



วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health



วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้
ผ่านการรับรองคุณภาพ TCI กลุ่มที่ 1 (พ.ศ.2563-2567)
ISSN 2408-1051 (Print)
ISSN 2651-2270 (Online)



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





วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2563

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการของคณะอาจารย์ บุคลากร เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้ (SC-Net) ในด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการ ของบุคลากรทางการแพทย์ นักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงานในศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนศิษย์เก่า และผู้สนใจ ในด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการทั้งในเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้ และสถาบันวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
4. เพื่อตอบสนองพันธกิจหลักในการสร้างองค์ความรู้และการเผยแพร่ผลงานวิชาการ และงานวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุข ในเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้ (SC-Net)

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

64 ถนนรามวิถี ตำบลบ่อยาง

อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000

โทร. 0-7431-1830-1 ต่อ 324 โทรสาร 0-7431-2562

<http://bcnsk.ac.th> E-mail: sc.net.journal@gmail.com



วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2563

ที่ปรึกษา

นายแพทย์สมชาย ธรรมสารโสภณ

อาจารย์ ดร.ศุภพร เพชรเรียง

อาจารย์สุทัศน์ เหมทานนท์

อาจารย์นิมิตศุรา แว

อาจารย์เพ็ญศรี ทองเพชร

อาจารย์ประไพพิศ สิงห์เสม

อาจารย์ไพบุลย์ ขาวสวนศรีเจริญ

อาจารย์สุนทร ปราบเขต

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.พันธุ์ทิพย์ รามสูตร

ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย

รองศาสตราจารย์ ดร.กุหลาบ รัตนสังธรรม

รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา จรจิต

รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล

รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ อารีเอื้อ

รองศาสตราจารย์ ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรชาติ ณ หนองคาย

รองศาสตราจารย์ ดร.โยธิน แสงดี

รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์

รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์

รองศาสตราจารย์ ดร.พูนสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธุ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงษ์เทพ สุธีรวัฒน์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทญ.ดร.อรุณวรรณ หล้าอุบล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล สิงห์ดัง

อาจารย์ ดร.อาจันต์ สงทับ

อาจารย์ ดร.นภชา สิงห์วีระธรรม

Mr. Patrick Wauters

อาจารย์ ดร.อดิญาณ์ ศรีเกษตริณ

อาจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา

อาจารย์ ดร.รัชนีภักดิ์ พละศึก

อาจารย์ ดร.รจนา วิริยะสมบัติ

อาจารย์ ดร.ณัฐ ทวีลเตอร์

อาจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร

อาจารย์ ดร.ปริญญ์ ชัยทองเกียรติ

อาจารย์ ดร.ปาริฉัตร อุทัยพันธ์

บรรณาธิการ

อาจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

อาจารย์ปฐมามาต โชติบัณฑิต

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

กองจัดการ

นางสาวกมลวรรณ จันทพงศ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

ที่ปรึกษากิจการบ้านพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ประธานกรรมการหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

มหาวิทยาลัยบูรพา

สำนักโครงการปริญญาเอก มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถาบันวิจัยประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุฒานครินทร์

มหาวิทยาลัยทักษิณ

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถาบันการจัดการสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางกายภาพและสุขภาพ กาญจนบุรี

English Language Editor

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

เจ้าของ

เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2 ท่าน
ต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ที่เป็นวาระกรรมของผู้เขียน
บรรณาธิการหรือเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย



บทบรรณาธิการวารสาร

สวัสดีผู้อ่านทุกท่าน ท่ามกลางสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) บรรดานักวิชาการได้ผลิตผลงานอันเป็นประโยชน์ต่อความร่วมมือร่วมใจที่ยับยั้งการหยุดการแพร่กระจายของเชื้อดังกล่าว ทางทีมบรรณาธิการวารสารเช่นกัน ได้เขียนบทปกพิเศษซึ่งเป็นผลจากการวิจัยเกี่ยวกับองค์ประกอบและตัวชี้วัดความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย จำนวน 10,400 คน ซึ่งประโยชน์ในการต่อยอดการพัฒนาหลักสูตร การพัฒนาศักยภาพของ อสม. และของชุมชน ในการเฝ้าระวัง ควบคุมโรคอุบัติใหม่ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

สำหรับวารสารฉบับนี้ ทางกองบรรณาธิการวารสารฯ ได้รวบรวมบทความทั้งสิ้น 26 บทความ บทความวิจัย 24 บทความ บทความวิชาการ 2 และปกพิเศษอีก 1 เรื่อง ในจำนวนนี้มีบทความภาษาอังกฤษ 1 เรื่อง ซึ่งมีเนื้อหาที่เกี่ยวกับการแพทย์ การสาธารณสุข การศึกษาทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ การปฏิบัติพยาบาล ทั้งบนหอผู้ป่วย และชุมชนจากผู้นิพนธ์หลากหลายสาขาที่มีความเชี่ยวชาญ มีประสบการณ์ ตลอดจนนักศึกษา ระดับบัณฑิตศึกษา โดยทุกบทความได้รับตรวจพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญอย่างเข้มข้น และมีการตรวจสอบติดตามการแก้บทความหลังจากผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอย่างละเอียด เพื่อคุณภาพของวารสาร สำหรับฉบับนี้มีบทความที่ปฏิเสธการตีพิมพ์ 2 บทความ ทางกองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข ภาคใต้ จะเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาทักษะทางวิชาการ และวิชาชีพของบุคลากรสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ตลอดจนสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง อันจะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และสาขาที่เกี่ยวข้องต่อไป

ทั้งนี้หากผู้อ่านท่านใดมีบทความที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทางวารสารจะพิจารณาตีพิมพ์ในฉบับถัดไปเป็นกรณีพิเศษ

ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ
บรรณาธิการ



สารบัญ

บทความปกิณกะ :

ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย.....ก

*Compositions and Indicators for Successful Implementation of Novel Coronavirus
(COVID-19) in the Community of Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand*

กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นภชา สิงห์วีระธรรม, พยงค์ เทพอักษร

Kittiporn Nawsuwan, Noppcha Singweratham, Phayong Thepaksorn

บทความวิจัย :

รูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ.....1

*Model of Health Promotion Activities in a School for the Elderly Using 3 Dimensions
(Diet, Exercise, and Emotion)*

นวรรตน์ ไวยมภู, สุนีย์ เครานวล, รัตติภรณ์ บุญทัศน์, เดียร์นา แม็ง

Navarat Waichompu, Sunee Kraonual, Rattiporn Boontu, Diana Maeng

ผลของการให้การปรึกษารายกลุ่มแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ต่อสุขภาพจิตและความสุข
ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.....13

*The Effects of Client-Centered Group Counseling on Mental Health and Happiness
among Nursing Students from Prince of Songkla University*

วินิภาญจน์ คงสุวรรณ, วิลาวรรณ คริสต์รักษา

Vineekarn Kongsuwan, Wilawan Christraksa

ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม จังหวัดตรัง.....26

*Factors Predicting Health Literacy of Older People with Hypertension and
Co-morbidity in Trang Province*

วรารัตน์ ทิพย์รัตน์, โสภิต สุวรรณเวลา, ญันท วอลเตอร์

Wararat Tiparat, Sopit Suwanweala, Yanat Wauters

ผลของระบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่มีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของเด็กวัย
เรียนโรคธาลัสซีเมีย.....39

*Effects of Supporting System and Formal Education on Knowledge and Self-care
Behavior of School-aged Children with Thalassemia*

วรวัณณ์ แสงทอง, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, วิจิตร แผ่นทอง

Worawut Saengthong, Chularat Hownarn, Wichitr Phantong



สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย :

ประสิทธิภาพของการใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องการเช็ดตา ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา.....51

Efficiency of an Instructional Video on Eye Care Used in the Course of Persons with Health Problem Practicum II in Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima
ยุพาพร หอมสมบัติ, สุนิสา คำขึ้น, จิรนุช สมโชค ไวท์, จิดาภา จิตตะสุตฺโต, กัญญาณัฐ เกิดขึ้น, ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี

Yupaporn Homsombut, Sunisa Khakhuen, Jeranut White, Jidapa Jittasuttho, Kanyanat Kerdchuen, Srisaowalak Aunprom-me

การรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมน ในโรงพยาบาลขอนแก่น.....64

Breast Cancer Survivorship of Patients after Receiving Anti-Hormonal Therapy in Khon Kaen Hospital

ภักดิ์ฐ วีระขจร, โชคชัย ล้อมทอง, นภชา สิงห์วีระธรรม

Phakkanat Weerakhachon, Chokchai Lomthong, Noppcha Singweratham

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและ
ผดุงครรภ์ ของผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2560.....74

Factors Related to Passing the Nursing Council Licensure Examination of Undergraduate Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Chiangmai in Academic Year 2017

เกศราภรณ์ ชูพันธ์, พนิดา พาลี, ปรีศนา ยิ่งราษฎร์สุข

Kesaraporn Choopun, Panida Palee, Prissana Yingratsuk

แรงจูงใจในการบริหารจัดการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว ของผู้ดูแลในเขตอำเภอ
หนึ่งของจังหวัดชายแดนใต้.....85

Motives Inspiring Long-Term Care Management of Caregivers Caring for Stroke Survivors in One District of a Southern Border Province

จิตตินันท์ พงสุวรรณ, พิชญ์ชญาณิษฐ์ เรืองเรืองกุลฤทธิ, กาญจน์สุนภัสร์ บาลทิพย์

Chittinan Pongsuwan, Pichayanit Ruangroengkulrit, Karnsunaphat Balthip

ตัวแบบในการดูแลผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ.....100

An Integrated Care Model for Older People

รัถยานภิก รัชตะวรรณ, เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช

Ratthayanaphit Phalasuek, Benjawan Thanomchayathawatch

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ ในโรงพยาบาล ชุมชน.....114

Prevalence and Factors Related to Depression among Elderly People in Community Hospitals
วิจิตร แผ่นทอง, อัจฉรา คำมะทิตย์, วรวิมล แสงทอง, อรอนงค์ นิลพัฒน์, สุนิสา คำขึ้น

Wichitr Phantong, Adchara Khammathi, Worawut Saengthong, Onanong Nilphat, Sunisa Khakhuen



สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย :

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในเขตชุมชนชนบท จังหวัดนครราชสีมา.....127

Factors Related to Resilience Quotient among Elderly with Chronic Disease in Rural Area of Nakhon Ratchasima Province

กชกร ฉายากุล, ภรณ์ทิพย์ ผลกระโทก

Kotchakorn Chayakul, Prontip Ponkratok

การพัฒนาแบบประเมินผลการเรียนรู้ และผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา แห่งชาติของนักศึกษาพยาบาล วิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัว และชุมชน 1.....138

Development of Learning Outcome Assessment Tools following the Qualification Framework for Higher Education, and the Learning Outcomes of Nursing Students in Family and Community Nursing I Practicum

โรชนี อุปรา, ประกายแก้ว ธนสุวรรณ, เอกชัย กันธะวงศ์, ชลธิชา อมาตยคง, ชยธิดา ไชยวงษ์

Roshinee Oupra, Prakaikaew Tanasuwan, Eakachai Kantawong, Chonticha Amattayakong, Chayatida Chaiwong

การตรวจสอบการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนที่ต้นทางของไทยและต่างประเทศ: การทบทวนวรรณกรรม อย่างเป็นระบบ.....152

Studies Related to Inspection of Municipal Solid Waste Management in Thailand, Compared with Foreign Countries: A Systematic Review

สาลี อินทร์เจริญ, วสุธร ต้นวัฒนกุล, กุหลาบ รัตนสัจธรรม, วิลาวรรณ ศรีพล

Salee Incharoen, Vasuthorn Tunwattanakul, Koolarb Rudtanasudjatun, Wilawan Sipon

ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของวัยรุ่นในอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง.....167

Relationships between Emotional Quotient and Alcohol Consumption among Teenagers in Mueang Lampang

สุวัฒนา คำสุข

Suwattana Kumsuk

การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคโดยใช้ชุมชน เป็นฐาน.....179

Development of an Interprofessional Education Learning Model for Health Promotion and Disease Prevention, Using the Community-Based Approach

วรรณภา ประทุมโทน, พนารัตน์ เจนจบ, สมตระกูล ราศิริ, สมภรณ์ เทียนขาว, นันทวรรณ อีร์พงศ์

Vannapa Prathumtone, Panarat Chenchob, Somtrakul Rasiri, Samaphorn Theinkaw, Nantawan Teerapong



สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย :

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน:
กรณีศึกษาจังหวัดยะลา.....194

*Homebound Older Adults Health Promoting Behaviors and Related Factors in a Muslim
Cultural Context: A Case Study in Yala Province*

นิรัชรา ลิลละฮ์กุล, ปัทมา สุพรรณกุล

Niratchara Lillahkul, Pattama Supanakul

สมรรถนะการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า
จังหวัดเพชรบุรี.....206

*Competencies in Rational Use of Antibiotics among Nursing Students in Prachomklao
College of Nursing, Phetchaburi Province*

อติญาณ์ ศรเกษตริณ, ดาราวรรณ รongเมือง, คมสัน แก้วระยยะ, ปวีณา สร้อยศรี, อินธอร ไชยสุข

*Atiya Sarakshetrin, Daravan Rongmuang, Komson kaewraya, Paveena Sroisri,
Intuorn Chaisuk*

ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักในรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 ต่อ
ผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ ทักษะการแก้ปัญหา การทำงานเป็นทีม และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี.....219

*Effects of Problem-Based Learning Pedagogy in Family and Community Nursing II Course
on Learning Achievement, Problem Solving Skills, Teamwork, and Satisfaction among
Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani*

โสทรธีร์ย์ แพน้อย, ชุฬีพร หิตอักษร, รุจิรดา เสาจวุฒิพงศ์

Soratree Phaenoi, Chuleeporn Heetakson, Rujirada Saojawuttipong

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วย
เบาหวานชนิดที่ 2: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ.....232

*Hypertension and type 2 Diabetes Mellitus Patients: A Systematic Review on the Chronic
Care Model (CCM) and Self-Management Support (SMS)*

ธวัชชัย สัตยสมบูรณ์, ยุวนุช สัตยสมบูรณ์

Thawatchai Sattayasomboon, Youwanuch Sattayasomboon

การพัฒนาแบบบันทึกเพื่อการส่งต่อการดูแลและติดตามสุขภาพ ทารกเกิดก่อนกำหนดต่อเนื่อง
ที่บ้าน.....244

*Continuous Home Care: Development of a Documentation Format for Premature Infant
Referral and Follow-Up*

วนิสา หะยิฮะ, ธิดาร์ตน์ หวังสวัสดิ์, ฮัมดี มาเย, วิมลวรรณ ดำคล้าย, ญัฐวุฒิ เชื้อกุลลา

*Wanisa Hayeese, Thidarat Wangsawat, Humdee Mayae, Wimolwan Damkila,
Nuttawud Chueakula*



สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย :

การพัฒนากระบวนการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ ในนักศึกษาเวชระเบียนวิทยาลัยเทคโนโลยี
ทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก.....260

*Development of Game-Based Learning Model for Medical Coding I Class with Students in
Diploma of Medical Record in Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health
Technology*

พิชญ์วรา จันทรแย้ม, อุทัย ทับทอง

Pitchwara Janyam, Uthai Thabthong

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 6-12 ปี ตำบลมะขามล้ม
อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี.....272

*Participatory Action Research to Promote Oral Health among Primary School Children in
Rural Suphanburi Province*

ธีราภรณ์ พนาวัลย์, อังสนา บุญธรรม, อรุณช ภาชีน, ชนพงษ์ โรจนวรฤทธิ์

Teeraporn Phanawan, Angsana Boonthum, Oranut Phacheun, Chanapong Rojanaworarit

การวิเคราะห์ศักยภาพของชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ ในการพัฒนาสู่พลติพลัง.....286

*Analysis of the Elderly Clubs Capacity in Southern Region for Moving Towards Active Aging
ลินจง โพธิบาล, รจนา วิริยะสมบัติ, ภารดี นานาคิลป์, จารุณี วารหัส, ศักรินทร์ สุวรรณเวหา*

*Linchong Pothiban, Rodchana Wiriyaasombat, Paradee Nanasilp, Jarunee Warahut,
Sakkarin Suwanwaha*

ผลของอายุมารดาต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมในสตรี.....300

Impact of Maternal Age on Obstetric Complications among Women

ศุภาวดี แถวเพีย, ฉวีวรรณ ดียิ่ง, รัชณี พจนา, ฉายวสันต์ คุณอุดม, พัชรภรณ์ เจียรนัยธนะกิจ

Supawadee Thaewpia, Chaweewan Deeying, Ratchanee Potchana, Chywasan Khunudom

บทความวิชาการ :

ทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิค: การจัดการเรียนรู้ภาคปฏิบัติทางการพยาบาล.....312

Non-Technical Skills: The Provision of Nursing Practicum

มาลี คำคง, ยูวนิดา อารมรมย์, สุระพร ปุ้ยเจริญ

Malee Kumkong, Yuwanida Aramromand, Suraporn Puicharoen

แนวทางการจัดการเรียนรู้โดยใช้ PBL สำหรับนักศึกษาพยาบาล.....324

Learning Management Guidelines for Using PBL with Nursing Students

นภาพร พุฒินิชย์, สุรศักดิ์ พุฒินิชย์, อริสา จิตต์วิบูลย์

Napaporn Puttiwanit, Surasak Puttiwanit, Arisa Chitviboon



บทความปกิณกะ

ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย

Compositions and Indicators for Successful Implementation of Novel Coronavirus (COVID-19) in the Community of Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand

กิตติพร เนาว์สุวรรณ^{1*}, นกษา สิงห์วีระธรรม² และ พยงค์ เทพอักษร³

Kittiporn Nawsuwan^{1*}, Noppcha Singweratham² and Phayong Thepaksorn³

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา^{1*}, วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก²,
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง³

Boromarajonani College of Nursing, Songkhla^{1*},

Kanchanabhisek Institute of Medical and Public Health Technology, Praboromarajchanok Institute²,

Sirindhorn College of Public Health, Trang³

บทความนี้เป็นบทความปกิณกะโดยบรรณาธิการวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ เพื่อแสดงทัศนะเกี่ยวกับความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย

ท่ามกลางสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งกลายเป็นโรคอุบัติใหม่ที่เกิดจากเชื้อไวรัส สร้างความหวาดกลัวให้กับประชากรโลก ตามราชกิจจานุเบกษาประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID – 19) เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 (Gazette, 2020) ที่ติดต่อจากคนสู่คนด้วยการหายใจ การสัมผัส มีระยะฟักตัวของโรคอยู่ช่วง 2-14 วัน สาเหตุการตายส่วนใหญ่มาจากระบบทางเดินหายใจล้มเหลวจากการติดเชื้ออย่างรุนแรงที่ปอด (Global NEWS, 2020) จากความรุนแรงของโรคส่งผลให้ทุกประเทศได้ออกมาตรการเพื่อควบคุมและยับยั้งการแพร่กระจายของโรค ประเทศไทยเป็นอีกประเทศหนึ่งที่มีมาตรการที่มีประสิทธิภาพส่งผลให้จำนวนผู้ติดเชื้อลดลงอย่างต่อเนื่อง จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2020) เมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม 2563 พบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทยเพียง 1 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิต จำนวนผู้ป่วยสะสมทั้งหมด 2,988 ราย รักษาหาย 2,747 ราย แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยมีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพที่สามารถควบคุมการแพร่กระจายของโรคได้ จนทำให้องค์การอนามัยโลกและหลาย ๆ ประเทศ แสดงความชื่นชมถึงศักยภาพของประเทศไทยในการดำเนินงานควบคุมโรคได้ผลอย่างเป็นรูปธรรม (The Bangkok Insight, 2020)

พลังอันสำคัญที่ยิ่งใหญ่เสมือนกองทัพที่มีกำลังกาย กำลังใจอันเข้มแข็งที่เคียงข้างกระทรวงสาธารณสุขและประชาชนมาตลอดระยะเวลา 40 กว่าปี คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ความสำเร็จของประเทศไทยครั้งนี้ปฏิเสธไม่ได้ว่า ส่วนสำคัญส่วนหนึ่งมาจากการดำเนินงานเชิงรุกและเป็นรูปธรรมของ อสม. ในประเทศซึ่งจำนวนมากถึง จำนวนกว่า 1,040,000 คน (Primary Health Care Division, Ministry of Public Health, 2020) ภายใต้บทบาทการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพทั้งโรคเรื้อรังและโรคที่เกิดจากพฤติกรรม การประเมินสุขภาพ ตลอดจนจัดการปัญหาสุขภาพ ทั้งในระดับ ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยไปยังระบบบริการสุขภาพที่รัฐจัดให้ เข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพในพื้นที่ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, 2020)

ในฐานะที่นักวิชาการคนหนึ่งจึงได้ร่วมกับทีมงานประกอบด้วย ดร.นงษา สิงห์วีระธรรม และ ดร.พยงค์ เทพพร ได้ดำเนินการวิจัยเรื่องการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย จากการตอบแบบสอบถามออนไลน์ ระหว่างวันที่ 15-22 เมษายน 2563 ของ อสม. จำนวน 10,400 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติตามระเบียบวิธีการวิจัย บทความนี้ จึงเป็นการทบทวนความคิดรวบยอดของผลการวิจัยมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ เกิดองค์ประกอบและความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย โดยมีสาระสำคัญดังนี้

องค์ประกอบและตัวชี้วัดความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ 50 ตัวชี้วัด ได้แก่ องค์ประกอบที่เป็นปัจจัยภายใน 5 องค์ประกอบ (Internal Factors) คือ 1) พฤติกรรมการป้องกันตนเอง (Self-Protective Behaviors) 2) การดูแลสุขภาพตนเอง (Self-Care) 3) การล้างมืออย่างถูกวิธี (Washing Hands Correctly) 4) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (Motivation for Work) 5) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perception of Severity of Disease)

สำหรับองค์ประกอบที่เป็นปัจจัยภายนอก 4 องค์ประกอบ (External Factors) คือ 6) การควบคุมโรคเชิงรุก (Proactive Disease Control) 7) การสื่อสาร วางแผน และติดตาม (Communication, Planning and Following Up) 8) การค้นหาข้อมูล บันทึกและรายงานผล (Information Query, Record and Report) และ 9) การสนับสนุนอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ (Support for Equipment and Medical Supplies) ดังภาพ 1



ภาพ 1 องค์ประกอบและตัวชี้วัดความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย

สำหรับตัวชี้วัดความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย มีทั้งหมด 50 ตัวชี้วัด มีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 1 ตัวชี้วัดความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของ อสม.ประเทศไทย

ข้อ	องค์ประกอบ/ตัวชี้วัด
องค์ประกอบที่ 1 พฤติกรรมการป้องกันตนเอง (Self-Protective Behaviors)	
1	การใช้ช้อนกลางประจำตัวเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น
2	การรับประทานอาหารที่เพิ่งปรุงสุกใหม่ ๆ ด้วยความร้อน (กินร้อน)
3	การเลือกรับประทานอาหารที่ปรุงสุกสุกสุกขณะเท่านั้น
4	การไม่เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์
5	การเพิ่มระยะประมาณ 1 - 2 เมตรเมื่อต้องมีการพูดคุยกับบุคคลอื่น
6	การเปลี่ยนเสื้อผ้าและอาบน้ำทันทีหลังเลิกงานเมื่อเข้าบ้าน
7	การสวมหน้ากากอนามัย (Surgical Mask) เมื่อท่านไม่สบาย
8	การสวมหน้ากากอนามัย (Surgical Mask) หรือหน้ากากผ้าเมื่อออกจากบ้าน
องค์ประกอบที่ 2 การดูแลสุขภาพตนเอง (Self-Care)	
9	การรับประทานแร่ธาตุที่มีประโยชน์เพื่อสร้างภูมิคุ้มกัน
10	การรับประทานวิตามินหรือแร่ธาตุสำเร็จรูปเป็นประจำเพื่อสร้างภูมิคุ้มกัน
11	การออกกำลังกายมากกว่า 3 - 4 ครั้ง ๆ ละไม่น้อยกว่า 30 นาทีต่อสัปดาห์
12	การตรวจสุขภาพร่างกายเป็นประจำตามกำหนดที่ควรตรวจ
องค์ประกอบที่ 3 การล้างมืออย่างถูกวิธี (Washing Hands Correctly)	
13	การล้างมืออย่างถูกวิธี (7 ขั้นตอน) ทุกครั้ง
14	การล้างมือด้วยสบู่และน้ำ อย่างน้อย 20 วินาที หรือใช้เจลแอลกอฮอล์ (มากกว่า 70% แอลกอฮอล์) หลังหยิบจับหรือสัมผัสสิ่งของที่ใช้ร่วมกัน
15	การล้างมือด้วยสบู่และน้ำ อย่างน้อย 20 วินาที หรือใช้เจลแอลกอฮอล์ (มากกว่า 70% แอลกอฮอล์) หลังปฏิบัติงานส่วนตัวในห้องน้ำ
16	การล้างมือด้วยสบู่และน้ำ อย่างน้อย 20 วินาที หรือใช้เจลแอลกอฮอล์ (มากกว่า 70% แอลกอฮอล์) ก่อนรับประทานอาหาร หรือก่อนหยิบจับอาหารใส่ปาก
องค์ประกอบที่ 4 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (Motivation for work)	
17	การเป็นหน้าที่ที่ อสม. ต้องปฏิบัติอยู่แล้ว
18	การทำงานเพื่อสุขภาพของพี่น้องประชาชน
19	การทำงานเพื่อประเทศชาติและตอบแทนคุณแผ่นดิน
20	ความรู้สึกภาคภูมิใจเมื่อชุมชนปลอดภัยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน
21	ความรู้สึกว่าเป็นบุคลากรสาธารณสุขคนหนึ่งที่เป็นกำลังสำคัญในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศ
22	ความรู้สึกว่าเป็นมดงานที่มีพลังอันยิ่งใหญ่ต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับชุมชน
23	ความรู้สึกว่าเป็นส่วนสำคัญในระดับชุมชนที่ทำให้ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยและจำนวนคนเสียชีวิตด้วยการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 น้อยมากเมื่อเทียบกับประเทศอื่น
องค์ประกอบที่ 5 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perception of Severity of Disease)	
24	การรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่อได้ง่ายเพียงการสัมผัสละอองน้ำลาย น้ำมูก เสมหะ การไอหรือจาม ของผู้มีเชื้อ

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อ	องค์ประกอบ/ตัวชี้วัด
25	การรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตราย
26	การรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อันตรายร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต
27	การรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ปลอดภัยรุนแรง
28	การมีโรคประจำตัวและติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจเพิ่มความเสี่ยงและอันตรายถึงชีวิตได้
29	การที่ผู้สูงอายุมีโอกาสเสียชีวิตสูงหากติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
องค์ประกอบที่ 6 การควบคุมโรคเชิงรุก (Proactive Disease Control)	
30	การเยี่ยมบ้านโดยการเคาะประตูบ้านเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในบ้านที่รับผิดชอบ
31	การสำรวจสุขภาพตนเอง ก่อนเข้าไปปฏิบัติงานการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน
32	การให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ชุมชน
33	การสอนวิธีสังเกตอาการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน
34	การประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือทีมงานพื้นที่ เมื่อเกิดปัญหาในการดำเนินงานโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน
35	การเข้มงวดเรื่องการสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าของประชาชนในชุมชน
36	การเข้มงวดเรื่องการปฏิบัติตามมาตรการห้ามออกนอกเคสสถาน (เคอร์ฟิว) ของประชาชนในชุมชน
37	การเข้มงวดเรื่องการปฏิบัติตามประกาศจังหวัด เช่น การเข้าออกพื้นที่ การงดจำหน่ายสุรา การงดการรวมกลุ่ม เป็นต้น ของประชาชนในชุมชน
38	การแจ้งเจ้าหน้าที่ของรัฐ เมื่อเกิดสิ่งผิดปกติที่อาจเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน
องค์ประกอบที่ 7 การสื่อสาร วางแผน และติดตาม (Communication, Planning and Following Up)	
39	การสื่อสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับ อสม.
40	การจัดการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างสม่ำเสมอ
41	การกำหนดแผนงานการดำเนินงานจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนให้กับ อสม. อย่างชัดเจน
42	การมอบหมายงานการดำเนินงานจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนให้กับ อสม. อย่างชัดเจน
43	การกำกับ ติดตาม การดำเนินงานจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนให้กับ อสม. อย่างต่อเนื่อง
องค์ประกอบที่ 8 การค้นหาข้อมูล บันทึกและรายงานผล (Information Query, Record and Report)	
44	การซักถามการเบื้องต้นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน
45	การมีข้อมูลการเข้าออกพื้นที่ การกลับจากต่างประเทศของคนในบ้านที่รับผิดชอบ อย่างเป็นปัจจุบันทุกวัน
46	การบันทึกและรายงานผลการดำเนินงานโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนแก่หน่วยงานเป็นประจำวัน
องค์ประกอบที่ 9 การสนับสนุนอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ (Support for Equipment and Medical Supplies)	
47	หน่วยงานจัดหาอุปกรณ์ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ
48	หน่วยงานสนับสนุนด้านเวชภัณฑ์ทำลายเชื้ออย่างเพียงพอ
49	หน่วยงานจัดหาอุปกรณ์ในการคัดกรองและป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างเพียงพอ เช่น Mask, Face Shield, เครื่องวัดอุณหภูมิร่างกาย เป็นต้น
50	หน่วยงานจัดหาอุปกรณ์ในการป้องกันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า อสม.ในประเทศไทย มีศักยภาพในการดำเนินงานเฝ้าระวังและยับยั้งการแพร่กระจายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้ความสำเร็จทั้งจากปัจจัยภายในของ อสม.เอง ได้แก่ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ไม่ว่าจะเป็นการสวมหน้ากากปิดปากปิดจมูก (Mask) การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การล้างมือ การเว้นระยะทางสังคม ส่งผลให้เกิดการตระหนักถึงความรุนแรงของโรค จนเป็นแบบอย่างที่ดีให้ครอบครัวและชุมชน ตลอดจนแรงจูงใจในการทำงานด้วยหลักจิตอาสา การสำนึกในหน้าที่ต่อประชาชน



และแผ่นดินไทยเป็นสำคัญ รวมทั้งปัจจัยหนุนจากปัจจัยภายนอก ได้แก่ การดำเนินงานเชิงรุกโดยเฉพาะการเคาะประตูบ้านเพื่อให้ความรู้แบบถึงลูกถึงคน การค้นหาผู้ติดเชื้อ และรายงานอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง มีการวางแผนการดำเนินงานอย่างชัดเจน รวมทั้งการสนับสนุนเวชภัณฑ์จากภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการทำงานด้วยการต่อยอดการพัฒนาหลักสูตร การพัฒนาศักยภาพของ อสม. และของชุมชน ในการเฝ้าระวัง ควบคุมโรคอุบัติใหม่ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

Reference

- Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2019). *Manual for Staff at For Raising the Village Health Volunteers to be the Village Health Doctor*. Nontaburi: Department of Health Service Support. (in Thai)
- Gazette. (2020). *Names and Important Symptoms of Dangerous Communicable Diseases*, no. 3. Lemight 137, Special Section 48 Ngor. 29 February 2020. (in Thai)
- Global NEWS. (2020). *How Does COVID-19 Cause Death? Here's What Happens in the Lungs*. Retrieved April 30, 2020 from <https://globalnews.ca/news/6805639/coronavirus-covid-19-death/>.
- Primary Health Care Division, Ministry of Public Health. (2019). *Health Volunteers*. Retrieved April 26, 2020 from <http://www.thaiphc.net/new2020/content/1>. (in Thai)
- The Bangkok Insight. (2020). *World Health Organization: WHO Praises Thailand After Reducing the Number of People Infected with Good Systems to Suppress Coronary Viruses*. Retrieved April 30, 2020 from <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/876118>. (in Thai)
- World Health Organization: WHO. (2020). *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Data as Reported by the Thai Ministry of Public Health*. Retrieved May 6, 2020 from https://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/2020-05-05-tha-sitrep-72-covid19.pdf?sfvrsn=7708b03c_2



รูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ Model of Health Promotion Activities in a School for the Elderly Using 3 Dimensions (Diet, Exercise, and Emotion)

นวรรตน์ ไชยชมภู^{1*}, สุนีย์ เครานวล¹, รัตติพรณ์ บุญทัศน์¹ และ เดียร์นา แม็ง¹

Navarat Waichompu^{1*}, Sunee Kraonual¹, Rattiporn Boontu¹ and Diana Maeng¹

คณะวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและการเกษตร มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา^{1*}

Faculty of Science, Technology and Agriculture, Yala Rajabhat University^{1*}

(Received: October 09, 2019; Revised: January 03, 2020; Accepted: April 14, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความต้องการการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ 2) สร้างรูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ และ 3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ ในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลโยโป อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา การศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลโยโป อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา จำนวน 85 คน รวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ คือ แนวทางการสนทนาความต้องการการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และ 2) ขั้นตอนการประเมินรูปแบบ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัย พบว่า

1. ความต้องการการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ พบว่า ผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลโยโป อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา มีความต้องการการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ ดังนี้ ด้าน อ: อาหาร จำนวน 7 กิจกรรม ด้าน ข: ออกกำลังกาย จำนวน 9 กิจกรรม ด้าน ค: อารมณ์ จำนวน 11 กิจกรรม

2. รูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ. ของโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลโยโป อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา ได้แก่ 3 อ Yupo Model ประกอบด้วย 1) อ: อาหาร เป็นกิจกรรมที่เน้นความรู้เกี่ยวกับอาหาร (Knowledge) อาหารเฉพาะโรค อาหารชะลอวัย อาหารที่ช่วยระบบขับถ่าย อาหารบำรุงสมอง และอาหารปลอดภัย 2) ข: ออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่เน้นทักษะการออกกำลังกาย (Skill) ได้แก่ บาสโลบ กีฬาพื้นบ้าน มณีเวช ตารางเก้าช่อง ฮูลาฮoop ไม้พลอง แอโรบิก แก่งแขน และโยคะ และ 3) ค: อารมณ์ เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นด้านจิตใจ จิตวิญญาณ และสัมพันธภาพ (Relationship) ได้แก่ การร้องเพลงคาราโอเกะ รำวง รำมโนราห์ ทำอาหาร ร้องเพลง เล่นดนตรีพื้นบ้าน ทักษะศึกษา ปฏิบัติธรรม ปลูกผักสวนครัวปลอดภัย ผักคองโด เลี้ยงรูกุ้ง และกิจกรรมรอบกองไฟ

3. ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลโยโป อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา พบว่า ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=4.80$, $SD=0.20$)

รูปแบบ 3 อ Yupo Model ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำมาบูรณาการในการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนสำหรับผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลโยโป อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, หลัก 3 อ.

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: navaratying@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-1895944)

Abstract

This research and development study aimed to: 1) study the needs of elderly in terms of health activities based on the 3 dimensions model (Diet, Exercise, and Emotion), 2) create a health promotion model, and 3) evaluate the effectiveness of the model. The study was divided into 2 phases: 1) the development process, and 2) the evaluation process. Focus group discussion was conducted among 85 informants in the school of elderly of Yupo Subdistrict, Mueang District of Yala Province. Research instrument for phase 1 was a semi-structured interview form on the elderly's health needs in terms of diet, exercise and emotion (the 3 dimensions). Content analysis was used for data analysis. Model was then validated by 5 experts. The research instrument for phase 2 was an evaluation form on the effectiveness of the model. Data were analyzed by average and standard deviation.

The research found the following.

1. The needs expressed by the elderly for health activities, following the 3 principles, included 27 activities (7 in diet, 9 in exercise, and 11 in emotion).
2. Activities included in the model were as follows: 1) activities about diet focused on knowledge, such as anti-aging diet, food for excretion, brain nourishment and non-toxic food; 2) activities about exercise focused on physical activity skills such as Baslob dance, folk sports, Manives, nine-square table, Hula-hoop, aerobic dance, arms swinging, and yoga, as well as; 3) activities about emotions focused on spiritual growth, and making good relationship with others such as karaoke singing, dancing, local dance, cooking, singing Folk music, excursions, group activities, meditation, and gardening.
3. The model evaluation revealed that overall, the model was rated at a high level ($M=4.80$, $SD=0.20$).

Based on this research, the model can promote health for the elderly.

Keyword: Model, Health Promotion Activities, Elderly, Diet, Exercise, Emotion

บทนำ

สหประชาชาติ (The United Nations: UN) นิยามคำว่า “ผู้สูงอายุ” ไว้ว่า ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกินร้อยละ 10 หรืออายุ 65 ปีขึ้นไป เกินร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคม ผู้สูงอายุ (Aging Society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แบบ (Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 และอายุ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้น ร้อยละ 14 โดยประเทศไทย ได้นิยามคำว่า “ผู้สูงอายุ” ไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ว่าหมายถึง “ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป” ประเด็นสำคัญ คือประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 โดยมีอัตราเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่เร็วมากคือ สูงกว่าร้อยละ 4 ต่อปี ในขณะที่ประชากรรวมเพิ่มขึ้นด้วยอัตราเพียงร้อยละ 0.5 เท่านั้น (National Board of the Elderly, 2015) จากข้อมูลสถิติจะเห็นได้ว่าอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นในอัตราที่รวดเร็วและไม่สมดุลกับอัตราของวัยทำงานซึ่งจะเป็นผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว และสอดคล้องกับอัตราการเข้ารับบริการทางสุขภาพ รวมทั้งค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีธรรมชาติการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (Thongcharoen, 2015)

ดังนั้น หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพต้องตื่นตัวและเตรียมความพร้อมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถดูแลตนเองตามสภาพของร่างกาย

จิตใจ และสังคม ภายใต้การดำเนินชีวิตในบริบทนั้น สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อให้สุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ อยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรี สามารถพึ่งตนเองได้ มีส่วนร่วมและโอกาสเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender, Murdaugh, & Parsons (2006) ที่กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุเพื่อนำไปสู่การพัฒนาและป้องกันการเสื่อมของสุขภาพ ลดการเจ็บป่วยเรื้อรัง ลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเจ็บป่วย และเพิ่มระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยเอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่แตกต่างจากวัยอื่น ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถชะลอความเสื่อมสภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยการนำแนวคิดการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุนั้นต้องมีความสัมพันธ์กับสภาพการดำรงชีวิต (Living Condition) ของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง ไม่ใช่การมุ่งเน้นไปที่กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทั่วไป

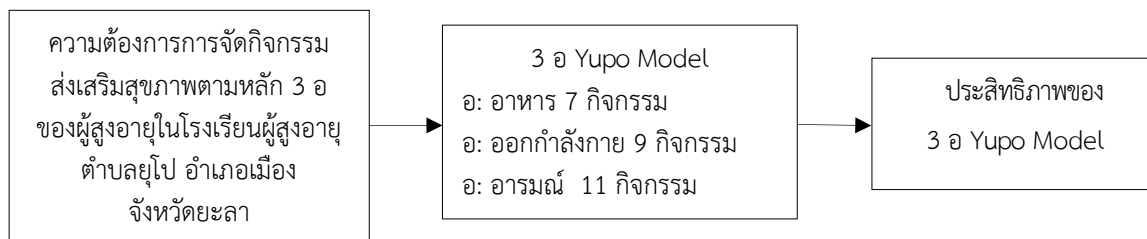
ปัจจุบันหน่วยงานที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพไม่ว่าจะเป็นระดับจังหวัด ระดับอำเภอ หรือระดับตำบล ล้วนให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อาทิเช่น เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล มีนโยบายจัดให้มีโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบเข้าร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามที่กำหนด ในจังหวัดยะลา มีโรงเรียนผู้สูงอายุของเทศบาลนครยะลา และเทศบาลตำบลต่าง ๆ จัดตั้งเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา เป็นหนึ่งในโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดยะลาที่เปิดสอนให้กับผู้สูงอายุในเขตตำบลยุโป ซึ่งมีอยู่ 6 หมู่บ้าน จัดตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2558 ภายใต้ความรับผิดชอบของเทศบาลตำบลยุโป มีผู้สูงอายุเข้าร่วมในรุ่นที่ 1 จำนวน 30 คน รุ่นที่ 2 จำนวน 29 คน และรุ่นที่ 3 จำนวน 26 คน ปัจจุบันมีผู้สูงอายุสำเร็จตามหลักสูตรของโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลยุโป จำนวน 85 คน โดยการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ที่ผ่านมามีทั้ง 3 รุ่น เกิดจากการจัดกิจกรรมภายใต้นโยบายการเปิดโรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมความต้องการของผู้สูงอายุในบริบทโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา อย่างแท้จริง ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงทำการศึกษารูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วม ตามกรอบแนวคิด 3 อ ประกอบด้วย อ: ออกกำลังกาย อ: อาหาร อ: อารมณ์ ซึ่งเกิดจากความต้องการของผู้สูงอายุที่ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลเชิงประจักษ์ของรูปแบบการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วม โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา เพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ ของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา
2. เพื่อสร้างรูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ ของโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา
3. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ ของโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ (Department of Health Service Support Ministry of Public Health, 2017) ประกอบด้วย อ: อาหาร อ: ออกกำลังกาย อ: อารมณ์ ซึ่งเป็นแนวคิดของกระทรวงสาธารณสุขที่สามารถนำมาปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้ภายใต้การส่งเสริมของสหสาขาวิชาชีพและชุมชน ผู้วิจัยนำเสนอกรอบแนวคิดการวิจัยตามโมเดลตามภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ และ 2) ขั้นตอนประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบ แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาความต้องการการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ ของโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีระเบียบวิธีการวิจัยดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลได้แก่ ผู้สูงอายุ รุ่นที่ 1 รุ่นที่ 2 และรุ่นที่ 3 ในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 85 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) เกี่ยวกับความต้องการการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามกรอบแนวคิด 3 อ (อ: ออกกำลังกาย อ: อาหาร และ อ: อารมณ์) ดังนี้ 1) ท่านต้องการให้ผู้เกี่ยวข้องจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอะไรบ้างเกี่ยวกับหลัก อ.อาหาร ด้วยเหตุผลใด 2) ท่านต้องการให้ผู้เกี่ยวข้องจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอะไรบ้างเกี่ยวกับหลัก อ.ออกกำลังกาย ด้วยเหตุผลใด และ 3) ท่านต้องการให้ผู้เกี่ยวข้องจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอะไรบ้างเกี่ยวกับหลัก อ.อารมณ์ ด้วยเหตุผลใด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการนำประเด็นการสนทนาที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และ อาจารย์มหาวิทยาลัยผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน หาความตรงเชิงเนื้อหาของประเด็นการสนทนากลุ่ม โดยวิธี (Index of Congruence: IOC) ได้เท่ากับ .67-1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและความเข้าใจตรงกันในประเด็นคำถามก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เกี่ยวกับความต้องการการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามกรอบแนวคิด 3 อ ประกอบด้วย อ: ออกกำลังกาย อ: อาหาร และ อ: อารมณ์ จำนวน 3 ครั้ง โดยแบ่งกลุ่มการสนทนาออกเป็นครั้งละ 3 กลุ่ม ตามรุ่นผู้สูงอายุ โดยมีผู้ดำเนินการสนทนาประจำกลุ่ม ๆ ละ 1 คน และผู้จัดบันทึกการสนทนากลุ่ม ๆ ละ 1 คน ใช้เวลาดำเนินการ 1 ชั่วโมง หลังจากสนทนากลุ่มเสร็จผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญตามประเด็นสนทนาแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

- ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนและร้อยละ
- ข้อมูลความต้องการการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยใช้แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนของ Crabtree, & Miller (1992) 7 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การจัดแฟ้ม (Establishing Files) โดยการนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ตามหลัก 3 อ 2) การลงรหัสข้อมูล

(Coding the Data) นำข้อมูลมาลงรหัสหมวดหมู่ตามหลัก 3 อ 3) การจัดประเภทของข้อมูล (Identify Unit) นำข้อมูลมาจัดประเภทตามหลัก 3 อ โดยข้อมูลที่มีรหัสคล้ายคลึงกันจัดอยู่ด้วยกัน 4) การสร้างหมวดหมู่ (Developing Categories) โดยการตรวจสอบวิเคราะห์ข้อมูลแล้วนำมาตีความเพื่อพัฒนาและสร้างหมวดหมู่ของข้อมูล 5) การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ (Interpretively Determine Connections) 6) การตรวจสอบความถูกต้อง (Verify) และ 7) การสรุปและรายงานการวิจัย (Report) โดยการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาการเขียนรายงานมีความคิดรวบยอดที่สมบูรณ์ กระชับ ชัดเจน

ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ ของโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลโย อำเภอมือง จังหวัดยะลา ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มากร่างรูปแบบการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลโย อำเภอมือง จังหวัดยะลา ตามประเด็นหลัก 3 อ

2. นำร่างรูปแบบตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และ อาจารย์มหาวิทยาลัยผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ ผลการพิจารณาผู้ทรงทั้ง 3 ท่านเห็นว่ารูปแบบดังกล่าวมีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ

3. นำรูปแบบที่ผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิมาจัดทำรูปแบบที่สมบูรณ์ และนำไปประเมินประสิทธิภาพในขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลโย อำเภอมือง จังหวัดยะลา ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลโย และเจ้าหน้าที่โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลโย อำเภอมือง จังหวัดยะลา รวมจำนวน 5 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลโย อำเภอมือง จังหวัดยะลา กำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ 1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลโย 2) ผู้บริหารโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลโย 3) ปลัดเทศบาลตำบลโย 4) เจ้าหน้าที่โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลโย และ 5) พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโย รวมจำนวน 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามเพื่อประสิทธิภาพการนำรูปแบบ 3 อ Yupo Model ไปใช้ ซึ่งแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 5 ข้อ จาก 1-5 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแปลผลความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ คิดจากค่าเฉลี่ยของคะแนนคำตอบของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้เกณฑ์พิสัย (Range) 3 ระดับ Singchangchai, Khamphalikit, & Nasae, (1996) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง ประสิทธิภาพของรูปแบบ อยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง ประสิทธิภาพของรูปแบบ อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง ประสิทธิภาพของรูปแบบ อยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 5 ข้อ ผ่านการพิจารณาหาความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ด้วยการหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาด้วย (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และ อาจารย์มหาวิทยาลัยผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน ได้ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาระหว่าง .67-1.00 จากนั้นผู้วิจัยนำแบบทดสอบที่ผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา มาทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่เทศบาลนครยะลา จำนวน 10 คน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (Polit, & Hungler, 1999) ได้ค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ 0.735

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ ของโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยนำโครงการวิจัยเพื่อขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ยะลา ได้หมายเลขรับรอง 050/2563 ลงวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2563

ผลการวิจัย

1. ความต้องการการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ ของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
(N = 85)		
เพศ		
ชาย	10	11.76
หญิง	75	88.24
อายุ		
60-69 ปี	40	47.05
70-79 ปี	40	47.05
80 ปี ขึ้นไป	5	5.90
(Max=85, Min=62, M=68, SD=0.60)		
ศาสนา		
พุทธ	77	90.58
อิสลาม	8	9.42

จากตาราง 1 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.24 เพศชาย ร้อยละ 11.76 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และ 70-79 ปี ร้อยละ 47.05 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 90.58 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 9.42

1.2 ความต้องการการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ

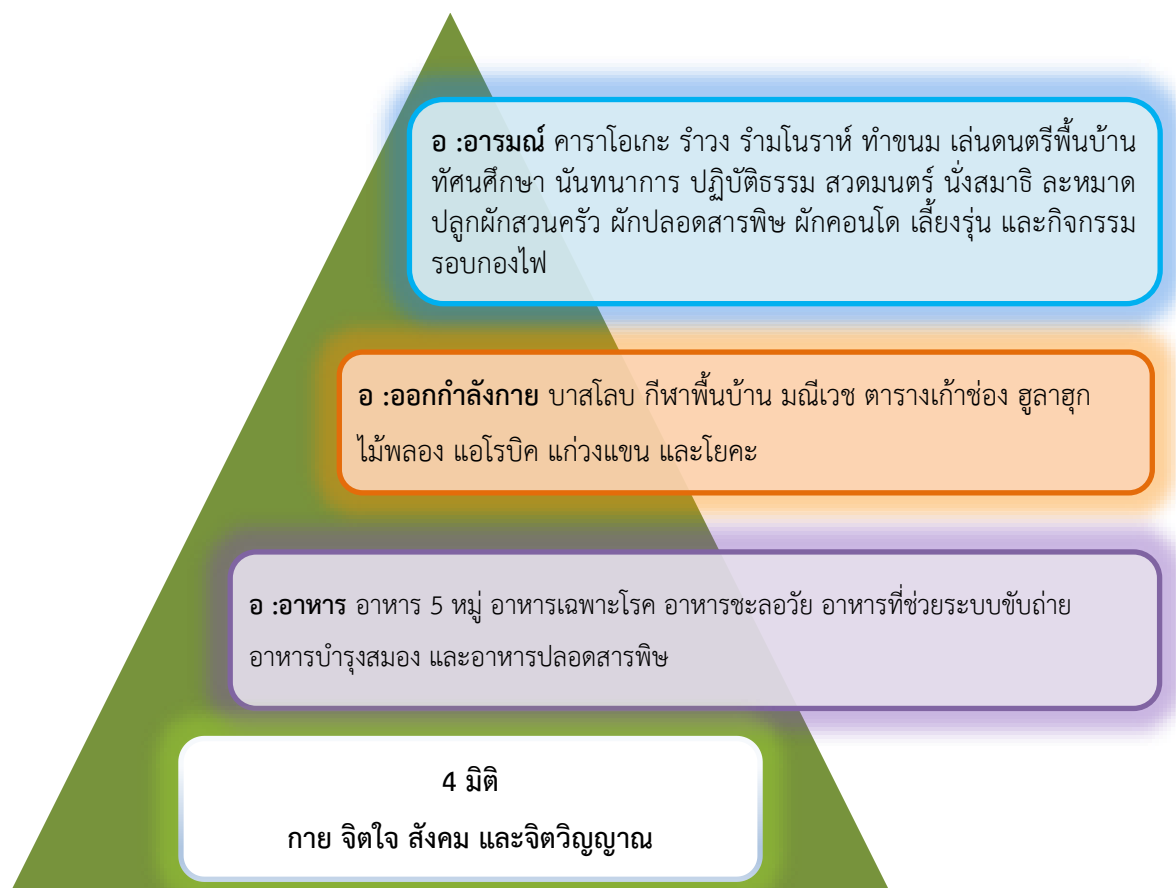
จากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความต้องการการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ข้อมูลความต้องการการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ อาหาร “อยากรู้ว่าอาหารใดกินได้กินไม่ได้” “ต้องการความรู้ อาหารเฉพาะโรค” “อาหาร 5 หมู่ สัมผัสแล้วมีอะไรบ้าง” “ไม่อยากจะกินอย่างไร”

ข้อมูลความต้องการการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ ออกกำลังกาย “อยากขยับร่างกาย แต่ทำไม่รู้จะเริ่มจากไหน” “แกว่งแขนมีประโยชน์มั้ย” “อยากออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตัวเรา”

ข้อมูลความต้องการการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ อารมณ์ “อยากร่วมทำกิจกรรมกับเพื่อนรุ่นเดียวกัน” “หาอะไรทำเพลิน ๆ ร่วมกับเพื่อน” “ร้องเพลงแล้วอารมณ์ดี” “ปลูกผักเพล็นดีได้กินด้วย”

นอกจากนี้ผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา มีความต้องการการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจากหลัก 3 อ. ในด้าน อ: อาหาร จำนวน 7 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับอาหาร 5 หมู่สำหรับผู้สูงอายุ 2) ความรู้เกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง 3) ความรู้เกี่ยวกับอาหารชะลอวัย 4) ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ช่วยระบบขับถ่าย 5) ความรู้เกี่ยวกับอาหารบำรุงสมอง 6) ความรู้เกี่ยวกับอาหารปลอดภัย และ 7) ความรู้เกี่ยวกับอาหารแปรรูปตามบริบท ด้าน อ: ออกกำลังกาย จำนวน 9 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) บาสโลบ 2) กีฬาพื้นบ้าน 3) มณีเวช 4) ตารางเก้าช่อง 5) ฮูลาฮุก 6) ไม้พลอง 7) แอโรบิก 8) แก้วแขวน และ 9) โยคะ ด้าน อ: อารมณ์ จำนวน 11 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) ร้องเพลงคาราโอเกะ 2) รำวง รำมโนราห์ 3) ทำขนม ทำอาหาร 4) ร้องเพลง 5) เล่นดนตรีพื้นบ้าน 6) ทักษะศึกษากิจกรรมกลุ่มนันทนาการ 7) ภูมิปัญญา สวดมนต์ นั่งสมาธิ 8) การละหมาด 9) ปลูกผักสวนครัว ผักปลอดภัย ผักคอนโด 10) เลี้ยงรุ่น และ 11) กิจกรรมรอบกองไฟ

2. รูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ. ของโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลยุโปอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ได้แก่ 3 อ Yupo Model มีความครอบคลุมมิติการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 4 มิติ คือ ทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นกิจกรรมที่เกิดจากความต้องการของผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพของตนตามบริบทของโรงเรียน ผู้สูงอายุตำบลยุโป อำเภอเมือง เพื่อตอบสนองความต้องการในการจัดกิจกรรมที่มีความครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนี้ อ:อาหาร เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพทางกายและจิตใจ ที่ผู้สูงอายุต้องการด้านความรู้เกี่ยวกับอาหารต่าง ๆ ได้แก่ อาหาร 5 หมู่ อาหารเฉพาะโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง อาหารชะลอวัย อาหารที่ช่วยระบบขับถ่าย อาหารบำรุงสมอง และอาหารปลอดภัย อ:ออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมทางกาย จิตใจ และสังคม ที่ผู้สูงอายุต้องการการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการออกกำลังกาย ได้แก่ บาสโลบ กีฬาพื้นบ้าน มณีเวช ตารางเก้าช่อง ฮูลาฮุก ไม้พลอง แอโรบิก แก้วแขวน และโยคะ อ:อารมณ์ เป็นกิจกรรมทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุต้องการกิจกรรมที่เน้นสัมพันธ์ภาพกับวัยเดียวกัน ได้แก่ การร้องเพลงคาราโอเกะ รำวง รำมโนราห์ ทำขนมทำอาหาร ร้องเพลง เล่นดนตรีพื้นบ้าน ทักษะศึกษา กิจกรรมกลุ่มนันทนาการ ภูมิปัญญา สวดมนต์ นั่งสมาธิ การละหมาด ปลูกผักสวนครัว ผักปลอดภัย ผักคอนโด เลี้ยงรุ่น และกิจกรรมรอบกองไฟ (ภาพ 2)



ภาพ 2 รูปแบบ 3 อ Yupo Model

3. ผลการประเมินประสิทธิภาพ 3 อ Yupo Model ของโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ การประเมินประสิทธิภาพ 3 อ Yupo Model ของโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา

ข้อมูลประสิทธิภาพของรูปแบบ	(N=5)		
	M	SD	ระดับ
1. ความเหมาะสมกับบริบทผู้สูงอายุ	5.00	0.00	ระดับมาก
2. ส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ	4.80	0.44	ระดับมาก
3. มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน	4.80	0.44	ระดับมาก
4. ความเป็นไปได้ในการนำมาใช้จริง	4.40	0.54	ระดับมาก
5. ความพึงพอใจในการใช้รูปแบบ	5.00	0.00	ระดับมาก
โดยรวม	4.80	0.20	ระดับมาก

จากตาราง 2 การประเมินประสิทธิภาพรูปแบบ 3 อ Yupo Model โดยเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=4.80$, $SD=0.20$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า คะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพของรูปแบบ 3 อ Yupo Model อยู่ในระดับมากทุกข้อเช่นกัน โดยความเหมาะสมกับบริบทผู้สูงอายุ และความพึงพอใจในการใช้รูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($M=5.00$, $SD=0.00$) รองลงมา คือ

ส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุและมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน ($M=4.80$, $SD=0.44$) ส่วนความเป็นไปได้ในการนำมาใช้จริง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.40 ($SD=0.54$)

อภิปรายผล

1. ความต้องการการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ. ในโรงเรียน ผู้สูงอายุตำบลโป อำเภอมือง พบว่า ความต้องการการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. ของผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลโป อำเภอมือง จังหวัดยะลา มีความต้องการการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. ในด้าน อ: อาหาร จำนวน 7 กิจกรรม ด้าน อ: ออกกำลังกาย จำนวน 9 กิจกรรม ด้าน อ: อารมณ์ จำนวน 11 กิจกรรม จะเห็นได้ว่าความต้องการการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ. มีความครอบคลุมมิติการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 4 มิติ คือ ทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยทั้ง 3 หลัก นั้นเป็นกิจกรรมที่เกิดจากความต้องการของผู้สูงในการส่งเสริมสุขภาพของตนตามบริบทของโรงเรียน ผู้สูงอายุตำบลโป อำเภอมือง โดยความต้องการการจัดกิจกรรมตามหลัก อ:อาหาร เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ด้านความต้องการการจัดกิจกรรมตามหลัก อ:ออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้และทักษะการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ด้านความต้องการการจัดกิจกรรมตามหลัก อ: อารมณ์ เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมด้านจิตใจและจิตวิญญาณและปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sasuad (2017) ที่พบว่า รูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ คือ สมาชิกครอบครัวเป็นบุคลากรหลักในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนั้นหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนจะต้องมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นสภาวะของผู้สูงอายุในทุกด้าน คือ ด้านร่างกาย อารมณ์และจิตวิญญาณ และสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (1987) ที่กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลโดยตรงต่อการเพิ่มระดับความสมบูรณ์ และการบรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม เห็นได้จากการศึกษาของ Chalardlon, Moolsart, & Lawang (2017) พบว่า ชมรมผู้สูงอายุต้องการให้กิจกรรมมีความต่อเนื่อง และกิจกรรมควรมาจากการมีส่วนร่วมและความต้องการของผู้สูงอายุ รวมทั้งสถานที่จัดควรอยู่ในชุมชนเดินทางสะดวก ใช้ระยะในการจัดกิจกรรมไม่มากเกินไป ผู้สูงอายุชอบร้องรำทำเพลงหากทำกิจกรรมโดยผ่านกิจกรรมการละเล่น ผู้สูงอายุจะชอบมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Yamekaew (2017) ที่พบว่า การจัดกิจกรรมของผู้สูงอายุที่จะได้ผลดีมากที่สุด คือ มีกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัย และสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ รวมทั้งสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และความต้องการของผู้สูงอายุจะยิ่งดีมาก และในส่วนของงานจัดหามูลค่าที่มีความรู้ในช่วงของกิจกรรมประเภทส่งเสริมสุขภาพร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคมของผู้สูงวัย เนื่องจากผู้สูงอายุต้องการกำลังใจ ต้องการความรู้โดยเฉพาะในเรื่องการดูแลสุขภาพร่างกาย และจิตใจ

2. รูปแบบการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ. ในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลโป อำเภอมือง จังหวัดยะลา ที่ได้จากการวิจัย คือ 3 อ Yupo Model ซึ่งเป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ. ที่มีความครอบคลุมมิติการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 4 มิติ คือ ทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามบริบทของโรงเรียน ผู้สูงอายุตำบลโป อำเภอมือง สามารถอธิบายได้ว่าความต้องการการจัดกิจกรรมตามหลัก อ:อาหาร เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมตามสภาพร่างกายของผู้สูงอายุจะช่วยป้องกันโรคต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับแนวคิดของ Thongcharoen (2015) เกี่ยวกับทฤษฎีอนุมูลอิสระ (free radical theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงความสูงอายุเกิดจากการสะสมสารที่เกิดจากการเผาผลาญไขมัน โปรตีนและคาร์โบไฮเดรต สอดคล้องกับแนวคิดของ Department of Health Service Support Ministry of Public Health (2017) ที่กล่าวว่า อ.อาหาร เป็นการส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นการรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ครบทั้ง 5 หมู่ ลดอาหารที่มีความหวาน มัน เค็ม เพิ่มผักและผลไม้ เห็นได้จากผลการวิจัยของ Paosungnoen, Nawklang, Yoikratok, Kammanee, Dechtungka, & Simma (2015) ที่พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านโภชนาการ มีคะแนนสูงสุด รองลงมา คือ

ด้านการจัดการความเครียดและด้านการออกกำลังกาย สอดคล้องกับแนวคิดของ Waichompu, Boontud, & Singweratham (2019) ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุควรปฏิบัติตนตามหลัก อ. อาหาร ดังนี้ การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ รับประทานผัก ผลไม้ ทุกมื้อ เพื่อช่วยกระตุ้นระบบขับถ่ายของร่างกาย ลดอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ เช่น ลดอาหารหวาน มัน เค็ม เป็นต้น

ความต้องการการจัดกิจกรรมตามหลัก อ:ออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุต้องการกิจกรรมตามหลัก อ. ออกกำลังกายที่เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้และทักษะการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ สอดคล้องกับแนวคิดของ Waichompu, Boontud, & Singweratham (2019) ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุควรปฏิบัติตนตามหลัก อ. ออกกำลังกาย โดยการออกกำลังกายอย่างน้อย 20-30 นาที 3-5 วันต่อสัปดาห์ เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นให้กับร่างกายเช่น การยืดแขน ขา งอตัว บิดหมุนร่างกาย ซึ่งเป็นการเตรียมร่างกายเพื่อให้เกิดความอบอุ่นก่อนการออกกำลังกายจริง โดยใช้เวลาประมาณ 10 – 20 นาที ตามด้วยการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง เช่น การยกน้ำหนักเบา ๆ โดยใช้ดัมเบลน้ำหนักขนาด ½ ถึง 2 กิโลกรัม วันละ 20 – 30 นาที สัปดาห์ละ 3 – 4 ครั้ง และการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความอดทนของระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น เดินครั้งละ 20 นาทีขึ้นไป สัปดาห์ละอย่างน้อย 3 ครั้ง สอดคล้องกับแนวคิดของ Sangprasert (2015) ที่กล่าวว่า อ.ออกกำลังกาย เป็นพฤติกรรมการออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอย่างต่อเนื่องเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ความเพลิดเพลิน และเพื่อสังคม เช่น การเดิน การวิ่ง โยคะ ชี่กง การเต้นลีลาศ รำไม้พลอง เห็นได้จากผลการวิจัยของ Chalardlon, Moolsart, & Lawang (2017) ที่พบว่า “การให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายด้วยไม้พลองลงบ่า บ่าบุมือและการแกว่งแขนดูไม่ค่อยตื่นเต้นนะ เอาใจใส่จึงหะหะหะชา ดีไหม เอาให้เหมาะกับคนแก่เขาจะได้เดินรำด้วยคนแก่ ๆ ชอบ” เห็นได้จากผลการศึกษาของ Jariyaratpaisarn (2015) ที่พบว่า ความต้องการการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ผู้สูงอายุต้องการกิจกรรมที่มีลักษณะที่เป็นการออกกำลังกาย มีความสนุกสนานและคลายเหงา

ความต้องการการจัดกิจกรรมตามหลัก อ:อารมณ์ เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมด้านจิตใจ จิตวิญญาณและปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ สอดคล้องกับทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมกับอัตโนทัศน์ (Self-Concept) ของผู้สูงอายุโดยทฤษฎีนี้กล่าวว่าความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุเกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุนั้นได้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของสังคม ดังนั้นสังคมจึงควรจัดกิจกรรมที่สามารถให้ผู้สูงอายุนั้นได้มีส่วนร่วมกิจกรรมนั้นอย่างเหมาะสมตามวัย (Phaenkhong, 2010) สอดคล้องกับ Department of Health Service Support Ministry of Public Health (2017) ที่กล่าวว่า อ.อารมณ์ เป็นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้บุคคลมีอารมณ์ที่ดี โดยการเลือกวิธีที่ถนัด ที่สนใจ ทำแล้วเพลิดเพลิน ลดความเครียด มีความสุข เช่น ฟังเพลง ร้องเพลง ดูโทรทัศน์ นอนหลับพักผ่อน ปลูกต้นไม้ พูดคุยพบปะกับเพื่อนฝูง สอดคล้องกับแนวคิดของ Waichompu, Boontud, & Singweratham (2019) ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุควรปฏิบัติตนตามหลัก อ.อารมณ์ โดยการฝึกมองโลกในแง่ดี มองคุณค่าในตนเองและผู้อื่น หางานอดิเรกที่ชอบหรือถนัด รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อพบปะพูดคุยกับเพื่อนรุ่นเดียวกัน เห็นได้จากผลการวิจัยของ Phopa, Sanveingchan, & Pruksacheva (2017) ที่พบว่า ปัจจัยเชิงลึกที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในผู้ที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ระดับดี พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ ลักษณะเฉพาะที่โดดเด่นของผู้ที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ความเชื่อและการปฏิบัติตามคำสอนของพระพุทธศาสนา

3. ผลการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบ 3 อ Yupo Model พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก สามารถอธิบายได้ว่า 3 อ Yupo Model เปรียบเสมือนคู่มือที่เกิดจากความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุที่ต้องการการส่งเสริมสุขภาพและช่วยให้การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องมีความหลากหลาย สะดวก รวดเร็ว เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ รวมทั้งแนวคิด 3 อ ยังเป็นแนวคิดที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญและส่งเสริมอย่างต่อเนื่องในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนทุกช่วงวัย สอดคล้องกับทฤษฎีลำดับความต้องการ (Hierarchy of Needs Theory) ของ Abraham Maslow ที่มีความครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ



การนำเสนอแนะผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า 3 อ Yupo Model เป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ. ที่มีความครอบคลุมมิติการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 4 มิติ คือ ทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นควรมีการนำรูปแบบมากำหนดในหลักสูตรการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ในการจัดการเรียนการสอนให้กับผู้สูงอายุรุ่นพิเศษและผู้สูงอายุในรุ่นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

รูปแบบ 3 อ Yupo Model ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประเมินในส่วนของประสิทธิผลจากการใช้รูปแบบ ดังนั้นในการวิจัยศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ. ในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา

References

- Chalardlon, T., Moolsart, S., & Lawang, W. (2017). The Development of a Health Promotion Activity Model for Elderly in the Ban Pong Elderly Klungpunya Club, Ratchaburi Province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 27(2), 154-167.
- Crabtree, B. F., & Miller, W. L. (1992). *Doing Qualitative Research*. London: SAGE.
- Department of Health Service Support Ministry of Public Health. (2017). *Behavior Modification by (Food, Exercise, Emotion, Smoking, and Alcohol Cessation)*. Retrived November January 1, 2020 from. <http://live.siammedia.org/index.php/article/chit-chat-health/21163>. (in Thai)
- Jariyaratpaisarn, M. (2015). Model of Healthpromotion Activities for Aging in Kamphaeng Phet Province. *Journal of Humanities and Social Science*, 21(3), 86-96. (in Thai)
- National Board of the Elderly. (2015). *Situation of the Thai Elderly 2016*. Bangkok: Foundation for Thai Elderly Research and Development Institute. (in Thai)
- Paosungnoen, A., Nawklang, W., Yoikratok, V., Kammanee, S., Dechtungka, O., & Simma, A. (2015). Health-Promoting Behavior of Elderly in Gudjik Health Promoting Hospital, Gudjik Sub-District, Sungnoen District, Nakhon Ratchasima Province. *Hat Yai National Academic Conference No. 6 26 June 2015, Hat Yai University*.
- Pender, N. J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*. (2nded.). New Jersey: Connecticut: Appleton & Lange.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice*. (5th ed.) New Jersey: Pearson Education.
- Phaenkhong, A. (2010). *Elderly Nursing Care*. (2nd ed.). Nonthaburi: Academic Welfare Program Praboromarajchanok Institute. (in Thai)
- Phopa, Y., Sanveingchan, S., & Pruksacheva, T. (2017). Factors Effecting Health Promotion Behavior in Elderly: In-Depth Factors Study in Ban Khlong Yong Moo 1. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 18(Special Edition), 266-275. (in Thai)
- Sangprasert, P. (2015). *The Predictive Factors of Health Promotion Behaviors among a Population Living in the Urban Community of Metropolitan Bangkok*, 23(1), 113-126. (in Thai)



- Sasud, K. (2017). Factors Affecting the Quality of Life of the Elderly in the Eastern Province. *NRRU Community Research Journal*, 11(2), 21-38. (in Thai)
- Singchangchai, P., Khamphalikit, S., & Nasae, T. (1996). *Nursing Research: Principles and Processes*. (2nd ed.). Songkhla: Tempe Printing.
- Thongcharoen, W. (2015). *Science and Art of Nursing for the Elderly*. (2nd ed.) Bangkok: N. P. Place. (in Thai)
- Waichompu, N., Boontud, R., & Singweratham, N. (2019). Elderly Health Promotion by Three Main Concepts. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6(2), 262-269. (in Thai)
- Yamekaew, J. (2017). Activity Formats for the Elderly People in Happiness School of Taidong Subdistrict Wangpong District Phatchabun Province. *Report of the Proceedings National Research Presentation Graduate Network 17th Rajabhat University Northern Region*, 1401-1421. (in Thai)

ผลของการให้การปรึกษารายกลุ่มแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ต่อสุขภาพจิตและความสุข ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

The Effects of Client-Centered Group Counseling on Mental Health and Happiness among Nursing Students from Prince of Songkla University

วิณีกาญจน์ คงสุวรรณ^{1*} และ วิลาวรรณ คริสต์รักษา¹
Vineekarn Kongsuwan^{1*} and Wilawan Christsaksa¹
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์^{1*}
Faculty of Nursing, Prince of Songkla University^{1*}

(Received: February 13, 2020; Revised: March 31, 2020; Accepted: April 01, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มด้วยวิธีวัดซ้ำก่อนและหลังการทดลอง เปรียบเทียบระหว่างช่วงเวลา (Two-Group Repeated Measure Designs) เพื่อศึกษาผลของการให้การปรึกษารายกลุ่มแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ต่อภาวะสุขภาพจิต และความสุข โดยวัดผลทันที และวัดซ้ำ 1 เดือน และ 2 เดือน ของนักศึกษาพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 15 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 8 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 7 คน รูปแบบการให้การปรึกษารายกลุ่มแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง พัฒนาจากทฤษฎีการให้การปรึกษาของคาร์ล อาร์ โรเจอร์ส ร่วมกับการปรึกษารายกลุ่มของโอลเซ็น และการทบทวนวรรณกรรม ดำเนินการให้คำปรึกษาทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามปัญหาสุขภาพจิตทั่วไป แบบสอบถามความสุขของคนไทยฉบับสั้น ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามปัญหาสุขภาพจิตทั่วไป แบบสอบถามความสุขของคนไทยฉบับสั้น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ เท่ากับ 0.77, 0.85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุพัราเมตริกซ์ แบบพรีดิคแมน และสถิติครัสคอล วอลลิส พบว่า

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนปัญหาสุขภาพจิตลดลงหลังการทดลองทันที และหลังวัดซ้ำ 1 เดือน และ 2 เดือนจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และมีคะแนนความสุขเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

2. กลุ่มทดลองมีคะแนนปัญหาสุขภาพจิตหลังการทดลองทันที หลังวัดซ้ำ 1 เดือน และ 2 เดือน ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001, 0.010$ และ 0.001) และมีคะแนนความสุขสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

การให้การปรึกษารายกลุ่มแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เป็นรูปแบบการให้การปรึกษาแก่นักศึกษาพยาบาลเพื่อลดปัญหาสุขภาพจิต และเพิ่มความสุข ซึ่งเหมาะสำหรับการนำไปใช้ในนักศึกษาพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: การปรึกษารายกลุ่มแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง, ภาวะสุขภาพจิต, ความสุข, นักศึกษาพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Vineekarn.k@psu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 084-5359993)

Abstract

This two-group repeated measure design study aimed to examine the effects of client-centered group counseling on the mental health and happiness of nursing students from faculty of Nursing, Prince of Songkla University. The measure of the participants' mental health, and happiness was done three times— immediately, one month, and two months after running the group counseling. Participants, 15 Third-Year nursing students, were randomly assigned to intervention group ($n = 8$) and control group ($n = 7$). The intervention group received the client-centered group counseling based on Roger's theory, including the group counseling based learning by Olsen framework and literature reviews. The intervention was conducted 4 times, once a week and each time lasted 90-120 minutes. Research instruments included the questionnaires for personal information, Thai Mental Health Indicator-12 (Thai GHQ-12), Thai Happiness Indicator (THI-15) and client-centered group counseling intervention. Research instruments were validated by 3 experts. Cronbach's alpha coefficient was used for reliability testing of the Thai GHQ-12 and THI-15, yielding values of 0.77 and 0.85, respectively. Data were analyzed using frequency, maximum and minimum, mode, mean, standard deviation, Friedman's test and Kruskal-Wallis test. Study revealed the following.

1. In the intervention group, after the experiment-- immediately, one month, and two months, mental health problem scores were significantly lower than before the experiment ($p = 0.00$). While the happiness scores were higher than before the experiment ($p < 0.05$).

2. After the experiment-- immediately, one month, and two months, the mental health problem scores of the intervention group had significantly lower than the control group ($p = 0.001, 0.010$ and 0.001). And the happiness scores of the intervention group were significantly higher than the control group ($p > 0.05$).

This research showed that the client-centered group counseling could help in promoting mental health, and happiness among nursing students.

Keywords: Client-Centered Group Counseling, Mental Health State, Happiness, Nursing Student

บทนำ

นักศึกษาพยาบาล เป็นบุคคลที่ต้องเผชิญกับความคาดหวัง และปัจจัยที่กระทบต่อสุขภาพจิตหลายด้าน ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางด้านการศึกษา ก่อนสำเร็จการศึกษาเพื่อไปประกอบวิชาชีพพยาบาล โดยการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีปัญหาด้านสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย หรือจิตใจ ตลอดจนการมีบทบาทหน้าที่ในการป้องกันการเกิดโรค ส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ และฟื้นฟูสุขภาพในผู้รับบริการที่ต้องการการฟื้นฟู หลังจากได้รับการรักษา ซึ่งการดำเนินบทบาทหน้าที่ดังกล่าวต้องอาศัยความรู้ ความสามารถในการใช้ทักษะทางการพยาบาลได้เป็นอย่างดี รวมทั้งการตัดสินใจทางการพยาบาลที่เหมาะสม ซึ่งคุณลักษณะนักศึกษาพยาบาลที่พึงประสงค์มีความสำคัญต่อการดำเนินวิชาชีพ ได้แก่ ความสามารถในการใช้ภาษา มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในศาสตร์ของตน มีคุณธรรมจริยธรรม มีความเข้าใจในความแตกต่าง มีความใฝ่รู้ และมีภาวะผู้นำ (Junpet, Sompongton, & Anegasukha, 2012) ปัจจัยดังกล่าว ส่งผลให้การเรียนของนักศึกษาพยาบาล มีความแตกต่างจากคณะอื่นในมหาวิทยาลัยเป็นอย่างมาก เนื่องจากต้องใช้การเรียนบนหอผู้ป่วย โรงพยาบาล และชุมชน เพื่อเป็นประสบการณ์พื้นฐานในการดูแลผู้รับบริการต่อไป

การเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาล ตั้งแต่ชั้นปีที่ 2 จนถึงชั้นปีที่ 4 เป็นการฝึกประสบการณ์บนหอผู้ป่วย และในชุมชนต่าง ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งต้องอาศัยการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในมนุษย์เป็นส่วนใหญ่ โดยการคำนึงถึงความถูกต้อง เหมาะสมในการบริการแก่ผู้รับบริการแต่ละราย ซึ่งมีความเป็นปัจเจก และมีลักษณะเฉพาะตนที่มีความแตกต่างกัน เพื่อไม่ให้เกิดความผิดพลาดระหว่างการปฏิบัติการพยาบาล ดังนั้น นักศึกษาพยาบาลจึงต้องอาศัยความสามารถในการเรียนรู้ทักษะทางการพยาบาล การสื่อสาร รวมถึงการปรับตัว ในการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละรายวิชา ที่ต้องใช้ศาสตร์ที่แตกต่างกันออกไป ด้วยเหตุนี้จึงทำให้นักศึกษาพยาบาลมีภาวะกดดัน เครียด และท้อแท้ ต้องการกำลังใจ (Ruangpermpoon, Rongmuang, & Nintachan, 2011)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ การฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 พบว่า การเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก และการสนับสนุนการจัดหาหนังสือ ห้องสมุด ห้องปฏิบัติการ เป็นสิ่งสนับสนุนการเตรียมพร้อมของนักศึกษาพยาบาล (Boonlerd, & Rungpitcha, 2000) จะเห็นได้ว่า นักศึกษาพยาบาลต้องเตรียมพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งต้องใช้เวลาในการทบทวนการฝึกปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องกับงานวิจัยของ Limthongkul, & Aree-Ue (2009) ที่พบว่าสาเหตุของความเครียดในนักศึกษาพยาบาลคือ การขาดทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล สัมพันธภาพและการสื่อสาร สิ่งแวดล้อมบนหอผู้ป่วย การขาดความรู้ ลักษณะการนิเทศงานของอาจารย์ การจัดการเรียนการสอน และปัญหาทางด้านสุขภาพ จากปัจจัยดังกล่าวทำให้นักศึกษาพยาบาลตกอยู่ในสภาวะกดดัน มีความเครียด และมีความสุขน้อย เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Sricamsuk, Voraharn, & Senarak (2011) ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มีความสุขมากที่สุด รองลงมาคือ ชั้นปีที่ 4 ชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 3 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่า ชั้นปีที่ 3 มีความสุขน้อยที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (Thanoi, Pornchaikate, & Ondee, 2017) พบว่า เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ และความครุ่นคิด มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย โดยส่งผ่านตัวแปรความตึงเครียดทางอารมณ์ ดังนั้น หากนักศึกษาพยาบาลอยู่ในสภาวะกดดัน และเครียดเป็นระยะเวลานาน อาจนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น ฆ่าตัวตาย เป็นต้น

การให้การปรึกษารายกลุ่มแบบมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client Centered Group Counseling) เป็นให้การปรึกษารายกลุ่ม แก่ผู้รับบริการที่มีปัญหาชีวิตในยามวิกฤต ยามป่วยไข้ เป็นต้น โดยเริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพ การสำรวจปัญหา การพิจารณาทางเลือก และการติดตาม (Tantipiwattanasakul, 2009) โดยมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ และให้การปรึกษาแบบไม่ชี้นำทาง ซึ่งมีเป้าหมายในการบำบัดคือ การเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-Esteem) และการเปิดรับประสบการณ์ใหม่ ๆ โดยให้ความสอดคล้องกันระหว่างอุดมคติของผู้รับบริการ กับตัวตนที่แท้จริง เพิ่มความเข้าใจตนเอง ลดการป้องกันตนเอง ความรู้สึกผิด และความไม่มั่นคงในใจ รวมทั้งการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นดีขึ้น สามารถรับรู้และแสดงความรู้สึกในขณะที่เกิดขึ้นได้ (Submee, 2008) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้การปรึกษา พบว่า การให้การปรึกษาสามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Wichachai, & Lueboonthavatchai, 2012) และยังพบอีกว่า การให้การปรึกษาแบบกลุ่ม สามารถเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Punjuy, & Lueboonthavatchai, 2014) นอกจากนี้การให้การปรึกษารายกลุ่มโดยมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางร่วมกับการใช้ศิลปะ สามารถลดความเครียดของเด็กกำพร้าจากสถานการณ์จังหวัดชายแดนภาคใต้ได้ (Benhawan, Intanon, & Kongsuwan, 2015) รวมทั้งการให้การปรึกษาโดยมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ยังสามารถลดความทุกข์ทรมานทางจิตใจของครูที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์จังหวัดชายแดนภาคใต้ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Karnjana, Kongsuwan, & Vanaleesin, 2014) และจากการศึกษา Huannaklang, Songram, Wimukatayon, Chomchit, Chinwatkitwanit, Yamarat et al (2012) พบว่า วัยรุ่นมีความต้องการการให้การปรึกษาในเรื่องของเพศและการพัฒนาศักยภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tohkani (2009) ที่ทำการศึกษา

ปัญหาและความต้องการบริการให้การปรึกษาของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ พบว่านักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีความต้องการบริการให้การปรึกษา ด้านวิชาการ ด้านส่วนตัว ด้านสังคม และด้านจริยธรรมอยู่ในระดับมาก จะเห็นได้ว่า นักศึกษาพยาบาลมีความต้องการการให้การปรึกษาในด้านต่าง ๆ เพื่อส่งเสริม และลดปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเรียน ดังนั้น การให้การปรึกษาจึงมีความสำคัญต่อการลดความทุกข์ ความตึงเครียด ความกดดัน รวมทั้งช่วยให้บุคคลผู้ได้รับการปรึกษาค้นพบศักยภาพ มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และเข้าใจตนเองมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ยังไม่พบการให้การปรึกษารายกลุ่มแบบมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ในนักศึกษาพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการให้การปรึกษารายกลุ่มแบบมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อเพิ่มความสุข และภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล อันเป็นการส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีความสุขกับการเรียนพยาบาล มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี ก่อให้เกิดความสุขในการดำเนินชีวิตต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาผลของการให้การปรึกษารายกลุ่มแบบมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ต่อปัญหาสุขภาพจิตและความสุขของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สมมติฐานวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนปัญหาสุขภาพจิตหลังการทดลองทันที 1 เดือน และ 2 เดือน ลดลงจากก่อนการทดลอง
2. นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนความสุขหลังการทดลองทันที 1 เดือน และ 2 เดือน เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง
3. นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลอง (ได้รับการให้การปรึกษารายกลุ่ม) มีคะแนนปัญหาสุขภาพจิตและคะแนนความสุขหลังการทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม (ไม่ได้รับการให้การปรึกษารายกลุ่ม)

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษเชิงกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดซ้ำระหว่างช่วงเวลา (Two-Group Repeated Measure Designs) โดยใช้การให้การปรึกษาแบบมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client Centered therapy) ของคาร์ล อาร์ โรเจอร์ส (Carl R. Rogers) (Thanoi, Pornchaikate, & Ondee, 2012) ซึ่งระยะเวลาในการให้การปรึกษาจะส่งผลต่อผลการให้การปรึกษา เนื่องจากการให้การปรึกษาแบบมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เป็นการช่วยให้บุคคลเปิดรับประสบการณ์โดยใช้มุมมองของตนเอง ทำให้บุคคลเกิดการได้แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก ทำให้เกิดความพร้อมทางอารมณ์ ได้ผ่อนคลายความตึงเครียด และเสริมสร้างความรู้สึกรักที่องกามขึ้น ภายใต้ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พัฒนาขึ้นภายใต้กระบวนการที่เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ภายในกลุ่มและเติบโตทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องจากภายในจิตใจของแต่ละบุคคล

การให้การปรึกษารายกลุ่ม (Ohlsen, 1998) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมการให้การปรึกษาในนักศึกษาพยาบาล โดยพัฒนากระบวนการการให้การปรึกษาเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นการสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม ขั้นแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับสมาชิกในกลุ่ม ขั้นดำเนินการและพิจารณาทางเลือก และ ขั้นสิ้นสุดการให้การปรึกษา

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดซ้ำระหว่างช่วงเวลา (Two-Group Repeated Measure Designs) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง และติดตามวัดผลหลังการทดลอง 2 ครั้งคือวัดทันที และวัดซ้ำ 1 เดือน และ 2 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2558 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จำนวน 116 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 15 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด (Purposive Sampling) คือ 1) เป็นผู้ที่ เมื่อคัดกรองโดยใช้แบบสอบถามปัญหาสุขภาพจิตทั่วไป (Thai GHQ-12) แล้วมีคะแนนตั้งแต่ 2 คะแนน ขึ้นไป และแบบสอบถามความสุขของคนไทย ฉบับสั้น (THI-15) ที่มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 26 คะแนน 2) เป็นผู้มีความสนใจเข้าร่วมการวิจัย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดข้างต้นทั้งหมด 15 คน ผู้วิจัยจึงใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองแบบสะดวกสบาย (Convenience Sampling) ซึ่งมีนักศึกษาพยาบาลยินดีที่จะเข้าร่วมเป็นกลุ่มทดลอง 8 คน และกลุ่มควบคุม 7 คน ทั้งนี้ลักษณะของกลุ่มทดลองเป็นไปตามเกณฑ์การให้การพิจารณารายกลุ่ม (Holsen, 1998)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย เพศ ชั้นปี ศาสนา อายุ รายได้ อาศัยอยู่กับ เพื่อนสนิท ปัญหาการเรียน การเข้าร่วมกิจกรรมขณะเรียน และปัญหาอื่น ๆ

1.2 แบบสอบถามความสุขของคนไทยฉบับสั้น (Thai Happiness Indicators [THI – 15]) ของ กรมสุขภาพจิต (Department of Mental Health, 2002) จำนวน 15 ข้อ ที่สร้างขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดจำกัดความของความสุข โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ใช้ประเมินสภาพชีวิตที่เป็นสุขในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาโดยผู้วิจัยไม่ได้นำมาดัดแปลงใด ๆ แบบประเมินมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ 2 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มข้อคำถามทางบวก จาก 0 ไม่เลย ถึง 3 มากที่สุด และ 2) กลุ่มข้อคำถามทางลบ จาก 0 มากที่สุด ถึง 3 ไม่เลย การแปลผลคะแนนรวม มี 3 ระดับ คือ 1) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 26 คะแนน หมายถึง มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (Poor) 2) 27-32 คะแนน หมายถึง มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (Fair) และ 3) 33-45 คะแนน หมายถึง มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (Good) ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .87

1.3 แบบสอบถามปัญหาสุขภาพจิตทั่วไป (General Health Questionnaire [Thai GHQ-12]) ของกรมสุขภาพจิต (Department of Mental Health, 2002) แบบประเมินนี้ เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 12 ข้อ ซึ่งสามารถคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข รวมทั้งปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ ใช้ประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นในสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมา การแปลผล มี 0 และ 1 คะแนน โดยข้อ ก. และ ข. มีค่าเท่ากับ 0 คะแนน และข้อ ค. ง. เท่ากับ 1 คะแนน ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต จะมีคะแนนเท่ากับ 2 คะแนนขึ้นไป ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .77

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

2.1 โปรแกรมการให้การพิจารณารายกลุ่มแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client Centered Therapy) ของ Carl R. Rogers (Submee, 2008) การให้การพิจารณารายกลุ่ม (Ohlsen, 1988) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมการให้การปรึกษาในนักศึกษาพยาบาล โดยพัฒนากระบวนการให้การปรึกษาเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) สร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม ใช้เวลา 90 นาที โดยกระตุ้นให้เกิดการสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ทำให้เกิดการยอมรับนับถือ

ตนเอง 2) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับสมาชิกในกลุ่ม เวลา 120 นาที เป็นการเปิดเผยตนเอง และแบ่งปันประสบการณ์กับสมาชิกในกลุ่ม รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้รู้สึกไม่มีความสุข 3) การดำเนินการและพิจารณาทางเลือก 90 นาที เป็นการรับรู้ปัญหาของตนไปในทิศทางเดียวกัน จะเป็นการค้นหาแนวทางการแก้ไข ปัญหาของตนเอง โดยใช้วิดีโอ เป็นสื่อให้เข้าใจธรรมชาติของปัญหา และการแก้ไขปัญหา และ 4) การสิ้นสุดการให้การปรึกษา 90 นาที เป็นการยุติการให้การปรึกษา และให้กำลังใจที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต มีแนวทางการดำเนินการวิจัย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ภายหลังจากเรียนเสร็จสิ้นทุก ๆ วันจันทร์ ทั้งหมด 4 สัปดาห์

2.2 สมุดบันทึกความสุข ประกอบด้วย ตารางนัดหมาย กิจกรรมทั้ง 4 ขั้นตอนข้างต้น ใบงาน “นี่แหละตัวเรา” ใบความรู้ “แนวทางการผ่อนคลาย” ใบงาน “เรื่องเล็กควรออกจากฝั่ง” และ บันทึกความสุข สำหรับนักศึกษาบันทึกการเรียนรู้สิ่งที่ทำให้ไม่สบายใจ การจัดการกับเหตุการณ์ จุดเด่นจุดด้อยของฉันทัน และแนวทางการแก้ไข

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญการพยาบาลทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายกลุ่มแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง 1 ท่าน และนักจิตวิทยาชำนาญการ 1 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่ขึ้นฝึกประสบการณ์บ้นหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล มีความสุขน้อย จำนวน 10 คน ได้ข้อเสนอแนะ ในการจัดทำรูปแบบสมุดบันทึกความสุข และขยายระยะเวลาการทำกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็น 120 นาที สำหรับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการทางจริยธรรมวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนกุมภาพันธ์ ถึง มิถุนายน 2559 และดำเนินงานตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ โดยขอความร่วมมือให้ผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นประธานชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2558 เก็บรวบรวมแบบสอบถามความสุขของคนไทย ฉบับสั้น และแบบสอบถามปัญหาสุขภาพจิตทั่วไปของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ทั้งหมด 116 คน โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดการดำเนินการวิจัย วัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมทั้ง 2 แบบสอบถาม ให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจ และนำไปอธิบายนักศึกษาในชั้นปี ได้แบบสอบถามกลับคืนมา 112 คน

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด มาแปลผลคะแนน พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป และมีปัญหาสุขภาพจิต มีทั้งหมด จำนวน 15 คน ผู้วิจัยจึงเข้าพบนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ทั้ง 15 คน ภายหลังได้แบบสอบถามกลับมา 3 สัปดาห์ เพื่อแจ้งผลการทำแบบสอบถาม ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ผลปรากฏว่า มีผู้สมัครใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มทดลอง 8 คน นอกเหนือจากนั้น เป็นกลุ่มควบคุม 7 คน

หลังจากได้กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยนัดหมายกับกลุ่มควบคุม เพื่อทำแบบประเมินความสุขด้วยตนเอง และแบบประเมินปัญหาสุขภาพจิต หลังจากผู้วิจัยให้การปรึกษารายกลุ่มในกลุ่มทดลองแล้วเสร็จ เป็นการทำแบบประเมินครั้งที่ 2 (Post-test) และนัดหมายให้ทำแบบประเมินทั้ง 2 ชุด ในระยะเวลา 1 เดือนและ 2 เดือน ตามลำดับ

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยนัดหมายกับกลุ่มทดลอง เพื่อให้การปรึกษารายกลุ่มแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางเป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยใช้กระบวนการกลุ่ม คือ สมาชิกในกลุ่ม 8 คน

ในสัปดาห์ที่ 1 กิจกรรม “รู้จักตัวตน” วัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดการสร้างสัมพันธภาพ และผู้รับบริการปรึกษาได้ระบายความรู้สึก เกิดการยอมรับนับถือตนเอง และเกิดความสุขในการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น ผู้วิจัยในฐานะผู้ให้การปรึกษา เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการปรึกษาได้สร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม เริ่มจากการชี้แจงวัตถุประสงค์

วิธีการให้การปรึกษา จำนวนครั้ง ระยะเวลา ตลอดจนทำความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของผู้ให้การปรึกษา และผู้รับการปรึกษา ผ่านใบงาน “นี่แหละตัวเรา” และเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาพูดคุยเกี่ยวกับตัวตนของตนเอง ซึ่งผู้ให้และผู้รับการปรึกษาใช้การฟังอย่างมีประสิทธิภาพ และไม่ขัดแย้ง หรือเสนอความคิดเห็นใด ๆ

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม “ชีวิตของฉัน” วัตถุประสงค์ เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิก เข้าใจความรู้สึกนึกคิด ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้รู้สึกไม่มีความสุข ดำเนินกิจกรรมโดยผู้ให้การปรึกษากระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาเล่าเรื่องของตนเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และปัจจัยที่ทำให้ไม่เกิดความสุข ผ่านสมุดบันทึกความสุขของตน หลังจากนั้น ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาร่วมกันสรุป และสะท้อนความรู้สึกของผู้รับการปรึกษาแต่ละคน

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรม “ชีวิตลิขิตเอง” มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาค้นหาแนวทางการแก้ไข ปัญหาของตนเอง โดยผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาร่วมกันทบทวนเรื่องที่สนทนาครั้งที่แล้ว รวมทั้งเปิด วิตโอ เพื่อเป็นแนวทางในการเข้าใจปัญหา และแก้ไขปัญหามาของตน ใช้ใบงาน “ผ่อนคลายกันเถิดจะเกิดผล” ร่วมกันสรุปผล สะท้อนความรู้สึกของผู้รับการปรึกษาแต่ละคน

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรม “เรือเล็กควรออกจากฝั่ง” มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา มีแนวทาง และแรงจูงใจที่ส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ดำเนินกิจกรรมโดยให้ผู้รับการปรึกษาเล่าแนวทางที่ตนเองได้ปรับใช้จาก สัปดาห์ที่แล้ว และร่วมกันให้กำลังใจ และให้แรงเสริมในการแก้ไขปัญหามาของตนของผู้รับการปรึกษาแต่ละคน แจกใบงาน “เรือเล็กควรออกจากฝั่ง” ให้เขียนถึงวิธีการแก้ไขปัญหามาของตน เมื่อเจอปัญหา และสิ้นสุดสัมพันธภาพ โดย ผู้รับการปรึกษาร่วมกันสรุป และสะท้อนความรู้สึกของผู้รับการปรึกษา และนัดหมายนักศึกษาเพื่อวัดผลครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ระยะเวลาห่างจากหลังการทดลอง 1 เดือน และ 2 เดือน ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดให้มีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติอนพาราเมตริกซ์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก และเมื่อทดสอบการแจกแจง ข้อมูลเป็นปกติ (Test of Normality) พบว่า ข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ทั้งสองกลุ่มทดลอง และกลุ่ม ควบคุม จึงใช้สถิติ ดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยนำมาแจกแจงความถี่
2. วิเคราะห์คะแนนปัญหาสุขภาพจิต และความสุข ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที หลัง การทดลอง 1 เดือน และ 2 เดือน โดยใช้ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ฐานนิยม ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนปัญหาสุขภาพจิต และคะแนนความสุขของนักศึกษาพยาบาลหลังการ ทดลองทันที ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Friedman's test
4. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนปัญหาสุขภาพจิต และคะแนนความสุขของนักศึกษาพยาบาลหลังการ ทดลองทันที ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Kruskal-Wallis test

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัย คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตามหนังสือเลขที่ ศธ 0521.1.05/0357 เมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2559

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวน 15 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 8 คน และกลุ่มควบคุม 7 คน มีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 7 คน เพศชาย 1 คน นับถือศาสนาพุทธ 4 คน รองลงมาคือ ศาสนา อิสลาม 3 คน และศาสนาคริสต์ 1 คน อายุ 21 ปี 7 คน อายุ 20 ปี 1 คน ส่วนใหญ่ได้รับเงินเดือนจากพ่อแม่ คือ 7 คน และได้รับเงินเดือนจากญาติ 1 คน ซึ่งเงินเดือน อยู่ระหว่าง 4,000-6,000 บาทต่อเดือน ทั้ง 8 คน อาศัยอยู่

กับพ่อแม่ 7 คน และอาศัยอยู่กับญาติ 1 คน ทั้งหมดมีเพื่อนสนิทอย่างน้อย 2-4 คน ไม่มีปัญหาการเรียน 5 คน ที่เหลือ มีปัญหาการเรียน 3 คน นักศึกษามีปัญหาที่ทำให้กังวลหรือเครียด 7 คน อีก 1 คน ไม่มีปัญหา บุคคลที่ นักศึกษาสามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อไม่สบายใจ คือ ครอบครัว ทั้ง 8 คน ได้รับทุนการศึกษา 3 คน และไม่ เคยได้รับการทุนการศึกษา 5 คน

กลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง ทั้ง 7 คน นับถือศาสนาพุทธ 5 คน รองลงมาคือ ศาสนา อิสลาม 2 คน อายุ อยู่ที่ 21 ปี 4 คน อายุ 20 ปี 3 คน ทุกคนได้รับเงินเดือนจากพ่อแม่ และมีเงินเดือน อยู่ระหว่าง 4,000-6,000 บาทต่อเดือน ทั้งหมดอาศัยอยู่กับพ่อแม่ และมีเพื่อนสนิทอย่างน้อย 2-3 คน ไม่มีปัญหาการเรียน 4 คน และมี ปัญหาการเรียน 3 คน นักศึกษามีปัญหาที่ทำให้กังวลหรือเครียด 2 คน ไม่มีปัญหาใด ๆ 5 คน บุคคลที่นักศึกษา สามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อไม่สบายใจ คือครอบครัว ทั้ง 7 คน การได้รับทุนการศึกษา 4 คน และไม่ เคย ได้รับการทุนการศึกษา 3 คน

2. เปรียบเทียบคะแนนปัญหาสุขภาพจิต และคะแนนความสุขของนักศึกษาพยาบาลของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที 1 เดือน และ 2 เดือน

ตาราง 1 ตารางเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที 1 เดือน และ 2 เดือน ตามลำดับ โดยใช้สถิตินอนพารามเททริก (Nonparametric statistic) แบบ Friedman's test (N = 8)

การติดตาม	ปัญหาสุขภาพจิต				
	Max-Min	Mean Rank	Mode	SD	P-value
ก่อนทดลอง	2 - 8	4.00	4	1.92	<0.01
ทันที	0 - 2	1.75	1	.84	
1 เดือน	0 - 1	2.56	0	.35	
2 เดือน	0 - 1	1.69	0	.35	

จะเห็นได้ว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าฐานนิยมของคะแนนปัญหาสุขภาพจิต ของกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองทันที หลังการทดลอง 1 เดือน และ 2 เดือน นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนปัญหาสุขภาพจิตลดลง ($Mode = 1, SD = 0.84$; $Mode = 0, SD = 0.35$; $Mode = 0, SD = 0.35$ ตามลำดับ) จากก่อนการทดลอง ($Mode = 4, SD = 1.92$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < 0.01$)

ตาราง 2 ตารางเปรียบเทียบคะแนนความสุขของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที 1 เดือน และ 2 เดือน ตามลำดับ โดยใช้สถิตินอนพารามเททริก (Nonparametric Statistic) แบบ Friedman's test (N = 8)

การติดตาม	ความสุข				
	Max - Min	Mean Rank	M	SD	P-value
ก่อนทดลอง	22 - 31	1.81	27.25	3.20	0.02
ทันที	28 - 32	2.50	29.75	1.28	
1 เดือน	25 - 32	2.06	28.88	2.80	
2 เดือน	30 - 35	3.63	32.63	1.77	

ตาราง 2 อธิบายการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความสุขของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนความสุขหลังการทดลองทันที หลังการทดลอง 1 เดือน และ 2 เดือน ($M = 29.75, SD = 1.28$; $M = 28.88, SD = 2.80$; $M = 32.63, SD = 1.77$ ตามลำดับ) มากกว่าก่อนการทดลอง ($M = 27.25, SD = 3.20$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.02 ($p < 0.05$)

3. เปรียบเทียบคะแนนปัญหาสุขภาพจิต และคะแนนความสุขของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที หลังการทดลอง 1 เดือน และ 2 เดือน

ตาราง 3 ตารางเปรียบเทียบคะแนนปัญหาสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Kruskal-Wallis test (N = 15)

การติดตาม	กลุ่มทดลอง (n = 8)	กลุ่มควบคุม (n = 7)	χ^2	p-value
	Mean Rank	Mean Rank		
ก่อน	8.00	8.00	11.080	1.00
ทันที	4.50	12.00	11.784	.001
1 เดือน	5.31	11.07	6.591	.010
2 เดือน	4.63	11.86	10.972	.001

ตาราง 3 อธิบายการเปรียบเทียบคะแนนปัญหาสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคะแนนปัญหาสุขภาพจิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p > 0.05$) และหลังการทดลองทันที หลังการทดลอง 1 เดือน และ 2 เดือน นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองมีคะแนนปัญหาสุขภาพจิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001, 0.010$ และ 0.001 ตามลำดับ)

ตาราง 4 ตารางเปรียบเทียบคะแนนความสุขระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Kruskal-Wallis test (N = 15)

การติดตาม	กลุ่มทดลอง (n = 8)	กลุ่มควบคุม (n = 7)	χ^2	p-value
	Mean Rank	Mean Rank		
ก่อน	8.06	7.93	3.712	0.956
หลังการทดลองทันที	10.06	5.64	4.184	0.050
1 เดือน	10.19	5.50	10.557	0.041
2 เดือน	11.50	4.00	.004	0.001

ตาราง 4 จะเห็นได้ว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความสุขระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลอง นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองมีคะแนนความสุขสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p > 0.05$) และหลังการทดลองทันที หลังการทดลอง 1 เดือน และ 2 เดือน นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองมีคะแนนความสุขสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.05, 0.041$ และ 0.001 ตามลำดับ)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนปัญหาสุขภาพจิต หลังการทดลองทันที 1 เดือน และ 2 เดือน ลดลงจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตาราง 1) และมีความสุขเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตาราง 2) อธิบายได้ว่า จากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการให้การปรึกษารายกลุ่มแบบ ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางครบทั้ง 4 ครั้ง ซึ่งครอบคลุมวัตถุประสงค์หลักของการให้การปรึกษารายกลุ่ม (Ohlsen, 1988) ได้แก่ การเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ ออกมา การส่งเสริมให้ผู้รับการปรึกษายอมรับนับถือตนเอง รวมทั้งส่งเสริมให้กล้าเผชิญปัญหาของตนเองและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น การช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีทักษะในการยอมรับตนเอง และแก้ไขปัญหาด้านการขัดแย้งในตนเอง และกับผู้อื่น และส่งเสริมให้มีความเข้มแข็ง สามารถรักษาสภาพจิตใจในสิ่งแวดล้อมทั่วไปได้

ผู้วิจัยในฐานะผู้ให้การปรึกษาได้แสดงบทบาทหน้าที่ที่ก่อให้เกิดบรรยากาศในการให้การปรึกษารายกลุ่มแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง อาศัยกลยุทธ์ และทักษะในการฟัง (Active Listening) ทักษะในการกระตุ้นให้

เกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้รับการปรึกษา ช่วยเหลือให้ผู้รับการปรึกษาได้เรียนรู้ปัญหาจากบุคคลอื่น ช่วยวางเป้าหมายของแต่ละคน และกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ และการวางแผนที่สามารถนำไปใช้ปฏิบัติกับตนเองได้ (Ohlsen, 1988; Corey, 2016) โดยการบำบัดตามแนวคิดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client-Centered) นั้น ไม่ได้อยู่ที่การแก้ไขปัญหให้กับผู้รับการปรึกษา แต่เป็นการช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้รู้จัก เข้าใจ ยอมรับตนเองตามความเป็นจริง สามารถเลือกเป้าหมายในชีวิต และรับผิดชอบต่อตนเองได้ (Submee, 2008) โดยการดำเนินการกลุ่มจะเน้นปัญหาของจิตใจระดับจิตสำนึก เช่น การศึกษา ความรู้สึก ความคิด พฤติกรรม (Corey, 2016) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้รับการปรึกษามีประเด็นปัญหาที่ทำให้รู้สึกกังวลหรือเครียด จำนวน 7 คน และจากการให้การปรึกษารายกลุ่ม ล้วนเป็นปัญหาการเรียน และการขึ้นฝึกประสบการณ์บนหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั้งสิ้น ทำให้นักศึกษารู้สึกเครียด และมีความกังวล จึงมีปัญหาสภาพจิตเกิดขึ้น และภายหลังการให้การปรึกษารายกลุ่มฯ พบว่า มีคะแนนปัญหาสภาพจิตลดลง และมีความสุขเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า กระบวนการให้การปรึกษารายกลุ่มฯ มีความสำคัญ ดังนี้

ขั้นการสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างสัมพันธภาพ และให้ผู้รับการปรึกษาได้ระบายความรู้สึก เกิดการยอมรับนับถือตนเอง ในขั้นตอนนี้ผู้รับการปรึกษา ได้รู้จัก และตระหนักถึงตัวตนของตนเองผ่านใบงาน และเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาพูดคุยเกี่ยวกับตัวตนของตนเอง และได้รับฟังเรื่องราวของผู้รับการปรึกษาแต่ละคน โดยผู้รับการปรึกษาให้การฟังอย่างมีประสิทธิภาพ และไม่ขัดแย้ง หรือเสนอความคิดเห็นใดๆ และผู้ให้การปรึกษากระตุ้นให้เกิดการพูดคุยระหว่างกลุ่ม โดยไม่เลือกผู้รับการปรึกษาคนใดคนหนึ่ง หรือสร้างจุดเด่นของกลุ่ม (Dynamics of Interaction Pattern) (Ed, Christine, Robert, & Riley, 2016)

ขั้นแบ่งปันประสบการณ์กับผู้รับการปรึกษาในกลุ่ม เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิก เข้าใจความรู้สึกนึกคิด ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้รู้สึกไม่มีความสุข ดำเนินกิจกรรมโดยผู้ให้การปรึกษากระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาเล่าเรื่องของตนเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และปัจจัยที่ทำให้ไม่มีความสุข โดยใช้สมุดบันทึกความสุขของฉัน ซึ่งเป็นการเขียนระบายความในใจ รวมทั้งการมองปัญหาที่ทำให้เกิดปัญหา เป็นการทำความเข้าใจความรู้สึกของตนเอง และเล่าสู่กันฟัง โดยผู้ให้และผู้รับการปรึกษาสะท้อนความรู้สึกของผู้รับการปรึกษา ส่งผลให้ผู้รับการปรึกษามองเห็นปัญหาของคนอื่น และไม่หมกมุ่นอยู่เฉพาะปัญหาของตนเองมากนัก ในขั้นนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของพิรณันท์ และสมิตตา (Wisanskoonwong, & Sawantook, 2015) ที่ศึกษาการเรียนการสอนแบบสะท้อนกลับในนักศึกษาพยาบาล โดยการเขียน สนทนา วิเคราะห์และวิพากษ์กลับ การคิดแก้ปัญหา พบว่าช่วยให้นักศึกษามีเจตคติและต่อการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยได้

ขั้นการรับรู้ปัญหา และเปิดเผยความรู้สึก ในขั้นตอนนี้ให้ผู้รับการปรึกษาได้ค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาของตนเอง โดยผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาร่วมกันทบทวนเรื่องที่สนทนา รับชมวิดีโอ เพื่อเป็นแนวทางในการเข้าใจธรรมชาติของปัญหา และแก้ไขปัญหามาจากการได้ฟังผู้รับการปรึกษาท่านอื่นได้แบ่งปันประสบการณ์ในการแก้ปัญหา

ขั้นสิ้นสุดสัมพันธภาพ นอกจากจะเป็นการสิ้นสุดการให้การปรึกษารายกลุ่มฯ แล้ว ยังเป็นการกระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษามีแนวทาง และแรงจูงใจที่ส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น การเขียนถึงวิธีการแก้ปัญหาของตนเองเมื่อเจอปัญหา ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักถึงวิธีการแก้ปัญหา และเป็นการสัญญากับตนเองว่า หากเจอปัญหาจะสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองต่อไป นอกจากนี้ ในแต่ละขั้นตอนของการให้การปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาได้กระตุ้นให้ผู้รับการปรึกษาแต่ละคนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดบรรยากาศของการเอื้อเฟื้อ และการยอมรับ ตามธรรมชาติของมนุษย์ที่โรเจอร์ (Rungreangkulkij, 2003) ได้กล่าวว่า มนุษย์ทุกคนต้องการการยอมรับ ความเอื้ออาทรจากผู้ใกล้ชิด จะเห็นได้ว่า กระบวนการกลุ่มในการให้การปรึกษาอาจช่วยส่งเสริมให้คะแนนปัญหาสภาพจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการวิจัยของนิตยา และจรรยาศรี (Booranaprapa & Parnto, 2006) ที่ศึกษาผลของการปรึกษากลุ่มเพื่อลดความเครียดของผู้ป่วยเสพเฮโรอีนที่ติดเชื้อเอดส์ในสถาบันบำบัดรักษาที่พบว่า การปรึกษารายกลุ่มสามารถลดความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับผลการวิจัยที่พบว่า การให้การปรึกษารายกลุ่มแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

ร่วมกับการใช้ศิลปะ สามารถลดระดับความเครียดของเด็กกำพร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (Benhawan, Intanon, & Kongsuwan, 2015) ซึ่งผลของการให้การปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client Centered Therapy) ของ Carl R. Rogers (Thanoi, Pornchaikate, & Ondee, 2012) ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเปิดรับประสบการณ์โดยใช้มุมมองของตนเองสำรวจและพิจารณาส่วนที่ส่งผลต่อความสุข และสุขภาพจิตของตนเอง ทำให้เกิดการได้แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก เกิดความพร้อมทางอารมณ์ ได้ผ่อนคลายความตึงเครียดภายในกลุ่ม และเสริมสร้างความรู้สึกที่องกามขึ้นภายใต้ปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนนักศึกษาด้วยกัน พัฒนาขึ้นภายใต้กระบวนการที่เอื้ออำนวย และเสริมกำลังใจให้เกิดการเรียนรู้ภายในกลุ่มและเติบโตทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง (Corey, 2016)

อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ การให้การปรึกษารายกลุ่มอาจทำให้สมาชิกของกลุ่มรู้สึกไม่ปลอดภัยเกี่ยวกับอิสระในการให้ข้อมูลและความเป็นส่วนตัว ทำให้ผู้ให้การปรึกษาไม่สามารถที่จะค้นหาประเด็นปัญหาสำคัญของกลุ่มผู้รับบริการได้ทั้งหมด (Robert, Garry, & Kevin, 2013) และยังมีข้อจำกัดในเรื่องขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย และไม่ครอบคลุมนักศึกษาพยาบาลทั้ง 4 ชั้นปี จึงควรเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกัน เพื่อเพิ่มอำนาจการทดสอบ มีกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่เหมาะสม และสามารถใช้สถิติวิเคราะห์แบบพารามเมตริกซ์ เพื่อให้สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรอื่นได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพจิต และความสุขมักมีการเปลี่ยนแปลงไปตามประสบการณ์ ตัวกระตุ้น ความคิด ความรู้สึก อารมณ์ (Tantipiwattanasakul, & Seetalapinun, 2011) ดังนั้นขณะให้การปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาจึงควรเพิ่มการปรึกษาด้านการเฝ้าระวังการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และวิธีการเผชิญปัญหาที่หลากหลายให้แก่ผู้รับบริการปรึกษาด้วย

การนำผลวิจัยไปใช้

1. คณาจารย์ควรนำการให้การปรึกษารายกลุ่มแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางฯ ไปสอดแทรกในการประชุมปรึกษาหลังจากฝึกประสบการณ์บนหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลในแต่ละวัน
2. นำการให้การปรึกษารายกลุ่มแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางฯ ไปถ่ายทอดแก่นักศึกษาให้สามารถให้การปรึกษาผู้อื่นได้ในฐานะผู้ให้การปรึกษา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาชาย เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ มีนักศึกษาชายเข้าร่วมวิจัยเพียง 1 คน จึงทำให้นักศึกษาชายเกรงใจ มีส่วนร่วมน้อย และมองปัญหาที่เกิดขึ้นได้ไม่ชัดเจน นำไปสู่การแก้ไขปัญหาก็อาจไม่ตรงประเด็น
2. ควรติดตามวัดผลการนำไปใช้เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อนำไปต่อยอด หรือพัฒนาการให้การปรึกษารายกลุ่มแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในนักศึกษาชั้นปีที่ 1, 2, และ 4
3. ควรทำการวิจัยแบบวิจัยและพัฒนา เพื่อสร้างงานวิจัยจากบริบทที่แท้จริงของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งอาจช่วยให้เกิดการลดปัญหาสุขภาพจิต และเพิ่มความสุขได้อย่างแท้จริง
4. จัดทำรูปแบบการดำเนินงานในการติดตามนักศึกษาที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตในหน่วยงานคณะพยาบาลศาสตร์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สนับสนุนเงินทุนสนับสนุน

References

- Benhawan, F., Intanon, T., & Kongsuwan, V. (2015). The Effect of Client-Centered Group Counseling with Art Program on Stress of Orphans from Unrest Situations in Southern Thailand. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 7(1), 15-24. (in Thai)
- Boonlerd, S., & Rungpitcha, W. (2000). Factors Affecting the Readiness for Practicing of Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing. *Boromarajonani College of Nursing*. Retrieved June 4, 2015 from <http://www.bcnr.ac.th/research/research2.php>.
- Booranaprapa, N., & Parnto, J. (2006). *The Effect of Client-Centered Group Counseling for Reducing Stress among Heroin Addict with HIVs Patient at Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute* [Research Report]. Nontaburi: Department of Disaster Control, 115 p. (in Thai)
- Corey, G. (2016). *Theory & Practice of Group Counseling*. (9th ed.). United State of America: CENGAGE Learning.
- Department of Mental Health. (2002). *Thai Happiness Indicators (THI-15)*. Retrieved from <https://www.dmh.go.th/test/download/view.asp?id=23>
- Department of Mental Health. (2002). *Thai General Health Questionnaire (Thai GHQ-12)*. Retrieved from <https://www.dmh.go.th/test/download/view.asp?id=16>
- Ed, J., Christine, S., Robert, M., & Riley H. (2016). *Group Counseling: Strategies and Skills*. (8th ed.). United State of America: CENGAGE Learning.
- Huannaklang, N., Songram, A., Wimuktayon, S., Chomchit, M., Chinwatkitwanit, W., Yamarat, K., et al. (2012). *Needs Assessment on Sexuality Health Counselling Services of Adolescents in Educational System* [Research Report]. [Bangkok]: Chulalongkorn University, 31p. (in Thai)
- Junpet, A., Sompongton, C., & Anegasukha, S. (2012). The Construction Process of Desirable Characteristics of Graduate Nurses of Boromarajonani College of Nursing, Yala by Integrating Cultural Nursing Concept. *Journal of Educational Administration Burapha University*, 6(2), 89-102. (in Thai)
- Karnjana, W., Kongsuwan, V., & Vanaleesin, S. (2014). *The Effect of Client-Centered Group Counseling on Psychological Distress of Orphans from Unrest Situations in Southern Thailand* [Master's Minor Thesis]. [Songkhla]: Prince of Songkla University, (p.83) (in Thai)
- Limthongkul, M., & Aree-Ue, S. (2009). Sources of Stress, Coping Strategies, and Outcomes among Nursing Students During Their Initial Practice. *Ramathibodi Nursing Journal*, 15(2), 192-205. (in Thai)
- Ohlsen, M. (1998). *Group Counseling*. New York: Hoit, Rinebart and Winstone.
- Punjuy, R., Lueboonthavatchai, O., & Thato, R. (2014). The Effect of Group Counseling Program on Coping Ability of Caregivers of Schizophrenia Patient in Community. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(3), 117-29. (in Thai)
- Robert, B., Garry, L., & Kevin, A. (2013) *Group Counseling: Concept and Procedures*. (5th ed.). New York. Retionale and History of Group Counseling 1-14 Rourledge.



- Rungreangkulkij, S. (2003). *Group Activities for Nurses*. Khon kaen: Khon kaen University. (in Thai)
- Ruangpermpoon, K., Rongmuang, S., & Nintachan, P. (2011). Characteristics of Social Adjustment in Nursing Students. *Ramathibodi Nursing Journal*, 17(3), 478-92. (in Thai)
- Sricamsuk, S. A., Voraharn, W., & Senarak, W. (2011). Happiness of Undergraduate Nursing Students, Faculty of Nursing, Khon Kaen University. *Journal of Nursing Science and Health*, 34(2), 70-9. (in Thai)
- Submee, W. (2008). *The Counseling Theory*. (5th ed.). Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. (in Thai)
- Tantipiwattanasakul, P. (2009). *Coping by Counselling*. (2nd ed.). Songkhla: NEO.Point. (in Thai)
- Thanoi, W., Pornchaikate Au-Yeong, A., & Ondee P. (2012) Factors Affecting the Mental Health of the Faculty of Nursing Students, Mahidol University. *Journal of Nursing Council*, 27(Special Issue), 60-76. (in Thai)
- Tohkani, M. (2009). Problems and Needs Relating to Counseling Service for Nurse Students of Faculty of Nursing Princess of Naradhiwas University. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 1(1), 1-13. (in Thai)
- Tantipiwattanasakul, P., & Seetalapinun, A. (2011). *The Manual for Guiding Happiness by Province*. Bangkok: Creative Guru Company Limited. (in Thai)
- Wichachai, N., & Lueboonthavatchai, O. (2012). The Effect of Family Counseling Program on Suicidal Risk Behaviors in Adolescents. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 26(2), 99-111. (in Thai)
- Wisanskoonwong, P., & Sawangtook, S. (2015). Learning through Reflective Practice of Nursing Students in the Delivery Room: A Qualitative Research. *Kuakarun Journal of Nursing*, 22(2), 57-70. (in Thai)

ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม จังหวัดตรัง Factors Predicting Health Literacy of Older People with Hypertension and Co-morbidity in Trang Province

วรารัตน์ ทิพย์รัตน์^{1*}, โสภิต สุวรรณเวลา^{1*} และ ญันท์ วอลเตอร์^{1*}
Wararat Tiparat^{1*}, Sopit Suwanweala^{1*} and Yanat Wauters^{1*}
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง^{1*}
Boromarachanonburi, Nursing College of Trang^{1*}

(Received: December 24, 2019; Revised: April 19, 2020; Accepted: April 27, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม จำนวน 166 คน สุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามปัจจัยด้านครอบครัว 3) แบบสอบถามปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม 4) แบบสอบถามปัจจัยการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน และ 5) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม โดยผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าอยู่ในช่วง .83 - .95 และทดสอบความเชื่อมั่นแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจได้ค่า KR 20 เท่ากับ .73 และแบบสอบถามด้านอื่น ๆ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .78 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณแบบ ทีละขั้นตอน (Stepwise) ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม อยู่ในระดับพื้นฐาน ร้อยละ 88.55 ระดับปฏิสัมพันธ์ ร้อยละ 11.45 ไม่พบความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ

2. ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมได้ คือ ความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน และรายได้ ร้อยละ 33.2 ($R^2=.332$)

บุคลากรทางสุขภาพควรนำปัจจัยด้านความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน มาประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์และระดับวิจารณ์ญาณให้เพิ่มขึ้น เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคให้น้อยลง

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: wararatt@bcnt.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 083-1724822)

Abstract

This predictive research investigated the level of health literacy and the predicting factors for health literacy of older people with hypertension and co-morbidity. Sample was 166 older people with hypertension and co-morbidity calculated by G* power program. And multi-stage random sampling was applied. The research instrument was a questionnaire consisting five parts; 1) personal information, 2) family factor, 3) environment factors 4) participation in community activities, and 5) health literacy. Content validity of the questionnaire was confirmed by three experts yielding the values ranged .83 -.92. Reliability of the questionnaire regarding knowledge was tested using KR-20 yielding a value of .73. And the rest of the questionnaire was tested its reliability using KR-21 yielding a value of .78. Data were analyzed using descriptive statistics, and multiple regression analysis (stepwise). The results of this study showed that;

1. The majority of the sample (88.55%) had the functional health literacy. The rest (11.45 %) had the interactive health literacy. There was no sample had a critical health literacy.
2. Frequency of participation in the community activities, and income accounted for 33.2% of the variance in explaining the health literacy of the old people with hypertension and co-morbidity ($R^2 = .332$).

The findings suggest that health personnel should pay more attention on the frequency of participation in the community activities of older people in order to promoting them about interactive, and critical health literacy resulting in reducing disease complication.

บทนำ

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะโครงสร้างประชากรที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงเวลาเพียง 30 ปี มีการประมาณการว่าในปี พ.ศ. 2563 จะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 15.28 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25 การที่มีอายุมากขึ้นส่งผลให้มีโอกาสเกิดโรคเรื้อรังสูงขึ้นและมักจะพบหลายโรคร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Ginggaeaw, & Prasertsri (2016) และ Meebunmak, Intana, Kijnopakleat, Khamthana, & Rungnoel (2019) พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 70 มีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคเบาหวาน เป็นต้น และจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ประจำปี 2560 ของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2018) พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมตั้งแต่ก่อนวัยสูงอายุจนเป็นผู้สูงอายุ โดยโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 33.6 โรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.5 และพบว่าปัจจัยเสี่ยงของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ พบความชุกมากที่สุดในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง คอเลสเตอรอลในเลือดสูง และเบาหวาน ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเพียงร้อยละ 43.9 ทำให้มีแนวโน้มการเสียชีวิตจากการมีภาวะความดันโลหิตสูงถึง 7.5 ล้านคนในแต่ละปี (Akepalakorn, 2016)

จังหวัดตรังมีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี และมีอัตราป่วยเป็นอันดับต้น ๆ ของเขตบริการสุขภาพที่ 12 (Division of Non Communicable Disease, 2018) ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงหรือความดันโลหิตสูงวิกฤติ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งมีแนวโน้มการเกิดภาวะโรคร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงตามมา ได้แก่ โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูงร่วมกับความดันโลหิตสูง โรคไตร่วมกับความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งพบได้บ่อยในกลุ่ม

ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (Trang Province Public Health Office, 2018) โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้เป็นภาระแก่สมาชิกในครอบครัวรวมทั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ปัจจุบันโครงสร้างครอบครัวไทยเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยต้องใช้ชีวิตตามลำพัง การได้รับการดูแลและช่วยเหลือก็ลดลง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Chesser, Woods, Smothers, & Rogers, 2016) ความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอจึงถือเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการควบคุมความดันโลหิตที่ดีขึ้น (Shi, Li, Wang, Wang, Liu, Shi et al, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Lakeaw, & Chaleekrea, 2015) และมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ และผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Thummaphol, Piaseu, & Maruo, 2016) รวมทั้งสามารถทำนายพฤติกรรม的自我ดูแลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ (Hongkrajok, Pathumarak, & Masingboon, 2016)

มีปัจจัยหลากหลายที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Thummaphol, Piaseu, & Maruo, 2016) โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้สุขภาพ ผู้ที่มีรายได้มากจะมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่รายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ (Thummaphol, Piaseu, & Maruo, 2016; Kanthawee & Pongpanich, 2019) ความเพียงพอของรายได้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง (Sittikhankaew, 2016) ผู้ป่วยจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นตามประสบการณ์การดูแลตนเอง รวมทั้งการสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัว ในการช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านให้คำปรึกษา เป็นต้น ย่อมส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Nilnate, Hengpraprom, & Hanvoravongchai, 2016) และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ ระยะเวลาในการเดินทางไปรับบริการและจำนวนครั้งในการมารับบริการ ที่เอื้อต่อการมารับบริการที่มีความสะดวก รวดเร็ว การมารับบริการสม่ำเสมอได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง ตลอดจนได้สนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคลากรทางการแพทย์เป็นประจำส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นด้วย (Panurat, Bhoosahas, Thutsaringkarnsakul, Krachangpho, Thuratham, & Natetipawan, 2019) และปัจจัยด้านการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ความถี่ในการเข้าร่วม ลักษณะกิจกรรมที่เข้าร่วม ทำให้ได้พบปะและมีการแลกเปลี่ยนปัญหาสุขภาพกับผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน จึงเป็นการส่งต่อข้อมูลต่าง ๆ รวมทั้งข้อมูลทางด้านสุขภาพ (Cheytim, Prasertsuk, & Kerdnaimongkol, 2018) อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ยังไม่พบการศึกษาในประเด็นปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม

แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังเพื่อมุ่งให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ปัจจุบันมีการดูแลที่หลากหลายหลายมิติ แต่จุดอ่อนและปัญหายังคงมีอยู่ การจัดกิจกรรมต่าง ๆ อาจไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย ทั้งนี้เนื่องจากไม่ได้มีการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทำให้การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร (Strategy and Planning Division, 2017) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคและการใช้ยาไม่เพียงพอ ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง (Ginggaeaw, Prasertsri, & Promwong, 2019) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้มีการดูแลตนเองให้เหมาะสม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Health Education Division (2011) ซึ่งจำแนกเป็น 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และการจัดการตนเอง โดยจำแนกความรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับตามแนวคิด Nutbeam (2008) คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการปฏิสัมพันธ์ และความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ มาใช้ในการศึกษา ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม และศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม อำเภอเมือง จังหวัดตรัง โดยคาดว่าข้อมูล

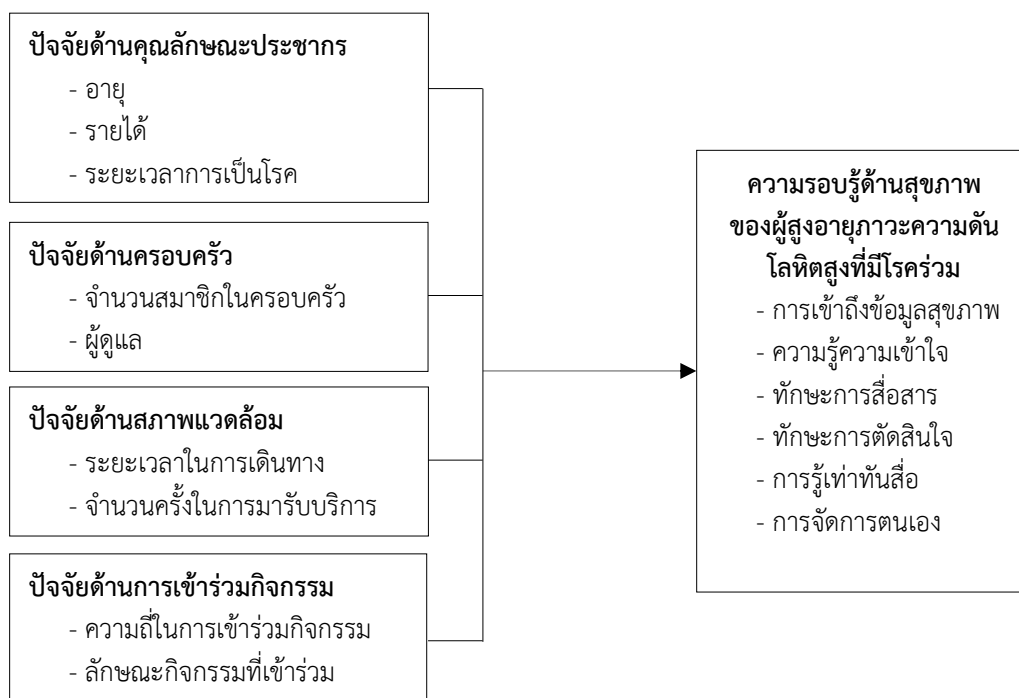
ที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องใช้ในการวางแผนในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ตระหนักถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมตามระดับความรู้ด้านสุขภาพ สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และนำไปสู่การพัฒนางานบริการของหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม ได้แก่ ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ปัจจัยด้านการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมนี้ ได้ศึกษาตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Health Education Division (2011) ซึ่งจำแนกองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill) การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) และการจัดการตนเอง (Self-Management) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม บุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้ข้อมูลข่าวสารและการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น การดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง การป้องกันโรคอย่างเหมาะสม ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เป็นตัวแปรที่สามารถนำมาปรับปรุงเพื่อเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมได้ คือ ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ซึ่งประกอบด้วย อายุ รายได้ ระยะเวลาการเป็นโรค ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ โดยอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้ความสามารถในการเรียนรู้ลดลงตามวัย แต่การที่มีรายได้ที่เพียงพอหรือมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดี จะทำให้บุคคลสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ทางสุขภาพได้สะดวกและรวดเร็ว ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Orem, 2001) รวมทั้งระยะเวลาการเป็นโรค จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นตามประสบการณ์การดูแลตนเอง และปัจจัยด้านครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล ซึ่งการสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัวในการช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านให้คำปรึกษา ย่อมส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ (Nilnate, Hengpraprom, & Hanvoravongchai, 2016) รวมทั้งปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ ระยะเวลาในการเดินทางไปรับบริการและจำนวนครั้งในการมารับบริการ ที่เอื้อต่อการมารับบริการ และปัจจัยด้านการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ความถี่ในการเข้าร่วม ลักษณะกิจกรรมที่เข้าร่วม มีการแลกเปลี่ยนปัญหาสุขภาพกับผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน ทำให้ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมมีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยสามารถนำมาเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมในเขตอำเภอเมือง จังหวัดตรังได้ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational Predict Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มารับบริการ ณ คลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดตรัง จำนวน 14 ตำบล จำนวนทั้งหมด 6,116 คน (Trang Province Public Health Office, 2018) กำหนดคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีโรคร่วม เช่น เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น 2) มีคะแนนการทดสอบภาวะสมองเสื่อมตามแบบประเมินสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) โดยมีคะแนนมากกว่า 23 คะแนน 3) สามารถสื่อสารและโต้ตอบกับผู้วิจัยได้ ไม่มีปัญหาการพูด การมองเห็น การได้ยิน สามารถพูดและอ่านภาษาไทยได้ดี 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในการทำวิจัยครั้งนี้ กำหนดคุณสมบัติเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) คือ ผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม เช่น เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เพิ่มเติมว่าเป็นโรคอื่นมากกว่าที่กำหนดไว้ในเกณฑ์ คัดเข้า จำนวนทั้งสิ้น 1,122 คน (Trang Province Public Health Office, 2018)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มารับบริการ ณ คลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดตรัง มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power ใช้ Test Family เลือก F-test, Statistical test เลือก Linear Multiple Regression: Fix model, R^2 deviation from Zero กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.15 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .95 ตัวแปรอิสระ (Number of Predictors) 9 ตัวแปร ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 166 คน ทั้งนี้การได้มาของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) ดังนี้

1. สุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก จากแต่ละตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดตรัง โดยขนาดใหญ่มีจำนวน 3 แห่ง ขนาดกลาง จำนวน 8 แห่ง และขนาดเล็ก จำนวน 3 แห่ง หลังจากนั้นคำนวณตามสัดส่วน ขนาดใหญ่: ขนาดกลาง: ขนาดเล็กเท่ากับ 1:2:1 แล้วสุ่มอย่างง่ายโดยการหยิบสลากแบบไม่คืน เพื่อให้จำนวนตามสัดส่วนจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 4 แห่ง

2. สุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรของแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 4 แห่ง โดยวิธีหยิบฉลากแบบไม่คืน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 166 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ชุด คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 13 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว การอยู่อาศัย สิทธิในการรักษาพยาบาล ระดับความดันโลหิต การเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นร่วมกับความดันโลหิต และระยะเวลาการมีโรคอื่นร่วม ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ

2. แบบสอบถามปัจจัยด้านครอบครัว จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแล ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ

3. แบบสอบถามปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย ระยะเวลาในการเดินทางไปรับบริการที่สถานบริการ และจำนวนครั้งในการไปรับบริการ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

4. แบบสอบถามปัจจัยการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย ความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน และลักษณะกิจกรรมที่เข้าร่วม ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดและแบบเลือกตอบ

5. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ โดยพัฒนาจากแบบวัดของ Nilnate, Hengpraprom, & Hanvoravongchai (2016) จำแนกตามองค์ประกอบของ Health Education Division (2011) ซึ่งเป็นแบบสอบถามจำนวน 38 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน ผู้วิจัยได้ปรับเพิ่มข้อคำถามโดยให้ครอบคลุม และเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0-2 คะแนน คือ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง การจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพ จำแนกตามแบบวัดของ Nilnate, Hengpraprom, & Hanvoravongchai (2016) โดยข้อคำถามทุกด้านแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนในข้อคำถามระดับพื้นฐานร้อยละ 50 ขึ้นไป คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 1.56 คะแนน ระดับปฏิสัมพันธ์ หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนเต็มในข้อคำถามระดับพื้นฐาน และได้คะแนนในข้อคำถามระดับปฏิสัมพันธ์ร้อยละ 50 ขึ้นไป คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 5.29 คะแนน ระดับวิจารณ์ญาณ หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนเต็มในข้อคำถามระดับพื้นฐานและระดับปฏิสัมพันธ์ และได้คะแนนในข้อคำถามระดับวิจารณ์ญาณร้อยละ 50 ขึ้นไป คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 9.46 คะแนน การแปลผลความรู้ด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบ จำแนกเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ระดับการเรียนรู้ คือ ค่าเฉลี่ย < ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม อยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ 60 - < ร้อยละ 80 อยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย $\geq$ ร้อยละ 80 อยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล ครอบครัว ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ และด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 3 ท่าน ดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบสอบถามปัจจัยด้านครอบครัว แบบสอบถามปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม แบบสอบถามปัจจัยการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน และแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) คือ .95, .83, .83 และ .92 ตามลำดับ แล้วนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพองค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจได้ค่า KR 20 เท่ากับ .73 และทดสอบองค์ประกอบความรู้ด้านอื่นๆ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .78

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยมีการคัดเลือกผู้ช่วยวิจัย จำนวน 4 ท่าน มีคุณสมบัติดังนี้ 1) เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ 2) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งรับผิดชอบชุมชนในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตรัง ไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) สามารถอ่านออกเขียนได้ ซึ่งผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย โดยชี้แจงขั้นตอนต่าง ๆ ในการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด สานิตการเก็บข้อมูลวิจัยและให้ผู้ช่วยวิจัยสาธิตย้อนกลับเพื่อตรวจสอบความสามารถในการเก็บข้อมูลของผู้ช่วยวิจัย และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และให้การพิทักษ์สิทธิก่อนทำการเก็บข้อมูล โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธและสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตามความต้องการ เมื่อได้รับอนุญาตจึงเริ่มทำการเก็บข้อมูล และผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ถ้าพบข้อมูลไม่ครบถ้วนก็ขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์เพิ่มเติมจนครบทุกข้อแล้วจึงนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ จำนวน 166 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยคุณลักษณะประชากร ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม และปัจจัยด้านการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน โดยรวมและรายด้าน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Analysis) แบบทีละขั้นตอน (Stepwise) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงพหุ ผู้วิจัยได้ผ่านการทดสอบข้อตั้งเบื้องต้น (Assumption) (Hair, Black, Balin, & Anderson, 2010) ของสถิติที่ใช้ ดังนี้

2.1 ทดสอบการแจกแจงข้อมูล ตัวแปรต้นมีการกระจายแบบปกติ (Normality) โดยแปลค่า Skewness และ Kurtosis Coefficients เทียบกับค่าวิกฤติ พบว่าตัวแปรทุกตัวมีค่าไม่เกิน ± 1.96 ($\alpha=.05$)

2.2 ทดสอบความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ ต้องมีความเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) และข้อมูลไม่มี Outliers โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter Plot พบว่า มีการกระจายของจุดห่างจากเส้นตรงอย่างสมมาตร และอยู่ระหว่าง ± 3

2.3 ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นสูง (Multicollinearity) โดยการพิจารณาจากค่า Tolerance เท่ากับ .613 และค่า VIF เท่ากับ 1.478

2.4 ไม่เกิดปัญหาความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์ (Autocorrelation) โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.841

จริยธรรมวิจัย

โครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ได้รับการอนุมัติหมายเลข 31/2561 ลงวันที่ 16 กรกฎาคม 2561

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.40 มีอายุเฉลี่ย 72.36 ปี ($SD=8.01$) อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปีมากที่สุดร้อยละ 42.10 สถานภาพคู่ ร้อยละ 87.72 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 55.00 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวคือ 9,236.73 ($SD=1,278.32$) อยู่ในช่วง 1,001-5,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 54.10 เป็นครอบครัวเดี่ยวมากที่สุด ร้อยละ 70.41 ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก โดยเฉลี่ย 160 มิลลิเมตรปรอท ($SD=16.92$) อยู่ในช่วง 140-150 มิลลิเมตร ร้อยละ 96.50 ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก โดยเฉลี่ย 93.48

มิลลิเมตรปรอท ($SD=8.41$) อยู่ในช่วง 90-99 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 62.87 ส่วนใหญ่เจ็บป่วยเป็นความดันโลหิตสูงร่วมกับภาวะไขมันในเลือดสูงมากที่สุด ร้อยละ 65.32 ระยะเวลาการเป็นโรคร่วมโดยเฉลี่ย เท่ากับ 7.81 ($SD=5.03$) อยู่ในช่วง 6-19 ปีมากที่สุด ร้อยละ 41.20

2. ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพื้นฐาน ร้อยละ 88.55 (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม ($n=166$)

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับพื้นฐาน	118	88.55
ระดับปฏิสัมพันธ์	19	11.45
ระดับวิจารณ์ญาณ	0	0

3. ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม จำแนกตามองค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน พบว่า ทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านการสื่อสารข้อมูลมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($M=9.43$, $SD=2.70$) (ตาราง 2)

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม ($n=166$)

องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนจริง	M	SD	ระดับ
ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	0-10	0-10	6.72	2.99	ปานกลาง
ด้านความรู้ความเข้าใจ	0-12	3-12	7.39	1.46	ปานกลาง
ด้านการสื่อสารข้อมูล	0-12	1-10	9.43	2.70	ปานกลาง
ด้านการตัดสินใจ	1-20	1-15	12.17	2.05	ปานกลาง
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	0-10	0-10	6.30	1.94	ปานกลาง
ด้านการจัดการตนเอง	0-10	0-10	7.01	3.03	ปานกลาง

4. ปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม

ปัจจัยที่สามารถทำนายความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม จังหวัดตรัง หรือเป็นตัวแปรที่เข้าสู่สมการทำนาย ได้แก่ รายได้ อายุ ระยะเวลาเป็นโรค จำนวนครั้งในการมารับบริการ ความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรม และจำนวนสมาชิกในครอบครัว โดยปัจจัยความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมมากที่สุด ($Beta = .275$) และรองลงมาได้แก่ รายได้ ($Beta = .214$) โดยทั้ง 2 ตัวแปรสามารถอธิบายความแปรปรวนของความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมได้ร้อยละ 33.20 ($adj.R^2 = .332$, $p=.000$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนาย 8.507 (ตาราง 3) โดยสามารถเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้

คะแนนดิบ

ความรู้ด้านสุขภาพ = $38.225 + 1.487$ (ความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน) + 2.195 (รายได้)

คะแนนมาตรฐาน

Z (ความรู้ด้านสุขภาพ) = $.275$ (Z ความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน) + $.214$ (Z รายได้)

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม (n=166)

ปัจจัยทำนาย	B	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	38.225	1.279		29.888	.000
ความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน	1.487	.314	.275	4.730	.000**
รายได้	2.195	.595	.214	3.688	.000**

$R=.577, R^2=.332, adj.R^2=.124, df=2, F=19.486, SE_{est}= 8.507, p-value=.000$

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

อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม จังหวัดตรัง ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าตัวแปรความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนและรายได้ สามารถอธิบายความแปรปรวนของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม จังหวัดตรังได้ถึงร้อยละ 33.20 ($adj.R^2=.332, p=.000$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งตัวแปรความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนเป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงสุด

1. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพื้นฐานร้อยละ 88.55 พบในระดับปฏิสัมพันธ์ ร้อยละ 11.45 และไม่พบระดับวิจารณ์ญาณ เมื่อจำแนกแต่ละองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าทุกองค์ประกอบอยู่ในระดับปานกลาง และองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องมาจากการมาพบแพทย์ตามนัดในแต่ละรอบเดือนซึ่งโดยเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างมาพบแพทย์เดือนละ 2-3 ครั้ง จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับฟังคำแนะนำเรื่องสุขภาพจากบุคลากรทางสุขภาพมีระดับการปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 68.10 รองลงมาที่มีการอ่านเอกสารแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพ ร้อยละ 57.80 รวมทั้งมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองจากเพื่อนผู้ป่วยด้วยกันเองจากทีมแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจรักษา เป็นต้น ทำให้ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นการปฏิบัติในระดับพื้นฐาน แต่ทักษะการปฏิบัติในระดับปฏิสัมพันธ์และระดับวิจารณ์ญาณพบว่าการปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยหรือแทบไม่ได้ปฏิบัติเลย เช่น การค้นคว้าข้อมูลด้านสุขภาพ การซักถามข้อมูลด้านสุขภาพ รวมทั้งการตรวจสอบข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ เป็นต้น ส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่อยู่ในระดับพื้นฐาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีความฉลาดทางสุขภาพระดับพื้นฐาน ร้อยละ 99.50 อยู่ในระดับปฏิสัมพันธ์ ร้อยละ 0.5 และไม่พบในระดับวิจารณ์ญาณ (Nilnate, Hengpraprom, & Hanvoravongchai, 2016) และการศึกษาของ Khongjarean, & Nakaphong (2019) พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับพื้นฐานเช่นเดียวกัน

2. ปัจจัยที่ร่วมทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม

จากผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนและรายได้ สามารถอธิบายความแปรปรวนของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม จังหวัดตรังได้ถึงร้อยละ 33.20 ($adj.R^2=.332, p=.000$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งตัวแปรความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนเป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงสุด สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจากการศึกษาพบว่ามีการเข้าร่วมกิจกรรมของสังคมจำนวน 6-10 ครั้งในรอบ 1 เดือนมากที่สุด ร้อยละ 48.19 ($M=7.30, SD=3.219$) ซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมได้มีการพบปะพูดคุยกับกลุ่มวัยเดียวกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทั้งประสบการณ์ทั่วไปและ

ประสบการณ์ด้านสุขภาพ ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ ส่งต่อข้อมูลต่างๆ รวมทั้งข้อมูลทางด้านสุขภาพ (Cheytime, Prasertsuk, & Kerdnaimongkol, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของ Deenamjued, & Srisaeng (2019) ซึ่งพบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็นเงื่อนไขหนึ่งของการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เพื่อการดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุ เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุมีการพูดคุยในรุ่นเดียวกัน เป็นการบอกต่อข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และหากบอกที่มาของข้อมูลด้วยว่ามาจากแหล่งใด ก็จะทำให้ผู้รับฟังมีความมั่นใจในการบอกเล่าข้อมูลมากขึ้น โดยเฉพาะข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสำคัญ มีความน่าเชื่อถือ และมีความจำเป็นมากที่สุดกับผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Ginggaeaw, Prasertsri, & Promwong, 2019)

รวมทั้งตัวแปรรายได้ของครอบครัวสามารถร่วมทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมด้วย เนื่องจากการที่บุคคลมีรายได้ที่เพียงพอหรือมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดี ทำให้บุคคลสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ทางสุขภาพได้สะดวกและรวดเร็ว ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Orem, 2001) จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 9,236.73 บาท อยู่ในระดับเพียงพอในการดำเนินชีวิตในวัยสูงอายุ ร้อยละ 54.10 สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ากลุ่มที่มีรายได้มากจะมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง ซึ่งมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้ปานกลางและกลุ่มที่มีรายได้น้อย (Thummaphol, Piaseu, & Maruo, 2016) และการศึกษาของ Sithikankaew (2016) พบว่าความเพียงพอของรายได้เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และรายได้ที่ดีจะทำให้มีความสามารถในการอ่าน เข้าใจ ค้นหา และวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่ไม่มีการประกอบอาชีพ อาจเป็นเพราะผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงจะมีฐานะที่ดีทำให้ได้รับการดูแลรักษาที่ดี และมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่น้อย (Kanthawee, & Pongpanich, 2019)

ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม ได้แก่ อายุ ระยะเวลาเป็นโรค จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล ระยะเวลาในการเดินทาง จำนวนครั้งในการมารับบริการ และลักษณะกิจกรรมที่เข้าร่วม ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. อายุ ไม่สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 72.36 ปี ($SD=8.01$) อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปีมากที่สุดร้อยละ 42.10 ซึ่งเป็นผู้สูงอายุระยะตอนต้นที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากการมีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วม ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการเรียนรู้และการจดจำในสิ่งต่าง ๆ ลดลงตามวัย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เมื่ออายุเพิ่มขึ้น ทำให้ความสามารถในการเรียนรู้ช้าลง บางรายอาจมีความจำเสื่อมลง จำอดีตได้แม่นยำ จำสิ่งที่รับรู้ในปัจจุบันได้น้อย หรืออาจมีความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร เช่น ได้ยินไม่ชัดเจน พูดซ้ำ มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม (Chesser, Woods, Smothers, & Rogers, 2016) อายุจึงเป็นตัวแปรที่สัมพันธ์ทางลบกับระดับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเมื่ออายุเพิ่มขึ้น คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพจะน้อยลง (Panurat, Bhoosahas, Thutsaringkarnsakul, Krachangpho, Thuratham, & Natetipawan, 2019) จากข้อมูลพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมอยู่ในระดับต่ำ ($r=-.233, p=.025$) แต่ไม่สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมได้

2. ระยะเวลาเป็นโรค จากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม ส่วนใหญ่มีภาวะไขมันในเลือดสูงร่วมด้วยมากที่สุด ร้อยละ 45.32 มีระยะเวลาการเป็นโรคอยู่ในช่วง 6-10 ปีมากที่สุด ร้อยละ 41.20 ($M=7.81, SD=5.028$) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ปวยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นตามประสบการณ์ การดูแลตนเอง จากการศึกษาพบว่าระยะเวลาเป็นโรคมีความสัมพันธ์ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมอยู่ในระดับต่ำ ($r=.218, p=.030$) แต่ไม่สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมได้

3. จำนวนสมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่า จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่มีจำนวนมากหรือน้อย ไม่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะขั้นพื้นฐานของแต่ละบุคคลในการทำความเข้าใจ วิเคราะห์ ตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ประกอบกับปัจจุบันเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านตามลำพังทำให้ต้องมีการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น จากข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-2 คนเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 39.50 และลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 70.41 จากการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมอยู่ในระดับต่ำ ($r=.216, p=.032$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kanthawee, & Pongpanich (2019) ที่พบว่าการอยู่อาศัยที่มีผู้อื่นอาศัยอยู่ร่วมด้วย ตั้งแต่ 1-3 คนขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับความรู้ทางสุขภาพ แต่ไม่สามารถทำนายความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมได้

4. ผู้ดูแล เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุระยะต้นที่ดูแลตนเองได้ ร้อยละ 91.22 มีผู้ดูแลเพียงร้อยละ 8.78 ส่วนใหญ่เป็นสามีหรือภรรยา แสดงถึงความสามารถที่ผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมสามารถดูแลตนเองได้ มีการจัดการกับสุขภาพตนเองได้ ซึ่งคู่สมรสถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในครอบครัว ในการสื่อสารข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เป็นบุคคลที่ผู้ป่วยพูดคุยปรึกษา เป็นผู้ที่ช่วยพิจารณาตัดสินใจใช้ข้อมูลทางสุขภาพ จากการศึกษาพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมได้

5. ระยะเวลาในการเดินทาง ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มารับบริการที่หน่วยบริการคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ในพื้นที่ในชุมชน ซึ่งระยะเวลาเฉลี่ยในการเดินทางมารับบริการแต่ละครั้งคือ 20.55 นาที ($SD=8.13$) ซึ่งมีความสะดวกในการมารับบริการ ที่อาจเป็นบุตรหลานหรือคู่สมรสมาส่งและมารับได้ แต่จำนวนเวลาการเดินทางมาหน่วยบริการในชุมชนจะมากหรือน้อย ก็ไม่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ จากการศึกษาพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม

6. ลักษณะกิจกรรมที่เข้าร่วม ผลการวิจัยพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม ทั้งนี้เนื่องจากการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมทางศาสนาหรือทางสังคม ไม่ได้มีผลต่อการเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษาพบว่าความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนสามารถร่วมทำน่ายได้ ซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งขององค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ดังนั้นการเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ สามารถจัดรวมกับการมีกิจกรรมของชุมชนได้ โดยจัดกิจกรรมทางสุขภาพที่สามารถเข้าใจได้ง่าย ตรงประเด็น มีความต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้มากขึ้น

2. ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพแต่ไม่สามารถทำนายได้ เช่น อายุ ระยะเวลาการเป็นโรค ดังนั้นในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพในการดูแลตนเองที่เหมาะสมต่อไป ควรต้องคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าว และควรมีการเสริมสร้างความรอบรู้ตั้งแต่ระยะไม่ เป็นโรคในกลุ่มเสี่ยง หรือระยะเริ่มเจ็บป่วย ตั้งแต่ในช่วงวัยกลางคนหรือวัยสูงอายุตอนต้น เพื่อเพิ่มทักษะความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความรอบรู้ระดับต่ำที่ต้องเร่งในการเสริมสร้างทักษะการพัฒนาให้เกิดความรู้ในด้านปฏิสัมพันธ์และด้านวิจารณ์ญาณเพิ่มขึ้น เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

References

- Akepalakorn, W. (2016). *The Report of Thailand Population Health Examination Survey IV*. Nonthburi. Health System Research Institute. (in Thai)
- Chesser, A. K., Woods, N. K., Smothers, K., & Rogers, N. (2016). Health Literacy and Older Adults: A Systematic Review. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 15(2), 1-13.
- Cheytim, A., Prasertsuk, N., & Kerdnaimongkol, U. (2018). The Happiness of The Elderly in The Elderly Club, Bangkok. *Integrated Social Science Journal*, 5(1), 85-108. (in Thai)
- Deenamjued, W., & Srisaeng, P. (2019). Health Literacy of Healthy Aging among Elderly People in Bangkok Metropolitan: A Case Study for Promoting Health Literacy Elderly. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine*, 63(Supplement), S73-S82. (in Thai)
- Division of Non Communication Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2018). *Statistic of Non Communicable Disease*. Retrieved Jan 21, 2020 from <http://www.thaincd.com>. (in Thai)
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2018). *Situation of the Thai Elderly 2017*. Deuan Tula Printing House. Bangkok. (in Thai)
- Ginggaeaw, S., & Prasertsri, N. (2016). The Relationship Between Health Literacy and Health Behaviors among Older Adults Who Have Multi-Morbidity. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 25(3), 43-54. (in Thai)
- Ginggaeaw, S., Prasertsri, N., & Promwong, W. (2019). The Roles of Community Nurse for Promoting Health Literacy in the Elderly with Chronic Illness. *Journal of Nursing, Public Health, and Education*, 20(1), 3-13. (in Thai)
- Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B., & Anderson, E. R. (2010). *Multivariate Data Analysis*. (7th ed). New Jersey: Pearson Education.
- Health Education Division, Depart of Health Service Support Ministry of Public Health. (2011). *Health Intelligence*. Bangkok: New Thammada Printing (Thailand) Ltd. (in Thai)
- Hongkrajok, H., Pathumarak, N., & Masingboon, K. (2016). Influences of Health Literacy, Perceived Self-Efficacy, on Self-Care Behaviors among Patients with Primary Hypertension. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 43(2), 39-54. (in Thai)
- Jindawong, B., Bumrerraj, S., Luvira, V., Kuhiranyaratn, P. (2014). *Functional Health Literacy in Patients at Srinagarind Hospital, Khon Kaen Province*. Graduate Research Conference, Khon Koen University, MMP88, 1855-1865. (in Thai)
- Kanthawee, P., & Pongpanich, S. (2019). The Study of Health Literacy among Elderly People, Pa-Teung Sub- District, Mae Chan District, ChiangRai Province. *ChiangRai Medical Journal*, 11(1), 73-83. (in Thai)
- Khongjarean, K. P., & Nakaphong, N. (2019). Health Intelligence and Health Promoting Behaviors and Disease Prevention of the Elderly in Muang District, Phayao Province. *Journal of social Academic*, 12(2), 385-399. (in Thai)
- Lakeaw, A., & Chaleekrea, T. (2015). Health Literacy and Factors Related to Medication among Patients with Hypertension Ban Piang Luang Subdistrict Health Promoting Hospital, Chiang Mai Province. *The 6th National and International*, 635-649. (in Thai)



- Meebunmak, Y., Intana, J., Kijnopakleat, K., Khamthana, P., & Rungnoel, N. (2019). Health Literacy among Older Adults in A Semi-Urban Community in Ratchaburi Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6(Special Issue), 129-141. (in Thai)
- Nilnate, W., Hengpraprom, S., & Hanvoravongchai, P. (2016). Level of Health Literacy in Thai Elders Bangkok, Thailand. *J Health Res*, 30(5), 315-321.
- Nutbeam, D. (2008). The Evolving Concept of Health Literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concept of Practice*. (6th ed). St.Louis: Mosby.
- Panurat, S., Bhoosahas, P., Thutsaringkarnsakul, S., Krachangpho, P., Thuratham, W., & Natetipawan, P. (2019). Factors Related to Health Literacy among the Elderly I Pak Phli District, Nakhon Nayok Province. *Journal of the Police Nurses*, 11(1), 86-94. (in Thai)
- Romero, S. S., Scortegagna, H. M., & Doring, M. (2019). Functional Health Literacy Level and Behavior in the Health of the Elderly. *Texto Contexto – Enferm*, 27, e5230017.
- Shi, D., Li, J., Wang, Y., Wang, S., Liu, K., Shi, R., et al. (2017). Association Between Health Literacy and Hypertension Management in a Chinese Community: A Retrospective Cohort Study. *Internal and Emergency Medicine*, 12, 765-776. doi: 10.1007/s11739-017-1651-7.
- Sittikhankaew, R. (2016). *Health Literacy of Hypertensive Patients among Hmong Hll Tribe in Wiangkaen District*. Independent Study: Master of Public Health. Chiangrai Province. University of Phayao. (in Thai)
- Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. (2018). *Public Health Statistic*. Retrieved from <http://www.bps.moph.go.th>. (in Thai)
- Thummaphol, P., Piaseu, N., & Maruo, S. J. (2015). Health Literacy and Clinical Outcomes in People with Hypertension, Dyslipidemia and Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of Nursing and Health Care*, 176-182. (in Thai)
- Trang Province Public Health Office. (2018). *Data Warehouse of Non Communicable Disease*. Retrieved from <http://www.tro.moph.go.th/index2.php>. (in Thai)

ผลของระบบสนับสนุนและให้ความรู้อย่างมีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย

Effects of Supporting System and Formal Education on Knowledge and Self-care Behavior of School-aged Children with Thalassemia

วรวิทย์ แสงทอง^{1*}, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ^{1*} และ วิจิตร แผ่นทอง²

Worawut Saengthong^{1*}, Chularat Howarn^{1*} and Wichitr Phantong²

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรบุรี^{1*}, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม²

Boromarajonani college of nursing, Surin^{1*}, Boromarajonani college of nursing, Udonthani²

(Received: November 25, 2019; Revised: April 20, 2020; Accepted: April 30, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังทดลองเพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 30 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ ระบบสนับสนุนและให้ความรู้อย่างมีแบบแผน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน วัดความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ความรู้ในการดูแลตนเองของเด็กป่วยวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียโดยใช้สูตรคูเดอร์ ริชาร์ดสัน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองหาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองของเด็กป่วยวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียโดยรวมสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของเด็กป่วยวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ควรใช้เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนและเด็กวัยอื่น ๆ ที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียร่วมด้วย เพื่อการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยในอนาคต

คำสำคัญ: เด็กวัยเรียน, โรคธาลัสซีเมีย, การให้ความรู้อย่างมีแบบแผน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: worawutsaengthong@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 085-7630329)

Abstract

This quasi-experimental research was a one-group pretest-posttest design. The samples were school-aged children who had been diagnosed with thalassemia. They were admitted to the pediatric ward at a tertiary hospital in the northeast of Thailand. The sample consisting of 30 individuals were obtained using a purposive sampling. The tools used were a supporting system and formal education. The tools used in the study was a questionnaire on interview forms about knowledge and self-care behavior of school-age children with Thalassemia. The quality of instruments for content validity was examined by 5 experts. While the reliabilities of the interview form about Knowledge of self-care of school-aged with Thalassemia were determined by Kuder Richardson KR-20 formula obtained the reliability of 0.84. The interview form about the self-care behavior of school-age children with Thalassemia was determined for the reliability coefficient, using Cronbach's Alpha Coefficient at 0.93. The data were analyzed by descriptive statistics. The mean difference score of knowledge and self-care behavior of school-age children with Thalassemia was compared using paired t-test.

The result of the study after experimentation were as followed: The post-experimental average score of knowledge of self-care school-age children with Thalassemia was at a higher level than before the experiment at 0.01 significance level. The post-experimental average score of self-care behavior of school-age children with Thalassemia was at a higher level than before the experiment at 0.01 significance level. This research is a guideline for creating a program to develop a self-care ability of school-aged children and other children who are ill with thalassemia. To take care of oneself when in the future illness

Keywords: School Age Children, Thalassemia, Formal Education

บทนำ

โรคธาลัสซีเมียเป็นภาวะโลหิตจางเรื้อรัง เกิดจากความผิดปกติของยีนส์ที่เกี่ยวข้องในการสังเคราะห์ฮีโมโกลบินของเม็ดเลือดแดง ส่งผลให้เม็ดเลือดแดงมีลักษณะผิดปกติ อายุสั้นและแตกง่าย (Torcharus, 2012) ปัจจุบันประเทศไทยพบผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียประมาณร้อยละ 1 ของประชากร 65 ล้านคน เป็นผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียมากกว่า 630,000 คน และเป็นพาหะของโรคร้อยละ 30-40 ของประชากรหรือประมาณ 18-24 ล้านคน (Medical Records and Statistics Unit, Siriraj Hospital, 2018) นอกจากนี้ยังพบว่าสถิติผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะโลหิตจางชนิดธาลัสซีเมียในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนมากที่สุด จำนวน 217,898 รายในแต่ละปีพบว่ามีผู้ป่วยเด็กรายใหม่เป็นโรคธาลัสซีเมียเพิ่มขึ้นประมาณปีละ 125 ราย (Torcharus, 2012) โรคธาลัสซีเมียส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ด้านร่างกายจะมีการเจริญเติบโตช้ากว่าเด็กปกติเนื่องจากสภาวะของโรคที่เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนน้อยอย่างเรื้อรัง ทำให้การนำสารอาหารสู่เซลล์ของร่างกายได้ไม่ดี เด็กจึงมีอาการของโลหิตจางแต่กำเนิด อ่อนเพลียง่าย เล่นไม่ได้เหมือนเด็กปกติ มีตับ ม้ามโต และมีอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ จากการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ส่งผลกระทบด้านจิตใจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล กลัว (Sitthikhungaew, Chintanadilok, Sangperm, & Au-Yeong, 2012) ด้านสังคมต้องเข้าออกโรงพยาบาลเพื่อรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องอีกทั้งต้องถูกจำกัดกิจกรรมทำให้ไม่สามารถเล่นสนุกกับเพื่อน อาจรู้สึกมีปมด้อยอดัดกลายเป็เด็กโดดเดี่ยวเก็บตัว (Khumnonghee, 2014) ถึงแม้ปัจจุบันโรคธาลัสซีเมียสามารถรักษาให้หายขาดด้วยวิธีปลูกถ่ายไขกระดูก แต่ค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวบิดามารดาที่มีความเครียดต้องหยุดงานทำให้เสียรายได้เนื่องจากเป็น

ภาวะในการดูแลเด็ก ในทางตรงข้ามอาจเกิดความเบื่อหน่ายและไม่สนใจเด็ก (Khumnonghee, 2014) อีกทั้งประเทศชาติต้องเสียงบประมาณจำนวนมากเพื่อสนับสนุนค่ารักษาอุปกรณ์การให้เลือด การให้ยาขับเหล็กและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ประมาณ 5,000-6,000 ล้านบาทต่อปี โดยเฉลี่ยผู้ป่วย 1 รายมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล 10,000 บาทต่อเดือน (Mukrod, 2008)

จากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่แผนกหอผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าในช่วงปี 2559-2561 มีผู้ป่วยเด็กเฉลี่ยร้อยละ 10 มารับการรักษาด้วยภาวะติดเชื้ในระบบทางเดินหายใจร่วมกับมีภาวะซีดที่ต้องรักษาโดยการให้เลือด ผู้ป่วยและญาติเกิดความวิตกกังวลเนื่องจากไม่ทราบถึงการดูแลรักษาและการป้องกันอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียจำนวน 5 ราย และผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย จำนวน 5 ราย พบว่าผู้ป่วยเด็ก 3 รายมีการจัดยารับประทานไม่สม่ำเสมอ รับประทานอาหารประเภทตบ เครื่องในสัตว์ และผู้ดูแลเด็ก 2 รายปล่อยให้เด็กเล่นโลดโผนให้ลูกคลุกกับผู้ที่เป็นหวัดติดเชื้ มีการซื้อยาบำรุงเลือดมาให้เด็กรับประทานเพราะคิดว่าเด็กเป็นโรคซีด จากการสัมภาษณ์พยาบาลผู้ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยใน 5 ราย พบว่า ยังไม่มีการให้คำแนะนำที่เป็นรูปแบบชัดเจน เป็นเพียงการให้คำแนะนำรายบุคคลก่อนแพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านด้วยระยะเวลาสั้น ๆ ไม่มีสื่อ ไม่มีคู่มือที่เป็นรูปธรรมเนื้อหาของการสอนยังไม่ครอบคลุม และไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ค่อยถูกต้องเหมาะสม ส่งผลต่อภาวะสุขภาพและการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ กับผู้ป่วยเด็กตามมาได้

ผู้วิจัยจึงสนใจให้การพยาบาลในรูปแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้อย่างมีแบบแผนแก่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของเด็ควัยเรียนโรคธาลัสซีเมียโดยประยุกต์การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดทฤษฎีของโอเร็มที่เชื่อว่าทุกคนสามารถดูแลตัวเองได้โดยระยะแรกของ การดูแลเป็นระยะพินิจพิจารณาตัดสินใจนำไปสู่การกระทำ ระยะที่สองเป็นระยะลงมือกระทำและผลของการกระทำบุคคลจึงต้องการความรู้เป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ (Orem, 2001) แรงจูงใจเป็นสิ่งที่เสริมสร้างความสามารถ เป็นตัวกลางเชื่อมระหว่างการเรียนรู้ ความรู้กับการเกิดพฤติกรรมของบุคคลเพราะแรงจูงใจเป็นปัจจัยสำคัญทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม (Mapoloon, 2016) การสอนหรือให้ความรู้ในเด็ควัยเรียนที่มีความสนใจในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งในเวลาสั้น ๆ เบื่อหน่ายง่าย จึงจำเป็นต้องเลือกใช้วิธีการที่เป็นสื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจง่าย สามารถกระตุ้นความสนใจการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีการปฏิบัติกาดูแลตนเองที่เหมาะสม (Ngokwong, 2009) การใช้สื่อการสอนที่เหมาะสมจะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพสามารถเปลี่ยนประสบการณ์จากนามธรรมมาเป็นรูปธรรมได้ (Srichantarant, Chungsomprasong, Vijarnsorn, Sukthongsa, Nuanchan Udomponglikana, Jaturachaidech, 2014) เช่นการใช้ภาพพลิก การใช้หนังสือการ์ตูนเล่านิทานผ่านกระบวนการกลุ่ม (Mapoloon, 2016) แต่อุปกรณ์เหล่านี้มีข้อจำกัดคือ ไม่มีเสียง เคลื่อนไหวไม่ได้ มีมิติเดียว ต้องใช้ทักษะจากผู้เล่าหรือผู้สอน หากการสื่อสารไม่กระตุ้นความสนใจเด็ก อาจทำให้เด็กเบื่อหน่าย ไม่สนใจส่งผลให้การเรียนรู้ไม่ต่อเนื่องได้ ส่วนการนำคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวของเด็ควัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย มีข้อจำกัดในการเข้าถึงการใช้งาน ใช้เวลามากในการเรียน ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาสื่ออะนิเมชัน 3 มิติ เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียมีทั้งภาพเคลื่อนไหวและเสียงที่กระตุ้นความสนใจผ่านตัวการ์ตูนที่มีการแสดงออกของหน้าตา ท่าทาง เสียงและอารมณ์ เป็นการเล่าเรื่องด้วยภาพสีสันสดใส จะเป็นการดึงดูดความสนใจของเด็ควัยเรียนทำให้เด็กสามารถจดจำเรื่องราวได้ง่าย (Wonkompa, kayapart, & Arreerard, 2012) อีกทั้งคู่มือการดูแลตนเองของเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการให้คำแนะนำการดูแลตนเองของเด็กโรคธาลัสซีเมียเพื่อทบทวนเนื้อหาที่ได้รับความรู้ไปแล้วสามารถเปิดอ่านคู่มือซ้ำได้บ่อยครั้งหากไม่เข้าใจ และจัดกิจกรรมเกมสุขภาพ “บันไดงูยักษ์พิชิตธาลัสซีเมีย” เป็นการทวนสอบความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กโรคธาลัสซีเมียได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

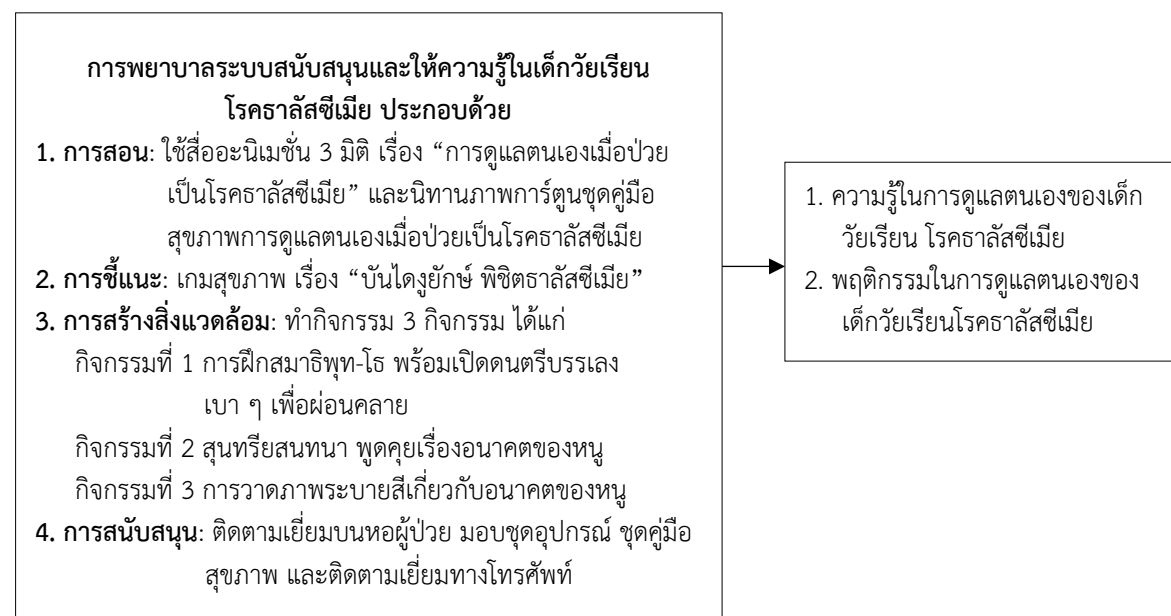
1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียระหว่างก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานวิจัย

1. ภายหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียโดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. ภายหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียโดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (1995) ในรูปแบบของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งโอเร็มกล่าวว่าการดูแลตนเองหรือการดูแลบุคคลที่พึ่งพาเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ ดังนั้นเพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนอย่างต่อเนื่องและเพียงพอ (Orem, 2001) ผู้วิจัยจึงใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่ประกอบด้วย 1) การสอน ด้วยสื่ออะนิเมชัน 3 มิติ เรื่อง “การดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมีย” 2) การชี้แนะ เล่นเกมสุขภาพเรื่อง “บันไดงูยักษ์ พิชิตธาลัสซีเมีย” 3) การสร้างสิ่งแวดล้อม ทำ 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การฝึกสมาธิพุท-โธ กิจกรรมที่ 2 สนทนาพุดคุยเรื่องอนาคตของหนู และกิจกรรมที่ 3 การวาดภาพระบายสีเกี่ยวกับอนาคตของหนู 4) การสนับสนุน ชื่นชมให้กำลังใจ ติดตามเยี่ยมบ่นห่อผู้ป่วย มอบชุดอุปกรณ์และชุดคู่มือสุขภาพการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมีย และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ พร้อมทั้งนัดหมายอีก 2 สัปดาห์



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pre-Post test Design) เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม-สิงหาคม 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ เด็กวัยเรียนที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เด็กวัยเรียนที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคธาลัสซีเมีย ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 30 ราย คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ใช้ Test Family เลือก t-test, Statistical test เลือก Mean: Difference Between Two Dependent Means (Match Paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน ผู้วิจัยเผื่อร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียน (อายุ 6-12 ปี) ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคธาลัสซีเมีย โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ 1) ผู้ป่วยเด็กรู้สึกตัวดี สามารถสื่อความหมาย ช่วยเหลือตัวเองได้ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ 2) มีการรับรู้การเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย 3) ยินดีเข้าร่วมกิจกรรม และผู้ปกครองอนุญาตให้เด็กเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการวิจัย เป็นระบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่มีแบบแผนโดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียประกอบด้วย 1) สื่ออะนิเมชัน 3 มิติ เรื่อง “การดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมีย” มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย อาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน การรักษาและการดูแลตนเอง ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การป้องกันอุบัติเหตุ การป้องกันการติดเชื้อ การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง และการมาตรวจตามนัด 2) คู่มือการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมีย มีเนื้อหาเกี่ยวกับการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองของวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย มีแบบบันทึกสุขภาพตนเองที่บ้านและบันทึกการตรวจรักษาของแพทย์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก รายได้ของผู้ดูแลหลัก ระยะเวลาที่ป่วย และประสบการณ์ที่ได้รับการสอนและแนะนำเรื่องโรคธาลัสซีเมีย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามเลือกตอบ ใช่ 1 คะแนน กับ ไม่ใช่ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย จำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป จำนวน 14 ข้อ ด้านการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ จำนวน 5 ข้อ ด้านการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพจำนวน 11 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวกจากปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 4 คะแนน ถึงไม่เคยปฏิบัติเลยให้ 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามเชิงลบจากปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 1 คะแนน ถึง ไม่เคยปฏิบัติเลยให้ 4 คะแนน สำหรับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่มีแบบแผนในเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคธาลัสซีเมียในเด็ก 2 ท่าน 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคธาลัสซีเมียในเด็ก 2 ท่าน 3) พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเด็ก 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00

2. แบบสัมภาษณ์ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 นำแบบสัมภาษณ์ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียไปทดลองใช้กับเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย ณ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลสุรินทร์ วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมีย โดยใช้สูตรครุเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่น .84 และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างทราบพร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาของการศึกษา ประโยชน์ที่จะได้รับการศึกษาในครั้งนี้ ให้สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาเมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมผู้วิจัยให้ผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา ให้กลุ่มตัวอย่างทำ Pre-test และผู้วิจัยให้ข้อมูลตามการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้อย่างมีแบบแผน 15-30 นาที โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอน	ระยะเวลา	กระบวนการ
ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียม	วันที่ 1	การเตรียมความพร้อมเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย - ศึกษาประวัติการรักษาในแฟ้มประวัติผู้ป่วย - สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวเอง เช่นบอกรับทราบการเข้าร่วมวิจัย - ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้และการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย (Pre-test)
ขั้นที่ 2 ขั้นพัฒนาความสามารถ โดยระบบสนับสนุนและให้ความรู้ 4 ขั้นตอน	วันที่ 1	1) การสอน: ใช้สื่ออะนิเมชัน 3 มิติ เรื่อง “การดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมีย” จากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถาม และตอบคำถาม ใช้เวลา 15-20 นาที ในสถานที่ห้องจัดกิจกรรมของหอผู้ป่วย 2) การชี้แนะ และ 3) สนับสนุน: อธิบายเนื้อหาเพิ่มเติมให้กำลังใจผู้ป่วย ให้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองตามคำแนะนำ ใช้เวลา 10 นาที 4) การสร้างสิ่งแวดล้อม: จัดสิ่งแวดล้อมส่งเสริมการเรียนรู้ โดยมอบชุดคู่มือสุขภาพการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมีย เป็นนิทานภาพการ์ตูน เพื่อศึกษาเพิ่มเติม
1. การสอน	วันที่ 2	สอนและการฝึกทักษะการดูแลตนเองโดยมี 3 กิจกรรม
2. การชี้แนะ		กิจกรรมที่ 1 สอนและฝึกสมาธิพุท-โธ พร้อมเปิดดนตรีบรรเลงเบา ๆ เพื่อผ่อนคลาย
3. การสนับสนุน		กิจกรรมที่ 2 สนทนาสนทนาพูดคุยเรื่องอนาคตของหนู และการดูแลตนเองขณะเจ็บป่วย
4. การสร้างสิ่งแวดล้อม	วันที่ 3	กิจกรรมที่ 3 ชี้แนะ ให้กำลังใจ โดยการวาดภาพระบายสีเกี่ยวกับอนาคตของหนู ทบทวนความรู้ที่ผ่านมาในวันที่ 1 และเล่นเกมสุขภาพ เรื่อง “บันไดยักษ์พิชิตธาลัสซีเมีย” เพื่อชี้แนะในประเด็นปัญหาที่ยังสงสัย ใช้เวลา 10 – 15 นาที 1. ชี้แนะ สนับสนุนให้กำลังใจ ชมเชย ให้ผู้ป่วยปฏิบัติกรดูแลตนเอง 2. จัดสิ่งแวดล้อมในการดูแลตนเองโดยมอบอุปกรณ์ที่นำไปใช้ในการดูแลตนเอง
	วันที่ 4	ติดตามเยี่ยม สอบถามอาการ สนับสนุนให้กำลังใจให้กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง 10 นาที

ขั้นตอน	ระยะเวลา	กระบวนการ
ขั้นที่ 3 ประเมินผล	วันที่ 5	ติดตามเยี่ยมบนหอผู้ป่วย มอบชุดอุปกรณ์คู่มือสุขภาพ และนิทานภาพการ์ตูน ก่อนจำหน่ายกลุ่มตัวอย่างกลับบ้าน
	โทรติดตามเยี่ยม	หลังจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน 1 สัปดาห์
	14 วัน	ประเมินผล: โดยการ Post test ให้ผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์ความรู้และ หลัง D/C พฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกใช้เวลา 10 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียทั้งโดยรวมและรายด้าน ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบคือ Paired-t test ทั้งนี้ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) เพื่อหาหลักการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) ของข้อมูลโดยการพิจารณาจากโดยใช้สถิติทดสอบ Shapiro -Wilk Test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ($p=.345$)

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเพื่อการขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในการเก็บข้อมูลวิจัยทั้งกลุ่มที่ทดลองการใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บข้อมูลในการทดลองวิจัย จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เอกสารรับรองเลขที่ P-EC 06-03-62 ลงวันที่ 6 มกราคม 2561

ผลการวิจัย

- ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 73.3 มีอายุระหว่าง 6-9 ปี มากที่สุดร้อยละ 56 รองลงมาคืออายุระหว่าง 10-12 ปี ร้อยละ 44 กำลังศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 มากที่สุด ร้อยละ 44 รองลงมาในระดับประถมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 20 ผู้ดูแลหลัก คือ บิดา-มารดา ร้อยละ 72 รองลงมา คือ ตา-ยาย ร้อยละ 20 ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 54 รองลงมา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 20 รายได้ของผู้ดูแลหลัก คือ 15,550-20,000 บาท ร้อยละ 53.30 รองลงมาคือ 6,001-10,000 บาท ร้อยละ 40 ประสบการณ์ที่ได้รับการสอนและแนะนำเรื่องโรคธาลัสซีเมีย จำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 64.36 รองลงมาคือ จำนวน 2 ครั้ง ร้อยละ 18.25
- เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียของเด็กวัยเรียนระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)

ความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i>
ก่อนการทดลอง	30	6.56	2.56	14.572	29	<.001*
หลังการทดลอง	30	15.76	2.41			

จากตาราง 1 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียโดยรวมหลังการทดลอง ($M=15.76$, $SD=2.41$) สูงวก่อนการทดลอง ($M=6.56$, $SD=2.56$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ($p<.001$)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD.</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i>
การดูแลตนเองโดยรวม (คะแนนเต็ม 120 คะแนน)						
ก่อนการทดลอง	30	52.13	5.32	32.820	29	.001*
หลังการทดลอง	30	95.50	7.09			
การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (คะแนนเต็ม 56 คะแนน)						
ก่อนการทดลอง	30	38.23	5.02	6.999	29	<.001*
หลังการทดลอง	30	46.16	4.11			
การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)						
ก่อนการทดลอง	30	11.76	1.43	12.452	29	<.001*
หลังการทดลอง	30	17.46	2.16			
การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเปี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (คะแนนเต็ม 44 คะแนน)						
ก่อนการทดลอง	30	24.20	2.89	5.376	29	.001*
หลังการทดลอง	30	29.10	4.38			

จากตาราง 3 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียโดยรวมพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลอง ($M=95.50$, $SD=7.09$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M=52.13$, $SD=5.32$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียรายด้านพบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียรายด้านทั้ง 3 ด้านสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) เช่นกัน

อภิปรายผล

การวิจัยผลของระบบสนับสนุนและการให้ความรู้ที่มีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษิตตามสมมติฐานการศึกษิตดังนี้

ภายหลังการใช้ระบบสนับสนุนและการให้ความรู้ที่มีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับสมมติฐานซึ่งอธิบายเหตุผลได้ดังนี้

ก่อนการทดลองยังไม่มีกรให้ความรู้ที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจนเป็นเพียงการให้คำแนะนำรายบุคคลด้วยระยะเวลาสั้น ๆ ไม่มีสื่อหรือไม่มีคู่มือการให้ความรู้ที่เป็นรูปธรรม เนื้อหาของการสอนยังไม่ครอบคลุม และเป็นแนวทางเดียวกันทำให้กลุ่มตัวอย่างยังได้รับความรู้ที่จำเป็นในการดูแลตนเองไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจึงได้ให้คำแนะนำโดยใช้ระบบสนับสนุนและการให้ความรู้ที่มีแบบแผนซึ่งประยุกต์ตามระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม ประกอบด้วย การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม เป็นการพัฒนาความสามารถของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย โดยสอดคล้องกับโอเร็มที่ว่ากรดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ซึ่งต้องใช้ทั้งความรู้และทักษะสูงในการปฏิบัติโดยใช้ศักยภาพหรือความสามารถในการดูแลทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานพลังความสามารถ 10 ประการ เป็นพื้นฐานไปสู่ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองตามกิจกรรมดังนี้

1. การสอน ผู้วิจัยให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะที่เฉพาะในการดูแลตนเองในสภาพที่พร้อมและสนใจจะเรียนรู้สิ่งที่จะสอน เพื่อก่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ตื้น่าสู่การ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเอง ผู้วิจัยใช้สื่อแอนิเมชัน 3 มิติ เรื่อง “การดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมีย” ร่วมกับคู่มือใช้เวลา 15 นาที มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดงอาการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษา การดูแลตนเอง ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การป้องกันอุบัติเหตุ การป้องกันการติดเชื้อ การรับประทานยาและการมาตรวจตามแพทย์นัด สื่อแอนิเมชัน 3 มิติ มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้เนื่องจากคุณสมบัติของสื่อที่ผลิตขึ้นในครั้งนี้สามารถสื่อได้ทั้งภาพและเสียงในเวลาเดียวกัน มีการเคลื่อนไหวของภาพและสามารถนำเสนอเห็นภาพอย่างชัดเจนทั้งในระยะใกล้และไกล สามารถกระตุ้นความสนใจของเด็กได้ดี จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้มากขึ้น (Sirithai, 2011) การแนะนำด้วยสื่อแอนิเมชัน 3 มิติ เป็นการทำให้เด็กได้เรียนรู้และรับประสบการณ์ที่ใกล้เคียงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด ซึ่งพบว่ามนุษย์เรียนรู้โดยผ่านประสาทสัมผัสทางตาถึงร้อยละ 83 ทางหูร้อยละ 11 ทางกายสัมผัสร้อยละ 1.2 ทางรสสัมผัสร้อยละ 1 และทางจมูกร้อยละ 3.5 (Phuphaibul, Kerddonfeg, Areeyanuchitkul, & Chantarachote, 2014) จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมภายหลังพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนชอบดูการ์ตูนอยากให้มีการสอนด้านสุขภาพที่มีการ์ตูนเป็นสื่อช่วยการสอน และมีคู่มือการดูแลตนเองและการให้คำแนะนำเมื่อป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมีย มีแบบบันทึกสุขภาพเด็กที่บ้านและบันทึกการตรวจรักษาของแพทย์ ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุชาดา ปราบมีชัยและคณะ ที่ศึกษาผลของสื่อแอนิเมชันต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนและพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียภายหลังรับชมสื่อแอนิเมชันสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ (Prabmeechai, Rueangworaboon, 2017) แสดงให้เห็นว่าการสอนด้วยสื่อแอนิเมชันร่วมกับคู่มือในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียสามารถเป็นเครื่องมือในการให้ความรู้แก่เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียได้ ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง แสดงให้เห็นว่าเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียมีการรับรู้ถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองจากตัวการ์ตูนในสื่อแอนิเมชันและเข้าใจในพฤติกรรมที่เหมาะสมของการปฏิบัติตัวเมื่อเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุจา ภูไพบูลย์และคณะ ที่ศึกษาการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิต ระหว่างสื่อหนังสือการ์ตูนและสื่อภาพยนตร์แอนิเมชันต่อทักษะชีวิตของเด็กวัยเรียน ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองค่าคะแนนทักษะชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมกลุ่มอ่านหนังสือการ์ตูน และกลุ่มดูภาพยนตร์แอนิเมชัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและกลุ่มทดลองที่ใช้ภาพยนตร์แอนิเมชันมีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะชีวิตสูงกว่ากลุ่มอ่านหนังสือการ์ตูนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าสื่อแอนิเมชันเหมาะสมในการนำมาสอนเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตของเด็กวัยเรียนได้ (Phuphaibul, Kerddonfeg, Areeyanuchitkul, Chantarachote, 2014)

2. การชี้แนะ เป็นอีกวิธีหนึ่งที่น่าสนใจเพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเองสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง (Ngokwong, & Tangvoraphonkchai, 2009) โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้พูดถึงปัญหาประเด็นที่สนใจในการดูแลตนเองหรือซักถามในประเด็นที่ไม่เข้าใจ ผู้วิจัยใช้กิจกรรมเกมสุขภาพ “บันไดงูยักษ์พิชิตธาลัสซีเมีย” เป็นการทบทวนความรู้กลุ่มตัวอย่าง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเพลิดเพลินและไม่เบื่อหน่ายที่จะตอบคำถาม ทำให้ผู้วิจัยได้ทราบความเข้าใจในการดูแลตนเองและช่วยบอกแนวทางการให้ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อเป็นแหล่งข้อมูลในการตัดสินใจที่ถูกต้อง ลดความวิตกกังวล เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลมาศ คูหารัตนากร ที่ศึกษาผลของการให้ข้อมูลผ่านการ์ตูนแอนิเมชันต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือของเด็กวัยเรียนที่ได้รับการขยายท่อปัสสาวะ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความวิตกกังวลลดลง และให้ความร่วมมือในการรักษา อธิบายได้ว่าความไม่รู้นำให้เกิดความกลัว นำไปสู่ความวิตกกังวลมีผลต่อการเกิดพฤติกรรม (Kasonbua, Nabkasorn, Hengudomsub, 2014) ซึ่งการชี้แนะในประเด็นที่ถูกต้องจะทำให้เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียรับรู้ถึงการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวด้วย

3. การสร้างสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยได้จัดห้องขนาดเล็กเป็นสัดส่วน ไม่มีเสียงรบกวนอากาศถ่ายเทสะดวก มีแสงสว่างเพียงพอ เตรียมอุปกรณ์ฉายสไลด์แอนิเมชันให้พร้อมขนาดจอโทรทัศน์มีความเหมาะสมคือขนาด 32 นิ้ว เสียงดังเพียงพอ เตรียมเก้าอี้ที่นั่งให้พร้อม นอกจากนี้ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรม 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) สอนและฝึกสมาธิพุทธ-โธพร้อมเปิดดนตรีบรรเลงเบา ๆ เพื่อผ่อนคลาย 2) สนทนาสนทนาวาดคุยเรื่องอนาคตของหนู และการดูแลตนเองขณะเจ็บป่วย 3) ชื่นแนะ ให้กำลังใจ โดยการวาดภาพระบายสีเกี่ยวกับอนาคตของหนูกลุ่มตัวอย่างสามารถกำหนดเป้าหมายและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่เฉพาะ ด้วยเหตุผลดังกล่าวส่งผลให้หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียทั้งโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับสุภาพร หมุ่กรอด ที่ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม的自我ดูแลเด็กของมารดาและการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียพบว่าพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียภายหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในกลุ่มทดลองดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (Mukrod, 2008)

4. การสนับสนุน ผู้วิจัยให้ความสนใจในการรับฟังปัญหาและให้กำลังใจชื่นชมเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความสนใจในการรับฟังและบอกวิธีการ自我ดูแลตนเองที่ถูกต้องได้ เพื่อคงไว้ซึ่งความพยายามที่จะ自我ดูแลตนเองและป้องกันไม่ให้เกิดความล้มเหลวในการ自我ดูแลตนเอง ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านหออผู้ป่วย มอบชุดอุปกรณ์ ชุดคู่มือสุขภาพการ自我ดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียเป็นนิทานภาพการ์ตูน เมื่อกลับบ้านได้สามารถทบทวนได้ตลอดเวลา และติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ การสนับสนุนจะช่วยให้เด็กมีกำลังใจและเป็นแรงกระตุ้นในการปฏิบัติการ自我ดูแลตนเองได้ดี (Sirithai, 2011)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล การพยาบาลตามระบบสนับสนุนและให้ความรู้ให้มีแบบแผนสามารถลดข้อจำกัดด้านประสบการณ์และองค์ความรู้ของพยาบาลผู้ให้สุศึกษาหรือให้คำแนะนำผู้ป่วยเด็กก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านที่แตกต่างกัน เนื่องจากการให้ข้อมูลที่เป็นรูปแบบเดียวกัน เนื้อหาเดียวกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กได้รับข้อมูลที่เท่าเทียมกัน

2. ด้านการศึกษา หลักสูตรการเรียนการสอนด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ สามารถพัฒนาสื่อการเรียนการสอนรูปแบบที่หลากหลายสำหรับนักศึกษา เพื่อใช้สำหรับให้ความรู้แก่ผู้รับบริการที่มีความเหมาะสมกับวัยของผู้รับบริการ และควรส่งเสริมให้นักศึกษานำวิธีการให้ความรู้ดังกล่าวไปพัฒนาใช้กับผู้ป่วยเด็กโรคอื่น ๆ เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติการพยาบาล

3. ด้านการวิจัย ควรมีการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กกว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร รวมทั้งการศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มดังกล่าวว่ามีพฤติกรรม自我ดูแลตนเองอย่างไรหรือมีปัญหาอุปสรรคในการ自我ดูแลตนเองอย่างไร

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำรูปแบบการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ไปใช้ในการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ให้กับผู้ดูแลเด็กป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบสนับสนุนและการให้ความรู้ที่มีแบบแผนโดยใช้สื่อนิเมชันกับสื่อประเภทอื่นที่ส่งผลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนและให้ความรู้ที่มีแบบแผนระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

4. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนและให้ความรู้ที่มีแบบแผนระยะยาวเช่นหลังการสอน 3 เดือน, 6 เดือน

References

- Kasonbua, P., Nabkasorn, C., & Hengudomsb, P. (2014). Effect of Humor Media Program on Fear of School-Age Children Receiving Intravenous Infusion. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 24(2), 61-72. (in Thai)
- Khumnonghee, P. (2014). *The Effects of Cartoon Animation and Cartoon Story Book on Self Care Behavior in School Age with Thalassemia*. [Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University. (in Thai)
- Mapoloon, P., Rutchangul, P., & Muensa, W. (2016). Impact of a Self-Care Development Programme for School-Age Thalassemic Children and Their Caregivers' Ability on the Children's Self-Care Behaviour. *Thai Journal of Nursing Council*, 31(2), 52-68. (in Thai)
- Medical Records and Statistics Unit, Siriraj Hospital. (2018). *Statistic of Children with Thalassemia in Department of Hematology and Oncology*. Bangkok: Siriraj Hospital. (in Thai)
- Mukrod, S. (2008). *Effect of Supportive Nursing System on Maternal Care Behavior and Selfcare Behavior of School Age Children with Thalassemia* [Master's Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University (in Thai)
- Ngokwong, C., & Tangvoraphonkchai, J. (2009). The Effect of Learning Program Through a Group Process and Cartoon Storybook on Self Care Behavior in School Age Children with Thalassemia. *Nursing Science and Health*, 32(3), 39-46. (in Thai)
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concept of Practice*. (6thed). St Louis: Mosby Year Book.
- Phuphaibul, R., Kerddonfeg, P., Areeyanuchitkul, S., & Chantarachote, J. (2014). Comparison of the Effects of Life Skills Training Programs Using Cartoon Books and Using Animation Movie on Life Skills of School-Agers. *Rama Nursing Journal*, 20(2), 71-87. (in Thai)
- Phuphaibul, R., Kerddonfeg, P., Areeyanuchitkul, S., & Chantarachote, J. (2014). Comparison of the Effects of Life Skills Training Programs Using Cartoon Books and Using Animation Movies on Life Skills of School-Agers. *Rama Nursing Journal*, 20(2), 271-87. (in Thai)
- Prabmeechai, S., & Rueangworaboon, S. (2017). The Effect of Animation Media on Knowledge and Self-Care Behavior of School-Age Children with Thalassemia. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 27(2), 96-109. (in Thai)
- Sirithai N. (2011). *Effect of Animation on Knowledge and Self Care Behavior of Caregiver for Pre-School Asthmatic Children* [Master's Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University. (in Thai)
- Sitthikhungaew, M., Chintanadilok, N., Sangperm, P., & Au-Yeong, P. A. (2012). Relationship Between Perceived Stressors and Depressive Symptoms in Adolescents with Thalassemia. *J. Nursing Sciences-Faculty of Nursing: Mahidol University*, 30(3), 25-35. (in Thai)
- Srichantarant, A., Chungsomprasong, P., Vijarnsorn, C., Sukthongsa, W., Nuanchan Udomponglikana, N., & Jaturachaidech, C. (2014). Comparing the Effects of Teaching



- with VCD and Teaching with Flipchart on Knowledge and Anxiety of Mothers in Caring for Children Undergoing Cardiac Catheterization. *J. Nursing Science*, 32(2), 41-51. (in Thai)
- Torcharus, K. (2012). Diagnosis of Thalassemia. *Royal Thai Army Medical Journal*, 65(2), 127-132. (in Thai)
- Wonkompa, S., kayapart, S., & Arreerard, W. (2012). A Development of 2D Animation Cartoon on Overweight Children Problem Campaign. *J. Science and Technology Mahasarakham University*, 31(2), 155-63. (in Thai)

ประสิทธิภาพของการใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องการเช็ดตา
ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

Efficiency of an Instructional Video on Eye Care Used
in the Course of Persons with Health Problem Practicum II
in Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima

ยุพาพร หอมสมบัติ^{1*}, สุนิสา คำขึ้น¹, จิรณัฐ สมโชค ไวท์¹, จิดาภา จิตตะสุสุโท¹,
กัญญาณัฐ เกิดขึ้น¹ และ ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี¹

Yupaporn Homsombut^{1*}, Sunisa Khakhuen¹, Jeranut White¹, Jidapa Jittasuttho¹,
Kanyanat Kerdchuen¹ and Srisaowalak Aunprom-me¹
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา^{1*}
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima^{1*}

(Received: August 05, 2019; Revised: April 20, 2020; Accepted: May 1, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการเช็ดตา 2) เปรียบเทียบความมั่นใจในการปฏิบัติการเช็ดตา 3) ศึกษาคะแนนทักษะปฏิบัติการเช็ดตา 4) ศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์เรื่องการเช็ดตา กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ 1) สื่อวีดิทัศน์เรื่องการเช็ดตา 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบทดสอบความรู้เรื่องการเช็ดตา 2) แบบประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติการเช็ดตา 3) แบบวัดการปฏิบัติการเช็ดตา 4) แบบประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .90 และ .82 ส่วนแบบทดสอบความรู้เรื่องการเช็ดตา ทดสอบได้ค่า $p=.41$, $r=.56$ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการเช็ดตา สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบอธิบายปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t=-2.472$)
2. กลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์มีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการเช็ดตา สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบอธิบายปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t= 2.833$)
3. กลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์มีคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติการเช็ดตาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบอธิบายปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t=-8.321$)
4. ความพึงพอใจโดยรวมของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์เรื่องการเช็ดตา (ด้านเนื้อหา) เท่ากับ 4.48 ($SD=.37$) (ด้านคุณภาพ) เท่ากับ 4.43 ($SD= .35$)

ผู้สอนควรพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ให้สอดคล้องกับความต้องการการเรียนรู้ของนักศึกษา เพื่อให้ให้นักศึกษาสนใจศึกษาด้วยตนเองจึงเกิดองค์ความรู้ ความมั่นใจ และทักษะการปฏิบัติต่อไป

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ, สื่อวีดิทัศน์เรื่องการเช็ดตา, ฝึกภาคปฏิบัติ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: yupaporn@knc.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 098-8969844)

Abstract

This quasi-experimental research (two-group pre-posttest design) aimed to: 1) compare knowledge of eye care between groups of students, 2) compare their confidence in eye care skills, 3) do an assessment of the skills needed for wiping the eye correctly, and 4) study the students' satisfaction with a video media on eye care. Sample was 66 nursing students in their third year at Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima. Sample was divided into control group and experimental group. The tool used in the experiment was a video about eye care. The tools used to collect data included: 1) a knowledge test on eye care, 2) an assessment form for confidence in eye care, 3) an eye care skills test, and 4) the student satisfaction evaluation form with the video. Cronbach's alpha coefficient was used to test reliability of research instruments, and obtained values of .90 and .82, respectively. The knowledge test on eye care also was tested ($p=.41$, $r=.56$). Data were analyzed by comparing knowledge scores on eye care, confidence in eye care between the experimental and control group, before and after the experiment, using Paired t-test statistics. Knowledge scores on eye care and confidence in eye care were compared between the experimental group and the control group using Independent t-test statistics. Students' satisfaction scores were analyzed using descriptive statistics.

The research found that: 1) the group that was taught using the video had an average score regarding knowledge higher than the control group with a statistical significance level of .05 ($t=-2.472$); 2) the group that was taught using the video had a higher average score of confidence in the practice of eye care with a statistical significance level of .05 ($t=2.833$); 3) the group that was taught using the video had a higher average score of eye care skill with a statistical significance level of .05 ($t=-8.321$); 4) the overall satisfaction of both groups in terms of content, and quality aspect were 4.48 ($SD=.37$), and 4.43 ($SD=.35$) over 5, respectively.

The findings suggest that teachers should develop video media in accordance with learning needs of students, and their interests. So students can use video media for self-study that will further help them to gain knowledge, confidence, and practical skills.

Keyword: Efficiency, Video Media, Eye Care, Nursing Practice

บทนำ

ในโลกปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาสังคมไทยในหลาย ๆ ด้าน ซึ่งเป็นผลมาจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและวิทยาศาสตร์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับมนุษย์ ปัจจุบันพบว่าสื่อวีดิทัศน์เป็นสื่อที่สำคัญและได้รับความนิยมทางการศึกษาในด้านการเรียนการสอนเป็นอย่างมาก พบว่าสถานศึกษาหลายแห่งได้พัฒนาสื่อการเรียนการสอนต่าง ๆ เพื่อให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง สื่อวีดิทัศน์สามารถนำไปใช้งานได้สะดวก สามารถเรียนจากสื่อวีดิทัศน์ช่วงเวลาใดก็ได้ ช่วยลดปัญหาด้านระยะเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้ และช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองอีกทางหนึ่ง Chitraporn, & Noppadon (2019) สามารถแสดงให้เห็นได้ทั้งภาพและเสียง ช่วยกระตุ้นความสนใจของผู้เรียน สามารถดูซ้ำได้หลายรอบ ช่วยให้เกิดความเข้าใจได้มากขึ้น และจัดเก็บเป็นข้อมูลหรือไฟล์ได้ สามารถสื่อสารไปยังกลุ่มใหญ่ได้ ผู้เรียนจำนวนมากได้รับการสอนจากภาพแหล่งเดียวกันและในเวลาเดียวกัน ทำให้ได้ประสบการณ์เดียวกัน นอกจากนี้สื่อวีดิทัศน์ยังช่วยให้ผู้สอนมีเวลาในการจัดการเรียนการสอน ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น ใช้สอนผู้เรียนเป็นกลุ่มย่อย ดังงานวิจัยของ Piriyakorn, Thrngsuda, & Saranya (2012) ศึกษาผลสัมฤทธิ์และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการใช้อุปกรณ์วีดิทัศน์ พบว่า คะแนนสอบทักษะ

ปฏิบัติการพยาบาลภายหลังดูสื่อวีดิทัศน์เรื่องทักษะปฏิบัติการพยาบาล 8 ทักษะ สูงกว่าเกณฑ์การประเมิน ซึ่งการใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องทักษะการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกทักษะทางการพยาบาลพื้นฐาน เป็นวิธีการที่มีประโยชน์อย่างมาก ช่วยให้ผู้เรียนเห็นภาพในสถานการณ์จริง ๆ ส่งผลให้ผลการเรียนรู้มีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ได้มีหน้าที่หลักในการผลิตนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จึงได้จัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555) กำหนดมาตรฐานการผลลัพธ์การเรียนรู้ 6 ด้าน ที่สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษาแห่งชาติและมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ ดังนี้ 1) ด้านคุณธรรม จริยธรรม 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะทางปัญญา 4) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ 6) ด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ การที่นักศึกษาจะบรรลุมาตรฐานเหล่านี้ได้นั้น วิทยาลัยฯ ได้จัดการเรียนการสอนทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ นักศึกษาจะต้องถูกสร้างให้ตระหนักถึงความสามารถและสมรรถนะของตนเองในการนำความรู้ทฤษฎีไปใช้ในการปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนจึงควรเป็นการจัดการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นสำคัญ เพื่อเตรียมเข้าสู่ทักษะศตวรรษที่ 21 ที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านการสื่อสารและเทคโนโลยีที่ทันสมัย

การจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2 ซึ่งจัดสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 62 นั้นได้จัดให้มีการฝึกภาคปฏิบัติในด้านการพยาบาลเด็ก การพยาบาลอายุรกรรม การพยาบาลรีเวชกรรม การพยาบาลหู คอ จมูก และการพยาบาลตา สำหรับการขึ้นฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลตานี้ นักศึกษาขึ้นฝึกในระยะเวลา 2 วันครึ่ง ตามหัวข้อในคำอธิบายรายวิชา ผู้สอนใช้การสอนแบบสาธิต ได้สาธิตการเช็ดตาแบบปลอดเชื้อ การหยอดตาอย่างถูกวิธี การปิด Eye Pad และการครอบ Eye Shield อย่างถูกวิธี และให้นักศึกษาสาธิตย้อนกลับทีละคนกับผู้ป่วยจริง ซึ่งจะต้องใช้เวลาค่อนข้างมาก หากนักศึกษาปฏิบัติไม่ถูกต้อง จะมีผลกระทบต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการหยอดยาใน Dose ต่อไปได้ไม่มีประสิทธิภาพหรืออาจต้องเลื่อนการให้ยา Dose นั้นออกไป เนื่องจากยาหยอดตา 1 หยด มีปริมาตรประมาณ 50 ไมโครลิตร มีปริมาตรน้ำหล่อเลี้ยงลูกตาประมาณ 7-10 ไมโครลิตร แต่ซอกเยื่อぶตา (Cul-De-Sac) มีปริมาตรเพียง 30 ไมโครลิตร ดังนั้นการหยอดยาเพียง 1 หยดแต่ละครั้งก็เพียงพอ หากผู้ป่วยมีหลายตัว แต่ละชนิดควรหยอดห่างกัน 5-10 นาที เพื่อป้องกันยาชนิดหลังล้างยาชนิดแรกออกจากตาโดยยังไม่ได้มีการดูดซึม (Sakchai & Kittichai, 2008) ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางตานี้ถือเป็นการพยาบาลเฉพาะทางซึ่งต้องอาศัยความละเอียด รอบคอบ ประกอบการฝึกทักษะในระยะเวลาสั้นเพียง 2 วันครึ่งนั้น การที่จะทำให้ นักศึกษาเข้าใจและปฏิบัติได้จึงเป็นสิ่งสำคัญ จากการศึกษาผลการประเมินโดยการสอบถามสมรรถนะชั้นปี ในปีการศึกษา 2560 พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 69 ยังมีขั้นตอนการเช็ดตาที่ผิดลำดับก่อน-หลัง การบีบสำลีที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจะเกิดอันตรายทำให้แอลกอฮอล์เข้าตาผู้ป่วยได้ การเปิดขวดยาผิดวิธีที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณจุกของหลอดยา ซึ่งผู้ป่วยจะต้องใช้ต่อจนยาหมดขวด หรือการปิด Eye Pad ผิดวิธี เป็นต้น ซึ่งการพยาบาลเช็ดตาแบบปลอดเชื้อนี้ นักศึกษาต้องเช็ดตาให้ผู้ป่วยทุกคนวันละครั้ง และในผู้ป่วยรับใหม่ทุกราย และหยอดยาให้ผู้ป่วยทุก 1-2 ชั่วโมง ส่วนทางด้านความรู้ นักศึกษาส่วนใหญ่สามารถตอบคำถามการให้คำแนะนำผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางตาได้แต่ยังไม่ครอบคลุม ซึ่งความรู้เรื่องการเช็ดตานี้ นักศึกษาต้องนำไปปฏิบัติในการฝึกแผนกอื่น ๆ ด้วย เช่น เช็ดตาในผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ผู้ป่วยสูงอายุ หรือแม้กระทั่งเด็กเล็ก เด็กแรกเกิด นักศึกษาจึงควรปฏิบัติได้ถูกต้อง และสามารถเข้าไปศึกษาด้วยตนเองได้ตลอดเวลาเมื่อไม่มั่นใจหรือเกิดความสงสัย ซึ่งในปัจจุบันการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาดังกล่าวยังมีสื่อไม่เพียงพอที่จะนำมาใช้ประกอบการจัดการเรียนการสอน รวมทั้งหลังเลิกเรียนทฤษฎีและการภาคปฏิบัติแล้วผู้เรียนไม่มีสื่อเพียงพอที่จะนำไปใช้ทบทวนด้วยตนเองในช่วงนอกเวลาเรียนจึงขาดความต่อเนื่องในการเรียนรู้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องมีการเพิ่มรูปแบบการเรียนการสอนให้ครอบคลุม เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ของนักศึกษา และต้องการแก้ปัญหาในเรื่องการมีสื่อวีดิทัศน์ไม่เพียงพอในการประกอบการจัดการเรียนการสอน นอกจากนี้

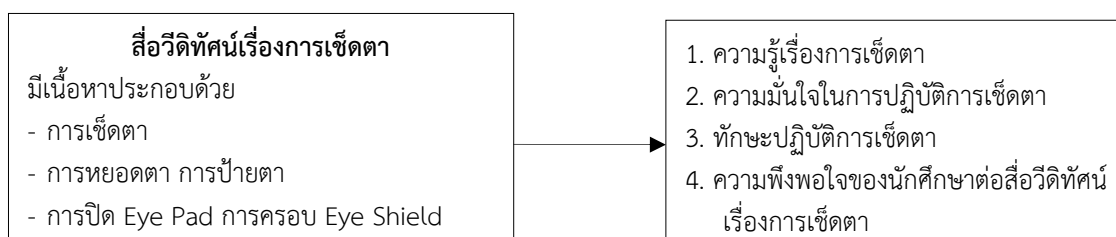
ยังเป็นการพัฒนารายวิชาให้เกิดกระบวนการจัดการเรียนการสอนอย่างมีคุณภาพ ผู้วิจัยจึงต้องการจะผลิตสื่อวีดิทัศน์เรื่องการเช็ดตา เพื่อเป็นสื่อการเรียนรู้ให้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 62 สามารถศึกษาด้วยตนเองก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงาน หรือเมื่อสงสัย สามารถทบทวนความรู้ได้ตลอดเวลา ลดระยะเวลาการสาธิต การอธิบายเมื่อขึ้นฝึกปฏิบัติงานจริง ทำให้สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ถูกต้อง รวดเร็วมากขึ้น และผู้วิจัยต้องการศึกษาประสิทธิภาพการใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องการเช็ดตา ในด้านความรู้เรื่องการเช็ดตา ความมั่นใจในการปฏิบัติการเช็ดตา และทักษะการปฏิบัติการเช็ดตา รวมถึงความพึงพอใจของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์เรื่องการเช็ดตาด้วยว่านักศึกษาพึงพอใจระดับใด นำไปศึกษาด้วยตนเองแล้วเข้าใจถูกต้องหรือไม่ สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติ สอนหรือให้คำแนะนำผู้ป่วยได้ถูกต้อง เหมาะสมหรือไม่ สื่อวีดิทัศน์นี้ง่ายต่อการเข้าไปศึกษา ทบทวนหรือไม่ อีกทั้งงานวิจัยนี้ยังเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย พยาบาลบนหอผู้ป่วยจักษุ สามารถนำวีดิทัศน์นี้ไปเปิดสอนผู้ป่วยและญาติ ประกอบการสาธิต เมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยและญาติสนใจเห็นความสำคัญ ปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ลดการติดเชื้อหลังผ่าตัดได้

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการเช็ดตาก่อนและหลังการขึ้นฝึกในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบอธิบายปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบความมั่นใจในการปฏิบัติการเช็ดตา หลังการขึ้นฝึกในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบอธิบายปกติ
3. เพื่อศึกษาคะแนนทักษะปฏิบัติการเช็ดตา หลังการขึ้นฝึกในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2 ในกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบอธิบายปกติ
4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์เรื่องการเช็ดตา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษารั้วนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องการเช็ดตา ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา โดยผู้วิจัยนำแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ (Adult Learning) ของ Knowles (1984) ได้กล่าวถึงความสำคัญและประโยชน์ของการเรียนรู้ด้วยการขึ้นตนเองไว้ว่า บุคคลที่เรียนรู้ด้วยการริเริ่มของตนเองจะเรียนได้มากกว่า ดีกว่า มีความตั้งใจ มีจุดมุ่งหมายและมีแรงจูงใจสูงกว่า สามารถนำ ประโยชน์จากการเรียนรู้ไปใช้ได้ดีกว่าและยาวนานกว่าคนที่เรียนรู้โดยเป็นแต่เพียงผู้รับหรือรอการถ่ายทอดจาก ผู้สอนเท่านั้น โดยการสอนผ่านสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งสื่อวีดิทัศน์จะเป็นตัวกลางที่นำความรู้จากผู้สอนไปสู่ผู้เรียน นอกจากนั้นสื่อวีดิทัศน์ยังสามารถแสดงให้เห็นได้ทั้งภาพและเสียง ช่วยกระตุ้นความสนใจ ทำให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ดีขึ้น เข้าใจง่าย สามารถดูซ้ำได้หลายรอบ ช่วยให้เกิดความเข้าใจได้มากขึ้น ช่วยทบทวนความจำ และช่วยส่งเสริม การเรียนรู้ด้วยตนเองอีกทางหนึ่ง สามารถสื่อสารไปยังกลุ่มใหญ่ได้ ผู้เรียนจำนวนมากได้รับการสอนจากภาพ แหล่งเดียวกันและในเวลาเดียวกัน ทำให้ได้ประสบการณ์เดียวกัน นอกจากนี้สื่อวีดิทัศน์ยังช่วยให้ผู้สอนมีเวลาในการจัดการเรียนการสอน ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Chitraporn & Noppadon, 2019) จึงนำมาสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (Two Groups Pre-Post test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 รุ่น 62 จำนวน 184 คน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 รุ่น 62 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 66 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ .50 อำนาจการทดสอบ (Power of test) .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ซึ่งสอดคล้องกับข้อกำหนดของการวิจัยทางการพยาบาล (Burns, & Grove, 2009) จากการเปิดตารางจะได้กลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 22 คน ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้เพิ่มจำนวนตัวอย่างร้อยละ 50 (Polit, & Hungler, 1999) ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 33 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 66 คน สำหรับในภาคการศึกษาที่ 2 มีนักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติการพยาบาลตา จำนวน 5 กลุ่ม มีนักศึกษาประมาณ 32-40 คนต่อกลุ่ม นักศึกษากลุ่มที่ 1 จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ จากนั้นทำการสุ่ม ตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับฉลาก เพื่อเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ได้ นักศึกษากลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม และนักศึกษากลุ่มที่ 4 เป็นกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ สื่อวีดิทัศน์เรื่องการเช็ดตา ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ใช้เวลาในการนำเสนอประมาณ 11.23 นาที เป็นไฟล์ VDO YouTube โดยกำหนดสิทธิ์ให้รับชมเฉพาะกลุ่มทดลอง ไม่เผยแพร่เป็นสาธารณะ กลุ่มทดลองสามารถ Download หรือเปิดดูได้ทุกที่ ทุกเวลา ซึ่งมีวิธีการสร้างสื่อวีดิทัศน์ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นสื่อในการให้ความรู้ กำหนดวัตถุประสงค์ กำหนดเรื่องและวางเค้าโครงเรื่อง เขียนบทสคริปต์วีดิทัศน์เรื่องการเช็ดตา โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการเช็ดตาแบบปลอดภัย การหยอดตา การป้ายตาอย่างถูกวิธี การปิด Eye Pad และการครอบ Eye Shield อย่างถูกวิธี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบทดสอบความรู้เรื่องการเช็ดตา ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการค้นคว้าเอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบทดสอบปรนัย ชนิดเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ

2.2 แบบประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติการเช็ดตา ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตามมาตรฐานการผลการเรียนรู้ 6 ด้าน มีลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจปานกลาง มั่นใจน้อย มั่นใจน้อยที่สุด จำนวน 7 ข้อ

2.3 แบบวัดการปฏิบัติการเช็ดตา หยอดตา ป้ายตา ปิดตาผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการค้นคว้า เอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ การเช็ดตา 16 ข้อ การหยอดตา 9 ข้อ การปิดตา การครอบตา 8 ข้อ คะแนนรวม 33 คะแนน

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์ (ด้านเนื้อหา) จำนวน 21 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์ (ด้านคุณภาพ) จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบประเมินปลายปิด มีลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยแบ่งช่วงของค่าเฉลี่ยดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49	หมายความว่า	มีพึงพอใจน้อยที่สุด
ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49	หมายความว่า	มีพึงพอใจน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49	หมายความว่า	มีพึงพอใจปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49	หมายความว่า	มีพึงพอใจมาก
ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00	หมายความว่า	มีพึงพอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ สื่อบทเรียนเรื่องการติดเชื้อ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย 1) แบบทดสอบความรู้เรื่องการติดเชื้อ 2) แบบประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติการติดเชื้อ 3) แบบวัดการปฏิบัติการติดเชื้อ และ 4) แบบประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์ ไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลตา 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลตา จำนวน 1 คน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาไทย 1 คน เพื่อพิจารณาความถูกต้องด้านเนื้อหา ความครอบคลุม ภาษา จากนั้นตรวจสอบความสอดคล้องแล้วนำผลการตรวจสอบมาคำนวณหาค่าความสอดคล้องระหว่าง ข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือนิยาม (IOC: Item Objective Congruence Index) โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป และปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าเท่ากับ 0.94, 0.62, 1.00, และ 0.88 ตามลำดับ ส่วนสื่อวีดิทัศน์เรื่อง การติดเชื้อ มีนำมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาโดยผ่านอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลตา 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลตา จำนวน 1 คน ก่อนนำไปบันทึกวีดิทัศน์ ตัดต่อภาพ และบันทึกเสียง โดยบุคลากรด้านการผลิตสื่อดิจิทัลแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านเทคนิคของสื่อ 1 คน ตรวจสอบความสอดคล้อง ชัดเจน เหมาะสมของเนื้อหา และภาพประกอบกับการวิจัย ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งก่อนนำไปใช้ในการทดลอง

การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติการติดเชื้อ และแบบประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์ นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 รุ่น 62 จำนวน 30 คน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .90 และ .82 ตามลำดับ ส่วนแบบทดสอบความรู้เรื่องการติดเชื้อ นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 รุ่น 62 จำนวน 30 คน ทดสอบด้วยการหาค่า p (ระดับความยากง่าย) r (อำนาจจำแนก) ได้ค่า $p=.41$, $r=.56$

การเก็บรวบรวมข้อมูล

มีระยะเวลาการศึกษา ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2561 ถึง เมษายน 2562 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา เพื่อให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลได้แล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ในการดำเนินการเก็บข้อมูล
2. ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อเชิญชวนให้เข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และลงชื่อยินยอมการเข้าร่วมวิจัยในแบบฟอร์มยินยอมที่ผู้วิจัยได้เตรียมไว้โดยสมัครใจ
3. ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนให้เสร็จสิ้น จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการถ่ายทอดของข้อมูลไปสู่กลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง

1. ในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนขึ้นฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลตา ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบความรู้เรื่องการติดเชื้อ แบบประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติการติดเชื้อ เพื่อวัดความรู้การติดเชื้อ และความมั่นใจในการปฏิบัติการติดเชื้อ ก่อนฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลตา ในรายวิชาการปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2

2. ในช่วง 1 สัปดาห์ก่อนขึ้นฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลตา ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองนำสื่อวีดิทัศน์เรื่องการเช็ดตาไปดูและฝึกทบทวนด้วยตนเองก่อนการขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ โดยกำหนดให้ดูสื่อวีดิทัศน์อย่างน้อยคนละ 3 ครั้งขึ้นไป

3. ภายหลังการฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลตา จำนวน 2 วันครึ่งเสร็จสิ้น ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบความรู้เรื่องการเช็ดตา แบบประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติการเช็ดตา แบบประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์ของแต่ละคน และแบบวัดการปฏิบัติการเช็ดตา หยอดตา ป้ายยา ปิดตา แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบความรู้เรื่องการเช็ดตา แบบประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติการเช็ดตา เพื่อวัดความรู้การเช็ดตา และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลตาก่อนฝึกภาคปฏิบัติการเช็ดตา ในรายวิชาการปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2

2. ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมได้รับการสอนแบบอธิบายปกติในการสอนภาคปฏิบัติการพยาบาลตา ผู้วิจัยใช้แบบวัดการปฏิบัติการเช็ดตา ในกลุ่มควบคุมจำนวน 33 คน

3. ภายหลังการฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลตา จำนวน 2 วันครึ่งเสร็จสิ้น ผู้วิจัยใช้แบบทดสอบความรู้เรื่องการเช็ดตา แบบประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลตาของแต่ละคน และแบบวัดการปฏิบัติการเช็ดตา หยอดตา ป้ายยา ปิดตา แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

4. จากนั้นกลุ่มควบคุมจะได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์เรื่องการเช็ดตาเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการเช็ดตาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (Test of Normality) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk เนื่องจากพบว่ากลุ่มทดลองมีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติทั้งก่อนและหลังการทดลอง ($p=.174$, $p=.205$) กลุ่มควบคุมมีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติทั้งก่อนและหลังการทดลอง ($p=.086$, $p=.538$)

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการเช็ดตา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (Test of Normality) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov เนื่องจากพบว่าตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ ($p=.427$)

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความมั่นใจในการปฏิบัติการเช็ดตา ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (Test of Normality) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk เนื่องจากพบว่ากลุ่มทดลองมีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติทั้งก่อนและหลังการทดลอง ($p=.310$, $p=.564$) กลุ่มควบคุมมีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติทั้งก่อนและหลังการทดลอง ($p=.160$, $p=.245$)

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบความมั่นใจในการปฏิบัติการเช็ดตา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (Test of Normality) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov เนื่องจากพบว่าตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ ($p=.848$)

5. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนทักษะปฏิบัติการเช็ดตา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test โดยใช้สถิติ Independent t-test โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (Test of Normality) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov เนื่องจากพบว่าตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ ($p=.923$)

6. วิเคราะห์คะแนนความพึงพอใจของนักศึกษาต่อวิธีทัศน์ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา เลขที่ 005/2562 ลงวันที่ 14 มีนาคม 2562 นักศึกษามีสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้โดยไม่ผลต่อคะแนนการฝึกภาคปฏิบัติ และเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยนักศึกษาทุกคนจะได้รับการสอนด้วยวิธีทัศน์การผ่าตัด

ผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการผ่าตัดก่อนและหลังการขึ้นฝึกในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวิธีทัศน์และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบอธิบายปกติ

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เรื่องการผ่าตัดก่อนและหลังการขึ้นฝึกในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2 ในกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวิธีทัศน์และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบอธิบายปกติ โดยใช้สถิติ Paired t-test

ความรู้เรื่องการผ่าตัด	n	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
		M	SD	M	SD		
กลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวิธีทัศน์	32	6.69	1.96	8.03	1.15	-4.431	<.001***
กลุ่มที่ได้รับการสอนแบบอธิบายปกติ	32	5.13	1.77	7.31	1.18	-5.432	<.001***

จากตาราง 1 พบว่าหลังการขึ้นฝึกในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2 กลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวิธีทัศน์มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการผ่าตัด ($M=8.03$, $SD=1.15$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M=6.69$, $SD=1.96$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=-4.431$) ส่วนกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบอธิบายปกติ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการผ่าตัด ($M=7.31$, $SD=1.18$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M=5.13$, $SD=1.77$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t=-5.432$)

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการผ่าตัดก่อนและหลังการขึ้นฝึกในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2 ในกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวิธีทัศน์และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบอธิบายปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test

ความรู้เรื่องการผ่าตัด	ก่อนการทดลอง (n=32)				หลังการทดลอง (n=32)			
	M	SD	t	p	M	SD	t	p
กลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวิธีทัศน์	6.69	1.96	-3.346	.001	8.03	1.15	-2.472	.05
กลุ่มที่ได้รับการสอนแบบอธิบายปกติ	5.13	1.77			7.31	1.18		

จากตาราง 2 พบว่าก่อนการขึ้นฝึกในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2 กลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวิธีทัศน์มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการผ่าตัด ($M=6.69$, $SD=1.96$) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบอธิบายปกติ ($M=5.13$, $SD=1.77$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=-3.346$) ส่วนหลังการขึ้นฝึกในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2 กลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวิธีทัศน์มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการผ่าตัด ($M=8.03$, $SD=1.15$) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบอธิบายปกติ ($M=7.31$, $SD=1.18$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=-2.472$)

2. เปรียบเทียบความมั่นใจในการปฏิบัติการเช็ดตา หลังการขึ้นฝึกในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบอธิบายปกติ ดังแสดงในตาราง 3 และตาราง 4

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความมั่นใจในการปฏิบัติการเช็ดตาก่อนและหลังการขึ้นฝึกในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2 ในกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบอธิบายปกติ โดยใช้สถิติ Paired t-test

ความมั่นใจในการปฏิบัติการเช็ดตา	n	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
		M	SD	M	SD		
กลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์	32	3.51	.65	4.66	0.25	-12.417	<.001***
กลุ่มที่ได้รับการสอนแบบอธิบายปกติ	32	3.54	.50	4.44	0.34	-9.512	<.001***

จากตาราง 3 พบว่าหลังการขึ้นฝึกในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2 กลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์มีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการเช็ดตา ($M=4.66$, $SD=.25$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M=3.51$, $SD=.65$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=-12.417$) ส่วนกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบอธิบายปกติ มีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการเช็ดตา ($M=4.44$, $SD=.34$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M=3.54$, $SD=.50$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t=-9.512$)

ตาราง 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความมั่นใจในการปฏิบัติการเช็ดตาก่อนและหลังการขึ้นฝึกในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2 ในกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบอธิบายปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test

ความมั่นใจในการปฏิบัติการเช็ดตา	n	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
		M	SD	t	p	M	SD	t	p
กลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์		3.51	0.65	.216	.001	4.65	0.25	-2.833	.05*
กลุ่มที่ได้รับการสอนแบบอธิบายปกติ		3.54	0.50			4.44	0.34		

* $p>.05$

จากตาราง 4 พบว่าก่อนการขึ้นฝึกในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2 กลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์มีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการเช็ดตา ($M=3.51$, $SD=.65$) ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบอธิบายปกติ ($M=3.54$, $SD=.50$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=.216$) ส่วนหลังการขึ้นฝึกในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2 กลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์มีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการเช็ดตา ($M=4.65$, $SD=.25$) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบอธิบายปกติ ($M=4.44$, $SD=.34$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=-2.833$)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะปฏิบัติการเช็ดตา หลังการขึ้นฝึกในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2 ในกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบอธิบายปกติ ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะปฏิบัติการชีวิตหลังการขึ้นฝึกในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2 ในกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบอธิบายปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test

ทักษะปฏิบัติการชีวิต	n	กลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์		กลุ่มที่ได้รับการสอนแบบอธิบายปกติ		t	p-value
		M	SD	M	SD		
หลังการทดลอง	32	31.81	1.00	29.16	1.50	-8.321	<.001***

จากตาราง 5 พบว่าหลังการขึ้นฝึกในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 2 กลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์มีคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติการชีวิต ($M=31.81$, $SD=1.00$) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบอธิบายปกติ ($M=29.16$, $SD=1.50$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t=-8.321$)

4. ศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์เรื่องการชีวิต

ตาราง 6 ความพึงพอใจเฉลี่ยของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์เรื่องการชีวิต (ด้านเนื้อหา) (n=32)

ความพึงพอใจ	M	SD	ระดับความพึงพอใจ	อันดับ
ด้านภาพประกอบ	4.26	0.44	มาก	5
ด้านเนื้อหา	4.48	0.44	มาก	3
ด้านการนำเสนอและเสียงบรรยาย	4.45	0.44	มาก	4
การสรุปเนื้อหา	4.51	0.49	มากที่สุด	2
การนำไปใช้ประโยชน์	4.71	0.46	มากที่สุด	1
ความพึงพอใจโดยรวมด้านเนื้อหา	4.48	0.37	มาก	

จากตาราง 6 พบว่าความพึงพอใจโดยรวมของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์เรื่องการชีวิต (ด้านเนื้อหา) พบว่า กลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ มีความพึงพอใจเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 4.48 ($SD=.37$) โดยด้านการนำไปใช้ประโยชน์มีความพึงพอใจสูงสุด เท่ากับ 4.71 ($SD=.46$) และด้านภาพประกอบมีความพึงพอใจต่ำสุด เท่ากับ 4.26 ($SD=.44$)

ตาราง 7 ความพึงพอใจเฉลี่ยของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์เรื่องการชีวิต (ด้านคุณภาพ) (n=32)

ความพึงพอใจ	M	SD	ระดับความพึงพอใจ	อันดับ
ด้านภาพประกอบ	4.44	0.46	มาก	3
ด้านภาพเคลื่อนไหว	4.50	0.47	มากที่สุด	2
ด้านตัวอักษร	4.30	0.48	มาก	5
ด้านของเสียงบรรยาย	4.42	0.53	มาก	4
เทคนิคการนำเสนอ	4.51	0.43	มากที่สุด	1
ความพึงพอใจโดยรวมด้านคุณภาพ	4.43	0.35	มาก	

จากตาราง 7 พบว่าความพึงพอใจโดยรวมของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์เรื่องการชีวิต (ด้านคุณภาพ) พบว่า กลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ มีความพึงพอใจเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 4.43 ($SD=.35$) โดยเทคนิคการนำเสนอมีความพึงพอใจสูงสุด เท่ากับ 4.51 ($SD=.43$) และด้านตัวอักษรมีความพึงพอใจต่ำสุด เท่ากับ 4.30 ($SD=.48$)

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้กลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการเช็ดตาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบอธิบายปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=-3.346$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Suthisa, & Somchit (2014) ศึกษาผลของการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้สื่อมัลติมีเดียต่อความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันของนักศึกษาพยาบาล พบว่าคะแนนความรู้ในการปฏิบัติพยาบาลสำหรับเด็กป่วยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันของนักศึกษาในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) และคะแนนความรู้ในการปฏิบัติพยาบาลสำหรับเด็กป่วยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันของนักศึกษาหลังการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้สื่อมัลติมีเดียมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) สามารถนำไปเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อส่งเสริมให้นักศึกษามีความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติพยาบาลเด็กเพิ่มขึ้น และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติพยาบาลได้

กลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์มีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการเช็ดตาสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=-12.417$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Apisara, & Orachon (2015) ศึกษาผลของการใช้วีดิทัศน์แบบแผนการดูแลผู้ป่วยประจำวันต่อความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์เพื่อการรณรงค์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราชมหาวิทยาลัยราชพฤกษ์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยหลังใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการสอนตามปกติสูงกว่าก่อนใช้วีดิทัศน์ และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ Suthisa, & Somchit (2014) ศึกษาผลของการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้สื่อมัลติมีเดียต่อความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันของนักศึกษาพยาบาล พบว่า คะแนนความมั่นใจในการปฏิบัติพยาบาลสำหรับเด็กป่วยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันของนักศึกษาในกลุ่มทดลอง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และคะแนนความมั่นใจในการปฏิบัติพยาบาล สำหรับเด็กป่วยโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันของนักศึกษาหลังการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้สื่อมัลติมีเดียมากกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ดังนั้นการพัฒนาสื่อการเรียนการสอน เพื่อให้ผู้เรียนได้ ทบทวนเรียนรู้ด้วยตนเอง นำไปสู่ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อ ผู้ป่วย จะส่งผลให้การศึกษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากเป็นสื่อที่ทั้งภาพและเสียงประกอบเป็นสิ่งเร้าที่ผ่าน การสัมผัสทางตา และทางหู ช่วยให้เกิดการเรียนรู้และจดจำได้ดีขึ้น มีประโยชน์ต่อการเรียนการสอนมาก (Apisara & Orachon, 2015)

กลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์มีคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติการเช็ดตาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบอธิบายปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=-8.321$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chitraporn, & Noppadon (2019) พัฒนาสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ตามแนวคิด Flipped Classroom เรื่อง การตรวจร่างกาย พบว่า ทักษะปฏิบัติหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อีกทั้งนักศึกษายังสามารถประเมินตนเองโดยใช้วีดิทัศน์ได้อีกด้วยตามแบบบันทึกการสนับสวาระแบบค้างไว้ ซึ่งนักศึกษาได้ทักษะด้านการสื่อสารพูดอธิบายขณะฝึกปฏิบัติ มีความสนใจและมีแรงจูงใจในการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้นด้วย (Moon, Yong & Hyejung, 2010)

ความพึงพอใจโดยรวมของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์เรื่องการเช็ดตา (ด้านเนื้อหา) พบว่ามีความพึงพอใจเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 4.48 ($SD=0.37$) ความพึงพอใจโดยรวมของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์เรื่องการเช็ดตา (ด้านคุณภาพ) พบว่ามีความพึงพอใจเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 4.43 ($SD=0.35$) ซึ่งนักศึกษามีความพึงพอใจสูงสุดด้านการนำไปใช้ประโยชน์ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.71 ($SD=.46$) หลังจากศึกษาวีดิทัศน์เรื่องการเช็ดตาแล้วนักศึกษาสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในการดูแลผู้ป่วยบนหอผู้ป่วย ทั้งด้านการล้างมือ การเตรียมอุปกรณ์ ขั้นตอนการเช็ดตา การชี้แจงผู้ป่วยขณะปฏิบัติการพยาบาล และหลักทฤษฎีที่สำคัญของการหยอดตา แตกต่างจากวีดิทัศน์อื่นๆ ซึ่งอาจมีขั้นตอนหรือการอธิบายที่ไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chitraporn, & Noppadon (2019) พัฒนาสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ตามแนวคิด Flipped Classroom เรื่อง การตรวจร่างกาย พบว่าวีดิทัศน์เพื่อการ

เรียนรู้ตามแนวคิด Flipped Classroom ในรูปแบบดิจิทัล มีคุณภาพระดับดีมาก และความพึงพอใจของผู้เรียนที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ตามแนวคิด Flipped Classroom อยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด

สื่อวีดิทัศน์จึงเป็นสื่อการเรียนการสอนอีกอย่างหนึ่ง ที่สามารถทำให้นักศึกษาเกิดกระบวนการเรียนรู้ได้ หากสื่อนั้นมีคุณภาพ ดังเช่นการศึกษาของ Wiyada (2013) ศึกษาประสิทธิภาพสื่อวีดิทัศน์เรื่องการสวนล้างช่องคลอดในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องการสวนล้างช่องคลอด สามารถปฏิบัติการสวนล้างช่องคลอดจากสถานการณ์จำลอง (E1) ได้ค่าร้อยละของคะแนนเฉลี่ย E1 เท่ากับ 86.77 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมาย E1=80 ที่ได้กำหนดไว้ และสามารถปฏิบัติการสวนล้างช่องคลอดจากสถานการณ์จริง E2 ได้ค่าร้อยละของคะแนนเฉลี่ย E2 เท่ากับ 94.31 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมาย E2=80 ที่ได้กำหนดไว้ และมีความพึงพอใจของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์ อยู่ในระดับมาก ($M=4.41$, $SD=.56$) มั่นใจได้ว่าสื่อวีดิทัศน์เรื่องการสวนล้างช่องคลอด จะมีคุณค่าต่อการเรียนการสอนมาก ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยคือการสร้างสื่อให้มีคุณภาพ เป็นสิ่งสำคัญที่จะละเลยมิได้ การดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผนการผลิตสื่อ ขั้นตอนการผลิตสื่อ และขั้นตอนการประเมิน โดยเฉพาะการปรับปรุงแก้ไขสื่อวีดิทัศน์ และการศึกษาของ Suthisa, Thitima, & Preecha (2019) เรื่องการพัฒนาสื่อมัลติมีเดียเรื่องการบริหารยาในเด็กสำหรับนักศึกษาพยาบาล พบว่า สื่อมีความน่าสนใจและเข้าใจง่าย คะแนนความรู้หลังเรียนในสื่อมัลติมีเดียเรื่องการบริหารยาในเด็กมากกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=12.09$, $p<.01$) อีกทั้งสื่อวีดิทัศน์นอกจากจะส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองแล้ว ยังสามารถทำให้นักศึกษาลดความเครียดได้อีกด้วยดังเช่นการศึกษาของ Patomporn, & Sawittree (2017) เรื่องการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ปฏิบัติสมาธิด้วยการหายใจเพื่อลดความเครียดในการสอบหลังฝึกปฏิบัติงานวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจในการใช้สื่อวีดิทัศน์โดยภาพรวมในระดับมากที่สุด ($M=3.57$, $SD=0.49$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในการสอบหลังการใช้สื่อวีดิทัศน์ ($M=1.41$, $SD=0.41$) น้อยกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดก่อนใช้สื่อวีดิทัศน์ ($M=1.67$, $SD=0.45$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=6.54$, $p<0.001$)

จะเห็นได้ว่า การใช้สื่อวีดิทัศน์มาช่วยในการจัดการเรียนการสอนตามปกติ นั้น ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล สามารถปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลได้ มากกว่าการเรียนตามปกติเพียงอย่างเดียว จึงควรจัดทำสื่อวีดิทัศน์ในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอน โดยเฉพาะเรื่องที่มีระยะเวลาในการสอนสั้น ๆ แล้วเผยแพร่ในอินเทอร์เน็ต เพื่อให้นักศึกษาสามารถเข้าไปศึกษา และทบทวนได้ตลอดเวลา สะดวก ไม่เกิดการติดขัดในการเข้าไปศึกษา จะเกิดประสิทธิภาพต่อการเรียนการสอนอย่างมาก ตลอดจนการเลือกใช้สื่อที่มีความเหมาะสมกับวัย และความสนใจของนักศึกษา นำมาใช้ในกระบวนการเรียนการสอน ทำให้รูปแบบการเรียนการสอนน่าสนใจยิ่งขึ้น สามารถเลือกดูภาพซ้ำหรือหยุดเฉพาะภาพได้ เห็นภาพเคลื่อนไหว ได้ยินเสียง ได้แนวทางการปฏิบัติ เมื่อต้องฝึกปฏิบัติงานจริง จะสร้างความมั่นใจในการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น สามารถทบทวนความรู้ ทำให้เกิดการเรียนรู้และจดจำได้มากขึ้น และสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

การนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านวิชาการ ได้พัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอน โดยรูปแบบวิธีการสอนที่ใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการสร้างสื่อการสอน ซึ่งสอดคล้องกับการจัดการเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 เพื่อให้นักศึกษาได้ศึกษาล่วงหน้าก่อนฝึกปฏิบัติ

ด้านบริการ สามารถนำสื่อวีดิทัศน์จากผลงานวิจัยนี้ไปใช้ประโยชน์ต่อผู้ป่วย พยาบาลบนหอผู้ป่วยจักษุ เพื่อเปิดสอนผู้ป่วยและญาติ ประกอบการสาธิต เมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านหลังผ่าตัด

ด้านวิจัย ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำวิจัยในรูปแบบการสอนวิธีอื่น ๆ เพื่อพัฒนาการสอนให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิจัยพบว่าสื่อวีดิทัศน์เรื่องการเช็ดตาสามารถทำให้นักศึกษามีความรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติ เกิดทักษะการปฏิบัติที่ดี จึงควรมีการผลิตสื่อวีดิทัศน์ในเรื่องอื่นๆ ที่หลากหลายเพิ่มมากขึ้นและพัฒนาให้ทันสมัยสามารถเข้าศึกษาได้ทุกที่ทุกเวลา

References

- Apisara, J., & Orachon, S. (2015). Effects of Using Daily Care Plan Video Teaching on Clinical Self-Confidence and Satisfaction of Nursing Students, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University. *Kuakarun Journal of Nursing*, 22(1), 17-34. (in Thai)
- Burns, N., & Grove, S. (2009). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence*. (6th ed.). Saunders Elsevier: St. Louis.
- Chitraporn, C., & Noppadon, P. (2019). The Development of Instructional Video on Physical Examination in Health Assessment Course based on Flipped Classroom Concept. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, 11(1), 249-258. (in Thai)
- Knowles, M. (1984). *The Adult Learner: A Neglected Species*. (3rd ed.). Houston: Gulf.
- Moon, Y., Yong, Y., & Hyejung, L. (2010). Nursing Student's Self-Evaluation Using a Video Recording of Foley Catheterization: Effects on Students' Competence, Communication Skills, and Learning Motivation. *Journal of Nursing Education*, 49(7), 402-405.
- Patomporn, P., & Sawittree, W. (2017). Development of Video Media on Breathing Meditation Program for Nursing Students for Stress Relief during Examinations. *EAU Heritage Journal Social Science and Humanity*, 7(3), 70-80. (in Thai)
- Piriyakorn, K., Thrngsuda, K., & Saranya, P. (2012). *Satisfaction and Learning Outcomes of Nursing Students about Learning Media for Promote to Basic Nursing Skills*. Retrieved October 9, 2018 from http://mis.cola.kku.ac.th/files/gs_attachment_files/files/465/HS_020.pdf?1402718961.
- Polit, D., & Hungler, B. (1999). *Nursing Research Principles and Methods*. (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Sakchai, W., & Kittichai, A. (2008). *Ophthalmology Nursing Textbook*. Bangkok: Good typing. (in Thai)
- Suthisa, L., Thitima, S., & Preecha, L. (2019). Development of Pediatric Medication Administration Multimedia for Nursing students. *Nursing Journal*, 46(1), 109-120. (in Thai)
- Wiyada, P. (2013). The Efficiency of Insructional Media of Vaginal Douche for Nursing Care of Persons with Health Problem Practicum III, Boromarajonani College of Nursing, Udonthani. *Journal of Nurses Association of Thailand Northeastern Devision*, 31(3), 99-106. (in Thai)

การรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมน ในโรงพยาบาลขอนแก่น

Breast Cancer Survivorship of Patients after Receiving Anti-Hormonal Therapy in Khon Kaen Hospital

ภคณัฐ วีระขจร^{1*}, โชคชัย ล้อมทอง² และ นภาพา สิงห์วีระธรรม³

Phakchanat Weerakhachon^{1*}, Chokchai Lomthong² and Noppcha Singweratham³

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา^{1*}, โรงพยาบาลขอนแก่น²,

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุขกาญจนาภิเษก³

Sirindhorn College of Public Health, Yala Province^{1*}, Khon Kaen Hospital²,

Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology³

(Received: October 30, 2019; Revised: April 19, 2020; Accepted: May 1, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบย้อนหลังแบบพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนชนิดรับประทาน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนชนิดรับประทาน จำนวน 620 คน ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2548 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2559 และติดตามสถานะจนกระทั่งถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2561 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในศูนย์รังสีรักษาและเคมีบำบัด สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้วิธีของ แคปแลนและไมเยอร์ (Kaplan-Meier) ในการวิเคราะห์อัตราการรอดชีพ และใช้ Log-Rank test ในการทดสอบทางสถิติ ผลวิจัยพบว่า

อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนชนิดรับประทานผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีอายุเฉลี่ย 53.4 ปี ($SD=10.8$) อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนจำแนกตามชนิดของยาต้านฮอร์โมนกลุ่มที่ได้ยาต้านฮอร์โมนชนิด Tamoxifen อย่างเดียวย้อยละ 41.90, ชนิด Letozole อย่างเดียวย้อยละ 22.55 และกลุ่มที่ได้รับยาทั้งสองชนิดร่วมกัน (Tamoxifen ร่วมกับ Letozole) ร้อยละ 35.55 โดยอัตราการรอดชีพรวมทั้งระยะเวลา 1, 3 และ 5 ปี เท่ากับร้อยละ 96, 86 และ 78 ระยะเวลาการรอดชีพโดยรวมหลังได้รับยาต้านฮอร์โมนเท่ากับ 5.6 ปี กลุ่มที่ได้รับยาทั้งสองชนิดร่วมกัน (Tamoxifen ร่วมกับ Letozole) มีอัตราการรอดชีพที่สูงสุดเท่ากับ 4.6 ปี ซึ่งอัตราการรอดชีพโดยรวมที่ 5 ปี เท่ากับร้อยละ 74.7 (95%CI:=68.03 ถึง 80.19) รองลงมาคือกลุ่มที่ได้รับยาชนิด Letozole อย่างเดียวเท่ากับ 3.2 ปี และอัตราการรอดชีพโดยรวมที่ 5 ปี เท่ากับร้อยละ 62.9 (95%CI:=53.55 ถึง 70.94) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาต้านฮอร์โมนจำแนกตามระยะของมะเร็งเต้านมในแต่ละปัจจัยพบว่า กลุ่มมะเร็งเต้านมระยะที่ 3 มีอัตราการรอดชีพเท่ากับ 3.5 ปี และอัตราการรอดชีพที่ 5 ปี เท่ากับร้อยละ 65.8 (95%CI:=57.71 ถึง 72.63) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มระยะที่ 4

จากผลการศึกษาสามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อหาแนวทางในการแผนการรักษาซึ่งเป็นการเพิ่มโอกาสในการรอดชีพในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับยาต้านฮอร์โมนชนิดอื่นต่อไป

คำสำคัญ: ยาต้านฮอร์โมนชนิดรับประทาน, ระยะเวลาการรอดชีพ, มะเร็งเต้านม

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: deaw1669@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 097-3589549)

Abstract

This retrospective descriptive research aimed to study the survivorship of breast cancer patients after receiving oral antiretroviral therapy. The sample consisted of 620 patients with breast cancer receiving oral antiretroviral therapy who registered during the period between January 1, 2005, to December 31, 2016, and had been followed up until February 28, 2018, at Khon Kaen center of excellence for cancer. Data were collected using a patient form. Data were analyzed using frequency, percentage, standard deviation and the Kaplan – Meier method in the analysis of survival rates. Log-rank test was used in statistical tests.

Results showed that the average age was 53.4 ($SD=10.8$) years, 41.90 percent received Tamoxifen only, 22.5 percent received Letozole alone and 35.55 percent had Tamoxifen together with Letozole, with the total survival rates at periods 1, 3 and 5 years equal to 96, 86 and 78 percent, respectively. The overall survival period after receiving antiretroviral therapy was 5.6 years. The two groups receiving the drugs together (Tamoxifen with Letozole) had the highest survival rate of 4.6 years. The overall survival rate at 5 years was equal to 74.7 percent (95% CI: = 68.03 to 80.19), followed by the group receiving the same type of drug (Letozole, 3.2 years). The overall 5-year survival rate was 62.9 percent (95% CI: = 53.55 to 70.94). When comparing the differences of survival in each factor, it was found that the breast cancer stage 3 had a survival rate of 3.5 years and a survival rate of 5 years was 65.8 percent (95% CI: = 57.71 to 72.63), which was higher than the stage 4 group.

From the results, the study can be applied to find a guideline for survivorship care plan that increases the chances of survivorship of breast cancer patients who received anti-hormone drugs.

Keywords: Oral Anti-Hormonal Drugs, Survivorship, Breast Cancer

บทนำ

ประเทศไทยมีอัตราการอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมและการเสียชีวิตถึง 30.7 และ 10.8 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา พบว่าอัตราการอุบัติการณ์และการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมในประเทศไทยสูงกว่าในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา (Khuhaprema, 2012; International Agency for Research on Cancer, 2013) โดยมะเร็งที่พบ 5 อันดับแรกในเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งลำไส้และทวารหนัก และมะเร็งปอดและหลอดลม ตามลำดับ (Imsamran, et al., 2015) จะเห็นได้ว่ามะเร็งที่พบอันดับแรกในเพศหญิง คือ มะเร็งเต้านม สอดคล้องกับสถิติโรคมะเร็งของโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ เฉลี่ย 3 ปีซ้อนหลัง (พ.ศ.2559-2560) มีจำนวน 881 คน

มะเร็งเต้านมในเพศหญิงมีสาเหตุเกิดจากหลายปัจจัย เช่น การมีบุตรคนแรกเมื่ออายุน้อย มีบุตรน้อย มีระยะเวลาในการให้สมบุตรสั้น (Kelsey, Gammon, & John, 1993) การได้รับ Exogenous Hormone รวมถึงการได้รับ Estrogen-Menopausal Period (IARC, 1999) และยังพบว่าการทานอาหารพวกเนื้อสัตว์ (Red – Meat) จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเป็นมะเร็งเต้านมอีกด้วย (Department of health, 1998) จะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านฮอร์โมนมีความสำคัญมากในการเกิดโรคมะเร็งในเพศหญิง

ปัจจุบันมีวิธีการรักษามะเร็งเต้านมประกอบด้วยการรักษาด้วยวิธีการรักษาหลัก ได้แก่ การผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา (Supaporn, Kranjanalab, & Wongkiat, 2004) และการรักษามะเร็งเต้านมด้วยยาต้านฮอร์โมน

โมนชนิดรับประทาน (Hormonal Therapy) ที่จัดเป็นการรักษาเสริม (Adjuvant Therapy) โดยได้มีการนำวิธีการรักษาเสริมมาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา (Hammond, Hayes, Dowsett, Allred, Hagerty, Badve, et al. 2010) เนื่องจากเอสโตรเจนเป็นฮอร์โมนที่มีบทบาทสำคัญในการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งเต้านม ดังนั้นผู้ป่วยที่มีผลการตรวจตัวรับฮอร์โมนเป็นบวก (Hormonal Receptor Positive) การรักษาอาจทำได้โดยการให้ยาเพื่อต้านการทำงานของฮอร์โมนเอสโตรเจน เช่น Tamoxifen, Letrozole, Anastrozole หรือ Exemestane (Phaluksuk, Srikun, Raksilp, Chueasatuchon, Suwanpaeng, Suwanrungrung, et al, 2014) โดยร้อยละ 56 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่จะได้รับยาต้านฮอร์โมน ประกอบกับศึกษาอัตราการรอดชีพในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาต้านฮอร์โมนชนิดรับประทานในกลุ่มยาดังกล่าวจะพบในต่างประเทศ โดยในประเทศไทยมีข้อมูลค่อนข้างจำกัดรวมถึงในปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปการให้ยา Tamoxifen นานกว่า 5 ปี ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะต้นจะได้ประโยชน์เพิ่มขึ้น เนื่องจากให้ยาต้านฮอร์โมนเป็นเพียงแค่การรักษาเสริมเท่านั้น Hammond, Hayes, Dowsett, Allred, Hagerty, Badve, et al., (2010) ซึ่งปัจจุบันมีข้อมูลเบื้องต้นจากการศึกษาการรักษาเสริมในการใช้ยาต้านฮอร์โมน Tamoxifen ทั้งแบบระยะยาวและระยะสั้น (Peto, & Davies, 2007) และในระยะยาวไปเรื่อย (Gray, Rea, Handley, Marshall, Pritchard, Perry, et al., 2008) พบว่า การเพิ่มระยะเวลาในการให้ Tamoxifen จากเดิม 5 ปี เป็น 10 ปี สามารถลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำและเพิ่มอัตราการรอด และมะเร็งไม่กระจายที่อื่นและไม่กลับเป็นซ้ำ แต่ไม่มีความแตกต่างในอัตราการรอดชีพโดยรวม ซึ่งคงต้องรอผลสรุปจากการติดตามผู้ป่วยในระยะยาวต่อไป

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาอัตราการรอดชีพในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนชนิดรับประทานในโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับนำมาวางแผนการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมถึงการเพิ่มโอกาสในการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และยังสามารถเป็นแหล่งอ้างอิงข้อมูลที่สำคัญในการศึกษาวิจัยต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนชนิดรับประทาน ในโรงพยาบาลขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาต้านฮอร์โมนจำแนกตามระยะของมะเร็งเต้านม ในโรงพยาบาลขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนจำแนกตามชนิดของยาต้านฮอร์โมน ในโรงพยาบาลขอนแก่น

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยการเก็บข้อมูลแบบย้อนหลัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาฮอร์โมนชนิดรับประทาน Tamoxifen, Letrozole, และ Tamoxifen ร่วมกับ Letrozole ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2548 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2559 และเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2548 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2561 จำนวน 3,659 คน รับบริการในโรงพยาบาลขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนชนิดรับประทานในโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างที่สามารถประมาณค่าและพรรณนาลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการหาอัตราการรอดชีพด้วยยาต้านฮอร์โมน ผู้วิจัยจึงได้ใช้สูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Freedman โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบที่ร้อยละ 88 เนื่องจากเป็นวิจัย

ทางคลินิกและได้ทำการศึกษาย้อนหลังจึงได้กำหนดอำนาจในการทดสอบที่ร้อยละ 88 เพื่อเปรียบเทียบเพื่อสรุปผลในเรื่องที่มีผลกระทบสูง (Sensitive) ได้ขนาดตัวอย่าง 620 ราย โดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าและคัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. สัญชาติไทย
2. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเต้านม
3. มีผลการตรวจยืนยันทางพยาธิวิทยาที่มีตัวรับฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) และ โปรเจสเตอโรน (Progesterone) เป็นบวก
4. ได้รับการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนชนิดรับประทาน ที่เคยได้รับการรักษาร่วมกับวิธีการรักษาอื่นมาก่อน เช่น การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด และการให้รังสีรักษา
5. แพทย์ระบุสาเหตุการเสียชีวิตโดยมีสาเหตุมาจากมะเร็งเต้านมที่เป็นสาเหตุการตายหลัก (Principal diagnosis)

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ข้อมูลเกี่ยวกับวันที่ของการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนชนิดรับประทานที่ไม่ชัดเจน
2. ข้อมูลวันที่สาเหตุของการเสียชีวิตที่ไม่ชัดเจน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ได้สร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมและผลของการวิจัยที่มีความเกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบบันทึกข้อมูลจากผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง ความเป็นปัจจุบัน ความสมบูรณ์ครบถ้วน และความชัดเจนของภาษา รวมถึงความสอดคล้องกับขอบเขตการวิจัยเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำเครื่องมือไปใช้เก็บข้อมูล ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา CVI (Content Validity Index) = 0.9 จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ดังนี้ ด้านรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา มหาวิทยาลัยขอนแก่น ด้านการจัดการผลิตภัณฑ์สุขภาพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ด้านสาธารณสุขศาสตร์ ด้านวิทยาการระบาดวิทยา มหาวิทยาลัยขอนแก่น และด้านวิชาชีพสถิติ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคคลประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมประกอบด้วย วิถีวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาชนิดของเซลล์มะเร็ง ระยะของมะเร็ง ลักษณะเซลล์วิทยาของมะเร็ง ปัจจัยเสี่ยงชี้ทางชีวภาพ ได้แก่ การตรวจตัวกระตุ้นตัวรับสัญญาณฮอร์โมนเอสโตรเจน Estrogen Receptor (ER+) และ Estrogen Receptor (ER-)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาประกอบด้วย วันเดือนปีที่เริ่มต้นได้รับการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนชนิดรับประทาน ข้อมูลการติดตามผู้ป่วยในช่วงที่ทำการรักษา ข้อมูลการสิ้นสุดการติดตาม

ส่วนที่ 4 ข้อมูลสถานะปัจจุบันของผู้ป่วย ประกอบด้วย วันเดือนปี ของการรักษา และในกรณีที่มีการเสียชีวิต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เสนอโครงร่างวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น หลังจากที่ได้การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อศึกษาข้อมูลจากฐานข้อมูล เวชระเบียน และรายงานต่าง ๆ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. จัดทำหนังสือถึงศูนย์รังสีรักษาและเคมีบำบัด โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2548 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2559 และเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2548 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2561 รายตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก ให้ได้จำนวน 620 ราย

3. ตรวจสอบ วัน เดือน ปี เสียชีวิต โดยใช้หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย ระบบออนไลน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (NHSO Smart Card Authentication System) ซึ่งสามารถเชื่อมต่อเข้าสู่ระบบของสำนักทะเบียนราษฎร และคัดลอกข้อมูลการเสียชีวิตจากฐานข้อมูลดังกล่าวในแบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้น

4. บันทึกข้อมูลเข้าเครื่องคอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรมไมโครซอฟต์เอ็กเซล (Microsoft Excel)

5. ตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรม STATA Version 13.1 for Windows ซึ่งเป็นลิขสิทธิ์ของศูนย์แพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลขอนแก่น สำหรับการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติที่ใช้เพื่อศึกษาอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนชนิดรับประทาน ตามระยะของมะเร็งเต้านม และตามชนิดของยาต้านฮอร์โมน โดยรายงานค่า Median Survival Time และ 95% CI ซึ่งหาได้จาก Kaplan-Meier Survival Time ณ ที่จุดเวลา 1 ปี 3 ปี และ 5 ปี โดยใช้ Log-rank test ในการทดสอบทางสถิติ (Freedman, 1982) โดยคำสั่งที่ใช้ในโปรแกรม STATA Version 13.0 for Windows

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยจะดำเนินการเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลขอนแก่น โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) เลขที่ 61022

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ในระยะติดตาม 2,969.4 คน-ปี เสียชีวิตทั้งหมด 134 คน คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตทั้งหมด 4.51 ต่อ 100 คน/ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 90.30 มีสิทธิการรักษาพยาบาลแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 78.72 วิถีวินิจัยทางพยาธิวิทยา เป็นการตรวจชิ้นเนื้อปฐภูมิ ร้อยละ 94.45 มีลักษณะของเซลล์มะเร็งเต้านมชนิด Ductal Carcinoma ร้อยละ 96.12 รับประทานยาต้านฮอร์โมนชนิดรับประทาน Tamoxifen อย่างเดียว ร้อยละ 41.90 รองลงมาได้ยาทั้ง Tamoxifen ร่วมกับ Letrozole ร้อยละ 35.55 และรับยาชนิด Letrozole อย่างเดียว ร้อยละ 22.55 ระยะของมะเร็งเต้านมพบว่าเป็นมะเร็งในระยะที่ 2 มากที่สุด ร้อยละ 48.22 รองลงมาคือระยะที่ 3 ร้อยละ 30.30 ระยะที่ 1 ร้อยละ 16.11 และระยะที่ 4 ร้อยละ 5.33

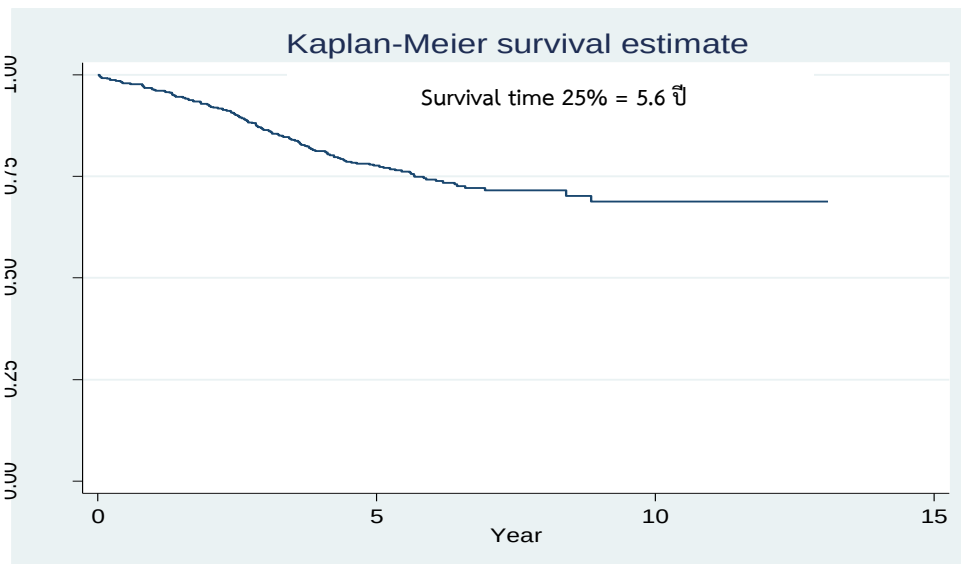
2. การรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมน

ตาราง 1 แสดงค่าร้อยละของ การรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมน

จำแนกรายปี	อัตราการรอดชีพ	95% CI
1 ปี	96	94.46 – 97.52
2 ปี	86	83.29 – 89.10
3 ปี	78	73.72 – 81.04

จากตาราง 1 พบว่า การรอดชีพในระยะเวลา 1 ปี ร้อยละ 96 (95%CI: 94.46 ถึง 97.52) 2 ปี ร้อยละ 86 (95%CI: 83.29 ถึง 89.10) และ 3 ปี ร้อยละ 78 (95%CI: 73.72 ถึง 81.04) การหาเส้นโค้งการรอดชีพ

(Survival Curve) โดยวิธีแคปแลนและไมเยอร์ พบว่าไม่สามารถหาค่ามัธยฐานระยะเวลารอดชีพ (Median Survival Time) หลังการได้รับยาต้านฮอร์โมนชนิดรับประทานได้ รวมถึงตัวแปรทุกตัวที่ศึกษาเนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิตยังไม่ถึงร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่าง แต่จากการศึกษาครั้งนี้สามารถหาระยะเวลาการรอดชีพที่ร้อยละ 25 เท่ากับ 5.6 ปี (ภาพ 1)

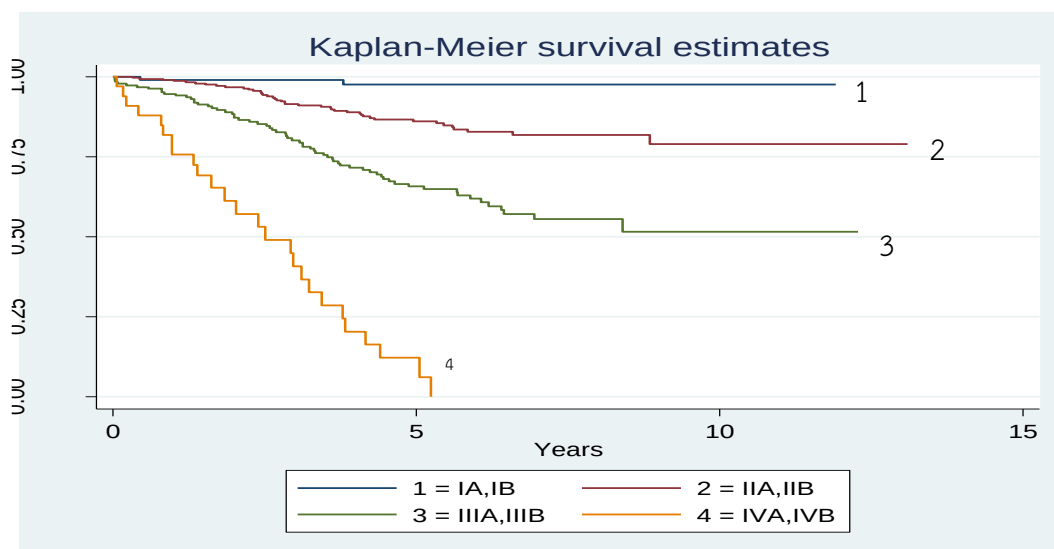


ภาพ 1 แสดงโค้งการรอดชีพโดยวิธีแคปแลนและไมเยอร์ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาต้านฮอร์โมนชนิดรับประทาน

ตาราง 2 แสดงอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาต้านฮอร์โมนจำแนกตามระยะของมะเร็งเต้านม

ระยะของมะเร็งเต้านม (Stage)	อัตราการรอดชีพที่ร้อยละ 25	อัตราการรอดชีพ (%) (5-Year Survival)
ระยะที่ 1 (IA,IB)	ไม่แสดงข้อมูล	97.6 (90.40-99.40)
ระยะที่ 2 (IIA,IIB)	ไม่แสดงข้อมูล	86.1 (81.03-89.89)
ระยะที่ 3 (IIIA,IIIB,IIIC)	3.5 ปี	65.8 (57.71-72.63)
ระยะที่ 4 (IV)	1.3 ปี	12.2 (3.13-28.01)

จากตาราง 2 พบว่า อัตราการรอดชีพที่ร้อยละ 25 ของระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 ไม่แสดงข้อมูลเนื่องจากมีจำนวนผู้เสียชีวิตน้อยกว่าร้อยละ 25 ของกลุ่มตัวอย่าง ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาต้านฮอร์โมนชนิดรับประทาน ส่วนในกลุ่มระยะที่ 3 เท่ากับ 3.5 ปี กลุ่มระยะที่ 4 เท่ากับ 1.3 ปี และพบว่าอัตราการรอดชีพหลังได้รับยาต้านฮอร์โมนในระยะเวลา 5 ปี กลุ่มระยะที่ 1 เท่ากับร้อยละ 97.6 (95%CI: 90.40 ถึง 99.40) กลุ่มระยะที่ 2 เท่ากับร้อยละ 86.1 (95%CI: 81.03 ถึง 89.89) กลุ่มระยะที่ 3 เท่ากับร้อยละ 65.8 (95%CI: 57.71 ถึง 72.63) และกลุ่มระยะที่ 4 เท่ากับร้อยละ 12.2 (95%CI: 3.13 ถึง 28.01) และการหาเส้นโค้งการรอดชีพ (Survival Curve) ของอัตราการรอดชีพของมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาต้านฮอร์โมนชนิดรับประทานจำแนกตามระยะของมะเร็งเต้านม (Stage) พบว่าเส้นโค้งของการรอดชีพของทั้งสี่กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Log-Rank test=200.76, p-value<0.001) (ภาพ 2)

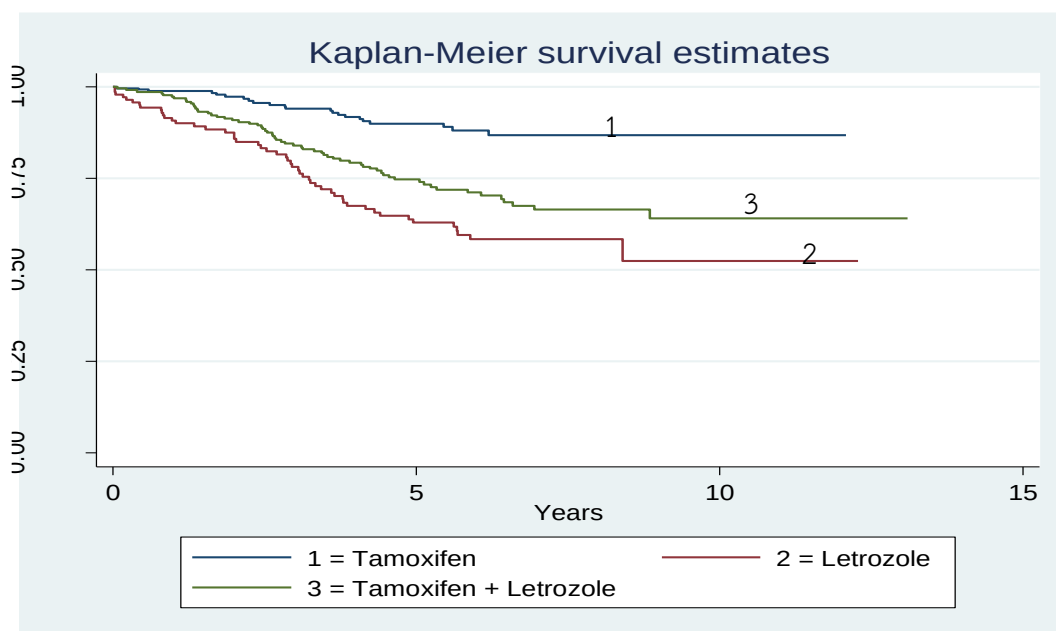


ภาพ 2 แสดงโค้งการรอดชีวิตการจำแนกตามระยะของมะเร็งเต้านม

ตาราง 3 แสดงอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนจำแนกตามชนิดของยาต้านฮอร์โมน

ยาต้านฮอร์โมนชนิด รับประทาน	อัตราการรอดชีพ ที่ร้อยละ 25	ระยะเวลาการรอดชีพ (%)		
		1 ปี (95%CI)	3 ปี (95%CI)	5 ปี (95%CI)
Tamoxifen	ไม่แสดงข้อมูล	98.8 (84.69 - 93.52)	94.0 (89.59 - 96.56)	90.0 (84.69 - 93.52)
Letrozole	3.2	90.7 (84.55 - 94.50)	78.1 (69.77 - 84.36)	62.9 (53.55 - 70.94)
Tamoxifen and Letrozole	4.6	96.8 (93.44 - 98.47)	84.0 (78.26 - 88.27)	74.7 (68.03 - 80.19)

จากตาราง 3 ไม่แสดงข้อมูลในอัตราการรอดชีพที่ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาต้านฮอร์โมนชนิดรับประทาน Tamoxifen เนื่องจากมีผู้ป่วยเสียชีวิตแต่น้อยกว่าร้อยละ 25 และจากการเปรียบเทียบระยะเวลาการรอดชีพปีที่ 1 ปีที่ 3 และปีที่ 5 กลุ่มที่รับประทานยา Tamoxifen มีระยะการรอดชีพดีที่สุดโดยระยะเวลาการรอดชีพ 1 ปีร้อยละ 98.8 (95%CI: 84.69 ถึง 93.52) 3 ปี ร้อยละ 94.0 (95%CI: 89.59 ถึง 96.56) อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาต้านฮอร์โมนชนิดรับประทานจำแนกตามชนิดของยาต้านฮอร์โมนที่ได้รับ พบว่าเส้นโค้งของการรอดชีพ ของทั้งสามกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{Log-Rank test}=36.45, p\text{-value} < 0.001$) (ภาพ 3)



ภาพ 3 แสดงโค้งการรอดเหตุการณ์จำแนกตามยาต้านฮอร์โมนชนิดรับประทาน

อภิปรายผล

นำเสนอการอภิปรายผล ในส่วนผลการศึกษาและรูปแบบการวิจัยที่ใช้ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาต้านฮอร์โมนชนิดรับประทาน

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนชนิดรับประทาน จำนวน 620 คน ในระยะติดตาม 2,969.4 คน/ปี เสียชีวิตทั้งหมด 134 คน คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตทั้งหมด 4.51 ต่อ 100 คน/ปี พบว่าอัตราการรอดชีพหลังได้รับยาต้านฮอร์โมนในระยะเวลา 1, 3 และ 5 ปี เท่ากับร้อยละ 96, 86 และ 78 ตามลำดับ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าระยะเวลาการรอดชีพภาพรวมที่ 5 ปี มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยพบว่ามีอัตราการรอดชีพ 1, 3 และ 5 ปี เป็นร้อยละ 83.3 59.9 และ 42.9 (Poum, Kamsa-Ard, & Promthet, 2012) และการศึกษาการรอดชีพและโมเลกุลซิปไทป์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังจากได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาที่หน่วยรังสีรักษาโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า อัตราการรอดชีพรวม 1, 3 และ 5 ปี เท่ากับร้อยละ 87.13, 68.38 และ 59.18 ตามลำดับ (Kongsiang, Tangworaphongchai, & Chiraphonkun, 2014) และมีความแตกต่างกับผลการศึกษาอัตราการรอดชีพและปัจจัยพยากรณ์ โรคของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต พบว่า อัตราการรอดชีพที่ 5 ปี เท่ากับร้อยละ 65.5 (Soimadee, 2017) อย่างไรก็ตามอัตราการรอดชีพที่มีความแตกต่างกันอาจเนื่องมาจากหลายปัจจัย เช่น การรักษาก่อนการมารับยาต้านฮอร์โมนชนิดรับประทานไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัด การฉายรังสี การได้รับยาเคมีบำบัด (Hammond, Hayes, Dowsett, Allred, Hagerty, Badve, et al. 2010) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างลักษณะทางประชากรของผู้ป่วย ลักษณะของโรคที่ยังมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ซึ่งแต่ละลักษณะของกลุ่มตัวอย่างก็มีผลต่ออัตราการรอดชีพของกลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้ผลของการศึกษาอัตราการรอดชีพครั้งนี้มีความแตกต่างกัน

2. อัตราการรอดชีพตามระยะของมะเร็งพบว่าจำแนกตามระยะของมะเร็งเต้านม (Stage) พบว่า อัตราการรอดชีพหลังได้รับยาต้านฮอร์โมนในระยะเวลา 5 ปี กลุ่มมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 มีอัตราการรอดชีพมากที่สุด เท่ากับร้อยละ 97.6 รองลงมาคือกลุ่มระยะที่ 2 กลุ่มระยะที่ 3 และกลุ่มระยะที่ 4 เท่ากับ 86.1, 65.8 และ 12.25 ตามลำดับ มีความแตกต่างกันตามระยะของมะเร็ง จะมีโอกาสในการรอดชีพถึงร้อยละ 100, 93, 72 และ 22 ตามลำดับ (American Cancer Society, 2013) และจากการศึกษาอัตราการรอดชีพและปัจจัยพยากรณ์โรคของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต พบว่าระยะที่ 1, 2, 3 และ 4 เท่ากับร้อยละ 82.4, 79.2, 45.3

และ 0 (Soimadee, 2017) และการศึกษาอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยพบว่ากลุ่มแรกเป็นผู้ป่วยในระยะที่ 1 และ 2 กลุ่มที่ 2 เป็นผู้ป่วยระยะที่ 3 และ 4 พบว่า อัตราการรอดชีพ 5 ปีของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในกลุ่มแรกสูงถึงร้อยละ 60 มากกว่ากลุ่มที่สองที่มีโอกาสรอดชีพเพียงร้อยละ 27 (Poum, Kamsa-Ard, Promthet, 2012) เนื่องจากระยะที่ 1 เป็นระยะเริ่มต้นหากได้รับการวินิจฉัยที่เร็วขึ้น และได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ส่งผลต่อการรอดชีพที่สูงขึ้น

3. อัตราการรอดชีพตามผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนชนิดรับประทานมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของ The Breast International Group ได้เปรียบเทียบข้อมูลของการติดตามการรักษาเป็นระยะเวลา 71 เดือน ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับยา Letrozole กับ Tamoxifen อย่างเดียวนาน 5 ปี พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยา Letrozole มีอัตราการรอดชีพร้อยละ 91.8 และผู้ป่วยที่ได้รับยา Tamoxifen มีอัตราการรอดชีพที่ 5 ปี ร้อยละ 90.9 (The Breast International Group, 2005) เนื่องจากฮอร์โมนมีผลต่อการเกิดโรคมะเร็ง ดังนั้นในการได้รับยาต้านฮอร์โมนมีผลไปยังฮอร์โมนดังกล่าว ในการลดการแพร่กระจายและการกลับมาเป็นซ้ำ

การนำเสนอแนะผลการวิจัยไปใช้

ผลจากการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้ที่ต้องการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมที่ทำการรักษาด้วยยาอื่น ๆ ต่อไป ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติที่มีการตรวจตัวรับสัญญาณเอสโตรเจน เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับยาต้านฮอร์โมนทุกราย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในรูปแบบของการเปรียบเทียบระยะเวลาการรอดชีพ ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาก่อนมารับยาต้านฮอร์โมนชนิดรับประทาน เช่น การผ่าตัด การฉายรังสี และการได้รับยาเคมีบำบัดว่ามีอัตราการรอดชีพต่างกันอย่างไร
2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในการรักษาทุกรูปแบบ
3. ควรมีติดตามการใช้ยาหรือศึกษาเกี่ยวกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาต้านฮอร์โมนชนิดรับประทาน

References

- American Cancer Society. (2013). Breast Cancer Survival Rate by Stage [Online] 2013 [cited 2013 Oct 10]. Available from: [http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide / breast -cancer-survival-by-stage](http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-survival-by-stage)
- Department of health. (1998) Reports on health and social subjects No.48. Nutritional aspects of the development of cancer. The stationery office: Norwich.
- Gray, R. G., Rea D. W., Handley, K., Marshall, A., Pritchard, M. G., Perry, et al. (2008). aTTom (Adjuvant Tamoxifen-To Offer more?): Randomized Trial of 10 Versus 5 Years of Adjuvant Tamoxifen among 6934 Women with Estrogen Receptor-Positive (ER+) or ER Unteste Breastcancer-Preliminary Results [abstract]. *Journal Clinical Oncology*, 2008; 26.
- Imsamran, W. Chaiwerawattana, A., Wiangnon, S., Pongnikorn, D., Suwanrungrung, K., Sangrajrang, S., et al (2015). "Cancer in Thailand Vol VI, 2010-2012". Bangkok: New Thammada Press(Thailand) Co., Ltd, 2015 pp 8-50.
- International Agency for Research on Cancer. (2013). *Globocan 2012*. Retrieved Aug 7, 2013 from: <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp>
- Hammond ME, Hayes DF, Dowsett M, Allred DC, Hagerty KL, Badve S, et al. (2010). American Society of Clinical Oncology/ College of American Pathologists Guideline



- Recommendations for Immunohistochemical Testing of Estrogen and Progesterone Receptors in Breast Cancer. *J ClinOncol* ;28:2784- 95.
- Kelsey J. L., Gammon M.D., John E.M., (1993) Reproductive factors and breast cancer. *Epidemiol Rev*, 15(1) 36-47.
- Khuaprema T, Attasara, P., Sriplung, H., Wiangnon, S., Sumitsawan, Y., Sangrajang, S., (2012). *Cancer in Thailand VI 2004-2006*. Bangkok: National Cancer Institute; 2012.
- Kongsang, A., Tangworaphongchai, W., Chiraphonkun, C., (2014). Survival Time and Molecular Subtypes of Breast Cancer After Radiotherapy in Thailand. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(23) 10505-1508.
- Peto, R., & Davies, C. (2007). ATLAS (Adjuvant Tamoxifen, Longer Against Shorter): International Randomized Trial of 10 Versus 5 Years of Adjuvant Tamoxifen among 11, 500 Women- Preliminary Results. *Presen Tation at the 30th Annual San Antonio Breast Cancer Symposium*, December 13-16, 2007;
- Phaluksuk, W., Srikun, P., Raksilp, M., Chueasatuchon, S., Suwanpaeng, S., Suwanrungrung, K., et al. (2014). “*Cancer Registry KhonKaen Hospital-Based Report KhonKaen Hospital 2012 - 2014*”. Khon Kaen: Khon kaen karn pim.
- Poum, A., Kamsa-ard, S., Promthet, S. (2012). Survival Rates of Breast Cancer: A Hospital-Based Study from Northeast of Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev*, 13(3), 791-4.
- Supaporn, S., Kranjanalab, S., Wongkiat, S., (2004). Breast cancer. Bangkok, Phramongkutklao Hospital.
- The Breast International Group. (2005). (BIG) 1-98 Collaborative Group. A Comparison of Letrozole and Tamoxifen in Postmenopausal Women with Early Breast Cancer. 2005 Dec 29;353(26):2747-57. *N Engl J Med*, [Online] 2017 [cited 2017 Oct 10] Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16382061>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบความรู้
เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์
ของผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2560
Factors Related to Passing the Nursing Council Licensure Examination of
Undergraduate Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing,
Chiangmai in Academic Year 2017

เกศราภรณ์ ชูพันธ์^{1*}, พนิดา พาลี¹ และ ปริศนา ยิ่งราษฎร์สุข¹
Kesaraporn Choopun^{1*}, Panida Palee¹ and Prissana Yingratsuk¹
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่^{1*}
Boromarajonani College of Nursing, Chiangmai^{1*}

(Received: December 29, 2019; Revised: April 21, 2020; Accepted: May 5, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2560 จำนวน 74 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ และ Fisher's Exact Test ผลการวิจัยพบว่า

เกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตรและผลการสอบประมวลความรู้ของสถาบันพระบรมราชชนก มีความสัมพันธ์กับผลการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.1$, $p < 0.05$ ตามลำดับ) ส่วนเจตคติ การเตรียมพร้อม และความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนของวิทยาลัยไม่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์

ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อมุ่งผลสัมฤทธิ์และเตรียมบัณฑิตพยาบาลให้สอบผ่านการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ และช่วยเพิ่มคุณภาพของสถาบันการศึกษาและพัฒนาคุณภาพการจัดการศึกษาให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานของสภาการพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: เกรดเฉลี่ยสะสม, ผลการสอบประมวลความรู้, การสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์

Abstract

This descriptive research aimed to identify factors related to passing the Nursing Council Licensure Examination among 103 undergraduate nursing students from Boromarajonani College of Nursing, Chiangmai in academic year 2017. Data were collected using a questionnaire developed by researchers. Reliability of the questionnaire was tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding a value of 0.75. Descriptive statistics, Chi-square test, and Fisher's Exact Test were used to explain factors related results of the licensing exam.

The results revealed that Grade Point Average (GPA), and the scores of the PBRI comprehensive exam were significantly correlated with the Nursing Council Licensure Examination ($p < 0.1$ and $p < 0.05$, respectively). However, attitude towards the licensure exam, exam preparation as well as attitude toward teaching and learning strategy had no significantly related to the licensure exam ($p > 0.05$).

Findings from this study can be used to develop teaching and learning strategies to focus on achievement and prepare the nursing students to pass the Nursing Council Licensure Examination as well as to enhance the quality of the educational institution in accordance with the standards of the Thai Nursing Council.

Keywords: Nursing Council Licensure Examination, Nursing Student, Grade Point Average (GPA), PBRI Comprehensive Exam

บทนำ

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งที่สำคัญที่สังคมคาดหวังที่จะได้รับการทางสุขภาพอย่างมี สถาบันการศึกษาพยาบาลทุกแห่งจึงมีหน้าที่ในการผลิตพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพที่มีคุณภาพ พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2540 โดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 มาตรา 8(1) กำหนดให้สภาการพยาบาลมีอำนาจหน้าที่ในการรับขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตให้แก่ผู้ขอเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ดังนั้นสภาการพยาบาลจึงได้ออกข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยหลักเกณฑ์การรับรองสถาบันการศึกษาวิชาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และเพื่อให้สอดคล้องกับประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 สภาการพยาบาลจึงได้จัดให้มีการสอบขึ้นทะเบียนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ โดยสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ทั้งหมด 8 รายวิชา คือ วิชาการผดุงครรภ์ วิชาการพยาบาลมารดาและทารก วิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ วิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ วิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและการรักษาพยาบาลขั้นต้น และวิชากฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จรรยาบรรณวิชาชีพและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยใช้เกณฑ์การสอบผ่านร้อยละ 60 ของแต่ละรายวิชา (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2019) หากสอบไม่ผ่านในรายวิชาใด ให้ลงทะเบียนสอบใหม่ในครั้งต่อไป โดยผู้สำเร็จการศึกษาต้องสอบให้ผ่านทั้ง 8 รายวิชาภายใน 3 ปี มิฉะนั้นต้องสอบใหม่ทั้งหมด ซึ่งจำนวนผู้สำเร็จการศึกษาที่สอบผ่านของแต่ละสถาบัน ยังเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพของหลักสูตรและสถาบันการศึกษา ซึ่งกำหนดไว้ควรมีผู้สำเร็จการศึกษาสอบผ่านไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ของจำนวนผู้เข้าสอบ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นสถาบันการศึกษาวิชาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ทำหน้าที่ในการผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อให้บริการ

สุขภาพ ผลการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปีการศึกษา 2558-2560 ผ่านหมดทั้ง 8 วิชา ในการสอบครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 60.8, 75.2, และ 66.0 ตามลำดับ โดยผู้ที่ยังสอบผ่านไม่ครบ 8 รายวิชา จะไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ จึงมีผลให้ไม่สามารถปฏิบัติงานตามขอบเขตงานของพยาบาลวิชาชีพได้ และมีผลต่อเนื่องถึงค่าตอบแทน ความภาคภูมิใจของตนเอง ครอบครัว และสถาบัน นอกจากนี้ผู้ที่สอบไม่ผ่านในครั้งแรกต้องใช้เวลาในการทบทวนเนื้อหาเพื่อเตรียมสอบใหม่ ในขณะที่อาจจะกำลังเริ่มเข้าทำงานใหม่ ๆ สร้างความกังวลว่าวุ่นใจ และยากลำบากในการปรับตัวอีกครั้ง สถานการณ์นี้ยังส่งผลกระทบต่อสถาบันการศึกษาด้วย เนื่องจากร้อยละของการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพผ่านถือเป็นเกณฑ์สำคัญในการประเมินเพื่อการรับรองสถาบันการศึกษาและส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงของสถาบัน ในปีการศึกษา 2560 วิทยาลัยฯ มีนโยบายมุ่งเน้นพัฒนาการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นให้นักศึกษาเกิดทักษะทางปัญญาเพิ่มขึ้น จัดกิจกรรมการสอนที่หลากหลาย ให้นักศึกษาปฏิบัติการจากสถานการณ์จริงในหอผู้ป่วยหรือชุมชน การวิเคราะห์กรณีศึกษาและอภิปรายร่วมกัน และมีการประเมินทักษะทางคลินิก (Objective Structured Clinical Examination, OSCE) ในทักษะที่สำคัญทางการพยาบาลทั้ง 8 สาขาวิชา (Academic Department, 2018) นอกจากนี้แล้วจัดให้มีการเตรียมความพร้อมเพื่อการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ให้กับนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ก่อนสำเร็จการศึกษา โดยจัดให้มีการทบทวนเนื้อหาสาระของรายวิชาจากอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญทั้งในและนอกสถาบัน ส่งเสริมให้มีกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน การทำแบบฝึกหัดและวิเคราะห์ประเด็นร่วมกัน และมีกิจกรรมส่งกำลังใจจากรุ่นน้องให้รุ่นพี่ในครอบครัวเสมือนให้มีความมุ่งมั่นในการสอบ ทิมวิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้ผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ สามารถสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ผ่านทั้ง 8 วิชา มากขึ้นในปีต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ของผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2560

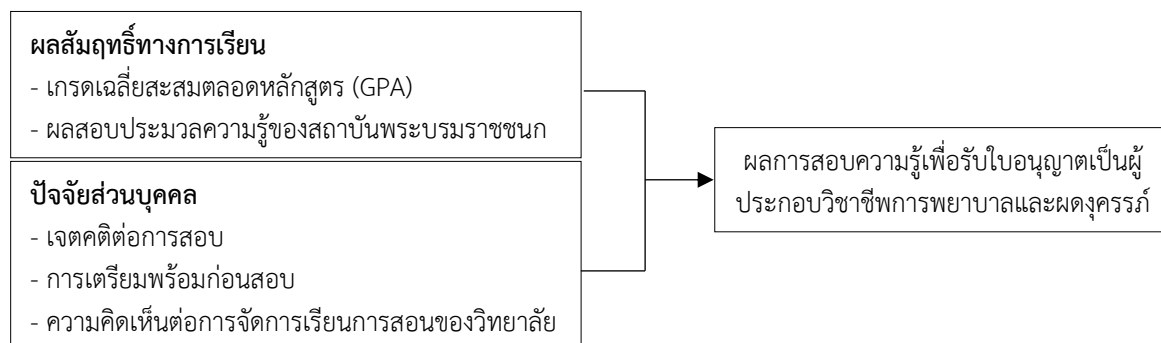
สมมติฐานวิจัย

1. ปัจจัยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ประกอบด้วย เกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร (GPA) และผลสอบประมวลความรู้ของสถาบันพระบรมราชชนก มีความสัมพันธ์กับการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ของผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2560
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เจตคติ การเตรียมพร้อม และความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนของวิทยาลัย มีความสัมพันธ์กับการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ของผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2560

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สำเร็จการศึกษาสามารถสอบผ่านการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ และสอดคล้องกับบริบทของวิทยาลัยฯ โดยคัดสรรมาศึกษาวิจัย 2 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ประกอบด้วย เกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตรและผลการสอบรวบยอดของสถาบันพระบรมราชชนก และ 2) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย

เจตคติต่อการสอบ การเตรียมพร้อมก่อนสอบ และความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนของวิทยาลัยฯ ตามแผนภาพต่อไปนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2560 จำนวน 138 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2560 จำนวน 103 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางเลขสุ่มทาโร ยามาเน่ (Yamane, 1973) ใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ลักษณะคำถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย เกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร (GPA) และผลสอบประมวลความรู้ของสถาบันพระบรมราชชนก และผลสอบขึ้นทะเบียนฯ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคล แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบประเมินเจตคติต่อการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 5 ตัวเลือก เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 2 แบบประเมินการเตรียมพร้อมเพื่อสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมการเตรียมทางด้านวิชาการและการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิต เป็นแบบประมาณค่า 5 ตัวเลือก ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติน้อย และ ไม่ปฏิบัติ

ตอนที่ 3 แบบประเมินความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนของวิทยาลัยฯ จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมประเด็นหลักสูตรและการจัดการศึกษา อาจารย์ และสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ เป็นแบบประมาณค่า 5 ตัวเลือก เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของเบสต์ (Best, 1977) แปลผลดังนี้

ระดับสูง	คะแนนระหว่าง	36.68 – 50.00
ระดับปานกลาง	คะแนนระหว่าง	23.34 – 36.67
ระดับต่ำ	คะแนนระหว่าง	10.00 – 23.33

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยมีค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (Index of item Objective Congruence, IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 นำไปทดลองใช้กับผู้สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2559 จำนวน 30 คน ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่าแบบประเมินเจตคติ แบบประเมินการเตรียมพร้อม และแบบประเมินความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75, .75 และ .76 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับเท่ากับ .75

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยส่งแบบสอบถาม (Electronic Version) ทางช่องทางการสื่อสารออนไลน์ โดยมีการชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัย และขอความยินยอมก่อนเข้าร่วมการทำวิจัย โดยกำหนดระยะเวลาในการทำแบบสอบถาม 30 วัน ตั้งแต่วันที่ 1-30 พฤศจิกายน 2561 ได้ข้อมูลคืนมา 74 ชุด คิดเป็นร้อยละ 71.84

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และปัจจัยส่วนบุคคล และผลการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi Square) และ Fisher's Exact Test

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ตามเอกสารรับรองเลขที่ BCNCT10/2561 เมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2561 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยให้ความยินยอมโดยสมัครใจที่จะให้ข้อมูลและผู้วิจัยจะรักษาความลับ ความเป็นส่วนตัวและการปิดบังชื่อของผู้ให้ข้อมูลการรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวม ไม่ชี้เฉพาะเจาะจงบุคคลใด

ผลการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจำนวน 74 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.54 และเพศชาย ร้อยละ 9.46 อายุระหว่าง 22 - 26 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 22.70 ปี
2. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน
 - 2.1 เกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร (GPA)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร (GPA) (N = 74 คน)

เกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร (GPA)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดีมาก (GPA = 3.51 - 4.00)	4	5.41
ระดับดี (GPA = 3.01 - 3.50)	37	50.00
ระดับปานกลาง (GPA = 2.51 - 3.00)	31	41.89
ระดับพอใช้ (GPA = 2.00 - 2.50)	2	2.70

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 50.00 มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในระดับดี (GPA = 3.01 - 3.50) และร้อยละ 41.89 มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในระดับปานกลาง (GPA = 2.51 - 3.00)

2.2 ผลการสอบประมวลความรู้ของสถาบันพระบรมราชชนก และผลการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามผลการสอบประมวลความรู้ของสถาบันพระบรมราชชนก และผลการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ (ในการสอบครั้งแรก)

รายวิชา	ผลสอบ สบช.		ผลสอบขอขึ้นทะเบียนฯ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
วิชาการผดุงครรภ์	53	71.62	70	94.60
วิชาการพยาบาลมารดาและทารก	53	71.62	69	93.24
วิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น	50	67.57	65	87.84
วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่	44	59.46	64	86.49
วิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ	49	66.22	68	91.89
วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์	73	98.65	72	97.30
วิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและการรักษาพยาบาลขั้นต้น	67	90.54	73	98.65
วิชากฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ	58	78.38	72	97.30
ผ่านทั้ง 8 รายวิชา	25	33.78	51	68.92

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างสอบผ่านการสอบความรู้รอบยอของสถาบันพระบรมราชชนก ทั้ง 8 รายวิชา (ในการสอบครั้งแรก) จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 33.78 โดยรายวิชาที่มีร้อยละของผู้สอบผ่านมากที่สุด ได้แก่ วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ และวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและการรักษาพยาบาลขั้นต้น ร้อยละ 98.65 และ 90.54 ตามลำดับ และรายวิชาที่มีร้อยละของการสอบผ่านน้อยที่สุด คือ วิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่ การพยาบาลผู้สูงอายุ และวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ร้อย ละ 59.46, 66.22 และ 67.57 ตามลำดับ

สำหรับผลการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พบว่า กลุ่มประชากรสอบผ่านทั้ง 8 รายวิชา จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 68.92 โดยรายวิชาที่มีร้อยละของผู้สอบผ่านมากที่สุด 3 อันดับแรกได้แก่ วิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนฯ การพยาบาลสุขภาพจิตฯ และวิชา กฎหมายฯ ร้อยละ 98.65, 97.30 และ 97.30 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามรายวิชาที่มีร้อยละของการสอบผ่านน้อย ที่สุด คือ วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และวิชาการพยาบาล เด็กและวัยรุ่น ร้อยละ 86.49 และ 87.84 โดยพบว่าร้อยละของผู้สอบผ่านทั้ง 8 รายวิชา ในการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุง ครรภ์ เพิ่มขึ้นสองเท่าของร้อยละของผู้สอบผ่านการสอบประมวลความรู้ของสถาบันพระบรมราชชนก (ร้อยละ 68.92 และ 33.78)

3. ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยเจตคติต่อการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ การพยาบาลและผดุงครรภ์ การเตรียมพร้อมเพื่อสอบ และความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนของวิทยาลัย

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเจตคติต่อการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ การเตรียมพร้อมเพื่อสอบ และความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนของวิทยาลัย (n = 74 คน)

ระดับ	เจตคติต่อการสอบ		การเตรียมพร้อมเพื่อสอบ		ความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนของวิทยาลัย	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง	63	85.14	46	62.16	60	81.08
ปานกลาง	10	13.51	24	32.43	14	18.92
ต่ำ	1	1.35	4	5.41	0	0
	คะแนนเต็ม 50 คะแนน		คะแนนเต็ม 50 คะแนน		คะแนนเต็ม 50 คะแนน	
	M=41.88, SD=6.18		M=37.43, SD=6.29		M=41.76, SD=6.20	
	Min=16, Max=50		Min=22, Max=50		Min=27, Max=50	

จากตาราง 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 มีระดับเจตคติต่อการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ และความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนของวิทยาลัยอยู่ในระดับดี กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.16 มีการเตรียมพร้อมเพื่อสอบอยู่ในระดับดี

ตาราง 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์

ตัวแปร	การสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์		df	χ^2	p-value
	ผ่าน (n=51)	ไม่ผ่าน (n=23)			
เกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร (GPA)			1	15.843 ^a	< 0.001
ดี/ดีมาก (GPA=3.01 – 4.00)	36(87.80)	5(12.20)			
ปานกลาง/พอใช้ (GPA=2.00 – 3.00)	15(45.45)	18(54.45)			
ผลการสอบประมวลความรู้ของสถาบันพระบรมราชชนก			1	7.110 ^a	0.016
ผ่าน	22(88.00)	3(12.00)			
ไม่ผ่าน	29(59.18)	20(40.82)			
เจตคติต่อการสอบ			1	1.183 ^a	0.301
ดี	45(71.43)	18(28.54)			
ปานกลาง/ต่ำ	6(54.55)	5(45.45)			
การเตรียมพร้อมเพื่อสอบ			1	0.024	0.878
ดี	32(69.57)	14(30.43)			
ปานกลาง/ต่ำ	19(67.86)	9(32.14)			
ความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนของวิทยาลัย			1	0.170 ^a	0.752
ดี	42(70.00)	18(30.00)			
ปานกลาง/ต่ำ	9(64.29)	5(35.71)			

*a = Fisher's Exact Test

จากตาราง 4 พบว่า เกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร (GPA) และผลการสอบประมวลความรู้ของสถาบันพระบรมราชชนก มีความสัมพันธ์กับผลการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$, $p < 0.05$ ตามลำดับ) เจตคติต่อการสอบ การเตรียมพร้อมเพื่อสอบ และความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนของวิทยาลัยไม่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์

อภิปรายผล

เกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร (GPA) มีความสัมพันธ์กับผลการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Kunaviktikul, Klunklin, Chontawan, & Athaseri (2012) ที่ระบุว่าปัจจัยที่มีผลต่อการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ในครั้งแรก ได้แก่ เกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร นอกจากนี้ยังมีผลงานวิจัยหลายเรื่องที่พบว่า เกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Taksin, Charoensuk, & Sutineum, 2011; Wattananon, Vonnasathid, Duanglomchan Sarakong, & Yingpattanapon, 2011; Nuchsutam, Somboon, Tongswas, Keawkajorn, & Siririth, 2013; Bhoosahas, Panurat, & Traprasit, 2016) เนื่องจากการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ เป็นการสอบวัดความรู้ที่สะสมทั้งหมดที่ผู้สำเร็จการศึกษาได้เรียนตลอด 4 ปี เช่นเดียวกับเกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร ซึ่งเป็นผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนตั้งแต่ปีที่ 1-4 ดังนั้นผู้สำเร็จการศึกษาที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่เกณฑ์ดีคือ มีระดับเกรดเฉลี่ย 3.00 ขึ้นไป มีแนวโน้มที่จะสามารถสอบผ่านทั้ง 8 วิชาในการสอบครั้งแรก

ผลการสอบประมวลความรู้ของสถาบันพระบรมราชชนก มีความสัมพันธ์กับผลการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Bhoosahas, Panurat, & Traprasit (2016) ที่ระบุว่าผลการสอบเสมือนจริงครั้งสุดท้ายก่อนสำเร็จการศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลตำรวจมีความสัมพันธ์กับผลการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Wattananon, Vonnasathid, Duanglomchan Sarakong, & Yingpattanapon (2011) ที่พบว่า ผลการสอบรวบยอดสาขาพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัทยมิตลของสถาบันมีผลต่อการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Nuchsutam, Somboon, Tongswas, Keawkajorn, & Siririth (2013) ที่พบว่าผลการสอบประมวลความรู้ของคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงรายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kongkar, Charoenkitkarn, Tosuksri, & Sareewiwatthana (2016) ที่พบว่าเกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร และผลการสอบรวบยอดของพยาบาลวิชาชีพ สามารถทำนายผลการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ได้ถูกต้อง ร้อยละ 80.5 จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าผลการสอบประมวลความรู้ของสถาบันพระบรมราชชนกซึ่งเป็นการสอบรวบยอดก่อนสำเร็จหลักสูตร มีความสัมพันธ์ต่อผลการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ทั้งนี้อาจจะอธิบายได้ว่าวิทยาลัยฯ และสถาบันพระบรมราชชนก มีกระบวนการการจัดทำข้อสอบรวบยอดที่มีประสิทธิภาพ และมีการออกข้อสอบสอดคล้องกับขอบเขตเนื้อหาของข้อสอบของสภาการพยาบาล ออกข้อสอบโดยอาจารย์ผู้สอนที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญจากหลายสถาบัน ข้อสอบผ่านการวิพากษ์จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในสาขาวิชานั้นๆ และมีการปรับแก้อย่างเป็นระบบจนได้ข้อสอบที่มีคุณภาพ การสอบรวบยอดเป็นการสอบครั้งสุดท้ายก่อนสำเร็จการศึกษา จำนวน 2 ครั้ง ทั้งนี้ผู้สำเร็จการศึกษาได้ผ่านกระบวนการเตรียมความพร้อม ได้แก่ การทบทวนด้วยตนเอง กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และผ่านการทบทวนจากอาจารย์ผู้สอน ดังนั้นการสอบรวบยอดจึงเป็นการกระตุ้นให้ผู้สำเร็จการศึกษาต้องทบทวนเนื้อหาครอบคลุมทุกรายวิชาเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการสอบ ซึ่งการ

สอบรวบยอดผ่านทุกวิชาในการสอบครั้งแรก จะแสดงถึงความรู้ความสามารถด้านวิชาการและวิชาชีพ อีกทั้งทำให้เกิดความมั่นใจในการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ หากผู้สำเร็จการศึกษาสอบไม่ผ่านการสอบความรู้รวบยอดทั้ง 2 ครั้ง วิทยาลัยฯ จัดให้มีการทบทวนเนื้อหาเพิ่มเติมโดยอาจารย์ในสาขาวิชา ก่อนจะจัดการสอบครั้งที่ 3 โดยใช้ข้อสอบปรนัย การสอบด้วยปากเปล่า หรือการสรุปเนื้อหาสำคัญ (Concept Mapping) เพื่อให้ผู้สำเร็จการศึกษาเกิดความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาแต่ละรายวิชาเพียงพอสำหรับการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ต่อไป

เจตคติต่อการสอบไม่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับกับรายงานวิจัยที่พบว่าทัศนคติที่ดีต่อการสอบทำให้นักเรียนพยาบาลมีความคิด มีความรู้สึที่ดีเห็นคุณค่าและประโยชน์ของการสอบขึ้นทะเบียนฯ ทำให้เกิดความมุ่งมั่นตั้งใจให้สามารถสอบผ่านการขึ้นทะเบียนฯ (Kongyoo, 2017) ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้สำเร็จการศึกษามีเจตคติต่อการสอบอยู่ระดับสูง โดยมีความเห็นว่า การสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ผ่าน เป็นการแสดงถึงศักยภาพที่แท้จริงของตนเอง เกิดความภาคภูมิใจ สามารถบรรจุเข้ารับราชการได้ ได้รับค่าตอบแทนวิชาชีพ เป็นการสร้างชื่อเสียงให้แก่วิทยาลัยฯ และเป็นการเพิ่มมาตรฐานวิชาชีพ อย่างไรก็ตามแม้ว่าเจตคติต่อการสอบอยู่ระดับสูง แต่ผู้สำเร็จการศึกษายังคงจะมีการสะสมความรู้และประสบการณ์ทางการพยาบาลยังไม่เพียงพอ จึงทำเจตคติต่อการสอบไม่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์

การเตรียมพร้อมเพื่อสอบ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ของกลุ่มประชากร ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Kongyoo (2017) ที่พบว่า พฤติกรรมการเตรียมตัวสอบไม่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ของบัณฑิตพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก การวิจัยนี้พบว่าผู้สำเร็จการศึกษามีการจัดตารางอ่านหนังสือแต่ไม่สามารถอ่านหนังสือได้อย่างสม่ำเสมอเนื่องจากอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมในหอพักมีเสียงดังรบกวน มีการสรุปเนื้อหาสาระสำคัญแต่ละรายวิชาน้อย ทบทวนเนื้อหาทบทวนกับเพื่อนน้อย การฝึกทำแบบฝึกหัดและตัวอย่างข้อสอบน้อย และวิทยาลัยฯ มีการจัดโครงการเตรียมความพร้อมก่อนสอบเพียงระยะเวลาสั้นๆ ในช่วงเวลา 1 เดือนก่อนสำเร็จการศึกษา จากเหตุผลดังกล่าวอาจส่งผลให้ผู้สำเร็จการศึกษายังมีการเตรียมความพร้อมในการสอบไม่เต็มที่ ทำให้การเตรียมความพร้อมจึงไม่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบ ซึ่งการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ เป็นการวัดความรู้ของผู้เรียนที่สั่งสมมาตลอดระยะเวลา 4 ปี ในการเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ซึ่งการเตรียมตัวสอบในระยะเวลายาวนานในช่วงสุดท้ายก่อนการสอบอาจจะไม่สามารถทำให้สอบผ่านได้ ดังนั้นวิทยาลัยฯ ควรมีการส่งเสริมให้มีการเตรียมตัวสอบตั้งแต่การเรียนชั้นปีที่ 1 มีการทบทวนเนื้อหาวิชาอย่างสม่ำเสมอและมีการเชื่อมโยงความรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ และฝึกทำแบบฝึกหัดและตัวอย่างข้อสอบอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้มีความรู้ความเข้าใจและสามารถสอบผ่านทั้ง 8 วิชาได้

ความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนของวิทยาลัย ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ การวิจัยนี้พบว่าผู้สำเร็จการศึกษาส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนของวิทยาลัยในระดับสูง อาจเนื่องมาจากวิทยาลัยฯ มีการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นทักษะทางปัญญา การฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์ จัดกิจกรรมให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริง แต่ลักษณะการจัดการเรียนการสอนในบางรายวิชาอาจไม่เน้นในเนื้อหาที่ต้องใช้ในการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ซึ่งเป็นการวัดความรู้ของผู้เรียนที่สั่งสมมาตลอดการเรียนหลักสูตร นอกจากนี้การสอบผ่านอาจจะเกิดจากปัจจัยด้านตัวผู้เรียนเองเป็นหลักในการทบทวนเนื้อหา การแบ่งเวลา และการวางแผนการเรียน จึงทำให้ไม่พบว่าความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนของวิทยาลัยมีความสัมพันธ์กับผลการสอบ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของมหาวิทยาลัยมหิดล ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความพึง

พอใจต่อการเรียนการสอนและการสอบผ่านในบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ (Kongkar, Charoenkitkarn, Tosuksri, & Sareewiwatthana, 2016)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า เกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร (GPA) มีความสัมพันธ์กับผลการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ดังนั้นวิทยาลัยฯ ควรวางแผนการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทักษะทางปัญญานั่นคือการคิดวิเคราะห์ เช่น การสอนโดยใช้กรณีศึกษา การสรุปแผนผังมโนทัศน์ (Concept Mapping) และการประเมินทักษะทางคลินิก (OSCE) ในรายวิชาทางการพยาบาลมากขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้เรียนมีผลการเรียนสะสมในระดับดี ตั้งแต่เริ่มต้นปีการศึกษา

2. ผลการวิจัยชี้ว่าผลการสอบประมวลความรู้ของสถาบันพระบรมราชชนกมีความสัมพันธ์กับผลการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ดังนั้นวิทยาลัยฯ ควรพัฒนาข้อสอบประมวลความรู้ให้ได้มาตรฐานครอบคลุมขอบเขตของเนื้อหาทุกรายวิชา และจัดโครงการทบทวนความรู้และการสอบประมวลความรู้เป็นระยะๆ ตลอดหลักสูตร มีการแจ้งผลการสอบเพื่อให้นักศึกษาได้ประเมินจุดอ่อนและจุดแข็งของตนเอง เพื่อการวางแผนพัฒนาตนเองต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยในรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โปรแกรมเตรียมความพร้อมในการสอบสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของอาจารย์และนักศึกษา ตั้งแต่ นักศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 1-4 และมีการติดตามผลสัมฤทธิ์จากการใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น

2. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาเฉพาะผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะใหม่เท่านั้น ควรมีการศึกษาจากผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจากสถาบันอื่นๆ ในสังกัดพระบรมราชชนก เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสอบความรู้เพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ เพิ่มเติม

References

- Academic Department. (2018). *Report of the Operation of the Bachelor of Nursing Program Curriculum Update 2017, Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai*. Retrieved 20 April 2020 from <http://www.bcmc.ac.th/strategicpage.php> (in Thai)
- Best, J., W. (1977). *Research in Education*. (3rd ed). New Jersey: Prentice Hall.
- 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 Licensure Examination of Graduates of Police Nursing College. *Journal of Police Nurses*, 8(1), 153-159. (in Thai)
- Kongkar, R., Charoenkitkarn, V., Tosuksri, W., & Sareewiwatthana, P. (2016). Factors Affecting the Result of Nursing Licensure Examination among Bachelor Graduate from Faculty of Nursing, Mahidol University. *Journal of Nursing and Education*, 30(3), 81-92. (in Thai)
- Kongyoo, S. (2017). Predictors of the Result of the License Examination of Graduated Nurses, Royal Thai Army Nurse Collage. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 18(2), 228-237. (in Thai)



- Kunaviktikul, W., Klunklin, A., Chontawan, R., & Athaseri, S. (2012). Factors Related to the Results of Nursing and Obstetric License Tests. *Thai Journal of Nursing Council*, 27(3), 11-28. (in Thai)
- Nuchsutam, W., Somboon, L., Tongswas, T., Keawkajorn, S., & Siririth, W. (2013). Factors Related to the Result of the License Examination of Graduates Faculty of Nursing Chiangrai College. *Nursing Journal*, 40(Supplementary January). (in Thai)
- Taksin, P., Charoensuk, S., & Sutineum, U. (2011). Grade Point Average, Preparation for Students' Readiness, and Undergraduate Nurses Who Passed the Nursing License Examination for the First Class of Nursing Professional and Midwifery Registration of Student Graduated from Boromarajonani College of Nursing, Chonburi. *Thai Journal of Nursing Council*, 26(3), 117-129. (in Thai)
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2019). Nursing Council Regulations On the Criteria for Accreditation of Academic Institutions for Nursing and Midwifery B.E. 2562. Retrieved 20 April 2020 from https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T_0053.PDF (in Thai)
- Wattananon, Y., Vonnasathid, V., Duanglomchan V., Sarakong, C., & Yingpattanapon, W. (2011). Predictors of License Examination of New Graduates in 2010, Faculty of Nursing, Mahidol University. *Journal of Nursing Science*, 29(2), 65-72. (in Thai)
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis* (3rd ed.). New York: Harper and Row.

แรงจูงใจในการบริหารจัดการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะยาว ของผู้ดูแลในเขตอำเภอหนึ่งของจังหวัดชายแดนใต้ Motives Inspiring Long-Term Care Management of Caregivers Caring for Stroke Survivors in One District of a Southern Border Province

จิตตินันท์ พงสุวรรณ^{1*}, พิชญชญาณิชฐ์ เรืองเริงกุลฤทธิ¹, และ กาญจน์สุนักส์ บาลทิพย์²
Chittinan Pongsuwan^{1*}, Pichayanit Ruangroengkulrit¹, and Karnsunaphat Balthip²
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา^{1*}, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์²
Boromarajonani College of Nursing, Yala^{1*}, Prince of Songkla University²

(Received: December 27, 2019; Revised: April 22, 2020; Accepted: May 13, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบวิธีวิทยาการสร้างทฤษฎีฐานรากแบบสเตรสส์ (Straussian Grounded Theory Approach) มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายแรงจูงใจในการบริหารจัดการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาวของผู้ดูแลในเขตอำเภอหนึ่งของจังหวัดชายแดนใต้ จากกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อยวันละ 4 ชั่วโมง เป็นระยะเวลาที่ต่อเนื่องตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และอาศัยอยู่ในตำบลหรือเขตเทศบาลของอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดชายแดนใต้ จำนวน 15 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกพร้อมบันทึกเทป ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการบันทึกภาคสนาม เพื่อให้เกิดการตรวจสอบแบบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคการกำหนดรหัส (Coding Analysis) ผลการวิจัยพบว่า

ผู้ดูแลมีแรงจูงใจสำคัญ ในการบริหารจัดการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดการเจ็บป่วยใน 2 ลักษณะ คือ ความอดทน ตั้งใจดูแลรักษา เป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่กระตุ้นให้ผู้ดูแลมีแรงจูงใจในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ และแรงจูงใจที่ผู้ดูแลพัฒนาขึ้นเพื่อเผชิญกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเฉพาะในแต่ละระยะ 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 คือ หวังว่าผู้ป่วยจะหาย/ดูแลตนเองได้บ้าง ผลักดันให้ผู้ดูแลพยายามดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ไม่ได้ ให้ฟื้นฟู/มีอาการดีขึ้น ระยะที่ 2 คือ กลัวเกิดอาการแทรกซ้อน ผูกพัน ห่วงไปไม่ได้ ไม่มีใครดูแล และเชื่อว่าดูแลผู้ป่วยดี ตนได้ผลดีตอบแทน จูงใจให้ผู้ดูแลพยายามช่วยเหลือผู้ป่วยที่ อาการทรุด ๆ ทรุด ๆ โอกาสหายเป็นปกติไม่มี ให้ฟื้นฟูสภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทรงอาการที่ดีขึ้นแล้วไว้ในระดับนั้น ๆ ให้นานที่สุด และระยะที่ 3 คือ ตั้งใจดูแลจนวาระสุดท้าย ส่งเสริมให้ผู้ดูแลพยายามดูแลรักษาผู้ป่วยที่ หหมดหวัง หหมดหนทางรักษา ตามสภาพอาการ ให้เกิดความสุขสบายเท่าที่ตนจะทำได้

ผลการศึกษาสามารถให้แนวทางแก่ผู้บริหารและผู้บริหารพยาบาลในการบริหารจัดการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล และครอบครัว ที่สอดคล้องกับแรงจูงใจพื้นฐานและแรงจูงใจในการดูแลที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละระยะอย่างต่อเนื่อง ตลอดการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

คำสำคัญ: แรงจูงใจ, ผู้ดูแล, โรคหลอดเลือดสมอง, การบริหารจัดการดูแลระยะยาว, การวิจัยแบบวิธีวิทยาการสร้างทฤษฎีฐานราก

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: chittinan@bcnyala.ac.th โทรศัพท์ 095-0710417)

Abstract

This study applied the Strauss Grounded Theory Method to explore the perspectives of caregivers on what motives inspire their long-term care management while caring for their stroke survivor patients. Fifteen participants were recruited from the caregivers who had spent at least four hours per day on caring for their stroke patients for six months or more in a sub-district or municipality of one district of a southern border province. Data were gathered by using in-depth audio taped interviews, as well as observations and field notes that enabled concurrent data validation with methodological triangulation. Results seem to suggest the following.

The motives for caregivers' long-term care management while caring for their stroke survivor patients could be divided in two categories. The first category of motives is marked by integrity: it consists in fundamental drive, a full-care engagement from caregivers toward their patients over the long period of care.

The second category follows to the patient's condition, which usually has three stages. In the first stage, the caring practices are anticipating that the patient might make a full recovery or could be able to do some daily living activities. In the second stage, the most powerful influences reinforcing the caregivers' attitude and behaviors where being concerned about developing complications, and the belief that good patient caring could lead them to gain benefits. Caregivers tend to assist the survivors with fluctuating symptoms, in order to maintain some degree of recovery. In the final stage, the caregivers tend to sustain their care for their patients although their cure is hopeless. They try to make their patients as comfortable as possible, until the last minute.

Findings could be applied to guide nursing administrators and nursing practitioners about how to manage the provision of corresponding long-term care for stroke survivors, caregivers, and their families when their caregivers' motives develop and change over time throughout the stroke patients' trajectory.

Keywords: Motive, Caregiver, Stroke, Long-Term Care Management, Grounded Theory

บทนำ

การศึกษาเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวของทีมสุขภาพในประเทศไทยที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการส่งเสริมสนับสนุน การสอน การปรึกษา และการฝึกอบรม ให้เกิดการปรับตัวและการพัฒนาทักษะต่าง ๆ ตลอดจนการส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล ผ่านทางโปรแกรมการให้ความรู้ แนวปฏิบัติที่ดี และรูปแบบที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อการดูแลและฟื้นฟูสภาพที่บ้านของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (Hongsoi, 2012; Kulsawet, 2014; Pitthayapong, Thiangtam, Powwattana, Leelacharas, & Waters, 2017) ที่มีจะเป็นโปรแกรมระยะสั้น จึงยังไม่สามารถยืนยันได้ถึงการคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในระยะยาว ในขณะเดียวกันผู้ให้บริการมองว่าหน่วยงานยังมีข้อจำกัดในการให้บริการหลายเรื่อง เช่น กระบวนการวางแผนจำหน่ายขาดการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ และครอบครัว (Nikomrack, 2013) มีเครือข่ายการเยี่ยมบ้าน ดูแล และติดตามประเมินความสามารถในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลเฉพาะในระยะแรกที่ผู้ป่วยกลับมาฟื้นฟูสภาพที่บ้าน และมีระบบเป็นที่ปรึกษาให้ผู้ดูแลในระยะที่ระบบการเยี่ยมบ้านสิ้นสุดลง (Social Medicine Department, 2015) ส่งผลให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับข้อมูลที่ไม่เจาะจงต่อปัญหาและความต้องการการดูแล (Nikomrack, 2013) และขาด

การวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (Nikomrack, 2013) ผู้ดูแลเกิดความไม่มั่นใจที่จะดูแลไม่ทราบวิธีการดูแล (Kaewpralad, 2009) ผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงยังได้รับการดูแลที่ไม่เพียงพอและไม่ต่อเนื่องโดยเฉพาะในระยะยาวที่ความต้องการความช่วยเหลืออาจเปลี่ยนแปลงไป

แม้ว่าผู้ดูแลตระหนักในความต้องการการดูแลภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยพยายามส่งเสริมการฟื้นฟูของผู้ป่วยตลอดช่วงระยะเวลาของการดูแล พยายามดูแลผู้ป่วยอย่างเคร่งครัดภายใต้คำแนะนำของแพทย์และเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ และด้วยวิธีการต่าง ๆ ปรับปรุงแก้ไขให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดี และพยายามคงไว้ซึ่งบทบาทในครอบครัวและบทบาททางสังคมของผู้ป่วย (Hesamzadeh, Dalvandi, Maddah, Khoshknab, & Ahmadi, 2016) ซึ่งจากการสังเกตและสอบถามอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ของคณะผู้วิจัยในขณะที่ยังออกไปบริการวิชาการในพื้นที่แหล่งข้อมูล พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่ได้มาร่วมโครงการ เนื่องจาก ต้องอยู่ดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบตลอดเวลาทั้งวัน อย่างไรก็ตาม ความพยายามและความตั้งใจที่จะดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล อาจไม่สามารถช่วยให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพได้ โดยเฉพาะเมื่อการมีชีวิตอยู่หลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกของครอบครัวอย่างมาก ผู้ดูแลต้องปรับเปลี่ยนบทบาท หน้าที่การงาน การมีปฏิสัมพันธ์ต่อสังคม (Cecil, Thompson, Parahoo, & McCaughan, 2013; Moeller & Carpenter, 2013) กระทั่งต่อเศรษฐกิจ Lutz, Young, Creasy, Martz, Eisenbrandt, Brunny, & Cook, 2017; Young, Lutz, Creasy, Cox, & Martz, 2016) และคุณภาพชีวิตในที่สุด (Lutz, & Camicia, 2016)

ภายใต้สถานการณ์การดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องและระยะยาว ในสภาวะที่กดดันจากผลกระทบต่าง ๆ และบริบทการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพที่ไม่เอื้ออำนวย ผู้ดูแลเผชิญกับสถานการณ์การเจ็บป่วย และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตนเอง และครอบครัว อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ค่อนข้างยาวนาน ได้อย่างไร จึงยังคงเป็นปรากฏการณ์ที่ต้องการการอธิบายที่ชัดเจนในเชิงลึก ประกอบกับบริบทของพื้นที่แหล่งข้อมูลที่มีความเฉพาะเจาะจง กล่าวคือ ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบของจังหวัดชายแดนภาคใต้มาอย่างต่อเนื่อง และประชากรส่วนใหญ่ นับถือศาสนาอิสลาม (Wikipedia Free Encyclopedia, 2015) ผู้ดูแลจึงอาจมีกระบวนการจัดการเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องในระยะยาวที่แตกต่างจากการศึกษาในต่างวัฒนธรรมที่ผ่านมา อีกทั้งยังไม่เคยมีการศึกษาประเด็นข้างต้นในบริบทดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษากระบวนการบริหารจัดการเพื่อการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลในพื้นที่แหล่งข้อมูล โดยใช้การวิจัยแบบวิธีวิทยาการสร้างทฤษฎีฐานรากแบบสตราสส์ (Straussian Grounded Theory Approach) เพื่อทำความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่าง สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดการดูแลระยะยาว ที่อธิบายเหตุผลที่ผู้ดูแลมีพฤติกรรมตอบสนองในลักษณะเฉพาะนั้น ๆ (Conditions) ซึ่งนำไปสู่ความหลากหลายของยุทธวิธีที่ผู้ดูแลใช้ตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ตนได้เผชิญ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ในระยะยาว (Actions/Interactions or Strategies) และผลลัพธ์ที่เกิดจากการกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมหรือยุทธวิธีนั้น ๆ (Consequences) อย่างไรก็ตาม บทความวิจัยฉบับนี้ เน้นการนำเสนอ แรงจูงใจของผู้ดูแลในการบริหารจัดการเพื่อเผชิญกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยและผลกระทบต่าง ๆ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะอธิบายเหตุผลที่ผู้ดูแลยังคงดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ค่อนข้างยาวนาน ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลสำคัญที่จะนำไปสู่การส่งเสริมการสร้างแรงจูงใจของผู้ดูแลในแต่ละระยะการเจ็บป่วยที่ผู้ดูแลและครอบครัวต้องเผชิญในระยะยาวที่มีประสิทธิภาพทั้งในกลุ่มที่ศึกษาและกลุ่มที่มีบริบทใกล้เคียงต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่ออธิบายแรงจูงใจในการบริหารจัดการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วย ของผู้ดูแลในเขตอำเภอหนึ่งของจังหวัดชายแดนใต้

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบวิธีวิทยาการสร้างทฤษฎีฐานรากแบบสเตรสส์ (Straussian Grounded Theory Approach)

ผู้ให้ข้อมูล

เป็นผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะแรก เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยขอความร่วมมือจากกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ร่วมค้นหา/คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้ดูแลที่จะเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ ตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) มีประสบการณ์การดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อยวันละ 4 ชั่วโมง เป็นระยะเวลาที่ต่อเนื่องตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป (นับจากวันเริ่มการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน) 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 5) ยินดีเข้าร่วมวิจัยและมีความพร้อมที่จะให้ข้อมูล และ 6) อาศัยอยู่ในเขตตำบลหรือเขตเทศบาลของอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดชายแดนใต้ จำนวน 5 คน จากนั้น คณะผู้วิจัยตั้งสมมติฐาน (Hypotheses) ด้วยการเปรียบเทียบแนวคิด (Concepts) กับลักษณะหรือคุณสมบัติของข้อมูลหมวด (Category) นั้น ๆ เพื่อจำแนกความเหมือนและความแตกต่าง ซึ่งจะนำไปสู่การค้นหาคำว่าแนวคิดนั้น ๆ มีความหลากหลายอย่างไรภายใต้สภาพแวดล้อมที่แตกต่างที่ทำให้ปรากฏการณ์นั้นเกิดขึ้น (Conditions) ในระยะนี้ คณะผู้วิจัยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างเชิงทฤษฎี (Theoretical Sampling) โดยขอความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่กลุ่มเดิมร่วมค้นหา/คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มเป้าหมายเดิมเพิ่มจำนวน 10 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีความแตกต่างกันในเรื่องต่าง ๆ เช่น งานประจำ/หน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ ฐานะทางการเงิน/การได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยที่มีความพยายามในการฟื้นฟูสภาพตนเอง ต่างกัน ทั้งนี้ เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลที่ดีที่จะช่วยให้คณะผู้วิจัยได้ข้อมูลที่หลากหลายที่จะทำให้แนวคิด และขอบเขตของทฤษฎีชัดเจนขึ้น นอกจากนี้ คณะผู้วิจัย ได้พยายามมองหาแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดที่กลุ่มตัวอย่างบางรายให้ข้อมูลที่เกี่ยวโยงไปถึง โดยการสัมภาษณ์และสังเกตพฤติกรรมและการดูแลของผู้ช่วยดูแล และสอบถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพร่วมด้วย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างและบริบทการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกเข้าร่วมวิจัย จำนวน 15 คน มีอายุระหว่าง 31-84 ปี (เฉลี่ย 53.2 ปี) จำนวน 5 คน นับถือศาสนาอิสลาม เป็นผู้ดูแลหญิง จำนวน 13 คน โดย 8 คน เป็นบุตรของผู้ป่วย ในขณะที่อีก 5 คน เป็นสามี/ภรรยา ทุกคนดูแลผู้ป่วยมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยซึ่งมีระยะเวลาในการดูแลอยู่ระหว่าง 6 เดือน-15 ปี (เฉลี่ย 4 ปี 10 เดือน) และจำนวน 12 คน มีปัญหาสุขภาพร่วมด้วย ในจำนวนดังกล่าว 4 คน มีปัญหาสุขภาพค่อนข้างรุนแรง นอกจากนั้น 10 คน ยังต้องทำงานควบคู่กับการบริหารจัดการภารกิจ การดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม 9 ครอบครัวมีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 10,000 บาท และมีเพียง 3 คน เท่านั้นที่มีผู้ช่วยดูแลหลัก (ผู้ช่วยดูแลที่ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป/วัน) สำหรับผู้ป่วยในความดูแลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน มีอายุระหว่าง 47-86 ปี (เฉลี่ย 70.2 ปี) โดย 9 คน เป็นผู้ป่วยติดเตียงที่มี Barthel ADLs=0-4 คะแนน ในขณะที่ 5 คน มีความผิดปกติในการรับรู้ และ 6 คน มีบทบาทในครอบครัวลดลง/ไม่มีบทบาทในสังคมอีกต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยนี้ คณะผู้วิจัยได้รับการพัฒนาทักษะให้สามารถเป็นเครื่องมือสำคัญในการวิจัย โดยผู้วิจัยหัวหน้าโครงการได้นำความรู้ความสามารถ ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ชนิดวิธีวิทยาการสร้างทฤษฎีฐานรากมาพัฒนาทักษะผู้ร่วมวิจัยที่อยู่ในหน่วยงานเดียวกัน ให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละครั้งและวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันได้ สำหรับผู้วิจัยที่อยู่นอกหน่วยงาน (ไม่ได้ลงพื้นที่ร่วมเก็บรวบรวมข้อมูล) เป็นผู้ร่วมทีมที่มีความรู้ความสามารถในการวิจัยเชิงคุณภาพชนิดวิธีวิทยาการสร้างทฤษฎีฐานรากที่สามารถช่วยในเรื่อง การจัดทำโครงการวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล ได้เป็นอย่างดี นอกจากนั้น คณะผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือประกอบที่สร้างขึ้นเอง ดังนี้ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และ 3) แนวคำถามการ

สัมภาษณ์ ที่ประกอบด้วย 2 คำถามหลัก คือ 1) ลักษณะการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองของท่านเป็นอย่างไร 2) ระหว่างการดูแล ท่านจัดการเพื่อการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาวอย่างไร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คณะผู้วิจัย ใช้แนวคำถามการสัมภาษณ์ ทำการศึกษานำร่อง (Pilot Study) กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ราย จากนั้น นำแนวคำถามดังกล่าวมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทการศึกษา และปรับภาษาให้สามารถสื่อสารกับกลุ่มตัวอย่างได้เข้าใจโดยง่าย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ยะลา คณะผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-กันยายน 2560 โดยไปพบกับบุคคลที่จะเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ (Prospective Participant) ที่บ้าน แนะนำตัวเอง และให้ข้อมูลบุคคลดังกล่าวเกี่ยวกับโครงการวิจัยนี้ ซึ่งรวมถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และระยะของการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่บุคคลจะมีโอกาสเข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมทั้งให้เอกสารที่อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลของโครงการดังกล่าวกับทุกคน ก่อนเชิญชวนบุคคลเหล่านั้นเข้าร่วมโครงการตามความสมัครใจ เมื่อบุคคลยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย คณะผู้วิจัยเริ่มสร้างและพัฒนาสัมพันธภาพจนบุคคลเกิดความไว้วางใจ ก่อนขอให้ลงนามในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมโครงการกรอกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย จากนั้น คณะผู้วิจัยนัดเวลาสัมภาษณ์ตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูลตามแนวคำถามการสัมภาษณ์จะกระทำเมื่อผู้วิจัยสามารถสร้างความไว้วางใจได้อย่างเต็มที่และกลุ่มตัวอย่างรู้สึกสะดวกใจ (Feeling Comfortable) ที่จะเป็นผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลจะถูกเก็บรวบรวมโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยภาษาไทยพร้อมบันทึกเทป (In-depth Audio-Taped Interviews) ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Observations) เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่ไม่ใช่คำพูดและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวข้อง และการบันทึกภาคสนาม อย่างย่อ ๆ เกี่ยวกับสิ่งที่สังเกตได้ในขณะสัมภาษณ์ก่อนนำมาอธิบายไว้ในบทสัมภาษณ์ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละครั้ง (Theoretical Field Notes) ตลอดจนใช้เทคนิคร่วม ประกอบด้วย การถามคำถาม (Asking Questions) การเลือกกลุ่มตัวอย่างเชิงทฤษฎี (Theoretical Sampling) การเปรียบเทียบเชิงทฤษฎี (Making Comparisons) การสร้างความไวเชิงทฤษฎีและสมมติฐาน (Generating Theoretical Sensitivity and Hypotheses) การทำบันทึกช่วยจำเชิงทฤษฎีและการสร้างแผนภูมิ (Making Theoretical Memos and Diagrams) กลับไปกลับมาจนเกิดความอิ่มตัวทางทฤษฎี (Theoretical Saturation) คือ ไม่พบข้อมูลใหม่หรือข้อมูลสำคัญ และกลุ่มข้อมูลทั้งหมด ได้ถูกพัฒนาตามลักษณะหรือคุณสมบัติของข้อมูลเป็นอย่างดี (Corbin, & Strauss, 2008) ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนได้รับการสัมภาษณ์อย่างน้อยคนละ 2 ครั้ง การสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ส่วนใหญ่ใช้เวลาประมาณ 45 นาที - 1 ชั่วโมง ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล

การตรวจสอบข้อมูล

เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องตรงตามความเป็นจริงของปรากฏการณ์ ในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยใช้การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) ภายหลังการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง คณะผู้วิจัยได้ร่วมกันฟังเทปซ้ำ เทปละ 2 ครั้ง เพื่อจับประเด็นสำคัญพร้อมอธิบายบทสัมภาษณ์ด้วยบันทึกภาคสนาม โดยเฉพาะพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ให้ข้อมูลและสิ่งที่เกี่ยวข้อง ที่ไม่สามารถบันทึกเทปได้ ก่อนส่งเทปให้ผู้รับจ้างถอดออกมาเป็นข้อความเชิงบรรยาย จากนั้น คณะผู้วิจัยได้อ่านบทสัมภาษณ์นั้นอีกครั้งเพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งให้ผู้ให้ข้อมูลช่วยตรวจสอบความถูกต้องร่วมด้วย โดยสรุปแนวคิดที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งก่อนให้ผู้ให้ข้อมูลรับทราบ ก่อนการสัมภาษณ์ที่จะแจ้งเพื่อค้นหาความชัดเจนเกี่ยวกับแนวคิดที่คณะผู้วิจัยยังได้คำตอบไม่ชัดเจนในครั้งต่อไปจนเกิดความอิ่มตัวของข้อมูล ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลทุกคนเห็นด้วยกับข้อสรุปว่าเป็นความจริง ตรง และครอบคลุมตามประสบการณ์การดูแลของตน โดยไม่ขอแก้ไขข้อความใด ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเริ่มขึ้นทันทีภายหลังการสัมภาษณ์ครั้งแรก โดยอาศัยเทคนิคการกำหนดรหัส (Coding Analysis) ประกอบด้วย การกำหนดรหัสเพื่อจำแนกข้อมูลเป็นหน่วยย่อย (Open Coding) โดยการนำข้อมูลจากบทสัมภาษณ์มาตรวจสอบเพื่อค้นหาและขีดเส้นใต้ คำ วลี หรือประโยค จากนั้นพิจารณาจำแนก (Codes) แล้วนำข้อมูลที่มีรหัสเดียวกันมาจัดกลุ่มรวมกันตามลักษณะและคุณสมบัติของข้อมูล เรียกว่า แนวคิด (Concepts) แนวคิดทั้งหมดจะถูกนำมาจำแนกหมวดภายใต้ชื่อที่เป็นนามธรรมมากขึ้น ตามลักษณะหรือคุณสมบัติของข้อมูลเรียกว่าหมวดข้อมูล (Categories) จากนั้น หาความสัมพันธ์ของข้อมูลที่ให้รหัสแล้ว (Axial Coding) ด้วยการเชื่อมโยงแนวคิดที่มีลักษณะหรือคุณสมบัติของข้อมูลประเภทเดียวกันเข้าด้วยกัน ตามแบบจำลองที่เรียกว่า “Paradigm Model” ในขั้นตอนนี้ ลักษณะหรือคุณสมบัติของแต่ละหมวดข้อมูล (Properties and Dimensions of the Categories) จะถูกนำมาพิจารณาเพื่อจำแนกความหลากหลายของสภาพแวดล้อมที่ทำให้ปรากฏการณ์นั้นเกิดขึ้น (Conditions) พฤติกรรมหรือยุทธวิธีที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลใช้เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ตนได้เผชิญ (Actions/Interactions or Strategies Applied) และ ผลลัพธ์ของพฤติกรรมหรือยุทธวิธีนั้น ๆ (Consequences) เพื่อค้นหาว่าแนวคิดและหมวดข้อมูลมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอย่างไร จากนั้น หมวดข้อมูลจะถูกบูรณาการโดยการเชื่อมโยงเข้ากับความคิดหลัก (a Central Idea) และปรับปรุงทฤษฎีเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษาได้อย่างชัดเจน (Selective Coding) ด้วยเทคนิคช่วยในกระบวนการบูรณาการหมวดข้อมูล ในขั้นตอนนี้ คณะผู้วิจัยได้ทบทวนความเป็นเหตุเป็นผลของความสัมพันธ์หมวดข้อมูล แต่งเติมในหมวดข้อมูลที่ยังไม่สมบูรณ์ ตัดข้อมูลในส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องออก และตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของทฤษฎีที่สร้างขึ้นหรือข้อค้นพบเบื้องต้น (Validating the Theoretical Scheme) กับกลุ่มตัวอย่างทั้ง 15 คน โดยคณะผู้วิจัยกระทำกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวกลับไป-กลับมา จนได้ทฤษฎีที่นักวิจัยสร้างขึ้นจากข้อมูลโดยตรง เรียกว่า Core Category หรือ “Substantive Theory”

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา เลขที่ BCNY 015/2559 ลงวันที่ 20 ตุลาคม 2559 ทั้งนี้หากข้อคำถามกระตือรือร้นของกลุ่มตัวอย่างคณะผู้วิจัยจะปลอบใจ ให้กำลังใจ และให้โอกาสกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจหยุดการสัมภาษณ์ในครั้งนั้น (หากต้องการ) และเพื่อเป็นการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยได้ใช้นามสมมติทั้งในขั้นตอนการสัมภาษณ์และในการเขียนบรรยายเรื่องราวของผู้ให้ข้อมูลในรายงานการวิจัยและการตีพิมพ์เผยแพร่ อีกทั้งบทสัมภาษณ์และเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและสามารถอ้างอิงถึงกลุ่มตัวอย่าง จะถูกเก็บไว้เป็นอย่างดี ก่อนที่จะถูกคณะผู้วิจัยนำมาทำลายหลังจากงานวิจัยเสร็จสิ้น

ผลการวิจัย

การศึกษานี้พบว่า ผู้ดูแลในเขตอำเภอหนึ่งของจังหวัดชายแดนใต้ มีแรงจูงใจสำคัญ ในการบริหารจัดการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดการเจ็บป่วยใน 2 ลักษณะ คือ ความอดทน ตั้งใจดูแลรักษาเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญ ที่กระตุ้นให้ผู้ดูแลมีแรงจูงใจในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ และแรงจูงใจที่ผู้ดูแลพัฒนาขึ้นเพื่อเผชิญกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเฉพาะในแต่ละระยะ 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 คือ หวังว่าผู้ป่วยจะหาย/ดูแลตนเองได้บ้าง ผลักดันให้ผู้ดูแลพยายามดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ไม่ได้ ให้ฟื้นหาย/มีอาการดีขึ้น ระยะที่ 2 คือ กลัวเกิดอาการแทรกซ้อน ผูกพัน ทิ้งไปไม่ได้ ไม่มีใครดูแล และเชื่อว่าดูแลผู้ป่วยดี ตนได้ผลดีตอบแทน จูงใจให้ผู้ดูแลพยายามช่วยเหลือผู้ป่วยที่อาการทรง ๆ หด ๆ โอกาสหายเป็นปกติไม่มี ให้ฟื้นฟูสภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทรงอาการที่ดีขึ้นแล้วไว้ในระดับนั้น ๆ ให้นานที่สุด และระยะที่ 3 คือ ตั้งใจดูแลจนวาระสุดท้าย ส่งเสริมให้ผู้ดูแลพยายามดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งหมดหวัง หมดหนทางรักษา ตามสภาพอาการ ให้เกิดความสุขสบายเท่าที่ตนจะทำได้ ซึ่งแรงจูงใจในแต่ละระยะมี

ความเกี่ยวเนื่องทับซ้อนกันโดยไม่สามารถแยกออกจากกันได้โดยเด็ดขาด โดยผู้ดูแลอธิบายว่าเป็นแรงจูงใจที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับทั้งตัวผู้ป่วย และตนเอง (ภาพ 1) ดังนี้

อดทน ตั้งใจดูแลรักษา

การรับบทบาทเป็นผู้ดูแลตั้งแต่ในระยะแรกที่ผู้ป่วยเพิ่งเริ่มป่วยและเพิ่งกลับมาฟื้นฟูสภาพตนเองที่บ้าน ด้วยสภาพที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่ามีระดับหนึ่งนั้น ผู้ให้ข้อมูลที่เป็บุตรของผู้ป่วยทุกราย มีความอดทน ตั้งใจที่จะดูแลบิดา/มารดาที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ไม่ได้ ด้วยความรักและสำนึกในบุญคุณ แม้ว่าหลายรายจะต้องเผชิญกับคำพูดของพี่ ๆ น้อง ๆ ที่ทำให้ตนรู้สึกไม่สบายใจ เหนื่อย ท้อ ที่ไม่มีพี่น้องคนอื่น ๆ มาช่วยดูแล ให้กำลังใจ หรือช่วยเหลือด้านอื่น ๆ โดยเฉพาะด้านการเงิน แต่ตนไม่เคยคิดทอดทิ้งผู้ป่วย บุตรสาวของผู้ป่วยรายหนึ่งบรรยายถึงความตั้งใจที่จะดูแลมารดา ว่า

“...บางทีพี่สาวอีกคนก็มาพูดแบบไม่ค่อยเข้าหูฉัน ว่าเธอจะดูแลแม่เพราะจะเอาสมบัติแม่มั่ง เรา (ผู้ให้ข้อมูล) ไม่คิดเลยในจุดนี้ ...เหนื่อย แต่ว่าเรายึดอยู่กับแม่นะ...เราเอาแม่ไว้ก่อน ...เราต้องช่วยเหลือแก ...ดูแลแกให้ดีที่สุดเลย... ให้ความรักแกอะไรนั้น แกจะใช้เสียง (โวยวายเสียงดัง) ใช้อะไร เราก็อยาโกธ... (ตะพาตอ, หน้า 6-7, 16)”

และด้วยความรัก ความสงสาร ความต้องการที่จะตอบแทนบุญคุณของผู้ป่วยที่เป็นคนรักครอบครัว ดูแลผู้ให้ข้อมูล และสมาชิกทุกคนในครอบครัวเป็นอย่างดีตลอดมา ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส และญาติอื่น ๆ ต่างอดทน ตั้งใจดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด ต้องการทำให้ผู้ป่วยมีความสุขที่สุดเท่าที่ตนจะทำได้ โดยผู้ดูแลอีกรายกล่าวถึงความตั้งใจที่จะดูแลสามีติดเตียง และ Barthel ADLs=0 ว่า

“...ได้ดูแล ได้ปรนนิบัติ เรา (ผู้ให้ข้อมูล) รู้สึกว่าเราได้ตอบแทนบุญคุณเขา (ผู้ป่วย) ที่เขาอยู่กับเรา เขาก็สร้างฐานมาด้วยกัน จากศูนย์ไม่มีอะไรเลย เขาเป็นคนขยันมาก... ในเมื่อเขาเป็นอย่างนี้แล้ว เราก็กต้องดูแล...ช่วยเหลือเขาให้ดีที่สุดนะ ... (ป่าใจ, หน้า 7)”

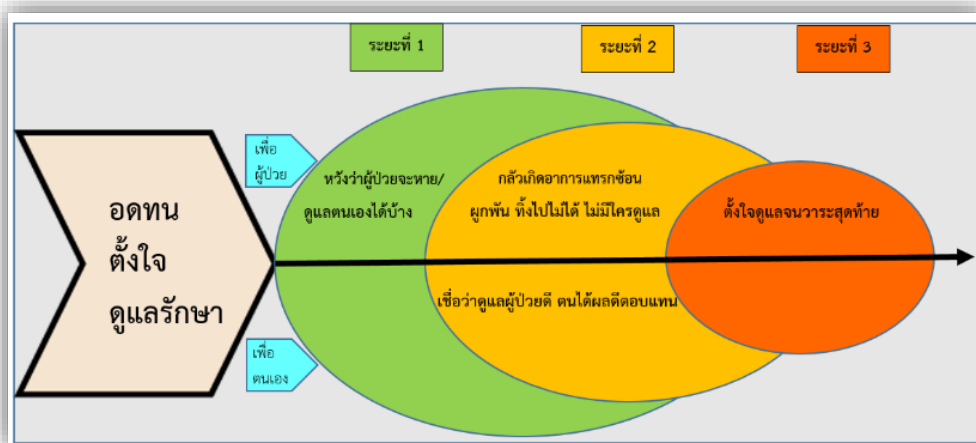
ซึ่งต่อมาพบว่า ความอดทน ตั้งใจดูแลรักษา ในลักษณะดังกล่าวของทั้งผู้ให้ข้อมูลที่เป็นบุตร คู่สมรส และญาติอื่น ๆ กลายเป็นพื้นฐานสำคัญที่สามารถกระตุ้นให้ผู้ข้อมูลพยายามดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่

สำหรับแรงจูงใจที่ผู้ดูแลพัฒนาขึ้นเพื่อเผชิญกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเฉพาะในแต่ละระยะ มี ดังนี้

ระยะที่ 1: หวังว่าผู้ป่วยจะหาย/ดูแลตนเองได้บ้าง

ในระยะแรก ที่ผู้ป่วยเพิ่งเริ่มป่วย และเพิ่งกลับมาฟื้นฟูสภาพตนเองที่บ้าน ผู้ให้ข้อมูลจะมีแรงจูงใจจากความหวังอย่างมากว่าผู้ป่วยจะฟื้นหาย หรือมีอาการดีขึ้นจนสามารถดูแลตนเองได้บ้าง ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่ามีอาการดีขึ้นในระดับหนึ่งแล้ว ร่วมกับการรับรู้จากประสบการณ์การรักษาทงเลือก ที่ช่วยให้ผู้ป่วยบางรายหายจากอาการเจ็บป่วยในครั้งก่อน และหรือการดูแลที่ตนเคยช่วยเหลือแล้วทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ตลอดจนการรับรู้ประสิทธิภาพของวิธีการรักษาทางเลือกจากญาติ ผู้ป่วยอื่น หรือเพื่อนบ้าน ความคาดหวังดังกล่าวจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด ที่ผลักดันให้ผู้ดูแลพยายามทุ่มเทพลังกำลังและทรัพยากรที่มี/มีค่อนข้างจำกัด เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ไม่ได้ ให้ฟื้นหาย/มีอาการดีขึ้น เพื่อเร่งจำกัดผลกระทบต่าง ๆ ผู้ดูแลบรรยายรายหนึ่ง เล่าว่า

“...หมอ (หมอนวด) คนนี้ เขามีน้ำมันมีอะไร แล้วเขามานวดเองด้วย ...2-3 วันก็ประคองเดินได้ เพราะมีเพื่อนบ้านอยู่... (ระบุสถานที่) นั้น...เป็นแบบนี้แล้ว (เจ็บป่วยแบบเดียวกับผู้ป่วย) เดินได้แล้ว...ผม (ผู้ให้ข้อมูล) ว่าหาย ผมเชื่อแน่ว่าต้องหาย ...ผมเคยนวดแก (ผู้ป่วย) แล้ว เคยพินมาที่นึ่งแล้ว... (ลุงโชค, หน้า 8, 13)”



ภาพ 1 แรงจูงใจในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว

ระยะที่ 2 : กลัว ผูกพัน และเชื่อ

ภายหลังจากพยายามทุ่มเทดูแลรักษาผู้ป่วยมาระยะหนึ่ง ผู้ให้ข้อมูลที่มีพื้นฐานของความ อดทน ตั้งใจ ดูแลรักษา มาตั้งแต่ในระยะแรก จะพยายามช่วยเหลือผู้ป่วยให้ฟื้นฟูสภาพตนเองอย่างต่อเนื่องต่อไป ท่ามกลางผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมาตั้งแต่ในระยะแรก และการลดลง/ไม่ค่อยได้รับความช่วยเหลือหรือสนับสนุนทั้งจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ครอบครัว ญาติ เพื่อน และสังคม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยทรงอาการที่ดีขึ้นแล้วไว้ในระดับนั้น ๆ ให้นานที่สุด แต่ผู้ป่วยบางรายมักเกิดอาการแทรกซ้อนเป็นระยะ ๆ โดยผู้ให้ข้อมูลรับรู้การดูแลในลักษณะที่เป็น ความกลัวที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแล ความผูกพัน และความเชื่อ ใน 3 ลักษณะ ดังนี้

กลัวเกิดอาการแทรกซ้อน

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนความรู้สึก กลัวเกิดอาการแทรกซ้อน หลากหลายประการที่จะนำไปสู่สิ่งที่ตนกลัว และวิตกกังวลที่สุด คือ อาการของผู้ป่วยทรุดลงอย่างเฉียบพลัน จนอาจต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งจะทำให้ตนและครอบครัวต้องได้รับผลกระทบ/ประสบ กับความยากลำบากตามมาได้อีก อาการแทรกซ้อนที่ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกกลัว เช่น ติดเชื้อ แผลกดทับขยายลุกลาม ล้มแล้วเดินไม่ได้ต้องนอนติดเตียงและเกิดแผลกดทับตามมา บุตรสาวรายหนึ่ง เล่าว่า

“ไอ้ตรงไหนที่รู้ว่ามันจะต้องเกิดแผลหรือว่ามันจะทำให้อาการแก (ผู้ป่วย) ไม่คงที่ก็คือจะพยายาม... ถ้าผู้ป่วยไม่นิ่ง (อาการไม่คงที่) เรา (ผู้ให้ข้อมูล) ก็ทำอะไรไม่ได้ (หมายถึงประกอบอาชีพไม่ได้) ...ถ้าเกิดติดเชื้อแล้วก็คืออย่างต่าๆนั้นต้องนอนโรงพยาบาล หรือไม่ก็ 2 อาทิตย์ขึ้นไปนะคะ ...คะก็เลยพยายามรักษาสภาพแกลให้สบายตัวที่สุดกับการอยู่บ้าน เพราะว่าเราก็ก่อนหน้าด้วย ...(น้องตอง, หน้า 38)”

ผูกพัน ทั้งไปไม่ได้ ไม่มีใครดูแล

แม้จะต้องดูแลรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและค่อนข้างยาวนาน รวมทั้งไม่ได้รับความช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากบุตร หรือญาติคนอื่น ๆ ของผู้ป่วยอย่างเพียงพอ แต่ด้วยความรักและผูกพันทางสายเลือด หรือแม้แต่ผู้ให้ข้อมูลบางรายที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางสายเลือด และเคยเกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระ ไม่อยากดูแลผู้ป่วยในบางช่วง แต่ด้วยความผูกพันที่อยู่ร่วมกันมานาน และความสงสารที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ไม่ได้ ประกอบกับความดีของผู้ป่วยที่เคยช่วยเหลือครอบครัวของผู้ให้ข้อมูล ทำให้ผู้ให้ข้อมูลตั้งใจที่จะดูแลผู้ป่วยต่อไป ไม่เคยคิดทอดทิ้งหรือผลักภาระไปให้บุตรหรือญาติคนอื่นของผู้ป่วย บุตรสาวที่ดูแลมารดาคนหนึ่งให้ข้อมูลว่า

“...พอท้อ ภู (ผู้ให้ข้อมูล) เหนื่อยโวย ไม่มีใครมาดูแลเลย อิม ไม่เป็นไร ทำคนเดียวก็ได้ ไม่คิดว่าเดี๋ยวจะไปส่งให้มันให้ (คนโน้นคนนี้) ไม่ ไม่เลยอาจารย์ (คณะผู้วิจัย) ...เมะหะ (ผู้ป่วย) นั้น พุดอยู่ บอกเดี๋ยวจะ

ไปอยู่บ้านโน้น จะไปอยู่บ้านนี้ แล้วพอไปถามว่า อิม แม่ (ผู้ป่วย) จะไปอยู่ด้วยนี้ จะมาอยู่ตรงไหน บ้านกู (พี่ชาย) ฮา นั่นแหละ เรา (ผู้ให้ข้อมูล) ก็เลยว่า อิม แม่ไม่ต้องไปแล้ว อยู่ที่นี่แหละ...(เดอะโลลา, หน้า 6-7)”

อย่างไรก็ตาม นอกจากความรัก ความผูกพัน และความสงสารที่ผู้ให้ข้อมูลมีให้ผู้ป่วยแล้ว สิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย คือ ความกลัวและวิตกกังวลว่าจะไม่มีใครคอยดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะไม่มีใครที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้เหมือนกับที่ตนดูแล และอาจทำให้อาการของผู้ป่วยแย่ลง จนอาจเสียชีวิตได้โดยเร็ว

เชื่อว่าดูแลผู้ป่วยดี ตนได้ผลดีตอบแทน

ผู้ให้ข้อมูลทั้งที่เป็นบุตร ภรรยา และบุตรสะใภ้ เชื่อว่า การที่ตนดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดีจะทำให้ตนได้รับผลดีตอบแทนเข้ามาในชีวิต โดยอธิบายถึงการได้รับผลดีตอบแทนบนพื้นฐานของศาสนาที่ตนนับถือ กล่าวคือ ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามให้ข้อมูลว่า องค์กรอัลลอฮ์สอนให้มุสลิมสู้กับปัญหา และเชื่อว่าทำดีได้ดี โดยให้ยอมรับหรืออดทนกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ตนต้องเผชิญหรือต้องคอยดูแลผู้ป่วยในเวลานี้ไปก่อน และหากดูแลผู้ป่วยดี องค์กรอัลลอฮ์ก็จะตอบแทนให้ตนมีชีวิตที่ดีขึ้น (ผู้ดูแลอธิบายว่า สิ่งที่ต้องอัลลอฮ์ ประทานตอบแทนให้เรียกว่า “ริสกี” (At-Tuayjary, 2015) ซึ่ง “ริสกี” ในที่นี้ คือ ผู้ป่วยหาย/มีอาการดีขึ้น และบางรายให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า การที่ตนดูแลพ่อแม่ องค์กรอัลลอฮ์จะให้โชคกับตน จะตอบแทนตนในวันหน้ามากกว่าที่ตนดูแลผู้ป่วยเสียอีก ในขณะที่ผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ เชื่อว่า การดูแลพ่อแม่/ผู้ป่วยที่ไม่มีใครดูแล และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ไม่ได้ จะทำให้ตนได้บุญ ผลดีจะเกิดกับตน ความเชื่อในลักษณะดังกล่าวทำให้ผู้ให้ข้อมูลพยายามดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดีมาโดยตลอด ไม่เกรียดยกเว้นจะไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนการดูแลจากบุตรหรือญาติคนอื่น ๆ ของผู้ป่วย มุสลิมรายหนึ่งที่ถูกดูแลมารดาตลอด 5 ปี โดยที่พี่ ๆ น้อง ๆ คนอื่นไม่ค่อยให้การช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่าย/คอยให้กำลังใจ กล่าวว่า

“ก็ถือว่าเรา (ผู้ให้ข้อมูล) นึกถึงพระเจ้า ว่า เออ ถ้าเราเลี้ยงแม่ (ผู้ป่วย) เราดูแลแม่ก็คือพระเจ้าจะให้ผลดีกับเรา...อัลลอฮ์จะให้ริสกี จะให้โชคกับเรา... ทำต่อไป ไม่เป็นไร อัลลอฮ์มี อัลลอฮ์ตอบแทนเรามาเยอะกว่านี้อีก ... ไม่เกรียดย สบายใจ (เดอะโลลา, หน้า 6, 15)”

ระยะที่ 3: ตั้งใจดูแลจนวาระสุดท้าย

เมื่อรับรู้ว่า หมดหวัง หมดหนทางรักษา ผู้ป่วย แต่ด้วยความเข้มแข็ง ความอดทน และความตั้งใจที่จะดูแลรักษาผู้ป่วยให้ดีที่สุดที่มีมาตั้งแต่ในระยะแรก ตลอดจนความผูกพันที่มีต่อผู้ป่วยของผู้ดูแล ที่ไม่สามารถทอดทิ้งผู้ป่วยได้ และดูแลกันมาอย่างต่อเนื่อง แม้จะเหนื่อยล้ากับการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะที่ผ่านมา ๆ มาแต่ในเมื่อผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ผู้ดูแลจึงยังตั้งใจที่จะดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุดจนถึงวาระสุดท้าย ในระยะนี้ ผู้ดูแลจึงคิดแค่เพียงว่า ตนและหรือบุคคลในครอบครัว จะตั้งใจดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุดตามที่ตนจะสามารถทำได้ต่อไป ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ไม่ต้องเจ็บปวดทุกข์ทรมาน และมีสภาพร่างกายคงที่เช่นเดิม ไม่เกิดแผลเปื่อยเน่า/มีกลิ่นเหม็น จนเป็นที่น่ารังเกียจ ทั้งนี้เพื่อว่าตนจะได้ไม่เสียใจเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตไปจริง ๆ ภรรยารายหนึ่งเล่าถึงความตั้งใจที่จะดูแลสามีติดเตียง และ Barthel ADLs=0 ว่า

“...ช่วยเหลือให้เขา (ผู้ป่วย) ให้ดีที่สุด ...ดูแลเต็มที่ เพราะว่าเขาเป็นอะไรไป เรา (ผู้ให้ข้อมูล) ก็จะไม่เสียใจ เพราะเราทำเต็มที่...หมอเขาบอกว่าก็ทำอะไรไม่ได้ จะให้ดีกว่านี้ก็ได้ไม่ได้ ได้แค่นี้ ป้า (ผู้ให้ข้อมูล) ก็ต้องรักษาไปตามอาการ ...ประคองให้เขามีชีวิตอยู่ จนกว่าเขาจะไม่มีชีวิต (ป้าใจ, หน้า 11, 14)”

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นบุตร คู่สมรส และญาติอื่น ๆ ต่าง อดทน ตั้งใจดูแลรักษาผู้ป่วยที่ตนรักและมีความผูกพันด้วย มาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในระยะแรก แม้ว่าจะต้องเผชิญกับผลกระทบต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อตอบแทนบุญคุณบิดามารดา/ความดีของผู้ป่วยที่เคยดูแลช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างดีมาโดยตลอด ความรักความผูกพันที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลสงสารที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ไม่ได้ จึงมีความตั้งใจที่จะดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุดเท่าที่จะตนทำได้ ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย ความตั้งใจในลักษณะดังกล่าวจึงเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลมีแรงจูงใจในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยตลอดกระบวนการ ไม่ยกเว้นแม้กระทั่ง ในขณะที่ต้อง

ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและค่อนข้างยาวนานในระยะที่ 2 ซึ่งผู้ดูแลบางรายจะมีมุมมองของการดูแลในลักษณะของ ผูกพัน ที่ไปไม่ได้ ไม่มีใครดูแล ร่วมด้วย และในระยะ 3 ที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาพ หดหู่ หดหนทางรักษา ผู้ดูแลก็ยัง ตั้งใจดูแลจนวาระสุดท้าย

แรงจูงใจที่เกิดจากความรักความผูกพันในลักษณะดังกล่าว และมีอิทธิพลให้ผู้ดูแลยังคงดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุดต่อไปอย่างต่อเนื่อง ถูกสะท้อนในลักษณะของภาระผูกพัน (Gratitude Obligation) ในผลการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลายรายงาน โดย ผู้ดูแลที่เป็นบุตร มองว่า การได้ดูแลบิดามารดาที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นโอกาสให้ตนได้ตอบแทนบุญคุณของบิดามารดาที่คอยดูแลตนขณะที่พวกเขา ยังมีสุขภาพดี (Pesantes, Brandt, Ipince, Miranda, & Diez-Canseco, 2017) คู่สมรส บุตร และบุตรสะใภ้/บุตรเขย ระบุว่าตนต้องดูแลผู้ป่วยเพื่อเป็นการตอบแทนความรักและการดูแลที่ตนเคยได้รับจากผู้ป่วย (Qiu, Sit, & Koo, 2018) และโดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสตระหนักว่า การดูแลเป็นหน้าที่ที่ตนต้องรับผิดชอบโดยไม่สามารถถ่วงโอนไปให้ผู้อื่นได้ ผู้ดูแลตั้งใจพัฒนาวิธีการดูแลที่สอดคล้องอย่างดีที่สุดกับความต้องการของผู้ป่วย และจะไม่ส่งผู้ป่วยไปอยู่สถานที่ที่รับดูแลอื่น ๆ ด้วยเกรงว่าหากตนไม่ได้ดูแลผู้ป่วยด้วยตนเอง ผู้ป่วยอาจได้รับอันตรายได้ (Lo'pez-Espuela, Gonza'lez-Gil, Amarilla-Donoso, CordovillaGuardia, Portilla-Cuenca, & Casado-Naranjo, 2018) ในขณะที่ Young, Lutz, Creasy, Cox, & Martz (2016) พบว่า ความสำเร็จของการเปลี่ยนผ่านการจำหน่ายจากสถานฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใน กลับสู่บ้าน และความเต็มใจที่ผู้ดูแลจะดูแลผู้ป่วยต่อไปที่บ้าน เกิดจากสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสและผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่อนการเจ็บป่วย สำหรับในประเทศไทย ผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้ดูแล (การรับรู้ของผู้ดูแล และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดถึงความรักและใกล้ชิดสนิทสนม และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ร่วมกันในระหว่างให้การดูแลในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การแสดงความรักความเห็นอกเห็นใจกัน การมีความเมตตา และเป็นมิตรต่อกัน มีความพึงพอใจซึ่งกันและกัน และการเห็นคุณค่าของกันและกัน) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด และความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้ดูแลสามารถร่วมกันทำนายความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลได้ถึงร้อยละ 54 (Charoenwuttimakorn, 2012) ดังนั้น ความรักความผูกพัน ความเห็นอกเห็นใจ หรือสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยโดยเฉพาะก่อนการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และระหว่างให้การดูแล จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความเต็มใจ พร้อมที่จะพยายามบริหารจัดการเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและดีที่สุด

นอกจากนั้น ผลการศึกษายังพบว่า ในระยะที่ 2 ผู้ดูแลมีแรงจูงใจสำคัญจากความเชื่อบนพื้นฐานของศาสนาที่ตนนับถือ โดยเชื่อว่าดูแลผู้ป่วยดี ตนได้ผลดีตอบแทน ผู้ดูแลที่เป็นมุสลิม กล่าวว่า องค์อัลลอฮ์สอนให้มุสลิมสู้กับปัญหา และเชื่อว่าทำได้ดี โดยให้ยอมรับหรืออดทนกับสภาพที่ตนต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหรือต้องคอยดูแลผู้ป่วยในเวลานี้ไปก่อน และหากดูแลผู้ป่วยดี องค์อัลลอฮ์จะตอบแทนให้ตนมีชีวิตที่ดีขึ้นหรือทรงประทาน “ริสกี” ให้ (At-Tuayjary, 2015) ซึ่ง “ริสกี” ในที่นี้ คือ ผู้ป่วยหาย หรือมีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยตนเอง และครอบครัว จะได้ไม่ต้องรับ/รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมากนัก และบางรายยังเชื่อว่าการที่ตนดูแลผู้ป่วยที่เป็นบิดามารดา องค์อัลลอฮ์จะให้โชคกับตน จะตอบแทนตนในวันหน้ามากกว่าที่ตนดูแลผู้ป่วยเสียอีก ความเชื่อในลักษณะดังกล่าว จึงช่วยให้ผู้ดูแลคลายเครียดลงได้ และมีความอดทน ตั้งใจดูแลผู้ป่วยต่อไปอย่างต่อเนื่อง

แรงจูงใจที่เกิดจากความเชื่อบนพื้นฐานของศาสนาอิสลาม ที่เชื่อว่าความอดทน จะเกิดขึ้นกับบุคคลที่มีความศรัทธา ผู้มีศรัทธามั่นว่าทุกสิ่งทุกอย่างเป็นไปโดยการกำหนดขององค์อัลลอฮ์ทั้งสิ้น จะเกิดความอดทนในทุกสภาพการณ์ ความอดทนจึงเป็นปัจจัยแรกที่จะทำให้บุคคลมีพลังมหาศาลที่จะปฏิบัติภารกิจทุกอย่างได้บรรลุเป้าหมาย (Prayadsup, 2013) อย่างไรก็ตาม ในบางครั้ง องค์อัลลอฮ์จะทรงกำหนดสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาให้มาประสบกับบุคคล ด้วยเหตุผลเพื่อเป็นการทดสอบบุคคลให้เกิดความอดทน ผู้อดทนจะได้รับการตอบแทนบุญอย่างไม่คณานับ ผู้พอใจและพยายามอดทนอย่างสุดความสามารถในการเผชิญบททดสอบต่าง ๆ องค์อัลลอฮ์จะเพิ่มพูนความเข้มแข็งในการอดทนให้ บุคคลจะได้รับความโปรดปรานจากพระองค์ โดยมุสลิมจะรู้ว่า การ

ทดสอบนั้น ย่อมนำมาซึ่งการตอบแทนที่ดีกว่า (Abdullah, 2015; Department of Religious Affairs, 2014; Japakiya, 2012; Prayadsup, 2013) สิ่งที่คุณจะต้องใช้ความอดทนมีหลายประการ และความเจ็บป่วยเป็นความอดทนต่อความทุกข์ที่เกิดจากโรคร้ายไข้เจ็บ เป็นลิขิตขององค์อัลลอฮ์ที่คุณจะต้องอดทนเพื่อจะได้รับผลตอบแทนจากองค์อัลลอฮ์ที่จะทรงประทานให้ (Japakiya, 2012; Prayadsup, 2013) ซึ่งหมายถึง ริสกี หรือ ทุกสิ่งทุกอย่างที่ทำให้ประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของคุณ ไม่เฉพาะริสกีทางวัตถุ แต่เป็นริสกีทางอารมณ์ คือ เป็นความรู้สึกที่ทำให้คุณมีความสุขเมื่อได้รับสิ่งที่ตนปรารถนา (Islamic Economics, 2018) โดยเหตุที่องค์อัลลอฮ์จะประทานริสกีให้คุณคุณนั้นมีหลายประการ และการกระทำความดีต่อผู้มีพระคุณ เป็นเหตุผลหนึ่งที่บุคคลจะได้รับริสกีและเพิ่มพูนริสกีได้ (At-Tuayjary, 2015; Islamic Economics, 2018)

ในขณะที่ผู้ดูแลที่นับถือศาสนาพุทธ เชื่อว่า การดูแลบิดามารดา หรือผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ไม่ได้ จะทำให้ตนได้บุญ ได้รับผลดีตอบแทน ผู้ดูแลจึงมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไปอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นไปได้ว่า การดูแลบิดามารดาหรือผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล เป็นการกระทำที่ทำให้เกิดภาวะน่าบูชา ผู้ดูแลจะเป็นผู้ที่มิบุญ เพราะเป็นบุคคลที่มีคุณธรรม มีความดี การทำบุญด้วยการช่วยเหลือผู้อื่นเรียกว่า ไวยาวัจจมัย ถือเป็นการทำบุญ และเมื่อทำบุญแล้ว จิตใจก็สุขเอิบอิ่ม ก็จะทำให้มีความสุข หรือที่พระพุทธเจ้าตรัสไว้ว่า บุญอีกความหมายหนึ่ง คือ บุญเป็นชื่อของความสุก และเป็นความสุขที่ประณีตลึกซึ้งเข้าถึงเนื้อตัวของจิตใจ เป็นความสุขที่เต็มอิ่ม และยั่งยืน (Siriratuangasuk & Phadung, 2012)

ยิ่งไปกว่านั้น ผลการศึกษาค้นคว้า ยังพบว่า ในระยะแรก ผู้ดูแลที่หวังว่าผู้ป่วยจะหาย/ดูแลตนเองได้บ้าง จะมีแรงจูงใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย ความคาดหวังดังกล่าวเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลต้องการเร่งจำกัดผลกระทบต่าง ๆ ซึ่งคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของ (Zhang, & Lee, 2017) ที่พบว่า ความหวังจากอาการที่ดีขึ้นของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถก้าวผ่านการดูแลในระยะวิกฤต และเข้มแข็งพอที่จะดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไปอย่างต่อเนื่องในระยะยาว แต่จะแตกต่างกันในกรณีที่ผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า เมื่อผู้ป่วยเจ็บป่วยนานขึ้น ความคาดหวังของผู้ดูแลจะลดลงไปเรื่อย ๆ และหมดหวัง หดหวนทางจะรักษาให้ผู้ป่วยฟื้นหาย/ดีขึ้น เมื่อเข้าสู่ระยะที่ 3

นอกจากนั้น ในระยะที่ 2 ผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า กลัวเกิดอาการแทรกซ้อน เป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้ผู้ดูแลมีแรงจูงใจสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลกล่าวถึงความรู้สึกกลัวอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลากหลายประการ จนนำไปสู่สิ่งที่ตนกลัวและวิตกกังวลที่สุด คือ อาการของผู้ป่วยทรุดลงอย่างเฉียบพลันจนอาจต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอีก ซึ่งจะทำให้ตนและครอบครัวต้องได้รับผลกระทบ/ประสบกับความยากลำบากตามมาได้อีก อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่ผ่านมาหลายรายงาน ทั้งที่เป็นการศึกษาในประเทศไทย และในต่างประเทศ ยังไม่พบหลักฐานชัดเจนเกี่ยวกับความเชื่อมโยงของความกลัวหรือความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเกิดอาการแทรกซ้อนและการจัดการเพื่อการป้องกันอันตรายหรืออาการ/ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิด จะพบเฉพาะผลการศึกษาที่เป็น ความกลัว วิตกกังวล และกดดันกับความไม่แน่นอนของโรคในลักษณะที่ทำให้ผู้ดูแลญาติที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต้องมีชีวิตอยู่อย่างคลุมเครือและไม่แน่นอน ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกว่าตนไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ใหม่และทำนายอนาคตได้ (Aekuwetchakul, 2013; Cecil, Thompson, Parahoo, & McCaughan, 2013; Krishnan, Pappadis, Weller, Stearnes, Kumar, Ottenbacher, & Reistetter, 2017; Lee & Mok, 2011) ส่งผลให้ผู้ดูแลพยายามปรับตัวในลักษณะของการยอมรับ และพยายามแสวงหาความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Lee, & Mok, 2011) การต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสิ่งน่ากลัว ผู้ดูแลจึงต้องการรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคและวิธีการแก้ไขอาการ (De Palva, Valadares, & Pontes, 2012)

ความวิตกกังวล/ความกลัวเกี่ยวกับความไม่แน่นอนในลักษณะดังกล่าว จึงน่าจะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ดูแล/ครอบครัวพยายามจัดการเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ ด้วยแม้ว่าความวิตกกังวลอย่างมากจะมีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ทางด้านลบ หรือแม้กระทั่งทำให้มีปัญหาสุขภาพ แต่มีหลักฐานที่สนับสนุนว่า ความวิตกกังวลช่วยสร้างแรงจูงใจ โดยมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันและพยายามบรรเทาผลลัพธ์

อันไม่พึงปรารถนาต่าง ๆ ตลอดจนเสริมประสิทธิภาพให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่มุ่งผลลัพธ์ที่ต้องการ (Sweeny, & Dooley, 2017)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้ดูแลควรได้รับการประเมินความเข้มแข็ง ความอดทน ความตั้งใจในการดูแล มุมมองต่อการดูแล ผู้ป่วยในระยะยาว ความรักและความผูกพันที่มีต่อผู้ป่วย ตลอดจนสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยเฉพาะก่อนการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและระหว่างให้การดูแลเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่การเตรียมความพร้อมที่สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วยและสภาพผู้ดูแลในแต่ละระยะ

2. ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลยึดมั่นใน ความรัก ความผูกพันที่ตนมีต่อผู้ป่วย ความเต็มใจ ความตั้งใจที่จะดูแลผู้ป่วย ความเชื่อตามหลักศาสนาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการทำความดีต่อผู้มีพระคุณ และความคาดหวังว่าผู้ป่วยจะฟื้นหาย/มีอาการดีขึ้น และมีความหวังที่สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วยที่อาจจะดีขึ้น/ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง หากได้รับการฟื้นฟูสภาพที่ถูกต้อง เพียงพอ และต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยต่อไปได้โดยไม่เครียด เป็นทุกข์ หรือวิตกกังวลมากเกินไป

3. ควรส่งเสริมผู้ดูแล และครอบครัว ที่มีความหวังว่าผู้ป่วยจะหาย/ดูแลตนเองได้บ้าง ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ถูกต้องเหมาะสมและผลลัพธ์ที่จะได้รับ โดยจัดบริการที่สามารถส่งเสริมการแลกเปลี่ยนข้อมูลการรักษาทางเลือกว่ากับผู้ดูแล ผู้ป่วย และครอบครัว อย่างเปิดเผย และควรดำเนินการจัดตั้งแผนการแพทย์ทางเลือกที่สามารถผสมผสานเข้ากับการแพทย์แผนปัจจุบันขึ้นในโรงพยาบาล/หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ให้ครอบคลุม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแล ผู้ป่วย และครอบครัว มีการจัดการดูแลตนเองที่สามารถพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสมโดยไม่ต้องแสวงหาการรักษาทางเลือกอื่นที่ทำให้ผู้ดูแล ผู้ป่วย และครอบครัว สิ้นเปลืองทรัพยากรโดยไม่จำเป็น

4. ในการจัดระบบการดูแลในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นระดับหนึ่ง ควรให้ความสำคัญกับการรับรู้และตระหนักในอิทธิพลของผลกระทบที่จะเกิดขึ้นทั้งกับผู้ดูแล ผู้ป่วย และครอบครัว หากผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ตลอดจนการให้ความช่วยเหลือ/การสนับสนุนในการป้องกัน การสังเกตอาการผิดปกติและวิธีการแก้ไข ที่เพียงพอ และต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และทรงสภาพอาการที่ดีขึ้นแล้วไว้ในระดับนั้น ๆ ให้นานที่สุด

5. ควรจัดให้นักศึกษาได้เรียนรู้เกี่ยวกับแรงจูงใจสำคัญที่เป็นพื้นฐานการดูแลตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและในแต่ละระยะการเจ็บป่วย ที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาวิธีการดูแลของผู้ดูแล ทั้งนี้เพื่อการทำ ความเข้าใจวิธีการส่งเสริมการปรับตัวเพื่อการเผชิญกับสถานการณ์การเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับทั้งผู้ดูแล ผู้ป่วย และครอบครัว ได้อย่างสอดคล้องและต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากแรงจูงใจของผู้ดูแล เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยจึงควร

1. มีการศึกษาเพื่อการสร้างและพัฒนาเครื่องมือการประเมินความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตนเอง และครอบครัว ของผู้ดูแล อย่างเป็นระบบ

2. มีการศึกษาเพื่อพัฒนาวิธีการสร้างและคงไว้ซึ่งแรงจูงใจของผู้ดูแลในแต่ละระยะตลอดช่วงเวลาที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ อย่างเป็นระบบ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ข้อตกลงเลขที่ สวรส. 60-013

References

- Abdullah, T. (2015). *The Effect of Endurance*. Retrieved November 3, 2019 from <http://www.islammore.com/main/content.php?page=sub&category=6&id=903>
- Aekuwetchakul, S. (2013). *Development of the Community Participatory Palliative Care for Stroke Survivors in Primary Care Network, Khon Kean Hospital*. (Master of Nursing Science in Community Health Nurse Practitioner thesis), Khon Kean University, Khon Kean, Thailand. Retrieved November 3, 2019 from https://tdc.thailis.or.th/tdc/search_result.php
- At-Tuayjary, M. B. I. (2015). *Key to Rissiki*. Retrieved November 3, 2019 from <http://www.islammore.com/view/1083>
- Cecil, R., Thompson, K., Parahoo, K., & McCaughan, E. (2013). Towards an Understanding of the Lives of Families Affected by Stroke: A Qualitative Study of Home Carers. *Journal of Advanced Nursing*, 69(8), 1761-1770.
- Charoenwuttimakorn, P. (2012). *Factors Related to Preparedness for Caregiving among Caregivers of Patients with Ischemic Stroke*. (Master of Nursing Science in Adult Nursing Thesis), Burapha University, Chon Buri, Thailand. Retrieved November 3, 2019 from https://tdc.thailis.or.th/tdc/search_result.php
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- De Palva, R. S., Valadares, G. V., & Pontes, J. S. (2012). The Need to Become Family Caregivers: Grounded Theory. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 11(3), 607-620.
- Department of Religious Affairs, M. o. C. (2014). *Basic Religion Facts* (Vol. 2). Bangkok, BKK: Agricultural Cooperative Printing of Thailand co., Ltd.
- Hesamzadeh, A., Dalvandi, A., Maddah, S. B., Khoshknab, M. F., & Ahmadi, F. (2016). Family Caregivers' Experiences of Stroke Recovery among Older Adults Living in Iran: A Qualitative Study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, (In Press), e27686. Retrieved November 3, 2019 from http://ircmj.portal.tools/?page=article&article_id=27686
- Hongsoi, S. (2012). *Effects of Program for Promoting Caregiver's Ability in Continuing Care on Caregiver's Ability, Functional Ability, and Complications in Ischemic Stroke Patients*. (Master of Nursing Science in Adult Nursing Thesis), Burapha University, Chon Buri, Thailand. Retrieved from https://tdc.thailis.or.th/tdc/search_result.php
- Islamic Economics. (2018). Does Riske Mean Money Only? Retrieved November 3, 2019 from <http://islamhouse.muslimthaipost.com/main/index.php?page=sub&category=7&id=21603>
- Japakiya, I. L. (2012). *Patient Handbook and Management According to Islamic Principles*. In Author (Ed.). Retrieved November 3, 2019 from <https://www.icenter.or.th/book/detail/65>
- Kaewpralad, O. (2009). *The Study of Family-Centered Continuing Care in First Stroke Patients*. (Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner Thesis), Huachiew Chalermprakiet University, Samut Prakan, Thailand. Retrieved November 3, 2019 from https://tdc.thailis.or.th/tdc/search_result.php

- Krishnan, S., Pappadis, M. R., Weller, S. C., Stearnes, M., Kumar, A., Ottenbacher, K. J., & Reistetter, T. A. (2017). Needs of Stroke Survivors As Perceived by Their Caregivers: A Scoping Review. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 96(7), 487-505.
- Kulsawet, S. (2014). *Effectiveness of Implementing Home-Based Exercise Nursing Practice Guidelines for Stroke Patient Rehabilitation in Community, Namjo Sub-District, Mae Tha District, Lampang Province*. (Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner Thesis), Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand. Retrieved November 3, 2019 from https://tdc.thailis.or.th/tdc/search_result.php
- Lee, R. L. T., & Mok, E. S. B. (2011). Seeking Harmony in the Provision of Care to the Stroke-Impaired: Views of Chinese family Caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 20(9/10), 1436-1444. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03500.x
- Lo'Pez-Espuela, F., Gonza'Lez-Gil, T., Amarilla-Donoso, J., CordovillaGuardia, S., Portilla-Cuenca, J. C., & Casado-Naranjo, I. (2018). Critical Points in the Experience of Spouse Caregivers of Patients Who Have Suffered a Stroke: A Phenomenological Interpretive Study. *PLoS ONE*, 13(4), e0195190. Retrieved from <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195190>
- Lutz, B. J., & Camicia, M. (2016). Supporting the Needs of Stroke Caregivers Across the Care Continuum. *JCOM*, 23(12), 557-566.
- Lutz, B. J., Young, M. E., Creasy, K. R., Martz, C., Eisenbrandt, L., Brunny, J. N., & Cook, C. (2017). Improving Stroke Caregiver Readiness for Transition from Inpatient Rehabilitation to Home. *Gerontologist*, 57(5), 880-889. doi:10.1093/geront/gnw135
- Moeller, D., & Carpenter, C. (2013). Factors Affecting Quality of Life for People Who Have Experienced a Stroke. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 20(4), 207-216.
- Nikomrack, W. (2013). *Development of Continuing Care Service System for Families with Stroke Patient*. (Master of Nursing Science in Family Nursing Thesis), Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand. Retrieved November 3, 2019 from https://tdc.thailis.or.th/tdc/search_result.php
- Pesantes, M. A., Brandt, L. R., Ipince, A., Miranda, J. J., & Diez-Canseco, F. (2017). An Exploration Into Caring for a Stroke-Survivor in Lima, Peru: Emotional impact, Stress Factors, Coping Mechanisms and Unmet Needs of Informal Caregivers. *eNeurologicalSci*, 6, 33-50. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.ensci.2016.11.004>
- Pitthayapong, S., Thiangtam, W., Powwattana, A., Leelacharas, S., & Waters, C. M. (2017). A Community Based Program for Family Caregivers for Post Stroke Survivors in Thailand. *Asian Nursing Research*, 11, 150-157. doi:org/10.1016/j.anr.2017.05.009
- Prayadsup, P. (2013). *Endurance Path to Heaven*. Retrieved from <http://www.islammore.com/view/3147>
- Qiu, X., Sit, J. W. H., & Koo, F. K. (2018). The Influence of Chinese Culture on Family Caregivers of Stroke Survivors: A Qualitative Study. *J Clin Nurs*, 27, e309-e319. Retrieved November 3, 2019 from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocn.13947>
- Siriratrangsuk, R., & Phadung, N. (2012). *Dhrama Book: Miracle of Merit*. Songkhla: Blue Image Co., Ltd.



- Social Medicine Department. (2015). *Process for Practices of Home Health Care Center*. Yala Regional Hospital.
- Sweeny, K., & Dooley, M. D. (2017). The Surprising Upsides of Worry. *Social and Personality Psychology Compass*, 11(4). doi:org/10.1111/spc3.12311
- Wikipedia Free Encyclopedia. (2015). *Yala Province*. Retrieved November 3, 2019 from <https://th.wikipedia.org/wiki/>
- Young, M. E., Lutz, B. J., Creasy, K. R., Cox, K. J., & Martz, C. (2016). A Comprehensive Assessment of Family Caregivers of Stroke Survivors During Inpatient Rehabilitation. *Disabil Rehabil*, 36(22), 1892–1902. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4959419/>
- Zhang, J., & Lee, D. T. F. (2017). Meaning in Stroke Family Caregiving: A Literature Review. *Geriatric Nursing*, 38(1), 48-56. doi:org/10.1016/j.gerinurse.2016.07.005



ตัวแบบในการดูแลผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ An Integrated Care Model for Older People

รติยานภิศ รัชตะวรรณ^{1*} และ เบญจวรรณ ถนอมชัยธวัช¹

Ratthayanaphit Phalasuek^{1*} and Benjawan Thanomchayathawatch^{1*}

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช^{1*}

Borommarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat^{1*}

(Received: December 31, 2019; Revised: April 27, 2020; Accepted: May 15, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาทุนทางสังคม ศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ และสังเคราะห์ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ผู้ให้ข้อมูลหลักเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยใช้เทคนิค Snow Ball Sampling ประกอบด้วย ผู้ดูแลหลัก 11 คน บุคลากรสุขภาพ 3 คน อสม. 14 คน สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 6 คน ผู้นำชุมชน 8 คน และผู้รับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุของ อบต.ท่าเรือ 2 คน กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 3 ปี ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ทำการสัมภาษณ์จนกระทั่งผู้วิจัยได้ข้อมูลอิ่มตัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. ทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุตำบลบ้านไม้แดงประกอบด้วย 1) ต้นทุนด้านครอบครัวมีทั้งผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรองดูแลผู้สูงอายุตามบริบทครอบครัว 2) อสม. มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ การวางแผนดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจร 3) ชมรมผู้สูงอายุ มีส่วนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และช่วยเหลือการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง 4) องค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือสนับสนุนงบประมาณ และบุคลากรในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุ 5) ผู้นำชุมชน ร่วมจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และศึกษาความเป็นไปได้ของโครงการต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ และ 6) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลริเริ่มก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุ อบรม อสม. ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน ให้การรักษาเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพ ประสานงานด้านงบประมาณกับองค์การบริหารส่วนตำบล และดำเนินการตามนโยบายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของรัฐบาล

2. ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ผลการสังเคราะห์ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุ สามารถนำบทบาทของการดูแลมาถอดเป็นตัวแบบเชิงบูรณาการ ในการดูแลผู้สูงอายุ คือ FC4PAr Model: Family-Community Capacity-Four Participation-Ageing Regulation

ผลการวิจัยพบว่า ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ FC4PAr Model มีผลกระทบเชิงบวกต่อการเรียนรู้การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนทั้งในด้านการแก้ปัญหาและพึ่งตนเอง ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรขององค์การบริหารส่วนตำบล และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จึงควรนำต้นแบบนี้ ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงการพัฒนาภาวะสุขภาพในมิติอื่น ๆ ต่อไป ให้ครอบคลุมการดูแลประชากรทุกกลุ่มวัย

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ทุนทางสังคม, การดูแลแบบบูรณาการ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: rphalasuek@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 093-6356351)



Abstract

The cultural of Ban Mai Daeng community is kinship relationships that support generously contributing to the care of the elderly. The social capital of various groups, both formal and informal, which gathering to older people care. This qualitative research, conducted in Ban Mai Daeng subdistrict, aimed to study social capital and the community's capacity in caring for its elderly, in order to develop an integrated model of caring for the elderly. Participants were 11 primary caregivers, 11 older persons, 3 health personnel, 14 village health volunteers, 6 elderly club members, 8 community leaders, and 2 municipal district personnel. Snow-ball sampling was applied. Data were collected by using in-depth interviewing. The data were analyzed by using content analysis. Results found the following: 1) family social capital includes both the primary caregivers and the secondary caregivers to care of the elderly, in accordance with the family context, 2) health volunteers can assess vital signs, do screening for diseases and ADL, home visiting, care of daily activities and finding the data for support career development in the elderly, 3) the elderly club encourages the elderly to participate into activities such as exercise, stress relief, and knowledge sharing to take care of the elderly who need depending, 4) Tha Ruea Subdistrict Local Administration Organization participates to the budget and supports personnel in health operations for the elderly, 5) community leaders organize the elderly health promotion activities by providing the elderly information and studying the feasibility of various care programs for the elderly, while 6) the Health Promoting Hospital initiates the establishment of an elderly club, trains the Health Volunteers on health care for the elderly at home, provides initial treatment, rehabilitation, as well as coordinates the budget with the sub-district administrative organization, and implement the government's elderly health promotion policy. Finally, the integrated elderly care model was named FC4PAr Model, for "Family-Community capacity-F."

The FC4PAr Model leads to a positive impact on learning, development and care for the elderly in the community in both problem solving and self-reliance. Hence, public health personnel should adopt this model to health developing in all age groups population.

Keyword: Older People, Social Capital, Integrated Care

บทนำ

ปี 2560 โลกได้เป็นสังคมสูงอายุด้วยประชากรสูงอายุหรือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากถึง 962 ล้านคน หรือคิดเป็น ร้อยละ 13 ของประชากรโลกทั้งหมด 7,550 ล้านคน เมื่อพิจารณาประชากรในอาเซียน พบว่า 3 ประเทศที่เป็นสังคมสูงอายุ คือ สิงคโปร์ร้อยละ 20 ไทยร้อยละ 17 และเวียดนามร้อยละ 11 ตามลำดับ โดยประเทศไทยนั้น กำลังมีผู้สูงอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็วมาก คาดประมาณว่าอีกไม่เกิน 4 ปีข้างหน้า ประเทศไทยก็จะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ เมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงขึ้นถึงร้อยละ 20 ด้วยคลื่นประชากรรุ่นเกิดสาม ซึ่งเกิดในช่วงปีพ.ศ. 2506-2526 กำลังเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ อีก 4 ปีข้างหน้า จึงทำให้ประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุมากถึง 20 ล้านคน และที่สำคัญ คือ กลุ่มประชากรสูงอายุวัยปลาย ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นอย่างมากจาก 1.5 ล้านคนในปีพ.ศ. 2560 เป็น 3.5 ล้านคนในอีก 4 ปีข้างหน้าด้วยเช่นกัน (Foundation of Gerontology Research and Development Institute and Institute for Population and Social Research, 2017)

ปัญหาสุขภาพของประชากรสูงอายุไทยในปี 2560 คือ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน พื้นฐาน ได้แก่ การรับประทานอาหารเอง การใช้ห้องน้ำ การแต่งตัวได้ด้วยตนเองมากถึง ร้อยละ 5 โดยเฉพาะผู้สูงอายุตอนปลายที่ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ มีมากถึงร้อยละ 19 ของผู้สูงอายุในวัยเดียวกัน (Foundation of Gerontology Research and Development Institute and Institute for Population and Social Research, 2017) สถานการณ์ดังกล่าว ย่อมส่งผลต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ กล่าวคือ มีความต้องการการพึ่งพามากขึ้น แต่ในขณะที่ความไม่สมดุลของโครงสร้างประชากรมีแนวโน้มเป็นอุปสรรคต่อภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ เนื่องจากระหว่างปี พ.ศ. 2563 – 2564 เป็นช่วงเวลาที่ประเทศไทยมีประชากรวัยเด็กเท่า ๆ กับผู้สูงอายุ และหลังจากปี พ.ศ. 2564 เป็นต้นไปประเทศไทยจะมี ผู้สูงอายุมากกว่าเด็กต่อไปเรื่อย ๆ และปรากฏการณ์ที่มีผู้สูงอายุมากกว่าเด็กเช่นนี้ จะไม่มีโอกาสสามารถย้อนกลับได้อีก แนวโน้มรูปแบบการพึ่งพิงจะเปลี่ยนจาก การพึ่งพิงของเด็กเป็นส่วนใหญ่ มาสู่การพึ่งพิงของผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ และส่งผลให้ลักษณะการพึ่งพิงทางเศรษฐกิจระหว่างประชากรวัยต่าง ๆ เปลี่ยนไป โดยจะมีผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงประชากรวัยแรงงานมากกว่าเด็ก (Waphatthanawong, & Prasartkun. (n.d.)

จากฐานข้อมูลผู้สูงอายุในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไม้แดง (รพ.สต. บ้านไม้แดง) พ.ศ. 2560 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-74 ปี คิดเป็นร้อยละ 64 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 75-90 ปี ร้อยละ 33 และอยู่ในช่วงอายุ 90 ปีขึ้นไป มีจำนวนร้อยละ 17 สถานการณ์ด้านสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาโรคเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36.2 และเบาหวาน ร้อยละ 11.6 ซึ่งผลกระทบจากโรคเรื้อรังเหล่านี้ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานตามมา เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต และทำให้เกิดความต้องการการพึ่งพาการดูแลในระดับ ที่ซับซ้อนมากขึ้น ทำให้เกินกำลังของสมาชิกในครอบครัวที่จะดูแลผู้สูงอายุโดยลำพัง (Phalasuek, & Thanomchayathawatch, 2017)

จากความต้องการการพึ่งพาของผู้สูงอายุทั้งด้านการดำเนินชีวิต ด้านเศรษฐกิจ และด้านสุขภาพ การดำเนินงานผู้สูงอายุในปัจจุบัน จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของ 4 ภาคส่วนที่ประกอบด้วย กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งให้ความสำคัญ และความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องมีการบูรณาการการดำเนินงาน ตั้งแต่ระดับนโยบาย การกำหนดกรอบเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ มาตรการ และการจัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ให้เกิดความชัดเจนในการดูแลผู้สูงอายุ

ด้วยสถานการณ์ของผู้สูงอายุในเขตความรับผิดชอบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไม้แดง ซึ่งมีบริบททางสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ที่ยังมีความเป็นชนบทสูง จึงยังมีวัฒนธรรมที่มีความสัมพันธ์เชิงเครือญาติ การให้ความช่วยเหลือ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน ประกอบกับทุนทางสังคมของกลุ่มต่าง ๆ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการที่มีการรวมตัวกันเพื่อเอื้อประโยชน์แก่ชุมชน โดยจุดเด่นของชุมชน คือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งนอกจากมีจิตอาสาให้ความช่วยเหลือผู้อื่นแล้ว ยังเป็นผู้ที่ได้รับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเป็นอย่างดีและต่อเนื่อง อีกทั้ง อสม. ยังเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์อันดีและได้รับความไว้วางใจจากคนในชุมชน (Ratchathawan, Thanomchayathawatch, Tongmangtunyatap, & Wonglamthong, 2019) นอกจากนี้ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ สนับสนุนงบประมาณและบุคลากรในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ รวมถึงชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำท้องถิ่น ร่วมกันพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบกับผู้มีจิตอาสาในการดูแลผู้สูงอายุในตำบลท่าเรือมีจำนวนมากจึงทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ดังนั้น แนวคิดของการพัฒนาศักยภาพ และความสามารถของชุมชนให้เป็นฐานในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของตำบลบ้านไม้แดง โดยการสังเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการนำรูปแบบที่ได้ไปเป็นกลไกหนึ่ง ในการส่งเสริมและสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม จำนวนผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สภาวะการเจ็บป่วยและทุกข์ทรมานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อค้นหาทุนทางสังคม และศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ
2. เพื่อสังเคราะห์ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลักเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยใช้เทคนิค Snow Ball Sampling โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักคนแรก กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดประกอบด้วย ผู้ดูแลหลัก 11 คน บุคลากรสุขภาพ 3 คน อสม. 14 คน สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 6 คน ผู้นำชุมชน 8 คน และผู้รับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุของ อบต.ท่าเรือ 2 คน ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง จำนวน 11 คน ผู้ดูแลหลัก จำนวน 11 คน กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 3 ปี ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ทำการสัมภาษณ์จนกระทั่งผู้วิจัยได้ข้อมูลอิ่มตัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง 1 ชุด คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับบทบาทการดูแลผู้สูงอายุ ตัวอย่างเช่น 1) ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีสุขภาพอย่างไร 2) ท่านดูแลผู้สูงอายุเรื่องใดบ้าง อย่างไร ชักถามครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ/อารมณ์ สังคม 3) ท่านมีการดูแล/สนับสนุน ผู้สูงอายุเรื่องใดบ้าง อย่างไร (ถามให้ครอบคลุมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษา พันฟู สิทธิพิเศษและสวัสดิการทั้งตามกฎหมายและสวัสดิการอื่น ๆ ที่นอกเหนือกฎหมาย)

2. เครื่องบันทึกเสียง

3. สมุดจดบันทึก สำหรับจดข้อมูล

4. แฟ้มข้อมูลของผู้วิจัย สำหรับเก็บข้อมูลที่ได้จากการจำแนก และจัดหมวดหมู่ของข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำประเด็นคำถามที่สร้างขึ้น ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 1 คน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของประเด็นคำถามหลัก หลังจากนั้นก็ได้นำไปทดลองใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในประชากรที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของประเด็นคำถาม และนำมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้ได้คำถามที่มีความเหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์พยาบาลที่ทำกรนิเทศนักศึกษาพยาบาลและดำเนินการให้บริการวิชาการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนบ้านไม้แดงอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 10 ปี ได้เตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยสอบถามความสมัครใจกลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูลด้วยตนเอง เพื่อบริการวิชาการตามวัน เวลา สถานที่ให้ข้อมูลชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่าง และชุมชนจะได้รับจากผลการวิจัย รวมทั้งให้ข้อมูลการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยแล้วผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2558 ถึง มกราคม พ.ศ.2559 สถานที่เก็บข้อมูล คือ บ้านของผู้สูงอายุ อสม. และแกนนำที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. สัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล (In-depth Interview) สนทนาโดยมีเป้าหมายให้ได้ข้อมูลอรรถวิสัยเกี่ยวกับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์โดยใช้คำถามปลายเปิด พูดคุยแบบไม่เป็นทางการ ตามแนวคำถามที่สร้างขึ้น และใช้การหยั่งลึก (Probe) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม ลึกซึ้ง และอิ่มตัวในประเด็นที่ต้องการศึกษา มีการบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์ ในการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายสัมภาษณ์ 1 - 3 ครั้ง ขึ้นอยู่กับความอิ่มตัวของข้อมูล และความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง แต่ละครั้งใช้เวลานาน

ประมาณ 30 - 45 นาที เมื่อสัมภาษณ์เสร็จในแต่ละครั้งผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นนัดสัมภาษณ์ครั้งต่อไป หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ

2. การบันทึกภาคสนาม (Field Note) ผู้วิจัยจะสังเกตปฏิกิริยา การแสดงทางอารมณ์ หรือพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลทั้งในช่วงก่อน ขณะ และหลังการสัมภาษณ์ และจะมีการจดบันทึกปฏิกิริยาเหล่านั้นหลังจากเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ทันที แต่จะไม่มีการจดบันทึกระหว่างการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลพร้อม ๆ กับการรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ทราบประเด็นที่ต้องสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป ในการวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้ (Miller, & Crabtree, 1992) ดำเนินการดังนี้

1. จัดแฟ้ม (Establishing Files) โดยการนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการสัมภาษณ์มาทบทวน แยกแยะ และจัดหมวดหมู่
2. ลงรหัสข้อมูล (Coding the Data) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาลงรหัสหมวดหมู่ของข้อมูล
3. จัดประเภทของข้อมูล (Identify Unit) โดยจัดประเภทของข้อมูลโดยพิจารณาจากรหัส นำรหัสของข้อมูลที่มีอยู่มารวบรวมในการจัดประเภท ข้อมูลที่มีรหัสคล้ายคลึงกันจะจัดอยู่ด้วยกัน
4. พัฒนาและการสร้างหมวดหมู่ (Developing Categories) โดยนำข้อมูลที่ได้จัดประเภทมาแยกประเภทเป็นหัวข้อย่อย ๆ โดยแต่ละหัวข้อย่อยมีความสอดคล้องในเนื้อหา และมีการแจกแจงความถี่ของคำหรือข้อความที่ปรากฏในเนื้อหา มีการตรวจสอบวิเคราะห์ข้อมูล แล้วนำมาวิเคราะห์และตีความเพื่อพัฒนา และสร้างหมวดหมู่ของข้อมูล
5. เชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ (Interpretively Determine Connections) โดยนำหมวดหมู่ของข้อมูลที่ได้มาหาความสัมพันธ์กัน
6. ตรวจสอบความถูกต้อง (Verify) นำข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วมาตรวจสอบซ้ำเพื่อให้เกิดความถูกต้องของข้อมูล
7. สรุป และเขียนรายงานการวิจัย (Report) ผู้วิจัยกำหนดแก่นสาระจากการตีความ (Thematic Analysis) โดยผู้วิจัย 2 คนอย่างอิสระในการหาข้อสรุปของประเด็นหลักและการให้ความหมาย สำหรับประเด็นที่ผู้วิจัย มีความเห็นไม่ตรงกัน จะนำมาวิเคราะห์เพื่อหาข้อตกลงร่วมกันอีกครั้งหนึ่ง ทำการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา เพื่อให้ได้ข้อสรุปของตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ และนำเสนอผลการวิจัยเป็นลักษณะพรรณนา (Descriptive Explanation)

จริยธรรมวิจัย

บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุในเขตความรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไม้แดง ตำบลท่าเรือ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ผ่านกระบวนการพิจารณารับรองการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัย ในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช หมายเลขรับรอง BCNNST 06/2558 วันที่ 25 สิงหาคม 2558 ข้อความที่บันทึกเสียงถูกเก็บเป็นความลับ และทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การนำเสนอผลวิจัยนำเสนอในภาพรวม และไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ดูแลหลัก จำนวน 11 คน มีอายุอยู่ในช่วง 45-58 ปี อายุเฉลี่ย 48.82 ปี ($SD=1.94$) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 72.73 ($n=8$)

บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 3 คน มีอายุอยู่ในช่วง 45-58 ปี อายุเฉลี่ย 50.00 ปี ($SD=7.07$) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 66.67 ($n=2$)

อสม. จำนวน 14 คน มีอายุอยู่ในช่วง 46-70 ปี อายุเฉลี่ย 50.64 ปี ($SD=4.23$) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับ ปวส. ร้อยละ 71.43 ($n=10$)

สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 6 คน มีอายุอยู่ในช่วง 60-66 ปี อายุเฉลี่ย 63.33 ปี ($SD=2.16$) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 83.33 ($n=5$)

ผู้นำชุมชน จำนวน 8 คน มีอายุอยู่ในช่วง 45-58 ปี อายุเฉลี่ย 53.13 ปี ($SD=4.19$) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 75.00 ($n=6$)

ผู้รับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุของ อบต. 2 คน มีอายุอยู่ในช่วง 55-58 ปี อายุเฉลี่ย 56.50 ปี ($SD=2.12$) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100.00 ($n=2$)

2. ทิศทางสังคมและศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ

จากการสัมภาษณ์ทิศทางสังคมและศักยภาพของชุมชน พบว่า ตำบลบ้านไม้แดงมีทุนต่างๆประกอบด้วย

2.1 ต้นทุนด้านครอบครัว ศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวเป็นการเรียนรู้เชิงประสบการณ์อย่างเป็นระบบ ด้วยบริบทของชุมชนบ้านไม้แดงเดิมเป็นชุมชนชนบท ประชาชนมีอาชีพทำนา เลี้ยงวัว เลี้ยงหมู ปลูกดอกมะลิเป็นหลัก ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวขยายที่มีสมาชิกรุ่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลูก หลาน ในครอบครัวเดียวกัน หลังจากได้มีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านการคมนาคม ไฟฟ้า ประปาในชุมชน ทำให้ความเจริญด้านวัตถุหลังไหลเข้าไปอย่างรวดเร็ว ชุมชนอยู่ห่างจากตัวเมืองเพียง 20 กิโลเมตร ทำให้ประชากรวัยเด็ก วัยรุ่นมีโอกาสเรียนในโรงเรียนประจำจังหวัด และโรงเรียนในตัวเมืองมากขึ้น อีกทั้งวัยผู้ใหญ่มีโอกาสนในการประกอบอาชีพในตัวเมืองง่ายขึ้น จึงทำให้ลักษณะครอบครัวเล็กลง สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีผู้สูงอายุ วัยผู้ใหญ่ตอนปลายที่ไม่สามารถประกอบอาชีพอื่น ๆ ในตัวเมืองจึงยังคงประกอบอาชีพเกษตรกรรมในชุมชนเลี้ยงครอบครัว

การดูแลผู้สูงอายุตามบริบทครอบครัวจึงต้องมีทั้งผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรองที่เป็นลูก หลาน พี่น้อง หรือญาติห่าง ๆ ผู้ดูแลหลักเข้าใจผู้สูงอายุในทุกเรื่อง บทบาทของผู้ดูแลครอบคลุมด้านต่าง ๆ ได้แก่ การวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุ การช่วยเหลือการดำเนินชีวิตประจำวัน คือ การบริโภคน้ำ การดูแลด้านความสะอาดร่างกายและการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การดูแลเรื่องยา การประสานความร่วมมือกับบุคคลในครอบครัว หรือ อสม. เมื่อต้องการ ความช่วยเหลือ เช่น การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ การพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ ดังตัวอย่างข้อมูล

“...หัวเข่าถึงฟักะยกขึ้น (ต้นนอน) หุงข้าวอะไรให้แกเสร็จ ชงโอวัลติน กินอาหารเช้าเสร็จจะฟักะไปทำงานทำไร่ให้ก่อน”

“...พี่ไม่เคยไปไหนอะตั้งแต่เลี้ยงแก ลีบปีแล้วที่พ่อตาบอดมา ไม่เคยได้ไปไหนเลย ถ้าไปกะไม่ค้าง ไม่นอน ไปกลับ คือว่าไปเที่ยวที่ว่ำนอนค้างคืนไม่ไป ช่วงที่พี่ไม่อยู่กับภรรยาให้มาดูแล เขียนไว้หมดทุกอย่างว่าต้องให้แกกินข้าว กินยาปาด (กินข้าว กินยากี่โมง)”

“...แค่ทุกวันจัดยาถือว่าจัดเป็นอาทิตย์ไปเลย อาทิตย์นี้คือจัดยาเอาไว้ให้แกเป็นชุด ใส่ถุงไว้ ถึงกะบอกแก แกจะกินได้ เพราะว่าจะใส่ในถุงอย่างนั้นแหละ ใส่ไว้ในถุงยาของเป่าที่แกของแกทุกหัวเช้า”

“...พ่อนั้นแกรู้ เดินไปห้องน้ำแกก็จะรู้ พอหมดเชือกที่ขึงไว้ให้จับแล้วคือว่ามันจะมีห้องน้ำ ตู้เย็นของอื่นเอาออกหมด แกจะได้เดินสะดวกไม่สะดุด”

“...เวลาไปนอนมัยให้น้องมารับ เขามีรถ บ้านอยู่หน้าโรงเรียน ไม่ไกล พอได้ช่วยพาพ่อไปขึ้นรถ ถ้าไม่มี เชือกจับ แกไม่เดิน แกกลัว (จะ) ล้ม เกร็งไปหมดแหละ พอไม่ได้จับเชือก”

2.2 อาสาสมัครสาธารณสุข รพ.สต.บ้านไม้แดงมี อสม. ทั้งสิ้น 250 คน อสม. ทุกคนได้รับการพัฒนาศักยภาพที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุในเรื่อง การวัดและประเมินสัญญาณชีพ การคัดกรองภาวะพึ่งพาและกลุ่มโรค ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การเยี่ยมผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ดูแลกิจวัตรประจำวันในกรณีที่ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพา นอกจากนี้ยังสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการคัดกรอง การเยี่ยมบ้าน ไปสู่การวางแผนดูแลผู้สูงอายุ และขอ

สนับสนุนการดูแลจาก อบต. และ อพม. ในพื้นที่ และพัฒนาอาชีพในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างครบวงจร ดังตัวอย่างข้อมูล

“...เยี่ยมบ้าน แล้วจะไปแลความเป็นอยู่ เราก็ได้ช่วยเหลือในเบื้องต้นอะไรที่ช่วยได้ก็ช่วยไปก่อน ถึงต่อจากนั้นเราก็จะเสนอไปทาง อนามัยที่ช่วย แล้วก็มีของ อพม. อาสาพัฒนา เขาเพิ่งตั้งมาอาสาพัฒนา ถึงก็มีของป้านาท(ประธาน อสม.) ที่ดูแลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส และก็มีผู้พิการ ถึงส่วนมากก็จะไปเยี่ยมบ้าน ไปแลดูว่าเขาอยู่กันหรือ (อยู่กันอย่างไร) ดูบ้านว่าสะอาดหม้าย การกินการอยู่ของเขาทั้งเด็กคนแก่ ถึงไอโร (อะไร) ที่ขาดก็จะช่วยในจุดนั้น”

“...ในเบื้องต้นก็จะมีของจากองค์กรช่วยเหลือไปก่อน เช่น บ้านไม่มีไม้กวาด ไม่มีผ้าขนหนู สบู่ ยาสิ ฟันส่วนใหญ่เขาก็ช่วยเรื่องแบบนี้ก่อนอะนะ ถึงทีนี้ก็จะทำแผนของบของ อบต. มีงบประมาณช่วยเหลือ กลุ่ม อสม. จะรับผิดชอบไปเยี่ยมบ่อย ๆ เขาก็จะดูแลในส่วนของเขาที่เรารับผิดชอบ และเราก็จะส่งรายงานนี้ให้กับ อบต. และ อนามัย ว่าที่อยู่อาศัยเป็นยังไง ก็ประสานข้อมูลไปให้เขา”

“...เราคัดกรองทุกโรคที่หมอแจ้งให้ทำ ผู้สูงอายุเยอะมาก บางคนมาไม่ได้ก็ต้องไปตามบ้าน ความดัน เบาหวานนี่พื้น ๆ เลย (ไม่ยุ่งยาก) ทำทุกปีจนไม่ยาก แล้วซึมเศร้า 2Q ที่ใช้ก็ทำได้ หมอเขาสอนให้ก่อนไปทำทุกครั้ง”

“เวลาเยี่ยมผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เราต้องประเมินแหละ ส่วนมากก็ ค่าความดัน ค่าน้ำตาล ดูว่าพันหรืออ้วน (เป็นอย่างไรบ้าง) เคยเจอเคสที่สูงมาก ๆ ต้องส่ง รพ.สต. ให้ส่งตัวไปโรงพยาบาล (โรงพยาบาล) แล้วก็ซักประวัติ”

2.3 ชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านไม้แดง เริ่มจัดตั้งเมื่อ พ.ศ. 2547 และเป็นชมรมผู้สูงอายุที่สมบูรณ์เมื่อ พ.ศ. 2548 ริเริ่มจัดตั้งโดยหัวหน้าสถานีอนามัยบ้านไม้แดง ซึ่งเป็นผู้ที่เชิญชวนผู้สูงอายุให้ร่วมกันจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์ของชมรมเพื่อการพบปะสังสรรค์ในกลุ่มผู้สูงอายุ กระตุ้นให้มีกิจกรรมร่วมกัน เช่น การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสุขภาพ โดยมีระยะการพัฒนา ดังนี้

ระยะพัฒนา แขนงนำชมรมผู้สูงอายุซึ่งเป็นหัวหน้าสถานีอนามัยบ้านไม้แดงที่เกษียณอายุราชการได้นำความรู้ที่ได้มาพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ ตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไม่สามารถรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว ได้ริเริ่มปรับพฤติกรรมสุขภาพโดยเริ่มจากการตั้งกลุ่มออกกำลังกายร่วมกัน

ระยะเข้มแข็ง จากการดำเนินการของชมรมพบว่าผู้ที่มีอายุ 60 ปีบางส่วน ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านร่างกาย การรับสมัครสมาชิก กำหนดผู้ที่มีอายุตั้งแต่หกสิบขึ้นไป จึงปรับเกณฑ์เป็นรับสมัครตั้งแต่อายุ 50 ปีขึ้นไป เพื่อจะได้ทำกิจกรรมร่วมกันได้ เริ่มเป็นชมรมผู้สูงอายุที่สมบูรณ์และพัฒนาขึ้นตามลำดับ โดยมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้ที่คอยช่วยเหลือและประสานงานกับองค์การบริหารส่วนตำบลให้มีการสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุจนมาถึงปัจจุบัน

กิจกรรมของชมรมจะเป็นกิจกรรมสันทนาการที่ทำร่วมกันเพื่อให้เกิดความสุข ความรื่นเริงและได้พบปะพูดคุยกับเพื่อนผู้สูงอายุ แขนงนำชมรมเป็นผู้จัดกิจกรรมให้แก่สมาชิกในชมรม ก่อนทำกิจกรรมแกนนำจะมีการปรึกษาหารือเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการของชมรม มีการสวดมนต์ ออกกำลังกาย เช่น รำไม้พลองรำมะโนราห์ เต้นแอโรบิค การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กิจกรรมสันทนาการ เช่น รำวง ร้องเพลง เมื่อมีกิจกรรมของตำบลผู้สูงก็จะไปร่วมกันทำกิจกรรม รับประทานอาหารร่วมกัน การทัศนศึกษาออกสถานที่ และการจัดกิจกรรมโครงการต่าง ๆ ให้แก่ชมรมผู้สูงอายุ มีการประสานงานผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการติดต่อกับทางองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อสนับสนุนงบประมาณค่าสมัครสมาชิกชมรมคนละ 50 บาท และเดือนละหนึ่งพันห้าร้อยบาทสนับสนุนกิจกรรมปกติของชมรม และดำเนินการรวมชมรมผู้สูงอายุ 4 ชมรมในเขตตำบลท่าเรือประกอบด้วย รพ.สต.บ้านไม้แดง พังสิงห์ บ้านช้าง และหนองหนอง เป็นสภาผู้สูงอายุ ได้รับการสนับสนุนการดำเนินกิจกรรม

โดย อบต.ท่าเรือต่อมาการ อบต. ให้ตั้งค้มา แล้วต่อไป อบต. เค้จัดเป็นตำบล รวมสี่นามัยเข้ามามีบ้านไม้แดง บ้านช้าง พังสิงห์ และก้หนองหนองน เป็นสภาผู้สูงอายุ เป็นตำบลท่าเรือ

ประโยชน์ที่ได้จากการเข้าชมรม เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมก็จะได้ความรู้จากเพื่อน ๆ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงได้นำเป็นความรู้ในการปฏิบัติตัว

การดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่ในชมรม แคนนำผู้สูงอายุแนะนำวิธีการออกกำลังกาย เช่น การรำไม้พลอง รำโนราห์ ให้แก่ผู้สูงอายุที่อยู่บ้าน โดยแคนนำผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ไปสอน การออกกำลังกายให้แก่ผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้าน ทั้งการพูดและการสาธิต สมาชิกชมรมผู้สูงอายุบางคนเป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้านด้วยและได้มีส่วนในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ทุก ๆ สามเดือนจะมีการไปเยี่ยมผู้สูงอายุ โดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน 1 คนจะไปกับชมรมผู้สูงอายุอีก 1 คน จะเข้าไปพูดคุยเกี่ยวกับความเป็นอยู่ และการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังข้อมูล

“ก่อตั้งกะหมอ หมอสิน (หัวหน้าสถานีอนามัย) จัน (นัน) แหละคุยมานานแล้ว แต่ว่ามันไม่เต็มรูปแบบ แต่พออยู่มา ๆ พัฒนาขึ้น หมอกะ (ก้) เค้เป็นพี่เลี้ยงให้สื่อสารกับ อบต. ก้ได้รับงบประมาณมาดำเนินการในชมรม ทำกิจกรรม เริ่มด้วยสวดมนต์ก่อน แล้วก้ (ก้) ออกกำลังกายมี รำไม้พลองบ้าง มโนราห์ แอโรบิค ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กิจกรรมสันทนาการ เช่น รำวง ร้องเพลง เมื่อมีกิจกรรมของตำบลผู้สูงอายุก็จะไปร่วมกันทำกิจกรรม รับประทานอาหารร่วมกัน การทัศนศึกษาออกสถานที่ และการจัดกิจกรรมโครงการต่าง ๆ ให้แก่ชมรมผู้สูงอายุมีการประสานงานกันพอชมรมใหญ่ขึ้นเค้ผู้สูงอายุหลาย ๆ ชมรมมารวมกัน

“ถึงชมรมผู้สูงอายุนี้ขึ้นกับสถานีอนามัยก่อน ต่อไปพอหมอทำโครงการ อบต. ให้ตั้งค้มา แล้วต่อไป อบต.เค้จัดเป็นตำบล รวมสี่นามัยเข้ามามีบ้านไม้แดง บ้านช้าง พังสิงห์ และก้หนองหนองน เป็นสภาผู้สูงอายุเป็นตำบลท่าเรือ แล้วกิจกรรมชมรมเป็นผู้สูงอายุจัน (ก้) สันจรทั้งสี่เปลี่ยนกันเป็นเจ้าภาพ”

“...กะคือส่วนมากคนในชมรมผู้สูงอายุจันจะไปสอนผู้สูงอายุ กะ (ก้) คือจะใช้การพูดคุย ทั้งพูดให้ฟังแล้วกะ (ก้) ทั้งทำให้ดูให้ไปทำจัน เอาเลยไปทำเลย ก้า (ก้) คนติดเตียง เราก็ไปเยี่ยมบางคนอยู่คนเดียวเราก็ไปช่วยดูแลกับ อสม. จับคู่กันแล้วคือ อสม.คนนึง(1 คน) ผู้สูงอายุคนนึง(1 คน)”

2.4 องค์การบริหารส่วนตำบลท่าเรือ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในด้านงบประมาณและสนับสนุนบุคลากรในการดำเนินการด้านสุขภาพ ดังนี้

2.4.1 สนับสนุนงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

- ก. ดำเนินการให้ผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพรายเดือนตามนโยบายของรัฐบาลอย่างต่อเนื่อง
- ข. จัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยประสานงานกับงานสร้างเสริมสุขภาพของ รพ.สต.บ้านไม้แดง ตามแผนปฏิบัติประจำปีงบประมาณเป็นประจำทุกปีอย่างต่อเนื่อง
- ค. จัดสรรงบประมาณในการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ยังชีพกรณีผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาขาดแคลนทุนทรัพย์ หรือมีปัญหากรณีฉุกเฉิน เช่น อุทกภัย

2.4.2 สนับสนุนบุคลากรด้านสุขภาพ ดังนี้

- ก. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุตามความต้องการของ อสม.

ข. ประสานงานกับ รพ.สต. เพื่อจัดเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุ เพื่อนำไปประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ อสม. ในการคัดกรองโรค ประชาสัมพันธ์ข่าวสารและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ดังตัวอย่างข้อมูล

“...อบต. สนับสนุนดูแลผู้สูงอายุดูแลผู้สูงอายุเริ่มแรกก็ตั้งแต่ ประมาณปีสี่สิบสาม ของอบต.ท่าเรือเกี่ยวกับเบี้ยยังชีพ โครงการต่าง ๆ เช่น สถานที่ออกกำลังกาย การออกกำลังกายก็จะมีอยู่ในแผนของ อบต.ตลอด”

“...แทบจะบอกได้เลยว่า อบต.ท่าเรือเป็นที่แรก ๆ ของประเทศเลยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เรามิ อสม. อยู่ในพื้นที่ มีโครงการเกี่ยวกับอบรมให้ความรู้ เรื่องการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ แล้ว

ก็เราจะมีกรอบรบบบ้านเกี่ยวกับผู้สูงอายุคือเกี่ยวกับการออกกำลังกาย พักผ่อน ในการใช้ชีวิตประจำวัน โดยส่วนมากคนแก่ ๆ เนี่ยไม่ค่อยมีเรื่องอาชีพ ส่วนมากจะเน้นออกกำลังกายมากกว่า”

“...เราเจอปัญหาผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยมีลูกหลานอยู่กับบ้าน มันก็มีอยู่หลายครัว แล้วก็ผู้สูงอายุตรงนี้แกพิการด้วย ลูกหลานก็เยอะแต่ออกไปทำงานข้างนอก ก็แทบ ๆ ทุกหมู่บ้านแหละคนแก่อยู่ที่ คนแก่ก็ไม่ได้ทำอะไร นิ่ง ๆ นอน ๆ เดิน ๆ อยู่ที่บ้าน โอกาสที่ว่าจะได้เดินมาพบกับญาติ ๆ แถว ๆ ข้างบ้านไม่ค่อยมี คนแก่ ๆ สภาวะทางจิตใจมันเครียดนะ อบต. ส่งคนไปพร้อมกับ อสม. สำรวจปัญหา และดูแล แนะนำ พูดคุย เข้าทุกบ้านทุกเดือน”

“...พบปัญหาว่ามีผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ รพ.สต. จะทำโครงการ อบต. พิจารณาให้งบประมาณดูแล ผู้สูงอายุมีปัญหาหลายคน พบสภาพปัญหาเยอะ เราจะจัดลำดับและทยอยสนับสนุน ให้อาสาสมัครไม่แต่งทำแผนเข้าไปทำประชาคม เราจะมียงบประมาณรองรับไว้ แต่จะมียงบประมาณไว้ทุกโครงการ โดยเฉพาะอบรอม อสม. ประจำปีก็ปีหนึ่งก็เป็นแสน”

2.5 ผู้นำชุมชน

2.5.1 จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นการจัดดำเนินการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ โดยเลือกกิจกรรมที่ผู้สูงอายุแต่ละบุคคลมีความถนัดและสนใจเข้าร่วมเป็นสำคัญ เช่น การนวด รำ กลองยาว รำวงเวียนครก มอบสิ่งของช่วยเหลือผู้สูงอายุ รวมถึงการอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุ ด้านข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ และการลงทะเบียนเป็นผู้สูงอายุและผู้พิการ

2.5.2 สนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ดำเนินการสำรวจจำนวนและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ เพื่อส่งต่อไปยังอาสาสมัครสาธารณสุข ในการวางแผนดำเนินการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.5.3 ศึกษาความเป็นไปได้ของโครงการต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ

โดยร่วมพิจารณากิจกรรม/โครงการของ รพ.สต. ในการดูแลผู้สูงอายุ ให้มีความเป็นไปได้ในการนำสู่การปฏิบัติ

2.5.4 มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ

โดยร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขฯ ดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแผนการดำเนินการของ รพ.สต. ได้แก่ ประชาสัมพันธ์กิจกรรม/โครงการให้ผู้สูงอายุทราบ ประสานงานและร่วมในกิจกรรมเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุ ตรวจสุขภาพเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุ ร่วมแก้ไขปัญหาในการดำเนินการของกิจกรรม/โครงการ ดังตัวอย่างข้อมูล

“...ทุก ๆ เรื่อง เจ็บไข้ไม่สบาย(ไม่สบาย) ตลอด 24 ชั่วโมง ยกตัวอย่างเหมือนยายสายนิ แก่อยู่โรงพยาบาลเลยเป็นเส้นเลือดสมองแตก เขาโทรมาในฐานะผู้ช่วย แม้ว่าตอนนั้นอยู่สิชล ก็ประสานทางมูลนิธิให้เขามารับได้เลย

“...เรื่องสุขภาพผู้สูงอายุส่วนมากจะร่วมกับ อสม.ของแต่ละหมู่บ้านเข้าไปดูแล ไม่ว่าปัญหาไรคือถ้ามีปัญหา อสม.จะดูแลเป็นอันดับแรก หากเขามีเรื่องต้องประสาน เช่น การประสานเรื่องการเดินทาง การประชาสัมพันธ์ข่าวสารผู้สูงอายุ เราก็จะดำเนินการให้”

“...ร่วมเยี่ยมผู้สูงอายุกับ อสม.ทำงานประสานกัน เช่น จัดกิจกรรมในวันสำคัญตามที่ผู้สูงอายุบ้านเราชอบ เช่นว่า รำกลองยาว รำวงเวียนครก การนวดผู้สูงอายุที่นี้เขานวดกันเป็น”

“...เราจะร่วมพิจารณาโครงการของรพ.สต.ว่ามีความเป็นไปได้หรือไม่ในกิจกรรมที่วางไว้ ที่จะทำกับผู้สูงอายุ”

2.6 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้

2.6.1 ริเริ่มจัดตั้งทีมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุคือจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ โดยเน้นกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ก่อน หลังจากนั้นส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในชมรมได้ช่วยเหลือผู้สูงอายุในกลุ่มที่สามารถ

ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน และผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย โดยจัดตั้งโครงการเยี่ยมบ้านเพื่อสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุ ที่บ้าน

2.6.2 จัดอบรม อสม. ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน โดยให้ อสม.ที่เคยเข้าอบรมโครงการผลิตบุคลากรเพื่อเยี่ยมบ้านที่ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านไม้แดงได้จัดขึ้นมา เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ที่เป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โดยจะมีเงินตอบแทนให้แก่ผู้ที่เยี่ยมเพื่อเป็นขวัญกำลังใจ

2.6.3 การป้องกันความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ดำเนินการโดย อสม. กลุ่มเดิมที่ได้รับการพัฒนาความรู้ในการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุแล้ว ตรวจสอบสุขภาพขั้นพื้นฐาน เช่น วัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในผู้สูงอายุเพื่อคัดกรอง และแนะนำการปฏิบัติตัว เมื่อพบปัญหาหรือความผิดปกติ เพื่อดำเนินการรักษาต่อไป

2.6.4 การรักษาเบื้องต้น การทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะทำงานเชิงรุก มีการจัดโครงการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ โดยผ่านอสม. เมื่อเจอปัญหาด้านสุขภาพ เช่น ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง ก็จะแจ้งให้มารักษาที่ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไม้แดง เช่น ความดันโลหิตสูง ก็จะนัดให้มาตรวจสุขภาพตามลักษณะอาการ คนที่สามารถควบคุมอาหารจนอาการดีขึ้นก็จะนัดมาตรวจสุขภาพ และรับยาทุก 2 เดือน การรักษาโรคทั่วไปกับผู้สูงอายุที่เข้ามารักษาเอง ก็มีการแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ควบคู่ไปกับการให้ความรู้ของแต่ละบุคคล เพราะเหตุผลของบางคนที่ไม่ปฏิบัติตามเป็นเพราะว่าความเชื่อที่เคยมีมา ไม่สามารถแก้ไขความเชื่อของคนนั้นได้ เช่น บางคนที่เป็นโรคเบาหวานใช้ยาสมุนไพรก็ไม่สามารถให้เขาเลิกรับประทานได้ แนวทางที่สามารถแก้ไขได้คือ แนะนำให้รับประทานควบคู่กันไปกับยาแผนปัจจุบัน

2.6.5 การฟื้นฟูสภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไม้แดงมีโครงการเยี่ยมบ้านเพื่อตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีทีมผู้ดูแลสุขภาพ ทั้ง อสม. บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไม้แดง แพทย์โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชเพื่อตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งผู้ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องคอยให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการกายภาพบำบัดให้แก่ญาติ ผู้ป่วย และผู้ดูแล เพื่อฟื้นฟูให้มีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้น และสามารถช่วยเหลือตนเองได้

2.6.6 ประสานงานด้านงบประมาณกับองค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อเป็นทุนสนับสนุนกิจกรรมผู้สูงอายุ เดือนละ 1,500 บาท เนื่องจากมีนโยบายที่ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกัน ในแต่ละปีก็จะมีการจัดโครงการร่วมกัน โดยจะใช้ ศูนย์บริการสังคมแบบมีส่วนร่วม หรือเรียกว่าศูนย์ CC คือ Community Center เรียกภายในหมู่บ้านเรียกว่า ศาลาสร้างสุข

2.6.7 ดำเนินการตามนโยบายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของรัฐบาล ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จึงให้งบประมาณสนับสนุนในการดำเนินการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไม้แดงจัดทำโครงการด้านการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เช่น โครงการเยี่ยมบ้านเพื่อตรวจสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความพิการ และไม่สามารถเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้

2.6.8 ร่วมดำเนินการตามโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โดยสนับสนุนงบประมาณในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังตัวอย่างข้อมูล

“...รพ.สต.ช่วยในการที่จะส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยเราจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ โดยตั้งคณะกรรมการชมรมในการบริหารงาน เพื่อผู้สูงอายุที่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือเพื่อนได้ ก็จะช่วยดูแลสุขภาพสมาชิกผู้สูงอายุไปด้วย ในทางปฏิบัติส่วนหนึ่งแล้วเมื่อมีชมรมแล้วเราสามารถที่จะผลักดันชมรมอย่างเช่นอบต. ในทางสนับสนุนของงบประมาณของทางปกครองส่วนท้องถิ่นที่จะสนับสนุนการดำเนินงาน โดยเราจะมีโครงการส่งเสริมการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเดือนละ 1 ครั้ง ที่จะส่งเสริมพบปะสมาชิกของชมรม ก็สถานที่ที่ใช้ในการพบปะใช้ในอาคารของสถานีอนามัย ตอนนั้นก็ได้รับเงินสนับสนุนจากทางองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นรายเดือน เดือนละ 1,500 บาท ทุกเดือน เราได้มาตั้งแต่ปีพ.ศ.2550 เราตั้งชมรมขึ้นมาเมื่อ พ.ศ.2549 ปี 2550 เราได้เงินสนับสนุนจากทาง อบต.โดยตรง เพราะว่าเราทำโครงการแลกกับเงิน”

“เราก็ได้มีโครงการในแผนงานเยี่ยมบ้าน ซึ่งเราจะใช้แกนนำอสม.ที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรในการที่จะเยี่ยมบ้าน เพราะหลักสูตรนี้เราเคยทำโครงการโดยใช้เงินรพสต.ผลิตบุคลากรเพื่อช่วยเจ้าหน้าที่ในการที่จะไปเยี่ยมบ้านในกลุ่มคนผู้ด้อยโอกาส อสม.ที่มีพื้นฐานผ่านการอบรมมาแล้ว เป็นแกนนำ ก็ได้จัดหลักสูตรอบรมโครงการผลิตบุคลากรเพื่อเยี่ยมบ้านเยี่ยมทั้งกลุ่มแม่หลังคลอด กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยที่เป็นโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โดยบุคคลเหล่านั้นนอกจาก เราทำโครงการเพื่อถ่ายทอดความรู้แล้ว เรายังส่งบุคคลเหล่านั้นไปอบรมของหลักสูตรที่เครือข่ายจัด”

“...การคัดกรองรพ.สต.ก็ให้ อสม.ทำ ว่ามีคนไข้เป็นโรคอะไรอยู่บ้าง พอได้คัดกรองเราก็ไปเจาะที่ละโรค ต่างกับคนที่ walk in เขามาหาเราเป็นไข้ป่วย”

“...ก็มีโครงการ เป็นโครงการประจำปีร่วมกับ อบต.จัดทำทุกปี ปีละครั้งก็คือมีงบมาให้ มันเป็นเงินส่งเสริมสุขภาพอำเภอ เราต้องเขียนโครงการส่งไป นอกจากนี้บทบาทหน้าที่ รพ.สต. เราทำครบการรักษา เบื้องต้น แล้วก็ฟื้นฟู”

3. ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ผลการสังเคราะห์ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุ สามารถนำบทบาทของการดูแลมาถอดเป็นตัวแบบเชิงบูรณาการในการดูแลผู้สูงอายุ คือ FC4PA Model: Family-Community Capacity-Four Participation-Ageing Regulation ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ความเข้มแข็งของครอบครัว (Family strength: F) ครอบครัวเป็นด่านแรกที่สำคัญต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สำคัญในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ครอบครัวมีการรับประทานอาหารและยา การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล การจัดการสิ่งแวดล้อมให้ได้รับความสะอาดสบายและปลอดภัย ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ค่ารักษาพยาบาล การแก้ปัญหาการเจ็บป่วย การรับการรักษอย่างต่อเนื่อง หรือเมื่อได้รับการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ รวมถึงการเป็นเพื่อนคุยปรึกษาหารือ ดังนั้น ครอบครัวที่มีความพร้อมทั้งด้านบุคคล เศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ที่เข้มแข็ง จะเป็นจุดแข็งต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

3.2 ศักยภาพของชุมชน (Community Capacity: C) ที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ จากข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุจะเห็นว่า อำนาจ หรือคุณสมบัติที่แฝงอยู่ในองค์กรในชุมชนไม่ว่าจะเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ชมรมผู้สูงอายุ สภาผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชนในบ้านไม้แดง ตำบลท่าเรือ ต่างแสดงบทบาทตามอำนาจของตนเองได้อย่างบูรณาการซึ่งกันและกัน ในการดูแลผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างครบวงจรทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม รวมถึงการดำเนินชีวิตอย่างเห็นได้ชัด

3.3 การมีส่วนร่วม 4 มิติ (Four Participation: 4P) ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนบ้านไม้แดง ตำบลท่าเรือ ซึ่งมีทั้งผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งพาตนเองได้อย่างสมบูรณ์ พึ่งพาตนเองได้บางส่วน และกลุ่มพึ่งพิง องค์กร และกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องในชุมชนจึงบูรณาการทรัพยากรในการดูแลผู้สูงอายุอย่างสอดคล้องต้องกัน เกิดการมีส่วนร่วมในมิติของบุคคล (Man) งบประมาณ (Money) อุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต (Material) ภายใต้การบริหารจัดการที่สอดคล้องเป็นหนึ่งเดียวกัน (Management) โดยมีเป้าหมายร่วมกันคือการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุของแต่ละภาคส่วนได้อย่างเป็นรูปธรรม

3.4 การวางข้อกำหนด ระเบียบแนวปฏิบัติ และบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ (Ageing Regulation: Ar) จากบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุขององค์กร บุคคลและกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องในชุมชนบ้านไม้แดง ต.ท่าเรือ พบว่า แต่ละภาคส่วนมีข้อกำหนด ระเบียบ แนวปฏิบัติ และบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุหรือครอบครัวทราบและเข้าใจว่าจะขอความช่วยเหลือประเด็นใด จากใคร ส่งผลต่อการป้องกันความขัดแย้ง และการบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุขององค์กร บุคคล และกลุ่มบุคคลได้อย่างมีคุณภาพ

จากตัวแบบ FC4PA Model ที่ได้จากการสังเคราะห์บทบาทของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ สามารถนำมาอธิบายเป็นแผนภูมิความเชื่อมโยงของตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการได้ ดังภาพ 1



ภาพ 1 FC4PAr Model ตัวแบบตัวแบบเชิงบูรณาการในการดูแลผู้สูงอายุ

อภิปรายผล

จากการศึกษาตัวแบบเชิงบูรณาการในการดูแลผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านไม้แดง ต.ท่าเรือ อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ คณะผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

หลักการสำคัญของตัวแบบเชิงบูรณาการในการดูแลผู้สูงอายุ บ้านไม้แดง ต.ท่าเรือ คือการนำศักยภาพในการตอบสนองความต้องการทางสุขภาพและสังคมที่หลากหลายของผู้สูงอายุภายใต้บริบทของครอบครัวและชุมชน มาบูรณาการกับระบบสุขภาพและระบบสวัสดิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าด้วยกัน รวมถึงการสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการบริหารจัดการแบบบูรณาการโดยใช้การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว ชุมชน บุคลากรสุขภาพ ผู้นำชุมชน และบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มาดำเนินการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวเป็นการใช้ชุมชนเป็นฐานในการแก้ปัญหา และนำทรัพยากรจากชุมชนมาพัฒนาศักยภาพของชุมชน ให้สามารถคิด วิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการ และติดตามประเมินผลในการแก้ปัญหาของชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม (Phalasuek, Thanomchayathawatch, & Thongleart, 2018) โดยกระบวนการนี้จะส่งผลให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลและแก้ปัญหาสังคมสูงอายุของชุมชน

การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการของชุมชนบ้านไม้แดงมุ่งเน้นใน 4 มิติของการมีส่วนร่วมคือ คน เงิน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ โดยใช้ฐานคิดของการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของครอบครัว คนในชุมชน องค์กรทางสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรในชุมชน ในการขับเคลื่อน ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลครอบคลุมความต้องการด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ความปลอดภัย สุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม (Thammaphiphol, Soonthornthada, Pornsiripongse, Wirojratana, Winichagoon, Srisupan et al, 2017)

ตัวแบบการบูรณาการในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนบ้านไม้แดง ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการด้านคุณภาพชีวิต 3 ส่วนหลัก คือ 1) การมีส่วนร่วมกับสังคม คือมีชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง ทำให้ผู้สูงอายุได้มารวมกลุ่ม มีสังคม และทำกิจกรรมร่วมกัน 2) ด้านสุขภาพ ได้รับการคัดกรองแบ่งประเภทผู้สูงอายุตามภาวะการเจ็บป่วยและการพึ่งพิง รวมถึงผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการ และ 3) ด้านความมั่นคง ทั้งทางเศรษฐกิจและสวัสดิการสังคม ในการประกอบอาชีพและการยังชีพ โดยการมีส่วนร่วม

ขององค์การบริหารส่วนตำบล และกระทรวงการพัฒนาสังคมและมนุษย์ (Health Systems Research Institute, 2012)

นอกจากประโยชน์ที่เกิดกับผู้สูงอายุแล้ว ตัวแบบนี้ทำให้ชุมชนมีการค้นหาและพัฒนาศักยภาพของทรัพยากรในท้องถิ่น พลังอำนาจชุมชน ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมขององค์กรตั้งแต่ระดับครอบครัว บุคคล กลุ่มบุคคล และองค์กรในชุมชนให้มีบทบาทในการแสวงหาต้นทุนของชุมชน มาจัดการ ให้เกิดประโยชน์ตามเป้าหมายที่ได้ร่วมกัน กำหนด อำนาจของชุมชนจะก่อให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชน ซึ่งมีผลจากการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน (Phalasuek, Thanomchayathawatch, & Thonglert, 2017)

การนำผลวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยพบว่า ตัวแบบ FC4Par Model ทำให้ชุมชนสามารถดูแลผู้สูงอายุเป็นองค์รวมแบบบูรณาการครบวงจร บุคลากรสาธารณสุข จึงควรนำตัวแบบนี้ไปใช้เป็นแนวทางการเรียนรู้เพื่อยกระดับความสามารถของ ครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน องค์กรในชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ในการดูแลผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง รวมถึงองค์การบริหารส่วนตำบล กระทรวงการพัฒนาสังคมและมนุษย์ สามารถนำตัวแบบนี้ไปกำหนดแผนงาน/โครงการในการดูแลผู้สูงอายุเชิงรุกได้

2. ผลการวิจัยพบว่ากระบวนการแบบมีส่วนร่วมแบบบูรณาการใน 4 มิติของ FC4Par Model มีผลกระทบเชิงบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนทั้งในด้านการแก้ปัญหาและพึ่งตนเอง ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขจึงควรนำต้นแบบนี้ ไปใช้ในการพัฒนาภาวะสุขภาพในมิติอื่น ๆ ต่อไป ให้ครอบคลุมการดูแลประชากรทุกกลุ่มวัย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำตัวแบบ FC4Par Model ไปปฏิบัติโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อกำหนดนโยบาย แผนงาน/โครงการในการดูแลผู้สูงอายุเข้าสู่การทำแผนปฏิบัติการขององค์การบริหารส่วนตำบล กระทรวงการพัฒนาสังคมและมนุษย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ และทำการศึกษาเชิงปริมาณ ประสิทธิภาพที่เกิดขึ้นจากการของตัวแบบนี้ และค้นหาปัจจัยที่อิทธิพลต่อการนำต้นแบบ FC4Par Model ไปใช้ต่อไป

References

- Foundation of Gerontology Research and Development Institute and Institute for Population and Social Research. (2017). *Situation of the Thai Elderly 2016*. Bangkok: Printery CO; LTD. (in Thai)
- Health Systems Research Institute. (2012). *Integrated Elderly Care in the Community*. Retrieved May 15, 2019, from <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3677.pdf>.
- Miller, W. L., & Crabtree, B. F., (1992). Primary Care Research: A Multimethod Typology and Qualitative Road Map. In B. F. Crabtree & W. L., Miller (Eds.), *Doing Qualitative Research*, 3-28. Newbury Park: SAGE.
- Phalasuek, R., & Thanomchayathawatch, B. (2017). A Family Model for Older People Care. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(3), 135-150. (in Thai)



- Phalasuek, R., Thanomchayathawatch, B., & Songloed, D. (2018). Participatory Action Research: Development of a Participatory Process for Health Promotion in the Community. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(1), 211-223. (in Thai)
- Phalasuek, R., Thanomchayathawatch, B., & Thonglert, D. (2017). A Community Participation Process in Teenage Pregnancy Prevention. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(2), 256-267. (in Thai)
- Ratchathawan, R., Thanomchayathawatch, B., Tongmangtunyatap, K., & Wonglamthong, S. (2019). A Care Model for Older Adults with Chronic Disease among Village Health Volunteers. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6(3), 107-1250. (in Thai)
- Waphatthanawong, P., & Prasartkun, P. (n.d.). *Future Thai Population*. Retrieved 19 August 2019 from <https://www.ipsr.mahidol.ac.th/IPSR/AnnualConference/ConferenceII/Article/Download/Article02.pdf>

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ ในโรงพยาบาลชุมชน

Prevalence and Factors Related to Depression among Elderly People in Community Hospitals

วิจิตร แผ่นทอง^{1*}, อัจฉรา คำมะতিย์¹, วรวุฒิ แสงทอง², อรอนงค์ นิลพัฒน์¹ และ สุนิสา คำชั้น³

Wichitr Phantong^{1*}, Adchara Khammathi¹, Worawut Saengthong²,

Onanong Nilphat¹ and Sunisa Khakhuen³

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี^{1*}, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์², วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา³

Boromarajonani College of Nursing, Udonthani^{1*}, Boromarajonani College of Nursing, Surin²,

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima³

(Received: December 19, 2019; Revised: April 24, 2020; Accepted: May 15, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่มาบริการในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 410 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Multiple Logistic Regression Analysis ผลการวิจัยพบว่า

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่มาบริการในโรงพยาบาลชุมชน พบความชุก ร้อยละ 25.61 โดยในเพศชายมีค่าความชุกร้อยละ 7.32 ในเพศหญิงมีค่าความชุกร้อยละ 18.29

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่มาบริการในโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ สถานะสมรสหย่าหรือแยกกันอยู่ การดื่มสุราเป็นประจำ การทำใจไม่ได้ต่อการสูญเสียคนใกล้ชิด ความพอใจในสุขภาพระดับต่ำ การนอนไม่หลับ และความไม่เพียงพอของรายได้ โดยพบว่า สถานะสมรสหย่าหรือแยกกันอยู่ ($OR=4.65, p<0.01, 95\% CI=3.14-68.27$) การดื่มสุราเป็นประจำ ($OR=10.81, p<0.01, 95\% CI=2.68-43.56$) การทำใจไม่ได้ต่อการสูญเสียคนใกล้ชิด ($OR=7.15, p<0.001, 95\% CI=2.53-20.21$) ความพอใจในสุขภาพในระดับต่ำ ($OR=5.71, p<0.05, 95\% CI=1.31-24.86$) การนอนไม่หลับ ($OR=4.67, p<0.01, 95\% CI=1.64-13.32$) และ ความไม่เพียงพอของรายได้ ($OR=3.67, p<0.05, 95\% CI=1.22-11.07$) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

3. ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในประชากรสูงอายุจังหวัดบึงกาฬ พบร้อยละ 25.60 และประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q พบว่าระดับความรุนแรงน้อยมาก ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 76.19, 14.28, 7.61 และ 1.90 ตามลำดับ เพศชาย มีแนวโน้มของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 19.36 ไม่พบการคิดฆ่าตัวตาย ส่วนเพศหญิงมีแนวโน้มของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 29.42 พบว่าเพศหญิงมีความคิดฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 1.90 จากการประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8Q

ปัจจัยด้านสถานะสมรสหย่าหรือแยกกันอยู่ การดื่มสุราเป็นประจำ การทำใจไม่ได้ต่อการสูญเสียคนใกล้ชิด ความพอใจในสุขภาพระดับต่ำ การนอนไม่หลับ และความไม่เพียงพอของรายได้ เหล่านี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการส่งเสริม ป้องกัน และหาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้ ให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัว และชุมชนได้อย่างมีความสุขต่อไป

คำสำคัญ: โรคซึมเศร้า, ความชุก, ผู้สูงอายุ, ปัจจัย

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: phantong.wp@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 084-3757269)

Abstract

This cross-sectional study aimed to study the prevalence, and predicting factors of depression among elderly people living in community hospitals. Sample was 410 elder people in community hospitals in Bueng Kan Province. Three screening tools, phq-2, phq-8, and phq-9, were implemented to screen depression. Data were analyzed by using both simple and multiple logistic regression.

Results showed that the point-prevalence of depression was 25.61%, with 7.32% of male population and 18.29% of female population suffering from this mood disorder. Multiple logistic regression analysis revealed that six factors were found associated to depression in elderly with statistical significance ($p < 0.05$): divorced or separated marital status ($OR = 4.65$, $p < 0.01$, 95% $CI = 3.14-68.27$), alcohol consumption ($OR = 10.81$, $p < 0.01$, 95% $CI = 2.68-43.56$), loss of loved ones ($OR = 7.15$, $p < 0.001$, 95% $CI = 2.53-20.21$), self-perceived health status ($OR = 5.71$, $p < 0.05$, 95% $CI = 1.31-24.86$), insomnia ($OR = 4.67$, $p < 0.01$, 95% $CI = 1.64-13.32$) and insufficiency of income ($OR = 3.67$, $p < 0.05$, 95% $CI = 1.22-11.07$).

The level of depression in the elderly population, assessed by Q9, was 25.60%. The severity level was very low, low, moderate and severe (76.19, 14.28, 7.61 and 1.90%, respectively). Males had a tendency of depression yielding 19.36%, but no suicidal thoughts were detected. Females had a tendency of depression yielding 29.42%, and it was found that females had suicidal thoughts yielding 1.90% from the measurement with Q8. Six factors were found their relationships with depression in elderly.

The results could be benefit to develop prevention programs for reducing depression prevalence and its consequences in elderly population.

Keywords: Depression, Prevalence, Elderly, Factors

บทนำ

เมื่อบุคคลเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า จะมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และร่างกาย ได้แก่ อารมณ์เศร้าหดหู่ ขาดอารมณ์สนุกเพลิดเพลิน รู้สึกไร้ค่า สิ้นหวัง เบื่อหน่าย หลีกเลียงกิจกรรมต่าง ๆ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียความรู้สึกทางเพศ เป็นต้น (Beck, & Alford, 2009) ทำสิ่งต่าง ๆ ช้าลง รวมทั้งการพูดซ้ำ และความจำลดลง หรืออาจมีอาการปวดตามร่างกายโดยอธิบายไม่ได้ และมีความคิดฆ่าตัวตาย (Robinson, Smith, & Segal, 2017) องค์การอนามัยโลกได้ทำนายว่าภายในปี พ.ศ.2563 โรคซึมเศร้า จะก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพมากเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจ (World Health Organization, 2010) และจากการศึกษา ความชุกตลอดชีพของโรคซึมเศร้า จะพบได้ประมาณร้อยละ 17-24 (Charembon, 2011) โรคซึมเศร้าพบได้ทุกช่วงอายุ แต่พบมากขึ้นตามวัยโดยเฉพาะผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทย พบว่า ประชากรไทย สูงอายุ ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจาก 4.2 ล้านคน หรือร้อยละ 7.2 ในปี ค.ศ.1990 จะเพิ่มเป็น 7.2 ล้านคน หรือร้อยละ 11.5 ในปี ค.ศ. 2010 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 10.8 ล้านคนในปี ค.ศ. 2020 (Wongpakaran, 2008)

ความชุกของโรคซึมเศร้าในต่างประเทศอยู่ในช่วง ร้อยละ 1.8 - 24.1 และปัจจัยที่มีผลต่อโรคซึมเศร้า ได้แก่ อายุมาก ได้รับการศึกษาน้อย หรือระดับการศึกษาต่ำ พักการ หรือทุพพลภาพ เศรษฐกิจฐานะต่ำมีสุขภาพที่ไม่ดี หรือมีโรคประจำตัว การลดลงของความจำ การอยู่เพียงลำพัง และเคยมีภาวะซึมเศร้ามาก่อน (Cole, & Dandukuri, 2003) สำหรับข้อมูลการศึกษาในประเทศไทยถึง ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่ามีค่าระหว่างร้อยละ 7.7-82.3 (Liang, Arunpongpaissal, Kessomboon, Pinitsoontorn, & Kihirunyaratu, 2009)

ความชุกของโรคซึมเศร้าในเขตเมืองปร้อยละ 19.9-80.3 และในเขตชนบทปร้อยละ 17-84.8 (Wongpakaran, 2008) ซึ่งเป็นค่าค่อนข้าง กว้างขึ้นกับประชากรที่ทำการศึกษาและเครื่องมือที่ใช้ประเมิน และปัจจัย ที่มีผลหรือมีความสัมพันธ์ต่อโรคซึมเศร้า ได้แก่ สถานะหย่าหรือแยกกันอยู่ ความพอใจในสุขภาพในระดับต่ำ และความไม่เพียงพอของรายได้ (Charernboon, 2011)

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่มีความรุนแรง และพบเป็นสาเหตุของการสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และหน้าที่ความรับผิดชอบของประชากรโลก 1 ใน 10 อันดับแรก องค์การอนามัยโลก ทำนายว่า ในปี ค.ศ. 2020 ภาวะซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุของการสูญเสียความสามารถของประชากรโลก อันดับ 2 ของทุกกลุ่มอายุทั้งเพศชายและหญิง เนื่องจากเป็นภาวะที่เป็นนานหรือเรื้อรังและเป็นซ้ำได้บ่อย ก่อให้เกิดความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน และหน้าที่ความรับผิดชอบ (Murray, & Lopez, 1997) ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ของบุคคลต่อเหตุการณ์ที่มากระตุ้นหรือรบกวนซ้ำ ๆ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่ขาดสมดุล มีผลต่อการปรับตัวต่อการตอบสนองต่อความเครียดและพฤติกรรมที่แสดงออกด้านจิตใจลดลงไป ลักษณะที่แสดงออก ได้แก่ อารมณ์เศร้า รู้สึกสิ้นหวัง หดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ แสบหมัดกำลัง อ่อนล้า อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย อาการจะคงอยู่อย่างน้อย 2 สัปดาห์ Beck, Ward, Mendelshon, Mock, & Erbaugh, (1961) ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่แสดงถึงความเปราะบางทางอารมณ์ ร่วมกับความคิด และการรับรู้ ซึ่งนำไปสู่การเปราะบางทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันของคนเรา ตั้งแต่ระดับปกติ ซึ่งอาการจะมีน้อย ๆ รู้สึกหมดหวัง ไร้ค่า มีความคิดในด้านลบ ไม่มีแรง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีพฤติกรรมถอยหนี จนกระทั่งรุนแรงถึงขั้นเป็นโรคจิต หรือสุดท้ายลงเอยด้วยการฆ่าตัวตาย

จังหวัดบึงกาฬเป็นจังหวัดที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 44,092 คน เพศชาย 16,667 คน เพศหญิง จำนวน 27,425 และพบว่า ผู้สูงอายุเหล่านี้ที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชน ด้วยอาการหลักยาก เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง เบื่ออาหาร ซึ่งอาการเหล่านี้เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาความชุก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ เพื่อจะลดอุบัติเหตุ หรือป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และจะได้ข้อมูลเพื่อพัฒนาแนวทางในการดูแล ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และถ้าจะลดอุบัติเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยของการเกิดภาวะนั้นเป็นเรื่องที่จำเป็นอย่างมาก เพื่อที่จะได้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้เห็นสถานการณ์และแนวโน้มของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อันเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนดำเนินการช่วยเหลือต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

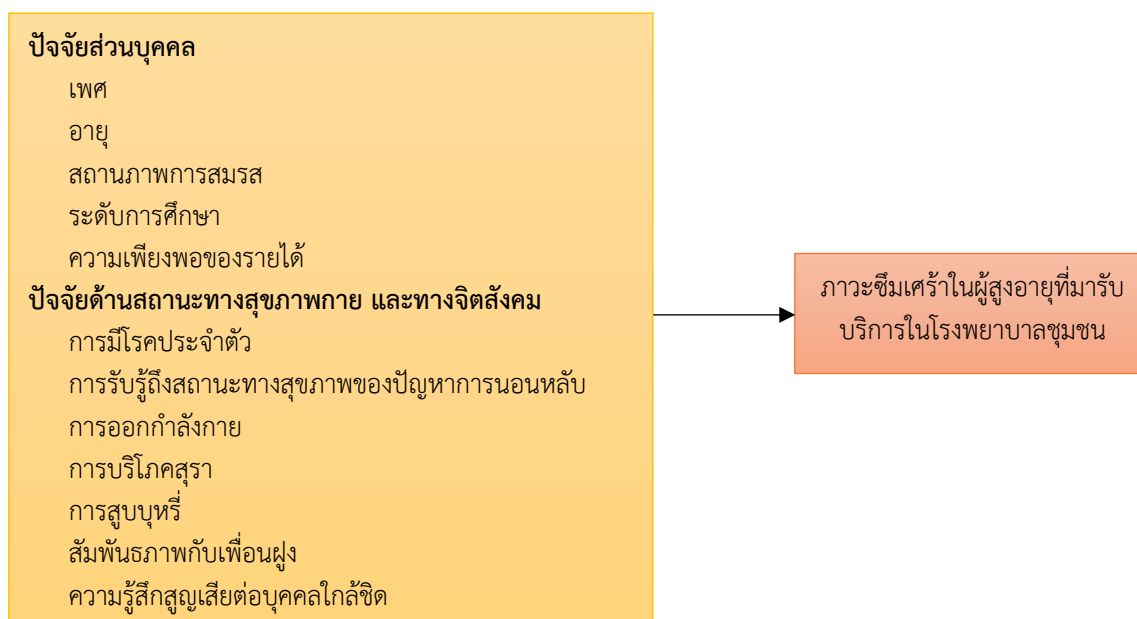
1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ที่มาใช้บริการ โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดบึงกาฬ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ
3. เพื่อศึกษาระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มาบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยมีปัจจัยด้านเพศ เกี่ยวข้องกับความถดถอยด้านบทบาทในสังคม และด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุเพศที่แตกต่างกัน ซึ่งจะส่งผลให้ความรู้สึกมีอิสรภาพภาพในชีวิตแตกต่างกัน (Suttajit, Punpuing, Jirapramukpitak, Tangchonlatip, Darawuttimaprakorn, Stewart, et al., 2010) ปัจจัยอายุที่มากขึ้นสภาพร่างกายเสื่อมถอย ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม หรือเกษียณจากงานประจำทำให้ผู้สูงอายุ รู้สึกว่าบทบาทในการหารายได้ช่วยเหลือครอบครัวหมดไป ความสำคัญ หรือมีคุณค่าลดลง ส่งผลให้เกิดความเครียด และเกิดภาวะหรือโรคซึมเศร้าตามมาได้ การสูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิต การสูญเสียคนใกล้ชิดหรือ

บุคคลอันเป็นที่รัก (Wongpoom, 2011; & Bhamanl, 2013; Kansri, Malai, & Soonthornchaiya, 2018) ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส สถานะหย่าหรือแยกกันอยู่ ก็เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากที่สุดถึงประมาณ 14 เท่าของผู้สูงอายุที่มีสถานะคู่ ปัญหาสุขภาพกายก็เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการเป็นภาระ นำไปสู่ความด้อยของคุณภาพชีวิตเกิดการปรับตัวที่ไม่ดีและเกิดโรคซึมเศร้าในที่สุด (Mousservi, Chatterji, Verdes, Tandon, Patel, & Ustun, 2007) และการนอนไม่หลับ เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ Kansri, Malai, & Soonthornchaiya, (2018)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยด้าน เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ปัจจัยด้านสถานะทางสุขภาพกาย และทางจิตสังคม การมีโรคประจำตัว การรับรู้ถึงสถานะทางสุขภาพของ ปัญหาการนอนหลับ ความรู้สึกสูญเสียต่อบุคคลใกล้ชิด มาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ดังแสดงใน ภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey Research) ทำการศึกษาระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนทั้งชายและหญิง มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ของจังหวัดบึงกาฬทั้ง 8 อำเภอ มีจำนวนทั้งสิ้น 44,092 ราย โดยใช้ข้อมูลจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ปี พ.ศ.2561

เกณฑ์คัดเข้าคัดออก

1. ได้รับการวินิจฉัยในปัจจุบันว่ามีอาการป่วยทางจิต
2. ไม่สามารถ สื่อสารและตอบโต้ได้
3. ได้รับยาที่มีผลต่อระบบประสาท

กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดบึงกาฬ มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เป็นจำนวน 396 ราย จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างแบบชั้นภูมิ โดยจำแนกประชากรออกเป็นอำเภอ จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอตาม

ขนาดของประชากร โดยใช้สูตร (Boonjai S, 2007) ขนาดตัวอย่างของแต่ละชั้น = $N1 \times n/N$ โดย $N1$ =ขนาดของประชากรในแต่ละชั้น, N =ขนาดของประชากรทั้งหมด, n =ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 396 ราย เพื่อความเพียงพอของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเก็บเพิ่มอำเภอละ 2 ราย รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 410 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประเมินข้อมูลพื้นฐานทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ประเมินสถานะทางสุขภาพกาย และทางจิตสังคม ได้แก่ การมีโรคประจำตัว การรับรู้ถึงสถานะทางสุขภาพของตน ปัญหาการนอนหลับ การออกกำลังกาย การบริโภคสุรา การสูบบุหรี่ ความสัมพันธ์ต่อเพื่อนฝูง และความรู้สึกสูญเสียต่อบุคคลใกล้ชิด

2. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) ของ Arunpongpaissal, Kongsuk, Maneethorn, Maneethorn, Wannasawek, Leejongpermpoon, et al. (2009) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha เท่ากับ .95 โดยให้คำตอบที่ละเอียด ถ้าไม่เข้าใจให้ถามซ้ำไม่ควรอธิบายขยายความเพิ่มเติม โดยคำตอบมีสองตัวเลือกคือ ใช่ กับ ไม่ใช่ ถ้าตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งว่า “ใช่” จะมีความไวสูงถึงร้อยละ 96.5 (95%CI=95.4-97.6%) แต่ความจำเพาะต่ำร้อยละ 44.6% (95%CI=41.5-47.6%) ถ้าทั้งสองข้อตอบว่า “ใช่” จะเพิ่มความจำเพาะสูงขึ้นถึงร้อยละ 85.1% (95%CI=82.9-87.3%) สำหรับการแปลผล ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ หากถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง “เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า” ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมิน โรคซึมเศร้า 9Q

3. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9Q ของ Kongsuk, Kenbubpha, Sukhawaha, Yingyuen, Sukjai, Leejongpermpoon, et al. (2008) มี ค่า Cronbach's Alpha รายข้ออยู่ระหว่าง 0.78-0.82 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.82 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.72 ($P\text{-value}<0.001$) มีค่าความไว ค่าความจำเพาะ และค่า Likelihood Ratio ร้อยละ 85, 72 และ 3.04 (95%CI=2.16-4.26) ตามลำดับ เน้นการถามเพื่อค้นหาอาการที่มีในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ด้วยคำถาม 9 ข้อ โดยแบ่งคำตอบจาก ไม่มีเลย ให้ 0 คะแนน ถึงปฏิบัติทุกวัน ให้ 3 คะแนน สำหรับการแปลผล ใช้เกณฑ์ดังนี้

< 7 คะแนน	หมายถึง ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก
7-12 คะแนน	หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย
13-18 คะแนน	หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง
≥ 19 คะแนน	หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

4. แบบประเมินคัดกรองเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8Q ของ Kongsuk, Kenbubpha, Sukhawaha, Yingyuen, Sukjai, Leejongpermpoon, et al. (2008) ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ โดยประเมินในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คำตอบมีสองตัวเลือกคือ ใช่ กับ ไม่ใช่ มีการแปลผลดังนี้ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย คะแนน 1-8 หมายถึง แนวโน้มฆ่าตัวตายน้อย คะแนน 9-16 คะแนน หมายถึง แนวโน้มฆ่าตัวตายระดับปานกลาง คะแนน ≥ 17 หมายถึง แนวโน้มฆ่าตัวตายนรุนแรง ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการโรงพยาบาลชุมชน ทั้งหมดจำนวน 8 แห่ง โดยผู้วิจัยลงพื้นที่แจ้งรายละเอียดการดำเนินการวิจัย และการใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล กับผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ประจำคลินิกสุขภาพจิตของโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 8 แห่ง ทำการประเมินโดยการถาม-ตอบ เป็นภาษาอีสาน โดยเริ่มจากแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) ถ้าตอบว่าใช่ข้อใดข้อหนึ่งให้ถามต่อด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9Q และถ้าในข้อคำถามที่ 9 ผู้สูงอายุตอบว่ามีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินคัดกรองเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8Q ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2562 ได้ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 410 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สูงสุด ต่ำสุด และการประมาณค่าช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% Confidence Interval)
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้สถิติ Multiple Logistic Regression Analysis คัดเลือกตัวแปรเข้าสมการด้วยวิธี Stepwise และใช้ $p\text{-value} < 0.05$ พิจารณาความมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. วิเคราะห์ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มาบริการโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี ตามเอกสารรับรองเลขที่ IRB BCNU 0411/035 ลงวันที่ 18 มีนาคม 2562

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ

ตาราง 1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n=410)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
60-64	171	40.70
65-69	132	32.19
70-74	75	18.29
75-79	25	6.09
>80	7	1.70
$M=66.79$, $SD=5.02$, $Min=60$, $Max=86$		
เพศ		
ชาย	155	37.80
หญิง	255	62.20
สถานภาพการสมรส		
โสด	14	3.41
คู่	250	60.97
หม้าย	122	29.75
หย่า/แยกกันอยู่	24	5.85
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เข้าเรียน	21	5.12
ประถมศึกษาปีที่ 4	156	38.04
มัธยมต้น	105	25.60
มัธยมปลาย	47	11.46
ปวช-ปวส.	43	10.48
ปริญญาตรีและสูงกว่า	38	9.26

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 410 ราย ค่าเฉลี่ยของอายุของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 66.79 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-64 ปี คิดเป็น ร้อยละ 40.70 เพศหญิงร้อยละ 62.20 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คือ ร้อยละ 60.97 และ รองลงมาคือเป็นหม้ายร้อยละ 29.75 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 คือ ร้อยละ 38.04 มีเพียง ร้อยละ 5.12 ที่ไม่ได้รับการศึกษา

2. ความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจากการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชน

ตาราง 2 ความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการโรงพยาบาลชุมชน (n=410)

	จำนวน	ร้อยละ
พบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	105	25.61
ชาย	30	7.32
หญิง	75	18.29
ระดับของภาวะซึมเศร้า		
ระดับน้อยมาก	80	19.51
เล็กน้อย	15	3.65
ปานกลาง	8	1.95
รุนแรง	2	0.49

จากตาราง 2 พบว่าอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าเป็นร้อยละ 25.61 โดยในเพศชายมีค่าความชุกร้อยละ 7.32 และในเพศหญิงมีค่าความชุกร้อยละ 18.29 ส่วนผู้ที่ถูกคัดกรองและพบว่าภาวะซึมเศร้าจำแนกตามระดับ ภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยมาก จำนวน 80 ราย ร้อยละ 19.51 มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย จำนวน 15 ราย ร้อยละ 3.65 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 8 ราย ร้อยละ 1.95 และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง จำนวน 2 ราย ร้อยละ 0.49

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชน

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการโรงพยาบาลชุมชน

ปัจจัย	จำนวนทั้งหมด (ร้อยละ)	จำนวนที่มีภาวะ ซึมเศร้า (ร้อยละ)	OR	Crude 95% CI of OR	Adjusted OR	Adjusted 95% CI of OR
เพศ						
ชาย	155(37.80)	30(28.57)	1.00	0.32-1.64		
หญิง	255(62.20)	75(71.43)	0.73			
อายุ (ปี)						
60-64	171(41.70)	20 (20.0)	1.00			
65-69	132(32.19)	35 (32.0)	1.96	0.63- 6.14	1.10	0.27-4.45
70-74	75(18.29)	26 (24.0)	2.59	0.76- 8.76	0.77	0.16-3.67
≥75	32(7.80)	26 (24.0)	6.07	1.75- 21.12**	2.05	0.44-9.51
ระดับการศึกษา						
ปริญญาตรี	38(9.26)	13 (12.0)	1.00			
ปวช. - ปวส.	43(10.48)	13 (12.0)	1.27	0.24- 6.66		
มัธยมปลาย	47(11.46)	13 (12.0)	1.16	0.22- 6.03		
มัธยมต้น	105(25.60)	7 (8.0)	0.33	0.05- 2.04		

ตาราง 3 (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวนทั้งหมด (ร้อยละ)	จำนวนที่มีภาวะ ซึมเศร้า (ร้อยละ)	OR	Crude 95% CI of OR	OR	Adjusted 95% CI of OR
ประถมศึกษาปีที่ 4	156(38.04)	48 (44.0)	1.29	0.34- 4.81		
ไม่ได้เข้าเรียน	21(5.12)	13 (12.0)	2.83	0.52-15.32		
สถานภาพสมรส						
คู่	250(60.97)	30(28.0)	1.00			
โสด	14(3.41)	0(0.0)	0.00			
หม้าย	122(29.75)	43(40.0)	3.30	1.22-8.89*	2.261	0.69- 7.38
หย่า/แยกกันอยู่	24(5.85)	34(32.0)	18.50	5.95-57.44***	4.65	3.14-68.27**
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอ	337 (82.20)	34 (32.0)	1.00			
ไม่เพียงพอ	73 (17.80)	73 (68.0)	9.55	3.97-22.97***	3.67	1.22-11.07*
โรคประจำตัว						
ไม่มี	49 (12.00)	12 (12.0)	1.00			
มี 1 โรค	310 (75.60)	60 (56.0)	0.60	0.16-2.18		
มีมากกว่า 1 โรค	51 (12.40)	35 (32.0)	2.09	0.52-8.39		
การดื่มสุรา						
นาน ๆ ครั้ง	396(96.60)	77(72.0)	1.00			
เป็นประจำ	14(3.40)	30(28.0)	10.75	3.86-29.9***	10.81	2.68-43.56**
การออกกำลังกาย						
ไม่สม่ำเสมอ	285(69.60)	56(52.0)	1.00			
สม่ำเสมอ	125(30.40)	51(48.0)	2.03	0.90-4.59		
ความพอใจในสุขภาพ						
พอใจมาก	285(69.60)	11(12.0)	1.00			
พอใจปานกลาง	96(23.40)	48(44.0)	10.54	2.89-38.58***	4.47	1.03-19.29*
พอใจน้อย	29(7.00)	48(44.0)	34.89	9.20-132.30***	5.71	1.31-24.86*
ความสัมพันธ์ต่อเพื่อนฝูง						
ดี	298(72.70)	51(48.0)	1.00			
ไม่ดี	112(27.30)	56(52.0)	2.79	1.23-6.31*	2.67	0.97-7.27
การสูญเสียคนใกล้ชิด						
ทำได้	376(91.70)	51(48.0)	1.00			
ทำไม่ได้	34(8.30)	56(52.0)	11.69	4.95-27.62***	7.15	2.53-20.21***
การนอนไม่หลับ						
ไม่มีปัญหา	347(86.90)	43(40.0)	1.00			
มีปัญหา	54(13.10)	64(60.0)	9.63	4.12-22.55***	4.67	1.64-13.32**

Note: OR, Odds ratio; CI, Confidence Interval * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

จากตาราง 3 ผลการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ โดยใช้การทดสอบทางสถิติ โดยวิธี Simple Logistic Regression Analysis พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ($p < 0.05$) ได้แก่ อายุที่มากคือ ตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ($OR = 6.07$, 95% $CI = 1.75-21.12$) สถานะหย่าหรือแยกกันอยู่ ($OR = 18.50$, 95%

CI=5.95-57.44) ความไม่เพียงพอของรายได้ ($OR=9.55$, 95% CI=3.97-22.97) การดื่มสุราเป็นประจำ ($OR=10.75$, 95% CI=3.86-29.9) ความพอใจในสุขภาพในระดับปานกลาง ($OR=10.54$, 95% CI=289-38.58) ความพอใจในสุขภาพในระดับที่ต่ำ ($OR=34.89$, 95% CI=9.20-132.30) ความสัมพันธ์ ต่อเพื่อนฝูงที่ไม่ดี ($OR=2.79$, 95% CI=1.23-6.31) การทำใจไม่ได้ต่อการสูญเสียของคนใกล้ชิด ($OR=11.69$, 95% CI=4.95-27.62) และการมีปัญหาอนไม่หลับ ($OR=9.63$, 95% CI=4.12-22.55) ต่อมา นำปัจจัยทั้งหมด 8 ตัวมาวิเคราะห์ร่วมกันด้วยวิธี Multiple Logistic Regression Analysis หลังจาก คำนวณตัวแปรทั้ง 8 ตัวพบว่ามีเพียง 6 ตัวที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในประชากรสูงอายุ คือ สถานะ หย่าหรือแยกกันอยู่ ($OR=4.65$, 95% CI=3.14-68.27) ความไม่เพียงพอของรายได้ ($OR=3.67$, 95% CI=1.22-11.07) การดื่มสุราเป็นประจำ ($OR=10.81$, 95% CI=2.68-43.56) ความพอใจในสุขภาพในระดับที่ต่ำ ($OR=5.71$, 95% CI=1.31-24.86) การทำใจไม่ได้ต่อการสูญเสียของคนใกล้ชิด ($OR=7.15$, 95% CI=2.53-20.21) และการมีปัญหาอนไม่หลับ ($OR=4.67$, 95% CI=1.64-13.32)

4. ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มาโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ

ตาราง 4 ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มาโรงพยาบาลชุมชน

เพศ	N	2Q-ve (ร้อยละ)	2Q+ve (ร้อยละ)	9Q <7 คะแนน	Mild,	Moderate,	Severe,	8Q
					MDD	MDD	MDD	
					7-12	13-18	19-27	
					คะแนน	คะแนน	คะแนน	
ชาย	155	125(80.64)	30(19.36)	19(63.33)	10(33.33)	1(3.33)	0	0
หญิง	255	180(70.58)	75(29.42)	61(81.33)	5(6.66)	7(9.33)	2(2.66)	2
รวม	410	305(74.40)	105(25.60)	80(76.19)	15(14.28)	8(7.61)	2(1.90)	2(1.90)

จากตาราง 4 ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจากการประเมินคัดกรอง 2Q พบร้อยละ 25.60 และประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q พบว่าระดับความรุนแรงน้อยมาก ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง ร้อยละ 76.19, 14.28, 7.61 และ 1.90 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาแยกตามเพศพบว่า เพศชาย มีแนวโน้มของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 19.36 โดยพบว่าระดับความรุนแรงน้อยมาก ร้อยละ 63.33 ระดับน้อยร้อยละ 33.33 และระดับปานกลาง ร้อยละ 3.33 ในเพศชายไม่พบการคิดฆ่าตัวตายจากการประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8Q ส่วนเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 29.42 พบระดับความรุนแรงน้อยมาก 61 ราย ระดับน้อย 5 ราย ระดับปานกลาง 7 ราย และระดับรุนแรง 2 ราย และยังพบว่าเพศหญิงมีความคิดฆ่าตัวตาย 2 ราย คิดเป็น 1.90% จากการประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8Q

อภิปรายผล

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดบึงกาฬ ผลการศึกษานี้พบค่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นร้อยละ 25.61 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมา โดยการศึกษาของ (Liang, Arunpongpaissal, Kessomboon, Pinitsoontorn, & Kihirunyaratu, 2009) พบค่าความชุกของภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุเป็นร้อยละ 21.00, 12.80 และ 24.10 ตามลำดับ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาหาความชุกของภาวะซึมเศร้าใช้เครื่องมือ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) เป็นเครื่องมือที่วัดอาการซึมเศร้าที่มีผลอย่างสำคัญในระดับคลินิก ค่าความชุกที่ได้มีค่าที่สูงกว่า เครื่องมือที่ใช้วัดโรคซึมเศร้าที่อาศัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยตามระบบ Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM) หรือ International Statistical Classification of Disease (ICD) ซึ่ง PHQ-9 ที่ใช้ในการศึกษาการศึกษาของ Wongpoom, Sukying, Udomsubpayakul, (2011) ที่ศึกษาผู้สูงอายุที่เชียงใหม่ พบค่าความชุกแค่ร้อยละ 5.90 ที่ทำการสำรวจในชุมชน แต่ได้ค่าความชุกที่น้อยกว่าการศึกษานี้ เนื่องจากกลุ่มที่ศึกษาที่เชียงใหม่มีส่วนหนึ่งที่ไม่มียโรค

ประจำตัว จากการศึกษาดัง ๆ พบว่าการมีโรคประจำตัวเพิ่มโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้า Katana, Linnastan, & Cooper, (2010) สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าผู้สูงอายุของจังหวัดบึงกาฬที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่ามีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 88 และจากการศึกษาของ Han, Han, Shin, Jee, An, Yoon, & Kim (2018) ประเทศสาธารณรัฐเกาหลีที่ศึกษาในกลุ่ม ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนพบค่าความชุกที่ได้มีค่าใกล้เคียงกับของการศึกษาในครั้งนี้คือ ร้อยละ 5.80

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ จากการวิเคราะห์ด้วยวิธี Multiple Logistic Regression analysis พบปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์ กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ คือ สถานะหย่าหรือแยกกันอยู่ ($OR=4.65$, 95% $CI=3.14-68.27$) การดื่มสุราเป็นประจำ ($OR=10.81$, 95% $CI=2.68-43.56$) การทำใจไม่ได้ ต่อการสูญเสียคนใกล้ชิด ($OR=7.15$, 95% $CI=2.53-20.21$) ความพอใจในสุขภาพในระดับต่ำ ($OR=5.71$, 95% $CI=1.31-24.86$) การนอนไม่หลับ ($OR=4.67$, 95% $CI=1.64-13.32$) และความไม่เพียงพอของรายได้ ($OR=3.67$, 95% $CI=1.22-11.07$) ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยง และมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผลการศึกษานี้พบว่าอายุที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Liang, Arunpongpaissal, Kessomboon, Pinitsoontorn, & Kihirunyaratu, 2009; Bhamanl, 2013) ที่พบว่าอายุที่มากขึ้นพบความชุกโรคซึมเศร้าสูงขึ้น อาจเป็นผลจากร่างกายที่เสื่อมถอยไปตามวัย ความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้นการสูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิต การสูญเสียคนใกล้ชิดหรือบุคคลอันเป็นที่รักซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา (Wongpoom, 2011; & Bhamanl, 2013)

สถานะหย่าหรือแยกกันอยู่ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากที่สุดที่พบจากการศึกษานี้โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานะหย่าหรือแยกกันอยู่จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าได้มากถึงประมาณ 14 เท่าของผู้สูงอายุที่มีสถานะคู่ ซึ่งผลการศึกษาหลายการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ ได้สนับสนุนว่าสถานะหย่าหรือแยกกันอยู่เป็นปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่สำคัญ ปัจจัยหนึ่ง อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาโดย Liang, Arunpongpaissal, Kessomboon, Pinitsoontorn, & Kihirunyaratu (2009) ที่ทำการศึกษาผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนเมือง และอยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิ จังหวัดขอนแก่น พบว่าหลังจากควบคุมปัจจัยต่าง ๆ แล้ว สถานะหย่าไม่พบเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งความแตกต่างนี้อาจเป็นเพราะบริบททางสังคมรวมถึงความแตกต่างของกลุ่มประชากรตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ศึกษาด้วย อย่างไรก็ตามปัจจัยนี้นับเป็นปัจจัยที่ควรให้ความสนใจและควรได้มีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

สำหรับปัจจัยการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จากการศึกษานี้พบว่าปัจจัยความเพียงพอของรายได้ที่ไม่เพียงพอ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่มีอายุเพิ่มขึ้นสภาพร่างกายเสื่อมถอย ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม หรือเกษียณจากงานประจำทำให้ผู้สูงอายุ รู้สึกว่าบทบาทในการหารายได้ช่วยเหลือครอบครัวหมดไป ความสำคัญ หรือมีคุณค่าลดลง การไม่ได้ประกอบอาชีพส่งผลทำให้ขาดรายได้หรือรายได้ลดลง ก่อให้เกิดความเครียดและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้เหมือนกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา (Kansri, Malai, & Soonthornchaiya, 2018) และพบว่าหากผู้สูงอายุมีความเพียงพอด้านการเงิน โดยการดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือในด้านการเงินอย่างเพียงพอและสม่ำเสมอ และไม่ถูกเบียดเบียนด้านการเงินของผู้สูงอายุ ส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ

การดื่มสุราเป็นประจำ เป็นปัจจัยอันดับรองลงมาที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งโดยทั่วไป แล้วภาวะติดสุรากับภาวะซึมเศร้านั้นมีความสัมพันธ์กัน ในลักษณะที่ซับซ้อน โดยอาจเป็นการเกิดร่วมกัน โดยบังเอิญ (Co-Occurrence) หรือเป็นเนื่องจาก ภาวะซึมเศร้า (Secondary Alcoholism) หรือ เป็นสาเหตุ หลักเองที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า (Primary Alcoholism) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการศึกษาทางระบาดวิทยา หลายการศึกษาสามารถสรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้ามักมีความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจนในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยประมาณว่า ภาวะติดสุราพบได้เป็น 1.6 เท่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และสามารถนำภาวะ

ติดสุรานั้นมาเป็นตัวคัดกรองการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อีกด้วย ภาวะติดสุราที่พบร่วมกับภาวะซึมเศร้า นั้นนอกจากจะทำให้การรักษาภาวะซึมเศร้าได้ผลไม่ดีเท่าที่ควรแล้ว ยังอาจพบอุบัติการณ์การของการฆ่าตัวตายได้มากขึ้น

การทำใจไม่ได้ต่อการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด เป็นปัจจัยต่อมาที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดเป็นการสูญเสียอย่างหนึ่งที่กลุ่ม ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญ การปรับตัวไม่ได้ต่อการสูญเสีย จะส่งผลต่อสภาพจิตใจและการดำเนินชีวิตประจำวันได้ การศึกษาของ Bhamani, Karim, & Khan, (2013) ที่พบว่า การสูญเสียมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ โดยพบว่าการสูญเสียบุคคลที่รัก เป็น 1 ใน ทั้งหมด 5 ปัจจัยหลักที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ว่า สมมติฐานของการเกิดภาวะซึมเศร้าอาจมีความแตกต่างกันในระหว่างกลุ่มวัยสูงอายุและกลุ่มวัยผู้ใหญ่ การปรับตัวทางจิตสังคมนับเป็นปัจจัยหนึ่งที่ควรนำมา พิจารณาเมื่อมีการประเมินการวินิจฉัยรวมทั้งการวางแผน การรักษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ

ความพอใจในสุขภาพในระดับที่ต่ำ เป็นปัจจัยต่อมาที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุซึ่ง สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา ปัญหาสุขภาพกายเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเอง เป็นภาระ นำไปสู่ความด้อยของคุณภาพชีวิตเกิดการปรับตัวที่ไม่ดีและเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด จากข้อมูลที่ได้ ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้สูงอายุที่พอใจต่อสุขภาพของตนในระดับต่ำจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Mousservi, Chatterji, Verdes, Tandon, Patel, & Ustun, 2007)

การนอนไม่หลับ เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ การศึกษาของ Kansri, Malai, & Soonthornchaiya, (2018) การนอนไม่หลับนั้นนับเป็นอาการอย่างหนึ่งที่พบ ได้บ่อยในผู้สูงอายุ ผลการศึกษา แบบต่อเนื่องหลายการศึกษาบ่งชี้ว่า การนอนไม่หลับนั้น มักจะเกิดนำหน้าก่อน การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอย่างหนึ่งซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้ก็พบผล เช่นเดียวกัน โดยผู้สูงอายุที่มีปัญหา การนอนไม่หลับมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก จากข้อมูลต่างๆ เหล่านี้มีความเป็นไปได้ที่จะสามารถนำอาการนอนไม่หลับนี้ไปใช้เป็นตัว คัดกรองโรคซึมเศร้าตัวหนึ่งในผู้สูงอายุ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนได้

3. ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ จากการประเมินคัดกรอง 2Q, แบบประเมิน 9Q และแบบประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8Q พบว่าเพศชายมี แนวโน้มของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 19.36 ไม่พบการคิดฆ่าตัวตาย ส่วนเพศหญิงมีแนวโน้มของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 29.42 พบระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าที่มากกว่าเพศชาย และยังพบว่าเพศหญิงมีความคิดฆ่าตัว ตาย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เพศ เกี่ยวข้องกับความถดถอยด้านบทบาทในสังคมและด้านเศรษฐกิจของ ผู้สูงอายุเพศหญิง และเพศชายที่แตกต่างกัน ซึ่งจะส่งผลให้ความรู้สึกรู้สึกมีสุขภาพจิตในชีวิตแตกต่างกันได้ หาก การมีบทบาทในสังคมและการเข้าถึงทรัพยากรด้านเศรษฐกิจได้ไม่ดี อาจก่อให้เกิดความเครียด และความรู้สึกมี คุณค่าในตนเองลดลง นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัย พบว่าเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับภาวะ ซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย 2.32 เท่า (Suttajit, Punpuing, Jirapramukpitak, Tangchonlatip, Darawuttimaprakorn, Stewart, et al., 2010)

จากการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มาใช้บริการใน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดบึงกาฬ จำนวนทั้งหมด 410 ราย โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า แบบประเมินโรค ซึมเศร้า และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีดังนี้ คือสถานะ หย่าหรือแยกกันอยู่ การดื่มสุร่าอย่างเป็นประจำ การทำใจไม่ได้ต่อการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด ความพอใจในสุขภาพ ในระดับที่ต่ำ การนอนไม่หลับและความไม่เพียงพอของรายได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนดำเนินการส่งเสริม ป้องกัน ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ทั้งในจังหวัด บึงกาฬ จังหวัดหนองคาย และจังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นพื้นที่เป้าหมายในการส่งนักศึกษาพยาบาล หลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต ฝึกปฏิบัติงานจิตเวชชุมชน และปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ และการวินิจฉัยชุมชน
2. เป็นข้อมูลนำเข้าในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในจังหวัดบึงกาฬ ทั้งในสถาน บริการทางสุขภาพ และผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน จังหวัดบึงกาฬ เช่น การเพิ่มความสามารถในการปรับตัวต่อการ สูญเสีย การให้ความรู้ในเรื่องโรคและการดูแลสุขภาพจิต การส่งเสริมการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ เป็นต้น
3. อาจารย์พยาบาลนำผลการศึกษาไปใช้สอนนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในการประเมิน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การคัดกรอง ประเมินโรคภาวะซึมเศร้า และประเมินความ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริม ป้องกันและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ที่เหมาะสมและสัมพันธ์กับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในบริบท เพื่อเป็นประโยชน์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข
2. การศึกษาในอนาคตเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของภาวะติดสุรากับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุไทย ควร เป็นการศึกษาในระยะยาวเพื่อดูทิศทางของเหตุและผลของการเกิดภาวะซึมเศร้า และการเปลี่ยนแปลงของทั้งสอง ภาวะนี้ และ ควรกระทำในขนาดจำนวนประชากรที่มากขึ้น

References

- Arunpongpaisal, S., Kongsuk, T., Maneethorn, N., Maneethorn, B., Wannasawek, K., Leejongpermpoon, J., et al. (2009). Development and Validity of Two-Question Screening test for Depressive Disorders in Northeastern Thai Community. *Asian J Psychiatr*, 2, 149-52. (In Thai)
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelshon, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A., & Alford, B. A. (2009). Depression: Causes and Treatment. Second Edition. University of Philadelphia, Pennsylvania: Pennsylvania Press.
- Bhamani, M. A., Karim, M. S., & Khan, M. M. (2013). Depression in the Elderly in Karachi, Pakistan: a Cross Sectional Study. *BMC Psychiatry*, 13(1), 181-189.
- Charenboun, T. (2011). Measures and Screening Tests for Depression in Thailand: A User's Guide. *Thammasat Medical Journal*, 11(4), 667-676. (In Thai)
- Cole, M. G., & Dendukuri, N. (2003). Risk Factors for Depression among Elderly Community Subjects: a Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1147-1156.
- Han, K. M., Han, C., Shin, C., Jee, H. J., An, H., Yoon, H. K., & Kim, S. H. (2018). Social Capital, Socioeconomic Status, and Depression in Community-Living Elderly. *Journal of Psychiatric Research*, 98, 133-140.
- Kansri, J., Malai, C., & Soonthornchaiya, R. (2018). Geriatric Depression and its Related Factors among Thai Elderly in Chainat Province. In *ANPOR Annual Conference Proceedings*, (pp. 45-45). (In Thai)

- Katana, C., Linnastan, G., & Cooper, C, (2010). Functional Psychiatric Illness in Old Age. In Howard M. F, Kenneth R, Kenneth W, Editors. *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology 7th ed.* Philadelphia: Saunders; p 433-6
- Kongsuk, T., Kenbubpha, K., Sukhawaha, S., Yingyuen, R., Sukjai, S., Leejongpermpoon, J., et al. (2008). The Development and Validity of the 9-Question Depressive Disorder Diagnostic test in Thai I-San Dialects. Proceedings of The WPA Thematic Conference on Depression and Other Common Mental Disorders in Primary Care, Held in Spain, Granada, from June 18th to 21th, 2008; *The 11th Congress of the ASEAN Federation for Psychiatry and Mental Health 26th-29th August*, Thailand. Bangkok. (In Thai)
- Liang, G., Arunpongpaial, S., Kessomboon, P., Pinitsoontorn, S., & Kuhirunyaratn, P. (2009). Depression and Cognitive Impairment among the Community Dwelling Elderly in a Community of Khon Kaen: A Primary Care Setting Descriptive Study. *Journal of Psychiatric Association Thailand*, 54(4), 357-366. (In Thai)
- Mousservi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, Chronic Disease, and Decrements in Health: Result from the World Health Surveys. *Lancet*, 370, 851-8.
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997). Alternative Projections of Mortality and Disability by Cause 1990-2020: Global Burden of Diseases Study. *Lancet*, 349, 1498-1504.
- Smith, M., Segal, J., & Robinson, L. (2017). Suicide prevention. *Help Guide*.
- Suttajit, S., Punpung, S., Jirapramukpitak, T., Tangchonlatip, K., Darawuttimaprakorn, N., Stewart, R., & Abas, M. A. (2010). Impairment, Disability, Social Support and Depression among Older Parents in Rural Thailand. *Psychological Medicine*, 40(10), 1711-1721. (In Thai)
- Wongpakaran, N. (2008). Geriatric Psychiatry in Thailand. *J Psychiatr Assoc Thailand*, 53, S39-46. (In Thai)
- Wongpoom, T., Sukying, C., & Udomsubpayakul, U. (2011). Prevalence of Depression among the Elderly in Chiang Mai Province. *J Psychiatr Assoc Thailand*, 56, 103-16. (In Thai)
- World Health Organization. (2010). *The Global Burden of Disease*. Retrieved March 24, 2010 from http://www.who.int/healthinfo/global_burden_diseaseGBD_report_2004update_full.pdf
- Yamane, T. (1973). *Statistics an Introductory Analysis 3th*. Singapore: Times Printers Sdn.

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในเขตชุมชนชนบท จังหวัดนครราชสีมา

Factors Related to Resilience Quotient among Elderly with Chronic Disease in Rural Area of Nakhon Ratchasima Province

กชกร ฉายากุล^{1*} และ ภรณ์ทิพย์ ผลกระโทก¹

Kotchakorn Chayakul^{1*} and Prontip Ponkratok¹

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา^{1*}

Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima^{1*}

(Received: December 30, 2019; Revised: May 03, 2020; Accepted: May 18, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในเขตชุมชนชนบท จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 135 คน เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่เป็นโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้ความสัมพันธของบุคคลในครอบครัว แบบประเมินการรับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และแบบประเมินพลังสุขภาพจิต ได้ค่าความเชื่อมั่นแอลฟาเท่ากับ .80, .82 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน และโคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่า

กลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุ เพศ รายได้ ภาวะแทรกซ้อน สถานภาพสมรส การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการมีผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต ในขณะที่การรับรู้ความสัมพันธของบุคคลในครอบครัว และการรับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะในการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังควรมีการส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัว

คำสำคัญ: พลังสุขภาพจิต, ผู้สูงอายุ, โรคเรื้อรัง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kotchakorn@knc.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 084-2993177)

Abstract

This research aimed to study factors related to the resilience quotient among elderly with a chronic disease in rural area of Nakhon Ratchasima. The sample consisted in 135 elderly people with diabetes and/or hypertension, aged 60 years or more. Data were collected by interviewing, using questionnaires for personal information, perception of family relationships, perception of activities in daily living, and resilience quotient. The reliability of the instruments, analyzed by Cronbach coefficient, yielded .80, .82 and .80, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient, and Chi-Square test.

Result showed that the following factors were not correlated with resilience quotient: age, sex, income, complications, marital status, perceived severity of the chronic disease, and caregivers ($p>.01$). However, perception of family relationships, and perception of the activity of daily living, were significantly correlated, though low positively, with resilience quotient ($p<.01$).

So this research suggests that promotion of resilience quotient in elderly with chronic disease should involve family relationships and activity of daily living.

Keywords: Resilience Quotient, Elderly, Chronic Disease

บทนำ

ในเกือบทุกประเทศทั่วโลกสัดส่วนของผู้สูงอายุมีการเติบโตเร็วกว่ากลุ่มอื่น ๆ ซึ่งเป็นผลมาจากอายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy) ที่เพิ่มขึ้นและการลดลงของอัตราการภาวะเจริญพันธุ์ (United Nations, 2017) สำหรับในประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aged Society) แล้วจากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.8 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 14.9 ในปี 2557 (National Statistical Office, 2015) และร้อยละ 16.06 ในปี 2561 โดยจังหวัดนครราชสีมาเป็นผู้สูงอายุมากเป็นลำดับ 2 (ร้อยละ 16.45) รองจากกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 17.98) (National Statistical Office, 2019)

การที่มีผู้สูงอายุมากขึ้นจะทำให้โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาทิ โรคกระดูกและข้อ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญมากขึ้น โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งนับเป็นโรคพื้นฐานที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังอื่น ๆ ตามมา พบว่า ผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน มากกว่าร้อยละ 40 และร้อยละ 10 ตามลำดับ (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2016) จากรูปแบบภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุด้วยโรคเรื้อรังส่งผลไปถึงการเป็นภาระค่าใช้จ่ายของภาครัฐและครัวเรือน ในการดูแลผู้สูงอายุทางด้านสุขภาพ ที่จะเพิ่มสูงขึ้น (Silapasuwat, 2013) รวมทั้งโรคเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด และยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์ ที่เกิดขึ้นได้ง่ายกับผู้สูงอายุ ต้องใช้เวลาในการรักษานาน และต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลต่อการมีภาระและกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว (Sihapark, Chuengsatiansup, & Tengrang, 2013)

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ มีโอกาสเพิ่มมากขึ้นเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้นด้วย (Hopman, Harrison, Coe, Friedberg, Buchanan, & VanDenKerkhof, 2009) ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และอาจก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเสื่อมตามวัยและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเรื้อรัง (Turner, & Kelly, 2000) และเมื่อผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ยังมีอายุเพิ่มมากขึ้น ก็ยิ่งทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง (Chen, & Chen, 2017) ในขณะที่ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากในการควบคุมโรคเรื้อรังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น หากผู้สูงอายุมีความตระหนักในการดูแลตนเอง

อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ก็จะทำให้สามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคเรื้อรัง ไม่เป็นภาระกับบุคคลในครอบครัว ชุมชน และสังคม (Jumneansuk, Detboon, Mingmai, Phophak, Sanurak Phoha, & Phanitcharoen, 2017) และยังส่งผลต่อพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ดังรายงานการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพลังสุขภาพจิต (Losoi, Turunen, Waljas, Helminen, Ohman, Julkunen et al., 2013; Wagnild, & Young, 1993; Parayat, Kangchai, & Somanusorn, 2016; Gerino, Rolle, Sechi, & Brustia, 2017; Chunsorn, Kangchai, & Rattanajarana, 2018) และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต (Chunsorn, Kangchai, & Rattanajarana, 2018) และสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุอีกประการ คือ สัมพันธภาพในครอบครัว ได้แก่ การแสดงถึงความรัก ความห่วงใย ความเคารพ ยกย่องและให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ก่อให้เกิดการเกื้อกูลและการช่วยเหลือซึ่งกัน ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ซึ่งการมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัว (Seemoungngam, 2018) มีผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคม (Chunsorn, Kangchai, & Rattanajarana, 2018; Parayat, Kangchai, & Somanusorn, 2016) และความสัมพันธ์ทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต (Chaosuansreecharoen, Chaosuansreecharoen, & Khongsanit, 2019)

ปัญหาทางสุขภาพจิตของกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังนั้น มักพบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนำไปสู่ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้ (Turner, & Kelly, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้สูงอายุที่ด้วยโรคเรื้อรังซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนเขตเมือง เทศบาลเมืองแสนสุข ประเทศไทย พบว่า มีปัญหาภาวะสุขภาพจิตด้านความเครียดและภาวะซึมเศร้า โดยความเครียดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Klinwichit, Klinwichit, Incha, & Klinwichit, 2015) ความพร้อมในการรับมือกับความทุกข์ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น ทั้งจากความเสื่อมตามวัย และโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุสัมพันธ์กับพื้นฐานพลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient: RQ) หรือความเข้มแข็งทางใจของแต่ละบุคคลเนื่องจากพลังสุขภาพจิตเป็นเสมือนภูมิคุ้มกันทางจิตใจสำหรับการรับมือกับปัญหาที่จะเกิดขึ้น ทั้งนี้พลังสุขภาพจิตประกอบไปด้วยการตระหนักรู้ของบุคคลใน 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ฉันมี (I have) 2) ฉันเป็น (I am) และ 3) ฉันสามารถ (I Can) (Grothberg, 1995) ในด้านความทนทานทางอารมณ์ การสร้างกำลังใจ และการจัดการกับปัญหาให้กับตนเอง (Department of Mental Health, 2011) จากการศึกษาพลังสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ความสามารถในการส่งเสริมการปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ความยากลำบากในชีวิต มีองค์ประกอบ 5 ประการคือ 1) การมีจิตใจที่สงบและมั่นคง 2) การมีความเพียรและอดทน 3) การเชื่อมั่นในตนเอง 4) การรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต และ 5) การสามารถดำรงอยู่ได้ด้วยตนเอง (Wagnild, & Young, 1993) เหล่านี้เป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัวปรับใจเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์วิกฤติ รวมทั้งสามารถฟื้นตัวกลับมาดำเนินชีวิตต่อไปได้ ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีพลังสุขภาพจิตดีย่อมสามารถฟันฝ่าปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิตได้ดี

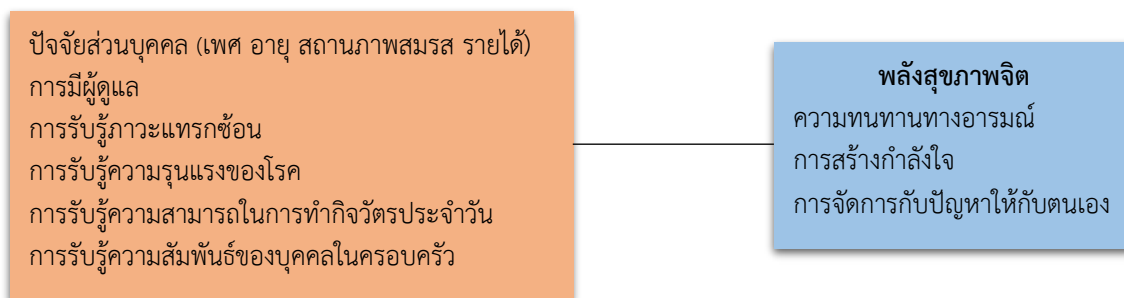
ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังจิตในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทั้งด้านปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว และการรับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจะเป็นข้อมูลส่วนหนึ่งในการกำหนดแนวทางในการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ให้มีความเข้มแข็งทางใจพร้อมที่จะเผชิญกับภาวะวิกฤติ สามารถฟันฝ่าปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ และสามารถฟื้นตัวกลับมาดำเนินชีวิตได้เป็นอย่างดีต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ รายได้ ภาวะแทรกซ้อน สถานภาพสมรส การรับรู้ความรุนแรงของโรค การมีผู้ดูแล การรับรู้ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว และการรับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเขตชุมชนชนบท จังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดหลักเกี่ยวกับโครงสร้างของพลังสุขภาพจิต ซึ่งเป็นการตระหนักรู้ของบุคคลใน 3 องค์ประกอบ (Grothberg, 1995) ในด้านความทนทานทางอารมณ์ การสร้างกำลังใจ และการจัดการกับปัญหาให้กับตนเอง (Department of Mental Health, 2011) ร่วมกับแนวคิดองค์ประกอบ 5 ประการของการปรับตัว เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ความยากลำบากในชีวิต (Wagnlid, & Young, 1993) โดยผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเพื่อกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ สถานภาพสมรส (Lundman, Strandberg, Eisemann, Gustafson, & Brulin, 2007; Losoi, Turunen, Waljas, Helminen, Ohman, Julkunen et al., 2013; Lakomy, & Kafkova, 2017; Wagnild, & Young, 1993) 2) การมีผู้ดูแล (Chunsorn, Kangchai, & Rattanajarana, 2018; Parayat, Kangchai, & Somanusorn, 2016) 3) การรับรู้ภาวะแทรกซ้อน (Losoi, Turunen, Waljas, Helminen, Ohman, Julkunen et al., 2013; Parayat, Kangchai, & Somanusorn, 2016; Gerino, Rolle, Sechi, & Brustia, 2017; Chunsorn, Kangchai, & Rattanajarana, 2018) 4) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Nygren, Alex, Jonsen, Gustafson, Norberg, & Lundman, 2005) 5) การรับรู้ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน (Chunsorn, Kangchai, & Rattanajarana, 2018) และ 6) การรับรู้ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว (Chaosuansreecharoen, Chaosuansreecharoen, & Khongsanit, 2019) ดังแสดงภาพ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Surveys)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้สูงอายุทุกคนในเขตชนบท จำนวน 31 อำเภอ ของจังหวัดนครราชสีมา (ยกเว้นอำเภอเมืองฯ) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ 1) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีภูมิลำเนาในเขตชนบทของจังหวัดนครราชสีมา 2) เป็นผู้เจ็บป่วยโรคเรื้อรังด้วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง โดยจะมีหรือไม่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วยหรือไม่ก็ตาม 3) สามารถให้ข้อมูลได้ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ที่มีการให้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ตามที่กำหนด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในเขตชนบทที่เป็นโรคเรื้อรัง ของจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นประชากรที่มีขนาดใหญ่และไม่ทราบจำนวนที่แน่นอน คำนวณด้วยโปรแกรม G POWER ซึ่งพัฒนามาจากพื้นฐานของ Power Analysis โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ 0.08 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of Significance) ที่ระดับ .05 ($\alpha=.05$) และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) จากการศึกษาที่คล้ายกันก่อนหน้านี้ ($r=.66$) (Chunsorn, Kangchai, & Rattanajarana, 2018) อยู่ในช่วงปานกลาง คือ 0.15 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 115 คน และได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 รวมเป็นจำนวน 138 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) โดยขั้นที่ 1 สุ่มอำเภอจากจังหวัดนครราชสีมา ได้อำเภอคง ขั้นที่ 2 สุ่มตำบลหนองมะนาว และขั้นที่ 3 สุ่มตัวแทนจากหมู่บ้านต่าง ๆ

ของตำบลหนองมะนาว อำเภอคง จังหวัดนครราชสีมาด้วยการใช้ตารางเลขสุ่ม (Table of Random Numbers) โดยมีกรอบสำหรับสุ่มตัวอย่าง (Sampling Frame) โดยสุ่มจากรายชื่อผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงในหมู่บ้านต่างๆ จนได้กลุ่มตัวอย่าง 138 คน และไม่มีการเลือกซ้ำกับกลุ่มที่ใช้ในการทดสอบเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 4 ชุด คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ หญิง ศาสนา สถานภาพสมรส รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กรณีโรคความดันโลหิตสูงและหรือเบาหวาน การรับรู้ระดับความรุนแรงของโรค การมีผู้ดูแล

2. การรับรู้ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วยคำถามจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ การพูดคุยปรึกษาหารือกับคนในครอบครัว การทะเลาะหรือมีความขัดแย้งกับคนในครอบครัว การใส่ใจดูแลของคนในครอบครัวยามเจ็บป่วย และระดับความผูกพันกันของคนในครอบครัว ข้อคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ มีการแปลผลคะแนนการรับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำจากการคำนวณหาช่วงกว้างของอันตรภาคชั้น แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1 - 5	คะแนน หมายถึง	รับรู้ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับไม่ดี
6 - 11	คะแนน หมายถึง	รับรู้ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง
12-16	คะแนน หมายถึง	รับรู้ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับดี

2. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งดัดแปลงจาก แบบประเมินสมรรถภาพในเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (Barthel ADL index) ของ Mahoney และ Barthel (1992) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน การเคลื่อนที่ การสวมใส่เสื้อผ้า การขับถ่ายอุจจาระ และการขับถ่ายปัสสาวะ ข้อคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ มีการแปลผลคะแนนการรับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำจากการคำนวณหาช่วงกว้างของอันตรภาคชั้น แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

0 - 5	คะแนน หมายถึง	รับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเองน้อย
6 - 10	คะแนน หมายถึง	รับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเองปานกลาง
11-16	คะแนน หมายถึง	รับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเองมาก

3. แบบสัมภาษณ์พลังสุขภาพจิต ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินพลังสุขภาพจิต ของกรมสุขภาพจิต (2554) โดยใช้กรอบแนวคิดโครงสร้างของพลังสุขภาพจิตของ Grotberg (1995) และ Wagnild, & Young (1993) จำนวน 35 ข้อ ข้อคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ มีการแปลผลคะแนนพลังสุขภาพจิตเป็น 3 ระดับ โดยเทียบสัดส่วนตามเกณฑ์ (Reference Criteria) ของพลังสุขภาพจิตที่กรมสุขภาพจิตกำหนด (Department of Mental Health, 2011) ดังนี้

ต่ำกว่า 98 คะแนน	หมายถึง	มีพลังสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ
98-119 คะแนน	หมายถึง	มีพลังสุขภาพจิตในเกณฑ์ปกติ
มากกว่า 119 คะแนน	หมายถึง	มีพลังสุขภาพจิตสูงกว่าเกณฑ์ปกติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และแบบสัมภาษณ์พลังสุขภาพจิต มีความตรงตามเนื้อหาจากการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คำนวณหาค่า IOC ข้อคำถามมีค่า IOC = .60 - 1 ถือว่าคำถามนั้นตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัยในระดับยอมรับถึงดีมาก นำมาปรับปรุงแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และทำการตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Chronbach 'Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .82 และ .80 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยทำการเตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลจำนวน 8 คนโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขั้นตอนการวิจัยเพื่อให้เข้าใจตรงกัน และให้ผู้ช่วยวิจัยฝึกใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเกิดทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อจะทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยนำหนังสือจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาล และแบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหนองมะนาว อำเภอคง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล และประสานกับอสม. ในเขตรับผิดชอบเพื่อประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ทั้ง 4 ชุด ซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้อ่านข้อคำถามให้ฟังและข้อคำตอบจากผู้สูงอายุที่ละข้อ พร้อมทั้งบันทึกคำตอบลงในแบบสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุแต่ละคนประมาณ 30-45 นาที จนครบจำนวน 138 คน จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์มาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส การมีผู้ดูแล การรับรู้ภาวะแทรกซ้อน กับ พลังสุขภาพจิต โดยใช้สถิติไคสแควร์ (χ^2 - Test) หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงใช้การทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test) แทน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการรับรู้ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว กับ พลังสุขภาพจิต โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficients) ที่ผ่านการทดสอบการกระจายแบบปกติและการทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นแล้ว มีการกำหนดระดับความสัมพันธ์ (Wiersma, & Jurs, 2009) ดังนี้

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.21-0.40 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.41-0.60 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.61-0.80 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง

ค่าสหสัมพันธ์ (r) มากกว่า 0.80 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก

จริยธรรมวิจัย

การศึกษารั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลหลังได้รับอนุมัติการวิจัยในคนแล้ว จากคณะกรรมการจริยธรรมวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา (เลขที่โครงการ COA 003/2560)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

จากการสอบถามข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 138 คน ได้รับข้อมูลที่สมบูรณ์ 135 คน คิดเป็นร้อยละ 97.83 ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60-90 ปี ($\bar{X}$ =70.44, SD =7.27) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.40 เพศชายร้อยละ 32.6 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.40 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 600-30,700 บาท ($\bar{X}$ =2,961.48, SD =4,182.18) ส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 71.10 เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 50.40 เบาหวานร้อยละ 34.8 เป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 14.80 มีการรับรู้ระดับความรุนแรงของโรคที่เป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 34.80 มีผู้ดูแลร้อยละ 90.40 การรับรู้ความสัมพันธ์ของบุคคลใน

ครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.90 และการรับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นผู้ไม่
เป็นภาระพึ่งพา ร้อยละ 100

2. ระดับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กรณีโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง มีพลัง
สุขภาพจิตอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 54.1 รองลงมาคือ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 39.30 ต่ำสุดคือ ต่ำ
กว่าเกณฑ์ ร้อยละ 6.70 (ตาราง 1)

ตาราง 1 ระดับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ระดับพลังสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่าเกณฑ์ (ต่ำกว่า 98 คะแนน)	9	6.70
เกณฑ์ปกติ (ระหว่าง 98-119 คะแนน)	53	39.30
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ (สูงกว่า 119 คะแนน)	73	54.10
รวม	135	100.00

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

จากการศึกษาปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กรณี
โรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง ครั้งนี้ พบว่า เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ภาวะแทรกซ้อน
การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการมีผู้ดูแลที่แตกต่างกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต ในขณะที่การ
รับรู้ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว และการรับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันแตกต่างกัน มี
ความสัมพันธ์ในทางบวกระดับต่ำกับพลังสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 (ตาราง 2 และ 3)

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพสมรส ภาวะแทรกซ้อน และการมีผู้ดูแลกับพลังสุขภาพจิต

ปัจจัย	ระดับพลังสุขภาพจิต			χ^2	Exact Sig. (2 Sided)
	ต่ำกว่าเกณฑ์ จำนวน (ร้อยละ)	เกณฑ์ปกติ จำนวน (ร้อยละ)	สูงกว่าเกณฑ์ จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				3.177	.190
ชาย	1(2.3%)	15(34.1%)	28(63.6%)		
หญิง	8(8.8%)	38(41.8%)	45(49.5%)		
สถานภาพสมรส				1.812	.760
โสด	1(14.3%)	3(42.9%)	3(42.9%)		
คู่	5(5.7%)	35(40.2%)	47(54.0%)		
หม้าย/หย่า/แยก	3(7.3%)	15(36.6%)	23(56.1%)		
ภาวะแทรกซ้อน				.620	.793
ไม่มี	5(8.5%)	23(39.0%)	31(52.5%)		
มี	4(5.3%)	30(39.5%)	42(55.3%)		
ผู้ดูแล				.696	.649
ไม่มี	1(7.7%)	6(46.2%)	3(42.9%)		
มี	8(6.6%)	47(38.5%)	67(54.9%)		

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว และการรับรู้ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน กับพลังสุขภาพจิต

ปัจจัย	M	SD	r	p-value
อายุ	70.44	7.27	-.018	.835
รายได้	2,961.48	4,182.18	.158	.067
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	2.89	2.37	.038	.663
การรับรู้ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว	10.65	1.79	.218	.011
การรับรู้ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน	15.76	1.02	.376	.000

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กรณีโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง พบว่า เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการมีผู้ดูแลที่แตกต่างกัน เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการมีผู้ดูแลที่แตกต่างกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต แม้จะมีความแตกต่างไปจากบางรายงานก่อนหน้านี้ เช่น พลังสุขภาพจิตจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น (Lundman, Strandberg, Eisemann, Gustafson, & Brulin, 2007; Losoi, Turunen, Waljas, Helminen, Ohman, Julkunen et al., 2013) เพศชายกับเพศหญิงมีพลังสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน (Lakomy, & Kafkova, 2017) แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ก็มีความสอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ได้แก่ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับ อายุ รายได้ เพศ (Wagnild, & Young, 1993) เช่นเดียวกับ Losoi, Turunen, Waljas, Helminen, Ohman, Julkunen et al. (2013) ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต สำหรับกรณีการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการมีภาวะแทรกซ้อนในการศึกษาครั้งนี้ อาจเทียบเคียงกับการศึกษาของ Nygren, Alex, Jonsen, Gustafson, Norberg, & Lundman (2005) ซึ่งรายงานว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต ในขณะที่การศึกษาของ Losoi, Turunen, Waljas, Helminen, Ohman, Julkunen et al. (2013); Parayat, Kangchai, & Somanusorn (2016); Gerino, Rolle, Sechi, & Brustia (2017) และ Chunsorn, Kangchai, & Rattanajarana (2018) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับพลังสุขภาพจิต

ดังนั้น ผลการศึกษานี้ สนับสนุนมุมมองที่ว่า พลังสุขภาพจิตเป็นกระบวนการที่ปรับเปลี่ยนได้แบบไดนามิก (Losoi, Turunen, Waljas, Helminen, Ohman, Julkunen et al., 2013) และเป็นความคิดในการเอาชนะความทุกข์ยาก หรือปัญหาอุปสรรคด้วยความกล้าหาญ ทักษะและศรัทธาที่เสริมสร้างความรู้สึกละและความเชื่อที่สนับสนุนพลังสุขภาพจิต Grotberg (1995) เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดส่วนตัว เช่น การเจ็บป่วยนั้นด้วยการมองเห็นความเป็นจริง ของสถานการณ์ของตนเอง (I Am) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการรับรู้ความสามารถของตนเอง (I Can) และความพึงพอใจกับสิ่งที่มี (I Have) แม้ต้องเผชิญกับความทุกข์ยากแต่กลับช่วยให้บุคคลค้นหาความหมายของตนเองและชีวิต (McCarthy, & Fitzpatrick, 2016) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพลังสุขภาพจิตสูงกว่าเกณฑ์ และมีค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับเกณฑ์ปกติ หากพิจารณาตามแนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Wagnild, & Young (1993) อาจกล่าวได้ว่า พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เผชิญกับความเจ็บป่วยเช่นนี้ ต้องอาศัยองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ การมีจิตใจที่สงบและมั่นคง การมีความเพียรและอดทน การเชื่อมั่นในตนเอง การรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต และการสามารถดำรงอยู่ได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้อาจสืบเนื่องมาจากกลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบท ซึ่งมีบริบทของวัฒนธรรมอีสานที่มีขนบธรรมเนียม ประเพณีที่ส่งเสริมการเกิดกำลังใจในยามเจ็บป่วย เช่น การสวดวิญญู การแสดงความเคารพพระลี้กถึงญาติที่เสียชีวิตไปแล้ว เป็นต้น ประกอบกับผู้สูงอายุยังมีโอกาสได้รับการดูแลจากลูกหลาน ซึ่งสอดคล้องกับความเชื่อเรื่องการตอบแทนคุณพ่อแม่ยามแก่เฒ่า และมีโอกาสที่ชุมชน ครอบครัว ได้ร่วมงานบุญประเพณีต่าง ๆ

ซึ่งสนับสนุนการสร้างความรักใคร่สนิทสนม และดูแลกันและกันได้ดี (Thammikboworn, Krishanajuda, & Srisuphan, 2018) จึงมีส่วนในการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตนั่นเอง

สำหรับผลการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันแตกต่างกัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับรายงานการศึกษาผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน (Chunsorn, Kangchai, & Rattanajarana, 2018) สนับสนุนแนวคิดด้านการเชื่อมั่นในตนเอง (Self-Reliant) ในความสามารถพึ่งพาตนเองได้ เป็นความเชื่อในความสามารถของตนเอง เพื่อใช้แนวทางในการดำเนินชีวิต (Wagnlid, & Young, 1993) และแนวคิดด้านฉันเป็น (I Am) ในมุมมองของการมีอิสระในการกระทำการสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง อันส่งผลต่อการมีพลังสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ (Grotberg, 1995)

จากผลการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะในเรื่องการปรึกษารื้อกับคนในครอบครัว ($r=.33$, $p=.001$) และการทะเลาะหรือขัดแย้งกับคนในครอบครัว ($r=-.216$, $p=.01$) นั้นหมายถึงการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล (Chunsorn, Kangchai, & Rattanajarana, 2018; Parayat, Kangchai, & Somanusorn, 2016) และความสัมพันธ์ทางสังคม ส่งผลต่อการมีพลังสุขภาพจิต (Chaosuansreecharoen, Chaosuansreecharoen, & Khongsanit, 2019) ทั้งนี้ การมีสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่แสดงถึงความรักความห่วงใย ความเคารพ ยกย่อง และให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การเอาใจใส่จากคนในครอบครัว จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรัก การดูแล และรู้สึกว่าคุณค่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมาด้วย (Sasud, 2017; Gadudom, Apinyalungkon, Janjaroen, & wae, 2018) ดังนั้น การรับรู้ว่ามีปัญหาจะสามารถปรึกษารื้อกับคนในครอบครัวได้ และการทะเลาะหรือขัดแย้งกับคนในครอบครัวน้อย จะส่งผลต่อการมีพลังสุขภาพจิตที่ดี สนับสนุนมุมมองในด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น หากมีการยอมรับและปรับตัวได้อย่างเหมาะสมอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การมีความไว้วางใจในสัมพันธภาพ การเป็นที่รักของผู้อื่นได้ และความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพที่จริงใจ เชื่อมั่นได้ จะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่มั่นคง และจะส่งผลต่อพลังสุขภาพจิตนั่นเอง (Grotberg, 1995) หากพิจารณาผลเกี่ยวกับสถานภาพสมรสและการมีผู้ดูแล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่เป็นภาพสะท้อนของแรงสนับสนุนทางสังคม อาจกล่าวได้ว่า ไม่ว่าผู้สูงอายุมีสถานภาพสมรสเช่นไร มีผู้ดูแลหรือไม่ ก็ไม่ส่งผลต่อการมีพลังสุขภาพจิตที่ดีเท่ากับการมีปฏิสัมพันธ์ทางบวกกับคนในครอบครัว

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง กรณีโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง คือ การรับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการรับรู้ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการ ดูแลผู้สูงอายุ สามารถนำ ผลการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล และวางแผนการให้การพยาบาล ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กรณีโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง โดยตระหนักถึงปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการรับรู้ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตที่สามารถจัดการและปรับตัวต่อการ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุและโรคประจำตัวได้

2. ด้านการศึกษาทางการพยาบาล คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาสามารถนำผลการวิจัย ครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการสอนเกี่ยวกับการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กรณีโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง โดยให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการรับรู้ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ ระดับการศึกษา และปัจจัยด้านอื่น ๆ และโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่สามารถส่งเสริมให้เกิดพลังสุขภาพจิตในวัยผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่อไป
2. ควรมีการศึกษารูปแบบการพยาบาล โปรแกรมการพยาบาล หรือกิจกรรมที่สร้างเสริม ให้เกิดพลังสุขภาพจิต ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังกรณีโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่มีพลังสุขภาพจิตระดับต่ำ
3. ควรมีการทดสอบเครื่องมือประเมินพลังสุขภาพจิตซ้ำ และจำเป็นต้องตรวจสอบเพิ่มเติม เนื่องจากเป็นข้อจำกัดของเครื่องมือซึ่งสร้างขึ้นใหม่

References

- Chaosuansreecharoen, K. R., Chaosuansreecharoen, P., & Khongsanit, S. (2019). Predicting Factors of Resilience among the Elderly Residents of Nursing Home in Southern Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand*, 27(2), 65-79. (in Thai)
- Chen, H. M., & Chen, C. M. (2017). Factors Associated with Quality of Life Among Older Adults with Chronic Disease in Taiwan. *International Journal of Gerontology*, 11, 12-15.
- Chunsorn, N., Kangchai, W., & Rattanajarana, S. (2018). Predictive Factors of Resilience among Elderly with Diabetes. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 12(2), 12-14. (in Thai)
- Department of Mental Health. (2011). *Activities Guide: The Promotion for Resilience Quotient in Community*. Nontaburi: Ministry of Public Health, Thailand. (in Thai)
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2016). *Situation of The Thai Elderly 2016*. Retrieved November 23, 2018 from <http://thaitgri.org/>. (in Thai)
- Gadudom, P., Apinyalungkon, K., Janjaroen, K., & wae, N. (2018). Family Roles to Increase Quality of Life of Older Persons in a Changing Situation. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(3), 300-310. (in Thai)
- Gerino, E., Rolle, L., Sechi, C., & Brustia, P. (2017) Loneliness, Resilience, Mental Health, and Quality of Life in Old Age: A Structural Equation Model. *Frontiers in Psychol*, 8 (Article 2003), 1-12.
- Grotberg, E. (1995). *A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit*. Bernard Van Leer Foundation. Retrieved from May 10, 2017, <http://www.bibalex.org/Search4Dev/files/283337/115519.pdf>.
- Hopman, W. M., Harrison, M. B., Co, H., Friedberg, E., Buchanan, M., & VanDenKerkhof, E. G. (2009). Associations Between Chronic Disease. *Age and Physical and Mental Health Status, Chronic Diseases in Canada*, 29(2), 108-116.
- Jumneansuk, A., Detboon, P., Mingmai, K., Phophak, S., Sanurak Phoha, S., & Phanitcharoen, S. (2017). Quality of Life among Elderly Who are Living with Chronic Diseases, Srichomphu District, Khom Khan Province. *Ratchaphruek Journal*, 15(2), 16-26. (in Thai)
- Klinwichit, S., Klinwichit, W., Incha, P., & Klinwichit, P. (2015). Mental Health Evaluation of the Elderly with Chronic Illness in Community: Saensuk Municipality, Chon Buri, Thailand, *Burapha Journal of Medicine*, 2(1), 21-33. (in Thai)
- Lakomy, M., & Kafkova, M. P. (2017). Resilience a Factor of Longevity and Gender Difference in its Effects. *Czech Sociological Review*, 53(3), 369-392.



- Losoi, H., Turunen, S., Waljas, M., Helminen, M., Ohman, J., Julkunen, J., & Rosti-Otajarvi, E. (2013). Psychometric Properties of the Finnish Version of the Resilience Scale and its Short Version. *Psychology, Community & Health*, 2(1), 1–10, doi:10.5964/pch.v2i1.40. Retrieved November 9 2018 from <https://pch.psychopen.eu> > article
- Lundman, B., strandberg, G., Eisemann, M., Gustafson, Y., & Brulin, C. (2007). Psychometric Properties of the Swedish Version of the Resilience Scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2), 229-237.
- McCarthy, G., & Fitzpatrick, J. J. (2016). “Resilience. In Garcia-Dia, J.m. & O’Flaherty, D.” *Nursing Concept Analysis: Applications to Research and Practice*. (pp. 237-248). New York: Springer Publishing Company.
- Nygren, B., Alex, L., Jonsen, E., Gustafson, Y., Norberg, A., & Lundman, B. (2005). Resilience, Sense of Coherence, Purpose in Life and Self-transcendence in Relation to Perceived Physical and Mental Health among the Oldest Old. *Aging & Mental Health*, 9(4), 354–362.
- Parayat, C., Kangchai, W., & Somanusorn, S. (2016) Predictive Factors of Resilience among Elderly. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 24(2), 97-106. (in Thai)
- Sasud, K. (2017). Factors Affecting The Quality of Life of The Elderly in The Eastern Province. *NRRU Community Research Journal*, 11(2), 21-38. (In Thai)
- Seemoungnam, W. (2018). *Factors Associated with The Quality on Life of The Elderly with Chronic Disease in Moo 10 Community of Rai Noi Sub-District, Ubon Ratchathani District, Ubon Ratchathani Province*. RTUNC 2018: The 3rd National Conference. Ubonratchathani, Thailand. Retrieved November 1, 2019 from <http://jes.rtu.ac.th/rtunc2018>. (in Thai)
- Sihapark, S., Chuengsatiansup, K., & Tengrang, K. (2013) *Impact and Burden of Long-Term Care for The Elderly in Thai Culture: Research Report*. Nontaburi: Ministry of Public Health, Thailand. (in Thai)
- Silapasuwan, P. (2013). *Data Analysis and Summary of Preventive Surveillance Operations and Non-Communicable Diseases Relevant Agencies at The National Level in 2008-2112*. Retrieved November 23, 2018 from thaincd.com > file > download > knowledge > NCD-ebook211013. (in Thai)
- Thammikboworn, S., Krishanajuda, S., & Srisuphan, P. (2018). *Isan Culture and Elderly Health Care*. Ubon Ratchathani: Ubon Ratchathani University. (in Thai)
- Turner, J., & Kelly, B. (2000). Emotional Dimensions of Chronic Disease. *West J Med*, 17(2), 124-128.
- United Nations. (2017). *World Population Ageing 2017 Highlights*. New York: United Nations.
- Wagnild, G., & Young, H. M. (1993). Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Wiersma, W., & G. Jurs, S. (2009). *Research Method in Education an Introduction*. (9th ed). Massachusetts: Pearson.

การพัฒนาแบบประเมินผลการเรียนรู้ และผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ ระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของนักศึกษาพยาบาล วิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัว และชุมชน 1 Development of Learning Outcome Assessment Tools following the Qualification Framework for Higher Education, and the Learning Outcomes of Nursing Students in Family and Community Nursing I Practicum

โรชินี อูปรา^{1*}, ประกายแก้ว ธนสุวรรณ¹, เอกชัย กันธะวงศ์¹, ชลธิชา อมตยคง¹ และ ชยธิดา ไชยวงศ์¹

Roshinee Oupra^{1*}, Prakaikaew Tanasuwat¹, Eakachai Kantawong¹,

Chonticha Amattayakong¹ and Chayatida Chaiwong¹

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่^{1*}

Boromarajonani College of Nursing ChaingMai^{1*}

(Received: December 31, 2019; Revised: April 30, 2020; Accepted: May 19, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล และศึกษาผลการพัฒนาผู้เรียนตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ในวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 ในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2559- 2561 จำนวน 437 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบประเมินผลการพัฒนามาตรฐานการเรียนรู้ 6 ด้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และค่าร้อยละของมาตรฐานผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ในแต่ละด้าน และโดยรวมทั้งหมด 6 ด้าน ผลการวิจัยพบว่า

1. แบบประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ตามมาตรฐานการเรียนรู้ทั้ง 6 ด้านที่ครอบคลุมกิจกรรมการฝึกภาคปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 ได้แก่ แบบประเมินทักษะการพยาบาลครอบครัว ทักษะการบริการอนามัยโรงเรียน ทักษะการบริการอาชีวอนามัย รายงานการพยาบาลครอบครัว รายงานการบริการอนามัยโรงเรียน รายงานการบริการอาชีวอนามัย และ แบบประเมินการอภิปรายกลุ่ม ที่มีความตรงเชิงโครงสร้างครบทุกข้อ และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าตั้งแต่ .87 - .96 ซึ่งมีความอยู่ในระดับสูงถึงสูงมาก

2. ผลการประเมินผู้เรียนในปีการศึกษา 2561 โดยการใช้แบบประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้น พบว่าผลการพัฒนาผู้เรียนตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 78.27 คิดเป็นร้อยละ 78.27 และมาตรฐานผลการเรียนรู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านคุณธรรมจริยธรรมเท่ากับ 12.59 จากคะแนนเต็ม 14 คะแนน โดยคิดเป็นร้อยละ 89.93 และมาตรฐานผลการเรียนรู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้าน ทักษะปัญญา เท่ากับ 18.05 จากคะแนนเต็ม 25 คะแนนโดยคิดเป็นร้อยละ 72.21 ผลการประเมินความพึงพอใจของอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติซึ่งเป็นผู้ใช้แบบประเมินอยู่ในระดับมากที่สุด ($M=4.57$, $SD =0.46$)

แบบประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้เป็นแบบประเมินมาตรฐานในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 และ ประยุกต์ใช้ในการประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอื่น ๆ โดยปรับรายการให้เหมาะสมกับกิจกรรมการฝึกภาคปฏิบัติทั้งนี้จะช่วยให้ทราบผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้รายด้านของนักศึกษาในด้านที่ควรส่งเสริม และพัฒนาได้ชัดเจนมากขึ้น

คำสำคัญ: การพัฒนาแบบประเมิน, ผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้, นักศึกษาพยาบาล, การศึกษาพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Roshinee@bcnc.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 053-121121 ต่อ 129)

Abstract

This Research and Development (R&D) study's objectives were to develop several nursing students learning outcome assessment tools during their practice in Family and community nursing I subject, and to analyze the results. Participants were 437 third-Year nursing students during academic year 2559–2561. Research instruments were the six domains of learning outcome assessment tools that were developed by the researchers. Data were analyzed by using mean, standard deviation, and percentage.

The results revealed that the six following domains of learning outcome assessment tools were developed: family nursing skills, school-health service skills, occupational service skills, family nursing report, school health report, occupational health report, and group discussion assessment tools. Validity and reliability of assessment tools were measured by Cronbach' alpha coefficient, yielding between .87- .96, which were high to very high score. In terms of the results of the students for their family and community nursing I Practicum, the learning outcomes of the nursing students in academic year 2018 revealed that the mean score was equal to 77.98, the highest mean score was in the domain of ethics and moral learning outcome (12.59 over 14 score, 89.93%). And the lowest mean score was in the domain of cognitive skills (18.05 over 25 score, 72.21%). The satisfaction of stakeholders using the Learning outcome assessment tools was at a very high level ($M=4.57$, $SD=0.46$).

The assessment tools that were developed can be used as a standard evaluation assessment form in Family and Community I Practicum. In addition, it could be further applied in other nursing practicum courses, and adapt according to the relevant activities that could enable nurse instructors to find out which learning outcome of the students need to be improved and supported.

Keywords: Assessment Tools Development, Learning Outcomes, Nursing Students, Nursing Education

บทนำ

ในปีพุทธศักราช 2544 ซึ่งเป็นปีที่ก้าวสู่ศตวรรษที่ 21 ได้เกิดการปฏิรูปการศึกษาระดับโลกในหลาย ๆ ประเทศได้มีความตื่นตัวในการปฏิรูปการศึกษา ซึ่งการวัดและประเมินผลเป็นอีกส่วนที่มีความสำคัญในการปฏิรูปการศึกษา เนื่องจากการพัฒนาการวัดและประเมินผลในการจัดการเรียนการสอนเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่เชื่อมโยงกับการศึกษา (Lile, & Bran, 2014) การปฏิรูปการศึกษาจะสำเร็จได้ก็ต่อเมื่อมีการปฏิรูปการวัดประเมินผลให้สอดคล้องกับกิจกรรมการจัดการเรียนการสอน แนวโน้มการจัดการศึกษาปัจจุบันเน้นให้ผู้เรียนมีความสามารถในการปฏิบัติงาน เรียนรู้จากประสบการณ์จริง มีความกระตือรือร้นในการแสวงหาความรู้ใหม่ที่ทันสมัย เพื่อพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การที่ผู้เรียนมีเพียงความรู้และทักษะ ไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้เรียนสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างสมบูรณ์ ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องพัฒนาให้ผู้เรียนมีนิสัยใฝ่รู้ (WHO, 2009; Dyson, 2017) การวัดประเมินผลแบบดั้งเดิมไม่สามารถวัดความก้าวหน้า และผลผลิตที่ซับซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้เรียนหลาย ๆ ด้าน อีกทั้งยังพบว่าการวัดประเมินผลแบบดั้งเดิมก่อให้เกิดความเฉื่อยชา ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาการเรียนการสอน ให้สอดคล้องไปกับการวัดประเมินผล เพื่อให้เกิดผลการเรียนรู้ที่ตรงกับสภาพที่แท้จริงของผู้เรียน หรือการประเมินผลตามสภาพจริง (Al-Anazi, Alosaimi, Pandaan, Anthony, & Dyson, 2019)

ปัจจุบันมาตรฐานระดับอุดมศึกษาทุกสาขาวิชา ได้กำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning Outcome) สำหรับนักศึกษาไว้ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณธรรมจริยธรรม 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะทางปัญญา 4) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ และ 5) ด้านทักษะการคิดวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ สำหรับสาขา/สาขาวิชาที่เน้นทักษะการปฏิบัติต้องเพิ่มมาตรฐานการเรียนรู้ด้านทักษะพิสัย โดยมาตรฐานผลการเรียนรู้แต่ละด้านของแต่ละระดับคุณวุฒิและลักษณะของหลักสูตร อย่างน้อยต้องเป็นไปตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2552 (Ministry of Education, 2009) ทั้งนี้เพื่อเป็นการประกันคุณภาพของบัณฑิตในแต่ละระดับคุณวุฒิและสาขา/สาขาวิชา รวมทั้งเพื่อใช้เป็นหลักในการจัดทำมาตรฐานด้านต่าง ๆ เพื่อให้การจัดการศึกษามุ่งสู่เป้าหมายเดียวกันในการผลิตบัณฑิตอย่างมีคุณภาพ และเพื่อเป็นกรอบให้สถาบันอุดมศึกษาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาปรับปรุงหลักสูตร การจัดการเรียนการสอนกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2552 เป็นกรอบและแนวทางในการจัดทำมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ.2552 เพื่อควบคุมให้ได้มาตรฐานการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ ของสถาบันอุดมศึกษาทุกแห่งให้มีมาตรฐานเทียบเคียงกันได้ทั้งในระดับชาติ และนานาชาติ ซึ่งสอดคล้องกับประกาศของกระทรวงศึกษาธิการเรื่องกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2552 (Ministry of Education, 2009) มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ (มคอ.1) มีลักษณะของสาขาพยาบาลศาสตร์ คือเป็นวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติโดยตรงต่อชีวิต สุขภาพอนามัยของประชาชนด้วยความเอาใจใส่ อย่างเอื้ออาทร จึงจำเป็นต้องใช้ศาสตร์ทางการแพทย์ ศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง หลักการและทักษะการปฏิบัติเพื่อให้การพยาบาลแบบองค์รวมแก่ผู้ใช้บริการที่เป็นบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในทุกภาวะสุขภาพ ทุกวัย และหญิงตั้งครรภ์ และได้กำหนดมาตรฐานผลการเรียนรู้ 6 ด้าน ที่สอดคล้องกับมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของสาขาพยาบาลศาสตร์ ไว้ดังนี้ 1) ด้านคุณธรรมจริยธรรม 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะทางปัญญา 4) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ 6) ด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ

วิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 (Family and Community Nursing Practice I) เป็นรายวิชาในหมวดวิชาชีพพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2555 (มคอ.2) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ ที่มีจุดมุ่งหมายของรายวิชาเพื่อให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมในการดูแลสุขภาพครอบครัวและชุมชน การบริการสุขภาพที่บ้านและเวชปฏิบัติครอบครัว การให้คำปรึกษาครอบครัว บทบาทพยาบาลครอบครัว การเสริมสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของครอบครัว อนามัยโรงเรียน อาชีวอนามัย อนามัยสิ่งแวดล้อม และ ทันตสาธารณสุข โดยใช้กระบวนการพยาบาล บนพื้นฐานการดูแลอย่างเอื้ออาทร การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยยึดหลักจริยธรรมและสิทธิมนุษยชน โดยผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น เลือกใช้ทรัพยากร และเทคโนโลยีที่เหมาะสม และในหลักสูตรได้กำหนดมาตรฐานผลการเรียนรู้ของรายวิชาไว้ 6 ด้าน ดังนี้ 1) คุณธรรม จริยธรรม 2) ความรู้ 3) ทักษะทางปัญญา 4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ 6) ด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาล ในการนี้ทีมผู้สอนได้ร่วมกัน ออกแบบกิจกรรมการฝึกภาคปฏิบัติ และการประเมินผล ซึ่งในปีการศึกษา 2559 ผู้สอนได้ร่วมกันพัฒนาและปรับปรุงการจัดทำรายละเอียดรายวิชา (มคอ.4) เพื่อพัฒนาการจัดการเรียนการสอน และการวัดประเมินผล ได้แก่การถ่ายทอดมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษาสู่การจัดการเรียนการสอนรายวิชา เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ จัดกิจกรรมการเรียนการสอน และการวัดประเมินผลรายวิชาตามกิจกรรมต่าง ๆ ในการฝึกภาคปฏิบัติ ที่แยกมาตรฐานผลการเรียนรู้แต่ละด้าน และออกแบบเครื่องมือที่ใช้ในการวัดประเมินผลการมาตรฐานผลการเรียนรู้ให้ครอบคลุมกิจกรรมการฝึกภาคปฏิบัติที่สอดคล้องกับมาตรฐานผลลัพธ์การเรียนรู้แต่ละด้าน

ดังนั้น การวัดประเมินผลที่สามารถวัดได้ครอบคลุมทักษะการพยาบาล หรือสมรรถนะในรายวิชาตามกิจกรรมควบคู่ไปกับการประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ชัดเจนโดยไม่แยกเป็นส่วน ๆ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อ

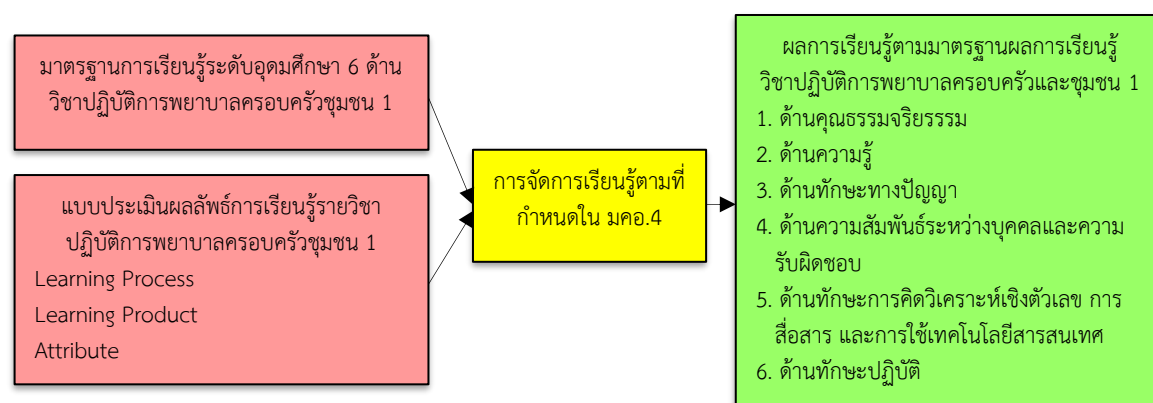
การประเมินผลการเรียนรู้ของนักศึกษาให้ได้มาตรฐาน ผู้วิจัยจึงมีความต้องการที่จะพัฒนาแบบประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 และศึกษาผลการพัฒนาผู้เรียนตามมาตรฐานผลการเรียนรู้จากเครื่องมือประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ที่ได้พัฒนาขึ้น เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาการจัดการเรียนการสอนและการวัดประเมินผลรายวิชา เพื่อให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้รายวิชา และส่งผลถึงมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ และคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนาแบบประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาผู้เรียนตามมาตรฐาน ผลการเรียนรู้ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารมาตรฐานการเรียนรู้ระดับอุดมศึกษาที่เกี่ยวข้อง และสังเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานทางการศึกษา และนักวิชาการทางการศึกษาต่าง ๆ (Office of the National Education Commission, 2011; The Ministry of Education, 2008; Paisan Suwannoi, 2515; Reeves, 2010; Dechakoo, & Yindeesok, 2015; Devillis, 2017) และ นำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ในการพัฒนาแบบประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ และผลการพัฒนาผู้เรียนตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ผู้วิจัยได้ยึดหลักการวัดและประเมินผลผู้เรียนใน ระหว่างการเรียนการสอน และเมื่อเสร็จสิ้นการเรียนการสอน เพื่อประเมินผู้เรียนว่ามีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ผ่านเกณฑ์ของมาตรฐานผลการเรียนรู้ 6 ด้านของรายวิชา ทั้งหมด 23 ตัวบ่งชี้ และในการประเมินผลมาตรฐานผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ในแต่ละด้าน แบบประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ ที่พัฒนาขึ้นจะคำนึงถึง พฤติกรรมการปฏิบัติงานของนักศึกษา (Learning Process) ผลงานของนักศึกษา (Learning Product) และคุณลักษณะ (Attribute) กำหนดการให้คะแนนโดยใช้เกณฑ์การพิจารณาในรายละเอียด (Analytic Rubric Scoring-) ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยและพัฒนาทางการศึกษา (Educational Research and Development) โดยมีระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่ปีการศึกษา 2559 ถึงปีการศึกษา 2561 ประชากรที่ศึกษาคือนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่ ที่ฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการ

พยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 ตั้งแต่ปีการศึกษา 2559 จำนวน 139 คน ปีการศึกษา 2560 จำนวน 140 คน ปีการศึกษา 2561 จำนวน 158 คน รวมทั้งหมด 437 คน โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างและพัฒนาแบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ 6 ด้าน
ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวชุมชน 1 จำแนกตามกิจกรรมการเรียนรู้ กิจกรรมประกอบด้วย
1) กิจกรรมการพยาบาลครอบครัว 2) การบริการอนามัยโรงเรียน และ 3) การบริการอาชีวอนามัย จำนวน 7 ฉบับ เริ่มดำเนินการวิจัยในปีการศึกษา 2559 โดย

ระยะที่ 1 ประชุมกลุ่มอาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวชุมชน 1 จำนวน 10 คน และสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลอนามัยชุมชน จำนวน 3 คน ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการศึกษาจำนวน 3 คน โดยใช้การสัมภาษณ์ที่ไม่มีโครงสร้าง (Unstructured Interview) ศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตหลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555 จาก มคอ. 2 คำอธิบายรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวชุมชน 1 แผนที่จะกระจายความรับผิดชอบต่อผลการเรียนรู้จากหลักสูตรสู่รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวชุมชน 1 ทบทวนเอกสารงานวิจัย และเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง และนำมาสังเคราะห์พัฒนาแบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้

ระยะที่ 2 ร่างแบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้โดยผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบรายวิชา ร่วมกับอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวชุมชน 1 ให้ครอบคลุมตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ 6 ด้าน จำนวน 23 ตัวบ่งชี้ ที่สอดคล้องกับกิจกรรมการฝึกภาคปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวชุมชน 1 จำนวน 3 กิจกรรม รวมทั้งสิ้น 7 ฉบับ ได้แก่ แบบประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวจำนวน 30 รายการ แบบประเมินทักษะปฏิบัติการบริการอนามัยโรงเรียนจำนวน 29 รายการ แบบประเมินทักษะปฏิบัติการบริการอาชีวอนามัย จำนวน 24 รายการ แบบประเมินทักษะรายงานการพยาบาลครอบครัวจำนวน 17 รายการ แบบประเมินรายงานการบริการอนามัยโรงเรียนจำนวน 14 รายการ แบบประเมินรายงานการบริการอาชีวอนามัยจำนวน 9 รายการ และแบบประเมินการอภิปรายกลุ่มจำนวน 9 รายการ แบ่งสัดส่วนคะแนนโดยใช้ตาราง TQF 01 ให้สอดคล้องกับรายวิชาที่กำหนดใน Curriculum Mapping และ กระจายสัดส่วนของคะแนนในแต่ละแบบประเมินให้สอดคล้องกับกิจกรรม ซึ่งเป็นแบบประเมินพฤติกรรม การปฏิบัติงาน (Learning Process) แบบประเมินผลงาน (Learning Product) และแบบประเมินคุณลักษณะ (Attribute) โดยใช้เกณฑ์การประเมินแบบพิจารณาในรายละเอียด (Analytic Rubric Scoring) ทั้งนี้การออกแบบการประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ต้องสามารถประเมินสมรรถนะที่สำคัญของรายวิชา (Competency) ควบคู่ไปกับการประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 แบบประเมินตามกิจกรรม และการกระจายผลลัพธ์การเรียนรู้

การประเมินผล	แบบประเมินที่ใช้	คุณธรรม จริยธรรม (ร้อยละ)	ความรู้ (ร้อยละ)	ทักษะทาง ปัญญา (ร้อยละ)	ทักษะ ความสัมพันธ์ (ร้อยละ)	ทักษะ วิเคราะห์ (ร้อยละ)	ทักษะ การปฏิบัติ (ร้อยละ)	รวม
1. ทักษะการให้ พยาบาล ครอบครัว	แบบประเมินทักษะ การพยาบาล ครอบครัว	4	4		3%	2	6	23
2 รายงานการ พยาบาล ครอบครัว	แบบประเมิน รายงานครอบครัว	2	3	6%				11
3. ทักษะการ บริการ อนามัย โรงเรียน	แบบประเมินทักษะ อนามัยโรงเรียน	4	3			3	6	22

ตาราง 1 (ต่อ)

การประเมินผล	แบบประเมินที่ใช้	คุณธรรม จริยธรรม (ร้อยละ)	ความรู้ (ร้อยละ)	ทักษะทาง ปัญญา (ร้อยละ)	ทักษะ ความสัมพันธ์ (ร้อยละ)	ทักษะ วิเคราะห์ (ร้อยละ)	ทักษะ การปฏิบัติ (ร้อยละ)	รวม
4. รายงานการ บริการ อนามัย โรงเรียน	แบบประเมิน รายงานอนามัย โรงเรียน	2	3	3%				8
5. ทักษะการ บริการอาชีพ อนามัย	แบบประเมินทักษะ การบริการอาชีพ อนามัย	2		2	2	3	6	18
6. รายงาน บริการอาชีพ อนามัย	แบบประเมิน รายงานบริการ อาชีพอนามัย		3	2				5
7. การอภิปราย กลุ่ม	แบบประเมิน อภิปรายกลุ่ม			4	1	3		8
8. ประเมินผล ความรู้หลัง ปฏิบัติงาน (Post-test)	ข้อสอบอัตนัย		5					5
รวม 100		14	24	25	8	11	18	100

ระยะที่ 3 นำแบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ ที่พัฒนาทั้ง 7 ฉบับ ไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน (Burns, & Grove, 2005; Polit & Beck, 2012) ได้แก่ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวัดประเมินผลทางการศึกษาจำนวน 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลครอบครัวและชุมชนจำนวน 2 คน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ซึ่งมีค่า 0.60 – 1.00

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากการสัมภาษณ์และสังเคราะห์เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 2 ทดลองใช้แบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวชุมชน 1 ปีการศึกษา 2559 - 2560 โดยดำเนินการ ตามขั้นตอน 4 ขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Kemmis, 1988) ได้แก่ 1) การวางแผน (P: Planning) 2) การปฏิบัติตามแผน (A: Acting) 3) การสังเกตการณ์ (O: Observing) และ 4) การสะท้อนผล (R: Reflecting) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ที่ได้พัฒนาขึ้น จำนวน 7 ฉบับ ผู้วิจัยได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ในนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2560 ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) อยู่ระหว่าง .87 - .96 และค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter Rater Reliability) มีค่าระหว่าง .80 – 1.00.

กลุ่มตัวอย่าง

1. นักศึกษาชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2559 จำนวน 139 คน
2. นักศึกษาชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2560 จำนวน 140 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และค่าเฉลี่ย
2. ข้อมูลการประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ วิเคราะห์ค่าคะแนนในแต่ละมาตรฐานผลการเรียนรู้ โดยกำหนดค่าคะแนนเฉลี่ยของมาตรฐานผลการเรียนรู้แต่ละด้าน และรวมทุกด้านต้องมีคะแนนเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ

70 ของคะแนนเต็ม และ นักศึกษาร้อยละ 70 ต้องมีคะแนนแต่ละมาตรฐานผลการเรียนรู้แต่ละด้านและรวมทุกด้าน เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 70 ของคะแนนเต็ม

ตาราง 2 แสดงการดำเนินงานตามขั้นตอน 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนปีการศึกษา	การวางแผน (Planning)	การปฏิบัติตามแผน (Acting)	การสังเกตการณ์ (Observing)	การสะท้อนผล (Reflecting)
ผลการดำเนินการ วงรอบที่ 1 ปีการศึกษา 2559	1. จัดทำมคอ 4 2. จัดเตรียมแบบ ประเมินผลลัพธ์การ เรียนรู้ ทั้ง 7 ฉบับ และ แนวทางการ ประเมินในแต่ละ รายการประเมิน	1. ประชุมอาจารย์นิเทศ รายวิชาปฏิบัติการพยาบาล ครอบครัว ชุมชน 1 ปี การศึกษา 2559 จำนวน 10 คน เพื่อชี้แจงแนวทางการ ประเมินโดยใช้แบบ ประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ ทั้ง 7 ฉบับที่พัฒนาขึ้น 2. ชี้แจงนักศึกษาถึงแนว ทางการประเมินตามแบบ ประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ พัฒนาขึ้น 3. ให้อาจารย์นิเทศนำแบบ ประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ พัฒนาขึ้นประเมินผล นักศึกษาในระหว่างฝึก รายวิชาปฏิบัติการพยาบาล ครอบครัวชุมชน 1 ในปี การศึกษา 2559	1. อาจารย์นิเทศสามารถใช้ แบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ ในการประเมินผลการฝึก ภาคปฏิบัติของนักศึกษา 2. นักศึกษามีความเข้าใจใน ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง ของรายวิชา และมีความพร้อม ในการฝึกแต่ละกิจกรรม 3. การใช้แบบประเมินผลลัพธ์ การเรียนรู้ ทำให้สามารถ แยกแยะได้ว่านักศึกษาคนไหน ต้องการการพัฒนาในด้านใด เช่นส่วนใหญ่ยังพบว่ามีคะแนน ทักษะทางด้านปัญญาด้านต่ำกว่า ด้านอื่น ๆ	1. การประเมินผลลัพธ์ การเรียนรู้ในรายวิชาที่มี ความชัดเจน อาจารย์ นิเทศสามารถติดตาม นักศึกษา และ ให้ คำแนะนำนักศึกษาตรง กับปัญหาที่พบรายด้าน 2. นักศึกษามีความ พร้อมในการฝึกแต่ละ กิจกรรม ทราบถึง กิจกรรมและแนว ทางการประเมินของ รายวิชา
การปรับปรุงหลัง สิ้นสุดปีการศึกษา 2559	1. จัดทำแบบฟอร์ม การประเมินผลลัพธ์ การเรียนรู้ใน โปรแกรมการ ลงคะแนนในระบบ คอมพิวเตอร์เพื่อ ความสะดวกในการ รวบรวมคะแนน 2. ปรับแบบฟอร์ม สรุปคะแนนโดย แยกตามผลลัพธ์ การเรียนรู้รายด้าน ของนักศึกษาแต่ละ กลุ่ม	ปัญหาที่พบในปีการศึกษา 2559 คือ 1. แนวทางการให้คะแนนยังไม่ เป็นไปในแนวทางเดียวกัน จึงได้ 1.1 ทบทวนรายการ ประเมินรายชื่อ และผนวก รายการประเมินรายชื่อที่ ซ้ำซ้อน 1.2 ปรับค่าคะแนนรายชื่อ 1.3 ปรับแก้เกณฑ์ใน แบบประเมินทักษะการ พยาบาลครอบครัว การ บริการอนามัยโรงเรียน และ การบริการอาชีวอนามัย บางรายการให้ทันสมัย สอดคล้องกับสถานการณ์ ปัจจุบัน 1.4 นำแบบประเมินที่ ผ่านการแก้ไขปรับปรุงให้ ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการวัด ประเมินผล และด้านการ	1. ทำการทบทวนแนวทางการ ให้คะแนนเนื่องจากยังไม่เป็นไป ในแนวทางเดียวกัน ได้กำหนด แนวทางการให้คะแนนให้ไปใน แนวทางเดียวกัน 2. รายการประเมินบางข้อมีความ ซ้ำซ้อน ปรับให้ลดความ ซ้ำซ้อน 3. แบบฟอร์มสรุปคะแนน สรุป ตามกิจกรรมที่ฝึก ได้ปรับปรุง ให้แยกสรุปตามผลลัพธ์การ เรียนรู้รายวิชาเพื่อความชัดเจน	1. ผู้รับผิดชอบรายวิชา ปรับปรุงเกณฑ์การให้ คะแนนให้ชัดเจน และ เป็นไปในแนวทาง เดียวกัน 2. ประชุมอาจารย์ผู้ นิเทศ รายวิชา ปฏิบัติการพยาบาล ครอบครัวชุมชน 1 จำนวน 10 คน และ นักศึกษาจำนวน 30 คน เพื่อติดตามปัญหาที่พบ เพื่อแก้ไขในปีการศึกษา 2560

ตาราง 2 (ต่อ)

ขั้นตอน/ปีการศึกษา	การวางแผน (Planning)	การปฏิบัติตามแผน (Acting)	การสังเกตการณ์ (Observing)	การสะท้อนผล (Reflecting)
ผลการดำเนินการ วงรอบที่ 2 ปี การศึกษา 2560	1. จัดทำแบบฟอร์ม การลงคะแนนทาง คอมพิวเตอร์ที่แก้ไข ตามคำแนะนำ 2. จัดทำแนวทาง การประเมินที่ เป็นไปในแนวทาง เดียวกัน	พยาบาลครอบครัวและ ชุมชน จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหา 2. กำหนดเกณฑ์การให้ คะแนนในแต่ละกิจกรรม โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 2.1 ให้คะแนนเต็มตามที่ กำหนด เมื่อนักศึกษาแสดง พฤติกรรมนั้น ๆ หรือมี ลักษณะงาน ตามที่กำหนด ครบถ้วนสมบูรณ์ 2.2 ให้หักคะแนนร้อยละ 50 (คะแนนเต็มตามที่ กำหนดหาร 2) เมื่อนักศึกษา แสดงพฤติกรรมนั้น ๆ หรือมี ลักษณะงาน ตามที่กำหนด แต่ไม่ครบถ้วน 2.3 ให้ 0 เมื่อนักศึกษา ไม่แสดงพฤติกรรม หรือ ลักษณะงานที่ไม่ถูกต้อง	1. การประเมินผลมีความ ชัดเจนมากขึ้นการให้คะแนน เป็นไปในแนวทางเดียวกัน 2. แบบฟอร์มสรุปคะแนนมี ความชัดเจน สามารถ เปรียบเทียบผลลัพธ์การเรียนรู้ แต่ละด้านของนักศึกษาได้ ชัดเจน	1. อาจารย์มีหลักฐาน การให้คะแนนทุก ขั้นตอน มีความชัดเจน ในการประเมิน 2. อาจารย์นิเทศ สามารถสะท้อนผลการ ประเมินให้นักศึกษา ได้รับทราบ ทำให้นักศึกษา ได้รู้ระดับ ทักษะแต่ละด้านของ ตนเอง และ มีความ พยายามในการพัฒนา ตนเอง
		1. ดำเนินการให้อาจารย์ นิเทศ นำแบบประเมินที่ ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ พัฒนาขึ้นไปใช้ในการ ประเมินผลนักศึกษาใน ระหว่างฝึกวิชาชีพ ปฏิบัติการพยาบาล ครอบครัวชุมชน 1 ในปี การศึกษา 2560 2. หาค่าความเชื่อมั่นของ แบบประเมินผลลัพธ์การ เรียนรู้ และค่าความเที่ยง ระหว่างผู้ประเมิน (Inter Rater Reliability)		

ขั้นตอนที่ 3 นำแบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ทั้ง 7 ฉบับไปใช้ในการประเมินผลการฝึกภาคปฏิบัติ
วิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวชุมชน 1 และประเมินและ ความพึงพอใจของผู้ใช้แบบประเมินผลลัพธ์การ
เรียนรู้

หลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการในขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยนำแบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ทั้ง 7 ฉบับที่ผ่าน
การหาค่าความเชื่อมั่น และค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมินในปีการศึกษา 2560 ไปใช้ในปีการศึกษา 2561
ดำเนินการเก็บข้อมูลการประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาที่ฝึกภาคปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล
ครอบครัวชุมชน 1 และเมื่อเสร็จสิ้นปีการศึกษา 2561 ผู้วิจัยดำเนินการประเมินความพึงพอใจของอาจารย์ผู้สอน
ภาคปฏิบัติต่อการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้

กลุ่มตัวอย่าง

นักศึกษาที่ฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวชุมชน 1 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 158 คน และอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวชุมชน 1 จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ จำนวน 7 ฉบับ ที่นำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ในนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2560 ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) อยู่ระหว่าง .87 - .96 และค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter Rater Reliability) มีค่าระหว่าง .80 - 1.00.

2. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แบบประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ของอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวชุมชน 1 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และจากปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะที่พบในขั้นตอนที่ 1 และ 2 โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นซึ่งเป็นแบบวัดแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ อาจารย์พยาบาลจำนวน 10 ท่าน และนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ดำเนินการประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ระหว่าง และหลังเสร็จสิ้นการฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวชุมชน 1 ในปีการศึกษา 2561 โดยใช้เครื่องมือการประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้จำนวน 7 ฉบับ ที่ครอบคลุมมาตรฐานการเรียนรู้ 6 ด้าน 23 ตัวบ่งชี้

2. ประเมินความพึงพอใจของอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติต่อการใช้แบบประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ เมื่อสิ้นสุดปีการศึกษา 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และค่าเฉลี่ย

2. ข้อมูลความพึงพอใจต่อการใช้แบบประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย (*Mean*) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*Standard Deviation*)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ตามรหัสจริยธรรมการวิจัยหมายเลข BCNCT 01/2560 อีกทั้งผู้วิจัยได้แจ้งและอธิบายขั้นตอนการทำวิจัยแก่ประชากรที่ศึกษาทราบก่อนเริ่มต้นการฝึกภาคปฏิบัติ ผลการวิจัยที่นำเสนอเป็นข้อมูลในภาพรวมของประชากร มิได้เป็นข้อมูลรายบุคคล

ผลการวิจัย

1. ผลของการพัฒนาแบบประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ตามมาตรฐานการเรียนรู้ 6 ด้าน จำแนกตามกิจกรรมการฝึกภาคปฏิบัติ จำนวน 3 กิจกรรม ได้แบบประเมินจำนวน 7 ฉบับ ได้แก่แบบประเมินทักษะการพยาบาลครอบครัว ทักษะการบริการอนามัยโรงเรียน ทักษะการบริการอาชีวอนามัย รายงานการพยาบาลครอบครัว รายงานการบริการอนามัยโรงเรียน รายงานการบริการอาชีวอนามัย และ แบบประเมินการอภิปรายกลุ่ม และแบบประเมินแต่ละฉบับสามารถแยกแยะผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ของนักศึกษาที่ฝึกภาคปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวชุมชน 1 ได้ตามมาตรฐานผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ที่กำหนด 23 ตัวชี้วัด ดังแสดงในตารางที่ 2 และจากผลการประเมินความพึงพอใจของอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวชุมชน 1 ต่อการใช้แบบประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวชุมชน 1 พบว่ามีความพึงพอใจในการใช้แบบประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ตามมาตรฐานการเรียนรู้ในระดับมากที่สุด ($M=4.57, SD=0.46$)

ตาราง 3 มาตรฐานผลการเรียนรู้ 6 ด้านวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวชุมชน 1 และแบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ใช้ประเมินผลตามมาตรฐานการเรียนรู้ในรายวิชา

ด้านที่ 1 คุณธรรมจริยธรรม	เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล
- สามารถแยกแยะความถูกต้องได้ (LO 1.2) - มีความรับผิดชอบและซื่อสัตย์ต่อตนเองและสังคม (LO 1.4) - มีระเบียบวินัยเคารพกฎระเบียบ และข้อบังคับขององค์กร (LO 1.5) - ปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพและปฏิบัติงานในวิชาชีพการพยาบาล - ตามสิทธิของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล (LO 1.6) - เป็นแบบอย่างที่ดีต่อผู้อื่นในการดำรงตนและการปฏิบัติงาน (LO 1.7) - ส่งเสริมให้ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการได้รับรู้ และเข้าใจสิทธิของตนเอง (LO 1.8)	1. แบบประเมินทักษะการพยาบาลครอบครัว 2. แบบประเมินทักษะการให้บริการอนามัยโรงเรียน 3. แบบประเมินทักษะการให้บริการอาชีวอนามัย 4. แบบประเมินรายงานการพยาบาลครอบครัว 5. แบบประเมินรายงานการบริการอนามัยโรงเรียน
ด้านที่ 2 ความรู้	เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล
- มีความรู้ และความเข้าใจในสาระสำคัญของศาสตร์ทางวิชาชีพการพยาบาล ระบบสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมและต่อระบบสุขภาพ (LO 2.2) - มีความรู้ความเข้าใจในสาระสำคัญของกระบวนการพยาบาล และการนำไปใช้ (LO 2.3) - มีความรู้ ความเข้าใจในสาระสำคัญของกระบวนการแสวงหาความรู้ กระบวนการวิจัย และกระบวนการบริหาร (LO 2.4)	1. แบบประเมินทักษะการพยาบาลครอบครัว 2. แบบประเมินทักษะการให้บริการอนามัยโรงเรียน 3. แบบประเมินทักษะการให้บริการอาชีวอนามัย 4. แบบประเมินรายงานการพยาบาลครอบครัว 5. แบบประเมินรายงานการบริการอนามัยโรงเรียน 6. แบบประเมินรายงานการบริการอาชีวอนามัย 7. จากการทำแบบทดสอบ (Post-test)
ด้านที่ 3 ทักษะทางปัญญา	เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล
- ตระหนักในศักยภาพและสิ่งที่เป็จุดอ่อนของตนเองเพื่อพัฒนาตนเอง (LO 3.1) - สามารถสืบค้นข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย (LO 3.2) - สามารถนำข้อมูลและหลักฐานไปใช้ในการอ้างอิงและแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์ (LO 3.3) - สามารถคิดอย่างมีวิจารณญาณ และคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ (LO 3.4) - สามารถพัฒนาวิธีการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับสภาพการณ์และบริบทสุขภาพที่เปลี่ยนไป (LO 3.6)	1. แบบประเมินทักษะการพยาบาลครอบครัว 2. แบบประเมินทักษะการให้บริการอนามัยโรงเรียน 3. แบบประเมินทักษะการให้บริการอาชีวอนามัย 4. แบบประเมินรายงานการพยาบาลครอบครัว 5. แบบประเมินรายงานการบริการอนามัยโรงเรียน 6. แบบประเมินรายงานการบริการอาชีวอนามัย 7. แบบประเมินการอภิปรายกลุ่ม
ด้านที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ	เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล
- มีสัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่มคนที่หลากหลาย (LO 4.1) - สามารถทำงานเป็นทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในบริบทหรือสถานการณ์ที่แตกต่างกัน (LO 4.2) - มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ วิชาชีพ สังคม(LO 4.4)	1. แบบประเมินทักษะการพยาบาลครอบครัว 2. แบบประเมินทักษะการให้บริการอนามัยโรงเรียน 3. แบบประเมินทักษะการให้บริการอาชีวอนามัย 4. แบบประเมินการอภิปรายกลุ่ม

ตาราง 3 (ต่อ)

ด้านที่ 5 ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขการสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล
- สามารถวิเคราะห์ และนำเสนอข้อมูลข่าวสารแก่ผู้อื่นได้อย่างเข้าใจ (LO 5.2) - สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับสถานการณ์ (LO 5.3)	1. แบบประเมินทักษะการพยาบาลครอบครัว 2. แบบประเมินทักษะการให้บริการอนามัยโรงเรียน 3. แบบประเมินทักษะการให้บริการอาชีวอนามัย 4. แบบประเมินการอภิปรายกลุ่ม
ด้านที่ 6 ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ	เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล
- ปฏิบัติทักษะการพยาบาลแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนโดยใช้กระบวนการพยาบาลและหลักฐานเชิงประจักษ์ (LO 6.1) - ปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การบำบัดและการบรรเทาอาการและการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ใช้บริการทุกภาวะสุขภาพ และทุกช่วงวัย รวมทั้งการผดุงครรภ์ในทุกระดับของสถานบริการสุขภาพตาม พรบ. วิชาชีพการพยาบาล และผดุงครรภ์ (LO 6.2) - ปฏิบัติการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และเอื้ออาทรโดยยึดมั่นคุณธรรม จริยธรรม กฎหมาย และสิทธิของผู้ป่วย (LO 6.3) - ปฏิบัติการพยาบาล โดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล และความหลากหลายทางวัฒนธรรม (LO 6.4)	1. แบบประเมินทักษะการพยาบาลครอบครัว 2. แบบประเมินทักษะการให้บริการอนามัยโรงเรียน 3. แบบประเมินทักษะการให้บริการอาชีวอนามัย

2. ผลการพัฒนาผู้เรียนตามมาตรฐานการเรียนรู้รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวชุมชน 1 สรุปได้ดังตาราง 4

ตาราง 4 ผลการพัฒนาผู้เรียนตามมาตรฐานผลลัพธ์การเรียนรู้ (Learning Outcome) 6 ด้าน ปีการศึกษา 2561 (n=158)

ผลการพัฒนาผู้เรียนตามมาตรฐานการเรียนรู้	คะแนนเต็ม	M	SD	ร้อยละของคะแนนเต็ม	ร้อยละของนักศึกษาที่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70
ด้านคุณธรรมจริยธรรม	14	12.59	0.72	89.93	100
ด้านความรู้	24	17.88	1.33	74.51	73.75
ด้านทักษะทางปัญญา	25	18.05	1.38	72.21	68.75
ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ	8	6.08	1.01	75.98	66.25
ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	11	8.01	0.81	72.28	68.75
ด้านทักษะปฏิบัติทางวิชาชีพ	18	15.66	1.23	87.01	96.25
รวม 6 ด้าน	100	78.27	3.45		

ตาราง 5 ความพึงพอใจต่อการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ ($n = 10$)

รายการ	M	SD
1. หัวข้อประเมินในแบบประเมินสอดคล้องตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ของรายวิชา	4.57	0.35
2. รายการประเมินมีความเข้าใจง่าย ไม่สับสน	4.45	0.57
3. แบบประเมินมีประสิทธิภาพในการแยกแยะผู้เรียนได้	4.45	0.41
4. แบบประเมินมีความสอดคล้องกับสถานการณ์จริงและบริบทของรายวิชา	4.48	0.52
5. รายการประเมินในแบบประเมินสอดคล้องและวัดตรงกับผลลัพธ์การเรียนรู้ที่กำหนด	4.70	0.54
6. แบบประเมินสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล	4.41	0.44
7. ความพึงพอใจโดยรวมต่อแบบประเมินรายงาน	4.48	0.46
8. ความพึงพอใจโดยรวมต่อแบบประเมินทักษะการพยาบาล	4.76	0.51
9. ความพึงพอใจโดยรวมต่อแบบประเมินการอภิปรายกลุ่ม	4.66	0.58
10. ภาพรวมของระดับความพึงพอใจต่อการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้	4.78	0.24
รวม	4.57	0.46

อภิปรายผล

ผลการนำแบบประเมินไปใช้พบว่าสามารถใช้ได้บรรลุตามวัตถุประสงค์ ทั้งนี้จากการประชุมอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ และทบทวนผลลัพธ์การเรียนรู้ร่วมกับคณะกรรมการทวนสอบรายวิชาพบว่าแบบประเมินได้สร้างขึ้นตามลักษณะกิจกรรมของรายวิชา มีความสอดคล้องกับกิจกรรมที่ประเมิน มีการบูรณาการมาตรฐานผลลัพธ์การเรียนรู้ทั้ง 6 ด้าน โดยการสอดแทรกตามกิจกรรมที่ฝึก ทำให้มีความชัดเจนในการประเมิน สามารถแยกแยะนักศึกษาที่ไม่บรรลุเกณฑ์การประเมิน และให้การสอนเสริมนักศึกษาได้ทันที่ระหว่างการศึกษาภาคปฏิบัติ นอกจากนี้แบบประเมินยังมีคุณภาพในด้านความถูกต้อง และเหมาะสมกับลักษณะรายวิชา ซึ่งจะเห็นได้จากผลการประเมินของผู้ใช้แบบประเมินมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($M=4.57$, $SD=0.46$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Prachanban, & Choomeka (2018) ที่พัฒนาแบบประเมินการจัดการเรียนรู้อย่างมีความสุขของนักศึกษาในศตวรรษที่ 21 ที่พบว่า แบบประเมินที่สร้างขึ้นตามขั้นตอนการออกแบบการประเมินการจัดการเรียนรู้ ที่มีความสอดคล้องกับวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและกิจกรรมการเรียนรู้ โดยมีจุดมุ่งหมายของการประเมินเป็นตัวกำหนดวิธีการ มีการจัดทำกรอบการประเมินที่ทำให้เห็นภาพของการประเมินที่ชัดเจนและครอบคลุมใช้เกณฑ์ตัดสินอย่างไรจะสามารถนำไปใช้ได้จริงซึ่งเป็นการประเมินที่มีประสิทธิภาพตามจุดมุ่งหมายของการประเมิน นอกจากนี้รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวชุมชน 1 ได้มีการปรับปรุงแบบการจัดการเรียนการสอน และการประเมินให้สอดคล้องกับมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีสาขาศาสตร์ พ.ศ.2552 ดังนั้นรายวิชานี้จึงมุ่งเน้นให้นักศึกษาปฏิบัติได้จริง ส่งเสริมให้เกิดการคิด และเน้นการประเมินที่ผลการปฏิบัติตามสภาพจริง (Ulfvarson, & Oxelmark, 2012) นอกจากนี้ แบบประเมินที่พัฒนาขึ้นมีการกำหนดสิ่งชี้แจงให้นักศึกษาปฏิบัติได้ในรายวิชาจึงเป็นการส่งเสริมให้นักศึกษาได้ศึกษาเกณฑ์และเป้าหมายของการฝึก โดยมีอาจารย์ผู้สอนเป็นผู้ให้คำแนะนำในระหว่างการศึกษาภาคปฏิบัติ ซึ่งส่งเสริมให้นักศึกษาบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ตามเป้าหมายของผลลัพธ์การเรียนรู้ในแต่ละด้าน (Ulfvarson, & Oxelmark, 2012)

ผลการพัฒนาผู้เรียนตามมาตรฐานการเรียนรู้รวมทั้ง 6 ด้าน เท่ากับ 78.27 คิดเป็นร้อยละ 78.27 ของคะแนนเต็ม (100 คะแนน) ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์การผ่านที่กำหนดไว้ของรายวิชาซึ่งเกณฑ์ที่กำหนดไว้คือ ร้อยละ 70 ของคะแนนเต็ม และมาตรฐานผลการเรียนรู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านคุณธรรมจริยธรรม มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 12.59 โดยคิดเป็นร้อยละ 89.93 ของคะแนนเต็ม (14 คะแนน) ทั้งนี้ผลการประเมินดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาทางการพยาบาลของ Intaranongpai, & Kotchako (2017) ที่ศึกษาผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลชุมชน ในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นซึ่งพบว่า นักศึกษามีความคิดเห็นต่อผลการเรียนรู้ด้าน

คุณธรรม จริยธรรมอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนมีการออกแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมให้นักศึกษาให้ความเคารพครอบครัวที่ดูแลและประชาชนในชุมชน ตลอดจนส่งเสริมให้นักศึกษามีความรับผิดชอบในการทำงานเป็นทีม มีความสามัคคี แต่ทั้งนี้ในการศึกษาของ Intaranongpai, & Kotchako (2017) มีแนวทางการศึกษาที่แตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากเป็นการสอบถามความคิดเห็นของนักศึกษา ในขณะที่การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีการประเมินผลตามสภาพจริงและมาตรฐานผลการเรียนรู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด แต่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ ร้อยละ 70 ของคะแนนเต็ม คือ ด้านทักษะปัญญา เท่ากับ 18.05 โดยคิดเป็นร้อยละ 72.21 ของคะแนนเต็ม (25 คะแนน) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากในรายวิชานี้ได้ส่งเสริมให้นักศึกษาค้นคว้าข้อมูลผลงานวิจัยต่าง ๆ ที่เป็นภาษาอังกฤษ มาประกอบการอภิปราย และวางแผนการพยาบาลนักศึกษา บางรายยังขาดความมั่นใจ ซึ่งจะต้องพัฒนาต่อไป นอกจากผลการประเมินดังกล่าวข้างต้นยังพบว่า มีนักศึกษาที่ไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70 ของคะแนนเต็ม ในด้านความรู้ ทักษะทางปัญญา ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความรับผิดชอบ ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และด้านทักษะปฏิบัติทางวิชาชีพ ร้อยละ 26.25 31.25 33.75 31.25 และ 3.75 ตามลำดับ ซึ่งจากผลการประเมินโดยใช้แบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้น ทำให้สามารถแยกแยะทักษะในด้านที่นักศึกษายังต้องพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้อาจารย์ผู้นิเทศสามารถชี้แนะในส่วนที่นักศึกษาต้องการได้รับการพัฒนาได้อย่างตรงประเด็นและเหมาะสมต่อไป แต่ทั้งนี้แบบประเมินดังกล่าวมีการกำหนดคะแนนรายข้อ ทำให้การลงคะแนนค่อนข้างใช้เวลา ซึ่งหากมีการพัฒนาเครื่องมือในการช่วยลงคะแนน เช่น แอปพลิเคชันต่าง ๆ หรือโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ จะทำให้สะดวกมากขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำแบบประเมินไปใช้การประเมินมาตรฐานผลลัพธ์การเรียนรู้ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวชุมชน 1 และนำผลการประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียนรายด้านที่ได้คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไปพัฒนาผู้เรียนที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์
2. นำไปประยุกต์ใช้ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอื่น ๆ โดยปรับรายการประเมินให้สอดคล้องกับกิจกรรมการฝึกภาคปฏิบัติที่กำหนดในรายวิชานั้น ๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. แบบประเมินที่พัฒนาขึ้นนี้ มีการกำหนดคะแนนเฉพาะแต่ละรายการประเมิน ทำให้ใช้เวลานานในการประเมินมีข้อจำกัดในการให้คะแนน ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงความแตกต่างของการปรับการให้คะแนนแบบวัดแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ว่ามีความแตกต่างหรือไม่
2. การประเมินโดยใช้แบบประเมินที่พัฒนาขึ้น ใช้เวลาค่อนข้างนาน ควรมีการพัฒนาแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์มาใช้ในการลงคะแนน เพื่อความรวดเร็วและแม่นยำ

References

- Al-Anazi, N. A., Alosaimi, D., Pandaan, I., Anthony, & Dyson, S. (2019). Evaluating Clinical Placement in Saudi Arabia with the CLES+T Scale. *Nurse Education in Practice*, 39, 11-16.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The Practice of Nursing Research Conduct, Critique and Utilization* (5th Eds). Elsevier Saunders, Missouri.
- Dechakoo, P., & Yindeesook, P. (2015). *Learning Management in 21st Century* (2nd ed). Bangkok: Chulalongkorn University. (In Thai)



- Dyson, S. E. (2017). *Critical Pedagogy in Nurse Education: Transformational Approaches to Nurse Education in a Globalized World*. London: Palgrave: McMillan
- Intaranongpai, S., & Kotchakot, J. (2017). The Learning Outcome Under the Qualifications Framework for Higher Education (TQF) in Community Nursing Practicum subject, Bachelor of Nursing Science. *Journal of Police Nurse*, 9(2), 104-113.
- Kemmis, S. (1988). *Action Research*. In J.P. Keeves (Ed.), *Education Research Methodology and Measurement: An International Handbook*, (pp.42-49). Oxford: Pergamon Press.
- Lile, R., & Bran, C. (2014). The Assessment of Learning Outcomes. *Procedia-Social and Behavioral Science*, 163, 125-131.
- Office of the National Education Commission. (2011). *Happily Learning Theory*. Bangkok: Wattanapanich (in Thai)
- Polit, D., & Beck, C. (2012). *Nursing Research: Principles and Methods (9th Ed)*. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins.
- Prachanban, P., & Choomeka, L. (2018). The Research and Development of the Happiness Learning Management Assessment Instruments of the Students Teachers in the 21st Century. *Journal of Education Naresuan University*, 20(4), 118-128. (In Thai)
- Reeves, D. (2010). *A Framework for Assessing 21st Century Skills*. In J. Bellanca & R. Brandt (Eds.), *21st Century Skills: Rethinking How Students Learn*. Bloomington: Solution Tree Press.
- Suwannoi, P. (2515). *The Evaluation of Learning Outcome and the Development of Learning Outcome Assessment Tools by Using Rubric Scoring*. Handout for Participant Participating in Learning Outcome Assessment Workshop at BCNC: ChaingMai (In Thai)
- The Ministry of Education. (2008). *The Basic Education Core Curriculum B.E. 2551*. Bangkok: The Publisher of Agricultural Cooperative Federation of Thailand. (In Thai)
- Ulfvarson, J., & Oxelmark, L. (2012). Developing an Assessment Tools for Intended Learning Outcomes in Clinical Practice for Nursing Students. *Nurse Education Today*, 32, 703-708.
- WHO. (2009). *Global Standards for the Initial Education of Professional Nurses and Midwives*. Geneva: World Health Organization



การตรวจสอบการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนที่ต้นทางของไทยและต่างประเทศ:

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

Studies Related to Inspection of Municipal Solid Waste Management in Thailand, Compared with Foreign Countries: A Systematic Review

สาลี อินทร์เจริญ^{1*}, วสุธร ตันวัฒนกุล², กุหลาบ รัตนัสจธรรม² และ วิลาวรรณ ศรีพล¹

Salee Incharoen^{1*}, Vasuthorn Tunwattanukul², Koolarb Rudtanasudjatam² and Wilawan Sipon¹

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง^{1*}, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา²

Sirindhorn College of Public Health, Trang^{1*}, Faculty of Public Health Burapha University²

(Received: January 06, 2020; Revised: April 30, 2020; Accepted: May 21, 2020)

บทคัดย่อ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับสถานการณ์การตรวจสอบการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน ที่ต้นทางของไทยและต่างประเทศ ประชากร คือ งานวิจัยเกี่ยวกับการตรวจสอบการจัดการความปลอดภัยขยะมูลฝอยชุมชนของไทย และต่างประเทศ ศึกษาจากเอกสารทั้งหมด 1,611 ฉบับ ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ จำนวน 16 เรื่อง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย คือ กำหนดคำสำคัญตามหลัก PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome) เป็นงานวิจัยเกี่ยวกับสถานการณ์การตรวจสอบการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน ที่ต้นทางของไทยและต่างประเทศ และเป็นงานวิจัยที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วงตั้งแต่ พ.ศ. 2553 - 2562 ประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยใช้แบบฟอร์ม The Joanna Briggs Institute (JBI) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า งานวิจัย จำนวน 16 เรื่อง เป็นงานวิจัยของไทยเพียง จำนวน 7 เรื่อง และเป็นงานวิจัยต่างประเทศ จำนวน 9 เรื่อง โดยงานวิจัยของไทยเป็นการศึกษาสถานการณ์การจัดการขยะมูลฝอยชุมชน (n=4) การพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับท้องถิ่น (n=5) และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ (n=3) ต่างจากงานวิจัยของต่างประเทศที่มีการนำนโยบาย และข้อกฎหมายลงไปสู่การปฏิบัติ และการสร้างจิตสำนึกไม่เฉพาะในประชาชน ส่วนการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนของไทยและต่างประเทศ มีการจัดการที่เหมือนกัน คือ การณรงค์เพื่อลดปริมาณขยะมูลฝอย โดยใช้หลัก 3Rs การคัดแยกขยะ การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และการดำเนินการตามบริบทชุมชน ส่วนที่ต่างกัน คือ ในต่างประเทศมีการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวด และการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการตรวจสอบการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน

ควรสนับสนุนการวิจัยเพื่อเพิ่มศักยภาพการวิจัยด้านการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน ด้วยการทำวิจัยเชิงนโยบาย และการวิจัยเพื่อพัฒนาทางเทคโนโลยีให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

คำสำคัญ: การตรวจสอบ, การจัดการ, ขยะมูลฝอยชุมชน, การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: salee@scphtrang.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 081-0958680)

Abstract

This systematic review aimed to reconsider the evidence in the inspection of municipal solid waste management in both Thailand and foreign countries. Sample was 1,611 studies related to the inspection of municipal solid waste management, published during 2010 – 2019, both domestically and internationally. There were 16 articles that met the criteria to get analyzed. The criteria for selection research were to define keywords under the principle of PICO (Population, Intervention, Comparison, and Outcome). The Joanna Briggs Institute (JBI) form was applied to evaluate the research, using content analysis.

So total number of selected researches was 16. From that number, 7 studies were conducted in Thailand and the others were conducted in foreign countries. The difference between Thai national studies and foreign studies was that the Thai studied the situation of municipal solid waste management (n=4), the development of local pattern (n=5) and key success factors (n=3). On the other hand, foreigners put policy and law into practice, created community awareness, and applied inspection technology. However, the similarity of municipal solid waste management was to promote 3Rs strategy (Reduce, Reuse and Recycle) for solid waste management, to involve in garbage classification, to build community participation, and to carry out community management.

For further study, policy research method should be applied to municipal solid waste management. And the technology development research that are suitable for Thailand should be conducted.

Keywords: Inspection, Management, Community Waste, Systematic Review

บทนำ

ปัญหาขยะมูลฝอยชุมชนในประเทศไทยเป็นปัญหาสำคัญและเรื้อรังมายาวนาน (Pollution Control Department, 2017) และปัญหาขยะได้ถูกยกมาเป็นวาระแห่งชาติ ในปี 2557 แต่ปริมาณขยะยังคงเพิ่มขึ้น มีบางพื้นที่เป็นต้นแบบตามบริบทของพื้นที่ แต่ขาดการถอดบทเรียนในภาพรวม ซึ่งในสภาพปัจจุบัน พบว่า การจัดการขยะมูลฝอยชุมชนที่ต้นทางหรือการจัดการที่แหล่งกำเนิดหรือการทิ้งเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คือ ประชาชน ครุภัณฑ์ ร้านค้า โรงเรียน สถานประกอบการ ต้องร่วมมือกันอย่างจริงจัง โดยมีสภาพปัญหาที่ทำให้เกิดความไม่ปลอดภัย ได้แก่ ไม่มีการคัดแยกขยะ (Srisathit, 2016) ประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการคัดแยกขยะ ขาดความต่อเนื่องในการสร้างจิตสำนึก และประชากรแฝงไม่ให้ความร่วมมือ (National Research Council of Thailand, 2012) ในส่วนของการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนที่กลางทาง และปลายทาง หรือการจัดการที่การเก็บรวบรวมการขนส่ง และการกำจัด ซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้ประกอบการ คือ พนักงานเก็บขยะ พนักงานขับรถขยะ มีการจัดการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้บริหารท้องถิ่น พนักงานเจ้าหน้าที่ และผู้นำชุมชน สภาพปัญหาที่ทำให้เกิดความไม่ปลอดภัย ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งยังมิระบบการเก็บรวบรวมที่ไม่ดี ไม่มีที่รองรับ ขาดบุคลากร และขาดรถ (Pahasing, & Polpuk 2018) ส่วนใหญ่มีวิธีการกำจัดไม่ถูกวิธี (Pollution Control Department, 2017; Srisathit, 2016) ซึ่งจากสภาพปัญหาดังกล่าว ทำให้การจัดการขยะมูลฝอยชุมชนขาดประสิทธิภาพ ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพของผู้ประกอบการที่เกี่ยวกับขยะ และปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อม

การจัดการขยะตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง เป็นหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามกฎหมาย ซึ่งกฎหมายสำคัญเกี่ยวกับการตรวจสอบการจัดการความปลอดภัยขยะมูลฝอยชุมชนมีหลายฉบับ

แต่ขาดกลไกการตรวจสอบ และขาดการบังคับใช้ที่มีประสิทธิภาพ (Thosuwonchinda, 2015) รวมทั้งมีความซ้ำซ้อนในการบังคับใช้ ทำให้ขาดประสิทธิภาพ (Hinnon, Prueangwong, & Nimnoy, 2015; Hantrakul, 2014) การจัดการขยะมูลฝอยชุมชนต้นแบบในประเทศไทย รวมทั้งในต่างประเทศโซนทวีปเอเชีย เช่น ประเทศสิงคโปร์ มาเลเซีย และประเทศญี่ปุ่น เป็นต้น ซึ่งมีลักษณะภูมิประเทศใกล้เคียงกับประเทศไทย พบว่า มีการใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด ใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย และมีระบบการจัดการขยะมูลฝอยตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง (Cohristopher, 2010; Ministry of the Environment, 2014; Ministry of the Environment, 2010; Latifah, Mohd, Samah, & Mohd, 2009; Dennis, 2013) ส่วนต่างประเทศโซนยุโรป เช่น ประเทศอเมริกา และเยอรมัน พบว่า มีการสร้างจิตสำนึกของประชาชนในการมีส่วนร่วม และการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย และมีกฎหมายที่เคร่งครัด (United States, 1976) โดยพบว่าไม่พบงานวิจัยที่กล่าวถึงการจัดการความปลอดภัยขยะมูลฝอยชุมชนกับผลกระทบด้านสุขภาพของชุมชนและประชาชนที่ต้นทาง (แหล่งกำเนิด/การทิ้ง) ทั้งนี้เนื่องจากผลกระทบจากปัญหาขยะมูลฝอยไม่ได้เกิดกับประชาชนที่ทิ้งขยะโดยตรง (Incharoen, Rudtanasudjatun, & Tunwattanukul, 2020) หากมีการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนตั้งแต่ต้นทางก็สามารถลดปริมาณขยะที่ต้องดำเนินการต่อที่กลางทาง และปลายทาง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการวิจัยหลายฉบับ แต่ยังขาดการนำงานวิจัยเหล่านั้นมาสังเคราะห์การตรวจสอบการจัดการความปลอดภัยขยะมูลฝอยชุมชน ในประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งปัญหาขยะมูลฝอยชุมชนเป็นปัญหาที่เทศบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องมีข้อมูลที่ชัดเจน และเข้าถึงในการบริหารจัดการ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการค้นหาการตรวจสอบการจัดการความปลอดภัยขยะมูลฝอยชุมชน จากงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในฐานข้อมูลที่ได้รับการยอมรับ และมีการตรวจสอบคุณภาพงานวิจัย โดยใช้วิธีการสังเคราะห์ เพื่อให้ได้งานวิจัยที่สอดคล้องและครอบคลุมกับสิ่งที่ต้องการศึกษา ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างความตระหนัก และลดปัญหาขยะมูลฝอยชุมชน

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับสถานการณ์การตรวจสอบการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนที่ต้นทางของไทยและต่างประเทศ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อหาข้อสรุปความรู้เกี่ยวกับการตรวจสอบการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนที่ต้นทางของไทยและต่างประเทศ โดยใช้การคัดเลือกงานวิจัย คือ กำหนดคำสำคัญตามหลัก PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome) (Craig, & Smith, 2002) และประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยใช้แบบฟอร์ม The Joanna Briggs Institute [JBI] (2014)

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ งานการวิจัยเกี่ยวกับสถานการณ์การจัดการ การตรวจสอบความปลอดภัยขยะมูลฝอยชุมชนที่ต้นทางของไทยและต่างประเทศ ที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วงตั้งแต่ พ.ศ. 2553 - 2562 ภาษาที่ตีพิมพ์คือ ภาษาอังกฤษและภาษาไทย ศึกษาจากเอกสารทั้งหมด 1,611 ฉบับ

กลุ่มตัวอย่าง คือ งานการวิจัยเกี่ยวกับสถานการณ์การจัดการ การตรวจสอบความปลอดภัยขยะมูลฝอยชุมชนที่ต้นทางของไทยและต่างประเทศ ที่ผ่านการคัดเลือกรายงานวิจัย จำนวน 16 เรื่อง โดยมี

เกณฑ์การคัดเลือกgrayงานวิจัย (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) เป็นรายงานการวิจัยเกี่ยวกับสถานการณ์ การตรวจสอบการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนที่ต้นทางของไทยและต่างประเทศ และ 2) เป็นรายงานการวิจัยที่มี คุณภาพและพิมพ์เผยแพร่ในช่วงตั้งแต่ พ.ศ. 2553 - 2562

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) เป็นรายงานการวิจัยที่ซ้ำซ้อนในแต่ละฐานข้อมูล 2) ไม่ใช่งานวิจัย 3) ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก และ 4) ไม่ผ่านการประเมินคุณภาพงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ แบบคัดเลือกgrayงานวิจัย แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย และ แบบสังเคราะห์งานวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบคัดเลือกgrayงานวิจัย ตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ประยุกต์จาก The Joanna Briggs Institute (JBI) ปี ค.ศ. 2014 ประกอบด้วย ประเภทของผู้ที่ศึกษา ตัวแปร ผลลัพธ์ และรูปแบบ การศึกษา โดยรายงานวิจัยต้องเข้าเกณฑ์ครบทุกประเด็น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยใช้แบบฟอร์ม JBI Critical Appraisal Checklist for Descriptive/Case Series ประกอบด้วย 9 คำถาม ได้แก่ การศึกษามีการสุ่มตัวอย่าง มีการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ที่ชัดเจน มีวิธีการจัดการตัวแปรกวน มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ถ้ามีกลุ่มเปรียบเทียบอธิบายชัดเจน ระยะเวลาศึกษาติดตามเหมาะสม มีการติดตามกลุ่มตัวอย่างที่หายไป มีวิธีการวัดผลลัพธ์ที่น่าเชื่อถือ สถิติที่ใช้มี ความเหมาะสม โดยรายงานวิจัยต้องผ่านการพิจารณาไม่ต่ำกว่า 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสังเคราะห์งานวิจัย ประยุกต์จากรูปแบบของ Claessens, Eerde, Rutte และ Roe ค.ศ. 2007 ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง วิธีการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่ม เครื่องมือที่ใช้สำหรับการ วิจัย ตัวแปรที่ใช้สำหรับการศึกษา และผลการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) จากงานวิจัยที่ เกี่ยวข้อง ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการทั้งหมด 6 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ผู้ศึกษาและผู้ร่วมศึกษากำหนดคำสำคัญในการสืบค้น โดยใช้หลัก PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome) (Craig, & Smith, 2002) โดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นร่วมกัน คือ ขยะมูลฝอยชุมชน (Municipal Solid Waste, Solid Waste, Garbage, Sweeping) การตรวจสอบการจัดการความปลอดภัย (Safety Management Inspection, Safety Investigation) การจัดการขยะ Community Residence Management, Solid Waste Management) แหล่งกำเนิด (Source) การเก็บรวบรวมขนส่ง (Collection, Transfer, Transport) การกำจัด (Disposal, Incineration, Landfill, Dumps) รูปแบบการศึกษา คือ การวิจัยภาคตัดขวาง การวิจัยเชิง สำนวน การวิจัยกึ่งทดลอง การวิจัยและพัฒนา และการวิจัยเชิงคุณภาพ และใช้ข้อมูลงานวิจัยที่มีการตีพิมพ์ เผยแพร่ในช่วงตั้งแต่ พ.ศ. 2553 - 2562 โดยภาษาที่ตีพิมพ์ คือ ภาษาอังกฤษและภาษาไทย

2. กำหนดแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นแหล่งการสืบค้นข้อมูลในการศึกษานี้ ประกอบด้วย ฐานข้อมูลในประเทศไทย ได้แก่ ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ในระบบของมหาวิทยาลัยบูรพา ฐานข้อมูลวิจัย มหาวิทยาลัยในประเทศไทย ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย และ Thailis ฐานข้อมูลในต่างประเทศ ได้แก่ PubMed, MEDLINE, Science Direct, ProQuest, Proquest Dissertation & Theses, Springer Link

3. ผู้ศึกษาและผู้ร่วมศึกษา จำนวน 1 คน คัดเลือกบทความอย่างเป็นอิสระต่อกัน โดยพิจารณาจากคำ สำคัญที่กำหนดไว้ พิจารณาจากเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์คัดออก กรณีที่ผลการคัดเลือกงานวิจัยของผู้ศึกษาไม่ ตรงกัน ผู้ศึกษาได้พิจารณาร่วมกันอีกครั้ง โดยการประชุมเพื่อตัดสินว่างานวิจัยดังกล่าวจะถูกนำมาพิจารณา หรือไม่

4. ผู้ศึกษาและผู้ร่วมศึกษารวบรวมงานวิจัยที่สืบค้นได้จากการกำหนดคำสำคัญตามหลัก PICO และ พิจารณาตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

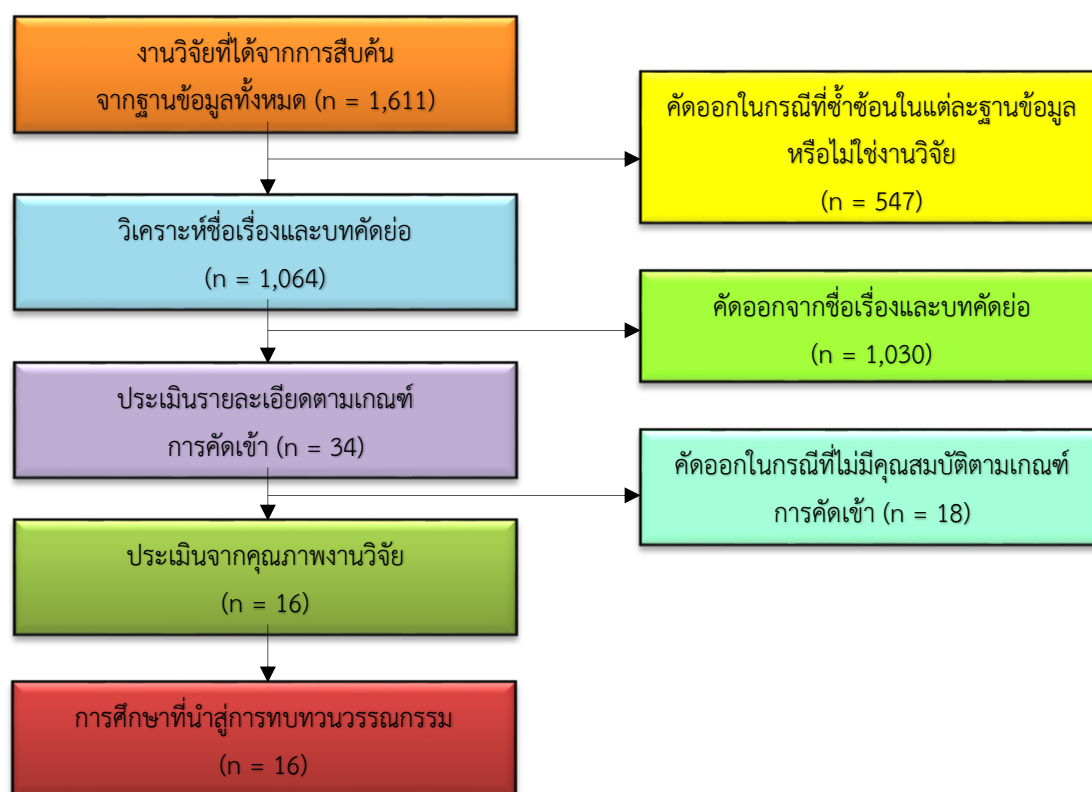
5. ประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยผู้ศึกษาและผู้ร่วมศึกษาแยกกันประเมินโดยใช้แบบฟอร์ม JBI Critical Appraisal Checklist for Descriptive/Case Series (The Joanna Briggs Institute [JBI], 2014) โดยหากผลการประเมินคุณภาพงานวิจัยของนักวิจัยมีความเห็นไม่ตรงกัน จะทำการประชุมเพื่อหาข้อสรุป ถ้าตรงกันสามารถนำงานวิจัยที่ผ่านการประเมินไปสกัดข้อมูลต่อไป

6. การสกัดข้อมูลโดยผู้ศึกษาและผู้ร่วมศึกษาแยกกันสกัดข้อมูลหากผลการสกัดข้อมูลของนักวิจัยมีความเห็นไม่ตรงกันจะทำการประชุมเพื่อหาข้อสรุป ถ้าตรงกันสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะงานวิจัย โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวนและร้อยละ วิเคราะห์รูปแบบการจัดการและผลลัพธ์การจัดการความปลอดภัยขยะมูลฝอยชุมชน โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย



ภาพ 1 ผลการดำเนินงานตามกระบวนการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของงานวิจัย

งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและประเมินคุณภาพงานวิจัย จำนวน 16 เรื่อง มีข้อมูลทั่วไปของงานวิจัย ดังนี้ เป็นงานวิจัยของไทย จำนวน 7 เรื่อง ประกอบด้วย ภาคเหนือ จำนวน 2 เรื่อง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 2 เรื่อง ภาคกลาง จำนวน 2 เรื่อง และภาคใต้ จำนวน 1 เรื่อง เมื่อพิจารณาตามพื้นที่การปกครองโดยท้องถิ่น พบว่า เป็นเทศบาลนคร จำนวน 2 เรื่อง เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล จำนวน 2 เรื่อง จำนวน 1 เรื่อง องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 เรื่อง และชุมชน จำนวน 1 เรื่อง โดยกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ ผู้นำชุมชน และประชาชน จำนวน 4 เรื่อง คณะกรรมการชุมชน และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 1 เรื่อง ประชาชน จำนวน 1 เรื่อง และเป็นงานวิจัยการศึกษาเอกสาร (Documentary)

Research) จำนวน 1 เรื่อง ส่วนเป็นงานวิจัยต่างประเทศ จำนวน 9 เรื่อง ประกอบด้วย ประเทศสิงคโปร์ จำนวน 1 เรื่อง ประเทศไต้หวัน จำนวน 2 เรื่อง ประเทศญี่ปุ่น จำนวน 1 เรื่อง ประเทศมาเลเซีย จำนวน 3 เรื่อง และประเทศจีน จำนวน 2 เรื่อง เมื่อพิจารณาตามพื้นที่การปกครอง พบว่า เป็นการจัดการระดับประเทศ จำนวน 7 เรื่อง และเป็นการจัดการในระดับท้องถิ่น จำนวน 2 เรื่อง

2. ผลการวิจัยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบการตรวจสอบการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนที่ต้นทางของไทยและต่างประเทศ

ผลการวิจัยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบการตรวจสอบการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนที่ต้นทางของไทยและต่างประเทศ ระหว่างปี 2553 – 2562 ดังนี้

2.1 ผลการวิจัยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบการตรวจสอบการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนที่ต้นทางของไทย รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตาราง 1 ผลการวิจัยการตรวจสอบการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนที่ต้นทางของไทย (n=7)

ผู้วิจัย/ปี/พื้นที่	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการวิจัย
1. Anuthattho, Rodchuen & Chetianukornkun (2015) ไทย: เทศบาลตำบลหนองควาย อำเภอดง จังหวัดเชียงใหม่	เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ระบบการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาล ระดับการรับรู้สภาพปัญหาขยะมูลฝอยชุมชนในเทศบาล และเสนอแนะรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนที่เหมาะสมและเป็นไปได้กับบริบทของชุมชนเทศบาล	1. ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ ผู้นำชุมชน จำนวน 12 คน 2. ประชาชน จำนวน 380 คน	ระบบการบริหารจัดการขยะมูลฝอย ยังมีจำนวนมาก เสียค่าใช้จ่ายสูง ระดับการรับรู้ 1) การรับรู้สภาพปัญหาในระดับปานกลาง และ 2) การมีส่วนร่วมในระดับมาก รูปแบบการจัดการที่เหมาะสมและเป็นไปได้กับบริบทของชุมชน คือ 1. อยู่ภายใต้การบริหารจัดการร่วมกัน 2. จัดระเบียบแรงงานต่างด้าวในการจัดการขยะ 3. ควบคุมดูแลหอพัก ห้องเช่า 4. รณรงค์ลดการใช้ถุงพลาสติก 5. จัดตั้งพื้นที่ต้นแบบ 6. กำหนดบทลงโทษ
2. Woracchitsanupong, (2017) ไทย: เทศบาลตำบลดงมะดะ อำเภอดง จังหวัดเชียงราย	เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาขยะชุมชนในเขตเทศบาล และหาแบบการบริหารจัดการขยะโดยชุมชนมีส่วนร่วม	ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ พนักงานเทศบาล ผู้นำบ้าน อสม. ประธานชมรม ผู้สูงอายุและ ปราชญ์ท้องถิ่น ครู 15 หมู่บ้าน รวม 70 คน	สถานการณ์ปัญหาขยะในชุมชน คือ 1) สภาพชุมชนแบบกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีการขยายตัวของเศรษฐกิจ ทำให้ปริมาณขยะเพิ่มมากขึ้น 2) เทศบาลไม่มีรูปแบบการบริหารจัดการขยะในชุมชนที่ชัดเจน 3) การลักลอบทิ้งขยะจากบุคคลนอกพื้นที่ รูปแบบการบริหารจัดการขยะโดยชุมชน คือ 1) ผู้นำชุมชนของท้องถิ่นควรส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดกิจกรรมแผนงาน หรือโครงการที่มีเพื่อลดปริมาณขยะ 2) เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน 3) ยึดหลักการพึ่งตนเอง และ 4) เทศบาลควรมีการส่งเสริมขยายผลให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อพัฒนาเป็นชุมชนปลอดขยะ

ตาราง 1 (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี/พื้นที่	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการวิจัย
3. Sawatditung, Sanpoch, Kingminghair, & Aultachai (2014) ไทย: เทศบาลนคร อุดรธานี จังหวัด อุดรธานี	เพื่อสำรวจความคิดเห็นเพื่อยืนยัน ตัวบ่งชี้ การจัดการขยะมูล ฝอย, เพื่อสร้าง รูปแบบ ทดลองใช้ และประเมินผล	1. ประชาชน จำนวน 306 คน 2. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านการจัด การขยะ มูลฝอย ได้แก่ ชุมชนที่ประสบ ปัญหา จำนวน 15 คน ผู้ที่มีความรู้ ประสบการณ์ จำนวน 19 คน และ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน	ตัวบ่งชี้การจัดการขยะมูลฝอย ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ (15 ตัว แปร) ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจ (Know) 2) หลักการ 3Rs 3) การมีส่วนร่วม (PAR) และ 4) บริบทชุมชน (Context) รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยของ ชุมชนและบริบทเบื้องต้น มีลักษณะเป็น เชิงระบบ ดังนี้ 1. การจัดการขยะมูลฝอยของชุมชน และ 2. บริบทเบื้องต้น ดังนี้ 2.1 สภาพ ปัจจุบัน ปัญหา ความ ต้องการของชุมชน 2.2 เทศบัญญัติ/กฎหมาย นโยบาย ด้านการจัดการขยะมูลฝอยของ ภาครัฐ 2.3 รายงานปัญหาการจัดการขยะ มูลฝอย ได้แก่ 1) การจัดการ ขยะมูลฝอยของชุมชนการ ดำเนินงานมี 5 ขั้นตอน ได้แก่ การทิ้งขยะมูลฝอย การเก็บ รวบรวม การขนถ่ายขนส่ง การ แปรรูปและการกำจัด 2) บริบท เบื้องต้นของชุมชน ได้แก่ 2.1) สภาพ ปัจจุบัน ปัญหา ความ ต้องการของชุมชน การมีส่วน ร่วมอย่างเข้มข้น จากทุกฝ่ายที่ เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการวิจัย 2.2) เทศบัญญัติ/กฎหมาย นโยบายด้านการจัดการขยะมูลฝอย ของภาครัฐ 2.3) รายงานปัญหา การจัดการขยะมูลฝอย ผลการใช้รูปแบบ ผ่านการประเมินจาก ผู้ทรงคุณวุฒิ และดีขึ้นอยู่ในระดับมาก ทุกด้าน
4. Pucharoensilp, Apichatvullop, & Ayuwat (2012)	เพื่อศึกษาภาวะ ความเสี่ยงทาง สังคมและ	1. คณะกรรมการ ชุมชน จำนวน 5 คน	สภาพปัญหา ปัญหาขยะมูลฝอยเป็น ความเสี่ยงทางด้านสิ่งแวดล้อม ที่เกิดจาก แหล่งธุรกิจที่ประกอบกิจกรรมทางการค้า

ตาราง 1 (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี/พื้นที่	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการวิจัย
ไทย: ชุมชนชายแดนไทย-ลาว	สิ่งแวดล้อม และการจัดการความเสี่ยงของชุมชนชายแดนไทย-ลาว	2. ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งได้รับการยอมรับจากคนในชุมชน จำนวน 4 คน 3. ผู้อาวุโส จำนวน 4 คน	รวมทั้งประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการคัดแยกขยะ ข้อจำกัดด้านทรัพยากร พบว่ารถเก็บขยะของเทศบาล มีข้อจำกัดของจำนวนรถและบุคลากรทำให้ไม่สามารถเข้ามาได้ทุกวัน
5. Vajarodaya (2013) ไทย: เทศบาลตำบลเมืองแก่ง จังหวัดระยอง	เพื่อศึกษาการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาล	1. ภาคการเมือง ได้แก่ นักการเมืองท้องถิ่น ทั้งผู้บริหารและสมาชิกสภาเทศบาล จำนวน 7 คน 2. ภาคราชการ ได้แก่ ปลัดเทศบาล ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม และเจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม จำนวน 3 คน 3. ภาคประชาชน ได้แก่ ผู้นำชุมชนตัวแทนประชาชน จำนวน 20 คน	กระบวนการจัดการขยะ เริ่มจาก 1) การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ ทำให้ประชาชนเกิดความรู้ 2) เทศบาลมีการคัดแยกขยะ ส่งเสริมบุคลากรให้มีการคัดแยกขยะ 3) มีการวางเป้าหมาย 4) ใช้มาตรฐาน ISO 14001 5) มีผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่ของเทศบาลเป็นตัวกลาง ปัจจัยภายใน 1) ผู้บริหารมีวิสัยทัศน์กว้างไกล คิดเป็นระบบ ปฏิบัติงานเชิงประจักษ์ 2) บุคลากรมีความกระตือรือร้น มีความชำนาญ แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบชัดเจน 2) นำระบบ ISO 14001 มาใช้ 3) มีนโยบาย/แผนงาน/โครงการ ยึดหลักการมีส่วนร่วมของประชาชน 4) มีช่องทางการประชาสัมพันธ์หลายทาง 5) มีวิธีการจัดการขยะมูลฝอยที่เหมาะสม ปัจจัยภายนอก 1) ผู้นำประชาชนมีความกระตือรือร้น แต่ประชากรแฝงไม่ให้ความร่วมมือ 2) เมืองครกภายนอกเข้ามาช่วย
6. Pahasing, & Polpuk (2018) ไทย: องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแห่น อำเภอพนมมหาสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา	เพื่อศึกษาสภาพปัญหา แนวทางการพัฒนา และปัจจัยแห่งความสำเร็จจากการบริหารจัดการด้านการจัดเก็บขยะมูลฝอย	ประชาชน จำนวน 384 คน	สภาพปัญหาและแนวทางการพัฒนา อบต. ไม่ได้จัดหาภาชนะรองรับอย่างเพียงพอ ปัจจัยภายใน 1) อบต. มีการวางแผนการจัดการที่ดี 2) เจ้าหน้าที่จัดเก็บขยะมีความตั้งใจ มีความรับผิดชอบ และมีจิตสำนึกที่ดี ปัจจัยภายนอก 2) ประชาชนและหน่วยงานต่าง ๆ ให้ความร่วมมือ (ทั้งขยะเป็นที่ยอมรับและมีคัดแยก)
7. Tawakarn (2010) ไทย: เทศบาลนคร	เพื่อศึกษาและวิเคราะห์สภาพ	-	รูปแบบที่เหมาะสมในการจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาล ประกอบด้วย 6

ตาราง 1 (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี/พื้นที่	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการวิจัย
หาดใหญ่ จังหวัดสงขลา	ปัญหาของระบบ การจัดการขยะมูล ฝอยของเทศบาลใน ปัจจุบัน พัฒนาการ ความรู้ รวบรวม วิเคราะห์ เพื่อหา รูปแบบที่เหมาะสม ในการจัดการขยะ มูลฝอย		องค์ประกอบ ได้แก่ 1. การคัดแยกขยะมูลฝอย 2. การนำขยะมูลฝอยมาใช้ประโยชน์ ใหม่ 3. เทคโนโลยีที่ใช้ในการคัดแยกและ แปรรูปขยะมูลฝอย 4. ศูนย์คัดแยกและแปรรูปขยะมูล ฝอย 5. เทศบาล 6. ภาคเอกชน

จากตาราง 1 สถานการณ์การตรวจสอบการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนที่ต้นทางของไทย พบว่า มีงานวิจัย
จำนวน 7 เรื่อง โดยงานวิจัยของไทยเป็นการศึกษาสถานการณ์การจัดการขยะมูลฝอยชุมชน (n=4) การพัฒนา
รูปแบบที่เหมาะสมกับท้องถิ่น (n=5) และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ (n=3) การจัดการขยะมูลฝอยชุมชนใน
ประเทศไทยมีการณรงค์เพื่อลดปริมาณขยะมูลฝอย โดยใช้หลัก 3Rs การคัดแยกขยะ การสร้างการมีส่วนร่วมของ
ชุมชน และการดำเนินการตามบริบทชุมชน

2.2 ผลการวิจัยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบการตรวจสอบการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน
ที่ต้นทางของต่างประเทศ รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 ผลการวิจัยการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนที่ต้นทางของต่างประเทศ (n=9)

ผู้วิจัย/ปี/พื้นที่	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการวิจัย
1. Cohristopher (2010) ประเทศสิงคโปร์	เพื่อศึกษาการลด ปริมาณขยะใน ประเทศสิงคโปร์ โดยใช้ 3 วิธี คือ 1) การออกแบบหรือ ใช้บรรจุภัณฑ์ให้ น้อยลงหรือการรี ไซเคิล 2) การลด การใช้ถุงพลาสติก 2) การรีไซเคิล	ตัวแทนประชาชนใน ประเทศสิงคโปร์	การจัดการขยะมูลฝอย ใช้ 3 วิธี คือ 1. การลดขยะมูลฝอย (Waste Minimisation) โดย 1) ออกแบบหรือ ใช้บรรจุภัณฑ์ให้น้อยลงหรือรีไซเคิล 2) การลดการใช้ถุงพลาสติก 2. การรีไซเคิล (Recycling) โดย 1) ความร่วมมือ 3 ภาคส่วน คือ สถานศึกษา ชุมชน หน่วยงานของรัฐและเอกชน 2) ความร่วมมือของครัวเรือน มี โครงการรีไซเคิลแห่งชาติ 3) ความ ร่วมมือของโรงงานอุตสาหกรรม 2) การเผาขยะ กำจัดขยะในพื้นที่จำกัด โดยการเผา ร้อยละ 90 และฝังกลบ ร้อยละ 10 3) ใช้ในการผลิต กระแสไฟฟ้า 3. เศษโลหะต่าง ๆ นำกลับมาใช้ใหม่
2. Ying (2015) ประเทศไต้หวัน	เพื่อศึกษาการ จัดการขยะ โดยใช้	ตัวแทนประชาชน และหน่วยงาน	การจัดการขยะมูลฝอย มีการใช้ EPR & Four-in-One Recycling Program ดังนี้

ตาราง 2 (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี/พื้นที่	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการวิจัย
	EPR & Four-in-One Recycling Program ในไต้หวัน		1. Extended producer's Responsibilities (EPR) คือ ผู้ผลิตรับผิดชอบ จ่ายค่าธรรมเนียมให้กับ EPA เพื่อใช้ในการรวบรวมและรีไซเคิล 2. Four-in-One Recycling Program ประกอบด้วย 1) Community Residents (ผู้พักอาศัยในชุมชน) 2) Recycling Industries (อุตสาหกรรมรีไซเคิล) 3) Local Government (รัฐบาลท้องถิ่น) และ 4) Recycling Fund (กองทุนรีไซเคิล) 3. 5R Related Programs ประกอบด้วย 1) Source Reduction 2) Reuse 3) Recycling System 4) Further Reduction 5) Energy Recovery
3. Ying, Li-Hsu, Po-Hsun & Yuh-Ming (2016) ประเทศไต้หวัน	เพื่อศึกษาการจัดการขยะและรีไซเคิลขยะก่อสร้างในไต้หวัน	ตัวแทนประชาชนที่รับประกอบการก่อสร้าง	การจัดการขยะมูลฝอย 1. สามารถใช้ทรัพยากรหมุนเวียนได้ในสถานที่ก่อสร้าง ลดการขนส่งไปยังสถานที่กำจัด 2. สำนักงานคุ้มครองสิ่งแวดล้อมไต้หวัน (TEPA) ได้เริ่มระบบออนไลน์ในปี 1997 เพื่อติดตามขยะมูลฝอย 3. การขนส่งขยะไปกำจัด ต้องมีรายงานตรวจสอบปริมาณขยะที่เกิดขึ้นจริงตั้งแต่ปี 2005
4. Ministry of the Environment, 2014 ประเทศญี่ปุ่น	เพื่อศึกษาการจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลเพื่อลดปริมาณขยะ	ตัวแทนของเทศบาล	การจัดการขยะและเทคโนโลยีรีไซเคิล เพื่อสังคมที่ยั่งยืน “Mottainai” กระตุ้นการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการ Reuse, Recycling และ Heat Recovery เนื่องจากพื้นที่ในการฝังกลบขยะจำกัด จึงมีการพัฒนาระบบการเก็บ การขนส่ง และการเผาที่ถูกละเลย เพื่อป้องกันมลภาวะทางสิ่งแวดล้อม โดยมีการสร้าง a Material-Recycle Society ระบบกฎหมายเกี่ยวกับการจัดการขยะ และ 3Rs โดยมีวิสัยทัศน์ a Sound Material-Cycle Society มีการจัดลำดับความสำคัญ 5 ลำดับ ดังนี้ 1) ลดปริมาณ

ตาราง 2 (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี/พื้นที่	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการวิจัย
5. Latifah, Mohd, Samah & Mohd (2009) ประเทศมาเลเซีย	เพื่อศึกษา สถานการณ์การ จัดการขยะใน ประเทศญี่ปุ่น	-	ขยะ 2) นำกลับมาใช้ซ้ำ 3) รีไซเคิล 4) นำความร้อนทิ้งกลับมาใช้ และ 5) กำจัดขยะโดยการฝังกลบ กระบวนการจัดการขยะ 1. การจัดการขยะมูลฝอยโดยกระทรวง 2. การจัดการขยะมูลฝอยโดยรัฐบาลท้องถิ่น 3. การจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน 4. การกำหนดกฎหมาย ให้มีกรอบการจัดการขยะมูลฝอยแบบองค์รวม มีการบูรณาการ และคุ้มค่า และให้ความสำคัญกับการป้องกันสิ่งแวดล้อม และการสาธารณสุข 5. การจัดการขยะมูลฝอย โดยใช้หลัก 3Rs (Intermediate Treatment Final Disposal) เพื่อลดแหล่งขยะมูลฝอย
6. Dennis (2013) ประเทศมาเลเซีย	เพื่อศึกษาการ จัดการขยะมูลฝอย ในมาเลเซีย: การ ปฏิบัติและความท้าทาย	ผู้กำหนดนโยบาย หรือผู้ดำเนินการ	การประเมินสิ่งแวดล้อมเชิงกลยุทธ์ (SEA Policy Model) ใน 5 ประเด็น 1) นโยบายด้านความรู้ 2) ทักษะด้านสิ่งแวดล้อม 3) การรับรู้ประโยชน์ 4) การรับรู้อุปสรรค 5) การรับรู้ความสามารถ
7. Yiing, & Latifah (2016) ประเทศมาเลเซีย	เพื่อศึกษา แบบจำลอง นโยบายการ ประเมินสิ่งแวดล้อม เชิงกลยุทธ์ (SEA) สำหรับการจัดการ ขยะในมาเลเซีย โดยการตรวจสอบ พฤติกรรม และระบุ ตัวขับเคลื่อน นโยบายที่สำคัญที่มี อิทธิพลต่อการ ประเมินสิ่งแวดล้อม เชิงกลยุทธ์	ตัวแทนประชาชนใน รัฐกัวลาลัมเปอร์ ประเทศมาเลเซีย	การจัดการขยะมูลฝอย 1. การจัดการขยะมูลฝอยโดยการแปรรูป 2. กำหนดนโยบายการจัดการขยะ และวางแผนกลยุทธ์เพื่อเปลี่ยนระบบการจัดการขยะมูลฝอย 3. ควบคุมการดำเนินงานการแยกขยะอย่างเข้มงวดด้วย Act 672 คือ การจัดการขยะมูลฝอยและการดูแลความสะอาด โดยส่งเสริมการแยกขยะ และการนำกลับมาใช้ใหม่ จุดสำคัญ คือ การทิ้งขยะที่ไม่ถูกต้อง จะมีข้อห้าม และมีบทลงโทษ เป็นค่าปรับ และจำคุก 4. การใช้กลยุทธ์ A two-pronged strategy จุดสำคัญ คือ การจัดการขยะมูลฝอยจากหน่วยงานท้องถิ่น โดยดำเนินงาน 8 ประเด็น คือ 1) ความคิด

ตาราง 2 (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี/พื้นที่	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการวิจัย
8. Mei, Xin, & Longjiang (2014) ประเทศจีน	เพื่อสนับสนุนแนวคิดใหม่ ๆ ที่สามารถให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ	ผู้กำหนดนโยบายหรือผู้ดำเนินการ	2) พฤติกรรม และวัฒนธรรม 3) ความร่วมมือและการทำงานร่วมกัน 4) นโยบายและกฎเกณฑ์ 5) สมรรถนะขององค์กร 6) ระบบเทคโนโลยีและสิ่งอำนวยความสะดวก 7) การบังคับใช้กฎหมาย 8) ระบบการจัดส่ง การจัดการสิ่งแวดล้อม โดย 1. มีกลุ่มที่ปรึกษาชุมชน ECCG 2. สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (แต่จะเหมาะกับชุมชนขนาดเล็ก) 3. กำหนดนโยบายสิ่งแวดล้อมร่วมกัน 4. เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมให้มากที่สุด
9. Chao, Dongjie & Youcai (2015) ประเทศจีน	เพื่อดำเนินการทบทวนลักษณะการจัดการและกฎหมายที่ครอบคลุมการจัดการขยะในชนบท (RWS)	ผู้กำหนดนโยบายหรือผู้ดำเนินการ	การจัดการขยะในชนบท พบว่า 1. ปริมาณขยะจะมากหรือน้อยในหมู่บ้านชนบทที่แตกต่างกัน 2. การสร้าง RSW โดยรวมเพิ่มมากขึ้นจากปี 2014 RSW โดยส่วนใหญ่ เศษอาหารและเถาถ่านหิน/เถาถ่าน/ฝุ่น (ร้อยละ 70) ยังคงถูกทิ้งทั่วไป 3. แหล่งกำเนิด RSW กระจายทั่วประเทศ 4. ระบบกฎหมายที่ไม่สมบูรณ์ โครงสร้างพื้นฐานที่ไม่ดีในการรักษาและการกำจัด เป็นความท้าทายที่ยิ่งใหญ่ที่สุด 5. ในปัจจุบันมีการพัฒนาการจัดการ RSW การเพิ่มทรัพยากรทางการเงิน การจัดตั้งหน่วยงาน การจัดลำดับการรวบรวม และเครือข่ายการขนส่ง 6. การส่งเสริมการคัดแยก การรวบรวม และการรีไซเคิล การปรับปรุงเทคโนโลยี เป็นทางออกที่เป็นไปได้

จากตาราง 2 ผลการวิจัยการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนที่ต้นทางของต่างประเทศ พบว่า มีการนำนโยบายและข้อกฎหมายลงไปสู่การปฏิบัติและการสร้างจิตสำนึกไม่เฉพาะในประชาชน การจัดการขยะมูลฝอยชุมชนในต่างประเทศมีการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวด และการนำเทคโนโลยีไปใช้ในการตรวจสอบ การณรงค์เพื่อลดปริมาณขยะมูลฝอย โดยใช้หลัก 3Rs การคัดแยกขยะ การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และการดำเนินการตามบริบทชุมชน

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จากงานวิจัยเกี่ยวกับการตรวจสอบการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนที่ต้นทางของไทยและต่างประเทศ จำนวน 16 ฉบับ เมื่อพิจารณาในภาพรวม พบว่า โดยงานวิจัยของไทยเป็นการศึกษาสถานการณ์การจัดการขยะมูลฝอยชุมชน ($n=4$) การพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับท้องถิ่น ($n=5$) และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ($n=3$) ต่างจากงานวิจัยของต่างประเทศที่มีการนำนโยบายและข้อกฎหมายลงไปสู่การปฏิบัติและการสร้างจิตสำนึกไม่เฉพาะในประชาชน รวมถึงผู้ผลิตซึ่งเป็นผู้ก่อขยะด้วย ทั้งนี้เนื่องจากการตรวจสอบการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนในประเทศไทยมีกฎหมายสำคัญที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 รวมทั้งกฎหมายอื่น ๆ ที่คาบเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนอีกหลายฉบับ ทำให้เกิดปัญหาที่สำคัญ คือ ขาดกลไกการตรวจสอบ และขาดการบังคับใช้ที่มีประสิทธิภาพ (Thosuwonchinda, 2015) รวมทั้งมีความซ้ำซ้อนในการบังคับใช้ เพราะมีกฎหมายหลายฉบับ ทำให้ขาดประสิทธิภาพ (Hinnon, Prueangwong, & Nimnoy, 2015; Hantrakul, 2014) หน่วยงานที่บังคับใช้ต่างกัน จึงมีแนวทางในการปฏิบัติที่ต่างกัน (Hantrakul, 2014) ไม่เอื้อต่อการจัดการทั้งระบบ (Hantrakul, 2014; Thosuwonchinda, 2015; Hinnon, Prueangwong, & Nimnoy, 2015) ต่างกันกับต่างประเทศ โดยในโซนเอเชีย ประเทศสิงคโปร์ มาเลเซีย และประเทศญี่ปุ่น มีการใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด ใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย (Cohristopher, 2010; Ministry of the Environment, 2014; Latifah, Mohd, Samah, Nur & Mohd, 2009; Dennis, 2013) ส่วนในโซนยุโรป ประเทศอเมริกา และเยอรมัน พบว่า มีการสร้างจิตสำนึกของประชาชนในการมีส่วนร่วม มีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย และมีกฎหมายที่เคร่งครัด (RCRA, 1976; Waste Avoidance, Recovery and Disposal Act, 1994)

เมื่อพิจารณาในประเด็นการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน พบว่า การจัดการขยะมูลฝอยชุมชนของไทยและต่างประเทศที่มีการจัดการเหมือนกัน คือ การณรงค์เพื่อลดปริมาณขยะมูลฝอย โดยใช้หลัก 3Rs การคัดแยกขยะ การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และการดำเนินการตามบริบทชุมชน ส่วนที่ต่างกัน คือ ในต่างประเทศมีการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวด และการนำเทคโนโลยีไปใช้ในการตรวจสอบ ทั้งนี้เนื่องจากการกำจัดขยะให้ได้ผลดีและเกิดประโยชน์สูงสุดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ โดยเฉพาะการคัดแยก ก่อนที่จะนำไปกำจัดในขั้นตอนสุดท้าย ซึ่งเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการกำจัดด้วย (Tawakarn, 2010) โดยต้องเน้นการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนที่ต้นทางหรือการทิ้ง ซึ่งยังไม่พบการศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพ ทำให้ประชาชนขาดความตระหนักในเรื่องความปลอดภัยที่เกิดจากขยะมูลฝอยชุมชน (Incharoen, Rudtanasudjatum & Tunwattanukul, 2020)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการตรวจสอบการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนของไทย พบว่า ประชาชน และผู้นำเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้เกิดความร่วมมือ มีนโยบาย เทศบัญญัติและกฎหมายที่ชัดเจน ยึดหลักการมีส่วนร่วม และหลักการพอเพียง ส่วนปัญหาอุปสรรคมีปัจจัยด้านประชากรแฝง ข้อจำกัดด้านจำนวนรถและบุคลากรเก็บขน ส่วนในต่างประเทศมีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการลดปริมาณขยะ การติดตามตรวจสอบปริมาณขยะ การขนส่ง เทคโนโลยีการคัดแยกและแปรรูป การนำขยะมาผลิตเป็นกระแสไฟฟ้า การสร้างจิตสำนึกให้เกิดขึ้นกับประชาชน และการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวด

จะเห็นได้ว่าสถานการณ์การตรวจสอบการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนของไทย ยังไม่เป็นรูปธรรมมากนัก โดยเฉพาะการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวด และการนำรูปแบบต่าง ๆ ไปขยายผลให้เกิดการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนต่าง ๆ รวมทั้งการนำเทคโนโลยีในการตรวจสอบ ควรเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานด้วยการนำเทคโนโลยี คือ ระบบ GPS ติดตั้งที่รถขยะ (Vajarodaya, 2013) จึงควรมีการศึกษาหาแนวทาง มาตรการเพื่อสร้างระบบการตรวจสอบการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนต่อไป



ข้อจำกัดการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการตรวจสอบการจัดการความปลอดภัยขยะมูลฝอยชุมชนของไทยและต่างประเทศ และใช้ข้อมูลที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่เฉพาะช่วงเวลา พ.ศ. 2553 - 2562 ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมการศึกษาที่เกี่ยวข้องในประเด็นที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่างานวิจัยด้านการตรวจสอบการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนของไทยยังมีค่อนข้างน้อย จึงควรสนับสนุนการวิจัยเพื่อเพิ่มศักยภาพการวิจัยด้านการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน ด้วยการทำวิจัยเชิงนโยบาย และควรพัฒนาเทคโนโลยีการตรวจสอบการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยเพิ่มขึ้น

References

- Anuthattho, S., Rodchuen, M., & Chetianukornkun, T. (2015). Appropriate Proposed Model in Municipal Solid Waste Management at Nongkhwai Municipality, Hang Dong District, Chiang Mai Province. *Journal of MFU Connexion*, 6(1), 53-77.
- Chao, Z., Dongjie, N., & Youcai, Z. (2015). A Comprehensive Overview of Rural Solid Waste Management in China. *Frontiers of Environmental Science & Engineering*, 9(6), 949-961.
- Cohristopher, L. (2010). *Solid Waste Management in Singapore*. Singapore: National Environment Agency Singapore.
- Craig, J., & Smith, R. (2002). *The Evidence-Based Practice Manual for Nurses*. London: Churchill Livingstone.
- Dennis, V. P. (2013). Strategic Environmental Assessment Policy Integration Model for Solid Waste Management in Malaysia. *Environmental Science & Policy*, 10(33), 233-245.
- Hantrakul, S. (2014). Legal Problems Associated with Solid Waste Management in Thailand. A Thesis Submitted in Fulfillment of the Requirement for the Major of Laws Degree in Department of Law, Dhurakij Pundit University. (in Thai)
- Hinnon, N., Prueangwong, B., & Nimnoy, S. (2015). Legal Measures on Refuse Landfill Control of Local Administration Organization. *Sripatum Chonburi Journal*, 12(2), 182-193. (in Thai)
- Incharoen, S., Rudtanasudjatun, K., & Tunwattanukul, V. (2020). Inspection of Safe Management in Waste Disposal in Community and Health Impact: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 7(1), 99-111. (in Thai)
- Latifah, A. M., Mohd A. A., Samah, Nur, I., & Mohd, Z. (2009). Municipal Solid Waste Management in Malaysia: Practices and Challenges. *Waste Management*, 29(11), 2902-2906.
- Mei, C., Xin, Q., & Longjiang, Z. (2014). Public Participation in Environmental Management in China: Status Quo and Mode Innovation. *Environ Manage*, 55(3), 523-35.
- Ministry of the Environment. (2010). *Solid Waste Management and Recycling Technology of Japan-Toward a Sustainable Society*. Tokyo: Japan Environmental Sanitary Center.
- Ministry of the Environment. (2014). *History and Current State of Waste Management in Japan*. Tokyo: Japan Environmental Sanitary Center.



- National Research Council of Thailand. (2012) *Research Strategy on Waste Management Issues in Community*. Bangkok: National Research Council of Thailand. (in Thai)
- Pahasing, S., & Polpuk, S. (2018). Administration of Solid Waste Collection of the Nongnae Subdistrict Administrative Organization in Phanom Sarakram District of Chachoengsao Province. *EAU Heritage Journal Social Science and Humanity*, 4(1), 132-142. (in Thai)
- Pollution Control Department. (2017). *Situation Report of Solid Waste of Thailand in 2016*. Bangkok: Pollution Control Department. (in Thai)
- Pucharoensilp, P., Apichatvullop, Y., & Ayuwat, D. (2012). Social and Environmental Risk Management of Communities on the Thai-Lao Border. *Journal of Mekong Societies*, 8(2), 47-70. (in Thai)
- Sawatditung, N., Sanpoch, K., Kingminghair, P., & Aultachai, S. (2014). The Development Model Management Solid Waste of Community in Udon Thani Municipality. *Humanities and Social Sciences Journal of Graduate School*, 3(1), 40-52. (in Thai)
- Srisathit, T. (2016). *Integrated Waste Management in the Community*. Bangkok: Windsor Sweet and Convention.
- Tawakarn, D. (2010). *The Development Model Management Solid Waste of Community in Hatyai Municipal*. A Thesis Submitted in Fulfillment of the Requirement for the Major of Public Degree in Graduate School of Public. National Institute of Development Administration. (in Thai)
- The Joanna Briggs Institute [JBI]. (2014). *Joanna Briggs Institute Review's Manual 2014 Edition*. Australia: The Joanna Briggs Institute.
- Thosuwonchinda, V. (2015). Laws and Regulations on Solid Waste Management in Thailand. *Journal of Environmental Management*, 11(2), 76-89. (in Thai)
- United States. (1976). *Resource Conservation and Recovery Act*. Washington, DC: U.S. Environmental Protection Agency (EPA).
- Vajarodaya, P. (2013). Local Authority's Solid Waste Management: A Case Study of Muangklang Municipality, Rayong Province. *Major of Science Degree*. Environmental Management. National Institute of Development Administration. (in Thai)
- Woracchitsanupong, W. (2017). *Community Solid Waste Management Model District-in Dongmada Sub, MaeLao District, Chiangrai Province*. Chiangrai. Naresuan University. (in Thai)
- Yiing, C. M. & Latifah, A. M. (2016). Solid Waste Management Transformation and Future Challenges of Source Separation and Recycling Practice in Malaysia. *Resources, Conservation and Recycling*, 116, 1-14.
- Ying, Y. L. (2015). *Household Waste Management and Resource Recycling in Taiwan*. Teipe: Department of Waste Management.
- Ying, Y. L., Li-Hsu, Y., Po-Hsun, S., & Yuh-Ming, L. (2016). Management and Recycling of Construction Waste in Taiwan. *Procedia Environmental Sciences*, 35, 723-730.

ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ของวัยรุ่นในอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง
Relationships between Emotional Quotient and Alcohol
Consumption among Teenagers in Mueang Lampang

สุวัฒนา คำสุข*

Suwattana Kumsuk*

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง*

Boromrajonani College of Nursing, Nakorn Lampang*

(Received: December 04, 2019; Revised: April 27, 2020; Accepted: May 21, 2020)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยแบบบรรยายเชิงสหสัมพันธ์นี้ เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับของความฉลาดทางอารมณ์กับประเภทความเสี่ยงของการดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 12-18 ปี ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 444 คนได้โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอนจากสถาบันการศึกษาทั้งสายสามัญ และสายอาชีพ เครื่องมือคือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ 2) แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์และ 3) แบบประเมินการติดสุราฉบับภาษาไทยของโรงพยาบาลสวนปรุง ค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.90 และ 0.89 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบไครส์แคร์ ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางอารมณ์ปกติตามเกณฑ์ ร้อยละ 52.2
2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 51.47 เพศชายร้อยละ 50.90 อายุเฉลี่ยที่ต่ำสุดที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ คือ 12 ปี และอายุเฉลี่ยของนักดื่มครั้งแรกที่อายุ 14.7 ปี ($SD=1.39$) ส่วนใหญ่ดื่มเบียร์ร้อยละ 51.47 และเป็นนักดื่มแบบเสี่ยงต่ำร้อยละ 86.26
3. ระดับความฉลาดทางอารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับประเภทของการติดสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=3.44, p=.58$) แต่เมื่อแยกวิเคราะห์แต่ละองค์ประกอบทั้ง 9 องค์ประกอบ พบว่า ความสามารถในการควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเองมีความสัมพันธ์กับการติดสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=5.57, p=.02$)

ดังนั้น ควรพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์รายด้านโดยเน้นเรื่องการควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเองเพื่อให้วัยรุ่นมีทักษะในการป้องกันการติดสุรา

คำสำคัญ: วัยรุ่น, พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์, ความฉลาดทางอารมณ์

Abstract

This descriptive study aimed to examine relationships between emotional quotient and alcohol consumption among teenagers in Lampang City. Participants were 444 teenagers, aged between 12-18, who were recruited from six academic institutes, using multi-stage random sampling method. Instruments included: 1) a demographic questionnaire and a questionnaire on alcohol consumption, 2) an emotional Quotient (EQ) Test, as well as 3) the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Cronbach's alpha scores of 0.90 and 0.89 were reported on AUDIT and EQ, respectively. Descriptive and chi-square test were used for examining levels of EQ and different types of alcohol drinkers. Results showed the following.

1. Most of the participants (52.2%) had a normal score of Emotional Quotient.
2. About 51 % were alcohol drinkers. Most of them were male, and liked to drink beer. Participants reported that the youngest age of drinking alcohol for the first time was 12 years old. Average for their first drinking was 14.7 years old ($SD=1.39$). Most of them were alcohol independent (86.26%).
3. The relationship between EQ and types of alcohol drinkers was not associated ($\chi^2=3.44$, $p=.58$), but self-control was significantly related to some types of alcohol drinkers ($\chi^2=5.57$, $p=.02$).

The findings suggest that developing emotional quotient among teenagers could assist them being able to control their emotion in an appropriate manner.

Keywords: Teenager, Alcohol Consumption, Emotional Quotient, EQ, AUDIT

บทนำ

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ทำให้เกิดความเสียหายทั้งทางสังคมและเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดผลในระดับบุคคลโดยเฉพาะนักดื่มและเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคตับ และอาจส่งผลให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง เช่น การทะเลาะวิวาทและการใช้ความรุนแรง รวมถึงการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน ซึ่งองค์การอนามัยโลกหรือ World Health Organization (2018) ระบุว่า การดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรถึงร้อยละ 5 สำหรับผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีต่อประเทศไทยนั้น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับ 2 ที่ก่อให้เกิดภาวะโรคสูงถึงร้อยละ 10 ของภาวะโรคทั้งหมด และมีมูลค่าความเสียหายทางเศรษฐกิจ 1.51 แสนล้านบาทหรือร้อยละ 1.97 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (Suwanbamrung, 2016) แนวโน้มการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยมีแนวโน้มที่ลดลงในปี พ.ศ. 2559 กล่าวคือ ร้อยละ 57.2 ของประชากรไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เลยในชีวิต ร้อยละ 14.4 เป็นนักดื่มที่เคยดื่มแต่ไม่ดื่มในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา และร้อยละ 28.1 เป็นนักดื่มในรอบ 12 เดือนที่แล้ว นักดื่มส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (47.5%) และกลุ่มอายุที่ดื่มมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 25-44 ปี (36.0%) (National Statistical Office, 2019) สำหรับในกลุ่มวัยรุ่นพบว่า ร้อยละ 69.38 ของประชากรวัยรุ่นเป็นผู้ที่ไม่เคยดื่ม และร้อยละ 25.19 เป็นนักดื่ม โดยนักดื่มส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (81.12%) และเป็นนักดื่มประจำ (95.33%) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมดื่ม ได้แก่ เบียร์ (27.07%) และสุรา (14.25%) ตามลำดับ ในภาคเหนือศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (Lekfuangfu, Tharnpanich, Tacharoen, & Witvorapong, 2015) รายงานว่า ร้อยละ 42.7 ของประชากรในภาคเหนือเป็นผู้ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และร้อยละ 39.2 เป็นนักดื่มปัจจุบัน ประชากรวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 19 ปี เป็นกลุ่มนักดื่มร้อยละ 23.5 ซึ่งเป็นจำนวนที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ และนิยมดื่มเบียร์ (ร้อยละ 47.9) และดื่มสุรา (ร้อยละ 45.2) ตามลำดับ โดย

มีค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ต่อคนต่อเดือนที่ 517.10 บาท จะเห็นได้ว่าประชากรวัยรุ่นมีความชุกของการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์สูงในภาคเหนือซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวอาจเกิดจากบุคคลในวัยนี้เป็นช่วงชีวิตของการเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ พัฒนาการด้านร่างกายเจริญเติบโตเต็มที่ แต่สภาพจิตใจและอารมณ์ยังไม่มั่นคง อาจส่งผลต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมได้ การตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ในบางวัฒนธรรมถือเป็นเครื่องหมายทางสังคม (Leeviroj, Pichai, Singhasem, & Rungchamrat, 2016) ที่แสดงให้เห็นถึงการเป็นกลุ่มเพื่อน ทั้งนี้กลุ่มวัยรุ่นที่อยากได้รับการยอมรับจากกลุ่มและมีกลุ่มเพื่อนชวนให้ดื่มแอลกอฮอล์ อาจจะตัดสินใจดื่มเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ได้ จากการศึกษาของ Leeviroj, Pichai, Singhasem, & Rungchamrat (2016) พบว่าการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ในวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ ซึ่งหมายถึงความสามารถในการรับรู้ และควบคุมอารมณ์ของตนเองซึ่งจะช่วยให้การดำเนินชีวิตเป็นไปในทางที่สร้างสรรค์อย่างมีความสุข โดยความฉลาดทางอารมณ์เป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น โดยวัยรุ่นที่มีความฉลาดทางอารมณ์ในระดับต่ำจะมีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าวัยรุ่นที่มีความฉลาดทางอารมณ์ในระดับสูง (Thammaraksa, & Powwattana, 2019)

การส่งเสริมพัฒนาการวัยรุ่นเพียงทักษะทางปัญญาอาจไม่เพียงพอควรมุ่งเน้นทักษะทางอารมณ์ที่ช่วยส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ให้เป็นไปตามเป้าหมายของชีวิต การตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ตั้งแต่อายุยังน้อย มีโอกาสติดสุราง่าย เนื่องจากการติดติดต่อกันทุกวัน ทำให้สมองปรับตัวให้มีความต้องการปริมาณแอลกอฮอล์ที่มากขึ้น เพื่อให้ฤทธิ์คงเดิมและปริมาณแอลกอฮอล์ที่มากขึ้นนำไปสู่ประสิทธิภาพการทำงานที่ลดลงและขาดสติความหยิ่งคิด ในบางครั้งอาจนำไปสู่เหตุการณ์ที่ใช้ความรุนแรง ทะเลาะวิวาทได้ (Treepatree, 2019) ปัจจุบันในภาคเหนือมีนักดื่มหน้าใหม่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะวัยรุ่นเพศชายที่มีอายุระหว่าง 11-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.2 และมีนักดื่มรายใหม่เพศหญิงมีแนวโน้มมากขึ้นเช่นเดียวกันจากร้อยละ 1 เป็นร้อยละ 5.6 โดยอายุเฉลี่ยของนักดื่มรายใหม่มีอายุเพียง 13 ปี (Thaikla, & Aekplakorn, 2017) จากการทบทวนวรรณกรรมอาจกล่าวได้ว่าวัยรุ่นที่มีความฉลาดทางอารมณ์ที่อยู่ระดับต่ำมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงและในภาคเหนือเป็นพื้นที่วัยรุ่นมีการตีพิมพ์แอลกอฮอล์สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ การศึกษาวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์กับการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ในวัยรุ่นยังมีผู้ศึกษาน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาและนำเสนอข้อมูลที่ได้มาใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการทางอารมณ์ของวัยรุ่น อันจะส่งผลให้เกิดการป้องกันหรือลดการดื่มสุราในนักดื่มวัยรุ่น

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางอารมณ์ของวัยรุ่นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง
2. เพื่อศึกษาความชุกของการตีพิมพ์เครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ในวัยรุ่น เขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความฉลาดทางอารมณ์กับประเภทนักดื่มเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ในวัยรุ่นเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

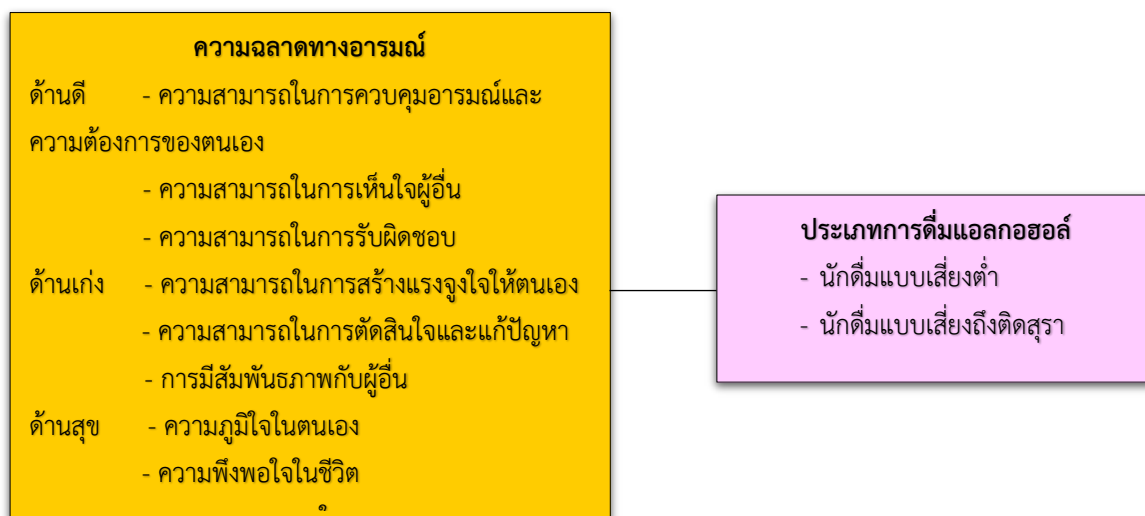
สมมติฐานวิจัย

ระดับความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับประเภทนักดื่มเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ความฉลาดทางอารมณ์หมายถึงความสามารถในการรับรู้ความรู้สึก การเข้าใจตนเองและสามารถจัดการตนเอง โดยผ่านการพิจารณาและตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมส่งผลต่อการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขและประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย 1) ด้านดี 2) ด้านเก่ง และ 3) ด้านสุข วัยรุ่นที่มีความฉลาดทางอารมณ์ดีจะสามารถรับรู้และเข้าใจอารมณ์ของตนเองที่เกิดขึ้น สามารถควบคุมอารมณ์ มีความคิดพิจารณาและมีการตัดสินใจที่ดีใน

การจัดการสิ่งที่เกิดขึ้นให้เหมาะสมที่สุด หากวัยรุ่นไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้จะแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมออกมา (Thammaraksa, & Powwattana, 2019) ดังนั้น การศึกษานี้จึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความฉลาดทางอารมณ์และประเภtnักดื่ม ตามกรอบแนวคิดดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงสหพันธ์ (Descriptive Correlational Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 12-18 ปี ที่อาศัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรของทาโร ยามาเน่ (Suwanbamrung, 2016) ที่ระดับค่าความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อนที่ระดับ 5% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 390 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายหรือความไม่สมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกประมาณร้อยละ 15 จะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 450 คน สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลใช้จำนวนแบบสอบถามที่ตอบกลับทั้งหมด 444 ราย คิดเป็น Response Rate ร้อยละ 98.67 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling Method) โดยจัดกลุ่มสถานศึกษาสามัญและสายอาชีวศึกษาจากนั้นทำการสุ่มโรงเรียนโดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืนและกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนนักเรียนแต่ละชั้นหลังจากนั้นทำการสุ่มห้องเรียนในแต่ละชั้นโดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืนอีกครั้งและทำการเก็บข้อมูลกับนักเรียนจากห้องเรียนนั้นที่สมัครใจเป็นกลุ่มตัวอย่างจนครบตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ การศึกษา รายได้ และแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย ประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และปริมาณในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 2 แบบวัดความฉลาดทางอารมณ์ สำหรับบุคคลอายุ 12 ถึง 17 ปี ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (Department of Mental Health, 2003) ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกที่แสดงออกในลักษณะต่าง ๆ แบ่งเป็น 3 ด้านและ 9 องค์ประกอบ รวมจำนวน 52 ข้อ ได้แก่ 1) ความสามารถในการควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเอง จำนวน 6 ข้อ 2) ความสามารถในการรู้จักเห็นใจผู้อื่น จำนวน 6 ข้อ 3) ความสามารถในการรับผิดชอบ จำนวน 6 ข้อ 4) ความสามารถในการสร้างแรงจูงใจให้ตนเอง จำนวน 6 ข้อ 5) ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหา จำนวน 6 ข้อ 6) การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น จำนวน 4 ข้อ

7) ความภูมิใจในตนเอง จำนวน 6 ข้อ 8) ความพึงพอใจในชีวิต จำนวน 6 ข้อ และ 9) ความสุขสงบทางใจ จำนวน 6 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเชิงบวก 28 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 24 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดประมาณค่า 4 ระดับ จากไม่จริง (1) ถึง จริงมาก (4) โดยเกณฑ์การให้คะแนน ข้อความเชิงบวกให้คะแนน 1, 2, 3, และ 4 ตามลำดับ ข้อความเชิงลบให้คะแนน 4, 3, 2, และ 1 ตามลำดับ รวมคะแนน 208 คะแนน การแปลผลใช้เกณฑ์มาตรฐานของแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์สำหรับเด็กอายุ 12-17 ปี ของกรมสุขภาพจิต ดังนี้

คะแนนรวม น้อยกว่า 139	คะแนน	ความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ระดับต่ำกว่าปกติ
คะแนนรวม ระหว่าง 140-170	คะแนน	ความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ระดับปกติ
คะแนนรวม มากกว่า 170	คะแนน	ความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ระดับสูงกว่าปกติ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test) ฉบับภาษาไทยของโรงพยาบาลสวนปรุง กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 10 ข้อ เกี่ยวกับการดื่มสุราในช่วงนี้ อาการติดสุราและปัญหาที่เกี่ยวกับการดื่มสุรา เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาเป็นภาษาอังกฤษโดยองค์การอนามัยโลก นิยมใช้อย่างแพร่หลายและมีการแปลเป็นฉบับภาษาไทยและมีการปรับปรุงเป็นฉบับที่สอง โดยใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองการดื่มสุราอย่างง่าย (Silpakit, & Kittirattanapaiboo, 2009) ลักษณะคำตอบในแต่ละข้อมีคะแนนระหว่าง 0-4 คะแนน รวมคะแนน 40 คะแนน การให้คะแนนคิดจากผลรวมของคำตอบในข้อนั้น ๆ การแปลผล ใช้เกณฑ์มาตรฐานของแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา มีเกณฑ์แปลผล ดังนี้

คะแนนรวม 0-7	คะแนน	เป็นนักดื่มความเสี่ยงต่ำ
คะแนนรวม 8-15	คะแนน	เป็นนักดื่มที่มีความเสี่ยง (Hazardous use)
คะแนนรวม 16-19	คะแนน	เป็นนักดื่มแบบอันตราย (Harmful use)
คะแนนรวม 20 คะแนนขึ้นไป	คะแนน	เป็นนักดื่มแบบติดสุรา (Dependence use)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ได้แก่ แบบประเมินปัญหาสุรา หรือ AUDIT ฉบับปรับปรุง มีค่าความไว (Sensitivity) เท่ากับ 0.95 และความจำเพาะ (Specificity) เท่ากับ 0.80 และมีจุดตัดคะแนนที่ 8 เป็นการบ่งชี้ว่า ผู้ถูกประเมินมีพฤติกรรมติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นปัญหาอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน การหาความจำเพาะ เป็นการแยกกลุ่มนักดื่มระหว่างกลุ่มเสี่ยง (Hazardous Use) และกลุ่มนักดื่มแบบอันตราย (Harmful Use) นอกจากนี้มีการตรวจสอบความตรงของข้อคำถามเพื่อการวินิจฉัยการดื่มแบบอันตราย (Harmful Use) และแบบติดสุรา (Dependence Use) สำหรับแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ มีค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค เท่ากับ .85 และค่าความเชื่อมั่นแบบครึ่ง (Split-Half Reliability) เท่ากับ 0.74 การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ในการศึกษาวิจัยนี้ วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้เท่ากับ .90 และ .89 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ประชุมชี้แจงรายละเอียดและแนวดำเนินการวิจัย หลังจากนั้นประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องในแต่ละโรงเรียน เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) เป็นผู้มีอายุระหว่าง 12-18 ปี 2) เป็นผู้ที่อาศัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ขณะดำเนินการเก็บข้อมูล 3) สามารถสื่อสารโดยการอ่านภาษาไทยได้ และ 4) ไม่เป็นโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ หลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยพบผู้ร่วมวิจัยเพื่อชี้แจงและขอใบยินยอมจากผู้ปกครองพร้อมแจกแบบสอบถามวิจัยโดยให้เวลาหนึ่งสัปดาห์ จึงมาติดตามเก็บแบบสอบถามคืน กรณีที่กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ลงนามในแบบยินยอม และใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองเป็นเวลา 15-20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรมติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำการวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความฉลาดทางอารมณ์ โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ
 3. วิเคราะห์ความชุกและประเภตนักดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ
 4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความฉลาดทางอารมณ์กับประเภตนักดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการประเมินผลจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เลขที่ E2560/037 วันที่ 29 กันยายน 2560

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการดื่มและไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (n=444)

ข้อมูลทั่วไป	ดื่มแอลกอฮอล์ (n=228)		ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (n=215)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	116	50.88	111	51.63
หญิง	112	49.12	104	48.37
สถานการศึกษา				
สายสามัญ	139	60.96	134	62.33
สายอาชีพ	89	39.04	81	37.67
เกรดเฉลี่ยสะสม				
1.00-2.00	8	3.51	12	5.58
2.01-3.00	80	35.09	78	36.28
3.01-4.00	140	61.40	125	58.14
ค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากผู้ปกครองต่อเดือน				
น้อยกว่า 1,000 บาท	17	7.46	24	11.16
1,001-3,000 บาท	158	69.30	143	66.51
มากกว่า 3,000 บาท	53	23.24	48	22.33
อาชีพหลักของผู้ปกครอง				
เกษตรกร	34	14.91	22	10.23
รับจ้างทั่วไป	107	46.93	85	39.53
ค้าขาย	43	18.86	44	20.47
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	29	12.72	53	24.65
อื่น ๆ	15	6.58	11	5.12

จากตาราง 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 215 คนหรือร้อยละ 48.53 ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 51.60 และร้อยละ 48.40 ตามลำดับ) ร้อยละ 62.33 ศึกษาอยู่ในสายสามัญ และร้อยละ 58.14 มีผลการเรียนระหว่าง 3.01-4.00 ร้อยละ 66.50 ได้รับค่าใช้จ่ายจากผู้ปกครองอยู่ระหว่าง 1,001-3,000 บาท และร้อยละ 39.50 ผู้ปกครองมีอาชีพรับจ้าง

2. ความฉลาดทางอารมณ์ของวัยรุ่นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละของความฉลาดทางอารมณ์ (n=444)

ความฉลาดทางอารมณ์	ปกติ		ไม่ปกติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านดี				
ความสามารถในการควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเอง	323	72.75	121	27.25
ความสามารถในการรู้จักเห็นใจผู้อื่น	268	60.36	176	39.64
ความสามารถในการรับผิดชอบ	311	70.05	133	29.95
ด้านเก่ง				
ความสามารถในการสร้างแรงจูงใจให้ตนเอง	362	81.53	82	18.47
ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหา	374	84.23	70	15.77
การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น	373	84.01	71	15.99
ด้านสุข				
ความภูมิใจในตนเอง	356	80.18	88	19.82
ความพึงพอใจในชีวิต	281	63.29	163	36.71
ความสุขสงบทางใจ	328	73.87	116	26.13

จากตาราง 2 ความฉลาดทางอารมณ์ ร้อยละ 52.2 ของกลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางอารมณ์ปกติตามเกณฑ์ ร้อยละ 35.6 มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ระดับต่ำกว่าปกติ และร้อยละ 12.2 มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ระดับสูงกว่าปกติ โดยมีค่าเฉลี่ยของความฉลาดทางอารมณ์ เท่ากับ 148.89 ($SD=17.71$) เมื่อแยกรายด้านและแต่ละองค์ประกอบของกลุ่มตัวอย่างที่มีความฉลาดทางอารมณ์ตามเกณฑ์ปกติ คะแนนของการประเมินความฉลาดทางอารมณ์ด้านดี ประกอบด้วยความสามารถในการควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเอง ร้อยละ 72.75 ความสามารถในการรับผิดชอบ ร้อยละ 70.05 และความสามารถในการรู้จักเห็นใจผู้อื่น ร้อยละ 60.36 ตามลำดับ ด้านเก่ง ประกอบด้วยความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหา ร้อยละ 84.23 การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ร้อยละ 84.01 และความสามารถในการสร้างแรงจูงใจให้ตนเอง ร้อยละ 81.53 ตามลำดับ และด้านสุข ประกอบด้วยความภูมิใจในตนเอง ร้อยละ 80.18 ความสุขสงบทางใจ ร้อยละ 73.87 และความพึงพอใจในชีวิต ร้อยละ 63.29 ตามลำดับ เมื่อแยกรายด้านและองค์ประกอบของกลุ่มตัวอย่างที่มีความฉลาดทางอารมณ์ไม่ปกติหรือมีความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่าและสูงกว่าเกณฑ์ปกติ คะแนนของการประเมินความฉลาดทางอารมณ์ด้านดี ประกอบด้วยความสามารถในการรู้จักเห็นใจผู้อื่น ร้อยละ 39.64 ความสามารถในการรับผิดชอบ ร้อยละ 29.95 และ ความสามารถในการควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเองร้อยละ 27.25 ตามลำดับ ด้านเก่ง ประกอบด้วยความสามารถในการสร้างแรงจูงใจให้ตนเอง ร้อยละ 18.47 การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ร้อยละ 15.99 และความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหา ร้อยละ 15.77 ตามลำดับ และด้านสุข ประกอบด้วยความพึงพอใจในชีวิต ร้อยละ 36.71 ความสุขสงบทางใจ ร้อยละ 26.13 และ ความภูมิใจในตนเอง ร้อยละ 19.82 ตามลำดับ

3. ความสุขของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ อายุและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักดื่ม

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก (n=228)		
12-15 ปี	144	63.16
มากกว่า 15 ปี	84	36.84

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เครื่องตีแอลกอฮอล์ที่ชอบ (n=165)		
เปียร์	102	61.82
สพาย/ไวน์	41	24.85
สุรา	22	13.33

จากตาราง 3 ความชุกของการตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ในกลุ่มตัวอย่างหรือจำนวนผู้ตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ เท่ากับ 228 คนหรือร้อยละ 51.47 ส่วนใหญ่ร้อยละ 50.90 เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.96 ศึกษาอยู่ในสายสามัญ ร้อยละ 61.40 มีผลการเรียนระหว่าง 3.01-4.00 ร้อยละ 69.30 ได้รับค่าใช้จ่ายจากผู้ปกครองระหว่าง 1001-3000 บาท และร้อยละ 46.90 มีผู้ปกครองอาชีพรับจ้างทั่วไป แสดงในตารางที่ 1 ทั้งนี้อายุเฉลี่ยของนักตีเริ่มตีครั้งแรกที่อายุ 14.70 ปี ($SD=1.39$) และมีนักตีที่อายุน้อยสุดในการตีครั้งแรก คือ 12 ปี โดยร้อยละ 61.82 ตีเปียร์ ร้อยละ 24.85 ตีสพายหรือไวน์ และร้อยละ 13.33 ตีสุรา

เมื่อแยกประเภทการเป็นนักตี พบว่า นักตีส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มนักตีแบบเสี่ยงต่ำร้อยละ 86.26 นักตีแบบเสี่ยงร้อยละ 9.68 นักตีแบบอันตรายร้อยละ 2.03 และนักตีแบบติดสุราร้อยละ 2.03 ตามลำดับ แสดงในตาราง 4

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างตามระดับความเสี่ยงของการติดสุรา(n=444)

ระดับความเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
นักตีแบบเสี่ยงต่ำ	383	86.26
นักตีแบบเสี่ยง	43	9.68
นักตีแบบอันตราย	9	2.03
นักตีแบบติดสุรา	9	2.03

4. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความฉลาดทางอารมณ์กับประเภทนักตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นนเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ตาราง 5 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์กับการติดสุรา (n=444)

ความฉลาดทางอารมณ์	ประเภทการตี				χ^2 (p-value)
	เสี่ยงต่ำ (n=383)		เสี่ยงติดสุรา (n=61)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ด้านดี					$\chi^2= 5.57$
ความสามารถในการควบคุม อารมณ์และความต้องการของตนเองปกติ	271	61.04	52	11.71	p-value=.02
ความสามารถในการควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเองไม่ปกติ	112	25.22	9	2.03	df=1
ความสามารถในการรู้จักเห็นใจผู้อื่นปกติ	230	51.80	38	8.56	$\chi^2= .11$
ความสามารถในการรู้จักเห็นใจผู้อื่นไม่ปกติ	153	34.46	23	5.18	p-value=.74
					df=1
ความสามารถในการรับผิดชอบปกติ	267	60.13	44	9.91	$\chi^2= .15$
ความสามารถในการรับผิดชอบไม่ปกติ	116	26.13	17	3.83	p-value=.70
					df=1

ตาราง 5 (ต่อ)

ความฉลาดทางอารมณ์	ประเภทการตีพิมพ์				χ^2 (<i>p</i> -value)
	เสี่ยงต่ำ (n=383)		เสี่ยงติดสุรา (n=61)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ด้านเก่ง					
ความสามารถในการสร้างแรงจูงใจให้ตนเองปกติ	204	45.94	40	9.01	$\chi^2= 3.22$
ความสามารถในการสร้างแรงจูงใจให้ตนเองไม่ปกติ	179	40.32	21	4.73	<i>p</i> -value=.07
ความสามารถในการรู้จักเห็นใจผู้อื่นปกติ	320	72.07	54	12.16	df=1
ความสามารถในการรู้จักเห็นใจผู้อื่นไม่ปกติ	63	14.19	7	1.58	$\chi^2= .98$
					<i>p</i> -value=.32
					df=1
ความสามารถในการรับผิดชอบปกติ	317	71.40	56	12.61	$\chi^2= 3.20$
ความสามารถในการไม่กรับผิดชอบปกติ	66	14.86	5	1.13	<i>p</i> -value=.07
					df=1
ด้านสุข					
					$\chi^2= 3.10$
ความภูมิใจในตนเองปกติ	302	68.02	54	12.16	<i>p</i> -value=.08
ความภูมิใจในตนเองไม่ปกติ	81	18.24	7	1.58	df=1
ความพึงพอใจในชีวิตปกติ	244	54.95	37	8.33	$\chi^2= .21$
ความพึงพอใจในชีวิตไม่ปกติ	139	31.31	24	5.41	<i>p</i> -value=.65
					df=1
ความสุขสงบทางใจปกติ	278	62.61	50	11.26	$\chi^2= 2.40$
ความสุขสงบทางใจไม่ปกติ	105	23.65	11	2.48	<i>p</i> -value=.12
					df=1

*p< 0.05

จากตาราง 5 พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $\chi^2=3.44$, $p=.58$ แต่เมื่อแยกวิเคราะห์แต่ละองค์ประกอบทั้ง 9 องค์ประกอบ พบว่า ความฉลาดทางอารมณ์ด้านดีในองค์ประกอบเรื่องความสามารถในการควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเองมีความสัมพันธ์กับการติดสุราแบบเสี่ยงต่ำและแบบเสี่ยงถึงติดสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=5.57$, $p=.02$)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กไทย ในปี พ.ศ.2559 ของกรมสุขภาพจิต พบว่าร้อยละ 77.1 ของเด็กไทยมีคะแนนเฉลี่ยทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ (Department of Mental Health, 2020) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเอง สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นได้ และมีความภูมิใจในตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการสังเคราะห์งานวิจัยการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ในวัยรุ่นระบุว่า การส่งเสริมการเข้าใจอารมณ์ตนเอง การควบคุมอารมณ์ตนเอง การปรับตัวให้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ ทำให้วัยรุ่นสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข (Laosabcharoen, Sangon, & Nintachan, 2013)

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักดื่มส่วนใหญ่เป็นเพศชายและมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในระดับที่สอดคล้องกับการวิจัยของ Homsin, & Srisuriyawet (2019) และการสำรวจที่ผ่านมาทั้งของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (National Statistical Office, 2017) และศูนย์วิจัยสุรา (Lekfuangfu, Thampanich, Tacharoen, & Witvorapong, 2016) ร้อยละ 51.47 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นนักดื่มซึ่งมากกว่าในหลายการศึกษา เช่น ความชุกในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับประเทศพบร้อยละ 25.19 และภาคเหนือพบร้อยละ 23.5 (Lekfuangfu, Thampanich, Tacharoen, & Witvorapong, 2015) และร้อยละ 32.3 ของประชาชนอายุระหว่าง 15-19 ปีมีการดื่มแอลกอฮอล์ (Lekfuangfu, Thampanich, Tacharoen, & Witvorapong, 2016) แต่การศึกษาในวัยรุ่นระดับมหาวิทยาลัย

Songklang, & Yangyuen (2020) พบว่า ส่วนใหญ่เป็นนักดื่มเพศหญิง ทั้งนี้จำนวนและประเภทนักดื่มยังใกล้เคียงกับการศึกษาของ Homsin, & Srisuriyawet (2019) และ Thaikla, & Aekplakorn (2017) ที่พบการดื่มสุราในนักเรียนมัธยมศึกษาและส่วนใหญ่เป็นนักดื่มแบบเสี่ยงต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่าอายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มดื่มเท่ากับ 15 ปี เช่นเดียวกัน ส่วนอายุที่น้อยสุดในการเริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน (Homsin, & Srisuriyawet, 2019; Thaikla, & Aekplakorn, 2017) คือ 9 ปี สำหรับกลุ่มตัวอย่างนี้เริ่มดื่มอายุน้อยที่สุด 12 ปี และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นิยมดื่มเบียร์มากที่สุดเช่นเดียวกัน (Thaikla, & Aekplakorn, 2017) จะกล่าวโดยสรุปได้ว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นยังคงมีอยู่ในจำนวนที่มากโดยเฉพาะในพื้นที่ศึกษามีจำนวนนักดื่มมากกว่ากลุ่มเดียวกันในประเทศไทย ซึ่งส่วนใหญ่พบเป็นเพศชายและนักดื่มส่วนใหญ่เป็นนักดื่มแบบเสี่ยงต่ำ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์แบบปกติและไม่ปกติกับการติดสุรา พบว่าความสามารถในการควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเองมีความสัมพันธ์กับการติดสุราแบบเสี่ยงต่ำและแบบเสี่ยงถึงติดสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Leeviroj, Pichai, Singhasem, & Rungchamrat (2016) พบว่าความฉลาดทางอารมณ์ในองค์ประกอบอื่น เช่น การสร้างแรงจูงใจ การรับรู้อารมณ์ผู้อื่น ทักษะทางสังคมและความสามารถในการแก้ปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงในวัยรุ่นระดับอาชีวศึกษาทั้งนี้อาจเนื่องจากการดื่มสุราในปริมาณมากอย่างต่อเนื่องจึงเกิดผลต่อการทำงานของส่วนประสาททำให้ความสามารถในการควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเองทำได้ช้าลง (Osgood, & Muraven, 2018) การส่งเสริมพัฒนาการวัยรุ่นควรเน้นทั้งทางร่างกายและอารมณ์ไปพร้อมกัน การมีความฉลาดทางอารมณ์เป็นสิ่งที่ดีมีประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างสร้างสรรค์และมีความสุข (Treepatree, 2019) วัยรุ่นที่มีความฉลาดทางอารมณ์ดีจะสามารถรับรู้และเข้าใจอารมณ์ของตนเองที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงสามารถควบคุมอารมณ์ มีความคิดพิจารณาและมีการตัดสินใจที่ดีในการจัดการสิ่งที่เกิดขึ้นให้เหมาะสมที่สุด หากวัยรุ่นไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้ จะแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมออกมา (Thammaraksa, & Powwattana, 2019) นอกจากนี้การควบคุมตนเอง (Self-Control) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอันจะนำไปสู่ชีวิตที่มีความสุขและประสบผลสำเร็จ (Ridder, Adriaanse, & Fujita, 2018) และความสามารถในการควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเองเป็นปัจจัยทำนายการดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น (Bogg, Lasecki, & Vo, 2016) เช่นกันกับผลการศึกษานี้ระบุว่าความสามารถในการควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเองที่แตกต่างกันมีผลต่อการติดสุราที่แตกต่างกัน ดังนั้นการส่งเสริมพัฒนาการความฉลาดทางอารมณ์ในวัยรุ่น โดยเฉพาะการควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเองจะเป็นการเพิ่มความสามารถในการจัดการอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมอันจะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมบวก ทำให้มีโอกาสประสบผลสำเร็จและมีความพึงพอใจในชีวิตได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้ปกครอง ครูแนะแนวและบุคลากรสาธารณสุขในคลินิกวัยรุ่นหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะการควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเองในวัยรุ่นเพื่อหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์โดยวิธีการและเทคนิคต่าง ๆ เช่น 1) เทคนิคการกำหนดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ 2) เทคนิคการบังคับตนเองและให้รางวัลตนเองเมื่อควบคุมตนเองได้ 3) เลือกดื่มเครื่องดื่มที่ไม่ใช่แอลกอฮอล์ และ 4) หลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีการดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้ เพื่อพัฒนาความสามารถในการจัดการอารมณ์และความต้องการของตนเองได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนาย การพัฒนาโปรแกรมการสร้างทักษะความฉลาดทางอารมณ์และประเมินผลโปรแกรมนี้ ในการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองหรือการประเมินผลการใช้โปรแกรม หลังจากที่ได้นำโปรแกรมนี้ไปใช้จริง

References

- Bogg, T., Lasecki, L., & Vo, P., (2016). School Investment, Drinking Motives, and High-Risk, High-Reward Partying Decisions Mediate the Relationship Between Trait Self-Control and Alcohol Consumption among College Drinkers. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 77(1), 133-142. Abstract Retired May 5, 2020 from jsad.com
- Department of Mental Health. (2003). *Guideline for Emotional Quotient*. Retired August 20, 2019 from www.dmh.go.th. (in Thai)
- Department of Mental Health. (2020). *Intelligent and Emotional Quotient Survey in Primary First Year Students in B.C. 2559*. Retired April 26, 2019 from www.dmh.go.th. (in Thai)
- Homsin, P., & Srisuriyawet, R., (2019). Life Assets and Risk Factors among Hearing Impaired Adolescents in Central and East Thailand. *The Public Health Journal of Burapha University*, 14(1), 93-105. (in Thai)
- Laosabcharoen, S., Sangon, S., & Nintachan, P. (2013). A Synthesis of Research on Promoting Emotional Intelligence for Adolescents. *Rama Nursing Journal*, 9(1), 31-47. (in Thai)
- Leeviroj, P., Pichai, P., Singhasem, P., & Rungchamrat. (2016). Acceptance and Development of Alcohol Policy. *Journal of Thonburi University*, 10(2), 28-39. (in Thai)
- Lekfuangfu, N., Tharnpanich, N., Tacharoen, K., & Witvorapong, N. (2015). *Status Report on Alcoholic Beverages in Northern Region B.E. 2558*. Retired August 21, 2019 from www.thaihealth.or.th. (in Thai)
- Lekfuangfu, N., Tharnpanich, N., Tacharoen, K., & Witvorapong, N. (2016). *Facts about Alcohol: Status Report on Alcoholic Beverages in Thailand B.E. 2558*. Retired August 21, 2019 from www.thaihealth.or.th. (in Thai)
- National Statistical Office. (2019). *Statistical Year Book Thailand B.E. 2558*. Retired August 27, 2019 from www.nso.go.th. (in Thai)
- Osgood, J., & Muraven, M., (2018). Self-Control and Alcohol Consumption. In D. de Ridder, M. Adriaanse, M., & K. Fujita (Ed.). *Routledge International Handbook of Self-Control in Health and Well-Being*. (pp. 251-263). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Ridder, D., Adriaanse, M., & Fujita, K. (2018). Self-Control in Health and Well-Being: Concepts, Theories, and Central Issues. In D. de Ridder, M. Adriaanse, & K. Fujita (Ed.). *Routledge International Handbook of Self-Control in Health and Well-Being*. (pp. 1-8). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Silpakit, P., & Kittirattanapaiboo, P. (2009). *The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care 2nd ed*. Bangkok: Tartawan. (in Thai)
- Songklang, S., & Yangyuen, S., (2020). Correlations Between Social Environment Factors and Alcohol Use among Adolescents. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 7(1), 32-44. (in Thai)
- Suwanbamrung, C. (2016). *Research Process: An Implementation for Health and Nursing*. Nakhon Si Thammarat: Ko. Pornkarnpim. (in Thai)



- Thaikla, K., & Aekplakorn, W. (2017). Health Behavior. In W. AekPlakorn (Ed). *Report: Health Survey for Thai People by Physical Examination 5th B.E. 2557*. Nonthaburi: Health Systems Research Institute. (in Thai)
- Thammaraksa, P., & Powwattana, A., (2019). Emotional Intelligence and Risk Behaviors in Adolescents. *Journal of Health and Nursing Research*, 35(3), 212-223. (in Thai)
- Treepatree, S., (2019). *Development and Adaptation for Teenagers*. Retired September 2, 2019 from nicfd.cf.mahidol.ac.th. (in Thai)
- World Health Organization. (2018). *Global Status Report on Alcohol and Health 2018*. Retired August 27, 2019 from who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/gsr_2018/en.

การพัฒนาแบบแผนการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

Development of an Interprofessional Education Learning Model for Health Promotion and Disease Prevention, Using the Community-Based Approach

วรรณภา ประทุมโทน¹, พนารัตน์ เจนจบ^{1*}, สมตระกูล ราศิริ², สมาภรณ์ เทียนขาว¹ และ นันทวรรณ เตียรพงษ์²
Vannapa Prathumtone¹, Panarat Chenchob^{1*}, Somtrakul Rasiri², Samaphorn Theinkaw¹,
Nantawan Teerapong²

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช^{1*}, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก²
Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj^{1*}, Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok²

(Received: March 27, 2020; Revised: May 03, 2020; Accepted: May 22, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การเรียนรู้ พัฒนาแบบแผนการเรียนรู้ และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ของนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิตสุขภาพ การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การเรียนรู้ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิตสุขภาพ จำนวน 47 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาแบบแผนการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ โดยนำรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ และคู่มือการเรียนรู้รวมทั้งแบบสอบถามที่เป็นแบบวัดและแบบประเมินต่างๆ ประกอบด้วยความรู้ ผลลัพธ์ ทักษะ ภาวะผู้นำ และทัศนคติในการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ หลังจากปรับปรุง จึงนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาวิทยาศาสตรบัณฑิตสุขภาพจำนวน 30 คน เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อรูปแบบ จากอาจารย์ พี่เลี้ยงในชุมชน ตัวแทนชุมชน และนักศึกษา นำรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพและคู่มือการเรียนรู้ไปใช้จริงหลังการปรับปรุง ขั้นตอนที่ 3 นำรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงในนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิตสุขภาพ ชั้นปีที่ 1 จำนวน 50 คน และขั้นตอนที่ 4 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนรู้ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test รวมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. สถานการณ์การเรียนรู้ พบว่าหลักสูตรการสอนของสถาบันพระบรมราชชนก สำหรับนักศึกษาพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพที่ผ่านมา ยังไม่มีเนื้อหาการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพโดยตรง นักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับสหสาขาวิชาชีพ ระดับปานกลาง ผลลัพธ์การเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพระดับปานกลาง อย่างไรก็ตามความสามารถและประสบการณ์เกี่ยวกับสหสาขาวิชาชีพในการทำงานมีค่อนข้างน้อยควร และเน้นชุมชนเป็นฐานในการเรียนรู้

2. รูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ มี 5 องค์ประกอบ คือ 1) แนวคิดและหลักการ 2) วัตถุประสงค์ 3) กระบวนการเรียนรู้ มี 5 กิจกรรม คือ สร้างความเข้าใจ สร้างทัศนคติปรับการเรียนรู้ เสริมความรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ ฝึกทักษะการเรียนรู้และการทำงานเป็นทีมในสถานการณ์จำลอง และ ศึกษาในสถานการณ์จริงในชุมชน 4) ผลลัพธ์ และ 5) เงื่อนไขสู่ความสำเร็จ ได้แก่ ภาวะผู้นำในการสนับสนุนเชิงนโยบายของผู้บริหารสถานศึกษา การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง และการใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้

3. การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ พบว่า หลังการใช้รูปแบบการเรียนรู้ นักศึกษามีความรู้ ผลลัพธ์การเรียนรู้ ทักษะ ทัศนคติในการทำงานร่วมกัน และภาวะผู้นำ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการรูปแบบการเรียนรู้ โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .001

คำสำคัญ: รูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ, การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค, การเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน, การวิจัยและพัฒนา

*ผู้ให้กรติดต่อ (Corresponding e-mail: panarat0923@gmail.com โทรศัพท์ 081-7901044)

Abstract

This research and development aimed to analyze the situation of interprofessional education (IPE), using the community-based learning (CBL) approach for health promotion and disease prevention among health sciences students, and to evaluate the effectiveness of the developed learning model. Research was divided into 4 phases. Situation analysis was firstly performed on IPE (Research-R1: Analysis and Design) by using in-depth interviews and focus groups among First-Year health sciences students. Data were analyzed by using descriptive statistics, while qualitative data were analyzed by content analysis. Secondly, design and development of the IPE Learning model (Development-D1: Development Model) was shaped, including IPE manual, evaluation forms. Questionnaires were developed including knowledge, learning outcomes, skills, leadership, and attitudes towards IPE. These were approved by five experts and applied to 30 health sciences students (Research-R2: Implementation). Samples were selected by using purposive sampling, and they were willing to participate. Data collection was then conducted by using focus groups. IPE model and the IPE manual were duly revised before implementing (Development-D2: Development). Thirdly, the IPE model was implemented (Research-R3: Implement) with health sciences students ($n=50$), all selected by using purposive sampling. Students were willing to participate by using questionnaire and in-depth interview for data collection. Finally an evaluation of effectiveness of IPE learning model (Development-D3: Evaluation) was done. Data were analyzed by using descriptive statistics, and pair t-test. Qualitative data were analyzed by using content analysis.

The results revealed as follows.

1. There were no specifically contents of IPE model by using CBL approach for health promotion and disease prevention among health sciences students. Knowledge of IPE was at moderate level and so was the learning of IPE. However, the ability of interprofessional working and experience was not sufficient in health care and primary care setting. It was recommended to integrate IPE and CBL.
2. The development of IPE learning model for health promotion and disease prevention by using CBL was successful in 4 main components, including: 1) concept and principles, 2) objectives, 3) processes (awareness, attitude, knowledge, situation, and CBL), 4) outcomes, and 5) key success factors (policy maker by administrator, networking, community engagement and CBL approaching).
3. The efficiency of model evaluation showed a significant difference in terms of knowledge, learning, attitudes, and leadership scores towards IPE working with interprofessional team, between before and after participating in learning model ($p<.001$). Administrator boards, faculty, mentors, students, and community delegates reflections on the learning model was appropriate and should be implemented for developing, sustaining IPE for enhancing performance practice in CBL.

Keywords: Interprofessional Education Model, IPE, Health Promotion and Disease Prevention, Community Based Learning, Research and Development

บทนำ

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579) เป็นฉบับแรกของประเทศไทยตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยที่มุ่งเน้นให้ประเทศไทยบรรลุวิสัยทัศน์ มีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยมีเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยเฉพาะยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน ซึ่งกับแผนการศึกษาแห่งชาติ (พ.ศ. 2560 – 2579) สอดรับกับแผนการสาธารณสุขและยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศ ภายใต้แผนงานโครงการบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข มีบุคลากรที่ต้องผลิตและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นทิศทางการจัดการศึกษาของสถาบันอุดมศึกษา มีการปรับเปลี่ยนแนวคิด และการพัฒนา เป็นระบบการเรียนรู้แบบตลอดชีวิต ที่มุ่งเน้น “สร้างนำซ่อม” พร้อมผลิตบัณฑิตที่จะก้าวมาเป็นบุคลากรด้านสุขภาพ ให้มีความรู้ เจตคติ เน้นทักษะที่จำเป็น ทักษะการสื่อสาร มีความคิดสร้างสรรค์ เป็นผู้นำ ทำงานเป็นทีม เพื่อส่งเสริมระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการระดับสูง ด้วยการเรียนรู้ที่ใช้ชุมชนเป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการกำลังคนด้านสาธารณสุขทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน และรองรับการพัฒนาบริการสุขภาพของประเทศ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention and Promotion Excellence) รวมทั้งด้านบริการที่เป็นเลิศ (Service Excellence) ด้วยจริยธรรมและเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างมีคุณภาพ (Royal Thai Government Gazette, 2019)

สถาบันพระบรมราชชนก เป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ มีฐานะเป็นนิติบุคคล และเป็นส่วนราชการอยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายในการผลิตและพัฒนาบุคลากรตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข ทำการสอน วิจัยให้บริการแก่สังคมและทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม ซึ่งวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกมีการฝึกงานในการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ ให้สอดคล้องกับแนวนโยบายของรัฐ เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถ ทักษะในวิชาชีพ คุณธรรมจริยธรรม ความสำนึกต่อสังคมและเพื่อให้มีศักยภาพในการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Praboromarajchanok Institute Strategic Plan, 2020-2024)

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์สถานการณ์การทำงานของบัณฑิตและผู้ใช้บัณฑิต ช่วงปีพ.ศ. 2559-2561 (The Employers Satisfaction for Graduate, 2016-2018) พบว่า บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษามีความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับดี และผู้ใช้บัณฑิตมีข้อเสนอให้สถาบันการศึกษาควรเพิ่มเติมทักษะการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพให้กับนักศึกษา เพื่อให้เกิดการสื่อสาร ประสานงานและการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนสร้างความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และดูแลสุขภาพผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลงานวิจัยที่พบว่า บัณฑิตที่จบใหม่ยังขาดทักษะการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ มีงานวิจัยที่ทดลองศึกษาการเตรียมความพร้อมในการมีส่วนร่วมด้านการมีบทบาทระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เน้นการฝึกงานและการทำงานเป็นทีม ผลงานวิจัยได้ข้อเสนอว่าควรมีการเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เริ่มตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 ซึ่งการฝึกทักษะในการทำงานร่วมกันเป็นทีมและส่งผลต่อการประเมินผลลัพธ์เกี่ยวกับการทำงานเป็นทีมดีขึ้น (Fox, Onders, Hermansen-Kobulnicky, Nguyen, Myran., Linn, et al., 2018)

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่ารูปแบบการเรียนรู้ที่พัฒนานักศึกษาให้มีทักษะการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพมีความหลากหลาย และยังไม่มียุทธศาสตร์ที่เหมาะสมกับบริบทของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทำงานร่วมกัน โดยแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2010) ให้คำจำกัดความของ การจัดการศึกษาแบบสหวิชาชีพ (Interprofessional Education หรือ IPE) หมายถึง การจัดการศึกษาที่มีนักศึกษาจากสองวิชาชีพขึ้นไปได้เรียนรู้ร่วมกันเพื่อให้เกิดความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพและพัฒนาผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังเสนอให้มีการทบทวนสถานการณ์การจัดการศึกษากำลังคนด้านสุขภาพ รวมทั้งการขับเคลื่อนเพื่อปฏิรูปการศึกษากำลังคนด้านสุขภาพทั่วโลก โดยในทางปฏิบัติการดำเนินการจัดการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ และการฝึกปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม (Collaborative

Practice) จะเกิดเมื่อนักศึกษาจากสองวิชาชีพหรือมากกว่าได้มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน (Mahajan, Mahammed, Sharama, Gupta, & Singh, 2018)

ทั้งนี้ เป้าหมายของการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิด 1) การเรียนรู้ว่าแต่ละวิชาชีพมีบทบาท ความรับผิดชอบและการยอมรับซึ่งกันและกัน (Role, Responsibility, Respect) 2) รู้จักภาวะความเป็นผู้นำ (Leadership) 3) การทำงานเป็นทีมอย่างเข้าใจกันและกัน (Teamwork) และ 4) การเรียนรู้และการสะท้อนคิด (Learning & Reflection) (Putthasri, & Chuenkongkaew, 2017) การที่บุคคลจะมีสุขภาวะที่ดีนั้น ต้องครอบคลุมทั้งมิติของสุขภาพ มิติทางสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และจิตใจ รวมถึงบุคคล ครอบครัว และคนรอบข้างที่เกี่ยวข้องด้วย การที่นักศึกษาได้ทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ทำให้พบว่าทุกวิชาชีพมีข้อจำกัด และมีปัญหาเกี่ยวกับการทำงานร่วมกัน เนื่องด้วยขาดการประสานงาน และความร่วมมือกันในการวางแผน ให้บริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพและเกิดความปลอดภัยต่อผู้รับบริการมากที่สุด ดังนั้นการทำงานร่วมกันระหว่าง สหสาขาวิชาชีพ จึงต้องอาศัยการปรึกษาหารือกัน สื่อสารกันให้มากขึ้น เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้รับบริการที่มี ประสิทธิภาพและคุณภาพ เพราะความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นการดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวมที่ แท้จริง เนื่องจากหลักสูตรของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เป็นหลักสูตรเน้น ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ ดังนั้นลักษณะการจัดการเรียนการสอนจึงมุ่งเน้นให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติในระบบสุขภาพ ปฐมภูมิในชุมชน ที่มีผู้รับบริการในทุกระดับ คือ ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน และเริ่มเรียนรู้การทำงานใน ลักษณะสหสาขาวิชาชีพของทีมสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับลักษณะการจัดการเรียนการสอน โดยใช้ชุมชนเป็นฐานยังไม่พบว่ามีกรวางแผนการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ ซับซ้อนและยุ่งยาก นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัญหาในการปรับทัศนคติในการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ อีกด้วย (Hosny, Kamel, El-Wazir, & Gilbert, 2013)

การจัดการศึกษาโดยใช้ชุมชนเป็นฐานจึงมีความเหมาะสมในการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ ที่ต้องการ ทีมงาน (Team-Building) ดูแลผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Patient Centered Care) ใช้ความรู้ของแต่ละสาขา วิชาชีพ (Core knowledge) และการเรียนรู้ด้วยการบริการสังคม (Service Learning) ของสหสาขาวิชาชีพ อีกทั้งความแตกต่างของวัฒนธรรมในการดูแลผู้รับบริการ ที่สามารถเรียนรู้และฝึกปฏิบัติโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Rajiah, & Maharajan, 2016) นอกจากนี้ยังพบว่าการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Learning) ในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เป็นทั้งการจัดการเรียนการสอนและกิจกรรมเสริมหลักสูตร ให้นักศึกษาได้เรียนรู้การปฏิบัติงานในชุมชนที่ผู้รับบริการมีความจำเป็นต้องได้รับการด้านสุขภาพจากทีม สหสาขาวิชาชีพ ถือเป็นการบูรณาการอย่างครบวงจร เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานด้านสุขภาพสำหรับ นักศึกษาเพื่อเรียนรู้ปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจริงจากปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของคนในชุมชน และสะท้อนการเรียนรู้จากการทำงานในพื้นที่ ดังนั้น การสร้างกระบวนการเรียนรู้โดยให้ชุมชนและสังคม มีส่วนร่วมเป็นสิ่งสำคัญ เป็นการส่งเสริมให้นักศึกษาได้พัฒนาความรู้ ความสามารถ จากประสบการณ์การปฏิบัติ จริง มีทักษะการคิดวิเคราะห์ที่ได้จากการทำงานร่วมกับผู้อื่น (Rittikooop, 2018)

จากสถานการณ์ที่กล่าวมาผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาวิจัยในครั้งนี้ โดยตระหนักถึงความสำคัญของนโยบาย และสถานการณ์การทำงานร่วมกันของบัณฑิตระหว่างสหสาขาวิชาชีพข้างต้น จึงได้มีการพัฒนารูปแบบการ เรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เพื่อใช้ในการพัฒนา บัณฑิตของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราช ชนนิ พุทธชินราช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ และวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ในการพัฒนาคุณภาพของทีมงานและบริการสุขภาพ เพื่อประโยชน์แก่ประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยใช้ ชุมชนเป็นฐานของวิทยาลัยในสังกัด สถาบันพระบรมราชชนก

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยใช้ชุมชนเป็นฐานของวิทยาลัยในสังกัด สถาบันพระบรมราชชนก

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยใช้ชุมชนเป็นฐานของวิทยาลัยในสังกัด สถาบันพระบรมราชชนก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับการศึกษาสหสาขาวิชาชีพ (WHO, 2010) และโดยใช้การทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ โดยวิเคราะห์จากสถานการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษา สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เชื่อมโยงกับการจัดการเรียนรู้ที่ส่งเสริมนักศึกษาในศตวรรษที่ 21 ร่วมกับการพัฒนานักศึกษาเชิงรุก โดยกำหนดรูปแบบการเรียนรู้ที่เชื่อมโยงกับการใช้ชุมชนเป็นฐานในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในทุกช่วงวัย ซึ่งรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยแนวคิดและหลักการ วัตถุประสงค์ กระบวนการเรียนรู้โดยใช้การสะท้อนคิด ผลลัพธ์ และมีเงื่อนไขสู่ความสำเร็จในการสร้างรูปแบบการเรียนรู้

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ศึกษาในพื้นที่ชุมชน อำเภอดำรงวิทยะปาล และอำเภอดำรงวิทยะปาล จังหวัดพิษณุโลก ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่ปีการศึกษา 2561 ถึง 2562 ดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ของรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ

วิเคราะห์สถานการณ์ของรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ (Research-R1: Analysis and Design) โดยทำการศึกษาแนวคิดทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ ศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา ความต้องการการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ ความรู้ และผลลัพธ์การเรียนรู้ในการเป็นนักศึกษาสหสาขาวิชาชีพ เพื่อกำหนดองค์ประกอบและความสัมพันธ์ของแต่ละองค์ประกอบของรูปแบบการเรียนรู้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาสภาพการณ์จริงเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม รวมทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเจาะจง และสมัครใจที่จะเข้าร่วมวิจัย เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามกับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 จำนวน 20 คน จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม จำนวน 10 คน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา จำนวน 10 คน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 27 คน ได้แก่ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน 10 คน สาขาทันตสาธารณสุข 8 คน และ สาขาการแพทย์แผนไทย 9 คน รวมทั้งสิ้น 47 คน สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ประกอบด้วย ผู้บริหาร จากวิทยาลัยฯ 3 คน อาจารย์ 10 คน พี่เลี้ยงในชุมชน 7 คน และนักศึกษา 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับสหสาขาวิชาชีพ ทั้งหมด 20 ข้อ โดยเป็น 4 ตัวเลือก 2) แบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งสิ้น 23 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ และ 3) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวคำถามการสนทนากลุ่มสำหรับผู้บริหาร และอาจารย์ พี่เลี้ยงในชุมชน และนักศึกษา โดยมีการกำหนดประเด็นคำถามเกี่ยวกับการใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ได้แก่ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับสหสาขาวิชาชีพ แบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบ และคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence: IOC) มีค่า 0.89 ดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง ส่วนแนวคำถามที่สร้างขึ้นตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ปรับแก้ ความชัดเจนและความเข้าใจตรงกันในประเด็นคำถามก่อนนำไปใช้จริง การตรวจสอบข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับสหสาขาวิชาชีพและแบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ ส่วนการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 45 นาที - 1 ชั่วโมง จากนั้นมีการนัดสัมภาษณ์เชิงลึกเพิ่มเติมในประเด็นที่เกี่ยวข้องจนข้อมูลอิ่มตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย ความถี่และร้อยละ ความรู้เกี่ยวกับสหสาขาวิชาชีพและผลลัพธ์การเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Crabbe, & Miller (1992) ได้แก่ การจัดแฟ้มข้อมูล การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ และการตรวจสอบความถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการเรียนรู้ (Development-D1: Development Model) มี 5 ขั้นตอน

ขั้นที่ 1 ร่างรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ สำหรับนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตร์สุขภาพ ดังนี้ โดยผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 มาเป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยทำความเข้าใจในการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย สาธารณสุขนิเทศศาสตร์สุขภาพที่ 2 ผู้อำนวยการ อาจารย์ผู้รับผิดชอบ พี่เลี้ยงในชุมชน และนักศึกษาจำนวน 5 ครั้ง นำข้อมูลมาสรุปองค์ประกอบ และความสัมพันธ์ในแต่ละองค์ประกอบของรูปแบบการเรียนรู้ ซึ่งมี 5 องค์ประกอบ คือ 1) แนวคิดและหลักการ 2) วัตถุประสงค์ 3) กระบวนการเรียนรู้ 4) ผลลัพธ์ และ 5) เงื่อนไขสู่ความสำเร็จ

ขั้นที่ 2 ผู้วิจัยเสนอร่างรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพและคู่มือการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพฯ เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ที่มีคุณสมบัติและประสบการณ์วิจัยเพื่อประเมินความสอดคล้อง ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพฯ

ขั้นที่ 3 ผู้วิจัยปรับปรุงร่างรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพฯ และคู่มือการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพฯ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปทดลองใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพฯ
2. คู่มือสำหรับการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยเนื้อหา 5 ได้แก่ บทที่ 1 บทที่ 2 โครงสร้างการบริหารงานของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก บทที่ 3 แนวคิดการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพฯ บทที่ 4 รูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพฯ และบทที่ 5 บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำร่างรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ และคู่มือการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพฯ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบและพิจารณาความสอดคล้องด้านเนื้อหา ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ จากนั้นปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นที่ 4 การนำรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพฯ ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้ (Try out) (Research-R2: Implement)

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพชั้นปีที่ 1 จำนวน 30 คนจากทั้ง 3 สถาบัน ส่วนกลุ่มตัวอย่างสำหรับการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการนำรูปแบบไปทดลองใช้ คือ อาจารย์ 12 คน และพี่เลี้ยงในชุมชน 6 คน ตัวแทนชุมชน จำนวน 6 คน นักศึกษา จำนวน 10 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการสนทนากลุ่มดังกล่าวโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structure Interviews)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีจำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ 1) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการจัดการเรียนรู้ตามรูปแบบการเรียนรู้ที่นำมาใช้ 2) ท่านคิดว่าการจัดการเรียนรู้ตามรูปแบบการเรียนรู้ที่นำมาใช้สามารถนำไปสู่การพัฒนาทักษะนักศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพได้มากน้อยเพียงใด และ 3) ท่านมีข้อเสนอแนะใดบ้างต่อการปรับปรุงรูปแบบและกระบวนการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น หลังจากนั้นนำข้อคำถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน (Expert Assessment) ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา ก่อนนำไปใช้เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับรูปแบบและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบ โดยการใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) (Graneheim & Lundman, 2004)

ขั้นที่ 5 ปรับปรุงรูปแบบการเรียนรู้ให้เหมาะสม (Development-D2 : Evaluation) ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการเรียนรู้ให้เหมาะสม โดยใช้กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง (Focus Group) และทำการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะให้สมบูรณ์

วิธีดำเนินการ คือ 1) สังเคราะห์ผลที่ได้จากการทดลองใช้รูปแบบฯ และ 2) จัดประชุมระดมสมองคณะผู้วิจัยจำนวน 5 คน อาจารย์ผู้สอน 6 คน ร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิทางการศึกษา 1 คน เพื่อนำผลการประเมินรูปแบบและผลลัพธ์ของรูปแบบจากการทดลองใช้ มาพิจารณาในการปรับปรุงรูปแบบให้สมบูรณ์ก่อนการนำไปใช้

ขั้นตอนที่ 3 นำรูปแบบการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง (Research-R3: Implement)

ประชากร ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตร์สุขภาพ ชั้นปีที่ 1 จาก 3 สถาบัน ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช จำนวน 149 คน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรดิตถ์ จำนวน 139 คน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ได้แก่ สาขาสาธารณสุขชุมชน 46 คน สาขาทันตสาธารณสุข 48 คน และสาขาการแพทย์แผนไทย 45 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต สังกัดวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช อุตรดิตถ์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข และสาขาการแพทย์แผนไทย สังกัดวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก 2) สามารถเข้าร่วมโครงการได้อย่างต่อเนื่องและยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) คือ ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้อย่างต่อเนื่อง

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 จาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช จำนวน 10 คน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรดิตถ์ จำนวน 10 คน นักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ได้แก่ สาขาสาธารณสุขชุมชน 10 คน สาขาทันตสาธารณสุข 10 คน และสาขาการแพทย์แผนไทย 10 คน รวม ทั้งสิ้น 50 คน กลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งได้กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพฯ และคู่มือการเรียนรู้ฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

2.1 แบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ ประกอบด้วยทักษะ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณธรรม จริยธรรม 5 ข้อ 2) ด้านความรู้ 3 ข้อ 3) ด้านทักษะทางปัญญา 6 ข้อ 4) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความรับผิดชอบ 3 ข้อ 5) ด้านทักษะการวิเคราะห์ตัวเลข การสื่อสาร เทคโนโลยี 3 ข้อ และ 6) ด้านทักษะฝึกปฏิบัติของนักศึกษาสหสาขาวิชาชีพ 3 ข้อ รวมทั้งหมด 23 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

2.2 แบบสอบถามทักษะของนักศึกษาแบบสหวิชาชีพ ประกอบด้วย ทักษะการสังเกต 5 ข้อ ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ 5 ข้อ ทักษะการสื่อสาร 10 ข้อ และทักษะด้านการสัมภาษณ์ 5 ข้อ มีทั้งหมด 25 ข้อ โดยลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยข้อคำถามเป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมด จากระดับความคิดเห็น 5 หมายถึง มากที่สุด และระดับความคิดเห็น 1 หมายถึง น้อยที่สุด

2.3 แบบสอบถามทัศนคติในการทำงานร่วมกันของนักศึกษาแบบสหวิชาชีพ ประกอบด้วย การประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความรู้ 7 ข้อ ทักษะ 5 ข้อ และพฤติกรรม 5 ข้อ มีทั้งหมด 17 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยข้อคำถามเป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมด จากระดับความคิดเห็น 5 หมายถึง มากที่สุด และระดับความคิดเห็น 1 หมายถึง น้อยที่สุด

2.4 แบบสอบถามภาวะผู้นำของนักศึกษาแบบสหวิชาชีพ มีทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยข้อคำถามเป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมด จากระดับความคิดเห็น 5 หมายถึง มากที่สุด และระดับความคิดเห็น 1 หมายถึง น้อยที่สุด

2.5 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวคำถามการสนทนากลุ่มสำหรับผู้บริหาร และอาจารย์ พี่เลี้ยงในชุมชน และนักศึกษาโดยมีการกำหนดประเด็นคำถามเกี่ยวกับการใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 4 ฉบับ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และนำมาวิเคราะห์หาค่าดัชนี ความสอดคล้องระหว่างความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ (Index of congruence: IOC) มีค่าระหว่าง 0.60 - 1.00 ซึ่งแบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ มีค่า 0.89 ทักษะ มีค่า 0.91 ทัศนคติในการทำงานร่วมกันมีค่า 0.84 ภาวะผู้นำ 0.86 และดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเกี่ยวกับแบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ แบบสอบถามทักษะของนักศึกษาสหวิชาชีพ แบบสอบถามทัศนคติในการทำงานร่วมกันของนักศึกษาสหวิชาชีพ และแบบสอบถามภาวะผู้นำของนักศึกษาสหวิชาชีพ ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน โดยใช้ Cronbach's Alpha Coefficient (1951) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ .87 แบบสอบถามทักษะของนักศึกษาสหวิชาชีพ .96 แบบสอบถามทัศนคติในการทำงานร่วมกันของนักศึกษาสหวิชาชีพ .94 และแบบสอบถามภาวะผู้นำของนักศึกษาสหวิชาชีพ .96

แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มที่สร้างขึ้นตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ปรับแก้ความชัดเจนและความเข้าใจตรงกันในประเด็นคำถามก่อนนำไปใช้จริง การตรวจสอบข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยแบบสอบถาม (One Group Pretest-Posttest Design) และข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและการสะท้อนคิดของนักศึกษา แล้วนำไปวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ขั้นเตรียมการก่อนนำรูปแบบการเรียนรู้ฯ ไปปฏิบัติ

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

2. เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนของการวิจัย เมื่อนักศึกษายินยอมเข้าร่วมวิจัย ขอให้เซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนการตอบแบบสอบถาม

3. กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเพื่อวัดก่อนทดลอง (Pretest) โดยทำแบบวัดความรู้ของนักศึกษา สาขาวิชาชีพ แบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ ทักษะของนักศึกษาสหวิชาชีพ ทักษะคติในการทำงานร่วมกันของนักศึกษาสหวิชาชีพ และภาวะผู้นำของนักศึกษาสหวิชาชีพ

ขั้นการนำรูปแบบการเรียนรู้ฯ ไปปฏิบัติ

ดำเนินการนำรูปแบบปฏิบัติตามรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพฯ โดยใช้คู่มือการเรียนรู้ฯ ประกอบ

ขั้นหลังการนำรูปแบบการเรียนรู้ฯ ไปปฏิบัติ

กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบหลังทดลอง เกี่ยวกับความรู้ของนักศึกษาสหสาขาวิชาชีพ แบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ ทักษะของนักศึกษาสหวิชาชีพ ทักษะคติในการทำงานร่วมกันของนักศึกษาสหวิชาชีพ และภาวะผู้นำของนักศึกษาสหวิชาชีพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองด้วยการทดสอบค่าที (Paired t-test) ของความรู้ของนักศึกษาสหสาขาวิชาชีพ แบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ ทักษะของนักศึกษา สหวิชาชีพ ทักษะคติในการทำงานร่วมกันของนักศึกษาสหวิชาชีพ ภาวะผู้นำของนักศึกษาสหวิชาชีพ ทั้งนี้ ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010) โดยการทดสอบข้อมูลว่ามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) หรือไม่ด้วยการทดสอบจากสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test (Sig = .05)

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนรู้ (Development-D3 : Evaluation)

การดำเนินการในขั้นตอนนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ ฯ สำหรับนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ผู้วิจัยทำการสนทนากลุ่ม 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มนักศึกษา อาจารย์ พี่เลี้ยงในชุมชน ประชาชนในประเด็นรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยใช้ชุมชนเป็นฐานจนข้อมูลอันได้มาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

จริยธรรมวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เอกสารรับรองเลขที่ SCPHL 2562/2 – 24

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพฯ

1.1 จากการวิเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการศึกษาสถานการณ์จริง เกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปีการศึกษา 2561 จำนวน 47 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 80.85 เพศชาย จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 19.15 นักศึกษาหลักสูตร พยบ. จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 42.55 สบ. (สาธารณสุขชุมชน) จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 21.28 สบ. (ทันตสาธารณสุข) จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 17.02 การแพทย์แผนไทย จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 19.15 จากผลการการวัดระดับความรู้ของนักศึกษาสหวิชาชีพ พบว่าภาพรวมระดับความรู้ของนักศึกษาสหวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 82.99 รองลงมาในระดับน้อย ร้อยละ 14.89และระดับมาก

น้อยที่สุด ร้อยละ 2.12 สำหรับการประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.45 รองลงมาระดับน้อย ร้อยละ 42.55 และระดับมาก ไม่พบเลย

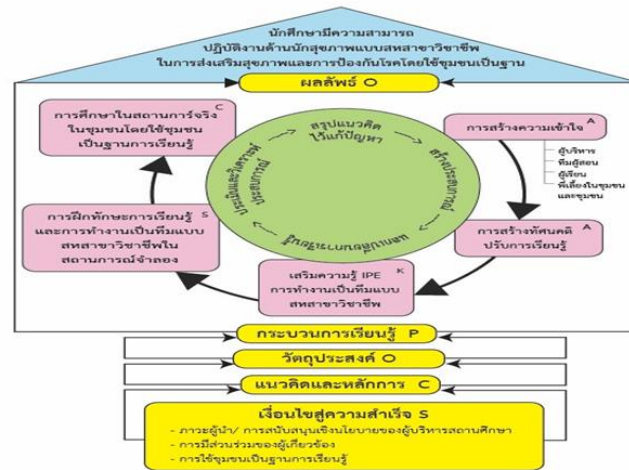
1.2 จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก 4 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มนักศึกษา กลุ่มอาจารย์ กลุ่มพี่เลี้ยงในชุมชน และกลุ่มผู้บริหารสถานศึกษา ทั้งหมดจำนวน 30 คน มีประเด็นสำคัญที่พบในกลุ่มนักศึกษา คือ ช่วงแรกนักศึกษายังไม่มีความรู้ ความเข้าใจและประสบการณ์ในการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ ดังนั้นควรมีการให้ความรู้ ความเข้าใจก่อนดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ นักศึกษาต้องการมีเพื่อนต่างสถาบันเพิ่มขึ้น จึงควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และฝึกปฏิบัติในพื้นที่จริงร่วมกันหลายสถาบัน กิจกรรมการเรียนรู้ที่จัดควรมีการจัดต่อเนื่องทุกปี กลุ่มอาจารย์มีมุมมองว่า นักศึกษามีความตั้งใจเรียนรู้ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี การทำงานแบบสหวิชาชีพเป็นสิ่งจำเป็นในการทำงาน ควรให้ความรู้ หลักการ แนวปฏิบัติ และการลงพื้นที่โดยเน้นชุมชนให้มีส่วนร่วม กลุ่มพี่เลี้ยง ในชุมชนมีมุมมองว่า แม้เวลาจะมีจำกัดนักศึกษามีความรับผิดชอบดี มีการติดต่อระหว่างอาจารย์ พี่เลี้ยง และนักศึกษามากขึ้น ควรเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหามากขึ้น และกลุ่มผู้บริหารมีมุมมองที่สอดคล้องกับนโยบายของสถาบันพระบรมราชชนกที่ให้ความสำคัญในการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพที่เน้นชุมชนเป็นฐาน และควรมีการพัฒนาการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ ให้ครบทั้ง 4 ชั้นปี เนื่องจากเมื่อนักศึกษาสำเร็จการศึกษาต้องทำงานร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพ บริบทการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ คือ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชน (PCU) โรงพยาบาลวัดทอง เขตอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ได้เตรียมกรณีศึกษา 6 ครอบครัวที่สมัครใจให้นักศึกษาเข้าไปเรียนรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลในครอบครัว ซึ่งแต่ละครอบครัวจะมีบุคคลทุกวัย

2. การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพฯ มีดังนี้

2.1 รูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพฯ ที่ได้โดยการสังเคราะห์รูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดย มี 5 องค์ประกอบ มีดังนี้ 1) แนวคิดและหลักการของรูปแบบการเรียนรู้ 2) วัตถุประสงค์ 3) กระบวนการเรียนรู้ที่ค้นพบมี 5 กิจกรรม คือ (ก) การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ (ข) สร้างทัศนคติต่อการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ โดยกิจกรรมสลายตัวตน เพื่อให้นักศึกษาที่มาจากสหสาขาวิชาชีพได้ทำความรู้จักกันผ่านกิจกรรมสนทนาและเกมต่าง ๆ โดยสอดแทรกแนวคิดการทำงานเป็นทีม การสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งเป็นการปรับทัศนคติมุมมองของนักศึกษาต่อการเรียนรู้ร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ (ค) เสริมความรู้เกี่ยวกับการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (ง) ฝึกทักษะการเรียนรู้และการทำงานเป็นสถานการณ์จำลอง โดยเรียนรู้ทักษะวิธีการรวบรวมข้อมูลจากเรื่องเล่าของผู้รับบริการโรคเรื้อรังในชุมชน การสร้างสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ สาธิตวิธีการสร้างสัมพันธภาพ จ) ศึกษาในสถานการณ์จริงในชุมชนโดยใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ “ประเด็นสุขภาพของผู้รับบริการและครอบครัวที่พบเป็นอย่างไรภายใต้มุมมองของสหสาขาวิชาชีพ” 4) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับนักศึกษา โดยนักศึกษามีทักษะของนักศึกษาสหวิชาชีพ และมีทัศนคติในการทำงานร่วมกันของนักศึกษาสหวิชาชีพโดยทุกกระบวนการเรียนรู้ใช้กระบวนการสะท้อนคิดและสรุปเรื่องราวการเรียนรู้ ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้กรณีศึกษาครอบครัวจากการศึกษาสภาพจริงในชุมชน และ 5) เงื่อนไขสู่ความสำเร็จ มีดังนี้ ก) ภาวะผู้นำและการสนับสนุนเชิงนโยบายของผู้บริหารสถานศึกษา ข) การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ และ ค) การใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ สำหรับการสร้างความเข้าใจต้องมีการเตรียมความพร้อมผู้บริหารที่เป็นผู้สนับสนุนเชิงนโยบายและงบประมาณ การเตรียมทีมผู้สอนให้เป็นผู้ที่สามารถเอื้ออำนวยความสะดวกให้กับนักศึกษาเกิดกระบวนการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ เกี่ยวกับบทบาทอาจารย์ประจำกลุ่ม และการประเมินการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งทักษะการตั้งถาม การฟังอย่างมีสติ การสะท้อนคิด และการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน อีกทั้งต้องเตรียมความพร้อมนักศึกษาให้พร้อมที่จะเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งมีเนื้อหาสาระเกี่ยวกับการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพและการพัฒนานวัตกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ การทบทวนแนวคิดการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ การประเมินการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ ตลอดจนการเตรียมความพร้อมพี่เลี้ยงในชุมชน เกี่ยวกับบทบาทครูพี่เลี้ยงประจำกลุ่ม การเป็นผู้กระตุ้นการเรียนรู้ในสภาพจริงกับผู้รับบริการในชุมชน และการประเมินการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ ตลอดจนร่วมทำความเข้าใจในกิจกรรมการเรียนรู้ เพื่อ

เป็นต้นแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน นอกจากนี้ยังมีการเตรียมความพร้อมในชุมชน มีการถอดบทเรียนจากประสบการณ์จากการเรียนรู้และการลงมือปฏิบัติทั้งจุดเด่นและจุดที่ต้องพัฒนา รวมถึงการหาข้อสรุปร่วมกันในการนำไปประยุกต์ใช้ (ภาพ 1)

2.2 รูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน



ภาพ 1 รูปแบบการพัฒนาการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน COPOS-AAKSC Model

3. ผลการประเมินรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ

ตาราง 1 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ของรูปแบบการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ ก่อนและหลังใช้ (n=50)

การเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ	M	SD	t	p-value (1-tailed)
ความรู้				
ก่อนใช้รูปแบบ	8.68	2.55	-3.714	<.001
หลังใช้รูปแบบ	10.11	2.69		
ผลลัพธ์การเรียนรู้				
ก่อนใช้รูปแบบ	54.02	7.70	3.373	<.001
หลังใช้รูปแบบ	55.42	6.39		
ทักษะ				
ก่อนใช้รูปแบบ	4.19	0.46	-5.714	<.001
หลังใช้รูปแบบ	4.45	0.38		
ทัศนคติ				
ก่อนใช้รูปแบบ	3.92	0.49	-4.403	<.001
หลังใช้รูปแบบ	4.18	0.34		
ภาวะผู้นำ				
ก่อนใช้รูปแบบ	3.96	0.58	-5.709	<.001
หลังใช้รูปแบบ	4.18	0.48		

จากตาราง 1 พบว่าหลังการใช้รูปแบบการเรียนรู้ ความรู้ ผลลัพธ์การเรียนรู้ ทักษะ ทัศนคติในการทำงานร่วมกัน และภาวะผู้นำ ($M=10.11$, $SD=2.69$; $M=55.42$, $SD=6.39$; $M=4.45$, $SD=0.38$; $M=4.18$,

$SD=0.34$; $M=4.18$, $SD=0.48$ ตามลำดับ) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ ($M=8.68$, $SD=2.55$; $M=54.02$, $SD=7.70$; $M=4.19$, $SD=0.46$; $M=3.92$, $SD=0.49$; $M=3.96$, $SD=0.58$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลจากการสนทนากลุ่ม 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มนักศึกษา อาจารย์ พี่เลี้ยง และประชาชน ประเด็นสำคัญที่พบในกลุ่มนักศึกษาสะท้อนว่ามีความรู้ ความเข้าใจ ประสบการณ์เพิ่มขึ้น ได้รู้จักการเป็นทีมแบบสหวิชาชีพมากขึ้น มีเพื่อนต่างสถาบันเพิ่มขึ้น และควรมีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และฝึกปฏิบัติในพื้นที่จริง ต่อไปทุกปี กลุ่มอาจารย์ได้สะท้อนว่านักศึกษาที่มีความตั้งใจในการเรียนรู้ ปรับตัวได้ แม้ไม่เคยมีประสบการณ์การลงชุมชนแบบสหวิชาชีพมาก่อน และควรมีกิจกรรมเพิ่มทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูล การสัมภาษณ์ และการเรียนรู้โดยเน้นชุมชนเป็นฐาน กลุ่มพี่เลี้ยงสะท้อนว่านักศึกษาที่มีความรับผิดชอบ แม้จะมีเวลาจำกัดนักศึกษาได้พยายามหาช่องทางในการปรึกษา อาจารย์ และพี่เลี้ยงมากขึ้น ควรเน้นชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหามากขึ้น กลุ่มประชาชนสะท้อนว่า ผลงานนักศึกษาทำได้เหมาะสมกับเวลา แม้จะมีเวลาจำกัด ประชาชนมีความพึงพอใจมาก ที่มีนักศึกษามาเยี่ยมที่บ้าน รวมถึงให้คำแนะนำในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

อภิปรายผล

1. การวิเคราะห์สถานการณ์การเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ และการศึกษาสถานการณ์จริงเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสารณสุขชุมชน สาขาทันตสาธารณสุข สาขาการแพทย์แผนไทย จากการวัดระดับความรู้ของนักศึกษาสหวิชาชีพ อยู่ในระดับปานกลาง ภาพรวมระดับผลลัพธ์การเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ที่ผ่านมาการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพยังเป็นเรื่องใหม่ นักศึกษาแต่ละสาขาวิชามีเพียงการเรียนรู้บทบาทของตนเองในการปฏิบัติงาน แต่ยังขาดการเรียนรู้ร่วมกันในแต่ละวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sarakshetrin, Sriyasak, Ketin, & Rongmuang (2019) โดยเฉพาะการเรียนรู้จากสถานการณ์จริง ที่ใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ นอกจากนี้การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรและเสริมหลักสูตร ยังไม่มีหลักสูตรกลางหรือรายวิชาที่จัดให้นักศึกษาสหสาขาวิชาชีพได้เรียนรู้ต่างสาขาวิชาชีพร่วมกัน เนื่องจากเนื้อหาในหลักสูตรแต่ละวิชาชีพมีค่อนข้างมาก ดังนั้นจึงควรมีการวางแผนในการจัดการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ โดยให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพก่อนดำเนินกิจกรรม นอกจากนี้ นักศึกษามีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสาขาวิชาชีพเพิ่มขึ้น จึงควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และฝึกปฏิบัติในพื้นที่จริงโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

2. รูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน พบว่าหลักสูตรการสอนของสถาบันพระบรมราชชนก สำหรับนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่ผ่านมายังไม่มีเนื้อหาการเรียนรู้เกี่ยวกับการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ส่วนการสร้างรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้สถานศึกษามีคู่มือการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ ที่พัฒนาขึ้น และพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานเป็นนักศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพ มีความสอดคล้องกับการเรียนรู้ที่บูรณาการเนื้อหาความรู้ของแต่ละสาขาวิชาชีพ การฝึกประสบการณ์ ซึ่งกระบวนการเรียนรู้ที่ใช้ในครั้งนี้มีจุดเด่นและความแตกต่างจากการเรียนรู้ในสหสาขาวิชาชีพที่ผ่านมาหลายประการ ตั้งแต่เริ่มวางหลักการและแนวคิด วัตถุประสงค์ การทำความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย แนวคิด และวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ โดยมีการเตรียมความพร้อมของผู้บริหารในการสนับสนุนเชิงนโยบาย ทีมอาจารย์ผู้สอนในการสนับสนุนการเรียนรู้ (Learning Support) และกระตุ้นการเรียนรู้ (Learning Facilitator) พี่เลี้ยงในชุมชน (Learning Mentor) ตลอดจนการเตรียมความพร้อมของนักศึกษา ให้เป็นนักศึกษาเชิงรุก (Active Learning) ใช้การสร้างความรู้ความเข้าใจ สลายตัวตน การสร้างทัศนคติปรับกระบวนการเรียนรู้ให้นักศึกษารู้จัก สติสัมปชัญญะ เหตุปัจจัยที่ทำให้รู้จักสิ่งที่ปรากฏ การบูรณาการจากกิจกรรมนี้ ให้นำไปสู่เรื่องการสื่อสาร การสังเกต การสร้างสัมพันธภาพ การสร้างทีมงานและการบริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ทำ

กิจกรรมสร้างพลังการเรียนรู้ (Mindfulness Empowerment) เพื่อกระตุ้นความใส่ใจหลังจากทำกิจกรรมให้นักศึกษามีการสะท้อนตรงความรู้สึก (Mind Reflection) ซึ่งหากสะท้อนตรงตามความรู้สึกจริงที่เกิดขึ้นกับใจ ย่อมแปลได้ว่ามี สติสัมปชัญญะ “เมื่อคิดเอาตัวเองเป็นตัวกำหนด งานย่อมไม่บรรลุเป้าหมาย” ทั้งกิจกรรมล้วนเกิดจากคนสองคน ร่วมกันทำงาน เป็นฐานมุ่งให้รู้จักวิธีการเรียนรู้ตามสภาพที่เป็นจริงสืบสาวหาเหตุปัจจัย และมุ่งการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ประสบการณ์วิธีการเรียนรู้ในรูปแบบผู้เรียนเชิงรุก มีการสะท้อนคิดในกระบวนการเรียนรู้ (Johns, 2000) โดยมุ่งหวังจะให้บัณฑิต เห็นคุณค่าของการทำงานร่วมกันที่มีสุขภาพของประชาชนเป็นตัวตั้ง มากกว่าสิ่งอื่นใด โดยไม่ต้องรอนโยบายหรือคำสั่ง เพราะทีมงานที่ดี ต่างให้ความร่วมมือที่จะก่อประโยชน์ในผลลัพธ์ที่ดี

นอกจากนี้ยังมีการเสริมความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคโดยใช้ชุมชนเป็นฐานการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ การฝึกทักษะ การเรียนรู้ การทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพโดยใช้กระบวนการกลุ่มและการสะท้อนคิดในการแก้ปัญหาจากโจทย์สถานการณ์ จากนั้นเป็นการศึกษาในสถานการณ์จริงในชุมชน โดยใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ซึ่งการเรียนรู้ในระยะเริ่มแรกการฝึกสถานการณ์จริงโดยใช้การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นกรณีศึกษาบุคคลในการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาเน้นการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน (Sarakhetrin, Sriyasak, Ketin, & Rongmuang, 2019) แต่การศึกษารั้งนี้เน้นการสร้างเสริมสุขภาพในทุกช่วงวัย ของครอบครัวในชุมชนที่ได้ฝึกประสบการณ์ตรง ซึ่งควรนำไปประยุกต์ใช้ เพื่อที่จะพัฒนานักศึกษาในทุกชั้นปีอย่างเป็นระบบ ส่วนขั้นตอนที่สำคัญในกระบวนการเรียนรู้ ได้แก่ การสะท้อนคิด เป็นการเรียนโดยเข้าใจความหมายของข้อมูลอย่างทอ่งแท้ (Nielsen, 2016) ดังนั้นในการใช้รูปแบบการเรียนรู้ครั้งนี้ในแต่ละครั้ง นักศึกษาจะได้สะท้อนคิด เกิดการเรียนรู้เชิงลึกและสรุปการเรียนรู้

สำหรับประเด็นที่ต้องมีการพัฒนาสำหรับรูปแบบการเรียนรู้ ครังนี้ ควรมีการเพิ่มเติมเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะสร้างสรรค์นวัตกรรม (Innovative and Creative Thinking) การเรียนรู้ในยุคเทคโนโลยีที่สร้างนวัตกรรมพลิกผัน (Disruptive Innovation) รวมถึงการใช้เทคโนโลยีทางสุขภาพ (Digital Health) การใช้ฐานข้อมูล (Big Data) เพื่อเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ และเชื่อมโยงในการคิดหาวัตกรรมเชิงสร้างสรรค์ ในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในชุมชน

3. การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพฯ ประกอบด้วย การวัดความรู้เกี่ยวกับสหสาขาวิชาชีพ ผลลัพธ์การเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพ ทักษะการทำงานร่วมกันของนักศึกษาสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย การรับรู้ด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านพฤติกรรม ภาวะผู้นำของศึกษาสหสาขาวิชาชีพ พบว่าสูงขึ้น ทุกด้านหลังจากการนำรูปแบบไปใช้แล้ว ทั้งนี้เนื่องจากผู้สอนใช้แนวคิดการเรียนรู้เชิงรุก ร่วมกับการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงและนำรูปแบบการเรียนรู้ไปทดลองใช้และได้มีการปรับปรุงรูปแบบอย่างต่อเนื่อง ตามข้อเสนอแนะและแก้ไขให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาได้พบว่าประสิทธิผลของการจัดการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพเปรียบเทียบกับจัดการเรียนรู้แบบปกติในการดูแลผู้รับบริการ ผลลัพธ์ในการดูแลและการปฏิบัติมีผลดีขึ้น (Zwarestein, Reeves, Barr, Hammick, Koppel, & Atkins, 2000) นอกจากนี้ การศึกษาอื่น ๆ ได้รายงานผลว่ามีผลดีต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ และการทำงานเป็นทีม เพิ่มความสามารถทางสุขภาพจิต แต่มีบางการศึกษารายงานว่าผลไม่แตกต่าง เพราะว่าการที่ศึกษาที่ผ่านมาค่อนข้างน้อย และมีกิจกรรมที่แตกต่างกัน ทำให้ไม่สามารถสรุปได้ (Hosny, Kamel, El-Wazir, & Gilbert, 2013) อย่างไรก็ตามขึ้นอยู่กับการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล ที่พบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมรู้สึกดีที่ได้เรียน มีความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการทำงานร่วมกัน (Collaborative Working) และสามารถพัฒนาการบริการและส่งผล การดูแลดีขึ้น (Reeves, Zwarestein, Goldman, Barr, Freeth, Barr, et al., 2008) โดยมีเงื่อนไขสู่ความสำเร็จของการนำรูปแบบการเรียนรู้ไป ใช้ คือ ภาวะผู้นำ ในการสนับสนุนเชิงนโยบายของผู้บริหารสถานศึกษา การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง และการใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ ที่ทำให้รูปแบบการเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Rittikoop, 2018)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มีการนำรูปแบบการเรียนรู้ร่วมสหสาขาวิชาชีพซึ่งเป็นนวัตกรรมการเรียนการสอนแบบใหม่ที่สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ให้นักศึกษาฝึกประสบการณ์ในการเรียนรู้และทำงานร่วมกับนักศึกษาในสาขาวิชาชีพอื่น ๆ โดยขยายผลให้ครอบคลุมวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกและมหาวิทยาลัยอื่นๆ รวมถึงเครือข่ายการเรียนรู้ในชุมชน
2. สถาบันอุดมศึกษาสามารถนำกิจกรรมการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพแบบบูรณาการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ไปเป็นกระบวนการในการส่งเสริมทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ในหลายมิติ
3. สถาบันพระบรมราชชนก ควรนำไปกำหนดการจัดทำหลักสูตรร่วมกันและ/หรือร่วมกับสถาบันอุดมศึกษาอื่น ๆ เช่น การวางนโยบาย วางแผนการพัฒนานักศึกษาให้มีการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพฯ ตั้งแต่ปีที่ 1 ถึง ปีที่ 4 เพื่อทำให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ
4. สถาบันพระบรมราชชนก ควรนำผลลัพธ์วิจัยไปใช้โดยกำหนดหลักสูตรหรือรายวิชา เพื่อให้นักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ สังกัดสถาบันพระบรมราชชนกได้เรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพทุกชั้นปี ซึ่งเป็นการสร้างเสริมคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์
5. สถาบันการศึกษาสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ควรจัดโครงการหรือกิจกรรมเสริมหลักสูตร เพิ่มให้นักศึกษาสหสาขาวิชาชีพ ได้เรียนรู้ร่วมกันและสร้างสัมพันธ์ภาพก่อนสำเร็จ การศึกษาและก่อนไปทำงานจริงร่วมกัน เพื่อลดปัญหาการทำงานเป็นทีมในการปฏิบัติงานเมื่อสำเร็จการศึกษา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ด้านการบริหาร ควรทำวิจัยเชิงระบบการจัดการเรียนการสอน ที่จะเป็นการวางนโยบาย วางแผนการพัฒนานักศึกษาให้มีการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน
2. ด้านการศึกษา ควรติดตามและการวิเคราะห์สมรรถนะ รวมทั้งทักษะของนักศึกษาแบบสหวิชาชีพของนักศึกษาแต่ละชั้นปีอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะสำเร็จการศึกษา
3. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาวิจัยขยายผลและ ติดตามผลที่เกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยใช้ชุมชนเป็นฐานการเรียนรู้ของนักศึกษาสหวิชาชีพในทุกชั้นปี
4. ด้านปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการวิจัยติดตามความสามารถในการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ และผลลัพธ์การปฏิบัติงานของบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาเพื่อเกิดความยั่งยืนในการจัดการสุขภาพของชุมชนที่มีประสิทธิภาพ

References

- Crabee, B. F., & Miller, W. L. (1992). *Doing Qualitative Research*. London: SAGE Publications.
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient Alpha and the Internet Structure of Tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Fox, L., Onders, R., Hermansen-Kobulnicky, C. J., Nguyen T. N., Myran L., Linn B., et al, (2018). *Teaching Interprofessional Teamwork Skills to Health Professional Students: A Scoping Review* *Journal of Interprofessional Care*, 32(2), 127-135.
- Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B., & Anderson, E. R. (2010). *Multivariate Data Analysis*. (7th ed). New Jersey: Pearson Education.
- Hosny, S., Kamel, M. H., El-Wazir, Y., & Gilbert, J. (2013). *Integrating Interprofessional Education in Community - Based Learning Activities: Case Study*, Suppl(1), S68-S73. doi:



- 10.3109/0142159X.2013.765550. Retrieved March 4, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23581899>
- Johns, C. (2000). *Becoming a Reflective Practitioner: a Reflective and Holistic Approach to Clinical Nursing, Practice Development and Clinical Supervision*. Oxford: Blackwell Science.
- Mahajan, R., Mohammed, C. A., Sharma, M., Gupta P., & Singh T. (2018). Interprofessional Education: An Approach to Improve Healthcare Outcomes. *Indian Pediatrics*, 55, 241–249. Retrieved March 9, from <https://doi.org/10.1007/s13312-018-1326-0>
- Nielsen, A. (2016). Concept-Based Learning in Clinical Experiences: Bringing Theory to Clinical Education for Deep learning, *Journal of Nursing Education*, 55(7), 365-371.
- Praboromarajchanok Institute Strategic Plan, (2020-2024). *Praboromarajchanok Institute Strategic Plan*. Retrieved March 9, 2020 from http://www.bcnb.ac.th/bcnb/uploads/documents/wg2/20190820_165729_121_4050.pdf
- Putthasri, W., & Chuenkongkaew, W. (2017). *The Report on 3rd Annual National Health Professional Education Reform Forum: ANHPERF "IPE towards Thai Health Team"*. Nonthaburi: P.A Living Ltd.; Bangkok, Thailand. (in Thai)
- Rajiah, K., & Maharajan, M. (2016). Frammework for Action to Implement Interprofessional Education and Collaborative Practice in Pharmacy and Allied Health Sciences Program in India. *India Journal of Phamaceutical Education and Research*, 50(2), 238-245.
- Reeves, S., Zwarestein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D., Hammick, et al. (2008). Interprofessional Education: Effects on Professional Practice and Health Care Outcomes. *Coachrane Database of Systemic Reviews*. DOI: 10.1002/14651858.CD00213.pub2.
- Rittikoop, W. (2018). Community-Based Learning: Effective Pedagogy Strategies for Teachers in the 21st Century. *Graduate School Journal*, 11(3), 179-191.
- Royal Thai Government Gazette. (2019). *Royal Thai Government Gazette*. Retrieved March 9, 2020 from http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/A/082/T_0001.PDF
- Sarakshetrin, A., Sriyasak, A., Ketin, V., & Rongmuang, D., (2019). A Development of Interprofessional Education Learning Model for Health Promotion among the Elderly in the Community. *Journal of Health and Nursing Research*, 35(2), 140-152.
- The Employers Satisfaction for Graduate. (2559-2561). *The Employers Satisfaction for Graduate Students from Boromarajonnani College of Nursing, Buddhachinaraj*. Annual Report of Academic Affair of Boromarajonnani College of Nursing, Buddhachinaraj.
- World Health Organization. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. (WHO/HRH/HPN/10.3)
- Zwarestein, Reeves, Barr, Hammick, Koppel, & Atkins. (2000) *Interprofessional Education: Effects on Professional Practice and Health Care Outcomes*. Retrieved March 4 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11279759>.



พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน :กรณีศึกษาจังหวัดยะลา

Homebound Older Adults Health Promoting Behaviors and Related Factors in a Muslim Cultural Context: A Case Study in Yala Province

นิรัชรา ลิลละฮ์กุล^{1*} และ ปัทมา สุพรรณกุล²

Niratchara Lillahkul^{1*} and Pattama Supanakul²

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา¹,
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร²

Sirinthon Collge of Public Health, Yala^{1*}, Faculty of Public Health Naresuan University²

(Received: March 15, 2019; Revised: January 28, 2020; Accepted: March 04, 2020)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้าน ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย สิงหาคม 2561- ธันวาคม 2561 ผู้ให้ข้อมูลคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดจาก 3 อำเภอในจังหวัดยะลา โดยแบ่งผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่เป็นผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านจำนวน 14 คน 2) ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านจำนวน 14 คน 3) กลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ/เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพจำนวน 44 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลักการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic Analysis) ผลการวิจัยพบว่า

1. พฤติกรรมของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านใน 3 ลักษณะคือ 1) รับประทานเป็นหม้อรับประทานพร้อมกัน ไม่แยกรสชาติ 2) ออกกำลังกายบ้าง ไม่ออกกำลังกายบ้าง ทุกอย่างถูกกำหนดมา 3) ศรัทธาทุกเมื่อเพื่อโลกหน้า

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน มี 4 ปัจจัย ดังต่อไปนี้ 1) การรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ 2) ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน 3) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน 4) ความเชื่อ หลักศาสนา และวิถีทางวัฒนธรรม

บุคลากรสุขภาพหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถใช้เป็นแนวทางในดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีทางวัฒนธรรมของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน และเป็นข้อมูลพื้นฐานการวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิม, ผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้าน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: lahnirajra@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 086-9619262)

Abstract

This qualitative study aimed to study health promoting behaviors, and factors related to health promotion behaviors among homebound older adults in a Muslim cultural context. Participants were selected from 3 districts of Yala province, using purposive sampling. They were divided into 3 groups: 1) fourteen (14) Muslim older adults with homebound condition, 2) the primary caregivers of those elderly, 3) forty-four (44) volunteers /health personnel. Data were collected by in-depth interviews, focus group discussion, and observation without participation in the period between August 2018 and December 2018. Data were analyzed using thematic analysis.

Results suggest that health behaviors among Muslim older adults with homebound condition included: 1) eating the same food (same taste) as their relatives, 2) lack of regular exercise, as well as life was destined by God, and 3) belief in the next world. Factor related to the health promoting behaviors of the elderly were: 1) perception about health promotion, 2) the primary caregivers, 3) supportive environment to health promoting behaviors, 4) beliefs, religion, and culture.

Health personnel or related agencies should use the research findings to promote health among homebound older adults in accordance with Muslim cultural context.

Keywords: Health Promoting Behaviors, Homebound Elderly, Muslim

บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเพิ่มขึ้นจาก 600 ล้านคนเป็น 2 พันล้านคน (World Health Organization, 2017) สำหรับประเทศไทยนั้น ในปี 2548 มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 10, ปี 2557 ประชากรสูงอายुर้อยละ 15 และในปี 2564 คาดการณ์ว่าประชากรสูงอายุ จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ซึ่งจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Nawnpunyai, 2018) ซึ่งสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเป็นผลมาจากอัตราการเกิดที่ลดลง จากการดำเนินการวางแผนครอบครัว ร่วมกับอัตราการตายที่ลดลง เนื่องจากการนำเอาวิทยาการทางการแพทย์สมัยใหม่มาใช้ การควบคุมโรคติดเชื้อที่สำคัญ การขยายบริการทางการแพทย์ ทำให้ประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น ตลอดจนผลจากการขยายตัวทางเศรษฐกิจ ส่งผลทำให้รายได้ส่วนบุคคลเพิ่มขึ้น ทำให้มีความสามารถในการใช้จ่ายป้องกันและรักษาสุขภาพเพิ่มขึ้น (Prachuamoh, 2014) การเป็นสังคมผู้สูงอายุส่งผลทำให้สัดส่วนการพึ่งพาของประเทศเพิ่มสูงขึ้น ทางด้านเศรษฐกิจ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะมีรายได้ไม่พอรายจ่าย (Chayovan, 2015) และยังส่งผลต่ออัตราการพึ่งพาของประชากรวัยแรงงานต่อภาระการเลี้ยงดูผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้วัยแรงงานต้องรับภาระการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น (Ministry of Social Development and Human Security, 2016) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 50 มีปัญหาด้านสุขภาพ มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบต่อมไร้ท่อ โรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (The National Commission on the Elderly, 2006) ภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุเหล่านี้จึงต้องการผู้ดูแล ส่งผลต่อความผาสุกของครอบครัว จนบางครั้งทำให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัวได้ สัมพันธภาพในครอบครัวลดลง เนื่องจากผู้ดูแลโดยสมาชิกในครอบครัว ไม่เพียงแต่ไม่ได้รับค่าตอบแทน แต่ต้องใช้เวลาและแรงงานค่อนข้างมาก (Koonnarong, Thaniwatananont and Kitrungrrote, 2012; Sihapark, Chuengsatiansup & Tengrang, 2013; Gray and Thapsuwan, 2014)

วิถีของการดำเนินชีวิตของชาวไทยมุสลิมในจังหวัดยะลา ซึ่งเป็นจังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่มีวัฒนธรรม ความเชื่อ ศาสนา มีผลต่อการดำเนินชีวิตของชาวไทยมุสลิมจังหวัดชายแดนภาคใต้ เนื่องจากอิทธิพลของ

และมีความโดดเด่นแตกต่างจากจังหวัดอื่น ๆ ในประเทศไทย ทั้งด้านภาษา ศาสนา วัฒนธรรมและการดำเนินชีวิต ส่วนใหญ่พูดภาษามลายูท้องถิ่น มีสภาพความเป็นอยู่ วิถีชีวิต สังคม ประเพณีและวัฒนธรรมต่าง ๆ ตามหลักศาสนาอิสลาม มีลักษณะพิเศษเฉพาะท้องถิ่น เป็นพิธีแบบชาวบ้านและดั้งเดิม มีความยึดมั่นในหลักคำสอนของศาสนา ดำเนินชีวิตภายใต้หลักศรัทธาและหลักปฏิบัติ (Yeerae, 2010) การรับประทานอาหาร ให้ความสำคัญกับอาหารที่ฮาลาล มีการออกกำลังกายในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่เป็นการเดิน การวิ่ง ปั่นจักรยาน และมีกิจกรรมเคลื่อนไหว เช่น การทำงานบ้าน สตรีมีข้อจำกัดในการออกกำลังกายโดยต้องแต่งกายมิดชิด สถานที่ที่เป็นสัดส่วน จัดการอารมณ์โดยยึดมั่นในกฎสภาวะการณของอัลลอฮ์ (ช.บ) ยอมรับในสิ่งที่เกิด มีความพอใจ และมีความเพียงพอในการดำเนินชีวิต มีการละหมาดเพื่อให้จิตใจสงบ ยึดมั่นในหลักคำสอน ของศาสนาอิสลาม (ช.ล) อย่างเคร่งครัด (lilahkul, & Supannakul, 2018)

จากสถานการณ์ของการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นทั่วโลก องค์การอนามัยโลกจึงเห็นความสำคัญของการกำหนดกลยุทธ์ เพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยมุ่งการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี ส่งเสริมการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จัดระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และมีการพัฒนาการวิจัยด้านผู้สูงอายุ (WHO, 2017) ซึ่งเป้าหมายของการบริการผู้สูงอายุโดยภาพรวม อยู่ที่การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันภาวะทุพพลภาพ (Prevent Disability) และการส่งเสริมความเป็นอิสระ (Enhance Independence) แต่เนื่องจากผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมมีลักษณะทางสังคม วิถีวัฒนธรรม หลักการทางศาสนา ที่เป็นบริบทเฉพาะ ดังนั้นการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมจึงแตกต่างกัน ร่วมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มก็แตกต่างกัน เช่น กลุ่มติดบ้าน (Home Bound Elder) มีความจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาจมีโรคเรื้อรัง จึงเน้นการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน บางส่วน ป้องกันการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่และภาวะทุพพลภาพแต่เริ่ม เน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุเพิ่มสุขภาวะ ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (Bed Bound Elder) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง เน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และป้องกันการเกิด ทุพพลภาพสามารถดำเนินชีวิตตามอัตภาพ เป็นต้น ดังนั้น การศึกษาถึงพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเป็นบริบทเฉพาะ จึงมีความสำคัญ เพื่อการกำหนดกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้สอดคล้องต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ในพื้นที่จังหวัดยะลา โดยกำหนดคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุ กำหนดคุณสมบัติ คือ 1) เป็นผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลาม 2) อยู่ในภาวะติดบ้าน ซึ่งผ่านการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยใช้ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) มีคะแนน ระหว่าง 5-11 คะแนน 3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย หรือ ภาษามลายูท้องถิ่น จำนวน 14 ราย
2. ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน กำหนดคุณสมบัติคือ 1) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านในกลุ่มที่ 1 2) มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านอย่างน้อย

3 เดือน หรือผ่านการอบรมหลักสูตรพื้นฐานของผู้ดูแล 3) สามารถสื่อสารทั้งภาษาไทย หรือภาษามลายูท้องถิ่น
4) สมัครใจในการให้ข้อมูล จำนวน 14 ราย

3. กลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ/เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพ กำหนดคุณสมบัติคือ 1) กลุ่มอาสาสมัครดูแล
ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์รับผิดชอบการดูแลงานผู้สูงอายุอย่างน้อย 3 เดือนหรือ ผ่านการ
อบรมหลักสูตรพื้นฐานเพื่อเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อพส) 2) เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพ มีประสบการณ์รับผิดชอบ
การดูแลงานผู้สูงอายุอย่างน้อย 3 เดือน หรือ ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager)
3) สมัครใจในการให้ข้อมูล จำนวน 44 ราย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. เสียชีวิตระหว่างดำเนินการวิจัย
2. อาการป่วยด้วยโรคประจำตัวที่ทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น จนไม่สามารถให้ข้อมูลได้
3. ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย
4. ถอนตัวออกจากกรวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีเครื่องมือในการ
เก็บรวบรวมอื่น ๆ ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แนวคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับพฤติกรรมและปัจจัยที่
เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มี
ภาวะติดบ้าน ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ปัญหาอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ 3) แบบบันทึกภาคสนาม (Field Note)
และ 4) อุปกรณ์สนามเช่น เทปบันทึกเสียง สมุด ปากกา เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่
เกี่ยวข้อง นำให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความครอบคลุมของข้อคำถาม และความเหมาะสม และนำไปทดลองใช้
(Pilot Study) กับผู้ให้ข้อมูล เพื่อทดสอบความชัดเจนและความครอบคลุม และมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าพบผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและประสานการคัดเลือกผู้ให้
ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนด เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ อธิบาย
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นนัดหมายกับผู้ให้ข้อมูลถึงเวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์
และการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มตามแนวคำถามที่เตรียมไว้ โดยผู้วิจัยใช้ภาษาที่สามารถ
เข้าใจกันทั้ง 2 ฝ่าย ได้แก่ภาษายาวี และภาษาไทยสลับกันเพื่อความกระจ่างถึงสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลเล่า และขออนุญาต
บันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายให้สัมภาษณ์ โดยใช้เวลาระหว่าง 35-
60 นาทีต่อครั้ง ส่วนการสนทนากลุ่มใช้เวลาประมาณ 1-2 ชมต่อกลุ่ม นอกจากนี้ผู้วิจัยใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วน
ร่วมควบคู่ไปกับการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม โดยสังเกตบรรยากาศขณะสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม
สีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง รวมทั้งพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล และจดบันทึกภาคสนามถึงสิ่งที่ได้จากการสัมภาษณ์และ
การสนทนากลุ่ม

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยสร้างความน่าเชื่อถือ ตามแนวคิดของลินคอล์นและกิวบา คือ การสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล
(Prolonged Engagement) การยืนยันความถูกต้องของข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลทุกราย (Member Checking)
ร่วมกับ การตรวจสอบเส้าด้านวิธีการ จากวิธีการเก็บข้อมูลที่หลากหลาย โดยการใช้วิธีการสังเกตแบบไม่มี
ส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และ การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation)
เน้นการตรวจสอบข้อมูลที่ได้มาจากแหล่งต่าง ๆ นั้นมีความเหมือนกันหรือไม่ ทั้งในส่วนของตรวจสอบโดย
การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบไม่มี

ส่วนร่วม การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม ซึ่งหากทุกแหล่งข้อมูลพบว่าได้ข้อค้นพบเหมือนกัน แสดงว่าข้อมูลนั้นมีความถูกต้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ด้วยวิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) (Jiratwattanukul, 2009) ซึ่งมีขั้นตอนการวิเคราะห์ ดังต่อไปนี้ 1) ดำเนินการถอดเทปคำต่อคำจากการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม อ่านและทำความเข้าใจในข้อความ หรือถ้อยคำต่าง ๆ ที่ปรากฏในบันทึกที่ได้จากการถอดเทป และการบันทึกภาคสนาม (Field Note) 2) จัดประเด็นสำคัญตั้งเป็นดัชนี แล้วจัดระบบให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยได้อ่านข้อความในบันทึกภาคสนาม เอกสารจากการถอดเทป บทสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มของผู้ให้ข้อมูล แล้วนำมาจัดประเด็นตั้งเป็นดัชนี 3) จัดหมวดหมู่จำแนกประเภท 4) ตีความและตรวจสอบความหมาย โดยผู้วิจัยตีความจากข้อมูล และดำเนินการตรวจสอบความหมายโดยการตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล การนำผลการตีความไปให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยัน ตรวจสอบกับวรรณกรรมที่มีอยู่ เช่น พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพว่ามีความสอดคล้องกับการตีความของผู้วิจัยหรือไม่ 5) สร้างข้อสรุป จากดัชนี หมวดหมู่ และความหมายทั้งหมด

จริยธรรมวิจัย

ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ 0124/61 รับรอง 19 กรกฎาคม 2561 วันหมดอายุ 19 กรกฎาคม 2562

ผลการวิจัย

1. ผู้ให้ข้อมูลคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดจาก 3 อำเภอในจังหวัดยะลา โดยแบ่งผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่เป็นผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านที่สัมภาษณ์จำนวน 14 คน 2) ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านที่สนทนากลุ่มจำนวน 14 คน 3) กลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ/เจ้าหน้าที่ที่มัสยิด จำนวน 44 คน

2. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน

ผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทย ใน 3 ลักษณะ คือ 1) รับประทานเป็นหม้อ รับประทานพร้อมกัน ไม่แยกรสชาติ 2) ออกกำลังกายบ้าง ไม่ออกกำลังกายบ้าง ทุกอย่างถูกกำหนดมา 3) ศรีธำทุกเมื่อเพื่อโลกหน้า

2.1 รับประทานเป็นหม้อ รับประทานพร้อมกัน ไม่แยกรสชาติ

ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่ม ให้ข้อมูลที่สอดคล้องกันว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน เป็นไปในลักษณะของการบริโภคที่ขึ้นอยู่กับบริบทของสมาชิกในครอบครัว หรือ การบริโภคอาหารที่เป็นไปตามการปรุงอาหารของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในบ้านที่รับผิดชอบ ไม่มีการจัดทำอาหารเฉพาะให้กับผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน โดยเฉพาะผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านที่มีโรคประจำตัว ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน นอกจากนั้นในส่วนของอาหารเข้า โดยทั่วไปผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน จะได้รับอาหารที่ผู้ดูแลซื้อจากร้านค้า เช่น ข้าวยา ข้าวเหนียวปลาเค็ม ซึ่งอาจเนื่องมาจาก ประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพกรีดยาง ซึ่งทำให้ไม่มีเวลาในการเตรียมอาหารเข้า เนื่องจากการกรีดยางต้องไปกรีดยางแต่เช้ามีด ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านไม่ได้รับการบริโภคอาหารที่เหมาะสมและสอดคล้องกับลักษณะของโรคและอายุที่ตนเองประสบอยู่ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“แต่ละวันเมาะกินอะไรบ้างเหอ ตอนเช้าก็ข้าวยา ตอนเที่ยงก็แล้วแต่ลูกเขาทำนะ แต่เมาะชอบกินบูดู อีแกตแม (ปลาหลังเขียว) มันติดปาก กินมาตั้งแต่เด็ก ๆ แล้วไม่ได้กินแล้วเหมือนขาดอะไรไปนะ มันไม่อร่อย กินข้าวไม่เยอะ” ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมฯ

“ตอนเข้าก่อนไปกรีดยาง เราก็จะซื้อข้าวยามาตั้งไว้ให้แซ (ตา) กินนะ เพราะเราต้องรีบไปกรีดยาง ไม่มีเวลาทำหรรอช่วงเช้า กลับมาเที่ยงกว่า ๆ ก็ทำกับข้าวตอนเที่ยง ส่วนใหญ่ก็ทำเหมือนกันทั้งบ้านแหละ...มันลำบากนะ ทำอาหารเฉพาะโรค มันเสียเวลาเราด้วย หรือ บางทีแซไม่ชอบ เราทำ แซก็ไม่กิน พอไม่กินก็ไม่มีแรง เราอยากให้แซกินข้าวตามที่แซเขาชอบ” ผู้ดูแล

2.2 ออกกำลังกายบ้าง ไม่ออกกำลังกายบ้าง ทุกอย่างถูกกำหนดมา

ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่ม ให้ข้อมูลที่สอดคล้องกันว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านจะเป็นไปในลักษณะของการเคลื่อนไหวร่างกายที่ไม่ต่อเนื่องและไม่สม่ำเสมอ และไม่เข้าใจในหลักของการออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวอย่างแท้จริง เช่น การเดินเล่นเล็ก ๆ น้อย ๆ การยกแขนขาบ้าง และส่วนใหญ่จะทำไม่ต่อเนื่องและไม่สม่ำเสมอ และนอกจากนั้น ผู้สูงอายุยังไม่ได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมการเคลื่อนไหว ในผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านบางราย ยังมีแนวคิดของการศรัทธาต่อภคสภาวะการณของพระเจ้า โดยมีความคิดว่า การจะมีสุขภาพที่ดี คือ การกำหนดโดยพระเจ้า ซึ่งไม่จำเป็นที่จะต้องออกกำลังกาย ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“...จะออกกำลังกายไปทำไม แก่แล้ว ไม่มีแรงแล้ว ไม่รู้จะตายไปเมื่อไร ตอนนี่ก็ทำอามาลอฮิบาตะให้เยอะ ๆ เตาบัต (ขออภัยโทษจากอัลลอฮ์) ก็พอแล้วแหละ ออกไปก็ไม่ว่างแล้ว ชีวิตมันถูกกำหนดแล้ว...” ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิม

“คนบ้านเราส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกายหรอก...ถ้าเป็นผู้สูงอายุที่เดินได้ อย่างมากก็ทำสวน ยิ่งถ้าคนไข้ติดบ้าน ติดเตียงนี่คือไม่ออกเลย ส่วนน้อยมากที่จะทำ (ออกกำลังกาย)...เหมือนคนไข้ Stroke นี้ ถ้าวันไหนเราไปบอกไปกระตุ้นให้เขาทำ เขาก็ทำแปบเดียวพอหลังจากนั้นก็ไม่ได้ทำแล้ว...” เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำรพ.สต.

2.3 ศรัทธาทุกเมื่อเพื่อโลกหน้า

ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่ม ให้ข้อมูลที่สอดคล้องกันว่า ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านส่วนใหญ่มีการรับรู้ถึงความสูงอายุนและความชราที่เกิดขึ้นกับตนเอง และเตรียมพร้อมสำหรับการไปโลกหน้า หรือ โลกอาคีรัต ดังนั้นผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมจึงไม่ได้ให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพเท่าที่ควร รับประทานอาหารทั่วไปที่มีอยู่ เป็นอาหารที่ตนเองชื่นชอบ โดยไม่คำนึงถึงอาหารเฉพาะโรคที่ควรรับประทาน ไม่กระตือรือร้นที่จะออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมการเคลื่อนไหว แต่จะใช้เวลาส่วนใหญ่นกับการประกอบศาสนกิจหรือ การทำอิบาตะกับอัลลอฮ์ (ซ.บ) ซึ่งส่วนใหญ่จะประกอบด้วยการละหมาด 5 เวลา, การซิกิรุลลอฮ์ (การระลึกถึงอัลลอฮ์โดยการกล่าวนามอัลลอฮ์) แต่ก็มีผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านบางส่วน ที่นั่งหรือนอนเฉย โดยไม่ได้ประกอบศาสนกิจ โดยการละหมาด เนื่องจากมีข้อจำกัด แต่ก็ยังซิกิรุลลอฮ์ เป็นต้น การกระตุ้น/ส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายจากผู้ดูแลหรือทีมสุขภาพจึงไม่ค่อยได้ผลเท่าที่ควร เนื่องจากผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านเหล่านี้ มักจะให้ความสำคัญกับการเตรียมตัวเพื่อโลกหน้า ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“...ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุบ้านเราก็ก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุก็จะเข้าทางศาสนามากขึ้น...คนไข้ติดบ้านติดเตียงส่วนใหญ่เขาก็จะปฎิญาณตน จะละหมาด ครบนะ ยกเว้นแต่คนที่ป่วยจริง ไม่ว่าง ถือศีลอดไม่ได้เขาก็จะขด...บางคนละหมาดไม่ว่างจริง ๆ...แต่เขาก็อยากทำนะ แต่ถ้าไม่มีคนมาช่วยเขาใส่ผ้าละหมาดแบบนี้เขาก็ทำไม่ได้...” อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน

ผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับประกอบไปด้วย 4 ประเด็น ดังต่อไปนี้ 1) การรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ 2) ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน 3) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 4) ความเชื่อ ศาสนา และวิถีวัฒนธรรม

3.1 การรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้ เป็นกระบวนการที่ตีความของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านต่อการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้ความรู้ ประสบการณ์และความเข้าใจ จากข้อค้นพบในครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน เป็นปัจจัยเกี่ยวข้องที่สำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ จะมีพฤติกรรมที่เลือกหาอาหารที่มีประโยชน์ต่อตนเอง แม้ไม่สามารถหาด้วยตนเอง ก็จะทำให้ลูกหลานหรือผู้ดูแลจัดหาให้ จนสามารถจัดการรับรู้อุปสรรคได้ ในขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพน้อย จะมีพฤติกรรมที่รับประทานอาหารตามที่ชอบ ขัดกับโรค แม้บางครั้งผู้ดูแล จะหาอาหารเฉพาะโรค แต่ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านเหล่านั้น ก็จะปฏิเสธ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“...เราว่าคนแก่นั่นแหละสำคัญสุดนะ ว่าจะดูแลตัวเองหรือเปล่า บางคนนะพอเราแนะนำให้เดินวันละ 15-30 นาที เขาก็จะรับรู้ และพยายามปฏิบัตินะ บางทีพอเรามาเยี่ยมอีกครั้ง เขาก็จะฟ้องเรานะ เช่นว่า เนี่ยเมื่อวานไม่ได้เดินเลย เพราะลูกไม่ได้พาเดิน...คือ ทุกอย่างอยู่ที่คนแก่จริง ๆ นะ...ว่าเขาจะทำหรือไม่ทำ...”

3.2 ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน

ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านส่วนใหญ่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ไม่ครบถ้วน จึงต้องมีผู้ดูแลในการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหว การอาบน้ำ การเข้าห้องน้ำ ตลอดจนการปฏิบัติศาสนกิจในแต่ละวัน ผู้ให้ข้อมูลทุกรายสะท้อนว่า ผู้ดูแลหลักเป็นปัจจัยเกี่ยวข้องที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพราะผู้ดูแลหลักที่อยู่ในบ้านมีความสำคัญในการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดังกล่าว เช่น กรณีที่ผู้สูงอายุมีโรคความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหารที่เฉพาะโรค ต้องอาศัยผู้ดูแลหลักในการปรุงอาหาร จัดหาอาหาร และจัดเตรียมให้กับผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน การเคลื่อนไหว หรือ การออกกำลังกาย ตลอดจนการปฏิบัติศาสนกิจต่าง ๆ ก็ต้องอาศัยผู้ดูแลหลักในการดูแล ช่วยเหลือ ประคับประคอง ตลอดจนหาอุปกรณ์ที่เหมาะสมในการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว ดังนั้นผู้ดูแลหลัก จึงเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่สำคัญที่ช่วยในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งด้านการรับประทานอาหาร ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“...เมาะ (ยาย) ก็อยากเดินนะ แต่เจ็บเข่า ยืนนานไม่ได้ ถ้ามีเมาะ (ลูกสาวคนโต) มาช่วยจับและพยุงเมาะทำทุกวัน เมาะว่า เมาะก็น่าจะเดินได้มากขึ้น แต่เมาะไม่มีเวลา ต้องไปสอนทุกวัน ทุกอย่างมันต้องเมาะช่วยนะ...”

3.3 สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ นั้นหมายถึงสิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ ซึ่งประกอบด้วย บริเวณหรือสถานที่ภายในบ้านที่เอื้อต่อการออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมเคลื่อนไหวทางกายของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน ซึ่งได้แก่ พื้นที่ภายในบ้านที่กว้าง เป็นพื้นที่เสมอกัน ไม่ต่างระดับมาก มีแสงสว่างเพียงพอ มีราวเดิน หรือ ราวเกาะยื่นให้กับผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน ซึ่งสิ่งแวดล้อมเหล่านี้ จะเป็นเครื่องมือที่เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะให้ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านมีการออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมการเคลื่อนไหว สามารถมีกิจกรรมภายในบ้านโดยสะดวก กระตุ้นการเข้าถึงในการออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมการเคลื่อนไหว ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“...ลักษณะบ้านก็สำคัญนะ ที่จะช่วยให้คนแก่เดิน หรือ ออกกำลังกาย เพราะถ้าบ้านไม่มีพื้นที่ให้เดินเลย ไม่มีราวเกาะ คนแก่ก็ไม่ขยับเขยื้อน คนแก่เขาล้ม...สิ่งแวดล้อมที่เอื้อเราจึงว่าสำคัญนะ...”

3.4 ความเชื่อ หลักศาสนา และวิถีวัฒนธรรม

ชาวไทยมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีวัฒนธรรมที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะที่แตกต่างจากชาวไทยมุสลิมในภาคอื่น ๆ มีความเคร่งครัดในหลักการดำเนินชีวิตตามแนวทางของศาสนา ดังนั้นการดำเนินชีวิตในแต่ละวันจึงเชื่อมโยงกับหลักการของศาสนาอิสลาม ผู้ให้ข้อมูลสะท้อน ถึงหลักศาสนาที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน เช่น ความศรัทธาต่อกฎสถานะการณ์ของอัลลอฮ์ เชื่อในสิ่งที่อัลลอฮ์

กำหนด ทำให้บางครั้งละเลยการปฏิบัติ ซึ่งในความจริง การศรัทธาต่อกฎสถานะการณ์ของอัลลอฮ์เป็นสิ่งที่ถูกต้อง แต่อัลลอฮ์ไม่ได้ให้หนึ่งดูดา ยให้พยายามส่งเสริมสุขภาพตนเอง เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง ซึ่งจะทำให้สามารถปฏิบัติศาสนกิจได้อย่างดี นอกจากนั้น วัฒนธรรมหรือวิถีของการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านก็ยังเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงวัฒนธรรมและวิถีของการดำเนินชีวิตของชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน คือ ชอบทานอาหารประเภทแป้ง ของเค็ม ของมัน และกะทิ เช่น ข้าวเหนียวปลาเค็ม ข้าวยา ในมือเช้า ซึ่งสามารถหาซื้อได้ง่าย และมีขายในตลาด ชอบรับประทานน้ำชา และ โรตีสีโรตีสจะมีหลากหลายชนิด เช่น โรตีสานา โรตีสาย เป็นต้น วัฒนธรรมของงานเลี้ยง (มาเกบูไล๊ะ) ซึ่งมักจะมีแกงกะทิ เช่น แกงเนื้อ แกงปลาโอ ซึ่งวิถีวัฒนธรรมเหล่านี้ ทำให้ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านมีพฤติกรรมส่งเสริมที่เป็นไปตามวิถีวัฒนธรรม ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“...หลักศรัทธาของศาสนาอิสลาม สอนให้ทุกคนศรัทธาในกฎหรือสิ่งที่อัลลอฮ์ (ช.บ) กำหนด แต่คนแก่บ้านเรา ความที่ไม่อยากทำ ไม่อยากปฏิบัติ ก็จะบอกว่า ถูกกำหนดแล้ว ทำไปก็ไม่ดีหรอก ทำไปก็แบบนั้นแหละ 555...ข้า ๆ นะ เลยไม่ทำอะไร ไม่ออกกำลังกาย ไม่ควบคุมอาหาร...”

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารรับประทานเป็นหม้อรับประทานพร้อมกัน ไม่แยกรสชาติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ที่ดูแลด้านอาหารของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน มักจะเป็นลูกหรือหลานที่อยู่บ้านร่วมกัน เป็นผู้จัดการเรื่องอาหารให้กับผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน ซึ่งถือเป็นสมาชิกของบ้านที่มีจำนวนน้อย อาจจะหนึ่งคนหรือสองคน ในขณะที่สมาชิกส่วนใหญ่ มักจะเป็นลูกหลาน คู่สมรส มีจำนวนหลายคน ดังนั้นในการจัดเตรียมอาหารจึงมักเตรียมให้กับสมาชิกส่วนใหญ่ที่อาศัยอยู่ในบ้าน โดยไม่แยกรสชาติ และสามารถรับประทานได้หลาย ๆ คน ประกอบกับ ผู้ดูแลด้านอาหารมักเป็นลูกสาวหรือลูกสะใภ้ที่ต้องออกไปทำงาน ทำให้เร่งรีบและไม่มีเวลาพอในการที่จะประกอบอาหารเฉพาะโรคหรือประกอบอาหารสำหรับผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน สอดคล้องกับรายงานของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา จะมีบุตร หลาน เป็นผู้ดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากสังคมไทยในปัจจุบันครอบครัวยังคงเป็นผู้ดูแลหลักให้กับผู้สูงอายุ การปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัวแต่ละวันน้อยลง เนื่องจากลูกหลานต้องออกไปทำภารกิจของตนเอง ในขณะที่ผู้สูงอายุเองอาจมีความต้องการรับประทานอาหารที่เหมาะสม แต่ด้วยความเกรงใจจึงมักไม่ร้องขอจากผู้ดูแลแต่ให้ขึ้นอยู่กับพิจารณาตัดสินใจของผู้ดูแล (Phalasuek, & Thanomchayathawatch, 2017) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Prathumsin, Wanprasert, Piemmongkol, Jitphusa, & Tongtha (1986) ที่ได้ศึกษา พฤติกรรมการกินของประชาชนภาคใต้ของประเทศไทย พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารของประชาชนภาคใต้ มักจะรับประทานร่วมกัน รับประทานอาหารไม่ครบหมู่ ไม่ค่อยรับประทานผักและผลไม้ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวปฏิบัติกันมานานจนกลายเป็นวิถีชีวิต จากพฤติกรรมการรับประทานอาหารดังกล่าว ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุจังหวัดชายแดนภาคใต้ส่วนใหญ่มีการรับประทานอาหารครบถ้วนถูกต้องระดับปานกลางตามการศึกษาของ Kongwattana (2007)

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านของออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุออกกำลังกายบ้าง แต่ไม่สม่ำเสมอ และส่วนใหญ่จะไม่ออกกำลังกาย มักนั่งหรือนอนอยู่กับที่ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ด้วยบริบทของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมไม่ค่อยนิยมหรือให้ความสำคัญต่อการออกกำลังกายตั้งแต่สมัยหนุ่มสาว ส่วนใหญ่การออกกำลังกายจะเป็นการมีกิจกรรมการเคลื่อนไหว โดยการทำสวนและทำงานบ้าน ซึ่งวิถีของการออกกำลังกายที่ไม่ได้ออกกำลังกายมาตั้งแต่ในอดีตจะส่งผลทำให้เมื่อเป็นผู้สูงอายุจึงไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมการเคลื่อนไหว สอดคล้องกับทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ที่ได้กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมเดิมเป็นผลทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมในปัจจุบัน ทำให้เกิดเป็นลักษณะนิสัย จนทำให้เป็นอัตโนมัติ เพิ่มพูนการกระทำซ้ำ ๆ

จนกลายเป็นพฤติกรรมถาวร (Thammikbawon, n.d.) นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน ออกกำลังกายไม่ต่อเนื่องและไม่ให้ความสำคัญต่อการออกกำลังกาย อาจเป็นเพราะยึดหลักที่ว่า ทุกอย่างอยู่ที่อัลลอฮ์กำหนด ถึงแม้ออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมการเคลื่อนไหว แต่ถ้าอัลลอฮ์ไม่ให้ดีขึ้น ก็ไม่ดีขึ้น ซึ่งความเข้าใจในหลักการศรัทธาในกฎสถานะการณ์ของอัลลอฮ์ยังไม่สมบูรณ์และส่วนใหญ่นำมาเป็นข้ออ้างในการหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมการเคลื่อนไหว ซึ่งในความจริงทุกอย่างอยู่ที่ความประสงค์ของอัลลอฮ์เป็นความจริง แต่การส่งเสริมสุขภาพตนเองเป็นหน้าที่ของบ่าวของอัลลอฮ์ทุกคน เพราะร่างกายของมุสลิมทุกคนเป็นของขวัญที่ได้รับจากอัลลอฮ์ดังนั้นการกระทำใด ๆ ที่มีผลทำให้เกิดความเสียหายต่อทั้งร่างกายและจิตใจถือเป็นข้อห้ามและเป็นบาปในทัศนะของอิสลาม (Nima, & Hasuwannakit, 2008) และต้องมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งทัศนะของศาสนาอิสลามการรักษาสุขภาพเป็นหน้าที่ (วาฮิบ) ที่ต้องปฏิบัติทุกเมื่อ ศาสนาอิสลามสนับสนุนให้การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ในรูปแบบต่าง ๆ ตามที่เหมาะสม โดยที่ไม่ขัดกับหลักศาสนา (Niyo, 2006)

นอกจากนั้น ยังพบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่ภาวะติดบ้าน เป็นพฤติกรรมที่ให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติศาสนกิจเพื่อโลกหน้า ซึ่งหมายถึง ความเคร่งครัดในการประกอบศาสนกิจ (ทำอิบาดะห์) เพื่อการเตรียมตัวสู่ความตาย ซึ่งเป็นโลกหน้าหรือโลกอาคีรัต ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านรับรู้ถึงสภาวะของชีวิตว่า ใกล้ถึงเวลาที่จะจากโลกนี้ไป ดังนั้นจึงต้องเตรียมตัวให้ดีที่สุดเพื่อไปยังโลกหน้า หรือ โลกอาคีรัต ซึ่งในหลักคำสอนและความเชื่อของศาสนาอิสลามโลกที่เราอยู่ปัจจุบันจะสิ้นสุด และทุกคนต้องไปโลกหน้า หรือ โลกอาคีรัต ซึ่งโลกอาคีรัต เป็นโลกที่อัลลอฮ์ตอบแทน ตามความประพฤติและการปฏิบัติศาสนกิจ หรือ อามาลอิบาดะห์ (Je Arong, 2019) ดังนั้นผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านเหล่านี้ ต้องการการตอบแทนจากอัลลอฮ์ในโลกอาคีรัตที่ดี ไม่ทรมาน การตอบแทนที่เป็นสรวงสวรรค์ จึงตั้งใจทำทุกวินาทีที่เหลืออยู่เพื่อการปฏิบัติตามศาสนกิจตามที่ศรัทธา

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน

จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่ภาวะติดบ้าน คือ การรับรู้ประโยชน์และความสามารถของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านต่อการส่งเสริมสุขภาพ โดยผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ จะทำให้มีความพยายามที่จะมีพฤติกรรมของการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอภิปรายได้ว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการกระทำ (Perceived benefits of action) การรับรู้ถึงประโยชน์ทำให้เกิดพฤติกรรม ทั้งในด้าน Intrinsic และ Extrinsic เช่น ด้าน Intrinsic ได้แก่ เพิ่มความตื่นตัว ลดความรู้สึกอ่อนล้า ด้าน Extrinsic ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมทำให้เกิดแรงจูงใจที่สำคัญและทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Skulpunyawat (2014) ที่ได้ศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายวมุสลิมอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และการศึกษาของ Pattaradech (2016), Thanakwang, Kespichayawattana, & Jitpanya (2010) และ Komjakraphan (2013) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ เนื่องจากความรู้จะทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติ การส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลให้เกิดการพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีตามมา (Prakobchan, Srimanta, Boonsu, & Maleelai, n.d.) การศึกษาของ Hyun Mi Seo, & Yang Sook Hah (2004) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพ็นเดอร์ พบว่า การการรับรู้ประโยชน์ของกิจกรรม เป็นตัวพยากรณ์ที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการสร้างวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพในผู้สูงอายุ และการศึกษาของ Amirzadeh-Iranagh, Abdul Rahman, & Ameneh-Motalebi (2016) ที่ได้ศึกษาโปรแกรมแบบแผนความเชื่อต่อการปรับปรุงพฤติกรรมทางโภชนาการของสตรีสูงอายุ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ส่งผลทำให้พฤติกรรมทางโภชนาการของผู้สูงอายุดีขึ้น ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน เนื่องจากผู้สูงอายุ

ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านนั้น อยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังนั้นหากผู้ดูแลมีความใส่ใจ มีความรู้ มีความตระหนัก ตลอดจนให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน จัดอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุฯ มีการกระตุ้นและช่วยเหลือดูแลในการออกกำลังกายและการมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ มีการจัดให้มีดูแลด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุฯ ก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อไป คือ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เน้นด้านกายภาพ เช่น สถานที่ภายในบ้านพื้นที่ราบ ไม่มีพื้นที่ต่างระดับมากเกิดไป การจัดให้มีราวเดิน การจัดให้แสงสว่างเพียงพอ การจัดให้มีสถานที่ที่สามารถออกกำลังกายและการมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวเนื่องจาก ผู้สูงอายุฯ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย การออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุฯ ส่วนใหญ่จึงมักปฏิบัติในบ้าน ดังนั้นการมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการส่งเสริมสุขภาพโดยการออกกำลังกายมากขึ้น ลดความเสี่ยงในการหกล้ม ทำให้ผู้สูงอายุฯ มีความมั่นใจที่จะส่งเสริมสุขภาพโดยการออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมการเคลื่อนไหว เพราะสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะมีอิทธิพลต่อสุขภาพ ช่วยส่งเสริมในการออกกำลังกาย (Healthy Aging and the Environment: A Pocket Guide, 2019) หากสิ่งแวดล้อมภายในที่อยู่อาศัยที่ไม่เหมาะสมจะก่อให้เกิดอันตราย เช่น ความยุ่งเหยิงเกะกะ พื้นที่มีความลื่น พรมที่ปูไม่เรียบ แก้วที่ล้มเกินไป ไม่มีราวจับ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานของชีวิตในแง่ลบต่อผู้สูงอายุ ได้ทั้งสิ้น ดังนั้นสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะให้ความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้มากขึ้น และมีความครอบคลุม ในการดูแลมิติต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันโดย คำนึงถึงความปลอดภัยทางกายภาพ ความสามารถเข้าถึง หรือใช้ได้ง่าย สามารถสร้างแรงกระตุ้นต่อผู้สูงอายุได้ (Lan et al., 2009; Julie, & Joseph; 2004; O'Meara, & Smith; 2006 Cited in Tawa, & Chaivisit, 2016) นอกจากนั้น ความเชื่อ ศาสนา และวิถีวัฒนธรรม ก็เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพราะภูมิหลังทางศาสนาและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อความเชื่อพฤติกรรมและทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย (Abdel Raheem Odeh Yosef, 2008) มุสลิมที่สมบูรณ์จะต้องมีการแสดงออกโดยการรำลึกถึงอัลลอฮ์ให้มาก (ซิกรุลลอฮ์) ทุกอย่างที่เกิดขึ้นเป็นความประสงค์ของพระเจ้า ซึ่งการระลึกถึงอัลลอฮ์จะทำให้จิตใจสบาย ไม่ฟุ้งซ่านมองโลกในแง่ดี และยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Vanaleesin, & Mamah, 2015) ซึ่งการยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นบางครั้งทำให้ชาวไทยมุสลิมละเลยความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ซึ่งในทัศนะอิสลามถือเป็นหน้าที่ การละเลยการออกกำลังกาย ทั้งที่ศาสนานับสนุนให้มีการออกกำลังกายในรูปแบบที่เหมาะสม (Niyo, 2006) เป็นต้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ประโยชน์เชิงนโยบาย บุคลากรด้านสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุใช้ในการกำหนดแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน
2. การใช้ประโยชน์เชิงวิชาการ บุคลากรด้านสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุได้องค์ความรู้ที่เป็นหลักฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ สามารถนำผลการวิจัยใช้ในการต่อยอดต่อไป เช่น การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน
3. การใช้ประโยชน์เชิงสาธารณะหรือเชิงสังคม/ชุมชน บุคลากรด้านสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านที่สอดคล้องกับสังคมและชุมชนของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิม

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาพฤติกรรมของผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านในการดูแลผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน เนื่องจากเป็นปัจจัยที่สำคัญในการสนับสนุนและส่งเสริมพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน
2. ศึกษารูปแบบหรือพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านที่สอดคล้องกับบริบท วิธีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิม

References

- Amirzadeh Iranagh, J., Abdul-Rahman, H., & Ameneh-Motalebi, S. (2016). Health Belief Model-Based Intervention to Improve Nutritional Behavior among Elderly Women. *Nutr Res Pract*, 10(3), 352-358.
- Chayovan, N. (2015). Vulnerable Elderly in Thailand. *Journal of Demography*, 21, 1-23. (in Thai)
- Gray, R., & Thapsuwan, S. (2014). Factors Affecting on Stress of Caregivers to Older Persons. *Songklanakarin Journal of Social Sciences and Humanities*, 20(1), 203-224.
- Healthy Aging and the Environment: A Pocket Guide. (2019). A Project of the Collaborative on Health and the Environment (CHE). Retrieved January 20, 2019. From www.healthandenvironment.org.
- Je Arong, A. (2019). *World Barsak*. Retrieved January 20, 2019. From <http://openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11655/677/db7c0e92-db07-4ad8-84c1-4a22f00bb3bc.pdf?sequence=1>
- Komjakraphan, P. (2013). Family and Health Promoting Behavior of the Elders. *Songklanakarin Journal of Social Sciences and Humanities*, 19(3), 231-253. (in Thai)
- Kongwattana, S. (2007). *Health Status Factors of the Elderly in Changwat Pattani: Case Study of Tambon Piyamumung, Amphoe Yaring, Changwat Pattani*. Prince of Songkla University, Pattani Campus.
- Koonnarong, O., Thaniwatananont, P., & Kitrungrate, L. (2012). Caregiving Preparedness, Family Relationships and Role Strain among Caregivers of Muslim Stroke Patients. *Princcss of Naradhiwas University Journal*, 4(1), 14-27. (in Thai)
- Lillahkul, N., & Supanakul, P. (2018). Way of Life of Muslim People in Thailand's Southern Provinces, and Health Promoting Lifestyle. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(2), 302-312. (in Thai)
- Ministry of Social Development and Human Security. (2016). *ASEAN Elderly Population*. Retrieved October 22, 2017, from https://www.msociety.go.th/article_attach/17404/19808.pdf.
- Nawnpenyai, P. (2018). HR Update: Million Generation Population. *OCSC E-Journal*, 60(4), 2-4.
- Nima, Y., & Hasuwannakit, S (2008). *Medical and Patient Care That is Consistent with the Muslim way*. Songkla: Health Systems Research Institute.
- Niyo, M. (2006). *Muslim Lifestyle*. Bangkok: In Institute of Islamic Studies.
- Pattaradech, C. (2016). Predictors of Exercise Behavior among Older Adults in Songkhla Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 3(2), 17-38. (in Thai)



- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parson, M. A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice*. 4th ed. Upper Saddle River, N.J.: Prentia Hall.
- Phalasuek, R., & Thanomchayathawatch, B. (2017). A Family Model for Older People Care. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(3), 135-150. (in Thai)
- Prachumoh, W. (2014). *Health Promotion and International Year on the Elderly in 1999*. Retrieved October 22, 2017, from new-release/detail/5535.
- Prakobchan, S., Srimanta, S., Boonsu S., & Maleelai, K. (n.d.). Factors Related to Health Promotion Behaviors Among Elderly in Tambon That, Warinchumrab District, Ubon Ratchathani Province. *The 12th Mahasarakham University Research Conference*, 543-552. (in Thai)
- Prathumsin, W., Wanprasert, C., Piemmongkol, S., Jitphusa, M., & Tongtha, P. (1986). Food Habits of Population in Southern Thailand. Prince of Songkla University, Pattani Campus. Retrieved Febuary 22, 2019. From https://soreda.oas.psu.ac.th/showdetail.php?research_id=128
- Sihapark, S., Chuengsatiansup, K., & Tengrang, K. (2013). *Research Report the Impact and Burden of Long-Term Care for the Elderly Under Thai Culture*. Retrieved January 5, 2017. from <https://www.hsri.or.th/researcher/research/>. (in Thai)
- Skulpunyawat, S. (2014). Health Promotion Behaviors of Muslim Elders in case of Okarak District Nakornnayork Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 353-360.
- Tawa, N., & Chaiwisit, P. (2016). The Environmental Management and Housing for the Elderly in Muang District, Nakhon Si Thammarat. *Apheit Journals*, 5(1), 31-39. (in Thai)
- Thammikbawon, S. (n.d.). *The Theory of Health Promotion of Panders*. Retrieved October 22, 2017 From <http://www.nurse.ubu.ac.th/sub/knowledgedetail/PD.pdf>.
- Thanakwang, K, Kespichayawattana, J., & Jitpanya, C. (2010). Factors Related to Health Promoting Behaviors Among Older Adults: A Meta-Analysis. *Journal of Nursing Science*, 28(3), 60-68. (in Thai)
- Vanaleesin, S., & Mamah, P. (2015). Self-Care of Nurse Based on Islamic Scripture. *Thai Journal Online*, 29(2), 1-11. (in Thai)
- World Health Organization. (2017). *Aging USA*. Retrieved November 10, 2016 from <http://www.who.int/topics/ageing/en/>.
- Yeerae, N. (2010). *Promoting Islamic Exercise In Pattani Housewives Group*. Master of Science Health System Research and Development. Prine of Songkla University. (in Thai)
- Yosef, A. (2008). Health Beliefs, Practice, and Priorities for Health Care of Arab Muslims in the United States: Implications for Nursing Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 19(3), 284-291.

สมรรถนะการใช้อยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

Competencies in Rational Use of Antibiotics among Nursing Students in Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province

อติยาณ์ ศรเกษตริน^{1*}, ดาราวรรณ รongเมือง², คมสัน แก้วระยะ¹, ปวีณา สร้อยศรี¹, และ อินทุอร ไชยสุข¹

Atiya Sarakshetrin^{1*}, Daravan Rongmuang², Komson kaewraya¹, Paveena Sroisri¹

and Intuorn Chaisuk¹

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี^{1*}, วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี²

Prachomklao Nursing College, Petchaburi Province^{1*}, Phrapokklao Nursing College²

(Received: January 03, 2020; Revised: May 09, 2020; Accepted: May 29, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะการใช้อยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ และเปรียบเทียบระดับสมรรถนะในการใช้อยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ จำแนกตามระดับชั้นปี และผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 173 คน ได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วนแต่ละชั้นปีและวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบทดสอบความรู้ สอบถามเจตคติ และทักษะการใช้อยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบความแปรปรวนแบบทางเดียว และเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีการของ Bonferroni ผลการวิจัยพบว่า

1. นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีสมรรถนะการใช้อยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล มีความรู้อยู่ในระดับน้อยมากที่สุด ร้อยละ 64.16 มีทักษะการใช้อยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.54$, $SD=0.47$) และมีเจตคติในการใช้อยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับสูง ($M=3.89$, $SD=0.48$)

2. นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ที่มีระดับชั้นปีต่างกัน มีสมรรถนะการใช้อยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p=0.002$) และนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาต่างกัน มีสมรรถนะการใช้อยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=0.024$)

คำสำคัญ: การใช้อยาปฏิชีวนะสมเหตุผล, สมรรถนะ, นักศึกษาพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: atiya_s@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-5699268)

Abstract

The purpose of this descriptive research was: 1) to study the level of competencies in rational use of antibiotics among nursing students, and 2) to compare their levels of competencies in rational use of antibiotics classified by year of study, and their levels of academic achievement. Sample was 173 nursing students from the Prachomklao College of Nursing in Phetchaburi Province. Participants were selected by stratified random sampling, based on the number of students of each year. The research tool was a questionnaire regarding knowledge, attitude, and skills of rational use of antibiotics. Data were analyzed using average, standard deviation, Bonferonni's method, and one-way ANOVA. The findings indicated as follows.

1. Most of nursing students (64.16%) had a low level of knowledge about rational use of antibiotics. Skill was at a moderate level ($M=2.54$, $SD=0.47$), but attitude was at a high level ($M=3.89$, $SD=0.48$).

2. Nursing students with different year levels had different levels of competence in rational use of antibiotics with a statistically significant difference ($p=0.002$). And nursing students with different academic achievement levels had different level of competence with a statistically significant difference ($p= 0.024$).

Keywords: Rational Use of Antibiotics, Competency, Nursing Student

บทนำ

ปัญหาจากการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผล กำลังเป็นปัญหาสำคัญของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลทำให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยา เพิ่มความเสี่ยงจากการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาปฏิชีวนะ ทำให้การรักษาเป็นไปได้อย่างยาก ส่งผลกระทบต่อชีวิต ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ จากการประมาณการคาดว่าปัจจุบันทั่วโลกมีคนเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยา ประมาณปีละ 700,000 คน หากไม่มีการแก้ไขปัญหายาอย่างจริงจังคาดว่าในปี พ.ศ. 2593 การเสียชีวิตจะสูงถึง 10 ล้านคน และคิดเป็นผลกระทบทางเศรษฐกิจสูงถึง 3.5 พันล้านบาท (Kidpun, & Sitthiworanan, 2017) และจากการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาพบว่า ประชาชนเกือบทุกประเทศมีความเข้าใจผิดในเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะจนกลายเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก (Sumpradit, Hunnangkul, Prakongsai, & Thamlikitkul, 2012) การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผล ส่งผลให้เกิดปัญหาจากการใช้ยา ได้แก่ การเกิดเชื้อดื้อยา ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ประเทศต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก (Chongtrakul, 2015) รัฐบาลจึงกำหนดนโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 เพื่อแก้ไขปัญหาเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผล

การดำเนินงานเพื่อตอบสนองนโยบายเพื่อแก้ปัญหาเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผลที่ผ่านมา รัฐบาลได้มีการรณรงค์ให้ประชาชนตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหา โดยมีวิสัยทัศน์เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงยาถ้วนหน้า ใช้ยามีเหตุผล และประเทศพึ่งตนเองได้ โดยกำหนดเป้าประสงค์ เพื่อให้ประชาชนได้รับการป้องกันและแก้ไขปัญหายาสุขภาพที่ได้ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงยาปฏิชีวนะ การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล การพัฒนาอุตสาหกรรมผลิตยาปฏิชีวนะ และ การพัฒนาระบบการควบคุมยาโดยจัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และส่งเสริมการดำเนินการตามยุทธศาสตร์การส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลให้เป็นรูปธรรมที่สอดคล้องกันใน 4 ประเด็น ประกอบด้วย โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital) การสร้างระบบยาด้วยเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาปฏิชีวนะ การพัฒนาการเรียนการสอนเพื่อการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และการ

ส่งเสริมการใช้อย่างเหมาะสมอย่างสมเหตุผลภาคประชาชนการขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาระบบการผลิตและพัฒนา
กำลังคนด้านสุขภาพ (Subcommittee on the Evaluation of Rational Drug Use Curriculum in Nursing
Science, 2019)

ดังนั้น ในการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้บุคลากรเป็นผู้ที่มีความสามารถในการใช้ยา
ปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลได้นั้น ต้องประกอบด้วยคุณลักษณะที่สำคัญ 3 องค์ประกอบคือ เป็นผู้มีความรู้ ทักษะ
และเจตคติ ที่ถูกต้องในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ซึ่งการสร้างบุคลากรสุขภาพให้มีคุณลักษณะครบทั้ง
3 องค์ประกอบนั้น คณะทำงานขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการผลิตและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพเพื่อการใช้อย่าง
สมเหตุผลจึงพัฒนาชุดหลักสูตรการเรียนการสอนประกอบไปด้วยเนื้อหาหลักสำหรับสาระการสอนวิธีการ
จัดการเรียนการสอนและเครื่องมือต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลโดยมียุทธศาสตร์ย่อย
7 ด้านดังนี้ 1) การพัฒนาระบบและกลไกการกำกับดูแลเพื่อให้เกิดการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล
2) การพัฒนาระบบการผลิตและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพ 3) การพัฒนากลไกและเครื่องมือเพื่อให้เกิดการใช้
ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล 4) การสร้างความเข้มแข็งภาคประชาชนด้านการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล
5) การส่งเสริมการผลิตและประกันคุณภาพยาชีวภัณฑ์ 6) การพัฒนาระบบและกลไกป้องกันและแก้ไขปัญหาที่
เกิดจากการใช้ยาต้านจุลชีพและการดื้อยาของเชื้อก่อโรค และ 7) การส่งเสริมจริยธรรมผู้สั่งใช้ยาปฏิชีวนะและยุติ
การส่งเสริมการขายยาปฏิชีวนะที่ขาดจริยธรรม (Rational Use of Drug Subcommittee, 2017)

นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังได้การประกาศให้หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ดำเนินการจัดแผนการ
จัดการเรียนการสอนในหัวข้อเรื่อง การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ซึ่งวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัด
เพชรบุรี เป็นวิทยาลัยพยาบาลในเครือข่ายสถาบันพระบรมราชชนก ได้ดำเนินการจัดการเรียนการสอนเพื่อ
ส่งเสริมให้นักศึกษามีสมรรถนะในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและตอบสนองนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และ
นโยบายของรัฐในรายวิชาเภสัชวิทยา แต่จากข้อมูลแผนการจัดการเรียนการสอนวิชาเภสัชวิทยา (พว. 1207)
ปีการศึกษา 2562 พบว่า แผนการจัดการเรียนการสอนได้สอนเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลจำนวน
เพียง 1 ชั่วโมงต่อภาคศึกษาเท่านั้น ขาดการเชื่อมโยงประเด็นเนื้อหาหลัก สมรรถนะ ในรายวิชา ทำให้นักศึกษา
ยังขาดความรู้ที่จำเป็นต้องรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ส่งผลให้นักศึกษาขาดทักษะการใช้ยาปฏิชีวนะอย่าง
สมเหตุผล รวมถึงทัศนคติในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยเรื่องความรู้และ
ความตระหนักเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาในมหาวิทยาลัย และวิทยาลัยพยาบาล
พบว่า นักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล อยู่ในระดับน้อย (Angkanavisan,
Peungkiatpairote, Pangdee, Thongkumkoon, Wilaiwongsathien, Pienklintham et al., 2012; Bunmusik,
Chantra & Heeaksorn, 2019; Somkrasetrin, Runghoei, Thongma, Klinchat, Rajataramya & Nitirat, 2019)

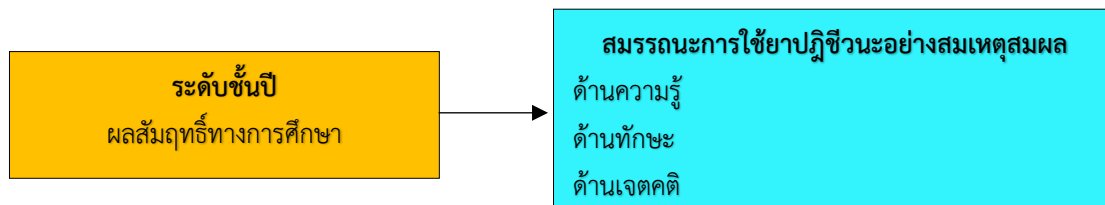
จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสมรรถนะการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของ
นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยครอบคลุมสมรรถนะทั้ง 3 ด้าน
ได้แก่ ด้านความรู้ ด้านทักษะ ด้านเจตคติ และเปรียบเทียบสมรรถนะในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของ
นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ จำแนกตามระดับชั้นปี ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษามาใช้มา
ใช้ในการวางแผนพัฒนาการจัดการเรียนการสอน เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของ
นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ให้สูงขึ้นและมีความพร้อมในการประกอบวิชาชีพ

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัย
พยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามระดับชั้นปี และผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดสมรรถนะการไ้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของ Bunmusik, Chantra, & Heeaksorn (2019) ในด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านเจตคติ และปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะการไ้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลประกอบด้วย ระดับชั้นปี และผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 2-4 ปีการศึกษา 2562 วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 306 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 2-4 ปีการศึกษา 2562 วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 173 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของยามานะ กำหนดระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 และระดับความคลาดเคลื่อน (e) เท่ากับ 0.05 และสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) ของจำนวนนักศึกษาในแต่ละชั้นปี แล้วเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากเลขที่แบบไม่ใส่กลับคืน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดย Bunmusik, Chantra, & Heeaksorn (2019) โดยแบบสอบถามทั้งหมดมีค่าความตรงตามเนื้อหา (Item-objective congruence: IOC) ระหว่าง .67-1.00 ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับชั้นปี ผลสัมฤทธิ์การศึกษาในภาคเรียนที่ผ่านมา (GPA)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้การไ้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ที่พัฒนาขึ้นและใช้ในนักศึกษาพยาบาลเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ของ Bunmusik, Chantra, & Heeaksorn (2019) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบถูกผิด ประกอบด้วย ความรู้ในการเลือกรับประทานยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ โดยไ้ยาในส่วนที่เหมาะสมกับนักศึกษาพยาบาลแต่ละราย ด้วยระยะเวลาการรับประทานยาที่เหมาะสม คำนึงถึงปัญหาเชื้อดื้อยา เน้นความรู้การไ้ยาสมเหตุผลใน 4 กลุ่มโรคคือ การไ้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก การไ้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน การไ้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด และการไ้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียง 1 คำตอบ ตอบผิดให้ 0 ตอบถูกให้ 1 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คะแนนมากกว่า ร้อยละ 80 (8-10 คะแนน) หมายถึง ความรู้ระดับสูง

คะแนนระหว่าง ร้อยละ 60-79 (6-7 คะแนน) หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60 (0-5 คะแนน) หมายถึง ความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทักษะเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ที่พัฒนาขึ้นและใช้ให้นักศึกษาพยาบาลเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ของ Bunmusik, Chantra, & Heeaksorn (2019) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 หมายถึง ไม่เลย จนถึง 4 หมายถึง มากที่สุด ประกอบด้วย ทักษะการรับประทานยาปฏิชีวนะตามคำสั่งแพทย์ การเลือกที่จะใช้ยาปฏิชีวนะเมื่อมีการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อยๆ เช่น เมื่อรู้สึกว่าเป็นหวัด เจ็บคอ ถ่ายอุจจาระเหลว มีบาดแผล และการสังเกตวันหมดอายุ โดยใช้เกณฑ์ในการแปลความหมาย กำหนดการแบ่งระดับทักษะเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลเป็น 3 ระดับ โดยใช้ความกว้างของชั้น (Kedsing, 1995) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.67 - 4.00 หมายถึง ทักษะระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 1.34 - 2.66 หมายถึง ทักษะระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 0.00 - 1.33 หมายถึง ทักษะระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ที่พัฒนาขึ้นและใช้ให้นักศึกษาพยาบาลเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ของ Bunmusik, Chantra, & Heeaksorn (2019) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง น้อยที่สุด จนถึง 5 หมายถึง มากที่สุด ประกอบด้วย เจตคติในการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะ ความสำคัญและความจำเป็นของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล การให้คำแนะนำ การถ่ายทอดความรู้ให้ผู้รับบริการ และการค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมในการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะ โดยใช้เกณฑ์ในการแปลความหมาย กำหนดการแบ่งระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลเป็น 3 ระดับ โดยใช้ความกว้างของชั้น (Kedsing, 1995) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 หมายถึง เจตคติระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 หมายถึง มีเจตติระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง มีเจตติระดับน้อย

ผู้วิจัยนำแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล แบบประเมินทักษะเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และแบบประเมินเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรครุเดอร์ริชาร์ดสัน เท่ากับ 0.69 แบบประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล และแบบประเมินเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.75 และ 0.73 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองกับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2-4 ปีการศึกษา 2562 วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ในเดือน ตุลาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ขอความอนุเคราะห์การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพื่อขออนุญาตในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยประสานงานกับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2-4 วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพื่อชี้แจงการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยให้กับผู้เข้าร่วมการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ ส่งแบบสอบถามให้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2-4 ปีการศึกษา 2562 พร้อมกัน และให้นักศึกษาทำการตอบแบบสอบถามและส่งแบบสอบถามกลับคืนในเวลาที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ระดับสมรรถนะในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบสมรรถนะในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำแนกตามระดับชั้นปี และผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีการของ Bonferroni โดยกำหนดค่า p -value ที่ 0.05 และในการทดสอบเปรียบเทียบครั้งนี้ผู้วิจัยทดสอบเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธีการของ Bonferroni จำนวน 3 คู่ ดังนั้นเพื่อลด Type I Error ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการของ Bonferroni Correction ด้วยการนำค่า 0.05 หารด้วยจำนวนคู่ของการทดสอบเปรียบเทียบ ดังนั้นค่า p -value ที่ถือว่ามีความสำคัญทางสถิติควรต้องมีค่าน้อยกว่า 0.016 และในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทดสอบแล้วว่ากลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มมีการแจกแจงแบบปกติ ด้วยการทดสอบ Kolmogorov Smirnov และวิเคราะห์ความเท่าเทียมกันของความแปรปรวนของแต่ละกลุ่ม ด้วย Levene Test พบว่า ความแปรปรวนของแต่ละกลุ่มเท่ากัน จึงวิเคราะห์ด้วยสถิติการทดสอบความแปรปรวนแบบทางเดียว

จริยธรรมวิจัย

ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ PCKCN REC 33/2562 ลงวันที่ 19 ตุลาคม 2562

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับชั้นปีและระดับผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (GPA) (n=173)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับชั้นปี		
ปี 2	45	26.01
ปี 3	74	42.78
ปี 4	54	31.21
ระดับผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (GPA) $M=2.87$, $SD=0.40$, $Min=2.00$, $Max=4.00$		
ระดับสูง (3.34-4.00)	20	11.56
ระดับปานกลาง (2.67-3.33)	96	55.49
ระดับต่ำ (2.00-2.66)	57	32.95

จากตาราง 1 พบว่า นักศึกษาส่วนมากศึกษาอยู่ระดับชั้นปี 3 ร้อยละ 42.78 และส่วนมากมีระดับผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.49

2. ความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้ ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลของกลุ่มตัวอย่าง (n=173)

ความรู้การใช้ยาปฏิชีวนะ	M	SD	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้สูง (8-10 คะแนน)	8.16	0.37	25	14.45
ระดับความรู้ปานกลาง (6-7 คะแนน)	7.00	0.00	37	21.39
ระดับความรู้ต่ำ (0-5 คะแนน)	5.07	0.95	111	64.16

M=5.39, SD=1.13, Min=3.00, Max=9.00

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบทดสอบถูกจำแนกรายข้อ (n=173)

ความรู้การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ไม่ควรเรียกยาปฏิชีวนะว่า “ยาแก้อักเสบ” เพราะไม่มีคุณสมบัติในการแก้อักเสบ และไม่ออกฤทธิ์ต่อไวรัส	129	74.57
2. ตามตัวชี้วัด Service Plan ในปัจจุบัน เน้นการใช้ยาสมเหตุผลใน 4 กลุ่มโรคคือ 1) การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก 2) การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน 3) การใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด 4) การใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	136	78.61
3. โรคไขข้ออักเสบส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส จึงไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะ หายได้เองด้วยภูมิคุ้มกันโรค	85	49.13
4. ในการรักษาอาการเจ็บคอจากแบคทีเรีย จะต้องใช้ยาปฏิชีวนะนาน 10 วัน เพื่อป้องกันโรคกลับมาเป็นซ้ำ	102	58.96
5. อาการเจ็บคอ คอแดง ถึงแม้ว่าจะไม่มีตุ่มหนอง ก็จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะเพราะเป็นอาการแสดงของการติดเชื้อแบคทีเรีย	86	49.71
6. ผู้ป่วยที่มีอาการไข้ ปวดหัวหลังจากเป็นหวัด แล้วไม่ดีขึ้นภายใน 72 ชั่วโมง จำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะ	44	25.43
7. ผู้ที่มีอาการเจ็บคอมากกว่าปกติตั้งแต่ 3 ครั้งต่อวัน หรือถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ 1 ครั้ง โดยมีอาการไม่นานกว่า 2 สัปดาห์ทุกราย จำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะ	68	39.31
8. ผู้ป่วยอุบัติเหตุภายใน 6 ชั่วโมงก่อนได้รับการรักษา ที่มีบาดแผลสะอาด เช่น โดยมีด ปอกผลไม้บาด ไม่จำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะ	119	68.79
9. ในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอดที่มีการฉีกขาดของฝีเย็บระดับที่ 3 หรือ 4 ไม่จำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะก่อนการเย็บแผลที่ฉีกขาด	102	58.96
10. ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อดื้อยา <i>Klebsiella pneumonia</i> ควรมีการใช้ยาในกลุ่ม Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) หรือ Carbapenem หรือ Colistin	155	89.59

จากตาราง 2 และ ตาราง 3 พบว่า ความรู้ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 64.16 ข้อที่ตอบถูกมากที่สุดคือ ข้อ 10 ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อดื้อยา *Klebsiella pneumonia* ควรมีการใช้ยาในกลุ่ม Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) หรือ Carbapenem หรือ Colistin และข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือ ข้อ 6 ผู้ป่วยที่มีอาการไข้ ปวดหัวหลังจากเป็นหวัด แล้วไม่ดีขึ้นภายใน 72 ชั่วโมง จำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะ

3. ทักษะในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทักษะการไ้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของกลุ่มตัวอย่าง (n=173)

ทักษะการไ้ยาปฏิชีวนะ	M	SD	จำนวน	ร้อยละ
ระดับทักษะสูง (2.67 - 4.00)	2.97	0.21	80	46.24
ระดับทักษะปานกลาง (1.34 - 2.66)	2.17	0.26	93	53.76

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทักษะการไ้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลจำแนกรายข้อของกลุ่มตัวอย่าง (n=173)

ทักษะการไ้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	M	SD
1. เมื่อได้รับยาท่านได้รับประทานยาปฏิชีวนะตามคำแนะนำที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด	3.35	0.81
2. ท่านนำยาปฏิชีวนะของญาติ หรือเพื่อนที่หอบหืด หรือคนรู้จักที่มีอาการคล้าย ๆ กัน มารับประทาน	1.34	1.34
3. เมื่อท่านซื้อยาปฏิชีวนะมารับประทานเอง เมื่ออาการดีขึ้นแล้วก็หยุดยา แม้ว่าท่านไ้ยาเพียง 1-2 วัน	1.46	1.41
4. เมื่อท่านเป็นหวัด มีไข้ ไอ น้ำมูกใส ท่านเริ่มรับประทานยาปฏิชีวนะ เพื่อให้อาการดังกล่าวหายเร็วขึ้น	2.58	1.34
5. เมื่อท่านเป็นเริ่มเจ็บคอ และสังเกตว่าตนเองมีคอแดง ท่านเริ่มรับประทานยาปฏิชีวนะทันที	2.59	1.33
6. เมื่อท่านถ่ายเหลว อุจจาระเป็นของเหลว มีเนื้ปน ท่านดื่มน้ำเกลือแร่ และกินอาหารอ่อน ๆ โดยไม่ได้ไ้ยา	2.74	1.13
7. ท่านรับประทานยาปฏิชีวนะเมื่อมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง หลังจากรับประทานสัปดาห์	2.71	1.39
8. เมื่อท่านมีบาดแผลเลือดออก หรือเป็นแผลถลอก ท่านรับประทานยาปฏิชีวนะทุกครั้งเพื่อป้องกันการติดเชื้อ	2.77	1.38
9. ท่านสังเกตวันหมดอายุบนแผงยาทุกครั้งก่อนรับประทานยาปฏิชีวนะ	3.18	1.04
10. เมื่อแพทย์สั่งยาปฏิชีวนะให้รับประทาน หลังได้ไ้ยา 1 วัน อาการไม่ดีขึ้น ท่านพยายามเปลี่ยนหมอเพื่อจะได้ยาใหม่กลับมารับประทาน	2.70	1.37
รวม	2.54	0.47

จากตาราง 4 และตาราง 5 พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการไ้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.54$, $SD=0.47$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือข้อ 6 คือ เมื่อท่านถ่ายเหลว อุจจาระเป็นของเหลว มีเนื้ปน ท่านดื่มน้ำเกลือแร่ และกินอาหารอ่อน ๆ โดยไม่ได้ไ้ยา และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดคือ ข้อ 2 คือ ท่านนำยาปฏิชีวนะของญาติ หรือเพื่อนที่หอบหืด หรือคนรู้จักที่มีอาการคล้าย ๆ กัน มารับประทาน

4. เจตคติในการไ้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี

ตาราง 6 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับเจตคติในการไ้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของกลุ่มตัวอย่าง (n=173)

เจตคติการไ้ยาปฏิชีวนะ	M	SD	จำนวน	ร้อยละ
ระดับเจตคติสูง (3.67 - 5.00)	4.15	0.314	114	65.90
ระดับเจตคติด้านกลาง (2.34 - 3.66)	3.36	0.269	59	34.10

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเจตคติในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลจำแนกรายข้อ (n=173)

ทักษะการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	M	SD
1. เมื่อเจ็บป่วย จะพิจารณาใช้ยาอย่างสมเหตุผล	4.29	0.71
2. ความเชื่อว่าการไม่รับประทานยาปฏิชีวนะอาการเจ็บป่วยจะหายเป็นปกติ	3.25	1.12
3. การรักษาโดยการใช้อย่างสมเหตุผลมีความปลอดภัยต่อสุขภาพ	4.40	0.80
4. การรักษาโดยการใช้อย่างสมเหตุผลทำให้การเจ็บป่วยหายได้ช้า	3.41	1.47
5. การติดตามข่าวสารเรื่องของการใช้อย่างสมเหตุผลสม่ำเสมอ	3.79	0.94
6. การให้คำแนะนำให้บุคคลที่ท่านรู้จักเลือกใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลเมื่อบุคคลดังกล่าวเจ็บป่วย	3.84	0.97
7. การไม่ไปพบแพทย์เพื่อรับยาปฏิชีวนะ เป็นเรื่องผิดปกติในสังคม	3.08	1.29
8. ความเห็นว่าพยาบาลควรเข้าใจเรื่องของการใช้อย่างสมเหตุผล และถ่ายทอดให้ผู้รับบริการได้	4.28	0.84
9. ความต้องการให้แพทย์อธิบายถึงความสำคัญของการใช้อย่างสมเหตุผล ก่อนให้ยาต่างๆ	4.35	0.75
10. ความสามารถศึกษาข้อมูลความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผ่านช่องทางออนไลน์ เว็บไซต์	4.13	0.88
รวม	3.89	0.48

จากตาราง 6 และตาราง 7 พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีเจตคติในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M=3.89$, $SD=0.48$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือข้อ 3 การรักษาโดยการใช้อย่างสมเหตุผลมีความปลอดภัยต่อสุขภาพ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดคือข้อ 7 ท่านคิดว่าไม่ไปพบแพทย์เพื่อรับยาปฏิชีวนะ เป็นเรื่องผิดปกติในสังคม

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ความเท่าเทียมกันของความแปรปรวนของแต่ละกลุ่ม ด้วย Levene Test พบว่าความแปรปรวนของแต่ละกลุ่มเท่ากัน จึงวิเคราะห์ด้วยสถิติการทดสอบความแปรปรวนแบบทางเดียว

ตาราง 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับชั้นปีและผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (GPA)

ปัจจัยส่วนบุคคล	SD	SS	df	MS	F	p-value
ระดับชั้นปี	ระหว่างกลุ่ม	0.915	2	0.457	6.527	0.002*
	ภายในกลุ่ม	11.911	170	0.070		
รวม		12.826	172			
ระดับผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	0.518	2	0.259	3.580	0.03*
	ภายในกลุ่ม	12.308	170	0.072		
รวม		12.826	172			

$p < 0.05$

จากตาราง 8 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบสมรรถนะการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีความแตกต่างกันโดยนัยสำคัญ จำแนกตามระดับชั้นปีและผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (GPA) (p -value เท่ากับ 0.002 และ 0.024 ตามลำดับ)

ตาราง 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการใช้อย่างปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ เป็นราย
คู่ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับชั้นปี และระดับผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา

ปัจจัย	เปรียบเทียบรายคู่		Mean Difference	SE	p
ระดับชั้นปี	ปี 2	ปี 3	0.151	0.053	0.015*
		ปี 4	0.160	0.047	0.003*
	ปี 3	ปี 4	-0.0085	0.050	1.00
ระดับผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา	ต่ำ	กลาง	-0.048	0.045	0.87
		สูง	-0.187	0.070	0.025
	กลาง	สูง	-0.139	0.067	0.109

p<0.016

จากตาราง 9 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสมรรถนะการใช้อย่างปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ จำแนกตามรายคู่ พบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะการใช้อย่างปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 สูงกว่าชั้นปีที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Mean\ Difference=0.160, p=0.003$) และชั้นปีที่ 3 สูงกว่าชั้นปีที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Mean\ Difference=0.151, p=0.015$) และ ส่วนชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 ไม่แตกต่างกัน และค่าเฉลี่ยสมรรถนะการใช้อย่างปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาที่มีระดับผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาในระดับที่ต่างกันมีค่าเฉลี่ยสมรรถนะการใช้อย่างปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. ศึกษาสมรรถนะในการใช้อย่างปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ด้านความรู้ พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ส่วนใหญ่มีความรู้การใช้อย่างปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 64.16 ทั้งนี้เนื่องจากการจัดการเรียนการสอนเภสัชวิทยา (พว.1207) ปีการศึกษา 2562 โดยมีจุดมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจพื้นฐานทางเภสัชจลนศาสตร์และพลศาสตร์ของยา ปฏิกริยาของยา การใช้ยาสมุนไพรบำบัดรักษาตามระบบกระทรวงสาธารณสุขไทย บทบาทและความรับผิดชอบของพยาบาลในการบริหารยา การออกฤทธิ์ สรรพคุณ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง แต่พบว่า แผนการจัดการเรียนการสอนได้สอนเรื่อง การใช้อย่างสมเหตุผลจำนวนเพียง 1 ชั่วโมงต่อภาคศึกษาเท่านั้น ซึ่งยังไม่เพียงพอต่อเนื้อหาทั้งหมด และเป็นการเรียนการสอนในภาคทฤษฎีเพียงอย่างเดียว ทำให้ไม่ได้ฝึกปฏิบัติการใช้อย่างปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลในสถานการณ์จริง ทำให้นักศึกษายังไม่เข้าใจในเนื้อหาบางส่วน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sukpaibul, Apinandechea, & Chaisiri (2016) ทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้าง อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เกี่ยวกับการใช้อย่างปฏิชีวนะในระดับต่ำ ร้อยละ 49.20 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ออันตรายจากการใช้อย่างปฏิชีวนะในและรับรู้ประโยชน์จากการใช้อย่างปฏิชีวนะ ระดับปานกลาง ร้อยละ 64.30 และ 58.20 และสอดคล้องกับการศึกษาของของ Angkanavisan, Peungkiatpairote, Pangdee, Thongkumkoon, Wilaiwongsathien, Pienklintham et al. (2012) ทำการศึกษาเรื่อง ความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการใช้อย่างปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยมหิดลปีการศึกษา 2554 พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยมหิดลยังมีความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการใช้อย่างปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลอยู่ระดับน้อย ในโรคติดเชื้อที่การหายใจส่วนบน อูจาระร่วงเฉียบพลัน และแผลสดน้อย เช่น มีนักศึกษาเพียงร้อยละ 18.70 เท่านั้นที่ทราบว่ายาปฏิชีวนะไม่ใช่ยาแก้แค้นของนักศึกษาสาขาวิชาอื่นซึ่งสอดคล้องกับความรู้พื้นฐานและสาระของการศึกษาของนักศึกษาทั้งสองกลุ่มที่แตกต่างกัน

ในด้านทักษะการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.54$, $SD=0.47$) ทั้งนี้เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลศาสตร์เป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่ได้ผ่านการเรียนการสอนในรายวิชาเภสัชวิทยา และได้รับข้อมูลข่าวสารจากการประชาสัมพันธ์ของสถานพยาบาลต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลที่ฝึกภาคปฏิบัติ รายวิชา การพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมส่งเสริมสุขภาพตำบลฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับระดับความรู้ ที่นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีความรู้ในระดับต่ำ ส่งผลทำให้นักศึกษาพยาบาลศาสตร์บางส่วนยังใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุสมผล เช่น เมื่อท่านถ่ายเหลว อุจจาระเหลว มีเนื้อปน ให้ดื่มน้ำเกลือแร่และกินอาหารอ่อนและไม่จำเป็นต้องรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yanti (2017) ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การใช้ยาปฏิชีวนะของนักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดปทุมธานี พบว่า การจัดหายาปฏิชีวนะที่ซื้อจากร้านขายของชำหรือร้านขายยาโดยไม่มีใบสั่งยาจากแพทย์มากที่สุด ร้อยละ 47.50 มียาปฏิชีวนะเก็บอยู่ในบ้านอยู่แล้ว ร้อยละ 22.50 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.00 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Aunruean, & Saensom (2015) ทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของนักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่น ในอาการ เจ็บคอ บาดแผลสะอาด ท้องร่วง พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางเมื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มสายวิทยาศาสตร์สุขภาพมีพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะดีกว่ากลุ่มที่ไม่ใช่สายวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ในด้านเจตคติการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลโดยรวมในระดับสูง ($M=3.89$, $SD=.48$) เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ผ่านการเรียนการสอนในรายวิชาเภสัชวิทยา เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจพื้นฐานทางเภสัชวิทยา จลศาสตร์และกลศาสตร์ของยา ปฏิกริยาของยา เภรกรรมสมุนไพรบัญญัติตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขไทย บทบาทและความรับผิดชอบของพยาบาลในการบริหารยา การออกฤทธิ์สรรพคุณ และในรายวิชากระบวนการค้นคว้า ทฤษฎีทางการพยาบาลที่ปลูกฝังและสอนให้นักศึกษาตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยา จึงทำให้นักศึกษามีเจตคติที่ดีในการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล โดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อให้ได้รับการรักษาและการพยาบาลเป็นประโยชน์สูงสุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bunmusik, Chantra, & Heeaksorn (2019) ศึกษาเรื่อง ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลของนักศึกษาพยาบาล เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ พบว่า ระดับเจตคติเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลของนักศึกษาพยาบาลในภาพรวมอยู่ใน ระดับดี ($M=3.98$, $SD=.42$)

2. เปรียบเทียบสมรรถนะในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำแนกตาม ระดับชั้นปี และผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาของนักศึกษาพบว่า ระดับชั้นปีและผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (GPA) ที่แตกต่างกัน ทำให้สมรรถนะการใช้ยาปฏิชีวนะของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.016$ เมื่อเปรียบเทียบรายคู่พบว่า สมรรถนะในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลของนักศึกษาชั้นปี 2 มีความแตกต่างกับนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ 4 มีสมรรถนะไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 ได้ผ่านการเรียนภาคทฤษฎีได้ฝึกภาคปฏิบัติครบทุกรายวิชา จึงทำให้นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลมากกว่าระดับชั้นปีที่ 2 และ 3 ที่อยู่ระหว่างการเรียนการสอนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ จึงทำให้นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีสมรรถนะการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลดีกว่าระดับชั้นปีที่ 2 และ 3 และนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ที่มีระดับผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาสูง จะมีสมรรถนะการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล แตกต่างกับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ที่มีระดับผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.025$) เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ที่มีระดับผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาสูงมีความรู้ความเข้าใจมากกว่านักศึกษาพยาบาลศาสตร์ที่มีระดับผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาต่ำ ทำให้

สามารถนำความรู้ไปปรับใช้และแก้ไขปัญหาสถานการณ์ต่างๆได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Waichompu, Niha, Sulaman, & Bunlap (2018) ที่พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีสมรรถนะในการใช้ยาเสี่ยงสูง ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ Porisutiwutiporn, & Hemchayat (2014) ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการใน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดจันทบุรี พบว่า พบว่าความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะเป็นปัจจัยที่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมมากที่สุด ($Beta = .410, t = 4.622, p < .001$)

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การให้นักศึกษาตอบแบบสอบถามออนไลน์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องความรู้ ในการตอบแบบสอบถาม นักศึกษาอาจจะมีการปรึกษากัน เพื่อป้องกันอคติที่เกิดขึ้นผู้วิจัยดำเนินการป้องกันโดยส่งแบบสอบถามให้กับนักศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพร้อมกัน และให้นักศึกษาทำการตอบแบบสอบถามและส่งแบบสอบถามกลับคืนในเวลาที่กำหนด
2. ในการประเมินทักษะการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินการรับรู้ทักษะการปฏิบัติซึ่งเป็นความเห็นในมุมมองของกลุ่มตัวอย่าง ไม่ได้ใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติดังนั้นข้อมูลที่ได้ อาจจะไม่ใช้ทักษะที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่าง

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์โดยภาพรวมมีความรู้การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับต่ำ จึงควรมีการบูรณาการสาระเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ในรายวิชาเภสัชวิทยา วิชาแนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และวิชาที่เกี่ยวกับการรักษาเบื้องต้น
2. นักศึกษาพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยภาพรวมมีทักษะและเจตคติการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลอยู่ในระดับต่ำ สถาบันจึงควรเห็นความสำคัญของการเสริมสร้างสมรรถนะโดยการทบทวนความรู้และทักษะการพยาบาลให้กับนักศึกษา เพื่อเพิ่มสมรรถนะและความพร้อมให้กับนักศึกษาอย่างต่อเนื่องตลอดหลักสูตรก่อนจบไปปฏิบัติหน้าที่ในฐานะบุคลากรทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับนโยบายภาครัฐและกระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเพื่อศึกษาหาปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และการวางแผนแก้ไข ปัญหาและส่งเสริมสมรรถนะการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลต่อไป
2. ควรมีการวิจัยเพื่อหารูปแบบในการจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมสมรรถนะการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล สำหรับนักศึกษาพยาบาล
3. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรเสริมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะในการใช้ยาการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล สำหรับนักศึกษาพยาบาล

References

- Angkanavisan, K., Peungkiatpairote, P., Pangdee, N., Thongkumkoon, S., Wilaiwongsathien, K., Pienklintham, P. et al. (2012). Knowledge and Awareness on Rational use of Antibiotics among First Year Students of Mahidol University in the Academic Year 2011. *Journal of Health Systems Research*, 6(3), 374-381. (in Thai)

- Aunruean, W., & Saensom, D. (2015). Behavior of KKU Students on Antibiotics Use in Sore Throat, Clean Wound and Acute Diarrhea. *KKU Institutional Research*, 3(3), 221-232. (in Thai)
- Bunmusik, S., Chantra, R., & Heeaksorn, C. (2019). Knowledge Attitude and Behaviors in Rational Antibiotics Use of Nursing Students Southern College of Nursing and Public Health Network. *Journal of Health Research and Innovation*, 2(1), 25-36. (in Thai)
- Chongtrakul, P. (2015). RDU Hospital: The Pathway to Rational Drug Use. *Thai Journal of Pharmacol*, 37(1), 48-61. (in Thai)
- Kedsing, W. (1995). Mean and Interpretation. *Research in Education Bulletin*, 18(3), 8-11. (in Thai)
- Kidpun, P., & Sitthiworanan, C. (2017). Opinions of Community Pharmacists in Bangkok on Channels and Conditions for Dispensing of Antibiotics for External Use. *Thai Journal of Pharmacy Practice*, 9(2), 338-351. (in Thai)
- Porisutiwutiporn, S., & Hemchayat, M. (2014). Influencing Factors of Antibiotics Use Behavior of Clients in Khlung Hospital, Chanthaburi. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinic Medical Education Center*, 31(2), 115-127. (in Thai)
- Rational Use of Drug Subcommittee. (2017). *Teacher's Guide for Promoting Rational Drug Use*. Nonthaburi: Food and Drug Administration, Ministry of Public Health, Thailand. (in Thai)
- Sornkrasetrin, A., Rungnoei, N., Thongma, N., Klinchat, R., Rajataramya, B., & Nitirat, P. (2019). Factors Predicting the Rational Antibiotic Use among Nursing Students. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 25(1), 43-59. (in Thai)
- Subcommittee on the Evaluation of Rational Drug Use Curriculum in Nursing Science. (2019). *Teacher's Guide for Promoting Rational Drug Use for Bachelor of Nursing Science*. Nonthaburi: Thai Nursing Council. (in Thai)
- Sukpaibul, S., Apinandechea, C., & Chaisiri, K. (2016). Antibiotics Use Behavior of Patients in Srangsoke, Ban Mo District. Saraburi Province. *Proceeding of the 3rd National Academic Research Conference* (pp. 409-416). Nakhon Ratchasima: Nakhon Ratchasima College. (in Thai)
- Sumpradit, N., Hunnangkul, S., Prakongsai, P., Thamlikitkul, V. (2012). A Survey of the Antibiotic Control and Surveillance System and Measures in Promoting Rational Use of Antibiotics: Preliminary Results. *Health Systems Research Institute Journal*, 6, 361-373. (in Thai)
- Waichompu, N., Niha, S., Sulaman, P., & Bunlap, P. (2018). Principles in Administating High Alert Medication in Labor Room: Development of a Learning Model for Nursing Students Boromarajonani College of Nursing, Yala. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(1), 150-166. (in Thai)
- Yanti, N., (2017). Factors Associated to Antibiotic Practice among Public Health Students in a University, PathumThani Province. *Valaya Alongkorn Review (Humanities and Social Science)*, 7(2), 57-66. (in Thai)

ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักในรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 ต่อผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ ทักษะการแก้ปัญหา การทำงานเป็นทีม และความพึงพอใจ
ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

Effects of Problem-Based Learning Pedagogy in Family and Community
Nursing II Course on Learning Achievement, Problem Solving Skills, Teamwork,
and Satisfaction among Nursing Students at Boromarajonani College of
Nursing, Surat Thani

โสทรตรีย์ แพน้อย^{1*}, ชูลีพร หิตอักษร¹, และ รุจิรดา เสาจวุฒิพงศ์¹

Soratree Phaenoi^{1*}, Chuleeporn Heetakson¹, and Rujirada Saojawuttipong¹

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี^{1*}

Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani^{1*}

(Received: December 30, 2019; Revised: May 14, 2020; Accepted: May 29, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองนี้เพื่อ 1) เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ก่อนและหลังการเรียน 2) ศึกษาทักษะการแก้ปัญหา การทำงานเป็นทีม และความพึงพอใจ หลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักในรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ชั้นปีที่ 4 จำนวน 129 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แผนการสอนแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา แบบประเมินการทำงานเป็นทีม แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Paired t-test ผลวิจัยพบว่า

ผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ของนักศึกษาหลังเรียน ($M=9.35$, $SD=1.93$) สูงกว่าก่อนเรียน ($M=16.50$, $SD=1.25$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p<.001$) ทักษะการแก้ปัญหาของนักศึกษา โดยรวมอยู่ในระดับดี ($M=3.33$, $SD=0.41$) การทำงานเป็นทีมของนักศึกษา โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($M=3.60$, $SD=0.44$) ความพึงพอใจของนักศึกษา โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($M=4.72$, $SD=0.58$)

การจัดการเรียนการสอนแบบใช้ปัญหาเป็นหลักในรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 สามารถส่งเสริมการเรียนรู้ ทักษะการแก้ปัญหา การทำงานเป็นทีมได้

คำสำคัญ: การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก, ผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้, ทักษะการแก้ปัญหา, การทำงานเป็นทีม, ความพึงพอใจ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: soratreejoy@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 091-4956565)

Abstract

This quasi-experimental research in Family and Community Nursing II course aimed to study the effects of problem-based learning (PBL) pedagogy on learning achievement, problem solving skills, teamwork, and satisfaction of nursing students. Sample was 129 4th-year nursing students in academic year 2017 at Boromarajonani College of Nursing in Surat Thani. The experimental tool was a lesson plan using problem-based learning strategy. Data collection tools included a learning achievement test, a problem-solving skills test, a teamwork assessment, and a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using mean, standard deviation, and paired t-test.

Results showed that learning achievements of nursing students after being taught with the PBL approach was significantly higher ($M=9.35$, $SD=1.93$) than before the experiment ($M=16.50$, $SD=1.25$) at the significance level of 0.001. The overall score of problem-solving skills was at a good level ($M=3.33$, $SD=0.41$). Teamwork score was at a very good level ($Mean=3.60$, $SD=0.44$). And students' satisfaction was also very good ($M=4.72$, $SD=0.58$)

Therefore, conclusion is that using the problem-based learning approach in Family and Community Nursing II course can promote effective learning achievement, problem-solving skills, and teamwork among nursing students.

Keywords: Problem-Based Learning, PBL, Learning Achievement, Problem Solving Skill, Teamwork, Satisfaction

บทนำ

ประเทศไทยได้กำหนดมาตรฐานการศึกษาของชาติ พ.ศ. 2561 โดยกำหนดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการศึกษา (Desired Outcomes of Education, DOE Thailand) ไว้ว่าต้องมีคุณลักษณะของคนไทย 4.0 ที่ตอบสนองวิสัยทัศน์ การพัฒนาประเทศสู่ ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน โดยคนไทย 4.0 จะต้อง อารมณ์ความเป็นไทย และแข่งขันได้ในเวทีโลก นั่นคือเป็นคนดี มีคุณธรรม ยึดค่านิยมรวมของสังคมเป็นฐานในการพัฒนาตนให้เป็นบุคคลที่มีคุณลักษณะ 3 ด้าน ได้แก่ เป็นผู้เรียนรู้ ผู้ร่วมสร้างสรรค์นวัตกรรม และพลเมืองที่เข้มแข็ง ดังนั้น จึงต้องมีการพัฒนานักศึกษาให้เป็นผู้มีทักษะทางปัญญา ทักษะศตวรรษที่ 21 ความฉลาดดิจิทัล (Digital Intelligence) ทักษะการคิดสร้างสรรค์ (Office of the Education Council, 2018) อย่างไรก็ตามในการจัดการเรียนการสอนที่ผ่านมา พบว่ามีการใช้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบเน้นครูเป็นศูนย์กลางใช้วิธีการสอนแบบบรรยาย เน้นการท่องจำ ทำให้ผู้เรียนมีการพัฒนาทักษะทางปัญญา และการสร้างสรรค์สิ่งใหม่น้อย ดังนั้นกระบวนการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งเสริมและพัฒนาทักษะทางด้านปัญญาให้ผู้เรียนสามารถจัดการแก้ไขปัญหาและการเผชิญสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม (Sangnimitchaikul, 2012)

ในการจัดการศึกษาของสถาบันการศึกษาที่ผลิตบัณฑิตพยาบาล ควรมีการพัฒนาศักยภาพของผู้เรียน กระตุ้นให้ผู้เรียนมีการศึกษาค้นคว้าเรียนรู้ด้วยตนเองและพัฒนาทักษะการคิด อย่างมีวิจารณญาณเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในสังคมทุกช่วงวัยและในภาวะสุขภาพต่าง ๆ ทั้งในภาวะสุขภาพดี ภาวะเจ็บป่วยทางสุขภาพ ภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน วิกฤติและเรื้อรัง ดังนั้นสถาบันการศึกษาที่ผลิตบัณฑิตพยาบาลจึงได้ให้ความสำคัญต่อการจัดการศึกษาที่สนับสนุนให้มีการจัดการเรียนรู้เชิงรุกที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ โดยเชื่อว่าผู้เรียนทุกคนมีความสามารถเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้ ซึ่งรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญจะช่วยสนับสนุนให้มีการจัดการเรียนรู้เชิงรุกเพื่อผลลัพธ์การเรียนรู้และบรรลุตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติได้ (Khemmanee, 2011) ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลควรเป็น

รูปแบบการสอน ที่เน้นทักษะทางปัญญา ทักษะการคิดวิเคราะห์ และทักษะการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ในศตวรรษที่ 21 อาจารย์ผู้สอนจะต้องวางแผนการจัดการเรียนการสอนที่แตกต่างจากเดิม เน้นให้ผู้เรียนมีความกระตือรือร้น มีความรับผิดชอบและมีส่วนร่วมในการเรียนรู้เพื่อนักศึกษาจะได้เรียนรู้ด้วย ตนเองมากขึ้น เพื่อเสริมสร้างทักษะการแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ และทันต่อการเปลี่ยนแปลงได้ (Panich, 2013)

การจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem-Based Learning) เป็นการจัดการเรียนการสอนซึ่งรุกที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญอีกวิธีหนึ่ง โดยมุ่งให้นักศึกษามีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ มีการจัดการเรียนการสอนเป็นกลุ่มย่อย มีโจทย์ปัญหาสถานการณ์ (Scenario) เป็นตัวกระตุ้นให้นักศึกษาร่วมกันคิด วิเคราะห์และตั้งวัตถุประสงค์การเรียนรู้ด้วยตนเอง (Savery, 2006; Dolmans, Grave, Wolfhagen, & Vleuten Van Der, 2005) ในกระบวนการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ การอธิบายคำศัพท์ยาก การระบุปัญหา การระดมสมอง การวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดประเด็นการเรียนรู้ การค้นคว้าหาความรู้ด้วยการชี้นำตนเองและการนำข้อมูลมารายงานต่อกลุ่ม (Schmidt, & Moust, 2000) โดยจะมีอาจารย์ประจำกลุ่มเป็นผู้คอยให้คำปรึกษา สนับสนุน ชี้แนวทางและเฝ้าอำนวยความสะดวกให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ทั้งทางด้านเนื้อหาสาระและการพัฒนาทักษะทางด้านการอ่าน การสืบค้นข้อมูล การคิดวิเคราะห์ การรับฟัง การโต้แย้งอย่างมีเหตุผล การแก้ปัญหา การเป็นผู้นำและการสื่อสารข้อมูลที่เหมาะสม (Ates, & Eryilmaz, 2010) ผู้เรียนจะได้ฝึกการทำงานเป็นกลุ่มย่อย ความสำเร็จต่อการเรียนรู้ของตนเอง ร่วมสร้างบรรยากาศการเรียนรู้เชิงรุกตลอดจนการนำเสนอผลการเรียนรู้ต่อกลุ่ม (Alavi, & Tiwana, 2002) หัวใจสำคัญของการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ปัญหา คือ 1) การบูรณาการความรู้โดยการเชื่อมโยงความรู้กับประสบการณ์ที่ผ่านมา 2) กระบวนการแก้ปัญหาจากสถานการณ์ที่กำหนด 3) การเรียนรู้แบบควบคุมกำกับตนเองหรือการสืบค้นข้อมูลด้วยตนเอง และ 4) การเรียนรู้โดยทำกลุ่มย่อย ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักพัฒนาผู้เรียนให้เกิดทักษะการคิดวิเคราะห์ การแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ครอบคลุม

ในการจัดการเรียนการสอนหัวข้อปัญหาสุขภาพครอบครัวที่มีภาวะเสี่ยงและแนวทางแก้ไข ในรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 ที่ผ่านมา พบว่า ใช้รูปแบบการสอนแบบบรรยายเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ผู้เรียนเกิดความเบื่อหน่าย ไม่สนใจในเนื้อหา ขาดทักษะการคิดวิเคราะห์ การแก้ไขปัญหาสุขภาพครอบครัว ขาดทักษะทางปัญญาที่จะเชื่อมโยงความรู้ที่มีอยู่เดิมและองค์ความรู้ใหม่ไปใช้ในการแก้ไขสถานการณ์ปัญหาสุขภาพครอบครัว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอน การออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอนโดยนำวิธีการสอนแบบใช้ปัญหาเป็นหลักในการแก้ไข ปัญหาสุขภาพครอบครัวที่มีภาวะเสี่ยง เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนมีทักษะการแก้ปัญหา การทำงานเป็นทีม และมีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักในการแก้ไขปัญหาสุขภาพครอบครัวที่มีภาวะเสี่ยง

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักในรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
2. เพื่อศึกษาทักษะการแก้ปัญหา การทำงานเป็นทีม และความพึงพอใจโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก หลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักในรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

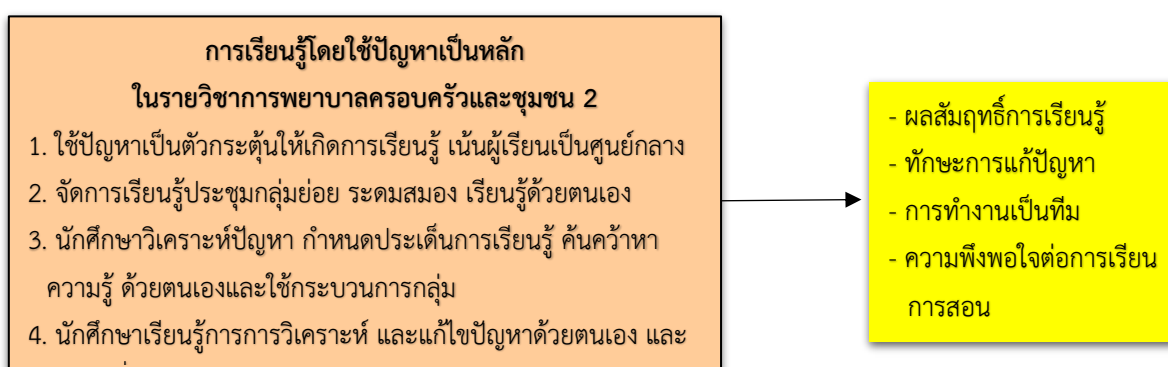
สมมติฐานวิจัย

1. หลังจากการทดลองใช้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักในการแก้ไข ปัญหาสุขภาพครอบครัวที่มีภาวะเสี่ยงที่พัฒนาขึ้น นักศึกษาพยาบาลมีผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ สูงกว่าก่อนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก

2. หลังจากการทดลองใช้การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักในการแก้ไขปัญหาสุขภาพครอบครัวที่มีภาวะเสี่ยงที่พัฒนาขึ้น นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยของทักษะการแก้ปัญหา การทำงานเป็นทีม และความพึงพอใจ อยู่ในระดับดีขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ใช้แนวคิดการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานตามแนวคิดของสมิทและมอสท์ Schmidt, & Moust (2000) เน้นการเรียนรู้แบบกลุ่มย่อย (Small Group) โดยใช้โจทย์สถานการณ์เป็นเครื่องมือในการอภิปรายโดยนำความรู้เดิมที่มีอยู่และต่อยอดความรู้ใหม่ที่เฉพาะเจาะจง ขั้นตอนการเรียนรู้มี 7 ขั้นตอน คือ 1) การอธิบายคำศัพท์ยากหรือข้อความที่ไม่เข้าใจ (Clarifying Unfamiliar Terms) 2) การระบุปัญหา (Problem Definition) 3) การระดมสมอง (Brainstorm) 4) การวิเคราะห์ปัญหา (Analyzing the Problem) 5) การสร้างประเด็นการเรียนรู้ (Formulating Learning Issues) 6) การค้นคว้าหาความรู้ด้วยการค้นหาตนเอง (Self-directed Learning) และ 7) การนำเสนอข้อมูลที่ศึกษาต่อกลุ่ม (Reporting) นักศึกษาต้องรับผิดชอบในการเรียนรู้ด้วยตนเองและแสวงหาความรู้เพื่อต่อเติมความเข้าใจให้ สมบูรณ์ยิ่งขึ้น (Ates, & Eryilmaz, 2010) โดยมีอาจารย์เป็นผู้คอยสนับสนุน ให้คำปรึกษา เอื้ออำนวย ความสะดวกและกระตุ้นให้มีการอภิปรายให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน (Race, Brown, & Smith, 2005) นักศึกษาต้องมีส่วนร่วมในกลุ่มย่อยของตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ไปแสวงหาด้วยตนเองเพื่อตอบโจทย์วัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่กำหนดขึ้นเพื่อเป้าหมายผลลัพธ์การเรียนรู้ทั้งด้าน เนื้อหาความรู้ ทักษะการคิดวิเคราะห์ การสื่อสาร การแสดงความคิดเห็น การนำเสนอข้อมูล การแก้ปัญหา การทำงานเป็นทีมและความรับผิดชอบต่อตนเองและกลุ่ม รวมทั้งเพื่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดีขึ้น หากนักศึกษามุ่งมั่น พยายามและจริงจังต่อการเรียนรู้ สรุปเป็นแผนภูมิการวิจัย ได้ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest- Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2563

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี จำนวนทั้งหมด 129 คน โดยกำหนดคุณสมบัติ คือ เป็นนักศึกษาที่ได้ลงทะเบียนเรียนรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2560 ใช้วิธีเลือกคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แผนการสอนแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในหัวข้อปัญหาสุขภาพครอบครัวที่มีภาวะเสี่ยงและแนวทางแก้ไข แผนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักมีความสอดคล้องกับคำอธิบายรายวิชาใน มคอ 2 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2555 ของลักษณะรายวิชาในหัวข้อ ปัญหาสุขภาพครอบครัวที่มีภาวะเสี่ยงและแนวทางแก้ไข โดยเนื้อหาประกอบ ด้วย แนวคิดครอบครัวที่มีภาวะเสี่ยง ปัญหาสุขภาพครอบครัว แนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพครอบครัวที่มีภาวะเสี่ยง โดยแผนการสอนประกอบด้วย สถานการณ์ ปัญหา (Scenario) การเรียนรู้โดยการชี้นำตนเอง (Self-Directed Learning) และ การเรียนเป็น กลุ่มย่อย (Small Group Tutorial) มีโจทย์สถานการณ์ปัญหาและคู่มืออาจารย์ผู้ร่วมสอนเพื่อเป็นแนวทางการตอบโจทย์สถานการณ์ปัญหาและเป็นแนวทางให้คำชี้แนะแก่นักศึกษา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบวัดผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับตารางวิเคราะห์หลักสูตร (Test Blueprint) ประกอบด้วย แนวคิดครอบครัวที่มีภาวะเสี่ยง ปัญหาสุขภาพครอบครัว แนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพครอบครัวที่มีภาวะเสี่ยง ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ

2.2 แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยวัดระดับความสามารถในการแก้ไขปัญหา จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating Scale) เกณฑ์ที่ใช้ในการแปลผล (Srisaang, 2017) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.00	หมายถึง ระดับดีมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49	หมายถึง ระดับดี
คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49	หมายถึง ระดับพอใช้
คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49	หมายถึง ควรปรับปรุง

2.3 แบบประเมินการทำงานเป็นทีม ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกระบวนการทำงานเป็นทีมในการเรียนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก ข้อคำถามประกอบด้วย กติกาของกลุ่ม การกำหนดบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ การแสดงข้อคิดเห็น การตรงต่อเวลา การยอมรับฟังความคิดเห็น มีจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating Scale) เกณฑ์ที่ใช้ในการแปลผล (Srisaang, 2017) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.00	หมายถึง ระดับดีมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49	หมายถึง ระดับดี
คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49	หมายถึง ระดับพอใช้
คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49	หมายถึง ควรปรับปรุง

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจ ผู้วิจัยพัฒนาจาก การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในการเรียนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก ข้อคำถาม ประกอบด้วย โจทย์สถานการณ์ การดำเนินกิจกรรมกลุ่ม บรรยายการเรียนรู้ แหล่งการสืบค้นข้อมูล และความมั่นใจในการเรียนรู้ มีจำนวน 15 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) เกณฑ์ที่ใช้ในการแปลผล (Srisaang, 2017) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00	หมายถึง ความพึงพอใจระดับดีมาก
คะแนนเฉลี่ย 3.41 - 4.20	หมายถึง ความพึงพอใจระดับดี
คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.40	หมายถึง ความพึงพอใจระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60	หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80	หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแผนการสอนแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก แบบวัดผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา แบบประเมินการทำงานเป็นทีมและแบบประเมินความพึงพอใจ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว อาจารย์พยาบาลและพยาบาลเชี่ยวชาญชั้นสูงด้านการพยาบาลครอบครัว ในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เพื่อพิจารณาภาษา เนื้อหาสาระ ความเข้าใจและระยะเวลา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67-1.00

สำหรับการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) หลังจากได้รับข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ นำมาปรับแก้ไขอีกครั้งก่อนนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่เป็นกลุ่มใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder-Richardson (KR-20) ในส่วนของความรู้ ได้ค่าความเชื่อมั่น .79 แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา แบบประเมินการทำงานเป็นทีม และแบบประเมินวัดความพึงพอใจ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Crobach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .72, .87 และ .82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มเป้าหมาย โดยการขออนุญาตกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย
2. แบ่งกลุ่มผู้เรียนออกเป็นกลุ่มละ 11-12 คน โดยผู้วิจัยใช้หลัก การแบ่งกลุ่มตามระดับผลคะแนนเฉลี่ยสะสมตลอด ทั้งปีการศึกษาเป็นเกณฑ์ซึ่งแต่ละกลุ่มจะมีผู้เรียน ที่มีระดับผลการเรียนระดับดี ปานกลางและต่ำ จำนวนใกล้เคียงกัน
3. วัดผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ก่อนเรียน โดยใช้ข้อสอบลักษณะเป็นแบบเลือกตอบจำนวน 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย แนวคิดครอบครัวที่มีภาวะเสี่ยง ปัญหาสุขภาพครอบครัว แนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพครอบครัวที่มีภาวะเสี่ยง

ขั้นทดลอง

4. ดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามขั้นตอนการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก ดังนี้
 - 4.1 พบกลุ่มย่อยครั้งที่ 1 ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง ได้แก่ขั้นตอนที่ 1: อธิบายคำศัพท์ที่ไม่ เข้าใจ
 - ขั้นตอนที่ 2: ตั้งคำถามที่เน้น ประเด็นว่าเป็นปัญหา อะไร
 - ขั้นตอนที่ 3: ระดมสมอง
 - ขั้นตอนที่ 4: วิเคราะห์ปัญหา
 - ขั้นตอนที่ 5: สร้างประเด็นการ เรียนรู้
 - ขั้นตอนที่ 6: ค้นคว้าหาความรู้ ด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลา 6 ชั่วโมง
- 4.2 พบกลุ่มย่อยครั้งที่ 2 ขั้นตอนที่ 7: รายงานต่อกลุ่ม ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง รวมใช้เวลา 12 ชั่วโมง

ขั้นหลังการทดลอง

5. วัดผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้หลังเรียน และประเมินผลทักษะการแก้ปัญหา การทำงานเป็นทีม และความพึงพอใจ สรุปผลการดำเนินกิจกรรมระหว่างอาจารย์ ผู้สอนและนักศึกษาพยาบาลประกอบด้วย เนื้อหาการเรียนรู้ กิจกรรม บรรยายภาคการเรียนรู้และข้อ เสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยการใช้ปัญหาเป็นฐานในครั้งต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

6. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก โดยใช้โปรแกรมทางสถิติและนำเสนอข้อมูลเป็นการเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนโดยใช้สถิติ Paired t-test โดยการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการใช้ โดยทดสอบการ

กระจายข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ และเจตคติ ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การทดสอบ Kolmogorov-Smirnov test (KS-test) ได้ค่า P-value (Sig) = 0.20 ซึ่งมากกว่า 0.05 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

7. วิเคราะห์ข้อมูลทักษะการแก้ปัญหา การทำงานเป็นทีม และความพึงพอใจโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก หลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยนำโครงการวิจัยเข้าที่ประชุมคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี หมายเลข 2018/05 ลงวันที่ 30 พฤษภาคม 2561

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่ตอบแบบสอบถาม ชั้นปีที่ 4 เป็นเพศหญิง จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 94.57 เพศชายจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 5.43 มีอายุเฉลี่ย 21 ปี

2. ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักในรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 ต่อผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ ทักษะการแก้ปัญหา การทำงานเป็นทีม และความพึงพอใจ

2.1 ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักในรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 ต่อผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานรายละเอียด

ตาราง 1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 ก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน

การทดสอบ	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p-value (1-Tailed)</i>
ก่อนเรียน	129	9.35	1.93	43.38	<.001
หลังเรียน	129	16.50	1.25		

จากตาราง 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ที่จัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานของนักศึกษาหลังเรียน ($M=9.35$, $SD=1.93$) สูงกว่าก่อนเรียน ($M=16.50$, $SD=1.25$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p<.001$)

2.2 ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักในรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 ต่อทักษะการแก้ปัญหา

ตาราง 2 ทักษะการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 ที่จัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักในรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2

ทักษะการแก้ปัญหา	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
1. การวิเคราะห์ปัญหาจากโจทย์สถานการณ์	3.19	0.40	ดี
2. การกำหนดสมมติฐาน	3.23	0.42	ดี
3. การกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้	3.11	0.31	ดี
4. การศึกษาค้นคว้าตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่กำหนด	3.61	0.49	ดีมาก

ตาราง 2 (ต่อ)

ทักษะการแก้ปัญหา	M	SD	ระดับ
5. การสังเคราะห์และสรุปความรู้ที่ได้	3.14	0.35	ดี
6. การกำหนดแนวทางการแก้ปัญหา	3.62	0.49	ดีมาก
7. การบูรณาการความรู้กับโจทย์สถานการณ์ (Scenario)	3.05	0.23	ดี
8. การเปรียบเทียบเพื่อจัดระบบข้อมูล	3.37	0.49	ดี
9. แก้ปัญหาได้	3.32	0.47	ดี
10. พัฒนาการของผู้เรียน	3.70	0.46	ดีมาก
ค่าคะแนนเฉลี่ยรวม	3.33	0.41	ดี

จากตาราง 2 พบว่า ทักษะการแก้ปัญหาของนักศึกษา ที่จัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก โดยรวมอยู่ในระดับดี ($M=3.33$, $SD=0.41$) รายข้ออยู่ในระดับดี-ดีมาก ($M=3.05 - 3.70$, $SD=0.23 - 0.46$) ข้อที่มีระดับดีมาก คือ พัฒนาการของผู้เรียน ($M=3.70$, $SD=0.46$) การกำหนดแนวทางการแก้ปัญหา ($M=3.62$, $SD=0.49$) และการศึกษาค้นคว้าตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ($M=3.61$, $SD=0.49$)

2.3 ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักในรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 ต่อการทำงานเป็นทีม

ตาราง 3 การทำงานเป็นทีมของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 ที่จัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักในรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2

การทำงานเป็นทีม	M	SD	ระดับ
1. เคารพกติกาของกลุ่ม	3.83	0.38	ดีมาก
2. มีการกำหนดบทบาทหน้าที่	3.80	0.40	ดีมาก
3. มีความรับผิดชอบร่วมกัน	3.90	0.30	ดีมาก
4. มีส่วนร่วมในการแสดงข้อคิดเห็น	3.61	0.49	ดีมาก
5. การตรงต่อเวลา	3.42	0.50	ดี
6. มีการยอมรับฟังความคิดเห็น	3.62	0.49	ดีมาก
7. การบริหารจัดการภายในกลุ่ม	3.29	0.45	ดี
8. การสร้างบรรยากาศการทำงานร่วมกัน	3.50	0.50	ดีมาก
9. แสดงความซื่อสัตย์ต่อทีมงาน	3.32	0.47	ดี
10. มีการแสวงหาแนวคิด วิธีการใหม่ ๆ ในการทำงาน	3.70	0.46	ดีมาก
ค่าคะแนนเฉลี่ยรวม	3.60	0.44	ดีมาก

จากตาราง 3 พบว่า การทำงานเป็นทีมของนักศึกษา ที่จัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($M=3.60$, $SD=0.44$) รายข้ออยู่ในระดับดี-ดีมาก ($M=3.29-3.90$, $SD=0.45-0.30$) ข้อที่มีระดับดีมาก คือ มีความรับผิดชอบร่วมกัน ($M=3.90$, $SD=0.30$) การเคารพกติกาของกลุ่ม ($M=3.83$, $SD=0.38$) และมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ($M=3.80$, $SD=0.40$)

2.4 ความพึงพอใจต่อผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักในรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2

ตาราง 4 ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 ที่จัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักในรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2

ความพึงพอใจ	M	SD	ระดับ
1. Scenario กระตุ้นให้นักศึกษาใช้ความรู้เดิมหรือที่เคยเรียนมา	4.67	0.47	ดีมาก
2. Scenario ช่วยนำไปสู่การตั้งวัตถุประสงค์การเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ของบทเรียน	4.71	0.45	ดีมาก
3. Scenario มีประเด็นที่กระตุ้นให้กลุ่มอภิปรายและแสดงความคิดเห็น	4.68	0.67	ดีมาก
4. ความยากง่ายของ Scenario เหมาะสมกับระดับความรู้ของนักศึกษา	4.49	0.83	ดีมาก
5. โดยภาพรวม ท่านคิดว่า Scenario เรื่องนี้มีความน่าสนใจ	4.60	0.70	ดีมาก
6. สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมและปฏิสัมพันธ์อย่างทั่วถึง มีการแสดงความคิดเห็นซึ่งกันและกันบรรยากาศเป็นมิตร	4.70	0.66	ดีมาก
7. ได้มีบทบาทในการเรียนมากขึ้นกว่าเดิม	4.89	0.31	ดีมาก
8. ได้ร่วมแสดงความคิดเห็นกับเพื่อน	4.80	0.40	ดีมาก
9. กิจกรรมการเรียนเช่นนี้ เพิ่มความสนุกและความสนใจในการเรียน	4.73	0.68	ดีมาก
10. มีความพึงพอใจกระบวนการทำกิจกรรมทั้งหมด	4.79	0.61	ดีมาก
11. ห้องเรียนมีอุปกรณ์เหมาะสม เอื้อต่อการเรียนรู้	4.66	0.70	ดีมาก
12. ระบบบริการห้องสมุดเหมาะสม และเอื้อต่อการเรียนรู้	4.71	0.46	ดีมาก
13. ระบบสารสนเทศเอื้อต่อการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง	4.74	0.66	ดีมาก
14. มีความมั่นใจในการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น	4.78	0.63	ดีมาก
15. มีความพึงพอใจในการเรียนแบบ PBL	4.86	0.50	ดีมาก
ค่าคะแนนเฉลี่ยรวม	4.72	0.58	ดีมาก

จากตาราง 4 พบว่า ความพึงพอใจของนักศึกษาที่จัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหา โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($M=4.72$, $SD=0.58$) ข้อที่มีระดับดีมาก คือ ได้มีบทบาทในการเรียนมากขึ้นกว่าเดิม ($M=4.89$, $SD=0.31$) มีความพึงพอใจในการเรียนแบบ PBL ($M=4.86$, $SD=0.50$) และได้ร่วมแสดงความคิดเห็นกับเพื่อน ($M=4.80$, $SD=0.40$)

อภิปรายผล

1. เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักในรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี พบว่า ผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 หัวข้อ แนวคิดครอบครัวที่มีภาวะเสี่ยง ปัญหาสุขภาพครอบครัว แนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพครอบครัวที่มีภาวะเสี่ยง ที่จัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักของนักศึกษา หลังเรียนสูงกว่า ก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักทำให้ผู้เรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเพิ่มขึ้น นักศึกษาได้ฝึกการคิดวิเคราะห์ ตั้งคำถามและหาคำตอบด้วยตนเอง ทำให้นักศึกษาสนุก มีความกระตือรือร้น ได้เรียนรู้วิธีการคิดอย่างเป็นระบบ รู้จักการแลกเปลี่ยนความรู้และวิพากษ์กับเพื่อนๆในกลุ่ม รู้จักการทำงานเป็นทีม (Srichairattanakul, & Saleekul, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tongmuangtunyatep, Weerawattanadome, Carabutr, & Ampankan (2018) ศึกษาผลการใช้ปัญหาเป็นหลักในการจัดการเรียนการสอนการดูแลมารดา และทารกที่มีปัญหาสุขภาพเนื่องจากการตั้งครรภ์ ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 พบว่าคะแนนเฉลี่ยผลการเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลมารดาและทารกที่มีปัญหาสุขภาพเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่จัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานของนักศึกษาหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งในการวิจัยใช้รูปแบบกระบวนการใช้ปัญหาเป็นหลัก ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานตาม

แนวคิด Schmidt, & Moust (2000) เน้นการเรียนรู้แบบกลุ่มย่อย (Small Group) โดยใช้โจทย์สถานการณ์เป็นเครื่องมือในการอภิปรายโดยนำความรู้เดิมที่มีอยู่และต่อยอดความรู้ใหม่ที่เฉพาะเจาะจง ขั้นตอนการเรียนรู้มี 7 ขั้นตอนคือ การอธิบายคำศัพท์ยากหรือข้อความที่ไม่เข้าใจ (Clarifying Unfamiliar Terms) การระบุปัญหา (Problem Definition) การระดมสมอง (Brainstorm) การวิเคราะห์ปัญหา (Analyzing the Problem) การสร้างประเด็นการเรียนรู้ (Formulating Learning Issues) การค้นคว้าหาความรู้ด้วยการชี้แนะตนเอง (Self-directed Learning) และการนำเสนอข้อมูลที่ศึกษาต่อกลุ่ม (Reporting) นักศึกษาต้องรับผิดชอบในการเรียนรู้ด้วยตนเองและแสวงหาความรู้เพื่อต่อเติมความเข้าใจให้ สมบูรณ์ยิ่งขึ้น (Ates, & Eryilmaz, 2010) โดยมีอาจารย์เป็นผู้คอยสนับสนุน ให้คำปรึกษา เอื้ออำนวย ความสะดวกและกระตุ้นให้มีการอภิปรายให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน (Race, Brown, & Smith, 2005) นักศึกษาต้องมีส่วนร่วมในกลุ่มย่อยของตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลที่ไปแสวงหาด้วยตนเองเพื่อตอบโจทย์วัตถุประสงค์ การเรียนรู้ที่กำหนดขึ้นเพื่อเป้าหมายผลลัพธ์การเรียนรู้ทั้งด้านเนื้อหา ความรู้ ทักษะการคิดวิเคราะห์ การสื่อสาร การแสดงความคิดเห็น การนำเสนอข้อมูล การแก้ปัญหา การทำงานเป็นทีมและความรับผิดชอบต่อตนเองและกลุ่ม รวมทั้งเพื่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดีขึ้น หากนักศึกษามุ่งมั่นทุ่มเทและจริงจังต่อการเรียนรู้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Klomim, (2017) ศึกษาการจัดการเรียนรู้แบบการใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem Based Learning) รายวิชาการออกแบบและพัฒนาหลักสูตร สำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู พบว่าการจัดการเรียนรู้แบบการใช้ปัญหาเป็นฐาน มีลักษณะสำคัญโดยให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางของ การเรียนรู้ อย่างแท้จริง แล้วจัดผู้เรียนเป็นกลุ่มย่อย ให้มีจำนวนกลุ่มละประมาณ 5-6 คน ผู้สอนทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกหรือผู้ให้คำแนะนำซึ่งครูจะใช้ปัญหาเป็นตัวกระตุ้น ให้เกิดการเรียนรู้ ลักษณะของปัญหาที่นำมาใช้นั้น ต้องมีลักษณะคลุมเครือ ไม่ชัดเจน มีวิธีแก้ไขปัญหามากมาย หลากหลาย อาจมีคำตอบได้หลายคำตอบ ได้แก่ 1) กำหนดปัญหา 2) ทำความเข้าใจปัญหา 3) ดำเนินการศึกษาค้นคว้า 4) สังเคราะห์ความรู้ 5) สรุปและประเมินค่าของคำตอบ 6) นำเสนอและประเมินผลงาน โดยผู้เรียนเป็นผู้แก้ปัญหาโดยการแสวงหาข้อมูลใหม่ ๆ ด้วยตนเอง การวัดและประเมินผล ใช้การประเมินผลจากสถานการณ์จริง ดูจากความสามารถในการปฏิบัติของผู้เรียน ในขณะทำกิจกรรมการเรียนรู้และพิจารณาจากผลงานที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Nuankaew, & Reerachat (2018) ศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักในรายวิชาจริยศาสตร์ และกฎหมายวิชาชีพ ต่อพฤติกรรมการเรียนรู้ และความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรม ของนักศึกษาพยาบาล พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเรียนรู้โดยรวมของนักศึกษาพยาบาลหลังเข้าร่วมการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลหลังเข้าร่วมการจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05 โดยจัดการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก มีขั้นตอนการดำเนินการเตรียมความพร้อม และมีขั้นตอน 8 ระยะ ได้แก่ 1) เปิดโจทย์และทำความเข้าใจคำศัพท์ 2) แบ่งปันข้อมูลและความรู้เดิม 3) ตั้งสมมติฐานที่มีความสัมพันธ์ เชื่อมโยงกับโจทย์ปัญหาโดยใช้ประสบการณ์เดิมที่เคยพบเห็นในชีวิตประจำวันหรือจากการคาดคะเน 4) ระบุประเด็นการเรียนรู้ที่ต้องการศึกษาเพิ่มเติม 5) ค้นคว้าและเรียนรู้ด้วยตนเองจากสื่อและแหล่งการเรียนรู้ต่าง ๆ ที่หลากหลายเพื่อตอบคำถามการเรียนรู้ 6) อภิปรายและวิจารณ์ 7) ประยุกต์ใช้ความรู้วางแผนแก้ปัญหา และ 8) การประเมินและการสะท้อนคิด อย่างไรก็ตามด้วยข้อจำกัดของระยะเวลาในการจัดการเรียนการสอนที่ค่อนข้างจำกัด จึงมีการใช้แบบวัดผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ จำนวน 1 ชุด จึงอาจมีผลทำให้นักศึกษาจำแบบทดสอบซึ่งมีผลต่อความรู้หลังการทดลอง

2. ผลการศึกษาทักษะการแก้ปัญหา การทำงานเป็นทีม และความพึงพอใจโดยใช้ปัญหาเป็นหลักในรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี พบว่า เมื่อนำวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักมาใช้ในการสอน ส่งผลให้นักศึกษามีทักษะการแก้ปัญหาสุขภาพครอบครัวอยู่ในระดับดี ($M=3.33$, $SD=0.41$) นำไปสู่การพัฒนาทักษะทางปัญญาของนักศึกษาให้มีกระบวนการคิดวิเคราะห์มากขึ้น โดยกิจกรรมการเรียนการสอนส่งเสริมการเรียนรู้การทำงานเป็นทีม การ

เรียนรู้ผ่านกระบวนการกลุ่ม มีการแสดงความคิดเห็น และยอมรับฟังความคิด แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันภายในกลุ่ม เพื่อหาค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ ส่งเสริมให้นักศึกษาได้เรียนรู้ในการวิเคราะห์ปัญหา และฝึกตั้งคำถามในสิ่งที่สงสัย ส่งผลให้เกิดความกระตือรือร้นในการเรียนมากกว่าการเรียนแบบบรรยายเพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับการศึกษาของ Puttiwanit, Puttiwanit, Suwanraj, & Kaewmahakam (2017) ศึกษาผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก ในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 ต่อทักษะทางปัญญาของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนผลการเรียนรู้ด้านทักษะทางปัญญา ของนักศึกษาพยาบาล หลัง การเรียน ($\mu=3.47, s=.35$) มากกว่าก่อนเรียน ($\mu=2.57, s=.33$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้อาจเกิดขึ้นเนื่องจากการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักอยู่บนพื้นฐานความเชื่อว่า ผู้เรียนสามารถพัฒนาความเข้าใจอย่างมีเหตุผลผ่านกรณีศึกษาเป็นกลยุทธ์ในการพัฒนาของควมมีเหตุผล และการเรียนรู้ด้วยตนเอง ผู้เรียนเป็นผู้ที่สร้างความรู้ด้วยตนเอง การเรียนเป็นการแสวงหา ความรู้ใหม่ โดยผู้เรียนเรียนรู้จากปัญหา และสถานการณ์ที่ได้รับการออกแบบและเลือกสรรอย่างเฉพาะเจาะจง สอดคล้องกับการศึกษาของ Phothong, Chansuwan, Khachat, & Sripho (2018) ศึกษาการพัฒนาแบบการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานเพื่อส่งเสริมความสามารถ ในการแก้ไขปัญหาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ พบว่า หลังทดลองใช้รูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน นักศึกษามีความสามารถในการแก้ไขปัญหาทางการพยาบาลสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t=34.44, p=.000$) และ 2) ผลการเรียนรู้ ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ มีค่าเฉลี่ยในระดับดีมาก ($M=4.23, SD=0.37$)

ผลการศึกษางานเป็นทีมในการแก้ปัญหสุขภาพครอบครัว โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($M= 3.60, SD= 0.44$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chumchai, Khumpeng, & Poysunnoen (2016) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก ด้านอาชีวอนามัยต่อผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ ทักษะการแก้ปัญหา การทำงานเป็นทีม และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท พบว่าจากความคิดเห็นของอาจารย์ผู้สอน และนักศึกษาเห็นด้วยที่จะมีการปรับปรุงรูปแบบการจัดการเรียน การเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของทักษะการคิดวิเคราะห์ และทักษะการแก้ปัญหา ในระยะ ประเมินผลพบว่า หลังจากการใช้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักด้านอาชีวอนามัย นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ ทักษะการแก้ปัญหา การทำงานเป็นทีม และความพึงพอใจสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักในรายวิชาการพยาบาล ครอบครัวและชุมชน 2 โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ($M=4.72, SD=0.58$) โดยข้อที่มีระดับดีมาก คือ ได้มีบทบาทในการเรียนมากขึ้นกว่าเดิม ($M=4.89, SD=0.31$) มีความพึงพอใจในการเรียนแบบ ($M=4.86, SD=0.50$) และได้ร่วมแสดงความคิดเห็นกับเพื่อน ($M=4.80, SD=0.40$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tongmuangtunyatep, Weerawattanodome, Carabutr, & Ampankan (2018) ศึกษาผลการใช้ปัญหาเป็นหลักในการจัดการเรียน การสอนการดูแลมารดา และทารกที่มีปัญหาสุขภาพเนื่องจากการตั้งครรภ์ ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานของนักศึกษาโดยรวมอยู่ในระดับดี มาก ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทางพัฒนาการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานให้มี ประสิทธิภาพต่อไปได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. อาจารย์ควรนำรูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐานไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน วิชาการพยาบาลครอบครัวชุมชน 2 อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความสามารถในการแก้ไขปัญหาทางการพยาบาลของ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

2. ในการจัดกลุ่มนักศึกษาเพื่อให้มีประสิทธิภาพในการจัดการเรียนการสอนมากยิ่งขึ้น ควรจัดกลุ่มศึกษาจำนวน 8-10 คน ต่ออาจารย์ประจำกลุ่ม 1 คน เพื่อให้ดูแลนักศึกษาได้ทุกคน และก่อนการจัดการเรียนการสอนควรมีการเตรียมความพร้อม และอธิบายวิธีการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักให้กับนักศึกษาเพื่อทราบบทบาทของผู้เรียน และให้อาจารย์ผู้สอนได้ทราบถึงบทบาทวิธีการสอน

3. ควรมีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักในการเรียนรู้ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ในชุมชน บูรณาการร่วมกันในการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวและชุมชน เพื่อให้นักศึกษาได้เรียนรู้จากสภาพปัญหาจริงในการติดตามเยี่ยมบ้าน แก่ไขปัญหาสุขภาพครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักในรายวิชาการพยาบาล ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลักกับวิธีการสอนต่าง ๆ

3. ควรมีการศึกษาวิจัยโดยใช้แบบวัดผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้จำนวน 2 ชุด ที่ครอบคลุมเนื้อหาของแต่ละรายวิชา เป็นลักษณะคู่ขนานกัน เพื่อป้องกันตัวแปรซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้

References

- Alavi, M., & Tiwana, A. (2002). Knowledge Integration in Virtual Teams: The Potential Role of KMS. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 53(12), 1029-1037.
- Ates, O., & Eryilmaz, A. (2010). Factors Affecting Performance of Tutors During Problem-Based Learning Implementations. *Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 2325-2329.
- Chumchai, P., Khumpeng, S., & Poysunnoen, Y. (2016). The Effectiveness of Occupational Health Teaching based on Problems-Based Learning Model on Achievement Outcome, Problem Solving Skill, Team Work Skill, and Satisfaction of Nursing Student, Boromrajonani College of Nursing, Phra Putthabat. *Journal of Nursing and Education*, 9(4), 60-73. (in Thai)
- Dolmans, D. H., Grave, W., Wolhagen, I. H., & Vleuten Vander, C. P. (2005). Problem-Based Learning: Future Challenges for Educational Practice and Research. *Journal of Medical Education*, 39(7), 732-41.
- Khemmanee, T. (2011). *Teaching Science: Knowledge for Efficient Learning Process Management*. (14th ed.). Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. (in Thai)
- Klomim, K. (2017). Problem Based Learning: A Course Design and Development for Curriculum For Teachers, *Journal of Graduate Studies Valaya Alongkorn Rajabhat University In the Royal Patronage*, 11(2), 179-192. (in Thai)
- Nuankaew, T., & Reerachat, J. (2018). Effect of Problem-Based Learning Management in Ethics and Professional Law Course to Learning Behavior And the Ability to Make Ethical Decisions of Nursing Students. *Journal of Mahasarakham Hospital*, 15(2), 57-68. (in Thai)
- Office of the Education Council. (2018). *Education in Thailand 2018*. Bangkok: Office of the Education Council. (in Thai)



- Panich, V. (2013). *Teachers for Pupils Build Classrooms Back*. Siam Commercial Foundation, S.R. Printing Mass Products Co., Ltd. (in Thai)
- Phothong, P., Chansuwan, S., Khachat, S., & Sripho, S. (2018). The Problem-Based Teaching and Learning Model to Enhance the Ability to Solve Nursing Problems of Nursing Students. *Journal of Health Science Research*, 12(Special), 29-38. (in Thai)
- Puttiwanit, N., Puttiwanit, S., Suwanraj, M., & Kaewmahakam, O. (2017). Effect of Problem-Based Learning on Intellectual Skills of Nursing Student in Nursing of Persons with Health Problems I Subject. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(1), 1-14. (in Thai)
- Race, P., Brown, S., & Smith, B. (2005). *500 Tips on Assessment*. (2th ed.). New York: Routedgefalmer.
- Sangnimitchaikul, W. (2012). Student-Centered Learning: A case Study of Instructional Model in the Nursing Care of Children and Adolescents Course at the Faculty of Nursing, Thumasat University. *Journal of Nursing and Education*, 1(3), 2-14.
- Savery, J. R. (2006). Overview of Problem-Based Learning: Definitions and Distinctions. Interdisciplinary. *Journal of Problem-learning*, 1(1), 8-20.
- Schmidt, H. G., & Moust, J. H. C. (2000). *Processes That Shape Small-Group Tutorial Learning: A Review of Research*. Maastricht: Datayse Publishing.
- Srichairattanakul, J., & Saleekul, S. (2018). Application of Problem Based Learning Concept In Family and Community Nursing I: Designing of Family Health Care. *Journal of Boromarajonani College of Nursing Bangkok*, 34(3), 133-144. (in Thai)
- Srisaang, B. (2017). *Primary Research*. (7th ed. Bangkok: Suriyasan. (in Thai)
- Tongmuangtunyatep, K., Weerawattanodome, N., Carabutr, T., & Ampankan, S. (2018). The Effects of Using Problem- Based Learning for Caring on Maternal and Fetus with Health Problem Related with Pregnancy of 4th Level Nursing Students. *Journal of Nursing and Education*, 11(2), 87-97. (in Thai)

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ Hypertension and type 2 Diabetes Mellitus Patients: A Systematic Review on the Chronic Care Model (CCM) and Self-Management Support (SMS)

ธวัชชัย สัตยสมบูรณ์^{1*} และ ยวนุช สัตยสมบูรณ์²

Thawatchai Sattayasomboon^{1*} and Youwanuch Sattayasomboon²

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก^{1*}, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล²

Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok^{1*}, Faculty of Public Health, Mahidol University²

(Received: February 27, 2019; Revised: May 16, 2020; Accepted: May 29, 2020)

บทคัดย่อ

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นแนวทางการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย การวิจัยนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (HT) และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (T2DM) วิธีการทบทวนวรรณกรรมใช้กรอบแนวคิด PICO การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามวิธีของ DiCenso, Guyatt, & Ciliska (2005) เก็บข้อมูลโดยสืบค้นฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่กำหนดและการสืบค้นด้วยมือ ใช้บทความวิจัย รายงานวิจัยภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ตีพิมพ์เผยแพร่ระหว่าง พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ.2557 คำสำคัญที่ใช้สืบค้นเกี่ยวกับ Chronic Care Model (CCM), Self-Management Support (SMS), Diabetes, Hypertension, Intervention และ RCT Experimental. นำมาสกัดผลการวิจัย ผลการวิจัยพบว่า

จากบทความวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ 110 เรื่อง เป็นงานวิจัยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 36 เรื่อง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 74 เรื่อง พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีตั้งแต่ 2 องค์ประกอบขึ้นไป มีประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วย HT และ T2DM ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ลดระดับน้ำตาลในเลือด ควบคุมความดันโลหิต พฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น

ควรนำรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังและโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองไปใช้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย HT และ T2DM ในประเทศไทย

คำสำคัญ: การดูแลโรคเรื้อรัง, การสนับสนุนการจัดการตนเอง, เบาหวานชนิดที่ 2, ความดันโลหิตสูง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: tsomboon9@gmail.com เบอร์โทรศัพท์: 081-692-9882)

Abstract

Chronic care model (CCM) and self-management support (SMS) are concepts to improve health care system and patients' outcomes. The aims of this systematic review was to assess the effects of CCM and SMS in hypertension (HT) and type2 diabetes mellitus (T2DM) patients, by using PICO framework, and assessing quality of the studies and level of evidence method (DiCenso, Guyatt, & Ciliska, 2005). An electronic search of the databases was conducted as well as a hand search. All studies published in both Thai and English, from B.E. 2547 to 2557, were included. The keywords relating to CCM, self-management support, hypertension and type 2 diabetes were used in the searching process.

Results revealed that from a total of 110 eligible studies in the review, 36 focusing on HT, and 74 focusing on type 2 DM, were analyzed. Results showed that the CCM and SMS intervention with at least 2 elements was effective to outcomes in term of care, including: self-efficacy, glycemic control, blood pressure lowering, and good behaviors, although some studies showed unclear clinical outcomes. Result suggest that the CCM and SMS approaches for HT and T2DM patients should be considered and adopted in Thai primary healthcare settings, where appropriate.

Keyword: Chronic Care Model, Self-Management Support, Diabetes Type 2, Hypertension

บทนำ

โรคเบาหวาน (DM) และโรคความดันโลหิตสูง (HT) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases; NCDs) ที่เป็นภัยเงียบต่อชีวิตมนุษย์ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนทั่วโลก (World Health Organization, 2018) ปัจจุบันประเทศกำลังพัฒนาที่มีรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ มีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นมากกว่าประเทศที่มีรายได้สูง ประมาณจำนวนผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงทั่วโลกปี มีจำนวน 1.13 พันล้านคน และ 4 ใน 5 ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (World health Organization, 2019) และปี 2017 มีผู้ที่เป็นโรคเบาหวานทั่วโลกมากถึง 425 ล้านคน (International Diabetes Federation, 2017) ในประเทศไทยข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากการสำรวจภาวะสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย พบว่าความชุกของ HT ร้อยละ 21.4 ในปี พ.ศ. 2552 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 24.7 ในปี พ.ศ. 2557 ความชุกของ DM ในประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปีพ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ.2557 (Aekplakorn, 2004) อัตราตายด้วยโรค HT และ DM ปีพ.ศ. 2552 เปรียบเทียบ กับปี 2557 มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นโดยโรคความดันโลหิตสูงมี อัตราตายต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นจาก 3.64 คน เป็น 10.95 คน และ โรคเบาหวานอัตราตายต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นจาก 12.21 คน เป็น 17.53 คน ตามลำดับ (Bureau of Non Communicable Disease, 2015) ซึ่งคาดว่าในอนาคตจะมีจำนวนที่เพิ่มสูงขึ้น อันเนื่องมาจากการมีวิถีชีวิตและวัฒนธรรมอาหารแบบตะวันตกมากขึ้น โดยที่โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง

ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เร่งผลักดันให้เกิดผลในทางปฏิบัติ ดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์โลกในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชาชน ร้อยละ 25 ภายในปี พ.ศ.2568 โดยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เป็นโรคติดต่อเรื้อรัง 2 ใน 5 ที่สำคัญที่เป็นเป้าหมาย 5 โรค คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง วิธีการลดการตายและการป่วยจาก โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง นอกจากการรักษาเมื่อเป็นโรคแล้วการปรับพฤติกรรมตั้งแต่อ่อนเกิดโรคในกลุ่มเสี่ยงยังช่วยชะลอการเป็นโรคได้

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นที่ทราบกันดีว่าส่วนหนึ่งมาจากปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุรา ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานเกลือมากเกินไป สูบบุหรี่ ปัจจัยด้านเมตาบอลิก เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งการป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลสุขภาพของประชาชน แม้จะมียารักษาโรคแต่การปรับพฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่สุด และและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในระยะก่อนเป็นโรคอย่างสม่ำเสมอเป็นเรื่องจำเป็นสำหรับป้องกันโรค เพราะพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานได้อย่างยั่งยืน (Adepu, Rasheed, & Nagavi, 2007)

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) จากการพัฒนาของวากเนอร์และคณะ (Wagner, Austin, Davis, Hindmarsh, Schaefer, & Bonomi, 2001; Wagner, Davis, Schaefer, VonKorff, & Austin, 1998) เป็นรูปแบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เน้นการดูแลแบบองค์รวมเชื่อมโยงหน่วยบริการที่มีการดูแลที่มีมาตรฐานตั้งแต่โรงพยาบาลถึงชุมชนเน้นการทำงานอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีแก่ผู้ป่วย ซึ่งแนวคิดการจัดการตนเอง (Embrey, 2008; Ryan, & Swin, 2009) การที่ผู้ป่วยใช้ในการควบคุม กำกับดูแลตนเองเพื่อให้สามารถอยู่กับโรคที่เป็นอยู่ได้อย่างมีความสุข โดยใช้ความรู้ ทักษะต่างๆ ที่ได้จาก การเรียนรู้จากตนเองหรือได้รับจากคนอื่น ในการควบคุมตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่สำคัญและถูกจัดเป็นองค์ประกอบหนึ่งในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Wagner, Davis, Schaefer, VonKorff, & Austin, 1998) ในประเทศไทยและต่างประเทศมีการประยุกต์แนวคิดนี้ไปพัฒนาบริการผู้ป่วย โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองและได้รู้ว่าเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยเบาหวาน (American Diabetes Association, 2019) แต่ต้องมีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ จากข้อมูลทางระบาดวิทยาของโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานจะเห็นได้ว่าประเทศไทยยังไม่สามารถหยุดการเพิ่มขึ้นของความชุกของโรคเหล่านี้ได้

การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเป็นแล้วใช้เวลานาน และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามระยะการเจ็บป่วยที่รุนแรงมากขึ้น ทำให้เสียทรัพยากรการเงินด้านสุขภาพ ส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคมของประเทศจากภาวะทุพพลภาพ และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชาชน การรักษาไม่ถูกต้องนำไปสู่ความสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคมมากมาย (Sornchamni, & Prakeechip, 2007) ผู้บริหารระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยจึงจำเป็นต้องพัฒนาความสามารถของระบบสุขภาพในการจัดการความเสี่ยงทางสุขภาพในระดับประเทศอย่างเป็นระบบ ให้มีระบบดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและทำให้ประชาชนชาวไทยมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานทุกคน

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) และการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-Management Support: SMS) เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับและมีการพัฒนาเป็นมาตรการจัดรูปแบบบริการที่หลากหลายกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบริบทต่าง ๆ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศแต่ความรู้เกี่ยวกับผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการสนับสนุนการจัดการตนเองยังมีน้อยไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนว่านำไปใช้แล้วผลที่ได้เป็นอย่างไร และยังไม่มีการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ไว้อย่างเป็นระบบสำหรับการวางแผนงานเชิงนโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศไทย การทบทวนวรรณกรรมนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในกลุ่มโรคเรื้อรัง (Puwarawuttipanit, Musikthong, Sriprasong, Phligbua, Kasetkala, Hanlop, et al., 2015) เพื่อที่จะนำข้อมูลมาสรุปในเบื้องต้นและเป็นฐานข้อมูลสำหรับต่อยอดความรู้จากงานวิจัยที่ผ่านมาในอดีต ทำให้เข้าใจการนำมาประยุกต์ใช้ปรับปรุงผลการดำเนินงานในทางปฏิบัติในปัจจุบัน เป็นข้อมูลสำหรับเพิ่มทางเลือกในการปฏิบัติ อันจะช่วยในการวางแผนเชิงนโยบายต่อไปในอนาคต การรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพจึงมีความจำเป็นต่อการเป็นข้อมูลพื้นฐานไปใช้ในการจัดบริการที่เหมาะสมตามแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติต่อไป

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อค้นหาข้อสรุปจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเองและการจัดการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยโรคความ

ต้นโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนในการพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อประเมินผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) และการสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-Management Support) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2

กรอบแนวคิดการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมนี้ ใช้กรอบแนวคิด PICO (PICO Framework) ได้แก่ P= Population, I=Intervention, C=Comparison, O=Outcome (DiCenso, Guyatt, & Ciliska, 2005) เป็นกรอบในการสืบค้น

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการสนับสนุนการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ประชากร

ประชากร ได้แก่ บทความวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในฐานข้อมูล และเอกสารรายงานวิจัย วิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ (ที่ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์) เผยแพร่ในระหว่าง ปี พ.ศ.2547- พ.ศ.2557 (10 ปี) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) งานวิจัยที่เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(Chronic Care Model (CCM) and Self-Management Support in Chronic Illness (SMS) 2) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 18 ปีขึ้นไป 3) บทความวิจัยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่มี Peer-Reviewed และสามารถเข้าถึงฉบับเต็มได้ 4) ตีพิมพ์เผยแพร่ในฐานข้อมูลที่กำหนด ในปี พ.ศ.2547-2557

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) งานวิจัยที่ศึกษาในเด็กหรือสตรีตั้งครรภ์หรือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 2) งานวิจัยทดลองในสัตว์ 3) บทความวิจัยที่มีแต่บทคัดย่อไม่สามารถเข้าถึงฉบับเต็มได้ 4) บทความวิจัยที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษหรือภาษาไทย 5) เอกสารวิทยานิพนธ์ภาษาไทยที่ไม่ตีพิมพ์และไม่สามารถสืบค้นเล่มฉบับเต็มได้ในเวลาที่สืบค้น

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบคัดกรองตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 2) แบบประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามทางประเมินระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ (Melnik, & Fineout-Overholt, 2011) 3) แบบฟอร์มบันทึกผลการสกัดข้อมูลผู้วิจัยสร้างเป็นตารางบันทึกผลของงานวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

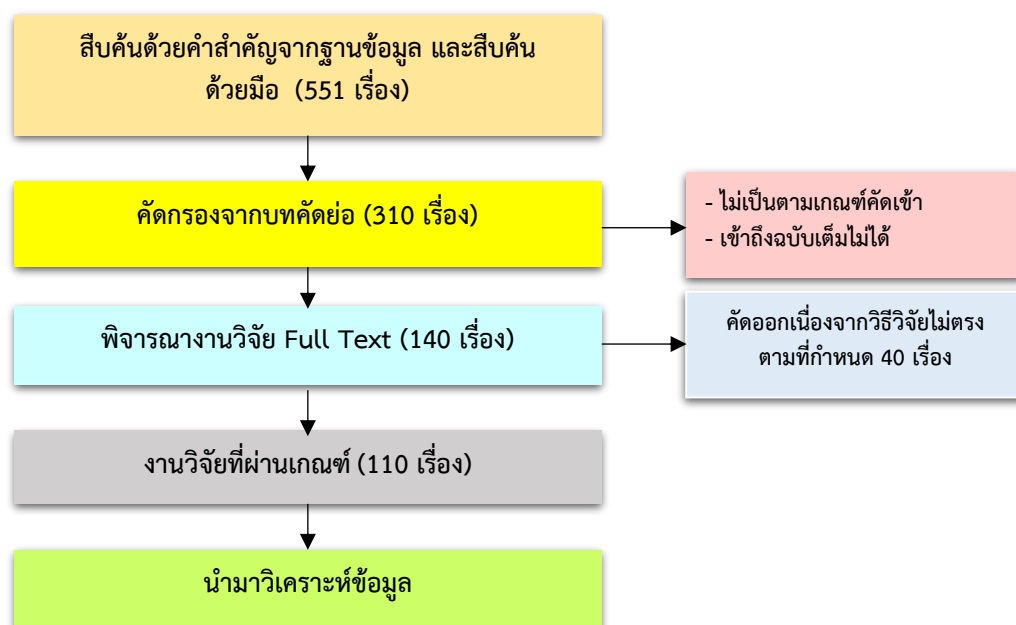
1. กำหนดคำถามการวิจัย ตามกรอบ PICO ในการทบทวนวรรณกรรมนี้ ประชากรหรือผู้ป่วยที่สนใจ (P) คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มาตรการ (I) คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือ การจัดการสนับสนุนการจัดการตนเอง กลุ่มเปรียบเทียบ (C) คือ กลุ่มที่ได้รับมาตรการอื่น หรือ การดูแลตามปกติ ผลลัพธ์ (O) คือ ผลของการใช้รูปแบบที่มีการประเมินติดตามภายหลังการใช้มาตรการอย่างน้อย 1 ตัวแปร

2. ระบุคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ CCM, SMS, Diabetes, Hypertension, intervention, RCT Experimental.

3. สืบค้นบทความจากคำสำคัญในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้สืบค้น ได้แก่ 1) ProQuest Nursing 2) CINAHL 3) Cochrane Library 4) Science Direct 5) Ovid 6) Wiley-Inter-science 7) PubMed 8) Biomed Central 9) Blackwell Synergy 10) BMJ Group 11) High Wire Press 12) Springer Link และ 13) Thai List
4. อ่านและคัดกรองบทความคัดย่อ ตามเกณฑ์คัดเข้า เกณฑ์คัดออก
5. สืบค้นบทความวิจัยฉบับเต็ม เอกสารวิจัยและวิทยานิพนธ์ฉบับเต็ม จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และสืบค้นด้วยมือจากวารสาร และวิทยานิพนธ์ในห้องสมุด
6. ประเมินคุณภาพของงานวิจัย โดยผู้วิจัย 2 คน แยกกันประเมินอย่างเป็นอิสระต่อกัน ตามเกณฑ์ประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ การพิจารณาระเบียบวิธีวิจัยและความลำเอียงของการวิจัย โดยบันทึกในแบบฟอร์มที่สร้างไว้
7. สกัดข้อมูลผลการวิจัย นำมาสรุปวิเคราะห์ สังเคราะห์ จัดกลุ่มข้อมูล ลงแบบบันทึกข้อมูล เพื่อสรุปผลที่ได้จากการใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานชนิดที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิธีการที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CCM & SMS) โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กรอบการศึกษา PICO ของ Melnyk, & Fineout-Overholt (2011) ประเมินเพื่อประกอบการตัดสินใจว่าหลักฐานเชิงประจักษ์เรื่องนั้น มีคุณภาพดีพอที่จะนำมาใช้หรือไม่ โดยผู้วิจัยสองคนแยกกันอ่านเนื้อหาในแต่ละเรื่อง สรุปเนื้อหาจากเอกสารในหัวข้อประชากร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ มาตรการที่ระบุในการวิจัย ผลลัพธ์จากมาตรการที่นำมาใช้ ตามหัวข้อที่กำหนดในแบบฟอร์มบันทึกผลการวิจัย การสรุปผลวิจัยนำผลสรุปของผู้วิจัยทั้งสองคนมาพิจารณารวมกันแต่ละประเด็นต้อง มีความเห็นสอดคล้องกันทุกประเด็น การจัดการเมื่อมีความคิดเห็นสรุปแตกต่างกันผู้วิจัยนำข้อสรุปนั้น มาอภิปรายตกลงร่วมกัน และนำมาหาข้อสรุปใหม่ที่ตรงกัน การสังเคราะห์ข้อมูลใช้การสรุปเนื้อหา ไม่มีการนำเสนอรายงานเป็นสถิติ นำข้อค้นพบที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์จัดหมวดหมู่เป็นหัวข้อ นำเสนอด้วยการบรรยายสรุปตามวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการคัดเลือกงานวิจัยในการทบทวนวรรณกรรม แสดงดังภาพ 1



ภาพ 1 ขั้นตอนการคัดเลือกงานวิจัย

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของงานวิจัย

งานวิจัยที่ทบทวนวรรณกรรมนี้ พบว่า จำนวนงานวิจัยทั้งหมดที่นำมาวิเคราะห์ได้ จำนวน 110 เรื่อง เป็นงานวิจัยในผู้ป่วยความดันโลหิต 36 เรื่อง ร้อยละ 32.7 วิจัยในผู้ป่วยเบาหวาน 74 เรื่อง ร้อยละ 67.3 งานวิจัยในผู้ป่วยความดันโลหิต (36 เรื่อง) เป็นงานวิจัย Meta-Analysis 1 เรื่อง Systematic Review 3 เรื่อง RCT 21 เรื่อง และ Quasi-Experimental 11 เรื่อง วิจัยในผู้ป่วยเบาหวาน 74 เรื่อง เป็นงานวิจัย Meta-Analysis 1 เรื่อง Systematic Review 9 เรื่อง RCT 36 เรื่อง Quasi-Experimental 19 เรื่อง วิจัย Prospective 4 เรื่อง และ Experimental 5 เรื่อง

2. การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จากหลักฐาน พบว่า การวิจัยต่างประเทศและประเทศไทยเป็นการใช้โปรแกรมการสนับสนุนการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทั้งหมดร้อยละ 100 ไม่พบการวิจัยที่นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาใช้เป็นหลัก ในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย โดยการดำเนินการในโปรแกรมมีลักษณะดังนี้

2.1 เป้าหมายผลลัพธ์ การลดระดับความดันโลหิต และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ลดความอ้วน ส่วนใหญ่ของงานวิจัยที่พบในประเทศไทยในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ใช้การจัดการตนเอง และการสนับสนุนการจัดการตนเอง (10 เรื่อง ใน 11 เรื่อง)

2.2 ผลลัพธ์ในการลดความดันโลหิต พบว่า งานวิจัยรายงานผลการใช้โปรแกรมฯ ลดความดันโลหิตได้ผล ในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการปกติ แต่บางการศึกษายังไม่ชัดเจน

2.3 วิธีการออกแบบระบบบริการที่ได้ผลดี นอกจากการให้การดูแลรักษาแล้ว เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิต มีการรวมการจัดการศึกษาในการจัดการตนเอง โดยการให้มาตรการความรู้เสริมเกี่ยวกับความดันโลหิต ผ่านสื่อทางไกลเพื่อผลการให้ความรู้ เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรม การบริหารยาในการควบคุมความดันโลหิต โปรแกรมส่วนใหญ่ยึดหลักที่สำคัญ คือ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การตั้งเป้าหมายร่วมกัน การฝึกทักษะ การติดตามค่าความดันโลหิต มีโปรแกรมทางไกลติดตามผู้ป่วยต่อเนื่อง เช่น การใช้โทรศัพท์อัตโนมัติ รวมกับการวัดค่าความดันโลหิตที่บ้าน การติดตามสอนรายการกลุ่มทางอินเทอร์เน็ต

2.4 การจัดกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยทำการจดบันทึกค่าความดันโลหิต และมีการรายงานผลความดันโลหิต สามารถควบคุมค่าความดันโลหิตได้ดีกว่าการบริการปกติ (Angell, Guthartz, Dalal, Foster, Pogue, Wei A, & et al., 2013) โดยในโปรแกรมมีการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ทำให้ง่ายในการติดตามผู้ป่วย เช่น ติดต่อทางโทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต (Glasgow, Askew, Purcell, Levine, Warner, Stange, & et al., 2013) โทรศัพท์อัตโนมัติได้นำมาใช้ให้ข้อมูลผู้ป่วยในการควบคุมติดตามค่าความดันโลหิต ทำให้บุคลากรด้านสุขภาพที่รับผิดชอบมีข้อมูลติดตามวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้สอดคล้องตามบริบทปัญหาของผู้ป่วย

2.5 โปรแกรมมีการให้ความรู้ฝึกทักษะ รวมกับการเน้นการจัดการควบคุมความดันโลหิต โดยการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย พบว่า นอกจากการจัดโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองจะมีความสำคัญแล้ว การมีการติดตามเป้าหมายที่ตั้งไว้และมีการให้คำปรึกษาเป็นระยะๆ จะทำให้ง่ายไปสู่เป้าหมายการลด ความดันโลหิตได้

3. การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2

3.1 จากหลักฐานการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบในการวิจัยต่างประเทศ ส่วนการสนับสนุนการจัดการจัดการตนเองจะมีการใช้เกือบในทุกโปรแกรมที่นำมาใช้เป็นมาตรการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เช่น รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภายใต้บริการสุขภาพชุมชน โดยองค์ประกอบจาก CCM ที่นำมาใช้เป็นพื้นฐาน คือ การสนับสนุนการตัดสินใจ ข้อมูลทางคลินิก การสนับสนุนองค์กร และองค์ประกอบที่ต้องปรับให้เข้ากับผู้ป่วยในแต่ละคนหรือแต่ละบริบท คือ การสนับสนุนการจัดการตนเอง และการออกแบบบริการการส่งมอบการดูแล มีการปรับให้เข้ากับปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละครั้งที่พบด้วย การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้การทำงาน

ในระบบสุขภาพเชื่อมโยงกันในแต่ละองค์ประกอบเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกและพฤติกรรมที่ดีขึ้น การวิจัยที่ใช้ CCM มาเป็น แนวคิดจะทำให้เกิดการออกแบบโปรแกรมที่เป็นหลายมิติหรือมีหลายแง่มุม พบว่า รูปแบบการดูแลเรื้อรังเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพที่จะช่วยพัฒนาการดูแลผ่านการทำงานเป็นทีม เพื่อปรับปรุงผลลัพธ์ และได้ผลดีในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีHbA1C ลดลง (Piatt, Anderson, Brooks, Songer, Siminerio, Korytkowski, et al., 2010; Lee, Siu, Leung, Lau, Chan, Wong, 2011) แม้ผลลัพธ์ทางคลินิกในงานวิจัยยังไม่คงที่ก็ตาม เช่น บางงานวิจัยการลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม แต่ก็พบว่ามีการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ดีมากขึ้น

3.2 รูปแบบการผู้ป่วยดูแลเรื้อรัง ที่นำมาใช้ทำให้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศนจากกระบวนการในปัจจุบันเป็นกรอบการดูแลที่มีหลายแง่มุม เพื่อส่งมอบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ โดยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะ ต้องมีการทำงานร่วมกันเป็นองค์รวม ซึ่งมีความสำคัญต่อความสำเร็จ ในการนำรูปแบบการดูแลตนเองไปใช้ได้ต้องมีการพัฒนาและนำแนวทางของวิทยาการด้านการออกแบบระบบการส่งมอบการดูแล การพัฒนา และการดำเนินการของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง การปรับเปลี่ยนองค์กรจะเป็นไปได้ต้องมีการตั้งกลุ่มขับเคลื่อนที่จะส่งมอบบริการให้กับผู้ป่วย โดยอุปสรรคต่าง ๆ ของผู้ป่วยควรได้รับการแก้ไขป้องกัน เช่น การขาดข้อมูลที่มีคุณภาพที่ดี และการสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถใช้เทคโนโลยีเพื่อการส่งมอบบริการในการดูแลผู้ป่วยได้ เช่น การให้ความรู้ผ่านสื่อทางอินเทอร์เน็ต การใช้สื่อในการเรียนรู้ด้วยตนเอง การติดตามทางโทรศัพท์ ซึ่งสามารถนำมาใช้ได้ผลดีในการจัดโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้นการใช้เทคโนโลยีเพื่อทำให้เกิดความเชื่อมโยงการทำงานแต่ละองค์ประกอบจึงเป็นเรื่องที่ควรสนับสนุน

3.3 เนื้อหาส่วนใหญ่ในโปรแกรมจะมุ่งเน้นที่พฤติกรรมจัดการตนเอง ที่มีความจำเป็นสำหรับภาวะ สุขภาพที่ดีขึ้นและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับสมาคมผู้ให้ความรู้ด้านเบาหวาน (AADE) มีการใช้เทคนิค ต่างๆสอนทักษะแก่ผู้ป่วย เช่น ทักษะในการสร้างแรงจูงใจตนเอง ทักษะการแก้ไขปัญหา บางโปรแกรมมีการฝึกปฏิบัติจัดการความเครียด การใช้การสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง ด้านพฤติกรรมจัดการดูแลตนเอง จะเน้นพฤติกรรมจัดการดูแลตนเองใน 7 ประการได้แก่ การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพการมีกิจกรรม การตรวจสอบและติดตาม การรับประทานยา การแก้ปัญหา การจัดการกับปัญหาสุขภาพ และการลดความเสี่ยง

3.4 การสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถใช้ในรูปแบบที่หลากหลาย มีการใช้กลยุทธ์ใหม่ ๆ ในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีความจำเป็นที่ต้องการเพิ่มการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เช่น การใช้โปรแกรมที่ใช้ชุมชนเป็นฐานมีการสนับสนุนการจัดการตนเองทางโทรศัพท์ และโปรแกรมที่ใช้การติดต่อสื่อสารที่ใช้เทคโนโลยีอื่น เช่น อินเทอร์เน็ต โทรศัพท์อัตโนมัติ นอกจากนี้การใช้ทรัพยากรบุคคลในพื้นที่มาช่วยในการสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ที่มีจิตอาสา หรืออาสาสมัคร เป็นรูปแบบหนึ่งของการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถนำมาใช้ได้ โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองต้องทำแบบมีการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยต่อเนื่อง ซึ่งบุคลากรด้านสุขภาพที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยต้องติดต่อเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือผู้ดูแลหรือคนในครอบครัวต่อไปอีกหลังจากการจัดอบรมแบบกลุ่มไปแล้ว วัตถุประสงค์ของโปรแกรมในการให้ความรู้ ฝึกทักษะที่จำเป็นในการมีชีวิตอยู่กับโรคเบาหวาน สอนการแก้ปัญหาในกิจกรรมการดูแลตนเองต่างในโปรแกรมฯ จะมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บรรลุภาวะสุขภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และลดความจำเป็นในการดูแลสุขภาพจากสถานพยาบาล รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย

3.5 โปรแกรมการสอนที่เน้นการตั้งเป้าหมาย มีการส่งเสริมการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ มีการใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการจัดการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้น มีการโทรติดตามเยี่ยม มีการสนับสนุนด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือจิตอาสาที่อยู่ในชุมชน โดยบทบาทของที่ปรึกษาด้านสุขภาพในชุมชนมีได้หลากหลาย เช่น บทบาทผู้สนับสนุน ซึ่งจะให้การสนับสนุนด้านต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย มีการจัดการประชุมกลุ่มสนับสนุน การสนับสนุนรายบุคคลทั้งโดยตรงและทางโทรศัพท์ บางโปรแกรมมีวิธีการสนับสนุนเฉพาะบุคคลโดย

การสนับสนุนการจัดการตนเองแก่ผู้ป่วย มีตั้งแต่การเดินเป็นเพื่อนเพื่อสนับสนุนการเดินออกกำลังกาย ส่งอีเมลกระตุ้นการดูแลตนเอง ส่งข่าวสารสนับสนุนด้านข้อมูลแก่ผู้ป่วย การเสริมแรงให้กำลังใจผลักดัน การช่วยนัดแพทย์ และการสนับสนุนความรู้โดยไปสอนผู้ป่วยที่บ้านในกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น นอกจากนั้นผู้สนับสนุนผู้ป่วยยังอาจเป็นผู้มีบทบาทการเป็นผู้ให้ความรู้ พิทักษ์สิทธิประโยชน์ (Advocator) และผู้สนับสนุนการจัดโปรแกรมต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วย ซึ่งบุคคลที่จัดการในโปรแกรมอาจไม่ได้เป็นบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ แต่เป็นผู้ที่ผ่านการอบรมเพื่อให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยมีหัวข้อในการอบรมในผู้นำกลุ่มสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานแต่ละหัวข้อ ดังนี้

3.5.1 เทคนิคในการจัดการกับปัญหา เช่น ความคับข้องใจ ความเมื่อยล้า หรือปวด

3.5.2 การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม

3.5.3 การโภชนาที่เหมาะสม

3.5.4 สื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ กับครอบครัวเพื่อนและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ

3.5.5 ภาวะโภชนาการ

3.5.6 วิธีการประเมินผลการรักษา

3.6 โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการวิธีการดำเนินการให้เกิดการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ ของ Kanfer (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) เป็นกลวิธีการจัดการตนเอง เพื่อให้มีแรงจูงใจ มีความพยายามที่จะจัดการตนเองให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

ขั้นตอนที่ 2 การติดตามตนเอง (Self-Management) เป็นการสังเกตตนเองและจดบันทึกปริมาณและความถี่ของพฤติกรรมโดยใช้แบบติดตามตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินตนเอง (Self-Evaluation) เป็นการประเมินพฤติกรรมจากการใช้แบบติดตามตนเองที่ผู้ป่วย สามารถประเมินพฤติกรรมแต่ละด้านได้เหมาะสมหรือไม่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมแรงตนเอง (Self-Reinforcement) หลังจากผู้ป่วยประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรมตามแบบติดตามตนเองแล้วพบว่าพฤติกรรมที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ เป็นเทคนิคในการเพิ่มความถี่ในการจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้นเรื่อย ๆ

นอกจากนี้ พบว่า การจัดการสุขภาพตนเอง รูปแบบการดูแลความเจ็บป่วยเรื้อรังมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวและการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยซึ่งเป็นแนวคิดสำคัญในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดผลลัพธ์ไปในทางบวกมากขึ้น

3.7 การวัดผลลัพธ์ในการจัดรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีทั้งการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะสั้น ทางคลินิกของโรคเบาหวาน ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด HbA1C ดัชนีมวลกาย น้ำหนัก ระดับไขมัน ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้บริการทางสุขภาพ ความเชื่อมั่นในตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ผลลัพธ์ด้านความรู้ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความเชื่อด้านสุขภาพ และด้านคุณภาพชีวิต เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ความผาสุก โดยการวัดผลจากการนำรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า มีการวัดผลได้ทันทีหลังจากจัดกิจกรรมตามโปรแกรม การวิจัยที่มีการติดตามผลระยะสั้นในระยะ 2-3 เดือน พบว่า ผลลัพธ์ที่ดีในเรื่อง ความรู้ที่เพิ่มขึ้น พฤติกรรมการดูแลตนเอง การดูแลเท้า การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง ผลลัพธ์การลดระดับน้ำตาลในเลือดมีทั้งที่ลดระดับน้ำตาลในเลือดได้และลดไม่ได้ การติดตามระยะยาว ตั้งแต่ 6 เดือนบางการศึกษาสามารถลดระดับ HbA1c ในเลือด และระดับไขมันโคเลสเตอรอล หรือระดับ Low-Density Lipoprotein (LDL) ในเลือดที่ดีขึ้น (Tang, Gillard, Funnell, Nwankwo, Parker, Spurlock, et al., 2005; Siminerio, Ruppert, & Gabbay, 2013)

ผลลัพธ์ระยะยาว มีระยะเวลาการวัดผลแตกต่างกันไป เช่น 24 สัปดาห์ 28 สัปดาห์ 9 เดือน 12 เดือน 2 ปี และ 3 ปี จากโปรแกรมที่มีการติดตามระยะยาวตัวแปรที่วัดผลของโปรแกรมฯ ได้แก่ HbA1C ระดับน้ำตาลใน

เลือด ดัชนีมวลกาย น้ำหนัก พฤติกรรมการจัดการตนเอง การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ซึ่งผลในการลดระดับน้ำตาลในเลือดในงานวิจัยที่พบว่าได้ผลดี โดยกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือด หรือ HbA1C ลดลงจากก่อนเริ่มทดลองและแตกต่างกับกลุ่มทดลอง แต่บางผลการวิจัยสรุปผลว่าผลการลดระดับน้ำตาลในเลือดระยะยาวมากกว่า 6 เดือน กลุ่มทดลองไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม ส่วนผลด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองส่วนใหญ่ พบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ในเรื่องการรับประทานอาหาร การดูแลเท้า การทำกิจกรรมทางกาย และการตรวจสุขภาพประจำปี นอกจากนี้ยังมีการประเมินผลเชิงคุณภาพ เช่น ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่น การได้รับข้อมูลสำหรับแก้ปัญหาที่พบในชีวิตประจำวัน ทักษะที่ จำเป็นสำหรับการจัดการตนเอง เป็นต้น ส่วนการวัดผลลัพธ์ในประเทศไทยที่พบในการวิจัยที่พบว่าดีขึ้นได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง สมรรถนะในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต

อภิปรายผล

ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่คัดเลือกมาทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ พบว่า จากงานวิจัยทั้งหมด 110 เรื่อง พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ทำในต่างประเทศ โดยร้อยละ 67.3 เป็นงานวิจัยในโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และร้อยละ 32.7 ในโรคความดันโลหิตสูง งานวิจัยนี้ไม่พบงานวิจัยที่ใช้ CCM ทางตรงพัฒนามาตรการดูแลผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง แต่พบว่าการนำ CCM มาใช้ในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีการบูรณาการในองค์ประกอบที่สอดคล้องกับ Wagner's Chronic Care Model (Wagner, Austin, Davis, Hindmarsh, Schaefer, & Bonomi, 2001; Wagner, Davis, Schaefer, VonKorff, & Austin, 1998) ซึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำหรับการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระบบสุขภาพชุมชน การให้การดูแลผู้ป่วยเป็นทีม มีระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยใน 5 ประเด็นหลัก คือ 1) ระบบขององค์กรในการดูแล สุขภาพ 2) ออกแบบส่งต่อผู้ป่วยใหม่ 3) สนับสนุนการตัดสินใจ 4) ระบบการไหลของข้อมูล ทางคลินิก 5) สนับสนุนการจัดการตนเอง ซึ่งผลงานวิจัยแบบการทดลองแสดงถึงผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย (Piatt, Anderson, Brooks, Songer, Siminerio, Korytkowski, et al., 2010; Lee, Siu, Leung, Lau, Chan, & Wong, 2011) สอดคล้องกับผลการวิจัยที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Coleman, Austin, Brach, Wagner, 2009)

จากงานวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การนำแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง มาใช้เป็นมาตรการดูแลผู้ป่วย HT และ DM สามารถนำมาใช้ได้กับระบบบริการปฐมภูมิ (Siminerio, Ruppert, & Gabbay, 2013) พบว่า การใช้โปรแกรม SMS ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการร่วมกิจกรรม 6 สัปดาห์ เมื่อติดตามผลที่เวลา 6 เดือน ให้ผลดีในการลดระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมัน ลดน้ำหนัก ผู้ป่วยรักษาพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ดี โดยกิจกรรมที่พบในโปรแกรม SMS โดยรวม ประกอบด้วย การให้ความรู้และ ฝึกทักษะที่เฉพาะเจาะจงกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น การดูแลตนเองเรื่องการชั่งยา อาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย งดการสูบบุหรี่ และงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร่วมกับวิธีการอื่น ๆ อย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น การสนับสนุนข้อมูล การจูงใจ การไปเยี่ยมที่บ้าน การติดตามทางโทรศัพท์เพื่อกระตุ้นเตือนผู้ป่วย มีการติดตามประเมินผลพฤติกรรมและผลลัพธ์เป็นระยะ ปัจจัยที่ช่วยให้การใช้โปรแกรมได้ผลที่ดีมีผลให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ และการสนับสนุนจากผู้ป่วยด้วยกันอาจนำมาเสริมในการทำกิจกรรมได้ เช่น การถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบที่เป็นโรคที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมโรค (Wang, Smith, Bosworth, Oddone, Olsen, McCant, et al. 2012 ; Brownson, & Heisler, 2009) จึงควรจัดให้มีการกระตุ้นเตือนผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มดำเนินกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยเริ่มทำกิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากการวัดผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะเวลาที่สั้นเกินไปอาจทำให้ยังไม่เห็นผล การปรับพฤติกรรมยังไม่ถาวรแม้จะพบว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ (Moonsarnand, & Sumpowthong, 2016) ซึ่งหากต้องการลดระดับความดันโลหิตหรือน้ำตาลในเลือดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ควรออกแบบโปรแกรมให้มีการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมมารับประทานอาหารร่วมกับการออกกำลังกาย (Gihan, & Nadia, 2013; Xue, Yao, & Lewin, 2008; Tongpeth, 2013; Coleman, Austin, Brach, & Wagner, 2009) นอกจากนั้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จ ในประเทศไทยได้มีการทดลองนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ามามีบทบาทในการวางแผนปรับพฤติกรรมร่วมกับกลุ่มผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในกระบวนการเยี่ยมบ้านพบว่าได้ผลที่ดีต่อผู้ป่วย (Phunsuwan, Glangkarn, & Tewthong, 2015; Kamlungdee, Bunmusik, & Watcharawiwat, 2017)

ข้อจำกัดในการวิจัยนี้ พบว่า มาตรการที่นำมาใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้มีความหลากหลาย และมีการวัดผลในระยะเวลาที่แตกต่างกัน มีตัวแปรวัดผลและวิธีวัดผลที่แตกต่างกันไป จึงไม่สามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมแบบใดให้ผลต่อผู้ป่วยที่ดีที่สุดหรือเป็นโปรแกรมที่เหมาะสมที่สุดสำหรับประเทศไทย ด้วยเหตุผลของบริบทระบบบริการสุขภาพพื้นฐานที่อาจมีความแตกต่างกัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารระบบสุขภาพควรมีนโยบายนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมาประยุกต์ใช้ในการปรับระบบบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานให้เป็นบริการเชิงรุกเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการและชุมชน
2. กระทรวงสาธารณสุขควรส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรมรูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานต่อยอดจากงานวิจัยมาใช้จัดบริการประจำ เช่น ใช้การติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ การวัดความดันตนเองที่บ้าน โดยสามารถใช้ในสถานบริการระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิได้
3. ผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สามารถเลือกองค์ประกอบที่พบจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการจัดโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยส่งเสริมให้มีเวลาเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองและติดตามการจัดการตนเองของผู้ป่วยต่อเนื่องเพื่อช่วยให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีในการควบคุมโรค ซึ่งคาดหวังได้ว่าจะช่วยชะลอไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงต่อไป
4. บุคลากรด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิประเทศไทยควรได้รับการพัฒนาทักษะการจัดโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เนื่องจากหลักฐานจากการวิจัย พบว่า เป็นผู้มีความสำคัญในการจัดโปรแกรมแก่ผู้ป่วย มีบทบาทได้หลายบทบาท เช่น เป็นผู้ให้ความรู้ ผู้จัดการรายกรณี ผู้สนับสนุนข้อมูล เป็นที่ปรึกษา ผู้ให้คำแนะนำ ผู้ประสานงานระหว่างสถานพยาบาล เป็นต้น และควรพัฒนาการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารเพิ่มมากขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ครอบคลุมในทุกพื้นที่
5. บุคลากรสุขภาพควรสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ สนับสนุนให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมกับการผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ให้การสนับสนุนเงินทุนวิจัย

References

- Adepu, R., Rasheed, A., & Nagavi, B.G. (2007). Effect of Patient Counseling on Quality of Life in Type-2 Diabetes Mellitus Patients in Two Selected South Indian Community Pharmacies: A Study. *Indian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 69(4), 519.
- Aekplakorn, W. (Ed.). (2004). *Thai National Health Examination Survey*, NHES V. Nontaburi: Health Systems Research Institute. (in Thai)

- American Diabetes Association. (2019). Improving Care and Promoting Health in Populations: Standards of Medical Care in Diabetes 2019. *Diabetes Care*, 42(Supplement 1), S7-S12.
- Angell, S., Guthartz, S., Dalal, M., Foster, V., Pogue, V., Wei, A., et al. (2013). Integrating Self Blood Pressure Monitoring Into the Routine Management of Uncontrolled Hypertension: Translating Evidence to Practice. *The Journal of Clinical Hypertension*, 15(3), 180-185.
- Brownson, C. A., & Heisler, M. (2009). The Role of Peer Support in Diabetes Care and Self-Management. *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*, 2(1), 5-17.
- Bureau of Non Communicable Disease. (2015). *Annual Report*. Bangkok: WVO Officer of Printing Mill. (in Thai)
- Coleman, K., Austin, B., Brach, C., & Wagner, E. H. (2009). Evidence on the Chronic Care Model in the New Millennium. *Health Affairs (Project Hope)*, 28(1), 75-85.
- DiCenso, A., Guyatt, G., & Ciliska, D. (2005). *Evidence-Based Nursing: A Guide to Clinical Practice*. St. Louis, Mo: Elsevier/Mosby.
- Embrey, N. (2008). A Concept Analysis of Self-Management in Long-Term Condition. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 10(2), 507-513.
- Gihan, S. M., & Nadia, E. L. Sayed Ahmed. (2013). Effect of Aerobic Exercise with DASH on Blood Pressure and Lipid Profile in Prehypertensive Women. *Bulletin of Faculty of Pharmacy, Cairo University*, 18(1), 101-108.
- Glasgow, R. E., Askew, S., Purcell, P., Levine, E., Warner, E. T., Stange, K. C., et al. (2013). Use of REAIM to Address Health Inequities: Application in a Low-Income Community Health Center-Based Weight Loss and Hypertension Self-Management Program. *Translational Behavioral Medicine*, 3(2), 200-210.
- International Diabetes Federation. (2017). *IDF Diabetes Atlas, 8th ed.* Brussels, Belgium: International Diabetes Federation.
- Kamlungdee, U., Bunmusik, P., & Watcharawiwat, A. (2017). The Development of Home Visit Guidelines for Patients with Type 2 Diabetes Mellitus or Hypertension Run by Family Care Team. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4s, 34-45. (in Thai)
- Kanfer, F. (1988). *Self-Management Methods*. In. Kanfer & A.P. Goldstein. (Eds.). *Helping People Change: A Textbook of Methods*. (3rd ed). New York: Pergamon.
- Lee, A., Siu, C. F., Leung, K. T., Lau, L. C., Chan, C. C., & Wong, K. K. (2011). General Practice and Social Service Partnership for Better Clinical Outcomes, Patient Self-Efficacy and Lifestyle Behaviours of Diabetic Care: Randomized Control Trial of a Chronic Care Model. *Postgrad Med J*, 87(1032), 688-693.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt E. (2011). *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice*: Lippincott Williams & Wilkins.
- Moonsarnand, S., & Sumpowthong, K. (2016). Effects of Dietary Behavior Modification Program Guideline of the DASH with Self-Efficacy Theory and Social Support on Reducing the Risk of Hypertension among Pre-Hypertensive Patients. *The Public Health Journal of Burapha University*, 11(1), 87-98.



- Phunsuwan, N., Sumattana, G., & Tewthong, K. (2015). Effectiveness of Change Management Health Beliefs and Health Behaviors Self Risk Essential Hypertension Disease at Kokmamaung Subdistrict, Pakham District, Buriram Province. *Thaksin University Journal*, 18(2), 70-78. (in Thai)
- Piatt, G. A., Anderson, R. M., Brooks, M. M., Songer, T., Siminerio, L. M., Korytkowski, M. M., et al. (2010). 3-Year Follow-Up of Clinical and Behavioral Improvements Following a Multifaceted Diabetes Care Intervention: Results of a Randomized Controlled Trial. *Diabetes Educ*, 36(2), 301-309.
- Puwarawuttipani, W., Musikthong, J., Sriprasong, S., Phligbua, W., Kasetkala, P., Hanlop, K., et al. (2015). A Systematic Review of Chronic Care Model and Self- Management Support in Chronic Illness. *Health Syatem Research Reports*. (Thai HSRI) Retrieved June 9, 2019 from <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4368>. (in Thai)
- Ryan, P., & Swin, K. J. (2009). The Individual and Family Self-Management Theory: Background and Perspectives on Context, Process, and Outcomes. *Nursing Outlook*, 57, 217-225.
- Siminerio, L., Ruppert, K. M., & Gabbay, R. A. (2013). Who Can Provide Diabetes Self-Management Support in Primary Care?: Findings From a Randomized Controlled Trial. *Diabetes Educator*, 39(5), 705-713.
- Sornchamni, C., & Prakeechip, S. (2007). *Chronic Disease Management Holistic High Cost Diseases*. Nonthaburi: S. Phichit Printing. (in Thai)
- Tang, T. S., Gillard, M. L., Funnell, M. M., Nwankwo, R., Parker, E., Spurlock, D., et al. (2005). Developing a New Generation of Ongoing Diabetes Self-Management Support Interventions: a Preliminary Report. *Diabetes Educator*, 31(1), 91-97.
- Tongpeth, J. (2013). Effectiveness of Self - Management Promoting Potential Program on Blood Sugar Control and Quality of Life Among Diabetes Mellitus Type 2 Patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 14(2), 69-78. (in Thai)
- Wagner, E. H., Davis, C., Schaefer, J., VonKorff, M., & Austin, B. (1998). A Survey of Leading Chronic Disease Management Programs: Are They Consistent with the Literature. *Managed Care Quarterly*, 7(3), 56-66.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. E. (2001). Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. *Health Affairs*, 20(6), 64-78.
- Wang, V., Smith, V. A., Bosworth, H. B., Oddone, E. Z., Olsen M. K., McCant, F., et al. (2012). Economic Evaluation of Telephone Self-Management Interventions for Blood Pressure Control. *American heart journal*, 163(6), 980-986.
- World Health Organization. (2018). *Non Communicable Disease Countries Profile 2018*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2019). *Hypertension*. Retrieved May 11, 2019 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets>.
- Xue, F., Yao, W., & Lewin, R. J. (2008). A Randomised Trial of a 5 Week, Manual Based, Self-Management Programme for Hypertension Delivered in a Cardiac Patient Club in Shanghai', *BMC Cardiovascular Disorders*, 10(8), 1-11.

การพัฒนารูปแบบบันทึกเพื่อการส่งต่อการดูแลและติดตามสุขภาพ ทารกเกิดก่อนกำหนดต่อเนื่องที่บ้าน Continuous Home Care: Development of a Documentation Format for Premature Infant Referral and Follow-Up

วนิสา หะยีเซะ^{1*}, ธิดารัตน์ หวังสวัสดิ์¹, ฮัมดี มาแย¹, วิมลวรรณ คำคล้าย² และ ณัฐวุฒิ เชื้อกุล³
Wanisa Hayeese^{1*}, Thidarat Wangsawat¹, Humdee Mayae¹, Wimolwan Damkia²
and Nuttawud Chueakula³

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์^{1*}, โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์²,
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์³
Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University^{1*}, Naradhiwasrajanagarindra Hospital²,
Naradhiwas Faculty of Medicine, Princess of Naradhiwas University³

(Received: March 12, 2020; Revised: May 14, 2020; Accepted: May 29, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบบันทึกเพื่อการส่งต่อการดูแลและติดตามสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนดต่อเนื่องที่บ้าน โดยขั้นตอนการวิจัยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นการวิเคราะห์สภาพและประเมินความต้องการที่จำเป็น ผู้ให้ข้อมูลคือ พยาบาลวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุข และมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด จำนวน 35 คน รวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้คือ แนวทางการสนทนา วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา 2) ขั้นการออกแบบและพัฒนารูปแบบ โดยนักวิจัยและผ่านผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบจำนวน 5 คน 3) ขั้นการทดลองใช้และประเมินประสิทธิภาพรูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาและทารกเกิดก่อนกำหนด จำนวน 30 คู่ กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลและติดตามทารกเกิดก่อนกำหนดตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น จำนวน 15 คู่ และกลุ่มควบคุม คือ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลปกติและบันทึกสุขภาพไว้ จำนวน 15 คู่ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกน้ำหนักตัวทารก และแบบทดสอบประเมินพัฒนาการทารก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ สถิติ Chi-Square test สถิติ Fisher's Exact test และ สถิติ Mann-Whitney U test และ 4) ขั้นการประเมินผลและการปรับปรุงรูปแบบ ผู้ให้ข้อมูลคือ มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่ใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น จำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้ คือแนวทางการสนทนา วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลวิจัยพบว่า

1. รูปแบบการบันทึกเพื่อการส่งต่อฯ ประกอบด้วยการดูแลและการติดตามแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะทารกเกิดก่อนกำหนดเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต และ 2) ระยะทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจนทารกอายุ 12 เดือน
2. การประเมินการใช้รูปแบบบันทึกเพื่อการส่งต่อฯ พบว่า 1) น้ำหนักทารกขณะอายุ 6 และ 12 เดือน กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-4.57$, $P<0.00$ และ $Z=-4.63$, $P<0.00$ ตามลำดับ) 2) พัฒนาการทารกในช่วงอายุ 1-2 เดือน 3-4 เดือน 7-8 เดือน และ 10-12 เดือน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีร้อยละของจำนวนทารกที่ผ่านกิจกรรมประเมินพัฒนาการทั้งหมดไม่แตกต่างกัน ($P>0.05$)

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า พยาบาลและผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนด สามารถนำรูปแบบบันทึกนี้ไปเป็นแนวทางในการดูแลเพื่อให้ทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับการติดตามสุขภาพอย่างต่อเนื่องและได้รับการแก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างครอบคลุมและรวดเร็ว

คำสำคัญ: แบบบันทึกเพื่อการส่งต่อ, การดูแลและติดตาม, ทารกเกิดก่อนกำหนด, สุขภาพที่บ้าน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Wanisa.h@pnu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 084-9951293)

Abstract

This research on continuous home care aimed to develop and determine the effectiveness of a documentation format for premature infant follow-up and referral. Study was divided into four steps. First step consisted in an analysis of needs assessment. Focus group discussion were conducted among 35 informants including nurses, village health volunteers, and mothers of preterm infants. Research instrument was a semi-structured interview form. Content analysis was used for data analysis. Second step was the development of a documentation format, which was then validated by experts. Third step included the implementation of documentation format, and testing its level of effectiveness. Sample was 30 mothers and their preterm infants. Purposive sampling was used to recruit the participants. They were randomly assigned into an experimental and control group (15 mothers and their infants/group). Research instruments consisted of: 1) demographic questionnaire, 2) the record form for infant's body weight, and 3) the infant's developmental assessment form. Data were analyzed by using frequency, percentage, chi-square, Fisher's exact test and Mann-Whitney U test. Fourth step was evaluation and revision of the format. Focus group discussions were conducted among 12 mothers in the experimental group. Research instruments were a semi-structured interview form, and a satisfaction assessment form. Content analysis method was used for data analysis. Findings were as follows.

1. The new documentation format for continuous care and follow-up for premature infant at home was divided in 2 periods: the first period was when premature infants were receiving care at the Neonatal Intensive Care Unit (NICU), and the second period was from the discharge from hospitals until the infants reached the age of 12 months.

2. The premature infants' body weight at the age of 6 and 12 months in the experimental group was significantly higher than in the control group ($Z = -4.57, p < 0.00$, and $Z = -4.63, P < 0.00$, respectively). However, the premature infants' development at age of 1-2 months, 3-4 months, 7-8 months, and 10-12 months in the experimental and control group were not significantly different ($p > 0.05$).

This research suggests that nurses and caregivers of preterm infants should use the developed documentation format for continuous care and follow-up for preterm infants.

Keywords: Documentation, Referral, Follow-Up, Premature Infant, Continuous Home Care

บทนำ

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) ได้กล่าวถึงการสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาวะให้กับประชาชน โดยประชาชนจำเป็นต้องได้รับข้อมูล ความรู้ที่ถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ จนเกิดเป็นทักษะทางปัญญาที่สามารถนำไปใช้ในการดูแลตนเองและบุคคลที่อยู่ในการดูแล (Office of the National Economics and Social Development Council, 2017) โดยเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญคือ ให้ประชาชนในทุกช่วงกลุ่มวัยมีสุขภาพดี ซึ่งหนึ่งในช่วงวัยที่มีปัญหาและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องคือ วัยทารกโดยเฉพาะในกลุ่มทารกเกิดก่อนกำหนดโดยมากจะมีน้ำหนักแรกเกิดน้อย จากสถิติของประเทศไทยพบว่าการเกิดมีชีพของทารกที่จำแนกตามน้ำหนักแรกเกิดที่น้อยกว่า 2,500 กรัม ตั้งแต่ปี 2557 - 2561 พบถึงร้อยละ 10.4, 10.6, 11.1, 11.0 และ 11.3 ตามลำดับ (Bureau of Polity and Strategy, 2019) ซึ่งการดูแลและรักษาทารกเกิดก่อน

กำหนดจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องอยู่ภายใต้การดูแลจากแพทย์ พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ ทำให้ทารกกับครอบครัวต้องแยกจากกันตั้งแต่แรกคลอดและอาจยาวนานจนกว่าทารกจะมีสุขภาพที่อยู่ในเกณฑ์ที่สามารถจำหน่ายออกได้ เช่น 1) ทารกสามารถดูดนมได้อย่างเพียงพอ 2) ทารกสามารถควบคุมและรักษาอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในภาวะปกติ และ 3) ทารกสามารถควบคุมการหายใจได้อย่างปกติ เป็นต้น (Awindaogo, Smith, & Litt, 2015) ซึ่งทารกแต่ละรายอาจมีความสามารถในแต่ละด้านในช่วงเวลาที่ไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับน้ำหนักแรกเกิด อายุครรภ์ ระดับความรุนแรงและภาวะเรื้อรังของโรคที่ประสบอยู่ (Pezzati, 2014) และเมื่อทารกได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก็ยังคงมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่สามารถพบได้บ่อย เช่น ปัญหาการติดเชื้อซ้ำซ้อน การเจริญเติบโตช้า และปัญหาเกี่ยวกับระบบประสาทการเรียนรู้ต่างๆ ไม่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น (Gardner, & Goldson, 2011)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยพบปัญหาและความต้องการของมารดาและพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลและติดตามทารกเกิดก่อนกำหนด โดยปัญหาและความต้องการที่พบแบ่งออกเป็น 2 ช่วงเวลาในการดูแลและติดตาม ดังนี้ 1) ระยะทารกเกิดก่อนกำหนดเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต (NICU) พบว่า มารดาไม่สามารถจัดการน้ำนมของตนเองให้คงอยู่ตลอดได้ ทำให้ทารกไม่ได้รับนมแม่หรือได้รับนมแม่ในระยะเวลาสั้น ๆ (Sivichai, 2014) รวมทั้งมารดามักเปลี่ยนที่อยู่ ทำให้โอกาสการติดตามให้มารดาหรือครอบครัวมาเยี่ยมทารกเพื่อมาฝึกเลี้ยงหรือนำนมมาให้ทารกได้ยากยิ่งขึ้น 2) ระยะทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า โอกาสที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาเยี่ยมทารกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การเยี่ยมบ้านหลังคลอดจำนวน 3 ครั้ง คือ (ครั้งที่ 1) หลังคลอด 1-7 วัน (ครั้งที่ 2) หลังคลอด 1-2 สัปดาห์ และ (ครั้งที่ 3) หลังคลอด 1-2 เดือน เนื่องจากส่วนใหญ่ทารกเกิดก่อนกำหนดมักต้องอยู่รักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลายาวนานอาจมากกว่า 4-6 สัปดาห์ ทำให้ทารกเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่ได้รับการเยี่ยมบ้าน (Hayeese, Wangsawat, Damklia, & Chaimongkol, 2019) ทารกขาดโอกาสการประเมินการเจริญเติบโต พัฒนาการ หรือไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม (Srimala, Yenbut, & Urharmnuay, 2013) จากสภาพปัญหาดังกล่าวนักวิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบบันทึกเพื่อการส่งต่อการดูแลและติดตามสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนดต่อเนื่องที่บ้าน โดยให้มีรูปแบบการดูแลและติดตามให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ว่าต้องมีการสังเกตพฤติกรรม ความรู้ ความเข้าใจ ของมารดาในการดูแลทารกในเรื่องใดบ้าง เพิ่มระยะเวลาในการติดตามทารกให้นานขึ้น มีการประสานการทำงานของพยาบาลในหอผู้ป่วยและพยาบาลในชุมชน รวมทั้งเกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของคนในพื้นที่ด้วยตนเอง เพื่อให้ทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับการดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกเพื่อการส่งต่อการดูแลและติดตามสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนดต่อเนื่องที่บ้าน
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบันทึกเพื่อการส่งต่อการดูแลและติดตามสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนดต่อเนื่องที่บ้าน โดยการ
 - 2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของน้ำหนักทารกเกิดก่อนกำหนดขณะอายุ 6 และ 12 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
 - 2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของพัฒนาการของทารกเกิดก่อนกำหนด โดยประเมินพัฒนาการ 4 ครั้ง ได้แก่ (ครั้งที่ 1) ช่วงอายุ 1-2 เดือน (ครั้งที่ 2) ช่วงอายุ 3-4 เดือน (ครั้งที่ 3) ช่วงอายุ 7-8 เดือน และ (ครั้งที่ 4) ช่วงอายุ 10-12 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development; R&D) มาประยุกต์ใช้ โดยมีวงจรในการพัฒนางานที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อได้มาซึ่งนวัตกรรม แนวปฏิบัติ หรือรูปแบบการทำงานต่าง ๆ ที่สามารถนำมาแก้ไข

ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพของการทำงาน โดยมีขั้นตอนในการพัฒนารูปแบบของการวิจัยที่ต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จนผลที่ได้สามารถนำไปแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (Chookhampaeng, 2018) ดังนี้ 1) ขั้นการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการที่จำเป็น (Analysis: Research (R1)) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย มารดา พยาบาลวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุข ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด 2) ขั้นการออกแบบและพัฒนา (Design and Development: Development (D1)) เป็นขั้นตอนที่นำผลการศึกษาจากขั้นตอนที่ 1 มาใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดของการพัฒนารูปแบบ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้มาซึ่งรูปแบบบันทึกเพื่อการส่งต่อการดูแลและติดตามสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนดต่อเนื่องที่บ้าน 3) ขั้นการทดลองใช้และประเมินประสิทธิภาพรูปแบบ (Implementation: Research (R2)) เป็นการนำรูปแบบที่สร้างขึ้นในขั้นตอนที่ 2 ไปทดลองใช้และประเมินประสิทธิภาพโดยใช้วิธีการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบบันทึกเพื่อการส่งต่อการดูแลและติดตามสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนดต่อเนื่องที่บ้าน และ 4) ขั้นการประเมินผลรูปแบบ (Evaluation: Development (D2)) เป็นการประเมินผลความพึงพอใจในกลุ่มมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการดูแลและติดตามตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากขั้นตอนที่ 3 เพื่อมาปรับปรุง แก้ไขให้เหมาะสม พร้อมที่นำไปใช้ต่อไป

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการที่จำเป็น (Analysis: Research (R1)) เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ มีระเบียบวิธีการวิจัยดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด จำนวน 35 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน ประกอบด้วย พยาบาลบนหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต และพยาบาลในชุมชน

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 15 คน

3. มารดาทารกเกิดก่อนกำหนด จำนวน 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structure Interview) เกี่ยวกับสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลและติดตามทารกเกิดก่อนกำหนด ตั้งแต่ทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต จนทารกสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ยกตัวอย่างเช่น 1) พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลทารกในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตและพยาบาลในชุมชน มีปัญหาและความต้องการในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องอะไรบ้าง ด้วยเหตุผลใด 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีปัญหาและความต้องการในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในพื้นที่ที่ตนเองรับผิดชอบอะไรบ้าง ด้วยเหตุผลใด 3) มารดามีปัญหาและความต้องการในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอะไรบ้าง ด้วยเหตุผลใด 4) จากสภาพปัญหาและความต้องการของแต่ละกลุ่ม จะนำไปสู่รูปแบบในการดูแลและติดตามทารกเกิดก่อนกำหนดให้ต่อเนื่องได้อย่างไร

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำประเด็นในการสัมภาษณ์ ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีการปรับปรุง แก้ไขตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3 คน และ มารดาทารกเกิดก่อนกำหนด 3 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและความเข้าใจในประเด็นคำถามที่จะใช้สัมภาษณ์ก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ดังนี้

1. สนทนากลุ่ม โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มที่ 2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มที่ 3 มารดาทารกเกิดก่อนกำหนด กลุ่มละ 1 ครั้ง โดยใช้เวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง
2. สนทนากลุ่มรวมทั้ง 3 กลุ่ม จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา ไม่เกิน 1 ชั่วโมง
3. หลังจากสนทนากลุ่มเสร็จทุกครั้ง ผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญตามประเด็นการสนทนาแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ
2. ข้อมูลสภาพปัญหา และความต้องการในการดูแลและติดตามทารกเกิดก่อนกำหนด ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ใช้แนวคิดการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนของ Crabtree, & Miller (1992)

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการออกแบบและพัฒนาารูปแบบ (Design and Development (D1)) มีการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยนำผลการศึกษาจากขั้นตอนที่ 1 มาใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดของการพัฒนารูปแบบบันทึกเพื่อการส่งต่อการดูแลและติดตามสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนดต่อเนื่องที่บ้าน
2. นำร่างรูปแบบบันทึกเพื่อการส่งต่อการดูแลและติดตามสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนดต่อเนื่องที่บ้าน ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีการปรับปรุงแก้ไข จนผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่ารูปแบบดังกล่าวมีความเหมาะสม ครอบคลุมในการดูแลและติดตามทารกเกิดก่อนกำหนด
3. นำรูปแบบบันทึกเพื่อการส่งต่อการดูแลและติดตามสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนดต่อเนื่องที่บ้านไปทดลองใช้ เพื่อประเมินสภาพในขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการทดลองใช้และประเมินประสิทธิภาพรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (Implementation : Research (R2)) มีระเบียบวิธีการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนด ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนราธิวาส

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนด ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนราธิวาส กำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มารดาที่อาศัยในชุมชนเขตอำเภอเมืองนราธิวาส 2) มารดาอ่านและพูดภาษาไทยได้ 3) มารดาเป็นผู้ดูแลหลักตลอดระยะเวลาตั้งแต่ทารกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนทารกอายุ 12 เดือน 4) ยินยอมและเข้าร่วมวิจัยต่อเนื่องตั้งแต่ทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต จนทารกอายุ 12 เดือน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนด Effect Size ที่ 0.5, Power ที่ 0.8 และค่า p -value ที่ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 102 คู่ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 51 คู่ และกลุ่มควบคุม 51 คู่ มีรายละเอียด ดังนี้

1. กลุ่มทดลอง คือ มารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการดูแลและติดตามตามรูปแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้น แต่จากการดำเนินการวิจัยมีทารกที่สามารถติดตามได้ครบ 12 เดือน เพียง 15 คู่ เนื่องจากมารดาหรือทารกย้ายถิ่น

2. กลุ่มควบคุม คือ มารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการดูแลและติดตามตามปกติและเป็นข้อมูลที่นักวิจัยเคยทำการบันทึกไว้ จำนวน 15 คู่

โดยทั้ง 2 กลุ่มจะทดสอบความแตกต่างของคุณสมบัติส่วนบุคคลทั้งของมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนด ด้วยสถิติ Chi-Square test และ สถิติ Fisher's Exact test

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด

1. แบบบันทึกน้ำหนักตัวของทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลขณะ ทารกอายุ 6 เดือน และ 12 เดือน โดยระบุน้ำหนักทารก (กิโลกรัม) โดยใช้เครื่องชั่งดิจิตอลเดียวกัน และช่วงเวลาเดียวกัน

2. แบบทดสอบการผ่านกิจกรรมประเมินพัฒนาการของทารก ประเมิน 4 ครั้ง ได้แก่ (ครั้งที่ 1) ทารก อายุ 1-2 เดือน (ครั้งที่ 2) ทารกอายุ 3-4 เดือน (ครั้งที่ 3) ทารกอายุ 7-8 เดือน และ (ครั้งที่ 4) ทารกอายุ 10-12 เดือน ตามลำดับ ตามคู่มือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง Developmental Assessment for Intervention Manual (DAIM) (Ministry of Public Health, 2015) ประกอบด้วยการประเมิน 5 ด้าน คือ 1) ด้านการเคลื่อนไหว (Gross Motor) 2) ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (Fine Motor) 3) ด้านการ เข้าใจภาษา (Receptive Language) (4) ด้านการใช้ภาษา (Expressive Language) และ 5) ด้านการช่วยเหลือ ตัวเองและสังคม (Personal and Social) โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

2.1 ทารกที่สามารถทำกิจกรรมผ่านในการประเมินกิจกรรมทั้ง 5 ด้าน ได้ 1 คะแนน

2.2 ทารกที่ไม่สามารถทำกิจกรรมผ่านในการประเมินกิจกรรมทั้ง 5 ด้าน ได้ 0 คะแนน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานงานกับหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดนราธิวาส และ สาธารณสุขอำเภอเมืองนราธิวาส โดยประสานด้วยวาจา และส่งเอกสารเพื่อชี้แจงแนวทางในการดำเนินงาน

2. ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในการพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤต จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเตรียมความ พร้อมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและติดตามทารก ประกอบด้วย พยาบาลในชุมชน และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้สามารถดูแลและติดตามทารกได้อย่างถูกต้องและเป็นไปตาม รูปแบบบันทึกเพื่อการส่งต่อการดูแลและติดตามสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนดต่อเนื่องที่บ้าน

3. ผู้วิจัยเป็นผู้ติดตามน้ำหนักทารก และพัฒนาการทารก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล โดยหาค่าร้อยละ สถิติ Chi-Square test และ สถิติ Fisher's Exact test

2. ข้อมูลค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวของทารก ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากชุดข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย อีกทั้งมีการแจกแจงที่ไม่เป็นปกติ จากการคำนวณ ค่า Fisher Skewness Coefficient และ Fisher Kurtosis Coefficient ไม่ได้อยู่ในช่วง -1.96 และ +1.96

3. ข้อมูลการผ่านกิจกรรมประเมินพัฒนาการของทารก ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Fisher's Exact test

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (Evaluation: Development (D2))

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในขั้นตอนที่ 3 จำนวน 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structure Interview) เกี่ยวกับความพึงพอใจใน การได้รับการดูแลและติดตามตามรูปแบบบันทึกเพื่อการส่งต่อการดูแลและติดตามสุขภาพทารกเกิดก่อน กำหนดต่อเนื่องที่บ้าน ตั้งแต่ทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต จนทารกจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล ยกตัวอย่าง เช่น 1) มีความพึงพอใจในการดูแลและติดตามตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นหรือไม่ 2) การดำเนินการดูแลและติดตามตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีปัญหาหรืออุปสรรค อะไรบ้าง ยกตัวอย่างสถานการณ์ และควรปรับปรุงอย่างไรจึงจะเหมาะสมในการนำไปใช้จริง เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ตรวจสอบคุณภาพโดยนำประเด็นในการสัมภาษณ์ ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีการปรับปรุง แก้ไขตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด 3 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและความเข้าใจในประเด็นคำถามที่จะใช้สัมภาษณ์ก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ดังนี้

1. สนทนากลุ่ม ใช้เวลาในการดำเนินการ ไม่เกิน 1 ชั่วโมง
2. หลังสนทนาเสร็จทุกครั้ง ผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญการสนทนาแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลการประเมินผลที่ได้จากมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยใช้แนวคิดทางการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนของ Crabtree, & Miller (1992)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ เอกสารเลขที่ 002/2560 ลงวันที่ 5 กรกฎาคม 2560 และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ เอกสารเลขที่ PNU 2017-004 วันที่ 8 กันยายน 2560

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาและความต้องการที่จำเป็น ผู้ที่ให้ข้อมูล ประกอบด้วย มารดา พยาบาลวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ดังตาราง 1

ตาราง 1 วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล	ข้อมูลปัญหาและความต้องการ	รูปแบบในการดูแลและติดตามทารกเกิดก่อนกำหนด
1. พยาบาลวิชาชีพบนหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต	1. มารดา ไม่มาเยี่ยมทารก 2. ติดต่อมารดาและครอบครัวลำบาก 3. มารดาไม่น่านมแม่มาให้ 4. รูปแบบการให้ความรู้ของพยาบาล ไม่เป็นรูปแบบเดียวกัน	1. ควรมีการประสานการทำงานทั้งที่เป็นรูปแบบทางการ ไม่เป็นทางการ เพื่อส่งต่อข้อมูลให้รวดเร็ว 2. ในช่วงที่มารดาได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ทารกยังคงเข้ารับการรักษา ควรมีเตรียมมารดา โดยเฉพาะ กระตุ้นเตือนให้มาเยี่ยม ทารกบ่อยๆ การจัดการน่านม การจัดส่งน่านมแม่ให้ทารกอย่างสม่ำเสมอ
2. พยาบาลในชุมชน	1. การเยี่ยมทารกไม่เป็นไปตามเกณฑ์ 2. ไม่ทราบว่าต้องดูแลและติดตามทารกหลังได้รับการจำหน่ายเรื่องใดบ้าง 3. ขาดการประสานข้อมูลเมื่อทารกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในขณะที่มารดา กลับเข้ามาในชุมชน	3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ควรมีความรู้ ทักษะเบื้องต้นในการดูแลและติดตามทารก 4. เพิ่มระยะเวลาในการเยี่ยมบ้านจากเดิม 3 ครั้ง (ครั้งที่ 1) หลังคลอด 1-7 วัน (ครั้งที่ 2) หลังคลอด 1-2 สัปดาห์ และ (ครั้งที่ 3) หลังคลอด 1-2 เดือนตาม
3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	1. ไม่มีส่วนร่วมในการดูแลทารกกลุ่มนี้ 2. ไม่มีความรู้ ไม่มีทักษะ	

ตาราง 1 (ต่อ)

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล	ข้อมูลปัญหาและความต้องการ	รูปแบบในการดูแลและติดตามทารกเกิดก่อนกำหนด
4. มารดาทารกเกิดก่อนกำหนด	1. การเดินทางมาโรงพยาบาลยากลำบาก 2. มารดาที่ฝึกเลี้ยงทารกในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต (NICU) ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในระยะเวลา 1-2 วัน ทำให้จดจำความรู้ หรือทักษะต่าง ๆ ได้ไม่ถี่นัก 3. ขาดการเยี่ยมบ้านหลังจากทารกกลับบ้าน 4. ไม่มีความรู้ในการจัดการน้ำนมของตนเองให้คงไว้อยู่ตลอด	เกณฑ์การเยี่ยมบ้านที่ใช้อยู่ปกติ ซึ่งทารกเกิดก่อนกำหนดส่วนใหญ่ได้รับการรักษาเป็นระยะเวลายาวนาน ทำให้ทารกกลุ่มไม่ได้รับเยี่ยมบ้าน 5. ควรมีข้อมูลที่ชัดเจนว่าต้องดูแลและติดตามทารกในด้านอะไรบ้าง

2. รูปแบบการบันทึกเพื่อการส่งต่อในการดูแลและติดตามสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนดต่อเนื่องที่บ้านได้แบ่งระยะในการดูแลและติดตามทารกออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่

2.1 ระยะที่ทารกเกิดก่อนกำหนดเข้ารับการรักษาดังในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต โดยได้มีการพัฒนารูปแบบบันทึกเพื่อการส่งต่อ ในระยะที่ 1 (Newborn-Home-Health-Care: NHHC-1) แบ่งออกเป็น 2 ช่วงเวลา ดังนี้

2.1.1 ช่วงที่ 1: ช่วงแรกรับทารกเกิดก่อนกำหนดเข้ารับการรักษาดังในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต โดยมีรูปแบบ ดังนี้

2.1.1.1 พยาบาลในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ประเมินความพร้อมของมารดาและครอบครัวในการดูแลทารก บันทึกเบอร์โทรศัพท์และที่อยู่ของมารดาให้ชัดเจน และทำการส่งต่อข้อมูลไปยังกลุ่มไลน์เพื่อให้พยาบาลในชุมชนที่อยู่ในเขตการรับผิดชอบรับทราบ

2.1.1.2 พยาบาลในชุมชน ทำการติดตามมารดาตามที่อยู่ที่ได้รับรู้ไว้ เพื่อเตรียมความพร้อมมารดาในการดูแลจัดการนมแม่ และรับทราบและแก้ไขปัญหาอื่น ๆ

2.1.1.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กระตุ้นเตือนมารดาและครอบครัวเรื่องการส่งนมแม่และเข้ามาเยี่ยมบุตรอย่างต่อเนื่อง

2.1.2 ช่วงที่ 2: ช่วงทารกได้รับการวางแผนการรักษาโดยแพทย์ให้มีการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีรูปแบบ ดังนี้

2.1.2.1 พยาบาลในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ขอเบอร์โทรศัพท์และที่อยู่ของมารดาอีกครั้ง และทำการส่งต่อข้อมูลไปยังกลุ่มไลน์ เพื่อให้พยาบาลในชุมชนรับทราบ

2.1.2.2 พยาบาลในชุมชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ และอาสาสมัครสาธารณสุขติดตามมารดาให้มาฝึกเลี้ยงบุตรที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต

โดยข้อมูลความรู้ และทักษะที่พยาบาลในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ต้องฝึกมารดาก่อนทารกได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย 8 ด้าน คือ 1) การดูแลกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 2) การดูแลอุณหภูมิร่างกายทารก 3) การดูแลการหายใจ 4) การดูแลสารอาหารและน้ำ 5) การดูแลป้องกันการติดเชื้อ 6) การดูแลอาการเบื้องต้นเมื่อทารกมีความผิดปกติ 7) การดูแลส่งเสริมพัฒนาการ และ 8) การนำทารกให้ได้รับรักษาต่อเนื่อง เป็นต้น ตลอดจนหลังทารกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 7 วันหลังจำหน่าย พยาบาลในชุมชนจำเป็นต้องมีการประเมินความรู้และทักษะมารดาซ้ำอีกครั้ง หรือในกรณีที่มารดาไม่สามารถมาฝึกเลี้ยงทารกที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ได้ พยาบาลในชุมชนจำเป็นต้องสอนและฝึกทักษะดังกล่าว (ภาพ 1)

การส่งต่อเพื่อการดูแลทารกต่อเนื่องที่บ้าน-1: Newborn Home Health care-1 (NHHC-1)

Admit: (NICU ประสานครั้งที่ 1)
 ชื่อ-สกุล (มารดา):..... HN:..... ID:..... Hct มารดา(ล่าสุด):.....
 ชื่อ-สกุล (บุตร):..... HN:..... GA:..... BW (แรกคลอด):.....
 เบอร์โทรที่ติดต่อได้:..... ที่อยู่ปัจจุบัน(ที่สามารถตามได้):.....

Plan D/C: (NICU ประสานครั้งที่ 2)
 ชื่อ-สกุล (มารดา):..... HN:..... ID:.....
 ชื่อ-สกุล (บุตร):..... ID:..... อายุ:..... BW (ปัจจุบัน):.....
 เบอร์โทรที่ติดต่อได้:..... ที่อยู่ปัจจุบัน(ที่สามารถตามได้):.....

นมที่ได้รับปัจจุบัน ☐ นมแม่ ☐ นมแม่และนมผสม ☐ นมผสม
 อุปกรณ์การรักษารักษาอื่นๆ ที่ต้องนำกลับบ้าน (ระบุ):.....

จำหน่ายออกจาก NICU วันที่.....
 ผู้จำหน่าย (ลงชื่อ):.....

กิจกรรมการสอนและการประเมินผล

หัวข้อการประเมิน	ประเมินผล ก่อนการ จำหน่าย		ชื่อผู้สอน (ใน รพ./ประเด็นที่ ต้องติดตาม	ประเมินผล ภายใน 7 วัน หลังจำหน่าย		ชื่อผู้สอน (เพิ่มเติม บ้าน)/ประเด็นที่ต้อง ติดตาม
	ได้	ไม่ได้		ได้	ไม่ได้	
1. การดูแลกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน						
1.1 การอาบน้ำ						
1.2 การทำความสะอาดปากและฟัน						
1.3 การทำความสะอาดหลังการขับถ่าย						
2. การดูแลอุณหภูมิกาย						
2.1 การวัดและอ่านผลอุณหภูมิกาย						
2.2 การแต่งกาย/ห่อตัวทารก						
2.3 สิ่งแวดล้อมรอบตัวทารกที่เหมาะสม						
3. การดูแลการหายใจ						
3.1 การนับอัตราการหายใจ						
3.2 หวัดความสะอาดจมูก						
3.3 การใช้ลูกสูบลูกยางแดง						
3.4 การจัดท่านอนที่ถูกต้อง						
3.5 การสังเกตอาการหายใจลำบาก						
4. การดูแลสารอาหารและน้ำ						
4.1 ให้นมแม่/นมผสมด้วยวิธีการที่ถูกต้อง						
4.2 จัดท่าขณะและหลังให้นม (จับเรือ)						
4.3 บอกลักษณะ/ปริมาณการขับถ่ายที่เหมาะสม						
4.4 การประเมินทารกที่ได้รับนมเพียงพอ						

ภาพ 1 รูปแบบบันทึกเพื่อการส่งต่อฯ ในระยะที่ 1 (Newborn-Home-Health-Care: NHHC-1)

2.2 ระยะที่ทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจนทารกอายุ 12 เดือน โดยพัฒนารูปแบบการบันทึกเพื่อการส่งต่อฯ ในระยะที่ 2 (Newborn-Home-Health-Care: NHHC-2) จะมีการดูแลและติดตาม จำนวน 6 ครั้ง ประกอบด้วย (ครั้งที่ 1) ทารกอายุ 1-7 วัน (ครั้งที่ 2) ทารกอายุ 1-2 สัปดาห์ (ครั้งที่ 3) ทารกอายุ 1-2 เดือน (ครั้งที่ 4) ทารกอายุ 3-4 เดือน (ครั้งที่ 5) ทารกอายุ 7-8 เดือน และ (ครั้งที่ 6) ทารกอายุ 10-12 เดือน โดยรูปแบบกิจกรรมการดูแลและติดตามจะเป็นการประเมินว่ามารดามีความรู้ ความเข้าใจ มีพฤติกรรมที่ถูกต้องหรือไม่ในการดูแลทารกในแต่ละช่วงวัย โดยผู้ที่มีบทบาทในการดูแลและติดตาม ได้แก่

2.2.1 พยาบาลในชุมชน เป็นผู้ดูแลและติดตามในกลุ่มทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะปอดเรื้อรัง ปากแหว่งเพดานโหว่

2.2.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ดูแลและติดตามในกลุ่มทารกเกิดก่อนกำหนดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ หรือสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี

3. ผลของการใช้รูปแบบการบันทึกเพื่อการส่งต่อในการดูแลและติดตามสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนดต่อเนื่องที่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

3.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลมารดา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และการทดสอบสถิติ Chi-Square test และ สถิติ Fisher's Exact test (N=30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (N=15) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (N=15) จำนวน (ร้อยละ)	ค่าสถิติ	P-value
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าและเท่ากับมัธยมศึกษา	10 (66.67)	8 (53.33)	$\chi^2 = 1.69$	0.56
สูงกว่ามัธยมศึกษา	5 (33.33)	7 (46.67)		
อายุ				
15 – 30 ปี	7 (46.67)	5 (33.33)	$\chi^2 = 2.24$	0.37
มากกว่า 31 ปี	8 (53.33)	10 (66.67)		
รายได้ต่อเดือน				
มากกว่าและเท่ากับ 15,000 บาท	6 (40.00)	6 (40.00)	$\chi^2 = 0.41$	0.39
ต่ำกว่า 15,000 บาท	9 (60.00)	9 (60.00)		
ประสบการณ์การมีบุตร				
มี	10 (66.67)	13 (86.67)	Fisher's Exact test	0.55
ไม่มี	5 (33.33)	2 (13.33)		

จากตาราง 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา พบว่า มารดาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าและเท่ากับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 66.67 และ 53.33 ตามลำดับ อายุของมารดาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุมากกว่า 31 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.33 และ 66.67 ตามลำดับ รายได้ต่อเดือนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ต่ำกว่า 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 60.00 เท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม และประสบการณ์การมีบุตรในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีประสบการณ์การมีบุตร คิดเป็นร้อยละ 66.67 และ 86.67 ตามลำดับ โดยเมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-Square test และ สถิติ Fisher's Exact test พบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>0.05$)

3.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของทารกเกิดก่อนกำหนด ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตาราง 3

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของทารกเกิดก่อนกำหนด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และการทดสอบสถิติ Chi-Square test และ สถิติ Fisher's Exact test (N=30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (N=15) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (N=15) จำนวน (ร้อยละ)	ค่าสถิติ	P-value
น้ำหนักตัวทารกในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล				
น้อยกว่าและเท่ากับ 1,800 กรัม	3 (20.00)	2 (13.33)	Fisher's Exact test	0.38
มากกว่า 1,800 กรัม	12 (80.00)	13 (86.67)		
ความยาวลำตัวทารกในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล				
น้อยกว่า 35 เซนติเมตร	2 (13.33)	3 (20.00)	Fisher's Exact test	0.52
35 – 45 เซนติเมตร	13 (86.67)	12 (80.00)		
อายุจริงในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล				
น้อยกว่าและเท่ากับ 6 วัน	5 (33.33)	5 (33.33)	$\chi^2 = 1.55$	0.52
มากกว่าและเท่ากับ 7 วัน	10 (66.67)	10 (66.67)		

จากตาราง 3 ข้อมูลส่วนบุคคลของทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า น้ำหนักตัวทารกในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวมากกว่า 1,800 กรัม คิดเป็นร้อยละ 80.00 และ 86.67 ตามลำดับ ความยาวลำตัวทารกในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความยาวอยู่ในช่วง 35-45 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 86.67 และ 80 ตามลำดับ อายุจริงในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ อายุมากกว่าและเท่ากับ 7 วัน คิดเป็นร้อยละ 66.67 เท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม โดยเมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-Square test และ สถิติ Fisher's Exact test พบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>0.05$)

3.3 น้ำหนักตัวทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลขณะอายุ 6 และ 12 เดือน

ตาราง 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของน้ำหนักตัวของทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในช่วงอายุ 6 เดือน และ 12 เดือน

ตัวแปร	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Mean Rank	Mann-Whitney <i>u</i>	<i>P-Value</i>
น้ำหนักตัวทารกช่วงอายุ 6 เดือน (กิโลกรัม)						
กลุ่มทดลอง	15	4.25	0.20	22.83	-4.57	<.001
กลุ่มควบคุม	15	3.45	0.27	8.17		
น้ำหนักตัวทารกช่วงอายุ 12 เดือน (กิโลกรัม)						
กลุ่มทดลอง	15	8.12	0.16	22.93	-4.63	<.001
กลุ่มควบคุม	15	7.22	0.29	8.07		

จากตาราง 4 น้ำหนักตัวของทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลขณะอายุ 6 เดือน ในกลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัวโดยเฉลี่ยที่ 4.25 กิโลกรัม ($SD=0.20$) มากกว่ากลุ่มควบคุมที่มีน้ำหนักตัวโดยเฉลี่ยที่ 3.45 กิโลกรัม ($SD=0.27$) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-4.57$, $P<0.001$) และในทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลขณะอายุ 12 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัวเฉลี่ยที่ 8.12 กิโลกรัม ($SD=0.16$) มากกว่ากลุ่มควบคุมที่มีน้ำหนักตัวเฉลี่ยที่ 7.22 กิโลกรัม ($SD=0.29$) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-4.63$, $P<0.001$)

3.4 พัฒนาการทารก โดยมีการประเมิน 4 ครั้ง ได้แก่ (ครั้งที่ 1) อายุ 1-2 เดือน (ครั้งที่ 2) อายุ 3-4 เดือน (ครั้งที่ 3) อายุ 7-8 เดือน และ (ครั้งที่ 4) อายุ 10-12 เดือน ดังตาราง 5

ตาราง 5 จำนวน ร้อยละความสามารถของทารกเกิดก่อนกำหนดในการทำกิจกรรมตามระดับพัฒนาการในช่วงอายุนั้น ๆ และการทดสอบสถิติ Fisher's Exact test ($N=30$)

ระดับพัฒนาที่ได้รับการประเมิน ทั้ง 5 ด้าน ตามคู่มือ (DAIM)		ช่วงอายุที่ประเมิน							
		อายุ 1-2 เดือน		อายุ 3-4 เดือน		อายุ 7-8 เดือน		อายุ 10-12 เดือน	
		กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
ผ่านกิจกรรม	จำนวนคน	1	0	5	0	7	3	12	5
ได้ทั้งหมด		(6.67)		(33.33)		(46.67)	(20.00)	(80.00)	(33.33)
ไม่สามารถ	(ร้อยละ)	14	15	10	15	8	12	3	10
ผ่านกิจกรรม		(93.33)	(100)	(66.67)	(100)	(53.33)	(80.00)	(20.00)	(66.67)
ค่าสถิติ	Fisher's Exact test								
<i>P-value</i>		.56		0.22		0.15		0.06	

* $P<0.05$

จากตาราง 5 จากการประเมินพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดซึ่งทำการประเมินจำนวน 4 ครั้ง ได้แก่ (ครั้งที่ 1) อายุ 1-2 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทารกส่วนใหญ่ไม่สามารถผ่านกิจกรรมการประเมินพัฒนาการทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 93.33 และ 100 ตามลำดับ (ครั้งที่ 2) อายุ 3-4 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทารกส่วนใหญ่ไม่สามารถผ่านกิจกรรมการประเมินพัฒนาการทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 66.67 และ 100 ตามลำดับ (ครั้งที่ 3) อายุ 7-8 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทารกส่วนใหญ่ไม่สามารถผ่านกิจกรรมการประเมินพัฒนาการทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 53.33 และ 80.00 ตามลำดับ และ (ครั้งที่ 4) อายุ 10-12 เดือน พบว่าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทารกสามารถทำกิจกรรมประเมินพัฒนาการผ่านทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 80 และ 33.33 ตามลำดับ ซึ่งทั้ง 4 ช่วงเวลาที่ประเมินพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>0.05$)

4. การประเมินผลการใช้รูปแบบบันทึกเพื่อการส่งต่อการดูแลและติดตามสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนดต่อเนืองที่บ้าน จากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความพึงพอใจในการได้รับการดูแลและติดตามตามรูปแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้น ได้รับข้อมูล ดังนี้

4.1 ข้อมูลความพึงพอใจของมารดาในรูปแบบบันทึกเพื่อการส่งต่อฯ ในระยะที่ 1 (Newborn-Home-Health-Care: NHHC-1) “พึงพอใจมากทำให้แม่ได้รู้ว่าต้องเตรียมตัวอะไรบ้าง โดยเฉพาะเรื่องนมแม่ตอนนี้ลูกได้นมแม่ครบ 1 ปี เลย” “พอใจทำให้แม่รู้ว่าต้องมีความรู้ ทักษะอะไรบ้าง จะได้เลี้ยงลูกได้ถูกต้องหลังลูกกลับบ้าน” “ดีแล้วไม่ต้องปรับอะไร อยากให้สอนแม่คนอื่น ๆ ด้วยนะ”

4.2 ข้อมูลความพึงพอใจของมารดาในรูปแบบบันทึกเพื่อการส่งต่อฯ ในระยะที่ 2 (Newborn-Home-Health-Care: NHHC-2) “พึงพอใจ พยาบาลมาเยี่ยมบ้าน เยี่ยมลูก พอมีปัญหาที่สอบถามได้” “ดีนะทุกครั้งที่มี อสม. พยาบาล มาเยี่ยมบ้าน ก็มากระตุ้นให้แม่เลี้ยงดูได้ขึ้น” “ดี ๆ ลูกคนก่อนเป็นทารกคลอดก่อนกำหนดเหมือนกัน แต่ไม่ได้เยี่ยมบ้านเลย พยาบาลสอนก่อนกลับ แต่พอกลับบ้านแม่ก็ลืมหมด พอมีพยาบาลหรือ อสม. มาเยี่ยมก็มาสอนการเลี้ยงลูกอีก”

อภิปรายผล

อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. รูปแบบบันทึกเพื่อการส่งต่อการดูแลและติดตามสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนดต่อเนืองที่บ้าน ได้จากการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ประกอบด้วย พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ มารดาทารกเกิดก่อนกำหนด เป็นรูปแบบที่จำเป็นต้องวางแผนการจำหน่ายทารกตั้งแต่ทารกเข้ารับการรักษาจนทารกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นรูปแบบที่ต้องมีการประสานการทำงานของพยาบาลในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิฤตกับพยาบาลในชุมชนเพื่อส่งต่อการดูแลเพื่อให้ทารกสามารถกลับไปอยู่บ้านได้อย่างปลอดภัย ทั้งนี้เกณฑ์การพิจารณาการจำหน่ายทารกเกิดก่อนกำหนดออกจากโรงพยาบาล คือทารกต้องมีการเจริญเติบโตเต็มที่และมีความคงที่ของสรีรวิทยา เช่น ทารกสามารถดูดนมได้เพียงพอสำหรับการเจริญเติบโตของร่างกาย ทารกสามารถควบคุมและรักษาอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในภาวะปกติ และทารกสามารถควบคุมการหายใจได้อย่างปกติ ที่ไม่เกิดภาวะอันตรายต่อชีวิต (Awindaogo, Smith, & Litt, 2015; Lee, Kim, Kim, Lee, Song, Ahn, et al., 2014) โดยทารกแต่ละรายอาจมีความสามารถในแต่ละด้านในช่วงเวลาที่ไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับน้ำหนักแรกเกิด อายุครรภ์ ระดับความรุนแรงและภาวะเรื้อรังของโรคที่ทารกประสบอยู่ (Pezzati, 2014) ถึงแม้ว่าทารกได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว แต่ก็จำเป็นต้องมีการติดตามสุขภาพทารกอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วง 1 ปีแรกหลังคลอด (Srimala, Yenbut, & Urharmnuay, 2013) ซึ่งเป็นช่วงที่ทารกต้องมีการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ อยู่ตลอดเวลา โดยผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลและติดตามสุขภาพในชุมชน ได้แก่ พยาบาลในชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งจะมีบทบาทในการประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของครอบครัว สิ่งแวดล้อมและแหล่งสนับสนุนในชุมชนและ

ครอบครัว (Hines, 2012) เพื่อให้ทารกได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป โดยรูปแบบบันทึกเพื่อการส่งต่อฯ ที่พัฒนาขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

1.1 ระยะที่ทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต โดยพยาบาลในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ต้องประเมินความพร้อมของมารดาและครอบครัวในการดูแลทารก เช่น การจัดการน้ำนมแม่ ซึ่งเป็นปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญที่เกิดจากมารดาและทารกพรากจากกัน แล้วมารดาไม่สามารถจัดการกับน้ำนมตนเองได้ถูกต้อง (Sivichai, 2014) ความสามารถของบิดา มารดาที่จะเข้ามาเยี่ยมทารกและการมาฝึกเลี้ยงทารกก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งจำเป็นที่พยาบาลในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ต้องขอเบอร์โทรศัพท์เพื่อติดต่อและที่อยู่บ้านของมารดาที่ชัดเจน เนื่องจากการตามสุ่มส่วนใหญ่หลังคลอดมักจะย้ายที่อยู่เพื่อพักผ่อนร่างกาย โดยมากจะกลับไปอยู่กับครอบครัวของตนเองและเมื่อแข็งแรงดีแล้วมารดาอาจจะกลับมาอยู่บ้านกับสามีดั้งเดิม เป็นต้น นอกจากนี้พยาบาลในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตจำเป็นต้องสอนและฝึกทักษะต่างๆ เพื่อให้มารดามีความพร้อมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวันของทารก การดูแลอุณหภูมิกายทารก การดูแลการหายใจ การดูแลสารอาหารและน้ำ การดูแลป้องกัน การติดเชื้อ การดูแลเบื้องต้นเมื่อทารกมีอาการผิดปกติ การดูแลการเจริญเติบโตและการพัฒนาการ และมารดาสามารถระบุวัน เวลาในการตรวจสุขภาพทารกตามนัด เช่น การตรวจตา ตรวจหู วันนัดรับวัคซีน รวมถึงยาต่างๆ ที่ทารกได้รับขณะอยู่บ้าน เป็นต้น (Hayeese, Sap-In, Wangsawat, & Chaimongkol, 2015)

1.2 ระยะที่ทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยพยาบาลในชุมชนต้องประเมินความรู้ ทักษะของมารดาในการดูแลทารกเมื่อทารกกลับไปอยู่กับครอบครัว ซึ่งมีการดูแลและติดตามสุขภาพทารกควรมีอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี ซึ่งการติดตามสุขภาพทารกตามเกณฑ์ที่ทางโรงพยาบาลกำหนดไว้ มีจำนวนเพียง 3 ครั้ง คือ (ครั้งที่ 1) หลังคลอด 1-7 วัน (ครั้งที่ 2) หลังคลอด 1-2 สัปดาห์ และ (ครั้งที่ 3) หลังคลอด 4-6 สัปดาห์ แต่เนื่องจากทารกเกิดก่อนกำหนดส่วนใหญ่มีกรศึกษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลายาวนาน อาจยาวนานมากกว่า 4-6 สัปดาห์ ทำให้ทารกเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะไม่ได้การดูแลและติดตามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังนั้นจึงมีการเพิ่มช่วงเวลาในการดูแลและติดตามทารกเกิดก่อนกำหนด คือ ทารกอายุ 3-4 เดือน, อายุ 7-8 เดือน และอายุ 10-12 เดือน ตามลำดับ

2. เพื่อศึกษาผลของการใช้แบบการบันทึกเพื่อการส่งต่อในการดูแลและติดตามสุขภาพทารกเกิดก่อนกำหนดต่อเนื่องที่บ้าน ดังนี้

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของน้ำหนักทารกเกิดก่อนกำหนดขณะอายุ 6 และ 12 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า น้ำหนักทารกในกลุ่มทดลองในช่วง 6 เดือน มีน้ำหนักเฉลี่ยที่ 4.25 กิโลกรัม ($SD=0.20$) มากกว่ากลุ่มควบคุมน้ำหนักเฉลี่ยที่ 3.45 กิโลกรัม ($SD=0.27$) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-4.57, P<0.00$) และในช่วงทารกอายุ 12 เดือน ในกลุ่มทดลองมีน้ำหนักเฉลี่ยที่ 8.12 กิโลกรัม ($SD=0.16$) มากกว่ากลุ่มควบคุมน้ำหนักเฉลี่ยที่ 7.22 กิโลกรัม ($SD=0.29$) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-4.63, P<0.00$) อาจเนื่องด้วยในแบบบันทึกเพื่อการส่งต่อฯ จะมีข้อมูลที่ต้องติดตามการได้รับนมแม่ตั้งแต่แรกเกิด โดยจำเป็นที่พยาบาลในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต ต้องแนะนำในการจัดการน้ำนมขณะที่ทารกพรากจากมารดา เช่น ความรู้ ความเข้าใจ และสร้างความตระหนักถึงความสำคัญ วิธีการปั๊มนมด้วยมือหรือเครื่องปั๊มนมแม่อัตโนมัติ โดยควรปั๊บบ่อยสม่ำเสมอทุก 2-3 ชั่วโมงหรือวันละ 6-8 ครั้ง โดยใช้เวลาในการปั๊มนมแต่ละข้างนานประมาณ 15-20 นาที รวมทั้งสิ้น 30-40 นาที/รอบ (Wamback, & Riorden, 2015) การเก็บน้ำนมแม่และการดูแลน้ำนมแม่ขณะเดินทางเพื่อส่งน้ำนมแม่มาให้ทารกในหอผู้ป่วย นอกจากนันทบาของพยาบาลในชุมชนขณะไปเยี่ยมบ้านต้องกระตุ้นเตือนให้มารดานำน้ำนมแม่มาส่งให้ทารกที่หอผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารของมารดาช่วงให้นมบุตร พบว่ามารดาหลังคลอดส่วนใหญ่มีการรับประทานอาหารหลังคลอดที่ไม่เหมาะสม เช่น ดื่มน้ำน้อย กินอาหารลักษณะแห้ง ๆ เช่น ปลาแห้ง ปลาอย่างเนื่ออย่าง ไม่นิยมรับประทานหัวปลี มะละกอ ส้ม เพราะเชื่อว่าอาหารเหล่านี้จะทำให้มดลูกเป็ยก แห้งยาก เข้าอุ้งช้า และคัน (Salaeh, & Doloh, 2014) พยาบาลในชุมชนจึงต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้องและไม่ขัดแย้งกับความเชื่อ ทำให้

มารดาหลังคลอดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ดีขึ้น ส่งผลให้น้ำนมเพิ่มขึ้น และในส่วนของทารกเกิดก่อนกำหนดเมื่ออยู่ในช่วงเวลาที่เหมาะสม คือทารกมีน้ำหนักมากกว่า 1,500 กรัม และมีอายุจริงอยู่ในช่วงครรภ์ 34-37 สัปดาห์ ซึ่งเป็นช่วงที่สมองมีการควบคุม ประสานงานเกี่ยวกับกลไกการดูดกลืนได้ดีขึ้น (Nyquist, Haggkvist, & Hansen, 2013) พยาบาลในหอผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนด ต้องมีการเตรียมทารกโดยปฏิบัติและสอนมารดา เช่น ฝึกให้ทารกดูดเต้า นวดกระตุ้นการดูดกลืนของทารก โดยนวดบริเวณเหงือก ริมฝีปาก กระพุ้งแก้ม เป็นต้น (Colaizy, Bartick, Jegier, Green, Reinhold, Schaefer, & et al, 2016) นอกจากนี้เมื่อทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พยาบาลในชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต้องดูแลและติดตามทารกตามรูปแบบการบันทึกเพื่อการส่งต่อฯ ซึ่งยังคงเน้นเกี่ยวกับการให้นมแม่ที่ถูกต้อง และเมื่อทารกอายุ 6 เดือนขึ้นไป ในรูปแบบบันทึกได้เพิ่มเติมการดูแลและติดตามเกี่ยวกับอาหารเสริมที่เหมาะสม รวมทั้งมีการติดตามน้ำหนักเพื่อให้มารดาเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของทารกที่ ดังนั้นการดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่องจึงส่งผลให้มารดาสามารถประเมินภาวะโภชนาการของทารกได้และสามารถแก้ไข ปรับปรุงได้รวดเร็ว

2.2 เปรียบเทียบพัฒนาการของทารกเกิดก่อนกำหนด โดยประเมินพัฒนาการจำนวน 4 ครั้ง ได้แก่ (ครั้งที่ 1) ช่วงอายุ 1-2 เดือน (ครั้งที่ 2) ช่วงอายุ 3-4 เดือน (ครั้งที่ 3) ช่วงอายุ 7-8 เดือน และ (ครั้งที่ 4) ช่วงอายุ 10-12 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าจำนวนของทารกที่สามารถผ่านกิจกรรมการประเมินพัฒนาการทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม (Ministry of Public Health, 2015) ในกลุ่มทดลองจะมีจำนวนเพิ่มมากกว่ากลุ่มควบคุมในทุกช่วงวัย แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>0.05$) อาจเนื่องด้วยในแบบบันทึกเพื่อการส่งต่อฯ มีข้อมูลด้านการดูแลการเจริญเติบโตและส่งเสริมพัฒนาการในทุกด้าน ตามช่วงวัยนั้นๆ พร้อมทั้งมีการเชื่อมโยง QR CODE ในการส่งเสริมพัฒนาการในด้านต่าง ๆ ตามช่วงวัยอีกด้วย ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องที่ดูแลและติดตามทารกเกิดก่อนกำหนดพร้อมทั้งมารดาได้รับทราบข้อมูล สามารถประเมินพัฒนาการและแก้ไขได้อย่างทันท่วงที แต่ทั้งนี้จากผลที่ได้พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะช่วงอายุของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มักจะมีพัฒนาการเท่ากันกับทารกครบกำหนดหรือมีพัฒนาการที่ปกติ หากได้รับการกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการอย่างถูกต้องมักจะอยู่ในช่วงอายุ 2 ปีขึ้นไป (Clark-Gambelunghe, & Clark, 2015) ดังนั้นในระยะเวลา 12 เดือน ที่ติดตามอาจจะยังไม่เห็นผลแตกต่างที่ชัดเจน

การนำวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องนำรูปแบบบันทึกเพื่อการส่งต่อฯ มาเป็นแนวทางในการให้สุขศึกษาให้กับมารดาหรือผู้ดูแลทั้งในกลุ่มทารกครบกำหนดหรือกลุ่มเสี่ยงได้ เนื่องจากการดูแลที่ครอบคลุมการตอบสนองความต้องการพื้นฐานที่ทารกควรได้รับทั้งสิ้น
2. นักศึกษาพยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดบนหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต และเป็นแนวทางในการวางแผนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาเป็นแนวปฏิบัติ (CPG) ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการดูแลงานอนามัยแม่และเด็ก
2. ขยายพื้นที่ในการใช้รูปแบบบันทึกเพื่อการส่งต่อฯ ไปยังพื้นที่อื่น ๆ เนื่องด้วยระยะทาง ความไม่สงบในพื้นที่อาจเป็นอุปสรรคในการดูแลและติดตามทารกกลุ่มนี้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องได้

References

- Awindaogo, F., Smith, V., C., & Litt. J., S. (2015). Predictors of Caregiver Satisfaction with Visiting Nurse Home Visit After NICU Discharge. *Journal of Perinatology*, 36(4), 325-328.
- Bureau of Polity and Strategy. (2018). *Public Health Statistics A.D.2018*. [Database on the Internet]. Retrieved Jan 26, from <http://bps.ops.moph.go.th/>. (In Thai)
- Chookhampaeng, C. (2018). *Curriculum Research and Development Concept and Process*. Bangkok: Chulalongkorn University Press.
- Clark-Gambelunghe, M. B., & Clark, D. A. (2015). Sensory Development. *Pediatrics Clinics*, 62(2), 367-384.
- Colaizy, T. T., Bartick, M. C., Jegier, B. J., Green, B. D., Reinhold, A. G., Schaefer, A., J., et al. (2016). Impact of Optimized Breastfeeding on the Costs of Necrotizing Enterocolitis in Extremely Low Birth Weight Infant. *The Journal of Pediatric*, 175, 100-1016.
- Crabtree, B. F., & Miller, W. L. (1992). *Doing Qualitative Research*. London: SAGE.
- Gardner, S. L., & Goldson, E. (2011). The Neonate and the Environment: Impact on Development. In S. Gardner, B. Carter, M. Enzmann-Hines, & J. Hernandez, (Eds.), *Handbook of Neonatal Intensive Care* (7th ed.). (pp. 270-331). St. Louis: Mosby.
- Hayeese, W., Sap-In, N., Wangsawat, T., & Chaimongkol, N. (2015) Quality of Life of Muslim Preterm Infant in Three Southernmost Provinces of Thailand. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 7(1), 1-14. (In Thai)
- Hayeese, W., Wangsawat, T., Damklia, W., & Chaimongkol, N. (2019). Effects of the Perceived Self-Efficacy Promotion Program of Village Health Volunteers in Caring and Follow-Up Preterm Infants After Discharge from Hospitals. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 27(2), 30-39. (In Thai)
- Hines, D. (2012). Culture Competence: Assessment and Education Resources for Home Care and Hospice Clinicians. *Home Healthcare Nurse*, 30(1), 38-45.
- Lee, J-H., Kim, J-M., Kim, Y-D., Lee, S-M., Song, E-S, Ahn, S-Y., & et al. (2014). The Readmission of Preterm Infants of 30-33 Weeks Gestational Age Within 1 Year Following Discharge from Neonatal Intensive Care Unit in Korea. *Neonatal Medicine*, 21(4), 224-232.
- Ministry of Public Health. (2015). *Developmental Assessment for Intervention Manual (DAIM)*. Bangkok: National Health Security Office (NHSO).
- Nyquist, K., Haggkvist, A., & Hansen, M. (2013). Expansion of the Baby-Friendly Hospital Initiative ten Steps to Successful Breastfeeding Into Neonatal Intensive Care. *Journal of Human Lactation*, 29(3), 300-309.
- Office of the National Economics and Social Development Council. (2019). National strategy 20 years A.D.2018-2038. [Database on the Internet]. Retrieved Jan 26, from <http://www.thailibrary.in.th/wp-content/uploads/2019/08/national-strategy-20yrs.pdf>.
- Pezzati, M. (2014). Hospital Readmissions in Late Preterm Infants. *Italian Journal of Pediatrics*, 40(2), 29-32.



- Salaeh, T., & Doloh, H. (2014). Islamic Jurisprudence on Breastfeeding: A Case Study of Muslim Families in Baget Village, Khokkhian Sub-District, Mueang District, Narathiwat Province, *Princess of Naradhiwas University Journal of Humanitics and Social Sciences*, 1(2), 20-29. (In Thai)
- Sivichai, A. (2014). Obstacles and Problem in Breastfeeding for Mothers with Preterm Infants. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 4(1), 51-58. (In Thai)
- Srimala, S., Yenbut, J., & Urharmnuay, M. (2013). Discharge Planning Practices for Preterm Infants in Neonatal Intensive Care Unit, One of Tertiary Hospitals, Northern Region, *Nursing Journal*, 40(3), 21-29. (In Thai)
- Wamback, K., & Riorden, J. (Eds.). (2015). *Breastfeeding and Human Lactation* (5th ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett.

การพัฒนาแบบการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ ในนักศึกษาเวชระเบียน
วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก
Development of Game-Based Learning Model for Medical Coding I Class with
Students in Diploma of Medical Record in Kanchanabhishek Institute of
Medical and Public Health Technology

พิชญ์วรา จันทรแย้ม^{1*} และ อุทัย ทับทอง¹

Pitchwara Janyam^{1*} and Uthai Thabthong¹

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก^{1*}

Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology^{1*}

(Received: October 24, 2019; Revised: May 14, 2020; Accepted: May 29, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์สภาพปัญหาและความต้องการพัฒนาแบบ และประสิทธิภาพของรูปแบบการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ วิชาการให้รหัสทางการแพทย์ 1 ดำเนินการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ในนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาเวชระเบียน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 6 คนและอาจารย์ผู้สอน จำนวน 6 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแนวคำถามการ สทนากลุ่ม ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ โดยผู้วิจัยนำผลการวิจัยจาก ขั้นตอนที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรมมากร่างรูปแบบ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อ พิจารณาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อนักศึกษา หาประสิทธิภาพของแบบการสอนให้รหัสทางการแพทย์ได้ค่าประสิทธิภาพเท่ากับ 81.69/84.75 ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิภาพของแบบ จากนักศึกษาหลักสูตร ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาเวชระเบียน ชั้นปีที่ 1 จำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 50 คน กลุ่ม ทดลอง 50 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Independent t-test และ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา และความต้องการรูปแบบการสอนการให้รหัสทางการแพทย์ วิชาการให้รหัสทางการแพทย์ 1 พบว่า มีการสอนภาคทฤษฎีแบบบรรยายจากหนังสือ ICD-10 ทำให้ผู้เรียนไม่สนใจ เรียน เกิดความเบื่อหน่าย สำหรับภาคปฏิบัตินักศึกษาหารหัสได้บ้างบางส่วนรอเฉลยจากอาจารย์ และขาดความ กระตือรือร้นในการค้นหารหัสด้วยตนเอง ผู้เรียนมีความต้องการรูปแบบการเรียนการสอนที่น่าสนใจ มีความทำ ทาย เกิดความกระตือรือร้นในการเรียนรู้ และเพิ่มพูนความรู้ ความจำและทักษะการให้รหัสทางการแพทย์ไปด้วย

2. รูปแบบการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนตามแผนการ สอน โดยใช้เกม Kahoot และเกมแข่งขันเปิดหารหัสทางการแพทย์ประเภททีม

3. นักศึกษามีความรู้เรื่องการให้รหัสทางการแพทย์ วิชาการให้รหัสทางการแพทย์ 1 หลังการสอนด้วยแบบ การให้รหัสทางการแพทย์ มากกว่าก่อนสอนด้วยแบบการสอนการให้รหัสทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.001$ และความต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อน ($M=24.70$, $SD=3.68$) และหลังการสอน ($M=17.76$, $SD=2.99$) ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.001$ นอกจากนี้ นักศึกษามี ความพึงพอใจต่อการสอนด้วยแบบการสอนการให้รหัสทางการแพทย์ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M=4.47$, $SD=0.31$)

รูปแบบการสอนด้วยเกมเป็นการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้กับกระบวนการเรียนการสอน เพื่อให้ เหมาะสมกับตัวผู้เรียน โดยสามารถปรับเปลี่ยนคำถามในเกม หรือเพิ่มเนื้อหาบทอื่น ๆ

คำสำคัญ: การพัฒนาแบบการสอน, เกม, รหัสทางการแพทย์

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pitch.mrd@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 085-8134371)

Abstract

This research and development study aimed to describe learning situations in order to develop an instructional game-based model for Medical Coding I class, and to evaluate the effects of the instructional model on knowledge of students in Diploma of Medical Record. There were 3 main steps in this study. Firstly, a learning situation was carried out using focus group discussion among 6 students in their second year, as well as 6 instructors. Secondly, the draft of an instructional game-based model was evaluated by three experts, in order to improve its proprieties and the possibility of developing an effective instructional model. Lastly, the effects of the instructional model on the knowledge of students was measured. The first year students were randomly assigned in a control group or an experimental group (50 students per group). Descriptive statistics, independent t-test and paired t-test were used to analyze data. The results of this study were as follows.

In terms of the learning situation analysis, students in Medical Coding I class reported that the lecture on the ICD-10 medical coding was boring. Moreover, at the end of the class activities, the students were not enthusiastic about finding out the answers. They were waiting to get the answer keys from instructors. Students wanted learning activities that would encourage them to improve their knowledge and memory.

The developed game-based instructional model consisted of various activities, such as “Kahoot online program”, and “finding medical coding” competition game.

The knowledge score after using the model was higher than before using the model at the statistically significant level of .001. Moreover, the mean score on knowledge was higher after using the model ($M=24.70$, $SD=3.68$) than before ($M=17.76$, $SD=2.99$), at the significant level of .001. The game-based teaching technique on Medical Coding I Course can apply to improve class activity which is appropriate for students. Moreover, it is easy to add up some questions, and content.

Keywords: Instructional Development, Game-Based Learning Model, Medical Coding Class

บทนำ

การให้รหัสทางการแพทย์ มีความสำคัญต่อระบบสาธารณสุขของประเทศไทย เพราะการให้รหัสโรค รหัสผ่าตัดและหัตถการ ที่ถูกต้องและครบถ้วน จะทำให้โรงพยาบาลสามารถจัดทำสถิติทางการแพทย์และการเบิกค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยภายใต้ระบบประกันสุขภาพได้ถูกต้อง ดังนั้นการให้รหัสโรค รหัสผ่าตัดและหัตถการ จึงมีความจำเป็นและเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานและระบบประกันสุขภาพของประเทศ ดังนั้นหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาเวชระเบียน วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุข กายานาภิเชก จึงได้มีการจัดการเรียนการสอนในเรื่องของการให้รหัสทางการแพทย์ โดยใช้หนังสือ ICD-10 ซึ่งย่อมาจาก International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision เป็นรหัสของโรคและอาการ อาการแสดง ความผิดปกติที่ตรวจพบ อาการนำ สภาพสังคม หรือสาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บ รวม 22 บท จัดทำขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก (WHO, 2016) โดยมีวัตถุประสงค์ในการจัดประเภทการเจ็บป่วยตามเกณฑ์เพื่อใช้บันทึกเพื่อรวบรวมเป็นข้อมูลทางสถิติในการวางแผนสุขภาพในระดับสากล โดยแบ่งเป็นรายวิชาการให้รหัสทางการแพทย์ 1 ประกอบด้วยเนื้อหาของบทที่ 1 – 8 เรียนในชั้นปีที่ 1 ภาคการศึกษาที่ 2 รายวิชาการให้รหัสทางการแพทย์ 2 ประกอบด้วยเนื้อหาของบทที่ 9 – 17 เรียนในชั้นปีที่ 1 ภาคฤดูร้อน และรายวิชาการให้รหัสทางการแพทย์ 3 ประกอบด้วยเนื้อหาของบทที่ 18 – 22 เรียนในชั้นปีที่ 2 ภาค

การศึกษาที่ 1 และจากการจัดการเรียนการสอนของปีการศึกษา 2560 ในรายวิชาการให้รหัสทางการแพทย์ 1 ของหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาเวชระเบียน จำนวน 132 คน ในนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ภาคการศึกษาที่ 2 พบว่าไม่มีนักศึกษาที่ได้ผลการเรียนดีเยี่ยม มีผลการเรียนดีมาก ร้อยละ 3.79 ผลการเรียนดี ร้อยละ 9.09 ผลการเรียนค่อนข้างดี ร้อยละ 16.67 ผลการเรียนพอใช้ ร้อยละ 25.76 และมีนักศึกษาที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 44.70 ซึ่งนักศึกษาส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจหลักการให้รหัสทางการแพทย์ โดยลักษณะของการจัดการเรียนการสอนประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ โดยการใช้การบรรยายในห้องเรียน และการฝึกปฏิบัติในการเปิดรหัสทางการแพทย์ตามโจทย์ที่กำหนดให้ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้นักศึกษาขาดความกระตือรือร้นเป้าหมายในการเรียน ซึ่งถือได้ว่าเป็นวิชาเบื้องต้นในการให้รหัสทางการแพทย์ หากนักศึกษาไม่เข้าใจในวิชานี้ก็จะส่งผลกระทบต่อในรายวิชาการให้รหัสทางการแพทย์ 2 และ 3 ต่อไป

ปัจจุบันการพัฒนาเทคโนโลยีด้านต่าง ๆ ในศตวรรษที่ 21 โดยเฉพาะอย่างยิ่งเทคโนโลยีทางด้านคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีทางการสื่อสาร (ICT – Information and Communication Technology) เป็นไปอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดความพยายามในการนำเทคโนโลยีต่าง ๆ เหล่านี้มาประยุกต์ใช้ในการจัดการศึกษา เพื่อให้การศึกษามีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Moolcome, & Moolcome, 2007) ทั้งนี้เพื่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้มีสติปัญญาและคุณธรรมเพื่อรองรับการพัฒนาและสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันในสังคม/เศรษฐกิจแห่งความรู้ (Knowledge-Based Economy/Society) วิธีการสอนโดยใช้เกมเป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้เรื่องต่าง ๆ อย่างสนุกสนานและท้าทายความสามารถ โดยผู้เรียนเป็นผู้เล่นเอง ทำให้ได้รับประสบการณ์ตรง เป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมสูง (Khemmanee, 2007) การจัดการเรียนรู้โดยใช้เกมการศึกษา เป็นการนำเอาเครือข่ายสังคม (Social Network) มาช่วยในกระบวนการเรียนการสอน โดยมีโปรแกรมที่ถูกพัฒนาขึ้นสำหรับเกมการศึกษาออนไลน์ ซึ่งผู้พัฒนาโปรแกรมได้ออกแบบเกมให้ตื่นเต้นเร้าใจ เข้าไปในกิจกรรมการเรียน โดยนำทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาเข้ามาประยุกต์ และมีการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างเกมกับผู้เรียน ทำให้ผู้เรียนได้มีการแข่งขัน สนุกสนาน ท้าทายความสามารถ ตลอดเวลาที่เรียน นอกจากนี้โปรแกรมยังสามารถนำเสนอเพื่อดึงดูดความสนใจได้ด้วยแสง สี เสียง ที่ตื่นเต้น เร้าใจ

เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพด้านการเรียนการสอนและเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ที่ส่งผลให้นักศึกษามีสมรรถนะในการให้รหัสทางการแพทย์ และลดการผิดพลาดของการให้รหัสให้น้อยที่สุด จึงได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอนแบบเดิม โดยได้มีการพัฒนารูปแบบการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ เปรียบเทียบรูปแบบการสอนแบบบรรยาย ในวิชาการให้รหัสทางการแพทย์ 1 สำหรับนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาเวชระเบียน ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้การให้รหัสทางการแพทย์ ที่จะส่งผลทำให้เข้าใจหลักการให้รหัสทางการแพทย์ได้มากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการรูปแบบการสอนวิชาการให้รหัสทางการแพทย์ 1 ของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาเวชระเบียน ชั้นปีที่ 1 (ที่อาจารย์จะให้เอาขึ้นป๊อ)
 2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ วิชาการให้รหัสทางการแพทย์ 1 ของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาเวชระเบียน ชั้นปีที่ 1
 3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ วิชาการให้รหัสทางการแพทย์ 1 ของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาเวชระเบียน ชั้นปีที่ 1 ระหว่างก่อนเรียนและหลังเรียน
- 3.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ วิชาการให้รหัสทางการแพทย์ 1 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

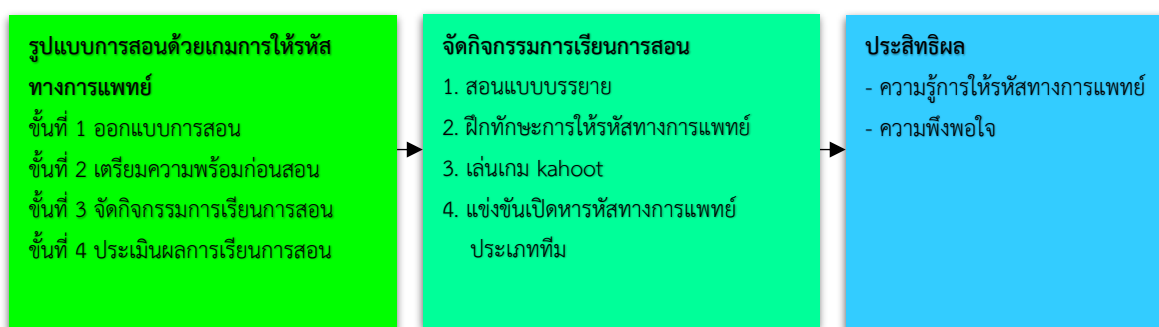
3.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนการสอนและหลังการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ 1 ของกลุ่มทดลอง

3.3 เพื่อเปรียบเทียบความต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการสอนและหลังการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ 1 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.4 เพื่อประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาต่อรูปแบบการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ 1 ได้มาจากการนำแนวคิดทฤษฎีของโรเบิร์ต กาเย่ (Robert Gagne's Conditions of Learning) (Khemmanee, 2004) แนวคิด Social Networking เกม Kahoot และข้อมูลสภาพปัญหา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นการออกแบบการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ ขั้นการเตรียมความพร้อมก่อนสอน ขั้นตอนการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน และขั้นประเมินผลการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาทักษะการให้รหัสทางการแพทย์ การจัดกิจกรรมการเรียนได้นำทฤษฎีของโรเบิร์ต กาเย่ (Robert Gagne's Conditions of Learning) (Khemmanee, 2007) แนวความคิด 9 ประการ ประกอบด้วย 1) ดึงดูดความสนใจ (Gain Attention) 2) บอกวัตถุประสงค์ (Specify Objective) 3) ทบทวนความรู้เดิม (Activate Prior Knowledge) 4) นำเสนอเนื้อหาใหม่ หรือสิ่งเร้าใหม่ (Present New Information) 5) ชี้แนะแนวทางการเรียนรู้ (Guide Learning) 6) กระตุ้นการตอบสนองบทเรียน (Elicit Response) 7) ให้ข้อมูลย้อนกลับ (Provide Feedback) 8) การประเมินผลการแสดงออก (Assess Performance) 9) สรุปหลักการให้รหัสทางการแพทย์และนำไปใช้ประยุกต์ใช้ (Review and Transfer) มาผสมผสานกับการใช้เกมเพื่อเสริมแรงกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ และบรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ โดยนำมาใช้เป็นแนวทาง/ออกแบบ โดยมีการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนประกอบด้วย การสอนบรรยาย ฝึกทักษะการให้รหัสทางการแพทย์ เล่นเกม Kahoot และแข่งขันเปิดรหัสทางการแพทย์ โดยจะส่งผลการเรียนรู้ในการให้รหัสทางการแพทย์ตามหลักการของ Standard Coding Guideline และความพึงพอใจ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนารูปแบบการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ 1 เรื่องการให้รหัสโรค รหัสผ่าตัดและหัตถการ ซึ่งเกิดจากโรคเกี่ยวกับติดเชื้อและปรสิตบางชนิด โรคที่เกี่ยวกับเนื้องอก และโรคต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา สภาพปัญหาและความต้องการรูปแบบการเรียนการสอน (R1)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาเวชระเบียน ชั้นปีที่ 2 ในปีการศึกษา 2561 ที่สอบผ่านรายวิชาการให้สหทางการแพทย์ 1 จำนวน 132 คน และอาจารย์ผู้สอนรายวิชาการให้สหทางการแพทย์ 1 จำนวน 6 คน กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม แยกเป็นกลุ่มนักศึกษา จำนวน 6 คน คัดเลือกโดยใช้ผลการเรียนวิชาการให้สหทางการแพทย์ 1 แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผลการเรียนดี (ผลการเรียน A) ปานกลาง (ผลการเรียน B) พอใช้ (ผลการเรียน C) กลุ่มละ 2 คน และกลุ่มอาจารย์ผู้สอน จำนวน 6 คน โดยเก็บข้อมูลแยกกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ในการวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการรูปแบบการเรียนการสอนด้วยเกมการให้สหทางการแพทย์ ประกอบด้วย 4 ประเด็น คือ 1) รูปแบบการจัดการเรียนการสอนวิชาการให้สหทางการแพทย์ 1 เดิม 2) สถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเรียนการสอนรูปแบบเดิม 3) ความต้องการรูปแบบการเรียนการสอน 4) ความคิดเห็นต่อการนำเกมเข้ามาใช้ในการจัดการเรียนการสอน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำคำถามการสนทนากลุ่ม ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการให้สหทางการแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย และผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษา ผลการพิจารณาคัดชั้นความสอดคล้องของแนวคำถามการสนทนากลุ่ม ซึ่งมีคะแนนเท่ากับ 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการรูปแบบการเรียนการสอนการให้สหทางการแพทย์ วิชาการให้สหทางการแพทย์ 1 โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) พบว่า สถานการณ์ในนักศึกษา ประกอบด้วย “การสอนภาคทฤษฎีเน้นการบรรยายจากหนังสือ ICD-10 ทำให้ไม่สนใจในวิชาเรียน” “ระยะเวลาในการฟังบรรยายที่ยาวนาน มีความเบื่อหน่าย” และมีความต้องการให้มีรูปแบบการเรียนการสอนที่ “น่าสนใจ” “มีความท้าทาย” และ “ภาคปฏิบัติได้ฝึกการเปิดหาลักษณะทางพยาธิจากหนังสือ ICD-10” ในอาจารย์พบสถานการณ์ ในระหว่างการสอนดังนี้ “ทราบได้บ้างไม่ได้บ้าง รอเฉลยจากอาจารย์ผู้สอน” “ขาดความกระตือรือร้นในการค้นหาลักษณะด้วยตนเอง” และมีความต้องการ “เพิ่มพูนความรู้ ความจำและทักษะการให้สหทางการแพทย์ไปด้วย” โดยจากผลการสนทนากลุ่มทั้งสองกลุ่ม คาดหวังให้รูปแบบการสอนด้วยเกมการให้สหทางการแพทย์ สามารถช่วยให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจในหลักการให้สหทางการแพทย์และมีทักษะในการให้สหทางการแพทย์ ในวิชาการให้สหทางการแพทย์ 1 ได้ถูกต้อง ครบถ้วน มากขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการเรียนการสอนด้วยเกมการให้สหทางการแพทย์ วิชาการให้สหทางการแพทย์ 1 (D1)

จากข้อมูลการศึกษาสถานการณ์ และปัญหาและความต้องการรูปแบบการเรียนการสอนในวิชาการให้สหทางการแพทย์ 1 ผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของ โรเบิร์ต กาเย่ (Khemmanee, 2007) มาใช้ในการจัดการเรียนการสอนด้วยเกมการให้สหทางการแพทย์ โดยสังเคราะห์สาระสำคัญมาพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนด้วยเกมการให้สหทางการแพทย์ ดังนี้

1. ยกร่างรูปแบบการเรียนการสอนด้วยเกมการให้สหทางการแพทย์ เพื่อพัฒนาทักษะการให้สหทางการแพทย์
2. ออกแบบและสร้างเครื่องมือ ประกอบด้วย แผนการสอนด้วยเกมการให้สหทางการแพทย์ จำนวน 3 แผน แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์การให้สหทางการแพทย์ระหว่างเรียนและหลังเรียน จำนวน 1 ชุด เกมการให้สหทางการแพทย์ จำนวน 2 เกม แบบประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาต่อรูปแบบการเรียนการสอนด้วยเกมการให้สหทางการแพทย์

3. ตรวจสอบเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแผนการสอน แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ในการให้รหัสทางการแพทย์ เกมการให้รหัสทางการแพทย์ แบบประเมินคุณภาพรูปแบบการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ และแบบประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาต่อรูปแบบการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน นำไปปรับปรุงแก้ไขตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ประเมินคุณภาพของรูปแบบการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสื่อ และมาปรับปรุงแก้ไขตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ในการให้รหัสทางการแพทย์ (KR-20) โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ มีค่าอยู่ระหว่าง .00 ถึง 1.00 (Nicmanon, 2000) โดยค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.41 จึงมีความเหมาะสมที่นำไปใช้ในการเก็บข้อมูล ค่าระดับความยากของข้อสอบ (p) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.20 ถึง 0.80 โดยมีค่าเฉลี่ยความยากของข้อสอบทั้งฉบับเท่ากับ 0.47 และผลการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของข้อสอบ (r) มีค่าตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป โดยมีค่าเฉลี่ยค่าอำนาจจำแนก เท่ากับ 0.81 ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลไม่พบข้อสอบที่ใช้ไม่ได้ ทำให้แบบทดสอบชุดนี้สามารถนำไปใช้ได้ทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ การหาประสิทธิภาพของเกมการให้รหัสทางการแพทย์ แบบเดี่ยวจำนวน 3 คน เกณฑ์ 60/60 ได้ค่าประสิทธิภาพ 62.22/65.93 แบบกลุ่มจำนวน 10 คน เกณฑ์ 70/70 ได้ค่าประสิทธิภาพ 75.78/77.78 แบบภาคสนามจำนวน 30 คน เกณฑ์ 80/80 ได้ค่าประสิทธิภาพ 80.59/82.96 ซึ่งถือว่ามีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดโดย และแบบประเมินความพึงพอใจใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่น 0.87

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ (R2)

ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Two Groups, Pre-test Post-test Design) มีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาเวชระเบียน ชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2561 เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนบุรี 1 ที่กำลังศึกษาในรายวิชาการให้รหัสทางการแพทย์ 1 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 100 คน โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 50 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Sampling) โดยการนำเกรดเฉลี่ยภาคการศึกษาที่ 1 ของปีการศึกษา 2561 มาเรียงลำดับ โดยนักศึกษาลำดับเลขคี่เป็นกลุ่มทดลอง และ นักศึกษาลำดับคู่เป็นกลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากการวิจัยดังกล่าวเป็นการวิจัยที่ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนตามตารางการสอนของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนบุรี 1 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2561 จึงไม่สามารถกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาวิจัยเพียงบางส่วน ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องให้ประชากรเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย แผนการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ เกมการให้รหัสทางการแพทย์ จำนวน 2 เกม ได้แก่ เกม Kahoot และเกมแข่งขันเปิดรหัสทางการแพทย์ประเภททีม
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้และทักษะการให้รหัสทางการแพทย์ ก่อนเรียนและหลังเรียน ประกอบด้วย แบบทดสอบแบบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ และ แบบทดสอบแบบอัตนัย แบบค้นหารหัสจากโจทย์ที่กำหนด จำนวน 11 ข้อ 25 รหัส และแบบประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาต่อรูปแบบการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามพิจารณาเลือกตอบเพียง 1 ระดับ โดยข้อความถามเป็นเชิงบวกทุกข้อให้คะแนนจากคะแนนเต็ม 5 หมายถึงพึงพอใจมากที่สุด 1 คะแนน หมายถึงไม่พึงพอใจเลย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลของ 2 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองตามตารางดังนี้

ตาราง 1 ขั้นตอนการสอน กิจกรรมการเรียนการสอน และระยะเวลาในการทำกิจกรรม ของกลุ่มควบคุม

ขั้นตอนการสอน	กิจกรรม	ระยะเวลา
ขั้นนำ	- บอกวัตถุประสงค์ของการเรียนรหัสทางการแพทย์	10 นาที
	- ทดสอบความรู้การให้รหัสทางการแพทย์ก่อนเรียน	40 นาที
	- ทบทวนศัพท์แพทย์ และหลักการให้รหัสทางการแพทย์	10 นาที
ขั้นสอน	- บรรยายหลักการให้รหัสทางการแพทย์ พร้อมยกตัวอย่างประกอบ	60 นาที
	- สุ่มถามผู้เรียนเพื่อตรวจสอบความเข้าใจ	
	- ให้นักศึกษาฝึกทักษะให้รหัสทางการแพทย์จากแบบฝึกทักษะโดยใช้หนังสือ ICD-10 , ICD-9CM และ Standard Coding Guideline โดยมีผู้สอนให้คำปรึกษา	60 นาที
	- ผู้เรียนและผู้สอนร่วมกันอภิปรายข้อสงสัย	
	- ทดสอบความรู้การให้รหัสทางการแพทย์ หลังเรียน	40 นาที
ขั้นสรุป	ผู้สอนและผู้เรียนร่วมกันสรุปเนื้อหาที่เรียน	20 นาที

ตาราง 2 ขั้นตอนการสอน กิจกรรมการเรียนการสอน และระยะเวลาในการทำกิจกรรม ของกลุ่มทดลอง

ขั้นตอนการสอน	กิจกรรม	ระยะเวลา
ขั้นนำ	- บอกวัตถุประสงค์ของการเรียนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์	10 นาที
	- ทดสอบความรู้การให้รหัสทางการแพทย์ก่อนเรียน	40 นาที
	- ทบทวนศัพท์แพทย์ และหลักการให้รหัสทางการแพทย์เกี่ยวกับการติดเชื้อและปรสิตบางชนิด	10 นาที
ขั้นสอน	- บรรยายหลักการให้รหัสทางการแพทย์เกี่ยวกับโรคของการติดเชื้อและปรสิตบางชนิด พร้อมยกตัวอย่างประกอบ	30 นาที
	- สุ่มถามผู้เรียนเพื่อตรวจสอบความเข้าใจ	
	- ให้เล่นเกมรหัสทางการแพทย์รายบุคคล จาก www.kahoot.com	30 นาที
	- สรุปคะแนน และเฉลยคำตอบ	
	- ให้นักศึกษาฝึกทักษะให้รหัสทางการแพทย์จากแบบฝึกทักษะโดยใช้หนังสือ ICD-10 , ICD-9CM และ Standard coding guideline โดยมีผู้สอนให้คำปรึกษา	30 นาที
	- ผู้เรียนและผู้สอนร่วมกันอภิปรายข้อสงสัย	
	- ให้แข่งขันทักษะการให้รหัสทางการแพทย์ ประเภททีม จากโจทย์กรณีศึกษา	30 นาที
	- สรุปคะแนน และเฉลยคำตอบ	
	- ทดสอบความรู้การให้รหัสทางการแพทย์ หลังเรียน	40 นาที
ขั้นสรุป	ผู้สอนและผู้เรียนร่วมกันสรุปเนื้อหาที่เรียน	20 นาที

โดยให้เรียนใน 3 เรื่องคือการให้รหัสโรค รหัสผ่าตัดและหัตถการซึ่งเกิดจากโรคเกี่ยวกับติดเชื้อและปรสิตบางชนิด โรคที่เกี่ยวกับเนื้องอก และโรคต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม ซึ่งในแต่ละครั้งจะเรียน 1 เรื่อง ใช้เวลาการเรียน 4 ชั่วโมง ทั้งหมด 3 เรื่องจึงใช้เวลาในการเรียน 3 ครั้ง รวม 12 ชั่วโมง ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ วิชารหัสทางการแพทย์ 1 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ วิชารหัสทางการแพทย์ 1 ของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ วิชาการให้รหัสทางการแพทย์ 1 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test
4. วิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ วิชาการให้รหัสทางการแพทย์ 1 ของกลุ่มทดลอง โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

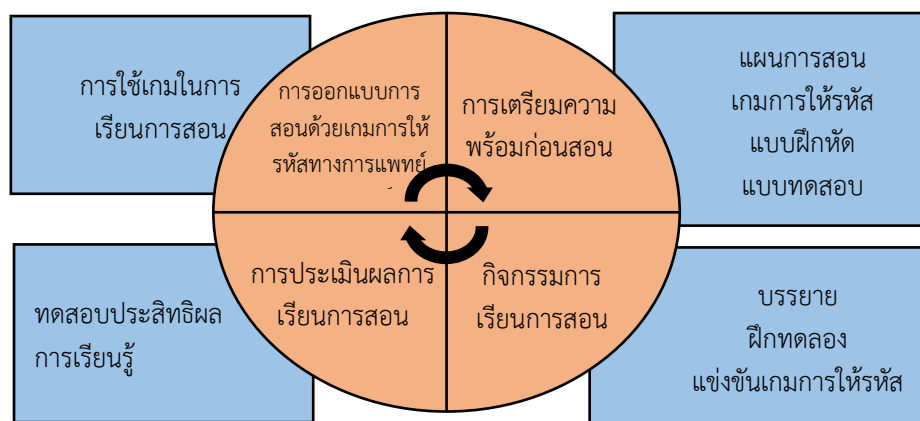
จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยจะดำเนินการเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก ได้เลขจริยธรรมหมายเลข KMPHT - 62010001 ลงวันที่ 2 ม.ค.62

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการรูปแบบการสอนการให้รหัสทางการแพทย์ วิชาการให้รหัสทางการแพทย์ 1 โดยวิธีการสนทนากลุ่ม จำนวน 2 กลุ่ม พบว่า การสอนภาคทฤษฎี ยังเป็นการบรรยายจากหนังสือ ICD-10 ทำให้ผู้เรียนไม่สนใจในวิชาเรียน ระยะเวลาในการฟังบรรยายที่ยาวนาน เกิดความเบื่อหน่าย ส่วนภาคปฏิบัติได้ฝึกการเปิดรหัสทางการแพทย์จากหนังสือ ICD-10 ซึ่งรหัสได้บ้างไม่ได้บ้าง จึงรอเฉลยจากอาจารย์ผู้สอน ขาดความกระตือรือร้นในการค้นหารหัสด้วยตนเอง จึงต้องการให้มีรูปแบบการเรียนการสอนที่น่าสนใจ สร้างความท้าทาย ให้นักศึกษามีความกระตือรือร้นต่อการเรียนรู้ และเพิ่มพูนความรู้ ความจำและทักษะการให้รหัสทางการแพทย์ไปด้วย โดยคาดหวังให้รูปแบบการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ สามารถช่วยให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจในหลักการและมีทักษะในการให้รหัสทางการแพทย์ ในวิชาการให้รหัสทางการแพทย์ 1 ได้ถูกต้อง ครบถ้วน มากขึ้น

2. ผลการพัฒนาแบบการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ วิชาการให้รหัสทางการแพทย์ 1 ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการออกแบบการเรียนการสอนด้วยเกม โดยนำทฤษฎีของโรเบิร์ต กาเย่ (Khemmanee, 2004) เพราะมีหลักการที่สอดคล้องกับความต้องการดึงดูดความสนใจและมีการกระตุ้นการเรียนรู้ของผู้เรียน 2) ขั้นตอนเตรียมความพร้อมก่อนสอน เป็นการสร้างเครื่องมือที่ต้องใช้ในกิจกรรมการเรียนการสอน ได้แก่ แผนการสอน เกมการให้รหัสทางการแพทย์ แบบฝึกทักษะการให้รหัสทางการแพทย์ แบบทดสอบก่อนและหลังเรียน 3) ขั้นตอนการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน โดยการบรรยายเนื้อหาเกี่ยวกับการให้รหัสทางการแพทย์ ฝึกทักษะการให้รหัสทางการแพทย์ แข่งขันเกม 2 เกม ได้แก่ เกมที่ 1 แข่งขันตอบคำถามเกี่ยวกับการให้รหัสทางการแพทย์รายบุคคล สร้างขึ้นจากเว็บไซต์ Kahoot ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบ 4 ตัวเลือก โดยระหว่างที่เล่นเกมแต่ละข้อ ผู้สอนจะเฉลยคำตอบและอธิบายพร้อมกันไปด้วย โดยใช้อาจารย์จำนวน 1 คน เกมที่ 2 แข่งขันเปิดรหัสทางการแพทย์ประเภททีม ซึ่งได้กำหนดโจทย์สถานการณ์ ให้ค้นหารหัสทางการแพทย์ที่ถูกต้อง ครบถ้วน ตามหลักการให้รหัสทางการแพทย์ ทีมที่ได้คะแนนมากที่สุดและใช้เวลาค้นหารหัสน้อยที่สุดจะเป็นผู้ชนะ ผู้สอนเฉลยคำตอบพร้อมทั้งอธิบายวิธีการให้รหัสทางการแพทย์ด้วย โดยใช้อาจารย์จำนวน 6 คน 4) ขั้นตอนประเมินผลการเรียนการสอน โดยการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ วิชาการให้รหัสทางการแพทย์ 1 ดังแผนภาพข้างล่าง



ภาพ 2 รูปแบบการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ วิชารหัสทางการแพทย์ 1

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ วิชารหัสทางการแพทย์ 1 มีดังนี้

3.1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ วิชารหัสทางการแพทย์ 1 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ วิชารหัสทางการแพทย์ 1 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	<i>n</i>	คะแนนเต็ม	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
กลุ่มทดลอง	50	45	11.14	3.11	0.61	0.53
กลุ่มควบคุม	50	45	10.80	2.35		

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 3 พบว่าคะแนนความรู้ก่อนการสอนด้วยเกม ของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ย 11.14 และกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย 10.80 เปรียบเทียบโดยใช้ค่าสถิติ *t*-test (Independent Sample) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความรู้พื้นฐาน เรื่องการให้รหัสทางการแพทย์ ไม่แตกต่างกัน

3.2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ วิชารหัสทางการแพทย์ 1 ของกลุ่มทดลอง

ตาราง 4 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ วิชารหัสทางการแพทย์ 1 ของกลุ่มทดลอง

รายการ	<i>n</i>	คะแนนเต็ม	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
คะแนนก่อนเรียน	50	45	11.14	3.11	-47.36	0.00**
คะแนนหลังเรียน	50	45	35.84	2.84		

**ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 4 พบว่า คะแนนความรู้ก่อนและหลังการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ ของกลุ่มทดลอง ก่อนเรียน มีค่าเฉลี่ย 11.14 และหลังเรียน มีค่าเฉลี่ย 35.84 เปรียบเทียบโดยใช้ค่าสถิติ *Pair t*-test แสดงว่า นักศึกษามีความรู้เรื่องการให้รหัสทางการแพทย์ วิชารหัสทางการแพทย์ 1 หลังการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ มากกว่าก่อนสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

3.3 เปรียบเทียบความต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนสอนและหลังการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ วิชาการให้รหัสทางการแพทย์ 1 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตาราง 5 เปรียบเทียบความต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนสอนและหลังการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ วิชาการให้รหัสทางการแพทย์ 1 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	คะแนนเต็ม	M(dif)	SD	t	d	Sig(1-tailed)
กลุ่มควบคุม	50	45	17.76	2.99	-10.331	98	<0.01*
กลุ่มทดลอง	50	45	24.70	3.68			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตาราง 5 พบว่า ความต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนสอนและหลังการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ วิชาการให้รหัสทางการแพทย์ 1 ในกลุ่มทดลอง ($M(dif)=24.70$, $SD=3.68$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M(dif)=17.76$, $SD=2.99$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.001$

3.4 ระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ วิชาการให้รหัสทางการแพทย์ 1 ของกลุ่มทดลอง

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการรูปแบบการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาเวชระเบียน ชั้นปีที่ 1 จำแนกตามรายชื่อ รายด้าน และภาพรวม

รายการประเมิน	M	SD	ระดับความพึงพอใจ
ด้านเนื้อหา	4.46	0.37	มาก
ช่วยพัฒนาการเรียนรู้ความหมายของคำศัพท์แพทย์	4.60	0.49	มากที่สุด
ช่วยพัฒนาการเรียนรู้การเลือกคำหลักในการค้นหารหัสทางการแพทย์	4.36	0.60	มาก
ช่วยพัฒนาการเรียนรู้การให้รหัสทางการแพทย์	4.28	0.73	มาก
ช่วยให้จดจำได้ง่ายและนานมากขึ้น	4.58	0.50	มากที่สุด
ด้านรูปแบบและลักษณะ	4.51	0.44	มากที่สุด
มีขั้นตอนการเล่นที่ง่าย ไม่ซับซ้อน	4.50	0.51	มากที่สุด
กระตุ้นความสนใจ	4.54	0.50	มากที่สุด
มีการประเมินผลที่ตรงไปตรงมา	4.50	0.51	มากที่สุด
ด้านประโยชน์	4.45	0.48	มาก
เหมาะสมกับความรู้ของนักศึกษา	4.60	0.49	มากที่สุด
เข้าใจ คำศัพท์ และหลักการให้รหัสทางการแพทย์มากขึ้น	4.52	0.50	มากที่สุด
สามารถนำไปใช้ในการให้รหัสทางการแพทย์ได้	4.30	0.65	มาก
รวม	4.47	0.31	มาก

จากตาราง 6 พบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจต่อการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M=4.47$, $SD=0.31$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านรูปแบบและลักษณะ อยู่ในระดับมากที่สุด ($M=4.51$, $SD=0.44$) รองลงมาคือด้านเนื้อหา อยู่ในระดับมาก ($M=4.46$, $SD=0.37$) และด้านประโยชน์ อยู่ในระดับมาก ($M=4.45$, $SD=0.48$)

อภิปรายผล

ผลการพัฒนารูปแบบการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ วิชาการให้รหัสทางการแพทย์ 1 ประกอบด้วย กิจกรรมการเรียนการสอน ที่มีทั้งการบรรยายเนื้อหาและการฝึกทักษะการให้รหัสทางการแพทย์ด้วยเกม จำนวน 2 เกม ได้แก่ การตอบคำถามเกี่ยวกับการให้รหัสทางการแพทย์ ที่สร้างขึ้นจากเว็บไซต์ Kahoot และการแข่งขัน เปิดรหัสทางการแพทย์ประเภททีม โดยทั้งสองกิจกรรมได้นำทฤษฎีของโรเบิร์ต กาเย่ (Khemmanee, 2004) มาประยุกต์ใช้ให้มีการเพิ่มกิจกรรมเกมร่วมไปกับการเรียนการสอนที่เป็นภาคทฤษฎีที่มีแต่เฉพาะการบรรยาย โดยเกมที่สร้างขึ้นจากเว็บไซต์ Kahoot เล่นแบบออนไลน์และให้ผู้เรียนตอบโต้กับเกม โดยมีอาจารย์ผู้สอนเป็นผู้ควบคุมเกม ประกอบกับเกมมีเสียงดนตรีประกอบ จึงดึงดูดความสนใจและมีการกระตุ้นการเรียนรู้ของผู้เรียน และยังเป็นบททบทวนความรู้ เนื่องจากเกมนัดกล่าวสามารถเฉลยว่าผู้เรียนได้ทำถูกต้องหรือไม่ ถ้ามีบางส่วนที่ทำ ผิดอาจารย์ผู้สอนสามารถอธิบายให้เข้าใจได้ จึงส่งผลให้เกิดการเสริมแรงให้แก่ผู้เรียนและให้ข้อมูลที่เป็น ประโยชน์กับผู้เรียน (Khemmanee, 2004) รวมถึงการใช้เกมแข่งขันเปิดรหัสทางการแพทย์ประเภททีม ซึ่งได้ กำหนดโจทย์สถานการณ์ ให้ค้นหารหัสทางการแพทย์ที่ถูกต้อง ครอบคลุม ตามหลักการให้รหัสทางการแพทย์ โดยกิจกรรมนี้เน้นการกระตุ้นการตอบสนองบทเรียน (Khemmanee, 2004) ซึ่งสอดคล้องกับการใช้ Kahoot เกม ควิซโต้ ร่วมกับการเรียนการสอนภาคทฤษฎีในรายวิชาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ของนักศึกษาสาธารณสุข ศาสตร์ (Singwiratham, 2019) ที่มีการกระตุ้นทักษะการเรียนรู้ เทคนิคอื่น ๆ เข้ามาเป็นสิ่งเร้าใหม่ที่ส่งผลให้เกิด การกระตุ้นการเรียนการสอนดีขึ้น ดังนั้นในการเรียนการสอนควรพัฒนารูปแบบให้มีความหลากหลาย เพื่อ ตอบสนองต่อความต้องการของผู้เรียน

ผลการเปรียบเทียบความต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการสอน มีความต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ และความต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนสอนและหลังการสอนด้วยเกมการให้รหัสทางการแพทย์ วิชาการให้รหัสทางการแพทย์ 1 ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ งานวิจัยของ (Kaewkongphan, 2009) ที่มีการใช้เกมเพื่อพัฒนาทักษะกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษา และการใช้แอปพลิเคชัน Kahoot ในการเรียนวิชาวิทยาศาสตร์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา ปีที่ 4 รายวิชาความหลากหลายของสิ่งมีชีวิต (Upakrankew, 2019) และการใช้ Kahoot ร่วมกับการสอน ภาคทฤษฎีในรายวิชาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ (Singwiratham, 2019) จะเห็น ได้ว่าการใช้รูปแบบการเรียนด้วยเกม มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา ทั้งนี้เนื่องจากผู้เรียนได้รับการทบทวน เนื้อหา หลักการ ทักษะ และยังสามารถประเมินตนเองว่าสามารถเข้าใจเนื้อหาได้มากน้อยเพียงใด (Khemmanee, 2004) ดังนั้นในการเรียนการสอนหากมีการกระตุ้นการเรียนรู้ด้วยรูปแบบการเรียนการสอนที่ ดึงดูดความสนใจ หรือมีสิ่งเร้าใหม่ กระตุ้นการตอบสนองของบทเรียน รวมถึงการให้ข้อมูลย้อนกลับก็จะยิ่ง ส่งเสริมทักษะการให้รหัสทางการแพทย์ได้ดีขึ้น ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการสอนด้วยเกมการให้รหัส ทางทางการแพทย์โดยรวม ผลการประเมินความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อ การเล่นเกมการให้รหัสทางการแพทย์ วิชาการให้รหัสทางการแพทย์ 1 สอดคล้องกับงานวิจัยของ (Krachadthong, 2012) และ (Singwiratham, 2019) ดังนั้นเกมการให้รหัสทางการแพทย์ วิชาการให้รหัสทางการแพทย์ 1 ร่วมกับการ เรียนการสอนภาคทฤษฎี ส่งผลถึงผลการเรียนและความพึงพอใจในการเรียนการสอนอีกด้วย

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากเกม Kahoot จะสามารถเล่นได้ก็ต่อเมื่อผู้เล่นมีสมาร์ตโฟน และมี สัญญาณอินเทอร์เน็ตที่ดี จึงจะสามารถเล่นเกมได้ ดังนั้นในการพัฒนาเกมต้องพิจารณาความครอบคลุมของ โทรศัพท์มือถือและระบบอินเทอร์เน็ตร่วมด้วย

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. รูปแบบการสอนด้วยเกมเป็นการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้กับกระบวนการเรียนการสอน เพื่อให้ เหมาะสมกับตัวผู้เรียนยุคใหม่ และเหมาะสมกับวิชาการให้รหัสทางการแพทย์ วิชาการให้รหัสทางการแพทย์ 1 ดังนั้น

ควรมีการประยุกต์ใช้การสอนด้วยเกมหรือเทคโนโลยีกับรายวิชาที่มีบริบทคล้ายกันได้ โดยสามารถปรับเปลี่ยนคำถามในเกม หรือเพิ่มเนื้อหาบทอื่น ๆ

2. การใช้เทคโนโลยีเกี่ยวกับการเรียนการสอนในห้องเรียนโดยใช้สิ่งที่มีอยู่ เช่น การใช้โทรศัพท์มือถือส่วนตัวมาเพิ่มกิจกรรมในการเรียนการสอน ทำให้เกิดการประยุกต์ใช้สื่อการสอนและเพิ่มผลสัมฤทธิ์ของการศึกษายิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาแบบการสอนด้วยเกม โดยนำเนื้อหาของรายวิชาอื่น ๆ ที่บริบทคล้ายคลึงกัน มาประยุกต์สร้างเป็นรูปแบบการสอนด้วยเกม เพื่อเพิ่มความน่าสนใจ และทำให้ผู้เรียนมีความกระตือรือร้นที่จะเรียนต่อรายวิชาอื่น ๆ มากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการพัฒนาแบบบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน ในรูปแบบ ออนไลน์ (Online)

3. ควรมีการพัฒนาแบบการสอนด้วยเกมควบคู่กับวิธีการสอนรูปแบบอื่น ๆ

References

- Kaewkongphan, D. (2009). *Using Games to Develop Science Process Skills of Grade Level 3 Students*. Bachelor of Education College Chiang Mai University. (in Thai)
- Khemmanee, T. (2004). *14 Teaching Methods for Professional Teachers*. (12th ed.) Bangkok: Publisher of Chulalongkorn University. (in Thai)
- Khemmanee, T. (2007). *Teaching Science: Knowledge for the Process of Learning Management is Effective*. (6th ed.) Bangkok: Publisher of Chulalongkorn University. (in Thai)
- Krachadthong, S. (2012). *The Development of Computer Assisted Instruction: Game Type Subject Basic of Computer on Component of Computer for Mathayomsuksa 2 Students of Sriprachan Methipramuk School*. Suphanburi Province, Silpakorn University. (in Thai)
- Moolcome, S., & Moolcome, O. (2007). *19 Learning Management Methods for Developing Knowledge and Skills*. Bangkok: Publisher of Paphim. (in Thai)
- Nicmanon, P. (2000). *Evaluation and test Construction*. Bangkok: Publisher of Aksarapipat. (in Thai)
- Singwiratham, N. (2019). The Development of an Instructional Model Based on Didactic Teaching by Using VARK Learning Styles on Analytical Thinking on Public Health Program in Community Health, Supanburi. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6(3), 27-40. (in Thai)
- Upakrankew, K. (2019). *The Result of Teaching by Using Kahoot Application on Science Learning Achievement on the Diversity of Life for Grade 4 Students at Raibon School*. Graduate Diploma (Teaching Profession) Southern Technological College. (in Thai)
- World Health Organization. (2016). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*. Geneva. Fifth Edition.

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 6-12 ปี ตำบลมะขามล้ม อำเภอบางพลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี

Participatory Action Research to Promote Oral Health among Primary School Children in Rural Suphanburi Province

ธีราภรณ์ พนาวัลย์^{1*}, อังสนา บุญธรรม¹, อรุณ ภาชีน¹ และ ชนพงษ์ โรจนวรฤทธิ์¹

Teeraporn Phanawan^{1*}, Angsana Boonthum¹, Oranut Phacheun¹ and Chanapong Rojanaworarit¹

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล^{1*}

Faculty of Public Health Mahidol University^{1*}

(Received: April 30, 2020; Revised: May 13, 2020; Accepted: May 29, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วมในเด็กอายุ 6-12 ปี ตำบลมะขามล้ม อำเภอบางพลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี 2) ประเมินผลลัพธ์การส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วมในเด็กอายุ 6-12 ปี ตำบลมะขามล้ม อำเภอบางพลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี การศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นการพัฒนารูปแบบ ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้ปกครอง ผู้อำนวยการโรงเรียน คุณครูอนามัย นักเรียน ทันตบุคลากร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย การประชุมกลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา 2) ขั้นประเมินผลลัพธ์ ศึกษาในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 263 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แบบทดสอบทักษะการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และ 2) แบบบันทึกปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired Sample t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วมในเด็กอายุ 6-12 ปี ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดเป้าหมาย 2) การวางแผนดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก 3) การลงมือปฏิบัติตามแผนและการกำกับติดตาม และ 4) การประเมินผลการดำเนินงาน

2. ภายหลังการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วม พบว่า นักเรียนมีทักษะการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากที่สูงกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และมีปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากลดลงต่ำกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

ดังนั้น เพื่อความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปาก พื้นที่จึงควรใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 6-12 ปี อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก, ประถมศึกษา

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: phteeraporn@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 083-0074677)

Abstract

This participatory action research aimed to: 1) develop a participation process of stakeholders in order to promote oral health of children aged 6–12 years, and to 2) evaluate the outcome of model. Study was divided into 2 phases. First one was the development process with stakeholders, including parents, school director, health teachers, students, dental personnel, director of sub-district health promoting hospital, and chief executive of sub-district administrative organization. Data were collected by group meeting and participants' observation. Data analysis used descriptive statistics and content analysis. The second phase consisted in the evaluation process, as well as to study the cases of 263 students in 4 primary schools. Data were collected by questionnaire and plaque control record. Data were analyzed by descriptive statistics and paired sample t-test. Results revealed as follows.

Participatory oral health promotion model was divided in 4 steps: 1) problem analysis and goal setting, 2) planning implementation, 3) implementation and monitoring, and 4) evaluation. After the operation, the average self-management skills regarding promoting oral health were increased and oral plaque of students was reduced significantly as revealed in the paired-sample t-test ($p < 0.001$).

Therefore, health organizations in rural areas should do participatory promotion of oral health, and oral health promotion for children aged 6-12 years, and this, continuously in order to find a sustainable solution to oral health problems.

Keywords: Participatory Action Research, Oral Health Promotion, Primary Education

บทนำ

ทันตสุขภาพของเด็กวัยเรียนนับว่าเป็นหนึ่งปัญหาที่สำคัญของปัญหาสาธารณสุขในกลุ่มวัยเรียน จากผล การสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ.2560 พบว่าเด็กอายุ 12 ปี มีประสบการณ์โรคฟันผุ ร้อยละ 52.0 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน (DMFT) เท่ากับ 1.4 ซึ่ง/คน สถานการณ์โรคฟันผุสำหรับกลุ่มเด็กและ เยาวชน ในเขตชนบทมีอัตราสูงกว่าเขตเมืองเล็กน้อย บริการที่ต้องการส่วนใหญ่เป็นบริการเพื่อการป้องกันและ ควบคุมการเกิดโรคฟันผุ จากผลการสัมภาษณ์พฤติกรรม และปัจจัยเสี่ยงในเด็กอายุ 12 ปี พบว่า ร้อยละ 13.3 ยังคงแปรงฟันหลังอาหารกลางวันที่มีการดำเนินการในโรงเรียน ร้อยละ 31.4 แปรงบ้างเป็นบางครั้ง และร้อยละ 55.3 ไม่เคยแปรงฟันหลังอาหารกลางวันเลย สำหรับการแปรงฟันก่อนนอนซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญที่จะช่วยป้องกัน โรคฟันผุ พบว่าเด็กอายุ 12 ปี ร้อยละ 58.6 แปรงฟันก่อนนอน นอกจากนี้พบว่ามียาแก้ปวดร้อยละ 9.6 ไม่เคยแปรงฟัน ก่อนนอนเลย ในเรื่องของกรบริโภคขนมและเครื่องดื่ม พบว่าเด็กในวัยนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 57.4 ดื่มน้ำอัดลม 1-3 วันต่อสัปดาห์ มีเพียงร้อยละ 18.9 เท่านั้นที่ไม่ดื่มน้ำอัดลม จากการสัมภาษณ์ในเรื่องของการรับรู้และการบริการ ด้านทันตสุขภาพ พบว่าเด็กส่วนใหญ่จะไปรับบริการจากสถานพยาบาลภาครัฐร้อยละ 49.9 และมีความต้องการ รับรู้ข้อมูลข่าวสารทางด้านทันตสุขภาพผ่านทางทันตบุคลากรมากที่สุด ร้อยละ 66.3 (Bureau of Dental Health, 2018)

จากการสำรวจข้อมูลทางทันตสุขภาพในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการ สูญเสียฟันจากโรคฟันผุ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคคือ พฤติกรรมการบริโภคน้ำอัดลมและน้ำหวาน โดยดื่ม น้ำอัดลมเฉลี่ย 1.6 ครั้งต่อวัน และการบริโภคขนมกรุบกรอบซึ่งมีส่วนผสมของแป้งและน้ำตาลสูง และมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้น ตามกระแสนิยมและสื่อโฆษณา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นผลในการก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปากในเด็ก ประถมศึกษา หากไม่มีการส่งเสริมสุขภาพช่องปากอาจส่งผลให้มีแนวโน้มของปัญหาเพิ่มขึ้น (Suphanburi

Public Health Office, 2014) จากการสนทนากลุ่มร่วมกับทันตบุคลากรในพื้นที่ต่าง ๆ ของจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ปัญหาการดำเนินงานส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมทางด้านสุขภาพของนักเรียน และสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน การดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพนั้น จะปฏิบัติตามนโยบายและตัวชี้วัดที่จังหวัดได้กำหนดไว้ แม้ว่าการดำเนินงานจะบรรลุเป้าหมายที่กำหนด และเด็กในวัยเรียนมีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น ปัญหาฟันผุและเหงือกอักเสบจะลดลง แต่ปัจจัยของการเกิดโรคยังคงอยู่ นักเรียนยังไม่สามารถส่งเสริมสุขภาพช่องปากได้ด้วยตนเอง การลดลงของปัญหาเกิดจากการให้บริการจากทันตบุคลากรเพียงฝ่ายเดียว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการรักษาโรคที่เกิดขึ้นแล้ว ในด้านของการส่งเสริมป้องกันนั้นยังไม่ได้ผลดีเท่าที่ควรและจากข้อมูลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ พบว่า ตำบลมะขามล้ม อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นของปัญหาโรคฟันผุในฟันถาวร และปัญหาโรคเหงือกอักเสบ มากกว่าในเขตพื้นที่อื่น

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กอายุ 6-12 ปี พบว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนประถมศึกษา เพื่อให้เด็กนักเรียนมีสุขภาพช่องปากที่ดี ปัจจัยเหล่านั้น ได้แก่ การมีส่วนร่วมของทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการเข้ามารับผิดชอบ แก้ไขปัญหา การมีเป้าหมายและนโยบายการดำเนินงานของผู้บริหาร มีการพัฒนาศักยภาพทั้งด้านวิชาการและทักษะต่างๆให้แก่ ผู้ปฏิบัติงาน ให้ผู้บริหารระดับสูงได้เข้ามามีส่วนร่วมเสริมแรงให้กำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน การเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของทันตบุคลากรจากสั่งการมาเป็นการกระตุ้นและให้กำลังใจ มีการประสานงานที่ดี และปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี รวมไปถึงการได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Senanurit, Pholpradubpetch, Dueanraerum, Sriwiset, Senanurit, & Nuncho, 2014) ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้ประสบความสำเร็จ ควรได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่าย โดยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีบทบาทในการร่วมรับผิดชอบแก้ไขปัญห การที่จะให้ชุมชนเข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพนั้น จำเป็นต้องใช้รูปแบบและวิธีการที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน เพื่อให้เกิดความร่วมมือที่แท้จริง และการพัฒนาที่ยั่งยืน ผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ และพบว่าการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นรูปแบบการวิจัยที่สนับสนุนให้ชาวบ้านหรือคนในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการเสนอแนวคิด ได้วิเคราะห์ ใช้ภูมิปัญญาและทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้ประกอบการศึกษาปัญหา วางแผน และกำหนดรูปแบบกิจกรรม โครงการ ตลอดจนปฏิบัติตามแผนด้วยตนเอง เป็นวิธีการที่สนับสนุนให้ชาวบ้านหรือตัวแทนในชุมชนเป็นคนสร้างองค์ความรู้ใหม่ให้กับตนเองและชุมชน (Chanthavanich, 2006) เนื่องจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นการวิจัยที่แตกต่างไปจากรูปแบบการวิจัยเดิม คือ เป็นการวิจัยเชิงวิพากษ์ และมีการส่งเสริมให้ชุมชนเกิดพลังในการที่จะพัฒนาฟื้นฟูความเป็นอยู่ของชุมชนตนเอง ในขณะที่งานวิจัยรูปแบบเดิมยังไม่สามารถแก้ปัญหาให้กับกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในสังคมได้เท่าที่ควร (Trimongkolkul, 2002) ดังนั้น การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจึงมีเป้าหมายให้ชุมชนซึ่งหมายถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกระดับชั้น ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และแสดงศักยภาพในการพัฒนาชุมชนของตนเอง กิจกรรมที่เกิดขึ้นจะเป็นกิจกรรมที่เกิดจากชุมชนมีส่วนร่วม สามารถใช้ประโยชน์ได้จริงในการพัฒนาชุมชน

ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กอายุ 6-12 ปี ตำบลมะขามล้ม อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรีโดยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดเป้าหมาย การวางแผนการดำเนินงาน การลงมือปฏิบัติและกำกับติดตาม และการประเมินผลการดำเนินงาน

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วมในเด็กอายุ 6-12 ปี ตำบลมะขามล้ม อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี

2. เพื่อประเมินผลลัพธ์การส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วมในเด็กอายุ 6-12 ปี ตำบลมะขามล้ม อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) (Chanthavanich, 2006) โดยกระบวนการระดมความคิดจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง จะทำให้เกิดกิจกรรมที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ส่งผลให้เกิดการพัฒนาทันตสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ โดยประเมินผลลัพธ์จากทักษะการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก และปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก

ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ดำเนินการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการพัฒนาารูปแบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษา ได้แก่ 1) ผู้อำนวยการโรงเรียน จำนวน 4 คน 2) คุณครูอนามัย จำนวน 4 คน 3) ตัวแทนผู้ปกครอง จำนวน 6 คน ได้รับการคัดเลือกจากชุมชน โดยเป็นผู้ปกครองที่ปฏิบัติหน้าที่อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน สามารถแสดงความคิดเห็นได้ 4) ตัวแทนนักเรียนจำนวน 4 คน คัดเลือกจากแกนนำนักเรียน ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 สามารถแสดงความคิดเห็นได้ 5) นายกองค์การบริหารส่วนตำบล 6) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ 7) ทันตบุคลากร จำนวนรวมทั้งสิ้น 21 คน โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ได้รับการคัดเลือกเป็นตัวแทน เป็นผู้ที่มีความสนใจเข้าร่วมการดำเนินงานในครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและบันทึกผลข้อคำถามในการประชุม ได้แก่ 1) ท่านคิดว่าสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนในปัจจุบันเป็นอย่างไร 2) ในอนาคตท่านต้องการให้สุขภาพช่องปากของนักเรียนเป็นอย่างไร 3) ท่านคิดว่าสาเหตุของการเกิดปัญหาเกิดจากอะไร 4) แนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวเป็นอย่างไร จะดำเนินการอย่างไร และใครบ้างที่ต้องมีส่วนในการแก้ไขปัญหา 5) การติดตามประเมินผลจะดำเนินการอย่างไร และ 6) ท่านมีความคาดหวังอย่างไรต่อการพัฒนา และผลการดำเนินงานที่ผ่านมาเป็นอย่างไร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำข้อคำถามสำหรับใช้ในการประชุมกลุ่ม ให้อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมตรวจสอบแก้ไข และปรับปรุงข้อคำถามให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น เพื่อให้ข้อคำถามสามารถสื่อความหมายได้ชัดเจน และได้ข้อมูลที่ตรงกับวัตถุประสงค์การศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในขั้นเตรียมกันระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2558 - มกราคม 2559 ขั้นตอนการดำเนินงานประกอบด้วย

1. เตรียมชุมชน เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับชุมชน และสร้างความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้วิจัยและชุมชน ผู้วิจัยประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ในการดำเนินการศึกษาวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน และแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วม โดยใช้เวทีการประชุมผู้ปกครองของโรงเรียนแต่ละแห่ง ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงเรียน คุณครู และผู้ปกครองนักเรียน

2. กำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการดำเนินการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วม ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาถึงผู้ที่มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และผู้เข้าร่วมประชุมในเวทีการประชุมผู้ปกครองเป็นผู้เสนอแนะ ได้ข้อสรุป คือ 1) ผู้อำนวยการโรงเรียน 2) คุณครูอนามัย 3) ตัวแทนผู้ปกครอง 4) ตัวแทนนักเรียนจำนวน 5) นายกองค์การบริหารส่วนตำบล 6) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ 7) ทันตบุคลากร จากข้อสรุปที่ได้ดังกล่าว ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และทันตบุคลากร เพื่อชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ในการดำเนินการศึกษาวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน และแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วม ซึ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรับทราบและยินดีเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ

3. ศึกษาชุมชน ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ได้แก่ 1) ข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปากนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 6 ประกอบด้วย ข้อมูลการเกิดโรคฟันผุ การเกิดโรคเหงือกอักเสบ ซึ่งได้จากการสำรวจข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2) รูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนและชุมชน ได้แก่ กิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน การให้ความรู้เรื่องสุขภาพช่องปาก และบริการทางทันตกรรม ที่ได้รับ 3) สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน ได้แก่ การจัดอาหารที่เหมาะสม ร้านค้าในโรงเรียนและชุมชน สถานที่และอุปกรณ์สำหรับแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน การได้รับการดูแลจากผู้ปกครองและคุณครู 4) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองของนักเรียนในโรงเรียน ได้แก่ การบริโภคอาหารและการเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสังเกต สัมภาษณ์ และบันทึกผล

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วม

หลังจากผู้วิจัยได้เตรียมชุมชน กำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชนเสร็จสิ้นแล้วจึงได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วม โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - ตุลาคม 2559 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดเป้าหมาย ผู้วิจัยจัดการประชุมกลุ่มครั้งที่ 1 ในเดือนกุมภาพันธ์ 2559 ใช้ระยะเวลาในการประชุม 3 ชั่วโมง เพื่อนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ได้แก่ ข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปากเด็กนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 6 รูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนและชุมชนในปัจจุบัน สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองของนักเรียน ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้รับทราบ และเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้แสดงทัศนะ สะท้อนข้อมูลของชุมชน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในมุมมองของแต่ละบุคคล ถึงสภาวะสุขภาพช่องปากของนักเรียน และการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในปัจจุบัน ร่วมกันพิจารณาข้อมูลและสรุปประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข และกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงาน

2. การวางแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก หลังจากวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ผู้วิจัยจัดการประชุมครั้งที่ 2 ในเดือนมีนาคม 2559 ใช้ระยะเวลาในการประชุม 6 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ร่วมกันวิเคราะห์และระบุประเด็นที่เป็นสาเหตุของปัญหา เสนอแนะความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในมุมมองของแต่ละบุคคล จนได้ข้อสรุปของสาเหตุการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก หลังจากนั้นร่วมกันสร้างแนวทางในการแก้ไขปัญหา โดยการระดมความคิด แลกเปลี่ยนความคิดเห็น แสดงข้อเสนอแนะอย่างสร้างสรรค์ และสรุปเป็นกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและบริบทของชุมชน พร้อมกำหนดผู้รับผิดชอบการดำเนินงานและกำกับติดตามในแต่ละกิจกรรม กิจกรรมการดำเนินงานได้แก่ 1) โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กนักเรียนชั้น ป.1 - 6 ตำบลมะขามล้ม 2) กิจกรรมให้บริการทางทันตกรรม 3) กิจกรรมธนาคารนม 4) กิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน และ 5) การให้ความรู้ผ่านเสียงตาสายของชุมชน

3. การลงมือปฏิบัติตามแผนการดำเนินงานและกำกับติดตาม ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียดำเนินการตามแผนที่วางไว้ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 6 เดือน ระหว่างเดือนเมษายน - กันยายน 2559 มีการกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างเป็นระยะ ตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย จัดประชุมกลุ่มครั้งที่ 3 หลังจากดำเนินกิจกรรมตามแผนผ่านไปแล้ว 3 เดือน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สะท้อนถึงปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรม พร้อมหาแนวทางการแก้ไขปัญหาในแต่ละกิจกรรม ใช้ระยะเวลาในการประชุม 3 ชั่วโมง

4. การประเมินผลการดำเนินงาน เมื่อสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยจัดการประชุมกลุ่มครั้งที่ 4 ในเดือนตุลาคม 2559 ใช้ระยะเวลาในการประชุม 4 ชั่วโมง เพื่อให้กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น สะท้อนความคาดหวัง ปัญหาและอุปสรรค พร้อมหาแนวทางในการแก้ไขและพัฒนา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยรวบรวมข้อมูลจากการถอดเทป และแบบบันทึกการสังเกต นำมาจัดหมวดหมู่ของข้อมูล เปรียบเทียบความเหมือน และแตกต่างของข้อมูล แล้วนำข้อมูลไปเขียนเป็นรายงานตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นประเมินผลลัพธ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 โรงเรียนวัดตะปโยคาราม โรงเรียนวัดโบสถ์ โรงเรียนวัดตะลุ่ม และโรงเรียนวัดสุขเกษม จำนวนรวม 263 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบทดสอบทักษะการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ตอบแบบสอบถามในระยะเวลา 1 สัปดาห์ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 5 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแปลความหมายระดับของทักษะการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก คิดจากคะแนนเฉลี่ยของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้เกณฑ์พิสัย (Range) 3 ระดับ (Bloom, 1971) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 0 – 11.9 คะแนน หมายถึง ทักษะการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากไม่ดีพอ

คะแนนเฉลี่ย 12 – 15.9 คะแนน หมายถึง ทักษะการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากพอใช้ได้

คะแนนเฉลี่ย 16 – 20 คะแนน หมายถึง ทักษะการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากดีพอ

2. แบบบันทึกดัชนีคราบจุลินทรีย์ ตามดัชนีของ The Plaque Control Record โดย O' Leary T (O'Leary, 1972)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างแบบทดสอบทักษะการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 5 ข้อ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพช่องปาก ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ ความตรงของเนื้อหาให้มีความครอบคลุม หาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาด้วย Index of Item Objective Congruence: IOC ได้ค่าดัชนีระหว่าง .67-1.00 จากนั้นผู้วิจัยนำแบบทดสอบไปทดลองเก็บข้อมูลกับเด็กนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 6 ในโรงเรียนประถมศึกษาที่คล้ายคลึงกัน และนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha-Coefficient) มีค่าเท่ากับ .87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และการพิทักษ์สิทธิ์ให้กับกลุ่มเป้าหมายได้รับทราบ และขออนุญาตเก็บข้อมูล เมื่อได้รับการอนุญาต ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับทักษะ

การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก และตรวจบันทึกปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก ก่อนการใช้รูปแบบการพัฒนาสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วม (Pretest)

ขั้นตอนทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วม และนำกิจกรรมที่ได้จากการพัฒนารูปแบบไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้เด็กอายุ 6-12 ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมตามแผน 6 เดือน

ขั้นหลังการทดลอง

หลังจากกิจกรรมตามรูปแบบการพัฒนาสิ้นสุด ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลทักษะการปฏิบัติตนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และตรวจบันทึกปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก จากผู้ที่ได้รับการเก็บข้อมูลไว้ก่อนการดำเนินการพัฒนารูปแบบ (Post-test) จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประเมินผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วม ด้วยการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับคะแนนทักษะการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก และปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ ด้วยสถิติ Paired Sample t-test และกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติด้วยกราฟฮิสโตแกรม (Histogram) พบว่า มีการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ Standard Normal Distribution

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยได้ส่งโครงการวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลพิจารณา ก่อนดำเนินการวิจัย รหัสโครงการ 103/2558 เอกสารรับรองโครงการวิจัย COA. No. MUPH 2015-131 ก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และรูปแบบการศึกษาให้ผู้เข้าร่วมได้รับทราบ และผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมดำเนินการในการศึกษา

ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการพัฒนารูปแบบ

1. ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชน พบว่า โรงเรียนระดับประถมศึกษาในเขตพื้นที่ตำบลมะขามล้ม มีจำนวนทั้งสิ้น 4 แห่ง ประกอบด้วย โรงเรียนวัดตะโปคาราม โรงเรียนวัดโบสถ์ โรงเรียนวัดตะลุ่ม และโรงเรียนวัดสุขเกษม นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ของโรงเรียนทั้ง 4 แห่ง มีจำนวน 263 คน การศึกษาข้อมูลสถานะทันตสุขภาพ 3 ปีย้อนหลัง ในปีการศึกษา 2556-2558 จากการสำรวจโดยทันตบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ปัญหาโรคฟันผุในฟันถาวร และปัญหาโรคเหงือกอักเสบมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยพบปัญหาโรคฟันผุในฟันถาวร ร้อยละ 6.6, 11.4, และ 11.9 ตามลำดับ สำหรับปัญหาโรคเหงือกอักเสบพบร้อยละ 14.2, 20.5 และ 21.5 ตามลำดับ ด้านการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก พบว่า ในโรงเรียนทั้ง 4 แห่ง มีการจัดกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน แต่ไม่มีการควบคุมกำกับติดตามให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน นักเรียนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากจากทันตบุคลากร อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และมีการนัดการรักษาสำหรับรายที่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษา แต่พบว่านักเรียนบางรายไม่ได้รับการอนุญาตจากผู้ปกครองให้เข้ารับการรักษานักเรียนจะได้รับความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากจากทันตบุคลากรอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และโรงเรียนมีการจัดอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพให้กับเด็กนักเรียน โดยเข้าร่วมโครงการอ่อนหวาน แต่ทั้งนี้พบว่า มีร้านค้าบริเวณโดยรอบโรงเรียน และรถเร่ที่เข้ามาขายอาหารให้กับเด็กนักเรียนในช่วงเวลากลางวัน ซึ่งเป็นอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ ได้แก่ ขนมขบเคี้ยว น้ำหวาน น้ำอัดลม

ไอศกรีม เป็นต้น พบว่านักเรียนมีพฤติกรรมละเลยการใส่ใจต่อสุขภาพช่องปากของตนเอง โดยนักเรียนส่วนใหญ่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน จากการสอบถามถึงสาเหตุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ไม่มีอุปกรณ์ในการแปรงฟันเนื่องจากทำหาย นอกจากนี้ยังพบว่า นักเรียนซื้อขนมจากร้านค้าบริเวณโดยรอบ และรถเร่ที่เข้ามาขายไว้รับประทานระหว่างคาบเรียน

2. ขั้นพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วม

2.1 การวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดเป้าหมาย

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรับฟังข้อมูลข้อมูลพื้นฐานของชุมชนที่ผู้วิจัยได้สำรวจ และร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็น วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพช่องปากของนักเรียนในทัศนของแต่ละบุคคล จึงได้ข้อสรุปของปัญหาที่ทางกลุ่มมีความกังวลมากที่สุด คือ ปัญหาโรคฟันผุในฟันถาวร เนื่องจากทางกลุ่มเห็นว่าแนวโน้มของปัญหาเพิ่มขึ้นทุกปี ประกอบกับข้อมูลที่ได้รับจากทันตบุคลากร พบว่า นักเรียนบางรายมีฟันผุรุนแรงทะลุโพรงประสาทฟัน ซึ่งอาจจะต้องสูญเสียฟัน จากนั้นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ระดมความคิดและตั้งเป้าหมายในการดำเนินการร่วมกัน ได้ข้อสรุปคือ จะทำให้เกิดโรงเรียนฟันผุ ร้อยละ 0 นอกจากนี้ทางกลุ่มมีความเห็นร่วมกันว่า ควรจัดตั้งผู้เข้าร่วมประชุมในครั้งนี้เป็นคณะกรรมการดำเนินงาน เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง โดยได้ตั้งเป็น “คณะกรรมการเครือข่ายพัฒนาทันตสุขภาพและคุณภาพชีวิต”

2.2 การวางแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียประชุมกลุ่ม ทบทวนถึงปัญหาและจุดมุ่งหมายในการดำเนินงานจากการประชุมครั้งที่ผ่านมา และร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เกี่ยวกับสาเหตุของปัญหาในมุมมองของแต่ละบุคคล ประกอบกับข้อมูลพื้นฐานของชุมชนที่ได้จากการสำรวจ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีการกระตุ้นให้ทุกฝ่ายได้แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ เพื่อจะได้ข้อมูลที่มีความครอบคลุมทั้งในด้านของ พฤติกรรมส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ทั้งที่บ้านและโรงเรียน การบริการและการส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับในปัจจุบัน หลังจากรับฟังความเห็นจากทุกฝ่ายแล้ว ได้ข้อสรุปของสาเหตุการเกิดปัญหาและรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในปัจจุบัน คือ นักเรียนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ แปรงฟันไม่ถูกวิธี ละเลยการเข้าร่วมกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน และการแปรงฟันก่อนเข้านอน ขอบรับประทานขนมขบเคี้ยวและน้ำอัดลม นักเรียนมักซื้อขนมจากรถเร่ ร้านค้าบริเวณรอบโรงเรียน และนำมารับประทานระหว่างคาบเรียน ซึ่งเป็นอีกปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุ นอกจากนี้ยังขาดการกระตุ้นเตือนจากผู้ปกครอง คุณครู ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องสำหรับการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก สำหรับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน ทางโรงเรียนจัดให้มีกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน แต่ไม่มีการควบคุมกำกับให้นักเรียนเข้าร่วมกิจกรรม การบริการทางทันตกรรมจะได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากรปีละ 1 ครั้ง มีการนัดรักษาทางทันตกรรมสำหรับนักเรียนที่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษา เช่น มีฟันผุ เหงือกอักเสบ แต่นักเรียนบางรายไม่ได้รับการอนุญาตจากผู้ปกครองให้เข้ารับการรักษา ทางกลุ่มมองว่าเกี่ยวข้องกับการได้รับข้อมูลข่าวสารของผู้ปกครอง ถึงความจำเป็นและความรุนแรงของปัญหาที่จะต้องได้รับการแก้ไข จึงทำให้ผู้ปกครองละเลยในเรื่องของการรักษา

หลังจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ร่วมกันวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหาแล้ว ได้ร่วมกันระดมความคิด แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในการวางแผนแก้ไขปัญหาลงมือปฏิบัติกับสาเหตุ และแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบการดำเนินงานแต่ละกิจกรรม ตามศักยภาพของแต่ละบุคคล จากการประชุมได้ข้อสรุปของกิจกรรมดังนี้

2.2.1 โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กนักเรียนชั้น ป.1 - 6 ตำบลมะขามล้ม จัดขึ้นเพื่อเสริมทักษะส่วนบุคคลให้กับนักเรียนในการดูแลสุขภาพช่องปากในด้านความรู้และการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง สร้างความตระหนักถึงความรุนแรงของปัญหาโรคฟันผุ และเพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีให้กับนักเรียนทั้ง 4 โรงเรียนในการทำกิจกรรมร่วมกัน มีทันตบุคลากรและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดทำโครงการ องค์การบริหารส่วนตำบลสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรม และโรงเรียนวัดตะลุ่มอำนวยความสะดวกในเรื่องสถานที่สำหรับกิจกรรม กิจกรรมแบ่งออกเป็นฐานความรู้และเสริมทักษะส่วนบุคคลจำนวน

4) ฐาน ได้แก่ 1) การแปรงฟันที่ถูกวิธี 2) การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ไม่มีโทษต่อฟัน 3) สารละลายน้ำสืบค้นได้ด้วยตัวเอง และ 4) ขมสารเคมีโรคกระเทียมในช่องปาก

2.2.2 กิจกรรมให้บริการทางทันตกรรม เพื่อให้นักเรียนได้รับการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก และได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที แก้ไขปัญหาโรคฟันผุ เพื่อให้เป็นโรงเรียนฟันผุ ร้อยละ 0 ตามเป้าหมาย ทันตบุคลากรเป็นผู้รับผิดชอบการดำเนินงาน มีการควบคุมกำกับติดตามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กิจกรรมประกอบด้วย การตรวจสอบสุขภาพช่องปาก การนัดรักษาทางทันตกรรม การสะท้อนกลับข้อมูลไปยังโรงเรียนและผู้ปกครอง และให้ทันตสุขศึกษาเดือนละ 1 ครั้ง โดยทันตบุคลากร

2.2.3 กิจกรรมธนาคารขนม จัดทำขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาเรื่องการรับประทานขนมขบเคี้ยวของนักเรียน เนื่องจากไม่สามารถห้ามร้านขายขนมที่เข้ามาขายในโรงเรียนได้ จึงต้องจำกัดเวลาในการรับประทานอาหารของนักเรียนให้เหมาะสม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคฟันผุ คุณครูเป็นผู้รับผิดชอบการดำเนินกิจกรรมควบคุมกำกับโดยผู้อำนวยการโรงเรียน รูปแบบกิจกรรมคือ การตรวจกระเป๋านักเรียนก่อนเข้าเรียนในช่วงเช้า และช่วงบ่าย หากพบขนมก็จะให้นักเรียนนำมาฝากไว้

2.2.4 กิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน เพื่อให้นักเรียนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม ลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคฟันผุ แกนนำนักเรียนเป็นผู้รับผิดชอบการดำเนินกิจกรรม และมีคุณครูเป็นผู้ติดตามการดำเนินงาน ดำเนินกิจกรรมโดยให้นักเรียนร่วมแปรงฟันอย่างพร้อมเพรียงกันก่อนขึ้นชั้นเรียน เปิดเพลงการแปรงฟันแบบ 2x2x2 เพื่อให้นักเรียนแปรงฟันตามได้ถูกวิธี

2.2.5 การให้ความรู้ผ่านเสียงตามสายของชุมชน เพื่อแก้ไขปัญหาการได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ และสร้างความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพช่องปากในชุมชน โดยมีตัวแทนเป็นผู้รับผิดชอบควบคุมกำกับโดยทันตบุคลากร

2.3 การลงมือปฏิบัติตามแผนการดำเนินงานและกำกับติดตาม

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียดำเนินโครงการและกิจกรรมที่วางแผนไว้และมีการกำกับติดตามอย่างเป็นระยะตามบทบาทหน้าที่ ดำเนินกิจกรรมระหว่างเดือนพฤษภาคม - กันยายน 2559

2.3.1 โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กนักเรียนชั้น ป.1 - 6 ตำบลมะขามล้ม จัดขึ้น 1 ครั้งในเดือนมิถุนายน 2559 ได้รับความร่วมมือจากเครือข่ายทันตบุคลากรในตำบลใกล้เคียง มาร่วมจัดกิจกรรมฐานความรู้ให้กับนักเรียน และนักเรียนกลุ่มเป้าหมายให้ความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี มีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้

2.3.2 กิจกรรมให้บริการทางทันตกรรม ทันตบุคลากรตรวจสอบสุขภาพช่องปากนักเรียนในเดือนพฤษภาคม 2559 และสรุปข้อมูลคืนให้โรงเรียนและผู้ปกครองได้รับทราบ พร้อมจัดบริการรักษาทางทันตกรรมให้กับนักเรียนที่มีปัญหา ทันตบุคลากรจัดตารางนัดเข้ารับบริการ และบริการรับ-ส่งนักเรียนเข้ารับบริการทางทันตกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักเรียนทุกรายที่มีปัญหาได้รับการอนุญาตจากผู้ปกครองให้เข้ารับบริการทางทันตกรรม และมีการดำเนินกิจกรรมให้ความรู้ในช่วงเวลากลางวัน ก่อนหรือหลังกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน

2.3.3 กิจกรรมธนาคารขนม ช่วงแรกของการดำเนินงานพบขนมจากนักเรียนหลายราย ทั้งในช่วงเช้าและหลังพักกลางวัน และมีจำนวนลดลงในช่วงระยะเวลา 1 เดือน การดำเนินกิจกรรมยังต้องอาศัยการกระตุ้นเตือน กำกับติดตามเนื่องจากคุณครูมีภาระงานที่มาก

2.3.4 กิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน มีการควบคุมกำกับให้เกิดการปฏิบัติอย่างพร้อมเพรียงกัน โดยการกดกึ่งสัญญาณให้นักเรียนได้รับทราบและเตรียมตัว มีการตรวจอุปกรณ์การแปรงฟันโดยหัวหน้าชั้นเรียน และเปิดเพลงตามที่ได้วางแผนไว้

2.3.5 กิจกรรมการให้ความรู้ผ่านเสียงตามสายของชุมชน ทันตบุคลากรเป็นผู้จัดหาข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพช่องปากให้ผู้รับผิดชอบนำไปเปิดให้ความรู้ผ่านเสียงตามสาย การดำเนินกิจกรรมจัดขึ้นเดือนละ 1-2 ครั้ง

หลังจากดำเนินกิจกรรมได้ระยะเวลา 3 เดือน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้จัดประชุมเพื่อติดตามการดำเนินงานและสะท้อนปัญหาที่เกิดจากการดำเนินกิจกรรมและหาแนวทางการแก้ไขปัญหา ดังนี้

1. โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กนักเรียนชั้น ป.1 - 6 ตำบลมะขามล้ม สามารถปฏิบัติงานได้ตามแผนที่วางไว้ มีข้อเสนอแนะในเรื่องของรายละเอียดงบประมาณสำหรับโครงการ หากเขียนโครงการครั้งถัดไปให้ทบทวนถึงรูปแบบกิจกรรม ทรัพยากรที่จะต้องใช้ในทุก ๆ ด้าน เพื่อจะได้จัดสรรงบประมาณให้เหมาะสม และเสนอแนะให้จัดโครงการรูปแบบนี้เป็นประจำทุกปี เพื่อให้เด็กนักเรียนได้เพิ่มทักษะและสานสัมพันธ์ระหว่างโรงเรียน

2. กิจกรรมการให้บริการทางทันตกรรม มีการปฏิบัติที่ดี ได้รับความร่วมมือจากผู้ปกครองมากขึ้นในการให้นักเรียนเข้ารับบริการทางทันตกรรม มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในเรื่องของการให้ความรู้ควรเพิ่มเป็น 2 ครั้ง/เดือน เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนในกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันด้วย

3. กิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน เสนอแนะให้มีการพัฒนาแกนนำนักเรียนให้มีความสามารถในการตรวจสอบสุขภาพช่องปากอย่างง่าย เพื่อตรวจสอบช่องปากของเพื่อนนักเรียนหลังแปรงฟัน

4. กิจกรรมธนาคารขนม พบว่ามีปัญหาในเรื่องของการระงับของของผู้รับชมที่มีมาก ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ต่อเนื่อง จึงมีข้อเสนอให้ลดระยะเวลาของกิจกรรมลง เป็นการตรวจกระเป๋าก่อนเข้าเรียนช่วงบ่ายเพียงอย่างเดียว เพื่อลดการรับประทานขนมของนักเรียนหลังแปรงฟัน 2 ชั่วโมง ซึ่งเป็นหลักของการป้องกันฟันผุ ประกอบกับการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมา พบว่า นักเรียนซื้อขนมในช่วงเช้าน้อยกว่าช่วงพักกลางวัน

5. กิจกรรมให้ความรู้ผ่านเสียงตามสาย ต้องอาศัยการกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และในบางพื้นที่ก็ไม่ได้ยินเสียงตามสายที่เปิด ทำให้ชาวบ้านบางกลุ่มไม่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร ทางกลุ่มจึงเสนอแนะให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน แนะนำและให้ความรู้กับประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเองในช่วงเวลาที่ออกเยี่ยมบ้าน เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติตนที่เหมาะสมของนักเรียนและผู้ปกครองในการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และให้มีการกำกับติดตามทุกเดือนในที่ประชุมประจำเดือนอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้รับผิดชอบติดตาม

จากข้อสรุปของปัญหาและข้อเสนอดังกล่าว ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกันพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการปรับปรุงกิจกรรม และได้ข้อสรุปร่วมกันว่าควรปรับปรุงกิจกรรมต่างๆ ตามข้อเสนอแนะ ผู้รับผิดชอบมีความยินดีที่จะปฏิบัติ

2.4 การประเมินผลการดำเนินงาน

หลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรม ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ประชุมระดมความคิด แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ในการสรุปผลการดำเนินงาน ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ประเด็น ดังนี้

2.4.1 ความคาดหวังในการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม คือ การได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน นักเรียนมีสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น มีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก เกิดความตระหนัก และมีการแก้ปัญหาที่ยั่งยืน เกิดประโยชน์ รวมถึงนำแนวทางการดำเนินงานไปประยุกต์ใช้ในด้านอื่น ๆ ได้

2.4.2 สิ่งที่ได้รับจากการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม คือ ได้ทราบและตระหนักถึงปัญหา มีความรู้และความเข้าใจมากขึ้น ได้เรียนรู้ถึงกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม ได้รับรู้ถึงศักยภาพของตนเอง และผู้อื่น ยอมรับและเข้าใจในศักยภาพของแต่ละบุคคล เรียนรู้การทำงานร่วมกันเป็นทีม คุณครูและนักเรียนต่างโรงเรียนได้ทำกิจกรรมร่วมกัน มีการสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างนักเรียนต่างโรงเรียน และนอกจากนี้นักเรียนยังได้รับการรักษาปัญหาสุขภาพช่องปากมากขึ้น อีกทั้งยังได้รูปแบบของกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาและการส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่แตกต่างไปจากเดิม รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบรูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากระหว่างรูปแบบเดิมและรูปแบบใหม่

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
การให้บริการทางทันตกรรม - ตรวจสอบสุขภาพช่องปากปีละ 1 ครั้ง - ให้การรักษาในรายที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก - ทันตบุคลากรเป็นผู้รับผิดชอบ - ควบคุมกำกับโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	การให้บริการทางทันตกรรม - ตรวจสอบสุขภาพช่องปากปีละ 1 ครั้ง - ให้การรักษาในรายที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก - การสะท้อนกลับข้อมูลทันตสุขภาพ - ให้ทันตสุขศึกษาเดือนละ 1 ครั้ง - ทันตบุคลากรเป็นผู้รับผิดชอบ - ควบคุมกำกับโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
กิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน โรงเรียนจัดกิจกรรมแต่ไม่มีการควบคุมกำกับให้เกิดการปฏิบัติ	กิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน - กำหนดให้มีการแปรงฟันพร้อมกันก่อนขึ้นชั้นเรียน - เปิดเพลงการแปรงฟันแบบ 2x2x2 - ตรวจสอบอุปกรณ์การแปรงฟัน - ตรวจสอบสุขภาพช่องปากอย่างง่ายหลังแปรงฟัน - แคนน่านักเรียน เป็นผู้รับผิดชอบ คุณครูอนามัยเป็นผู้กำกับติดตาม กิจกรรมธนาคารขนม - ตรวจสอบกระเป๋า ก่อนเข้าชั้นเรียน เก็บขนมให้รับประทานเป็นเวลา - รับผิดชอบโดย คุณครูประจำชั้น - กำกับติดตามโดย ผู้อำนวยการโรงเรียน กิจกรรมให้ความรู้ผ่านเสียงตามสาย - ให้ทันตสุขศึกษาผ่านหอกระจายเสียงของชุมชน และการเยี่ยมบ้าน - รับผิดชอบโดย ผู้ปกครอง/อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน - ทันตบุคลากร และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นผู้กำกับติดตาม โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 – 6 ตำบลมะขามล้ม - จัดมหกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ให้นักเรียนทั้ง 4 โรงเรียน ทำกิจกรรมฐานความรู้ร่วมกัน - รับผิดชอบกิจกรรมโดยทันตบุคลากร - สนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล

2.4.3 สิ่งที่ต้องปรับปรุง คือ การกำกับติดตามการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ควรมีการจัดประชุมเพื่อสรุปการดำเนินงานอย่างน้อยเดือนละครั้ง เพื่อติดตามปัญหา อุปสรรค จะได้หาแนวทางการแก้ไขที่เหมาะสม และเกิดการปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืน เพิ่มระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย โรงเรียนพันธุ์ร้อยละ 0

2.4.4 ข้อเสนอแนะในการดำเนินการครั้งต่อไป คือ จัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับช่วงเวลาของโรงเรียน เตรียมความพร้อมและเพิ่มศักยภาพของทีมผู้ร่วมดำเนินงาน และควรส่งเสริมให้มีการดำเนินกิจกรรมที่ได้จากการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วมให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง คณะกรรมการเครือข่ายพัฒนาทันตสุขภาพและคุณภาพชีวิต ควรขับเคลื่อนและกระตุ้นให้เกิดการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วมในกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นประเมินผลลัพธ์

ตาราง 2 การประเมินผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วมในเด็กอายุ 6 – 12 ปี

ประเด็นการประเมิน	ก่อนดำเนินกิจกรรม		หลังดำเนินกิจกรรม		t	p-value
	M	SD	M	SD		
1. ทักษะการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก	8.47	3.50	12.17	3.32	-12.47	<.001
2. ปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก	91.26	14.56	51.77	26.64	21.54	<.001

จากตาราง 2 การประเมินผลลัพธ์การส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วมในเด็กอายุ 6-12 ปี พบว่า ก่อนดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วม นักเรียนมีทักษะการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากไม่ดีพอ ($M=8.47$, $SD=3.50$) ภายหลังดำเนินกิจกรรมนักเรียนมีทักษะการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากสูงขึ้น อยู่ในระดับพอใช้ได้ ($M=12.17$, $SD=3.32$) ด้านของปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปาก พบว่า ก่อนดำเนินกิจกรรมนักเรียนมีค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ร้อยละ 91.26 ($SD=14.56$) ภายหลังพบว่ามีปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากลดลงเหลือค่าเฉลี่ยร้อยละ 51.77 ($SD=26.64$)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์การส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วม พบว่า แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p<.001$)

อภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วมให้แก่ เด็กอายุ 6-12 ปี ตำบลมะขามล้ม อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้เข้ามามีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก นับตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดเป้าหมาย การวางแผนการดำเนินงาน การลงมือปฏิบัติและกำกับติดตาม ตลอดจนประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วม จากการได้ร่วมระดมความคิด แลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างสร้างสรรค์ ในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 6-12 ทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความเข้าใจในปัญหาสุขภาพช่องปากมากขึ้น ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหา ตลอดจนเห็นความสำคัญในการพัฒนาและตั้งจุดมุ่งหมายในการดำเนินงานที่ชัดเจน การที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ร่วมกันวิเคราะห์และวางแผนเพื่อแก้ไขปัญห ส่งผลให้เกิดแนวทางการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในรูปแบบใหม่ที่มีความแตกต่างจากเดิม กล่าวคือ ปัญหาได้รับการแก้ไขอย่างตรงจุด ตรงกับสาเหตุของปัญหา เกิดการพัฒนากิจกรรมและนโยบายให้เป็นไปในรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และได้รับความร่วมมือจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย ซึ่งรูปแบบเดิมเป็นการดำเนินงานโดยทันตบุคลากรเท่านั้น การแก้ไขปัญหาก็เป็นไปตามมุมมองของทันตบุคลากรเพียงด้านเดียว จากการที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้วิเคราะห์ปัญหาตลอดจนวางแผนในการแก้ไข ส่งผลให้กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาและกิจกรรม เกิดความกระตือรือร้นที่จะปฏิบัติ และอยากมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบตามศักยภาพและบทบาทหน้าที่ของบุคคล เกิดการสนับสนุนทั้งด้านทรัพยากรบุคคลและงบประมาณ การมีส่วนร่วมในการกำกับติดตามการดำเนินงานและประเมินผลกิจกรรม ทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้พบทวนถึงปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินกิจกรรม นำไปสู่การหาแนวทางแก้ไขปรับปรุงให้ดีขึ้น ส่งผล

ให้กิจกรรมได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องการศึกษาของ Sukarawetsiri, Turnbull, & Selavattanakul (2014) ที่พบว่า การวางแผนแบบมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของโรงเรียนและมีผู้รับผิดชอบชัดเจน ส่งผลให้เกิดนโยบายการดำเนินงานทันตสุขภาพที่ชัดเจน ซึ่งแตกต่างจากรูปแบบเดิมที่มีเพียงทันตบุคลากรเป็นผู้ดำเนินการ การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้เห็นถึงความสำคัญของการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม ได้เห็นถึงศักยภาพของตนเองและบุคคลอื่น เห็นถึงผลดีผลเสียและความสำเร็จของการทำงานร่วมกัน ตลอดจนโอกาสในการพัฒนาต่อยอดนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tetui, Coe, Hurtig, Bennet, Kiwanuka, George, et al. (2017) พบว่า วิธีการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ช่วยเพิ่มความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่นในการจัดการสุขภาพ ช่วยให้มีความคิดสร้างสรรค์ บรรลุเป้าหมายและทบทวนความคืบหน้า การเพิ่มขีดความสามารถของผู้จัดการท้องถิ่น และการส่งเสริมการสะท้อนความรับผิดชอบช่วยลดความตึงเครียดและความขัดแย้งในหน้าที่การจัดการที่แตกต่างกันเห็นได้ชัด การส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วม โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในครั้งนี้ ก่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนางานด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กวัยเรียน มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาจากการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน เกิดนโยบายและกิจกรรมใหม่ ๆ สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ Yueran, & Waratwichit (2018) ที่ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นแนวทางหรือเครื่องมือสู่ความสำเร็จ ในการเปลี่ยนแปลงนโยบายในระบบสุขภาพ

ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วม พบว่า นักเรียนมีทักษะกาปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปาก และปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากดีขึ้น ซึ่งอธิบายได้ว่า กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่เกิดจากการระดมความคิดของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนที่ดีขึ้น สอดคล้องกับ รูปแบบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender, Murdaugh, & Parsons (2006) ที่กล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพส่วนบุคคล

การนำผลวิจัยไปใช้

การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วม ส่งผลให้เกิดการพัฒนาศักยภาพและความร่วมมือของคนในชุมชน เกิดรูปแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับสาเหตุของปัญหาสุขภาพช่องปากในมิติต่าง ๆ เกิดการสนับสนุนทรัพยากรของชุมชน ทั้งด้านทรัพยากรมนุษย์และงบประมาณ เพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากอย่างตรงจุดและได้รับความร่วมมืออย่างต่อเนื่อง คณะกรรมการเครือข่ายพัฒนาทันตสุขภาพและคุณภาพชีวิตจึงควรส่งเสริมให้มีการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วมในเด็กอายุ 6-12 ปี และควรนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปากกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ ในตำบลมะขามล้มต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การดำเนินงานตามขั้นตอนการวิจัยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงควรวางแผนระยะเวลาในการดำเนินงานไม่ให้เกิดกระทบกับกิจกรรมของโรงเรียนและชุมชน ต้องมีความสอดคล้องกับบริบทของชุมชน และกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินงานอย่างเต็มศักยภาพ ควรเพิ่มระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย เพื่อประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ทั้งในด้านของสภาวะสุขภาพช่องปาก และความสำเร็จ ความยั่งยืนของการดำเนินกิจกรรม

References

Bloom, Benjamin, S. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: McGraw-Hill.



- Bureau of Dental Health. (2018). *The 8th National Oral Health Survey Thailand 2017*. Nonthaburi: Samcharoen Panich Co., Ltd. (in Thai)
- Chanthavanich, S. (2006). *Data Analysis in Qualitative Research*. Bangkok: Chulalongkorn University Printing. (in Thai)
- O'Leary, T. J., Drake, R. B., & Naylor, J. E. (1972). The Plaque Control Record. *Journal of Periodontology*, 43, 38.
- Pender, N. J., Murdaugh, C., & Parsons, M. A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice*. 6th ed. Boston: Pearson.
- Senanurit, A., Pholpradubetch, P., Dueanraerum, A., Sriwiset, S., Senanurit, S., & Nuncho, S. (2014). A Model for Dental Health Promotion in Schools through Collaborative Networking in Tum Yai Subdistrict, Khumuang District, Burirum, 2011 – 2012. *Journal of Health Science*, 23(4), 609-618. (in Thai)
- Sukarawetsiri, P., Turnbull, N., & Selavattanukul, S. (2014). The Model of Oral Health Promotion for 6th Year Student at Primary School in Muang Municipality, Muang District, Surin Province, Thailand. *Research and Development Health System Journal*, 7(1), 236-44. (in Thai)
- Suphanburi Public Health Office. (2014). *Summary of Operation Results According to the Official Inspection Guidelines and Supervise Normal Cases at the Ministry Level Ministry of Public Health Round 3*. (in Thai)
- Tetui, M., Coe, A. B., Hurtig, A. K., Bennett, S., Kiwanuka, S. N., George, A., & Kiracho, E. E. (2017). A Participatory Action Research Approach to Strengthening Health Managers' Capacity at District Level in Eastern Uganda. *Health Research Policy and Systems*, 15(2), 39-53.
- Trimongkolkul, P., & Chattraporn, S. (2002). *Research Design*. Bangkok: Kasetsart University. (in Thai)
- Yueran, S., & Waratwichit, C. (2018). Participatory Action Research and the Success of Policy Change in Health System. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(2), 288-300. (in Thai)

การวิเคราะห์ศักยภาพของชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ ในการพัฒนาสู่พลพลัง Analysis of the Elderly Clubs Capacity in Southern Region for Moving Towards Active Aging

ลินจง โพธิบาล¹, รจนา วิริยะสมบัติ^{2*}, ภารดี นานาสิลป์¹, จารุณี วาระหัส² และ ศักรินทร์ สุวรรณเวหา²
Linchong Pothiban¹, Rodchana Wiryasombat^{1*}, Paradee Nanasilp¹, Jarunee Warahut² and
Sakkarin Suwanwaha²

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่¹, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา^{2*}
Faculty of Nursing, Chiang Mai University¹, Boromarajonani College of Nursing, Songkhla^{2*}

(Received: November 18, 2019; Revised: May 20, 2020; Accepted: May 29, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานนี้เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุตามตัวชี้วัดภาวะสุขภาพ และ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ 6 ชมรม ดำเนินการวิจัย 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลเป็น ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ของชมรมผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรม จำนวน 171 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นข้อคำถามเชิงลึก แนวทางการสนทนากลุ่ม และแบบประเมินชมรมผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการ สนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา และบรรยายตามประเด็นที่ศึกษา ขั้นตอนที่ 2 การวิจัย เชิงปริมาณ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุจำนวน 6 ชมรม จำนวน 132 คน เครื่องมือในการวิจัยคือแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยง หาค่าความเชื่อมั่นด้วยการวัดซ้ำ เท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการบรรยาย ผลการวิจัยพบว่า

1. ผลการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุในภาคใต้ตามตัวชี้วัดภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ชมรม ผู้สูงอายุทุกชมรมมีความเข้มแข็งเหมาะสมเป็นชมรมต้นแบบ ส่วนใหญ่มีการดำเนินการตามตัวชี้วัดด้านการ บริหารจัดการอย่างเป็นลายลักษณ์ แต่ด้านกิจกรรมด้านการระดมทุนและการมีส่วนร่วมกับชุมชน ดำเนินการแต่ ไม่เป็นลายลักษณ์อักษร 2) กิจกรรมการมีต้นแบบสุขภาพ การประเมินสุขภาพจิต การรับรู้สิทธิ และการระดมทุน ด้านเงิน บางชมรมยังไม่ดำเนินการ 3) ชมรมส่วนใหญ่มีการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย 4) มีการออกกำลังกายที่ หลากหลาย สอดคล้องกับวัฒนธรรมประเพณีท้องถิ่น และมีความพึงพอใจในกิจกรรม 5) ชมรมส่วนใหญ่ให้ ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ บุคคลในครอบครัว และวัดในชุมชน

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.27 รายด้านพบว่า การเจริญทางจิตวิญญาณ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการจัดการกับความเครียด พฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 69.70, 57.58, 52.27 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มลดลง

ผลการศึกษา เป็นแนวทางการกำหนดรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของชมรมผู้สูงอายุให้มีความเข้มแข็งสู่ ภาวะพลพลัง และผลักดันนโยบายด้านผู้สูงอายุสู่ระดับชาติ การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาในชมรมที่ไม่ได้เป็น ต้นแบบ

คำสำคัญ: ศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ, ชมรมผู้สูงอายุ, พลพลัง

*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding email: rodchana@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-1283249)

Abstract

This mixed method research aimed to determine the implementation outcomes of the elderly clubs according to health indicators, health promoting behaviors, and risky behaviors among the elderly club members of the 6 elderly clubs in Southern region. Research implementation had 2 phases. Phase 1: Qualitative research, informants were those who were involved in implementation of the elderly clubs and who were member and non-member of the elderly clubs with a total of 171. Research instruments included in-depth interview questions, guided focus group, and elderly club assessment questionnaire. Data were collected through focus group discussion and were analyzed using content analysis and description according to the topics of study. Phase 2: Quantitative research, sample were 132 the elderly club members of the 6 elderly clubs. Research instruments were health promoting behavior questionnaire and risky behavior questionnaire which had test-retest reliability of .85. Data were analyzed using descriptive statistics and description. Results revealed as follows;

1. The implementation outcomes of the elderly clubs according to health indicators consisted of 1) all elderly clubs were strengthened club for the prototype. Most elderly clubs implemented according to written administration indicator. However, club activities, fund raise, and community participation were not implemented with written administration indicator. 2) Health model activities, mental health assessment, perception of right, and fund raise were not implemented for some clubs. 3) Most clubs collaborated with networks. 4) Various types of exercise which were congruent with local culture and tradition and satisfaction of activities. 5) Most clubs emphasized care of the bed-bound elderly working in conjunction with multidisciplinary team, family members, and temples in community.

2. Overall and each aspect of health promoting behaviors were at a moderate level (52.27%). For each aspect, it was found that spiritual growth, interpersonal relationship, and stress management, behaviors were at a high level (69.70%, 57.58%, 52.27%, respectively). Risky behaviours of smoking and alcohol drinking tended to reduce.

The study findings indicated guideline for capacity development model of the elderly clubs for moving towards active aging and pushing national elderly policy. Further research should investigate clubs that are not the prototype.

Keywords: Capacity of Elderly Clubs, Elderly Club, Active Aging

บทนำ

ในปัจจุบันโครงสร้างอายุของประชากรไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากและก้าวเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ (Population Aging) จากรายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2556 พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 5.4 และคาดว่า ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ในปี พ.ศ. 2568 เป็นร้อยละ 20 (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2008; Institute for Population and Social Research, Mahidol University & Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2014) จากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ ทำให้รัฐบาลมีนโยบายและมาตรการต่างๆ ให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีศักยภาพมากที่สุด สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ส่งเสริมความรู้ให้กับสังคมและเป็นแหล่งประโยชน์แก่สังคม (The National

Committee for the Elderly, 2009; Office of, the National Economic and Social Development Council 2009; Taweessit, 2010) กอปรกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) รัฐได้กำหนดว่า ประชากรผู้สูงอายุไทยจะเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ สามารถมีส่วนร่วมอย่างสำคัญในการพัฒนาสังคม และควรได้รับการส่งเสริม พัฒนา และสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน รัฐและทุกภาคส่วน สอดคล้องกับหลักสำคัญของ องค์การอนามัยโลกที่ได้มุ่งเน้นในการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรีพึ่งตนเองได้ (World Health Organization, 2002) ทั้งนี้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุประกอบด้วยมิติต่าง ๆ ได้แก่ มิติสุขภาพ มิติเศรษฐกิจ มิติสังคม/วัฒนธรรม และมิติทางการศึกษา ซึ่งการพัฒนาคุณภาพชีวิตในทุก มิติจะต้องอาศัยการสนับสนุนจากภาคีที่เกี่ยวข้องโดยเป็นไปตามความต้องการของผู้สูงอายุ (College of Population Studies, Chulalongkorn University & Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute 2013) จึงต้องเพิ่มความเข้มแข็งและขีดความสามารถของชมรมผู้สูงอายุ และสามารถ ดำเนินกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของสมาชิกชมรมต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำให้ผู้สูงอายุเป็นพลติ พลัง (active aging) (Senior Citizens Council of Thailand, 2009b)

ชมรมผู้สูงอายุเป็นองค์กรชุมชนภาคประชาชนที่มีการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ตั้งแต่ 30 คนขึ้นไป และวัยผู้ที่มีอายุระหว่าง 25-59 ปี ไม่เกินหนึ่งในสี่ของสมาชิกที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาด้านตนเองร่วมกับการพัฒนาชุมชน เน้นกระบวนการการมีส่วนร่วมของสมาชิกในการดำเนิน กิจกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเองและสังคม ซึ่งหลักการสร้างชมรมผู้สูงอายุให้เข้มแข็งและยั่งยืนนั้น ชมรมจะต้องดำเนินงานครอบคลุม 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) มีการบริหารจัดการชมรมเป็นระบบและโปร่งใส 2) จัดกิจกรรมต่อเนื่องครอบคลุม 4 มิติ 3) มีการระดมทุนและทรัพยากรจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อนำมาใช้ดำเนินงาน และ 4) มีการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่และมีส่วนร่วมกับสังคม นอกจากนี้ การจัดกิจกรรมของชมรม ต้องมีความหลากหลาย และตอบสนองความต้องการของสมาชิก ปัจจุบันประเทศไทยมีชมรมผู้สูงอายุในเครือข่าย ต่างๆ จำนวนมาก แต่จากการติดตามและประเมินผล พบว่า ชมรมผู้สูงอายุสามารถดำเนินงานได้สำเร็จและมีความเข้มแข็ง ร้อยละ 30 และยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ร้อยละ 70 ส่วนใหญ่มีจุดอ่อนในเรื่องความพร้อมของชมรม และปัญหาในการดำเนินงาน จากการศึกษาของ Pradtana (2014) พบว่าชมรมผู้สูงอายุมีปัญหา ในการดำเนินงาน ในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ 1) ชมรมผู้สูงอายุเกินครึ่งไม่มีแผนดำเนินงาน 2) ผู้นำและกรรมการของ บางชมรมไม่ทำงานเป็นทีม 3) การมีส่วนร่วมในการตรวจสอบการเงินและบัญชีของชมรมโดยสมาชิกชมรมเพียงปีละ ครั้ง 4) สมาชิกขาดความเข้าใจในอุดมการณ์การจัดตั้งชมรมทำให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมชมรมน้อย 5) กรรมการ ขาดทักษะระดมทุน/ทรัพยากรจากแหล่งต่าง ๆ โดยเฉพาะการเขียนโครงการ และ 6) การได้รับสนับสนุนจาก ภาคีเครือข่ายไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2555 ที่พบว่าการดำเนินงานการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุที่ผ่านมา ส่วนที่ยังไม่ประสบผลสำเร็จ คือ องค์การผู้สูงอายุ โดยเฉพาะชมรมผู้สูงอายุยังขาดความเข้มแข็งยังไม่มีการจัดกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งตัวผู้สูงอายุที่เป็น สมาชิกของชมรมไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมเสี่ยง จากการสูบบุหรี่ (National Statistical Office, 2014) ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากสถานการณ์และ ปัญหาดังกล่าว จะเห็นว่า ศักยภาพของชมรมผู้สูงอายุในการพัฒนาสู่พลติพลังนั้นเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างยิ่ง แต่ การจะพัฒนาศักยภาพของชมรมผู้สูงอายุให้บรรลุตามเป้าหมายได้จะต้องมีพื้นฐานจากความเข้าใจสถานการณ์ ปัจจุบันและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ อย่างถ่องแท้

ดังนั้น คณะทำงานจึงตระหนักถึงความจำเป็นในการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานของชมรม ผู้สูงอายุเพื่อให้ได้ข้อมูลในการวางแผนเพื่อกำหนดรูปแบบการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุให้มีศักยภาพมีความเข้มแข็งสู่ ภาวะพลติพลัง และข้อเสนอเชิงนโยบายด้านผู้สูงอายุระดับท้องถิ่นและระดับชาติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมี คุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุในภาคใต้ตามตัวชี้วัดภาวะสุขภาพ
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุภาคใต้

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพนำเชิงปริมาณ โดยดำเนินการเป็นลำดับต่อไปนี้

1. การวิจัยเชิงคุณภาพ

พื้นที่การวิจัย

เป็นสถานที่ชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ 6 ชมรม ที่ได้รับเลือกให้เป็นชมรมต้นแบบที่มีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจากชมรมผู้สูงอายุทั้ง 22 ชมรมทั่วประเทศที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเป็นชมรมผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็ง ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุตำบลเขาหัวควายอำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ศูนย์บริการผู้สูงอายุวัดมาตุคุณาราม ตำบลกระโสม อำเภอดงตาล จังหวัดมุกดาหาร ชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองบัว อำเภอธวัชบุรี จังหวัดยโสธร ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเทศบาลตำบลท่าช้าง อำเภอบางกล่ำ จังหวัดสงขลา ศูนย์เฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง และชมรมผู้สูงอายุใจเกินร้อย เทศบาลตำบลฉลุง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

ผู้ให้ข้อมูล

สำหรับการสนทนากลุ่ม เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 ชมรม ที่ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์ จำนวน 171 คน ประกอบด้วย 1) กรรมการของชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ ประธานชมรม รองประธานชมรม เลขานุการหรือผู้ช่วยเลขานุการชมรม เภรณิกหรือผู้ช่วยเภรณิกชมรม กรรมการกลาง และกรรมการอื่น ๆ จำนวน 6 ชมรม 2) ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่ได้เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ 3) บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือนายกเทศมนตรี ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้ที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ครู/อาจารย์ที่ปฏิบัติงานที่โรงเรียน/การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) ผู้ที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุที่ปฏิบัติงานที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคง (พม.) ตัวแทนจากวัดคือพระสงฆ์ และตัวแทนร้านค้าจากภาคธุรกิจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามชุดที่ 1 สำหรับประธานและกรรมการของชมรมผู้สูงอายุในการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ พัฒนาโดยผู้วิจัย ครอบคลุมประเด็น คุณลักษณะทั่วไปของสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ และการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น ๆ
2. แนวคำถามชุดที่ 2 สำหรับสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุในการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ พัฒนาโดยผู้วิจัย ครอบคลุมประเด็นการรับรู้และการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ การปฏิบัติกิจกรรมของสมาชิก ฐานะเศรษฐกิจ การศึกษาเพิ่มเติม และความเป็นอยู่ในปัจจุบัน
3. แนวคำถามชุดที่ 3 สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ พัฒนาโดยผู้วิจัยครอบคลุมประเด็น การสนับสนุนการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุในภาพรวม และการสนับสนุนรายกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ
4. แนวคำถามชุดที่ 4 สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุในการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ พัฒนาโดยผู้วิจัย ครอบคลุมประเด็น การรับรู้เกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุ การปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกของชมรม ฐานะเศรษฐกิจ การศึกษาเพิ่มเติม และความเป็นอยู่ในปัจจุบัน

5. แบบประเมินชมรมผู้สูงอายุ ชุดที่ 5 เป็นแบบตรวจสอบตามรายการตัวชี้วัดการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ ครอบคลุมประเด็น องค์ประกอบด้านการบริหารจัดการชมรม องค์ประกอบด้านกิจกรรมชมรม องค์ประกอบด้านสวัสดิการและการเกื้อกูลสมาชิกชมรม และองค์ประกอบด้านการระดมทุนและการมีส่วนร่วมร่วมกับชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวคำถามทั้ง 4 ชุด ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การสัมภาษณ์รายบุคคล ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ในกลุ่มที่เป็นกรรมการและบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ การสัมภาษณ์รายบุคคล ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1.1 กรรมการของชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ ประธานชมรม รองประธานชมรม เลขานุการหรือผู้ช่วยเลขานุการชมรม เภรณิกหรือผู้ช่วยเภรณิกชมรม กรรมการกลาง และกรรมการอื่น ๆ ตามแนวคำถามสำหรับประธานและกรรมการของชมรมผู้สูงอายุในการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ชุดที่ 1 และแบบประเมินชมรมผู้สูงอายุ ชุดที่ 5 โดยตรวจสอบตามรายการตัวชี้วัดการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ ครอบคลุมประเด็น องค์ประกอบการบริหารจัดการชมรม องค์ประกอบด้านกิจกรรมชมรม องค์ประกอบด้านสวัสดิการและการเกื้อกูลสมาชิกชมรม และองค์ประกอบด้านการระดมทุนและการมีส่วนร่วมร่วมกับชุมชน

1.2 บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือนายกเทศมนตรี ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบล ครู/อาจารย์ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคง (พม.) พระสงฆ์ และตัวแทนร้านค้าจากภาคธุรกิจ ตามแนวคำถามสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ชุดที่ 3

การสนทนากลุ่ม แต่ละกลุ่มประมาณ 45-60 นาที ในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งที่เป็นสมาชิก และไม่ได้เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุตามแนวคำถาม กลุ่มละ 16 คน ดังต่อไปนี้

2.1 กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ สนทนากลุ่มโดยใช้แนวคำถามสำหรับสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุในการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ชุดที่ 2

2.2 กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ สนทนากลุ่มโดยใช้แนวคำถามสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุในการวิเคราะห์สถานการณ์ การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ชุดที่ 4

สำหรับการสัมภาษณ์รายบุคคล และการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้จัดบันทึกข้อมูล และขออนุญาตบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์ และการสนทนา เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมประเด็นตามแนวคำถาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำผลสรุปของข้อมูลจากการสัมภาษณ์ สนทนากลุ่ม ค้นผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนกลับ โดยการนำเสนอข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ทั้งหมดในทุกประเด็น ให้กับผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่มในแต่ละชมรมผู้สูงอายุทั้ง 6 ชมรมเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนของข้อมูล เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ ประกอบการจัดทำฐานข้อมูล และแผนที่ทรัพยากร นำไปสู่แผนการพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และบรรยาย (Descriptive) ตามประเด็นที่ศึกษา

2. การวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจำนวน 6 ชมรม ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุตำบลเขาหัวควายอำเภอพนมพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ศูนย์บริการผู้สูงอายุวัดมาตุคุณาราม ตำบลกระโสม อำเภอดำรงวิทยารัษฎา จังหวัดตรัง ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลท่าช้าง อำเภอบางกล่ำ จังหวัดสงขลา ศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง และชมรมผู้สูงอายุใจเกินร้อย เทศบาลตำบลฉลุง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ทั้งสิ้น 2440 คน จากการเปิดตารางสำเร็จรูปของ Krejcie, & Morgan (1970) และได้คำนวณเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 20 (Polit, & Hungler, 1999) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 331 คน เกณฑ์การคัดเลือกผู้สูงอายุ 1) เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง 2) มีการรับรู้ปกติ ตามแบบสอบถามสภาวะอารมณ์ (Mental Status Questionnaire: MSQ) ของ Kahn, Goldfarb, Pollack, & Peck (1960) ตอบคำถามได้ถูกต้องอย่างน้อย 8 ข้อ ใน 10 และ 3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย อ่านออกและเขียนภาษาไทยได้ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบตามจำนวนจึงเหลือกลุ่มตัวอย่าง 132 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบประเมินชมรมผู้สูงอายุ ครอบคลุมประเด็น องค์ประกอบด้านการบริหารจัดการชมรม องค์ประกอบด้านกิจกรรมชมรม องค์ประกอบด้านสวัสดิการและการก่อกลุมสมาชิกชมรม และองค์ประกอบด้านการระดมทุนและการมีส่วนร่วมกับชุมชน โดยแบ่งการประเมินเป็น 2 ระดับคือ มีเป็นลายลักษณ์ และไม่มีเป็นลายลักษณ์อักษร แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นแบบประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (The Health-Promotion Lifestyle Profile II) ของ Walker, Sechrist, & Pender (1987) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย Wonglamthong (1999) ครอบคลุมประเด็น ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด มีข้อคำถามทั้งหมด 52 ข้อ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1 หมายถึงไม่ปฏิบัติ 2 หมายถึงบางครั้ง 3 หมายถึงบ่อยครั้ง และ 4 หมายถึงเป็นประจำและแบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ครอบคลุมประเด็นพฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่ และด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นแบบประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (The Health-Promotion Lifestyle Profile II) ของ Walker, Sechrist, & Pender (1987) ซึ่งเครื่องมือนี้มีการนำไปใช้ในการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างแพร่หลายทั้งในและต่างประเทศ เครื่องมือนี้แปลเป็นภาษาไทยโดย Wonglamthong, (1999) และแบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงพัฒนาโดยผู้วิจัย เครื่องมือในการวิจัย ทั้ง 2 ฉบับนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มีการคำนวณหาความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยการวัดซ้ำ (test-retest) โดยเว้นระยะห่าง 1 สัปดาห์ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 (Wonglamthong, 1999) โดยเป็นค่าความเชื่อมั่นที่ได้จากการดำเนินการวิจัยฉบับเต็มทั้ง 4 ภาค

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างสมาชิกชมรมผู้สูงอายุพื้นที่ภาคใต้ โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุ ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามรายบุคคลประมาณ 30-45 นาที ได้รับแบบสัมภาษณ์คืนมา 132 คน คิดเป็นร้อยละ 39.88 ซึ่งเป็นข้อมูลที่ใช้เพื่อต่อการอธิบายตามวัตถุประสงค์การวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

โครงร่างวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยมีเอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 002/2558

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลของชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ในการศึกษารั้งนี้ พบว่า มีผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 171 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 46.78 เพศหญิง ร้อยละ 53.22 มีจำนวนมากกว่าครึ่งของผู้ให้ข้อมูลที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 61.40 ส่วนผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี มีจำนวนหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 38.60

2. การดำเนินงานของชมรมตามตัวชี้วัดภาวะสุขภาพ

2.1 ด้านการบริหารจัดการชมรม พบว่า ชมรมผู้สูงอายุทั้งหมดมีการดำเนินการอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรสมบูรณ์ในด้านการกำหนดวัตถุประสงค์/นโยบายของชมรม ตัวชี้วัดด้านการประกาศแต่งตั้งกรรมการของชมรมที่มีผู้สูงอายุ 1 แห่งที่มีการกำหนดองค์ประกอบเป็นลายลักษณ์อักษรแต่ไม่สมบูรณ์

2.2 ด้านกิจกรรมชมรม พบว่าหลายกิจกรรมไม่มีการดำเนินการในบางชมรม ซึ่งได้แก่ กิจกรรมในด้านการบริหารกล่อมเนื้อรอบช่องปากและลิ้น การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ โดยการวัดรอบเอว/ค่าน้ำหนักตัวนี้ มวลกายการจัดกิจกรรมส่งเสริมหรือแก้ไขปัญหามาจากข้อมูลการวัดรอบเอว/ค่าน้ำหนักตัว กิจกรรมออกกำลังกายร่วมกัน 3-5 ครั้ง/สัปดาห์ รูปแบบการออกกำลังกายหลากหลายเหมาะสมกับสุขภาพของสมาชิกที่แตกต่างกัน การพัฒนา/ออกแบบรูปแบบการออกกำลังกายโดยการริเริ่มของชมรมการประเมินความรู้ด้านสุขภาพของสมาชิกและประเมินการรับรู้ต้นแบบสุขภาพและการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ ส่วนกิจกรรมมีการดำเนินการมีทั้งดำเนินการแต่ไม่เป็นลายลักษณ์อักษร เป็นลายลักษณ์อักษรแต่ไม่สมบูรณ์ และเป็นลายลักษณ์อักษรสมบูรณ์

2.3 ด้านสวัสดิการและการเกื้อกูลสมาชิกชมรม สำหรับด้านสวัสดิการและการเกื้อกูลสมาชิกชมรม พบว่า ชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการกำหนดองค์ประกอบเป็นลายลักษณ์อักษรสมบูรณ์ในด้านการช่วยเหลือเยี่ยมเยียนสมาชิกเมื่อเจ็บป่วย และการช่วยเหลือในเวลาเดือดร้อน และชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการกำหนดองค์ประกอบแต่ไม่เป็นลายลักษณ์อักษร ในด้านการสำรวจความครอบคลุมการได้รับเบี้ยยังชีพของสมาชิก ด้านการออมทรัพย์เพื่อส่งเสริมการเก็บออม/ลงทุน มีการดำเนินการในทุกชมรม ทั้ง 6 ชมรม และด้านสร้างรายได้เสริมให้แก่สมาชิกที่เดือดร้อน/หรือต้องการรายได้เสริมโดยช่วยเหลือด้านทุนหรือด้านอื่น ๆ มีการดำเนินการทุกชมรมเช่นกัน แต่ยังไม่ที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่สมบูรณ์

2.4 ด้านการระดมทุนและการมีส่วนร่วมกับชุมชน พบว่าชมรมผู้สูงอายุทั้งหมดมีการกำหนดการดำเนินงานเป็นลายลักษณ์อักษรสมบูรณ์ ในด้านการตรวจสอบทางการเงิน 6 ชมรม (ร้อยละ 100) มีการกำหนดการดำเนินงานเป็นลายลักษณ์อักษรสมบูรณ์ ในด้านการระดมทุนในรอบ 1 ปี เพื่อกำหนดการดำเนินงานของชมรมโดยมีการระดมทุนด้านวัสดุ/สิ่งของ และการระดมทุนด้านเงินจากสมาชิก แต่ในด้านการระดมทุนจากองค์กรพัฒนาเอกชน จากภาครัฐ จากแหล่งอื่นๆ ส่วนด้านการมีส่วนร่วมในชุมชน มีชมรมผู้สูงอายุบางแห่ง ไม่มีการกำหนดองค์ประกอบที่เป็นลายลักษณ์อักษร

3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุภาคใต้

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างภาคใต้จำแนกตามระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม	2	1.52	69	52.27	61	46.21
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน						
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	2	1.52	72	54.55	29	21.97
ด้านกิจกรรมทางกาย	21	15.91	65	49.24	46	34.85
ด้านการบริโภคอาหาร	2	1.52	75	56.81	55	41.67
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	3	2.27	53	40.15	76	57.58
ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ	4	3.03	36	27.27	92	69.70
ด้านการจัดการกับความเครียด	3	2.27	60	45.46	69	52.27

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ทั้ง 6 ชมรมในการศึกษาค้นคว้า พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 132 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.36 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 38.64 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 38.60 รองลงมาคืออายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 30.30 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.7 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.0 และมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 45.5 ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.27 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน พบว่า ด้านที่มีระดับคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงซึ่งมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คือด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ร้อยละ 69.70 รองลงมาคือ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ร้อยละ 57.58 และด้านการจัดการกับความเครียด ร้อยละ 52.27 ตามลำดับ (ดังตาราง 1)

4. พฤติกรรมเสี่ยงของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน

พฤติกรรมเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	97	73.48
เคยสูบ (เลิกแล้ว)	23	17.42
สูบ	9	6.81
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคยดื่ม	96	72.72
เคยดื่ม (เลิกแล้ว)	17	12.87
ดื่ม	13	9.84

ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ทั้ง 6 ชมรม ในการศึกษาค้นคว้า ประกอบด้วย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

พฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ทั้ง 6 ชมรม จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 132 คน มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ระบุข้อมูลด้านการสูบบุหรี่ ร้อยละ 2.27 ผลการวิจัยพบว่า

ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 73.48 และปัจจุบันยังมีกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 6.81

สำหรับพฤติกรรมเสี่ยงด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ทั้ง 6 ชมรม มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ระบุข้อมูลด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 4.54 ผลการวิจัยพบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 72.72 และปัจจุบันยังมีกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 9.84 (ดังตาราง 2)

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปริมาณการสูบบุหรี่

ปริมาณการสูบบุหรี่	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 10 มวนต่อวัน	3	37.50
11-20 มวนต่อวัน	5	62.50
รวม	8	100.0

ปริมาณการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างภาคใต้ที่ยังคงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ 11-20 มวนต่อวัน ร้อยละ 62.50 (ดังตาราง 3)

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความถี่ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน

ความถี่ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	จำนวน	ร้อยละ
ทุกวันต่อสัปดาห์	-	-
5-6 วันต่อสัปดาห์	3	23.07
น้อยกว่า 5 วันต่อสัปดาห์	5	38.50
ไม่ดื่ม	4	30.76
รวม	12	92.33

ความถี่ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่างภาคใต้ทั้ง 6 ชมรม พบว่า มีจำนวนมากกว่าหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่าง ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 38.50 (ดังตาราง 4)

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (แก้วต่อครั้ง)	จำนวน	ร้อยละ
1 แก้ว	4	33.33
2 แก้ว	3	25.00
3 แก้ว	3	25.00
4 แก้ว	1	8.33
5 แก้วขึ้นไป	1	8.33
รวม	12	99.99

ปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างที่ยังคงมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 1 แก้วต่อครั้ง ร้อยละ 33.33 (ดังตาราง 5)

อภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า องค์ประกอบการบริหารจัดการชมรมเป็นไปตามตัวชี้วัดมากที่สุด ด้านการระดมทุน ส่วนใหญ่มีการดำเนินการแต่ไม่เป็นลายลักษณ์ เนื่องจากเกณฑ์ขององค์ประกอบนี้เป็นข้อกำหนดพื้นฐานในการเสนอขอจัดตั้งชมรม ดังนั้นทุกชมรมต้องมีเอกสารที่แสดงความพร้อมในการตั้งชมรม ได้แก่ หมวดวัตถุประสงค์/กรรมการ/สถานที่ ซึ่งประกอบด้วย วัตถุประสงค์/นโยบาย มีการประกาศแต่งตั้งคณะกรรมการชมรม มีการกำหนดบทบาทหน้าที่กรรมการ มีการประชุมคณะกรรมการ มีสถานที่ตั้งชมรมชัดเจน สถานที่ติดต่อฝ่ายชมรม สถานที่ทำกิจกรรมกลุ่ม ทุกชมรมได้ร่วมเป็นสมาชิกสภาสมาคมจังหวัด และมีการบริหารชมรมให้เป็นองค์กรสาธารณประโยชน์หรือสวัสดิการชุมชน ซึ่งเป็นไปตามนโยบายของสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี สำหรับปีพุทธศักราช 2554-2558 ในส่วนของการบริหารชมรมให้เป็นองค์กรสาธารณประโยชน์นั้นจะทำให้ชมรมได้รับสิทธิประโยชน์ คือ ได้รับการส่งเสริมสนับสนุนการจัดสวัสดิการสังคมต่างๆ แก่สมาชิก สำหรับการออกกำลังกายนั้น ถือเป็นกิจกรรมของชมรมที่กำหนดเป็นเกณฑ์มาตรฐานสำหรับชมรมผู้สูงอายุ ระบุว่า “ชมรมควรจัดกิจกรรมเป็นประจำอย่างน้อย 3 กิจกรรม หนึ่งในนั้นคือ กิจกรรมออกกำลังกาย” ซึ่งพบว่า การออกกำลังกายร่วมกันของสมาชิกมีทั้งวันที่มีการประชุมของชมรม และตามตารางของชมรม โดยสอดคล้องกับเกณฑ์ว่าชมรมควรมีการประชุมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ทั้งนี้การออกกำลังกายอย่างถูกต้องเหมาะสมต่อร่างกาย ซึ่งโดยทั่วไปการออกกำลังกายต้องคำนึง ถึงหลักการที่เรียกว่า ฟิตท์ (FITT) ซึ่งจะพิจารณาความถี่ ความแรงระยะเวลา และชนิดของการออกกำลังกายให้เหมาะสม (ACSM, 2001) ควรเป็นการออกกำลังกายชนิดแอโรบิก ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเหมาะสม ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิกด้วยความแรงปานกลาง คือ ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น มีเหงื่อออกเล็กน้อย แต่ยังสามารถพูดคุยได้ อย่างน้อย 30 นาที ต่อวัน สัปดาห์ละ 5 วัน ซึ่งการออกกำลังกายของแต่ละชมรม ส่วนใหญ่ตามความสนใจของสมาชิก และบริบททางวัฒนธรรม จึงทำให้ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน สำหรับการมีต้นแบบสุขภาพนั้น บางชมรมยังไม่มี การดำเนินการ การมีต้นแบบเป็นกลยุทธ์ที่ดีในการส่งเสริมให้สมาชิกมีพฤติกรรมกระตือรือร้นที่ดี อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ซึ่งจากทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1986, 1997) กล่าวว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมเกิดขึ้น หากเขาเชื่อว่าตนเองสามารถทำสิ่งนั้นได้ ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) เกิดจากหลายแหล่ง เช่น การเห็นความสำเร็จของผู้อื่น การประสบความสำเร็จในการทำพฤติกรรมจากการชักจูงจากผู้อื่น สำหรับการรับรู้สิทธิของสมาชิกยังไม่ได้ดำเนินการ แม้จะมีการดำเนินการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับชมรม และสิทธิผู้สูงอายุ ทั้งอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และไม่เป็นลายลักษณ์อักษรแล้วแต่ยังขาดการประเมินผลรับรู้สิทธิของตน นอกจากนี้ชมรมส่วนหนึ่งไม่มีการระดมทุนด้านเงินจากองค์กรพัฒนาเอกชน ซึ่งชมรมต่างๆ ควรใช้ประโยชน์จากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่มีในพื้นที่เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมแก่สมาชิกได้ทั่วถึง ทั้งนี้สอดคล้องกับระเบียบของชมรมผู้สูงอายุที่กล่าวว่า ชมรมต้องประสานงานกับผู้นำท้องถิ่นเพื่อขอความช่วยเหลือและสนับสนุนชมรม (Senior Citizens of Thailand, 2009b)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Panuthai, Sucamvang, & Lasuca (2008) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับข้อมูลสถานการณ์ชมรมผู้สูงอายุโดยการสัมภาษณ์กรรมการชมรม ผู้สูงอายุทั้งที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรม และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุของแต่ละชมรมที่พบว่า ส่วนใหญ่สมาชิกชมรมผู้สูงอายุเป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้น และการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่ปัจจุบันมีภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของตนเองในระดับดี แม้ว่าจะมีโรคประจำตัวซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ โรคข้อเสื่อม และโรคอื่น ๆ แม้พฤติกรรมแต่ละด้านจะไม่อยู่ในระดับสูง แต่ก็ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกดีจึงยังคงระดับพฤติกรรมแต่ละด้านในระดับปานกลาง นอกจากนี้ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ยังพบว่ากิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในปัจจุบันจะเป็นกิจกรรมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพและกิจกรรมด้านสังคมและเศรษฐกิจที่ไม่ได้กำหนดบน

ฐานความรู้หรือทฤษฎี พฤติกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติจึงมีความถี่และระยะเวลาที่อยู่ในระดับปานกลางแต่ละด้านไม่มากหรือน้อยเกินไป

เมื่อพิจารณาารายด้านของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างภาคใต้พบว่าด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียดของผู้สูงอายุมีระดับคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างนี้ล้วนเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุทำให้ได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทางชมรมผู้สูงอายุแต่ละพื้นที่จัดได้ เช่น กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมตามวันสำคัญทางศาสนา กิจกรรมตามงานประเพณีและวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเพื่อให้สมาชิกมาพบปะสังสรรค์และดำเนินกิจกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ได้พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เกิดความคุ้นเคย รักใคร่มีความสามัคคี ความเบิกบาน หายเหงา และเกิดความสุข (Senior Citizens of Thailand, n.d.) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านนี้สูงกว่าด้านอื่น ๆ และผลการศึกษายังสะท้อนให้เห็นถึงสภาพทางสังคมของผู้สูงอายุที่ยังดำรงไว้ซึ่งสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัวและเพื่อนบ้าน และยังแสดงให้เห็นว่าแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยจากวัยผู้สูงอายุแต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในทุกภาคยังคงมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคมในลักษณะที่เป็นการสร้างสรรค์ให้แก่สังคม นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Aitsalam (2014) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย อำเภอเกาะยาว จังหวัดพังงา ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง

สำหรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย และด้านการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างภาคใต้มีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sungkachat, Chantaveemuaeng, & Chuseang, (2012) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองสงขลา พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดี สำหรับการศึกษาของ Warahut, & Chitviboon (2010) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนสงขลา พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย และด้านโภชนาการมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางในด้านพฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพนั้นอาจเนื่องจากว่าบริบทสังคมไทยผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลานทำให้ความรับผิดชอบต่อสุขภาพในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ของบุตรหลานซึ่งจะต้องดูแลผู้สูงอายุในยามที่แก่ชรา จึงทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมด้านนี้ระดับปานกลาง ส่วนด้านกิจกรรมทางกาย ผลการศึกษารังนี้สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยังคงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านนี้เพียงปานกลาง ทั้งนี้ อาจเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวซึ่งอาจเป็นอุปสรรคในการออกกำลังกาย อีกทั้งผู้สูงอายุเมื่อมีอายุมากขึ้นกิจกรรมทางกายตามปกติ กิจกรรมการทำงานบ้าน และกิจกรรมที่เกี่ยวกับอาชีพอาจลดลงจากเดิม ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 พบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะทำกิจกรรมทางกายลดต่ำลงเมื่อมีอายุที่มากขึ้น (Chunharusamee, 2010) นอกจากนี้เมื่ออายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาอาจมีโอกาสดูอุบัติเหตุได้ง่าย และผู้สูงอายุมีความเชื่อว่าวัยสูงอายุควรจะเป็นวัยที่มีการพักผ่อนไม่ควรออกกำลังกายเหมือนวัยเด็กหรือวัยหนุ่มสาว (Naka, Taboonpong, & Khupantavee, 2004) ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารที่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางนั้น อาจเนื่องจากผู้สูงอายุมีการบริโภคอาหารตามความสะดวก ตามความเคยชิน หรือตามบริโภคนิสัยของตนเองที่มีมาตั้งแต่สมัยเด็ก ซึ่งอาจจะไม่ได้คำนึงถึงหลักโภชนาการอาหารมากนัก จึงเป็นเหตุให้กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (Chumkaew, & Rungsiyatorn, 2014) นอกจากนี้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเจริญทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างภาคใต้ที่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางเช่นกันนั้น อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุมีความผูกพันกับศาสนาเมื่ออายุมากขึ้นบุคคลจะมีความศรัทธาเชื่อมั่นในศาสนาและเป็นเรื่องยึดเหนี่ยวมากขึ้นไม่ว่าจะนับถือศาสนาใดก็ตาม ทั้งนี้การเจริญทางด้านจิตวิญญาณส่วนใหญ่เกิดจากการอบรมสั่งสอนมาตั้งแต่เยาว์วัย รวมถึงมีการปลูกฝังเรื่องหลักของศาสนาทำให้ศาสนาฝังรากลึกจนยากที่จะ

แยกออกจากกันได้ (Avani, 2010) อย่างไรก็ตาม จะเห็นว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย และด้านการบริโภคอาหารในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ถึงแม้ทางชมรมผู้สูงอายุแต่ละพื้นที่จะมีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อน เป็นต้น แต่สะท้อนให้เห็นว่าผลการดำเนินงานยังไม่เป็นตามเป้าหมายหรือกิจกรรมของชมรมอาจไม่ต่อเนื่องที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นไปตามเป้าหมายได้

พฤติกรรมเสี่ยง

พฤติกรรมเสี่ยงของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุภาคใต้ ทั้ง 6 ชมรม พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ร้อยละ 6.8 สูบบุหรี่ 11-20 มวนต่อวัน ร้อยละ 55.6 เมื่อเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Pothiban (2002) พบว่ามีอัตราการสูบบุหรี่น้อยลง ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของการลดพฤติกรรมสูบบุหรี่จากเดิมที่พบอัตราการสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุถึงร้อยละ 25.1 เมื่อปี พ.ศ. 2545 (Pothiban, 2002) การมีอัตราการสูบบุหรี่น้อยลงอาจเป็นผลของการรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของการสูบบุหรี่ที่กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินมาอย่างต่อเนื่องทั้งในรูปแบบของการเสนอตัวแบบผู้ที่เจ็บป่วยจากการสูบบุหรี่ การกำหนดเขตสูบบุหรี่หรือเขตปลอดบุหรี่ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 (Office of the Council of State, 2002) การเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชนเกี่ยวกับบุหรี่และผลกระทบของการสูบบุหรี่ผ่านทางสื่อทั้งวิทยุ โทรทัศน์ และสิ่งพิมพ์ต่างๆ มากขึ้นโดยความร่วมมือของทุกภาคส่วนทั้งรัฐ-เอกชน และได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ทำให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารอันตรายและพิษภัยของบุหรี่มากขึ้น และไม่เห็นประโยชน์ของบุหรี่ รวมทั้งขาดการสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ จึงมีผลทำให้ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่นั้นมีปริมาณลดลง ส่วนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่ามีผู้สูงอายุที่ยังคงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มี ร้อยละ 9.8 เมื่อเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Pothiban (2002) พบว่ามีอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์น้อยลงเช่นกัน ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าในปัจจุบันที่บริบททางสังคมไทยให้ความสำคัญกับการที่ผู้สูงอายุต้องประพฤติปฏิบัติตนให้เป็นแบบอย่างที่ดีแก่บุตรหลาน ตลอดจนการรณรงค์งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากภาครัฐ (Panya, Sethabouppha, & Jormsri, 2013) การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เมื่อมีอายุมากขึ้น จึงทำให้ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่ยังคงดื่มเครื่องดื่ม

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุในภาคใต้ ทีมผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในภาพรวม ดังนี้

1. ชมรมผู้สูงอายุและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสามารถนำข้อมูลจากการศึกษาไปเสริมสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและวางแผนการดำเนินการร่วมกัน เพื่อส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุ โดยการวางแผนกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุให้ครอบคลุมพฤติกรรมด้านต่าง ๆ อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง สอดคล้องกับความต้องการและขนบธรรมเนียมวัฒนธรรมของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุควรวางแผนการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้กรอบแนวคิด/ทฤษฎีเป็นฐาน (Theoretical Based) เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มาเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างถูกต้องโดยเฉพาะการมีกิจกรรมทางกาย และการบริโภคอาหารที่เหมาะสม โดยมีการประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ อย่างเป็นรูปธรรม

3. ควรมีการส่งเสริมให้กรรมการและสมาชิกชมรมมีส่วนร่วมในการวางแผนกิจกรรมและการดำเนินงานของชมรมมากขึ้น และพัฒนากลวิธีที่จะให้สมาชิกชมรมเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมมากขึ้นเป็นอย่างน้อย ร้อยละ 50

4. ควรมีการประเมินผลลัพธ์ของกิจกรรมต่าง ๆ ของชมรมอย่างเป็นรูปธรรม อาทิเช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย รวมทั้งประเมินผลลัพธ์ของการออกกำลังกายต่อภาวะสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาภาวะพฤติกรรมของผู้สูงอายุทั่วไปทั้งที่เป็นสมาชิกชมรมและไม่เป็นสมาชิกชมรม รวมถึงศึกษาในสมาชิกชมรมที่ไม่ได้เป็นต้นแบบด้วย

กิตติกรรมประกาศ

การวิเคราะห์สถานการณ์ของชมรมผู้สูงอายุในภาคใต้ครั้งนี้ สามารถสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ได้แก่ คณะกรรมการบริหารชมรมผู้สูงอายุ สมาชิกชมรม ตัวแทนจากสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ประจำจังหวัด นายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานที่เป็นเครือข่ายการทำงานของชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ทุกหน่วยงานทั้ง 6 ชมรมของภาคใต้ รวมทั้งผู้สูงอายุที่ร่วมให้ข้อมูลทุกท่าน

References

- ACSM. (2001). *ACSM'S Resource Manual for Guideline for Exercise Testing and Prescription*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Avani, S. (2010). *Public Health Management of The Violent Situation in The Southern Border Princes*. Nonthaburi: Health System Research Institute. (in Thai)
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Engle Wood Cliffs, N. J. Prentice.
- Chumkaew, K., & Rangsiyatorn, C. (2014). Knowledge Attitude and Food Consumption Behaviors among Elders in Songkhla Province. *Kasetsart Journal*, 35, 16-29. (in Thai)
- Chunharusamee, (2010). *Situation of Thai Elderly*. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. 2008.
- College of Population Studies, Chulalongkorn University & Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2013). *The Report of the Situation of the Elderly in Thailand 2012*. Nonthaburi: Es-Es Plus Media. (in Thai)
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Journal of Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Naka, K., Taboonpong, S., & Khupantavee, N. (2004). Exercise among Elderly Living in Songkhla Province. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 24(3), 213-229.
- National Statistical Office. (2014). *The Majors Results of Drinking and Smoking Behaviors among Thai Population*. Retrieved from <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/smokeRep57.pdf>. Retrieved from <http://216.185.112.5/presenter.Jhtml?identifer=4559>. (in Thai)



- Panuthai, S., Sucamvang, K., & Lasuka, D. (2008). Predictive Factors of Behavioral Modification of the Chronically Ill Elderly in Northern Region of Thailand. *Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Chiang Mai, Thailand*. (in Thai)
- Panya, P., Sethabouppha, H., & Jornsri, P. (2013). Experiences of Relapsing among, Elderly with Alcohol Dependence. *Nursing Journal*, 40(4), 45-55. (in Thai)
- Pender, N. J., Murdaugh, C., & Parsons, M. A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice* (4th ed.). New Jersey: Upper Saddle River.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing Research: Principles and Methods*. (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Pothiban, L. (2000). Risk Factor Prevalence, Risk Status and Perceive Risk for Coronary Heart Disease among Thai Elderly. *Nursing Newsletter*, 27(2), 16-28.
- Pothiban, L. (2002). *Health Promotion Model for Chiangmai Population*. Unpublished Research Report.
- Senior Citizens Council of Thailand. (2009b). *National Policy on Senior Citizens Council of Thailand 2011-2015*. Retrieved from <https://dl.dropboxusercontent.com/u/50326557/Khukhan-elderly-club22554-2558.pdf>. (in Thai)
- Sungkachai, B., Chantaveemuaeng, V., & Chuseang, S. (2012). *Health Promoting Behaviors of Elderly in the Elderly Club of Songkhla Municipality*. Retrieved from http://1.179.130.166/manage/Research_pic/20121220170955.docx. (in Thai)
- The National Committee for the Elderly. (2009). *The 2nd National Committee for the Elderly (2002 – 2021) The 1st Revised Version (2009)*. Bangkok: Teppenvanits. (in Thai)
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and Psychometric Characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76-81.
- Warahut, J., & Chitviboon, A. (2010). *Health Promoting Behaviors of Elderly in the Elderly Club of Boromarajonani College of Nursing, Songkhla*. Boromarajonani College of Nursing, Songkhla Reported. (in Thai)
- Wonglamthong, S. (1999). *Personal Factors Perceived Benefits of Health Promoting Behaviors and Health Promoting Behaviors of the Elderly*. Master's Thesis, Faculty of Graduate Studies, Chiang Mai University.
- World Health Organization. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework (WHO/NMH/NPH/02.8)*. Retrieved from http://www.unati.uerj.br/doc_gov/destaque/Madri2.pdf.



ผลของอายุมารดาต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมในสตรี Impact of Maternal Age on Obstetric Complications among Women

ศุภวดี แถวเปีย^{1*}, ฉวีวรรณ ตี๋ยิ่ง², รัชณี พจนาน¹, ฉายวสันต์ คุณอุดม² และ พัชรารพณ์ เจียรณัยธนกิจ²
Supawadee Thaewpia^{1*}, Chaweewan Deeying², Ratchanee Potchana¹, Chywasan Khunudom²
and Patcharaporn Jearanaithanakit²

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น^{1*}, โรงพยาบาลขอนแก่น²
Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen^{1*}, Khon Kaen Hospital²

(Received: June 04, 2019; Revised: May 04, 2020; Accepted: May 29, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของอายุมารดาต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมในสตรี โดยเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ของสตรีวัยรุ่นอายุ 19 ปี หรือน้อยกว่า จำนวน 1,117 คน และสตรีอายุ 35 ปี ขึ้นไป จำนวน 584 คน ศึกษาข้อมูลสตรีที่คลอด ณ โรงพยาบาลขอนแก่น จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุมารดากับภาวะแทรกซ้อนโดยคำนวณอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ (Odd Ratio) ผลการวิจัยพบว่า

เมื่อเปรียบเทียบกับมารดาวัยรุ่น มารดาอายุมากมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสูงในระยะตั้งครรภ์มากกว่า ต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง ไทรอยด์ฮอร์โมนสูง การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดไม่พึ่งอินซูลินและพึ่งอินซูลิน รกเกาะต่ำ และทารกทำกัน แต่มารดาอายุมากมีโอกาสเสี่ยงต่ำกว่าต่อการเกิดพาหะธาลัสซีเมีย และถุงน้ำแตกก่อนเจ็บครรภ์จริง ในระยะคลอดพบว่ามารดาอายุมากมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสูงมากกว่ามารดาวัยรุ่นต่อการเกิดทารกขาดออกซิเจน แต่มีโอกาสเสี่ยงต่ำกว่าต่อการเกิดทารกสูดสำลักน้ำคร่ำ สายสะดือพันคอ และทารกน้ำหนักตัวน้อย ส่วนในระยะหลังคลอดพบว่ามารดาอายุมากมีโอกาสเกิดภาวะเสี่ยงสูงมากกว่ามารดาวัยรุ่นต่อการเกิดมดลูกหดตัวไม่ดี และระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหลังคลอด แต่มีอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะหลังคลอดต่อการเกิดภาวะรกค้าง

การเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและหญิงตั้งครรภ์อายุมากเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นในการป้องกันความเสี่ยงสูงที่อาจเกิดขึ้น

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น, หญิงตั้งครรภ์อายุมาก, อายุมารดา, ผลการตั้งครรภ์, ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: supawadee.t@bcnkk.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 080-7507445)



Abstract

This retrospective research aimed to study the impact of maternal age on obstetric complications among women. The obstetric complications of 1,117 mothers aged 19 years or younger were analyzed and compared with those of 584 mothers aged 35 or older. Data were collected regarding women delivering in Khon Kaen hospital and retrieved from the electronic database of the hospital. The information was obtained from each record regarding characteristics, maternal and neonatal complications. The demographic data were analyzed by using frequency and percentage. The relationship between age and complications were analyzed using odd ratio.

The results showed that advanced maternal aged was correlated with severe pregnancy induced hypertension, hyperthyroidism, previous cesarean section, gestational diabetes mellitus class A1 and A2, placenta previa and breech presentation during pregnancy, but lower risk of thalassemia and premature rupture of membrane when compared to teenage group. During intrapartum, advanced maternal aged was correlated with fetal distress; however, thick meconium stained aspiration, nuchal cord and low birth weight constituted low risk. Moreover, advanced maternal aged was associated with uterine atony and hypoglycemia, but odds ratios were significantly decreased the risk of retained placenta in postpartum period.

Monitoring and screening obstetric complications in both teenage and advanced maternal age groups are importance and necessary to prevent high risks.

Keywords: Teenage Pregnancy, Advanced Maternal Age, Maternal Age, Pregnancy Outcomes, Obstetric Complications

Introduction

Teenage pregnancy and pregnant women of advanced maternal age have been regarded as high risk pregnancies (Mattson & Smith, 2016). Teenage pregnancy had significantly higher rates of preterm birth, growth restriction, and low birthweight (Traisrisilp, Jaiprom, Luewan, & Tongsong, 2015). Advanced maternal age pregnancy has a higher incidence of complications than teenage pregnancy. Some studies have reported that pregnancy at age 40 years or older has been associated with neonatal death (Narukhutrpicchai, Khрутmuang, & Chattrapiban, 2016; Lisonkova, Potts, Muraca, Razaz, Sabr, Chan, et al., 2017)

The number of teenage and advanced maternal age pregnancies in Khon Kaen hospital Thailand has progressively increased when compared with other hospitals in health service region 7. Nearly 50% of all pregnant women were teenagers and 29.43% comprised advanced maternal age pregnancy (Obstetrics and Gynecology Department, 2015).

Pregnancy at an inappropriate age has been regarded as a risk factor for complications from pregnancy until the postpartum period. Teenage pregnancy was correlated with higher risk of hypertensive disorders of pregnancy, low weight gain during pregnancy, anemia, placenta previa, abruptio placenta, preterm labor, low birth weight (LBW) and neonatal death. It also involves the incidence of cesarean section and vacuum and forceps extraction (Azevedo, Diniz, Fonseca, Azevedo, & Evangelista, 2015; Mattson & Smith, 2016; Narukhutrpicchai, Khрутmuang, & Chattrapiban, 2016). Traditionally, advanced maternal age pregnancy involves higher obstetric complications, such as

gestational diabetes mellitus (GDM), premature contraction, pregnancy induced hypertension (PIH), premature rupture of membrane (PROM), and postpartum hemorrhage. Their babies also present a higher frequency of fetal distress, preterm status, and LBW baby (Thaewpia, Howland, Clark, & James, 2013; Rendtorff, Hinkson, Kiver, Dröge, & Henrich, 2017).

Although the study of complications related to teenage pregnancy and advanced maternal age have been revealed worldwide, limited knowledge exists regarding explanation of associations between maternal age and obstetric outcomes among Thai pregnant women in Khon Kaen hospital.

Objective

This retrospective research aimed to study the impact of maternal age on obstetric complications during pregnancy, intrapartum and postpartum periods among pregnant women at Khon Kaen hospital.

Conceptual Framework

The conceptual framework on the causes of maternal and newborn deaths was used to illustrate obstetric complications that influenced by maternal age (Unicef, 2015). Teenage and advanced maternal age pregnancy were the basic causes at the societal level that impact maternal and fetal complications during antepartum intrapartum and postpartum period. The conceptual framework of maternal age on obstetric complications was presented as figure 1.

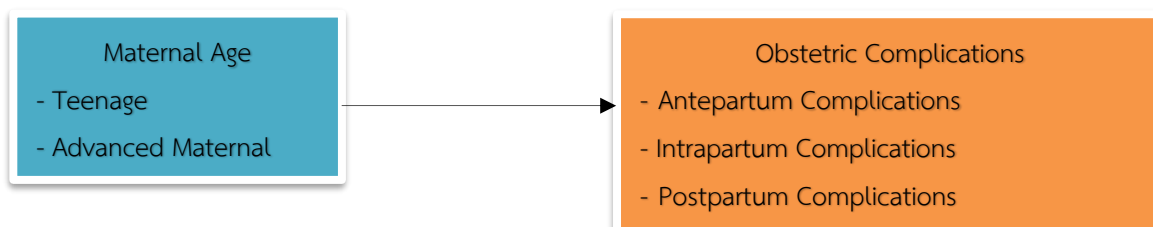


Figure 1 Conceptual Framework

Methods

Design

This research comprised a retrospective study for women delivered at Khon Kaen hospital from October 1, 2013 to September 30, 2014 with gestational ages at delivery of 28 weeks or greater. In this study, the researcher restricted the data to women who deliver in the year 2013-2014 because the information was complete and available onwards.

Population and sample

The total numbers of teenage and advanced maternal age delivery were corrected in this study. The obstetric records of 584 women, aged 35 or older at the time of delivery, were reviewed and compared with a control group consisting of 1,117 women aged 19 or younger delivering during the same period. Data including maternal age at the time of delivery, gravidity, gestational age, and

type of delivery. The research excluded mother aged between 21-34 because the incidence of obstetric complications among these age group was low. Obstetric complications including (1) antenatal complications (obesity, mild PIH, severe PIH, chronic hypertension, hyperthyroidism, HbE, previous cesarean section, GDMA1, GDMA2, overt DM, PROM, PPRM, placenta previa, viral precaution, oligohydramnios, breech presentation, heart disease, myoma uteri, twins, premature contraction, fetal distress), (2) intrapartum complications (birth weight, cephalopelvic disproportion (CPD), fetal distress, nuchal cord, LBW, thick meconium stained, transverse lie, birth before admission, APGAR <7 at 1 min, APGAR <7 at 5 min, preterm baby), (3) postpartum complications (uterine atony, retained placenta, cervical tear) and neonatal outcomes (low blood sugar, low Hct, neonatal death) were collected and compared with a control group.

Research Instrument

Data were collected via use of medical record forms. They consisted two parts of demographic data and obstetric complications. The demographic data included of age, gravida, gestational age, and type of delivery. The obstetric complications during antenatal, intrapartum, and postpartum period were recorded in medical record forms.

Validity and Reliability of the Research Instrument

The content validity of medical record forms was examined by three experts in obstetric medical and nursing (1 obstetric nurse, 1 maternal child and midwifery nursing instructor, and 1 obstetrician). Reliability of instrument was assessed by trying out with recording 30 teenage and advanced maternal age pregnancy cases from the data base to confirm the understanding in the content of each items.

Data collection

Data were collected from the database of the department of obstetrics and gynecology at Khon Kaen hospital and extracted for demographic characteristics, obstetrics complications, types of delivery, fetal and neonatal outcomes. The researchers checked for validity or missing values and corrected by reviewing the medical records.

Data analysis

Statistical analysis was performed using SPSS for Windows, Version 16.0, and the characteristic data were presented as number of subjects and percent. Odds ratio (OR) and 95% confidence intervals (CI) were presented to analyze the risk related with advanced maternal age, and $p < 0.05$ was regarded as statistically significant.

Ethics considerations

Approval to conduct the study was obtained from Institutional Review Board of Khon Kaen Hospital on June 2, 2015 (Certificate number KE58056). To obtain data regarding the complication outcomes of the participants, the researcher recorded the medical record number and requested data of the obstetric complications for each participant. The medical record number was destroyed immediately upon receipt of this data,

Results

During the study period, a total of 5,807 women delivered at Khon Kaen hospital, of which, 584 were in the advanced maternal group (age 35 years or older) and 1,117 were in the younger group (aged 19 or younger). The mean score of age in teenage and advanced maternal groups were 16.10 and 37.80, respectively. The mean score of gestational age in both groups was 37.70 weeks. More than one half of teenage pregnancies experienced normal delivery (69.50%) while those in the advanced maternal group gave birth by caesarean section (53.20%)

With regard to maternal complications during antepartum period, the advanced maternal group had significantly higher rates of obstetric complications including severe PIH, chronic hypertension, hyperthyroidism, previous caesarean section, GDM class A1 and GDM class A2, breech presentation, pregnancy with myoma uteri and premature contraction. In contrast, the younger group had significantly higher rates of Hemoglobin E and PROM (Table 1).

Table 1 Obstetric Complication during Antepartum Period (N = 1,701)

Complications	≤19 years (%)	≥35 years (%)	p-value
Obesity	0.4	0.2	>0.05
Mild PIH	1.1	1.4	>0.05
Severe PIH	3.4	6.5	<0.05
Chronic hypertension	0.4	2.4	<0.05
Hyperthyroidism	0.2	2.7	<0.001
Hemoglobin E	3.0	0.9	<0.05
Previous cesarean section	1.5	17.8	<0.001
Gestational diabetes mellitus A1	0.4	10.8	<0.001
Gestational diabetes mellitus A2	0.4	4.1	<0.001
Overt diabetes mellitus	0.0	1.0	<0.05
Premature rupture of membrane	7.3	1.5	<0.001
Preterm PROM	2.8	2.7	>0.05
Placenta previa	0.8	2.9	<0.05
Viral precaution	0.8	1.7	>0.05
Oligohydramnios	2.1	2.1	>0.05
Breech presentation	2.6	8.2	<0.001
Heart disease	0.4	0.7	>0.05
Myoma uteri	0.0	2.6	<0.001
Twins	1.5	1.9	>0.05
Premature contraction	0.0	11.8	<0.001
Fetal distress	1.1	0.9	>0.05

Obstetric complications during intrapartum period were significant higher in the advanced maternal group including CPD and fetal distress. However, the younger group had significantly higher rates of LBW, nuchal cord and thick meconium stained aspiration. The mean birth weight was slightly lower in the younger group (Table 2).

The incidence of poor uterine contraction after birth and low blood sugar among neonates in the postpartum period was significantly higher in the group of advanced maternal age than in the younger group. On the other hand, retained placenta significantly occurred more frequently in the younger group than in the advanced maternal group (table 2).

Table 2 Obstetric Complication during Intrapartum and Postpartum period (N = 1,701)

Complications	≤19 years (%)	≥35 years (%)	p-value
Intrapartum Complications			
Birth weight (gm)	2838.6	2964.5	< 0.001
Mean ± SD	±567.5	±586.1	
Cephalo pelvic disproportion	11.4	16.6	<0.05
Fetal distress	0.2	6.0	< 0.001
Nuchal cord	11.4	4.6	< 0.001
Low birth weight	22.1	14.9	<0.05
Thick meconium stained	11.1	5.7	<0.05
Transverse lie	0.2	1.2	>0.05
Birth before admission	0.0	0.7	>0.05
APGAR < 7 at 1 min	7.7	8.2	>0.05
APGAR < 7 at 5 min	3.4	2.7	>0.05
Preterm Baby	16.6	12.5	>0.05
Postpartum Complication			
Maternal complications			
Uterine atony	0.8	2.9	<0.05
Retained placenta	2.4	0.7	<0.05
Cervical tear	0.2	0.3	>0.05
Newborn baby complications			
Low blood sugar	1.7	5.1	<0.05
Low Hematocrit	1.5	1.7	>0.05
Baby death	2.1	1.0	>0.05

The results also demonstrated that the antenatal complication of severe PIH [OR (95%CI) 2.3 (1.3-4.2)] ($p<0.01$), hyperthyroidism [OR (95%CI) 14.6 (1.7-125.8)] ($p<0.05$), previous cesarean section [OR (95%CI) 16.0 (7.6-33.7)] ($p<0.001$), GDMA1 [OR (95%CI) 32.4 (7.8-134.9)] ($p<0.001$), GDMA2 [OR (95%CI) 16.7 (3.8-74.6)] ($p<0.001$), placenta previa [OR (95%CI) 3.8 (1.2-12.1)] ($p<0.05$) and breech presentation [OR (95%CI) 3.9 (2.1-7.3)] ($p<0.001$) were higher in the advanced maternal group. The rate of fetal distress in intrapartum period and uterine atony in postpartum period [OR (95%CI) 3.9 (1.3-11.6)] ($p<0.05$) and newborn baby low blood sugar [OR (95%CI) 3.1 (1.4-6.5)] ($p<0.05$) were also higher in the advanced maternal group [OR (95%CI) 33.9 (4.6-249.1)] ($p<0.01$) (table 3).

Table 3 Multivariable Odds Ratios (OR) of Obstetric Complications (N=584)

Obstetric complications	Advanced maternal age women			P-value
	%	OR	95% CI	
Antenatal Complications				
Severe PIH	6.5	2.3	(1.3-4.2)	<0.05
Chronic HT	2.4	3.2	(0.6-15.8)	>0.05
Hyperthyroidism	2.7	14.6	(1.7-125.8)	<0.05
HbE	0.9	0.2	(0.1-0.7)	<0.05
Previous cesarean section	17.8	16.0	(7.6-33.7)	<0.001
Gestational diabetes mellitus A1	10.8	32.4	(7.8-134.9)	<0.001
Gestational diabetes mellitus A2	4.1	16.7	(3.8-74.6)	<0.001
Premature rupture of membrane	1.5	0.3	(0.1-0.6)	<0.05
Placenta previa	2.9	3.8	(1.2-12.1)	<0.05
Viral precaution	1.7	2.7	(0.8-9.2)	>0.05
Breech presentation	8.2	3.9	(2.1-7.3)	<0.001
Intrapartum Complications				
Cephalopelvic disproportion	16.6	1.4	(0.9-2.0)	>0.05
Transverse lie	1.2	6.4	(0.8-53.2)	>0.05
Fetal distress	6.0	33.9	(4.6-249.1)	<0.05
Thick meconium stained	5.7	0.4	(0.3-0.7)	<0.05
Nuchal cord	4.6	0.4	(0.2-0.6)	<0.001
Preterm Baby	12.5	1.0	(0.6-1.5)	>0.05
Low birth weight	14.9	0.6	(0.4-0.9)	<0.05
Postpartum Complications				
Uterine atony	2.9	3.9	(1.3-11.6)	<0.05
Retained placenta	0.7	0.3	(0.1-0.9)	<0.05
Newborn baby low blood sugar	5.1	3.1	(1.4-6.5)	<0.05
Baby death	1.0	0.5	(0.2-1.4)	>0.05

Discussion

The prevalence of teenage pregnancy was 19.27%, which was higher than the preventing teenage mothers criteria set by the Thai Ministry of Public Health (10%) and also higher than many studies (Kittipiboon, 2010; Wanakosit 2012). This may have been due to a lack of safe sex knowledge and contraceptive use, ease to access alcoholic beverages, provocative media and marriage at the early age (Unicef, 2015). However, this study found that the prevalence of advanced maternal age pregnancy was lower than the total of that of all advanced maternal age pregnancies in 2016 (15.20%) and lower than those of many study (Lawaratanakorn, 2012; Promlungka, et al., 2014). This delayed childbearing may be due to changes in society such as obtaining higher levels of education, marrying later and advances in fertility technology (Thaewpia & Tanglakmankhong, 2017). Regarding the type of delivery, the advanced maternal group exhibited a significantly higher cesarean section delivery rate than the teenage group, which was consistent with many studies (Kittipiboon, 2010; Lawaratanakorn, 2012). This

significantly higher rate of cesarean section delivery may be related to fetal distress, fetal malpresentation, or myoma uteri which is regarded as the cause of cesarean section and the majority in the advanced maternal age group who experienced a previous cesarean section. We also found that the teenage group exhibited a significantly higher normal delivery rate than the advanced maternal group and was consistent with other studies (Kittipiboon, 2010; Lawaratanakorn, 2012). It may have been because most of the teenage pregnancies experienced preterm labor and gave birth to LBW babies (Blomberg, Tyrberg, & Kjølhed, 2014).

Our study confirmed a significantly higher incidence of complications during pregnancy including PIH, GDM, hyperthyroidism, myoma uteri and premature contraction (Ates, Batmaz, Sevket, Molla, Dane, & Dane, 2013; Blomberg et al., 2014; Khalil, Syngelaki, Maiz, Zinevich, & Nicolaides, 2013; Promlungka, Boonyatarp, Khamsripon, Laohawat, Kovjiriyapan, & Chandeying, 2014; Thaewpia et al., 2013) and demonstrated the incidence to present other obstetrical complications in the advanced maternal group, including previous cesarean section and breech presentation. In contrast, the advanced maternal age group seemed to have a lower prevalence of thalassemia trait and PROM.

Regarding PIH and GDM, the overall prevalence rate in the advanced maternal age group was 2.1 times higher than that in the teenage pregnancy group, and may have been because of decreasing blood vessel elasticity in mothers with old age especially becoming pregnant at age 40 or older (Gaillard, Bakker, Steegers, Hofman, & Jaddoe, 2011). Concerning hyperthyroidism, the prevalence rate was higher in the advanced maternal age group compared with that in the teenage group. It may have been because they have had thyroid disease before the onset of gestation. A new diagnosis of hyperthyroidism is uncommon in early pregnancy, as untreated disease is associated with reduced fertility (Marx, Amin, & Lazarus, 2008).

The major complication during labor in the teenage mother group was LBW (22.2%) and preterm baby (16.6%). These were the causes of neonatal morbidity and mortality, for instance, respiratory distress syndrome and intraventricular hemorrhage (Phupong, 2012), corresponding to that found in related studies (Sananpanichkul & Leaungsomnana, 2015; Blomberg et al., 2014). The high risk during labor at advanced maternal age was CPD (16.6%), which was the cause of fetal distress and lead to C/S. In addition, the LBW and preterm baby also risks in this group were related to the results in other studies (Blomberg et al., 2014; Khalil et al., 2013; Koo Ryu, Yang, Lim, Lee, Kim et al., 2012). This may be due to having stress or poor health condition that has been reported in the literature (Perry, Hockenberry, Lowdermilk, Wilson, Alden, & Cashion, 2018). The prevalence rate of fetal distress in advanced maternal age was significantly higher than that among teenagers [OR (95%CI) 33.9 (4.6-249.1)]. This caused an increasing low rate of APGAR scores (<7) at 1 minute after birth (Thaewpia, 2013).

Concerning postpartum complications, the study found a significantly higher rate of uterine atony and retained placenta in the advanced maternal age group, which was the major cause of postpartum hemorrhage. It may be because unobserved factors, for instance, the overdistension of the uterine muscles by multiple pregnancies, fetal macrosomia and polyhydramnion as well as a protracted delivery. Moreover, experiencing curettages and previous cesarean sections cause the retained placenta (Lao, Sahota, Cheng, Law, & Leung, 2014).

Regarding newborn baby complications, we found the rate of low blood sugar among babies after birth in the advanced maternal age group was higher than those in the teenage mother group. The explanation for low blood sugar after birth is possibly related to the advanced maternal age group having an incidence rate of GDM that caused low and high blood sugar levels during the postpartum period (Phupong, 2012).

In conclusion, both teenage pregnancy and advanced maternal age groups presented higher complications of pregnancy. The complications can occur to maternal and fetal in antepartum, intrapartum, and postpartum period.

Limitations

Before using the study's findings, its limitations must be considered. Some demographic characteristic of the subjects that may have been associated with pregnancy outcomes should be considered when conducting future research regarding the impact of maternal age on maternal outcomes, for instance, education level, marital status, occupation and income levels. In addition, the study involved only one hospital, so that the results are not generalizable.

Implication of the Results

Based on the research findings, nurses can provide care at Antenatal Care Clinics by focusing on the maternal age group as followed.

1. Counseling and assessing about medical complications and obstetric risks in both teenage and advanced maternal age groups are necessary. Regarding teenage pregnancy, nurses must check for PROM, PIH and thalassemia. On the other hand, the advanced maternal age group must be counseled about preterm labor, GDM, PIH, hyperthyroid, placenta previa and breech presentation.

2. Monitoring fetal distress and observing prolonged labor progression from nuchal cord and CPD in both groups during the postpartum period are recommended for the nurses in the labor room. These could lead to better prepared and more appropriate caesarean section from dystocia.

3. Preventing and observing postpartum hemorrhage from retained placenta in the teenage group and uterine atony, low blood sugar in newborn baby in the advanced maternal age group constitute important roles for nurses in the postpartum unit.

Recommendation for Further Study

The findings support that both teenage pregnancy and advanced maternal age groups related higher complications of pregnancy. However, there is the need for further exploration of study. Using multiple hospitals, located in various geographic areas throughout Thailand, could generate more generalizable results to examine. In addition, considering comparing the teenage and advanced maternal groups with an adult pregnancy group (aged 20-35 years old) could more significantly demonstrate odd ratio test results.



References

- Ates, S., Batmaz, G., Sevet, O., Molla, T., Dane, C., & Dane, B. (2013). Pregnancy Outcome of Multiparous Women Aged Over 40 Years. *International Journal of Reproductive Medicine*. 1-5. doi.org/10.1155/2013/287519
- Azevedo, W. F., Diniz, M. B., Fonseca, E. S., Azevedo, L. M., & Evangelista, C. B. (2015). Complications in Adolescent Pregnancy: Systematic Review of The Literature. *Einstein*, 13(4), 618-26. doi: 10.1590/S1679-45082015RW3127.
- Blomberg, M., Tyrberg, R. B., & Kjølhed, P. (2014). Impact of Maternal Age on Obstetric and Neonatal Outcome with Emphasis on Primiparous Adolescents and Older Women: A Swedish Medical Birth Register Study. *British Medical Journal*, 4, e005840. doi:10.1136/bmjopen-2014-005840
- Gaillard, R., Bakker, R., Steegers, E. A., Hofman, A., & Jaddoe, V. W. (2011). Maternal Age During Pregnancy is Associated with Third Trimester Blood Pressure Level: The Generation R Study. *American Journal of Hypertension*, 24(9), 1046-59.
- Khalil, A., Syngelaki, A., Maiz, N., Zinevich, Y., & Nicolaides, K. H. (2013). Maternal Age and Adverse Pregnancy Outcome: A Cohort Study. *Ultrasound Obstetrics and Gynecology*, 42, 634-643. doi: 10.1002/uog.12494
- Kittipiboon, S. (2010). Teenage Pregnancy in Trad Hospital, Thailand. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education*, 27(2), 107-114 (in Thai).
- Koo, Y.-J., Ryu, H.-M., Yang, J.-H., Lim J.-H., Lee, J.-E., Kim, M.-Y., et al. (2012). Pregnancy Outcomes According to Increasing Maternal age. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 51, 60-65. Retrieved January 20, 2015 from [http://www.tjog-online.com/article/S1028-4559\(12\)00013-7/pdf](http://www.tjog-online.com/article/S1028-4559(12)00013-7/pdf)
- Lao, T. T., Sahota, D. S., Cheng, Y. K. Y., Law, L. W., & Leung, T. Y. (2014) Advanced Maternal Age and Postpartum Hemorrhage-Risk Factor or Red Herring?. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 27(3), 243-246, doi:10.3109/ 14767058.2013.807240
- Lawaratanakorn, B. (2012). Maternal Age and Neonatal Outcomes, In Pregnant Women and Child Who Gave Birth at Kanthaluk Hospital. *Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen*. 7, 11(1), 1-9. Retrieved January 13, 2015 from file:///C:/Users/asus%20pc/Downloads/2628-2812-1-PB.pdf (in Thai)
- Lisonkova, S., Potts, J., Muraca, G. M., Razaz, N., Sabr, Y., Chan, W. S., & Kramer, M. S. (2017). Maternal Age and Severe Maternal Morbidity: A Population-Based Retrospective Cohort Study. *Public Library of Science Medicine*, 14(5), 1-19. Retrieved December 22, 2017 from e1002307.https://doi.org/10.1371/journal. pmed.1002307
- Marx, H., Amin, P., & Lazarus, J. H. (2008). Hyperthyroidism and Pregnancy. *British Medical Journal*, 336(7645), 663-667. doi:10.1136/bmj.39462.709005.AE
- Mattson, S., & Smith, J. E. (2016). *Core Curriculum for Maternal-Newborn Nursing*. (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Inc.



- Narukhutrpicchai, P., Khrutmuang, D., & Chattrapiban, T. (2016). The Obstetrics and Neonatal Outcomes of Teenage Pregnancy in Naresuan University Hospital. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 99(4), 361-7. Retrieved December 2, 2016 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Narukhutrpicchai%20P%5B+Author%5D&cauthor=true&cauthorid=27396218>
- Obstetrics and Gynecology Department, Khon Kaen Hospital. (2015). *Annual Statistical Report*. Khon Kaen: Obstetrics and Gynecology Department, Khon Kaen Hospital. (in Thai)
- Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., Wilson, D., Alden, K. R., & Cashion, M. C. (2018). *Maternal Child Nursing Care*. 6th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Phupong, V. (Editor). (2012). *Management of Common Problems in Obstetrics*. Samutsakorn, Thailand: Pimdee. (in Thai)
- Promlungka, K., Boonyatarp, K., Khamsripon, P., Laohawat, W., Kovjiriyapan, K., & Chandeying, V. (2014). Pregnancy Outcomes of Elderly and Adult Gravidarum at Phayao Hospital. *Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medicine and Education Center*, 31, 148-155. Retrieved December 12, 2016 from <https://www.tci-thaijo.org/index.php/ppkjournal/article/view/68448/55728>. (in Thai)
- Rendtorff, R., Hinkson, L., Kiver, V., Dröge, L. A., & Henrich, W. (2017). Pregnancies in Women Aged 45 Years and Older - A 10-Year Retrospective Analysis in Berlin. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 77(3), 268-275. doi: 10.1055/s-0043-100105.
- Sananpanichkul, S., & Leaungsomnapa, Y. (2015). Adolescent Pregnancy: Maternal Factors Effect on Fetal Outcomes. *Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medicine and Education Center*, 32:147-156. Retrieved December 12, 2016 from <https://tci-thaijo.org/index.php/ppkjournal/article/view/67866/55348>. (in Thai)
- Thaewpia, S., Howland L. C., Clark M. R., & James K. S., (2013). Relationships among Health Promoting Behaviors and Maternal and Infant Birth Outcomes in Older Pregnant Thais. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 17(1), 28-38. Retrieved May 28, 2015 from file:///C:/Users/asus%20pc/Downloads/6359-Article%20Text-12344-1-10-20130227.pdf
- Thaewpia, S., & Tanglakmankhong, K. (2017). Advanced Maternal Age Pregnancy: Nursing Concern for Nurse-Midwifery. *Journal of Nursing Science & Health*, 40(1), 144-152. Retrieved November 2, 2017 from <https://www.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/91983>. (in Thai)
- Traisrisilp, K., Jaiprom, J., Luewan, S., & Tongsong, T. (2015). Pregnancy Outcomes among Mothers Aged 15 Years or Less. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 41(11), 1726-1731. Retrieved December 22, 2017 from <https://doi.org/10.1111/jog.12789>
- Unicef Thailand. (2015). *The Report of Synthesis and Analysis of Teenage Pregnancy Situation in Thailand*. Retrieved November 2, 2017 from https://www.unicef.org/thailand/tha/160705_SAAP_in_Thailand_report_TH.pdf. (in Thai)



- Unicef. (2015). *Conceptual Framework for Maternal and Neonatal Mortality and Morbidity*. Retrieved April 18, 2015 from <https://www.unicef.org/sowc09/docs/SOWC09-Figure-1.7-EN.pdf>
- Wanakosit, S. (2012). Pregnancy Outcomes Between Teenage Pregnancy and Adult Pregnancy at Lahansai Hospital, Thailand. *Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medicine and Education Center*, 29, 283-292. Retrieved December 22, 2017 from file:///C:/Users/asus%20pc/Downloads/70760-166138-1-PB.pdf. (Thai edition)

ทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิค: การจัดการเรียนรู้ภาคปฏิบัติทางการพยาบาล Non-Technical Skills: The Provision of Nursing Practicum

มาลี คำคง^{1*}, ยูวนิดา อารมรมย์¹ และ สุระพร ปุ้ยเจริญ¹

Malee Kumkong^{1*}, Yuwanida Aramromand¹ and Suraporn Puicharoen¹

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา^{1*}

Boromarajonani College of Nursing, Songkhla^{1*}

(Received: September 12, 2019; Revised: April 27, 2020; Accepted: May 29, 2020)

บทคัดย่อ

ทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิค เป็นแนวคิดที่ใช้ในหลายวงการที่เน้นความสำคัญเรื่องความปลอดภัย สามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เข้ากับบริบทการบริการสุขภาพ ที่จะนำไปสู่ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ช่วยลดความผิดพลาด เพิ่มคุณภาพของทักษะทางเทคนิค รวมถึงทำให้ทัศนคติของผู้เรียนต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยดีขึ้น ประกอบด้วยกระบวนการคิด การตัดสินใจ การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม การตระหนักรู้ในสถานการณ์ และการจัดการภัยคุกคาม และความผิดพลาด (Threat & Error Management: TEM Model) หรือเป็นทักษะทางปัญญา ทักษะทางสังคม และทักษะรอบด้านของบุคคลที่ใช้ร่วมกับความรู้และทักษะทางเทคนิค การจัดการศึกษาทางการพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการเรียนรู้ภาคปฏิบัติทางการพยาบาล มีแนวทางการจัดการเรียนรู้ทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิค ดังนี้ 1) สร้างการตระหนักรู้ในสถานการณ์หรือการรับรู้สถานการณ์ โดยเพิ่มการรับรู้ของประสาทสัมผัสอย่างมีประสิทธิภาพ และสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ให้ผู้เรียนมีความรู้อย่างเพียงพอ และผ่านประสบการณ์ที่หลากหลาย และแตกต่างกัน 2) ฝึกทักษะการสื่อสารโดยใช้เทคนิคการสื่อสารที่เป็นสากลและมีประสิทธิภาพ และกระบวนการสุนทรียะสนทนา 3) พัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีม 4) เสริมสร้างความกล้าแสดงออกหรือการโต้แย้งอย่างสร้างสรรค์ 5) พัฒนาทักษะภาวะผู้นำ และ 6) หล่อหลอมคุณธรรม จริยธรรม

คำสำคัญ: ทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิค, การจัดการเรียนรู้ทางการพยาบาล, การฝึกภาคปฏิบัติ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: malee-kk@hotmail.com โทรศัพท์ 094-6163524)

Abstract

Non- technical skills are the cognitive (decision- making, situation- awareness) and interpersonal (communication, teamwork, leadership) skills that underpin technical proficiency, and are considered particularly important for preventing errors. This concept can also be applied to the context of health care services that leads to patient safety, minimize negligence, and increase quality of technical skills as well as improve students attitude towards patient safety. For the provision of nursing education, particularly nursing practice, these are the recommended methods in order to develop non-technical skills: 1) building situational awareness or perception by increasing effective sensation and building situational understanding for students through the various and different experiences, 2) practicing communication skills by using international and effective communication and dialogue process, 3) developing team working skills, 4) enhancing assertiveness or creative argument, 5) developing leadership skill, and 6) instilling virtue and ethics.

Keywords: Non-Technical Skill, Nursing Education Provision, Practicum

บทนำ

ทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิค (Non-Technical Skills) เป็นแนวคิดด้านความปลอดภัยที่ใช้มายาวนานในการอุตสาหกรรมการบิน โดยการฝึกอบรมให้พนักงานทุกคนรับรู้ว่าเป็นพื้นฐานที่มีความสำคัญต่อระบบ เพราะแค่พนักงานคนเดียวที่หายไปสามารถส่งผลกระทบต่อระบบความปลอดภัยได้ (Saengaram, 2016) และข้อมูลยืนยันความสำคัญของทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิคในการทำงานที่เน้นความปลอดภัยของอุตสาหกรรมการบินที่มีการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติเหตุด้านการบิน ผลการวิจัย และเสียงบันทึกในห้องปฏิบัติการฝึกการบินพบว่า สภาพการบินที่ไม่ปลอดภัยส่วนใหญ่ เกี่ยวข้องกับความล้มเหลวด้านทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิคของนักบินมากกว่าการขาดความรู้ทางด้านเทคนิคและความสามารถในการบินหรือปัญหาของท่าอากาศยาน (Flin, & Marran, 2004) ทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิคจึงถูกนำมาใช้ในหลายกรณีที่เน้นความสำคัญเรื่องความปลอดภัยและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ให้เข้ากับบริบทในการบริการสุขภาพที่จะนำไปสู่ความปลอดภัยในการดูแลรักษาผู้ป่วย ประกอบด้วยกระบวนการคิด การตัดสินใจ การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม การบริหารจัดการงานที่สำคัญ การตระหนักรู้ในสถานการณ์ การจัดการสิ่งคุกคามและความผิดพลาดหรือเป็นทักษะทางปัญญา ทักษะทางสังคม และทักษะรอบด้านของบุคคลที่ใช้ร่วมกับความรู้และทักษะทางเทคนิค (Technical Skill) เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและเกิดประโยชน์สูงสุดในการกระทำภารกิจใด ๆ (Raksamani, 2015)

การบริการในระบบบริการสุขภาพ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความผิดพลาดในการดูแลรักษา ที่เกิดจากการกระทำที่ไม่ได้ตั้งใจหรือการกระทำที่ไม่สามารถทำให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการ หรือเกิดความล้มเหลวในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย หรือเกิดความคลาดเคลื่อนจากสิ่งที่ควรจะเป็นในกระบวนการดูแลรักษา ทั้งที่อาจส่งผลให้เกิดหรือไม่เกิดความสูญเสียขึ้นกับผู้ป่วย ดังนั้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงเป็นความต้องการของผู้ให้บริการและผู้รับบริการด้านสุขภาพ เนื่องจากความไม่ปลอดภัยหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์นำมาซึ่งความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานของผู้ป่วยครอบครัวและผู้ดูแล สร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นเกิดข้อร้องเรียนและปัญหาการฟ้องร้องมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสถานบริการสุขภาพทุกระดับและผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพมีความตื่นตัวเรื่องความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยกันมากขึ้นตระหนักถึงความสำคัญและมีความพยายามในการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการเร่งรัดพัฒนาให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพ เป็นที่ไว้วางใจ มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการให้ดีขึ้น

แนวคิดทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิค จึงเป็นคำตอบสำคัญในการมุ่งสู่เป้าหมายความปลอดภัย และได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ทางด้านสุขภาพอย่างแพร่หลาย นับเป็นทักษะสำคัญในทุกวิชาชีพด้านสุขภาพที่ใช้ควบคู่กับความรู้และทักษะทางเทคนิค มีผลการวิจัยสนับสนุนทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิคว่า มีความจำเป็นในระบบการทำงานและกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย คุณภาพการดูแลสูงขึ้นและมีประสิทธิภาพ (Gordon, Box, Farrell & Stewart, 2015; Youngson, 2011) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยวิกฤติ ผู้ป่วยผ่าตัดหรือผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการสังเกตอาการและรอการวินิจฉัยต่าง ๆ ซึ่ง Raksamani (2015) ได้สรุปทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิคทางวิสัญญีไว้ 4 ส่วนคือ 1) ทักษะการทำงานเป็นทีม เป็นทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่นโดยเน้นที่การทำงาน เพื่อให้งานหรือการดูแลผู้ป่วยสำเร็จลุล่วงและบุคลากรทุกคนในทีมมีความพึงพอใจในผลงาน ได้แก่ การประสานงานในทีมที่ต้องมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของเพื่อนร่วมงานและปฏิบัติอย่างให้เกียรติมีการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ มีความเป็นผู้นำและยอมรับได้เมื่อต้องอยู่ในบทบาทที่ไม่ใช่ผู้นำ สามารถประเมินความสามารถข้อจำกัดของตนเองและเพื่อนร่วมทีม รวมถึงขอความช่วยเหลือในเวลาที่เหมาะสม 2) การบริหารจัดการงานสำคัญ เป็นทักษะการบริหารจัดการความรู้และทรัพยากรที่มีอยู่ในขณะนั้น รวมถึงการกระทำที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย ได้แก่ การวางแผนและเตรียมการ คิดล่วงหน้าถึงขั้นตอนถัดไปอย่างมีเหตุผลจัดลำดับความสำคัญ ทั้งความคิด การกระทำข้อมูลที่ได้รับอย่างมีระบบระเบียบ รักษามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติอย่างเหมาะสมโดยใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า 3) การตระหนักรู้ในสถานการณ์ที่เป็นปัญหา เป็นทักษะที่ตระหนักถึงสถานการณ์ที่อาจเกิดปัญหา ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ ใช้ข้อมูลเฉพาะที่สำคัญเพื่อประเมินสถานการณ์ แปลผลข้อมูลด้วยความเข้าใจ และตระหนักถึงปัญหาโดยนำไปประมวลเข้ากับความรู้ที่มีอยู่คิดวางแผนล่วงหน้าถึงผลที่จะเกิดจากการกระทำหรือไม่กระทำ และ 4) การตัดสินใจ เป็นทักษะที่จะตัดสินใจเลือกการวินิจฉัย การกระทำหรือการรักษาใด ๆ ทั้งในสถานการณ์ปกติและในสถานการณ์ที่มีแรงกดดันจากสภาวะรอบด้าน ประกอบด้วย การไตร่ตรองทางเลือกที่มีก่อนตัดสินใจ พิจารณาข้อดีข้อเสีย ความเสี่ยงของแต่ละทางเลือกและเมื่อตัดสินใจแล้วประเมินผลของการตัดสินใจซ้ำเป็นระยะ

เช่นเดียวกับวิชาชีพการพยาบาล ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องโดยตรงกับความปลอดภัยของผู้ป่วย เพราะมีการจัดอัตรากำลังหมุนเปลี่ยนตลอดเวลา เพื่อดูแลช่วยเหลือ ติดตามประเมินอาการและเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และต่อเนื่อง เป็นสื่อกลางในการส่งต่อข้อมูลหรือปัญหาของผู้ป่วยไปสู่ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เป็นผู้ทำหน้าที่แทนผู้ป่วย และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษาอย่างจริงจัง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนฟื้นฟูและสร้างเสริมสุขภาพ โดยคำนึงถึงความเป็นองค์กรรวมและความเป็นปัจเจกบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองและกลับคืนสู่ครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุข อีกทั้งพยาบาลต้องทำหน้าที่ดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือในชุมชน ด้วยการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยหรือผู้ดูแลให้เกิดผลลัพธ์การรักษาพยาบาลที่ดีคือ หายจากโรคหรือดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข (Kumkong, Chotibun, & Singsri, 2020) ด้วยเหตุนี้พยาบาลจึงต้องมีทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิคที่จะสามารถบริหารจัดการให้เกิดการดูแลในสถานการณ์ต่าง ๆ ของผู้ป่วยร่วมกับทีมได้ ช่วยลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยและการตาย สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงก่อนที่จะเข้าสู่ระยะวิกฤติ ส่งผลให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัย ทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิคจึงเป็นสมรรถนะหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพ ดังที่ Kunsiripunyo (2015) ได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับองค์ความรู้ด้านสมรรถนะวิชาชีพและนำมาสังเคราะห์สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพโดยใช้กรอบตามมติของสภาการพยาบาลและจัดกลุ่มสมรรถนะ 8 ด้านคือ จริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมาย การปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ คุณลักษณะเชิงวิชาชีพ ภาวะผู้นำการจัดการและการพัฒนาคุณภาพ วิชาการและการวิจัย การสื่อสารและสัมพันธภาพ เทคโนโลยีและสารสนเทศและสังคม

สถาบันการศึกษาทางการพยาบาล จึงมีบทบาทสำคัญในการสร้างบุคลากรทางการพยาบาลให้มีคุณภาพ โดยจัดระบบการศึกษาภายใต้กรอบของแผนอุดมศึกษาระยะยาว 20 ปี พ.ศ. 2561-2580 ที่กำหนดยุทธศาสตร์หลักเป็นทิศทางการพัฒนาอุดมศึกษาในภาพรวม มี 2 ใน 6 ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาผู้เรียนให้เป็น

กำลังคนที่มีคุณภาพคือ ยุทธศาสตร์ที่ 1 อุดมศึกษาเป็นแหล่งพัฒนากำลังคนและสร้างเสริมศักยภาพทั้งทักษะความคิด และการรู้คิด เพื่อสนับสนุนการพัฒนาประเทศตามยุทธศาสตร์ชาติ และยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาศักยภาพและคุณภาพนักศึกษา เสริมสร้างความรู้และทักษะทางอาชีพ ให้พร้อมรองรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (Office of the Higher Education Commission, 2018) การจัดการศึกษาทางการพยาบาลจึงต้องจัดการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎี ภาคทดลองและภาคปฏิบัติ เพื่อหล่อหลอมให้ผู้เรียนเกิดองค์ความรู้และทักษะที่เพียงพอในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม แต่การมีความรู้และทักษะทางเทคนิคยังไม่เพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้เรียนทุกคนต้องได้รับการพัฒนาทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิคควบคู่กันไปในทุกกระบวนการ กล่าวคือทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิคเป็นทักษะทางปัญญา ทักษะทางสังคมและทักษะรอบด้านที่พยาบาลต้องใช้ร่วมกับความรู้และทักษะทางเทคนิค เพราะสามารถเพิ่มคุณภาพของทักษะทางเทคนิคลดความผิดพลาด ช่วยเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย โดยการลดปัจจัยด้านมนุษย์ในการปฏิบัติงาน และมีหลักฐานสนับสนุนว่าการฝึกทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิคควบคู่กันไปจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านทักษะทางเทคนิคเพิ่มขึ้นทำให้ทัศนคติของผู้เรียนต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยดีขึ้น (Raksamani, 2015)

ดังนั้น ผู้สอนต้องตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิค และจัดการเรียนการสอนที่สอดแทรกในทุกกระบวนการของการฝึกปฏิบัติ โดยเสริมสร้างการเรียนรู้ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การฝึกปฏิบัติสถานการณ์จำลอง การวิเคราะห์กรณีศึกษา ฝึกวิเคราะห์และค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก กระตุ้นให้ผู้เรียนใช้กระบวนการคิด ใช้คำถามกระตุ้นการคิดร่วมกับจัดกิจกรรมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมและได้เรียนรู้ด้วยตนเอง รวมทั้งปฏิบัติให้เห็นเป็นแบบอย่าง และสะท้อนคิดให้ผู้เรียนรับรู้การใช้ทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิคแต่ละขั้นตอนให้เห็นเป็นรูปธรรม บทความนี้ผู้เขียนมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการจัดการเรียนรู้ทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิคในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลระดับปริญญาตรี ที่อาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติสามารถประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาผู้เรียน ตั้งแต่ระยะเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่การฝึกภาคปฏิบัติ และฝึกฝนอย่างต่อเนื่องในระหว่างของการฝึกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้เรียนมีทัศนคติและทักษะเพียงพอที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย

แนวทางการจัดการเรียนรู้ทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิคในการฝึกภาคปฏิบัติทางการพยาบาล

การจัดการศึกษาทางการพยาบาล เป็นการผลิตบัณฑิตทางการพยาบาล เพื่อให้สำเร็จการศึกษาไปเป็นผู้ให้บริการและเป็นผู้ให้บริการสุขภาพในอนาคต ผู้เรียนต้องเป็นผู้ที่สามารถนำหลักการและแนวคิดความปลอดภัยของผู้ป่วยไปใช้ตั้งแต่การฝึกภาคปฏิบัติ จนกระทั่งสำเร็จการศึกษาอย่างมีความรู้และทักษะเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยที่เพียงพอ สามารถรับมือสถานการณ์ต่าง ๆ ร่วมขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ และยกระดับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (Health Care Accreditation Institute (Public Organization), 2015) การจัดการเรียนรู้ต้องพัฒนาให้ผู้เรียนตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยเมื่อปฏิบัติการพยาบาล เป็นการบ่มเพาะและสร้างรากฐานการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ปลูกฝังทัศนคติและเสริมสร้างการปฏิบัติอย่างปลอดภัย ตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยทุกกระบวนการในการปฏิบัติและแสดงศักยภาพด้านความปลอดภัย รับผิดชอบจัดการตนเองให้มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ มีความมุ่งมั่นในการเรียนรู้ตลอดเวลา และพยายามปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น แนวทางหนึ่งที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายการจัดการเรียนรู้ให้ผู้เรียนสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย นอกจากความรู้และทักษะทางเทคนิคแล้ว สิ่งที่สำคัญที่นำมาใช้ร่วมกันคือ ทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิค โดยเริ่มตั้งแต่การเรียนรู้ภาคทฤษฎีและภาคทดลองที่มีการเสริมสร้างทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิคที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพการพยาบาลให้พร้อมก่อนเข้าสู่ภาคปฏิบัติ เช่น การสื่อสารในวิชาชีพการพยาบาล การทำงานเป็นทีม ภาวะผู้นำ การกล้าแสดงความคิดเห็นหรือการโต้แย้งอย่างสร้างสรรค์ เพื่อให้สามารถนำความรู้และทักษะดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการฝึกภาคปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ภายใต้การจัดการเรียนรู้ของผู้สอนร่วมกับพยาบาลวิชาชีพในแหล่งฝึก ดังนี้

1. สร้างการตระหนักรู้ในสถานการณ์หรือการรับรู้สถานการณ์ (Situation Awareness) เป็นการรับรู้ถึงองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมและเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกันในช่วงเวลาหนึ่ง การเข้าใจความหมายของเหตุการณ์นั้น และการคาดการณ์ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นหรือความเป็นไปได้ของเหตุการณ์นั้นภายหลังจากการจัดการตัวแปรหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Endsley, 1995) หรือมีความไวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลง นั่นคือการตระหนักรู้ว่าเป็นสถานการณ์ที่มีปัญหา การรู้ขีดความสามารถของตนเอง การมีภาวะผู้นำในสถานการณ์ที่เหมาะสม การบริหารจัดการทรัพยากรที่มีจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด และการลำดับความสำคัญของงานที่ทำการตระหนักรู้ในสถานการณ์จึงเป็นทักษะแรกที่ใช้ในการจัดการเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจและการกระทำก่อนเกิดปัญหาหรือรุนแรงมากขึ้น โดยมีกระบวนการ 3 ขั้นตอนคือ 1) การรับรู้ (Perception) เป็นการรวบรวมข้อมูลโดยใช้ประสาทสัมผัสตา หู จมูก ลิ้น กาย ปัญหาขั้นตอนนี้คือ มนุษย์มีความสามารถจำกัด มีข้อมูลไม่เพียงพอ การจดจ่ออยู่กับสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง มีความเครียดและมีอคติ 2) การเข้าใจ (Comprehension) เมื่อมีการรับรู้ สมองจะทำหน้าที่แปลความที่ได้รับจากข้อมูลนั้น ขั้นตอนนี้ต้องอาศัยความรู้ประสบการณ์และการคิดวิเคราะห์ ปัญหาขั้นตอนนี้คือ ไม่มีความรู้ ขาดประสบการณ์ รูปแบบการคิดวิเคราะห์ที่มีปัญหา และ 3) การคาดการณ์หรือการสร้างภาพที่จะเกิดขึ้น (Projection) เมื่อสมองแปลข้อมูลที่ได้รับแล้วสมองจะคาดการณ์ผลที่จะเกิดขึ้นตามมา เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจแก้ไขหรือจัดการกับเหตุการณ์นั้น (Saengaram, 2016; Raksamani & Jirativanont, 2018)

การตระหนักรู้ในสถานการณ์ จึงมีความจำเป็นในการจัดการภัยคุกคามและความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย (Threat & Error Management: TEM Model) โดยผู้ปฏิบัติงานต้องมีการตระหนักรู้ในสถานการณ์ว่ามีภัยคุกคามซึ่งอาจเป็นภัยคุกคามภายในหรือปัญหาของตัวบุคคลนั้น ๆ และอาจเป็นภัยคุกคามภายนอกหรือปัจจัยแวดล้อมในขณะนั้น จากนั้นผู้ปฏิบัติงานต้องดำเนินการแก้ไขหรือป้องกัน หากจัดการได้จะไม่เกิดผลกระทบหรือเกิดความผิดพลาดได้ แต่ถ้าไม่มีการตระหนักรู้ในสถานการณ์ว่ามีภัยคุกคาม ก็จะไม่มีการจัดการจนอาจก่อให้เกิดความผิดพลาดและผลกระทบขึ้น ดังนั้นการตระหนักรู้ในสถานการณ์จะนำไปสู่การป้องกันเชิงรุกไม่ให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Theprugsa, 2016) การพัฒนาการตระหนักรู้ในสถานการณ์จึงต้องจัดการปัญหาหรืออุปสรรคในการรับรู้และความเข้าใจของผู้เรียนที่จะส่งผลให้การคาดการณ์และการตัดสินใจมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1.1 เพิ่มการรับรู้ของประสาทสัมผัสอย่างมีประสิทธิภาพ การรับรู้ของบุคคลจะผ่านทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ ตา หู จมูก ลิ้น กาย การสูญเสียการรับรู้จึงเกิดจากสภาพที่ไม่พร้อมต่อการรับรู้ เช่น เจ็บป่วย สับสน คิดเรื่องอื่นหรือจดจ่ออยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง มีปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข มีความบกพร่องของการสื่อสาร การสื่อสารกำกวม ดังนั้นการเพิ่มการรับรู้จึงเป็นการจัดการให้ผู้เรียนมีสภาพร่างกายและจิตใจที่พร้อมต่อการรับรู้มากที่สุด เพื่อให้ประสาทสัมผัสทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้ (Health Care Accreditation Institute (Public Organization), 2015)

1.1.1 ดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพมีผลต่อการรับรู้ทางประสาทสัมผัส เช่น ความเหนื่อยล้าจะทำให้ตื่นตัวน้อยและไม่สามารถปฏิบัติงานเหมือนขณะปกติ มีผลต่อความจำของบุคคล และสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความเครียด การอดนอนทำให้เกิดความผิดพลาดมากขึ้น ความเครียด ความหิวและความเจ็บป่วยทำให้การรับรู้ลดลง ปฏิบัติงานได้ไม่ดีเท่ากับเมื่อไม่มีอาการ ผู้สอนจึงควรจัดการด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของผู้เรียน โดยให้สิทธิเกี่ยวกับเวลาในการปฏิบัติงานและเวลาพัก ไม่ควรให้ผู้เรียนปฏิบัติงานเกินเวลาถ้าไม่มีสถานการณ์ที่ต้องการให้ขยายเวลา กำหนดข้อตกลงกับผู้เรียนให้รับผิดชอบสุขภาพตนเองและเพื่อนร่วมทีม โดยรับผิดชอบบริหารเวลาเรียนและพักผ่อนอย่างเหมาะสม รับรู้และตระหนักถึงภาวะสุขภาพตนเอง ดูแลสุขภาพและความอยู่ดีมีสุข ตระหนักรู้ว่าความไม่สบายหรือมีความเครียดจะมีโอกาสทำความผิดพลาดได้มากขึ้น และต้องแจ้งผู้สอนทันทีหากรับรู้ว่าคุณเองมีความเหนื่อยล้า ง่วงนอน เจ็บป่วย มีความเครียดหรือเกิดอาการรบกวนทางร่างกายและจิตใจ

1.1.2 กระตุ้นผู้เรียนให้มีสติ สมาธิและตื่นตัว ระหว่างการฝึกปฏิบัติผู้สอนต้องสังเกตพฤติกรรมผู้เรียน และกระตุ้นให้มีความตื่นตัว มีสติและสมาธิตลอดเวลาทั้งก่อนและระหว่างปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ระบบการรับรู้ทำงานได้ดีที่สุด ได้แก่ ใคร่ครวญหรือตื่นรู้ทางความคิด โดยค้นหาเหตุผลและเชื่อมโยงสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย คาดการณ์หรือตื่นรู้ทางใจโดยคิดถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยตลอดเวลา เตรียมพร้อมหรือตื่นรู้ทางกายคือตื่นตัว กระฉับกระเฉงว่องไว มีชีวิตชีวา ตาหูหรือตื่นรู้ทางตาเพื่อมองค้นหาสิ่งผิดปกติรอบตัว และหูฟังหรือตื่นรู้ทางหูคือรับฟังและรับรู้เสียงของผู้คนรอบตัว (Kumkomg, 2019)

1.1.3 ลดการเร่งรีบและกดดันผู้เรียน การมีเวลาน้อยจะทำให้ทำงานแบบเร่งรีบและเกิดความกดดันจากสภาพของการทำงานไม่ทันในเวลาที่กำหนด จึงมักทำให้ผู้ปฏิบัติงานทำแบบหักมุมและทำทางลัด ละเลยการปฏิบัติบางขั้นตอน หรือการตรวจสอบไม่เพียงพอทำให้ไม่มีโอกาสตรวจพบความผิดพลาดก่อนถึงผู้ป่วย

1.1.4 มอบหมายงานอย่างเหมาะสม ผู้สอนมอบหมายงานให้เหมาะสมกับเวลาในการฝึกปฏิบัติงานแต่ละเวร ภาระงานรวมแต่ละรายวิชา และความรู้ความสามารถของผู้เรียนรายบุคคล ประเมินความสามารถในการจัดการภาระงานของผู้เรียน สอนเสริมทักษะที่ผู้เรียนขาดประสบการณ์ แนะนำแหล่งเรียนรู้เพื่อช่วยลดการใช้เวลาในการสืบค้น สนับสนุนช่วยเหลือผู้เรียนในการจัดการภาระงานอย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดการความเครียดจากการทำงานไม่ทันและความห่วงกังวลภาระงานที่ค้างค้าง

1.1.5 เพิ่มช่องทางการรับรู้หลายวิธีร่วมกัน ระบบการรับรู้จะมีประสิทธิภาพขึ้นเมื่อมีการทำงานของประสาทสัมผัสร่วมกัน ในการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผู้สอนจึงต้องแนะนำผู้เรียนให้เรียนรู้ความสำคัญของรับรู้ผ่านประสาทสัมผัสหลายวิธีร่วมกัน เช่น รับรู้ด้วยการเห็นภาพร่วมกับการฟังเสียงจากเครื่องมือ รับรู้ด้วยสีร่วมกับเสียงเตือน

1.2 สร้างความเข้าใจในสถานการณ์ เป็นการเพิ่มการเรียนรู้เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติงานอย่างถูกต้อง ทันสมัย และสร้างเสริมประสบการณ์ที่หลากหลายและแตกต่างกัน ฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์ ซึ่งจะนำไปสู่การทำความเข้าใจสถานการณ์ อันจะมีผลต่อการคาดการณ์และการตัดสินใจอย่างถูกต้องทันเวลา ดังนี้

1.2.1 ส่งเสริมความรู้ที่ถูกต้อง ผู้เรียนทุกคนต้องได้รับการประเมินศักยภาพก่อนฝึกปฏิบัติและพัฒนาส่วนขาดหรือแก้ไขจุดอ่อน ทบทวนความรู้ในรายวิชาที่เกี่ยวข้องก่อนเข้าสู่การฝึกภาคปฏิบัติ ปฐมนิเทศทั้งการบรรยาย แสดงตัวอย่างหรือสาธิตเกี่ยวกับระบบการปฏิบัติงานของหอผู้ป่วยหรือแหล่งฝึกเพื่อสร้างการรับรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นฐานการสร้างความรู้ความเข้าใจในสถานการณ์ เช่น กระบวนการทำงาน คู่มือการปฏิบัติงาน การแบ่งประเภทผู้ป่วย การใช้เครื่องมือและทรัพยากรในการดูแลรักษา และปฐมนิเทศเชิงลึกเกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะเรื่อง เช่น การบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง แนวทางดูแลรักษาผู้ป่วยเฉพาะโรค การป้องกันปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อนำไปสู่การตระหนักรู้ในสถานการณ์ต่อไป

1.2.2 ฝึกปฏิบัติสถานการณ์จำลอง (Simulation Based Learning) เป็นการจัดการเรียนรู้ให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ ให้บรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ตามเกณฑ์ที่กำหนดเป็นลำดับขั้น ตามความสามารถที่แตกต่างกันของผู้เรียน เป็นการพัฒนาผู้เรียนให้รู้จริงผ่านการเรียนรู้ซ้ำ ๆ ภายใต้การสะท้อนกลับจนบรรลุเป้าหมาย และการฝึกผ่านสถานการณ์จำลองก่อนปฏิบัติกับผู้ป่วยจริงช่วยลดระยะเวลาการเรียนรู้ (Learning Curve) ที่ต้องไปปฏิบัติกับผู้ป่วยจริงให้สั้นลง ส่งผลให้โอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยลดลง ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น (Lerdbunapong, 2015) จึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่ใช้ในการพัฒนาผู้เรียนที่มีเป้าหมายสำคัญคือ ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย และลดความผิดพลาด (Boonmak, & Boonmak, 2015) ดังที่ Lewis, Strachan & Smith (2012) ได้ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์การศึกษาผลการใช้หุ่นจำลองสมรรถนะสูงต่อการพัฒนาทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิคในผู้เรียนพบว่า สถานการณ์จำลองมีผลทางบวกในการพัฒนาผู้เรียนเรื่องการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย การทำงานเป็นทีม ความสามารถในการบริหารจัดการในสถานการณ์วิกฤติ ทักษะการเป็นผู้นำ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการใช้เหตุผลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่ซับซ้อนได้ และ

ช่วยพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความมั่นใจในการปฏิบัติงานในคลินิก และผลการวิจัยของ Cant, & Cooper (2010) พบว่าการจัดการเรียนรู้ทางการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองสามารถพัฒนาผู้เรียนให้มีความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการศึกษาผลการใช้สถานการณ์จำลองช่วยพัฒนาการตระหนักรู้ในสถานการณ์และการทำงานเป็นทีม มีทัศนคติในการจัดการข้อผิดพลาดที่ดีขึ้น (Hagemann, Herbstreit, Kehren, Chittamadathil, Wolfertz, Dirkman, Kluge, & Peters, 2017)

1.2.3 พัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ การคิดเป็นกระบวนการนำข้อมูลหรือสิ่งเร้าที่ได้รับไปเชื่อมโยงกับข้อมูลหรือประสบการณ์เดิมเพื่อสร้างความหมายให้แก่ตน เกิดเป็นความรู้ ความเข้าใจที่สามารถนำไปใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ (Khemmani, 2011) การพัฒนากระบวนการคิดมีความสำคัญในการสร้างความเข้าใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการคิดวิเคราะห์ ซึ่งเป็นความสามารถในการคิดจำแนก แยกแยะองค์ประกอบของข้อมูลหรือปัญหา รวมทั้งหาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบเหล่านั้น แล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาอย่างเป็นระบบ ช่วยให้รู้ข้อเท็จจริง รู้เหตุผลเบื้องต้นของสิ่งที่เกิดขึ้นถ้าไม่มีการคิดวิเคราะห์ในการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจจะไม่เกิดขึ้น จึงสามารถสรุปได้ว่าการตัดสินใจในภาวะวิกฤติจะขาดการคิดวิเคราะห์ไม่ได้ (Homden, 2016) ผู้สอนสามารถใช้เครื่องมือในการพัฒนาการคิดวิเคราะห์ ดังนี้

1.2.3.1 ผังมโนทัศน์หรือแผนที่ความคิด เป็นแผนภาพแทนความคิดหรือแผนผังแสดงความสัมพันธ์ของสาระหรือความคิดให้เห็นเป็นโครงสร้างภาพรวม (Khemmani, 2011) ใช้จัดระบบข้อมูลความรู้ที่ใช้กระบวนการทางสติปัญญาจัดกระทำข้อมูลของผู้เรียนโดยทำความเข้าใจและเชื่อมโยงความสัมพันธ์ช่วยยืนยันความเข้าใจ ตรวจสอบการเรียนรู้ให้ข้อมูลป้อนกลับผู้เรียนอย่างเหมาะสม (Somkhaoyai, 2014)

1.2.3.2 เครื่องมือพัฒนาคุณภาพทางคลินิก ผู้สอนสามารถใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพทางคลินิกในการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ ได้แก่ 1) การตามรอยผู้ป่วย (Clinical Tracer) เป็นการใช้สภาวะทางคลินิกเพื่อติดตามประเมินคุณภาพหรือวิเคราะห์สถานการณ์ในแง่มุมต่าง ๆ ช่วยให้ผู้เรียนทำความเข้าใจในสถานการณ์จริงและเห็นความเชื่อมโยงของระบบที่เกี่ยวข้องกัน 2) ทบทวนขณะดูแลผู้ป่วยหรือทบทวนข้างเตียง โดยใช้กิจกรรม C3THER เป็นการทบทวนการดูแลขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในความดูแล สามารถกระตุ้นให้ผู้เรียนวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ จำแนก แยกแยะข้อมูล จัดหมวดหมู่ และวางแผนการพยาบาลสอดคล้องกับปัญหาที่แท้จริง ได้แก่ Care: คือการดูแลที่ดีที่สุด เป็นการค้นหาความเสี่ยงและจัดการดูแลที่ดีที่สุดให้ผู้ป่วยปลอดภัย Communication: คือการสื่อสาร เป็นการให้ข้อมูลที่จำเป็นและคำแนะนำ Continuous: คือการดูแลต่อเนื่อง เป็นการดูแลต่อเนื่องในเวร ระหว่างเวร ระหว่างบุคคล และระหว่างแผนกเพื่อส่งต่อข้อมูลให้เกิดการดูแลและเฝ้าระวัง Team: คือการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ Human Resource: คือ ความรู้และสมรรถนะของบุคลากรหรือทีมเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย Equipment and Environment: คือเครื่องมือในการดูแลรักษาเพียงพอ เหมาะสม มีคุณภาพและผู้ป่วยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย และ Record: คือบันทึกเวชระเบียนครบถ้วน เพียงพอ ต่อเนื่องและสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ และ 3) ผังก้างปลา เป็นผังแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหากับสาเหตุ (Health Care Accreditation Institute (Public Organization), 2016) ช่วยให้ผู้เรียนฝึกคิดวิเคราะห์และเชื่อมโยงปัญหาไปสู่สาเหตุ

1.2.4 ฝึกทบทวนอุบัติการณ์และบริหารความเสี่ยงเชิงรุก เป็นการฝึกการตระหนักรู้ในสถานการณ์หรือไวต่อการรับรู้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นหรือฝึกการเฉลียวใจจากสถานการณ์ในหอผู้ป่วยผ่านกิจกรรมทบทวนในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เช่น การทบทวนกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย ทบทวนขณะดูแลหรือทบทวนข้างเตียง ทบทวนเหตุการณ์สำคัญหรือเหตุการณ์เกือบพลาด ทบทวนเวชระเบียน ทบทวนกรณีผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างไม่คาดฝัน รวมทั้งฝึกการบริหารความเสี่ยงเชิงรุก เพื่อให้รับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและประเมินว่าเหตุการณ์นั้นมีความเสียหายอย่างไร หรือมีโอกาสเกิดความเสียหายอะไรบ้าง โดยมองให้ครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ และคาดการณ์โอกาสเกิดผลเสียอย่างไร รวมทั้งฝึกการจัดการภัยคุกคามและความผิดพลาดด้วย TEM

Model โดยการระบุนความผิดพลาดที่เกิดขึ้น แล้วย้อนไปวิเคราะห์หาภัยคุกคามทั้งภายในและภายนอก และระบุวิธีการแก้ไข ซึ่งนำไปสู่การตระหนักรู้ในสถานการณ์ และเกิดการตัดสินใจเพื่อดำเนินการปรับปรุงแก้ไข และเรียนรู้การป้องกันในครั้งต่อไป

1.2.5 วิเคราะห์กรณีศึกษา เป็นการนำกรณีศึกษามาวิเคราะห์วิจารณ์ในแง่มุมต่าง ๆ ควรมอบหมายให้ผู้เรียนทำเป็นรายบุคคลและสมาชิกกลุ่มร่วมกันวิเคราะห์ เพื่อฝึกการคิดเชื่อมโยงและค้นหาสถานการณ์ที่เป็นปัญหา เป็นการใช้การรับรู้ของสมาชิกแต่ละคนที่แตกต่างกัน หลังจากนั้นทำความเข้าใจสถานการณ์โดยให้ผู้เรียนอภิปราย ซึ่งอาจแตกต่างกันตามประสบการณ์ของผู้เรียน และการคาดการณ์ว่าผู้ป่วยมีโอกาสเกิดปัญหาอะไรขึ้น และให้ผู้เรียนตัดสินใจกำหนดแผนการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย

2. ฝึกทักษะการสื่อสาร โดยฝึกใช้เทคนิคการสื่อสารที่เป็นสากลและมีประสิทธิภาพที่ใช้กันแพร่หลายในระบบบริการสุขภาพ เพราะการสื่อสารเป็นทักษะสำคัญและมักเป็นสาเหตุของการเกิดความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย เพราะการสื่อสารในลักษณะที่ไม่มีมาตรฐานและการขาดความเป็นหนึ่งเดียวของทีม เป็นสาเหตุหลักของการสื่อสารที่ทำให้เกิดความผิดพลาดในการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น สื่อสารในเวลาไม่เหมาะสมหรือไม่สื่อสารข้อมูลที่จำเป็นครบถ้วนหรือผิดพลาดจากความเป็นจริงผู้ที่มีหน้าที่ตัดสินใจไม่ได้รับการสื่อสารโดยตรงการสื่อสารไม่บรรลุวัตถุประสงค์หรือแปลความผิดพลาดทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้การพัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อเรียนรู้ร่วมกันในทีมรวมถึงการทำความเข้าใจในอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดที่อยู่ภายใต้ข้อมูล ทักษะการสื่อสารเป็นตัวประสานความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือกลุ่มคน ช่วยให้เกิดความเข้าใจที่จะนำไปสู่การจัดการที่ถูกต้อง เหมาะสมกับสถานการณ์ ซึ่งเทคนิคการสื่อสารที่เป็นสากลและมีประสิทธิภาพในระบบบริการสุขภาพที่นำมาใช้อย่างแพร่หลายคือแนวทางสื่อสารสภาวะผู้ป่วยที่มีอักษรย่อ ISBAR ของสถาบันพัฒนาบริการสุขภาพ (Institute for Healthcare Improvement: IHI) คือ I: identification โดยระบุชื่อผู้รายงานหน่วยงานที่ผู้รายงานกำลังรายงาน และระบุตัวผู้ป่วย S: Situation สรุปสถานการณ์ที่ทำให้ต้องรายงาน ระบุเหตุผลที่รายงานสั้น ๆ เวลาที่เกิดความรุนแรง B: Background รายงานข้อมูลภูมิหลังสำคัญเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้ป่วย การวินิจฉัยเมื่อแรกเริ่ม วันที่รับไว้และแผนการรักษา สัญญาณชีพล่าสุด ผลการตรวจที่สำคัญและผลการตรวจครั้งที่แล้วเพื่อเปรียบเทียบ และข้อมูลทางคลินิกอื่น ๆ A: Assessment การประเมินสถานการณ์ของพยาบาลและสิ่งที่เกิดขึ้นตามความคิดเห็นในขณะนั้น และ R: Recommendation ข้อเสนอแนะหรือความต้องการของพยาบาลในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย (Labson, 2013; Health Care Accreditation Institute (Public Organization), 2018)

นอกจากนี้ การใช้กระบวนการสนทนาระหว่างกัน (Dialogue) ซึ่งเป็นการเรียนรู้ของทีมที่ได้ผลทั้งในด้านความเข้าใจผู้อื่น ความเข้าใจตนเอง ก่อให้เกิดความสุขและมีพลังในการที่จะก้าวต่อไปข้างหน้า (Health Care Accreditation Institute (Public Organization), 2018) เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการสร้างให้เกิดการสร้างสรรคทางความคิด เป็นการแลกเปลี่ยนทั้งความรู้สึก องค์ความรู้ภายในตัวบุคคลเป็นกระบวนการที่นำความรู้ในตัวบุคคลให้ปรากฏขึ้น รวมถึงการพัฒนาทักษะการตั้งคำถาม การนำเสนอความคิด การฟังและการไตร่ตรองความคิด อยู่ในภาวะอิสระที่ทำให้เกิดบรรยากาศการแลกเปลี่ยนแบ่งปันความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจทั้งตนเองและบุคคลอื่นอย่างแท้จริง เป็นการสร้างความรู้ ความเข้าใจ การถ่ายทอดความรู้ระหว่างกัน มีความลุ่มลึกต่อการทำความเข้าใจทั้งตนเองและผู้อื่น ไม่ตัดสินใจทันที ทำให้เกิดกระแสไหลเวียนของความคิด ความเข้าใจระหว่างกันภายในกลุ่ม กระตุ้นให้เกิดบรรยากาศของการเรียนรู้ของบุคคลและพัฒนาสู่การเรียนรู้ของกลุ่ม (PoNgern, 2013) ดังผลการศึกษาการจัดกิจกรรมสนทนาระหว่างกันของ Chumpeeruang, Wattanatorn, Hingkanont & Keawurai (2013) พบว่า 1) หลักสำคัญของกระบวนการสนทนาระหว่างกันได้แก่ การฟังอย่างลึกซึ้ง การเคารพ การสะท้อน และการเผยแพร่ด้วยเสียงภายใน 2) การจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดความเคารพ ได้แก่ การฟังอย่างไม่ตัดสิน เคารพในความเห็นต่าง 3) การจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดการฟังอย่างลึกซึ้ง ได้แก่ การจับคู่เล่าเรื่องและรับฟังอย่างใส่ใจ 4) การจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดสะท้อนอย่างใคร่ครวญได้แก่ การเขียนบันทึก

จับคู่สะท้อน ชักถาม และ 5) การจัดกิจกรรมเพื่อให้เผยแพร่ออกด้วยเสียงภายใน ได้แก่ การสร้างบรรยากาศและพื้นที่ปลอดภัย

3. พัฒนาศักยภาพการทำงานเป็นทีม เป็นการทำงานร่วมกันของบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไปเพื่อจุดมุ่งหมายร่วมกัน โดยแต่ละบุคคลต้องมีบทบาทชัดเจนมีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน และสื่อสารกันอย่างมีประสิทธิภาพ การทำงานเป็นทีมในระบบบริการสุขภาพเกิดขึ้นตลอดเวลา มีลักษณะแตกต่างจากองค์กรอื่นคือ บุคลากรในทีมมีความหลากหลายในวิชาชีพ ทำงานภายใต้ระบบงานที่ซับซ้อนทั้งที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เครื่องมือ อุปกรณ์ มีความกดดันจากเวลาและสถานะของผู้ป่วยเข้ามาเกี่ยวข้อง และมีการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ตลอดเวลาที่ทีมดูแลผู้ป่วย จึงต้องมีความไว้วางใจและเข้าใจในบทบาทของกันและกัน ผู้เรียนต้องเข้าใจประโยชน์และประสิทธิภาพของการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพในการช่วยพัฒนาคุณภาพบริการ และช่วยลดความผิดพลาดให้เหลือน้อยที่สุด ทีมที่มีประสิทธิภาพรวมถึงสมาชิกทีมที่มีผู้ป่วยร่วมด้วย เพราะผู้ป่วยเป็นผู้เชี่ยวชาญในอาการที่เกิดขึ้นกับตัวเอง การแลกเปลี่ยนข้อมูลของแต่ละคน เคารพในความเป็นผู้เชี่ยวชาญของทุกฝ่าย ให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อให้การรักษาพยาบาลได้ผลดีที่สุด ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพช่วยให้คุณภาพบริการดีขึ้น และช่วยลดค่าใช้จ่าย และทีมที่ดีจะช่วยลดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานและช่วยเพิ่มคุณภาพในการดูแล (Somcharoen, 2015) ผู้เรียนจึงต้องเรียนรู้การทำงานเป็นทีมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในหอผู้ป่วยโดยมีเป้าหมายเดียวกัน เช่น การบริหารยา การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลแผลกดทับ

4. เสริมสร้างความกล้าแสดงออกหรือการโต้แย้งอย่างสร้างสรรค์ เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความกล้าพูด กล้าคิด กล้ากระทำในสิ่งที่ถูกต้องโดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่นและไม่วิตกกังวลใจ แสดงกิริยาอาการว่ามีความคิดเห็นในเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยไม่ปิดบังหรืออ้อมค้อม เป็นไปอย่างถูกต้อง สุภาพ ตรงไปตรงมาในเวลาที่เหมาะสม ไม่ก้าวร้าวและเป็นที่ยอมรับของสังคม ทั้งนี้ต้องตระหนักและให้ความสำคัญกับการรับฟังความคิดเห็นผู้อื่นที่มุมมองแตกต่างกัน

ความกล้าแสดงออกหรือการโต้แย้งอย่างสร้างสรรค์สามารถพัฒนาได้ โดยพัฒนาความรู้ในวิชาชีพเพื่อเป็นแรงสนับสนุนให้เกิดความมั่นใจในความคิด การพูดและการกระทำ พัฒนาความคิดโดยฝึกคิดสิ่งใหม่ ๆ พัฒนาการนำเสนอเพื่อให้กล้าเผชิญความจริงและยอมรับความคิดของผู้อื่นโดยไม่กลัวข้อคัดค้านหรือข้อโต้แย้ง และพัฒนาการโน้มน้าวใจให้อีกฝ่ายเชื่อและคล้อยตามความคิดเห็น โดยมีความมั่นใจและความหนักแน่นของข้อมูลหรือสิ่งที่นำเสนอ มีการยกตัวอย่างจากประสบการณ์ประกอบการโน้มน้าวให้ผู้อื่นคล้อยตามซึ่ง Sritragool (2016) เสนอวิธีการฝึกพูด 4 ขั้นตอน คือ 1) อธิบาย (Describe) คือการพูดถึงพฤติกรรมที่ไม่ชอบของอีกฝ่ายอย่างตรงไปตรงมา จริงใจ โดยไม่ใช้อารมณ์ตัดสินใช้ภาษาง่าย ชัดเจน 2) แสดงออก (Express) คือการบอกความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่แท้จริงที่เกิดขึ้นในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ให้อีกฝ่ายรับรู้ และการพูดแสดงความรู้สึกต้องไม่แสดงอาการโกรธเกลียดการพูดที่ทำให้อีกฝ่ายรู้สึกด้อยหรือเป็นการพูดโจมตี 3) ชี้ชัดหรือระบุ (Specify) คือการพูดอย่างชัดเจนถึงพฤติกรรมที่ต้องการให้อีกฝ่ายเปลี่ยนแปลง โดยอีกฝ่ายสามารถทำตามได้โดยไม่มีความรู้สึกเจ็บใจหรือสูญเสีย และการขอร้องให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต้องไม่มากและมีเหตุผลเพียงพอ และ 4) ผลที่ได้รับหรือสิ่งที่เกิดขึ้นตามมา (Consequence) คือการบอกให้อีกฝ่ายทราบว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะมีผลอะไรตามมาหรือเป็นการให้รางวัล ซึ่งอาจพูดชมเชยการกระทำหรือคำพูดใดที่เป็นผลทางบวก

5. พัฒนาศักยภาพผู้นำ เป็นกระบวนการเสริมสร้างความสามารถในการชี้แนะ สั่งการหรืออำนวยการของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลให้ปฏิบัติตามด้วยความสมัครใจและมีความพึงพอใจเพื่อบรรลุเป้าหมาย ร่วมกันการมีภาวะผู้นำทำให้มีฐานอำนาจและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดีผู้ที่มีภาวะผู้นำจะแสดงบทบาทในการโน้มน้าวชักชวนชี้แนะหรือผลักดันให้บุคคลอื่นยอมรับและปฏิบัติตามภาวะผู้นำจึงมีความสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลที่ควรพัฒนาตั้งแต่ระยะการศึกษาและพัฒนาต่อเนื่องในระยะของการประกอบวิชาชีพ การศึกษาผลการพัฒนาภาวะผู้นำต่อการมีภาวะผู้นำของผู้เรียนรายวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีเชียงใหม่ของ Pornsumritchok, Minanon, & Kemthad (2017) โดยใช้ 5 กิจกรรม คือ 1) กิจกรรมการ

พัฒนาการคิดอย่างเป็นระบบเป็นการใช้เกม “พัฒนาการคิด” ในการพัฒนาทักษะการฟัง-การพูด 2) กิจกรรมผู้นำและผู้ตามเป็นการใช้เกม “ผู้นำ-ผู้ตาม” ในการเรียนรู้บทบาท3) กิจกรรมพัฒนาการทำงานเป็นทีมเป็นการใช้เกม “ข้ามแม่น้ำพิษ” 4) กิจกรรมพัฒนาจิตเป็นการใช้เกม “ฝึกสติ พัฒนาจิต” และ 5) กิจกรรมการวิเคราะห์ตนเองและการสะท้อนคิดเป็นการใช้เกม “รู้จักตนเองผู้ชนะสี่ทิศ” พบว่า ส่งผลให้ผู้เรียนมีภาวะผู้นำเพิ่มขึ้น

6. หล่อหลอมคุณธรรม จริยธรรม เป็นการพัฒนาหลักความประพฤติที่ดีงามของผู้เรียน ที่ช่วยส่งเสริมให้แสดงออกที่ดีงาม เหมาะสมและถูกต้อง ปฏิบัติต่อผู้รับบริการโดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลยอมรับความแตกต่างในคุณค่า ความเชื่อและพฤติกรรมของผู้รับบริการโดยไม่ตัดสินจากความคิดของตนเองจัดการประเด็นหรือปัญหาทางจริยธรรมเลือกวิธีการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผลโดยใช้หลักจริยธรรม และจรรยาบรรณของวิชาชีพ รวมทั้งการเป็นแบบอย่างที่ดีด้านคุณธรรม จริยธรรม จะทำให้ผู้เรียนปฏิบัติหน้าที่ด้วยความเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการ มีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืนและดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย

บทสรุป

ทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิค เป็นทักษะสำคัญในทุกระดับวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการศึกษาทางการพยาบาล ที่มีการฝึกภาคปฏิบัติให้ผู้เรียนฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริง การมีความรู้และทักษะทางเทคนิคไม่เพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้เรียนทุกคนต้องได้รับการพัฒนาทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิคควบคู่กันในทุกกระบวนการ เพราะทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิคเป็นทักษะทางปัญญา ทักษะทางสังคมและทักษะรอบด้านที่พยาบาลต้องใช้ร่วมกับความรู้และทักษะทางเทคนิค เพื่อเพิ่มคุณภาพของทักษะทางเทคนิค ลดความผิดพลาด ช่วยเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย โดยการลดปัจจัยด้านมนุษย์ในการปฏิบัติงาน และมีหลักฐานสนับสนุนว่าการฝึกทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิคควบคู่กันไปจะช่วยให้ประสิทธิภาพการเรียนรู้ด้านทักษะทางเทคนิคเพิ่มขึ้นทำให้ทัศนคติของผู้เรียนต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้สอนต้องพัฒนาผู้เรียนตั้งแต่ระยะเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่การฝึกภาคปฏิบัติ และฝึกฝนอย่างต่อเนื่องระหว่างฝึกปฏิบัติ ตามแนวทางการจัดการเรียนรู้ จนมั่นใจได้ว่าผู้เรียนได้รับการพัฒนาทักษะอย่างเข้าใจ รู้คุณค่า มุ่งมั่นเรียนรู้ และให้ความสำคัญกับความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหาร ควรเตรียมอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติใหม่ ที่มีประสบการณ์ทางคลินิกน้อย ให้มีความรู้และทักษะการสอนทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิค โดยการจัดอบรมหรือประชุมวิชาการ เพื่อให้สามารถประยุกต์ใช้และสอดแทรกในระหว่างการสอนภาคปฏิบัติ
2. อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร ควรออกแบบการจัดการเรียนรู้ที่พัฒนาทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิค ตั้งแต่ระยะก่อนเข้าสู่การฝึกภาคปฏิบัติ โดยฝึกปฏิบัติสถานการณ์จำลองเสมือนจริง มีความหลากหลายทั้งสาระและความซับซ้อนของสถานการณ์จำลอง ออกแบบสถานการณ์ให้ได้เรียนรู้ทักษะที่หลากหลาย เพื่อให้ผู้เรียนฝึกซ้ำ ๆ จนมีประสบการณ์เพียงพอที่จะสามารถต่อยอดการเรียนรู้เมื่อเข้าสู่การฝึกภาคปฏิบัติจริงในคลินิก และจัดการเรียนรู้ทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิคให้สอดคล้องวัตถุประสงค์การเรียนรู้และเหมาะสมกับสมรรถนะของผู้เรียนแต่ละชั้นปี จะทำให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพสูงสุด หากเป็นผู้เรียนที่เริ่มฝึกปฏิบัติ ควรเน้นการสอนทักษะทางเทคนิคให้เพียงพอและสอดแทรกทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิคเบื้องต้น แต่ในชั้นปีที่สูงขึ้นหรือผู้เรียนมีความรู้และประสบการณ์มากขึ้นสามารถเพิ่มทักษะที่ไม่ใช่ทางเทคนิคในสถานการณ์ที่ซับซ้อนขึ้น และออกแบบการประเมินผลการเรียนรู้ให้ครอบคลุมทักษะที่ไม่ใช่ทักษะทางเทคนิค
3. อาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ สามารถเลือกใช้รูปแบบและกิจกรรมการเรียนรู้จากบทความนี้ เพราะเป็นวิธีการที่สอดคล้องกับระบบการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยอาจารย์และพยาบาลในแหล่งฝึกร่วมมือกัน



พัฒนาผู้เรียนได้อย่างสอดคล้องและเป็นแนวทางเดียวกัน และเมื่อสำเร็จการศึกษาจะสามารถเรียนรู้ต่อยอดกับระบบงานของหน่วยงานได้

References

- Boonmak, P., & Boonmak, S. (2015). Medical Simulation the Way to Improve Patient Care. *Srinagarind Medicine Journal*, 25(Suppl), 80-85. (in Thai).
- Cant, R. P., & Cooper, S. J. (2010). Simulation-Based Learning in Nurse Education: Systematic Review. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 3-15.
- Chumpeeruang, S., Wattanatorn, A., Hingkanont, P., & Keawurai, W. (2013). Development of Curriculum to Enhance Desirable Characteristics Through Dialogue for Nursing Students. *Journal of Education Naresuan University*, 15(3), 9-15. (in Thai)
- Endsley, M. (1995). Toward a Theory of Situation Awareness in Dynamic Systems. *Human Factors Journal*, 37(1), 32-64.
- Flin, R., & Marran, N. (2004). Identifying and Training Non-Technical Skill for Teams in Acute Medicine. *Journal of Medical Ethics*, 13(1), 80-84.
- Gordon, M., Box, H., Farrell, M., & Stewart, A. (2015). Non-Technical Skill Learning in Healthcare Through Simulation Education: Integrating the SECTORS Learning Model and Complexity Theory. *British Medical Journals*, 1(2), 67-70.
- Hagemann, V., Herbstreit, F., Kehren, C., Chittamadathil, J., Wolfertz, S., Dirkmann, D., Kluge, A., & Peters, J. (2017). Does Teaching Non-Technical Skill to Medical Students Improve Those Skills and Simulated Patient Outcome? *International Journal of Medical Education*, 29(8), 101-113.
- Health Care Accreditation Institute. (2008). *Patient Safety Goal: SIMPLE*. Nonthaburi: Pauramutha-Karn-Pim-co-ltd.html (in Thai)
- Health Care Accreditation Institute. (Public Organization). (2015). *WHO Patient Safety Curriculum Guide: Multidisciplinary Code*. (Thai). Nonthaburi: D-ONE BOOKS. (in Thai)
- Health Care Accreditation Institute. (Public Organization). (2016). *HA update 2016*. Nonthaburi: D-ONE BOOKS. (in Thai)
- Health Care Accreditation Institute. (Public Organization). (2018). *Hospital and Health Care Standard 4th edition*. Nonthaburi: D-ONE BOOKS; 2018. (in Thai)
- Homden, A. (2016). *The Essential Skill of Analytical Thinking*. Retrieved from <http://consiliumeducation.com/itm/>.
- Khemmani, T. (2011). Analysis, Synthesis, Creative and Critical Thinking Skills: Integration in Teaching-Learning Plan. *The Journal of the Royal institute of Thailand*, 36(2), 188-204. (in Thai)
- Kumkong, M. (2019). Patient Safety: A Guidelineto Nursing Practicum. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6(1), 216-228. (in Thai)
- Kumkong, M., Chotibun, P. & Singsri, T. (2020). Registered Nurses Competencies in Caring Patents with Quality and Safety. *EAU HREITAGE JOURNAL Social Science and Humanity*, 10(2), (in Thai)



- Kunsiripunyo, J. (2015). The Development of Criterion One Valuation Register Nurses Competencies. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 16(2), 123-130. (in Thai)
- Labson, M. (2013). *SBAR-a Powerful Tool to Help Improve Communication*. Retrieved from <https://www.jointcommission.org/blogs/blogger.aspx?BloggerId=385>
- Lerdunapong, T. (2015). Simulation Based Medical Education. *Siriraj Med Bul*, 8(1), 39-46. (in Thai).
- Lewis, R., Strachan, A., & Smith, M. M. (2012). Is High Fidelity Simulation the Most Effective Method for the Development of Non-Technical Skill in Nursing? A Review of the Current Evidence. *The Open Nursing Journal*, 27(6), 82-89.
- Office of the Higher Education Commission. (2018). *Long Term Plan of Higher Education 2018-2037 A.D.* Retrieved from <http://www.mue.go.th/users/bpp/main/download/plan/plan20yrs.pdf> (in Thai)
- PoNgern, W. (2013). Using of Dialogue to Develop Question Abilities for Bachelor Degree students in the Department of Elementary Education, Faculty of Education Silpakorn University. *Silpakorn Educational Research Journal*, 5(1), 21-33. (in Thai)
- Pornsumritchok, J., Minanon, R., & Kemthad, C. (2017). The Effect of Leadership Development on Leadership of Nursing Students in Nursing Administration Practicum, Boromarajonani College of Nursing, Chiangmai. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 28(2), 55-66. (in Thai)
- Raksamani, K. (2015). Teaching Non-Technical Skill in Anesthesiology. *Thai Journal of Anesthesiology*, 41(1), 47-52. (in Thai)
- Raksamani, K., & Jirativanont, T. (2018). Non-Technical Skill for Care of Patient in One Day Surgery. Retrieved from <http://203.157.39.44/uploads/E000007/> (in Thai)
- Saengaram, G. (2016). Create Eh! To No Harm Culture. Retrieved from <http://www1.si.mahidol.ac.th/km/> (in Thai)
- Somcharoen, N. (2015). Patient Safety Curriculum Guide Multi-Professional (WHO): Learning Integration for the 21st Century Bachelor's Degree Nursing Curriculum. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 16(3), 2-7. (in Thai)
- Somkhaoyai, S. (2014). *Centered Learning and Teaching*. Retrieved from <https://www.gotoknow.org/> (in Thai)
- Sritragool, R. (2016). *Assertiveness in the Workplace*. Retrieved from file:///C:/Users/malee/Downloads/Assertiveness_in_the_Workplace.pdf (in Thai)
- Theprugsa, S. (2016). *Threat & Error Management: TEM*. Retrieved from <https://www.facebook.com/THAIPLOTS/posts> (in Thai)
- Youngson, G. G. (2011). Teaching and Assessing Non-Technical Skills. *The Surgeon*, 9(1). S35-S37.

แนวทางการจัดการเรียนรู้โดยใช้ PBL สำหรับนักศึกษาพยาบาล Learning Management Guidelines for Using PBL with Nursing Students

นภาพร พุฒิวนิชย์^{1*}, สุรศักดิ์ พุฒิวนิชย์¹ และ อริสา จิตต์วิบูลย์¹
Napaporn Puttiwanit^{1*}, Surasak Puttiwanit¹ and Arisa Chitviboon¹
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา^{1*}
Boromarajonani College of Nursing, Songkhla^{1*}

(Received: October 09, 2019; Revised: April 28, 2020; Accepted: May 29, 2020)

บทคัดย่อ

การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก (Problem Based Learning: PBL) คือวิธีการเรียนการสอนที่ใช้ “สถานการณ์ปัญหา” เป็นเครื่องกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความต้องการที่จะฝึกหัดความรู้เพื่อแก้ปัญหา โดยผู้เรียนเป็นผู้ตัดสินใจในสิ่งที่ต้องการแสวงหาความรู้ด้วยตนเองและเรียนรู้ทักษะการสื่อสารที่ติดต่อจนทักษะการทำงานร่วมกันเป็นทีม โดยผู้สอนคอยอำนวยความสะดวกและมีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการกลุ่มน้อยที่สุด PBL นับเป็นวิธีการสอนที่เหมาะสมกับการเรียนรู้สำหรับผู้เรียนพยาบาลในการเตรียมพร้อมที่จะทำงานโดยใช้ความรู้ (Knowledge Worker) และเป็นบุคคลที่พร้อมเรียนรู้อยู่เสมอ (Learning Person) ผู้เรียนพยาบาลต้องได้รับการพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การสื่อสาร การปรับตัว การรับฟังความรู้สึกรับบริการและทำงานร่วมกับผู้อื่นในทีมสุขภาพตลอดจนสามารถให้การพยาบาลแบบองค์รวมบนพื้นฐานการดูแลอย่างเอื้ออาทร ผู้สอนจึงต้องมีความรู้และความเข้าใจการเรียนรู้โดยวิธี PBL ที่ถูกต้องและตรงกันเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในการเรียนการสอนสูงสุด บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการจัดการเรียนรู้โดยใช้ PBL สำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยมีแนวทางการเรียนรู้ไว้ 3 ระยะประกอบด้วย 1) ระยะเตรียมการการสร้างองค์ความรู้ความเข้าใจในวิธีการจัดการเรียนรู้แบบ PBL บทบาทของผู้สอน การเตรียมผู้สอน 2) ระยะการเรียนรู้แบบ PBL ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน 3) ระยะการประเมินผลการเรียนรู้แบบ PBL โดยการประเมินตามสภาพจริงและการสังเกตอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ แนวทางการจัดการเรียนรู้โดยใช้ PBL สำหรับผู้เรียนพยาบาลควรเตรียมผู้สอน ผู้เรียน และสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้และจัดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาการเรียนรู้การคิดอย่างมีวิจารณญาณจนนำไปสู่การเรียนรู้ตลอดชีวิต

คำสำคัญ: การจัดการเรียนรู้โดยใช้ PBL, นักศึกษาพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: ringhity@hotmail.com โทรศัพท์ 089-4688878)

Abstract

Problem-based learning (PBL) is a student-centered pedagogy in which students learn about a subject through the experience of solving an open-ended problem found in trigger material. The PBL process does not focus on problem solving with a defined solution, but it allows for the development of other desirable skills and attributes. This includes knowledge acquisition, enhanced group collaboration and communication. The PBL process was developed for medical education. It is therefore a suitable teaching method for nursing students to learn how to be a knowledgeable worker and a learning person. Nursing students must develop skills such as critical thinking, communication, adaptation, acceptance of patients' feelings, and working together with others in a healthcare team as well as nursing care based on caring principles. Teachers should have proper knowledge and understanding of PBL, in order to reach the highest learning achievements. This article aims to present learning management guidelines for using PBL with nursing students. Guidelines have 3 phases, including: 1) phase of preparation, 2) phase of PBL consisting of 7 steps, 3) phase of evaluation of PBL, using authentic assessment and systematic observation. These learning management guidelines for using PBL with nursing students include preparation material for teachers and students, and learning resources. They also include continuous learning activities to develop critical thinking learning, which leads to lifelong learning.

Keywords: Problem-Based Learning, Learning Management, PBL, Nursing Students

บทนำ

การศึกษาในปัจจุบันได้ก้าวเข้าสู่ยุคเทคโนโลยีสารสนเทศในศตวรรษที่ 21 จำเป็นต้องพัฒนาทักษะด้านองค์ความรู้ ความชำนาญและความสามารถในการเรียนรู้ทักษะด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้เรียนได้มีความรอบรู้ มีความสามารถที่จำเป็นและหลากหลายนอกเหนือจากการเรียนรู้ในสาระในวิชาหลักแล้ว ยังต้องได้รับการเพิ่มสมรรถนะทักษะสำคัญอื่น ๆ ได้แก่ การเพิ่มทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม ผู้เรียนต้องอาศัยความคิดริเริ่ม การคิดอย่างมีวิจารณญาณในการแก้ปัญหา และการสร้างสรรค์นวัตกรรม เพื่อเข้าสู่โลกของการทำงานที่มีความซับซ้อนมากขึ้น การเพิ่มเติมทักษะด้านสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี เนื่องด้วยในปัจจุบันมีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อและเทคโนโลยีมากมาย ผู้เรียนจึงต้องมีความสามารถในการแสดงทักษะการคิดเห็นอย่างมีวิจารณญาณและสามารถปฏิบัติงานได้หลากหลาย โดยอาศัยความรู้ด้านสื่อและสารสนเทศนำไปสู่การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเพิ่มเติมทักษะชีวิตและการทำงานในการดำรงชีวิตและทำงานในยุคปัจจุบันให้ประสบความสำเร็จ ผู้เรียนจะต้องพัฒนาทักษะชีวิตของตนเอง รู้จักความยืดหยุ่น มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม มีปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพและสามารถทำงานเป็นทีมร่วมกับผู้อื่นได้ มีความรับผิดชอบต่องานตนเองจนถึงมีภาวะความเป็นผู้นำสามารถแนะนำผู้อื่นได้และรู้จักการปรับตัวเพื่อพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงบริบทในกระแสโลกาวิวัฒน์ (FakKhao, 2015)

ดังนั้น การจัดการเรียนรู้ในปัจจุบันควรปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญมีการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับความถนัดและความต้องการที่จะเรียนรู้ของผู้เรียน มุ่งเน้นให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยตนเองตามที่พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติได้กำหนดไว้ในมาตรา 24 ในเรื่องของการจัดกระบวนการเรียนรู้ของสถานศึกษาและหน่วยงานที่ต้องดำเนินการจัดการเรียนรู้ให้ผู้เรียนได้ฝึกทักษะกระบวนการคิดการจัดการการเผชิญสถานการณ์และการประยุกต์ความรู้มาใช้เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการจัดกิจกรรมให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริงฝึกการปฏิบัติให้คิดเป็นทำเป็นและเกิดการใฝ่รู้อย่างต่อเนื่อง

ผู้สอนต้องจัดบรรยากาศสภาพแวดล้อมและสื่อการเรียนรู้ที่เอื้ออำนวยความสะดวกเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ และจัดการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นได้ตลอดเวลาทุกสถานที่ (Ministry of Education, 1999) การปฏิรูปการศึกษาควร ปฏิรูปกระบวนการทัศน์ด้วย ภายใต้กระบวนการทัศน์ใหม่นี้ คือ “กระบวนการเรียนรู้สำคัญกว่าความรู้” และ “ครูมิใช่ผู้ มอบความรู้” แต่เป็น “ผู้ออกแบบกระบวนการเรียนรู้โดยเรียนรู้ไปพร้อมกับเด็กและเยาวชน” เป้าหมายของการ เรียนรู้มิใช่ตัวความรู้อีกต่อไปเพราะตัวความรู้นั้นมีมากมายมหาศาลเกินกว่าที่จะมอบให้นักเรียนแต่ละชั้นปีได้อีก ทั้งนักเรียนในศตวรรษใหม่มีหนทางค้นหาความรู้ด้วยตนเองจากทุกหนแห่งทั้งในสิ่งแวดล้อมและในอินเทอร์เน็ต หากการศึกษาไทยยังย่ำอยู่กับกระบวนการทัศน์เดิมคือมอบความรู้เป็นรายวิชาจะไม่ทันสถานการณ์โลก ที่ควรทำ คือมีกระบวนการทัศน์ใหม่ที่จะพัฒนาเด็กและเยาวชนให้เป็นผู้ใฝ่เรียนรู้ตลอดชีวิตเด็กและเยาวชนจะเรียนรู้อะไรบ้าง ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละคนแต่ที่ทุกคนควรมีความสามารถในการเรียนรู้ตลอดเวลา ตลอดชีวิตและพัฒนาตนเอง อย่างต่อเนื่อง (Pailitpongpanim, 2012)

Problem-Based Learning หรือ PBL เป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากแนวคิดตามทฤษฎีการ เรียนรู้แบบสร้างสรรค์นิยม (Constructivism) โดยให้ผู้เรียนสร้างความรู้ใหม่จากการใช้ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในโลก เป็นบริบทของการเรียนรู้ (Learning Context) เพื่อให้ผู้เรียนเกิดทักษะในการคิดวิเคราะห์และคิดแก้ปัญหา รวมทั้งได้ความรู้ตามศาสตร์ในสาขาวิชาที่ตนศึกษาไปพร้อมกันการเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักจึงเป็นผลมาจาก กระบวนการทำงานที่ต้องอาศัยความเข้าใจและการแก้ไขปัญหาเป็นหลักถ้ามองในแง่ของยุทธศาสตร์การสอนPBL เป็นเทคนิคการสอนที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองเผชิญหน้ากับปัญหาด้วยตนเองทำให้ผู้เรียนได้ ฝึกทักษะในการคิดหลายรูปแบบเช่นการคิดวิจารณ์ การคิดวิเคราะห์ การคิดสังเคราะห์ การคิดสร้างสรรค์ เป็นต้น (Suwannoi, 2016)

PBL ได้มีการพัฒนาขึ้นครั้งแรกโดยคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Faculty of Health Sciences) ของ มหาวิทยาลัย McMaster ที่ประเทศแคนาดา โดยเริ่มแรก PBLได้ถูกนำมาใช้ในการติวให้กับนักศึกษาแพทย์ ฝึกหัด ต่อมาในช่วงปลายทศวรรษที่ 60 มหาวิทยาลัย McMaster ได้พัฒนาหลักสูตรแพทย์ที่ใช้ PBL ในการสอน เป็นครั้งแรก จนกระทั่งกลางปี ค.ศ. 1980 เทคนิคการสอนโดยใช้รูปแบบ PBL ได้เริ่มขยายออกไปสู่การสอนใน สาขาอื่น ๆ การสอนแบบ PBL จึงเป็นที่นิยมกันแพร่หลาย และมีการนำไปใช้สอนตามมหาวิทยาลัยต่าง ๆ มาก ขึ้น ความนิยม PBL สามารถเห็นได้ชัดเจนจากการเชื่อมโยงเครือข่ายการเรียนรู้ของมหาวิทยาลัยต่างๆ ที่ใช้ PBL ในการสอนเหมือนกันทางอินเทอร์เน็ตและจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) โดยมีการเผยแพร่ทั้งตำรา เอกสาร และบทความจำนวนมาก โดยส่วนใหญ่จะเป็นผลการวิจัยทางสาขาแพทยศาสตร์มากที่สุด มีวารสารเฉพาะชื่อ The Journal of Clinical Problem - Based Learning และมีการจัดตั้งศูนย์เพื่อการวิจัยและการเรียนการสอน (The Center for Problem-Based Learning) เพื่อเป็นแหล่งข้อมูล ในการแลกเปลี่ยนและเผยแพร่วิธีการ จัดการเรียนรู้โดยใช้ PBL (Suwannoi, 2016)

สำหรับในประเทศไทยนั้น ปัจจุบันการสอนโดยใช้รูปแบบ PBL ในการสอนทั้งระดับการศึกษาขั้น พื้นฐานและระดับอุดมศึกษาเป็นที่นิยมกันมากขึ้น มีงานวิจัยเพื่อพัฒนาการเรียนการสอนที่เรียกว่าการวิจัยในชั้น เรียนที่ใช้ PBL มากมาย รวมถึงการจัดการเรียนการสอนในวิชาชีพพยาบาลที่มุ่งเน้นการหล่อหลอมบัณฑิตให้ สำเร็จการศึกษเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการและผู้ใ้ บัณฑิตได้อย่างแท้จริง ผู้เรียนพยาบาลต้องมีสมรรถนะเชิงวิชาชีพในด้านความรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาล และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง สามารถประยุกต์ใช้ความรู้ได้อย่างเหมาะสมในการปฏิบัติการพยาบาล และรู้เท่าทันกับ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และสามารถปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมโดยใช้กระบวนการพยาบาลทั้งด้าน ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย การรักษาบำบัดทางการพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการได้ทุกช่วงวัย ทุกภาวะสุขภาพ ทุกระดับของสถานบริการสุขภาพบนพื้นฐานของความเอื้ออาทรและบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในความหลากหลายทางวัฒนธรรม โดยใช้ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาลและหลักฐานเชิง ประจักษ์ ภายใต้กฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ ผู้เรียนพยาบาลสามารถร่วมทำวิจัย สร้างนวัตกรรมทาง สุขภาพ และเลือกใช้ประโยชน์จากผลงานวิจัยและนวัตกรรมมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้ ร่วมกับการใช้

เทคโนโลยีสารสนเทศและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยได้อย่างเหมาะสม (Bachelor of Nursing Science Program, 2016)

การจัดการเรียนรู้แบบ PBL ในนักศึกษาพยาบาลส่งผลให้เพิ่มทักษะในการคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหา และการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อเป็นการพัฒนาผู้เรียนให้มีความสามารถในการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ โดยกระบวนการดังกล่าว ยังส่งผลกลุ่มนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่สอง ในวิทยาลัยพยาบาลพระพสุธา มีการคิดวิเคราะห์และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนในกลุ่มทำให้เข้าใจได้ดีขึ้น (Thiankamsri, & Sitisongkrame, 2015) และจากการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา พบว่านักศึกษาพยาบาลสามารถวิเคราะห์ความรู้ด้วยตนเอง เกิดองค์ความรู้ใหม่ รู้จักการทำงานเป็นกลุ่ม และได้ฝึกการคิดวิเคราะห์ การแก้ไขโจทย์สถานการณ์ต่าง ๆ ผู้เรียนมีความสุขกับการเรียนมากขึ้น มีอิสระทางความคิด ทำให้ผู้เรียนมีความกล้าแสดงออกมากขึ้น ผู้เรียนอาจรู้สึกกดดันกับโจทย์ปัญหาที่ได้รับ เนื่องจากต้องใช้เวลาเรียนรู้ด้วยตัวเองมากกว่าการนั่งฟังบรรยายในชั้นเรียนเพียงอย่างเดียว และเมื่อผู้เรียนไม่สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตัวเอง ผู้เรียนใช้วิธีการแก้ไขปัญหโดยการหันมาทำความเข้าใจ ใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อช่วยกันแสวงหาคำตอบมาใช้ในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ผลของการเรียนรู้แบบ PBL ทำให้ผู้เรียนสามารถคิดวิเคราะห์ การคิดที่ผ่านการใคร่ครวญ และคิดอย่างมีวิจารณญาณในทุกขั้นตอนไม่ว่าในด้านชีวิตประจำวันและผู้เรียนเรียนรู้การวางแผนการทำงานอย่างเป็นระบบร่วมกับผู้อื่นได้ และสามารถวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพได้ดีขึ้น (Puttiwanit, 2017; Wanchai, Kaewsasri, Kuljoo, & Vichitkaew, 2018) และจากการจัดการเรียนรู้โดยใช้ PBL มาใช้สอนในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยผลการเรียนรู้การพัฒนาทักษะทางปัญญาได้ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการตระหนักรู้ในศักยภาพ และสิ่งที่เป็จุดอ่อนของตนเอง 2) ด้านความสามารถสืบค้น และวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย 3) ด้านความสามารถนำข้อมูล และหลักฐานไปใช้ในการอ้างอิง และแก้ไขปัญหอย่างมีวิจารณญาณ 4) ด้านความสามารถคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ โดยใช้องค์ความรู้ทางวิชาชีพและที่เกี่ยวข้อง 5)ด้านความสามารถใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ทางการวิจัยและนวัตกรรมที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญห และ 6) ด้านความสามารถพัฒนาวิธีการแก้ไขปัญหที่มีประสิทธิภาพ ภายหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก (Puttiwanit, 2017) อย่างไรก็ตามการจัดการเรียนรู้แบบ PBLให้สำเร็จนั้น การเรียนรู้ต้องมีเนื้อหาที่ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงส่งผลให้ผู้เรียนได้เข้าใจ และเกิดการเรียนรู้โดยผ่านการใช้กระบวนการเรียนกลุ่มย่อย ภายใต้โจทย์ปัญหาที่สามารถกระตุ้นให้ผู้เรียนอาศัยการเชื่อมโยงจากความรู้เดิมของผู้เรียนมาอภิปรายและวิเคราะห์ในระดับลึกจนเกิดผลสัมฤทธิ์ในการเรียนรู้ของนักศึกษาสูงสุด

การสอนในสถาบันการศึกษาจึงมีความจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมการเรียนรู้ในแนวใหม่ที่เป็นแนวสร้างสรรค์ (Innovative Approach) ด้วยการส่งเสริมให้การเรียนรู้เน้นไปที่การเรียนรู้ด้วยตนเอง ดำเนินการสอนอย่างสร้างสรรค์ ให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ตรงให้เรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-Study Learning) ให้ผู้เรียนรู้จักสร้างและพัฒนาความรู้ (Research Based Learning) (Sirisupluxana, 2013) ผู้เขียนจึงได้นำเสนอแนวทางการจัดการเรียนรู้แบบ PBL ในรายวิชาทางการแพทย์ในการเตรียมความพร้อม การสอนแบบ PBL และการประเมินผลหลังการจัดการเรียนรู้แบบ PBL เพื่อเป็นแบบอย่างให้เกิดแนวทางการสอนแบบ PBL ที่ดีต่อไป

แนวทางการจัดการเรียนรู้โดยใช้ PBL สำหรับนักศึกษาพยาบาล

ผู้เขียนได้แนวทางการจัดการเรียนรู้แบบ PBL มาจากประสบการณ์ตรงทั้งด้านการศึกษาดูงานต่างประเทศ การสอนและการวิจัยมานานกว่า 10 ปี รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จึงได้กำหนดแนวทางการจัดการเรียนรู้โดยใช้ PBL สำหรับผู้เรียนพยาบาลไว้เป็น 3 ระยะ ระยะแรกคือระยะการเตรียมการซึ่งเป็นส่วนที่มีความสำคัญที่สุด เนื่องจากการวางแผนที่ดีจะนำไปสู่การจัดการเรียนรู้ที่สามารถดึงศักยภาพของผู้เรียนได้สูงสุด ในระยะนี้เริ่มตั้งแต่การทำความเข้าใจลักษณะการสอนแบบ PBL การเปลี่ยนบทบาทผู้สอน การวางแผน

ออกแบบการสอนให้สอดคล้องกับหลักสูตรและวัตถุประสงค์ในรายวิชา ระยะที่ 2 คือระยะการสอนแบบ PBL ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน และขั้นที่ 3 คือขั้นประเมินผลซึ่งเป็นขั้นสุดท้ายในการประเมินการเรียนรู้แบบ PBL ของผู้เรียน

1. ระยะเตรียมการ

1.1. การสร้างองค์ความรู้ความเข้าใจในวิธีการจัดการเรียนรู้แบบ PBL การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลัก (Problem-based Learning PBL) เป็นวิธีการเรียนรู้บนหลักการของการใช้ปัญหาเป็นจุดเริ่มต้นในการเชื่อมโยงความรู้ที่มีอยู่เดิม ให้ผสมผสานกับข้อมูลใหม่ แล้วประมวลเป็นกับความรู้ใหม่เป็นจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ มีปัญหาเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ในสิ่งที่ผู้เรียนอยากเรียนรู้โดยสิ่งที่อยากเรียนรู้นั้นจะต้องเริ่มมาจากปัญหาที่ผู้เรียนสนใจหรือพบในชีวิตประจำวันที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับบทเรียน ซึ่งผู้สอนจะต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนการจัดการเรียนรู้ตามความสนใจของผู้เรียนได้อย่างเหมาะสมจากนั้นผู้เรียนร่วมกันคิดกิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหานั้นโดยเน้นให้ผู้เรียนพัฒนาทักษะการคิดที่กระบวนการเรียนรู้จากการเรียน (learning to learn) การฝึกทักษะการคิดแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผลและเป็นระบบให้แก่ผู้เรียน โดยจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่เน้นทักษะกระบวนการคิดแก้ปัญหา การคิดสร้างสรรค์ คิดวิจารณ์ญาณ เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนในกลุ่ม การปฏิบัติและการเรียนรู้ร่วมกัน (Collaborative Learning) นำไปสู่การแสวงหาความรู้ การบูรณาการความรู้ ค้นคว้าหาคำตอบหรือสร้างความรู้ใหม่บนฐานความรู้เดิมที่ผู้เรียนมีมาก่อนหน้านี้โดยผู้เรียนควบคุมและประเมินกระบวนการเรียนรู้ (Metacognition) และเป็นการเรียนรู้ที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถกำกับตนเองในการเรียนรู้ (Self-directed Learning) ได้อย่างยั่งยืน

1.2 การปรับบทบาทของผู้สอนในการจัดการเรียนรู้แบบ PBL

การสอนแต่เดิม ผู้สอนเป็นศูนย์กลางการเรียนในชั้นเรียน โดยผ่านการบรรยายในชั้นเรียน (Lecture) ผู้สอนเป็นผู้ป้อนความรู้และประสบการณ์ให้ผู้เรียนในลักษณะครูเป็นศูนย์กลาง (Teacher Center) ผู้สอนเป็นผู้ให้ข้อมูลเนื้อหา (Content) ผู้เรียนทำหน้าที่เรียนโดยการจดจำเนื้อหาพบว่าผลการเรียนรู้ที่ได้รับนั้นน้อยกว่า 10% มันเป็นวิธีที่ง่ายที่สุดและก็ได้ผลที่น้อยที่สุดเช่นกันการเรียนแบบนี้ผู้เรียนมักจะลืมนำไปไม่ซ้ำจึงจำเป็นต้องเปลี่ยนบทบาทผู้สอนเป็นศูนย์กลางมาเป็นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Student Center) แทนเพื่อให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ด้วยตัวเองให้มากขึ้น การเรียนรู้ที่ได้ผลเพิ่มขึ้นมาคือการเรียนรู้แบบพูดคุยและแบ่งปันความคิดเห็น ซึ่งได้ผลมากถึง 50% เลยทีเดียว เช่น การเรียนเป็นกลุ่มเป็นต้น (Ken Masters, 2013)

การจัดการเรียนรู้แบบ PBL ผู้สอนควรให้ความสำคัญในกระบวนการเรียนรู้ของผู้เรียนมากกว่าตัว content เนื้อหาที่ใช้สอน เนื่องจากเนื้อหาผู้เรียนจะสามารถสืบค้นหาอ่านได้เอง แต่สิ่งที่ท้าทายมากกว่าคือการที่ผู้สอนสามารถสร้างกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้เรียนโดยผู้สอนมีบทบาททำหน้าที่สนับสนุนการเรียนรู้ของผู้เรียน คอยให้คำปรึกษากระตุ้นให้ผู้เรียนเอาความรู้เดิมที่มีอยู่มาใช้และเกิดการเรียนรู้โดยการตั้งคำถามผู้สอนจึงต้องทำหน้าที่หลายบทบาท เช่นการเป็นผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) โดยการวางแผนออกแบบการเรียนรู้และเตรียมการสิ่งจำเป็นในการเรียนรู้ จัดเตรียมสื่อแหล่งเรียนรู้สำหรับผู้เรียนคอยเป็นผู้ชี้แนะ (Coach) โดยการกระตุ้นและให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้การเป็นพี่เลี้ยง (Mentor) คอยดูแลช่วยเหลือสนับสนุน และขณะเดียวกันผู้สอนก็ได้เป็นผู้ร่วมเรียนรู้ (Teacher as Learner) ไปกับผู้เรียนด้วย (Mohamed Ali. W.G. El Sedi. NAM, 2010)

1.3 การเตรียมตัวของผู้สอนก่อนการจัดการเรียนรู้แบบ PBL

1.3.1 ศึกษาหลักสูตร ผู้สอนต้องทำความเข้าใจหลักสูตรเพื่อให้เป็นไปตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (TQF) ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ภายนอก เช่นการเปลี่ยนแปลงบริบทในกระแสโลกาภิวัตน์ การเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการเกิดโรค ระบบสุขภาพและการพัฒนาทางสังคมวัฒนธรรม แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ การปฏิรูปการศึกษาตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ แนวคิดประเทศไทย (Thailand 4.0) ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการเรียนรู้ต่างๆในรายวิชาที่สอนอย่างละเอียดและสามารถนำความรู้ไปใช้วางแผนจัดการเรียนรู้แบบ PBL ประกอบการสร้างโจทย์

สถานการณ์ ในการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับหลักสูตรแกนกลางตามเป้าหมายการเรียนรู้ได้อย่างครอบคลุม

1.3.2 ผู้สอนจะต้องสร้างความคุ้นเคยกับผู้เรียนและประเมินผู้เรียนก่อนการสอน เพื่อสำรวจความต้องการของผู้เรียนไว้เป็นแนวทางในการออกแบบการจัดการเรียนรู้ร่วมกัน โดยให้สอดคล้องระหว่างหลักสูตรและความต้องการของผู้เรียนทั้งนี้เพื่อความสามารถในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่มีความเหมาะสมและออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ที่สอดคล้องและวัดประเมินผู้เรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3.3 ออกแบบแผนการจัดการเรียนรู้ที่เหมาะสมผู้สอนต้องออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้อย่างรัดกุมให้ลงรายละเอียดการจัดกิจกรรมที่ชัดเจนโดยผู้สอนจะต้องวางแผนการจัดการเรียนรู้ในเนื้อหาที่จะสอน โดยเน้นออกแบบกิจกรรมการสอนแบบบูรณาการในรายวิชาที่สอนร่วมกัน ให้เกิดการเชื่อมโยงในสิ่งที่ผู้เรียนต้องเรียนรู้ และจัดทำคู่มือสำหรับผู้สอนซึ่งประกอบด้วยวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในรายวิชา ตัวอย่างคำถามนำ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สอนได้ศึกษาในแผนการจัดการเรียนรู้ไปสู่การจัดกิจกรรมตามแผนดังกล่าวสำหรับใช้สอนได้เหมือนกัน ส่วนคู่มือสำหรับผู้เรียน ประกอบด้วยวิธีการเรียนรู้แบบ PBL บทบาทของผู้เรียน โจทย์สถานการณ์ ตัวอย่างแหล่งสืบค้น เป็นต้น ทั้งนี้ผู้เรียนจะศึกษาได้ทำความเข้าใจลักษณะการเรียนรู้แบบ PBL และบทบาทของผู้เรียนได้ถูกต้อง

1.3.4 จัดทำโจทย์ปัญหา ผู้สอนมีหน้าที่เตรียมโจทย์ปัญหาที่ครอบคลุมวัตถุประสงค์การเรียนรู้ จัดเตรียมทรัพยากรการเรียนรู้ ช่วยสนับสนุนกระบวนการเรียนรู้ของนักศึกษา (Sanguanthalai, 2011) คุณภาพของโจทย์ปัญหาต้องเลือกปัญหาที่พบบ่อยในสถานการณ์จริง โดยอาจเป็นปัญหาจากสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โจทย์สถานการณ์ในการพยาบาลที่พบเห็นในโรงพยาบาลหรือชุมชน เป็นโจทย์ปัญหาที่มีความตอบได้หลากหลาย และสามารถหาวิธีการแก้ปัญหาได้หลายทางทั้งนี้การออกแบบโจทย์สถานการณ์ควรวางแผนวางแนวทางการออกแบบหรือปรับกระบวนการจัดการเรียนรู้ของผู้เรียนให้เหมาะสมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหลักสูตรการเรียนรู้ในรายวิชาที่จัดการเรียนรู้ด้วย (Suwannoi, 2016) ปัญหาที่ดีจะต้องน่าสนใจและกระตุ้นให้ผู้เรียนสามารถอภิปรายและเรียนรู้ลงไปในระดับลึกจนเข้าใจแนวคิดของปัญหามากกว่าการท่องจำสามารถเชื่อมโยงความรู้เดิมของผู้เรียนกับข้อมูลใหม่

ตัวอย่างโจทย์ปัญหาและคำถามนำ

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 55 ปี เข้ารับการรักษาด้วยไข้สูง 39 °C หนาวสั่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ไอมีเสมหะ ปวดศีรษะ และหายใจลำบาก และมีอาการท้องเดิน น้ำมูกไหลคลื่นไส้ และมีอาเจียนร่วมด้วย

จากการซักประวัติเพิ่มเติมพบว่า ภายในระยะเวลา 10 วันก่อนได้ไปเที่ยวที่เมืองปักกิ่งกับคณะทัวร์ เป็นเวลา 5 วัน เมื่อคืนกลับถึงบ้าน ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากกลัวว่าจะป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ จึงได้ทำความสะอาดร่างกาย เสื้อผ้า เครื่องใช้ต่าง ๆ และแยกตัวเองไม่สัมผัสใกล้ชิดใคร แต่เข้านี้เริ่มมีไข้สูงจึงรีบมาโรงพยาบาลทันที

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบเม็ดเลือดขาว $5.5 \times 10^3 \text{ cell/mm}^3$, เกล็ดเลือด 120,000 $\text{cell}/\mu\text{l}$, เอนไซม์ตับ AST = 80 U/L, ALT = 102 U/L ภาพถ่ายรังสีเอกซเรย์ทรวงอกมีเป็นฝ้าขาวทั้ง 2 ข้างแพทย์จึงให้นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

ตาราง 1 โจทย์ปัญหาและคำถามนำ

ปัญหาจากโจทย์	วัตถุประสงค์การเรียนรู้	คำถามนำ
ไข้สูง 39 °C ตัวร้อน หนาวสั่น ปวดเมื่อย กล้ามเนื้อ ไอ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ และหายใจ ลำบาก	1. อาการแสดงของโรค	1. อาการไข้สูง 39 °C ตัวร้อน หนาวสั่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ไอมีเสมหะ ปวดศีรษะ และหายใจลำบาก แสดงว่าผู้ป่วยน่าจะมีปัญหาในระบบใดบ้าง อาการแสดงดังกล่าว ทำให้ผู้เรียนนึกถึงโรคใดบ้างเพราะอะไร

ตาราง 1 (ต่อ)

ปัญหาจากโจทย์	วัตถุประสงค์การเรียนรู้	คำถามนำ
ส่วนอาการอื่นที่อาจพบได้ มีท้องเดิน ไอมีเสมหะ น้ำมูกไหลคลื่นใส อาเจียน	1. ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ 2. ปัญหาทางการพยาบาล และการรักษา	1. ส่วนอาการอื่นที่พบได้แก่ มีท้องเดิน ไอมีเสมหะ น้ำมูกไหล คลื่นไส้ อาเจียน เป็นอาการแสดงของ โรคใดได้บ้าง หรือเป็นแทรกซ้อนใด 2. ภาวะแทรกซ้อนใดที่สำคัญที่สุดในผู้ป่วยรายนี้ เนื่องจากอะไร 3. จากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ผู้เรียนจะมีแนวทาง ดูแลการพยาบาลอย่างไร เพราะเหตุใด
จากการซักประวัติเพิ่มเติม พบว่า ภายในระยะเวลา 10 วันก่อนได้ไปเที่ยวที่ เมืองปักกิ่งกับคณะทัวร์ เป็นเวลา 5 วัน ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกลัวว่าจะป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่	1. บุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยง และปัจจัยเสี่ยงต่อโรค 2. การวินิจฉัยโรค 3. การวินิจฉัยแยกโรค	1. ภายในระยะเวลา 10 วันก่อนได้ไปเที่ยวที่เมืองปักกิ่งกับคณะทัวร์ เป็นเวลา 5 วัน ผู้ป่วยเป็นกลุ่มเสี่ยงหรือไม่ และปัจจัยเสี่ยงของโรคอื่น ๆ เป็นอย่างไร 2. “ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกลัวว่าจะป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่” ผู้เรียนเห็นด้วยกับผู้ป่วยหรือไม่ 3. ถ้าไม่เห็นด้วยผู้เรียนนึกถึงโรคใดบ้าง
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบมีเม็ดเลือดขาว $5.5 \times 10^3 \text{ cell/mm}^3$, เกล็ดเลือด 120,000 $\text{cell}/\mu\text{L}$, เอนไซม์ตับ AST =80 U/L, ALT=102 U/L ภาพถ่ายรังสีเอกซเรย์ ทรวงอกมีเป็นฝ้าขาวทั้ง 2 ข้าง	1.การวินิจฉัยโรค 2.การวินิจฉัยแยกโรค	1. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติ สามารถวินิจฉัยการเป็นโรคของผู้ป่วยได้หรือไม่ 2. ผู้ป่วยรายนี้มีความจำเป็นต้องตรวจเพิ่มเติมอีกไหม 3. ถ้าตรวจ จะตรวจอะไรเพิ่มเติม เพราะเหตุใด
แพทย์ให้นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล	1. การพยาบาล	1. ในฐานะที่ผู้เรียนต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ ผู้เรียนจะวางแผนการพยาบาลอย่างไร เพราะเหตุใด 2. ผู้เรียนจะใช้กระบวนการทางการพยาบาลอย่างไร ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยรายนี้
เมื่อคืนกลับถึงบ้าน ได้ทำความสะอาดร่างกาย เสื้อผ้า เครื่องใช้ต่างๆ และ แยกตัวเอง ไม่สัมผัสใกล้ชิดใคร แต่เช้านี้มีไข้จึงรีบไปโรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมง	1. การป้องกันและลดการติดต่อของโรค	3. เมื่อคืนกลับถึงบ้าน ได้ทำความสะอาดร่างกาย เสื้อผ้า เครื่องใช้ต่าง ๆ และแยกตัวเอง ไม่สัมผัสใกล้ชิดใคร แต่เช้านี้มีไข้จึงรีบไปโรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยรายนี้มีความเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร 4. บุคคลใกล้ชิดหรือผู้ดูแลผู้ป่วยควรมีบทบาทในการดูแลและป้องกันโรคอย่างไร เพราะเหตุใด

(อ้างอิงโจทย์ PBL พัฒนาโดยผู้เขียน)

1.3.5 การนำเข้าสู่การเรียนรู้ของผู้เรียนในกิจกรรมที่ต้องลงมือปฏิบัติผู้สอนต้องชี้แจงวัตถุประสงค์ในรายวิชา วัตถุประสงค์พฤติกรรมหลักในการเรียนในชั้นเรียนและเปิดประเด็นกลุ่มใหญ่ของผู้เรียนทั้งชั้น ก่อนการแยกตามกลุ่มย่อย

1.3.6 การแบ่งกลุ่มผู้เรียนในการจัดการเรียนรู้ ควรละผู้เรียนให้มีความหลากหลาย เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันและกัน ให้ผู้เรียนเป็นผู้กำหนดกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง ในขณะเดียวกันให้ผู้เรียนแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบภายในกลุ่มของตนเอง การสร้างกฎกติกาในการทำงานในทีม เพื่อให้ผู้เรียนรู้จักเคารพในเงื่อนไขและกติกาที่กำหนดขึ้นโดยทุกคนในกลุ่มจะต้องยอมรับและปฏิบัติตาม

2. ระยะเวลาเรียนรู้แบบ PBL การจัดการเรียนรู้แบบ PBL มีขั้นตอนการจัดการเรียนรู้ ดังนี้

ขั้นตอน 1 Clarifying Unfamiliar Terms ผู้สอนให้โจทย์ปัญหาแก่ผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนทำความเข้าใจหรือทำความเข้าใจในคำศัพท์ต่าง ๆ เช่น ชื่อโรค ชื่อการผ่าตัด ที่ไม่เข้าใจ โดยกลุ่มผู้เรียนทำความเข้าใจคำศัพท์ และข้อความที่ปรากฏอยู่ในโจทย์ปัญหาให้ชัดเจนเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน

ขั้นตอน 2 Problem Definition การตั้งปัญหาหรือการจับประเด็นข้อมูลที่สำคัญ และผู้เรียนช่วยกันระบุปัญหาในโจทย์ปัญหาที่ได้รับ กลุ่มผู้เรียนร่วมกันระบุปัญหาหลักที่ปรากฏอยู่ในโจทย์ปัญหานั้นว่าเป็นปัญหาอะไร และเรียงลำดับตามความสำคัญของปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไข

ขั้นตอน 3 Brainstorm ระดมสมองเพื่อวิเคราะห์ปัญหา อภิปรายหาคำอธิบาย แต่ละประเด็นปัญหาว่าเป็นอย่างไร เกิดขึ้น ได้อย่างไร ความเป็นมาอย่างไร โดยอาศัยพื้นความรู้เดิมเท่าที่ผู้เรียนมีอยู่ ทั้งนี้กลุ่มผู้เรียนระดมสมองวิเคราะห์ปัญหา โดยอาศัยความรู้เดิมของสมาชิกกลุ่มทุกคน ผู้สอนเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เรียนรู้และลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง โดยผู้สอนเป็นเพียงผู้แนะนำส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ และการทำงานของกลุ่ม ผู้สอนคอยสังเกตผู้เรียนขณะทำกิจกรรมและกระตุ้นผู้เรียนบางคนที่ไม่ได้แสดงความคิดเห็น โดยอาจใช้คำถามนำ เช่น ผู้เรียนคิดเห็นอย่างไร ผู้เรียนเห็นด้วยกับกลุ่มหรือไม่ ผู้สอนคอยกระตุ้นให้ผู้เรียนใช้เหตุผลประกอบการตอบคำถามทุกครั้ง

ขั้นตอน 4 Analyzing the Problem วิเคราะห์ปัญหา กลุ่มผู้เรียนอธิบายและตั้งสมมติฐานเพื่อหาคำตอบของปัญหาในประเด็นต่างๆ พร้อมจัดลำดับความสำคัญของสมมติฐานที่เป็นไปได้โดยมีเหตุผล สามารถเชื่อมโยงกับปัญหาที่ระดมสมองกันช่วยกันคิดอย่างสอดคล้อง และสรุปรวบรวมความรู้และแนวคิดของกลุ่ม ผู้สอนกล่าวชื่นชมให้แรงเสริมด้านบวกเมื่อผู้เรียนสามารถเรียนรู้โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ในกลุ่มได้ และช่วยเหลือสนับสนุนกระตุ้นให้มีการตั้งปัญหาภายในกลุ่ม โดยการใช้คำถามนำ (ตามคู่มือผู้สอน) เพื่อให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ในรายวิชาและรายบท

ขั้นตอน 5 Formulating Learning Issues สร้างประเด็นการเรียนรู้ กลุ่มผู้เรียนกำหนดประเด็นการเรียนรู้ (Learning Issue) และวัตถุประสงค์การเรียนรู้ (Learning Objective) เพื่อค้นหาข้อมูลที่จะอธิบายผลการวิเคราะห์ที่ตั้งไว้กลุ่มร่วมกัน ผู้เรียนช่วยกันสรุปว่าความรู้ส่วนใดรู้แล้วส่วนใดที่ยังไม่รู้หรือจำเป็นต้องไปค้นคว้าหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อจะได้อธิบายหรือตอบโจทย์ปัญหานั้น

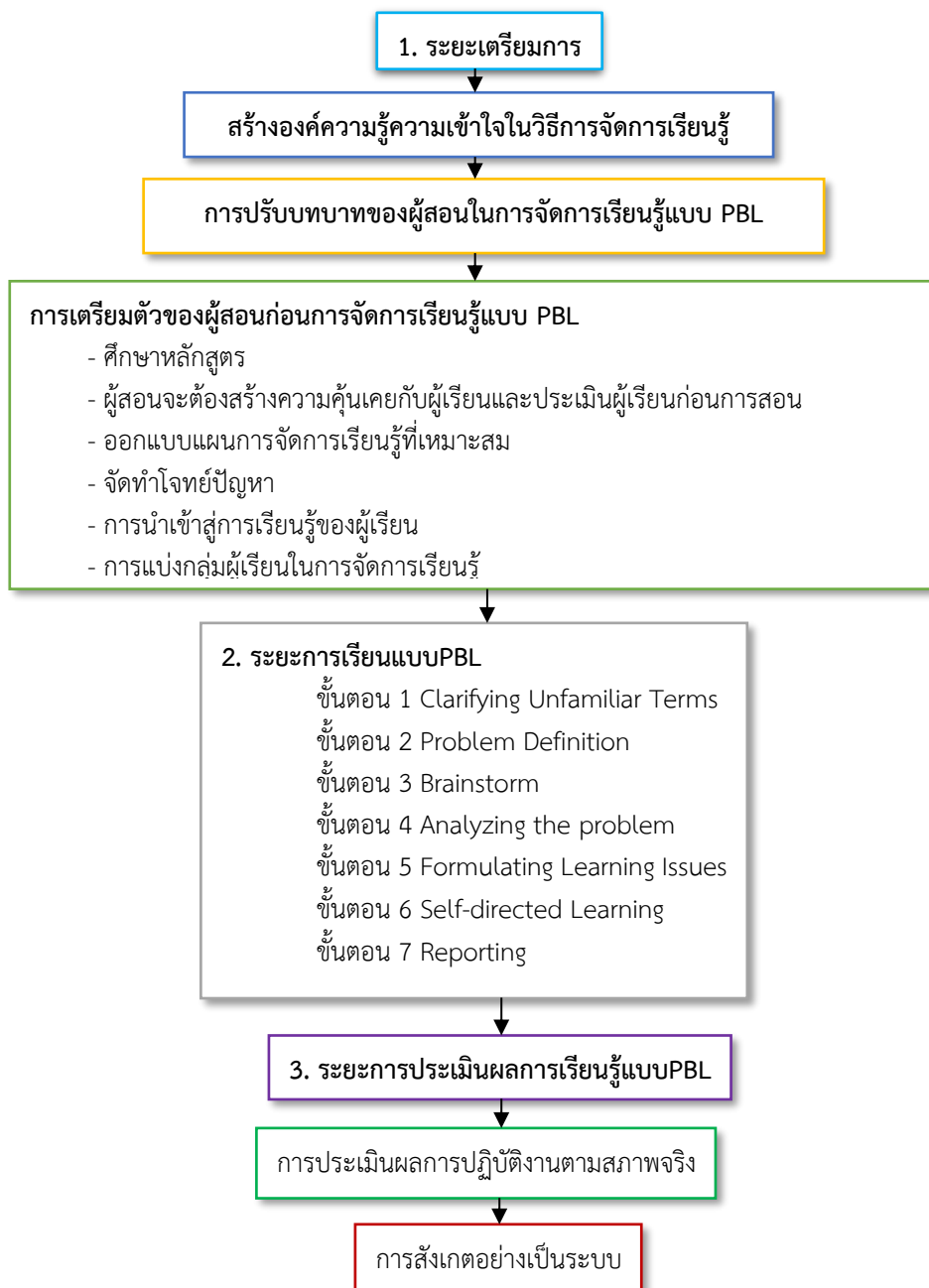
ขั้นตอน 6 Self-Directed Learning ค้นคว้าหาความรู้ด้วยตนเอง กลุ่มผู้เรียนค้นคว้า รวบรวมสารสนเทศจากสื่อและแหล่งการเรียนรู้ต่างๆ ที่ทันสมัยและมีความถูกต้องเหมาะสม เช่น ห้องสมุด หนังสือ ตำรา วารสาร สื่อการเรียนสอนต่าง ๆ การศึกษาในห้องปฏิบัติการ คอมพิวเตอร์ช่วยสอน อินเทอร์เน็ต หรือปรึกษาอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญในเนื้อหาสาขาเฉพาะ เป็นต้น

ขั้นตอน 7 Reporting รายงานต่อกลุ่ม กลุ่มผู้เรียนนำรายงานข้อมูลหรือสารสนเทศใหม่ที่ได้มาจากการค้นคว้าเพิ่มเติมมาอภิปรายวิเคราะห์ สังเคราะห์ พิสูจน์สมมติฐานและประยุกต์ให้เหมาะสมกับโจทย์ปัญหา เพื่อพร้อมสรุปเป็นองค์ความรู้ แนวคิดหรือหลักการทั่วไป ผู้สอนให้ผู้เรียนช่วยกันสรุปสิ่งที่เรียนรู้จากการทำกิจกรรมและให้ผู้เรียนได้นำเสนอผลงานของตน โดยผู้สอนเป็นผู้คอยสนับสนุนให้เกิดการนำเสนอที่หลากหลายรูปแบบและเป็นไปอย่างสร้างสรรค์ ไม่จำกัดความคิดในการนำเสนอ

3. ระยะเวลาประเมินผลการเรียนรู้แบบPBL

3.1 การประเมินผลการปฏิบัติงานตามสภาพจริงเป็นการวัดผลหรือประเมินผล แก่ปัญหาการวัดผลจากการปฏิบัติงานจริง โดยประเมินผลจากผลงานและพฤติกรรมที่ผู้เรียนแสดงออกขณะร่วมกิจกรรม โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินผลการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับเนื้อหาที่จะสอนเป็นหลัก

3.2 การสังเกตอย่างเป็นระบบ ผู้สอนต้องมีการกำหนดเกณฑ์การประเมินให้ชัดเจนรวมทั้งเป็นผู้ประเมินทักษะของผู้เรียนและกลุ่ม พร้อมให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้ผู้เรียนได้เกิดการพัฒนาตนเอง ผู้สอนต้องคอยสังเกตการณ์อยู่ภายนอกกลุ่ม สังเกตทักษะบทบาทประธานในการวางแผนงาน การรับฟัง การควบคุมสมาชิกในกลุ่ม บทบาทเลขาในการบันทึก การสรุปต่าง ๆ และสังเกตบทบาทสมาชิกในกลุ่มทุก ๆ คน โดยคอยสังเกตกระบวนการเรียนรู้ของกลุ่ม การแสดงความคิดเห็น การแบ่งงาน ความรับผิดชอบ ความตรงต่อเวลา เป็นต้น



ภาพ 1 แนวทางการจัดการเรียนรู้โดยใช้ PBL สำหรับผู้นักศึกษาพยาบาล

การจัดการเรียนรู้โดยใช้ PBL เพื่อความสำเร็จตามเป้าหมายนั้น ขึ้นกับการวางแผนและการจัดการที่มีความเหมาะสม ผู้สอนต้องให้ความสำคัญของเนื้อหา โดยเลือกเนื้อหาที่สอดคล้องกับการนำไปใช้ในสถานการณ์จริงของผู้ป่วย และสร้างปัญหาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ปัญหาที่ดีจะต้องน่าสนใจและกระตุ้น

ให้ผู้เรียนสามารถอภิปรายเรียนลงไปในระดับลึกจนเข้าใจแนวคิดของปัญหามากกว่าการท่องจำ และสามารถเชื่อมโยงความรู้เดิมของผู้เรียนกับข้อมูลใหม่ได้ บทบาทและทักษะของผู้สอนมีความสำคัญมาก ผู้สอนอาจไม่มั่นใจตนเองในการที่ต้องเป็นครูในวิชาที่ตนไม่ชำนาญ ผู้สอนจะต้องได้รับการพัฒนาและฝึกทักษะต่าง ๆ ของการเป็นครูประจำกลุ่มก่อนจะช่วยให้การเรียนการสอนประสบความสำเร็จมากขึ้น (Lekhakula, 2015) นักศึกษาพยาบาลทุกคนต้องได้รับการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับแนวคิดการจัดการเรียนรู้โดยใช้ PBL เพื่อให้เกิดความเข้าใจในบทบาทผู้เรียนก่อนการเรียนแบบนี้ การวางนโยบายที่ชัดเจนเพื่อให้เกิดความร่วมมือและประสานงานกันระหว่างภาควิชาหรือหน่วยงาน ตลอดจนการวางแผนสร้างผู้สอนใหม่ ๆ ให้เพิ่มขึ้นเพื่อให้เกิดการจัดการเรียนรู้โดยใช้ PBL อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพได้สูงสุด

บทสรุป

ปัจจุบันปัญหาการเจ็บป่วยมีการเปลี่ยนแปลงและมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ซึ่งการเรียนการสอนแบบเดิม เช่น การบรรยายเป็นการสอนให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้ด้วยวิธีการจำเพื่อให้สอบใบประกอบวิชาชีพผ่าน แต่ขาดการคิดวิจารณ์ญาณในการตัดสินใจที่ถูกต้อง ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนพยาบาลศาสตร์จึงควรเน้นผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติ ฝึกทักษะการคิด เผชิญสถานการณ์ปัญหา วางแผนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยการใช้กลวิธีที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง และส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Ar-yuwat, 2017) แนวทางการจัดการเรียนรู้โดยใช้ PBL สำหรับนักศึกษาพยาบาลที่ดีจะช่วยพัฒนาคุณภาพการเรียนรู้ของผู้เรียนให้เกิดผลสัมฤทธิ์สูงสุด (Katwibun, 2009) สรุปได้ว่า การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นหลักจะช่วยส่งเสริมความสามารถของนักเรียนในหลายด้าน เช่น ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ความสามารถในการแก้ปัญหา การคิดวิเคราะห์ การประยุกต์ความรู้ใช้ในชีวิตประจำวันในการทำงานได้ จึงเป็นความท้าทายของผู้สอนในการออกแบบการสอนเพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้เกิดทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณซึ่งถือเป็นทักษะสำคัญอันดับแรกในทักษะทั้งหมดของการเป็นพยาบาล ซึ่งเป็นกระบวนการทางสติปัญญาขั้นสูงที่ช่วยให้การตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม (Thabet, 2017) โดยต้องผ่านกระบวนการรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ นามาคิด พิจารณา ไตร่ตรอง แยกแยะประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้อง และสัมพันธ์กันในการเลือกกระทำหรือไม่กระทำอย่างไรอย่างหนึ่ง ซึ่งนอกจากใช้ความรู้ทางศาสตร์ทางการพยาบาลแล้วยังต้องอาศัยทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดีที่สุด การใช้แนวทางการจัดการเรียนรู้โดยใช้ PBL สำหรับนักศึกษาพยาบาลจะเป็นประโยชน์ต่อผู้สอนในด้านการสร้างความมั่นใจในการเรียนรู้วิธีการสอนแบบ PBL ที่ถูกต้องและเข้าใจบทบาทของผู้สอน สามารถวางแผนเตรียมการสอนแบบ PBL ได้อย่างครอบคลุมวัตถุประสงค์ของหลักสูตรและวัตถุประสงค์ในรายวิชา นอกจากนี้ผู้สอนสามารถใช้แนวทางการเรียนรู้แบบ PBL ในการประเมินผลการเรียนรู้ของผู้เรียนทั้งการประเมินตามสภาพจริงและการสังเกตอย่างเป็นระบบได้อย่างแม่นยำ นอกจากนี้การใช้แนวทางการจัดการเรียนรู้โดยใช้ PBL สำหรับนักศึกษาพยาบาล ยังมีประโยชน์ต่อผู้เรียน คือช่วยเสริมสร้างให้ผู้เรียนเกิดทักษะการเรียนรู้ต่าง ๆ สอดคล้องกับแนวทางการจัดการศึกษาตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 (ฉบับปรับปรุง 2545) คือทำให้ผู้เรียนเกิดทักษะในการคิดอย่างมีวิจารณญาณการวิเคราะห์ และการคิดอย่างสร้างสรรค์ ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนและได้ลงมือปฏิบัติมากขึ้น ผู้เรียนได้เป็นผู้รับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง และรู้จักการปรับตัวรับฟังความคิดเห็นของผู้เรียน สามารถสื่อสารและเรียนรู้และทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดี ช่วยให้ผู้เรียนมีการจำข้อมูลต่างๆอย่างเป็นระบบได้ดี ซึ่งการเรียนรู้นี้จะทำให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาทักษะทางปัญญาอย่างแท้จริงนำไปสู่การตัดสินใจ การแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน และในชีวิตการทำงานในวิชาชีพพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การเรียนรู้แบบ PBL ควรเตรียมความพร้อมทั้งในด้านผู้สอนและผู้เรียน รวมทั้งสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ต่าง ๆ เพื่อพัฒนาการเรียนรู้แบบ PBL ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด
2. ควรบูรณาการเนื้อหาในรายวิชาและเชื่อมโยงการสอนในรายวิชาที่เกี่ยวข้องรวมกัน
3. สร้างและพัฒนาทีมผู้สอนในการเรียนรู้แบบ PBL เพิ่มเติมอยู่เสมอ
4. การสร้างโจทย์ปัญหา ควรสร้างโจทย์สถานการณ์ในปัญหาสุขภาพที่น่าสนใจ ให้สามารถกระตุ้นให้ผู้เรียนอยากเรียนรู้และอยากศึกษาเพิ่มเติม โดยปรับความยากง่ายตามความเหมาะสมในระดับพื้นฐานการเรียนรู้ของผู้เรียนแต่ละชั้นปี
5. การเรียนรู้แบบ PBL กับผู้เรียนชั้นปีแรกๆ อาจจัดผู้สอน 1 คน ต่อ 1 กลุ่ม แต่ในชั้นปีที่สูงขึ้นอาจจัดผู้สอน 1 คนต่อหลายกลุ่มได้ เนื่องจากผู้เรียนคุ้นเคยและมีประสบการณ์การเรียนรู้แบบ PBL มาก่อน
6. การเรียนรู้แบบ PBL ควรทำการสอนอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาการเรียนรู้โดยการคิดอย่างวิจารณ์ญาณให้กับผู้เรียนอย่างต่อเนื่องจนนำไปสู่การเรียนรู้ตลอดชีวิต

Reference

- Ar-yuwat, S. (2017). Problem-Based Learning (PBL): The Challenges of Nursing Education to Foster The 21st Century Learning Nursing. *Journal of the Ministry of Public Health*, 27(2), 15-30. (in Thai)
- Bachelor of Nursing Science Program B.E. (2016). Boromarajonani Nursing College, Songkhla.
- FakKhao, S. (2015). 21st Century Skills. [Internet] .2015 {cited 2019 May 9}. Retrieved from [http://web.chandra.ac.th/blog/wp-content/uploads/2015/10/21st Century Skills.pdf](http://web.chandra.ac.th/blog/wp-content/uploads/2015/10/21st-Century-Skills.pdf)
- Katwibun, D. (2009). Problem-Based Learning Approach (PBL) in Education Research. *Journal of Education and Research* Volume, 6(1), 14-22. (in Thai)
- Ken Masters. (2013). Edgar Dale's Pyramid of Learning in medical education: A Literature Review. *Journal Medical Teacher*, 35(11), e1584-e1593.
- Lekhakula, A. (2015). *Problem-Based Learning*. [internet] .2015 {cited 2018 Jan 15}. Retrieved from http://teachingresources.psu.ac.th/document/2548/Le_Kha_Kun/PBL.pdf. (in Thai)
- Ministry of Education, (1999). National Education Act. Office of the National Education Commission and Office of Prime Minister, Thailand.
- Mohamed Ali. W. G. El Sedi. NAM. (2010). Effect of Problem Based Learning on Nursing Students. Approaches to Learning and Their self Directed Learning Abilities. *International Journal of Academia research*, 2(4), 185-195.
- Pailitponganpim, P. (2012). New Future Skills: Education for the 21st Century 21st Century Skills: Rethinking How Students Learn (Editors: James Bellanca and Ron Brandt) *Open Worlds PBL.WU Newsletter Walailak University*, 5(1), 19 (in Thai)
- Puttiwanit, N. (2017). Effect of Problem-Based Learning on Intellectual skills of Nursing Student in Nursing of Persons with Health Problems 1 subject. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(1), 1-14. (in Thai)
- Sanguanthai, K. (2011). Active Learning. PBL. *WU Newsletter Walailak University*, 4(2), 4-6. (in Thai)
- Sirisupluxana, P. (2013). Teaching Nursing Students to Develop Critical Thinking Skills. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 19(2), 5-19. (in Thai)



- Suwannoi, P. (2016). *Problem-Based Learning: PBL*. [Internet] . Retrieved June 12, 2012 from <https://ph.kku.ac.th/thai/images/file/km/pbl-he-58-1.pdf>. (in Thai)
- Thabet, M. (2017). Effect of Problem Based Learning Management on Critical Thinking Skills of Nursing Students. The Influence of Problem Based Learning on Critical Thinking Skills of Nursing Students. *Journal of nursing and education*, 5(2), 32-45. (in Thai)
- Thiankamsri, K., & Sitisongkrame, S. (2015). *Problem-Based Learning on Knowledge of Diabetes Mellitus Care Among Nursing Students*. Annual national academic Conference in 2015: Diversity in Health and Well-Being
- Wanchai, A., Kaewasari, A., Kuljoo, A., & Vichitkaew, N. (2018). The Effects of the Project Based-Learning on Reflection Thinking's Behaviors of Nursing Students. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(2), 11-19. (in Thai)



คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

กองบรรณาธิการ วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ขอเชิญสมาชิก และ ผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านการสอน การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์ เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสาร อันเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร ฯ

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรอง และ ลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์
3. บทความปริทัศน์ บทความพิเศษ และปกิณกะ

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการ อ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 17
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 (หนา) อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุ ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 (หนา) ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรง กับชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์ และ e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 1 หน้าต่อบทคัดย่อ (ไม่เกิน 350 คำ)
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา)
7. การเรียงหัวข้อ หัวข้อย่อยให้ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดอักษร 15 (หนา)
8. การใช้ตัวเลขคำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
9. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า

3 ซม. หัวข้อย่อถัดมาให้อยู่หน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 เซนติเมตร และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข เช่น

1.
- 1.1
- 1.1.1
- 1.1.1.1
- 1)
- 1.1)
-

10. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตารางและระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้ใต้ภาพนั้น ๆ เว้นบรรทัดเหนือชื่อตาราง และเหนือรูปภาพ 1 บรรทัด และเว้นใต้ตาราง และใต้ชื่อภาพ 1 บรรทัด และจัดเรียงตามลำดับหรือหมายเลขที่อ้างถึงในบทความ คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือสีก็ได้ ภาพต้องเป็นภาพที่มีความคมชัด ส่วนภาพเขียนลายเส้นต้องชัดเจน มีขนาดที่เหมาะสม กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาใต้ตารางและภาพประกอบนั้น ๆ ด้วย

11. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
 - บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
 - บทนำ
 - วัตถุประสงค์วิจัย
 - สมมติฐาน (ถ้ามี)
 - กรอบแนวคิดการวิจัย
 - ระเบียบวิธีวิจัย
 - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
 - การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - การวิเคราะห์ข้อมูล
 - จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
 - ผลการวิจัย
 - อภิปรายผล
 - การนำผลการวิจัยไปใช้
 - ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
 - References
- บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ)**
- Abstract (in Thai)
 - Abstract

- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework
- Methods
- Population and Sample
- Research Instrument
- Validity and Reliability of the Research Instrument
- Data Collection
- Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- อภิปรายผล (Discussion)
- การนำผลการวิจัยไปใช้ (Implication of the Results)
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (Recommendation for Further Study)
- References

12. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (Abstract)
- บทนำ (Introduction)
- เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่อการนำเสนอตามลำดับ
- สรุป (Conclusion)
- ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
- References

13. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 5th Edition โดย ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <https://www.wooster.edu/psychology/apa-crib.html>.

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อหา

ใช้ระบบนาม- ปี (Name – year system) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุล ทุกคน ถ้ามามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al., ดังตัวอย่าง

(Nawsuwan, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, & Singsri, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, Singsri, Singhasem, Suwannaraj, Janpes et al, 2015)

การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม-ปี และข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....” กรณีชื่อผู้แต่งภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษเช่น

Bandura (1991) ให้นิยามว่า “จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม”...



“พยาบาลจึงจะต้องเป็นนักคิด และมีการประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ความสงสัยที่เกิดขึ้นตลอดเวลา” (Kunaviktikul, 2007)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Nawsuwan (2017)

การอ้างอิงท้ายบทความ

1. บทความทั่วไป ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า “et al.” สำหรับบทความหนังสือหรือเอกสาร ที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งข้อความ และให้วงเล็บ (in thai) ดังตัวอย่าง

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

Fraenkel, R. J., Wallen, E. N., & Hyun, H. H. (2012). How to Design and Evaluate Research in Education. (8th ed.). New York: McGraw-Hill.

2. ผู้เขียนเป็นกลุ่มหน่วยงาน

Praboromarajchanok Institute of Health Workforce Development. (2013) Collection of Academic Performance in Humanized Service Mind. Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)

3. การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

Waite, J. (2011). “Information and Documentation. In Potter, A. P., Perry, G. A., Stockert, A. P. & Hall, A.” Basic Nursing Challenge. (pp. 142-164). Missouri: Mosby/Elsevier.

4. การอ้างอิงเอกสารจากอินเทอร์เน็ต

Heubecke, E. (2008). The New Face of Nursing: Expanding Patient Advocacy with Leadership, Creativity, and Vision. Johns Hopkins Nursing Magazine. Retrieved November 3, 2013 from <https://magazine.nursing.jhu.edu/>.

5. การอ้างอิงจากวารสาร

Sheiham, A. (2006). Dental Caries Affects Body Weight, Growth and Quality of Life in Pre-School Children. British Dental Journal, 201(10), 625-626.

6. วิทยานิพนธ์

Nawsuwan, K. (2015). Indicators Development of Nursing Students’s Identities in Nursing Colleges, Ministry of Public Health. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Doctor of Education Degree in Educational Administration Faculty of Education and Liberal Arts, Hatyai University. (in Thai).



การส่งบทความ

ให้ส่งทางระบบออนไลน์มาที่ วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ผ่านเว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet> หรือ <https://www.tci-thaijo.org/> โดยระบุชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทร ของผู้นิพนธ์ เพื่อวารสารฯ ติดต่อกลับ

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ มีกำหนดออก 3 ฉบับต่อปี คือ ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน) ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม) ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม)

รายการตรวจสอบก่อนส่งบทความ

1. บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. หากเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หรือปริญญาานิพนธ์ต้องผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย
3. บทความจะต้องพิมพ์ภายใต้รูปแบบตามที่วารสารกำหนดอย่างเคร่งครัด
4. บทความที่ออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ก่อนมีการเผยแพร่จะต้องแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิหรือกองบรรณาธิการก่อนจึงจะถือว่าหนังสือรับรองการตีพิมพ์จะสมบูรณ์ หากไม่แก้ไขจะถือสิทธิ์ว่าไม่สมบูรณ์ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการใด ๆ ทั้งสิ้น

เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ

1. บทความต้องผ่านการกลั่นกรองและการประเมินคุณภาพจากกองบรรณาธิการเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ และวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหา บทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2 ท่านต่อบทความ โดยผู้พิจารณาบทความ (Peer - review) จะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double blind) และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
2. บทความต้องได้รับการยอมรับการตีพิมพ์จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 2 ท่าน จึงจะได้รับการตีพิมพ์ หากผู้ทรงคุณวุฒิท่านใดท่านหนึ่งปฏิเสธการตีพิมพ์ (Reject) ถือว่าบทความนั้นปฏิเสธการตีพิมพ์
3. บทความต้องจัดพิมพ์ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด
4. ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ด้วยระบบออนไลน์
4. วารสารสงวนสิทธิ์ที่จะเรียบเรียง และอาจจะปรับปรุงการนำเสนอบทความตามความเหมาะสมและความคิดเห็นของผู้เขียน
5. ผู้เขียนต้องชำระการตีพิมพ์บทความ จำนวน 4,000 บาท



Template บทความวิจัย

3.17 ឆ្នាំ.

2.54 ឆម.

2.54 ឆម.

บทความใช้รูปแบบ front TH SarabunPSK ทั้งบทความ

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น นายตี มีตี^{1*} และ นางสาวสข มีสข² ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น สถานที่ทำงานนายดี^{1*}, สถานที่ทำงานนางสาวสุข² ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ) (ขนาดตัวอักษร 12 นน)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า (300-350 คำ)

[illegible]

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 หน้า) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หน้า แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ เช่น

→ การพัฒนาองค์กรแห่งความสุข, บุคลากร

ย่อหน้า 1.75 ซม.

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:..... เบอร์โทรศัพท์ xxx-xxxxxxx) (ขนาด 12 ไม่นา)

2.54 ឆម.



เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า (300-350 คำ)

[illegible]

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ เช่น Happiness Organization Development, Personnel (บรรทัดถัดไปย่อหน้าเหมือนคำสำคัญ ภาษาไทย)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

วัตถุดิบ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

สมมติฐาน (ถ้ามี) (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

กรอบแนวคิดการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

หากมีภาพกรอบแนวคิด ให้ใส่ชื่อภาพไว้กึ่งกลางใต้ภาพ เช่น



ภาพ 1 (หนา)(ชื่อภาพไม่หนา)..... ขนาด 15

(enter ขนาด 15)

ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข.....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา) หาก
มีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข.....

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข.....

การเก็บรวบรวมข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข.....

การวิเคราะห์ข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข.....

(enter ขนาด 15)

จริยธรรมวิจัย (ขนาด 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หนา.....

(enter ขนาด 15)

ผลการวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

1. ข้อมูลทั่วไป

(enter ขนาด 15)

ตาราง 1 ชื่อตาราง..... (ตาราง 1 ขนาด 15 หนา, ชื่อตาราง ขนาด 15 ไม่หนา)
ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หนา) เนื้อหา (ไม่หนา)

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
เพศ		
หญิง (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ชาย (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x



ที่มา: (ถ้ามี)

2. หัวข้อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

(enter ขนาด 15)

ตาราง 2 ชื่อตาราง..... (ตาราง 1 ขนาด 15 หน้า, ชื่อตาราง ขนาด 15 ไม่หน้า)
ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หน้า) เนื้อหา (ไม่หน้า)

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
สมรรถนะการพยาบาล		
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

(enter ขนาด 15)

อธิบายตาราง (เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข

.....
.....

(enter ขนาด 15)

อภิปรายผล (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข

.....

(enter ขนาด 15)

การนำผลการวิจัยไปใช้ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข

.....

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข

.....

(enter ขนาด 15)

References (ขนาด 16 หน้า)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 และถัดไป (1.25 ซม.) และการอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ และการอ้างอิงต้องมีใน references และ บทความ เช่น

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Songkhla*. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

สามารถศึกษาการอ้างอิงได้ในหน้า ค



Template บทความวิชาการ

3.17 ឆ្នាំ.

2.54 ឆម.

2.54 မ်.

บทความใช้รูปแบบ front TH SarabunPSK ทั้งบทความ

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น นายตี มีตี^{1*} และ นางสาวสข มีสข² ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น สถานที่ทำงานนายดี¹, สถานที่ทำงานนางสาวสข² ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ) (ขนาดตัวอักษร 12 นน)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นหนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า (300-350 คำ)

[illegible]

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 หน้า) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หน้า แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ เช่น

→ การพัฒนาองค์กรแห่งความสุข, บุคลากร

ย่อหน้า 1.75 ซม.

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:..... เบอร์โทรศัพท์ xxx-xxxxxxx) (ขนาด 12 ไม่นานา)

2.54 ซม.



เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า (300-350 คำ)

[illegible]

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ เช่น Happiness Organization Development, Personnel (บรรทัดถัดไปย่อหน้าเหมือนคำสำคัญ ภาษาไทย)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

เนื้อเรื่อง (ขนาด 16 หน้า) (แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่องการนำเสนอตามลำดับ)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

สรุป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

ข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

(enter ขนาด 15)



References (ขนาด 16 หน้า)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 (1.25 ซม.) และการอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ มีใน references และ บทความ เช่น

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Songkhla*. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

สามารถศึกษาการอ้างอิงได้ในหน้า ค



แบบฟอร์มการส่งบทความวิจัย/บทความวิชาการ
วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

.....ระบุที่อยู่.....

.....ระบุที่อยู่.....

.....ระบุวันที่.....

เรื่อง ขอส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการ
สาธารณสุขภาคใต้

เรียน บรรณาธิการวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบฟอร์มส่งบทความ/ใบสมัครสมาชิก/แบบรับรองบทความจากวิทยานิพนธ์

ด้วยข้าพเจ้า.....ตำแหน่งงาน/หน่วยงาน หากเป็นนิสิตให้ระบุสาขา/คณะ/
มหาวิทยาลัย.....ขอส่งบทความจำนวน.....เรื่อง.....
ดังรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้ เพื่อนำตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการ
สาธารณสุขภาคใต้

ในการนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความที่ข้าพเจ้าได้ส่งมานี้ ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใด ๆ
มาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใด ๆ ทั้งสิ้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์.....

โทรสาร.....

e-mail.....



ของผู้เขียนเพื่อสะดวกในการติดต่อ



ใบชำระค่าตีพิมพ์บทความ
วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

ประเภท ☐ บุคคล ☐ หน่วยงาน

ออกใบเสร็จในนาม

ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....

มีความประสงค์จะ

☐ ค่าธรรมเนียมตีพิมพ์บทความ

☐ สำหรับบุคคลในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา เป็นเงิน 3,000 บาท (สามพันบาทถ้วน)

☐ สำหรับบุคคลภายนอก เป็นเงิน 4,000 บาท (สี่พันบาทถ้วน)

☐ บทความภาษาอังกฤษ เป็นเงิน 5,000 บาท (ห้าพันบาทถ้วน)

ชื่อบทความ

โดยได้ชำระค่าสมาชิกเป็น

☐ เงินสด

☐ เช็ค/ตั๋วแลกเงิน/ดราฟ สั่งจ่ายในนาม “วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา”

ลงนามผู้สมัคร

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

ใบเสร็จเล่มที่.....เลขที่.....ลงวันที่.....

ลงทะเบียนสมาชิกเลขที่.....

วารสารฯ เริ่มจ่าย ฉบับที่...../.....ถึงฉบับที่...../.....

ผู้รับสมัคร.....

วันที่รับสมัคร...../...../.....

ติดต่อสอบถาม: โทร. 0-7431-1890-1 ต่อ 324 โทรสาร 0-7459-2621 มือถือ 089-0169474 (งานวารสารฯ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา)

หมายเหตุ: ส่งหลักฐานการชำระค่าสมาชิก/ค่าตีพิมพ์บทความมาที่

กองบรรณาธิการวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ต.บ่อทราย อ.เมือง จ.สงขลา 90000