วารสารพยาบาลตำรวจ
Journal of The Police Nurses

ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2566
Vol. 15 No. 1 January - June 2023

JOPN

ISSN 1906-652X (Print)
ISSN 2672-961X (Online)

บทความวิจัย

- โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาศักยภาพนักเรียนต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้นในโรงเรียนเขตกรุงเทพมหานคร — *สุปราณี มณีวงค์, กชกร ธรรมนำศีล, กาญจนา ปัญญาเพ็ชร์, ชัยณรงค์ นาคเทศ*
- ผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานต่อความรู้ เจตคติ การรับรู้ความสามารถในตนและความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนของนักศึกษาพยาบาล สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย — *กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์, บุศรินทร์ หลิมสุนทร*
- การรับรู้การเตรียมความพร้อมในการสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในสังคมปกติวิถีใหม่ของนักศึกษาพยาบาล — *รัตนา จารุวรรโณ, ชุติมา ปัญญาพินิจนุกูร, จารุภา จิรโสภณ*
- ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ต่อการเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล — *เกษม ดำนอก, เอกชัย ฝาใต้*
- ปัจจัยทำนายความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของผู้ปกครองในระหว่างการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 — *กมลนัทธ์ คล่องดี, สุรชัย เฉนียง, ชัยวัฒน์ อินไชยา, ณิราวรรณ กุลวงศ์*
- ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สิ่งสนับสนุน และการรับรู้อุปสรรคในการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับยาเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 — *รัชดาภา สีดาดาษ, ยศพล เหลืองโสมนภา, ปรวรรณ วิทย์วรานุกูล*
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดร่วมกับการใช้กล่องเตือนกินยาออนไลน์ ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี — *ณิรชา ศรีสุวัฒนานันท์, ขจี พงศธรวิบูลย์*
- ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อความสามารถของผู้ดูแลและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน — *รณิดา สารวรางค์กูร, ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล, เกสรี เลิศประไพ*
- การพัฒนารูปแบบองค์กรสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ — *เตือนใจ เจริญบุตร, ชมสุภัค ครุฑกะ*

บทความวิชาการ

- ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ — *เอกลักษณ์ ดีรุ่งโรจน์*
- บทบาทพยาบาล : การให้การปรึกษาแบบออนไลน์ภายใต้สถานการณ์โรคโควิด 19 — *สายสมร เฉลยกิตติ, นริสา วงศ์พนารักษ์*
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ : แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพในศตวรรษที่ 21 — *สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา, สมดี อนันต์ปฏิเวธ*

TCI กลุ่ม 1

https://he01.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/index

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลการศึกษาค้นคว้าทางวิชาการ ผลงานวิจัยทางด้านการพยาบาล และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อพัฒนาและส่งเสริมการศึกษาค้นคว้า วิจัย การผลิตผลงานวิชาการ ตลอดจนการสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาล

เจ้าของวารสาร สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลตำรวจ

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. วิจิตร	ศรีสุพรรณ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ศาสตราจารย์ ดร. วีณา	จีระแพทย์	สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย
รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา	ยูนิพันธุ์	ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ
รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน	อังสุโรจน์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พลตำรวจตรีหญิง ยุพิน	เนียมแสง	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลตำรวจ

บรรณาธิการ รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร. ทิพย์ฆัมพร เกษโกมล วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร. สุขฤดี ธัชศฤงคารสกุล วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจโท ดร. อภิสิทธิ์ ตามสัตย์ วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

กองบรรณาธิการ

พลตรีหญิง รองศาสตราจารย์ ดร. สายสมร เฉลยกิตติ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
รองศาสตราจารย์ ดร. สุภาพ อารีเอื้อ	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร. เรวดี เพชรศิราสัณห์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร. เอื้อญาติ ชูชื่น	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต
รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดวงกมล ปิ่นเฉลียว	สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
รองศาสตราจารย์ พันตำรวจโทหญิง ดร. สุขอรุณ วงษ์ทิม	สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร. กัญญ์ฐิตา ศรีภา	คณะสังคมศาสตร์ โรงเรียนนายร้อยตำรวจ
นาวาอากาศเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วัชราภรณ์ เปาโรหิตย์	ข้าราชการบำนาญกองทัพอากาศ
นาวาโทหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สินีนุช ศิริวงศ์ (ร.น.)	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจโทหญิง ยุวดี แตรประสิทธิ์	วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร. เรวดีทรรศน์ รอบคอบ	มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์	คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อมราพร สุรการ	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทัศนีย์ อรรถารส	วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
พันตำรวจโทหญิง ธิดารัตน์ เลิศธีรกุล	วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

ผู้จัดการวารสาร นางสาว จันทร์จิรา อริยะเศรณี

กำหนดออกเผยแพร่ ปีละ 2 ฉบับ
มกราคม - มิถุนายน และ กรกฎาคม - ธันวาคม

ที่อยู่วารสาร กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลตำรวจ (วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ)
เลขที่ 492/1 ถนนอังรีดูนังต์ แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์/โทรสาร 02-251-0253

E-mail journal@nursepolice.go.th

Website https://he01.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/

บรรณาธิการแถลง

วารสารพยาบาลตำรวจ ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 ประจำปี พ.ศ.2566 นี้ ประกอบด้วยบทความวิจัยและบทความวิชาการ จำนวน 12 เรื่อง แบ่งเป็นบทความวิจัย จำนวน 9 เรื่อง และบทความวิชาการ 3 เรื่อง ครอบคลุมองค์ความรู้ 4 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 การแพทย์ฉุกเฉิน เป็นบทความวิชาการอธิบายเกี่ยวกับทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ระดับตติยภูมิของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

ด้านที่ 2 การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและจิตเวช ประกอบด้วย การวิจัยโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาศักยภาพนักเรียนต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้นในโรงเรียนเขตกรุงเทพมหานคร ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ต่อการเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปัจจัยทำนายความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของผู้ปกครองในระหว่างการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สิ่งสนับสนุน และการรับรู้อุปสรรคในการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับยาเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และบทความวิชาการความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่จะนำเสนอแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพในศตวรรษที่ 21 และบทบาทพยาบาลเกี่ยวกับการให้การปรึกษาแบบออนไลน์ภายใต้สถานการณ์โรคโควิด 19

ด้านที่ 3 การศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย การวิจัยผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานต่อความรู้ เจตคติ การรับรู้ความสามารถในตน และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนของนักศึกษาพยาบาล สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย การรับรู้การเตรียมความพร้อมในการสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในสังคมปกติวิถีใหม่ของนักศึกษาพยาบาล และการพัฒนารูปแบบองค์กรสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

ด้านที่ 4 โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การวิจัยผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดร่วมกับการใช้กล่องเตือนกินยาออนไลน์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อความสามารถของผู้ดูแลและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลตำรวจ ขอขอบคุณสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลตำรวจ ท่านผู้บริหารโรงพยาบาลตำรวจ ผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ และผู้ทรงคุณวุฒิที่ร่วมพิจารณาบทความวิจัยและบทความวิชาการ ตลอดจนผู้แต่งทุกท่านที่ส่งผลงานมาลงตีพิมพ์ สนับสนุนค่าใช้จ่าย ให้กำลังใจ คำแนะนำ และให้ความช่วยเหลือแก่กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลตำรวจมาโดยตลอด

รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร. ทิพย์ฆัมพร เกษโกมล
บรรณาธิการวารสารพยาบาลตำรวจ

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาศักยภาพนักเรียนต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้นในโรงเรียนเขตกรุงเทพมหานคร *สุปราณี มณีวงค์, กชกร ธรรมนำศีล, กาญจนา ปัญญาเพ็ชร์, ชัยณรงค์ นาคเทศ*	1 - 13
ผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานต่อความรู้ เจตคติ การรับรู้ความสามารถในตน และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนของนักศึกษาพยาบาล สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย *กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์, บุศรินทร์ หลิมสุนทร*	14 - 24
การรับรู้การเตรียมความพร้อมในการสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในสังคมปกติวิถีใหม่ของนักศึกษาพยาบาล *รัตนา จารุวรรโณ, ชุติมา ปัญญาพินิจนุกูร, จารุภา จิรโสภณ*	25 - 37
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ต่อการเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล *เกษม ดำนอก, เอกชัย ฝาใต้*	38 - 49
ปัจจัยทำนายความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของผู้ปกครองในระหว่างการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 *กมลนัทธ์ คล่องดี, สุรชัย เฉนียง, ชัยวัฒน์ อินไชยา, ณิราวรรณ กุลวงศ์*	50 - 61
ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สิ่งสนับสนุน และการรับรู้อุปสรรคในการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับยาเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 *รัชดาภา สีดาดาษ, ยศพล เหลืองโสมนภา, ปรวรรณ วิทย์วรานุกูล*	62 - 73
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดร่วมกับการใช้กล่องเตือนกินยาออนไลน์ ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี *ณิรชา ศรีสุวัฒนานันท์, ขจี พงศธรวิบูลย์*	74 - 86
ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อความสามารถของผู้ดูแลและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน *รณิดา สารวรางค์กูร, ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล, เกสรี เลิศประไพ*	87 - 100

บทความวิจัย	หน้า
การพัฒนารูปแบบองค์กรสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ *เตือนใจ เจริญบุตร, ชมสุภัค ครุฑกะ*	101 - 112
บทความวิชาการ	
ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ *เอกลักษณ์ ดีรุ่งโรจน์*	113 - 126
บทบาทพยาบาล : การให้การปรึกษาแบบออนไลน์ภายใต้สถานการณ์โรคโควิด 19 *สายสมร เฉลยกิตติ, นริสา วงศ์พนารักษ์*	127 - 134
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ : แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพในศตวรรษที่ 21 *สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา, สมดี อนันต์ปฏิเวธ*	135 - 142
ภาคผนวก	
ค่าใช้จ่ายสำหรับการตีพิมพ์บทความวิชาการ/ บทความวิจัย	
แบบคำร้องส่งบทความวิชาการ/ บทความวิจัย เพื่อตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลตำรวจ	
คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับวารสารพยาบาลตำรวจ	
ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ APA 6th edition ของวารสารพยาบาลตำรวจ	



โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาศักยภาพนักเรียน ต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้นในโรงเรียนเขตกรุงเทพมหานคร

PARTICIPATORY LEARNING PROGRAMME OF CAPACITY DEVELOPMENT AMONG STUDENTS ON THE PREVENTION OF MYOPIA IN BANGKOK METROPOLITAN SCHOOLS

สุปราณี มณีวงค์[1] กชกร ธรรมนำศีล[2]
Supranee Maneewong Kotchakorn Thamnamsin
กาญจนา ปัญญาเพ็ชร์[3] ชัยณรงค์ นาคเทศ[4]
Kanjana Punyapet Chainarong Naktes

[1,4]อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
Nursing Instructor, Faculty of Nursing, Saint Louis College, Yannawa, Sathorn, Bangkok, 10120, Thailand
[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
Assistant Professor, Faculty of Nursing, Saint Louis College, Yannawa, Sathorn, Bangkok, 10120, Thailand
[3]อาจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
Nursing Instructor, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College, Yannawa, Sathorn, Bangkok, 10120, Thailand
[1]Corresponding author E-mail: suparnee@slc.ac.th

Received: *February 3, 2023* Revised: *May 16, 2023* Accepted: *June 21, 2023*

บทคัดย่อ

ภาวะสายตาสั้นเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในเด็กวัยเรียน การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมและทักษะการตรวจวัดระดับสายตา ตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 64 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 32 คน โปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย การดูวีดิทัศน์ กิจกรรมกลุ่ม การเรียนรู้โดยใช้เกม กรณีศึกษา และฝึกทักษะการตรวจวัดระดับสายตา เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยใช้แบบวัดความรู้เรื่องสายตาสั้น แบบวัดทัศนคติต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้น แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันภาวะสายตาสั้น และแบบวัดทักษะการตรวจวัดระดับสายตา มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .78, .71, .73 และ 1.00 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย Independent *t*-test และ Repeated measure ANOVA

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม และทักษะการตรวจวัดระดับสายตาสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งภายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องสายตาสั้น ทัศนคติต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้น

พฤติกรรมการป้องกันภาวะสายตาสั้น และทักษะการตรวจวัดระดับสายตา แตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเพิ่มมากขึ้นมากที่สุดในช่วงหลังการทดลองและลดลงเล็กน้อยในระยะติดตามผล

ดังนั้น ครูผู้สอนและบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มนักเรียนและพัฒนาต่อยอดให้มีแกนนำนักเรียนในการดูแลสุขภาพของดวงตาสำหรับเด็กวัยเรียนต่อไป

คำสำคัญ : การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม, นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษา, พฤติกรรมการป้องกันภาวะสายตาสั้น, ทักษะการตรวจวัดระดับสายตา

Abstract

Myopia is a major health problem among school-age children. This quasi-experimental research aimed to examine the participatory learning programme on knowledge, attitudes, preventive behaviours, and visual examination skills. The sample comprised 64 fifth-grade students from primary schools in the Bangkok metropolitan district, obtained via purposive sampling to form an experimental group (n = 32) and a comparison group (n = 32). The programme was created by the researcher and consisted of video clips, group discussions, game-based learning, case-based learning, and visual examination skills training. The research instruments used to collect the data were assessment forms about knowledge of myopia, attitudes towards myopia, preventive behaviours of myopia, and visual examination skills before the intervention, after the intervention, and at the follow-up. The reliability scores were .78, .71, .73, and 1.00, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, and repeated measure ANOVA.

The results revealed that after the intervention was done, the mean scores for the knowledge, attitudes, preventive behaviours, and visual examination skills were significantly higher than before the intervention and those in the comparison group ($p < .05$). The experimental group had statistically significant different average scores of knowledges, attitudes towards myopia, preventive behaviours of myopia, and visual examination skills in each period ($p < .05$), which increased to the greatest value in the post-experimental period and slightly decreased in the follow-up period.

The teachers and healthcare providers were able to apply this intervention as a student development programme to create student leaders in eye healthcare for school-aged children in the future.

Keywords: participatory learning, primary school student, preventive behaviours of myopia, visual examination skills

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสายตาสั้นเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในเด็กวัยเรียน ปัจจุบันประชากรทั่วโลกมีภาวะสายตาสั้น ร้อยละ 28.3 ซึ่งคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2050 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 49.8 ซึ่งในจำนวนนี้เป็นเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ที่มีสายตาผิดปกติ (refractive errors) จำนวน 19 ล้านคน (Holden et al., 2016) ประเทศไทยพบ

เด็กวัยเรียนมีภาวะสายตาสั้น คิดเป็นร้อยละ 90.0 จากจำนวนเด็กวัยเรียนที่มีสายตาผิดปกติ 3.5 แสนคน (Department of Health, Ministry of Public Health, 2020) และข้อมูลจากการตรวจสายตาเบื้องต้นของผู้วิจัยในปี พ.ศ 2565 ณ โรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า มีนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 5 ที่มีภาวะสายตาสั้นมากถึงร้อยละ 25.3 เด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษา อายุ 6 - 12 ปี เป็นช่วงที่สำคัญต่อการพัฒนาการเรียนรู้ การมองเห็นจึงเป็นสิ่งสำคัญ หากมีภาวะสายตาสั้นจะทำให้เด็กมองสื่อการสอนไม่ชัด การเรียนรู้จะช้ากว่าเพื่อน ปวดตา และปวดศีรษะ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเรียน (Haarman et al., 2020)

ภาวะสายตาสั้นเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น พันธุกรรม เชื้อชาติ การเพ่งสายตาผ่านจออิเล็กทรอนิกส์ การมองวัตถุในระยะใกล้ที่น้อยกว่า 20 เซนติเมตร เป็นระยะเวลานานกว่า 45 นาที และอายุที่เพิ่มมากขึ้น (Grzybowski et al., 2020; Jong & Gifford, 2019; Ruktrakulvitaya, Silawan, Chaoratanakavi, Tongkeo, & Santiparp, 2021; Thitiwichienlert, 2016) นอกจากนี้ ยังพบว่าการขาดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะสายตาสั้นและขาดทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้นส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดวงตาที่ไม่เหมาะสม และเกิดภาวะสายตาสั้นได้เพิ่มมากขึ้น (Jiang et al., 2022) ซึ่งภาวะสายตาสั้นสามารถป้องกันและลดความรุนแรงได้ แต่เด็กนักเรียนส่วนใหญ่ไม่รู้ว่าตนเองสายตาสั้น เพราะถ้ามีสายตาสั้นไม่มาก จะไม่สามารถบอกความผิดปกติของการมองเห็นได้ ด้วยความคุ้นชินกับสิ่งที่มองเห็นมาโดยตลอด ถ้าไม่มีการสังเกตจากครู ผู้ปกครอง หรือการตรวจวัดระดับสายตาจะทำให้การวินิจฉัยและการตรวจรักษาล่าช้า ส่งผลให้การมองเห็นไม่สมบูรณ์ เกิดภาวะสายตาผิดปกติ (refractive errors) และถ้าค่าสายตาที่มีความผิดปกติเพิ่มมากขึ้น จะส่งผลให้เกิดภาวะตาขี้เกียจ ตาบอด จนเกิดเป็นความพิการทางสายตาได้อย่างถาวร (Boonyawee, 2018; Chantarachot, Tassanapitikul, & Empremsilapa, 2020; Ittarat, 2017; Thitiwichienlert, 2016)

แนวทางการแก้ไขปัญหาสายตาสั้นในเด็กวัยเรียน ได้แก่ การใส่แว่นตา การใส่คอนแทคเลนส์ และการผ่าตัด ปัจจุบันการจะทำให้การมองเห็นของเด็กกลับมาเป็นปกติ ควรลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อดวงตาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม และนักเรียนต้องได้รับการตรวจคัดกรองสายตาเพื่อค้นหาความผิดปกติร่วมด้วย ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และข้อมูลตัวชี้วัดของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพได้กำหนดให้นักเรียนทุกคนต้องได้รับการคัดกรองสายตา อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 - 6 ให้ตรวจวัดระดับสายตาด้วยตนเอง ซึ่งการค้นหาความผิดปกติและการรักษาตั้งแต่แรกเริ่มจะเป็นการป้องกันและช่วยให้การมองเห็นกลับมาเป็นปกติได้โดยเร็ว (Bureau of health promotion, Department of Health, Ministry of Public Health, 2017; The Royal College of Pediatricians of Thailand & Pediatric society of Thailand, 2019)

การประยุกต์ใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) ของโคล์บ (Kolb, 1984) มาออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับธรรมชาติการเรียนรู้ของนักเรียน โดยกระตุ้นให้นักเรียนเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางซึ่งเป็นการเรียนรู้แบบเชิงรุก (Active learning) เช่น Game-based learning หรือ Case-based learning โดยสอดแทรกการทำกิจกรรมตลอดระยะเวลา ไม่ได้นั่งฟังการบรรยายเพียงอย่างเดียว หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจะถูกนำมาใช้ในการพัฒนาบุคคลทั้งด้านความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมและทักษะ ภายใต้กระบวนการเรียนรู้ที่ครบวงจร ทั้ง 4 องค์ประกอบ คือ 1) ประสบการณ์ 2) การสะท้อนความคิดและอภิปราย 3) เข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด และ 4) การทดลองปฏิบัติ ร่วมกับการใช้

กระบวนการกลุ่ม (group process) เพราะการเรียนรู้จะเกิดขึ้นจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ช่วยกันทำในสิ่งที่ยากด้วยความมั่นใจ โดยเฉพาะการฝึกปฏิบัติการตรวจวัดระดับสายตา ซึ่งมีหลายการศึกษาที่พบว่าการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participation learning) สามารถพัฒนาความรู้ ส่งเสริมทัศนคติ พฤติกรรม และพัฒนาทักษะการฝึกปฏิบัติในนักเรียนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Duanpan, Pantapat, & Singweratham, 2020; Nakam, Aungwattana, & Tuanrat, 2021; Punpom, Moolphate, & Khomchai, 2018) ดังนั้น รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจึงเป็นรูปแบบที่พัฒนาความสามารถของผู้เรียนได้ดีและนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องแต่ยังมีส่วนน้อยที่นำมาใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะสายตาสั้น ผู้วิจัยในฐานะของพยาบาลอนามัยชุมชนมีบทบาทสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียน ได้เห็นความสำคัญของปัญหาสายตาสั้นในเด็กวัยเรียนเนื่องจากสุขภาพดวงตามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเรียนรู้ ผู้วิจัยจึงจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้นักเรียนมีความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม และทักษะจะทำให้สามารถป้องกันภาวะสายตาสั้นและลดความรุนแรงต่อปัญหาสุขภาพทางตาของเด็กวัยเรียนได้

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องสายตาสั้น ทัศนคติต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้น พฤติกรรมการป้องกันภาวะสายตาสั้น และทักษะการตรวจวัดระดับสายตาของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องสายตาสั้น ทัศนคติต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้น พฤติกรรมการป้องกันภาวะสายตาสั้น และทักษะการตรวจวัดระดับสายตา ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

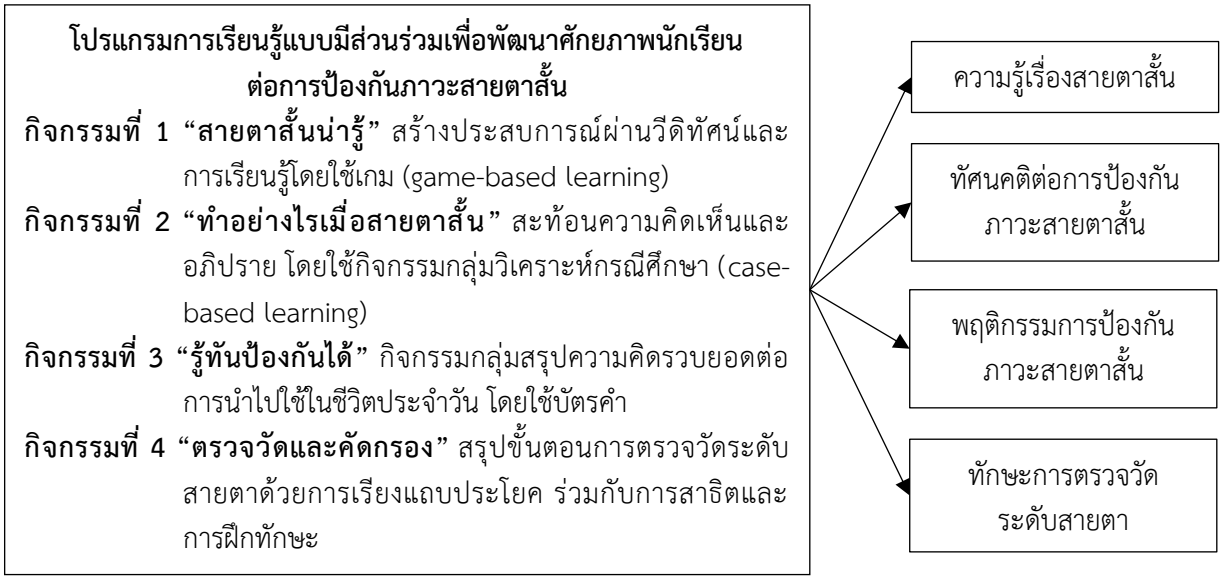
สมมุติฐานวิจัย

1. นักเรียนกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล มีความรู้เรื่องสายตาสั้น ทัศนคติต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้น พฤติกรรมการป้องกันภาวะสายตาสั้น และทักษะการตรวจวัดระดับสายตาสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. นักเรียนกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล มีความรู้เรื่องสายตาสั้น ทัศนคติต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้น พฤติกรรมการป้องกันภาวะสายตาสั้น และทักษะการตรวจวัดระดับสายตาสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) ของโคล์บ (Kolb, 1984) มาเป็นกรอบในการออกแบบกิจกรรมในโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความรู้เรื่องสายตาสั้น ทัศนคติต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้น พฤติกรรมการป้องกันภาวะสายตาสั้น และทักษะการตรวจวัดระดับสายตา ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) ประสบการณ์ (experience) 2) การสะท้อนความคิดและอภิปราย (reflection and discussion) 3) เข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด (concept) และ 4) การทดลองปฏิบัติ (experimentation) มีรายละเอียดพอสังเขป ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์

ประชากร คือ นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ปีการศึกษา 2565 เขตยานนาวา และอยู่ในสังกัดกรุงเทพมหานคร

ตัวอย่าง คือ นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ปีการศึกษา 2565 โรงเรียนวัดดอกไม้ เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร จำนวน 64 คน ซึ่งได้มาจากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Twisk (2003) ที่เหมาะสมกับการวิจัยที่มีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ Longitudinal data analysis การวิจัยนี้มีการวัดผลการวิจัยติดต่อกัน 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผลภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยกำหนดค่าต่าง ๆ ในสูตรโดยอ้างอิงจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกันของ Inthachai, Aungwattana, and Tuanrat (2021) ที่เป็นการวิจัยกึ่งทดลองในนักเรียนแกนนำระดับชั้นประถมศึกษา มีค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการตรวจสายตาเท่ากับ 3.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.58 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคะแนนเท่ากับ .80 และค่าคะแนนมาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่สอดคล้องกับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เท่ากับ 1.96 นำมาแทนค่าในสูตรดังกล่าว จะได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 29 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ในแต่ละกลุ่ม ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 32 คน

ผู้วิจัยคัดเลือกตัวอย่างมาแบบเฉพาะเจาะจง เพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อแผนการจัดการเรียนการสอน มีรายละเอียด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) ไม่มีปัญหาการมองเห็นและการได้ยิน ยกเว้นนักเรียนที่สวมแว่นสายตาหรือใส่คอนแทคเลนส์ที่ได้รับการแก้ไขปัญหาแล้วสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ 2) ไม่เคยมีประสบการณ์ได้รับการฝึกอบรมหรือฝึกทักษะการตรวจวัดระดับสายตามาก่อน และ 3) ไม่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า เช่น การเรียนรู้บกพร่องหรือภาวะสมาธิสั้น

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีปัญหาสุขภาพหรือมีปัญหาทางการเรียนในระหว่างการวิจัย 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง และ 3) ขอออกจากการวิจัยเพราะรู้สึกไม่สบายใจ หรืออึดอัดใจ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา เกรดเฉลี่ย โรคประจำตัว ระดับสายตา การใส่แว่นตา ประวัติสายตาสั้นของบุคคลในครอบครัวที่เป็นญาติสายตรง (พ่อ/แม่/พี่/น้อง)

1.2 แบบวัดความรู้เรื่องสายตาสั้นที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบปรนัย 3 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ประกอบด้วยความรู้เรื่องความหมาย ปัจจัยเสี่ยง อาการ ขั้นตอนการตรวจวัดระดับสายตา และการบันทึกผลการตรวจ มีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 10 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีความรู้เรื่องสายตาสั้นมาก

1.3 แบบวัดทัศนคติต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้น ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ประกอบด้วย ความคิดเห็นต่อการเกิดภาวะสายตาสั้น การใส่แว่นสายตา การกลัวและอายเมื่อมีภาวะสายตาสั้นรวมถึงความคิดเห็นต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันภาวะสายตาสั้น มีคะแนนอยู่ในช่วง 10 - 40 คะแนน แปลผลโดยใช้คะแนนเฉลี่ย คะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง มีทัศนคติต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้นมาก

1.4 แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันภาวะสายตาสั้น ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้องเช่นกัน โดยมีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย มีคะแนนอยู่ในช่วง 10 - 40 คะแนน แปลผลโดยใช้คะแนนเฉลี่ย คะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะสายตาสั้นมาก

1.5 แบบวัดทักษะการตรวจวัดระดับสายตา ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยกำหนดตามขั้นตอนการตรวจวัดระดับสายตาในคู่มือการตรวจคัดกรองระดับการเห็นของเด็กระดับชั้นอนุบาลและชั้นประถมศึกษา (Queen Sirikit National Institute of Child Health, & Ministry of Public Health, 2014) ซึ่งมีอุปกรณ์ในการวัดระดับสายตา คือ แผ่นทดสอบสายตา (Snellen's chart) ซึ่งแบบวัดทักษะดังกล่าวจะเป็นแบบสังเกตการปฏิบัติ (checklist) มีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ การเตรียมสถานที่ การเตรียมอุปกรณ์ การตรวจสายตาเบื้องต้นอย่างเป็นขั้นตอน การบันทึกผลและการแปลผลค่าความสามารถในการมองเห็น (visual acuity: VA) มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ปฏิบัติถูกต้องครบถ้วนได้ 2 คะแนน ปฏิบัติถูกต้องแต่ไม่ครบถ้วนได้ 1 คะแนน และปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่ปฏิบัติเลยได้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 16 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีทักษะมาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาศักยภาพนักเรียนต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้น ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) ของโคล์บ (Kolb, 1984) กำหนดเป็นรูปแบบกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ รวม 4 กิจกรรม กิจกรรมละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ครอบคลุม 4 องค์ประกอบ ตามกรอบแนวคิดการวิจัยและมีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) "สายตาสั้นน่ารู้" เป็นขั้นของการสร้างประสบการณ์การเรียนรู้เพื่อพัฒนาความรู้ โดยกระตุ้นการเรียนรู้แบบตื่นตัว (active learning) ด้วยการดูวีดิทัศน์เรื่องสายตาสั้นและการตรวจคัดกรองสายตานักเรียนเบื้องต้นในโรงเรียนของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และเรียนรู้เนื้อหาโดยใช้เกมเป็นฐาน

(game-based learning) เพื่อกระตุ้นความสนใจไปพร้อม ๆ กับการเรียนรู้

กิจกรรมที่ 2 (สัปดาห์ ที่ 2) “ทำอย่างไรเมื่อสายตาสั้น” เป็นขั้นการสะท้อนความคิดเห็นและอภิปรายด้วยกระบวนการกลุ่มที่มีสมาชิก 7 - 8 คน จากนั้นผู้วิจัยกระตุ้นให้ร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับกรณีศึกษาหรือที่เรียกว่าการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน (case-based learning) ซึ่งมีความใกล้เคียงกับบริบทในชีวิตประจำวัน เพื่อส่งเสริมทัศนคติต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้น

กิจกรรมที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) “รู้ทันป้องกันได้” เป็นขั้นสรุปความเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด โดยให้นักเรียนสรุปความคิดรวบยอดจากบัตรคำที่เป็นพฤติกรรมทั้งด้านบวกและด้านลบเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสายตาสั้น เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันภาวะสายตาสั้นที่จะนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) “ตรวจวัดและคัดกรอง” เป็นขั้นทดลองปฏิบัติ เพื่อพัฒนาทักษะการตรวจวัดระดับสายตา โดยให้นักเรียนสรุปขั้นตอนของการตรวจวัดระดับสายตาด้วยการเรียงแถบประโยค จากนั้นผู้วิจัยสาธิตการตรวจวัดระดับสายตาจากแผ่นทดสอบสายตา (Snellen’s chart) และแบ่งกลุ่มนักเรียนเพื่อฝึกทักษะการตรวจวัดระดับสายตากับเพื่อนในกลุ่มให้เกิดความแม่นยำ โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยช่วยชี้แนะตลอดการฝึกปฏิบัติ และสรุปเทคนิคที่สำคัญของการตรวจวัดระดับสายตาและการลงบันทึกค่าระดับสายตา (VA) ในสมุดสุขภาพประจำตัวนักเรียน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ด้านความตรง มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ จักษุแพทย์ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญการพยาบาลอนามัยชุมชน และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (content validity index: CVI) เท่ากับ .92

2. ด้านความเที่ยง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้ ผ่านการทดลองใช้กับนักเรียนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยมีค่าความเที่ยงของแบบวัดความรู้เรื่องสายตาสั้นจากสูตร KR - 20 เท่ากับ .78 แบบวัดทัศนคติต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้น และแบบวัดพฤติกรรมป้องกันภาวะสายตาสั้น มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .71 และ .73 ตามลำดับ ส่วนแบบวัดทักษะการตรวจวัดระดับสายตา มีความเที่ยงระหว่างผู้ประเมินหรือผู้สังเกต (interrater reliability: IRR) เท่ากับ 1.00

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ตามเอกสารการรับรองเลขที่ E. 007/2565 อนุมัติวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยมีการชี้แจงกับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 กลุ่มที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาวิจัยรวมถึงการทำกิจกรรมในโปรแกรม ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย และนักเรียนมีสิทธิ์ตัดสินใจเข้าร่วมโปรแกรมตามความสมัครใจ และสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ทั้งก่อนและขณะดำเนินกิจกรรมวิจัย โดยไม่มีผลต่อการดูแลสุขภาพและไม่มีผลต่อคะแนนการเรียน นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้ทำหนังสือขออนุญาตถึงผู้ปกครอง เพราะนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ยังไม่ใช่ผู้ที่บรรลุนิติภาวะ ต้องอยู่ภายใต้การดูแลและตัดสินใจโดยผู้ปกครอง ภายหลังการส่งหนังสือผู้วิจัยมีการโทรศัพท์ติดต่อเพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย หากผู้ปกครองอนุญาตให้นักเรียนเข้าร่วมการวิจัยได้ จึงให้นักเรียนและผู้ปกครองลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารแสดงความยินยอม สำหรับการรายงานผลการวิจัยผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นและจะไม่มีการระบุตัวตนของนักเรียน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนเริ่มการวิจัย ผู้วิจัยได้จัดอบรมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 4 คน เพื่อช่วยดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์

การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัยและขั้นตอนกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรม และฝึกการตรวจวัดระดับสายตาและการใช้เครื่องมือต่าง ๆ จากนั้นจึงเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงตุลาคม พ.ศ. 2565 ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองในนักเรียนกลุ่มเปรียบเทียบก่อนกลุ่มทดลอง แล้วจึงเริ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมให้กับนักเรียนกลุ่มทดลองไปพร้อม ๆ กันกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลและตรวจสุขภาพตาตามปกติ เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการเรียนของทางโรงเรียน ซึ่งภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในโปรแกรม ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในสัปดาห์ที่ 4 และติดตามผลภายหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 8)

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติอ้างอิงในการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องสายตาสั้น ทัศนคติต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้น พฤติกรรมการป้องกันภาวะสายตาสั้น และทักษะการตรวจวัดระดับสายตา โดยใช้ Independent *t*-test และ Repeated measure ANOVA โดยมีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติเรื่องการกระจายของข้อมูลโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test ซึ่งผลตรวจสอบ พบว่าข้อมูลต่าง ๆ ข้างต้นมีการกระจายแบบปกติ และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติในการทดสอบที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 10.41 ± .49 ปี และ 10.47 ± .67 ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.4 และร้อยละ 46.9 เพศหญิง ร้อยละ 40.6 และร้อยละ 53.1 ตามลำดับ นอกจากนี้นักเรียนทั้งสองกลุ่มมีเกรดเฉลี่ยสะสมในเทอมที่ผ่านมาใกล้เคียงกัน คือ 2.67 ± .88 และ 2.75 ± .81 และนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ร้อยละ 100 รวมทั้งนักเรียนทุกคนเคยได้รับการตรวจวัดระดับสายตาที่โรงเรียนโดยครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2. ข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า นักเรียนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีสุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 100 มีระดับสายตาปกติ ร้อยละ 84.4 และร้อยละ 82.8 และมีภาวะสายตาสั้น ร้อยละ 15.6 และร้อยละ 18.8 ซึ่งในจำนวนนี้ทุกคนได้รับการแก้ไขโดยสวมแว่นสายตา

ผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > 0.5$)

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องสายตาสั้น ทัศนคติต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้น พฤติกรรมการป้องกันภาวะสายตาสั้น และทักษะการตรวจวัดระดับสายตา ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ในกลุ่มทดลอง พบว่านักเรียนกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องสายตาสั้น ทัศนคติต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้น พฤติกรรมการป้องกันภาวะสายตาสั้น และทักษะการตรวจวัดระดับสายตา แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตาราง 1) โดยหลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องสายตาสั้น ทัศนคติต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้น พฤติกรรมการป้องกันภาวะสายตาสั้น และทักษะการตรวจวัดระดับสายตา สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตาม พบว่า คะเฉลี่ยความรู้เรื่องสายตาสั้น ทัศนคติต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้น พฤติกรรมการป้องกันภาวะสายตาสั้น และทักษะการตรวจวัดระดับสายตาในระยะหลังการทดลองไม่แตกต่างจากระยะติดตามผล ($p > .05$) (ตาราง 1) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องสายตาสั้น ทัศนคติต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้น

พฤติกรรมการป้องกันภาวะสายตาสั้น และทักษะการตรวจวัดระดับสายตา ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ($p > .05$)

4. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องสายตาสั้น ทัศนคติต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้น พฤติกรรมการป้องกันภาวะสายตาสั้น และทักษะการตรวจวัดระดับสายตา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาศักยภาพนักเรียนต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้น มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องสายตาสั้น ทัศนคติต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้น พฤติกรรมการป้องกันภาวะสายตาสั้น และทักษะการตรวจวัดระดับสายตา สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบทั้งในหลังการทดลอง และระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องสายตาสั้น ทัศนคติต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้น พฤติกรรมการป้องกันภาวะสายตาสั้น และทักษะการตรวจวัดระดับสายตาไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) (ตาราง 2)

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องสายตาสั้น ทัศนคติต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้น พฤติกรรมการป้องกันภาวะสายตาสั้น และทักษะการตรวจวัดระดับสายตาในกลุ่มทดลอง ($n = 32$)

ตัวแปร	ระยะเวลา	*M*	Mean difference (*MD*)			*F*	*p*
			ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ระยะติดตามผล		
ความรู้เรื่องสายตาสั้น (0 - 10 คะแนน)	- ก่อนการทดลอง	3.75		-3.72*	-3.47*	123.377	.000
	- หลังการทดลอง	7.47			.25		
	- ระยะติดตามผล	7.22					
ทัศนคติต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้น (10 - 40 คะแนน)	- ก่อนการทดลอง	28.38		-3.06*	-2.78*	16.659	.000
	- หลังการทดลอง	31.44			.28		
	- ระยะติดตามผล	31.16					
พฤติกรรมการป้องกันภาวะสายตาสั้น (10 - 40 คะแนน)	- ก่อนการทดลอง	25.59		-5.16*	-4.60*	29.546	.000
	- หลังการทดลอง	30.75			.56		
	- ระยะติดตามผล	30.19					
ทักษะการตรวจวัดระดับสายตา (0 - 16 คะแนน)	- ก่อนการทดลอง	4.19		-9.44*	-9.40*	526.432	.000
	- หลังการทดลอง	13.63			.04		
	- ระยะติดตามผล	13.59					

*$p < .05$

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องสายตาสั้น ทัศนคติต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้น พฤติกรรมการป้องกันภาวะสายตาสั้น และทักษะการตรวจวัดระดับสายตา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ($N = 64$)

ตัวแปร	ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง ($n = 32$)		กลุ่มเปรียบเทียบ ($n = 32$)		*t*	*p*
		M	*SD*	*M*	*SD*		
ความรู้เรื่องสายตาสั้น (0 - 10 คะแนน)	- ก่อนการทดลอง	3.75	1.41	4.16	.80	-1.411	.164
	- หลังการทดลอง	7.47	1.08	4.13	.83	13.892	.000
	- ระยะติดตามผล	7.22	1.21	3.84	1.47	10.122	.000

ตัวแปร	ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (*n* = 32)		กลุ่มเปรียบเทียบ (*n* = 32)		*t*	*p*
		M	*SD*	*M*	*SD*		
ทัศนคติต่อการป้องกัน	- ก่อนการทดลอง	28.38	3.53	26.75	3.96	1.734	.088
ภาวะสายตาสั้น	- หลังการทดลอง	31.44	3.33	26.81	4.22	4.864	.000
(10 - 40 คะแนน)	- ระยะติดตามผล	31.16	3.01	26.56	4.08	5.128	.000
พฤติกรรมการป้องกัน	- ก่อนการทดลอง	25.59	4.30	26.97	4.41	-1.262	.212
ภาวะสายตาสั้น	- หลังการทดลอง	30.75	3.65	27.75	4.77	2.823	.006
(10 - 40 คะแนน)	- ระยะติดตามผล	30.19	4.19	27.06	4.48	2.884	.005
ทักษะการตรวจวัด	- ก่อนการทดลอง	4.19	1.67	3.66	1.34	1.404	.165
ระดับสายตา	- หลังการทดลอง	13.63	1.83	4.44	1.70	20.809	.000
(0 - 16 คะแนน)	- ระยะติดตามผล	13.59	1.89	4.34	1.43	22.154	.000

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาศักยภาพนักเรียนต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้น สามารถช่วยเพิ่มความรู้เรื่องสายตาสั้น ทัศนคติต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้น พฤติกรรมการป้องกันสายตาสั้น และทักษะการตรวจวัดระดับสายตาของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ได้ในระยะยาว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participation learning) ในการจัดกิจกรรมเป็นการจัดการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง และเมื่อออกแบบกิจกรรมให้ครบทั้ง 4 องค์ประกอบ พบว่า ความรู้เรื่องสายตาสั้น ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลนักเรียนในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่านักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้เพิ่มขึ้นจากกิจกรรม “สายตาสั้นน่ารู้” ซึ่งเป็นกิจกรรมในขั้นสร้างประสบการณ์ที่ถือเป็นขั้นตอนแรกตามหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่กล่าวว่าผู้เรียนที่มีประสบการณ์ติดตัวมาจะสามารถใช้ประสบการณ์ของตนเองให้เกิดประโยชน์สูงสุดและจดจำเนื้อหาได้รวดเร็วขึ้น อีกทั้งประสบการณ์จะเป็นพื้นฐานของการเรียนรู้ในขั้นต่อไป (Kolb, 1984) ผู้วิจัยได้สร้างประสบการณ์ที่เป็นเรื่องใกล้ตัวให้กับนักเรียนทำให้นักเรียนเกิดความคุ้นเคยกับเรื่องที่จะเรียนรู้และการเปิดวีดิทัศน์เรื่องสายตาสั้นและการตรวจวัดระดับสายตาเพื่อนำเข้าสู่บทเรียนทั้งภาพและเสียงจากวีดิทัศน์ ทำให้นักเรียนมีความกระตือรือร้นและสนใจในสิ่งที่จะเรียนรู้มากขึ้น จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้ที่สำคัญเพิ่มเติมผ่านการใช้เกมปริศนาหาคำผิดจากภาพและประโยคที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมาย สาเหตุ อาการ พฤติกรรมที่ทำให้เกิดภาวะสายตาสั้น ซึ่งการสอนแบบใช้เกมเป็นฐาน (game-based learning) ทำให้นักเรียนเกิดการเรียนแบบผสมผสานระหว่างเกมกับเนื้อหาได้อย่างลงตัว จึงช่วยดึงดูดความสนใจของนักเรียนทำให้สามารถเรียนรู้และจดจำเนื้อหาได้อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับธรรมชาติของนักเรียนในวัยนี้ที่มีความกระตือรือร้นในการแสวงหาความรู้และเริ่มมีความสนใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ดังนั้น กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแบบตื่นตัว (active learning) ดังกล่าวจึงสามารถเพิ่มความรู้ของนักเรียนได้และยังคงอยู่ในระยะติดตามผลโดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนที่เคยมีประสบการณ์จะทำให้เรียนรู้ได้เร็วและจดจำได้นานยิ่งขึ้น (Duanpan et al., 2020; Nakam et al., 2021)

ทัศนคติต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้นภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลนักเรียน

ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้จากการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการสะท้อนความคิดและแลกเปลี่ยนความเห็นกันภายในกลุ่มย่อย ผ่านกิจกรรม “ทำอย่างไรเมื่อสายตาสั้น” ที่ให้นักเรียนวิเคราะห์กรณีศึกษาซึ่งเป็นตัวอย่างของกรณีศึกษาที่ปฏิบัติพฤติกรรมทำลายสุขภาพดวงตา กับกรณีศึกษาที่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดวงตา ซึ่งการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน (case-based learning) กับนักเรียนจะต้องไม่ซับซ้อน เข้าใจได้ง่าย ต้องใช้สถานการณ์ที่ใกล้เคียงและสอดคล้องกับบริบทในชีวิตประจำวัน เพื่อเปิดมุมมองให้นักเรียนเกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันได้อย่างลึกซึ้ง โดยเฉพาะประเด็นเกี่ยวกับความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสายตาสั้นกับตนเอง การกลัวและอายเมื่อมีภาวะสายตาสั้นและการสวมใส่แว่นสายตา รวมถึงมุมมองความรู้สึกในการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติพฤติกรรมที่คุ้นชินในชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันภาวะสายตาสั้น ซึ่งรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมนี้ช่วยสะท้อนคิดทำให้นักเรียนได้แสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนความรู้สึกของตนเองกับเพื่อนในกลุ่ม ได้เรียนรู้ถึงความคิด ความรู้สึกของคนอื่นที่ต่างไปจากตนเอง ทำให้ได้ข้อสรุปทางความคิดที่หลากหลายและมีน้ำหนักมากยิ่งขึ้น (Kolb, 1984) จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้นสูงขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ผลการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่มีต่อเจตคติในการเรียนพลศึกษาของนักเรียน พบว่า ภายหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทำให้นักเรียนมีเจตคติที่ดีกว่าก่อนการทดลอง (Phungsai & Kawjaratwilai, 2014)

พฤติกรรมการป้องกันภาวะสายตาสั้น ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลนักเรียนในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นผลมาจากการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ที่มีการสรุปความคิดรวบยอดในกิจกรรม “รู้ทัน ป้องกันได้” เพราะการสรุปความคิดทำให้ได้ข้อตกลงที่จะนำไปสู่การปฏิบัติร่วมกัน (Kolb, 1984) ผู้เรียนสามารถนำความรู้ที่ได้รับเกี่ยวกับเรื่องสายตาสั้นและทัศนคติในการป้องกันภาวะสายตาสั้นไปเป็นแนวทางและปรับใช้กับการดำเนินชีวิตประจำวันได้ และการใช้บัตรคำที่แสดงถึงพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติและพฤติกรรมที่ไม่ควรปฏิบัติ ช่วยทำให้นักเรียนเข้าใจและปฏิบัติการป้องกันภาวะสายตาสั้นได้ง่ายขึ้น ประกอบกับการส่งเสริมความรู้เรื่องสายตาสั้นและทัศนคติต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้นที่ผ่านมา ช่วยส่งเสริมให้นักเรียนมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมนักเรียนสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ (Punpom et al., 2018) และสอดคล้องกับการใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และการปฏิบัติจัดการอาหาร พบว่า ภายหลังการทดลองนักเรียนมีการปฏิบัติที่ถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Nakam et al., 2021)

ทักษะการตรวจวัดระดับสายตา ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลนักเรียนในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจวัดระดับสายตาสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในกิจกรรม “ตรวจวัดและคัดกรอง” นักเรียนได้มีการทบทวนและสรุปขั้นตอนของการตรวจวัดระดับสายตาด้วยการเรียงแถบประโยคซึ่งช่วยให้นักเรียนสามารถจดจำขั้นตอนการตรวจวัดระดับสายตาได้ดียิ่งขึ้น การจำขั้นตอนได้แม่นยำนำไปสู่การปฏิบัติได้ง่ายขึ้นด้วย และจากการที่ผู้วิจัยสาธิตการตรวจวัดระดับสายตาในแต่ละขั้นตอนโดยใช้อุปกรณ์จริงเป็นแผ่นทดสอบสายตา (Snellen’s chart) และให้นักเรียนฝึกปฏิบัติการตรวจวัดระดับสายตากับเพื่อนในกลุ่มจนเกิด

ความแม่นยำ และมีการให้สาธิตย้อนกลับโดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคอยชี้แนะตลอดการฝึกปฏิบัติ ทำให้นักเรียนเกิดทักษะได้อย่างมีประสิทธิภาพ และคงอยู่จนถึงระยะติดตามผล เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่นักเรียนได้ฝึกปฏิบัติจริงและใช้อุปกรณ์จริง ประกอบกับเป็นช่วงวัยที่สนใจการเรียนรู้ผ่านการทำกิจกรรมมากกว่าการฟังบรรยายในห้องเรียนเพียงอย่างเดียว จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจวัดระดับสายตาเพิ่มสูงขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสำหรับแกนนำนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาโดยใช้กิจกรรมแบบตื่นตัว (active learning) พบว่า แกนนำนักเรียนมีความรู้และสามารถตรวจสายตาได้อย่างถูกต้องมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และคงอยู่ในระยะติดตามผล (Inthachai et al., 2021)

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลอนามัยโรงเรียน ครู หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมไปจัดอบรมนักเรียนให้เป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพดวงตาและช่วยคัดกรองภาวะสายตาสั้นในโรงเรียนได้ โดยปรับเนื้อหาหรือกิจกรรมให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของแต่ละโรงเรียน

2. กิจกรรมส่งเสริมทัศนคติต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้น เป็นกิจกรรมที่สำคัญ สามารถกระตุ้นให้นักเรียนเกิดพฤติกรรมการป้องกันสายตาสั้นได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ซึ่งการส่งเสริมทัศนคติดังกล่าวควรมีการยกตัวอย่างกรณีศึกษาที่เป็นสถานการณ์ใกล้เคียงกับชีวิตประจำวัน และจัดให้มีการแลกเปลี่ยนมุมมองซึ่งกันและกัน จะช่วยส่งเสริมทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสายตาสั้นได้

3. การวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันภาวะสายตาสั้น โดยนำครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดที่สามารถดูแลหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะสายตาสั้นของนักเรียนได้มาเป็นผู้ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสายตาสั้นในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย เพราะการมีส่วนร่วมของครอบครัวตั้งแต่ที่บ้านน่าจะนำไปสู่การป้องกันภาวะสายตาสั้นที่ยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ และผู้วิจัยขอขอบคุณโรงเรียนวัดดอกไม้ เขตยานนาวา กรุงเทพฯ ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินโครงการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

Boonyawee, C. (2018). Childhood myopia. In G. Unghara (Eds.), *Applied urban medicine*. Bangkok: Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University.

Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health. (2017). *Manual of health promotion school* (3rd ed.). Bangkok: The Office of Silpakorn University Academic Service.

Chantarachot, J., Tassanapitikul, T., & Empremsilapa, S. (2020). A vision screening to address refractive error of primary school students in a school of bangkok metropolitan province. *Journal of public health nursing*, *34*(1), 1-12.

Department of Health, Ministry of Public Health. (2020). *Thai children good eyesight project*. Retrieved from http://rbpho.moph.go.th/upload-file/doc/files/07122020-023303-5410.pdf

Duanpan, N., Pantapat, S., & Singweratham, N. (2020). Development the model of student leaders participation in prevention and control of dengue hemorrhagic fever: A case study of Hatyai district, Songkhla province. *Journal of Health Science, 29*(6), 1011-1024.

Grzybowski, A., Kanclerz, P., Tsubota, K., Lanca, C., & Saw, S. M. (2020). A review on the epidemiology of myopia in school children worldwide. *BMC ophthalmology, 20*(1), 1-11. http://www.doi.org/10.1186/s12886-019-1220-0

Haarman, A. E. G., Enthoven, C. A., Tideman, J. W. L., Tedja, M. S., Verhoeven, V. J. M., & Klaver, C. C. W. (2020). The complication of myopia: A review and meta-analysis. *Investigation Ophthalmology &*

Visual Science, *61*(4). 1-19. http://www.doi.org/10.1167/iovs.61.4.49

Holden, B. A., Fricke, T. R., Wilson, D. A., Jong, M., Naidoo, K. S., Sankaridurg, P., . . . Resnikoff, S. (2016). Global prevalence of myopia and high myopia and temporal trends from 2000 through 2050. *Ophthalmology*, *123*(5), 1036–1042.

Inthachai, S., Aungwattana, S., & Tuanrat, W. (2021). Effects of a capacity development program for student leaders through activity-based learning on knowledge and practices of visual examination in a school. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 31*(1), 110-120.

Ittarat, M. (2017). Survey of visual acuity and refractive error among school children. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals, 32*(1), 13-20.

Jiang, N., Chen, J., Cao, H., Liu, Y., Zhang, Y., Wang, Q., . . . Wang, J. (2022). Parents' intentions toward preschool children's myopia preventive behaviors: Combining the health belief model and the theory of planned behavior. *Frontiers in Public Health, 10*, 1-11. http://www.doi.org/10.3389/fpubh.2022.1036929

Jong, M., & Gifford, K. L. (2019). *Clinical myopia management guidelines report*. Retrieved from https://myopiainstitute.org/wp-content/uploads/2020/09/IMI-Clinical-Myopia-Management-Guidelines_FINALv2.pdf

Kolb, D. A. (1984). *Experience learning: Experience as the source of learning and development*. New Jersey, NJ: Prentice-Hall.

Nakam, N., Aungwattana, S., & Tuanrat W. (2021). Effects of the participatory learning program for student leaders on food management knowledge and practice in school. *Chiang Mai Medical Journal, 60*(1), 113-124.

Phungsai, A., Kawjaratwilai, T. (2014). The results of participation learning management on the attitude in physical education of Matthayomsuksa 5 students. *Silpakorn Education Research Journal, 6*(1), 233-245.

Punpom, D., Moolphate, S., & Khomchai, S. (2018). Effectiveness of a smoking cessation program applying participatory learning on behavior change for high school students in Chiang Mai province. *Bulletin of Suanprung, 34*(3), 196-212.

Queen Sirikit National Institute of Child Health, & Ministry of Public Health. (2014). Eye examination guide in kindergarten and primary school student (2nd ed.). Retrieved from http://www.amno.moph.go.th/amno_new/files/Eye%20examination%20guide.pdf

Ruktrakulvitaya, T., Silawan, T., Chaoratanakavi, S., Tongkeo, T., & Santiparp, P. (2021). The prevalence of refractive errors and corrected refractive errors of secondary school students in Muang district, Pathumthani province. *Academic Journal of Community Public Health, 7*(1), 60-73.

The Royal College of Pediatricians of Thailand & Pediatric society of Thailand. (2019). *Guideline in child health supervision*. Retrieved from http://www.thaipediatrics.org/Media/media-20200820112813.pdf

Thitiwichienlert, S. (2016). Myopia in children. *Thammasat Medical Journal, 16*(4), 672-683.

Twisk, W. R. (2003). *Applied longitudinal data analysis for epidemiology: A practical guide.* England: Cambridge University.



ผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานต่อความรู้ เจตคติ การรับรู้ความสามารถในตน และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนของนักศึกษาพยาบาล สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

THE EFFECTS OF BLENDED LEARNING PROGRAM ON NURSING STUDENTS' KNOWLEDGE, ATTITUDE, SELF-EFFICACY, AND PERFORMANCE OF COMMUNITY HEALTH NURSING PRACTICUM, SRISAVARINDHIRA THAI RED CROSS INSTITUTE OF NURSING

กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์[1] บุศรินทร์ หลิมสุนทร[2]
Kanogwan Suwanpatikorn Bussarin Lhimsoonthon
[1]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
Assistant Professor Dr., Department of Community Health Nursing,
Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Patumwan, Bangkok, 10330, Thailand
[2]อาจารย์ ดร. สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
Nursing Instructor, Ph.D., Department of Community Health Nursing, Srisavarindhira
Thai Red Cross Institute of Nursing, Patumwan, Bangkok, 10330, Thailand
[2]Corresponding author E-mail: bussarin.l@stin.ac.th

Received: *January 9, 2023* Revised: *May 13, 2023* Accepted: *June 21, 2023*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานต่อความรู้ เจตคติ การรับรู้ความสามารถในตน และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนของนักศึกษาพยาบาลในระหว่างวันที่ 7 มีนาคม - 1 เมษายน พ.ศ. 2565 จำนวน 102 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) แบบทดสอบความรู้การปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 2) แบบวัดเจตคติต่อการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 3) แบบวัดความสามารถในตนต่อการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 4) แบบวัดความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน 5) แบบสอบถามความคิดเห็นของนักศึกษาและอาจารย์ที่มีต่อโปรแกรม และ 6) โปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และมีค่าความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและ paired *t*-test

ผลการวิจัยพบว่านักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน การรับรู้ความสามารถในตนต่อการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน เพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้น โปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานสามารถเพิ่มความรู้ การรับรู้ และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลในรายวิชาการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนได้ และเป็นอีกทางเลือกในการนำไปจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลในยุคปกติวิถีใหม่

คำสำคัญ : การเรียนการสอนแบบผสมผสาน, การปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effects of the blended learning program on nursing students' knowledge, attitude, self-efficacy, and performance in community health nursing from March 7 to April 1, 2022. The instrument was 1) a community health nursing practice knowledge test, 2) student attitudes towards community health nursing practice, 3) self-efficacy in community health nursing practice, 4) a community health nursing practice assessment form, 5) a questionnaire about the opinions of students and teachers towards the program, and 6) the blended learning program for nursing students' knowledge, attitude, self-efficacy, and performance of Community Health Nursing, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing. The instrument was verified the content validity by three experts. The reliability of the instrument was at a good level. The data were analyzed using descriptive statistics and paired *t*-tests.

The results showed that nursing students had average scores of knowledge, self-efficacy in community health nursing practice, and performance in community health nursing, which were higher than before joining this program and statistically significant at .05.

The blended learning program was able to increase knowledge, self-efficacy, and performance in community health nursing practice. Thus, this learning design can be an alternative to be applied to teaching and learning nursing practice in the new normal era.

Keywords: blended learning, community health nursing practicum, nursing student

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างพลิกผัน (disruption) ส่วนหนึ่งมาจากผลของการระบาดจากโรคโควิด 19 ที่เป็นวิกฤตทั่วโลก ดังรายงานของ World Health Organization (2022) ณ วันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2565 พบว่ามีผู้ติดเชื้อโควิด 19 สะสมทั่วโลก จำนวน 296,496,809 คน และมีผู้เสียชีวิตสะสม จำนวน 5,462,631 คน ส่วนในประเทศไทยในช่วงเวลาเดียวกันพบว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด 19 สะสม จำนวน 2,245,250 คน และมีผู้เสียชีวิตสะสม จำนวน 21,780 คน (Department of Disease Control, 2022) การจัดการศึกษาทางการพยาบาลจึงต้องปรับการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับสถานการณ์

ข้อมูลจากการประเมินรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนในปีการศึกษา 2563 ที่เป็นช่วงของการระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า แม้จะมีการเตรียมความพร้อมในการรับมือการแพร่ระบาดและใช้การจัดการเรียนการสอนแบบจำลองสถานการณ์เสมือนจริงที่ให้ฝึกปฏิบัติภายในสถาบันการศึกษา แทนการออกไปฝึกปฏิบัติในชุมชนจริงเพื่อให้นักศึกษาได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ครบตามที่หลักสูตรกำหนด แต่เสียงสะท้อนจากนักศึกษาได้ให้ข้อคิดเห็นว่า ยังขาดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล มีการรับรู้ความสามารถในตนต่อทักษะบางอย่างยังไม่ดี เช่น ทักษะการสื่อสารและการเก็บรวบรวมข้อมูลชุมชน ทักษะการให้คำแนะนำและแก้ปัญหาผู้รับบริการที่

มีปัญหาสุขภาพ เป็นต้น นอกจากนี้ ในรายงานผลการดำเนินการฝึกประสบการณ์ภาคสนามพบข้อวิพากษ์ที่นักศึกษาได้เสนอต่อรายวิชา คือ นักศึกษาต้องการไปฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง โดยเชื่อว่าการปฏิบัติในสถานกรณ์จริงจะช่วยพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาลได้ดีกว่า ดังนั้น ในปีการศึกษา 2564 นี้ สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ยังคงดำเนินอยู่ และเพื่อให้นักศึกษาบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้และตอบสนองการเรียนรู้ที่มุ่งหวัง ผู้วิจัยจึงได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้ทางการพยาบาลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคต่าง ๆ

การเรียนรู้แบบผสมผสาน (blended learning) เป็นหนึ่งในวิธีการจัดการเรียนรู้ที่สามารถเพิ่มความรู้ เจตคติ (Sáiz-Manzanares, Escolar-Llamazares, & Arnaiz González, 2020) การรับรู้ความสามารถทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลได้ดีกว่าการเรียนแบบดั้งเดิม (Plemmons, Clark, & Feng, 2018) รวมทั้ง สามารถช่วยเพิ่มทักษะทางการพยาบาลต่าง ๆ ได้ (Leidl, Ritchie, & Moslemi, 2020) ประเทศไทยมีการนำการเรียนรู้แบบผสมผสานมาใช้ในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารก และการผดุงครรภ์แล้วทำให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลผ่านเกณฑ์การสอบ มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก และคะแนนเฉลี่ยการเรียนรู้ด้วยตนเองเพิ่มสูงขึ้น (Thaewpia, Potchana, & Intaraphet, 2019) และในการเตรียมความพร้อมในการสอบความรู้รวบยอดทางการพยาบาล รายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ของสถาบันพระบรมราชชนก พบการใช้การเรียนรู้แบบผสมผสานมาช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถสอบผ่านเกณฑ์ได้จำนวนมากขึ้น และมีผลการสอบวัดความรู้รวบยอดเพิ่มขึ้น (Luangphituck, Noparoojjinda, Chompuming, & Poltana, 2020)

การที่การเรียนการสอนแบบผสมผสานสามารถช่วยส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้ของผู้เรียนได้ อาจเนื่องจากการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในบริบทที่ผสมผสานระหว่างการเรียนการสอนแบบออนไลน์กับการเรียนการสอนในชั้นเรียนนั้น ใช้หลักการสำคัญ คือ เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Boelens et al., 2015) และการเรียนรู้แบบผสมผสานเป็นการเรียนรู้ที่บูรณาการระหว่างการเรียนการสอนแบบออนไลน์และการเรียนการสอนแบบเผชิญหน้า (Graham (2013 อ้างใน Dziuban et al., 2018) ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานถ้าใช้ตามของ Carman (2005) การเรียนรู้แบบผสมผสานต้องมีองค์ประกอบ 5 ส่วน คือ 1) เหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นปัจจุบัน (live events) ซึ่งต้องเรียนแบบประสานเวลาจากเหตุการณ์จริง หรือสถานการณ์จำลองที่สร้างขึ้นเพื่อให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ในช่วงเวลาเดียวกัน 2) มีเนื้อหาการเรียนเป็นแบบออนไลน์ (online content) ที่ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง 3) การมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ โดยมีการสื่อสารข้อมูลร่วมกันกับผู้อื่นจากระบบสื่อออนไลน์ ได้แก่ e-mail, Chat, และ Blogs เป็นต้น 4) การวัดและประเมินผล ต้องมีการประเมินผลตั้งแต่ก่อนเรียน ระหว่างเรียน และหลังเรียน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการเรียนรู้ให้ดีขึ้น และ 5) วัสดุประกอบการอ้างอิง (reference materials) ต้องมีการมอบหมายการศึกษาค้นคว้าและอ้างอิงจากหลากหลายแหล่งข้อมูลที่หลากหลายเพื่อเพิ่มคุณภาพทางการเรียนรู้ให้สูงขึ้น

ดังนั้น ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 การนำรูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานมาใช้ในการจัดการเรียนรู้ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน น่าจะเป็นสิ่งที่ดีและมีประโยชน์ รวมทั้งช่วยแก้ปัญหาการเรียนรู้ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้ด้วย ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานต่อความรู้ เจตคติการรับรู้ความสามารถในตน และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนของนักศึกษาพยาบาล สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา

สภาการพยาบาล เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการออกแบบและปรับปรุงหลักสูตรให้มีความทันสมัย สามารถทำให้นักศึกษาพยาบาลบรรลุผลลัพธ์การเรียนของรายวิชา และบรรลุตามความมุ่งหวังของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และตอบสนองการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลในยุคปกติวิถีใหม่

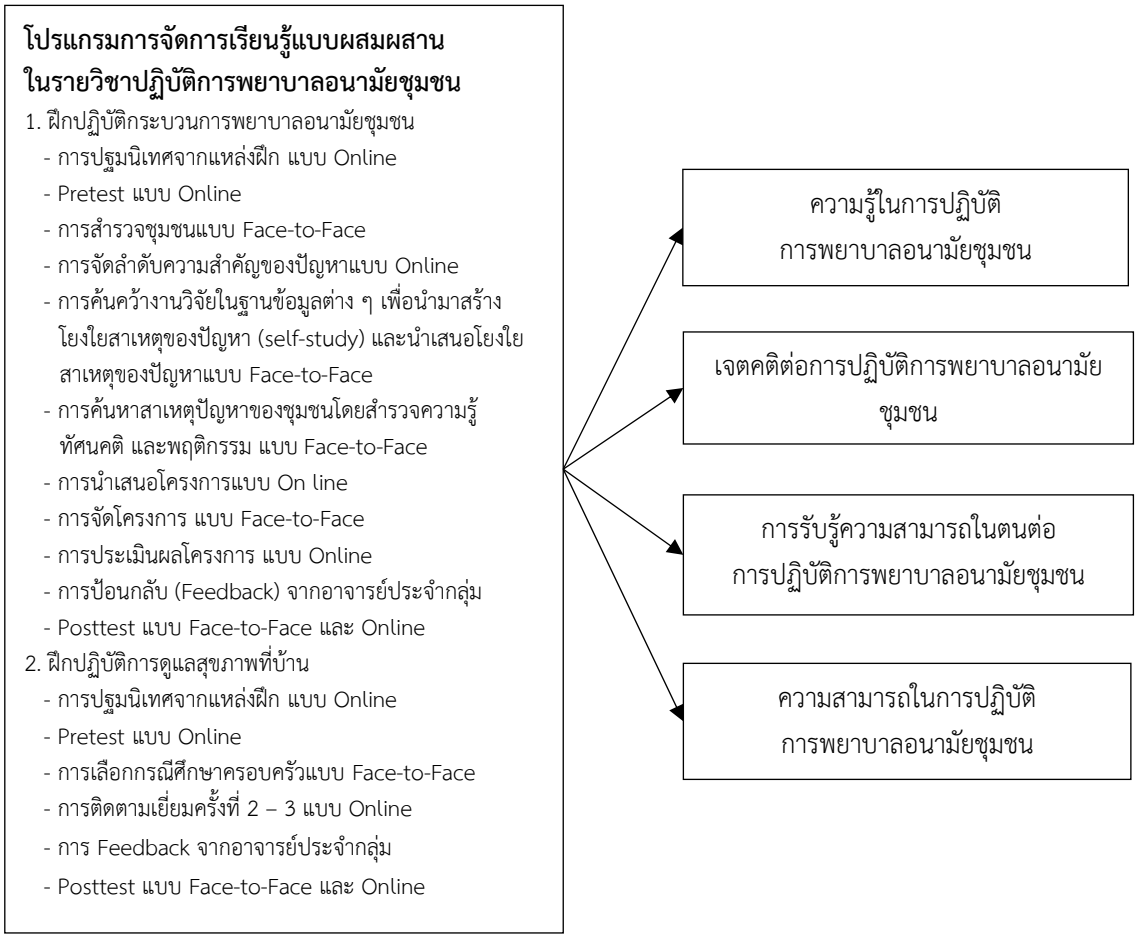
วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ การรับรู้ความสามารถในตน และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน

สมมุติฐานวิจัย

นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ การรับรู้ความสามารถในตน และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 1 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest – posttest design)

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2564 จำนวนทั้งหมด 206 คน

ตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน ปีการศึกษา 2564 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power กำหนดสถิติทดสอบ คือ *t* -test แบบ Mean difference (matched pairs) ซึ่งการวิจัยนี้ผู้วิจัยยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 ได้ในระดับ .05 ขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง เท่ากับ .50 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 (Cohen, 1992) ได้จำนวนตัวอย่างอย่างน้อย 27 คน ซึ่งรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน ปีการศึกษา 2564 มีการแบ่งผู้เรียนออกเป็น 4 รุ่น ผู้วิจัยใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ในการสุ่มนักศึกษาพยาบาลออกมา 2 รุ่น เพื่อทำการทดลอง ผลการสุ่มทำให้ได้นักศึกษาพยาบาล รุ่นที่ 3 และ 4 เป็นตัวอย่างในการวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 102 คน ซึ่งเพียงพอต่อการนำไปวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้วย *t*-test

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ รุ่นที่ฝึกปฏิบัติงาน และชุมชนที่ฝึกปฏิบัติงาน

2. แบบทดสอบความรู้การปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน ที่ผู้วิจัยสร้าง ครอบคลุมเนื้อหาการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชน และการดูแลสุขภาพสมาชิกครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง) มีทั้งหมด 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ตอบผิดได้ 0 คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0 – 15 คะแนน

3. แบบวัดเจตคติต่อการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 10 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ 5 เห็นด้วยมากที่สุด 4 เห็นด้วยมาก 3 เห็นด้วยปานกลาง 2 เห็นด้วยน้อย และ 1 เห็นด้วยน้อยที่สุด แปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ย

4. แบบวัดความสามารถในตนต่อการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน ใช้ประเมินความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถตามการรับรู้ของตน ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบวัด General Self-Efficiency Scale (GSE) ของ Schwarzer and Jerusalem (1995) ครอบคลุมกมิติการวัดด้านอารมณ์ ความรู้สึกในการบรรลุเป้าหมาย และความพึงพอใจในการทำงาน เป็นแบบเลือกตอบ 4 ระดับ ได้แก่ 1 ไม่จริงเลย 2 เกือบจะจริง 3 จริงปานกลาง และ 4 จริงที่สุด ข้อคำถามมีทั้งหมด 10 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 10 - 40 คะแนน คะแนนมากแสดงว่ารับรู้ความสามารถมาก

5. แบบวัดความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเพื่อประเมินความสามารถของนักศึกษาจากกิจกรรมการดูแลสุขภาพครอบครัวที่บ้าน และแผนการพยาบาลครอบครัว (นักศึกษาแต่ละคน ต้องเลือก 1 ครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยอย่างน้อย 1 คน) แบบวัดนี้มี 10 ข้อ ให้คะแนนแบบ Rubric ตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน คะแนนมาก แสดงว่า มีความสามารถมาก

6. แบบสอบถามความคิดเห็นของนักศึกษาและอาจารย์ผู้สอนในรายวิชาที่มีต่อโปรแกรมการเรียนการสอนแบบผสมผสาน จำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินรายวิชาหลังจากเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติและการสอบ

7. โปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Carman (2005) และพัฒนาตามข้อค้นพบจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย เอกสารที่เกี่ยวกับการฝึกภาคปฏิบัติซึ่งจะถูกใส่ไว้ใน Microsoft Team ได้แก่ คู่มือการฝึกปฏิบัติ แบบสำรวจชุมชน คู่มือการเก็บรวบรวมข้อมูลชุมชน และเอกสารประกอบการสอนที่เรียนในภาคทฤษฎีที่ใช้บ่อยในการฝึกปฏิบัติ นักศึกษาและอาจารย์จะอยู่ใน

Microsoft Team ได้ตลอดเวลา และผู้วิจัยมีการจัดกลุ่มนักศึกษา โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 24 - 28 คน และมีสัดส่วนอาจารย์ต่อนักศึกษาไม่เกิน 1 : 8 เพื่อให้ได้มาตรฐานตามที่หลักสูตรกำหนด โดยมีรายละเอียดของโปรแกรมดังตาราง 1

ตาราง 1 กิจกรรมของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน

	กิจกรรม	ลักษณะการเรียนรู้
ครั้งที่ 1	- รับการปฐมนิเทศจากพยาบาลแหล่งฝึก	Online โดยใช้ Zoom
เวลา 08.30 - 09.30 น.	- นักศึกษาทำแบบประเมินความรู้ เจตคติ การรับรู้ความสามารถในตน (pretest)	Online โดยใช้ Microsoft Form
เวลา 10.00 - 16.00 น.	- สำรวจชุมชน - นักศึกษาแต่ละคนเลือก 1 ครอบครัวที่มีผู้ป่วยเก็บรวบรวมเป็นกรณีศึกษา	Onsite ในสถานการณ์จริงในชุมชน
ครั้งที่ 2	- วิเคราะห์ข้อมูลชุมชนเพื่อสรุปข้อมูลชุมชน	Onsite ในห้องเรียน
ครั้งที่ 3 (เช้า)	- วิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาของชุมชน (ต่อ)	
ครั้งที่ 3 (บ่าย)	- นำเสนอข้อมูล และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาร่วมกับชุมชนผ่าน Zoom โดยมีอาจารย์และนักศึกษาบางส่วนเข้าไปช่วยดำเนินการจัดระบบต่าง ๆ ที่ชุมชน	Online โดยใช้ Zoom ร่วมกับ Onsite ในสถานการณ์จริงในชุมชน
ครั้งที่ 4	- ทำโยงใยสาเหตุของปัญหาเชิงทฤษฎีโดยค้นคว้าข้อมูลจากฐานข้อมูลและนำเสนออาจารย์แบบ Face-to-Face และจัดทำแบบสำรวจความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม (knowledge-attitude-practice: KAP) เพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาของชุมชน - นักศึกษาส่งแผนการพยาบาล อาจารย์ตรวจให้คะแนนความสามารถในการปฏิบัติเป็น Pretest แล้วให้ข้อมูลป้อนกลับ	Onsite ในห้องเรียน
ครั้งที่ 5	- สำรวจ KAP - เยี่ยมกรณีศึกษาครอบครัวที่นักศึกษาเลือก	Onsite ในสถานการณ์จริงในชุมชน
ครั้งที่ 6 (เช้า)	- จัดทำแผนแม่บทและโครงการแก้ปัญหาชุมชน	Onsite ในห้องเรียน
ครั้งที่ 6 (บ่าย)	- นักศึกษาติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ร่วมกับอาจารย์ผู้สอนประจำกลุ่ม	ผ่านโทรศัพท์หรือ Application Line
ครั้งที่ 7	- นักศึกษาเตรียมนำเสนอโครงการ - นักศึกษานำเสนอโครงการแก่พี่พยาบาลประจำแหล่งฝึก	Onsiteในห้องเรียน Online โดยใช้ Zoom
ครั้งที่ 8	- นักศึกษาจัดเตรียมโครงการ	Onsiteในห้องเรียน
ครั้งที่ 9	- นักศึกษาจัดโครงการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน - นักศึกษาติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 และปิดการเยี่ยมร่วมกับอาจารย์ประจำกลุ่ม	Onsite ในสถานการณ์จริงในชุมชน
ครั้งที่ 10 (เช้า)	- ประเมินผลร่วมกับพยาบาลประจำแหล่งฝึก - Case conference & Ethics conference	Online โดยใช้ Zoom Onsite ในห้องเรียน
ครั้งที่ 10 (บ่าย)	- สรุปรายงาน - อาจารย์ผู้สอนตรวจให้คะแนนความสามารถในการดูแลครอบครัวที่มีสมาชิกป่วย (posttest) - ตอบแบบประเมินความรู้ เจตคติ การรับรู้ความสามารถในตน และแบบสอบถามความคิดเห็นต่อโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม	Online ส่งทาง e-mail Online โดยใช้ Microsoft Form

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือวิจัยทั้งหมดในการวิจัยนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน การวิจัย การวัดประเมินผล และเทคโนโลยีทางการศึกษา แบบทดสอบความรู้ แบบวัดเจตคติ แบบวัดการรับรู้ความสามารถในตนต่อการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน และแบบประเมินความสามารถในการในการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ผลการตรวจสอบความเที่ยงในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 48 คน พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .61, .66, .88 และ .89 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เลขที่ IRB-STIN 002/2565 (COE No.01/222) โดยมีการขอความยินยอม ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตในการเก็บข้อมูล พร้อมชี้แจงถึงสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธ รวมถึงสิทธิที่จะถอนตัวเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อคะแนนในรายวิชา และข้อมูลทั้งหมดจะถูกลงรหัส เก็บรักษาเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเพื่อเป็นประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชี้แจงโครงการวิจัยแก่นักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

2. ชี้แจงอาจารย์ผู้สอนในฐานะผู้ช่วยวิจัยทุกคน โดยมีการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการเรียนการสอนของโปรแกรมการเรียนรู้แบบผสมผสาน และการประเมินผลลัพธ์ พร้อมทั้งมอบคู่มือการเรียนการสอนแบบผสมผสาน

3. ให้นักศึกษาทำแบบทดสอบความรู้ แบบวัดเจตคติ และแบบวัดการรับรู้ความสามารถในตน ทาง Microsoft Form หลังจากที่ได้รับการปฐมนิเทศจากแหล่งฝึก

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามรายละเอียดในตารางที่ 1

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่และร้อยละ

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ การรับรู้ความสามารถในตน และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน โดยใช้สถิติ paired *t*-test

ผลการวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2564 จำนวน 102 คน เป็นเพศหญิง 100 คน และเพศชาย 2 คน มีแหล่งฝึกอยู่ในชุมชนเขตลุมพินีและเขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร

2. นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน การรับรู้ความสามารถในตนต่อการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน เพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ คะแนนเฉลี่ยเจตคติในการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนไม่แตกต่างกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ การรับรู้ความสามารถในตน และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนของนักศึกษา ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน (*n* = 102)

	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		*MD*	SD_{MD}	*t*	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*				
ความรู้	8.08	2.16	9.37	2.20	1.29	2.34	5.58	.000
เจตคติ	34.01	3.51	33.37	4.46	-0.64	5.21	-1.23	.220
การรับรู้ความสามารถในตน	31.60	4.51	35.25	4.02	3.66	4.65	7.95	.000
ความสามารถในการปฏิบัติ	9.53	2.32	14.37	1.17	4.84	2.67	18.30	.000

3. ด้านเจตคติต่อการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนรายข้อ พบว่า คะแนนเฉลี่ยเจตคติที่ได้น้อยลงหลังเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การเยี่ยมบ้านในรายที่เจ็บป่วยไม่รุนแรง สามารถให้คำแนะนำผ่านทางไลน์/โทรศัพท์เพื่อติดตามการดูแลได้ ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 เจตคติของนักศึกษาต่อการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน ก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน (*n* = 102)

ข้อคำถาม	*M*		*t*	*p*
	ก่อนเข้าโปรแกรม	หลังเข้าโปรแกรม		
1. ท่านคิดว่าในกระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชน ประชาชนมีบทบาทสำคัญในการมีส่วนร่วม เฉพาะการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (-)	2.65	2.24	-2.104	.038
2. ท่านคิดว่าการติดต่อสื่อสารกับชุมชนผ่านระบบออนไลน์ เป็นอีกช่องทางที่เป็นประโยชน์ในการทำงานร่วมกับชุมชนได้ (+)	4.22	4.05	-1.494	.138
3. ท่านคิดว่าในการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชน จะประสบความสำเร็จได้ ต้องรอการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐอย่างเพียงพอเท่านั้น (-)	2.34	2.61	1.846	.068
4. ท่านคิดว่าการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน จะสำเร็จได้ ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้นำชุมชนและประชาชน (+)	4.78	4.77	-.155	.877
5. ท่านคิดว่าการสื่อสารผ่านระบบออนไลน์ในการติดต่อกับชุมชนและผู้รับบริการ เป็นสิ่งที่เสียเวลา และได้ผลค่อนข้างน้อย (-)	3.43	2.99	-2.896	.005
6. ท่านคิดว่าโครงการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน เป็นหน้าที่ที่พยาบาลอนามัยชุมชนต้องดำเนินการเป็นหลัก ประชาชนในชุมชนร่วมมือด้วยการเข้าร่วมกิจกรรม (-)	2.32	2.06	-2.138	.035
7. ท่านคิดว่าปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พยาบาลสามารถดูแลได้ ด้วยการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (+)	4.20	4.33	1.421	.158
8. ท่านคิดว่าการไปเยี่ยมผู้รับบริการที่บ้าน จำเป็นเมื่อท่านต้องประเมินสภาพผู้รับบริการ เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสมสำหรับแต่ละบุคคล (+)	4.09	4.51	4.393	.000
9. ท่านคิดว่าเป้าหมายสูงสุดของพยาบาลในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน คือ ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้อง (-)	1.83	1.95	.931	.354
10. ท่านคิดว่าการเยี่ยมบ้านในรายที่เจ็บป่วยไม่รุนแรง สามารถให้คำแนะนำผ่านทางไลน์/โทรศัพท์เพื่อติดตามการดูแลได้ (+)	4.15	3.86	-2.505	.014

4. ความคิดเห็นของนักศึกษาในรายวิชาที่มีต่อโปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ การออกปฏิบัติงานในชุมชนจริงช่วยให้ได้เรียนรู้การทำงานร่วมกับชุมชน และรองลงมา ได้แก่ การออกไปเยี่ยมดูแลผู้รับบริการที่บ้านช่วยให้สามารถประเมินผู้รับบริการและให้การดูแลผู้รับบริการได้ ส่วนข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุด ได้แก่ การเยี่ยมบ้านผ่านทางไลน์/โทรศัพท์ช่วยให้ดูแลและประเมินผลการดูแลผู้รับบริการในชุมชนได้ ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 ความคิดเห็นต่อการเรียนการสอนวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนด้วยโปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสาน (*n* = 88 คน)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น (*n*, %)					*M*
	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด	
1. การเรียนการสอนแบบผสมผสาน ช่วยให้ท่านเรียนรู้การปฏิบัติงานในบทบาทของพยาบาลอนามัยชุมชน	34 (38.6%)	47 (53.4%)	7 (8.0%)		-	4.31
2. การออกปฏิบัติงานในชุมชนจริง ช่วยให้ท่านเรียนรู้การทำงานร่วมกับชุมชน	63 (71.6%)	19 (21.6%)	6 (6.8%)		-	4.65
3. การติดต่อสื่อสารกับชุมชนผ่านระบบออนไลน์ ช่วยให้ท่านเรียนรู้การทำงานร่วมกับชุมชนได้	25 (28.4%)	42 (47.7%)	19 (21.6%)	2 (2.3%)	-	4.02
4. การออกไปเยี่ยมดูแลผู้รับบริการที่บ้าน ช่วยให้ท่านสามารถประเมินผู้รับบริการและให้การดูแลผู้รับบริการได้	55 (62.5%)	27 (30.7%)	5 (5.7%)	-	1 (1.1%)	4.53
5. การเยี่ยมบ้านผ่านทางไลน์/โทรศัพท์ ช่วยให้ท่านดูแลและประเมินผลการดูแลผู้รับบริการในชุมชนได้	14 (15.9%)	42 (47.7%)	24 (27.3%)	7 (8%)	1 (1.1%)	3.69
6. การผสมผสานระหว่างการเรียนรู้ในชุมชนจริงร่วมกับการสื่อสารทางออนไลน์ช่วยให้ท่านเรียนรู้งานของพยาบาลอนามัยชุมชน	24 (27.3%)	45 (51.1%)	16 (18.2%)	3 (3.4%)	-	4.02
7. วิธีการสอนแบบออนไลน์ผสมผสานกับการออกฝึกปฏิบัติงานในชุมชน ช่วยให้อาจารย์ผู้สอนให้ข้อมูลป้อนกลับแก่นักศึกษาเป็นรายบุคคลได้	22 (25.0%)	49 (55.7%)	15 (17.0%)	2 (2.3%)	-	4.03
8. ท่านได้รับการให้คำปรึกษา และข้อมูลป้อนกลับจากอาจารย์ผู้สอน ทำให้เกิดการพัฒนา ปรับปรุงการทำงาน	35 (39.8%)	46 (52.3%)	7 (8%)	-	-	4.32
9. บรรยากาศการเรียนการสอนน่าสนใจ ช่วยให้ท่านพัฒนาการเรียนรู้การทำงานในบทบาทของพยาบาลอนามัยชุมชน	25 (28.4%)	42 (47.7%)	19 (21.6%)	2 (2.3%)	-	4.03
10. การเรียนการสอน ช่วยให้ท่านเกิดความมั่นใจในการทำงานร่วมกับผู้รับบริการในชุมชน	24 (27.3%)	49 (55.7%)	15 (17.0%)	-	-	4.10

5. ข้อเสนอแนะจากนักศึกษาและอาจารย์ผู้สอนพบว่า การฝึกปฏิบัติกระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชนทำให้ได้มีโอกาสเรียนรู้การใช้เทคโนโลยีหลากหลาย และได้เห็นช่องทางการเข้าถึงผู้รับบริการและบริบทที่เกี่ยวข้องที่หลากหลาย เช่น การสำรวจชุมชนมีทั้งแบบ Face to Face, VDO call ใน Application Line ระหว่างเพื่อนนักศึกษาที่ต้องกักตัวที่สถาบันกับผู้รับบริการ และการใช้โทรศัพท์ติดต่อประสานงานกับชุมชน ทำให้เรียนรู้ว่าทุกสถานการณ์ที่เหมือนจะเป็นปัญหาในช่วงการระบาดของโควิค 19 ยังมีหนทางแก้ไขปัญหา ป้องกัน และสามารถเรียนได้ พัฒนาตนเองได้ การดูแลสุขภาพที่บ้านในรูปแบบการสื่อสารออนไลน์มีข้อดีเรื่องเวลาและความปลอดภัย แต่ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถใช้ Internet และไม่สะดวกพูดโทรศัพท์นาน ๆ ซึ่งมีเพียงส่วนน้อยที่สามารถ VDO call ได้ จึงน่าจะเป็นข้อจำกัดหนึ่งของผู้สูงอายุในยุคนี้ นอกจากนี้ นักศึกษาพยาบาลยังเห็นว่าการไปเยี่ยมบ้านแบบ Face-to-Face ทำให้สังเกตพฤติกรรมที่

เปลี่ยนแปลงไปของผู้รับบริการดีกว่าการสอบถามข้อมูลทางโทรศัพท์ และสามารถให้กิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ได้มีประสิทธิภาพดีกว่า

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยที่พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานนักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน การรับรู้ความสามารถในตนต่อการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนเพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการที่นักศึกษาพยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่วนหนึ่งน่าจะเป็นผลจากการที่นักศึกษาได้เรียนรู้การปฏิบัติในสถานการณ์จริงในชุมชนทำให้มีความเข้าใจมากขึ้น ประกอบกับการเรียนในโปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานที่มีวิธีการเรียนหลากหลาย ได้แก่ การมีคู่มือการฝึกปฏิบัติ เอกสารประกอบการสอนในภาคทฤษฎี รวมถึงวีดิทัศน์ความรู้เรื่องกระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชนใส่ไว้ในแพลตฟอร์ม Microsoft Team แบบ Online ที่สามารถเข้าถึงจากที่ไหนก็ได้ตลอดเวลา การฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง การมอบหมายงานให้ศึกษาด้วยตนเอง รวมถึงการนำเสนองานกับอาจารย์ประจำกลุ่มแบบ Face-to-Face ทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความรู้ ความเข้าใจเนื้อหาของรายวิชาดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Yeom, Yang, Kim, and Kim (2021) ที่พบว่าการสอนโดยวิธีการเรียนการสอนแบบผสมผสานระหว่างการเรียนรู้ด้วยตนเองจากวิดีโอในระบบออนไลน์และการฝึกปฏิบัติกับสถานการณ์เสมือนจริงทำให้นักศึกษามีคะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องหายใจภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Moon and Hyun (2019) ที่พบว่าโปรแกรมการเรียนการสอนแบบผสมผสานด้วยการเรียนรู้เรื่องการกู้ชีพผ่าน VDO E-learning ทำให้นักศึกษามีคะแนนความรู้ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสิติ และข้อค้นพบในการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับข้อสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้การจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานในการศึกษาทางการพยาบาลในระดับปริญญาตรีว่ามีประสิทธิผลในการเพิ่มผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังของนักศึกษาพยาบาลได้มากกว่าการจัดการศึกษาทางการพยาบาลแบบดั้งเดิม (Leidl, Ritchie, & Moslemi, 2020, Sáiz-Manzanares, Escolar-Llamazares, & Arnaiz González, 2020)

นอกจากนี้ ในการศึกษานี้พบว่านักศึกษามีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ และมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาของ Yeom et al. (2021) และ Leidl, Ritchie, and Moslemi (2020)

สำหรับการรับรู้ความสามารถในตนต่อการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนนั้นพบว่านักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Moon and Hyun (2019) ที่พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมนักศึกษามีคะแนนการรับรู้ความสามารถในตนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Plemmons, Clark, and Feng (2018) ที่พบว่ารูปแบบการเรียนแบบผสมผสานสามารถเพิ่มการรับรู้ความสามารถทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลได้ดีกว่าการเรียนในรูปแบบดั้งเดิม

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าในการศึกษาที่ผ่านมาของ Hyunjung and Hye Sun (2019) จะพบว่าการเรียนการสอนแบบผสมผสานมีผลต่อเจตคติของนักศึกษาพยาบาล แต่ในการศึกษานี้พบว่าเจตคติภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมนักศึกษาพยาบาลมีคะแนนไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งเมื่อพิจารณาผลของเจตคติเป็น

รายข้อพบว่า คะแนนเจตคติที่ได้น้อยลง ได้แก่ การเยี่ยมบ้านในรายที่เจ็บป่วยไม่รุนแรง สามารถให้คำแนะนำผ่านทางไลน์/โทรศัพท์เพื่อติดตามการดูแลได้ เพราะว่านักศึกษาพยาบาลส่วนหนึ่งมีประสบการณ์ที่ผู้รับบริการไม่พร้อมให้เยี่ยมบ้านผ่านทางโทรศัพท์ ด้วยความที่สูงอายุ การได้ยินเสียงโทรศัพท์ไม่ชัด ไม่ชอบพูดโทรศัพท์นาน ๆ บางรายต้องโทรหลายครั้ง หรือผู้รับบริการไม่รับโทรศัพท์เนื่องจากปัญหาการระบาดของแก๊งคอลเซนเตอร์ ซึ่งผิดไปจากสิ่งที่นักศึกษาคาดหวังไว้ก่อนการฝึกปฏิบัติงาน

ส่วนความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่างต่อการเรียนการสอนของรายวิชานี้ พบว่า นักศึกษาไม่ค่อยเห็นด้วยกับการเยี่ยมบ้านผ่านทางไลน์/โทรศัพท์ เพราะเมื่อไม่เห็นหน้าและไม่ได้พบเจอกันมาก่อน ก็จะรู้สึกลำบากตั้งแต่การสร้างสัมพันธภาพ การคิดคำถามชวนสนทนากับผู้รับบริการ และสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากอาจารย์ที่ว่าการการเยี่ยมบ้านผ่านทางไลน์/โทรศัพท์เหมาะกับพยาบาลที่มีทักษะทางการพยาบาลและมีความคุ้นเคยกับผู้รับบริการมากกว่านักศึกษา

ข้อเสนอแนะ

อาจารย์พยาบาลและผู้รับผิดชอบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สามารถนำรูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานไปใช้ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอื่น ๆ ได้ โดยจะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการนำไปใช้เพื่อพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้เป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจ การรับรู้ความสามารถในตน และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับธรรมชาติของนักศึกษาพยาบาลในยุคปกติวิถีใหม่

เอกสารอ้างอิง

Boelens, R., van Laer, S., De Wever, B., & Elen, J. (2015). *Blended learning in adult education: Towards a definition of blended learning*. Adult Learners Online. Retrieved from http://www.iwt-alo.be/wp-content/uploads/2015/08/01-Project-reportBlended-learning-in-adult-education-towards-a-definition-of-blended-learning.pdf

Carman, J. M. (2005). *Blended learning design: Five key ingredients.* Retrieved from http://facilitateadultlearning.pbworks.com/f/Blended_20Learning_20Design_1028.pdf

Department of Disease Control. (2022). *COVID-19 confirmed case*. Retrieved from https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/eng/index.php

Dziuban, C., Graham, C. R., Moskal, P. D., Norberg, A., & Sicilia, N. (2018). Blended learning: The new normal and emerging technologies. *International Journal of Educational Technology in Higher Education, 15*, 1-16. http://doi.org/10.1186/s 41239-017-0087-5

Leidl, D. M., Ritchie, L., & Moslemi, N. (2020). Blended learning in undergraduate nursing education - A scoping review. *Nurse Education Today, 86*, 104318. http://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104318

Luangphituck, W., Noparoojjinda, S., Chompuming, W., & Poltana, P. (2020). Development of preparedness program for Praboromarajchanok Institute's comprehensive examination in adult nursing with blended learning and simulation-based learning: A pilot study. *Regional Health Promotion Center 9,14*(34), 191-209.

Moon, H., & Hyun, H. S. (2019). Nursing students' knowledge, attitude, self-efficacy in blended learning of cardiopulmonary resuscitation: A randomized controlled trial. *BMC Medical Education, 19*(1), 1-8. http://doi.org/10.1186/s1 2909-019-1848-8

Plemmons, C., Clark, M., & Feng, D. (2018). Comparing student clinical self-efficacy and team process outcomes for a DEU, blended, and traditional clinical setting: A quasi-experimental research study. *Nurse Education Today, 62,* 107-111.

Sáiz-Manzanares, M. C., Escolar-Llamazares, M. C., & Arnaiz González, Á. (2020). Effectiveness of blended learning in nursing education. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(5), 1589. https://doi.org/10.3390/ijer ph17051589

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. *Johnston, Measures in health psychology: A user's portfolio, Causal and control beliefs* (pp.35-37). NFER-NELSON.

Thaewpia, S., Potchana, R., & Intaraphet, S. (2019) The impact of blended learning achievement, satisfaction, and self-directed learning in nursing students. *Journal of Nursing Science & Health, 42*(4), 121-131.

World Health Organization. (2022). *Coronavirus disease (COVID-19) weekly epidemiological update and weekly operational update.* Retrieved from https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports

Yeom, G. J., Yang, J., Kim, J., & Kim, H. S. (2021). Development and effects of a mechanical ventilation education program with blended learning for nursing students. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing, 28*(3), 361-371. https://doi.org/10.7739/jkafn.2021.28.3.361



การรับรู้การเตรียมความพร้อมในการสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในสังคมปกติวิถีใหม่ของนักศึกษาพยาบาล

NURSING STUDENTS' PERCEPTION ON PREPARING FOR NURSING AND MIDWIFERY LICENSURE EXAMINATION IN THE NEW NORMAL

รัตนา จารุวรรโณ[1] ชุติมา ปัญญาพินิจนุกูร[2] จารุภา จิรโสภณ[2]
Ratana Charuwanno Chutima Panyapiniynukul Jarupa Chirasopone

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักวิจัยมหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต
This research was funded by the Research Office of Kasem Bundit University.

[1]รองศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต เขตมีนบุรี กรุงเทพฯ 10510
Associate Professor, PhD., Faculty of Nursing, Kasem Bundit University, Min Buri, Bangkok, 10510, Thailand
[2]อาจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต เขตมีนบุรี กรุงเทพฯ 10510
Nursing Instructor, PhD., Faculty of Nursing, Kasem Bundit University, Min Buri, Bangkok, 10510, Thailand
[1]Corresponding author E-mail: ratana.cha@kbu.ac.th

Received: *February 3, 2023* Revised: *May 16, 2023* Accepted: *June 21, 2023*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้การเตรียมความพร้อมในการสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในสังคมปกติวิถีใหม่ของนักศึกษาพยาบาล ผู้ให้ข้อมูล คือ นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 - 4 ปีการศึกษา 2564 คณะพยาบาลศาสตร์ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 26 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้างที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก แบบบันทึกภาคสนาม และแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีวิเคราะห์ประเด็นและใช้วิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้การเตรียมความพร้อมในการสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในสังคมปกติวิถีใหม่ของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 5 ประเด็น คือ 1) การสอบสภามีความหมาย 2) เคล็ดลับน่ารู้เตรียมสู้สอบสภา 3) สังคมปกติวิถีใหม่กับการสอบสภา 4) การเตรียมให้รู้จริงในสิ่งที่จะสอบสภา และ 5) สิ่งที่เอื้ออาทรต่อการเตรียมตัวสอบสภา

ข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้สามารถใช้เป็นพื้นฐานในการกำหนดนโยบายหรือจัดทำโครงการเตรียมความพร้อมและพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมในการสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้แก่นักศึกษาพยาบาลรุ่นต่อไป

คำสำคัญ : วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, สังคมปกติวิถีใหม่

Abstract

This qualitative research aimed to examine nursing students' perceptions of preparations for nursing and midwifery licensure examination in the new normal. The informants were 26 nursing students who were enrolled in an undergraduate nursing program at a university in Bangkok in the academic year 2021. The researchers carried out an in-depth interview through purposive selection. The research instruments were semi-structured interview guided questions, field note sheets, and personal characteristic records. The content validity was confirmed by three experts. Qualitative data analysis was conducted through thematic analysis and the results were verified by the trustworthiness triangulation method.

The results revealed that nursing students' perceptions of preparations for nursing and midwifery licensure examination in the new normal consisted of 5 components, which are 1) the meaningfulness of the examination, 2) helpful tips for exam success, 3) the new normal and the exam, 4) the aspiration to be well-versed in the testing areas, and 5) conducive factors to exam success.

These findings can be utilized to construct policies or preparatory courses and develop a guideline for the preparation of professional licensing examinations for nursing students in the next academic years.

Keywords: nursing and midwifery, Coronavirus disease 2019 (COVID-19), new normal

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สังคมปกติวิถีใหม่ (new normal) เป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของมนุษย์ เพราะต้องปรับตัวเพื่อรับมือกับสถานการณ์ใหม่ และไม่สามารถธำรงวิถีชีวิตแบบเดิมไว้ได้ (Office of The Royal Society, 2020) สังคมปกติวิถีใหม่นี้เป็นผลมาจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่อุบัติใหม่ขึ้นครั้งแรก จากการแพร่ระบาดในเมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน ช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 (Department of Disease Control, Ministry of Public Health of Thailand, 2020) ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อประเทศไทยในทุกภาคส่วน โดยเฉพาะในด้านการศึกษาพยาบาลที่นักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย (Chaleoykitti, Artsanthia, & Daodee, 2020; Oducado & Estoque, 2021)

ผลการแพร่ระบาดดังกล่าว ทำให้รัฐบาลไทยประกาศมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดและดำเนินการป้องกันโรคตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด ซึ่งหนึ่งในมาตรการมีเรื่องของการงดรวมกลุ่มเกิน 20 คน (The Government Gazette, 2021) การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลจึงไม่สามารถดำเนินการได้ตามปกติ แต่เพื่อให้การเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาล-ศาสตรบัณฑิต สามารถดำเนินต่อไปได้ จึงต้องปรับการเรียนการสอนจากรูปแบบ Onsite เป็น Online ในภาคทฤษฎี ซึ่งการเรียนแบบ Online ทำให้นักศึกษาเกิดความรู้สึกกังวลไม่กล้าซักถามอาจารย์ สัมพันธภาพกับกลุ่มเพื่อนลดลง รู้สึกโดดเดี่ยวว้าเหว่ ขาดโอกาสการเรียนรู้ในการทำงานกลุ่ม นอกจากนี้ อาจารย์ผู้สอนหลาย ๆ ท่านยังมีข้อจำกัดเรื่องการใช้เทคโนโลยีในการเรียนการสอน สิ่งเหล่านี้จึงเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ที่ทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความเครียดสูง (Wallace et al., 2021) และภาคปฏิบัติต้องปรับลดเวลาการฝึกกับผู้ป่วยจริงและทดแทนด้วยกรณีศึกษาสถานการณ์จำลองในห้องปฏิบัติการ ทำให้นักศึกษาเกิดความเครียดในการปรับตัว ส่งผล

กระทบต่อการเตรียมความพร้อมในการสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

การสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จัดขึ้นครั้งแรกโดยสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย เมื่อ พ.ศ. 2541 ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2540 กำหนดให้สอบ 8 รายวิชา ได้แก่ 1) กฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล 2) การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 3) การผดุงครรภ์ 4) การพยาบาลผู้สูงอายุ 5) การพยาบาลผู้ใหญ่ 6) การพยาบาลมารดาและทารก 7) การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ และ 8) การพยาบาลอนามัยชุมชนและการรักษาพยาบาลขั้นต้น ซึ่งเกณฑ์การสอบผ่านแต่ละรายวิชาต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 จัดสอบปีละ 3 ครั้ง ผู้เข้าสอบต้องสอบให้ผ่านครบทั้ง 8 รายวิชา ภายในระยะเวลา 3 ปี มิฉะนั้นต้องสอบรายวิชาต่าง ๆ ใหม่ทั้งหมด (Thailand Nursing and Midwifery Council, 1997) ซึ่งร้อยละของผู้สอบผ่านทั้ง 8 วิชา ในปีแรกเป็นตัวบ่งชี้สำคัญในการรับรองสถาบันการศึกษาพยาบาล (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2020) ดังนั้น การสอบไม่ผ่าน 8 วิชา จะนำมาซึ่งผลกระทบทางลบต่อความน่าเชื่อถือในวิชาชีพการพยาบาล คือ สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพต่ำกว่าเกณฑ์ และผู้รับบริการจะมองว่าคุณภาพการดูแลลดลง ไม่ได้รับความเชื่อถือ และที่สำคัญ คือ ผลกระทบต่อตนเอง เช่น ไม่ได้บรรจุในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ไม่ภาคภูมิใจในตนเอง และไม่ได้ค่าตอบแทนเหมือนพยาบาลวิชาชีพทั่วไป เป็นต้น (Poltana, Chatrung, Phorang, & Maneewong, 2020)

สถิติการสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ปีการศึกษา 2561 - 2563 พบว่ามีผู้สอบผ่านทั้ง 8 รายวิชาในครั้งแรกร้อยละ 8.92, 63.79, 18.97 ตามลำดับ (Department of Nursing, Kasem Bundit University, 2020) แสดงให้เห็นถึงความไม่แน่นอนในผลการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ อาจเนื่องจากปัจจัยหลายประการ เช่น สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ส่งผลกระทบต่อการสอบ และทำให้นักศึกษาพยาบาลขาดโอกาสในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจริง รวมทั้งส่งผลให้นักศึกษาสำเร็จการศึกษาล่าช้ากว่ากำหนดเวลาในการเตรียมความพร้อมสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ลดลง การเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลันนี้ ทำให้สถาบันการศึกษาทางการพยาบาลต้องหาแนวทางเตรียมความพร้อมในการสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับสภาพสังคมและการเปลี่ยนแปลงของโลกและประเทศ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการเตรียมความพร้อมในการสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลในสังคมปกติวิถีใหม่ โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นตัวช่วยในการแสวงหาความจริงที่เกิดขึ้นในบริบทใหม่ และเพื่อนำข้อค้นพบใหม่ที่ได้มากำหนดเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและการจัดทำโครงการเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลรุ่นปัจจุบันและรุ่นต่อ ๆ ไป ให้สอบผ่านได้ทุกวิชาในครั้งแรกเพิ่มมากขึ้น นำไปสู่การบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตและการรับรองมาตรฐานสถาบันการศึกษาพยาบาลในอนาคต

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้การเตรียมความพร้อมในการสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในสังคมปกติวิถีใหม่ของนักศึกษาพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 - 4 ที่กำลังศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2564 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

ผู้ให้ข้อมูล คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 - 4 ที่กำลังศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2564 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) ตามเกณฑ์การคัดเข้าที่สำคัญ คือ มีเกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ในระดับเก่ง (3.50 - 4.00) กลาง (3.00 - 3.49) อ่อน (2.50 - 2.99) และในแต่ละชั้นปี แบ่งเป็นชั้นปีที่ 1 จำนวน 6 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 6 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 7 คน และชั้นปีที่ 4 จำนวน 7 คน รวมทั้งสิ้น 26 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัย เป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้รับการศึกษาอบรมและมีประสบการณ์การทำงานวิจัยเชิงคุณภาพ

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถาม เพศ ชั้นปี เกรดเฉลี่ยสะสม (GPAx) สัมพันธภาพกับคนใกล้ชิด และการเผชิญกับสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2.2 แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้างที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม มีตัวอย่างแนวคำถาม เช่น 1) การเตรียมความพร้อมในการสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หมายถึงอะไร มีความสำคัญอย่างไร มีประโยชน์แก่ใคร อย่างไรบ้าง 2) การเปลี่ยนเข้าสู่สังคมปกติวิถีใหม่ (new normal) จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 มีผลต่อการเตรียมความพร้อมในการสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือไม่อย่างไร และ 3) ในสังคมปกติวิถีใหม่ต้องเตรียมตัวอย่างไร จึงจะทำให้สอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ผ่านในครั้งแรก ใครบ้างที่มีส่วนช่วยนักศึกษาในการเตรียมความพร้อม เป็นต้น

2.3 แบบบันทึกภาคสนาม ใช้บันทึกบรรยากาศ กิริยาท่าทาง และคำพูดของผู้ให้ข้อมูลในระหว่างการสัมภาษณ์

2.4 อุปกรณ์บันทึกเสียง การวิจัยนี้ใช้โทรศัพท์มือถือหรือสมาร์ทโฟนที่มีแอปพลิเคชันสำหรับบันทึกเสียง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้างที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้รับการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านวิธีวิทยาการวิจัยทางการศึกษา และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และผ่านการทดลองใช้กับนักศึกษาที่มีลักษณะคล้ายตัวอย่างก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิ์ โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากมหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต เลขที่โครงการ R002/65P ลงวันที่ 8 มกราคม พ.ศ.2565 ผู้วิจัยมีการรักษาความลับและเคารพในเอกสิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลโดยไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยเท่านั้นที่เข้าถึงข้อมูลได้และจะทำลายข้อมูลหลังเสร็จสิ้นโครงการวิจัย 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเชิงลึกเป็นรายบุคคล ตั้งแต่พฤศจิกายน พ.ศ.2564 ถึงเมษายน พ.ศ.2565 โดยใช้แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง ถามคนละ 2 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที แต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ โดยมีผู้ร่วมวิจัยที่เป็นหนึ่งในคณะผู้วิจัยจดบันทึกภาคสนามและบันทึกเสียง หลังการสัมภาษณ์ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้

กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของเนื้อหาจากการสัมภาษณ์ ก่อนที่จะนำไปลงรหัสและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยนี้ใช้วิธีวิเคราะห์ประเด็น (thematic analysis) ตามแนวทางของ Braun and Clarke (2008) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) ทำความคุ้นเคยกับข้อมูล (familiarizing yourself with your data) โดยการถอดเทปแบบคำต่อคำ อ่านข้อมูลซ้ำ ๆ และจดบันทึกความคิดแรกที่เกิดขึ้น 2) สร้างรหัสเบื้องต้น (generating initial codes) กำหนดรหัสสำหรับลักษณะของข้อมูลที่น่าสนใจในชุดข้อมูลทั้งหมดอย่างเป็นระบบ และรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแต่ละรหัส 3) ค้นหาประเด็น (searching for themes) โดยรวบรวมรหัสเข้าด้วยกัน เพื่อสร้างประเด็นที่เป็นไปได้ และรวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับแต่ละประเด็น 4) ตรวจสอบประเด็น (reviewing themes) ตรวจสอบว่าประเด็นนั้น ๆ ใช้ได้หรือไม่ เมื่อเทียบกับข้อความที่กำหนดรหัสและชุดข้อมูลทั้งหมด และเขียนเป็นแผนภูมิประเด็นในการวิเคราะห์ 5) เขียนคำจำกัดความและตั้งชื่อประเด็น (defining and naming themes) เพื่อปรับปรุงรายละเอียดของแต่ละประเด็นและเรื่องราวในภาพรวมที่ได้จากการวิเคราะห์ โดยเขียนนิยามให้ชัดเจนและตั้งชื่อสำหรับแต่ละประเด็น และ 6) เขียนรายงาน (producing the report) ซึ่งเป็นโอกาสสุดท้ายสำหรับการวิเคราะห์ โดยเป็นการคัดเลือกตัวอย่างที่ชัดเจนและน่าสนใจ แล้วเชื่อมโยงการวิเคราะห์เข้ากับคำถามวิจัยและการทบทวนวรรณกรรม เพื่อเขียนรายงานผลการวิเคราะห์ นอกจากนี้การวิจัยนี้ยังมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยดูความสอดคล้องของข้อมูลจากแหล่งที่หลากหลายด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) คือ 1) สัมภาษณ์จนได้ข้อมูลอิ่มตัวแล้วนำข้อมูลที่ได้กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ (transferability) 2) เก็บข้อมูลทั้งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการบันทึกภาคสนามเพื่อยืนยันว่าข้อมูลที่ได้ตรงกับการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล (dependability) และ 3) ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการบันทึกภาคสนาม (confirmability) (Guba & Lincon's, 1989; Oumtanee, 2016)

ผลการวิจัย

1. ผู้ให้ข้อมูลกำลังศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2564 ของคณะพยาบาลศาสตร์ เมื่อเก็บข้อมูลจนอิ่มตัว (data saturation) ได้ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 26 คน โดยทั้งหมดเป็นเพศหญิงอายุ 18 - 23 ปี ศึกษาอยู่ในระดับชั้นปี 1 จำนวน 6 คน (S1 - S6) ปี 2 จำนวน 6 คน (S7-S12) ปี 3 จำนวน 7 คน (S13 - S19) และ ปี 4 จำนวน 7 คน (S20 - S26) มีเกรดเฉลี่ยสะสม (GPAx) 3 ระดับ คือ กลุ่มเก่ง (GPAx = 3.50 - 4.00) ร้อยละ 26.92 กลุ่มปานกลาง (GPAx = 3.00 - 3.49) ร้อยละ 46.15 และกลุ่มอ่อน (GPAx = 2.50 - 2.99) ร้อยละ 26.92 สัมพันธภาพกับคนใกล้ชิดที่สุด เรียงจากมากไปน้อย 3 ลำดับ คือ พ่อ - แม่ ร้อยละ53.84 เพื่อน ร้อยละ 30.77 และอาจารย์ ร้อยละ 11.54 การเผชิญกับสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ที่มากที่สุด คือ 3 ระลอก ร้อยละ 53.84

2. การเตรียมความพร้อมในการสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในสังคมปกติวิถีใหม่ของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก และเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันและง่าย ไม่ซับซ้อน ผู้วิจัยขอใช้คำว่า "การสอบ" หรือ "สอบสภา" แทนคำว่า "การสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์" และคำว่า "สภา" แทนคำว่า "สภาการพยาบาล" ทำให้ได้ชื่อประเด็นและสาระสำคัญในแต่ละประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การสอบสภามีความหมาย (meaningfulness of the examination)

ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ไปในทางเดียวกันว่าการสอบสภานั้นสำคัญยิ่งต่อตนเองและผู้รับบริการ เพราะบ่งบอกถึงความรู้ที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ของสภาวิชาชีพและสร้างความมั่นใจในคุณภาพการดูแลให้กับผู้รับบริการ ดังคำกล่าว

“การสอบสภา คือ การสอบประมวลความรู้ให้ได้ใบประกอบวิชาชีพก่อนไปทำงานจริง ...คนไข้จะได้มั่นใจว่าเรามีความรู้ได้มาตรฐาน พร้อมที่จะดูแลเค้าได้” [S7]

“หนูว่าเป็นการสอบครั้งสำคัญที่สุด เพื่อให้ได้ใบเบิกทางที่ประกันว่าเรามีคุณภาพ ต้องใช้ความรู้ทั้ง 4 ปีที่เรียนมาในการสอบ ถ้าไม่ผ่านก็ยังไม่ได้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่สมบูรณ์ ...” [S19]

ประเด็นที่ 2 เคล็ดลับน่ารู้เตรียมสู้สอบสภา (helpful tips for exam success)

ความเชื่อความศรัทธาทางศาสนา เป็นพลังสำคัญที่ช่วยให้สอบสภาผ่านได้อย่างราบรื่น และผู้ให้ข้อมูลชาวมุสลิมทุกคนเชื่อเรื่องการดูอาร่วมกับความพยายาม ดังคำกล่าว

“หนูว่าการสอบสภาเป็นเรื่องใหญ่และสำคัญมากในการเรียนพยาบาล ถ้าใกล้สอบต้องดูอาตอนตีสามตีสี่เพราะเป็นช่วงพิเศษที่เข้าใกล้พระองค์ได้มากที่สุดและท่านจะรับดูอาได้ดี (ขอแล้วจะสำเร็จ)” [S10]

ผู้ให้ข้อมูลชาวพุทธเชื่อเรื่องการบนบานศาลกล่าว ประกอบด้วย การบนขอสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนนับถือให้สอบสภาผ่าน และการแก้บน โดยการปฏิบัติหรือนำสิ่งของที่บนไว้มาถวายเมื่อสอบสภาผ่าน ดังคำกล่าว

“พี่ให้ไปบนพระพิฆเนศที่วัดสมาน (วัดสมานรัตนาราม) พี่บอกว่า Work มากเลย รอบเดียวผ่านแต่ต้องรู้เคล็ดลับในการขอนะ... เช่น ให้กระซิบที่หูหนูข้างซ้ายว่า ขอให้สอบสภาผ่านรวดเดียว 8 วิชา และตอนกระซิบต้องเอามือปิดหูหนูข้างขวาไว้ไม่ให้คำขอรั่วไหล แบบว่าเข้าหูซ้ายทะลุหูขวา แล้วหนูจะไปบอกพระพิฆเนศเอง ถ้าสอบผ่านแล้วต้องรีบเอาผลไม้พวกกล้วย อ้อยไปแก้บนนะ” [S25]

การติวจากเว็บไซต์ ผู้ให้ข้อมูลชั้นปีที่ 3 และ 4 พูดตรงกันว่า YouTube ช่อง St.nurse และ ช่อง Biwty Nurse ติวสอบสภาได้ดีมาก โดยมีการสรุปเนื้อหาที่ออกข้อสอบให้สั้น ๆ เข้าใจง่าย และทำเป็นเล่มจำหน่าย ดังคำกล่าว

“ช่อง Biwty Nurse ที่รุ่นพี่แนะนำรีวิว การติวดีมาก พี่ (เจ้าของช่อง) เค้ายกมา เป็นเรื่อง ๆ สรุปกระชับดี มีรูปน่ารักๆ ประกอบ... มีทำเป็นเล่มขาย หนูซื้อมาไว้ดูตอนขึ้น Ward ในเล่มบอกเคล็ดลับที่จำง่าย เหมือนได้ติวข้อสอบสภาไปในตัว” [S17]

สมบัติจากรุ่นพี่ การส่งต่อสมบัติที่ใช้สอบสภาจากรุ่นพี่ให้รุ่นน้องในสายรหัสเดียวกัน ช่วยลดเวลาเตรียมตัวลงมากเพราะไม่ต้องไปตั้งต้นอ่านใหม่ทั้งหมด ดังคำกล่าว

“พี่รหัสเพิ่งสอบสภาผ่านเค้าให้มรดกหนูมากล่องใหญ่เลย มีทั้งคู่มือสอบสภา โน้ตย่อแต่ละวิชา บางหน้ามีจดเคสผู้ป่วยแทรกไว้... และตัวอย่างข้อสอบ... พี่บอกให้รีบ ๆ เริ่มอ่าน เป็นห่วงอยากให้สอบทีเดียวผ่าน... แต่ถ้าไม่ทันจริง ๆ ก็อ่านแค่นี้พอเพราะพี่อ่านแค่กล่องนี้ก็สอบผ่าน” [S21]

ประเด็น 3 สังคมปกติวิถีใหม่กับการสอบสภา (the new normal and the exam)

สถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้เกิดสังคมปกติวิถีใหม่ที่ต้องเรียน Online แทน Onsite ส่งผลกระทบทั้งชีวิตส่วนตัวและการเรียนมาก และมากแบบทวีขึ้นตามชั้นปี ดังคำกล่าวผู้ให้ข้อมูลชั้นปีที่ 1

“COVID-19 ทำให้ต้องเรียน Online ที่บ้านเหมือนถูกกักตัว ไม่เจอเพื่อนตัวเป็น ๆ เจอกันแต่ทางหน้าจอ... รู้สึกโดดเดี่ยวไม่สนิทกับใคร... เวลาอาจารย์ให้งานกลุ่มก็คุยกันยาก คุยกันไม่ค่อยเข้าใจ เหมือนเอาไฟล์งานมาต่อ ๆ กันให้เสร็จจะได้มีงานส่ง เหนื่อยมากแต่ได้ความรู้ไม่เท่าไหร่ ตอนสอบก็ทำไม่ค่อยได้... หนูกลัวมากเลยค่ะว่าตอนจบปี 4 แล้วจะสอบ (สภา) ไม่ผ่าน” [S4]

ผู้ให้ข้อมูลชั้นปีที่ 2 รู้สึกว่าสังคมปกติวิถีใหม่กระทบต่อการเรียนมากกว่าตอนอยู่ชั้นปีที่ 1 เนื่อง จากไม่ได้ฝึกการพยาบาลพื้นฐานในห้องปฏิบัติการพยาบาล ทำให้เข้าใจยาก ดังคำกล่าว

"ตอนปี 1 เรียน Online ก็โอเคนะ พอเข้าใจเพราะมันเป็นทฤษฎี แต่ตอนนี้เริ่มเรียน Funda แล้ว หนูว่ามันยากมากนะที่เรียน Lab funda แบบ Online แล้วทำได้โดยที่ไม่เคยลองทำกับมือ... กลัวมากค่ะกลัวจบแล้วสอบไม่ผ่านเห็นพี่รหัสบอกว่าสอบสภายากมาก" [S11]

ผู้ให้ข้อมูลชั้นปีที่ 3 รับรู้ตรงกันว่า COVID-19 ทำให้ได้ฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริงน้อยลงมาก จนกังวลว่าเรียนแล้วจะไม่รู้จริง กลัวสอบสภาไม่ผ่าน ดังคำกล่าว

"COVID-19 เล่นงานพวกหนูมา 2 ปีกว่า วิชาก็ยากขึ้นเรื่อย ๆ เรียน Online ไม่ค่อยเข้าใจเลยค่ะ (วิชา) ทฤษฎีก็เลื่อนขึ้นมาเรียนเกือบหมด ส่วนปฏิบัติก็เลื่อนออกไปเรื่อย ๆ ไม่มีกำหนดสุดท้ายก็ Demon online ฝึกกะหุ่นใน Lab เหลือเวลาขึ้น Ward นิดเดียว... เหมือนยังไม่รู้จริงสักอย่าง ปีหน้าก็สอบสภาแล้ว พวกหนูกลัวมากเลย... กลัวจะสอบไม่ผ่าน" [S13]

ผู้ให้ข้อมูลชั้นปีที่ 4 เผชิญ COVID-19 ตั้งแต่ชั้นปี 2 ต้องเรียน Online วันละ 8 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 5 วัน นานเกือบ 3 ปี ทำให้ต้องปรับตัวทุกด้านอยู่ตลอดเวลา จึงเครียดสะสมมากกว่าชั้นปีอื่น ดังคำกล่าว

"COVID-19 ทำให้ชีวิตหนูเบลอไปหมด จนไม่รู้ว่าตอนไหนเป็นเรื่องเรียนตอนไหนเป็นเรื่องส่วนตัว ตอนไหนเป็นเรื่องที่บ้าน Online มันแทรกไปทุกอณู ทุกอย่างในชีวิตหนูเหมือนรวมอยู่ที่หน้าจอเดียวกันเกือบ 3 ปี พอจะปรับตัวได้ก็ต้องมาเครียดเรื่องสอบสภาอีก สอบตั้ง 8 วิชา...รนไปหมดแล้วค่ะ กลัวอ่านไม่ทัน..." [S26]

"COVID-19 น่าจะมีผลกับสอบสภารุ่นหนูมาก เพราะทั้งทฤษฎีทั้งปฏิบัติจับมาอัดเรียน Online แบบยาวและแน่นมากจนจุก บางที Make class ทาง Online หกโมงถึงสามทุ่ม มันยาวไปค่ะ... ไม่เหลือสมาธิแล้ว หลายครั้งเบื่อจนต้องปิดหน้าจอไปทำกิจกรรมอื่น แล้วหนูก็ถือศีลอดมาทั้งวัน (เดือนรอมดอน) โฟกัสมันหลุด ยิ่งใกล้จบยิ่งกลัวความรู้ไม่พอไปสอบสภา" [S20]

ประเด็น 4 การเตรียมให้รู้จริงในสิ่งที่จะสอบสภา (the aspiration to be well-versed in the areas being tested)

การเตรียมความพร้อมในการสอบสภาเป็นขั้นตอนที่ควรเริ่มดำเนินการต่อเนื่อง เป็นขั้นตอนตั้งแต่ชั้นปีที่หนึ่งไปถึงปีที่สี่ ซึ่งสามารถสรุปออกมาเป็น GROW steps 4 ขั้น ดังภาพ 1



ภาพ 1 GROW steps
การเตรียมให้รู้จริงในสิ่งที่จะสอบสภา

1) Grab up หมายถึง การรู้ว่าสอบสภาคืออะไร เป็นขั้นที่ควรใช้เตรียมนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สะท้อนว่าปี 1 ต้องรู้ถึง ความหมาย ความสำคัญ ขั้นตอน และแผนการเตรียมตัวสอบ ดังคำกล่าว

"เพิ่งมารู้จริงปีนี้เองว่า Blueprint สภาบอกไว้ชัดเลยว่า 8 วิชาสอบหัวข้ออะไรบ้าง เรื่องสำคัญขนาดนี้พวกหนูน่าจะรู้ตั้งแต่ปี 1 จะได้วางแผนทัน มารู้ตอนนี้ก็ปี 4 แล้ว... ทุกอย่างประดังเข้ามา... รนไปหมดแทบรับไม่ไหว... กลัวที่สุด คือ สอบสภาไม่ผ่าน" [S26]

"เห็น Blueprint ครั้งแรกตอนขึ้นวอร์ดปี 3 แล้วค่ะ เพราะอาจารย์ท่านนึงแจก แล้วสอนให้พวกหนูเช็คกับเคสที่ดูแลว่า ตรงหัวข้อไหน

บ้างใน Blueprint วิชาผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ... โหว!! ตกใจมากค่ะ (สีหน้าตกใจกลัว) เพิ่งรู้ว่าเรื่องที่ต้องสอบมันเยอะมากเยอะแบบนี้น่าจะบอกกันตั้งแต่ปี 1 [S16]

2) Read up หมายถึง การเริ่มอ่านสรุปตามแผนผังข้อสอบความรู้ของสภาการพยาบาล เป็นขั้นที่ควรใช้เตรียมนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ตั้งแต่เริ่มการฝึกภาคปฏิบัติ เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงความรู้จากภาคทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติจริง แล้วทบทวนก่อนทำสรุปแต่ละหัวข้อตามแผนผังข้อสอบความรู้ในวิชาที่เรียนไปแล้ว ดังคำกล่าว

"เรียน SP (standardized patient) วิชาสูติก็ตื่นเต้นดีค่ะ ช่วยให้เข้าใจโรค เข้าใจการพยาบาลมากขึ้น เพราะหลัง SP ต้องสรุปเคสและการพยาบาล... ถ้าจะให้ได้ประโยชน์จริง ๆ น่าจะเลือกเรื่องหลัก ๆ ใน Blueprint ที่สภาออกสอบมาเล่น ทั้ง 8 วิชา จะได้เหมือนสรุปเตรียมสอบสภาไปด้วยในตัว (บอกด้วยท่าทางมั่นใจ)" [S21]

"ชอบตอนขึ้นวอร์ดที่โรงพยาบาล... อาจารย์แจก Case ให้ตรงกับ Blueprint สภาแล้วให้ Conference และทำ Case mapping สรุปการพยาบาล... ยากนะแต่ทำให้รู้จริงทั้ง Case เรา Case เพื่อน เหมือนได้สรุปไว้ตรง Blueprint รู้สึก Wow มากเลยค่ะ (เล่าด้วยท่าทีตื่นเต้น) น่าจะเรียนยังงี้ ตั้งแต่ขึ้นวอร์ดแรกจะได้สอบสภาผ่าน" [S15]

3) Ongoing หมายถึง การเตรียมตัวสอบอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เป็นขั้นที่ควรใช้เตรียมนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 เพื่อให้เตรียมตัวสอบสภาตามแผนที่วางไว้อย่างต่อเนื่อง ทำให้เหมือนเป็นกิจวัตรประจำวัน ดังคำกล่าว

"Adviser บอกให้กลุ่มหนูวางแผนจัดเวลาอ่านและสรุปวิชาการพยาบาลที่เรียนไปแล้ว ทำให้ต่อเนื่องเป็นกิจวัตร พวกหนูก็เริ่มทำบ้างแล้วค่ะ จะได้ไม่ต้องไปเร่งอ่านรวดเดียวเหมือนพี่ปี 4 ตอนนี้" [S9]

"พี่ ๆ บอกว่าข้อสอบสภาไม่ยาก ขนาดพี่ไม่เก่งยังผ่านรอบแรกเลย เพราะวางแผนดี พี่อ่านทุกวัน... อ่านไปสรุปไปจนเป็นนิสัย เลย ไม่เครียดมาก... พี่บอกว่าการวางแผนสำคัญมาก 'ถ้าวางแผนดี ถึงแม้จะหัวไม่ดี มันก็เป็นวิธีที่ทำให้เราสอบผ่านนะ' (เล่าด้วยท่าทีที่ศรัทธาและเชื่อในวิธีของพี่มาก)" [S19]

4) Win หมายถึง การมุ่งมั่นหมั่นฝึกฝนจนมั่นใจ เป็นขั้นที่ควรใช้เตรียมนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 เพื่อให้พร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และความรู้ทั้ง 8 วิชา ที่ต้องอ่านสะสมและฝึกทำข้อสอบให้มากพอจนรู้ว่าตัวเองพร้อมลงคว้าชัย (win) ในสนามจริง ดังคำกล่าว

"รุ่นหนูเจอ COVID-19 ตั้ง 3 รอบ เรียน Online ก็แน่นขึ้น วอร์ดก็น้อย พยายามอ่านเองทุกวิชา แต่ก็ยังไม่มั่นใจ อยากให้อาจารย์ติวสรุปสั้น ๆ ให้อีกรอบ ก่อนให้ลองฝึกทำข้อสอบ 8 วิชาตามแนวสภา แล้วอาจารย์ค่อยเฉลยว่าทำไมข้อยนี้ถูก ข้อยนั้นผิด (บอกด้วยแววตาที่อยากให้ช่วยเหลือ) จะจำได้แบบฝังลึกเลยค่ะ" [S25]

"พี่ที่จบไปแล้วบอกเทคนิคว่าพยายามอ่านให้ได้ทุกวัน สะสมไปเรื่อย ๆ เดี๋ยวก็ครบ 8 วิชา แต่ต้องดูแลตัวเองให้ดีด้วยนะ ต้องกินดี นอนให้พอ ผ่อนคลายบ้าง ทำสมาธิบ้าง ใจจะได้สบายอ่านแล้วจำได้ดี แต่ก่อนสอบ 1-2 วัน ให้พักสมองไม่ต้องอ่าน ถ้าทำได้แบบนี้ผ่านแน่ ๆ" [S24]

ประเด็น 5 สิ่งที่เอื้ออาทรต่อการเตรียมตัวสอบสภา (factors conducive to exam success)

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สะท้อนความต้องการให้มหาวิทยาลัยดำเนินการเกี่ยวกับสิ่งสนับสนุน ดังนี้

1) จัดให้มีห้อง/มุมความรู้เฉพาะสำหรับสอบสภาและขยายเวลาบริการห้องสมุด ดังคำกล่าว

"อยากให้ห้องสมุดจัดห้องหรือมุมเฉพาะที่รวมความรู้ทุกอย่างในการเตรียมสอบสภา เช่น หนังสือ คู่มือเตรียมสอบ คลิปวิดีโอ... แบบว่าพอก้าวเข้าไปห้องนี้แล้ว มันได้บรรยากาศของการเตรียมสอบสภาจริง ๆ รู้สึกมีทุกสิ่งครบจบใน

ห้องเดียว เพราะเป็นการสอบครั้งสำคัญที่สุดของพวกเรา" [S14]

2) จัดพื้นที่อ่านหนังสือทั้งแบบเดี่ยว แบบกลุ่มย่อย - กลุ่มใหญ่ ดังคำกล่าว

"อยากให้จัดพื้นที่อ่านหนังสือพร้อมใช้ได้ตลอด ไม่จำกัดเวลาที่หอพัก เป็นทั้งมุมเดี่ยวแบบสบาย ๆ แบบเป็นกลุ่มย่อย 5 - 10 คน ที่พอเห็นเพื่อนนั่งอ่าน จะได้กระตุ้นให้เราอยากอ่านไปด้วย ตอนเย็น ๆ และตอนวันหยุดได้แต่งตัวตามสบายลงมาอ่าน แต่ถ้าเป็นติวก็ใช้ห้องใหญ่ไปเลย" [S17]

3) ปรับปรุงสัญญาณ WiFi ให้เร็วและเสถียรเพิ่มขึ้น ดังคำกล่าว

"อยากให้ปรับปรุงสัญญาณ WiFi เร็วขึ้นและเสถียรทั้งมหาลัยเลยค่ะ จะได้อยู่ตรงไหนก็ค้นคว้าได้ทำงานได้ โดยเฉพาะช่วงสอบใหญ่ ๆ" [S6]

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต้องการให้คณะพยาบาลศาสตร์ดำเนินการเกี่ยวกับสิ่งสนับสนุนช่วยเหลือ ดังนี้

1) กระตุ้นเตือนเป็นระยะ โดยเฉพาะผู้ให้ข้อมูลชั้นปีที่ 3 และ 4 ดังคำกล่าว

"อยากให้คณะทำปฏิทินนับถอยหลังจนถึงวันสอบ (สภา) จริง อาจเป็นป้ายประกาศน่ารัก ๆ โปสเตอร์ที่เห็นชัด ๆ เช่น ติดไว้ในห้องเรียน ทางเดินและแขวนใน Website เพื่อช่วยเตือนพวกหนูเป็นระยะ ๆ แบบว่า... เห็นแล้วจะได้กระตือรือร้น [S15]

2) จัดจำลองการสอบแบบเสมือนจริงคล้าย ๆ กับที่สภาการพยาบาลจัดสอบ อย่างน้อย 1 เดือนก่อนสอบจริง ดังคำกล่าว

"อยากให้คณะจัดสอบทั้ง 8 วิชาให้พวกหนูลองสอบก่อนไปลงสนามจริงสักเดือนนึง จะได้รู้ว่า ตัวเองทำได้หรือไม่ได้ตรงไหน ในแต่ละวิชา จะได้อ่านเพิ่มเติมทัน หนูว่ามันช่วยได้นะ" [S26]

3) แจ้งครอบครัวให้ทราบว่าการสอบสภาเป็นการสอบครั้งสำคัญ และต้องการให้ครอบครัวสนับสนุน ดังคำกล่าว

"...อีกอย่างนะคะหนูอยากให้คณะเรา ทำจดหมายแจ้งไปยังพ่อแม่ผู้ปกครองตอนปี 4 ว่าเป็นช่วงที่พวกหนูต้องเตรียมตัวสอบสภา ซึ่งเป็นการสอบครั้งสำคัญที่สุดในการเรียนพยาบาล เพื่อทางบ้านจะได้ให้เวลา ให้เงิน ให้กำลังใจ... พวกหนูจะได้เตรียมตัวได้เต็มที่..." [S22]

ครอบครัวและคนสำคัญเป็นปัจจัยเสริมด้านกำลังใจที่ดีที่สุดและสำคัญที่สุด สำหรับผู้ให้ข้อมูลทุกคนในการเตรียมตัวสอบ ดังคำกล่าว

"พ่อแม่เป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่สุดในครอบครัว และเป็นพลังใจที่ดีที่สุดด้วยค่ะในการสอบสภา...อีกทั้งเป็นการสอบครั้งใหญ่สุดในชีวิตก่อนจบไปเป็นพยาบาล... รองมาก็เป็นเพื่อน ๆ แล้วก็อาจารย์ที่ปรึกษา" [S10]

สิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต้องการได้รับจากสภาการพยาบาล ได้แก่ คู่มือการสอบสภาที่มีรายละเอียดครบทุกขั้นตอน รวมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ในการสอบสภา ดังคำกล่าว

"อยากให้สภา Post คู่มือการสอบสภาที่เป็นเล่มครบถ้วนไว้ใน website จะได้รู้ว่าสมัครยังไง สอบยังไง มีสนามสอบที่ไหนบ้าง ประกาศผลสอบเมื่อไร ดูผลได้ยังไง... และที่สำคัญจะติดต่อสภาทางไหนหากมีเหตุฉุกเฉินเกี่ยวกับการสอบสภา" [S21]

การอภิปรายผลการวิจัย

นักศึกษาพยาบาลที่เป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยนี้เป็นเพศหญิง นับถือศาสนาพุทธและศาสนาอิสลาม และได้ข้อสรุปประเด็นการรับรู้การเตรียมความพร้อมในการสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

การพยาบาลและการผดุงครรภ์ในสังคมปกติวิถีใหม่ 5 ประเด็น คือ

1. การสอบสภามีความหมาย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รับรู้ตรงกันว่า “การสอบสภา” เป็นการสอบครั้งสำคัญที่สุดในชีวิตการเรียนพยาบาล และตระหนักถึงผลที่ตามมาของการสอบทั้งผ่านและไม่ผ่าน ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับ Chansuvarn, Noparoojjinda, and Jaiyungyuen (2016) พบว่า การสอบสภาผ่านเป็นหลักประกันว่าผู้สำเร็จการศึกษามีความรู้และทักษะเพียงพอในการประกอบวิชาชีพการพยาบาล และเป็นการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของผู้รับบริการ ส่วนการสอบไม่ผ่านนำมาซึ่งผลกระทบด้านลบหลายอย่าง เช่น ไม่ได้บรรจุในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ไม่มีความก้าวหน้าในงาน ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นต้น นอกจากนี้ยังอาจส่งผลต่อคุณภาพการดูแลที่ให้แก่ผู้รับบริการ (Poltana et al., 2020)

2. เคล็ดลับน่ารู้เตรียมสู้สอบสภา ด้วยความเชื่อความศรัทธาทางศาสนา การขอพรจากพระเจ้าแบบชาวมุสลิมและการบนบานศาลกล่าวแบบชาวพุทธ เป็นเคล็ดลับด้านจิตใจที่ช่วยให้สอบสภาผ่านได้อย่างราบรื่น อาจเนื่องจากการปฏิบัติตามความเชื่อเป็นการเพิ่มพลังใจให้ทำได้สำเร็จตามที่หวังคล้ายกับที่ Kejkornkaew, Boonrin, and Napa (2018) พบว่าความเชื่อเป็นแรงผลักดันที่สำคัญในการพาตนเองไปสู่เป้าหมายการจบเป็นพยาบาลวิชาชีพ นอกจากนี้ การติวจากเว็บไซต์เป็นอีกเคล็ดลับด้านความรู้ที่ช่วยให้สอบสภาผ่าน ด้วยปัจจุบันโซเชียลมีเดียเป็นช่องทางลัดที่สามารถหาความรู้ได้ทุกเรื่อง ทุกที่ ทุกเวลา นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4 พูดตรงกันว่าเว็บไซต์ St.Nurse และ Biwty Nurse ใน YouTube ช่วยติวสอบสภาได้กระชับ เข้าใจง่าย เพราะมีภาพประกอบ มีตัวอย่างแนวข้อสอบ และเล่มสรุปเนื้อหาที่น่าติดตามซึ่งหลายคนซื้อมาอ่าน สอดคล้องกับ Permthai and Artitkawin (2014) ที่กล่าวว่าสื่อ Online ช่วยทำให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เนื่องจากมีการเคลื่อนไหวโต้ตอบได้ ภาพประกอบสวยงามกระตุ้นความจำได้ดี และสามารถเลือกเรื่องและเวลาตามที่ต้องการได้ ในขณะที่เคล็ดลับด้านความสัมพันธ์ที่สืบเนื่องมาจากวัฒนธรรมของนักศึกษา คือ สมบัติจากรุ่นพี่เป็นสิ่งที่ส่งต่อกันในสายรหัส สายรหัสเปรียบเหมือนครอบครัวของชั้นปี 1 - 4 ที่เรียกตามลำดับว่าน้องรหัส-พี่รหัส-ป้ารหัส-ยายรหัส ส่วนพี่ที่จบแล้วเรียกว่า “ทวดรหัส” การส่งต่อเอกสาร/ไฟล์วิชา โน้ตย่อ ตัวอย่างแนวข้อสอบสภาให้น้องในสายรหัสมีคุณค่าทั้งทางวัตถุและทางจิตใจ สื่อให้เห็นถึงวัฒนธรรมของรุ่นพี่ รุ่นน้อง ความผูกพันและความห่วงใยที่พี่อยากให้น้องสอบสภาผ่าน สอดคล้องกับ Thasaneesuwan, Narkthong, Chuaytaen, Mukpradab, and Puttakun (2019) พบว่าการสนับสนุนจากรุ่นพี่ อาทิ กำลังใจ เทคนิคการอ่านหนังสือ โน้ตย่อสอบสภา ล้วนเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่ช่วยให้สอบสภาผ่าน

3. สังคมปกติวิถีใหม่กับการสอบสภา จากสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้เกิดสังคมปกติวิถีใหม่ (new normal) ซึ่งทุกคนต้องปฏิบัติตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข การเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) การสวมหน้ากากอนามัย (mask) การล้างมือ (hand) และการตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย (testing) (Department of Disease Control, Ministry of Public Health of Thailand, 2020) ส่งผลกระทบต่อการศึกษาทางการพยาบาลที่จำเป็นต้องฝึกภาคปฏิบัติกับผู้ป่วยโดยตรง ดังที่ Chaleoykitti et al. (2020) กล่าวว่า เพื่อมิให้การเรียนการสอนหยุดชะงักจึงต้องเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอนจาก Onsite เป็น Online 100% อย่างฉับพลันในช่วงแรกของการแพร่ระบาด และทำให้เกิดข้อจำกัดหลายอย่างตามมา ที่ทำให้นักศึกษาพยาบาลเครียดจากการปรับตัวกับรูปแบบที่ไม่คุ้นเคย คล้ายกับที่ Ousey et al. (2021) พบว่าการเปลี่ยนเป็นรูปแบบการเรียนการสอนเป็น Online ในเวลากระชั้นชิด ทำให้เกิด

ความเครียดทั้งนักศึกษาและอาจารย์ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พบว่านักศึกษาพยาบาลทุกคนไม่ชอบการเรียน Online เพราะเรียนไม่ค่อยเข้าใจ ไม่มีสมาธิ หลายครั้งเบื่อจนต้องปิดหน้าจอไปทำกิจกรรมอื่น ขาดปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนจนรู้สึกโดดเดี่ยวไม่มีเพื่อนสนิท ที่ยิ่งไปกว่านั้นคือ กังวลว่าจบแล้วจะมีความรู้ไม่พอที่จะไปสอบสภา คล้ายกับหลายการศึกษาที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลไม่ค่อยพึงพอใจต่อการเรียนการสอน Online เพราะเครียดมากและทำให้ผลการเรียนแย่ลง (Langegard et al., 2021; Oducado & Estoque, 2021) นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ต้องเผชิญกับสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ถึง 3 ระลอกจึงต้องเรียน Online เกือบ 3 ปี ตั้งแต่ชั้นปีที่ 2 - 4 จนรู้สึกว่าการเรียน Online แทรกซึมเข้าไปในทุกด้านของชีวิต ทำให้ต้องปรับตัวตลอดเวลา พอจะปรับตัวได้ก็ใกล้จบ ซึ่งเป็นจังหวะที่ต้องเตรียมสอบสภาพอดี

4. เตรียมให้รู้จริงในสิ่งที่จะสอบสภาเป็นการรับรู้การเตรียมความพร้อมในการสอบสภาของนักศึกษาทั้งสี่ชั้นปี บ่งบอกถึงขั้นตอนที่นักศึกษาพยาบาลต้องการวางแผนเตรียมตัวอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มเรียนชั้นปีที่ 1 - 4 โดยขั้นที่หนึ่ง Grab up ใช้เตรียมในชั้นปีที่ 1 เพื่อให้รู้ว่าสอบสภาคืออะไร ขั้นที่สอง Read up ใช้เตรียมในชั้นปีที่ 2 เพื่อให้อ่านสรุปตาม แผนผังข้อสอบความรู้ของสภาการพยาบาลทั้ง 8 วิชา ขั้นที่สาม Ongoing ใช้เตรียมในชั้นปีที่ 3 เพื่อให้เตรียมตัวสอบอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และขั้นที่สี่ Win ใช้เตรียมในชั้นปีที่ 4 เพื่อให้มุ่งมั่นฝึกฝนจนมั่นใจ จากขั้นตอนทั้งสี่ที่กล่าวมานี้ สามารถสรุปเป็นรูปแบบเฉพาะที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ที่เรียกตามอักษรย่อว่า “GROW steps” ซึ่งเหมาะสำหรับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต และในการเตรียมความพร้อมในการสอบสภาตาม GROW steps นี้ เป็นขั้นตอนที่เกิดจากการรับรู้ของนักศึกษาว่าจะสามารถช่วยให้สอบสภาผ่านได้ในครั้งแรก สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า แต่ละสถาบันจะมีขั้นตอนหรือรูปแบบการเตรียมความพร้อมในการสอบที่มีลักษณะเฉพาะเป็นของตนเอง ดังนั้น การเตรียมให้รู้จริงในสิ่งที่ต้องสอบควรเป็นวิธีเตรียมอย่างเป็นขั้นตอนตามลำดับ (Luangphituck, Noparoojjinda, Chompuming, & Poltana, 2020; Oatme et al., 2018; Oatme, Waropastrakul & Sarnkhaowkhom, 2021; Poltana et al., 2020)

5. สิ่งที่เอื้ออาทรต่อการเตรียมตัวสอบสภา นักศึกษาพยาบาลในการศึกษานี้ ต้องการให้มหาวิทยาลัยจัดห้องหรือมุมเฉพาะที่รวมความรู้ทุกอย่างที่จำเป็นต้องใช้ในการสอบสภา รวมทั้งมีการจัดพื้นที่อ่านหนังสือที่สะดวกสบายสงบทั้งแบบอ่านคนเดียว แบบกลุ่ม และผ่อนปรนการแต่งกายเข้าใช้บริการในตอนเย็นและวันหยุด นอกจากนี้ ควรเพิ่มสัญญาณ WiFi ให้เร็วและเสถียรขึ้น ข้อค้นพบนี้คล้ายกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา เช่น Oatme et al. (2018) และ Rungnoei, Hongthong, and Seesawang (2016) ที่พบว่าปัจจัยเอื้อที่สำคัญต่อการพัฒนาความรู้เพื่อสอบสภา ได้แก่ ห้องอ่านหนังสือ ฐานข้อมูลในห้องสมุด สัญญาณอินเตอร์เน็ต และศูนย์การเรียนรู้ที่อยู่ในหอพัก

สำหรับความต้องการของนักศึกษาพยาบาลในส่วนของคณะพยาบาลศาสตร์ นักศึกษาอยากให้คณะพยาบาลศาสตร์มีการกระตุ้นเตือนการสอบสภาเป็นระยะ ๆ จนถึงวันสอบสภา โดยอาจทำปฏิทินนับถอยหลังในรูปแบบที่น่าสนใจ เพื่อให้รู้ระยะเวลาที่เหลือทำให้กระตือรือร้น หันมาทุ่มเทเวลาเพื่ออ่านหนังสือเตรียมสอบทั้ง 8 วิชาได้มากยิ่งขึ้น จะเห็นได้ว่าปัจจัยเอื้อที่ผู้ให้ข้อมูลทุกคนรับรู้ว่าสำคัญที่สุด และต้องการมากที่สุด คือ เวลาอ่านหนังสือ ซึ่งตรงกับ Kajonkittiya and Dowrote (2018) พบว่าสิ่งสำคัญที่สุด คือ เวลา เพราะเมื่อเรียนเสร็จในแต่ละวันนักศึกษาต้องการรีบกลับหอพักเพื่อไปอ่านหนังสือสอบสภา นอกจากนี้คณะพยาบาลศาสตร์ควรพิจารณา

การลดงานที่มอบหมายในแต่ละรายวิชาและกิจกรรมเสริมหลักสูตรลง ให้นักศึกษาได้มีเวลาเพิ่มเพื่อไปพักผ่อนและอ่านหนังสือได้อีกทางหนึ่ง

นอกจากนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ควรจัดจำลองการสอบเสมือนจริงคล้ายกับการสอบของสภาการพยาบาล อย่างน้อย 1 เดือน ก่อนสอบสภา เพื่อให้นักศึกษาได้รู้จุดอ่อน จุดแข็ง จะได้ทุ่มเทเวลาให้วิชาที่เป็นจุดอ่อนได้ทัน เพราะผลสอบเสมือนจริงมีความสำคัญมากสามารถทำนายผลการสอบสภาได้ (Bhoosahas, Panurat, & Traprasit, 2016) และคณะพยาบาลศาสตร์ควรทำจดหมายแจ้งครอบครัวให้ทราบว่าการสอบสภาเป็นการสอบครั้งสำคัญที่สุดในการเรียนพยาบาล เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมความสำเร็จในการสอบสภา เนื่องจากการสนับสนุนและกำลังใจจากครอบครัวเป็นแรงบันดาลใจให้ชนะอุปสรรคต่าง ๆ ในการเตรียมสอบสภาได้ (Jamjan, Artsuntae, & Somjit, 2016) พ่อแม่ เพื่อน และอาจารย์ที่ปรึกษา เป็นแหล่งกำลังใจที่สำคัญ 3 ลำดับแรก เรียงจากมากไปน้อย ที่ช่วยให้นักศึกษาทุกคนมีพลังในการเตรียมตัวสอบสภา สอดคล้องกับ Jamjan et al. (2016) พบว่า กำลังใจจากครอบครัวและคนใกล้ชิดที่เชื่อมั่นไว้ใจ สามารถช่วยให้นักศึกษาวางแผนการเตรียมความพร้อมในการสอบสภาได้เป็นอย่างดี

อย่างไรก็ตาม ยังมีสิ่งที่นักศึกษาพยาบาลต้องการจากสภาการพยาบาลนั้นคือ ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ ขั้นตอนและช่องทาง ติดต่อเมื่อเกิดปัญหาในการเตรียมตัวสอบสภา เนื่องจากสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทยเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสอบสภาที่ชัดเจน เที่ยงตรงและน่าเชื่อถือที่สุด แต่ด้วยประกาศเกี่ยวกับการสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ในปัจจุบันยังไม่สะดวกและง่ายต่อการศึกษาข้อมูลด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องในสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลสามารถนำไปใช้ในการจัดทำนโยบายหรือโครงการเตรียมความพร้อมการสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ให้นักศึกษาพยาบาลได้ เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลสามารถสอบผ่านทุกวิชาได้ในครั้งแรก และนำไปสู่การพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมการสอบความรู้ให้นักศึกษาพยาบาลตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 – 4 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

Bhoosahas, P., Panurat, S., & Traprasit, Y. (2016). The correlations among the accumulated grade point average, the result of simulation of nursing and midwifery license examination and the result of the nursing and midwifery license examination of graduates of Police Nursing College. *Journal of The Police Nurses*, *8*(1), 153-159.

Braun, V., & Clarke, V. (2008). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Chaleoykitti, S., Artsanthia, J., & Daodee, M. S. (2020). The effect of COVID-19 disease: Teaching and learning in nursing. *Journal of Health and Nursing Research, 36(2),* 255-262.

Chansuvarn, S., Noparoojjinda, S., & Jaiyungyuen, U. (2016). Factors related to the result of nursing licensure examination among bachelor graduates from Boromarajonani college of nursing, Suphanburi. *Journal of Nursing and Education, 9*(2), 81-92.

Department of Disease Control, Ministry of Public Health of Thailand. (2020). *Health information to prevent a novel COVID-19.* Retrieved from https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/introduction/introduction01.pdf

Department of Nursing, Kasem Bundit University. (2020). *Results of professional nursing and midwifery national licensing examination in 2018-2020, Self-assessment report 2020.* Department of Nursing, Kasem Bundit University.

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.

Jamjan, L., Artsuntae, J., & Somjit, S. (2016). Attitudes and inspiration of nursing students at saint louis college in preparing for the national nursing license examination nursing. *Journal of the Ministry of Public Health, 25*(3), 199-208.

Kajonkittiya, K., & Dowrote, N. (2018). Needs of preparation for the Thailand nursing council licensure examination of nursing students of the southern college of nursing network, Praboromarajchanok institute. *Journal of Nursing and Education, 11*(4), 126-141.

Kejkornkaew, S., Boonrin, P., & Napa, W. (2018). Motivation process for becoming professional nurse in nursing students: A grounded theory. *Ramathibodi Nursing Journal, 24*(3), 249-263.

Langegard, U., Kiani, K., Nielsen, S. J., & Svensson, P. A. (2021). Nursing students' experiences of a pedagogical transition from campus learning to distance learning using digital tools. *BMC Nursing*, *20*(1), 1-10.

Luangphituck, W., Noparoojjinda, S., Chompuming, W., & Poltana, P. (2020). Development of preparedness program for Praboromarajchanok institute's comprehensive examination in adult nursing with blended learning and simulation-based learning: A pilot study. *Regional Health Promotion Center 9 Journal, 14*(34), 191-209.

Oatme, S., Tanupabrungsun, S., Sitthapirom, V., & Boonluck, C. (2018). Related factors affecting the result of the nursing and midwifery licensure examination of the graduate students from the Faculty of Nursing, St. Louis college. *Journal of Health and Health Management, 4*(1-2), 54-66.

Oatme, S., Waropastrakul N., & Sarnkhaowkhom. C. (2021). Factors affecting the results of national nursing license examination among newly graduated nurses in a private nursing college, Thailand: A mixed methods research. *Science, Engineering and Health Studies, 15*, 210500006. https://doi.org/10.14456/sehs.2021.19

Oducado, R. M. F., & Estoque, H. V. (2021). Online learning in nursing education during the COVID-19 pandemic: Stress, satisfaction, and academic performance. *Journal of Nursing Practice*, *4*(2), 143–153.

Office of the Royal Society. (2020). *New normal.* Committee of Thai Definition of Communication Arts Terminology. Retrieved from https://news.thaipbs.or.th/content/292126

Oumtanee, A. (2016). *Qualitative research in nursing* (3rd ed.). Bangkok: Chulalongkorn University Printing House.

Ousey, K., Bullen, B., Hodgson, H., & Atkin, L. (2021). How has the COVID-19 pandemic changed the way we teach? *Wounds UK*, *17*(1), 19–22.

Permthai, P., & Artitkawin, A. (2014). Student-centered teaching by using video instructional media for the course: Community product management for international markets. *Lampang Rajabhat University Journal, 2*(2), 97-104.

Poltana, P., Chatrung, C., Phorang, R., & Maneewong, J. (2020). Systematic review of different methods for preparing for the Thai registered nursing and midwifery licensure examination. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences, 3*(2), 52-69.

Rungnoei, N., Hongthong, K., & Seesawang, J. (2016). The nursing student's knowledge development process for nursing. *Journal of Boromarajonani College of Nursing*, *32*(2), 56-67.

Thailand Nursing and Midwifery Council. (1997). *Act of nursing profession and midwifery 2528 be amendment, December 23, B.E. 2540, Thai Government gazette, Vol. 114 Parts 85A.* Retrieved from https://www.tnmc.or.th/news/122

Thailand Nursing and Midwifery Council. (2020). *Nursing and midwifery institution accreditation manual for institutions that have graduates of the bachelor of nursing science program (revised B.E. 2563).* Nonthaburi: Chudthong.

Thasaneesuwan, S., Narkthong, N., Chuaytaen, T., Mukpradab, S., & Puttakun, N. (2019). Preparation for nurse licensure examination in adult nursing among fourth-year nursing students, faculty of nursing, a university in Southern Thailand. *Songklanagarind Journal of Nursing, 39*(1), 105-115.

The Government Gazette. (2021). R*egulation issued under section 9 of the emergency decree on public administration in emergency situations B.E. 2548 (No. 17).* 138, section 4 d, 1-3.

Wallace, S., Schuler, M. S., Kaulback, M., Hunt, K., & Baker, M. (2021). Nursing student experiences of remote learning during the COVID-19 pandemic. *Nursing Forum, 56*(3), 612-618. https://doi.org/10.1111/nuf.12568



ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ต่อการเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

THE EFFECTS OF A MOTIVATIONAL INTERVIEWING PROGRAM ON SMOKING QUIT IN PATIENTS WITH NON-COMMUNICABLE DISEASES (NCDs) AT A SUBDISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL

เกษม ดำนอก[1] เอกชัย ฝาใต้[2]
Kasem Damnok Aekkachai Fatai
[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงพลอง อำเภอจักราช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา 30230
Professional Nurse, Dongplong Sub-district Health Promoting Hospital, Chakkarat district, Nakhonratchasima Health Provincial Office, Nakhon Ratchasima, 30230, Thailand
[2]อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210
Nursing Instructor, Department of Adult and Geriatric Nursing, Princess Agrarajakumari College of Nursing, Chulabhorn Royal Academy, Lak Si, Bangkok, 10210, Thailand
[2]Corresponding author E-mail: aekkachai.fat@cra.ac.th

Received: *February 8, 2023* Revised: *June 4, 2023* Accepted: *June 22, 2023*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยมีการเปรียบเทียบการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตัวอย่างได้รับการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4 โรคหลัก ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงพลอง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์การเลิกบุหรี่และประเมินผลโดยติดตามผลการเลิกบุหรี่หลังเข้าร่วมการวิจัย 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ Fisher exact test และ Man-Whitney U test

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมมีสัดส่วนการเลิกบุหรี่ได้ในเดือนที่ 3 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่กลุ่มทดลองสามารถเลิกบุหรี่ได้ 8 คน จาก 30 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67 และกลุ่มควบคุมเลิกบุหรี่ได้เพียง 1 คน จาก 30 คน คิดเป็นร้อยละ 3.33 นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังมีค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีบริบทคล้ายกันสามารถนำโปรแกรม

การเสริมสร้างแรงจูงใจมาปรับใช้ในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ได้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็น 4 โรคหลัก ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน

คำสำคัญ : การเลิกบุหรี่, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, แรงจูงใจ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

This quasi-experimental study aimed to determine the effect of a motivational interviewing program on patients with non-communicable diseases (NCDs) by comparing smoking cessation between the motivational interviewing group and the usual care group. The sample was selected by purposive selection from patients with four major chronic non-communicable diseases, including heart disease, hypertension, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), and diabetes, who were 18 years old or over at Dong Phlong Sub-district Health-Promoting Hospital in Nakhon Ratchasima province. Sixty participants were divided into a control group and an experimental group of 30 each. The data were collected through a smoking cessation interview form. The evaluation was made by following up on smoking cessation during the 7-day point prevalence of abstinence at 3 months after joining the program. The data were analyzed using descriptive statistics, Fisher exact test, and the Mann-Whitney U test.

The results showed that non-communicable disease patients in the experimental group after receiving the smoking cessation program at 3 months had a statistically significantly higher proportion of quitting smoking than those in the control group ($p < .05$). The experimental group had 8 people who were able to quit smoking out of 30 people (26.67 %), and the control group was able to quit smoking only 1 person out of 30 people (3.33 %). In addition, the experimental group had a lower average number of cigarettes smoked per day than the control group as well ($p < .05$). Therefore, sub-district health-promoting hospitals or other agencies can apply this motivational interviewing program to promote smoking cessation among patients with 4 chronic non-communicable diseases, namely heart disease, hypertension, COPD, and diabetes.

Keywords: smoking cessation, NCDs patients, motivation, sub-district health promoting hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

รายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าการสูบบุหรี่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่สองของประชากรทั่วโลก และมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่มากกว่า 8 ล้านคนต่อปี (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2020) ประเทศไทยมีรายงานข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งสิ้น 57 ล้านคน พบเป็นผู้ที่สูบบุหรี่จำนวน 9.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.4 (Kanungpiarn, Pomthong, Pradubthong, & Hamchanan, 2022)

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Disease: NCDs) ที่เป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก ประกอบไปด้วย 4 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน (Chalermrueangrong, 2018) ซึ่งโรคไม่ติดต่อเหล่านี้เป็นสาเหตุของการตายของประชากร 41 ล้านคนในแต่ละปี

คิดเป็นร้อยละ 74 ของการตายทั่วโลก หรือประมาณร้อยละ 77 ของผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อในกลุ่มประชากรประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง (World Health Organization, 2022) ประเทศไทยมีแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเพิ่มสูงขึ้น เมื่อทำการเปรียบเทียบข้อมูลของกรมควบคุมโรคปี พ.ศ. 2563 กับปี พ.ศ. 2559 พบว่า อัตราการตายด้วยโรคไม่ติดต่อสูงขึ้นจาก 114.10 เป็น 124.65 ต่อประชากรแสนคน อัตราการตายด้วยโรคเบาหวานสูงขึ้นจาก 22.01 เป็น 25.05 ต่อประชากรแสนคน อัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง สูงขึ้นจาก 12.05 เป็น 14.22 ต่อประชากรแสนคน อัตราการตายด้วยโรคหัวใจสูงขึ้นจาก 31.91 เป็น 32.57 ต่อประชากรแสนคน และอัตราการตายด้วยโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ลดลงเล็กน้อยจาก 11.27 เป็น 9.12 ต่อประชากรแสนคน (Division of Non-Communicable Disease, 2022) ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าอัตราการตายด้วยโรคไม่ติดต่อมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ยังควบคุมไม่ได้และเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งส่งผลกระทบต่องบประมาณที่ใช้ในการรักษาที่มากขึ้น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ลดลง และหากมีความพิการจะส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยและผู้ที่ดูแล

อย่างไรก็ตาม ในส่วนของอาการและความรุนแรงของโรคจะพบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มักมีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะมาก หายใจไม่สะดวก และเมื่อตรวจการทำงานของปอด (pulmonary function test) จะพบความผิดปกติได้มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (Wain et al., 2015) การสูบบุหรี่เพียงวันละมวนเป็นประจำสามารถเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ผู้สูบบุหรี่ที่มีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง จะมีโอกาสทำให้โรคที่เป็นอยู่มีความรุนแรงมากขึ้นได้ (Chalermrueangrong, 2018) นอกจากนี้ การสูบบุหรี่ยังส่งผลอันตรายต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น ทำให้เกิดการระคายเคืองหรือเป็นแผลในระบบทางเดินอาหาร หรือสามารถพัฒนาโรคที่เป็นอยู่ในบางอวัยวะไปสู่การเป็นมะเร็ง ซึมเศร้า การตั้งครรภ์ผิดปกติ สมรรถภาพทางเพศลดลง และมีปัญหาการนอนหลับเป็นต้น (Fatai, 2018)

การเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) เป็นกระบวนการให้คำปรึกษาที่มีโครงสร้างและทิศทางชัดเจน ได้รับการออกแบบเพื่อช่วยให้คู่สนทนาแก้ไขความไม่แน่ใจหรือลังเลในตนเอง โดยการสร้างแรงจูงใจภายในและการกระตุ้นให้เกิดความมั่นใจ มุ่งมั่น มีพันธะสัญญาที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเริ่มแรกเป็นการพัฒนาเพื่อช่วยเลิกแอลกอฮอล์ และพัฒนาต่อมาเป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจในการช่วยเลิกบุหรี่ด้วย (Linson et al., 2019) นอกจากนี้ การเสริมสร้างแรงจูงใจยังช่วยส่งเสริมพฤติกรรมที่เสริมแรงบวกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Caponnetto et al., 2020; Gillam & Yusuf, 2019; Grobe et al., 2020)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงพลอง จังหวัดนครราชสีมา มีประชากรทั้งหมด 8,885 คน พบผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน 386 คน โรคความดันโลหิตสูง 284 คน โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง 58 คน โรคหัวใจ 41 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ 155 คน คิดเป็นร้อยละ 20 (Dongplong, 2021) ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงพลองยังไม่มีระบบช่วยเลิกบุหรี่ที่ชัดเจน ส่วนมากเป็นการให้คำแนะนำโดยทั่วไปและไม่ได้มีการติดตามประเมินผล

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4 กลุ่มโรค และเพื่อให้การให้บริการเลิกสูบบุหรี่ของประชาชนมีประสิทธิภาพและเกิดความต่อเนื่อง ยั่งยืน ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ที่แสดงให้เห็นข้อเสียของการสูบบุหรี่ พิษภัย และ

ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในความดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงระบบบริการเลิกบุหรี่ให้แก่ประชาชน รวมทั้ง ช่วยลดอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรไทยให้ลดลงตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในกรอบติดตามการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อของกระทรวงสาธารณสุข อันนำไปสู่การลดความพิการ การบาดเจ็บ อาการของโรคที่เลวร้ายลง การนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และลดค่าใช้จ่ายหรืองบประมาณที่เกิดจากผลของการสูบบุหรี่ต่อภาวะสุขภาพของประชาชนไทย

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจมีการเลิกบุหรี่มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจมีค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสร้างเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค (the protection motivation theory) ของ Rogers (1975) ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (perceived susceptibility) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรค(response efficacy) และความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรค (self - efficacy) ซึ่งการปรับใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่นั้น เพื่อจูงใจให้บุคคลเลิกบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่จะเกิดขึ้นได้เมื่อผู้สูบบุหรี่เชื่อว่าการสูบบุหรี่มีอันตรายต่อสุขภาพ (Floyd et al., 2000) หรือทำให้ตนเองรู้สึกว่ามีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคจากบุหรี่และเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (Prendice-Dunn & Rogers, 1986) นอกจากนี้ การวิจัยนี้ยังมีการนำเทคนิค Star หรือ 4ล คือ เลือกวัน ลั่นวาจา ละอุปกรณ์ และพร้อมลงมือ เพื่อรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นหลังการเลิกบุหรี่ (Yuniphan, 2012) และการติดตามทางโทรศัพท์มาใช้ในการติดตามและให้คำปรึกษา เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการสร้างเสริมแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงรูงใจต่อการเลิกบุหรี่ ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีประวัติสูบบุหรี่และมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงพลอง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 769 คน (Dongplong Sub-district Health Promoting Hospital, 2021)

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4 โรคหลัก ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีประวัติสูบบุหรี่ และมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงพลอง จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยมีการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง ให้มีลักษณะเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ได้แก่ เพศ อายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี และจับคู่จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันแตกต่างกันไม่เกิน 10 มวน (Preechawong et al., 2017)

กำหนดขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยอ้างอิงงานวิจัยของ Chalermrueangrong (2018) ที่ใช้ตาม Burn and Grove (2009) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ .80 ขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง .50 และความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 ในการทดสอบเท่ากับ .05 จะได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 27 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่างที่ทำการทดลอง ผู้วิจัยจึงเพิ่มอีกขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Thato, 2018) ได้ตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน

การคัดเลือกตัวอย่างในการศึกษานี้ใช้แบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) ตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) ทั้งเพศชาย/เพศหญิงอายุ 18-59 ปี 2) มีประวัติสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 มวนในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 3) เป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรคใน 4 โรคหลัก ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง หรือโรคเบาหวาน 4) ไม่อยู่ระหว่างการรักษาเพื่อเลิกบุหรี่ 5) มีโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ 6) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี

เกณฑ์การคัดออก 1) มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงไม่สามารถให้ข้อมูลในระหว่างการเก็บข้อมูล 2) ย้ายที่อยู่ในช่วงเก็บข้อมูลวิจัย หรือย้ายออกจากพื้นที่วิจัย 3) ไม่สามารถให้ข้อมูลได้สมบูรณ์ 4) ปฏิเสธการให้ข้อมูลระหว่างการวิจัย 5) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนจบโปรแกรมการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสร้างเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค (the protection motivation theory) ของ Rogers (1975) ในการสร้างแรงจูงใจแต่ละครั้ง ใช้เวลาในการให้คำแนะนำ 15 - 20 นาที โดยเน้นถึง 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) มีการอธิบายให้ทราบถึงอันตราย โทษ ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่ ที่เกี่ยวเนื่องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4 โรคหลัก 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (perceived probability) โดยให้ทราบความเสี่ยงที่จะทำให้อาการของโรคร้ายแรงมากขึ้นหรือมีความเสี่ยงมากขึ้นเนื่องจาการสูบบุหรี่ มีการทำลายเนื้อปอดมากขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง การแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนไม่ดี เหนื่อยมากขึ้น หายใจหอบ 3) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (response efficacy) กล่าวเน้นย้ำถึงผลดีของการเลิกบุหรี่ 4) ความคาดหวังในความสามารถตนเอง (self-efficacy expectancy) โดยเน้นย้ำถึงอาการทางสุขภาพที่ดีขึ้น การสร้างความเชื่อมั่น การเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วย นอกจากนี้ ในโปรแกรมยังมีการมอบเอกสารคู่มือการเลิกบุหรี่ที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ ที่เรียกว่า เทคนิค Star หรือ 4ล (ภาพ 2) ให้ผู้ป่วยแต่ละคน คือ 1) เลือกวัน (set a target quit date) (ไม่เกิน 7 วัน) กำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ 2) ลั่นวาจา (tell family and other) บอกคนในครอบครัวให้ทราบว่าจะเลิกบุหรี่และขอกำลังใจจากครอบครัว 3) ละอุปกรณ์ (remove all tobacco-related product) กำจัดบุหรี่ และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด และ 4) พร้อมลงมือ (anticipate challenges) โดยวางแผนรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นหลังการเลิกบุหรี่ รวมทั้งพร้อมรับมืออาการถอนนิโคติน ทั้งหมดนี้เพื่อรับมืออาการถอนนิโคตินที่อาจจะเกิดขึ้น



ภาพ 1 เอกสารคู่มือการเลิกบุหรี่

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและประวัติการสูบบุหรี่ เช่น โรคประจำตัว จำนวนปีที่สูบบุหรี่ จำนวนมวนที่สูบต่อวัน เป็นต้น

3. แบบทดสอบระดับการติดนิโคติน (Fagerstrom test for nicotine dependence) ประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 10 คะแนน มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือดั้งเดิมเท่ากับ .83 (Klalid et al., 2022) ผู้วิจัยใช้ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดยศูนย์ข้อมูลมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (Rungruenghiranya & Soontorntham, 2012) มีเกณฑ์ในการแปลผล คือ

0 - 2 คะแนน ติดนิโคตินเล็กน้อย
3 - 4 คะแนน ติดนิโคตินปานกลาง
5 - 10 คะแนน ติดนิโคตินรุนแรง

4. แบบสัมภาษณ์การเลิกบุหรี่ ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสัมภาษณ์การเลิกบุหรี่ของ Karom and Preechawong (2015) แบ่งคำถามเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 สอบถามเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ เช่น ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่ เป็นต้น และส่วนที่ 2 ใช้สัมภาษณ์เฉพาะกลุ่มทดลอง เป็นคำถาม 3 ข้อ ตัวอย่างคำถาม เช่น หลังจากได้รับคำแนะนำท่านได้กำหนดวันเลิกสูบบุหรี่เป็นวันใด และหลังจากได้รับคำปรึกษาเลิกบุหรี่ ท่านเคยหยุดสูบบุหรี่ได้อย่างน้อย 24 ชั่วโมงหรือไม่ (ตอบเฉพาะคนที่เลิกได้ไม่เกิน 7 วัน) เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพด้านความตรง (validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ แบบสัมภาษณ์การเลิกบุหรี่ และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและประวัติการสูบบุหรี่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ อายุรแพทย์ พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ใหญ่ และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้ยาและสารเสพติด เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ และระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรม ผลการตรวจสอบพบว่า ภาษาที่ใช้มีความ

เหมาะสมเข้าใจง่าย ผู้ป่วยเข้าใจเนื้อหาดี มีระยะเวลาที่เหมาะสม และมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 1.00 ส่วนด้านความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบทดสอบระดับการติดนิโคตินไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .70

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เมื่อวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2564 โครงการวิจัยที่ NRPH 017 ภายหลังการอนุมัติผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงพลอง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา โดยมีการชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการทำวิจัย ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับ โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลและเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจอย่างอิสระ ก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะเข้าร่วมโครงการวิจัย นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังมีการชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่พึงได้รับตามสิทธิ์ และข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการรับรองจริยธรรมการวิจัย โดยเริ่มจากการขออนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงพลอง จังหวัดนครราชสีมา ตั้งแต่เดือน เมษายน พ.ศ. 2564 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2565 ซึ่งผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองทุกวัน ตั้งแต่วันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 08.00 - 16.00 น. ซึ่งในระหว่างนั้นจะมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า - คัดออก และเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเริ่มโปรแกรมทีละกลุ่ม เริ่มจากกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติก่อน แล้วจึงเริ่มโปรแกรมกับกลุ่มทดลอง มีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

<u>กลุ่มควบคุม</u> จำนวน 30 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงพลอง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยทำการซักประวัติการสูบบุหรี่ โรคประจำตัว ประเมินการติดบุหรี่ด้วยแบบทดสอบการเสพติดนิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) และให้คำแนะนำแบบกระชับ (brief advice) เกี่ยวกับความเสี่ยงและอันตรายของการสูบบุหรี่ ใช้เวลาประมาณ 2 - 3 นาทีต่อคน จากนั้นมีการนัดติดตามผลการเลิกบุหรี่ โดยผู้วิจัยขอติดตามนัดหมายการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์เมื่อครบกำหนด 3 เดือน นับจากวันที่ได้พบกับผู้วิจัย

<u>กลุ่มทดลอง</u> จำนวน 30 คน ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยผู้วิจัยซักประวัติการสูบบุหรี่ โรคประจำตัว ประเมินการติดบุหรี่ด้วยแบบทดสอบการเสพติดนิโคติน ได้รับเอกสารคู่มือการเลิกบุหรี่ และเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่โดยผู้วิจัยใช้เวลาในการให้คำแนะนำประมาณ 15 - 20 นาที และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ด้วยเทคนิค Star หรือ 4ล หลังจากนั้นทำการนัดหมายการติดตามทางโทรศัพท์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 ติดตามการบำบัด (arrange follow up) ทางโทรศัพท์ (ครั้งที่ 1) ในวันที่ 3 หลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อสอบถามอาการ ความพร้อมในการเลิกบุหรี่ ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการเลิกบุหรี่ เช่น อาการถอนนิโคตินที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวและให้กำลังใจกับผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 5 - 10 นาที

ครั้งที่ 2 ติดตามการบำบัด (arrange follow up) ในระหว่างวันที่ 10 – 14 หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อติดตามอาการ สอบถามปัญหา ให้คำแนะนำและให้กำลังใจกับผู้ป่วยในการเลิกบุหรี่ ใช้เวลาประมาณ 5 - 10 นาที

ครั้งที่ 3 ติดตามการบำบัด (arrange follow up) เมื่อครบเดือนที่สองหลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อติดตามอาการ สอบถามปัญหา ให้คำแนะนำและให้กำลังใจกับผู้ป่วยในการเลิกบุหรี่ ใช้เวลาประมาณ 5 - 10 นาที

ครั้งที่ 4 นัดติดตามผลการเลิกบุหรี่ โดยผู้วิจัยติดตามนัดหมายติดตามผลการเลิกบุหรี่กับกลุ่มทดลองทางโทรศัพท์เมื่อครบ 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยนี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) การเปรียบเทียบการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ และ Fisher's Exact Test

3) การทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลผลต่างค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน ก่อนและหลังการทดลอง ผู้วิจัยใช้ Kolmogolov-Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ผู้วิจัยจึงใช้สถิติ Mann-Whitney U test ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันแทนการใช้ *t*-test และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 86.67 เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 13.33 กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 49.70 (*SD* = 7.25) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 48.30 (*SD* = 7.16) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีสถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 60.00 และ 53.33 ตามลำดับ ระดับการศึกษาทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมากกว่าครึ่งหนึ่งมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60.00 และ 53.33 ตามลำดับ มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มควบคุมประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 60.00 และเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มทดลองประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 43.33 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 43.33 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 23.33 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 16.67 โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ร้อยละ 10.00 และโรคหัวใจ ร้อยละ 6.67 ในขณะที่กลุ่มทดลองมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40.00 รองลงมา คือ โรคเบาหวานร้อยละ 23.33 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 16.67 โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ร้อยละ 10.00 โรคหัวใจ ร้อยละ 6.67 โรคความดันโลหิตสูงและโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ร้อยละ 3.33 ดังนั้น แสดงว่า ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีข้อมูลทั่วไปในลักษณะใกล้เคียงกัน และไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$)

2. ประวัติการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระยะเวลาที่สูบบุหรี่เฉลี่ย 18.5 ปีและ 18.2 ปี ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คือ 11.22 และ 11.44 มวนต่อวัน ตามลำดับ และระดับการติดนิโคตินในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอยู่ในระดับที่เท่ากัน คือ ระดับเล็กน้อย 7 คน ระดับปานกลาง 11 คน และ ระดับรุนแรง 12 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 23.33, 36.67 และ 40.00 ตามลำดับ ในทั้งสองกลุ่ม ดังนั้น ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีประวัติการสูบบุหรี่อยู่ในลักษณะใกล้เคียงกันและไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$)

3. ผลการเปรียบเทียบการเลิกสูบบุหรี่ พบว่า 3 เดือน หลังเข้าร่วมการวิจัย ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจมีการเลิกบุหรี่ ได้มากกว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาล

ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = .026) โดยผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้จำนวน 8 คน จาก 30 คน ซึ่งมากกว่ากลุ่มควบคุมที่มีจำนวนผู้เลิกบุหรี่ได้เพียงจำนวน 1 คน จาก 30 คน ดังแสดงในตาราง 1

4. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันพบว่า ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันหลังการทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Z = -2.263 p = .024) โดยภายหลังการทดลอง 3 เดือน กลุ่มทดลองมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีค่าเฉลี่ยจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 1 เปรียบเทียบการเลิกบุหรี่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		p
	n	*%*	*n*	*%*	
เลิกบุหรี่ได้	1	3.3	8	26.7	.026*
เลิกบุหรี่ไม่ได้	29	96.7	22	73.3	

**Fisher Exact Test*

ตาราง 2 เปรียบเทียบผลต่างมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่ม	*M*		*MD*	*Mean Rank*	*Sum of Ranks*	*Man-Whitney U*	*Z*	*p*
	ก่อนทดลอง	*หลังทดลอง*						
กลุ่มควบคุม (n = 30)	12.93	11.77	1.16	25.90	777.00	312.00	-2.263	.024
กลุ่มทดลอง (n = 30)	10.00	7.50	2.50	35.10	1053.00			

M = Mean, *MD* = Mean difference

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ต่อการเลิกบุหรี่ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) 4 โรคหลัก ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน ที่มีประวัติสูบบุหรี่ สามารถเลิกบุหรี่ได้มากกว่าการให้พยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ อาจเนื่องจากโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสร้างเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค (The protection motivation theory) ของ Rogers (1975) ช่วยให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทราบถึงอันตราย โทษ ความรุนแรงจากการสูบบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ก่อให้เกิดความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองและความคาดหวังในความสามารถตนเองที่การที่จะเลิกบุหรี่ นอกจากนี้ ในโปรแกรมนี้ยังมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ด้วยเทคนิค Star หรือ 4ล คือ เลือกวัน ลั่นวาจา ละอุปกรณ์ และพร้อมลงมือ เพื่อรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นหลังการเลิกบุหรี่ (Yuniphan, 2012) รวมทั้ง มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง คือ 3 วัน 10 - 14 วัน 2 เดือน และประเมินผลในเดือนที่ 3 ซึ่งช่วงก่อน 3 เดือนนั้นมีการให้คำแนะนำ ปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์ จึงสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเลิกบุหรี่กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจ

สามารถเลิกบุหรี่ได้จำนวน 8 คน จาก 30 คน โดยเป็นการเลิกสูบบุหรี่ได้ติดต่อกันต่อเนื่อง 7 วัน ก่อนวันประเมินผล (point prevalence abstinence rate) ณ จุดที่กำหนดไว้ คือ 3 เดือนหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม หรือคิดเป็นร้อยละ 26.67 ซึ่งนับว่ามีจำนวนผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ทำได้เพียง 1 คน

จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันในการทดลองนี้ พบว่าค่าเฉลี่ยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสร้างเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค (The protection motivation theory) ของ Rogers (1975) ร่วมกับเทคนิค Star หรือ 4ล (Yuniphan, 2012) สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่แม้ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ทุกคน แต่อย่างน้อยก็มีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลดลง ทั้งนี้ อาจเนื่องจากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรับรู้ถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ และประโยชน์ที่ได้จากการเลิกบุหรี่หากสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ และมีแนวโน้มที่จะเลิกบุหรี่ได้ในอนาคต โดยข้อมูลเบื้องหลังของกลุ่มทดลองจำนวน 16 คน (จากทั้งหมด 22 คน) สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้มากกว่า 24 ชั่วโมง แต่ไม่เกิน 7 วัน ส่วนมากจะเลิกได้ใน 1 - 2 วันแล้วกลับมาสูบบุหรี่อีก และยังมีความพยายามจะเลิกอีก 1 - 2 ครั้งในระหว่างการทดลอง แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากความเคยชินและอาการติดนิโคติน ทั้งนี้ หากได้รับการบำบัดช่วยเหลือเพิ่มเติม เช่น การให้ยาช่วยในการรักษาอาการติดนิโคติน หรือการบำบัดที่เฉพาะเจาะจงแต่ละบุคคลน่าจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถเลิกบุหรี่ได้มากยิ่งขึ้น

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Sangariyavanich (2021) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนนทบุรี โดยผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษาสามารถช่วยลดจำนวนการสูบบุหรี่หรือช่วยเลิกบุหรี่ได้ ร้อยละ 8.5 และการศึกษาของ Ngamsombat (2022) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในคลินิกหมอครอบครัวในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผลของโปรแกรมการเยี่ยมบ้านช่วยลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบและช่วยให้เลิกบุหรี่ได้ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ใช้การโทรศัพท์ติดตามอาการแทนการเยี่ยมบ้าน เพราะช่วงที่ทำการศึกษาวิจัย ยังมีการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 แต่ผลจากการเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ก็สามารถช่วยผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในการเลิกบุหรี่ได้ ดังนั้น การติดตามอาการทางโทรศัพท์ รวมทั้งการให้คำแนะนำ ปรึกษาปัญหา และส่งเสริมกำลังใจกับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถการเลิกบุหรี่ได้เป็นผลสำเร็จ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรจัดการอบรมการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการด้านการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่น ๆ เพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาล เพิ่มโอกาสในการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือนำเสนอผู้บริหารเพื่อกำหนดเป็นนโยบายในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการเลิกสูบบุหรี่

1.2 ควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจไปปรับใช้ในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ที่มีลักษณะคล้ายหรือใกล้เคียงกัน

2. ด้านการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 อาจมีการติดตามผลการเลิกบุหรี่ต่อในระยะยาว เช่น 1 ปีขึ้นไป เพื่อให้ได้แนวทางในการบำบัดรักษาการเลิกบุหรี่ระยะยาวและไม่กลับไปสูบอีก

2.2 ควรมีการต่อยอดการส่งเสริมการเลิกบุหรี่โดยใช้เครือข่าย เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ผ่านการอบรมช่วยเลิกบุหรี่ ที่ต้องออกไปดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อให้คำแนะนำ ติดตามปัญหา อุปสรรคในการเลิกบุหรี่ ซึ่งจะเป็นอีกกำลังสำคัญในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

Burns, N., & Grove, K. S. (2009). *The practice of nursing research appraisal, synthesis, and general of evidence* (6th ed.). Saunders Elsevier, St. Louis.

Caponnetto, P., Maglia, M., Floresta, D., Ledda, C., Vitale, E., Polosa, R., & Rapisarda, V. (2020). A randomized controlled trial to compare group motivational interviewing to very brief advice for the effectiveness of a workplace smoking cessation counseling intervention. *Journal of Addictive Diseases*, *38*(4), 465-474.

Chalermrueangrong, J. (2018). *The effect of motivation enhancement program for non-communicable diseases prevention on quitting smoking among Thai air force personal* (Master of nursing science program, adult nursing). Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Pathumwan.

Division of Non-Communicable Diseases. (2022). *Number and death rate from 4 non-communicable diseases (NCDs) 2016-2020.* Retrieved from http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14220&tid=32&gid=1-020

Dongplong Sub-district Health Promoting Hospital. (2021). *Annual summary the data of NCDs 2021.* Nakhon Ratchasima, Thailand.

Fatai, A. (2018). *The effect of brief advice intervention on quitting smoking among patients at the emergency department* (Master of nursing science program, adult nursing). Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Pathumwan.

Floyd, D. L., Prentice-Dunn, S., & Rogers, R. W. (2000). A meta-analysis of research on protection motivation theory. *Journal of Applied Social Psychology*, *30*(2), 407-429.

Gillam, D. G., & Yusuf, H. (2019). Brief motivational interviewing in dental practice. *Dentistry Journal*, *7*(2), 51.

Global Burden of Disease Collaborative Network. (2020). *Global burden of disease study 2019: Global result.* Retrieved from https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/

Grobe, J. E., Goggin, K., Harris, K. J., Richter, K. P., Resnicow, K., & Catley, D. (2020). Race moderates the effects of motivational interviewing on smoking cessation induction. *Patient Education and Counseling*, *103*(2), 350-358.

Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2012). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Elsevier Health Sciences.

Kanungpiarn, T., Pomthong, K., pradubthong, O., & Hamchanan, N. (2022). The effects of health volunteers' competency enhancement activities on knowledge and perceived self-efficacy in helping quit smoking. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 30*(3), 73-83.

Karom, N., & Preechawong, S. (2015). Predictors of short term smoking cessation among patients with chronic disease. *Nursing Journal, 42*(1), 1-11.

Khalid, M. T., & Bhatti, M. I. (2022). Psychometric properties of the Pakistani version of the Fagerstrom test for nicotine dependence. *Journal of Education and Social Studies*, *3*(3), 205-212.

Ngamsombat, S. (2022). Effects of home visiting program for promoting smoking cessation at Mai Naree Tombon health promoting hospital, Kampang subdistrict, Nonthai district, Nakhonratchasima province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal, 16*(2), 421-436.

Lindson, N., Thompson, T. P., Ferrey, A., Lambert, J. D., & Aveyard, P. (2019). Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).

Preechawong, S., Visalseth, W., Ketlek. P., & Teanchot, Y. (2017). Provision of smoking cessation service in NCDs clinic. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University, 29*(1), 1-10.

Prentice-Dunn, S., & Rogers, R. W. (1986). Protection motivation theory and preventive health: Beyond the health belief model. *Health Education Research*, *1*(3), 153-161.

Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change1. *The Journal of Psychology, 91*(1), 93-114.

Rungruenghiranya, S., & Soonthorntham, S. (2012). *Clinical practice guidelines for smoking cessation for health care provider in Thailand.* Nonthaburi: Ministry of Public Health.

Sangariyavanich, S. (2021). The effect of brief intervention for smoking cessation in Nonthaburi's primary care unit. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospital, 35*(1),76-86.

Thato, R. (2018). *Nursing research: Concepts to application.* Bangkok: Chulalongkorn University press.

Wain, L. V., Shrine, N., Miller, S., Jackson, V. E., Ntalla, I., Artigas, M. S., . . . OxGSK Consortium. (2015). Novel insights into the genetics of smoking behaviour, lung function, and chronic obstructive pulmonary disease (UK BiLEVE): A genetic association study in UK Biobank. *The Lancet Respiratory Medicine, 3*(10), 769-781.

World Health Organization. (2022). *Noncommunicable diseases 2022.* Retrieved from https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/noncommunicable-disease

Yuniphan, J. (2012). *Quit smoking guide.* Bangkok: National Quit Call Center.



ปัจจัยทำนายความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของผู้ปกครองในระหว่างการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019[1]

FACTORS PREDICTING PARENTING STRESS IN PARENTS OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER DURING THE COVID-19 PANDEMIC

กมลนัทธ์ คล่องดี[2] สุรชัย เฉนียง[3] ชัยวัฒน์ อินไชยา[4] ณิราวรรณ กุลวงศ์[5]

Kamonnat Klongdee Surachai Chaniang Chaiwat Inchaiya Nirawan Kullawong

[1]การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

This research was funded by Boromarajonani College of Nursing Nakhonphanom, Nakhonphanom University.

[2]อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม จังหวัดนครพนม 48000

Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Nakhonphanom, Nakhonphanom University, Nakhonphanom, 48000, Thailand

[3]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม จังหวัดนครพนม 48000

Assistant Professor, Ph.D., Boromarajonani College of Nursing Nakhonphanom, Nakhonphanom University, Nakhonphanom, 48000, Thailand

[4]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม จังหวัดนครพนม 48000

Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing Nakhonphanom, Nakhonphanom University, Nakhonphanom, 48000, Thailand

[5]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ จังหวัดนครพนม 48000

Registered Nurse, Professional Level, Nakhonphanom Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Nakhonphanom, 48000, Thailand

[2]Corresponding author E-mail: kamonnat.klo@npu.ac.th

Received: *January 16, 2023*	Revised: *May 26, 2023*	Accepted: *June 22, 2023*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของผู้ปกครองในระหว่างการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของเด็กออทิสติกที่เข้ารับบริการที่แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 85 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความเครียดของผู้ดูแล แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกที่แสดงออกเวลาอยู่ที่บ้าน แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุง) แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต แบบประเมินความกังวลใจเกี่ยวกับโรคโควิด 19 และแบบประเมินทัศนคติของผู้ปกครองเกี่ยวกับการเรียนทางไกล ซึ่งมีความเที่ยงจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .78, .97, .91, .93, .93 และ .77 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติก ความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ปกครอง และทัศนคติของผู้ปกครองต่อการเรียนออนไลน์ สามารถร่วมกันทำนายความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กได้ร้อยละ 38 (R^2 = .38,

R^2_{Change} = . 04, F (3,79) = 16.03, p < .05) ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพัฒนาแนวทางการป้องกันความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของผู้ปกครองได้ในอนาคต

คำสำคัญ : ความเครียดในการเลี้ยงดูเด็ก, เด็กออทิสติก, โรคโควิด 19, ปัญหาพฤติกรรม, การเรียนออนไลน์

Abstract

This research aimed to investigate the factors predicting parenting stress in parents of children with autism spectrum disorder (ASD). The sample consisted of 85 parents of children with ASD who sought services at the Child and Adolescent Psychiatric Department under the Department of Mental Health. The instruments for the data collection were a Parental Stress Scale, Home Situation Questionnaire-Autism Spectrum Disorder, Revised-Thai Version of the Multi-dimentional Scale of Perceived Social Support, Resilience Inventory, Worry about COVID-19 Scale, and Distance Education Scale. The reliability indicies of research instruments were tested by Cronbach's alpha coefficients equal to .78, .97, .91, .93, .93 and .77, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics, correlation coefficient, and stepwise multiple regression.

The findings revealed that behavior problems of children with ASD, resilience, and parental attitude about online learning accounted for 38 percent of parenting stress in parents of children with ASD (R^2 = .38, R^2_{Change} = .04, F (3,79) = 16.03, p < .05). Hence, the findings can be utilized as basic information to develop a guideline preventing parenting stress in the parents of children with ASD.

Keywords: parenting stress, children with autism spectrum disorder, COVID-19, behavior problem, online learning

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคออทิสติก หรือ โรคออทิซึมสเปคตรัม เป็นความผิดปกติของพัฒนาการระบบประสาทชนิดหนึ่ง ที่สามารถพบได้ทั่วโลก ลักษณะสำคัญ คือ มีความบกพร่องในการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมร่วมกับมีพฤติกรรมความสนใจ หรือการกระทำซ้ำ ๆ ไม่ยืดหยุ่น (American Psychiatric Association, 2013) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยจากการศึกษาของ Centers for Disease Control and Prevention (2020) พบว่า ในปี ค.ศ. 2016 พบความชุกของโรคออทิสติกเท่ากับ 18.5 ต่อ 1,000 ในขณะที่ ค.ศ. 2012 และ ค.ศ. 2014 มีเพียง 14.5 และ 16.8 ต่อ 1,000 ตามลำดับ ความชุกที่มากขึ้นนี้แสดงให้เห็นว่ามีแนวโน้มจำนวนผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคออทิสติกเพิ่มมากขึ้น

ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาโรคออทิสติกให้หายขาด แต่อาการของโรคสามารถดีขึ้นได้หากได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ซึ่งต้องอาศัยการร่วมมือกันระหว่างครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ และบุคลากรทางการศึกษา (Rajanukul Institute, 2014) แต่ในสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีมาตรการให้เว้นระยะห่างทางสังคม ทำให้ระบบบริการต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการบำบัดรักษาโรคออทิสติกหยุดชะงัก เช่น การบำบัดการพูดและการสื่อความหมาย กายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัด การบำบัดพฤติกรรม และการศึกษาพิเศษ เป็นต้น (White et al., 2021) ส่งผลให้เด็กออทิสติกมีอาการของโรครุนแรงมากขึ้น มีปัญหาพฤติกรรมมากขึ้น เช่น ก้าวร้าว ซน อยู่ไม่นิ่ง กระทำพฤติกรรมซ้ำ ๆ แยกตัวจากสังคม เป็นต้น หรือมีปัญหา

การรับประทานอาหาร เช่น เบื่ออาหาร เลือกรับประทานหรือรับประทานอาหารยากมากขึ้น เป็นต้น ตลอดจนปัญหาการนอนหลับ เช่น นอนหลับยาก ตื่นกลางดึกบ่อย และนอนตื่นเร็วกว่าปกติ เป็นต้น (Colizzi et al., 2020; Di Renzo et al., 2020; Latzer, Leitner, & Karnieli-Miller, 2021; Mutluer, Doenyas, & Genc, 2020; White et al., 2021) ในขณะที่ผลกระทบต่อครอบครัว ได้แก่ เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า เหนื่อยล้า เบื่อหน่าย โดดเดี่ยว เบื่ออาหาร และแยกตัวจากสังคม เป็นผลมาจากการรับมือกับปัญหาพฤติกรรมและความไม่ร่วมมือของเด็กออทิสติกที่ต้องใช้เวลาอยู่กับเด็กมากกว่าปกติ ต้องทำหน้าที่เป็นทั้งผู้ดูแลและเป็นครู ต้องระวังไม่ให้เด็กติดเชื้อ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบทางเศรษฐกิจ เช่น ตกงาน หรือจำเป็นต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลบุตรที่เป็นเด็กออทิสติก เป็นต้น (Yilmaz, Azak, & Sahin, 2021)

ผู้ปกครองจึงจำเป็นต้องมีทักษะ ความอดทน และความเสียสละอย่างมาก เนื่องจากโรคออทิสติกทำให้เด็กมีความบกพร่องหลายด้าน การจะช่วยเด็กให้มีอาการที่ดีขึ้นได้นั้น ผู้ปกครองต้องให้การช่วยเหลืออย่างจริงจังและรอบด้าน (Rajanukul Institute, 2014) ซึ่งในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผู้ปกครองไม่สามารถพาเด็กเข้ารับการรักษาและไปโรงเรียนได้ตามปกติ ผู้ปกครองต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลเด็กแบบเต็มเวลา และเป็นครูผู้สอนให้กับเด็กด้วยตนเองมากขึ้น (Latzer et al., 2021) หากผู้ปกครองไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ได้ ก็มีโอกาสที่จะเกิดความเครียดในการเลี้ยงดูเด็ก (parenting stress) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าผู้ปกครองของเด็กออทิสติกมีความเครียดมากขึ้น (Yilmaz et al., 2021) โดยในสหรัฐอเมริกาพบว่าร้อยละ 74 ของผู้ดูแลหลักมีความเครียดในระดับปานกลางถึงมาก (White et al., 2021) ร้อยละ 87.4 ของผู้ปกครองในจีน มีความเครียดในการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพเด็ก (Huang et al., 2021) ส่วนในอิตาลีพบว่าผู้ปกครองของเด็กออทิสติกมีความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กสูงกว่าผู้ปกครองของเด็กพัฒนาการปกติ (Levante et al., 2021) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกในระหว่างการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเด็กออทิสติก ด้านผู้ปกครอง และด้านที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ปัจจัยด้านเด็กออทิสติกที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในการเลี้ยงดูเด็ก ได้แก่ ความรุนแรงของโรคออทิสติก (Manning, Billian, Matson, Allen, & Soares, 2021) และปัญหาพฤติกรรม (Parenteau et al., 2020) ในขณะที่อายุของเด็กออทิสติกมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในการเลี้ยงดูเด็ก (Manning et al., 2021) สำหรับปัจจัยด้านผู้ปกครอง ได้แก่ ปัญหาด้านรายได้เป็นปัจจัยกระตุ้นความเครียดของผู้ปกครอง (Manning et al., 2021) ในขณะที่การสนับสนุนทางสังคมและความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด (Wang, 2021) และปัจจัยด้านที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ ปัญหาและความยุ่งยากจากการเรียนออนไลน์ของเด็กออทิสติก (Parenteau et al., 2020) และความกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดของผู้ปกครอง (Manning et al., 2021)

ข้อมูลดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของผู้ปกครองในสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้น ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งมีบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างจากประเทศไทย และปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของผู้ปกครอง 3 ด้าน คือ ด้านเด็กออทิสติก ด้านผู้ปกครอง และด้านที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์

การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้น มีความ สำคัญต่อการป้องกันและลดความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของผู้ปกครอง ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยทั้ง 3 ด้าน ต่อความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของผู้ปกครองในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย เพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพัฒนาแนวทางการป้องกันความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของผู้ปกครองที่เหมาะสมกับบริบทสภาพสังคมและวัฒนธรรมของประเทศไทยต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของผู้ปกครอง ในระหว่างการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนายเพื่อศึกษาความสามารถของปัจจัยด้านเด็กออทิสติก ด้านผู้ปกครอง และด้านที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการทำนายความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของผู้ปกครองในระหว่างการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ประชากร คือ ผู้ปกครองของเด็กออทิสติกซึ่งเข้ารับบริการที่แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง สังกัดกรมสุขภาพจิต

ตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของเด็กออทิสติกซึ่งเข้ารับบริการที่แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง สังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 85 คน ซึ่งได้มาจากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.2 ที่ Test family คือ *F*-tests สถิติทดสอบ คือ Linear multiple regression: Fixed model, R^2 deviation from zero และ Type of power analysis เป็น A priori ที่นำข้อมูลจากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกที่มีตัวแปรคล้ายการวิจัยนี้มาคำนวณขนาดตัวอย่าง พบว่า งานวิจัยที่คล้ายกันมีค่า R^2 อยู่ในช่วง .25 - .61 (Miranda, Mira, Berenguer, Rosello, & Baixauli, 2019; Pastor-Cerezuela, Fernández-Andrés, Tárraga-Mínguez, & Navarro-Peña, 2015; Zulkipli, Mansor, & Ismail, 2020) การศึกษาครั้งนี้ใช้ค่า R^2 เท่ากับ .25 ในการคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size: ES) ได้เท่ากับ .33 และยังกำหนด α err prob เท่ากับ .05 Power (1 – β err prob) เท่ากับ .95 จำนวนปัจจัยที่ทำนายตัวแปรตามมีทั้งหมด 8 ตัวแปร ได้จำนวนตัวอย่างทั้งหมดอย่างน้อย 77 คน และในสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีโอกาสที่จะเก็บรวบรวมข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Polit & Hungler, 1995 as cited in Marcellus, 2004) รวมเป็น 92 คน

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวอย่างวิจัยแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) เป็นบิดา มารดา หรือผู้ดูแลที่เป็นเครือญาติของเด็กออทิสติก 2) มีอายุตั้งแต่ 18 – 60 ปี 3) มีหน้าที่หลักในการปกครอง เลี้ยงดู และตัดสินใจ

เกี่ยวกับการรักษาเด็กออทิสติกที่มีอายุระหว่าง 3 - 18 ปี 4) สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ข้อมูลครบถ้วน สมบูรณ์ จากตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 85 คน ซึ่งเพียงพอต่อการนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลของเด็กออทิสติก ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รูปแบบสถานศึกษา และความรุนแรงของอาการออทิสติกตามการรับรู้ของผู้ปกครอง 3 ระดับ คือ รุนแรงน้อย รุนแรงปานกลาง และรุนแรงมาก และข้อมูลของผู้ปกครองเด็กออทิสติก ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับเด็กออทิสติก ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ และการได้รับผลกระทบจากการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. แบบวัดความเครียดของผู้ดูแล ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกที่พัฒนาโดย Berry and Jones (1995) และแปลเป็นภาษาไทยโดย Payjapoh, Kongsaktrakul, and Vallibhakara (2017) มีจำนวน 18 ข้อ ถามเกี่ยวกับผลตอบแทนจากการเลี้ยงดูเด็ก ความพึงพอใจในการเลี้ยงดูเด็ก สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการเลี้ยงดูเด็ก และการขาดการควบคุม ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (1 - 5 คะแนน) คะแนนรวม 18 - 90 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีความเครียดในการดูแลหรือเลี้ยงดูเด็กสูง ซึ่งแบบวัดฉบับภาษาไทยนี้มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .94 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83 ค่าความเที่ยงจากการทดสอบซ้ำเท่ากับ .81 (Payjapoh, 2017) และในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ปกครองของเด็กออทิสติก จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .78

3. แบบประเมินปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกขณะอยู่ที่บ้าน ผู้วิจัยใช้ประเมินที่พัฒนาโดย Chowdhury et al. (2016) และแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย มีจำนวน 24 ข้อ แบ่งเป็นด้านข้อจำกัดในการเข้าสังคม 12 ข้อ และด้านการทำตามคำสั่ง 12 ข้อ แต่ละข้อจะมีสถานการณ์ให้ประเมินว่า ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา เด็กออทิสติกมีปัญหาพฤติกรรมในสถานการณ์นั้นหรือไม่ หากตอบว่า “มี” ต้องระบุระดับความรุนแรงของพฤติกรรม โดยระดับ 1 - 3 หมายถึง รุนแรงน้อย 4 - 6 หมายถึง รุนแรงปานกลาง และ 7 - 9 หมายถึง รุนแรงมาก แต่หากตอบว่า “ไม่มี” ข้อคำถามนั้นจะมีระดับคะแนนเป็น 0 คะแนน ซึ่งในส่วนของการแปลผลปัญหาพฤติกรรม ใช้เป็นคะแนนเฉลี่ยของความรุนแรง คำนวณได้จากการนำผลรวมของค่าเฉลี่ยทั้ง 2 ด้าน หารด้วย 2 จุดแบ่งระดับความรุนแรงของปัญหาพฤติกรรมมี 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ยสูงกว่าหรือเท่ากับ 3.73 หมายถึง มีปัญหาพฤติกรรมในระดับรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษา คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 3.73 แต่มากกว่า 0 หมายถึง มีปัญหาพฤติกรรมในระดับไม่รุนแรง และคะแนนเท่ากับ 0 หมายถึง ไม่มีปัญหาพฤติกรรม ซึ่งแบบประเมินฉบับภาษาไทยโดยผู้วิจัย ได้ผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านเด็กและวัยรุ่น ผลการตรวจสอบความตรงได้ค่า IOC (index of item objective: IOC) .67 - 1.00 และผู้วิจัยได้นำแบบประเมินนี้ไปใช้กับผู้ปกครองเด็กออทิสติก จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .97

4. แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (ฉบับปรับปรุง) ใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ปกครองเด็กออทิสติก ซึ่งแบบสอบถามนี้แปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย Wongpakaran and Wongpakaran (2012) จากเครื่องมือต้นฉบับของ Zimet, Dahlem, Zimet, and Faley (1988) มีจำนวน 12 ข้อ ถามเกี่ยวกับการรับรู้การสนับสนุนทาง

สังคมจากแหล่งประโยชน์ 3 แหล่ง คือ ครอบครัว 4 ข้อ เพื่อน 4 ข้อ และบุคคลสำคัญ 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 7 ระดับ (1 - 7 คะแนน) คะแนนรวม 12 - 84 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมสูง การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปใช้กับผู้ปกครองของเด็กออทิสติก จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91

5. แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต พัฒนาโดย Nintachan, Sangon, and Thaweekoon (2012) มีจำนวน 28 ข้อ ถามเกี่ยวกับองค์ประกอบของความแข็งแกร่งในชีวิต 3 ด้าน คือ “I have” 9 ข้อ “I am” 10 ข้อ และ “I can” 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (1 - 5 คะแนน) คะแนนรวม 28 - 140 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง การศึกษาครั้งนี้ได้นำเครื่องมือไปใช้กับผู้ปกครองของเด็กออทิสติก จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93

6. แบบประเมินความกังวลใจเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ใช้ประเมินความรู้สึกกังวลใจต่อการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ปกครองเด็กออทิสติก พัฒนาโดย Nintachan and Sangon (2021) มีจำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (0 - 4 คะแนน) คะแนนรวม 0 - 64 คะแนน คะแนนรวมสูงหมายถึงมีความกังวลเกี่ยวกับการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูง แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และการศึกษาครั้งนี้ ได้นำเครื่องมือไปใช้กับผู้ปกครองของเด็กออทิสติก จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93

7. แบบประเมินทัศนคติของผู้ปกครองเกี่ยวกับการเรียนทางไกล ใช้ประเมินทัศนคติของผู้ปกครองต่อเรียนออนไลน์ของเด็กออทิสติกในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พัฒนาโดย Öçal, Halmatov, and Ata (2021) แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย มีจำนวน 9 ข้อ แบ่งเป็นด้านบทเรียน 4 ข้อ ด้านผู้ปกครอง 3 ข้อ และด้านเทคโนโลยี 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (1 - 5 คะแนน) คะแนนรวม 9 - 45 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่ามีทัศคติหรือมุมมองต่อการเรียนออนไลน์ว่ามีความยุ่งยาก แบบประเมินฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงโดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ .67 - 1.00 และได้นำแบบสอบถามไปใช้กับผู้ปกครองของเด็กออทิสติก จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .77

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม เอกสารรับรองเลขที่ 50/65 Exp. ลงวันที่ 3 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 และได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ เอกสารรับรองเลขที่ NPRPHEC 2565-003 ลงวันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 ตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และสิทธิของตัวอย่างก่อนลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งเป็นไปด้วยความสมัครใจ มีการเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลยื่นต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ และประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2565 ในวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 08.30-16.30 น. โดยมีพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นเป็นผู้คัดเลือกผู้ปกครองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ แนวทางการเก็บข้อมูล และสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และตอบ

แบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที ก่อนเข้าพบจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการบำบัดรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยทำนายที่ศึกษา และความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออกทิสติกของผู้ปกครอง ใช้สถิติบรรยาย การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ ได้แก่ normality, linearity, homoscedasticity และ multicollinearity ที่กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าตัวแปรตามมีการแจกแจงปกติ ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ค่า VIF ของตัวแปรอิสระทุกตัว มีค่าระหว่าง 1.03 - 1.06 และค่า Tolerance ของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าระหว่าง .94 - .98 แสดงว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง

ผลการวิจัย

ผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กออทิสติก จำนวน 85 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.24 อายุเฉลี่ย 41.99 ปี (*SD* = 8.70) เป็นมารดาของเด็กออทิสติก ร้อยละ 51.76 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 35.29 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 27.06 มีรายได้เฉลี่ย 14,925.06 บาท (*SD* = 12,228.47) ครึ่งหนึ่งมีความไม่เพียงพอของรายได้ ร้อยละ 50.59 และได้รับผลกระทบจากการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.76

เด็กออทิสติกในความดูแลของผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 84.71 อายุเฉลี่ย 8.35 ปี (*SD* = 3.14) เรียนอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.71 เป็นโรงเรียนการศึกษาทั่วไป ร้อยละ 68.24 และมีความรุนแรงของอาการออทิสติกในระดับน้อย ร้อยละ 44.71

ผู้ปกครองของเด็กออทิสติกมีค่าเฉลี่ยความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกอยู่ในระดับปานกลาง (*M* = 46.20, *SD* = 10.38) ค่าเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกอยู่ในระดับเล็กน้อย (*M* = 2.88, *SD* = 2.00) โดยส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมระดับไม่รุนแรง ร้อยละ 68.23 รองลงมาคือ มีปัญหาพฤติกรรมระดับรุนแรง ร้อยละ 30.59 และไม่มีปัญหาพฤติกรรม ร้อยละ 1.18 ตามลำดับ สำหรับความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ปกครองมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (*M* = 114.99, *SD* = 12.58) เช่นเดียวกับการสนับสนุนทางสังคม (*M* = 61.46, *SD* = 14.64) ส่วนค่าเฉลี่ยความกังวลเกี่ยวกับการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และทัศนคติของผู้ปกครองต่อการเรียนออนไลน์อยู่ในระดับปานกลาง (*M* = 30.39, *SD* = 16.09 และ *M* = 27.67, *SD* = 6.34 ตามลำดับ) (ตาราง 1)

ตาราง 1 ลักษณะของข้อมูลปัจจัยทำนายที่ศึกษาและความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก (*n* = 85)

ปัจจัยทำนาย	*Min*	*Max*	*M*	*SD*	*Sk*	*Ku*	ระดับ*
อายุของเด็กออทิสติก	3	17	8.35	3.14	.59	.48	-
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน	1,000	50,000	14,925.06	12,228.47	1.04	.09	-
ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติก	0	8.63	2.88	2.00	.84	.31	เล็กน้อย
ความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ปกครอง	82	140	114.99	12.58	.02	.06	มาก
การสนับสนุนทางสังคม	26	84	61.46	14.64	-.64	-.22	มาก
ความกังวลเกี่ยวกับการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	0	64	30.39	16.09	.14	-.63	ปานกลาง
ทัศนคติของผู้ปกครองต่อการเรียนออนไลน์	12	45	27.67	6.34	.09	.16	ปานกลาง
ความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก	25	73	46.20	10.38	.23	.34	ปานกลาง

SE_{Sk} = .26, SE_{Ku} = .52, *แปลผลจากค่าเฉลี่ยตามที่ระบุไว้ในเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผลการตรวจสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยทำนายความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของผู้ปกครองในระหว่างการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ความรุนแรงของโรคออทิสติก อายุของเด็กออทิสติก ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติก รายได้ของครอบครัว ความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ปกครอง การสนับสนุนทางสังคม ความกังวลเกี่ยวกับการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และทัศนคติของผู้ปกครองต่อการเรียนออนไลน์ มีความสัมพันธ์กันเองไม่มากกว่า .80 ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายกับความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของผู้ปกครองในระหว่างการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n = 85)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. ความรุนแรงของโรคออทิสติก[a]	1.00								
2. อายุของเด็กออกทิสติก	.06	1.00							
3. ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติก	.44*	.06	1.00						
4. รายได้ของครอบครัว	-.14	-.07	-.19	1.00					
5. ความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ปกครอง	-.08	-.12	-.15	.18	1.00				
6. การสนับสนุนทางสังคม	-.20	-.28*	-.20	.26*	.59*	1.00			
7. ความกังวลเกี่ยวกับการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	.17	.03	.29*	-.02	-.10	-.09	1.00		
8. ทัศนคติของผู้ปกครองต่อการเรียน ออนไลน์	-.01	-.02	.19	-.06	-.06	-.07	.35*	1.00	
9. ความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก	.24*	.10	.45*	-.13	-.42*	-.43*	.31*	.31*	1.00

*p < .05, [a]ความรุนแรงของโรคออทิสติก เป็นตัวแปร dummy (ระดับรุนแรง = 1, ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง = 0)

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนในโมเดลสุดท้ายพบว่า มีเพียง 3 ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของผู้ปกครองในระหว่างการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ คือ ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติก ความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ปกครอง และทัศนคติของผู้ปกครองต่อการเรียนออนไลน์ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดและเข้าสู่โมเดลการทำนายได้เป็นปัจจัยแรกในโมเดลที่ 1 คือ ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติก ปัจจัยที่เข้าโมเดลการทำนายได้เป็นลำดับที่ 2 ในโมเดลที่ 2 คือ ความแข็งแกร่งในชีวิต ซึ่งปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกและความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ปกครอง สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของผู้ปกครองในระหว่างการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ร้อยละ 34 (R^2 = .34, F (2,80) = 20.05, p = .00) และปัจจัยที่เข้าโมเดลการทำนายได้เป็นลำดับที่ 3 ในโมเดลสุดท้าย คือ ทัศนคติของผู้ปกครองต่อการเรียนออนไลน์ โดยปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติก ความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ปกครอง และทัศนคติของผู้ปกครองต่อการเรียนออนไลน์ สามารถร่วมกันทำนายหรืออธิบายความแปรปรวนของความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของผู้ปกครองในระหว่างการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ร้อยละ 38 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (R^2 = .38, F (3,79) = 16.03, p = .00) (ตาราง 3) และปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุด (*Beta* = .36, p = .00) รองลงมา คือ ความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ปกครอง (*Beta* = -.35, p = .00) และทัศนคติของผู้ปกครองต่อการเรียนออนไลน์มีอิทธิพลน้อยที่สุด (*Beta* = .22, p = .02) (ตาราง 4) ในขณะที่ปัจจัยอายุของเด็กออทิสติก ความรุนแรงของโรคออทิสติก รายได้ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และความกังวลเกี่ยวกับการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่สามารถร่วมกันทำนายหรืออธิบายความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของผู้ปกครองในระหว่างการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้

ตาราง 3 การวิเคราะห์ลำดับปัจจัยทำนายความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกในระหว่างการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n = 85)

	ปัจจัยทำนาย	R	R^2	R^2_{Change}	F	p
โมเดล 1	ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิติก	.45	.21	.21	21.15	.00
โมเดล 2	ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิติก ความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ปกครอง	.58	.34	.13	20.05	.00
โมเดล 3	ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิติก ความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ปกครอง ทัศนคติของผู้ปกครองต่อการเรียนออนไลน์	.62	.38	.04	16.03	.00

ตาราง 4 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของผู้ปกครองในระหว่างการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n = 85)

ปัจจัยทำนาย	b	SE_b	$Beta$	t	p
ค่าคงที่ (constant)	64.61	9.79		6.60	.00
ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติก	1.87	.47	.36	3.94	.00
ความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ปกครอง	-.29	.07	-.35	-3.93	.00
ทัศนคติของผู้ปกครองต่อการเรียนออนไลน์	.35	.15	.22	2.38	.02
R^2 = .38, R^2_{Change} = .04, F (3,79) = 16.03, p = .00					

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยนี้พบว่าผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กออทิสติกส่วนใหญ่เป็นมารดาของเด็กออทิสติก ซึ่งปัจจัยที่สามารถทำนายความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของผู้ปกครองในระหว่างการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติก ความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ปกครอง และทัศนคติของผู้ปกครองต่อการเรียนออนไลน์ โดยสามารถร่วมกันทำนายความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกได้ร้อยละ 38 ที่เป็นเช่นนี้ อาจเนื่องจากเด็กออทิสติกมักจะมีพฤติกรรมทั้งที่มาจากอาการหลักของโรคและปัญหาที่พบร่วม (Miranda et al., 2019; Rajanukul Institute, 2014) ทำให้ผู้ปกครองต้องใช้เวลาพลังงานไปกับการเลี้ยงดู และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา ตลอดจนมีข้อจำกัดในการใช้ชีวิต เช่น มีเวลาให้ตัวเองน้อยลง ไม่สามารถทำหน้าที่หรือความรับผิดชอบอื่น ๆ ได้ดี และมีทางเลือกในชีวิตลดลง เป็นต้น จึงสูญเสียความมั่นใจหรือไม่มีความสุขในการเลี้ยงดูเด็ก ทำให้เกิดความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติก (Berry & Jones, 1995) ดังนั้น ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกจึงมีอิทธิพลต่อความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของผู้ปกครองในระหว่างการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากที่สุด

ส่วนความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ปกครองมีอิทธิพลต่อความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของผู้ปกครองในระหว่างการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รองลงมา เพราะความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นศักยภาพของบุคคลที่จะถูกดึงมาใช้เมื่อเผชิญเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เพื่อให้บุคคลสามารถจัดการกับเหตุการณ์เหล่านั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี (Nintachan et al., 2012; Pastor-Cerezuela et al., 2015) ดังนั้น ผู้ปกครองที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตมากจะสามารถจัดการสถานการณ์ที่ยากลำบากจากการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกในสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโรนา 2019

ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้มีสุขภาพจิตที่ดี และเกิดความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กต่ำ

นอกจากนี้ ทัศนคติของผู้ปกครองต่อการเรียนออนไลน์ ยังมีอิทธิพลต่อความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของผู้ปกครองในระหว่างการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยจากการวิจัยเชิงคุณภาพของ Parenteau et al. (2020) พบว่าการรับรู้ความยุ่งยากจากการเรียนทางไกลของเด็กออทิสติกในระหว่างการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ปกครองเกิดความเครียด เนื่องจากการเรียนทางไกลเป็นการเรียนที่ผู้สอนกับผู้เรียนอยู่ไกลกัน ผู้ปกครองจึงเป็นผู้ดูแลหลักด้านการเรียนของเด็ก ซึ่งมีความยุ่งยาก และทำให้ผู้ปกครองเกิดความเครียด หงุดหงิด และเหนื่อยล้า (Efstratopoulou, Delligianidou, & Sofologi, 2021)

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังพบว่าปัจจัยอายุของเด็กออทิสติก ความรุนแรงของโรคออทิสติก รายได้ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และความกังวลเกี่ยวกับการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่สามารถร่วมกันทำนายหรืออธิบายความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของผู้ปกครองในระหว่างการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากอายุของเด็กออทิสติกและรายได้ของครอบครัวเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงตามเวลา ผู้ปกครองเด็กออทิสติกจึงต้องปรับตัวตามสถานการณ์ ประกอบกับโรคออทิสติกเป็นความผิดปกติของพัฒนาการ ทำให้ผู้ปกครองเข้าใจอยู่แล้วว่าเด็กมีพัฒนาการที่ล่าช้ากว่าวัยในบางด้าน ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอายุพัฒนาการของเด็กออทิสติกนั้นต่ำกว่าอายุจริง (Martin et al., 2018) และอายุจริงไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมอารมณ์และการปรับตัวทางสังคมของเด็กออทิสติก แต่อายุพัฒนาการทางด้านการพูดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการควบคุมอารมณ์และการปรับตัวทางสังคมของเด็กออทิสติก (Nader-Grosbois & Mazzone, 2014) ดังนั้น อายุจริงจึงไม่ได้ส่งผลต่อความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกโดยตรง แต่น่าจะเป็นอายุพัฒนาการที่น่าจะมีอิทธิพลกับความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกในระหว่างการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สำหรับความรุนแรงของโรคออทิสติกนั้นเป็นความบกพร่องด้านการติดต่อสื่อสารทางสังคมและพฤติกรรมที่กระทำซ้ำ ๆ ไม่ยืดหยุ่น ซึ่งเป็นแบบแผนเฉพาะของเด็กออทิสติกแต่ละราย ประกอบกับผู้ปกครองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.53) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป จึงน่าจะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคออทิสติกในระดับหนึ่ง ผู้ปกครองจึงเข้าใจธรรมชาติของเด็กออทิสติก และสามารถปรับมุมมอง วิธีการ ตลอดจนพฤติกรรมในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกให้ดีได้ ทำให้ยอมรับและเข้าใจในตัวเด็กมากขึ้น ความรุนแรงของโรคออทิสติกจึงไม่มีอิทธิพลต่อความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของผู้ปกครองในระหว่างการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่นเดียวกับรายได้ของครอบครัวที่พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของครอบครัวในการศึกษานี้ มีจำนวนเงินที่ครอบครัวได้รับต่อเดือนเพียงพอกับการใช้จ่ายในครอบครัว จึงทำให้รายได้ของครอบครัวไม่มีอิทธิพลต่อความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของผู้ปกครองในระหว่างการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาในเนื้อหาของการสนับสนุนทางสังคมพบว่ามีลักษณะคล้ายกับองค์ประกอบ “I have” ของความแข็งแกร่งในชีวิต ซึ่งจะเกิดขึ้นควบคู่ไปกับทักษะในการจัดการปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล หรือ “I can” ดังนั้น ความแข็งแกร่งในชีวิตจึงมีความครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคม และมีอิทธิพลหรือความสำคัญต่อความเครียดในการเลี้ยงดูของผู้ปกครองในการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่าการสนับสนุนทางสังคม ในขณะที่ความกังวลเกี่ยวกับการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก็ไม่มีอิทธิพลต่อความเครียด

ในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของผู้ปกครองในการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจเนื่องจากในการวิจัยนี้ผู้ปกครองเด็กออทิสติกมีค่าเฉลี่ยความกังวลเกี่ยวกับการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง (M = 30.39, SD = 16.09) และความกังวลส่วนใหญ่มุ่งไปที่ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกที่จะต้องให้ความสำคัญในการคอยดูแลมากกว่า

ดังนั้น แนวทางการป้องกันความเครียดในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของผู้ปกครองได้ในระหว่างการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ควรประกอบด้วย การส่งเสริมความสามารถและทักษะในการจัดการปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติก การเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ปกครอง และการส่งเสริมการปรับทัศนคติของผู้ปกครองต่อการเรียนออนไลน์โดยมีที่ปรึกษาคอยช่วยเหลือ เพราะการเรียนออนไลน์อาจเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ แต่สามารถเรียนรู้ที่จะใช้การเรียนออนไลน์ให้เป็นประโยชน์ในการปรับพฤติกรรมเด็กออทิสติกได้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการให้คำแนะนำผู้ปกครองในการหากลวิธีหรือนวัตกรรมช่วยแก้ไขปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติก ตลอดจนส่งเสริมความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลด้านการเรียนของเด็กออทิสติก และส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีความแข็งแกร่งในชีวิต เพื่อให้สามารถรับมือกับปัญหาจากการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้ความเครียดจากการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกลดลง

2. ด้านการวิจัย การวิจัยครั้งต่อไปอาจนำปัจจัยอายุพัฒนาการ เข้ามาร่วมในการศึกษาและออกแบบการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กออทิสติกควบคู่ไปกับการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในการเลี้ยงดูเด็กออทิสติกของผู้ปกครองในระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่อื่น ๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V)* (5th ed.). Arlington, VA.

Berry, J. O., & Jones, W. H. (1995). The parental stress scale: Initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships, 12*(3), 463-472.

Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Data & statistics on autism spectrum disorder.* Retrieved from https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html

Chawdhury, M., Aman, M. G., Lecavalier, L., Smith, T., Johnson, C., Swiezy, N., . . . Scahill, L. (2016). Factor structure and psychometric properties of the revised Home Situations Questionnaire for autism spectrum disorder: The home situations questionnaire- autism spectrum disorder. *Autism, 20*(5), 528-537.

Colizzi, M., Sironi, E., Antonini, F., Ciceri, M. L., Bovo, C., & Zoccante, L. (2020). Psychosocial and behavioral impact of COVID-19 in autism spectrum disorder: An online parent survey. *Brain Sciences, 10*, 341-357.

Di Renzo, M., Di Castelbianco, F. B., Vanadia, E., Petrillo, M., D'Errico, S. Racinaro, L., . . . Rea, M. (2020). Parent-reported behavioural changes in children with autism spectrum disorder during the COVID-19 lockdown in Italy. *Continuity in Education, 1*(1), 117–125.

Efstratopoulou, M., Delligianidou, S., & Sofologi, M. (2021). Exploring parents' experience on distance learning for student with ASD. *European Journal of Special Education Research, 7*(1), 14-23.

Huang, S., Sun, T., Zhu, Y., Song, S., Zhang. J., Huang. L., . . . Jing, J. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on children with ASD and their families: An online survey in China. *Psychology Research and Behavior Management, 14*, 289-297.

Latzer, I. T., Leitner, Y., & Karnieli-Miller, O. (2021). Core experiences of parents of children with autism during the COVID-19 pandemic lockdown. *Autism, 25*(4), 1047-1059.

Levante, A., Petrocchi, S., Bianco, F., Castelli, I., Colombi, C., Keller, R., . . . Lecciso, F. (2021). Psychological impact of COVID-19 outbreak on families of children with autism spectrum disorder and typically developing peers: An online survey. *Brain Sciences, 11*(6), 808.

Manning, J., Billian, J., Matson, J., Allen, C., & Soares, N. (2021). Perceptions of families of individuals with autism spectrum disorder during the COVID-19 crisis. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 51*, 2920–2928.

Marcellus, L. (2004). Are we missing anything? Pursuing research on attrition. *Canadian Journal of Nursing Research, 36*(3), 82-98.

Martin, K. B., Hammal, Z., Ren, G., Cohn, J. F., Cassell., J., Ogihara, M., . . . Messinger, D. S. (2018). Objective measurement of head movement differences in children with and without autism spectrum disorder. *Molecular Autism, 9*, 14.

Miranda, A., Mira, A., Berenguer, C., Rosello, B., & Baixauli, I. (2019). Parenting stress in mothers of children with autism without intellectual disability. Mediation of behavioral problems and coping strategies. *Frontiers in Psychology, 10*, 464.

Mutluer, T., Doenyas, C. & Genc, A. (2020). Behavioral implications of the COVID-19 process for autism spectrum disorder, and individuals' comprehension of and reactions to the pandemic conditions. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 561882.

Nader-Grosbois, N., & Mazzone, S. (2014). Emotional regulation, personality and social adjustment in children with autism disorders. *Psychology, 5*, 1750-1767.

Nintachan, P., & Sangon, S. (2021). *Development of worry about COVID-19 scale* (Research report). Bangkok: Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

Nintachan, P., Sangon, S., & Thaweekoon, T. (2012). *A resilience-enhancing program.* Bangkok: Judthong.

Öçal, T., Halmatov, M., & Ata, T. (2021). Distance education in COVID-19 pandemic: An evaluation of parent's, child's and teacher's competences. *Education and Information Technologies, 26*, 6901–6921.

Parenteau, C. I., Bent, S., Hossain, B., Chen, Y., Widjaja, F., Breard, M., . . . Hendren, R. L. (2020). COVID-19 related challenges and advice from parents of children with autism spectrum disorder. *SciMedicine Journal, 2*(Special Issue "COVID-19"), 73-82.

Pastor-Cerezuela, G., Fernández-Andrés, M. I., Tárraga-Mínguez, R., & Navarro-Peña, J. M. (2015). Parental stress and ASD: Relationship with autism symptom severity, IQ, and resilience. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 31*(4), 1-12.

Payjapoh, C. (2017). *Predicting factors of care behaviors among caregivers of newborns up to 5 years old after open heart surgery* (Master of nursing science program, pediatric nursing). Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok.

Payjapoh, C., Kongsaktrakul, C., & Vallibhakara, S. A. (2017) Predicting factors of care behaviors among caregivers of newborns up to 5 years old after open heart surgery. *Journal of Nursing Science & Health, 40*(4), 134-141.

Rajanukul Institute. (2014). *Autistic children: Handbook for parents* (3rd ed.). Bangkok.

Wang, C. (2021). Mental health and social support of caregivers of children and adolescents with ASD and other developmental disorder during COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders Report, 6,* 100242.

White, L. C., Law, J. K., Daniels, A. M., Toroney, J., Vernoia, B., Xiao, S., . . . SPARK Consortium. (2021). Brief report: Impact of COVID-19 on individuals with ASD and their caregivers: A perspective from the SPARK cohort. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 51*(10), 3766–3773. https://doi.org/10.1007/s10803-020-04816-6

Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2012). A revised Thai multi-dimensional scale of perceived social support. *The Spanish Journal of Psychology, 15*(3), 1503-1509.

Yilmaz, B., Azak, M., & Sahin, N. (2021). Mental health of parents of children with autism spectrum disorder during COVID-19 pandemic: A systematic review. *World Journal of Psychiatry, 11*(7), 388-402.

Zulkipli, A. E., Mansor, M., & Ismail, Z. (2020). Parental attitude, social support and parental stress among parents of children with autism in Selangor, Malaysia. *International Journal of Education, Psychology and Counselling, 5*(34), 160-175.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G, & Faley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment, 52*(1), 34-41.



ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สิ่งสนับสนุน และการรับรู้อุปสรรค ในการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับยาเคมีบำบัด ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

RELATIONSHIPS BETWEEN PERCEIVED BENEFITS, PERCEIVED SUPPORTS, AND PERCEIVED BARRIERS TO SYMPTOM MANAGEMENT OF CANCER PATIENTS AFTER CHEMOTHERAPY DURING THE COVID-19 PANDEMIC

รัชดาภา สีดาดาษ[1] ยศพล เหลืองโสมนภา[2] ปรวรรณ วิทย์วรานุกูล[3]
Ratchadapa Seedadard Yosapon Leaungsomnapa Porawan Witwaranukool
[1]พยาบาลวิชาชีพผู้ชำนาญการพิเศษ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
Specialized Professional Nurse, National Cancer Institute, Ratchathewi, Bangkok, 10400, Thailand
[2]อาจารย์ ดร. วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชนก จังหวัดจันทบุรี 22000
Nursing Instructor, Ph.D., Phrapokklao Nursing College, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, Chanthaburi, 22000, Thailand
[3]อาจารย์ ดร. โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
Nursing Instructor, Ph.D., Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Ratchathewi, Bangkok, 10400, Thailand
[3]Corresponding author E-mail: porawanwitwaranukool@gmail.com

Received: *April 3, 2023* Revised: *June 21, 2023* Accepted: *June 26, 2023*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สิ่งสนับสนุน และการรับรู้อุปสรรคในการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับยาเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 415 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สิ่งสนับสนุน และการรับรู้อุปสรรคในการจัดการอาการ ได้เท่ากับ .87, .92 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน การวิเคราะห์แบบแปรปรวนทางเดียว และการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สิ่งสนับสนุน (r = .667) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้อุปสรรค (r = -.244) ในขณะที่ การรับรู้สิ่งสนับสนุนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้อุปสรรค (r = -.173) อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้พบว่าการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับยาเคมีบำบัดแต่ละชนิดไม่มีความแตกต่างกัน แต่การรับรู้อุปสรรคในการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งแต่ละชนิด มีความแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F (4, 410) = 1.82, p = .022) โดยผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอมีการรับรู้อุปสรรคในการจัดการอาการมากกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (MD = - 4.310, p < .05)

ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพควรส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และสนับสนุนการจัดการอาการเพื่อลดการรับรู้อุปสรรคในการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งในช่วงมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ

คำสำคัญ : การรับรู้ประโยชน์, การรับรู้สิ่งสนับสนุน, การรับรู้อุปสรรค, ผู้ป่วยมะเร็ง, ยาเคมีบำบัด, โรคโควิด 19

Abstract

This descriptive study aimed to examine the relationships between perceived benefits, perceived supports, and perceived barriers to symptom management in patients with cancer during the COVID-19 pandemic. Four hundred and fifteen patients with cancer undergoing chemotherapy at the National Cancer Institute were enlisted as participants in this study. The content validity of the research instruments was evaluated by a panel of experts. Reliability testing yielded satisfactory results, in which the coefficients of the questionnaires about perceived benefits, perceived supports, and perceived barriers to symptom management were .87, .92 and .87, respectively. The data analysis utilized descriptive statistics, the Pearson product-moment correlation coefficient, One-way ANOVA, and a post-hoc test by the Bonferroni method.

The results indicated that perceived benefits had a positive correlation with perceived support (r = .667) and a negative correlation with perceived barriers (r = -.244). Perceived supports were negatively correlated with perceived barriers (r = -.173). On the other hand, the study found that perceived benefits and perceived supports for symptom management in each type of cancer were not statistically significant. However, perceived barriers to symptom management in each type of cancer were statistically significant (F (4, 410) = 1.82, p = .022). Notably, patients with head and neck cancer reported perceiving more barriers than patients with breast cancer (MD = - 4.310, p < .05).

Therefore, healthcare professionals should promote patients' perceptions of the benefits and support the management of related cancer symptoms, so that patients can alleviate perceived barriers when dealing with cancer during the COVID-19 pandemic.

Keywords: perceived benefits, perceived supports, perceived barriers, chemotherapy, COVID-19

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่สำคัญของโลก ในทวีปเอเชียมีอุบัติการณ์โรคมะเร็งและอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี (International Agency for Research on Cancer, 2022) ประเทศไทย มะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง ที่มีอุบัติการณ์การเกิดโรคสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่สูงถึง 139,206 คนต่อปี และเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 84,073 คนต่อปี ซึ่งเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 12.12 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2557 (National Cancer Institute, 2020) ทั้ง ๆ ที่มีวิวัฒนาการเกี่ยวกับการรักษามะเร็งดีขึ้นกว่าในสมัยอดีต

หนึ่งในวิธีการหลักในการรักษามะเร็ง คือ ยาเคมีบำบัด โดยในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 15.35 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา (National

Cancer Institute, 2020) อย่างไรก็ตาม แม้ยาเคมีบำบัดจะมีประโยชน์และมีประสิทธิผลในการรักษามะเร็ง แต่ผู้ป่วยมะเร็งยังต้องเผชิญกับอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร การรับรสชาติอาหารเปลี่ยนไป ผมร่วง อ่อนเพลีย อ่อนล้า มีแผลในปาก ผิวหนังแห้งคัน ชาปลายมือปลายเท้า และท้องผูก (Karomprat et al., 2017) อาการเหล่านี้ส่งผลกระทบทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น สูญเสียภาพลักษณ์ ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล รวมทั้งกระทบต่อบทบาทหน้าที่ และการเข้าสังคม(Numsang et al., 2018) ดังนั้น หากมีการจัดการอาการที่ไม่เหมาะสม อาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐานะภายในครอบครัว

การจัดการอาการ เป็นพฤติกรรมทางสุขภาพที่ผู้ป่วยมะเร็งเลือกใช้เพื่อบรรเทาอาการ (Karomprat et al., 2017) จากอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยมะเร็งมีการจัดการอาการหลากหลายวิธี เช่น การปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและใช้ยาแผนปัจจุบัน การจัดการอารมณ์ความรู้สึก การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การผ่อนคลายและการนวดเพื่อบรรเทาอาการ (Karomprat et al., 2017) นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ที่สามารถส่งผลต่อการจัดการอาการ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ ซึ่งเป็นความเชื่อที่บุคคลคาดหวังผลประโยชน์จากการปฏิบัติเป็นแรงเสริมหรือแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรม ส่วนการรับรู้อุปสรรค เป็นการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวาง ซึ่งมีผลต่อแรงจูงใจให้บุคคลเลี่ยงพฤติกรรมนั้น และการสนับสนุนทางสังคม เป็นส่วนหนึ่งของอิทธิพลระหว่างบุคคล ที่อาจเกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรม (Boonyasopun et al., 2018)

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีการจัดการอาการที่เหมาะสมจะรับรู้ความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานของอาการลดลง (Karomprat et al., 2017) โดยปัจจัยที่เอื้อและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดการอาการ คือ การรับรู้และบุคลิกภาพของผู้ป่วย ความรุนแรงของโรค และข้อมูลหรือคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ (Phligbua et al.,2020) รวมถึงการได้รับสนับสนุนทางสังคมจากญาติผู้ดูแลจะส่งผลต่อความสามารถของการจัดการอาการ (Karomprat et al., 2017) และการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับยาเคมีบำบัดเสริมพบว่าการรับรู้ประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม (Pongpradit et al., 2012) นอกจากนี้ ยังพบการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ว่ามีความสัมพันธ์กับการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (Chinpatanapongsa, & Suwanpatikorn, 2014) อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวไม่สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน (Joychoo et al., 2014) ความสัมพันธ์ของปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สิ่งสนับสนุน และการรับรู้อุปสรรคในการจัดการอาการยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัด และยังมีการศึกษาน้อยในผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับยาเคมีบำบัดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด 19 ด้วยผู้ป่วยมะเร็งเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เมื่อเกิดการติดเชื้อจะทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการตายที่เพิ่มสูงขึ้น(Sukhokanjanachusak, 2021) จากรายงานต่างประเทศพบว่า การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ล่าช้า โดยผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาล่าช้าไป 1 เดือน มีผลต่อความเสี่ยงในการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 6 (Hanna et al., 2020) และผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 16.1 ได้รับผลกระทบจากการถูกเลื่อนการรักษา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการเลื่อนนัดรับยาเคมีบำบัดและการผ่าตัด สาเหตุหลักเกิดจากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกลัวการติดเชื้อ นอกจากนี้ แพทย์ยังมีการเลื่อนนัด

ตามมาตรการควบคุมโรคของกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็ง ร้อยละ 22.7 มีอาการแย่ลงจากการได้รับการรักษาล่าช้าและไม่ต่อเนื่อง (Sukhokanjanachusak, 2021)

การเลื่อนการรักษาและความยากลำบากในการเข้าถึงบริการการตรวจรักษาในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เป็นอุปสรรคต่อการจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับยาเคมีบำบัด (Sukhokanjanachusak, 2021) ในต่างประเทศพบว่า ช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ผู้ป่วยมะเร็งมีการรับรู้ประโยชน์ในการจัดการอาการลดลงเนื่องจากขาดความตระหนักและแรงจูงใจในการบรรเทาอาการจากการที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางการแพทย์ลดลง (Treiman et al., 2022) นอกจากนี้ ยังพบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งที่ขาดการสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการช่วยบรรเทาอาการ เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงสถานบริการทางสุขภาพในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 (Treiman et al., 2022)

ข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นทั้งหมดนี้ แสดงให้เห็นว่าในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้สิ่งสนับสนุนในการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับยาเคมีบำบัดลดลง ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคในการจัดการอาการเพิ่มขึ้น ดังนั้น การศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สิ่งสนับสนุน และการรับรู้อุปสรรคในการจัดการอาการตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง จะนำไปสู่การวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับยาเคมีบำบัดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพ และสามารถจัดการอาการที่เกิดขึ้นหลังได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สิ่งสนับสนุนและการรับรู้อุปสรรคในการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับยาเคมีบำบัด

2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สิ่งสนับสนุนและการรับรู้อุปสรรคในการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งแต่ละชนิดหลังได้รับยาเคมีบำบัด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (correlational research)

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่แผนกผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่มีประสบการณ์รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอย่างน้อย 1 ครั้ง ทั้งแผนกผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ขนาดตัวอย่างครั้งนี้คำนวณได้จากโปรแกรม G*Power โดยกำหนดค่า Power analysis for correlation เท่ากับ .95 ความคลาดเคลื่อนในการทดสอบ เท่ากับ .05 และขนาดอิทธิพลขนาดเล็กเท่ากับ .20 (Cohen, 1977) ได้ตัวอย่างวิจัย จำนวน 319 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงมีการเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 30 (Hui et al., 2013) ได้ตัวอย่างวิจัยทั้งสิ้น จำนวน 415 คน

นอกจากนี้ ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) ตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งเพศชายหรือหญิง ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะ การรู้คิดดีอยู่ในระดับดี และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ ส่วนข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย ชนิดของมะเร็ง ชนิดของยาเคมีบำบัด อาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและวิธีการจัดการอาการ เนื่องจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ประเมินอาการของผู้ป่วยมะเร็ง โดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) (Selby et al., 2010) ฉบับภาษาไทย ลักษณะเป็น Likert's scale ตั้งแต่ 0 (ไม่มี) จนถึง 10 (มากที่สุด) มีทั้งหมด 9 อาการ คือ ปวด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิตกกังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร ความไม่สบายกายและใจ และอาการเหนื่อย ผู้วิจัยใช้แบบประเมินนี้เป็นแนวทางในการประเมินอาการผู้ป่วยมะเร็งจากการได้รับยาเคมีบำบัดในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19

2. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สิ่งสนับสนุน และการรับรู้อุปสรรค ในการวิจัยนี้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินของ Mhoryadee et al. (2018) เพื่อให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์วิจัย ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่ใช่ (1) ถึง ใช่มากที่สุด (5) มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการจัดการอาการ จำนวน 5 ข้อคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 5 – 25 คะแนน แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Levin and Rubin (1991) คือ คะแนน 5 - 11.67 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ระดับต่ำ คะแนน 11.68 - 18.25 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ระดับปานกลาง และคะแนน 18.26 - 25 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ระดับสูง

2.2 แบบสอบถามการรับรู้สิ่งสนับสนุนเกี่ยวกับการจัดการอาการ จำนวน 4 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 4 – 20 คะแนน แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Levin and Rubin (1991) คือ คะแนน 4 - 9.33 หมายถึง มีการรับรู้สิ่งสนับสนุนระดับต่ำ คะแนน 9.34 - 14.67 หมายถึง มีการรับรู้สิ่งสนับสนุนระดับปานกลาง และ คะแนน 14.68 - 20 หมายถึง มีการรับรู้สิ่งสนับสนุนระดับสูง ตามลำดับ

2.3 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการจัดการอาการ จำนวน 9 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 9 – 45 คะแนน แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Levin and Rubin (1991) คือ คะแนน 9 – 20.30 หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคระดับต่ำ คะแนน 20.40 – 32.70 หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคระดับปานกลาง และ คะแนน 32.80 – 45 หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคระดับสูง

แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สิ่งสนับสนุน และการรับรู้อุปสรรค ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เป็นอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน ที่เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง แพทย์เฉพาะทางมะเร็ง 1 ท่าน และพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 2 ท่าน จากนั้นนำไปทดสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87, .92 และ .87 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA. MURA2022/736 และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เลขที่ 010/2566 ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม และประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ ผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะเลือกเข้าร่วมวิจัยหรือยุติการเข้าร่วมวิจัยตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 4 เดือน (ระหว่างเดือนมกราคม – เมษายน พ.ศ. 2566) ภายหลังได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. เข้าพบแพทย์ หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยของสถาบันมะเร็ง

แห่งชาติ เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการเก็บข้อมูลครั้งนี้

2. ตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยจากแฟ้มเวชระเบียนของแผนกและคัดกรองผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จากแฟ้มประวัติการรักษาของผู้ป่วย

3. กรณีกลุ่มตัวอย่างได้รับยาเคมีบำบัดแบบค้างคืน ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยในวันแรกของการนอนโรงพยาบาล และให้ตอบแบบสอบถามคนละประมาณ 10 นาที กรณีกลุ่มตัวอย่างได้รับยาเคมีบำบัดแบบไม่ค้างคืน ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างระหว่างรอพบแพทย์และให้ตอบแบบสอบถามคนละประมาณ 10 นาที

4. กรณีกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์และลงคำตอบให้ผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

2. อาการของผู้ป่วยมะเร็งที่รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และพฤติกรรมการจัดการอาการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สิ่งสนับสนุน และการรับรู้อุปสรรคในการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s product-moment correlation coefficient)

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างชนิดของโรคมะเร็งกับการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สิ่งสนับสนุน และการรับรู้อุปสรรคในการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งแต่ละชนิดหลังได้รับยาเคมีบำบัด ด้วยการวิเคราะห์แบบแปรปรวนแบบทางเดียว (one-way ANOVA) และวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 จำนวน 415 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.4 มีอายุอยู่ระหว่าง18 – 85 ปี อายุโดยเฉลี่ย 56 ปี (*SD* = 11) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 37.3 ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 39.3 สิทธิ์การรักษาเป็นสิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 58.6 มีผู้ดูแลเป็นบุตรและญาติพี่น้อง ร้อยละ 83.4

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมมากที่สุด ร้อยละ 34.2 ยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับเป็นส่วนใหญ่ คือ สูตร Combined chemotherapy (Paclitaxel และ Carboplatin) มีร้อยละ16.4 อาการที่พบบ่อย 5 อาการแรกของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ปวดและง่วงซึม ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมการจัดการอาการหลังได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีอาการปวด เลือกใช้วิธีการรับประทานยาลดปวด ร้อยละ 28.7 และที่มีอาการอ่อนเพลีย อาการง่วงซึม อาการเหนื่อยหอบ และความไม่สบายกายและใจ ใช้วิธีการนอนพัก ร้อยละ 58.8, 25.8, 23.6 และ 8.2 ตามลำดับ ส่วนอาการคลื่นไส้ ผู้ป่วยใช้วิธีการรับประทานยาลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 36.4 อาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวล ผู้ป่วยใช้วิธีการพูดคุย ร้อยละ 3.4 และ 7.2 ตามลำดับ และอาการเบื่ออาหาร ผู้ป่วยใช้วิธีการรับประทานผลไม้ ร้อยละ 11.1

นอกจากนี้ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งปอด และมะเร็งศีรษะและคอ พบอาการเบื่ออาหาร ร้อยละ 58.5, 69 และ 65.5 ตามลำดับ โดยวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดใช้วิธีพยายามรับประทานอาหารที่ชอบ ร้อยละ 12, 17.2 และ 17.2 ตามลำดับ ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช

และมะเร็งทางเดินอาหารมีอาการเหนื่อยล้าร้อยละ 69.1 และ 59.5 ตามลำดับ และผู้ป่วยจัดการอาการโดยการนอนพักร้อยละ 68.1และ 57.9 ตามลำดับ

ภาพรวมในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งมีการรับรู้ประโยชน์ในการจัดการอาการหลังได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับปานกลาง (M = 17.12, SD = 4.59) โดยผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงที่สุด (M = 18.37, SD = 3.64) ในขณะที่การรับรู้สิ่งสนับสนุนในการจัดการอาการโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (M = 15.32, SD = 3.77) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (M = 15.71, SD = 2.93) และการรับรู้อุปสรรคในการจัดการอาการโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (M = 23.46, SD = 7.98) โดยผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (M = 26.20, SD = 6.80) ดังตาราง 1

ตาราง 1 การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สิ่งสนับสนุน และการรับรู้อุปสรรคในการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งแต่ละชนิด หลังได้รับยาเคมีบำบัดในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

ปัจจัย	มะเร็งต้านม (n = 142)	มะเร็งทางเดินอาหาร (n = 121)	มะเร็งนรีเวช (n = 94)	มะเร็งศีรษะและคอ (n = 29)	มะเร็งปอด (n = 29)	รวม (N = 415)	แปลผลระดับ
	M (*SD*)	*M* (*SD*)	*M* (*SD*)	*M* (*SD*)	*M* (*SD*)	*M* (*SD*)	
ประโยชน์	16.34 (4.79)	17.01 (5.18)	16.65 (5.01)	18.37 (3.64)	17.21 (4.34)	17.12 (4.59)	ปานกลาง
สนับสนุน	15.71 (2.93)	15.15 (3.78)	15.23 (3.70)	15.02 (3.81)	15.48 (4.63)	15.32 (3.77)	สูง
อุปสรรค	21.89 (7.03)	23.64 (8.81)	23.03 (8.54)	26.20 (6.80)	22.52 (8.71)	23.46 (7.98)	สูง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สิ่งสนับสนุน และการรับรู้อุปสรรคในการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับยาเคมีบำบัดในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สิ่งสนับสนุน (r = .667, p < .05) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้อุปสรรค (r = -.244, p < .05) นอกจากนี้ ยังพบว่า การรับรู้สิ่งสนับสนุนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้อุปสรรค (r = -.173, p < .05)

ช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 พบว่าการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้สิ่งสนับสนุนในการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งแต่ละชนิดหลังได้รับยาเคมีบำบัด ไม่มีความแตกต่างกัน (F (4,410) = .663, p = .618 และ F (4,410) = .166, p = .955) แต่พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งแต่ละชนิดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F (4, 410) = 1.82, p = .022) ดังตาราง 2

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ระหว่างชนิดของโรคมะเร็งกับการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สิ่งสนับสนุน และการรับรู้อุปสรรคในการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า โดยผู้ป่วยโรคมะเร็งศีรษะและคอมีการรับรู้อุปสรรคในการจัดการอาการมากกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (MD = - 4.310, p < .05) ดังตาราง 3

ตาราง 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างชนิดของโรคมะเร็งกับการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สิ่งสนับสนุน และการรับรู้อุปสรรคในการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับยาเคมีบำบัดในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 (n = 415)

ปัจจัย	แหล่งความแปรปรวน	*df*	*SS*	*MS*	*F*	*p*
การรับรู้ประโยชน์	ระหว่างกลุ่ม	4	60.893	15.223	.663	.618
	ภายในกลุ่ม	410	10274.20	23.510		
	รวม	414	10406.73			
การรับรู้สิ่งสนับสนุน	ระหว่างกลุ่ม	4	9.488	2.372	.166	.955
	ภายในกลุ่ม	410	5843.331	14.252		
	รวม	414	5852.819			
การรับรู้อุปสรรค	ระหว่างกลุ่ม	4	460.633	115.158	1.820	.022*
	ภายในกลุ่ม	410	25941.343	63.272		
	รวม	414	26401.976			

*p < .05

ตาราง 3 ผลต่างคะแนนเฉลี่ยรายคู่ระหว่างชนิดของโรคมะเร็งกับการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สิ่งสนับสนุนและการรับรู้อุปสรรคในการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับยาเคมีบำบัด (n = 415)

ปัจจัย	*M*	Mean difference (*MD*)				
		มะเร็งเต้านม	มะเร็งทางเดินอาหาร	มะเร็งนรีเวช	มะเร็งศีรษะและคอ	มะเร็งปอด
การรับรู้ประโยชน์						
มะเร็งเต้านม	16.34		- .670	- .279	- .869	- 2.030
มะเร็งทางเดินอาหาร	17.01			.360	- 1.360	- .201
มะเร็งนรีเวช	16.65				- 1.720	- 560
มะเร็งศีรษะและคอ	18.37					1.162
มะเร็งปอด	17.21					
การรับรู้สิ่งสนับสนุน						
มะเร็งเต้านม	15.71		.056	.480	.690	.230
มะเร็งทางเดินอาหาร	15.15			- .082	.130	- .330
มะเร็งนรีเวช	15.23				.210	- .259
มะเร็งศีรษะและคอ	15.02					- .460
มะเร็งปอด	15.48					
การรับรู้อุปสรรค						
มะเร็งเต้านม	21.89		- 1.089	- 1.140	- 4.310*	- .630
มะเร็งทางเดินอาหาร	23.64			.610	2.56	1.120
มะเร็งนรีเวช	23.03				- 3.170	.510
มะเร็งศีรษะและคอ	26.20					3.690
มะเร็งปอด	22.52					

*p < .05

การอภิปรายผลการวิจัย

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สิ่งสนับสนุน และการรับรู้อุปสรรคในการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับยาเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับยาเคมีบำบัดมีอาการเหนื่อยล้าและเบื่ออาหารมากที่สุด โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งศีรษะและคอ และมะเร็งปอด มีอาการเหล่านี้มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องเพียงบางส่วนกับผลการศึกษาของ Karomprat et al. (2017) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับยาเคมีบำบัด Eloxatin/Oxitan มีอาการข้างเคียง คือ การรับรสชาติอาหารเปลี่ยนไป ชาปลายมือ ปลายเท้าและนอนไม่หลับ และจากการศึกษาของ Leksuwankun and Wonganan (2020) พบว่าอาการเหนื่อยล้าและเบื่ออาหารสามารถพบได้ในระหว่างการรักษา และหลังได้รับยาเคมีบำบัดหลายสัปดาห์ ถึงแม้การรักษาเสร็จสิ้นแล้ว ซึ่งผลจากการเบื่ออาหารทำให้ผู้ป่วยมะเร็งรับประทานอาหารได้น้อย จึงได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน ส่งผลให้มีอาการอ่อนเพลีย

นอกจากนี้ ผลจากการได้รับยาเคมีบำบัดยังทำให้มีการสะสมของเสียในร่างกาย ได้แก่ กรดแลกติก ไพรูเวท ไฮโดรเจนอิออน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้า (Looyens et al., 2021) เมื่อร่างกายดึงพลังงานสะสมมาใช้ จึงทำให้อ่อนเพลียได้ (Li et al., 2019) และในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหารและมะเร็งนรีเวชจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยการนอนพัก ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน พบว่าอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งสามารถลดลงได้ด้วยการออกกำลังกาย โดยเฉพาะการออกกำลังกายแบบแอโรบิคที่สามารถลดอาการเหนื่อยล้าได้เป็นอย่างดี (Kessels et al., 2018)

อย่างไรก็ตาม การระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายภายนอกบ้าน เนื่องจากกังวลเกี่ยวกับการใกล้ชิดและสัมผัสผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด 19 (Newton et al., 2020) ดังนั้น อาจทำให้อาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งจึงสามารถพบได้ และคงอยู่เป็นระยะเวลานาน

เมื่อศึกษาระดับการรับรู้ประโยชน์ในการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งแต่ละชนิดหลังได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า โดยภาพรวมของการรับรู้ประโยชน์ของผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งอาจมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการหลังได้รับยาเคมีบำบัด โดยรับรู้ว่ามีบางอย่างที่ผิดปกติเกิดขึ้นในร่างกายจนสามารถมองเห็นอาการที่รุนแรงได้ ดังนั้น ผู้ป่วยมะเร็งจึงคำนึงถึงประโยชน์ที่อาจจะได้รับจากการจัดการอาการ อย่างไรก็ตาม การรับรู้ประโยชน์นี้อยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น อาจเนื่องจากช่วงที่ผ่านมามีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 อย่างต่อเนื่อง และอาจมีบางปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ประโยชน์ของการจัดการอาการที่ลดลง เช่น รายได้ลดลง เป็นต้น โดยการศึกษาของ Khattak et al. (2022) พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็ง คือ รายได้จากการทำงานลดลง ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถจ่ายค่ายาบางส่วนเพื่อการรักษาอาการได้ ดังนั้น อาจทำให้ความสำคัญของประโยชน์ในการจัดการอาการลดลง

นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังพบว่าระดับการรับรู้สิ่งสนับสนุนและการรับรู้อุปสรรคในการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับยาเคมีบำบัดในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 อยู่ในระดับสูง อภิปรายได้ว่า ช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ประชาชนถูกจำกัดการเดินทางและการทำกิจกรรมนอกบ้านเพื่อลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อโรคโควิด 19 สิ่งเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งรับรู้ถึงอุปสรรคในการจัดการอาการอย่างมาก ในขณะเดียวกันผู้ป่วยอาจรับรู้ถึงการช่วยเหลือสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว รวมถึงการช่วยเหลือจากบุคลากร

ทางการแพทย์ในด้านต่าง ๆ เช่น การโทรศัพท์ติดตามอาการ การจัดส่งยา เป็นต้น

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สิ่งสนับสนุน และการรับรู้อุปสรรคในการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับยาเคมีบำบัดในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางและมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับการรับรู้สิ่งสนับสนุนและการรับรู้อุปสรรคตามลำดับ ในขณะที่การรับรู้สิ่งสนับสนุนและการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กันทางลบระดับต่ำ อธิบายได้ว่าการรับรู้ประโยชน์ช่วยสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดพฤติกรรมการจัดการกับอาการโดยมีสิ่งสนับสนุนซึ่งเป็นอิทธิพลระหว่างบุคคล เช่น บุคลากรทางการแพทย์และครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Phligbua et al. (2020) ที่บ่งชี้ว่าบุคคลทั้ง 2 กลุ่ม มีความสำคัญในการส่งเสริมผู้ป่วยในการจัดการกับอาการ ปัจจัยสนับสนุนส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งเห็นประโยชน์จนสามารถทำให้เกิดพฤติกรรมของการจัดการอาการได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังพบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้สิ่งสนับสนุน อาจมาจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่ทำให้ผู้ป่วยยังคงรับรู้ถึงอุปสรรคที่ขัดขวางการจัดการอาการ แต่อุปสรรคดังกล่าวอาจสามารถลดลงได้หากมีการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้สิ่งสนับสนุนในการจัดการอาการแก่ผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาของ Treiman et al. (2022) ที่พบว่าในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 บุคลากรทางการแพทย์ให้การสนับสนุนสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งทางโทรศัพท์ ทำให้เกิดความพึงพอใจและเห็นประโยชน์ในการจัดการอาการต่าง ๆ แต่ผู้ป่วยบางรายยังมีบางอาการที่ต้องการการตรวจร่างกายจากแพทย์ เนื่องจากไม่มั่นใจในการจัดการอาการของตนเอง ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์อาจต้องเพิ่มรูปแบบการบริการทางสุขภาพในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ให้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ไม่สามารถจัดการอาการได้ด้วยตัวเองหรือขาดความมั่นใจในการจัดการอาการ

สำหรับข้อค้นพบจากการศึกษาที่พบว่ามะเร็งแต่ละชนิดมีการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้สิ่งสนับสนุนในการจัดการอาการไม่แตกต่างกัน แต่มีการรับรู้อุปสรรคในการจัดการอาการแตกต่างกัน โดยที่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีการรับรู้อุปสรรคในการจัดการอาการมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งผลการศึกษานี้มีบางส่วนที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Nayak et al. (2017) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ เป็นกลุ่มที่มีอุปสรรคในการจัดการกับอาการมากที่สุด เนื่องจากการดำเนินของโรคและความรุนแรงของอาการ (Miller & Evers, 2022) ดังนั้น การจัดการอุปสรรคโดยการควบคุมโรคและความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ จึงเป็นสิ่งที่สำคัญโดยเฉพาะในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่เป็นโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และจำเป็นที่ผู้ป่วยมะเร็งอื่น ๆ ก็ควรได้รับการตรวจติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อบรรเทาพยาธิสภาพและความรุนแรงของโรค

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีการรับรู้ประโยชน์ในการจัดการอาการระดับปานกลางและมีการรับรู้อุปสรรคในการจัดการอาการระดับสูง ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งรับรู้ประโยชน์ในการจัดการอาการเพิ่ม เช่น การให้ความรู้ และควรมีการลดอุปสรรคในการจัดการอาการให้ผู้ป่วยมะเร็ง เช่น การเพิ่มช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการอาการ หรือการสนับสนุนอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการ และการกำกับติดตามเพื่อให้การรักษาพยาบาลทางไกล เป็นต้น

2. การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอมีอุปสรรคในการจัดการอาการสูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่น ดังนั้น ควรมีการพัฒนาโปรแกรมในการเข้าถึงการจัดการอาการให้แก่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอให้เหมาะสมกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 หรือโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน

3. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการระหว่างผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยมะเร็งชนิดต่าง ๆ

เอกสารอ้างอิง

Boonyasopun, U., Aree, P., Srisuphan, W., & Wongsuraprakit, S. (2018). Perception of benefits and barriers, perceived self efficacy, social support and eating behavior toward nutritive value and safety among women living in the inner city and outside city area. *Christian University Journal, 25*(1), 1-18.

Chinpatanapongsa, E., & Suwanpatikorn, K. (2014). The study of relationship between perceived benefit perceived barrier perceived self-efficacy and breast self-examination behaviour in nursing students. *Journal of Public Health, 28*(3), 14-29.

Cohen, A. (1977). Factors in successful occupational safety programs. *Journal of Safety Research*, *9*(4), 168-178.

Hanna, T. P., King, W. D., Thibodeau, S., Jalink, M., Paulin, G. A., Harvey-Jones, E., . . . Aggarwal, A. (2020). Mortality due to cancer treatment delay: Systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal (Clinical research edition), 371*, m4087. https://doi.org/10.1136/bmj.m4087

Hui, S. K., Huang, Y., Suher, J., & Inman, J. J. (2013). Deconstructing the "first moment of truth": Understanding unplanned consideration and purchase conversion using in-store video tracking. *Journal of Marketing Research*, *50*(4), 445–462. https://doi.org/10.1509/jmr.12.0065

International Agency for Research on Cancer. (2022). *The global cancer observatory: GCO*. Retrieved from https://gco.iarc.fr

Joychoo, N., Pinyopasakul, W., & Chareonkitkarn, V. (2014). Relationships among age perceived benefits of health behaviors perceived barriers of health behaviors and health behaviors in patients with ischemic stroke. *Ramathibodi Nursing Journal, 20*(2), 236-248.

Karomprat, A., Chaichan, P., Santawesuk, U., & Sookprasert, A. (2017). Symptoms, symptom management and outcome in cancer patients undergoing chemotherapy. *Srinagarind Medical Journal*, *32*(4), 326-331.

Kessels, E., Husson, O., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2018). The effect of exercise on cancer-related fatigue in cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 9*(14), 479-494.

Khattak, S., Faheem, M., Nawaz, B., Khan, M., Khan, N. H., Ullah, N., . . . Ji, X. Y. (2022). Knowledge, attitude, and perception of cancer patients towards COVID-19 in Pakistan: A cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*, *19*(13), 7926.

Leksuwankun, S., & Wonanan, P. (2020). Chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Journal of Basic and Applied Pharmacology*, *42*(2), 23–36.

Levin, I. R., & Rubin, S. D. (1991). *Statistics for management* (5th ed.). New York, NY: Prentice Hall.

Li, Y., Dang, J., Liang, D., & Yin, L. (2019). Thermal-responsive carbon monoxide (CO) delivery expedites metabolic exhaustion of cancer cells toward reversal of chemotherapy resistance. *American Chemical Society, 5*(6), 1044-1058.

Looyens, C., Giraud, R., Silva, I. N., & Bendjelid, K. 2021. Burkitt lymphoma and lactic acidosis: A case report and review of the literature. *Physiological Reports*, *9*(4), 1-10.

Mhoryadee, K., Kanogsunthornra, N., & Panpakdee, O. (2018). Relationships between illness perception and pulmonary rehabilitation behaviors in persons with chronic obstructive pulmonary disease. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing, 29*(2), 96-110.

Miller, J. L., & Evers, J. (2022). Barriers to adherence to cancer treatments among head and neck cancer patients. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology, 13*(5), 515-523.

National Cancer Institute. (2020). *Cancer registration at hospital level 2019*. Bangkok: New Ordinary Printing (Thailand).

Nayak, M. G., George, A., Vidyasagar, M. S., Mathew, S., Nayak, S., Nayak, B. S., . . . Kamath, A. (2015). Symptoms experienced by cancer patients and barriers to symptom management. *Indian journal of palliative care*, *21*(3), 349–354. https://doi.org/10.4103/0973-1075.164893

Newton, R. U., Hart, N. H., & Clay, T. (2020). Keeping patients with cancer exercising in the age of COVID-19. *Journal of Oncology Practice, 16*(10), 656-664.

Numsang, P., Kurat, S., Baothong, K., Somboonkit, D., Supanyabut, K., Pasaribut, R., . . . Boonmas, N. (2018). The life experiences of breast cancer patients who received chemotherapy. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center, 35*(2), 140-152.

Phligbua, W., Pongthavornkamol, K., Lekdamrongkul, P., & Riangkam, C. (2020). Hematological cancer patients' perceptions of facilitators and barriers to their participation in symptom management during hospitalization. *Nursing Science Journal of Thailand*, *38*(4), 77–90.

Pongpradit, P., Arpanantikul, M., & Sirapo-ngam, Y. (2012). Selected factors related to health-promoting behaviors in women with breast cancer undergoing adjuvant chemotherapy. *Ramathibodi Nursing Journal*, *18*(1), 70-83.

Selby, D., Cascella, A., Gardiner, K., Do, R., Moravan, V., Myers, J., . . . Chow, E. (2010). A single set of numerical cutpoints to define moderate and severe symptoms for the Edmonton symptom assessment system. *Journal of pain and symptom management*, *39*(2), 241–249. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.06.010

Sukhokanjanachusak, K. (2021). The coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic on treatment outcome and requirement of the cancer patient in Suratthani Hospital. *Region 11 Medical Journal*, *35*(1), 124-136.

Treiman, K., Kranzler, E. C., Moultrie, R., Arena, L., Mack, N., Fortune, E., . . . Street, R. L. (2022). Patients' experiences with cancer care: Impact of the COVID-19 pandemic. *Journal Patient Experience, 21*(9), 237-437.



ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดร่วมกับการใช้กล่องเตือนกินยาออนไลน์ ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

THE EFFECTS OF A HEALTH-BELIEF-PROMOTING PROGRAM FOR ANTIPLATELET MEDICATION COMBINED WITH ONLINE PILLBOX REMINDER ON MEDICATION ADHERENCE AMONG PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION UNDERGOING PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

ณิรชา ศรีสุวัฒนานันท์[2] ขจี พงศธรวิบูลย์[3]
Niracha Srisuwattananun Khachee Pongsathonviboon
[1]ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
A part of a thesis, Master's Degree of Nursing Science, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University
ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากกองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
Received research grant from Navamindradhiraj University Research Fund
[2]นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)
คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300
Graduated student in Master's Degree of Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing),
Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok, 10300, Thailand
[3]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300
Assistant professor Dr., Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok, 10300, Thailand
[3]Corresponding author E-mail: Khachee@nmu.ac.th

Received: *January 10, 2023* Revised: *May 8, 2023* Accepted: *June 28, 2023*

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดร่วมกับการใช้กล่องเตือนกินยาออนไลน์ ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี อายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 46 คน ที่เข้ารับบริการ ณ หอผู้ป่วยวิกฤติและหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 23 คน ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดร่วมกับการใช้กล่องเตือนกินยาออนไลน์ กลุ่มควบคุม 23 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดร่วมกับการใช้กล่องเตือนกินยาออนไลน์ และแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งมีค่าดัชนีความตรง

ตามเนื้อหา เท่ากับ .94 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .96 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติบรรยาย และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มการทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวน-แปรปรวนร่วม และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีบอนเฟอโรนี

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดร่วมกับการใช้กล่องเตือนกินยาออนไลน์ มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (M = 87.39, SD = .94 และ M = 51.52, SD = 3.79 ตามลำดับ, t = 44.069, p = .001) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน (M = 87.39, SD = .94 และ M = 51.17, SD = 2.86 ตามลำดับ, t = 53.729, p = .001) สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดร่วมกับการใช้กล่องเตือนกินยาออนไลน์ มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานดีขึ้น ทีมสุขภาพสามารถนำไปพัฒนาใช้ในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ : ความร่วมมือในการรับประทานยา, ความเชื่อด้านสุขภาพ, ยาต้านเกล็ดเลือด, ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด, การขยายหลอดเลือดโคโรนารี

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a health-belief-promoting program for antiplatelet medication combined with online pillbox reminders on medication adherence among patients with myocardial infarction undergoing percutaneous coronary intervention by applying the health-belief model as a conceptual framework. The sample consisted of 46 patients with myocardial infarction, aged 18 years and above, undergoing percutaneous coronary intervention at the intensive medical care unit of a tertiary hospital in Bangkok. The sample was divided into 23 persons in an experimental group receiving the health-belief-promoting program for antiplatelet medication combined with online pillbox reminders, and 23 persons in a control group receiving a regular program. The instruments in this study were the health-belief-promoting program for antiplatelet medication combined with online pillbox reminders and a medication adherence assessment. The content validity index (CVI) of the assessment equaled .94, and its Cronbach's alpha coefficient was .96. The data were analyzed using descriptive statistics. The differences between the experimental group and the control group were compared using analysis of covariance (ANCOVA) and pairwise comparison by the Bonferroni method.

The research results indicated that medication adherence among the experimental group after receiving the health-belief-promoting program for antiplatelet medication, together with the use of online pill box reminders, was statistically significantly higher than before receiving the program at .05 (M = 87.39, SD = .94, and M = 51.52, SD = 3.79, respectively; t = 44.069, p = .001) as well as the control group who received regular nursing care (M = 87.39, SD = .94, and M = 51.17, SD = 2.86, respectively; t = 53.729, p = .001). It can be concluded that the health-belief-promoting program for antiplatelet medication combined with online pillbox reminders could encourage patients to have better medication adherence. Healthcare teams are able to use this program to promote medication adherence among other groups of patients accordingly.

Keywords: medication adherence, health-belief model, antiplatelet medication, myocardial infarction, percutaneous coronary intervention

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่พบได้บ่อยในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรไทยและทั่วโลก สถิติการเสียชีวิตของประชากรไทยในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ร้อยละ 80 เสียชีวิตด้วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Department of Disease Control, 2020) ข้อมูลรายงานอุบัติการณ์การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในประเทศไทยพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี และทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจำเป็นต้องได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจให้เร็วที่สุด เพื่อจำกัดบริเวณการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ การเปิดหลอดเลือดผ่านสายสวนหัวใจ (percutaneous coronary intervention: PCI) เป็นวิธีการรักษาที่ทำได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากที่สุด (Ardehali, Chen, & Khonsari, 2017) ภายหลังการรักษาผู้ป่วยจะได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี และได้รับยาต้านเกล็ดเลือดแบบคู่ หรือที่เรียกว่า Dual Antiplatelet Therapy (DAPT) รับประทานต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี และในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบ STEMI หลังทำ PCI สามารถลดอัตราการตายได้ร้อยละ 15 แต่หากไม่รับประทานยาต้านเกล็ดเลือดอย่างต่อเนื่องจะมีความเสี่ยงต่อการอุดตันในขดลวด (stent thrombosis) ทำให้ต้องรักษาด้วยการเปิดหลอดเลือดหัวใจซ้ำ (revascularization) และเป็นสาเหตุให้บางรายเสียชีวิต (Valgimigli et al., 2018) ความร่วมมือในการรับประทานยาจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรส่งเสริมให้เกิดขึ้นในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

ปัญหาพฤติกรรมการรับประทานยาที่ผ่านมาพบว่ามีสาเหตุจากการใช้ยาหลายชนิด ยาที่ต้องรับประทานมีจำนวนมาก บริหารยาไม่ถูกต้อง รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ลืมรับประทานยา ตั้งใจหยุดยาบางมื้อ ปรับยาหรือหยุดยาเอง มีปัญหาในการใช้ยาและมีความเชื่อไม่ถูกต้องในการรับประทานยา (Ritruangsak, 2016) นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และความเชื่อส่วนบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ (Becker, 1974) จากการศึกษาของ Rungsawang (2015) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ดังนั้น การรับรู้ความรุนแรงจึงเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความรุนแรงของโรค เมื่อบุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคจะทำให้บุคคลตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองว่ามีมากน้อยเพียงใด บุคคลจึงเกิดความตระหนัก และพยายามหลีกเลี่ยงในสิ่งนั้น (Becker, 1974) นอกจากนี้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและความรู้ด้านการรับประทานยายังมีส่วนสำคัญในการทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิดในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หลังทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจได้ (Boonkua, Wattanakitkrileart, Sriprasong, & Dumavibhat, 2022)

ในขณะที่การรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติตัวอย่างไรแล้วจะมีผลดีแก่ตนเอง ก็จะทำการแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายจากโรคนั้น (Becker, 1974) ซึ่งการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง (Rungsawang, 2015) อย่างไรก็ตาม พบว่าการจะทำให้บุคคลเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาได้ยังต้องให้เขารับรู้อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตน เมื่อบุคคลรับรู้ว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นเป็นความไม่สะดวกและรู้สึกว่ามีอุปสรรคขัดขวางมากกว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ก็มีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่ดีหรือเป็นอุปสรรคนั้น (Becker, 1974)

นอกจากการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคแล้ว ยังมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ได้แก่ เพศ (Becker, 1974; Pattanajak, 2019) อายุ โดยผู้ป่วยที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป และอายุน้อยกว่า 50 ปี มีความร่วมมือในการรับประทานยาต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 50 - 69 ปี ระดับการศึกษา จากการศึกษาของ Seetisan et al. (2013) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เป็นต้น

ปัจจุบันการประยุกต์เทคโนโลยีทางการสื่อสารเข้ามามีบทบาทและมีความสำคัญในงานด้านสุขภาพมากขึ้น เพราะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย ช่วยลดข้อจำกัดต่าง ๆ และมีหลายการศึกษานำมาใช้ในการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา เช่น การศึกษาของ Kumpiriyapong (2017) ใช้การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมร่วมกับการได้รับโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมการใช้ยาสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ Seesanea (2017) ที่ใช้โมบายแอปพลิเคชันต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาหลังการใช้โมบายแอปพลิเคชันสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตาม แอปพลิเคชันแม้จะเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา แต่ยังมีข้อจำกัดในการใช้งานที่เป็นการสื่อสารแบบทางเดียว ปัจจุบันจึงมีการพัฒนา Message Queuing Telemetry Transport (MQTT) ช่วยในการส่งข้อความและทำหน้าที่จัดการคิวรับ - ส่งข้อมูลระหว่างอุปกรณ์ โดยใช้ Software Node RED ในการควบคุมการทำงานต่าง ๆ เช่น การตั้งเวลาเตือน การเรียกดูข้อมูลย้อนหลัง (Tipaksorn, 2022) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำการสื่อสารแบบ Message Queuing Telemetry Transport (MQTT) ร่วมกับ Software Node RED มาประยุกต์ใช้ในการผลิตกล่องเตือนกินยาออนไลน์ เพื่อให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ได้รับการแจ้งเตือนการรับประทานยา สามารถเรียกดูข้อมูลย้อนหลังได้ และสามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้ และเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ยั่งยืน ผู้วิจัยได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้การจัดการอุปสรรค มาเชื่อในการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านพฤติกรรมสุขภาพในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด ซึ่งน่าจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาที่ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ตามที่ได้ทบทวนวรรณกรรมมาในข้างต้น นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีและโอกาสรอดชีวิตจากการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดร่วมกับการใช้กล่องเตือนกินยาออนไลน์กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริม

ความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดร่วมกับการใช้กล่องเตือนกินยาออนไลน์

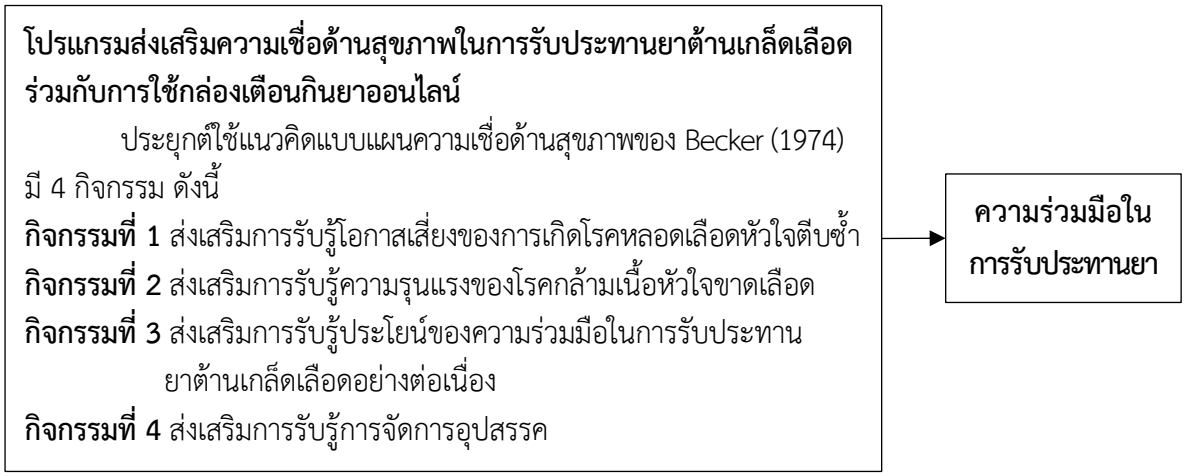
สมมุติฐานวิจัย

1. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดร่วมกับการใช้กล่องเตือนกินยาออนไลน์ มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดร่วมกับการใช้กล่องเตือนกินยาออนไลน์ มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค ซึ่งเมื่อนำมาส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาโดยใช้กล่องเตือนกินยาออนไลน์ให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีนำกลับไปใช้ที่บ้าน โดยมีการกำกับติดตามทางโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลผ่านทางหน้าเว็บไซต์ และกระตุ้นเตือนการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดอย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง ทางโทรศัพท์ รวมทั้งมีกิจกรรมให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ทางเว็บไซต์เป็นรายบุคคล จะทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องและเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดที่ต่อเนื่อง ปลอดภัย และยั่งยืน



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi–experimental research) แบบ 2 กลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ประชากร คือ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ที่เข้ารับบริการ ณ หอผู้ป่วยวิกฤตและหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ได้มาด้วยการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์คัดเลือกตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี 3) มีสมาร์ทโฟนที่ใช้ในการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม กระตุ้นเตือนเข้าสู่เว็บไซต์ได้ และมีสัญญาณอินเทอร์เน็ตหรือ Wi-Fi (wireless fidelity) ที่ใช้งานได้ 4) สามารถติดต่อทางสมาร์ทโฟนและใช้สื่อวีดิทัศน์ทางเว็บไซต์ได้ 5) มี Wi-Fi บ้านที่เชื่อมต่อสัญญาณกล่องเตือนกินยาออนไลน์ได้ 6) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสาร และเข้าใจภาษาไทย กรณีอายุ≥60 ปี ต้องได้คะแนนจากแบบประเมิน GP-COG (ฉบับภาษาไทย) 9 คะแนน คือ มีความรู้ความเข้าใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ 7) ไม่มีปัญหาการมองเห็นและการได้ยินที่ผิดปกติ

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีภาวะวิกฤตที่ต้องรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วน เช่น เจ็บหน้าอก หน้ามืด ใจสั่น ชีพจรเต้นผิดจังหวะ หายใจหอบเหนื่อย เป็นลม ภาวะเลือดออกชนิดรุนแรง (major bleeding) โดยผู้วิจัยจะยุติการให้โปรแกรมทันที และประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และรายงานแพทย์เพื่อทำการรักษาที่เหมาะสม และ2) ไม่สามารถมาตรวจตามนัดได้ทุกครั้ง

การกำหนดขนาดตัวอย่างในการวิจัย ผู้วิจัยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1 โดยอาศัยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) (Kang, 2021) ที่กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกันของ Seesanea and Wattanakitkrileart (2018) โดยนำค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมาแทนค่าในโปรแกรม ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ .76 และกำหนดอำนาจทดสอบเท่ากับ .80 ความคลาดเคลื่อนในการทดสอบที่ระดับ .05 ได้ขนาดตัวอย่าง 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 คน และมีการจับคู่ (matched pair) เพศ อายุ และระดับการศึกษา เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง สำหรับผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ผู้วิจัยใช้เป็นแบบประเมิน GP-COG (The general practitioner assessment of cognition) ฉบับภาษาไทยของ Griffith, Puttinoi, and Pongsaksri (2014) แบ่งเป็น 2 ตอน ตอนที่ 1 ประเมินผู้ป่วย ตอนที่ 2 ประเมินผู้ดูแล การวิจัยนี้ใช้เฉพาะตอนที่ 1 ที่มีทั้งหมด 6 ข้อ คะแนนรวม 9 คะแนน โดยผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ ต้องได้คะแนนรวมเท่ากับ 9 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพในปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การขยายหลอดเลือดโคโรนารี สิทธิการรักษาพยาบาล ประวัติการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด จำนวนยาที่รับประทาน และผู้ดูแลเรื่องการรับประทานยา

2.2 แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา ผู้วิจัยพัฒนาและปรับปรุงจากแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาของ Surasrisakul and Ua-Kit (2012) เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทที่ทำการศึกษา มีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ทำเป็นประจำ ทำบ่อย ทำเป็นบางครั้ง ทำนาน ๆ ครั้ง ไม่เคยทำเลย คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 หมายถึง ความร่วมมือในการรับประทานยาดี (Kronis & Ye, 2013) เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .94 และวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .96

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดร่วมกับกล่องเตือนกินยาออนไลน์ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ทำในวันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีรายละเอียด ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ โดยเน้นการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค รวมถึงความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดเพื่อหลีกเลี่ยงโอกาสเสี่ยงของการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ ผู้วิจัยมีการประเมินความเสี่ยง ค้นหาปัจจัยเสี่ยงของตัวอย่างหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี และเปิดโอกาสให้ตัวอย่างได้แสดงการรับรู้ หรือประสบการณ์ และความเชื่อเดิมเกี่ยวกับความเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และหลังจากนั้นให้ผู้ป่วยชมวีดิทัศน์สื่อการสอนทางเว็บไซต์ แบ่งเป็น 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เนื้อหาประกอบด้วย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และวิธีการรักษา ตอนที่ 2 ยาต้านเกล็ดเลือด ประกอบด้วย วิธีการใช้ยา ประโยชน์ การออกฤทธิ์ ผลข้างเคียง คำแนะนำ แนะนำการใช้ยา

กิจกรรมที่ 2 ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยมุ่งเน้นการทำความเข้าใจผลเสียที่จะเกิดตามมาจากภาวะหรือความผิดปกติในทุก ๆ ด้าน จากการชมวีดิทัศน์ 2 ตอนเดิมในเว็บไซต์ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ถึงผลกระทบจากความรุนแรงของโรค และเห็นความสำคัญของการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด ผู้วิจัย

กิจกรรมที่ 3 ส่งเสริมการรับรู้ประโยน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการอธิบายประสิทธิภาพหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากความร่วมมือในการรับประทานยา จากการชมวีดิทัศน์ 2 ตอนเดิมในเว็บไซต์

กิจกรรมที่ 4 ส่งเสริมการรับรู้การจัดการอุปสรรค โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ทางเว็บไซต์ เรื่องผลข้างเคียงของยาต้านเกล็ดเลือดแต่ละชนิด จากการชมวีดิทัศน์ 2 ตอนเดิมในเว็บไซต์ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ผลข้างเคียงของยาไม่กลัวผลข้างเคียงของยา หยุดยาหรือขาดยา

ภายในโปรแกรมมีการแจกกล่องเตือนกินยาออนไลน์ให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองนำกลับไปใช้ที่บ้าน และลงบันทึกการรับประทานยา โดยผู้วิจัยเป็นผู้ติดตาม กระตุ้นเตือนทางหน้าเว็บไซต์ โทรศัพท์สอบถามการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด เพื่อเตือนให้รับประทานยาให้ตรงเวลา สม่ำเสมอต่อเนื่อง ไม่เกิดพฤติกรรมลืมรับประทานยา และให้ตัวอย่างดูเม็ดยาจริงที่ได้ไปรับประทานต่อเนื่องที่บ้าน ร่วมทั้งให้คำแนะนำวิธีการหลีกเลี่ยงหรือจัดการกับอาการข้างเคียงของยาต้านเกล็ดเลือดและแนวทางแก้ไข

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ (KFN-IRB2021-17) และจากคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช (COA 147/2564) ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียด และขอความยินยอมกับผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมการวิจัย และแจ้งการรักษาความลับ รวมทั้งสิทธิการรักษาพยาบาลที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับยังคงเดิม ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา และในการวิจัยนี้เพื่อให้เป็นไปตามหลักความยุติธรรม (justice) หลังสิ้นสุดโครงการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำโปรแกรมที่กลุ่มทดลองได้รับแก่กลุ่มควบคุม หากกลุ่มควบคุมสนใจสามารถดำเนินการได้ในทันที

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยนี้ภายหลังได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตศึกษาวิจัยและเก็บรวบรวม

ข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล และเริ่มทำการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2564 ที่หอผู้ป่วยวิกฤตและหอผู้ป่วยอายุรกรรม โดยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 23 คน แล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสอง มีขั้นตอนการดำเนินการทดลอง ดังนี้

<u>กลุ่มควบคุม</u>

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวิธีการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ ขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา (pre-test) (ใช้เวลา 10 - 15 นาที) จากนั้นให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤตและหอผู้ป่วยอายุรกรรม ประกอบด้วย การให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับยา ให้แผ่นพับความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ให้คำแนะนำการรับประทานยาต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การมาพบแพทย์ตามนัด เป็นรายบุคคล และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์

สัปดาห์ที่ 2, 4, 6, 8, 10 ใช้เวลา 5 - 10 นาที ในการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ สอบถามเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด โดยใช้แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา

สัปดาห์ที่ 3, 5, 7, 9, 11 ให้กลุ่มควบคุมดำเนินชีวิตตามปกติภายหลังออกจากโรงพยาบาล

สัปดาห์ที่ 12 ณ ห้องตรวจหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มควบคุมในการตอบแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด (post-test) ทาง Google Form เป็นรายบุคคล โดยใช้เวลาในช่วงที่รอพบแพทย์คนละ 10 - 15 นาที

<u>กลุ่มทดลอง</u>

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถาม Pre-test เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม (ใช้เวลา 10 – 15 นาที) และทำการติดตั้งทางลัดของเว็บไซต์บนสมาร์ทโฟนผู้ป่วย เพื่อความสะดวกในการเข้าถึงสื่อการสอนวีดิทัศน์ 2 เรื่อง ในเว็บไซต์ หลังจากนั้น ผู้วิจัยแนะนำวิธีการใช้งานกล่องเตือนกินยาออนไลน์ รวมถึงการติดตั้งเชื่อมต่อสัญญาณ Wi-Fi บ้าน พร้อมทั้งสมุดคู่มือการใช้งาน และดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม (กิจกรรมที่ 1 - 4) ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ใช้เวลา 10 นาที ในการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ

กิจกรรมที่ 2 ใช้เวลา 5 นาที ในการส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

กิจกรรมที่ 3 ใช้เวลา 10 นาที ในการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดอย่างต่อเนื่อง และมีการสอนวิธีใช้ยาตามหลัก 7R เพื่อให้รับประทานยาได้ถูกต้องและปลอดภัย

กิจกรรมที่ 4 ใช้เวลา 5 นาที ในการส่งเสริมการรับรู้การจัดการอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

เมื่อทำครบทั้ง 4 กิจกรรม ผู้วิจัยสรุปความรู้จากทั้ง 3 กิจกรรม ใช้เวลา 5 นาที และทบทวนวิธีการใช้งานกล่องเตือนกินยาออนไลน์ที่ให้กลุ่มทดลองไปใช้ที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 2, 4, 6, 8 และ 10 ใช้เวลาในการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ครั้งละ 5 -10 นาที โดยมีประเด็นในการสอบถามโทรศัพท์ ดังนี้

1) สอบถามเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด โดยใช้แบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยา

2) สอบถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของการใช้กล่องเตือนกินยาออนไลน์ หากกลุ่มทดลองมีข้อสงสัย ผู้วิจัยให้คำแนะนำและเสนอวิธีการแก้ไข

สัปดาห์ที่ 3, 5, 7, 9 และ 11 กลุ่มทดลองปฏิบัติตัวตามคำแนะนำในโปรแกรมอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 12 ณ ห้องตรวจหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด (post-test) ทาง Google Form เป็นรายบุคคล โดยใช้เวลาในช่วงที่รอพบแพทย์ คนละ 10 - 15 นาที เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยนี้ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยใช้ความถี่และร้อยละ ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวน-แปรปรวนร่วม (analysis of covariance: ANCOVA) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ (pairwise comparison) ด้วยวิธีบอนเฟอโรนี (Bonferroni) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีในการวิจัยนี้ จำนวน 46 คน เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 คน ซึ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลไม่แตกต่างกัน โดยส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 82.61 และ 82.61 ตามลำดับ อายุ 60 - 79 ปี ร้อยละ 52.17 และ 56.52 ตามลำดับ สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 69.57 และ 69.57 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 47.83 และ 34.78 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนมากประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 43.48 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนมากประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 47.83 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนมากมีรายได้ 5,000 - 15,000 บาท/เดือน ร้อยละ 34.78 และ 26.09 ตามลำดับ และมีประวัติได้รับการรักษาด้วยวิธีขยายหลอดเลือดโคโรนารี โดยได้รับการใส่ขดลวดครั้งที่ 1 ร้อยละ 56.52 และ 60.87 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีประวัติการได้รับยาต้านเกล็ดเลือด ร้อยละ 43.48 และ 52.17 ตามลำดับ จำนวนชนิดของยาเดิมที่รับประทานต่อเนื่อง 1 - 2 ชนิด ร้อยละ 52.17 และ 47.83 ตามลำดับ และระหว่างการเจ็บป่วยไม่มีผู้ดูแลช่วยเหลือเรื่องการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด ร้อยละ 100 เช่นเดียวกันทั้งสองกลุ่ม

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาระหว่างกลุ่มการทดลองกับกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดร่วมกับการใช้กล่องเตือนกินยาออนไลน์ มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนทดลองไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (M = 51.17, SD = 2.86 และ M = 51.43, SD = 3.53 ตามลำดับ, t = -.276, p = .784) และหลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดร่วมกับการใช้กล่องเตือนกินยาออนไลน์ มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (M = 87.39, SD = .94 และ M = 51.52, SD = 3.79 ตามลำดับ, t = 44.069, p = .001) (ตาราง 1) และเมื่อควบคุมอิทธิพลของคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มการทดลองมีความแปรปรวน-แปรปรวนร่วมของคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (F (1,43) = 2173.90, p = .000) (ตาราง 2)

3. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดร่วมกับการใช้กล่องเตือนกินยาออนไลน์ มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (M = 87.39, SD = .94 และ M = 51.17, SD = 2.86 ตามลำดับ, t = 53.729, p = .001) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 46)

ความร่วมมือในการรับประทานยา	กลุ่มทดลอง (n = 23)		กลุ่มควบคุม (n = 23)		t	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนทดลอง	51.17	2.86	51.43	3.53	-.276	.784
หลังทดลอง	87.39	.94	51.52	3.79	44.069	.001

ตาราง 2 ความแปรปรวน-แปรปรวนร่วมของคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาหลังการทดลองระหว่างกลุ่มการทดลองกับกลุ่มควบคุม เมื่อควบคุมอิทธิพลคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนการทดลอง (N = 46)

	กลุ่มทดลอง (n = 23)	กลุ่มควบคุม (n = 23)	MD	SE	F	p
	M	M				
ความร่วมมือในการรับประทานยา	87.35	51.56	35.79	.768	2173.90	.000

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

	ความร่วมมือในการรับประทานยา				t	p
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			
	M	SD	M	SD		
กลุ่มทดลอง (n = 23)	51.17	2.86	87.39	.941	53.729	.001
กลุ่มควบคุม (n = 23)	51.43	3.53	51.52	3.79	.067	.947

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดร่วมกับการใช้กล่องเตือนกินยาออนไลน์ มีความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากโปรแกรมนี้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ที่มีการทดลองเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ และตลอดระยะเวลาดังกล่าวมีการติดตามและให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง รวมทั้ง มีการใช้กล่องเตือนกินยาออนไลน์ที่เชื่อมต่อสัญญาณมาที่เว็บไซต์ของผู้วิจัยทำให้ผู้วิจัยทราบว่าผู้ป่วยท่านใดยังไม่รับประทานยาต้านเกล็ดเลือดตามที่ลงบันทึก

การรับประทานยาไว้ในระบบ ผู้วิจัยก็จะโทรศัพท์ไปสอบถามและกระตุ้นเตือน จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการปฏิบัติตัว อย่างไรมีผลดีแก่ตนเอง ก็จะทำการแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค และการติดตามกระตุ้นเตือนตลอดอย่างต่อเนื่อง ทำให้ได้รับความร่วมมือในการรับประทานยาเป็นอย่างดี ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด ร่วมกับการใช้กล่องเตือนกินยาออนไลน์ มีความร่วมมือในการรับประทานยาดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kumpiriyapong and Sasat (2017) พบว่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดร่วมกับการใช้กล่องเตือนกินยาออนไลน์ มีความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากโปรแกรมนี้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ที่ประกอบด้วย การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การส่งเสริมการรับรู้ประโยน์ของความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดอย่างต่อเนื่อง และการส่งเสริมการรับรู้การจัดการอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี และมีการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยกระตุ้นและทบทวนความรู้ 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และตอนที่ 2 ยาต้านเกล็ดเลือด ซึ่งสื่อทั้ง 2 ตอน ผู้ป่วยกลุ่มทดลองสามารถทบทวนผ่านทางเว็บไซต์ได้ตลอดเวลา นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้ติดตั้งทางลัดในการเข้าเว็บไซต์บนสมาร์ทโฟนของผู้ป่วย จึงทำให้สะดวกต่อการเข้าถึงการทบทวนความรู้ และเมื่อรวมกับการใช้กล่องเตือนกินยาออนไลน์ที่เชื่อมต่อสัญญาณอินเตอร์เน็ตผ่านระบบ WiFi บ้าน มาที่เว็บไซต์ของผู้วิจัยทำให้ผู้วิจัยทราบว่าผู้ป่วยท่านใดยังไม่รับประทานยาต้านเกล็ดเลือดก็จะโทรศัพท์ไปสอบถามและติดตามกระตุ้นเตือน รวมทั้งมีการเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยหรือปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน และกล่าวชมเชยให้กำลังใจตัวอย่าง ผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่และการพิมพ์ข้อความผ่านเว็บไซต์ ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดร่วมกับการใช้กล่องเตือนกินยาออนไลน์ มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Chuaytaen and Ua-Kit (2016) พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรคสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังพบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า จึงอาจทำให้สามารถใช้สมาร์ทโฟนในการทบทวนความรู้ผ่านเว็บไซตได้อย่างไม่มีปัญหา จึงเกิดความรู้ ความเข้าใจ และมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดที่ดี ส่งผลให้มีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ดังนั้น การนำโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดที่ประกอบด้วยแนวคิดของ Becker (1974) สื่อการสอนที่เป็นวีดิทัศน์เกี่ยวข้องกับโรคและยาบนเว็บไซต์ การใช้สมาร์ทโฟนและการใส่ช่องทางลัด

ในการเข้าเว็บไซต์ และการกำกับติดตาม ช่วยเหลือผ่านช่องทางบนเว็บไซต์ ร่วมกับการใช้กล่องเตือนกินยาออนไลน์ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดเพิ่มมากขึ้น นำไปสู่การเกิดความปลอดภัยและต่อเนื่องในการรับประทานยาและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรนำโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด ร่วมกับการใช้กล่องเตือนกินยาออนไลน์ไปใช้ในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาที่ยั่งยืน

2. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด ร่วมกับการใช้กล่องเตือนกินยาออนไลน์ไปใช้เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี

3. ควรมีการนำโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด ร่วมกับการใช้กล่องเตือนกินยาออนไลน์ไปพัฒนาส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน

4. ควรมีการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมในระยะเวลา 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินผลของโปรแกรมในระยะยาว และเพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีในแต่ละช่วงเวลา เนื่องจากผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีจำเป็นต้องรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต

เอกสารอ้างอิง

Ardehali, A., Chen, J. M., & Khonsari, S. (2017*). Khonsari's cardiac surgery*: *Safeguards and pitfalls in operative technique.* China: Wolters Kluwer.

Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health education monographs, 2*, 324-473.

Boonkua, C., Wattanakitkrileart, D., Sriprasong, S., & Dumavibhat, C. (2022). Factors predicting adherence to dual antiplatelet medications among patients with acute coronary syndrome after percutaneous coronary Intervention. *Nursing Science Journal of Thailand*, *40*(3), 60-75.

Chuaytaen, T., & Ua-Kit, N. (2016). The effect of promoting perceived benefits and perceived barriers program on medication adherence of myocardial infarction patients who underwent percutaneous coronary intervention. *Songklanagarind Journal of Nursing*, *36*(3), 56-76.

Department of Disease Control. (2020). Knowing about diseases and health threats: Sor Kor 6, Chonburi invites you to protect your heart on World Heart Day. Retrieved from https://www.ddc.moph.go.th/odpc6/news.php?news=14902&deptcode=odpc6&news_views=265

Griffiths, J., Puttinoi, S., & Pongsaksri, M. (2014). *The general practitioner assessment of cognition; GPCOG (Thai version): Validity and reliability. Poster session presented at 9th Pan-Pacific Conference on Rehabilitation cum, 21st Annual Congress of Gerontology, Hong Kong.* Retrieved from http://www.gpcog.com.au/uploads/ckfinder/userfiles/files/20160606_Thai_GOCOG%20Update%20 Jiranan%20 Griffiths.pdf

Kang, H. (2021). Sample size determination and power analysis using the G*Power software. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions, 18*(1) , 17- 28. http://doi. org/ 10. 3352/ jeehp. 2021.18.17

Kronish, I. M., & Ye, S. (2013). Adherence to cardiovascular medications: Lessons learned and future directions. *Progress in cardiovascular diseases*, *55*(6) , 590-600. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov›articles

Kumpiriyapong, N., & Sasat, S. (2017). The effect of health belief programme on medicine used behavior in older persons with hypertension. *Royal Thai Navy Medical Journal*, *44*(3), 67-83.

Orem, D. E. (1985). *Nursing: concepts of practice* (3rd ed.). New York, NY: McGraw-hill.

Pattanajak, C. (2019). Medication adherence in elderly patients with chronic disease at Lad Pattana health promoting hospital, Muang district, Mahasarakham province. *Mahasarakham Hospital Journal, 16*(3), 13-22.

Penpimo, P. (2016). The influence of perceived medication necessity, medication concern, patient-healthcare provider communication, and complexity of medical regimens on medication adherence in patients with acute coronary syndrome after hospitalization. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, *17*(3), 149-157.

Ritruangsak, S. (2016). Self-care for medication use in adults with coronary artery disease. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, *27*(1), 85-97.

Rungsawang, S. (2015). Factors related to polypharmacy medication adherence among older persons with chronic illness. *Journal of Nursing, Siam University*, *18*(35), 6-23.

Seesanea, S., & Wattanakitkrileart, D. (2018). The effect of mobile application on medication adherence in patients with acute coronary syndrome after hospitalization. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, *28*(1), 61-74.

Seetisan, P., Suwannarat, A., & Jailungkar, J. (2013). Factors associated with self-care behaviors among uncontrolled hypertension patients in Dokkhamtai hospital, Dokkhamtai district, Phayao province. *Lanna Public Health Journal*, *9*(2), 120-136.

Surasrisakul, I., & Ua-Kit, N. (2012). Predicting factors of medication adherence among myocardial infarction patients after underwent percutaneous coronary intervention. *Journal of The Police Nurses*, *4*(2), 60-70.

Tipaksorn, P. (2022). A cloud-based AIoT application in smart building. *RMUTL Engineering Journal, 7*(1), 52-61.

Valgimigli, M., Bueno, H., Byrne, R. A., Collet, J. P., Costa, F., Jeppsson, A., . . . ESC Scientific Document Group. (2018). 2017 ESC focused update on dual antiplatelet therapy in coronary artery disease developed in collaboration with EACTS. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery: Official Journal of the European Association for Cardio-thoracic Surgery, 53*(1), 34–78. https://doi.org/10.1093/ejcts/ezx334



ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับผู้ดูแล ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อความสามารถของผู้ดูแลและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

THE EFFECTS OF A SUPPORTIVE - EDUCATIVE NURSING PROGRAM VIA LINE APPLICATION FOR CAREGIVERS ON CAREGIVERS' CAPABILITIES AND ACTIVITIES OF DAILY LIVING AMONG PATIENTS WITH STROKE AT HOME

รณิดา สารวรางค์กูร[1] ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล[2] เกสรี เลิศประไพ[3]
Ranida Sarawangkul Teepatad Chintapanyakun Kesree Lertprapai
[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมุทรปราการ อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ 10270
Registered Nurse, Professional Level, Samutprakan Hospital, Mueang Samutprakan District, Samutprakan, 10270, Thailand
[2]พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ ดร. ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
Senior Nurse Professional Level, Ph.D., Department of Nursing Service, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Ratchathewi, Bangkok, 10400, Thailand
[3]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสมุทรปราการ อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ 10270
Senior Nurse Professional Level, Samutprakan Hospital, Mueang Samutprakan District, Samutprakan, 10270, Thailand
[2]Corresponding author E-mail: bigchin1986@gmail.com

Received: *April 29, 2023* Revised: *June 19, 2023* Accepted: *June 28, 2023*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถของผู้ดูแล และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกโรงพยาบาลสมุทรปราการ สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายตามเกณฑ์การคัดเข้า ซึ่งผู้วิจัยมีการจับคู่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นรายบุคคลและทำการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 32 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 32 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้กับผู้ดูแลผู้ป่วยผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เท่ากับ .83 และ 1.00 ตามลำดับ และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแล และค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าค่าเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง (*M* = 132.09, *SD* = 11.04) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (*M* = 98.75, *SD* = 21.78) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (*t* = 9.116, *p* = .000) และค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลอง (*M* = 89.53, *SD* = 14.05) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (*M* = 74.69, *SD* = 19.43) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (*t* = 3.503, *p* = .001)

คำสำคัญ : ความสามารถของผู้ดูแล, ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, โปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้, แอปพลิเคชันไลน์

Abstract

This experimental research aimed to compare the caregivers' capabilities and activities of daily living among patients with stroke at home between the experimental group and the control group. The participants were the direct caregivers and stroke patients who received their first diagnosis at Samutprakan Hospital. A simple random sampling technique was applied to recruit the sample into the study regarding the inclusion criteria. The matching method was applied to identify each patient with an ischemic stroke. The participants were randomly assigned to the experimental group (*n* = 32) receiving a supportive-educative nursing program via line application and the control group (*n* = 32) receiving standard nursing care. The data were collected by using the questionnaires that assessed the capability of caregivers in looking after stroke patients and the ability in performing activities of daily living among patients with stroke. Three experts assessed the content validity of these two research instruments receiving .83 and 1.00 scores, respectively. The internal consistency reliability was tested by Cronbach's alpha and found as .81 and .93, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics, paired sample *t*–test, and independent sample *t*–test.

The results of this study revealed that the caregivers' capabilities and activities of daily living among patients with stroke who participated in the supportive-educative nursing program via line application for caregivers had a statistically significant higher mean score than before participating in the program at the level of .05. The experimental group had a statistically significant higher mean score of caregivers' capabilities than the control group at the level of .05 (experimental group: *M* = 132.09, *SD* = 11.04; control group: *M* = 98.75, *SD* = 21.78; *t* = 9.116, *p* = .000). Furthermore, the experimental group had a statistically significant higher mean score of activities of daily living among patients with stroke than the control group at the level of .05 (experimental group: *M* = 89.53, *SD* = 14.05; control group: *M* = 74.69, *SD* = 19.43; *t* = 3.503, *p* = .001).

Keywords: caregivers' capabilities, abilities of daily living among patients with stroke, supportive-educative nursing program, line application

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีแนวโน้มสูงขึ้น จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พบว่าประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 13 ล้านคนต่อปี เสียชีวิตด้วยโรค

หลอดเลือดสมองประมาณ 5.5 ล้านคน รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 7.5 ล้านคน ซึ่งในจำนวนนี้มีความพิการถาวรเกิดขึ้นประมาณ 5 ล้านคน (World Health Organization, 2019) และสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ทุก ๆ 40 วินาที จะมีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 คน (Virani et al., 2020) สำหรับประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 - 2562 มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นจาก 28,146 คน เป็น 34,728 คน (Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, 2020) โรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นสาเหตุของเกิดความพิการและการเสียชีวิต

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019: COVID 19) ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดการเข้าถึงโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการในระบบสุขภาพล่าช้า หรือได้รับการติดตามที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Qureshi et al., 2021) ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาการฟื้นตัวและมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันลดลง ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งบางรายไม่สามารถทำกิจกรรมพื้นฐานในชีวิตประจำวันแบบอิสระได้ ต้องพึ่งพาผู้ดูแลเป็นอย่างมาก

สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลสมุทรปราการ ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ระหว่างปี พ.ศ. 2562 - 2564 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบที่เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยง (ischemic stroke) จำนวน 901, 568 และ 896 คน ตามลำดับ ได้รับการวินิจฉัยและรักษาด้วยช่องทางเร่งด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (acute stroke fast track) และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) เมื่อพ้นภาวะวิกฤตจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่งต่อไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้ได้รับการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งในช่วงที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล 3 - 4 วัน ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการเตรียมความพร้อมในการกลับบ้านไม่ทัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสามารถของผู้ดูแลทั้งด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะข้อติดแข็ง ท้องผูก การเกิดอุบัติเหตุ ภาวะปอดอักเสบ และการเกิดแผลกดทับ เป็นต้น ส่งผลให้มีอัตราความพิการรุนแรงและอัตราตายสูงขึ้นได้ ดังนั้น ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญเนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและดูแลผู้ป่วยโดยตรง จึงจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้สามารถช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย (Saitree, Chaimay, & Woradet, 2019; Suwanwela, 2014)

ตามแนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive and educative nursing system) ของ Orem, Taylor, and Renpenning (2001) กล่าวว่า ระบบที่พยาบาลให้ความรู้และสนับสนุนกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่เพียงพอจะสามารถนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมที่ต้องการกระทำและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองหรือบุคคลได้อย่างเพียงพอและมีความต่อเนื่อง ซึ่งวิธีที่ใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ได้แก่ การชี้แนะ (guidance) การสนับสนุน (support) การพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมพัฒนาการที่ดี (developmental environment) และการสอน (teaching) เพื่อให้ผู้ดูแลเพิ่มความสามารถในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน พบว่า การให้ความรู้ร่วมกับการใช้อุปกรณ์สุขภาพแบบเคลื่อนที่ (mobile health: mHealth) เช่น ไลน์แอปพลิเคชัน YouTube Facebook Telehealth รวมถึงการใช้งานเว็บไซต์ต่าง ๆ ที่มีอยู่ในโรงพยาบาล ช่วยส่งเสริมความสามารถทั้งด้านความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง

การรับประทานยา การออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดเป็นโรคซ้ำ ได้ดีกว่าการให้ความรู้ด้วยเอกสารหรือคู่มือเพียงอย่างเดียว (Kitsiou, Paré, Jaana, & Gerber, 2017; Mao, Wen, & Chen, 2020; Veldema & Jansen, 2020)

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำผลการสังเคราะห์จากงานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานมาพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลตามแนวคิดของ Orem et al. (2001) ผ่านการใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อความสามารถของผู้ดูแล และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ในช่วงสถานการณ์ของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมาที่ส่วนใหญ่ให้ความรู้ผ่านคู่มือ แผ่นพับ หรือชุดการสอนกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพียงอย่างเดียว ทั้งหมดนี้เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ แม้ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ ผู้ดูแลก็สามารถดูแลและช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และปลอดภัย

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความสามารถของผู้ดูแลและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน

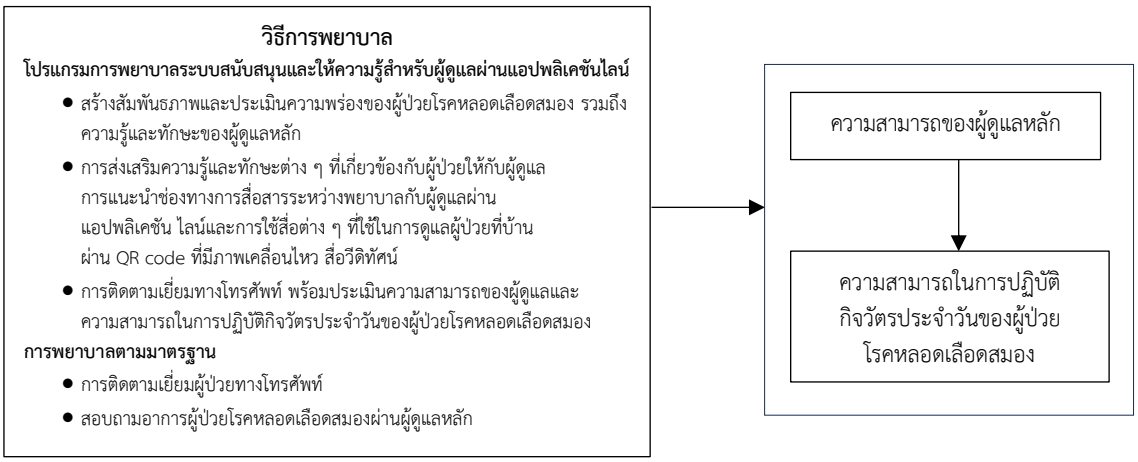
สมมุติฐานวิจัย

1. ความสามารถของผู้ดูแลและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. ความสามารถของผู้ดูแล และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลผ่านแอปพลิเคชันไลน์สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem et al. (2001) ที่มุ่งเน้นให้พยาบาลสามารถให้ความรู้ส่งเสริมและสนับสนุนผู้ดูแลหลักให้มีความสามารถทั้งด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ โดยใช้การชี้แนะ การสอน การสนับสนุน และการส่งเสริมทักษะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จนผู้ดูแลมีความสามารถที่เพียงพอและสามารถนำไปดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านได้ ซึ่งในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ นอกจากนี้ การสนับสนุนและการให้ความรู้ที่ดีในยุคดิจิทัล สอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งการใช้อุปกรณ์สุขภาพแบบเคลื่อนที่ (mHealth) นั้นมีความสะดวก ง่าย สอดคล้องกับการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ดูแลและผู้ป่วย ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้ไลน์แอปพลิเคชันเป็นช่องทางการสื่อสารเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การส่งภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหวหรือสื่อวีดิทัศน์ความรู้และทักษะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่องยูทูบ (YouTube) ที่มีความน่าเชื่อถือจากสถาบันการศึกษาทางการแพทย์และไม่มีลิขสิทธิ์ สามารถนำไปเผยแพร่เพื่อประโยชน์กับประชาชนทั่วไปได้ โดยไม่ได้แสวงหากำไร จึงสามารถเขียนกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial: RCT) ออกแบบการวัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest design)

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมุทรปราการ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน – 31 สิงหาคม พ.ศ. 2565

ตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก และรับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมุทรปราการ สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยกำหนดขนาดอิทธิพลระดับปานกลางเท่ากับ .63 โดยอิงจากงานวิจัยของ Jitjung (2018) อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และความคลาดเคลื่อนในการทดสอบเท่ากับ .05 ได้ขนาดตัวอย่าง 64 คน เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ ผู้วิจัยจับคู่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นรายบุคคล (matched subjects) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้เพศ อายุ และคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ของผู้ป่วยมาจับคู่ แล้วทำการสุ่มอย่างง่ายจนครบ 32 ครั้ง นอกจากนี้ ยังทำการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (random assignment) จนครบทั้ง 32 คน ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้กับผู้ดูแลผู้ป่วยผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน คือ การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์และสอบถามอาการผู้ป่วยผ่านผู้ดูแล

เกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีอายุอยู่ระหว่าง 18 – 60 ปี เป็นบุคคลที่รับผิดชอบ ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโดยตรง (direct care) และมีเวลาให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอมากที่สุด ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและที่บ้าน นอกจากนี้ ยังต้องสามารถอ่าน เขียน และพูด ภาษาไทยได้ดี ให้ความร่วมมือในการวิจัย มีโทรศัพท์สมาร์ทโฟนและสามารถใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ได้ และ 2) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก และรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลสมุทรปราการ ผ่านช่องทางเร่งด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (acute stroke fast track) และได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ภายใน 4.5 ชั่วโมง มีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) อยู่ระหว่าง 30 – 75 คะแนน คือ เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพา

จำเป็นต้องมีผู้ดูแล และมีคะแนนระดับความรู้สึกตัวอยู่ระหว่าง 10 – 15 คะแนน จากการประเมินโดยใช้ Glasgow Coma Scale

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ใช้กับกลุ่มทดลองเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย

1.1 แผนการสอนผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยเนื้อหา สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรักษา การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง และมีแผ่นพับสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน การจัดท่านอนสำหรับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการส่งเสริมกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่บ้าน

1.2 โทรศัพท์มือถือที่มีแอปพลิเคชันไลน์เพื่อให้ข้อมูลและโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยและผู้ดูแล ใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที

1.3 สื่อวีดิทัศน์สำหรับให้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่อง YouTube จำนวน 50 เรื่อง ซึ่งผู้วิจัยรวบรวมในรูปแบบของ QR code สามารถแบ่งออกได้เป็น 11 หมวด ประกอบด้วย 1) ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 2) การรักษาและการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ 3) อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 5) การจัดท่านอน 6) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 7) การฟื้นฟูและการกายภาพบำบัด 8) การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบาก 9) การปรับสภาพแวดล้อมในบ้าน 10) แนวทางการส่งเสริมกิจวัตรประจำวัน และ 11) แนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยเลือกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่อง YouTube ที่พัฒนาโดยหน่วยงานของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน หรือโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ที่มีความน่าเชื่อถือและเป็นช่องทางให้สามารถเผยแพร่สื่อวีดิทัศน์ได้ ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถเลือกศึกษาและทบทวนได้ตามช่วงเวลาที่ตนเองสะดวกในทุก ๆ หมวดที่กล่าวมา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 1) ผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) ผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว

2.2 แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ปรับจากแบบประเมินของ Sukket (2016) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การเตรียมอาหาร จำนวน 13 ข้อ การฟื้นฟูและการกายภาพบำบัด จำนวน 8 ข้อ การขับถ่าย จำนวน 4 ข้อ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งหมดจำนวน 30 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 30 – 150 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

30 – 70 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับน้อย

71 – 110 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง

111 – 150 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก

แบบประเมินฉบับนี้มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เท่ากับ .83 มีค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) เท่ากับ .81

2.3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาขึ้นโดย Mahoney and Barthel (1965) แปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันประสาทวิทยา (Neuroscience Institute, 2011) ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร มี 3 ระดับ ให้ 0 – 10 คะแนน 2) การขึ้น-ลงเตียง มี 4 ระดับ ให้ 0 – 15 คะแนน 3) ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม มี 2 ระดับ ให้ 0 – 5 คะแนน 4) การเข้าห้องน้ำ มี 3 ระดับ ให้ 0 – 10 คะแนน 5) การอาบน้ำ มี 2 ระดับ ให้ 0 – 5 คะแนน 6) การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน และเดิน มี 4 ระดับ ให้ 0 – 15 คะแนน 7) การขึ้นบันได มี 3 ระดับ ให้ 0 – 10 คะแนน 8) การแต่งตัว มี 3 ระดับ ให้ 0 – 10 คะแนน 9) การถ่ายอุจจาระ มี 3 ระดับ ให้ 0 – 10 คะแนน และ 10) การปัสสาวะ มี 3 ระดับ ให้ 0 – 10 คะแนน ในแต่ละกิจกรรมมีคะแนนแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมนั้น ๆ มีคะแนนรวมของความสามารถอยู่ระหว่าง 0 – 100 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผลดังนี้

0 – 25 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติได้เอง

30 – 50 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้น้อย

50 – 75 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้เองปานกลาง

80 – 95 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติได้เองเป็นส่วนใหญ่

100 คะแนน หมายถึง สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

แบบประเมินฉบับนี้มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และมีค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมุทรปราการ หมายเลขรับรอง Nq01465 วันที่ 29 มีนาคม พ.ศ. 2565 ซึ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้ลงนามเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับจากการรักษาตามมาตรฐาน ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยโดยภาพรวม เพื่อผลประโยชน์ทางด้านการแพทย์และการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลของตัวอย่างและขออนุญาตใช้สถานที่ในการดำเนินกิจกรรม

2. ขั้นดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใช้เวลาเก็บข้อมูลคนละประมาณ 10 - 15 นาที (pretest) และเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

<u>กลุ่มควบคุม</u> ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานเกี่ยวกับข้อมูลแผนการรักษาของแพทย์ที่ให้กับผู้ป่วยแต่ละบุคคล การรับประทานยาตามแผนการรักษาที่ตรงเวลา การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง การมาตรวจตามนัด และการดูแลผู้ป่วยโดยผู้ดูแลที่บ้าน เป็นต้น ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและผู้ดูแลทางโทรศัพท์ และนัดหมายกลุ่มควบคุมเพื่อเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 (posttest) ในสัปดาห์ที่ 8

<u>กลุ่มทดลอง</u> ได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ มีขั้นตอน ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 นัดหมายพบผู้ป่วยและผู้ดูแล ครั้งละ 1 - 2 คน ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายหรือหญิง โรงพยาบาลสมุทรปราการ เพื่อบรรยายเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุของการเกิดโรค การรักษา การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน พร้อมให้แผ่นพับเพื่อให้กลับไปศึกษาทบทวนได้ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที นอกจากนี้ ผู้วิจัยแนะนำการใช้สื่อวีดิทัศน์ ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่อง YouTube จำนวน 50 เรื่อง มีทั้งหมด 11 หมวด อยู่ในรูปแบบของ QR code ให้ผู้ดูแลสามารถเปิดเข้าศึกษาได้ด้วยตนเอง เมื่อมีเวลาว่างจากการทำงาน เพื่อเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลและสามารถนำไปส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ใช้เวลาในการศึกษาครั้งละประมาณ 10 – 15 นาที โดยผู้ดูแลต้องเลือกศึกษาทุกหมวดตามช่วงเวลาที่ตนเองสะดวกอย่างน้อยจำนวน 2 ครั้ง และผู้วิจัยให้เพิ่มช่องทางการสื่อสารกับผู้ดูแลผู้ป่วยทางโทรศัพท์มือถือผ่านแอปพลิเคชันไลน์

สัปดาห์ที่ 2 และ 4 ผู้วิจัยโทรศัพท์กำกับติดตามความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และขอให้ส่งคลิปวิดีโอการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยทุกครั้งผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อให้ผู้วิจัยประเมินความก้าวหน้า ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ถูกต้อง และให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อนำไปสู่การพัฒนาผู้ดูแลและผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น ใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อคน

สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในวันที่แพทย์นัดหมายมาตรวจ ณ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมุทรปราการ แต่เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จึงได้ปรับเปลี่ยนวิธีการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยสร้างแบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใน Google Form ส่งให้ผู้ดูแลประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ และให้ผู้ดูแลถ่ายคลิปวิดีโอความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยส่งมาทางแอปพลิเคชันไลน์ เมื่อผู้วิจัยประเมินเสร็จแล้วได้ลบคลิปวิดีโอทิ้งเพื่อรักษาความลับและเคารพในสิทธิผู้ป่วย ครั้งนี้ใช้เวลาคนละประมาณ 20 – 30 นาที

ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ไปใช้กับกลุ่มควบคุม เพื่อเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และนำไปส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่ออีกครั้ง เนื่องจากระยะที่สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระยะเวลา 6 เดือน จึงสามารถลดโอกาสเกิดความพิการได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เพศ อายุ ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว ใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลและคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้ Paired sample *t*-test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแล และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Independent sample *t*-test

ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบ คือ การกระจายตัวของคะแนนความสามารถของผู้ดูแล และคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ (Kolmogorov-Smirnov test, $p < .05$) แต่เมื่อพิจารณาจากค่าความเบ้ (skewness) พบว่า มีค่าอยู่ระหว่าง .319 – .837 ซึ่งอยู่ในช่วง ± 3 จึงถือว่าข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ (Kellar & Kelvin, 2012) จึงสามารถใช้ *t*-test ในการวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยนี้ได้

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน พบว่า กลุ่มทดลอง ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.25) มีอายุเฉลี่ย 42.72 ปี (*SD* = 11.99) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 84.38) มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 46.88) รองลงมา คือ มัธยมศึกษา (ร้อยละ 25.00) และประถมศึกษา (ร้อยละ 15.63) ตามลำดับ ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด (ร้อยละ 43.75) รองลงมา คือ พนักงานบริษัท (ร้อยละ 28.13) และไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 21.88) ตามลำดับ มีรายได้อยู่ระหว่าง 20,001 – 25,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 31.30) และผู้ดูแลไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 96.88) ขณะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 71.88) มีอายุเฉลี่ย 60.91 ปี (*SD* = 8.89) มีความผิดปกติการเคลื่อนไหวของร่างกายซีกขวาและซีกซ้ายจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 50.00)

สำหรับกลุ่มควบคุม ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.22) มีอายุเฉลี่ย 43.31 ปี (*SD* = 11.57) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 78.13) มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 40.63) รองลงมา คือ ปริญญาตรี (ร้อยละ 37.50) และประถมศึกษา (ร้อยละ 9.43) ตามลำดับ ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว และพนักงานบริษัทมีจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 25.00) รองลงมา คือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 21.88) และรับจ้าง (ร้อยละ 15.63) ตามลำดับ มีรายได้อยู่ระหว่าง 15,001 – 20,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 21.90) และผู้ดูแลไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 100.00) ขณะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 71.88) มีอายุเฉลี่ย 61.31 ปี (*SD* = 9.08) มีความผิดปกติการเคลื่อนไหวของร่างกายซีกซ้าย (ร้อยละ 50.00) รองลงมาคือ ซีกขวา (ร้อยละ 42.80) และมีความผิดปกติทั้ง 2 ซีก (ร้อยละ 7.20) ตามลำดับ

2. ผลการใช้โปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อความสามารถของผู้ดูแลและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เมื่อเปรียบเทียบความสามารถของผู้ดูแล และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลและค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขณะที่กลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้การพยาบาลตามมาตรฐานมีค่าเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลแตกต่างกัน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังได้การพยาบาลตามมาตรฐาน มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 1

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแล และค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลอง (*M* = 92.84, *SD* = 17.63) และกลุ่มควบคุม (*M* = 93.84, *SD* = 17.75) มีความแตกต่างกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลอง (*M* = 57.03, *SD* = 10.15) และกลุ่มควบคุม (*M* = 58.44, *SD* = 9.87) มีความแตกต่างกันแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง (*M* = 132.09, *SD* = 11.04) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (*M* = 98.75, *SD* = 21.78) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (*t* = 9.116, *p* = .000) และค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลอง (*M* = 89.53, *SD* = 14.05) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (*M* = 74.69, *SD* = 19.43) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (*t* = 3.503, *p* = .001) ดังตาราง 2

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลและค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง (*n*=32)			หลังการทดลอง (*n*=32)			*MD*	*t*	*p*
	M	*SD*	แปลผล	*M*	*SD*	แปลผล			
กลุ่มทดลอง									
ความสามารถของผู้ดูแล	92.84	17.63	ปานกลาง	138.09	11.04	มาก	45.25	16.472	.000
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	57.03	10.15	ปฏิบัติได้เองปานกลาง	89.53	14.05	ปฏิบัติได้เองเป็นส่วนใหญ่	32.50	17.956	.000
กลุ่มควบคุม									
ความสามารถของผู้ดูแล	93.84	17.75	ปานกลาง	98.75	21.78	ปานกลาง	4.91	1.691	.101
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	58.44	9.87	ปฏิบัติได้เองปานกลาง	74.69	19.43	ปฏิบัติได้เองปานกลาง	16.25	5.930	.000

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลและค่าเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (*n* = 32)			กลุ่มควบคุม (*n* = 32)			*t*	*p*
	M	*SD*	แปลผล	*M*	*SD*	แปลผล		
ความสามารถของผู้ดูแล								
ก่อนการทดลอง	92.84	17.63	ปานกลาง	93.84	17.75	ปานกลาง	-.226	.822
หลังการทดลอง	138.09	11.04	มาก	98.75	21.78	ปานกลาง	9.116	.000
ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง								
ก่อนการทดลอง	57.03	10.15	ปฏิบัติได้เองปานกลาง	58.44	9.87	ปฏิบัติได้เองปานกลาง	-.562	.576
หลังการทดลอง	89.53	14.05	ปฏิบัติได้เองเป็นส่วนใหญ่	74.69	19.43	ปฏิบัติได้เองปานกลาง	3.503	.001

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้ข้อสรุปและข้ออภิปรายผลการวิจัย เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า หลังการทดลองความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม เป็นผลมาจากโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem et al. (2001) ซึ่งพยาบาลมีการประเมินความพร่องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อวางแผนแนวทางการให้ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพ โดยใช้หลักการสำคัญ คือ การชี้แนะ การสอน การสนับสนุนต่าง ๆ และการส่งเสริมทักษะต่าง ๆ จนผู้ดูแลมีความสามารถที่เพียงพอและสามารถนำไปดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านได้

อีกทั้งโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีการใช้สื่อวีดิทัศน์ครอบคลุมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่อง YouTube จำนวน 50 เรื่อง (11 หมวด) ผ่านช่องทาง QR code เช่น ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง อาหารและยาสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การจัดท่านอน และการฟื้นฟูและการกายภาพบำบัด เป็นต้น ซึ่งเป็นไปตามหลักการศึกษาแบบเปิด (open educational resources: OER) นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้เลือกสื่อวีดิทัศน์ออนไลน์ใน YouTube ที่ผลิตขึ้นจากสถาบันการแพทย์ที่มีชื่อเสียง มีความน่าเชื่อถือและสามารถเผยแพร่ได้ เช่น โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลกรุงเทพ เป็นต้น รวมถึงได้แนะนำการใช้สื่อต่าง ๆ แจกแผ่นพับที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน การจัดท่านอนสำหรับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการส่งเสริมกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่บ้าน และการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงวัยกลางคน มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีและประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด และมีทักษะการใช้สื่อออนไลน์ต่าง ๆ ทั้งในโทรศัพท์มือถือหรือเว็บไซต์ต่าง ๆ ทำให้สามารถใช้โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นได้อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความสามารถการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลกลุ่มทดลองจะมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสูงกว่าผู้ดูแลกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Sukket, 2016)

ยิ่งไปกว่านั้น การศึกษานี้ยังมีการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อช่วยเหลือ ติดตาม และประเมินความสามารถของผู้ดูแล ตลอดจนตอบข้อสงสัยผ่านช่องทางการสื่อสารในแอปพลิเคชันไลน์ ทำให้สามารถเข้าถึงผู้ดูแลได้รวดเร็ว รวมถึงการให้กำลังใจและเสริมความมั่นใจในความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่มีข้อจำกัดในการเข้ามารับบริการในโรงพยาบาล รูปแบบการเยี่ยมผู้ป่วยทางแอปพลิเคชันไลน์จึงมีความสะดวก รวดเร็ว และเหมาะสมในการให้บริการทางด้านสุขภาพ (Kiernan & Demaerschalk, 2010; Rutledge et al., 2017; Silapavitayatorn & Chitpakdee, 2020)

อย่างไรก็ตาม กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังได้การพยาบาลตามมาตรฐาน ก็มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถปฏิบัติได้เองในระดับปานกลางทั้งก่อนและ

หลังได้รับการพยาบาลมาตรฐาน แม้ว่าค่าเฉลี่ยจะสูงขึ้น แต่ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังมีพัฒนาการไม่มากเท่าที่ควร ทั้งนี้เนื่องจากการพยาบาลตามมาตรฐานที่ให้กับกลุ่มควบคุม เป็นการให้ข้อมูลที่มุ่งเน้นการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย แต่ไม่มีแบบแผนการติดตามที่ชัดเจน การให้ข้อมูลต่าง ๆ จึงขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของพยาบาล แม้ว่าจะมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและผู้ดูแลทางโทรศัพท์เหมือนกัน แต่การที่ไม่มีสื่อและแอปพลิเคชันไลน์ช่วยในการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ย่อมทำให้ผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย พิจารณาได้จากความสามารถของผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยก่อนและหลังอยู่ในระดับปานกลาง ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

2. หลังการทดลอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งนี้ เนื่องจากพยาธิภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เมื่อได้รับการรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็วตามแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์ พ.ศ. 2562 ผู้ป่วยจะมีการฟื้นตัวในช่วงระยะเวลา 3 - 6 เดือน (Saitree, Chaimay, & Woradet, 2019) ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างไรก็ตาม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลผ่านแอปพลิเคชันไลน์มีความสามารถของผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้นในด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีแบบแผนและเป็นระบบ สามารถเข้าถึงช่องทางของความรู้ต่าง ๆ ได้ผ่าน QR code ที่ผู้วิจัยรวบรวมให้ผู้ดูแลได้ศึกษาด้วยตนเอง

นอกจากนี้ ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากตามแนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem et al. (2001) เป็นการให้ความรู้แบบเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยตามกลุ่มโรคเรื้อรังต่าง ๆ การส่งเสริมการดูแลตนเองและการทำกิจวัตรประจำวันที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย สำหรับโปรแกรมนี้ได้มีระบบสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ก่อน เพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อผู้ดูแลมีความสามารถที่เพียงพอแล้วจึงให้การดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพ มีการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพและทำกายภาพบำบัดตามแหล่งข้อมูลที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้อย่างเป็นหมวดหมู่ และสามารถเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า หลังการจำหน่ายผู้ป่วย 1 เดือน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Moonthee, Monkong, Sirapo-ngam, & Leelacharas, 2016) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยผู้ใหญ่ ภายหลังผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการสอนแนะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Sirintaranont, 2015)

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับผู้ดูแลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ที่มีการติดตามจนถึงระยะเวลา 8 สัปดาห์หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล สามารถทำให้ความสามารถของผู้ดูแลและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นได้ ดังนั้นจึงควรมีการติดตามผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนหรือ 24 สัปดาห์หลังจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้เห็นความสามารถในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยได้ชัดเจนมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. วรรณรัตน์ ลาวัง อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำอันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยฉบับนี้ให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้ถ่ายทอดองค์ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชยุตม์ ภิรมย์สมบัติ ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้ถ่ายทอดความรู้การออกแบบการวิจัยเชิงทดลองอันเป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัยในครั้งนี้ และสุดท้าย นางอำพันธุ์ พรมีศรี พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญและหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลสมุทรปราการ ที่คอยให้กำลังใจและสนับสนุนการทำวิจัยจนประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. (2020). *Public health statistics B.E. 2562*. Bangkok: The War Veterans Affairs Office Printing.

Jitjung, V. (2018). *A proposed program for promoting competency of caregivers for stroke patents, Vichienburi hospital, Pechaboon province* (Doctor of philosophy, public health major in health promotion). Faculty of Liberal Arts, Krirk University, Bangkok, Bang Khen.

Kellar, S. P., & Kelvin, E. (2012). *Munro's statistical methods for health care research* (6th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Kiernan, T. E., & Demaerschalk, B. M. (2010). Nursing roles within a stroke telemedicine network. *Journal of Central Nervous System Disease, 2*, 1–7.

Kitsiou, S., Paré, G., Jaana, M., & Gerber, B. (2017). Effectiveness of mHealth interventions for patients with diabetes: An overview of systematic reviews. *PloS One, 12*(3), e0173160.

Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, *14*, 61–65.

Mao, Y., Lin, W., Wen, J., & Chen, G. (2020). Impact and efficacy of mobile health intervention in the management of diabetes and hypertension: A systematic review and meta-analysis. *BMJ open diabetes research & care, 8*(1), e001225.

Moonthee, W., Monkong, S., Sirapo-ngam, Y., & Leelacharas, S. (2016). Impact of transitional care programme and family caregivers on stroke patients' routine activity performance, complications, and satisfaction. *Thai Journal of Nursing Council*, *31*(1), 95-110.

Neuroscience Institute. (2011). *Clinical nursing practice guideline for stroke*. Bangkok: Department of Medical services, Ministry of Public Health.

Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.

Qureshi, A. I., Baskett, W. I., Huang, W., Shyu, D., Myers, D., Raju, M., . . . Shyu, C. R. (2021). Acute ischemic stroke and COVID-19: An analysis of 27,676 patients. *Stroke, 52*(3), 905–912. https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.031786

Rutledge, C. M., Kott, K., Schweickert, P. A., Poston, R., Fowler, C., & Haney, T. S. (2017). Telehealth and eHealth in nurse practitioner training: Current perspectives. *Advances in Medical Education and Practice*, *8*, 399–409.

Saitree, R., Chaimay, B., & Woradet, S. (2019). Activities of daily living among stroke patients. *Academic Journal of Community Public Health, 5*(2), 1-13.

Silapavitayatorn, B., & Chitpakdee, B. (2020). The use of health information technology in nursing for patient safety. *Journal of Nursing and Health Care, 38*(2), 6-14.

Sirintaranont, P. (2015). *The effect of caregivers coaching program on activities of daily living in adult stroke patients* (Master of nursing science program, adult nursing). Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Pathumwan.

Sukket, T. (2016). *The effects of an ability development program for caregivers of cerebrovascular patients at Tap khlo district, Phichit province* (Master of nursing science program, community health nurse practitioner). Faculty of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Pak Kret.

Suwanwela, N. C. (2014). Stroke epidemiology in Thailand. *Journal of stroke*, *16*(1), 1–7. https://doi.org/10.5853/jos.2014.16.1.1

Veldema, J., & Jansen, P. (2020). Resistance training in stroke rehabilitation: Systematic review and meta-analysis. *Clinical rehabilitation, 34*(9), 1173–1197.

Virani, S. S., Alonso, A., Benjamin, E. J., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., Carson, A. P., . . . American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. (2020). Heart disease and stroke statistics—2020 update: A report from the American Heart Association. *Circulation, 141*(9), e139-e596.

World Health Organization. (2019). *World health statistics overview 2019: Monitoring health for the SDGs*. Geneva: World Health Organization.



การพัฒนารูปแบบองค์กรสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

THE DEVELOPMENT OF A HIGH-PERFORMANCE MODEL FOR NURSING COLLEGES UNDER THE MINISTRY OF DEFENSE AND THE ROYAL THAI POLICE

เตือนใจ เจริญบุตร[1] ชมสุภัค ครุฑกะ[2]
Taunjai Jaroenbootra Chomsupuk Cruthaka
[1]พันตำรวจเอกหญิง นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์
คณะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ 10240
Pol.Col., Doctoral Student, Doctor of Philosophy Program in Human Resource Development,
Faculty of Human Resource Development, Ramkhamhaeng University, Bangkapi, Bangkok, 10240, Thailand
[2]รองศาสตราจารย์ นาวาอากาศโทหญิง คณะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ 10240
Associate Professor, Wg.Cdr., Faculty of Human Resource Development,
Ramkhamhaeng Univesity, Bangkapi, Bangkok, 10240, Thailand
[1]Corresponding author E-mail: tjjeb1951@gmal.com

Received: *April 8, 2023* Revised: *June 26, 2023* Accepted: *June 28, 2023*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาองค์ประกอบขององค์กรสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ และ 2) สร้างและประเมินรูปแบบองค์กรสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) ผู้บริหารและอาจารย์ประจำของวิทยาลัยพยาบาลและบุคลากรสายสนับสนุน สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ จำนวน 291 คน 2) ผู้เชี่ยวชาญเพื่อยืนยันความสอดคล้องของข้อคำถามกับองค์ประกอบ จำนวน 6 คน และ 3) ผู้ให้ข้อมูลเพื่อประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความเป็นประโยชน์ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ จำนวน 9 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามและแบบประเมิน การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

ผลการวิจัยพบว่า

1. องค์กรสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเพิ่มขีดความสามารถในการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง 2) การปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเพื่อบรรลุเป้าหมายระยะ 3) การสร้างความเข้มแข็งแก่บุคลากรและความภักดีต่อองค์กร และ 4) การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพของสถาบัน ค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 4.32 - 7.66 สามารถอธิบายความแปรปรวนของโมเดลองค์ประกอบได้ร้อยละ 72.04

2. ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นสอดคล้องตรงกันทุกองค์ประกอบในรูปแบบการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

3. ผลการประเมินรูปแบบองค์กรสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ พบว่า มีความเหมาะสม เป็นไปได้ และมีประโยชน์ที่จะนำไปใช้ในวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

คำสำคัญ : วิทยาลัยพยาบาล, รูปแบบองค์กรสมรรถนะสูง

Abstract

The objectives of this research were 1) to study the high-performance organizational components of nursing colleges under the Ministry of Defense and the Royal Thai Police, and 2) to create and assess the high-performance organizational model of nursing colleges under the Ministry of Defense and the Royal Thai Police. Samples consisted of 291 administrators, nursing lecturers, and support personnel under the Ministry of Defense and the Royal Thai Police 2) Six experts for confirm the congruence of items and components, and 3) The informants for assessing the suitability, possibility, and usefulness of the developed model were 9 experts from the nursing colleges under the Ministry of Defense and the Royal Thai Police.The research instruments consisted of a questionnaire and evaluation forms. Data analysis was descriptive statistics and exploratory factor analysis.

The research results were as follows:

1. There were four components of the high-performance organization of nursing colleges under the Ministry of Defense and the Royal Thai Police. The first component was increasing management capabilities for the development of a high-performance organization. The second component was constant updates to achieve long-term goals. The third component was the strengthening of personnel with loyalty to the organization. Finally, the last component was the building of the relationship and cooperation in developing the quality of the institutes. The factor loadings were about 4.32 to 7.66. These components were able to explain the variance at 72.04%.

2. Six experts agreed on all components of the high-performance organization development model of the nursing college under the Ministry of Defense and the Royal Thai Police.

3. Evaluation results of the high- performance organizational model of the nursing colleges under the Ministry of Defense and the Royal Thai Police were found that they were suitable, possible, and beneficial to be used in nursing colleges under the Ministry of Defense and the Royal Thai Police.

Keywords: college of nursing, high-performance organizational model

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โลกยุคเทคโนโลยีมีเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทุกองค์กรจึงต้องปรับตัวต่อการแข่งขันเพื่อให้อยู่รอดได้อย่างมั่นคงและยั่งยืน การเพิ่มขีดความสามารถขององค์กรโดยการปรับกระบวนทัศน์การบริหารเพื่อตอบสนองมุมมองและการเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ จะนำไปสู่การพัฒนาเป็นองค์กรสมรรถนะสูง (high performance organization: HPO) (De Waal, 2012) องค์กรสมรรถนะสูง คือ องค์กรที่มีผลงานโดดเด่นเหนือคู่แข่งในกลุ่มเดียวกันทั้งด้านการเงิน

และไม่ใช่การเงิน (Wall, 2012) โดยให้ความสำคัญกับทุนมนุษย์เพื่อรักษาคนเก่งให้คงอยู่ในองค์กร จึงต้องออกแบบองค์กรให้บุคลากรสามารถทำงานได้ประสิทธิภาพสูงสุด (Schermerhorn, Hunt, & Osborn, 2003) และมีการสร้างความแข็งแกร่งให้องค์กรโดยใช้หลัก 4 ประการ (four pillars) ได้แก่ รับรู้ไวต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง (alert) มีความคล่องตัว (agile) สามารถปรับตัวได้เร็ว (adaptive) และกระบวนการทำงานมีความสอดคล้องต่อเนื่องกัน (aligned) (Light, 2005) รวมทั้ง มีแผนรองรับกับสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อให้สามารถปฏิบัติภารกิจได้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ และคุณภาพผลงานอยู่ในระดับดีเยี่ยม ผลการศึกษาองค์กรสมรรถนะสูงทั่วโลก พบว่า องค์กรภาคธุรกิจมีคะแนนความเป็นองค์กรสรรถนะสูง มากกว่าองค์กรภาครัฐในทุกปัจจัย (De Waal, 2012)

คุณลักษณะขององค์กรสมรรถนะสูง มีการนำไปใช้เป็นแนวทางเพื่อพัฒนาเป็นองค์กรสู่การยกระดับสมรรถนะขององค์กรให้เพิ่มสูงขึ้น แต่ไม่มีรายงานชัดเจนถึงผลลัพธ์ที่นำสู่ความเป็นองค์กรสมรรถนะสูง มีเพียงปัจจัยและคุณลักษณะองค์กรสมรรถนะสูงตามแนวคิดของ De Waal (2012) ที่มีการนำมาประยุกต์เป็นกลยุทธ์ 5 ประการ คือ คุณภาพการบริหารจัดการ การเปิดกว้างและเน้นการปฏิบัติ การมุ่งเน้นเป้าหมายระยะยาว การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง และคุณภาพบุคลากร

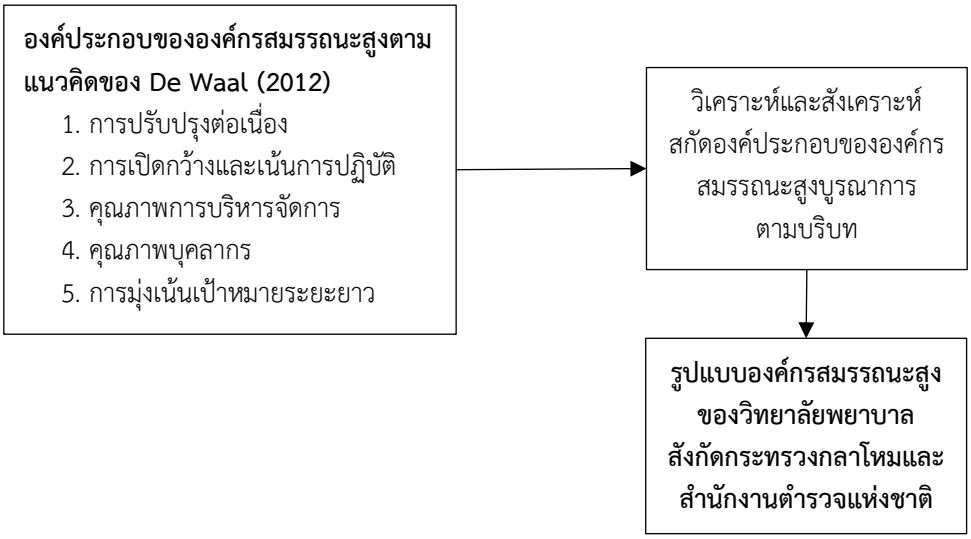
วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ จำเป็นต้องปรับปรุงองค์กรเพื่อยกระดับเป็นองค์กรสมรรถนะสูงทั้งด้านการผลิตและเผยแพร่งานวิจัย และคุณภาพผลงานวิชาการ ตลอดจนคุณภาพบัณฑิตในการสอบขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่ต้องผ่านเกณฑ์การสอบในปีแรก ร้อยละ100 และจากความต้องการของตลาดแรงงาน แต่กำลังการผลิตมีอย่างจำกัด และการแข่งขันการผลิตกับสถาบันการศึกษาอื่นที่มีเริ่มบทบาทมากขึ้น รวมถึงการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ทำให้วิทยาลัยพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ต้องให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการองค์กรให้เป็นองค์กรสมรรถนะสูง

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับองค์กรสมรรถนะสูงที่ผ่านมา พบว่า องค์ประกอบตามแนวทางของ De Waal (2012) มีการนำมาใช้เพื่อพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูงมากที่สุด และยังไม่มีการศึกษารูปแบบองค์กรสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติร่วมกัน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนารูปแบบองค์กรสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ เพื่อนำไปสู่การวางแผนออกนโยบายหรือแนวทาง และผลักดันให้สถาบันการศึกษาในสังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ เกิดการพัฒนายกระดับองค์กรเพื่อความมั่นคงและยั่งยืน ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของสังคม

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาองค์ประกอบขององค์กรที่มีสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ
2. เพื่อสร้างและประเมินรูปแบบองค์กรสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบองค์กรสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ แบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์องค์ประกอบขององค์กรที่มีสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

ประชากร คือ บุคลากรวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ได้แก่ ผู้อำนวยการ/ผู้บังคับการ รองผู้อำนวยการ/ผู้บังคับการ อาจารย์ประจำ และบุคลากร ในปีการศึกษา 2564 จำนวน 363 คน

ตัวอย่าง คือ บุคลากรวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ได้แก่ ผู้อำนวยการ/ ผู้บังคับการ รองผู้อำนวยการ/ผู้บังคับการ อาจารย์ประจำ และบุคลากร ในปีการศึกษา 2564 ซึ่งได้มาจากการคำนวณขนาดตัวอย่างตามอัตราส่วนจำนวนตัวอย่างต่อพารามิเตอร์/ตัวแปร เท่ากับ 10-20 คน ต่อ 1 ตัวแปร/พารามิเตอร์ (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010) ซึ่งการวิจัยนี้องค์กรสมรรถนะสูงจากแนวคิดของ De Waal (2012) มี 5 องค์ประกอบ คำนวณขนาดตัวอย่างได้อย่างน้อย 50–100 คน การวิจัยนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้ จำนวน 291 คน ซึ่งเพียงพอต่อการนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามองค์ประกอบขององค์กรสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ทำงาน และหน่วยงานที่สังกัด

1.2 องค์ประกอบขององค์กรสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ มี 5 ด้าน ได้แก่ 1) คุณภาพการบริหารจัดการ จำนวน 15 ข้อ 2) การเปิดกว้างและเน้นการปฏิบัติ จำนวน 11 ข้อ 3) การมุ่งเน้นเป้าหมายระยะยาว จำนวน 14 ข้อ 4) การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง จำนวน 12 ข้อ และ 5) คุณภาพบุคลากร จำนวน 11 ข้อ รวมทั้งสิ้น 63 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด และมีข้อความเชิงบวก-เชิงลบ แปลผลโดยใช้

ค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 5 ระดับ 4.50-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด 3.50-4.49 หมายถึง ระดับมาก 2.50-3.49 หมายถึง ระดับปานกลาง 1.50-2.49 หมายถึง ระดับน้อย และ 1.00-1.49 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง .60-1.00 และมีค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามจากการคำนวณด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้ง 5 ด้าน เท่ากับ .96, .96, .94, .96 และ .95 ตามลำดับ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวมทั้งฉบับเท่ากับ .95

ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบองค์กรสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับองค์กรสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป จำนวน 6 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และการพัฒนาองค์กรมาแล้ว ไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 2 คน ผู้บริหารที่เชี่ยวชาญในการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง จำนวน 2 คน และข้าราชการในวิทยาลัยพยาบาลที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการพัฒนาองค์กรที่มีสมรรถนะสูง จำนวน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความสอดคล้องของข้อคำถามกับองค์ประกอบในร่างรูปแบบองค์กรสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การประเมินโดยใช้ค่ามัธยฐาน (Median: *Mdn*) ตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป

ระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบองค์กรสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

ผู้ให้ข้อมูล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ประกอบด้วย ผู้บริหาร นักวิชาการ และนักนโยบายและแผน รวม 9 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) และคำถามปลายเปิด ประกอบด้วย ระดับการศึกษา ตำแหน่งปัจจุบัน และประสบการณ์การทำงาน

2. แบบประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความเป็นประโยชน์ของรูปแบบองค์กรสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก (เหมาะสม - ไม่เหมาะสม, เป็นไปได้ - เป็นไปไม่ได้, มีประโยชน์ - ไม่มีประโยชน์) พร้อมเหตุผลประกอบ

เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน เช่นเดียวกับในระยะที่ 1 ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง .60-1.00

การพิทักษ์สิทธิ์ โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองโดยคณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ ที่ จว 09/2565 วันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 คณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ เอกสารรับรองเลขที่ 25/65 วันที่ 28 มีนาคม พ.ศ. 2565 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ เอกสารรับรองเลขที่ RP005/65 วันที่ 5 เมษายน พ.ศ. 2565 และคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทย์ทหารบก รหัสโครงการ Q017q/65_Exp วันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยทำการชี้แจงข้อมูลการวิจัยและขอความยินยอมจากตัวอย่างวิจัย

ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ให้ข้อมูล เป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งผลการวิจัยทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลภาพรวมเพื่อการพัฒนาองค์กรเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือจากคณะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ มหาวิทยาลัยรามคำแหงเพื่อเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยถึงผู้อำนวยการ/ผู้บังคับการวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

2. เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยด้วยตนเองในวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ รวม 4 แห่ง คือ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ และวิทยาลัยพยาบาลตำรวจโดยเก็บข้อมูลระยะที่ 1 ตั้งแต่ กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 ถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2565

3. หลังวิเคราะห์ข้อมูลระยะที่ 1 เสร็จติดต่อผู้เชี่ยวชาญในการวิจัยระยะที่ 2 ขอนัดหมายวัน-เวลา เพื่อทำแบบสอบถาม

4. หลังวิเคราะห์ข้อมูลระยะที่ 2 เสร็จติดต่อผู้ทรงคุณวุฒิ และนัดหมายวัน-เวลาเพื่อทำแบบประเมิน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (*M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*)

2. องค์ประกอบขององค์กรที่มีสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA)

3. ผลการประเมินรูปแบบองค์กรสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ มัธยฐาน (*Mdn*) และส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ (Interquartile range: *IQR*)

ผลการวิจัย

1. บุคลากรวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.8 อายุ 46-50 ปี ร้อยละ 20.3 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 35.7 เป็นเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุน ร้อยละ 52.6 มีประสบการณ์การทำงาน 1-5 ปี ร้อยละ 29.2 และเป็นบุคลากรของวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบกมากที่สุด ร้อยละ 37.8

2. องค์ประกอบขององค์กรสมรรถนะสูง 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านคุณภาพการบริหารจัดการ มีจำนวน 15 ข้อ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทั้งรายด้านและโดยรวม ค่าเฉลี่ยรายข้อเท่ากับ 3.86-4.15 ค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 4.06 (*SD* = .74) ด้านการเปิดกว้างและเน้นการปฏิบัติ จำนวน 11 ข้อ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทั้งรายด้านและโดยรวม ค่าเฉลี่ยรายข้อเท่ากับ 4.02-4.27 ค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 4.09 (*SD* = .75) ด้านการมุ่งเน้นเป้าหมายระยะยาว จำนวน 14 ข้อ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทั้งรายด้านและโดยรวม ค่าเฉลี่ยรายข้อเท่ากับ 4.08-4.35 ค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 4.17 (*SD* = .66) ด้านการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง จำนวน 12 ข้อ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทั้งรายด้านและโดยรวม ค่าเฉลี่ยรายข้อเท่ากับ 4.02-4.23 ค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 4.11 (*SD* = .74) และด้านคุณภาพบุคลากร จำนวน 11 ข้อ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทั้งรายด้านและโดยรวม ค่าเฉลี่ยรายข้อเท่ากับ 4.17-4.39 ค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 4.26 (*SD* = .63)

3. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA) ขององค์กรที่มีสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ด้วยการหมุนแกนแบบออโธโกนอล (orthogonal) ด้วยวิธี Varimax พบว่า KMO = .980 (มากกว่า .50) และ Bartlett's test of Sphericity พบว่า Chi-Square = 21671.401, p = .000 สรุปได้ว่า ข้อมูลมีความเหมาะสมเพียงพอที่จะนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบได้ ซึ่งผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักองค์ประกอบพบว่า องค์ประกอบของ

องค์กรที่มีสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 72.04

องค์ประกอบที่ 1 มี 30 ตัวบ่งชี้ ค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ในองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .456-.745 ผู้วิจัยกำหนดชื่อองค์ประกอบใหม่ว่า “การเพิ่มขีดความสามารถในการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง” ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 องค์ประกอบที่ 1 ขององค์กรที่มีสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ (*n* = 291)

ข้อ	ข้อคำถาม	น้ำหนักองค์ประกอบ
1	ไม่เพิกเฉย ละเลย ผู้ที่ไม่มีผลงาน	.745
2	ผู้บริหาร อาจารย์พยาบาลและบุคลากร ให้เวลาในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	.743
3	ขับเคลื่อนวิทยาลัยพยาบาลด้วยผลงาน	.731
4	สร้างผลงานที่ดีเลิศ เพื่อเพิ่มสมรรถนะของวิทยาลัยพยาบาลให้สูงขึ้น	.728
5	สื่อสาร ทบทวนวิสัยทัศน์ เป้าหมาย ความก้าวหน้า	.725
6	มีการสนทนาแลกเปลี่ยน เรียนรู้ และปฏิบัติที่ดี เพื่อการพัฒนางานองค์กร	.721
7	ให้คำแนะนำ ชี้แนะ อำนวยความสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติงาน	.716
8	มีการสื่อสารแบบเปิดใจระหว่างผู้บริหาร อาจารย์พยาบาล บุคลากร	.716
9	มีผู้นำที่เข้มแข็ง มุ่งมั่น มีความชัดเจน	.711
10	การบริหารจัดการในการให้แรงบันดาลใจแก่ผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จสูงกว่าเป้าหมาย	.711
11	ทีมงานมีความหลากหลาย ร่วมสมัย	.702
12	ให้โอกาส ส่งเสริมในการคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม	.693
13	สร้างวัฒนธรรมในการทำงานเป็นทีม	.689
14	เน้นให้ระดับบุคคล และทีมรับผิดชอบผลงานของตน	.688
15	สร้างสรรค์นวัตกรรมอย่างสม่ำเสมอเพื่อการพัฒนางาน	.686
16	มีการศึกษา ค้นคว้า แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศของสาขาวิชาชีพพยาบาล เพื่อความโดดเด่น และเป็นเอกลักษณ์	.666
17	มีกระบวนการที่ขับเคลื่อนวิทยาลัยพยาบาล เพื่อการเป็นสถาบันองค์กรพยาบาลที่มีมาตรฐานสูงสุดระยะยาว	.660
18	มีการกำหนดเป้าหมายที่ท้าทาย	.648
19	การบริหารจัดการมุ่งเน้นผลลัพธ์ของภารกิจหลักมากกว่ากิจกรรม	.648
20	เป็นไปด้วยความรวดเร็วทันต่อสถานการณ์	.640
21	มีการพัฒนาอาจารย์และบุคลากรทั้งระดับบุคคล ทีมงาน ให้ทันสมัย	.597
22	ขับเคลื่อนองค์กรแบบก้าวกระโดดสู่รูปแบบดีกว่าที่เป็นอยู่	.594
23	เป็นไปด้วยหลักธรรมาภิบาล	.582
24	มีการประเมินและแจ้งผลการปฏิบัติงาน ของอาจารย์และบุคลากรทั้งความสำเร็จของงาน และสิ่งที่ควรแก้ไขปรับปรุงพัฒนา	.582
25	บุคลากรทุกระดับทุกฝ่ายตระหนักถึงการมีผลลัพธ์ของงานที่เป็นเลิศ สำคัญที่สุดในการขับเคลื่อนองค์กร	.566
26	ให้ทุกคนยึดมั่นอย่างมั่นคงต่อการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง	.529
27	การอนุญาตให้เกิดความผิดพลาดในการทำงาน เพื่อใช้ถอดบทเรียนสร้างแนวทางปฏิบัติที่ดี	.528
28	มีการยอมรับในการเปลี่ยนแปลงที่แปลกใหม่ทั้งภายนอก ภายใน	.459
29	อาจารย์พยาบาลและบุคลากรได้รับโอกาสในการแสดงความคิดเห็นในการวางเป้าหมาย	.463
30	รับฟังและสำรวจข้อมูลเพื่อพิจารณาแก้ไข ปรับปรุงพัฒนาเพื่อความยั่งยืนในการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง	.456
eigen value		16.984
percent of variance		26.959

องค์ประกอบที่ 2 มี 16 ตัวบ่งชี้ ค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ในองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .432-.766 ผู้วิจัยกำหนดชื่อองค์ประกอบใหม่ว่า “การปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเพื่อบรรลุเป้าหมายระยะยาว” ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 องค์ประกอบที่ 2 ขององค์กรที่มีสมรรถนะสูง ของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ (*n* = 291)

ข้อ	ข้อคำถาม	น้ำหนักองค์ประกอบ
1	มีนวัตกรรมด้านผลผลิต บริการ และกระบวนการอย่างต่อเนื่อง	.766
2	มีการกำหนดเป้าหมายที่สูงขึ้นจากเดิมทุกปี	.722
3	สร้างสมรรถนะหลักขึ้นใหม่อย่างต่อเนื่องตามผลการปฏิบัติงานขององค์กรเพื่อยกระดับขีดความสามารถขององค์กร	.693
4	ปรับปรุงและพัฒนาหลักสูตรให้ทันสมัยล้ำกรอบมาตรฐาน อาทิ บัณฑิตมีทักษะการใช้ภาษาในอาเซียนอย่างน้อยสองภาษา	.655
5	มีความมุ่งมั่น แน่วแน่ ต่อการไปสู่เป้าหมายของการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ	.635
6	มีการวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงานเป็นระยะ เพื่อการแก้ไข ปรับปรุง	.618
7	อาจารย์พยาบาล และบุคลากรสามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างสะดวกรวดเร็ว เพื่อใช้พัฒนางาน	.617
8	มีรายงานผลการปฏิบัติงานไว้อย่างชัดเจนและสื่อสารอย่างทั่วถึงตามระยะเวลาที่กำหนด	.597
9	ปรับปรุง กระบวนการให้ครบวงจรอย่างต่อเนื่อง	.583
10	มีกลยุทธ์นำเสนอคุณค่าวิชาชีพอย่างเป็นรูปธรรมและใช้เทคโนโลยีสร้างเครือข่ายการแนะแนว	.573
11	มีกลยุทธ์ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างชัดเจน โดดเด่น	.552
12	มีการบริหารจัดการเชิงรุก เชิงรับอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย	.569
13	กำหนดเป้าหมายเพื่อสู่ภาพอนาคตที่สูงกว่าที่เป็นอยู่	.568
14	กระบวนการ มีความสอดคล้องกันไม่ซับซ้อนยุ่งยาก	.556
15	มีเป้าหมายที่เป็นเลิศในการบริการวิชาการแก่ชุมชน สังคมอย่างเหมาะสมทันต่อสถานการณ์	.539
16	อาจารย์และบุคลากร ได้รับการพัฒนาด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่ร่วมสมัยอย่างต่อเนื่อง	.432
eigen value		12.296
percent of variance		19.518

องค์ประกอบที่ 3 มี 12 ตัวบ่งชี้ ค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ในองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .454-.624 ผู้วิจัยกำหนดชื่อองค์ประกอบใหม่ว่า “การสร้างความเข้มแข็งแก่บุคลากรและความภักดีต่อองค์กร” ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 องค์ประกอบที่ 3 ขององค์กรที่มีสมรรถนะสูง ของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ (*n* = 291)

ข้อ	ข้อคำถาม	น้ำหนักองค์ประกอบ
1	มีระบบ แผนงาน ในการเพิ่มสมรรถนะอาจารย์และบุคลากร เพื่อเตรียมสู่ระดับตำแหน่งที่สูงขึ้น	.624
2	อาจารย์และบุคลากร ได้รับการพัฒนาเพื่อรับผิดชอบต่องานที่มีความสำคัญเพื่อประสิทธิภาพของงาน	.618
3	อาจารย์และบุคลากร ให้คุณค่ากับงานที่ทำ	.614
4	อาจารย์และบุคลากร มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อนักศึกษา ผู้ปกครอง ผู้ใช้บัณฑิต และเครือข่ายหน่วยงาน เพื่อความร่วมมือที่ดี	.605
5	มีโครงสร้าง แผนผัง เส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพ สำหรับอาจารย์และบุคลากร ตามหลักธรรมาภิบาล	.600
6	อาจารย์และบุคลากร เห็นว่าวิทยาลัยพยาบาลเป็นสถานที่ทำงานที่มีความน่าภาคภูมิใจ	.565
7	อาจารย์และบุคลากร มีความหลากหลาย แตกต่าง เพื่อให้ได้หลายแนวทางในการปฏิบัติงานที่ดี	.530
8	อาจารย์และบุคลากร ได้รับการสื่อสารถึงเป้าหมายองค์กรในการผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพสู่สังคม เป็นระยะ	.526
9	ผู้บริหาร อาจารย์ และบุคลากรมีความผูกพันกันและคงอยู่กับวิทยาลัยพยาบาลระยะยาว	.517
10	อาจารย์และบุคลากรมีความมั่นใจในการให้ความร่วมมือกันในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก	.511
11	อาจารย์และบุคลากร ได้รับการฝึกอบรมในการปรับตัว ยืดหยุ่น ต่อการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วและรุนแรง	.479
12	วิทยาลัยพยาบาล เป็นสถานที่ที่มีความมั่นคง ปลอดภัยทั้งกายและใจ	.454
eigen value		8.996
percent of variance		14.279

องค์ประกอบที่ 4 มี 5 ตัวบ่งชี้ ค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ในองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .477-.664 ผู้วิจัยกำหนดชื่อองค์ประกอบใหม่ว่า “การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพของสถาบัน” ดังแสดงในตาราง 4

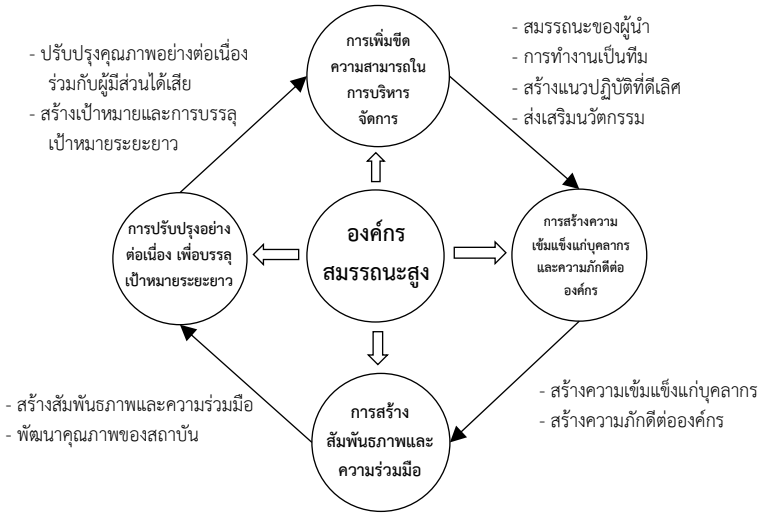
ตาราง 4 องค์ประกอบที่ 4 ขององค์กรที่มีสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ (*n* = 291)

ข้อ	ข้อคำถาม	น้ำหนักองค์ประกอบ
1	ผู้บริหาร อาจารย์พยาบาล บุคลากรมีส่วนร่วมในกระบวนการที่สำคัญขององค์กร เช่น วางแผนกลยุทธ์ การประกันคุณภาพการศึกษา	.664
2	วิทยาลัยพยาบาลมุ่งผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพ เป็นที่ยอมรับ โดดเด่นในวิชาชีพเพื่อการให้บริการแก่สังคม	.647
3	มีกลยุทธ์เชิงรุกในการจูงใจและคัดเลือกผู้เข้ารับการศึกษาในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย	.555
4	มีการสานสัมพันธ์ที่ดีในระยะยาวอย่างต่อเนื่องกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งระดับบุคคลและองค์กร ได้แก่ หน่วยงานภายในสังกัด ผู้ใช้บัณฑิต นักศึกษา ผู้ปกครอง ผู้สนับสนุนการเงิน ทุน เครือข่ายวิชาชีพ แหล่งฝึก	.500
5	ได้รับความไว้วางใจ จากอาจารย์และบุคลากร	.477
eigen value		7.107
percent of variance		11.281

3. ผลการประเมินร่างรูปแบบการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ โดยผู้เชี่ยวชาญ 6 ท่าน พบว่า มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 5 และให้ความเห็นสอดคล้องตรงกันทุกองค์ประกอบ (*IQR* = 0-.75) และผลการประเมินรูปแบบองค์กรสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 9 ท่าน พบว่า มีความเหมาะสมเป็นไปได้ และมีประโยชน์จะนำไปใช้ในวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอแนะที่สำคัญ คือ การพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างคนในองค์กรในแนวราบมากกว่าในแนวดิ่ง ที่เป็นไปตามสายการบังคับบัญชา และสมาชิกขององค์กรควรมีความสามารถที่หลากหลาย

สุดท้ายแล้วผลการพัฒนาและประเมินรูปแบบพบว่า รูปแบบองค์กรสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ มีลักษณะดังภาพ 2



ภาพ 2 รูปแบบองค์กรสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาองค์ประกอบขององค์กรสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาล พบว่า องค์กรสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาลมี 4 องค์ประกอบ แตกต่างจากการทบทวนวรรณกรรมที่ใช้แนวคิดของ De Waal (2012) มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยนี้ที่มี 5 องค์ประกอบ อาจเนื่องจากองค์ประกอบที่ศึกษามีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง ทำให้บางตัวบ่งชี้อาจอยู่รวมกันได้ และอาจไปอยู่ในองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง หรือหลายองค์ประกอบพร้อมกัน

อย่างไรก็ตาม องค์ประกอบที่ 1 การเพิ่มขีดความสามารถในการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง ประกอบด้วย 30 ตัวบ่งชี้ ค่าน้ำหนักสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) ไม่เพิกเฉยละเลย ผู้ที่ไม่มีผลงาน 2) ผู้บริหาร อาจารย์พยาบาลและบุคลากร ให้เวลาในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 3) ขับเคลื่อนวิทยาลัยพยาบาลด้วยผลงาน และค่าน้ำหนักต่ำสุด คือ รับฟังและสำรวจข้อมูลเพื่อพิจารณา แก้ไข ปรับปรุงพัฒนาเพื่อความยั่งยืนในการเป็นองค์กรสมรรถนะสูง ทั้งนี้อาจเนื่องจากองค์กรที่มีระเบียบวินัยและวิธีปฏิบัติสำหรับข้าราชการ ผู้บังคับบัญชาจะต้องคอยดูแลสอดส่องผู้ใต้บังคับบัญชาให้เป็นผู้ครองตนครองคน และครองงานได้ดี หากผู้ใต้บังคับบัญชาปฏิบัติงานไม่ดีหรือบกพร่อง เป็นเพราะผู้บังคับบัญชาไม่ดูแลกวดขัน จะต้องรับผิดด้วย ซึ่งผลการศึกษาในองค์ประกอบนี้แสดงให้เห็นว่าเมื่อองค์กรต้องการให้บุคลากรเข้าถึงประสิทธิภาพสูงสุด ผู้บริหารขององค์กรต้องเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาในระดับความรู้สึกของบุคลากรแต่ละบุคคล เพื่อครองใจบุคลากรผู้ใต้บังคับบัญชาไว้ได้ ผู้บริหารจึงไม่ควรเพิกเฉย ละเลย ผู้ไม่มีผลงาน และให้เวลาในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เมื่อพนักงานมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ผลงานจะเป็นตัวขับเคลื่อนองค์กรสมรรถนะสูงในเวลาต่อมา และผู้นำที่มีวิสัยทัศน์พาองค์กรไปสู่สมรรถนะสูงได้สอดคล้องกับองค์ประกอบหนึ่งในองค์กรสมรรถนะสูงของ Blanchard (2015) ที่กล่าวว่า จุดเด่นขององค์กรสมรรถนะสูง ได้แก่ มีจุดมุ่งหมาย ภาพอนาคต และคุณค่า ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างวัฒนธรรมที่มุ่งผลลัพธ์ และเช่นเดียวกับแนวคิดของ Malku (2010) ที่กล่าวว่า องค์กรสมรรถนะสูงต้องมีผู้นำในการริเริ่มและมีวิสัยทัศน์ในการนำองค์กร

องค์ประกอบที่ 2 การปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเพื่อบรรลุเป้าหมายระยะยาว ประกอบด้วย 16 ตัวบ่งชี้ โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) มีนวัตกรรมด้านผลผลิต บริการ และกระบวนการอย่างต่อเนื่อง 2) มีการกำหนดเป้าหมายที่สูงขึ้นจากเดิมทุกปี และ 3) สร้างสมรรถนะหลักขึ้นใหม่อย่างต่อเนื่องตามผลการปฏิบัติงานขององค์กรเพื่อยกระดับขีดความสามารถขององค์กร ส่วนตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักต่ำสุด คือ อาจารย์และบุคลากรได้รับการพัฒนาด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่ร่วมสมัยอย่างต่อเนื่อง ที่เป็นเช่นนี้ อาจเนื่องจากสถาบันการศึกษาพยาบาลได้รับการตรวจประเมินคุณภาพทั้งภายในและภายนอก ซึ่งเป็นไปตามวงจรคุณภาพ PDCA ที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและมีการปรับเปลี่ยนเป้าหมายเพื่อให้เกิดการพัฒนา ตลอดจนเป็นความท้าทายในการเพิ่มเป้าหมายให้สูงขึ้น และในหลักสูตรมีการเน้นการสร้างนวัตกรรมทั้งในรายวิชาวิจัยและนวัตกรรมทางการพยาบาล และวิชาปฏิบัติการพยาบาลในระดับสูงขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎี Organizational Creativity ของ Woodman, Sawyer, and Griffin (1993) ที่กล่าวว่า Organizational creativity เกิดจากคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ความสามารถทางสติปัญญา บุคลิกภาพ แรงจูงใจ และความรู้ ในขณะที่คุณลักษณะของกลุ่ม ได้แก่ บรรทัดฐาน ความสัมพันธ์ ขนาด ความแตกต่าง บทบาท งาน วิธีการแก้ปัญหา และคุณลักษณะขององค์กร ได้แก่ วัฒนธรรม ทรัพยากร รางวัล กลยุทธ์ โครงสร้าง และเทคโนโลยี คุณลักษณะเหล่านี้ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสร้างสรรค์ และสถานการณ์สร้างสรรค์

ทั้งการส่งเสริมสนับสนุนและอุปสรรค แต่สิ่งที่ขาดไม่ได้ คือ เทคโนโลยี ซึ่งถือว่าเป็นกลไกในการพัฒนานวัตกรรมที่ทันสมัย ทำให้การปรับปรุงองค์กรทำได้อย่างต่อเนื่องเพื่อบรรลุเป้าหมายระยะยาว

องค์ประกอบที่ 3 การสร้างความเข้มแข็งแก่บุคลากรและความภักดีต่อองค์กร ประกอบด้วย 12 ตัวบ่งชี้ โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) มีระบบ แผนงาน ในการเพิ่มสมรรถนะอาจารย์และบุคลากร เพื่อเตรียมสู่ระดับตำแหน่งที่สูงขึ้น 2) อาจารย์และบุคลากรได้รับการพัฒนาเพื่อรับผิดชอบต่องานที่มีความสำคัญเพื่อประสิทธิภาพของงาน และ 3) อาจารย์และบุคลากร ให้คุณค่ากับงานที่ทำ ส่วนตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักต่ำสุด คือ วิทยาลัยพยาบาลเป็นสถานที่ที่มีความมั่นคง ปลอดภัยทั้งกายและใจ ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากวิทยาลัยพยาบาล มีเกณฑ์การรับรองสถาบันทางการพยาบาล เช่น การพัฒนาอาจารย์และสายสนับสนุน การพัฒนาอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร คุณวุฒิปริญญาเอก และตำแหน่งทางวิชาการของอาจารย์ ซึ่งต้องมีแผนพัฒนาอาจารย์และพนักงานสนับสนุนเป็นรายบุคคลด้วย ทำให้วิทยาลัยพยาบาลต้องสร้างความเข้มแข็งให้กับบุคลากร นอกจากนี้ ยังพบว่าเกณฑ์การรับอาจารย์จะต้องสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไปในสาขาทางการพยาบาลและสาขาที่เกี่ยวข้อง อาจารย์ประจำหลักสูตรทุกคนโดยเฉพาะอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรจะต้องมีผลงานทางวิชาการที่ตรงกับความเชี่ยวชาญอย่างน้อย 1 เรื่องภายใน 5 ปี และสอดคล้องกับทฤษฎี Two-factors ของ Herzberg, Mausner, and Snyderman (1959) ที่กล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานที่นำไปสู่ความพึงพอใจในการทำงาน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับงาน ซึ่งสัมพันธ์กับความไม่พึงพอใจในการทำงาน ปัจจัยที่เพิ่มความพึงพอใจของพนักงาน เช่น การยอมรับ ความรับผิดชอบ การเลื่อนตำแหน่ง การได้รับเงินเดือนสูงขึ้น สภาพการทำงานปลอดภัยและน่าอยู่ เป็นต้น ดังนั้น หากสภาพที่ทำงานเป็นสถานที่ที่มีความมั่นคง ปลอดภัยทั้งกายและใจ จะนำไปสู่ความพึงพอใจในการทำงานที่จะพัฒนาตนเองและพัฒนางานให้ดีขึ้นได้ นำไปสู่การคงอยู่ หรือมีความภักดีต่อองค์กร

องค์ประกอบที่ 4 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพของสถาบัน ประกอบด้วย 5 ตัวบ่งชี้ โดยตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) ผู้บริหาร อาจารย์พยาบาล บุคลากร มีส่วนร่วมในกระบวนการที่สำคัญขององค์กร เช่น วางแผนกลยุทธ์ การประกันคุณภาพการศึกษา 2) วิทยาลัยพยาบาลมุ่งผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพ เป็นที่ยอมรับ โดดเด่นในวิชาชีพ เพื่อการให้บริการแก่สังคม และ 3) มีกลยุทธ์เชิงรุกในการจูงใจและคัดเลือกผู้เข้ารับการศึกษา ในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ตัวบ่งชี้ที่มีค่าน้ำหนักต่ำสุด คือ ได้รับความไว้วางใจ จากอาจารย์และบุคลากร ที่เป็นเช่นนี้ อาจเนื่องจากวิทยาลัยพยาบาลบริหารราชการในรูปแบบของคณะกรรมการ ซึ่งมีรูปแบบการทำงานเป็นทีม จึงต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจและการมีส่วนร่วมในการทำงาน ตั้งแต่ขั้นตอนของการทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ กลยุทธ์ต่าง ๆ รวมถึงการตั้งเป้าหมายขององค์กรร่วมกัน อย่างไรก็ดี ผู้ปฏิบัติงานจะต้องมีความไว้วางใจกันก่อนที่จะทำงานร่วมกัน และเกิดสัมฤทธิผลในการปฏิบัติหน้าที่ต่อไป และสอดคล้องกับแนวคิดของ Kochan and Dyer ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความผูกพัน ได้แก่ ระดับกลยุทธ์ ระดับนโยบายทรัพยากรมนุษย์ เช่น ความมั่นคงในการจ้างงาน การลงทุนในการฝึกอบรมและการพัฒนาบุคลากร การเสริมความร่วมมือและการมีส่วนร่วม และระดับสถานที่ทำงานมีการดำเนินการตามมาตรฐานขั้นสูง การออกแบบงานที่กว้าง และทำงานเป็นทีม ความเกี่ยวข้องของลูกจ้างในการแก้ไขปัญหา และบรรยากาศของความร่วมมือ และความไว้วางใจ (Armstrong & Taylor, 2014)

2. ผลการร่างรูปแบบองค์กรสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม

และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่ารูปแบบดังกล่าวมีความเหมาะสมทุกองค์ประกอบอยู่ในระดับมากที่สุด และมีความเห็นสอดคล้องกันทุกองค์ประกอบ เนื่องจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นครอบคลุมทั้งในด้านผู้นำหรือผู้บริหาร และด้านบุคลากรที่ต้องเสริมความเข้มแข็งในการทำงาน และการคงอยู่ในองค์กร ด้านความร่วมมือในการทำงานด้วยความไว้วางใจกัน และทำงานร่วมกัน สอดคล้องกับแนวคิดต้นแบบของ De Waal (2012) บางส่วน ที่เป็นเช่นนี้ อาจเนื่องจากกิจกรรมที่เป็นองค์ประกอบขององค์กรสมรรถนะสูงมีความสัมพันธ์กัน และมุ่งผลลัพธ์เพื่อให้บรรลุเป้าหมายเดียวกัน

3. ผลการประเมินรูปแบบองค์กรสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมทุกองค์ประกอบ เนื่องจากกิจกรรมในแต่ละองค์ประกอบสามารถนำไปสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง มีความสมเหตุสมผลกัน จะขาดส่วนหนึ่งส่วนใดไม่ได้ และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้นั้น สามารถเป็นไปได้ทุกองค์ประกอบ เนื่องจากวิทยาลัยพยาบาลแต่ละแห่ง เปิดมามากกว่าครึ่งศตวรรษ และมีการพัฒนาสถาบันมาโดยตลอด กิจกรรมในองค์ประกอบต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ปฏิบัติอยู่แล้ว เพียงแต่จำเป็นต้องตั้งเป้าหมายที่ท้าทาย ทันสมัย ทันยุค การเปลี่ยนแปลง และทำอย่างต่อเนื่อง จึงมีความเป็นไปได้ที่จะนำมาปรับใช้ให้ดียิ่งขึ้น เช่นเดียวกับผลการประเมินรูปแบบที่พบว่ามีความเป็นประโยชน์ทุกองค์ประกอบ สอดคล้องกับผลการประเมินคุณภาพของสถาบันที่อยู่ในเกณฑ์ดีขึ้นไป และทุกวิทยาลัยพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพจากสภาการพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1. การเพิ่มขีดความสามารถในการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง ควรส่งเสริมการทำงานเป็นทีม ร่วมกับการพัฒนาสมรรถนะผู้นำ มีการประเมินผลเพื่อสรุปรวม

2. การสร้างความเข้มแข็งแก่บุคลากรและความภักดีต่อองค์กร ควรสร้างเป้าหมายร่วม ใช้เวลาร่วมกันด้วยความสามารถของบุคลากรที่แตกต่างกันและหลากหลาย ด้วยความไว้วางใจเคารพซึ่งกันและกัน

3. วิทยาลัยพยาบาลควรมีการอบรมอาจารย์และบุคลากรของวิทยาลัยพยาบาลทั้ง 4 เหล่า เกี่ยวกับการนำรูปแบบองค์กรสมรรถนะสูงของวิทยาลัยพยาบาลไปใช้ และควรมีกิจกรรมเสริมเพื่อสร้างความเข้าใจในแต่ละขั้นตอนร่วมกัน

4. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบองค์กรสมรรถนะสูงที่ออกแบบในแนวราบเปรียบเทียบกับแนวดิ่งที่มาจากล่างไปสู่บน

เอกสารอ้างอิง

Armstrong, M., & Taylor, S. (2014). *Armstrong's handbook resource management practice* (13th ed.). Kogan Page.

Blanchard, K. H. (2015). *Leading at a higher level: Blanchard on leadership and creating high performing organizations*. U.S.A.: Blanchard Management Corporation.

De Waal, A. A. (2012). Characteristics of high-performance organizations. *Journal of Management Research, 4*(4), 39-71.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (1959). *The motivation to work.* New York, NY: John Wiley & Sons.

Light, P. C. (2005). *The four pillars of high performance, how robust organizations achieve extraordinary results.* New York, NY: McGraw-Hill.

Malku Consulting & Outsourcing. (2010). *Providing financial and business management services for non-profits.* Retrieved from http://www.malku.net

Schermerhorn, J. R., Hunt, J. G., & Osborn, R. N. (2002). *Organizational behavior* (7th ed.). U.S.A: John Wiley & Sons.

Woodman, R. W., Sawyer, J. E., & Griffin, R. W. (1993). Toward a theory of organizational creativity. *Academy of Management Review*, *18*(2), 293-321.



ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
POLICE MEDICAL EMERGENCY RESPONSE TEAM (POLICE – MERT), THE ROYAL THAI POLICE

เอกลักษณ์ ดีรุ่งโรจน์
Eakalux Deerungroj
พลตำรวจตรี นายแพทย์ (สบ 6) โรงพยาบาลตำรวจ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
Police Major General, M.D., Police General Hospital, Pathumwan, Bangkok, 10330, Thailand
Corresponding author E-mail: eakaluxd@gmail.com

Received: *February 23, 2023* Revised: *April 24, 2023* Accepted: *June 28, 2023*

บทคัดย่อ

ประเทศไทยประสบปัญหาสาธารณภัย เช่น ปัญหาอุทกภัย วาตภัย อัคคีภัย ดินโคลนถล่ม แผ่นดินไหว โรคระบาด การปะทะกันระหว่างผู้ชุมนุมกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ เหตุกราดยิง สาธารณภัย ก่อให้เกิดการสูญเสียชีวิต ทรัพย์สิน และส่งผลกระทบอย่างมากต่อชีวิตของประชาชน การบริหารจัดการทางด้านการแพทย์เมื่อเกิดสาธารณภัยที่สำคัญ คือ การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง การมีทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ (MERT) ตามแนวคิดระบบบัญชาการเหตุการณ์ ประกอบด้วยบุคลากรจากสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ ซึ่งมีความรู้ ความสามารถ ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการอย่างเป็นหมู่คณะในการดูแลผู้บาดเจ็บระดับตติยภูมิในเหตุสาธารณภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทยได้ดำเนินการจัดตั้งทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ระดับตติยภูมิขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 ซึ่งต่อมาก็มีกระทรวงกลาโหมและกรุงเทพมหานครจัดตั้งทีมนี้เช่นกัน โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ เห็นความสำคัญของสาธารณภัย จึงได้จัดตั้งทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ระดับตติยภูมิของสำนักงานตำรวจแห่งชาติขึ้น เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับภาวะภัยพิบัติ โดยเฉพาะในเขตเมือง เช่น เหตุปะทะ เหตุกราดยิง ไฟไหม้อาคารสูง ประชาชนผู้บาดเจ็บได้รับการช่วยเหลือและรักษาอย่างทันท่วงที สามารถประสานส่งต่อกรณีที่มีผู้บาดเจ็บจำนวนมากไปรักษายังสถานพยาบาลต่าง ๆ รวมถึงเป็นหน่วยสนับสนุนทางการแพทย์ด้านต่าง ๆ ให้แก่ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ระดับประเทศ

คำสำคัญ : สาธารณภัย, ระบบบัญชาการเหตุการณ์, ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ

Abstract

Thailand encounters many disasters such as floods, storms, fires, mudslides, earthquakes, epidemics, clashes between demonstrators and government officers, and active shooting incidents,

causing casualties, property losses, and an enormous impact on the lives of Thai people. One of the important tasks of the public health agency is to help and take care of the injured people, including mitigating the impact that occurs after each disaster. An important problem in medical management, when a disaster occurs, is the coordination between various agencies involved in the event management system related to medical and public health. An important component in the medical incident command system is the Medical Emergency Response Team (MERT), which is a team consisting of personnel from many professions such as doctors, nurses, pharmacists, paramedics, and emergency medical technicians (EMT) who have the knowledge, ability, and expertise to effectively act as a group in tertiary patient caring in disasters. The Ministry of Public Health together with the Thai Association of Emergency Medicine have formed Medical Emergency Response Team since 2008, which was followed by the Ministry of Defence and Bangkok Metropolitan Administration. Police General Hospital under The Royal Thai Police saw the importance of disasters and therefore established Police Medical Emergency Response Team (POLICE – MERT) to prepare for disasters, especially in urban areas such as clashes, active shooting incidents, and fires in high-rise buildings. Thus, the wounded people can be rescued and treated promptly. In case there are numerous casualties, POLICE – MERT can coordinate with other medical centers and transport those injured people. Furthermore, POLICE – MERT may also act as a medical support unit in various fields supporting other national emergency medical operation teams.

Keywords: disaster, incident command system (ICS), medical emergency response team (MERT)

บทนำ

ทศวรรษที่ผ่านมาโลกได้เผชิญกับเหตุสาธารณภัยเป็นจำนวนมาก ระหว่างปี ค.ศ. 2008 - 2017 โดยมีจำนวนสาธารณภัยประมาณ 315 เหตุการณ์ ก่อให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจเป็นเงินมากถึง 1.65 ล้านล้านเหรียญสหรัฐ มีผู้ได้รับบาดเจ็บประมาณ 1.9 พันล้านคน และเสียชีวิตประมาณ 6 แสนคน (United Nations Office for Disaster Risk Reduction, 2018)

ประเทศไทยเผชิญกับเหตุสาธารณภัยหลายรูปแบบ เช่น มหาอุทกภัยปี พ.ศ. 2554 มีน้ำท่วมใหญ่ครอบคลุมพื้นที่ 65 จังหวัด มีผู้เสียชีวิต 657 คน ประชาชนเดือดร้อน 13 ล้านคน และปี พ.ศ. 2561 กรณีนักฟุตบอลเยาวชนทีม "หมูป่าทีนทอล์คอะคาเดมี" สูญหายเนื่องจากฝนตกและน้ำท่วมสูงในเขตวนอุทยานถ้ำหลวง - ขุนน้ำนางนอน ตำบลโป่งผา อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ที่ต้องมีการระดมบุคลากรส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำผู้ที่สูญหายออกมาได้อย่างปลอดภัย และในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการแพร่ระบาดทั่วโลก มีประชาชนเสียชีวิตและเจ็บป่วยเป็นจำนวนมาก และยังมีเหตุการณ์อื่น ๆ เช่น ภัยจากการคมนาคม การปะทะระหว่างผู้ชุมนุมและเจ้าหน้าที่รัฐ ทำให้มีผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บเป็นจำนวนมาก เป็นต้น

เมื่อเกิดเหตุสาธารณภัย สิ่งสำคัญในการบริหารจัดการสาธารณภัย คือ การประสานงานสั่งการระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ หลายหน่วยงานที่เข้าร่วมจัดการเหตุสาธารณภัย ระบบที่ประเทศส่วนใหญ่ทั่วโลกยอมรับและนำมาใช้ในการบริหารจัดการเหตุการณ์หรือภาวะฉุกเฉิน คือ ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System: ICS) ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริหารจัดการได้ในแต่ละประเทศตามความเหมาะสม ประเทศไทยโดยกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยได้นำ

ระบบการบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) มาปรับใช้และบรรจุในแผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2558 (National Disaster Risk Management Plan, 2015) และกำหนดให้ “ทุกส่วนราชการ หน่วยงานและภาคเอกชน ใช้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) เป็นระบบมาตรฐานของประเทศไทยในการจัดการในภาวะฉุกเฉิน”

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้นำระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) มาปรับใช้ในการบริหารจัดการทางการแพทย์ โดยจัดตั้งทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ในภาวะภัยพิบัติ (Medical Emergency Response Team: MERT) ตั้งแต่ พ.ศ. 2551 เพื่อพัฒนาบุคลากรสหวิชาชีพให้สามารถปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีมในการช่วยเหลือผู้ประสบภัยและรองรับระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับตติยภูมิในสถานการณ์ภัยพิบัติต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (Medical Emergency Response Team Guideline, 2017)

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ได้จัดทำแผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ พ.ศ. 2559 (Disaster Prevention and Mitigation Plan, Royal Thai Police, 2016) โดยมอบหมายให้โรงพยาบาลตำรวจเป็นหน่วยงานหลักในการจัดชุดปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินและชุดประสานงานทางการแพทย์ฉุกเฉิน รับผิดชอบในการประสานงานจำแนกผู้ป่วย รักษา ดูแล และส่งต่อผู้ป่วย เมื่อเกิดเหตุสาธารณภัย การปฏิบัติงานดังกล่าวสอดคล้องกับการจัดตั้งทีม MERT ของกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่น ๆ และเป็นที่มาของการจัดตั้ง Police Medical Emergency Response Team (POLICE – MERT) ขึ้น เพื่อรองรับภารกิจในการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ซึ่งบทความนี้มีเป้าหมายเพื่อนำเสนอความรู้เกี่ยวกับระบบบัญชาการเหตุการณ์ที่มีความจำเป็นในสถานการณ์ที่มีสาธารณภัย และความเป็นมาในการจัดตั้งทีม POLICE – MERT ของโรงพยาบาลตำรวจ ที่ตอบสนองภารกิจของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ อีกทั้ง ช่วยสนับสนุนระบบการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทย นำมาซึ่งความปลอดภัยของประชาชนและผู้ประสบภัย มีรายละเอียด ดังนี้

ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System: ICS)

ระบบบัญชาการเหตุการณ์ คือ ระบบที่ใช้ในการควบคุม สั่งการและประสานงานความร่วมมือของแต่ละหน่วยงานในการจัดการภาวะฉุกเฉิน ระบบดังกล่าวเป็นระบบปฏิบัติการเพื่อระดมทรัพยากรไปยังที่เกิดเหตุ ให้สามารถบริหารจัดการช่วยเหลือชีวิต ทรัพย์สิน และทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Incident Command System for Emergency Management in Thailand, 2016)

แนวคิดระบบบัญชาการเหตุการณ์ได้รับการพัฒนาขึ้นประมาณ 52 ปีที่ผ่านมา หลังจากที่ประเทศสหรัฐอเมริกาได้เผชิญกับความสูญเสียและเสียหายอย่างร้ายแรงที่เกิดจากไฟป่าทางตอนใต้ของรัฐแคลิฟอร์เนีย แม้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะดำเนินการยับยั้งไฟป่าอย่างสุดความสามารถ แต่ก็ยังประสบปัญหาขาดประสิทธิภาพในการประสานการปฏิบัติงาน เนื่องจากมีหลายหน่วยงานที่เข้ามาร่วมกัน ทำให้การสื่อสารและประสานงานไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ตลอดจนมีระบบการทำงานที่หลากหลายและไม่เป็นเอกภาพ จากปัญหาดังกล่าว จึงนำไปสู่การพัฒนารูปแบบของระบบการประสานงานระหว่างหน่วยงานและการสนับสนุนทรัพยากรการเผชิญเหตุให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และในปี พ.ศ. 2544 สำนักงานการจัดการภาวะฉุกเฉินกลาง (Federal Emergency Management Agency: FEMA) ได้พัฒนาและปรับปรุงระบบบัญชาการเหตุการณ์จากระบบการจัดการเหตุการณ์ไฟป่า จนเป็นระบบที่สามารถนำไปใช้กับการจัดการภัยต่าง ๆ ได้ทุกประเภท (all hazards) แต่ยังไม่มีผลบังคับใช้กับ

ทุกมลรัฐของประเทศสหรัฐอเมริกา จนกระทั่งเกิดเหตุการณ์ 9/11 ที่มลรัฐนิวยอร์ก ประธานาธิบดีจึงได้มีประกาศคำสั่งเพื่อความมั่นคงแห่งมาตุภูมิที่ 5 และ 8 (HSPD 5 & 8) ให้ทุกหน่วยงานทุกระดับในประเทศใช้ “ระบบการจัดการเหตุฉุกเฉินแห่งชาติ” (National Incident Management System: NIMS) ซึ่งมีระบบบัญชาการเหตุการณ์เป็น 1 ในองค์ประกอบของระบบดังกล่าว (Thailand Incident Command System, 2023)

ประเทศไทยมีการนำแนวคิดระบบบัญชาการเหตุการณ์มาใช้ในการจัดการภาวะฉุกเฉิน เมื่อประมาณ 20 ปีที่ผ่านมา โดยปรากฏในแผนป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนแห่งชาติ พ.ศ. 2545 แต่ไม่มีการกำหนดแนวทางการจัดการในภาวะฉุกเฉินที่สามารถใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันระหว่างส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ และเอกชนได้ อย่างไรก็ตาม ระบบบัญชาการเหตุการณ์ได้ถูกผลักดันให้เป็นเครื่องมือในการจัดการสาธารณภัยอย่างเป็นทางการ โดยมีการพัฒนากรอบแนวคิดและแผนการพัฒนามาตรฐานระบบบัญชาการเหตุการณ์ของประเทศไทย (Thailand Incident Command System: TICS) เมื่อปี พ.ศ. 2553 โดยให้อิงพื้นฐานและโครงสร้างการบริหารการจัดการภัยพิบัติจากประเทศสหรัฐอเมริกา และนำมาปรับให้เข้ากับบริบทของสังคมไทย จนกระทั่งระบบบัญชาการเหตุการณ์ถูกกำหนดไว้ในการจัดการในภาวะฉุกเฉินของแผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2558 เป็นครั้งแรก และล่าสุดได้ถูกบรรจุต่อในแผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2564 - 2570 (ฉบับปัจจุบัน) (Thailand Incident Command System, 2023)

หลักการสำคัญในการจัดการในภาวะฉุกเฉิน

1. มาตรฐานการจัดการในภาวะฉุกเฉิน (standardization) หมายถึง การจัดภาวะฉุกเฉินสาธารณภัยภายใต้รูปแบบ ระบบ และความเข้าใจที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในทุกหน่วยงานที่มีหน้าที่หรือความสามารถในการเข้าร่วมปฏิบัติงานทุกระดับ

2. เอกภาพการจัดการในภาวะฉุกเฉิน (unity of direction) หมายถึง การจัดการในภาวะฉุกเฉินที่ทุกหน่วยงานมีทิศทางการปฏิบัติในการสั่งการ อำนวยการ ควบคุมการเผชิญเหตุสาธารณภัยไปในทิศทางเดียวกัน ด้วยการกำหนดวัตถุประสงค์ กลยุทธ์ ยุทธวิธีให้มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน รวมถึง การกำหนดสาย/ลำดับการบังคับบัญชาที่ชัดเจน

3. ความยืดหยุ่นของโครงสร้างองค์กร (flexibility) หมายถึง การจัดโครงสร้างองค์กรเพื่อให้สามารถตอบโต้กับเหตุการณ์สาธารณภัยได้ทุกประเภท ทุกขนาด และทุกความซับซ้อน ตามลักษณะของสถานการณ์/เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

ระบบบัญชาการเหตุการณ์เป็นระบบที่มุ่งเน้นการเป็นมาตรฐานหนึ่งเดียว ซึ่งไม่ว่าเหตุการณ์จะรุนแรงในระดับใด หน่วยงานและผู้ปฏิบัติต้องมีความคุ้นเคยและเข้าใจมาตรฐานขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure: SOP) แบบเดียวกัน เพื่อให้สามารถใช้ในการบริหารจัดการเหตุการณ์หรือภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นได้ทุกประเภท ทั้งยังสามารถบูรณาการโครงสร้างทีมบริหารจัดการสถานการณ์ในการบริหารจัดการเหตุการณ์ที่มีความซับซ้อน โดยไม่ยึดขอบเขตอำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน

จุดเด่นสำคัญของระบบบัญชาการเหตุการณ์

1. เป็นกรอบแนวคิดมาตรฐานในการปฏิบัติโดยมีความสามารถในการจัดการร่วมกันทั้งในด้านการสั่งการ ควบคุม มอบหมายภารกิจ สนับสนุนทรัพยากร และการบูรณาการการติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงาน เพื่อให้สามารถบริหารจัดการเหตุการณ์ทุกประเภท ทั้งในภาวะปกติ ภาวะฉุกเฉินและสาธารณภัยหรือภัยพิบัติ

2. เป็นระบบที่สนับสนุนการให้ข้อมูลที่แม่นยำ มีการวางแผน และคำนวณค่าใช้จ่ายที่มีประสิทธิผล เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่พึงปรารถนาหรือเป็นไปตามที่คาดหวัง

3. เป็นระบบที่สามารถปรับเปลี่ยนการจัดทีมบริหารสถานการณ์แบบบูรณาการ ให้สอดคล้อง

เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้ทีมที่จัดตั้งขึ้นมีลักษณะเป็นแบบชั่วคราว ไม่มีโครงสร้างหรือการบริหารแบบถาวร เช่น กรณีปฏิบัติการช่วยชีวิต 13 หมูป่า ณ วนอุทยานถ้ำหลวง - ขุนน้ำนางนอน อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ที่มีการยกระดับ ICS ด้านสาธารณสุข ตั้งแต่ระดับอำเภอ ไปจนถึงระดับประเทศ (Boontong, 2020)

4. เป็นโครงสร้างทีมบริหารสถานการณ์ที่นำเอาทักษะ ความรู้ ความสามารถด้านเทคนิคเฉพาะทาง มารวมอยู่ภายในโครงสร้าง

5. ในช่วงสถานการณ์ฉุกเฉินภายใต้ระบบ ICS บุคลากรจะมีการปรับบทบาทหน้าที่ในตำแหน่ง “ปฏิบัติประจำ” ไปปฏิบัติหน้าที่ภายใต้โครงสร้าง ICS ตามที่ได้รับมอบหมาย

6. เป็นระบบที่ผสมผสานทรัพยากรทุกชนิดเข้าด้วยกัน ทั้งเครื่องมือ บุคลากร และอุปกรณ์จากหน่วยต่าง ๆ ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ทหาร ตำรวจ สาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญด้านเทคนิค NGO เป็นต้น

โครงสร้างของระบบบัญชาการเหตุการณ์

การจัดโครงสร้างของระบบบัญชาการเหตุการณ์ ดังภาพ 1 เป็นการจัดโครงสร้างตามภารกิจหน้าที่ความรับผิดชอบ (functional responsibility) แบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก (Incident Command System for Thailand Emergency Management, 2016) ได้แก่

1. ส่วนบัญชาการ (command) ประกอบด้วย

1.1 ผู้บัญชาการเหตุการณ์ (incident commander: IC) เป็นผู้รับผิดชอบการจัดการกับเหตุการณ์ มีบทบาทสำคัญในการกำหนดวัตถุประสงค์ในการบริหารจัดการต่อเหตุการณ์ ให้แนวทางจัดทำแผนเผชิญเหตุ ทั้งนี้ ผู้บัญชาการเหตุการณ์จะรับผิดชอบกิจกรรมและหน้าที่ในทุกด้าน จนกว่าจะมีการมอบหมายหรือแต่งตั้งเจ้าหน้าที่มารับผิดชอบต่อไป

1.2 เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานหลัก (command staff) เป็นผู้สนับสนุนการบัญชาการของผู้บัญชาการเหตุการณ์ในการบริหารสถานการณ์ฉุกเฉิน ซึ่งผู้บัญชาการเหตุการณ์จะเป็นผู้แต่งตั้งขึ้นตามความเหมาะสมและจำเป็นในแต่ละเหตุการณ์ ประกอบด้วย

(1) เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ (Public Information Officer: PIO) มีหน้าที่ความรับผิดชอบเป็นศูนย์กลางในการกระจายข้อมูลข่าวสารแก่สื่อมวลชนและหน่วยงานอื่น ๆ โดยจะรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทั้งสาเหตุการเกิดภัย ความเสียหายที่เกิดขึ้น การช่วยเหลือที่ดำเนินการไปแล้ว และแผนการที่จะดำเนินการต่อไป เพื่อรายงานผู้บังคับบัญชาและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์สู่ประชาชนให้รับทราบสถานการณ์ที่มีความเป็นปัจจุบัน

(2) เจ้าหน้าที่ประสานงาน (Liaison Officer: LO) มีหน้าที่ความรับผิดชอบเป็นศูนย์กลางการติดต่อสื่อสาร กับเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานสนับสนุนและช่วยเหลือการปฏิบัติงานตลอดจน ประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ทั้งหมด

(3) เจ้าหน้าที่ด้านความปลอดภัย (Security Officer: SO) มีหน้าที่รับผิดชอบ ติดตามดูแล ประเมินความเสี่ยง และดำเนินมาตรการด้านความปลอดภัยแก่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานรวมทั้ง ให้คำแนะนำด้านความปลอดภัยแก่ผู้บัญชาการเหตุการณ์

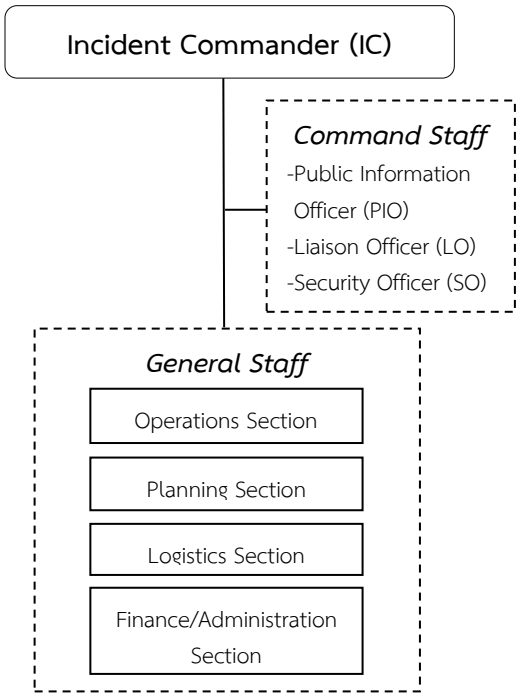
2. ส่วนอำนวยการ (general staff) ประกอบด้วย

2.1 ส่วนปฏิบัติการ (operations section) มีหน้าที่ปฏิบัติการตามยุทธวิธี จัดสรรและกำกับดูแลทรัพยากรในการตอบโต้เหตุฉุกเฉิน (direct tactical actions)

2.2 ส่วนแผนงาน (planning section) มีหน้าที่หลักในการจัดทำแผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan: IAP) เพื่อพัฒนายุทธวิธีการปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ ตลอดจนรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินสถานการณ์และสงวนรักษาทรัพยากร (prepare action plan – maintain recourse and situation status)

2.3 ส่วนสนับสนุน (logistics section) รับผิดชอบจัดหาสนับสนุนทรัพยากร และการบริการที่จำเป็นในการสนับสนุนการโต้ตอบเหตุการณ์ (provide support)

2.4 ส่วนการบริหาร (finance/administration section) มีหน้าที่ตรวจสอบการใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการตอบโต้เหตุฉุกเฉิน มีการจัดทำบัญชี จัดซื้อ จัดหาวัสดุ บันทึกเวลาการปฏิบัติงานและประเมินค่าใช้จ่าย (cost accounting and procurement)



ภาพ 1 โครงสร้างของระบบบัญชาการเหตุการณ์

การจัดโครงสร้างทีมบริหารสถานการณ์ในการรับมือกับสถานการณ์สาธารณภัยหรือภัยพิบัติเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องทำเป็นลำดับแรก เพราะจะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ลดความสับสนของผู้ปฏิบัติและผู้ที่เข้ามาร่วมปฏิบัติงานที่มาจากหน่วยงานภายนอกพื้นที่ โครงสร้างทีมบริหารสถานการณ์ในประเทศไทย จะนำเอาระบบการทำงานด้านสาธารณสุขของไทยมาปรับให้เข้ากับหลักการของระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) โดยได้นำงานด้านต่าง ๆ ด้านสาธารณสุขมาใส่ไว้ในส่วนการปฏิบัติการ (operation section) และปรับบทบาทหน้าที่บางตำแหน่งในส่วนอำนวยการ (general staff) ให้สอดคล้องกับบริบทการทำงานปกติของหน่วยงานด้านสาธารณสุข และสามารถนำโครงสร้างที่จัดขึ้นมานี้ไปปรับใช้ได้ในทุกระดับของพื้นที่สาธารณภัย เพื่อให้เกิดความสะดวกในการประสานงาน และมีแนวทางสายการบังคับบัญชาที่ชัดเจน ทำให้เกิดประสิทธิภาพในจัดการสาธารณภัย

ทีมปฏิบัติฉุกเฉิน (medical emergency response team: MERT)

บทความนี้มุ่งเน้นการนำเสนอทีมปฏิบัติฉุกเฉินทางการแพทย์ในระดับตติยภูมิ ซึ่งมีมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับภาวะภัยพิบัติของประเทศ ในประเทศไทยเริ่มมีการจัดตั้งทีมนี้จากหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข ตามมาด้วยกรุงเทพมหานครและกระทรวงกลาโหม และมีการพัฒนาทีมบุคลากรด้านการแพทย์ โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินมาพัฒนาและอบรมเพื่อเพิ่มเติมความรู้ ทักษะ และความเชี่ยวชาญให้กับบุคลากรในทีม

ทีม MERT จึงหมายถึง กลุ่มบุคลากรทางด้านการแพทย์ที่มีความพร้อม ความรู้ ความเข้าใจ ความสมัครใจ และสามารถปฏิบัติภารกิจรองรับการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในสถานการณ์ภัยพิบัติอย่างเป็นหมู่คณะได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาในระดับตติยภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ

องค์ประกอบของทีม MERT

มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดกรอบบุคลากรในทีม MERT ประกอบด้วยบุคลากรสหสาขาวิชาชีพทั้งฝ่ายการแพทย์และฝ่ายสนับสนุน จำนวน 16 – 20 คน ทั้งนี้ สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม แต่อย่างน้อยควรมีบุคลากรสหวิชาชีพ (Medical Emergency Response Team Guideline, 2017) ดังนี้

แพทย์ จำนวน 2 คน โดย 1 คน ทำหน้าที่หัวหน้าทีม วางแผน มอบหมาย สั่งการกำกับดูแล และประสานกับหน่วยต่าง ๆ เพื่อขอความช่วยเหลือ และแพทย์อีก 1 คน ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย กำกับดูแลการปฏิบัติงานทางด้านเวชกรรมในคัดแยกรักษา ตัดสินใจ และส่งต่อผู้ป่วย

พยาบาล จำนวน 4 คน แบ่งหน้าที่กันในการช่วยแพทย์ดูแลรักษาผู้ป่วย ทั้งการคัดแยกดูแลรักษา ส่งต่อผู้ป่วย และช่วยแพทย์ในการบริหารและขอรับการสนับสนุนช่วยในการประสานงานรับส่งต่อผู้ป่วย

พนักงานเวชกิจฉุกเฉิน จำนวน 6 คน คอยสับเปลี่ยนหมุนเวียนกัน ทำหน้าที่ขับรถกู้ชีพประจำรถกู้ชีพ ช่วยเหลือพยาบาลในการคัดแยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ประสานงานในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และบันทึกรายงานการรักษาผู้ป่วย

เภสัชกร จำนวน 1 คน ทำหน้าที่บริหารเวชภัณฑ์ให้เพียงพอต่อการใช้งานสำหรับทีมแพทย์จ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย รวมถึงดูแลสุขอนามัยของทีมระหว่างออกปฏิบัติภารกิจ

ช่างซ่อมบำรุง จำนวน 1 คน ทำหน้าที่ดูแล ซ่อมบำรุง รถยนต์ อุปกรณ์ เครื่องมือสื่อสารต่าง ๆ รวมถึงสามารถปฏิบัติงานร่วมกับพนักงานเวชกิจฉุกเฉินได้

เจ้าหน้าที่สื่อสาร/ประชาสัมพันธ์ จำนวน 1 คน ทำหน้าที่สื่อสาร ประสานงาน ติดต่อสอบถามและปฏิบัติงานร่วมกับพยาบาลหรือพนักงานเวชกิจฉุกเฉินได้

เจ้าหน้าที่บริหาร/การเงิน จำนวน 1 คน ทำหน้าที่จัดการด้านงบประมาณ ควบคุมการเบิกจ่าย งานสารบรรณ และบันทึกเหตุการณ์ภาคสนาม

แม่บ้าน จำนวน 1 คน ทำหน้าที่จัดเตรียมอาหาร น้ำดื่ม เครื่องนอน ที่พัก สนับสนุนงานของเภสัชกรในการดูแลสุขอนามัย รวมถึงช่วยเหลือการปฏิบัติงานของพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน

ทั้งนี้ บุคลากรฝ่ายสนับสนุน ได้แก่ เภสัชกร ช่างซ่อมบำรุง ประชาสัมพันธ์ เจ้าหน้าที่สื่อสาร เจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหาร/การเงิน และแม่บ้าน เมื่อเข้ามาปฏิบัติงานในทีม MERT ควรผ่านการอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และบางตำแหน่งต้องสามารถสับเปลี่ยนหมุนเวียนหน้าที่ช่วยเหลือหน้าที่อื่น ๆ ได้ รวมถึง ต้องสามารถทำหน้าที่ช่วยดูแลด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยที่ประสบภัยและญาติของผู้ป่วย (Medical Emergency Response Team Guideline, 2017)

คุณลักษณะของผู้ที่ปฏิบัติงานในทีม MERT

1. ผ่านการอบรมหลักสูตรทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ
2. มีจิตอาสาและมีความคล่องตัวสูง
3. ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานที่ยากลำบากในภาคสนามของภาวะภัยพิบัติต่าง ๆ
4. สามารถดูแลตนเองได้ในระยะเวลา 72 ชั่วโมง โดยไม่รบกวนทรัพยากรของพื้นที่ประสบภัย
5. มีความรู้ ความสามารถในการออกไปปฏิบัติภารกิจด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินพื้นที่ภัยพิบัติ
6. มีความสามารถและเข้าใจในระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS)
7. มีความรู้ในการปฏิบัติการด้านการแพทย์ภาคสนาม (medical field command)
8. มีความยืดหยุ่น (flexibility) หรือความสามารถในการปรับเปลี่ยนวิธีการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างคล่องตัวตามสถานการณ์
9. มีความสามารถในการรักษาพยาบาลระดับตติยภูมิแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวนมากในระยะแรก จนสามารถส่งต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถออกไปปฏิบัติภารกิจตามที่ได้รับการร้องขอจากพื้นที่ภายใต้สายการบังคับบัญชาและระบบการบัญชาการเหตุการณ์

บทบาทหน้าที่ของทีม MERT

1. ประเมินสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องอย่างรวดเร็วเมื่อเข้าพื้นที่ (rapid health assessment) มีรายละเอียด ดังนี้

1.1 ประเมินกลไก ธรรมชาติของภัย แนวโน้มของภัย และความปลอดภัยในขณะนั้น เพื่อแยกพื้นที่ปลอดภัยกับพื้นที่อันตราย และหาเส้นทางเข้า-ออก ที่เหมาะสมและปลอดภัย

1.2 ประเมินการบริหารจัดการและการสั่งการในขณะนั้นว่า มีการจัดตั้งระบบแล้วหรือไม่ หากยังไม่มี หน่วยที่เข้าถึงพื้นที่เป็นหน่วยแรก จะทำหน้าที่บัญชาการเหตุการณ์ก่อนจนกว่าจะมีหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงของพื้นที่นั้น ๆ เข้ามาปฏิบัติหน้าที่

1.3 ประเมินกลไกความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ว่าเพียงพอหรือไม่ เช่น การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน การสนับสนุนเพิ่มเติม การกู้ภัย และทรัพยากรต่าง ๆ

2. รายงานตัวเพื่อรับคำสั่ง รับทราบข้อมูล และรับมอบอำนาจหน้าที่ในการปฏิบัติงานต่อผู้บัญชาการเหตุการณ์

3. บริหารจัดการและดูแลรักษาพยาบาลฉุกเฉินตามลำดับความรุนแรงแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวนมากที่ประสบภัยพิบัติและภัยระดับต่าง ๆ อย่างเหมาะสม โดยยึดหลัก 3T คือ การคัดแยก (triage) การรักษาพยาบาล (treatment) และการลำเลียงส่งต่อ (transfer) ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์และแผนของแต่ละท้องถิ่น โดยยังคงการทำงานภายใต้การกำกับดูแลของสายการบังคับบัญชา และการปฏิบัติเวชกรรมภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์หัวหน้าทีมหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นหัวหน้าทีม

4. ประเมินสถานการณ์และบันทึกเหตุการณ์ในระหว่างหรือสิ้นสุดการปฏิบัติเพื่อเป็นหลักฐานประกอบการขอความช่วยเหลือเพิ่มเติมหรือส่งต่อให้หน่วยปฏิบัติการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องที่มารับช่วงต่อ (Medical Emergency Response Team Guideline, 2017)

ขั้นตอนการปฏิบัติหน้าที่ของทีม MERT

1. รวมตัว ค้นหาข้อมูลให้เพียงพอ วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับ จัดเตรียมยานพาหนะ จัดทำรายการระดมเวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์ และอุปกรณ์ที่จำเป็น เพื่อออกปฏิบัติการหน้าที่ได้โดยเร็วภายในระยะเวลาที่กำหนด

2. ออกเดินทางเมื่อทีมพร้อม โดยใช้วิธีการและเส้นทางที่ปลอดภัย

3. เมื่อเดินทางถึงพื้นที่ หากมีผู้รับผิดชอบสั่งการอยู่แล้ว ให้ทีมเข้าไปรายงานตัวโดยระบุคุณสมบัติและบทบาทหน้าที่ของทีม ความพร้อมทั้งศักยภาพและทรัพยากรที่มีอยู่ของทีม กรณีที่ยังไม่มีผู้สั่งการตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ให้หัวหน้าทีม MERT ที่ไปถึงเป็นผู้สั่งการก่อนจนกว่าจะมีผู้แสดงตนว่ามีอำนาจสั่งการแล้ว

4. สำรวจความปลอดภัยในพื้นที่ที่ปฏิบัติงานและหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นโดยไม่จำเป็น

5. สำรวจข้อมูลที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะด้านสุขภาพ และประเมินความต้องการว่าต้องการหน่วยปฏิบัติการชนิดใด ระดับใด เพื่อขอความช่วยเหลือเพิ่มเติมโดยเร็วหากมีความจำเป็น

6. สรรหาและจัดพื้นที่ อาคารสถานที่ให้ปลอดภัย เหมาะสมในการใช้เป็นฐานปฏิบัติการ (medical post) และเตรียมความพร้อมรองรับด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของทีม

7. เมื่อมีผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเข้ามารับบริการหรือมีความจำเป็นต้องออกไปปฏิบัติการนอกที่ตั้งให้คำนึงถึงหลักการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คือการคัดแยก การรักษาพยาบาล และการส่งต่อ

8. กรณีที่มีความจำเป็นต้องส่งผู้ป่วยฉุกเฉินไปรับการรักษาต่อ จะต้องใช้ดุลยพินิจที่เหมาะสมในการพิจารณาลำดับก่อน - หลัง พร้อมยานพาหนะที่ใช้

9. บันทึกรวบรวมข้อมูลและรายงานต่อผู้บัญชาการเหตุการณ์ตามระบบ และรายงานต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ ตามสายการบังคับบัญชาจนกว่าจะเสร็จสิ้นภารกิจ

10. การปฏิบัติงานแต่ละครั้ง จะมีระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมง กรณีที่เหตุการณ์ยังไม่สิ้นสุดอาจจะมีการปรับเปลี่ยนภารกิจให้สามารถ

ปฏิบัติการเกินกว่า 72 ชั่วโมง โดยจะต้องมีการจัดหา หรือสนับสนุนเสบียงอาหาร เวชภัณฑ์ ยานพาหนะ อุปกรณ์ดำรงชีพตามความจำเป็น โดยต้องรายงานให้ผู้บังคับบัญชา และผู้บัญชาการเหตุการณ์ในพื้นที่ เพื่อดำเนินการสนับสนุนในเรื่องดังกล่าว และอาจต้องขอรับการสนับสนุนเพิ่มเติมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง รายงานกลับไปยังผู้บังคับบัญชาหรือผู้บัญชาการเหตุการณ์ในพื้นที่เพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น

11. กรณีที่เหตุการณ์เปลี่ยนแปลง อาจปรับเปลี่ยนภารกิจได้ตามเหมาะสม ตามความต้องการของพื้นที่ การผลัดเปลี่ยนภารกิจหรือส่งต่อภารกิจให้กับทีมต่อไป ต้องรายงานผู้บัญชาการเหตุการณ์และผู้บังคับบัญชาทุกครั้ง

12. เมื่อสิ้นสุดภารกิจ ต้องรายงานต่อผู้บังคับบัญชาและผู้บัญชาการเหตุการณ์ในพื้นที่ทุกครั้ง โดยสำรวจและจัดการด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมให้เรียบร้อยก่อนออกจากพื้นที่

การปฏิบัติการด้านการแพทย์ของทีม MERT (Medical Operation by MERT)

การปฏิบัติการด้านการแพทย์ของทีม เป็นการให้การดูแลรักษาทางการแพทย์ในบริเวณพื้นที่ประสบภัย โดยมีเป้าหมายเพื่อประเมินความต้องการทางด้านการแพทย์ และรายงานข้อมูลสำคัญกลับไปยังศูนย์บัญชาการทางการแพทย์และศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ (Military Medical Emergency Response Team, 2019) ต้องใช้หลักการดังนี้ในการปฏิบัติงาน

1. Command and Control การควบคุมบริหารจัดการทีม MERT ให้สามารถปฏิบัติภารกิจในพื้นที่ได้ตามกำหนดระยะเวลา

2. Safety การควบคุมสถานการณ์ให้ปลอดภัยสำหรับบุคลากรของทีม MERT

3. Communication การคงช่องทางการสื่อสารหรือช่องสัญญาณความถี่ เพื่อติดต่อกันระหว่างบุคลากรในทีม MERT

4. Assessment เป็นการประเมินสถานการณ์สาธารณภัยที่เกิดขึ้น โดยมีแนวทางการประเมิน ดังนี้

4.1 Major Incident Declared คือ การยืนยันสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่า เป็นเหตุสาธารณภัยหรือไม่

4.2 Exact location คือ บอกตำแหน่งของการเกิดสาธารณภัยที่ถูกต้อง

4.3 Type of Incident คือ ประเภทของสาธารณภัยที่เกิดขึ้น เช่น อุทกภัย วาตภัย หรือวินาศภัย เป็นต้น

4.4 Hazard Present or Suspected คือ ในบริเวณนั้นมีสารพิษที่เป็นอันตรายเกิดขึ้นในสาธารณภัยนั้นหรือไม่

4.5 Access คือ เส้นทางเข้า-ออก ซึ่งสามารถเดินทางไปยังสถานที่เกิดสาธารณภัยได้อย่างปลอดภัย

4.6 Number, Type, Severity of Casualty คือ จำนวนผู้ประสบภัย ประเภท และความรุนแรงของผู้ประสบภัย

4.7 Emergency Services Present and Those Required คือ มีความต้องการรับการสนับสนุนทรัพยากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้บาดเจ็บเพิ่มเติม หรือไม่

5. Triage เป็นวิธีการคัดแยกผู้ประสบภัยในขั้นตอนแรก หลังจากเข้าถึงที่เกิดเหตุและตั้งจุดรักษาผู้บาดเจ็บ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้สามารถคัดแยกผู้ประสบภัยตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ความต้องการทางการแพทย์ เพื่อให้ได้รับการรักษาและนำส่งได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และรวดเร็วกับสถานการณ์ รวมทั้งใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ได้อย่างคุ้มค่า เกิดประโยชน์กับคนหมู่มากมากที่สุด

การคัดแยกกลุ่มผู้ประสบภัย สามารถแบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

I – Immediate คือ มีอาการบาดเจ็บที่คุกคามถึงชีวิต ต้องได้รับการช่วยเหลือทันที

D – Delayed คือ มีอาการบาดเจ็บที่จำเป็นต้องส่งไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล

M – Minimal คือ มีอาการบาดเจ็บเล็กน้อย สามารถให้การดูแลรักษา ณ จุดเกิดเหตุได้ โดยไม่ต้องนำส่งโรงพยาบาล

E – Expectant/dead คือ ผู้บาดเจ็บเสียชีวิตหรือมีอาการบาดเจ็บที่รุนแรง ไม่สามารถให้การรักษาเพื่อรักษาชีวิตได้ ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่

6. Treatment การให้การรักษาผู้ประสบภัยทั้งผู้ป่วย Trauma และ non–Trauma ในที่เกิดเหตุ มีทั้งการให้การดูแลรักษาเบื้องต้น หรือลำเลียงส่งต่อไปยังโรงพยาบาลปลายทางต่อไปได้

7. Transfer เป็นการลำเลียงผู้เจ็บป่วยส่งต่อไปยังโรงพยาบาลปลายทาง ต้องมีการกระจายผู้บาดเจ็บในระดับความรุนแรงต่าง ๆ ออกไปยังโรงพยาบาลปลายทางที่เหมาะสม โดยพิจารณาทั้งด้านศักยภาพและระยะทาง เช่น กลุ่มที่บาดเจ็บเล็กน้อยหรือไม่บาดเจ็บควรส่งออกจากพื้นที่ไปยังสถานที่ที่ปลอดภัยเพื่อลดความเสี่ยงจากการบาดเจ็บเพิ่มเติมจากที่เกิดเหตุ

8. Transportation เป็นการขนส่งและส่งต่อผู้เจ็บป่วยด้วยยานพาหนะ โดยมีข้อที่ควรคำนึง ได้แก่ ศักยภาพของโรงพยาบาลปลายทาง ลำดับความรุนแรงของอาการ เส้นทางการคมนาคม จำนวนผู้บาดเจ็บ ศักยภาพของยานพาหนะ การจัดการจราจรในพื้นที่ให้มีจุดนำผู้บาดเจ็บขึ้นรถ (loading) จุดจอดรถพยาบาล (parking) ที่เหมาะสม การจัดระบบการนำส่งผู้บาดเจ็บออกจากพื้นที่ และการรักษาบริเวณที่เกิดเหตุที่มีประสิทธิภาพมีส่วนสำคัญในการทำให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษาผู้บาดเจ็บไปสู่โรงพยาบาลปลายทาง

ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ระดับตติยภูมิสำนักงานตำรวจแห่งชาติ (POLICE – MERT)

แผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ พ.ศ. 2559 (Disaster Prevention and Mitigation Plan, Royal Thai Police, 2016) กำหนดให้มีชุดปฏิบัติการเฉพาะกิจช่วยเหลือผู้ประสบภัยของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ โดยให้โรงพยาบาลตำรวจเป็นหน่วยงานหลักรับผิดชอบในการจัดชุดปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินและชุดประสานงานทางการแพทย์ (ทีมบี) เพื่อประกอบกำลังพลพร้อมกับชุดปฏิบัติการอื่น ๆ ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ในการช่วยเหลือผู้ประสบภัย โดยชุดปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (ทีมบี) มีหน้าที่ประเมินสถานการณ์ จำแนกผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ (triage) รักษา พยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ประสบภัยในพื้นที่เกิดเหตุ ควบคุมการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาต่อในโรงพยาบาลปลายทาง รวมทั้ง ส่งหน่วยสนับสนุนทางการแพทย์เพิ่มเติมในพื้นที่จัดเจ้าหน้าที่สื่อสารในชุดปฏิบัติการทางการแพทย์ ที่สามารถออกปฏิบัติการได้ทันทีที่ได้รับแจ้งเหตุฉุกเฉินหรือเหตุสาธารณภัย จากศูนย์แจ้งเหตุทั้งในเขตกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และต่างจังหวัด อีกทั้ง สามารถออกปฏิบัติการได้ทั้งทางภาคพื้นดิน ทางอากาศ และทางน้ำ นอกจากนี้ยังประสานขอรับการสนับสนุนทางการแพทย์เพิ่มเติมจากโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร และส่วนท้องถิ่นหรือโรงพยาบาลเอกชน

วัตถุประสงค์ของ POLICE - MERT

1. เพื่อตอบสนองต่อภารกิจในการบรรเทาสาธารณภัยของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

2. เพื่อประโยชน์ด้านมนุษยธรรมในการช่วยเหลือและบรรเทาสาธารณภัย ทั้งในเขตเมือง เขตภูมิภาค รวมถึงระดับประเทศ

3. กำหนดมาตรฐานด้านการปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ระดับตติยภูมิให้แก่โรงพยาบาลตำรวจและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

ภารกิจของ POLICE - MERT

POLICE - MERT เป็นทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ที่สามารถปฏิบัติภารกิจได้ทั้งการเกิดเหตุสาธารณภัยในเขตเมือง เช่น เหตุการณ์ระเบิดในที่ชุมชน เหตุกราดยิง และสาธารณภัยในเขตภูมิภาค เช่น อุทกภัย วาตภัย ดินโคลนถล่ม และแผ่นดินไหว



ภาพ 2 โครงสร้างของทีมบี

ขีดความสามารถของ POLICE - MERT

1. ดูแลรักษาผู้บาดเจ็บในพื้นที่อันตราย (hot zone) ในภาวะ Immediate จำนวนไม่เกิน 4 คน และภาวะ Delayed จำนวนไม่เกิน 8 คน

2. จัดตั้งจุดให้การรักษาในพื้นที่เฝ้าระวัง (warm zone) ในภาวะ Delayed รักษาผู้บาดเจ็บไม่เกิน 10 คน และภาวะ Minimal รักษาผู้บาดเจ็บไม่เกิน 20 คน

3. สามารถคัดแยกผู้บาดเจ็บในเหตุสาธารณภัยที่มีผู้บาดเจ็บจำนวนมาก และสามารถให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตโดยใช้ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดได้

4. สามารถแบ่งทีมปฏิบัติออกเป็น 2 ทีม กรณีที่มีความจำเป็นตามสถานการณ์ในพื้นที่

5. สามารถประสานขอรับการสนับสนุนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพิ่มเติม ทั้งทางบก ทางอากาศยาน และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางน้ำ

6. รองรับภารกิจตามแผนบรรเทาสาธารณภัยของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ เมื่อได้รับการสั่งการ ทั้งภายในประเทศและภายนอกประเทศ

7. สามารถออกปฏิบัติภารกิจได้ทันทีภายใน 3 ชั่วโมง และปฏิบัติภารกิจต่อเนื่องได้ไม่น้อยกว่า 72 ชั่วโมง โดยไม่ต้องรับการสนับสนุนเพิ่มเติมและไม่รบกวนทรัพยากรในพื้นที่

8. สามารถประเมินภัยคุกคามทางการแพทย์ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ และประเมินความเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อผู้ประสบเหตุในพื้นที่

โครงสร้างของทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ (POLICE – MERT)

ประกอบด้วยบุคลากรของกลุ่มงานศูนย์ส่งกลับและรถพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 17 คน ดังนี้

1. แพทย์ จำนวน 3 คน รับผิดชอบเป็น Team Leader 1 คน แพทย์ที่เหลืออีก 2 คนทำหน้าที่รับผิดชอบในการควบคุม ดูแล รักษา พยาบาล รวมถึงการดูแลผู้บาดเจ็บในที่เกิดเหตุ (field treatment)

2. พยาบาล จำนวน 5 คน ปฏิบัติหน้าที่ในส่วนของผู้ประสานงาน 1 คน พยาบาลที่เหลืออีก 4 คน รับผิดชอบในการดูแล รักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บ ช่วยเหลือแพทย์ในการควบคุมดูแลการปฏิบัติงานในที่เกิดเหตุ และจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย

3. ผู้ช่วยพยาบาล/พนักงานเวชกิจฉุกเฉิน จำนวน 6 คน ปฏิบัติหน้าที่ช่วยเหลือพยาบาลในการดูแลรักษาผู้บาดเจ็บ ช่วยในการประสานงาน การติดต่อสื่อสาร การเคลื่อนย้ายลำเลียงผู้ป่วย การซ่อมบำรุงดูแลรักษาเครื่องมือ อุปกรณ์ต่าง ๆ รวมถึง การปฏิบัติหน้าที่พลขับหากมีความจำเป็น

4. เจ้าหน้าที่สื่อสาร จำนวน 1 คน ปฏิบัติหน้าที่ติดต่อสื่อสาร ประสานงานภายในทีม และประสานงานกับหน่วยบัญชาการและหน่วยงานภายนอกเมื่อต้องการขอรับการสนับสนุนเพิ่มเติม

5. พลขับ จำนวน 2 คน ปฏิบัติหน้าที่ขับรถพยาบาล รถขนส่ง ดูแลรักษา ซ่อมบำรุงยานพาหนะทั้งหมดของทีม รวมถึงสามารถช่วยเหลือปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน

การทำงานของ POLICE - MERT

ประกอบด้วยหน่วยหลัก 2 หน่วย คือ

1. หน่วยควบคุมสั่งการ (command section) มีหน้าที่ในการบังคับบัญชา ควบคุม ดูแล แนะนำ และให้การสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยรักษาพยาบาล นอกจากนี้ ต้องทำการประสานขอข้อมูลจากหน่วยข้างเคียงในพื้นที่ในเรื่องของทรัพยากรและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งอาจมีความจำเป็นต้องการขอรับการสนับสนุนเพิ่มเติม มีการรายงานข้อมูลเหตุการณ์ไปยังศูนย์บังคับบัญชาและหน่วยที่เกี่ยวข้องในกรณีที่เกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน และเตรียมแผนย้ายหรืออพยพให้กับทีม MERT

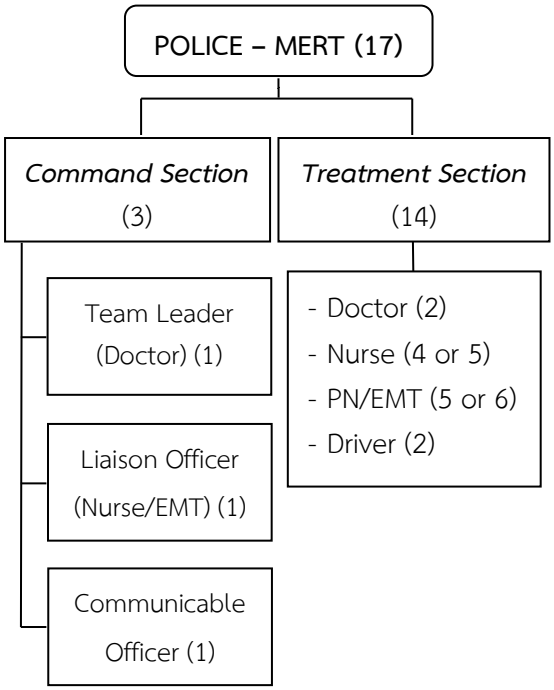
หน่วยควบคุมสั่งการ ประกอบด้วย 3 คน ได้แก่

(1) หัวหน้าทีม (team leader) แพทย์ จำนวน 1 คน ซึ่งมีความรู้ความชำนาญเป็นอย่างสูง ต้องผ่านการอบรม MERT ที่ได้มาตรฐาน จึงจะปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าทีม MERT ได้

(2) ผู้ประสานงาน (liaison officer) จำนวน 1 คน ซึ่งอาจจะเป็นพยาบาลวิชาชีพหรือพนักงานเวชกิจฉุกเฉินที่มีความชำนาญ

(3) เจ้าหน้าที่สื่อสาร (communicable officer) จำนวน 1 คน

2. หน่วยรักษาพยาบาล (treatment section) มีหน้าที่หลักในการจัดเตรียมพื้นที่เพื่อปฏิบัติภารกิจทางการแพทย์ทั้งจุดรวบรวมผู้ป่วย จุดคัดแยก จุดรักษาพยาบาล และจุดลำเลียงส่งต่อประสานเพื่อขอความช่วยเหลือทางการแพทย์เพิ่มเติม รวมถึงควบคุมการปฏิบัติในการลำเลียงผู้ป่วยทั้งทางบกและทางอากาศ ประกอบด้วยกำลังส่วนที่เหลือ จำนวน 14 คน



ภาพ 3 หน่วยหลักของ POLICE - MERT

บทบาทหน้าที่ของ POLICE – MERT

เมื่อเกิดเหตุสาธารณภัยขึ้นในเขตกรุงเทพมหานครหรือปริมณฑล เช่น เหตุอัคคีภัยบนอาคารสูง เหตุสารพิษรั่วไหล เหตุกราดยิง (active shooting) เหตุการณ์ปะทะระหว่างผู้ชุมนุมและเจ้าหน้าที่ของรัฐ ซึ่งสาธารณภัยต่าง ๆ เหล่านี้เป็นอำนาจหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ตำรวจที่ต้องเข้าทำการระงับเหตุเป็นลำดับแรก เมื่อชุดปฏิบัติการหลักของสำนักงานตำรวจแห่งชาติได้เข้าประจำพื้นที่แล้ว จะทำการประเมินสถานการณ์เบื้องต้น หากมีผู้ที่ได้รับบาดเจ็บเป็นจำนวนมาก จะดำเนินตามแผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยของสำนักงานตำรวจแห่งชาติโดยให้ทีม POLICE – MERT ของกลุ่มงานศูนย์ส่งกลับและรถพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ ออกปฏิบัติหน้าที่ตามแผนที่ได้กำหนดไว้ เช่น เหตุการณ์ปะทะระหว่างผู้ชุมนุมและเจ้าหน้าที่ตำรวจ บริเวณพื้นที่รอบรัฐสภา ปี พ.ศ. 2556 มีเจ้าหน้าที่ตำรวจและประชาชนบาดเจ็บรุนแรงอยู่ในพื้นที่ ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ได้เข้าทำการรักษาผู้บาดเจ็บ เมื่อมีความจำเป็นต้องนำผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาล ได้มีการประสานขอทีมสนับสนุนการลำเลียงทางอากาศยานนำอากาศยานเฮลิคอปเตอร์ลงบริเวณกลางพื้นที่ชุมนุมเพื่อนำผู้บาดเจ็บเข้ามารับการรักษาต่อ

ส่วนเหตุสาธารณภัยในเขตภูมิภาคหรือสาธารณภัยขนาดใหญ่ระดับประเทศ กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นหน่วยงานหลักในการบริหารจัดการทางการแพทย์ โดยจัดทีม MERT ตามระดับความรุนแรงของสถานการณ์ เพื่อออกปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินระดับตติยภูมิในพื้นที่ประสบสาธารณภัย เมื่อทีม MERT หลักในพื้นที่ขอรับการสนับสนุนการปฏิบัติการทางการแพทย์เพิ่มเติม เช่น การลำเลียงส่งต่อผู้บาดเจ็บทางอากาศยาน ทีม POLICE - MERT หรือทีม MERT ของเหล่าทัพต่าง ๆ ที่มีศักยภาพ จะเป็นหน่วยงานสนับสนุนให้แก่ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์หลักในพื้นที่ประสบภัยได้ เช่น ทีมนักฟุตบอลเยาวชนหมูป่าสูญหายและติดอยู่ในถ้ำ ณ วนอุทยานถ้ำหลวง-ขุนน้ำนางนอน จังหวัดเชียงราย เมื่อสามารถนำผู้สูญหายออกมาจากถ้ำได้ ผู้สูญหายมีความจำเป็นต้องนำส่งโรงพยาบาลโดยเร่งด่วน จึงได้มีการขอรับการสนับสนุนจากทีมลำเลียงทางอากาศยานของสำนักงานตำรวจแห่งชาติและเหล่าทัพต่าง ๆ เพื่อนำส่งผู้บาดเจ็บไปยังโรงพยาบาลได้รวดเร็วที่สุด

อย่างไรก็ตาม ทีม POLICE – MERT ได้รับการฝึกฝนและทบทวนร่วมกับหน่วยปฏิบัติการทางยุทธวิธีต่าง ๆ ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ อีกทั้งกลุ่มงานศูนย์ส่งกลับและรถพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ ยังมีแพทย์และพยาบาลเวชศาสตร์การบินซึ่งสามารถปฏิบัติงานร่วมกับกองบินตำรวจในการลำเลียงผู้บาดเจ็บทางอากาศยานออกจากพื้นที่สาธารณภัย

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของการจัดตั้งทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

1. กำลังพลเกือบทั้งหมดของทีม POLICE - MERT เป็นบุคลากรในสังกัดกลุ่มงานศูนย์ส่งกลับและรถพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งแตกต่างจากทีม MERT ของกระทรวงสาธารณสุข ที่อาจจะมีบุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง เช่น นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (paramedic) ซึ่งเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญกับทีม หรือ ทีม M - MERT ของกระทรวงกลาโหม ซึ่งมีกำลังพลในส่วนของนายสิบพยาบาล (combat medic) ซึ่งเป็นกำลังพลที่สำคัญในการประกอบทีม และยังมีส่วนช่วยขยายจำนวนของทีม MERT ได้ในเวลาที่ต้องการรับการสนับสนุนเพิ่มเติม

2. เหตุสาธารณภัยในประเทศไทยพบบ่อยครั้งในเขตภูมิภาค ทำให้ทีม MERT ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีทั้ง ระดับประเทศ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ มีโอกาสที่จะได้ปฏิบัติงานบ่อยครั้ง จึงมีความรู้ ความเข้าใจ ความชำนาญมาก ส่วนทีม MERT ของกระทรวงกลาโหม ประกอบด้วยทีม MERT หลายระดับ ทั้งในระดับของกรมแพทย์ ระดับโรงพยาบาลค่าย หรือโรงพยาบาลกองบินกระจายอยู่ตามจังหวัดต่าง ๆ ทำให้ทีม MERT ของเหล่าทัพได้มีโอกาสสนับสนุนทีมปฏิบัติการฉุกเฉิน

ทางการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นทีมปฏิบัติการหลักในเหตุบรรเทาสาธารณภัยได้บ่อยครั้ง ก่อให้เกิดความชำนาญเพิ่มมากขึ้นอยู่เสมอเช่นเดียวกัน

ในขณะที่ ทีม POLICE - MERT ที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะออกปฏิบัติการในเหตุสาธารณภัยเขตเมือง เช่น เหตุปะทะระหว่างผู้ชุมนุมและเจ้าหน้าที่ของรัฐ และได้มีส่วนเป็นทีมสนับสนุนในเหตุสาธารณภัยเขตภูมิภาคหรือระดับประเทศเป็นบางโอกาส ทำให้มีโอกาสฝึกฝน เพิ่มความรู้ความเข้าใจ ความชำนาญในการปฏิบัติการ แต่ก็ยังน้อยกว่าทีม MERT ของหน่วยงานอื่น

3. หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงกลาโหมมีการจัดตั้งทีม MERT มาเป็นระยะเวลามากกว่าสิบปี เพื่อออกปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ในเหตุสาธารณภัยต่าง ๆ ในขณะที่ทีม POLICE – MERT ของโรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ จัดตั้งขึ้นมาไม่เกิน 2 ปี บุคลากรยังมีความจำเป็นต้องได้รับการฝึกฝนเพิ่มเติมความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ อีกทั้ง ต้องมีการคัดเลือกบุคลากรจากหน่วยงานอื่น ๆ ในโรงพยาบาลตำรวจมาเพิ่ม เพื่อเตรียมความพร้อม ศักยภาพ และสามารถขยายจำนวนทีมได้เมื่อเกิดเหตุสาธารณภัย

สรุป

ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ เป็นทีมปฏิบัติการทางการแพทย์ที่สำคัญและจำเป็นในการออกปฏิบัติภารกิจดูแลผู้บาดเจ็บในเหตุสาธารณภัยต่าง ๆ การจัดตั้งทีม MERT ในหน่วยงานทางการแพทย์ต่าง ๆ ล้วนมีแต่ข้อดี ซึ่งในส่วนของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ การมีทีม POLICE – MERT ของโรงพยาบาลตำรวจ เป็นหน่วยสนับสนุนย่อมทำให้สามารถปฏิบัติภารกิจรองรับการรักษาพยาบาลฉุกเฉินให้กับผู้ป่วยในสถานการณ์ภัยพิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะตามแนวคิดระบบบัญชาการเหตุการณ์ การมีทีม POLICE – MERT ย่อมทำให้การประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำได้อย่างทั่วถึง รวมทั้ง ช่วยอุดรูรั่วในการปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ที่ผ่านมาได้อย่างดี (gap filling) ไม่รบกวนทรัพยากรในท้องถิ่น (self – sufficient living) สามารถออกปฏิบัติการได้ภายในระยะเวลาไม่กี่ชั่วโมง (quick response) และเป็นทีมที่ความสามารถสูง (high medical approve performance) ที่สามารถคงอยู่ได้ในสถานการณ์ที่มีความยากลำบาก (endurance) ทั้งหมดนี้ เพื่อประชาชนผู้บาดเจ็บได้รับการช่วยเหลือและรักษาอย่างทันท่วงที สามารถประสานส่งต่อกรณีที่มีผู้บาดเจ็บจำนวนมากไปรักษายังสถานพยาบาลต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว ปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

ASEAN Center of Military Medicine. (2019). *Medical emergency response team manual.* Retrieved from http://acmm-asean.org/

Aungsusing, A. (2023). *Incident command system (Thailand incident command system), Thailand emergency management tool.* Bangkok: Work Printing. Retrieved from http://direct.disaster.go.th/site9/cms-download_content.php?did=37137

Boontong, T. (2020). Cave model for thirteen wild boars managemental Tham Luang-Khun Nam Nang Non Forest Park, Pong Pha, Mae Sai district, Chiang Rai province. *ChiangRai Medical Journal, 12*(3), 1-16.

Leknoi, U. (2019). *Situations and trends of disasters.* Thai Health Promotion Foundation (ThaiHealth). Retrieved from http://www. cusri.chula.ac.th/

National Institute for Emergency Medicine. (2016). *Public health emergency incident command system*. Bangkok.

Pinsuwan, K. (2017). *Medical emergency response team guideline: Preparedness & setting of medical post.* Bangkok: Department of Public Health.

Royal Thai Police. (2016). *Disaster prevention and mitigation plan, Royal Thai Police, B.E. 2559*. Retrieved from https://edupol.org/

Sirisakorn, P. (2016). *Incident command system and emergency management of Thailand*. Samut Prakan: Born To Be Publishing. Retrieved from http://cpn.disaster.go.th/

Supasaowapak, J. (2017). *Medical emergency response team guideline: Transport in mass casualty incident.* Bangkok: Department of Public Health.

Supasaowapak, J., Puttaphaisan, P., & Sujinpram, C. (2017). *Medical emergency response team guideline: Triage in mass casualty incident.* Bangkok: Department of Public Health.



บทบาทพยาบาล : การให้การปรึกษาแบบออนไลน์ภายใต้สถานการณ์โรคโควิด 19

NURSE'S ROLE: ONLINE COUNSELING SERVICE UNDER THE COVID-19 SITUATION

สายสมร เฉลยกิตติ[1] นริสา วงศ์พนารักษ์[2]
Saisamorn Chaleoykitti Narisa Wongpanarak
[1]พลตรีหญิง รองศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพฯ 10900
Major General, Associated Professor Dr., Faculty of Nursing, Kasertsart University, Bangkok, 10900, Thailand
[2]รองศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 44150
Associated Professor Dr., Faculty of Nursing, Maha Sarakham University, Maha Sarakham, 44150, Thailand
[1]Corresponding author E-mail: narisa.w@msu.ac.th

Received: *February 18, 2023* Revised: *June 26, 2023* Accepted: *June 28, 2023*

บทคัดย่อ

ประชาชนทั่วโลกเผชิญกับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (COVID-19) รวมถึงประเทศไทย การระบาดของโรคนี้ยาวนานส่งผลกระทบต่อชีวิตของประชาชนโดยเฉพาะผลกระทบต่อสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิดการให้การปรึกษาแบบออนไลน์ ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประยุกต์ใช้องค์ความรู้สู่การให้การปรึกษาแบบออนไลน์ ประกอบด้วย 6 บทบาท คือ ผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้ประสานงาน ผู้ให้ความรู้ ผู้พิทักษ์สิทธิ์ ผู้บริหารจัดการ และผู้นำ เพื่อการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและส่งเสริมการปรับตัวเข้าสู่ชีวิตปกติวิถีใหม่

คำสำคัญ : บทบาทพยาบาล, บริการการให้การปรึกษาออนไลน์

Abstract

The global community, including Thailand, is faced with Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and its long-term consequences. This circumstance causes mental health problems including stress, anxiety, and depression. This article aimed to propose the online counseling approach which is a crucial tool for helping people in this COVID-19 situation. Nurses play an important role in applying knowledge for giving online counseling consisting of five elements, namely healthcare providers, coordinators, health educators, advocators, managers, and leaders. Thus, nurses can provide care for people with mental health problems and promote adaptation to new normal life.

Keywords: nurse's role, online counseling service

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (COVID-19) ได้ส่งผลกระทบต่อประชาชนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งผลกระทบในด้านจิตใจนั้นก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล หมดไฟ ซึมเศร้า และอยากฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายได้สำเร็จ การให้การปรึกษาที่เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการช่วยเหลือบุคคลที่ในสถานการณ์วิกฤต โดยเฉพาะในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคที่มีลักษณะของการอุบัติใหม่ ซึ่งประชาชนไม่ได้มีการวางแผนป้องกันและไม่สามารถคาดเดาผลที่จะตามมาได้ จึงเกิดการปรับตัวเพื่อความอยู่รอด และภายหลังจากเหตุการณ์นั้นเข้าสู่ความสงบจะเกิดสิ่งที่เรียกกันในปัจจุบันว่า “ปกติวิถีใหม่” หรือ “New Normal” แต่กว่าจะถึงจุดนั้นได้ แต่ละคนย่อมประสบปัญหาต่าง ๆ มากมาย ทั้งจากโรคและนโยบายหรือมาตราการป้องกันโรค การให้การปรึกษาแบบเดิมที่เป็นแบบเผชิญหน้า (face-to-face) ก็จะโอกาสทำได้น้อย เพราะผู้รับบริการก็กลัวการออกมาภายนอกแล้วเสี่ยงติดเชื้อ และผู้ให้บริการก็กลัวการติดเชื้อ วิวัฒนาการของการให้การปรึกษาภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคจึงเปลี่ยนแปลงไป และนำมาสู่การให้การปรึกษาทางออนไลน์ (online counseling) จึงเป็นสิ่งที่เข้ามาชดเชยการไม่ได้เผชิญหน้าปรึกษากันโดยตรง และสามารถให้การปรึกษาแม้ตัวผู้รับและผู้ส่งจะอยู่ห่างไกลกัน สอดรับกับนโยบายบริการการแพทย์ทางไกล (tele-medicine หรือ tele-health) อย่างไรก็ตาม การให้การปรึกษาแบบออนไลน์ก็ยังมีข้อดี ข้อเสีย และข้อจำกัด ดังนั้น บทความวิชาการเรื่องนี้ จึงมุ่งนำเสนอความรู้เกี่ยวกับการให้การปรึกษาแบบออนไลน์ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในส่วนของบทบาทพยาบาลวิชาชีพในการให้คำปรึกษาดูแลด้านจิตใจ เพื่อให้ได้แนวคิดแนวทางในการนำไปปรับใช้ในการให้คำปรึกษาในกรณีที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่อื่นต่อไป

สถานการณ์โรคโควิด 19

รายงานการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย พบครั้งแรกในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 และภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดลดความรุนแรงลงจากโรคอุบัติใหม่เป็นโรคประจำถิ่น ซึ่ง ข้อมูลการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ วันที่ 26 มกราคม พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยติดเชื้อรายใหม่ที่รักษาในโรงพยาบาลสะสมจำนวน 2,593 คน และมีผู้เสียชีวิตรายใหม่ 44 คน (Department of Disease Control, 2023) แสดงให้เห็นแนวโน้มของการควบคุมโรคที่ทำได้ดีและประสิทธิภาพมากขึ้นเรื่อย ๆ แต่ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ประชาชนจำนวนมากมีความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อหลงเหลืออยู่ (Mekkhachorn, 2022) ทำให้เกิดเป็นปัญหาทางสุขภาพจิต และการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเพิ่มขึ้น ไม่เว้นแม้กระทั่งบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ที่เกิดภาวะเหนื่อยล้าทางอารมณ์ หมดไฟ และเกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือการเจ็บป่วยทางด้านจิตเวชภายหลังการระบาดของโรค (Department of Mental Health, 2020)

นอกจากนี้ มาตรการการป้องกันการแพร่ระบาดโรคโควิด 19 ในประเทศไทย ที่ผ่อนคลายลงในช่วงต้นปี พ.ศ. 2566 ส่งผลทำให้ประชาชนคลายความวิตกกังวลในสถานการณ์ลงบ้าง แต่ผู้ที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังมีประสบการณ์ของการติดเชื้อและกลัวติดเชื้อซ้ำ ส่วนคนที่ยังไม่เคยติดเชื้อ ก็ยังกลัวว่าตนเองจะติดเชื้อเช่นกัน การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าประชาชนกลุ่มวัยทำงานมีความเครียดและการจัดการความเครียดในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในระดับปานกลาง(Thanawattana, Duangchinda, & Thanawattana, 2022) ดังนั้น การใช้ชีวิตตามปกติวิถีใหม่ จึงยังเป็นสิ่งที่ประชาชนทุกคนยังคงดำเนินไปด้วยความเครียด ความกลัว วิตกกังวล และระมัดระวังในการใช้ชีวิต จึงจำเป็นต้องได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อคงไว้

ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตใจที่ดี (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies; IFRC, 2020; Kumar, 2021)

ผลกระทบด้านสุขภาพจิตจากโรคโควิด 19

ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาไวรัสหรือโรคโควิด 19 (COVID-19) ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยเกิดความรู้สึกตกใจกลัว ตลอดจนมีความเชื่อว่าเมื่อติดเชื้อแล้วจะต้องเสียชีวิต ญาติหรือผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยไม่ตำหนิผู้ป่วยแต่จะให้กำลังใจ อย่างไรก็ตาม ผลจากการติดเชื้อทำให้ต้องมีการกักตัวและแยกพื้นที่ออกไป ทำให้ปฏิสัมพันธ์ของคนในครอบครัวลดลง ผู้ป่วยบางรายเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า มีอาการนอนไม่หลับต้องรับประทานยา และรู้สึกอยากตาย ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า มีความเชื่อว่าเมื่อติดเชื้อแล้วมีโอกาสเสียชีวิต การมีโรคประจำตัวทำให้ติดเชื้อได้ง่ายกว่าคนปกติทั่วไป การออกนอกบ้านจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และจะถูกรังเกียจจากสังคมรอบข้าง ซึ่งบางรายรู้สึกหดหู่ที่เห็นผู้ป่วยโควิดต้องกักตัวเป็นเหมือนคนไร้ญาติขาดมิตร จึงรู้สึกโกรธและตำหนิผู้ที่นำเชื้อมาแพร่ และในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ พบว่ามีความกังวลเนื่องจากโรคโควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่ระบาดเร็ว รุนแรง ต้องระมัดระวังในการดูแลคนไข้ และดูแลตนเองให้มากขึ้น ส่งผลให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลจนเกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงาน (Benjapolpitak et al., 2021; Janma, 2022) ส่วนในเด็กและวัยรุ่นข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต พบว่า เด็กและวัยรุ่นมีภาวะเครียดสูง ร้อยละ 28 มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 32 และมีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย ร้อยละ 22 (Department of Mental Health, 2023) และในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล พบว่าสถานการณ์โรคโควิด 19 ส่งผลกระทบทางจิตใจ ได้แก่ รู้สึกตกใจ สับสน ไม่มั่นคง ไม่แน่นอน ความวิตกกังวล ความกลัวความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกโดดเดี่ยวและสิ้นหวัง ความเหนื่อยหน่าย ความเหนื่อยล้า และรู้สึกขาดการสนับสนุนทางสังคม (Phuekphan, Setchoduk, & Saiklang, 2022)

ดังนั้น ผลกระทบทางด้านสุขภาพจิตจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลทำให้ประชาชน ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง นักเรียนนักศึกษาและบุคลากรทางการแพทย์ เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การแยกตัวออกจากสังคม และอาจนำไปการคิดฆ่าตัวตายได้ การให้การปรึกษาแบบออนไลน์จึงเป็นบริการด้านสุขภาพจิตที่มีความสำคัญและน่าจะสามารถช่วยเหลือให้ประชาชนและบุคลากรทางด้านการแพทย์เกิดการผ่อนคลายและเยียวยาปัญหาสุขภาพจิตให้กลับเข้าสู่ภาวะปกติหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงการแพร่ระบาดและหลังการแพร่ระบาดจากโรคโควิด 19

การให้การปรึกษาแบบออนไลน์ (online counseling)

การให้การปรึกษาแบบออนไลน์ไม่ใช่วิธีการให้การปรึกษาแบบใหม่ เพราะมีการใช้กันมานานแล้ว แต่ไม่ได้เป็นที่นิยมใช้ ด้วยข้อจำกัดด้านเทคโนโลยีในอดีต โดยหลักการของการให้การปรึกษาแบบออนไลน์มุ่งเน้นการช่วยเหลือเยียวยาผู้ที่กำลังเผชิญปัญหาด้านจิตใจ เพื่อบรรเทาความทุกข์ เยียวยาความรู้สึก ผ่านกระบวนการสร้างสัมพันธภาพ การตกลงบริการ การสำรวจทำความเข้าใจปัญหา การค้นหาสาเหตุของปัญหาและความต้องการของผู้รับการปรึกษา การวางแผนแก้ไขปัญหา และการยุติการปรึกษา เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถหาวิธีจัดการปัญหานั้นได้อย่างเต็มศักยภาพของตนเอง ทั้งนี้ ผู้ให้การปรึกษา (counselor) ต้องสามารถใช้แนวคิดทฤษฎีและเทคนิคทางจิตวิทยาในการให้การปรึกษาแก่ผู้รับการปรึกษา (counselee หรือ client) จึงจะสามารถทำให้ผู้รับการปรึกษาหลุดพ้นจากความทุกข์ที่เกิดขึ้นในใจได้ (Sariwat, 2017)

อย่างไรก็ตาม การให้การปรึกษาต้องอาศัยความร่วมมือกันจากทั้งสองฝ่าย คือ ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา เพื่อให้ค้นหาปัญหาและสาเหตุ ตลอดจนการวางแผนการแก้ไขการแก้ไขปัญหาทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการให้การปรึกษาแบบออนไลน์ เป็นการให้บริการที่ทำให้ผู้รับการปรึกษาสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก และมีความยืดหยุ่นในการให้บริการ จุดเด่นของการปรึกษาแบบออนไลน์ คือ ความสะดวกในเวลาและสถานที่ แต่ยังมีข้อจำกัดในการใช้เทคนิคบางอย่าง เช่น การวินิจฉัยโรค การจ่ายยาในกรณีเป็นโรค และการเก็บความลับของผู้รับการปรึกษา เป็นต้น (Somanandana, Boonsupa, & Kamonnawin, 2021)

การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (COVID-19) ทำให้การให้การปรึกษาแบบออนไลน์ หรือที่บางคนเรียกว่า การให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบออนไลน์ (online counseling) ถูกนำมาใช้อีกครั้ง ผ่านระบบอินเตอร์เน็ต สมาร์ทโฟน และแพลตฟอร์มหรือแอปพลิเคชันต่าง ๆ เช่น Zoom, Line, Google Meet เป็นต้น เพื่อให้สามารถติดต่อสื่อสารหรือโต้ตอบกันได้แบบทันทีหรือฝากข้อความทิ้งไว้ในระบบ โดยไม่จำเป็นต้องให้ผู้รับการปรึกษาเดินทางมาพบบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การปรึกษาแบบเผชิญหน้าตัวต่อตัว (face-to-face) เหมือนเช่นในอดีตที่ต้องมาให้คำปรึกษาในห้องที่มิดชิด เป็นส่วนตัว (Sari, 2021) นอกจากนี้การให้การปรึกษาแบบออนไลน์ยังสะดวกในการค้นหาปัญหา สาเหตุ และให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล จึงเพิ่มโอกาสในการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านจิตใจ ทัศนคติ ความรู้สึก และพฤติกรรมในวิถีทางที่ดีขึ้น นำไปสู่การพัฒนาตนเองได้อย่างมีความสุข (Sariwat, 2017) และการให้การปรึกษาแบบออนไลน์ ยังช่วยส่งเสริมการปรับตัว โดยการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การให้การปรึกษาแบบออนไลน์สามารถทำให้การปรับตัวทางสังคมเพิ่มสูงขึ้น (Wangmanee & Songsaen, 2021)

ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 สามารถนำการให้การปรึกษาแบบออนไลน์มาใช้ในการเยี่ยวยาปัญหาด้านจิตใจและส่งเสริมการปรับตัวของผู้ติดเชื้อโควิด 19 ได้

บทบาทของพยาบาลกับการให้การปรึกษาแบบออนไลน์

ผู้เขียนในฐานะของพยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์การให้การปรึกษาแบบออนไลน์แก่ผู้ป่วยโควิด 19 ได้ประมวลความรู้จากแนวคิดทฤษฎี หลักฐานเชิงประจักษ์ และประสบการณ์มารวบรวมเป็นข้อสรุปบทบาทของพยาบาลกับการให้การปรึกษาแบบออนไลน์ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 (Akkadechanunt, 2019; Boonyaratkalin, 2022; Lundy & Janes, 2016) ประกอบด้วย

1. ผู้ให้บริการสุขภาพ (health care provider) โดยทำหน้าที่ให้การปรึกษาตามมอบหมาย รวมทั้ง ซักประวัติ ค้นหาปัญหา วินิจฉัยปัญหา วางแผนร่วมกับผู้รับบริการ ปฏิบัติกิจกรรมหรือการให้การปรึกษาแบบออนไลน์ บันทึกสรุป และการประเมินผลการให้การปรึกษาในระบบออนไลน์

2. ผู้ประสานงาน (coordinator) ช่วยเหลือรับ-ส่งข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยโควิด 19 หรือผู้ป่วยโควิด 19 กับบุคลากรทางการแพทย์ และต้องมีการเตรียมทีมให้การปรึกษาที่ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพและแพทย์เป็นอย่างน้อย และควรมีผู้ช่วยเหลือสนับสนุนในกรณีที่เกินความสามารถของพยาบาลผู้ให้การปรึกษา เช่น แพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ และสหวิชาชีพ เพื่อให้การให้การปรึกษามีความครอบคลุมปัญหาสุขภาพและสามารถแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

3. ผู้ให้ความรู้ (health educator) เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และการปฏิบัติเมื่อเป็นโรคโควิด 19 รวมทั้ง การป้องกันการแพร่กระจายโรค การฟื้นฟูสภาพภายหลังหายจากโรคโควิด 19

4. ผู้พิทักษ์สิทธิ์ (advocator) โดยทำการตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาล และแนะนำเกี่ยวกับการขอรับสวัสดิการและช่วยเหลือเยียวยาต่าง ๆ ที่พึงได้รับจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมถึงการรักษาความลับของผู้ป่วย

5. ผู้บริหารจัดการ (manager) คอยติดตามอาการและรายงานส่งต่อข้อมูลอาการความรุนแรงของอาการอย่างเป็นระบบ และเมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาสุขภาพกายและใจ ดูแลส่งต่อและ/หรือจัดการปัญหาด้วยตนเองตามกรอบการปฏิบัติงานของหน่วยงาน กระทรวงสาธารณสุขและสภาการพยาบาลได้กำหนดไว้ รวมทั้ง แนะนำอุปกรณ์สื่อสารดิจิทัลและช่องทางการติดต่อสื่อสารเพื่อขอรับการให้การปรึกษา ตลอดจนประเมินศักยภาพของผู้รับบริการ/ผู้ดูแลผู้รับบริการ สอนการใช้งานอุปกรณ์สื่อสารดิจิทัลและเลือกช่องทางการให้การปรึกษาแบบออนไลน์ที่เหมาะสมกับผู้รับบริการ ซึ่งอาจใช้เป็น Line หรือ Line OA หรือ Zoom หรือ Microsoft Team หรือ Google Meet เป็นต้น นอกจากนี้ ยังเป็นผู้สอบถามนัดหมายการให้บริการการปรึกษาแบบออนไลน์กับผู้รับบริการ โดยเป็นช่วงเวลาที่ผู้รับบริการสะดวกและพยาบาลผู้ให้การปรึกษามีความพร้อมในการบริการตามช่วงเวลาที่หน่วยงานกำหนด

6. ผู้นำ (leadership) การเปลี่ยนแปลงให้กับผู้รับบริการ ในการปรับตัวเพื่อใช้ชีวิตแบบปกติวิถีใหม่ ไม่ให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลจนนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า ปัญหาการปรับตัวและสุขภาพจิต ซึ่งจะทำให้ผู้รับบริการสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข

กรณีตัวอย่างการใช้บทบาทพยาบาลกับการให้การปรึกษาแบบออนไลน์ภายใต้สถานการณ์โควิด 19

กรณีที่ 1 ปัญหาความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ที่ส่งผลกระทบต่อผลการเรียน

ผู้รับบริการเป็นหญิงวัยรุ่น อายุ 19 ปี มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเรียน กังวลสถานการณ์รอบตัว และตรวจพบว่าตนเองติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 ซึ่งขณะนี้อาการดีขึ้นแล้ว โดยมีการติดต่อขอรับการปรึกษาแบบออนไลน์กับหน่วยงานที่ดูแลตามสิทธิ์การรักษาพยาบาล ซึ่งพยาบาลภายหลังรับผู้รับบริการเข้ามาในระบบได้มีการซักประวัติ ประเมินอาการและอาการแสดง ความรุนแรงของโรค และความต้องการในการรับการปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการให้การปรึกษาครั้งแรกและครั้งต่อ ไป แล้วนัดหมายการให้การปรึกษาผ่าน VDO call ทาง Line Application โดยมีการขออนุญาตผู้รับบริการให้เปิดกล้องเพื่อจะได้เห็นหน้ากันและกันแบบ Face-to-Face หรือไม่เปิดกล้องตามความสะดวกของผู้รับบริการ และเมื่อพร้อมแล้ว ผู้ให้การปรึกษาดำเนินการสร้างสัมพันธภาพโดยแนะนำตัว พูดคุยสร้างบรรยากาศผ่อนคลาย ตกลงบริการ จากนั้นทำการสำรวจเพื่อทำความเข้าใจปัญหา สาเหตุของปัญหา และความต้องการของผู้รับการปรึกษา และร่วมกันการวางแผนแก้ไขปัญหา และการยุติการปรึกษาเมื่อปัญหาของผู้รับบริการได้รับการแก้ไขเสร็จเรียบร้อยแล้ว ซึ่งในระหว่างการให้การปรึกษาแบบออนไลน์ผู้ให้การปรึกษาได้ใช้เทคนิคการให้การปรึกษา เช่น การรับฟัง การใส่ใจ เปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึก สะท้อนความรู้สึกและเนื้อหา การใช้คำถาม การทวนซ้ำ และการสรุปความ ซึ่งใช้เวลาใน VDO call ประมาณ 60 นาที/ครั้ง/คน

ผลการสำรวจปัญหาพบว่า ผู้รับบริการมีความวิตกกังวลอย่างมากในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น คิดล่วงหน้าว่าต้องไม่ดีแน่ ๆ จึงไม่อยากทำอะไร กังวลว่าคนอื่น ๆ จะไม่ชอบ ในวัยเด็กเติบโตมาในครอบครัวที่พ่อแม่เลี้ยงดูแบบเข้มงวดมาก รู้สึกกดดันมาก พ่อแม่ไม่ให้อิสระในการคิด คอยบอกให้ทำในสิ่งที่พ่อกับแม่ต้องการมาโดยตลอด ตนเองจึงกลัวครอบครัวจะผิดหวังโดยเฉพาะในสถานการณ์โควิด 19 ที่ตนเองต้องเปลี่ยนจากเรียนในห้องเรียนมาเรียนออนไลน์ รู้สึกว่าไม่มีสมาธิ เรียนไม่ทัน กังวลว่าจะสอบไม่ได้ และเทอมนี้ผลการสอบที่ผ่าน

มาคะแนนลดลง ซึ่งแม้ว่าตอนนี้อาการจะดีขึ้นแล้ว แต่ตนเองก็ยังกังวลในเรื่องผลการเรียนอยู่ดี กลัวสอบตก แล้วทำให้พ่อแม่ผิดหวัง ภายหลังได้รับการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง 1 ครั้ง และติดตามอีก 2 ครั้ง ซึ่งในระหว่างนั้นพยาบาลผู้ให้บริการมีการให้กำลังใจ และแนะนำวิธีการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังจากหายจากโรคโควิด 19 รวมทั้ง สอนการกำหนดลมหายใจ ฝึกทำสมาธิ วางแผนการอ่านหนังสือ และทำสรุปทบทวน ผลการให้การปรึกษาพบว่า ผู้รับบริการสามารถบอกได้ว่า จากเดิมที่เคยกังวลว่าจะสอบตก แต่ตอนนี้กลับสอบผ่านและทำคะแนนได้ดีขึ้น และยอมรับว่าปัญหาที่ตนเองมีความวิตกกังวลคิดไปเองนั้น ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ หลังจากได้รับการให้การปรึกษาแบบออนไลน์แล้วสบายใจมากขึ้น การได้พูด ได้ระบายความรู้สึกในใจ ทำให้เข้าใจปัญหามากขึ้น และเมื่อปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ ของพยาบาลผู้ให้บริการแล้ว ทำให้ตนเองสามารถข้ามผ่านปัญหาความวิตกกังวลจากสถานการณ์โควิด 19 ได้

กรณีที่ 2 เครียดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 แล้วส่งผลต่อภาวะสุขภาพผู้รับบริการหญิงวัยทำงาน อายุ 25 ปี มารับการปรึกษาด้วยอาการนอนไม่หลับ หายใจลำบาก จึงติดต่อขอรับการปรึกษาแบบออนไลน์ เมื่อถึงกำหนดวันนัดหมาย พยาบาลผู้ให้บริการได้ทำการซักประวัติ พบว่า ผู้รับบริการพึ่งติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ประมาณ 2 วัน ขณะรับการปรึกษาผู้รับบริการบอกว่า ตนเองมีอาการนอนไม่หลับ หายใจลำบาก ซึ่งอาจมาจากคิดมากเกี่ยวกับโรคและการติดเชื้อ เพราะตนเองฟังข่าวการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกวัน และตอนที่เป็นวันแรกมีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ มีเสมหะ แต่ตนเองไม่มีโรคประจำตัว และในวันที่รับการปรึกษา ตอนเช้าตื่นขึ้นมามีอาการหายใจลำบาก แต่วัดไข้ไม่มี ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว อยู่ในช่วง 94 - 98% และเมื่อทำแบบประเมินความเครียดพบว่ามีความเครียดในระดับสูง ดังนั้น พยาบาลผู้ให้การปรึกษาจึงให้ผู้ป่วยเล่าความเครียดจากโรคโควิด 19 ให้ฟัง ภายหลังเล่าเสร็จ พบว่ามีความรู้เกี่ยวกับอาการและการดำเนินของโรคอยู่ในระดับน้อย จึงได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินของโรคโควิด 19 รวมทั้งการจัดการอาการต่าง ๆ เช่น ถ้ามีอาการไอ เจ็บคอ มีเสมหะ แนะนำจิบน้ำอุ่น หรือดื่มน้ำอุ่นมาก ๆ เพราะน้ำอุ่นจะช่วยให้เสมหะอ่อนตัว และช่วยให้ขับเสมหะออกมาได้ง่าย อีกทั้งช่วยทำให้ชุ่มคอ จึงบรรเทาอาการไอได้ นอกจากนี้แนะนำให้ดื่มน้ำมาก 2 - 3 ลิตรต่อวัน รวมทั้งงดรับประทานของเย็น ของมัน ของเผ็ด ของทอด และอาหารที่รับประทานควรอุ่นร้อนจะช่วยบรรเทาอาการไอ เจ็บคอได้ และสามารถรับประทานผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เช่น ส้ม มะขามป้อม สตรอเบอร์รี่ และฝรั่ง เป็นต้น หรือดื่มน้ำผลไม้ น้ำขิง หรือน้ำผึ้งผสมมะนาว จะช่วยให้ชุมคอและบรรเทาอาการไอ และกรณีที่มีอาการปวดศีรษะ มีไข้ ถ้าเป็นมากขึ้นสามารถรับประทานยาลดไข้ ซึ่งอาการไข้อาจมีได้ 2 - 3 วัน แล้วจะค่อย ๆ หายไป ส่วนอาการหายใจลำบาก แนะนำให้ฝึกหายใจแบบ Deep Breathing Exercise และนอนคว่ำ (prone position) เพราะการนอนคว่ำจะช่วยให้ปอดในผู้ป่วยโควิด 19 มีการขยายตัวและแลกเปลี่ยนก๊าซได้ดี ช่วยลดโอกาสในการลุกลามของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลงปอด และช่วยเพิ่มโอกาสในการเสียชีวิตจากโรคโควิด 19 ได้ แต่ทั้งนี้ต้องปฏิบัติการจัดท่านอนคว่ำให้ถูกต้องและเหมาะสม จะได้ไม่หายใจลำบากมากขึ้น ซึ่งภายหลังการให้การปรึกษาออนไลน์ที่ให้ความรู้ ให้คำแนะนำ และประสานนักกายภาพบำบัดมาช่วยอธิบายการนอนคว่ำให้ผู้รับบริการ พบว่า ผู้รับบริการรู้สึกดีขึ้น สบายใจ โล่งใจ อาการของตนเองดีขึ้นตามลำดับ ไม่มีอาการของเชื้อไวรัสลงปอดและหายใจลำบาก ดังนั้น การจัดการปัญหาต้นเหตุของ ความเครียดของผู้รับบริการที่ขาดความรู้ พยาบาลผู้ให้บริการควรเริ่มต้นจากการให้ความรู้และประสานผู้เชี่ยวชาญ

เช่นในกรณีคือ นักกายภาพบำบัดเข้ามาช่วยเหลือสนับสนุน ทำให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจพร้อมที่จะปฏิบัติตามโดยมุ่งหวังให้อาการของตนเองดีขึ้น จึงไม่เกิดความเครียดจากการป่วยเป็นโรคโควิด 19

การให้การปรึกษาแบบออนไลน์จึงเป็นบริการด้านสุขภาพจิตที่สามารถช่วยให้ผู้รับบริการได้พบกับผู้ให้การปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญ มีความพร้อม สามารถมองเห็นปัญหาและสังเกตปฏิกิริยาที่แสดงออกได้โดยไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล ผู้ให้การปรึกษาก็สามารถใช้เทคนิคการให้การปรึกษา ได้โดยการรับฟัง การใส่ใจ เปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึก สะท้อนความรู้สึกและความเข้าใจผ่านการใช้แอปพลิชันในอุปกรณ์เทคโนโลยีดิจิทัลที่อาจเป็นสมาร์ทโฟน ทำให้สามารถติดต่อสื่อสารกันได้แม้ตัวอยู่ไกลกัน ในทุกที่ทุกเวลาที่นัดหมาย นำไปสู่การช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

สรุป

สถานการณ์ของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (COVID-19) ทำให้การให้การปรึกษาเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่ต้องมานั่งเผชิญหน้ากันที่หน่วยบริการสุขภาพ มาเป็นการให้การปรึกษาแบบออนไลน์ที่สามารถช่วยเหลือเยียวยาจิตใจของบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต ได้ทุกที่ทุกเวลา ส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความปลอดภัยและคงมาตราการการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคอย่างเคร่งครัด และการให้การปรึกษาแบบออนไลน์ยังตอบสนองตอบต่อการเข้าถึงบริการของบุคคลยุคปกติวิถีใหม่ (new normal) หากพยาบาลวิชาชีพสามารถให้การปรึกษาแบบออนไลน์ได้อย่างรวดเร็ว และทันต่อสถานการณ์ จะสามารถช่วยเหลือผู้รับบริการที่กำลังประสบปัญหาสุขภาพได้ตั้งแต่เริ่มต้น นำไปสู่การปรับตัว ปรับวิธีคิด และสามารถดำเนินชีวิตในช่วงสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ อย่างไรก็ตาม การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล จำเป็นต้องมีการประเมินศักยภาพของผู้ใช้ร่วมกับการให้คำแนะนำการใช้แอปพลิเคชันหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร เพื่อให้การบริการการให้การปรึกษาแบบออนไลน์ไม่เกิดการสะดุดหรือล้มเหลวในการบำบัดรักษา ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้มารับการปรึกษาและนำไปสู่การมีสุขภาวะดี

เอกสารอ้างอิง

Akkadechanunt, T. (2019). Nurses' competency and public healthcare innovations in Thailand 4.0 Era. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council, 24*(1), 5-13.

Benjapolpitak, A., Sawangtham, T., Chakkraphan Na Ayutthaya, S., Kemphet, R., Wiangcharoen, R., . . . Plodpluang, U. (2021). *Mental health effect of coronavirus outbreak (COVID – 19) in Health Region 5 Thailand.* Health Systems Research Institute.

Boonyaratkalin, P. (2022). Telenursing for caring patients infected with Coronavirus 2019 who entered to home isolation system: Nurse's role. *Journal of The Police Nurses, 14*(2), 399-408.

Buachu, T., Muangkaew, P., Srivisai, T., Kiantah, W., Podcharadanai, K., Chuatanam, P., & Yimlamai, K. (2022). Role of nursing administrators in managing the care of COVID-19 patients who are isolated at home. *Journal of the Royal Thai Army Nurses, 23*(3),26-32.

Department of Disease Control. (2023). *Weekly situation of COVID-19*. Retrieved from https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/

Department of Mental Health. (2023). *Depression during COVID-19 pandemic*. Retrieved from https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31448

Department of Mental Health. (2020). *Guidelines for mental health rehabilitation in the pandemic situation of the coronavirus disease (COVID-19) (Combat 4th wave of COVID-19: C4).* Nonthaburi: A One Printing Company.

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC). (2020). Mental health and psychosocial support for staff, volunteers and communities in an outbreak of novel coronavirus. IFRC: Hong Kong.

Janma, C. (2022). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on health care workers in Trang province. *The Journal of Primary Care and Family Medicine, 5*(1), 21-32.

Kumar, A., & Nayar, K. R. (2021). COVID 19 and its mental health consequences. *Journal of Mental Health, 30*(1), 1-2.

Lundy, S. K., & Janes, S. (2016). *Community health nursing: Caring for the public's health.* Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

Mekkhachorn, N. (2022). Resilience: A new approach of mental empowerment for dealing with current life crisis. *Journal of Psychology Kasem Bundit University, 11*, 1-9.

Phansri, G., Pongpisanrat, C., Lebkhao, D., Choompunuch, B., Yurayat, P., Chomeya, R., . . . Piyakun, A. (2022). Online counseling in the next normal. *Journal of Humanities and Social Sciences Mahasarakham University, 41*(1), 8-20.

Phuekphan, P., Setchoduk, K., & Saiklang, P. (2022). The psychological impacts of COVID-19 pandemic on nursing students. *Thai Journal of Nursing, 71*(4), 55-62.

Sari, R. O. (2021). Cyber counseling services in COVID-19 pandemic. *Al-Isyrof: Jurnal Bimbingan Konseling Islam, 3*(1), 8-21. https://doi.org/10.51339/isyrof.v3i1.226

Sariwat, L. (2017). *Counseling theory and techniques.* Bangkok: Odeon Store.

Somanandana, V., Boonsupa, C., & Kamonnawin, P. (2021). Online counseling service: A new dimension of counseling service. *Journal of Graduate Studies Valaya Alongkorn Rajabhat University, 15*(1), 247-260.

Thanawattana, M., Duangchinda, A., & Thanawattana, W. (2022). Impacts of COVID-19 crisis on stress and stress management among working-age people in Si Prachan district, Suphan Buri province. *Journal of Council of Community Public Health, 4*(1), 23-37.

Wangmanee, K., & Songsaen, S. (2021). The individual online counselling program for social adjustment under the COVID-19 situation of Chiang Rai Rajabhat University students. *Journal of Education Burapha University, 32*(2), 29-42.



ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ : แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพในศตวรรษที่ 21

HEALTH LITERACY IN ELDERLY: GUIDELINES FOR HEALTH PROMOTION IN THE 21st CENTURY

สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา[1] สมดี อนันต์ปฏิเวธ[2]
Sirirat Chatchaisucha Somdee Ananpatiwet
[1]รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล จังหวัดนครราชสีมา 30000
Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing Science, Vongchavalitkul University, Nakhon Ratchasima, 30000, Thailand
[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล จังหวัดนครราชสีมา 30000
Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Nursing Science, Vongchavalitkul University, Nakhon Ratchasima, 30000, Thailand
[2]Corresponding author E-mail: somdee_ana@vu.ac.th

Received: *February 16, 2023* Revised: *June 23, 2023* Accepted: *June 28, 2023*

บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ ผู้สูงอายุกลายเป็นประชาชนกลุ่มใหญ่ที่สุดในสังคม ที่มีการใช้บริการทางการแพทย์และการเจ็บป่วยเรื้อรังมากกว่าประชากรกลุ่มอื่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสุขภาพกายและสุขภาพใจ ดังนั้น บทความนี้จึงมุ่งนำเสนอการวิเคราะห์ปัจจัยแห่งอุปสรรคของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และนำเสนอแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21 ปัจจัยแห่งอุปสรรคของความรอบรู้ด้านสุขภาพมี 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) การขาดความสามารถในการเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพ 2) ความเสื่อมทางด้านร่างกายที่ส่งผลต่อการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ และ 3) การขาดการสนับสนุนทางครอบครัวและสังคมของผู้สูงอายุ ส่วนแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 แนวทาง คือ 1) การส่งเสริมความสามารถในการเข้าถึงและใช้เทคโนโลยีดิจิทัล 2) การเลือกและใช้สื่อดิจิทัลที่มีความเหมาะสมและรู้เท่าทันสื่อ และ 3) ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยประยุกต์แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพกับแนวคิดและคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการของการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และครอบคลุมความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับ บุคลากรทีมสุขภาพจึงควรมีบทบาทที่สำคัญในการช่วยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีและสื่อดิจิทัลทางด้านสุขภาพที่เชื่อถือได้ ทันสมัย รู้เท่าทัน และเหมาะสมกับผู้สูงอายุเฉพาะราย เพื่อนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองในชีวิตประจำวันได้จริง

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, การเสริมสร้างสุขภาพ, ศตวรรษที่ 21

Abstract

Thailand is entering a complete aged society. The elderly have become the largest group of people in society who use more medical services and acquire more chronic illnesses than other

demographic segments. This article aimed to analyze the barriers related to health literacy, both physical and mental, and to present guidelines for optimal health promotion of the elderly in the 21st century. Three health literacy barriers were identified: 1) lack of ability to access digital technology for health learning, 2) physical deterioration that affected the learning, and 3) lack of family and social support. Guidelines for elderly health promotion consisted of three main approaches: 1) promote the ability to access and use digital technology, 2) select and use appropriate digital media and media literacy, and 3) encourage family participation in promoting health literacy by applying health promotion approaches with the concept of six fundamental health literacy development characteristics, which covers three levels of health literacy. Therefore, staff in a healthcare team should have a vital role in encouraging the elderly and their families to access technology and digital health media, which are reliable, up-to-date, and suitable, so the elderly will be able to take care of their health during daily life.

Keywords: health literacy, elderly, health promotion, the 21st century

บทนำ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) มีความสำคัญและเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อประชาชนในยุคศตวรรษที่ 21 ซึ่งเป็นยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว รวมถึงความเจริญก้าวหน้าในงานด้านสุขภาพ โดยเฉพาะความเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีดิจิทัล ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้บริการด้านสุขภาพในหลากหลายมิติ อาทิ การให้บริการสุขภาพผ่านระบบออนไลน์มากขึ้น มีการใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีต่าง ๆ ในการวินิจฉัยและรักษาโรคที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพสูง โดยในช่วง 2 - 3 ปีที่ผ่านมา เป็นยุคที่ประชากรทั่วโลกต้องเผชิญกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ยุคโควิด 19 เป็นยุคที่เป็นจุดเปลี่ยนผ่านของผู้คนทั่วโลก บุคคลทุกช่วงวัยต้องมีการติดต่อสื่อสารผ่านอุปกรณ์ดิจิทัล (Chaoayachai, Prompahakul, & Prasertsang, 2021) ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะได้รับผลกระทบและเสียชีวิตจากโรคต่าง ๆ มากกว่าบุคคลกลุ่มอื่น รวมทั้ง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังขาดทักษะหรือประสบการณ์ในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล รวมถึงการรับมือกับข้อมูลด้านสุขภาพที่มีปริมาณมาก หรือมีโอกาสถูกหลอกลวงจากกลุ่มมิจฉาชีพ ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการจำเป็นในการพัฒนาความสามารถในการเข้าถึงและใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้ด้วยตนเอง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ในผู้สูงอายุ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคม สร้างแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง (Nutbeam, 2000; Nutbeam & Lloyd, 2020) ซึ่งผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลก ข้อมูลขององค์การอนามัยโลก รายงานว่าในปี ค.ศ. 2020 มีผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวนมากกว่าเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี และ ปี ค.ศ. 2015 - 2050 สัดส่วนประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะเพิ่มขึ้นประมาณสองเท่า (จากร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 22) (World Health Organization; WHO, 2022) เช่นเดียวกับประเทศไทยที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยข้อมูลของกรมกิจการผู้สูงอายุ พบว่า ประเทศไทยมีผู้สูงอายุจำนวน 12,576,948 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565) (Department of Older Persons, 2022) สอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงาน

สถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2564 มีผู้สูงอายุจำนวน 13,358,751 คน คิดเป็นร้อยละ 19.6 (National Statistical Office; NSO, 2021) ประเทศไทยจึงถือว่าได้เข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (complete aged society) ดังนั้น การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุจึงส่งผลทำให้หลาย ๆ ประเทศ ต้องเผชิญกับปัญหาในการดำรงชีวิต เศรษฐกิจ สังคมและทรัพยากรสิ่งแวดล้อม

การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุไทยจึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นและเร่งด่วน เพราะการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (Srithanee, 2017) สอดคล้องกับผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายุประเมินตนเองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพร่างกายในระดับไม่ดีมากถึงปานกลางร้อยละ 54 (NSO, 2021) แม้ว่าผู้สูงอายุและครอบครัวจะมีความเข้าใจและสามารถใช้ความรู้ที่มีอยู่ในระบบออนไลน์มาช่วยในการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของบุคคลได้มากกว่าอดีตที่ผ่านมา (WHO, 2022) แต่ด้วยข้อจำกัดบางประการของผู้สูงอายุในการเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัล และผลกระทบที่อาจเกิดจากการเปิดรับข้อมูลด้านสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุต้องรู้เท่าทันสื่อเพิ่มมากขึ้น การวิเคราะห์เหตุปัจจัยแห่งอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และนำเสนอแนวทางการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21 จึงเป็นสิ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุและญาติได้เข้าถึงข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ และสามารถใช้ข้อมูลสารสนเทศนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคต

ปัจจัยแห่งอุปสรรคของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นได้ (Centers for Disease Control and Prevention, 2022; Smith, Ho, Poon, & Chan, 2021) แต่ด้วยข้อจำกัดด้านปัจจัย 3 ประการ จึงทำให้การใช้ชีวิตของผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21 มีความยากลำบากต่อการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้

1) การขาดความสามารถในการเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพ

ผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21 ในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นประชากรในกลุ่ม Generation Baby Boomer ที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรือจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (NSO, 2021) ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีปัญหาของการเข้าถึงและเข้าใจ รวมถึงการตัดสินใจใช้ข้อมูลสารสนเทศทางด้านสุขภาพที่อยู่บนสื่อออนไลน์ ผลการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุไทยในเขตเทศบาลนครขอนแก่น พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ใช้อินเทอร์เน็ตร้อยละ 80.70 และ ผู้สูงอายุมีปัญหาในการใช้อินเทอร์เน็ตในระดับปานกลาง เนื่องจากไม่มีเครื่องคอมพิวเตอร์เป็นของตนเอง การใช้คอมพิวเตอร์เป็นเวลานานทำให้รู้สึกปวดตา แสบตา และบางส่วนไม่ค่อยรู้เทคนิคและวิธีการค้นหาข้อมูลต่าง ๆ บนอินเทอร์เน็ต ตลอดจน สมาชิกในครอบครัวไม่สนับสนุนให้ใช้อินเทอร์เน็ต เป็นต้น (Loiha, 2013)

2) ความเสื่อมทางด้านร่างกายที่ส่งผลต่อการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยทางด้านร่างกายตามอายุที่เพิ่มขึ้น ทั้งด้านการมองเห็นทำให้ยากลำบากต่อการอ่าน การเขียน และการดูแลตนเอง ส่วนด้านการได้ยินที่ลดลงนั้นทำให้ผู้สูงอายุบางรายเกิดปัญหาในการสื่อสาร ซึ่งเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงการเรียนรู้ด้านสุขภาพ (Well et al., 2020) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีปัญหาการเรียนรู้และการจดจำจากการเสื่อมของสมอง ทำให้การรับรู้และการทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพลดลง (Liu, Chen, Xue, & Hou, 2019)

3) การขาดการสนับสนุนทางครอบครัวและสังคมของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งต้องดำรงชีวิตตามลำพังมากขึ้น ด้วยปัจจัยต่าง ๆ ของแต่ละครอบครัว เช่น บุตรหลานต้องเข้าไปทำงานในเมืองจากความยากจน ร่วมกับการเกิดปัญหาด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่ทำให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเหล่านั้นต้องแบกรับค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพยากลำบากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความพึงพอใจต่อแรงสนับสนุนจากครอบครัวและพฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (Thankratok, Boonpradit, & Palacheewa, 2022)

แนวทางการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเปราะบางที่จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ปัจจัยแห่งอุปสรรคของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่กล่าวมาข้างต้น นำไปสู่การสังเคราะห์แนวทางการช่วยเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ผู้สูงอายุ เพื่อให้เข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลได้อย่างรู้เท่าทัน สามารถเลือกและใช้ข้อมูลสารสนเทศที่อยู่ในระบบออนไลน์ได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ สามารถทำได้ 3 แนวทาง ดังนี้

1. การส่งเสริมความสามารถในการเข้าถึงและใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

แนวทางนี้มีความสำคัญมากเพราะเป็นจุดเริ่มต้นของการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น (Loiha, 2013; Srithanee, 2017) ด้วยข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในระบบออนไลน์ที่ต้องใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการเข้าถึงมีอยู่จำนวนมาก ถ้าผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวกและปลอดภัย จะสามารถประยุกต์ความรู้ใหม่ ๆ ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ นำไปสู่การส่งเสริมเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ

2. การเลือกและใช้สื่อดิจิทัลที่มีความเหมาะสม และรู้เท่าทันสื่อ

ด้วยสื่อการเรียนรู้ในระบบออนไลน์มีเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุจำนวนมาก การช่วยให้ผู้สูงอายุรู้จักการเลือกสื่อและอุปกรณ์ดิจิทัลให้เหมาะสมและปลอดภัย ร่วมกับการส่งเสริมการรู้เท่าทันสื่อ จะนำไปสู่การใช้ข้อมูลสารสนเทศทางด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ไม่ถูกหลอกลวงจากข้อมูลที่ปรากฏในสื่อออนไลน์ ทำให้เกิดความปลอดภัยในชีวิต (Wuthirangsi, 2021)

3. ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้สูงอายุโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมเป็นอีกแนวทางที่มีความสำคัญในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ หากครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้สูงอายุ รวมทั้ง มีการทำกิจกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ จะส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Trainattawan, Wirojratana, & Watanakukrilert, 2019) นอกจากนี้ การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวยังช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถรู้เท่าทันสื่อดิจิทัลนำไปสู่การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น (Wuthirangsi, 2021)

จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลและสื่อด้านสุขภาพได้ และการมีความสามารถในการตัดสินใจทางสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดำเนินชีวิตในสังคมโลกยุคใหม่ และการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน และเพื่อให้พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพ ตลอดจนผู้สูงอายุและครอบครัวได้มีแนวทางที่ชัดเจนและสอดคล้องกับปัจจัยแห่งอุปสรรคหรือข้อจำกัดที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้

ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้แต่งจึงได้สรุปเนื้อหาสาระสำคัญของแนวทางที่บูรณาการแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วยคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการ คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) การจัดการตนเอง และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ (Nutbeam, 2000) รวมทั้ง ครอบคลุมระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับพื้นฐาน (functional health literacy) 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) และ 3) ระดับวิจารณญาณ (critical health literacy) (Nutbeam & Lloyd, 2020) ดังแสดงในตาราง 1 - 6

ตาราง 1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ และระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คุณลักษณะสำคัญ	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
	ระดับพื้นฐาน	ระดับปฏิสัมพันธ์	ระดับวิจารณญาณ
1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access to health information and health services)	- มีความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการในการค้นหาและการใช้อุปกรณ์สืบค้น	- มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพระดับพื้นฐาน และมีความสามารถในการค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและทันสมัย เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	-มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ระดับปฏิสัมพันธ์ และสามารถตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย น่าเชื่อถือ เพียงพอกับการนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพ

แนวทางในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

1. พัฒนาข้อมูลด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ง่ายต่อการใช้งาน (easy to use) เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและบริการสุขภาพได้จริง มีการใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย (plain language) อักษรขนาดใหญ่ หลีกเลี่ยงประโยคที่ยาวเกินไป หลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ ให้คำแนะนำเพิ่มเติมด้วยรูปภาพ (supplement instructions with pictures) ใช้โมเดลส่วนประกอบของร่างกาย นอกจากนี้ ควรออกแบบสื่อที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น พื้นสีขาวหรือสีอ่อน และมีกราฟิกที่เรียบง่ายไม่เคลื่อนไหวเร็วเกินไป (Chaoayachai et al., 2021; Trainattawan et al., 2020)

2. พัฒนาวิธีการสืบค้นและการใช้เทคโนโลยีและสื่อดิจิทัลสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถค้นหาข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ ได้ง่ายและสะดวก เช่น สมาร์ทโฟน คอมพิวเตอร์ โทรทัศน์ ฯลฯ และมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการสร้างสื่อนำเสนอข้อมูลด้านสุขภาพที่น่าสนใจ เช่น วีดิทัศน์ อะนิเมชัน เป็นต้น โดยต้องมีการสอนการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการสืบค้นข้อมูลทางอินเตอร์เน็ต เพื่อให้ผู้สูงอายุและญาติเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศและข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อออนไลน์ได้ด้วยตนเอง (Thangkratok, Cheevakasemsook, & Angsuchoti, 2019)

ตาราง 2 ความรู้ ความเข้าใจ และระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คุณลักษณะสำคัญ	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
	ระดับพื้นฐาน	ระดับปฏิสัมพันธ์	ระดับวิจารณญาณ
2. ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive)	- การรู้และการจำประเด็นสำคัญในการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี	-มีความรู้ ความเข้าใจระดับพื้นฐาน และสามารถอธิบายถึงความเข้าใจในการจะนำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง	- มีความรู้ ความเข้าใจระดับปฏิสัมพันธ์ และสามารถวิเคราะห์หรือเปรียบเทียบอย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับแนวทางการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง

แนวทางในการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ

1. สอนให้ผู้สูงอายุและญาติมีความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุของการเกิดโรค และการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพที่ดี เช่น บริโภคอาหารที่ถูกสุขอนามัย ออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ และผ่อนคลายความตึงเครียด ฯลฯ

2. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและญาติมีความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง เมื่อผู้สูงอายุและผู้ดูแลเข้าใจความรู้ด้านสุขภาพที่ชัดเจน จะช่วยให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ รวมถึงการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เช่น แนะนำให้ผู้สูงอายุเดินมากขึ้นหรือมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ร่างกายมีความแข็งแรงมากกว่าการนั่งหรือนอนเป็นส่วนใหญ่

ตาราง 3 ทักษะการสื่อสารและระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คุณลักษณะสำคัญ	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
	ระดับพื้นฐาน	ระดับปฏิสัมพันธ์	ระดับวิจารณญาณ
3. ทักษะการสื่อสาร (communication skill)	- มีความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียนข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดี	- มีทักษะการสื่อสารระดับพื้นฐานและสามารถสื่อสารให้บุคคลอื่นเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดี	-มีทักษะการสื่อสารระดับปฏิสัมพันธ์และสามารถโน้มน้าวให้ผู้อื่นยอมรับแนวทางการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องไปใช้

แนวทางในการพัฒนาทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ

1. ส่งเสริมความสามารถในการสื่อสารด้วยการพูด อ่าน และเขียนข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว รวมทั้ง ซักถาม พูดคุย แลกเปลี่ยน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ข้อมูลทางสุขภาพ แล้วนำไปสู่การสะท้อนความคิด ความรู้สึก และประเด็นที่สงสัย

2. สร้างการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นในลักษณะของการสื่อสารสองทาง (two-way communication) ให้กับผู้สูงอายุและครอบครัว โดยมีการใช้ระบบการสนทนาโต้ตอบกัน จะช่วยให้ได้เนื้อหาข้อมูลที่มีความน่าสนใจและนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง ซึ่งแนวปฏิบัติที่ดีของการสื่อสารทางด้านสุขภาพที่มีความชัดเจน (clear communication best practices) ได้แก่ 1) การปฏิบัติการป้องกันตนเองจากความเสี่ยงของการสื่อสารที่ผิดพลาดหรือเข้าใจผิด 2) การใช้ข้อมูลการสื่อสารจากบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ จะช่วยลดความผิดพลาดในการสื่อสาร ลดความเสี่ยงหรือผลข้างเคียงที่ไม่จำเป็น ตลอดจนได้รับการวางแผนที่ดี และลดระยะเวลาในการนอนพักในโรงพยาบาล และ 3) อื่น ๆ เช่น การหลีกเลี่ยงการให้ข้อมูลที่มากเกินไป การให้ข้อมูลผ่านหลายช่องทางที่ผู้สูงอายุต้องการ การสรุปในช่วงท้าย การกระตุ้นให้ซักถาม และการใช้วิธีการสอนย้อนกลับ (Coleman, 2020)

ตาราง 4 ทักษะการตัดสินใจและระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คุณลักษณะสำคัญ	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
	ระดับพื้นฐาน	ระดับปฏิสัมพันธ์	ระดับวิจารณญาณ
4. ทักษะการตัดสินใจ (decision skill)	- มีความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี	- มีทักษะการตัดสินใจระดับพื้นฐานและสามารถใช้เหตุผลหรือการวิเคราะห์ผลดี ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/ หลีกเลี่ยง/ เลือกวิธีปฏิบัติซึ่งเป็นทางเลือกที่เหมาะสมเพื่อให้มีสุขภาพดี	- มีทักษะการตัดสินใจระดับปฏิสัมพันธ์และสามารถแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่น หรือแสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม

แนวทางในการพัฒนาทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ

1. พัฒนาระบบการสื่อสารและให้ข้อมูลด้านสุขภาพต่อผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถวางแผนหรือตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ซึ่งการรับข้อมูลด้านสุขภาพที่เพียงพอเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการตัดสินใจด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม สอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพที่พบว่า การเข้าถึงและการใช้ข้อมูลทางด้านสุขภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ประกอบด้วย 1) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ 2) การรับรู้คุณภาพของระบบการดูแลสุขภาพ และ 3) การจัดการสุขภาพในบริบทของชีวิตประจำวัน (Wit et al., 2020)

2. สอนให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลวิเคราะห์ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการตัดสินใจ โดยมีความชัดเจนในข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับ เป็นการสื่อสารและให้ข้อมูลกับผู้สูงอายุ เพื่อช่วยวางแผนหรือตัดสินใจเลือกแผนหรือแนวปฏิบัติที่เกิดผลกระทบทางลบต่อสุขภาพน้อย และให้ประโยชน์สูง เช่น การให้ผู้สูงอายุได้ซักถามในประเด็นที่ยังสงสัย หรือการให้ข้อมูลที่ช่วยสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและลบล้างความเข้าใจที่ผิด โดยอ้างอิงงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านสุขภาพที่ทันสมัย เช่น อาหารที่มีระดับน้ำตาลสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

ตาราง 5 การจัดการตนเองและระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คุณลักษณะสำคัญ	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
	ระดับพื้นฐาน	ระดับปฏิสัมพันธ์	ระดับวิจารณญาณ
5. การจัดการตนเอง (self-management)	- มีความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนในการปฏิบัติตน เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง	- มีการจัดการตนเองระดับพื้นฐานและสามารถทำตามแผนที่กำหนดโดยมีเป้าหมายเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง	-มีการจัดการตนเองระดับปฏิสัมพันธ์และมีความสามารถในการทบทวนวิธีการปฏิบัติตนตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตน ให้มีสุขภาพที่ถูกต้อง

แนวทางในการพัฒนาการจัดการตนเอง

สร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ในการวางแผนและปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ประกอบกับ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจะช่วยเพิ่มความสามารถของผู้สูงอายุในการตัดสินใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง (self-management support) เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น (Smith et al., 2021) ซึ่งจากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับความสามารถในการจัดการตนเองต่ำ (*Beta* = .34, $p < .001$) (Geboers, Winter, Spoorenberg, Wynia, & Reijneveld, 2016) ดังนั้น การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ช่วยให้ผู้สูงอายุมีการจัดการตนเองด้านสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

ตาราง 6 การรู้เท่าทันสื่อและระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คุณลักษณะสำคัญ	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
	ระดับพื้นฐาน	ระดับปฏิสัมพันธ์	ระดับวิจารณญาณ
6. การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy)	- มีความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอเพื่อนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง	- มีการรู้เท่าทันสื่อระดับพื้นฐานและสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น	- มีการรู้เท่าทันสื่อระดับปฏิสัมพันธ์และมีความสามารถในการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนหรือสังคม

แนวทางในการพัฒนาการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ

1. ส่งเสริมความสามารถของผู้สูงอายุในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ และทันสมัย หน่วยงานด้านสุขภาพมีช่องทางที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงแหล่งข้อมูล บุคลากรทีมสุขภาพ จากแหล่งข้อมูลของหน่วยงาน หรือจากสื่อออนไลน์ที่ได้รับการตรวจสอบถึงความน่าเชื่อถือและมีความทันต่อการเปลี่ยนแปลงของความรู้ด้านสุขภาพ เช่น eHealth Literacy Lily Model in A Coronavirus (COVID-19) อีกทั้งสามารถตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งข้อมูลได้ เช่น ข้อมูลจากเครือข่ายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (Thailand Pesticide Alert Network: Thai-PAN) รายการชัวร์ก่อนแชร์ หรือข้อมูลจากหน่วยงานของรัฐ เช่น ฐานข้อมูลผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น

2. เพิ่มความสามารถรู้เท่าทันสื่อดิจิทัลในผู้สูงอายุ เพื่อลดโอกาสของการถูกล่อลวงจากมิจฉาชีพที่มีจำนวนมากขึ้นทางสื่อออนไลน์ ซึ่งจากการวิจัยเรื่องเท่าทันสื่อดิจิทัล พบว่า ปัจจัยที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้เท่าทันสื่อได้มากขึ้น คือ ผู้ที่มีความสามารถในการเข้าถึงสื่อดิจิทัล ความสามารถในการทำความเข้าใจเนื้อหาสื่อดิจิทัล ความสามารถในการวิเคราะห์และประเมินค่า และการมีปฏิสัมพันธ์อย่างปลอดภัยต่อปริมาณและเนื้อหา การใช้งานสื่อดิจิทัล และการมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรู้เท่าทันสื่อดิจิทัลโดยรวม (Wuthirangsi, 2021)

สรุป

ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีดิจิทัลในศตวรรษที่ 21 เป็นโอกาสของผู้สูงอายุในการเข้าถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ง่ายมากขึ้น แต่ผู้สูงอายุยังเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ การที่บุคลากรสุขภาพรู้เหตุปัจจัยแห่งอุปสรรคของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มี 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) การขาดความสามารถในการเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพ 2) ความเสื่อมทางด้านร่างกายที่ส่งผลต่อการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ และ 3) การขาดการสนับสนุนทางครอบครัวและสังคมของผู้สูงอายุ จะทำให้สามารถนำแนวทางในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ซึ่งการจะทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเกิดความยั่งยืน จำเป็นต้องให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และประยุกต์ใช้แนวทางทั้ง 3 ด้าน เพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 3 ระดับ ดังนั้นจึงเป็นความท้าทายในบทบาทของพยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพในการช่วยให้ผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2022). *Importance of health literacy*. Retrieved from https://www.cdc.gov/healthliteracy/developmaterials/audiences/olderadults/importance.html

Chaoayachai, W., Prompahakul, P., & Prasertsang, A. (2021). Health literacy and new normal in older adults. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 22*(2), 41-48.

Coleman, C. (2020). Health literacy and clear communication best pactices for telemedicine. *Health Literacy of Research and Practice, 4*(4), e224-e229. https://doi.org/10.3928/24748307-20200924-01

Department of Older Persons (DOP). (2565). *Elderly statistics*. Retrieved from https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1159

Geboers, B., Winter, A. F. D., Spoorenberg, S. L., Wynia, K., & Reijneveld, S. A. (2016). The association between health literacy and self-management abilities in adults aged 75 and older, and its moderators. *Quality of Life Research, 25*(11), 2869-2877.

Liu, Y. B., Chen, Y. L., Xue, H. P., & Hou, P. (2019). Health literacy risk in older adults with and without mild cognitive impairment. *Nursing Research, 68*(6), 433-438.

Loipha, S. (2013). Internet use behavior of Thai elderly. *Information, 20*(2), 13-24.

National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society (NSO). (2021). *The 2021 survey of the older persons in Thailand*. Bangkok: Statistical Forecasting Division National Statistical Office.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a puplic health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International, 15*(3), 259-267.

Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2020). *Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health.* Retrieved from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33035427/

Smith, G. D., Ho, K. H. M., Poon, S., & Chan, S. W. C. (2022). Beyond the tip of the iceberg: Health literacy in older people. *Journal of Clinical Nursing, 32,* e3-e5. https://doi.org/10.1111/Jocn.16109

Srithanee, K. (2017). Relationship between health literacy and quality of the elderly's life at the central part of the North-East Thailand. *Journal of Health Systems Research,* 11(1), 26-36.

Thankratok, P., Boonpradit, P., & Palacheewa, N. (2022). Factors predicting health literacy among older adults with chronic diseases in community. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing, 33*(1), 215-230.

Thankratok, P., Cheevakasemsook, A., & Angsuchoti, S. (2019). Digital competency of Thai professional nurses. *Journal of Nursing Science and Health, 42,* 1-12.

Trainattawan, W., Phianthanyakam, N., Yingyoud, P., Chaiwang, P., Petchsuk, R., & Thangkratok, P. (2020). Improving health literacy among elderly. *Journal* of *Medicine* and *Health Sciences, 27*(3), 131-144.

Trainattawan, W., Wirojratana, V., & Watanakukrilert, D. (2019). Factors influencing health literacy among older adults. *Journal of Health Science Research, 13*(2), 41-51.

Wells, T. S., Rush, S. R., Nickels, L. D., Wu, L., Bhattarai, G. R., & Yeh, C. S. (2020). Limited health literacy and hearing loss among older adults. *Health literacy research and practice, 4*(2), e129–e137. https://doi.org/10.3928/24748307-20200511-01

Wit, L. D., Karnaki, P., Dalma, A., Csizmadia, P., Salter, C., Winter, A. D., & Meijering, L. (2020). Health literacy in the everyday lives of older adults in Greece, Hungary, and the Netherlands. *International Journal of Environment Research and Public Health, 17*(7), 2411. https://doi.org/10.3390/ijerph17072411

World Health Organization (WHO). (2022). *Aging and health.* Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

Wuthirangsi, A. (2021). Digital literacy of elderly. *Interdisciplinary Studies Journal, 21*(1), 90-106.

ว.02



ใบชำระค่าตีพิมพ์
บทความวิชาการ/บทความวิจัย

ชื่อ – นามสกุล .....
ที่อยู่ที่ติดต่อได้ .....
.....
เบอร์โทรศัพท์..... E-mail : .....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอชำระค่าลงตีพิมพ์บทความวิชาการ/บทความวิจัย ในวารสารพยาบาลตำรวจ แบบใช้ผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณาผลงาน จำนวน 3 ท่าน และขอชำระค่าตีพิมพ์ ดังนี้

☐ **ต้นฉบับภาษาไทย เป็นเงิน 4,000 บาท**
☐ **ต้นฉบับภาษาอังกฤษ เป็นเงิน 6,000 บาท**

<u>คำเตือน</u> กรณีชำระเงินแล้ว ไม่ว่าผลการพิจารณาของกองบรรณาธิการจะออกมาเป็นเช่นใด กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงิน

การชำระเงิน

☐ โอนเงินผ่านธนาคาร กรุงไทย ประเภท ออมทรัพย์ สาขา สยามสแควร์
ชื่อบัญชี ว่าที่ พันตำรวจตรี อภิสิทธิ์ ตามสัตย์ และ น.ส. จันทร์จิรา อริยะเศรณี **หมายเลขบัญชี 052-0-58006-0** เป็นเงิน..... บาท (.....) กรุณาส่งแนบไฟล์ใบชำระค่าตีพิมพ์และใบโอนเงินมายังกองบรรณาธิการวารสารที่ E-mail : journal@nursepolice.go.th และแนบไฟล์เอกสารทั้งหมดเข้ามาในระบบวารสารออนไลน์ที่ช่อง Review Discussions

ลงนาม ..... ผู้สมัคร
(.....)
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

สำหรับเจ้าหน้าที่

ใบเสร็จเล่มที่.....เลขที่.....ลงวันที่.....

ลงชื่อ ..... เจ้าหน้าที่รับสมัคร
(.....)
..... /..... / .....

ว.03

แบบคำร้องส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัย
เพื่อตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลตำรวจ

ท่านได้สมัคร Username ใน ระบบ ThaiJO ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
(ถ้าใช่) Username ของท่าน คือ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ผู้แต่ง (Author)

คนที่ 1 คำนำหน้า/ยศ ..... **ชื่อ** ..... **นามสกุล**.....
ตำแหน่ง.....
ชื่อบทความวิชาการ/บทความวิจัย (ระบุทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)
เรื่อง.....
.....
.....
.....
.....
.....
สถานที่ปฏิบัติงาน .....
ที่อยู่ .....
.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน ..... **โทรศัพท์มือถือ** ..... **โทรสาร** .....
E-mail address: .....

ผู้แต่งร่วม/ อาจารย์ที่ปรึกษา (Co-Researcher/ Adviser) (กรุณาเติมข้อมูลให้ครบตามจริง)

คนที่ 2 คำนำหน้า/ยศ ..... **ชื่อ** ..... **นามสกุล**.....
ตำแหน่ง.....
สถานที่ปฏิบัติงาน .....
ที่อยู่ .....
.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน ..... **โทรศัพท์มือถือ** ..... **โทรสาร** .....
E-mail address: .....

คนที่ 3 คำนำหน้า/ยศ ..... **ชื่อ** ..... **นามสกุล**.....
ตำแหน่ง.....
สถานที่ปฏิบัติงาน .....
ที่อยู่ .....
.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน ..... **โทรศัพท์มือถือ** ..... **โทรสาร** .....
E-mail address: .....

จำนวนผู้แต่งสามารถเพิ่มเติมได้ โดยใส่ข้อมูลที่จำเป็นเหมือนคนที่ 2 และ 3

คำแนะนำในการเตรียมและส่งต้นฉบับวารสารพยาบาลตำรวจ

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลตำรวจ ขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านส่งบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาลตำรวจ ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ผลงานที่ได้ตีพิมพ์แล้วจะเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารพยาบาลตำรวจ และผลงานทุกเรื่องจะผ่านการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ (peer reviews) ที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในสาขานั้น ๆ เรื่องละ 3 ท่าน โดยกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจสอบและแก้ไขต้นฉบับให้เป็นไปตามรูปแบบที่กองบรรณาธิการกำหนด

อนึ่ง ผู้ที่มีความประสงค์จะตีพิมพ์บทความวิจัยหรือบทความวิชาการในวารสารพยาบาลตำรวจควรรับทราบ ดังนี้

ประเภทการตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลตำรวจ

1. บทความวิชาการ เป็นบทความที่เกิดจากการศึกษาค้นคว้าและสังเคราะห์งานทางวิชาการที่เกี่ยวกับการพยาบาล การศึกษาพยาบาล นวัตกรรมทางการพยาบาล และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง

2. บทความวิจัย เป็นบทความที่เป็นการรายงานผลการวิจัยทางการพยาบาล การศึกษาพยาบาล นวัตกรรมทางการพยาบาล และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง

รูปแบบการเขียนและการเตรียมต้นฉบับ

1. บทคัดย่อ (abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ต้องไม่เกินอย่างละ 300 คำ (ไม่รวมคำสำคัญ) หรือมีความยาวอย่างละไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ และบทคัดย่อภาษาอังกฤษต้องผ่านการตรวจสอบความถูกต้องทางหลักภาษาและไวยากรณ์โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษในสาขานั้น ๆ มาแล้ว

2. คำสำคัญ (keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประมาณ 2 - 5 คำ (ระบุไว้ท้ายบทคัดย่อของแต่ละภาษา)

3. เนื้อหา ประกอบด้วย ส่วนต่าง ๆ ตามรูปแบบการตีพิมพ์บทความวิชาการ/บทความวิจัยที่ปรากฏอยู่หน้าเว็บไซต์ของวารสาร และถ้ามีตารางหรือรูปภาพ ต้องใส่ไม่เกิน 3 ตาราง หรือ 3 รูป หรือตามความเหมาะสมของเนื้อหาสาระที่นำเสนอ

4. ต้นฉบับที่นิพนธ์ควรพิมพ์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่เป็นโปรแกรมไมโครซอฟเวิร์ด (Microsoft Word) ที่เป็นนามสกุล .docx โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดอักษรตามที่ระบุไว้ในรูปแบบ (format) ของวารสารบนหน้าเว็บไซต์ และเว้นระยะแบบ Single space ความยาวของบทความวิชาการไม่ควรเกิน 10 หน้า (รวมเอกสารอ้างอิง)

5. การใช้ภาษาไทยให้ยึดตามหลักของราชบัณฑิตยสถาน และพยายามหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทย ยกเว้นกรณีจำเป็น และไม่ใช้คำย่อ นอกจากคำย่อนั้นเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป

ส่วนการใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษในเนื้อหาภาษาไทย หากต้องการใส่ภาษาอังกฤษในวงเล็บ ควรใช้ดังนี้ เช่น คุณภาพชีวิต (quality of life) และควรใช้คำย่อภาษาอังกฤษที่เป็นสากลเท่านั้น (ให้ระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก) เช่น (quality of life: QoL) นอกจากนี้ การใช้ตัวเลขควรใช้เป็นเลขอารบิคทั้งหมด

6. ภาพที่ส่งมาจะเป็นภาพสีหรือขาวดำก็ได้ แต่ต้องมีความคมชัด หากเป็นภาพที่มีลิขสิทธิ์ต้องมีเอกสารแนบที่บ่งบอกการได้รับการอนุญาตจากเจ้าของลิขสิทธิ์ และต้องมีการอ้างอิงที่ถูกต้องตามหลัก APA 6th edition ถ้าเป็นภาพที่วาดหรือเขียนหรือถ่ายขึ้นมาเองสามารถนำมาใช้ได้เป็นปกติ ถ้ามีรูปที่เกี่ยวกับผู้ป่วยหรือบุคคลต้องมีเอกสารยืนยันการได้รับอนุญาตเผยแพร่หรือมีการทำเบลอภาพหรือปิดภาพบางส่วนที่จะไม่ทำให้บุคคลในภาพเกิดความเสียหาย

7. การเตรียมเอกสารอ้างอิงให้ใช้เป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด ถ้าผู้แต่งเป็นคนไทยต้องทำการเปลี่ยนให้เป็นภาษาอังกฤษตามแบบของ APA 6th edition ตามตัวอย่างที่ปรากฏบนหน้าเว็บไซต์ของวารสารพยาบาลตำรวจ

8. บทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่ส่งมาตีพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ก่อนขอรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลตำรวจ ซึ่งหากกองบรรณาธิการวารสารพยาบาลตำรวจตรวจพบว่า บทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่ส่งมาขอตีพิมพ์มีชื่อเดียวกันหรือมีการตีพิมพ์ซ้ำซ้อนกับที่ปรากฏในวารสารอื่น กองบรรณาธิการจะดำเนินการถอดถอนเรื่องของผู้นิพนธ์ออกจากการลงตีพิมพ์ของวารสารพยาบาลตำรวจทันทีที่พบความจริง รวมทั้งถอนรายชื่อของผู้นิพนธ์ออกจากส่วนที่เกี่ยวข้องกับวารสารพยาบาลตำรวจ และไม่รับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาลตำรวจอีก

9. กรณีที่เป็นบทความวิจัยต้องผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ (Institutional Review Board: IRB) หรือในคน หรือชื่ออื่นที่เกี่ยวข้อง โดยระบุชื่อเรื่อง เลขที่อนุมัติ วันอนุมัติ และวันสิ้นสุด การอนุมัติภายในเนื้อหาส่วนที่เป็นการพิทักษ์สิทธิ์ หรือแสดงหลักฐานการพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลอื่น และแสดงให้เห็นว่าได้รับการยินยอมจากตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมการวิจัย และให้แนบไฟล์เอกสารอนุมัติ IRB และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ในรูปแบบของ pdf ไฟล์ โดย upload file ที่ขั้นตอน Upload Submission พร้อมกันกับไฟล์บทความวิจัย (นิพนธ์ต้นฉบับ) ซึ่งจะมีให้ Add Another File ซึ่งผู้นิพนธ์สามารถแนบไฟล์เพิ่มได้ แต่ต้องเพิ่มทีละไฟล์ โดยเลือก Upload File Article Component เป็นประเภท Article Text

10. การโอนเงินเพื่อชำระค่าสมัครสมาชิกวารสารและ/หรือค่าใช้จ่ายสำหรับการส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัย จะทำได้ต่อเมื่อได้ผ่านขั้นตอนการพิจารณาตอบรับตีพิมพ์เท่านั้น โดยภายหลังการตอบรับตีพิมพ์ให้ท่านแนบไฟล์หลักฐานการโอนเงินมาในระบบในส่วนของ Submission และทำการ upload files เช่นเดียวกับที่ทำการแนบไฟล์เอกสารอนุมัติ IRB (**คำเตือน** *หากท่านทำผิดขั้นตอน โดยมีการชำระเงินก่อนได้รับ e-mail ตอบรับการตีพิมพ์จากระบบวารสารออนไลน์ (accept submission) หรือบทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่ส่งมาตีพิมพ์ ไม่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์อันเป็นเหตุจากความบกพร่องของผู้นิพนธ์ภายหลังที่ได้ส่งพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ผู้นิพนธ์จะไม่ได้รับเงินคืนแต่อย่างใด และจะไม่ถือเป็นความรับผิดชอบของกองบรรณาธิการวารสารพยาบาลตำรวจ*)

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับบทความวิจัยวารสารพยาบาลตำรวจ

ระยะขอบ คือ 2.54 เซนติเมตร

บรรทัดที่ 1
บรรทัดที่ 2
บรรทัดที่ 3
บรรทัดที่ 4
บรรทัดที่ 5

เว้นบรรทัด 5 บรรทัด

ชื่อเรื่องภาษาไทยใช้ font TH SarabunPSK ตัวหนา ขนาด18
ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ ใช้ font TH SarabunPSK ตัวพิมพ์ใหญ่ทั้งหมด (ตัวหนา) ขนาด18

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

ชื่อผู้แต่งภาษาไทย ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15
ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15
(ถ้ามี) ระบุชื่อทุนวิจัยให้ชัดเจน และ (ต้องมี) ที่อยู่หน่วยงานต้นสังกัดของผู้แต่งทุกคน (ภาษาไทย) ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 12
(ถ้ามี) ระบุชื่อทุนวิจัยให้ชัดเจน และ (ต้องมี) ที่อยู่หน่วยงานต้นสังกัดของผู้แต่งทุกคน (ภาษาอังกฤษ) ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 12

ตัวอย่าง

ระยะขอบ คือ 2.54 เซนติเมตร

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกื้อหนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง โรงพยาบาลนครนายก

RELATIONSHIPS BETWEEN FACILITATOR AND BARRIER FACTORS TO SELF-MANAGEMENT BEHAVIORS AMONG PATIENTS UNDERGOING CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS IN NAKHON NAYOK HOSPITAL

ผาสุข สุตวัฒน์[1] สุรชัย มณีเนตร[2]
Phasuk Suttavat Surachai Maninet
จารุวรรณ ชูวงษ์ตระกูล[1] ผกาพรรณ บุญเต็ม[3]
Jaruwan Chuwongtrakul Phakapun Boontem

[1]กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ งานไตเทียม โรงพยาบาลนครนายก 26000
Continuous ambulatory peritoneal dialysis unit, Nakhon Nayok Hospital, 26000, Thailand
[2]อาจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อำเภอวารินชำราบ อุบลราชธานี 34190
Nursing Instructor, Ph.D., Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University, Warin Chamrap, Ubon Ratchathani, 34190, Thailand
[3]อาจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อำเภอองครักษ์ นครนายก 26120
Nursing Instructor, Ph.D., Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University, Ongkharak, Nakhon Nayok, 26120, Thailand
[2]Corresponding author E-mail: surachaimaninet@gmail.com

ระยะขอบ คือ 2.54 เซนติเมตร

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด –

Received: Revised: Accepted:

ทางวารสารจะตรวจสอบและลงให้

บทคัดย่อ

ภาษาไทย ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15 .....

.....

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

คำสำคัญ : ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15 และ แต่ละคำแบ่งด้วยเครื่องหมาย “ , ”

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

ระยะขอบ คือ 2.54 เซนติเมตร

Abstract

ภาษาอังกฤษ ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15 .....
.....

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

Keywords : ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15 และ แต่ละคำแบ่งด้วยเครื่องหมาย " , "

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

**ข้อความในเนื้อหาใช้ font TH SarabunPSK ขนาด 16 โดยหัวข้อใช้ตัวหนาและเนื้อหาใช้ตัวปกติ และทำการแบ่งเนื้อหาเป็น 2 สดมภ์ (2 columns) ตามค่า Default ของ Microsoft Word ดังนี้*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

(เนื้อหา).....
.....
.....

การทบทวนวรรณกรรมหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)

(เนื้อหา).....
.....
.....

วัตถุประสงค์วิจัย

(เนื้อหา).....
.....
.....

สมมุติฐานวิจัย/คำถามวิจัย (ถ้ามี)

(เนื้อหา).....
.....
.....

กรอบแนวคิดการวิจัย (ถ้ามี)

(เนื้อหาหรือรูปภาพ) .....
.....
.....

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร .....

ตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูล .....

เกณฑ์การคัดเลือก (ถ้ามี) .....
.....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

(เนื้อหาเกี่ยวกับรายละเอียดเครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ).....

การพิทักษ์สิทธิ์ (เนื้อหาและระบุหมายเลข IRB ที่ได้รับอนุมัติ).....
.....

การเก็บรวบรวมข้อมูล (เนื้อหา).....
.....
.....

การวิเคราะห์ข้อมูล (เนื้อหา).....
.....
.....

ผลการวิจัย

(เนื้อหา).....
.....
.....
.....

ตาราง 1 ชื่อตาราง (*n* = ...)

ใช้ตัวปกติ ไม่ใช้ตัวหนา	*M*	*SD*	*t*	*p*
1.				ใส่ตัวเลขจริง
2.				เช่น .000
3.				.010
.				.059
.				(ไม่ใส่ <.05)
.				

การอภิปรายผลการวิจัย

(เนื้อหา).....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ

(เนื้อหา).....

.....

.....

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

(เนื้อหา).....

.....

.....

เอกสารอ้างอิง

(ใช้ APA 6th edition และ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 12)

.....

.....

.....

.....

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลตำรวจ ใคร่ขอความร่วมมือในการอ้างอิง ดังนี้

1. *รายการอ้างอิงทั้งหมดต้องเขียนเป็นภาษาอังกฤษ และมีความทันสมัย*
2. *รายการอ้างอิงฉบับภาษาไทย ขอให้ผู้แต่งเปลี่ยนเป็นภาษาอังกฤษทั้งในเนื้อหาและท้ายเรื่อง โดยเปลี่ยนให้ถูกต้องตามหลักภาษาอังกฤษ และ APA 6th edition*

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการวารสารพยาบาลตำรวจ

ระยะขอบ คือ 2.54 เซนติเมตร

บรรทัดที่ 1
บรรทัดที่ 2
บรรทัดที่ 3
บรรทัดที่ 4
บรรทัดที่ 5

เว้นบรรทัด 5 บรรทัด

ชื่อเรื่องภาษาไทยใช้ font TH SarabunPSK ตัวหนา ขนาด18
ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ ใช้ font TH SarabunPSK ตัวพิมพ์ใหญ่ทั้งหมด (ตัวหนา) ขนาด18

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

ชื่อผู้แต่งภาษาไทย ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15
ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15
(ถ้ามี) ระบุชื่อทุนวิจัยให้ชัดเจน และ (ต้องมี) ที่อยู่หน่วยงานต้นสังกัดของผู้แต่งทุกคน (ภาษาไทย) ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 12
(ถ้ามี) ระบุชื่อทุนวิจัยให้ชัดเจน และ (ต้องมี) ที่อยู่หน่วยงานต้นสังกัดของผู้แต่งทุกคน (ภาษาอังกฤษ) ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 12

ตัวอย่าง

ระยะขอบ คือ 2.54 เซนติเมตร

ผู้ป่วยสตรีตั้งครรภ์กับการลำเลียงทางอากาศ
AEROMEDICAL EVACUATION OF OBSTETIC PATIENTS

ชญาพัฒน์ ทองปากน้ำ
Chayaphat Thongpaknum
วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10220
The Royal Thai Air Force Nursing College, Bangkok, 10220, Thailand
Author Email: Jane.thongpaknum@gmail.com

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด –

ระยะขอบ คือ 2.54 เซนติเมตร

Received: Revised: Accepted:

ทางวารสารจะตรวจสอบและลงให้

บทคัดย่อ

ภาษาไทย ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15 .....

.....

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

คำสำคัญ : ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15 และ แต่ละคำแบ่งด้วยเครื่องหมาย “ , ”

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

Abstract

ภาษาอังกฤษ ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15 .....

.....

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

Keywords : ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15 และ แต่ละคำแบ่งด้วยเครื่องหมาย “ , ”

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

ระยะขอบ คือ 2.54 เซนติเมตร

*ข้อความในเนื้อหาใช้ font TH SarabunPSK ขนาด 16 โดยหัวข้อใช้ตัวหนาและเนื้อหาใช้ตัวปกติ โดยทำการแบ่งเนื้อหาเป็น 2 สดมภ์ (2 columns) ดังนี้

บทนำ

(เนื้อหา).....
.....
.....

เนื้อหา

(เนื้อหา).....
.....
.....

ตาราง 1 ชื่อตาราง (ถ้ามี)

ใช้ตัวปกติ ไม่ใช่ตัวหนา
A
B
C
.
.
.

*$p < .05$

สรุป

(เนื้อหา).....
.....
.....

เอกสารอ้างอิง

(ใช้ APA 6th edition และ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 12)

.....
.....
.....
.....

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลตำรวจ ใคร่ขอความร่วมมือในการอ้างอิง ดังนี้

1. *เอกสารอ้างอิงทั้งหมดต้องเขียนเป็นภาษาอังกฤษ และมีความทันสมัย*
2. *เอกสารอ้างอิงฉบับภาษาไทย ขอให้ผู้แต่งเปลี่ยนและเขียนตามแบบภาษาอังกฤษทั้งในเนื้อหาและท้ายเรื่อง โดยเปลี่ยนให้ถูกต้องตาม APA 6th edition*
3. *เอกสารอ้างอิงถ้าเป็นการวิจัยต้องไม่เกิน 5 ปีย้อนหลัง หรือ ถ้าเป็นหนังสือไม่เกิน 10 ปีย้อนหลัง*

การจัดทำรายการอ้างอิงตามแบบ APA 6th สำหรับวารสารพยาบาลตำรวจ

วารสารพยาบาลตำรวจกำหนดให้ใช้ตามแบบของ APA Formatted References 6th edition โดยสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ **http://www.apastyle.org/index.aspx**

ลักษณะการเขียน APA 6th ตามที่วารสารพยาบาลตำรวจกำหนดมีดังนี้

1. ชื่อผู้แต่งในเนื้อหา

ไม่ต้องลงคำนำหน้านาม ยศ ตำแหน่งทางวิชาการ คำขึ้นต้นทางวิชาชีพ ฐานันดรศักดิ์ บรรดาศักดิ์ และถ้าชื่อผู้แต่งเป็นภาษาไทยให้เปลี่ยนเป็นภาษาอังกฤษและเขียนตามแบบการเขียนรายการอ้างอิงภาษาอังกฤษ ในกรณีที่มีผู้แต่ง 1 คน ขึ้นไป ให้ดูวิธีการเขียนในหัวข้อตัวอย่างการเขียนรายการอ้างอิง

2. บรรณาธิการ ให้เขียนโดยใช้คำย่อของบรรณาธิการ คือ (Ed.) แทนคำว่า Editor หรือ (Eds.) แทนคำว่า Editors ตามลำดับ

3. ปีพิมพ์ ให้ใส่ปี ค.ศ. พิมพ์ในเครื่องหมายวงเล็บตามหลังชื่อผู้แต่ง

4. ชื่อหนังสือ พิมพ์ด้วยตัวเอียง โดยตัวอักษรภาษาอังกฤษตัวแรกให้ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ และที่เหลือใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อในหนังสือเป็นชื่อเฉพาะให้ใช้ตัวอักษรตัวพิมพ์ใหญ่ได้ นอกจากนี้หากชื่อหนังสือมีการใช้เครื่องหมาย “ : ” หลังเครื่องหมาย “ : ” ตัวอักษรภาษาอังกฤษตัวแรกให้ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ แล้วที่เหลือใช้ตัวพิมพ์เล็ก

5. ชื่อบทความ ใช้ตัวธรรมดา **ไม่ใช้ตัวเอียง** และการใช้ตัวอักษรตัวพิมพ์ใหญ่-ตัวพิมพ์เล็ก ใช้ตามแบบชื่อหนังสือ

6. ครั้งที่พิมพ์ ถ้าพิมพ์ครั้งแรกไม่ต้องใส่ครั้งที่พิมพ์ แต่เมื่อพิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ให้ใส่ครั้งที่พิมพ์ต่อจากชื่อเรื่อง โดยครั้งที่พิมพ์จะอยู่ในเครื่องหมายวงเล็บ เช่น (2nd ed.)

7. ชื่อวารสาร ให้ใช้ด้วยตัวเอียง และใช้ชื่อวารสารแบบเต็ม ไม่ใช้ชื่อวารสารแบบย่อ เช่น *Journal of the Police Nurses*

8. ปีที่ของวารสาร (Volume) ให้ใช้ด้วยตัวเอียงต่อจากชื่อวารสาร โดยคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค “ , ”

9. ฉบับที่ (No) ให้ใช้ตัวปกติ **ไม่ใช้ตัวเอียง** ใส่เลขของฉบับที่ในเครื่องหมายวงเล็บต่อจากเลขของปีที่ของวารสาร (volume)

10. เลขหน้า ของบทความที่อ้างอิง ให้พิมพ์ต่อจากเครื่องหมายจุลภาค “ , ” และจบท้ายด้วยเครื่องหมายมหัพภาค “ . ” โดยเขียนเลขหน้าแบบปกติ เช่น 111-117 ไม่ใช่ 110-7

11. สถานที่พิมพ์ ถ้าปรากฏชื่อเมืองที่พิมพ์หลายชื่อ ให้ใส่เมืองแรกที่ปรากฏ หรือชื่อเมืองของสำนักพิมพ์ที่พิมพ์หนังสือหรือสิ่งพิมพ์นั้น ๆ และถ้าเมืองนั้นมีอักษรย่อให้ใส่อักษรย่อของชื่อรัฐหรือชื่อเมืองนั้น และหลังสถานที่พิมพ์ให้ใส่เครื่องหมายทวิภาค (colon) “ : ” ต่อจากชื่อสถานที่โดยไม่เว้นวรรค และเว้นระยะ 1 วรรค สำหรับใส่ชื่อสำนักพิมพ์ ตัวอย่างเช่น Bangkok: Chulalongkorn University Printing House.

แต่ในกรณีที่เป็นวิทยานิพนธ์จะใส่สถานที่พิมพ์เรียงลำดับ ดังนี้ ชื่อคณะ ชื่อสถาบันการศึกษา และสถานที่พิมพ์ เช่น Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Pathumwan.

12. กรณีชื่อวิทยานิพนธ์ ให้ระบุชื่อวิทยานิพนธ์ด้วยตัวเอียง และหลังชื่อวิทยานิพนธ์ให้ใส่วงเล็บที่ข้างในเขียนชื่อวิทยานิพนธ์ระดับการศึกษาใด พร้อมกับระบุสาขาวิชา (ถ้ามี) แล้วตามด้วย “.” ปิดท้าย ตัวอย่างเช่น *Fear of falling and functional ability in older adults undergoing hip surgery* (Master of nursing science program, adult nursing).

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงในเนื้อหา

การเขียนอ้างอิงในเนื้อหาตามแบบ APA 6th				
Type of citation	**First citation**	**Subsequent citation**	**Parenthetical formal, first citation**	**Parenthetical subsequent, first citation**
ผู้แต่ง 1 คน	Kasemsuk (2016)	Kasemsuk (2016)	(Kasemsuk, 2016)	(Kasemsuk, 2016)
ผู้แต่ง 2 คน	Srisuk and Oumtanee (2017)	Srisuk and Oumtanee (2017)	(Srisuk &Oumtanee, 2017)	(Srisuk & Oumtanee, 2017)
ผู้แต่ง 3 คน	Saraboon, Aree-Ue, and Jarupat Maruo (2014)	Saraboon et al. (2014)	(Saraboon, Aree-Ue, & Jarupat Maruo, 2014)	(Saraboon et al., 2014)
ผู้แต่ง 4 คน	Wacharasin, Khamngoen, Sriprasan, and Chivanon (2017)	Wacharasin et al. (2017)	(Wacharasin, Khamngoen, Sriprasan, & Chivanon, 2017)	(Wacharasin et al., 2017)
ผู้แต่ง 5 คน	Lertsakornsiri, Rudtanasudjatum, Serekajornkicharoen, Chaoniyom, and Muanphetch (2017)	Lertsakornsiri et al. (2017)	(Lertsakornsiri, Rudtanasudjatum, Serekajornkicharoen, Chaoniyom, & Muanphetch, 2017)	(Lertsakornsiri et al., 2017)
ผู้แต่ง 6 คน หรือมากกว่า 6 คน	Soowit et al. (2017)	Soowit et al. (2017)	(Soowit et al., 2017)	(Soowit et al., 2017)
ผู้แต่งที่เป็นการรวมกลุ่ม หรือ องค์กรที่มีตัวย่อ	American Academy of Orthopaedic Surgeons (2013)	AAOS (2013)	(American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2013)	(AAOS, 2013)
ผู้แต่งที่เป็นการรวมกลุ่ม หรือ องค์กรที่ไม่มีตัวย่อ	Police Nursing College (2015)	Police Nursing College (2015)	(Police Nursing College, 2015)	(Police Nursing College, 2015)

ตัวอย่างการเขียนรายการอ้างอิงท้ายเรื่อง

ผู้แต่ง 1 คน

Titapiwatanakun, B. (2018). Penile augmentation with foreign material injection penile shaft, correction by CO_2 laser. *Journal of The Police nurses, 10*(1), 202-208.

ผู้แต่ง 2 คน

Canovas, F., & Dagneaux, L. (2018). Quality of life after total knee arthroplasty. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery and Research, 104*(1S), S41-S46. https://doi.org/10.1016/j.otsr.2017.04.017

ผู้แต่ง 3 คน

Moksnes, H., Engebretsen, L., & Risberg, M. A. (2012). Management of anterior cruciate ligament injuries in skeletally immature individuals. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy, 42*(3), 172-183. doi:10.2519/jospt.2012.3608

ผู้แต่ง 4 คน

Salem, S. S., Sharaf, S., Mostafa, M. M., & Kaddah, M. A-E. (2012). Impact of a designed nursing rehabilitation program on incidence of complication and length of hospital stay after anterior cruciate ligament (ACL) reconstruction El-Manial university hospital. *Journal of American Science, 8*(2), 476-488.

ผู้แต่ง 5 คน

Kaewsongk, P., Masingboon, K., Keeratiyutawong, P., Melkus, G. D. E, & Deoisre, W. (2018). Effects of a self-management support program on foot care knowledge, foot care behaviors, perceived social facilitation support, and hba1c among people with type 2 diabetes at low risk of diabetic foot complications. *Journal of The Police nurses, 10*(2), 385-399.

ผู้แต่ง 6 คน

Dean, S., Walsh, S., Williams, C., Zaslawski, C., Morgan, A., & Levett-Jones, T. (2018). The mystery shopper student learning experience in undergraduate health education: A case study. *Nurse Education Today, 70*, 69-76. doi:10.1016/j.nedt.2018.08.010

ผู้แต่งมากกว่า 6 คน

Liaw, S. Y., Rashasegaran, A., Wong, L. F., Deneen, C. C., Cooper, S., Levett-Jones, T., . . . Ignacio, J. (2018). Development and psychometric testing of a clinical reasoning evaluation simulation tool (CREST) for assessing nursing students' abilities to recognize and respond to clinical deterioration. *Nurse Education Today, 62*, 74-79. doi:10.1016/j.nedt.2017.12.009

การเขียนเอกสารอ้างอิงที่เป็นบทหนึ่งในหนังสือ

Hoh, D. J., Levi, A. D., & Wang, M. Y. (2011). Ossification of the posterior longitudinal ligament and other enthesopathies. In J. R. Youmans, *Youmans neurological surgery* (pp. 2899-2910) (6th ed.). Philadelphia, PA: WB Saunders.

Holowaychuk, M. K., & Ostenkamp, S. M. (2019). Chapter 61: Care of the patient with intracranial disease. In J. M. B. Creedon & H. Davis (Eds.), *Advanced practice in healthcare.* John Wiley & Sons. https://doi.org/10.1002/9781118997246.ch61

การเขียนเอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

Maninet, S. (2013). *Relationships among personal factors, symptoms, symptom management, sense of coherence, and quality of life in patients with hepatobiliary carcinoma* (Master of nursing science program, adult nursing). Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Pathumwan.

สถานที่ติดต่อ
กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลตำรวจ
492/1 ถนนอังรีดูนังต์ แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330