ปีที่ 29 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2561

วารสาร วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ISSN 0858-110X (Print) ISSN 2651-0944 (Online)

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ปีที่ 29 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2561 Vol. 29 No. 2 July - December 2018

รายงานการวิจัย

- ความเครียดจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด ณ โรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร
- ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้แผนที่ความคิดในการวิเคราะห์กรณีศึกษาต่อความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
- ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
- ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี
- ผลการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กออทิสติก
- การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้ภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
- การศึกษาสภาพและปัญหาการจัดการเรียนการสอนของภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
- ความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา กระทรวงสาธารณสุข
- ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการฉีดอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
- การพัฒนางานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลวิภาวดี
- การทบทวนขอบเขตผลงานวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
- รูปแบบการพัฒนาแกนนำด้านสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

บทความวิชาการ

- สมรรถนะทางคลินิกเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานอย่างมีประสิทธิภาพ
- บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพต้านโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์
- การส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในผู้ป่วยโรคเบาหวาน
- คุณลักษณะของภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์: ความท้าทายสู่การเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ขององค์การพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน
- การศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์สาขาพยาบาลศาสตร์
- การจัดการความรู้เพื่อพัฒนาตน พัฒนางานอย่างสร้างสรรค์: กรณีศึกษา บุคลากรสายสนับสนุน วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

บทความพิเศษ

- วิชาชีพพยาบาล: เส้นทางแห่งความภูมิใจของฉัน

ปีที่ 29 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2561 Vol. 29 No. 2 July - December 2018

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ปีที่ 29 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2561 **Vol. 29 No. 2 July - December 2018**

เจ้าของ
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
36 ถนนเลียบเนิน ตำบลวัดใหม่ อำเภอเมือง
จังหวัดจันทบุรี 22000

ที่ปรึกษา
รศ. พ.ต.ต.หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชุณหปราณ
ข้าราชการบำนาญ (9/82 ซ.ทองเกษร ลาดพร้าว 71 กรุงเทพฯ)
ดร.มัณฑนา เหมชะญาติ
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
นางสาวเพ็ญนภา พิสัยพันธุ์
รองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ

บรรณาธิการ
นางคณิสร เจริญกิจ
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลศึกษา)

ฝ่ายจัดการ
1. นายคนึง สัตรักษ์
2. นางสาวชลิตา วรวุฒิพิศาล

วัตถุประสงค์
เพื่อเผยแพร่งานวิจัยและผลงานวิชาการทางการพยาบาล (ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาพยาบาล และการบริหารการพยาบาล) และการสาธารณสุข

กำหนดออกเผยแพร่
ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้
ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน (รับบทความถึงสิ้นเดือนธันวาคม)
ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม (รับบทความถึงสิ้นเดือนมิถุนายน)

กองบรรณาธิการ

ผู้ทรงคุณวุฒิ (ภายนอก)

1. ผศ. ดร.ลัฆวี ปิยะบัณฑิตกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. ผศ. ดร.ทัศนา ทวีคูณ	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
4. ดร.หรรษา เศรษฐบุปผา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
5. รศ. ดร.อรพรรณ โตสิงห์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
6. รศ. ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล	สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
7. รศ. ดร.นิตยา ตากวิริยะนันท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
8. ผศ. ดร.พรชัย จูลเมตต์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

กองบรรณาธิการ (ภายใน)

1. นางสาวบุศริน เอี่ยวสีหยก	ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
2. นางสาวกรรณิการ์ แซ่ตั้ง	ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers) โดยต้นฉบับแต่ละเรื่องได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 คน ทั้งนี้ รายงานการวิจัยหรือบทความในวารสารถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเท่านั้น ทางคณะผู้จัดทำวารสารไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยเสมอ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers)

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

1. ดร.กุลธิดา พานิชกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
2. ดร.เชษฐา แก้วพรม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
3. ดร.วิรัลพัชร สกุลสันติพร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
4. ผศ. ดร.ถาวร มาต้น	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง
5. รศ. ดร.ปรารถนา สถิตย์วิภาวี	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
6. ผศ. ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
7. ผศ. ดร.หทัยชนก บัวเจริญ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
8. ผศ. ดร.พิมสุภาว์ จันทนะโสตถิ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
9. ดร.เพชรรัตน์ เจิมรอด	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
10. ผศ. ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
11. ดร.วรพล แวงนอก	บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์
12. ดร.ศรีสกุล เฉียบแหลม	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
13. ดร.ทองสวย สีทานนท์	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
14. ดร.พรฤดี นิธิรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
15. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
16. ดร.ธัสมน นามวงษ์	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
17. ดร.ชญาดา เนตร์กระจ่าง	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
18. ดร.ดาราวรรณ รองเมือง	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
19. ผศ. ดร.ปราณี ธีรโสภณ	นักวิชาการอิสระ
20. ดร.ชดช้อย วัฒนะ	นักวิชาการอิสระ

วารสาร
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ISSN 0858-110X (Print) ISSN 2651-0944 (Online)

ปีที่ 29 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2561 Vol. 29 No. 2 July - December 2018

สารบัญ

หน้า

รายงานการวิจัย

- ความเครียดจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด ณ โรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร 1
  พลอยชนกภรณ์ กุลวัฒนาพันธ์ นารัตน์ สุวรรณผ่อง นพพร โหวธีระกุล มธุรส ทิพยมงคลกุล
- ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้แผนที่ความคิดในการวิเคราะห์กรณีศึกษา ต่อความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 13
  วิภารัตน์ ภิบาลวงษ์ จารุณี ขาวแจ้ง ทองใหญ่ วัฒนศาสตร์
- ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้ว ราชนครินทร์ 23
  วาสนา นามเหลา ชนัดดา แนบเกษร ดวงใจ วัฒนสินธุ์
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 36
  จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์ เพ็ญนภา พิสัยพันธุ์ จารุวรรณ์ ท่าม่วง กฤษณี สุวรรณรัตน์ ชญาดา เนตร์กระจ่าง วรัญญา ชลธารกัมปนาท
- ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี 47
  คัทลียา วสุธาดา ลลิตา เดชาวุธ นันทวัน ใจกล้า สายใจ จารุจิตร
- ผลการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กออทิสติก 60
  สินีนาฏ บุญเจริญ ดลดาว ปูรณานนท์ สุรินทร์ สุทธิธาทิพย์
- การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้ภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 71
  จริยาพร วรรณโชติ ธนพร ศนีบุตร ปรีดาวรรณ บุญมาก
- การศึกษาสภาพและปัญหาการจัดการเรียนการสอนของภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 87
  ภโวทัย พาสนาโสภณ รัชชนก กลิ่นชาติ สุมาลี ราชนิยม
- ความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา กระทรวงสาธารณสุข 101
  วรเชษฐ์ เวชมงคลกร สุธี อยู่สถาพร ปิยธิดา ตรีเดช สุคนธา ศิริ
- ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการฉีดอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 112
  ธัสมน นามวงษ์ สุมาลี ราชนิยม รัชชนก กลิ่นชาติ

วารสาร
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ISSN 0858-110X (Print) ISSN 2651-0944 (Online)

ปีที่ 29 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2561 Vol. 29 No. 2 July - December 2018

สารบัญ

หน้า

รายงานการวิจัย

- การพัฒนางานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลวิภาวดี 123
  จินตหรา บุญมาธรรม สมชาติ โตรักษา
- การทบทวนขอบเขตผลงานวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 136
  ดาราวรรณ รองเมือง ยศพล เหลืองโสมนภา สุกัญญา ขันวิเศษ
  จรัญญา ดีจะโปะ สุปราณี ฉายวิจิตร
- รูปแบบการพัฒนาแกนนำด้านสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง สำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 147
  ศรีสกุล เฉียบแหลม ชดช้อย วัฒนะ จิตติยา สมบัติบูรณ์
  จันจิรา หินขาว

บทความวิชาการ

- สมรรถนะทางคลินิกเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานอย่างมีประสิทธิภาพ 164
  วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย เจตจรรยา บุญญกูล จุฬาวรรณ จิตดอน
  เสาวรี เอี่ยมละออ เอมวดี เกียรติศิริ ศุภรัสมิ์ วิเชียรตนนท์
- บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์ 174
  ธัญญมล สุริยานิมิตรสุข ฐิตารีย์ ดิษาภิรมย์
- การส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในผู้ป่วยโรคเบาหวาน 186
  รัชชนก กลิ่นชาติ ธัสมน นามวงษ์ สุมาลี ราชนิยม
  นงณภัทร รุ่งเนย นิตยา ทองมา
- คุณลักษณะของภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์: ความท้าทายสู่การเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ขององค์การพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน 198
  สุนทรีภรณ์ มีพริ้ง
- การศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์สาขาพยาบาลศาสตร์ 207
  สุรีย์ จินเรือง วิภาศิริ นราพงษ์ ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์
- การจัดการความรู้เพื่อพัฒนาตน พัฒนางานอย่างสร้างสรรค์: กรณีศึกษาบุคลากรสายสนับสนุนวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 217
  ชมพู เนินหาด สุชาดา นิ้มวัฒนากุล ปาลีรัญญ์ ฐาสิรสวัสดิ์

บทความพิเศษ

- วิชาชีพพยาบาล: เส้นทางแห่งความภูมิใจของฉัน 231
  จิตติมา ไพรศูนย์ จุฑารัตน์ ดวงแก้ว

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 29 ฉบับที่ 2 นี้ นำเสนอรายงานการวิจัยทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการบริหารการพยาบาล และด้านการศึกษาพยาบาล ส่วนบทความวิชาการ นำเสนอสาระเกี่ยวกับสมรรถนะทางคลินิกเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน การส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์ การส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง คุณลักษณะของภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ การศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์สาขาพยาบาลศาสตร์ และการจัดการความรู้เพื่อพัฒนาตน พัฒนางาน สำหรับบทความพิเศษนั้นเกี่ยวกับวิชาชีพพยาบาลในมุมมองของนักศึกษาพยาบาล คณะผู้จัดทำวารสารฯ มุ่งหวังว่าผู้อ่านทุกท่านจะได้รับประโยชน์ในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และมุมมองต่าง ๆ ในประเด็นดังกล่าวบ้างไม่มากก็น้อย อย่างไรก็ตาม กองบรรณาธิการวารสารฯ ตระหนักดีว่าองค์ความรู้ด้านต่าง ๆ นั้นยังมีอีกมาก วารสารฯ ฉบับนี้สามารถนำเสนอได้เพียงบางส่วนเท่านั้น

สำหรับวารสารฯ ฉบับหน้า จะเป็นการนำเสนอสาระเกี่ยวกับการพยาบาลและการสาธารณสุข หากท่านมีความประสงค์ที่จะลงตีพิมพ์รายงานการวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความพิเศษในวารสารฯ ขอให้ท่านเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำที่อยู่ด้านท้ายของวารสารฯ ฉบับนี้ และดำเนินการส่งต้นฉบับผ่านทางระบบวารสารออนไลน์มายังบรรณาธิการต่อไป

คณิสร เจริญกิจ
บรรณาธิการ

รายงานการวิจัย

ความเครียดจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด ณ โรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร *

Job-related Stress among Perioperative Nurses in a Super-tertiary Hospital in Bangkok *

พลอยชนกกรณ์ กุลวัฒนาพันธ์, วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) [1]

Ploychanokporn Kulwattanapun, M.Sc. (Public Health) [1]

นวรัตน์ สุวรรณพ่อง, พบ.ด. (ประชากรและการพัฒนา) [2]

Nawarat Suwannapong, Ph.D. (Population and Development) [2]

นพพร โหวธีระกุล, ส.ด. (วิทยาศาสตร์สุขภาพและการแพทย์) [3]

Nopporn Howteerakul, Ph.D. (Medicine and Health Sciences) [3]

มธุรส ทิพยมงคลกุล, ปร.ด. (ระบาดวิทยา) [4]

Mathuros Tipayamonkholgul, Ph.D. (Epidemiology) [4]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล คุณลักษณะงาน บรรยากาศองค์กร และการจัดการความเครียด กับความเครียดจากการทำงาน และปัจจัยทำนายความเครียดจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด จำนวน 226 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล คุณลักษณะงาน มีค่าความเชื่อมั่น .86 บรรยากาศองค์กร มีค่าความเชื่อมั่น .92 การจัดการความเครียด มีค่าความเชื่อมั่น .74 และความเครียดจากการทำงาน มีค่าความเชื่อมั่น .93 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนกันยายน 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า 1) คุณลักษณะงานโดยรวมอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 60.70 บรรยากาศองค์กรโดยรวม การจัดการความเครียดโดยรวม และความเครียดจากการทำงานโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.70,

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

* Master's Thesis of Science Program in Public Health, Faculty of Public Health, Mahidol University

[1] มหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

[1] Master, Program in Public Health, Faculty of Public Health, Mahidol University

[2] รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

[2] Associate Professor, Faculty of Public Health, Mahidol University: Major Advisor

[2] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: nawarat.suw@mahidol.ac.th

[3] รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

[3] Associate Professor, Faculty of Public Health, Mahidol University: Co-advisor

[4] รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

[4] Associate Professor, Faculty of Public Health, Mahidol University: Co-advisor

76.10 และ 57.70 ตามลำดับ 2) รายได้ การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดการความเครียด คุณลักษณะงาน ทั้ง 5 คุณลักษณะ บรรยากาศองค์กรทั้ง 4 ส่วน และการจัดการความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 3) นโยบายและการบริหารองค์กร และเอกลักษณ์ของงาน สามารถร่วมกันทำนายความเครียดจากการทำงานได้ร้อยละ 16.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adj. $R^2 = .168$, $p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าผู้บริหารควรเปิดโอกาสให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการและการกำหนดนโยบายที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน รวมทั้งจัดอบรมความรู้เกี่ยวกับกระบวนการผ่าตัดที่ก้าวหน้า การใช้งานเครื่องมือหรืออุปกรณ์พิเศษต่าง ๆ เพื่อให้งานมีเอกลักษณ์ที่เด่นชัด มีความสำคัญ อันจะส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจในการคงอยู่ในวิชาชีพต่อไป

คำสำคัญ: ความเครียดจากการทำงาน คุณลักษณะงาน บรรยากาศองค์กร การจัดการความเครียด พยาบาลห้องผ่าตัด

Abstract

This cross-sectional research aimed to examine the associations between the selected factors (individual characteristics, job characteristics, organizational climate, and stress management) and job-related stress and to examine its predictive factors among perioperative nurses. The samples consisted of 226 perioperative nurses. The research instrument was a 5-part questionnaire:- individual characteristics, job characteristics with the reliability of .86, organizational climate with the reliability of .92, stress management with the reliability of .74, and job-related stress with the reliability of .93. Data were collected from August to September, 2015. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, simple linear regression, and stepwise multiple regression.

The research results revealed that 1) an overall job characteristics was at a good level (60.70%); an overall organizational climate, stress management, and job-related stress were at the moderate level (57.70%, 76.10%, and 57.70%, respectively); 2) income, receipt of training about coping with stress, job characteristics, organizational climate, and stress management were found to be negatively correlated with the job-related stress among perioperative nurses with statistical significance; and 3) two factors were found to be capable of 16.80% predicting job-related stress among perioperative nurses:- organization policy and management and task identity (adj. $R^2 = .168$, $p < .001$).

This research suggests that the perioperative nurses should be offered opportunities to participate in the setting of policy and standards with impact on practice, including the holding of meetings for exchanges of opinions and learning to update operative procedures and devices to be identity of their works for the benefit of building motivation and retaining them in the organization.

Keywords: Job-related stress, Job characteristics, Organizational climate, Stress management, Perioperative nurse

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สังคมปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและตลอดเวลา ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่ไร้พรมแดน วิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามระบบทุนนิยม มีการแข่งขันสูง ส่งผลให้ต้องดำเนินชีวิตอยู่ภายใต้สภาวะที่มีแรงกดดันสูง ก่อให้เกิดความเครียดที่สามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกเพศ ทุกวัย (มรรยาท รุจิวิชชญ์, 2556) ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมการเผชิญและการจัดการความเครียดของแต่ละบุคคลนั้นย่อมแตกต่างกันไปตามลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งเกิดจากการอบรมเลี้ยงดู สภาพแวดล้อม ค่านิยมทางสังคม การศึกษา ภาวะสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต และประสบการณ์ที่ได้สั่งสมมาของแต่ละบุคคล หากบุคคลเผชิญความเครียดได้ไม่เหมาะสมก็ยิ่งส่งผลให้เกิดความตึงเครียดมากขึ้น ไม่สามารถจัดการกับความเครียดนั้นได้ ทำให้รู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง สิ้นหวัง และนำไปสู่ความล้มเหลวในการดำเนินชีวิตในครอบครัว ที่ทำงาน และสังคม (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2551)

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่สังคม ทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและเจ็บป่วย โดยให้การดูแลทั้งการส่งเสริมให้มีสุขภาพดี ป้องกันการเกิดโรค ให้การพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพในทุกระดับ อีกทั้งในปัจจุบันมีระบบการประกันสุขภาพเกิดขึ้น ทำให้เกิดบทบาทเสริมของพยาบาลในด้านการบริหาร การจัดการ ด้านงานวิชาการ การวิจัยและพัฒนาคุณภาพการบริการ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการถึงการให้บริการที่มีความปลอดภัยและมีคุณภาพตามมาตรฐานสูงสุด รวมถึงลักษณะงานของพยาบาลนั้นเป็นงานที่ให้บริการอย่างต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง ต้องเผชิญกับความเร่งรีบในสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจบนพื้นฐานความรู้ทางวิชาชีพอย่างรวดเร็ว งานพยาบาลจึงถือเป็นงานที่หนัก ต้องมีความรับผิดชอบสูง และต้องเผชิญกับความเครียดในการปฏิบัติงานอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบในการให้การพยาบาลแก่ผู้ที่มารับการผ่าตัด ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งต้องใช้การผสมผสานความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับกายวิภาคศาสตร์ โรคทางศัลยกรรม เทคนิคปราศจากเชื้อ และการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ รวมทั้งทักษะการใช้กระบวนการพยาบาล มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยทุกขั้นตอน นอกจากนี้ พยาบาลห้องผ่าตัดยังต้องมีความชำนาญเฉพาะทางในเรื่องวิธีการทำผ่าตัด (procedure) และเทคนิคต่าง ๆ ตลอดจนทักษะการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด ซึ่งพยาบาลห้องผ่าตัดต้องพัฒนาตนเองให้มีความรู้ ความสามารถที่ก้าวทันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการผ่าตัดอยู่เสมอ ดังนั้น งานของพยาบาลห้องผ่าตัดจึงมีความรับผิดชอบสูง ต้องเผชิญกับภาวะรีบเร่งและวิกฤต บ่อยครั้งมีโอกาสที่จะสัมผัสสารคัดหลั่ง และเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อที่สามารถแพร่กระจายผ่านสารคัดหลั่งได้ หากเกิดอุบัติเหตุจากสิ่งมีคมขณะปฏิบัติงาน (เรณู อาจสาลี, 2550)

จากการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลในห้องผ่าตัดที่ผ่านมา พบว่าพยาบาลมีความเครียดจากการทำงานในระดับปานกลาง โดยการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยจากการปฏิบัติงานที่ก่อให้เกิดความเครียดกับพยาบาล พบว่าภาระงานการบริหารงานในหน่วยงาน สภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงาน และสัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาลห้องผ่าตัด (ทิวา กลั่นเรืองแสง, 2552) ซึ่งระดับความเครียดของแต่ละบุคคลนั้นแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการเลือกวิธีการจัดการความเครียดที่แตกต่างกัน หากเลือกวิธีการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม ก็จะสามารถรักษาสมดุลของชีวิตและสามารถที่จะปฏิบัติงานต่อไปได้ แต่หากวิธีการจัดการความเครียดที่เลือกนั้นไม่ได้ผล ระดับความเครียดที่รุนแรงจะยังคงอยู่อย่างเรื้อรัง ซึ่งทำให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจตามมา ส่งผลให้มีความท้อแท้ เบื่อหน่าย จนกระทั่งลาออกจากวิชาชีพพยาบาลไปในที่สุด ส่วนการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดจากการทำงานของบุคลากรนั้น พบว่าความกลัวการติดเชื้อเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบมีความสัมพันธ์กับความเครียด และส่งผลให้บุคลากรในห้องผ่าตัดในประเทศอิหร่านมีความเครียดในระดับสูง (Azizpour, Shohani, Sayehmiri, & Kikhavani, 2013)

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความเครียดจากการทำงาน และความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล คุณลักษณะงาน บรรยากาศองค์กร และการจัดการความเครียด กับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง เนื่องจากในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงมีการนำเทคโนโลยี เช่น การนำระบบคอมพิวเตอร์มาช่วยในการผ่าตัด (computer assisted surgery) เพิ่มมากขึ้น เพื่อให้การผ่าตัดนั้นมีความถูกต้องและแม่นยำ พยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องมีการพัฒนาความรู้ ความชำนาญให้เท่าทันและต่อเนื่องในการใช้และดูแลเครื่องมือพิเศษในการผ่าตัดนั้นๆ ซึ่งผลการวิจัยที่ได้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการปรับปรุงการพัฒนาแผนการบริหารบุคลากรในงานการพยาบาลผ่าตัด เพื่อให้บุคลากรพยาบาลห้องผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุข และยังคงอยู่ในองค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

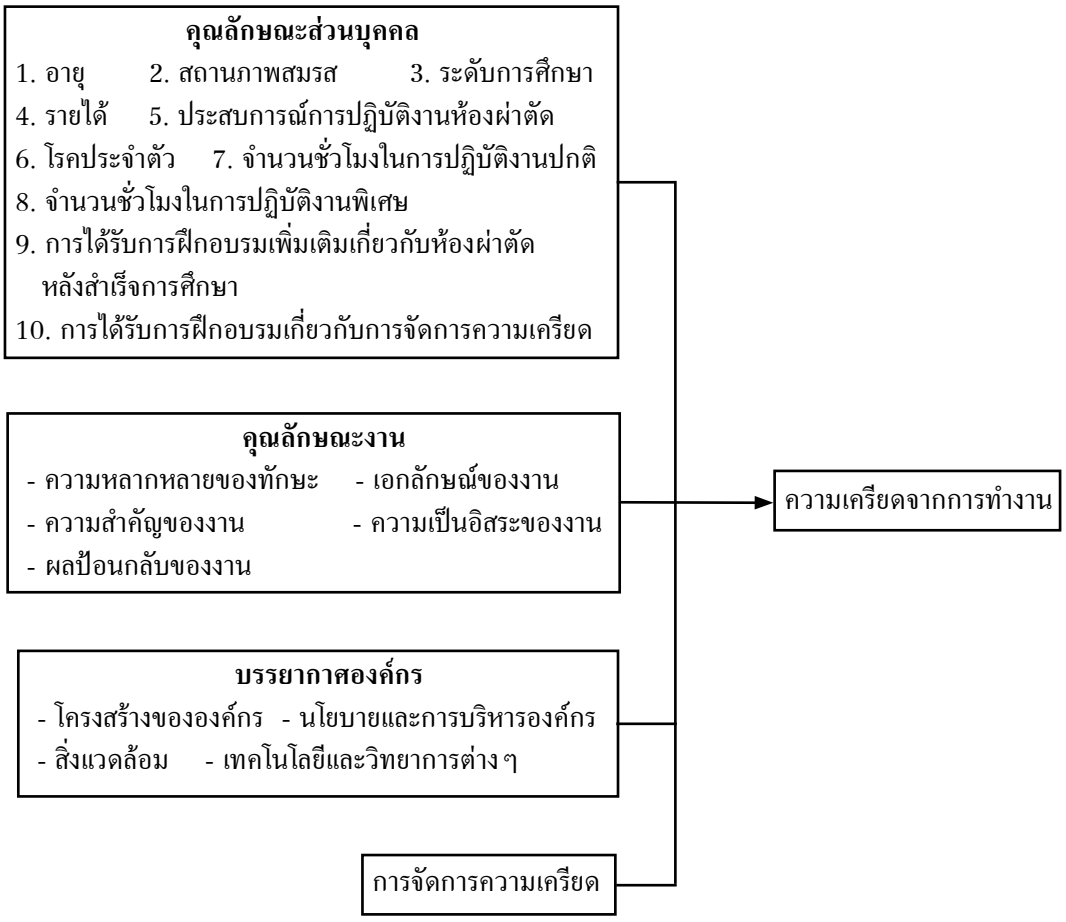
1. เพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล และประเมินคุณลักษณะงาน บรรยากาศองค์กร การจัดการความเครียด และความเครียดจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด ณ โรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล คุณลักษณะงาน บรรยากาศองค์กร และการจัดการความเครียด กับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด ณ โรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร
3. เพื่อหาปัจจัยทำนายความเครียดจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด ณ โรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร จากปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล คุณลักษณะงาน บรรยากาศองค์กร และการจัดการความเครียด

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล คุณลักษณะงาน บรรยากาศองค์กร และการจัดการความเครียด มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด ณ โรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร
2. คุณลักษณะส่วนบุคคล คุณลักษณะงาน บรรยากาศองค์กร และการจัดการความเครียด สามารถร่วมกันทำนายความเครียดจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด ณ โรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร ได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาความเครียดจากการทำงาน โดยใช้แนวคิดของ Bailey, Steffen, and Grout (1980) และคัดสรรปัจจัย 4 ตัว ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล คุณลักษณะงาน โดยใช้แนวคิดทฤษฎีของ Hackman and Oldham (1980) บรรยากาศองค์กร โดยใช้แนวคิดทฤษฎีของ Steers (1977) และการจัดการความเครียด โดยใช้แนวคิดของ Jalowiec, Murphy, and Powers (1984) โดยคาดว่าปัจจัยดังกล่าวจะมีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงาน และสามารถร่วมกันทำนายความเครียดจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง ได้ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด สังกัดงานการพยาบาลผ่าตัด และงานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ซึ่งประกอบด้วย 13 หน่วยงาน รวมจำนวน 226 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ปฏิบัติงานอย่างน้อย 6 เดือน ในห้องผ่าตัด และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ อยู่ระหว่างการลาพักร้อน ลาป่วย ลาคลอด ลากิจ และลาศึกษาดูงาน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 226 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์การปฏิบัติงานห้องผ่าตัด โรคประจำตัว จำนวนชั่วโมงในการปฏิบัติงานปกติ จำนวนชั่วโมงในการปฏิบัติงานพิเศษ การได้รับ

การฝึกอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับห้องผ่าตัดหลังสำเร็จการศึกษา และการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดการความเครียด จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 คุณลักษณะงาน ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามของเอื้ออารี เพ็ชรสุวรรณ (2555) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีของ Hackman and Oldham (1980) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความหลากหลายของทักษะ เอกลักษณ์ของงาน ความสำคัญของงาน ความเป็นอิสระของงาน และผลป้อนกลับของงาน จำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คุณลักษณะงานในระดับต้องปรับปรุง (ต่ำกว่าร้อยละ 60) ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และในระดับดี (ร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 3 บรรยากาศองค์กร ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีของ Steers (1977) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับโครงสร้างขององค์กร นโยบายและการบริหารองค์กร สิ่งแวดล้อม และเทคโนโลยีและวิทยาการต่าง ๆ จำนวนทั้งสิ้น 19 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ บรรยากาศองค์กรในระดับต้องปรับปรุง (ต่ำกว่าร้อยละ 60) ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และในระดับดี (ร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 4 การจัดการความเครียด ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Jalowiec, Murphy, and Powers (1984) ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 12 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 17 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เคย บางครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การจัดการความเครียดในระดับต้องปรับปรุง (ต่ำกว่าร้อยละ 60) ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และในระดับดี (ร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 5 ความเครียดจากการทำงาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Bailey, Steffen, and Grout (1980) จำนวนทั้งสิ้น 25 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความเครียดจากการทำงานในระดับต้องปรับปรุง (ต่ำกว่าร้อยละ 60) ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และในระดับดี (ร้อยละ 80-100)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 2-5 ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .86, .92, .74 และ .93 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (เอกสารรับรอง เลขที่ Si353/2015 วันที่ 3 กรกฎาคม 2558) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอน การเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ประสานกับงานวิจัยและสารสนเทศการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามพร้อมเอกสารชี้แจงให้งานวิจัยฯ จำนวนทั้งสิ้น 226 ชุด โดยเอกสารชี้แจงมีข้อมูลหลักเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นงานวิจัยฯ นำแบบสอบถามพร้อมเอกสารชี้แจงไปให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด

โดยให้เวลาทั้งสิ้น 1 สัปดาห์ และให้นำแบบสอบถามส่งคืนงานวิจัยฯ เพื่อมอบให้ผู้วิจัยต่อไป ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนกันยายน 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลคุณลักษณะงาน ข้อมูลบรรยากาศองค์กร ข้อมูลการจัดการความเครียด และข้อมูลความเครียดจากการทำงาน วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล คุณลักษณะงาน บรรยากาศองค์กร และการจัดการความเครียด กับความเครียดจากการทำงาน วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย ส่วนการหาปัจจัยทำนายความเครียดจากการทำงาน วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ทั้งนี้ ได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์กลับคืน จำนวน 201 ชุด คิดเป็นร้อยละ 88.93

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่ามีอายุน้อยกว่า 30 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.80 โดยมีอายุเฉลี่ย 35.70 ปี (SD = 10.50) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 69.70 มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 87.10 มีรายได้อยู่ในช่วง 20,001-40,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 67.70 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานห้องผ่าตัดน้อยกว่า 5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.90 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 77.60 มีจำนวนชั่วโมงในการปฏิบัติงานปกติน้อยกว่าหรือเท่ากับ 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 95 มีจำนวนชั่วโมงในการปฏิบัติงานพิเศษน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 95.50 ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับห้องผ่าตัดหลังสำเร็จการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 85.10 และไม่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดการความเครียด คิดเป็นร้อยละ 68.70

2. คุณลักษณะงาน บรรยากาศองค์กร การจัดการความเครียด และความเครียดจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่าคุณลักษณะงานโดยรวมอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 60.70 บรรยากาศองค์กรโดยรวม การจัดการความเครียดโดยรวม และความเครียดจากการทำงานโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.70, 76.10 และ 57.70 ตามลำดับ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล คุณลักษณะงาน บรรยากาศองค์กร และการจัดการความเครียดกับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่ารายได้ การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดการความเครียด คุณลักษณะงานทั้ง 5 คุณลักษณะ บรรยากาศองค์กรทั้ง 4 ส่วน และการจัดการความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล คุณลักษณะงาน บรรยากาศองค์กร และการจัดการความเครียด กับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด (n = 201)

ตัวแปร	B	S.E. (B)	*p*
คุณลักษณะส่วนบุคคล			
อายุ (ปี)	-.170	.111	.127
สถานภาพสมรส	2.676	2.517	.289
ระดับการศึกษา	.757	3.458	.827
รายได้ (ต่อเดือน × 1,000 บาท)	-.248	.083	.003
ประสบการณ์การปฏิบัติงานห้องผ่าตัด (ปี)	-.155	.112	.169
โรคประจำตัว	-1.293	2.783	.643
จำนวนชั่วโมงในการปฏิบัติงานปกติ (ชม./สป.)	.506	.355	.155
จำนวนชั่วโมงในการปฏิบัติงานพิเศษ (ชม./สป.)	-.023	.101	.821
การได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับห้องผ่าตัดฯ	-1.184	3.256	.716
การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดการความเครียด	-5.041	2.476	.043
คุณลักษณะงาน			
ความหลากหลายของทักษะ	-2.950	1.193	.014
เอกลักษณ์ของงาน	-3.362	.696	< .001
ความสำคัญของงาน	-2.379	.758	.002
ความเป็นอิสระของงาน	-1.793	.462	< .001
ผลป้อนกลับของงาน	-2.219	.601	< .001
บรรยากาศองค์กร			
โครงสร้างขององค์กร: ดี	-1.921	.435	< .001
นโยบายและการบริหารองค์กร: ชัดเจน	-2.371	.387	< .001
สิ่งแวดล้อม	-1.730	.419	< .001
เทคโนโลยีและวิทยาการต่าง ๆ	-2.245	.548	< .001
การจัดการความเครียด	-.365	.173	.037

หมายเหตุ: ตัวแปรหุ่นมีดังนี้ สถานภาพสมรส: โสด = 1, สมรส/ม่าย/แยกกันอยู่/หย่าร้าง = 0 ระดับการศึกษา: ปริญญาตรี = 1, ปริญญาโท = 0, การได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับห้องผ่าตัดฯ: เคย = 1, ไม่เคย = 0, และการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดการความเครียด: เคย = 1, ไม่เคย = 0

4. ปัจจัยทำนายความเครียดจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายความเครียดจากการทำงานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 2 ปัจจัย คือ บรรยากาศองค์กรเรื่องนโยบายและการบริหารองค์กร และคุณลักษณะงานเรื่องเอกลักษณ์ของงาน โดยสามารถร่วมกันทำนายความเครียดจากการทำงานได้ร้อยละ 16.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adj. $R^2 = .168$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายความเครียดจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด (n = 201)

ตัวแปร	b	SE	Beta	*t*	*p*
นโยบายและการบริหารองค์กร	-1.875	.454	-.315	-4.127	< .001
เอกลักษณ์ของงาน	-1.621	.791	-.156	-2.049	.042

Constant = 132.202; R = .419; $R^2 = .176$; adj. $R^2 = .168$; F = 21.124; $p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าความเครียดจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.70) ทั้งนี้เนื่องจากมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเทคโนโลยีใหม่ๆ ในห้องผ่าตัดและสาธิตวิธีการใช้และดูแลเครื่องมือพิเศษในการผ่าตัดให้พยาบาลห้องผ่าตัดอยู่เสมอ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอารยา สัมพันธพงษ์ (2557) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของเจ้าหน้าที่พยาบาลแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในสังกัดของรัฐแห่งหนึ่ง พบว่าความเครียดจากการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการวิจัยพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากพยาบาลห้องผ่าตัดส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 20,001-40,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 67.70) ซึ่งนับว่าเพียงพอกับการดำรงชีวิตตามปกติ ทำให้ไม่มีความวิตกกังวลในเรื่องรายได้ จึงไม่เป็นการเพิ่มความเครียดจากการทำงานได้ทางหนึ่ง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา วิเชียรประดิษฐ์, ทนงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข, และศรีรัตน์ ล้อมพงศ์ (2556) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยที่อยู่ในกำกับของรัฐ พบว่าความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่าการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดการความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดการความเครียด ทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถเลือกใช้วิธีการจัดการความเครียดได้เหมาะสมตามความรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม จึงทำให้สามารถลดความเครียดจากการทำงานได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปาณิภา เสียงเพราะ (2557) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง พบว่าการเคยได้รับการอบรมเฉพาะทางโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่าคุณลักษณะงานทั้ง 5 คุณลักษณะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าคุณลักษณะงานในหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัดต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ ความชำนาญ และประสบการณ์ ซึ่งเมื่อพยาบาลห้องผ่าตัดมีความสามารถเฉพาะทางเพิ่มขึ้นแล้ว จะทำให้เกิดความรู้สึกว่างานที่ทำมีความสำคัญ มีคุณค่า และภูมิใจในการทำงาน ส่งผลให้ความเครียด

จากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดลดลง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของทิวา กลั่นเรืองแสง (2552) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตำรวจ พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้ามกับภาระงานหรือลักษณะงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่าบรรยากาศองค์กรทั้ง 4 ส่วน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการที่องค์กรมีการกำหนดนโยบายและเป้าหมายที่ชัดเจน มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงานในห้องผ่าตัด เช่น มีแสงสว่างเพียงพอ มีระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และมีการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการบริการอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้เกิดบรรยากาศที่เอื้อต่อการทำงาน ส่งผลให้ความเครียดจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดลดลง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสมส่วน พงศ์เจริญ (2544) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ ประสบการณ์การทำงานและบรรยากาศองค์การ กับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน พบว่าบรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่าการจัดการความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลห้องผ่าตัดส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการความเครียดด้วยการเผชิญปัญหา โดยพยายามที่จะปฏิบัติงานตามขั้นตอนที่ได้วางแผนไว้ วิเคราะห์ปัญหาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหา จึงเป็นการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เมื่อมีการเผชิญปัญหาตามความเป็นจริงและมีการวิเคราะห์เลือกวิธีที่ดีที่สุดในการจัดการปัญหา จึงช่วยให้พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถลดความเครียดจากการทำงานได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณี ลิ่มศิลา (2547) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่าพยาบาลห้องผ่าตัดมีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการปัญหามากกว่าด้านการจัดการอารมณ์ มีการเผชิญกับสิ่งที่เป็นปัญหาตามความเป็นจริง และเลือกวิธีที่ดีที่สุดในการจัดการความเครียด ซึ่งจะช่วยลดความเครียดของตนเองและสิ่งเร้าที่มากระทบ โดยมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดให้อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง

ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายความเครียดจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 2 ปัจจัย คือ บรรยากาศองค์กรเรื่องนโยบายและการบริหารองค์กร และคุณลักษณะงานเรื่องเอกลักษณ์ของงาน ทั้งนี้เนื่องจากองค์กรมีการกำหนดบทบาทและหน้าที่อย่างชัดเจนในการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัดทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด ทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีความเข้าใจในบทบาทและหน้าที่ของตน ประกอบกับมีความภูมิใจในเอกลักษณ์ของงานในห้องผ่าตัด จึงทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติงานในบทบาทและหน้าที่นั้น ๆ ได้ดี ส่งผลให้ความเครียดจากการทำงานลดลง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพลภัทร เจริญเวียงเวชกิจ (2551) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะงาน บรรยากาศองค์การและความเชื่ออำนาจควบคุม กับความเครียดในการทำงานของพนักงานบริษัทเอกชน พบว่าคุณลักษณะงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้บริหารโรงพยาบาลควรเปิดโอกาสให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการและการกำหนดนโยบายที่มีผลต่อการปฏิบัติงานที่ตนเองรับผิดชอบในห้องผ่าตัด รวมทั้งการกำหนดมาตรฐานของหน่วยงาน อันจะนำไปสู่การสร้างความรู้สึกร่วมและเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร ซึ่งก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพและมีความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการสูงสุด

1.2 ผู้บริหารงานการพยาบาลผ่าตัดควรสนับสนุนเรื่องการสร้างความเฉพาะทางที่เพิ่มขึ้น ในการผ่าตัด

โดยจัดอบรมความรู้เกี่ยวกับกระบวนการผ่าตัดที่ก้าวหน้า การใช้งานเครื่องมือหรืออุปกรณ์พิเศษต่าง ๆ เพื่อให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีความสามารถเฉพาะทางเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกว่างานที่ทำมีความสำคัญ มีคุณค่า และภูมิใจในการมีความสามารถเฉพาะทาง ก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง อันส่งผลถึงประสิทธิภาพในงาน ทำให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อหน่วยงาน องค์กร และผู้รับบริการ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการวิจัยเพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดจากการทำงานระหว่างพยาบาลห้องผ่าตัดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับแตกต่างกัน ทั้งของภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อเป็นแนวทางในการลดความเครียดที่เกิดจากการทำงานของพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุข และยังคงอยู่ในองค์กรต่อไป

2.2 ควรศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับความเครียดของพยาบาลห้องผ่าตัด เช่น การสนับสนุนทางสังคม ความปลอดภัยด้านการทำงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตส่วนตัว เพื่อความครอบคลุมของการนำผลที่ได้ไปพัฒนาการบริหารองค์กรของพยาบาลห้องผ่าตัด

เอกสารอ้างอิง

กาญจนา วิเชียรประดิษฐ์, ทนงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข, และศรีรัตน์ ล้อมพงศ์. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยที่อยู่ในกำกับของรัฐ. ใน *รายงานการประชุมวิชาการบัณฑิตศึกษาระดับชาติ ครั้งที่ 2* (น. 582-593). ม.ป.ท.

ทิวา กลั่นเรืองแสง. (2552). ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตำรวจ. *สารวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ, 8*(1), 12-23.

ปาณิภา เสียงเพราะ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง เขตภาคกลาง. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 8*(1), 17-27.

พลภัทร เจริญเวียงเวชกิจ. (2551). *ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะงาน บรรยากาศองค์การ และความเชื่ออำนาจควบคุม กับความเครียดในการทำงานของพนักงานบริษัทเอกชน* (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มรรยาท รุจิวิชชญ์. (2556). *การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

เรณู อาจสาลี. (2550). *การพยาบาลผู้ที่มารับการผ่าตัด (Perioperative nursing)*. กรุงเทพฯ: เอ็น ที เพรส.

สมส่วน พงศ์เจริญ. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ ประสบการณ์การทำงาน และบรรยากาศองค์การ กับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุวรรณี ลิ่มศิลา. (2547). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลรามาธิบดี* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). นครนายก: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2551). *การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของคนไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

อารยา สัมพันธพงษ์. (2557). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเครียดของเจ้าหน้าที่พยาบาลแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในสังกัดของรัฐแห่งหนึ่ง* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

เอื้ออารี เพ็ชรสุวรรณ. (2555). คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. *วารสารเกื้อการุณย์, 19*(2), 103-117.

Azizpour, Y., Shohani, M., Sayehmiri, K., & Kikhavani, S. (2013). A survey on the associated factors of stress among operating room personnel. *Thrita Journal of Medical Sciences, 2*(3), 19-23.

Bailey, J. T., Steffen, S. M., & Grout, J. W. (1980). The stress audit: Identifying the stressors of ICU nursing. *Journal of Nursing Education, 19*(6), 15-25.

Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1980). *Work redesign*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Jalowiec, A., Murphy, S. P., & Powers, M. J. (1984). Psychometric assessment of the Jalowiec Coping Scale. *Nursing Research, 33*(3), 157-161.

Steers, R. M. (1977). *Organizational effectiveness: A behavior view*. Santa Monica, CA: Goodyear.

ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้แผนที่ความคิดในการวิเคราะห์กรณีศึกษา ต่อความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Effects of Nursing Practicum Preparation Program Using a Concept Mapping for Case Analysis on Abilities in Utilizing a Nursing Process among 2nd-year Nursing Students, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

วิภารัตน์ ภิบาลวงษ์, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) [1]
Wiparat Pibangwong, M.N.S. (Nursing Administration) [1]

จารุณี ขาวแจ้ง, วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) [2]
Charunee Khaojang, M.Sc. (Public Health) [2]

ทองใหญ่ วัฒนศาสตร์, พย.ม. (การพยาบาลอนามัยชุมชน) [3]
Tongyai Wattanasart, M.N.S. (Community Health Nursing) [3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้แผนที่ความคิดในการวิเคราะห์กรณีศึกษา ต่อความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีการศึกษา 2559 จำนวน 64 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้แผนที่ความคิดในการวิเคราะห์กรณีศึกษา แบบประเมินความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่น .95 และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติฯ มีค่าความเชื่อมั่น .97 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 24 เมษายน ถึงวันที่ 22 พฤษภาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่าหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้แผนที่ความคิดในการวิเคราะห์กรณีศึกษา นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.670$, $p < .001$) และนักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมในระดับมาก ($M = 4.33$, $SD = .38$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าอาจารย์พยาบาลควรเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติทั้งในหอผู้ป่วยและในชุมชนให้แก่นักศึกษาพยาบาล โดยใช้แผนที่ความคิดในการวิเคราะห์กรณีศึกษา เพื่อเพิ่มความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาล

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
[1] Registered Nurse, Professional Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi
[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: aomjai31@hotmail.com
[2, 3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
[2, 3] Registered Nurse, Senior Professional Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

คำสำคัญ: การเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ แผนที่ความคิด การวิเคราะห์กรณีศึกษา ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาล นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of nursing practicum preparation program using a concept mapping for case analysis on abilities in utilizing a nursing process among nursing students. The samples consisted of 64, 2nd-year nursing students studying at Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi in academic year of 2016. The research instruments included a practicum preparation program by using a concept mapping for case analysis, an assessment form of abilities in utilizing a nursing process with the reliability of .95, and a questionnaire of satisfaction toward practicum preparation program with the reliability of .97. The implementation and data collection were conducted from April 24 to May 22, 2017. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, and paired *t*-test.

The research results revealed that after receiving the practicum preparation program by using a concept mapping for case analysis, the nursing students had statistically significant higher mean score of abilities in utilizing a nursing process than before receiving the program ($t = 11.670$, $p < .001$), and it was found that the nursing students had the overall mean score of satisfaction at a high level ($M = 4.33$, $SD = .38$).

This research suggests that nursing instructors should prepare their nursing students before practicum in both clinical and community contexts by using a concept mapping for case analysis in order to enhance abilities in utilizing a nursing process.

Keywords: Nursing practicum preparation, Concept mapping, Case analysis, Abilities in utilizing nursing process, Nursing students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เป็นสถาบันการศึกษาพยาบาลที่มีภารกิจในการผลิตพยาบาลวิชาชีพและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านสาธารณสุข โดยมีความเชื่อว่าการพยาบาลเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่ต้องมีการบูรณาการทั้งศาสตร์และศิลป์ในการให้การพยาบาล ทั้งนี้ วิทยาลัยจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดยภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาลเป็นภาควิชาหลักที่รับผิดชอบการจัดการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลขั้นพื้นฐานสำหรับนักศึกษาพยาบาล จากนั้นนักศึกษาจะต้องสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในรายวิชาภาคปฏิบัติต่าง ๆ ต่อไป โดยรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล เป็นรายวิชาภาคปฏิบัติรายวิชาแรกสำหรับนักศึกษาพยาบาล ซึ่งมีจุดมุ่งหมายรายวิชาเพื่อสร้างเสริมสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานแบบองค์รวมแก่บุคคลและครอบครัวโดยการนำความรู้จากภาคทฤษฎีลงสู่การปฏิบัติ และการฝึกใช้กระบวนการพยาบาล (nursing process) ในการประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ซึ่งกระบวนการพยาบาลถือเป็นเครื่องมือสำคัญทางการพยาบาลที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถรวบรวมข้อมูลและกำหนดปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม สามารถให้การพยาบาลได้อย่างเป็นระบบ อันจะทำให้ผู้ป่วย

ได้รับบริการที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเอง การใช้กระบวนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพนั้นต้องอาศัยการประยุกต์ความรู้และประสบการณ์ การสังเกต เพื่อที่จะรวบรวมข้อมูลและนำมาวิเคราะห์ กำหนดปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และนำปัญหามาแก้ไข (วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ, 2556)

จากประสบการณ์ของผู้วิจัยหลักที่เคยปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และมีโอกาสนิเทศทางคลินิกแก่นักศึกษาพยาบาลเป็นเวลา 13 ปี จากนั้นย้ายมาปฏิบัติงานด้านการสอนเป็นเวลา 4 ปี และได้สอนภาคปฏิบัติแก่นักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล พบว่านักศึกษาพยาบาลไม่สามารถนำความรู้จากแนวคิดทฤษฎีของการใช้กระบวนการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติได้ เช่น ไม่สามารถรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วน ไม่มีความรู้เกี่ยวกับความหมายของศัพท์ต่าง ๆ ขาดทักษะการค้นคว้าหาข้อมูลเพื่อนำมากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล ไม่สามารถจัดกลุ่มข้อมูลได้ กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลไม่ชัดเจนและไม่สอดคล้องกับข้อมูลสนับสนุนของผู้ป่วย ไม่ระบุสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหา ระบุข้อมูลสนับสนุนไม่ตรงกับสภาพจริงในปัจจุบัน กำหนดเกณฑ์การประเมินผลที่ไม่สามารถวัดหรือประเมินผลได้ และไม่เรียงกิจกรรมการพยาบาลตามลำดับก่อน-หลัง ทำให้นักศึกษาพยาบาลขาดความมั่นใจในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย การที่นักศึกษาพยาบาลจะประสบความสำเร็จในการฝึกภาคปฏิบัติในรายวิชาแรกที่ต้องนำความรู้ภาคทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติจริงได้นั้น การเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพราะจะช่วยให้นักศึกษามีความมั่นใจยิ่งขึ้นในการฝึกภาคปฏิบัติ และเอื้อให้การฝึกภาคปฏิบัติบรรลุวัตถุประสงค์ของรายวิชา โดยเฉพาะเรื่องการฝึกใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

คณะผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลให้มีความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลในการฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการใช้กรณีศึกษาร่วมกับแผนผังความคิดสามารถช่วยพัฒนาความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลได้ ดังการศึกษาของสุพัตรา จันทร์สุวรรณ, สุนทรี ขะชาตย์, และปวิดา โพธิ์ทอง (2555) ที่ศึกษาการใช้แผนผังความคิดในการฝึกวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต พบว่าหลังการเรียนโดยใช้แผนผังความคิด นักศึกษารับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการวางแผนการพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของกฤตพร สิริสม, พนัสยา วรรณวิไล, อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, เสาวพฤกษ์ ชื่นเจริญ, และอริสา จิตต์วิบูลย์ (2015) ที่ศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับแผนผังแนวคิดต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล พบว่าการจัดการเรียนรู้ดังกล่าวสามารถช่วยพัฒนาศักยภาพของนักศึกษาในเรื่องกระบวนการคิด เนื่องจากการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้การคิดวิเคราะห์เพื่อที่จะเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วยสู่การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม คณะผู้วิจัยจึงสนใจนำรูปแบบการใช้แผนที่ความคิดและการวิเคราะห์กรณีศึกษามาจัดทำโปรแกรมเตรียมความพร้อมให้แก่นักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ ซึ่งคาดว่าโปรแกรมเตรียมความพร้อมดังกล่าวจะช่วยเพิ่มความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้แผนที่ความคิดในการวิเคราะห์กรณีศึกษา

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้แผนที่ความคิดในการวิเคราะห์กรณีศึกษาของนักศึกษาพยาบาล

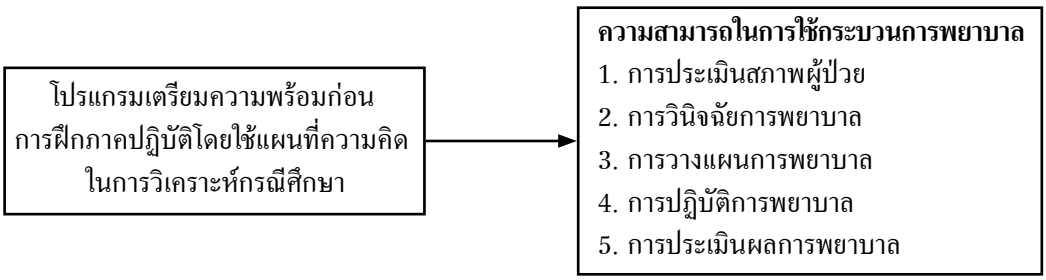
สมมติฐานการวิจัย

หลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้แผนที่ความคิดในการวิเคราะห์กรณีศึกษา

นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมฯ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้จัดทำโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้แผนที่ความคิดในการวิเคราะห์กรณีศึกษา โดยเชื่อว่าโปรแกรมจะช่วยให้นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 เกิดการเรียนรู้ และส่งผลให้มีความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอนเพิ่มขึ้น สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (one group, pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2559 จำนวน 131 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ลงทะเบียนเรียนรายวิชา พย.1204 ปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล กลุ่มที่ 2 และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ ขอถอนตัวจากการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้แผนที่ความคิดในการวิเคราะห์กรณีศึกษา คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีส่วนประกอบดังนี้

1.1 กรณีศึกษา คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากประสบการณ์ที่เคยปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย เป็นกรณีศึกษาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร จำนวนทั้งสิ้น 5 กรณี ได้แก่ acute appendicitis, small bowel obstruction, peptic ulcer perforation, acute cholecystitis และ pancreatitis แต่ละกรณีประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษ แผนการรักษาของแพทย์ และอาการปัจจุบัน โดยสาเหตุที่ใช้กรณีศึกษาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารเนื่องจากนักศึกษาได้เรียนรู้เนื้อหาจากภาคทฤษฎีในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 มาแล้ว ซึ่งจะทำให้นักศึกษาสามารถวิเคราะห์พยาธิสรีรวิทยาของโรคได้ และสามารถนำสู่กระบวนการพยาบาลได้อย่างเข้าใจ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล

ที่จัดการเรียนการสอนโดยใช้กระบวนการพยาบาล จำนวน 2 คน และพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 1 คน ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ที่กำลังฝึกภาคปฏิบัติรายวิชา พย.1204 ปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล กลุ่มที่ 1 จำนวน 10 คน

1.2 แผนการสอนเรื่อง วิธีการเขียนวิเคราะห์กรณีศึกษาโดยใช้แผนที่ความคิด คณะผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นอาจารย์ประจำภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จำนวน 3 คน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบประเมินความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล คณะผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของมารศรี จันทร์ดี , พนิดา พาลี, พิมลพรรณ เนียมหอม, ภัทรานิษฐ์ จองแก, และทิพย์สุดา เส็งพานิช (2557) ประกอบด้วยการประเมินความสามารถใน 5 ขั้นตอน ได้แก่ ความสามารถในการประเมินสภาพผู้ป่วย (assessment) ความสามารถในการวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) ความสามารถในการวางแผนการพยาบาล (planning) ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล (implementation) และความสามารถในการประเมินผลการพยาบาล (evaluation) จำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ควรปรับปรุง พอใช้ ปานกลาง ดี และดีมาก ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความสามารถในระดับต้องปรับปรุง (1.00-1.50 คะแนน) ในระดับพอใช้ (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ในระดับดี (3.51-4.50 คะแนน) และในระดับดีมาก (4.51-5.00 คะแนน) มีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีการของครอนบาชเท่ากับ .95

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้แผนที่ความคิดในการวิเคราะห์กรณีศึกษาของนักศึกษาพยาบาล คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษา จำนวน 4 ข้อ ด้านบรรยากาศการเตรียมความพร้อม จำนวน 3 ข้อ ด้านประโยชน์ที่ได้รับ จำนวน 5 ข้อ และด้านความพึงพอใจ จำนวน 9 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 21 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.50 คะแนน) ในระดับน้อย (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ในระดับมาก (3.51-4.50 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.51-5.00 คะแนน) มีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีการของครอนบาชเท่ากับ .97

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 006 วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2560) คณะผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) คณะผู้วิจัยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. คณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2)

2. คณะผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 13 คน จำนวน 4 กลุ่ม และกลุ่มละ 12 คน จำนวน 1 กลุ่ม นัดกลุ่มตัวอย่างมาครั้งละ 1 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 วันที่ 24 เมษายน 2560 ส่วนกลุ่มที่ 2, 3 และ 4 วันที่ 1, 8 และ 15 พฤษภาคม 2560 ตามลำดับ เวลา 13.00-16.00 น. จากนั้นคณะผู้วิจัยแจกกรณีศึกษากลุ่มละ 1 กรณี ให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันวิเคราะห์กรณีศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูล เขียนรายงานอาการ และเขียนการวิเคราะห์กระบวนการพยาบาลตามการรับรู้เดิมที่นักศึกษาเคย

ได้เรียนในภาคทฤษฎี โดยให้เวลา 1 ชั่วโมง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยให้เวลา 15 นาที

3. คณะผู้วิจัยดำเนินการสอนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มตามแผนการสอนเรื่อง วิธีการเขียนวิเคราะห์กรณีศึกษาโดยใช้แผนที่ความคิด และวิธีการนำมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล โดยมีขอบเขตเนื้อหาเกี่ยวกับการรวบรวมข้อมูล การจัดกลุ่มข้อมูลเพื่อนำมากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล การกำหนดเกณฑ์การประเมินผล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล โดยใช้กรณีศึกษาคนละกรณีกับที่ได้แจกไปแล้ว โดยให้เวลา 1 ชั่วโมง

4. คณะผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มฝึกการเขียนวิเคราะห์กรณีศึกษาโดยใช้แผนที่ความคิดจากกรณีศึกษาเดิมที่ได้แจกไปแล้ว โดยเขียนลงบนกระดาษโปสเตอร์ โดยให้เวลา 1 ชั่วโมง แล้วให้ตัวแทนของแต่ละกลุ่มนำเสนอต่อกลุ่มใหญ่ จากนั้นคณะผู้วิจัยอธิบายเพิ่มเติมและสรุป ในวันที่ 22 พฤษภาคม 2560 เวลา 13.00-16.00 น.

5. คณะผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล หลังการทดลอง (post-test) และตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติฯ โดยให้เวลา 20-30 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 24 เมษายน ถึงวันที่ 22 พฤษภาคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาล และข้อมูลความพึงพอใจต่อโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติฯ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติฯ วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test

ผลการวิจัย

1. ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้แผนที่ความคิดในการวิเคราะห์กรณีศึกษา พบว่าหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติฯ นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลทั้งรายขั้นตอนและโดยรวมในระดับสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติฯ โดยมีความสามารถเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับดี ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล จำแนกเป็นรายขั้นตอนและโดยรวม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้แผนที่ความคิดในการวิเคราะห์กรณีศึกษา (n = 64)

ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาล	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม		
	M	*SD*	ระดับ	*M*	*SD*	ระดับ
การประเมินสภาพผู้ป่วย	3.10	.63	ปานกลาง	4.00	.52	ดี
การวินิจฉัยการพยาบาล	2.84	.67	ปานกลาง	3.82	.55	ดี
การวางแผนการพยาบาล	2.80	.66	ปานกลาง	3.83	.55	ดี
การปฏิบัติการพยาบาล	2.98	.66	ปานกลาง	4.02	.56	ดี
การประเมินผลการพยาบาล	2.89	.77	ปานกลาง	3.91	.66	ดี
โดยรวม	2.92	.58	ปานกลาง	3.92	.48	ดี

2. การเปรียบเทียบความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้แผนที่ความคิดในการวิเคราะห์กรณีศึกษา พบว่าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติฯ นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลโดยรวม 2.92 คะแนน (*SD* = .58) และ 3.92 คะแนน (*SD* = .48) ตามลำดับ โดยพบว่าหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติฯ นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.670$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้แผนที่ความคิดในการวิเคราะห์กรณีศึกษา

ช่วงเวลา	n	*M*	*SD*	*t*	*p*
ก่อนได้รับโปรแกรม	64	2.92	.58	11.670	< .001
หลังได้รับโปรแกรม	64	3.92	.48		

3. ความพึงพอใจต่อโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้แผนที่ความคิดในการวิเคราะห์กรณีศึกษาของนักศึกษาพยาบาล พบว่านักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมในระดับมาก ($M = 4.33$, $SD = .38$) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ประโยชน์สำหรับการเตรียมพร้อมเรื่องการใช้กระบวนการพยาบาลก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ ($M = 4.53$, $SD = .53$) ความพึงพอใจต่อตนเองในการวิเคราะห์กรณีศึกษาโดยใช้แผนที่ความคิด ($M = 4.50$, $SD = .53$) และ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในรายวิชาอื่นๆ ได้ ($M = 4.48$, $SD = .61$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้แผนที่ความคิดในการวิเคราะห์กรณีศึกษา ของนักศึกษาพยาบาล จำแนกเป็นรายข้อและโดยรวม (n = 64)

ความพึงพอใจต่อโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติฯ	*M*	*SD*	ระดับความพึงพอใจ
ด้านการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษา			
1. นักศึกษามีโอกาสแสดงความคิดเห็น	4.14	.53	มาก
2. นักศึกษาได้ฝึกการคิดอย่างมีเหตุผล	4.25	.47	มาก
3. นักศึกษาได้ใช้ศักยภาพของตนเองเต็มที่	4.17	.52	มาก
4. นักศึกษาสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง	4.28	.54	มาก

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้แผนที่ความคิดในการวิเคราะห์กรณีศึกษา ของนักศึกษาพยาบาล จำแนกเป็นรายข้อและโดยรวม (n = 64) (ต่อ)

ความพึงพอใจต่อโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติฯ	*M*	*SD*	ระดับความพึงพอใจ
ด้านบรรยากาศการเตรียมความพร้อม			
5. บรรยากาศในการเตรียมความพร้อมทำให้รู้สึกมีอิสระในการคิดและเสนอเหตุผล	4.29	.55	มาก
6. บรรยากาศในการเตรียมความพร้อมไม่ทำให้เกิดความรู้สึกอึดอัดที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับอาจารย์และเพื่อน ๆ	4.10	.83	มาก
7. บรรยากาศในการเตรียมความพร้อมกระตุ้นให้มีการตื่นตัวในการเตรียมตัวก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ	4.39	.60	มาก
ด้านประโยชน์ที่ได้รับ			
8. นักศึกษาได้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์กับเพื่อน ๆ ก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ	4.44	.68	มาก
9. นักศึกษาได้มีโอกาสนำความรู้จากวิชาต่าง ๆ มาบูรณาการในการแก้ไขปัญหา	4.31	.55	มาก
10. นักศึกษามีความมั่นใจที่จะนำความรู้เรื่องที่เรียนไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง	4.29	.58	มาก
11. ประโยชน์ที่ได้รับจากการเตรียมความพร้อมโดยใช้แผนที่ความคิดในการวิเคราะห์กรณีศึกษา	4.45	.61	มาก
12. ประโยชน์ที่ได้รับจากการเตรียมพร้อมเรื่องการใช้กระบวนการพยาบาลก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ	4.53	.53	มากที่สุด
ด้านความพึงพอใจ			
13. นักศึกษามีความพึงพอใจในภาพรวมต่อการได้เตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ	4.44	.56	มาก
14. แผนที่ความคิดช่วยให้จดจำรายละเอียดและสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลในกรณีศึกษาได้ครบถ้วนมากยิ่งขึ้น	4.25	.61	มาก
15. แผนที่ความคิดช่วยให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลจากประวัติ ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการรักษาได้ครอบคลุม	4.26	.54	มาก
16. แผนที่ความคิดช่วยให้เกิดความอยากรู้และอยากศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารเพิ่มมากขึ้น	4.35	.51	มาก
17. แผนที่ความคิดทำให้เกิดความคิดอย่างเป็นระบบและมีวิจารณญาณ	4.34	.54	มาก
18. แผนที่ความคิดช่วยในการเขียนรายงานผู้ป่วยและวางแผนการพยาบาลได้ครอบคลุม	4.37	.54	มาก

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้แผนที่ความคิดในการวิเคราะห์กรณีศึกษา ของนักศึกษาพยาบาล จำแนกเป็นรายข้อและโดยรวม (n = 64) (ต่อ)

ความพึงพอใจต่อโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติฯ	*M*	*SD*	ระดับความพึงพอใจ
19. สามารถนำความรู้ทางทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติกับผู้ป่วยได้มากยิ่งขึ้น	4.39	.55	มาก
20. สามารถนำแผนที่ความคิดไปใช้เป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในรายวิชาอื่นๆ ได้	4.48	.61	มาก
21. ความพึงพอใจต่อตนเองในการวิเคราะห์กรณีศึกษาโดยใช้แผนที่ความคิด	4.50	.53	มาก
โดยรวม	4.33	.38	มาก

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้แผนที่ความคิดในการวิเคราะห์กรณีศึกษา นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลได้ฝึกเขียนวิเคราะห์กรณีศึกษาที่คณะผู้วิจัยแจกให้โดยใช้แผนที่ความคิด ซึ่งในการเขียนแผนที่ความคิดนั้น นักศึกษาจะต้องมีการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยค้นหาข้อมูล เลือกข้อมูล และจัดกลุ่มข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับกรณีศึกษา และเชื่อมโยงหรือระบุความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลกับปัญหาของผู้ป่วยหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาล จากนั้นจะต้องจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วย จึงกล่าวได้ว่าการเขียนแผนที่ความคิดสามารถช่วยให้นักศึกษาเข้าใจและมองปัญหาของผู้ป่วยได้ชัดเจน ครอบคลุมเป็นองค์รวมมากขึ้น และช่วยพัฒนาให้นักศึกษามีทักษะการคิดวิจารณญาณเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา เทียนสวัสดิ์, อำไพ จารุวัชรพาณิชกุล, และยุพิน เพียรมงคล (2550) ที่ศึกษาผลของการเรียนโดยใช้แผนที่ความคิดต่อความสามารถในการวางแผนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล พบว่าหลังการเรียนรู้โดยใช้แผนที่ความคิด นักศึกษารับรู้ว่าความสามารถในการวางแผนการพยาบาลเพิ่มขึ้น โดยการใช้แผนที่ความคิดเป็นวิธีที่แสดงให้เห็นโครงสร้างของเนื้อหาและความสัมพันธ์ของข้อเท็จจริงในเรื่องทั้งหมด ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้เรียนมีความเข้าใจที่ชัดเจนและมีการจัดระบบความคิดที่ดี ทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ ส่งผลให้สามารถระลึกถึงสิ่งที่เรียนได้ง่าย มีการเชื่อมโยงทางความคิดและช่วยเสริมประสิทธิภาพในการเรียนให้ดียิ่งขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของกฤตพร สิริสม และคณะ (2015) ที่ศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับแผนผังแนวคิดต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล พบว่าการใช้แผนผังแนวคิดสามารถช่วยพัฒนากระบวนการคิดของนักศึกษา ซึ่งกระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการคิดและแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบเพื่อการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพให้แก่ผู้ป่วย (วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ, 2556) ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เมื่อพิจารณาเป็นรายขั้นตอน พบว่าขั้นตอนที่นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด

ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติฯ คือ การวินิจฉัยการพยาบาล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าในขั้นตอนนี้ต้องมีการวิเคราะห์ความรู้ การรวบรวมข้อมูล และการใช้ความรู้และประสบการณ์มากกว่าขั้นตอนอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา เทียนสวัสดิ์ และคณะ (2550) ที่พบว่าร้อยละการประเมินตนเองของนักศึกษาพยาบาลที่ประเมินความสามารถในการวางแผนการพยาบาล ในข้อการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วย ทั้งก่อนเรียนและหลังเรียนอยู่ในระดับพอใช้

ผลการวิจัยพบว่านักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อโปรแกรมเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติโดยใช้แผนที่ความคิดในการวิเคราะห์กรณีศึกษาโดยรวมในระดับมาก เมื่อพิจารณาด้านประโยชน์ที่ได้รับพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ประโยชน์ที่ได้รับจากการเตรียมพร้อมเรื่องการใช้กระบวนการพยาบาลก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของมารศรี จันทร์ดี และคณะ (2557) ที่ศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาต่อความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 พบว่าการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาในสถานการณ์จำลองและสถานการณ์จริง ทำให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจที่จะนำความรู้เรื่องที่เรียนไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของพรรณี ปานเทวัญ, นงพิมล นิมิตอานันท์, และอารีย์ เสนีย์ (2547) ที่ศึกษาการจัดการเรียนรู้แบบแผนภูมิมโนทัศน์ในวิชาปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้น พบว่าแผนภูมิมโนทัศน์ทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบและมีวิจารณญาณมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 80.64

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

อาจารย์พยาบาลควรเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติทั้งในหอผู้ป่วยและในชุมชนให้แก่นักศึกษาพยาบาล โดยใช้แผนที่ความคิดในการวิเคราะห์กรณีศึกษา เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลเพิ่มขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของการใช้แผนที่ความคิดต่อการเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาภาคทฤษฎี เช่น รายวิชาพยาธิวิทยา รายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

กฤตพร สิริสม, พนัสยา วรรณวิไล, อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, เสาวพฤกษ์ ชื่นเจริญ, และอริสา จิตต์วิบูลย์. (2015). ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับแผนผังแนวคิดต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล. *Journal of Nursing Science, 33*(Suppl. 1), 18-26.

พรรณี ปานเทวัญ, นงพิมล นิมิตอานันท์, และอารีย์ เสนีย์. (2547). การจัดการเรียนรู้แบบแผนภูมิมโนทัศน์ในวิชาปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้น. *เวชสารแพทย์ทหารบก, 57*(4), 253-261.

มารศรี จันทร์ดี, พนิดา พาลี, พิมลพรรณ เนียมหอม, ภัทรานิษฐ์ จองแก, และทิพย์สุดา เส็งพานิช. (2557). ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาต่อความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 7*(4), 134-155.

วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ. (2556). *กระบวนการพยาบาลและข้อวินิจฉัยการพยาบาล: การนำไปใช้ในคลินิก* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.

สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, อำไพ จารุวัชรพาณิชกุล, และยุพิน เพียรมงคล. (2550). ผลของการเรียนโดยใช้แผนที่ความคิดต่อความสามารถในการวางแผนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล. *พยาบาลสาร, 34*(3), 1-10.

สุพัตรา จันทร์สุวรรณ, สุนทรี ขะชาตย์, และปวิดา โพธิ์ทอง. (2555). การใช้แผนผังความคิดในการฝึกวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต. *วารสารพยาบาลทหารบก, 13*(3), 81-89.

ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ *

Factors Affecting Burden among Caregivers of Patients with Schizophrenia in Sakaeo Rajanagarindra Psychiatric Hospital *

วาสนา นามเหลา, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) [1]

Wassana Namlao, M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing) [1]

ชนัดดา แนบเกษร, Ph.D. (Medical Science) [2]

Chanudda Nabkasorn, Ph.D. (Medical Science) [2]

ดวงใจ วัฒนสินธุ์, Ph.D. (Nursing) [3]

Duangjai Vatanasin, Ph.D. (Nursing) [3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาภาระการดูแล และปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จำนวน 100 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีค่าความเชื่อมั่น .76 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีค่าความเชื่อมั่น .84 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่น .96 และแบบประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีค่าความเชื่อมั่น .87 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลโดยรวม 49.86 (SD = 12.79) 2) อายุ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.220$, $p < .05$; $r = -.240$, $p < .05$ และ $r = -.290$, $p < .01$ ตามลำดับ) และ 3) อายุ และสัมพันธภาพในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adj. $R^2 = .120$, $p < .001$) โดยอายุสามารถทำนายภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มากที่สุด (Beta = -.228, $p < .05$) รองลงมาคือ สัมพันธภาพในครอบครัว (Beta = -.222, $p < .05$)

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

[1] มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

[1] Master, Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: po_pan123@hotmail.com

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

[2] Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Major Advisor

[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

[3] Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Co-advisor

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าบุคลากรทางสุขภาพควรพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเน้นการเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแล และคณาจารย์ควรสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการสอนนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สมรรถนะแห่งตน สัมพันธภาพในครอบครัว ภาระการดูแล

Abstract

This predictive correlational research aimed to examine burden and factors affecting burden among caregivers of patients with schizophrenia. The samples consisted of 100 caregivers of patients with schizophrenia who took the patients for treatment at Sakaeo Rajanagarindra Psychiatric Hospital. The research instruments were composed of a questionnaire of individual characteristics, a test of knowledge towards caring with the reliability of .76, an assessment form of perceived self-efficacy with the reliability of .84, an assessment form of family relationship with the reliability of .96, and an assessment form of burden with the reliability of .87. Data were collected from June to August, 2015. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression.

The research results revealed that 1) the mean score of burden among caregivers of patients with schizophrenia was 49.86 (SD = 12.79); 2) age, perceived self-efficacy, and family relationship were negatively statistically significant associated with burden among caregivers of patients with schizophrenia ($r = -.220$, $p < .05$; $r = -.240$, $p < .05$ and $r = -.290$, $p < .01$, respectively); and 3) age and family relationship were statistically significant accounted for 12% of the variance for burden among these caregivers (adj. $R^2 = .120$, $p < .001$). The most significant predicting factor was age (Beta = -.228, $p < .05$) followed by family relationship (Beta = -.222, $p < .05$).

This research suggests that health care providers should enhance capabilities among caregivers of patients with schizophrenia emphasizing family relationship promotion in order to reduce burden. Additionally, nursing instructors should teach their students regarding factors affecting burden among caregivers of patients with schizophrenia.

Keywords: Caregivers of patients with schizophrenia, Knowledge towards caring, Perceived self-efficacy, Family relationship, Burden

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุด โดยจากอุบัติการณ์การเกิดโรคพบ 0.10-0.50 ต่อพันประชากร ความชุกเท่ากับ 2.50-5.30 ต่อพันประชากร ความชุกตลอดชีพเท่ากับ 7-9 ต่อพันประชากร เพศหญิงและเพศชายพบได้พอ ๆ กัน พบในช่วงอายุ 15-54 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2550) ในประเทศไทย จากรายงานของกองแผนงานกรมสุขภาพจิต (2555) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศในช่วงปี พ.ศ. 2553-2555 มีร้อยละ 35.70, 34.90 และ 34.40 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด ตามลำดับ จากการศึกษาการเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดภาระของโรค (global burden of disease) พบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาระของโรคมากกว่าร้อยละ 11 โดยพิจารณาตามเกณฑ์จำนวนปีที่สร้างความเสียหายให้กับชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคนั้น ๆ (disability adjustment life years: DALYs) และคาดว่าจะสูงกว่าร้อยละ 15 ในปี ค.ศ. 2020 (ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์, 2546) และจากสถิติผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น โดยในช่วงปี พ.ศ. 2554-2556 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภท 1,739 คน 1,858 คน และ 2,053 คน คิดเป็นร้อยละ 30.10, 33.05 และ 36.52 ตามลำดับ (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์, 2557)

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง อาการเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป จนในที่สุดการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การงาน การดูแลสุขอนามัยของตนเอง และความสัมพันธ์กับสังคมเสื่อมลงอย่างมาก เมื่อเป็นโรคนี้แล้วมักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2550) ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติทั้งด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ซึ่งการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคม ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และประเทศ และที่สำคัญที่สุด คือ ผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการกลับป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงทั้งต่อสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้เกิดการเสื่อมถอยของความคิด บุคลิกภาพ อารมณ์ และพฤติกรรม เป็นภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย (กรมสุขภาพจิต, 2548) และในการป่วยแต่ละครั้งยังทำให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเสื่อมลง ส่งผลให้เกิดความเสื่อมในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย และเป็นภาระต่อการรักษาพยาบาลในระดับประเทศ

ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการทุเลาลงแล้ว แต่ก็ยังไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้เหมือนกับบุคคลทั่วไป เนื่องจากมีความเสื่อมด้านการทำงานและด้านสติปัญญา ขาดการยอมรับจากสังคม ประกอบกับความเรื้อรังจากอาการของโรค ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดข้อจำกัดในการดูแลตนเอง เป็นเหตุให้บุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดต้องทำหน้าที่แทน ทำให้ครอบครัวจำเป็นต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยเข้ามารับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลหลักต้องปฏิบัติหน้าที่นอกเหนือจากบทบาทเดิม ต้องเรียนรู้บทบาทใหม่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เพื่อทำหน้าที่ของผู้ดูแลให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การใช้ชีวิตประจำวันและการปฏิบัติตนของผู้ดูแล ตลอดจนสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ เปลี่ยนแปลงไป ผู้ดูแลต้องใช้เวลาและแรงกายในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ซึ่งถือว่าเป็นงานที่หนัก (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทบางคนมีอาการทางลบหลงเหลืออยู่ เช่น เกียจคร้าน ไม่ช่วยเหลืองานบ้าน ขาดแรงจูงใจ ไม่ดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการนอน ไม่ยอมรับประทานยา ต้องคอยกระตุ้นเตือนอยู่เสมอ หรืออาจมีอาการทางบวกเกิดขึ้น เช่น อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน มีพฤติกรรมที่แปลกประหลาด (รจนา ปุณโณทก, 2550) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการกำเริบเป็นพัก ๆ สลับกับช่วงที่อาการสงบภายหลังอาการกำเริบแต่ละครั้ง ความสามารถของผู้ป่วยจะไม่กลับคืนดังเดิม ภาระการดูแลทั้งหมดจึงตกอยู่กับผู้ดูแลที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยต่อจากบุคลากร

ทางสุขภาพจิต (Tungpunkom, 2000) ส่งผลกระทบกับผู้ดูแล โดยผู้ดูแลรู้สึกหวาดกลัวกับอาการทางจิตที่รุนแรง ซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า (Loukissa, 1995)

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นญาติในครอบครัว ซึ่งนอกจากจะต้องดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองและครอบครัวแล้ว ยังต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย จึงทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงความกดดัน ความเดือดร้อน ความยากลำบาก ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย Montgomery et al. (1985) กล่าวว่าภาระการดูแลของผู้ดูแลแบ่งออกเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงปรนัย (objective burden) อันเป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง การเปลี่ยนแปลงหน้าที่การงาน และการทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ และภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) อันเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง ความรู้สึกทุกข์ในการที่ต้องดูแลผู้ป่วย ความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมทั้งอาการทางจิตที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ การที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาป และความรู้สึกอับอายที่มีญาติป่วยทางจิต ทำให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ รู้สึกรับภาระหนัก ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ (George & Dwyther, 1986) ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ดูแลเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยลดลง ทั้งนี้เพราะการดูแลของญาติมีผลต่อการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท หากผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถในการดูแลไม่เพียงพอก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการดูแลไม่ถูกต้องและเหมาะสม ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง จึงมีผลทำให้เกิดอาการกำเริบและต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และระยะการดำเนินโรค (รจนา ปุณโณทก, 2550) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (จิราพร รักการ, 2549) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (เบ็ญจา นิ่มนวล, 2547) และสัมพันธภาพในครอบครัว (วรรณรัตน์ ลาวัง และคณะ, 2547) นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) และนำมาประยุกต์ในการวิจัยครั้งนี้ โดยทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman ระบุว่าหากบุคคลอยู่ในภาวะที่ต้องต่อสู้กับแรงที่มากระทบจากภายนอกและภายใน ซึ่งเรียกสิ่งที่มารบกวนนี้ว่า สิ่งก่อความเครียด โดยความเครียดที่คงอยู่นานหรือเรื้อรังจะทำให้เกิดความรู้สึกถึงความยากลำบากในการดูแลหรือเป็นภาระการดูแล (Leggett, Zarit, Taylor, & Galvin, 2010) ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล และสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นผลมาจากการรักษาสมดุลของบุคคล โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องทำหน้าที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในทุก ๆ ด้าน ซึ่งถือเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดภายในตัวบุคคล เช่น อายุ ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีวุฒิภาวะและประสบการณ์ในการแก้ปัญหาต่าง ๆ จึงอาจทำให้รับรู้ถึงการเป็นภาระที่น้อย ในอีกแง่มุมหนึ่งหากผู้ดูแลมีอายุน้อยและยังต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความเครียด และรับรู้ถึงการเป็นภาระที่มาก นอกจากนี้ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในตัวเองมากขึ้น และอาจทำให้ความเครียดในการดูแลลดลง ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะกระทำและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งถือเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในกลไกศักยภาพของบุคคลที่จะดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของระบบบุคคล สำหรับสัมพันธภาพในครอบครัวนั้น เป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนบุคคลให้มีความสามารถในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ช่วยให้ผู้ดูแลต่อสู้กับสิ่งที่ก่อให้เกิด

ความเครียด และรักษาสมดุลของระบบบุคคลไว้ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

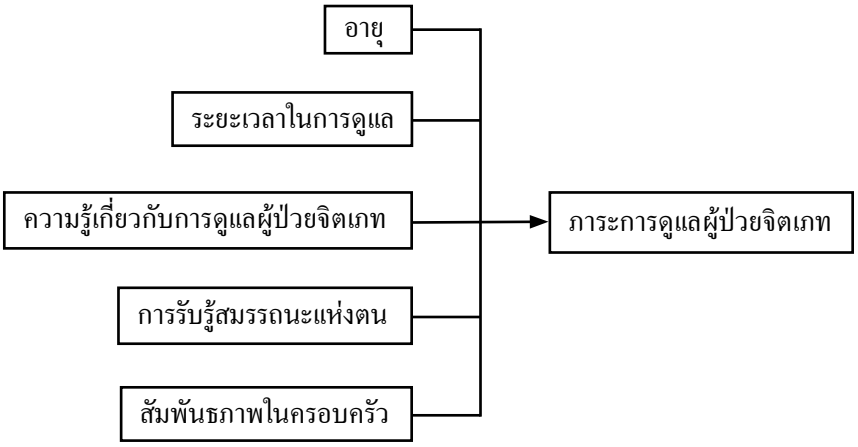
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสัมพันธภาพในครอบครัว

สมมติฐานการวิจัย

อายุ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสัมพันธภาพในครอบครัว มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) ซึ่งอธิบายว่าบุคคลเป็นระบบเปิด มีความเป็นพลวัตร และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายนอกตลอดเวลา ระบบบุคคลประกอบด้วยแนวป้องกันปกติ แนวป้องกันยืดหยุ่น แนวต่อต้าน และโครงสร้างพื้นฐานที่เป็นปัจจัยจำเป็นต่อสิ่งมีชีวิต เมื่อมีสิ่งคุกคาม บุคคลจะแสดงปฏิกิริยาตอบสนอง ทั้งนี้ อายุ เป็นแนวป้องกันปกติ เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในชีวิต ผู้ดูแลที่มีอายุมากจึงรับรู้ภาระการดูแลน้อย ระยะเวลาในการดูแล เป็นแนวป้องกันปกติ ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานจะมีความเครียด ภาวะซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวัง จึงรับรู้ภาระการดูแลมาก ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแนวป้องกันยืดหยุ่น ทำให้ผู้ดูแลสามารถพัฒนาทักษะการดูแลให้ดียิ่งขึ้น จึงรับรู้ภาระการดูแลน้อย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นแนวป้องกันยืดหยุ่น ผู้ดูแลที่รับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะมีความมั่นใจในการดูแลมาก จึงรับรู้ภาระการดูแลน้อย ส่วนสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นแนวป้องกันยืดหยุ่น ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลของบุคคล ทำให้รับรู้ภาระการดูแลน้อย การวิจัยครั้งนี้จึงศึกษาตัวแปรดังกล่าว ซึ่งน่าจะมีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาหรือมารับยาแทนที่โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2558 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยและมีความเกี่ยวข้องเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน หรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย 2) มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป 3) มีอายุอยู่ในช่วง 18-60 ปี 4) สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 100 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การมีผู้ช่วยดูแล และระยะเวลาในการดูแล จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ ตามแนวคิดของ Lefley (1987) ที่พัฒนาโดยสุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 16 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 12 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 28 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนนของข้อคำถามทางบวก คือ หากตอบว่าใช่ ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับการคิดคะแนนรวมคะแนนทั้งหมด โดยคะแนนมากหมายถึง มีความรู้มาก และคะแนนน้อยหมายถึง มีความรู้น้อย

ชุดที่ 3 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ตามแนวคิดของ Bandura โดย Jerusalem and Schwarzer (1993) ที่พัฒนาโดยเบ็ญจา นิ่มนวล (2547) จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เป็นความจริง จริงเล็กน้อย จริงพอสมควร และจริงมากที่สุด สำหรับการคิดคะแนนรวมคะแนนทั้งหมด โดยคะแนนมากหมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง และคะแนนน้อยหมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ

ชุดที่ 4 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้วิจัยใช้แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของ Crandall (1980) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยวรรณรัตน์ ลาวัง และคณะ (2547) ซึ่งครอบคลุมความผูกพัน ความรักใคร่ปรองดอง และความสามารถในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการแสดงบทบาทของสมาชิก ด้านการสื่อสารในครอบครัว ด้านการแสดงออกทางอารมณ์ และด้านการถ่ายทอดความรู้สึก จำนวนทั้งสิ้น 16 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่ตรงกับความเป็นจริงเลย ตรงกับความเป็นจริงน้อยครั้ง ตรงกับความเป็นจริงบางครั้งตรงกับความเป็นจริงบ่อยครั้ง และตรงกับความเป็นจริงตลอดเวลา สำหรับการคิดคะแนน รวมคะแนนทั้งหมด โดยคะแนนมากหมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวมาก และคะแนนน้อยหมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวน้อย

ชุดที่ 5 แบบประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของนพรัตน์ ไชยชำนิ (2544) ที่ดัดแปลงจากแบบวัดของ Montgomery et al. (1985) แบ่งออกเป็น 2 มิติ คือ 1) ภาระเชิงปรนัย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง การเปลี่ยนแปลงหน้าที่การงาน และการทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 1 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 11 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ และ 2) ภาระเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล

เป็นข้อคำถามทางลบทั้งหมด จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับการคิดคะแนนพิจารณาภาระการดูแลแต่ละลักษณะและภาระการดูแลโดยรวม โดยคะแนนเฉลี่ยมากหมายถึง มีภาระการดูแลมาก และคะแนนเฉลี่ยน้อยหมายถึง มีภาระการดูแลน้อย

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว และแบบประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ฯ ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .76 ส่วนแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะฯ แบบประเมินสัมพันธภาพฯ และแบบประเมินภาระการดูแลฯ หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .84, .96 และ .87 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 09-03-2558 วันที่ 7 เมษายน 2558) และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ (เอกสารรับรอง เลขที่ 3/2558 วันที่ 28 พฤษภาคม 2558) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ เข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอก แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม แบบวัด และแบบประเมิน โดยให้เวลา 20-30 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ข้อมูลการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ข้อมูลสัมพันธภาพในครอบครัว และข้อมูลภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 52 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 50-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 62 โดยมีอายุเฉลี่ย 50.18 ปี (*SD* = 10.08) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 69 ประกอบอาชีพทำไร่/ทำสวน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 81 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดา/มารดา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59 มีผู้ช่วยดูแล คิดเป็นร้อยละ 68 และระยะเวลาในการดูแลอยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46 โดยมีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 7.98 ปี (*SD* = 5.71)

2. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลเชิงปรนัย 22.39 (*SD* = 6.60) และมีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลเชิงอัตนัย 27.47 (*SD* = 7.48) โดยมีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลโดยรวม 49.86 (*SD* = 12.79) แสดงว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับน้อย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำแนกเป็นรายมิติและโดยรวม (n = 100)

ภาระการดูแล	min	max	*M*	*SD*	การแปลผล
เชิงปรนัย	15	41	22.39	6.60	-
เชิงอัตนัย	13	56	27.47	7.48	-
โดยรวม	28	97	49.86	12.79	ภาระการดูแลน้อย

3. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 21.66 (*SD* = 3.02) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 30.57 (*SD* = 6.26) และมีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัว 65.32 (*SD* = 12.79) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 100)

ตัวแปร	min	max	*M*	*SD*
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	13	28	21.66	3.02
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	14	40	30.57	6.26
สัมพันธภาพในครอบครัว	29	80	65.32	12.79

4. ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสัมพันธภาพในครอบครัว กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าอายุ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.220$, $p < .05$; $r = -.240$, $p < .05$ และ $r = -.290$, $p < .01$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสัมพันธภาพในครอบครัว กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 100)

ตัวแปร	ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	
	r	*p*
อายุ	-.220	.031
ระยะเวลาในการดูแล	.070	.473
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	.040	.696
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	-.240	.016
สัมพันธภาพในครอบครัว	-.290	.004

4.2 ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าอายุและสัมพันธภาพในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adj. $R^2 = .120$, $p < .001$) โดยอายุสามารถทำนายภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มากที่สุด (Beta = -.228, $p < .05$) รองลงมาคือ สัมพันธภาพในครอบครัว (Beta = -.222, $p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 100)

ตัวแปร	b	SE	Beta	*t*	*p*
อายุ	-.289	.121	-.228	-2.378	.019
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	-.010	.217	-.147	-1.430	.160
สัมพันธภาพในครอบครัว	-.243	.111	-.222	-2.090	.015

Constant = 88.490; R = .390; $R^2 = .160$; adj. $R^2 = .120$; F = 3.560; $p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมน้อย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา จึงทำให้รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นการดูแลบุคคลที่ตนรักและผูกพัน พร้อมกับความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลที่เป็นบิดา มารดา คู่สมรส พี่น้อง จะมีความรู้สึกผูกพัน และมีพันธะสัญญาต่อหน้าที่ที่มีต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย แม้จะไม่มีความหวังว่าความเจ็บป่วยจะมีโอกาสหาย โดยผู้ดูแลมีความรู้สึกสงสารมากกว่าที่จะเห็นว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นภาระของครอบครัว (สายใจ พัวพันธ์, 2553) นอกจากนี้ การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ย

ภาระการดูแลโดยรวมน้อยยังอาจเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีผู้ช่วยดูแลที่เป็นเครือญาติกัน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่ามีคนมาช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของรจนา ปุณโณทก (2550) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมในระดับการรับรู้ที่ไม่เป็นภาระ

ผลการวิจัยพบว่าอายุเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มากที่สุด ทั้งนี้อธิบายตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) ได้ว่าอายุของผู้ดูแลจัดเป็นองค์ประกอบในส่วนพัฒนาการของบุคคล อายุที่มากขึ้นทำให้มีวุฒิภาวะและความรับผิดชอบมากขึ้น ผู้ที่มีอายุมากจะผ่านเรื่องราวต่าง ๆ มากกว่า จึงมีโอกาสที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ชีวิต ทำให้เข้าถึงความจริง รู้เท่าทัน รู้ในการกระทำว่าสิ่งใดดี สิ่งใดควรทำ ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมการทำความดีเพื่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสาธารณะ ลดละความเห็นแก่ตัว จึงอาจทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุมากกว่ารับรู้ถึงภาระการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย ประกอบกับในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลต้องใช้ประสบการณ์ในการเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาเมื่อเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วย อายุที่มากขึ้นอาจทำให้บุคคลมีโอกาสในการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้จากประสบการณ์ ทำให้สามารถจัดการปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ได้ดีขึ้น จึงนำไปสู่ความรู้สึกของการรับรู้ภาระการดูแลที่น้อยลง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Reinhard and Harwitz (1995) ที่ศึกษาภาระการดูแลของผู้ดูแล พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะรับรู้ภาระการดูแลน้อย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของรจนา ปุณโณทก (2550) ที่พบว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากการรับรู้ภาระการดูแลจะมาก เพราะผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่ย่อมมีบทบาทหลายด้าน ได้แก่ บทบาทตามหน้าที่การงาน บทบาทในครอบครัว และบทบาททางสังคม กอปรกับเริ่มมีความเสื่อมถอยของสุขภาพ จึงมีการรับรู้ภาระการดูแลมาก สรุปได้ว่าอายุของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้มีการรับรู้ภาระการดูแลที่แตกต่างกัน (Cook, Lefley, Pickett, & Cohler, 1994; Lefley, 1987)

ผลการวิจัยพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองไม่โดดเดี่ยว มีผู้ช่วยเหลือในการแก้ปัญหา เป็นกำลังใจ ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับบทบาท ภาระหน้าที่หรือสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้ สัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีจะทำให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันมากขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) ได้ว่าสัมพันธภาพในครอบครัวจัดเป็นองค์ประกอบของระบบบุคคลในส่วนของสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีสัมพันธภาพในครอบครัวมาก โดยผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัวทั้งหมด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบิดา มารดา รองลงมาคือ เป็นสามี ภรรยา จึงทำให้มีความรัก ความผูกพัน รักใคร่ปรองดองกัน อาจทำให้เกิดความรู้สึกดีที่ได้ดูแลคนในครอบครัว และได้ช่วยกันแก้ปัญหาในครอบครัว กอปรกับผู้ดูแลส่วนใหญ่มีผู้ช่วยดูแลร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ช่วยดูแลทั้งหมด เป็นคนในครอบครัว จึงทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองไม่โดดเดี่ยว มีคนรอบข้างช่วยเหลือในการแก้ปัญหาเป็นกำลังใจ ซึ่งการได้รับความช่วยเหลือและความเอาใจใส่จากคนในครอบครัวจะช่วยลดภาระของผู้ดูแล (Chen & Greenberg, 2004) นอกจากนี้ สัมพันธภาพในครอบครัวยังเป็นปัจจัยพื้นฐานของระบบครอบครัวที่มีความสำคัญในการเพิ่มความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เนื่องจากครอบครัวเป็นระบบที่สำคัญในการช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลมีความสามารถในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาที่ผ่านเข้ามาในชีวิต (Orem, 1985) สัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้กระบวนการดูแลประสบผลสำเร็จและทำให้รู้สึกพึงพอใจต่อบทบาทการดูแลมากขึ้น

ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีความสัมพันธ์ทางลบ

กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะกระทำและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในกลไกศักยภาพของบุคคล มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการเลือกการกระทำในกิจกรรมต่าง ๆ และทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะกระทำในกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง (Bandura, 1986) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล หากผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง ก็จะช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการรู้คิด อารมณ์ และการกระทำของบุคคล จึงมีผลต่อการตัดสินใจและการกระทำของบุคคล ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเบ็ญจา นิ่มนวล (2547) ที่ศึกษาสมรรถนะแห่งตนกับกิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล พบว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ผลการวิจัยพบว่าระยะเวลาในการดูแลเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวต่อหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยและสามารถรักษาพลังใจให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 7.98 ปี และผู้ดูแลทั้งหมดเป็นบุคคลในครอบครัว โดยระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่นานอาจทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับตัว เข้าใจ และเรียนรู้พฤติกรรมและอาการเตือนทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ นอกจากนี้ ความผูกพันทางสายโลหิต ความรัก ความเอื้ออาทร และความห่วงใย ทำให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยเป็นไปด้วยความรัก ความเมตตา และความใส่ใจ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ว่าจะน้อยหรือมากจึงไม่มีผลต่อภาระการดูแล ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเทียนทอง หาระบุตร และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ (2555) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าระยะเวลาในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผลการวิจัยพบว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาก (M = 21.66) แม้ว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา แต่ผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 7.98 ปี จึงอาจทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และสามารถพัฒนาทักษะการดูแลให้มีประสิทธิภาพได้ นอกจากนี้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้ที่พาผู้ป่วยจิตเภทมาพบแพทย์ตามนัด จึงทำให้มีโอกาสได้รับความรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากบุคลากรทางสุขภาพ จึงทำให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งการสั่งสมความรู้และประสบการณ์จากการเรียนรู้สิ่งใดสิ่งหนึ่งในระยะเวลาหนึ่งเมื่อวันเวลาผ่านไปจะทำให้บุคคลได้เรียนรู้ความเป็นจริงมากขึ้น (Orem, 2001 อ้างถึงในเทียนทอง หาระบุตร และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, 2555)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรทางสุขภาพควรพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเน้นการเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.2 ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยการเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีประสิทธิภาพ และลดภาระการดูแลของผู้ดูแล

1.3 คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาลควรสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการสอนนักศึกษาพยาบาล

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมเสริมสร้าง

สัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2 ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม ความเครียด ความสามารถในการเผชิญปัญหา เพื่อความครอบคลุมของการนำผลที่ได้ไปใช้ในการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2548). *แผนปฏิบัติงานกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2548*. กรุงเทพฯ: สยามอินเสิร์ทมาร์เก็ตติ้ง.

กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. (2555). *รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2555*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

งานเวชระเบียน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์. (2557). *รายงานประจำปี โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2556*. สระแก้ว: ผู้แต่ง.

จิราพร รักการ. (2549). *ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เทียนทอง หาระบุตร, และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 27*(3), 113-124.

นพรัตน์ ไชยชำนิ. (2544). *ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เบ็ญจา นิ่มนวล. (2547). *สมรรถนะแห่งตนกับกิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์. (2546). *การพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพและจิตเวชในศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ*. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา.

มาโนช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2550). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ: บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.

รจนา ปุณโณทก. (2550). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

วรรณรัตน์ ลาวัง, รัชนี สรรเสริญ, ยุวดี รอดจากภัย, นิภาวรรณ สามารถกิจ, วิจิตร์พร หล่อสุวรรณกุล, และเวธกา กลิ่นวิชิต. (2547). *สถานการณ์ปัญหาความต้องการและพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังที่บ้านในเขตภาคตะวันออก* (รายงานผลการวิจัย). ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

สายใจ พัวพันธ์. (2553). *เอกสารประกอบการสอนเรื่องทฤษฎีการพยาบาล: ศาสตร์แห่งมนุษย์และการดูแลมนุษย์ของวัตสัน*. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุภาภรณ์ ทองดารา. (2545). *ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Chen, F., & Greenberg, J. S. (2004). A positive aspect of caregiving: The influence of social support on caregiving gains for family members of relatives with schizophrenia. *Community Mental Health Journal, 40*(5), 423-435.

Cook, J. A., Lefley, H. P., Pickett, S. A., & Cohler, B. J. (1994). Age and family burden among parents of offspring with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry, 64*(3), 435-447.

Crandall, R. C. (1980). *Gerontology: A behavioral science approach*. Reading, MA: Addison-Wesley.

George, L. K., & Dwyther, L. P. (1986). Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist, 26*(8), 253-259.

Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (1993). *The General Self-Efficacy Scale (GSE)*. Retrieved from http://www.fu-berlin.De/gesund

Lefley, H. P. (1987). Impact of mental illness in families of mental health professionals. *Journal of Nervous and Mental Disease, 175*(20), 613-619.

Leggett, A. N., Zarit, S., Taylor, A., & Galvin, J. E. (2010). Stress and burden among caregivers of patients with lewy body dementia. *The Gerontologist, 51*(1), 76-85. doi:10. 1093/geront/gnq055

Loukissa, D. A. (1995). Family burden in chronic mental illness: A review of research studies. *Journal of Advanced Nursing, 21*(2), 248-255.

Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations, 34*(1), 19-26.

Neuman, B. (2002). *The Neuman systems model* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Orem, D. E. (1985). *Nursing: Concepts of practice*. New York: McGraw-Hill.

Reinhard, S. C., & Harwitz, A. V. (1995). Caregiver burden: Differentiating the content and consequences of family caregiving. *Journal of Marriage and the Family, 57*(8), 741-750.

Thorndike, R. M. (1978). *Correlation procedures for research*. New York: Gardner Press.

Tungpunkom, P. (2000). *Staying in balance: Skill and role development in psychiatric caregiving* (Doctoral dissertation). University of California at San Francisco.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Factors Correlated with Perception toward 21st Century Learning Skills among Nursing Students, Phrapokklao Nursing College

จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์, พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว) [1]
Chanpen Armpat, M.N.S. (Family Nursing) [1]

เพ็ญนภา พิสัยพันธุ์, พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว) [2]
Pennapa Pisaipan, M.N.S. (Family Nursing) [2]

จารุวรรณ์ ท่าม่วง, พย.บ. [3]
Charuwan Tarmong, B.N.S. [3]

กฤษณี สุวรรณรัตน์, พย.บ. [4]
Kritsanee Suwannarat, B.N.S. [4]

ชญาดา เนตร์กระจ่าง, ปร.ด. (การพยาบาล) [5]
Chayada Netgrajang, Ph.D. (Nursing) [5]

วรัญญา ชลธารกัมปนาท, พย.ม. (การผดุงครรภ์) [6]
Waranya Chonlatankampanat, M.N.S. (Midwifery) [6]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2558 จำนวน 509 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยสัมพันธ์กับทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 มีค่าความเชื่อมั่น .88 และทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 มีค่าความเชื่อมั่น .95 เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมีนาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณลักษณะผู้สอน คุณลักษณะผู้เรียน สิ่งแวดล้อม การบริหารหลักสูตร และวิธีการจัดการเรียนการสอน และทุกทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ในระดับดี คุณลักษณะผู้สอน คุณลักษณะผู้เรียน สิ่งแวดล้อม การบริหารหลักสูตร และวิธีการจัดการเรียนการสอน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าผู้สอนควรจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของผู้เรียน โดยเฉพาะทักษะ 3R: Reading (อ่านออก), (W) Riting (เขียนได้) และ (A) Rithmetics (คณิตศาสตร์) และทักษะด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรม นอกจากนี้ ผู้บริหารควรพัฒนาผู้สอนเกี่ยวกับวิธีการหรือเทคนิคการสอนที่ช่วยส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ให้กับผู้เรียน

คำสำคัญ: ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 นักศึกษาพยาบาล

[1, 2, 5] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
[1, 2, 5] Registered Nurse, Senior Professional Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi
[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: chanakan_wan@hotmail.com
[3, 4, 6] พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
[3, 4, 6] Registered Nurse, Practitioner Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

Abstract

This descriptive research aimed to examine factors correlated with perception toward 21st century learning skills among nursing students. The samples consisted of 509, 1st-4th year nursing students studying at Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, 2nd trimester, in an academic year of 2015. The research instrument was a 3-part questionnaire that comprised demographic data, factors correlated with 21st century learning skills with the reliability of .88, and 21st century learning skills with the reliability of .95. Data were collected in March, 2016. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Spearman's rank correlation.

The research results revealed that most of nursing students had mean scores of perceived characteristics of insructor, characteristics of learner, environments, curriculum administration, and learning-teaching methods together with all of 21st century learning skills at a good level. Perceived characteristics of insructor, characteristics of learner, environments, curriculum administration, and learning-teaching methods were positively statistically significant correlated with perception toward 21st century learning skills ($p < .001$).

This research suggests that nursing insructors should manage learning and teaching activities that enhance 21st century learning skills among nursing students, especially reading, writing and arithematic skill as well as creativity and innovation skill. Additionally, the administrators should promote teaching techniques for insructors in order to enhance 21st century learning skills among nursing students.

Keywords: 21st century learning skills, Nursing student

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบัน ระบบการศึกษาของไทยจะต้องก้าวเข้าสู่ "ยุคความรู้" ซึ่งเป็นเรื่องที่ท้าทายในการจัดการศึกษา ทำอย่างไรผู้เรียนจึงจะมีความรู้ มีวิธีการแสวงหาความรู้ด้วยตนเองที่หลากหลาย โดยที่ผู้สอนต้องยึดหลัก "สอนน้อย เรียนมาก" ด้วยการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ผู้สอนเป็นเพียงผู้แนะนำและช่วยออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ เพื่ออำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ ทำให้ผู้เรียนสามารถประเมินความก้าวหน้าของการเรียนรู้ของตนเองได้ (วิจารณ์ พานิช, 2555) ระบบการศึกษาพยาบาลเป็นการผลิตกำลังคนในวิชาชีพที่มุ่งเน้นการส่งเสริมให้นักศึกษาได้ฝึกคิดวิเคราะห์ปัญหาและสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้กับผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนมีองค์ความรู้ในการพยาบาล มีทักษะ มีความสามารถในการตัดสินใจ และแก้ปัญหาได้อย่างรอบคอบ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และการที่จะสร้างพยาบาลให้มีคุณลักษณะเช่นนั้น จำเป็นต้องมีการจัดการเรียนการสอนที่สอดคล้องกับทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 เช่น ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา ทักษะด้านความร่วมมือการทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำ เนื่องจากวิชาชีพพยาบาลต้องปฏิบัติโดยตรงกับมนุษย์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และการปฏิบัติทุกครั้งต้องมั่นใจว่าถูกต้อง แม่นยำในทุกขั้นตอน เพราะมีความสำคัญต่อชีวิตและความปลอดภัยของผู้รับบริการ

สถาบันการศึกษาที่ผลิตบัณฑิตพยาบาลสู่สังคม จึงตระหนักถึงความสำคัญของทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษ

ที่ 21 ของบัณฑิตพยาบาล ว่าจำเป็นต้องมีการพัฒนาให้เกิดทักษะดังกล่าวขึ้นกับบัณฑิตในยุคปัจจุบัน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของบัณฑิตพยาบาลหลายปัจจัย ทั้งคุณลักษณะผู้สอน คุณลักษณะผู้เรียน สิ่งแวดล้อม การบริหารหลักสูตร และวิธีการจัดการเรียนการสอน หากผู้เรียนมีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ย่อมทำให้มีความรู้ทางวิชาการและมีความสามารถในการปฏิบัติงานโดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำความรู้ใหม่ ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนหรือการร่วมกิจกรรมในวิทยาลัย มีความเชื่อมั่นในตนเอง คิดเป็น ทำเป็น และแก้ปัญหาเป็น มีจรรยาบรรณในวิชาชีพ รับผิดชอบต่อหน้าที่และสังคม ประกอบกับผลการประเมินคุณภาพบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีการศึกษา 2557 พบว่าทักษะทางปัญญามีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (M = 3.66, SD = .76) รองลงมาคือ ด้านความรู้ (M = 3.73, SD = .71) คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับการรับรู้ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ซึ่งผลการวิจัยที่ได้สามารถนำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนาการเรียนการสอนให้สามารถผลิตบัณฑิตพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของสังคมแห่งศตวรรษที่ 21 ได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะผู้สอน คุณลักษณะผู้เรียน สิ่งแวดล้อม การบริหารหลักสูตร และวิธีการจัดการเรียนการสอน ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

2. เพื่อศึกษาการรับรู้ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

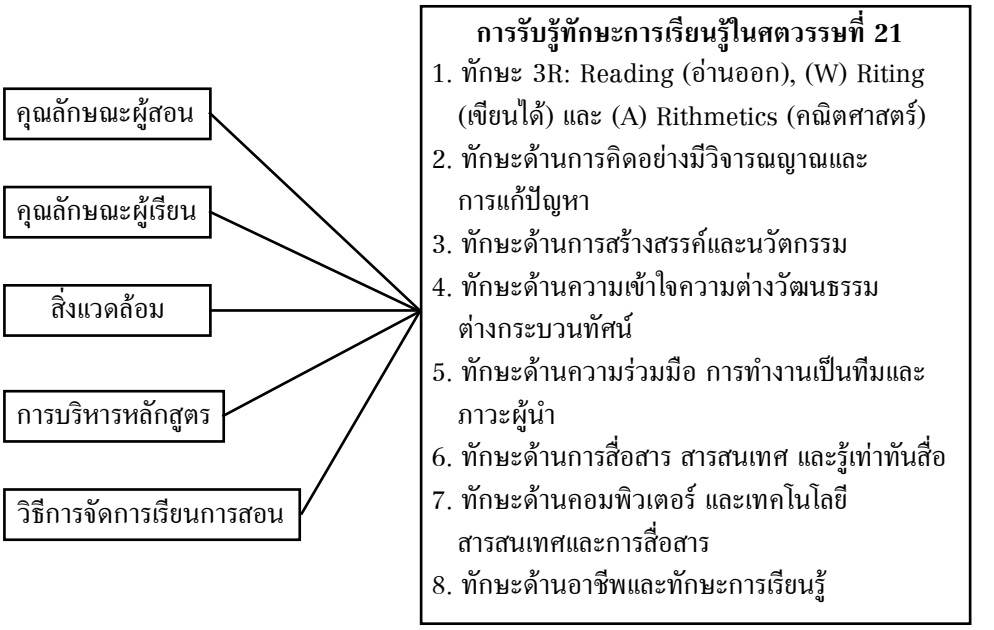
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะผู้สอน คุณลักษณะผู้เรียน สิ่งแวดล้อม การบริหารหลักสูตร และวิธีการจัดการเรียนการสอน กับการรับรู้ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

สมมติฐานการวิจัย

คุณลักษณะผู้สอน คุณลักษณะผู้เรียน สิ่งแวดล้อม การบริหารหลักสูตร และวิธีการจัดการเรียนการสอน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยศึกษาการรับรู้ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยทักษะต่าง ๆ จำนวน 8 ทักษะ ตามกรอบแนวคิดการปรับกระบวนทัศน์ทางการจัดการศึกษาของ Trilling and Fadel (2009 อ้างถึงในกมลรัตน์ เทอร์เนอร์, สมพร รักความสุข, จิดาภา เรือนใจมั่น, จิตรา สุขเจริญ, และธัญญมล สุริยานิมิตรสุข, 2559) ได้แก่ 1) ทักษะ 3R: Reading (อ่านออก), (W) Riting (เขียนได้) และ (A) Rithmetics (คณิตศาสตร์) 2) ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา 3) ทักษะด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรม 4) ทักษะด้านความเข้าใจความต่างวัฒนธรรมต่างกระบวนทัศน์ 5) ทักษะด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำ 6) ทักษะด้านการสื่อสาร สารสนเทศและรู้เท่าทันสื่อ 7) ทักษะด้านคอมพิวเตอร์ และเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และ 8) ทักษะด้านอาชีพและทักษะการเรียนรู้ โดยคัดสรรตัวแปรต้นซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์ จำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ คุณลักษณะผู้สอน คุณลักษณะผู้เรียน สิ่งแวดล้อม การบริหารหลักสูตร และวิธีการจัดการเรียนการสอน สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีการศึกษา 2558 จำนวนทั้งสิ้น 509 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ลงทะเบียนเรียนและศึกษาในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2558 และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 509 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ และชั้นปี จำนวนทั้งสิ้น 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยสัมพันธ์กับทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้สอบถามนักศึกษาพยาบาลตามการรับรู้ แบ่งออกเป็น 5 ปัจจัย ได้แก่ คุณลักษณะผู้สอน จำนวน 9 ข้อ คุณลักษณะผู้เรียน จำนวน 8 ข้อ สิ่งแวดล้อม จำนวน 7 ข้อ การบริหารหลักสูตร จำนวน 5 ข้อ และวิธีการจัดการเรียนการสอน จำนวน 12 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 41 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ เป็นจริงน้อยที่สุด เป็นจริงน้อย เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงมาก และเป็นจริงมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับไม่ดี (1.00-1.50 คะแนน) ในระดับพอใช้ (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ในระดับดี (3.51-4.50 คะแนน) และในระดับดีมาก (4.51-5.00 คะแนน) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ดำเนินการ

แก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .88

ส่วนที่ 3 ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 คณะผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของกมลรัตน์ เทอร์เนอร์, และคณะ (2559) ใช้สอบถามนักศึกษาพยาบาลตามการรับรู้ แบ่งออกเป็น 8 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะ 3R: Reading (อ่านออก), (W) Riting (เขียนได้) และ (A) Rithmetics (คณิตศาสตร์) จำนวน 11 ข้อ 2) ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา จำนวน 8 ข้อ 3) ทักษะด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรม จำนวน 6 ข้อ 4) ทักษะด้านความเข้าใจความต่างวัฒนธรรมต่างกระบวนทัศน์ จำนวน 4 ข้อ 5) ทักษะด้านความร่วมมือการทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำ จำนวน 9 ข้อ 6) ทักษะด้านการสื่อสาร สารสนเทศ และรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 8 ข้อ 7) ทักษะด้านคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร จำนวน 7 ข้อ และ 8) ทักษะด้านอาชีพและทักษะการเรียนรู้ จำนวน 10 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 63 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ต่ำมาก หรือไม่มีเลย ต่ำ ปานกลาง ดี และดีมาก ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับไม่ดี (1.00-1.50 คะแนน) ในระดับพอใช้ (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ในระดับดี (3.51-4.50 คะแนน) และในระดับดีมาก (4.51-5.00 คะแนน) นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .95

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 019 วันที่ 18 พฤษภาคม 2558) คณะผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) คณะผู้วิจัยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยพบกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยให้เวลา 30-40 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมีนาคม 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลคุณลักษณะผู้สอน คุณลักษณะผู้เรียน สิ่งแวดล้อม การบริหารหลักสูตร และวิธีการจัดการเรียนการสอน ตามการรับรู้ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการรับรู้ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะผู้สอน คุณลักษณะผู้เรียน สิ่งแวดล้อม การบริหารหลักสูตร และวิธีการจัดการเรียนการสอน กับการรับรู้ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากข้อมูลกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 92.30 มีอายุอยู่ในช่วง 18-26 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 21.10 ปี (SD = 1.53) และเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 4 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.80 รองลงมาคือ ชั้นปีที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 25.70 ชั้นปีที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 23 และชั้นปีที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 16.50 ตามลำดับ

2. คุณลักษณะผู้สอน คุณลักษณะผู้เรียน สิ่งแวดล้อม การบริหารหลักสูตร และวิธีการจัดการเรียนการสอน ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล พบว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ทุกปัจจัยในระดับดี เมื่อจำแนกเป็นรายชั้นปี พบว่าทุกชั้นปีมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ปัจจัยโดยรวมในระดับดี โดยชั้นปีที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ชั้นปีที่ 1 (M = 4.12, SD = .38) รองลงมาคือ ชั้นปีที่ 3 (M = 4.11, SD = .33) ส่วนชั้นปีที่มี

คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ชั้นปีที่ 2 (*M* = 4.02, *SD* = .35) ดังแสดงในตารางที่ 1 เมื่อจำแนกเป็นรายปัจจัย พบว่าทุกปัจจัยมีคะแนนเฉลี่ยในระดับดี โดยปัจจัยที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ คุณลักษณะผู้สอน (*M* = 4.05, *SD* = .49) รองลงมาคือ วิธีการจัดการเรียนการสอน (*M* = 4.04, *SD* = .49) ส่วนปัจจัยที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ สิ่งแวดล้อม (*M* = 3.87, *SD* = .63) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยสัมพันธ์กับทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล (n = 509)

ปัจจัย	ชั้นปีที่ 1 (n = 131)		ชั้นปีที่ 2 (n = 117)		ชั้นปีที่ 3 (n = 84)		ชั้นปีที่ 4 (n = 177)	
	M	***SD***	***M***	***SD***	***M***	***SD***	***M***	***SD***
คุณลักษณะผู้สอน	4.11	.40	3.95	.39	4.16	.31	4.02	.65
คุณลักษณะผู้เรียน	4.01	.46	3.81	.44	3.99	.40	4.02	.79
สิ่งแวดล้อม	3.86	.49	3.69	.53	3.99	.53	3.93	.78
การบริหารหลักสูตร	3.95	.51	3.81	.53	4.08	.50	3.94	.50
วิธีการจัดการเรียนการสอน	4.07	.47	4.02	.50	4.24	.43	3.97	.50
โดยรวม	4.12	.38	4.02	.35	4.11	.33	4.03	.52

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ปัจจัยสัมพันธ์กับทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล จำแนกเป็นรายปัจจัย (n = 509)

ปัจจัย	***M***	***SD***	ระดับการรับรู้
คุณลักษณะผู้สอน	4.05	.49	ดี
คุณลักษณะผู้เรียน	3.97	.59	ดี
สิ่งแวดล้อม	3.87	.63	ดี
การบริหารหลักสูตร	3.93	.52	ดี
วิธีการจัดการเรียนการสอน	4.04	.49	ดี

3. การรับรู้ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล พบว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ทุกทักษะในระดับดี เมื่อจำแนกเป็นรายชั้นปี พบว่าทุกชั้นปีมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ทักษะโดยรวมในระดับดี โดยชั้นปีที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ชั้นปีที่ 3 (M = 4.15, SD = .33) รองลงมาคือ ชั้นปีที่ 1 (M = 4.13, SD = .38) ส่วนชั้นปีที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ชั้นปีที่ 4 (M = 4.03, SD = .47) ดังแสดงในตารางที่ 3 เมื่อจำแนกเป็นรายทักษะ พบว่าทุกทักษะมีคะแนนเฉลี่ยในระดับดี โดยทักษะที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ทักษะด้านความเข้าใจความต่างวัฒนธรรม ต่างกระบวนทัศน์ (M = 4.34, SD = .52) รองลงมาคือ ทักษะด้านคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และทักษะด้านอาชีพและทักษะการเรียนรู้ (M = 4.26, SD = .53 และ M = 4.26, SD = .46 ตามลำดับ) ส่วนทักษะที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ทักษะ 3R: Reading (อ่านออก), (W) Riting (เขียนได้) และ (A) Rithmetics (คณิตศาสตร์) (M = 3.68, SD = .45) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล (n = 509)

การรับรู้ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21	**ชั้นปีที่ 1** (n = 131)		**ชั้นปีที่ 2** (n = 117)		**ชั้นปีที่ 3** (n = 84)		**ชั้นปีที่ 4** (n = 177)	
	M	***SD***	***M***	***SD***	***M***	***SD***	***M***	***SD***
ทักษะ 3R: Reading (อ่านออก), (W) Riting (เขียนได้) และ (A) Rithmetics (คณิตศาสตร์)	3.73	.44	3.52	.43	3.65	.43	3.83	.62
ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา	3.99	.46	3.81	.47	3.95	.47	3.91	.48
ทักษะด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรม	3.94	.51	3.77	.53	3.87	.50	3.91	.63
ทักษะด้านความเข้าใจความต่างวัฒนธรรม ต่างกระบวนทัศน์	4.38	.48	4.54	.47	4.53	.49	4.14	.71
ทักษะด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำ	4.22	.50	4.09	.51	4.16	.41	4.07	.48
ทักษะด้านการสื่อสาร สารสนเทศ และรู้เท่าทันสื่อ	4.12	.48	4.03	.47	4.14	.41	4.06	.75
ทักษะด้านคอมพิวเตอร์ และเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร	4.29	.54	4.42	.52	4.49	.49	4.11	.81
ทักษะด้านอาชีพและทักษะการเรียนรู้	4.38	.47	4.31	.41	4.40	.36	4.18	.82
โดยรวม	4.13	.38	4.06	.35	4.15	.33	4.03	.47

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล จำแนกเป็นรายทักษะ (n = 509)

การรับรู้ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21	*M*	*SD*	ระดับการรับรู้
ทักษะ 3R: Reading (อ่านออก), (W) Riting (เขียนได้) และ (A) Rithmetics (คณิตศาสตร์)	3.68	.45	ดี
ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา	3.90	.45	ดี
ทักษะด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรม	3.87	.51	ดี
ทักษะด้านความเข้าใจความต่างวัฒนธรรมต่างกระบวนทัศน์	4.34	.52	ดี
ทักษะด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีมและภาวะผู้นำ	4.12	.48	ดี
ทักษะด้านการสื่อสาร สารสนเทศ และรู้เท่าทันสื่อ	4.04	.44	ดี
ทักษะด้านคอมพิวเตอร์ และเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร	4.26	.53	ดี
ทักษะด้านอาชีพและทักษะการเรียนรู้	4.26	.46	ดี

4. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะผู้สอน คุณลักษณะผู้เรียน สิ่งแวดล้อม การบริหารหลักสูตร และวิธีการจัดการเรียนการสอน กับการรับรู้ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล พบว่าทุกปัจจัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะผู้สอน คุณลักษณะผู้เรียน สิ่งแวดล้อม การบริหารหลักสูตร และวิธีการจัดการเรียนการสอน กับการรับรู้ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล (n = 509)

ปัจจัย	การรับรู้ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21	
	r_s	*p*
คุณลักษณะผู้สอน	.459	< .001
คุณลักษณะผู้เรียน	.493	< .001
สิ่งแวดล้อม	.395	< .001
การบริหารหลักสูตร	.412	< .001
วิธีการจัดการเรียนการสอน	.517	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าคุณลักษณะผู้สอนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่ผู้สอนซึ่งเป็นบุคคลต้นแบบในด้านการยอมรับและเข้าใจความแตกต่างของผู้เรียน มีการใช้เทคโนโลยีในการออกแบบกิจกรรมเพื่อกระตุ้นผู้เรียนให้เกิดการเรียนรู้ ส่งผลให้ผู้เรียนมีความรู้และทักษะเฉพาะด้าน อีกทั้งผู้สอนมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้เรียนได้เห็นและนำไปปฏิบัติตาม ซึ่งในปัจจุบัน บทบาทหน้าที่ของผู้สอนเปลี่ยนแปลงไปเพื่อให้ทันกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะในปัจจุบันเป็นยุคแห่งเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่ทันสมัย มีความก้าวหน้า และสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้มากและรวดเร็วขึ้น ดังนั้น ผู้สอนจึงจำเป็นต้องปรับตัวให้พร้อมและพัฒนาตนเองให้ทันยุคที่เปลี่ยนไป อีกทั้งต้องมีความกระตือรือร้นที่จะพัฒนาด้านทักษะวิทยาการให้ทันสมัย เพื่อให้เกิดประโยชน์ทางการเรียนสำหรับผู้เรียน ทำให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล รวมถึงการที่ผู้สอนมีความสามารถในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบร่วมมือ เพื่อให้เกิดการทำงานเป็นทีมและส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง อีกทั้งต่อยอดการเรียนรู้ให้นักศึกษาเข้าใจและยอมรับความสามารถของตนเอง โดยจัดการเรียนการสอนที่เชื่อมโยงความรู้สู่การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หรือการที่ผู้สอนสามารถใช้เทคโนโลยีช่วยในการจัดการเรียนการสอน ออกแบบสร้างสรรค์กิจกรรมการเรียนรู้ เพื่อกระตุ้นผู้เรียนให้รู้จักเรียนรู้ด้วยตนเอง และเป็นที่ปรึกษาเมื่อผู้เรียนเกิดปัญหา มีความรัก ความห่วงใย และเอาใจใส่ผู้เรียน ทำให้ผู้เรียนได้มีการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ในทุก ๆ ทักษะ ซึ่งคุณลักษณะผู้สอนดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของอภิณห์พร สถิตย์ภาคีกุล และคณะ (2556) ที่ทำการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรการผลิตครูในศตวรรษที่ 21 ของคณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งหนึ่ง พบว่าครูในศตวรรษที่ 21 ควรเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถในการเรียนรู้ (เป็นคนเก่ง) มีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพครู ครูในอนาคตอาจมีหลายรูปแบบ ทั้งที่เป็นครูในห้องเรียนและนอกห้องเรียน รวมทั้งต้องมีคุณลักษณะและทักษะในศตวรรษที่ 21 ด้วย จึงจะทำให้ผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการเรียนการสอน และพึงพอใจต่อบุคลิกภาพของผู้สอน

ผลการวิจัยพบว่าคุณลักษณะผู้เรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการที่นักศึกษามีความพร้อมในการเรียนรู้ ใฝ่รู้ กระตือรือร้น มีความรับผิดชอบ พึ่งพาตนเองในการค้นคว้าหาความรู้ รู้จักสืบเสาะ แสวงหาความรู้ มีทักษะในการทำงานร่วมกับผู้อื่น มีการคิดอย่างเป็นระบบ และสามารถใช้ภาษาสากลได้เป็นอย่างดี ก็จะตอบสนองต่อการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ได้อย่างตรงจุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Jakobovits (1971) ที่ศึกษาปัจจัยในการเรียนการสอนภาษาต่างประเทศหรือภาษาที่สอง ซึ่งปัจจัยที่ทำให้การเรียนการสอนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้เรียนต้องมีความสามารถที่จะเข้าใจการสอน ซึ่งขึ้นอยู่กับสติปัญญา ความสามารถ และความถนัด อันได้แก่ องค์ประกอบ ความถนัดทางการเรียน องค์ประกอบอื่นที่มีส่วนร่วมกับความถนัด ความมานะบากบั่น ซึ่งเกิดจากแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ เจตคติที่มีต่อผู้สอน ความสนใจ นิสัยทางการเรียน และการประเมินผลความสามารถของตนเอง

ผลการวิจัยพบว่าสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากวิทยาลัยฯ มีการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ มีห้องเรียน ห้องฝึกปฏิบัติการ และแหล่งฝึกเพียงพอต่อการจัดการเรียนการสอน มีการจัดห้องเรียนที่เหมาะสม รวมถึงมีจำนวนเอกสาร หนังสือ ตำรา และวารสารที่เพียงพอสำหรับนักศึกษาในการศึกษาค้นคว้า มีการจัดห้องสำหรับการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองของนักศึกษา มีห้องทำงานกลุ่มย่อยอย่างเพียงพอ มีฐานข้อมูล เว็บไซต์ และระบบ Wifi สำหรับการศึกษาค้นคว้าที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและเพียงพอ ซึ่งล้วนเป็นการส่งเสริม

การเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของทรรศนีย์ วราห์คำ (2554) ที่ศึกษาการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของโรงเรียนแห่งหนึ่ง พบว่าการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ตามความต้องการของผู้เรียน คือ มีการจัดตกแต่งอาคารสถานที่ สิ่งปลูกสร้างมั่นคง ปลอดภัย สะอาด และเรียบร้อย มีอุปกรณ์ในห้องเรียนและอุปกรณ์กีฬา และมีบริการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ทำให้เอื้อต่อการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้เรียนได้อย่างดี และสอดคล้องกับการศึกษาของกมลรัตน์ เทอร์เนอร์ และคณะ (2559) ที่ศึกษาสภาพการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทักษะศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่าการจัดการเรียนการสอนประการหนึ่งในการส่งเสริมทักษะศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล คือ การจัดสภาพห้องเรียนและโสตทัศนูปกรณ์ให้มีความพร้อม เพื่อให้การเรียนการสอนดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการวิจัยพบว่าการบริหารหลักสูตรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากวิทยาลัยฯ มีการวางแผนการพัฒนางานที่เกิดจากความร่วมมือของบุคลากรทุกคน ที่ร่วมกันวางแผนการปฏิบัติงานโดยใช้บริบทของการทำงานอย่างมีส่วนร่วม ทั้งในการบริหารและการตัดสินใจ ตามหลักการบริหารแบบมีส่วนร่วมที่ว่าความสำเร็จของงานจะทำได้โดยการกระตุ้นความต้องการด้านสัมฤทธิผลเป็นสำคัญ หากแต่ละคนมีความต้องการด้านสัมฤทธิผลสูงก็สามารถทำงานได้สำเร็จและช่วยให้งานของหน่วยงานสำเร็จไปได้ ทั้งนี้ กิจกรรมการบริหารหลักสูตรของวิทยาลัยฯ มีการจัดเนื้อหารายวิชาที่มีความสัมพันธ์กัน ส่งเสริมการเรียนในรายวิชาใหม่ให้เข้าใจยิ่งขึ้น มีปริมาณเนื้อหา/การจัดตารางการเรียนเหมาะสมกับรายวิชา และมีวิชาเลือกที่สอดคล้องกับความสนใจของนักศึกษา ส่งผลให้การเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาเป็นไปอย่างเหมาะสมและตรงกับความต้องการของนักศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของทรรศนีย์วราห์คำ (2554) ที่พบว่าทักษะศตวรรษที่ 21 จะเกิดขึ้นได้ การบริหารหลักสูตรต้องมีการวางแผนพัฒนางานที่เกิดจากความร่วมมือของบุคลากร การปฏิบัติที่เป็นกันเอง การใช้หลักประชาธิปไตย บุคลากรมีส่วนร่วมในการบริหารและตัดสินใจ มีการทำงานเป็นทีม มีแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการประจำปีที่สอดคล้องกับบริบทของโรงเรียน รวมถึงมีการประเมินผลและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

ผลการวิจัยพบว่าวิธีการจัดการเรียนการสอนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากในปัจจุบัน การเรียนการสอนมุ่งที่ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางมากขึ้น มีการจัดกิจกรรมที่กระตุ้นให้ผู้เรียนมีกระบวนการคิด วิเคราะห์ และแก้ปัญหา อันเป็นการช่วยพัฒนาผู้เรียนทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา เช่น การเรียนในชั้นปีที่ 4 รายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 ที่จัดกิจกรรมการเรียนการสอนแบบกรณีศึกษา ผ่านสถานการณ์จำลอง นักศึกษาได้ฝึกกระบวนการคิดแก้ปัญหา และลงมือปฏิบัติกับหุ่นจำลอง ซึ่งสามารถนำไปปรับใช้เมื่อพบสถานการณ์จริง อีกทั้งวิทยาลัยฯ มีการประเมินความสามารถและวิธีการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับนักศึกษา โดยกระตุ้นให้นักศึกษามีความกระตือรือร้น ส่งเสริมให้ได้แสดงความคิดเห็นและยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น และใช้วิธีการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เช่น การทำกิจกรรมกลุ่มที่ใช้กระบวนการแก้ปัญหา การกระตุ้นการคิดวิเคราะห์ โดยผู้สอนเป็นผู้ให้คำปรึกษาหรือช่วยอำนวยความสะดวก รวมถึงสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีในการเรียน เปิดโอกาสให้นักศึกษามีอิสระในการเรียนรู้ในรูปแบบที่สนใจ ให้นักศึกษานำคอมพิวเตอร์มาใช้ในห้องเรียนสำหรับการศึกษาค้นคว้าหรือนำเสนอ ทำให้เข้าถึงแหล่งการเรียนรู้ได้สะดวกยิ่งขึ้น ส่งผลให้การเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาเป็นไปอย่างเหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้เรียน สอดคล้องกับการศึกษาของกมลรัตน์ เทอร์เนอร์ และคณะ (2559) ที่พบว่าการจัดการเรียนการสอนประการหนึ่งในการส่งเสริมทักษะศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล คือ วิธีการเรียนรู้จากสถานการณ์จำลอง การแก้ปัญหา และการจัดการเรียนการสอนที่ให้ความสำคัญกับทักษะที่เป็นจุดอ่อนหรือเป็นปัญหาของนักศึกษา เพื่อช่วยส่งเสริม

ทักษะศตวรรษที่ 21 ให้กับนักศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้ของ Harris, Lowery-Moore, and Farrow (2008) ที่ว่าในการเรียนรู้นั้น ต้องใช้กลยุทธ์และเทคนิคที่จะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ เช่น การสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก การสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้สอนควรวางแผนการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของผู้เรียนในทุก ๆ ทักษะ โดยเฉพาะทักษะ 3R: Reading (อ่านออก), (W) Riting (เขียนได้) และ (A) Rithmetics (คณิตศาสตร์) และทักษะด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรม นอกจากนี้ในชั้นปีที่ 4 ผู้สอนควรเพิ่มการพัฒนาผู้เรียนให้มีทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหาผ่านกระบวนการเรียนการสอนที่มีความหลากหลาย โดยเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง

1.2 ผู้บริหารควรมีการพัฒนาผู้สอนเกี่ยวกับวิธีการหรือเทคนิคการสอนแบบต่าง ๆ ที่ช่วยส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ให้กับผู้เรียน เช่น จัดอบรมเชิงปฏิบัติการทุกปีการศึกษา โดยเชิญวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญหรือกระตุ้นให้เข้ารับการพัฒนาจากภายนอกสถาบัน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยทำนายทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ทั้งด้านผู้สอนและผู้เรียน เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ในระดับสูงขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, สมพร รักความสุข, จิดาภา เรือนใจมั่น, จิตรา สุขเจริญ, และธัญญมล สุริยานิมิตรสุข. (2559). สภาพการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทักษะศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 26*(2), 128-141.

ทรรศนีย์ วราห์คำ. (2554). *การศึกษาการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของโรงเรียนวัดจันทร์ประดิษฐาราม สังกัดสำนักงานเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

วิจารณ์ พานิช. (2555). *วิถีสร้างการเรียนรู้เพื่อศิษย์ในศตวรรษที่ 21*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์.

อภิณห์พร สถิตย์ภาคีกุล, อารี สาริปา, กุสุมา ใจสบาย, สุนีติ์ ภู่จิรฐาพันธุ์, แก้วใจ สุวรรณเวช, กมลทิพย์ ธรรมกีรติ, … สุขุมาล จันทวี. (2556). *การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรการผลิตครูในศตวรรษที่ 21: กรณีศึกษาคณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช* (รายงานผลการวิจัย). มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช.

Harris, S., Lowery-Moore, H., & Farrow, V. (2008). Extending transfer of learning theory to transformative learning theory: A model for promoting teacher leadership. *Theory Into Practice, 47*(4), 318-326.

Jakobovits, L. A. (1971). *Foreign language learning: A psycholinguistic analysis of the issues.* Rowley, MA: Newbury House.

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี

The Relationship between Perception toward Non-communicable Diseases and Health Promotion Behaviors for Non-communicable Diseases Prevention among People in Muang District, Chanthaburi Province

คัทลิยา วสุธาดา, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) [1]
Cuttaliya Vasuthada, M.N.S. (Nursing Administration) [1]
นันทวัน ใจกล้า, มน.ม. (มานุษยวิทยา) [3]
Nunthawan Jaikla, M.A. (Anthropology) [3]
ลลิตา เดชาวุธ, พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว) [2]
Lalita Dechavoot, M.N.S. (Family Nursing) [2]
สายใจ จารุจิตร, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) [4]
Saijai Jarujit, M.N.S. (Community Nurse Practitioner) [4]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชน กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ในปี พ.ศ. 2560 ที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 240 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีค่าความเชื่อมั่น .80 และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีค่าความเชื่อมั่น .80 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ประชาชนมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวม คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวม และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สิ่งสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพ ในระดับสูง (M = 3.92, SD = 1.27; M = 4.06, SD = 1.30 และ M = 4.32, SD = 1.03 ตามลำดับ) 2) ประชาชนมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับปานกลาง (M = 3.57, SD = 1.30) และ 3) การรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การรับรู้ผลที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการรับรู้สิ่งสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .243, $p < .001$, r = .265, $p < .001$ และ r = .301, $p < .001$ ตามลำดับ)

[1, 4] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
[1, 4] Registered Nurse, Professional Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi
[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: cuttaliya@hotmail.com
[2, 3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
[2, 3] Registered Nurse, Senior Professional Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าบุคลากรทางสาธารณสุขควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในรูปแบบที่หลากหลายและเหมาะสมกับบริบทของประชาชน โดยเฉพาะในประเด็นสาเหตุของโรค การตรวจสุขภาพ การออกกำลังกาย และการหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด เพื่อให้ประชาชนมีการรับรู้และมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น
คำสำคัญ: การรับรู้ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค

Abstract

This correlational research aimed to examine the relationship between perception toward non-communicable diseases and health promotion behaviors for non-communicable diseases prevention among people. The samples consisted of 240 people without non-communicable diseases who lived in Muang District, Chanthaburi Province in A.D. 2017. The research instrument was a 3-part questionnaire that comprised demographic data, perception toward non-communicable diseases with the reliability of .80, and health promotion behaviors for non-communicable diseases prevention with the reliability of .80. Data were collected from September to November, 2017. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation.

The research results revealed that 1) the people had mean scores of perception toward causes of non-communicable diseases, perception toward effects of non-communicable diseases, and perception toward social support on health promotion at a high level (M = 3.92, SD = 1.27; M = 4.06, SD = 1.30 and M = 4.32, SD = 1.03, respectively); 2) the people had mean score of health promotion behaviors for non-communicable diseases prevention at a moderate level (M = 3.57, SD = 1.30); and 3) perception toward causes of non-communicable diseases, perception toward effects of non-communicable diseases, and perception toward social support on health promotion were positively statistically significant related to health promotion behaviors for non-communicable diseases prevention (r = .243, $p < .001$, r = .265, $p < .001$ and r = .301, $p < .001$, respectively).

This research suggests that health care providers should educate people regarding non-communicable diseases through various patterns and appropriately with their contexts, especially in the aspects of causes of diseases, medical checking up, exercise, and avoiding strong-flavored food in order to enhance perception and health promotion behaviors among people.
Keywords: Perception, Non-communicable disease, Health promotion behaviors, Disease prevention

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกรายงานว่าทุกปีทั่วโลกจะพบการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases [NCDs]) ประมาณ 36 ล้านคน (สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) สำหรับประเทศไทย พบว่าภาระจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ทั้งที่มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยมาอย่างต่อเนื่อง ภายใต้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ สอดคล้องกับผลการสำรวจสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2559) ที่พบว่าประชาชนป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น และจากรายงานประจำปี 2558 พบว่าจำนวนและอัตราผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกโรคอย่างต่อเนื่อง ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2557 (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559) โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตถึงร้อยละ 73 ของประชากรทั้งหมด (โสภณ เมฆธน, 2559) โดยอัตราการตายสูงสุดคือ โรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็น 48.70 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ โรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็น 32.30 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวาน คิดเป็น 22.30 ต่อแสนประชากร ภาวะความดันโลหิตสูง คิดเป็น 12.20 ต่อแสนประชากร และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง คิดเป็น 11.40 ต่อแสนประชากร (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560) จากสถานการณ์และความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงก่อให้เกิดความสูญเสียด้านทรัพยากรบุคคลซึ่งเป็นวัยทำงาน และยังเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศอย่างมาก

จากสถิติของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ปี 2559 พบว่าจังหวัดจันทบุรีมีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 54,378 คน เมื่อพิจารณาเป็นรายอำเภอ พบว่าอำเภอเมืองเป็นอำเภอที่มีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากที่สุด โดยประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภอเมือง ได้รับการคัดกรองและพบว่าเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง 2,838 คน คิดเป็นร้อยละ 6.28 และเป็นโรคความดันโลหิตสูง 8,889 คน คิดเป็นร้อยละ 18.05 โดยมีอัตราการตายจากโรคความดันโลหิตสูง 949 คนต่อปี หรือเฉลี่ยเดือนละ 79 คน เป็นโรคเบาหวาน 4,212 คน คิดเป็นร้อยละ 8.56 เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน 2,473 คน คิดเป็นร้อยละ 5.09 เป็นโรคหลอดเลือดสมอง 329 คน คิดเป็นร้อยละ 0.67 เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 329 คน คิดเป็นร้อยละ 0.43 และเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด 764 คน คิดเป็นร้อยละ 1.55 (ศูนย์ข้อมูลสุขภาพที่ 6 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี, 2559)

โรคไม่ติดต่อเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ซึ่งจะมีการดำเนินโรคอย่างช้า ๆ ค่อย ๆ สะสมอาการอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีอาการของโรคแล้วมักเกิดการเรื้อรังของโรคด้วยสาเหตุหลักที่สำคัญ คือ พฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรับประทานอาหารรสจัด เช่น หวานจัด เค็มจัด อาหารที่มีไขมันสูง อาหารปิ้งย่าง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย การนอนดึก การมีความเครียดสูง และการรับประทานยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์ ซึ่งคนที่มีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตดังกล่าวมักมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้มากกว่าคนอื่น ๆ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560) ซึ่งระดับความรุนแรงจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมในการเลือกรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการขาดการออกกำลังกาย ซึ่งสัมพันธ์กับจำนวนของโรคที่เป็น (อุทัย สุดสุข และคณะ, 2552) รวมถึงมีการจัดการความเครียดในรูปแบบที่ไม่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ล้วนทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ นับว่าพฤติกรรมที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น (ประนอม โอทกานนท์, 2554) โรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงกำลังเป็นภัยเงียบที่มีอิทธิพลต่อการเสียชีวิตของประชาชนมากขึ้น ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ที่มีแนวโน้มจะป่วยและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่ง Pender (1996) ได้กล่าวว่าการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะช่วยให้สุขภาพแข็งแรง สอดคล้องกับการศึกษาของทรรศนีย์ โกศัยทิพย์ (2552) ที่พบว่าสุขภาพดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

พฤติกรรมสุขภาพ เพราะนอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแล้ว ยังเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศอีกด้วย (อาภรณ์ ดีนาน, 2555)

การรับรู้ด้านสุขภาพ เช่น การรับรู้อาการของโรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การรับรู้คำแนะนำของทีมสุขภาพ นับเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เพราะทำให้เกิดการปฏิบัติในการป้องกันหรือการรักษา ซึ่งจะช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพดี หรืออาการต่าง ๆ ทุเลาลงจากการเจ็บป่วย (Rimer, 1984 อ้างถึงในศิริรัตน์ โกศัลยวัฒน์, 2548) ทั้งนี้ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงหรือผลกระทบจากการเกิดโรค เป็นผลรวมของการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค อันเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค (Rosenstock, 1974)

จากข้อมูลข้างต้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ซึ่งผลการวิจัยที่ได้สามารถนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนการจัดกิจกรรมเพื่อดำเนินการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้แก่ประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

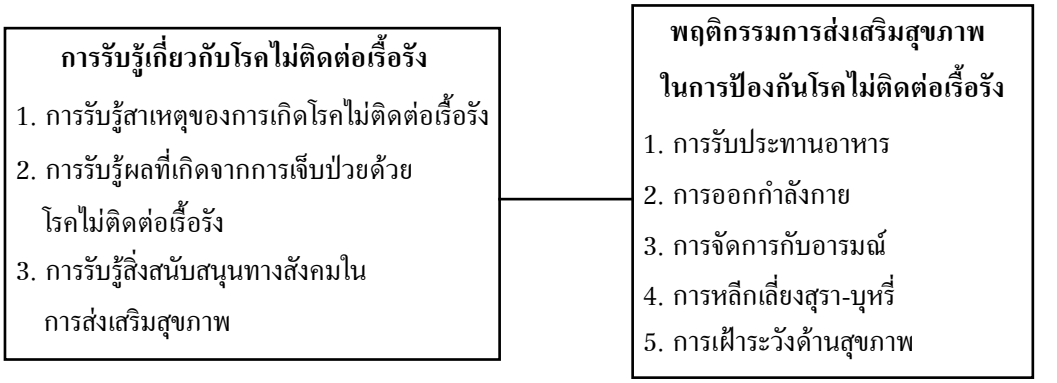
1. เพื่อศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้แนวคิดจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ของ Rosenstock (1974) ซึ่งได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลไว้ว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงหรือผลกระทบจากการเกิดโรค เป็นผลรวมของการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค โดยเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค โดยการศึกษาหลายเรื่องที่ผ่านมาพบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะคุกคามจากการเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคลวัยผู้ใหญ่ (Becker et al., 1977; Cummings, Jette, Brock, & Haefner, 1979) และพบว่าการรับรู้ผลกระทบของโรคมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน (Paige, Bonnar, & Coster, 2018) อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังยังคงต้องการความชัดเจน ประกอบกับยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของการรับรู้สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง และการรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพ การวิจัยครั้งนี้จึงต้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นประชาชนที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ในปี พ.ศ. 2560 ที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคปอดเรื้อรัง เลือกพื้นที่ศึกษาจำนวน 4 ตำบล โดยการจับฉลาก ได้ตำบลบางกะจะ ตำบลพลับพลา ตำบลคลองนารายณ์ และตำบลบ้านเขาน้อย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุ 35-80 ปี 2) ไม่มีปัญหาการสื่อสาร 3) มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะปกติ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ มีความพิการที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง คำนวณขนาดตัวอย่างจากตารางอำนาจการทดสอบด้วยการศึกษาความสัมพันธ์ของ Polit and Hungler (1999) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .30 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .90 และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .01 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 131 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงปรับขนาดตัวอย่างดังสูตร $n_{adj} = n/(1-R)$ โดยคาดการณ์จำนวนผู้ตกสำรวจร้อยละ 20 (ค่า R = .20) จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 164 คน และเพื่อให้สะดวกต่อจำนวนการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงกำหนดโควตากลุ่มตัวอย่างตำบลละ 60 คน และเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการจับฉลาก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและปรับแนวคิดให้สอดคล้องกับพื้นที่ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การมีโรคประจำตัว การตรวจสุขภาพประจำปี และการมีญาติสายตรงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วยการรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 5 ข้อ การรับรู้ผลที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 5 ข้อ และการรับรู้สิ่งสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ แบ่งออกเป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 12 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ

ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน) และในระดับสูง (3.67-5.00 คะแนน)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วยการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การหลีกเลี่ยงสุรา-บุหรี่ และการเฝ้าระวังด้านสุขภาพ รวมจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ แบ่งออกเป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 12 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เคยเลย น้อยครั้งมาก เป็นบางครั้ง บ่อย ๆ และเป็นประจำสม่ำเสมอ ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมในระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน) และในระดับสูง (3.67-5.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองจันทบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 010 วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2560) คณะผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) คณะผู้วิจัยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยให้เวลา 20-30 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และข้อมูลพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของประชาชน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 68.30 มีอายุอยู่ในช่วงวัยทำงาน (35-59 ปี) คิดเป็นร้อยละ 78.30 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 78.30 มีรายได้อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.60 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 87.50 ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี คิดเป็นร้อยละ 51.70 และมีญาติสายตรงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 40.40

2. การรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชน

2.1 การรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายประเด็น พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สิ่งสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพ ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 63.33, 70.42 และ 76.25 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายประเด็น (n = 240)

การรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
ระดับต่ำ	5	2.09
ระดับปานกลาง	83	34.58
ระดับสูง	152	63.33
การรับรู้ผลที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
ระดับต่ำ	5	2.08
ระดับปานกลาง	66	27.50
ระดับสูง	169	70.42
การรับรู้สิ่งสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพ		
ระดับต่ำ	7	2.92
ระดับปานกลาง	50	20.83
ระดับสูง	183	76.25

2.2 การรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายข้อและโดยรวม ประเด็นการรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่าประชาชนมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สาเหตุฯ โดยรวมในระดับสูง (M = 3.92, SD = 1.27) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การออกกำลังกายช่วยป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ทางหนึ่ง (M = 4.43, SD = 1.01) โดยอยู่ในระดับสูง รองลงมาคือ สุราและบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (M = 4.36, SD = 1.12) โดยอยู่ในระดับสูง ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีสาเหตุจากกรรมพันธุ์โดยไม่มีปัจจัยอื่น (M = 3.24, SD = 1.52) โดยอยู่ในระดับปานกลาง

ประเด็นการรับรู้ผลที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่าประชาชนมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลฯ โดยรวมในระดับสูง (M = 4.06, SD = 1.30) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ เมื่อเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ท่านหรือคนในครอบครัวอาจจำเป็นต้องหยุดงานและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง (M = 4.40, SD = 1.01) โดยอยู่ในระดับสูง รองลงมาคือ เมื่อท่านเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรคใดโรคหนึ่งแล้ว ท่านอาจเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ เพิ่มได้อีก (M = 4.34, SD = 1.54) โดยอยู่ในระดับสูง ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ การตรวจสุขภาพไม่จำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่อง เพราะถ้าเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังขึ้นก็สามารถรักษาให้หายได้ (M = 3.36, SD = 1.12) โดยอยู่ในระดับปานกลาง

ประเด็นการรับรู้สิ่งสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพ พบว่าประชาชนมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สิ่งสนับสนุนฯ โดยรวมในระดับสูง (M = 4.32, SD = 1.03) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การได้รับความรู้เรื่องการตรวจความผิดปกติของตนเอง ทำให้ท่านใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น (M = 4.62, SD = .79) โดยอยู่ในระดับสูง รองลงมาคือ สื่อต่างๆ ด้านสุขภาพ ช่วยให้ท่านมีวิธีการดูแลสุขภาพดีขึ้น (M = 4.39, SD = .98) โดยอยู่ในระดับสูง ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ การมีกลุ่มออกกำลังกายในชุมชน

ทำให้ท่านต้องการออกกำลังกายมากขึ้น (M = 4.08, SD = 1.25) โดยอยู่ในระดับสูง

การรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายข้อและโดยรวมแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชน จำแนกเป็นรายข้อและโดยรวม (n = 240)

การรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	*M*	*SD*	ระดับการรับรู้
การรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง			
1. อาหารที่เค็ม หวาน มัน ปิ้งย่าง และอาหารแปรรูป เช่น ไส้กรอก ปลาเค็ม เป็นสาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	4.27	1.14	สูง
2. การมีภาวะเครียดนานๆ ไม่ใช่สาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	3.28	1.54	ปานกลาง
3. โรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีสาเหตุจากกรรมพันธุ์ โดยไม่มีปัจจัยอื่น	3.24	1.52	ปานกลาง
4. การออกกำลังกายช่วยป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ทางหนึ่ง	4.43	1.01	สูง
5. สุราและบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	4.36	1.12	สูง
โดยรวม	3.92	1.27	สูง
การรับรู้ผลที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง			
6. ท่านอาจมีน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง แม้จะไม่มีอาการใดๆ	3.95	1.28	สูง
7. เมื่อท่านเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรคใดโรคหนึ่งแล้ว ท่านอาจเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ เพิ่มได้อีก	4.34	1.54	สูง
8. โรคไม่ติดต่อเรื้อรังอาจทำให้ท่านเกิดความพิการ เป็นอัมพาต หรือตายอย่างกะทันหันได้	4.24	1.52	สูง
9. เมื่อเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ท่านหรือคนในครอบครัวอาจจำเป็นต้องหยุดงานและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง	4.40	1.01	สูง
10. การตรวจสุขภาพไม่จำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่อง เพราะถ้าเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังขึ้นก็สามารถรักษาให้หายได้	3.36	1.12	ปานกลาง
โดยรวม	4.06	1.30	สูง
การรับรู้สิ่งสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพ			
11. แบบอย่างที่ดีด้านการดูแลสุขภาพของเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ อสม. เป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนดีขึ้น	4.35	.96	สูง
12. สื่อต่างๆ ด้านสุขภาพ ช่วยให้ท่านมีวิธีการดูแลสุขภาพดีขึ้น	4.39	.98	สูง
13. การมีสถานที่สำหรับออกกำลังกาย ช่วยให้ท่านต้องการออกกำลังกาย	4.18	1.19	สูง
14. การมีกลุ่มออกกำลังกายในชุมชน ทำให้ท่านต้องการออกกำลังกายมากขึ้น	4.08	1.25	สูง
15. การได้รับความรู้เรื่องการตรวจความผิดปกติของตนเอง ทำให้ท่านใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น	4.62	.79	สูง
โดยรวม	4.32	1.03	สูง

3. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชน พบว่าประชาชนมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพฯ โดยรวมในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 59.58 (M = 3.57, SD = 1.30) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ดื่มสุรา เบียร์ ยาดองเหล้า หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม (M = 4.25, SD = 1.19) โดยอยู่ในระดับสูง รองลงมาคือ ออกกำลังกายแบบเบา ๆ เช่น เดิน กวาดบ้าน รดน้ำต้นไม้ (M = 4.23, SD = 1.12) โดยอยู่ในระดับสูง ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ออกกำลังกายแบบหนัก เช่น เล่นกีฬา วิ่ง ขุดดินทำงานสวน (M = 2.63, SD = 1.68) โดยอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชน จำแนกเป็นรายข้อและโดยรวม (n = 240)

พฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	*M*	*SD*	ระดับพฤติกรรม
1. กินอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ขาหมูติดมัน หมูสามชั้น หนังไก่ คอหมูย่าง	3.60	1.04	ปานกลาง
2. เติมเครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา น้ำตาล ซอส เพิ่มในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้วก่อนกิน	2.91	1.48	ปานกลาง
3. กินอาหารปิ้งย่างที่ไหม้เกรียม เช่น หมูปิ้ง เนื้อย่าง ไก่ย่าง อาหารแปรรูป	3.94	.98	สูง
4. กินอาหารรสหวานจัด เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน กาแฟใส่นม ขนมเค้ก โดนัท คุกกี้	2.94	1.50	ปานกลาง
5. กินอาหารทอด เช่น ไก่ทอด กล้วยทอด ปาท่องโก๋	3.58	1.05	ปานกลาง
6. กินอาหารรสเค็มจัด เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม ไข่เค็ม	3.80	1.05	สูง
7. กินผักและผลไม้รสไม่หวาน อย่างน้อยวันละครึ่งกิโลกรัม (5 ขีด)	3.68	1.22	สูง
8. กินอาหารหรือขนมหวานที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น แกงเผ็ด แกงเขียวหวาน มัสมั่น แกงคั่ว กล้วยบวชชี บัวลอย ลอดช่อง	3.77	.87	สูง
9. ออกกำลังกายครั้งละอย่างน้อย 30 นาที	2.83	1.53	ปานกลาง
10. ออกกำลังกายแบบเบา ๆ เช่น เดิน กวาดบ้าน รดน้ำต้นไม้	4.23	1.12	สูง
11. ออกกำลังกายแบบหนักปานกลาง เช่น เดินเร็ว ถูบ้าน ซักผ้าโดยไม่ใช้เครื่องซักผ้า	3.65	1.43	ปานกลาง
12. ออกกำลังกายแบบหนัก เช่น เล่นกีฬา วิ่ง ขุดดิน ทำงานสวน	2.63	1.68	ปานกลาง
13. คอยระวังน้ำหนักของท่าน ไม่ปล่อยให้น้ำหนักเกินหรืออ้วน	3.26	1.63	ปานกลาง
14. เมื่อมีความเครียด มีการผ่อนคลายด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลาย ๆ วิธี ได้แก่ การสวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ ดูหนัง ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ ออกกำลังกาย ปรึกษาพูดคุยกับเพื่อน ๆ หรือสมาชิกในครอบครัว มีกิจกรรมร่วมกับกลุ่มเครือข่ายของตนเอง เช่น เพื่อนเก่า เพื่อนร่วมงาน เพื่อนร่วมชมรมต่าง ๆ	3.63	1.34	ปานกลาง
15. มักฉุนเฉียว ไม่พอใจคนอื่น	3.88	1.09	สูง
16. ทำกิจกรรมร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว เช่น กินอาหาร ดูทีวี ท่องเที่ยว ไปวัด ทำบุญ	3.78	1.33	สูง
17. ดื่มสุรา เบียร์ ยาดองเหล้า หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม	4.25	1.19	สูง
18. คนในครอบครัวของท่านสูบบุหรี่	3.57	1.78	ปานกลาง
19. คอยสังเกตความผิดปกติด้านสุขภาพของตนเอง	3.91	1.32	สูง
20. อ่านหรือติดตามข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ	3.65	1.36	ปานกลาง
โดยรวม	3.57	1.30	ปานกลาง

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชน พบว่าการรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การรับรู้ผลที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการรับรู้สิ่งสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .243$, $p < .001$, $r = .265$, $p < .001$ และ $r = .301$, $p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชน (n = 240)

การรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	
	r	***p***
การรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	.243	< .001
การรับรู้ผลที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	.265	< .001
การรับรู้สิ่งสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพ	.301	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สิ่งสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพ ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนมีแนวโน้มที่จะรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน เพราะมีช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายที่สามารถเข้าถึงและรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ เช่น สื่อประชาสัมพันธ์ โทรทัศน์ วิทยุ อินเทอร์เน็ต เอกสารต่าง ๆ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อีกทั้งสถานบริการสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังได้จัดโครงการรณรงค์เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อและโรคอื่น ๆ เพื่อคัดกรองและประชาสัมพันธ์การส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประชาชนเห็นประโยชน์ของการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าว ซึ่งการรับรู้ของบุคคลมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคคล (ศิริรัตน์ โกศัลวัฒน์, 2548) เมื่อบุคคลรับรู้จะนำมาสู่การปรับพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้ บุคลากรทางสุขภาพมีส่วนช่วยในการให้ข้อมูล แนวทางแก้ไข รวมทั้งช่วยเพิ่มศักยภาพในการรับรู้ของผู้ใช้บริการด้วย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปรารถนา วัชรานุรักษ์ และอัจฉรา กลับกลาย (2560) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดหนึ่ง พบว่าปัจจัยเอื้อจากสื่อมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยพบว่าประชาชนมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 2 อันดับ คือ อันดับที่ 1 ออกกำลังกายแบบหนัก เช่น เล่นกีฬา วิ่ง ขุดดิน ทำงานสวน และอันดับที่ 2 ออกกำลังกายครั้งละอย่างน้อย 30 นาที ทั้งนี้อาจเนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและอยู่ในวัยทำงาน จึงมีข้อจำกัดเรื่องการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและกระดูก และข้อจำกัดเรื่องเวลา ส่วนพฤติกรรมเรื่องการเติมเครื่องปรุงรสเพิ่มในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว และการรับประทานอาหารรสหวานจัด อาจเป็นเพราะประชาชนส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ยังมีสุขภาพร่างกาย

แข็งแรง ประกอบกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมักแสดงอาการไม่ชัดเจนในระยะแรกของการเกิดโรค ทำให้ประชาชนไม่ทราบว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารเช่นนั้นจะส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของบุบผาชาติ ทีงาม, เยาวภา ติอัชสุวรรณ, และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ (2555) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยแห่งหนึ่ง พบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง เช่น รับประทานอาหารรสหวานจัด รับประทานอาหารประเภทน้ำมันมาก ดื่มน้ำอัดลม น้ำหวาน และรับประทานผลไม้ตามฤดูกาลครั้งละมาก ๆ ซึ่งการที่บุคคลจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดี บุคคลนั้นจะต้องมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพอย่างถูกต้อง (Maiman & Becker, 1974)

ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การรับรู้ผลที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการรับรู้สิ่งสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเมื่อบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ดี ทั้งการรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การรับรู้ผลที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการรับรู้สิ่งสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพ บุคคลจะเกิดความตระหนักในความสำคัญของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัชยา วิลวัฒน์ (2551) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวานประเภท 2 พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉรา จินดาวัฒนวงศ์, นพวรรณ เปียซื่อ, และพัชรินทร์ นินทจันทร์ (2555) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม โดยเฉพาะประเด็นการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรค

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสาธารณสุขควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในรูปแบบที่หลากหลาย และเหมาะสมกับบริบทของประชาชน โดยเฉพาะในประเด็นสาเหตุของโรคและการตรวจสุขภาพ รวมถึงการออกกำลังกายที่เหมาะสม และผลกระทบจากการรับประทานอาหารรสจัด เพื่อให้ประชาชนมีการรับรู้และมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชน โดยนำปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากการวิจัยครั้งนี้มาเป็นตัวแปรในการศึกษาด้วย

2.2 ควรทำวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนตามบริบทที่แท้จริง ซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลสำหรับวางแผนการจัดกิจกรรมที่ตรงตามเป้าหมายต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2559). *รายงานประจำปี 2558. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์*. สืบค้นจาก http://www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual/Annual-report-2015.pdf

ทรรศนีย์ โกศัยทิพย์. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.

บุบผาชาติ ทีงาม, เยาวภา ติอัชสุวรรณ, และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านโพนม่วง อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 5*(3), 127-134.

ประนอม โอทกานนท์. (2554). *ชีวิตที่สุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: แอคทีฟ พริ้นท์.

ปรารถนา วัชรานุรักษ์, และอัจฉรา กลับกลาย. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4*(1), 217-233.

ศิริรัตน์ โกศัลวัฒน์. (2548). *มโนทัศน์พื้นฐานทางการพยาบาล*. สงขลา: กอปปี้คอร์เนอร์ดิจิตอลปริ้นเซนเตอร์.

ศูนย์ข้อมูลสุขภาพที่ 6 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี. (2559). *รายงานโรคไม่ติดต่อ จังหวัดจันทบุรี ประจำปี 2559*. สืบค้นจาก http://www.chpho.go.th/web2014/

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2560). *กลุ่มโรค NCDs โรคที่คุณสร้างเอง*. สืบค้นจาก http://www.thaihealth.or.th/microsite/categories/5/ncds/2/173/176-กลุ่มโรค+NCDs.html

สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *สธ. เผยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตร้อยละ 73 ของการเสียชีวิตของประชากร เร่งพัฒนาสมรรถนะแก่บุคลากรเพื่อลดผู้ป่วยรายใหม่*. สืบค้นจาก http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=89828

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2559). *สถิติข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. สืบค้นจาก www.thaincd.com

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2560). *รายงานประจำปี 2560*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์. สืบค้นจาก http://www.thaincd.com/NCDReport60.pdf

สุพัชยา วิลวัฒน์. (2551). *ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวานประเภท 2* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

โสภณ เมฆธน. (2559). *ข่าวเพื่อสื่อมวลชน สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข*. สืบค้นจาก http://pr.moph.go.th/iprg/module.php?mod=news_print&idHot_new=89828

อัจฉรา จินดาวัฒนวงศ์, นพวรรณ เปียซื่อ, และพัชรินทร์ นินทจันทร์. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. *รามาธิบดีพยาบาลสาร, 18*(1), 58-68.

อาภรณ์ ดีนาน. (2555). การสร้างเสริมสุขภาพวัยผู้ใหญ่. ใน ศิริพร ขัมภลิขิต และจุฬาลักษณ์ บารมี (บ.ก.), *คู่มือการสอนการสร้างเสริมสุขภาพในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต* (น. 377-425). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

อุทัย สุดสุข, พิทยา จารุพูนผล, ประยูร ฟองสถิตย์กุล, จรัล เกวลินสฤษดิ์, สัมฤทธิ์ จันทราช, และจรรยา เสียงเสนาะ. (2552). *โครงการศึกษาสถานการณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ* (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.

Becker, M. H., Haefner, D. P., Kasl, S. V., Kirscht, J. P., Maiman, L. A., & Rosenstock, I. M. (1977). Selected psychosocial models and correlates of individual health-related behaviors. *Medical Care, 15*(Suppl. 5), 27-46.

Cummings, K. M., Jette, A. M., Brock, B. M., & Haefner, D. P. (1979). Psychosocial determinants of immunization behavior in a swine influenza campaign. *Medical Care, 17*(6), 639-649.

Maiman, L. A., & Becker, M. H. (1974). The health beliefs model: Original and correlates in psychological theory. In M. H. Becker (Ed.), *The health beliefs model and personal health behavior* (pp. 9-26). Thorofare, NJ: Slack.

Paige, S. R., Bonnar, K. K., Black, D. R., & Coster, D. C. (2018). Risk factor knowledge, perceived threat, and protective health behaviors: Implications for type 2 diabetes control in rural communities. *The Diabetes Educator, 44*(1), 63-71.

Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Connecticut: Appleton & Lange.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.

Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs, 2*(4), 354-386.

ผลการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กออทิสติก *

The Effects of Gestalt Group Counseling on Empowerment of Caregivers of Autistic Children *

สินีนาฏ บุญเจริญ, วท.ม. (จิตวิทยาการปรึกษา) [1]
Sineenast Boonjaroen, M.Sc. (Counseling Psychology) [1]

ดลดาว ปูรณานนท์, ศศ.ด. (จิตวิทยา) [2]
Doldao Puranonon, Ph.D. (Psychology) [2]

สุรินทร์ สุทธิธาทิพย์, Ed.D. (Psy.coun. and Guidance) [3]
Surin Suthithatip, Ed.D. (Psy.coun. and Guidance) [3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กออทิสติก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่มารับบริการที่แผนกกิจกรรมบำบัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี จำนวน 16 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ และแบบวัดพลังอำนาจของผู้ดูแล มีค่าความเชื่อมั่น .94 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ repeated measure ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Newman-Keuls

ผลการวิจัยพบว่า 1) มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 2) ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจผู้ดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ 3) ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจผู้ดูแลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดการอบรมการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์แก่บุคลากร เพื่อให้สามารถนำไปปรับใช้ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และควรมีการช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กออทิสติกด้วยการให้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง

คำสำคัญ: การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ การเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแลเด็กออทิสติก

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
* Master's Thesis of Science Program in Counseling Psychology, Faculty of Education, Burapha University

[1] มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
[1] Master, Program in Counseling Psychology, Faculty of Education, Burapha University
[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: sineenat02@gmail.com
[2] อาจารย์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
[2] Lecturer, Faculty of Education, Burapha University: Major Advisor
[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
[3] Assistant Professor, Faculty of Education, Burapha University: Co-advisor

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of Gestalt group counseling on empowerment of caregivers of autistic children. The samples consisted of 16 caregivers of autistic children receiving services at the occupational therapy department, Burapha University Hospital and were divided into an experimental group (n = 8) and a control group (n = 8). The research instruments included a Gestalt group counseling program and a scale of caregiver empowerment with the reliability of .94. The implementation and data collection were conducted from January to March, 2016. Statistic used for data analysis was repeated measure ANOVA with multiple comparisons by the Newman-Keuls method.

The research results revealed that 1) there was a statistically significant interaction between the method and the duration of the experiment ($p < .001$); 2) at the post-test and the follow-up phases, the experimental group had statistically significant higher mean score of caregiver empowerment than the control group ($p < .001$); and 3) at the post-test and the follow-up phases, the experimental group had statistically significant higher mean score of caregiver empowerment than the pre-test phase.

This research suggests that agencies should encourage their health care providers to enroll the Gestalt group counseling in order to achieve the greatest efficiency. Additionally, this Gestalt group counseling should be applied for caregivers of autistic children in order to enhance their confidences in competency.

Keywords: The Gestalt group counseling, Empowerment, Autistic children caregivers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ดูแลเด็กออทิสติกเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในการตอบสนองความต้องการของเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เนื่องจากเป็นผู้ใกล้ชิด ให้การเลี้ยงดูและให้ความรักแก่เด็กตลอดเวลา จากปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกที่แตกต่างกับเด็กปกติและการขาดความรู้ที่จำเป็นในการดูแลเด็กออทิสติก รวมถึงการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกทางลบหลายประการในการเลี้ยงดูบุตรหลานของตน (ประภาศรี ทุ่งมีผล, ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ, และสมบัติ สกุลพรรณ์, 2550) ทั้งความเครียดจากการดูแล มีความกังวลใจ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้และเบื่อหน่ายจากการที่ต้องดูแลเด็กออทิสติกตลอดทั้งวันและเป็นระยะเวลานานหลายปี ทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาทางสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้ (Lecavalier, Leone, & Wiltz, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของอิชยา เขื่อนมั่น (2545) ที่ศึกษาสุขภาพจิตและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดาบุคคลออทิสติก พบว่ามารดาที่มีสุขภาพจิตดีและมารดาที่มีสุขภาพจิตไม่ดีมีจำนวนเท่ากัน แสดงให้เห็นว่ามารดาครึ่งหนึ่งมีปัญหาสุขภาพจิตที่ควรได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) เป็นกระบวนการทางสังคมที่แสดงถึงการยอมรับและชื่นชม การส่งเสริม การพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ปัญหาด้วยตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต (Gibson, 1991) เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจ

สามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือวิถีชีวิตของตนเองได้ ดังนั้น การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลเด็กออทิสติก จึงถือว่าเป็นการกระตุ้นให้ผู้ดูแลเด็กออทิสติกเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เมื่อผู้ดูแลเด็กออทิสติกมีความเชื่อมั่นในพลังอำนาจของตนเอง ก็จะนำมาสู่การพัฒนาตนเอง มีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลง ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กออทิสติกสามารถดูแลตนเองและให้การช่วยเหลือดูแลเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

การปรึกษาเป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้การปรึกษากับผู้รับการปรึกษา เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจตนเองและตระหนักในตนเองเพื่อนำไปสู่การจัดการกับปัญหาอย่างแท้จริง (วัชรี ทรัพย์มี, 2551) การปรึกษาตามแนวเกสตัลท์ (the Gestalt counseling) เป็นกระบวนการปรึกษาที่อยู่บนพื้นฐานของการตระหนักรู้ส่วนตน เรียนรู้ถึงความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นในขณะปัจจุบัน และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากการพึ่งพาผู้อื่นมาสู่การพึ่งพาตนเอง มีความเชื่อว่ามนุษย์มีความสามารถที่จะรับรู้หรือสัมผัสถึงความคิด อารมณ์ และการรับรู้ของตนเอง และเชื่อว่ามนุษย์มีประสิทธิภาพในการรับรู้ถึงตนเอง มีสติ จึงทำให้มนุษย์มีความสามารถในการตัดสินใจเลือก พร้อมทั้งมีความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเอง (อนงค์ วิเศษสุวรรณ์, 2554) โดยมีกระบวนการปรึกษากลุ่มซึ่งเป็นกระบวนการในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก ภายใต้บรรยากาศที่อบอุ่น จริงใจ และไว้วางใจกัน เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน รวมถึงเปิดโอกาสให้สมาชิกได้รับการกระตุ้นให้ทดลองทำพฤติกรรมใหม่ๆ เพื่อให้เข้าใจตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรพงศ์ สุขมาลี (2550) ที่ศึกษาผลการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์เพื่อลดความเครียดของผู้ปกครองที่มีบุตรออทิสติก พบว่าผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีความเครียดในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่าการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลเด็กออทิสติก

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์มาใช้เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กออทิสติก เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กออทิสติกเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และให้การดูแลช่วยเหลือเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่างๆ ในการนำเทคนิคการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ไปปรับใช้ เพื่อเป็นแนวทางในการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กออทิสติกต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กออทิสติก

สมมติฐานการวิจัย

1. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง มีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กออทิสติก

2. ระยะหลังการทดลอง ผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่ได้รับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์มีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจผู้ดูแลสูงกว่าผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่ได้รับการปรึกษาแบบปกติ

3. ระยะติดตามผล ผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่ได้รับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์มีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจผู้ดูแลสูงกว่าผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่ได้รับการปรึกษาแบบปกติ

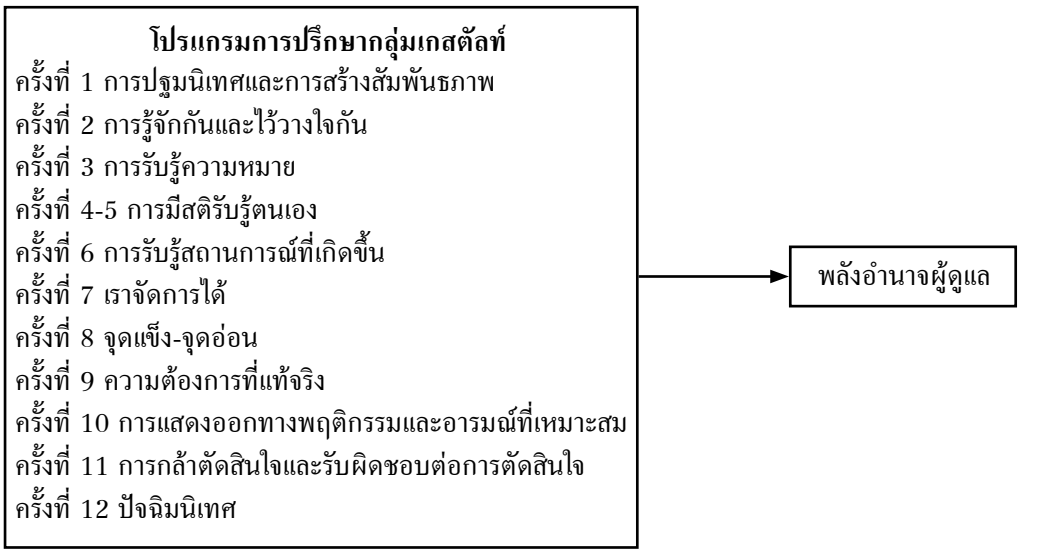
4. ระยะหลังการทดลอง ผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่ได้รับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์มีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจผู้ดูแลสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

5. ระยะติดตามผล ผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่ได้รับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์มีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจผู้ดูแลสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ ซึ่งเป็นกระบวนการปรึกษาที่อยู่บนพื้นฐานของการตระหนักรู้ส่วนตน เรียนรู้ถึงความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นในขณะปัจจุบัน และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากการพึ่งพาผู้อื่น

มาสู่การพึ่งพาตนเอง โดยมีความเชื่อว่ามนุษย์มีความสามารถที่จะรับรู้หรือสัมผัสถึงความคิด อารมณ์ และการรับรู้ของตนเอง และเชื่อว่ามนุษย์มีประสิทธิภาพในการรับรู้ถึงตนเอง มีสติ จึงทำให้มนุษย์มีความสามารถในการตัดสินใจเลือก พร้อมทั้งมีความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเอง (อนงค์ วิเศษสุวรรณ์, 2554) สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อน-หลังการทดลอง และติดตามผล (two groups, pretest-posttest and follow-up design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่มารับบริการที่แผนกกิจกรรมบำบัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี ในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2559 จำนวน 60 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้ดูแลที่มีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจผู้ดูแลต่ำกว่าค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 (คะแนนต่ำกว่า 55) และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 คน จากนั้นทำการจับคู่ตามคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจผู้ดูแล และเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยกำหนดให้ผู้ดูแลเด็กออทิสติกกลุ่มทดลองเข้ารับการปรึกษา สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1-1½ ชั่วโมง จำนวนทั้งสิ้น 12 ครั้ง ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 การปฐมนิเทศและการสร้างสัมพันธภาพ เป็นการพบกันครั้งแรกของผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม เพื่อเป็นการทำความรู้จัก และสร้างความคุ้นเคยกันระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกัน เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และเพื่อให้กลุ่มได้กำหนดข้อกติกาที่สมาชิกกลุ่มต้องใช้ปฏิบัติร่วมกัน ทั้งนี้ สมาชิกทุกคนต้องรักษาความลับของสมาชิกกลุ่ม

ครั้งที่ 2 การรู้จักกันและไว้วางใจกัน เป็นการสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกภายในกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รู้จักและมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันยิ่งขึ้น เกิดความไว้วางใจและกล้าเปิดเผยซึ่งกันและกัน พร้อมกับการเรียนรู้ที่จะยอมรับความแตกต่างระหว่างกัน เพื่อนำไปสู่ความไว้วางใจการเปิดเผยต่อกันและกัน โดยให้สมาชิกกลุ่มทำกิจกรรม “จินตนาการภาพตนเอง” โดยสมาชิกสมมุติตนเองเป็นสิ่งของในห้อง ว่าจะเป็นอย่างไร มีความต้องการอะไร มีความรู้สึกอย่างไร และสภาพแวดล้อมที่ตนเองอยู่ขณะนั้นเป็นอย่างไร

ครั้งที่ 3 การรับรู้ความหมาย เป็นการให้สมาชิกกลุ่มตระหนักถึงความหมาย ความสำคัญของตนเองในการดูแลเด็กออทิสติก ได้เรียนรู้ที่จะสังเกต เข้าใจ และบอกอารมณ์ ความรู้สึกของตนเองและบุคคลอื่นจากการทบทวนเหตุการณ์ที่ผ่าน และร่วมแบ่งปันประสบการณ์ของแต่ละคน ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกแต่ละคนได้เรียนรู้ที่จะเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึก และเหตุการณ์ที่เป็นเหตุของอารมณ์และความรู้สึกเหล่านั้นของตนเอง ในขณะเดียวกันสมาชิกกลุ่มจะเรียนรู้ที่เข้าใจและยอมรับอารมณ์และความรู้สึกของผู้อื่นตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้อื่นด้วย โดยให้สมาชิกกลุ่มเลือกภาพเด็กออทิสติกที่นำมาให้เพื่อนสมาชิกคนอื่นดู พร้อมทั้งเล่าให้ฟังว่าเพราะเหตุใดจึงเลือกภาพนี้ และอะไรในภาพนี้มีส่วนที่เกี่ยวข้องกับตนเองบ้าง

ครั้งที่ 4-5 การมีสติรับรู้ตนเอง เป็นการให้สมาชิกกลุ่มได้ฝึกสติ สามารถรับรู้ความรู้สึก ความต้องการและความคิดของตนเอง สามารถสัมผัสถึงสิ่งเร้าภายในตนเอง ตลอดจนรับรู้ถึงสภาพแวดล้อมภายนอก เข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งให้สมาชิกกลุ่มฝึกการใช้สติโดยประยุกต์กับสถานการณ์จริงเมื่อต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมขณะดูแลเด็ก โดยใช้เทคนิค “ที่นี่และเดี๋ยวนี้” โดยให้สมาชิกกลุ่มสังเกตและจดจ่อกับการรับรู้ที่อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ความรู้สึกภายในร่างกาย และสิ่งกระทบภายนอกร่างกายที่ได้รับ การหายใจ อารมณ์ต่าง ๆ ที่เป็นอยู่ขณะนั้น และอยู่กับความรู้สึกนั้น ๆ โดยไม่ต้องตีความ

ครั้งที่ 6 การรับรู้สถานการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นการให้สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันต่อประสบการณ์การดูแลเด็ก มีความรู้สึกร่วมและรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการดูแลเด็ก ร่วมกันหาทางเลือกที่จะกระทำโดยต้องรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเองและพร้อมที่จะปรับปรุงแก้ไข โดยเปิดวิดีโอการดูแลเด็กออทิสติกให้สมาชิกกลุ่มดู ความยาว 30-45 นาที จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มพูดถึงเรื่องราว เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในวิดีโอ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันว่าแต่ละคนมีความคิดเห็นอย่างไร และมีแนวทางแก้ปัญหาอย่างไรต่อสถานการณ์เดียวกันนั้น ๆ

ครั้งที่ 7 เราจัดการได้ เป็นการให้สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันต่อประสบการณ์การดูแล กระตุ้นให้สมาชิกเกิดการพึ่งพาตนเอง เพื่อช่วยให้สมาชิกกลุ่มเป็นผู้ที่มีความสามารถในการจัดการกับตนเอง รวมถึงรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง โดยให้สมาชิกกลุ่มเล่าเรื่องราวของตนเองทีละคน พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการจัดการปัญหานั้น ๆ จากนั้นใช้เทคนิค “ความรับผิดชอบ” โดยทุกครั้งที่สมาชิกกลุ่มแสดงความรู้สึกเสร็จสิ้นแล้ว ให้พูดคำว่า “ฉันรับผิดชอบต่อการตัดสินใจครั้งนี้”

ครั้งที่ 8 จุดแข็ง-จุดอ่อน เป็นการกระตุ้นสมาชิกกลุ่มให้ตระหนักถึงความสามารถที่แท้จริงของตนเอง เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีอำนาจในการตัดสินใจและการควบคุมด้วยตนเอง รวมทั้งให้สมาชิกกลุ่มทุกคนได้เรียนรู้ที่จะเข้าใจความรู้สึกและอารมณ์ของผู้อื่น เพื่อจะได้เข้าใจตนเองและผู้อื่นมากขึ้น โดยให้สมาชิกกลุ่มสำรวจจุดแข็งและจุดอ่อนของตนเองขณะดูแลเด็กออทิสติกว่ามีอะไรบ้าง และให้นำเสนอต่อกลุ่ม จากนั้นสมาชิกกลุ่มช่วยกันหาจุดแข็งของสมาชิกกลุ่มที่นำเสนอว่ามีอะไรอีกบ้าง และเพราะอะไร

ครั้งที่ 9 ความต้องการที่แท้จริง เป็นการช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้ตระหนักถึงความต้องการที่แท้จริงของตนเอง และตระหนักรู้ถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตนเองในสภาวะปัจจุบัน ตลอดจนสามารถรับรู้และเข้าใจประสบการณ์ของผู้อื่น โดยให้สมาชิกกลุ่มเล่าเรื่องราว

ในการดูแลเด็กออทิสติกที่ผ่านมาหนึ่งสัปดาห์ จากนั้นใช้เทคนิค “เกมการสนทนา” โดยให้สมาชิกกลุ่มใช้มือขวาและมือซ้ายแทนความต้องการสองสิ่งที่ไม่สามารถตัดสินใจเลือกได้ พูดโต้ตอบกัน เพื่อให้สามารถตระหนักถึงสิ่งที่ตนเองต้องการอย่างแท้จริง

ครั้งที่ 10 การแสดงออกทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่เหมาะสม เป็นการให้สมาชิกกลุ่มเลือกวิธีการเผชิญปัญหาที่จะช่วยควบคุม ปรับอารมณ์ และความรู้สึกของตนเอง เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถฝึกปฏิบัติและแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ที่เหมาะสม ตามความต้องการของตนเองกับสถานการณ์จริง โดยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันบอกความรู้สึกที่มีต่อการแสดงออกที่เหมาะสมเมื่อต้องเผชิญปัญหาในการดูแลเด็กออทิสติก จากนั้นใช้เทคนิค “การฝึกซ้อมบทบาท” โดยให้สมาชิกกลุ่มแสดงบทบาทที่ตนคิดไว้ว่าจะแสดงออกต่อคนรอบข้างในสถานการณ์ต่าง ๆ

ครั้งที่ 11 การกล้าตัดสินใจและรับผิดชอบต่อการตัดสินใจ เป็นการให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันทบทวนและแบ่งปันประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ร่วมกันจากการเข้ากลุ่มแต่ละครั้งที่ผ่านมา เพื่อเรียนรู้ความรับผิดชอบต่อการตัดสินใจของตนเอง โดยให้สมาชิกแต่ละคนแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาที่เคยเกิดขึ้นและการตัดสินใจเลือกของตนเองในการดูแลเด็กออทิสติก จากนั้นใช้เทคนิค “ความรับผิดชอบ” โดยทุกครั้งที่สมาชิกกลุ่มแสดงความรู้สึกเสร็จสิ้นแล้วให้พูดคำว่า “ฉันรับผิดชอบต่อการตัดสินใจครั้งนี้”

ครั้งที่ 12 ปัจฉิมนิเทศ เป็นการให้สมาชิกทุกคนได้บอกเล่าถึงเรื่องราว ความรู้สึก ประสบการณ์และสิ่งที่ประทับใจในการเข้ากลุ่มแต่ละครั้ง เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกได้บอกสิ่งที่อยากบอกกับกลุ่ม และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมถึงนำประสบการณ์จากการเข้ากลุ่มไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับตนเอง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบวัดพลังอำนาจของผู้ดูแล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผ่านการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ประกอบ แบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้ความหมาย จำนวน 5 ข้อ ความสามารถในการดูแล จำนวน 7 ข้อ การตัดสินใจด้วยตนเอง จำนวน 5 ข้อ และผลกระทบต่อเด็กออทิสติก จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 21 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 19 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 2 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ในช่วง .50-1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่มารับบริการที่แผนกเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 30 คน หาค่าอำนาจจำแนกด้วยวิธีหาค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน โปรดักท์โมเมน ได้ค่าตั้งแต่ .20 ขึ้นไป และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .94

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ - วันที่ 20 พฤศจิกายน 2558) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จากนั้นเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกกิจกรรมบำบัด และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ที่แผนกกิจกรรมบำบัด แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ทำแบบวัดพลังอำนาจ

ของผู้ดูแล ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยให้เวลาตอบ 20-25 นาที

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้รับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ตามโปรแกรมที่กำหนด จำนวนทั้งสิ้น 12 ครั้ง ทุกวันพุธและวันศุกร์ เวลา 17.00-18.30 น. ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมให้ดำเนินชีวิตตามปกติ โดยได้รับการปรึกษาแบบปกติเมื่อพาเด็กออทิสติกมารับบริการที่แผนกกิจกรรมบำบัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ทำแบบวัดพลังอำนาจของผู้ดูแล หลังการทดลอง (post-test) โดยให้เวลาตอบ 15-20 นาที

5. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ทำแบบวัดพลังอำนาจของผู้ดูแล ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองเป็นเวลา 2 สัปดาห์ (follow-up) โดยให้เวลาตอบ 15-20 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล ผลการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล วิเคราะห์ด้วยสถิติ repeated measure ANOVA: one between-subjects variable and one within-subject variable โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Newman-Keuls

ผลการวิจัย

1. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง พบว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง(GxI)อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงว่าวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองส่งผลร่วมกันต่อคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจผู้ดูแล นอกจากนี้ยังพบว่าวิธีการทดลองที่แตกต่างกัน (G) และระยะเวลาการทดลองที่แตกต่างกัน (I) มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพลังอำนาจผู้ดูแล ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	*p*
ระหว่างกลุ่ม	15	13845.25			
วิธีการทดลองที่แตกต่างกัน (G)	1	13068.00	13068.00	235.384	< .001
ผลรวมกำลังสองของความเบี่ยงเบนภายในกลุ่ม (Ss w/in Groups)	14	777.25	55.52		
ภายในกลุ่ม	32	13084.66			
ระยะเวลาการทดลองที่แตกต่างกัน (I)	2	6419.29	3209.65	1102.700	< .001
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง (G x I)	2	6583.87	3291.90	1130.972	< .001
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองภายในกลุ่ม (G x I w/in Groups)	28	81.50	2.91		
รวมทั้งหมด	47	26929.91			

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่าระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจผู้ดูแล 48.38 (*SD* = 5.21) และ 48.50 (*SD* = 5.37) ตามลำดับ ระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจผู้ดูแล 97.75 (*SD* = 2.38) และ 48.38 (*SD* = 5.21) ตามลำดับ ส่วนระยะติดตามผล พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจผู้ดูแล 97.75 (*SD* = 2.49) และ 48 (*SD* = 5.26) ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจผู้ดูแลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระยะหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจผู้ดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนระยะติดตามผล พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจผู้ดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2 กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่าระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจผู้ดูแล 48.38 (*SD* = 5.21) และ 48.50 (*SD* = 5.37) ตามลำดับ ระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจผู้ดูแล 97.75 (*SD* = 2.38) และ 48.38 (*SD* = 5.21) ตามลำดับ ส่วนระยะติดตามผล พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจผู้ดูแล 97.75 (*SD* = 2.49) และ 48 (*SD* = 5.26) ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจผู้ดูแลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระยะหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจผู้ดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนระยะติดตามผล พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจผู้ดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	*p*
ระยะก่อนการทดลอง					
ระหว่างกลุ่ม	1	.06	.06	.003	.957
ภายในกลุ่ม	42	858.75	20.44		
ระยะหลังการทดลอง					
ระหว่างกลุ่ม	1	9751.56	9751.56	476.932	< .001
ภายในกลุ่ม	42	858.75	20.44		
ระยะติดตามผล					
ระหว่างกลุ่ม	1	9900.25	9900.25	484.204	< .001
ภายในกลุ่ม	42	858.75	20.44		

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจผู้ดูแลของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่าระยะหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจผู้ดูแลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระยะติดตามผล พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจผู้ดูแลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่แตกต่างจากระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจผู้ดูแลของกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยการทดสอบความแตกต่างรายคู่

ช่วงเวลา	*M*	ระยะก่อนการทดลอง	ระยะหลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
		48.37	97.75	97.75
ระยะก่อนการทดลอง	48.37	-	49.38	49.38
ระยะหลังการทดลอง	97.75	-	-	0
ระยะติดตามผล	97.75	-	-	-
r			2.00	3.00
Q (.95, r, 14)			3.03	3.70
SQUA (MS w/n)			.59	.72

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองมีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย กล่าวคือ ระยะก่อนการทดลอง ผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจผู้ดูแลไม่แตกต่างกัน แต่ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลได้ผลที่แตกต่างกัน คือ กลุ่มที่ได้รับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์มีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจสูงขึ้น แสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ได้รับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ได้เกิดกระบวนการทางความคิด ตระหนักรู้อย่างใส่ใจในการคิด พูดและกระทำในความคิดเห็นปัจจุบันด้วยเทคนิคต่าง ๆ ของกระบวนการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ ซึ่งผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่ได้รับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์สามารถนำความรู้ประสบการณ์และวิธีการต่าง ๆ ที่ได้รับจากการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์มาปรับใช้ได้อย่างเหมาะสม และเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแลเด็กออทิสติก นำไปสู่การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลเด็กออทิสติกได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องการศึกษาของฐิติยา แย้มนิ่มนวล (2555) ที่ศึกษาผลการปรึกษากลุ่มทฤษฎีเกสตัสท์ที่มีต่อความสามารถในการเผชิญและฝ่าฟันอุปสรรคของนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพแผนกช่างอุตสาหกรรม พบว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กล่าวคือ การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์สามารถช่วยให้ความเชื่ออำนาจภายในตนและความเข้มแข็งในการมองโลกของนักเรียนเพิ่มสูงขึ้น และส่งผลให้นักเรียนมีความสามารถในการเผชิญและฝ่าฟันอุปสรรคเพิ่มขึ้น

ผลการวิจัยพบว่าระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ผู้ดูแลที่ได้รับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์มีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจผู้ดูแลสูงกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการปรึกษาแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่าโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์เป็นกระบวนการปรึกษาที่อยู่บนพื้นฐานของการตระหนักรู้

ส่วนตน เรียนรู้ถึงความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นในขณะปัจจุบัน และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากการพึ่งพาผู้อื่นมาสู่การพึ่งพาตนเอง โดยมีความเชื่อว่ามนุษย์มีความสามารถที่จะรับรู้หรือสัมผัสถึงความคิด อารมณ์ และการรับรู้ของตนเอง และเชื่อว่ามนุษย์มีประสิทธิภาพในการรับรู้ถึงตนเอง มีสติ จึงทำให้มนุษย์มีความสามารถในการตัดสินใจเลือก พร้อมทั้งมีความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมของตนเอง (อนงค์ วิเศษสุวรรณ์, 2554) และทฤษฎีเกสตัลท์จะช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลง จึงทำให้ผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์มีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจผู้ดูแลสูงขึ้นในระยะหลังการทดลอง

แม้ว่าผู้ดูแลกลุ่มทดลองจะสิ้นสุดระยะการทดลองไปแล้ว แต่เนื่องจากได้รับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ จึงช่วยพัฒนาให้ผู้ดูแลกลุ่มทดลองเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงจากการพึ่งพาผู้อื่นสู่การพึ่งพาตนเอง ด้วยเทคนิคการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ต่าง ๆ ได้แก่ เทคนิคการซ้อมบทบาท ซึ่งเป็นเทคนิคหนึ่งที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีสติรับรู้ตนเองและรู้เท่าทันอารมณ์ของตนเอง เพื่อนำไปสู่การปรับใช้ในสถานการณ์จริง เช่น เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ตนเองไม่สามารถควบคุมได้ขณะดูแลเด็ก ทำให้ผู้ดูแลปรับพฤติกรรมตนเอง สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น และแสดงออกได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ รวมถึงเทคนิคการจินตนาการ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดประสบการณ์เดียวกันในการดูแลเด็ก เกิดความรู้สึกร่วมกัน และได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองในการดูแลเด็ก ร่วมกันหาและแบ่งปันทางเลือกหรือแนวทางการดูแลเด็กกลุ่มนี้ และเทคนิคความรับผิดชอบ เพื่อให้สมาชิกทุกคนสามารถหาทางเลือกที่จะกระทำและรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเองได้ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับที่วัชรี ทรัพย์มี (2551) กล่าวว่าการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์จะทำให้เกิดการเรียนรู้และการปรับเปลี่ยนการรับรู้ใหม่ ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงบางสิ่งบางอย่างภายในตนเอง และยังส่งผลต่อเนื่องแม้เวลาจะผ่านไป 2 สัปดาห์หลังการทดลอง

ผลการวิจัยพบว่าระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ผู้ดูแลที่ได้รับการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์มีคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจผู้ดูแลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกลุ่มการปรึกษาจำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 1-1½ ชั่วโมง โดยโปรแกรมการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์เสริมสร้างให้ผู้ดูแลเด็กออทิสติกได้เรียนรู้ประสบการณ์ในการปรึกษากลุ่ม รวมถึงกำลังใจหรือความคิดเห็นจากสมาชิกกลุ่ม เช่น ผู้รับการปรึกษาคนที่ 6 พบว่ามีคะแนนพลังอำนาจผู้ดูแลเพิ่มขึ้นมากที่สุดในระยะหลังการทดลอง โดยผู้รับการปรึกษากล่าวว่า “จากการเข้าร่วมกลุ่ม ได้มีโอกาสแบ่งปันประสบการณ์ร่วมกับผู้อื่น และได้รับรู้ว่าเราไม่ได้เป็นคนเดียวที่ต้องพบเจอปัญหาเช่นนี้ สิ่งสำคัญ คือ เราต้องเรียนรู้ที่จะยอมรับความจริง เมื่อเรากล้าเผชิญความจริง เราก็จะไม่กลัวอะไร ไม่กลัวสายตาคนมอง แม้ลูกเราจะเป็นออทิสติก แต่เขาก็สามารถเป็นคนดีของสังคมได้” ในจุดนี้จึงส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ และเกิดการตระหนักรู้ เกิดการเพิ่มแรงจูงใจจากความรู้สึกภายในตนเองเกี่ยวกับการรับรู้ประสบการณ์และความเชื่อในความสามารถแห่งตน รวมถึงการพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของธนิดา จุลวนิชย์พงษ์ (2546) ที่ศึกษาผลของการให้คำปรึกษากลุ่มโดยใช้ทฤษฎีเกสตัลท์ต่อคุณค่าแห่งตนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 พบว่าระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล นักเรียนที่ได้รับคำปรึกษากลุ่มโดยใช้ทฤษฎีเกสตัลท์มีคะแนนเฉลี่ยคุณค่าแห่งตนสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดการอบรมการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์แก่บุคลากรจนเกิดความเข้าใจและความชำนาญ เพื่อให้สามารถนำไปปรับใช้ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

1.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กออทิสติกอย่างต่อเนื่อง ด้วยการให้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาในลักษณะเดียวกันนี้ และมีการติดตามผลซ้ำทุก 3 เดือน หรือ 6 เดือน ภายหลังการทดลอง เพื่อศึกษาความคงทนของผลการปรึกษากลุ่มเกสตัลท์

2.2 ควรทำการศึกษาโดยใช้การปรึกษากลุ่มเกสตัลท์ในกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

เอกสารอ้างอิง

ฐิติยา แย้มนิ่มนวล. (2555). *ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มตามทฤษฎีเกสตัลท์ที่มีต่อความสามารถในการเผชิญและฝ่าฟันอุปสรรคของนักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ แผนกช่างอุตสาหกรรม* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

ธนิดา จุลวนิชย์พงษ์. (2546). *ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มโดยใช้ทฤษฎีเกสตัลท์ต่อคุณค่าแห่งตนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

ประภาศรี ทุ่งมีผล, ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ, และสมบัติ สกุลพรรณ์. (2550). การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแล และความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก. *Nursing Journal, 34*(1), 64-75.

ภัทรพงศ์ สุขมาลี. (2550). *การให้คำปรึกษากลุ่มแบบเกสตัลท์เพื่อลดความเครียดของผู้ปกครองที่มีบุตรออทิสติก* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

วัชรี ทรัพย์มี. (2551). *ทฤษฎีให้บริการปรึกษา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อนงค์ วิเศษสุวรรณ์. (2554). *เอกสารประกอบการสอนวิชาการปรึกษากลุ่ม* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ชลบุรี: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

อิชยา เขื่อนมั่น. (2545). *สุขภาพจิตและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดาบุคคลออทิสติก* (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing, 16*(3), 354-361.

Lecavalier, L., Leone, S., & Wiltz, J. (2006). The impact of behaviour problems on caregiver stress in young people with autism spectrum disorders. *Journal of Intellectual Disability Research, 50*(Pt 3), 172-183.

การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้ภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
Development Model of English Learning Management for Preschool Children in Child Care Center

จริยาพร วรรณโชติ, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก) [1]
Jariyaphon Wannachot, M.N.S. (Pediatric Nursing) [1]
ธนพร ศนีบุตร, พย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก) [2]
Thanaphon Saneeboot, M.N.S. (Maternal and Child Health) [2]
ปรีดาวรรณ บุญมาก, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก) [3]
Preedawan Boonmark, M.N.S. (Pediatric Nursing) [3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนารูปแบบ และศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้ภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยดำเนินการตามขั้นตอน 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาข้อมูลพื้นฐานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสำหรับการพัฒนารูปแบบ 2) การพัฒนารูปแบบ 3) การทดลองใช้รูปแบบ และ 4) การขยายผลการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้รูปแบบประกอบด้วยผู้ปกครอง และเด็กอายุ 2-4 ปี ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จำนวนกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยกิจกรรม “AEC for kids” รูปแบบ “2 teachers and parent” กิจกรรม “การเรียนรู้ร่วมกันในการส่งเสริมพัฒนาการทางภาษา” แบบสอบถาม มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .86-.93 และแบบประเมินดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired *t*-test และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบการจัดการเรียนรู้ภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีชื่อว่า รูปแบบ “2 teachers and parent” หรือ “2TP Cooperative Learning Model” ประกอบด้วย Teacher1 คือ ครูประจำชั้น สอนคำศัพท์หรือเพลงภาษาอังกฤษง่าย ๆ ในชีวิตประจำวัน โดยสอดแทรกในการสอนปกติทุกวัน Teacher2 คือ ครูชาวต่างชาติ สอนอย่างน้อยสัปดาห์ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง และ Parent คือ ผู้ปกครองอ่านนิทานภาษาอังกฤษให้เด็กฟัง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละอย่างน้อย 10 นาที และ 2) ผลการใช้รูปแบบฯ พบว่าหลังดำเนินกิจกรรม “AEC for kids” และกิจกรรม “ชวนลูกอ่านนิทานสองภาษา” ผู้ปกครองมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นด้านทักษะภาษาอังกฤษของเด็กสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.210$, $p < .001$ และ $t = 7.160$, $p < .001$ ตามลำดับ) และหลังดำเนินกิจกรรม “การเรียนรู้ร่วมกันในการส่งเสริมพัฒนาการทางภาษา”

[1, 3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
[1, 3] Registered Nurse, Professional Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi
[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: numjari@gmail.com
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
[2] Registered Nurse, Senior Professional Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

ผู้ปกครองมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อกิจกรรมในระดับดีและระดับดีมาก

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอื่น ๆ ควรนำรูปแบบจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการส่งเสริมการเรียนรู้ทักษะภาษาอังกฤษให้แก่เด็กปฐมวัย โดยปรับให้เหมาะสมกับสภาพการณ์และบริบทเพื่อให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการทางภาษาที่ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: เด็กปฐมวัย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การจัดการเรียนรู้ ภาษาอังกฤษ

Abstract

This research and development aimed to develop a model of English learning management for preschool children in child care center and to examine its effectiveness. The research procedure consisted of 4 phases: 1) analyzing based line data of child care center; 2) developing the model; 3) testing the developed model; and 4) extending the model using. The samples for testing the developed model consisted of 30 pairs of parents and 2-4 year children receiving services at the child care center of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi. The research instruments were composed of an activity of "AEC for kids", a model of "2 teachers and parent", an activity of "cooperative learning for promoting language development", the questionnaires with the reliabilities in the range of .86-.93, and an assessment form. The implementation and data collection were conducted from May to November, 2017. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, paired *t*-test, and content analysis.

The research results revealed that 1) the model of English learning management for preschool children in child care center was "2 teachers and parent" or "2TP Cooperative Learning Model" that comprised Teacher1: the class teacher who taught English such as for easy words for everyday use, English songs for kids; Teacher2: the English native speaker who taught at least 1 hour a week; and Parent who told fairy tale with their children at least 10 minutes per time and 3 times a week; and 2) the effectiveness of the model, it was found that after the implementation of an activity of "AEC for kids", and an activity of "let read bilingual fairy tale", the parent had statistically significant higher mean scores of opinion regarding English skill than before the implementation ($t = 3.210$, $p < .001$ and $t = 7.160$, $p < .001$, respectively). Additionally, after the implementation of an activity of "cooperative learning for promoting language development", the parent had mean score of opinion at a good and a very good level.

This research suggests that other child care centers should apply this model for promoting English skill learning of preschool children based on the appropriate situations and contexts in order to enhance language development among these children.

Keywords: Preschool children, Child care center, Learning management, English

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาเด็กให้มีพัฒนาการทางภาษาที่ดีเป็นด้านหนึ่งของการพัฒนาอัจฉริยภาพในเด็ก (Gardner, 2011) เด็กที่มีพัฒนาการทางภาษาดีจะนำไปสู่พัฒนาการทางสมองที่ดี มีผลต่อทักษะทางสติปัญญา (นิตยา คชภักดี, 2543) และช่วยให้เด็กเกิดการเรียนรู้ในขั้นต่อไปได้ดีขึ้น ในปัจจุบัน การสอนภาษาที่สองในวัยเด็กนั้น เป็นที่เชื่อกันว่าจะทำให้เด็กเรียนรู้ได้ดีและมีทักษะการใช้ภาษาเหมือนภาษาแม่ (native language) หากทำให้เด็กได้ใช้งานสมองส่วนต่าง ๆ ในช่วงเวลาที่เหมาะสม จะส่งผลให้การทำงานของสมองดีขึ้น เมื่อเด็กได้รับการเสริมสร้างให้มีทักษะการสื่อสารด้วยภาษาที่สอง ก็จะทำให้มีการเรียนรู้ที่ดี จดจำได้ดี มีแนวโน้มที่จะเรียนภาษาที่สาม ที่สี่ และที่ห้าได้ดีกว่า สามารถเข้าถึงข้อมูลได้มากกว่า มีทักษะในการติดต่อกับผู้คนได้ดีกว่า มีแนวโน้มได้งานสูงกว่า และมีวิสัยทัศน์กว้างไกล ซึ่งเป็นทักษะของคนรุ่นใหม่ในศตวรรษที่ 21 (อดุลย์ วังศรีคูณ, 2557)

ในปัจจุบัน เป็นที่สนใจของผู้ปกครองที่ต้องการให้ลูกได้เรียนรู้ภาษาที่สองตั้งแต่วัยแรกเกิดจนถึง 3 ปี ทำให้โรงเรียนอนุบาล สถานรับดูแลเด็กเล็ก (nursery) หรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (child care center) มีความตื่นตัวในการจัดการเรียนรู้ภาษาที่สองให้แก่เด็กเล็กเป็นอย่างมาก ซึ่งภาษาที่ใช้กันอย่างกว้างขวางและเป็นที่ยอมรับว่าเป็นภาษากลางในการสื่อสารของคนทั่วโลก คือ ภาษาอังกฤษ ดังนั้น การส่งเสริมการเรียนรู้ภาษาอังกฤษในเด็กไทยจึงนับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง ประกอบกับสถานการณ์ของโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เช่น การที่ประเทศไทยก้าวเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนตั้งแต่ปี 2558 เป็นต้นมา การสื่อสารและการเรียนรู้ทางวัฒนธรรมและการทำงานของผู้คนในอาเซียน ล้วนต้องใช้ภาษาอังกฤษในการสื่อสาร การเตรียมความพร้อมของเด็กไทยเพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลกอนาคตจึงมีความจำเป็น

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี ทำหน้าที่ดูแลและให้การศึกษาแก่เด็กปฐมวัยอายุ 2-4 ปี โดยมุ่งให้เด็กมีคุณลักษณะ “พัฒนาการดี มีความสุข สนุกเรียนรู้ เชิดชูคุณธรรม” ซึ่งการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้ภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กครั้งนี้ ต้องการที่จะหารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของศูนย์ฯ กล่าวคือ เด็กมีความสุข สนุกในการเรียนรู้ และมีประสิทธิภาพสำหรับเด็ก อีกทั้งมีความเหมาะสมของค่าใช้จ่ายที่ผู้ปกครองสามารถสนับสนุนได้ และมีความพึงพอใจ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ได้แก่ ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ และร่วมประเมินผล ตามบทบาทการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการติดต่อสื่อสาร ด้านการอาสาสมัคร ด้านการเรียนรู้ที่บ้าน ด้านการตัดสินใจ และด้านการร่วมมือกับชุมชน ซึ่งพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 กำหนดให้ทุกส่วนในสังคมมีส่วนร่วมในการพัฒนาผู้เรียน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพ่อแม่ ผู้ปกครอง ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด (สราวดี เพ็งศรีโคตร และจันทร์ชลี มาพุทธ, 2554) ซึ่งการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการเรียนรู้ภาษาอังกฤษของเด็กในครั้งนี้ กำหนดให้ผู้ปกครองมีบทบาทด้านการส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กที่บ้าน คือ การอ่านนิทานสองภาษากับลูกอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งทำให้ลูกเรียนรู้ภาษาอังกฤษจากนิทานด้วยความสนุกสนาน เมื่อเด็กมาที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จะได้เรียนภาษาอังกฤษกับครูเจ้าของภาษา และครูประจำชั้นช่วยสอดแทรกในการสอนปกติ ซึ่งทำให้ทักษะภาษาอังกฤษของเด็กพัฒนาไปได้อย่างรวดเร็ว และต่อยอดไปสู่การมีทักษะภาษาอังกฤษที่ดีในวัยผู้ใหญ่ต่อไป การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้ภาษาอังกฤษดังกล่าวจึงเป็นประโยชน์ต่อเด็กที่มารับบริการ และยังทำให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งนี้เป็นศูนย์การเรียนรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการจัดการศึกษาเด็กปฐมวัยที่มีมาตรฐาน และเป็นแหล่งเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป

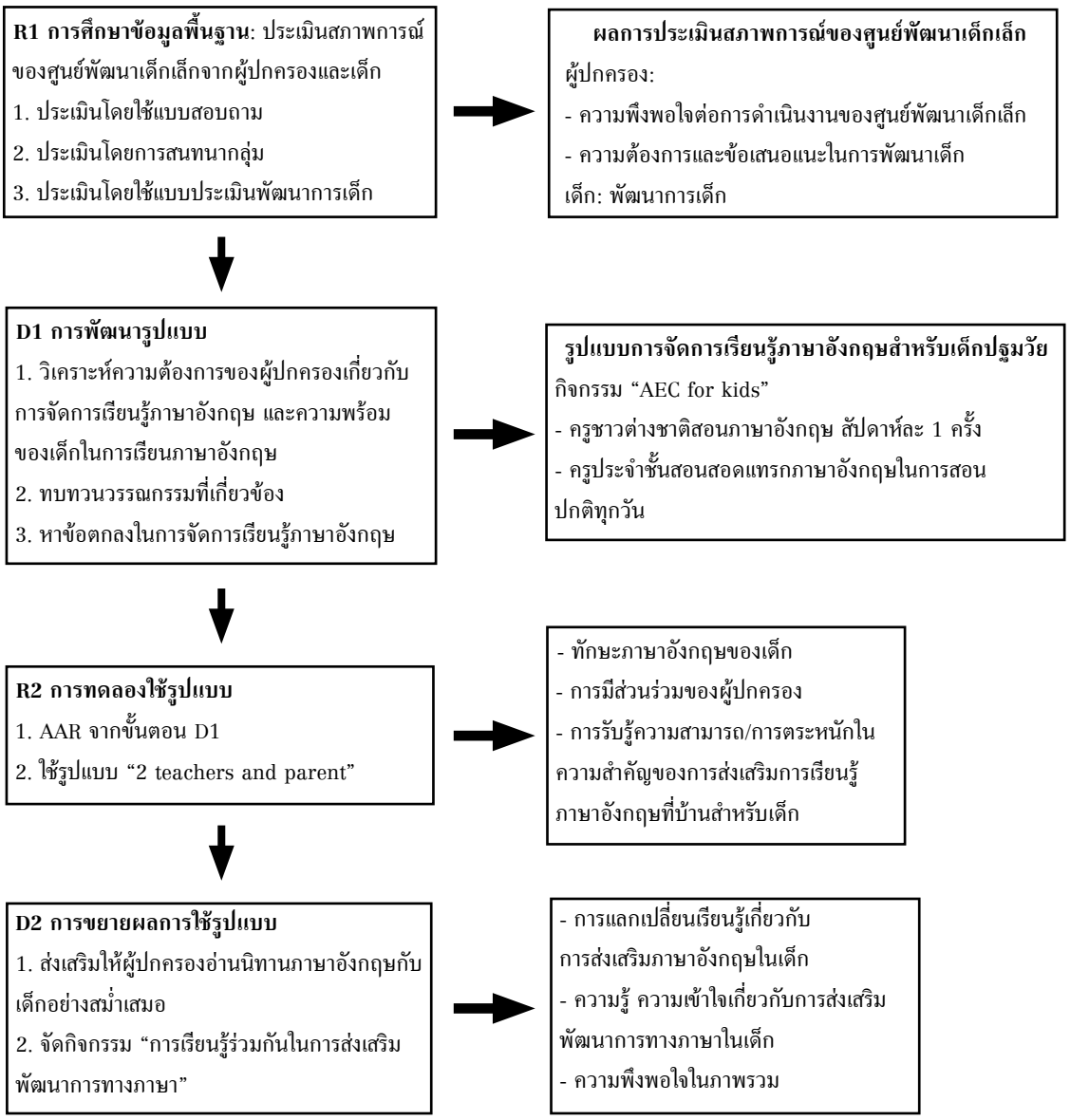
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้ภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

2. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้ภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

รูปแบบการจัดการเรียนรู้ภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัยที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ เป็นรูปแบบที่ช่วยส่งเสริมทักษะภาษาอังกฤษของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยดำเนินการวิจัยและพัฒนา 4 ขั้นตอน ได้แก่ การศึกษาข้อมูลพื้นฐานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสำหรับการพัฒนารูปแบบ การพัฒนารูปแบบ การทดลองใช้รูปแบบ และการขยายผลการใช้รูปแบบ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development [R&D]) โดยดำเนินการตามขั้นตอนต่างๆ 4 ขั้นตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสำหรับการพัฒนารูปแบบ **(R1)** เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1. ศึกษาเอกสารตัวบ่งชี้คุณภาพของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จากเกณฑ์ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งชาติเกี่ยวกับการส่งเสริมการเรียนรู้แก่เด็กปฐมวัย และศึกษาวิสัยทัศน์ พันธกิจ อัตลักษณ์บัณฑิต และนโยบายเกี่ยวกับการจัดการศึกษาแก่เด็กปฐมวัย ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

2. ประเมินสภาพการณ์ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของผู้ปกครอง ความต้องการและข้อเสนอแนะในการพัฒนาเด็กของผู้ปกครองและพัฒนาการเด็ก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ปกครองของเด็กอายุ 2-4 ปี และเด็กอายุ 2-4 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีงบประมาณ 2560 จำนวนกลุ่มละ 50 คน รวมจำนวน 100 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 50 คน รวมจำนวน 100 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยขั้นตอนนี้ มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของผู้ปกครอง คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประสบการณ์ของคณะผู้วิจัย และดัดแปลงจากแบบสอบถามในงานวิจัยของราตรี อิงมั่น (2556) และของยุทธนา มิ่งเมือง (2549) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ด้านบริการอาหารปลอดภัย ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย และด้านบุคลากร รวมจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ .94 และมีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีการของครอนบาชเท่ากับ .90

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความต้องการและข้อเสนอแนะในการพัฒนาเด็กของผู้ปกครอง คณะผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามในงานวิจัยของราตรี อิงมั่น (2556) แบ่งออกเป็น 4 หัวข้อ ได้แก่ หลักสูตรและการเรียนการสอน อาคารสถานที่ การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และบทบาทของผู้ปกครองที่จะพัฒนาเด็ก มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ .90

ชุดที่ 3 แบบประเมินพัฒนาการเด็ก คณะผู้วิจัยดัดแปลงจากคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual [DSPM] ของกระทรวงสาธารณสุข (2556) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 018 วันที่ 9 มีนาคม 2560) คณะผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) คณะผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครองถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครอง และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจฯ และแบบสอบถามความต้องการและข้อเสนอแนะฯ โดยให้

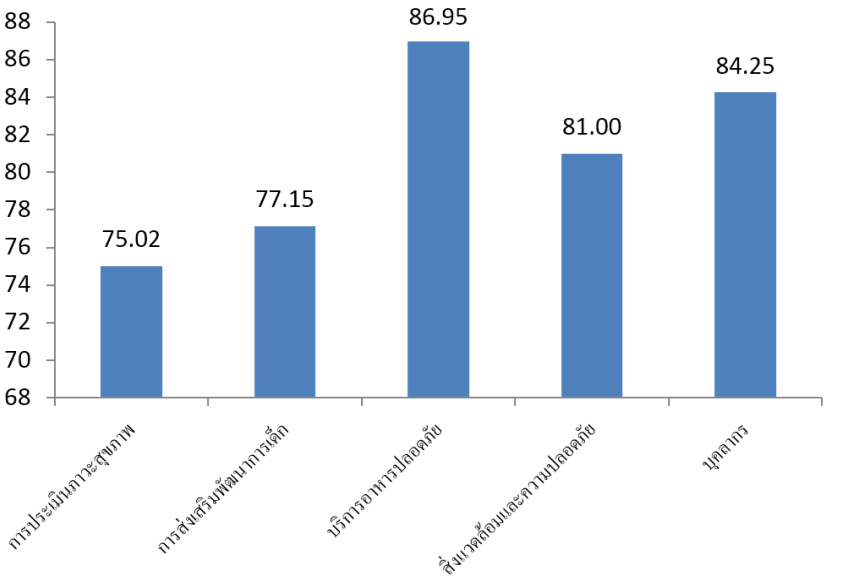
เวลา 25-30 นาที ดำเนินการสนทนากลุ่มผู้ปกครอง จำนวน 12 คน เกี่ยวกับความต้องการและข้อเสนอแนะในการพัฒนาเด็ก โดยสถานที่คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ส่วนครูประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 3 คน ประเมินพัฒนาการเด็กตามวิธีการที่ได้รับการสอนจากคณะผู้วิจัย ใช้เวลา 20-30 นาที ต่อเด็ก 1 คน ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนพฤษภาคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของผู้ปกครอง และข้อมูลพัฒนาการเด็ก วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ส่วนข้อมูลความต้องการและข้อเสนอแนะในการพัฒนาเด็กของผู้ปกครอง วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และสถิติความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย

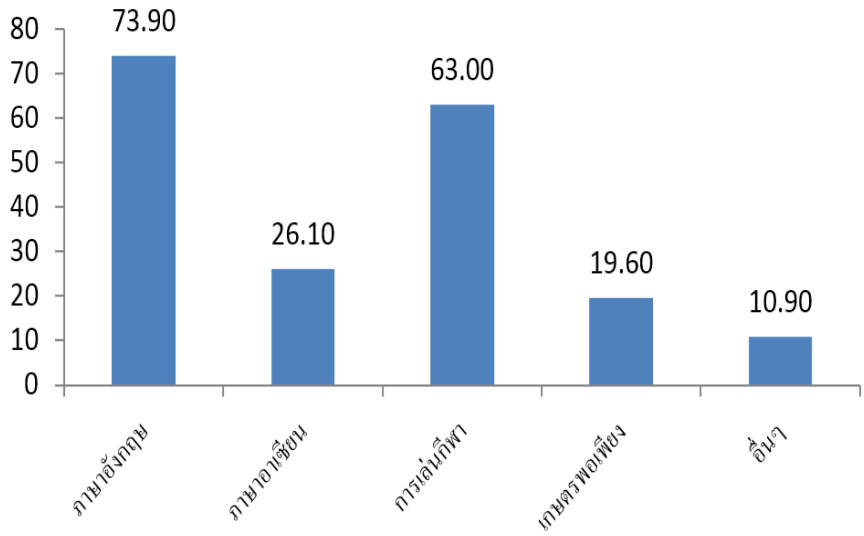
1. ผลการประเมินสภาพการณ์ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีดังนี้

1.1 ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของผู้ปกครอง พบว่าด้านที่ผู้ปกครองมีความพึงพอใจในระดับดีขึ้นไป มากที่สุด คือ ด้านบริการอาหารปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 86.95 รองลงมาคือ ด้านบุคลากร คิดเป็นร้อยละ 84.25 และที่น้อยที่สุดคือ ด้านการประเมินภาวะสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 75.02 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

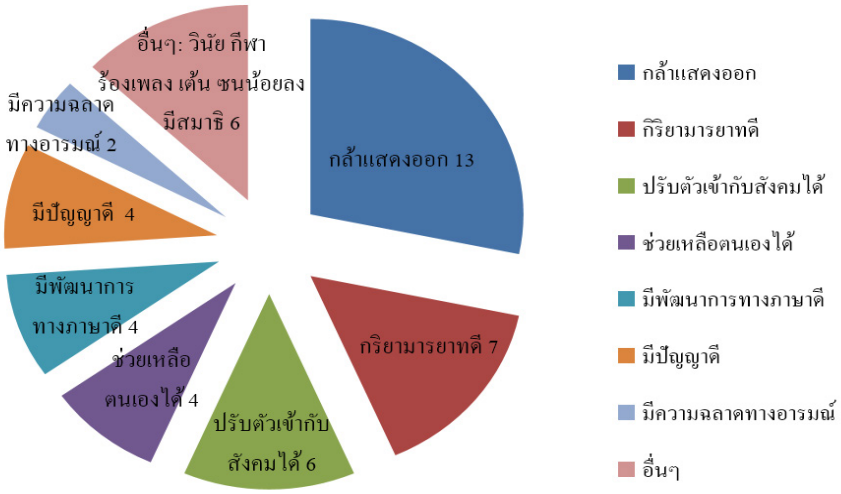


แผนภูมิที่ 1 ร้อยละของผู้ปกครอง จำแนกตามความพึงพอใจต่อการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กรายด้าน

1.2 ความต้องการและข้อเสนอแนะของผู้ปกครองหัวข้อหลักสูตรและการเรียนการสอน พบว่ากิจกรรมเสริมหลักสูตรที่ผู้ปกครองต้องการให้มีในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมากที่สุดคือ หลักสูตรภาษาอังกฤษ คิดเป็นร้อยละ 73.90 รองลงมาคือ การเล่นกีฬา คิดเป็นร้อยละ 63 และที่น้อยที่สุดคือ กิจกรรมอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 10.90 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2 หัวข้ออาคารสถานที่ผู้ปกครองต้องการให้มีบริเวณให้เด็กๆ วิ่งเล่นตามอัธยาศัย ต้องการสนามเด็กเล่น ต้องการให้เด็กวิ่งเล่นนอกสถานที่ หัวข้อการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ผู้ปกครองต้องการให้เด็กมีคุณลักษณะ 7 ประการ ได้แก่ กล้าแสดงออก กิริยามารยาทดี ปรับตัวเข้ากับสังคมได้ ช่วยเหลือตนเองได้ มีพัฒนาการทางภาษาดี มีปัญญาดี และมีความฉลาดทางอารมณ์ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 3 ส่วนหัวข้อบทบาทของผู้ปกครองที่จะพัฒนาเด็ก พบว่าการที่จะพัฒนาเด็กให้มี “พัฒนาการดี มีความสุข สนุกเรียนรู้ เชิดชูคุณธรรม” ผู้ปกครองต้องมีบทบาท 6 ประการ ได้แก่ 1) การส่งเสริมพัฒนาการ 2) การให้ความรัก ความเข้าใจ 3) การอบรมสั่งสอน 4) การให้เวลา 5) การเป็นแบบอย่างที่ดี และ 6) การให้ความร่วมมือกับโรงเรียน



แผนภูมิที่ 2 ร้อยละของผู้ปกครอง จำแนกตามกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่ต้องการให้มีในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก



แผนภูมิที่ 3 ร้อยละของผู้ปกครอง จำแนกตามคุณลักษณะของเด็กที่ผู้ปกครองต้องการ

1.3 พัฒนาการของเด็ก พบว่าด้านที่เด็กทุกคนผ่านเกณฑ์คือ ด้านการเข้าใจภาษา คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือ ด้านการเคลื่อนไหว เด็กผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 98 ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญาเด็กผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 96 ส่วนด้านที่เด็กผ่านเกณฑ์น้อยที่สุดคือ ด้านการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม คิดเป็นร้อยละ 94 เท่ากัน

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้ภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัย **(D1)** เป็นการร่วมกันพัฒนารูปแบบระหว่างคณะผู้วิจัย ครูประจำชั้น และคณะกรรมการของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยมีการประชุมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมดังนี้

1. วิเคราะห์และสรุปประเด็นจากการประเมินสภาพการณ์ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี โดยเฉพาะประเด็นความต้องการของผู้ปกครองเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้ภาษาอังกฤษสำหรับเด็ก ดังนี้

1.1 ผู้ปกครองมีความต้องการให้เด็กเรียนภาษาอังกฤษมากที่สุด

1.2 คุณลักษณะเด็กที่ผู้ปกครองต้องการมากที่สุดคือ กล้าแสดงออก จึงควรให้เด็กได้ทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการแสดงออก

1.3 ผู้ปกครองมีความพึงพอใจในระดับดีขึ้นไปต่อการดำเนินงานด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก คิดเป็นร้อยละ 77.15 ซึ่งยังไม่ถึงร้อยละ 80 จึงควรจัดกิจกรรมเพิ่มเติม

1.4 ผู้ปกครองมีความพร้อมในเรื่องการแสดงบทบาทด้านการส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กที่บ้าน ดังนั้นหากต้องการให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการจัดการเรียนรู้สำหรับเด็ก จึงสามารถทำได้ และน่าจะได้รับความร่วมมือที่ดี

1.5 เด็กส่วนใหญ่มีพัฒนาการแต่ละด้านสมวัย โดยเฉพาะพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา ส่วนพัฒนาการด้านการใช้ภาษานั้น เด็กสามารถใช้ภาษาไทยซึ่งเป็นภาษาแม่ในการสื่อสารได้แล้ว และมีความพร้อมที่จะเรียนภาษาที่สองคือ ภาษาอังกฤษ เป็นลำดับต่อไป

2. ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการเรียนรู้ภาษาอังกฤษในเด็กปฐมวัย ตามกรอบแนวคิดของ IOWA model ดังนี้

2.1 พิจารณาปัญหาที่ต้องการพัฒนา จาก problem-focused trigger เกี่ยวกับวิธีการจัดการเรียนรู้ภาษาอังกฤษในเด็กปฐมวัย เนื่องจากเป็นความต้องการ

ของผู้ปกครอง เป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมในการเรียนรู้ภาษาที่สองของเด็ก และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ยังไม่มีรูปแบบการจัดการเรียนรู้ภาษาอังกฤษที่ชัดเจนสำหรับเด็ก หากให้ครูชาวต่างชาติ (English native speaker) สอนแบบห้องเรียนสองภาษาเต็มรูปแบบ ผู้ปกครองจะเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก

2.2 สืบค้น รวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์และงานวิจัยจากฐานข้อมูล CINAHL, PubMed และ ThaiLIS โดยใช้แนวการตั้งคำถามเพื่อสืบค้นคำตอบตามหลัก PICO คือ เด็กปฐมวัย อายุ 2-4 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (P) ควรได้รับการส่งเสริมการเรียนรู้ภาษาอังกฤษ (I) เพื่อให้เด็กมีทักษะภาษาอังกฤษ และผู้ปกครองมีส่วนร่วมและตระหนักในการส่งเสริมการเรียนรู้ภาษาอังกฤษสำหรับเด็ก (O)

3. หาข้อตกลงร่วมกันในการจัดการเรียนรู้ภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ระหว่างคณะผู้วิจัย ครูประจำชั้น และคณะกรรมการของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยการประชุม เพื่อให้ได้ข้อสรุปในการจัดการเรียนรู้ภาษาอังกฤษ ดังนี้

3.1 กำหนดวัตถุประสงค์ของกิจกรรมการเรียนรู้ภาษาอังกฤษในเด็กอายุ 2-4 ปี

3.2 กำหนดตัวชี้วัดของกิจกรรมการเรียนรู้ภาษาอังกฤษ

3.3 วางแผนการดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้ภาษาอังกฤษ ดังนี้

3.3.1 ดำเนินการจัดจ้างครูชาวต่างชาติที่มีวุฒิการศึกษาด้านการสอนภาษาอังกฤษ และมีทักษะและประสบการณ์การสอนเด็กอายุ 2-4 ปี

3.3.2 ครูประจำชั้นเตรียมการสอนเพื่อสอดแทรกภาษาอังกฤษในการจัดการเรียนรู้ในชั้นเรียนให้สอดคล้องกับเนื้อหาของครูชาวต่างชาติ เช่น สอนคำศัพท์หรือเพลงภาษาอังกฤษง่ายๆ ในชีวิตประจำวัน โดยสอดแทรกกับการสอนปกติทุกวัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ปกครองของเด็กอายุ 2-4 ปี และเด็กอายุ 2-4 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีงบประมาณ 2560 จำนวนกลุ่มละ 50 คน รวมจำนวน 100 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 50 คน รวมจำนวน 100 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยขั้นตอนนี้ มีดังนี้

1. กิจกรรม “AEC for kids” คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ร่วมกับครูประจำชั้น และคณะกรรมการของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมทักษะภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัย โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างครูชาวต่างชาติกับครูประจำชั้น ประกอบด้วยการที่ครูชาวต่างชาติสอนภาษาอังกฤษ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และครูประจำชั้นสอนสอดแทรกภาษาอังกฤษที่สอดคล้องกับเนื้อหาของครูชาวต่างชาติในการสอนปกติทุกวัน เป็นเวลา 4 เดือน

2. แบบสอบถามความคิดเห็นต่อกิจกรรม “AEC for kids” คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดบริการของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ด้านทักษะภาษาอังกฤษของเด็ก และด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง จำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ .89 นำไปทดลองใช้กับผู้ปกครองที่มีลูกเรียนสองภาษา จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณา คณะผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) คณะผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครองถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครอง ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และให้ตอบแบบสอบถาม

ความคิดเห็นต่อกิจกรรม “AEC for kids” ก่อนดำเนินการ (pre-test) โดยให้เวลา 10-15 นาที จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กเข้าร่วมกิจกรรม “AEC for kids” เป็นเวลา 4 เดือน แล้วให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครองตอบแบบสอบถามความคิดเห็นต่อกิจกรรม “AEC for kids” หลังดำเนินการ (post-test) โดยให้เวลา 10-15 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล การเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อกิจกรรม “AEC for kids” ระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test

ผลการวิจัย

การเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อกิจกรรม “AEC for kids” ระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ พบว่าหลังดำเนินการ ผู้ปกครองมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อกิจกรรมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดบริการของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ด้านทักษะภาษาอังกฤษของเด็ก และด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง สูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.758$, $p < .001$, $t = 3.210$, $p < .001$, $t = 5.950$, $p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อกิจกรรม “AEC for kids” ของผู้ปกครอง จำแนกเป็นรายด้าน ระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ

ความคิดเห็น	ก่อนดำเนินการ (n = 50)		หลังดำเนินการ (n = 50)		*t*	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*		
ด้านการจัดบริการของศูนย์ฯ	20.03	3.55	23.46	1.81	5.758	< .001
ด้านทักษะภาษาอังกฤษของเด็ก	18.26	6.58	22.70	2.47	3.210	< .001
ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง	20.60	2.67	23.50	2.04	5.950	< .001

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้ภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัย **(R2)** มีกิจกรรมดังนี้

1. จัดการประชุมหลังดำเนินการ (after action review [AAR]) ของคณะผู้วิจัย ครูประจำชั้น และคณะกรรมการของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยร่วมกันวิเคราะห์จากวิดีโอการเรียนการสอนภาษาอังกฤษที่สุ่มถ่ายทำไว้ พบว่าการจัดการเรียนรู้โดยครูชาวต่างชาติและครูประจำชั้นได้ผลตอบรับจากผู้ปกครองและเด็กเป็นอย่างดี โดยเด็กมีการตอบสนองในการเรียนรู้ภาษาอังกฤษดีขึ้นเป็นลำดับ มีความกล้าในการพูดคุยและทำกิจกรรมกับครูชาวต่างชาติเป็นอย่างดี และครูประจำชั้นได้กล่าวถึงประโยชน์ที่ได้สอนสอดแทรกภาษาอังกฤษในชั้นเรียน ว่าทำให้ได้ใช้ภาษาอังกฤษมากขึ้น และมีการพูดคุยสื่อสารภาษาอังกฤษกับครูชาวต่างชาติมากขึ้น

2. ดำเนินการปรับรูปแบบเพื่อให้การจัดการเรียนรู้ภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ปกครองของเด็กอายุ 2-4 ปี และเด็กอายุ 2-4 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีงบประมาณ 2560 จำนวนกลุ่มละ 50 คน รวมจำนวน 100 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 30 คน รวมจำนวน 60 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยขั้นตอนนี้มีดังนี้

1. รูปแบบ “2 teachers and parent” หรือที่เรียกว่า รูปแบบ “2TP Cooperative Learning Model”

คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นร่วมกับครูประจำชั้น และคณะกรรมการของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) Teacher1 คือ ครูประจำชั้นสอนคำศัพท์หรือเพลงภาษาอังกฤษง่าย ๆ ในชีวิตประจำวันโดยสอดแทรกในการสอนปกติทุกวัน 2) Teacher2 คือ ครูชาวต่างชาติ สอนอย่างน้อยสัปดาห์ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง และ 3) Parent คือ ผู้ปกครอง อ่านนิทานภาษาอังกฤษให้เด็กฟัง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละอย่างน้อย 10 นาที ทั้งนี้มีการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับการส่งเสริมการเรียนรู้ภาษาอังกฤษที่บ้านสำหรับเด็ก และจัดกิจกรรม “ชวนลูกอ่านนิทานสองภาษา” โดยดำเนินการทดลองใช้รูปแบบเป็นเวลา 1 เดือน

2. แบบสอบถามความคิดเห็นต่อกิจกรรม “ชวนลูกอ่านนิทานสองภาษา” คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านทักษะภาษาอังกฤษของเด็ก ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง และด้านการรับรู้ความสามารถ/การตระหนักในความสำคัญของการส่งเสริมการเรียนรู้ภาษาอังกฤษที่บ้านสำหรับเด็ก จำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ .84 หาค่าความเชื่อมั่นจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครอง จำนวน 10 คน ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณา คณะผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) คณะผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครองถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครอง ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) ให้ตอบแบบสอบถามความคิดเห็นต่อกิจกรรม “ชวนลูกอ่านนิทานสองภาษา” ก่อนดำเนินการ (pre-test) โดยให้เวลา 10-15 นาที และมอบนิทานสองภาษาให้คนละ 2 เล่ม สำหรับใช้อ่านให้เด็กฟังที่บ้าน จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบ “2 teachers and parent” เป็นเวลา 1 เดือน แล้วให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครองตอบแบบสอบถามความคิดเห็นต่อกิจกรรม “ชวนลูกอ่านนิทานสองภาษา” หลังดำเนินการ (post-test) โดยให้เวลา 10-15 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนตุลาคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล การเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อกิจกรรม “ชวนลูกอ่านนิทานสองภาษา” ระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test

ผลการวิจัย

การเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อกิจกรรม “ชวนลูกอ่านนิทานสองภาษา” ระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ พบว่าหลังดำเนินการ ผู้ปกครองมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อกิจกรรมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านทักษะภาษาอังกฤษของเด็ก ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง และด้านการรับรู้ความสามารถ/การตระหนักในความสำคัญของการส่งเสริมการเรียนรู้ภาษาอังกฤษที่บ้านสำหรับเด็ก สูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.160$, $p < .001$, $t = 6.310$, $p < .001$, $t = 11.880$, $p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อกิจกรรม “ชวนลูกอ่านนิทานสองภาษา” ของผู้ปกครอง จำแนกเป็นรายด้าน ระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ

ความคิดเห็น	ก่อนดำเนินการ (n = 30)		หลังดำเนินการ (n = 30)		*t*	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*		
ด้านทักษะภาษาอังกฤษของเด็ก	17.52	3.76	21.56	3.25	7.160	< .001
ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง	19.60	3.66	22.96	2.31	6.310	< .001
ด้านการรับรู้ความสามารถ/การตระหนักในความสำคัญฯ	19.76	3.40	27.40	3.34	11.880	< .001

ขั้นตอนที่ 4 การขยายผลการใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้ภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัย **(D2)** เป็นการขยายผลจากการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ใช้รูปแบบ “2 teachers and parent” หรือที่เรียกว่า รูปแบบ “2TP Cooperative Learning Model” โดยการส่งเสริมให้ผู้ปกครองอ่านนิทานภาษาอังกฤษกับเด็กอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เด็กได้เรียนรู้ภาษาอังกฤษอย่างต่อเนื่อง ทั้งที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและที่บ้าน อันเป็นการส่งเสริมพัฒนาการทางภาษาได้ทางหนึ่ง และจัดกิจกรรม “การเรียนรู้ร่วมกันในการส่งเสริมพัฒนาการทางภาษา” เพื่อเป็นการส่งเสริมความรู้และแบ่งปันประสบการณ์ระหว่างผู้ปกครองกับครูประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ปกครองของเด็กอายุ 2-4 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีงบประมาณ 2560 จำนวน 50 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยขั้นตอนนี้ มีดังนี้

1. กิจกรรม “การเรียนรู้ร่วมกันในการส่งเสริมพัฒนาการทางภาษา” คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ระหว่างผู้ปกครองกับครูประจำศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในประเด็นการส่งเสริมภาษาอังกฤษในเด็ก การส่งเสริมพัฒนาการทางภาษาในเด็ก และปัญหา อุปสรรคที่พบในการอ่านนิทานภาษาอังกฤษกับเด็กที่บ้าน ใช้เวลา 1 วัน

2. แบบสอบถามความคิดเห็นต่อกิจกรรม “การเรียนรู้ร่วมกันในการส่งเสริมพัฒนาการทางภาษา” คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมภาษาอังกฤษในเด็ก ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการทางภาษาในเด็ก และด้านความพึงพอใจในภาพรวม จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความคิดเห็นในระดับต้องปรับปรุง (1.00-1.50 คะแนน) ในระดับพอใช้ (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ในระดับดี (3.51-4.50 คะแนน) และในระดับดีมาก (4.51-5.00 คะแนน) มีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีการของครอนบาชเท่ากับ .86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณา คณะผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) คณะผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และให้อ่านนิทานภาษาอังกฤษกับเด็กอย่างสม่ำเสมอที่บ้าน เป็นเวลา 1 เดือน จากนั้นให้เข้าร่วมกิจกรรม “การเรียนรู้ร่วมกันในการส่งเสริมพัฒนาการทางภาษา” ใช้เวลา 1 วัน แล้วให้ตอบแบบสอบถามความคิดเห็นต่อกิจกรรม “การเรียนรู้ร่วมกันในการส่งเสริมพัฒนาการทางภาษา” โดยให้เวลา 10 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนพฤศจิกายน 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลความคิดเห็นต่อกิจกรรม “การเรียนรู้ร่วมกันในการส่งเสริมพัฒนาการทางภาษา” วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ความคิดเห็นต่อกิจกรรม “การเรียนรู้ร่วมกันในการส่งเสริมพัฒนาการทางภาษา” พบว่าหลังดำเนินการผู้ปกครองมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นด้านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมภาษาอังกฤษในเด็กในระดับดี (M = 4.46, SD = .64) ส่วนด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการทางภาษาในเด็ก และด้านความพึงพอใจในภาพรวม พบว่าผู้ปกครองมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในระดับดีมาก (M = 4.54, SD = .51 และ M = 4.57, SD = .51 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นต่อกิจกรรม “การเรียนรู้ร่วมกันในการส่งเสริมพัฒนาการทางภาษา” ของผู้ปกครอง จำแนกเป็นรายด้าน

ความคิดเห็น	*M*	*SD*	ระดับความคิดเห็น
ด้านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมภาษาอังกฤษในเด็ก	4.46	.64	ดี
ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการทางภาษาในเด็ก	4.54	.51	ดีมาก
ด้านความพึงพอใจในภาพรวม	4.57	.51	ดีมาก

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามการดำเนินการวิจัยและพัฒนา 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสำหรับการพัฒนารูปแบบ (R1)

ผลการวิจัยพบว่ากิจกรรมเสริมหลักสูตรที่ผู้ปกครองต้องการให้มีในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมากที่สุดคือ หลักสูตรภาษาอังกฤษ (ร้อยละ 73.90) ทั้งนี้เนื่องจากสถานการณ์โลกที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น มีการเปิดเสรีประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ภาษาอังกฤษถือว่ามีความสำคัญเนื่องจากเป็นภาษาหลักในการติดต่อสื่อสารของคนอาเซียน และเป็นภาษากลางที่คนทั่วโลกใช้ติดต่อสื่อสารกัน สอดคล้องกับกฎบัตรอาเซียนข้อ 34 ที่บัญญัติว่า “The working language of ASEAN shall be English” (สมเกียรติ อ่อนวิมล, 2555) ซึ่งในปัจจุบันมีการส่งเสริมให้เด็กเรียนภาษาอังกฤษและภาษาอื่นๆ กันอย่างแพร่หลาย ผลการวิจัยยังพบว่าคุณลักษณะเด็กที่ผู้ปกครองต้องการมากที่สุด คือ กล้าแสดงออก จึงควรให้เด็กได้ทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการแสดงออก สอดคล้องกับบุคลิกของเด็กไทยในปัจจุบันที่กล้าแสดงออกมากขึ้น เมื่อเด็กมีความมั่นใจในตนเองและกล้าแสดงออก จะเป็นประโยชน์ต่อการเรียนรู้ จึงควรส่งเสริมให้เด็กมีความกล้าแสดงออกในทางที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ปกครองมีความพร้อมในเรื่องการแสดงบทบาทด้านการส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กที่บ้าน จึงเป็นโอกาสดีที่จะเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วม

ผลการวิจัยพบว่าเด็กส่วนใหญ่มีพัฒนาการแต่ละด้านสมวัย โดยเฉพาะพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา ส่วนพัฒนาการด้านการใช้ภาษานั้น เด็กสามารถใช้ภาษาไทยซึ่งเป็น

ภาษาแม่ในการสื่อสารได้แล้ว และมีความพร้อมที่จะเรียนภาษาที่สองคือ ภาษาอังกฤษ เป็นลำดับต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของเกรียงศักดิ์ สยะนานนท์ และวัฒนา พัดเกตุ (ม.ป.ป.) ที่ศึกษาเรื่องอายุกับการเรียนภาษาอังกฤษและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพอใจหรือไม่พอใจในการเรียนภาษาอังกฤษ พบว่ากลุ่มนักศึกษาที่เริ่มเรียนภาษาอังกฤษในชั้นอนุบาลมีผลสัมฤทธิ์โดยเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มนักศึกษาที่เริ่มเรียนภาษาอังกฤษในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และปีที่ 5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งในเด็กปกติสามารถเรียนรู้สองภาษาพร้อมกันได้เลยตั้งแต่ขวบปีแรก และหากเด็กได้ยินได้ฟังจากเจ้าของภาษา เด็กจะได้เรียนรู้การออกเสียงสำเนียงที่ถูกต้องและชัดเจนตั้งแต่แรก ทั้งนี้เด็กปฐมวัยมีความสามารถในการฟังและการเลียนแบบเสียงได้ดีกว่าผู้ใหญ่ ซึ่งการสอนภาษาที่สองตั้งแต่ปฐมวัยนั้นจะช่วยให้เด็กเรียนรู้ภาษาได้ดีกว่าและเร็วกว่ามาเรียนรู้ในภายหลัง โดยเด็กเล็กจะเรียนรู้จากการเลียนแบบ การสร้างสภาพแวดล้อมแบบสองภาษาจึงทำให้สมองของเด็กมีความยืดหยุ่นได้มากกว่า โดยเด็กเล็กจะสามารถซึมซับสำเนียงภาษาอังกฤษ ฝึกฝนทักษะภาษาอังกฤษและเรียนรู้คำศัพท์ภาษาอังกฤษได้เพิ่มขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้ภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัย (D1)

ผลการวิจัยพบว่าหลังดำเนินกิจกรรม “AEC for kids” ผู้ปกครองมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อกิจกรรมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดบริการของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ด้านทักษะภาษาอังกฤษของเด็ก และด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง สูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งในด้านการจัดบริการของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กนั้น ผู้ปกครองเห็นว่าศูนย์ฯ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของพัฒนาการเด็ก ซึ่งการจัดการเรียนรู้ภาษาอังกฤษนี้ตรงกับความต้องการของผู้ปกครองที่ได้จากการสอบถามความต้องการ ทำให้ผู้ปกครองเกิดความพึงพอใจในด้านนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของสราวดี เพ็งศรีโคตร และจันทร์ชลี มาพุทธ (2554) ที่ศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการจัดการศึกษาปฐมวัย พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองประกอบด้วยการร่วมตัดสินใจ การร่วมดำเนินการ และการร่วมประเมินผล ซึ่งทำให้เกิดผลดีต่อการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้ภาษาอังกฤษครั้งนี้ เนื่องจากเป็นการพัฒนาที่ตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้ภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัย (R2)

ผลการวิจัยพบว่าหลังดำเนินกิจกรรม “ชวนลูกอ่านนิทานสองภาษา” ผู้ปกครองมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อกิจกรรมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านทักษะภาษาอังกฤษของเด็ก ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง และด้านการรับรู้ความสามารถ/การตระหนักในความสำคัญของการส่งเสริมการเรียนรู้ภาษาอังกฤษที่บ้านสำหรับเด็ก สูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ปกครองรู้สึกว่าเด็กสนใจในนิทานที่อ่าน ได้ยินเสียงเด็กพูดคำศัพท์ภาษาไทย/ภาษาอังกฤษมากขึ้น รู้สึกว่าเด็กได้เรียนรู้คำศัพท์ที่หลากหลาย และมั่นใจว่าเด็กสามารถเรียนรู้ภาษาไทยและภาษาที่สองได้ตั้งแต่วัยเด็กเล็ก ซึ่งนอกจากจะเกิดพัฒนาการทางภาษาที่ดีกับเด็กแล้ว ผู้ปกครองยังรู้สึกว่าได้ให้เวลากับลูกมากขึ้น สนใจในพัฒนาการทางภาษาของลูก และได้สังเกตความก้าวหน้าเรื่องพัฒนาการทางภาษาของลูกมากขึ้นด้วย การใช้หนังสือนิทานสองภาษาเป็นสื่อในการให้ผู้ปกครองและเด็กมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันจึงถือว่าเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้เป็นอย่างดี และนิทานยังสามารถเป็นสื่อในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยเฉพาะพัฒนาการทางภาษา (ณัฐวดี ศิลากรณ์, 2556; สุภาภรณ์ ดำดี, 2555; อารีย์ คำสังฆะ, 2554; Kaushanskaya, Gross, Sheena, & Roman, 2017)

ขั้นตอนที่ 4 การขยายผลการใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้ภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัย (D2)

ผลการวิจัยพบว่าหลังดำเนินกิจกรรม “การเรียนรู้ร่วมกันในการส่งเสริมพัฒนาการทางภาษา” ผู้ปกครองมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นด้านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมภาษาอังกฤษในเด็กในระดับดี และมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการทางภาษาในเด็ก และด้านความพึงพอใจในภาพรวม ในระดับดีมาก โดยอุปสรรคประการหนึ่ง

ของการอ่านนิทานภาษาอังกฤษกับเด็กที่บ้าน คือ ผู้ปกครองไม่สามารถทำเสียงสูง-ต่ำเวลาอ่านออกเสียงภาษาอังกฤษได้ ทำให้ขาดการกระตุ้นความสนใจของเด็ก ซึ่งหากมีการเตรียมผู้ปกครองที่ดี น่าจะทำให้ผู้ปกครองมีความมั่นใจในการอ่านนิทานภาษาอังกฤษกับลูกมากขึ้น และจะได้ประโยชน์ในการส่งเสริมพัฒนาการทางภาษาของเด็กอย่างมาก ดังนั้น ผู้ปกครองจึงมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมทักษะภาษาอังกฤษของเด็กปฐมวัย สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมของ Epstein et al. (2002) ที่ว่าโรงเรียน ครอบครัว และชุมชน เป็นหุ้นส่วนของความสำเร็จในการจัดการเรียนรู้ของเด็ก โดยเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงเรียน และสอดคล้องกับการศึกษาของสราวดี เพ็งศรีโคตร และจันทร์ชลี มาพุทธ (2554) ที่พบว่ารูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการจัดการศึกษาปฐมวัยมีประโยชน์ในด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก คือ สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็กให้ไปในทางที่ดี เช่น เป็นคนกล้าคิด กล้าแสดงออก อีกทั้งสามารถสื่อสารได้เหมาะสมกับวัย และมีความสุขกับการเรียนรู้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอื่นๆ ควรนำรูปแบบการจัดการเรียนรู้ภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัยในการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการส่งเสริมการเรียนรู้ทักษะภาษาอังกฤษให้แก่เด็กปฐมวัย โดยปรับให้เหมาะสมกับสภาพการณ์และบริบทของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กนั้นๆ เพื่อให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการทางภาษาที่ดียิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้ภาษาอังกฤษสำหรับเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้เหมาะสมยิ่งขึ้น เช่น มีการเตรียมความพร้อมของครูประจำชั้นและครูชาวต่างชาติโดยจัดตารางการสอนเนื้อหาไว้ล่วงหน้า เพื่อให้สามารถเตรียมเพลง วิดีโอ หรือกิจกรรมต่างๆ ให้มีความสอดคล้องกัน รวมทั้งควรแจ้งผู้ปกครองเพื่อให้การสอนภาษาอังกฤษที่บ้านไปในทิศทางเดียวกัน

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM)*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

เกรียงศักดิ์ สยะนานนท์, และวัฒนา พัดเกตุ. (ม.ป.ป.). *อายุกับการเรียนภาษาอังกฤษ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพอใจหรือไม่พอใจในการเรียนภาษาอังกฤษ*. สืบค้นจาก http://www.human.nu.ac.th/jhnu/file/journal/2011_02_01_11_01_47-02-02-02.pdf

ณัฐวดี ศิลากรณ์. (2556). *ความสามารถทางการพูดของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการจัดกิจกรรมเล่านิทานประกอบหุ่น* (ปริญญานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

นิตยา คชภักดี. (2543). *ขั้นตอนการพัฒนาของเด็กปฐมวัยตั้งแต่ปฏิสนธิ-5 ปี*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว

ยุทธนา มิ่งเมือง. (2549). *การบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลเมืองคูคต จังหวัดปทุมธานี* (สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร. สืบค้นจาก http://www.thapra.lib.su.ac.th/objects/thesis/fulltext/snamcn/Yuthana_Mingmuang/Fulltext.pdf

ราตรี อิงมั่น. (2556). *ความพึงพอใจของผู้ปกครองที่มีต่อการจัดการศึกษาปฐมวัยของโรงเรียนพันธะวัฒนา กรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. สืบค้นจาก http://www.mcu.ac.th/userfiles/file/thesis/Educational-Administration/56-2-11-047.pdf

สมเกียรติ อ่อนวิมล. (2555). *การใช้ภาษาอังกฤษและภาษาอื่นในภูมิภาคกับอนาคตของไทยในอาเซียน*. สืบค้นจาก http://www.dla.go.th/upload/ebook

สราวดี เพ็งศรีโคตร, และจันทร์ชลี มาพุทธ. (2554). รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการจัดการศึกษาปฐมวัย. *วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม, 7*(1), 68-82.

สุภาภรณ์ ดำดี. (2555). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเล่านิทานต่อพฤติกรรมเล่านิทานและความพึงพอใจต่อโปรแกรมในมารดาของเด็กวัยก่อนเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

อดุลย์ วังศรีคูณ. (2557). การศึกษาไทยในศตวรรษที่ 21: ผลผลิตและแนวทางการพัฒนา. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม, 8*(1), 1-17.

อารีย์ คำสังฆะ. (2554). *การส่งเสริมความเข้าใจภาษาของเด็กปฐมวัยโดยผู้ปกครองใช้ชุดกิจกรรม "เล่นกับลูกปลูกภาษา"* (ปริญญานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

Epstein, J. L., Sanders, M. G., Simon, B. S., Salinas, K. C., Jansorn, N. R., & Van Voorhis, F. L. (2002). *School, family, and community partnerships: Your handbook for action* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Corwin Press. Retrieved from https://www.govinfo.gov/content/pkg/ERIC-ED467082/pdf/ERIC-ED467082.pdf

Gardner, H. (2011). *Howard Gardner's Theory of Multiple Intelligences*. Retrieved from https://www.niu.edu/facdev/_pdf/guide/learning/howard_gardner_theory_multiple_intelligences.pdf

Kaushanskaya, M., Gross, M., Sheena, E., & Roman, R. (2017). Novel morpheme learning in monolingual and bilingual children. *American Journal of Speech-Language Pathology, 26*(2), 301-315.

การศึกษาสภาพและปัญหาการจัดการเรียนการสอนของภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

A Study of State and Problems in Learning and Teaching Management of Department of Administrative Nursing and Basic Concepts Nursing Practice, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

ภโวทัย พาสนาโสภณ, วท.ม. (สรีรวิทยา) [1]
Phawothai Phasanasophon, M.Sc. (Physiology) [1]
รัชชนก กลิ่นชาติ, พย.ม. (การพยาบาลศึกษา) [2]
Rudchanok Klinchat, M.N.S. (Nursing Education) [2]
สุมาลี ราชนิยม, พย.บ. [3]
Sumalee Rachaniyom, B.N.S. [3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาสภาพและปัญหาการจัดการเรียนการสอนของภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยอาจารย์ภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล จำนวน 12 คน และนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 513 คน วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีการศึกษา 2559 เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพและปัญหาการจัดการเรียนการสอน มีค่าความเชื่อมั่น .95 และแบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพและปัญหาการจัดการเรียนการสอน เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2559 ถึงเดือนมกราคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า 1) อาจารย์และนักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อสภาพและปัญหาการจัดการเรียนการสอนแต่ละด้านโดยรวมอยู่ในระดับดี ดังนี้ ด้านหลักสูตรและการใช้หลักสูตร (M = 4.33, SD = .39 และ M = 3.87, SD = .67 ตามลำดับ) ด้านผู้สอน (M = 4.45, SD = .47 และ M = 4.20, SD = .47 ตามลำดับ) ด้านผู้เรียน (M = 3.70, SD = .45 และ M = 3.99, SD = .55 ตามลำดับ) ด้านการจัดการเรียนการสอนและสิ่งสนับสนุน (M = 3.86, SD = .22 และ M = 3.85, SD = .58 ตามลำดับ) และด้านการประเมินผล (M = 4.29, SD = .31 และ M = 4.06, SD = .64 ตามลำดับ) และ 2) อาจารย์และนักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความต้องการในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนโดยรวมในระดับมาก (M = 4.41, SD = .46 และ M = 3.98, SD = .81 ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าฝ่ายวิชาการของวิทยาลัยฯ ควรนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการวางแผนการจัดการเรียนการสอน และปรับปรุงรายวิชาตามหลักสูตรให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: สภาพ ปัญหา การจัดการเรียนการสอน

[1, 2, 3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
[1, 2, 3] Registered Nurse, Senior Professional Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi
[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: phawothai@gmail.com

Abstract

This descriptive research aimed to study the state and problems in learning and teaching management of department of administrative nursing and basic concepts nursing practice. The samples consisted of 12 instructors of department of administrative nursing and basic concepts nursing practice and 513, 1st-4th year nursing students, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi in an academic year of 2016. The research instruments were composed of a questionnaire of opinion toward the state and problems in learning and teaching management with the reliability of .95, and an interview guide of opinion toward the state and problems in learning and teaching management. Data were collected from December, 2016 to January, 2017. Statistics used for data analysis included mean and standard deviation.

The research results revealed that 1) the instructors and nursing students had the overall mean scores of opinion toward the state and problems in learning and teaching management in each dimension at a good level:- dimension of curriculum and curriculum implementation (M = 4.33, SD = .39 and M = 3.87, SD = .67, respectively); dimension of instructor (M = 4.45, SD = .47 and M = 4.20, SD = .47, respectively); dimension of learner (M = 3.70, SD = .45 and M = 3.99, SD = .55, respectively); dimension of learning and teaching management and facilities (M = 3.86, SD = .22 and M = 3.85, SD = .58, respectively); and dimension of evaluation (M = 4.29, SD = .31 and M = 4.06, SD = .64, respectively); and 2) the instructors and nursing students had the overall mean scores of needs toward development of learning and teaching management at a high level (M = 4.41, SD = .46 and M = 3.98, SD = .81, respectively).

This research suggests that an academic department of the college should use this research results as a guideline of learning and teaching plans as well as course modification to emphasize its effectiveness in improving education.

Keywords: State, Problem, Learning and teaching management

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2553 มาตรา 4 กำหนดไว้ว่า “การศึกษา” หมายความว่า กระบวนการเรียนรู้เพื่อความเจริญงอกงามของบุคคลและสังคม โดยการถ่ายทอดความรู้ การฝึก การอบรม การสืบสานทางวัฒนธรรม การสร้างสรรค์จรรโลงความก้าวหน้าทางวิชาการ การสร้างองค์ความรู้อันเกิดจากการจัดสภาพแวดล้อม สังคม การเรียนรู้ และปัจจัยเกื้อหนุนให้บุคคลเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยมีความมุ่งหมายและหลักการในหมวด 1 บททั่วไป มาตรา 6 คือ การจัดการศึกษาต้องเป็นไปเพื่อพัฒนาคนไทยให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สติปัญญา ความรู้ และคุณธรรม มีจริยธรรม และวัฒนธรรมในการดำรงชีวิต สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข และได้กำหนดแนวทางจัดการศึกษาไว้ในหมวด 4 มาตรา 22 ว่า การจัดการศึกษาต้องยึดหลักว่าผู้เรียนทุกคนมีความสามารถในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้ และถือว่าผู้เรียนมีความสำคัญที่สุด กระบวนการจัดการศึกษาต้องส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถพัฒนาตามธรรมชาติและเต็มตามศักยภาพ มาตรา 24 คือ จัดเนื้อหา

สาระและกิจกรรมให้สอดคล้องกับความสนใจและความถนัดของผู้เรียน โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล ฝึกทักษะ กระบวนการคิด การจัดการ การเผชิญสถานการณ์ และการประยุกต์ความรู้มาใช้เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา จัดกิจกรรมให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริง ฝึกการปฏิบัติให้ทำได้ คิดเป็น ทำเป็น รักการอ่าน และเกิดการใฝ่รู้อย่างต่อเนื่อง จัดการเรียนการสอนโดยผสมผสานสาระความรู้ด้านต่าง ๆ อย่างได้สัดส่วนและสมดุลกัน รวมทั้งปลูกฝังคุณธรรม ค่านิยมที่ดีงาม และคุณลักษณะอันพึงประสงค์ไว้ในทุกวิชา (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2553)

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เป็นสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาหนึ่ง ซึ่งจัดการเรียนการสอนด้านวิชาชีพพยาบาล โดยอยู่ภายใต้การตรวจสอบมาตรฐานการศึกษาโดยสำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (องค์การมหาชน) มาตรฐานการศึกษาวิชาชีพโดยสภาการพยาบาล การที่วิทยาลัยฯ จัดการเรียนการสอนตามมาตรฐาน จึงต้องมีการประเมินการจัดการเรียนการสอนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง คณะผู้วิจัยในฐานะอาจารย์ภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จึงมีความสนใจที่จะศึกษาสภาพและปัญหาการจัดการเรียนการสอนของภาควิชา ซึ่งรับผิดชอบจัดการเรียนการสอนในรายวิชาต่าง ๆ ได้แก่ มหัศจรรย์แห่งโมเลกุล ศิลปะและชีวิต จุลชีวะและปรสิตวิทยา กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา 1 และ 2 ชีวเคมี แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎี กระบวนการพยาบาล การประเมินสุขภาพ หลักการและเทคนิคการพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ วิจัยทางการพยาบาล การรักษาโรคเบื้องต้นทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ และการบริหารการพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยรายวิชาดังกล่าวใช้สอนนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 ทั้งนี้ ผู้สอนมีบทบาทในการจัดการเรียนการสอน การวัดและประเมินผล รวมทั้งมีส่วนร่วมในการพัฒนาและปรับปรุงหลักสูตร เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการจัดการศึกษา ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพและปัญหาการจัดการเรียนการสอนของภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
2. เพื่อศึกษาความต้องการในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนของภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยศึกษาสภาพและปัญหาการจัดการเรียนการสอนของภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ตามองค์ประกอบของการเรียนการสอน ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านหลักสูตรและการใช้หลักสูตร ด้านผู้สอน ด้านผู้เรียน ด้านการจัดการเรียนการสอนและสิ่งสนับสนุน และด้านการประเมินผล รวมทั้งศึกษาความต้องการในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) อาจารย์ภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีการศึกษา 2559 จำนวน 12 คน และ 2) นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีการศึกษา 2559 จำนวน 133 คน 117 คน 84 คน และ 179 คน ตามลำดับ รวมจำนวน 513 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 525 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 525 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพและปัญหาการจัดการเรียนการสอนของภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพและปัญหาการจัดการเรียนการสอน แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านหลักสูตรและการใช้หลักสูตร จำนวน 8 ข้อ ด้านผู้สอน จำนวน 8 ข้อ ด้านผู้เรียน จำนวน 13 ข้อ ด้านการจัดการเรียนการสอนและสิ่งสนับสนุน จำนวน 11 ข้อ และด้านการประเมินผล จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 46 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความคิดเห็นในระดับต้องปรับปรุง (1.00-1.50 คะแนน) ในระดับพอใช้ (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ในระดับดี (3.51-4.50 คะแนน) และในระดับดีมาก (4.51-5.00 คะแนน)

ส่วนที่ 2 ความต้องการในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอน จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความต้องการในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.50 คะแนน) ในระดับน้อย (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ในระดับมาก (3.51-4.50 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.51-5.00 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพและปัญหาการจัดการเรียนการสอนของภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านหลักสูตรและการใช้หลักสูตร ด้านผู้สอน ด้านผู้เรียน ด้านการจัดการเรียนการสอนและสิ่งสนับสนุน และด้านการประเมินผล

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น คณะผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นหาค่าความเชื่อมั่นจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษา ชั้นปีละ 10 คน รวมจำนวน 40 คน ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .95

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 030 วันที่ 19 สิงหาคม 2559) คณะผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยพบกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยให้เวลา 20-30 นาที และดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง (อาจารย์ จำนวน 6 คน และตัวแทนนักศึกษา ชั้นปีละ 5 คน) โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2559 ถึงเดือนมกราคม 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพและปัญหาการจัดการเรียนการสอน และข้อมูลความต้องการในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอน วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. สภาพและปัญหาการจัดการเรียนการสอนของภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล

1.1 ด้านหลักสูตรและการใช้หลักสูตร พบว่าทั้งอาจารย์และนักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อสภาพและปัญหาการจัดการเรียนการสอนด้านหลักสูตรและการใช้หลักสูตรโดยรวมในระดับดี (M = 4.33, SD = .39 และ M = 3.87, SD = .67 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อสำหรับอาจารย์ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ แหล่งฝึก

ภาคปฏิบัติวิชาปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้นและวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาลมีความเหมาะสม (M = 4.86, SD = .38) และ มีการประเมินการจัดการเรียนการสอนรายวิชาเพื่อปรับปรุงรายวิชาและเป็นข้อมูลนำเข้าไปสู่การปรับปรุงหลักสูตร (M = 4.86, SD = .38) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ลักษณะวิชาและจำนวนหน่วยกิตมีประโยชน์สำหรับวิชาชีพ (ศิลปะและชีวิต) (M = 3.43, SD = .53) สำหรับนักศึกษา ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ลักษณะวิชาและจำนวนหน่วยกิตมีประโยชน์สำหรับวิชาชีพ (กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา 1 และ 2 (M = 4.56, SD = .64) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ลักษณะวิชาและจำนวนหน่วยกิตมีประโยชน์สำหรับวิชาชีพ (ปฏิบัติการบริหารการพยาบาล) (M = 3.11, SD = 2.06) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นต่อสภาพและปัญหาการจัดการเรียนการสอนด้านหลักสูตรและการใช้หลักสูตรของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายข้อและโดยรวม

ข้อความ	**อาจารย์** (n = 12)			**นักศึกษา** (n = 513)		
	M	*SD*	ระดับ	*M*	*SD*	ระดับ
1. รายวิชาในกลุ่มพื้นฐานวิชาชีพของหลักสูตรมีความก้าวหน้า ทันสมัย สอดคล้องกับสภาพสังคมปัจจุบัน	3.71	.48	ดี	4.04	.55	ดี
2. มีการประชาสัมพันธ์ให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์และโครงสร้างของหลักสูตร	3.86	.37	ดี	4.06	.66	ดี
3. การจัดรายวิชาเรียนของภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาลในแต่ละชั้นปีมีความเหมาะสม	4.43	.53	ดี	3.90	.93	ดี
4. ลักษณะวิชาและจำนวนหน่วยกิตมีประโยชน์สำหรับวิชาชีพ						
ภาคทฤษฎี						
4.1 มหัศจรรย์แห่งโมเลกุล	3.86	.37	ดี	3.62	.73	ดี
4.2 ศิลปะและชีวิต	3.43	.53	ปานกลาง	3.64	.85	ดี
4.3 จุลชีวะและปรสิตวิทยา	4.14	.69	ดี	4.14	.88	ดี
4.4 กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา 1 และ 2	4.57	.53	ดีมาก	4.56	.64	ดีมาก
4.5 ชีวเคมี	4.14	.69	ดี	3.89	1.00	ดี
4.6 แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎี กระบวนการพยาบาล	4.57	.53	ดีมาก	4.41	.65	ดี
4.7 การประเมินสุขภาพ	4.57	.53	ดีมาก	4.41	.83	ดี
4.8 หลักการและเทคนิคการพยาบาล	4.43	.78	ดี	4.47	.78	ดี
4.9 วิจัยทางการพยาบาล	4.29	.48	ดี	3.50	1.72	ปานกลาง
4.10 การรักษาโรคเบื้องต้น	4.29	1.13	ดี	3.19	2.08	ปานกลาง
4.11 การบริหารการพยาบาล	3.86	1.73	ดี	3.13	2.06	ปานกลาง
ภาคปฏิบัติ						
4.12 ปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล	4.43	.77	ดี	4.16	1.32	ดี
4.13 ปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น	4.71	.48	ดีมาก	3.19	2.07	ปานกลาง
4.14 ปฏิบัติการบริหารการพยาบาล	4.71	.48	ดีมาก	3.11	2.06	ปานกลาง

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นต่อสภาพและปัญหาการจัดการเรียนการสอนด้านหลักสูตรและการใช้หลักสูตรของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายข้อและโดยรวม (ต่อ)

ข้อความ	อาจารย์ (n = 12)			นักศึกษา (n = 513)		
	M	*SD*	ระดับ	*M*	*SD*	ระดับ
5. อาจารย์ผู้สอนมีคุณวุฒิ/ประสบการณ์สอนตรงตามรายวิชา	4.43	.55	ดี	4.39	.78	ดี
6. แหล่งฝึกภาคปฏิบัติวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาลเป็นไปตามข้อกำหนดหรือเกณฑ์	4.71	.48	ดีมาก	4.02	1.19	ดี
7. แหล่งฝึกภาคปฏิบัติวิชาปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้นและวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาลมีความเหมาะสม	4.86	.38	ดีมาก	3.31	1.86	ปานกลาง
8. มีการประเมินการจัดการเรียนการสอนรายวิชา เพื่อปรับปรุงรายวิชาและเป็นข้อมูลนำเข้าไปสู่การปรับปรุงหลักสูตร	4.86	.38	ดีมาก	4.11	1.00	ดี
โดยรวม	4.33	.39	ดี	3.87	.67	ดี

ในส่วนความคิดเห็นจากการสัมภาษณ์ พบว่ามีความสอดคล้องกัน กล่าวคือ ภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาลสามารถจัดการเรียนการสอนได้ครอบคลุมตามหลักสูตรที่ผ่านการรับรองจากองค์กรวิชาชีพ รายวิชาส่วนใหญ่มีความเหมาะสมในการนำไปประกอบวิชาชีพในอนาคต ได้มีการสอนก่อนฝึกปฏิบัติจริง ผู้เรียนสามารถแสดงบทบาทหน้าที่ของตนเองได้เต็มที่ จุดอ่อนคือบางรายวิชา ความรู้จากหัวข้อและเนื้อหาภาคทฤษฎียังไม่สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริง บางรายวิชามีเนื้อหามากแต่มีการลดจำนวนชั่วโมงสอน

1.2 ด้านผู้สอน พบว่าทั้งอาจารย์และนักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อสภาพและปัญหาการจัดการเรียนการสอนด้านผู้สอนโดยรวมในระดับดี ($M = 4.45$, $SD = .47$ และ $M = 4.20$, $SD = .47$ ตามลำดับ) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ สำหรับอาจารย์ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ มีการวางแผนและเตรียมตัวสอน โดยจัดทำแผนการสอนรายวิชา (มคอ.3, มคอ.4) เสร็จ และแจกผู้เรียนก่อนการเรียนการสอน ($M = 4.71$, $SD = .75$) มีวุฒิภาวะ แสดงท่าทีเป็นมิตร ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้เรียน และตัดสินใจแก้ปัญหาอย่างรอบคอบ ($M = 4.71$, $SD = .48$) และการแต่งกายเหมาะสม บุคลิกภาพดี เป็นตัวอย่างที่ดีแก่ผู้เรียน ($M = 4.71$, $SD = .48$) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ มีเทคนิคและวิธีการสอนใหม่ ๆ หลากหลาย ($M = 4.00$, $SD = .00$) สำหรับนักศึกษา ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การแต่งกายเหมาะสม บุคลิกภาพดี เป็นตัวอย่างที่ดีแก่ผู้เรียน ($M = 4.49$, $SD = .59$) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ มีเทคนิคและวิธีการสอนใหม่ ๆ หลากหลาย ($M = 3.90$, $SD = .68$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นต่อสภาพและปัญหาการจัดการเรียนการสอนด้านผู้สอนของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายข้อและโดยรวม

ข้อความ	อาจารย์ (n = 12)			นักศึกษา (n = 513)		
	M	*SD*	ระดับ	*M*	*SD*	ระดับ
1. มีการวางแผนและเตรียมตัวสอน โดยจัดทำแผนการสอนรายวิชา (มคอ.3, มคอ.4) เสร็จ และแจกผู้เรียนก่อนการเรียนการสอน	4.71	.75	ดีมาก	4.32	.66	ดี
2. เชื่อมโยงความรู้/ประสบการณ์ภาคทฤษฎีสู่ภาคปฏิบัติของวิชาชีพ	4.14	.90	ดี	4.29	.63	ดี
3. มีความรู้/ความสามารถ/ประสบการณ์ในสาระวิชาสามารถถ่ายทอดได้อย่างเข้าใจ	4.57	.53	ดีมาก	4.24	.73	ดี
4. จัดทำเอกสารประกอบการสอน	4.43	.78	ดี	4.07	.66	ดี
5. มีเทคนิคและวิธีการสอนใหม่ ๆ หลากหลาย	4.00	.00	ดี	3.90	.68	ดี
6. มีวุฒิภาวะ แสดงท่าทีเป็นมิตร ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้เรียน และตัดสินใจแก้ปัญหาอย่างรอบคอบ	4.71	.48	ดีมาก	4.17	.64	ดี
7. กระตุ้นและส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ของผู้เรียน	4.29	.75	ดี	4.15	.63	ดี
8. การแต่งกายเหมาะสม บุคลิกภาพดี เป็นตัวอย่างที่ดีแก่ผู้เรียน	4.71	.48	ดีมาก	4.49	.59	ดี
โดยรวม	4.45	.47	ดี	4.20	.47	ดี

ในส่วนความคิดเห็นจากการสัมภาษณ์ พบว่า คุณวุฒิ คุณสมบัติของผู้สอน ส่วนใหญ่ตรงและเหมาะสมกับรายวิชาที่สอน มีความเสียสละ มีการกระตุ้นผู้เรียน เข้าใจผู้เรียน และมีข้อเสนอแนะว่าปัจจุบัน ผู้สอนควรเข้าใจความเป็นปัจเจกบุคคล เข้าใจวิธีการสอนที่ต้องมีการเรียนรู้ร่วมกัน ปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ได้ มีความสามารถในการกระตุ้นผู้เรียนให้ช่างซักถามและเรียนรู้ตามหัวใจนักปราชญ์ สอน/นิเทศโดยไม่ทำให้ผู้เรียนรู้สึกว่าถูกเหยียดหยาม/ทอดทิ้งเมื่อขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ

1.3 ด้านผู้เรียน พบว่าทั้งอาจารย์และนักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อสภาพและปัญหาการจัดการเรียนการสอนด้านผู้เรียนโดยรวมในระดับดี ($M = 3.70$, $SD = .45$ และ $M = 3.99$, $SD = .55$ ตามลำดับ) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อสำหรับอาจารย์ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ มีคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ ($M = 4.29$, $SD = .75$) สามารถเลือกและใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ($M = 4.29$, $SD = .75$) และปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเมตตา กรุณา และเอื้ออาทร มีภาวะผู้นำ ($M = 4.29$, $SD = .48$) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ สามารถสื่อสารภาษาอังกฤษทั้งการฟัง พูด อ่าน และเขียน ($M = 2.86$, $SD = .37$) สำหรับนักศึกษาข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ มีคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ ($M = 4.34$, $SD = .65$) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ สามารถสื่อสารภาษาอังกฤษทั้งการฟัง พูด อ่าน และเขียน" ($M = 3.14$, $SD = .80$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นต่อสภาพและปัญหาการจัดการเรียนการสอนด้านผู้เรียนของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายข้อและโดยรวม

ข้อความ	อาจารย์ (n = 12)			นักศึกษา (n = 513)		
	M	*SD*	ระดับ	*M*	*SD*	ระดับ
1. มีจิตบริการ	4.00	.57	ดี	4.17	.67	ดี
2. มีการคิดเชิงวิเคราะห์	3.43	.78	ปานกลาง	3.95	.67	ดี
3. ให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล ร่วมคิด และร่วมตัดสินใจ	3.71	.48	ดี	4.11	.64	ดี
4. มีคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ	4.29	.75	ดี	4.34	.65	ดี
5. มีความรู้ ความเข้าใจในสาระสำคัญของศาสตร์ที่เรียน	3.57	.78	ดี	3.93	.76	ดี
6. สามารถคิดวิเคราะห์ได้อย่างเป็นระบบ รู้ศักยภาพและจุดอ่อนของตน	3.43	.78	ปานกลาง	3.94	.71	ดี
7. สามารถใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ วิจัย นวัตกรรมในการสืบค้นและวิเคราะห์ข้อมูล	3.29	.75	ปานกลาง	3.95	.77	ดี
8. สามารถทำงานเป็นทีม ปรับตัว และมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ใช้บริการ ผู้ร่วมงาน	4.00	.57	ดี	4.14	.73	ดี
9. สามารถประยุกต์ใช้หลักตรรกะ คณิตศาสตร์และสถิติการสื่อสาร	3.29	.48	ปานกลาง	3.88	.73	ดี
10. สามารถเลือกและใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ	4.29	.75	ดี	4.02	.76	ดี
11. สามารถปฏิบัติทักษะการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมโดยประยุกต์ใช้ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาลกระบวนการพยาบาล	3.71	.75	ดี	3.99	.81	ดี
12. ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความเมตตา กรุณา และเอื้ออาทร มีภาวะผู้นำ	4.29	.48	ดี	4.27	.89	ดี
13. สามารถสื่อสารภาษาอังกฤษทั้งการฟัง พูด อ่านและเขียน	2.86	.37	ปานกลาง	3.14	.80	ปานกลาง
โดยรวม	3.70	.45	ดี	3.99	.55	ดี

ในส่วนความคิดเห็นจากการสัมภาษณ์ พบว่าผู้เรียนในปัจจุบันควรมีลักษณะของการใฝ่เรียนรู้ มีความรับผิดชอบ มีความคิดเป็นของตนเอง กล้าคิด กล้าตัดสินใจ มีการศึกษาค้นคว้าเอง และนำสิ่งที่เรียนรู้มาช่วยเหลือกัน แบ่งปันกัน ลักษณะที่ส่งเสริมการเรียนรู้คือ ผู้เรียนต้องฝึกคิด ฝึกการเป็นผู้นำ การตัดสินใจ ช่างซักถามในเชิงวิชาการ ใฝ่เรียนรู้แสวงหาความรู้ที่มีความหลากหลาย ส่วนลักษณะที่ขัดแย้ง/เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้คือ การไม่ซักถาม การคุยเล่น ใช้เวลากับสื่อทางอินเทอร์เน็ตผ่านแอปพลิเคชันต่าง ๆ งานที่ได้รับมอบหมายมีมากเกินไป ทำให้มีเวลาเรียนรู้ด้วยตนเองน้อย เกิดความอ่อนล้า การรู้สึกถูกบังคับ ถูกตำหนิต่อหน้าผู้อื่น/ผู้ป่วย ถูกตัดสินโดยฟังจากเสียง

คนส่วนใหญ่ ข้อเสนอแนะคือ ปรับทัศนคติ/พฤติกรรมการเรียนรู้ ปรับการใช้สื่อทางอินเทอร์เน็ต ส่วนการมอบหมายงานควรมีความเหมาะสม

1.4 ด้านการจัดการเรียนการสอนและสิ่งสนับสนุน พบว่าทั้งอาจารย์และนักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อสภาพและปัญหาการจัดการเรียนการสอนด้านการจัดการเรียนการสอนและสิ่งสนับสนุนโดยรวมในระดับดี (M = 3.86, SD = .22 และ M = 3.85, SD = .58 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ สำหรับอาจารย์ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ จัดตารางสอนรายวิชาของแต่ละชั้นปีเป็นไปตามหน่วยกิต (M = 4.71, SD = .48) วิธีที่ใช้สอนในรายวิชาภาคทฤษฎี (แบบบรรยาย) (M = 4.71, SD = .48) และ วิธีที่ใช้สอนในรายวิชาภาคปฏิบัติ (แบบนิเทศ) (M = 4.71, SD = .48) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ วิธีที่ใช้สอนในรายวิชาภาคทฤษฎี (แบบบูรณาการ) (M = 2.00, SD = 1.52) และ วิธีที่ใช้สอนในรายวิชาภาคทฤษฎี (แบบโครงการ) (M = 2.00, SD = 1.52) สำหรับนักศึกษา ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การสอนเป็นไปตามแผนการสอนรายวิชา (มคอ.3, มคอ.4) (M = 4.05, SD = .79) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ วิธีที่ใช้สอนในรายวิชาภาคทฤษฎี (แบบโครงการ) (M = 3.61, SD = .78) และ วิธีที่ใช้สอนในรายวิชาภาคทฤษฎี (แบบบูรณาการ) (M = 3.61, SD = 1.28) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นต่อสภาพและปัญหาการจัดการเรียนการสอนด้านการจัดการเรียนการสอนและสิ่งสนับสนุนของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายข้อและโดยรวม

ข้อความ	อาจารย์ (n = 12)			นักศึกษา (n = 513)		
	M	*SD*	ระดับ	*M*	*SD*	ระดับ
1. จัดตารางสอนรายวิชาของแต่ละชั้นปีเป็นไปตามหน่วยกิต	4.71	.48	ดีมาก	4.02	.71	ดี
2. จัดกิจกรรมให้เรียนรู้จากประสบการณ์จริงในวิชาภาคปฏิบัติ เพื่อให้เกิดทักษะคิดเป็น ทำเป็น	4.43	.53	ดี	4.03	.76	ดี
3. เลือกวิธีสอนที่เหมาะสมกับรายวิชาและมีวิธีสอนที่หลากหลาย	4.43	.53	ดี	3.96	.74	ดี
4. วิธีที่ใช้สอนในรายวิชาภาคทฤษฎี						
4.1 แบบบรรยาย	4.71	.48	ดีมาก	3.95	.92	ดี
4.2 แบบแบ่งกลุ่มทำงาน	3.86	.69	ดี	3.80	.74	ดี
4.3 แบบบูรณาการ	2.00	1.52	พอใช้	3.80	.77	ดี
4.4 แบบโครงการ	2.00	1.52	พอใช้	3.61	.78	ดี
5. วิธีที่ใช้สอนในรายวิชาภาคทดลอง						
5.1 แบบทดลอง	3.43	1.90	ปานกลาง	3.88	1.03	ดี
5.2 แบบสาธิต	4.57	.78	ดีมาก	4.01	.78	ดี
5.3 แบบสาธิตย้อนกลับ	4.57	.78	ดีมาก	3.94	.75	ดี
5.4 แบบแบ่งกลุ่มทำงาน	2.86	2.11	ปานกลาง	3.90	.84	ดี

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นต่อสภาพและปัญหาการจัดการเรียนการสอนด้านการจัดการเรียนการสอนและสิ่งสนับสนุนของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายข้อและโดยรวม (ต่อ)

ข้อความ	อาจารย์ (n = 12)			นักศึกษา (n = 513)		
	M	*SD*	ระดับ	*M*	*SD*	ระดับ
6. วิธีที่ใช้สอนในรายวิชาภาคปฏิบัติ						
6.1 แบบบูรณาการ	3.43	1.81	ปานกลาง	3.61	1.28	ดี
6.2 แบบนิเทศ	4.71	.48	ดีมาก	3.76	1.18	ดี
6.3 แบบใช้ครูพี่เลี้ยง	4.29	.75	ดี	3.78	1.19	ดี
6.4 แบบใช้ปัญหาเป็นฐาน	2.86	1.57	ปานกลาง	3.76	1.20	ดี
7. การสอนเป็นไปตามแผนการสอนรายวิชา (มคอ.3, มคอ.4)	4.43	.78	ดี	4.05	.79	ดี
8. สื่อการสอนชัดเจน เข้าใจง่าย หลากหลาย และจำนวนเพียงพอ เช่น หุ่นจำลองฉีดยา หุ่นกระดูก	4.14	.69	ดี	3.85	.84	ดี
9. สื่อ/เทคโนโลยีที่สนับสนุนการศึกษาในกลุ่มวิชา เช่น คอมพิวเตอร์ เข้าถึงได้ง่ายและสะดวก	4.00	.00	ดี	3.79	.81	ดี
10. มีตำรา หนังสือที่ต้องการค้นคว้า ตรงกับการเรียนรู้และจำนวนเพียงพอต่อการใช้	3.86	.38	ดี	3.84	.85	ดี
11. ห้องเรียนมีสภาพและขนาดเหมาะสมกับจำนวนผู้เรียนเอื้อแก่การเรียนรู้	3.86	.69	ดี	3.71	.84	ดี
โดยรวม	3.86	.22	ดี	3.85	.58	ดี

ในส่วนความคิดเห็นจากการสัมภาษณ์ พบว่า การจัดการเรียนการสอนแต่ละรายวิชามีความเหมาะสม สามารถนำความรู้ไปใช้ได้จริง แต่มีข้อเสนอแนะว่า การแบ่งกลุ่มผู้เรียน ควรให้มีการสลับกลุ่มบ้าง เพื่อที่จะได้เรียนรู้ความคิดที่หลากหลาย วิธีการสอนที่ใช้ในแต่ละรายวิชามีความหลากหลาย แต่ที่ใช้มากที่สุดในการสอนภาคทฤษฎีคือ การบรรยายประกอบสไลด์ ซึ่งมีข้อดี คือ ทำให้ผู้เรียนได้ข้อมูลมาก เข้าใจมากกว่าการไปอ่านด้วยตนเอง แต่ข้อเสียคือ อาจทำให้ความสนใจในการเรียนลดลง ข้อเสนอแนะคือ ต้องการให้สอนแล้วเกิดมโนภาพ เน้นประโยคที่สำคัญ เข้าใจง่าย ไม่น่าเบื่อ อาจเป็นการบรรยายผสมการปฏิบัติ หรือมีเหตุการณ์จำลองให้ได้ฝึกหลังบทเรียน ใช้เทคนิคการกระตุ้นผู้เรียนให้รู้สึกกระตือรือร้นก่อนเรียน มีการยกตัวอย่างจากประสบการณ์จริง เชื่อมโยงความรู้ให้เข้าใจง่าย ส่วนสื่อการสอน มีหลากหลายรูปแบบ มีความเหมาะสม มีข้อเสนอแนะคือ ควรจัดให้สัญญาณอินเทอร์เน็ตมีความเสถียรและครอบคลุมทุกพื้นที่การใช้งาน คุณภาพเครื่องเสียงให้ฟังได้ชัดเจน พร้อมใช้งาน เครื่องฉายภาพให้มีความคมชัดมากขึ้น ควรจัดห้องเรียนให้เหมาะสมกับจำนวนผู้เรียน

1.5 ด้านการประเมินผล พบว่าทั้งอาจารย์และนักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อสภาพและปัญหาการจัดการเรียนการสอนด้านการประเมินผลโดยรวมในระดับดี (M = 4.29, SD = .31 และ M = 4.06, SD = .64 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ สำหรับอาจารย์ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การประเมินโปร่งใส ยุติธรรม สอดคล้องกับมคอ. (M = 4.57, SD = .53) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ มีการประเมินผลทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการสอน

(*M* = 4.00, *SD* = .57) สำหรับนักศึกษา ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การประเมินการค้นคว้าและนำเสนอมีความโปร่งใสยุติธรรม (*M* = 4.14, *SD* = .69) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ มีการปรับปรุงแก้ไขเมื่อประเมินผลระหว่างสอนพบว่าเกิดปัญหา อุปสรรค (*M* = 3.98, *SD* = .82) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นต่อสภาพและปัญหาการจัดการเรียนการสอนด้านการประเมินผลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายข้อและโดยรวม

ข้อความ	อาจารย์ (n = 12)			นักศึกษา (n = 513)		
	M	*SD*	ระดับ	*M*	*SD*	ระดับ
1. ประเมินการเรียนการสอนด้วยวิธีหลากหลาย เช่น การทดสอบความรู้ การสังเกตพฤติกรรมการเรียน การประเมินการค้นคว้าและนำเสนอ	4.29	.75	ดี	4.03	.69	ดี
2. การประเมินโปร่งใส ยุติธรรม สอดคล้องกับมคอ.	4.57	.53	ดีมาก	4.11	.75	ดี
3. การประเมินการค้นคว้าและนำเสนอมีความโปร่งใสยุติธรรม	4.43	.53	ดี	4.14	.69	ดี
4. มีการประเมินผลทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการสอน	4.00	.57	ดี	4.05	.73	ดี
5. มีการปรับปรุงแก้ไขเมื่อประเมินผลระหว่างสอนพบว่าเกิดปัญหา อุปสรรค	4.14	.69	ดี	3.98	.82	ดี
6. การประเมินผลหลังการสอนมีการสรุปและนำไปวางแผนแก้ไขในปีการศึกษาถัดไป	4.29	.48	ดี	4.04	.71	ดี
โดยรวม	4.29	.31	ดี	4.06	.64	ดี

ในส่วนความคิดเห็นจากการสัมภาษณ์ พบว่า การประเมินผลแต่ละรายวิชามีความเหมาะสม ผ่านการตรวจสอบเป็นไปตามหลักการและข้อกำหนดของหลักสูตร โดยผู้เรียนเสนอแนะว่าบางรายวิชา เช่น กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา ควรปรับลดการประเมินผลด้วยการสอบแบบอัตนัยให้เหมาะสม

2. ความต้องการในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนของภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล พบว่า ทั้งอาจารย์และนักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความต้องการในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนโดยรวมในระดับมาก (*M* = 4.41, *SD* = .46 และ *M* = 3.98, *SD* = .81 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ สำหรับอาจารย์ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การจัดรายวิชาในแต่ละภาคการศึกษา แต่ละชั้นปี ให้มีการเรียงลำดับรายวิชาในการเรียน (*M* = 4.57, *SD* = .53) ให้มีการนำปัญหาและข้อเสนอแนะจากรายวิชาไปสู่การปรับปรุงการเรียนการสอนอย่างแท้จริง (*M* = 4.57, *SD* = .53) และ การประเมินผลผู้เรียนให้มีความถูกต้องยุติธรรมตามหลักการวัดผลการศึกษา (*M* = 4.57, *SD* = .78) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ให้มีการพัฒนาเทคนิค/วิธีการจัดการเรียนการสอน (*M* = 4.14, *SD* = .69) และพัฒนาเทคโนโลยีที่สนับสนุนการเรียนรู้ การเข้าถึงข้อมูลที่รวดเร็ว ทันสมัย (*M* = 4.14, *SD* = .90) สำหรับนักศึกษา ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การประเมินผลผู้เรียนให้มีความถูกต้อง ยุติธรรม ตามหลักการวัดผลการศึกษา (*M* = 4.05, *SD* = .90) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ การจัดรายวิชาในแต่ละภาคการศึกษา แต่ละชั้นปี ให้มีการเรียงลำดับรายวิชาในการเรียน (*M* = 3.95, *SD* = .86) และ จัดกิจกรรมที่กระตุ้นผู้เรียนให้มีความกระตือรือร้นใฝ่รู้ ใฝ่เรียน (*M* = 3.95, *SD* = .97) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายข้อและโดยรวม

ข้อความ	อาจารย์ (n = 6)			นักศึกษา (n = 20)		
	M	*SD*	ระดับ	*M*	*SD*	ระดับ
1. ปรับลักษณะวิชา/จำนวนหน่วยกิตของกลุ่มวิชาให้เหมาะสมกับวิชาชีพ	4.43	.78	มาก	3.88	.90	มาก
2. การจัดรายวิชาในแต่ละภาคการศึกษา แต่ละชั้นปี ให้มีการเรียงลำดับรายวิชาในการเรียน	4.57	.53	มากที่สุด	3.95	.86	มาก
3. ให้มีการนำปัญหาและข้อเสนอแนะจากรายวิชาไปสู่การปรับปรุงการเรียนการสอนอย่างแท้จริง	4.57	.53	มากที่สุด	4.00	.93	มาก
4. ให้มีการพัฒนาเทคนิค/วิธีการจัดการเรียนการสอน	4.14	.69	มาก	4.00	.92	มาก
5. จัดกิจกรรมที่กระตุ้นผู้เรียนให้มีความกระตือรือร้น ใฝ่รู้ ใฝ่เรียน	4.43	.78	มาก	3.95	.97	มาก
6. จัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง	4.43	.53	มาก	3.99	.97	มาก
7. พัฒนาเทคโนโลยีที่สนับสนุนการเรียนรู้ การเข้าถึงข้อมูลที่รวดเร็ว ทันสมัย	4.14	.90	มาก	3.98	.91	มาก
8. จัดจำนวนนักศึกษาให้เหมาะสมกับห้องเรียน เพื่อสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ดี	4.43	.78	มาก	3.99	.95	มาก
9. การประเมินผลผู้เรียนให้มีความถูกต้อง ยุติธรรม ตามหลักการวัดผลการศึกษา	4.57	.78	มากที่สุด	4.05	.90	มาก
10. มีระบบและกลไกช่วยเหลือผู้เรียนที่มีผลการเรียนอ่อน หรือมีปัญหาในการเรียน	4.43	.78	มาก	4.02	.96	มาก
โดยรวม	4.41	.46	มาก	3.98	.81	มาก

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าทั้งอาจารย์และนักศึกษามีความคิดเห็นต่อสภาพและปัญหาการจัดการเรียนการสอนด้านหลักสูตรและการใช้หลักสูตรโดยรวมในระดับดี ทั้งนี้เนื่องจากอาจารย์ส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท และมีประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพ และนักศึกษาทุกคนมีความเกี่ยวข้องกับการใช้หลักสูตร โดยนักศึกษามีความคิดเห็นว่าวิชากายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา 1 และ 2 มีประโยชน์สำหรับวิชาชีพมากที่สุด เพราะเป็นวิชาพื้นฐานหลักที่สำคัญของการเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตและหลักสูตรทางการแพทย์อื่น ๆ เช่น แพทยศาสตร์ ทันตแพทยศาสตร์ สาธารณสุขศาสตร์ ส่วนวิชาที่นักศึกษาให้ความสำคัญน้อยที่สุดคือ วิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล ซึ่งอาจเป็นเพราะนักศึกษามองว่าการบริหารยังเป็นเรื่องที่ไกลตัว จึงให้ความสำคัญน้อย

ผลการวิจัยพบว่าทั้งอาจารย์และนักศึกษามีความคิดเห็นต่อสภาพและปัญหาการจัดการเรียนการสอนด้านผู้สอนโดยรวมในระดับดี โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ มีเทคนิคและวิธีการสอนใหม่ ๆ หลากหลาย ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้สอนมีพันธกิจหลายด้าน ทั้งการสอน การวิจัย

การบริการวิชาการ และการประกันคุณภาพการศึกษา รวมทั้งต้องเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่วิทยาลัยฯ และหน่วยงานภายนอกจัดขึ้น จึงขาดการพัฒนาเทคนิคและวิธีการสอนใหม่ๆ

ผลการวิจัยพบว่าทั้งอาจารย์และนักศึกษามีความคิดเห็นต่อสภาพและปัญหาการจัดการเรียนการสอนด้านผู้เรียน โดยรวมในระดับดี โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ มีคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ ทั้งนี้เนื่องจากคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ เป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลทุกคนต้องมีในระดับสูง ซึ่งจะส่งผลสัมฤทธิ์ต่อการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของพรเพชร คำสวัสดิ์ (2558) ที่ศึกษาการทำงานเป็นทีมและจิตบริการที่พยากรณ์ผลการปฏิบัติงานของพนักงานในธุรกิจอุตสาหกรรมอาหารไทย พบว่าการทำงานเป็นทีมและจิตบริการมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ สามารถสื่อสารภาษาอังกฤษทั้งการฟัง พูด อ่าน และเขียน ซึ่งภาษาอังกฤษกับการเรียนการสอนของไทยนั้นเป็นปัญหาสำคัญที่มีการแก้ไขมานาน และยังคงเป็นปัญหาอยู่จนถึงปัจจุบัน ดังการศึกษาของนิตยา วีวงศ์ (2550) ที่พบว่าการสอนภาษาอังกฤษให้นักเรียนไทยเป็นเรื่องง่าย แต่มีความยากในบางประเด็น เช่น ลักษณะนิสัยบางอย่างของนักเรียนไทย ระบบการศึกษาของไทย วิธีการสอน การจัดการห้องเรียน การบริหารงานของโรงเรียน และความแตกต่างทางวัฒนธรรม

ผลการวิจัยพบว่าทั้งอาจารย์และนักศึกษามีความคิดเห็นต่อสภาพและปัญหาการจัดการเรียนการสอนด้านการจัดการเรียนการสอนและสิ่งสนับสนุนโดยรวมในระดับดี โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ วิธีที่ใช้สอนในรายวิชาภาคทฤษฎี (แบบบรรยาย) ซึ่งแม้ว่าการสอนแบบบรรยายจะมีข้อเสียคือ ทำให้ผู้เรียนเบื่อหน่าย เพราะผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอนน้อย วิธีการสอนไม่สามารถสนองตอบความต้องการและความแตกต่างระหว่างบุคคลได้ ความรู้ที่ได้รับจากการฟังเพียงอย่างเดียวอาจลืมง่าย เพราะเป็นความทรงจำที่ไม่ถาวร แต่ผู้สอนส่วนใหญ่และการสอนในแทบทุกระดับก็ยังคงใช้วิธีการสอนแบบบรรยายกันอยู่เป็นจำนวนมาก เพราะการบรรยายเป็นการพูด บอก เล่า และอธิบายเนื้อหาสาระหรือสิ่งที่ต้องการสอนแก่ผู้เรียน (ทิศนา แขมมณี, 2544) ส่วนในรายวิชาภาคปฏิบัติ วิธีที่ใช้สอนมากที่สุดคือ แบบนิเทศ เมื่อนักศึกษาฝึกปฏิบัติงานในแหล่งฝึก จะมีอาจารย์พี่เลี้ยงเป็นผู้สอนและดูแล โดยบทบาทของอาจารย์คือ การนิเทศ คอยให้คำแนะนำปรึกษา และช่วยเหลือนักศึกษาเมื่อเกิดปัญหา เพื่อให้การฝึกปฏิบัติงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ผลการวิจัยพบว่าทั้งอาจารย์และนักศึกษามีความคิดเห็นต่อสภาพและปัญหาการจัดการเรียนการสอนด้านการประเมินผล โดยรวมในระดับดี โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การประเมินโปร่งใส ยุติธรรม สอดคล้องกับมคอ. ซึ่งหลักสำคัญของการวัดและประเมินผล คือ ต้องมีความถูกต้อง เหมาะสม และยุติธรรม เพราะผลการประเมินจะถูกนำไปใช้ในการพัฒนาผู้เรียนให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการเรียนการสอน รวมทั้งนำไปแก้ไข ปรับปรุงกระบวนการจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสมและมีคุณภาพยิ่งขึ้น

ผลการวิจัยพบว่าทั้งอาจารย์และนักศึกษามีความต้องการในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนโดยรวมในระดับมาก โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดข้อหนึ่งคือ ให้มีการนำปัญหาและข้อเสนอแนะจากรายวิชาไปสู่การปรับปรุงการเรียนการสอนอย่างแท้จริง ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติที่ระบุให้มีการนำผลการประเมินการเรียนรู้ไปใช้ในการวางแผนการจัดการเรียนการสอน และเป็นข้อมูลนำไปปรับปรุงหลักสูตร (วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 2559)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ฝ่ายวิชาการของวิทยาลัยฯ ควรนำผลการวิจัยทั้งด้านหลักสูตรและการใช้หลักสูตร ด้านผู้สอน ด้านผู้เรียน ด้านการจัดการเรียนการสอนและสิ่งสนับสนุน และด้านการประเมินผล ไปเป็นแนวทางในการวางแผนการจัดการเรียนการสอน และปรับปรุงรายวิชาตามหลักสูตรให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาสภาพและปัญหาการจัดการเรียนการสอนของทุกภาควิชาในวิทยาลัยฯ เพื่อให้มีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เป็นภาพรวมของหลักสูตร และศึกษาวิธีการสอนที่ทำให้ผู้เรียนเกิดมโนภาพ เข้าใจได้ง่าย ไม่น่าเบื่อ

เอกสารอ้างอิง

ทิศนา แขมมณี. (2544). *14 วิธีการสอน สำหรับครูมืออาชีพ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิตยา วีวงศ์. (2550). *ความเชื่อของครูผู้เป็นเจ้าของภาษาอังกฤษเกี่ยวกับความยากในการสอนภาษาอังกฤษให้กับนักเรียนไทย* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี.

พรเพชร คำสวัสดิ์. (2558). *การทำงานเป็นทีมและจิตบริการที่พยากรณ์ผลการปฏิบัติงานของพนักงานในธุรกิจอุตสาหกรรมอาหารไทย* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้า พระนครเหนือ.

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. (2559). *รายงานผลการดำเนินการหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (มคอ.7) ปีการศึกษา 2557*. จันทบุรี: ผู้แต่ง.

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. (2553). *นโยบายการศึกษาแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2553*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

ความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา กระทรวงสาธารณสุข *

Organizational Commitment of Staff in Bangnamprieo Hospital, Chachoengsao Province, Ministry of Public Health *

วรเชษฐ์ เวชมงคลกร, วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) [1]
Voraches Vechmongcolkorn, M.Sc. (Public Health) [1]
ปิยธิดา ตรีเดช, ส.ด. (บริหารสาธารณสุข) [3]
Piyathida Tridech, Dr.P.H. (Health Administration) [3]
สุธี อยู่สถาพร, D en D (Regime 1984) (Hons.) [2]
Suthee Usathaporn, D en D (Regime 1984) (Hons.) [2]
สุคนธา ศิริ, ปร.ด. (อายุรศาสตร์เขตร้อน) [4]
Sukhontha Siri, Ph.D. (Tropical Medicine) [4]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล และความพึงพอใจในการทำงาน กับความผูกพันต่อองค์การ และปัจจัยทำนายความผูกพันต่อองค์การของบุคลากร กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 117 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความพึงพอใจในการทำงานในส่วนปัจจัยจูงใจ ความพึงพอใจในการทำงานในส่วนปัจจัยค้ำจุน ความผูกพันต่อองค์การ และข้อเสนอแนะ มีค่าความเชื่อมั่น .98 เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนธันวาคม 2557 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน independent *t*-test, one-way ANOVA สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า 1) บุคลากรมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการทำงานโดยรวม และคะแนนเฉลี่ยความผูกพันต่อองค์การโดยรวม ในระดับมาก (M = 3.60, SD = .72 และ M = 3.79, SD = .69 ตามลำดับ) 2) อายุ ประสบการณ์การทำงาน และรายได้ มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์การอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .370, p < .001; r = .850, p < .001 และ F = 8.240, p < .001 ตามลำดับ) 3) ความพึงพอใจในการทำงานในส่วนปัจจัยจูงใจ และในส่วนปัจจัยค้ำจุน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์การอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .720, p < .001 และ r = .700, p < .001 ตามลำดับ) และ 4) ปัจจัยค้ำจุนด้านความมั่นคง และปลอดภัยในการทำงาน ปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้า ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จของงาน และปัจจัยค้ำจุน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
* Master's Thesis of Science Program in Public Health, Faculty of Public Health, Mahidol University

[1] มหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
[1] Master, Program in Public Health, Faculty of Public Health, Mahidol University
[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: voraches@hotmail.com
[2] อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
[2] Lecturer, Faculty of Public Health, Mahidol University: Major Advisor
[3] รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
[3] Associate Professor, Faculty of Public Health, Mahidol University: Co-advisor
[4] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
[4] Assistant Professor, Faculty of Public Health, Mahidol University: Co-advisor

ด้านความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา สามารถร่วมกันทำนายความผูกพันต่อองค์การได้ร้อยละ 65.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adj. R^2 = .659, p < .001)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าผู้บริหารโรงพยาบาลควรส่งเสริมให้บุคลากรมีกิจกรรมร่วมกัน ให้เข้ารับการอบรมหรือสัมมนาตามความเหมาะสม และกำหนดนโยบายที่ทำให้บุคลากรรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในการทำงาน เพื่อให้บุคลากรมีความผูกพันต่อองค์การสูงขึ้น

คำสำคัญ: ความผูกพันต่อองค์การ ความพึงพอใจในการทำงาน ปัจจัยจูงใจ ปัจจัยค้ำจุน

Abstract

This survey research aimed to examine the relationships between individual characteristics, job satisfaction, and organizational commitment and to examine its predictive factors of staff. The samples consisted of 117 staff working in Bangnamprieo Hospital, Chachoengsao Province. The research instrument was a 5-part questionnaire:- individual characteristics, job satisfaction in the aspect of motivative factor, job satisfaction in the aspect of maintenance factor, organizational commitment, and suggestions with the reliability of .98. Data were collected in December, 2014. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, independent *t*-test, one-way ANOVA, Pearson's product moment correlation, and stepwise multiple regression.

The research results revealed that 1) the staff had the overall mean scores of job satisfaction and organizational commitment at a high level (M = 3.60, SD = .72 and M = 3.79, SD = .69, respectively); 2) age, working experience, and income were statistically significant related to organizational commitment (r = .370, p < .001; r = .850, p < .001 and F = 8.240, p < .001, respectively); 3) job satisfaction in the aspect of motivative factor and in the aspect of maintenance factor were positively statistically significant related to organizational commitment (r = .720, p < .001 and r = .700, p < .001, respectively); and 4) the maintenance factor regarding security and work safety, the motivative factor regarding career growth, the motivative factor regarding job success, and the maintenance factor regarding relationship with the supervisor had statistically significant co-predictivity value for organizational commitment of 65.90% (adj. R^2 = .659, p < .001).

This research suggests that the executives of the hospital should encourage collaborative activities and appropriate short course training or seminar for the staff, and set a policy regarding job security and safety in order to enhance organizational commitment among these staff.

Keywords: Organizational commitment, Job satisfaction, Motivative factor, Maintenance factor

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การเป็นหน่วยงานทางสังคมอย่างหนึ่ง เป็นที่รวมตัวกันของสมาชิกซึ่งมาร่วมกันทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องและสัมพันธ์กันให้บรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ตามที่กำหนดไว้ สมาชิกขององค์การนับเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีความสำคัญที่สุดในแต่ละองค์การ เพราะทรัพยากรบุคคลในทุกระดับขององค์การเป็นเสมือนจักรกลหรือกลไกสำคัญที่จะดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ขององค์การให้บรรลุวัตถุประสงค์การที่บุคลากรซึ่งเป็นทรัพยากรบุคคลขององค์การจะสามารถปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลได้นั้น นอกจากจะต้องคำนึงถึงความรู้ ความสามารถของบุคลากรแล้ว สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง คือ ทำอย่างไรที่จะทำให้บุคลากรมีความรู้สึกว่าเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของตนสอดคล้องกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์การ อันจะทำให้เกิดแรงบันดาลใจในการที่จะทุ่มเททั้งกำลังกายและกำลังใจให้กับการทำงาน เกิดความจงรักภักดี และมีความผูกพันต่อองค์การ ซึ่งแสดงออกได้ทั้งด้านพฤติกรรมและจิตใจ เช่น พร้อมที่จะเสียสละเวลา อุทิศแรงกายและแรงใจของตนเพื่องานและองค์การโดยไม่มีใครบังคับ นับว่าเป็นการแสดงให้เห็นถึงความยึดมั่นที่จะอยู่กับองค์การเพื่อการทำงาน และพยายามทำทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อประโยชน์ขององค์การ (นิสิต ทิพย์รักษ์, 2548) ความผูกพันต่อองค์การจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะหากบุคลากรมีความผูกพันต่อองค์การสูง องค์การนั้นก็จะบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ได้ง่ายขึ้น ทั้งนี้เพราะบุคลากรจะมีความเชื่อมั่นต่อนโยบาย เป้าหมาย วัตถุประสงค์และค่านิยมขององค์การ ก่อให้เกิดความเต็มใจที่จะทุ่มเทความพยายามอย่างมากเพื่อองค์การ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความรู้สึกปรารถนาที่จะรักษาไว้ซึ่งความเป็นสมาชิกขององค์การ ไม่คิดที่จะลาออกหรือโอน/ย้ายไปที่อื่น ความผูกพันต่อองค์การจึงเป็นตัวชี้ให้เห็นถึงความมีประสิทธิภาพขององค์การ (ดวงพร พรวิทยา, 2550) ดังนั้น หากองค์การสามารถทำให้บุคลากรมีความผูกพันต่อองค์การได้มากเท่าใด ก็จะทำให้บุคลากรมีความปรารถนาที่จะอยู่เป็นสมาชิกขององค์การมากขึ้นเท่านั้น และพร้อมที่จะทุ่มเทความรู้ ความสามารถในการทำงานเพื่อองค์การอย่างเต็มที่และด้วยความเต็มใจ ซึ่งจะส่งผลต่อความเจริญก้าวหน้าขององค์การ (อรพินท์ สุขสถาพร, 2542)

ความผูกพันต่อองค์การมีองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ 1) ความเชื่อมั่นอย่างสูงในการยอมรับเป้าหมายและค่านิยมขององค์กร 2) ความเต็มใจที่จะทุ่มเทความพยายามอย่างเต็มที่ในการทำงานเพื่อประโยชน์ขององค์กร และ 3) ความต้องการอย่างแรงกล้าที่จะดำรงความเป็นสมาชิกภาพในองค์กร (Steers, 1991) ส่วน Herzberg (1974) ได้อธิบายว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพนักงานในการปฏิบัติงานนั้นมีอยู่ 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุน ซึ่งปัจจัยจูงใจจะต้องมีค่าทางบวกเท่านั้นจึงจะทำให้บุคคลมีความพึงพอใจในงาน หากมีค่าทางลบก็จะทำให้บุคคลไม่พึงพอใจในงาน ส่วนปัจจัยค้ำจุนซึ่งได้แก่ สุขอนามัยของบุคลากร หากมีค่าทางลบ บุคลากรจะมีความรู้สึกไม่พึงพอใจในงาน เนื่องจากองค์ประกอบของปัจจัยค้ำจุนนี้มีหน้าที่ค้ำจุนหรือบำรุงรักษาบุคลากรให้มีความพึงพอใจในงาน สรุปว่าทั้งสองปัจจัยต้องมีค่าทางบวกเท่านั้นจึงจะทำให้ความพึงพอใจในงานของบุคลากรเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อผู้บริหารอย่างยิ่ง เพราะคำนิยามของการบริหารนั้น คือ ผู้บริหารต้องทำงานให้สำเร็จโดยใช้บุคคลอื่น แต่งานจะสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพเพียงใดย่อมขึ้นอยู่กับวิธีการและนโยบายของผู้บริหารนั้น ๆ (ศิริพร พงศ์ศรีโรจน์, 2550) การที่ผู้บริหารสามารถทราบถึงกลไกของพฤติกรรมและสร้างความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรในองค์การย่อมเท่ากับทำให้ผู้บริหารในฐานะที่เป็นผู้นำ สามารถชักจูง กำกับ และผลักดันให้พฤติกรรมการทำงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด (ธงชัย สันติวงษ์, 2543) ผู้บริหารจึงจำเป็นต้องพยายามทุกวิถีทางที่จะทำให้บุคลากรทุกคนมีความผูกพันต่อองค์การให้มากที่สุด หากองค์การสามารถตอบสนองจุดมุ่งหมายของบุคลากรภายในองค์การได้แล้ว บุคลากรก็จะให้ความร่วมมือและสนับสนุนองค์การของตน ส่งผลให้องค์การสามารถบรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ได้

โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นองค์การหนึ่งที่ให้บริการทางสุขภาพแก่ประชาชนท่ามกลางความก้าวหน้าของเทคโนโลยีและสภาพแวดล้อม

ทางเศรษฐกิจ สังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โรงพยาบาลจึงได้ปรับเปลี่ยนกลยุทธ์เป็นการให้บริการในเชิงรุกมากขึ้น สร้างภาพลักษณ์ของการให้บริการที่ประชาชนพึงพอใจในเรื่องความสะดวก รวดเร็ว ถูกต้องและตรวจสอบได้ รวมทั้งสร้างความมั่นใจในการรักษาพยาบาลว่ามีคุณภาพตามมาตรฐานระดับสากล นอกจากนี้ยังได้เพิ่มศักยภาพของการทำงานในองค์การให้เป็นที่ยอมรับของสากล จากการเปลี่ยนแปลงนี้ย่อมส่งผลให้พฤติกรรมการบริหารและการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยวต้องปรับเปลี่ยนตามไปด้วย ทำให้ผู้บริหารองค์การต้องใช้ภาวะผู้นำในการบริหารสูงขึ้น เพื่อที่จะทำให้บุคลากรปฏิบัติงานด้วยความเต็มใจ พึงพอใจ และปฏิบัติงานจากความต้องการของบุคลากรเอง ซึ่งจะก่อให้เกิดคุณภาพและประสิทธิภาพมากกว่าการใช้อำนาจบังคับบัญชาหรือใช้การสั่งการ ทั้งนี้ โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยวมีบุคลากรที่มีความรู้ในหลายสาขาที่แตกต่างกัน เมื่อต้องมาอยู่รวมในองค์การเดียวกัน ผู้บริหารจึงควรให้ความสนใจในการศึกษาพฤติกรรมของบุคคลเหล่านี้ เพื่อให้มีความเข้าใจในพฤติกรรมและทัศนคติของบุคลากร และสร้างความผูกพันต่อองค์การให้แก่บุคลากรซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการปฏิบัติงาน เพื่อจะได้ทุ่มเทความรู้ ความสามารถ และเต็มใจที่จะทำให้งานขององค์การบรรลุตามเป้าหมาย

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นว่าการที่บุคลากรจะมีความผูกพันต่อองค์การนั้นต้องอาศัยปัจจัยที่สำคัญหลายด้าน ซึ่งตัวแปรที่สำคัญและส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์การมีหลายตัว รวมถึงความพึงพอใจในการทำงาน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในการทำงานกับความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว ซึ่งผลที่ได้จะใช้เป็นแนวทางในการหากลยุทธ์เพื่อวางแผนกำลังคน วิธีการรักษากำลังคน และการเสริมสร้างบุคลากรขององค์การให้มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพึงพอใจในการทำงาน และความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล และความพึงพอใจในการทำงาน กับความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา จากปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล และความพึงพอใจในการทำงาน

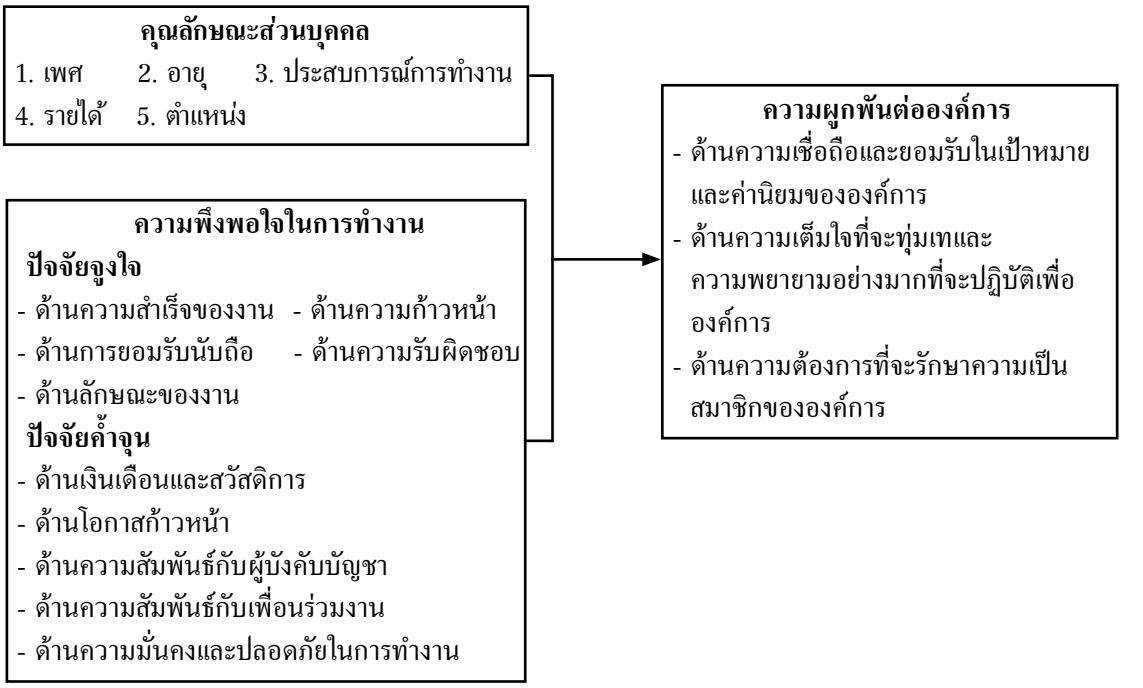
สมมติฐานการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล และความพึงพอใจในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

2. ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล และความพึงพอใจในการทำงาน สามารถร่วมกันทำนายความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาความผูกพันต่อองค์การตามแนวคิดของ Steers (1991) และคัดสรรปัจจัย 2 กลุ่ม คือ คุณลักษณะส่วนบุคคล และความพึงพอใจในการทำงานตามทฤษฎีของ Herzberg (1974) โดยคาดว่าปัจจัยดังกล่าวจะมีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันทำนายความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรได้ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นบุคลากรโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ประกอบด้วย ข้าราชการ จำนวน 90 คน ลูกจ้างประจำ จำนวน 15 คน พนักงานราชการ จำนวน 2 คน และลูกจ้างชั่วคราว จำนวน 118 คน รวมจำนวน 225 คน (งานบุคลากร โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา, 2555) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ปฏิบัติงานอย่างน้อย 6 เดือน และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยกรณีทราบจำนวนประชากรแน่นอน (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2550) โดยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .36 (วัชพร ชัยชนะ, 2551) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 106 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่ได้รับแบบสอบถามกลับคืนไม่ครบ จึงคำนวณขนาดตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10 จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 117 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ประสบการณ์การทำงาน รายได้ และตำแหน่ง จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจในการทำงานในส่วนปัจจัยจูงใจ ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามของประยงค์ มีผล (2545) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความสำเร็จของงาน จำนวน 7 ข้อ ด้านความก้าวหน้า จำนวน 4 ข้อ ด้านการยอมรับนับถือ จำนวน 6 ข้อ ด้านความรับผิดชอบ จำนวน 5 ข้อ และด้านลักษณะของงาน จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 27 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด

น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน) ในระดับน้อย (1.50-2.49 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) ในระดับมาก (3.50-4.49 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.50-5.00 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจในการทำงานในส่วนปัจจัยค้ำจุน ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามของสุทธิลักษณ์ คำก๋อง (2549) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านเงินเดือนและสวัสดิการ จำนวน 7 ข้อ ด้านโอกาสก้าวหน้า จำนวน 5 ข้อ ด้านความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา จำนวน 4 ข้อ ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน จำนวน 5 ข้อ และความมั่นคงและปลอดภัยในการทำงาน จำนวน 2 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 23 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน) ในระดับน้อย (1.50-2.49 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) ในระดับมาก (3.50-4.49 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.50-5.00 คะแนน)

ส่วนที่ 4 ความผูกพันต่อองค์การ ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามของคนึงนิจ รักษสุธากาญจน์ (2548) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความเชื่อถือและยอมรับในเป้าหมายและค่านิยมขององค์การ จำนวน 5 ข้อ ด้านความเต็มใจที่จะทุ่มเทและความพยายามอย่างมากที่จะปฏิบัติเพื่อองค์การ จำนวน 5 ข้อ และด้านความต้องการที่จะรักษาความเป็นสมาชิกขององค์การ จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ความผูกพันในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน) ในระดับน้อย (1.50-2.49 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) ในระดับมาก (3.50-4.49 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.50-5.00 คะแนน)

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัจจัยจูงใจ ปัจจัยค้ำจุน และความผูกพันต่อองค์การ ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวนทั้งสิ้น 4 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับบุคลากรโรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .98

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (เอกสารรับรอง เลขที่ MUPH 2014-190 วันที่ 3 ตุลาคม 2557) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จากนั้นนำแบบสอบถามพร้อมเอกสารชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่าง โดยเอกสารชี้แจงมีข้อมูลหลักเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) โดยให้เวลาทั้งสิ้น 1 สัปดาห์ และให้กลุ่มตัวอย่างนำแบบสอบถามส่งคืนผู้วิจัย ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนธันวาคม 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลความพึงพอใจในการทำงาน และข้อมูลความผูกพันต่อองค์การ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความผูกพันต่อองค์การ วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ และตำแหน่งกับความผูกพันต่อองค์การ วิเคราะห์ด้วยสถิติ one-way ANOVA ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ประสบการณ์การทำงาน และความพึงพอใจในการทำงาน กับความผูกพันต่อองค์การ

วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ส่วนการหาปัจจัยทำนายความผูกพันต่อองค์การ วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 84.60 มีอายุอยู่ในช่วง 20-30 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.50 โดยมีอายุเฉลี่ย 37.08 ปี (*SD* = 10.48) มีประสบการณ์การทำงานอยู่ในช่วง 1-10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.70 โดยมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 13.07 ปี (*SD* = 10.05) มีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.90 และมีตำแหน่งเป็นลูกจ้างชั่วคราว มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.70

2. ความพึงพอใจในการทำงาน และความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว พบว่าบุคลากรมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการทำงานโดยรวมในระดับมาก (*M* = 3.60, *SD* = .72) เมื่อพิจารณาเป็นรายปัจจัย ในส่วนปัจจัยจูงใจ พบว่าบุคลากรมีคะแนนเฉลี่ยในระดับมากทั้ง 5 ด้าน ซึ่งได้แก่ ด้านความสำเร็จของงาน (*M* = 3.68, *SD* = .61) ด้านความก้าวหน้า (*M* = 3.54, *SD* = .73) ด้านการยอมรับนับถือ (*M* = 3.54, *SD* = .61) ด้านความรับผิดชอบ (*M* = 3.78, *SD* = .66) และด้านลักษณะของงาน (M = 3.92, *SD* = .70) ในส่วนปัจจัยค้ำจุน พบว่าบุคลากรมีคะแนนเฉลี่ยในระดับมาก 3 ด้าน ซึ่งได้แก่ ด้านความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา (*M* = 3.76, *SD* = .73) ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน (*M* = 3.66, *SD* = .72) และด้านความมั่นคงและปลอดภัยในการทำงาน (*M* = 3.58, *SD* = .77) และมีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง 2 ด้าน คือ ด้านเงินเดือนและสวัสดิการ (*M* = 3.33, *SD* = .86) และด้านโอกาสก้าวหน้า (*M* = 3.18, *SD* = .83)

ส่วนความผูกพันต่อองค์การ พบว่าบุคลากรมีคะแนนเฉลี่ยความผูกพันต่อองค์การโดยรวมในระดับมาก (*M* = 3.79, *SD* = .69) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าบุคลากรมีคะแนนเฉลี่ยในระดับมากทั้ง 3 ด้าน ซึ่งได้แก่ ด้านความเชื่อถือและยอมรับในเป้าหมายและค่านิยมขององค์การ (*M* = 3.88, *SD* = .66) ด้านความเต็มใจที่จะทุ่มเทและความพยายามอย่างมากที่จะปฏิบัติเพื่อองค์การ (*M* = 3.90, *SD* = .66) และด้านความต้องการที่จะรักษาความเป็นสมาชิกขององค์การ (*M* = 3.60, *SD* = .75)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว พบว่าอายุ ประสบการณ์การทำงาน และรายได้มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .370, $p < .001$; r = .850, $p < .001$ และ F = 8.240, $p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนเพศและตำแหน่ง ไม่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในการทำงานกับความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว พบว่าความพึงพอใจในการทำงานในส่วนปัจจัยจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .720, $p < .001$) และความพึงพอใจในการทำงานในส่วนปัจจัยค้ำจุนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .700, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในการทำงานกับความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว (n = 117)

ความพึงพอใจในการทำงาน	ความผูกพันต่อองค์การ	
	r	*p*
ปัจจัยจูงใจ	.720	< .001
ปัจจัยค้ำจุน	.700	< .001

5. ปัจจัยทำนายความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายความผูกพันต่อองค์การได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความพึงพอใจในการทำงานในส่วนปัจจัยจูงใจโดยรวม และความพึงพอใจในการทำงานในส่วนปัจจัยค้ำจุนโดยรวม โดยสามารถร่วมกันทำนายความผูกพันต่อองค์การได้ร้อยละ 65.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adj. $R^2 = .651$, $p < .001$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าปัจจัยค้ำจุนด้านความมั่นคงและปลอดภัยในการทำงาน ปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้า ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จของงาน และปัจจัยค้ำจุนด้านความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชาสามารถร่วมกันทำนายความผูกพันต่อองค์การได้ร้อยละ 65.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adj. $R^2 = .659$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว (n = 177)

ตัวแปร	B	SE	Beta	*t*	*p*
ด้านความมั่นคงและปลอดภัยในการทำงาน	.206	.361	.310	4.274	< .001
ด้านความก้าวหน้า	.220	.204	.286	4.050	< .001
ด้านความสำเร็จของงาน	.252	.140	.256	3.859	< .001
ด้านความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา	.130	.156	.196	3.122	.002

Constant = 11.913; R = .812; $R^2 = .659$; adj. $R^2 = .647$; F = 54.212; $p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าบุคลากรโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยวมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการทำงานโดยรวมในระดับมาก ในส่วนปัจจัยจูงใจทั้ง 5 ด้าน ซึ่งได้แก่ ด้านความสำเร็จของงาน ด้านความก้าวหน้า ด้านการยอมรับนับถือ ด้านความรับผิดชอบ และด้านลักษณะของงาน ก็มีคะแนนเฉลี่ยในระดับมากเช่นกัน ในส่วนปัจจัยค้ำจุน พบว่า 3 ด้าน ซึ่งได้แก่ ด้านความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และความมั่นคงและปลอดภัยในการทำงาน มีคะแนนเฉลี่ยในระดับมาก ส่วนอีก 2 ด้าน ซึ่งได้แก่ ด้านเงินเดือนและสวัสดิการ และด้านโอกาสก้าวหน้า มีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า

การที่บุคลากรมีความพึงพอใจในการทำงานในระดับมาก เนื่องจากบุคลากรมีแรงจูงใจที่คิดว่างานที่ทำเป็นงานที่มีความสำคัญต่อส่วนรวม คิดว่าความรับผิดชอบร่วมกันในกลุ่มทำงานเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้เป็นที่ยอมรับของเพื่อนร่วมงาน และคิดว่าการทำงานทำให้มีประสบการณ์และความชำนาญเพิ่มขึ้น อีกทั้งผู้บังคับบัญชายึดหลักความยุติธรรมในการทำงานร่วมกัน เพื่อนร่วมงานมีความห่วงใยและเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน มีความมั่นใจในตำแหน่งที่ทำงานอยู่ว่ามีความมั่นคง คิดว่าโรงพยาบาลให้สวัสดิการต่าง ๆ เช่น การลาพักผ่อน ค่ารักษาพยาบาล และอื่น ๆ ซึ่งเป็นที่น่าพอใจ นอกจากนี้โรงพยาบาลยังสนับสนุนให้บุคลากรได้รับการอบรม สัมมนาและศึกษาเพิ่มเติม สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้บุคลากรมีความพึงพอใจในการทำงานในระดับมาก ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะ บุนนาค (2543) ที่ศึกษาความผูกพันต่อสถาบันและความพึงพอใจในงานของอาจารย์คณะครุศาสตร์ สถาบันราชภัฏภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าอาจารย์มีความพึงพอใจในงานในระดับมาก

ผลการวิจัยพบว่าบุคลากรโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยวมีคะแนนเฉลี่ยความผูกพันต่อองค์การโดยรวมและรายด้านในระดับมาก ซึ่งรายด้านได้แก่ ด้านความเชื่อถือและยอมรับในเป้าหมายและค่านิยมขององค์การ ด้านความเต็มใจที่จะทุ่มเทและความพยายามอย่างมากที่จะปฏิบัติเพื่อองค์การและด้านความต้องการที่จะรักษาความเป็นสมาชิกขององค์การ ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรเต็มใจที่จะใช้ความรู้ความสามารถและทักษะ เพื่อทำงานให้องค์การประสบความสำเร็จ และมีชื่อเสียง สอดคล้องกับแนวคิดของ Steers (1991) ที่ให้ความหมายของความผูกพันต่อองค์การว่า เป็นความสัมพันธ์ที่เหนียวแน่นของความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของสมาชิกในการเข้าร่วมกิจกรรมขององค์การ ซึ่งสามารถแสดงให้เห็นถึงความเต็มใจที่จะทุ่มเทความพยายามอย่างเต็มที่ในการทำงานเพื่อประโยชน์ขององค์การ โดยการใช้ความสามารถและความพยายามของตนอย่างเต็มที่เพื่อให้งานขององค์การประสบความสำเร็จ อีกทั้งเมื่อบุคลากรเห็นจุดบกพร่องในงาน ก็จะปรับปรุงงานที่ตนรับผิดชอบให้ดีขึ้น มีความรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล มีความยินดีที่จะปฏิบัติงานตามนโยบายอย่างเต็มใจ และมีความห่วงใยต่อความอยู่รอดของโรงพยาบาล ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้บุคลากรมีความผูกพันต่อองค์การมากขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะ บุนนาค (2543) ที่พบว่าอาจารย์มีความผูกพันต่อสถาบันในระดับมาก

ผลการวิจัยพบว่าอายุ ประสบการณ์การทำงานและรายได้ มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเมื่อบุคลากรมีอายุมากขึ้น มีประสบการณ์การทำงานเพิ่มขึ้น และได้รับรายได้เพิ่มขึ้น จะทำให้บุคลากรมีความผูกพันต่อองค์การเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของดวงพร พรวิทยา (2550) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อสถาบันของอาจารย์วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก พบว่าปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อสถาบันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่าความพึงพอใจในการทำงานในส่วนปัจจัยจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความผูกพันต่อองค์การอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความพึงพอใจในการทำงานในส่วนปัจจัยค้ำจุนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความผูกพันต่อองค์การอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าหากบุคลากรได้รับการจูงใจในเรื่องความสำเร็จของงาน เชื่อว่างานที่ทำมีความก้าวหน้า ได้รับการยอมรับนับถือและลักษณะของงานที่ทำมีความเหมาะสมมากขึ้น ได้รับเงินเดือนและสวัสดิการที่เหมาะสม มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน และมีความมั่นคงและปลอดภัยในการทำงานเพิ่มขึ้น ทำให้บุคลากรมีความผูกพันต่อองค์การมากขึ้น

ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความพึงพอใจในการทำงานในส่วนปัจจัยจูงใจโดยรวม และความพึงพอใจในการทำงานในส่วนปัจจัยค้ำจุนโดยรวม เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า

ปัจจัยค้ำจุนด้านความมั่นคงและปลอดภัยในการทำงาน ปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้า ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จของงาน และปัจจัยค้ำจุนด้านความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชาสามารถร่วมกันทำนายความผูกพันต่อองค์การได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเมื่อบุคลากรได้รับการดูแลให้มีความรู้สึกว่าปลอดภัยในการทำงาน โรงพยาบาลให้ความมั่นใจว่าตำแหน่งที่ทำงานอยู่มีความมั่นคง ผลงานที่ทำมีโอกาสได้รับการพิจารณาความดีความชอบและได้เลื่อนตำแหน่งตามผลงานที่ปรากฏ โรงพยาบาลสนับสนุนให้มีการอบรม สัมมนา และศึกษาเพิ่มเติม บุคลากรได้รับการยกย่อง พึงพอใจที่ผู้บังคับบัญชาชื่นชมในผลงาน และตนเองมีส่วนช่วยให้การทำงานประสบความสำเร็จ สามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นในการทำงานได้ พึงพอใจกับผลสำเร็จของงานที่ทำ สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ ผู้บังคับบัญชาให้ความสนใจในการช่วยเหลือและแนะนำเมื่อต้องการคำปรึกษา เอื้ออาทรต่อสวัสดิภาพและความเป็นอยู่ของบุคลากร ยึดหลักความยุติธรรมในการทำงานร่วมกัน อีกทั้งสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการทำงานกับผู้บังคับบัญชาได้ สิ่งต่างๆ เหล่านี้จึงมีผลทำให้ความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรสูงขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของมะปราง จันทร (2552) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรและแนวโน้มที่จะทำงานต่อไปของพนักงานโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง พบว่าความสำเร็จของงาน การยอมรับนับถือ ลักษณะของงาน ความรับผิดชอบ ความก้าวหน้าในงาน ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน นโยบายและการบริหาร ความมั่นคงในงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน และเงินเดือนและสวัสดิการต่างเป็นปัจจัยที่ทำให้ความผูกพันต่อองค์การของพนักงานโรงพยาบาลสูงขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้บริหารโรงพยาบาลควรส่งเสริมให้บุคลากรมีกิจกรรมร่วมกัน และสร้างจิตสำนึกให้บุคลากรรักองค์การ เพื่อให้เกิดความผูกพันต่อองค์การมากขึ้น ไม่คิดที่จะลาออกจากการเป็นสมาชิกขององค์การ

1.2 ผู้บริหารโรงพยาบาลควรส่งเสริมให้บุคลากรเข้ารับการอบรม สัมมนา หรือได้รับการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อให้มีโอกาสได้เลื่อนตำแหน่งที่สูงขึ้น มีโอกาสได้รับการพิจารณาความดีความชอบตามผลงานที่ปรากฏ และได้รับการยกย่อง ชื่นชม

1.3 ผู้บริหารโรงพยาบาลควรมีนโยบายด้านความปลอดภัยที่ชัดเจน เพื่อให้บุคลากรได้รับการดูแลที่ทำให้รู้สึกว่าปลอดภัยเมื่อทำงาน ให้ความมั่นใจว่าตำแหน่งที่ทำงานอยู่มีความมั่นคง และให้ความช่วยเหลือด้วยความเอื้ออาทร โดยยึดหลักความยุติธรรมในการทำงานร่วมกัน ซึ่งจะส่งผลให้ความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรสูงขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรเพิ่มตัวแปรที่ศึกษา เช่น ค่านิยมองค์การ ความสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานกับชีวิตส่วนตัว เพื่อความครอบคลุมของการนำผลที่ได้ไปเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์การต่อไป

เอกสารอ้างอิง

คนึงนิจ รักษสุธากาญจน์. (2548). *การศึกษาความพึงพอใจในงานที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์การของพนักงานระดับปฏิบัติการในกลุ่มบริษัทยูนิลีเวอร์* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง.

งานบุคลากร โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา. (2555). *ข้อมูลการสำรวจจำนวนบุคลากรโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว*. ฉะเชิงเทรา: ผู้แต่ง.

ดวงพร พรวิทยา. (2550). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อสถาบันของอาจารย์พยาบาล สังกัดวิทยาลัยพยาบาล สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

ธงชัย สันติวงษ์. (2543). *องค์การและการบริหาร* (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพฯ: วัฒนาพานิช.

นิสิต ทิพย์รักษ์. (2548). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์การ: กรณีศึกษากรมอุตุนิยมวิทยา* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยปทุมธานี.

ประยงค์ มีผล. (2545). *ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการทำงานของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมผลิตเสื้อผ้าสำเร็จรูป บริษัทไหมทอง จำกัด กรุงเทพมหานคร* (สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ปิยะ บุนนาค. (2543). *ความผูกพันต่อสถาบันและความพึงพอใจในงานของอาจารย์คณะครุศาสตร์ สถาบันราชภัฏภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี.

มะปราง จันทร. (2552). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรและแนวโน้มที่จะทำงานต่อไปของพนักงานโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

วัชพร ชัยชนะ. (2551). *ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของบุคลากรสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดหนองคาย* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ศิริพร พงศ์ศรีโรจน์. (2550). *องค์การและการจัดการ* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: เทคนิค.

สุทธิลักษณ์ คำก่อง. (2549). *ปัจจัยค้ำจุนที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงเรียนวชิรวิทย์ จังหวัดเชียงใหม่* (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อรพินท์ สุขสถาพร. (2542). *ความผูกพันต่อองค์การ: ศึกษากรณีกรมส่งเสริมการเกษตร* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

อรุณ จิรวัฒน์กุล. (บ.ก.). (2550). *ชีวสถิติ* (พิมพ์ครั้งที่ 4). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

Herzberg, F. (1974). *The motivation to work*. New York: John Wiley and Sons.

Steers, R. M. (1991). *Introduction to organization behaviour*. New York: Harper Collins.

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในการฉีดอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

The Effects of Self-management Supporting Program on Self-management Behaviors in Insulin Injection among Type 2 Diabetic Patients

ธัสมน นามวงษ์, Ph.D. (Nursing) [1]
Tassamon Namwong, Ph.D. (Nursing) [1]

สุมาลี ราชนิยม, พย.บ. [2]
Sumalee Rachaniyom, B.N.S. [2]

รัชชนก กลิ่นชาติ, พย.ม. (การพยาบาลศึกษา) [3]
Rudchanok Klinchat, M.N.S. (Nursing Education) [3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการฉีดอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจันทนิมิต และโรงพยาบาลเขาสุกิม จังหวัดจันทบุรี รวมจำนวน 26 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองในการฉีดอินซูลิน มีค่าความเชื่อมั่น .77 และแบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่าหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในการฉีดอินซูลินสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.650$, $p < .001$) และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.224$, $p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าบุคลากรทางสุขภาพควรนำโปรแกรมในการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการส่งเสริมการจัดการตนเองในการฉีดอินซูลินที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวานอื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง พฤติกรรมการจัดการตนเอง การฉีดอินซูลิน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

[1, 2, 3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
[1, 2, 3] Registered Nurse, Senior Professional Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi
[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: tassamon900@yahoo.com

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of self-management supporting program on self-management behaviors in insulin injection among type 2 diabetic patients. The samples consisted of 26 type 2 diabetic patients receiving services at Chanthanimit Tambon Health Promoting Hospital and Khao Sukim Hospital. The research instruments included a self-management supporting program, a questionnaire of individual characteristics, an assessment form of self-management behaviors in insulin injection with the reliability of .77, and a recording form of level of blood glucose. The implementation and data collection were conducted from October to December, 2016. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired *t*-test.

The research results revealed that after receiving the self-management supporting program, the diabetic patients had statistically significant higher mean score of self-management behaviors in insulin injection and lower mean of level of blood glucose than before receiving the program ($t = 5.650$, $p < .001$ and $t = 4.224$, $p < .001$, respectively).

This research suggests that the health care providers should use this program to encourage proper self-management of insulin injection for type 2 diabetic patients in other diabetic clinics
Keywords: Self-management supporting program, Self-management behavior, Insulin injection, Type 2 diabetic patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีอุบัติการณ์สูงขึ้นทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกได้ประมาณการถึงการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยเบาหวานในทุกกลุ่มอายุทั่วโลก ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 366 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2030 ซึ่งในประเทศไทยในปี 2555 พบอัตราการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.54 ในขณะที่ผู้ป่วยรายเก่านั้นมีจำนวนมากกว่า 4 แสนคน สำหรับจังหวัดจันทบุรี ในปี 2555 พบผู้ที่มีภาวะเบาหวานในอัตราการป่วย 1,203.85 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งจัดเป็นจังหวัดที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานมากเป็นอันดับ 2 ของประเทศ (อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธา, และภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์, 2555) ผู้ที่มีภาวะเบาหวานมักได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยา แต่หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี จะได้รับการรักษาด้วยการฉีดอินซูลิน จากหลักฐานงานวิจัยของ Cramer and Pugh (2005) ที่ศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยอินซูลินนั้นมีเพียง 77 ราย ในจำนวน 6,222 ราย ที่ได้รับยาตามปริมาณที่แพทย์สั่ง และในกลุ่มนี้ ร้อยละ 57 เคยหยุดฉีดยาเองโดยมีสาเหตุมาจากการกลัวเข็ม ความกังวลเรื่องน้ำหนักเกินจากผลข้างเคียงของอินซูลิน มีภาวะซึมเศร้า ตลอดจนไม่สามารถปรับการใช้อินซูลินให้เข้ากับการดำเนินชีวิตในแต่ละวันได้ (Peyrot, Rubin, Kruger, & Travis, 2010; Wong et al., 2011) นอกจากนี้ยังพบว่า 2 ใน 3 ของผู้ที่ได้รับอินซูลินฉีดยาไม่ถูกต้อง (Yamauchi, 2009) ซึ่ง Trief, Cibula, Rodriguez, Akel, and Weinstock (2016) ได้สรุปว่าการบริหารอินซูลินที่ไม่ถูกต้องนั้น มีตั้งแต่การได้รับยาน้อยเกินไปหรือมากเกินไป รวมถึงการให้ผิดเวลา ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลสะสมในเลือด จากปัญหาเหล่านี้ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนจากการใช้อินซูลินที่ไม่ถูกต้องอันได้แก่ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ

ภาวะกรดจากการคั่งของคีโตน (diabetic ketoacidosis)

การส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ที่มีภาวะเบาหวานหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ นั้น มีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้ พร้อมทั้งชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค ซึ่งการจัดการตนเองเป็นกระบวนการที่สามารถทำได้ด้วยตนเอง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยกับทีมบุคลากรทางสุขภาพ ผ่านกระบวนการเสริมแรงสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยหรือผู้ที่มีภาวะของโรคพร้อมที่จะรับมือกับสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้น และเรียนรู้ในการแก้ปัญหา ทั้งนี้ การพัฒนาการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานในช่วงเวลา 10ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2540-2549) มีกระบวนการพัฒนาการควบคุมโรค 2 รูปแบบ คือ การสนับสนุนการจัดการตนเองพร้อมกับการติดตามอย่างต่อเนื่อง และการจัดกิจกรรมการดูแลเฉพาะเรื่องอย่างเข้มข้น (Trief et al., 2016) ซึ่งจากหลักฐานงานวิจัยพบว่ามีทั้งการใช้รูปแบบอย่างใดอย่างหนึ่งหรือการใช้ทั้งสองรูปแบบร่วมกัน โดยทั่วไปมักใช้วิธีการให้ความรู้ควบคู่กับการฝึกทักษะในส่วนของการแก้ปัญหา การจัดการอาหาร การจัดการภาวะเครียด การออกกำลังกาย การจัดการเฉพาะโรค พร้อมกับการได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ (Norris, Lau, Smith, Schmid, & Engelgau, 2002; Siminerio, 2009) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้จะใช้ในส่วนของการใช้อินซูลิน

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่ามีปัญหาการใช้อินซูลินที่หลากหลายในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมภาวะของโรคได้ตามเป้าหมายของแผนการรักษา และในเรื่องของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ที่ได้รับการฉีดอินซูลินนั้นมีหลักฐานน้อย ประกอบกับในเขตพื้นที่จังหวัดจันทบุรียังไม่มีรายงานผลเชิงประจักษ์ ทำให้คณะผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการฉีดอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งคาดว่าโปรแกรมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในการฉีดอินซูลินที่ถูกต้องและเหมาะสม อันจะส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองในการฉีดอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

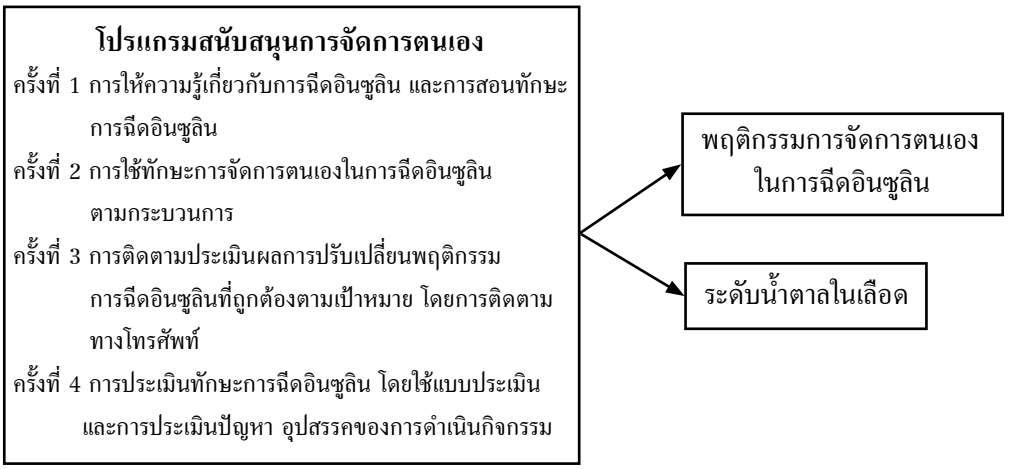
สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในการฉีดอินซูลินสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

2. หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยนำแนวคิดการจัดการตนเองของ Glasgow, Davis, Funnell, and Beck (2003) ที่ใช้ 5A models (Assess, Advise, Agree, Assist and Arrange) มาใช้ในกระบวนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) Assess: การประเมินความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับการใช้อินซูลิน 2) Advise: การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้อินซูลิน ประโยชน์ของการใช้อินซูลินที่ถูกต้อง และภาวะเสี่ยงของการใช้อินซูลินที่ไม่ถูกต้อง 3) Agree: การตั้งเป้าหมายร่วมกันตามความตั้งใจของผู้ป่วยและตามความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4) Assist: การอภิปรายอุปสรรค วิธีการและเทคนิคการแก้ปัญหา การสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และ 5) Arrange: การวางแผนการติดตามประเมินผล โดยจัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้ป่วย 5 ครั้ง ซึ่งคาดว่าน่าจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในการฉีดอินซูลินและระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (one group, pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจันทนิมิต อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี จำนวน 88 คน และโรงพยาบาลเขาสุกิม อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี จำนวน 249 คน รวมจำนวน 337 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการรับรู้ปกติ ไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยินและการมองเห็น สามารถแสดงความคิดเห็นได้ดี 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 3) สามารถพูดสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ เป็นโรคหัวใจ และ/หรือโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบ และขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power version 3.1 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 1.33 จากการศึกษาของ Deng et al. (2016) อำนาจการทดสอบเท่ากับ .95 และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 26 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิดการจัดการตนเองของ Glasgow et al. (2003) ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 มีกิจกรรมย่อย 2 กิจกรรม คือ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการฉีดอินซูลิน โดยให้ความรู้แบบกลุ่มย่อยในเรื่องความสำคัญของการฉีดอินซูลิน ภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดอินซูลินที่ไม่ถูกต้อง และหลักการจัดการตนเองในการฉีดอินซูลินที่ถูกต้อง และ 2) การสอนทักษะการฉีดอินซูลินที่ถูกต้อง ตรงกับขั้นตอน Advise ในกรอบแนวคิดของ Glasgow et al. (2003)

ครั้งที่ 2 การใช้ทักษะการจัดการตนเองในการฉีดอินซูลินตามกระบวนการ ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย

ร่วมกับคณะผู้วิจัยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการฉีดอินซูลินให้ถูกต้อง และระดับน้ำตาลในเลือดที่ต้องการ 2) การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการ อาการแสดงหลังจากได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน 3) การประเมินข้อมูลและวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดปัญหาจากการฉีดอินซูลิน 4) การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการฉีดอินซูลินให้ถูกต้อง และออกแบบสิ่งสนับสนุนเพื่อช่วยให้บรรลุเป้าหมาย และ 5) การลงมือปฏิบัติวิธีการฉีดอินซูลินที่ถูกต้อง เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ตรงกับขั้นตอน Assess, Agree, Assist และ Arrange ในกรอบแนวคิดของ Glasgow et al. (2003)

ครั้งที่ 3 การติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการฉีดอินซูลินที่ถูกต้องตามเป้าหมาย โดยการติดตามทางโทรศัพท์ จำนวน 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 คือ หลังได้รับการฝึกทักษะการฉีดอินซูลินที่ถูกต้องแล้ว 1 สัปดาห์ และครั้งที่ 2 คือ หลังดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการฉีดอินซูลินแล้ว 1 เดือน ตรงกับขั้นตอน Assist และ Arrange ในกรอบแนวคิดของ Glasgow et al. (2003)

ครั้งที่ 4 การประเมินทักษะการฉีดอินซูลิน โดยใช้แบบประเมินทักษะการฉีดอินซูลิน (คณะผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินของโรงพยาบาลสวนดอก จังหวัดเชียงใหม่) และการประเมินปัญหา อุปสรรคของการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมฯ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด ชนิดของอินซูลิน และตำแหน่งที่ใช้ฉีดอินซูลิน จำนวนทั้งสิ้น 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองในการฉีดอินซูลิน คณะผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินของ Dengetal.(2016)ประกอบด้วยพฤติกรรม 5 ด้าน ได้แก่ ทักษะการฉีดอินซูลินในเรื่องการบริหารเวลา ปริมาณยา หลักสะอาดปราศจากเชื้อ การเลือกตำแหน่งของการฉีด และการเก็บรักษาอินซูลิน แบ่งออกเป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 11 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 9 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่ได้ทำ ทำนานๆ ครั้ง ทำบางครั้ง ทำบ่อยครั้ง และทำเป็นประจำ ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมไม่ดี (1.00-2.50 คะแนน) และมีพฤติกรรมดี (2.51-5.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น คณะผู้วิจัยนำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองแบบประเมินทักษะการฉีดอินซูลิน และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองในการฉีดอินซูลิน ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบประเมินพฤติกรรมฯ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 28 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .77

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 005 วันที่ 10 มีนาคม 2559) คณะผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. คณะผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจันทนิมิต และโรงพยาบาลเขาสุกิม

2. คณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2)

3. คณะผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองในการฉีดอินซูลิน ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยให้เวลา 15-20 นาที หากไม่สามารถอ่านได้ คณะผู้วิจัยจะอ่านคำถามให้ จากนั้นคณะผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนการทดลอง (pre-test) และบันทึกผลในแบบบันทึก

4. คณะผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับวัน เวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถานที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจันทนิมิต และโรงพยาบาลเขาสุกิม

5. คณะผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองทั้ง 4 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 2-3 ชั่วโมง โดยแต่ละกิจกรรมห่างกัน 2 สัปดาห์ รวมเวลาในการดำเนินการทั้งสิ้น 8 สัปดาห์

6. คณะผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองในการฉีดอินซูลิน หลังการทดลอง (post-test) โดยให้เวลา 15 นาที หากไม่สามารถอ่านได้ คณะผู้วิจัยจะอ่านคำถามให้ จากนั้นคณะผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลอง (post-test) และบันทึกผลในแบบบันทึก

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองในการฉีดอินซูลิน และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65.50 มีอายุอยู่ในช่วง 42-76 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 61.48 ปี (SD = 9.12) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 82.80 มีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานอยู่ในช่วง 2-30 ปี โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 11.24 ปี (SD = 7.06) มีค่าน้ำตาลสะสมในเลือดเฉลี่ย 9.87% (SD = .28) ชนิดของอินซูลินที่ใช้ คือ mixtard และ NPH และตำแหน่งที่ใช้ฉีดอินซูลินส่วนใหญ่ คือ ที่หน้าท้อง คิดเป็นร้อยละ 82.40

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองในการฉีดอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในการฉีดอินซูลินสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 5.650, p < .001) ดังแสดงในตารางที่ 1 เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในการฉีดอินซูลิน จำนวน 15 ข้อ (จาก 20 ข้อ) ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในการฉีดอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกเป็นรายข้อและโดยรวม ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

พฤติกรรมการจัดการตนเองในการฉีดอินซูลิน	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ (n = 26)		หลังได้รับโปรแกรมฯ (n = 26)		*t*	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*		
1. ฉีดอินซูลินตามขนาด ครบถ้วนทุกครั้ง	4.24	1.30	4.86	.58	3.080	.005
2. ฉีดในเวลาเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน	4.38	1.18	4.90	.58	2.820	.009
3. เปลี่ยนตำแหน่งการฉีดจากแขนไปท้อง	1.76	1.30	3.86	.83	11.600	< .001
4. ฉีดที่เดิมทุกวัน แต่ย้ายจุดห่างไปจากเดิม	2.97	1.70	4.38	.82	5.750	< .001
5. ฉีดบริเวณเดิม ห่างจากจุดเดิม 1 นิ้ว จนทั่วบริเวณ แล้วย้ายไปที่อื่น	2.86	1.68	4.21	.90	6.020	< .001
6. คอยสังเกตผิวหนังบริเวณที่ฉีดอินซูลิน	3.93	1.36	4.69	.71	4.290	< .001
7. พกลูกอม/น้ำหวานไว้ใกล้ตัวเมื่อมีน้ำตาลในเลือดต่ำหลังฉีดอินซูลิน	2.34	1.84	3.66	1.04	6.380	< .001
8. ล้างมือและเช็ดให้แห้งก่อนฉีดอินซูลิน	4.55	1.21	4.79	.68	1.880	.070
9. ออกกำลังอวัยวะที่ฉีดอินซูลินหลังจากฉีดทันที	4.52	1.24	4.86	.58	1.720	.096
10. ฉีดอินซูลินก่อนอาหารอย่างน้อย 1 ชั่วโมง	3.59	1.68	4.55	.82	3.780	.001
11. คอยสังเกตความผิดปกติหลังฉีดอินซูลิน	4.00	1.56	4.62	.78	3.410	.002
12. เลื่อนเวลาฉีดหรืองดฉีดอินซูลินหากมีอาการใจสั่น/เหงื่อออก	2.45	1.74	1.97	1.52	1.607	.119
13. หากลืมฉีดอินซูลิน จะเพิ่มปริมาณในการฉีดครั้งหน้า	4.76	.78	4.90	.56	2.117	.043
14. ตรวจสอบปริมาณอินซูลินตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด	4.66	1.08	4.86	.58	1.651	.110
15. ปรับขนาดอินซูลินด้วยตัวเองเมื่อดูระดับน้ำตาลในเลือด	4.28	1.48	4.55	1.18	1.137	.265
16. ควบคุมอาหารและออกกำลังกายตามคำแนะนำ	2.03	.90	3.86	.58	14.950	< .001
17. ตั้งเป้าหมายที่จะลดค่าน้ำตาลสะสมในเลือดให้น้อยกว่า 7%	2.45	1.35	3.83	.76	7.080	< .001
18. สอบถามถึงระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อปรับการปฏิบัติตัว	3.86	1.46	4.59	.83	4.230	< .001

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในการฉีดอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำแนกเป็นรายข้อและโดยรวม ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง (ต่อ)

พฤติกรรมการจัดการตนเองในการฉีดอินซูลิน	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ (n = 26)		หลังได้รับโปรแกรมฯ (n = 26)		*t*	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*		
19. กดผิวหนังตำแหน่งที่ฉีดอินซูลิน คลึงเบาๆ นวด	3.17	1.95	4.69	.71	4.680	< .001
20. เก็บอินซูลินไว้ที่ฝาตู้เย็น/ช่องแช่เข็ง	2.69	1.98	4.86	.58	5.950	< .001
โดยรวม	3.47	.96	4.37	.69	5.650	< .001

3. การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.224$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

ช่วงเวลา	n	*M*	*SD*	*t*	*p*
ก่อนได้รับโปรแกรม	26	175.86	68.98	4.224	< .001
หลังได้รับโปรแกรม	26	148.93	49.18		

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในการฉีดอินซูลินสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ทั้งการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการฉีดอินซูลิน การสอนทักษะการฉีดอินซูลินที่ถูกต้องทั้งขั้นตอนการเตรียมและการฉีด ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะการเตรียมและการฉีดอินซูลินที่ถูกต้อง ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยอินซูลินเกิดประโยชน์สูงสุด ดังการศึกษาของ Deng et al. (2016) และการศึกษาของ Farsaei, Radfar, Heydari, Abbasi, and Qorbani(2014) ที่พบว่าการที่ผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้อินซูลินจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีนั้น ต้องส่งเสริมให้มีการใช้ยาที่ถูกต้องตามเวลา ตามขนาด และตามหลักการให้ยา เช่น ควรฉีดยาก่อนมื้ออาหาร 15-30 นาที เลือกตำแหน่งการฉีดยาที่ถูกต้อง รวมถึงเปลี่ยนตำแหน่ง

การฉีดยาทุกครั้ง ไม่ฉีดซ้ำที่เดิม โดยพบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานจำนวนหนึ่งฉีดยาในตำแหน่งเดิม ๆ ไม่มีการเปลี่ยนตำแหน่ง นอกจากนี้ ผู้ป่วยเบาหวานยังต้องฉีดยาให้ครบทุกมื้อตามที่แพทย์สั่ง มีการสังเกตตำแหน่งที่ฉีด หากมีรอยม่วงช้ำ จะต้องไม่ฉีดซ้ำ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยยังได้รับการสอนถึงวิธีการเลือกตำแหน่งการฉีดที่นอกเหนือจากตำแหน่งหน้าท้อง ทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตำแหน่งการฉีดได้เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ การเลือกตำแหน่งการฉีดอินซูลินนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่ง หากฉีดในตำแหน่งซ้ำ ๆ ในที่เดิมหรือที่ใกล้เคียงกัน หรือมีการเว้นระยะห่างที่ไม่เหมาะสม จะมีโอกาสเกิดปัญหาเกี่ยวกับไขมันใต้ชั้นผิวหนังได้ ทำให้การดูดซึมอินซูลินไม่ดี ซึ่งตรงกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีนั้น มีการฉีดอินซูลินที่บริเวณหน้าท้องอย่างเดียว เฉพาะด้านซ้ายหรือด้านขวา ทั้งนี้ จากการศึกษาพบว่าการเลือกตำแหน่งฉีดยา และการฉีดยาตามเวลาที่ถูกต้อง มีความสัมพันธ์กับค่าระดับน้ำตาลที่ดีและค่าระดับน้ำตาลสะสมที่ดี (Trief et al., 2016)

นอกจากนี้ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองครั้งนี้ยังมีการให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการฉีดอินซูลินที่ถูกต้อง และระดับน้ำตาลในเลือดที่ต้องการ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกต้องการที่จะดูแลตนเอง เพราะมีเป้าหมายที่ชัดเจน รวมทั้งผู้ป่วยยังได้รับรู้ถึงปัญหาการฉีดอินซูลินของตนเองที่แท้จริง และได้รับการติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการฉีดอินซูลินและทักษะการฉีดอินซูลิน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตระหนักถึงความสำคัญของการฉีดอินซูลินที่ถูกต้องและต้องการปฏิบัติตามในสิ่งที่ได้รับการติดตาม ซึ่งการกำกับติดตามของทีมสุขภาพมีความสำคัญในบทบาทของการเป็นผู้ให้การช่วยเหลือ สนับสนุน และให้กำลังใจผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีที่ได้รับความเข้าใจจากทีมสุขภาพ รวมทั้งกล้าซักถามปัญหาหรืออุปสรรคต่าง ๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในการฉีดอินซูลินดีขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Glasgow et al. (2003) โดยการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะตั้งเป้าหมายของตนเอง เป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านคลินิก ด้านจิตใจ และด้านพฤติกรรม (Powers et al., 2016)

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ ขันทอง, แสงอรุณ อิสระมาลัย, และพัชรี คมจักรพันธุ์ (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน พบว่าโปรแกรมฯ ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น และมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Cramer and Pugh (2005) และการศึกษาของ Norris et al. (2002) ที่ใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ซึ่งพบว่าโปรแกรมฯ ช่วยเพิ่มสมรรถนะการจัดการตนเองของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้ประเมินข้อมูลและแก้ปัญหาการฉีดอินซูลินที่ไม่ถูกต้อง เช่น ไม่ฉีดอินซูลินในบริเวณเดียวกันซ้ำ ๆ มีการตรวจประเมินบริเวณที่ฉีดอินซูลิน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2559)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพควรนำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการส่งเสริมการจัดการตนเองในการฉีดอินซูลินที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวานอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางไต ทางตา ทางระบบประสาท โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลักทั้งการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการจัดการภาวะเครียด

เอกสารอ้างอิง

ทัศนีย์ ขันทอง, แสงอรุณ อิสระมาลัย, และพัชรี คมจักรพันธุ์. (2556). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน. *วารสารสภาการพยาบาล, 28*(1), 85-99.

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2559). *คำแนะนำการฉีดยาเบาหวาน สำหรับบุคลากรทางการแพทย์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: คอนเซ็พท์ เมดิคัล.

อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธา, และภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์. (2555). *รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2555*. สืบค้นจาก http://www.boe.moph.go.th/files/report/20140109_40197220.pdf (1/01/2559)

Cramer, J. A., & Pugh, M. J. (2005). The influence of insulin use on glycemic control: How well do adults follow prescriptions for insulin?. *Diabetes Care, 28*(1), 78-83. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15616237

Deng, K., Ren, Y., Luo, Z., Du, K., Zhang, X., & Zhang, Q. (2016). Peer support training improved the glycemic control, insulin management, and diabetic behaviors of patients with type 2 diabetes in rural communities of central China: A randomized controlled trial. *Medical Science Monitor, 22*, 267-275.

Farsaei, S., Radfar, M., Heydari, Z., Abbasi, F, & Qorbani, M. (2014). Insulin adherence in patients with diabetes: Risk factors for injection omission. *Primary Care Diabetes, 8*(4), 338-345.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175-191.

Glasgow, R. E., Davis, C. L., Funnell, M. M., & Beck, A. (2003). Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 29*(11), 563-574. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14619349

Norris, S. L., Lau, J., Smith, S. J., Schmid, C. H., & Engelgau, M. M. (2002). Self-management education for adults with type 2 diabetes: A meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care, 25*(7), 1159-1171.

Peyrot, M., Rubin, R. R., Kruger, D. F., & Travis, L. B. (2010). Correlates of insulin injection omission. *Diabetes Care, 33*(2), 240-245. doi:10.2337/dc09-1348

Powers, M. A., Bardsley, J., Cypress, M., Duker, P., Funnell, M. M., Fischl, A. H., … Vivian, E. (2016). Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes: A Joint Position Statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *Clinical Diabetes, 34*(2),70-80.

Siminerio, L. M. (2009). Models for diabetes education. In K. Weinger & C. A. Carver (Eds.), *Educating your patient with diabetes* (pp. 29-44). New York: Humana Press.

Trief, P. M., Cibula, D., Rodriguez, E., Akel, B., & Weinstock, R. S. (2016). Incorrect insulin administration: A problem that warrants attention. *Clinical Diabetes, 34*(1), 25-33. doi:10.2337/diaclin.34.1.25

Wong, S., Lee, J., Ko, Y., Chong, M. F., Lam, C. K., & Tang, W. E. (2011). Perceptions of insulin therapy amongst Asian patients with diabetes in Singapore. *Diabetic Medicine, 28*(2), 206-211. doi:10.1111/j.1464-5491.2010.03195.x

Yamauchi, K. (2009). Analysis of issues of insulin self-injection in elderly. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi, 46*(6), 537-540. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20139650

การพัฒนางานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลวิภาวดี *

A Development of Discharge Planning in Congestive Heart Failure Patients at Vibhavadi Hospital *

จินตหรา บุญมาธรรม, วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) [1]

Jintarha Boonmatham, M.Sc. (Public Health) [1]

สมชาติ โตรักษา, พ.บ., อ.ว. (เวชศาสตร์ป้องกัน-สุขภาพจิตชุมชน) [2]

Somchart Torugsa, M.D., Thai Board (Preventive Medicine) [2]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพัฒนาเชิงทดลอง เพื่อพัฒนางานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลวิภาวดี โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างด้านงาน ซึ่งเป็นการดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในพื้นที่ทดลอง จำนวน 17 ครั้ง และพื้นที่ควบคุม จำนวน 13 ครั้ง และกลุ่มตัวอย่างด้านบุคคล ซึ่งเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบ่งออกเป็นผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยงานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรูปแบบใหม่ แบบบันทึก จำนวน 4 ชุด แบบตรวจสอบ จำนวน 1 ชุด และแบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 1 มิถุนายน ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2557 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา Mann-Whitney U test และ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัยพบว่า 1) การพัฒนารูปแบบงานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รูปแบบใหม่ที่มีการนำแนวคิดและหลักวิชาการด้านการบริหารมาประยุกต์ใช้ และ 2) หลังการทดลอง พื้นที่ทดลองมีผลการดำเนินงานดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อแรงงานที่ใช้เพิ่มขึ้น ($p < .01$) อัตราความถูกต้องของการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น ($p < .001$) ระยะเวลาเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานลดลง ($p < .001$) จำนวนแรงงานเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานลดลง ($p < .01$) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการเพิ่มขึ้น ($p < .01$) และต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการลดลง ($p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าบุคลากรแผนกผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจควรนำรูปแบบงานจำหน่ายนี้ไปใช้เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม นอกจากนี้ ผู้บริหารการพยาบาลควรส่งเสริมการนำรูปแบบงานจำหน่ายนี้ไปเป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: การวางแผนจำหน่าย ภาวะหัวใจล้มเหลว การพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยวิกฤต

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

* Master's Thesis of Science Program in Public Health, Faculty of Public Health, Mahidol University

[1] มหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

[1] Master, Program in Public Health, Faculty of Public Health, Mahidol University

[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: nineny_beauty@hotmail.com

[2] รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

[2] Associate Professor, Faculty of Public Health, Mahidol University: Major Advisor

Abstract

This experimental development research aimed to develop a new working model of discharge planning in congestive heart failure patients in coronary care unit (CCU) at Vibhavadi Hospital using the existing resources. The samples consisted of 2 groups; one group was the discharge planning activities in an experimental area (17 times) and a control area (13 times), another group was person regarding discharge planning in congestive heart failure patients included administrators, service providers, and clients. The research instruments included a new working model of discharge planning in congestive heart failure patients, four recording forms, one check-list form, and three questionnaires. The implementation and data collection were conducted from 1st June to 31th October, 2014. Content analysis, Mann-Whitney U test, and Wilcoxon signed-rank test were used for data analysis.

The research results revealed that 1) the new working model of discharge planning in congestive heart failure patients has been developed by applying relevant academic concepts and principles; and 2) after model implementation, an experimental area had statistically significant better working results than before model implementation:- the average working quantity increased ($p < .01$), the accuracy of working performance increased ($p < .001$), the average service time decreased ($p < .001$), the average workforce consumed decreased ($p < .01$), the service providers' satisfaction increased ($p < .01$), and unit cost decreased ($p < .001$).

This research suggests that the health care providers in the coronary care unit should implement this model in congestive heart failure patients in order to ensure that appropriate post-discharges are in place in an effective manner. Furthermore, the nurse administrators should encourage this discharge planning as a guideline to effective hospital discharge in other chronic illness patients.

Keywords: Discharge planning, Congestive heart failure, Model development, Intensive care

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (discharge planning) เป็นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่องจากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพ ไปยังสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือและการประสานงานกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ตัวผู้ป่วย และครอบครัว ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure) งานจำหน่ายผู้ป่วยเหล่านี้ถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรของพยาธิสภาพที่หัวใจ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญที่สุดในกลุ่มโรคหัวใจ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2009) พบว่าภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคเรื้อรังที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น และมีอัตราตายเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา ในประเทศสหรัฐอเมริกามีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวใหม่มากถึง 500,000 รายต่อปี และมีอัตราตายมากกว่า 200,000 รายต่อปี จากการศึกษาของ Pang, Komajda,

and Gheorghiade (2010) พบอัตราตายจากภาวะหัวใจล้มเหลวราวร้อยละ 4 โดยผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 72.40 ปี ส่วนในประเทศอังกฤษ พบว่าแต่ละปีจะมีผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวประมาณ 63,000 คน สำหรับในประเทศไทย จากรายงานของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2553) เกี่ยวกับกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่พบสูงสุด 10 อันดับแรก ในช่วงปี พ.ศ. 2551-2553 พบว่าภาวะหัวใจล้มเหลวจัดอยู่ในอันดับที่ 3 และจากการศึกษาในประเทศไทย พบอัตราตายร้อยละ 5.50 ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวขั้นรุนแรงยังมีอัตราการนอนพักรักษาตัวซ้ำภายในเวลา 3-6 เดือน มากถึงร้อยละ 30-60 (Laothavorn et al., 2010) ซึ่งภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้เกิดผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อม การดูแลรักษาผู้ป่วยเหล่านี้จะต้องมีการวางแผนจำหน่ายและดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาล ชุมชน และบ้าน

จากสถิติการให้บริการของโรงพยาบาลวิภาวดีในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา พบว่าความเสี่ยงสำคัญของโรงพยาบาลอันดับ 1 คือ การกลับเข้ามานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน ในกลุ่มผู้ป่วยทางอายุรกรรมและกลุ่มผู้ป่วยสูตินรีเวช ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพัฒนางานจำหน่ายผู้ป่วยใน กลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในแผนกผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ เพื่อให้มีรูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ถูกต้องและครบถ้วนตามมาตรฐานงานจำหน่ายผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพในการจำหน่ายและดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น ตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกรูปแบบการวิจัยพัฒนาเชิงทดลอง (experimental development research) ซึ่งเป็นรูปแบบการวิจัยที่ให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการบริหารงานในหน่วยงาน โดยเริ่มที่การวางระบบงานที่ดี โดยใช้เทคนิคการทำวิจัยเพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (research and development for continuous & sustainable working improvement [R&D for CSWI]) เพื่อเป็นการพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติงานประจำวันให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้นโดยใช้ทรัพยากรเท่าที่มีอยู่ ซึ่งที่ผ่านมามีผู้นำวิธีนี้ไปใช้ในการพัฒนางานและประสบผลสำเร็จมากมาย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลวิภาวดี โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่

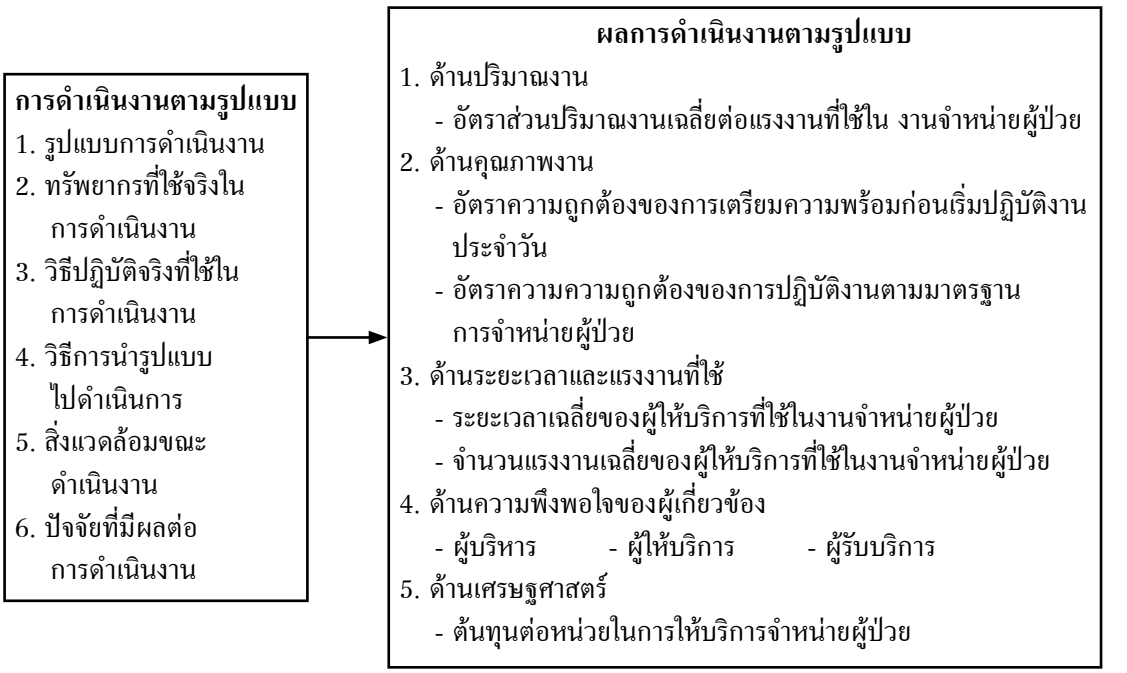
2. เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ระหว่างรูปแบบใหม่กับรูปแบบเดิมใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านปริมาณงาน ด้านคุณภาพงาน ด้านระยะเวลาและแรงงานที่ใช้ ด้านความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง และด้านเศรษฐศาสตร์

สมมติฐานการวิจัย

ผลการดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามรูปแบบใหม่ดีกว่ารูปแบบเดิม ดังนี้ 1) อัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อแรงงานที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 2) อัตราความถูกต้องของการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มปฏิบัติงานประจำวันเพิ่มขึ้น และอัตราความถูกต้องของการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการจำหน่ายผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 3) ระยะเวลาเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วยลดลง และจำนวนแรงงานเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วยลดลง 4) ความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องเพิ่มขึ้น และ 5) ต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการจำหน่ายผู้ป่วยลดลง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรูปแบบใหม่และรูปแบบเดิม ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ประการ และมีการวัดผลการดำเนินงาน 5 ด้าน สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพัฒนาเชิงทดลอง (experimental development research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups, pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ประชากรด้านงาน เป็นการดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแต่ละครั้ง แผนกผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ และแผนกผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลวิภาวดี ซึ่งเริ่มตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มงานจำหน่ายผู้ป่วย จนถึงเสร็จสิ้นการดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยในครั้งนั้น และกลุ่มที่ 2 ประชากรด้านบุคคล เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ และแผนกผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลวิภาวดี ประกอบด้วยผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มที่ 1 เป็นการดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในเดือนมิถุนายน 2557 (ก่อนการทดลอง) และในเดือนตุลาคม 2557 (หลังการทดลอง) โดยพื้นที่ทดลอง คือ แผนกผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ ดำเนินงานจำหน่ายก่อนการทดลอง 8 ครั้ง และหลังการทดลอง 9 ครั้ง รวมจำนวน 17 ครั้ง ส่วนพื้นที่ควบคุม คือ แผนกผู้ป่วยวิกฤต ดำเนินงานจำหน่ายก่อนการทดลอง 6 ครั้ง และหลังการทดลอง 7 ครั้ง รวมจำนวน 13 ครั้ง และกลุ่มที่ 2 แบ่งออกเป็น 1) ผู้บริหาร โดยกลุ่มทดลองประกอบด้วย หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยใน และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ รวมจำนวน 3 คน ส่วนกลุ่มควบคุมประกอบด้วยหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยใน และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยวิกฤต รวมจำนวน 3 คน 2) ผู้ให้บริการ โดยกลุ่มทดลองประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และผู้ช่วยเหลือคนไข้ แผนกผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ รวมจำนวน 15 คน ส่วนกลุ่มควบคุมประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และ

ผู้ช่วยเหลือคนไข้ แผนกผู้ป่วยวิกฤต รวมจำนวน 35 คน และ 3) ผู้รับบริการ เป็นผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในแผนกผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ และแผนกผู้ป่วยวิกฤต โดยกลุ่มทดลองได้รับการจำหน่ายตามรูปแบบเดิมก่อนการทดลอง 8 คน และตามรูปแบบใหม่ หลังการทดลอง 9 คน รวมจำนวน 17 คน ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับการจำหน่ายตามรูปแบบเดิม ก่อนการทดลอง 6 คน และหลังการทดลอง 7 คน รวมจำนวน 13 คน ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทุกคนยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ งานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรูปแบบใหม่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วย มีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ดังนี้

1.1 หลักการของรูปแบบ ใช้หลักการและทฤษฎีทางการบริหาร หลักวิชาการเฉพาะงานจำหน่ายผู้ป่วย และหลักวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานจำหน่ายผู้ป่วย

1.2 โครงสร้างของรูปแบบ ประกอบด้วย โครงสร้างด้านสถานที่ ตำแหน่งที่ตั้งของหน่วยงานและพื้นที่ดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วย วัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ โครงสร้างด้านเงิน โครงสร้างด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติงานจำหน่ายผู้ป่วย และโครงสร้างด้านระบบงานจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อย ได้แก่ ระบบบริหารจัดการ ระบบบริการ ระบบสนับสนุนบริการ และระบบพัฒนาบริการ

1.3 แนวทางการนำรูปแบบไปดำเนินการ

ทั้งนี้ งานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรูปแบบใหม่ ผ่านการปรับปรุงแก้ไขเป็นระยะ ๆ ขณะดำเนินการวิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิชาการในงานจำหน่ายผู้ป่วย จำนวน 3 คน ตรวจสอบความถูกต้องของรูปแบบเบื้องต้น (รูปแบบที่ 1) รูปแบบที่ 3 (ใช้ในช่วงดำเนินการทดลอง) และรูปแบบที่ 4 (ใช้ในช่วงหลังการทดลอง) ซึ่งขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ แสดงรายละเอียดในหัวข้อการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 8 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับผู้ให้บริการ วัสดุ/อุปกรณ์ สิ่งแวดล้อม และกระบวนการ จำนวนทั้งสิ้น 4 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

ชุดที่ 2 แบบบันทึกเหตุการณ์ที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับวัน/เดือน/ปี เวร/เวลา กิจกรรม/ลักษณะเหตุการณ์ ผลต่อการปฏิบัติงานทั้งแง่บวกและแง่ลบ การตอบสนองต่อเหตุการณ์และผลการตอบสนอง และคำอธิบายเพิ่มเติม

ชุดที่ 3 แบบบันทึกกิจกรรมตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของงานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับบุคลากรที่ขึ้นปฏิบัติงาน วัสดุ อุปกรณ์ แบบฟอร์มเอกสาร และสถานที่

ชุดที่ 4 แบบตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของการปฏิบัติงานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวนทั้งสิ้น 41 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าถูกต้อง ไม่ถูกต้อง หรือไม่ได้ทำ

ชุดที่ 5 แบบบันทึกปริมาณเวลาการปฏิบัติงานของบุคลากรในงานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรม ประเภทบุคลากร และปริมาณเวลา (เวลาเริ่มต้น เวลาสิ้นสุด และรวมเวลา)

ชุดที่ 6 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้บริหารต่องานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความพึงพอใจ จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า คิดค่าคะแนนจากน้อยไปหามาก เป็นคะแนน 0-10

ส่วนที่ 2 ข้อเสนอแนะในการพัฒนางานบริการ จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

ชุดที่ 7 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่องานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ตำแหน่ง ระดับการศึกษาสูงสุด และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนี้ จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจ จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า คิดค่าคะแนนจากน้อยไปหามาก เป็นคะแนน 0-10

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะในการพัฒนางานบริการ จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

ชุดที่ 8 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการต่องานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานะ และจำนวนครั้งที่มารับบริการ จำนวนทั้งสิ้น 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจ จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า คิดค่าคะแนนจากน้อยไปหามาก เป็นคะแนน 0-10

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะในการพัฒนางานบริการ จำนวนทั้งสิ้น 25 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำแบบบันทึก แบบตรวจสอบ และแบบสอบถาม ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (เอกสารรับรอง เลขที่ MUPH 2014-076 วันที่ 25 มีนาคม 2557) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างด้านบุคลากรถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยพัฒนางานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรูปแบบใหม่ แผนกผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลวิภาวดี (รูปแบบที่ 1 และ 2) แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์งานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรูปแบบเดิม โรงพยาบาลวิภาวดี เกี่ยวกับวิธีดำเนินงาน และผลการดำเนินงานที่ผ่านมา โดยวิเคราะห์ร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหาประเด็นที่ต้องปรับปรุงแก้ไข

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบเบื้องต้น (รูปแบบที่ 1) ของงานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โดยนำทฤษฎีและหลักวิชาการมาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบทและเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 3 นำรูปแบบเบื้องต้น (รูปแบบที่ 1) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ ได้เป็นรูปแบบที่ 2

2. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลวิภาวดี จากนั้นเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยวิกฤต เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ และแผนกผู้ป่วยวิกฤต โดยอธิบายวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเครื่องวิจัยชนิดต่าง ๆ

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างด้านบุคลากร ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และดำเนินการพิทักษ์สิทธิ

กลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2)

5. พื้นที่ทดลองและพื้นที่ควบคุมใช้งานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรูปแบบเดิม ก่อนการทดลอง (pre-test) เป็นเวลา 1 เดือน

6. ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานทั้ง 5 ด้าน ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้แบบบันทึก แบบตรวจสอบ และแบบสอบถาม ด้วยวิธีการสังเกต การสัมภาษณ์ การสอบถาม และการศึกษาเอกสาร

7. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ในพื้นที่ทดลองมาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบให้มีความเหมาะสมกับพื้นที่ยิ่งขึ้น ได้เป็นรูปแบบที่ 3

8. พื้นที่ทดลองใช้งานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรูปแบบใหม่ (รูปแบบที่ 3) ส่วน พื้นที่ควบคุมใช้งานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรูปแบบเดิม เป็นเวลา 3 เดือน ทั้งนี้มีการประเมินปัญหา อุปสรรค และตรวจสอบการดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยเป็นระยะ โดยการสังเกต การสอบถาม และการตรวจสอบจากรายงาน การบันทึกต่าง ๆ เมื่อครบ 15 วัน 30 วัน 45 วัน 60 วัน 75 วัน และ 90 วัน

9. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ในพื้นที่ทดลองมาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบตามความเหมาะสมและความจำเป็นของพื้นที่ ได้เป็นรูปแบบที่ 4

10. พื้นที่ทดลองใช้งานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรูปแบบใหม่ (รูปแบบที่ 4) ส่วน พื้นที่ควบคุมใช้งานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรูปแบบเดิม หลังการทดลอง (post-test) เป็นเวลา 1 เดือน

11. ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานทั้ง 5 ด้าน หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้แบบบันทึก แบบตรวจสอบ และแบบสอบถาม ด้วยวิธีการสังเกต การสัมภาษณ์ การสอบถาม และการศึกษาเอกสาร

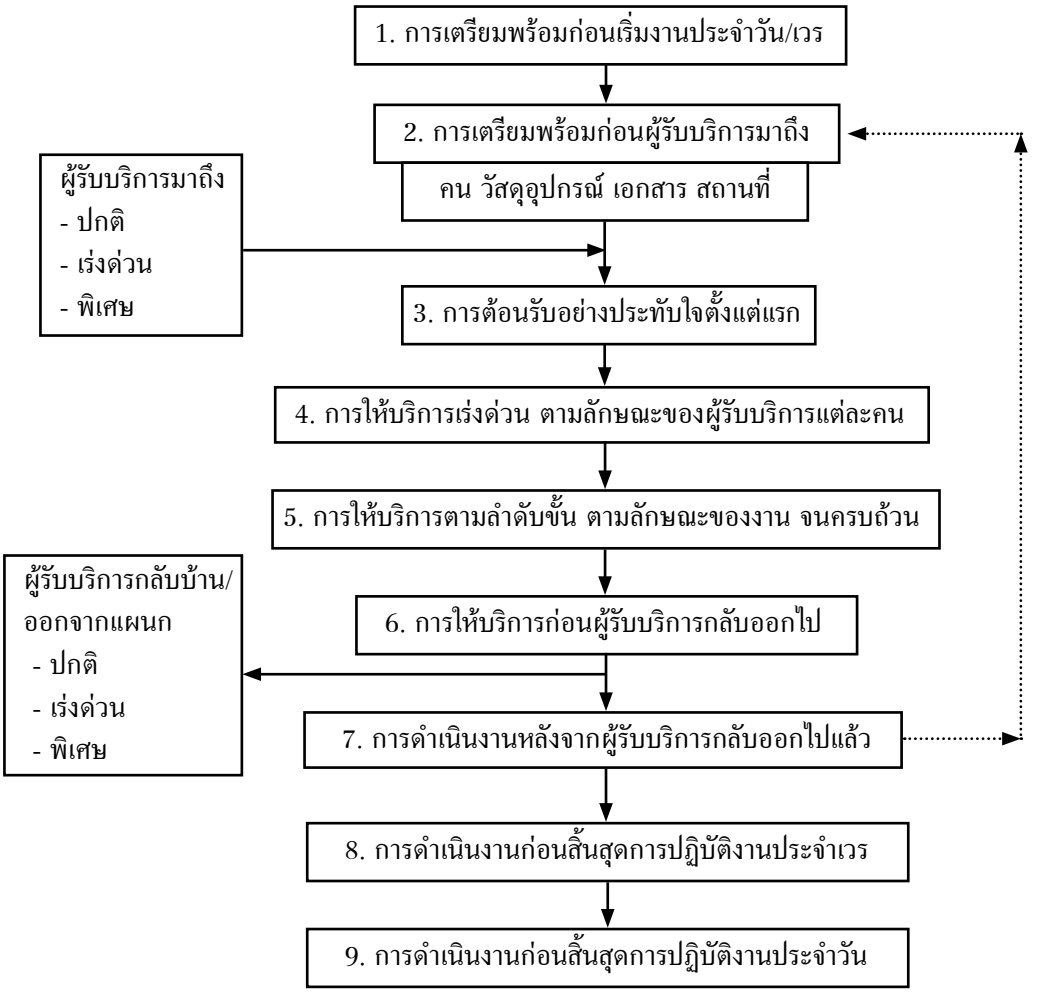
ทั้งนี้ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 1 มิถุนายน ถึงวันที่ 31 ตุลาคม 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล ผลการพัฒนารูปแบบงานจำหน่ายผู้ป่วย วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) การเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน (ยกเว้นความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง) ระหว่างพื้นที่ทดลองกับพื้นที่ควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง และการเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน (ยกเว้นความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้อง) ของพื้นที่ทดลองและพื้นที่ควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องที่เป็นกลุ่มตัวอย่างคนละคนกัน ระหว่างพื้นที่ทดลองกับพื้นที่ควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้เกี่ยวข้องที่เป็นกลุ่มตัวอย่างคนเดียวกัน ของพื้นที่ทดลองและพื้นที่ควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนารูปแบบงานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลวิภาวดี ได้รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นโดยมีการนำแนวคิดและหลักวิชาการด้านการบริหารมาประยุกต์ใช้ ได้แก่ หลักการบริหารทั่วไป หลักการบริหารโรงพยาบาล หลักการบริหารการพยาบาล หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วม หลักการบริหารตามสภาวการณ์ หลักการด้านวิชาการของงานจำหน่ายผู้ป่วย (ประกอบด้วยแนวคิดการวางแผนจำหน่าย องค์ประกอบของการวางแผนจำหน่าย และรูปแบบของการวางแผนจำหน่าย) หลักการด้านกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ และหลักการด้านสังคม ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อของผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาผสมผสานแล้วกำหนดเป็นรูปแบบงานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ประกอบด้วยหลักการของรูปแบบ โครงสร้างของรูปแบบด้านคน ด้านเงิน และด้านระบบงานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แนวทางปฏิบัติ และมาตรฐานงานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลวิภาวดี โดยจัดทำเป็นลายลักษณ์

อักษรอย่างชัดเจน ซึ่งผู้ปฏิบัติงานสามารถใช้เป็นแนวทางในการจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ง่ายและสะดวกมากขึ้น เกิดการปฏิบัติงานไปในทิศทางเดียวกัน และปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะ ๆ และนำมาปรับปรุงรูปแบบอย่างต่อเนื่อง ทำให้รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับพื้นที่ทดลองมากที่สุด ทำให้การปฏิบัติงานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีประสิทธิภาพและผลการดำเนินงานดีกว่ารูปแบบเดิม สรุปเป็นระบบบริการงานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ดังแผนภาพที่ 2



หมายเหตุ: การบริการ ใช้ในกรณีที่มีผู้รับบริการ ส่วนการดำเนินงาน ใช้ในกรณีที่ไม่มีผู้รับบริการ

แผนภาพที่ 2 ระบบบริการงานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

2. การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของพื้นที่ทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง (รูปแบบเดิม) กับหลังการทดลอง (รูปแบบใหม่) พบว่าหลังการทดลอง พื้นที่ทดลองมีผลการดำเนินงานดีกว่าก่อนการทดลอง 6 เรื่อง (จาก 9 เรื่อง) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อแรงงานที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วย ($p < .01$) อัตราความถูกต้องของการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการจำหน่ายผู้ป่วย ($p < .001$) ระยะเวลาเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วย ($p < .001$) จำนวนแรงงานเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วย ($p < .01$) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ($p < .01$) และต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการจำหน่ายผู้ป่วย ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของพื้นที่ทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง (รูปแบบเดิม) กับหลังการทดลอง (รูปแบบใหม่)

ผลการดำเนินงาน	ก่อนการทดลอง (n = 8)		หลังการทดลอง (n = 9)		*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*	
ด้านปริมาณงาน					
อัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อแรงงานที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วย 10,000 คน-วินาที	111.70	14.70	144.74	18.11	.001
ด้านคุณภาพงาน					
อัตราความถูกต้องของการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มปฏิบัติงานประจำวัน	99.79	1.14	99.81	1.01	.935
อัตราความถูกต้องของการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการจำหน่ายผู้ป่วย	74.74	17.67	84.65	12.58	< .001
ด้านระยะเวลาและแรงงานที่ใช้					
ระยะเวลาเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วย (นาที/ครั้ง)	4.37	.57	3.12	.51	< .001
จำนวนแรงงานเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วย (คน-วินาที/ครั้ง)	5465.07	820.63	4207.54	565.09	.002
ด้านความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง					
ผู้บริหาร (n = 3 และ n = 3)	7.00	1.73	8.67	.58	.300 [b]
ผู้ให้บริการ (n = 15 และ n = 15)	7.53	1.25	9.07	.70	.002 [b]
ผู้รับบริการ (n = 8 และ n = 9)	8.25	1.04	9.11	.93	.090
ด้านเศรษฐศาสตร์					
ต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการจำหน่ายผู้ป่วย (บาท/ครั้ง)	10.42	1.43	6.96	1.28	< .001

หมายเหตุ: b = ใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test

3. การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของพื้นที่ควบคุม ระหว่างก่อนการทดลอง (รูปแบบเดิม) กับหลังการทดลอง (รูปแบบเดิม) พบว่าหลังการทดลอง พื้นที่ควบคุมมีผลการดำเนินงานทุกเรื่องไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของพื้นที่ควบคุม ระหว่างก่อนการทดลอง (รูปแบบเดิม) กับหลังการทดลอง (รูปแบบเดิม)

ผลการดำเนินงาน	ก่อนการทดลอง (n = 6)		หลังการทดลอง (n = 7)		*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*	
ด้านปริมาณงาน					
อัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อแรงงานที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วย 10,000 คน-วินาที	112.10	21.68	122.52	19.84	.385
ด้านคุณภาพงาน					
อัตราความถูกต้องของการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มปฏิบัติงานประจำวัน	99.72	1.52	99.52	2.61	.646
อัตราความถูกต้องของการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการจำหน่ายผู้ป่วย	67.69	12.83	70.99	12.41	.360
ด้านระยะเวลาและแรงงานที่ใช้					
ระยะเวลาเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วย (นาที/ครั้ง)	3.85	.98	3.24	.34	.147
จำนวนแรงงานเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วย (คน-วินาที/ครั้ง)	5522.74	1073.59	5080.52	882.83	.432
ด้านความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง					
ผู้บริหาร (n = 3 และ n = 3)	7.00	1.00	8.00	.00	.225 [b]
ผู้ให้บริการ (n = 35 และ n = 35)	7.29	1.36	7.49	1.15	.494 [b]
ผู้รับบริการ (n = 6 และ n = 7)	7.33	1.63	8.14	.69	.256
ด้านเศรษฐศาสตร์					
ต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการจำหน่ายผู้ป่วย (บาท/ครั้ง)	10.67	2.72	8.88	1.00	.130

หมายเหตุ: b = ใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test

4. การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ระหว่างพื้นที่ทดลอง (รูปแบบเดิม) กับพื้นที่ควบคุม (รูปแบบเดิม) ก่อนการทดลอง พบว่าก่อนการทดลอง พื้นที่ทดลองมีผลการดำเนินงานเกือบทุกเรื่องไม่แตกต่างจากพื้นที่ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นเรื่องอัตราความถูกต้องของการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการจำหน่ายผู้ป่วย ที่พบว่าพื้นที่ทดลองมีมากกว่าพื้นที่ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ระหว่างพื้นที่ทดลอง (รูปแบบเดิม) กับพื้นที่ควบคุม (รูปแบบเดิม) ก่อนการทดลอง

ผลการดำเนินงาน	พื้นที่ทดลอง (n = 8)		พื้นที่ควบคุม (n = 6)		*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*	
ด้านปริมาณงาน					
อัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อแรงงานที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วย 10,000 คน-วินาที	111.70	14.70	112.10	21.68	.967
ด้านคุณภาพงาน					
อัตราความถูกต้องของการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มปฏิบัติงานประจำวัน	99.79	1.14	99.72	1.50	.841
อัตราความถูกต้องของการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการจำหน่ายผู้ป่วย	74.74	17.67	67.69	12.83	.001
ด้านระยะเวลาและแรงงานที่ใช้					
ระยะเวลาเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วย (นาที/ครั้ง)	4.37	.57	3.85	.98	.234
จำนวนแรงงานเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วย (คน-วินาที/ครั้ง)	5465.07	820.63	5522.73	1073.59	.911
ด้านความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง					
ผู้บริหาร (n = 3 และ n = 3)	7.00	1.73	7.00	1.00	1.000 [b]
ผู้ให้บริการ (n = 15 และ n = 35)	7.53	1.24	7.29	1.36	.549 [b]
ผู้รับบริการ (n = 8 และ n = 6)	8.25	1.04	7.33	1.63	.222
ด้านเศรษฐศาสตร์					
ต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการจำหน่ายผู้ป่วย (บาท/ครั้ง)	10.42	1.43	10.67	2.72	.827

หมายเหตุ: b = ใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test

5. การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ระหว่างพื้นที่ทดลอง (รูปแบบใหม่) กับพื้นที่ควบคุม (รูปแบบเดิม) หลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลอง พื้นที่ทดลองมีผลการดำเนินงาน 6 เรื่อง (จาก 9 เรื่อง) ดีกว่าพื้นที่ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อแรงงานที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วย ($p < .05$) อัตราความถูกต้องของการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการจำหน่ายผู้ป่วย ($p < .001$) จำนวนแรงงานเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วย ($p < .05$) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ($p < .001$) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ($p < .05$) และต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการจำหน่ายผู้ป่วย ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ระหว่างพื้นที่ทดลอง (รูปแบบใหม่) กับพื้นที่ควบคุม (รูปแบบเดิม) หลังการทดลอง

ผลการดำเนินงาน	พื้นที่ทดลอง (n = 9)		พื้นที่ควบคุม (n = 7)		*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*	
ด้านปริมาณงาน					
อัตราส่วนปริมาณงานเฉลี่ยต่อแรงงานที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วย 10,000 คน-วินาที	144.74	18.11	122.52	19.84	.035
ด้านคุณภาพงาน					
อัตราความถูกต้องของการเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มปฏิบัติงานประจำวัน	99.81	1.02	99.52	2.61	.409
อัตราความถูกต้องของการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการจำหน่ายผู้ป่วย	84.65	12.58	70.99	12.41	< .001
ด้านระยะเวลาและแรงงานที่ใช้					
ระยะเวลาเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วย (นาที/ครั้ง)	3.12	.51	3.24	.34	.601
จำนวนแรงงานเฉลี่ยของผู้ให้บริการที่ใช้ในงานจำหน่ายผู้ป่วย (คน-วินาที/ครั้ง)	4207.54	565.09	5080.52	882.83	.030
ด้านความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง					
ผู้บริหาร (n = 3 และ n = 3)	8.67	.58	8.00	.00	.184 [b]
ผู้ให้บริการ (n = 15 และ n = 35)	9.07	.70	7.49	1.15	< .001 [b]
ผู้รับบริการ (n = 9 และ n = 7)	9.11	.93	8.14	.69	.037
ด้านเศรษฐศาสตร์					
ต้นทุนต่อหน่วยในการให้บริการจำหน่ายผู้ป่วย (บาท/ครั้ง)	6.96	1.28	8.87	1.00	.006

หมายเหตุ: b = ใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการดำเนินงานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นดีกว่ารูปแบบเดิม โดยพิจารณาจากผลการดำเนินงานที่ดีกว่ารูปแบบเดิม โดยใช้ทรัพยากรเท่าเดิม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบของรูปแบบที่ครบถ้วน ใช้หลักการสร้างและพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน (working model) ที่ประกอบด้วย 1) หลักการของรูปแบบ ได้แก่ หลักวิชาการบริหาร หลักวิชาการเฉพาะ หลักวิชาการที่เกี่ยวข้อง กฎหมาย พฤติกรรม ประเพณี วัฒนธรรม 2) โครงสร้างของรูปแบบ คือ ทรัพยากรดำเนินงาน โครงสร้างด้านคน ด้านเงิน และด้านระบบงานสำคัญ 4 ระบบ ได้แก่ ระบบงานบริการ ระบบสนับสนุนทรัพยากรให้กับงานบริการ ระบบพัฒนางานและหน่วยงาน และระบบบริหารจัดการ และ 3) การนำรูปแบบไปดำเนินการ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่จะทำให้การดำเนินงานตามรูปแบบประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับแนวคิดรูปแบบการดำเนินงานของสมชาติ โตรักษา (2558) โดยรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ถือเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพ กล่าวคือ หลังการนำรูปแบบงานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจ

ล้มเหลวไปดำเนินการแล้ว พบว่าผลการดำเนินงานดีขึ้น โดยใช้เพียงทรัพยากรที่มีอยู่ในหน่วยงานอย่างคุ้มค่า และจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสมกับรูปแบบการดำเนินการ

นอกจากนี้ รูปแบบงานจำหน่ายผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ ยังเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับพื้นที่วิจัย ซึ่งในแต่ละขั้นตอนของการพัฒนารูปแบบผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการปฏิบัติและการเสนอความคิดเห็น โดยใช้หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วม (management by participation [MBP]) กระบวนการนำข้อมูลที่ได้ตั้งแต่การวิเคราะห์รูปแบบเดิม การสร้างรูปแบบเบื้องต้น การทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีการปรับปรุงเป็นระยะ ๆ และมีการสรุปผลการทดลองใช้รูปแบบเพื่อได้เป็นรูปแบบสุดท้ายที่ดี เหมาะสม และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นกระบวนการในการนำรูปแบบไปดำเนินการที่ดีและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับหลักการสร้างและพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ของสมชาติ โตรักษา (2558) โดยการวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงานและหน่วยงาน ช่วยให้ผลการดำเนินงานมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพสูงขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1บุคลากรแผนกผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจควรนำรูปแบบงานจำหน่ายนี้ไปใช้ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม

1.2 ผู้บริหารการพยาบาลควรส่งเสริมการนำรูปแบบงานจำหน่ายนี้ไปเป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ให้มีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการทำวิจัยเพื่อการพัฒนางาน (research and development) ในลักษณะนี้กับงานด้านอื่น ๆ ของทุกระบบงาน ทั้งระบบงานบริการ ระบบสนับสนุนทรัพยากรให้กับงานบริการ ระบบพัฒนางานและหน่วยงาน และระบบบริหารจัดการ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้เกิดการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เพื่อเป้าหมายสูงสุด คือ การนำไปสู่ประโยชน์สูงสุดของประชาชนและผู้รับบริการ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *สถิติโรค 2553*. สืบค้นจาก http://www.dms.moph.go.th

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 6). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

สมชาติ โตรักษา. (2558). *การประยุกต์หลักการบริหารเพื่อการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

Laothavorn, P., Hengrussamee, K., Kanjanavanit, R., Moleerergpoom, W., Laorakpongse, D., Pachirat, O., ... Sritara, P. (2010). Thai acute decompensated heart failure registry (Thai ADHERE). *CVD Prevention and Control, 5*(3), 89-95.

Pang, P. S., Komajda, M., & Gheorghiade, M. (2010). The current and future management of acute heart failure syndromes. *European Heart Journal, 31*(7), 784-793.

World Health Organization. (2009). *Cardiovascular _diseases*. Retrieved from http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/en/

การทบทวนขอบเขตผลงานวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
The Scoping Review of Research in Phrapokklao Nursing College

ดาราวรรณ รองเมือง, ปร.ด. (การพยาบาล) [1]
Daravan Rongmuang, Ph.D. (Nursing) [1]
ยศพล เหลืองโสมนภา, ปร.ด. (การวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา) [2]
Yosapon Leaungsomnapa, Ph.D. (Research and Methodology in Cognitive Science) [2]
สุกัญญา ขันวิเศษ, วท.ม. (การพยาบาลที่เน้นการดูแล) [3]
Sukanya Khanwiset, M.S. (Caring Science with Specialization in Nursing) [3]
จรัญญา ดีจะโปะ, พย.ม. (การผดุงครรภ์) [4]
Jarunya Deejapo, M.N.S. (Midwifery) [4]
สุปราณี ฉายวิจิตร, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) [5]
Supranee Chaiwijit, M.N.S. (Nursing Administration) [5]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยการทบทวนเอกสารแบบขอบเขต เพื่อทบทวนขอบเขตเกี่ยวกับลักษณะของระเบียบวิธีวิจัยของผลงานวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผลงานวิจัยที่ผลิตขึ้นโดยอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2559 จำนวน 71 บทความ เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบลงรหัส ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผลงานวิจัย และลักษณะของระเบียบวิธีวิจัยของผลงานวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัยพบว่าผลงานวิจัยเป็นประเด็นการวิจัยทางการพยาบาล มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.10 ส่วนใหญ่เผยแพร่โดยการตีพิมพ์ในวารสารระดับชาติ/นานาชาติ คิดเป็นร้อยละ 67.60 ผู้วิจัยหลักเป็นอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คิดเป็นร้อยละ 77.50 ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38 กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนทั่วไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.60 จุดอ่อนของผลงานวิจัย คือ ไม่มีการคำนวณขนาดตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 50.90 ส่วนใหญ่เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง คิดเป็นร้อยละ 68.90 ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือการวิจัย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.30 แต่ไม่มีการรายงานค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา คิดเป็นร้อยละ 42.60 ส่วนใหญ่รายงานค่าความเชื่อมั่น คิดเป็นร้อยละ 72.10 ไม่มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 60.60 ในกรณีที่มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ใช้วิธีการสุ่ม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.10 สถิติที่ใช้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย/สมมติฐานการวิจัย คิดเป็นร้อยละ 93.40 และผลงานวิจัยที่นำเสนอมีความจำเป็นต้องรายงานค่า effect size ถึงร้อยละ 80.30 แต่ส่วนใหญ่ไม่มีการรายงานค่า effect size คิดเป็นร้อยละ 83.60

[1, 2, 5] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
[1, 2, 5] Registered Nurse, Senior Professional Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi
[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: drongmuang@gmail.com
[3, 4] พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
[3, 4] Registered Nurse, Practitioner Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ควรพัฒนาอาจารย์ให้มีทักษะด้านระเบียบวิธีวิจัยเพิ่มขึ้น เพื่อการผลิตผลงานวิจัยที่มีคุณภาพและน่าเชื่อถือต่อไป
คำสำคัญ: การทบทวนขอบเขต ผลงานวิจัย การพยาบาล

Abstract

This cross-sectional descriptive research using scoping review method aimed to review the scope of knowledge related to the methodology of research. The samples consisted of 71 researches that produced by instructors of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi during A.D. 2007-2016. The research instrument was a coding sheet comprised general data of research and characteristics of methodology of research. Data were collected from June to September, 2017. Statistics used for data analysis included frequency and percentage.

The research results revealed that most of the research was nursing research (52.10%), published in national/international journal (67.60%) and the principal researcher is the instructor in the college (77.50%). Methodological review showed most of the researches were quasi-experimental research (38%) and the sample was general population (36.60%). The weak point of the research is not calculate the sample size (50.90%), most of the research use purposive sampling (68.90%). Most of the data was collected using questionnaire (56.30%), no content validity index reported (42.60%) and reported reliability (72.10%). No controlling for confounding variables was performed (60.60%). The random sampling method was used to control confounding variables (50.10%). The use of statistic was appropriate and consistant with research objective/ research hypothesis (93.40%). The research is required to report effect size value (80.30%) but most of them do not report (83.60%).

This research suggests that the administrators of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi should encourage instructors to develop their research methodology skills in order to increase the quality and trustworthy of the research.
Keywords: Scoping review, Research, Nursing

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผลิตผลงานวิจัยเป็นพันธกิจหนึ่งของสถาบันอุดมศึกษา ทั้งนี้เพื่อเป็นการเสริมสร้างสมรรถนะและความเข้มแข็งทางวิชาการแก่อาจารย์ ซึ่งการผลิตผลงานวิจัยที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานทั้งในระดับชาติและนานาชาติจะส่งเสริมการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนของสถาบันการศึกษา การเผยแพร่ผลงานวิชาการจะเป็นประโยชน์ต่อนักวิชาการอื่นๆ เพื่อใช้เป็นแหล่งอ้างอิง ตลอดจนการวิจัยยังสามารถตอบสนองความต้องการและแก้ปัญหาของชุมชน ซึ่งทิศทางในการผลิตผลงานวิจัยนั้นขึ้นอยู่กับนโยบายของแต่ละสถาบันและความเชี่ยวชาญของอาจารย์แต่ละคนในสถาบัน ในการผลิตผลงานวิจัยคุณภาพ นักวิจัยจะต้องมีความแม่นยำในระเบียบวิธีวิจัย ซึ่งระเบียบวิธีวิจัยนับเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดในการทำวิจัย อันประกอบ

ด้วยการออกแบบการวิจัย ประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ตัวแปร สถิติที่ใช้ และการวิเคราะห์ข้อมูล (Summers, 1991) ซึ่งระเบียบวิธีวิจัยที่ไม่น่าเชื่อถือก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ไม่น่าเชื่อถือด้วยเช่นกันและการที่จะทำให้ทราบได้ว่างานวิจัยที่ผลิตขึ้นมีการผลิตตามระเบียบวิธีวิจัยหรือไม่นั้น สามารถทำได้โดยการทบทวนขอบเขต

การทบทวนขอบเขต (a scoping review) เป็นการทบทวนเพื่อกำหนดขอบเขตของการวิจัยที่จะทำในอนาคต โดยการทบทวนเอกสารงานวิจัยและองค์ความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบัน แล้วทำการวิเคราะห์ เพื่อทราบถึงช่องว่างขององค์ความรู้ (gap of knowledge) ที่มีอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งขั้นตอนการทบทวนขอบเขตประกอบด้วยการกำหนดคำถามการวิจัย การระบุงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การคัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด การรวบรวมข้อมูล และการประมวลผล วิเคราะห์ข้อมูล และรายงานผล (Arksey & O'Malley, 2005; Davis, Drey, & Gould, 2009) ดังนั้น การทบทวนขอบเขตเพื่อการศึกษาสถานการณ์และข้อจำกัดของผลงานวิจัยที่ผลิตขึ้นในเรื่องระเบียบวิธีวิจัย จะเป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นประโยชน์ต่อการผลิตผลงานวิจัยที่มีคุณภาพต่อไปในอนาคต ส่งผลให้ผลงานวิจัยที่ผลิตขึ้นเป็นผลงานที่มีความน่าเชื่อถือและเกิดประโยชน์อย่างแท้จริง

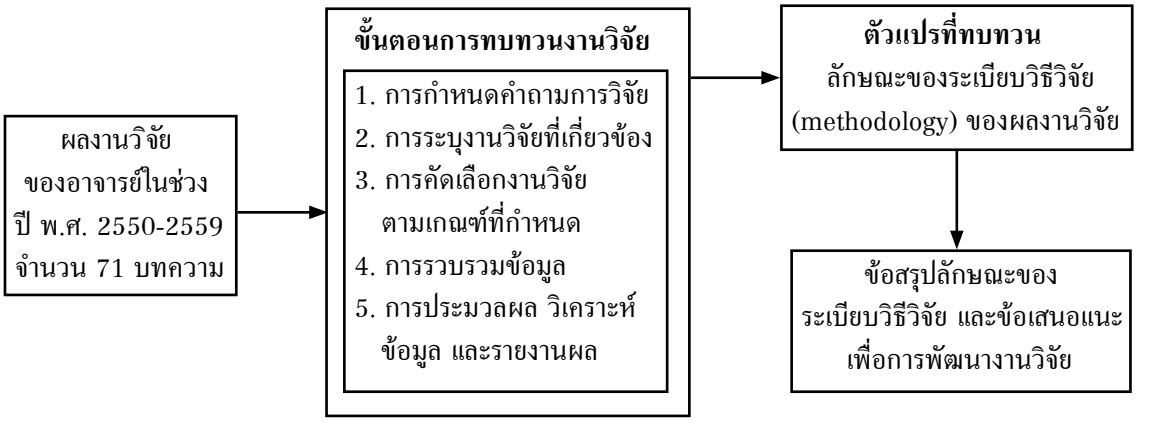
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เป็นสถาบันการศึกษาที่มีพันธกิจหนึ่งที่สำคัญในการผลิตผลงานวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ด้านการจัดการเรียนการสอนด้านวิชาชีพพยาบาล และการตอบสนองความต้องการหรือแก้ปัญหาของชุมชนและสังคม ทำให้มีการศึกษาวิจัยในประเด็นต่าง ๆ ที่มีความหลากหลาย เช่น การวิจัยพัฒนาองค์กร การวิจัยการเรียนการสอน การวิจัยพัฒนาบุคลากรทางสุขภาพ การวิจัยทางคลินิก การวิจัยในชุมชนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งในแต่ละปี วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ได้ผลิตผลงานวิจัยอย่างต่อเนื่องและมีการตีพิมพ์เผยแพร่ แต่พบว่ายังมีข้อจำกัดของผลงานวิจัยที่ผลิตขึ้นในเรื่องระเบียบวิธีวิจัย ประกอบกับในปัจจุบันพบว่ายังไม่ปรากฏการศึกษาสถานการณ์การผลิตผลงานวิจัยและข้อจำกัดด้านระเบียบวิธีวิจัยของผลงานวิจัยที่ผลิตขึ้นโดยอาจารย์วิทยาลัยฯ ดังนั้น การทบทวนขอบเขตเกี่ยวกับลักษณะของระเบียบวิธีวิจัยของผลงานวิจัยที่ผลิตขึ้นโดยอาจารย์วิทยาลัยฯ จึงมีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งจะทำให้ได้ทราบถึงสถานการณ์และข้อจำกัดที่มีอยู่ในปัจจุบัน ทั้งนี้เพื่อบ่งชี้จุดอ่อนของระเบียบวิธีวิจัยของผลงานวิจัยที่ผลิตขึ้นโดยอาจารย์วิทยาลัยฯ เพื่อให้ข้อเสนอแนะและแนวทางการผลิตผลงานวิจัยที่มีคุณภาพของวิทยาลัยฯ สามารถเผยแพร่ผลงานได้อย่างสมภาคภูมิ และเป็นแบบอย่างในการเรียนรู้ของนักวิจัยในวิทยาลัยและสถาบันอุดมศึกษาอื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อทบทวนขอบเขตเกี่ยวกับลักษณะของระเบียบวิธีวิจัยของผลงานวิจัยที่ผลิตขึ้นโดยอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ได้แก่ การออกแบบการวิจัย ประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ตัวแปร สถิติที่ใช้ และการวิเคราะห์ข้อมูล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยทบทวนขอบเขตเกี่ยวกับลักษณะของระเบียบวิธีวิจัยของผลงานวิจัยที่ผลิตขึ้นโดยอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดคำถามการวิจัย 2) การระบุงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 3) การคัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด 4) การรวบรวมข้อมูล และ 5) การประมวลผล วิเคราะห์ข้อมูล และรายงานผล (Arksey & O'Malley, 2005; Davis et al., 2009) สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive research) โดยการทบทวนเอกสารแบบขอบเขต (scoping review)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผลงานวิจัยที่ผลิตขึ้นโดยอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2559 และปรากฏในฐานข้อมูลงานวิจัยของวิทยาลัย จำนวน 77 บทความ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นบทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารหรือเอกสารสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติหรือนานาชาติ 2) เป็นบทความที่มิใช่เป็นส่วนหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับวิทยานิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา และ 3) เป็นบทคัดย่อที่สามารถตามหาบทความวิจัยฉบับเต็มได้ ได้บทความจำนวน 71 บทความ

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบลงรหัส (coding sheet) คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผลงานวิจัย ได้แก่ ประเด็นการวิจัย ปีที่ตีพิมพ์ แหล่งทุนวิจัย ลักษณะการเผยแพร่ ผู้วิจัยหลัก และความสอดคล้องกับศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านการดูแลบุคคลที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังของวิทยาลัยและส่วนที่ 2 ลักษณะของระเบียบวิธีวิจัยของผลงานวิจัย ได้แก่ การออกแบบการวิจัย ประชากรหรือกลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ตัวแปร สถิติที่ใช้และการวิเคราะห์ข้อมูล (Summers, 1991) จำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัย จำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ 1) สำรวจและสืบค้นงานวิจัยทุกประเภทที่จัดทำโดยอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ทั้งการสืบค้นอย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และการสืบค้นจากรายงานการวิจัยที่เป็น grey literature 2) คัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด 3) อ่านงานวิจัยและลงรหัสงานวิจัย โดยผู้วิจัย 2 คน แยกกันอ่านบทความวิจัยประเมินผลงานวิจัยตามตัวแปรที่ศึกษา และสรุปลงในแบบลงรหัส หากมีความคิดเห็นไม่ตรงกันในการสรุปจะปรึกษาเพื่อหาข้อสรุปร่วมกัน หากไม่สามารถตกลงกันได้จะให้ผู้วิจัยคนที่ 3 ร่วมเป็นผู้ลงมติ ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของผลงานวิจัยและลักษณะของระเบียบวิธีวิจัยของผลงานวิจัย วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผลงานวิจัย พบว่าผลงานวิจัยที่ผลิตขึ้นโดยอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2559 เป็นประเด็นการวิจัยทางการพยาบาล มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.10 ส่วนใหญ่ตีพิมพ์ในช่วงปี พ.ศ. 2556-2559 คิดเป็นร้อยละ 73.20 แหล่งทุนวิจัยมาจากภายในสถาบัน คิดเป็นร้อยละ 66.20 เผยแพร่โดยการตีพิมพ์ในวารสารระดับชาติ/นานาชาติ คิดเป็นร้อยละ 67.60 ผู้วิจัยหลักเป็นอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คิดเป็นร้อยละ 77.50 โดยสังกัดภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.40 และผลงานวิจัยไม่สอดคล้องกับศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านการดูแลบุคคลที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังของวิทยาลัย คิดเป็นร้อยละ 70.40 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผลงานวิจัยที่ผลิตขึ้นโดยอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2559 จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 71)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (บทความ)	ร้อยละ
ประเด็นการวิจัย		
วิจัยการศึกษา	16	22.50
วิจัยคลินิก	6	8.50
วิจัยการพยาบาล	37	52.10
วิจัยสาธารณสุข	12	16.90
ปีที่ตีพิมพ์		
ปี พ.ศ. 2550-2555	19	26.80
ปี พ.ศ. 2556-2559	52	73.20
แหล่งทุนวิจัย		
ภายในสถาบัน	47	66.20
ภายนอกสถาบัน	24	33.80
ลักษณะการเผยแพร่		
ตีพิมพ์ในวารสารระดับชาติ	48	67.60
ตีพิมพ์ในเอกสารสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติหรือนานาชาติ	23	32.40

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผลงานวิจัยที่ผลิตขึ้นโดยอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2559 จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 71) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (บทความ)	ร้อยละ
ผู้วิจัยหลัก		
อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี	55	77.50
บุคคลภายนอก	16	22.50
ภาควิชาที่ผู้วิจัยหลักสังกัด		
การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ	28	39.40
การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์	2	2.80
การพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์	8	11.30
การพยาบาลอนามัยชุมชน	18	25.40
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์	5	7.00
บริหารและพื้นฐานการพยาบาล	10	14.10
ความสอดคล้องกับศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางฯ ของวิทยาลัย		
สอดคล้อง	21	29.50
ไม่สอดคล้อง	50	70.40

2. ลักษณะของระเบียบวิธีวิจัยของผลงานวิจัย พบว่าผลงานวิจัยที่ผลิตขึ้นโดยอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2559 ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38 กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนทั่วไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.60 โดยงานวิจัยไม่มีการคำนวณขนาดตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 50.90 ส่วนใหญ่เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง คิดเป็นร้อยละ 68.90 มีการกำหนดเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก คิดเป็นร้อยละ 83.10 ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือการวิจัย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.30 แต่ไม่มีการรายงานค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา คิดเป็นร้อยละ 42.60 ส่วนใหญ่รายงานค่าความเชื่อมั่น คิดเป็นร้อยละ 72.10 ตัวแปรตามเป็นตัวแปรด้านพฤติกรรมศาสตร์ คิดเป็นร้อยละ 60.60 ไม่มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 60.60 ในกรณีที่มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ใช้วิธีการสุ่มมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.10 สถิติที่ใช้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย/สมมติฐานการวิจัย คิดเป็นร้อยละ 93.40 และผลงานวิจัยที่นำเสนอมีความจำเป็นต้องรายงานค่า effect size ถึงร้อยละ 80.30 แต่ส่วนใหญ่ไม่มีการรายงานค่า effect size คิดเป็นร้อยละ 83.60 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผลงานวิจัยที่ผลิตขึ้นโดยอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2559 จำแนกตามลักษณะของระเบียบวิธีวิจัย (n = 71)

ลักษณะของระเบียบวิธีวิจัย	**จำนวน** (บทความ)	**ร้อยละ**
รูปแบบการวิจัย		
การวิจัยเชิงปริมาณ		
แบบทดลอง	2	2.80
แบบกึ่งทดลอง	27	38.00
แบบก่อนทดลอง	3	4.20
แบบพรรณนา	14	19.70
แบบเปรียบเทียบ	4	5.60
แบบสหสัมพันธ์	6	8.50
แบบสำรวจ	2	2.80
การวิจัยเชิงคุณภาพ		
แบบปรากฏการณ์วิทยา	10	14.10
การวิจัยและพัฒนา	2	2.80
การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม	1	1.40
กลุ่มตัวอย่าง		
นักศึกษา	14	19.70
อาจารย์	2	2.80
ผู้ป่วย	21	29.60
ผู้ดูแล	4	5.60
ประชาชนทั่วไป	26	36.60
บุคลากรทางสุขภาพ	4	5.60
การคำนวณขนาดตัวอย่าง (n = 61)		
ไม่คำนวณ	31	50.90
ศึกษาจากประชากร	14	22.90
คำนวณจากประชากรหรือตารางเลขสุ่ม	2	3.30
คำนวณจากข้อมูลการวิจัยก่อนหน้า/ประมาณการณ์	11	18.00
คำนวณตามการใช้สถิติทดสอบสมมติฐาน	3	4.90
การเลือกกลุ่มตัวอย่าง (n = 61)		
เลือกจากการสุ่ม	14	23.00
เลือกแบบเจาะจง	42	68.90
เลือกตามความสะดวก	4	6.40
เลือกตามความสมัครใจ	1	1.70

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผลงานวิจัยที่ผลิตขึ้นโดยอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2559 จำแนกตามลักษณะของระเบียบวิธีวิจัย (n = 71) (ต่อ)

ลักษณะของระเบียบวิธีวิจัย	จำนวน (บทความ)	ร้อยละ
การกำหนดเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก		
มีการกำหนด	59	83.10
ไม่มีการกำหนด	12	16.90
เครื่องมือการวิจัย		
แบบสังเกต	1	1.40
แบบสัมภาษณ์	7	9.90
แบบสอบถาม	40	56.30
แบบทดสอบ	3	4.20
แบบบันทึก	5	7.00
แบบทดสอบและแบบสอบถาม	4	5.60
ใช้ข้อมูลจากโปรแกรมวิเคราะห์โดยตรง	2	2.80
สัมภาษณ์เชิงลึก/สนทนากลุ่มย่อย	9	12.70
การรายงานค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (n = 61)		
มีการรายงาน	24	39.30
ไม่มีการรายงาน	26	42.60
ใช้เครื่องมือที่มีผู้สร้าง/พัฒนาไว้แล้ว	11	18.10
การรายงานค่าความเชื่อมั่น (n = 61)		
มีการรายงาน	44	72.10
ไม่มีการรายงาน	13	21.30
ไม่จำเป็นต้องรายงาน	4	6.60
ลักษณะตัวแปรตาม		
ด้านพฤติกรรมศาสตร์	43	60.60
ด้านความคิด	3	4.20
ด้านการศึกษา	2	2.80
ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก	23	32.40
การควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน (n = 61)		
มีการควบคุม	14	23.00
ไม่มีการควบคุม	37	60.60
ไม่จำเป็นต้องควบคุม	10	16.40

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผลงานวิจัยที่ผลิตขึ้นโดยอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2559 จำแนกตามลักษณะของระเบียบวิธีวิจัย (n = 71) (ต่อ)

ลักษณะของระเบียบวิธีวิจัย	จำนวน (บทความ)	ร้อยละ
วิธีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน (n = 14)		
วิธีการสุ่ม	7	50.10
วิธีการเพิ่มตัวแปร	1	7.10
วิธีการจับกลุ่ม	1	7.10
วิธีการจับรายคู่	4	28.60
วิธีการใช้สถิติสกัด	1	7.10
ความสอดคล้องของการใช้สถิติกับวัตถุประสงค์การวิจัย/สมมติฐานการวิจัย (n = 61)		
มีความสอดคล้อง	57	93.40
ไม่มีความสอดคล้อง	4	6.60
ความจำเป็นในการรายงานค่า effect size (n = 61)		
จำเป็นต้องรายงาน	49	80.30
มีการรายงาน	8	16.40
ไม่มีการรายงาน	41	83.60
ไม่จำเป็นต้องรายงาน	12	19.30

เมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไปของผลงานวิจัย และลักษณะของระเบียบวิธีวิจัยของผลงานวิจัย สะท้อนให้เห็นว่าอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ยังมีความรู้และทักษะในการผลิตผลงานวิจัยน้อย แหล่งทุนส่วนใหญ่เป็นแหล่งทุนภายใน และยังมีข้อจำกัดด้านระเบียบวิธีวิจัยบางประเด็น ได้แก่ การให้ความสำคัญของวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ความจำเป็นของการรายงานค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย และการรายงานค่า effect size ซึ่งประเด็นต่าง ๆ ดังกล่าว ล้วนมีผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือของผลงานวิจัยที่ผลิตขึ้นโดยอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าผลงานวิจัยที่ผลิตขึ้นโดยอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2559 เป็นประเด็นการวิจัยทางการพยาบาลมากที่สุด แหล่งทุนส่วนใหญ่เป็นแหล่งทุนภายในวิทยาลัย ผู้วิจัยหลักส่วนใหญ่เป็นอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี โดยสังกัดภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เป็นสถาบันการศึกษาพยาบาลที่มีพันธกิจหนึ่งที่สำคัญ คือ การผลิตผลงานวิจัยทางการพยาบาลเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่และพัฒนาคุณภาพการบริการ ตอบสนองความต้องการและแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน โดยสภาการพยาบาลและการประกันคุณภาพการศึกษายังได้กำหนดให้สถาบันการศึกษาต้องมีการผลิตผลงานวิจัย จึงทำให้ปริมาณการผลิตผลงานวิจัยทางการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น และอาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมีจำนวน

มากกว่าอาจารย์ภาควิชาอื่น ประกอบกับมีการผลิตผลงานร่วมกับบุคลากรภายนอก ทำให้มีจำนวนผลงานวิจัยมากกว่าภาควิชาอื่น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเอื้อมพร ทองกระจาย (2558) ที่ศึกษาทิศทางของการวิจัยทางการพยาบาลในสังคมไทย พบว่างานวิจัยทางการพยาบาลส่วนใหญ่ผลิตจากสถาบันการศึกษา และส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

ผลการวิจัยพบว่าลักษณะการเผยแพร่ผลงานวิจัยส่วนใหญ่ คือ การตีพิมพ์ในวารสารระดับชาติ และบางส่วนตีพิมพ์ในเอกสารสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติหรือนานาชาติ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของประณีต ส่งวัฒนา (2552) ที่ศึกษาสถานภาพและทิศทางการวิจัยทางการพยาบาลในมุมมองจากประสบการณ์ พบว่าผลงานวิจัยส่วนใหญ่ตีพิมพ์ในวารสารระดับชาติ ซึ่งการตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษมีเพียงการตีพิมพ์ในเอกสารสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับนานาชาติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะข้อจำกัดด้านการใช้ภาษาอังกฤษ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศกลุ่มลาตินอเมริกา ที่พบว่าการวิจัยทางการพยาบาลมีการผลิตจำนวนมาก แต่มีการตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษน้อย (Castrillón Agudelo, 2004) นอกจากนี้ ผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่าผลงานวิจัยส่วนใหญ่ไม่สอดคล้องกับศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านการดูแลบุคคลที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังของวิทยาลัย ทั้งนี้เนื่องจากการผลิตผลงานวิจัยของอาจารย์ที่ผ่านมา มุ่งผลิตเพื่อเผยแพร่และเพื่อตอบสนองความต้องการของแหล่งทุนวิจัยหรือการทำวิจัยร่วมกับหน่วยงานอื่น ประกอบกับศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางฯ เพิ่งจะก่อตั้งในปี พ.ศ. 2559 ส่งผลให้ผลงานวิจัยที่แล้วเสร็จไม่สอดคล้องและไม่สนับสนุนทางวิชาการของศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางฯ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของประณีต ส่งวัฒนา (2552) ที่พบว่าปัญหาการผลิตงานวิจัยทางการพยาบาลที่ผ่านมายังกระจัดกระจายและขาดทิศทางหรือเป้าหมายที่ชัดเจน

ผลการวิจัยพบว่าผลงานวิจัยที่ผลิตขึ้นโดยอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2559 ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง มากที่สุด กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนทั่วไป มากที่สุด บางส่วนไม่มีการคำนวณขนาดตัวอย่าง ส่วนใหญ่เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง ตัวแปรตามส่วนใหญ่เป็นตัวแปรด้านพฤติกรรมศาสตร์ ไม่มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน มากที่สุด ในกรณีที่มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ใช้วิธีการสุ่ม มากที่สุด ซึ่งจากการวิเคราะห์สถานการณ์การผลิตผลงานวิจัยทางการพยาบาลในประเทศไทย พบว่าผลงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงปริมาณมากกว่าเชิงคุณภาพ แต่ที่มีความแตกต่าง คือ ลักษณะงานวิจัยของประเทศไทยยังเป็นเชิงบรรยายที่หากลุ่มประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างได้ง่าย และการวิจัยกึ่งทดลองพบน้อยที่สุด (ประณีต ส่งวัฒนา, 2552; เอื้อมพร ทองกระจาย, 2558) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะงานวิจัยส่วนใหญ่ในการศึกษาที่ผ่านมาเป็นงานวิจัยที่เป็นผลจากวิทยานิพนธ์ที่มีจำนวนมากกว่าการวิจัยทั่วไป นอกจากนี้ ผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่าผลงานวิจัยส่วนใหญ่มีการกำหนดเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือการวิจัย มากที่สุด แต่ไม่มีการรายงานค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา และส่วนใหญ่มีการรายงานค่าความเชื่อมั่น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้วิจัยคิดว่าการรายงานค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาไม่มีความจำเป็น ในขณะเดียวกันจะคิดว่าการรายงานค่าความเชื่อมั่นนั้นมีความสำคัญ หากได้ค่าที่ผ่านเกณฑ์จะเป็นสิ่งที่ยืนยันได้ว่าเครื่องมือการวิจัยมีคุณภาพ ซึ่งไม่ถูกต้องตามหลักการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย ที่การแสดงค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหานั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งพอ ๆ กับค่าความเชื่อมั่น (Summers, 1991)

ผลการวิจัยพบว่าสถิติที่ใช้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย/สมมติฐานการวิจัย และผลงานวิจัยที่นำเสนอมีความจำเป็นต้องรายงานค่า effect size แต่ส่วนใหญ่ไม่มีการรายงานค่าดังกล่าว ทั้งนี้อธิบายได้ว่าอาจารย์เกือบทั้งหมดไม่ทราบความจำเป็นของการรายงานค่า effect size ทำให้ไม่มีการรายงานค่าดังกล่าว ทั้งที่ค่า effect size นั้นสามารถคำนวณและรายงานได้ในการวิจัยเชิงปริมาณที่มีการทดสอบสมมติฐาน ซึ่งค่า effect size มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะค่า statistic significant นั้นสะท้อนเพียงการทดสอบโอกาสเกิดการยอมรับสมมติฐานหลัก แต่ยังมีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนได้

แต่ค่า effect size เป็นค่าที่สะท้อนถึง pracmatic significantที่ช่วยทำให้ผู้อ่านตัดสินใจในการเลือกนำผลการวิจัยไปใช้ได้มากยิ่งขึ้น ตลอดจนการรายงานค่า *p*-value ที่คำนวณได้จริง ก็มีความสำคัญเช่นกัน โดยในปัจจุบัน นักวิจัยส่วนหนึ่งผลิตงานวิจัยชนิดการวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) ซึ่งค่า effect size และค่า *p*-value ที่คำนวณได้จริงมีความสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ควรมีการพัฒนาอาจารย์ให้มีทักษะด้านระเบียบวิธีวิจัยเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะเรื่องการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้ผลการศึกษาก่อนหน้า เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมกับปัญหาที่ศึกษา การรายงานค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาและค่า effect size ทั้งนี้เพื่อให้ผลงานวิจัยที่ผลิตขึ้นมีคุณภาพน่าเชื่อถือและผู้ใช้มีความมั่นใจในการนำผลการวิจัยไปใช้มากขึ้น

1.2 วิทยาลัยควรกำหนดนโยบายการผลิตผลงานวิจัย โดยกำหนดสัดส่วนผลงานเมื่อเทียบกับจำนวนอาจารย์ในแต่ละภาควิชา ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมการพัฒนาความเชี่ยวชาญของอาจารย์ในทุกภาควิชาให้กระจายในสัดส่วนที่เท่าเทียมกัน และควรส่งเสริมให้อาจารย์มีส่วนร่วมในการแสวงหาแหล่งทุนภายนอกเพิ่มขึ้น เพื่อใช้ในการผลิตผลงานวิจัยของวิทยาลัย

1.3 วิทยาลัยควรพิจารณาให้ความสำคัญกับการผลิตผลงานวิจัยที่สอดคล้องกับศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านการดูแลบุคคลที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นและควรมีการพัฒนาอาจารย์ให้มีทักษะการเผยแพร่บทความวิจัยเป็นภาษาอังกฤษ

1.4 เพื่อประโยชน์แก่การทำวิจัยชนิดการวิเคราะห์อภิมาน งานวิจัยทุกเรื่องควรรายงานค่า effect size และ *p*-value ที่คำนวณได้จริง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาในลักษณะเดียวกันนี้ ทุก 5-10 ปี เพื่อนำผลการวิจัยมากำหนดนโยบายการกำกับงานวิจัยและติดตามศักยภาพในการผลิตผลงานวิจัยของอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

เอกสารอ้างอิง

ประณีต ส่งวัฒนา. (2552). สถานภาพและทิศทางการวิจัยทางการพยาบาล: มุมมองจากประสบการณ์. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 1*(1), 1-7.

เอื้อมพร ทองกระจาย. (2558). การวิจัยทางการพยาบาลในสังคมไทย: ทบทวนอดีตและทิศทางอนาคต. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 38*(1), 122-130.

Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology: Theory & Practice, 8*(1), 19-32. Retrieved from http://eprints.whiterose.ac.uk/1618/1/Scopingstudies.pdf

Castrillón Agudelo, M. C. (2004). Trends and priorities in nursing research. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 12*(4), 583-588.

Davis, K., Drey, N., & Gould, D. (2009). What are scoping studies? A review of the nursing literature. *International Journal of Nursing Studies, 46*(10), 1386-1400.

Summers, S. (1991). Defining components of the research process needed to conduct and critique studies. *Journal of Post Anesthesia Nursing, 6*(1), 50-55.

รูปแบบการพัฒนาแกนนำด้านสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง สำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Model of Health Mainstay Development for Self-management Support in Preventing Chronic Disease among Nursing Students at Phrapokklao Nursing College

ศรีสกุล เฉียบแหลม, ค.ด. (อุดมศึกษา) [1]
Srisakul Cheaplamp, Ph.D. (Higher Education) [1]
ชดช้อย วัฒนะ, ปร.ด. (การพยาบาล) [2]
Chodchoi Wattana, Ph.D. (Nursing) [2]
จิตติยา สมบัติบูรณ์, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ) [3]
Jittiya Sombutboon, M.N.S. (Gerontological Nursing) [3]
จันจิรา หินขาว, พย.บ. [4]
Chanjira Hinkhaw, B.N.S. [4]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาแกนนำด้านสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2558 จำนวน 136 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น .76 แบบประเมินสมรรถนะการสนับสนุนการจัดการตนเอง มีค่าความเชื่อมั่น .90 แบบประเมินความคิดเห็นต่อการเป็นแกนนำด้านสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น .95 และแนวคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการเป็นแกนนำด้านสุขภาพ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนธันวาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ paired *t*-test ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบการพัฒนาแกนนำด้านสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1.1 การเตรียมความพร้อมด้านความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง และการทำงานเป็นทีม 1.2 การพัฒนาสมรรถนะแกนนำด้านสุขภาพฯ 1.3 การส่งเสริมการปฏิบัติบทบาทแกนนำด้านสุขภาพฯ และ 1.4 การติดตามประเมินผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2) หลังเข้าร่วมโครงการ นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.939$, $p < .05$) มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการสนับสนุนการจัดการตนเองฯ โดยรวมในระดับสูง ($M = 4.29$, $SD = .40$) และมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อการเป็นแกนนำด้านสุขภาพฯ โดยรวมในระดับมาก ($M = 4.27$, $SD = .43$) และ 3) นักศึกษาพยาบาล

[1, 3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
[1, 3] Registered Nurse, Senior Professional Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi
[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: srisakul900@yahoo.com
[2] นักวิชาการอิสระ
[2] Freelance Academic Researcher
[4] พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
[4] Registered Nurse, Practitioner Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

มีความสามารถในการคิดริเริ่มออกแบบโครงการ การคิดค้นนวัตกรรม และได้ปฏิบัติบทบาทแกนนำด้านสุขภาพฯ โดยผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจในระดับมาก

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าวิทยาลัยฯ ควรนำรูปแบบการพัฒนาแกนนำด้านสุขภาพนี้ไปใช้ในการจัดการเรียนรู้ในรายวิชาอื่น เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีการนำแนวคิดเรื่องการจัดการตนเองไปพัฒนาให้เกิดรูปแบบการป้องกันโรคเรื้อรังต่อไป
คำสำคัญ: แกนนำด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง โรคเรื้อรัง

Abstract

This action research aimed to explore the model of health mainstay development for self-management support in preventing chronic disease among nursing students. The samples consisted of 136, 1st-year nursing students studying at Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, 2nd trimester, in an academic year of 2015. The research instruments included a test of knowledge regarding self-management support with the reliability of .76, an assessment form of self-efficacy for self-management support with the reliability of .90, an assessment form of opinion toward a health mainstay with the reliability of .95, and a question guideline of opinion toward a health mainstay. The implementation and data collection were conducted from March to December, 2016. Data were analyzed using paired *t*-test, mean, standard deviation, and content analysis.

The research results revealed that 1) the model of health mainstay development for self-management support in preventing chronic disease among nursing students was composed of 4 steps: 1.1 preparation the knowledge regarding self-management support and team working, 1.2 competency building on health mainstay, 1.3 encouragement the role practicing on health mainstay, and 1.4 effectiveness evaluation of the model and sharing experiences; 2) after the model implementation, the nursing students had statistically significant higher mean score of knowledge regarding self-management support than before the model implementation ($t = 1.939$, $p < .05$); as well as they had an overall mean score of self-efficacy for self-management support at a high level ($M = 4.29$, $SD = .40$) and had an overall mean score of opinion toward a health mainstay at a high level ($M = 4.27$, $SD = .43$); and 3) the nursing students had ability to initiate project design and the innovations. In addition, they could perform the role of health mainstay, and the satisfactions among the participants were at a high level.

This research suggests that the colleges should apply this model of health mainstay development for learning in other subjects in order to foster nursing students' creative thinking in applying a self-management concept to develop model of chronic disease prevention.
Keywords: Health mainstay, Self-management, Chronic disease

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญของจังหวัดจันทบุรี โดยมีสถิติการเจ็บป่วยสูงใน 10 อันดับแรกของประเทศในหลายโรค ทั้งนี้ ในปี 2554 พบโรคเบาหวานสูงเป็นอันดับที่ 2 ของประเทศ โรคความดันโลหิตสูงพบเป็นอันดับที่ 5 โรคหลอดเลือดสมองพบเป็นอันดับที่ 4 โรคหัวใจขาดเลือด และโรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่างพบเป็นอันดับที่ 7 ของประเทศ (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์, 2556) การป้องกันโรคเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไปจึงเป็นสิ่งที่บุคลากรทางสุขภาพให้ความสำคัญ ปัจจุบัน แนวคิดการจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่ได้นำมาใช้ในการดูแลผู้เป็นโรคเรื้อรังทั้งในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่เป็นโรคอย่างแพร่หลายในการแก้ปัญหาสุขภาพ รวมทั้งการให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่ต้องอาศัยความสามารถของบุคคลในการจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม เพื่อให้สามารถควบคุมโรคด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง การจัดการตนเองเป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงมุมมองเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเอง โดยเป็นกระบวนการที่ครอบคลุมการตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การประมวลข้อมูล การตัดสินใจลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนการปฏิบัติด้วยตนเอง (Creer, 2000) จากการวิจัยพบว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและส่งเสริมความสำเร็จในการควบคุมโรคเรื้อรังในหลายกลุ่มโรค (จันทร์เพ็ญ หวานคำ, 2555; ชดช้อย วัฒนะ, จงรักษ์ ศุภกิจเจริญ, ณฐวรรณ รักวงศ์ประยูร, และปริญญา แร่ทอง, 2558; ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า, ชดช้อย วัฒนะ, และพีระพงศ์ กิติภาวงศ์, 2555; Wattana, Srisuphan, Pothiban, & Upchurch, 2007) ซึ่งแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองได้ถูกบรรจุอยู่ในกรอบการดูแลผู้เป็นโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) (Wagner et al., 2001) แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนการจัดการตนเองในการป้องกันโรคเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง และการส่งเสริมการควบคุมโรคในกลุ่มป่วย เป็นบทบาทที่สำคัญประการหนึ่งของบุคลากรทางสุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ได้เห็นความสำคัญของปัญหาและผลกระทบของโรคเรื้อรัง โดยได้กำหนดวิสัยทัศน์ในการเป็นวิทยาลัยพยาบาลชั้นนำระดับประเทศที่เป็นเลิศด้านการจัดการตนเองในโรคเรื้อรังโดยเน้นชุมชนเป็นศูนย์กลาง โดยมียุทธศาสตร์การพัฒนาที่สำคัญประการหนึ่ง คือ พัฒนาวิทยาลัยให้มีความเป็นเลิศทางวิชาการและการวิจัยที่ตอบสนองความต้องการของชุมชน โดยเฉพาะเรื่องการจัดการตนเองในโรคเรื้อรัง จากวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์ดังกล่าว วิทยาลัยได้กำหนดกลยุทธ์ด้านการผลิตบัณฑิต โดยเน้นการผลิตและพัฒนาบัณฑิตให้มีคุณภาพตามมาตรฐานการอุดมศึกษาแห่งชาติ และมีสมรรถนะด้านการสนับสนุนการจัดการตนเอง เป็นผู้นำด้านการจัดการสุขภาพ สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนและจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพแก่นักศึกษาบุคลากรในวิทยาลัยฯ รวมถึงประชาชนทั้งกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อันเป็นการพัฒนาการผลิตบัณฑิตเพื่อชุมชนอย่างมีมาตรฐาน โดยในปีการศึกษา 2558 ฝ่ายวิชาการร่วมกับศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านการดูแลบุคคลที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ได้กำหนดกลยุทธ์ในการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาสอดแทรกในการจัดการเรียนการสอน ทั้งนี้เพื่อพัฒนาทักษะในการสนับสนุนการจัดการตนเองให้แก่นักศึกษาพยาบาล โดยเริ่มตั้งแต่ในชั้นปีที่ 1 โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการนำแนวคิดเรื่องการจัดการตนเองไปพัฒนาให้เกิดรูปแบบการป้องกันโรคเรื้อรังในประชาชน โดยใช้การวิจัยเป็นฐาน

รูปแบบการวิจัยที่เหมาะสมในการนำมาออกแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำด้านสุขภาพ คือ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งเป็นรูปแบบการวิจัยที่ได้นำมาใช้ในการวิจัยทางการศึกษามาเป็นเวลานาน โดยนักการศึกษาและนักวิจัยได้นำมาใช้ในชั้นเรียน ทำให้อาจารย์ที่นำกระบวนการวิจัยมาใช้เป็นผู้ที่สามารถเข้าใจปัญหาและหาคำตอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Riding, Fowell, & Levy, 1995) ทั้งนี้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีความเกี่ยวข้องกับความเชื่อเกี่ยวกับ

ประสบการณ์ที่มีอยู่จริงของมนุษย์ และการดึงศักยภาพของมนุษย์ออกมาใช้ให้เต็มที่ โดยการให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมและความเป็นประชาธิปไตยในการกระทำ ซึ่งเชื่อว่าจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงการศึกษาในทางบวก การมีอำนาจในการตัดสินใจในสิ่งที่จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงและไม่เปลี่ยนแปลง การเชื่อมโยงความรู้ที่มีอยู่เดิมกับสิ่งที่ได้รับใหม่ การเรียนรู้จากประสบการณ์ การตั้งคำถามและแสวงหาคำตอบอย่างเป็นระบบ (วิโรจน์ สารรัตนะ, 2556) ทั้งนี้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการมี 3 ระดับ ได้แก่ 1) การดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือทางเทคนิค โดยผู้วิจัยได้กำหนดปัญหาและวิธีการแก้ปัญหามาก่อน ส่วนผู้ร่วมวิจัยแสดงความร่วมมือด้วยการตกลงหรือยินยอมที่จะยอมรับและช่วยสนับสนุนการนำวิธีการนั้นมาใช้ปฏิบัติ (Holter & Schwartz-Barcott, 1993) ผลที่ได้รับ คือ การเปลี่ยนแปลงในทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นในระยะสั้น ซึ่งการวิจัยระดับนี้ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการปฏิบัติ โดยผลลัพธ์เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัยในการปรับปรุงรูปแบบในขั้นกระบวนการพัฒนา (Grundy, 1987) และเกิดองค์ความรู้เชิงทำนายที่มีความน่าเชื่อถือ และช่วยพิสูจน์ทฤษฎีที่มีอยู่โดยหลักอนุมาน (Holter & Schwartz-Barcott, 1993) 2) การดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกัน โดยผู้วิจัยอาจมีแนวคิดหรือปัญหามาก่อนกว้างๆ ในขั้นตอนของการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมกันค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งสาเหตุและแนวทางแก้ไขที่น่าจะเป็นไปได้ ผลที่ได้รับ คือ ทั้งสองฝ่ายเกิดความเข้าใจในปัญหาและสาเหตุ เกิดมุมมองใหม่ และได้ทางเลือกในการแก้ปัญหาที่พัฒนาองค์ความรู้ใหม่ (Grundy, 1987; Holter & Schwartz-Barcott, 1993) และ 3) การดำเนินการโดยการส่งเสริมให้บุคคลได้สะท้อนถึงปัญหาและการปฏิบัติด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกให้ผู้ร่วมวิจัยคิดถึงสภาพปัญหาจากการสะท้อนความคิดเชิงเหตุผล ทำให้ได้มุมมองใหม่เกี่ยวกับปัญหาและการปฏิบัติ นอกจากนี้ แนวคิดหรือทฤษฎีที่สำคัญในการนำมาพัฒนาศักยภาพแกนนำด้านสุขภาพ คือ ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy Theory) ของ Bandura (1997) ซึ่งการเตรียมบัณฑิตให้มีสมรรถนะหรือทักษะในการนำแนวคิดเรื่องการจัดการตนเองไปพัฒนาให้เกิดรูปแบบการป้องกันโรคเรื้อรังในประชาชน ต้องมีการพัฒนาทักษะตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะการเป็นผู้นำด้านสุขภาพในอนาคต ซึ่งการเป็นผู้นำด้านสุขภาพต้องมีความสามารถในการชักจูง โน้มน้าวให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพด้วยตนเอง ทั้งนี้ต้องพัฒนาการรับรู้สมรรถนะตนเองให้แก่นักศึกษาในการเป็นแกนนำด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้หรือกิจกรรมที่เพิ่มความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง การให้เห็นตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จ และการสร้างประสบการณ์ที่เกิดความสำเร็จด้วยตนเอง ภายใต้บรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ (Bandura, 1997)

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี โดยฝ่ายวิชาการและศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านการดูแลบุคคลที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จึงได้ร่วมกันกำหนดแนวทางการพัฒนาศักยภาพแกนนำด้านสุขภาพแก่นักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปี สำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ซึ่งยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป้าหมายมุ่งที่การส่งเสริมให้นักศึกษามีความคิดริเริ่มในการจัดโครงการ โดยการนำแนวคิดการจัดการตนเองไปพัฒนาวิธีการป้องกันโรคเรื้อรังในประชาชนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มปกติ ทั้งนี้ การออกแบบการพัฒนาแกนนำด้านสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับนักศึกษาพยาบาล จำเป็นต้องคำนึงถึงพื้นฐานของนักศึกษา โดยเริ่มจากการพัฒนาทักษะพื้นฐานที่จำเป็นร่วมกับการออกแบบวิธีการพัฒนาที่เหมาะสม โดยกระตุ้นให้มีส่วนร่วมมากที่สุด ซึ่งระดับที่เหมาะสมกับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 คือ การดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือทางเทคนิค โดยผู้วิจัยกำหนดรูปแบบการเรียนที่เน้นการมีส่วนร่วมและกระตุ้นการแสดงศักยภาพของนักศึกษาให้นักศึกษาร่วมในกระบวนการพัฒนา และกำหนดเป้าหมายการเรียนรู้รวมทั้งแนวทางการดำเนินกิจกรรมการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังให้แก่กลุ่มเป้าหมาย จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับ

รูปแบบการพัฒนาแกนนำด้านสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังให้แก่ประชาชน ในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบการพัฒนาแกนนำด้านสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับนักศึกษาพยาบาล เพื่อเป็นการเตรียมบทบาทของนักศึกษาต่อการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังให้แก่ประชาชน และเพื่อพัฒนาคุณภาพบัณฑิตให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และพันธกิจของวิทยาลัยฯ ต่อไป

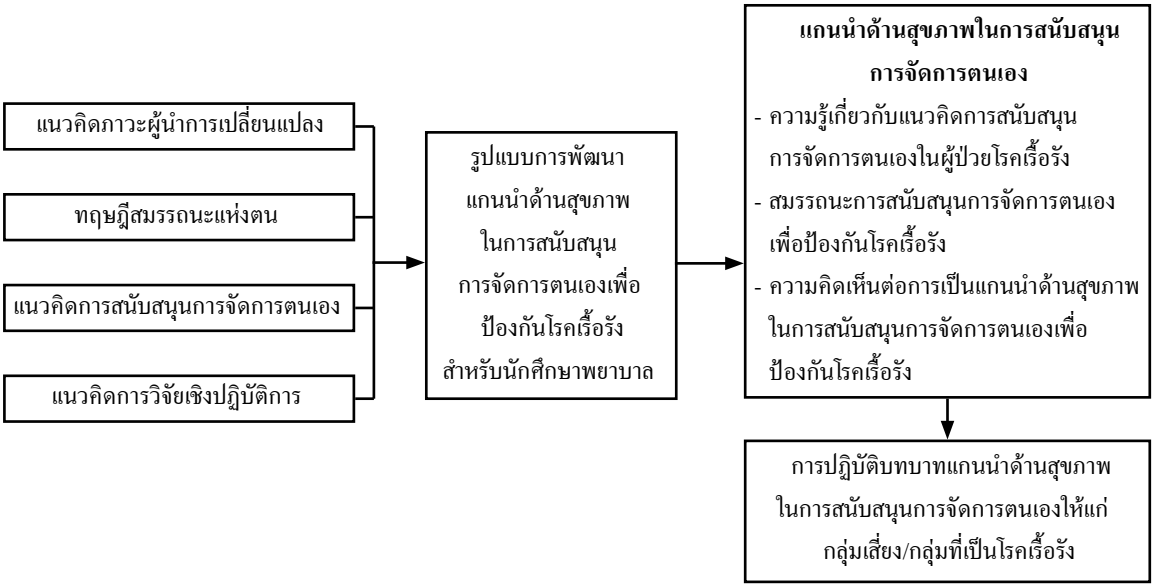
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาแกนนำด้านสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับนักศึกษาพยาบาล

2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาแกนนำด้านสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับนักศึกษาพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยนำแนวคิดภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง และแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มาใช้ในรูปแบบการพัฒนาแกนนำด้านสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบ รวมทั้งประสิทธิผลของรูปแบบ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2558 จำนวน 514 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ที่กำลังศึกษารายวิชา สม.1102 ทักษะชีวิต และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 136 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 7 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 8 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน

ชุดที่ 2 แบบประเมินสมรรถนะการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถในการสื่อสาร จำนวน 2 ข้อ ด้านความสามารถในการคิด จำนวน 3 ข้อ ด้านความสามารถในการแก้ปัญหา จำนวน 3 ข้อ ด้านความสามารถในการใช้ทักษะชีวิตและภาวะผู้นำ จำนวน 5 ข้อ และด้านความสามารถในการใช้เทคโนโลยี จำนวน 2 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1, 3 และ 5 ได้แก่ ต้องปรับปรุง ปานกลาง และเหมาะสมอย่างยิ่ง สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีสมรรถนะในระดับต่ำมาก (1.00-1.50 คะแนน) ในระดับต่ำ (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ในระดับสูง (3.51-4.50 คะแนน) และในระดับสูงมาก (4.51-5.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบประเมินความคิดเห็นต่อการเป็นแกนนำด้านสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินกิจกรรม จำนวน 5 ข้อ ด้านความพึงพอใจในบทบาทแกนนำด้านสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ และด้านการรับรู้สมรรถนะของแกนนำด้านสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.50 คะแนน) ในระดับน้อย (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ในระดับมาก (3.51-4.50 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.51-5.00 คะแนน)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นแนวคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการเป็นแกนนำด้านสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น สำหรับใช้ในการสนทนากลุ่ม (focus group) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น คณะผู้วิจัยนำแบบทดสอบและแบบประเมินไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ฯ จากกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสันสูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .76 ส่วนแบบประเมินสมรรถนะฯ และแบบประเมินความคิดเห็นฯ หาค่าความเชื่อมั่นจากกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .90 และ .95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 053 วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2559) คณะผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) คณะผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย

รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการตามกระบวนการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมความพร้อม ดำเนินการดังนี้

1.1 คณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ก่อนเข้าร่วมโครงการ (pre-test) โดยให้เวลา 10-15 นาที

1.2 คณะผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ เพื่อละลายพฤติกรรมและเรียนรู้การทำงานเป็นทีม

1.3 คณะผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังแก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้เข้าใจหลักการสนับสนุนการจัดการตนเอง ด้วยการจัดการเรียนรู้แบบร่วมมือ (cooperative learning) และการจัดการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐาน (game-based learning) ซึ่งเนื้อหาของเกมเป็นเรื่องแนวคิดการจัดการตนเอง จากนั้นสรุปความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อเป็นพื้นฐานในการนำไปพัฒนาโครงการ

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการพัฒนาสมรรถนะแกนนำด้านสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง ดำเนินการดังนี้

2.1 คณะผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างนำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปออกแบบกิจกรรมในรูปโครงการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มที่เป็นโรคเรื้อรังระยะเริ่มแรก เพื่อให้สามารถนำความรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนการจัดการตนเองสู่การปฏิบัติ โดยใช้หลักการทำงานเป็นทีม ดังนี้

2.1.1 แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 8 กลุ่ม กลุ่มละ 17-18 คน จากนั้นให้เลือกประธานกลุ่มและเลขานุการกลุ่ม แจกอุปกรณ์ให้แต่ละกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยกระดาษโปสเตอร์ 4 แผ่น และสี โดยมอบหมายอาจารย์ประจำกลุ่มให้ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาหากสมาชิกกลุ่มมีข้อสงสัย และกระตุ้นการเรียนรู้ของกลุ่ม

2.1.2 กระตุ้นการเรียนรู้แบบร่วมมือ โดยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มออกแบบกิจกรรมในรูปโครงการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังในกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้กิจกรรม body paint ในการกระตุ้นการเรียนรู้ ตามขั้นตอนดังนี้

1) ให้สมาชิกกลุ่ม 1 คน นอนบนกระดาษโปสเตอร์ และให้สมาชิกกลุ่มคนอื่นช่วยกันวาดภาพบนกระดาษตามรูปร่างของสมาชิกกลุ่มที่เป็นแบบ ดังแสดงในภาพที่ 1

ภาพที่ 1 สมาชิกกลุ่มวาดภาพร่างบนกระดาษ (กิจกรรม body paint)

2) ให้ประธานกลุ่มนำสมาชิกกลุ่มในการช่วยกันออกแบบกิจกรรมในโครงการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มที่เป็นโรคเรื้อรังระยะเริ่มแรก โดยให้สรุปความคิดแล้วเขียนลงในภาพร่างบนกระดาษ โดยเขียนหลักคิดหรือความสำคัญของโครงการที่ศึรษะ เขียนวัตถุประสงค์/เป้าหมายที่หัวใจ เขียนกิจกรรมที่ท้อง และเขียนวัสดุ อุปกรณ์ และทรัพยากรที่จะใช้ในการจัดกิจกรรมที่แขน-ขา ดังแสดงในภาพที่ 2 โดยให้เวลา 1 ชั่วโมง

2.1.3 จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (poster round) โดยให้แต่ละกลุ่มเลือกสมาชิกกลุ่ม 2 คน ทำหน้าที่เป็นผู้อธิบายโครงการที่กลุ่มออกแบบ ส่วนสมาชิกกลุ่มคนอื่นให้หมุนไปฟังการบรรยายการออกแบบโครงการของกลุ่มอื่น ให้เวลาในการบรรยายกลุ่มละ 15 นาที และให้เวลาในการซักถาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ กลุ่มละ 5 นาที จากนั้นให้หมุนต่อไปเรื่อยๆ จนครบทุกกลุ่ม อาจารย์ประจำกลุ่มสังเกตการณ์ และตอบคำถามหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยหรือต้องการปรึกษา ดังแสดงในภาพที่ 3

ภาพที่ 2 สมาชิกกลุ่มสรุปความคิด เขียนลงในภาพร่าง

ภาพที่ 3 กิจกรรม poster round แลกเปลี่ยนเรียนรู้

2.1.4 ให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มกลับเข้ากลุ่มเดิม และนำข้อมูลที่ได้เรียนรู้จากกลุ่มอื่น มาประชุมร่วมกันอีกครั้ง เพื่อปรับการออกแบบโครงการของกลุ่มตนเอง

2.1.5 จัดกิจกรรมสะท้อนคิด โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้พูดแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกต่อกิจกรรมการเรียนการสอนโดยใช้การเรียนรู้แบบร่วมมือและการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐาน รวมถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 3 การส่งเสริมการปฏิบัติบทบาทแกนนำด้านสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง โดยมอบหมายให้เขียนโครงการและดำเนินการจัดกิจกรรมในโครงการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังให้แก่กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มที่เป็นโรคเรื้อรังระยะเริ่มแรกตามที่ออกแบบ ดังนี้

3.1 คณะผู้วิจัยมอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างเขียนโครงการฉบับสมบูรณ์ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมตามที่ได้ออกแบบไว้ เสนออาจารย์ประจำกลุ่ม และปรับแก้ตามคำแนะนำ

3.2 คณะผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างจัดเตรียมเครื่องมือ วัสดุ และอุปกรณ์ให้พร้อมสำหรับการทำกิจกรรมและดำเนินการประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มเป้าหมายทราบ รวมถึงประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดกิจกรรมในโครงการ

3.3 คณะผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างดำเนินการจัดกิจกรรมในโครงการ ตามกำหนดการที่วางไว้ และประเมินความสำเร็จของโครงการ โดยสรุปผลการดำเนินโครงการ และนำเสนอเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาแกนนำด้านสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับนักศึกษาพยาบาล ดำเนินการดังนี้

4.1 คณะผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หลังเข้าร่วมโครงการ (post-test) โดยให้เวลา 10-15 นาที

4.2 คณะผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินสมรรถนะการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง หลังเข้าร่วมโครงการ (post-test) โดยให้เวลา 10-15 นาที

4.3 คณะผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความคิดเห็นต่อการเป็นแกนนำด้านสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง หลังเข้าร่วมโครงการ (post-test) โดยให้เวลา 10-15 นาที จากนั้นดำเนินการสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้เข้าร่วมเป็นตัวแทนที่แต่ละกลุ่มเลือกกลุ่มละ 2 คน รวมจำนวน 16 คน

4.4 คณะผู้วิจัยประเมินผลการปฏิบัติบทบาทแกนนำด้านสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองให้แก่กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มที่เป็นโรคเรื้อรัง จากผลการดำเนินโครงการที่พัฒนาโดยกลุ่มตัวอย่าง การสรุปผลการดำเนินโครงการเป็นรูปเล่ม การนำเสนอผลการดำเนินงาน และการร่วมอภิปรายและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสมาชิกกลุ่ม

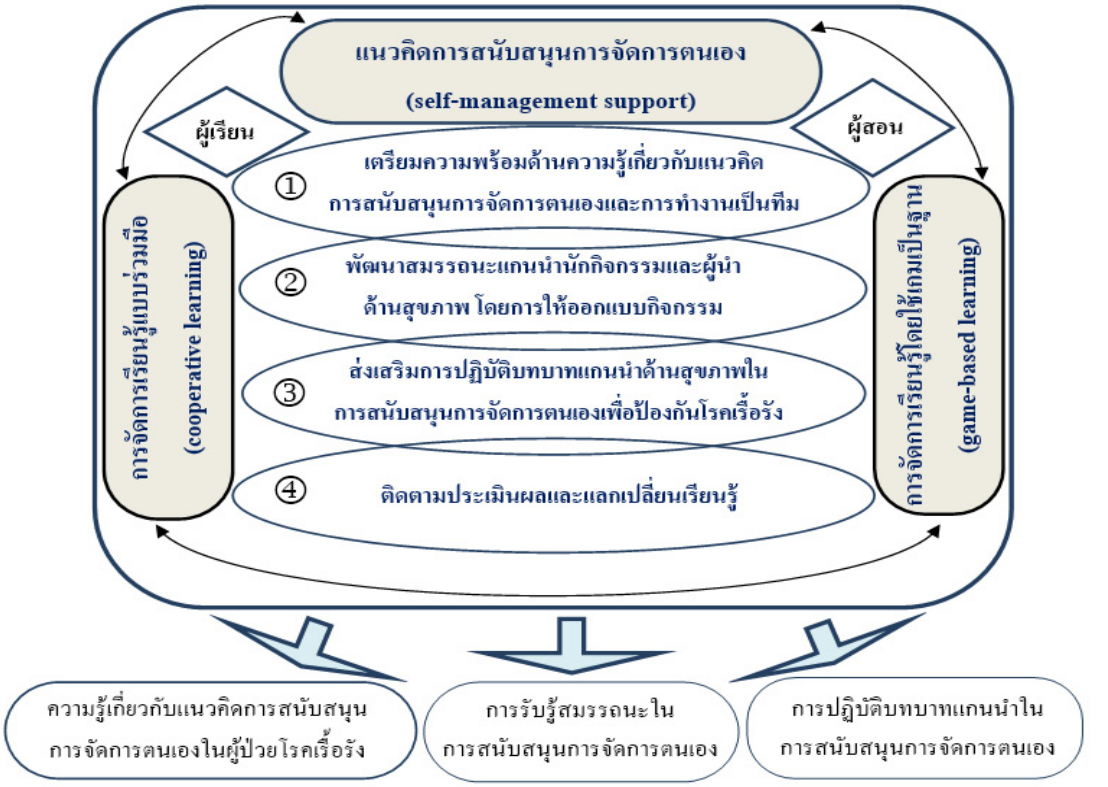
ทั้งนี้ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนธันวาคม 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระหว่างก่อนกับหลังเข้าร่วมโครงการ วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ข้อมูลสมรรถนะการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง หลังเข้าร่วมโครงการ และข้อมูลความคิดเห็นต่อการเป็นแกนนำด้านสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง หลังเข้าร่วมโครงการ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการพัฒนาแกนนำด้านสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับนักศึกษาพยาบาล พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้น

มีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ เป้าหมายของการพัฒนาแกนนำ ซึ่งเป็นไปตามวิสัยทัศน์ของวิทยาลัยในการผลิตบัณฑิตให้มีสมรรถนะด้านการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยกลยุทธ์ในการพัฒนาเน้นการมีส่วนร่วมโดยการจัดการเรียนรู้แบบร่วมมือ และการจัดการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐาน เพื่อมุ่งเน้นการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมและการทำงานเป็นทีม ซึ่งกระบวนการพัฒนารูปแบบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมด้านความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการทำงานเป็นทีม 2) การพัฒนาสมรรถนะแกนนำด้านสุขภาพ โดยการให้ออกแบบกิจกรรมในรูปโครงการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มที่เป็นโรคเรื้อรังระยะเริ่มแรก โดยการทำงานเป็นทีม 3) การส่งเสริมการปฏิบัติบทบาทแกนนำด้านสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง และ 4) การติดตามประเมินผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รูปแบบการพัฒนาแกนนำด้านสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับนักศึกษาพยาบาล แสดงในแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 รูปแบบการพัฒนาแกนนำด้านสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเอง
เพื่อป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับนักศึกษาพยาบาล

ส่วนผลการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการเป็นแกนนำด้านสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง จากการวิเคราะห์เนื้อหาในการสนทนากลุ่ม พบว่ารูปแบบการพัฒนาแกนนำด้านสุขภาพฯ โดยการจัดการเรียนรู้แบบร่วมมือและการจัดการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐาน กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการกระตุ้นให้แสดงศักยภาพในการออกแบบกิจกรรมในรูปโครงการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังให้แก่กลุ่มเป้าหมาย และนำไปปฏิบัติจริง รวมทั้งประเมินผลการปฏิบัติ และนำเสนอเป็นกลุ่ม ทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความตื่นตัว เพิ่มความต้องการที่จะเรียนรู้ เกิดการพัฒนาด้านความคิดสร้างสรรค์ การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า และสร้างความร่วมมือในการทำงานเป็นทีม อีกทั้งเกิดความตระหนักในการปฏิบัติตนเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ และปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของตนให้เหมาะสมมากขึ้น ดังที่ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มได้กล่าวถึงกระบวนการจัดการเรียนรู้ในการวิจัยครั้งนี้ว่า *"ชอบการเรียนรู้โดยใช้เกม รู้สึกตื่นเต้น ตื่นตัวตลอดการเรียน เพิ่มความอยากเรียนรู้ ไม่เบื่อ ไม่เครียด ไม่ง่วง ซึ่งปกติเรียนไปสักชั่วโมงสมาธิหลุดแล้ว"* นอกจากนี้ยังได้กล่าวถึงกิจกรรม body paint ว่า *"ทำให้เกิดการพัฒนาด้านความคิดสร้างสรรค์ รู้จักการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า เกิดความร่วมมือในการทำงานเป็นทีม"* และกล่าวถึงกิจกรรม poster round ว่า *"ได้เรียนรู้แนวคิดของเพื่อนกลุ่มอื่น แล้วนำมาปรับใช้กับโครงการของตนเองให้ดีขึ้น"* ผลการวิจัยยังพบว่าเมื่อนักศึกษาพยาบาลได้ดำเนินการจัดกิจกรรมในโครงการตามที่ได้ออกแบบให้แก่กลุ่มเป้าหมายแล้ว ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ เกิดการสะท้อนคิด และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม โดยผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มกล่าวว่า *"รู้สึกภาคภูมิใจที่มีส่วนช่วยให้ผู้รับบริการมีความเข้าใจในการจัดการตนเองด้านสุขภาพมากขึ้น"* นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มยังได้สะท้อนกลับมาดูตัวเอง *"ตอนทำกลุ่มแรก ๆ พวกหนูซื้อขนมกรุบกรอบมากินกันเยอะมาก พอได้ทำโครงการเรื่องการควบคุมอาหารเพื่อป้องกันโรคอ้วน ตอนหลังเปลี่ยนมาเป็นดื่มน้ำเปล่าแทน เพราะเรามีความรู้มากขึ้นในเรื่องอาหารที่ควรกิน เวลาจะกินอะไรต้องอ่านส่วนประกอบข้างซองก่อน"*

2. การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาแกนนำด้านสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับนักศึกษาพยาบาล

2.1 ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าหลังเข้าร่วมโครงการ นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.939$, $p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังเข้าร่วมโครงการ (n = 136)

ช่วงเวลา	*M*	*SD*	*t*	*p*
ก่อนเข้าร่วมโครงการ	12.76	1.49	1.939	.025
หลังเข้าร่วมโครงการ	13.35	1.49		

2.2 สมรรถนะการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังของนักศึกษาพยาบาล หลังเข้าร่วมโครงการ พบว่าหลังเข้าร่วมโครงการ นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการสนับสนุนการจัดการตนเองฯ โดยรวมในระดับสูง (M = 4.29, SD = .40) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านความสามารถในการสื่อสาร (M = 4.31, SD = .48) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านความสามารถในการคิด (M = 4.24, SD = .44) และเมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ มีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในกลุ่ม (M = 4.37, SD = .70) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ออกแบบกิจกรรมได้เหมาะสมกับกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ (M = 4.24, SD = .60) และมีการตั้งคำถาม การให้เหตุผลระหว่างดำเนินกิจกรรมที่เหมาะสม (M = 4.24, SD = .58) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมรรถนะการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังของนักศึกษาพยาบาล หลังเข้าร่วมโครงการ จำแนกเป็นรายข้อและโดยรวม (n = 136)

สมรรถนะการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง	*M*	*SD*	ระดับสมรรถนะ
ด้านความสามารถในการสื่อสาร	4.31	.48	สูง
1. สามารถถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพได้ชัดเจน เข้าใจง่าย	4.36	.53	สูง
2. สื่อสารโดยการพูดหรือแสดงความรู้ ความคิด อย่างสมเหตุสมผล	4.25	.56	สูง
ด้านความสามารถในการคิด	4.24	.44	สูง
1. ออกแบบกิจกรรมได้เหมาะสมกับกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ	4.24	.60	สูง
2. มีการตั้งคำถาม การให้เหตุผลระหว่างดำเนินกิจกรรมที่เหมาะสม	4.24	.58	สูง
3. การแสดงความเชื่อมโยงความรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนการจัดการตนเองกับการออกแบบกิจกรรม	4.25	.54	สูง
ด้านความสามารถในการแก้ปัญหา	4.30	.46	สูง
1. ความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาเฉพาะหน้า	4.36	.57	สูง
2. การออกแบบกิจกรรมที่ป้องกันหรือวางแนวทางแก้ปัญหาไว้ล่วงหน้า	4.27	.61	สูง
3. ความสามารถในการตอบคำถามโดยการใช้เหตุผลและข้อมูลประกอบการตัดสินใจ	4.27	.60	สูง
ด้านความสามารถในการใช้ทักษะชีวิตและภาวะผู้นำ	4.30	.50	สูง
1. มีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในกลุ่ม	4.37	.70	สูง
2. ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ตนเอง	4.36	.64	สูง
3. ความสามารถด้านการประสานงาน	4.27	.63	สูง
4. ความสามารถในการเป็นผู้นำกลุ่มหรือนำกิจกรรม	4.27	.65	สูง
5. ความสามารถในการจูงใจผู้เข้าร่วมโครงการ	4.25	.61	สูง
ด้านความสามารถในการใช้เทคโนโลยี	4.30	.56	สูง
1. การเลือกใช้เทคโนโลยีในการออกแบบและสร้างสรรค์กิจกรรม	4.29	.61	สูง
2. การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดำเนินกิจกรรม	4.32	.64	สูง
โดยรวม	4.29	.40	สูง

2.3 ความคิดเห็นต่อการเป็นแกนนำด้านสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังของนักศึกษาพยาบาล หลังเข้าร่วมโครงการ พบว่าหลังเข้าร่วมโครงการ นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อการเป็นแกนนำด้านสุขภาพฯ โดยรวมในระดับมาก (M = 4.27, SD = .43) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านความพึงพอใจในบทบาทของการเป็นแกนนำ (M = 4.32, SD = .48) และเมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การได้มีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์หรือออกแบบกิจกรรม (M = 4.42, SD = .61) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ความมั่นใจว่าจะสามารถเป็นผู้นำกลุ่มในการทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเอง (M = 4.18, SD = .58) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นต่อการเป็นแกนนำด้านสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังของนักศึกษาพยาบาล หลังเข้าร่วมโครงการ จำแนกเป็นรายข้อและโดยรวม (n = 136)

ความคิดเห็นต่อการเป็นแกนนำด้านสุขภาพฯ	*M*	*SD*	ระดับความคิดเห็น
ด้านผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินกิจกรรม	4.25	.44	มาก
1. กิจกรรมได้รับความสนใจและพึงพอใจจากผู้เข้าร่วมโครงการ	4.23	.61	มาก
2. สามารถดำเนินกิจกรรมได้ครบถ้วนตามที่ออกแบบ	4.20	.66	มาก
3. ผลการดำเนินกิจกรรมบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ	4.26	.58	มาก
4. รูปแบบการดำเนินกิจกรรมในโครงการมีความเหมาะสมกับผู้เข้าร่วมโครงการ	4.27	.58	มาก
5. กิจกรรมมีความคุ้มทุน และเกิดประโยชน์ต่อผู้เข้าร่วมโครงการ	4.30	.57	มาก
ด้านความพึงพอใจในบทบาทของการเป็นแกนนำ	4.32	.48	มาก
1. การได้มีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์หรือออกแบบกิจกรรม	4.42	.61	มาก
2. การออกแบบกิจกรรมได้รับการตอบรับจากสมาชิกกลุ่ม	4.27	.61	มาก
3. การจัดกิจกรรมทำให้ได้ความรู้และทักษะในการจัดโครงการ	4.39	.59	มาก
4. การมีอิสระในการออกแบบกิจกรรมตามความสนใจ ทำให้เกิดความมั่นใจและสร้างความเป็นผู้นำ	4.26	.69	มาก
5. ความพึงพอใจต่อการเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรม	4.28	.62	มาก
ด้านการรับรู้สมรรถนะของแกนนำในการสนับสนุนการจัดการตนเอง	4.25	.47	มาก
1. การเข้าร่วมโครงการทำให้มีความมั่นใจในการจัดโครงการ	4.26	.58	มาก
2. ความมั่นใจว่าจะสามารถจัดกิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเอง	4.23	.67	มาก
3. ความมั่นใจว่าจะสามารถออกแบบกิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการ	4.22	.62	มาก
4. ความมั่นใจว่าจะสามารถเป็นผู้นำกลุ่มในการทำกิจกรรมเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง	4.18	.58	มาก
5. ความมั่นใจว่าจะสามารถกระทำตนเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ	4.34	.57	มาก
โดยรวม	4.27	.43	มาก

2.4 ผลการประเมินการปฏิบัติบทบาทแกนนำด้านสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองให้แก่กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มที่เป็นโรคเรื้อรัง จากผลการดำเนินกิจกรรมในโครงการที่ออกแบบขึ้น พบว่านักศึกษาพยาบาลมีความสามารถในการคิดริเริ่มออกแบบโครงการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองให้แก่กลุ่มเป้าหมาย บางกลุ่มมีการคิดค้นนวัตกรรมในการสนับสนุนการจัดการตนเอง และได้ปฏิบัติบทบาทแกนนำด้านสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองให้แก่กลุ่มเป้าหมาย โดยมีผลการประเมินจากทีมผู้สอนอยู่ในระดับดี และมีผลการประเมินความพึงพอใจต่อโครงการโดยผู้เข้าร่วมโครงการอยู่ในระดับมากทุกกลุ่ม ซึ่งตัวอย่างโครงการบางส่วนที่กลุ่มตัวอย่างได้ดำเนินการ มีดังนี้

ตัวอย่างที่ 1 โครงการสนับสนุนการจัดการตนเองในการลดรับประทานอาหารเค็มเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี กลุ่มเป้าหมายจำนวน 20 คน โดยมีการสำรวจพฤติกรรมการรับประทานอาหารเค็มก่อนเข้าร่วมโครงการ ดำเนินการให้ความรู้และส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อลดการรับประทานอาหารเค็ม และติดตามผลหลังจากนั้น 2 สัปดาห์ จากผลการสำรวจการบริโภคอาหารที่มีเกลือ (โซเดียม) สูง เปรียบเทียบระหว่างครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 พบว่าการบริโภคอาหารที่มีเกลือ (โซเดียม) สูง ลดลงร้อยละ 85 เท่าเดิมร้อยละ 10 และเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 โดยคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ และการนำไปใช้ของผู้เข้าร่วมโครงการเท่ากับ 4.32 จาก 5 คะแนน โดยมีความพึงพอใจในระดับมาก (ร้อยละ 86.40) ตัวอย่างการดำเนินโครงการ แสดงในภาพที่ 4-6

ภาพที่ 4-6 ตัวอย่างการดำเนินโครงการสนับสนุนการจัดการตนเองในการลดรับประทานอาหารเค็มฯ

ตัวอย่างที่ 2 การใช้ยางยืดในการออกกำลังกายเพื่อลดภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน กลุ่มเป้าหมายเป็นประชาชนทั่วไป ณ ลานจันท์ (สวนสาธารณะ) ผลการดำเนินงานพบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมของผู้เข้าร่วมโครงการเท่ากับ 4.49 จาก 5 คะแนน โดยมีความพึงพอใจในระดับมาก (ร้อยละ 89.80) ตัวอย่างการดำเนินโครงการแสดงในภาพที่ 7-9

ภาพที่ 7-9 ตัวอย่างการดำเนินโครงการการใช้ยางยืดในการออกกำลังกายเพื่อลดภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการพัฒนาแกนนำด้านสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับนักศึกษาพยาบาล เป็นรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่เน้นความร่วมมือจากผู้เรียนในการทำงานเป็นทีม ผู้สอนมีบทบาทเป็นผู้อำนวยความสะดวกและให้คำปรึกษา รวมทั้งกระตุ้นการเรียนรู้โดยให้ผู้เรียนได้แสดงศักยภาพอย่างเต็มที่ รวมทั้งใช้กลยุทธ์ในการกระตุ้นการเรียนรู้ในหลายรูปแบบ เช่น การใช้เกม การใช้กิจกรรม body paint ซึ่งผลการประเมินด้านความรู้ พบว่านักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังในระดับสูงทุกด้าน ทั้งด้านความสามารถในการสื่อสาร การคิด การแก้ปัญหา การใช้ทักษะชีวิตและภาวะผู้นำ และการใช้เทคโนโลยี ซึ่งมีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการออกแบบและสร้างสรรค์กิจกรรม รวมทั้งในการดำเนินกิจกรรม ส่วนความคิดเห็นต่อการเป็นแกนนำด้านสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง พบว่านักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อการเป็นแกนนำด้านสุขภาพฯ รายด้านและโดยรวมในระดับมาก สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่ารูปแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาแกนนำด้านสุขภาพครั้งนี้ ทำให้เกิดความตื่นตัว เพิ่มความต้องการที่จะเรียนรู้ เกิดการพัฒนาด้านความคิดสร้างสรรค์ การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า สร้างความร่วมมือในการทำงานเป็นทีม เกิดความตระหนักในการปฏิบัติตนเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ และสนใจใฝ่รู้ในการเตรียมตัวเพื่อเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ยังสามารถคิดค้นนวัตกรรมได้อย่างเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่ารูปแบบการพัฒนาแกนนำด้านสุขภาพฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วยการวิเคราะห์ปัญหาจากบริบท การวางแผน การปฏิบัติและสังเกต และการสะท้อนการปฏิบัติเพื่อปรับปรุงแผน (Altrichter, Kemmis, McTaggart, & Zuber-Skerritt, 2002) มียุทธศาสตร์ในการดำเนินงานคล้ายคลึงกับวงจรคุณภาพ PDCA: Plan-Do-Check-Act (Sokovic, Pavletic, & Pipan, 2010) ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้การพัฒนารูปแบบดังกล่าวเกิดความสำเร็จ

นอกจากนี้ การจัดการเรียนรู้ในการวิจัยครั้งนี้ใช้การเรียนรู้แบบร่วมมือและการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐาน ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เรียนและการทำงานเป็นทีม โดยผู้สอนทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือและให้คำปรึกษาตามความต้องการของกลุ่ม เป็นการเปิดโอกาสให้นักศึกษาพยาบาลได้แสดงความคิดเห็นร่วมกันในการวางแผนการออกแบบโครงการ การคิดแก้ปัญหา และการกำหนดวิธีการประเมินผล อย่างเต็มความสามารถ โดยมีกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การซักถามระหว่างกลุ่ม ซึ่งช่วยส่งเสริมและกระตุ้นความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ทำให้เกิดมุมมองใหม่ และนำมาปรับปรุงโครงการให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และมีการตรวจสอบความถูกต้องและความสอดคล้อง

เกี่ยวกับแนวคิด หลักการ สาระของกิจกรรม การวัดและประเมินผลโครงการ โดยอาจารย์ประจำกลุ่ม เป็นผลให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความมั่นใจในการนำไปปฏิบัติ และเกิดความเชื่อมั่นในการเป็นแกนนำด้านสุขภาพ โดยมีความคิดเห็นต่อการเป็นแกนนำด้านสุขภาพฯ ในระดับมากทุกด้าน สอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้แบบร่วมมือและการเรียนรู้โดยใช้เกมเป็นฐาน (Pratt, 2003; Sung & Hwang, 2013) และสอดคล้องกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ที่ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการวิจัยครั้งนี้มีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนโดยการเห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่นจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม และการปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จด้วยตัวเอง โดยออกแบบกิจกรรมและนำเสนอมีอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้ให้ข้อเสนอแนะและให้กำลังใจ เป็นการสร้างความเชื่อมั่น รวมทั้งการจัดการเรียนรู้อยู่ภายใต้การสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย สนุกสนาน นอกจากนี้ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Bass & Bass, 2008) ในด้านการสร้างแรงบันดาลใจ โดยสามารถใช้กระบวนการสร้างพลังเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในกิจกรรม การกระตุ้นปัญญาโดยสามารถสนับสนุนให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความคิดริเริ่มใหม่ ๆ ในการจัดทำโครงการที่เลือกสรรโดยกลุ่ม คิดหาวิธีการสร้างความเชื่อมั่นให้กลุ่มเป้าหมายมีการแก้ปัญหาและกำหนดจุดมุ่งหมายในการดำเนินงานร่วมกับทีม สามารถกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในกิจกรรมและมีความรู้ความเข้าใจ รวมทั้งตระหนักถึงปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ส่วนด้านการคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลสามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือแก่กลุ่มเป้าหมายได้อย่างเหมาะสม สามารถปฏิบัติต่อบุคคลที่แตกต่างกันตามความต้องการและความสามารถได้อย่างเหมาะสม ร่วมจัดทำโครงการที่เหมาะสมกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์ใจ อุ่นบ้าน (2555) ที่ศึกษารูปแบบการพัฒนาภาวะผู้นำด้านการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล พบว่าผู้เข้ารับการพัฒนามีความรู้ เจตคติ และทักษะเกี่ยวกับภาวะผู้นำ มากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการพัฒนาภาวะผู้นำด้านการสร้างเสริมสุขภาพในภาพรวมผ่านเกณฑ์ในระดับดีมาก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

วิทยาลัยฯ ควรนำรูปแบบการพัฒนาแกนนำด้านสุขภาพนี้ไปใช้ในการจัดการเรียนรู้ในรายวิชาอื่น เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีความคิดสร้างสรรค์ในการนำแนวคิดเรื่องการจัดการตนเองไปพัฒนาให้เกิดรูปแบบการป้องกันโรคเรื้อรัง ทั้งของตนเองและผู้รับบริการในบริบทต่าง ๆ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของการพัฒนาแกนนำด้านสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง ต่อภาวะสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังต่าง ๆ ในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

จันทร์เพ็ญ หวานคำ. (2555). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและค่าเฉลี่ยความดันหลอดเลือดแดงของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ชดช้อย วัฒนะ, จงรักษ์ ศุภกิจเจริญ, ณฐวรรณ รักวงศ์ประยูร, และปริญญา แร่ทอง. (2558). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคต่อพฤติกรรมการควบคุมโรค ระดับความดันโลหิต และคุณภาพชีวิตของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในการศึกษาระยะยาว. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 26*(เพิ่มเติม 1), 72-89.

พิมพ์ใจ อุ่นบ้าน. (2555). รูปแบบการพัฒนาภาวะผู้นำด้านการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 5*(3), 88-101.

ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า, ชดช้อย วัฒนะ, และพีระพงค์ กิติภาวงค์. (2555). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ภาวะหายใจลำบาก ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *พยาบาลสาร, 39*(1) 64-76.

วิโรจน์ สารรัตนะ. (2556). *กระบวนทัศน์ใหม่ทางการศึกษา กรณีทัศนะต่อการศึกษาศตวรรษที่ 21*. กรุงเทพฯ: ทิพยวิสุทธิ์.

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์. (2556). *สถานการณ์โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนในประเทศไทย*. สืบค้นจาก http://www.dms.moph.go.th/imrta/

Altrichter, H., Kemmis, S., McTaggart, R., & Zuber-Skerritt, O. (2002). The concept of action research. *The Learning Organization, 9*(3), 125-131.

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

Bass, B. M., & Bass, R. (2008). *The Bass handbook of leadership: Theory, research, and managerial applications* (4th ed.). New York: Free Press.

Creer, T. L. (2000). Self-management of chronic illness. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 601-630). San Diego, CA: Academic Press.

Grundy, S. (1987). *Curriculum: Product or praxis*. London: Falmer Press.

Holter, I. M., & Schwartz-Barcott, D. (1993). Action research: What is it? How has it been used and how can it be used in nursing?. *Journal of Advanced Nursing, 18*(2), 298-304.

Pratt, S. (2003). Cooperative learning strategies. *The Science Teacher, 70*(4), 25-29.

Riding, P., Fowell, S., & Levy, P. (1995). An action research approach to curriculum development. *Information Research, 1*(1), 1-7.

Sokovic, M., Pavletic, D., & Pipan, K. K. (2010). Quality improvement methodologies–PDCA cycle, RADAR matrix, DMAIC and DFSS. *Journal of Achievements in Materials and Manufacturing Engineering, 43*(1), 476-483.

Sung, H. Y., & Hwang, G. J. (2013). A collaborative game-based learning approach to improving students' learning performance in science courses. *Computers & Education, 63*, 43-51.

Wagner, E. H., Glasgow, R. E., Davis, C., Bonomi, A. E., Provost, L., McCulloch, D., … Sixta, C. (2001). Quality improvement in chronic illness care: A collaborative approach. *Joint Commission Journal on Quality Improvement, 27*(2), 63-80.

Wattana, C., Srisuphan, W., Pothiban, L., & Upchurch, S. L. (2007). Effects of a diabetes self-management program on glycemic control, coronary heart disease risk, and quality of life among Thai patients with type 2 diabetes. *Nursing & Health Sciences, 9*(2), 135-141.

สมรรถนะทางคลินิกเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานอย่างมีประสิทธิภาพ
Clinical Competency to Effectively Enhance Fundamental Nursing Practice

วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข) [1]
Vanida Drongrittichai, Dr.P.H. (Public Health Nursing) [1]
เจตจรรยา บุญญกูล, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) [2]
Jatjunya Bunyakul, M.N.S. (Community Nurse Practitioner) [2]
จุฬาวรรณ จิตดอน, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) [3]
Julawan Jitdon, M.N.S. (Community Nurse Practitioner) [3]
เสาวรี เอี่ยมละออ, พย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก) [4]
Saowaree Aeamlaor, M.N.S. (Maternal and Child Nursing) [4]
เอมวดี เกียรติศิริ, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) [5]
Aimwade Kietsiri, M.N.S. (Community Nurse Practitioner) [5]
ศุภรัสมิ์ วิเชียรตนนท์, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว) [6]
Supparat Wichiantanont, M.N.S. (Family Nurse Practitioner) [6]

บทคัดย่อ

การพยาบาลพื้นฐานเป็นกิจกรรมที่ใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งต้องอาศัยสมรรถนะทางคลินิกที่เกิดจากความรู้ ทักษะ ความสามารถ และดุลพินิจ ทักษะที่จำเป็นต่อการพัฒนาสมรรถนะทางคลินิกในการพยาบาลพื้นฐาน ประกอบด้วยการจัดการ การทำงานแบบประสานร่วมมือ การสร้างนวัตกรรม การสื่อสาร การพิทักษ์สิทธิ การคิดอย่างเป็นระบบ การสอนทางสุขภาพ การสร้างการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก การสร้างเสริมสุขภาพ และภาวะผู้นำ โดยการจัดการประกอบด้วยการวางแผน การจัดลำดับกิจกรรม การจัดทีมทำงาน การอำนวยการ การควบคุมงาน และการรายงาน การทำงานแบบประสานร่วมมือ คือ สร้างทีมรับผิดชอบหน้าที่ ชี้ประโยชน์ และหาวิธีทำงานร่วมกัน สร้างนวัตกรรมด้วยการสร้างสรรค์บริการใหม่ ทดลองใช้ ปรับปรุง และใช้จริง การสื่อสารประกอบด้วยการคัดเลือกสิ่งที่ต้องการถ่ายทอด ตั้งใจฟัง สังเกตการเปลี่ยนแปลง และทวนความ พิทักษ์สิทธิโดยยอมรับในคุณค่าความเป็นมนุษย์และปกป้อง คิดอย่างเป็นระบบด้วยการวิเคราะห์ประเด็นจริยธรรม มองผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง ทำงานเป็นทีม และใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ สอนทางสุขภาพตามขั้นตอน คือ ประเมินก่อนการสอน วางแผนการสอน สอน และประเมินผลการสอน สร้างการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา ระบุวิธีแก้ปัญหา ปฏิบัติตามแนวทางแก้ปัญหา และประเมินผลวิธีที่เลือก สร้างเสริมสุขภาพด้วยการให้ข้อมูลจำเป็น เสริมพลัง

[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
[1] Assistant Professor, Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University
[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: catvanida04@yahoo.com
[2] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ
[2] Lecturer, Faculty of Nursing, Thaksin University
[3] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
[3] Lecturer, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University
[4, 5, 6] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
[4, 5, 6] Lecturer, Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University

อำนาจ และประสานประโยชน์ แสดงภาวะผู้นำด้วยการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างชำนาญ ใช้ทักษะการคิดตัดสินใจอย่างมีหลักการ และใช้ทักษะการพูด การเขียน และการอธิบาย การทบทวนสมรรถนะเหล่านี้เป็นระยะจะส่งเสริมให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานได้อย่างมีคุณภาพและสร้างความปลอดภัยให้แก่ผู้ใช้บริการ
คำสำคัญ: สมรรถนะทางคลินิก การพยาบาลพื้นฐาน

Abstract

Fundamental nursing practice requires a nursing process in every activity. This is based on the clinical performance derived from knowledge, skills, capacity, and judgment. The skills needed to develop clinical competency in fundamental nursing practice are composed of management, coordination, innovation, communication, advocacy, systematic thinking, health teaching, problem-based learning, health promotion, and leadership. Apart, management consists of planning, event ranking, team organization, facilitating, job control, and reporting. Work collaboration is responsible for team building, pointing out benefits, and finding ways to collaborate together. Innovation in particular can be enhanced by refining, improved experiments, and practical new services. In communication, it consisted of selecting massages to convey, deep listening, observing changes, and message repetition along with the protection of patients' rights, within acceptable values and patient safety, think systematically, teamwork, and use of empirical evidence. Health education is done on a step-by-step approach from pre-assessment, planning, teaching, and evaluation, respectively. Problem-based learning begins with problem analysis, followed by solution identification, and evaluation selected nursing methods. In the promotion of patients' health, essential information was provided, empowerment, and proper coordination as the benefit. Leadership development is undertaken by utilizing proficient nursing process, thinking and communication, speaking, writing, and explanation skills. Periodic review of these competencies can help in the promotion of quality basic nursing practice and ensure the safety of clients.
Keywords: Clinical competency, Fundamental nursing

บทนำ

แม้ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีสุขภาพจะก้าวหน้าไปมากในปัจจุบัน แต่การแสดงสมรรถนะทางคลินิกของพยาบาลก็ยังคงมีความจำเป็นและไม่ได้มีความสำคัญลดน้อยลง แม้จะอยู่ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงที่ทันสมัยของการให้บริการทางสุขภาพ เพราะเป็นการปฏิบัติที่แสดงถึงความสามารถในการใช้ความรู้อย่างเหมาะสม บนความเข้าใจที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการในบริบทต่าง ๆ ทางสุขภาพ ตั้งแต่ระดับเบื้องต้นไปจนถึงระดับซับซ้อน โดยการพยาบาลพื้นฐานเป็นกิจกรรมการช่วยเหลือของพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ใช้บริการเกิดความสุขสบายและฟื้นหายจากสภาพความเจ็บป่วยให้เร็วที่สุด เนื่องจากสามารถ

ขจัดปัญหาและตอบสนองความต้องการทางร่างกายและจิตใจในการทำกิจกรรมทั่วไปและในการใช้ชีวิตประจำวัน และยิ่งผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงความรู้ทางสุขภาพที่มีอยู่อย่างมากมายได้มากกว่าแต่ก่อน พยาบาลยิ่งจะต้องแสดงออกอย่างชัดเจนถึงการคิดอย่างมีวิจารณญาณ นำเทคโนโลยีสุขภาพที่ทันสมัยมาใช้ได้อย่างเหมาะสม ให้การดูแลและตอบสนองความต้องการทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของผู้ใช้บริการได้อย่างเหมาะสม ซึ่งหากปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานได้ดีแล้วย่อมส่งผลให้การปฏิบัติการพยาบาลอื่น ๆ ดียิ่งขึ้นด้วย บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสมรรถนะทางคลินิกที่ช่วยพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีสาระเกี่ยวกับการพยาบาลพื้นฐาน สมรรถนะทางคลินิกกับการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน และแนวทางการพัฒนาสมรรถนะทางคลินิกเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน ทั้งนี้เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญและความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกันของสมรรถนะทางคลินิกกับการพยาบาลพื้นฐาน ซึ่งทำให้สามารถที่จะพัฒนาสมรรถนะทางคลินิกของพยาบาลได้อย่างถูกต้อง และปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การพยาบาลพื้นฐาน: รากฐานสำคัญของการปฏิบัติพยาบาล

การพยาบาลพื้นฐาน (fundamental nursing) เป็นกิจกรรมที่ใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการในการทำกิจกรรมทั่วไปที่จำเป็นต่อชีวิต (universal activities essential for life) และกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน (self-care activities) โดยพยาบาลจะต้องประเมินการพึ่งพาตนเอง อาการและอาการแสดง และสภาพแวดล้อม เพื่อให้ผู้ใช้บริการกลับไปใช้ชีวิตตามปกติได้โดยเร็ว ซึ่งหากการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานมีคุณภาพไม่ดีพอย่อมส่งผลให้การพยาบาลในระดับสูงขึ้นไปขาดประสิทธิภาพ

จากการวิจัยระบุว่าการพยาบาลพื้นฐานประกอบด้วยการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย การสื่อสาร การดูแลการหายใจ การกิน-ดื่ม การขับถ่าย สุขวิทยาส่วนบุคคล การพักผ่อน การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย การมีกิจกรรมทางกาย การแสดงออกทางเพศ และการตาย (Kitson, Conroy, Wengstrom, Profetto-McGrath, & Robertson-Malt, 2010) ชี้ให้เห็นว่าไม่ว่าผู้ใช้บริการจะเจ็บป่วยมากน้อยเพียงใด อย่างน้อยที่สุดจะต้องได้รับการช่วยเหลือให้ความต้องการพื้นฐานได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอ Kalisch, Landstrom, and Hinshaw (2009) ศึกษาพบว่าความผิดพลาดในการทำงานของพยาบาลที่พบบ่อยล้วนเกี่ยวข้องกับการพยาบาลพื้นฐาน เช่น การกระตุ้นให้ลุกจากเตียง การพลิกตะแคงตัว การให้อาหาร การบันทึกน้ำเข้า-ออก Bittner and Gravlin (2009) ระบุว่าการพยาบาลพื้นฐานที่ไม่ดีพอจะส่งผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ต่อผู้ใช้บริการและต่อองค์กรในภาพรวม

สมรรถนะทางคลินิกกับการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน

Cronenwett et al. (2007) กล่าวว่า สมรรถนะทางคลินิก (clinical competency) ของพยาบาลเป็นระดับการปฏิบัติที่เกิดจากการใช้ความรู้ ทักษะ ความสามารถและดุลพินิจ โดยความรู้ประกอบด้วยมาตรฐานการปฏิบัติและมาตรฐานวิชาชีพ ทักษะประกอบด้วยการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความสามารถในการวินิจฉัย ส่วนความสามารถเกิดจากการฟัง การบูรณาการ การเข้าใจข้อดี-ข้อเสียของตนเอง การมองตนเองแง่บวก และวุฒิภาวะทางอารมณ์ และการใช้ดุลพินิจเป็นความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ แก้ปัญหา ให้เหตุผลเชิงจริยธรรมและตัดสินใจ ทั้งนี้ สภาการพยาบาลได้กำหนดให้ผู้ที่สำเร็จการศึกษาสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ จะต้องปฏิบัติสมรรถนะทางการพยาบาลต่าง ๆ ได้ ซึ่งทุกสมรรถนะล้วนอาศัยการพยาบาลพื้นฐานเป็นเบื้องต้นก่อนที่จะปฏิบัติการพยาบาลอื่น ๆ ที่ซับซ้อนต่อไป

แนวทางการพัฒนาสมรรถนะทางคลินิกเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน

ในสังคมที่ผู้ใช้บริการคาดหวังต่อการให้บริการของวิชาชีพสูงขึ้น การเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจซับซ้อนกว่าแต่ก่อน เทคโนโลยีทางการแพทย์ก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว

แต่ความต้องการพื้นฐานของบุคคลยังคงไม่เปลี่ยนแปลง รวมทั้งต้องการการตอบสนองอย่างมีคุณภาพ รวดเร็ว ลึกซึ้ง ครอบคลุม และเข้าถึงได้ ดังนั้น ในการพยาบาลพื้นฐาน พยาบาลจึงต้องรู้เท่าทันและพัฒนาสมรรถนะทางคลินิกของตนเองตลอดเวลา

ทักษะที่จำเป็นต่อการพัฒนาสมรรถนะทางคลินิกในการพยาบาลพื้นฐาน ประกอบด้วย 10 ทักษะ ดังนี้

1. การจัดการ (management) การพยาบาลพื้นฐานต้องการการจัดการที่ดี เนื่องจากผู้ใช้บริการตัดสินคุณภาพจากบริการที่ได้รับ (Berry & Parasuraman, 1997) ว่าพยาบาลมีความสามารถในการตอบสนองความต้องการอย่างรอบรู้ ถูกต้อง และเหมาะสม ด้วยความสุภาพ ให้เกียรติ มีมารยาทที่ดี สื่อความหมายได้กระจ่าง น่าเชื่อถือ ทำให้ผู้ใช้บริการรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่นใจ ซึ่งหมายถึง ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ และตรงกับความคาดหวังของผู้ใช้บริการ

การพยาบาลพื้นฐานที่ดีต้องอาศัยหลักการจัดการที่มุ่ง “งานเป็นหลัก” “งานเกิดประสิทธิผลสูงสุดตามศักยภาพที่มี” “งานสำเร็จตามเป้าหมายอย่างครบถ้วน สมบูรณ์ เกิดผลดีทั้งระยะสั้นและระยะยาว” “ผลลัพธ์มีประสิทธิภาพสูง โดยใช้ทรัพยากรน้อยที่สุด” และ “มีผลดำเนินงานดียิ่งขึ้นไป” ซึ่งองค์ประกอบของกระบวนการจัดการที่ควรนำมาใช้ในการพยาบาลพื้นฐาน มีดังนี้

1. การวางแผน (planning) เป็นการวิเคราะห์หรือประเมินสภาพผู้ใช้บริการร่วมกับทีมสุขภาพ และนำข้อมูลที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์ เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่จะทำให้การพยาบาลนั้นสำเร็จ

2. การจัดลำดับกิจกรรมที่จะปฏิบัติ (organizing) ตามความจำเป็นก่อน-หลังของแผนการรักษาและแผนการพยาบาล

3. การจัดทีมพยาบาลเข้าทำงาน (staffing) ทั้งจำนวนและความสามารถให้เหมาะกับกิจกรรมการพยาบาลนั้น ๆ

4. การอำนวยการ (directing) คือ การทำให้กิจกรรมการพยาบาลสำเร็จ และติดตามผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการ

5. การควบคุมงาน (controlling) หมายถึง การติดตามตรวจสอบการพยาบาลให้บรรลุวัตถุประสงค์

6. การรายงาน (reporting) เป็นการบอกกล่าวให้ทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในช่วงเวรเดียวกันหรือช่วงเวรต่อไปทราบผลของการปฏิบัติการพยาบาล

2. การทำงานแบบประสานร่วมมือ (partnerships) เนื่องจากการพยาบาลพื้นฐานครอบคลุมการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และการตอบสนองความต้องการทางร่างกายและจิตใจอย่างสมดุลและครบถ้วนในทุกมิติของความต้องการทางสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพจึงต้องทำงานแบบประสานร่วมมือกับสหวิชาชีพอื่น ๆ ด้วยการจัดระเบียบวิธีทำงานที่ไม่ทำให้ผู้ใช้บริการรู้สึกว่าเป็นเพียงผู้ถูกกระทำ ใช้ช่องทางการติดต่อสื่อสารลักษณะต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ใช้บริการและทีมสุขภาพเข้าใจข้อมูลตรงกัน แบ่งหน้าที่กันอย่างชัดเจน จนกว่างานจะบรรลุผลสำเร็จ โดยมุ่งให้ผู้ใช้บริการได้รับประโยชน์สูงสุด (Jenerette, Funk, Ruff, Grey, Adderley-Kelly, & McCorkle, 2008)

วิธีประสานเพื่อให้การปฏิบัติพยาบาลพื้นฐานบรรลุผล มีดังนี้ (Young & Hegyvary, 1993)

1. กำหนดผู้ประสานงานหรือวิธีประสานงานที่ช่วยเชื่อมโยงทีมสุขภาพเข้าด้วยกัน (collaboration)

2. ร่วมป้องกันและแก้ปัญหาให้ผู้ใช้บริการในประเด็นที่ให้ความสำคัญร่วมกัน (common interest)

3. แสวงหาวิธีการและสร้างให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นทีมทำงานเดียวกันในการช่วยเหลือผู้ใช้บริการ

4. กำหนดให้ร่วมกันรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ของตนเองและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

5. แบ่งหน้าที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน และชี้ให้เห็นประโยชน์ที่ตนเองได้รับ

6. ทำให้ทุกฝ่ายพยายามอย่างที่สุดในการพัฒนาความไว้วางใจกันที่จะดูแลผู้ใช้บริการ

3. การสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาล (innovation) นวัตกรรมทางการพยาบาลได้รับความสำคัญเพิ่มขึ้นในปัจจุบัน เนื่องจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ทำให้ผู้ใช้บริการเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย ทราบวิธีดูแลตนเอง พร้อมกับมีความคาดหวังต่อคุณภาพการดูแลสูงขึ้น และ

ต้องการลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ขณะเดียวกัน นวัตกรรมช่วยให้พยาบาลมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ลดเวลาและขั้นตอนในงานประจำที่ไม่จำเป็น ทำให้มีเวลามากขึ้นที่จะวางแผนให้กับผู้ใช้บริการที่มีปัญหาซับซ้อน เพราะต้องใช้ความคิดสร้างสรรค์งานใหม่ ๆ และเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น ขณะเดียวกันก็ช่วยให้ผู้ใช้บริการสุขสบาย ลดโอกาสเกิดการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ทำให้ได้พักผ่อนและหายเจ็บป่วยเร็วขึ้น (Dil, Uzun, & Aykanat, 2012)

นวัตกรรมในการพยาบาลพื้นฐานสามารถสร้างได้ทั้งที่เป็นกระบวนการ (process innovation) และผลลัพธ์ (product innovation) นวัตกรรมที่เป็นกระบวนการเป็นการพัฒนาวิธีใช้วัสดุ อุปกรณ์ หรือเทคนิคที่จะช่วยเพิ่มความสามารถของพยาบาลในขั้นตอนต่าง ๆ ให้ดีขึ้น ส่วนนวัตกรรมที่เป็นผลลัพธ์จะนำมาซึ่งเครื่องมือที่ก่อให้เกิดผลิตภัณฑ์ โปรแกรม หรือบริการใหม่ๆ ที่เฉพาะเจาะจง (Omachonu & Einspruch, 2010) จากการศึกษาของ Lachman, Glasgow, and Donnelly (2009) พบว่าการใช้นวัตกรรมในการทำงานของพยาบาลทำให้ผู้ใช้บริการเข้าถึงบริการจากการพัฒนาระบบการดูแลให้ทันสมัยและลดเวลางานที่ไม่จำเป็น

การสร้างนวัตกรรมในการพยาบาลพื้นฐานไม่แตกต่างจากการพยาบาลอื่นๆ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 สร้างสรรค์บริการใหม่จากปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการ บนพื้นฐานของการใช้เทคโนโลยี ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้ และขั้นตอนที่ 3 ปรับปรุงและนำไปใช้จริง (Omachonu & Einspruch, 2010) ตัวอย่างเช่น ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระบบสารสนเทศที่ช่วยให้พยาบาลทำงานได้รวดเร็วกว่าแต่ก่อน หรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ติดตัวผู้ใช้บริการที่ช่วยส่งค่าสัญญาณชีพหรือค่าอิเล็กโตรไลท์ตรงไปยังสถานบริการสุขภาพ เป็นต้น

4. การสื่อสารของบุคลากรทีมสุขภาพ (communication in health care team) แม้ว่าผู้ใช้บริการจะเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่มีอยู่มากมาย แต่โดยทั่วไปผู้ใช้บริการต้องการทราบข้อมูลหรือต้องการคำยืนยันเพื่อให้มั่นใจในบริการสุขภาพที่ได้รับ สำหรับการพยาบาลพื้นฐาน ผู้ใช้บริการต้องการความชัดเจนเกี่ยวกับขั้นตอนของกิจกรรมที่กระทำกับตน และผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากแต่ละขั้นตอนที่พยาบาลปฏิบัติ (Betcher, 2010) การสื่อสารที่ดีของพยาบาลจึงช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น รวมทั้งช่วยเพิ่มสัมพันธภาพให้ดีขึ้นด้วย

การสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการถือเป็นปฏิสัมพันธ์ที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการซึ่งพยาบาลจะต้องใช้ทั้งวจนภาษาและอวจนภาษา วิเคราะห์และเลือกสรรข้อมูล เลือกสื่อและเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการอย่างกลมกลืน เพื่อส่งสารให้ได้ตามที่ต้องการ จูงใจ ประเมินการรับรู้ ค่านิยม ทัศนคติ และความตั้งใจ อธิบาย ต่อรอง ใช้สำเนียงหนัก-เบา ชี้ให้ผู้ใช้บริการเห็นความสำคัญของข้อมูลที่ต้องการสื่อ เพื่อให้ผู้ใช้บริการพึงพอใจและปฏิบัติตามขั้นตอนการพยาบาลที่วางไว้ (National Education Association [NEA], 2016)

การสื่อสารในการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานยึดหลักเช่นเดียวกับการสื่อสารทั่วไป กล่าวคือ ส่งสารด้วยการคัดเลือกคำ สัญลักษณ์ หรือท่าทางที่ต้องการถ่ายทอดไปให้ผู้ใช้บริการรับทราบอย่างถูกต้อง ขณะที่ผู้ใช้บริการซึ่งเป็นผู้รับสารจะต้องแปลรหัสที่พยาบาลส่งมาให้ได้อย่างเข้าใจและมีความหมาย นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องเป็นผู้ฟังที่ดี ตั้งใจฟังเนื้อหาที่ผู้ใช้บริการพูด และสังเกตความรู้สึกที่แสดงออก รวมถึงสังเกตสิ่งที่ผู้ใช้บริการพยายามสื่อให้รับทราบและทวนความเพื่อยืนยันว่ากำลังฟังอย่างตั้งใจ (Lunenburg, 2010)

5. การพิทักษ์สิทธิผู้ใช้บริการ (protection of patients' rights) เนื่องด้วยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทำให้ผู้ใช้บริการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพมากขึ้น มีความรู้ในการรักษาสิทธิที่ตนได้รับ พยาบาลวิชาชีพจึงต้องรับผิดชอบต่อการปฏิบัติที่แสดงให้ผู้ใช้บริการเห็นว่าได้รับข้อมูลจากผู้ให้บริการอย่างเพียงพอ ดังนั้น การปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานจึงต้องตระหนักถึงประเด็นนี้ เพื่อมิให้ละเมิดสิทธิผู้ใช้บริการโดยไม่ได้ตั้งใจ ต้องยึดถือมาตรฐานการปฏิบัติงานหรือแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีอยู่อย่างเคร่งครัด การพิทักษ์

สิทธิผู้ใช้บริการถือเป็นบทบาทอิสระและเป็นรากฐานของการปฏิบัติการพยาบาล จากงานวิจัยพบว่าผู้ใช้บริการถูกละเมิดสิทธิโดยที่ตนเองอาจไม่ทราบ ซึ่งเกิดจากความเกรงใจ ไว้วางใจ และเชื่อใจต่อผู้ให้บริการ (Lacono, 2007)

ในการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน คุณลักษณะของพยาบาลที่จะทำให้เกิดการปกป้องสิทธิผู้ใช้บริการมีดังนี้ (Vaartio, Leino-Kilpi, Suominen, & Puukka, 2009)

1. การให้คุณค่า และมีความเชื่อที่จะปกป้องสิทธิผู้ใช้บริการ (personal value and belief) สิ่งนี้ทำให้พยาบาลวิชาชีพศรัทธาและรู้สึกถูก-ผิดต่อการกระทำของตนเอง ปกป้องผู้ใช้บริการ ตระหนักรู้ถึงความจำเป็นที่จะทำให้ผู้ใช้บริการได้รับสิ่งที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์ (Thacker, 2008)

2. ความไวต่อบริบท (contextual sensitivity) หมายถึง การยอมรับในคุณค่าหรือความเป็นมนุษย์ของผู้ใช้บริการ MacDonald (2007) ศึกษาพบว่าพยาบาลที่ประเมินผู้ใช้บริการอย่างใส่ใจจะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับที่ McSteen and Peden-McAlpine (2006) ศึกษาพบว่าพยาบาลที่เข้าใจคุณค่า สิ่งสำคัญ และเป้าหมายในชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะสื่อสารข้อมูลและประสานงานกับสมาชิกในทีมสุขภาพได้ดี

3. การมีความรู้และทักษะการปกป้องสิทธิผู้ใช้บริการ เพราะจะช่วยให้สามารถยืนยันความคิด โต้แย้งอย่างมีหลักการ สร้างความมั่นใจให้แก่ตนเองในการให้ข้อมูลแก่ผู้ใช้บริการหรือทีมสุขภาพ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้องหรือเป็นอันตราย จากการศึกษาพบว่าพยาบาลที่มีความสามารถนี้จะดูแลความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้มากกว่าพยาบาลที่มีความสามารถนี้น้อยกว่า (Vaartio et al., 2009)

6. การคิดอย่างเป็นระบบ (scientific thinking skills) เนื่องจากผู้ใช้บริการในปัจจุบันสามารถเข้าถึงและเปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพต่าง ๆ ได้ ประเมินบริการที่ได้รับและตัดสินใจเลือกสิ่งที่ตนพึงพอใจ ขณะที่บางคนมีความต้องการซับซ้อน หรือบางกลุ่มมีความเปราะบาง เช่น ไม่สามารถปกป้องสิทธิ ความต้องการ ประโยชน์ และความปรารถนาของตนเอง หรือพร่องในการดูแลตนเองภายใต้ความหลากหลายเช่นนี้ ทักษะการคิดอย่างเป็นระบบจะช่วยให้การพยาบาลพื้นฐานปฏิบัติอย่างมีจุดหมายและเป็นลำดับ (cognitive work) ประเมินและเชื่อมโยงข้อมูลอย่างรอบคอบ เป็นเหตุเป็นผล มีหลักเกณฑ์ไวต่อการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ วิเคราะห์ เปรียบเทียบเหตุการณ์และบริบทที่เกี่ยวข้องอย่างละเอียดลออ และส่งต่อผู้ใช้บริการอย่างทันท่วงที (Kim & Han, 2016)

การคิดอย่างเป็นระบบในการพยาบาลพื้นฐานจะต้องเน้นการสร้างความสามารถต่อไปนี้

1. การคำนึงถึงความเป็นบุคคล (humanities) ความสามารถนี้จะช่วยให้พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของการเชื่อมโยงประวัติการเจ็บป่วย ประวัติสุขภาพ และประวัติครอบครัว แล้วสื่อสารให้ผู้ใช้บริการรับทราบเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Peirce, 2010)

2. การวิเคราะห์ประเด็นทางจริยธรรมเพื่อสร้างการยอมรับและเข้าใจคุณค่าความเป็นบุคคล พิจารณาประโยชน์ที่เกิดขึ้น และไม่ละเมิดสิทธิผู้ใช้บริการในแต่ละการปฏิบัติการพยาบาล (Callister, Luthy, Thompson, & Memmott, 2009)

3. มีทักษะการแยกแยะและจำแนกปัญหาของผู้ใช้บริการ ซึ่งจะช่วยให้มีข้อมูลสำคัญและจำเป็นที่จะสื่อสารกับผู้ใช้บริการและทีมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง (Burns & Poster, 2008)

4. ให้การดูแลแบบผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง ด้วยการแสดงความเข้าใจและประสานการทำงานที่ทำให้ผู้ใช้บริการทราบว่าผู้ให้บริการเคารพในการตัดสินใจ คำนึงถึงคุณค่าและความต้องการของผู้ใช้บริการ

5. ทำงานเป็นทีมด้วยการสร้างบรรยากาศของการสื่อสารอย่างเปิดเผย เคารพในความเป็นวิชาชีพ และแบ่งปันประสบการณ์ โดยมีเป้าหมายที่ประโยชน์ของผู้ใช้บริการ

6. ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์วัดผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาล หรืออยู่บนแนวปฏิบัติหรือมาตรฐานที่กำหนด

7. การสอนหรือให้ความรู้ทางสุขภาพ (health education) ในยุคที่ผู้ใช้บริการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่มีอยู่มากมายได้อย่างรวดเร็วและมีความรู้ไม่น้อยไปกว่าบุคลากรทางสุขภาพ พยาบาลจำเป็นต้องสร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน ด้วยการยืนยันความสำคัญของการดูแลตนเองบนความรู้ที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าถูกต้องหรือจากหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งแสดงให้ผู้ใช้บริการเห็นถึงความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ และการแก้ปัญหาให้ผู้ใช้บริการได้ตรงตามความต้องการอย่างน่าพึงพอใจ จึงจะถือว่าปฏิบัติบทบาทที่จำเป็นได้อย่างสมบูรณ์

การสอนทางสุขภาพเป็นกิจกรรมที่มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ใช้บริการมั่นใจ (self-efficacy) ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินก่อนการสอน การวางแผนการสอน การสอน และการประเมินผลการสอน ในการประเมินก่อนการสอน พยาบาลจะต้องเลือกข้อมูลและลำดับเนื้อหา ซึ่งจะทำได้ดีเมื่อค้นคว้าและอ่านอย่างกว้างขวาง กำหนดวิธีการสอนให้ใกล้เคียงกับประสบการณ์เดิมของผู้ใช้บริการ ใช้สื่อที่ดึงดูดความสนใจและเลือกวิธีประเมินผลที่เหมาะสม การสอนสุขศึกษาใด ๆ ในการพยาบาลพื้นฐานจะต้องเข้าใจวงจรของการสร้างการเรียนรู้ตั้งแต่การสร้างภาพสัญลักษณ์ (symbolization) การนำไปคิดอย่างเข้าใจ (forethought) การควบคุมตนเองให้ปฏิบัติ (self-regulation) การสะท้อนคิดจากการปฏิบัติ (self-reflection) และการเรียนรู้ (vicarious learning) (Pajares, Prestin, Chen, & Nabi, 2009)

8. การสร้างการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก (problem base learning) เป็นการใช้สถานการณ์ปัญหากระตุ้นให้ผู้ใช้บริการแสวงหาทางออกที่ถูกต้องด้วยตนเอง โดยมุ่งหวังผล 3 ประการ ได้แก่ การพัฒนาทักษะเฉพาะ (domain-specific skills) การพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา (problem-solving skills) และการทำให้ผู้ใช้บริการได้มาซึ่งความรู้สำคัญ (domain-specific knowledge) (Bridges, 1992)

กระบวนการสร้างการเรียนรู้ที่ใช้ปัญหาเป็นหลักประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) เสนอสถานการณ์ปัญหาของผู้ใช้บริการ เพื่อเชื่อมโยงประสบการณ์เดิมกับสถานการณ์ใหม่ที่ต้องการให้เกิด 2) ให้ผู้ใช้บริการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา เพื่อนำไปสู่การแก้ไขที่จำเป็นต้องเรียนรู้ 3) ให้ผู้ใช้บริการระบุข้อดี-ข้อเสียของวิธีแก้ปัญหาลักษณะต่าง ๆ เพื่อสะท้อนคิดถึงวิธีที่เหมาะสมที่สุดที่จะนำไปปฏิบัติด้วยตนเอง 4) ตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหา หากมีแนวทางแก้ปัญหามากกว่าหนึ่งแนวทาง ให้เรียงลำดับตามความสำคัญ 5) ทดลองปฏิบัติตามแนวทางที่เลือกไว้ และ 6) ประเมินผลแนวทางที่ตนเองเลือก

9. การสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระแสสังคมที่สำคัญในปัจจุบัน มีการกำหนดนโยบายมากมายเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงและรณรงค์ให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์อย่างกว้างขวาง และการสร้างเสริมสุขภาพจะยิ่งมีความสำคัญมากขึ้นในอนาคตอันเนื่องมาจากแนวโน้มการเกิดที่สูงขึ้นของโรคเรื้อรัง โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ รวมถึงการบาดเจ็บและอุบัติเหตุ การพยาบาลพื้นฐานจึงยังคงมีความจำเป็นเสมอ เพราะนำมาซึ่งการสร้างความปลอดภัย ไม่เกิดโรค และสร้างสมดุลให้ชีวิต (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) ซึ่งจะเสริมหนุนให้การสร้างเสริมสุขภาพประสบความสำเร็จ

Kemppainen, Tossavainen, and Turunen (2013) ศึกษาพบว่าพยาบาลสามารถส่งเสริมสุขภาพด้วยการให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ ตอบสนองความต้องการทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เสริมพลังอำนาจ ประสานเพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับประโยชน์ โดยผสานเข้าไปในการพยาบาลพื้นฐานทุกกิจกรรม ทักษะที่จำเป็นประกอบด้วยการสื่อสารที่ช่วยให้ผู้ใช้บริการแสดงความคิด ความรู้สึก และตัดสินใจบนข้อมูลต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง การรวบรวมข้อมูล การแปลผลข้อมูล และการแสวงหาข้อมูล เพื่อนำมาใช้ในการพยาบาลร่วมกับทีมสุขภาพ รวมถึงการทำงานเชิงรุก เพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างครบถ้วน

10. ภาวะผู้นำ (leadership) ภาวะผู้นำถือเป็นทักษะสำคัญ เพราะไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติการพยาบาลลักษณะใด พยาบาลต้องใช้ทักษะนี้เพื่อตัดสินใจและแก้ปัญหา

พร้อมทั้งทำให้ผู้ใช้บริการปฏิบัติตามหรือดูแลสุขภาพตนเองอย่างตั้งใจจนเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายได้ การแสดงภาวะผู้นำในการพยาบาลพื้นฐานยังคงต้องใช้กระบวนการพยาบาลเป็นพื้นฐาน โน้มนำให้ผู้ใช้บริการรวมทั้งสมาชิกในทีมสุขภาพปฏิบัติตามหรือยอมรับวิธีการต่างๆ ที่ต้องการปฏิบัติ ทักษะที่ใช้ ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี การโน้มน้าวจูงใจให้ทำตาม โดยสอดคล้องกับความต้องการของบุคคลอื่นได้ในขณะเดียวกัน การใช้อำนาจ การเจรจาต่อรอง การคิดก้าวหน้า และการคิดแง่บวก ทั้งนี้ การพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาลควรพัฒนาตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากเป็นคุณลักษณะที่พึงประสงค์สำคัญของบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์ ที่ระบุว่าต้องสามารถคิดเป็นระบบ มีเหตุผล คิดอย่างมีวิจารณญาณ และสามารถแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์ ทั้งในการปฏิบัติการพยาบาลและสถานการณ์ที่หลากหลาย มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี สื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถทำงานเป็นทีมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ มีความสามารถในการบริหารจัดการในองค์กรทางสุขภาพ (สภาการพยาบาล, 2553) กิจกรรมที่จะพัฒนาภาวะผู้นำในการพยาบาลพื้นฐานจึงควรให้ความสำคัญกับการฝึกทักษะการฟัง การพูด การสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ การจัดลำดับความสำคัญของงาน การวางแผนการทำงานเป็นทีมด้วยบทบาทหัวหน้าทีมและสมาชิก การทำความเข้าใจหรือสะท้อนบทบาทของตนเองและผู้อื่น (จินตนา พรสัมฤทธิ์โชค, รวมพร มินานนท์, และชญานิศา เขมทัศน์, 2560)

คุณลักษณะสำคัญของภาวะผู้นำที่พยาบาลจำเป็นต้องใช้ในการพยาบาลพื้นฐาน มีดังนี้ (พิชญากร ศรีปะโค, 2557)

1. ใช้ศาสตร์ทางการพยาบาลและกระบวนการพยาบาลเป็นพื้นฐานความรู้ในการปฏิบัติ

2. ปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงประโยชน์ของผู้ใช้บริการเป็นสำคัญ

3. ปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีความรู้ ความสามารถและแสดงออกซึ่งความชำนาญในหน้าที่รับผิดชอบ

4. ตัดสินใจทำกิจกรรมต่างๆ ที่แสดงให้เห็นความเฉพาะของวิชาชีพได้ด้วยตนเอง

5. ยึดมั่นในจรรยาบรรณวิชาชีพ ปฏิบัติตามข้อกำหนด ความเชื่อ และคุณค่าของการพยาบาล

6. มีทักษะการใช้ความคิด คือ คิดกว้างไกล กำหนดเป้าหมายและแผนการพยาบาลที่ชัดเจน

7. ตัดสินใจอย่างมีหลักการ กล้าคิดสร้างสรรค์ ทำให้ผู้ใช้บริการและผู้ร่วมงานเชื่อถือและไว้วางใจ

8. มีทักษะในการพูด การเขียน และการอธิบายเป้าหมายที่ต้องการได้

สรุป

การพยาบาลพื้นฐานเป็นกิจกรรมที่ใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งต้องอาศัยสมรรถนะทางคลินิกในการวิเคราะห์ค้นหาปัญหา ที่มาของปัญหา เพื่อนำมาสู่การวางแผนและการพยาบาล เพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลอย่างมีคุณภาพ รวดเร็ว ลึกซึ้ง ครอบคลุม และเข้าถึง แนวทางการพัฒนาสมรรถนะทางคลินิกเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานประกอบด้วยทักษะที่จำเป็น ได้แก่ การบริหารจัดการ การทำงานแบบประสานความร่วมมือ การสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาล การสื่อสารของบุคลากรทีมสุขภาพ การพิทักษ์สิทธิ การคิดอย่างเป็นระบบ การสอนหรือให้ความรู้ทางสุขภาพ การสร้างการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก การสร้างเสริมสุขภาพ และภาวะผู้นำ โดยทักษะเหล่านี้จะส่งเสริมให้พยาบาลแสดงสมรรถนะได้อย่างมีคุณภาพ ทั้งนี้เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญและความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกันของสมรรถนะทางคลินิกกับการพยาบาลพื้นฐาน พยาบาลจึงจำเป็นต้องทบทวนสมรรถนะของตนเองเป็นระยะ เพื่อให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพ และตรงกับความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ส่งผลให้การพยาบาลในระดับสูงขึ้นมีประสิทธิภาพตามมา และสร้างความปลอดภัยให้แก่ผู้ใช้บริการ

เอกสารอ้างอิง

จินตนา พรสัมฤทธิ์โชค, รวมพร มินานนท์, และชญานิศา เขมทัศน์. (2560). ผลการพัฒนาภาวะผู้นำต่อการมีภาวะผู้นำของนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 28*(2), 55-66.

พิชญากร ศรีปะโค. (2557). การพัฒนาวิชาชีพพยาบาล: การพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก, 15*(3), 1-8.

สภาการพยาบาล. (2553). *แนวทางการพัฒนาหลักสูตรตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1997). Listening to the customer–the concept of a service-quality information system. *Sloan Management Review, 38*(3), 65-76.

Betcher, D. K. (2010). Elephant in the room project: Improving caring efficacy through effective and compassionate communication with palliative care patients. *Medsurg Nursing, 19*(2), 101-105.

Bittner, N. P., & Gravlin, G. (2009). Critical thinking, delegation, and missed care in nursing practice. *Journal of Nursing Administration, 39*(3 March), 142-146.

Bridges, E. M. (1992). *Problem based learning for administrators*. Retrieved from https://eric.ed.gov/?id=ED347617

Burns, P., & Poster, E. C. (2008). Competency development in new registered nurse graduates. *Journal of Continuing Education in Nursing, 39*(2), 67-73.

Callister, L. C., Luthy, K. E., Thompson, P., & Memmott, R. J. (2009). Ethical reasoning in baccalaureate nursing students. *Nursing Ethics, 16*(4), 499-510.

Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., ... Warren, J. (2007). Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook, 55*(3), 122-131.

Dil, S., Uzun, M., & Aykanat, B. (2012). Innovation in nursing education. *International Journal of Human Sciences, 9*(2), 127-128.

Jenerette, C. M., Funk, M., Ruff, C., Grey, M., Adderley-Kelly, B., & McCorkle, R. (2008). Models of inter-institutional collaboration to build research capacity for reducing health disparities. *Nursing Outlook, 56*(1), 16-24.

Kalisch, B. J., Landstrom, G. L., & Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 65*(7), 1509-1517.

Kemppainen, V., Tossavainen, K., & Turunen, H. (2013). *Nurses' roles in health promotion practice: An integrative review*. Retrieved from http://heapro.oxfordjournals.org/content/early/2012/08/10/heapro.das034.full

Kim, M. R., & Han, S. J. (2016). Critical thinking and communication skills in nursing students. *Advanced Science and Technology Letters, 128*(Healthcare and Nursing 2016), 33-37.

Kitson, A., Conroy, T., Wengstrom, Y., Profetto-McGrath, J., & Robertson-Malt, S. (2010). Defining the fundamentals of care. *International Journal of Nursing Practice, 16*(4), 423-434.

Lachman, V. D., Glasgow, M. E., & Donnelly, G. (2009). Teaching innovation. *Nursing Administration Quarterly, 33*(3), 205-211.

Lacono, M. V. (2007). Nurses: Trusted patient advocates. *Journal of Perianesthesia Nursing, 22*(5), 330-334.

Lunenburg, F. C. (2010). Communication: The process, barriers, and improving effectiveness. *Schooling, 1*(1), 1-11.

MacDonald, H. (2007). Relational ethics and advocacy in nursing: Literature review. *Journal of Advanced Nursing, 57*(2), 119-126.

McSteen, K., & Peden-MaAlpine, C. (2006). The role of the nurse as advocate in ethically difficult care situation with dying patients. *Journal of Hospice & Palliative Nursing, 8*(5), 259-269.

National Education Association. (2016). *Preparing 21st century students for a global society: An educator's guide to the "Four Cs"*. Retrieved from http://www.nea.org/assets/docs/A-Guide-to-zzsFour-Cs.pdf

Omachonu, V. K., & Einspruch, N. G. (2010). Innovation in healthcare delivery systems: A conceptual framework. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal, 15*(1), 1-20.

Pajares, F., Prestin, A., Chen, J., & Nabi, R. L. (2009). *Social cognitive theory and mass media effects*. Retrieved from https://pdfs.semanticscholar.org/a86e/e061fc2464baff1bec2c6a0c21e9753531b4.pdf

Peirce, A. G. (2010). The essential imperative of basic nursing education: An ethical discourse. *Advances in Nursing Science, 33*(4), 320-328.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Boston, MA: Pearson.

Thacker, K. S. (2008). Nurses' advocacy behaviors in end-of-life nursing care. *SAGE Journal, 15*(2), 174-185.

Vaartio, H., Leino-Kilpi, H., Suominen, T., & Puukka, P. (2009). Measuring nursing advocacy in procedural pain care-Development and validation of an instrument. *Pain Management Nursing, 10*(4), 206-219.

Young, H. M., & Hegyvary, S. T. (1993). *Progress report on a "continuum of care" partnership*. Retrieved from http://www.highbeam.com/doc/1G1-14915743.html

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์
Nurse's Roles in Nutrition Promotion among Pregnant Women

ธัญญมล สุริยานิมิตรสุข, ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์) [1]
Thunyamol Suriyanimitsuk, Ph.D. (Nursing Science) [1]
ฐิตารีย์ ดิษาภิรมย์, พย.บ. [2]
Thitaree Disapirom, B.N.S. [2]

บทคัดย่อ

ภาวะโภชนาการที่ดีในขณะตั้งครรภ์ย่อมส่งผลดีต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และพัฒนาการของทารก การมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสมจะส่งผลดีทั้งต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ หากสตรีตั้งครรภ์มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นน้อย หรือมีภาวะขาดสารอาหาร ย่อมส่งผลให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตได้ไม่ดี ในทางตรงกันข้าม หากสตรีตั้งครรภ์มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากเกินไป อาจส่งผลให้ทารกมีน้ำหนักตัวมากและเกิดการคลอดยาก ซึ่งผลจากการคลอดยาก คือ สตรีตั้งครรภ์อาจต้องได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในสตรีตั้งครรภ์จำเป็นต้องกระทำตั้งแต่ทราบว่าตั้งครรภ์ ซึ่งพยาบาลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อการดูแลสตรีตั้งครรภ์ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ดี โดยพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเบื้องต้นในเรื่องสารอาหารและพลังงานที่สตรีตั้งครรภ์ควรได้รับ ใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินสุขภาพและให้คำปรึกษาด้านโภชนาการแก่สตรีตั้งครรภ์ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการให้การพยาบาล ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์ ทำให้สามารถช่วยป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ แก่สตรีตั้งครรภ์ และส่งผลดีต่อสุขภาพของทารกในครรภ์

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ สตรีตั้งครรภ์

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
[1] Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Chon Buri
[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: thunyamol@bnc.ac.th
[2] พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
[2] Registered Nurse, Practitioner Level, Boromarajonani College of Nursing, Chon Buri

Abstract

Good nutrition during pregnancy positively influences both the pregnant woman's health and fetal development. Proper weight gain is beneficial for both the pregnant woman and her fetus. The consequences of poor weight gain or malnutrition result in poor fetal growth. In contrast, excessive weight gain may result in overweight infants and dystocia. As a result of dystocia, pregnant women may require cesarean section. The nutritional health of pregnant women needs to be promoted from early pregnancy. Nurses have an important role in the provision of care for women during pregnancy to achieve healthy pregnancy outcomes. Nurses need basic nutrition and energy knowledge and understanding for weight gain among pregnant women. Nurses should use the nursing process to assess health status and promote nutritional health pregnant woman. Promoting nutritional health will reduce various complications in pregnant women, while also promoting health infants.

Keywords: Nurse roles, Nutrition promotion behaviors, Pregnant women

บทนำ

การตั้งครรภ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการเป็นมารดา อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนในร่างกาย การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ และการปรับร่างกายให้เหมาะสมกับการตั้งครรภ์ (Davidson, London, & Ladewig, 2012) โดยในแต่ละไตรมาส สตรีตั้งครรภ์จะต้องได้รับสารอาหารและพลังงานอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกายที่มีเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญ ซึ่งการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสมจะส่งผลดีทั้งต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ หากสตรีตั้งครรภ์มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นน้อย มีภาวะขาดสารอาหาร ย่อมส่งผลให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตได้ไม่ดี ในทางตรงกันข้าม หากสตรีตั้งครรภ์มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากเกินไป อาจส่งผลให้ทารกมีน้ำหนักตัวมาก เกิดการคลอดยาก จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เป็นต้น บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์ โดยมีสาระเกี่ยวกับภาวะโภชนาการในระยะตั้งครรภ์ พลังงานและสารอาหารหลักที่ควรได้รับขณะตั้งครรภ์ วิตามินและเกลือแร่ที่ควรได้รับขณะตั้งครรภ์ และบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในสตรีตั้งครรภ์ ทั้งนี้เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์สามารถเลือกรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ส่งผลให้ทั้งตนเองและทารกในครรภ์มีสุขภาพแข็งแรง

ภาวะโภชนาการในระยะตั้งครรภ์

ในไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์ ความต้องการอาหารของสตรีตั้งครรภ์จะเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย เนื่องจากทารกในครรภ์ยังมีขนาดเล็ก แต่ในไตรมาสที่ 2 และ 3 ความต้องการอาหารจะเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ทารกในครรภ์ได้รับสารอาหารไปใช้ในการสร้างการเจริญเติบโตและพัฒนาการ (Pillitteri, 2010) หากสตรีตั้งครรภ์ได้รับอาหารในปริมาณที่ไม่เพียงพอ ร่างกายทารกจะดึงเอาโปรตีนจากร่างกายของสตรีตั้งครรภ์มาใช้เป็นพลังงานทดแทน (Pharm, Pharm, Tosner, & Zadak, 2011) สตรีตั้งครรภ์จึงควรมีพฤติกรรมการบริโภคอย่างเหมาะสม เพื่อให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอกับความต้องการสารอาหารที่เพิ่มขึ้นทุกชนิด เพื่อช่วยในการเจริญเติบโตของทารก

ในครรภ์ รวมทั้งช่วยซ่อมแซมเนื้อเยื่อต่าง ๆ ควบคุมกระบวนการเผาผลาญสารอาหาร เพื่อใช้ในการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและการควบคุมอุณหภูมิของร่างกายสตรีตั้งครรภ์ (Littleton & Engebretson, 2005) ดังนั้น ภาวะโภชนาการในขณะตั้งครรภ์จึงมีความสำคัญต่อสุขภาพทั้งของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์เป็นอย่างยิ่ง (Wrieden & Symon, 2003)

พลังงานและสารอาหารหลักที่ควรได้รับขณะตั้งครรภ์

น้ำหนักตัวของสตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะเพิ่มขึ้นในไตรมาสที่ 2 และ 3 โดยในไตรมาสที่ 1 สตรีตั้งครรภ์อาจมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย (0.50-2 กิโลกรัม) หรือไม่เพิ่มขึ้น เนื่องจากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และรับประทานอาหารได้น้อย เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีน้ำหนักตัวอย่างเหมาะสม โดยทั่วไปจะแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์รับประทานอาหารให้มีพลังงานเพิ่มขึ้นจากเดิมในไตรมาสที่ 2 ประมาณ 340 กิโลแคลอรี และในไตรมาสที่ 3 ประมาณ 452 กิโลแคลอรี โดยอาหารที่รับประทานต้องมีสารอาหารครบถ้วน ซึ่งปริมาณพลังงานและสารอาหารที่สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์บริโภคต่อวัน สรุปได้ดังตารางที่ 1 และ 2 (ประพิมพ์พร ฉัตรานุกูลชัย, 2556)

ตารางที่ 1 ปริมาณพลังงานและสารอาหารที่สตรีตั้งครรภ์ควรบริโภคต่อวัน

พลังงานและสารอาหาร	อายุ 16-18 ปี			อายุ 19 ปีขึ้นไป		
	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3
พลังงาน (กิโลแคลอรี)	1,900	2,200	2,200	1,700	2,000	2,000
โปรตีน (กรัม)	78	78	78	77	77	77
วิตามินเอ (มคก.)	800	800	800	800	800	800
วิตามินซี (มก.)	85	85	85	85	85	85
วิตามินบี 1 (มก.)	1.3	1.3	1.3	1.4	1.4	1.4
วิตามินบี 2 (มก.)	1.3	1.3	1.3	1.4	1.4	1.4
วิตามินบี 6 (มก.)	1.8	1.8	1.8	1.9	1.9	1.9
โฟเลท (มคก.)	600	600	600	600	600	600
วิตามินบี 12 (มคก.)	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2
แคลเซียม (มก.)	1,000	1,000	1,000	800	800	800
ไอโอดีน (มคก.)	200	200	200	200	200	200
เหล็ก (มก.)	ความต้องการเกินกว่าจะได้รับเพียงพอจากอาหาร ให้เสริมยาเม็ดธาตุเหล็กวันละ 60 มก.					
สังกะสี (มก.)	9	9	9	9	9	9

ตารางที่ 2 ปริมาณอาหารที่สตรีตั้งครรภ์ควรบริโภคต่อวัน

กลุ่มอาหาร	อายุ 16-18 ปี		อายุ 19 ปีขึ้นไป	
	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2 และ 3	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2 และ 3
ข้าว แป้ง เส้นก๋วยเตี๋ยว (ทัพพี)	8	10	6	9
ผัก (ทัพพี)	6	6	6	6
ผลไม้ (ส่วน)	5	6	5	6
เนื้อสัตว์ (ช้อนกินข้าว)	12	12	12	12
นม (แก้ว)	3	3	2-3	2-3
น้ำตาล (ช้อนชา)	ไม่เกิน 4	ไม่เกิน 5	ไม่เกิน 4	ไม่เกิน 5
เกลือ (ช้อนชา)	ไม่เกิน 1	ไม่เกิน 1	ไม่เกิน 1	ไม่เกิน 1

สำหรับข้อมูลของสารอาหารแต่ละหมวด สรุปได้ดังนี้

1. หมวดคาร์โบไฮเดรต มีความสำคัญต่อการเพิ่มน้ำหนักตัวและการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์และเนื้อเยื่อของสตรีตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในช่วงท้ายไตรมาสที่ 2 (Ladewig, London, & Davidson, 2006) จึงไม่ควรรับประทานต่ำกว่า 175 กรัมต่อวัน (คนปกติ ไม่ต่ำกว่า 130 กรัมต่อวัน) หากได้รับอาหารหมวดนี้ไม่เพียงพอ ร่างกายจะย่อยสลายโปรตีนที่สะสมไว้ ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ (Sen et al., 2012) แต่ก็ไม่ควรได้รับมากเกินไป เพราะจะทำให้เกิดอาการท้องอืด ทั้งนี้ควรรับประทานอาหารที่เป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น ข้าวกล้อง โฮลวีท ธัญพืช (Orshan, 2008) เนื่องจากมีกากใยอาหารมาก ทำให้รู้สึกอิ่มนาน ไม่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดแกว่งขึ้น-ลงเร็วเกินไป และไม่ควรรับประทานอาหารหวานจัด เช่น ขนมหวาน หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลผสมจำนวนมาก เนื่องจากไม่มีคุณค่าทางอาหารและยังทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (ประพิมพ์พร ฉัตรานุกูลชัย, 2556)

2. หมวดโปรตีน มีความสำคัญต่อการสร้างเซลล์และอวัยวะทั้งของทารกและมารดา ควรได้รับเพิ่มขึ้นจากปกติประมาณ 25 กรัมต่อวัน (คิดเป็นอัตราส่วน 1:1 กรัมต่อน้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์ต่อวัน เช่น น้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์ 60 กก. จะได้รับโปรตีนเพิ่มขึ้น 60 กรัมต่อวัน ซึ่งใน 1 วัน แบ่งออกเป็น 3 มื้อ จึงต้องได้รับโปรตีนเพิ่มขึ้น 20 กรัมต่อมื้อ) (Turner, 2014) โดยความต้องการโปรตีนต่อวันจะเท่ากันตลอดการตั้งครรภ์ ควรเลือกรับประทานโปรตีนคุณภาพสูง มีกรดอะมิโนครบถ้วน เช่น เนื้อสัตว์ที่ไม่ติดหนัง ไข่ นม ถั่วเหลือง รวมทั้งปลาทะเล ซึ่งมีไอโอดีน ซิลิเนียม และไขมันชนิดโอเมก้า 3 โดยเฉพาะ docosahexaenoic acid (DHA) ส่วนปลาน้ำจืดก็เป็นแหล่งโปรตีนคุณภาพสูงและมีไขมันชนิดโอเมก้า 3 เช่นกัน (ประพิมพ์พร ฉัตรานุกูลชัย, 2556)

3. หมวดไขมัน มีความสำคัญต่อการทำงานของระบบประสาทและการมองเห็นของทารก ซึ่งจะพัฒนาในไตรมาสที่ 3 (Lauwers & Swisher, 2005) หากขาดกรดไขมันจำเป็นอย่างรุนแรงจะทำให้เกิดความผิดปกติของรกและเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทารกในภายหลัง (Orshan, 2008) ควรได้รับไขมัน 20-35 กรัมต่อวัน โดยรับประทานอาหารที่มีกรดไขมันจำเป็น ได้แก่ ไขมันกลุ่มโอเมก้า 6 คือ linoleic acid และไขมันกลุ่มโอเมก้า 3 คือ alpha-linolenic acid และระวังการรับประทานไขมันทรานส์ (trans fat) เช่น เบเกอรี่ที่ทำจากเนย เนยแข็ง เนยขาว ครีมเทียม ซึ่งจะไปลดระดับ HDL-cholesterol และเพิ่มระดับ LDL-cholesterol อีกทั้งยังสามารถผ่านจากรกไปสู่ทารกในครรภ์ได้ ซึ่งจะทำให้เมตาบอลิซึม

ของกรดไขมันจำเป็นผิดปกติไป จึงอาจเกิดผลเสียต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกได้ (Albuquerque et al., 2006)

4. หมวดกากใยอาหาร มีความสำคัญต่อระบบการขับถ่ายของสตรีตั้งครรภ์ เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของระดับฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนในขณะตั้งครรภ์ ทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ส่งผลให้มีอาการท้องผูก จึงควรได้รับกากใยอาหารให้เพียงพอ (ประมาณ 28 กรัมต่อวัน) โดยรับประทานผักใบสีต่าง ๆ และผลไม้วันละ 5 ส่วน (ประมาณ 5 ทัพพี) ในรายที่น้ำหนักเกินหรือต้องควบคุมอาหาร ให้เพิ่มการรับประทานผักหลากสี เนื่องจากจะได้รับกากใยอาหาร วิตามิน และเกลือแร่ แต่มีพลังงานต่ำกว่า (ประพิมพ์พร ฉัตรานุกูลชัย, 2556)

วิตามินและเกลือแร่ที่ควรได้รับขณะตั้งครรภ์

วิตามินและเกลือแร่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเจริญเติบโตและการทำงานของเซลล์ต่าง ๆ และเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของเอนไซม์ที่ช่วยให้การเผาผลาญเป็นปกติ ข้อมูลของวิตามินและเกลือแร่ที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

1. ธาตุเหล็ก มีความสำคัญต่อการสร้างฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงของทารกในครรภ์ ซึ่งทารกจะมีการดูดซึมธาตุเหล็กได้มากในไตรมาสที่ 3 เพื่อใช้ในการสร้างเลือด (Orshan, 2008) หากสตรีตั้งครรภ์ได้รับธาตุเหล็กไม่เพียงพอจะทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังคลอด (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2554) อีกทั้งทำให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักตัวน้อย คลอดก่อนกำหนด การสะสมธาตุเหล็กในร่างกายลดลง และเสี่ยงต่อภาวะโลหิตจางเพิ่มขึ้น (Goonewardene, Shehata, & Hamad, 2012) โดยปริมาณธาตุเหล็กที่ต้องการเพิ่มตลอดอายุครรภ์เท่ากับ 700-800 มิลลิกรัม ซึ่งในไตรมาสที่ 1 สตรีตั้งครรภ์มีความต้องการธาตุเหล็ก 6.40 มิลลิกรัมต่อวัน และเพิ่มขึ้นเป็น 18.80 และ 22.40 มิลลิกรัมต่อวัน ในไตรมาสที่ 2 และ 3 ตามลำดับ (Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, 2001) ควรแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น ไข่แดง ตับ เลือด เนื้อสัตว์ต่าง ๆ ร่วมกับรับประทานยาเม็ดธาตุเหล็กเสริม เพื่อป้องกันการลดลงของธาตุเหล็กสำรองในร่างกายของสตรีตั้งครรภ์ (Aranda, Ribot, Garcia, Viter, & Arija, 2011; Goonewardene et al., 2012) หากมีภาวะโลหิตจางเนื่องจากขาดธาตุเหล็กอาจต้องได้รับธาตุเหล็กเสริมถึง 120 มิลลิกรัมต่อวัน

2. แคลเซียม มีความสำคัญต่อการสร้างกระดูกของทารกในครรภ์ และคงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกระดูกและฟันของสตรีตั้งครรภ์ (Lowdermilk, Perry, Cashion, & Alden, 2012) ควรรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม เช่น นม งาดำ ปลาเล็กปลาน้อย ในปริมาณ 1,000 มิลลิกรัมต่อวัน ในสตรีอายุ 16-18 ปี และ 800 มิลลิกรัม ในสตรีอายุ 19 ปีขึ้นไป

3. โซเดียม มีความสำคัญต่อการควบคุมความสมดุลของของเหลวในร่างกาย และช่วยรักษาระดับของความดันโลหิตในร่างกาย ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ควรได้รับเพิ่มขึ้นจากปกติ โดยการปรุงรสอาหารทั่วไปจะทำให้มีโซเดียมที่มากพอสำหรับความต้องการของร่างกายขณะตั้งครรภ์ การลดโซเดียมในสตรีตั้งครรภ์จะทำให้มีการลดปริมาณเลือด ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อการตั้งครรภ์ได้ (คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา, 2551)

4. วิตามินดี มีความสำคัญต่อการกระตุ้นการดูดซึมแคลเซียมในทางเดินอาหาร สตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 1 พบภาวะพร่องวิตามินดีสูงถึงร้อยละ 83 (Charatcharoenwitthaya et al., 2013) จึงควรแนะนำให้สัมผัสแดดอ่อน ๆ หรือรับประทานวิตามินดีเสริมให้ได้อย่างน้อย 400 IU ต่อวัน

5. วิตามินเอ มีความสำคัญต่อการบำรุงสมอง การเจริญเติบโต และพัฒนาการทางสายตาของทารกในครรภ์ การสร้างเนื้อเยื่อของสตรีตั้งครรภ์ การเจริญเติบโตของเซลล์ต่าง ๆ รวมถึงช่วยในการทำงานของระบบสืบพันธุ์ หากสตรีตั้งครรภ์ขาดวิตามินเอจะส่งผลกระทบถึงทารก แต่หากได้รับเกิน 10,000 IU ต่อวัน อาจทำให้ทารกเกิดความพิการได้ โดยเฉพาะในไตรมาสที่ 1 (Rothman et al., 1995) ควรรับประทานอาหารที่มีวิตามินเอ 100-700 ไมโครกรัมต่อวัน จากการศึกษาของ Blincoe (2008) พบว่าหากได้รับวิตามินเอปริมาณมากในระยะ 2 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ จะมีความเสี่ยงต่อความผิดปกติของทารก

ในครรภ์สูงถึง 2 เท่า และจากการศึกษาของ Nichols, Curtis, Rayman, and Taylor (2008) พบว่าวิตามินเอที่มากเกินไปจะทำให้เกิดการทำลายจอประสาทตา ส่งผลให้ทารกตาบอดและมีรูปร่างผิดปกติได้ สตรีตั้งครรภ์ควรหลีกเลี่ยงการบริโภคตับ เพราะในตับ 100 กรัม มีวิตามินเอชนิด retinol 13,000-40,000 ไมโครกรัม (Williamson, 2006)

6. วิตามินบี ที่สำคัญ ได้แก่ วิตามินบี 1 บี 2 บี 6 และบี 12 วิตามินบีมีความสำคัญต่อการเผาผลาญสารอาหาร การสังเคราะห์ DNA การสร้างเม็ดเลือดแดง และการสลายพลังงานในเซลล์ออกไปใช้ หากขาดวิตามินบีจะทำให้ทารกมีความผิดปกติของหลอดประสาทและแท้งได้ (Nichols et al., 2008)

7. วิตามินซี มีความสำคัญต่อการสร้างเซลล์เนื้อเยื่อเกี่ยวพันและหลอดเลือด เป็นตัวช่วยในการสร้างกระดูก ฟัน และเหงือก ป้องกันการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ ช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็ก ควรได้รับวิตามินซี 85 มิลลิกรัมต่อวัน พบว่าการขาดวิตามินซีมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะพิษแห่งครรภ์ และภาวะน้ำเดินก่อนกำหนด (นิศารัตน์ พิทักษ์วัชระ, 2555)

8. ไอโอดีน มีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบประสาทของทารก หากขาดไอโอดีนขณะตั้งครรภ์จะทำให้ทารกมีสติปัญญาผิดปกติ การเจริญเติบโตของเซลล์สมองไม่สมบูรณ์ หากขาดไอโอดีนอย่างรุนแรง ทารกจะเกิดภาวะ endemic cretinism ทำให้มีร่างกายผิดปกติ ตัวเตี้ย เป็นใบ้ หูหนวก ควรแนะนำสตรีตั้งครรภ์ให้ปรุงอาหารด้วยเกลือเสริมไอโอดีนทุกครั้ง โดยปริมาณเกลือไม่เกิน 1 ช้อนชา หรือน้ำปลาไม่เกิน 5 ช้อนชาต่อวัน (คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย, 2546)

9. กรดโฟเลต เป็นวิตามินบี 9 ชนิดที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ส่วนกรดโฟลิกเป็นวิตามินบี 9 ที่สังเคราะห์ขึ้น กรดโฟเลตมีความสำคัญต่อการสร้างเม็ดเลือดแดงของสตรีตั้งครรภ์ ช่วยในการเจริญเติบโตของทารก ป้องกันภาวะแท้งเอง และทารกพิการแต่กำเนิดจากภาวะหลอดประสาทไม่ปิด (neural tube defect) (Lowdermilk et al., 2012) ซึ่งส่งผลให้ทารกไม่มีสมอง เกิดภาวะไขสันหลังเปิด หรือมีภาวะโลหิตจาง ควรได้รับกรดโฟเลตจากการรับประทานอาหาร 200 ไมโครกรัม และจากการเสริมกรดโฟลิก อีก 400 ไมโครกรัมต่อวัน กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ควรได้รับ 600 ไมโครกรัมต่อวัน ตั้งแต่ระยะ 1 เดือนก่อนการปฏิสนธิของตัวอ่อน ไปจนตลอดไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์ (Berry & Li, 2002) หากครอบครัวมีประวัติการคลอดทารกที่มีความผิดปกติของหลอดประสาท ให้รับประทานเพิ่มเป็น 4 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดการปิดของหลอดประสาทของทารกในครรภ์ได้มากถึงร้อยละ 72 (MRC Vitamin Study Research Group, 1991) และจากการศึกษาพบว่าการได้รับกรดโฟลิกในขนาด 0.30-5 มิลลิกรัมต่อวันก่อนอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ สามารถป้องกันภาวะโลหิตจางได้

10. สังกะสี เป็นองค์ประกอบของเอ็นไซม์มากกว่า 100 ชนิด มีความสำคัญต่อขบวนการสังเคราะห์โปรตีน การเผาผลาญของกรดนิวคลิอีก การแบ่งเซลล์ และระบบภูมิคุ้มกันในไตรมาสที่ 1 ของการตั้งครรภ์ เป็นแร่ธาตุที่ร่างกายไม่สามารถสร้างได้ และเก็บสะสมไว้เผื่อใช้ไม่ได้ มีความจำเป็นต่อทารกเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 5 เท่า ช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปากแหว่งเพดานโหว่ และเสริมสร้างภูมิคุ้มกันในทารก (Shah & Sachdev, 2006) หากขาดสังกะสีจะทำให้ศีรษะของทารกมีขนาดเล็ก ร่างกายแคระแกร็น การเจริญของระบบสืบพันธุ์ล่าช้า พัฒนาการของกระดูกผิดปกติ มีภาวะโลหิตจาง ตับและม้ามโต การมองเห็นผิดปกติ และระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอลง เนื่องจากร่างกายสร้างเซลล์เม็ดเลือดขาวลดลง เจริญเติบโตช้า และคลอดก่อนกำหนด (Turner, 2014) สตรีตั้งครรภ์ควรได้รับสังกะสี 11 มิลลิกรัมต่อวัน แต่ไม่เกิน 40 มิลลิกรัม (Massaro, Rothbaum, & Aly, 2006) โดยควรได้รับเพิ่มให้เพียงพอตั้งแต่เดือนที่ 5 ของการตั้งครรภ์ ในรายที่รับประทานอาหารมังสวิรัติมีโอกาสเสี่ยงต่อการขาดสังกะสี อาจต้องได้รับเสริมในรูปแบบยาเม็ด (Brown, 2011)

พยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในสตรีตั้งครรภ์

การส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในสตรีตั้งครรภ์ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับความต้องการของสตรีตั้งครรภ์ เพื่อให้ได้คุณค่าทางโภชนาการครบถ้วน ทำให้มีสุขภาพแข็งแรงในขณะตั้งครรภ์ ทั้งนี้ การส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในสตรีตั้งครรภ์เริ่มตั้งแต่ระยะแรกของการตั้งครรภ์ โดยบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีความใกล้ชิดและมีบทบาทสำคัญมากที่สุดในการส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว คือ พยาบาล โดยเฉพาะในหน่วยฝากครรภ์

พยาบาลมีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการจัดการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล ทั้งนี้จะต้องสามารถค้นหาปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ เครื่องมือสำคัญที่พยาบาลได้นำมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ คือ กระบวนการพยาบาล สำหรับการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในสตรีตั้งครรภ์นั้น พยาบาลควรเริ่มต้นจากการประเมินสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการต่อไป

การประเมินด้านโภชนาการในสตรีตั้งครรภ์

การประเมินสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญของกระบวนการพยาบาล การเก็บรวบรวมข้อมูลต้องถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพอย่างแท้จริง อันจะนำไปสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการวางแผนกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการ การประเมินสุขภาพสามารถทำได้โดยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นต้น การประเมินภาวะโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อช่วยในการสำรวจภาวะโภชนาการ ซึ่งอาจส่งผลกระทบทั้งต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ โดยสามารถกระทำได้ดังนี้

1. การซักประวัติ การซักประวัติที่ดีจะทำให้ทราบถึงปัญหาด้านโภชนาการซึ่งการซักประวัติอาจทำในรูปแบบของการสอบถาม หรือการพูดคุย/สัมภาษณ์ก็ได้ ข้อมูลที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการที่ควรประเมิน มีดังนี้ (ธีระพงศ์ เจริญวิทย์, บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ, ศักนัน มะโนทัย, สมชาย ธนพัฒนาเจริญ, และกระเษียร ปัญญาคำเลิศ, 2551)

- ประวัติการรับประทานอาหาร เช่น การรับประทานที่ไม่สม่ำเสมอ การงด/หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารบางมื้อ การใช้วิตามิน เกลือแร่ หรือสมุนไพรบางชนิด การงด/หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารบางประเภท

- ประวัติการใช้ยา หรือสารเสพติดต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพโดยตรง และอาจก่อให้เกิดปัญหาในการรับประทานอาหารที่ทำให้ได้รับสารอาหารและพลังงานไม่เพียงพอ

- ประวัติการเจ็บป่วยและการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ เช่น โรคเบาหวาน ประวัติการผ่าตัดลำไส้ ประวัติทารกครรภ์ก่อนมีภาวะหลอดประสาทไม่ปิด

- เศรษฐานะ มีผลต่อความสามารถในการจัดซื้อและจัดเก็บอาหาร รวมถึงการเตรียมอาหารที่เหมาะสม

2. การตรวจร่างกาย การตรวจร่างกายเพื่อคัดกรองหาลักษณะของโรค หรือการขาดสารอาหารต่าง ๆ เช่น การมีต่อมน้ำลายพาโรติดโต การกร่อนของสารเคลือบฟันในโรคบูลิเมีย (bulimia) การตรวจลักษณะที่จำเพาะกับการขาดวิตามิน ซึ่งอาจพบได้น้อยลงในปัจจุบัน แต่ก็อาจพบได้ในบางสถานที่ที่ยากจน หรือในรายที่เป็นโรคเรื้อรัง หรือมีภาวะผิดปกติต่าง ๆ เช่น โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคกลุ่มพันธุกรรมเมตาบอลิก ภาวการณ์ดูดซึมอาหารทางลำไส้ผิดปกติ

3. การประเมินดัชนีมวลกาย องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำจำกัดความของแบบแผนน้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์ในคนเอเชีย โดยมีการแบ่งตามดัชนีมวลกาย (BMI) คือ ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.50 กก./เมตร^2 หมายถึง น้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.50-22.99 กก./เมตร^2 หมายถึง น้ำหนักตัวปกติ ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 23.0-27.50 กก./เมตร^2 หมายถึง น้ำหนักตัวมากกว่าปกติ และดัชนีมวลกายมากกว่า 27.50 กก./เมตร^2 หมายถึง ภาวะอ้วน (WHO Expert Consultation, 2004)

4. การประเมินน้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้นในขณะตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานก่อนตั้งครรภ์ ควรมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นประมาณ 11.50-16 กิโลกรัม ตลอดการตั้งครรภ์ หากผอมกว่าปกติ ควรมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าเกณฑ์นี้ ในทางตรงกันข้าม หากมีภาวะอ้วน ควรมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นไม่เกิน 9 กิโลกรัม โดยน้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้นในขณะตั้งครรภ์ขึ้นอยู่กับน้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์ ซึ่งสามารถคำนวณน้ำหนักตัวโดยรวมที่เหมาะสมก่อนคลอดได้จากดัชนีมวลกาย ทั้งนี้ American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2013) ได้แนะนำน้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้นในขณะตั้งครรภ์ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เกณฑ์แนะนำน้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้นในขณะตั้งครรภ์ (ครรภ์เดี่ยว)

แบบแผนของน้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์	น้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้นทั้งหมด (กก.)	ค่าเฉลี่ยอัตราการเพิ่มของน้ำหนักตัวในไตรมาสที่ 2 และ 3 (กก./สป.)
น้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ	12.50 - 18.00	.51 (.44 - .58)
น้ำหนักตัวปกติ	11.50 - 16.00	.42 (.35 - .50)
น้ำหนักตัวมากกว่าปกติ	7.00 - 11.50	.28 (.23 - .33)
ภาวะอ้วน	5.00 - 9.00	.22 (.17 - .27)

หลังการประเมิน พยาบาลต้องนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินทั้งหมดมาวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการส่งสัญญาณให้ทราบว่าสตรีตั้งครรภ์มีภาวะโภชนาการเป็นอย่างไร มีปัญหาที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการหรือไม่ แล้วจึงนำผลการวิเคราะห์นั้นมาวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการต่อไป

แนวทางการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในสตรีตั้งครรภ์ มีดังนี้

1. แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์รับประทานอาหารให้ได้ปริมาณพลังงานและสารอาหารที่แนะนำให้บริโภคต่อวัน โดยต้องรับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ และมีอาหารว่างที่มีประโยชน์อีก 2-3 มื้อ ซึ่งอาจแนะนำเมนูอาหารที่สอดคล้องกับน้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้นในแต่ละไตรมาสด้วย เช่น ในไตรมาสแรก แนะนำอาหารที่สร้างเนื้อเยื่อและการเจริญเติบโตของทารก ได้แก่ โปรตีน แคลเซียม ธาตุเหล็ก และโฟเลต ในไตรมาสที่ 2 แนะนำอาหารที่เพิ่มพลังงาน ลดอาการท้องผูก และในไตรมาสที่ 3 แนะนำอาหารที่บำรุงเซลล์สมองของทารก เป็นต้น

2. ให้ความรู้ด้านโภชนาการ อาจให้เป็นรายกลุ่ม ควรให้ความรู้เมื่อสตรีตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรก โดยให้ความรู้ในรูปของธงโภชนาการ และควรมีหุ่นจำลองประกอบการให้ความรู้ เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการเลือกซื้อ เลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้อง เหมาะสม ในกรณีที่สตรีตั้งครรภ์ไม่เข้าใจและไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสม ควรให้ความรู้เป็นรายบุคคล การให้ความรู้ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มีภาวะโภชนาการและสุขภาพที่ดีขึ้น เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และลดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการ

3. ใช้แนวคิด 5 กุญแจสำคัญสำหรับอาหารปลอดภัย (Five Keys to Safer Food) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2006) ในการเตรียมอาหารปลอดภัย ซึ่งกุญแจสำคัญ 5 ประการ มีดังนี้

กุญแจที่ 1 การรักษาความสะอาด: ต้องล้างมือก่อนการประกอบอาหาร ระหว่างการประกอบอาหาร และหลังเข้าห้องน้ำ ทำความสะอาดบริเวณและอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบอาหาร ตลอดจนป้องกันไม่ให้แมลงหรือสัตว์อื่นๆ มารบกวนในห้องครัว เพื่อป้องกันเชื้อจุลินทรีย์ปนเปื้อนสู่อาหาร ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรค (Saichua, Pinmai, Somrithipol, & Tor-Udom, 2008) นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงวิธีการกำจัดแมลงอย่างถูกวิธี หากกำจัดแมลง

ไม่ถูกวิธี เช่น ใช้ยาฉีด อาจทำให้อาหารปนเปื้อนได้

กุญแจที่ 2 การแยกอาหารดิบและสุก: ต้องแยกเนื้อสด สัตว์ปีก และอาหารทะเลสด ออกจากอาหารสุก เนื่องจากอาหารสดซึ่งรวมถึงผัก ผลไม้ มักมีเชื้อจุลินทรีย์ที่เป็นอันตราย ซึ่งอาจปนเปื้อนสู่อาหารปรุงสุกระหว่างการเตรียมและการเก็บรักษา นอกจากนี้ อุปกรณ์ ของใช้ เช่น มีด เขียง ที่ใช้กับอาหารสด ไม่ควรใช้ร่วมกับอาหารปรุงสุก หากจะใช้ต้องทำความสะอาดอย่างถูกวิธี การเก็บอาหารปรุงสุกต้องแยกออกจากอาหารสด ทั้งนี้ การปนเปื้อนอาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ขั้นตอนการซื้อโดยใส่ปนกันในถุง หรืออาจเกิดจากการเก็บปนกันในตู้เย็นโดยไม่ได้แยกให้เป็นสัดส่วน หรือไม่ได้ล้างให้สะอาดก่อนนำไปเก็บในตู้เย็น

กุญแจที่ 3 การปรุงสุก: มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องปรุงเนื้อสัตว์ สัตว์ปีก ไข่ และอาหารทะเล ให้สุกก่อนบริโภค ซุปและอาหารประเภทต้ม/แกง ต้องปรุงให้เดือดหรืออย่างน้อยที่อุณหภูมิ 70 องศาเซลเซียส จึงจะฆ่าเชื้อจุลินทรีย์ทั้งหมดในอาหารได้ อาหารที่ปรุงสุกและเก็บไว้นานต้องอุ่นจนมีอุณหภูมิ 60 องศาเซลเซียสขึ้นไป

กุญแจที่ 4 การรักษาอาหารในอุณหภูมิที่พอเหมาะ: ไม่ควรวางอาหารปรุงสุกที่อุณหภูมิห้องนานเกิน 2 ชั่วโมง โดยควรเก็บในตู้เย็นที่อุณหภูมิไม่ต่ำกว่า 5 องศาเซลเซียส เมื่อจะนำมารับประทาน ควรอุ่นที่อุณหภูมิ 60 องศาเซลเซียสขึ้นไป จึงจะปลอดเชื้อจุลินทรีย์ ทั้งนี้ ไม่ควรเก็บอาหารปรุงสุกในตู้เย็นเป็นเวลานาน และการละลายอาหารแช่แข็งควรใช้วิธีย้ายจากช่องแช่แข็งมาที่ช่องธรรมดา (อุณหภูมิต่ำกว่า 5 องศาเซลเซียส) หรือใช้ความร้อนช่วย โดยใช้อุณหภูมิสูงกว่า 60 องศาเซลเซียส

กุญแจที่ 5 การใช้น้ำและวัตถุดิบในการปรุงที่ไม่ปนเปื้อน: เลือกอาหารที่ผ่านการผลิตอย่างปลอดภัย ผ่านการฆ่าเชื้อโรคมาแล้ว ล้างผักและผลไม้ก่อนบริโภคอย่างถูกวิธี ไม่บริโภคอาหารที่หมดอายุ ทั้งนี้ สารปนเปื้อนหลายชนิด เช่น บอแรกซ์ สารฟอกขาว สารกันรา ฟอร์มาลิน ล้วนเป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ เนื่องจากสามารถผ่านรกได้ (Al-Saleh, Shinwari, Mashhour, Mohamed, & Rabah, 2011) ผลการศึกษาหลายชิ้นพบว่าอาหารไทยมีการปนเปื้อน ซึ่งสัมพันธ์กับการขาดความรู้ (Lorenz et al., 2012) เช่น พบสารปรอทในอาหารทะเลที่จับบริเวณโรงงานก๊าซในอ่าวไทย (Menasveta & Piyatiratitivorakul, 2008) และในปลาช่อนในจังหวัดปราจีนบุรี ซึ่งมีโรงไฟฟ้าถ่านหินและโรงงานอุตสาหกรรม (มูลนิธิบูรณะนิเวศ [ประเทศไทย] สมาคมอาร์นิกา [สาธารณรัฐเช็ก] และคณะทำงานด้านโลหะหนัก, 2556)

4. พยาบาลควรมีการประเมินภาวะโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์ เช่น ประเมินน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น หรือประเมินดัชนีมวลกายเป็นระยะ และให้กำลังใจหรือชมเชยในกรณีที่สตรีตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการที่ดีอย่างยั่งยืน

สรุป

การส่งเสริมภาวะโภชนาการในสตรีตั้งครรภ์เพื่อให้มีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสมจะส่งผลดีทั้งต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ซึ่งพยาบาลเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญมากที่สุดในการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ทั้งนี้ พยาบาลต้องนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในสตรีตั้งครรภ์ โดยเริ่มต้นจากการประเมินสุขภาพ ซึ่งสามารถทำได้โดยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และหลังการประเมินสุขภาพ พยาบาลต้องนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินทั้งหมดมาวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล แล้วจึงนำผลการวิเคราะห์นั้นมาวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการต่อไป สำหรับแนวทางการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในสตรีตั้งครรภ์ สามารถทำได้โดยแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ให้ได้ทั้งปริมาณพลังงานและสารอาหารที่แนะนำให้บริโภคต่อวัน และใช้แนวคิด 5 กุญแจสำคัญสำหรับอาหารปลอดภัย ขององค์การอนามัยโลก ในการเตรียมอาหารปลอดภัย ได้แก่ การรักษาความสะอาด การแยกอาหารดิบและสุก การปรุงสุก การรักษาอาหารในอุณหภูมิที่พอเหมาะ และการใช้น้ำและวัตถุดิบในการปรุงที่ไม่ปนเปื้อน นอกจากนี้ พยาบาลควรมีการติดตามผลโดยประเมินภาวะโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์เป็นระยะ และชมเชยในกรณีที่สามารถ

ปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ทั้งนี้เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีกำลังใจในการปฏิบัติตน ซึ่งจะส่งผลให้ทารกในครรภ์มีสุขภาพที่ดี

เอกสารอ้างอิง

คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย. (2546). *ปริมาณสารอาหาร อ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2546*. นนทบุรี: กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา. (2551). *บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2551*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

ธีระพงศ์ เจริญวิทย์, บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ, ศักนัน มะโนทัย, สมชาย ธนพัฒนาเจริญ, และกระเษียร ปัญญาคำเลิศ. (2551). *สูติศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โอ.เอส. พริ้นติ้งเฮาส์.

นิศารัตน์ พิทักษ์วัชระ. (2555). *สารอาหารที่จำเป็นสำหรับสตรีตั้งครรภ์*. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.

ประพิมพ์พร ฉัตรานุกูลชัย. (2556). Nutrition in pregnancy. ใน วิบูลย์ เรืองชัยนิคม, บุญศรี จันทร์รัชชกูล, ปัทมา พรหมสนธิ, นพดล ไชยสิทธิ์, จิตติมา รุจิเวชพงศธร, และจินดามาศ โกศลชื่นวิจิตร (บ.ก.), *เวชปฏิบัติเชิงประจักษ์ร่วมสมัย ในเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์* (น. 187-194). กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น.

มาลีวัล เลิศสาครศิริ. (2554). *การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน ฉบับปรับปรุง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อัสสัมชัญ.

มูลนิธิบูรณะนิเวศ (ประเทศไทย) สมาคมอาร์นิกา (สาธารณรัฐเช็ก) และคณะทำงานด้านโลหะหนัก. (2556). *พื้นที่ปนเปื้อนสารปรอทของประเทศไทย*. สืบค้นจาก http://www.ipen.org/hgmonitoring/pdfs/ thailand_mercury_fish-hair_final-th.pdf

Albuquerque, K. T., Sardinha, F. L., Telles, M. M., Watanabe, R. L., Nascimento, C. M., do Carmo, T., & Ribeiro, E. B. (2006). Intake of trans fatty acid-rich hydrogenated fat during pregnancy and lactation inhibits the hypophagic effect of central insulin in the adult offspring. *Nutrition, 22*(7-8), 820-829.

Al-Saleh, I., Shinwari, N., Mashhour, A., Mohamed, G. D, & Rabah, A. (2011). Heavy metals (lead, cadmium and mercury) in maternal, cord blood and placenta of healthy women. *International Journal of Hygiene and Environmental Health, 214*(2), 79-101. doi:10.1016/j.ijheh.2010.10.001

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013). ACOG committee opinion no. 549: Obesity in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology, 121*(1), 213-217. doi:10.1097/01.AOG.0000425667.10377.60

Aranda, N., Ribot, B., Garcia, E., Viteri, F. E., & Arija, V. (2011). Pre-pregnancy iron reserves, iron supplementation during pregnancy, and birth weight. *Early Human Development, 87*(12), 791-797. doi:10.1016/j.earlhumdev.2011.06.003

Berry, R. J., & Li, Z. (2002). Folic acid alone prevents neural tube defect: Evidence from the China study. *Epidemiology, 13*(1), 114-116.

Blincoe, A. J. (2008). Optimum maternal nutrition for a healthy pregnancy. *British Journal of Midwifery, 16*(1), 54-57.

Brown, L. S. (2011). Nutrition requirements during pregnancy. In J. Sharlin & S. Edelstein (Eds.), *Essentials of life cycle nutrition* (pp. 1-24). Boston: Jones and Bartlett Publishers.

Charatcharoenwitthaya, N., Nanthakomon, T., Somprasit, C., Chanthasenanont, A., Chailurkit, L. O., Pattaraarchachai, J., & Ongphiphadhanakul, B. (2013). Maternal vitamin D status, its associated factors and the course of pregnancy in Thai women. *Clinical Endocrinology, 78*(1), 126-133. doi:10.1111/j.1365-2265.2012.04470.x

Davidson, M., London, M. L., & Ladewig, P. (2012). *Olds' maternal-newborn nursing & women's health across the lifespan* (9th ed.). Boston: Pearson.

Food and Nutrition Board, Institute of Medicine. (2001). *Dietary reference intakes for vitamin A, vitamin K, arsenic, chromium, copper, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium and zinc*. Washington, D.C.: National Academy Press.

Goonewardene, M., Shehata, M., & Hamad, A. (2012). Anaemia in pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 26*(1), 3-24.

Ladewig, P. A., London, M. L., & Davidson, M. R. (2006). *Contemporary maternal-newborn nursing care*. (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Lauwers, J., & Swisher, A. (2005). *Counseling the nursing mother: A lactation consultant's guide* (4th ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

Littleton, L., & Engebretson, J. (2005). *Maternity nursing care*. New York: Delmar Learning.

Lorenz, A. N., Prapamontol, T., Narksen, W., Srinual, N., Barr, D. B., & Riederer, A. M. (2012). Pilot study of pesticide knowledge, attitudes, and practices among pregnant women in northern Thailand. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 9*(9), 3365-3383.

Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, M. C., & Alden, K. (2012). *Maternity & women's health care* (10th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Massaro, A. N., Rothbaum, R., & Aly, H. (2006). Fetal brain development: The role of maternal nutrition, exposures and behaviors. *Journal of Pediatric Neurology, 4*(1), 1-9.

Menasveta, P., & Piyatiratitivorakul, S. (2008). *Monitoring of mercury concentration in fish in the vicinity of natural gas production platform in the gulf of Thailand*. Retrieved from http://www.conference.ifas.ufl.edu/emecs9/Presentations/Tuesday/Salon%203-4/am/Session%206/0835%20P%20Mebasveta.pdf

MRC Vitamin Study Research Group. (1991). Prevention of neural tube defects: Results of the Medical Research Council Vitamin Study. *Lancet, 338*(8760), 131-137.

Nichols, J. A. A., Curtis, E. P. P., Rayman, M. P., & Taylor, A. (2008). A survey to estimate total nutrient intake at conception: Dietary and supplementary. *Journal of Nutritional & Environmental Medicine, 17*(1), 12-43.

Orshan, S. A. (2008). *Maternity, newborn, and women's health nursing: Comprehensive care across the lifespan*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Pharm, H. M., Pharm, D. P., Tosner, J., & Zadak, Z. (2011). Prediction of nutritive intake energy and substrates of Czech pregnant women. *Nutrition, 27*(11-12), 1118-1124. doi:10.1016/j.nut.2010.12.008

Pillitteri, A. (2010). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family* (6th ed.). Shanghai, China: Lippincott William & Wilkins.

Rothman, K. J., Moore, L. L., Singer, M. R., Nguyen, U. S., Mannino, S., & Milunsky, A. (1995). Teratogenicity of high vitamin A intake. *The New England Journal of Medicine, 333*(21), 1369-1373. doi:10.1056/NEJM199511233332101

Saichua, P., Pinmai, K., Somrithipol, S., & Tor-Udom, S. (2008). Isolation of medically important fungi from cockroaches trapped at Thammasat Chalermprakiat Hospital. *Thammasat Medical Journal, 8*(3), 345-351.

Sen, S., Carpenter, A. H., Hochstadt, J., Huddleston, J. Y., Kustanovich, V., Reynolds, A. A, & Roberts, S. (2012). *Nutrition, weight gain and eating behavior in pregnancy: A review of experimental evidence for long-term effects on the risk of obesity in offspring*. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031938412001631

Shah, D., & Sachdev, H. P. S. (2006). Zinc deficiency in pregnancy and fetal outcome. *Nutrition Reviews, 64*(1), 15-30.

Turner, R. E. (2014). Nutrition in pregnancy. In A. C. Ross, B. Caballero, R. J. Cousins, K. Tucker, & T. R. Ziegler (Eds.), *Modern nutrition in health and disease* (pp. 684-697). Philadelphia: Walters Kleuver/ Lippincott Williams & Wilkins.

WHO Expert Consultation. (2004). Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet, 363*(9403), 157-163.

Williamson, C. (2006). Nutrition in pregnancy: Latest guidelines and advice. *Primary Health Care, 16*(7), 23-28.

World Health Organization. (2006). *Five keys to safer food manual*. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream /10665/43546/1/9789241594639_eng.pdf

Wrieden, W. L., & Symon, A. (2003). The development and pilot evaluation of a nutrition education intervention programme for pregnant teenage women (food for life). *Journal of Human Nutrition and Dietetics, 16*(2), 67-71.

การส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในผู้ป่วยโรคเบาหวาน
Promoting Glycemic Control through the Philosophy of Sufficiency Economy among Patients with Diabetes Mellitus

รัชชนก กลิ่นชาติ, พย.ม. (การพยาบาลศึกษา) [1]
Rudchanok Klinchat, M.N.S. (Nursing Education) [1]
สุมาลี ราชนิยม, พย.บ. [3]
Sumalee Rachaniyom, B.N.S. [3]
ธัสมน นามวงษ์, Ph.D. (Nursing) [2]
Tassamon Namwong, Ph.D. (Nursing) [2]
นงณภัทร รุ่งเนย, ค.ด. (อุดมศึกษา) [4]
Nongnaphat Rungnoei, Ph.D. (Higher Education) [4]
นิตยา ทองมา, พย.ม. (การพยาบาลศึกษา) [5]
Nittaya Thongma, M.N.S. (Nursing Education) [5]

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ พบได้บ่อยทั้งในผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ รวมถึงหญิงตั้งครรภ์ โรคเบาหวานทุกประเภทพบปัญหาที่คล้ายคลึงกัน การมีระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงมากจะส่งผลให้เกิดภยันตรายต่ออวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายหลายระบบ และนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ การนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานจะช่วยให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์การดูแลตนเองที่ดีขึ้น ซึ่งหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงนี้ประกอบด้วยความพอประมาณ ความมีเหตุผล การมีภูมิคุ้มกันตนเอง ภายใต้เงื่อนไขสำคัญ คือ ความรู้ และคุณธรรม การนำแนวคิดและหลักการดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพจำเป็นต้องวางแผนและนำไปใช้อย่างเหมาะสมทุกขั้นตอน ทั้งในด้านการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบจากโรคเบาหวาน ประโยชน์ที่จะได้รับจากการรักษาและการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย และอื่น ๆ ทั้งนี้ ความร่วมมือร่วมใจระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ นับเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โรคเบาหวาน

[1, 2, 3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
[1, 2, 3] Registered Nurse, Senior Professional Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi
[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: rudchanok@pnc.ac.th
[4, 5] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
[4, 5] Registered Nurse, Senior Professional Level, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province

Abstract

Diabetes mellitus is a chronic and non-communicable disease. It occurs most frequently in adults, older adults, and pregnants. All types of diabetes have something in similar. High concentrations of blood glucose turn damage many of the body's systems, and induce to complex complication and mortality. Appropriated blood glucose control is very important method to reduce risks of complication. Health care supporting according to the "philosophy of sufficiency economy" can serve good health care outcomes for diabetic patients. "Sufficiency" means moderation, reasonableness, and the need of self-immunity for sufficient protection. An application of knowledge with consideration and moral is essential. In the utilization of concepts and principles, it is needed for appropriated planning and implementation in every step regarding knowledge of diabetes, perceived severity and impact from diabetes, and perceived benefit in diabetic treatment and lifestyle modification on diet, exercise, and so on. However, good collaboration among the patients, families, and health care teams is an important factor that can conduce to the effective glycemic control through the philosophy of sufficiency economy.

Keywords: Glycemic control, Philosophy of sufficiency economy, Diabetes mellitus

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบได้ทุกช่วงวัย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายประการ บางคนพิการหรือเสียชีวิต จึงส่งผลกระทบทั้งต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม นับเป็นภัยคุกคามสำคัญที่เรื้อรังมานาน องค์การอนามัยโลก และสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation [IDF]) จึงกำหนดให้วันที่ 14 พฤศจิกายน เป็นวันเบาหวานโลก (World Diabetes Day) ซึ่งมีการจัดกิจกรรมและการรณรงค์ต่าง ๆ เพื่อลดปัญหาที่เกิดจากโรคเบาหวาน (IDF, 2017) แต่โรคเบาหวานก็ยังคงสร้างความสูญเสียอย่างต่อเนื่อง ในปี ค.ศ. 2040 คาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคน และร้อยละ 90 เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยในผู้ใหญ่ 10 คน จะมีผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน 1 คน (IDF, 2017) สำหรับประเทศไทย จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อประชากร 100,000 คน ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2557 เพิ่มขึ้นทั้งสิ้น 170,317 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2558) โดยมีการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability-adjusted life years [DALY]) ภาพรวมของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2557 คิดเป็น 14.90 ล้าน DALY และโรคเบาหวานเป็นสาเหตุอันดับแรกของการสูญเสียปีสุขภาวะในเพศหญิง อีกทั้งยังเป็นสาเหตุรองที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในเพศหญิง (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2560) ส่วนโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ปัจจุบันพบมากกว่าโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นก่อนตั้งครรภ์ โดยหญิงที่เป็นโรคเบาหวานในครรภ์ก่อนมีโอกาสเป็นซ้ำในครรภ์ถัดมาถึงร้อยละ 60 และมีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายในเวลา 4 ปี ถึงร้อยละ 60 หากหญิงที่เป็นโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะส่งผลทั้งต่อตนเองและทารกในครรภ์ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะน้ำคร่ำมาก ทารกมีขนาดใหญ่ มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (พรธรรมรส โพธิ, จรัสศรี ธีระกุลชัย, จันทิมา ขนบดี, และพัญญ พันธ์บูรณะ, 2559) ซึ่งสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน คือ การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรัง และในกรณีที่ได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือด อาจเกิดปัญหาระดับน้ำตาลในเลือดต่ำได้ รวมถึงการมีภาวะดื้ออินซูลิน ซึ่งทำให้การควบคุมระดับน้ำตาล

ในเลือดทำได้ยากขึ้น (American Diabetes Association [ADA], 2018) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุข โดยหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นแนวคิดที่นำมาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้มีประสิทธิภาพได้อย่างยั่งยืน ประกอบด้วยหลักความพอประมาณ หลักความมีเหตุผล และหลักการมีภูมิคุ้มกันตนเอง ภายใต้เงื่อนไขความรู้ และคุณธรรม บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการส่งเสริมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีสาระเกี่ยวกับปัญหาและผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน การประยุกต์ใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในการดำเนินชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และแนวทางสำหรับทีมสุขภาพในการส่งเสริมการนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน

ปัญหาและผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน

เมื่อพิจารณาปัญหาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่ามักมีปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตามที่กำหนด ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และบางคนไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาต่อเนื่อง ไม่มาตรวจตามนัด และรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง จนกระทั่งมีภาวะแทรกซ้อนทั้งจากการได้รับยาไม่ถูกต้องและจากความก้าวหน้าของโรค จากการศึกษาพบว่าผลกระทบจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงมีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงและมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมสูงมักเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันได้มากกว่า (เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2555) และเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น จากประสบการณ์ของคณะผู้เขียนในฐานะอาจารย์ผู้สอนและพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วย และได้ศึกษาวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทำให้เข้าใจถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น และได้เรียนรู้เกี่ยวกับแนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เช่น การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการอธิบายความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ และสังคม กล่าวคือ การเจ็บป่วยทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ทั้งในขณะที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำ เวียนศีรษะ หงุดหงิดง่าย ความต้องการทางเพศลดลง การเป็นแผลแล้วหายยาก อาจเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น ตามัว ตาบอด โรคไต ในขณะเดียวกัน ผู้ป่วยรับรู้ว่าโรคเบาหวานสามารถควบคุมอาการได้และต้องดูแลตนเองต่อเนื่อง ผู้ป่วยทราบว่าสาเหตุหลักของโรคมาจากพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ส่วนด้านการประเมินวินิจฉัยตนเอง พบว่าผู้ป่วยบางคนไม่ได้วินิจฉัยตนเองว่าเป็นโรคเบาหวานในตอนแรก เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคเบาหวาน ทำให้ไปรับการรักษาช้า (นงณภัทร รุ่งเนย, ศิริพร ครุฑกาศ, เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, นงคราญ บุญอิ้ง, และน้ำฝน วชิรรัตนพงษ์เมธี, 2560) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อดูแลตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงกับการประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (the philosophy of sufficiency economy) ของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช ที่ทรงมีพระราชดำริเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินชีวิตของพสกนิกรชาวไทยที่ตั้งอยู่บนทางสายกลาง คือ ความพอดี ไม่มากและไม่น้อยเกินไป ซึ่งนับเป็นทั้งแนวคิดและหลักปฏิบัติที่มุ่งสู่การใช้ชีวิตอย่างมีความสุข

มีดุลยภาพ และนำไปสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน (ปรียานุช พิบูลสราวุธ, 2551) สอดคล้องกับที่ธันวา จิตต์สงวน (2560) ได้กล่าวไว้ว่า ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงคือหัวใจของการขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืน ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงถือได้ว่าเป็นทุนสังคมของประเทศไทยในระดับนานาชาติ สามารถประยุกต์ใช้ได้ ยืดหยุ่นได้ตามสภาพภูมิสังคม เป็นปรัชญาที่เน้นทางสายกลาง และยังเป็นองค์ความรู้ในการพัฒนาที่เป็นเอกลักษณ์ของตนเอง อีกทั้งยังเป็นที่ยอมรับของสากลจนได้ชื่อว่าเป็น ยุทธศาสตร์ทะเลขาว (white ocean strategy) โดยหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงประกอบด้วยคุณลักษณะ 3 ประการ ที่บุคคลควรยึดถือปฏิบัติ เรียกว่า หลัก 3 ห่วง ได้แก่ ความพอประมาณ ความมีเหตุผล และการมีภูมิคุ้มกันตนเอง และเงื่อนไขสำคัญ 2 ประการ คือ ความรู้ และคุณธรรม ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (ธันวา จิตต์สงวน, 2560)

คุณลักษณะที่ 1 ความพอประมาณ หมายถึง ความพอดีที่ไม่น้อยเกินไปและไม่มากเกินไป โดยไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น เช่น การผลิตและการบริโภคที่อยู่ในระดับพอประมาณ

คุณลักษณะที่ 2 ความมีเหตุผล หมายถึง การตัดสินใจเกี่ยวกับระดับของความพอเพียงนั้นจะต้องเป็นไปอย่างมีเหตุผล โดยพิจารณาจากเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องตลอดจนคำนึงถึงผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้น ๆ อย่างรอบคอบ

คุณลักษณะที่ 3 การมีภูมิคุ้มกันตนเอง หมายถึง การเตรียมตัวให้พร้อมรับผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ของสถานการณ์ต่าง ๆ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตทั้งใกล้และไกล

ส่วนปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง 2 เงื่อนไข มีดังนี้

เงื่อนไขที่ 1 ความรู้ ประกอบด้วยความรอบรู้เกี่ยวกับวิชาการที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน ความรอบคอบที่จะนำความรู้เหล่านั้นมาพิจารณาให้เชื่อมโยงกัน เพื่อประกอบการวางแผนและความระมัดระวังในขั้นปฏิบัติ

เงื่อนไขที่ 2 คุณธรรม โดยคุณธรรมที่จะต้องเสริมสร้างประกอบด้วยการมีความตระหนักในคุณธรรม มีความซื่อสัตย์สุจริต มีความอดทน มีความพากเพียร และใช้สติปัญญาในการดำเนินชีวิต

ทั้งนี้ คณะผู้เขียนเชื่อว่าหลักการดังกล่าวสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ทั้งในการดำเนินชีวิตประจำวัน การเรียนรู้ การทำงาน และการดูแลผู้ป่วย สำหรับการนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องประยุกต์ใช้หลักความพอประมาณและหลักความมีเหตุผลในการวิเคราะห์และประเมินตนเองในด้านการรับประทานอาหารที่ถูกสัดส่วน ไม่ส่งผลให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือมีภาวะน้ำหนักตัวเกิน รวมทั้งภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา และต้องแสวงหาความรู้เพื่อให้มีภูมิคุ้มกันตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง ย่อมส่งผลกระทบให้โรคมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงชีวิตได้ ในขณะเดียวกัน หากผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาความเจ็บป่วย มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และมีความอดทน ความมุ่งมั่นตั้งใจจริงในการดูแลตนเอง เปรียบเหมือนการมีภูมิคุ้มกันตนเองภายใต้เงื่อนไขความรู้และคุณธรรม ซึ่งจะช่วยให้สามารถดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ดียิ่งขึ้น

แนวทางสำหรับทีมสุขภาพในการส่งเสริมการนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถประยุกต์ใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดนั้น ทีมสุขภาพจำเป็นต้องดำเนินการในลักษณะสหสาขาวิชาชีพควบคู่กับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งมีข้อเสนอแนะเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติดังนี้

คุณลักษณะที่ 1 ความพอประมาณ

คำถามสำหรับหลักความพอประมาณ คือ “How much” ทราบว่าควรทำอย่างไร ทำเท่าใด ผู้ป่วย

โรคเบาหวานควรวิเคราะห์ตนเองร่วมกับทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล โภชนากร เพื่อจะได้ทราบว่าเป็นเบาหวานระดับใด และควรปฏิบัติตนอย่างไรจึงจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมกับตนเอง นั่นคือ ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ ทั้งนี้ตามมาตรฐานการดูแลรักษาโรคเบาหวานของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย และสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา มีข้อแนะนำดังนี้ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560; ADA, 2018)

1.1 การประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (assessment of glycemic control) ควรมีการประเมินค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี และประเมินเพิ่มเติมเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือวิธีการรักษา

1.2 การปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต (lifestyle modification) เป็นพื้นฐานของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วยการให้ความรู้และการสนับสนุนการจัดการตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวาน (diabetes self-management education and support) การบำบัดด้วยอาหาร (nutrition therapy) การมีกิจกรรมทางกาย (physical activity) การเลิกสูบบุหรี่ (smoking cessation) และการดูแลด้านจิตสังคม (psychosocial care) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.2.1 การให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวาน มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสามารถในการตัดสินใจ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม มีความสามารถในการแก้ปัญหา และเต็มใจให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา จากการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการฉีดอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยให้การดูแลผู้ป่วยตามโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้เรื่องการฉีดอินซูลิน การฝึกทักษะการจัดการตนเองในการฉีดอินซูลิน และการโทรศัพท์ติดตามเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นการเพิ่มภูมิคุ้มกันและเพิ่มเงื่อนไขความรู้ให้แก่ผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในการฉีดอินซูลินเพิ่มขึ้น และมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ธัสมน นามวงษ์, รัชชนก สิทธิเวช, และสุมาลี ราชนิยม, 2560) โดยการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวาน มีหลักการดังนี้

1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคนมีส่วนร่วมในการจัดการตนเอง เพื่อส่งเสริมให้มีความรู้ ทักษะ และความสามารถที่จำเป็นในการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวาน และสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อช่วยให้ยังคงมีทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง

2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นศูนย์กลางในการดูแล ให้ความเคารพ และรับผิดชอบตนเอง เพื่อให้มีการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน โดยมีทีมสุขภาพเป็นผู้ช่วยเหลือและชี้แนะแนวทางเพื่อช่วยให้ตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

3) ทีมสุขภาพควรพิจารณาความเสี่ยงจากการรักษา ระดับความเชื่อมั่นของผู้ป่วย ความสามารถในการจัดการตนเอง และการสนับสนุนทางครอบครัวและสังคม เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) ทีมสุขภาพควรติดตามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย และต้องประเมินปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพตลอดชีวิต และเผชิญกับการท้าทายใหม่ๆ รวมทั้งการรักษาที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงในอนาคตได้

5) ทีมสุขภาพจำเป็นต้องมีข้อมูลที่จำเป็น เพื่อให้สามารถให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองที่เหมาะสม โดยมีคู่มือการประเมินภาวะโภชนาการ และอย่างน้อยต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค สภาพอารมณ์ ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะแทรกซ้อน การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ผลกระทบจากการเจ็บป่วย ประโยชน์ของการรักษาและดูแลตนเอง และความรู้ใหม่ๆ เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เพื่อให้สามารถให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

1.2.2 การบำบัดด้วยอาหาร จากประสบการณ์ของคณะผู้เขียน พบว่าไม่มีรูปแบบการรับประทานอาหารที่เบ็ดเสร็จหรือเฉพาะเจาะจง การรับประทานอาหารต้องปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลในแต่ละช่วงวัย ซึ่งต้องการสารอาหารที่แตกต่างกัน เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีน้ำหนักตัวเกินจะต้องควบคุมอาหารที่ส่งผลให้เกิดการสะสมไขมันเพิ่มขึ้น ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานต้องมีการดูแลเรื่องอาหารที่เฉพาะเจาะจงเพิ่มขึ้น เพื่อควบคุมน้ำหนักตัวและดูแลทารกในครรภ์ให้มีสุขภาพที่แข็งแรง ปราศจากความพิการ ลดอัตราการตายปริกำเนิด และลดความเสี่ยงต่อการมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำในทารกแรกเกิด การวางแผนการรับประทานอาหารที่เหมาะสมควรกระทำร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ทั้งนี้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกคนควรได้รับการบำบัดด้วยอาหารเป็นรายบุคคลโดยโภชนากรซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับอาหารและมีทักษะในการจัดอาหารเฉพาะโรค เป็นผู้นำเสนอแนวทางในการบำบัดด้วยอาหาร เป้าหมายของการบำบัดด้วยอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ การส่งเสริมและสนับสนุนให้มีรูปแบบการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ คำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการ และเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อให้ประสบความสำเร็จในการควบคุมน้ำหนักตัว ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด ซึ่งจะมีผลต่อการลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โดยหลักการจัดอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีดังนี้

1) จัดอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมันในปริมาณที่พอเหมาะกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และมีพลังงานสมดุล เพื่อให้การบำบัดด้วยอาหารมีประสิทธิภาพ คือ สัดส่วนของคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 50-60 ไขมันร้อยละ 25-30 และโปรตีนร้อยละ 15-20 โดยร้อยละ 70 ของคาร์โบไฮเดรตควรเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น แป้ง ส่วนคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว เช่น น้ำตาลซูโครส เครื่องดื่มโซดาที่มีรสหวาน ให้มีน้อยกว่าร้อยละ 5 อัตราส่วนของไขมันชนิดไม่อิ่มตัวต่อไขมันชนิดอิ่มตัวควรเป็น 2:1 และแนะนำการรับประทานไขมันจากพืชมากกว่าจากสัตว์ อาหารที่มีไขมันดี เช่น ไขมันจากปลา ถั่ว สัดส่วนของอาหารที่มีโปรตีนควรจัดในปริมาณที่พอเหมาะ หากผู้ป่วยโรคเบาหวานรับประทานอาหารที่มีโปรตีนเพิ่มขึ้น จะเพิ่มการตอบสนองต่ออินซูลิน แต่ไม่เพิ่มความเข้มข้นของน้ำตาลในเลือด ดังนั้นจึงไม่ควรใช้อาหารที่มีโปรตีนสูงในการรักษาหรือป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน การควบคุมอาหารมีเป้าหมายเพื่อให้มีสารอาหารเพียงพอทั้งต่อตนเองและทารกในครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายปกติควรได้รับพลังงาน 30-35 กิโลแคลอรีต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ต่อวัน อาจแบ่งเป็นโปรตีน 1 ส่วน คาร์โบไฮเดรต 3 ส่วน และไขมัน 1 ส่วน ความต้องการพลังงานอาจเพิ่มขึ้นได้ในไตรมาสที่ 2 และ 3 ของการตั้งครรภ์ หากหญิงตั้งครรภ์มีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กก./เมตร^2 ให้จำกัดอาหารเป็น 25 กิโลแคลอรีต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม โดยที่ต้องไม่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง หากยังสูงอยู่ให้ลดจำนวนคาร์โบไฮเดรตเหลือ 2 ส่วน และเพิ่มโปรตีนเป็น 2 ส่วน กระจายมื้ออาหารหลัก 3 มื้อต่อวัน และอาหารว่างอย่างน้อย 3 มื้อต่อวัน งดอาหารที่มีน้ำตาลสูง ซึ่งได้แก่ น้ำตาล น้ำผึ้ง นมข้นหวาน ขนมหวานต่าง ๆ น้ำอัดลม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ผลไม้ที่มีรสหวานจัด และไม่ควรรับประทานผลไม้อบแห้งหรือผักที่เป็นหัว เพราะมีคาร์โบไฮเดรตสูง เลือกอาหารที่เป็นธัญพืช เช่น ข้าวกล้อง แทนข้าวขาว ส่วนโปรตีน เลือกโปรตีนที่มาจากเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน โปรตีนจากพืช เช่น ถั่วต่าง ๆ น้ำนม ซึ่งควรเป็นนมสดชนิดจืด พร่องมันเนย หรือนมถั่วเหลือง ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น หมูติดมัน หนังไก่ (กาญจนา ศรีสวัสดิ์ และอรพินท์ สีขาว, 2557)

2) จัดให้มีรูปแบบการบริโภคอาหารที่หลากหลาย ซึ่งพบว่าสามารถช่วยควบคุมโรคเบาหวานได้ เช่น อาหารที่เน้นพืชผัก (มังสวิรัติ) อาหารไขมันต่ำ อาหารคาร์โบไฮเดรตต่ำ และอาหารที่มีกากใยอาหารสูง เช่น ธัญพืช ผัก ผลไม้ (ADA, 2018) โดยอาจจัดอาหารในรูปแบบแมคโครนิวเตรียน (macronutrient) อาหารแนวเมดิเตอร์เรเนียน ซึ่งเป็นการรับประทานอาหารที่เน้นผลไม้ทั้งผล (ไม่ใช่น้ำผลไม้) ผัก ธัญพืชไม่ขัดสี ถั่วเปลือกแข็ง

ปลา น้ำมันมะกอก

3) จัดอาหารที่มีโซเดียมต่ำ องค์การอนามัยโลกแนะนำให้บริโภคโซเดียมในปริมาณไม่เกิน 2,000 มก.ต่อวัน (World Health Organization [WHO], 2012) โดยน้ำปลา 1 ช้อนโต๊ะมีโซเดียม 1,160-1,420 มก. ซีอิ๊ว 1 ช้อนโต๊ะ มีโซเดียม 960-1,420 มก. ผงชูรส 1 ช้อนชา มีโซเดียม 492 มก. และเกลือแกง 1 ช้อนชา มีโซเดียม 2,000 มก. (กรกต วีรเธียร อินทร์เอื้อ, 2553)

1.2.3 การออกกำลังกาย ควรปฏิบัติสม่ำเสมอ นอกจากจะช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแล้ว ยังช่วยควบคุมความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และน้ำหนักตัวได้ การมีกิจกรรมทางกาย (physical activity) เช่น ทำงานบ้าน ขุดดิน ทำสวน เดินอย่างต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 10 นาที เทียบเท่ากับการออกกำลังกายระดับเบาถึงระดับหนักปานกลางได้ ขึ้นอยู่กับการใช้แรงในแต่ละกิจกรรม การออกกำลังกายนับว่ามีความสำคัญเป็นพิเศษสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในการช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกาย มีดังนี้ (ADA, 2018)

1) ควรตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกายและประเมินสุขภาพก่อนเริ่มออกกำลังกายว่ามีความเสี่ยงหรือไม่ ในกรณีที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ ควรทดสอบสมรรถภาพหัวใจก่อน

2) หากไม่สามารถทดสอบสมรรถภาพหัวใจได้และเป็นผู้สูงอายุ ให้เริ่มออกกำลังกายระดับเบา คือ ออกกำลังกายให้ชีพจรน้อยกว่าร้อยละ 50 ของชีพจรสูงสุด (ชีพจรสูงสุด = 220 – อายุเป็นปี) แล้วเพิ่มขึ้นช้า ๆ จนถึงระดับหนักปานกลาง คือ ออกกำลังกายให้ชีพจรเท่ากับร้อยละ 50-70 ของชีพจรสูงสุด และประเมินอาการเป็นระยะ

3) ออกกำลังกายระดับหนักปานกลาง 150 นาทีต่อสัปดาห์ โดยออกกำลังกายวันละ 30-50 นาที 3-5 วันต่อสัปดาห์ ในแต่ละวันอาจแบ่งออกเป็น 2-3 ครั้ง หรือออกกำลังกายระดับหนักมาก 75 นาทีต่อสัปดาห์ อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ โดยมีการเว้นวันออกกำลังกายที่ไม่ติดต่อกันเกิน 2 วัน ทั้งนี้ ระดับความหนักของการออกกำลังกายขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยด้วย สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือผู้สูงอายุอาจต้องปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับการพิจารณาการออกกำลังกายที่เหมาะสม

ส่วนการออกกำลังกายในหญิงตั้งครรภ์ ควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ ไม่หักโหมจนเกินไป ใช้เวลา 30-40 นาที โดยระยะอบอุ่นร่างกาย ใช้เวลา 5 นาที ระยะออกกำลังกาย ใช้การยืดเหยียดกล้ามเนื้อบริเวณส่วนบนของร่างกายด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การใช้ยางยืด ซึ่งเป็นการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน โดยหลีกเลี่ยงในส่วนกล้ามเนื้อหน้าท้อง ใช้เวลา 20 นาที และระยะผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ใช้เวลา 5 นาที ออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยเริ่มจากจำนวนครั้งน้อย ๆ ก่อน และเพิ่มจำนวนครั้งในแต่ละท่า โดยสามารถนั่งพักได้ 1 นาที ในแต่ละรอบ (พรธรรมรส โพธิ และคณะ, 2559)

1.2.4 การเลิกสูบบุหรี่ (smoking cessation) งานวิจัยหลายชิ้นยืนยันว่าการสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น อีกทั้งการสูบบุหรี่ยังทำให้เป็นโรคเบาหวานได้เร็วขึ้นอีกด้วย ผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงควรเลิกสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการรับควันบุหรี่ โดยสามารถขอคำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ได้ที่สถานพยาบาลทุกแห่ง หรือโทรศัพท์สายด่วน หมายเลข 1600

1.2.5 การดูแลด้านจิตสังคม (psychosocial care) ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรได้รับการดูแลด้านจิตสังคมและการส่งเสริมให้สามารถจัดการความเครียดที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งจากโรคและการรักษา เนื่องจากความเครียดส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นได้ (ADA, 2018) ทั้งนี้ การมีสุขภาวะด้านจิตสังคมมีความสำคัญต่อการดูแลและการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม จะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของแต่ละครอบครัวก็มีความแตกต่างกัน ดังนั้น ทีมสุขภาพจึงควรประเมินด้านจิตสังคมของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อวางแผนการดูแลให้เหมาะสมเป็นรายบุคคลต่อไป โดยควรประเมินด้านจิตสังคมเมื่อมีสถานการณ์เปลี่ยนแปลงหรือมีสิ่งใหม่เกิดขึ้น เช่น การวินิจฉัย

ว่ามีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ปัญหาคุณภาพชีวิต ปัญหาการจัดการตนเอง โดยทีมสุขภาพต้องสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจก่อน จึงจะเริ่มค้นหาข้อมูลที่ละเอียดเพิ่มขึ้น

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่าการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตมีความสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตมีผลทำให้ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Johansen, 2017) ดังนั้น การใช้หลักความพอประมาณในการดูแลตนเอง สิ่งสำคัญจึงอยู่ที่การปรับเปลี่ยนการดูแลด้านต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละบุคคล

คุณลักษณะที่ 2 ความมีเหตุผล

คำถามสำหรับหลักความมีเหตุผล คือ “Why” ทราบว่าจะทำอะไรทำไมจึงควรทำเพราะเหตุใดจึงต้องทำ ดังนั้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องร่วมกับทีมสุขภาพในการกำหนดแนวทางการปฏิบัติตนว่าจะต้องทำอย่างไร บอกเหตุผลว่าทำแล้วจะเกิดผลดีอย่างไร หากไม่ทำจะเกิดผลเสียอย่างไร โดยต้องมองอย่างรอบด้านแล้วว่าผู้ป่วยมีศักยภาพที่จะสามารถปฏิบัติได้จริง หรือสามารถพัฒนาศักยภาพตนเองให้สามารถปฏิบัติได้ในอนาคต เพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ดังนั้น การเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะช่วยให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จากการศึกษาพบว่าการมีกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 3 เดือน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองและมีค่าน้ำตาลสะสมในเลือดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกิจกรรมหลักในการเสริมสร้างศักยภาพประกอบด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูล การสื่อสารเกี่ยวกับการใช้ยา การเลือกแนวทางต่าง ๆ และการตัดสินใจ (อภิญญา เมืองคำ และศิริตรี สุทธจิตต์, 2556) ซึ่งการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ดังนั้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองโดยการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ออกกำลังกายอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ นอนหลับอย่างมีคุณภาพ และทำจิตใจให้ผ่อนคลาย สอดคล้องกับการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ การสร้างการรับรู้ร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ผ่านการเรียนรู้กิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลจิตใจ ด้านอาหาร และด้านการออกกำลังกาย (วิษณุกร นาชัยดูลย์, 2559)

ดังนั้น การใช้หลักความมีเหตุผล จึงต้องมีการอธิบายผู้ป่วยให้เข้าใจว่าเพราะเหตุใดจึงต้องปฏิบัติตามแนวทางที่ได้วางแผนร่วมกัน และมีการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คุณลักษณะที่ 3 การมีภูมิคุ้มกันตนเอง

คำถามสำหรับหลักการมีภูมิคุ้มกันตนเอง คือ “What if” จะทำอย่างไรหากมีความเสี่ยงเกิดขึ้นและจะป้องกันความเสี่ยงได้อย่างไร นั่นคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องปฏิบัติตนให้ถูกต้องจึงจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมกับตนเอง เพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น และหากมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงเกินไป ก็ต้องทราบว่าควรจะปฏิบัติอย่างไร ซึ่งไม่มีแนวทางที่เบ็ดเสร็จหรือเฉพาะเจาะจงเช่นกัน เนื่องจากปัจจัยด้านสรีรวิทยาและด้านสุขภาพมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กและใหญ่ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (สายฝน ม่วงคุ้ม, 2559) นอกจากนี้ การทำหน้าที่ของตับและพฤติกรรมการใช้ยา ก็มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (สุพัชรี ใจแน่ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2559) จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นรายบุคคล และให้คำแนะนำเฉพาะรายที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

นอกจากการปฏิบัติตนของผู้ป่วยแล้ว การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

เพราะการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพมีความหมาย 2 นัย คือ การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ในชุมชน ประเทศ และโลก ส่วนความหมายอีกนัยหนึ่ง คือ การจัดสิ่งแวดล้อมให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต การทำงาน และการใช้เวลาว่าง โดยการสร้างสังคมที่มีสุขภาพดี การจัดที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพและปลอดภัย (ลัฆวี ปิยะบัณฑิตกุล, 2559) อาจกล่าวได้ว่า การใช้หลักการมีภูมิคุ้มกันตนเองนั้น ทีมสุขภาพต้องมีการวิเคราะห์ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยมองรอบด้านให้ครอบคลุมองค์รวม เพื่อให้คำแนะนำที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเอง

เงื่อนไขที่ 1 ความรู้

ความรู้ คือ ความเข้าใจในสิ่งที่จะทำอย่างแท้จริง ใช้ความรอบรู้ รอบคอบ ระมัดระวัง พิจารณาในองค์รวม เป็นวิทยาศาสตร์ พิสูจน์ได้ ไม่งมงายตามกระแสข้อมูลที่หลั่งไหลท่วมท้นในปัจจุบัน ดังนั้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจอย่างแท้จริงในการปฏิบัติตนจึงจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมกับตนเองได้ ดังการศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้แรงต้านต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน พบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกายต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารก และให้ฝึกปฏิบัติจริง ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ (พรธรรมรส โพธิ และคณะ, 2559)

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากการรักษาแผนปัจจุบันแล้ว ยังมีการแพทย์ผสมผสานซึ่งแพทย์แผนปัจจุบันกับผู้ป่วยจะต้องพิจารณาร่วมกันในการเลือกใช้ศาสตร์การแพทย์ที่มีมาตรฐานองค์ความรู้ที่ชัดเจนว่ามีผลต่อการดูแลรักษาสุขภาพ ซึ่งช่วยเสริมทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยสำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยการแพทย์ผสมผสานเพื่อเป็นแนวทางในการนำไปใช้ได้ต่อไป (สีไพร พลอยทรัพย์, ทัศนีเวศ ยะโส, และฐิตินันท์ อินทอง, 2558) ซึ่งตัวอย่างการแพทย์ทางเลือกที่มีผลการวิจัยรองรับมากว่า 20 ปี เช่น การใช้สมาธิบำบัดแบบใหม่ 7 เทคนิค (SKT 1-7) โดยการทำสมาธิบำบัดเทคนิคที่ 1 (SKT 1) สามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ดี (สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี, ม.ป.ป.)

ดังนั้น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้มีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องมีฐานความรู้ที่หลากหลายและมีการติดตามความก้าวหน้าในศาสตร์ต่าง ๆ เพื่อให้สามารถนำมาปรับใช้ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

เงื่อนไขที่ 2 คุณธรรม

คุณธรรม คือ กรอบปฏิบัติที่ยึดมั่นในความดี ความถูกต้องเป็นสำคัญ ซื่อสัตย์ สุจริต ยุติธรรม ตรวจสอบได้ เชื่อว่าทำดีย่อมได้ดีเสมอ นั่นคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องมีคุณธรรม โดยปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพจึงจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ เพราะหากผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ แต่ไม่ปฏิบัติก็ไม่สามารถบรรลุผลลัพธ์ตามที่ต้องการได้ ดังนั้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงต้องมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง มีความซื่อสัตย์สุจริต หากปฏิบัติได้หรือไม่ได้ตามคำแนะนำที่ได้รับ ก็ต้องบอกความจริง เพื่อจะได้ช่วยกันหาแนวทางแก้ปัญหาและปรับแนวทางให้เหมาะสมและปฏิบัติได้จริงต่อไป รวมทั้งต้องมีความเชื่อมั่นว่าการปฏิบัติตนที่ถูกต้องนั้นจะช่วยให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ คือ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (พรทิพย์ สมตัว, ปาหนัน พิชยภิญโญ, วีณา เที่ยงธรรม, และดุสิต สุจิรารัตน์, 2559)

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคเบาหวานแต่ละคนล้วนมีความเป็นปัจเจกบุคคลในการปฏิบัติตนที่เหมาะสม วิธีการเดียวกันในผู้ป่วยแต่ละคนอาจได้ผลไม่เหมือนกัน รวมทั้งวิธีการเดียวกันในผู้ป่วยคนเดียวกันก็อาจได้ผล

ในช่วงเวลาหนึ่ง แต่เมื่อเวลาผ่านไปอาจไม่ได้ผลก็ได้ ทั้งนี้เป็นเพราะยังมีปัจจัยแทรกซ้อนต่าง ๆ อีกมากที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การมีความซื่อสัตย์ต่อตนเองและผู้อื่น การให้ข้อมูลแก่ทีมสุขภาพที่ให้การรักษาพยาบาลตามความเป็นจริง จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนวิธีการต่าง ๆ ที่ใช้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ผลดีอย่างยั่งยืน

สรุป

ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้หากมีการปฏิบัติตนถูกต้อง มีการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆซึ่งการนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรยึดถือหลักปฏิบัติ ได้แก่ ความพอประมาณ ความมีเหตุผล และการมีภูมิคุ้มกันตนเอง ร่วมกับเงื่อนไขความรู้ และคุณธรรม การที่ทีมสุขภาพส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาภายใต้เงื่อนไขความรับผิดชอบและความซื่อสัตย์ต่อตนเอง โดยคำนึงถึงความพอประมาณและความมีเหตุผล สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของตัวผู้ป่วยเอง ร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันและมีศักยภาพในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งการที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจทั้งจากผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

กรกต วีรเธียร อินทร์เอื้อ. (2553). โภชนบำบัด. ใน สมเกียรติ โพธิสัตย์, วรรณี นิธิยานันท์, อัมพา สุทธิจำรูญ, และยุพิน เบ็ญจสุรัตน์วงศ์. (บ.ก.), *การให้ความรู้เพื่อจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง* (น. 35-55). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กาญจนา ศรีสวัสดิ์, และอรพินท์ สีขาว. (2557). การดูแลหญิงที่เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *วารสารพยาบาลทหารบก, 15*(2), 50-59. สืบค้นจาก https://www.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/25156/21418

เครือข่ายวิจัยกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย. (2555). *การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2555* (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สืบค้นจาก http://www.tima.or.th/index.php/component/attachments/download/24

ธันวา จิตต์สงวน. (2560). *เอกสารประกอบการสอนเรื่องการพัฒนาที่ยั่งยืนและปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง*. กรุงเทพฯ: คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ธัสมน นามวงษ์, รัชชนก สิทธิเวช, และสุมาลี ราชนิยม. (2560). *ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการฉีดอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2* (รายงานผลการวิจัย). วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี.

นงณภัทร รุ่งเนย, ศิริพร ครุฑกาศ, เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, นงคราญ บุญอิ้ง, และน้ำฝน วชิรรัตนพงษ์เมธี. (2560). การอธิบายความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, 7*(1), 20-30.

ปรียานุช พิบูลสราวุธ. (2551). *ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง (Sufficiency economy) กับการประยุกต์ใช้.* สืบค้นจาก http://www.cse.nida.ac.th/main/images/pdf/1.pdf.org

พรทิพย์ สมตัว, ปาหนัน พิชยภิญโญ, วีณา เที่ยงธรรม, และดุสิต สุจิรารัตน์. (2559). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 30*(1), 1-12. สืบค้นจาก http://phpn.ph.mahidol.ac.th/Journal/txt/30_no1/f1porntip.pdf

พรธรรมรส โพธิ, จรัสศรี ธีระกุลชัย, จันทิมา ขนบดี, และพัญญ พันธ์บูรณะ. (2559). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้แรงต้านต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานชนิด เอ วัน. *วชิรสารการพยาบาล, 18*(2), 12-24. สืบค้นจาก https://www.tci-thaijo.org/index.php/vnj/article/view/139180/103359

ลัฆวี ปิยะบัณฑิตกุล. (2559). *การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม การปรับระบบบริการสุขภาพ และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ.* นนทบุรี: มาตาการพิมพ์.

วิษณุกร นาชัยดูลย์. (2559). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแต้น้อย อำเภอนาตูม จังหวัดมหาสารคาม* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี. (ม.ป.ป.). *การสร้างเสริมสุขภาพด้วยสมาธิบำบัด SKT 1-7*. สืบค้นจาก http://www.thaicam.go.th

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560*. ปทุมธานี: ร่มเย็น มีเดีย.

สายฝน ม่วงคุ้ม. (2559). *รูปแบบการจัดการตนเองในการชะลอภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เขตภาคตะวันออกของประเทศไทย* (รายงานผลการวิจัย). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2560). *รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557*. สืบค้นจาก http://library.thaihealth.or.th/ULIB/dublin.php?ID=9011#.WZ01rj5JbIU

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2558). *จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2550-2557*. สืบค้นจาก http://bps.moph.go.th

สีไพร พลอยทรัพย์, ทัศนีเวศ ยะโส, และฐิตินันท์ อินทอง. (2558). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยการแพทย์ผสมผสาน*. สืบค้นจาก http://www.thaicam.go.th/index.php?option=com_attachments&task=download&id=1066

สุพัชรี ใจแน่, และศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2559). ปัจจัยทำนายภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในเขตภาคใต้ตอนบน. *วารสารเกื้อการุณย์, 23*(1), 148-162. สืบค้นจาก http://www.kcn.ac.th/KCN-Journal/Journal/12559/Job%2020160630_10.pdf

อภิญญา เมืองคำ, และศิริตรี สุทธจิตต์. (2556). ผลของการเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความร่วมมือในการรักษา และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ, 8*(3), 104-111. สืบค้นจาก http://ejournals.swu.ac.th/index.php/pharm/article/view/3929

American Diabetes Association. (2018). Management of diabetes in pregnancy: Standards of medical care in diabetes-2018. *Diabetes Care, 41* (Suppl. 1), 137-143.

Diabetes UK. (2017). *How can I reduce my risk of type 2 diabetes?*. Retrieved from http://www.diabetes.org.uk

International Diabetes Federation. (2017). World Diabetes Day 2017: Women and Diabetes. *Diabetes Voice Online, 64*(4), 9-13. Retrieved from https://www.idf.org/component/attachments/attachments.html?id=1471&task=download

Johansen, M. Y. (2017). Effect of an intensive lifestyle intervention on glycemic control in patients with type 2 diabetes. *JAMA, 318*(7), 637-646.

World Health Organization. (2012). *Guideline: Sodium intake for adults and children.* Geneva: Author.

คุณลักษณะของภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์: ความท้าทายสู่การเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ขององค์การพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน

The Characteristics of Strategic Leadership: The Challenge toward Learning Organization of the Nursing Organization at the Community Hospital

สุนทรีภรณ์ มีพริ้ง, Ph.D. (Psychiatric and Mental Health Nursing) [1]

Soontareeporn Meepring, Ph.D. (Psychiatric and Mental Health Nursing) [1]

บทคัดย่อ

ในสถานการณ์ปัจจุบันของโลกยุคไร้พรมแดน องค์การส่วนใหญ่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนระบบการบริหารจัดการเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง รวมถึงองค์การพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ซึ่งเป็นแหล่งฝึกและเสริมสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ให้แก่นักเรียนและนักศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพตามนโยบายของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ผู้บริหารนับเป็นบุคคลสำคัญในองค์การที่จะส่งเสริมและผลักดันองค์การให้ประสบความสำเร็จโดยคุณลักษณะของภาวะผู้นำเป็นส่วนสำคัญประการหนึ่งในการนำองค์การพยาบาลไปสู่ความสำเร็จในระยะยาวอย่างยั่งยืน ภายใต้สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปและการแข่งขันที่สูงขึ้นในระบบสุขภาพ นับเป็นความท้าทายอย่างยิ่งสำหรับผู้นำองค์การที่มีภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ในการพัฒนาองค์การพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนให้เป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ เพื่อให้โรงพยาบาลเป็นแหล่งเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพแก่บุคลากรทางสาธารณสุข และให้บริการที่มีคุณภาพยิ่งขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ องค์การแห่งการเรียนรู้

[1] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

[1] Lecturer, Faculty of Nursing, Naresuan University, E-mail: soontareepornt@nu.ac.th

Abstract

In the current situation of the globalized world, most organizations need to modify their management systems to meet the changed. These include the nursing organization in the community hospitals or secondary hospitals, which are required as a setting for practicing the learning experience of health science students in accordance with the Office of the Public Sector Development Commission (OPDC). It is obvious that the executives are key persons in promoting and driving a successful organization. The characteristic style of leadership is an important part, which is the key to long term success and sustainability of nursing organizations within the changing circumstances and high competition in the health system. It is a great challenge for organizational leaders with the strategic leadership to develop nursing organizations at the community hospital to become a learning organization in order to enhance the hospital to be an effective learning center for healthcare personnel and to provide better quality services.

Keywords: Strategic leadership, Learning organization

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพของไทยมีการขยายตัวของบริการสุขภาพในระดับต่าง ๆ เพิ่มขึ้น สำหรับโรงพยาบาลชุมชน พยาบาลถือเป็นบุคลากรที่สำคัญยิ่ง โดยมีบทบาทด้านการดูแลผู้รับบริการ และบทบาทอื่น ๆ เช่น ด้านการฝึกอบรมบุคลากรทางสุขภาพ ด้านการบริหาร ทั้งนี้ พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ความสามารถ และมีสมรรถนะที่เหมาะสมกับการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด อีกทั้งต้องพัฒนาตนเองให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ในปัจจุบัน โรงพยาบาลต่าง ๆ ต้องปรับตัวเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ องค์การพยาบาลจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาด้วยเช่นกัน และสนับสนุนการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยที่ผู้บริหาร (manager) หรือผู้นำ (leader) ต้องสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันภายในองค์การในลักษณะของการสร้างองค์การแห่งการเรียนรู้ให้เกิดขึ้น (แก้วตา ไทรงาม, ประชุม โพธิกุล, เวช มงคล, และณรงค์ ดาวเจริญ, 2548) อันเป็นการพัฒนาองค์การที่เน้นกระบวนการพัฒนาการเรียนรู้ โดยใช้ความรู้เป็นฐานในการบริหารองค์การ ผ่านสภาวะของการเป็นผู้นำในองค์การและการเรียนรู้ร่วมกันภายในองค์การ เพื่อให้องค์การเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทันต่อการเปลี่ยนแปลงและการแข่งขัน ทั้งนี้ ณัฏฐพันธ์ เขจรนันทน์ (2551) ได้เสนอแนวคิดว่าในการสร้างองค์การแห่งการเรียนรู้นั้น ผู้บริหารหรือผู้นำควรเป็นผู้ที่มีความสามารถในการนำพาองค์การสู่การเปลี่ยนแปลง และการสร้างนวัตกรรมใหม่ขององค์การ โดยกระตุ้นให้บุคลากรมีส่วนร่วมทั้งทางตรงและทางอ้อมในการสร้างองค์การแห่งการเรียนรู้ โดยเฉพาะการเป็นกำลังสำคัญในการวางแผนและการดำเนินงานขององค์การอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่องค์การพยาบาลควรให้ความสำคัญกับคุณลักษณะของภาวะผู้นำที่จะมีส่วนผลักดันองค์การให้บรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนด บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอคุณลักษณะของภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ที่ท้าทายสู่การเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ขององค์การพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนโดยมีสาระเกี่ยวกับองค์การแห่งการเรียนรู้ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ และคุณลักษณะของภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนให้เป็นแหล่งเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ และให้บริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานต่อไป

องค์การแห่งการเรียนรู้

องค์การแห่งการเรียนรู้ เป็นองค์การที่มีการสร้างช่องทางให้เกิดการถ่ายทอดความรู้ซึ่งกันและกัน ระหว่างบุคลากรภายในองค์การและการรับความรู้จากภายนอก โดยมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ คือ การเอื้อให้เกิดโอกาสในการหาแนวทางการปฏิบัติที่ดีที่สุด (best practices) เพื่อนำไปสู่การพัฒนาและสร้างเป็นฐานความรู้ที่เข้มแข็ง (core competence) ขององค์การ อันจะนำไปสู่ความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกที่เกิดขึ้น โดยที่คุณค่าของความรู้ ความสามารถ ทักษะ ตลอดจนประสบการณ์ของบุคลากรที่เกิดขึ้นนั้น จะเป็นเสมือนคุณค่าทุนทางปัญญาขององค์การที่มีค่ายิ่งสำหรับองค์การแห่งการเรียนรู้ เพราะเป็นการสะสมทุนทางปัญญาให้เป็นศักยภาพที่เพิ่มขึ้นจากการเรียนรู้และสร้างผลงานคุณภาพเชิงประจักษ์ (ทองดี ชัยพานิช, 2552) หรืออีกนัยหนึ่ง คือ องค์การที่สามารถเจริญก้าวหน้าอย่างมั่นคงและยั่งยืนได้นั้น ต้องเป็นองค์การที่มีความพร้อมในการเปิดรับสิ่งต่าง ๆจากภายนอกเพื่อนำความรู้ที่ได้มาแลกเปลี่ยนกันภายในองค์การและนำสู่การปฏิบัติ (ชาคริต ศึกษากิจ, 2550) ซึ่งลักษณะขององค์การที่มีรูปแบบสอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าว คือ องค์การแห่งการเรียนรู้ โดยที่องค์การแห่งการเรียนรู้เป็นการบริหารงานในอีกรูปแบบหนึ่งที่สามารถนำแนวคิดสำคัญมาประยุกต์ใช้เป็นพื้นฐานในการก้าวไปสู่ความสำเร็จขององค์การได้ทุกประเภท ไม่ว่าจะเป็นภาคราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือแม้แต่ธุรกิจเอกชน ทั้งนี้ หากมองในแง่ของการพัฒนาบุคลากรตามแนวคิดขององค์การแห่งการเรียนรู้นั้น ก็พบว่าองค์การในรูปแบบนี้ให้คุณค่าของความรู้ ความสามารถ ทักษะ และประสบการณ์ของบุคลากร เพื่อให้บุคลากรได้มีโอกาสใช้ความรู้ ความสามารถในการพัฒนาตนเอง ซึ่ง Senge (1990) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับองค์การแห่งการเรียนรู้ไว้ว่าการที่องค์การใดจะเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ได้นั้น การเรียนรู้ระดับบุคคลถือเป็นรากฐานสำคัญในการนำองค์การไปสู่การเรียนรู้ระหว่างกลุ่มองค์การ หากผู้ปฏิบัติในองค์การเป็นผู้ที่มีการเรียนรู้อย่างจริงจัง ต่อเนื่อง ร่วมคิดร่วมทำระหว่างที่ค้นหาความเชี่ยวชาญแห่งตน ร่วมวางแนวทางปฏิบัติงาน ก็จะเกิดการเรียนรู้ในองค์การ เป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ และจะส่งผลต่อเป้าหมายและประสิทธิภาพขององค์การ

องค์การแห่งการเรียนรู้ตามแนวคิดของ Senge (1990) ประกอบด้วยหลักการที่สำคัญ 5 ประการ ได้แก่ ความรอบรู้แห่งตน (personal mastery) แบบแผนความคิด (mental models) วิสัยทัศน์ร่วม (shared vision) การเรียนรู้เป็นทีม (team learning) และการคิดอย่างเป็นระบบ (systems thinking) การที่จะสร้างองค์การแห่งการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นในหน่วยงานใด ๆ ได้นั้น ผู้บริหารนับเป็นบุคคลสำคัญที่จะผลักดันทำให้เกิดขึ้น โดยณัฏฐพันธ์ เขจรนันทน์ (2551) ได้เสนอแนวคิดที่สำคัญเกี่ยวกับคุณลักษณะของผู้บริหารในการสร้างองค์การแห่งการเรียนรู้ไว้ว่า ผู้บริหารจะต้องประพฤติตนเป็นตัวอย่างที่ดีในการดำเนินงาน และนำแนวทางใหม่มาปฏิบัติ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการเรียนรู้ขององค์การนั้น ๆ อย่างไรก็ตาม พบว่าในทุก ๆ การขับเคลื่อนขององค์การต่าง ๆ มักต้องอาศัยผู้นำที่มีความรู้ ความสามารถ และมีทักษะในการบริหารที่มีประสิทธิภาพ จึงจะทำให้หน่วยงานนั้น ๆ ประสบความสำเร็จ หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าหากจะเปรียบองค์การหรือหน่วยงานเป็นร่างกายของมนุษย์ ผู้บริหารก็เปรียบได้กับสมอง เพราะเป็นผู้สร้างระบบกำหนดกฎเกณฑ์ และขับเคลื่อนให้การทำงานขององค์การดำเนินไปตามที่ต้องการ ในขณะที่ผู้นำเปรียบได้กับหัวใจ เพราะเป็นผู้สร้างแรงบันดาลใจ กระตุ้น อำนวยความสะดวก และทำงานร่วมกับคนในองค์การ เพื่อสร้างความผูกพันและความกระตือรือร้นในการนำองค์การให้เดินก้าวไปข้างหน้าตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Pearce & Robinson, 2007) แม้แต่ในยามที่องค์การต้องเผชิญกับภาวะวิกฤต

สำหรับองค์การพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนนั้น การบริหารมักเป็นแบบบนลงล่าง (top-down management) ผ่านกฎ ระเบียบ และมาตรฐานของโรงพยาบาล ในขณะที่องค์การแห่งการเรียนรู้จะเน้นการบริหารแบบล่างขึ้นบน (bottom-up management) หรือก็คือ การใช้ความรู้จากรากหญ้านำไปสู่การเปลี่ยนแปลง ดังนั้น หากจะปรับเปลี่ยนองค์การพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีข้อจำกัดในเรื่องของภาระงานที่มีปริมาณมากเกิน

ขีดความสามารถในระยะเวลาที่จำกัด ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานรู้สึกอ่อนล้า ไม่มีเวลาในการพักผ่อน หรือแม้แต่การได้รับมอบหมายงานที่ไม่มีความสนใจ ทำให้ไม่มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงาน ปฏิบัติงานได้ไม่ครบถ้วน ไม่สมบูรณ์ และขาดประสิทธิภาพ (รวมพร คงกำเนิด, 2561) ซึ่งการที่จะทำให้องค์การพยาบาลดังกล่าวมีการปฏิบัติงานอย่างมืออาชีพ มีความพร้อมในทักษะทางการพยาบาลที่จำเป็น และดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน ผู้นำนับว่าเป็นผู้ที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากต้องนำนโยบายต่าง ๆ ลงสู่การปฏิบัติ ดังนั้น ภาวะผู้นำจึงเป็นสมรรถนะที่สำคัญอันดับแรกที่จะผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์การพยาบาล และทำให้องค์การพยาบาลบรรลุผลสำเร็จ

ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์

ในปัจจุบัน เป็นที่ยอมรับกันว่าผู้นำเป็นบุคคลที่สำคัญยิ่งต่อความสำเร็จขององค์การ เนื่องจากผู้นำมีภาระหน้าที่และความรับผิดชอบโดยตรงที่จะต้องวางแผน สั่งการ ดูแล และควบคุมให้บุคลากรขององค์การปฏิบัติงานต่าง ๆ ให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยภาวะผู้นำหลากหลายรูปแบบถูกนำมาใช้ในการพัฒนาองค์การ เพื่อสร้างความได้เปรียบในการแข่งขัน และนำพาความเจริญก้าวหน้ามาสู่องค์การ ซึ่งหนึ่งในรูปแบบที่ถูกนำมาประยุกต์ใช้อย่างมาก คือ ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ (strategic leadership) ทั้งนี้เพราะคุณลักษณะของผู้นำรูปแบบนี้ คือ เป็นผู้ที่มีความสามารถเชิงกลยุทธ์ เริ่มจากการมีคุณสมบัติสำคัญในการเป็นผู้มีวิสัยทัศน์ (vision) กว้างไกล มีแผนการดำเนินงานที่รอบคอบ และสามารถนำวิสัยทัศน์มาสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นผลสำเร็จ (เนตร์พัณณา ยาวิราช, 2552) อีกทั้งภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์นี้ยังเป็นรูปแบบของผู้นำยุคใหม่ที่มีบริบทสอดคล้องกับการจัดการการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในศตวรรษที่ 21 เพราะเป็นผู้นำที่มีมุมมองระยะยาวและสร้างความยืดหยุ่นให้องค์การบรรลุเป้าหมาย โดยใช้ความคิดเชิงกลยุทธ์ในการวางแผนกลยุทธ์ เพื่อไปสู่จุดมุ่งหมายปลายทางที่ตั้งใจไว้ รวมทั้งให้อำนาจบุคคลอื่นในการสร้างสรรค์การเปลี่ยนแปลงทางกลยุทธ์เท่าที่จำเป็น โดยธรรมชาติแล้วผู้นำตามรูปแบบนี้ต้องทำหน้าที่หลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นในการบริหารจัดการทั้งองค์การมากกว่าการผ่านงานของหน่วยงานตามหน้าที่ และกำหนดขอบเขตการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มพื้นที่การแข่งขันภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ไม่แน่นอน (Hitt, Ireland, & Hoskisson, 2005 อ้างถึงในเอกชัย อภิศักดิ์กุล และทรรศนะ บุญขวัญ, 2551)

จากสภาพการณ์ทางสังคมในศตวรรษที่ 21 องค์การต่าง ๆ ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วและมีปัญหาที่ท้าทายใหม่ ๆ เกิดขึ้นมากมาย บทบาทของภาวะผู้นำจึงทวีความซับซ้อนและเพิ่มความสำคัญมากขึ้นเพราะผู้นำไม่เพียงแต่จะต้องมีคุณลักษณะและความสามารถสูงในการควบคุมตนเอง (high self-monitoring) และมีความสามารถในการยืดหยุ่นต่อการปรับพฤติกรรมตนเองให้สอดคล้องกับสถานการณ์ต่าง ๆ หากแต่ต้องมีทักษะและสมรรถนะใหม่ ๆ เพิ่มขึ้นอีกด้วย เช่น การมีความสามารถในการคิดเชิงซับซ้อน (cognitive complexity) ความสามารถในการเรียนรู้ด้วยตนเอง (self-learning) ความสามารถด้านพฤติกรรมที่ยืดหยุ่นได้มากขึ้น (behavioral flexibility) ความไวต่อการรับรู้ทางวัฒนธรรม (cultural sensitivity) และความสามารถในการวิเคราะห์กระบวนการ (process analysis) หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า คุณลักษณะของภาวะผู้นำรูปแบบต่าง ๆ มีความสำคัญต่อความสำเร็จของผู้นำด้วยเช่นกัน ดังนั้น การให้ความสำคัญกับคุณลักษณะของผู้นำที่มีความสอดคล้องกับองค์การ จึงเป็นปัจจัยทางอ้อมที่ผลักดันองค์การนั้น ๆ ให้ประสบความสำเร็จในการพัฒนาองค์การ

คุณลักษณะของภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์

ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์มีคุณลักษณะที่สำคัญ 5 ประการ ได้แก่ การกำหนดทิศทางเชิงกลยุทธ์ การบริหารทรัพยากรในองค์การ การสนับสนุนวัฒนธรรมองค์การ การมุ่งเน้นการปฏิบัติอย่างมีคุณธรรม และการจัดตั้งการควบคุมองค์การอย่างสมดุล (Hitt et al., 2005 อ้างถึงในเอกชัย อภิศักดิ์กุล และทรรศนะ บุญขวัญ, 2551) โดยคุณลักษณะต่าง ๆ

ดังกล่าว ล้วนมีส่วนสำคัญที่เป็นปัจจัยผลักดันให้องค์การพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนประสบความสำเร็จในการพัฒนาองค์การ ซึ่งคุณลักษณะของภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์มีรายละเอียดดังนี้

1. คุณลักษณะด้านการกำหนดทิศทางเชิงกลยุทธ์ ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์มีแนวคิดที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาองค์การพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนไปสู่องค์การแห่งการเรียนรู้ การที่องค์การจะประสบความสำเร็จและเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ได้นั้น ย่อมต้องมีการกำหนดทิศทางการบริหารเชิงกลยุทธ์และวิสัยทัศน์ในการพัฒนาระบบไว้ล่วงหน้าอย่างชัดเจน ซึ่งนับเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ การบริหารงานขององค์การพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนรูปแบบเดิมนั้น มีลักษณะการถ่ายทอดนโยบายจากผู้นำลงสู่ภาคปฏิบัติ โดยมีผู้บริหารสูงสุด คือ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล ซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบายและถ่ายทอดนโยบายนั้นๆ ลงสู่การปฏิบัติงานโดยที่ผู้บริหารระดับต้น คือ หัวหน้าหอผู้ป่วย (กรองจิตต์ เล็กสมบูรณ์สุข, 2555) ซึ่งพบปัญหาและอุปสรรค คือ การถ่ายทอดนโยบายของหน่วยงานไม่ชัดเจน (รวมพร คงกำเนิด, 2561) ดังนั้น หากต้องการพัฒนาองค์การสู่องค์การแห่งการเรียนรู้ซึ่งมุ่งเน้นการบริหารแบบล่างขึ้นบนเพื่อเป็นการใช้ทรัพยากรหรือความรู้ในระดับรากหญ้าสู่การเปลี่ยนแปลง การใช้คุณลักษณะนี้ของภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์จะช่วยให้การกำหนดนโยบายและทิศทางเชิงกลยุทธ์ถูกผลักดันจากบุคลากรในระดับปฏิบัติการด้วย ส่งผลให้การกำกับและควบคุมกลยุทธ์ในการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อีกทั้งยังช่วยลดปัญหาและอุปสรรคในการถ่ายทอดนโยบายลงสู่การปฏิบัติได้มากขึ้นด้วย ซึ่งในภาพรวมจะทำให้เกิดแนวปฏิบัติที่มีความสอดคล้องกันทั่วทั้งองค์การ ดังการศึกษาของเมธี จันทโร (2556) ที่ศึกษาภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ที่ส่งผลต่อความเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งหนึ่ง พบว่าภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการบริหารจัดการองค์การ และส่งผลต่อความเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้อย่างมาก ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์กับการเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ของฝ่ายการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน ของธนัตรา กองกุณะ และสุนทรีภรณ์ ทองไสย (2560) ที่พบว่าภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับการเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ขององค์การพยาบาล

2. คุณลักษณะด้านการบริหารทรัพยากรในองค์การ การจะเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ตามแนวคิดของ Senge (1990) ได้นั้น จำเป็นต้องประกอบด้วยหลักการ 5 ประการ ได้แก่ ความรอบรู้แห่งตน แบบแผนความคิด วิสัยทัศน์ร่วม การเรียนรู้เป็นทีม และการคิดอย่างเป็นระบบ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรในองค์การจะต้องได้รับการให้คุณค่าของความรู้ ความสามารถ ตลอดจนทักษะและประสบการณ์ เพื่อให้บุคลากรได้มีโอกาสใช้ความรู้ ความสามารถของตนในการพัฒนาตนเองและองค์การ โดยเชื่อว่าการเรียนรู้ระดับบุคคลเป็นรากฐานสำคัญต่อการนำไปสู่การเรียนรู้ระหว่างกลุ่มและระหว่างองค์การ หากผู้ปฏิบัติในองค์การเป็นผู้ที่มีการเรียนรู้อย่างจริงจัง ต่อเนื่อง ร่วมคิดร่วมทำระหว่างที่ค้นหาความเชี่ยวชาญ ร่วมวางแนวทางปฏิบัติงานจะส่งผลให้องค์การนั้นๆ เกิดเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ ซึ่งจะส่งผลต่อเป้าหมายและประสิทธิภาพที่ดีขององค์การ โดยแนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับวัฒนธรรมองค์การพยาบาลที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากร เพราะเชื่อว่าบุคลากรเป็นรากฐานสำคัญในการนำไปสู่การเรียนรู้ระดับกลุ่มและระดับองค์การ ดังจะเห็นได้จากการที่พยาบาลในหน่วยงานต่างๆ มักได้รับโอกาสในการเข้าร่วมการอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถของตนเองอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ระดับบุคคล ระหว่างกลุ่มและองค์การ และหากพิจารณาถึงรูปแบบของภาวะผู้นำที่จะช่วยส่งเสริมวัฒนธรรมองค์การพยาบาลภายใต้แนวคิดดังกล่าว พบว่าคุณลักษณะของภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์มีความเหมาะสมในแง่ของแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับความรอบรู้แห่งตน ซึ่งในที่นี้หมายถึง การให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากร เพื่อให้บุคลากรในองค์การมีคุณภาพ พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ ภาวะผู้นำ

รูปแบบนี้ยังช่วยกระตุ้นให้เกิดการวางแผนร่วมกันในรูปแบบของการเรียนรู้เป็นทีม ส่งผลให้เกิดวิสัยทัศน์ร่วมในองค์การนำไปสู่การขับเคลื่อนองค์การอย่างเป็นระบบ ดังการศึกษาของสมนึก เอื้อจิระพงษ์พันธ์ และเพ็ญนภา ประภาวัต (2552) ที่พบว่าภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ของโรงพยาบาล จึงสรุปได้ว่าภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์มีความสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้การทำงานบรรลุเป้าหมาย ช่วยพัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้เข้มแข็ง และเตรียมพร้อมเพื่อพัฒนาสู่องค์การแห่งการเรียนรู้ (Bass & Avolio, 1994)

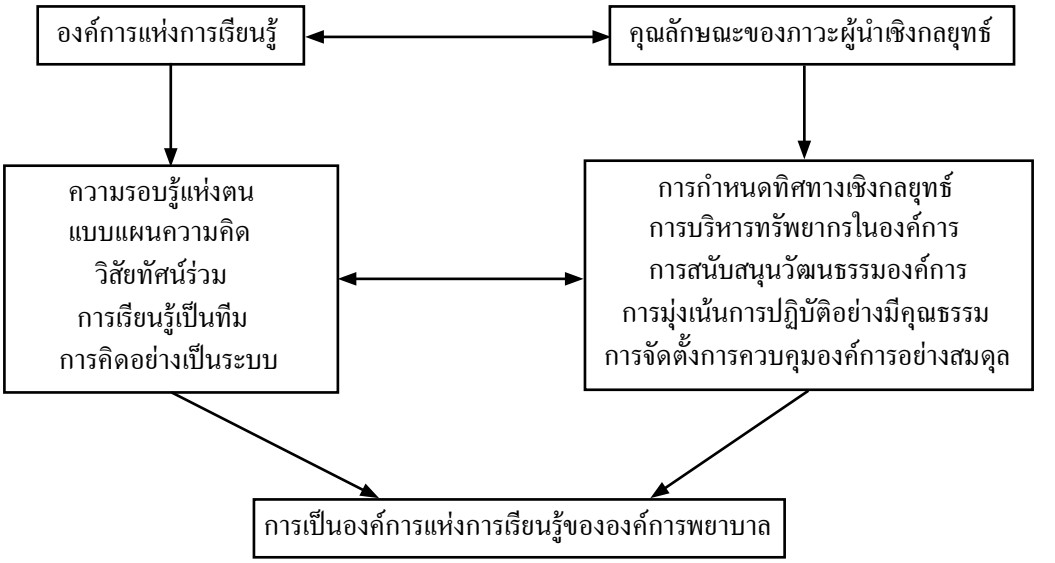
3. คุณลักษณะด้านการสนับสนุนวัฒนธรรมองค์การ ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์มีส่วนสำคัญในการผลักดันองค์การพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนให้ปรับตัวสู่การเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ได้อย่างมีคุณภาพเนื่องจากภาวะผู้นำรูปแบบนี้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาความสามารถของบุคคลในองค์การ ให้เปิดใจยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมทั้งกระตุ้นให้มีการพัฒนาความรู้ ความสามารถที่เหมาะสม สอดคล้องกับวัฒนธรรมองค์การและค่านิยม (Bass & Avolio, 1994) หรืออีกนัยหนึ่งคือ หากผู้นำองค์การมีคุณลักษณะนี้จะผลักดันให้เกิดบรรยากาศของการเรียนรู้ตลอดเวลาของบุคลากร เกิดวัฒนธรรมในการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้บุคลากรมีการเรียนรู้ มีอิสระในการตัดสินใจ และแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อองค์การในแง่ของการแลกเปลี่ยนความรู้และการกระจายข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน ก้าวสู่การเรียนรู้เพื่อแสวงหานวัตกรรมและความรู้ใหม่ เพื่อนำความรู้ไปสร้างความสำเร็จให้แก่องค์การ ซึ่งในที่นี้หมายรวมถึง คุณภาพการบริการทางการพยาบาล และการสร้างความเจริญให้แก่องค์การในภาพรวม (อัญชลี แก้วสระศรี, รัตนา นิลเลื่อม, และชุลีพร หีตอักษร, 2560) เช่นเดียวกับองค์การพยาบาลที่มีบริบทส่วนหนึ่งในการมุ่งพัฒนาสมรรถนะของความเป็นวิชาชีพ เนื่องจากวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ถูกคาดหวังจากสังคมในด้านคุณภาพการปฏิบัติงานหรือคุณภาพการให้บริการ เนื่องจากความรู้ ความสามารถ และทักษะด้านต่าง ๆ ของพยาบาล ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการทั้งทางตรงและทางอ้อม จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถที่ทันสมัยและเหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงในยุคโลกาภิวัตน์ รวมทั้งมีสมรรถนะที่เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของหน่วยงาน ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพที่กำหนด เช่นเดียวกับการศึกษาของกิ่งกาญจน์ ใจซื่อกุล (2554) ที่พบว่าองค์การแห่งการเรียนรู้ส่งผลต่อการพัฒนาตนเองของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากมีความสัมพันธ์กัน อันนำไปสู่การพัฒนาองค์การพยาบาลให้บรรลุคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

4. คุณลักษณะด้านการมุ่งเน้นการปฏิบัติอย่างมีคุณธรรม คุณลักษณะด้านนี้มีส่วนช่วยในการส่งเสริมและสนับสนุนการกำหนดและการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ภายในองค์การพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนให้ดำเนินการตามทิศทางที่กำหนดได้ชัดเจนและเป็นรูปธรรมสำหรับสมาชิกมากขึ้น โดยช่วยให้สมาชิกเข้าใจในวิสัยทัศน์ วัตถุประสงค์และทิศทางที่แน่นอนขององค์การ เกิดความยุติธรรมและลดความขัดแย้งในการทำงาน (Williams, 2005) ซึ่งส่งผลทางตรงให้การเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ขององค์การพยาบาลมีโอกาสประสบความสำเร็จมากขึ้น หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า การที่ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์สามารถทำนายอนาคต มีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล รักษาความยืดหยุ่น และให้อำนาจบุคคลอื่นในการสร้างสรรค์เปลี่ยนแปลงกลยุทธ์นั้น ส่งผลให้บุคลากรในองค์การพยาบาลมีการปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน ต่างคนต่างเข้าใจหน้าที่ของตนอย่างเป็นรูปธรรม มีการร่วมคิดร่วมทำ ร่วมวางแนวทางในการปฏิบัติอย่างเป็นรูปแบบ ลดข้อขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น กอปรกับมีการกำหนดมาตรฐานเชิงวิชาชีพต่าง ๆ ไว้ล่วงหน้า เพื่อป้องกันความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นกับองค์การพยาบาล ร่วมกับความสามารถในด้านการประเมินและติดตามการเปลี่ยนแปลง การวางแผนและคาดการณ์ถึงอนาคตในระยะยาว ก็ยิ่งส่งผลให้องค์การพยาบาลเป็นองค์การที่มีความพร้อมมากขึ้น สามารถพัฒนายุทธศาสตร์เพื่อมุ่งสู่อนาคตที่พึงประสงค์ได้อย่างชัดเจน ทำให้องค์การสามารถคงอยู่และดำเนินการพัฒนาได้อย่างประสบความสำเร็จ (คัชรินทร์ ตยาคี, บุญทิพย์ สิริธรังศรี, และสิริรัตน์ วิภาสศิลป์, 2559)

5. คุณลักษณะด้านการจัดตั้งการควบคุมองค์การอย่างสมดุล คุณลักษณะนี้ถูกนำมาประยุกต์ใช้เพื่อประกอบการตัดสินใจในเรื่องการจัดอัตรากำลังในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งนี้เนื่องจากการจัดอัตรากำลังขององค์การพยาบาลมีปัญหา คือ ขาดการวางแผนการพัฒนาบุคลากรเป็นรายบุคคลที่ทั่วถึง ระบบการบริหารจัดการบุคลากรไม่ตรงกับงาน และขาดการวางแผนด้านอัตรากำลัง (พวงผกา มะเสนา และประณต นันทิยะกุล, 2557) ดังนั้น การที่ผู้นำมีคุณลักษณะด้านนี้จึงสามารถช่วยให้การบริหารงานขององค์การพยาบาลเกี่ยวกับการจัดอัตรากำลังมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีความเหมาะสมและเพียงพอต่อการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพ ไม่เอนเอียงไปในเวรใดเวรหนึ่งโดยไม่มีเหตุผล โดยคำนึงถึงมาตรฐานของวิชาชีพและคุณภาพการพยาบาล ส่งผลให้ลดข้อขัดแย้งและความเหนื่อยล้าของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานได้อย่างเป็นรูปธรรม อีกทั้งมีความยืดหยุ่น สามารถปรับเปลี่ยนแผนการบริหารได้ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

ดังนั้น การผลักดันให้องค์การพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนก้าวสู่การเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ จึงเป็นการสร้างโอกาสในการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรในโรงพยาบาลทั้งด้านการใช้เทคโนโลยีและองค์ความรู้ เกิดการบริการ การรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพยิ่งขึ้น ทำให้องค์การพยาบาลและบุคลากรมีกระบวนการปฏิบัติงานและผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิผลมากขึ้น เพิ่มโอกาสการเชื่อมโยงรูปแบบของการทำงานเป็นทีม สร้างและพัฒนากระบวนการเรียนรู้ ตลอดจนความเข้าใจอันดี เพื่อเตรียมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น โดยรูปแบบของภาวะผู้นำที่สอดคล้องกับบริบทดังกล่าว คือ ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ ทั้งนี้ การพัฒนาองค์การดังกล่าวยังสอดคล้องกับนโยบายของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ ที่กำหนดให้องค์การภาครัฐทุกแห่งต้องพัฒนาไปสู่องค์การแห่งการเรียนรู้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 ดังนั้น องค์การพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนจึงควรดำเนินการตามนโยบายของรัฐบาล หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า การปรับตัวขององค์การพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนส่งผลทางตรงในด้านการเตรียมพร้อมที่ดีสำหรับองค์การ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพในอนาคต ภายใต้ข้อจำกัดในด้านงบประมาณ ต้นทุนทางการแพทย์ ยา เวชภัณฑ์ ค่าใช้จ่ายในการบริการสุขภาพที่สูงขึ้น และส่งผลทางอ้อมต่อการพัฒนางานทางการพยาบาลให้มีคุณภาพและผลสัมฤทธิ์ยิ่งขึ้น ทำให้วิชาชีพพยาบาลได้ก้าวไปข้างหน้าทัดเทียมกับวิชาชีพอื่นๆ

จากข้อมูลข้างต้น สามารถสรุปความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ กับองค์การแห่งการเรียนรู้ และการเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ขององค์การพยาบาล ได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ กับองค์การแห่งการเรียนรู้และการเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ขององค์การพยาบาล

สรุป

การที่องค์การแห่งการเรียนรู้จะเป็นองค์การที่มีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับคุณลักษณะของภาวะผู้นำในองค์การ โดยการขับเคลื่อนองค์การแห่งการเรียนรู้จำเป็นต้องมีบุคลากรเป็นผู้ร่วมขับเคลื่อน เพราะการทำงานเป็นทีมถือเป็นกุญแจแห่งความสำเร็จขององค์การ หากองค์การพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนจะพัฒนาสู่การเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้เพื่อตอบสนองการเปลี่ยนแปลงของโลกยุคโลกาภิวัตน์ การให้ความสำคัญกับคุณลักษณะของภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ถือเป็นปัจจัยที่มีความท้าทาย เพราะยังมีข้อจำกัดอีกหลายประการที่ต้องจัดการ อย่างไรก็ตาม หากพัฒนาเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้แล้ว จะทำให้โรงพยาบาลชุมชนเป็นโรงพยาบาลที่บุคลากรให้บริการโดยคำนึงถึงคุณภาพบริการและองค์ประกอบอื่น ๆ ผ่านวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลที่บุคลากรทุกระดับได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการพัฒนา ผนวกกับการบริหารจัดการให้บุคลากรทั้งองค์การได้มีส่วนร่วม และเตรียมรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น ส่งผลให้โรงพยาบาลประสบความสำเร็จตามเป้าหมายของการพัฒนาองค์การ

เอกสารอ้างอิง

กรองจิตต์ เล็กสมบูรณ์สุข. (2555). *องค์ประกอบของสมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดสุพรรณบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

กิ่งกาญจน์ ใจซื่อกุล. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาตนเองของพยาบาลวิชาชีพภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย กับความเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ของกลุ่มการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพประจำการโรงพยาบาลชุมชน เขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 4* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

แก้วตา ไทรงาม, ประชุม โพธิกุล, เวช มงคล, และณรงค์ ดาวเจริญ. (2548). *ผู้นำเชิงกลยุทธ์เพื่อสร้างองค์การแห่งการเรียนรู้*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภา.

คัชรินทร์ ตยาคี, บุญทิพย์ สิริธรังศรี, และสิริรัตน์ วิภาสศิลป์. (2559). ความพร้อมของพยาบาลสู่ความเป็นเลิศระดับสากลในองค์การพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลตำรวจ, 8*(2), 107-118.

ชาคริต ศึกษากิจ. (2550). *องค์การแห่งการเรียนรู้ในโรงพยาบาลของรัฐ เขตกรุงเทพมหานคร* (ปริญญานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

ณัฏฐพันธ์ เขจรนันทน์. (2551). *พฤติกรรมองค์การ*. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ด ยูเคชั่น.

ทองดี ชัยพานิช. (2552). *กลยุทธ์การสร้างองค์การแห่งการเรียนรู้*. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ธนัตรา กองกุณะ, และสุนทรีภรณ์ ทองไสย. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์กับการเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ของฝ่ายการพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร. *Journal of Nursing and Health Science, 11*(2), 120-127.

เนตร์พัณณา ยาวิราช. (2552). *ภาวะผู้นำและผู้นำเชิงกลยุทธ์* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: ทริปเพิ้ล กรุ๊ป.

พวงผกา มะเสนา, และประณต นันทิยะกุล. (2557). การบริหารจัดการการบริการที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย, 4*(1), 88-101.

เมธี จันทโร. (2556). *ภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ที่ส่งผลต่อความเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสงขลา* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

รวมพร คงกำเนิด. (2561). *ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในบริบทพยาบาลวิชาชีพ กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพชุมชน [PCU] โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคใต้*. สืบค้นจาก http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1666?locale-attribute=th

สมนึก เอื้อจิระพงษ์พันธ์, และเพ็ญนภา ประภาวัต. (2552). องค์การแห่งการเรียนรู้ กรณีศึกษา: โรงพยาบาลดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิทยาการจัดการ, 26*(1), 33-56.

อัญชลี แก้วสระศรี, รัตนา นิลเลื่อม, และชุลีพร หีตอักษร. (2560). การเปลี่ยนแปลงของสังคมและวัฒนธรรมไทยกับแนวโน้มวิชาชีพพยาบาล. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 37*(3), 160-169.

เอกชัย อภิศักดิ์กุล, และทรรศนะ บุญขวัญ. (2551). *การจัดการเชิงกลยุทธ์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: เซนเกจ เลินนิ่ง.

Bass, B. M., & Avolio, B. J. (Eds.). (1994). *Improving organizational effectiveness through transformational leadership*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

Pearce, J. A., & Robinson, R. B. (2007). *Formulation implementation and control of competitive strategy* (9th ed.). Boston: McGraw-Hill.

Senge, P. M. (1990). *The fifth discipline: The art & practice of the learning organization.* New York: Currency Doubleday.

Williams, B. S. (2005). A lesson in strategic leadership for service. *Nurse Leader, 3*(5), 25-27.

การศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์สาขาพยาบาลศาสตร์
Outcome-based Education in Nursing Science

สุรีย์ จินเรือง, ปร.ด. (การพยาบาล) [1]
Suree Jinruang, Ph.D. (Nursing) [1]
วิภาศิริ นราพงษ์, ปร.ด. (การพยาบาล) [2]
Wipasiri Naraphong, Ph.D. (Nursing) [2]
ปวีณภัทร นิธิตันติวัฒน์, ปร.ด. (การพยาบาล) [3]
Paveenapat Nithitantiwat, Ph.D. (Nursing) [3]

บทคัดย่อ

การจัดการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์สาขาพยาบาลศาสตร์ ระดับปริญญาตรี เป็นการบริหารหลักสูตรและการสอนทางพยาบาลศาสตร์ที่เน้นผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียนเป็นสำคัญ ผลลัพธ์การเรียนรู้หรือสมรรถนะของบัณฑิตพยาบาลควรมาจากข้อมูลการศึกษาการวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้าที่มีอิทธิพลต่อบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพพยาบาล และควรสอดคล้องกับแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงอุดมศึกษาของชาติ แผนยุทธศาสตร์ชาติ (ด้านสาธารณสุข) โดยผลลัพธ์การเรียนรู้สุดท้ายของการเรียนการสอนควรสะท้อนให้เห็นถึงสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่หลัก ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และการพิทักษ์สิทธิผู้รับบริการในบริบทของการปฏิรูประบบสุขภาพ แนวทางการบริหารหลักสูตรและการสอนควรตั้งเป้าหมาย คือ การทำให้ผู้เรียนบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ที่พึงประสงค์ตามที่กำหนดไว้ในหลักสูตร ซึ่งผลการเรียนรู้ที่สำคัญ คือ มีความรู้ความเข้าใจในศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง มีทักษะการคิดขั้นสูง และมีสมรรถนะที่คาดหวังตามวิชาชีพ เช่น การปฏิบัติการพยาบาล มีคุณธรรม จริยธรรม มีทักษะการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและทักษะการสื่อสาร มีความเป็นวิชาชีพ และมีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 โดยวิธีการเรียนการสอนต้องสอดคล้องกับการวัดและประเมินผลการเรียนรู้ที่ได้วางแผนและออกแบบไว้ล่วงหน้า และควรกำหนดช่วงเวลาของการบรรลุผลลัพธ์ การเรียนรู้ในแต่ละระดับ

คำสำคัญ: การศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์ พยาบาลศาสตร์

[1, 2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
[1, 2] Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Saraburi
[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: suree@bcns.ac.th
[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ
[3] Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok

Abstract

Outcome-based education in bachelor of nursing science is a student-centered method of curriculum blueprint and teaching that focus on the accomplishment of the learning outcomes by nursing students. The learning outcomes in nursing education should derive from the results of analysis, the influencing factors having impact on the responsibilities of professional nurses. Moreover, learning outcomes should conform to national blueprint for change of higher education, national strategy plan in public health area. In the context of health care reform, learning outcomes should reflect the competencies of nursing students and need to consider how the nurse graduates responsibilities include health promotion, health prevention, cure, rehabilitation, and advocacy. The way to organize curriculum and instruction should set a goal for learner's achieving according to learning outcomes that were determined in nursing curriculum. The important learning outcomes include nursing science knowledge and the related sciences, higher thinking skill, expected nursing competencies include nursing care practice, have a moral, interpersonal and communication skill, professionalism, and 21th century learning skill. Moreover, the learning and teaching methods have to align with the learning outcomes assessment that were planned and designed, and should determine timing for achieving the learning outcomes at each level of the course.

Keywords: Outcome-based education, Nursing science

บทนำ

จากแนวคิดการพัฒนาอุดมศึกษาแห่งอนาคต ได้กำหนดแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลง (blueprint for change) ที่เน้นการผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพ วิธีการที่จะเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ของระบบอุดมศึกษาถูกกำหนดไว้ในแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งระบุกลไกการเปลี่ยนแปลงด้านคุณภาพบัณฑิตไว้ดังนี้ 1) กำหนดมาตรฐานบัณฑิตใหม่ 2) พัฒนาหลักสูตรและกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (Thai qualifications framework for higher education [TQF: HEd]) 3) พัฒนาระบบประกันคุณภาพภายในให้เป็นกลไกในระดับสถาบันในการยกระดับคุณภาพการศึกษา และ 4) พัฒนาระบบประเมินสมรรถนะบัณฑิตตามมาตรฐานบัณฑิต ให้มีสมรรถนะเชิงวิชาการ สมรรถนะในการประกอบอาชีพ ทักษะการปฏิบัติงาน ทักษะการเป็นผู้ประกอบการ รวมทั้งสมรรถนะการเป็นพลเมืองและพลโลก และในแผนการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้กำหนดผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลงในการผลิตบัณฑิต โดยบัณฑิตทุกระดับต้องมีทักษะกลุ่มใหม่ (skill set) เพื่อเพิ่มคุณภาพและปัจจัยการผลิตเทียบเท่าประเทศพัฒนาแล้ว มีจิตสาธารณะซึ่งจะเป็นพื้นฐานที่ดีในการพัฒนาสังคมด้านอื่นต่อไป มีความสามารถในการประกอบอาชีพ และเป็นผู้สร้างงาน บัณฑิตควรเรียนรู้เชิงบูรณาการกับการทำงาน และควรมีการปฏิรูปการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นสัมฤทธิ์ผลตามความต้องการของผู้เรียน (สุเมธ แย้มนุ่น, 2560) จากเหตุผลดังกล่าว การจัดการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ควรมีการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ของการจัดการศึกษาตามการเปลี่ยนแปลงของระบบอุดมศึกษาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและในอนาคต เช่นเดียวกับสาขาวิชาการและสาขาวิชาชีพอื่น ๆ การออกแบบหรือการปรับปรุงหลักสูตรต้องกำหนดสมรรถนะบัณฑิตและคุณลักษณะที่พึงประสงค์ ปรับกลยุทธ์การสอนและกลยุทธ์การวัดและประเมินผลที่มุ่งผลลัพธ์หรือผลการเรียนรู้

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์ (outcome-based education [OBE]) สาขาพยาบาลศาสตร์ โดยมีสาระเกี่ยวกับความหมาย แนวคิดพื้นฐาน ทิศทางการพัฒนาหรือปรับปรุงหลักสูตรที่มุ่งผลลัพธ์ และแนวทางการจัดการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์ ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นข้อเสนอแนะในการพัฒนาหรือปรับปรุงหลักสูตรที่มุ่งผลลัพธ์สาขาพยาบาลศาสตร์ ระดับปริญญาตรีต่อไป

ความหมายของการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์

ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ได้มีนักการศึกษาให้ความหมายของการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์ตั้งแต่ระดับหลักสูตรจนถึงระดับรายวิชา โดยการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์ระดับหลักสูตร หมายถึง การจัดการศึกษาโดยการบริหารหลักสูตรที่มีการกำหนดผลการเรียนรู้ โดยที่เมื่อสิ้นสุดการเรียนรู้ตามหลักสูตรแล้ว ผู้เรียนต้องมีผลการเรียนรู้ที่สำคัญ คือ ความรู้ ทักษะ ความสามารถ เห็นคุณค่าของการเรียนรู้ และมีทัศนะที่ดีต่อความเป็นวิชาชีพของตนเองมากกว่าการเน้นที่กระบวนการจัดการศึกษา (Harden, Davis, & Crosby, 1997; McNeil, Hughes, Toohey, & Dowton, 2006) ส่วนการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์ระดับรายวิชา หมายถึง การจัดการศึกษาที่ถูกวางโครงสร้างและกำหนดกิจกรรมการเรียนการสอนและการวัดประเมินผลไว้เป็นอย่างดี ผู้สอนมีหน้าที่ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และบรรลุผลการเรียนรู้ ได้แก่ ทักษะเฉพาะ ความรู้ และพฤติกรรมการเรียนรู้ (Sessums, 2016)

จากความหมายดังกล่าว อาจสรุปได้ว่า การจัดการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์วิชาชีพด้านสุขภาพ (health professionals) มีกุญแจสำคัญ คือ การพัฒนาเนื้อหาต่าง ๆ ในหลักสูตรและการประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้ โดยเป็นการศึกษาที่มุ่งสมรรถนะ (competency-based education) ที่เฉพาะเจาะจง เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการตามบทบาทวิชาชีพและความต้องการของสังคม

แนวคิดพื้นฐานของการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์

แนวคิดของการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์ที่ได้ถูกนำมาสร้างและพัฒนาหลักสูตรการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาและระดับอุดมศึกษา ตั้งแต่ปลายศตวรรษที่ 20 ต่อเนื่องมาถึงต้นศตวรรษที่ 21 นี้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าแนวคิดพื้นฐานของการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์ คือ การมุ่งเน้นผลผลิตสุดท้าย (end products) ที่ตัวผู้เรียน โดยที่กระบวนการจัดการเรียนการสอนต้องเน้นให้ผู้เรียนทุกคนมีการเรียนรู้จนเกิดความเข้าใจ ได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ที่จำเป็นตามหลักสูตร สามารถแสดงพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นถึงการประยุกต์ใช้ภูมิความรู้ในการปฏิบัติ โดยต้องวางเป้าหมายสุดท้ายของการจัดการเรียนการสอนที่สำคัญ คือ ให้ผู้เรียนบรรลุผลการเรียนรู้ที่พึงประสงค์ (intended learning outcome) หรือผลการเรียนรู้ที่ได้กำหนดไว้ล่วงหน้า (expected learning outcomes) รวมทั้งผลการเรียนรู้ที่กำหนดไว้ในรายวิชา (course learning outcomes) และผลการเรียนรู้ในหลักสูตร (program learning outcomes) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว วิธีการวัดและประเมินผลการเรียนรู้ต่าง ๆ ต้องมีความสอดคล้องกับวิธีการเรียนการสอน (teaching and learning methods) (Keating, 2011; Spady, 1993; Spady, 1994) ปรัชญาของการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์ คือ การพัฒนาสมรรถนะรายบุคคลของผู้เรียน มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นถึงสมรรถนะที่ถูกออกแบบไว้สำหรับการเรียนในแต่ละศาสตร์สาขา ในขณะที่การศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ สมรรถนะหมายถึง การแสดงความสามารถตามบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพพยาบาลและบทบาทหน้าที่ตามความต้องการของสังคม ตั้งแต่ระดับเริ่มต้นของการเรียนในหลักสูตรจนเรียนจบตามหลักสูตร (Kim, 2012)

ทิศทางการพัฒนาหรือปรับปรุงหลักสูตรที่มุ่งผลลัพธ์ สาขาพยาบาลศาสตร์ ระดับปริญญาตรี

ในระยะต้นของศตวรรษที่ 21 การจัดการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์มีการพัฒนาและปรับปรุงหลักสูตรระดับปริญญาตรีที่สอดรับกับการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์ โดยมีลักษณะสำคัญ คือ เน้นผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดขึ้นในตัวบัณฑิตพยาบาล โดยในปี พ.ศ. 2550 สมาคมสถาบันการศึกษาพยาบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาได้ศึกษาวิจัย

โดยการวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง และศึกษาถึงสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพจากผู้ใช้บัณฑิตและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งข้อมูลจากการศึกษาใช้เป็นแนวทางในการออกแบบหรือสร้างหลักสูตรสาขาพยาบาลศาสตร์ที่มุ่งผลลัพธ์ ระดับปริญญาตรี ของประเทศสหรัฐอเมริกา โดยผลการศึกษาดังกล่าวได้เสนอองค์ประกอบสำคัญของสรรถนะบัณฑิตพยาบาลในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ไว้ดังนี้ 1) การศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ ระดับปริญญาตรี ควรเป็นการศึกษาแนวเสรี ซึ่งหมายถึง นอกจากจะศึกษาในสาขาวิชาเฉพาะทางการพยาบาลแล้ว นักศึกษาควรได้รับความรู้จากวิชาพื้นฐานที่หลากหลาย ควรเรียนรู้อย่างมีความเข้าใจและนับถือในวิธีคิดของแต่ละสาขาวิชาที่หลากหลายนั้น เพื่อให้สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการเรียนวิชาพื้นฐานเหล่านั้นมาประยุกต์ใช้หรือนำมาบูรณาการในสาขาวิชาการพยาบาล 2) มีความรู้ ทักษะในด้านภาวะผู้นำ การพัฒนาคุณภาพ และความปลอดภัยของผู้ป่วย 3) มีความเข้าใจและสามารถใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาล 4) มีความรู้ ทักษะและความสามารถในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การจัดการข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยให้เกิดคุณภาพ 5) มีความรู้ความเข้าใจเรื่องนโยบายสุขภาพ ซึ่งรวมถึงกฎ ระเบียบหรือกฎหมายด้านการเงินการคลังในการบริหารจัดการสุขภาพของประเทศ และปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อระบบสุขภาพและต่อวิชาชีพพยาบาล 6) มีความสามารถในการสื่อสารและการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ โดยมีเป้าหมายสูงสุด คือ คุณภาพของการรักษาพยาบาล 7) มีความรู้ความสามารถ และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ทั้งในระดับบุคคลและระดับกลุ่มประชากร 8) ต้องได้รับการปลูกฝังหรืออบรมให้มีคุณธรรม จริยธรรม เช่น การเห็นคุณค่าของเพื่อนมนุษย์ เคารพในเกียรติและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ช่วยเหลือผู้อื่นอย่างบริสุทธิ์ใจ และต้องมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องเอกสิทธิ์ของวิชาชีพ รวมทั้งความยุติธรรมในสังคม 9) ต้องได้รับการสอนและฝึกหัดวิชาการพยาบาลผู้ป่วยในทุกช่วงวัยของชีวิต ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน ชุมชน และทุกกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลายและมีความแตกต่างทางวัฒนธรรม โดยนักศึกษาต้องมีความเข้าใจและเคารพผู้ป่วยในเรื่องวิธีคิดหรือวิธีการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างหลากหลาย ต้องเข้าใจความซับซ้อนของระบบสุขภาพและการใช้ทรัพยากรที่แอบแฝงอยู่ในทุกระดับของการรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพ (American Association of Colleges of Nursing, 2008) ในเวลาต่อมา หลักสูตรการศึกษาระดับอุดมศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ระดับปริญญาตรี ได้เชื่อมโยงการจัดการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์กับการศึกษาที่มุ่งสมรรถนะ (Frenk et al., 2010) โดยที่นักการศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพมีความเชื่อว่าผู้เรียนแต่ละคนที่อยู่ในกระบวนการเรียนรู้มีความแตกต่างกัน การศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์จึงเน้นให้ผู้เรียนที่มีความแตกต่างกันนั้นได้เรียนรู้ตามความสามารถที่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการจัดการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ ซึ่งหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ได้ให้ความสำคัญกับการจัดการศึกษาที่มุ่งให้ผลลัพธ์และสมรรถนะของผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเป็นวิธีการในการปฏิรูปและการจัดการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ที่มีพลังและน่าสนใจ (Singh & Ramya, 2011) เพราะนำผลลัพธ์การเรียนรู้/สมรรถนะตามที่หลักสูตรกำหนดไว้อย่างเฉพาะเจาะจงเป็นตัวตั้งต้นในการจัดวางเนื้อหาในหลักสูตรและการออกแบบกระบวนการเรียนรู้ โดยสมรรถนะของวิชาชีพพยาบาล คือ การแสดงความสามารถของผู้เรียนตามบทบาทหน้าที่ที่วิชาชีพพยาบาลได้กำหนดไว้ และความสามารถที่เป็นความต้องการของสังคม โดยที่ความสามารถนั้นเป็นไปตามลำดับขั้น ตั้งแต่ระดับเริ่มต้นของการเรียนในหลักสูตรจนผู้เรียนจบการศึกษาตามหลักสูตร (Kim, 2012)

สำหรับการผลิตบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์ในประเทศไทย สภาการพยาบาลได้ทำการศึกษาผลลัพธ์การเรียนรู้/สมรรถนะของบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์ที่สอดคล้องกับความเป็นวิชาชีพและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และนำผลการศึกษานั้นมากำหนดมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ เพื่อให้สถาบันการศึกษาที่จัดการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์นำไปเป็นแนวทางในการวางเนื้อหาวิชาในหลักสูตร

และออกแบบกระบวนการเรียนรู้ และกำหนดเป็นคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ ปี พ.ศ. 2560 ดังนี้ 1) มีความรอบรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาล การผดุงครรภ์ และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง และสามารถประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมในการปฏิบัติการพยาบาล 2) สามารถปฏิบัติการพยาบาลองค์รวม เน้นความปลอดภัยของทุกช่วงชีวิต ทุกภาวะสุขภาพ ทุกระดับของสถานบริการสุขภาพ ในความแตกต่างทางวัฒนธรรม ใช้ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล การผดุงครรภ์ และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ภายใต้กฎหมายวิชาชีพ 3) สื่อสารด้วยภาษาไทยและภาษาอังกฤษได้อย่างมีประสิทธิภาพ 4) คิดอย่างเป็นระบบ คิดสร้างสรรค์ คิดอย่างมีวิจารณญาณ ตัดสินใจและแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ 5) มีความรู้และสมรรถนะด้านดิจิทัลในการศึกษาค้นคว้า การปฏิบัติงาน การสื่อสาร และการทำงานร่วมกับผู้อื่น 6) สามารถใช้กระบวนการวิจัยและกระบวนการสร้างนวัตกรรมในการแก้ปัญหาทางการพยาบาลและแก้ปัญหาสุขภาพ 7) แสดงภาวะผู้นำ และสามารถบริหารจัดการในการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพและสหสาขาวิชาชีพ 8) มีคุณธรรม จริยธรรม เคารพในคุณค่า ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีความรับผิดชอบ และมีความเอื้ออาทร 9) สามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง และสนใจใฝ่รู้ในการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง 10) สามารถใช้การวิเคราะห์เชิงตัวเลข ใช้สถิติอย่างเหมาะสมในวิชาชีพ 11) แสดงออกถึงการมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ ตระหนักในคุณค่าวิชาชีพและสิทธิของพยาบาล 12) เป็นพลเมืองดีในระบอบประชาธิปไตย อันมีพระมหากษัตริย์เป็นประมุข ตลอดจนเป็นพลเมืองดีของชาติ ภูมิภาค และประชาคมโลก และ 13) มีสมรรถนะทางวัฒนธรรม สามารถปฏิบัติการในสภาพการณ์ของความแตกต่างทางวัฒนธรรม (กระทรวงศึกษาธิการ, 2560)

การจัดการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์สาขาพยาบาลศาสตร์ในระดับหลักสูตรของประเทศไทยในอนาคต ควรพัฒนาหรือปรับปรุงหลักสูตรให้ตอบสนองความท้าทาย ได้แก่ นโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) (พ.ศ. 2560-2579) (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2560) รวมถึงการศึกษาคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์ตามความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้สอน ผู้เรียน และผู้ใช้บัณฑิต โดยหลักสูตรควรกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ของบัณฑิตพยาบาลที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านปัจจัยภายนอกสถาบันการศึกษาหรือนอกหลักสูตร เช่น เศรษฐกิจ สังคม การเมืองในระดับภูมิภาคและระดับชาติ โครงสร้างพื้นฐานของประเทศ นวัตกรรมทางสุขภาพและสาธารณสุข รวมทั้งปัจจัยสำคัญอื่นๆ ได้แก่ ความหลากหลายและการเปลี่ยนแปลงของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ องค์ความรู้ทางวิชาชีพ องค์กรวิชาชีพ กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา เทคโนโลยีดิจิทัลด้านการแพทย์และสุขภาพ บริบทสารสนเทศอุดมศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ของประเทศ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของประเทศในอาเซียน หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของประเทศในเอเชียและโอเชียเนีย ได้แก่ จีน เกาหลี ญี่ปุ่น อินเดีย ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ รวมทั้งการถ่ายโอนผลการเรียนรู้ของผู้เรียนต่างชาติ และการรับรองคุณวุฒิ

การพัฒนาและการปรับปรุงหลักสูตรควรมีการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน และคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงที่จะมีผลกระทบต่อวิชาชีพพยาบาลในอนาคต นอกจากนี้การจัดการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ของประเทศไทยยังต้องสอดคล้องกับปรัชญาและวัตถุประสงค์ของการจัดการศึกษาในระดับอุดมศึกษาตามแนวคิดการศึกษาไทย 4.0 สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการจัดระบบอุดมศึกษาใหม่ที่กำหนดแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลง ที่มีแนวทางการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ของระบบอุดมศึกษาใหม่ที่นักการศึกษาต้องคำนึงถึง ได้แก่ 1) การเข้าถึงอุดมศึกษาและความเท่าเทียม 2) คุณภาพของบัณฑิต 3) การวิจัยและนวัตกรรม 4) การสร้างเสริมบุคลากรคุณภาพสูง 5) การบริหารและธรรมาภิบาล 6) ความมั่นคงทางการเงินในระบบอุดมศึกษา 7) ภาคีภาครัฐ เอกชน และชุมชน และ 8) อุดมศึกษาดิจิทัล (สุเมธ แย้มนุ่น, 2560) การสร้างหลักสูตรจึงต้องคำนึงถึงคุณภาพของบัณฑิตที่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานคุณวุฒิแห่งชาติ เกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับปริญญาตรี (กระทรวงศึกษาธิการ, 2558)

แนวทางการจัดการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์สาขาพยาบาลศาสตร์ระดับปริญญาตรี ในระดับหลักสูตร

แนวทางการบริหารหลักสูตรสาขาพยาบาลศาสตร์จำเป็นต้องคำนึงถึงคุณภาพและสมรรถนะบัณฑิตที่กำหนด ซึ่งประกอบด้วย 1) สมรรถนะเชิงวิชาการ 2) สมรรถนะเชิงวิชาชีพ ได้แก่ ทักษะการปฏิบัติงาน และทักษะการเป็นผู้ประกอบการ และ 3) ความเป็นพลเมืองและพลโลก (สุเมธ แย้มนุ่น, 2560) การบริหารหลักสูตรและการเรียนการสอน การพัฒนาหลักสูตร และการติดตามประเมินผลหลักสูตร ควรดำเนินการให้มีการควบคุมคุณภาพการจัดการเรียนการสอน อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรและอาจารย์ประจำหลักสูตรควรวางเป้าหมายสุดท้ายของการบริหารหลักสูตรและการสอน คือ ผู้เรียนต้องบรรลุผลการเรียนรู้รายวิชา ผลลัพธ์การเรียนรู้ตามหลักสูตรหรือคุณลักษณะของบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์ โดยกำหนดผลการเรียนรู้ที่คาดหวังจะให้เกิดในแต่ละช่วงเวลาหรือแต่ละชั้นปี และออกแบบการจัดการเรียนการสอนรวมถึงการวัดและประเมินผลการเรียนรู้ที่มีความสอดคล้องกับแนวคิดของการจัดการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์ (Frenk et al., 2010; Kim, 2012) โดยกลยุทธ์การสอนและกลยุทธ์การวัดและประเมินผลควรมีความยืดหยุ่น ทันสมัย และสอดคล้องกับวิธีการเรียนรู้ที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้เรียนสาขาพยาบาลศาสตร์ในศตวรรษที่ 21 ซึ่งเป็นเจนเนอเรชั่น วาย (Y Generation) (Eckleberry-Hunt & Tucciarone, 2011) ทั้งนี้ อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรและอาจารย์ประจำหลักสูตรควรพัฒนากลยุทธ์การสอนและกลยุทธ์การประเมินผลการเรียนรู้ของผู้เรียนให้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของหลักสูตร ตรงตามคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตและผลการเรียนรู้ที่กำหนดไว้ในหลักสูตรดังกล่าว ซึ่งมีแนวทางการดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาวิจัยเพื่อทดสอบประสิทธิผลของวิธีการสอนต่าง ๆ ที่เน้นการพัฒนาสมรรถนะผู้เรียนและผลลัพธ์การเรียนรู้ตามหลักสูตร โดยตัวแปรอิสระที่ศึกษา คือ วิธีการสอนที่เน้นการพัฒนาผลการเรียนรู้และสมรรถนะที่ระบุไว้ในรายวิชาหรือในหลักสูตร ส่วนตัวแปรตาม คือ สมรรถนะหรือผลลัพธ์การเรียนรู้ที่หลักสูตรกำหนด โดยมีเป้าหมายการวิจัย คือ การพัฒนานวัตกรรมการจัดการเรียนการสอนเพื่อการพัฒนาคุณภาพของบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์ ให้ตรงกับความคาดหวังในผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้ใช้บัณฑิต ทั้งนี้มีรายงานผลการศึกษาประสิทธิผลของวิธีการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งผลลัพธ์สาขาพยาบาลศาสตร์ ระดับปริญญาตรีในต่างประเทศ ได้แก่ 1) การศึกษาเปรียบเทียบผลการเรียนรู้ของผู้เรียนที่ได้รับการสอนแบบบรรยายและการอภิปรายกลุ่ม กับการสอนแบบใช้ผังความคิดที่มีการกำหนดผลการเรียนรู้ไว้อย่างชัดเจนร่วมกับการอภิปรายและการบรรยาย (Hsu, Pan, & Hsieh, 2016) โดยกลุ่มทดลองได้รับการสอนแบบใช้ผังความคิดที่มีการกำหนดผลการเรียนรู้ไว้อย่างชัดเจนร่วมกับการอภิปรายและการบรรยาย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการสอนแบบบรรยายและการอภิปรายกลุ่ม ได้รับการประเมินผลการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์รายวิชาแบบเดิม ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความรู้ ความเข้าใจมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) การวิจัยประเมินความสามารถของนักศึกษาพยาบาลหลังได้รับการสอนที่มุ่งการพัฒนาสมรรถนะ (Fan, Wang, Chao, Jane, & Hsu, 2015) ซึ่งเป็นการศึกษาเปรียบเทียบผลของวิธีการสอนแบบเดิม ได้แก่ การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม และการใช้หุ่นจำลองสถานการณ์ กับวิธีการสอนที่มุ่งผลลัพธ์หรือสมรรถนะที่ต้องการให้เกิด โดยนักศึกษาได้ถูกสอนให้วางแผนการเรียนโดยตั้งเป้าหมายการเรียนรู้จากผลการเรียนรู้รายวิชา อาจารย์ผู้สอนและนักศึกษาเข้าใจผลการเรียนรู้ที่นักศึกษาต้องบรรลุตรงกัน โดยอาจารย์ผู้สอนสอนการใช้เทคนิคการเขียนผังความคิด กลุ่มทดลองได้รับการสอนที่มุ่งผลลัพธ์ โดยวางเป้าหมายการเรียนรู้จากผลการเรียนรู้ที่อาจารย์ผู้สอนและนักศึกษาเข้าใจตรงกัน และพัฒนาผลการเรียนรู้ไปทีละขั้น เริ่มจากการสอนโดยการบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม และการใช้ผังความคิดสรุปความรู้ในรายวิชาพื้นฐานวิชาชีพ เช่น กายวิภาคศาสตร์ สรีรวิทยา และวัดผลการเรียนรู้ คือ ความรู้ ความเข้าใจ จากนั้นเมื่อนักศึกษาเรียนในรายวิชาการพยาบาล การสอนและผลการเรียนรู้จะเพิ่มขึ้นเป็นการประยุกต์ใช้ภูมิความรู้

ในการปฏิบัติการพยาบาล สามารถให้เหตุผลในการปฏิบัติการพยาบาล อาจารย์ผู้สอนปลูกฝังและฝึกทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยการให้นักศึกษาเขียนสะท้อนคิด ตรวจสอบความคิดของนักศึกษา และช่วยเหลือ หรือแก้ไข อาจารย์ผู้สอนใช้วิธีการสอนแบบใช้ปัญหาของผู้ป่วยเป็นฐานในการเรียนรู้ เพื่อปลูกฝังพฤติกรรมความอยากรู้อยากเห็น ความสงสัยและใคร่ครวญ เพื่อให้เกิดความสามารถในการให้เหตุผล และการตัดสินใจทางคลินิก ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการสอนโดยการบรรยาย การนำเสนอ การอภิปราย และการใช้ผังความคิด ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีผลการประเมินการเรียนรู้ ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถในการคิดขั้นสูง และทักษะการปฏิบัติในคลินิก สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 3) การวิจัยวิธีการสอนเพื่อพัฒนาสมรรถนะหลักทางการพยาบาลในการเรียนระดับปริญญาตรี (Wu, Wang, Wu, & Guo, 2014) เป็นการศึกษาเปรียบเทียบวิธีการสอนที่เน้นผลการเรียนรู้ด้านความรู้ ความเข้าใจ และสมรรถนะ ผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ที่วัด คือ ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลสุขภาพ การตรวจร่างกาย การปฏิบัติการพยาบาลกับหุ่นและสถานการณ์จำลอง และการสื่อสารกับผู้ป่วย กลุ่มทดลองได้รับการสอนโดยการบรรยาย การสอนแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก การใช้หุ่น สถานการณ์จำลอง และการแสดงบทบาทสมมติ อาจารย์ผู้สอนนำสมรรถนะหลักทางการพยาบาลที่เน้นความเป็นวิชาชีพพยาบาล (professionalism) มาสร้างเป็นตัวตั้งต้นในการจัดการเรียนการสอนและการประเมินผลการเรียนรู้ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการสอนโดยการบรรยาย การอธิบาย และการใช้สื่อมัลติมีเดีย ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ศึกษาวิจัยผู้เรียน เนื่องจากปรัชญาการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์ให้ความสำคัญที่ตัวผู้เรียน โดยผู้เรียนแต่ละคนที่อยู่ในกระบวนการเรียนรู้มีความแตกต่างกัน จึงมีความสามารถในการเรียนรู้แตกต่างกัน อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรควรศึกษาวิจัยความแตกต่างของผู้เรียนนั้นว่าเป็นอย่างไร รวมทั้งศึกษาวิจัยวิถีการเรียนของผู้เรียนในยุคเทคโนโลยีดิจิทัล ซึ่งมีผลต่อสมรรถนะการเรียนรู้ของผู้เรียน ผลการศึกษาต้องนำไปออกแบบกระบวนการเรียนรู้ที่ตรงตามความสามารถในการเรียนรู้และวิถีการเรียนรู้ของผู้เรียน อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรหรือนักวิจัยต้องกำหนดเป้าหมายของการวิจัย คือ การพัฒนาผู้เรียนตามความสามารถของผู้เรียนแต่ละคนที่มีความแตกต่างกัน

3. ศึกษาวิเคราะห์ผู้เรียนในระดับชั้นปี อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรควรวิเคราะห์ผลลัพธ์การเรียนรู้/สมรรถนะของผู้เรียน ทั้งสมรรถนะเชิงวิชาการและสมรรถนะเชิงวิชาชีพที่กำหนดไว้ในหลักสูตร และกำหนดว่าในแต่ละระดับชั้นปีควรบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ที่เป็นสมรรถนะเชิงวิชาการและระดับของสมรรถนะเชิงวิชาชีพอะไรบ้าง และในแต่ละชั้นปีต้องบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ในระดับใด ผู้สอนหรือนักวิจัยต้องกำหนดเป้าหมายของการวิจัย คือ เป็นข้อมูลนำเข้าในการพัฒนาสมรรถนะของผู้เรียน โดยการวางเนื้อหาในรายวิชาและการออกแบบกระบวนการเรียนรู้ตามความสามารถ ตามลำดับขั้นจากง่ายไปยาก จากระดับวิชาการพื้นฐานสู่ระดับสมรรถนะเชิงวิชาชีพพยาบาล โดยการศึกษาวิจัยควรทำตั้งแต่ระดับเริ่มต้นของการเรียนในชั้นปีที่ 1 จนถึงชั้นปีที่ 4 และศึกษาเพื่อติดตามผลลัพธ์สุดท้าย คือ สมรรถนะของบัณฑิตพยาบาลเมื่อไปปฏิบัติงานจากผู้ใช้บัณฑิต

4. ศึกษาวิจัยวิธีการเรียนการสอนโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล รวมทั้งวิธีการจัดการทรัพยากรสนับสนุนการเรียนการสอนในยุคเทคโนโลยีดิจิทัล นอกจากนี้ ผู้รับผิดชอบหลักสูตรและอาจารย์ประจำหลักสูตรควรนำผลการศึกษาวิจัยหรือแนวปฏิบัติที่ดีเรื่องวิธีการเรียนการสอนโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและการจัดการหรือการบริหารทรัพยากรการเรียนรู้ที่เป็นเทคโนโลยีดิจิทัล ทั้งในระดับชาติและระดับสากล ที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้เรียนได้บรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ และสามารถพัฒนาการเรียนรู้ของผู้เรียนได้มาใช้ในการจัดการเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์

5. วิจัยประเมินผลหลักสูตรหรือวิจัยผลลัพธ์ของการบริหารหลักสูตรและการสอน และนำผลการวิจัยที่เน้นการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งผลลัพธ์สาขาพยาบาลศาสตร์ ไปพัฒนากลยุทธ์การสอนและกลยุทธ์การวัดและ

ประเมินผลการเรียนรู้

จากข้อมูลข้างต้น แสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่ส่งเสริมให้การจัดการเรียนการสอนที่มุ่งผลลัพธ์ประสบผลสำเร็จ คือ การใช้ผลการเรียนรู้หรือสมรรถนะที่คาดหวังให้เกิดในตัวผู้เรียนในการวางแผนการเรียนการสอน การวัดและประเมินผลการเรียนรู้ ซึ่งผลลัพธ์ของการจัดการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์ในสาขาพยาบาลศาสตร์ ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจในศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง และความเป็นวิชาชีพพยาบาล (Wu et al., 2014) ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมการปฏิบัติของพยาบาลที่แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการประยุกต์ใช้ภูมิความรู้ ความเข้าใจในศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในการคิดวิเคราะห์ คิดอย่างมีวิจารณญาณ แสดงความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกและการตัดสินใจในการพยาบาล สามารถวางแผนการพยาบาล และมีทักษะการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง (Fan et al., 2015) รวมทั้งประเมินผลการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเองอย่างมีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพ (Johanson, 2012; McCurry & Martins, 2010) การจัดการศึกษาที่มุ่งผลลัพธ์สาขาพยาบาลศาสตร์ในอนาคตจึงควรพัฒนาและปรับปรุงหลักสูตรที่เน้นการกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้หรือสมรรถนะของบัณฑิตพยาบาล โดยการวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้าที่เป็นปัจจุบันและเท่าทันการเปลี่ยนแปลง ผลลัพธ์ของการเรียนควรสามารถสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพของทุกกลุ่มประชากร ในทุกระยะของความเจ็บป่วย ทั้งระยะเฉียบพลันรุนแรง และเรื้อรัง รวมทั้งการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และการพิทักษ์สิทธิผู้รับบริการในบริบทของการดูแลสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป และความเป็นพลเมืองและพลโลก (Eckleberry-Hunt & Tucciarone , 2011)

สรุป

การผลิตบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์มีความสำคัญและจำเป็นต่อสังคม เพราะพยาบาลวิชาชีพมีหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงต่อสุขภาพและอนามัยของคน ต้องปฏิบัติโดยตรงต่อชีวิต ด้วยความเอื้ออาทร เอาใจใส่ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ พยาบาลจำเป็นต้องใช้ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล การผดุงครรภ์ และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการประกอบวิชาชีพ การผลิตบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์จำเป็นต้องพัฒนาหรือปรับปรุงหลักสูตร ปรับเปลี่ยนกระบวนการจัดการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนทุกคนมีการเรียนรู้ มีความเข้าใจ ได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ที่สำคัญและจำเป็นในการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง มีทักษะทางปัญญา มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ และแสดงพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความสามารถในการประยุกต์ใช้ภูมิความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาล และมีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพ การจัดการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์จึงควรมุ่งผลลัพธ์ที่ตัวผู้เรียน และวางเป้าหมายสุดท้ายของการจัดการศึกษาไว้ที่การทำให้ผู้เรียนสามารถบรรลุผลการเรียนรู้ที่พึงประสงค์ ซึ่งต้องมีการกำหนดผลการเรียนรู้ไว้ล่วงหน้า ทั้งผลการเรียนรู้รายวิชาและผลการเรียนรู้ในหลักสูตร โดยวิธีการวัดและประเมินผลการเรียนรู้ต่าง ๆ ต้องมีความสอดคล้องกับวิธีการเรียนการสอนที่สอดคล้องกับปรัชญาและวัตถุประสงค์ของการผลิตบัณฑิตระดับอุดมศึกษา

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงศึกษาธิการ. (2558). *เกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับปริญญาตรี พ.ศ. 2558*. สืบค้นจาก http://www.mua.go.th/users/bhes/front_home/criterion58/criterion_b58.PDF

กระทรวงศึกษาธิการ. (2560). *ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ: มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560*. สืบค้นจาก http://www.mua.go.th/users/tqf-hed/news/data6/ประกาศ-ศธ-NQF-2560-พยาบาลศาสตร์-ป-ตรี.PDF

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข 20 ปี (ตุลาคม 2559-2579)*. สืบค้นจาก dccenter.ddc.moph.go.th/infoc/download/2017061 61497602904_Info_20_Y_plan_V4&18M_ planV5pdf

สุเมธ แย้มนุ่น. (2560). *บทบาทของสำนักงานตรวจประเมินภายใต้แผนอุดมศึกษา 20 ปี (2560-2579)*. สืบค้นจาก http://www.bme.mua.go.th/wp-content/uploads/2017/10/ME-in-20-yrs.pdf

American Association of Colleges of Nursing. (2008). *The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice*. Washington, D.C.: Author. Retrieved from https://www.aacnnursing.org/Portals/42/AcademicNursing/Tool%20Kits/BaccEss Toolkit.pdf

Eckleberry-Hunt, J., & Tucciarone, J. (2011). The challenges and opportunities of teaching "generation Y". *Journal of Graduate Medical Education, 3*(4), 458-461.

Fan, J. Y., Wang, Y. H., Chao, L. F., Jane, S. W., & Hsu, L. L. (2015). Performance evaluation of nursing students following competency-based education. *Nurse Education Today, 35*(1), 97-103.

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen., J., Crisp., N., Evans., T., … Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet, 376*(9756), 1923-1958.

Harden, R. M., Davis, M. H., & Crosby, J. R. (1997). The new Dundee medical curriculum: A whole that is greater than the sum of the parts. *Medical Education, 31*, 264-271.

Hsu, L. L., Pan, H. C., & Hsieh, S. I. (2016). Randomized comparison between objective based lectures and outcome-based concept mapping for teaching neurological care to nursing students. *Nurse Education Today, 37*, 83-90.

Johanson, L. (2012). Teaching the millennial generation: Considerations for nurse educators. *Nurse Educator, 37*(4), 173-176. doi:10.1097/NNE.0b013e31825a875a

Keating, S. (2011). *Curriculum development and evaluation in nursing*. New York: Springer.

Kim, H. S. (2012). Outcomes-based curriculum development and student evaluation in nursing education. *Journal of Korean Academy Nursing, 42*(7), 917-927.

McCurry, M. K., & Martins, D. C. (2010). Teaching undergraduate nursing research: A comparison of traditional and innovative approaches for success with millennial learners. *Journal of Nursing Education, 49*(5), 276-279. doi:10.3928/01484834-20091217-02

McNeil, H. P., Hughes, C. S., Toohey, S. M., & Dowton, S. B. (2006). An innovative outcomes-based medical education, program built on adult learning principles. *Medical Teacher, 28*(6), 527-534.

Sessums, C. D. (2016). *What is OBE?: Unboxing outcomes-based education*. Retrieved from https://www.d2l.com/blog/what-is-obe/

Singh, M., & Ramya, K. R. (2011). Outcome based education. *International Journal Nursing Education, 3*(2), 87-91.

Spady, W. G. (1993). *Outcome-based education*. Canberra: Australian Curriculum Studies Association.

Spady, W. G. (1994). *Outcome-based education: Critical issues and answers*. Arlington, VA: American Association of School Administrators.

Wu, F., Wang, Y., Wu, Y., & Guo, M. (2014). Application of nursing core competency standard education in the training of nursing undergraduates. *International Journal of Nursing Sciences, 1*(4), 367-370.

การจัดการความรู้เพื่อพัฒนาตน พัฒนางานอย่างสร้างสรรค์: กรณีศึกษา บุคลากรสายสนับสนุนวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Knowledge Management for Self Development and Work Creation: A Case Study of Support Staff at Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

ชมพู เนินหาด, ศศ.บ. (การจัดการทั่วไป) [1]
Chompoo Nearnhad, B.A. (General Management) [1]
สุชาดา นิ้มวัฒนากุล, พ.ย.ม. (การบริหารการพยาบาล) [2]
Suchada Nimwatanakul, M.N.S. (Nursing Administration) [2]
ปาลีรัญญ์ ฐาสิรสวัสดิ์, พ.ย.ม. (การบริหารการพยาบาล) [3]
Paleerun Thasirasawad, M.N.S. (Nursing Administration) [3]

บทคัดย่อ

การจัดการความรู้เป็นกระบวนการที่ช่วยให้เกิดพัฒนาการของความรู้ และเป็นกระบวนการสำคัญที่ส่งผลให้องค์กรมีสมรรถนะสูง การจัดการความรู้จึงนับเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาองค์กร โดยเฉพาะองค์กรด้านการศึกษา หัวใจของการจัดการความรู้ คือ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายใต้บรรยากาศแห่งกัลยาณมิตร ซึ่งทำให้เกิดการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ และช่วยให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ในการพัฒนาตน พัฒนางานได้ตลอดเวลา การจัดการความรู้ในปัจจุบันมีหลายรูปแบบ การที่จะเลือกใช้รูปแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับความเหมาะสมและวัฒนธรรมของแต่ละองค์กร วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ได้ดำเนินการจัดการความรู้ในบุคลากรสายสนับสนุน ตามรูปแบบของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) โดยจัดตั้งชุมชนผู้ปฏิบัติ เรื่อง “จิตบริการสู่งานเป็นเลิศ” และใช้กระบวนการเรียนรู้ตามโมเดลปลาทู ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดการพัฒนาตน ได้แก่ การเปลี่ยนวิธีคิด การปรับวิธีการทำงาน และการเปิดใจยอมรับสิ่งที่ดีกว่า และการพัฒนางาน คือ การกำหนดมาตรฐานพฤติกรรมบริการและนำไปใช้ในการทำงาน โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญที่สุด คือ การที่บุคลากรเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรมด้วยบรรยากาศแห่งกัลยาณมิตร พร้อมยอมรับที่จะปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาตน พัฒนางาน

คำสำคัญ: การจัดการความรู้ บุคลากรสายสนับสนุน การพัฒนาตน การพัฒนางาน

[1] บุคลากรสายสนับสนุน วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
[1] Support Staff, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi
[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: plaopoo@gmail.com
[2, 3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
[2, 3] Registered Nurse, Senior Professional Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

Abstract

Knowledge management is a process that helps enhance knowledge development. It is also an important process to bring the organization to achieve a high performance. Therefore, it is considered a crucial tool for organization development, especially in educational organizations. The core principle of knowledge management is knowledge sharing in an atmosphere of mercy that leads to learning as well as continuously self development and work creation. At the present, there are many types of knowledge management that each of them will be used under the suitable condition and culture of an organization. Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi has operated knowledge management among support staffs based on the procedures of the Office of the Public Sector Development Commission (OPDC) by establishing a community of practice "Service mind for excellent work" using learning process through Tuna Model. The outcomes comprised self development:- changing thinking method, modifying work performance, and opening mind to accept the better thing, and work creation:- setting the standard of service behaviors and using in work performance. Moreover, the most important success factor is a target staff participating in sharing in an atmosphere of mercy, ready to improve and change for self development and work creation.

Keywords: Knowledge management, Support staff, Self-development, Work creation

บทนำ

ปัจจุบัน องค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนให้ความสำคัญกับการจัดการความรู้ (knowledge management [KM]) ซึ่งนับเป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับการพัฒนาบุคลากร โดยเฉพาะในองค์กรด้านการศึกษา เนื่องจากการจัดการความรู้ในสถาบันอุดมศึกษา คือ กระบวนการสรรหา รวบรวม จัดหมวดหมู่ความรู้ ทั้งจากประสบการณ์ตรงของบุคลากรและจากความรู้ที่เป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อนำไปสู่การพัฒนาบุคลากรและเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากร (สามารถ อัยกร, 2559) ซึ่งไม่ใช่เพียงความรู้ในเชิงวิชาการเท่านั้นที่สามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์กร แต่ความรู้ในทุกด้านล้วนมีคุณค่า หากรู้จักจัดการและนำความรู้นั้นมาประยุกต์ใช้ก็สามารถพัฒนาตน พัฒนางาน อันนำไปสู่การพัฒนาองค์กรสู่ความเป็นเลิศได้ "การจัดการความรู้" จึงเป็นสิ่งที่มีประโยชน์อย่างยิ่งต่อสถานศึกษาและองค์กรทางการศึกษาอื่น ๆ เนื่องจากองค์ความรู้ใหม่ที่ได้จากการดึงความรู้ที่ฝังในตัวบุคคลจากประสบการณ์ตรง ออกมาเป็นความรู้ชัดแจ้งที่เป็นลายลักษณ์อักษรนั้น มีค่ายิ่งเมื่อมีการนำมาใช้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และสอดคล้องกับสภาพแวดล้อม วิสัยทัศน์ พันธกิจ และจุดมุ่งหมายขององค์กร (สามารถ อัยกร, 2559) บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการจัดการความรู้เพื่อพัฒนาตน พัฒนางานอย่างสร้างสรรค์ของบุคลากรสายสนับสนุนวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี โดยมีสาระเกี่ยวกับความสำคัญของบุคลากรสายสนับสนุนต่อการพัฒนาองค์กร การจัดการความรู้ในฐานะเครื่องมือในการพัฒนาองค์กร (รูปแบบ และเครื่องมือในการจัดการความรู้) และกรณีศึกษาการจัดการความรู้ของบุคลากรสายสนับสนุน เรื่อง "จิตบริการสู่งานเป็นเลิศ" ตามโมเดลปลาทู โดยแสดงให้เห็นถึงกระบวนการ ผลลัพธ์ และปัจจัยแห่งความสำเร็จ ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการจัดการความรู้ของบุคลากรสายสนับสนุนในองค์กรอื่น ๆ

และสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้จากการจัดการความรู้ครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานของบุคลากรสายสนับสนุนต่อไป

ความสำคัญของบุคลากรสายสนับสนุนต่อการพัฒนาองค์กร

ปัจจุบัน การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีเป็นไปอย่างรวดเร็วและไม่มีขีดจำกัด ในการบริหารองค์การเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงของโลกยุคดิจิทัลจำเป็นต้องมีการพัฒนาการบริหารและพัฒนาองค์กรควบคู่กันไปอยู่ตลอดเวลา ซึ่งการพัฒนาการบริหารเป็นการเรียนรู้ที่องค์กรจัดขึ้นเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะที่จำเป็นในงานบริหาร ส่วนการพัฒนาองค์กรเป็นการเปลี่ยนแปลงองค์กรทั้งระบบ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือทั้งจากผู้บริหารองค์กรและทุกคนในองค์กร เป็นกระบวนการแก้ปัญหาที่ต้องการการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ

ในการดำเนินงานขององค์กรต่าง ๆ บุคลากรกลุ่มหนึ่งที่จัดว่ามีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนองค์กรไปสู่ความสำเร็จ คือ บุคลากรสายสนับสนุน ซึ่งเป็นผู้ทำหน้าที่อำนวยความสะดวกให้แก่ผู้รับบริการภายใน เช่น บุคลากรสายวิชาการ และผู้รับบริการภายนอก เช่น ผู้ที่มาติดต่องานหรือมาร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่องค์กรเป็นผู้จัด บุคลากรสายสนับสนุนประกอบด้วยผู้ปฏิบัติงานในหน้าที่ที่แตกต่างกันไปตามสายงาน ได้แก่ งานธุรการ การบริหารจัดการเอกสาร/หนังสือราชการ การให้บริการต่าง ๆ การประสานงานในการจัดการศึกษา การวิจัย การบริการวิชาการ หรืองานด้านอื่น ๆ ตามพันธกิจขององค์กร รวมถึงการรักษาความปลอดภัย และการดูแลความสะอาดเรียบร้อยของอาคารสถานที่ บุคลากรสายสนับสนุนมีส่วนสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน มีหน้าที่สำคัญในการสนับสนุนการทำหน้าที่ของบุคลากรสายวิชาการ โดยต้องทำงานประสานกับบุคลากรสายวิชาการอย่างเต็มศักยภาพ เพื่อให้การดำเนินงานเกิดผลสัมฤทธิ์ สามารถเพิ่มผลลัพธ์และความสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร จึงนับว่าบุคลากรสายสนับสนุนเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญและมีคุณค่าสายงานหนึ่งขององค์กร

จากข้อมูลข้างต้น การพัฒนาบุคลากรสายสนับสนุนจึงเป็นเรื่องสำคัญและเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการพัฒนาองค์กร ซึ่งการพัฒนาองค์กรเป็นกระบวนการเสริมสร้างและเปลี่ยนแปลงผู้ปฏิบัติงานทั้งด้านความรู้ ความสามารถ ทักษะ และทัศนคติในการทำงาน รวมถึงวิธีการทำงานอันจะนำไปสู่การทำงานที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาบุคลากรของแต่ละองค์กรมีรูปแบบที่หลากหลาย ซึ่งการกำหนดแนวทางในการพัฒนาจำเป็นต้องมีการศึกษารูปแบบที่เหมาะสมกับสถานการณ์และบริบทขององค์กร รวมถึงความต้องการของบุคลากร ทั้งนี้ การพัฒนาทรัพยากรบุคคลเป็นการพัฒนาบุคลากรแต่ละบุคคลให้เกิดความสำเร็จในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งจะก่อให้เกิดประสิทธิผลต่อองค์กร (บุญส่ง ลีละชาต, 2559)

ในการพัฒนาบุคลากรสายสนับสนุนเพื่อจัดประสบการณ์การเรียนรู้อย่างเป็นระบบและเพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นการส่งเสริมให้บุคลากรเกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานให้ดีขึ้นรูปแบบหนึ่ง คือ การจัดการความรู้ ซึ่งเป็นวิธีการที่นำมาใช้กันทั่วไปในทุกวงการ โดยเฉพาะในสถาบันการศึกษา

การจัดการความรู้: เครื่องมือในการพัฒนาองค์กร

ความรู้ คือ สิ่งที่สะสมจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติการและทักษะความเข้าใจ หรือสารสนเทศที่ได้รับการได้ยินได้ฟัง การคิดหรือการปฏิบัติ (นลวัชร์ ขุนลา และเกษราภรณ์ สุตตาพงค์, 2558) ความรู้เป็นสิ่งขับเคลื่อนองค์กรและเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ โดยต้องอาศัยการจัดการความรู้และบูรณาการความรู้เข้ากับการทำงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเกิดความรู้ใหม่ที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้น ความรู้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ความรู้ฝังลึก (tacit knowledge) เป็นความรู้อย่างไม่เป็นทางการ ยากจะอธิบายด้วยคำพูด อาจเป็นความรู้หรือทักษะส่วนบุคคลเกิดจากการกระทำและประสบการณ์ เป็นความเชื่อ ความคิดสร้างสรรค์

ในการทำงาน ผ่านการฝึกฝนจนเกิดความชำนาญงาน ความรู้นี้จึงนับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในการทำให้งานประสบความสำเร็จ แต่ความรู้นี้ไม่สามารถจัดเก็บให้เป็นระบบและไม่สามารถเขียนเป็นแนวปฏิบัติหรือตำราได้ ถ่ายทอดได้โดยการสังเกตและฝึกเลียนแบบ และความรู้ชัดแจ้ง (explicit knowledge) เป็นความรู้ที่ได้มีการจัดเก็บไว้เป็นลายลักษณ์อักษร และมีการนำมาใช้ร่วมกันในรูปแบบต่าง ๆ รวบรวมได้ง่าย สามารถจัดเก็บและเผยแพร่ให้ผู้อื่นนำไปปรับใช้ได้ง่ายด้วยวิธีที่เป็นทางการ ทั้งนี้การจัดการความรู้ในสถาบันการศึกษามุ่งที่จะดึงความรู้ฝังลึกออกมาเป็นความรู้ชัดแจ้ง เพื่อหาแนวทางการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพต่อไป

การจัดการความรู้ เป็นกระบวนการค้นหา รวบรวมความรู้ที่มีอยู่กระจัดกระจายในตัวบุคคลหรือจากเอกสาร มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ จัดระบบการจัดเก็บ ผ่านการประมวลกลั่นกรอง ตรวจสอบ ให้บุคคลในองค์กรสามารถเข้าถึงความรู้และพัฒนาตนเอง มีการแบ่งปัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ต่อยอดความรู้สำหรับนำไปเผยแพร่ รวมทั้งนำไปใช้ในการพัฒนาการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ (ชดช้อย วัฒนะ, 2561) โดยเป็นกระบวนการที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องและเพิ่มการหมุนเวียนความรู้ที่มีความหลากหลายให้มากขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งนี้ องค์กรควรมีการแสวงหาความรู้ใหม่ ๆ ทั้งจากภายนอกและภายในองค์กรที่มีประโยชน์และส่งผลดีต่อการดำเนินงานขององค์กร การถ่ายทอดความรู้ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้นับเป็นความสำเร็จที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการจัดการความรู้ขององค์กร (จิระพงศ์ เรืองกุน, 2557)

สิ่งสำคัญในการจัดการความรู้ คือ ต้องเริ่มจากเป้าหมายของงาน ได้แก่ การบรรลุผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินงานตามที่กำหนดไว้ ซึ่งศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช ได้กล่าวว่า สำหรับนักปฏิบัติ การจัดการความรู้จัดเป็นเครื่องมือเพื่อการบรรลุเป้าหมายของงาน การพัฒนาคน การพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ และเป้าหมายความเป็นหมู่คณะ ความสำเร็จของการถ่ายทอดความรู้ในการจัดการความรู้ไม่ใช่อยู่ที่เอกสารหรือการบันทึกความรู้ แต่อยู่ที่การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงาน จุดหมายสำคัญของการจัดการความรู้ไม่ได้อยู่ที่รู้อะไร แต่อยู่ที่การนำความรู้นั้นไปสู่การปฏิบัติจริง ซึ่งผู้จัดการความรู้นับเป็นบุคคลสำคัญในการทำให้ความรู้ถูกนำไปใช้ประโยชน์และเกิดผลลัพธ์ที่มีคุณค่า เป็นรูปธรรม การจัดการความรู้เป็นการดำเนินการต่อความรู้ ตามขั้นตอน 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดความรู้หลักที่จำเป็นหรือสำคัญต่องานหรือกิจกรรมขององค์กร 2) การเสาะแสวงหาความรู้ที่ต้องการ ทั้งจากตัวบุคคลหรือเอกสาร 3) การปรับปรุงดัดแปลง หรือสร้างความรู้บางส่วนขึ้นมาใหม่ เพื่อให้เหมาะต่อการใช้งาน 4) การประยุกต์ใช้ความรู้ที่ได้ ในงานของตน 5) การนำประสบการณ์จากการทำงานและการประยุกต์ใช้ความรู้ มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีมงาน และสกัด “องค์ความรู้” ออกมาบันทึกไว้ และ 6) การบันทึก “องค์ความรู้” หรือ “แก่นความรู้” สำหรับไว้ใช้งาน และปรับปรุงเป็นชุดความรู้ที่ครบถ้วน ให้เกิดความเชื่อมโยงมากขึ้นและเหมาะต่อการใช้งาน โดยบูรณาการทั้ง 6 ขั้นตอน เป็นเนื้อเดียวกัน (ชดช้อย วัฒนะ, 2561)

ดังนั้น การจัดการความรู้จึงไม่ใช่สิ่งที่เรียนรู้โดยการอ่านหรือการฟังบรรยายเพียงอย่างเดียว แต่จำเป็นต้องลงมือและฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง โดยเน้น “การเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติ” (interactive learning through action) เพราะการจัดการความรู้เป็นทักษะร้อยละ 80-90 และเป็นความรู้เชิงทฤษฎีเพียงร้อยละ 10-20 (วิมล โลมา, มุกดา สำนวนกลาง, ศรีวิภา เลี้ยงพันธุ์สกุล, และฉัตรลดา กาญจนสุทธิ, 2554) สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งของการจัดการความรู้ คือ การลงมือปฏิบัติให้ได้โดยใช้ภาษาเดียวกัน สื่อความหมายได้ตรงกัน และที่สำคัญที่สุด คือ เรื่องคน การพัฒนาคน การพัฒนาตนเอง การวางแผนการทำงาน การจัดลำดับความสำคัญของงานและขององค์กร (นุชนาท บุญต่อเติม, 2553) แม้แต่คนทำงานที่ใช้ทักษะแตกต่างกันก็อาจรวมตัวกันเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ (วิจารณ์ พานิช, 2555)

รูปแบบการจัดการความรู้

การจัดการความรู้มีหลากหลายรูปแบบ โดยมีการนำเสนอไว้ทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย ซึ่งไม่สามารถระบุได้ว่ารูปแบบใดดีที่สุด เหมาะสมที่สุด

การจะเลือกใช้การจัดการความรู้รูปแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับบริบทขององค์กรเป็นสำคัญ ทั้งนี้ คณะผู้เขียนขอเสนอรูปแบบการจัดการความรู้ที่นิยมใช้และรู้จักกันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน โดยอ้างอิงจากคู่มือการจัดการความรู้ ของแผนกการจัดการความรู้ ของฝ่ายวิชาการ วิทยาลัยดุสิตธานี (2556) ซึ่งมีสาระโดยสรุปดังนี้

1. รูปแบบการจัดการความรู้ตามแนวคิดของโนนากะ โดย Nonaka (1994) ได้เสนอทฤษฎีการสร้างความรู้ขององค์กร โดยเริ่มต้นจากการเรียนรู้ระดับบุคคลและแพร่ขยายไปทั่วองค์กรโดยการสื่อสารในรูปแบบต่าง ๆ ให้ความสำคัญกับการแยกประเภทความรู้ มีแนวคิดว่ากระบวนการจัดการความรู้มี 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การสร้างความรู้ การจัดเก็บความรู้ และการถ่ายโอนความรู้ จำแนกความแตกต่างระหว่างความรู้ฝังลึกกับความรู้ชัดแจ้งนำมาเป็นฐานในการสร้างรูปแบบการจัดการความรู้ และนำเสนอในรูปแบบของ SECI Model ซึ่งประกอบด้วย S = Socialization การปฏิสัมพันธ์ทางสังคม E = Externalization การนำความรู้กลับมาใช้ C = Combination การผสมผสานความรู้ และ I = Internalization การนำความรู้ชัดแจ้งมาใช้งานและทำให้กลายเป็นความรู้ฝังลึก ซึ่ง Nonaka and Takeuk (1995) ได้พัฒนาแนวคิดดังกล่าวในชื่อเกลียวความรู้ (knowledge spiral)

2. รูปแบบการจัดการความรู้ตามแนวคิดโดย Demerest ได้ซึ่งเสนอรูปแบบที่ให้ความสำคัญทั้งความรู้ชัดแจ้งและความรู้ฝังลึก โดยจัดความรู้ชัดแจ้งเป็นความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ และความรู้ฝังลึกเป็นความรู้ด้านสังคม เน้นการสร้างความรู้ การใช้เทคโนโลยีในการจัดเก็บ การแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างบุคคล และต้องมีการนำมาเผยแพร่ในองค์กรพร้อมกับนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์กร

3. รูปแบบการจัดการความรู้ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ซึ่งเสนอแผนโดยกำหนดกิจกรรมและแนวทางปฏิบัติในกระบวนการจัดการความรู้ไว้ 7 ขั้นตอน ดังนี้

3.1 การบ่งชี้ความรู้ (knowledge identification) เป็นการพิจารณาวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมายขององค์กรว่าเป็นอย่างไร เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ และพิจารณาว่าองค์กรจำเป็นต้องรู้อะไร ขณะนี้องค์กรมีความรู้อะไรบ้างอยู่ในรูปแบบใด อยู่ที่ใคร

3.2 การสร้างและแสวงหาความรู้ (knowledge creation and acquisition) เป็นการทำให้เกิดความรู้ใหม่ อาจเป็นการแสวงหาความรู้จากภายนอก การรักษาความรู้เก่าและการกำจัดความรู้ที่ใช้ไม่ได้แล้ว

3.3 การจัดความรู้ให้เป็นระบบ (knowledge organization) เป็นการวางโครงสร้างความรู้เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการเก็บความรู้อย่างเป็นระบบในอนาคต

3.4 การประมวลและกลั่นกรองความรู้ (knowledge codification and refinement) เป็นการปรับปรุงรูปแบบเอกสารให้เป็นมาตรฐาน ใช้ภาษาเดียวกัน ทำให้เนื้อหาถูกต้อง สมบูรณ์

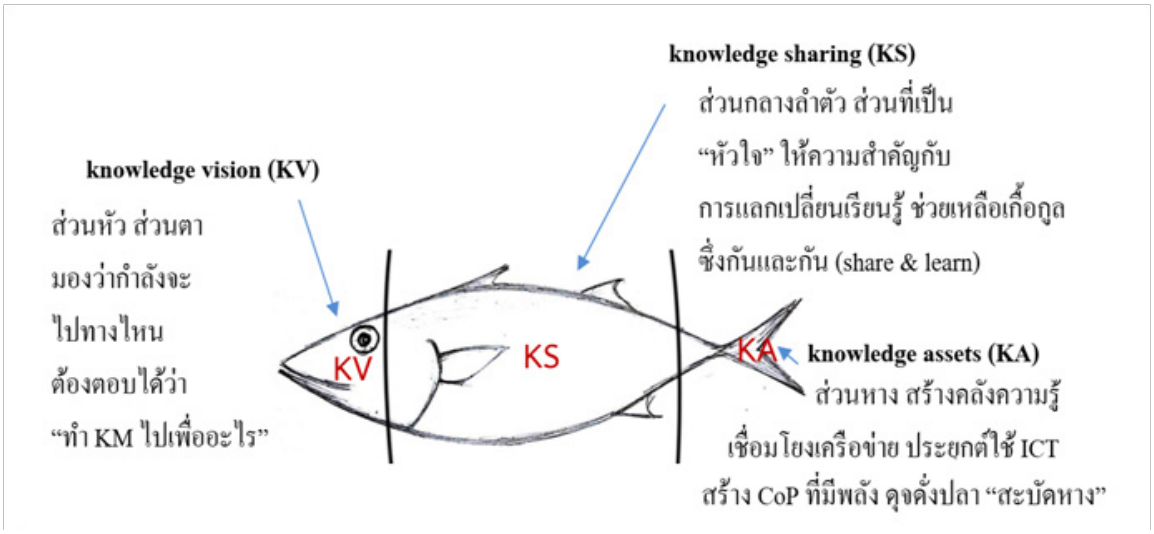
3.5 การเข้าถึงความรู้ (knowledge access) เป็นการทำให้ผู้ที่ต้องใช้ความรู้สามารถเข้าถึงความรู้ได้ง่ายและสะดวก เช่น การใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหรือรูปแบบอื่น ๆ ที่เหมาะสม

3.6 การแบ่งปัน แลกเปลี่ยนความรู้ (knowledge sharing) เป็นการนำความรู้มาแบ่งปัน แลกเปลี่ยน หากเป็นความรู้ชัดแจ้ง อาจทำเป็นเอกสาร หรืออยู่ในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ หากเป็นความรู้ฝังลึก อาจนำเครื่องมือในการจัดการความรู้มาใช้ให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การตั้งชุมชนผู้ปฏิบัติ (communities of practice [CoP]) การจัดพี่เลี้ยง การจัดเพื่อนช่วยเพื่อน

3.7 การเรียนรู้ (learning) เป็นการทำให้การเรียนรู้เป็นส่วนหนึ่งของงานที่ทำ และมีการทำให้วงจรการจัดการความรู้หมุนต่อเนื่องต่อไป ขยายไปสู่ทุกหน่วยในองค์กร และในกระบวนการทำงานทุกอย่างขององค์กร

4. รูปแบบการจัดการความรู้ของสถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส.) ซึ่งเสนอไว้ 2 รูปแบบ คือ ในระยะแรก เป็นรูปแบบที่ปรับปรุงจากรูปแบบของคอลลิซันและพาร์เซล ประกอบด้วยกระบวนการเรียนรู้ การค้นหาความรู้ และการถ่ายโอนความรู้ โดยการจัดการความรู้จะต้องมีการเรียนรู้ทั้งก่อนการทำงาน ขณะทำงาน และหลังการทำงาน สร้างระบบการเก็บความรู้ที่นำมาใช้ใหม่

ได้ง่าย มีการปรับปรุงให้ทันสมัยและทำลายทิ้งเมื่อล้าสมัย ต่อมาได้ปรับรูปแบบให้ปฏิบัติได้ง่ายขึ้น โดยเป็นรูปแบบของ สคส. เอง ซึ่งเน้นความสัมพันธ์กับพันธกิจขององค์กร โดยต้องกำหนดเป้าหมายของงาน มีกิจกรรมการใช้ความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการยกระดับความรู้ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดนิ่ง โดยใช้ทั้งความรู้จากภายนอกและภายใน นำออกมาใช้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้เหมาะสมกับงาน และได้พัฒนากระบวนการจัดการความรู้ในชื่อโมเดลปลาทู (Tuna Model) โดยแบ่งตัวปลาออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนหัวปลา คือ knowledge vision ส่วนกลางตัวปลา คือ knowledge sharing และส่วนหางปลา คือ knowledge assets ทั้งนี้ ปลาทูของแต่ละองค์กรจะมีส่วนประกอบครบสามส่วนเหมือนกัน แต่รูปร่างหรือลักษณะปลาทูของแต่ละองค์กรจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับว่าองค์กรนั้นจะเน้นส่วนใดของตัวปลา โมเดลปลาทูแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 โมเดลปลาทู (Tuna Model) (ที่มา: ดัดแปลงจากประพนธ์ ผาสุกยืด, 2547)

เครื่องมือในการจัดการความรู้

ในการจัดการความรู้นั้น มีเครื่องมือที่นิยมนำมาใช้ ดังนี้ (ฝ่ายวิชาการ วิทยาลัยดุสิตธานี, 2556)

1. เรื่องเล่า (success story) เป็นเครื่องมือในการสื่อสารเพื่อแบ่งปันความรู้หรือสร้างแรงบันดาลใจในการพัฒนาการปฏิบัติงาน โดยใช้ภาษาง่าย ๆ ในชีวิตประจำวัน เพื่อพรรณนาเรื่องราว ข้อดีคือ สามารถสื่อสารความคิดและแนวคิดซับซ้อนในรูปแบบที่เข้าใจง่าย จำได้ง่าย เป็นการแสดงตัวแบบที่มีชีวิต และนำไปสู่การปฏิบัติโดยตรง ทำให้บรรยากาศการสื่อสารมีความเป็นมนุษย์มากขึ้น ข้อจำกัดคือ ไม่สามารถใช้ได้ดีกับทุกเหตุการณ์หรือทุกปัญหา

2. ชุมชนผู้ปฏิบัติ (CoP) เป็นเครือข่ายของบุคคลที่มาร่วมแบ่งปันความรู้หรือสมรรถนะด้วยความเต็มใจที่จะทำงานและเรียนรู้ร่วมกันในช่วงเวลาหนึ่ง เพื่อพัฒนาและแลกเปลี่ยนความรู้ ชุมชนผู้ปฏิบัติจะมีอายุยืนยาวแตกต่างกัน บางชุมชนมีอายุนานเป็นปี ๆ บางชุมชน เมื่อบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ก็สลายตัวไป ข้อดีคือ สมาชิกของชุมชนเข้ามาร่วมกันโดยความสมัครใจ สามารถขยายขอบเขตจากจุดเน้นเฉพาะของชุมชนให้กว้างขึ้นและลื่นไหลไปเรื่อย ๆ การที่บุคคลได้ติดต่อ

กับผู้รู้และมีความชำนาญเฉพาะเรื่อง ทำให้เปิดพรมแดนความรู้ของตนให้กว้างมากขึ้น ได้สำรวจและทดสอบความคิดในบรรยากาศที่ไม่คุกคาม ข้อจำกัดคือ สมาชิกมาแล้วหายไป

3. เพื่อนช่วยเพื่อน (peer assist) เป็นวิธีการทำงานระหว่างเพื่อนที่ใช้พื้นฐานการยอมรับนับถือซึ่งกันและกัน และการสนทนาแลกเปลี่ยนความเห็นกันอย่างกัลยาณมิตร ฝ่ายหนึ่งเรียกว่า ทีมเรียนรู้ ส่วนอีกฝ่ายหนึ่งเรียกว่า ทีมเพื่อน โดยใช้การเรียนรู้เทคนิคการทำงานของผู้อื่นมาพัฒนาและแก้ปัญหาของตน โดยทีมเรียนรู้เป็นผู้พบปัญหาจากการทำงานหรือกิจกรรมใหม่ๆ จึงเชิญทีมเพื่อนที่มีประสบการณ์ซึ่งอยู่ในหรือนอกองค์กรมาประชุมกันฉันท์เพื่อน ทั้งการวางแผนก่อนการดำเนินกิจกรรมใหม่ๆ และการแก้ปัญหาระหว่างดำเนินกิจกรรม ข้อดีคือ ทั้งสองทีมเป็นฝ่ายได้ประโยชน์ ประหยัดเงินและเวลา พัฒนาเครือข่ายที่เข้มแข็ง ข้อจำกัดคือ แต่ละทีมเป็นกลุ่มคนข้ามสายงาน และต้องระวังไม่ให้เป็นการสอนหรือบอกให้ทำตาม

4. แบบปฏิบัติที่เป็นเลิศ (best practice) กระบวนการใดๆ หรือวิธีการใดๆ ซึ่งเป็นตัวแทนของวิธีปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการทำงานนั้นๆ หรือแบบปฏิบัติที่ได้ผ่านการพิสูจน์แล้วว่าใช้การได้ดีและก่อให้เกิดผลผลิตที่ดี จึงแนะนำให้ใช้เป็นต้นแบบ บางคนอาจใช้คำว่า แบบปฏิบัติที่ดี (good practice) เนื่องจากเห็นว่าไม่มีแบบปฏิบัติใดดีเยี่ยมคงตัวโดยไม่มีแบบที่ดีกว่า ถึงแม้จะใช้ได้ผลดีก็ต้องพัฒนาไปเรื่อยๆ แบบปฏิบัติที่เป็นเลิศประกอบด้วยความรู้ชัดแจ้งและความรู้ฝังลึกที่เติมเต็มซึ่งกันและกัน ข้อดีคือ ได้เรียนรู้จากผู้อื่นจำนวนมากและใช้ความรู้นั้นซ้ำอีก ยกระดับการปฏิบัติงาน ไม่เสียเวลาคิดวิธีการใหม่ ข้อจำกัดคือ เหมาะกับองค์กรที่มีกระบวนการปฏิบัติที่ได้ผ่านการพัฒนาให้ดีแล้ว

5. การทบทวนหลังปฏิบัติการ (after action review [AAR]) เป็นการคุยกันโดยมุ่ง ให้แต่ละคนได้เรียนรู้ด้วยตนเองว่าเกิดอะไรขึ้น ทำไมจึงเกิด อะไรดี อะไรต้องปรับปรุง และได้บทเรียนอะไรจากการทำงาน เป็นการเปิดใจและเรียนรู้ สามารถแลกเปลี่ยนด้วยวาจาหรือจดบันทึกเพื่อแบ่งปันได้ เป็นการให้และรับข้อมูลป้อนกลับในบรรยากาศที่เป็นกันเอง ข้อดีคือ ทำได้ง่าย ทำได้เป็นช่วงๆ ในการดำเนินงาน และทำได้ตั้งแต่กิจกรรมเล็กๆ คนน้อยจนถึงกิจกรรมขนาดใหญ่ คนกลุ่มใหญ่ ช่วยให้มองเห็นจุดแข็งและจุดอ่อนอย่างชัดแจ้ง ข้อจำกัดคือ ต้องระวังไม่ให้เป็นการวิจารณ์ ตำหนิ หรือประเมินผลการปฏิบัติงาน ซึ่งคุณภาพของการทบทวนขึ้นอยู่กับความเต็มใจที่จะเปิดใจพูดตามความเป็นจริง

6. สมุดหน้าขาว (white pages) เป็นเครื่องมือสำหรับค้นหาบุคคลอื่นๆ ที่มีความรู้และความชำนาญในองค์กรเพื่อทำงานอย่างใดอย่างหนึ่ง มีชื่อ ตำแหน่งงาน ฝ่าย/แผนก และหมายเลขโทรศัพท์เพื่อติดต่อ รายละเอียดเกี่ยวกับความรู้ ความถนัด ทักษะและความชำนาญประสบการณ์และความสนใจ โดยจัดเก็บเป็นฐานข้อมูลเพื่อให้สามารถค้นหาได้อย่างสะดวก อาจเรียกแตกต่างกันไป เช่น สมุดหน้าเหลือง (yellow pages) ทำเนียบผู้เชี่ยวชาญ (expert directories) หรือทำเนียบผู้ชำนาญการ (expertise directories) ข้อดีคือ สร้างและค้นหาได้ง่าย ใช้งานได้รวดเร็ว ข้อจำกัดคือ ต้องระวังการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและการจัดลำดับผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ชำนาญการ

กรณีศึกษา: การจัดการความรู้ เรื่อง "จิตบริการสู่งานเป็นเลิศ"

ที่มาของการจัดการความรู้ของบุคลากรสายสนับสนุน

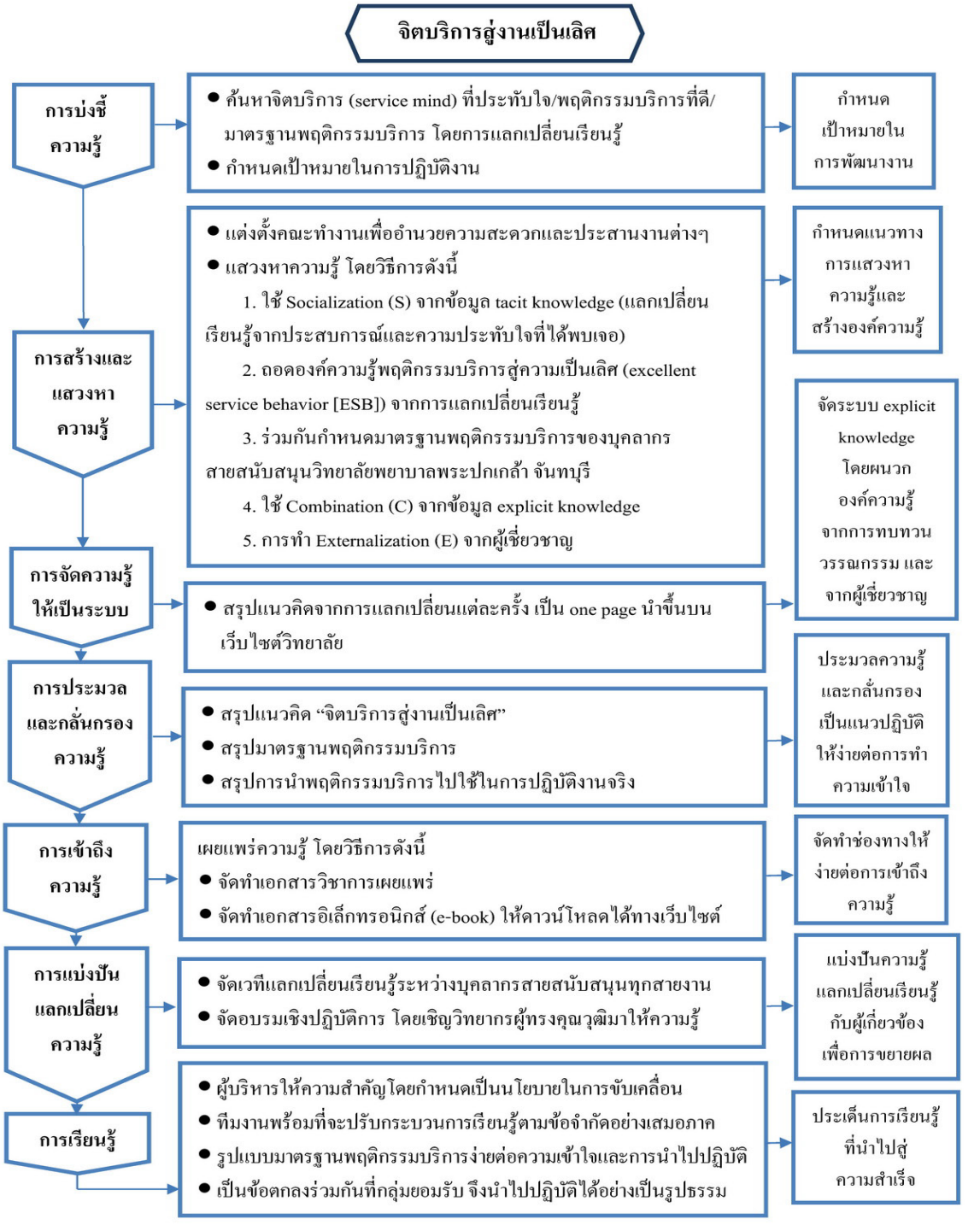
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ได้ดำเนินการจัดการความรู้โดยใช้เครื่องมือที่เป็นชุมชนผู้ปฏิบัติ (CoP) ตามรูปแบบของ ก.พ.ร. 7 ขั้นตอน มาอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แนวคิดที่ส่งเสริมให้คนเคารพศักดิ์ศรี รับฟัง และเรียนรู้จากความสำเร็จของคนอื่นด้วยความยินดี เป็นรูปแบบที่เชื่อว่าทุกคนมีความรู้และทักษะที่แตกต่างกัน เคารพความรู้ที่อยู่ในคน สนับสนุนให้ใช้ความรู้ที่เหมาะสมกับบริบทขององค์กร และเป็นวงจรกัลยาณมิตร ซึ่งจะช่วยให้วงล้อแห่งการพัฒนาขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง ทำให้การปฏิบัติงานทุกระดับและทุกสายงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมาย 4 ประการ ได้แก่ เป้าหมายของงาน เป้าหมายของการพัฒนาคน เป้าหมายของการพัฒนาองค์กรไปเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (learning organization

[LO]) และความเป็นชุมชนหรือองค์กรที่มีความเอื้ออาทร ระหว่างกันในที่ทำงาน โดยกำหนดแผนที่ยุทธศาสตร์ ปี 2560 ในมิติของการพัฒนาองค์กร โดยหนึ่งในกลยุทธ์ คือ วิทยาลัยเป็นสถาบันแห่งการเรียนรู้ (ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 2560) และเพื่อให้สอดคล้องกับหลักเกณฑ์ของตัวบ่งชี้การประกันคุณภาพการศึกษา ของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาในเรื่องการจัดการความรู้ คณะกรรมการบริหารวิทยาลัยจึงกำหนดให้มีการจัดการความรู้ครบทุกฝ่ายตามโครงสร้างการบริหารงาน โดยให้มีการดำเนินการจัดการความรู้อย่างน้อย 4 ครั้งต่อปี และให้จัดตั้งชุมชนผู้ปฏิบัติของบุคลากรสายสนับสนุน

บุคลากรสายสนับสนุนของวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ประกอบด้วยข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราว และผู้รับจ้างเหมาบริการ มีบทบาทและภาระงานที่แตกต่างกันตามสายงานที่ปฏิบัติ ได้แก่ งานบริหารทั่วไป (สารบรรณ การเงิน บัญชี พัสดุ และการเจ้าหน้าที่) งานพัฒนาบุคลากร งานอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม การรักษาความปลอดภัย และยานพาหนะ งานเทคโนโลยีและฐานข้อมูล งานยุทธศาสตร์และบริหารความเสี่ยง งานประกันคุณภาพการศึกษา งานพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศ งานบริหารหลักสูตร งานทะเบียนและประมวลผลการศึกษา งานสนับสนุนการเรียนรู้ (ห้องสมุด ห้องปฏิบัติการ และห้องผลิตเอกสาร) งานพัฒนานักศึกษาและทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม งานแนะแนว ทุนการศึกษา และศิษย์เก่าสัมพันธ์ งานการให้คำปรึกษา ปกครอง และสวัสดิการ งานบริการวิชาการและวิเทศสัมพันธ์ งานวิจัยและการจัดการความรู้ งานผลิตวารสารและผลงานวิชาการ และงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

กระบวนการจัดการความรู้

จากความหลากหลายตามสายงานที่ปฏิบัติของบุคลากรสายสนับสนุน อีกทั้งการจัดการความรู้สำหรับบุคลากรสายสนับสนุนยังเป็นเรื่องใหม่ทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ จึงไม่มุ่งเป้าหมายการจัดการความรู้ในเชิงวิชาการ แต่มุ่งเป้าหมายที่การพัฒนาคนในด้านพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมการบริการ พฤติกรรมการอยู่ร่วมกัน ความรักใคร่กลมเกลียว ความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวนับเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการอยู่ร่วมกันในองค์กร จากความเหมือนที่ซ่อนอยู่ในความแตกต่างของสายงานสนับสนุนนั้น คือ การมีหน้าที่หลักในการสนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้รับบริการทั้งภายในและภายนอกองค์กร การบริการที่ดีจะสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการ สร้างชื่อเสียงให้แก่องค์กรและตัวผู้ปฏิบัติ ตรงกันข้ามกับการบริการที่ไม่ดี ซึ่งจะส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความไม่พึงพอใจ เสียชื่อเสียงทั้งองค์กรและตัวผู้ปฏิบัติ จากความสำคัญในประเด็นดังกล่าว ประกอบกับแนวคิดที่ว่า เมื่อบุคคลมี “จิตบริการ” แล้ว ก็จะส่งผลให้เกิดการปรับพฤติกรรม พร้อมที่จะสละเวลา แรงกายและแรงใจ รู้สึกยินดีและเต็มใจในการปฏิบัติงานตามพันธกิจขององค์กรอย่างเต็มกำลังความสามารถ จึงได้กำหนดให้จัดตั้งชุมชนผู้ปฏิบัติ เรื่อง “จิตบริการสู่งานเป็นเลิศ” โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างจิตบริการ และนำไปสู่การปรับพฤติกรรมบริการ โดยมีการจัดการความรู้ตามรูปแบบของ ก.พ.ร. 7 ขั้นตอน ซึ่งสรุปได้ดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 การจัดการความรู้ตามรูปแบบของ ก.พ.ร. 7 ขั้นตอน

การจัดการความรู้สำหรับบุคลากรสายสนับสนุน วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ใช้กระบวนการเรียนรู้ตามโมเดลปลาทู ดังนี้

ส่วนหัวปลา: วิสัยทัศน์การจัดการความรู้ (knowledge office) ทีมผู้บริหารร่วมกันค้นหาเป้าหมาย นำเสนอจุดแข็งและจุดอ่อน ข้อดีและข้อเสีย โอกาสและข้อจำกัด ที่เป็นส่วนสำคัญในการกำหนดทิศทางการจัดการความรู้ของบุคลากรสายสนับสนุน เพื่อให้เกิดประโยชน์และเป็นไปได้อย่างแท้จริง กำหนดแนวทางที่บุคลากรต่างสายงานสามารถเดินไปพร้อม ๆ กัน และทุกคนสามารถเข้าร่วมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันได้

ส่วนกลางตัวปลา: การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (knowledge facilitator) เนื่องจากการจัดการความรู้และชุมชนผู้ปฏิบัติเป็นเรื่องใหม่สำหรับบุคลากรสายสนับสนุน ดังนั้นจึงเริ่มเรียนรู้จากการชี้แจง ทำความเข้าใจ และสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง ทำให้รู้สึกว่าการจัดการความรู้ไม่ใช่การฟังบรรยายและไม่ใช่การอบรม มีการจัดกิจกรรมละลายพฤติกรรมเพื่อสร้างความคุ้นเคย เน้นให้สมาชิกชุมชนผู้ปฏิบัติต่างสายงานรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน พูดภาษาเดียวกัน ทำพันธสัญญาที่จะเดินไปพร้อมกัน เดินไปในทิศทางเดียวกัน และมีการคัดเลือกแกนนำโดยไม่เปิดเผยให้สมาชิกทราบ โดยมอบหมายภารกิจให้กระจายปะปนไปในกลุ่ม ช่วยเป็นแกนนำในการแสดงความคิดเห็น เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มกล้าพูด กล้าแสดงความคิดเห็น กล้าแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทั้งด้านที่ประทับใจและไม่ประทับใจ ซึ่งสรุปประเด็นสำคัญในการแลกเปลี่ยนได้ดังนี้

1. “จิตบริการ” ที่ประทับใจและไม่ประทับใจจากประสบการณ์
2. พฤติกรรมบริการที่ดีและไม่ดี และแนวคิด “จิตบริการสู่งานเป็นเลิศ”
3. มาตรฐานพฤติกรรมบริการของบุคลากรสายสนับสนุนวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
4. การนำมาตรฐานพฤติกรรมบริการไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง

ส่วนหางปลา: คลังความรู้ (knowledge assets) มีการถอดบทเรียนจากการแลกเปลี่ยนในแต่ละครั้ง สรุปแนวคิดเป็น one page นำขึ้นบนเว็บไซต์วิทยาลัย ซึ่งสามารถเข้าถึงได้ทั้งบุคคลภายในและภายนอกองค์กร

บทวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ การพัฒนาต่อยอด และการนำไปใช้

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการจัดการความรู้จากกรณีศึกษานี้ เกิดจากความร่วมมือของทุกภาคส่วนในองค์กร เริ่มจากการที่ผู้บริหารระดับสูงเห็นความสำคัญ และให้การสนับสนุนในทุกด้าน ให้ข้อเสนอแนะในการวางแผนงาน พร้อมทั้งอนุมัติงบประมาณ ทีมผู้บริหารแกนนำที่ประกอบด้วยรองผู้อำนวยการฝ่ายอำนวยการ รองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ หัวหน้างานวิจัยและการจัดการความรู้ หัวหน้าและคณะกรรมการงานในงานพัฒนาบุคลากร โดยทีมงานทุกคนให้ความสำคัญกับทุกขั้นตอนของกระบวนการ ใส่ใจรายละเอียด ร่วมกันคิดวิเคราะห์เลือกประเด็นการจัดการความรู้โดยคำนึงถึงโอกาสและข้อจำกัดของบุคลากรทุกคนอย่างเสมอภาค พร้อมที่จะปรับกระบวนการตามสถานการณ์ตลอดเวลา และปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญที่สุดสำหรับการจัดการความรู้ครั้งนี้ คือ บุคลากรเป้าหมายให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม และร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่หลากหลาย สร้างบรรยากาศแห่งกัลยาณมิตร พร้อมเปิดใจรับสิ่งใหม่ยอมรับที่จะปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาตน พัฒนางาน โดยพร้อมใจกันนำ “มาตรฐานพฤติกรรมบริการ” ที่ร่วมกันกำหนดไปใช้ในการปฏิบัติงาน อันนับเป็นความสำเร็จสูงสุดของการจัดการความรู้ ซึ่งสอดคล้องกับคุณลักษณะสำคัญของการจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน (context-based learning [CBL]) ที่ว่าการจัดการเรียนรู้ต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ ตามความจำเป็นของการเรียนรู้ เน้นให้ปฏิบัติได้ ใช้ทฤษฎีเท่าที่จำเป็น และมีการเชื่อมโยงการปฏิบัติสู่ทฤษฎีอย่างเป็นระบบ บนพื้นฐานของการใช้ปรับ และพัฒนาให้เหมาะกับบริบท (ศิราณี ศรีหาภาค และคณะ, 2559)

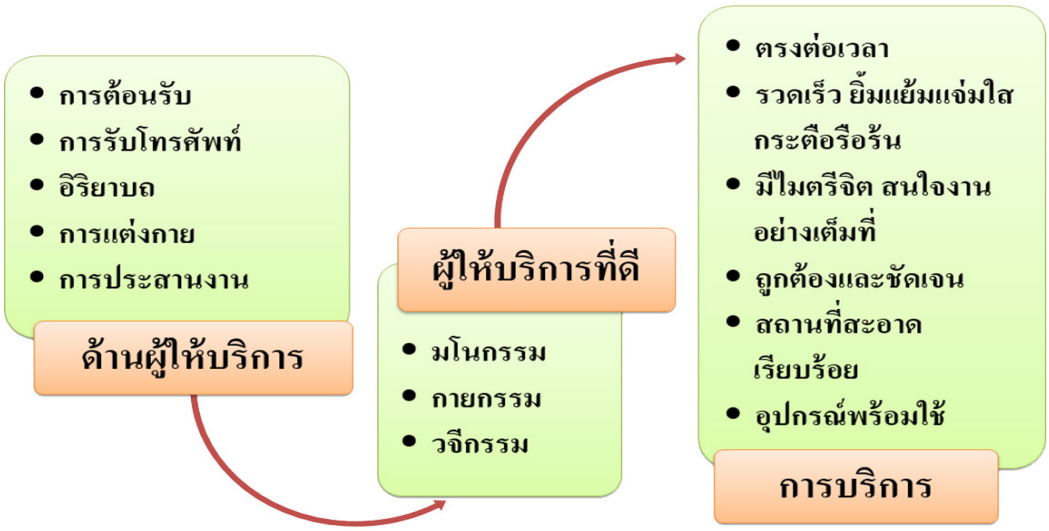
การค้นหาวิธีการไปสู่เป้าหมาย “จิตบริการสู่งานเป็นเลิศ” จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์และความประทับใจที่ได้พบเห็นในชีวิตประจำวัน พบว่ามีทั้งประสบการณ์จากภายในและภายนอกองค์กร ความประทับใจ

ได้แก่ การทราบบทบาทหน้าที่ การเคารพกฎระเบียบต่าง ๆ ที่วิทยาลัยกำหนดขึ้น การรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น การให้เกียรติซึ่งกันและกัน และการใช้คำพูดที่สุภาพเหมาะสม การอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขเหมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน การมีจิตบริการ ขยัน สะอาด ซื่อสัตย์ และอดทน การประสานงาน การวางแผน การเตรียมการล่วงหน้า การเตรียมความพร้อม และการมีมาตรฐานในการปฏิบัติงาน ซึ่งพบว่าความสุขจากการทำงานร่วมกันเกิดจากความเต็มใจให้บริการ การเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ การพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน และการทำงานเป็นทีม ซึ่งจะช่วยสร้างความเข้มแข็งให้องค์กร ดังที่สุชาดา นิ้มวัฒนากุล, ชดช้อย วัฒนะ, พุฒตาล มีสรรพวงศ์, และบุษยารัตน์ ลอยศักดิ์ (2561) กล่าวว่า การสร้างองค์กรแห่งความสุขจำเป็นต้องมีวัฒนธรรมองค์กรที่ให้ความสำคัญกับคนทำงาน คนทำงานมีความสุขในการทำงาน เกิดวัฒนธรรมองค์กรที่ดี เพิ่มคุณค่า สร้างการทำงานเป็นทีม เพิ่มประสิทธิภาพผลผลิตอันเป็นประโยชน์ต่อองค์กร

จากการดำเนินการจัดการความรู้ข้างต้น พบว่าสามารถค้นหามาตรฐานพฤติกรรมพฤติกรรมบริการที่ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ ด้านผู้ให้บริการ และด้านกระบวนการให้บริการ ดังนี้

ด้านผู้ให้บริการ มาตรฐานของผู้ให้บริการประกอบด้วยการต้อนรับภายใน/ภายนอก การรับโทรศัพท์ การแนะนำสถานที่ อิริยาบถ การไหว้ การนั่ง ยืน เดิน การรับประทาน การแต่งกายตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า การประสานงาน การร้องขอความช่วยเหลือ การรับคำติชม การใช้ถ้อยคำ น้ำเสียง และข้อควรระวังต่าง ๆ กล่าวคือ ผู้ให้บริการที่ดีต้องยิ้มแย้มแจ่มใสสามารถให้คำแนะนำที่ดีได้ มีความกระตือรือร้นในการทำงาน ทุ่มเทแรงกายและแรงใจในการทำงาน แต่งกายสะอาด เหมาะสม มีความเป็นระเบียบเรียบร้อย มีสุขอนามัยที่ดี ให้บริการด้วยความเป็นมิตรและเสมอภาค ทั้งแก่เพื่อนร่วมงาน คณาจารย์ นักศึกษา และบุคคลภายนอกที่มาติดต่อราชการ

ด้านกระบวนการให้บริการ มาตรฐานการบริการ คือ มีกระบวนการให้บริการที่ถูกต้อง ชัดเจน ทันเวลา มีการวางแผน มีขั้นตอนการทำงานที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน มีการให้ข้อมูลที่ชัดเจน ตรงตามความต้องการ มีการประสานงานที่รวดเร็ว สามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าและปัญหาอื่น ๆ ได้ และรับฟังความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งในการให้บริการนั้น สิ่งที่จำเป็นและสำคัญ คือ การมีมาตรฐานในการปฏิบัติงาน และการให้ความเคารพซึ่งกันและกันของสมาชิกในทีมงาน หากทุกคนสามารถปฏิบัติได้ตามมาตรฐานที่ร่วมกันกำหนด ซึ่งได้แก่ 1) มาตรฐานการต้อนรับผู้รับบริการภายใน/ภายนอก การสวัสดีด้วยวิธีการไหว้ทักทายกัน 2) มาตรฐานการรับโทรศัพท์ 3) มาตรฐานอิริยาบถ การไหว้ การนั่ง ยืน เดิน 4) มาตรฐานการแต่งกายตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า โดยแต่งกายให้ถูกกาลเทศะ สวมเครื่องแบบตามที่กำหนด 5) มาตรฐานการประสานงาน ขอความช่วยเหลือ และ 6) มาตรฐานการบริการการปฏิบัติงาน การให้ข้อมูลขั้นตอนงาน ก็จะเป็นการพัฒนาองค์กรให้ก้าวหน้าและเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ และบุคลากรทำงานอย่างมีความสุข ซึ่งแนวทางการนำพฤติกรรมจิตบริการไปใช้ในการปฏิบัติงานสรุปได้ดังแผนภาพที่ 3



แผนภาพที่ 3 แนวทางการนำพฤติกรรมจิตบริการไปใช้ในการปฏิบัติงาน

สำหรับคุณภาพมาตรฐานและบริการที่เป็นเลิศนั้น สิ่งสำคัญคือ การเริ่มต้นจากการปรับเปลี่ยนทัศนคติของบุคลากรต่อการให้บริการ ว่าจะมีผลต่อองค์กรอย่างไร ตระหนักถึงพฤติกรรมการบริการที่เป็นมาตรฐานในฐานะตัวแทนขององค์กร สร้างความยินยอมพร้อมเพรียงกันทั่วทั้งองค์กร เพื่อสะท้อนความคิดเกี่ยวกับความใส่ใจจากผู้ให้บริการสู่ผู้รับบริการตามที่ผู้บริหารกำหนดไว้ โดยผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ควรได้รับรู้ร่วมกันว่าองค์กรกำลังจะทำอะไร (What) ทำไมต้องทำ (Why) ทำที่ไหน (Where) ทำเมื่อใด (When) ทำโดยใคร (Who) และจะต้องทำอย่างไร (How to) ด้วยความยินยอมพร้อมใจ (alignment) เพื่อเปิดใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิม แล้วปรับปรุงพฤติกรรมใหม่สู่การปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน สามารถให้คณะกรรมการตรวจประเมินผลได้อย่างเป็นรูปธรรม ก้าวสู่องค์กรที่ได้คุณภาพตามมาตรฐานและมีบริการเป็นเลิศ อีกทั้งการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจก็นับเป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งผลให้การปฏิบัติงานเกิดประสิทธิภาพสูงสุด การชื่นชมผู้ปฏิบัติงานดี การมอบรางวัลสำหรับผู้ปฏิบัติงานดี การรับประทานอาหารร่วมกัน และการไปศึกษาดูงานร่วมกัน นับเป็นขวัญและกำลังใจสำหรับบุคลากรในการทำงาน โดยมุ่งไปในทิศทางเดียวกันสู่เป้าหมายขององค์กร

จากการจัดการความรู้ของบุคลากรสายสนับสนุน วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี พบว่าสิ่งสำคัญ คือ การทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมกันวางแผน มีวัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันในองค์กรเสมือนเป็นครอบครัวใหญ่ที่ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เคารพซึ่งกันและกัน โดยบุคลากรมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานที่วิทยาลัยมานานกว่า 10 ปี มีความรัก ความผูกพันทั้งกับองค์กรและกับเพื่อนร่วมงาน ซึ่งนับเป็นจุดแข็งในการขับเคลื่อนองค์กรไปข้างหน้า เปรียบได้กับฝูงปลากะตักที่เป็นปลาตัวเล็ก ๆ อ่อนแอ สามารถตกเป็นเหยื่ออันโอชะของนักล่าได้ตลอดเวลา แต่ปลากะตักอยู่รวมกันเป็นกลุ่มใหญ่ว่ายไปในทิศทางเดียวกัน ใช้วิธีการอยู่รวมกันเพื่อป้องกันตัวเองจากศัตรู และยังสามารถเป็นที่พักพิงเพื่อหลบภัยให้กับปลาทะเลที่อ่อนแออื่น ๆ ได้อีกด้วย สอดคล้องกับที่โสภา ลี้ศิริวัฒนกุล, คณิสร เจริญกิจ, และบุษยารัตน์ ลอยศักดิ์ (2561) กล่าวถึงค่านิยมในงานและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน

สามรุ่นอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ว่า การที่อาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนมีค่านิยมในงานไปในทิศทางเดียวกัน อาจเป็นเพราะวิทยาลัยมีการเสริมสร้างค่านิยมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ทำให้ค่านิยมของบุคลากรเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ถึงแม้จะมีลักษณะงานที่แตกต่างกัน

สรุป

การจัดการความรู้เป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาองค์กร บุคลากรสายสนับสนุนเป็นทรัพยากรบุคคลที่ส่งผลต่อความสำเร็จขององค์กร วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จึงกำหนดให้จัดตั้งชุมชนผู้ปฏิบัติ เรื่อง “จิตบริการสู่งานเป็นเลิศ” โดยใช้แนวคิดการจัดการความรู้ที่ส่งเสริมให้คนเคารพศักดิ์ศรี รับฟัง และเรียนรู้จากความสำเร็จของคนอื่นด้วยความยินดี โดยร่วมกันค้นหาพฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศ พบว่าประกอบด้วย 2 ด้าน คือ ด้านผู้ให้บริการ ควรให้บริการที่ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส กระตือรือร้น ทุ่มเทแรงกาย แรงใจในการทำงาน ให้บริการด้วยความเป็นมิตรและเสมอภาค และด้านกระบวนการให้บริการ ควรมีกระบวนการให้บริการที่ถูกต้อง ชัดเจน ทันเวลา มีขั้นตอนที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และให้ข้อมูลที่ชัดเจน ตรงตามความต้องการ การจัดการความรู้ครั้งนี้ช่วยเปลี่ยนวิธีคิดและปรับวิธีการทำงานอย่างสร้างสรรค์ เกิดข้อตกลงร่วมกันในการนำ “มาตรฐานพฤติกรรมบริการ” ไปใช้ในการปฏิบัติงานอย่างเป็นรูปธรรม โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหาร ความร่วมมือของทุกภาคส่วน และการที่บุคลากรสายสนับสนุนให้ความร่วมมือในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่หลากหลาย สร้างบรรยากาศแห่งกัลยาณมิตร และยอมรับที่จะปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาตน พัฒนางาน

เอกสารอ้างอิง

จิระพงศ์ เรืองกุน. (2557). ชุมชนนักปฏิบัติ: แนวทางการจัดการความรู้เพื่อสร้างความได้เปรียบในการแข่งขัน. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยฟาร์อีสเทอร์น, 7*(2), 16-27.

ชดช้อย วัฒนะ. (2561). *เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องการจัดการความรู้ด้วยการถอดบทเรียน*. ใน การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “พื้นที่ความคิดสร้างสรรค์” ภาคีเครือข่ายการจัดการสุขภาพเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 6 ปี 2561. วันที่ 3-4 เมษายน 2561 ณ แซนด์ ดูนส์ เจ้าหลาวบีช รีสอร์ท จันทบุรี.

นลวัชร์ ขุนลา, และเกษราภรณ์ สุตตาพงค์. (2558). การจัดการความรู้สู่การสร้างองค์กรที่ประสบความสำเร็จ. *วารสารนักบริหาร, 35*(1), 133-141.

นุชนาท บุญต่อเติม. (2553). บทเรียนการจัดการความรู้โรงพยาบาลเลิดสิน. *วารสารการจัดการความรู้โรงพยาบาลเลิดสิน, 3*(2), 59-71.

บุญส่ง ลีละชาต. (2559). *ความต้องการในการพัฒนาบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์* (การค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ประพนธ์ ผาสุกยืด. (2547). *การจัดการความรู้*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

ฝ่ายวิชาการ วิทยาลัยดุสิตธานี. (2556). *คู่มือการจัดการความรู้*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง. สืบค้นจาก http://www.dtc.ac.th/2016/images/stories/KM/KM_manual_full.pdf

ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. (2560). *คู่มือการดำเนินงานการจัดการความรู้ ปีงบประมาณ 2560*. จันทบุรี: ผู้แต่ง.

วิจารณ์ พานิช. (2555). *การจัดการความรู้*. สืบค้นจาก http://qa.siam.edu/images/KM_Article4.pdf

วิมล โลมา, มุกดา สำนวนกลาง, ศรีวิภา เลี้ยงพันธุ์สกุล, และฉัตรลดา กาญจนสุทธิ. (2554). *การจัดการความรู้*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

ศิราณี ศรีหาภาค, วัชรี อมรโรจน์วรวุฒิ, สุพจน์ แก้วบุดดี, สมใจ เจียระพงษ์, ณรงค์ คำอ่อน, และธานี กล่อมใจ. (2559). การเรียนรู้เสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอโดยใช้บริบทเป็นฐาน: ศูนย์ประสานงานจัดการเรียนรู้ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 27*(เพิ่มเติม 1), 179-188.

สามารถ อัยกร. (2559). การจัดการความรู้ในสถาบันอุดมศึกษา. *วารสารบัณฑิตศึกษา, 13*(61), 21-29.

สุชาดา นิ้มวัฒนากุล, ชดช้อย วัฒนะ, พุฒตาล มีสรรพวงศ์, และบุษยารัตน์ ลอยศักดิ์. (2561). ความสุขของนักศึกษาและบุคลากร วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี และความคิดเห็นในการสร้างองค์กรแห่งความสุข. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 29*(1), 113-125.

โสภา ลี้ศิริวัฒนกุล, คณิสร เจริญกิจ, และบุษยารัตน์ ลอยศักดิ์. (2561). ค่านิยมในงานและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของอาจารย์และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนสามรุ่นอายุ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 29*(1), 113-125.

วิชาชีพพยาบาล: เส้นทางแห่งความภูมิใจของฉัน
Nursing Profession: The Way of My Pride

จิตติมา ไพรศูนย์ [1]
Jittima Praisoon [1]
จุฑารัตน์ ดวงแก้ว [2]
Jutarut Duangkaew [2]

หลายคนคงสงสัยว่า 4 x 100 คืออะไร แต่คนที่เคยผ่านการขึ้นฝึกบนวอร์ดมา อาจเคยรู้สึกเหมือนฉัน มันคือการที่ต้องทำงานแข่งกับเวลาและมีสติไปพร้อมกัน เพราะทุก ๆ วินาที นั่นหมายถึงชีวิตของคนไข้ ก่อนขึ้นวอร์ด ฉันคิดว่าอยากนำสิ่งที่เรียนภาคทฤษฎีในห้องเรียนไปช่วยเหลือคนไข้ให้ได้มากที่สุด สิ่งที่ฉันรู้สึกในตอนนั้นทั้งตื่นเต้นและไม่พร้อมในเวลาเดียวกัน แต่วันที่ใกล้ขึ้นฝึกบนวอร์ดก็ใกล้เข้ามาทุกที จะเป็นไปตามคำร่ำลือหรือไม่ ใจฉันเริ่มหวั่น ๆ ในใจก็คิดว่าเราคิดถูกแล้วใช่ไหมที่มาเรียนพยาบาล ส่วนอีกใจหนึ่งก็คิดว่าเรามาถึงขั้นนี้แล้ว เราต้องทำให้ได้ ฉันเชื่อค่ะว่าทุกคนย่อมมีครั้งแรกเสมอ และแล้ว...วันขึ้นฝึกบนวอร์ดครั้งแรกก็มาถึง มันไม่ได้สวยหรูอย่างที่ฉันวาดฝันไว้ ทุกคนทำงานแบบ 4 x 100 พี่พยาบาลต้องวิ่งดูแลคนไข้หลายเตียง มีแพทย์หลายแผนกเข้ามาแวะเวียนไม่ขาดสาย แทบจะไม่มีเตียงว่าง มีแต่เตียงที่จะต้องเสริม ใช่ค่ะ ฉันทำอะไรไม่ถูกตอนอยู่ในห้องเรียน ฉันได้เรียนรู้ทฤษฎีและความรู้มากมาย แต่เมื่อไปเจอกับเหตุการณ์จริง ๆ กลับนึกอะไรไม่ออก จับต้นชนปลายไม่ถูก ไม่รู้ว่าจะต้องเริ่มจากอะไรก่อน และไม่คิดว่าจะมีคนไข้มากมายขนาดนี้ ตึกที่ใหญ่โต วอร์ดที่ดูกว้างขวาง แต่มันกลับดูคับแคบลงได้

วันแรกที่ขึ้นฝึกบนวอร์ด พี่หัวหน้าพยาบาลพาไปแนะนำสถานที่และอุปกรณ์ต่าง ๆ บางอย่างฉันก็ไม่เคยเห็นและยังไม่เคยได้เรียน สิ่งที่ทำให้ฉันตกใจที่สุด คือ chart ของแพทย์ ที่ฉันได้อ่านเป็นครั้งแรก นี่หรือ...ที่เรียกว่าลายมือแพทย์ มีเอกสารต่าง ๆ มากมาย กับลายมือที่เขียนด้วยความรวดเร็ว ฉันไม่คิดว่าคนไข้หนึ่งคนต้องมีรายละเอียดในการรักษามากเหมือนวิทยานิพนธ์ฉบับหนึ่ง ฉันแทบอ่านไม่ออกเลย ศัพท์ทางการแพทย์บางคำฉันก็ไม่รู้ และไม่รู้ว่าจะต้องเริ่มจากอะไรก่อน ด้วยความโชคดีที่มีอาจารย์และพี่พยาบาลช่วยชี้แนะ ทำให้ฉันรู้สึกคลายกังวลลงได้ สิ่งที่นักศึกษาพยาบาลได้รับมอบหมาย คือ ดู assign คนละ 1 เคส เพื่อดูแลและเรียนรู้ นั่นหมายถึงต้องมีความรับผิดชอบที่มากขึ้น ไม่ใช่เพียงแค่หุ่นจำลองที่เคยฝึกในห้องปฏิบัติการพยาบาล แต่เป็นชีวิตคนไข้จริง ๆ ฉันไม่รู้เลยว่าเคสที่ฉันได้รับจะให้ความร่วมมือหรือปฏิเสธฉัน สิ่งที่ฉันคิดคือ ต้องทำให้ดีที่สุด ฉันจึงตั้งใจดูแลแต่เคสของตนเอง ไม่ได้สนใจเคสอื่นที่ไม่ได้รับมอบหมาย ฉันกลับมาถามตนเองว่าสิ่งที่ฉันทำนั้น ทำเพราะหน้าที่หรือทำด้วยหัวใจ ฉันยอมรับเลยค่ะว่าฉันทำเพราะหน้าที่จริง ๆ ฉันจึงรู้สึกเหนื่อยและไม่มีความสุขกับการขึ้นฝึกบนวอร์ด แต่เมื่อวันหนึ่ง ขณะขึ้นฝึก ฉันเห็นเพื่อนดูแลเคสที่เป็นหนักกว่าเคสของฉัน เคสของเพื่อนเป็นคุณป้าที่อายุมาก ไม่สามารถที่จะลุกขึ้น มาพูดคุยหรือช่วยเหลือตนเองได้ เหมือนรอเวลาที่กำลังจะเดินทางไกล ถึงแม้ญาติของเคสนี้จะรู้ว่าเกิดอะไรขึ้น

[1, 2] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
[1, 2] 3rd-year Nursing Student, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi
[2] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: may140441@gmail.com

แต่ไม่เคยทิ้งห่างจากเตียงคุณป้าเลย ดูแลให้กำลังใจคุณป้าเป็นอย่างดีจนวินาทีสุดท้ายของชีวิต เป็นการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์จริง ๆ ซึ่งเป็นคำที่ฉันได้ยินบ่อย ๆ ฉันเพิ่งเข้าใจมันในวันนี้เอง แต่เมื่อมองไปยังเตียงข้าง ๆ ของเคสเพื่อน กลับเห็นสิ่งที่ตรงกันข้าม เป็นเคสเด็กวัยรุ่นอาการหนัก ไม่สามารถพูดคุยหรือช่วยเหลือตนเองได้เหมือนกัน แต่กลับไม่ค่อยมีญาติมาเยี่ยม ครั้งหนึ่งฉันได้ยินแพทย์คุยกับญาติคนไข้รายนี้ว่าให้พูดคุยกับคนไข้มาก ๆ เพื่อที่คนไข้จะได้มีกำลังใจและฟื้นตัวได้เร็วขึ้น แต่ญาติเหมือนไม่ค่อยสนใจ ทำให้ฉันเกิดคำถามในใจว่า หากเราต้องช่วยเคสนี้ เราจะทำอย่างไรดี ความคิดหนึ่งก็คิดว่าไม่ใช่เคสที่ฉันต้องรับผิดชอบ อีกความคิดหนึ่งก็อยากให้เคสนี้มีอาการดีขึ้น ฉันกับเพื่อน ๆ จึงผลัดเปลี่ยนไปช่วยพี่พยาบาลดูแลเคสนี้ ทำเท่าที่เราทำได้ ให้กำลังใจ พูดคุยกับคนไข้ แม้จะไม่มีการตอบรับกลับมา นี่แหละค่ะคือ จุดเริ่มต้นที่ฉันดูแลคนไข้ด้วยหัวใจจริง ๆ ไม่ใช่เพียงเพราะหน้าที่ จากวันนั้น ความเหนื่อยของฉันเริ่มลดลง แต่เต็มไปด้วยความสุขที่ได้ช่วยเหลือคนไข้รายนี้ แล้วทุกคนล่ะคะ เคยถามตัวเองบ้างไหมว่า เราดูแลคนไข้เพราะหน้าที่หรือดูแลด้วยหัวใจ จะเป็นไปได้ไหมที่เราในฐานะนักศึกษาพยาบาล ซึ่งกำลังจะเติบโตเป็นพยาบาลวิชาชีพในอนาคต มีหน้าที่บำบัดทุกข์ทางกายให้คนอื่นนั้น จะใช้ใจมองไปในหัวใจของคนไข้ให้เห็นใจเขาในใจเรา เราอาจไม่ต้องทำด้วยหัวใจก็ได้ เพียงมองให้เห็นหัวใจของคนไข้ เท่านี้เราก็อาจช่วยแบ่งเบาความทุกข์ของคนไข้ได้แม้จะทำไปตามหน้าที่ก็ตาม สิ่งนี้ทำให้ฉันรู้ว่าไม่เพียงแค่หัตถการที่ฉันต้องฝึกจนชำนาญเท่านั้น แต่ต้องฝึกขัดเกลาความเมตตากรุณาให้มีมากพอ ๆ กับความรู้และทักษะ เพราะเป็นสิ่งที่สำคัญกับคนไข้เช่นกัน แม้ว่าจะเป็นครั้งแรกที่เหมือนการปีนหน้าผาเหมือนนกที่กำลังหัดบิน เหมือนการวิ่งมาราธอน แต่ทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นล้วนเป็นประสบการณ์ที่สอนให้ฉันเติบโตขึ้น

การวิ่งแบบ 4 × 100 ในความคิดของฉันตอนแรกได้เปลี่ยนไป 4 × 100 ในตอนหลัง มันคือ 100% ของการดูแลคนไข้ด้วยความจริงใจ ฉันจะเสียสละและอดทนความรู้ที่ต้องใช้อย่างเต็มร้อย และการได้รับความรักความเมตตาจากผู้ร่วมวิชาชีพ ครูบาอาจารย์ และเพื่อน ๆ ซึ่งฉันได้รับอย่างเต็มร้อย ส่วนอีก 100% ฉันหวังว่าจะได้รับจากคนไข้ ไม่ว่าจะเป็นเคสที่ฉันได้ดูแลหรือไม่ก็ตาม แต่ฉันอยากจะเห็นรอยยิ้ม ความสุข หรือการที่ได้เห็นเขามีอาการดีขึ้นและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ นั่นคือ สิ่งที่ฉันมุ่งหมายใหม่บนเส้นทางวิชาชีพพยาบาลนี้ที่ฉันภูมิใจ

คำแนะนำสำหรับผู้เขียนเกี่ยวกับการส่งเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์ ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

กองบรรณาธิการ วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี มีความยินดีที่จะรับรายงานการวิจัยและบทความต่าง ๆ จากผู้เขียน เพื่อลงตีพิมพ์ในวารสาร โดยขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาเรื่องที่จะลงตีพิมพ์ รวมทั้งการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ ทั้งนี้ กองบรรณาธิการมีคำแนะนำสำหรับผู้เขียนเกี่ยวกับการส่งเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ดังนี้

คำแนะนำข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับวารสาร

ประเภทและสาขาของเรื่องที่รับลงตีพิมพ์

1. รายงานการวิจัยทางการพยาบาล (ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาพยาบาล และการบริหารการพยาบาล) และการสาธารณสุข

2. บทความวิชาการทางการพยาบาล (ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาพยาบาล และการบริหารการพยาบาล) และการสาธารณสุข รวมถึงบทความแปลทางวิชาการ

3. บทความพิเศษ ซึ่งเป็นบทความสั้น ๆ ที่รวบรวมหรือเรียบเรียงขึ้น อาจเป็นประสบการณ์/ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ รวมถึงประเด็นที่น่าสนใจทางการพยาบาลและการสาธารณสุข

เงื่อนไขทางจริยธรรมเกี่ยวกับการส่งเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์

1. เป็นเรื่องที่ผู้เขียนไม่มีการละเมิดลิขสิทธิ์ทางปัญญา เช่น ไม่ได้คัดลอกและ/หรือดัดแปลงข้อความส่วนใดส่วนหนึ่งหรือทั้งหมดจากงานของผู้อื่น

2. เป็นเรื่องที่ยังไม่เคยลงตีพิมพ์หรือกำลังรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น

3. บทความที่เป็นรายงานการวิจัย โครงร่างวิจัยต้องได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะ กรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

นโยบายของการลงตีพิมพ์ในวารสาร

1. วารสารรับเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์ในระบบปกติ ไม่มีระบบเร่งด่วน (fast track)

2. ต้นฉบับที่เป็นรายงานการวิจัยและบทความวิชาการ จะต้องผ่านการประเมินคุณภาพและได้รับความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewer) จำนวน 2 คน หากมีการปรับปรุงแก้ไขผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วกลับมาภายในเวลา 2 สัปดาห์

3. ผู้เขียนรายงานการวิจัยและบทความต่างๆ ต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเนื้อความและข้อมูลที่ลงตีพิมพ์ รวมถึงรายการอ้างอิงที่ใช้

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

คำแนะนำทั่วไป

1. ใช้กระดาษขนาด A4 เว้นระยะขอบ 1 นิ้ว (2.54 ซม.) ทั้ง 4 ด้าน พิมพ์เป็นคอลัมน์เดียว ไม่ต้องใส่กรอบ ใช้ตัวอักษร Angsana New ขนาด 16 และใช้ตัวเลขอารบิค โดยแต่ละวลี/ประโยคเว้นระยะ ห่าง 1 เคาะ (single space) การกั้นหน้าใช้แบบกั้นซ้าย ต้นฉบับที่เป็นรายงานการวิจัยมีความยาว 10-17 หน้า ต้นฉบับที่เป็นบทความวิชาการ

มีความยาว 8-15 หน้า ส่วนต้นฉบับที่เป็นบทความพิเศษ มีความยาว 2-4 หน้า

2. บทคัดย่อภาษาไทย และบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) รวมกันไม่เกิน 2 หน้ากระดาษ

3. หากมีภาพ แผนภาพ แผนภูมิ (กราฟ) หรือตาราง เพื่อประกอบเนื้อหา ควรจัดตำแหน่งให้เหมาะสมกับเนื้อหา โดยใส่หมายเลขกำกับภาพ แผนภาพ แผนภูมิ และตาราง ตามลำดับ ให้ครบถ้วน ทั้งนี้ หากมีตัวอักษรในภาพ แผนภาพ และแผนภูมิ ให้ใช้ขนาด 8-14 ส่วนในตารางให้ใช้ขนาด 14-16 สำหรับลักษณะและขนาดของเส้น ใช้เส้นทึบ (หรือเส้นประในบางกรณี) ขนาดปกติ ในตารางใช้เฉพาะเส้นแนวนอน

4. ใส่เลขหน้ากำกับที่มุมบนด้านขวา ยกเว้นหน้าแรก

5. การใช้ภาษาเขียน มีแนวทางดังนี้

5.1 คำเดียวกัน เช่น ชื่อตัวแปรที่ศึกษา ต้องเขียนให้เหมือนกันในทุกแห่ง

5.2 คำภาษาไทยที่จำเป็นต้องมีคำภาษาอังกฤษกำกับด้วย เช่น คำว่า การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ให้ใส่คำภาษาอังกฤษในวงเล็บ โดยใส่เฉพาะเมื่อกล่าวถึงครั้งแรก (ต้นฉบับที่เป็นรายงานการวิจัย ให้เริ่มตั้งแต่หัวข้อความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา) ดังนั้น การเขียนครั้งแรกจึงต้องเขียนว่า การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (transcultural nursing) ส่วนการเขียนครั้งต่อ ๆ มา เขียนเพียงว่า การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม ทั้งนี้ ยกเว้นกรณีที่ต้องการเน้นอีกครั้ง

5.3 คำภาษาอังกฤษ ใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ส่วนชื่อเรื่องและชื่อเฉพาะ อักษรตัวแรกของแต่ละคำใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำบุพบท คำสันธาน และคำนำหน้านาม

5.4 คำภาษาอังกฤษที่เป็นชื่อสารต่าง ๆ เช่น cortisol, adrenaline ให้เขียนทับศัพท์ โดยใส่คำภาษาอังกฤษในวงเล็บเฉพาะเมื่อกล่าวถึงครั้งแรก ดังนั้น การเขียนครั้งแรกจึงต้องเขียนว่า คอร์ติซอล (cortisol) อะดรีนาลีน (adrenaline) ส่วนการเขียนครั้งต่อ ๆ มา เขียนเพียงว่า คอร์ติซอล อะดรีนาลีน

5.5 ชื่อผู้แต่งที่เป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาต่างประเทศอื่น ๆ ให้เขียนเป็นภาษานั้น ๆ ตามเดิม ไม่ต้องเขียนเป็นภาษาไทย ยกเว้นในการเขียนเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ให้เขียนเป็นภาษาไทย เช่น คูเดอร์-ริชาร์ดสัน ครอนบาช

คำแนะนำในการเขียนต้นฉบับแต่ละประเภท

1. รายงานการวิจัย มีคำแนะนำในการเขียนส่วนประกอบแต่ละหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

1.1 คำว่า รายงานการวิจัย พิมพ์ตัวหนา อยู่ภายในกรอบสี่เหลี่ยม ที่มุมบนด้านซ้ายของหน้า

1.2 ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ตัวหนา อยู่ตรงกลางของหน้า โดย ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ แต่ละคำขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำบุพบท คำสันธาน และคำนำหน้านาม กรณีที่เป็นวิทยานิพนธ์ ให้ใส่ดอกจัน (*) ท้ายชื่อเรื่องทั้งสองภาษา

1.3 ชื่อ-ชื่อสกุลผู้เขียน ชื่อย่อวุฒิการศึกษาสูงสุดและสาขา (สาขาอยู่ในวงเล็บ) ให้ระบุทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ตัวบาง ขนาด 14 จัดรูปแบบชิดขวา พร้อมใส่ตัวเลขยกท้ายวงเล็บปิด เช่น หากมีผู้แต่ง 3 คน ใส่เลข 1, 2 และ 3 ตามลำดับผู้แต่ง ส่วนตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ปฏิบัติงานของผู้เขียน ให้ระบุทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเช่นกัน พิมพ์ตัวบาง ขนาด 14 จัดรูปแบบชิดซ้ายที่ด้านล่างของหน้าแรก พร้อมใส่ตัวเลขยกที่ต้นบรรทัด สำหรับผู้แต่งที่เป็นผู้เขียนหลัก (corresponding author) ให้ใส่ตัวเลขยกที่ต้นบรรทัด และระบุอีเมลต่อท้าย

1.4 บทคัดย่อภาษาไทย และบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) แบ่งออกเป็น 3 ย่อหน้า โดยย่อหน้าแรกเขียนเกี่ยวกับรูปแบบการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัยโดยสรุป กลุ่มตัวอย่าง (ระบุว่าเป็นใครและจำนวน) เครื่องมือวิจัย (ระบุชื่อเครื่องมือและค่าความเชื่อมั่น) การเก็บรวบรวมข้อมูล (ระบุว่าดำเนินการเมื่อใด) และการวิเคราะห์ข้อมูล (ระบุชื่อ

สถิติที่ใช้) ย่อหน้าที่ 2 เขียนเกี่ยวกับผลการวิจัยที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย/สมมติฐานการวิจัย และย่อหน้าที่ 3 เขียนเกี่ยวกับข้อเสนอแนะที่สำคัญในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.5 คำสำคัญ (Keywords) อยู่ใต้บทคัดย่อแต่ละภาษา จำนวน 2-5 คำ โดยคำสำคัญภาษาไทยแต่ละคำเว้นระยะห่าง 2 เคาะ ส่วนภาษาอังกฤษ ใช้จุลภาค (,) คั่น และเว้นระยะห่าง 2 เคาะ

1.6 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา เขียนตามหลักการเขียนรายงานการวิจัยทั่วไป

1.7 วัตถุประสงค์การวิจัย เขียนเป็นวัตถุประสงค์เฉพาะ โดยระบุเป็นข้อ ๆ

1.8 สมมติฐานการวิจัย (หากมี) ระบุเป็นข้อ ๆ

1.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย เขียนคำบรรยายที่กระชับ เข้าใจง่ายเกี่ยวกับแนวคิด/ทฤษฎีที่ใช้เป็นฐานในการวิจัย และเขียนแผนภูมิที่แสดงตัวแปรที่ศึกษา

1.10 วิธีดำเนินการวิจัย

1.10.1 ประเภทของการวิจัย ระบุภาษาอังกฤษในวงเล็บด้วย

1.10.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เขียนเกี่ยวกับประชากร เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การคัดออก เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (โดยเฉพาะการวิจัยเชิงทดลอง เชิงพัฒนา และเชิงปฏิบัติการ) การกำหนดขนาดตัวอย่าง และวิธีการสุ่มตัวอย่าง จากนั้นเขียนเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยแยกเขียนเป็น 2 ข้อ คือ 1) การได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ โดยระบุว่าเป็นคณะกรรมการของสถาบันใด พร้อมระบุเลขที่และวันที่รับรอง และ 2) การชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งการแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

1.10.3 เครื่องมือการวิจัย การวิจัยเชิงทดลองเขียนเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองก่อนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองให้ระบุที่มา รายละเอียดของกิจกรรมแต่ละครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ สื่อที่ใช้ และการตรวจสอบคุณภาพ ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ระบุที่มา จำนวนข้อ ลักษณะคำตอบ เกณฑ์การให้คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน และการตรวจสอบคุณภาพ

1.10.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล เขียนแบบบรรยายความ หากเป็นการวิจัยเชิงทดลอง (ใช้หัวข้อ การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล) เขียนเป็นข้อ ๆ ตามขั้นตอน ทั้งนี้ งานวิจัยทุกประเภทให้ระบุว่ามีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2)

1.10.5 การวิเคราะห์ข้อมูล เขียนข้อมูลแต่ละส่วนพร้อมระบุชื่อสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ หากเป็นการวิจัยเชิงทดลอง ให้ระบุจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมตลอดการวิจัยด้วย ส่วนการวิจัยเชิงพรรณนา ให้ระบุจำนวนและร้อยละของแบบสอบถามที่ได้รับคืนด้วย

1.11 ผลการวิจัย ข้อมูลทั่วไป เขียนแบบบรรยาย ส่วนข้อมูลที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย/สมมติฐานการวิจัย เขียนแบบบรรยายแล้วตามด้วยตาราง สำหรับตาราง ให้สร้างตารางที่มีแถวเท่ากับจำนวนแถวของข้อมูลที่ต้องการนำเสนอ (เพื่อป้องกันไม่ให้ข้อมูลอยู่ผิดแถว) หากตารางยาวเกิน 1 หน้า ให้ใส่ชื่อตารางเดิม และระบุคำว่า ต่อ ในวงเล็บ ส่วนในตารางจัดตัวเลขให้หลักหน่วยตรงกันและใช้ทศนิยม 2 ตำแหน่ง ยกเว้นค่า *t*, z, r, F และ *p* ใช้ทศนิยม 3 ตำแหน่ง โดยไม่ต้องมีเลข 0 หน้าจุด สำหรับค่า *p* ให้ใส่ค่าจริง (หากได้ค่า .000 ให้ใส่ว่า < .001) โดยไม่ต้องใส่ดอกจันท้ายตัวเลข รวมทั้งไม่ต้องใส่ดอกจันและค่า *p* ใต้ตาราง เนื้อความที่บรรยายระดับนัยสำคัญทางสถิติให้ระบุว่า $p < .05$, $p < 01$. หรือ $p < .001$ สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ เมื่อบรรยายความแต่ละประเด็นแล้ว ให้ระบุคำพูดที่สอดคล้องซึ่งได้จากผู้ให้ข้อมูลในเครื่องหมาย

คำพูด (“…..”) โดยพิมพ์เครื่องหมายคำพูดและคำพูดนั้น ๆ แบบตัวเอียง จากนั้นระบุอักษรย่อ/นามสมมติของผู้ให้ข้อมูลในวงเล็บ ต่อท้ายเครื่องหมายคำพูด โดยพิมพ์แบบตัวตรง

1.12 การอภิปรายผลการวิจัย การเขียนเกี่ยวกับงานวิจัยที่สอดคล้อง/ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ได้ให้อธิบายว่าศึกษาเกี่ยวกับสิ่งใด (ระบุชื่อเรื่องวิจัย โดยสถานที่ควรเขียนให้กระชับ) แต่ละกลุ่มได้รับสิ่งทดลอง/กิจกรรมใด โดยสรุป (หากเป็นการวิจัยเชิงทดลอง) และผลการวิจัยเป็นอย่างไร หากใช้งานวิจัยเรื่องเดิมในการอธิบายผลการวิจัยอีกการใช้ตั้งแต่ครั้งที่ 2 ไม่ต้องระบุแล้วว่าศึกษาเกี่ยวกับ สิ่งใด แต่ให้เขียนต่อจากปีซึ่งอยู่ในวงเล็บ ว่าผลการวิจัยเป็นอย่างไร

1.13 ข้อเสนอแนะ เขียนข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป หากมีมากกว่า 1 ประเด็น ให้ระบุเป็นข้อ ๆ

1.14 เอกสารอ้างอิง (ดังรายละเอียดต่อไป)

<u>หมายเหตุ</u>: การวิจัยเชิงทดลอง หากมีทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ให้เขียนถึงกลุ่มทดลองก่อนกลุ่มควบคุมในทุกแห่ง และให้เปรียบเทียบภายในกลุ่มก่อน แล้วจึงเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

2. บทความวิชาการ มีคำแนะนำในการเขียนส่วนประกอบแต่ละหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

2.1 คำว่า บทความวิชาการ พิมพ์ตัวหนา อยู่ภายในกรอบสี่เหลี่ยม ที่มุมบนด้านซ้ายของหน้า

2.2 ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ตัวหนา อยู่ตรงกลางของหน้า โดย ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษแต่ละคำขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำบุพบท คำสันธาน และคำนำหน้านาม

2.3 ชื่อ-ชื่อสกุลผู้เขียน ชื่อย่อวุฒิการศึกษาสูงสุดและสาขา (สาขาอยู่ในวงเล็บ) ให้ระบุทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ตัวบาง ขนาด 14 จัดรูปแบบชิดขวา พร้อมใส่ตัวเลขยกท้ายวงเล็บปิด เช่น หากมีผู้แต่ง 3 คน ใส่เลข 1, 2 และ 3 ตามลำดับผู้แต่ง ส่วนตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ปฏิบัติงานของผู้เขียน ให้ระบุทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเช่นกัน พิมพ์ตัวบาง ขนาด 14 จัดรูปแบบชิดซ้ายที่ด้านล่างของหน้าแรก พร้อมใส่ตัวเลขยกที่ต้นบรรทัด สำหรับผู้แต่งที่เป็นผู้เขียนหลัก (corresponding author) ให้ใส่ตัวเลขยกที่ต้นบรรทัด และระบุอีเมลต่อท้าย

2.4 บทคัดย่อภาษาไทย และบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) เขียน 1 ย่อหน้า ความยาว 10-16 บรรทัด ประกอบด้วย 1) การเกริ่นนำเกี่ยวกับเรื่องที่เขียน 2) การเน้นประเด็นที่เป็นแก่นสำคัญของเนื้อหา และ 3) การสรุปสิ่งสำคัญที่เชื่อมโยงถึงแนวทางการปฏิบัติและประโยชน์ที่จะได้รับ

2.5 คำสำคัญ (Keywords) อยู่ใต้บทคัดย่อแต่ละภาษา จำนวน 2-5 คำ โดยคำสำคัญภาษาไทยแต่ละคำเว้นระยะห่าง 2 เคาะ ส่วนภาษาอังกฤษ ใช้จุลภาค (,) คั่น และเว้นระยะห่าง 2 เคาะ

2.6 บทนำ เขียน 1 ย่อหน้า ความยาว ½ - 1 หน้ากระดาษ เขียนเนื้อความที่จูงใจผู้อ่านให้สนใจในบทความเรื่องนั้น โดยเนื้อความประกอบด้วยความสำคัญของเรื่องที่เขียน วัตถุประสงค์ของการเขียน ขอบเขตของเรื่องที่เขียน (ระบุหัวข้อหลักที่เขียน) และประโยชน์ที่จะได้รับ

2.7 เนื้อหา กำหนดหัวข้อหลักและหัวข้อรองให้เหมาะสม ชัดเจน และครอบคลุมเรื่องที่เขียน รวมทั้งเรียงลำดับหัวข้อให้เหมาะสม ส่วนเนื้อหาต้องมีการวิเคราะห์/วิพากษ์ตามหลักวิชาการอย่างน่าเชื่อถือ มีการอ้างอิงแหล่งข้อมูลทั้งนี้ การเรียบเรียงเนื้อหายึดหลักความถูกต้อง มีความต่อเนื่อง กลมกลืน โดยมีการใช้ภาษาทางการและเข้าใจง่าย

2.8 สรุป เขียน 1 ย่อหน้า ความยาว 10-14 บรรทัด เป็นการสรุปประเด็นสำคัญของบทความ ซึ่งเขียนได้หลายวิธีคือ 1) การย่อความ เป็นการย่อเนื้อหาทั้งหมดที่นำเสนอ 2) การบอกผลลัพธ์ว่าสิ่งที่นำเสนอมีความสำคัญอย่างไร จะนำไปใช้อย่างไร หรือจะทำให้เกิดสิ่งใดต่อไป และ 3) การตั้งคำถามหรือให้ประเด็นทิ้งท้าย เพื่อให้ผู้อ่านไปแสวงหาความรู้หรือพัฒนาในเรื่องนั้น ๆ ต่อไป

2.9 เอกสารอ้างอิง (ดังรายละเอียดต่อไป)

3. บทความพิเศษ มีคำแนะนำในการเขียนส่วนประกอบแต่ละหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

3.1 คำว่า บทความพิเศษ พิมพ์ตัวหนา อยู่ภายในกรอบสี่เหลี่ยม ที่มุมบนด้านซ้ายของหน้า

3.2 ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ตัวหนา อยู่ตรงกลางของหน้า โดย ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษแต่ละคำขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำบุพบท คำสันธาน และคำนำหน้านาม

3.3 ชื่อ-ชื่อสกุลผู้เขียน ชื่อย่อวุฒิการศึกษาสูงสุดและสาขา (สาขาอยู่ในวงเล็บ) ให้ระบุทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ตัวบาง ขนาด 14 จัดรูปแบบชิดขวา พร้อมใส่ตัวเลขยกท้ายวงเล็บปิด เช่น หากมีผู้แต่ง 3 คน ใส่เลข 1, 2 และ 3 ตามลำดับผู้แต่ง ส่วนตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ปฏิบัติงานของผู้เขียน ให้ระบุทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเช่นกัน พิมพ์ตัวบาง ขนาด 14 จัดรูปแบบชิดซ้ายที่ด้านล่างของหน้าแรก พร้อมใส่ตัวเลขยกที่ต้นบรรทัด สำหรับผู้แต่งที่เป็นผู้เขียนหลัก (corresponding author) ให้ใส่ตัวเลขยกที่ต้นบรรทัด และระบุอีเมลต่อท้าย

3.4 เนื้อหา เรียบเรียงในลักษณะเรื่องเล่าจากประสบการณ์ตรง หรือจากกรณีตัวอย่างที่น่าสนใจ โดยใช้ภาษาทางการ/กึ่งทางการที่เข้าใจง่าย

คำแนะนำในการเขียนอ้างอิง

การเขียนอ้างอิงใช้ตามรูปแบบของ Publication Manual of the American Psychological Association (APA style) ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 6 โดยแบ่งออกเป็นการเขียนอ้างอิงในเนื้อหา (in-text citation) และการเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ (reference) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การเขียนอ้างอิงในเนื้อหา

การเขียนอ้างอิงในเนื้อหา แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ การเขียนอ้างอิงหน้าข้อความ และการเขียนอ้างอิงท้ายข้อความ ซึ่งแนวทางการเขียนในแต่ละลักษณะ พร้อมตัวอย่าง แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แนวทางการเขียนอ้างอิงในเนื้อหา พร้อมตัวอย่าง จำแนกตามรูปแบบ

<table>
<tr><th rowspan="2">รูปแบบ</th><th colspan="2">การเขียนอ้างอิงหน้าข้อความ</th><th colspan="2">การเขียนอ้างอิงท้ายข้อความ</th></tr>
<tr><th>ครั้งแรก</th><th>ครั้งต่อ ๆ มา</th><th>ครั้งแรก</th><th>ครั้งต่อ ๆ มา</th></tr>
<tr><td colspan="5">ผู้แต่ง 1 คน</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ภาษาไทย</td><td>ชื่อ-ชื่อสกุล (พ.ศ.)</td><td rowspan="4">เขียนเหมือนการอ้างอิงครั้งแรก</td><td>(ชื่อ-ชื่อสกุล, พ.ศ.)</td><td rowspan="4">เขียนเหมือนการอ้างอิงครั้งแรก</td></tr>
<tr><td>นภาพร นพพัฒนกุล (2556)</td><td>(นภาพร นพพัฒนกุล, 2556)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ภาษาต่างประเทศ</td><td>Surname (A.D.)</td><td>(Surname, A.D.)</td></tr>
<tr><td>Miller (2009)</td><td>(Miller, 2009)</td></tr>
<tr><td colspan="5">ผู้แต่ง 2 คน</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ภาษาไทย</td><td>ชื่อ-ชื่อสกุล 1 และชื่อ-ชื่อสกุล 2 (พ.ศ.)</td><td rowspan="2">เขียนเหมือนการอ้างอิงครั้งแรก</td><td>(ชื่อ-ชื่อสกุล 1 และชื่อ-ชื่อสกุล 2, พ.ศ.)</td><td rowspan="2">เขียนเหมือนการอ้างอิงครั้งแรก</td></tr>
<tr><td>กมลวรรณ ลีนะธรรม และธนิดา จุลย์วนิชพงษ์ (2557)</td><td>(กมลวรรณ ลีนะธรรม และธนิดา จุลย์วนิชพงษ์, 2557)</td></tr>
</table>

รูปแบบ	การเขียนอ้างอิงหน้าข้อความ		การเขียนอ้างอิงท้ายข้อความ	
	ครั้งแรก	ครั้งต่อ ๆ มา	ครั้งแรก	ครั้งต่อ ๆ มา
ภาษาต่างประเทศ	Surname 1 and Surname 2 (A.D.)		(Surname 1 & Surname 2, A.D.)	
	Fahey and Shenassa (2013)		(Fahey & Shenassa, 2013)	
ผู้แต่ง 3-5 คน				
ภาษาไทย	ชื่อ-ชื่อสกุล 1, ...และชื่อ-ชื่อสกุล 5 (พ.ศ.)	ชื่อ-ชื่อสกุล 1 และคณะ (พ.ศ.)	(ชื่อ-ชื่อสกุล 1, ...และชื่อ-ชื่อสกุล 5, พ.ศ.)	(ชื่อ-ชื่อสกุล 1 และคณะ, พ.ศ.)
	อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์, สมบัติ สกุลพรรณ์, กริช ศรีธีระจิตต์, อานนท์ จินดาธรรม, และไพชยันต์ สุโอชมา (2561)	อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์ และคณะ (2561)	(อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์, สมบัติ สกุลพรรณ์, กริช ศรีธีระจิตต์, อานนท์ จินดาธรรม, และไพชยันต์ สุโอชมา, 2561)	(อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์ และคณะ, 2561)
ภาษาต่างประเทศ	Surname 1, ..., and Surname 5 (A.D.)	Surname 1 et al. (A.D.)	(Surname 1, ..., & Surname 5, A.D.)	(Surname 1 et al., A.D.)
	Kuo, Chen, Lin, Lee, and Hsu (2009)	Kuo et al. (2009)	(Kuo, Chen, Lin, Lee, & Hsu, 2009)	(Kuo et al., 2009)
ผู้แต่ง 6 คนขึ้นไป				
ภาษาไทย	ชื่อ-ชื่อสกุล 1 และคณะ (พ.ศ.)	เขียนเหมือนการอ้างอิงครั้งแรก	(ชื่อ-ชื่อสกุล 1 และคณะ, พ.ศ.)	เขียนเหมือนการอ้างอิงครั้งแรก
	ชุลีพร ชอบสุข และคณะ (2561)		(ชุลีพร ชอบสุข และคณะ, 2561)	
ภาษาต่างประเทศ	Surname 1 et al. (A.D.)		(Surname 1 et al., A.D.)	
	Scioli et al. (1997)		(Scioli et al., 1997)	
ผู้แต่งเป็นหน่วยงานที่มีชื่อย่อ				
ภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ	ชื่อเต็ม (ชื่อย่อ, พ.ศ.)	ชื่อย่อ (พ.ศ.)	(ชื่อเต็ม [ชื่อย่อ], พ.ศ.)	(ชื่อย่อ, พ.ศ.)
	สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ., 2559)	สกอ. (2559)	(สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา [สกอ.], 2559)	(สกอ., 2559)
	World Health Organization (WHO, 2017)	WHO (2017)	(World Health Organization [WHO], 2017)	(WHO, 2017)

<table>
<tr><th rowspan="2">รูปแบบ</th><th colspan="2">การเขียนอ้างอิงหน้าข้อความ</th><th colspan="2">การเขียนอ้างอิงท้ายข้อความ</th></tr>
<tr><th>ครั้งแรก</th><th>ครั้งต่อ ๆ มา</th><th>ครั้งแรก</th><th>ครั้งต่อ ๆ มา</th></tr>
<tr><td colspan="5">ไม่มีชื่อผู้แต่ง/บรรณาธิการ **หากชื่อเรื่อง/ชื่อบท/ชื่อบทความ มีความยาวมาก ให้ใส่เพียง 2-3 คำแรก</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ภาษาไทย และภาษาต่างประเทศ</td><td>“ชื่อเรื่อง” หรือ “ชื่อบท” หรือ “ชื่อบทความ” (ปีที่พิมพ์)</td><td rowspan="3">เขียนเหมือนการอ้างอิงครั้งแรก</td><td>(“ชื่อเรื่อง” หรือ “ชื่อบท” หรือ “ชื่อบทความ,” ปีที่พิมพ์)</td><td rowspan="3">เขียนเหมือนการอ้างอิงครั้งแรก</td></tr>
<tr><td>“เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า” (2550)</td><td>(“เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า,” 2550)</td></tr>
<tr><td>“Psychology for the classroom” (1980)</td><td>(“Psychology for the classroom,” 1980)</td></tr>
<tr><td colspan="5">การอ้างอิงเอกสารทุติยภูมิ</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ภาษาไทย และภาษาต่างประเทศ</td><td>ชื่อ-ชื่อสกุล / Surname ผู้แต่งเอกสารต้นฉบับ (พ.ศ. / A.D. อ้างถึงใน ชื่อ-ชื่อสกุล / Surname ผู้แต่งเอกสารทุติยภูมิ, พ.ศ. / A.D.)</td><td rowspan="3">เขียนเหมือนการอ้างอิงครั้งแรก ยกเว้นกรณีที่มีผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป</td><td>(ชื่อ-ชื่อสกุล / Surname ผู้แต่งเอกสารต้นฉบับ, พ.ศ. / A.D. อ้างถึงใน ชื่อ-ชื่อสกุล / Surname ผู้แต่งเอกสารทุติยภูมิ, พ.ศ. / A.D.)</td><td rowspan="3">เขียนเหมือนการอ้างอิงครั้งแรก ยกเว้นกรณีที่มีผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป</td></tr>
<tr><td>ทองปลิว ไกรแสงศรี (2556 อ้างถึงใน มณิภัทร์ ไทรเมฆ, 2559)</td><td>(ทองปลิว ไกรแสงศรี, 2556 อ้างถึงใน มณิภัทร์ ไทรเมฆ, 2559)</td></tr>
<tr><td>Dewey (1897 as cited in Efstratia, 2014)</td><td>(Dewey, 1897 as cited in Efstratia, 2014)</td></tr>
</table>

การเขียนอ้างอิงในเนื้อหาแต่ละส่วน หากใช้แหล่งอ้างอิงมากกว่า 1 รายการ ให้เรียง ลำดับตามอักษรตัวแรกของชื่อผู้แต่ง (หรือชื่อสกุล หากผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศ) โดยนำภาษาไทยขึ้นก่อนภาษาต่างประเทศ

2. การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ

การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ ให้เขียนเฉพาะรายการที่ใช้อ้างอิงในเนื้อหาเท่านั้น ซึ่งการเขียนเกี่ยวกับผู้แต่งและปีที่พิมพ์คล้ายกับการเขียนอ้างอิงหน้าข้อความในครั้งแรก โดยผู้แต่งชาวต่างประเทศให้ระบุชื่อสกุล คั่นด้วยจุลภาค (,) ตามด้วยอักษรตัวแรกของชื่อแรก และจุด (.) แล้วตามด้วยชื่อกลาง และจุด ซึ่งแนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงแต่ละประเภท พร้อมตัวอย่าง แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ พร้อมตัวอย่าง จำแนกตามประเภท

ประเภท	แนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ
หนังสือ - กรณีที่ไม่มีปีที่พิมพ์ สถานที่พิมพ์ (เมืองที่พิมพ์) และสำนักพิมพ์/โรงพิมพ์: ผู้แต่ง. (ม.ป.ป. หรือ n.d.). *ชื่อเรื่อง* (พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). ม.ป.ท. หรือ N.P.: ม.ป.พ. หรือ n.p. - กรณีที่ชื่อสำนักพิมพ์/โรงพิมพ์ มีชื่อเมืองหรือจังหวัดเป็นส่วนประกอบอยู่แล้ว ไม่ต้องระบุสถานที่พิมพ์ (เมืองที่พิมพ์) และทวิภาค (:)	
หนังสือ ผู้แต่ง 2 คน: ผู้แต่ง 1, และผู้แต่ง 2. (ปีที่พิมพ์). *ชื่อหนังสือ* (พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์/โรงพิมพ์. หมายเหตุ: ชื่อเมืองในต่างประเทศที่ไม่เป็นที่รู้จัก ให้ใส่อักษรย่อของชื่อรัฐหรือชื่อประเทศตามหลัง	
ภาษาไทย	เยาวรัตน์ รุ่งสว่าง, และยุพาวรรณ ทองตะนุนาม. (2560). *บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก*. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
ภาษาต่างประเทศ	Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
หนังสือ ผู้แต่ง 3-7 คน: เขียนทำนองเดียวกับผู้แต่ง 2 คน โดยระบุผู้แต่งทุกคน	
หนังสือ ผู้แต่ง 8 คนขึ้นไป: ผู้แต่ง 1-6, ... ผู้แต่งคนสุดท้าย. (ปีที่พิมพ์). *ชื่อหนังสือ* (พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์/โรงพิมพ์.	
หนังสือ ผู้แต่งเป็นหน่วยงาน: ชื่อหน่วยงาน 1-2 ระดับ. (ปีที่พิมพ์). *ชื่อหนังสือ* (พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์/โรงพิมพ์. หมายเหตุ: หากหน่วยงานเป็นผู้จัดพิมพ์ ใส่คำว่า ผู้แต่ง (Author) ในตำแหน่งสำนักพิมพ์/โรงพิมพ์	
ภาษาไทย	สถาบันวัคซีนแห่งชาติ กรมควบคุมโรค. (2555). *หลักสูตรเชิงปฏิบัติการสำหรับเจ้าหน้าที่สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: ผู้แต่ง.
หนังสือ มีบรรณาธิการ: ชื่อบรรณาธิการ. (บ.ก.). (ปีที่พิมพ์). *ชื่อหนังสือ* (พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์/โรงพิมพ์.	
ภาษาไทย	กวีศักดิ์ จิตตวัฒนรัตน์. (บ.ก.). (2560). *เวชบำบัดวิกฤตศัลยศาสตร์ในเวชปฏิบัติ*. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
ภาษาต่างประเทศ	Deravin-Malone, L., & Anderson, J. (Eds.). (2016). *Chronic care nursing: A framework for practice*. Port Melbourne: Cambridge University Press.
บทหนึ่งในหนังสือ: ผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบท. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บ.ก.), *ชื่อหนังสือ* (น. xx-xx). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์/โรงพิมพ์. หมายเหตุ: บรรณาธิการชาวต่างประเทศ ให้ใช้ อักษรย่อชื่อต้น. อักษรย่อชื่อกลาง (หากมี). ชื่อสกุล	
ภาษาไทย	เอกสิทธิ์ จิตธรรม, และหฤทัย ใจทา. (2560). โภชนบำบัดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และภาวะเมแทบอลิกซินโดรม. ใน สมลักษณ์ จึงสมาน (บ.ก.), *โรคเบาหวานชนิดที่ 2 / เมแทบอลิซึม* (น. 169-216). นนทบุรี: PT INTER PRINT.
ภาษาต่างระเทศ	Crumbie, A. (2006). Taking a history. In M. Walsh (Ed.), *Nurse practitioners: Clinical skills and professional issues* (pp. 14-26). N.P.: Elsevier.

ประเภท	แนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ
หนังสือ รูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (online) มี DOI: ผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). *ชื่อหนังสือ*. doi:xxxxxxxxxxxx ไม่มี DOI: ผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). *ชื่อหนังสือ*. สืบค้นจาก / Retrieved from http://www.xxxxxxx	
วารสาร รูปแบบตีพิมพ์ (print): ผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. *ชื่อเต็มวารสาร, ปีที่*(ฉบับที่), เลขหน้า.	
ภาษาไทย	พลอยรัตน์ อุทัยพัฒนะศักดิ์. (2561). ปฏิบัติตัวอย่างไร ห่างไกลการเกิดนิ่วในทางเดินปัสสาวะ. *วารสารควบคุมโรค, 44*(2), 111-121.
ภาษาต่างประเทศ	Hossfeld, L. H., & Rico-Mendez, G. (2018). Looking for food: Food access, food insecurity, and the food environment in rural Mississippi. *Family and Community Health, 41*(2 Suppl.), S7-S14.
วารสาร รูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (online) มี DOI: ผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. *ชื่อเต็มวารสาร, ปีที่*(ฉบับที่), เลขหน้า. doi:xxxxxxxxxxxx ไม่มี DOI: ผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. *ชื่อเต็มวารสาร, ปีที่*(ฉบับที่), เลขหน้า. สืบค้นจาก / Retrieved from http://www.xxxxxxxx	
ภาษาไทย	สุภาพ อิ่มอ้วน, แพรว โคตรรุจิน, พนอ เตชะอธิก, และฐปนวงศ์ มิตรสูงเนิน. (2561). ผลของดนตรีพื้นบ้านต่อการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 41*(1), 12-23. สืบค้นจาก https://www.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/109704/99404
ภาษาต่างประเทศ	Photharos, N., Wacharasin, C., & Duongpaeng, S. (2018). Model of self-management behavior in people experiencing early stage chronic kidney disease. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 22*(4), 360-371. Retrieved from https://www.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/85799/109038
วิทยานิพนธ์ / ปริญญานิพนธ์: ผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). *ชื่อเรื่อง* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต / ปริญญานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์/โรงพิมพ์.	
ภาษาไทย	บุษยารัตน์ ลอยศักดิ์. (2558). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
ภาษาต่างประเทศ	Rodpaitoon, S. (2003). *Effects of participatory learning and the application of the Pender's health promotion model on personal hygiene practice of grade 5 primary school students* (Master's thesis). Bangkok: Mahidol University.
รายงานการวิจัย: ผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). *ชื่อเรื่อง* (รายงานผลการวิจัย). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์/โรงพิมพ์.	
ภาษาไทย	กาญจนา ร้อยนาค, เพ็ญนภา พิสัยพันธุ์, และยุรี เชาวน์พิพัฒน์. (2560). *ประสิทธิผลการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลด้านการจัดระบบดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต (การล้างไตทางช่องท้อง)* (รายงานผลการวิจัย). วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี.
เอกสารการประชุมวิชาการ (จัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม): ผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บ.ก.), *ชื่อเอกสารการประชุม* (น. xx-xx). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์/โรงพิมพ์.	

ประเภท	แนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ
ภาษาไทย	กิตติภูมิ ภิญโย, ปิยนุช ภิญโย, และขนิษฐา เมฆกมล. (2558). การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน ของแม่วัยรุ่นในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสุรินทร์. ใน อัศนี วันชัย (บ.ก.), *Proceeding การประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง ความหลากหลายทางสุขภาพ "Diversity in Health and Well-Being"* (น. 23-32). ม.ป.ท.
ภาษาต่างประเทศ	Wattanakul, B., Vannapruegs, T., & Jamjan, L. (2014). A private care with a public concern: A story of how one private hospital plays a role in public health. In K. Sumriddetchkajorn, K. Turner, & S. Charoensuk (Eds.), *Transformative learning for health equity* (pp. 1-21). Bangkok: Plan Printing.
ข้อมูลจากเว็บไซต์ มีผู้แต่ง: ผู้แต่ง. (ปีที่จัดทำ). *ชื่อเรื่อง*. สืบค้นจาก http://www.xxxxxxxx ไม่มีผู้แต่ง: *ชื่อเรื่อง*. (ปีที่จัดทำ). สืบค้นจาก http://www.xxxxxxxx	
ภาษาไทย	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). *อัลไซเมอร์ป้องกันได้ด้วยการเล่นเกมฝึกสมอง*. สืบค้นจาก http://thaitgri.org/?p=38495 *5 วิธีลดน้ำตาลในเลือด ลดเบาหวาน แบบปลอดภัย*. (2561). สืบค้นจาก https://www.honestdocs.co/5-ways-to-reduce-blood-sugar-and-diabetes
ภาษาต่างประเทศ	Nordqvist, C. (2017). *Arrhythmia: Causes, symptoms, types, and treatment*. Retrieved from https://www.medicalnewstoday.com/articles/8887.php

การเรียงลำดับเอกสาร

1. เรียงเอกสารภาษาไทยไว้ก่อนภาษาอังกฤษ

2. เรียงลำดับตามอักษรตัวแรกของชื่อผู้แต่ง (หากเป็นผู้แต่งชาวต่างประเทศ เรียงลำดับตามอักษรตัวแรกของชื่อสกุล) โดยไม่ต้องใส่หมายเลขกำกับ หากอักษรตัวแรกเหมือนกัน ให้เรียงลำดับตามอักษรตัวถัดไปเรื่อย ๆ

3. หากเป็นผู้แต่งคนเดียวกัน ให้เรียงลำดับตามปีที่พิมพ์

4. หากผู้แต่งมีผลงานมากกว่า 1 เรื่อง โดยมีทั้งเรื่องที่เป็นผู้แต่งคนเดียว และเรื่องที่มีผู้แต่งอื่นร่วมด้วย ให้เรียงลำดับตามจำนวนผู้แต่งทั้งหมด จากน้อยไปหามาก เช่น Alleyne, R. L. (2001). เรียงไว้ก่อน Alleyne, R. L., & Evans, A. J. (1999).