคลากร การสื่อสาร และความมั่นใจ และต้องใช้เวลาให้บุคลากรทำความเข้าใจในรายละเอียดและเกิดความมั่นใจในการนำระบบนี้มาใช้

การศึกษาสภาพปัญหาการดำเนินการของระบบสัญญาณเตือนเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงของผู้ป่วยผู้ใหญ่ขณะเข้าพักรักษาตัว ภายในหอผู้ป่วยสามัญ แผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ และหอผู้ป่วยสังเกตอาการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี ด้วยการรวบรวมข้อมูลจากประสบการณ์ของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการนำ PCK MEWS ที่ประกอบด้วยพารามิเตอร์สำคัญ 7 ประการ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว อัตราการเต้นของหัวใจ อุณหภูมิของร่างกาย อัตราการหายใจค่าความดันโลหิตตัวบน ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด และปริมาณปัสสาวะ มาใช้จริงในคลินิก จะช่วยให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในประเด็นปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงพัฒนา PCK MEWS ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ชัดเจนมากขึ้น สร้างความมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการมีอาการทรุดลงจะได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย มีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินการ และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบสัญญาณเตือนเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงของผู้ป่วยผู้ใหญ่ขณะเข้าพักรักษาตัว ภายในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาสภาพปัญหาการดำเนินการของระบบสัญญาณเตือนเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงของผู้ป่วยผู้ใหญ่ขณะเข้าพักรักษาตัว ภายในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรีครั้งนี้

เป็นไปตามการนำกระบวนการพยาบาล ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งการประเมินตามระบบสัญญาณเตือนเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงของผู้ป่วย เป็นขั้นตอนแรกในการรวบรวมข้อมูล ก่อนที่พยาบาลจะนำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาล กำหนดวัตถุประสงค์ ปฏิบัติการพยาบาลโดยเฝ้าระวังอาการอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติที่สามารถจะให้การช่วยเหลือได้อย่างทันที่ และพยาบาลสามารถประเมินผลลัพธ์โดยติดตามความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ (Wang et al., 2016) การศึกษานี้ อยู่ภายใต้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพที่มุ่งทำความเข้าใจ อธิบาย หรือพรรณนาในสิ่งที่เกิดขึ้นตามสภาพความเป็นจริงที่เป็นอยู่อย่างลึกซึ้ง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรยายถึงประเด็นปัญหา อุปสรรค ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะในการปรับปรุง “ระบบสัญญาณเตือนเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลง ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (Prachomklao Modified Early Warning System: PCK MEWS)”

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (descriptive qualitative research) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในระหว่างเดือนตุลาคม ถึง พฤศจิกายน 2563 มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

คือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการนำ PCK MEWS ไปใช้ในหอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยผู้ใหญ่ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้แก่

1. ผู้บริหารของโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์ จำนวน 3 คน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล 1 คน และหัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญ จำนวน 8 คน รวมทั้งสิ้น 12 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้ 1) มีประสบการณ์ในการเป็นผู้บริหารของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า ไม่น้อยกว่า 2 ปี 2) มีประสบการณ์ในการติดตามกำกับการใช้ PCK MEWS อย่างน้อย 6 เดือน และ 3) สัมผัสใจ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

2. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย จำนวน 7 หอผู้ป่วย ได้แก่ อายุรกรรมชาย อายุรกรรมหญิง ศัลยกรรมชาย ศัลยกรรมหญิงและเด็ก ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ชาย ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์หญิง และหอผู้ป่วยสังเกตอาการ รวม 10 คน เลือกลุ่มตัวอย่างด้วยการเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้ 1) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) มีประสบการณ์ในการใช้ PCK MEWS และ 3) สัมผัสใจ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ ผู้รับผิดชอบด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับเขต หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอุบัติเหตุอายุรกรรม (ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต) อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต พิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหา หลังจากนั้น นำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญไปปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือ นำ

เครื่องมือไปทดลองใช้แนวคำถามหลักและคำถามรองในการสอบถามกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกันที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการส่งเอกสารขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลและเข้าพบผู้บริหารโรงพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อชี้แจงการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยชี้แจงต่อบุคลากรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยนั้น ๆ เกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อขออาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์คัดเข้าและนัดหมายวัน เวลาที่จะเข้าร่วมสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม แยก 2 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มผู้บริหารของโรงพยาบาล รวม 12 คน โดยผู้วิจัยหลักเป็นผู้นำกลุ่ม (modulator) มีการแนะนำตัว สร้างความคุ้นเคย จากนั้นถามคำถามหลักและคำถามรองตามแนวคำถามที่เตรียมไว้ เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมอภิปรายแสดงความคิดเห็นโดยอิสระ ปราศจากการตัดสินถูกผิด ผู้ให้ข้อมูลสามารถที่จะอธิบายเรื่องราวต่างๆได้อย่างลึกซึ้ง จำแนกความเหมือนหรือความแตกต่างของการปฏิบัติในบริบทของตนได้อย่างชัดเจนในบรรยากาศที่เป็นกันเอง โดยมีทีมวิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลและบันทึกเทป 2) กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจำนวน 7 หอผู้ป่วย รวม 10 คน ผู้วิจัยดำเนินการเช่นเดียวกัน ใช้เวลา จำนวน 3 ครั้ง ๆ ละ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง จนได้ข้อมูลครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนได้แก่ การทำความเข้าใจความคุ้นเคยกับข้อมูล สร้างข้อมูลเบื้องต้น ค้นหาแก่นสาระ ตรวจสอบซ้ำแก่นสาระ ระบุและตั้งชื่อแก่นสาระ และเขียนรายงาน (Clarke & Braun, 2013)

การสร้างที่น่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) ผู้วิจัยดำเนินการตามแนวคิดของ Lincoln and Guba (1985) ดังนี้

1. ความเชื่อถือได้ (Credibility) ผู้วิจัยตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) ร่วมกับการตรวจสอบสามเส้าด้านบุคคล (person triangulation) มีการตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (member Checking) โดยนำผลการวิเคราะห์ที่มีการจัดหมวดหมู่ข้อมูลและระบุแก่นสาระ ส่งให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบยืนยัน และมีการตรวจสอบข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญ (peer debriefing) ร่วมด้วย เพื่อความถูกต้องสอดคล้องและสมบูรณ์
2. การพึ่งพากับเกณฑ์อื่น (Dependability) ผู้วิจัยถอดเทปการให้ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการอภิปรายกลุ่มแต่ละราย และวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละรายอย่างเป็นอิสระ แล้วนำมาอภิปรายร่วมกับทีมผู้วิจัยเพื่อเชื่อมโยงประเด็นต่างๆ และสรุปเป็นหมวดหมู่หลัก รวมทั้งมีการอภิปรายร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตและการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้การระบุประเด็นหลักให้สอดคล้องไปในทางเดียวกัน
3. การนำไปใช้ (Transferability) ผู้วิจัยรายงานผลการวิจัยโดยบรรยายขอบเขตการศึกษาที่เป็นหอผู้ป่วยสามัญ การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย วิธีการศึกษา เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับบริบทที่ใกล้เคียงกัน

4. การยืนยันข้อมูล (Confirmability) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเอกสารต่างๆ บันทึกเทป ข้อมูลการสนทนากลุ่ม และรายงานที่เกี่ยวข้องไว้เป็นหลักฐานอ้างอิง เพื่อให้สามารถตรวจสอบภายหลังได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนาและประเมินผลระบบสัญญาณเตือน เพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงของผู้ป่วยผู้ใหญ่ขณะเข้าพักรักษาตัว ภายในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี ซึ่งผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี เลขที่ 22/2563 ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2563 โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิประโยชน์ ความยุติธรรมและความถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการกิจกรรมก่อนตัดสินใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สามารถออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และนำเสนอเป็นภาพรวมตามความเป็นจริง และจะถูกทำลายภายใน 1 ปี

ผลการวิจัย

1. ภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล จำนวนทั้งสิ้น 22 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 86.36 อายุมากกว่า 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.64 เป็นผู้บริหารทางการแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 45.45 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 68.18 รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง จำนวน และร้อยละของภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล (n = 22 คน)

	รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	3	13.64
	หญิง	19	86.36
อายุ	น้อยกว่า 30 ปี	2	9.091
	31 – 40 ปี	1	4.545
	41 – 50 ปี	5	22.73
	มากกว่า 50 ปี	14	63.64
ตำแหน่ง	ผู้บริหารทางการแพทย์	10	45.45
	แพทย์	3	13.64
	พยาบาลวิชาชีพ	9	40.91
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี	15	68.18
	ปริญญาโท	6	27.27
	ปริญญาเอก	1	4.55

2. สภาพปัญหาการดำเนินการของระบบสัญญาณเตือนเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงของผู้ป่วยผู้ใหญ่ขณะเข้าพักรักษาตัว ภายในหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี

2.1 ประเด็นปัญหาและอุปสรรค ในการนำระบบสัญญาณเตือนเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงของผู้ป่วยผู้ใหญ่ขณะเข้าพักรักษาตัวภายในหอผู้ป่วยสามัญ พบมีประเด็นปัญหาและอุปสรรค ได้แก่

2.1.1 บุคลากรขาดความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และความตระหนัก ในการใช้ระบบสัญญาณเตือน PCK MEWS บุคลากรมีความเข้าใจใน PCK MEWS ไม่ตรงกัน บุคลากรใหม่บางส่วนไม่รู้จัก PCK MEWS จำเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินไม่ได้ ไม่แน่ใจว่าต้องใช้ค่าปัสสาวะมาประเมินหรือไม่หรือได้คะแนนรวมเท่าไรจึงจะต้องรายงานแพทย์ ไม่เข้าใจในพยาธิสภาพที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการและสัญญาณชีพ เห็นว่าค่าพารามิเตอร์ใน PCK MEWS บางค่าเป็นการเพิ่มภาระงานจากเดิมที่มากอยู่แล้ว และการบันทึกค่าพารามิเตอร์ไม่สมบูรณ์ ดังตัวอย่างข้อความที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้ ดังนี้

“ปัญหาเกิดจากหลายส่วน มีทั้งที่เกิดจากตัวผู้เฝ้าระวัง... ไม่ได้ตระหนักและไม่เข้าใจถึงพยาธิสภาพ เช่น หาก vital signs เปลี่ยน ปัสสาวะไม่ออก มีปัญหาตรงส่วนนี้ ดูเสร็จถ้าเขาไม่ตระหนักกว่ามีปัญหาไม่ทราบว่าจะเป็นปัญหา เจ้าตัวไม่รู้หรือไม่ตระหนัก ว่าต้องรายงาน...” (G1:Dc48M)

“ในเบื้องต้น เราไม่เห็นความสำคัญของ PCK MEWS score ว่าจะช่วยอะไรได้ แต่หลังจากการใช้ ก็รู้ว่าช่วยเราได้จริง ทางศัลยกรรมก็ใช้ PCK MEWS score มาตลอดในช่วงของการทดลองใช้ แต่เจอว่า ช่วงคะแนนที่เรารายงานแพทย์ เรารายงานไปแล้ว แพทย์บางท่านก็จะบอกว่ามันคืออะไร ... ขอให้ทบทวนเรื่องข้อตกลงที่เรา มีอยู่คือเข้าใจกันไม่ได้ปฏิบัติตามทั้งหมด หรือรู้กันไม่หมด” (G1:RN55F)

“ค่าปัสสาวะ เป็นเรื่องสำคัญ ถ้า PCK MEWS score ไม่รวมตัวปัสสาวะ ไม่โหว่ แต่เรามีคนไข้คนหนึ่งที่เป็นคนไข้ ortho เป็น NCD และมี renal failure ไม่เคยมาโรงพยาบาลเลย รักษาแต่โรงพยาบาลชุมชน ตัว eGFR 12.9 admit ได้ 2 วัน คนไข้ มีอาการ โดยที่ vital signs ไม่ change แล้ว PCK MEWS score ตัวนี้ คะแนนไม่ได้ช่วยอะไร คนไข้มีอาการท้องแข็งแน่น เหนื่อย รายงานแล้วหมอเอาไป film chest ครั้งที่เรากับครั้งที่ admit มันต่างกันมาก มีน้ำท่วมมาเลย ก็เลยรู้เลยว่า record ปัสสาวะมีผลมาก” (G2:RN54F)

2.1.2 ขั้นตอนและเกณฑ์การใช้ PCK MEWS ไม่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละหอผู้ป่วย ซึ่งแต่ละหอผู้ป่วยมีความเสี่ยงของอาการทรุดลงที่ต่างกัน เช่นกรณีตีกัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูกผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพค่อนข้างคงที่ พารามิเตอร์นี้ จึงอาจมีความไวแตกต่างจากผู้ป่วยอายุรกรรม เกณฑ์และคะแนนที่ใช้ในการตัดสินใจไม่เหมาะสม แบบฟอร์มใช้ยาก เข้าถึงแนวปฏิบัติในแต่ละช่วงคะแนนได้ไม่ดี ดังตัวอย่างข้อความที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้ ดังนี้

“ในตัวผู้ปฏิบัติเองคิดว่าการ PCK MEWS ไม่สามารถตอบโจทย์ทุกอย่างได้ ในงานของเรา เพราะฉะนั้นบริบทน่าจะอยู่ที่ในกลุ่มที่เป็น high risk หรือเปล่า ส่วนในกลุ่มที่เป็น common risk น่าจะแยกออกไปไหม หรือมันสามารถทำอย่างไงก็ได้ใช้เกณฑ์ของ PCK MEWS ทำได้ทั้งเป็น common risk และ high risk ที่มันใช้ได้ง่าย” (G2:RN54F)

“คะแนนที่ช่วยในการตัดสินใจ ถ้าวัดตาม criterion ที่ ตั้งไว้คือ 4 มันจะเข้าเกิน ส่วนใหญ่เราจะรายงานที่คะแนนต่ำกว่านี้ เพราะส่วนใหญ่คนไข้เรา ไม่ค่อยมีปัญหาในเรื่องความรู้สึกตัว เรื่องไข้ เรื่องความดัน ถ้ามีพารามิเตอร์อันใดอันหนึ่ง ผิดเนี่ย เราต้องรายงานแะอย่างเช่นคนไข้มีไข้ เราจะรอจนคะแนน 4 แล้ว รายงานแพทย์ไม่ได้แล้วก็อย่างเช่น BP ส่วนใหญ่ที่ตึก ตัวเดียวผิดปกตินี้เราก็จะรายงานแล้ว” (G2:RN48F)

“แบบฟอร์มตัวนี้จะมีปัญหาตรง template นิดหนึ่ง ขอให้เพิ่ม ช่วงคะแนน หลายคนจำไม่ได้ว่า คะแนนช่วงนี้ต้องประเมินทุกเท่าไร น่าจะมี template ในแบบฟอร์ม เราจะได้รู้ว่า ประเมินทุก 12 ชั่วโมงนะ คะแนน 2 – 3 ประเมินทุก 4 ชั่วโมงนะ การมี template ที่อยู่ในหน้าเดียวกันจะดีมาก” (G1:RN56F)

2.1.3 การรายงานอาการของผู้ป่วยที่ใช้คะแนน PCK MEWS คลาดเคลื่อน เมื่อพยาบาลรายงานแพทย์โดยแจ้งระดับคะแนน PCK MEWS แพทย์ไม่เข้าใจว่าหมายถึงอะไร นอกจากนี้ความเข้าใจในเกณฑ์และขั้นตอนของทีมการพยาบาลยังมีปัญหาความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน เช่น ผู้ช่วยพยาบาลไม่ได้รายงานคะแนน PCK MEWS ที่ผิดปกติต่อพยาบาลหัวหน้าเวร และพยาบาลยังเข้าใจคลาดเคลื่อนในเกณฑ์และขั้นตอนการรายงานอาการและคะแนน PCK MEWS เช่น กรณี PCK MEWS คะแนนรวมเท่ากับ 4 หรือองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งเท่ากับ 3 แต่พยาบาลบางส่วน ก็ไม่ได้รายงานแพทย์ ดังตัวอย่างข้อความที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้ ดังนี้

“case ที่มีความเสี่ยงเกิดขึ้นและมาทบทวนดูการทำ RCA ปรากฏว่าคนไข้ทรุดลง หลายคนที่ทรุดลงแล้วทำ PCK MEWS score พบว่า PCK MEWS score ถึงเกณฑ์ที่ต้องรายงาน แต่ก็ไม่ได้รายงาน” (G1:Dc55M)

“ในเรื่องของอาการแสดง ของคนไข้คล้ายกรรม จะมีปวดท้อง มีเรื่องคลื่นไส้อาเจียน ค่า V/S บางครั้งไม่มีการเปลี่ยนแปลงอะไรเลย ยัง 1 ยัง 0 (คะแนน)อยู่ แต่ว่าคนไข้ปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน ถ้าน้องรุ่นใหม่มีประสบการณ์ค่า PCK MEWS ยังไม่ถึง 1 เลย เขาไม่รายงานแพทย์ แต่อาการปวดศีรษะมากในคนไข้ neuro คลื่นไส้อาเจียน มันสมควรที่ต้องรายงาน อันนี้ก็เป็นช่องว่างหนึ่งของตรงนี้” (G2:RN28F)

“น้องไม่เข้าใจว่า PCK MEWS เอาไว้ดักจับ แต่บางโรค อย่างเช่น สมมุติ คนไข้ความดันสูง อันนั้นเรารายงานเฉพาะโรคไป อย่างที่บอกว่าวิกฤตยิ่งงี้กรอด สังเกตอาการอยู่แล้ว คนที่ไม่วิกฤตพอกระตือรือร้นหนึ่ง อย่างเช่น R ขึ้นมา 22 โดยธรรมชาติถ้าเราไม่ใช้ PCK MEWS เราก็กะเผลอ เราใช้ PCK MEWS R = 22 มันเริ่มมีคะแนนแล้ว เราก็จะตามมาด้วยการ monitor คนไข้ เราจะใกล้ชิดกับคนไข้มากขึ้น อย่างเช่น ทุก 2 ทุก 4 เราจะไม่ lost พอถึงเกณฑ์ก็รายงานว่ามีอาการอย่างไร” (G1:RN50F)

2.1.4 ไม่มั่นใจในความถูกต้องของคะแนนการประเมิน ซึ่งเกิดทั้งจากตัวบุคลากรผู้ประเมินปฏิบัติไม่ถูกต้อง กรณีที่พบบ่อยคือการนับอัตราการหายใจไม่ครบ 1 นาที เครื่องมือที่ใช้ไม่ได้มาตรฐาน เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต การใช้อุปกรณ์วัดอุณหภูมิที่แตกต่างกัน และบางส่วนการระบุคะแนนผิดพลาด ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ดังตัวอย่างข้อความที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้ ดังนี้

“...ความแม่นยำของคะแนนที่ให้ คือผมเชื่อใน temp overall, BP out put แต่เรื่อง rate ผมไม่เชื่อ เพราะ respiration breaths 20 เสมอ ของทุกตึก ทุกอันมันไม่น่าเชื่อถือเลย breath นับได้ 20 หด ถ้าไปถามดมยา นับ 20 ก็บอกว่าหอบแล้ว แต่นี้ 20 หดเลย คือความแม่นยำของตัวของการหายใจ” (G1:Dc54M)

“ด้วยความที่เราภาระเยอะเราก็จะให้ผู้ช่วยเหลือเป็นคนใช้ที่นี้พอใช้คะแนนก็จะไม่ถูกบวก ตั้งแต่คะแนนที่มันขึ้นแล้ว คะแนน 2 คะแนน 3 อย่างเช่นตอนส่งเวรตอน พยาบาลใช้รับเวรส่งเวร เพราะส่วนใหญ่เราไม่ค่อยได้ดู อันนี้ก็เป็นปัญหา แล้วปัญหาที่เจออีกคือ จะบวกผิดอย่าง score 100 ต่ำกว่า 100 คะแนนก็ขึ้นแล้ว คือ 2 คะแนน คะแนนยังเป็น 0 อยู่ เจอบ่อย ๆ” (G2:RN30F)

“เรื่องเครื่องวัดความดันในแต่ละจุด เครื่องวัดความดันไม่เสถียรเลย เครื่องวัดความดัน 2 เครื่อง วัดรายเดียวกันได้ค่าต่างกัน” (G1:RN55F)

“ในการวัด temp. ที่เป็นตัว digital เครื่องวัดไม่ค่อยตรง ไม่ได้มีการ calibrate แต่ว่าเป็นเรื่อง BP คิดว่ามันใจได้น้องมีการ calibrate อยู่แล้ว ตรงนี้ส่วนเรื่องการหายใจขึ้นอยู่กับคนนับ มันไม่ได้ใช้เครื่องมือก็เลยมีประเด็นปัญหาว่า 20 ครั้ง/นาที ซึ่งคิดว่าตรงนี้ต้องไปนับให้ถูก” (G1:RN50F)

2.2 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการปรับปรุง ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำในการปรับปรุงระบบ PCK MEWS เพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรคโดย พัฒนาระบบ PCK MEWS ให้เหมาะสม ประชุมชี้แจงเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ นำรูปแบบการรายงานอาการมาใช้ร่วมกันกับ PCK MEWS จัดการประเมินและอุปกรณ์ที่ได้มาตรฐาน กำกับติดตามและเพิ่มช่องทางการรับฟังปัญหา และนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการปรับปรุงระบบ ดังนี้

2.2.1 พัฒนาปรับปรุงระบบ PCK MEWS ให้เหมาะสม ทั้งการให้คะแนน และขั้นตอนการปฏิบัติในแต่ละระดับคะแนน ซึ่งในการปรับปรุงนั้น แพทย์และพยาบาล ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติควรทำร่วมกันในการพิจารณาเกณฑ์การให้คะแนนที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละประเภท มีการกำหนดบทบาทความมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยที่ชัดเจน เป็น Clinical policy ว่าพยาบาลต้องรายงานแพทย์เมื่อค่าคะแนนเท่าไร และแพทย์ต้องตอบสนองต่อการรายงานอย่างไร เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้จริง ดังตัวอย่างข้อความที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้ ดังนี้

“การปรับปรุงสำหรับ PCK MEWS คือปรับตัว scale ว่าควรจะให้คะแนนอย่างไร กับอีกอัน คือ ปรับขั้นตอนของแต่ละ Scale ว่าควรมีปฏิบัติต่ออย่างไร ใครควรจะทำอะไรโดยระบุให้ชัดเจนว่าใครคนรับผิดชอบอะไรในส่วนไหน” (G1:RN56F)

“การทำ เกณฑ์ PCK MEWS ควรให้แพทย์เข้ามามีส่วนร่วมในการ รับรู้ scale เขาสามารถเข้าใจ scale ตรงกับเรา” (G1:RN54F)

“ปรับ PCK MEWS ให้เป็นเครื่องมือกลาง ที่สามารถนำไปใช้ได้กับที่ตึกจริง คาดหวังว่าใช้ได้ กับทุกโรค สามารถที่จะใช้อันนี้ได้” (G2:RN29F)

“ต้องมาคุยในรายละเอียด แต่ละแผนกต้องมีแนวทางของแต่ละแผนกเองว่าจะทำอย่างไรได้บ้าง ที่หน่วยงานก็มีความหลากหลาย ผมว่าแต่ละแผนกจะต้องแก้ไขเฉพาะจุดของตัวเองก่อน อาจจะมีแนวทางที่เป็นอะไรที่รวม ๆ อันหนึ่ง อาจจะเป็นกรอบกว้าง ๆ ก่อนในรายละเอียดแต่ละแผนกเอาไปคิด detail ของตัวเอง” (G1:Dc52M)

2.2.2 ประชุมชี้แจงเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ เพื่อให้บุคลากรแต่ละระดับตั้งแต่หัวหน้าทีมไปถึงผู้ปฏิบัติ มีความเข้าใจ เกิดความตระหนัก และเสริมสร้างศักยภาพในการใช้ PCK MEWS ซึ่งควรประกอบไปด้วยการประชุมชี้แจงแนวปฏิบัติแก่ผู้บริหาร แพทย์และพยาบาล มีการสอนงานในทีม มีการติดตามกำกับและประเมินผลการปฏิบัติ ดังตัวอย่างข้อความที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้ ดังนี้

“ในทีมสุขภาพทุกคนจะต้องเข้าใจตรงกันเรื่องของ PCK MEWS ทุกคนมีความรู้เหมือนกัน แล้วก็สามารถพูดภาษาเดียวกัน คือ PCK MEWS ต้องรู้ พูดถึงคะแนน 4 ทุกคนก็ต้องรู้ ว่าจะต้องทำอะไรบ้าง คะแนน 5 ต้องทำอะไรบ้าง” (G1:RN56F)

“ต้องมีการประชุมชี้แจงทำความเข้าใจตรงกัน ควรจะต้องระวังว่าทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่หรือพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในเรื่องให้เห็นความสำคัญในเรื่อง PCK MEWS ให้ตระหนักให้ได้ว่า PCK MEWS มีความสำคัญอย่างไร มันไม่ได้ถูกเพิ่มภาระงานแต่อย่างใด เพื่อปรับทัศนคติที่ดีกับการใช้ PCK MEWS ในการทำงาน” (G1:RN50F)

“เราควรจะมีการประชุมเพื่อที่จะทำความเข้าใจและชี้แจงแนวปฏิบัติให้ตรงกันของแพทย์และพยาบาล รวมทั้ง empowerment และควรที่จะกำหนดให้ชัดเจนว่าใครควรจะทำหน้าที่และบทบาทตรงนี้ ส่วน

ไหนโดยเฉพาะในส่วนของเราวิชาชีพของเราที่มีหลากหลาย มีทั้ง พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้” (G1:RN54F)

“ส่วนขององค์กรแพทย์ควรจะต้องมีการตกลงกันเพิ่มเติม เพื่อให้เข้าใจในการใช้ PCK MEWS ในการดูแลคนไข้” (G1:Dc52M)

2.2.3 นำรูปแบบการรายงานอาการมาใช้ร่วมกันกับ PCK MEWS โดยใช้การรายงานข้อมูลที่มีรายละเอียดอาการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก ตามวิธี ISBAR (Introduction, Situation, Background, Assessment, Recommendation) ส่วน PCK MEWS เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การรายงานอาการต่อแพทย์จึงควรประกอบด้วยการระบุตัวผู้รายงาน แจ้งชื่อผู้ป่วยและหอผู้ป่วย ข้อมูลปัญหาของผู้ป่วยแบบกระชับ การรักษา/การพยาบาลในปัจจุบัน ค่าคะแนน PCK MEWS อาการที่สังเกตเห็น/ความรุนแรง อะไรที่จำเป็นในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยในขณะนั้น ดังตัวอย่างข้อความที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้ ดังนี้

“อาจจะต้องเลือกวิธีการรายงาน เทคนิคการรายงาน แต่ละคนก็ต้องอธิบายให้หมอเข้าใจ เรื่องการรายงาน มันเป็นตัวแสดงการเปลี่ยนแปลงของคนไข้ให้เห็นนะ ไม่ใช่พยาบาลอยากได้ยินเสียงหมออยากจิกหมอให้มา ดูภายใน นาที 15 มันต้องเป็นอาการของคนไข้จริง ๆ ที่เป็นปัญหาและจำเป็นที่ต้องมี treatment จริง ๆ” (G1:Dc52M)

“ในการรายงานแพทย์ เราไม่สามารถรายงานเฉพาะค่าคะแนน PCK MEWS อย่างเดียว อยู่แล้ว เราก็ต้องรายงาน vital signs เริ่มเปลี่ยนแปลงยังไง แล้วพารามิเตอร์ต่าง ๆ รวมกับอาการของคนไข้ อาการทางคลินิกการเปลี่ยนแปลงไปในที่ทรุดลงยังไง” (G2:RN50F)

“ต้องทำความเข้าใจให้ตรงกันในประเด็นเรื่องนี้ PCK MEWS จะเป็นตัวค่าคะแนนที่สำหรับให้พยาบาลเรามอง judge ว่า อันนี้ควรจะรายงานแพทย์ แต่วิธีการรายงานแพทย์ยังไง เราต้องใช้ ISBAR ที่เราใช้อยู่ เราก็อเอาที่เป็นประเด็นปัญหาของคนไข้มารายงาน เพราะ ISBAR เป็นวิธีการรายงาน ส่วน PCK MEWS เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ช่วยให้เรารายงานได้เร็วขึ้น” (G1:RN56F)

2.2.4 จัดการประเมินและอุปกรณ์ที่ได้มาตรฐาน โดยผู้ที่มีหน้าที่ประเมินต้องปฏิบัติให้ถูกต้อง และจัดเตรียมอุปกรณ์ที่สามารถวัดค่าต่างๆ ได้แม่นยำและมีมาตรฐาน ได้แก่ การกำกับการติดตามการตรวจสอบมาตรฐานเครื่องวัดความดันโลหิต อุปกรณ์วัดอุณหภูมิตามที่โรงพยาบาลกำหนด ดังตัวอย่างข้อความที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้ ดังนี้

“ต้องขอรวบรวมนดูแลเครื่องวัดความดัน เครื่องควรมีมาตรฐานเหมือนกัน รวมทั้งเครื่องวัด temp เครื่องวัด vital signs ต้องได้มาตรฐาน” (G1:Dc52M)

“ผู้ประเมินต้องมีความรับผิดชอบในการจัดการประเมินได้มาตรฐาน” (G2:RN36F)

2.2.5 กำกับติดตามและเพิ่มช่องทางการรับฟังปัญหา ควรมีทีมนิเทศในการกำกับติดตามการใช้ PCK MEWS ของทุกหอผู้ป่วย โดยฝ่ายการพยาบาลกำหนดเป็นแผนทุก 3 เดือนหรือ 6 เดือน เพื่อตรวจเยี่ยม รับทราบและรับฟังปัญหาการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การแก้ไขและการยอมรับ ดังตัวอย่างข้อความที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้ ดังนี้

“ควรจะต้องมีระบบการกำกับติดตามงานโดยทีมนิเทศทางการพยาบาลที่จะต้อง monitor มาตรฐานของแต่ละตึกในการดำเนินงาน” (G1:RN54F)

“คือสร้างความยอมรับของเขาโดยการนำของ head หรือทีมนำเสร็จเรียบร้อยและเมื่อนำไปสู่การใช้แล้วต่อไปก็ต้องตามต่อแล้วว่าการมีที่มานี้ตัวหัวหน้าตึกจะต้องกำกับตลอดว่ามีการใช้ได้จริงไหมและแม่นยำไหม” (G1:Dc52M)

“ทีมนี้เทศของหัวหน้าตึกตามดูต่อไปว่ามาตรฐานของหัวหน้าตึกว่ามันใช้ไหมตรงส่วนนี้พอจบตรงนี้เสร็จทุกตึกหัวหน้าส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้หรอก ส่วนใหญ่ลูกน้องใช้หมด ก็ไปทราบปัญหาของเขา ไปรับฟังปัญหาของเขาว่าเมื่อไรบ้างฟังก่อน แล้วเอาไปรวมกันเป็นข้อมูลมานั่งคุยกันแบบนี้ว่า เรามีปัญหาจากการใช้หรือปรับแก้อย่างไรถ้าเราปรับแก้เสร็จและเขาใช้ได้ดีและคล่องขึ้น เขาอาจจะง่ายและเข้าใจมากขึ้น” (G1:Dc52M)

“เพิ่มช่องทางในการรับฟังปัญหา มีเวทีรับฟัง อาจประชุมชุดเล็กก็ได้เพื่อช่วยแก้ปัญหา” (G1:Dc48M)

2.2.6 นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการปรับปรุงระบบ ซึ่งจะเป็นการลดภาระงานของพยาบาลในการลงบันทึกค่าคะแนน PCK MEWS โดยมีแนวคิดในการใช้อุปกรณ์วัดสัญญาณชีพแบบที่สามารถเชื่อมต่อกับฐานข้อมูลประวัติผู้ป่วย เมื่อมีการวัดสัญญาณชีพกับผู้ป่วย ค่าต่าง ๆ ที่วัดได้จะถูกป้อนเข้าไปในระบบแล้วไปปรากฏเป็นกราฟในฟอร์มปรอท และรายการเป็นคะแนนรวมแบบ PCK MEWS โดยอัตโนมัติ ดังตัวอย่างข้อความที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวไว้ ดังนี้

“ในเรื่องการใช้ IT คุยกับเขา (IT) ไว้แล้ว เขาบอกว่าต้องมีตัว template ของตัวที่จะไปคีย์เข้าไป เหมือนพิมพ์ BP, pulse ... เข้าไปเสร็จแล้วจะได้วิเคราะห์ออกมาเป็นค่าคะแนน ซึ่งวันนั้น ไปคุยเอา template ของ PCK MEWS ไปให้เขาแระ เขาขอศึกษาก่อน” (G1:RN50F)

“ถ้าหาก IT มาช่วยตรงนี้ได้ HOSXP ที่เราใช้อยู่เนี่ย มันสามารถทำได้ถึงขนาดลงฟอร์มปรอทของเราได้ด้วย แล้วพอคนไข้กลับบ้านก็ป้อนออกมา เราไม่ต้องมีฟอร์มปรอทเป็นใบ เป็น paperless ได้เลย แต่ที่ให้โจทย์เขาไว้คืออยากให้มัน alert ในเวลาที่เรารวมคะแนนได้ 5 คะแนน ต้องวัดซ้ำอีกทีเมื่อไร อยากให้มันกระพริบบอกเราว่าถึงเวลาที่จะวัดแล้วนะ” (G1:RN50F)

การอภิปรายผล

ระบบสัญญาณเตือนเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลง ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี (PCK MEWS) ประกอบด้วยพารามิเตอร์สำคัญ 7 ประการ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว อัตราการเต้นของหัวใจ อุณหภูมิของร่างกาย อัตราการหายใจค่าความดันโลหิตตัวบน ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด และปริมาณปัสสาวะ จากการศึกษาพบว่า บุคลากรมีการรับรู้ประเด็นปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญประการหนึ่งจากการนำ PCK MEWS มาใช้ในโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี คือความรู้ ความเข้าใจ ทักษะและความตระหนักในความสำคัญของการใช้ PCK MEWS ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการใช้การยอมรับและการนำไปใช้ที่บรรลุเป้าหมาย สอดคล้องกับการทบทวนของ Le Lagadec and Dwyer (2016) ที่พบว่าความสำเร็จในการใช้ระบบสัญญาณเตือน ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคล ได้แก่ ทักษะของบุคลากร การสื่อสาร และความมั่นใจ และต้องใช้เวลาแก่บุคลากรทำความเข้าใจในรายละเอียด ทั้งนี้การรอดชีวิตของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการเฝ้าติดตามอาการทรุดลง (พิศาล ชุ่มชื่น และ นิติย ศรี ดวงอาทิตย์, 2564) จึงเป็นที่มาของข้อเสนอแนะในการปรับปรุงระบบ PCK MEWS โดยการประชุมชี้แจงเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจแก่บุคลากรทุกระดับ และสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการใช้

ระบบสัญญาณเตือน ทั้งนี้ การประชุมชี้แจงหรือการฝึกอบรมบุคลากรทุกคนให้สามารถใช้ MEWS ได้นั้น ส่งผลให้มีการพัฒนาคุณภาพของการให้การดูแล

ปัญหาลำดับต้นและเกณฑ์การใช้ PCK MEWS ยังไม่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหอผู้ป่วยนั้น ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากหอผู้ป่วยแต่ละแผนกภายในโรงพยาบาลรับผู้ป่วยแต่ละประเภท ซึ่งแตกต่างในรายละเอียดของปัญหาในผู้ป่วยแต่ละโรคและความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง กอปรกับความคาดหวังของบุคลากรที่ต้องการเครื่องมือที่สามารถใช้ได้กับทุกสถานการณ์ เมื่อไม่เป็นไปตามที่คาดหวังส่งผลให้เกิดความไม่ราบรื่นในการใช้ PCK MEWS ในเบื้องต้น จึงมีข้อเสนอแนะให้มีการพัฒนาปรับปรุงระบบ PCK MEWS ให้เหมาะสม ทั้งการให้คะแนน และขั้นตอนการปฏิบัติในแต่ละระดับคะแนน ซึ่งต้องมีความชัดเจนในเกณฑ์ระดับคะแนนที่ต้องรายงานต่อทีมผู้เชี่ยวชาญหรือทีมที่ตอบสนองได้อย่างรวดเร็ว (rapid response team) (Montenegro & Rodrigues, 2019) การนำระบบสัญญาณเตือนไปใช้อาจมีความแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาลได้ (พิศาล ชุ่มชื่น และ นิตยศรี ดวงอาทิตย์, 2564) ซึ่งการปรับปรุงเครื่องมือ EWS จากของเดิมนั้น อาจต้องใช้วิธีฉันทามติของผู้เกี่ยวข้องหรือผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาล และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิก่อนการใช้งาน ทั้งนี้ในกรณีที่มีความต้องการที่จะเฝ้าระวังเฉพาะบางโรคที่พบบ่อยของแต่ละหอผู้ป่วย อาจเพิ่มหัวข้อควบคู่ไปกับเครื่องมือ MEWS ที่ใช้แบบทั่วไป เช่น ในโรคหลอดเลือดสมองควรเพิ่มการสังเกตอาการใบหน้าหรือปากเบี้ยว แขนตก และพูดไม่ชัด โรคหลอดเลือดหัวใจควรเพิ่มอาการเจ็บหน้าอก เหงื่อออกตัวเย็น ในภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเพิ่มอาการหนาวสั่น เป็นต้น (พิศาล ชุ่มชื่น และนิตยศรี ดวงอาทิตย์, 2564) ซึ่งการพัฒนาปรับปรุงระบบ PCK MEWS ให้เหมาะสมโดยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ผู้ปฏิบัติงาน และผู้เชี่ยวชาญ จะช่วยให้บุคลากรของโรงพยาบาลมีความเข้าใจ เชื่อมั่นในการนำไปใช้ได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ

การรายงานอาการผู้ป่วย เป็นการสื่อสารข้อมูลการเจ็บป่วยภายในทีมการพยาบาล หรือระหว่างพยาบาลกับแพทย์ เพื่อการวินิจฉัยและตัดสินใจให้การดูแล จากผลการศึกษาที่พบปัญหาว่า การรายงานอาการของผู้ป่วยที่ใช้คะแนน PCK MEWS มีความคลาดเคลื่อน ไม่ว่าจะเป็นการที่ผู้ช่วยพยาบาลไม่ได้รายงานคะแนน PCK MEWS ต่อพยาบาลหัวหน้าเวร หรือการที่พยาบาลเวรรายงานระดับคะแนน PCK MEWS แล้วแต่ยังไม่ได้ให้รายละเอียดที่เพียงพอ ย่อมส่งผลให้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพนี้เป็นหนึ่งในปัญหาด้านการสื่อสารที่พบได้บ่อยในการปฏิบัติงานทางคลินิก ทั้งการส่งข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน สัมส่งข้อมูลที่สำคัญ ขาดความเข้าใจในข้อมูลที่ต้องส่ง ทำให้การดูแลอาจผิดพลาดและขาดคุณภาพที่ดี และอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ (จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, 2563) ในกรณีของการนำ PCK MEWS มาใช้แล้วมีความคลาดเคลื่อนของการรายงาน อาจทำให้ไม่สามารถดักจับอาการเตือนก่อนการทรุดลง และพลาดโอกาสในการป้องกันภาวะที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที การพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารของทีมการพยาบาล และทบทวนการใช้รูปแบบหรือวิธีการรายงานที่เป็นมาตรฐาน เช่น ISBAR หรือ SBAR จะช่วยให้การส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลมีความถูกต้อง กระชับ ชัดเจน และครบถ้วน

ลดความผิดพลาด และจากการศึกษาพบว่า การส่งต่อข้อมูลที่ใช้ SBAR มีความถูกต้องครบถ้วนสูงกว่าการใช้รูปแบบปกติ (แสงจันทร์ หนองนา และคณะ, 2563)

ในประเด็นของความไม่มั่นใจของการนำ PCK MEWS ไปใช้นั้น สืบเนื่องมาจาก ตัวบุคลากรผู้ประเมินปฏิบัติไม่ถูกต้อง บางส่วนขาดทักษะในการนับอัตราการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจ จึงตรวจนับพารามิเตอร์เหล่านี้ด้วยความไม่ตระหนักในสำคัญของความแม่นยำของค่าตัวเลขต่าง ๆ รวมทั้งไม่ได้ใช้ความระมัดระวังในการบวกตัวเลขและการระบุค่าคะแนน PCK MEWS ที่ถูกต้อง การรวมตัวเลขที่ผิดพลาดเป็นข้อเสียของเครื่องมือ EWS ที่เป็นระบบถ่วงน้ำหนัก แต่มีความแม่นยำในการทำนายเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์สูงสุด (Churpek et al., 2013 อ้างใน พิศาล ชุ่มชื่น และนิตยศรี ดวงอาทิตย์, 2564) อย่างไรก็ตาม MEWS ก็เป็นเครื่องมือที่มีจำนวนพารามิเตอร์น้อยกว่า ซับซ้อนน้อยกว่า และค่าใช้จ่ายต่ำกว่า (Temgoua et al., 2018) เครื่องมือในระบบ EWS อื่นๆ เช่น Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II), VitalPAC Early Warning Score-Lactate (ViEWS-L) และ THE Resuscitation Management score (THERM) โดยเฉพาะ APACHE II มีค่าพารามิเตอร์ถึง 15 ตัว และมีค่าพารามิเตอร์ที่ต้องมาจากการเจาะเลือด จึงมีความซับซ้อนของการรวมคะแนน ส่วนประเด็นเครื่องมือที่ใช้ไม่ได้มาตรฐาน สามารถแก้ไขได้โดยการจัดเตรียมอุปกรณ์ที่มีการสอบเทียบเครื่องมือให้ได้มาตรฐานก่อนนำมาใช้ในหอผู้ป่วย เพื่อสร้างความมั่นใจในการนำ PCK MEWS มาใช้

ข้อเสนอแนะอีกประการหนึ่งของการนำ PCK MEWS ที่ได้รับการปรับปรุงแล้วไปดำเนินการต่อ นั้นควรมีการกำกับติดตามและเพิ่มช่องทางการรับฟังปัญหา โดยมีทีมนิเทศทางการแพทย์ในการกำกับติดตามการใช้ PCK MEWS รับทราบและรับฟังปัญหาการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การแก้ไขและการยอมรับ ทั้งนี้ควรเป็นการนิเทศทางคลินิก ที่ใช้การสอนแนะเน้นการส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรพยาบาลมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานที่สูงขึ้น สร้างการทำงานเป็นทีม รับฟังปัญหาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และร่วมกันแก้ไขปัญหา ซึ่ง เปิดโอกาสให้สอบถามประเด็นสงสัยหรือไม่แน่ใจ และเป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำ นิเทศการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล หรือเมื่อพบข้อสงสัย ส่งผลให้พยาบาลมีการรับรู้ มั่นใจและมีทัศนคติเชิงบวก (ยุพดี คุ้มมิทะกุล, 2563) อีกทั้ง ผลลัพธ์ของการนิเทศส่งเสริมให้มีการพัฒนาทั้งด้านคุณภาพงานและด้านสมรรถนะของบุคลากร สอดคล้องกับการถอดบทเรียนของहरषा เทียนทอง และพุทธชาติ สมณา (2559) ที่กล่าวถึงการนิเทศทางคลินิกในการนำ MEWS มาใช้ โดยมีกำหนดข้อตกลงในการทำงานร่วมกัน กำหนดแนวทางการปฏิบัติต่างๆ และมีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน ซึ่งผลลัพธ์จากการนิเทศทางคลินิกทำให้ความรุนแรงของระยะการติดเชื้อในกระแสเลือดลดลง อัตราตายจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อลดลง อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจและการช่วยฟื้นคืนชีพลดลง และพยาบาลมีความเชี่ยวชาญทางคลินิก

นอกจากนี้ การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการปรับปรุงระบบ เป็นสิ่งจำเป็นในยุคที่วิถีการดำเนินชีวิตและการทำงานเปลี่ยนเข้าสู่โลกดิจิทัล ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพถูกเก็บรวบรวมอย่างเป็นระบบ ทดแทนการเก็บข้อมูลในรูปแบบกระดาษซึ่งมีความผิดพลาดได้มากกว่าร้อยละ 40 (Collins & Loveys, 2011) หากสามารถนำมาปรับปรุงเพิ่มเติมลงในระบบฐานข้อมูลเดิมที่มีอยู่ จะช่วยแบ่งเบาภาระ

ของเจ้าหน้าที่ในการเฝ้าระวังอาการทรุดลงได้ ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายและลดเวลาในการทำเอกสารโดยเฉลี่ย 15 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

อย่างไรก็ตาม ในการใช้ PCK MEWS ที่ผ่านมา จะมีปัญหาและอุปสรรคของการนำไปใช้ แต่ยังสามารถลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุผู้ป่วยทรุดลง จนต้องให้การฟื้นคืนชีพและย้ายเข้ารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตแบบไม่คาดหวังลงได้บ้าง ซึ่งหากมีการนำปัญหา ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่ค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้ ไปทบทวนและพิจารณาปรับแก้ไข PCK MEWS ให้เหมาะสมจะช่วยให้สามารถบรรลุเป้าหมายของการดูแลและการป้องกันภาวะคุกคามต่อชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษานี้ ขาดการสัมภาษณ์ข้อมูลจากผู้ให้บริการซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาระบบการประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือน (PCK MEWS) เพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงของผู้ป่วยผู้ใหญ่ขณะเข้าพักรักษาตัวภายในหอผู้ป่วยสามัญของโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางโรงพยาบาลควรนำประเด็นปัญหาอุปสรรค ข้อคิดเห็นและคำแนะนำที่ค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้ไปพิจารณาในการปรับปรุง PCK MEWS ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
2. ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการใช้ PCK MEWS ควรให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจ เกณฑ์และขั้นตอนการปฏิบัติของระบบ PCK MEWS เพื่อพัฒนาคุณภาพของการดูแล ให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเพื่อพัฒนาระบบ PCK MEWS โดยนำข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้ไปพิจารณาการพัฒนาระบบ รวมทั้งการศึกษาเพื่อติดตามประเมินผลการดำเนินการและผลลัพธ์การให้บริการตามระบบ PCK MEWS ที่พัฒนาขึ้นใหม่
2. ศึกษาเพื่อพัฒนาระบบ PCK MEWS สำหรับผู้ป่วยวัยเด็ก หรือผู้ป่วยเฉพาะโรคที่พบบ่อยของแต่ละหอผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี. (2562). รายงานประจำปี. โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี.
- จุไรรัตน์ ดวงจันทร์. (2563). การสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลด้วยเทคนิคเอสบาร์. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, 21(41), 91-103.

- เพชรรัตน์ ยอดเจริญ. (2564). การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการโดยใช้ MEW score. *วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติออนไลน์*, 6(2), 35-37.
- พิศาล ชุ่มชื่น, และ นิตยศรี ดวงอาทิตย์. (2564). เครื่องมือประเมินการเฝ้าระวังและป้องกันการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วย. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 40(2), 307-322.
- ยุพดี คุ้มมิกะกุล. (2563). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการบันทึกสัญญาณเตือนภาวะวิกฤติในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่ามาย จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 3(1), 31-46.
- หรรษา เทียนทอง, และ พุทธชาติ สมณา. (2559). Enjoy quality every moment in global and national health care. ใน อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (บ.ก.), *ประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 17 คุณภาพในทุกลมหายใจ*. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2562). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).
- แสงจันทร์ หนองนา, นิลเนตร สุตสวาท, และ ดวงสุตา วัฒนธัญญการ. (2563). ประสิทธิภาพของการจัดการการส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท.*, 2(1), 45 – 57.
- แสงโสม ช่วยช่วง. (2561). ผลของการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยในห้องตรวจสวนหัวใจ โรงพยาบาลตรัง. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 29(1), 72-82.
- Smith, M. B., Chiovaro, J. C., O'Neil, M., Kansagara, D., Quiñones, A. R., Freeman, M., Motu'apaoka, M. L., & Slatore, C. G. (2014). Early warning system scores for clinical deterioration in hospitalized patients: A systematic review. *Annals of the American Thoracic Society*, 11(9), 1454-1465.
- Clarke, V., & Braun, V. (2013). Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *The Psychologist*, 26(2), 120-123.
- Collins, D., & Loveys, A. (2011). Value and outcomes: what the system has meant to our practice and our patients. In Margaret Schulte, D. B. A. (Ed.), *Go-live: Smart strategies from Davies award-winning EHR implementations* (pp.135-148). HIMSS.
- Lam, T. S., Mak, P. S. K., Siu, W. S., Lam, M. Y., Cheung, T. F., & Rainer, T. H. (2006). Validation of a Modified Early Warning Score (MEWS) in emergency department observation ward patients. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 24-30.
- Le Lagadec, M. D., & Dwyer, T. (2017). Scoping review: The use of early warning systems for the identification of in-hospital patients at risk of deterioration. *Australian Critical Care*, 30(4), 211-218.

- Lincoln, Y. S., & Guba, E. (1985) *Naturalistic Inquiry*. Sage.
- Nishijima, I., Oyadomari, S., Maedomari, S., Toma, R., Igei, C., Kobata, S., Koyama, J., Tomori, R., Kawamitsu, N., Yamamoto, Y., Tsuchida, M., Tokeshi, Y., Ikemura, R., Miyagi, K., Okiyama, K., & Iha, K. (2016). Use of a modified early warning score system to reduce the rate of in-hospital cardiac arrest. *Journal of Intensive Care*, 4, Article 12. <https://jintensivecare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40560-016-0134-7>
- Rocha, T. F. D., Neves, J. G., & Viegas, K. (2016). Modified early warning score: Evaluation of trauma patients. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69, 906-911.
- Temgoua, M. N., Tochie, J. N., Agbor, V. N., Tianyi, F. L., Tankeu, R., & Danwang, C. (2018). Simple mortality predictive models for improving critical care in resource-limited settings: An insight on the modified early warning score and rapid emergency medical score. *International Journal of Applied and Basic Medical Research*, 8(3), 199-201.
- Wang, A. Y., Fang, C. C., Chen, S. C., Tsai, S. H., & Kao, W. F. (2016). Peri-arrest Modified Early Warning Score (MEWS) predicts the outcome of in-hospital cardiac arrest. *Journal of the Formosan Medical Association*, 115(2), 76-82.

คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับ

กองบรรณาธิการ วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ขอเรียนเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านส่งบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือรายงานกรณีศึกษา เพื่อพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ทั้งนี้ บทความวิจัย และบทความวิชาการ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น ข้อความและข้อคิดเห็นต่างๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้นๆ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการหรือของวารสาร และขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทาน และแก้ไขต้นฉบับให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กองบรรณาธิการกำหนด

อนึ่ง ผู้ที่มีความประสงค์จะตีพิมพ์บทความหรืองานวิจัย ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีนี้ ต้องชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ

การเตรียมต้นฉบับ

1. พิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป MS Word 97-2003 Document ขนาด 16 ใช้แบบอักษร TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) (หัวข้อใหญ่ ขนาด 18) (สถานที่ทำงาน ขนาด 12) (ผู้ให้การติดต่อขนาด 12) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน – ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. และด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 8-15 หน้า (รวมรายการอ้างอิง) และรายการอ้างอิงไม่เกิน 10 ปี ยกเว้น Original paper จำนวนไม่เกิน 20 รายการ การใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ
2. ชื่อเรื่องเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาขนาด 18 วรรคหน้าแรกตรงกลางหน้ากระดาษ
3. ชื่อ-สกุลผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดอักษร 14 หนา จัดชิดขวาของหน้ากระดาษ และระบุลำดับผู้เขียนเป็นตัวเลขยก ท้ายชื่อ-สกุล
4. สถานที่ทำงาน ขนาด 12 หนา จัดชิดขวาของหน้ากระดาษ
5. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 300 คำต่อบทคัดย่อ
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 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

9.9 ผลการวิจัย

9.10 การอภิปรายผล

9.11 ข้อเสนอแนะ ประกอบไปด้วย ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการ
วิจัยครั้งต่อไป

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. ถ้ามีตารางหรือแผนภูมิ หรือภาพประกอบ ให้แทรกในเนื้อหาตำแหน่งที่ต้องการ

หมายเหตุ: บทความของนักศึกษาปริญญาโทและปริญญาเอก ที่ส่งมาตีพิมพ์จะต้องมีลายเซ็นอาจารย์ที่ปรึกษา
ให้การรับรองว่าได้ตรวจผลงานของนักศึกษาแล้ว ตามแบบฟอร์มแนบท้ายวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า
จังหวัดเพชรบุรี

การเขียนเอกสารอ้างอิง

แนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตามเอพีเอ (APA-American Psychological Association 7th edition)

1. การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) ใช้ระบบนาม-ปี

รูปแบบ	หน้าข้อความ	ท้ายข้อความ
ผู้แต่ง 1 คน	ชื่อ สกุล (ปี)	(ชื่อ สกุล, ปี)
	Surname (year)	(Surname, year)
	อัจฉราวดี ศรียศศักดิ์ (2558) Sriyasak (2015)	(อัจฉราวดี ศรียศศักดิ์, 2558) (Sriyasak, 2015)
ผู้แต่ง 2 คน	ชื่อ สกุล ¹ และ ชื่อ สกุล ² (ปี)	(ชื่อ สกุล ¹ และ ชื่อ สกุล ² , ปี)
	Surname ¹ and Surname ² (year)	(Surname ¹ & Surname ² , year)
	อัจฉราวดี ศรียศศักดิ์ และ จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ (2558) Duangchan and Sriyasak (2015)	(อัจฉราวดี ศรียศศักดิ์ และ จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, 2558) (Duangchan & Sriyasak, 2015)
ผู้แต่ง 3 คน ขึ้นไป	ชื่อ สกุล ¹ และคณะ (ปี)	(ชื่อ สกุล ¹ และคณะ, ปี)
	Surname ¹ et al. (year)	(Surname ¹ et al., year)
	อัจฉราวดี ศรียศศักดิ์ และคณะ (2558) Sriyasak et al. (2015)	(อัจฉราวดี ศรียศศักดิ์ และคณะ, 2558) (Sriyasak et al. (2015)
อ้างอิง มากกว่า 2 แหล่งข้อมูล	ชื่อ สกุล (ปี) และ ชื่อ สกุล (ปี)	(ชื่อ สกุล, ปี; ชื่อ สกุล, ปี)
	Surname (year) and Surname (year)	(Surname, year; Surname, year)
	อัจฉราวดี ศรียศศักดิ์ (2558) และ จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ (2559) Sriyasak (2015) and Duangchan (2016)	(อัจฉราวดี ศรียศศักดิ์, 2558; จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, 2559) (Sriyasak, 2015; Duangchan, 2016)
อ้างอิง แหล่งข้อมูล ทุติยภูมิ	ชื่อ สกุล ¹ (ปี อ้างถึงใน ชื่อ สกุล ² , ปี)	(ชื่อ สกุล ¹ , ปี อ้างถึงใน ชื่อ สกุล ² , ปี)
	Surname ¹ (year as cited in Surname ² , year)	(Surname ¹ , year as cited in Surname ² , year)
	อัจฉราวดี ศรียศศักดิ์ (2558 อ้างถึงใน จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, 2559) Sriyasak (2015 as cited in Duangchan, 2016)	(อัจฉราวดี ศรียศศักดิ์, 2558 อ้างถึงใน จุไรรัตน์ ดวงจันทร์, 2559) (Sriyasak, 2015 as cited in Duangchan, 2016)

2. การเขียนรายการอ้างอิง (Reference)

แหล่งอ้างอิง	รูปแบบ
หนังสือทั่วไป	ผู้แต่ง 1 คน ชื่อ สกุล. (ปี). ชื่อเรื่อง (พิมพ์ครั้งที่). สำนักพิมพ์. URL (ถ้ามี) Surname, A. A. (year). <i>Title of work</i> (..... ed.). Publisher. URL (ถ้ามี) เบญจพร ปัญญา. (2553). <i>การทบทวนองค์ความรู้: การตั้งครมในวัยรุ่น</i> (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. Patton, M. Q. (2015). <i>Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice</i> (4th ed.). SAGE.

แหล่งอ้างอิง	รูปแบบ
	ผู้แต่ง 2 คน ชื่อ สกุล¹ และ ชื่อ สกุล². (ปี). ชื่อเรื่อง (พิมพ์ครั้งที่). สำนักพิมพ์. URL (ถ้ามี) Author, A. A., & Author, B. B. (year). <i>Title of work</i> (..... ed.). Publisher. URL (ถ้ามี) เจื้อจันทร จงสถิตอยู่ และ อรุณศรี จิตต์แจ้ง. (2556). <i>พลังเครือข่ายในพื้นที่</i>. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย. Bellanca, J., & Brendt, R. (2010). <i>21st century skills: Rethinking how students learn</i>. Solution Tree Press. หมายเหตุ *ผู้แต่ง 3-20 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน **ผู้แต่ง 21 คน ขึ้นไป ให้ใส่ชื่อ สกุล คนที่ 1-19 ตามด้วยเครื่องหมาย ,... ก่อนชื่อคนสุดท้าย *** ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) สำหรับภาษาไทย และ (n.d.) สำหรับภาษาอังกฤษ ****พิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องระบุ *****ไม่ปรากฏสำนักพิมพ์ ให้ใส่ (ม.ป.ท.) สำหรับภาษาไทย และ (n.p.) สำหรับภาษาอังกฤษ
	มีบรรณาธิการ วีณา เจียบบนา (บ.ก.). (2556). <i>การพยาบาลจิตเวช</i>. ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. McKinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S., Nelson, K. A., & Ashwill, J. W. (Eds.). (2018). <i>Maternal-child nursing</i> (5th ed.). Elsevier.
	บทในหนังสือ นิตยา สีนสุกใส. (2560). ภาวะตกเลือดหลังคลอด: บทบาทพยาบาล. ใน เพิ่มศักดิ์ สุขเมษฐ์, นาเรศ วงศ์ไพฑูรย์, พงนิย ผดุงเกียรติวัฒนา, และ ณัฐธินี ศรีสันติโรจน์ (บ.ก.), <i>ก้าวหน้าไปด้วยกันเพื่อการบริหารปริทัศน์ 4.0</i> (น. 91-96). ยูเนี่ยน ครีเอชั่น. Gray, J. R. (2021). Discovering the world of nursing. In R. G. Jennifer, & K. G. Susan (Eds.), <i>Burns & Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence</i> (9th ed., pp. 1-18). Elsevier.
	หนังสือแปล องค์การอนามัยโลก. (2552). <i>Milestones in Health Promotion: Statements from global conferences</i> [พัฒนาการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ รายงานการประชุมระดับโลก เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ]. (สินศักดิ์ชนม์ อุณพรมมี, ผู้แปล). โครงการสวัสดิการข้าราชการ สถาบันพระบรมราชชนก.
บทความ ในวารสาร	แบบรูปเล่ม/ อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มีเลข DOI ชื่อ สกุล. (ปี). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. วีโรจน์ ฉิ่งเล็ก, วารุณี เกตุอินทร์, และ อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์. (2561). ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นครั้งแรก. <i>วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุธราชชนครินทร์</i>, 10(1), 122-132.

แหล่งอ้างอิง	รูปแบบ
	Chisuwan, C., Prasopkittikun, T., Sangperm, P., & Payakkaraung, S. (2012). Predictive power of support from husbands, grandmothers, and nurses on duration of exclusive breastfeeding. <i>Journal of Nursing Science</i>, 30(1), 70-80. วารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI ชื่อ สกุล. (ปี). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. https://doi.org/เลข doi Sankaran, D., Nakra, N., Cheema, R., Blumberg, D., & Lakshminrusimha, S. (2021). Perinatal SARS-CoV-2 infection and neonatal COVID-19: A 2021 update. <i>NeoReviews</i>, 22(5), 284-295. https://doi.org/10.1542/neo.22-5-e1001 วารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีหมายเลขบทความ (elocator) ชื่อ สกุล. (ปี). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), บทความ เลขที่บทความ. URL ธิดากัญจน์ ไชยพัชรวิรรณ และ ปณัษณ์ จารุชัยนิวัฒน์. (2564). กลยุทธ์ของผู้ปกครองในการส่งเสริมนิสัยการรับประทานอาหารสำหรับเด็กวัยอนุบาลในโรงเรียนมหาวิทยาลัย. <i>วารสารอิเล็กทรอนิกส์ทางการศึกษา</i>, 16(2), บทความ OJED1602012. https://so01.tci-thaijo.org/index.php/OJED/article/view/248623/168548 Pozzobon, D., Ferreira, P. H., Dario, A. B., Almeida, L., Vesentini, G., Harmer, A. R., & Ferreira, M. L. (2019). Is there an association between diabetes and neck and back pain? A systematic review with meta-analyses. <i>PLOS ONE</i>, 14(2), Article e0212030. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212030
วิทยานิพนธ์ คุณูปนิพนธ์	ไม่ได้ตีพิมพ์ ชื่อ สกุล. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อเรื่อง [วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณูปนิพนธ์ ไม่ได้ตีพิมพ์ หรือ Unpublished doctoral dissertation หรือ วิทยานิพนธ์ปริญญาโทฉบับนี้ไม่ได้ตีพิมพ์ หรือ Unpublished master's thesis]. ชื่อมหาวิทยาลัย. วิไลลักษณ์ กุศล. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทฉบับนี้ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยศรีสเคียน. Jung, M. S. (2014). <i>A structural equation model on core competence of nursing students</i> [Unpublished doctoral dissertation]. Choong-Ang University. จากเว็บไซต์ที่ไม่ได้อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์ จินดา นันทวงษ์. (2560). การพัฒนาแบบวัดคุณธรรมบูรณาภาพสำหรับพยาบาลวิชาชีพไทย. [วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณูปนิพนธ์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR). http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/59428 จากฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์ McNiel, D. S. (2006). <i>Meaning through narrative: A personal narrative discussing growing up with an alcoholic mother</i> (UMI No.1434728) [Master's thesis, California State University–Long Beach]. ProQuest Dissertations and Theses database.

แหล่งอ้างอิง	รูปแบบ
รายงาน	จัดทำโดยบุคคลสังกัดหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรอื่น ชื่อ สกุล. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อเรื่อง. สำนักพิมพ์หรือหน่วยงาน. URL (ถ้ามี) สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ, และ ณัฐกา สงวนวงษ์. (2556). <i>สมรรถนะหลักและบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ</i>. สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. 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>. Dhurakij Pundit University.
	จัดทำโดยหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรอื่น สภาการพยาบาล. (2563). <i>รายงานประจำปี 2563</i>. สืบค้นวัน. https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/TNMC%20Annual%20Report%202020(3).pdf National Cancer Institute. (2019). <i>Taking time: Support for people with cancer</i> (NIH Publication No. 18-2059). U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. https://www.cancer.gov/publications/patient-education/takingtime.pdf
รายงานการประชุมเชิงวิชาการที่มี proceeding	ในรูปแบบรูปเล่มหนังสือ ชื่อ สกุล. (ปี). ชื่อบทความหรือชื่อเรื่องของบท. ใน หรือ In ชื่อ สกุลบรรณาธิการ (บ.ก. หรือ Ed. หรือ Eds.), ชื่อหัวข้อการประชุม (น. หรือ p. หรือ pp. เลขหน้า). สำนักพิมพ์. URL (ถ้ามี) ขวัญใจ ลือเมือง, ชนิษฐา นาคะ, และ ทศรัตน์ แสงจันทร์. (2556). ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย. ใน <i>มหาวิทยาลัยมหิดล, การประชุมมหาดใหญ่วิชาการ ครั้งที่ 4: การวิจัยเพื่อพัฒนาสังคมไทย</i> (น. 170-184). มหาวิทยาลัยมหิดล. Pang, W. I. (2017). Promoting integrity of shift report by applying ISBAR principle among nursing students in clinical placement. In E. Masal, I. Önder, S. Beşoluk, H. Çalışkan, & E. Demirhan (Eds.), <i>ERPA International Congresses on Education 2017 (ERPA 2017)</i>. SHS Web of Conferences. https://doi.org/10.1051/shsconf/20173701019
	ในรูปแบบวารสาร Prasasti, A. K., & Widyatuti, W. (2021). The role of community nurses to prevent domestic violence during the Covid-19 pandemic. <i>Proceedings of the International Conference on Nursing and Health Sciences</i>, 2(1), 9-18. http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/PICNHS/article/view/431
เว็บไซต์	ชื่อ สกุล. (ปี, วัน เดือนที่เผยแพร่). ชื่อบทความ. ชื่อเว็บไซต์. URL สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2564, 17 กันยายน). <i>การบริหารจัดการหน่วยฟอกเลือดในระหว่างการระบาดโรค COVID-19</i>. https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2021/09/2021_09_17-HD-center-management-during-COVID-19-pandemic.pdf

แหล่งอ้างอิง	รูปแบบ
	World Health Organization. (2020, January 31). <i>Adolescent pregnancy</i> . https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy * กรณีไม่มีวันที่เผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่เฉพาะ ปี พ.ศ. หรือ ค.ศ. ** กรณีชื่อผู้เขียนและชื่อเว็บไซต์เป็นชื่อเดียวกันให้ตัดชื่อเว็บไซต์ออก
ราชกิจจานุเบกษา	ชื่อกฎหมาย. ปี, วัน เดือน). <i>ราชกิจจานุเบกษา</i> . เล่ม เลขเล่ม ตอนที่ เลขตอน. หน้า เลขหน้า.
นุเบกษา	ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2561. (2561, 3 มกราคม). <i>ราชกิจจานุเบกษา</i> . เล่ม 135 ตอนพิเศษ 1 ง. หน้า 7-11.

การส่งบทความ

ส่งทาง <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/about/submissions> หรือจดหมายอิเล็กทรอนิกส์
journal@pckpb.ac.th โทรศัพท์ 0-32427049 ต่อ 115 มือถือ 097-2691246



ใบชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ประเภท ☐ บุคคล ชื่อ – นามสกุล.....

☐ หน่วยงาน ชื่อหน่วยงาน.....

เบอร์โทรศัพท์ อีเมล

มีความประสงค์ชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ

☐ เป็นเงิน 3,500 บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน)

ชื่อบทความ.....

วารสารฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงินทุกกรณี

โดยได้ชำระเป็น

☐ เงินสด

☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาเพชรบุรี

ชื่อบัญชี “วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี”

เลขบัญชี 703-1-31765-7

ที่อยู่ (ที่ต้องการจัดส่งวารสาร/ ใบเสร็จ).....

ลงนามผู้สมัคร

(.....)

วันที่..... เดือน.....พ.ศ.

หมายเหตุ ส่งใบนำส่งบทความ ใบชำระค่าธรรมเนียมตีพิมพ์วารสาร และหลักฐานการชำระเงินค่าธรรมเนียมมายัง

ดร.อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ (บรรณาธิการวารสาร)

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ 203 หมู่ 2 ถนนคีรีรัฐยา ตำบลธงชัย

อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000 หรืออีเมล journal@pckpb.ac.th

***กรณีโอนเงิน/ โอนผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ให้ส่งหลักฐานทั้ง 3 รายการ ผ่านทางไลน์

“วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี” ก่อนเวลา 15.00 น. ของวันที่ทำการโอนเท่านั้น

ติดต่อสอบถาม โทร 097-2691246 หรืออีเมล journal@pckpb.ac.th





แบบฟอร์มนำส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์
วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

1. ชื่อเรื่องภาษาไทย.....

 ภาษาอังกฤษ.....

 ประเภทบทความ ☐ บทความวิจัย ☐ บทความวิชาการ
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/about/submissions>
☐ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (กรณีบทความวิจัย+แนบใบรับรองจริยธรรม)
☐ 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 ก่อนที่จะส่งมา
ตีพิมพ์ในวารสารฯ (ในกรณีที่เป็นวิทยานิพนธ์)

ลงชื่อ.....

(.....)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์



วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
ที่อยู่ : 203 หมู่ 2 ตำบลธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000
โทรศัพท์ : 0 3242 7049 โทรสาร : 0324 0573
อีเมลล์ : journal@pckpb.ac.th
เว็บไซต์ : <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck>