

บทความวิจัย

- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการคัดแยกขยะกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของประชาชนในจังหวัดเพชรบุรี
- พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่ง
- ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้คุณค่าในตนเอง การสร้างให้ผู้เรียนรู้จักและเห็นคุณค่าในตนเองกับประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในกรุงเทพมหานคร
- ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของข้าราชการทหาร ที่สำนักงานแพทย์ทหาร กองบัญชาการกองทัพไทย
- ความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนกับการตรวจสอบการสรุปและให้รหัสทางการแพทย์ในประเทศไทย
- การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
- การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพอง
- การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานเพื่อส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล

บทความวิชาการ

- การจัดการตนเองเพื่อควบคุมน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน

คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับ

กิตติกรีน เรื่องฉาย
นิตยา ทองมา

สำราญ เจริญผล
และคณะ

สุรางค์ เชื้อวนิชชากร
และคณะ
พูนสุข ช้วยทอง
และคณะ

ปฏิพัทธ์ วุฒิวิทยารักษ์
และคณะ
อรพรรณ มณีเนตร
สุกัญญา จงถาวรสถิตย์
รุจา ปิ่นน้อย
และคณะ

จินตนา ตรีเงิน อรรถศรีวรร
และคณะ

สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์

พรนิภา วงษ์มาก
และคณะ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี รับผิดชอบตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการ ประเภทบทความวิชาการ (Academic articles) บทความวิจัย (Research articles) ทั้งนี้ บทความวิจัยหรือ บทความวิชาการ ต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างที่ส่งตีพิมพ์ในวารสารอื่น ยกเว้นเป็น ผลงานวิชาการที่ได้นำเสนอในการประชุมทางวิชาการ ที่ไม่มีรายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการ (Proceedings) วารสารนี้ มีคณะกรรมการพิจารณาพิชญ์ ที่มีผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่าง ๆ 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.วนิษา ชื่นกองแก้ว บรรณาธิการ ดร.อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ ผู้ช่วยบรรณาธิการ ดร.จุไรรัตน์ ดวงจันทร์ ดร.รพีพรรณ นาคบุบผา กองจัดการ อาจารย์วราภรณ์ เกตุอินทร์ อาจารย์ทิพย์วัลย์ มีทรัพย์ นางโสภิษฐ์ มิตรดี เจ้าของ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก	กองบรรณาธิการ ศ.เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ศ.เกียรติคุณ ดร.บุญทิพย์ สิริธรงค์ สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ศ.รัตน์ศิริ ทาโต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พลตรีหญิง รองศาสตราจารย์ ดร.สายสมร เฉลยภิตติ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก รศ.ดร.สุดาภรณ์ พยัคฆะเรือง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รศ.ดร.ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช รศ.ดร.วลัยพร นันทศุภวัฒน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต รศ.ดร.ศิริพันธุ์ ศรีพันธุ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์ รศ.ดร.วิลาวัลย์ ขมิณรัตน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รศ.ดร.อรัญญา เชาวลิต คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ผศ.ดร.มนพร ขาดิขันธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ดร.ศุภรใจ เจริญสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี Dr.Paul Alexander Turner โรงเรียนเซนต์ฟรังซิสเซเวียร์ ผศ.ดร.อดิญาณ์ ศรีเกษตริณ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ดร.เยาวลักษณ์ มีบุญมาก 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 ได้รับการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านต่อบทความ แบบ Double blinded โดยจัดทำเป็นวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (online journal) ISSN 2697-5279X (Online) ควบคู่กับฉบับที่ตีพิมพ์เป็นรูปเล่ม ISSN 2630-046X (Print) เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการที่หลากหลาย สำหรับปีที่ 6 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2566 นี้ มีบทความที่ลงตีพิมพ์เผยแพร่ จำนวน 10 เรื่อง ดังนี้

บทความวิจัย จำนวน 9 เรื่อง คือ 1) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการคัดแยกขยะกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของประชาชนในจังหวัดเพชรบุรี 3) พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่ง 4) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้คุณค่าในตนเอง การสร้างให้ผู้เรียนรู้จักและเห็นคุณค่าในตนเองกับประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในกรุงเทพมหานคร 5) ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของข้าราชการทหารที่สำนักงานแพทย์ทหาร กองบัญชาการกองทัพไทย 6) ความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนกับการตรวจสอบการสรุปและให้รหัสทางการแพทย์ในประเทศไทย 7) การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 8) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพอง 9) การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสาน เพื่อส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ ของนักศึกษาพยาบาล และบทความวิชาการ จำนวน 1 เรื่อง คือ การจัดการตนเองเพื่อควบคุมน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน

กองบรรณาธิการ วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ขอขอบคุณผู้เขียนที่ร่วมเสนอบทความที่เป็นประโยชน์ และคณะกรรมการกลั่นกรองทุกท่านที่ช่วยให้ข้อเสนอแนะ ทำให้บทความมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณกองจัดการวารสารทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี หากผู้เขียนท่านใดมีความประสงค์จะส่งบทความตีพิมพ์ในฉบับถัดไป คือ ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2566 และฉบับถัดไป สามารถติดต่อกับกองจัดการวารสารตามช่องทางที่กำหนด ทั้งนี้วารสารกำหนดจำนวนเรื่องในการตีพิมพ์เผยแพร่ ฉบับละประมาณ 12 เรื่อง ประกอบด้วยบทความวิชาการ 1-2 เรื่อง และบทความวิจัยประมาณ 10-11 เรื่อง

ดร.อัจฉรวาทิ ศรียะศักดิ์

บรรณาธิการ

สารบัญ

□ บทความวิจัย

- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการคัดแยกขยะ
กับพฤติกรรมการคัดแยกขยะของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 1
- The Relationships between Knowledge, Attitude, Perception of Benefits, and
Obstacles of Waste Separation with Waste Separation Behavior among Nursing
Students, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province
- กิตติกวิน เรืองฉาย, นิตยา ทองมา
Kittikawin Ruangchai, Nittaya Thongma
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการเข้าถึง
บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของประชาชนในจังหวัดเพชรบุรี 16
- Factors Affecting Village Health Volunteers' Readiness in Promoting Access
to Thai Traditional and Alternative Medicine Services for the People in
Phetchaburi Province
- สำราญ เจริญผล, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์, ธีระวุธ ธรรมกุล, อนัญญา ประดิษฐ์ปรีชา
Samran Chareonpon, Pimsurang Techasermboonsak, Teerawoot Thummakul,
Anunya Praditpreecha
- พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่ง 31
- Health Promoting Behaviors among Senior High School Students in an Institute
of Education
- สุรางค์ เชื้ออวนิชชากร, พูนสุข ช่วยทอง, เปรมวดี คฤหเดช
Surang Cherwanitchakorn, Poonsook Shuaytong, Premwadee Karuhadej
- ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้คุณค่าในตนเอง การสร้างให้ผู้เรียนรู้จักและเห็นคุณค่าในตนเอง
กับประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในกรุงเทพมหานคร 46
- The Relationship between Perceived Self-esteem, Establishment of Learners' Self-
esteem Recognition, and Learning Efficiency among Nursing Students in Bangkok
- พูนสุข ช่วยทอง, พรพรรณ วรสีหะ, เปรมวดี คฤหเดช, สุรางค์ เชื้ออวนิชชากร
Poonsook Shuaytong, Ponpun Vorasiha, Premwadee Karuhadej, Surang Cherwanitchakorn
- ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของข้าราชการทหาร
ที่สำนักงานแพทย์ทหาร กองบัญชาการกองทัพไทย 57
- Factors Affecting the Use of Non-Communicable Diseases Treatment Services
of Military Officers at Medical Office, Royal Thai Armed Forces Headquarters
- ปวิพัทธ์ วุฒิวิทยารักษ์, นิตยา เพ็ญศิริณภา, เอกพล กาละดี
Patipat Wutivitayarak, Nittaya Pensirinapa, Akaphol Kaladee

สารบัญ (ต่อ)

□ บทความวิจัย (ต่อ)

ความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนกับการตรวจสอบการสรุป
และให้รหัสทางการแพทย์ในประเทศไทย 73

The Relationship Between Medical Record Audit and Medical Coding Audit
Assessment in Thailand

อรพรรณ มณีเนตร, สุกัญญา จงถาวรสถิตย์

Oraphan Maneenet, Sukanya Chongthawonsatid

การพัฒนาแบบการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) 89
ในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

The Development of Nursing Administration Model for Patients with
Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Field Hospital of Phrachomklao
Hospital, Phetchaburi Province

รุจา ปิ่นน้อย, นฤมล ศรีสม, สุพัตรา สงขรักษ์, วรณิภา เจริญศรี, นิภาวรรณ เปรมเมือง,
กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์, ชุตินา เทียนชัยทัศน์

Ruja Pin-noi, Narumol Srisom, Supattra Songkarak, Wannipha Charoensri,
Nipawan Premmuang, Kanokporn Aumpram, Chutima Teanchaithut

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ 108
ในช่องทรวงอกโป่งพอง

The Development of Clinical Nursing Practice Guideline for the Patient with
Thoracic Aortic Aneurysm

จินตนา ตรีเงิน อรรคศรีวร, สุรัสวดี เทียงวิบูลย์วงศ์, วิจิตรา มนะญ

Jintana Three-ngern Akasriworn, Suruchsawadee Thiengwiboonwong, Wichitra Manoo

การพัฒนาแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสาน เพื่อส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ 127
ของนักศึกษาพยาบาล

The Development of a Blended Learning Model for Enhancing Attitudes
toward Geriatric Care among Nursing Students

สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์

Suparat Phisaipanth

สารบัญ (ต่อ)

☐ บทความวิชาการ

การจัดการตนเองเพื่อควบคุมน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน 143

Self-management for Gestational Weight Gain Control of Overweight and Obesity in Pregnant Women

พรนิภา วงษ์มาก, พชฌิยา เชียงตา, ชิดชนก พันธุ์ป้อม, ณัฐฐันรี คำอุไร

Pornnipa Wongmak, Patchaneeya Chiengta, Chidchanok Phanpom, Natnari Khamaurai

☐ คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับ

157



บทความวิจัย (Research article)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรค
ของการคัดแยกขยะกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะของนักศึกษาพยาบาล
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

The Relationships between Knowledge, Attitude, Perception of Benefits,
and Obstacles of Waste Separation with Waste Separation Behavior among
Nursing Students, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province

กิตติกวิน เรืองฉาย¹, นิตยา ทองมา^{2*}

Kittikawin Ruangchai¹, Nittaya Thongma^{2*}

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: nitaya@pckpb.ac.th; โทรศัพท์ 090-9933665)

(Received: September 28, 2022; Revised: February 20, 2022; Accepted: March 14, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ปีการศึกษา 2563 จำนวน 206 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มจากการจับสลากแบบไม่ใส่คืน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .78 แบบสอบถามทัศนคติ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการคัดแยกขยะ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .75, .89, .81, และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและประสิทธิสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ในการคัดแยกขยะและอุปสรรคในการคัดแยกขยะอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 9.19, 2.81; SD = 1.95, .49$) แต่มีทัศนคติ การรับรู้ประโยชน์ และพฤติกรรมการคัดแยกขยะอยู่ในระดับมาก ($M = 3.49, 3.61, 3.15; SD = .37, .43, .43$) ทัศนคติ การรับรู้ประโยชน์ และความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะของนักศึกษาพยาบาล ($r = .57, .57, .21$) ในขณะที่อุปสรรคในการคัดแยกขยะมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะของนักศึกษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.21$)

¹ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลสมุทรสาคร

Registered Nurse (Practitioner Level), Samutsakhon Hospital

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

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

ผลการวิจัยนี้ มีข้อเสนอแนะให้ผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลทบทวนนโยบายในการส่งเสริมการคัดแยกขยะโดยการรณรงค์การลดปริมาณขยะ และลดการใช้วัสดุที่ก่อให้เกิดมลพิษ รวมทั้งการนำของที่ใช้แล้วกลับมาใช้ใหม่

คำสำคัญ: พฤติกรรมการคัดแยกขยะ, ความรู้,ทัศนคติ, การรับรู้ประโยชน์, การรับรู้อุปสรรค

Abstract

This descriptive research aims to study the relationship between knowledge, attitude, perception of benefits and obstacles of waste separation with waste separation behaviours among nursing students at Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. The samples were 206 nursing students from the first to fourth-year nursing students in the bachelor of nursing science program academic year 2020. Samples were randomly selected by a sampling-without-replacement method, whereas data were collected by a knowledge-testing questionnaire which has a Kuder-Richardson confidence value of 20 equal to .78 along with a set of questionnaires toward attitude, perception of benefits and obstacles of waste separation, and waste separation behaviours predisposing, enabling, and reinforcing factors with Cronbach's alpha reliability at .75, .89, .81, and .90 respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics, and Pearson's product-moment correlation coefficient.

The results show that nursing students has moderate knowledge of waste separation and obstacles in waste separation ($M = 9.19, 2.81; SD = 1.95, .49$). Attitude, perception of benefits, and waste separation behaviours are at a high level ($M = 3.49, 3.61, 3.15; SD = .37, .43, .43$). Attitudes, perception of benefits and knowledge are positively correlated with waste separation behaviours of nursing students. Perception of obstacles in waste separation is negatively correlated with waste separation behaviours of nursing students with statistical significance at the .05 level ($r = .57, .57, .21, -.21$), respectively.

The results suggest that college administrators should review policy regarding waste separation by campaigning for waste reduction, reducing the use of materials that cause pollution, and campaigning for reusing used items.

Keywords: Waste separation behaviours, Knowledge, Attitude, Perception of benefits, Perception of obstacles

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ขยะจัดเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของแมลง และพาหะของโรค เป็นบ่อเกิดของโรค ก่อให้เกิดความรำคาญ ก่อให้เกิดมลพิษต่อสิ่งแวดล้อม และทำให้เกิดการเสื่อมโทรมต่อสุขภาพ สถานการณ์ขยะในประเทศไทยพบว่า มีปริมาณขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้นจากการขยายตัวของชุมชนเมือง การส่งเสริมการท่องเที่ยว และการบริโภค จากการสำรวจปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนในปี พ.ศ. 2563 พบว่า มีปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนประมาณ 25.37 ล้านตัน หรือประมาณ 69,322 ตันต่อวัน หรือโดยเฉลี่ยเท่ากับ 1.05 กิโลกรัม/คน/วัน ซึ่งมีปริมาณของการถูกนำกลับไปใช้ประโยชน์เพียง 8.36 ล้านตัน หรือประมาณ 22,834 ตันต่อวัน หรือคิดเป็นร้อยละ 33 ของปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนที่เกิดขึ้น (Pollution Control Department, Ministry of Natural Resources and Environment, 2020) การคัดแยกขยะ เป็นประโยชน์และถือเป็นหัวใจหลักในการลดปริมาณขยะ เพราะการคัดแยกขยะ ทำให้ขยะถูกส่งต่อไปในกระบวนการที่ต้องได้ง่ายขึ้น ตามหลักการคัดแยกขยะ 5R ได้แก่ การลดปริมาณขยะมูลฝอย การนำกลับมาใช้ใหม่ การนำมาแก้ไข/ซ่อมแซม การแปรรูปและหมุนเวียนนำกลับมาใช้ใหม่ และลดการใช้วัสดุที่ก่อให้เกิดมลพิษ/ทำลายยาก (Sarakhath, 2016) แต่หากเราไม่คัดแยกขยะ จะทำให้ขยะแยกออกจากกันยาก และกลายเป็นกองขยะขนาดใหญ่ที่เป็นมลพิษต่อสิ่งแวดล้อม

การส่งเสริมพฤติกรรมให้ประชาชนมีการคัดแยกขยะจึงมีความสำคัญมากทั้งในระดับครัวเรือน และชุมชน รวมทั้ง ในสถานศึกษาซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐ เป็นชุมชนที่มีจำนวนนักศึกษาและบุคลากรจำนวนมาก ส่งผลให้มีปริมาณขยะจำนวนมากเช่นกัน สถานศึกษาจึงควรมีการดำเนินงานให้เป็นสำนักงานสีเขียว (green office) กล่าวคือ ควรมีแนวทางในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในสำนักงานที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมน้อยที่สุด โดยใช้พลังงานอย่างรู้คุณค่าเลือกใช้วัสดุ อุปกรณ์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และที่สำคัญต้องปล่อยก๊าซเรือนกระจกออกมาในปริมาณต่ำ และ มีแนวทางในการจัดการของเสียอย่างมีประสิทธิภาพ (Department of Environmental Quality Promotion, Ministry of Natural Resources and Environment, 2021) สถานศึกษาจึงควรมีการปลูกฝังให้นักศึกษาได้มีการคัดแยกขยะที่ถูกต้อง

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการคัดแยกขยะมูลฝอยจากครัวเรือนของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองควนลัง อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่า ความรู้ และทัศนคติในการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยในครัวเรือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Kaewprayoon, 2015) และการศึกษาขององค์การบริหารส่วนตำบลที่ไม่มีการบริหารจัดการขยะมูลฝอย อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลกพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การลดปริมาณขยะมูลฝอย ครัวเรือน คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรม การลดปริมาณขยะมูลฝอย แรงจูงใจต่อการลดปริมาณขยะมูลฝอย ความรู้เกี่ยวกับการลดปริมาณขยะมูลฝอย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Thapphadung, 2020) ในส่วนของการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรค ที่มีผลต่อพฤติกรรมคัดแยกขยะของแม่บ้านในตำบลบึงพระ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการคัดแยกขยะ การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรค มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรม การคัดแยกขยะของแม่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Boonjun & Phetphum, 2018) และ

การศึกษาในนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคามพบว่า เพศ อายุ คณะ ชั้นปี ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านเจตคติ และปัจจัยด้านการรับรู้การแยกขยะ มีความสัมพันธ์ต่อการคัดแยกขยะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Srisupak et al., 2021) และการศึกษาการรับรู้ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา พบว่า ภาพรวมการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 82.70 และการรับรู้ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะของนักศึกษามีความสัมพันธ์ในทางบวกระดับปานกลาง (Chachvarat et al., 2018)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมานั้นพบว่า ความรู้ ทักษะการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคในการคัดแยกขยะส่งผลต่อพฤติกรรมคัดแยกขยะมูลฝอย ซึ่งตามแบบจำลอง PRECEDE ของ Green & Kreuter (2005) ได้เสนอว่า การสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมแบบยั่งยืนประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำ เป็นปัจจัยพื้นฐานของการเกิดพฤติกรรม ได้แก่ ความรู้ ทักษะ บุคคลมีความรู้และมีทัศนคติที่ดีจะส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ อย่างยั่งยืน การที่นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ในการแยกขยะและมีทัศนคติที่ดีต่อการแยกขยะ จะส่งผลให้มีพฤติกรรมคัดแยกขยะที่ยั่งยืนต่อไป 2) ปัจจัยเสริม เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นผลสะท้อนที่บุคคลได้รับการแสดงพฤติกรรมนั้น เช่นการรับรู้ประโยชน์ อาจสนับสนุนเป็นแรงกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรม การที่นักศึกษารับรู้ประโยชน์ของการคัดแยกขยะที่เกิดประโยชน์กับตนเอง สังคม จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมในการแยกขยะได้มากขึ้น และ 3) ปัจจัยเอื้อ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม อาจเป็นปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้งพฤติกรรมประกอบด้วยสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น การรับรู้อุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดจากการบริหารจัดการของบุคคลอื่นจะส่งผลให้นักศึกษามีพฤติกรรมในการคัดแยกขยะที่ไม่ดี

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มุ่งเน้นพัฒนานักศึกษาให้มีคุณธรรมอัตลักษณ์ คือมีความซื่อสัตย์ รับผิดชอบ และจิตอาสา ซึ่งเป็นคุณธรรมสำคัญในการทำให้นักศึกษา มีทัศนคติที่ดีและเห็นประโยชน์ของการแยกขยะ ซึ่งการจัดการขยะเป็นหนึ่งในตัวชี้วัด ที่จะทำให้วิทยาลัยเป็นวิทยาลัยสีเขียว (green office) ได้ แต่จากสถานการณ์การจัดการขยะภายในวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่ามีขยะเป็นจำนวนมากและไม่มีการคัดแยกขยะอย่างถูกต้องก่อนที่จะนำไปทิ้งก่อให้เกิดปัญหาโรงเก็บขยะเต็ม ขยะล้นออกมาสู่ภายนอกและมีสัตว์มารื้อคุ้ยขยะ นักศึกษามีความรู้จากการอบรมการคัดแยกขยะ แต่ยังไม่ลงมือในการปฏิบัติ อาจมาจากการตระหนักเห็นความสำคัญ และไม่เห็นประโยชน์ ตลอดจนยังมีความไม่สะดวกในการคัดแยกขยะ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการคัดแยกขยะกับพฤติกรรมคัดแยกขยะของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมคัดแยกขยะของนักศึกษาที่ถูกต้องและนำไปสู่การพัฒนาวิทยาลัยฯ ให้น่าอยู่ เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมต่อไป

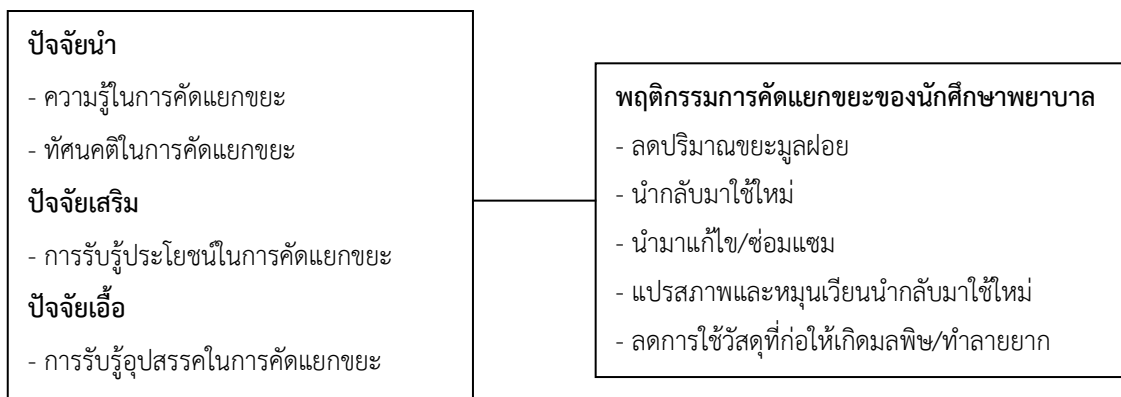
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคในการคัดแยกขยะ พฤติกรรมคัดแยกขยะ ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการคัดแยกขยะกับพฤติกรรมคัดแยกขยะของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยนี้ใช้แบบจำลอง PRECEDE ของ Green & Kreuter (2005) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เนื่องจากเป็นการศึกษาระดับบุคคลเพื่อค้นหาปัจจัยในการป้องกันตนเองจากการเกิดโรคองค์ประกอบที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 องค์ประกอบที่ต้องใช้ร่วมกันเพื่อก่อให้เกิดการสร้างแรงจูงใจ การสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมแบบยั่งยืน ดังนี้ 1) ปัจจัยนำ (predisposing factors) เป็นปัจจัยพื้นฐานของการเกิดพฤติกรรม ได้แก่ ความรู้ เจตคติ 2) ปัจจัยเสริม (reinforcing factor) เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นผลสะท้อนที่บุคคลได้รับจากการแสดงพฤติกรรมนั้นหรืออาจเป็นแรงกระตุ้นให้แสดงนั้น เช่น การรับรู้ประโยชน์ในการคัดแยกขยะ อาจสนับสนุนเป็นแรงกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรม และ 3) ปัจจัยเอื้อ (enabling factor) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม อาจเป็นปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้งพฤติกรรม ประกอบด้วยสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น การรับรู้อุปสรรคในการคัดแยกขยะ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกิดจากการบริหารจัดการของบุคคลอื่น ส่งผลต่อพฤติกรรมคัดแยกขยะของนักศึกษาพยาบาล ตามหลัก 5R ได้แก่ ด้านลดปริมาณขยะมูลฝอย (Reduce) ด้านนำกลับมาใช้ใหม่ (Reuse) ด้านนำมาแก้ไข/ซ่อมแซม (Repair) ด้านแปรสภาพและหมุนเวียนนำกลับมาใช้ใหม่ (Recycle) และด้าน ลดการใช้วัสดุที่ก่อให้เกิดมลพิษหรือทำลายยาก (Reject) (Sarakhath, 2016) โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการคัดแยกขยะกับพฤติกรรมคัดแยกขยะของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) มีวิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2563 จำนวน 399 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2563 วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการเปิดตารางสำเร็จรูป (Krejcie & Morgan, 1970) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และระดับความคลาดเคลื่อน เท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 196 คน เพื่อป้องกันการได้รับแบบสอบถามตอบกลับไม่สมบูรณ์ จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 รวมเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 206 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (simple random sampling without replacement) ให้ได้จำนวน ตามสัดส่วนประชากรในแต่ละชั้นปี ดังตาราง 1

ตาราง 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ปีการศึกษา 2563

ชั้นปี	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
1	93	48
2	80	41
3	131	68
4	95	49
รวม	399	206

โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นนักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2563 แบบเต็มเวลา 2) พักอาศัยในหอพักนักศึกษา และ 3) สนใจและยินดีให้ข้อมูลการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างมาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำแนกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ความรู้ในการคัดแยกขยะ เป็นแบบเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ จำนวน 12 ข้อ ถ้าตอบถูกต้อง ได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน คิดคะแนนรวม โดยมีคะแนนระหว่าง 0 - 12 คะแนน

ตอนที่ 2 ทักษะคติในการคัดแยกขยะ จำนวน 13 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีข้อความทั้งทางบวก 12 ข้อ และด้านลบ 1 ข้อ

ตอนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ในการคัดแยกขยะของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 8 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการคัดแยกขยะของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 8 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 5 พฤติกรรมการคัดแยกขยะของนักศึกษาพยาบาลแบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านลดปริมาณขยะมูลฝอย (Reduce) ด้านนำกลับมาใช้ใหม่ (Reuse) ด้านนำมาแก้ไข/ซ่อมแซม (Repair) ด้านแปรสภาพและหมุนเวียนนำกลับมาใช้ใหม่ (Recycle) และด้าน ลดการใช้วัสดุที่ก่อให้เกิดมลพิษ/ทำลายยาก (Reject) จำนวน 25 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบ่อย ๆ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและการคัดแยกขยะ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ ซึ่งมีค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (item-objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.60 -1.00 และปรับแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี ปีการศึกษา 2563 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยแบบสอบถามความรู้ในการคัดแยกขยะ มีค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) เท่ากับ .78 แบบสอบถามทัศนคติ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการคัดแยกขยะ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .75, .89, .80, .90 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังนี้

1. ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพื่อชี้วัตถุประสงค์การเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย การรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นแจกเอกสารคำชี้แจงและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เปิดโอกาสให้นักศึกษาอ่านคำชี้แจงและพิจารณาตัดสินใจ หากยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยนัดหมายนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2563 พร้อมกัน โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที

4. นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์คะแนนความรู้โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) และมีเกณฑ์ในการจำแนกคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1971) ดังนี้

คะแนนต่ำกว่า 60% (≤ 8 คะแนน)	หมายถึง ระดับต่ำ
คะแนนระหว่าง 60-79% (8-9 คะแนน)	หมายถึง ระดับปานกลาง
คะแนนตั้งแต่ 80-100% (10-12 คะแนน)	หมายถึง ระดับสูง

2. วิเคราะห์คะแนน ทักษะคิด การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการคัดแยกขยะและพฤติกรรมการคัดแยกขยะของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 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

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการคัดแยกขยะกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient) หลังจากผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) (Wongrattana, 2019) ดังนี้

ค่า $r > \pm .70$	หมายถึง ระดับสูง
ค่า r ระหว่าง $\pm .30 - \pm .70$	หมายถึง ระดับปานกลาง
ค่า $r < \pm .30$	หมายถึง ระดับต่ำ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ PCKCN PEC No.32/2562 ลงวันที่ 4 พฤศจิกายน 2562 ผู้วิจัยดำเนินการตามหลักการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงนักศึกษาพยาบาลให้ทราบถึง ผลการวิจัยไม่มีการระบุชื่อตัวบุคคล และรายงานผลเป็นภาพรวม ข้อมูลการวิจัยนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดทางวิชาการเท่านั้น ผู้วิจัยทำลายข้อมูลจากแบบสอบถามภายหลังผลงานวิจัยได้รับการเผยแพร่ไปแล้ว 6 เดือน

ผลการวิจัย

1. ความรู้ ทักษะ การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคในการคัดแยกขยะ พฤติกรรมการคัดแยกขยะ ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการคัดแยกขยะอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 9.19$, $SD = 1.95$) ทักษะในการคัดแยกขยะของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับมาก ($M = 3.49$, $SD = .37$) การรับรู้ประโยชน์ในการคัดแยกขยะของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับมาก ($M = 3.61$, $SD = .43$) การรับรู้อุปสรรคในการคัดแยกขยะของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.81$, $SD = .49$) รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับของความรู้ ทักษะ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคในการคัดแยกขยะของนักศึกษาพยาบาล ($n = 206$)

ตัวแปร	M	SD	ระดับ
ปัจจัยนำ			
ความรู้	9.19	1.95	ปานกลาง
ทักษะในการคัดแยกขยะ	3.49	.37	มาก
ปัจจัยเสริม			
การรับรู้ประโยชน์ในการคัดแยกขยะ	3.61	.43	มาก
ปัจจัยเอื้อ			
การรับรู้อุปสรรคในการคัดแยกขยะ	2.81	.49	ปานกลาง

พฤติกรรมการคัดแยกขยะของนักศึกษาพยาบาลพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.15$, $SD = .43$) ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านการแปรสภาพและหมุนเวียนกลับมาใช้ใหม่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($M = 3.27$, $SD = .67$) ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการลดปริมาณขยะมูลฝอย อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.92$, $SD = .75$) พฤติกรรมการคัดแยกขยะที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยที่สุดคือ ใช้กล่องอาหารไปซื้ออาหารที่ร้านอาหาร ($M = 2.26$, $SD = .88$) และใช้ถุงผ้าแทนถุงพลาสติกในการไปซื้อของ ($M = 2.66$, $SD = .77$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับของพฤติกรรมการคัดแยกขยะของ
นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ($n = 206$)

รายการ	M	SD	ระดับ
ด้านลดปริมาณขยะมูลฝอย (Reduce)	2.92	.75	ปานกลาง
ใช้ถุงผ้าแทนถุงพลาสติกในการไปซื้อของ	2.66	.77	ปานกลาง
ใช้กล่องอาหารไปซื้ออาหารที่ร้านอาหาร	2.26	.88	ปานกลาง
ปิดน้ำ ปิดไฟ ปิดแอร์ และปิดพัดลมทุกครั้ง หลังจากไม่ได้ใช้งาน	3.62	.57	มาก
เลือกซื้อผักและผลไม้ โดยไม่มีบรรจุภัณฑ์เป็นพลาสติกหรือโฟมหุ้ม	2.86	.82	ปานกลาง
เลือกซื้อสินค้าที่ใช้เป็นประจำ เช่น สบู่ ผงซักฟอก ที่มีบรรจุภัณฑ์ขนาดใหญ่	3.21	.69	มาก
ด้านนำกลับมาใช้ใหม่ (Reuse)	3.24	.73	มาก
นำถุงพลาสติกที่ใช้แล้วมาทำเป็นถุงใส่ขยะมูลฝอย	3.36	.74	มาก
นำเศษอาหารไปเป็นอาหารสัตว์	3.05	.80	มาก
นำขวดเครื่องดื่มมาใส่น้ำดื่ม	3.36	.74	มาก
บริจาคหรือขายสิ่งของเครื่องใช้ ต่าง ๆ เช่น เสื้อผ้า ตุ๊กตา	2.98	.75	น้อย
นำกระดาษหน้าเดียวกลับมาใช้ซ้ำ	3.46	.60	มาก
ด้านนำมาแก้ไข/ซ่อมแซม (Repair)	3.15	.75	มาก
นำเสื้อผ้าที่ขาดมาทำการซ่อมแซม	2.97	.89	ปานกลาง
ส่งเฟอร์นิเจอร์ภายในหอพักให้ช่างทำการซ่อมแซม เมื่อเกิดการชำรุด	3.05	.76	มาก
เมื่อเครื่องใช้ไฟฟ้าชำรุด นำไปส่งซ่อมให้ใช้งานได้ดีดังเดิม	3.15	.74	มาก
เลือกซื้อสินค้าที่มีการรับประกันที่ยาวนาน	3.43	.58	มาก
เมื่อโทรศัพท์เคลื่อนที่หน้าจอแตก นำไปเปลี่ยนหน้าจอโทรศัพท์ใหม่	3.16	.79	มาก
ด้านแปรสภาพและหมุนเวียนนำกลับมาใช้ใหม่ (Recycle)	3.27	.67	มาก
คัดแยกขวดพลาสติกลงในภาชนะสำหรับใส่ขวดพลาสติก	3.40	.60	มาก
แยกเศษอาหารทิ้งลงในถังขยะสำหรับเศษอาหาร	3.42	.61	มาก
คัดแยกกระดาษที่ไม่ใช่ไปขาย	3.27	.71	มาก
คัดแยกขยะก่อนทิ้ง เช่น ขวดน้ำพลาสติก กระดาษ กระจก โลหะ หลอด	3.28	.64	มาก
กวาดใบไม้กองไว้เพื่อให้ย่อยสลายเป็นปุ๋ย	2.99	.79	ปานกลาง
ด้านลดการใช้วัสดุที่ก่อให้เกิดมลพิษ/ทำลายยาก (Reject)	3.16	.71	มาก
เลือกนำผลิตภัณฑ์อันตรายทิ้งโดยไม่ปนเปื้อนกับของอื่น	3.25	.66	มาก
เลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม เช่น ใช้ถุงผ้าการใช้ถุงพลาสติก ใช้ถ้วยกระดาษแทนการใช้ถ้วยโฟม	3.17	.69	มาก
หลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสิ่งแวดล้อม เช่น ยาฆ่าแมลง น้ำยาขัดพื้น	3.18	.69	มาก
หลีกเลี่ยงการใช้วัสดุย่อยสลายยาก เช่น โฟม และถุงพลาสติก	2.99	.77	ปานกลาง
เลือกใช้ถ่านแบบชาร์จไฟแทนการใช้ถ่านก้อน	3.20	.72	มาก
โดยรวม	3.15	.43	มาก

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการคัดแยกขยะกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ และทักษะ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะของนักศึกษาพยาบาล ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะของนักศึกษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .56, .56, .21$ ตามลำดับ) ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคในการคัดแยกขยะมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.21$) รายละเอียด ดังตาราง 4

ตาราง 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปรในด้านปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ตัวแปร	r	ระดับ
ปัจจัยนำ		
ความรู้ในการคัดแยกขยะ	.21**	ต่ำ
ทักษะในการคัดแยกขยะ	.56**	ปานกลาง
ปัจจัยเสริม		
การรับรู้ประโยชน์ในการคัดแยกขยะ	.56**	ปานกลาง
ปัจจัยเอื้อ		
การรับรู้อุปสรรคในการคัดแยกขยะ	-.21**	ต่ำ

** $p < .01$

การอภิปรายผล

1. ความรู้ ทักษะ การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคในการคัดแยกขยะ พฤติกรรมการคัดแยกขยะของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ และอุปสรรคในการคัดแยกขยะอยู่ในระดับปานกลาง มีทักษะในการคัดแยกขยะ และการรับรู้ประโยชน์ในการคัดแยกขยะอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ระดับการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะ การรับรู้ต่ออุปสรรคในการคัดแยกขยะ และพฤติกรรมการคัดแยกขยะของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง (Chachvarat et al., 2018) และผลการศึกษาวิจัยในต่างประเทศพบว่า นักศึกษาในสาขาทันตกรรมมีความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน (Sudeep et al., 2017) ข้อค้นพบและงานวิจัยที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นว่า นักศึกษาในวิชาชีพสุขภาพยังมีความรู้ด้านการคัดแยกขยะไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่สถาบันการศึกษา ควรทบทวนการจัดกิจกรรมพัฒนาความรู้ และเสริมสร้างทัศนคติที่ดีให้นักศึกษา รวมทั้ง ลดอุปสรรคต่าง ๆ เพื่อให้สามารถจัดการขยะได้ดีขึ้น

การศึกษาพฤติกรรมการคัดแยกขยะของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัยพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก แต่ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านลดปริมาณขยะมูลฝอย โดยเฉพาะในรายข้อ การใช้กล่องอาหารไปซื้ออาหารที่ร้านอาหาร ใช้ถุงผ้า แทนถุงพลาสติกในการไปซื้อของ และเลือกซื้อผักและผลไม้ โดยไม่มีบรรจุภัณฑ์เป็นพลาสติกหรือโฟมหุ้ม ซึ่งอยู่อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากวิทยาลัยยังไม่มีกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการจัดการขยะ และรณรงค์การลดการใช้พลังงานและวัสดุผ้าแทนถุงพลาสติก สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Adeniran et al. (2017) และ Olukanni et al. (2018) ซึ่งมีข้อเสนอแนะว่าสถาบันการศึกษาควรมีระบบการจัดการขยะที่ดีและส่งเสริมให้นักศึกษามีส่วนร่วมในการจัดการ จะช่วยให้มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะที่ดี ดังนั้น วิทยาลัยพยาบาลควรทบทวนนโยบายและรณรงค์ให้มีการใช้ถุงผ้าและกล่องใส่อาหารมากขึ้น ลดการใช้ โฟมและพลาสติกต่าง ๆ และส่งเสริมให้มีระบบการจัดการขยะที่ดี

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการคัดแยกขยะกับ พฤติกรรมการคัดแยกขยะของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี สามารถ อภิปรายผลการวิจัยตามแนวคิดของโมเดล PRECEDE (Green & Kreuter, 2005) ได้ ดังนี้

ด้านปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ และทัศนคติ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำและปานกลางกับ พฤติกรรมการคัดแยกขยะของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งนักศึกษาที่มีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการแยกขยะ จะ ส่งผลให้มีพฤติกรรมการคัดแยกขยะที่ยั่งยืน สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมลด ปริมาณขยะมูลฝอยครัวเรือน ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลที่ไม่มีการบริหารจัดการขยะมูลฝอย อำเภอ เมือง จังหวัดพิษณุโลก (Thapphadung, 2020) และของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองควนลัง อำเภอ หาดใหญ่ จังหวัดสงขลา (Kaewprayoon, 2015) ดังนั้น ถ้าต้องการให้นักศึกษามีพฤติกรรมการคัดแยกขยะ ที่ดี ต้องมีการพัฒนาความรู้และเสริมสร้างทัศนคติที่ดีอย่างต่อเนื่อง (Debrah et al., 2021)

ด้านปัจจัยเสริม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการคัดแยกขยะ ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับ ปานกลางกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะของนักศึกษาพยาบาล การรับรู้ประโยชน์เป็นแรงกระตุ้นให้แสดง พฤติกรรมที่เกิดประโยชน์กับตนเองและสังคม จึงช่วยส่งเสริมพฤติกรรมในการแยกขยะได้มากขึ้น สอดคล้องกับพฤติกรรมการคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือนของประชาชน ในเขตเทศบาลเมืองวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี (Tongburan & Limpavithayakul, 2022)

ด้านปัจจัยเอื้อ คือ การรับรู้อุปสรรคในการคัดแยกขยะมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับ พฤติกรรมการคัดแยกขยะของนักศึกษาพยาบาล การรับรู้อุปสรรคในการคัดแยกขยะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพล จากสิ่งแวดล้อม นักศึกษาที่รับรู้อุปสรรคในการคัดแยกขยะ จะยับยั้งพฤติกรรมในการคัดแยกขยะ ส่งผลให้ บุคคลไม่อยากจะทำพฤติกรรมการคัดแยกขยะ สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการคัด แยกขยะของแม่บ้านในตำบลแห่งหนึ่งพบว่า การรับรู้อุปสรรคมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการคัดแยกขยะ (Boonjun & Phetphum, 2018)

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยในวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งเป็นสถานศึกษาเพื่อพัฒนาบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งอาจมีบริบทเฉพาะที่ทำให้ไม่สามารถอ้างอิงผลการวิจัยไปยังหน่วยวิจัยอื่น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารควรมีนโยบายในการส่งเสริมการคัดแยกขยะ โดยการรณรงค์การลดปริมาณขยะ ลดการใช้วัสดุที่ก่อให้เกิดมลพิษ/ทำลายยาก เช่น โฟม กระจกพลาสติก ให้มีการใช้ถุงผ้าแทนถุงพลาสติก ในการไปซื้อของ การใช้กล่องใส่อาหารไปซื้ออาหารที่ร้านอาหาร และการเลือกซื้อผักและผลไม้ โดยไม่มีบรรจุภัณฑ์เป็นพลาสติกหรือโฟมหุ้ม รณรงค์การนำของที่ใช้แล้วกลับมาใช้ใหม่ เช่น จัดให้มีตลาดของมือสอง และการรับบริจาคเสื้อผ้า ตุ๊กตา เพื่อมาซ่อมแซมให้อยู่ในสภาพดีและนำไปบริจาคให้ผู้ยากไร้ หรือจำหน่าย และ สนับสนุนการแปรรูปสภาพและหมุนเวียนนำกลับมาใช้ใหม่ โดยการจัดทำปุ๋ยหมักจากเศษใบไม้ และ นวัตกรรมจากขยะรีไซเคิล

2. ส่งเสริมความรู้เรื่องการค้าแยกขยะ ในส่วนของการลดปริมาณขยะ และ ลดอุปสรรคในการคัดแยกขยะโดยการ จัดทำโรงเก็บขยะรีไซเคิลและนำขยะไปทำให้เกิดประโยชน์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

วิจัยและพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างทัศนคติในการคัดแยกขยะ และการรับรู้ประโยชน์ในการคัดแยกขยะ และติดตามพฤติกรรมคัดแยกขยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อการคงอยู่ของพฤติกรรมอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- Adeniran, A. E., Nubi, A. T., & Adelopo, A. O. (2017). Solid waste generation and characterization in the University of Lagos for a sustainable waste management. *Waste Management*, 67, 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.wasman.2017.05.002>
- 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.
- Boonjun, S., & Phetphum, C. (2018). Factors affecting behavior in solid waste separation among housewives in Bung Phra Sub district, Muang District, Phitsanulok Province. *Journal of Graduate Studies Valaya Alongkorn Rajabhat University*, 12(1), 180-189. (in Thai)
- Chachvarat, T., Kaewjiboon, J., & Waengkam, W. (2018). Perception and behavior on waste management of nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Phayao. *Nursing Public Health and Education Journal*, 19(2), 168-192. (in Thai)

- Debrah, J. K., Vidal, D. G., & Dinis, M. A. P. (2021). Raising awareness on solid waste management through formal education for sustainability: A developing countries evidence review. *Recycling*, 6(1), Article 6. <https://doi.org/10.3390/recycling6010006>
- Department of Environmental Quality Promotion, Ministry of Natural Resources and Environment. (2021). *Manual for green office operation*. Department of Environmental Quality Promotion. (in Thai)
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An education and ecological approach* (4th ed.). McGraw-Hill.
- Kaewprayoon, S. (2015). *Knowledge, attitude and household waste management behavior of the people in Khuan Lang Municipality, Hat Yai District, Songkhla Province* [Unpublished master's thesis]. Hat Yai University. (in Thai)
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Olukanni, D. O., Aipoh, A. O., & Kalabo, I. H. (2018). Recycling and reuse technology: Waste to wealth initiative in a private tertiary institution, Nigeria. *Recycling*, 3(3), Article 44. <https://doi.org/10.3390/recycling3030044>
- Pollution Control Department, Ministry of Natural Resources and Environment. (2020). *Situation report of municipal solid waste disposal sites in Thailand, Year 2020*. Thanasiri. (in Thai)
- Sarakhat, K. (2016). *Household waste separation behavior of people in Tambon Na Pa Municipality, Muang District, Chonburi Province* [Unpublished master's thesis]. Burapha University. (in Thai)
- Srisupak, R., Sinnamkam, R., Ruttanatham, P., & Srisawangwong, P. (2021). Factors related to solid waste sorting of students in Rajabhat Maha Sarakham University. *KKU Journal for Public Health Research*, 14(2), 69-79. (in Thai)
- Sudeep, C. B., Joseph, J., Chaitra, T., Joselin, J., Nithin, P., & Jose, J. (2017). KAP study to assess biomedical waste management in a dental college in south India. *World Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*, 6(4), 1788-1794.
- Thapphadung, S. (2020). *Factors affecting household solid waste reduction behavior in subdistrict administrative organization without solid waste management, Mueang district, Phitsanulok Province* [Unpublished master's thesis]. Naresuan University. (in Thai)

- Tongburan, L., & Limpavithayakul, M. (2022). Household waste separation behavior of people in Warin Chamrap Municipality, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. *Science and Technology Journal of Sisaket Rajabhat University*, 2(1), 7-21. (in Thai)
- Wongrattana, C. (2019). *Techniques for using statistics for research* (14th ed.). God creates. (in Thai)

บทความวิจัย (Research article)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ของประชาชนในจังหวัดเพชรบุรี

Factors Affecting Village Health Volunteers' Readiness
in Promoting Access to Thai Traditional and Alternative Medicine
Services for the People in Phetchaburi Province

สำราญ เจริญผล^{1*}, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์², ธีระวุธ ธรรมกุล³, อนัญญา ประดิษฐ์ปรีชา⁴
Samran Chareonpon^{1*}, Pimsurang Techasermboonsak², Teerawoot Thummakul³,
Anunya Praditpreecha⁴

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: 2635000645@stou.ac.th; โทรศัพท์ 081-7637694)

(Received: September 20, 2022; Revised: February 27, 2023; Accepted: March 16, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ 2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมของ อสม. ในการส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. ในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 367 คน คัดเลือกโดยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ทศนคติต่อการเป็น อสม. แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้บทบาทด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ความต้องการพัฒนาบทบาทด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และความพร้อมในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87, .89, .92, .91 และ .93 ตามลำดับ และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรครูเดอร์-ริชาร์ดสัน เท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบหลายขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า

¹ นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
Master Student of Public Health, School of of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
Associate Professor, Faculty of Public Health, Mahidol University

³ รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
Associate Professor, School of of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

⁴ อาจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
Instructor, School of of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

1. อสม.ส่วนใหญ่มีความพร้อมในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 98.00$, $SD = 22.77$)

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ความต้องการพัฒนาบทบาท และการรับรู้บทบาทด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ($Beta = .33, .38, .40$ และ $.43$ ตามลำดับ) โดยสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของความพร้อมในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้ร้อยละ 36.90

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรกำหนดนโยบายในการส่งเสริมให้ อสม. ได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาบทบาทให้มีศักยภาพในการใช้การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก ภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือการแพทย์พื้นบ้าน และสมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และประชาชนในชุมชน ตลอดจนการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นในการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ: การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ความพร้อม

Abstract

This descriptive research aims to assess the readiness levels of village health volunteers (VHVs) and identify factors affecting the readiness, in promoting access to Thai traditional and alternative medicine (TTAM) services for the people in Phetchaburi province. The study involves a sample of 367 VHVs selected using the multi-stage sampling method. Data were collected using a questionnaire containing general information, attitudes towards being a volunteer, social support awareness of roles in Thai traditional and alternative medicine, The need for role development in Thai traditional and alternative medicine, knowledge of Thai traditional and alternative medicine, and readiness in promoting access to Thai traditional and alternative medicine services. And then, descriptive statistics have been shown, whereas stepwise multiple regression has been analyzed. The results demonstrate that,

1. Among all 367 VHVs/participants level of readiness to support people's access to TTAM services is moderate ($M = 98.00$, $SD = 22.77$).

2. Factors significantly affecting their readiness in the promotion of people's access to TTAM services (p -value $< .05$) include social supports, perception of the role of TTAM services, needs for TTAM development, and knowledge of TTAM ($Beta = .33, .38, .40$ and

.43 respectively), all of which can explain the 30.2% of the readiness in promoting people's access to TTAM services.

Provincial Public Health Office should formulate policies to encourage village health volunteers to continually transfer knowledge of TTAM as well as develop roles to have the potential to use Thai Traditional medicine, alternative medicine, local wisdom or folk medicine, and herbs for self-care, family, and people in the community by supporting the resources necessary to carry out concrete work.

Keywords: Thai traditional and alternative medicine, Village health volunteers, Readiness

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การแพทย์แผนไทย (Thai traditional medicine) คือ วิธีการดูแลสุขภาพของคนไทยที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมประเพณีไทย มีการใช้สมุนไพรทั้งในรูปแบบอาหารและยา ใช้ในการอบ การประคบ การนวด การแพทย์แผนไทยมีการวินิจฉัยโรคเป็นแบบความเชื่อแบบไทย มีองค์ความรู้เป็นทฤษฎีโดยพื้นฐานทางพุทธศาสนาผสมกลมกลืนกับความเชื่อทางพิธีกรรม มีการเรียนการสอนและการถ่ายทอดความรู้อย่างกว้างขวางสืบทอดมายาวนานหลายพันปีนับเป็นภูมิปัญญาไทยที่น่าสนใจ ส่วนการแพทย์ทางเลือก (alternative medicine) หมายถึง การรักษาพยาบาลอีกรูปแบบหนึ่งที่แตกต่างไปจากการแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นวิทยาการผสมผสานให้ใกล้เคียงกับการดำรงชีวิตของมนุษย์ มิใช่การแพทย์ที่ให้การรักษาโดยใช้ยาแผนปัจจุบัน ผู้ให้การรักษาไม่จำเป็นต้องจบวุฒิทางการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่เป็นผู้ที่ผ่านการอบรม และได้รับการฝึกฝนจนเป็นที่ชำนาญในแต่ละสาขา การแพทย์ทางเลือกเป็นศาสตร์เพื่อการวินิจฉัย รักษา และป้องกันโรค นอกเหนือจากศาสตร์การแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้านไทย (Department of Thai traditional and alternative medicine, Ministry of public health, 2021)

ในปีงบประมาณ 2565 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข พร้อมขับเคลื่อนนโยบายที่สำคัญโดยได้แบ่งตามภารกิจประกอบด้วย การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรร่วมสู้ภัยโควิด-19 นโยบายการจัดการศึกษา ภัยสุขภาพ และกระท่อมห่วงการแพทย์แผนไทย เพื่อสร้างนวัตกรรมดูแลสุขภาพและสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับประเทศชาติ และยกระดับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และผลิตภัณฑ์สมุนไพร เพื่อเตรียมพร้อมฟื้นฟูประเทศหลังสถานการณ์โควิด-19 (post COVID-19) สำหรับตัวชี้วัดระดับกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในส่วนภูมิภาค ปีงบประมาณ 2565 ได้ตั้งเป้าหมายไว้ที่ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจวินิจฉัยรักษาโรคและฟื้นฟูสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 20.50 โดยเน้นไปที่แผนงานโครงการระดับจังหวัดขับเคลื่อน

การพัฒนางานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้สอดคล้องกับสถานการณ์ (Department of Thai traditional and alternative medicine, Ministry of public health, 2021)

การส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกตามนโยบายดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของ อสม. ซึ่งเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญยิ่งในระบบงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยทำหน้าที่เชื่อมต่อระหว่างชุมชนกับระบบบริการปฐมภูมิ ในปัจจุบัน อสม. มีบทบาทและความสำคัญมากยิ่งขึ้น โดยได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพโดยใช้การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน ภูมิปัญญาไทย สมุนไพรไทย และการใช้กัญชาทางการแพทย์ โดยเฉพาะภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่สั่งสมและสืบทอดกันมา ดังนั้น การพัฒนาบทบาทด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแก่ อสม. จะส่งผลให้ อสม. มีความพร้อมในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของประชาชนต่อไป (Department Of Health Service Support, Ministry of public health, 2019) จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับบทบาทของ อสม. ในด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของ อสม. ในจังหวัดพิษณุโลก ได้แก่ สถานภาพสมรส ทัศนคติ และแรงสนับสนุนทางสังคมและงบประมาณ (Noppakao et al., 2017) ในอำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย ได้แก่ ทัศนคติ และความรู้ (Putthong et al., 2018) และปัจจัยด้านความรู้ เจตคติ ค่านิยม และแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ. 2554 – 2563 ของกระทรวงสาธารณสุข ในอำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี (Pimpachai & Yimwilai, 2022)

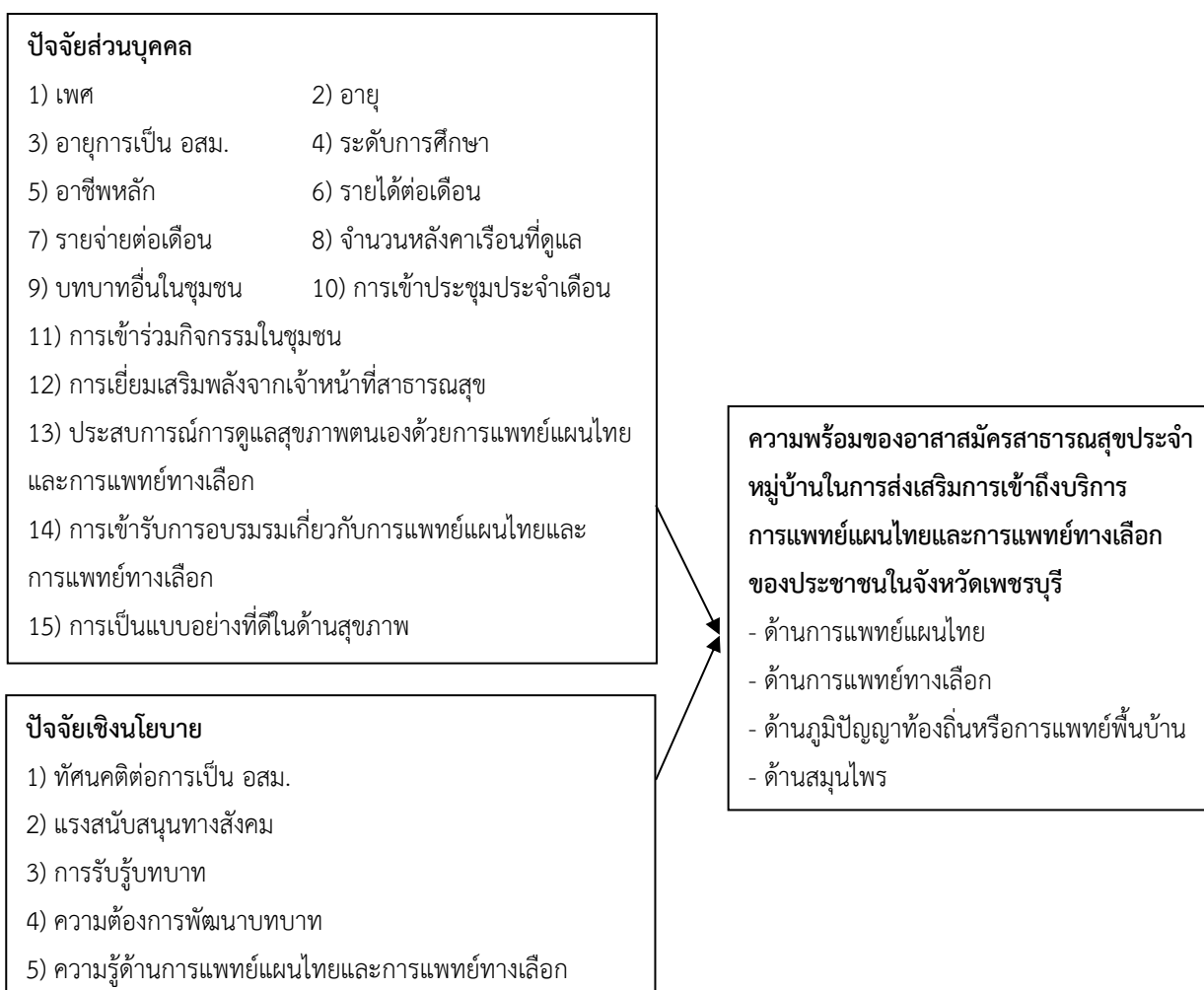
จังหวัดเพชรบุรี มี อสม. ทั้งหมด 7,835 คน ซึ่งเป็นกำลังสำคัญที่จะดูแลและส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก การแพทย์พื้นบ้าน และสมุนไพร ซึ่งถือเป็นทางเลือกในระบบบริการสุขภาพนอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยที่กระทรวงสาธารณสุขได้ส่งเสริมและสนับสนุนให้ อสม. ใช้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพประชาชน ตามหลักการของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน แต่ที่ผ่านมายังไม่เคยมีการศึกษาความพร้อมในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของประชาชน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมของ อสม. ในการส่งเสริมให้ประชาชนในจังหวัดเพชรบุรี เข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริม อสม. ในการสนับสนุนประชาชนในการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก การแพทย์พื้นบ้าน และสมุนไพรต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมให้ประชาชนในจังหวัดเพชรบุรี เข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมให้ประชาชนในจังหวัดเพชรบุรี เข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ ประยุกต์ทฤษฎีความพร้อม (Hersey & Blanchard, 1982) ซึ่งมี 2 องค์ประกอบหลัก คือ ด้านความสามารถ (ability) ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และประสบการณ์ และด้านความเต็มใจ (willingness) ได้แก่ การให้คำมั่นสัญญา หรือความผูกพัน แรงจูงใจในการทำงาน และความมั่นคง ความพร้อมเป็นความเต็มใจ กระตือรือร้นที่จะทำกิจกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมาย เกิดจากลักษณะทางบุคลิกภาพ ประสบการณ์ และอารมณ์ การที่ อสม. มีความพร้อมในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จึงต้องมีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ที่ดีเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รวมทั้ง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้บทบาท และความต้องการพัฒนาบทบาทด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จึงจะมีความมุ่งมั่น ตั้งใจ เต็มใจ กระตือรือร้นที่จะส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของประชาชนในจังหวัดเพชรบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) มีวิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดเพชรบุรี ตามฐานข้อมูลในโปรแกรมระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน (thaiphc.net) ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 รวมทั้งสิ้น 7,835 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดเพชรบุรี ได้รับการขึ้นทะเบียนในระบบฐานข้อมูลสุขภาพภาคประชาชนใน thaiphc.net ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (1970) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 367 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) ดังนี้ 1) เป็นการสุ่มเลือกอำเภอของจังหวัดเพชรบุรี ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มตามขนาดของประชากร โดยการจับฉลากกลุ่มละ 1 อำเภอ ซึ่งอำเภอขนาดใหญ่ ได้แก่ อำเภอเมืองเพชรบุรี ขนาดกลาง ได้แก่ อำเภอบ้านลาด และขนาดเล็ก ได้แก่ อำเภอหนองหญ้าปล้อง โดยคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร ได้เท่ากับ 217, 120 และ 30 คน ตามลำดับ 2) การสุ่มเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยการจับฉลาก อำเภอเมืองเพชรบุรี จำนวน 5 แห่ง อำเภอบ้านลาดจำนวน 3 แห่ง และอำเภอหนองหญ้าปล้อง จำนวน 1 แห่ง และ 3) เป็นการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับสลากจากบัญชีรายชื่อ อสม. ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๆ ละ 30 – 40 คน

โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในจังหวัดเพชรบุรีอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 2 ปี 2) ยังคงปฏิบัติในพื้นที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง และคงสภาพการเป็น อสม. ณ วันที่ให้ข้อมูล และ 3) ยินดีให้ข้อมูลการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อายุการเป็น อสม. ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ต่อเดือน รายจ่ายต่อเดือน ประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ บทบาทอื่นในชุมชน การเข้าประชุมประจำเดือน การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน การเยี่ยมเสริมพลังจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และการเป็นแบบอย่างที่ดีในด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ซึ่งเป็นแบบตรวจสอบรายการและเติมคำตอบ

2. ปัจจัยเชิงนโยบาย ได้แก่

2.1 แบบสอบถามทัศนคติต่อการเป็น อสม. จำนวน 10 ข้อ แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ การรับรู้บทบาทด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 10 ข้อ และความต้องการพัฒนาบทบาทด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ระหว่างน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน ถึงมากที่สุด เท่ากับ 4 คะแนน คิดคะแนน

รวมในแต่ละด้าน โดยมีคะแนนระหว่าง 10 – 40 คะแนน จำแนกคะแนนรวมรายด้าน ออกเป็น 3 ระดับ (Best, 1986) ดังนี้

ระหว่าง 10.00 – 20.00 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย

ระหว่าง 20.01 – 30.00 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ระหว่าง 30.01 – 40.00 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

2.2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการพิจารณาข้อความแล้วให้เลือกตอบ ถ้าตอบถูกต้อง เท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิด เท่ากับ 0 คะแนน คิดคะแนนรวม โดยมีคะแนนระหว่าง 0-20 คะแนน และมีเกณฑ์ในการจำแนกคะแนนออกเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1976) ดังนี้

น้อยกว่าร้อยละ 60 (0 – 11 คะแนน) หมายถึง ระดับต่ำ

ร้อยละ 60 – 79.99 (12 – 16 คะแนน) หมายถึง ระดับปานกลาง

ร้อยละ 80 ขึ้นไป (17 – 20 คะแนน) หมายถึง ระดับสูง

3. แบบสอบถามความพร้อมในการส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 40 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ๆ ละ 10 ข้อ ได้แก่ 1) การแพทย์แผนไทย 2) การแพทย์ทางเลือก 3) ภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือการแพทย์พื้นบ้าน และ 4) สมุนไพร เป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ ระหว่างน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน ถึงมากที่สุด เท่ากับ 4 คะแนน คิดคะแนนรวมในแต่ละด้าน โดยมีคะแนนระหว่าง 10 – 40 คะแนน จำแนกคะแนนรวมรายด้าน ออกเป็น 3 ระดับ (Best, 1986) ดังนี้

ระหว่าง 10.00 – 20.00 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย

ระหว่าง 20.01 – 30.00 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ระหว่าง 30.01 – 40.00 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

คิดคะแนนในภาพรวม โดยมีคะแนนระหว่าง 40 – 160 คะแนน จำแนกคะแนนรวม ออกเป็น 3 ระดับ (Best, 1986) ดังนี้

ระหว่าง 40.00 – 80.00 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย

ระหว่าง 80.01 – 120.00 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ระหว่าง 120.01 – 160.00 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถามการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีความรู้และประสบการณ์ในด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 2 ท่าน และด้านสุขภาพภาคประชาชน จำนวน 1 ท่าน รวม 3 ท่าน โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์และเนื้อหา (item-objective congruence: IOC) อยู่ในช่วง 0.67 – 1.00 และได้้นำเครื่องมือการวิจัยที่แก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับ อสม. ในเขตอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามทัศนคติต่อการเป็น อสม. แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้บทบาทด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ความต้องการพัฒนารูปแบบบทบาทด้านการแพทย์

แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และความพร้อมในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีค่าเท่ากับ .87, .89, .92, .91 และ .93 ตามลำดับ และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโดยใช้สูตร KR-20 (Kuder-Richardson 20) มีค่าเท่ากับ .85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับอนุญาตการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลถึงสาธารณสุขอำเภอเมืองเพชรบุรี สาธารณสุขอำเภอบ้านลาด และสาธารณสุขอำเภอหนองหญ้าปล้อง
2. ผู้วิจัยเดินทางนำแบบสอบถามไปมอบให้กับผู้ช่วยนักวิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่ง พร้อมกับอธิบายรายละเอียดของการวิจัยตามเอกสารที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และอธิบายวิธีการใช้แบบสอบถามแก่ผู้ช่วยนักวิจัยอย่างละเอียด ตลอดจนเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยนักวิจัยสอบถามในประเด็นที่สงสัยจนเป็นที่เข้าใจตรงกัน
3. ผู้ช่วยนักวิจัยประชุมชี้แจงการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียดแก่ อสม. ซึ่งมาเข้าประชุมประจำเดือน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่ง การลงนามแสดงความยินยอมในการให้ข้อมูลการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถามอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างโดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที
4. ผู้วิจัยนัดหมายกับผู้ช่วยนักวิจัยเพื่อรับแบบสอบถามกลับคืน และเดินทางไปรับแบบสอบถามกลับคืนด้วยตัวเอง ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา จำนวน 369 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 99.72 และสามารถนำแบบสอบถามที่มีข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 367 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 99.45

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด (Max) และค่าต่ำสุด (Min) ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)
2. วิเคราะห์คะแนนจากแบบสอบถามปัจจัยเชิงนโยบาย และแบบสอบถามความพร้อมในการส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (multiple linear regression analysis: MRA) ด้วยวิธีนำเข้าตัวแปรทั้งหมด (Enter) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient: r) มีค่าน้อยกว่า .80 (Stevens, 1996) แสดงว่าตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง (multicollinearity)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เลขที่ คมจ. พบ.012/2565 ลงวันที่ 29 เมษายน 2565 การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยนี้ เป็นไปตามความสมัครใจของ อสม. และมีสิทธิในการปฏิเสธการให้ข้อมูลในบางข้อได้โดยไม่ส่งผลกระทบต่อ ข้อมูลการวิจัยถือเป็น ความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มตัวอย่างได้

ผลการวิจัย

1. ระดับความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมให้ประชาชนใน จังหวัดเพชรบุรี เข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง อสม. จำนวน 367 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศ หญิง ร้อยละ 85.60 มีอายุเฉลี่ย 57.46 ปี อายุการเป็น อสม.เฉลี่ย 15.23 ปี จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา ร้อยละ 44.10 อาชีพหลักรับจ้าง ร้อยละ 37.10 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 9,307.59 บาท มี รายจ่ายต่อเดือนเฉลี่ย 7,593.85 บาท ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการแพทย์แผน ไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 62.90 จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบเฉลี่ย 20.05 หลังคาเรือน ไม่ มีบทบาทอื่นในชุมชน ร้อยละ 64.30 เข้าประชุมประจำเดือนในรอบปีที่ผ่านมาอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 68.90 เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนในรอบปีที่ผ่านมาอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 56.70 ได้รับการเยี่ยมเสริมพลัง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรอบปีที่ผ่านมาจำนวน 1-3 ครั้ง ร้อยละ 52.90 เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการ แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในรอบปีที่ผ่านมาจำนวน 1-3 ครั้ง ร้อยละ 46.90 และการเป็น แบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.20

1.2 ปัจจัยเชิงนโยบายพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการเป็น อสม.อยู่ในระดับมาก ($M = 34.77$, $SD = 4.04$) มีคะแนนเฉลี่ยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ($M = 32.39$, $SD = 4.29$) การรับรู้บทบาทด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 26.00$, $SD = 6.06$) มีความต้องการพัฒนาบทบาทด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอยู่ใน ระดับปานกลาง ($M = 28.96$, $SD = 4.91$) และมีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือกอยู่ในระดับต่ำ ($M = 10.40$, $SD = 2.48$)

1.3 ความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมให้ประชาชน เข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 98.00$, $SD = 22.77$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านสมุนไพร ($M = 25.16$, $SD = 6.21$) รองลงมาคือ ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือการแพทย์พื้นบ้าน ($M = 24.85$, $SD = 5.94$) ด้านการแพทย์แผน ไทย ($M = 24.08$, $SD = 6.07$) และด้านการแพทย์ทางเลือก ($M = 23.90$, $SD = 6.15$) ตามลำดับ

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมให้ ประชาชนในจังหวัดเพชรบุรี เข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ผู้วิจัยได้ทำการแปลงข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง อสม. เป็นตัวแปรหุ่น (dummy variables) และตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันซึ่งไม่พบว่าตัวแปรอิสระคู่ใดมีภาวะ multicollinearity และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า มีตัวแปรอิสระจำนวน 7 ตัวแปร ได้แก่ อายุ การเป็น อสม. จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ การเยี่ยมเสริมพลัง แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้ การรับรู้บทบาท และความต้องการพัฒนาบทบาทเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียด ตามตาราง 1

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกับความพร้อมในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของ อสม. ($n = 367$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. อายุการเป็น อสม.	1.00							
2. จำนวนหลังคาเรือน	.03	1.00						
3. การเยี่ยมเสริมพลัง	.05	.07	1.00					
4. ความรู้	-.12*	-.01	.04	1.00				
5. แรงสนับสนุนทางสังคม	-.08	.06	.02	.14**	1.00			
6. การรับรู้บทบาท	-.03	-.11	.01	.03	.26**	1.00		
7. ความต้องการพัฒนาบทบาท	-.04	-.8	.02	.05	.25**	.50**	1.00	
8. ความพร้อมในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการ	.13**	-.18**	.24**	.43**	.41*	.56**	.44**	1.00

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

เมื่อนำตัวแปรทั้ง 7 ตัวแปรเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์หาปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (multiple linear regression analysis: MRA) ด้วยวิธีหลายขั้นตอน (stepwise) พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของประชาชนในจังหวัดเพชรบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้บทบาท ความต้องการพัฒนาบทบาท และความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ($Beta = .33, .43, .40$ และ $.38$ ตามลำดับ) โดยที่ตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปรสามารถร่วมกันอธิบายสมการถดถอยได้ร้อยละ 36.9 ($R^2 = .369$) รายละเอียด ตามตาราง 2

ตาราง 2 การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบหลายขั้นตอน ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของ อสม. (n = 367)

ปัจจัย	b	SE	Beta	t
แรงสนับสนุนทางสังคม	4.19	.12	.33	3.60**
ความรู้	5.62	.10	.38	2.66**
ความต้องการพัฒนาบทบาท	.97	.22	.40	4.16**
การรับรู้บทบาท	1.25	.18	.43	6.25**
Constant (a) = 33.810, R = .607, R ² = .369, R ² _{adj} = .364, SEE = 18.167, F = 70.731, p = .000				

**p < .01

การอภิปรายผล

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่มีความพร้อมในการส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการแพทย์แผนไทย ด้านการแพทย์ทางเลือก ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือการแพทย์พื้นบ้าน และด้านสมุนไพร ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับความพร้อมของ อสม. การให้บริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดลพบุรี (Khumpo, 2015) ซึ่งตามแนวคิดเกี่ยวกับความพร้อม ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความตระหนักแก่ผู้ที่จะทำกิจกรรมใด ๆ การที่บุคคลมีความรู้ความเข้าใจ มีความกระตือรือร้น มีความเต็มใจ มีประสบการณ์ มีสภาพจิตใจ มีอารมณ์ และมีความสามารถต่อการกระทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เพื่อให้สำเร็จลุล่วงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Hersey & Blanchard, 1982) การที่ อสม. มีความพร้อมในการส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอยู่ในระดับปานกลางนั้น ชี้ให้เห็นว่า การจัดบริการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแก่ประชาชน ตามขีดความสามารถที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถดำเนินการได้ เช่น การนวดไทย การจ่ายยาสมุนไพร การประคบและอบสมุนไพร เป็นต้น ยังต้องการการพัฒนาต่อไป ดังการศึกษาของ Phusakha (2020) ในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาความรู้ และทักษะในการดำเนินงานด้านแพทย์แผนไทยของ อสม.จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งมีข้อเสนอแนะให้มีการพัฒนาที่สอดคล้องกับบริบทและประสบการณ์การทำงานของ อสม.ในพื้นที่

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ผลการวิจัยพบว่า มีเพียง 4 ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนได้ร้อยละ 39.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เรียงตามลำดับจากความสัมพันธ์มากไปน้อย ได้แก่ 1) การรับรู้บทบาทด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2) ความต้องการพัฒนาบทบาทด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 3) ความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และ 4) แรงสนับสนุนทางสังคม (Beta = .43, .40, .38 และ .33 ตามลำดับ) สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

การรับรู้บทบาทด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความพร้อมของ อสม. ในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของประชาชน ได้มากที่สุด ($Beta = .43$) ซึ่งเป็นหน้าที่หรือการแสดงออกของบุคคลตามความคิดหรือความคาดหวัง เมื่ออยู่ในสถานการณ์ทางสังคมโดยยึดถือฐานะและหน้าที่ทางสังคมที่กำหนดไว้ในบรรทัดฐาน ซึ่งมี 2 ลักษณะ ได้แก่ บทบาทที่ถูกกำหนดและบทบาทที่ปฏิบัติจริง (Cohen, 1979) การที่ อสม. รับรู้การปฏิบัติตามบทบาทด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จึงส่งผลให้มีความพร้อมในการส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2019) มีนโยบายพัฒนาบทบาทของ อสม. เป็น อสม.หมอประจำบ้านให้สามารถดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนโดยได้รับบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ลดความแออัด ลดความเหลื่อมล้ำ ไร้รอยต่อ ลดการรอคอย และลดค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะส่งเสริมให้มีบทบาทในการนำภูมิปัญญาไทย สมุนไพรไทย และการใช้กัญชาทางการแพทย์สำหรับดูแลสุขภาพประชาชน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Suksawangrote et al. (2017) ที่พบว่า อสม. ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีการพัฒนาบทบาทในการดำเนินงานโดยการทำงานกันเป็นเครือข่าย ซึ่งส่งผลให้โครงการกระเป๋ายาสมุนไพรบรรลุปริสทธิผล และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Heakham et al. (2020) ที่พบว่าการรับรู้บทบาทการดูแลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยของ อสม. ในจังหวัดชลบุรี

ความต้องการพัฒนาบทบาทด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นปัจจัยในลำดับรองลงมาที่ส่งผลต่อความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของประชาชน ($Beta = .40$) ซึ่งให้เห็นว่า การที่ส่งเสริมให้ อสม. ได้มีบทบาทในด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ช่วยให้ อสม. มีความพร้อมในการส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Mulajit (2021) ที่พบว่า การรับรู้บทบาทหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. อำเภอดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี จึงควรมีการพัฒนาความรู้และทักษะการดำเนินงานให้ด้านนี้ให้กับ อสม. (Phusakha, 2020)

ความรู้เกี่ยวกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความพร้อมของ อสม. ในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของประชาชนได้เช่นกัน ($Beta = .38$) ซึ่งให้เห็นว่า การถ่ายทอดความรู้และทักษะด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแก่ อสม. เป็นสิ่งที่จำเป็น สอดคล้องกับงานวิจัยซึ่งพบว่า อสม. มีความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในการดูแลตนเองในระดับดีมาก (Putthong et al., 2018) และเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย (Heakham et al., 2020) และการดูแลตนเองด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Noppakao et al., 2017, 2560; Putthong et al., 2018) ซึ่งนำไปสู่ความรอบรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับปานกลาง (On-Kail & Suwannaphant, 2020) ซึ่งแนวทางการพัฒนาการให้บริการการแพทย์

แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคลากรต้องมีการพัฒนาความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยอย่างต่อเนื่อง และมีการบูรณาการเข้ากับการแพทย์แผนปัจจุบัน (Ukampun, 2013)

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความพร้อมของ อสม. ในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของประชาชน ($Beta = .33$) เช่น การได้รับความรู้ใหม่ ๆ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การให้กำลังใจในการปฏิบัติงาน การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านอารมณ์หรือจิตใจ ข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการให้ข้อมูลความรู้ย้อนกลับแก่บุคคล ได้รับความเอาใจใส่ ความไว้วางใจ ได้รับการยอมรับ ความหวังใจ มีความผูกพันซึ่งกันและกัน และการเห็นคุณค่าจากบุคคลรอบข้าง ทำให้บุคคลมองเห็นคุณค่าของตนเองส่งผลให้บุคคลสามารถทำกิจกรรมในบทบาทหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องงานวิจัยที่พบว่า การได้รับคำแนะนำความรู้ ข้อมูลข่าวสาร นโยบายที่จริงจัง และการสนับสนุนปัจจัยจำเป็นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ อสม. ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Jukchai et al., 2017) แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ (Thanyasawad et al., 2019) การเฝ้าระวังและป้องกันโรค (Aiamnui, 2021) และการส่งเสริมสุขภาพ (Mulajit, 2021)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรกำหนดนโยบายในการส่งเสริมให้ อสม. ได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาบทบาท อสม. ให้มีศักยภาพเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และประชาชนในชุมชน ทั้งการถ่ายทอดความรู้ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และการเป็นผู้นำรณรงค์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในชุมชน โดยสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ทำการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ เช่น การรับรู้นโยบายด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทศนคติต่อการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก การได้รับสิ่งสนับสนุนการดำเนินงาน และแรงจูงใจ เป็นต้น ต่อความพร้อมในการส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

2. ศึกษาวิจัยผสมผสาน เพื่อนำข้อมูลมาใช้สำหรับการพัฒนาระบบการส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

- Aiamnui, S. (2021). Factors Influencing surveillance and prevention practices of COVID - 19 among village health volunteers in Kongkrait District, Sukhothai Province. *Thai Journal of Public Health and Health Education*, 1(2), 75-90. (in Thai)
- Best, J. W. (1986). *Research in Education* (3rd ed). Prentice-Hall.
- Bloom, B. S. (1976). *Human characteristics and school learning*. McGraw-Hill.
- Cohen, B. J. (1979). *Schaum's outline of theory and problems of introduction to sociology*. McGraw-Hill.
- Department Of Health Service Support, Ministry of public health. (2019). *Manual for staff to raise the level of village health volunteers to become village health volunteers*. Department Of Health Service Support, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Department of Thai traditional and alternative medicine, Ministry of public health. (2021). *Five-year strategic plan of the department of Thai traditional and alternative medicine (2017 - 2021) under the twenty-year national strategic plan for public health* (1st revised edition 2018). Department of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Heakham, N., Lawang, W., & Rattanaagreeethakul, S. (2020). Factors related to care readiness for persons with dementia among village health volunteers. *Journal of Nursing and Education*, 13(4), 2-17. (in Thai)
- Hersey, P., & Blanchard, K. H. (1982). *Management of organizational behavior: Utilizing human resources* (6th ed.). Prentice-Hall.
- Jukchai, P., Khuneepong, A., & Changkaew, W. (2017). Factors affecting the performance of village health volunteers (VHVs) of family care teams, Pathum Thani Province. *Journal of Public Health Nursing*, 31(1), 16-28. (in Thai)
- Khumpo, S. (2015). *Readiness of Thai traditional medicine services in Tambon Health Promoting Hospital in Lopburi Province* [Unpublished master's thesis]. Thammasat University. (in Thai)
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Mulajit, W. (2021). Factors affecting the elderly's health promotion performance among village health volunteers in Don Chedi, Suphanburi Province. *Journal of Public Health and Innovation*, 1(1), 36-50. (in Thai)

- Noppakao, S., Tejavivaddhana, P., Suphunnakul, P., & Meakrungrungwong, S. (2017). Factors predicting self-care behavior in relation to Thai traditional medicine, and alternative medicine among village health volunteers in Phitsanulok Province. *Journal of Health Science Research*, 11(2), 1-10. (in Thai)
- On-Kail, P., & Suwannaphant, K. (2020). Health literacy of medical cannabis use among village health volunteers in Khon Kaen Province. *Journal of Health Science and Community Public Health*, 3(2), 28-38. (in Thai)
- Phusakha, S. (2020). Knowledge development pattern and skills in Thai traditional medicine operations of village health volunteers, Kalasin Province. *Journal of Health and Environmental Education*, 5(1), 19-28. (in Thai)
- Pimpachai, K., & Yimwilai, C. (2022). Individual aptitude factors related to participation of village health volunteers operating Thailand healthy lifestyle strategic plan, year 2011-2020, At ministry of public health, Kaeng Khoi Health Promoting Hospital, Saraburi Province. *Journal of MCU Peace Studies*, 9(5), 2171-2183. (in Thai)
- Putthong, C., Suphannakul, P., & Noppakao, S. (2018). Factors related to self-care behaviors using Thai traditional medicine and alternative medicine of village health volunteers in Thung Saliam District, Sukhothai Province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 31(2), 154-164. (in Thai)
- Stevens, J. (1996). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (3rd ed.). Lawrence Erlbaum.
- Suksawangrote, S., Sampradit, S., Sarakshetrin, A. & Chantira, R. (2017). Project evaluation: Herbal first aid kit in Suratthani. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(3), 63-75. (in Thai)
- Thanyasawad, T., Chanthabut, N., & Nilbarant, J. (2019). Factors affecting the performance according to the role of village health volunteers under health management village in Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. *Ubon Ratchathani Journal of Research and Evaluation*, 8(1), 1-10. (in Thai)
- Ukampun, S. (2013). Development services to Traditional Thailand Medicine, a case study for Tambol Health Promoting Hospital in Muang Kalasin, Kalasin. *Journal of Political Science and Law Kalasin Rajabhat University*, 2(1), 90-113. (in Thai)

บทความวิจัย (Research article)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

ในสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่ง

Health Promoting Behaviors among Senior High School Students
in an Institute of Education

สุรางค์ เชื้อวณิชชากร^{1*}, พูนสุข ช่วยทอง², เปรมวดี คฤหเดช³

Surang Cherwanitchakorn^{1*}, Poonsook Shuaytong², Premwadee Karuhadej³

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: surang.ch@ssru.ac.th; เบอร์โทรศัพท์ 098-9920692)

(Received: December 21, 2022; Revised: April 4, 2023; Accepted: April 9, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวสังคม และปัจจัยด้านจิตวิทยา กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย สถาบันการศึกษาแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 150 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสุข และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89, .83, และ .77 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($M = 65.62$, $SD = 9.48$) ความสุข ($M = 116.52$, $SD = 5.81$) และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 76.88$, $SD = 13.79$) ปัจจัยด้านชีวสังคม พบว่า ระดับชั้นปีที่ศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 11.25$) ในขณะที่เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อสัปดาห์ และความเพียงพอของค่าใช้จ่ายต่อสัปดาห์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยด้านจิตวิทยา พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .33$ และ $.41$ ตามลำดับ)

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Instructor, College of Nursing and Health, Rajabhat Suan Sunandha University

² รองศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Associate Professor, College of Nursing and Health, Rajabhat Suan Sunandha University

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Assistant Professor, College of Nursing and Health, Rajabhat Suan Sunandha University

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ควรนำปัจจัยด้านชีวสังคม และปัจจัยด้านจิตวิทยา มาพิจารณาในการทำวิจัย เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

คำสำคัญ: ปัจจัยด้านชีวสังคม, ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง, ความสุข, นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย, พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

Abstract

This cross-sectional survey research aims to study health-promoting behaviours and the association between bio-social factors and psychological factors with health-promoting behaviours among senior high school students in a particular school in Bangkok. The sample size includes 150 cases, using a simple random sampling technique, as well as collecting data by using questionnaires on self-esteem, happiness, and health-promoting behaviours. Cronbach's alpha coefficients are at .89, .83, and .77 respectively. The data are analyzed by using descriptive statistics, the chi-square test, and Pearson's product-moment correlation coefficient.

The results reveal that the sample group has a moderate level of self-esteem ($M = 65.62$, $SD = 9.48$), happiness ($M = 116.52$, $SD = 5.81$), and health-promoting behaviour ($M = 76.88$, $SD = 13.79$). The biosocial factor indicates that educational levels are relevant to the statistically significant association ($p < .05$) with health-promoting behaviour ($\chi^2 = 11.25$). Gender, age, body mass index, weekly expenses, and sufficiency weekly spending have no association with health-promoting behaviour. The psychological factor suggests that self-esteem and happiness have a statistically significant association ($p < .01$) with health-promoting behaviour ($r = .33$ and $.41$, respectively) in a positive way.

In conclusion, health-promoting behaviour encouragement should consider biosocial factors and psychological factors. Additional research and development studies are needed to strengthen health-promoting behaviour among senior high school students.

Keywords: Biosocial factor, Self-esteem, Happiness, Senior high school students, Health-promoting behaviour

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในสังคมปัจจุบัน โดยเฉพาะความเจริญก้าวหน้าด้านการสื่อสาร การแพทย์ และสาธารณสุข และด้านเทคโนโลยี ก่อให้เกิดโลกาภิวัตน์ที่ต่อเนื่องและมีความชัดเจนมากขึ้น ทำให้รูปแบบในการดำเนินชีวิตประจำวันมีการปรับเปลี่ยนไปจากอดีต เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชนทั่วไป เฉพาะอย่างยิ่งอุบัติการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในช่วงวัยรุ่น ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และน้ำหนักเกินหรืออ้วน นำไปสู่ทุพพลภาพในวัยผู้ใหญ่และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Patton et al., 2016) ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า ประชากรทั่วโลกมากกว่าร้อยละ 75 เสียชีวิตจาก NCDs ซึ่งพบมากในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง ประชากรทุกกลุ่มวัยมีความเสี่ยงที่จะเกิด NCDs ได้จากการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (World Health Organization, 2022)

การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมกับการดำรงชีวิตประจำวัน มีความสำคัญต่อการมีสุขภาพดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสำคัญสำหรับวัยรุ่น เพราะเป็นช่วงวัยที่มีการพัฒนาด้านการเจริญเติบโตด้านร่างกายมากเป็นลำดับสองรองจากวัยทารก การปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความแตกต่างกันไปตามปัจจัยด้านต่าง ๆ เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว และสังคม ได้แก่ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร วัยรุ่นมักรับประทานอาหารที่มีพลังงานสูง อาหารที่เน้นประเภทแป้ง น้ำตาล และไขมัน จึงเป็นตัวการสำคัญในการส่งเสริมให้วัยรุ่นยุคปัจจุบันมีปัญหาด้านสุขภาพตามมา เช่น เบาหวาน และความดันโลหิตสูงก่อนวัยอันควร (Solod, 2022) แม้ว่าจะมีการสอนเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง แต่ก็ยังพบเด็กไทยมีแนวโน้มที่จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่เหมาะสม ดังผลการสำรวจในปี 2564 พบว่า มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง (sedentary behavior) (ตั้งแต่หรือมากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน) ร้อยละ 62.30 บริโภคน้ำอัดลม ร้อยละ 39.70 รับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ด ร้อยละ 38.50 มีความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยวบ่อยครั้งหรือเป็นประจำ ร้อยละ 19.20 มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอต่อวัน ร้อยละ 9.70 และพบว่าหนึ่งในห้าของนักเรียนวัยรุ่นมีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 6.80 โดยพบในนักเรียนชายมากกว่านักเรียนหญิง (Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health, 2022) อันจะส่งผลให้เติบโตไปเป็นผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพในอนาคต ดังผลการสำรวจปี 2564 พบประชากรในกรุงเทพฯ มีการเสียชีวิตด้วยโรคที่อาจมาจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด จำนวน 3,464 รายต่อประชากร 100,000 คน (Division of Non-communicable Diseases, Ministry of Public Health, 2023)

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ตามแนวคิดของการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์กล่าวว่า ปัจจัยส่วนบุคคลทั้งทางด้านชีววิทยา จิตวิทยา สังคม และวัฒนธรรม มีความสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Pender et al., 2011) รวมทั้ง พบความสัมพันธ์ระหว่างความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะสุขภาพ (Benevene et al., 2018) โดยเฉพาะผลการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นประเทศเกาหลีใต้พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลต่อ

พฤติกรรมสุขภาพ และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Park et al., 2016) ในขณะที่ผลการศึกษานักเรียนประถมศึกษาในประเทศอียิปต์ พบว่า อายุ เพศ โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (Abd Allah et al., 2015) รวมทั้ง การศึกษาในนักศึกษาประเทศจอร์แดน พบว่า อายุ เพศ และรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (Shaheen et al., 2015) และผลการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลของประเทศไทยพบว่า ระดับชั้นปีการศึกษา และเงินที่ได้รับสำหรับค่าใช้จ่ายรายเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (Leartsakornsiri & Khampunyo, 2017)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมมีความสำคัญสำหรับบุคคลในวัยรุ่นขึ้นไปที่มีความสามารถรับผิดชอบดูแลสุขภาพ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพแข็งแรงทุกด้าน ทั้งด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด (Pender et al., 2011) การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ควรต้องส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นพฤติกรรมถาวรเป็นเรื่องของทุกคน โดยทุกคน และเพื่อทุกคน พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นพื้นฐานของสุขภาวะ (well-being) ตลอดช่วงชีวิต นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา และจิตวิญญาณในลักษณะมีการพัฒนาไปในทางที่ดีมากขึ้น จนสามารถพัฒนาตนเองให้มีความสมบูรณ์เต็มตามศักยภาพ (Santrock, 2014) และมีความสุขได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 และ 5 ในโรงเรียนแห่งหนึ่งของกรุงเทพมหานครที่ครอบคลุมทั้งปัจจัยด้านชีวสังคม และด้านจิตวิทยา ผลการศึกษานี้ สามารถนำมาพัฒนาและวางแผนการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพแก่นักเรียนวัยรุ่นต่อไป

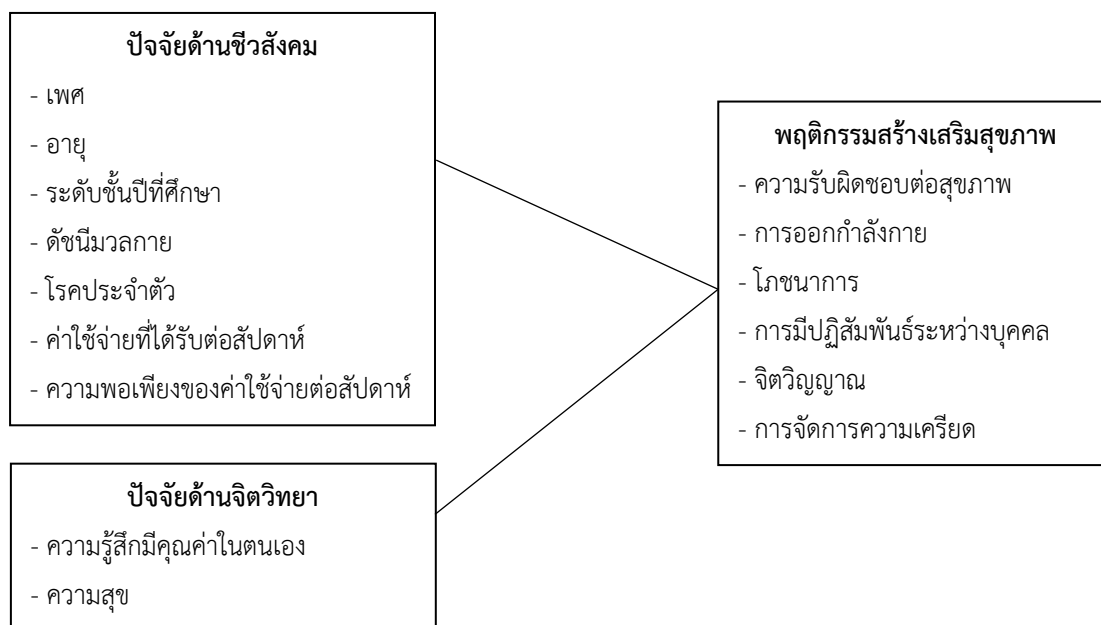
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่ง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวสังคม และปัจจัยด้านจิตวิทยา กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่ง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายเป็นไปตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2011) มี 6 ด้าน ดังนี้ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) การออกกำลังกาย 3) โภชนาการ 4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) จิตวิญญาณ และ 6) การจัดการความเครียด ผู้วิจัยเลือกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับชั้นปีที่ศึกษา ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อสัปดาห์ และความพอเพียงของ

ค่าใช้จ่ายต่อสัปดาห์ (Leartsakornsiri, & Khampunyo, 2017) และปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความสุข (Park et al., 2016) โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย
ในสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่ง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional survey research) มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายปีที่ 4-5 ที่กำลังศึกษาอยู่ที่โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ ในปีการศึกษา 2562 ชั้นปีละ 113 คน รวมทั้งสิ้น 226 คน (เนื่องจากการทำการเก็บรวบรวมข้อมูล นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 เป็นช่วงสอบปลายภาคการศึกษาที่ 2 และการเตรียมสอบเข้าเรียนในระดับมหาวิทยาลัย)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายปีที่ 4-5 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (1970 อ้างถึงใน Pasunon, 2014) กำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.50 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 142 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 156 คน และกำหนดสัดส่วนของนักเรียนแต่ละชั้นปีเท่ากัน คือ ชั้นปีละ 78 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายจากการจับฉลากแบบไม่คืนที่ตามบัญชีรายชื่อนักเรียนในแต่ละชั้นปี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้ 1) สมัครใจเข้าร่วม

โครงการวิจัย โดยได้รับการบอกกล่าว 2) เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาในการสื่อสารและการรับรู้ และ 3) เป็นผู้ที่ไม่มีภาวะทุพพลภาพ หรือไม่มีปัญหาป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านชีวสังคม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นปีที่ศึกษา ดัชนีมวลกาย (BMI) โรคประจำตัว ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อสัปดาห์ ความพอเพียงของค่าใช้จ่ายต่อสัปดาห์ ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำตอบ จำนวนทั้งหมด 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านจิตวิทยา เป็นแบบสอบถามซึ่งนำมาจากการศึกษา เรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลในเขตดุสิต (Cherwanitchakorn et al., 2019) ได้แก่

1) แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตรวัดประเมินค่า 5 ระดับ ระหว่าง ไม่เป็นจริงเลย เท่ากับ 1 คะแนน และเป็นจริงมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน เป็นข้อความเชิงบวก 10 ข้อ และข้อความเชิงลบ 10 ข้อ โดยมีคะแนนรวมระหว่าง 20-100 คะแนน จำแนกคะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับ โดยเทียบคะแนนเป็นร้อยละจากคะแนนเต็มโดยอิงเกณฑ์ (Bloom & Krathwohl, 2020) ดังนี้

คะแนนระหว่าง 80-100 คะแนน หรือ $\geq$ ร้อยละ 80 หมายถึง ระดับสูง

คะแนนระหว่าง 60 – 79 คะแนนหรือ ร้อยละ 60-79 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 20 – 59 คะแนนหรือ $<$ ร้อยละ 60 หมายถึง ระดับต่ำ

2) แบบวัดความสุข จำนวน 30 ข้อ จำแนกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา และจิตวิญญาณ เป็นมาตรวัดประเมินค่า 6 ระดับ ระหว่าง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน และ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 6 คะแนน เป็นข้อความเชิงบวก 18 ข้อ และข้อความเชิงลบ 12 ข้อ คัดคะแนนโดยรวม โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนเฉลี่ย (Cherwanitchakorn et al., 2019) ดังนี้

คะแนนระหว่าง 1.00 – 1.99 คะแนน หมายถึง ไม่มีความสุข

คะแนนระหว่าง 2.00 – 2.99 คะแนน หมายถึง มีความสุขน้อย

คะแนนระหว่าง 3.00 – 3.99 คะแนน หมายถึง มีความสุขปานกลาง

คะแนนระหว่าง 4.00 – 4.99 คะแนน หมายถึง มีความสุขมาก

คะแนนระหว่าง 5.00 – 5.99 คะแนน หมายถึง มีความสุขอย่างยิ่ง

คะแนนเท่ากับ 6.00 คะแนน หมายถึง มีความสุขอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 30 ข้อ ซึ่งนำมาจาก การศึกษา เรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลในเขตดุสิตแบบสอบถาม (Cherwanitchakorn et al., 2019) มี 6 ด้าน ได้แก่ การรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด ด้านละ 5 ข้อ เป็นมาตรวัดประเมินค่า 4 ระดับ ระหว่างปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน และปฏิบัติเป็นประจำ เท่ากับ 4 คะแนน คัดคะแนนรวมโดยมีคะแนนระหว่าง 30-120 คะแนน จำแนกคะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับ โดยเทียบคะแนนเป็นร้อยละจากคะแนนเต็มโดยอิงเกณฑ์ (Bloom & Krathwohl, 2020) ดังนี้

คะแนนระหว่าง 94.80-120.00 หรือ $\geq$ ร้อยละ 80 หมายถึง ระดับเหมาะสม

คะแนนระหว่าง 72.00-94.79 หรือ ร้อยละ 60-79 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 30.00-71.99 คะแนน หรือ $<$ ร้อยละ 60 หมายถึง ระดับไม่เหมาะสม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถามทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมและพัฒนาการมนุษย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 2 ท่าน มีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ของแบบสอบถามความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง แบบวัดความสุข และแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เท่ากับ .95, .93, และ .90 ตามลำดับ นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .83, .89 และ .77 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ในเดือนมกราคม พ.ศ.2563 รายละเอียด ดังนี้

1. ติดต่อผู้อำนวยการโรงเรียนเพื่อขออนุญาตในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยเข้าพบอาจารย์แนะแนว และอาจารย์พยาบาล เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดในการทำวิจัย
2. เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ และรายละเอียดในการทำวิจัย พร้อมให้รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วม และสามารถถอนตัวไม่เข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยให้นักเรียนนำเอกสารการชี้แจงรายละเอียดข้อมูลการวิจัยและใบยินยอมการให้ข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามไปให้ผู้ปกครองลงนามอนุญาต และนำกลับมาส่งให้ในวันนัดเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามในช่วงเวลาหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมชมรม โดยแจกแบบสอบถามแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยแยกตามระดับชั้นเรียน จัดที่นั่งห่างกันในระยะประมาณ 1 เมตร โดยไม่สามารถเห็นคำตอบผู้อื่น มีครูแนะแนวและครูพยาบาลของโรงเรียนอยู่ด้วย ผู้วิจัยอธิบายชี้แจงในการตอบแบบสอบถามทั้งหมดและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามอย่างอิสระตามความสมัครใจ และรอรับแบบสอบถามกลับคืนทันที โดยเมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยทำแบบสอบถามเสร็จให้นำแบบสอบถามบรรจุใส่ซองและหย่อนใส่ในกล่องที่ปิดที่เตรียมไว้หน้าห้อง โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ได้รับแบบสอบถามที่ครบถ้วนสมบูรณ์กลับคืนมา จำนวน 150 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 96.15 วิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามปัจจัยด้านชีวสังคม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) วิเคราะห์

ข้อมูลจากแบบสอบถามปัจจัยด้านจิตวิทยา และแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวสังคมกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square: χ^2) และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตวิทยากับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient: r) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) ดังนี้ (Cohen, 1988)

$\leq \pm .30$	หมายถึง ระดับต่ำ
ระหว่าง $\pm .31 - \pm .70$	หมายถึง ระดับปานกลาง
$\geq \pm .71$	หมายถึง ระดับสูง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ตามหนังสือ เลขที่ COA. 1-009/2020 ลงวันที่ 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าร่วมงานวิจัย วัตถุประสงค์ การรักษาความลับข้อมูลส่วนบุคคล การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และให้สิทธิกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและทำลายข้อมูลการวิจัยหลังจากได้รับการเผยแพร่ ภายในเวลา 2 ปี

ผลการวิจัย

1. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่ง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

1.1 ปัจจัยด้านชีวสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.67 ซึ่งมากกว่าเพศชายเล็กน้อย กลุ่มอายุน้อยกว่า 17 ปี พบมากที่สุด ร้อยละ 60.67 รองลงมา กลุ่มอายุมากกว่า 17 ปี ร้อยละ 39.33 ค่าดัชนีมวลกาย พบว่าสมส่วน มากที่สุด ร้อยละ 57.33 รองลงมา มีภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วน และค่อนข้างผอม/ผอม ร้อยละ 32.67 และ 10.00 ตามลำดับ เรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 และมัธยมศึกษาปีที่ 5 มีเท่ากัน คือร้อยละ 50 นักเรียนได้รับเงินค่าใช้จ่ายน้อยกว่า 1,000 บาทต่อสัปดาห์ พบมากที่สุด ร้อยละ 80.50 รองลงมาได้รับเงินค่าใช้จ่ายเท่ากับหรือมากกว่า 1,000 บาทต่อสัปดาห์ ร้อยละ 19.50 ส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อสัปดาห์พอใช้ โดยพอเพียงร้อยละ 84.67 และไม่พอเพียงร้อยละ 15.33 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว พบร้อยละ 86.67

1.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($M = 65.62, SD = 9.48$) และความสุข ($M = 116.52, SD = 5.81$) อยู่ในระดับปานกลาง

1.3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 76.88, SD = 13.79$) ส่วนรายด้าน ได้แก่ การความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ($M = 12.14, SD = 2.47$) การออกกำลังกาย ($M = 12.53, SD = 3.65$) โภชนาการ ($M = 12.55, SD = 3.09$) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ($M = 14.86, SD = 3.54$) และการจัดการความเครียด ($M = 14.32, SD = 3.27$) อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ ($M = 11.60, SD = 2.84$) อยู่ในระดับไม่เหมาะสม รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับของปัจจัยจิตวิทยาและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย สถาบันการศึกษาแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายด้านและโดยรวม ($n = 150$)

รายการ	M	SD	ระดับ
ปัจจัยจิตวิทยา			
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	65.62	9.48	ปานกลาง
ความสุข	116.52	5.81	ปานกลาง
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ			
การรับผิดชอบต่อสุขภาพ	12.14	2.47	ปานกลาง
การออกกำลังกาย	12.53	3.65	ปานกลาง
โภชนาการ	12.55	3.09	ปานกลาง
การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	14.86	3.54	ปานกลาง
การพัฒนาจิตวิญญาณ	11.60	2.84	ไม่เหมาะสม
การจัดการความเครียด	14.32	3.27	ปานกลาง

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวสังคม และปัจจัยด้านจิตวิทยา กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวสังคม กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ จำแนกกลุ่มตามคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ เหมาะสม ปานกลาง และไม่เหมาะสม ผลการทดสอบพบว่า ระดับชั้นปีที่ศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ .05 ($\chi^2 = 11.25$) ส่วนเพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ค่าใช้จ่ายต่อสัปดาห์ ความพอเพียงของค่าใช้จ่าย และโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวสังคมกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ ($n = 150$)

	ระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ						χ^2
	ไม่เหมาะสม		ปานกลาง		เหมาะสม		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ							1.48
ชาย	23	15.3	42	28.0	9	6.0	
หญิง	27	18.0	44	29.3	5	3.4	
อายุ (ปี)							4.05
<17	32	21.3	54	36.0	5	3.4	
≥17	18	12.0	32	21.3	9	6.0	
ดัชนีมวลกาย							4.47
ค่อนข้างผอม/ ผอม	5	3.4	10	6.7	0	0.0	
สมส่วน	26	17.3	53	35.3	7	4.7	
น้ำหนักเกิน/อ้วน	19	12.6	23	15.3	7	4.7	
ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อสัปดาห์ (n=149)							.99
<1,000	39	26.6	71	47.3	10	6.7	
≥1,000	10	6.7	15	10.0	4	2.7	
ระดับชั้นปี							11.25*
มัธยมศึกษา 4	32	21.3	41	27.3	2	1.3	
มัธยมศึกษา 5	18	12.0	45	30.0	12	8.1	
ความพอเพียงของค่าใช้จ่าย							1.00
พอใช้	41	27.3	73	48.7	13	8.7	
ไม่พอใช้	9	6.0	13	8.7	1	0.6	
โรคประจำตัว							.78
ไม่มี	44	29.3	73	48.7	13	8.7	
มี	6	4.0	13	8.7	1	0.6	

* $p < .05$

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตวิทยา กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ผลการวิจัยพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความสุข มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .33$ และ $.41$ ตามลำดับ) ดังตาราง 3

ตาราง 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) ระหว่างปัจจัยด้านจิตวิทยากับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ($n = 150$)

ตัวแปร	r	ระดับ
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	.33**	ปานกลาง
ความสุข	.41**	ปานกลาง

** $p < .01$

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 76.88$, $SD = 13.79$) และรายด้าน ได้แก่ การรับผิดชอบต่อสุขภาพ ($M = 12.14$, $SD = 2.47$) การออกกำลังกาย ($M = 12.53$, $SD = 3.65$) โภชนาการ ($M = 12.55$, $SD = 3.09$) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ($M = 14.86$, $SD = 3.54$) และการจัดการความเครียด ($M = 14.32$, $SD = 3.27$) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ ($M = 11.60$, $SD = 2.84$) อยู่ในระดับไม่เหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงวัยรุ่นซึ่งคิดว่าตนเองอายุน้อย และเป็นช่วงที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงมาก เมื่อเทียบกับทุกวัย จึงอาจไม่ตระหนักถึงเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ประกอบกับวัยรุ่นเป็นวัยที่มักใช้อารมณ์มากกว่าเหตุผล เนื่องจากพัฒนาการด้านสมองส่วนเหตุผล การควบคุมตนเอง และการตัดสินใจยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ (Santrock, 2014) จึงมักทำอะไรในการใช้อารมณ์นำมากกว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อยู่ระดับปานกลาง ($M = 76.88$, $SD = 13.79$) สอดคล้องกับการศึกษานักศึกษาพยาบาลรามาธิบดี พบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับปานกลาง (Thongsuk et al., 2012) แตกต่างจากการศึกษานักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดชลบุรี พบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ระดับดี (Wankrathok & Watcharaach, 2018) ทั้งนี้เนื่องจากนักเรียนได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพจากวิชาที่เรียนในโรงเรียน เช่น วิชาสุขศึกษา พลศึกษา จึงพอจะปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตวิทยาและปัจจัยด้านจิตวิทยา กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ผลการวิจัยพบว่า ในปัจจัยด้านจิตวิทยา มีเพียงตัวแปรระดับชั้นปีที่ศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 11.25$, $p < .05$) หมายความว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีระดับชั้นปีศึกษาที่สูงกว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริม

สุขภาพได้ดีกว่า ซึ่งบ่งชี้ถึงการมีอายุและคุณภาพที่สูงกว่า จะมีโอกาสได้เรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่า ซึ่งอยู่ในช่วงวัยรุ่นที่สามารถคิดแบบนามธรรม และการแก้ไขปัญหาได้ (Womble & Kincheloe, 2020) จึงเห็นประโยชน์ของการมีสุขภาพที่ดี สนใจส่งเสริมสุขภาพตนเองทั้งการออกกำลังกาย การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้อื่น และเอาใจใส่เรื่องอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษานักศึกษาในกรุงเทพฯ พบว่า ระดับชั้นปีการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (Leartsakornsiri & Khampunyo, 2017) และการศึกษาในนักเรียนวัยรุ่น จังหวัดยะลาพบว่า ระดับชั้นเรียนต่างกัน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่แตกต่างกัน (Sripituk et al., 2019)

ในขณะที่ตัวแปรเพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อสัปดาห์ และความเพียงพอของค่าใช้จ่ายต่อสัปดาห์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า นักเรียนชั้นมัธยมปลายส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 15-17 ปี เป็นวัยรุ่นในเจนเนอเรชันซี (generation Z) (เกิดปี พ.ศ. 2540-2555) จึงมีรูปแบบการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพคล้ายคลึงกัน คือ มีพฤติกรรมสุขภาพน้อย เนื่องจากปัจจุบันมีสิ่งอำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวันมาก มีพฤติกรรมผู้บริโภคออนไลน์ (Samutachak & Kanchanachitra, 2014) บางคนจึงมักไม่ค่อยเห็นความสำคัญของการทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากมีความคิดว่าอายุที่ไม่มาก มักมีสุขภาพแข็งแรง และไม่ค่อยเกิดปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย ประกอบกับยุคปัจจุบันมีความเร่งรีบในการประกอบภารกิจต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้าน การเรียน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงทำให้วัยรุ่นบางคนไม่ค่อยสนใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ทั้งเป็นวัยที่ยังไม่ต้องรับผิดชอบเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัว จึงมักนำเงินไปใช้จ่ายในเรื่องอื่นมากกว่าด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (Samutachak & Kanchanachitra, 2014) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลพบว่า เงินที่ได้รับเป็นค่าใช้จ่ายรายเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย (Leartsakornsiri & Khampunyo, 2017) และการศึกษา นักเรียนวัยรุ่นในจังหวัดยะลา พบว่า ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย (Sripituk et al., 2019)

ปัจจัยด้านจิตวิทยา พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .33, p < .01$) หมายความว่า นักเรียนชั้นมัธยมปลายที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น จะมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเหมาะสมขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองสูงขึ้น จะส่งผลให้มีความกระตือรือร้นในการดำรงชีวิต รับผิดชอบต่อความสามารถในการควบคุมตนเองให้ปฏิบัติพฤติกรรม เป็นผู้มองโลกในแง่ดี รู้จักดูแลส่งเสริมสุขภาพ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถช่วยป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพได้ เมื่อบุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มักจะดูแลตนเองมากขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้ง มีความเพียรพยายามต่อสู้กับความยุ่งยากลำบากต่าง ๆ (Cast & Burke, 2002) สอดคล้องกับผลการศึกษาพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของนักเรียนวัยรุ่น (Park et al., 2016; Luangthongkum & Phoyen, 2017) และตัวแปรความสุข ผลการวิจัยพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .41, p < .01$) ทั้งนี้ อาจเนื่องจากความสุข เป็นอารมณ์ที่สัมพันธ์

กับการปฏิบัติกิจกรรม บุคคลที่มีความสุขมักจะดูแลตนเองด้านสุขภาพ มีแนวทางที่ดีในการดำเนินชีวิต ชอบมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และมักมีจิตใจที่ดี กลุ่มตัวอย่างที่มีความสุข จึงมีความภาคภูมิใจในการกระทำของตน เกิดความคิดเชิงบวกซึ่งเป็นตัวกระตุ้นต่อการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีความกระตือรือร้นในการดำเนินชีวิตที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีต่อไป การมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนรอบข้างและสังคม ทำให้สามารถดำเนินชีวิตมีใจที่สงบ (Smith, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์กันระหว่างความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะสุขภาพ (Benevene et al., 2018)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับปานกลาง จึงควรหาแนวทางการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดี โดยการนำปัจจัยที่ได้จากผลการศึกษา ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความสุขมาพิจารณา พร้อมกับพัฒนาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรายด้านที่ไม่เหมาะสมร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ทำการศึกษาวิจัยและพัฒนา (research and development) ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ที่ได้สนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

- Abd Allah, E. S., Ali Elzeiny, H. H., & Ali, R. A. (2015). Health protecting and health promoting behaviors among preparatory school students in Zagazig city. *American Journal of Nursing Science*, 4(5), 247-54.
- Benevene, P., Ittan, M. M., & Cortini, M. (2018). Self-esteem and happiness as predictors of school teachers' health: The mediating role of job satisfaction. *Frontiers in Psychology*, 9, Article 933. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00933>
- Bloom, B. S., & Krathwohl, D. R. (2020). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Book 1, Cognitive domain*. Longman.
- Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health. (2022). *Thailand global school-based student health survey, 2021: GSHS*. Minni group. (in Thai)

- Cast, A. D., & Burke, P. J. (2002). A theory of self-esteem. *Social Forces*, 80(3), 1041-1068.
- Cherwanitchakorn, S, Shuaytong, P., & Karuhadej, P. (2019). *Health promoting behavior among nursing students in Dusit district*. The Institute of Research and Development, Suan Sunandha Rajabhat University. (in Thai)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum.
- Division of Non-communicable Diseases, Ministry of Public Health. (2023). *Number and mortality rate of 5 NCDs 2017-2021 (diabetes mellitus, hypertension, myocardial infarction, stroke, and chronic obstructive pulmonary disease) per 100,000 population classified to provinces, health areas, and overall country (including Bangkok)*. <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14480 &tid =32&gid=1-020> (in Thai)
- Leartsakornsiri, M., & Khampunyo, C. (2017). Factors associated with health promoting behaviors of nursing students at Saint Louis College during practice in the health care service. *Naresuan University Journal: Science and Technology*, 25(3), 67-76. (in Thai)
- Luangthongkum, N., & Phoyen, K. (2017). Mental health of adolescent students in schools located in Mueang Nakhon Pathom district, Mueang Nakhon Pathom Province. *Suan Dusit Graduate School Academic Journal*, 13(2), 91-110. (in Thai)
- Park, J., Kim, Y. H., Park, S. J., Suh, S., & Lee, H. J. (2016). The relationship between self-esteem and overall health behaviors in Korean adolescents. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 4(1), 175-185.
- Pasunon, P. (2014). Sample size determination from Krejcie and Morgan (1970): Approach in quantitative research. *The Journal of Faculty of Applied Arts*, 7(2), 112-120. (in Thai)
- Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., Arora, M., Azzopardi, P., Baldwin, W., Bonell, C., Kakuma, R., Kennedy, E., Mahon, J., McGovern, T., Mokdad, A. H., Patel, V., Petroni, S., Reavley, N., Taiwo, K., Waldfogel, J., ... Viner, R. M. (2016). Our future: A Lancet commission on adolescent health and well being. *The Lancet*, 387(10036), 2423-2478.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Pearson.
- Samutachak, P., & Kanchanachitra, M. (2014). What drives consumerism in Thai youth. *Thammasart Journal*, 33(1), 46-69. (in Thai)
- Santrock, J. W. (2014). *Essentials of life-span development* (3rd ed.). Mc Graw-Hill.

- Shaheen, A. M., Nassar, O. S., Amre, H. M., & Hamdan-Mansour, A. M. (2015). Factors affecting health-promoting behaviors of university students in Jordan. *Health*, 7(1), 1-7. <http://dx.doi.org/10.4236/health.2015.71001>
- Smith, M. K. (2005). *Happiness and education-Theory, practice and possibility*. <https://infed.org/mobi/happiness-and-education-theory-practice-and-possibility/>
- Solod, W. (2022). Sedentary behaviors increase the risk factor of developing non-communicable diseases (NCDs): Prevention guidelines. *Health Science Journal of Nakhon Ratchasima College*, 1(2), 42-53. (in Thai)
- Sripituk, T., Chutipattana, N., & Thongsamsi, A. (2019). Factors related to health literacy associated with consuming behavior and exercise in preventing obesity syndrome of adolescent students in Yala province. In Hatyai University, *The 10th Hatyai National and International Conference* (pp. 1529-1545). Hatyai University. (in Thai)
- Thongsuk, S., Putawatana, P., & Orathai, P. (2012). Health promoting behaviors of Ramathibodi nursing students. *Ramathibodi Nursing Journal*, 8(2), 177-189. (in Thai)
- Wankrathok, S., & Watcharaach, J. (2018). Factors related to health promotion behavior in junior high school students at educational service area office 18 Chonburi Province. *Journal of the Police Nurses*, 10(1), 132-141. (in Thai)
- Womble, D. M. & Kincheloe, C. A. (2020). *Introductory mental health nursing* (4th ed.). Wolters Kluwer.
- World Health Organization. (2022, 16 September). *Non-communicable diseases*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

บทความวิจัย (Research article)

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้คุณค่าในตนเอง การสร้างให้ผู้เรียนรู้จัก
และเห็นคุณค่าในตนเองกับประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียน
ของนักศึกษาพยาบาลในกรุงเทพมหานคร

The Relationship between Perceived Self-esteem, Establishment of
Learners' Self-esteem Recognition, and Learning Efficiency among
Nursing Students in Bangkok

พูนสุข ช่วยทอง^{1*}, พรพรรณ วรสีหะ², เปรมวดี คฤหเดช², สุรางค์ เชื้อวณิชชากร³
Poonsook Shuaytong^{1*}, Ponpun Vorasiha², Premwadee Karuhadej²,
Surang Cherwanitchakorn³

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: poonsook.sh@ssru.ac.th; เบอร์โทรศัพท์ 081-903 3165)

(Received: December 13, 2022; Revised: April 3, 2023; Accepted: April 11, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียน และความสัมพันธ์
ระหว่างการรับรู้คุณค่าในตนเอง การสร้างให้ผู้เรียนรู้จักและเห็นคุณค่าในตนเอง กับประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้าน
การเรียนของนักศึกษาพยาบาลในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลในกรุงเทพมหานคร
จำนวน 260 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดการรับรู้คุณค่าในตนเอง
แบบสอบถามการสร้างให้ผู้เรียนรู้จักและเห็นคุณค่าในตนเอง และแบบสอบถามประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการ
เรียน มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84, .92 และ .96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูล
ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

1. นักศึกษาพยาบาลในกรุงเทพมหานคร มีการรับรู้คุณค่าในตนเอง ($M = 77.25$, $SD = 11.03$)
และการสร้างให้ผู้เรียนรู้จักและเห็นคุณค่าในตนเอง ($M = 35.45$, $SD = 6.68$) อยู่ในระดับปานกลาง และ
ประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 79.07$, $SD = 15.66$) โดยมี
คะแนนเฉลี่ยสูงสุดในด้านมนุษยสัมพันธ์ ($M = 27.78$, $SD = 6.42$) ด้านแนวทางการปฏิบัติงาน ($M = 25.66$,
 $SD = 5.26$) และความรู้ด้านวิชาการ ($M = 25.57$, $SD = 5.03$) ตามลำดับ

¹ รองศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Associate Professor, College of Nursing and Health, Rajabhat Suan Sunandha University

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Assistant Professor, College of Nursing and Health, Rajabhat Suan Sunandha University

³ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Instructor, College of Nursing and Health, Suan Sunandha Rajabhat University

2. การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการสร้างให้ผู้เรียนรู้จักและเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .21$ และ $.23$ ตามลำดับ)

ผลการวิจัยนี้ สามารถนำไปประยุกต์ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียน โดยการพัฒนาการรับรู้คุณค่าในตนเอง และการสร้างให้ผู้เรียนรู้จักและเห็นคุณค่าในตนเอง

คำสำคัญ: การรับรู้คุณค่าในตนเอง, การรู้จักและเห็นคุณค่าในตนเอง, ประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียน, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

Descriptive research aims to study the learning efficiency in education and the relationship between perceived self-esteem, the establishment of learners' self-esteem recognition, and learning efficiency among nursing students in Bangkok. The sample, which includes 260 nursing students, is selected by using a simple random sampling method from 1st-4th level nursing students. Research instruments consist of a perceived self-esteem questionnaire, an establishment of learners' self-esteem recognition questionnaire, and a learning efficiency questionnaire developed by the researcher with Cronbach's alpha coefficients .84, .92, and .96, respectively. Data analysis using descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient. The results reveal that

1. Perceived self-esteem ($M = 77.25$, $SD = 11.03$), the establishment of learners' self-esteem recognition ($M = 35.45$, $SD = 6.68$), and learning efficiency as a whole ($M = 79.07$, $SD = 15.66$) are moderate level consisted of academic knowledge ($M = 25.57$, $SD = 5.03$), work practice guidelines ($M = 25.66$, $SD = 5.26$), and the appropriate level is human relations ($M = 27.78$, $SD = 6.42$).

2. The research results indicate that perceived self-esteem and the establishment of learners' self-esteem recognition are positively related to learning efficiency with statistical significance at $p < .001$ ($r = .21$ and $.23$, respectively).

The study result should be applied to activities to promote learning efficiency by considering on development of perceived self-esteem, and the establishment of learners' self-esteem recognition.

Keywords: Perceived self-esteem, Establishment of learners' self-esteem recognition, Learning efficiency, Nursing students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาการศึกษาเพื่อไปสู่ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์โดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางนั้น เป็นส่วนประกอบสำคัญประการหนึ่งของการจัดการเรียนรู้ในโลกยุคใหม่ ซึ่งควรพัฒนาผู้เรียนให้เป็นผู้มีความเพียร ใฝ่เรียนรู้ และมีทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิต การเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียน และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการทำงานและการดำเนินชีวิตต่อไป (Rungwachira et al., 2021) การเรียนรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมบุคคลให้มีความเจริญก้าวหน้าในชีวิต จึงเป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาคน การสอนเพื่อปัญญาแห่งความสำเร็จ เป็นการเสริมสร้างประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียน และเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เพราะผู้เรียนจำเป็นจะต้องมีทักษะในการทำงานอย่างเป็นระบบ มีความสามารถในการคิดเชิงวิเคราะห์ เชิงสร้างสรรค์ และการคิดเชิงปฏิบัติ ซึ่งความสามารถในการคิดทั้งสามประการนี้ เป็นองค์ประกอบของปัญญาแห่งความสำเร็จ (Sunhachavee, 2002) รวมทั้ง ประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านเจตคติ ด้านทักษะด้านความรู้ และความเข้าใจ มีผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานโดยรวม และในด้านคุณภาพ ด้านปริมาณ ผลงาน และด้านความตรงต่อเวลาในการทำงาน (Wajeetongratana, 2015)

การเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ การเรียนรู้ได้เร็วในระยะเวลาอันสั้น สามารถใช้ผลจากการเรียนรู้นั้นมาเป็นข้อมูลใหม่ในการปรับปรุงและพัฒนาให้เกิดความถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น อันเป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กับโปรแกรมการเรียนรู้ทั้งจากการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองและจากบุคคลอื่น (Kerdtham, 2002) สำหรับการเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นการประเมินตนเองตามความรู้สึกของตนว่าตนเป็นคนมีคุณค่า มีความสามารถ มีความสำคัญ สามารถประสบผลสำเร็จในการทำงาน มีความเชื่อมั่นในตนเอง นับถือตนเอง ยอมรับตนเองในทางบวก (Cast & Burke, 2002) ซึ่งพบว่าการเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน (Saekuang, 2015) ประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียนยังมีความเกี่ยวข้องกับตัวผู้เรียน ผู้สอน สื่อการเรียนรู้ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งผู้เรียนจะเป็นส่วนสำคัญที่จะเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียนได้ โดยปัจจัยส่วนบุคคลที่มาเสริมให้บุคคลได้เพิ่มประสิทธิภาพในตนเอง ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสื่อสารด้านการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ การมุ่งผลสำเร็จในการทำงาน และความสุขในการทำงาน สามารถร่วมกันทำนายประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Saekuang, 2015)

การได้พบคุณค่าในตนเอง ทำให้บุคคลมีความสุข เป็นผู้มองโลกในแง่ดีหรือการคิดในเชิงบวก มีเมตตากรุณา ฝึกฝนที่จะดูแลตนเอง และดูแลผู้อื่นอย่างมีสุขภาวะทางจิตวิญญาณ และจะเป็นผู้ที่มีจิตวิญญาณของการดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในอนาคตต่อไป (Wanchaitanawong et al., 2017) นอกจากนี้ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีศักยภาพสูงก็มีผลสำคัญต่อการส่งเสริมให้เกิดประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียน เช่นกัน สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ด้านสติปัญญา (Cognitive learning theory) กล่าวว่า วิธีการเรียนรู้ของผู้เรียนมาจากปัจจัยทั้งภายในและภายนอก รวมทั้งสิ่งแวดล้อมของผู้เรียนและอิทธิพลการเลี้ยงดูจากบิดามารดา ทฤษฎีนี้เชื่อว่า กระบวนการด้านจิตใจเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่สุดในการเรียนรู้ (Indeed editorial team, 2022) นักศึกษาพยาบาลจึงควรศึกษาอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ มีลักษณะเป็นบริบทที่เสริมสร้างการเรียนรู้ เป็นการสร้างให้ผู้เรียนรู้จักและเห็นคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยจึงนำการรับรู้

คุณค่าในตนเอง และการสร้างให้ผู้เรียนรู้จักและเห็นคุณค่าในตนเองมาศึกษากับประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียนของนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ซึ่งส่วนใหญ่มาจากต่างจังหวัดทั่วประเทศ และต้องอาศัยพักในหอพักเอกชน จึงจำเป็นต้องปรับตัวทั้งในด้านการเรียนและการใช้ชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในนักศึกษาพยาบาล เพื่อใช้ประโยชน์ในการกำหนดวิธีการส่งเสริมประสิทธิภาพการเรียนรู้ให้นักศึกษาพยาบาลอย่างมีทิศทางที่ชัดเจนต่อไป โดยมีคำถามวิจัยว่า การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการสร้างให้ผู้เรียนรู้จักและเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในกรุงเทพมหานครหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

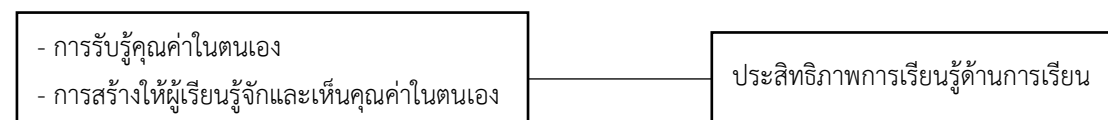
1. เพื่อศึกษาระดับของการรับรู้คุณค่าในตนเอง การสร้างให้ผู้เรียนรู้จักและเห็นคุณค่าในตนเอง และประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้คุณค่าในตนเอง การสร้างให้ผู้เรียนรู้จักและเห็นคุณค่าในตนเอง และประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในกรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้คุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในกรุงเทพมหานคร
2. การสร้างให้ผู้เรียนรู้จักและเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในกรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

ทฤษฎีการเรียนรู้ด้านสติปัญญา (cognitive learning theory) กล่าวว่า การเรียนรู้ของผู้เรียนมาจากปัจจัยทั้งภายในและภายนอก รวมทั้งสิ่งแวดล้อมของผู้เรียนและอิทธิพลการเลี้ยงดูจากบิดามารดา ทฤษฎีนี้เชื่อว่า กระบวนการด้านจิตใจเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่สุดในการเรียนรู้ (Indeed editorial team, 2022) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียน การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการสร้างให้ผู้เรียนรู้จักและเห็นคุณค่ามาศึกษาหาความสัมพันธ์กัน โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้คุณค่าในตนเอง การสร้างให้ผู้เรียนรู้จักและเห็นคุณค่าในตนเองกับประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในกรุงเทพมหานคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร ชั้นปีที่ 1-4 ของวิทยาลัยพยาบาล และสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ปีการศึกษา 2561 ภาคการศึกษาที่ 2 จำนวน 479 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร ชั้นปีที่ 1-4 คำนวณหาขนาดตัวอย่างด้วยตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (1970 อ้างถึงใน Pasunon, 2013) ได้ขนาดตัวอย่าง 214 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 20 เปอร์เซ็นต์ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 260 คน และกำหนดสัดส่วนของนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปีเท่ากัน คือ 65 คนต่อชั้นปี โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่คืนที่จากรายชื่อนักศึกษาพยาบาลในแต่ละชั้นปี โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีผลการเรียนในภาคการศึกษาที่ผ่านมาสูงกว่า 2.00 2) ไม่เคยเรียนซ้ำชั้น 3) ไม่มีปัญหาในการสื่อสารและการรับรู้ และ 4) สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยได้รับการบอกกล่าวอย่างเต็มใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม จำแนกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล เป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปีที่ศึกษา จำนวนเงินที่ได้รับต่อเดือน และความพอเพียงของค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้คุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยดัดแปลงตามแนวคิดของ Coopersmith (1981) เป็นมาตราวัดประเมินค่ามี 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ระหว่างมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน และน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน ตามลำดับ จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวก 10 ข้อ และข้อความเชิงลบ 10 ข้อ คิดคะแนนรวม โดยมีคะแนนระหว่าง 20-100 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสร้างให้ผู้เรียนรู้จักและเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากงานวิจัยเรื่อง กระบวนการการสร้างเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Kalunyu, 2012) จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราวัดประเมินค่ามี 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ระหว่างมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน และน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน ตามลำดับ คิดคะแนนรวม โดยมีคะแนนระหว่าง 10 – 50 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากงานวิจัยเรื่อง การประเมินประสิทธิภาพการฝึกงานของนักศึกษา คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี (Chunsai & Charoenthanavit, 2010) จำนวน 21 ข้อ จำแนกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ด้านวิชาการ แนวทางการปฏิบัติงาน และมนุษยสัมพันธ์ เป็นมาตราวัดประเมินค่ามี 5 ระดับ ระหว่างมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน และน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน ตามลำดับ คิดคะแนนรวม โดยมีคะแนนระหว่าง 21-105 คะแนน

แบบสอบถามส่วนที่ 2-4 มีการแปลงคะแนนเป็นร้อยละ เทียบกับคะแนนเต็มในรายด้าน และโดยรวม จำแนกออกเป็น 3 ระดับ โดยอิงเกณฑ์ ดังนี้ (Bloom, 1979)

คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	หมายถึง ระดับสูง
คะแนนระหว่าง ร้อยละ 60-79	หมายถึง ระดับปานกลาง
คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 59	หมายถึง ระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยอาจารย์พยาบาลจำนวน 3 ท่าน มีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ของแบบวัดการรับรู้คุณค่าในตนเอง แบบสอบถามการสร้างให้ผู้เรียนรู้จักและเห็นคุณค่าในตนเอง และประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียน เท่ากับ .95, .90, และ .90 ตามลำดับ นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่น (reliability) โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .84, .92 และ .96 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา และได้รับอนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดี วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ผู้วิจัยเข้าพบนักศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าร่วมงานวิจัย วัตถุประสงค์ การรักษาความลับข้อมูลส่วนบุคคล การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และให้สิทธิกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามความความสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผลการเรียนของนักศึกษา

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ในเดือนมกราคม 2562 ผู้วิจัยอธิบายชี้แจงในการตอบแบบสอบถามทั้งหมดและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามอย่างอิสระ โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที และรอรับแบบสอบถามกลับคืนทันที โดยเมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยทำแบบสอบถามเสร็จให้นำแบบสอบถามบรรจุใส่ซองและหย่อนใส่ในกล่องที่เตรียมไว้หน้าห้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) วิเคราะห์คะแนนที่ได้จากแบบสอบถาม ข้อมูลจากแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าในตนเอง การสร้างให้ผู้เรียนรู้จักและเห็นคุณค่าในตนเอง กับประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียน โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและนำคะแนนเฉลี่ยมาจัดระดับเทียบกับเกณฑ์

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้คุณค่าในตนเอง การสร้างให้ผู้เรียนรู้จักและเห็นคุณค่าในตนเอง กับประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียน โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า ทุกตัวแปรมีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ (normality) โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) ดังนี้ (Cohen, 1988)

$\leq \pm .30$	หมายถึง ระดับต่ำ
ระหว่าง $\pm .31 - \pm .70$	หมายถึง ระดับปานกลาง
$\geq \pm .71$	หมายถึง ระดับสูง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ตามหนังสือเลขที่ COA. 1-068/2018 ลงวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ.2561 กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าร่วมงานวิจัย วัตถุประสงค์ การรักษาความลับข้อมูลส่วนบุคคล และให้สิทธิกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามความความสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผลการเรียนของนักศึกษา นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และทำลายข้อมูลการวิจัยภายหลังจากการได้รับการเผยแพร่ ภายในเวลา 2 ปี

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.00 มีอายุระหว่าง 21–25 ปี ร้อยละ 70.80 อายุ 18-20 ปี ร้อยละ 28.80 และอายุ 26-30 ปี ร้อยละ .40 ($M = 20.69$, $SD = 1.42$) มีจำนวนเงินที่ได้รับต่อเดือนมากกว่า 9,000 บาท/ เดือน มากที่สุด ร้อยละ 44.70 รองลงมา 6,001-9,000 บาท/เดือน ร้อยละ 29.60 ระหว่าง 3,001-6,000 บาท/เดือน ร้อยละ 29.60 และระหว่าง 1,000-3,000 บาท/เดือน ร้อยละ 2.60 ความพอเพียงของค่าใช้จ่ายต่อเดือนส่วนใหญ่พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 61.50 พอใช้และมีเหลือเก็บ ร้อยละ 31.60 ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 5.40 และไม่พอใช้และมีหนี้สิน ร้อยละ 1.50

2. ระดับของการรับรู้คุณค่าในตนเอง การสร้างให้ผู้เรียนรู้จักและเห็นคุณค่าในตนเอง และประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเอง ($M = 77.25$, $SD = 11.03$) การสร้างให้ผู้เรียนรู้จักและเห็นคุณค่าในตนเอง ($M = 35.45$, $SD = 6.68$) และประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียนโดยรวม ($M = 79.07$, $SD = 15.66$) อยู่ในระดับปานกลาง การจำแนกประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียนรายด้านพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ความรู้ด้านวิชาการ ($M = 25.57$, $SD = 5.03$) แนวทางการปฏิบัติงาน ($M = 25.66$, $SD = 5.26$) และระดับสูง คือ ด้านมนุษยสัมพันธ์ ($M = 27.78$, $SD = 6.42$) รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับของการรับรู้คุณค่าในตนเอง การสร้างให้ผู้เรียนรู้จักและเห็นคุณค่าในตนเองและประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในกรุงเทพมหานคร ($n = 260$)

ตัวแปร	M	SD	ระดับ
การรับรู้คุณค่าในตนเอง	77.25	11.03	ปานกลาง
การสร้างให้ผู้เรียนรู้จักและเห็นคุณค่าในตนเอง	35.45	6.68	ปานกลาง
ประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียน	79.07	15.66	ปานกลาง
ความรู้ด้านวิชาการ	25.57	5.03	ปานกลาง
แนวทางการปฏิบัติงาน	25.66	5.26	ปานกลาง
มนุษยสัมพันธ์	27.78	6.42	สูง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้คุณค่าในตนเอง การสร้างให้ผู้เรียนรู้จักและเห็นคุณค่าในตนเอง กับประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้คุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียนโดยรวม ($r = .21$, $p < .001$) และในด้านความรู้ด้านวิชาการ แนวทางการปฏิบัติงาน และมนุษยสัมพันธ์ ($r = .16$, $.18$, $.19$; $p < .001$) การสร้างให้ผู้เรียนรู้จักและเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียนโดยรวม ($r = .23$, $p < .001$) และในด้านความรู้ด้านวิชาการ แนวทางการปฏิบัติงาน และมนุษยสัมพันธ์ ($r = .25$, $.23$, $.21$; $p < .001$) รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) ระหว่างการรับรู้คุณค่าในตนเอง การสร้างให้ผู้เรียนรู้จักและเห็นคุณค่าในตนเอง และประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในกรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายด้านและโดยรวม ($n = 260$)

ตัวแปร	โดยรวม	ความรู้ด้านวิชาการ	แนวทางการปฏิบัติงาน	มนุษยสัมพันธ์
การรับรู้คุณค่าในตนเอง	.21***	.16***	.18***	.19***
การสร้างให้ผู้เรียนรู้จักและเห็นคุณค่าในตนเอง	.23***	.25***	.23***	.21***

*** $p < .001$

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้คุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียนโดยรวม และในรายด้านความรู้ด้านวิชาการ แนวทางการปฏิบัติงาน และมนุษยสัมพันธ์ ($r = .21$, $.16$, $.18$, $.19$; $p < .001$) หมายความว่า หากมีคุณค่าในตนเองสูง ก็จะสามารถในการเรียนโดยรวมดี มีความรู้ด้านวิชาการดี มีแนวทางการปฏิบัติงานดี และมีมนุษยสัมพันธ์ดี โดยมี

ค่าความสัมพันธ์อยู่ในระดับน้อย เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (Doulat, 2018; Sharma & Sharma, 2021) และผลการศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความเครียดทางวิชาการของนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จะมีความเครียดทางวิชาการสูง จึงควรมีแนวทางในการดูแลเพื่อลดความเครียดทางวิชาการ เพื่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพต่อไป (Pandey, & Chalise, 2015) เพราะว่าเมื่อนักศึกษาพยาบาลมีคุณค่าในตนเอง จะนำมาซึ่งการมีความสุขในตนเอง เป็นผู้มองโลกในแง่ดีหรือการคิดในเชิงบวก จึงสนใจใส่ใจการเรียนรู้ เพิ่มพูนความรู้ด้านวิชาการ แนวทางการปฏิบัติงานและมนุษยสัมพันธ์ได้อย่างเต็มศักยภาพ สามารถนำความรู้ประยุกต์ใช้ประโยชน์ ตลอดจนการมีความกระตือรือร้นในการหาความรู้เพิ่มเติม รวมทั้ง ในด้านการปฏิบัติงานนั้น ก็จะสามารถนำซึ่งการที่มีความขยันอดทนในการปฏิบัติงาน การนำความรู้มาประยุกต์ใช้ระหว่างฝึกงานการพยาบาล รวมถึงการรู้จักแก้ปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเอง ตลอดจนเพิ่มความรู้สึกที่ดีให้ตนเอง รู้สึกภาคภูมิใจในตนเองที่ผ่านการกระทำที่สำเร็จ ทั้งความคิดและการกระทำ ซึ่งเป็นการเสริมสร้างความรู้สึกที่ดีมีคุณค่าในตนเองจากการกระทำของตนเอง (Cast & Burke, 2002) ในด้านมนุษยสัมพันธ์ ทั้งการรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น การมีสัมมาคารวะและรู้จักเคารพผู้อาวุโสกว่า และการให้ความร่วมมือแก่เพื่อนร่วมงาน ล้วนแต่เป็นการเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง เมื่อบุคคลเข้าใจและเห็นใจผู้อื่นเช่นเดียวกับที่เข้าใจตนเอง จะช่วยให้เกิดความเกื้อกูลซึ่งกันและกัน การที่นักศึกษาพยาบาลจะเป็นผู้ที่มีจิตวิญญาณของการดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในอนาคตต่อไป สามารถทำได้โดยการฝึกปฏิบัติกิจกรรมกลุ่มอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การสวดมนต์ และทำสมาธิ (meditation) การฟังอย่างลึกซึ้ง (deep listening) การสะท้อนความคิด (reflection) การเล่าเรื่อง (story telling) การเรียนรู้จากกรณีตัวอย่างผ่านสื่อวีดิทัศน์ และการเรียนรู้จากสถานการณ์จริง (Wanchaitanawong et al., 2017)

การสร้างให้ผู้เรียนรู้จักและเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียนโดยรวม และในด้านความรู้ด้านวิชาการ แนวทางการปฏิบัติงาน และมนุษยสัมพันธ์ ($r = .23, .25, .23, .21, p < .001$) ซึ่งให้เห็นว่าการสร้างให้ผู้เรียนรู้จักและเห็นคุณค่าในตนเองที่เหมาะสม ก็จะส่งผลต่อประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียนโดยรวมที่ดี รวมทั้งในด้านความรู้ด้านวิชาการ แนวทางการปฏิบัติงาน และมนุษยสัมพันธ์ที่ดี อย่างไรก็ตามผลการวิจัยนี้พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 77.25, SD = 11.03$) แสดงว่า นักศึกษาพยาบาลควรจะได้รับ การสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้รู้จักและเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในประเด็นการได้รับการยอมรับและชื่นชมจากอาจารย์ การได้รับกำลังใจให้เกิดความกล้า ความหวังและมั่นใจที่จะเผชิญและจัดการกับอุปสรรคหรือปัญหาที่ยุ้งยากในชีวิต การที่อาจารย์จัดกิจกรรมให้ผู้เรียนได้รู้จักตนเองและผู้อื่น ทำให้เกิดความห่วงใยซึ่งกันและกัน และการมีโอกาสดำตามความต้องการหรือความสามารถของตนเอง พัฒนาการได้รับการยอมรับและชื่นชมจากอาจารย์ โดยการเปิดโอกาสทดลองประสบการณ์ต่าง ๆ เนื่องจากอาจารย์เป็นบุคคลที่มีความสำคัญและเป็นหนึ่งในปัจจัยที่กำหนดและมีอิทธิพลต่อความภาคภูมิใจในตนเองของผู้เรียน ดังผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ของนักศึกษาในรายวิชาหลักการและเทคนิคทางการ

พยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ พบว่า ปัจจัยด้านผู้สอนที่มีประสบการณ์และมีลำดับขั้นตอนการสอน การนิเทศงานต้องเป็นกัลยาณมิตร ใจเย็น คอยกระตุ้นให้นักศึกษามีทัศนคติเชิงบวกต่อวิชาชีพ ปัจจัยด้านผู้เรียนต้องมีความสนใจ ใฝ่รู้ หมั่นทบทวนเนื้อหาวิชา และลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (Minanon et al., 2013)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา และสถาบันการศึกษาพยาบาลศาสตร์ สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียน การรับรู้คุณค่าในตนเอง และการสร้างให้ผู้เรียนรู้จักและเห็นคุณค่าในตนเอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ทำการวิจัยและพัฒนาการเสริมสร้างการรับรู้คุณค่าในตนเอง และการสร้างให้ผู้เรียนรู้จักและเห็นคุณค่าในตนเอง เพื่อประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านการเรียนที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ที่ได้สนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- Bloom, B. S. (1979). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook/ cognitive domain*. Longman.
- Cast, A. D., & Burke, P. J. (2002). A theory of self-esteem. *Social Forces*, 80(3), 1041-1068.
- Chunsai, B., & Charoenthanavit, P. (2010). Evaluate the effectiveness of the practicum of students from the Faculty of Science and Technology, Prince of Songkla University, Pattani Campus. *Academic Services Journal, Prince of Songkla University*, 21(1), 110-137. (in Thai)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Coopersmith, S. (1981). *Self-esteem inventories*. Consulting Psychologists Press.
- Doulat, A. S. A. (2018). The relationship between self-esteem and academic achievement in the scientific concepts and methods of teaching course among female students of the class-teacher at the University of Jordan. *Modern Applied Science*, 12(2), 164-170.
- Indeed editorial team. (2022, July 22). *Learning theory: definition and types of learning theories*. <https://uk.indeed.com/career-advice/career-development/learning-theory-definition>

- Kalunyu, P. (2012). *Using positively behavioral conclusion activities and group work activities to develop student self-esteem in the course of self development*, Suan Sunandha Rajabhat University. Research Institute at Saun Sunandha Rajabhat University. <http://ereseach.ssru.ac.th/handle/123456789/217> (in Thai)
- Kerdtham, C. (2002). *Teaching technique of child center learning*. Thai Wattanapanich Printing. (in Thai)
- Minanon, R., Parnsumritchok, J., Punyadee, J., Wiwathakamonchai, A., & Kemathad, C. (2013). Factors influence the teaching and learning of nursing students in the principles and techniques of nursing subject, Borommarajonari College of Nursing, Chiang Mai. *Nursing Journal*, 40(4), 126-138. (in Thai)
- Pandey, R. A., & Chalise, H. N. (2015). Self-esteem and academic stress among nursing students. *Kathmandu University Medical Journal*, 13(4), 298-302.
- Pasunon, P. (2013). Sample size determination from Krejcie and Morgan (1970): Approach in quantitative research. *The Journal of Faculty of Applied Arts*, 7(2), 112-120. (in Thai)
- Rungwachira, O., Tangwanchaoen, S., & Kiatkanon, K. (2021). Management of learning in modern world to enhance the characteristics of the new generation. *Journal of URBU Educational Review (Online)*, 1(1), 97-106. (in Thai)
- Saekuang, P. (2015). *Competency, self-esteem, and happiness at work affecting the efficiency of salesperson in Bangkok* [Unpublished Master's thesis]. Bangkok University. (in Thai)
- Sharma, P., & Sharma, D. M. (2021). Relationship between self-esteem and academic achievement of secondary school students. *Elementary Education Online*, 20(1), 3208-3208. <https://www.ilkogretim-online.org/fulltext/218-1621787245.pdf>
- Sunhachavee, A. (2002). *Teaching for successful intelligence to increase student learning and achievement*. Pearson Education Indochina. (in Thai)
- Wajeetongratana, P. (2015). The influence of learning efficiency toward job performance effectiveness on accountants in Nakhonratchasima Province. *Journal of the Associations of Researchers*, 20(1), 85-94. (in Thai)
- Wanchaitanawong, W., Yottavee, W., & Chaiwongnakkapun, C. (2017). Development of awareness in value if life for nursing students. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 9(2), 112-127. (in Thai)

บทความวิจัย (Research article)

ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของข้าราชการทหารที่

สำนักงานแพทย์ทหาร กองบัญชาการกองทัพไทย

Factors Affecting the Use of Non-Communicable Diseases

Treatment Services of Military Officers at Medical Office,

Royal Thai Armed Forces Headquarters

ปัทิปัท วุฒิตaylorักษ์^{1*}, นิตยา เพ็ญศิริณภา², เอกพล กาละดี³

Patipat Wutivitayarak^{1*}, Nittaya Pensirinapa², Akaphol Kaladee³

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: dr.patipat@gmail.com; เบอร์โทรศัพท์ 094-9961453)

(Received: December 21, 2022; Revised: April 1, 2023; Accepted: April 11, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบสำรวจเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาอัตราการใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของข้าราชการทหารที่สำนักงานแพทย์ทหาร กองบัญชาการกองทัพไทย (สนพ.) และ 2) อิทธิพลของปัจจัยดังกล่าวต่อการใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ สนพ. กลุ่มตัวอย่าง คือ ข้าราชการทหารสังกัดกองบัญชาการกองทัพไทยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน จำนวน 350 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบชั้นภูมิตามหน่วยงานในพื้นที่กองบัญชาการกองทัพไทย เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยคุณภาพการให้บริการ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87 และ .84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัยพบว่า 1) อัตราการให้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของข้าราชการทหาร ที่ สนพ. เท่ากับ ร้อยละ 67.14 2) ข้าราชการทหารที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นชาย อายุเฉลี่ย 49.63 ปี มีสถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับปริญญาตรี รายได้ต่อเดือน 30,001-40,000 บาท เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีระยะเวลาที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี และไม่มีโรคประจำตัวชนิดอื่น ปัจจัยด้านความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก ปัจจัยด้านคุณภาพบริการพบว่ามีอยู่ในระดับมาก 3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ สนพ. คือ ความน่าเชื่อถือ

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

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

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

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

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

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

ไว้วางใจในการบริการ โดยสามารถอธิบายโอกาสที่ข้าราชการจะไปใช้บริการรักษาที่ สนพ.ได้เป็น 1.94 เท่า (95% CI = 1.02-3.72)

ผลการวิจัยนี้ นำไปปรับปรุงคุณภาพการให้บริการรักษา การเพิ่มขีดความสามารถในการรักษาโรคให้ครอบคลุมทุกกลุ่มโรค การเพิ่มจำนวนบุคลากรให้เพียงพอต่อการให้บริการ และรักษามาตรฐานด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจในการให้บริการต่อไป

คำสำคัญ: โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, การใช้บริการรักษาโรค, การเข้าถึงบริการ, คุณภาพบริการ, ข้าราชการทหาร

Abstract

The analytical survey research's objectives are to explore: 1) the rate of using non-communicable disease (NCD) treatment services; 2) the influence of these factors towards the use of NCD treatment, all involving military officers attending the Medical Office (MEDO) at the Royal Thai Armed Forces Headquarters. This study was conducted on a sample of 350 military officers at the Royal Thai Armed Forces Headquarters selected by using stratified random sampling of military officers who have hypertension and/or diabetes mellitus with NCDs. The data collection tool is a questionnaire with a reliability value of 0.87–0.84. Data are analyzed by using descriptive statistics, the Chi-square test, and binary logistic regression analysis.

The results show, among all respondents attending MEDO, that: 1) The rate of using NCD treatment services at MEDO is 67.14%; 2) most of them are married men aged 49.63 years on average, graduated with a bachelor's degree, have a monthly income of 30,001–40,000 baht, have hypertension or NCD for <5 years and no other underlying diseases. For service accessibility and service quality, the level of satisfaction is high. 3) The only factor influencing the use of NCD treatment services is reliability, which could enhance the chance of using such services at MEDO to 1.94-fold (95% CI, 1.02-3.72).

Recommendations from the study MEDO should be adopted as a recommendation to appropriately improve service quality, especially in terms of increasing the ability to treat diseases that are not covered more and increasing the number of personnel to be sufficient for the provision of services appropriately. MEDO should maintain standards of service reliability so that customers have confidence that will lead to service in the future.

Keywords: Non-communicable diseases, Use of treatment services, Accessibility to health services, Quality of service, Military officers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ โรคที่เป็นผลจากปัจจัยทางด้านพันธุกรรม การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมในการใช้ชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย 4 กลุ่มโรค ได้แก่ 1) โรคหัวใจและหลอดเลือด 2) โรคมะเร็ง 3) โรคระบบทางเดินหายใจ และ 4) โรคเบาหวาน โดยพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั่วโลกในแต่ละปี ประมาณร้อยละ 74 ของอัตราการเสียชีวิตทั่วโลก (World Health Organization, 2022) จากข้อมูล Centers for Disease Control and Prevention ของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าในปี ค.ศ. 2020 มีอัตราการเสียชีวิตด้วยสาเหตุของโรคหัวใจ เท่ากับ 168.2 ต่อประชากรแสนคน โรคมะเร็ง เท่ากับ 144.1 ต่อประชากรแสนคน โรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 38.8 ต่อประชากรแสนคน และโรคเบาหวาน เท่ากับ 24.8 ต่อประชากรแสนคน (Murphy et al, 2021) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 พบอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในช่วงอายุ 30-69 ปี ด้วยโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ ร้อยละ 4.7, 7.2, 19.3, 30.3, และ 44.3 ตามลำดับ ซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมของประเทศ (Karnjanapiboonwong et al., 2020) จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบว่า มีความชุกโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานเพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุ (Aekplakorn, 2021) เช่นเดียวกันกับผลสำรวจสุขภาพของข้าราชการทหาร สังกัดกองบัญชาการกองทัพไทย ประจำปีงบประมาณ 2560 – 2564 พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.41, 20.56, 18.40, 21.13 และ 25.62 ตามลำดับ และความชุกของโรคเบาหวานซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 5.88, 5.61, 5.52, 2.57 และ 7.41 ตามลำดับ (Preventive Medicine Division, 2022)

ข้าราชการทหาร หมายถึง ทหารประจำการและข้าราชการกลาโหมพลเรือนที่บรรจุในตำแหน่งอัตราทหาร (Military Service Regulations Act B.E., 1978) กองบัญชาการกองทัพไทย มีสำนักงานแพทย์ทหารเป็นหน่วยให้บริการมีหน้าที่ในการตรวจรักษา ให้คำแนะนำ ตลอดจนดำเนินการด้านเวชกรรมป้องกันให้แก่กำลังพลสังกัดกองบัญชาการกองทัพไทย โดยมีที่ตั้งอยู่ภายในกองบัญชาการกองทัพไทย พื้นที่แจ้งวัฒนะ และกรมยุทธบริการทหาร บางซื่อ มีบุคลากรทางการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ ห้องปฏิบัติการทางชีวเคมีที่ได้มาตรฐาน และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน ซึ่งมีความใกล้เคียงในการบริการผู้ป่วยนอกกับโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมอื่น ๆ มีเวลาการให้บริการในวันและเวลาราชการที่ข้าราชการทหารสามารถเข้ารับบริการได้สะดวก และข้าราชการทหารสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้จากกรมบัญชีกลาง การให้บริการดูแลรักษาสุขภาพ ของสำนักงานแพทย์ทหาร กองบัญชาการกองทัพไทย โดยเฉพาะในการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้กับข้าราชการทหาร คำนึงถึงตัวชี้วัดสำคัญหนึ่งที่แสดงถึงประสิทธิภาพของระบบสุขภาพคือ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งสามารถใช้ในการประเมินติดตาม และพัฒนาประสิทธิภาพของระบบบริการให้บรรลุตามเป้าหมาย ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้นิยามการเข้าถึงบริการสุขภาพไว้ 5 มิติ ได้แก่ 1) การเข้าถึงได้ของบริการ (approachability) คือ ความตระหนักรู้ถึงความจำเป็นต้องได้รับบริการ 2) ความยอมรับในการให้และรับบริการ (acceptability) คือ ความสามารถในการค้นหาหรือเลือกใช้บริการสุขภาพ 3) การมีอยู่หรือความเพียงพอของบริการสุขภาพ

(availability) คือ ความสามารถในการเข้าถึงในประเด็นของการให้บริการ 4) ความสามารถในการสนับสนุนค่าใช้จ่ายของการให้บริการ (affordability) คือ ความสามารถในการจ่ายของผู้รับบริการและการตั้งค่าใช้จ่ายของบริการสุขภาพ และ 5) ความเหมาะสมในการให้บริการสุขภาพ (appropriateness) คือ ความสามารถในการรับบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Levesque et al., 2013)

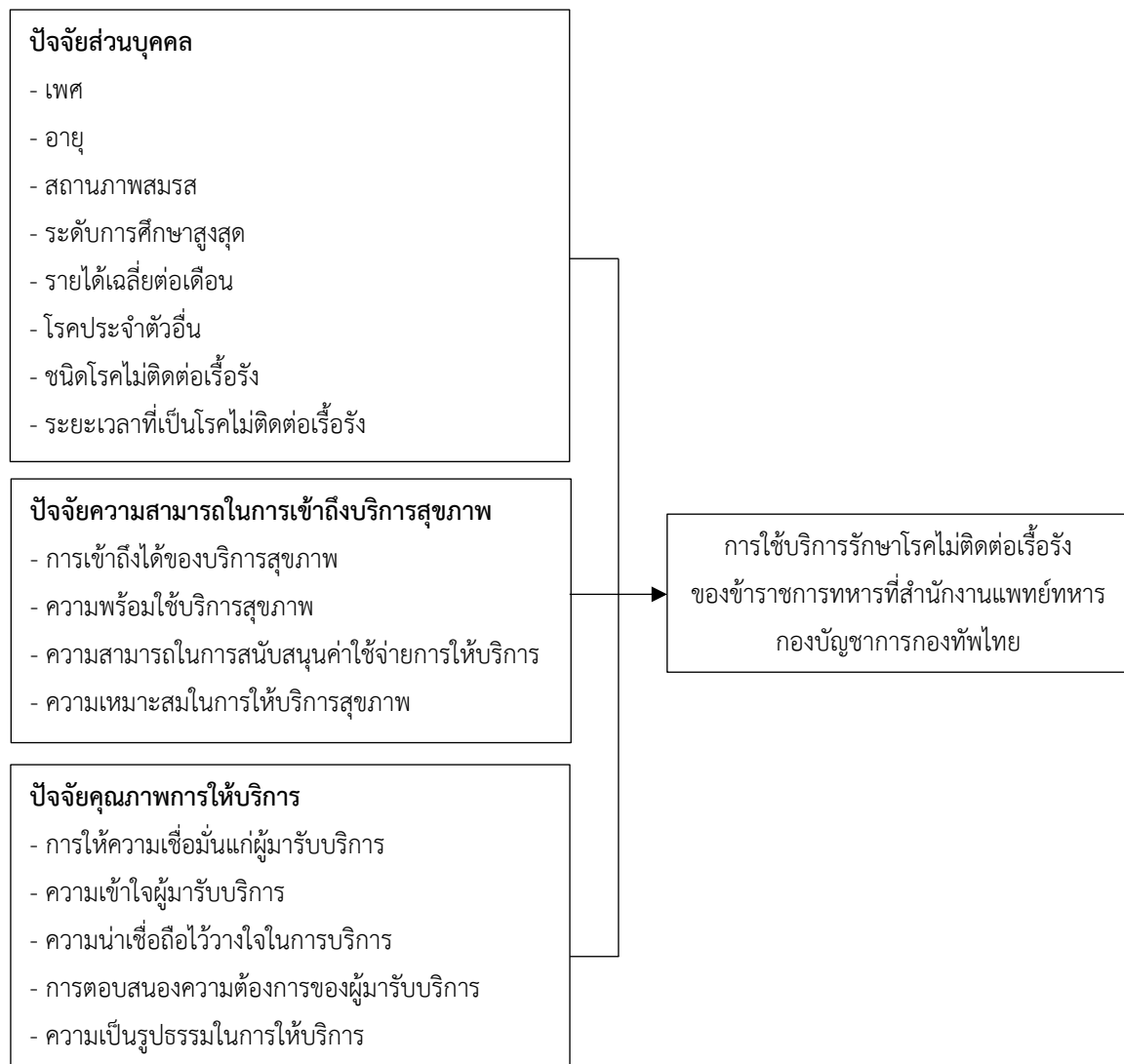
คุณภาพการให้บริการเป็นความสามารถในการตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้ใช้บริการได้เป็นอย่างดี พิจารณาจากความน่าเชื่อถือ ความสะดวกรวดเร็ว ความคุ้มค่า ทั้งด้านราคา คุณภาพ และปริมาณของสินค้าและบริการ (Parasuraman et al., 1985) โดยมีเครื่องมือสำหรับการวัดคุณภาพการให้บริการ หรือ SERVQUAL 5 มิติ ซึ่งเป็นความสามารถของผู้ให้บริการ ได้แก่ 1) การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้มารับบริการ (assurance) 2) การเข้าใจผู้มารับบริการ (empathy) เพื่อให้ทราบความต้องการของผู้รับบริการ และสามารถตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวังนั้นได้ 3) ความเชื่อถือไว้วางใจ (reliability) เป็นการให้บริการตรงตามที่ให้สัญญาไว้ด้วยความถูกต้อง เหมาะสม ครบถ้วน และได้ผลการให้บริการเป็นเช่นเดิมในทุกจุดการให้บริการโดยความสม่ำเสมอ 4) การตอบสนองต่อผู้มารับบริการ (responsiveness) เป็นความพร้อมและเต็มใจในการบริการเพื่อตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ของผู้มารับบริการอย่างรวดเร็วทันที และผู้เข้ารับบริการสามารถเข้ารับบริการได้อย่างสะดวกในทุกครั้ง และ 5) ความเป็นรูปธรรมในการให้บริการ (tangibility) เป็นสิ่งที่องค์การนำเสนอออกมาเป็นรูปธรรมเพื่อจะทำให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงการบริการนั้นได้ชัดเจนมากขึ้น (Parasuraman et al., 1988) เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ในการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคือ การบรรเทาความรุนแรงของโรค ลดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิต โดยเน้นในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและควบคุมสภาวะโรคที่อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง การเข้าถึงบริการสุขภาพและคุณภาพในการบริการของสำนักงานแพทยทหาร กองบัญชาการกองทัพไทย (สนพ.) จึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเลือกใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าว รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวาน ทั้งที่เข้ารับและไม่เข้ารับบริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ สนพ. ระหว่าง ตุลาคม พ.ศ. 2564 จนถึง สิงหาคม พ.ศ. 2565 ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลสำหรับการปรับปรุงการบริการได้ตรงกับความต้องการของข้าราชการทหาร กองบัญชาการกองทัพไทย รวมทั้ง สามารถใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้สะดวก รวดเร็ว และได้รับความพึงพอใจสูงสุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราการเข้าใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของข้าราชการทหารที่สำนักงานแพทยทหาร กองบัญชาการกองทัพไทย
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยด้านคุณภาพการให้บริการ ต่อการเข้ารับบริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำนักงานแพทยทหาร กองบัญชาการกองทัพไทย ของข้าราชการทหาร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาการใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำนักงานแพทยทหาร กองบัญชาการกองทัพไทย ของข้าราชการทหารนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ชนิดของโรคประจำตัว และระยะเวลาที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Guolla et al., 2017; Tunwong et al., 2016) 2) ปัจจัยความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงได้ของบริการสุขภาพ ความพร้อมใช้บริการสุขภาพ ความสามารถในการสนับสนุนค่าใช้จ่ายการให้บริการ และความเหมาะสมในการให้บริการสุขภาพ (Levesque et al., 2013) และ 3) ปัจจัยคุณภาพการให้บริการตามแบบจำลอง SERVQUAL ได้แก่ การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้มารับบริการ ความเข้าใจผู้มารับบริการ ความน่าเชื่อถือไว้วางใจในการบริการ การตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการ และความเป็นรูปธรรมในการให้บริการ (Parasuraman et al., 1988) โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของข้าราชการทหารที่สำนักงานแพทยทหาร กองบัญชาการกองทัพไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจวิเคราะห์ (analytical survey research) มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ข้าราชการทหารทั้งเพศชายและหญิง อายุระหว่าง 18-60 ปี สังกัดกองบัญชาการกองทัพบกไทยที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวานทั้งหมด จากการรายงานของผลสำรวจสุขภาพ โดยกองเวชกรรมป้องกัน สนพ. ประจำปีงบประมาณ 2564 จำนวน 6,324 คน (Preventive Medicine Division, 2022)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ข้าราชการทหารชายและหญิง อายุระหว่าง 18-60 ปี สังกัดกองบัญชาการกองทัพบกไทยที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวานทั้งที่เข้ารับและไม่เข้ารับการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ สนพ. ระหว่าง ตุลาคม พ.ศ. 2564 จนถึง สิงหาคม พ.ศ. 2565 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยใช้สูตรของ Krejcie and Morgan (1970) กำหนดค่าความคาดเคลื่อน 5% ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ .38 จากความชุกของโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวานของข้าราชการทหาร กองบัญชาการกองทัพบกไทยในการสำรวจสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2564 (Preventive Medicine Division, 2022) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 350 คน โดยมีเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) ข้าราชการทหารทั้งเพศชายและเพศหญิงที่รับราชการในกองบัญชาการกองทัพบกไทย พื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา และภายในกรมยุทธบริการทหารบางซ่งอน ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง 2) อายุระหว่าง 18-60 ปี และ 3) ยินดีให้ข้อมูลการวิจัย คัดเลือกโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) จำแนกตามกรมของกองบัญชาการกองทัพบกไทย ที่มีที่ตั้งภายในกองบัญชาการกองทัพบกไทย พื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา และกรมยุทธบริการทหาร กองบัญชาการกองทัพบกไทย จำนวน 10 กรม กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจากแต่ละกรมตามสัดส่วนประชากร และทำการสุ่มตัวอย่างจากแต่ละกรม ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประเภทโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระยะเวลาที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และประวัติโรคประจำตัวอื่น ลักษณะเป็นการเลือกตอบ หรือเติมข้อความให้ตรงกับความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ จำแนกเป็น 4 ด้านๆ ละ 3 ข้อ ได้แก่ 1) การเข้าถึงได้ของบริการสุขภาพ 2) ความพร้อมใช้บริการสุขภาพ 3) ความสามารถในการสนับสนุนค่าใช้จ่ายการให้บริการ และ 4) ความเหมาะสมในการให้บริการสุขภาพ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ระหว่าง เห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน และมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน คิดคะแนนรวมในแต่ละด้านซึ่งมีคะแนนระหว่าง 3-15 คะแนน จำแนกคะแนนรวม ในแต่ละด้านออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Silanoi & Chindaprasert, 2019)

คะแนนระหว่าง 3 – 6 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย

คะแนนระหว่าง 7 – 10 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 11 – 15 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยคุณภาพการให้บริการ สนพ. จำนวน 20 ข้อ จำแนกเป็น 5 ด้านๆ ละ 4 ข้อ ได้แก่ 1) การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้มารับบริการ 2) ความเข้าใจผู้มารับบริการ 3) ความน่าเชื่อถือไว้วางใจในการบริการ 4) การตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการ และ 5) ความเป็นรูปธรรมในการให้บริการ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ระหว่างพึงพอใจน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน และมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน คิดคะแนนรวมในแต่ละด้านซึ่งมีคะแนนระหว่าง 4-20 คะแนน จำแนกคะแนนรวม ในแต่ละด้านออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Silanoi & Chindaprasert, 2019)

คะแนนระหว่าง 4.00 – 9.32 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย

คะแนนระหว่าง 9.33 - 14.65 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 14.66 – 20.00 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับประวัติการใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ประวัติการเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่ สนพ. สถานพยาบาลที่ใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง และระยะเวลาในการใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ สนพ. ลักษณะเป็นการเลือกตอบในแต่ละข้อเพียง 1 ตัวเลือก หรือเติมข้อความให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์โรคหัวใจและหลอดเลือด อาจารย์แพทย์ด้านการวิจัย และผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence: IOC) ระหว่าง .67-1.00 นำไปทดลองใช้ (try out) กับข้าราชการทหารที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามปัจจัยความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เท่ากับ .87 และแบบสอบถามปัจจัยคุณภาพการให้บริการ เท่ากับ .84

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับตัวแทนแต่ละหน่วยของกองบัญชาการกองทัพไทย เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
2. ชี้แจงวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัย รวมทั้งกระบวนการพิทักษ์สิทธิ์ และการขอความยินยอมโดยการบอกกล่าว ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติราชการในแต่ละหน่วย จำนวน 10 คน
3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 ซึ่งหากผู้เข้าร่วม

วิจัยปฏิเสธการให้ข้อมูลจะเลือกกลุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อลำดับถัดไป จนได้แบบสอบถามกลับคืนมาครบตามจำนวนที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้ค่า จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ในการวิเคราะห์
2. วิเคราะห์อัตราการใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ สนพ. จำแนกเป็น การใช้ และไม่ใช้บริการ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ
3. วิเคราะห์คะแนนปัจจัยความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และคุณภาพการให้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ สนพ. โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแต่ละปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยคุณภาพการให้บริการ กับการใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของข้าราชการที่ สนพ. เป็นการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (univariate analysis) โดยใช้สถิติ Crude Odds Ratio (OR_{Crude}) และค่าความเชื่อมั่น 95% Confidence Interval (CI) และวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยด้านคุณภาพการบริการกับการใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของข้าราชการทหารที่ สนพ. เป็นการวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร (multivariate analysis) โดยใช้สถิติ binary logistic regression (Adjust Odds Ratio (OR_{Adjust})) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เลขที่โครงการ/รหัส IRB-SHS 2020/1004/93 ลงวันที่ 12 กรกฎาคม 2565 โดยข้อมูลการวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมที่ไม่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มตัวอย่างได้ และข้อมูลจะถูกทำลายหลังจากผลงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่เรียบร้อยแล้ว

ผลการวิจัย

1. อัตราการเข้าใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของข้าราชการทหารที่สำนักงานแพทย์ทหารกองบัญชาการกองทัพไทย ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เคยมาใช้บริการที่ สนพ. ร้อยละ 96.86 และไม่เคยมาใช้บริการที่ สนพ. ร้อยละ 3.14 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ สนพ. ร้อยละ 67.14 และรักษาที่อื่น ร้อยละ 32.86
2. อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยด้านคุณภาพการให้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของข้าราชการทหารที่สำนักงานแพทย์ทหารกองบัญชาการกองทัพไทย

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลปัจจัยด้านความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยด้านคุณภาพการให้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของข้าราชการทหารที่สำนักงานแพทยทหาร กองบัญชาการกองทัพไทย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 235 คน ใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ สนพ. มีอายุมากกว่า 50 ปี จำนวน 117 คน ระยะเวลาที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากกว่า 5 ปี จำนวน 98 คน เป็นเพศชาย จำนวน 142 คน สมรสแล้ว จำนวน 149 คน ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 176 คน มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 30,000 บาท จำนวน 145 คน เป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน จำนวน 127 คน และมีโรคประจำตัวอื่น จำนวน 72 คน ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของข้าราชการทหารกับการใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ สนพ. โดยใช้สถิติ Crude Odds Ratio (OR_{Crude}) พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของข้าราชการทหารกับการใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำนักงานแพทยทหาร กองบัญชาการกองทัพไทย (n = 350)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)		OR_{Crude}	95%CI
	สนพ. (n = 235)	ที่อื่น (n = 115)		
อายุ (ปี)				
> 50	117 (33.43)	55 (15.72)	.93	.59, 1.45
≤ 50	118 (33.71)	60 (17.14)	1	
ระยะเวลาที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ปี)				
> 5	98 (28.00)	45 (12.86)	1.11	.71, 1.76
≤ 5	137 (39.14)	70 (20.00)	1	
เพศ				
ชาย	142 (40.57)	60 (17.14)	1.40	.89, 2.19
หญิง	93 (26.57)	55 (15.72)	1	
สถานภาพสมรส				
สมรส	149 (42.57)	73 (20.86)	.98	.63, 1.58
อื่นๆ	86 (24.57)	42 (12.00)	1	
ระดับการศึกษาสูงสุด				
ปริญญาตรีขึ้นไป	176 (50.29)	89 (25.42)	.87	.51, 1.48
ต่ำกว่าปริญญาตรี	59 (16.86)	26 (7.43)	1	
รายได้ (บาท)				
> 30,000	145 (41.43)	72 (20.57)	.96	.61, 1.53
≤ 30,000	90 (25.71)	43 (12.29)	1	

ตาราง 1 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)		OR _{Crude}	95%CI
	สนพ. (n = 235)	ที่อื่น (n = 115)		
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
เบาหวาน+ความดันโลหิตสูง	127 (36.29)	58 (16.56)	1.16	.74, 1.81
ความดันโลหิตสูง	108 (30.86)	57 (16.29)	1	
โรคประจำตัวอื่น				
มี	72 (20.57)	38 (10.86)	.90	.56, 1.44
ไม่มี	163 (46.57)	77 (22.00)	1	

ปัจจัยด้านความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ กับการใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ สนพ. ผลการวิจัยพบว่า การเข้าถึงได้ของบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก จำนวน 187 คน ความพร้อมใช้บริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก จำนวน 164 คน ความสามารถในการสนับสนุนค่าใช้จ่ายการให้บริการอยู่ในระดับมาก จำนวน 146 คน และความเหมาะสมในการให้บริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก จำนวน 192 คน ปัจจัยคุณภาพการให้บริการ กับการใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ สนพ. พบว่าการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้มารับบริการอยู่ในระดับมาก จำนวน 201 คน ความเข้าใจผู้มารับบริการอยู่ในระดับมาก จำนวน 194 คน ความน่าเชื่อถือไว้วางใจในการบริการอยู่ในระดับมาก จำนวน 203 คน การตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการอยู่ในระดับมาก จำนวน 194 คน และความเป็นรูปธรรมในการให้บริการอยู่ในระดับมาก จำนวน 200 คน ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ กับการใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ สนพ. โดยใช้สถิติ Crude Odds Ratio (OR_{Crude}) พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยคุณภาพการให้บริการกับการใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำนักงานแพทยทหารกองบัญชาการกองทัพไทย ของข้าราชการทหาร (n= 350)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)		OR _{Crude}	95%CI
	สนพ. (n = 235)	ที่อื่น (n = 115)		
ปัจจัยความสามารถในการเข้าถึงบริการ				
การเข้าถึงได้ของบริการสุขภาพ				
มาก	187 (53.43)	89 (25.43)	1.14	.66, 1.95
ปานกลางและน้อย	48 (13.71)	26 (7.43)		
ความพร้อมใช้บริการสุขภาพ				
มาก	164 (46.86)	82 (23.43)	.93	.57, 1.52
ปานกลางและน้อย	71 (20.29)	33 (9.42)		

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)		OR _{Crude}	95%CI
	สนพ. (n = 235)	ที่อื่น (n = 115)		
ความสามารถในการสนับสนุนค่าใช้จ่ายการให้บริการ				
มาก	146 (41.72)	70 (20.00)	1.05	.67, 1.67
ปานกลางและน้อย	89 (25.43)	45 (12.85)	1	
ความเหมาะสมในการให้บริการสุขภาพ				
มาก	192 (54.86)	88 (25.14)	1.37	.80, 2.36
ปานกลางและน้อย	43 (12.29)	27 (7.71)	1	
ปัจจัยคุณภาพการให้บริการ				
การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้มารับบริการ				
มาก	201 (57.43)	97 (27.72)	1.10	.59, 2.04
ปานกลางและน้อย	34 (9.71)	18 (5.14)	1	
ความเข้าใจผู้มารับบริการ				
มาก	194 (55.43)	92 (26.29)	1.18	.67, 2.09
ปานกลางและน้อย	41 (11.71)	23 (6.57)	1	
ความน่าเชื่อถือไว้วางใจในการบริการ				
มาก	203 (58.00)	98 (28.00)	1.10	.58, 2.08
ปานกลางและน้อย	32 (9.14)	17 (4.86)	1	
การตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการ				
มาก	194 (55.43)	95 (27.14)	.99	.55, 1.79
ปานกลางและน้อย	41 (11.71)	20 (5.72)	1	
ความเป็นรูปธรรมในการให้บริการ				
มาก	200 (57.14)	95 (27.14)	1.20	.66, 2.19
ปานกลางและน้อย	35 (10.00)	20 (5.72)	1	

2.2 อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยด้านคุณภาพการให้บริการ ต่อการใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำนักงานแพทย์ทหาร กองบัญชาการกองทัพไทย ของข้าราชการทหาร ได้คัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำนักงานแพทย์ทหาร กองบัญชาการกองทัพไทย จำนวน 14 ตัวแปร ได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระดับการศึกษาสูงสุด ประเภทโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การเข้าถึงได้ของบริการสุขภาพ ความพร้อมในการใช้บริการสุขภาพ ความสามารถในการสนับสนุนค่าใช้จ่ายการให้บริการ ความเหมาะสมในการให้บริการสุขภาพ การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้มารับบริการสุขภาพ ความเข้าใจผู้มารับบริการ ความน่าเชื่อถือไว้วางใจในการบริการ การตอบสนองความต้องการผู้มารับบริการ และความเป็นรูปธรรมในการให้บริการ เพื่อการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกโดยวิธี Enter ผลการทดสอบความเหมาะสมของแบบจำลองโดยวิธี Hosmer and Lemeshow Test มีค่าไคสแควร์ เท่ากับ 7.85, $p = .45$

แสดงว่าแบบจำลองมีความเหมาะสม ผลการทดสอบ Step Block Model มีค่าไคสแควร์ เท่ากับ 13.11, $p = .04$ แสดงว่าค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนายแตกต่างจาก 0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตัวแปรทั้ง 14 ตัว สามารถร่วมกันทำนายการใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำนักงานแพทย์ทหาร กองบัญชาการกองทัพไทย ได้ร้อยละ 5.20 (Nagelkerke R Square เท่ากับ .052) เมื่อพิจารณาค่า OR_{Adjust} พบว่า ข้าราชทหาร สังกัดกองบัญชาการกองทัพไทยที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมีความน่าเชื่อถือไว้วางใจในการบริการในระดับมากมีโอกาสใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำนักงานแพทย์ทหาร กองบัญชาการกองทัพไทย สูงกว่าผู้ที่มีความน่าเชื่อถือไว้วางใจในการบริการระดับปานกลางและน้อย 1.94 เท่า ($OR_{Adjust} = 1.94, p < .05$) รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยโลจิสติก ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ สนพ.

ตัวแปร	B	S.E.	OR_{Adjust}	95% CI
ปัจจัยส่วนบุคคล				
อายุมากกว่า 50 ปี	-.23	.27	.80	.47, 1.35
เพศชาย	.33	.24	1.39	.88, 2.24
ระยะเวลาที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากกว่า 5 ปี	.10	.27	1.11	.65, 1.89
ระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี	-.14	.29	.87	.49, 1.53
เป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	.20	.24	1.22	.76, 1.96
ปัจจัยด้านความสามารถในการเข้ารับบริการ				
การเข้าถึงได้ของบริการสุขภาพในระดับมาก	.09	.22	1.10	.71, 1.68
ความพร้อมในการใช้บริการสุขภาพในระดับมาก	-.07	.15	.93	.69, 1.26
ความสามารถในการสนับสนุนค่าใช้จ่ายการให้บริการในระดับมาก	-.17	.17	.85	.61, 1.17
ความเหมาะสมในการให้บริการสุขภาพในระดับมาก	.18	.26	1.20	.72, 1.99
ปัจจัยด้านคุณภาพบริการ				
การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้มารับบริการในระดับมาก	-.39	.35	.68	.34, 1.33
ความเข้าใจผู้มารับบริการในระดับมาก	.34	.28	1.40	.81, 2.43
ความน่าเชื่อถือไว้วางใจในการบริการในระดับมาก	.71	.35	1.94*	1.02, 3.72
การตอบสนองความต้องการผู้มารับบริการในระดับมาก	-.15	.31	.86	.47, 1.57
ความเป็นรูปธรรมในการให้บริการในระดับมาก	-.19	.29	.83	.47, 1.45
ค่าคงที่	-1.03	.97	.36	-
Model Chi-square = 13.11, $p = .04$, Nagelkerke R square = .052, Percentage correct = 66.90				

การอภิปรายผล

1. อัตราการเข้าใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของข้าราชการทหารที่สำนักงานแพทย์ทหาร กองบัญชาการกองทัพไทย พบว่า สัดส่วนการเข้าใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ใช้บริการที่ สนพ. เนื่องจาก สนพ. มีที่ตั้งอยู่ภายในกองบัญชาการกองทัพไทย รองรับการรักษาโรคต่าง ๆ ให้แก่ข้าราชการซึ่งรับราชการสังกัดกองบัญชาการกองทัพไทย โดย สนพ. มีการเปิดให้บริการรักษาโรค การทันตกรรม การกายภาพบำบัด และฝังเข็ม ซึ่งข้าราชการทหารสามารถเข้ารับบริการได้ในเวลาทำการของ สนพ. ส่วนกลุ่มตัวอย่างบางคนมีโรคประจำตัวชนิดอื่นที่ สนพ. อาจจะยังไม่มีบริการที่ครอบคลุม และกลุ่มตัวอย่างยังสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลจากกรมบัญชีกลางได้โดยไม่ต้องสำรองค่าใช้จ่ายล่วงหน้า ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวชนิดอื่นเหล่านี้จึงเข้าใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่สถานพยาบาลอื่นในคราวเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.71 อายุเฉลี่ย เท่ากับ 49.63 ปี สถานภาพสมรสแล้ว มีระดับการศึกษาสูงสุด คือปริญญาตรี มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 30,001-40,000 บาท อายุ 51-60 ปี และระยะเวลาที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังน้อยกว่า 5 ปี มากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างเป็นข้าราชการทหารอายุระหว่าง 18-60 ปี ซึ่งมีสัดส่วนของข้าราชการทหารชายมากกว่า ข้าราชการทหารหญิง นอกจากนี้ จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานมีความสอดคล้องกับ ข้อมูลความชุกของประเทศไทยที่มีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้นตามอายุ จึงพบกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานในกลุ่มอายุสูงสุดได้มากที่สุด (Aekplakorn, 2021) และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีจำนวน ของผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าโรคเบาหวาน ซึ่งมีความสอดคล้องกับสัดส่วนของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานของประเทศไทย และจากการสำรวจสุขภาพประจำปีงบประมาณ 2564 ของกองเวชกรรมป้องกัน สำนักงานแพทย์ทหาร กองบัญชาการกองทัพไทย ที่พบว่าสัดส่วนของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Preventive Medicine Division, 2022)

2. อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัย ด้านคุณภาพการให้บริการ ต่อการเข้าใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำนักงานแพทย์ทหาร กองบัญชาการกองทัพไทย ของข้าราชการทหาร

ปัจจัยส่วนบุคคลทุกตัวแปรไม่มีความผลต่อการเข้าใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของข้าราชการ ทหารที่ สนพ. ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการรักษาโรค (Mosadeghrad, 2014) เพศหญิงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าใช้บริการผู้ป่วยนอก (Kim et al., 2020) รวมทั้ง ที่เพศเป็นปัจจัยที่ผลการตัดสินใจด้านส่วนประสมทางการตลาดบริการของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (Daengprom, 2018) ทั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นข้าราชการทหาร สามารถเข้ารับบริการที่ สนพ. ได้สะดวก อีกทั้ง มีที่ตั้งในบริเวณเดียวกับที่ทำงานของกลุ่มตัวอย่าง มีเวลาเปิดให้บริการในเวลาราชการ ที่สามารถใช้บริการได้สะดวก

ปัจจัยด้านความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพในทุกตัวแปรไม่มีผลต่อการเข้าใช้บริการรักษา โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของข้าราชการทหารที่ สนพ. ทั้งนี้ เนื่องจากลักษณะทางกายภาพ ที่ตั้งอยู่ภายใน กองบัญชาการกองทัพไทย ซึ่งเป็นที่ทำงานของข้าราชการทหาร มีระยะเวลาการให้บริการภายในเวลา

ทำงานของข้าราชการ รวมถึงความสามารถในการให้บริการของ สนพ. ของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้บริการ และ ไม่ใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ สนพ. มีลักษณะใกล้เคียงกัน สามารถเข้าใช้บริการได้สะดวก จึงทำให้ ไม่มีผลต่อการใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ สนพ.

ปัจจัยด้านคุณภาพบริการ ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรความน่าเชื่อถือไว้วางใจในการบริการในระดับมาก มีผลต่อการใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของข้าราชการทหารที่ สนพ. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ($OR_{Adjust} = 1.94$, 95% CI = 1.02, 3.72) ทั้งนี้ อาจมาจากการที่ สนพ. มีแพทย์/ บุคลากรทาง สุขภาพที่มีความรู้ความสามารถในการให้บริการตรงตามมาตรฐาน โดยมีแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานที่ให้บริการรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ สอดคล้องกับ ผล การศึกษาที่พบว่า ปัจจัยด้านความน่าเชื่อถือส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง (Kamolrat, 2021) การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้มารับบริการมีผลต่อความคาดหวังและการรับรู้บริการ (Baunoo & Sitakalin, 2019) และการตัดสินใจเลือกใช้บริการ (Sangthong et al., 2020) ดังนั้น สนพ. ต้องรักษามาตรฐานคุณภาพการให้บริการให้ตรงตามมาตรฐานภายใต้ความรู้ความชำนาญของบุคลากร ทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง และพัฒนาหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ การให้บริการ ด้านรังสีวิทยา เพื่อให้ผู้มาใช้บริการรับรู้ถึงบริการที่มีคุณภาพ อันจะนำไปสู่ความพึงพอใจในการให้บริการ และเพื่อให้มีการใช้บริการซ้ำ (Kamolrat, 2021)

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูลเฉพาะข้าราชการทหารกองบัญชาการกองทัพไทย ที่เป็นโรค ความดันโลหิตสูงและ/ หรือโรคเบาหวานเท่านั้น จึงอาจทำให้ข้อมูลไม่ครอบคลุมการให้บริการด้านอื่น เช่น ทันตกรรม กายภาพบำบัด หรือคลินิกฝังเข็ม ของสำนักงานแพทย์ทหาร

2. เนื่องจาก สนพ. มีที่ตั้งภายในบริเวณที่ทำงานของข้าราชการกองบัญชาการกองทัพไทย ที่สามารถ เข้ารับบริการได้สะดวก จึงอาจเป็นปัจจัยความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยด้านคุณภาพ บริการไม่มีผลต่อการใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ สนพ.

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า มีอัตราการใช้บริการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อื่นอีกร้อยละ 32.86 รวมทั้งมีแพทย์/เจ้าหน้าที่ มีจำนวนไม่เพียงพอต่อการให้บริการ สนพ. สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนา ระบบการตรวจรักษาพยาบาลให้ครอบคลุมและมีคุณภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรจะทำการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงกลุ่ม และเจาะลึก เพื่อให้ทราบถึงความคาดหวัง และความต้องการของผู้มารับบริการอย่างแท้จริง

2. การทำการวิจัยและพัฒนา (research and development: R&D) คุณภาพบริการ แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการ

เอกสารอ้างอิง

- Aekplakorn, W. (Ed.). (2021). Thai national health examination survey, NHES VI B.E. 2019-2020. Aksorn Graphic and Design. (in Thai)
- Baunoo, W., & Sitakalin, P. (2019). Expectation and perception of service quality of clients of the accident and emergency department in Nongkhai Hospital. *Journal of Health Education*, 42(1), 157-172. (in Thai)
- Guolla, M., Belch, G. E., & Belch, M. A. (2017). *Advertising and promotion: An integrated marketing communications perspective* (6th ed.). McGraw-Hill.
- Daengprom, R. (2018). *Factors affecting the service of Songklanagarind Hospital* [Unpublished master thesis]. Ramkhamhaeng University. (in Thai)
- Kamolrat, T. (2021). *Service quality affecting satisfaction of customers of Kasemrad International Rattanaethibeth Hospital* [Unpublished master thesis]. Ramkhamhaeng University. (in Thai)
- Karnjanapiboonwong, A., Khamwangsanga, P., & Kaewtha, S. (2020). *Situation report on NCDs, diabetes, hypertension, and related risk factors*. Aksorn Graphic and Design. (in Thai)
- Kim, K. Y., Eunmi, L. E. E., & Jeonghyun, C. H. O. (2020). Factors affecting healthcare utilization among patients with single and multiple chronic diseases. *Iranian Journal of Public Health*, 49(12), 2367-2375.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12, Article 18. <http://www.equityhealthj.com/content/12/1/18>
- Military Service Regulations Act B.E. 1978. (1978, 20 April). *Thai Government Gazette*. Vol. 95. part 43 Special Edition, 1-20. (in Thai)
- Mosadeghrad, A. M. (2014). Factors influencing healthcare service quality. *International Journal of Public Health and Management*, 3(2), 77-89.

- Murphy S. L, Kochanek, K. D., Xu, J. Q., & Arias, E. (2021). *Mortality in the United States, 2020*. National Center for Health Statistics. <https://dx.doi.org/10.15620/cdc:112079>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41-50.
- Preventive Medicine Division. (2022). *Fiscal annual health survey report*. Medical Office, Support Services Department, Royal Thai Armed Forces Headquarters. (in Thai)
- Sangthong, K., Taengkliang, B., Tepraksa, N., Chotchara, P., & Nhothong, S. (2020). Factors of service quality affecting the decision making to use service of Nabon Hospital in Nakhon Si Thammarat. *Local Administration Journal*, 13(2). 1-13. (in Thai)
- Silanoi, L., & Chindaprasert, K. (2019). The use of rating scale in quantitative research on social sciences, humanities, hotel, and tourism study. *Journal of Management Science, Ubon Ratchathani University*, 8(15), 112-116. (in Thai)
- Tunwong, T., Pensirinapa, N., & Keerapong, P. (2016). Factors related to medical care usage of chronic disease patients at Sub-district Health Promoting Hospitals in Khao Yoi Health Network, Phetchaburi Province. *Journal of Safety and Health*, 9(31), 26-36. (in Thai)
- World Health Organization. (2022, 16 September). *Noncommunicable diseases*. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

บทความวิจัย (Research article)

ความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน กับการตรวจสอบการสรุปและให้รหัสทางการแพทย์ในประเทศไทย The Relationship Between Medical Record Audit and Medical Coding Audit Assessment in Thailand

อรรพธร มณีเนตร^{1*}, สุกัญญา จงถาวรสถิตย²Oraphan Maneenet^{1*}, Sukanya Chongthawonsatid²

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: oraphan.m@yahoo.com; โทรศัพท์ 080-2037781

(Received: December 8, 2022; Revised: April 16, 2023; Accepted: April 18, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนกับผลการตรวจสอบการสรุปและให้รหัสทางการแพทย์ เก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน และผลการตรวจสอบการสรุปและให้รหัสทางการแพทย์ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2562 ของโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 910 แห่ง ซึ่งได้จากการสุ่มอย่างเป็นระบบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

1. ผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน หัวเรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ บันทึกสรุปการจำหน่าย (อื่นๆ) ($M = 8.31$, $SD = 0.66$) และต่ำสุดในหัวเรื่องบันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์ ($M = 5.76$, $SD = 1.78$) และมีเปอร์เซ็นต์เฉลี่ยเท่ากับ 80.57 ($SD = 8.69$) ผลการประเมินความถูกต้องการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการของแพทย์พบว่า ผู้ประเมินไม่มีความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับการสรุปการวินิจฉัยและการสรุปหัตถการในสรุปการจำหน่ายของแพทย์ คิดเป็นร้อยละเฉลี่ย 43.88 ($SD = 12.91$) และการประเมินความถูกต้องการให้รหัสการวินิจฉัยโรคและหัตถการพบว่า ผู้ประเมินมีความเห็นที่ตรงกันกับผู้ให้รหัส คิดเป็นร้อยละเฉลี่ย 70.98 ($SD = 15.09$)

2. เปอร์เซ็นต์เฉลี่ยของผลการตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับผลการประเมินความถูกต้องซึ่งผู้ประเมินไม่มีความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับการสรุปการวินิจฉัยและการสรุป

¹ นักศึกษาหลักสูตรการจัดการมหาบัณฑิต (การจัดการเวชสารสนเทศ) คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
Master Student of Management Program in Medical Information Management,
Faculty of Social sciences and Humanities, Mahidol University

² รองศาสตราจารย์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
Associate Professor, Faculty of Social sciences and Humanities, Mahidol University

หัตถการในบันทึกการสรุปการจำหน่ายของแพทย์ และผลการประเมินซึ่งผู้ประเมินไม่มีความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับการให้รหัสโรคและหัตถการของผู้ให้รหัส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .097, .131$)

โรงพยาบาลควรมีการพัฒนาให้ความรู้เพิ่มทักษะเกี่ยวกับการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน การตรวจประเมินคุณภาพการสรุปและให้รหัสทางการแพทย์แก่บุคลากร และดำเนินการตรวจสอบภายในเป็นประจำอย่างต่อเนื่องโดยการสนับสนุนเชิงนโยบายและเทคโนโลยีสารสนเทศ

คำสำคัญ: การตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน, การสรุปและให้รหัสโรค-รหัสหัตถการ, ความถูกต้อง, ประเทศไทย

Abstract

This retrospective descriptive research aims to study the relationship between the result of medical record audits (MRA) and coding audit assessments. This research is a retrospective study of the results of MRA and coding audit by the National Health Security Office (NHSO) as in-patient medical records between 1 October 2018 to 30 September 2019 of healthcare units on the Universal Coverage Scheme (UCS) registry 910 hospitals. The data are collected through systematic random sampling. Descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient analysis are applied to analyze the data. The results show that

1. The assessment result of MRA with the highest average scores is discharged summary record (others) ($M = 8.31, SD = 0.66$), while the lowest result is the consultation record ($M = 5.76, SD = 1.78$). Overall, the average percentage is 80.57% ($SD = 8.69$). The assessment results of the physician's summary of diagnosis and procedures which do not differ from the summary of diagnoses and procedures in the doctor's discharge summary (summary assessment agreement: SA0) is 43.88% ($SD = 12.91$). The assessment result of the coder's medical coding which does not differ from the entered diagnoses and procedure codes (code assessment agreement: CA0) is 70.98% ($SD = 15.09$).

2. The average percent of MRA is based on a low positive correlation with summary assessment agreement (SA0) and code assessment agreement (CA0) ($r = .97, .131, p < .01$), by using Pearson's correlation coefficient analysis.

The hospital should develop, educate, and increase MRA and coding audit skills in health personnel and perform internal audits on a regular and continuous basis. Both points should be supported by information technology and policies

Keywords: Medical records audit, Medical coding, Accuracy, Thailand

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบันทึกเวชระเบียนที่มีคุณภาพ สามารถใช้เป็นหลักฐานทางการแพทย์เพื่อสื่อสารข้อมูลความต่อเนื่องของแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย (National Health Security Office, 2014) ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนเป็นตัวชี้วัดคุณภาพหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย เป็นแหล่งบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาล ตลอดจนเป็นข้อมูลในการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการเพื่อขอรับค่าชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ (Sanpang, 2012) จากการตรวจสอบเวชระเบียนและการให้รหัสโรค พบการให้รหัสทางการแพทย์ไม่ถูกต้องสมบูรณ์จำนวนมาก การสรุปเวชระเบียนของแพทย์ก็เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการใช้รหัสที่ล่าช้าผิดพลาดหรือไม่สมบูรณ์ เนื่องจากความไม่เข้าใจของแพทย์ต่อแนวทางมาตรฐานในการสรุปเวชระเบียน (Youthao, 2012) เช่น การวินิจฉัยโรคโดยไม่พบหลักฐานระบุในเวชระเบียน หรือความผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคร่วมหรือหัตถการที่ไม่ครบถ้วน และผู้ให้รหัสโรดยังมีประสบการณ์หรือทักษะน้อยและทำหน้าที่หลายอย่าง ขาดการประสานงานที่ดีกับแพทย์ผู้วินิจฉัยโรค จึงทำให้การให้รหัสไม่ถูกต้อง (Hfocus, 2020)

การตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (medical record audit: MRA) เป็นการประเมินด้านความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียน ในส่วนต่าง ๆ เช่น บันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary) บันทึกการซักประวัติโดยแพทย์ (medical history) บันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์ (physical examination) บันทึกความก้าวหน้า หรือการดำเนินโรคโดยแพทย์ (progress notes) บันทึกคำสั่งการรักษาของแพทย์ (doctor's order sheet) และบทวนกระบวนการทั้งหมดว่ามีส่วนบกพร่องที่ใดสามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริการ (National Health Security Office, 2014) การตรวจสอบการสรุปและให้รหัสทางการแพทย์ (coding audit) เป็นการประเมินเวชระเบียนผู้ป่วยใน ด้านความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคและหัตถการ ความถูกต้องของการให้รหัสตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับที่ 10 (International Classification of Disease, 10th edition : ICD-10) และบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับที่ 9 (International Classification of Disease, 9th edition, Clinical Modification: ICD-9-CM) โดยผู้ตรวจสอบเวชระเบียน (auditor) พิจารณาเปรียบเทียบข้อมูลที่โรงพยาบาลบันทึกในบันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary) และรายละเอียดที่บันทึกในเวชระเบียนส่วนต่าง ๆ ข้างต้นกับข้อมูลที่บันทึกในระบบอิเล็กทรอนิกส์เพื่อส่งเบิกค่าบริการทางการแพทย์ โดยแบ่งเป็น 1) การประเมินความถูกต้องการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการของแพทย์ (summary assessment: SA) และ 2) การประเมินความถูกต้องการให้รหัสการวินิจฉัยโรคและหัตถการของผู้ให้รหัส (code assessment: CA) (National Health Security Office, 2018a)

จากผลการตรวจประเมิน MRA และ coding audit ภาพรวมระดับประเทศ ปี 2561 พบว่า ผลการตรวจประเมิน MRA มีความถูกต้องอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย ร้อยละ 88.36 ในขณะที่ผลการตรวจประเมิน coding audit มีความถูกต้องอยู่ในระดับต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ย ร้อยละ 27.98 (National Health Security Office, 2018b) ทั้งนี้ หากเปรียบเทียบเอกสารที่ใช้ประกอบการตรวจประเมินเป็นเอกสารจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน ในการตรวจสอบเช่นเดียวกัน แต่ผลการตรวจประเมินกลับไม่สอดคล้องกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมี

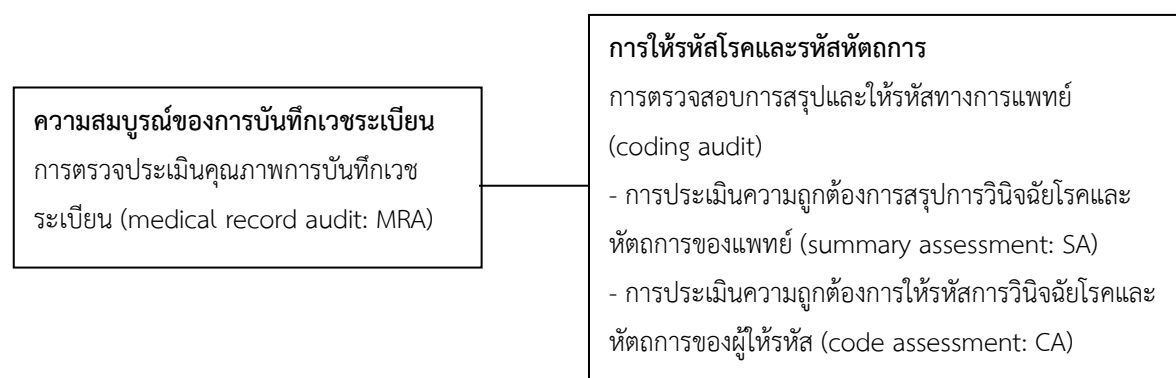
ความสนใจ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจประเมิน MRA กับ ผลการตรวจประเมิน coding audit เพื่อเป็นการสนับสนุนให้เห็นความสำคัญของการพัฒนาการบันทึกและการทบทวนเวชระเบียนตามแนวทางของ MRA และ coding audit ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน การประเมินความถูกต้องการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการของแพทย์ และการประเมินความถูกต้องการให้รหัสการวินิจฉัยโรคและหัตถการของผู้ให้รหัส
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนกับการประเมินความถูกต้องการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการของแพทย์ และการประเมินความถูกต้องการให้รหัสการวินิจฉัยโรคและหัตถการของผู้ให้รหัส

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ มีแนวคิดว่าความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน เป็นข้อมูลในการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ (Sanpang, 2012) ดังแสดงในภาพ



ภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนกับการตรวจสอบการสรุปและให้รหัสทางการแพทย์ในประเทศไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาย้อนหลัง (retrospective descriptive research) มีวิธีดำเนินการวิจัยรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผลการการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน (medical record audit: MRA) และผลการตรวจสอบการสรุปและให้รหัสทางการแพทย์ (coding audit)

ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2562 ของโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั่วประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผลการตรวจประเมินเวชระเบียนผู้ป่วยใน ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพที่ได้รับจาก สปสช. จำนวน 910 โรงพยาบาล ที่ได้รับการตรวจประเมินทั้ง MRA และ coding audit โดยผลตรวจประเมิน MRA เป็นข้อมูลให้บริการรักษาผู้ป่วย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2562 จำนวน 37,552 ฉบับ และผลตรวจประเมิน coding audit เป็นข้อมูลให้บริการรักษาผู้ป่วยระหว่าง วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2562 จำนวน 49,286 ฉบับ สุ่มข้อมูลแบบเป็นระบบ (systematic random sampling) โดยครอบคลุมเวชระเบียนตาม สปสช.เขตครบทั้ง 13 เขต จำแนกตามโรงพยาบาล สาขาโรค (ไม่รวมเวชระเบียนในกรณีการคลอดปกติและเวชระเบียนทารกแรกเกิดปกติ) สุ่มข้อมูลตามวันให้บริการ (date admit) และวันจำหน่าย (date discharge) ตามช่วงเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (medical record audit: MRA) ตรวจประเมินโดยผู้ตรวจสอบเวชระเบียนที่ผ่านการอบรมจาก สปสช. ตามคู่มือแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (medical record audit guideline) (National Health Security Office, 2014) ซึ่งเป็นไฟล์ Microsoft Excel สรุปภาพรวมผลการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ได้แก่ 1) คะแนนตามรายการประเมิน จำนวน 12 หัวเรื่อง (ดังตาราง 1) โดยในแต่ละเรื่องมีระหว่าง 0-9 คะแนน 2) คะแนนรวม (full score) คิดคะแนนจากการรวมคะแนนในแต่ละหัวข้อเรื่องของเวชระเบียนในข้อ 1) โดยคะแนนรวมจะไม่เท่ากัน แต่จะต้องไม่น้อยกว่า 63 คะแนนและสูงสุดเท่ากับ 108 คะแนน 3) sum score ได้จากการนำคะแนนที่ได้จากการประเมินในข้อ 1) มารวมกัน โดยกรณีที่ประเมินในช่อง missing (ไม่มีเอกสารให้ตรวจสอบ เวชระเบียนไม่ครบหรือหายไปบางส่วน) หรือ No (มีเอกสารแต่ไม่มีการบันทึกในเอกสารฉบับนั้น) จะได้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน และ 3) ร้อยละ (percent) เป็นการนำ sum score ไปแปลผลเปรียบเทียบกับคะแนนเต็มที่จะได้โดยคิดเป็นร้อยละจากคะแนนเต็ม 108 คะแนน

ตาราง 1 รายการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (medical record audit: MRA)

ลำดับ	รายการ	คำอธิบาย
1	Discharge summary (diagnosis, operation)	ใบบันทึกสรุปการจำหน่าย (เนื้อหาข้อมูลทางสถิติและ การแพทย์)
2	Discharge summary (others)	ใบบันทึกสรุปการจำหน่าย (เนื้อหาอื่น ๆ ของใบสรุปการจำหน่ายและ ส่วนประกอบอื่นๆ เช่น ชื่อ-สกุล อายุ เลขบัตรประจำตัวประชาชน ที่อยู่ ชื่อโรงพยาบาล hospital number (HN), admission number (AN), วัน-เวลาเข้ารับรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน วัน-เวลาจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล, จำนวนวันนอน ชื่อ-สกุลผู้ให้รหัส ICD-10 ICD-9 และให้รหัสโรค-รหัส หัตถการครบตามการสรุปของแพทย์)
3	Informed consent	ใบบันทึกการรับทราบและยินยอมรับการรักษาหรือการทำหัตถการ
4	History	ใบบันทึกการซักประวัติโดยแพทย์
5	Physical exam	ใบบันทึกการตรวจร่างกายโดยแพทย์
6	Progress notes and Doctor's order sheet	ใบบันทึกความก้าวหน้า หรือการดำเนินโรคโดยแพทย์ และบันทึกคำสั่ง การรักษา
7	Nurses' s note	ใบบันทึกทางการพยาบาล
8	Consultation record	ใบบันทึกการปรึกษาโรคระหว่างแผนกหรือกลุ่มงานของแพทย์
9	Anesthetic record	ใบบันทึกทางวิสัญญีวิทยา
10	Operative note	ใบบันทึกการทำหัตถการ
11	Labour record	ใบบันทึกการติดตามเฝ้าระวังก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด
12	Rehabilitation record	ใบบันทึกการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการทำกายภาพบำบัด

2. แบบบันทึกข้อมูลผลการตรวจสอบการสรุปและให้รหัสทางการแพทย์ (coding audit) ตรวจประเมินโดยผู้ตรวจสอบเวชระเบียนที่ผ่านการอบรมจาก สปสช. ตามคู่มือแนวทางปฏิบัติในการ ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในระบบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2562 (National Health Security Office, 2018a) ซึ่งเป็นไฟล์ Microsoft Excel สรุปภาพรวมของผลการตรวจสอบการสรุปและให้รหัสทางการแพทย์ของโรงพยาบาล แต่ละแห่ง จำแนกเป็น 1) ผลการประเมินความถูกต้องการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการของแพทย์ (summary assessment: SA) 2) การประเมินความถูกต้องการให้รหัสการวินิจฉัยโรคและหัตถการของ ผู้ให้รหัส (code assessment: CA) (ตาราง 2) แสดงผลเป็นร้อยละ นำผลความถูกต้องหรือไม่สอดคล้องกัน (เวชระเบียนบางฉบับอาจไม่สอดคล้องได้มากกว่า 1 รายการ) แปลผลเปรียบเทียบกับจำนวนเวชระเบียน ทั้งหมดของโรงพยาบาลโดยคิดเป็นร้อยละ

ตาราง 2 การตรวจสอบการสรุปและให้รหัสทางการแพทย์ (coding audit) จำแนกเป็นรายการประเมินความถูกต้องการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการของแพทย์ (summary assessment: SA) และการประเมินความถูกต้องการให้รหัสการวินิจฉัยโรคและหัตถการของผู้ให้รหัส (code assessment: CA)

รายการ	คำอธิบาย
การประเมินความถูกต้องการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการของแพทย์ (summary assessment: SA)	
SA0	auditor ไม่มีความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับการสรุปการวินิจฉัยและการสรุปหัตถการใน discharge summary ของแพทย์ (agreement)
SA1a	ไม่สรุปโรคหลัก (missing principal diagnosis)
SA1b	สรุปโรคหลักไม่ถูกต้อง (incorrect principal diagnosis)
SA1c	สรุปโรคหลักไม่เฉพาะเจาะจง (non-specific principal diagnosis)
SA2a	ไม่สรุปโรคอื่น (missing secondary diagnosis)
SA2b	สรุปโรคอื่นไม่ถูกต้อง (incorrect secondary diagnosis)
SA2c	สรุปโรคอื่นไม่เฉพาะเจาะจง (non-specific secondary diagnosis)
SA2d	สรุปโรคอื่นโดยไม่พบหลักฐานในเวชระเบียน (unjustified secondary diagnosis)
SA3a	ไม่สรุปหัตถการ (missing procedure)
SA3b	สรุปหัตถการไม่ถูกต้อง (incorrect procedure)
SA3c	สรุปหัตถการไม่เฉพาะเจาะจง (non-specific procedure)
SA3d	สรุปหัตถการโดยไม่พบหลักฐานการทำหัตถการในเวชระเบียน
SA5	แพทย์ไม่ลงนามรับรองการสรุปเวชระเบียน ถือว่าไม่มีการสรุปเวชระเบียน ให้ยุติการตรวจสอบ (not-summarized: no sign)
SA6	ปัญหาอื่นที่อาจทำให้การวินิจฉัยหรือหัตถการของแพทย์และ auditor ต่างกัน เช่น ลายมืออ่านไม่ออก เขียนไม่ชัด สรุปกำกวม หรือใช้คำย่อที่ไม่เป็นที่รู้จักโดยทั่วไป (other problem)
การประเมินความถูกต้องการให้รหัสการวินิจฉัยโรคและหัตถการของผู้ให้รหัส (code assessment: CA)	
CA0	auditor ไม่มีความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับการให้รหัสโรคและหัตถการของผู้ให้รหัส (agreement)
CA1b	ให้รหัสโรคหลักไม่ถูกต้องตามมาตรฐานการให้รหัสโรค (incorrect principal diagnosis code)
CA1c	ให้รหัสโรคหลักไม่เฉพาะเจาะจงตามมาตรฐานการให้รหัสโรค (non-specific principal diagnosis code)
CA2a	ไม่ให้รหัสโรคอื่น (missing secondary diagnosis code)
CA2b	ให้รหัสโรคอื่นไม่ถูกต้องตามมาตรฐานการให้รหัสโรค (incorrect secondary diagnosis code)
CA2c	ให้รหัสโรคอื่นไม่เฉพาะเจาะจงตามมาตรฐานการให้รหัสโรค (non-specific secondary diagnosis code)
CA2d	เพิ่มรหัสโรคอื่นโดยไม่พบหลักฐานการสรุปของแพทย์ (unjustified secondary diagnosis code)
CA3a	ไม่ให้รหัสหัตถการ (missing procedure code)
CA3b	ให้รหัสหัตถการไม่ถูกต้องตามมาตรฐานการให้รหัสหัตถการ (incorrect procedure code)
CA3c	ให้รหัสหัตถการไม่เฉพาะเจาะจงตามมาตรฐานการให้รหัสหัตถการ (non-specific procedure code)
CA3d	เพิ่มรหัสหัตถการโดยไม่พบหลักฐานการสรุปของแพทย์ (unjustified procedure code)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือขอความอนุเคราะห์จากคณบดี คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในการออกหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยและขอข้อมูลถึงเลขาธิการ สปสช. เพื่อสนับสนุนข้อมูลผลการตรวจประเมินเวชระเบียน ด้านการตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียน (MRA) และการตรวจสอบการสรุปและให้รหัสทางการแพทย์ (coding audit) ซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) ในรูปของไฟล์สำเร็จรูป Microsoft Excel ของผลการตรวจประเมินภาพรวม คะแนนรวม และร้อยละผลการตรวจประเมินของ 910 โรงพยาบาล โดยไม่มีรายละเอียดของข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละเวชระเบียนและมีการเข้ารหัส (encryption) ชื่อโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์คะแนนผลการตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียน (MRA) และ การตรวจสอบการสรุปและให้รหัสทางการแพทย์ (coding audit) โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean: M) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนผลการตรวจประเมิน MRA กับการตรวจสอบการสรุปและให้รหัสทางการแพทย์ (coding audit) ซึ่งจำแนกเป็นรายการประเมินความถูกต้องการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการของแพทย์ (summary assessment: SA) และการประเมินความถูกต้องการให้รหัสการวินิจฉัยโรคและหัตถการของผู้ให้รหัส (code assessment: CA) โดยใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation Coefficient: r) และมีเกณฑ์ในการพิจารณาระดับความสัมพันธ์ทั้งในทางบวกและลบ ดังนี้ (Wannapaisan, 2019)

ค่า r ระหว่าง $\pm .01$ ถึง $\pm .29$ หมายถึง ระดับต่ำ

ค่า r ระหว่าง $\pm .30$ ถึง $\pm .49$ หมายถึง ระดับปานกลาง

ค่า r ระหว่าง $\pm .50$ ถึง ± 1.00 หมายถึง ระดับสูง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สาขาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัส MU-SSIRB No. 2020/206 (B2) ลงวันที่ 29 กันยายน 2564

ผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยผลการตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียน (MRA) ผลการวิจัยพบว่า หัวเรื่องที่ได้คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ หัวเรื่อง Discharge summary (others) ($M = 8.31$, $SD = .66$) รองลงมา คือ Discharge summary (diagnosis, operation) ($M = 8.05$, $SD = .56$) และ Anesthetic record ($M = 7.9$, $SD = 1.04$) ตามลำดับ และหัวเรื่องที่ได้อันดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ Consultation record ($M = 5.76$, $SD = 1.78$) และมี percent เฉลี่ยเท่ากับ 80.57 ($SD = 8.69$) full score มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 64.77 ($SD = 2.57$) และ sum score มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 52.14 คะแนน $SD = 5.54$) ดังตาราง 3

ตาราง 3 คะแนนต่ำสุด (Min) สูงสุด (Max) คะแนนเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของผลการตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียน (MRA) จำแนกตามรายหัวเรื่อง, full score, sum score และ percent ($n = 910$)

หัวเรื่อง	ตัวแปร	Min	Max	M	SD
Discharge summary (diagnosis, operation)		3.73	9.00	8.05	.56
Discharge summary (others)		1.88	9.00	8.31	.66
Informed consent		0.00	9.00	7.39	1.27
History		0.00	9.00	6.80	1.34
Physical exam		0.00	9.00	7.40	1.14
Progress note and Doctor's order sheet		0.00	8.85	6.08	1.50
Nurses' s note		1.46	9.00	6.65	1.36
Consultation record		0.00	9.00	5.76	1.78
Anesthetic record		0.00	9.00	7.90	1.04
Operative note		0.00	9.00	7.50	1.10
Labour record		0.00	9.00	7.83	1.22
Rehabilitation record		0.00	9.00	6.78	1.74
full score		63.00	77.31	64.77	2.57
sum score		18.77	67.93	52.14	5.54
percent		29.8	98.63	80.57	8.69

2. การตรวจสอบการสรุปและให้รหัสทางการแพทย์ (coding audit) ได้แก่ ร้อยละของผลการประเมินความถูกต้องการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการของแพทย์ (summary assessment: SA) พบว่า ผู้ประเมิน (auditor) ไม่มีความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับการสรุปการวินิจฉัยและการสรุปหัตถการในสรุปการจำหน่ายของแพทย์ (agreement: SA0) คิดเป็นร้อยละเฉลี่ย เท่ากับ 43.88 ($SD = 12.91$) ส่วนการสรุปการวินิจฉัยที่ไม่สอดคล้องกันสูงสุด ได้แก่ สรุปโรคอื่นโดยไม่พบหลักฐานในเวชระเบียน (unjustified secondary diagnosis: SA2d) ($M = 28.02$, $SD = 11.81$) สรุปโรคหลักไม่ถูกต้อง (incorrect principal diagnosis: SA1b) ($M = 24.26$, $SD = 9.37$) และไม่สรุปโรคอื่น (missing secondary diagnosis: SA2a) ($M = 13.93$, $SD = 7.17$) ร้อยละเฉลี่ยของผลการตรวจประเมินความถูกต้องการให้รหัสการวินิจฉัยโรคและหัตถการของผู้ให้รหัส (code assessment: CA) พบว่า ผู้ประเมินไม่มีความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับการให้รหัสโรคและหัตถการ (agreement: CA0) คิดเป็นร้อยละเฉลี่ย 70.98 ($SD = 15.09$) การให้รหัสที่ไม่สอดคล้องกันสูงสุด ได้แก่ ให้รหัสโรคหลักไม่ถูกต้องตามมาตรฐานการให้รหัสโรค (incorrect principal diagnosis code: CA1b) ($M = 10.71$, $SD = 8.02$), ให้รหัสอื่นไม่ถูกต้องตามมาตรฐานการให้รหัสโรค (incorrect secondary diagnosis code: CA2b) ($M = 9.91$, $SD = 7.52$) และ ไม่ให้รหัสโรคอื่น (missing secondary diagnosis code: CA2a) ($M = 7.83$, $SD = 6.77$) ดังตาราง 4

ตาราง 4 ร้อยละต่ำสุด (Min) สูงสุด (Max) ร้อยละเฉลี่ย (*M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) ของผลการตรวจประเมินความถูกต้องการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการของแพทย์ (summary assessment: SA) ผลการตรวจประเมินความถูกต้องการให้รหัสการวินิจฉัยโรคและหัตถการของผู้ให้รหัส (code assessment: CA) (*n* = 910)

รายการ	Min	Max	<i>M</i>	<i>SD</i>
การประเมินความถูกต้องการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการของแพทย์ (summary assessment: SA)				
SA0	.00	80.00	43.88	12.19
SA1a	.00	5.00	.11	.52
SA1b	.00	75.00	24.26	9.37
SA1c	.00	20.00	3.32	3.01
SA1d	.00	2.56	.02	.23
SA2a	.00	72.50	13.93	7.17
SA2b	.00	37.50	12.16	6.80
SA2c	.00	72.50	13.93	7.17
SA2d	.00	90.00	28.02	11.81
SA3a	.00	48.72	2.94	4.14
SA3b	.00	45.00	.79	2.08
SA3c	.00	80.00	.69	3.45
SA3d	.00	32.50	1.56	2.76
SA5	.00	2.50	.01	.14
SA6	.00	50.00	1.44	4.68
การประเมินความถูกต้องการให้รหัสการวินิจฉัยโรคและหัตถการของผู้ให้รหัส (code assessment: CA)				
CA0	.00	100	70.98	15.09
CA1b	.00	94.87	10.71	8.02
CA1c	.00	12.50	.92	1.63
CA2a	.00	55.00	7.83	6.77
CA2b	.00	57.50	9.91	7.52
CA2c	.00	10.00	.99	1.69
CA2d	.00	92.31	5.42	6.70
CA3a	.00	20.00	1.76	2.57
CA3b	.00	82.50	1.94	4.89
CA3c	.00	12.82	.14	.68
CA3d	.00	74.36	2.06	5.08
CA6	.00	22.50	.08	.87

3. ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient: r) พบว่าคะแนนเฉลี่ยผลการตรวจประเมิน MRA จำแนกตามรายหัวเรื่องที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับผลการประเมินความถูกต้องซึ่งไม่มีความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับการสรุปการวินิจฉัยและการสรุปหัตถการในบันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary) ของแพทย์ (agreement: SA0) ได้แก่ Discharge summary (diagnosis, operation), Discharge summary (others), Informed consent, Physical exam, Progress note and Doctor's order sheet, และ Operative note อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ($r = .071, .066, .074, .092, .108$ และ $.077$ ตามลำดับ) และหัวเรื่องที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับผลการประเมินความถูกต้องซึ่งผู้ประเมินไม่มีความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับการให้รหัสโรคและหัตถการของผู้ให้รหัส (agreement: CA0) ได้แก่ Discharge summary (diagnosis, operation), Discharge summary (others), Informed consent, History, Physical exam และ Progress note and Doctor's order sheet อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .091, .121, .125, .111, .105$ และ $.096$ ตามลำดับ) ดังตาราง 5

ตาราง 5 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) ระหว่างคะแนนเฉลี่ยผลการตรวจประเมิน MRA จำแนกตามหัวเรื่อง กับผลการตรวจประเมินความถูกต้อง SA0 และ CA0 ($n = 910$)

MRA	SA0	CA0
Discharge summary (diagnosis, operation)	.071*	.091**
Discharge summary (others)	.066*	.121**
Informed consent	.074*	.125**
History	.064	.111**
Physical exam	.092**	.105**
Progress note and Doctor's order sheet	.108**	.096**
Nurse's note	.005	.006
Consultation record	.051	.013
Anesthetic record	.064	-.005
Operative note	.077*	.013
Labor record	-.022	-.029
Rehabilitation record	.028	-.032

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

4. ความสัมพันธ์ระหว่างเปอร์เซ็นต์ (percent) ของผลการตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียน (MRA) กับผลการประเมินความถูกต้องซึ่งไม่มีความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับการสรุปการวินิจฉัยและการสรุปหัตถการในบันทึกสรุปการจำหน่ายของแพทย์ (SA0) และผลการประเมินความถูกต้องซึ่งผู้ประเมินไม่มีความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับการให้รหัสโรคและหัตถการของผู้ให้รหัส (CA0)

ผลการวิจัยพบว่า เพอร์เซ็นต์ของผลการตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียน (MRA: percent) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับผลการประเมินความถูกต้อง SA0 ($r = .097$) และ CA0 ($r = .131$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตาราง 6

ตาราง 6 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) ระหว่างเพอร์เซ็นต์ของผลการตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียน (MRA: percent) กับผลการประเมินความถูกต้อง SA0 และ CA0 ($n = 910$)

ตัวแปร	MRA: percent	SA0	CA0
MRA: percent	1.000	.097**	.131**
SA0		1.000	.399**
CA0			1.000

** $p < .01$

การอภิปรายผล

1. ผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (MRA) พบว่ามีเพอร์เซ็นต์เฉลี่ยเท่ากับ 80.57 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าในภาพรวมของโรงพยาบาลมีผลตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนในระดับสูง อาจอธิบายได้ว่า เนื่องจากนโยบายของโรงพยาบาลที่สนับสนุนให้มีการตรวจประเมินภายในโรงพยาบาล (internal audit) เพื่อเป็นการพัฒนาระบบการบันทึกหรือนำผลการตรวจประเมินไปใช้เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (hospital accreditation: HA) ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) เมื่อจำแนกคะแนนผลประเมินตามรายชื่อเรื่องพบว่า หัวเรื่องที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูง ได้แก่ Discharge summary (others), Discharge summary (diagnosis, operation) และ Anesthetic record เนื่องจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่ใช้แบบฟอร์มที่กำหนดให้บันทึกข้อมูลพื้นฐานหรือข้อมูลจำเป็นอย่างอื่น ๆ ที่สอดคล้องกับแนวทางการตรวจประเมินและเป็นเอกสารที่จำเป็นต้องสรุปข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการบันทึกเบิกค่าบริการทางการแพทย์กับ สปสช. ส่วนหัวเรื่องได้คะแนนเฉลี่ยต่ำ ได้แก่ Informed consent, History, Physical exam, Progress note and Doctor's order sheet, Nurse's note, Consultation record, Operative note, Labor record และ Rehabilitation record เนื่องจากโรงพยาบาลอาจกำหนดแบบฟอร์มการบันทึกเอง แต่อาจไม่ได้ระบุรายละเอียดในการบันทึก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kotamee et al. (2017) พบว่า คุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยในเกี่ยวกับหัวเรื่อง Discharge summary: Others มีความสมบูรณ์มากที่สุด ในขณะที่หัวเรื่องที่มีความสมบูรณ์น้อยที่สุด คือ Progress note and Doctor's order sheet ดังนั้น โรงพยาบาลจึงควรจัดทีมสหวิชาชีพในการเป็นผู้ตรวจสอบภายใน (internal audit) และดำเนินการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนอย่างสม่ำเสมอและมีการสะท้อนข้อมูลกลับเพื่อการพัฒนา

2. ผลการตรวจสอบการสรุปและให้รหัสทางการแพทย์ (coding audit) ในด้านการตรวจประเมินการสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการของแพทย์ (summary assessment: SA) พบว่า ผู้ประเมินไม่มีความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับการสรุปการวินิจฉัยและการสรุปหัตถการในสรุปการจำหน่ายของแพทย์ (agreement: SA0) คิดเป็นร้อยละเฉลี่ยเท่ากับ 43.88 ($SD = 12.91$) การสรุปการวินิจฉัยโรคและหัตถการที่ไม่สอดคล้อง ได้แก่ สรุปโรคอื่นโดยไม่พบหลักฐานในเวชระเบียน (Unjustified secondary diagnosis: SA2d) ($M = 28.02$, $SD = 11.81$), สรุปโรคหลักไม่ถูกต้อง (incorrect principal diagnosis: SA1b) ($M = 24.26$, $SD = 9.37$) และ ไม่สรุปโรคอื่น (missing secondary diagnosis: SA2a) ($M = 13.93$, $SD = 7.17$) เนื่องจากแพทย์อาจยังมีความเข้าใจไม่เพียงพอเกี่ยวกับแนวทางในการสรุปคำวินิจฉัยโรคและข้อมูลสนับสนุนจากการบันทึกในเวชระเบียนตามแนวทางการมาตรฐานการให้รหัสโรค (standard coding guidelines) (Thailand Ministry of Public Health, 2017) และความถูกต้องของข้อมูลการสรุปคำวินิจฉัยโรค ต้องอาศัยความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนถูกต้องชัดเจนครบถ้วนสมบูรณ์ สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยของ Dixon, et al. (1998) ซึ่งได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบค่าความแตกต่างของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnosis related group: DRG) พบความแตกต่างของ DRG ของแต่ละกลุ่มโรค เกิดจากความแตกต่างของการเลือกโรคหลัก การให้รหัสของอาการ-อาการแสดง การเลือกรหัสที่เฉพาะเจาะจง การสรุปโรคไม่ถูกต้อง และไม่สรุปโรคอื่น ซึ่งมีข้อเสนอแนะให้ขั้นตอนการทบทวนการบันทึกเวชระเบียนและการให้รหัสโรคอย่างต่อเนื่อง

ผลการตรวจประเมินต้องการให้รหัสการวินิจฉัยโรคและหัตถการของผู้ให้รหัส (code assessment: CA) พบว่า ผู้ประเมินไม่มีความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับการให้รหัสโรคและหัตถการ (agreement: CA0) คิดเป็นร้อยละเฉลี่ย 70.98 ($SD = 15.09$) การให้รหัสที่ไม่สอดคล้องกัน ได้แก่ ให้รหัสโรคอื่นไม่ถูกต้องตามมาตรฐานการให้รหัสโรค (incorrect secondary diagnosis code: CA1b) ($M = 10.71$, $SD = 8.02$) ให้รหัสโรคอื่นไม่ถูกต้องตามมาตรฐานการให้รหัสโรค (incorrect secondary diagnosis code: CA2b) ($M = 9.91$, $SD = 7.52$) และ ไม่ให้รหัสโรคอื่น (missing secondary diagnosis code: CA2a) ($M = 7.83$, $SD = 6.77$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Khwaja et al. (2002) พบว่า สาเหตุของข้อผิดพลาดในการให้รหัสเกิดจากผู้ให้รหัสขาดความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัดและการบันทึกเวชระเบียนที่ไม่มีคุณภาพ และการศึกษาของ Chongthawonsatid (2017) พบว่า ผู้ให้รหัสสรุปรหัสไม่ถูกต้องตามมาตรฐานการให้รหัสโรค เนื่องจากในทางปฏิบัติแพทย์จะเขียนสรุปคำวินิจฉัยโรคในใบสรุปผลการจำหน่ายใช้คำที่แตกต่างจากกลุ่มคำศัพท์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการให้รหัส ICD-10 ทำให้การให้รหัสมักไม่ถูกต้องหรือผู้ให้รหัส ให้รหัส ICD-10 ตามที่แพทย์สรุปคำวินิจฉัยโรคในใบสรุปผลการจำหน่าย แต่ไม่พบข้อมูลสนับสนุนที่เพียงพอสำหรับคำวินิจฉัยโรคนั้น และบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ตามแนวทางการมาตรฐานการให้รหัสโรค (Thailand Ministry of Public Health, 2014) ดังนั้น จึงควรมีการฝึกอบรมแพทย์และผู้ให้รหัสอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงความถูกต้องการสรุปคำวินิจฉัยโรคในใบสรุปผลการจำหน่าย

3. ความสัมพันธ์ระหว่างเปอร์เซ็นต์ของผลการตรวจประเมินการบันทึกเวชระเบียน (MRA: Percent) กับผลการประเมินความถูกต้องซึ่งไม่มีความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับการสรุปการวินิจฉัยและการสรุปหัตถการในบันทึกสรุปการจำหน่ายของแพทย์ (SAO) และผลการประเมินความถูกต้องซึ่งผู้ประเมินไม่มีความเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับการให้รหัสโรคและหัตถการของผู้ให้รหัส (CAO) พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = .097, .131$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อาจอธิบายได้ว่าการบันทึกเวชระเบียนที่ครบถ้วนเป็นพื้นฐานของการสรุปเวชระเบียนและการให้รหัสที่ถูกต้องและแม่นยำ โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกของแพทย์ โดยแพทย์และผู้ให้รหัสจะใช้ข้อมูลต่าง ๆ ที่บันทึกไว้ในเวชระเบียนมาประกอบการการสรุปโรคและให้รหัสโรค สอดคล้องกับ Srinukham et al. (2014) พบว่า มีเวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีความคลาดเคลื่อนในการสรุปคำวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัดของผู้ป่วย และหลังจากที่ผู้ประเมินทบทวนเวชระเบียนและแก้ไขเพิ่มเติมคำวินิจฉัยโรค หัตถการและการผ่าตัดให้ถูกต้องครบถ้วนและทำการให้รหัสวินิจฉัยและหัตถการแล้ว พบว่า มีความแตกต่างของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่มีผลให้การปรับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (adjusted relative weight: AdjRW) เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นข้อมูลที่สนับสนุนข้อเสนอแนะให้มีการทบทวนเวชระเบียนอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้พัฒนาการบันทึกและการสรุปคำวินิจฉัยโรคในเวชระเบียนผู้ป่วยให้มีความถูกต้องและครบถ้วนมากยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การศึกษานี้ วิเคราะห์ข้อมูลจากผลการตรวจประเมินเวชระเบียนในภาพรวมของแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งมีข้อจำกัดจากการที่ผลการตรวจสอบไม่ได้มาจากเวชระเบียนฉบับเดียวกัน การสุ่มเวชระเบียนอาจส่งผลต่อผลการประเมินบางตัวแปร เช่น การทำหัตถการ รวมทั้ง เป็นผลการประเมินจากผู้ประเมินภายนอกของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงควร ทำการศึกษาจากผลการตรวจประเมินภายในตามบริบทที่เหมาะสมของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อควบคุมข้อจำกัดดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

โรงพยาบาลควรส่งเสริมความรู้แก่บุคลากรและพัฒนาการบันทึกเวชระเบียน เกี่ยวกับการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนและแนวทางมาตรฐานการให้รหัสโรค (Standard coding guideline) รวมทั้ง การดำเนินงานการตรวจประเมินภายใน (internal audit) โดยทีมสหวิชาชีพอย่างเป็นรูปธรรม และมีการนำผลการประเมินมาพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนและการตรวจสอบการสรุปและให้รหัสทางการแพทย์ในมิติอื่น เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ปริมาณงาน ทรัพยากร สิ่งแวดล้อม และนโยบาย เป็นต้น และการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกสำหรับเป็นแนวทางในการพัฒนาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นอย่างสูง ในการอนุเคราะห์ข้อมูลทีมงานสำนักตรวจสอบการชดเชยและคุณภาพบริการและอาจารย์แพทย์ผู้ตรวจสอบเวชระเบียนที่สละเวลาให้ความเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

- Chongthawonsatid, S. (2017). Validity of principal diagnoses in discharge summaries and ICD-10 coding assessments based on national health data of Thailand. *Healthcare Informatics Research*, 23(4), 293-303. <https://doi.org/10.4258/hir.2017.23.4.293>
- Dixon, J., Sanderson, C., Elliott, P., Walls, P., Jones, J., & Petticrew, M. (1998). Assessment of the reproducibility of clinical coding in routinely collected hospital activity data: A study in two hospitals. *Journal of Public Health*, 20(1), 63-69.
- Khawaja, H. A., Syed, H., & Cranston, D. W. (2002). Coding errors: A comparative analysis of hospital and prospectively collected departmental data. *BJU International*, 89(3), 178-180.
- Kotamee, U., Turnbull, N., & Chanabun, S. (2017). The development medical records for the multidisciplinary team in Chaiwan Hospital, Chaiwan District, UdonThani Province. *The Public Health Journal of Burapha University*, 12(2), 1-14. (in Thai)
- National Health Security Office. (2014). Medical record audit guideline. Srimuang Printing.
- National Health Security Office. (2018a). *Guideline of medical document audit 2019*. Sahamitr. (in Thai)
- National Health Security Office. (2018b). *Medical record assessment report, Fiscal year 2018*. National Health Security Office. (in Thai)
- Hfocus. (2020, 28 January). *NHSO Region 7 found that many hospitals missed medical record summaries was a problem with less disbursement and a lack of liquidity*. <https://www.hfocus.org/content/2020/01/18397>
- Sanpang, P. (2012). *Operation on medical records of in-patient and the request of money for the compensation of medical services: Case study of Bangkok Metropolitan Administration General Hospital* [Unpublished master's thesis]. National Institute of Development Administration. (in Thai)

- Srinukham, S., Pannngoen, W., Raknam, T., & Wattanagoon, Y. (2014). Study on summary of discharge diagnosis (ICD-10 and ICD-9 CM) and hospital fee reimbursement based on diagnosis related group system at Hospital for Tropical Diseases. *Integrated Social Science Journal Mahidol University*, 1(2), 125-143. (in Thai)
- Thailand Ministry of Public Health. (2014). *International statistical classification of diseases and related health problems 10th revision Thai modification (ICD-10-TM): Standard coding guideline*. WVO officer of printing mill, The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage His Majesty the King. (in Thai)
- Thailand Ministry of Public Health. (2017). *International statistical classification of diseases and related health problems 10th revision Thai modification (ICD-10-TM): Standard coding guideline*. Saeng chan press. (in Thai)
- Wannapaisan, C. (2019). *Social studies research tools* (3rd ed.). Chiang Mai University. (in Thai)
- Youthao, S. (2012). Problem and guideline for development of medical record department and medical record profession in Thailand. In Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University, *Social sciences, humanities and education academic conference 2011: ASEAN national research university and the future of Thailand*. Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University. (in Thai)

บทความวิจัย (Research article)

การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี The Development of Nursing Administration Model for Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Field Hospital of Phrachomklao Hospital, Phetchaburi Province

รุจา ปิ่นน้อย¹, นฤมล ศรีสม¹, สุพัตรา สงขรักษ์¹, วรณิภา เจริญศรี¹,
นิภาวรรณ เปรมเมือง¹, กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์², ชุตินา เทียนชัยทัศน์^{2*}

Ruja Pin-noi¹, Narumol Srisom¹, Supattra Songkarak¹, Wannipha Charoensri¹,
Nipawan Premmuang¹, Kanokporn Aumpram², Chutima Teanchaithut^{2*}

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Teanpun@gmail.com; เบอร์โทรศัพท์ 081-9428256)

(Received: December 21, 2022; Revised: April 1, 2023; Accepted:)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี วิจัยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาสถานการณ์กับทีมผู้บริหารทางการพยาบาล จำนวน 10 คน 2) พัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 3) ทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยวิธีการวิจัยกึ่งทดลองในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ 50 คน และ 4) ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยกลุ่มผู้ป่วย 64 คน และทีมผู้บริหารทางการพยาบาล 10 คน ดำเนินการวิจัยเดือน พฤษภาคม 2564 – ธันวาคม 2565 เครื่องมือวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาล แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ แบบประเมินความพึงพอใจต่อการพยาบาล และแบบประเมินความพร้อมด้านการบริหารทางการพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .98, .97, .97 และ .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา สถิติพรรณนาและการทดสอบที่ผลการศึกษา พบว่า

1. รูปแบบการบริหารการพยาบาล แบ่งเป็น 1) ระยะก่อนเกิดโรค ประกอบด้วย การประสานงาน การประเมิน การวางแผน การซ่อมแผน 2) ขณะเกิดโรค ประกอบด้วย การดำเนินงานตามบทบาท

¹ พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

Register Nurse, Nursing Organization, Phrachomklao 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

การบริการพยาบาล การบริหารอัตรากำลัง การบริหารวัสดุ อุปกรณ์ และสถานที่ การประสานความร่วมมือ การเฝ้าระวังความเสี่ยง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสร้างแรงจูงใจ และการสร้างทัศนคติและแนวคิดแบบยืดหยุ่น 3) ระยะหลังเกิดโรค ประกอบด้วย การส่งต่อ การฟื้นฟู การประเมินผลลัพธ์ การถอดบทเรียน และการเตรียมความพร้อม

2. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาล หลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($t = 10.15$) มีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ระดับมาก ($M = 3.87, SD = .65$) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลอยู่ระดับมาก ($M = 4.12, SD = .70$) และผู้บริหารทางการพยาบาลมีความพร้อมด้านการบริหารทางการพยาบาลอยู่ในระดับมาก ($M = 4.42, SD = .42$)

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า สามารถนำรูปแบบการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยไปปรับใช้ตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อรองรับการระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกใหม่/โรคอุบัติใหม่ และควรพัฒนาคุณภาพของช่องทางการสื่อสาร ทั้งกับทีมสุขภาพและผู้รับบริการ ให้ทันสมัย เข้าถึงได้ง่ายและรวดเร็ว

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การบริหารการพยาบาล, โรงพยาบาลสนาม, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

This developmental research aims to develop a nursing management model, along with evaluating its outcomes, for patients with Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in field hospitals belonging to Phrachomklao Hospital in Phetchaburi Province. From May 2021 to December 2022, the research was conducted in four stages: 1) a case study with a team of 10 nursing administrators, 2) the development of the nursing administration, 3) a quasi-experimental research model among 50 professional nurses, and 4) an evaluation of the results of the developed model by a group of 64 patients and a nursing management team of 10 people. The research tools include a semi-structured interview form, a questionnaire on the self-efficacy perception of the nurses, a satisfaction assessment form, a nursing satisfaction questionnaire, and an assessment form for nursing administration readiness. These tools use Cronbach's alpha coefficient, with scores of .98, .97, .97, and .95, respectively. The collected data have been analyzed by content analysis, descriptive statistics, and paired t-tests. The results illustrate that

1. The nursing management model is divided into 1) the pre-incident phase, including coordination, assessment, planning, and rehearsal, 2) during the incident, consisting of role-based operations, nursing service, workforce management, management of materials, equipment, and locations, collaboration, risk surveillance, effective communication, motivation, and the implementation of flexible attitudes and ideas, and 3) the post-

incident phase, encompassing transfer, rehabilitation, outcome evaluation, taking lessons, and preparation.

2. The results of the model application reveal that nurses' self-efficacy perception after using the model is statistically significant at the .05 level ($t = 10.15$). Furthermore, nurses are satisfied with the model at a high level ($M = 3.87$, $SD = .65$), patients were satisfied with the nursing care at a high level ($M = 4.12$, $SD = .70$), and nursing administrators are prepared for administration at a high level ($M = 4.42$, $SD = .42$).

The PCK Nursing Model should be adapted to the context of each hospital for supporting the outbreak of COVID-19 new ripples/new emerging diseases, as well as improve the quality of the media used in communication for both the health team and service recipients to date constantly faster and easier access.

Keywords: Model development, Nursing Administration, Field hospital, Coronavirus disease 2019

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางในหลายประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ เมื่อวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 และประกาศให้เป็นโรคระบาดระดับโลก เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 การแพร่ระบาดของโรคนี้ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ สังคม และระบบสาธารณสุขของนานาประเทศ จากรายงานข้อมูลวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2564 สถานการณ์ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั่วโลก มีผู้ป่วยสะสมทั้งสิ้น 111,218,170 ราย และเสียชีวิต 2,462,186 ราย (World Health Organization, 2021) และจากสถานการณ์ในประเทศไทย 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 ยอดผู้ป่วยสะสม 25,323 ราย ติดเชื้อรายใหม่ 82 ราย เสียชีวิต 83 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อที่เพิ่มสูงขึ้นทำให้สถานพยาบาลของรัฐมีจำนวนเตียงในการรักษาไม่เพียงพอ เกิดปัญหาการเข้าถึงระบบบริการ ส่งผลให้ได้รับการดูแลรักษาล่าช้า กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายให้มีการตั้งโรงพยาบาลสนามขึ้น (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2021)

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, 2021) ให้คำจำกัดความ “โรงพยาบาลสนาม” หมายถึง สถานที่ที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยไม่แสดงอาการ หรือมีอาการน้อย ในกรณีเกิดการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเกินศักยภาพการจัดระบบบริการในโรงพยาบาล โดยจะจัดตั้งนอกสถานพยาบาลขึ้นกับการดำเนินการของหน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่ โรงพยาบาลสนามกรณีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นหน่วยบริการทางการแพทย์ทั้งในและนอกสถานที่ เพื่อใช้ดูแลผู้ป่วยด้านโรคติดต่อในสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรค เนื่องจากสามารถจัดตั้งได้อย่างรวดเร็ว ขยาย หรือลดขนาดได้ตามความเหมาะสม หลักการของการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามดำเนินการภายใต้มาตรฐาน และความปลอดภัยของโรงพยาบาล

ทั่วไป สามารถดูแลผู้ติดเชื้ออย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยทั่วไปที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลไม่เสี่ยง มีจำนวนเตียงและบุคลากรทางการแพทย์ให้การรักษอย่างเพียงพอ จึงทำให้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม เพื่อเป็นสถานที่สำหรับให้การดูแลรักษาผู้ป่วย

จังหวัดเพชรบุรีเป็นจังหวัดหนึ่งที่พบผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาจากรายงานของศูนย์บริหารสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ วันที่ 30 เมษายน 2564 มีผู้ป่วยติดเชื้อสะสม 416 ราย มีผู้ติดเชื้ออยู่ในลำดับที่ 15 ของประเทศไทย จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว ส่งผลให้ประชาชนซึ่งตื่นตระหนกต่อการแพร่ระบาดเข้าใช้บริการทางการแพทย์เป็นจำนวนมาก จนผู้ป่วยอื่นๆ เข้าไม่ถึงบริการทางการแพทย์ เพิ่มภาระแก่โรงพยาบาลมากขึ้น โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 502 เตียง พบผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายแรกเมื่อ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2563 ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 และเมษายน พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยติดเชื้อจำนวน 23 ราย และ 211 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มแพร่ระบาดเพิ่มขึ้นในทุกพื้นที่ ส่งผลให้โรงพยาบาลรับผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก ในขณะที่มีเตียงในโรงพยาบาลจำนวนจำกัด ทำให้ปัญหาเตียงไม่เพียงพอ ประกอบกับจำนวนผู้ติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นมากในแต่ละวัน และวิกฤติการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ไม่สามารถขยายเตียงรองรับผู้ป่วยเพิ่มขึ้นได้ (Medical Records and Statistics Division, Medical Informatics Division, Phrachomkiao Hospital, 2021) ผู้บริหารโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จึงมีนโยบายให้มีการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามเพื่อรองรับสถานการณ์ดังกล่าว

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการบริหารจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เนื่องจากผู้บริหารทางการพยาบาล เป็นส่วนหนึ่งของระบบบัญชาการเหตุการณ์ในโรงพยาบาลและเป็นตัวจักรสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติขององค์กรพยาบาล ทั้งยังมีส่วนร่วมในการวางแผนควบคุมสถานการณ์และจัดการความเรียบร้อยเมื่อมีผู้ประสบภัยจำนวนมากร่วมกับผู้บริหารโรงพยาบาล ดังนั้นหากพยาบาลมีองค์ความรู้การจัดการภัยพิบัติทางการพยาบาล ทำให้สามารถตัดสินใจ และแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้การดำเนินงานด้านภัยพิบัติขององค์กรพยาบาลมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารทางการพยาบาลและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชนในสถานการณ์โควิดจึงสนใจศึกษา การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพื่อส่งเสริมการบริหารการพยาบาลที่มีคุณภาพ มีความยืดหยุ่นเหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในอนาคต

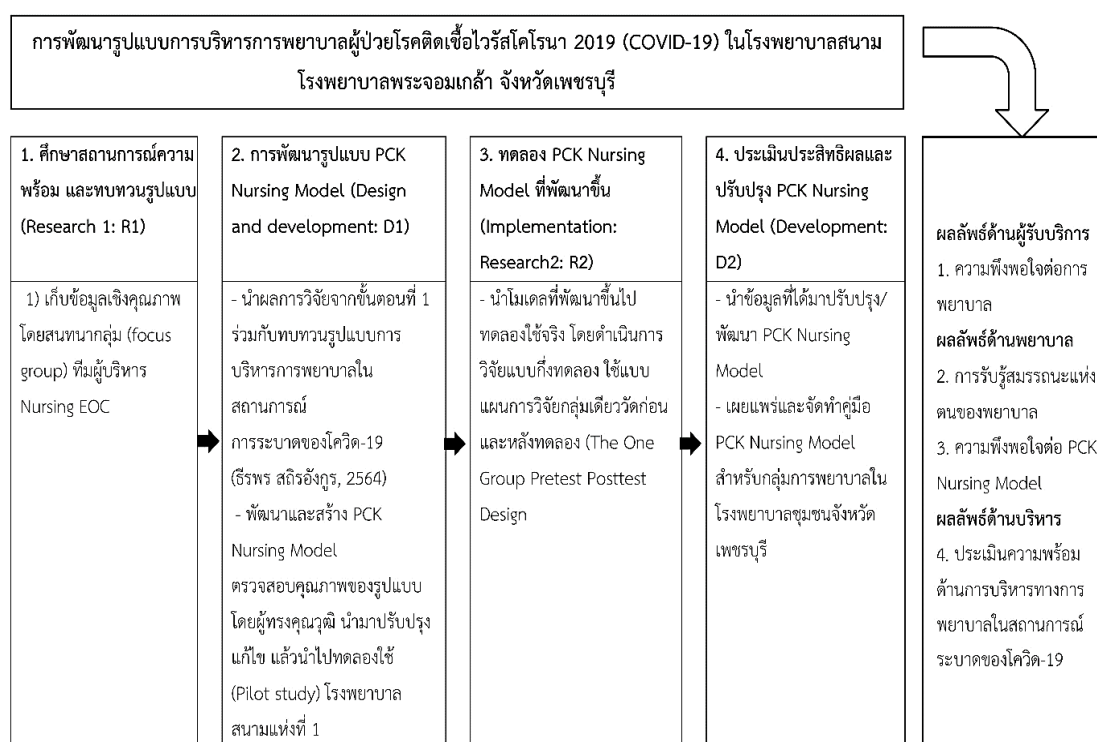
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่พัฒนาขึ้นในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดโดยใช้กรอบแนวคิดของ The McKinsey 7-S Framework (Waterman, Peters, & Phillips, 1980) แนวคิดการบริหารการพยาบาลภัยพิบัติ (Jennings-Sanders, 2004) และหลักการ 2P2R ของสภาการพยาบาลระหว่างประเทศ (International Council of Nurses) (Hutton et al., 2016) มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยการพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (research and development: R & D) มีการดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน รายละเอียด ดังนี้

1. การศึกษาสถานการณ์ความพร้อม และทบทวนรูปแบบการบริหารการพยาบาล

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้การสนทนากลุ่มย่อย (focus group discussion) เก็บข้อมูลในเดือนพฤษภาคม 2564 รายละเอียด ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก เป็นผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่เป็นคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล จำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเจาะจง โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 2-4 คน ได้แก่ ผู้บัญชาการภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล และรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสนาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับความพร้อม ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการใช้รูปแบบการบริหารการพยาบาล จำนวน 9 ข้อ ซึ่งทีมวิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดของ The McKinsey 7-S Framework (Waterman, Peters, & Phillips, 1980) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้บริหารทางการพยาบาล 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญงานการพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 1 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .92

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสนทนากลุ่มย่อยแยกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 1-2 ครั้ง โดยใช้ห้องประชุมขนาดเล็กในการสนทนา ใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที มีการจดบันทึกพร้อมกับการสังเกตแบบมีไม่มีส่วนร่วม ขออนุญาตบันทึกเสียงและบันทึกภาพขณะสนทนากลุ่ม ดำเนินการวิจัยตามหลักจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ โดยผู้วิจัยมีการชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน และข้อมูลผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยมีขั้นตอนคือ การแยกประเภท และจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (categories) การวิเคราะห์แบบของความหมาย (meaning of pattern) การวิเคราะห์ลักษณะโครงสร้างของรูปแบบ (structure feature) การเรียบเรียงข้อมูลใหม่อีกครั้ง (organize the data) และสรุปข้อค้นพบ (conclusions) เชื่อมโยงกับรูปแบบการบริหารการพยาบาล ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 (Sathira-Angkura et al., 2021)

2. การพัฒนา รูปแบบการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (PCK nursing model)

ดำเนินการวิจัยเดือนมิถุนายน 2564 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 นำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 ซึ่งพบกิจกรรมการบริหารการพยาบาลนอกเหนือจากรูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 (Sathira-Angkura et al, 2021) คือ 1) ระยะก่อนเกิดโรค คือ การประสานงานที่มีประสิทธิภาพ 2) ขณะเกิดโรค คือ การประสานความร่วมมือ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสร้างแรงจูงใจ และการสร้างทัศนคติและแนวคิดแบบยืดหยุ่น และ 3) ระยะหลังเกิดโรค คือ การส่งต่อผู้ป่วย ร่วมกับทบทวนแนวคิดการบริหารการพยาบาลภัยพิบัติของ Jennings- Sanders (2004) และหลัก 2P2R ของสภาการพยาบาลระหว่างประเทศ (International Council of Nurses) (Hutton et al., 2016)

2.2 พัฒนา PCK Nursing Model โดยการประชุมระดมสมองทีมผู้วิจัย โดยพิจารณาความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความสะดวกในการนำไปใช้ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

2.3 ตรวจสอบคุณภาพของ PCK nursing model โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วยผู้บริหารทางการแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญงานการพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 1 ท่าน เพื่อความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความชัดเจนของแนวคิดมาตรฐานของโมเดลในด้านความเป็นไปได้ (feasibility) มาตรฐานด้านความเหมาะสม (propriety) และความสะดวกในการนำไปใช้ ซึ่งมีค่าความเหมาะสมเท่ากับ .90 แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขในส่วนความชัดเจนของกิจกรรมการบริหารการพยาบาลและความเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นจึงนำไปศึกษานำร่อง (pilot study) ที่โรงพยาบาลสนามเพชรน้ำหนึ่ง นำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงเป็น PCK nursing model ฉบับสมบูรณ์

2.4 ประชุมคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล เพื่อชี้แจงและทำความเข้าใจร่วมกันในการใช้ PCK Nursing Model

3. ทดลองใช้ PCK Nursing Model ที่พัฒนาขึ้น (Implementation)

นำ PCK Nursing Model ไปทดลองใช้จริง ในช่วงเดือนมิถุนายน-พฤศจิกายน 2564 โดยดำเนินการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังทดลอง (one group pretest-posttest design) ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 4 แห่ง จำนวน 150 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสนาม 4 แห่ง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 5 วัน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.7 โดยกำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง เท่ากับ .50 (Cohen, 1992) ค่าความคลาดเคลื่อน .05 และค่า power = .95 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มอย่างง่ายทั้งสิ้น 50 คน แบ่งเป็นโรงพยาบาลสนามเพชรน้ำหนึ่ง 20 คน โรงพยาบาลสนามแคลคอมป์-11 จำนวน 10 คน โรงพยาบาลสนามแคลคอมป์-12 จำนวน 10 คน และโรงพยาบาลสนามเพชรชะอำ 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (PCK nursing model) ที่พัฒนาขึ้นในขั้นตอนที่ 2 แบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะก่อนเกิดโรค ระยะเกิดโรค และระยะหลังเกิดโรค

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ด้านพยาบาล ได้แก่

2.1 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องร่วมกับแนวคิดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ (Toprasert, 2021) จำนวน 25 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการและประเมินผลลัพธ์ด้านการสื่อสารและการประสานงาน ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการ

เฝ้าระวังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และด้านการพัฒนาคุณภาพการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ระหว่างมีความมั่นใจในการปฏิบัติมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน และไม่มีมีความมั่นใจในการปฏิบัติเลย เท่ากับ 1 คะแนน

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจต่อ PCK Nursing Model ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องร่วมกับประยุกต์ใช้แนวคิดการบริหารการพยาบาลภัยพิบัติ (Jennings-Sanders, 2004) จำนวน 24 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ตามระยะของการเกิดเหตุ ได้แก่ ระยะก่อนเกิดเหตุ ระยะเกิดเหตุ และระยะหลังเกิดเหตุ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ระหว่างพึงพอใจมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน และไม่พึงพอใจเลย เท่ากับ 1 คะแนน

คิดคะแนนเฉลี่ยจากแบบสอบถามทั้ง 2 ส่วน ทั้งรายด้านและโดยรวม โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 5 ระดับ (Best, 1981) ดังนี้

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

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามทั้ง 2 ส่วน ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญชุดเดียวกับการประเมินความเหมาะสมของ PCK Nursing Model โดยมีค่า CVI เท่ากับ .89 แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขความเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาคของแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความพึงพอใจต่อ PCK Nursing Model เท่ากับ .98 และ .97 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. นำ PCK nursing model ไปใช้จริงที่โรงพยาบาลสนาม 4 แห่งของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้แก่ โรงพยาบาลสนามเพชรน้ำหนึ่ง โรงพยาบาลสนามแคลคอมบี้ 11 โรงพยาบาลสนามแคลคอมบี้ 12 และโรงพยาบาลสนามเพชรชะอำ ในช่วงเดือนมิถุนายน-พฤศจิกายน 2564 ประเมินผลลัพธ์การใช้ PCK nursing model

2. เตรียมความพร้อมของพยาบาลที่ใช้ในการใช้ PCK nursing model โดยชี้แจงการใช้ควบคู่กับการแจกคู่มือ PCK nursing model โดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยการให้อ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย แล้วจึงให้ลงนามแสดงความยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร แล้วจึงให้

ทำแบบสอบถามก่อนการทดลอง (pretest) ซึ่งเป็นแบบสอบถามออนไลน์ก่อนเริ่มใช้ PCK nursing model 1 สัปดาห์

3. มอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลสนามตาม PCK nursing model โดยเข้าร่วมในทีมการพยาบาลอย่างน้อย 5 วัน โดยมีพยาบาลทีมละ 3-5 คน ตามสัดส่วนผู้ป่วย โดยจัดเวรเวรละ 8 ชั่วโมง

4. ส่งแบบสอบถามออนไลน์ให้ทำแบบสอบถามหลังการทดลอง (posttest) ทางโทรศัพท์มือถือ หลังจากเสร็จสิ้นการนำ PCK nursing model ไปใช้ 1 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาล และความพึงพอใจต่อ PCK Nursing Model โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังใช้ PCK Nursing Model โดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test)

4. การประเมินประสิทธิผลและปรับปรุง PCK Nursing Model

4.1 นำข้อมูลที่ได้จากการทดลองใช้ในระยะที่ 3 มาระดมสมองคณะผู้วิจัย เพื่อปรับปรุง PCK Nursing Model และจัดทำคู่มือการใช้งาน รวมทั้ง เก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ด้านการบริหาร โดยใช้แบบประเมินความพร้อมด้านการบริหารทางการพยาบาล ของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล จำนวน 10 คน ซึ่งดำเนินการในเดือนธันวาคม 2564 โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องร่วมกับหลัก 2P2R ของสภาการพยาบาลระหว่างประเทศ (International Council of Nurses) (Hutton et al., 2016) จำนวน 29 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การป้องกันและลดความรุนแรง/ผลกระทบ การเตรียมความพร้อม การตอบสนอง/การรับมือ และการฟื้นฟูภายหลังการเกิดสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ ระหว่างด้วยมากที่สุดเท่ากับ 5 คะแนน และไม่เห็นด้วยเลย เท่ากับ 1 คะแนน โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน มีค่า $CVI = .90$ และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ $.95$

4.2 นำ PCK Nursing Model และคู่มือการใช้งาน ไปใช้ให้พยาบาลวิชาชีพดำเนินการตามคู่มือในโรงพยาบาลสนามโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ระหว่างเดือนมกราคม - ธันวาคม 2565 และเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ด้านการบริการกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เข้ารับการรักษากว่า 64 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เข้ารับการรักษาน้อยกว่า 3 วัน มีความสามารถในการอ่านเขียนและเข้าใจภาษาไทย และยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจต่อการพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องร่วมกับแนวคิดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ (Toprasert, 2021) จำนวน 18 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การจัดการและประเมินผลลัพธ์ การสื่อสารและการประสานงาน การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การเฝ้าระวังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการพัฒนาคุณภาพการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นมาตรฐาน

ประมาณค่า 5 ระดับ ระหว่างพึงพอใจมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน และพึงพอใจน้อยที่สุดเท่ากับ 1 คะแนน ซึ่งมีค่า $CVI = .94$ และความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค $= .97$ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลสนาม 2 สัปดาห์ โดยการสอบถามทางโทรศัพท์

วิเคราะห์คะแนนความพร้อมด้านการบริหารทางการพยาบาล และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการพยาบาล โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) ทั้งรายด้านและโดยรวม โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 5 ระดับ (Best, 1981) ดังนี้

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

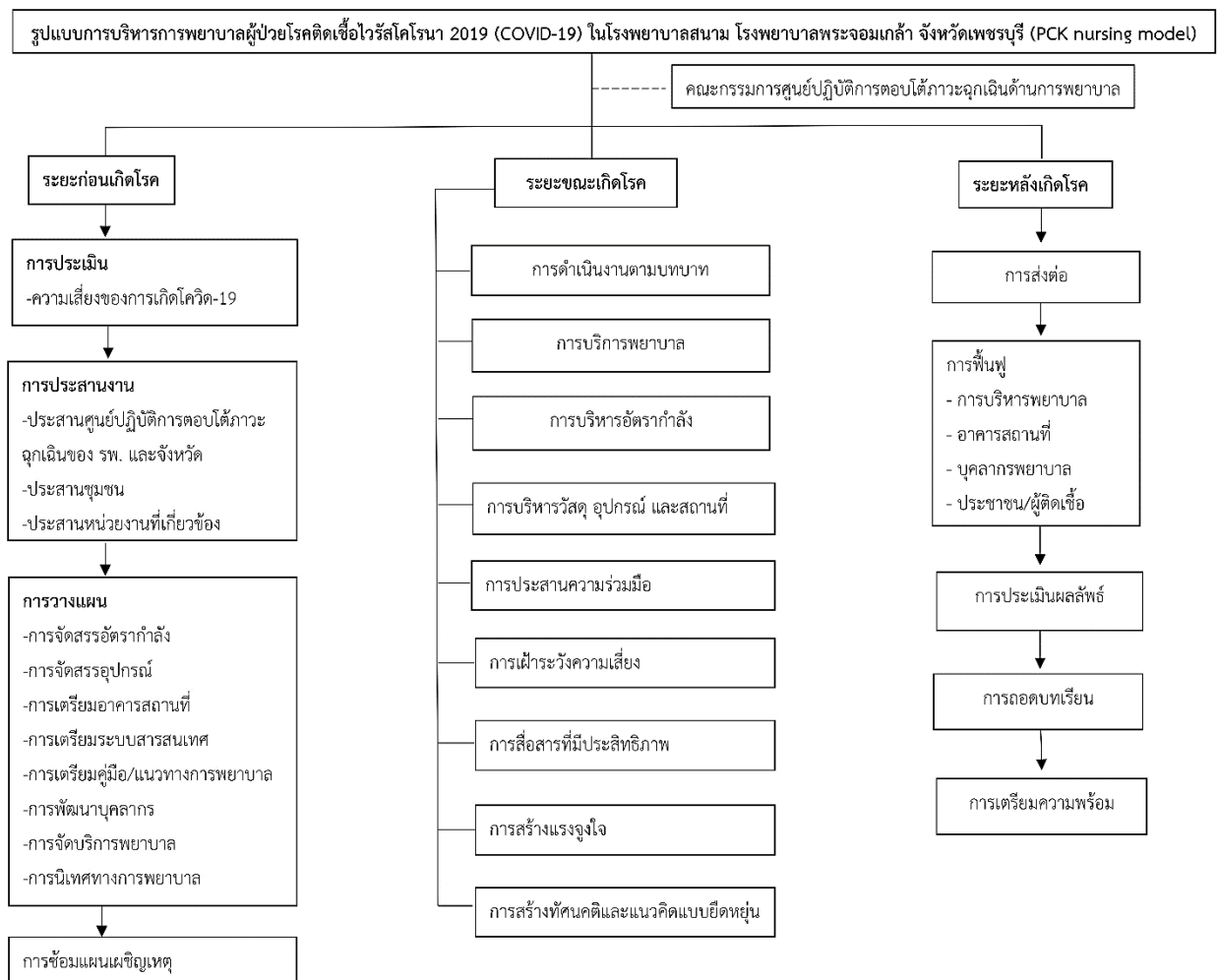
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ PBEC No.28/2564

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล มี 3 ระยะ (ภาพ 2) ได้แก่

1.1 ระยะก่อนเกิดโรค ประกอบด้วย 1) การประสานงาน เป็นการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของโรงพยาบาล จังหวัด และชุมชน เพื่อสำรวจคัดเลือก และเตรียมพร้อมของชุมชน องค์กรเอกชน หรือองค์กรอิสระ เพื่อให้ขอความร่วมมือในด้านกำลังคน อุปกรณ์สนับสนุน และการขนส่ง เป็นต้น 2) การประเมิน เป็นการประเมินสถานการณ์การระบาดของโรค COVID – 19 จากข้อมูลความเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อในพื้นที่ชุมชนใกล้เคียง หรือกลุ่มเสี่ยงที่อาจเคลื่อนย้ายเข้ามาในพื้นที่ 3) การวางแผน ได้แก่ การจัดสรรอัตรากำลัง อุปกรณ์ อาคารสถานที่ ระบบสารสนเทศ คู่มือ/แนวทางการพยาบาล การพัฒนาบุคลากร การจัดบริการพยาบาล และการนิเทศทางการพยาบาล



ภาพ 2 รูปแบบการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลสนาม
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (PCK nursing model)

1.2 ขณะเกิดโรค ประกอบด้วย 1) การดำเนินงานตามบทบาท ได้แก่ ผู้บัญชาการภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการพยาบาล รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลสนาม พยาบาลวิชาชีพควบคุมการติดเชื้อ และพยาบาลวิชาชีพ 2) การบริการพยาบาล เป็นการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยใช้หลักการพื้นฐานของการควบคุม การป้องกัน และมาตรฐานการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 3) การบริหารอัตรากำลัง เป็นการกำหนดผู้รับผิดชอบ และวางแผนในการบริหารอัตรากำลังภายใต้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ เพื่อให้บริการที่ปลอดภัย และมีคุณภาพแก่ผู้ป่วย 4) การบริหารวัสดุ อุปกรณ์ และสถานที่ สำหรับใช้ในการบริการพยาบาลผู้ป่วยให้เพียงพอ พร้อมใช้ และมีประสิทธิภาพ 5) การประสานความร่วมมือกับเครือข่าย องค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรอิสระ ในด้านกำลังคน อุปกรณ์สนับสนุน

การขนส่ง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การรักษาความปลอดภัย และการสื่อสาร 6) การเฝ้าระวังความเสี่ยง การกำหนดมาตรการป้องกันล่วงหน้าของกระบวนการทำงาน ตั้งแต่การป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของบุคลากร การเฝ้าระวังผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลไม่ถูกต้อง มาตรฐานการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยที่เป็นโรค/ผู้ที่เป็นพาหะของโรคไปสู่ผู้อื่น 7) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ใช้หลักสร้างการรับรู้ที่ถูกต้อง ทัวถึง เกิดความเชื่อมั่น และรับมือกับสถานการณ์ด้วยความเข้าใจ โดยมีการสื่อสารทั้งภายในและภายนอกองค์กร ระหว่างทีมสุขภาพ กับผู้ป่วยหรือญาติ ใช้การสื่อสารหลากหลายช่องทาง รวมทั้งใช้เทคโนโลยีสารสนเทศผ่านสื่อใหม่ (new media) 8) การสร้างแรงจูงใจ โดยเป็นผู้นำที่แข็งแกร่ง กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน ทำงานแบบมีทิศทาง ร่วมปฏิบัติงาน ทำงานกับทีม ตัดสินใจในช่วงเวลาของการเปลี่ยนแปลง มีพยาบาลต้นแบบที่ดีให้กับน้อง ๆ ทั้ง Mindset ที่ใช่ และ Skill Set ที่ดี มีเป้าหมายในการทำงานที่ชัดเจน มีการร่วมปฏิบัติงาน ผู้นำและผู้บริหารทางการพยาบาล เป็นกำลังแรงใจในการปฏิบัติงานร่วมกัน มีการทำงานเป็นทีม และมีคำตอบแทนของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในการเฝ้าระวัง สอบสวน ป้องกัน ควบคุม และดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ 9) การสร้างทัศนคติและแนวคิดแบบยืดหยุ่น และเติบโตพัฒนาต่อไปข้างหน้า (growth mindset) เชื่อว่าความสามารถของทุกคนเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เชื่อในศักยภาพของบุคลากร และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

1.3 ระยะหลังเกิดโรค ประกอบด้วย 1) การส่งต่อ เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน 2) การฟื้นฟูการบริการพยาบาล อาคารสถานที่ บุคลากรพยาบาล และประชาชน/ผู้ติดเชื้อ 3) การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลหลังการระบาด ได้แก่ การติดเชื้อของบุคลากร การแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลจากผู้ติดเชื้อไปสู่ผู้อื่น องค์ความรู้ทางการพยาบาลที่ได้เรียนรู้จากสถานการณ์การระบาดที่เกิดขึ้น ความสุข/ความภาคภูมิใจในการปฏิบัติงาน ความเครียด/วิตกกังวลจากการปฏิบัติงานในสถานการณ์ระบาด 4) การถอดบทเรียน โดยการแลกเปลี่ยนในมุมมองสิ่งดี ๆ ที่พบในสถานการณ์ สิ่งไม่ดี/ผลกระทบ และการแก้ไข และสิ่งที่ได้เรียนรู้ และโอกาสการพัฒนา สรุบบทเรียนและเผยแพร่ เพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน และนำเสนอบทเรียนต่อผู้บริหาร เผยแพร่สู่หน่วยงานภายนอกทั้งในระดับจังหวัด เขตสุขภาพ ระดับประเทศ และนานาชาติ รวมทั้ง ผลการสรุปผลลัพธ์ทางการพยาบาล 5) การเตรียมความพร้อม เป็นการนำสิ่งที่เรียนรู้มาเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ/โรคอุบัติใหม่ไว้ล่วงหน้าจะช่วยลด ผลกระทบจากสถานการณ์ภัยตามหลัก 2P2R ซึ่งเน้นการป้องกันภัยเชิงรุกและจัดการภัยพิบัติอย่างยั่งยืน ประกอบด้วย การวางระบบการป้องกันการเกิดโรค การเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และการฟื้นฟูหลังเกิดภาวะฉุกเฉิน

2. ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

2.1 ผลลัพธ์ด้านพยาบาล

2.1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 24 มีประสบการณ์ด้านการพยาบาล อยู่ในช่วง 1-34 ปี เฉลี่ย 18.68 ปี ($SD = 8.88$)

2.1.2 ผลประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการบริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลสนาม (PCK Nursing Model) พบว่า มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารการพยาบาลอยู่ในระดับมาก ($M = 3.87, SD = .65$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระยะก่อนเกิดโรค ($M = 3.90, SD = .68$) รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับของความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลสนาม (PCK Nursing Model) (n = 50)

ด้าน	M	SD	ระดับ
ระยะก่อนเกิดโรค	3.90	0.68	มาก
ระยะระหว่างเกิดโรค	3.84	0.65	มาก
ระยะหลังเกิดโรค	3.86	0.70	มาก
โดยรวม	3.87	0.65	มาก

2.1.3 ผลการเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลสนาม พบว่า หลังการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลสนามกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในทุกด้านสูงกว่าก่อนการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลสนาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการทดสอบที่การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังการปฏิบัติการพยาบาล ในโรงพยาบาลสนาม (n = 50)

ด้าน	ก่อน		หลัง		Mean Difference	t
	การใช้รูปแบบ		การใช้รูปแบบ			
	M	SD	M	SD		
ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	3.50	.69	4.52	.54	1.02	10.86**
การจัดการและประเมินผลลัพธ์	3.40	.66	4.31	.61	.91	9.93**
การสื่อสารและการประสานงาน	3.44	.71	4.30	.61	.86	8.56**
การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	3.35	.71	4.32	.58	.97	9.40**
การเฝ้าระวังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	3.38	.69	4.27	.59	.89	9.36**
การพัฒนาคุณภาพการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	3.35	.69	4.19	.61	.83	8.78**
โดยรวม	3.41	.62	4.32	.54	.91	10.15**

** $p < .01$

2.2 ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ

2.2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ส่วนใหญ่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลสนามแคลคอมป์ 11 ร้อยละ 35.94 มีอายุอยู่ในช่วง 18-55 ปี อายุเฉลี่ย 32.19 ปี ($SD = 9.19$) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 68.75

2.2.2 ระดับความพึงพอใจต่อการพยาบาลของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้รับในโรงพยาบาลสนาม ผลการวิจัยพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยภาพรวม อยู่ในระดับดี ($M = 4.12$, $SD = .70$) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านการเฝ้าระวังการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ ($M = 4.36$, $SD = .54$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการสื่อสารและการประสานงาน ($M = 3.94$, $SD = .95$) รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับของความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลสนาม ($n = 64$)

ด้าน	M	SD	ระดับ
ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	4.06	.82	มาก
การจัดการและประเมินผลลัพธ์	4.03	.81	มาก
การสื่อสารและการประสานงาน	3.94	.95	มาก
การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	4.31	.67	มาก
การเฝ้าระวังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	4.36	.54	มาก
การพัฒนาคุณภาพการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	4.01	.83	มาก
โดยรวม	4.12	.70	มาก

2.3 ผลลัพธ์ด้านการบริหาร

2.3.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้บริหารทางการแพทย์ รพ.พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาโท และปริญญาตรีจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 50 และในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่วนใหญ่ปฏิบัติหน้าที่ในการบริหารทางการแพทย์ในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลสนามและทีมบริหารการพยาบาล ร้อยละ 40

2.3.2 ความพร้อมด้านการบริหารทางการแพทย์ในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ภายหลังจากการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 4.42$, $SD = .42$) เมื่อพิจารณารายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับดีมากคือ การตอบสนอง/การรับมือ ($M = 4.50$, $SD = .49$) และมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดอยู่ในระดับดีคือ ด้านการป้องกันและลดความรุนแรง/ผลกระทบ ($M = 4.30$, $SD = .50$) รายละเอียด ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย (*M*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) และระดับของความพร้อมด้านการบริหารทางการแพทย์
ในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายหลังจากนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้
ของผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี (*n* = 10)

ด้าน	M	SD	ระดับ
การป้องกันและลดความรุนแรง/ผลกระทบ (prevention/ mitigation competencies)	4.30	.50	มาก
การเตรียมความพร้อม (preparedness competencies)	4.35	.39	มาก
การตอบสนอง/ การรับมือ (response competencies)	4.50	.49	มากที่สุด
การฟื้นฟูภายหลังการเกิดสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	4.49	.54	มาก
โดยรวม	4.42	.42	มาก

การอภิปรายผล

1. รูปแบบการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลสนาม
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีกิจกรรมการพยาบาลหลักตามคู่มือ
การบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ของสำนักวิชาการสาธารณสุข
(Bureau of Public Health Academics Ministry of Public Health, 2021) และมีกิจกรรมการบริหาร
การพยาบาลเพิ่มเติมที่ได้จากการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพซึ่งพบว่า ลักษณะการทำงานในโรงพยาบาล
สนามของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีความแตกต่างจากโรงพยาบาลสนามอื่น เช่น
มีโรงพยาบาลสนามที่ตั้งอยู่ในเขตโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งมีผู้ป่วยแรงงานต่างด้าวจำนวนมาก มีแตกต่าง
ทางภาษาและวัฒนธรรม รวมทั้ง มีสถานการณ์การประท้วงของผู้ป่วย ทำให้ต้องมีกิจกรรมการบริหาร
การพยาบาลเพิ่มเติมคือ การประสานความร่วมมือ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสร้างแรงจูงใจ และ
การสร้างทัศนคติและแนวคิดแบบยืดหยุ่น ตลอดจนการบริหารการพยาบาลที่ต้องก้าวข้ามความแตกต่าง
ทางภาษาและวัฒนธรรม จึงต้องมีการค้นหาผู้นำตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นในกลุ่มต่าง ๆ เพื่อเป็นกลไกสำคัญ
ในการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยในความดูแล กิจกรรมการบริหารการพยาบาลดังกล่าว มีความ
สอดคล้องกับบทบาทของผู้บริหารการพยาบาลในยุควิถีชีวิตใหม่ (new normal) ของกองการพยาบาล
ที่กล่าวว่า ควรมีการสื่อสารที่ดี ฝ่ายบริหารการพยาบาลต้องทำให้ทุกคนในองค์กรเข้าใจในการปฏิบัติงาน
แบบวิถีชีวิตใหม่ สร้างแรงจูงใจทางบวก การปรับเปลี่ยนให้ทีมการพยาบาลก้าวทันยุควิถีชีวิตใหม่ และการบริหาร
การพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ต้องการจัดระบบการป้องกันและ
ควบคุมการแพร่กระจายเชื้ออย่างเคร่งครัด (Pitsachart et al., 2021) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษารายงาน
การถอดบทเรียนการบริหารจัดการกำลังคนด้านการพยาบาลและสมรรถนะของพยาบาลเพื่อตอบสนองภาวะ
วิกฤตโควิด 19 ในระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ พบว่า สมรรถนะการบริหารการพยาบาลของหัวหน้า
พยาบาลควรเป็นผู้มีลักษณะเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงและสามารถตัดสินใจและใช้ประสบการณ์เป็นฐาน

ในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ มีการสื่อสารทั้งกับทีมงานและสหสาขาวิชาชีพและปรับตัวได้อย่างอย่างรวดเร็วในการคิดตัดสินใจและแก้ปัญหาที่รอบด้าน (Meenongwa et al., 2022)

2. ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า

2.1 ผลลัพธ์ด้านพยาบาล พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการบริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลสนาม (PCK Nursing Model) อยู่ในระดับมาก ($M = 3.87$, $SD = .65$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระยะก่อนเกิดโรค ($M = 3.90$, $SD = .68$) สอดคล้องกับผลการประเมินความพึงพอใจของทีมองค์การพยาบาลในการพัฒนารูปแบบการบริหารองค์การพยาบาลในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของโรงพยาบาลสมุทรสาครซึ่งมีคะแนนสูงสุดในระยะเตรียมความพร้อมซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (Limprasertt, 2021) ซึ่งแตกต่างกับผลการศึกษานี้ อาจเนื่องจาก การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดขึ้นในจังหวัดสมุทรสาครเป็นจังหวัดแรกที่มีการระบาด มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในอัตราที่ก้าวกระโดด และบุคลากรในจังหวัดไม่เพียงพอ จึงมีทีมอาสาสมัครจากทั่วประเทศหมุนเวียนเข้ามาดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลสนาม ในขณะที่โรงพยาบาลสนาม โรงพยาบาลพระจอมเกล้าเปิดระยะทำการในระลอกหลังและใช้ทีมพยาบาลที่เป็นของโรงพยาบาลพระจอมเกล้าเป็นหลัก

ผลการเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาล พบว่า ภายหลังการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลสนามมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในทุกด้านสูงกว่าก่อนการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับผลการพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของ โควิด-19 แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโนนไทย (Kumprasit, 2022) โดยเฉพาะการเชื่อว่าตนเองสามารถใส่-ถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลได้ถูกต้องและมีความคาดหวังว่าการใส่หน้ากากกรองอนุภาค (N-95) และการตรวจสอบความแนบสนิทก่อนการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ทุกครั้ง จึงสามารถป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ได้ (Ruangrattanatrai et al., 2021) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในช่วยให้พยาบาลมั่นใจว่าสามารถให้การดูแลผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อโควิด-19 ได้อย่างปลอดภัยทั้งตัวผู้ป่วยและตนเอง (Sathira-Angkura et al., 2021)

2.2 ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ พบว่า ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในโรงพยาบาลสนาม มีความพึงพอใจต่อการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.12$, $SD = .70$) สอดคล้องกับผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทั่วประเทศ ที่พบว่าความพึงพอใจของผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อบริการพยาบาลอยู่ในระดับมาก (Sathira-Angkura et al., 2021)

2.3 ผลลัพธ์ด้านการบริหาร พบว่า ผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีความพร้อมด้านการบริหารทางการพยาบาลในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายหลังจากการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้อยู่ในระดับมาก ($M = 4.42$, $SD = .42$) แสดงให้เห็นถึงความพร้อมทางการบริหารการพยาบาลในการรับสถานการณ์โรคอุบัติใหม่หรือโรคระบาด

ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ที่ต้องการให้แต่ละประเทศประเมินความพร้อมและเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาส่วนชาติต่อไป (World Health organization, 2021)

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้วิจัยควบคู่ไปกับการบริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลสนาม ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่วิกฤต มีการเปลี่ยนแปลงและปัญหาเฉพาะหน้าในสถานการณ์ที่หลากหลายและคาดไม่ถึงอาจส่งผลกระทบต่อกระบวนการเก็บข้อมูล เช่น การนัดหมายในการสนทนากลุ่ม ความสะดวกในการตอบแบบประเมิน และการนัดหมายทีมวิจัยในการระดมสมอง ที่ต้องมีการยืดหยุ่นตามสถานการณ์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลสามารถนำรูปแบบการบริหารการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปปรับใช้ตามบริบทของโรงพยาบาลตนเอง และควรพัฒนาคุณภาพสื่อที่ใช้ในการสื่อสารทั้งในส่วนทีมสุขภาพ และผู้รับบริการให้ทันสมัย เข้าถึงได้ง่ายและรวดเร็วมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกใหม่และโรคอุบัติใหม่
2. ทีมบริหารการพยาบาลนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการเตรียมความพร้อมและดูแลสถานการณ์โรคอุบัติใหม่โรคติดต่ออื่น ๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาประสบการณ์การบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลสนามอื่น ๆ ทั่วประเทศ และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาลผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้น
2. ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับระบบการบริการและติดตามดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 ระยะยาวในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- Best, J. W. (1981). *Research in education*. Prentice Hall.
- Bureau of Public Health Academics, Ministry of Public Health. (2021). *Handbook for nursing management in the situation of the COVID-19 Pandemic*. <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf> (in Thai)
- Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology: A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.

- Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2021). *Guidelines for the establishment of field hospitals: The Case of the outbreak of Coronavirus Disease 2019 or COVID-19 among asymptomatic patients or with few symptoms*. <https://www.kkpho.go.th/i2021/index.php/component/attachments/download/9601> (in Thai)
- Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2021). *Guidelines for establishing a field hospital: In the event of a widespread outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*. https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25640111082302AM_Field%20Hospital%20GL_V_5_08012021.pdf (in Thai)
- Hutton, A., Veenema, T. G., & Gebbie, K. (2016). Review of the International Council of Nurses (ICN) framework of disaster nursing competencies. *Prehospital and Disaster Medicine*, 31(6), 680-683.
- Jennings-Sanders, A. (2004). Teaching disaster nursing by utilizing the Jennings disaster nursing management model. *Nurse Education in Practice*, 4(1), 69-76.
- Kumprasit, U. (2022). Development of nursing model during the COVID-19 outbreaks: In-patient department, Nonthai Hospital. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 16(1), 30-44. (in Thai)
- Limprasertt, K., (2021). The development of nursing organization management model in Coronavirus Disease 2019 outbreak situation at Samutsakhon Hospital. *Journal of Nursing Division*, 48(3), 1-12. (in Thai)
- Medical Records and Statistics Division, Medical Informatics Division, Phrachomklao Hospital. (2021). *The statistical report, Phrachomklao Hospital, Phetchaburi Province*. Phrachomklao Hospital, Phetchaburi Province. (in Thai)
- Meenongwa, J. Hamilton, S., Pokathip, S., Semrum, W., Butudom, A., Khantichitr, P., Jaikla, P., Boonpha, R., Srisoem, C., & Choksawat, O. (2022). *Exploring nursing workforce management and competencies during the covid-19 crisis at the 10th public health region focusing on the secondary and tertiary care Level*. Health Systems Research Institute (HSRI). (in Thai)
- Pitsachart, N., Saenprasarn, P., & Yonchoho, N. (2021). Nursing administration in New Normal Era. *Journal of Nursing Division*, 48(3), 202-211. (in Thai)
- Ruangrattanatrai, W., Kongseub, P., Khamha, C., & Sirilak, S. (2021). Management of personal protective equipment (PPE) and N95 masks for coronavirus disease 2019 (COVID-19) case study in 5 hospitals. *Journal of Health Science*, 30(1), 137-49. (in Thai)

- Sathira-Angkura, T., Leelawongs, S., Srisuthisak, S., Puttapitukpol, S., Yonchoho, N., & Jamsomboon. K. (2021). Development of nursing administration model in the COVID-19 outbreak situation of hospitals under the Ministry of Public Health. *Journal of Health Science*, 30(2), 320-33. (In Thai)
- Toprasert, T. (2021). Competency of nurse in Emerging Infectious Disease Care, Bamrasnaradura Infectious Disease Institute. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute*, 15(1), 25–36. (in Thai)
- Waterman J, R. H., Peters, T. J., & Phillips, J. R. (1980). Structure is not organization. *Business Horizons*, 23(3), 14-26.
- World Health Organization. (2021). *Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331511/Critical%20preparedness%20readiness%20and%20response%20actions%20COVID-10%202020-03-22_FINAL-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

บทความวิจัย (Research article)

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก สำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพอง The Development of Clinical Nursing Practice Guideline for the Patient with Thoracic Aortic Aneurysm

จินตนา ตริเงิน อรรคศรีวร¹, สุรัสวดี เทียงวิบูลย์วงศ์¹, วิจิตรา มะณู²

Jintana Three-ngern Akasriworn¹, Suruchsawadee Thiengwiboonwong¹, Wichittra Manoo^{2*}

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: wichittra.yath@gmail.com; โทรศัพท์ 085-5396422)

(Received: February 6, 2023; Revised: April 25, 2023; Accepted: April 27, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพอง การศึกษานี้แบ่งเป็น 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ตามแนวคิดของโดนาปีเดียน 2) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดของชูคัพ และ 3) นำแนวปฏิบัติลงสู่การปฏิบัติในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและสามัญศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี ดำเนินการวิจัยระหว่างพฤศจิกายน 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 26 คน และ ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพอง จำนวน 40 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยก่อนที่จะมีการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และกลุ่มทดลองหลังจากการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ จำนวน 20 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการทดสอบที ผลการศึกษาพบว่า

1. แนวปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพอง ประกอบด้วย 4 หมวด คือ หมวด 1 การซักประวัติและการประเมินอาการแรกรับ หมวด 2 การจัดการและการพยาบาลก่อนผ่าตัด หมวด 3 การเตรียมผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด และ หมวด 4 การพยาบาลหลังผ่าตัด การวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง

2. ผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในด้านผู้ป่วยพบว่า มีจำนวนวันนอนในกลุ่มทดลอง ($M = 11.90$, $SD = 5.04$) ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 13.60$, $SD = 8.88$) แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .46$) พบภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ในระยะหลังผ่าตัด คือ ไตวายเฉียบพลัน หลอดเลือดแดงส่วนปลายขาดเลือดเฉียบพลันและภาวะลำไส้ขาดเลือด จำนวน 3 ราย ซึ่งลดลงจากก่อนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ผลลัพธ์ด้านพยาบาลพบว่า มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t =$

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลราชวิถี

Registered Nurse (Senior Professional Level), Rajavithi Hospital

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชวิถี

Registered Nurse (Professional Level), Rajavithi Hospital

-16.57, $p < .001$) มีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลครบถ้วน จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 76.93 และมีคะแนนเฉลี่ยต่อความเหมาะสม ความพึงพอใจ และผลลัพธ์ทางการพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติไปใช้ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ($M = 4.50, 4.65$ และ 4.40 ; $SD = .48, .56$ และ $.45$ ตามลำดับ)

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การใช้นโยบายปฏิบัติตามมาตรฐานกระบวนการดูแลผู้ป่วย ต้องมีการนิเทศกำกับ ติดตามอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทุกหมวด และทุกประเด็น

คำสำคัญ: การดูแลหลังผ่าตัด, นโยบายปฏิบัติการพยาบาล, ผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพอง

Abstract

The purpose of this research and development is to develop and evaluate the result of using clinical nursing practice guidelines (CNPG) for thoracic aortic aneurysm patients. This study consisted of 1) a situation analysis based on the Donabedian model. 2) develop CNPG based on the Soukup model and 3) Implement and evaluate the use of guidelines. The study was conducted in the cardiovascular surgery intensive care unit and cardiovascular ward at Rajavithi Hospital from November 2022 - February 2023. A purposive sampling method was used to select samples, which were 1) 26 registered nurses, and 2) 40 thoracic aortic aneurysm patients compared to 20 allocated to a control group and 20 to an experimental group. The data were analyzed using descriptive statistics and t-tests. The result shows that:

1. CNPG compares 4 categories; 1) History taking and an initial assessment 2) management and pre-operation nursing care, 3) Preparation for operation, and 4) post-operation nursing care, discharge planning, and continuity of care.

2. The patient outcome of CNPG reveals that; the length of stay in an experimental group ($M = 11.90, SD = 5.04$), compared to a control group ($M = 13.60, SD = 8.88$), decreased but no significant difference ($p = .46$). Patients have been evaluated and closely monitored for preventable post-operative complications, resulting in 3 patients; acute renal failure, limb ischemia, and bowel ischemia, who were treated promptly and safely from complications. The nursing outcomes are nurses' knowledge scores increased with statistical significance ($t = -16.57, p < .001$), gain more clinical skills in 20 persons (76.93%), and demonstrate firm agreement, appropriate, satisfied, and nursing outcomes with the use of CNPG at a high level ($M = 4.50, 4.65$, and 4.40 ; $SD = .48, .56$, and $.45$ respectively).

The recommendation of the study includes the following of the care process, the using CNPG should be continuously supervised to cover all categories and all issues.

Keywords: Post-operative care, Clinical nursing practice guideline, Thoracic aortic aneurysm patient

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอก (thoracic aorta) ที่สำคัญ ได้แก่ thoracic aortic aneurysm (TAA) และ aortic dissection (AoD) หากไม่ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องและรวดเร็ว อาจนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจึงถูกเรียกว่า "ฆาตกรเงียบ (silent killers)" ร้อยละ 22 ของผู้ป่วยเกิดการปริแตกของหลอดเลือด เสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล (Faiza & Sharman, 2022) เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งระยะก่อนการผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังการผ่าตัด จากการแตกของหลอดเลือดแดง การขาดเลือดไปเลี้ยงของอวัยวะเป้าหมาย การขยายการปริแตกของหลอดเลือดแดง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น เป็นลมหมดสติ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หัวใจถูกบีบรัด หรือภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะอัมพาตท่อนล่าง เป็นต้น (Feldman et al., 2009) หากผู้ป่วยไม่ได้รับการแก้ไขหรือรักษาอย่างทันท่วงที จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทางด้านร่างกายเกิดภาวะทุพพลภาพ จิตใจและครอบครัว รวมไปถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้น

สำหรับประเทศไทย มีการรายงานสถิติการผ่าตัดรักษาโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกไปโรงพยาบาลของสมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562-2564 จำนวน 1,061, 1,127 และ 1,016 รายตามลำดับ (The Society Thoracic Surgeons of Thailand, 2022) โรงพยาบาลที่สามารถรักษาโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกไปโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งโรงพยาบาลราชวิถีเป็น 1 ใน 10 ของโรงพยาบาลที่สามารถรับผู้ป่วยเข้ามาผ่าตัดและมากเป็นอันดับ 1 ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข งานศัลยศาสตร์หัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลราชวิถี ได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์พัฒนาหน่วยงานในปี 2564-2569 ให้เป็นศูนย์รักษาเฉพาะทางศัลยศาสตร์หัวใจและหลอดเลือดที่ย่างก้าวซับซ้อน เพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยจากทุกเขตสุขภาพ และการผ่าตัดโรคหลอดเลือดแดงใหญ่เป็น 1 ใน 5 โรคสำคัญที่หน่วยงานต้องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ได้ตามมาตรฐานการรับรองเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ (program and disease specific standards: PDSS) (The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization), 2020)

จากการทบทวนเวชระเบียนโรงพยาบาลราชวิถี ในปี พ.ศ.2560-2564 พบสถิติการผ่าตัดรักษาโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกเฉลี่ยประมาณ 100 รายต่อปี ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะไตวายเฉียบพลัน ภาวะหลอดเลือดสมองตีบ หลอดเลือดบริเวณขาขาดเลือด ลำไส้ขาดเลือด ซึ่งเป็นอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ โดยการประเมินอาการและอาการแสดงอย่างทันท่วงทีและการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ จากการศึกษาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย พบว่า มีแนวทางปฏิบัติทางคลินิกของของสมาคมหัวใจอเมริกัน (Isselbacher et al., 2022) และสมาคมโรคหัวใจแห่งยุโรป (European society of cardiology: ESC) (Erbel et al., 2014) ที่เน้นบริบทการดูแลรักษาของแพทย์อย่างชัดเจน แต่ในส่วนของ การดูแลของพยาบาล พบว่า มีเพียงแนวปฏิบัติของสมาคมพยาบาลโรคหลอดเลือด (society for vascular nursing: SVN) (Kohlman-Trigoboff et al., 2020) ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพองในช่องท้องที่ได้รับการผ่าตัดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟผ่านทางสายสวนเท่านั้น

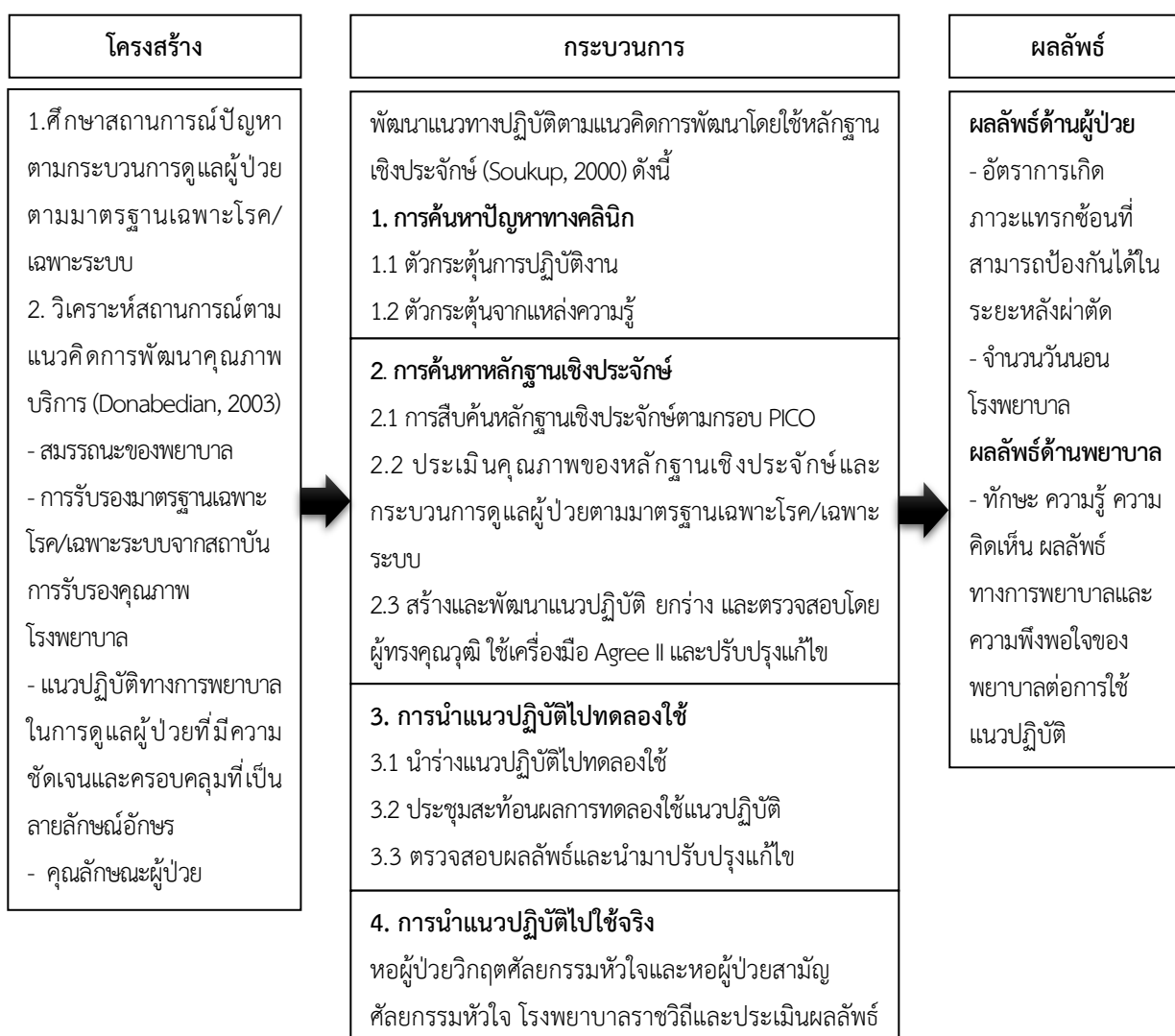
ปัจจุบันได้มีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (clinical nursing practice guideline: CNPG) มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น ซึ่งเป็นแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบจากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อนำมาใช้วางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นว่าการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยในหลายกลุ่มโรค ซึ่งจากการศึกษาพบว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสามารถช่วยเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Suwanakkaradecha et.al, 2018; Panvilai et al., 2020) ผู้วิจัยซึ่งกำกับดูแลงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก เป็นหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพอง และมีการกิจร่วมกับศูนย์ความเป็นเลิศด้านหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลราชวิถี ในการขยายเครือข่ายและถ่ายทอดความรู้ให้แก่โรงพยาบาลในเขตสุขภาพ จึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและกระบวนการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพองตามกรอบแนวคิดการพัฒนาคูณภาพการบริการของ Donabedian (2003) เป็นการประเมินคุณภาพการดูแลสุขภาพโดยอาศัยองค์ประกอบที่สัมพันธ์กัน คือ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) และแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Soukup, 2000) ร่วมกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ (The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization), 2020) ตั้งแต่การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ การประเมินผู้ป่วย การวางแผนการดูแล การดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้ เสริมพลัง วางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีความปลอดภัย และเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี ทั้งการเฝ้าระวังอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ช่วยลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล รวมทั้ง พยาบาลมีศักยภาพสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีมาตรฐาน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพอง
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพอง ดังนี้
 - 2.1 เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ได้แก่ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ในระยะหลังผ่าตัด ระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพอง
 - 2.2 ศึกษาผลลัพธ์ด้านพยาบาล ได้แก่ ทักษะ ความรู้ ความคิดเห็น ผลลัพธ์ทางการพยาบาลและความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพบริการของ Donabedian (2003) 3 องค์ประกอบคือ 1) ด้านโครงสร้าง โดยการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ 2) ด้านกระบวนการ เป็นพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ตามแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติของ ศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Soukup, 2000) ร่วมกับกระบวนการดูแลผู้ป่วย 6 องค์ประกอบตามมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ (The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization), 2020) 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาปัญหาทางคลินิกจากการปฏิบัติงานและแหล่งความรู้ การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ และ นำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพองใช้จริง และ 3) ผลลัพธ์ ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและด้านพยาบาล โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพอง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (research and development: R &D) ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2565 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. การศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพอง ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม พ.ศ.2565 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 ศึกษาข้อมูลย้อนหลัง โดยการทบทวนการดูแลจากแฟ้มประวัติและเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมหัวใจ ระหว่างเดือนมกราคม - กรกฎาคม พ.ศ.2565 จำนวน 20 ฉบับ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ และการวินิจฉัยโรค และ 2) แบบบันทึกการให้บริการ ปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการรักษา ได้แก่ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพอง เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม (focus group) สถานการณ์และประเด็นในการให้พยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพอง ซึ่งเป็นแนวคำถามหลัก ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้าง สมรรถนะพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพองควรเป็นอย่างไร และสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันเป็นเช่นไรและมีวิธีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพองอย่างไร 2) ด้านกระบวนการ ในหน่วยงานมีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพองก่อนและหลังผ่าตัดอย่างไรและที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพองอย่างไรบ้าง 3) ด้านผลลัพธ์ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพองเป็นอย่างไรและอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นอย่างไร ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการดูแลของท่านเป็นอย่างไร ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจ จำนวน 1 คน หัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมหัวใจ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมหัวใจ จำนวน 26 คน คัดเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2565 - กุมภาพันธ์ 2566 และมีอายุงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

1.3 นำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียนและการสนทนากลุ่ม มาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาตามกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการให้บริการ (Donabedian, 2003) 3 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์

2. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพอง

ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม - ตุลาคม พ.ศ.2565 ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล ตามแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ประเทศสหรัฐอเมริกา (Soukup, 2000) โดยมี 4 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาในระยะที่ 1 ซึ่งสามารถสรุปจากหลักฐาน 2 แหล่ง ดังนี้

2.1.1 ตัวกระตุ้นการปฏิบัติงาน (practice triggers) จากการทบทวนการดูแลจากแฟ้มประวัติและเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมหัวใจเยื่อหลัง และจากการสนทนากลุ่ม พบว่า 1) ด้านโครงสร้าง สมรรถนะของพยาบาลมีความแตกต่างกันทั้งด้านประสบการณ์ ความรู้ และทักษะการพยาบาล (Benner, 1984) ได้แก่ กลุ่มผู้จบใหม่ (novice) ร้อยละ 18.75 กลุ่มผู้เริ่มต้นก้าวหน้า (advance beginner) ร้อยละ 6.25 กลุ่มผู้มีความสามารถ (competent) ร้อยละ 15.63 กลุ่มผู้คล่องงาน (proficient) ร้อยละ 15.62 และกลุ่มเชี่ยวชาญ (expert) ร้อยละ 43.75 ซึ่งการประเมินและการดูแลผู้ป่วยยังต้องอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลอาวุโส 2) ด้านกระบวนการ ไม่มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด จนถึงการวางแผนจำหน่าย การเตรียมประสานงานกับทีมสหสาขา โดยเฉพาะทีมอายุรศาสตร์แพทย์โรคหัวใจ การเตรียมเลือด และการเตรียมผู้ป่วยส่งผ่าตัด ที่เป็นลายลักษณ์อักษรร่วมกับ ไม่มีเส้นทางการประสานงานกับหน่วยงานภายนอกในกรณีต้องเข้ารับการผ่าตัดแบบเร่งด่วน ทำให้เกิดความล่าช้า ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยได้ และ 3) ด้านผลลัพธ์ พบว่าผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการร้อยละ 30 เป็นผู้ป่วยรับส่งต่อมาเพื่อทำผ่าตัดฉุกเฉิน การเข้ารับการรักษาแบบฉุกเฉินทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากต้องเข้ารับการผ่าตัด แบบเร่งด่วน และเป็นการผ่าตัดที่มีการเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบและอาจมีอันตรายถึงชีวิต ผู้ป่วยขาดความเข้าใจและความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

2.1.2 ศึกษาตัวกระตุ้นจากแหล่งความรู้เกี่ยวกับปัญหาที่ได้จากการปฏิบัติงาน (knowledge triggers) Mokashi and Svensson (2019) ได้แนะนำการประเมินอาการแรกเริ่มในเรื่องการรักษาทางยา และการตรวจร่างกายทั่วไป โดยเฉพาะประวัติการเจ็บหน้าอกหรือ ปวดหลัง ซึ่งเป็นอาการสำคัญที่บ่งชี้การปริแตกของหลอดเลือด รวมถึงประวัติการปวดท้อง อาการปวดขา และอาการทางระบบประสาทและสมอง และ ESC guideline พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ถ้าไม่ได้รับการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมง จะมีอัตราตายถึงร้อยละ 50 แม้ว่าได้รับการผ่าตัด สามารถพบอัตราตายในระหว่างการผ่าตัดได้ถึงร้อยละ 25 และภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทและสมองได้ถึงร้อยละ 18 พบปัญหาระบบทางเดินอาหารขาดเลือด (mesenteric malperfusion) ร้อยละ 30 รวมทั้ง การขาดเลือดของอวัยวะส่วนปลาย (Erbel et.al., 2014)

2.2 การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (evidence supported phase) นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยตามหลักมาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ (program and disease specific standard: PDSS) 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงและเข้ารับบริการ การประเมินผู้ป่วย การวางแผนการดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้เสริมพลังจากแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง ดังนี้

2.2.1 สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้หลัก PICO framework (Picheansathian, 2018) ดังนี้

P (Population); thoracic aortic aneurysm, aortic dissection

I (intervention); clinical practice guideline, clinical nursing practice guideline, Thoracic Endovascular Aortic Repair (TEVAR), open repair

C (Comparison); non

O (Outcome); pre-post operation nursing care, discharge planning, length of stay

เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์และเผยแพร่ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2010 – 2022 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กำหนดแหล่งสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลได้แก่ Ovid, Cochrane, PubMed, Springer link, Google scholar, Science direct, CINALH ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ จากเอกสารอ้างอิง และการสืบค้นด้วยมือ จากวารสารทั้งในประเทศและต่างประเทศ นำมาวิเคราะห์และประเมินตามเกณฑ์การนำผลงานวิจัยไปใช้ของ Polit and Beck (2004) และใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยอ้างอิงตามราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (National Health and Medical Research Council, 1999) ผลการสืบค้นได้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายทั้ง 7 เรื่อง (ระดับ C)

2.2.2 ออกแบบและยกวางแผนปฏิบัติ ซึ่งมี 4 หมวดของการดูแล ได้แก่ 1) การซักประวัติ และการประเมินอาการแรกเริ่ม 2) การจัดการและการพยาบาลก่อนผ่าตัด 3) การเตรียมผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด และ 4) การพยาบาลหลังผ่าตัด การวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง

2.2.3 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ ศัลยแพทย์ทรวงอก 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ท่าน และพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 1 ท่าน มีค่า CVI เท่ากับ .92 ปรับปรุงแก้ไขและนำไปประเมินคุณภาพด้วยเครื่องมือประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและประเมินผล ของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (AGREE Next Steps Consortium, 2013) พบว่า มีคุณภาพโดยรวม ร้อยละ 87.33

2.3 การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ (evidence observed phase) ดำเนินการในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565

2.3.1 หลังได้การอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลราชวิถี โดยนำ (ร่าง) แนวปฏิบัติไปทดลองศึกษานำร่องที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี

2.3.2 ประชุมผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การใช้แนวปฏิบัติ และแบบประเมินผู้ป่วย พบว่า ยังทำแบบประเมินได้ไม่ครบถ้วน เนื่องจากเป็นเอกสารใหม่ที่ไม่คุ้นชิน จึงปรับแก้ไขโดยการจัดทำชุดแบบประเมินร่วมกับเอกสารชี้แจงความเสี่ยงเฉพาะโรค การวัดความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลก่อนการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงพบว่า อยู่ในระดับปานกลางและมีทักษะการปฏิบัติการพยาบาลไม่ครบถ้วน จึงดำเนินการโดยจัดอบรมกลุ่มย่อย สอนทักษะ และสาธิตย้อนกลับในการประเมินผู้ป่วย สร้างการมีส่วนร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ ใน

การจัดประชุม รับฟังข้อเสนอแนะ และข้อจำกัดของการใช้แนวปฏิบัติ นำข้อเสนอแนะและข้อจำกัดมาปรับปรุงแนวปฏิบัติจนสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้จริง

3. การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้จริง (evidence based phase) และศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพอง

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง (two-group posttest-only research design) รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพอง และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจ และหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2565 - กุมภาพันธ์ 2566 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง และ 2) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัย และมีเกณฑ์คัดออก คือ 1) ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการศึกษา และ 2) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยการผ่าตัด คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Rosner (2000)

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 x (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

n = จำนวนขนาดตัวอย่างแต่ละกลุ่ม

$Z_{\alpha/2}$ = ค่าสถิติภายใต้โค้งมาตรฐาน เมื่อกำหนด ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = 0.05$ คือ 1.96

Z_{β} = ค่าสถิติภายใต้โค้งมาตรฐาน เมื่อกำหนด ระดับอำนาจในการทดสอบ 80% คือ 0.842

σ = ค่าความแปรปรวนของประชากร แทนค่าด้วย SD

μ_1, μ_2 = ค่าเฉลี่ยของประชากรกลุ่มที่ 1 และ 2 อ้างอิงจากรายงานสถิติจำนวนวันนอนของผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพองของโรงพยาบาลราชวิถีที่ได้รายงานไว้ พบว่า จำนวนวันนอนของผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้มีค่าเฉลี่ย 14.23 วัน ($SD = 10.17$) และผู้วิจัยกำหนดให้หลังใช้แนวปฏิบัติสามารถลดจำนวนวันนอนได้ร้อยละ 50 ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 7.11 วัน ($SD = 5.08$)

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 20 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพองทุกรายที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมหัวใจ จำนวน 20 ราย และกลุ่มควบคุม เป็นผู้ป่วยที่ได้จากการศึกษาเวชระเบียนย้อนหลังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพองที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและสามัญศัลยกรรมหัวใจก่อนเดือนตุลาคม 2565 จำนวน 20 ราย

2) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 26 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ปฏิบัติงานในระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2565-กุมภาพันธ์ 2566 2) มีอายุงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และมีเกณฑ์คัดออก คือ พยาบาลวิชาชีพที่ลาออก ลาศึกษาต่อ หรือย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน ในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษาวินิจฉัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวทางปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพอง ซึ่งเป็นกระบวนการ (process) ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพองตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากผู้ป่วย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป อุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อน และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในกลุ่มควบคุมที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียน และกลุ่มทดลองที่ได้จากการเก็บข้อมูลดำเนินการทดลอง

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่

1) แบบสอบถามความรู้ด้านการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องอกโป่งพอง จำนวน 30 ข้อ จำแนกเป็น 3 ด้าน ๆ ละ 10 ข้อ ตามระยะของการดูแล คือ ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดฟื้นฟูและจำหน่าย เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดเท่ากับ 0 คะแนน คิดคะแนนรวมโดยมีคะแนนระหว่าง 0 – 30 คะแนน จำแนกคะแนนออกเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1971) ดังนี้

ร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือระหว่าง 24-30 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

ร้อยละ 60-79 หรือระหว่าง 18-23 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ต่ำกว่าร้อยละ 60 หรือ ≤ 17 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ

2) แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในการประเมินอาการและอาการแสดงการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง จำนวน 22 ข้อ โดยเลือกตอบ 2 คำตอบ คือ ปฏิบัติ ได้ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติ ได้ 0 คะแนน คิดคะแนนรวม โดยมีคะแนนระหว่าง 0 – 22 คะแนน โดยต้องปฏิบัติครบทุกข้อหรือมีคะแนนเต็มเท่ากับ 22 คะแนน จึงถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมินทักษะการพยาบาล

3) แบบสอบถามความเหมาะสมต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ภาษาที่ใช้ การประเมินผู้ป่วยแรกรับ การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยแรกรับ-จำหน่าย และการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ มีคะแนนระหว่างเหมาะสมน้อยที่สุดเท่ากับ 1 คะแนน และมากที่สุดเท่ากับ 5 คะแนน ตามลำดับ

4) แบบสอบถามด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาล จำนวน 6 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ มีคะแนนระหว่างน้อยที่สุดเท่ากับ 1 คะแนน และมากที่สุดเท่ากับ 5 คะแนน ตามลำดับ

5) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ มีคะแนนระหว่างน้อยที่สุดเท่ากับ 1 คะแนน และมากที่สุดเท่ากับ 5 คะแนน ตามลำดับ

แบบสอบถามในข้อ 3) – 5) คิดคะแนนเฉลี่ยรายข้อและโดยรวม โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกคะแนนเฉลี่ย ออกเป็น 5 ระดับ (Best, 1981) ดังนี้

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

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งเป็นแบบสอบถาม ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นบุคคลเดียวกับที่ตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก มีค่า CVI เท่ากับ .91 นำไปทดลองใช้ วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้และทักษะโดยการวิเคราะห์ค่า KR-20 เท่ากับ .69 และ .72 และแบบวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาล ความเหมาะสมและความพึงพอใจ วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับโดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha reliability coefficient) เท่ากับ .85

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะก่อนการทดลอง

1.1 เตรียมความพร้อมของทีมบุคลากร โดยดำเนินการประชุมทีมพยาบาล โดยนำแนวปฏิบัติเข้าที่ประชุม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการทำวิจัย และขอความร่วมมือการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการพยาบาลร่วมกัน

1.2 ประชุมชี้แจงการใช้แนวปฏิบัติโดยผู้วิจัยประเมินความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลก่อนการอบรม (pretest) และจัดการอบรมพัฒนาความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติให้แก่พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมหัวใจทุกคน ให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ระยะการทดลอง

เป็นการนำแนวปฏิบัติไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์การพิจารณาเข้าร่วมการวิจัย และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมหัวใจ โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณาเข้าร่วมการวิจัยทราบวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย รวมทั้ง สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อลงนามแสดงความยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

2.2 ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้ โดยมีการนิเทศติดตามพยาบาลวิชาชีพขณะใช้แนวปฏิบัติและตรวจสอบการบันทึกการใช้แบบประเมิน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2566

3. ระยะหลังการทดลอง

3.1 ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ (posttest) ได้แก่ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ในระยะหลังผ่าตัด ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลหลังการใช้แนวปฏิบัติ ทักษะปฏิบัติการพยาบาล ความเหมาะสมต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติ และความพึงพอใจของพยาบาลต่อนแนวปฏิบัติ

3.2 ร่วมเรียนรู้จากการปฏิบัติกับทีมพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพอง ทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ทราบถึงโอกาสพัฒนาและปรับปรุง แก้ไขประเด็นปัญหา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพอง อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ทักษะปฏิบัติการพยาบาล ความคิดเห็นต่อการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติ และความพึงพอใจของพยาบาลต่อนแนวปฏิบัติ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โดยการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อไป (pair t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลราชวิถี เอกสารเลขที่ 174/2565 วันที่รับรอง 7 พฤศจิกายน 2565

ผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพอง ประกอบด้วย 4 หมวด หมวด 1 การซักประวัติและการประเมินอาการแรกเริ่ม หมวด 2 การจัดการและการพยาบาลก่อนผ่าตัด หมวด 3 การเตรียมผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด หมวด 4 การพยาบาลหลังผ่าตัด การวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง ดังภาพ 2

หมวดที่ 1 การซักประวัติและการประเมินอาการแรกเริ่ม	
1. ซักประวัติอาการนำ ปัจจัยเสี่ยง 2. การประเมินอาการ อาการแสดงทางคลินิก และการตรวจร่างกาย โดยแบ่งเป็นระบบที่สำคัญ ดังนี้ ระบบไหลเวียน ชีพจรส่วนปลาย ระบบประสาทและสมอง ระบบการหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบการทำงานของไต	
เมื่อประเมินอาการแสดงทางคลินิกของผู้ป่วยครบถ้วนควรลงบันทึกในเอกสาร initial assessment	
หมวดที่ 2 การจัดการและการพยาบาลก่อนผ่าตัด	
1. อาการปวด 2. ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ วัด BP 4 รายการ และประเมิน HR keep SBP 100-120 mmHg. HR 50-60 bpm ให้ยาลด BP และลด HR กลุ่ม CCB และ Beta blocker 3. ระบบไหลเวียนและการทำงานของหัวใจ ทำ EKG 12 led ส่ง lab cardiac enzyme ประเมินภาวะ myocardial injury	4. ชีพจรส่วนปลาย ประเมินภาวะ acute limb ischemia 5. ระบบการหายใจ ประเมินภาวะ hypoxemia 6. ระบบประสาทและสมอง ประเมิน Glasgow Coma Score (GCS) & motor power 7. ระบบทางเดินอาหาร วัดรอบท้อง abdominal sign, bowel sound q 1 hr. ติดตาม ABG ประเมินภาวะ metabolic acidosis 8. ระบบการทำงานของไต observe urine q 1 hr. (Keep > 0.5-1 mL/kg/hr.)
หมวดที่ 3 การเตรียมผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด	
1. เตรียมผู้ป่วย ตรวจสอบเอกสารยินยอมการรักษา complete lab CXR , G/M, PRC, FFP, platelet conc, cryoprecipitate, เตรียมผล CTA 2. ประเมินภาวะ cardiac arrest, shock , distal organ malperfusion	3. ประเมินความเร่งด่วนของการผ่าตัด หากผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ผ่าตัดเร่งด่วน ควรเตรียมพร้อมผู้ป่วยผ่าตัดด่วนทันที และระหว่างรอการเตรียมพร้อมจากทีมผ่าตัดควรมีการติดตามอวัยวะส่วนปลายขาดเลือดเป็นระยะและมีการบันทึกในเอกสาร specific clinical risk assessment
หมวดที่ 4 การพยาบาลหลังผ่าตัด การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง	
1.การพยาบาลหลังผ่าตัดในระยะวิกฤต (post operative care in critical period)	
1.1 ปริมาณเลือดสูบน้ำออกจากหัวใจ ต่อมาที่ 1.2 ภาวะเลือดออกมากหลังผ่าตัด	1.3 การหายใจ 1.4 การทำงานของไต 1.5 อาการปวดแผลหลังผ่าตัด 1.6 ระบบประสาทและสมอง 1.7 ระบบทางเดินอาหาร
2.การฟื้นตัวและการพยาบาลในระยะปานกลาง (Intermediate recovery phase)	
2.1 การดูแลแผลผ่าตัด (wound Care) 2.2 ภาวะติดเชื้อในร่างกายและติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด	2.3 ความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการความผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด 2.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายหลังผ่าตัด (PM & R)
3. การฟื้นตัวและการพยาบาลระยะท้าย (Late recovery phase)	
คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ การดูแลแผลผ่าตัด อาการปวดแผล การจัดการกับความเครียด การมีเพศสัมพันธ์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง	การดูแลต่อเนื่องหลังการผ่าตัด (continuity of Care) ได้แก่ นัดติดตามหลังจากออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ จากนั้นทุก 3 เดือนในช่วงปีแรกและนัดติดตามอาการทุก 1 ปี การตรวจ CTA whole aorta ทุกครั้งหลังผ่าตัดที่ 3, 6 และ 12 เดือน ในช่วงปีแรก จากนั้นติดตามทุก 1 ปี

ภาพ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพอง

2. ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพอง

2.1 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพองที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและหอยผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมหัวใจ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2565 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2566 จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 20 ราย ที่ได้จากการทบทวนเวชระเบียน และกลุ่มทดลอง จำนวน 20 ราย ส่วนใหญ่ร้อยละ 55 เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 63.75 ปี ($SD = 13.99$) คิดเป็น

ร้อยละ 60 ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า เป็นเพศชายร้อยละ 70 มีอายุเฉลี่ย 54.6 ปี ($SD = 13.92$) คิดเป็นร้อยละ 55 ผลทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป โดยสถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) พบว่า เพศ และอายุของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน ($\chi^2 = .96, p = .32$; $\chi^2 = .90, p = .34$)

ผลการเปรียบเทียบจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มควบคุมมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 13.60 วัน ($SD = 8.88$) และกลุ่มทดลองเฉลี่ย 11.90 วัน ($SD = 5.03$) ซึ่งไม่แตกต่างกัน ($t = -1.54, p = .46$) อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ในระยะหลังผ่าตัด ในกลุ่มควบคุม พบ ภาวะไตวายที่ต้องได้รับการล้างไตทางช่องท้อง 1 ราย ซึ่งมีจำนวนเท่ากับก่อนการทดลอง ในขณะที่มีการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงส่วนปลายขาดเลือดเฉียบพลัน 1 ราย และลำไส้ขาดเลือด 1 ราย ซึ่งลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง รายละเอียด ดังตาราง 1 ซึ่งผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการประเมินจากพยาบาลวิชาชีพ รายงานแพทย์ทันที และได้รับการแก้ไขภาวะดังกล่าว โดยไม่พบการเสียชีวิต และจำหน่ายกลับบ้านทุกราย

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ในระยะหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มควบคุมของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพอง ที่ระหว่างกลุ่มควบคุม ก่อนการใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มทดลองภายหลังการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้

รายการ	กลุ่มควบคุม (n = 20)		กลุ่มทดลอง (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไตวายเฉียบพลัน	1	5.00	1	5.00
หลอดเลือดแดงส่วนปลายขาดเลือดเฉียบพลัน	2	10.00	1	5.00
ภาวะลำไส้ขาดเลือด	2	10.00	1	5.00

2.2 ผลลัพธ์ด้านพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 26 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 24 คน มีอายุเฉลี่ย 34.92 ปี ($SD = 10.37$) ประสบการณ์ทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและหลอดเลือดเฉลี่ย 13.5 ปี ($SD = 9.7$) กลุ่มผู้จบใหม่ (novice) ร้อยละ 18.75 กลุ่มผู้เริ่มต้นก้าวหน้า (advance beginner) ร้อยละ 6.25 กลุ่มผู้มีความสามารถ (competent) ร้อยละ 15.63 กลุ่มผู้คล่องงาน (proficient) ร้อยละ 15.62 และกลุ่มเชี่ยวชาญ (expert) ร้อยละ 43.75

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพอง ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ($M = 26.85, SD = 2.27$) มีคะแนนสูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ ($M = 22.58, SD = 3.05$) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = -16.57$) ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในการประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพองพบว่า ก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก มีพยาบาลวิชาชีพผ่านการประเมินทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลได้คะแนนเต็มทุกข้อเพียง 8 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 และภายหลังการใช้แนวปฏิบัติผ่านการประเมินเพิ่มขึ้นเป็น 20 คน จากทั้งหมด 26 คน คิดเป็นร้อยละ 76.93

ภายหลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ทางการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.40$, $SD = .45$) มีความคิดเห็นต่อความเหมาะสมของการนำแนวปฏิบัติไปใช้โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.50$, $SD = .48$) โดยมีคะแนนสูงสุดในข้อ การประเมินผู้ป่วยแรกรับ การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยแรกรับ-จำหน่าย ($M = 4.63$, $SD = .51$) และมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ออยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.65$, $SD = .56$) และมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในข้อความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ($M = 4.88$, $SD = .35$) รองลงมาคือ มีความสะดวก ไม่ยุ่งยากซับซ้อนเหมาะสมกับบริบทงาน และประเมินผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ($M = 4.63$, $SD = .51$) รายละเอียด ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับของผลลัพธ์ทางการพยาบาล ความเหมาะสมของแนวปฏิบัติ และความพึงพอใจต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้ของพยาบาลวิชาชีพ ($n = 26$)

รายการ	M	SD	ระดับ
ผลลัพธ์ทางการพยาบาล	4.40	.45	มาก
ผู้ป่วยได้รับการประเมินแรกรับอย่างครอบคลุม	4.50	.53	มาก
ช่วยให้การเตรียมผู้ป่วยส่งผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว	4.50	.53	มาก
ช่วยในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ก่อนการผ่าตัดได้อย่าง ครอบคลุม	4.25	.46	มาก
ช่วยในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้หลังการผ่าตัดได้อย่างครอบคลุม	4.38	.51	มาก
ช่วยในการฟื้นฟูร่างกายและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม	4.13	.35	มาก
ใช้เป็นแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม	4.63	.51	มาก
ความเหมาะสมของแนวปฏิบัติ	4.50	.48	มาก
ภาษาที่ใช้	4.25	.46	มาก
การประเมินผู้ป่วยแรกรับ	4.63	.51	มากที่สุด
การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด	4.63	.51	มากที่สุด
การดูแลผู้ป่วยแรกรับ-จำหน่าย	4.63	.51	มากที่สุด
การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้	4.50	.53	มาก
ความพึงพอใจต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้	4.65	.56	มากที่สุด
ความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น	4.88	.35	มากที่สุด
ความสะดวก ไม่ยุ่งยากซับซ้อนและเหมาะสมกับบริบทงาน	4.63	.51	มากที่สุด
ประเมินผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ถูกต้องเหมาะสม	4.63	.51	มากที่สุด
ช่วยให้พยาบาลปฏิบัติงานได้อย่างมีมาตรฐานชัดเจนและมีทิศทางเดียวกัน	4.50	.53	มาก
ความพึงพอใจเมื่อปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล	4.25	1.03	มาก

การอภิปรายผล

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพอง พัฒนามาจากการวิเคราะห์สถานการณ์ ตามแนวคิดการประเมินคุณภาพบริการของ Donabedian (2003) พบว่า โรงพยาบาลราชวิถี ยังไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพมีความแตกต่างทั้งด้านประสบการณ์ ความรู้ และทักษะ ในการประเมินอาการ และการดูแลผู้ป่วย ยังไม่ครอบคลุม จึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติขึ้น โดยใช้แนวคิดการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของ Soukup (2000) ร่วมกับการใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยของสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในการขอประเมิน เฉพาะโรค/เฉพาะระบบ เพื่อให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยครอบคลุม ตั้งแต่การเข้าถึงและเข้ารับบริการ การประเมินผู้ป่วย การวางแผนดูแลผู้ป่วย การใช้ความรู้เสริมพลัง รวมถึงการดูแลต่อเนื่อง (The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization), 2020) จึงได้แนวปฏิบัติที่มีความเหมาะสมกับ สถานการณ์ ตามบริบทของหน่วยงาน มีความน่าเชื่อถือ มีความชัดเจน ผู้ปฏิบัติสื่อสารเข้าใจตรงกันและปฏิบัติ ในทิศทางเดียวกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับ การพัฒนาและผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกโป่งพองที่ได้รับ การผ่าตัดด้วยวิธีการสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดหุ้มกราฟต์ผ่านทางสายสวนพบว่า แนวปฏิบัติช่วยให้ พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดไปจนกระทั่งถึงจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล (Panvilai et al., 2020) และการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองโป่งพองที่มีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นอาแรนอยด์หลังได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อ หนีบหลอดเลือดสมองโป่งพอง พบว่า การใช้แนวปฏิบัติทำให้ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังและติดตามอาการทาง ระบบประสาทต่อเนื่อง ได้รับข้อมูลที่ชัดเจนจากผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง พยาบาลสามารถประเมินและ รายงานอาการเปลี่ยนแปลงระบบประสาทต่อทีมแพทย์ใน 1 ชั่วโมง ส่งผลให้ผู้ป่วย 1 ราย ได้รับการรักษาเพื่อ ป้องกันอาการไม่พึงประสงค์หลังผ่าตัดได้รวดเร็ว (Suwanakkaradecha et al., 2018)

2. การศึกษาประสิทธิของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่อง ทรวงอกโป่งพอง

2.1 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยพบว่า ภายหลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับการ สังเกต เฝ้าระวัง และติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง พยาบาลวิชาชีพสามารถประเมิน และรายงานอาการ เปลี่ยนแปลงต่อทีมแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว โดยผู้ป่วยได้รับการจัดการกับภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ อย่างทันท่วงที ทำให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์จากความพิการหรือการถูกตัดขา อีกทั้ง ยังทำ ให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและฟื้นตัวได้เร็วขึ้น จนสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้ลดจำนวนวันนอนใน โรงพยาบาลได้ ซึ่งการศึกษานี้พบมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 11.90 วัน ซึ่งน้อยกว่าจำนวนวันนอนเฉลี่ย ของกลุ่มผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม

2.2 ผลลัพธ์ด้านพยาบาล พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อความเหมาะสมและ ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับมาก-มากที่สุด แสดงให้เห็นว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐาน เชิงประจักษ์ สามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้จริง พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่ม

มากขึ้น เนื่องจากการอบรมให้ความรู้ และประชุมชี้แจงการใช้แนวปฏิบัติ มีกระบวนการติดตามและการสร้างการมีส่วนร่วมจากทีมผู้วิจัยร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วย ช่วยให้พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความมั่นใจและมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการใช้การดูแลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสียหลอดเลือดหัวใจ พบว่าแนวปฏิบัติช่วยส่งเสริมให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Ritklar & Piyayotai, 2019) รวมทั้ง ยังพบว่ามีจำนวนพยาบาลที่มีทักษะการประเมินผู้ป่วยได้ถูกต้องครบถ้วนเพิ่มขึ้นจากก่อนใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 24 คน จาก 26 คน คิดเป็นร้อยละ 76.93 ซึ่งเห็นว่ายังมีประเด็นของการประเมินที่ไม่ครบถ้วน จึงจำเป็นต้องมีการนิเทศติดตามเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง และบริหารอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรมีการเตรียมความพร้อมและพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพโดยพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโดยยึดแนวปฏิบัติเพื่อให้สามารถสังเกต ฝ้าระวัง และติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ประเมินและรายงานอาการเปลี่ยนแปลงต่อทีมแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว และสามารถจัดการกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที

2. การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ควรมีการการนิเทศติดตามเสริมพลังด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม รวมทั้ง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและลดการป้องกันของหลอดเลือดแดงใหญ่หรือมีการฝึกหัดซ้ำ

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยติดตามผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ได้แก่ คุณภาพชีวิต การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการพยาบาล เพื่อติดตามผลลัพธ์ระยะยาวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องทรวงอกป้องกัน

ข้อจำกัดของการวิจัย

พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจ และหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี ยังขาดทักษะการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมการพยาบาล และทีมสหวิชาชีพที่เป็นมาตรฐาน เช่น เทคนิค ISBAR (Identify-Situation-Background-Assessment-Recommendation) ทำให้การดูแลไม่ต่อเนื่อง และขาดการติดตามผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูหลังผ่าตัด จนกระทั่งการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จึงควรมีการมอบหมายงานแบบพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (nurse case manager)

รายการอ้างอิง

- AGREE Next Steps Consortium. (2013). *Appraisal of guidelines for research and evaluation II: AGREE II instrument*. http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/10/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument_2009_UPDATE_2013.pdf
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley.
- Best, J. W. (1981). *Research in education*. Prentice Hall.
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press.
- Erbel, R., Aboyans, V., Boileau, C., Bossone, E., Bartolomeo, R. D., Eggebrecht, H., Evangelista, A., Falk, V., Frank, H., Gaemperli, O., Grabenwöger, M., Haverich, A., Lung, B., Manolis, A. J., Meijboom, F., Nienaber, C. A., Roffi, M. R., Rousseau, H., Sechtem, U., ... & ESC Committee for Practice Guidelines. (2014). ESC guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases: Document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult. The task force for the diagnosis and treatment of aortic diseases of the European society of cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 35(41), 2873–2926. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu281>
- Faiza, Z., & Sharman, T. (2022, 8 May). *Thoracic aorta aneurysm*. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554567/>
- Feldman, M., Shah, M., & Elefteriades, J. A. (2009). Medical management of acute type A aortic dissection. *Annals of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 15(5), 286-293.
- Isselbacher, E. M., Preventza, O., Hamilton Black III, J., Augoustides, J. G., Beck, A. W., Bolen, M. A., Braverman, A. C., Bray, B. E., Brown-Zimmerman, M. M., Chen, E. P., Collins, T. J., DeAnda, A., Fanola, C. L., Girardi, L. N., Hicks, C. W., Hui, D. S., Jones, W. S., Kalahasti, V., Kim, K. M., ... & Woo, Y. J. (2022). 2022 ACC/AHA Guideline for the diagnosis and management of aortic disease: A report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 80(24), 223-393.

- Kohlman-Trigoboff, D., Rich, K., Foley, A., Fitzgerald, K., Arizmendi, D., Robinson, C., Brown, R., Treat-Jacobson, D., & Society for Vascular Nursing Practice and Research Committee (2020). Society for vascular nursing endovascular repair of abdominal aortic aneurysm (AAA) updated nursing clinical practice guideline. *Journal of Vascular Nursing*, 38(2), 36-65.
- Mokashi, S. A., & Svensson, L. G. (2019). Guidelines for the management of thoracic aortic disease in 2017. *General Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 67, 59-65.
- National Health and Medical Research Council. (1999). *A guideline to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines*. https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0029/143696/nhmrc_clinprgde.pdf
- Panvilai, K., Uthaikul, O., Yodkolkij, T., & Saengprakai, W. (2020). Development and effect of implementing nursing guideline for Endovascular Aortic Aneurysm Repair (EVAR) patient. *Vajira Nursing Journal*, 22(2), 58-70. (in Thai)
- Picheansathian, W. (2018). Searching the evidence: Essential skill for nurse in Thailand 4.0. *The Journal of Nursing and Midwifery Practice*, 5(1), 136-148. (in Thai)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Ritklar, L., & Piyayotai, D. (2019). Effects of clinical nursing practice guideline for nursing care of patients with coronary artery disease: Undergone coronary angiography on complications and anxiety levels in medical unit, Thammasat University Hospital. *Nursing Journal*, 46(4), 149-157. (in Thai)
- Rosner, B. (2000). *Fundamentals of biostatistics* (5th ed.). Duxbury Press.
- Soukup, S. M. (2000). The center for advanced nursing practice evidence-based practice model: Promoting the scholarship of practice. *Nursing Clinics of North America*, 35(2), 301-309.
- Suwanakkaradecha, K., Kuwatsamrit, K., & Polpong, P. (2018). Effectiveness of clinical practice guideline implementation for caring of patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage post craniotomy with clipping aneurysm. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*, 5(1), 75-93. (in Thai)
- The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (2020). *Program and disease-specific standards: PDSS*. The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (in Thai)
- The Society Thoracic Surgeons of Thailand. (2022). *Stat surgery*. <https://thaists.org/en/stat-surgery/>

บทความวิจัย (Research article)

การพัฒนา รูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานเพื่อส่งเสริมทัศนคติ

ในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล

The Development of a Blended Learning Model for Enhancing Attitudes
toward Geriatric Care among Nursing Students

สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์^{1*}

Suparat Phisaiphanth^{1*}

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sp8hd@bcnu.ac.th, โทรศัพท์ 091-8285815)

(Received: March 22, 2022; Revised: April 28, 2023; Accepted: April 29, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา รูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานเพื่อส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล มีวิธีดำเนินการวิจัย 3 ระยะ คือ 1) การศึกษาสถานการณ์การเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 จำนวน 10 คน ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา 2) การพัฒนา รูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานเพื่อส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ 3) การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานเพื่อส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 จำนวน 30 คน คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานเพื่อส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ และแบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนาและการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) สถานการณ์การจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุพบว่า นักศึกษาพยาบาลให้ความสำคัญต่อทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุน้อย และต้องการให้มีการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ 2) รูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานเพื่อส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การบรรยาย สถานการณ์จำลองเป็นผู้สูงอายุ การฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ และการสะท้อนคิด 3) นักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการเรียน ($t = -17.09, p < .01$)

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Instructor, Borommarajonani College of Nursing, UdonThani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Ministry of Public Health

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล จึงควรนำรูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานไปใช้ในวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลเกิดทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุและสามารถให้การพยาบาลครอบคลุมองค์รวม

คำสำคัญ: การเรียนการสอนแบบผสมผสาน, ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ, นักศึกษาพยาบาล, ผู้สูงอายุ

Abstract

This research and development study aims to develop a blended learning model for enhancing attitudes toward geriatric care (ATAC) among nursing students. The study consists of three phases; 1) Situation analysis in teaching and learning of ATAC: Qualitative research was conducted. A purposive sampling was used to select 10 sophomore nursing students. A semi-structured interview was used for data collection. Qualitative data were analyzed by using content analysis. 2) Development of a blended learning model for enhancing ATAC. 3) Investigation of the effects of the blended learning model on ATAC: A quasi-experimental research (one group pretest-posttest design) was conducted. Thirty sophomore nursing students were simply and randomly selected. Research instruments were the blended learning model for enhancing ATAC and the attitudes towards the geriatric care scale. Data were analyzed by using descriptive statistics and paired t-tests.

The results found that; 1) Situation analysis in teaching and learning of ATAC shows nursing students pay less attention to issues of ATAC. The samples need a learning model for enhancing ATAC. 2) The blended learning model is comprised of lectures, role-playing older person simulation, clinical practice, and reflection. 3) Nursing students' ATAC after applying the blended model is higher than their counterparts ($t = -17.56, p < .01$).

This study recommends that the blended learning model could improve ATAC among nursing students. Henceforth, it should be integrated into gerontological nursing courses in order to promote nursing students' ATAC which helps to provide holistic nursing care to older people.

Keywords: Blended learning, Attitudes toward geriatric care, Nursing students, Older people

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมสูงอายุ โดยในปี 2564 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากถึงร้อยละ 19.6 ของประชากรทั้งหมดในประเทศ (National Statistical Office, 2022) วัยสูงอายุเป็นวัยที่สุขภาพร่างกายมีความเสื่อมถอย ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างและการช่วยเหลือตนเองทำได้ลดลง ผู้สูงอายุมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้ง่าย จึงส่งผลทำให้มีจำนวนผู้ป่วยสูงอายุในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น ก่อให้เกิดความต้องการพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในด้านดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ (Ankanawin et al, 2018) ในขณะที่พยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุกลับประสบปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้สูงอายุที่อาจยังไม่เหมาะสม เนื่องจากขาดองค์ความรู้หลักที่ชัดเจนในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุเน้นการให้บริการแบบตั้งรับมากกว่าเชิงรุก และเน้นการรักษาพยาบาลมากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้ง ข้อจำกัดของการประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ และการมีทัศนคติทางลบต่อการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพเอง (Thongcharoen, 2011)

ทัศนคติของพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุ การมีทัศนคติทางลบต่อผู้สูงอายุจะทำให้พยาบาลมองว่าโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องความชราตามกระบวนการธรรมชาติ ไม่จำเป็นต้องดูแลรักษา มองว่าผู้ป่วยสูงอายุไม่มีความแตกต่างจากวัยอื่น ให้การปฏิบัติดูแลคล้ายคลึงกับผู้ป่วยวัยอื่นทั่วไป ส่งผลให้พยาบาลขาดความละเอียดอ่อน และไม่สามารถให้การพยาบาลผู้สูงอายุได้ครอบคลุมองค์รวม ในขณะที่การมีทัศนคติทางบวก จะทำให้พยาบาลให้บริการแก่ผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับ รู้สึกมีคุณค่า และมีความสุข (Thongcharoen, 2011) ดังนั้น การปลูกฝังให้พยาบาลมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ ควรเริ่มตั้งแต่ยังเป็นนักศึกษาพยาบาล จะช่วยให้เกิดความรู้สึกยินดีและเต็มใจให้การดูแลผู้สูงอายุด้วยความเอื้ออาทร ทั้งในขณะฝึกภาคปฏิบัติ (Leethong-in & Piyawattanapong, 2015; Attafuah et al, 2022) และส่งผลสืบเนื่องไปจนกระทั่งจบไปปฏิบัติงานเป็นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาทัศนคติต่อผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติต่อผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (Setchoduk, 2015) จนถึงระดับมากที่สุด (Intolo et al., 2020) มุมมองของนักศึกษาพยาบาลต่อผู้สูงอายุพบว่า มีทั้งมุมมองทางบวกและทางลบ โดยนักศึกษาที่มีมุมมองทางบวกมักจะมองว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลทรงคุณค่า มีประสบการณ์สูง และเป็นต้นแบบที่ดีสำหรับบุตรหลาน ในขณะที่มุมมองทางลบจะมองว่าผู้สูงอายุเป็นผู้มีความเปราะบาง ร่างกายมักมีความเสื่อมตามวัย มีปัญหาสุขภาพที่เจ็บป่วยได้ง่ายและหายช้า อีกทั้งต้องพึ่งพาผู้อื่น (Intolo et al., 2020) ดังนั้น การส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลเกิดทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจให้กับนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุให้ดีและมีคุณภาพต่อไปในอนาคต อย่างไรก็ตามการพัฒนาการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทยยังมีจำกัด การศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นการพัฒนาสมรรถนะหรือการพัฒนาทักษะการปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ (Karuncharernpanit

& Seesanea, 2017; Anekwit et al., 2018; Singhasem et al., 2019) ทั้งที่ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุเพราะทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุจะช่วยพัฒนาให้นักศึกษาพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพด้วยความเอื้ออาทรอย่างยั่งยืน (Leethong-in & Piyawattanapong, 2015) ซึ่งการศึกษาในต่างประเทศพบว่า การพัฒนาการจัดการเรียนการสอนที่ช่วยในการปรับเปลี่ยนทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลให้เป็นไปในทิศทางที่ผู้สอนคาดหวังไว้มีหลายวิธี เช่น การบรรยายให้ความรู้ในรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ (Ghimire et al., 2019; Hsu et al., 2019) การฝึกปฏิบัติสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโดยใช้สถานการณ์จำลอง (Demirtas, & Basak, 2021; Sari et al., 2020) และการเสริมทักษะในการทำความเข้าใจผู้อื่น (Hsu et al., 2019) อย่างไรก็ตามการศึกษาที่มุ่งเน้นเฉพาะการเรียนการสอนรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งในการปรับเปลี่ยนทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลอาจมีทั้งจุดดีและจุดด้อยแตกต่างกัน เช่น รูปแบบที่เน้นการให้ความรู้มีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้น้อย (Samra et al., 2013) ในขณะที่การใช้สถานการณ์จำลองในการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุหรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจผู้สูงอายุและมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้สูงอายุไปในทิศทางที่ดีขึ้น (Martinez-Arnau et al., 2022; Samra et al., 2013) ดังนั้น การจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ จึงควรจัดให้มีการเรียนการสอนที่หลากหลายและครอบคลุมทั้งด้านความรู้ เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ และการจัดหาครูผู้สอนที่มีความรู้และถ่ายทอดประสบการณ์ได้เป็นอย่างดี (Ankanawin et al., 2018)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ เป็นสถาบันการศึกษาทางการพยาบาล ได้ตระหนักเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมแก่ผู้สูงอายุ มุ่งหวังที่จะผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีทัศนคติทางบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุ การศึกษานี้ จึงได้พัฒนารูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสาน (blended learning) ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่รวบรวมวิธีการเรียนรู้หลากหลายวิธี โดยคำนึงถึงผู้เรียน สภาพแวดล้อม เนื้อหา สถานการณ์ เพื่อตอบสนองการเรียนรู้และความแตกต่างระหว่างบุคคล เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ และพัฒนาทัศนคติเพื่อบรรลุตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่ตั้งไว้ (Valiathan, 2002) ซึ่งในการผสมผสานวิธีการสอนเพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีนั้น ตามแนวคิดของแบบจำลองความน่าจะเป็นในการคิดไตร่ตรอง (elaborated likelihood model: ELM) นั้น ต้องอาศัยหลายวิธีการทั้งทางด้านการใช้เหตุและผลในการพิจารณาข้อมูลข่าวสาร (central route) และการใช้อารมณ์และความรู้สึกในการประมวลผลข้อมูล (peripheral route) เพื่อโน้มน้าวใจบุคคลให้มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ (Petty & Cacioppo, 1986) เพื่อส่งเสริมทัศนคติทางบวกในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งเป็นการเตรียมนักศึกษาพยาบาลที่จะสำเร็จการศึกษาไปเป็นพยาบาลที่มีมุมมองทางบวกในการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม ครอบคลุมการพยาบาลแบบองค์รวมได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

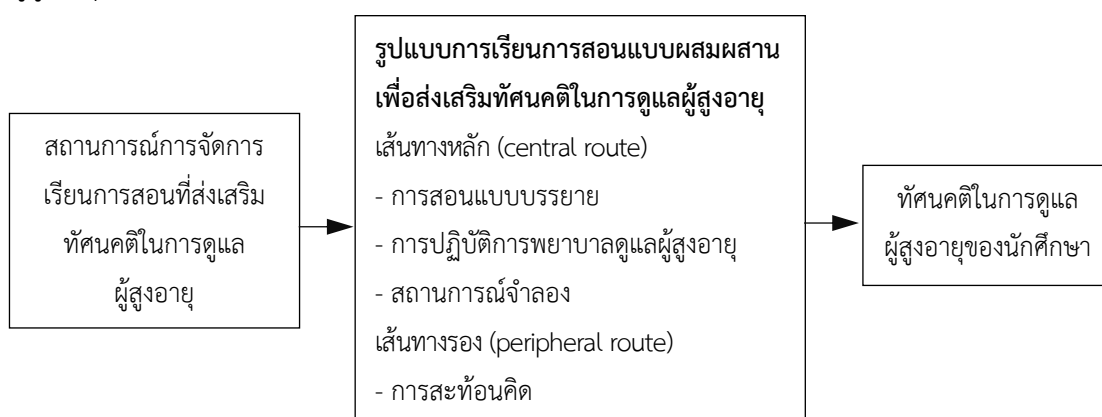
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุสำหรับนักศึกษาพยาบาล

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานเพื่อส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล

3. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานเพื่อส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์แนวคิดแบบจำลองความน่าจะเป็นในการคิดไตร่ตรอง (ELM) (Petty & Cacioppo, 1986) ที่ได้อธิบายว่า การเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคลสามารถทำได้ 2 ทาง คือ เส้นทางหลัก (central route) เป็นทางที่ต้องใช้อาศัยกระบวนการทางความคิดสูง ต้องการข้อมูลจำนวนมากเพื่อคิดวิเคราะห์ตามเหตุและผลเป็นหลัก และเส้นทางรอง (peripheral route) เป็นทางที่เน้นการใช้อารมณ์และความรู้สึกเป็นหลักในการพิจารณาตัดสินใจ ในการศึกษา การสอนโดยใช้เส้นทางหลักมุ่งเน้นการให้ข้อมูลและประสบการณ์โดยตรงที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ได้แก่ การสอนแบบบรรยาย การฝึกปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุ และสถานการณ์จำลอง และการสอนโดยใช้เส้นทางรอง ได้แก่ การสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัยการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานเพื่อส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (research and development) มีวิธีดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การศึกษาสถานการณ์การจัดการเรียนการสอนทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุสำหรับนักศึกษาพยาบาลเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ดำเนินการวิจัยในเดือนกุมภาพันธ์ 2562 รายละเอียด ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2561 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 10 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

(inclusion criteria) คือ กำลังฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ มีระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และมีโอกาสได้ดูแลผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย และมีเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ลาป่วยหรือลาากิจระหว่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมรูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานเพื่อส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลได้ครบทุกกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วยแนวคำถาม จำนวน 3 ข้อเกี่ยวกับ ความรู้สึกต่อการดูแลผู้สูงอายุ ลักษณะการจัดการเรียนการสอนที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบัน และ ปัญหาในการจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุและด้านการจัดการเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์ จำนวน 3 คน และดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูล จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและความเข้าใจตรงกันในประเด็นคำถามก่อนนำไปใช้จริง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการทำสนทนากลุ่ม (focus group) ผู้ให้ข้อมูล โดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง เมื่อสนทนาเสร็จผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง

วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) แยกข้อความสำคัญทำเป็นหน่วยความหมาย จัดหมวดหมู่ของหน่วยความหมายให้เป็นหัวข้อย่อย จัดหมวดหมู่ของหัวข้อย่อยและจัดเป็นหัวข้อหลัก

2. การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานเพื่อส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุสำหรับนักศึกษาพยาบาล ดำเนินการวิจัยในเดือนกุมภาพันธ์ 2562 ดังนี้

2.1 การสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับการเรียนการสอนแบบผสมผสานฯ ผู้วิจัยสืบค้นเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสาน (blended learning) ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ (attitude towards older people care) และการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ (changing attitudes) ได้แนวคิดและทฤษฎีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของแบบจำลองความน่าจะเป็นในการคิดไตร่ตรอง (ELM) (Petty & Cacioppo, 1986) มาเป็นการกรอบแนวคิดในการพัฒนาการเรียนการสอนแบบผสมผสานครั้งนี้

2.2 การร่างรูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสาน โดยนำองค์ความรู้ที่ได้จากการสืบค้นเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อยกร่างรูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสาน

2.3 การตรวจสอบร่างรูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสาน ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุและด้านการจัดการเรียนการสอน

สาขาพยาบาลศาสตร์ จำนวน 3 คน พิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ประเมินความสอดคล้องของรูปแบบกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้ เนื้อหา กิจกรรมที่ส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ ความถูกต้องครอบคลุม และความเหมาะสม จากนั้นหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ระหว่างความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of item objective congruence) มีค่าระหว่าง .67-1.00

2.4 ปรับปรุงร่างรูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและนำรูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไข ไปทดลองสอนกับนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับตัวอย่าง จำนวน 3 คน

3. การศึกษาผลของรูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานเพื่อการส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) ดำเนินการวิจัยในเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน 2562 รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2561 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 177 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2561 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างแบบไม่เป็นอิสระ อำนาจในการทดสอบที่ระดับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และขนาดอิทธิพลขนาดกลาง .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน (Faul et al., 2009) ทั้งนี้ ได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Lwanga et al., 1991) เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ทั้งสิ้น 30 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าศึกษา (inclusion criteria) ดังนี้ ผ่านการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุเสร็จสิ้น มีระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และมีโอกาสได้ดูแลผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ลาป่วยหรือลาภีจะหว่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมรูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานเพื่อส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ที่พยาบาลได้ครบทุกกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) การสอนบรรยายเกี่ยวกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ 2) สถานการณ์จำลองการเป็นผู้สูงอายุ 3) การฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีในชุมชนและผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในโรงพยาบาล และ 4) การสะท้อนคิดหลังการฝึกภาคปฏิบัติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ (Modified Kogan's Old People Scale) ของ Kogan (1961) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย Runkawatt (2007) จำนวน 34 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกและทางลบอย่างละ 17 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น

แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 7 ระดับ โดยข้อความทางบวกกำหนดคะแนนดังนี้ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน และ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 7 คะแนน ส่วนข้อความทางลบกำหนดคะแนนตรงกันข้ามกัน คิดคะแนนรวม มีค่าระหว่าง 34-238 คะแนน โดยคะแนนที่ทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ ยิ่งสูงยิ่งแสดงถึงทัศนคติเชิงบวกในการดูแลผู้สูงอายุ (Runkawatt, 2007)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน นำมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (IOC) มีค่าเท่ากับ 1.00 และนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .68

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ลักษณะรูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสาน เพื่อการส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ เปิดโอกาสให้ซักถาม ขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (pretest) โดยใช้เวลา 15 นาที

2. ขั้นทดลอง

แบ่งกลุ่มตัวอย่างนักศึกษา จำนวน 30 คน ออกเป็นกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม ๆ ละ 7-8 คน เข้าร่วมกิจกรรมการจัดการเรียนการสอนตามรูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานเพื่อการส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) การสอนบรรยายเกี่ยวกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย ปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ 2) การจำลองตนเองเป็นผู้สูงอายุ (age simulation suit) โดยการใส่อุปกรณ์จำลองตนเองเป็นผู้สูงอายุที่มีการมองเห็น การได้ยิน และการเคลื่อนไหวลำบาก 3) ฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีในชุมชนเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ และดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในโรงพยาบาล เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ และ 4) สะท้อนคิดหลังการทำสถานการณ์จำลองและการฝึกภาคปฏิบัติ เกี่ยวกับสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดูแลผู้สูงอายุ ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุ และความประทับใจในการดูแลผู้สูงอายุ

3. ขั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลตอบแบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (posttest) หลังจากดำเนินการเรียนการสอนตามรูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานเพื่อการส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ ครบทั้ง 4 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์คะแนนแบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลเป็นปกติ (normality test) จึงทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลระหว่างก่อนและหลังดำเนินการเรียนการสอนตามรูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานโดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ 14/2562 ตั้งแต่วันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ถึง 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับสถานการณ์การจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุพบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญต่อทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุน้อย และต้องการให้มีการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

1.1 กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญต่อทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุน้อย โดยจำไม่ได้ว่าทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุคืออะไรและให้ความสำคัญกับหัวข้ออื่น ๆ ในวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุมากกว่าหัวข้อทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

- จำไม่ได้ว่าทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุคืออะไร โดยกลุ่มตัวอย่างหลายคนจำไม่ได้ว่าหัวข้อนี้มีรายละเอียดอย่างไร เช่น กลุ่มตัวอย่างคนหนึ่งได้แสดงความคิดเห็นว่า

“จำได้ว่าเหมือนจะเคยเรียนเกี่ยวกับทัศนคติต่อผู้สูงอายุแต่จำไม่ได้ว่าเนื้อหากล่าวถึงอะไรบ้างเหมือนเรายังไม่เข้าใจเท่าที่ควร”

- ให้ความสำคัญกับหัวข้ออื่น ๆ ในวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุมากกว่าหัวข้อทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น กลุ่มตัวอย่างคนหนึ่งได้แสดงความคิดเห็นว่า

“หัวข้อไหนยากก็จะมักให้เวลากับเนื้อหานั้นเยอะ เช่น เรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุ ส่วนหัวข้อทัศนคติดูแลก็ค่อนข้างเข้าใจง่ายกว่าเลยอ่านผ่าน ๆ”

1.2 กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการในการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานเพื่อส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ โดยอยากให้มีการเรียนการสอนหลายวิธีและเน้นการทำกิจกรรมกับผู้สูงอายุ ดังนี้

- อยากให้มีการเรียนการสอนหลายวิธี กลุ่มตัวอย่างคิดว่าอยากมีการเรียนการสอนหลากหลายวิธีน่าจะช่วยให้นักศึกษาสนใจการดูแลผู้สูงอายุ เช่น กลุ่มตัวอย่างคนหนึ่งได้ให้ความคิดเห็นว่า

“ไม่อยากจะสอนในห้องเรียนอย่างเดียวอยากให้ศึกษามีกิจกรรมนอกห้องเรียนร่วมกับผู้สูงอายุหลาย ๆ แบบจะได้คุ้นเคยกับผู้สูงอายุ”

- เน้นการทำกิจกรรมกับผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างหลายคนคิดว่าการมีการเรียนการสอนที่เน้นการทำกิจกรรมกับผู้สูงอายุจะช่วยให้ใกล้ชิดและเข้าใจผู้สูงอายุมากขึ้น เช่น กลุ่มตัวอย่างคนหนึ่งได้ให้ความคิดเห็นว่า

“อยากให้พาไปทำกิจกรรมเน้นการฝึกหัดทำการพยาบาลกับผู้สูงอายุให้ได้เยอะ ๆ ค่ะ จะได้เข้าใจผู้สูงอายุ”

2. รูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานเพื่อส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

2.1 การสอนบรรยายเกี่ยวกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ เป็นระยะเวลา 1 ชั่วโมง

2.2 สถานการณ์จำลองการเป็นผู้สูงอายุ โดยให้กลุ่มตัวอย่างจำลองตนเองเป็นผู้สูงอายุ ด้วยการสวมอุปกรณ์ต่าง ๆ (aging simulation suit) ที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายผู้สูงอายุ โดยให้กลุ่มตัวอย่างจำลองตนเองเป็นผู้สูงอายุ โดยสวมใส่อุปกรณ์เพื่อจำลองลักษณะทางกายภาพของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงตามวัย ได้แก่ สวมแว่นตาให้เหมือนกับผู้สูงอายุที่มีการมองเห็นลดลง การใส่สำลีอุดหูให้เหมือนกับผู้สูงอายุที่มีการได้ยินลดลง การสวมอุปกรณ์ที่แขนและขาให้เหมือนกับผู้สูงอายุที่มีการเคลื่อนไหวลำบาก การสวมถุงมือให้เหมือนกับผู้สูงอายุที่มีการหยิบจับสิ่งของลำบาก จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเดินเป็นระยะทาง 3 เมตรแล้วจับปากกาเขียน 1 ประโยคตามคำบอกลงบนแผ่นกระดาษ จากนั้นปิดตาสุ่มเลือกรับประทานอาหาร 4 ประเภทที่มีรสชาติอาหารแตกต่างกัน โดยดำเนินกิจกรรมเป็นระยะเวลา 1 ชั่วโมง และมีการเตรียมสถานการณ์จำลองตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1) การเตรียมความพร้อมขั้นนำ (pre-brief) การกำหนดวัตถุประสงค์ ประสงค์ การชี้แจงผู้เรียนให้เข้าใจวัตถุประสงค์ ผลลัพธ์ที่คาดหวัง บทบาทของนักศึกษา/อาจารย์ผู้สอน และเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ

2) ขั้นปฏิบัติตามสถานการณ์เสมือนจริง (scenario) ที่กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างจำลองตนเองเป็นผู้สูงอายุชาย อายุ 75 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการรับประทานได้น้อย เหนื่อยอ่อนเพลีย ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน

3) ขั้นสรุปการเรียนรู้ (debrief) ที่เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้อธิบายความคิดและความรู้สึกจากสถานการณ์เสมือนจริง วิเคราะห์เหตุการณ์กระทำหรือสิ่งที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ และให้นักศึกษาได้วิเคราะห์แนวทางส่งเสริมทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ

2.3 การฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับมอบหมายให้ดูแลกรณีศึกษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีสุขภาพดีในชุมชน เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ และดูแลกรณีศึกษาผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ กิจกรรมการเรียนการสอนขณะที่นักศึกษาฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวม การอภิปรายก่อนและหลังปฏิบัติงาน การตรวจเยี่ยมทางการพยาบาล การประชุมปรึกษาทางการ

พยาบาล พร้อมทั้งแนะนำวิธีการศึกษากรณีศึกษา จุดมุ่งหมายหรือปัญหาที่ผู้เรียนจะต้องให้การดูแล ผู้สูงอายุ รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับกรณีศึกษา เพื่อตัดสินใจหาแนวทาง แก้ปัญหาและสรุปผลการอภิปราย แล้วนำเสนอผลการอภิปรายกลุ่มย่อย

2.4 การสะท้อนคิด ใช้ในการสะท้อนความคิดของกลุ่มตัวอย่างในการจำลองตนเองเป็นผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การฝึกปฏิบัติกรพยาบาลผู้สูงอายุ แล้วให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อน คิดแสดงความรู้สึกต่อผู้สูงอายุ และสะท้อนคิดเกี่ยวกับสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดูแลผู้สูงอายุและความ ประทับใจในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นระยะเวลา 1 ชั่วโมง

3. ผลของรูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานเพื่อส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของ นักศึกษาพยาบาล พบว่า หลังได้รับการสอนโดยรูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานนักศึกษาพยาบาลมี คะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ ($M = 127.37, SD = 7.80$) สูงกว่าก่อนการจัดการเรียนการสอน ($M=93.53, SD = 6.86$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -17.09, p < .01$) รายละเอียด ดังตาราง

ตาราง ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการทดสอบทีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการดูแล ผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังได้รับการสอนโดยรูปแบบการเรียนการสอน แบบผสมผสาน ($n = 30$)

การทดสอบ	M	SD	Mean difference	t	p
- ก่อนการทดลอง	93.53	6.86	-33.83	-17.09**	.000
- หลังการทดลอง	127.37	7.80			

** $p < .01$

การอภิปรายผล

1. สถานการณ์การเรียนรู้ที่เกี่ยวกับทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล พบว่า กลุ่ม ตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลให้ความสำคัญต่อทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุน้อย และยังไม่สามารถเข้าใจถึง ความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง ทั้งนี้อาจเป็นได้ว่า การจัดการเรียนการสอนการพยาบาลผู้สูงอายุ ยังไม่มีกิจกรรมที่ส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุให้กับนักศึกษาพยาบาลที่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจนที่ จะช่วยให้นักศึกษาพยาบาลได้เข้าใจ และเห็นถึงคุณค่าและความสำคัญของผู้สูงอายุ นักศึกษาจึงต้องการ การชี้แนะที่เหมาะสมจากอาจารย์ผู้สอนเพื่อช่วยให้นักศึกษาได้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ เกิด ทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้น สถาบันการศึกษาจึงควรจัดการจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษา พยาบาลได้รับความรู้และประสบการณ์ที่จำเป็นเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุทั้งทางทฤษฎีและภาคปฏิบัติ จัดอาจารย์ผู้สอนที่สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ในศาสตร์ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุและมีประสบการณ์ใน การดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ นักศึกษาในการดูแลผู้สูงอายุด้วยความเอื้ออาทร ซึ่งจะ ช่วยสนับสนุนให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ความสามารถพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุและมีทัศนคติที่ดี (Ankanawin et al., 2018)

2. รูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับแนวคิดแบบจำลองความน่าจะเป็นในการคิดไตร่ตรอง (ELM) (Petty & Cacioppo, 1986) ที่กล่าวถึงการชักจูงโน้มน้าวให้บุคคลค่อยๆ ตัดสินใจตามต้องอาศัยการคิดโดยใช้เหตุและผล ร่วมกับอารมณ์และความรู้สึกในการพิจารณาข้อมูลก่อนการตัดสินใจ ซึ่งรูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การสอนแบบบรรยาย การใช้สถานการณ์จำลอง และการฝึกปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุที่มุ่งเน้นการให้ข้อมูลและประสบการณ์โดยตรงที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ร่วมกับการสะท้อนคิดเพื่อเชื่อมโยงอารมณ์และความรู้สึกมาใช้ในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งการเรียนการสอนแบบผสมผสานทั้ง 4 รูปแบบจะเป็นการช่วยให้นักศึกษาพยาบาลได้เกิดความรู้ความเข้าใจ มีโอกาสเรียนรู้จากทั้งสถานการณ์จำลองและการฝึกปฏิบัติจริงในการดูแลผู้สูงอายุ นักศึกษาได้มีโอกาสทบทวนความคิด ความเข้าใจและความรู้สึกของตนเองขณะให้การดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้นักศึกษาเกิดความคิดมุมมองเชิงบวกต่อประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่ตนได้ปฏิบัติและเกิดความพึงพอใจ อันจะช่วยส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนานักศึกษาพยาบาลในดูแลผู้สูงอายุที่พบว่า การจัดการเรียนการสอนการพยาบาลผู้สูงอายุที่ผสมผสานกันหลากหลายวิธีจะทำให้นักศึกษาพยาบาลได้รับทั้งความรู้และมีโอกาสได้รับประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้นักศึกษาพยาบาลมีความสามารถที่พร้อมในการดูแลผู้สูงอายุและช่วยเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ (Ankanawin et al., 2018)

3. ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานพบว่า ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อธิบายได้ว่ารูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานที่พัฒนาขึ้นประกอบไปด้วยวิธีการเรียนการสอนที่หลากหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีจุดเด่นที่ช่วยส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างให้ดียิ่งขึ้น ได้แก่ การสอนแบบบรรยายเกี่ยวกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้ ความเข้าใจ และยอมรับในการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การได้รับความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ (Ghimire et al., 2019) และเนื้อหาการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับทัศนคติทางบวกในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล (Hsu et al., 2019) การใช้สถานการณ์จำลองตนเองเป็นผู้สูงอายุนี้ มีส่วนช่วยส่งเสริมให้เกิดทัศนคติทางบวกต่อผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเนื่องจากชุดจำลองการเป็นผู้สูงอายุ ทำให้เข้าใจถึงความเสื่อม การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและข้อจำกัดทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นกับตนเอง สามารถทำให้นักศึกษามีการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้สูงอายุไปในทิศทางที่ดีขึ้นมากกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว (Samra et al., 2013; Martínez-Arnau et al., 2022) โดยเฉพาะสถานการณ์จำลองการเป็นผู้สูงอายุที่เกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก การทรงตัวและการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ (Saleh et al., 2017) และสถานการณ์จำลองที่เกี่ยวกับการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติทางบวกต่อผู้สูงอายุได้ เนื่องจากช่วยทำให้นักศึกษามีความรู้สึกเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น (Sari et al., 2020; Demirtas &

Basak, 2021) ช่วยให้เข้าใจความยากลำบากในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ จึงมีช่วยส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล

การจัดประสบการณ์การฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของรูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานที่พัฒนาขึ้น พบว่ามีส่วนช่วยในการส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เนื่องจากทำให้ได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริง มีโอกาสได้เรียนรู้วิธีการดูแลผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีที่บ้านหรือในชุมชน จนกระทั่งผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้เห็นทุกมิติของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้นักศึกษาได้ตระหนักถึงข้อเท็จจริงของการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันของผู้สูงอายุ แต่ละราย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การจัดให้นักศึกษาพยาบาลได้มีประสบการณ์ฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุที่หลากหลาย ทั้งในชุมชนและโรงพยาบาล ได้แก่ การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ การทำกิจกรรมร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านพักคนชราหรือในโรงพยาบาล จะช่วยส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุและช่วยสร้างเสริมสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในนักศึกษาพยาบาล (Singhasem et al., 2019)

การสะท้อนคิดซึ่งเป็นกิจกรรมหนึ่งของรูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสาน มีส่วนทำให้กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาเกิดทัศนคติที่ดีขึ้นต่อผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน เนื่องจาก การสะท้อนคิดช่วยให้นักศึกษาได้มีโอกาสพิจารณาไตร่ตรองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยใจที่เป็นกลาง สามารถพัฒนาความคิดของตนเองจากมุมมองที่หลากหลาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดความรู้สึกเชิงบวก และมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง ช่วยให้เข้าใจรู้จักตนเองได้ชัดเจนและนำไปสู่การเข้าใจเห็นใจผู้อื่น รวมทั้ง ช่วยทำให้ประสบการณ์กลายเป็นสิ่งมีคุณค่า (Kittiboonthawal et al., 2018) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การใช้เทคนิคการสะท้อนคิดประสบการณ์การเรียนรู้จากการดูแลผู้สูงอายุ มีส่วนช่วยทำให้นักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น (Singhasem et al., 2019) ดังนั้น ผลของการใช้รูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานเพื่อส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล จึงมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำรูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสานเพื่อส่งเสริมทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล ไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุครอบคลุมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยแบบทดลองแบบสองกลุ่มมีกลุ่มเปรียบเทียบ รวมทั้ง มีการติดตามประเมินวัดทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลซ้ำในระยะยาวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ที่สนับสนุนทุนการวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 ทุกท่านที่กรุณาเป็นอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Anekwit, N., Vibulchai, N., Noomsang, P., Kaichan, S., Wangwan, P., & Sanyabut, C. (2018). Supplementary curriculum development to enhance nursing students' competencies to care for the elderly in the community based on contemplative education. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 28(1), 88-102. (in Thai)
- Ankanawin, U., Untaja, P., Bohplian, S., & Meeparn, A. (2018). The development of nursing students to engage in gerontological nursing. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(2), 95-102. (in Thai)
- Attafuah, P. Y. A., Amertil, N., Sarfo, J. O., Deegbe, D. A., Nyongator, D., Amponsah-Boama, C., & Abuosi, A. A. (2022). 'I decided to attend to him because it's my duty': Student nurses' perception and attitude towards care of older adults. *BMC Medical Education*, 22, Article 23. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-03090-z>
- Demirtas, A., & Basak, T. (2021). Daily life activities simulation: Improving nursing students' attitudes toward older patients. *Japan Journal of Nursing Science*, 18(1), Article 12375. <https://doi.org/10.1111/jjns.12375>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160.
- Ghimire, S., Shrestha, N., Callahan, K. E., Nath, D., Baral, B. K., Lekhak, N., & Singh, D. R. (2019). Undergraduate nursing students' knowledge of aging, attitudes toward and perceptions of working with older adults in Kathmandu Nepal. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(2), 204-210.
- Hsu, M. H. K., Ling, M. H., & Lui, T. L. (2019). Relationship between gerontological nursing education and attitude toward older people. *Nurse Education Today*, 74, 85-90.

- Intolo, S., Kakandee, A., Tangpathomwong, C., Chantratip, P., Anseekaew, P., Pranudta, S., & Boonmas, N. (2020). Attitudes and perspectives toward the older persons of the second-year nursing students of Srimahasarakham Nursing College. *Journal of Boromarajajonani College of Nursing, Surin*, 10(1), 91-103. (in Thai)
- Karuncharennpanit, S., & Seesanea, S. (2017). Development of nursing students' competency enhancing program regards comprehensive geriatric assessment using experiential learning. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 27(2), 168-180. (in Thai)
- Kittiboonthawal, P., Cheanchum, J., Srithanya, S., & Umereweneza, S. (2018). Reflection: Transformation from valuable experiences. *Journal of Health Science Research*, 12(1), 102-110. (in Thai)
- Kogan, N. (1961). Attitudes toward old people: The development of a scale and an examination of correlates. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 62(1), 44-54.
- Leethong-in, M., & Piyawattanapong, S. (2015). Predicting factors of age-friendly nursing care behavior by nursing students-nursing practice subject. *Journal of Nursing and Health Care*, 33(3), 70-79. (in Thai)
- Lwanga, S. K., Lemeshow, S., & World Health Organization. (1991). Sample size determination in health studies: A practical manual. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40062>
- Martínez-Arnau, F. M., López-Hernández, L., Castellano-Rioja, E., Botella-Navas, M., & Pérez-Ros, P. (2022). Interventions to improve attitudes toward older people in undergraduate health and social sciences students. A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 110(105269). doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105269
- National Statistical Office. (2022). *The 2021 survey of older persons in Thailand*. https://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านสังคม/สาขาประชากร/ประชากรสูงอายุ/2564/full_report_64.pdf (in Thai)
- Petty, R. E., & Cacioppo, J. T., (1986). The elaboration likelihood model of persuasion. In R. E. Petty, & J. T. Cacioppo (Eds.), *Communication and persuasion: Central and peripheral routes to attitude change* (pp. 1-24). Springer.
- Runkawatt, V. (2007). *Evaluation of the psychometric properties of the Thai versions of palmore's facts on aging quiz and Kogan's attitude toward old people in Thai adolescents*. State University of New York at Buffalo.

- Saleh, N. M., Meawad, E. B., El-Aziz, A., Noshay, H., & El-Gilany, A. H. (2017). Effect of simulated aging game versus traditional lecture on nursing students' knowledge and attitude towards elderly. *Alexandria Scientific Nursing Journal*, 19(1), 163-176.
- Samra, R., Griffiths, A., Cox, T., Conroy, S., & Knight, A. (2013). Changes in medical student and doctor attitudes toward older adults after an intervention: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(7), 1188-1196.
- Sari, D., Taskiran, N., Baysal, E., Acar, E., & Akyil, R. C. (2020). Effect of an aged simulation suit on nursing students' attitudes and empathy. *European Geriatric Medicine*, 11(4), 667-675.
- Setchoduk, K. (2015). Attitudes toward older adults among nursing students in a private university, Thailand. *Journal of Public Health and Development*, 13(2), 3-16. (in Thai)
- Singhasem, P., Nawsuwan, K., & Suwanwaha, S. (2019). Development of an instructional model to enhance gerontological nursing competencies among nursing students. *Journal of Health Science*, 28(Special), 65-78.
- Thongcharoen, V. (2013). Illness and concepts in gerontological nursing. In V. Thongcharoen (Ed.), *Art and science in gerontological nursing* (pp. 23-42). Textbook Project, Mahidol University. (in Thai)
- Valiathan, P. (2002). Blended learning models. *Learning Circuits*, 3(8), 50-59.

บทความวิชาการ (Academic article)

การจัดการตนเองเพื่อควบคุมน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน

Self-management for Gestational Weight Gain Control of Overweight and Obesity in Pregnant Women

พรนิภา วงษ์มาก^{1*}, พัทชนียา เชียงตา¹, ชิดชนก พันธุ์ป้อม¹, ณัฐฐันรี คำอูไร¹

Pornnipa Wongmak^{1*}, Patchaneeya Chienta¹, Chidchanok Phanpom¹, Natnari Khamaurai¹

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: pornnipa@bcns.ac.th; โทรศัพท์ 083-0954464)

(Received: December 6, 2022; Revised: February 23, 2023; Accepted: February 27, 2023)

บทคัดย่อ

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเป็นผลจากความไม่สมดุลของพลังงานที่ร่างกายได้รับจากการรับประทานอาหาร และพลังงานที่ร่างกายนำไปใช้ ส่งผลให้ร่างกายมีการสะสมไขมันที่มากกว่าปกติ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจส่งผลให้มารดาและทารกเสียชีวิตได้

บทความนี้ อธิบายเกี่ยวกับความหมายของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในสตรีตั้งครรภ์ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ และแนวทางการจัดการตนเองโดยการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ให้เป็นไปตามเกณฑ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน เป้าหมายหลักในการดูแล คือ เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ โดยประยุกต์แนวทางการจัดการตนเองเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง, สตรีตั้งครรภ์, ภาวะน้ำหนักเกิน, อ้วน

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Ministry of Public Health

Abstract

Pregnant women are overweight and obese as a result of the imbalance between received energy gained by diets and physical-used energy. As a result, the bodies have more fat accumulation than normal. This can increase the risk of complications, which may result in the death of the mother and the fetus.

This article describes the meaning of overweight and obesity among pregnant women, physiological changes, effects on pregnant women and fetuses and self-management guidelines by diet and exercise to control weight gain during pregnancy in pregnant women who are overweight and obese to meet the criteria. The main goal of care is to reduce the risk of complications that may occur to pregnant women and their fetuses by applying the concept of self-management to enable pregnant women to have appropriate self-care behaviours in the future.

Keywords: Self-management, Pregnant women, Overweight, Obesity

บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนขณะตั้งครรภ์ เป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญต่อมารดาและทารก จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.1 ในปี 2016 เพิ่มขึ้นร้อยละ 29.0 ในปี 2019 (Driscoll & Gregory, 2020) สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษาของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น พบว่า มีสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินจากร้อยละ 21.52 ในปี 2555 เพิ่มขึ้นร้อยละ 25.36 ในปี 2558 (Gettong & Rujirapraser, 2018) จะเห็นได้ว่าแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนขณะตั้งครรภ์ เกิดจากความไม่สมดุลของพลังงานที่ร่างกายได้รับจากการรับประทานอาหาร และพลังงานที่ร่างกายนำไปใช้ ทำให้มีการสะสมไขมันในร่างกายที่มากกว่าปกติ ส่งผลยับยั้งการทำงานของฮอร์โมนอินซูลิน ทำให้ระบบการเผาผลาญในร่างกายผิดปกติและเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ปกติ (Genova et al., 2019) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และการผ่าตัดคลอด รวมทั้ง ส่งผลให้ทารกในครรภ์ตัวโต (Lisonkova et al., 2017) ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บจากการคลอดลำบาก และการคลอดติดไหล่ (Kominiarek et al., 2018) อาจส่งผลทำให้มารดาและทารกเสียชีวิตได้ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนควรมีความสมดุลระหว่างพลังงานที่ร่างกายควรได้รับกับการนำพลังงานไปใช้เพื่อให้มีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ที่เหมาะสมตามเกณฑ์ เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน

แนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ให้ความสำคัญกับการดูแลตนเองในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ให้เป็นไปตามเกณฑ์ของสถาบันการแพทย์ของประเทศสหรัฐอเมริกา (Institute of Medicine: IOM) ปี 2009 (Rasmussen & Yaktine, 2009) เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ส่วนการควบคุมอาหารควรเน้นอาหารที่หลากหลาย และเป็นสารอาหารที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ได้แก่ โปรตีนที่มีไขมันต่ำ คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เน้นอาหารที่มีค่าดัชนีน้ำตาลต่ำ อาหารที่มีไขมันต่ำ และสารอาหารอื่น ๆ ที่ช่วยในการพัฒนาระบบประสาทและสมองของทารกในครรภ์ (Kriengsinyos & Phanvijhitsiri, 2016) การมีกิจกรรมทางกายในสตรีตั้งครรภ์ ควรมีการเคลื่อนไหวร่างกายที่เหมาะสม ในระดับปานกลางอย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์ (The American College of Obstetricians and Gynecologists: ACOG, 2015) เช่น การเดินเร็ว ปั่นจักรยานอยู่กับที่ อีกทั้ง ควรระมัดระวังหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและอุบัติเหตุ การดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่สำคัญ คือ การลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน

บทความวิชาการนี้ ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง โดยมีกระบวนการจัดการตนเอง ดังนี้ 1) การติดตามตนเอง 2) การประเมินตนเอง และ 3) การเสริมแรง (Kanfer & Gaelick, 1991) เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการดูแลสตรีตั้งครรภ์และเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถควบคุมตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อบรรลุเป้าหมายเป็นการลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งตนเองและทารกในครรภ์ เป็นบทบาทสำคัญของบุคลากรทางการแพทย์ทุกคนร่วมกับสตรีตั้งครรภ์ในการร่วมกันวางแผนการดูแลที่เหมาะสม โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมายของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในสตรีตั้งครรภ์ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ และประยุกต์ใช้แนวทางการจัดการตนเองโดยการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย เพื่อควบคุมน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ให้เป็นไปตามเกณฑ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน และช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้นำไปดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

ความหมายของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในสตรีตั้งครรภ์

ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในสตรีตั้งครรภ์ คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) ในการมาฝากครรภ์ครั้งแรก $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ สำหรับภาวะน้ำหนักเกิน และ $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ สำหรับภาวะอ้วน (Rasmussen & Yaktine, 2009) การมีน้ำหนักเกินและอ้วนเกิดจากการสะสมไขมันที่มากเกินไปตั้งแต่อน孕前 อาจเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ได้ (World Health Organization, 2021) ค่าดัชนีมวลกายมีความแตกต่างกันตามเชื้อชาติและภูมิภาค โดยประชากรกลุ่มประเทศเอเชียมีความเสี่ยงสูงในการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด จึงมีระดับดัชนีมวลกายที่ต่ำกว่าเชื้อชาติอื่น

องค์การอนามัยโลกจึงได้ปรับลดเกณฑ์ระดับดัชนีมวลกายเป็นหลักสากลใหม่เพื่อให้มีความสอดคล้องกับประชากรกลุ่มประเทศเอเชีย (WHO expert consultation, 2004)

ตามแนวทางในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน เพื่อให้มีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ที่เหมาะสม ควรมีการประเมินดัชนีมวลกายเมื่อสตรีตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกเพื่อประเมินภาวะน้ำหนักว่าอยู่ในระดับใด ซึ่งเป็นตัวชี้วัดมาตรฐานเพื่อประเมินสภาวะของร่างกายว่ามีความสมดุลระหว่างน้ำหนักตัวต่อส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมหรือไม่ คำแนะนำเกี่ยวกับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ของสถาบันทางการแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา โดยแบ่งตามกลุ่มดัชนีมวลกายตามเกณฑ์มาตรฐานสากลและเอเชีย (Rasmussen & Yaktine, 2009; WHO expert consultation, 2004) ดังนี้

ตาราง 1 น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ที่เหมาะสมในช่วงต่างๆ ที่สัมพันธ์กับดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์

ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์		น้ำหนักที่เพิ่มขึ้น	น้ำหนักที่เพิ่มขึ้น	น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นแต่ละ
มาตรฐานสากล*	มาตรฐานเอเชีย**	ตลอดการตั้งครรภ์*	ตลอดไตรมาสแรก*	สัปดาห์ในไตรมาสที่ 2 และ 3*
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์			เฉลี่ย 0.51 กิโลกรัม
BMI <18.5 kg/m ²	BMI <18.5 kg/m ²	12.5-18 กิโลกรัม	2.3 กิโลกรัม	(0.44-0.58 กิโลกรัม)
น้ำหนักปกติ	น้ำหนักปกติ			เฉลี่ย 0.42 กิโลกรัม
BMI 18.5-24.9 kg/m ²	BMI 18.5-22.9 kg/m ²	11.5-16 กิโลกรัม	1.6 กิโลกรัม	(0.35-0.50 กิโลกรัม)
น้ำหนักตัวเกิน	น้ำหนักตัวเกิน			เฉลี่ย 0.28 กิโลกรัม
BMI 25-29.9 kg/m ²	BMI 23-24.9 kg/m ²	7-11.5 กิโลกรัม	0.9 กิโลกรัม	(0.23-0.33 กิโลกรัม)
อ้วน	อ้วน			เฉลี่ย 0.22 กิโลกรัม
BMI ≥ 30 kg/m ²	BMI ≥ 25 kg/m ²	5-9 กิโลกรัม	-	(0.17-0.27 กิโลกรัม)

* Rasmussen & Yaktine (2009), ** WHO expert consultation (2004)

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนจะพบความเสี่ยงในการมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักปกติ ดังนั้น ผู้ให้บริการทางสุขภาพ เช่น สูติแพทย์ และพยาบาล จึงควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับน้ำหนักที่ควรเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ที่เหมาะสมตามเกณฑ์ เพื่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีทั้งสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ (Rasmussen & Yaktine, 2009; The American College of Obstetricians and Gynecologists: ACOG, 2013)

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในสตรีตั้งครรภ์

สตรีตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงในระบบต่าง ๆ โดยเฉพาะระบบการเผาผลาญและฮอร์โมน ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเพิ่มพลังงานให้กับทารกในครรภ์เพื่อใช้ในการเจริญเติบโต แต่เนื่องจากการมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในขณะตั้งครรภ์ส่งผลต่อกระบวนการเผาผลาญพลังงานร่วมกับการผลิตฮอร์โมนเพิ่มขึ้นส่งผลให้ระบบการเผาผลาญพลังงานทำงานได้ลดลง ทำให้สตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้มีความเสี่ยงในการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักปกติ โดยการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่

1. ระบบการเผาผลาญในระยะตั้งครรภ์ (Maternal metabolism during pregnancy)

เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์มีความต้องการสารอาหารและพลังงานเพิ่มมากขึ้น เพื่อนำไปใช้สำหรับการตั้งครรภ์ และการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลกระทบต่อการรักษาสมดุลกลูโคสในร่างกาย (glucose homeostasis) จากภาวะที่มีการหลั่งและความไวต่ออินซูลินลดลง และการดื้อต่ออินซูลิน โดยเฉพาะในช่วงอายุครรภ์ประมาณ 24-28 สัปดาห์ไปจนถึงไตรมาสสุดท้ายของการตั้งครรภ์ เกิดจากการผลิตฮอร์โมนจากรกที่มีฤทธิ์ต้านการทำงานของอินซูลินเข้าสู่กระแสเลือด ได้แก่ ฮิวแมนพลาเซนทอล แลคโตเจน (human placental lactogen: HPL) เอสโตรเจน (estrogen) โปรเจสเตอโรน (progesterone) และโปรแลคติน (prolactin) และการผลิตเอนไซม์อินซูลินเนส (insulinase) จากรก รวมทั้งการผลิตฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) ต่อมาหมวกไตของทารกเพิ่มขึ้นอีกด้วย ทำให้เซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินลดลง เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ความไวของอินซูลินลดลงถึงร้อยละ 40 เมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักปกติ และมีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้น

การเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินที่เกิดจากฮอร์โมนที่ผลิตจากรกและภาวะโภชนาการเกินขณะตั้งครรภ์ ยังส่งผลให้มีการสะสมไขมันเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าในช่วงไตรมาสที่ 1 และ 2 ของการตั้งครรภ์ จะมีฮอร์โมนเอสโตรเจนเพิ่มขึ้น ทำให้มีการสังเคราะห์และสะสมไขมันเพิ่มมากขึ้น เพื่อนำไปใช้เป็นพลังงานสำรองสำหรับการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ โดยมีการสะสมไขมันทั้งบริเวณใต้ผิวหนัง และช่องท้อง ซึ่งปริมาณของไขมันที่สะสมขึ้นอยู่กับปริมาณอาหารที่บริโภค และมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในขณะตั้งครรภ์ รวมทั้ง มีการสลายไขมันเพิ่มขึ้นจากก่อนการตั้งครรภ์ ประมาณร้อยละ 70 ส่งผลให้มีระดับไขมันในเลือด และกรดไขมันอิสระเพิ่มสูงขึ้น ทำให้เซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน การสะสมไขมันจะลดลงในช่วงไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ และลดการดูดซึมไตรกลีเซอไรด์เข้าสู่เนื้อเยื่อไขมัน โดยระยะท้ายของการตั้งครรภ์จะเป็นกระบวนการในการสลายไขมันเพื่อจะใช้พลังงานจากไขมัน และสงวนกลูโคสและกรดอะมิโนเพื่อนำพลังงานมาใช้ในการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ (Genova et al., 2019) ดังนั้น การมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในขณะตั้งครรภ์ จึงเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินเพิ่มมากขึ้น รวมถึงมีการสะสมและการสลายไขมันในร่างกายเพิ่มมากขึ้น ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์และมีภาวะไขมันในเลือดสูงเพิ่มขึ้น

2. ภาวะการอักเสบเรื้อรัง (chronic inflammation) สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน

จะกระตุ้นสารก่อการอักเสบ (pro-inflammatory cytokine) ในระบบภูมิคุ้มกันให้เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเผาผลาญพลังงานที่ลดลง รวมทั้งมีภาวะดื้อต่ออินซูลินเพิ่มมากขึ้น ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มมากขึ้น เกิดความเสี่ยงในการเป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ได้ อีกทั้งสารก่อการอักเสบยังส่งผลให้มีการสะสมไขมันที่เพิ่มขึ้นทำให้มีไขมันในเลือดเพิ่มมากขึ้นด้วย ซึ่งการอักเสบนี้อาจ

เกิดขึ้นจากไขมันที่สะสมในช่องท้อง (visceral fat) มากกว่าไขมันที่สะสมอยู่ใต้ผิวหนัง (subcutaneous fat) ไขมันที่สะสมในช่องท้องเป็นไขมันที่อันตราย โดยจะปล่อยสารก่อการอักเสบเข้าสู่กระแสเลือด ทำให้เกิดการอักเสบที่ผนังหลอดเลือดทั่วร่างกาย ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดมีการแข็งตัวและสูญเสียความยืดหยุ่น ร่วมกับการอุดตันของคราบไขมันในหลอดเลือด ทำให้สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้ (Genova et al., 2019)

ผลกระทบของภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนในสตรีตั้งครรภ์

ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในสตรีตั้งครรภ์ มีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ดังนี้

1. ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์

1) ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนจะมีความเสี่ยงมากถึง 4.4 เท่า เมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักปกติ อีกทั้ง เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง (severe preeclampsia) และภาวะครรภ์เป็นพิษร่วมกับมีการชัก (eclampsia) (Lisonkova et al., 2017)

2) เบาหวานในขณะตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนและมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นมากเกินเกณฑ์ จะมีความเสี่ยงสูงที่จะตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารสูงกว่าปกติ หรือความทนทานต่อน้ำตาลลดลง (impaired glucose tolerance) (Lisonkova et al., 2017)

3) ภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดดำ (venous thromboembolism: VTE) โดยพบว่ามีความเสี่ยงในการเกิดภาวะนี้ในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด และหากมีการอุดตันของลิ่มเลือดที่อวัยวะสำคัญ อาจเป็นสาเหตุทำให้สตรีตั้งครรภ์เสียชีวิตได้ (Lisonkova et al., 2017)

4) การผ่าตัดคลอด เนื่องจากการสะสมของไขมันในกล้ามเนื้อและไขมันในช่องท้อง ซึ่งส่งผลทำให้การหดตัวของมดลูกไม่ดี และมีการสะสมของไขมันเพิ่มขึ้นในเนื้อเยื่ออ่อนภายในเชิงกราน ทำให้ช่องทางคลอดแคบ ส่งผลให้เกิดการคลอดยาก (Lisonkova et al., 2017) อีกทั้ง เสี่ยงต่อทารกมีขนาดใหญ่กว่าอายุครรภ์ ทำให้เสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอดได้มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักปกติ (Rattasumpun, 2015)

5) น้ำหนักคงค้างหลังคลอด การมีน้ำหนักคงค้างหลังคลอดมากกว่า 2 กิโลกรัม ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น (Rattasumpun, 2015)

2. ผลกระทบต่อทารกในครรภ์

1) เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บจากการคลอดลำบากและการคลอดติดไหล่ (Kominiarek et al., 2018)

2) เสี่ยงต่อการมีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 4,000 กรัม (macrosomia) มากกว่าทารกแรกเกิดที่คลอดจากสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักปกติ (Lisonkova et al., 2017)

แนวทางการดูแลส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมน้ำหนัก

แนวคิดการจัดการตนเอง (Kanfer & Gaelick, 1991) เป็นแนวคิดที่มีกระบวนการต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา โดยมีการกำหนดเป้าหมายที่ตนเองคิดว่าสามารถปฏิบัติได้ หลังจากนั้นจะมีการประเมินตนเองว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนได้เหมาะสม เพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้โดยการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่งเกิดจากแรงกระตุ้นด้วยตนเองและจากการสนับสนุนของครอบครัว โดยจะปฏิบัติตามแนวทางที่ได้วางแผนไว้ เป็นการจัดการตนเองเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนจากพฤติกรรมเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่และเมื่อสามารถบรรลุเป้าหมายของตนเอง ควรมีการเสริมแรงเพื่อให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่และต่อเนื่อง แนวคิดนี้เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ตระหนักในการดูแลภาวะสุขภาพของตนเองเพิ่มมากขึ้น จึงนำแนวคิดนี้มาใช้เป็นแนวทางเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองเพื่อควบคุมน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ให้เป็นไปตามเกณฑ์ ลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนในสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ โดยมีหลักการสำคัญประกอบด้วย 3 ขั้นตอน รายละเอียด ดังนี้

1. การติดตามตนเอง (self-monitoring) เป็นการตั้งเป้าหมายร่วมกันกับพยาบาล และมีการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับและเป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ โดยพยาบาลควรมีการประเมินภาวะน้ำหนักของสตรีตั้งครรภ์โดยใช้ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ในการมาฝากครรภ์ครั้งแรก ซึ่งพบว่าการปฏิบัติงานจริงสตรีตั้งครรภ์จำน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ไม่ได้ ทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับความจริง หากประเมินน้ำหนักก่อนอายุครรภ์ 13 สัปดาห์ จะทำให้ได้น้ำหนักที่ใกล้เคียงกับน้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์เพื่อนำมาประเมินค่าดัชนีมวลกายของสตรีตั้งครรภ์ได้ (Gilmore & Redman, 2015) จากนั้น พยาบาลควรประเมินความรู้ ทักษะ และความเชื่อเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน การให้ความรู้เกี่ยวกับน้ำหนักที่ควรเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ และโภชนาการที่เหมาะสม เพื่อควบคุมน้ำหนักให้เป็นไปตามเกณฑ์ รวมทั้ง การร่วมกันตั้งเป้าหมายเพื่อปรับพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ต้องจดบันทึกชนิด ปริมาณ อาหาร ปริมาณแคลอรีที่ได้รับในแต่ละวัน ระยะเวลาในการทำกิจกรรมทางกาย และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นเฉลี่ยต่อสัปดาห์ โดยการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของตนเอง จะทำให้สตรีตั้งครรภ์สามารถกำกับพฤติกรรม การควบคุมอาหารและการมีกิจกรรมทางกายได้ โดยมีแนวทางการในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง ดังนี้

1.1 การควบคุมอาหาร สตรีตั้งครรภ์ต้องการสารอาหารที่จำเป็นเพื่อใช้สำหรับการตั้งครรภ์และการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ โดยควรได้รับปริมาณอาหารที่สมดุลเพื่อควบคุมให้น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เป็นไปตามเกณฑ์ โดยสารอาหารที่สำคัญ ได้แก่

1) โปรตีน เป็นสารอาหารที่มีความสำคัญต่อการตั้งครรภ์ โดยสตรีตั้งครรภ์จะต้องการโปรตีนในปริมาณที่สูงกว่าก่อนการตั้งครรภ์ เพื่อนำไปใช้สร้างเนื้อเยื่อ และอวัยวะต่าง ๆ ทั้งของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ซึ่งในระหว่างการตั้งครรภ์สตรีควรได้รับปริมาณโปรตีน 71 กรัมต่อวัน (National Health Service, 2020) สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ควรเลือกรับประทาน

อาหารประเภทโปรตีนที่มีไขมันต่ำ ได้แก่ โปรตีนจากเนื้อมีไขมันต่ำ เนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน เพื่อควบคุมปริมาณไขมันและน้ำมันเข้าสู่ร่างกาย ส่วนนม ควรเลือกดื่มเป็นนมรสจืดที่มีไขมันต่ำ และควรเลือกปรุงอาหารด้วยวิธีการต้มหรือนึ่ง เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้ไขมัน เป็นการควบคุมการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักให้มน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ (Kriengsinyos & Phanvijhitsiri, 2016)

2) คาร์โบไฮเดรต เป็นแหล่งพลังงานที่สำคัญสำหรับสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ โดยแบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่ คาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยวและเชิงซ้อน สำหรับคาร์โบไฮเดรตชนิดเชิงเดี่ยว จะพบได้ในอาหารทั่วไป ได้แก่ ข้าวขาว ขนมปังขาว น้ำตาล หรือผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ที่ผ่านการแปรรูป ได้แก่ ขนมหวาน น้ำอัดลม นมเปรี้ยว เป็นต้น จะมีการเปลี่ยนเป็นน้ำตาลได้ง่ายและนำไปใช้ได้ทันที เมื่อน้ำตาลเข้าสู่ร่างกายที่มากเกินไปความต้องการก็จะแปรรูปเป็นไขมัน เพื่อสะสมเป็นพลังงานสำรอง ทำให้มีไขมันสะสมตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมากขึ้น สำหรับคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ได้แก่ ข้าวกล้อง ขนมปังโฮลวีท ธัญพืช เมื่อรับประทานจะค่อย ๆ ย่อยอาหาร เนื่องจากมีคุณค่าทางอาหารอย่างอื่น เช่น วิตามิน แร่ธาตุบางชนิด และเส้นใยอาหาร จึงทำให้ร่างกายค่อย ๆ ดูดซึมสารอาหาร และกระบวนการในการเปลี่ยนจากแป้งเป็นน้ำตาลจะช้ากว่าอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว ทำให้ร่างกายได้รับพลังงานต่อเนื่องยาวนานและมีระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มอย่างคงที่และสม่ำเสมอทำให้ร่างกายมีพลังงานอย่างต่อเนื่อง ไม่รู้สึกหิวบ่อย และเส้นใยอาหารยังช่วยส่งเสริมระบบการย่อยอาหารและการขับถ่าย ช่วยป้องกันอาการท้องผูก อีกทั้ง ยังได้รับวิตามินและแร่ธาตุเพิ่มขึ้น (Kriengsinyos & Phanvijhitsiri, 2016; Meija & Rezeberga, 2017; Panawala, 2017; Suriyanimitsuk & Disapirom, 2018) ดังนั้น สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน จึงควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว และควรรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เพื่อควบคุมการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักในขณะตั้งครรภ์

3) ไขมัน เป็นสารอาหารที่ให้พลังงานสูง แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ ไขมันอิ่มตัว และไขมันไม่อิ่มตัว โดยไขมันอิ่มตัว ซึ่งได้แก่ โคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ เมื่อรับประทานในปริมาณมาก ไขมันจะไปสะสมในเซลล์ไขมันทั่วร่างกาย ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคอ้วนได้ (National Health Service, 2020) และไขมันไม่อิ่มตัว เป็นไขมันที่ได้จากพืช ซึ่งจะมีผลต่อการก่อโรคได้น้อยกว่าไขมันอิ่มตัว และนอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันทรานส์ (trans fat) เช่น เบเกอรี่ที่ทำจากเนย มาการีน ครีมเทียม และ อาหารทอด ซึ่งทำให้ระดับไขมันที่ไม่ดี (low density lipoprotein: LDL) ในเลือดสูงขึ้น และลดระดับของไขมันดี (high density lipoprotein: HDL) ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มมากขึ้น (Meija & Rezeberga, 2017) สำหรับการตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ควรเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัวมากกว่าไขมันอิ่มตัว และควรหลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์ติดมัน อาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิหรือนม ผลิตภัณณ์จากนมไขมันเต็มส่วน เนื่องจาก อาหารเหล่านี้มีไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอลรวมด้วย (Bureau of nutrition, department of health, ministry of public health, 2018) สำหรับไขมันที่ดีต่อสุขภาพสำหรับสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ ไขมันโอเมก้า 3 (omega-3 fat) ซึ่งเป็นไขมันที่ช่วยลดระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด พบได้ในเนื้อมีไขมันต่ำ ผลิตภัณณ์ถั่วเหลือง น้ำมันตับปลา เป็นต้น (Suriyanimitsuk & Disapirom, 2018)

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2558) ได้แนะนำปริมาณอาหารสำหรับสตรีตั้งครรภ์ สำหรับพลังงานและสารอาหารที่ควรได้รับใน 1 วัน ประมาณ 2,000 กิโลแคลอรี รายละเอียด ดังตาราง 2 และ 3

ตาราง 2 ปริมาณอาหารที่แนะนำให้บริโภคใน 1 วันสำหรับสตรีตั้งครรภ์ (Bureau of nutrition, department of health, ministry of public health, 2015)

กลุ่มอาหาร	ปริมาณอาหาร
ข้าว-แป้ง (ทัพพี)	9
ผัก (ทัพพี)	6
ผลไม้ (ส่วน)	6
เนื้อสัตว์ (ช้อนกินข้าว)	12
นม (แก้ว)	2-3
น้ำตาล (ช้อนชา)	เกิน 5 ช้อนชา
เกลือ (ช้อนชา)	ไม่เกิน 1 ช้อนชา

ตาราง 3 ตัวอย่างรายการอาหาร 1 วัน

มื้ออาหาร	รายการอาหาร	พลังงาน (กิโลแคลอรี)
เช้า	- ข้าวสวย 2 ทัพพี	160
	- แกงจืดผักกาดขาวเต้าหู้ไข่หมูสับ 1 ถ้วย	200
	- ผัดกระเพราหมูสับ	231
	- ไข่ต้ม 1 ฟอง	75
อาหารว่างเช้า	- ฝรั่ง ½ ผล	54
กลางวัน	- ข้าวสวย 2 ทัพพี	160
	- ผัดผักรวมใส่หมู	210
	- ปลาทอด 1 ตัว	127
อาหารว่างบ่าย	- นมจืด 1 กล่อง	175
	- กล้วยหอม 1 ลูก	105
เย็น	- ข้าว 2 ทัพพี	160
	- ต้มยำกุ้งน้ำใส	90
	- ไข่ต้ม 1 ฟอง	75
ก่อนนอน	- นมจืด 1 กล่อง	175
รวม		1,997

ควรให้สตรีตั้งครรภ์มีส่วนร่วมในการติดตามและวิเคราะห์ปริมาณอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน โดยการบันทึกชนิด ปริมาณอาหารและพลังงานที่ได้รับในแต่ละวัน เพื่อเป็นการกำกับพฤติกรรม

ตนเองให้ได้รับพลังงานที่เหมาะสม และนำมาตั้งเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ในความเป็นจริงมักพบว่าสตรีตั้งครรภ์จะให้ข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์หรืออาจจะบันทึกไม่ตรงตามความเป็นจริง ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์บันทึกข้อมูลที่ต้องตามความเป็นจริง โดยการสอบถามถึงปัญหาในการบันทึก พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ตลอดจนการอธิบายถึงประโยชน์ของการบันทึกข้อมูล และให้กำลังใจกับสตรีตั้งครรภ์

1.2 การมีกิจกรรมทางกาย (physical activity) หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้กล้ามเนื้อทำให้เกิดการใช้พลังงาน ซึ่งความถี่และระยะเวลาการทำกิจกรรมทางกาย จะส่งผลโดยตรงต่อการควบคุมน้ำหนักในขณะตั้งครรภ์ หากสตรีเมื่อตั้งครรภ์และมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลางเป็นประจำและต่อเนื่อง จะส่งผลให้สามารถควบคุมน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ได้ตามเกณฑ์ของสถาบันการแพทย์ของประเทศสหรัฐอเมริกา (Institute of Medicine: IOM) ปี 2009 ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำของสมาคมสูตินรีแพทย์ของประเทศสหรัฐอเมริกา (The American College of Obstetricians and Gynecologists: ACOG, 2015) คือการมีกิจกรรมทางกายในระดับปานกลางอย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์ หรือการมีกิจกรรมทางกายระดับหนักอย่างน้อย 75 นาที/สัปดาห์ ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ และภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

การประเมินความหนัก (intensity) หรือระดับของการทำกิจกรรมทางกาย สามารถประเมินจากการพูดคุยขณะทำกิจกรรมทางกาย (talk test) ดังนี้ 1) ระดับเบา หมายถึง สามารถพูดคุยหรือร้องเพลงขณะทำกิจกรรมทางกายได้ เช่น โยคะ ยืดคลายกล้ามเนื้อ เดิน 2) ระดับปานกลาง หมายถึง สามารถพูดคุยได้จนจบประโยคไม่สะดุดขณะทำกิจกรรมทางกาย เช่น เดินเร็ว ปั่นจักรยานอยู่กับที่ ออกกำลังกายในน้ำ และ 3) ระดับหนัก หมายถึง พูดคุยสะดุดไม่จบประโยค ต้องหยุดเพื่อสูดหายใจขณะทำกิจกรรมทางกาย เช่น วิ่ง เต้นแอโรบิก วายน้ำเร็ว (Centers for disease control and prevention, 2022)

กิจกรรมทางกายของสตรีตั้งครรภ์มีข้อจำกัดหรือข้อควรระวังที่จะก่อให้เกิดการพลัดตก หกล้ม และอุบัติเหตุ งัดเข่า การกระแทก และการกระโดด เมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่สองขนาดของมดลูกจะใหญ่ขึ้น ควรหลีกเลี่ยงการนอนหงาย เพราะจะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า (orthostatic hypotension) ควรมีการประเมินชีพจรในขณะทำกิจกรรมทางกาย ซึ่งไม่ควรเกิน 140 ครั้ง/นาที และแนะนำสตรีตั้งครรภ์หยุดทำกิจกรรมทางกายทันที หากมีอาการดังต่อไปนี้ เวียนศีรษะ หน้ามืดเป็นลม มีเลือดออกทางช่องคลอด หายใจลำบากก่อนออกแรง มีอาการเจ็บครรภ์ มดลูกหดตัว น้ำเดิน ปวดหลัง หรือมีอาการเหนื่อยหอบ เจ็บหน้าอก เป็นต้น

ควรให้สตรีตั้งครรภ์ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการออกกำลังกาย โดยการตั้งเป้าหมายโดยเริ่มจากเป้าหมายที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ง่ายแล้วค่อย ๆ เพิ่มในระดับที่ยากขึ้น ทั้งนี้ สตรีตั้งครรภ์จะต้องได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมกับการตั้งครรภ์ และควรรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ต้องเฝ้าระวังและอาการที่ต้องรีบไปพบแพทย์ เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นขณะที่ออกกำลังกาย เมื่อมีการประเมินกิจกรรมทางกายสำหรับสตรีตั้งครรภ์มัก พบว่า สตรีเมื่อตั้งครรภ์จะมีกิจกรรม

ทางกายที่ลดลง อาจเนื่องจากกลัวอันตรายต่อทารกในครรภ์หรือเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น มีการเคลื่อนไหวร่างกายไม่สะดวกและมีอาการไม่สบายจึงทำให้มีกิจกรรมทางกายลดลง (Jantradee et al., 2014) ดังนั้น พยาบาลควรประเมินความเชื่อและทัศนคติต่อการมีกิจกรรมทางกายในขณะตั้งครรภ์เพื่อให้ความรู้และร่วมกันวางแผนหาแนวทางการแก้ไขเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถมีกิจกรรมทางกายได้อย่างเหมาะสม

2. การประเมินตนเอง (self-evaluation) เป็นการนำข้อมูลจากการติดตามตนเองโดยการบันทึกนำมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ สตรีตั้งครรภ์จะประเมินข้อมูลและเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจเพื่อปฏิบัติพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ความสม่ำเสมอในการทำกิจกรรมทางกาย และการควบคุมน้ำหนักให้เป็นไปตามเกณฑ์ พยาบาลผู้ดูแลควรมีแนวทางในการประเมินซึ่งอาจจะจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยเปิดโอกาสให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนที่สามารถดูแลตนเองได้ตามเป้าหมาย มาเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับแนวทางการดูแลตนเอง ปัญหาอุปสรรคในระหว่างปฏิบัติ และแนวทางการแก้ปัญหา เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์รายอื่นได้นำประสบการณ์มาปรับใช้ในการดูแลตนเอง

3. การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) เมื่อสตรีตั้งครรภ์ปฏิบัติพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ควรให้รางวัลแก่ตนเอง ซึ่งการเสริมแรงอาจเป็นสิ่งของ เช่น อาหาร ของใช้ที่ชอบ การเสริมแรงทางสังคม เช่น ชมเชย ยกย่อง ซึ่งการเสริมแรงจะทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดแรงจูงใจ สามารถทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมนั้นคงอยู่และต่อเนื่อง แต่ในทางตรงกันข้ามหากสตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายที่กำหนด อาจจะมีการเสริมแรงทางลบหรือการลงโทษตนเอง พยาบาลควรเพิ่มแรงจูงใจ โดยการกระตุ้นสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน เห็นความสำคัญในการควบคุมอาหาร ร่วมกับการมีกิจกรรมทางกาย เพื่อให้มีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เป็นไปตามเกณฑ์ ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่จะเกิดกับสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ หรือหากสตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายได้ อาจจะกลับเข้าสู่กระบวนการใหม่อีกครั้ง โดยการตั้งเป้าหมายใหม่เป็นเป้าหมายระยะสั้นที่สามารถปฏิบัติได้ และเพิ่มการสนับสนุนทางครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

บทสรุป

ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนขณะตั้งครรภ์ เป็นภาวะที่มีการสะสมไขมันที่มากเกินไป ซึ่งอาจเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ อีกทั้งในระยะตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในระบบต่าง ๆ โดยเฉพาะฮอร์โมนที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ทำให้ระบบการเผาผลาญพลังงานทำงานได้ลดลง เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน จึงมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ อิทธิพลของฮอร์โมนเอสโตรเจน ทำให้มีการสังเคราะห์และสะสมไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้นซึ่งไปกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารที่ทำให้เกิดการอักเสบที่ผนังหลอดเลือดทั่วร่างกาย ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ได้ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดดำ การผ่าตัดคลอด และการมีน้ำหนักคงค้างหลังคลอด และยังส่งผลกระทบต่อทารกจากการคลอดลำบากและ

การคลอดติดไหล่ และการมีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 4,000 กรัม สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน จะพบความเสี่ยงในการมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักปกติ

แนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Kanfer & Gaelick, 1991) เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ 3 ขั้นตอน คือ 1) การติดตามตนเอง (self-monitoring) เป็นการกำหนดเป้าหมายที่ตนเองคิดว่าสามารถปฏิบัติได้ร่วมกับพยาบาล และมีการติดตามพฤติกรรมจากการสังเกตและบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเอง 2) การประเมินตนเอง (self-evaluation) นำข้อมูลจากการสังเกตและการบันทึกเพื่อนำมาประเมินตนเองและเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้นำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม และ 3) การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) เมื่อสตรีตั้งครรภ์สามารถบรรลุเป้าหมายของตนเอง ควรมีการเสริมแรงเพื่อให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่และต่อเนื่อง หรือหากไม่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายได้ อาจจะเข้าสู่กระบวนการใหม่อีกครั้ง โดยตั้งเป้าหมายในระยะสั้นที่สามารถปฏิบัติได้ และควรเพิ่มการสนับสนุนทางครอบครัวเพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลสตรีตั้งครรภ์

พยาบาลควรให้ความสำคัญในการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน สอบถามเกี่ยวกับทัศนคติความเชื่อและอธิบายให้สตรีตั้งครรภ์เข้าใจ และให้คำแนะนำเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถควบคุมน้ำหนักให้เป็นไปตามเกณฑ์ได้ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

เอกสารอ้างอิง

- Bureau of nutrition, department of health, ministry of public health. (2015). *Guidelines for nutritional health promotion operations in the antenatal clinic for health personnel*. Bureau of nutrition, department of health, ministry of public health. (in Thai)
- Bureau of nutrition, department of health, ministry of public health. (2018). *Full, delicious, healthy, diabetic style*. Bureau of nutrition, department of health, ministry of public health. (in Thai)
- Centers for disease control and prevention. (2022, June 3). *Measuring physical activity intensity*. <https://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/measuring/index.html>
- Driscoll, A. K., & Gregory, E. C. W. (2020). Increases in prepregnancy obesity: United states, 2016-2019. *NCHS Data Brief*, 392, Article 33270551. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33270551/>
- Genova, M. P., Atanasova, B. D., & Todorova-Ananieva, K. N. (2019). Body mass index and insulin sensitivity/ resistance: cross talks in gestational diabetes, normal pregnancy and beyond. In A. E., Önel (Ed.), *Body-mass index and health* (pp. 19-53). IntechOpen. <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.78363>

- Gettong, N., & Rujiraprasert, N. (2018). The relationships between knowledge about overweight during pregnancy, perceived self-efficacy and health behaviors among pregnant women with overweight. *Srinagarind Medical Journal*, 33(2), 129-135. (in Thai)
- Gilmore, L. A., & Redman, L. M. (2015). Weight gain in pregnancy and application of the 2009 IOM guidelines: toward a uniform approach. *Obesity*, 23(3), 507-511. <https://doi.org/10.1002/oby.20951>
- Jantradee, B., Serisathian, Y., & Phahuwatanakorn, W. (2014). Predictive factors of gestational weight gain. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(2), 339-347. (in Thai)
- Kanfer, F. H., & Gaelick, L. (1991). Self-management method. In F. H. Kanfer, & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (4th ed) (pp. 305-360). Pergamon.
- Kominiarek, M. A., Saade, G., Mele, L., Bailit, J., Reddy, U. M., Wapner, R. J., Varner, M. W., Thorp, J. M., Caritis, S. N., Prasad, M., Tita, A. T. N., Sorokin, Y., Rouse, D. J., Blacwell, S. C., & Tolosa, J. E. (2018). Association between gestational weight gain and perinatal outcomes. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 132(4), 875-881.
- Kriengsinyos, W., & Phanvijhitsiri, K. (2016). Dietary advice for pregnant and lactating women. In Knowledge synthesis subcommittee food and nutrition for consumers, *Food and nutrition knowledge for all ages* (pp. 9-17). Food and Drug Administration. (in Thai)
- Lisonkova, S., Muraca, G. M., Potts, J., Liauw, J., Chan, W. S., Skoll, A., & Lim, K. I. (2017). Association between prepregnancy body mass index and severe maternal morbidity. *JAMA*, 318(18), 1777-1786.
- Meija, L., & Rezeberga, D. (2017, 30 September). *Proper maternal nutrition during pregnancy planning and pregnancy: A Healthy Start in Life Recommendations for health care professionals – the experience from Latvia*. World Health Organization [https://www.who.int/europe/publications/m/item/proper-maternal-nutrition-during-pregnancy-planning-and-pregnancy--a-healthy-start-in-life-\(2017\)](https://www.who.int/europe/publications/m/item/proper-maternal-nutrition-during-pregnancy-planning-and-pregnancy--a-healthy-start-in-life-(2017))
- National Health Service. (2020, 14 February). *Have a healthy diet in pregnancy*. <https://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/healthy-pregnancy-diet/>
- Panawala, L. (2017). *Difference between simple and complex carbohydrates*. <https://www.researchgate.net/publication/320583094>
- Rasmussen, K. M., & Yaktine, A. L. (Eds.). (2009). *Weight gain during pregnancy: Reexamining the guidelines*. National Academy Press.

- Rattasumpun, S. (2015). Obesity in pregnant women: Health impacts and nursing care. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(1), 120-128. (in Thai)
- Suriyanimitsuk, T., & Disapirom, T. (2018). Nurse's roles in nutrition promotion among pregnant women. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 29(2), 174-185. (in Thai)
- The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2013). *Committee opinion: Weight gain during pregnancy*. <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Weight-Gain-During-Pregnancy>
- The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2015). ACOG practice bulletin No 156: Obesity in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 126(6), 112-126.
- WHO expert consultation. (2004). Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*, 363(9403), 157-163. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)15268-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)15268-3)
- World Health Organization. (2021, 9 June). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับ

กองบรรณาธิการ วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ขอเรียนเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านส่งบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือรายงานกรณีศึกษา เพื่อพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ทั้งนี้ บทความวิจัย และบทความวิชาการ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น ข้อความและข้อคิดเห็นต่าง ๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้น ๆ 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	Surname (year) Sriyasak (2015)	(Surname, year) (Sriyasak, 2015)
ผู้แต่ง 2 คน	Surname ¹ and Surname ² (year) Duangchan and Sriyasak (2015)	(Surname ¹ & Surname ² , year) (Duangchan & Sriyasak, 2015)
ผู้แต่ง 3 คน ขึ้นไป	Surname ¹ et al. (year) Sriyasak et al. (2015)	(Surname ¹ et al., year) (Sriyasak et al. (2015)

รูปแบบ	หน้าข้อความ	ท้ายข้อความ
อ้างอิง	Surname (year) and Surname (year)	(Surname, year; Surname, year)
มากกว่า 2 แหล่งข้อมูล	Sriyasak (2015) and Duangchan (2016)	(Sriyasak, 2015; Duangchan, 2016)
อ้างอิง	Surname ¹ (year as cited in Surname ² , year)	(Surname ¹ , year as cited in Surname ² , year)
แหล่งข้อมูล ทุติยภูมิ	Sriyasak (2015 as cited in Duangchan, 2016)	(Sriyasak, 2015 as cited in Duangchan, 2016)

2. การเขียนรายการอ้างอิง (Reference)

ใช้อ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด กรณีที่รายการอ้างอิงนั้นมีการเผยแพร่เป็นภาษาไทย ให้ต่อท้ายรายการอ้างอิงนั้นด้วย (in Thai) ผู้แต่ง 1-20 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน กรณีผู้แต่ง 21 คน ขึ้นไป ให้ใส่ชื่อ สกุล คนที่ 1-19 ตามด้วยเครื่องหมาย ,... ก่อนชื่อคนสุดท้าย

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>

แหล่งอ้างอิง	รูปแบบ
หนังสือทั่วไป	Surname, A. A. (year). <i>Title of work</i> (..... ed.). Publisher. URL (ถ้ามี) Patton, M. Q. (2015). <i>Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice</i> (4th ed.). SAGE. Bellanca, J., & Brendt, R. (2010). <i>21st century skills: Rethinking how students learn</i>. Solution Tree Press. กรณีผู้แต่งเป็นบรรณาธิการ 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 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. หมายเหตุ *ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์ ให้ใส่ (n.d.) **พิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องระบุ ***ไม่ปรากฏสำนักพิมพ์ ให้ใส่ n.p.
บทความ ในวารสาร	แบบรูปเล่ม/ อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มีเลข DOI ชื่อ สกุล. (ปี). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. Chisuwana, 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. (in Thai)

แหล่งอ้างอิง	รูปแบบ
	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 Chaipatchareewan, T. & Jaruchainiwat, P. (2021). Parents' strategies to establish healthy eating habits for preschoolers in Mahaweeranuwat School. <i>An Online Journal of Education</i>, 16(2), Article OJED-16-02-012. https://so01.tci-thaijo.org/index.php/OJED/article/view/248623/168548 (in Thai) 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 คุษฎีนิพนธ์	ไม่ได้ตีพิมพ์ ชื่อ สกุล. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อเรื่อง [Unpublished doctoral dissertation หรือ Unpublished master's thesis]. ชื่อมหาวิทยาลัย. Jung, M. S. (2014). <i>A structural equation model on core competence of nursing students</i> [Unpublished doctoral dissertation]. Choong-Ang University. จากเว็บไซต์ที่ไม่ได้อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์ Nunthawong, J. (2017). <i>A development of Thai moral integrity scale for professional nurses</i> [Doctoral dissertation, Chulalongkorn University]. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR). http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/59428 (in Thai) 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.
รายงาน	จัดทำโดยบุคคลสังกัดหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรอื่น ชื่อ สกุล. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อเรื่อง. สำนักพิมพ์หรือหน่วยงาน. URL (ถ้ามี) 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. (in Thai)

แหล่งอ้างอิง	รูปแบบ
	จัดทำโดยหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรอื่น 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) 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 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

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 ชื่อ

เบอร์โทรศัพท์ อีเมล

มีความประสงค์ชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ

- ☐ กรณีบทความวิชาการ Reviewer 2 ท่าน เป็นเงิน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)
☐ กรณีบทความวิจัย Reviewer 3 ท่าน เป็นเงิน 3,500 บาท (สามพันห้าร้อยบาทถ้วน)

ชื่อบทความ.....

โดยได้ชำระเป็น

- ☐ เงินสด
☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาเพชรบุรี
 ชื่อบัญชี “วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี”
 เลขบัญชี 703-1-31765-7

ที่อยู่ (ที่ต้องการจัดส่งรูปเล่มวารสารและใบเสร็จรับเงิน)

ลงนาม

(.....)

วันที่..... เดือน.....พ.ศ.

หมายเหตุ กรุณาส่งเอกสารนำส่ง ใบชำระค่าธรรมเนียมตีพิมพ์ และหลักฐานการชำระเงินค่าธรรมเนียมมายัง

ดร.อัจฉรวาทิ ศรียะศักดิ์ (บรรณาธิการวารสาร) วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

เลขที่ 203 หมู่ 2 ถนนศิริรัฐยา ตำบลธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000

หรือส่งทางอีเมล journal@pckpb.ac.th

***กรณีโอนเงิน/ โอนผ่านช่องทางอิเล็กทรอนิกส์ ให้ส่งหลักฐานทุกรายการ

ทางแอปพลิเคชันไลน์ “วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี”

ก่อนเวลา 15.00 น. ของวันที่ทำการโอนเท่านั้น***

ติดต่อสอบถาม โทร 097-2691246 หรืออีเมล journal@pckpb.ac.th

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





แบบฟอร์มนำส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์
วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

1. ชื่อเรื่องภาษาไทย.....

 ภาษาอังกฤษ.....

 ประเภทบทความ ☐ บทความวิจัย ☐ บทความวิชาการ
2. เป็นบทความจากวิทยานิพนธ์/ ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
3. ข้อมูลผู้นิพนธ์หลัก
 ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....
 หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....อีเมล:
 (กรณีที่เป็นวิทยานิพนธ์) รหัสนิสิต.....สาขาวิชา.....
 คณะ.....มหาวิทยาลัย.....
4. ตรวจสอบตามรายการต่อไปนี้
☐ ส่งบทความผ่านระบบ ThaiJo ทาง <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/>
☐ แนบเอกสารการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (กรณีบทความวิจัย)
 เลขที่เอกสาร.....ลงวันที่.....หน่วยงานที่รับรอง.....
☐ 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:
6. ให้จัดสรรผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความวิจัย (reviewer) จากภายนอกสถาบันของผู้นิพนธ์หลัก ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
 ขอรับรองว่าบทความนี้ ไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสาร หรืออยู่ระหว่างกระบวนการของวารสารใดๆ มาก่อน
 ลงชื่อ.....
 (.....)
 ผู้นิพนธ์หลัก/ ผู้นำส่ง

ขอรับรองว่าได้ทำการตรวจสอบเนื้อหา และรูปแบบการอ้างอิงที่ถูกต้องของบทความฉบับนี้ ก่อนที่จะส่งมา
ตีพิมพ์ในวารสาร (กรณีที่เป็นวิทยานิพนธ์)

ลงชื่อ.....

(.....)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ที่อยู่ 203 หมู่ 2 ตำบลธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000

โทรศัพท์ 0 3242 7049 โทรสาร 0 3240 0573

อีเมลล์ journal@pckpb.ac.th

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