



# 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 3 กันยายน – ธันวาคม 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](mailto:sc.net.journal@gmail.com)



# วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

## The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

ปีที่ 7 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2563

### ที่ปรึกษา

นายแพทย์สมชาย ธรรมสารโสภณ  
  
อาจารย์ ดร.ศุภิพร เพชรเรียง  
อาจารย์สุทัศน์ เหมทานนท์  
อาจารย์นิมิตศุรา แว  
อาจารย์เพ็ญศรี ทองเพชร  
อาจารย์ประไพพิศ สิงหเสม  
อาจารย์ไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ  
อาจารย์สุนทร ปราบเขต

### กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.พันธุ์ทิพย์ रामสูตร  
  
ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย  
รองศาสตราจารย์ ดร.กุหลาบ รัตน์สังธรรม  
  
รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา จรจิต  
รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล  
รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ อารีเอื้อ  
  
รองศาสตราจารย์ ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต  
รองศาสตราจารย์ ดร.สุรชาติ ณ หนองคาย  
รองศาสตราจารย์ ดร.โยธิน แสงวงศ์  
รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์  
รองศาสตราจารย์ ดร.ปญญาพัฒน์ ไชยเมล์  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงษ์เทพ สุธีรวิทย์  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พูนสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธุ์  
  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทญ.ดร.อรุณวรรณ หล้าอุบล  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล สิงห์ดง  
อาจารย์ ดร.อาจันต์ สงทับ  
อาจารย์ ดร.นภชา สิงห์วีระธรรม  
Mr.Patrick Wauters  
อาจารย์ ดร.อดิญาณ์ ศรีเกษตริณ  
อาจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา  
อาจารย์ ดร.รัถยานภิก พละศึก  
อาจารย์ ดร.รจนา วิริยะสมบัติ  
อาจารย์ ดร.ณัฐ วอลเตอร์  
อาจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร  
อาจารย์ ดร.ปริญช ชัยกองเกียรติ  
อาจารย์ ดร.ปาริฉัตร อุทัยพันธ์

ที่ปรึกษาสถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน  
มหาวิทยาลัยมหิดล  
มหาวิทยาลัยคริสเตียน  
ประธานกรรมการหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต  
มหาวิทยาลัยบูรพา  
สำนักโครงการปริญญาเอก มหาวิทยาลัยมหิดล  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล  
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
สถาบันวิจัยประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุฒวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยทักษิณ  
สถาบันการจัดการสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล  
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร  
วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก  
English Language Editor  
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง  
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา  
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

### บรรณาธิการ

อาจารย์ ดร.กิตติพร เนาวิสุวรรณ  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

### ผู้ช่วยบรรณาธิการ

อาจารย์ปฐมามาต โชติบัณฑิต  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

### กองจัดการ

นางสาวกมลวรรณ จันทร์เพท  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

### กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้  
ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน  
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม  
ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

### เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2 ท่าน  
ต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ที่เป็นวาระกรรมของผู้เขียน  
บรรณาธิการหรือเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย



## บทบรรณาธิการวารสาร

สวัสดีผู้อ่านทุกท่าน ท่ามกลางสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) บรรดานักวิชาการได้ผลิตผลงานอันเป็นประโยชน์ต่อความร่วมมือร่วมใจที่ยั่งยืนในการหยุดการแพร่กระจายของเชื้อดังกล่าว ทางทีมบรรณาธิการวารสารได้รับบทความเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งประโยชน์ในการต่อการ ควบคุมโรคอุบัติใหม่ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับวารสารฉบับนี้ ทางกองบรรณาธิการวารสารฯ ได้รวบรวมบทความทั้งสิ้น 25 บทความ บทความวิจัย 21 บทความ บทความวิชาการ 4 ซึ่งมีเนื้อหาที่เกี่ยวกับการแพทย์ การสาธารณสุข การศึกษาทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ การปฏิบัติพยาบาลทั้งบนหอผู้ป่วย และชุมชนจากผู้นิพนธ์หลากหลายสาขาที่มีความเชี่ยวชาญ มีประสบการณ์ ตลอดจนนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา โดยทุกบทความได้รับตรวจพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญอย่างเข้มข้น และมีการตรวจสอบติดตามการแก้บทความหลังจากผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอย่างละเอียด ทางกองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข ภาคใต้ จะเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาทักษะทางวิชาการ และวิชาชีพของบุคลากรสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ตลอดจนสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง อันจะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และสาขาที่เกี่ยวข้องต่อไป

ทั้งนี้ หากผู้อ่านท่านใดมีบทความที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทางวารสารจะพิจารณาตีพิมพ์ในฉบับถัดไปเป็นกรณีพิเศษ

ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ  
บรรณาธิการ



## สารบัญ

### บทความวิชาการ :

ความจำเป็น กลุ่มเสี่ยง และการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูและดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยง จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) นอกสถานพยาบาล: กรณีศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์ และสาธารณสุข กาญจนภิเษก.....1

*Setting up a Local Quarantine for COVID-19 Outside the Local Hospital: A Case Study from Kanchanabhisek Institute of Medical and Public Health Technology*

นภชา สิงห์วีระธรรม, นพมาส เครือสุวรรณ

*Noppcha Singweratham, Noppamas Krausuwan*

การบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล.....10

*Risk Management in Nursing Practicum*

มาลี คำคง, จีระภา นະแส

*Malee Kumkong, Jeerapar Nasae*

จิตตปัญญาศึกษา: กระบวนการเรียนรู้ผ่านการสะท้อนคิดด้วยการเขียนบันทึก.....23

*Learning Process Through Contemplative Education: Writing Reflections in a Journal*

กรศศิรั ชิดดี, ศิริพันธ์ ศิริพันธ์, หยาดชล ทวีธนาวิชย์, มุสดี สระทอง, พุชียะห์ ทะยี่

*Kornsasi Chiddee, Siriphan Siriphan, Yadchol Tawetanawanich, Pussadee Srathong, Fusiyah Hayee*

ความกล้าหาญเชิงจริยธรรมทางการพยาบาล.....39

*Moral Courage in Nursing*

อรอนงค์ รองสวัสดิ์, ดวงมน ทรัพย์สินเสวี, ภาณิต ทลีเจริญ

*Onanong Rongsawat, Doungmon Trapsinsaree, Phanit Leecharoen*

### บทความวิจัย :

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ กับการจัดการความปวดของพยาบาล ในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ภาควิชา.....47

*Relationship Between Knowledge and Attitude, and Pain Management of Nurses in Pediatric Intensive Care Units, Southern Part of Thailand*

วันธณี วิรุพหัพพานิช, ฮัมดี มาแย, พิลมัย วัฒนสิทธิ์

*Wantanee Wiroonpanich, Humdee Mayae, Pissamai Wattanasit*

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการทำงานของบุคลากรด้านสุขภาพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา.....58

*Factors Affecting the Work Ability of Health Personnel in Health Promoting Hospitals in Yala Province*

ณัฐพัชร์ ทองสุวรรณ, จุฑารัตน์ สติธิปัญญา

*Nuttaphat Thongsuwan, Chutarat Sathirapanya*



## สารบัญ (ต่อ)

### บทความวิจัย :

การนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลักและการถ่ายทอดค่านิยมหลักสู่การปฏิบัติ ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพในเครือข่ายวิชาการ ภาคใต้.....70

*Core Value Based Leadership and Implementation of Core Values with Head Nurses as Perceived by Registered Nurses in Bangkok Dusit Vetchakarn Hospitals, Southern Group, Thailand*

ศรีณยา ลุนพงษ์, นงนุช บุญยัง

*Sarinya Lunpong, Nongnut Boonyoung*

ผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อคะแนนความปวด และความพึงพอใจ ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่ง.....86

*The Effect of Foot Reflexology on Pain Score and Satisfaction among Post-Operative Patients with Appendectomy*

ศุภรดา มั่นยืน, วรวิมล แสงทอง, อรอนงค์ เพชรงาม

*Suparada Munyeun, Worawut Saengthong, On-anong Petngarm*

การพัฒนากระบวนการคัดกรองการรู้คิดของผู้สูงอายุในชุมชน.....99

*Development of a Cognitive Screening Process for Older Adults in Community*

กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, เบนจามิน แฮมสแตท, โรเบิร์ต เพลทท์ ซไนเดอร์, แคทเทอร์รีน โพเทมป้า, นพพร จันทรเสนา, สุรีภรณ์ สีสิ่ง, วชิราภรณ์ สินเจริญเลิศ, ปรีวัฒน์ วิเศษสิทธิ์

*Kamonthip Tanglakmankhong, Benjamin M Hampstead, Robert J. Ploutz-Snyder, Kathleen Potempa, Noppom Chantarasena, Sureepom Seesing, Wachiraporn Sinchareonlert, Pariwat Wisetsit*

ผลของโปรแกรมสหปัจจัยต่อการลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น : การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ.....115

*Effect of Multicomponent Interventions on Reducing Alcohol Drinking Behavior Among Adolescents: A Systematic Review*

เอกชัย กันธะวงศ์, โรชินี อุปรา

*Eakachai Kantawong, Roshinee Oupra*

ความรู้ และการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์.....130

*Knowledge and Perceived Threat of Zika Virus Disease among Pregnant Women*

อาภรณ์ ภูพัตถยากร, ญันท์ วอลเตอร์, ศักดิ์สิทธิ์ สามทิศ

*Aporn Poopattayakorn, Yanat Wauters, Saksit Samtid*



## สารบัญ (ต่อ)

### บทความวิจัย :

การพัฒนาประสิทธิภาพการใช้เครื่องมือ TaWai for Health ในการคุ้มครองผู้บริโภค : กรณีศึกษาพื้นที่  
อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.....142

*Optimization a Guideline for Consumer Protection Using TaWai for Health Application:  
A Case Study of Warin Chamrap, Ubon Ratchathani*

รุ่งนภา กงวงษ์, วรสุดา ยูงทอง, จิราภรณ์ เรืองยิ่ง, ภาณุพงศ์ พุทธิรักษ์

Rungnapa Kongwong, Worasuda Yoongthong, Jiraporn Ruangying, Panupong Puttarak

ประสบการณ์ของนักศึกษาที่เข้าร่วมกิจกรรมการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ: การวิจัยเชิง  
คุณภาพ.....155

*Students' Experiences while Attending Inter-Professional Education (IPE) Activities: A  
Qualitative Study*

อนัญญา คูอาริยะกุล, สุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา, อัจฉนี วันชัย, สมภารณ์ เทียนขาว,  
สิริวัฒน์ อายูวัฒน์, ประกฤต ประกายอินทร์, นิชดา สารถวัลย์แพศย์

Ananya kooariyakul, Suchada Intarakumhang Na Rachasima, Ausanee Wanchai,  
Samaphorn Theinkaw, Sirewat Ar-yuwat, Prakrit Prapha-inthara, Nichada Santwanpas

ผลของการเรียนแบบสหวิชาชีพต่อความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้สูงอายุ ทักษะคิด  
และความสามารถในการทำงานเป็นทีมของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ในรายวิชาปฏิบัติโครงการ  
พัฒนาสุขภาพ.....168

*Knowledge of Nursing Students about Rational Drug Use in Elderly People, as well as  
Their Attitudes and Teamwork Abilities Towards Inter-Professional Education (IPE)*

ณิชา ทิพย์วรรณ, ปल्लीจิต โชติกะ, สายฝน สฤชติกุล, พิมพีใจ อุ่นบ้าน

Nitcha Tipwan, Plemjit Chotiga, Saifon Saritdikul, Pimjai Aunban

ผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสาม  
จังหวัดชายแดนใต้ประเทศไทย.....182

*Effects of Health Literacy and Self-Perceived Health Status on Quality of Life of Elderly in  
Three Southern Border Provinces of Thailand*

ฐปรัตน์ รักษภานุสิทธิ์, นันทิยา ไชยนิ่ง, แสงอรุณ อิศระมาลัย, อริยา คูหา

Thaparatt Rakpanusit, Nantiya Khoyneung, Sang-Arun Isaramalai, Ariya Kuha

ผลของการใช้แอปพลิเคชันฮักไตต่อความรู้ทางด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรค  
ความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ร่วมด้วย กรณีศึกษาศูนย์แพทย์ชุมชนวัดหนองแวง พระ  
อารามหลวง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น.....195

*Effects of Using Hug Tai Application on Health Literacy among Patients with Diabetes  
Type 2, Hypertension, and Chronic Kidney Disease Stage 3 at Wat Nong Weang Pra-  
Aramluang Primary Care Unit in Khon Kaen*

ปราณี แสดคง, รัชณี พจนา, วิทยา วาโย, รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง

Pranee Saedkong, Ratchanee Potchana, Wittaya Wayo, Ratdawan Klungklang



## สารบัญ (ต่อ)

### บทความวิจัย :

ปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา.....207

*Factors Affecting Collaborative Governance for Ageing Health Promotion in Urban Areas of Local Health Security Fund, Region 12th Songkhla*

สัณญา ยีอราน, อาจินต์ สงทับ

*Sanya Yueran, Archin Songthap*

ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษา ต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพชุมชน.....223

*Effects of Case-Study Learning on Knowledge and Self-Efficacy in Community Health Care*

ชลดา กิ่งมาลา, เอื้อจิต สุขพูล, ภาวิณี แพงสุข, ณกร ลูกสยาม

*Chonlada Kingmala, Aurjit Sookpool, Pavinee Pangsuk, Nakorn Luxsiam*

รูปแบบการบูรณาการพันธกิจ ผ่านกระบวนการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง เพื่อพัฒนาสมรรถนะบัณฑิตและศักยภาพชุมชน ในการรองรับสังคมสูงวัย.....233

*Integrated Mission Model through Transformative Learning to Develop the Competency of Graduates and the Potential of Community for Supporting the Aging Society*

วาสนา มั่งคั่ง, ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, วิภา เอี่ยมสำอาง จารามิลโล, วนิดา อินทราชา, พรรณี ไพศาลทักษิณ

*Wasana Mangkhang, Sriprapai Inchaihep, Wipa Iamsumang Jaramillo, Wanida Intaracha, Pannee Paisarntuksin*

องค์ประกอบและตัวบ่งชี้ความพร้อมต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพของนักศึกษาอุดมศึกษา.....249

*Components and Indicators of Readiness for Interprofessional Learning among Undergraduate Nursing Students*

ธวัชชัย ยืนยาว, จุฬารัตน์ ท้าวหาญ

*Thawatchai Yeunyow, Chularat Howharn*

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลสอบภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่.....259

*Factors Related to the English Test Score of Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai*

เกศราภรณ์ ชูพันธ์, กานต์รวี คำซัง

*Kesaraporn Choopun, Kamrawee Khamchang*



## สารบัญ (ต่อ)

### บทความวิจัย :

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติในการดูดเสมหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ.....270

*A Systematic Review: Effectiveness of Implementing Guidelines for Suction of Adults with an Artificial Airway*

สุรศักดิ์ พุฒิวณิชย์, นภาพร พุฒิวณิชย์, ศักรินทร์ สุวรรณเวหา

Surasak Puttiwanit, Napaporn Puttiwanit, Sakkarin Suwanwaha

ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้ตามทฤษฎีวาร์คกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี.....283

*Relations Between VARK Learning Style Model and GPAX of Nursing Students at the Boromarajonani College of Nursing in Suratthani*

อัจฉริยา วัชรารวิวัฒน์, สรัญญ์รักษ์ บุญมุสิก, จิรภัค สุวรรณเจริญ, ปราชญาวดี ยมานันตกุล, พลอยเพชร สุขพร้อม

Atchariya Watcharawiwat, Sarunrak Bunmusik, Jirapak Suwanjaroen, Prachayawatee Yamanantakul, Ploypatchara Sukprom

ผลของการใช้รูปแบบ PM-CARE Model ในรายวิชาภาคปฏิบัติ ต่อความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล.....295

*The Effects of a PM-CARE Model on the Abilities of Nursing Students to Use Nursing Processes in Their Practicum*

ศศิธร ชิดนายี, พลอยปภัส จรัสชนะพัฒน์, ศุทธิณี วัฒนกุล, กรรณิกา เรือนจันทร์, แพรวระพี เรืองเดช, วราภรณ์ ยศทวี

Sasidhorn Chidnayee, Ploypapus Jarauthanapus, Suttini Wattanakul, Ganigah Ruanjahn, Praewrapee Ruengdej, Waraporn Yottavee

รูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วม ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี.....309

*A Participation Model on Road Safety Management with Kindergarten People in Ubon Ratchathani*

ถนอมศักดิ์ บุญสุ, อรรณพ สนิธิไชย, ปณิตา ครองยุทธ

Thanomsak Boonsu, Annop Sonthichai, Panita Krongyuth



ความจำเป็น กลุ่มเสี่ยง และการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูและดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยง  
จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) นอกสถานพยาบาล  
: กรณีศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก  
Setting up a Local Quarantine for COVID-19 Outside the Local Hospital: A Case  
Study from Kanchanabhisek Institute of Medical and Public Health Technology

นงษา สิงห์วีรธรรม<sup>1\*</sup> และ นพมาศ เครือสุวรรณ<sup>1</sup>

Noppcha Singweratham<sup>1\*</sup> and Noppamas Krausuwan<sup>1</sup>

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก สถาบันพระบรมราชชนก<sup>1\*</sup>

Kanchanabhisek Institute of Medical and Public Health Technology Praboromarajchanok Institute<sup>1\*</sup>

(Received: March 27, 2020; Revised: May 03, 2020; Accepted: May 22, 2020)

### บทคัดย่อ

โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสนั้นเป็นปัจจัยที่คุกคามการดำรงชีวิตของมนุษย์ การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ถือได้ว่าเป็นสถานการณ์ที่ท้าทายการดำเนินงานในระบบสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน บทความนี้มีวัตถุประสงค์ในการนำเสนอ ความจำเป็นในการกักตัว ผู้ถูกกักตัว รวมถึงการดำเนินการ การดำเนินการเปิดเป็นศูนย์ฟื้นฟูและดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงนอกพื้นที่สถานพยาบาล พบว่า การกักตัวกลุ่มเสี่ยงเป็นมาตรการที่ควรนำมาใช้ในช่วงระยะแรกของพื้นที่ที่มีการระบาดเพื่อที่จะได้ลดการสัมผัสและลดการแพร่กระจายของเชื้อโรค โดยกลุ่มที่นำมากักตัวนั้นเป็นกลุ่มที่ไม่ป่วยมีโอกาสสัมผัสโรค ที่จำกัดการทำพฤติกรรม

การตั้งศูนย์ฟื้นฟูและดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงนอกพื้นที่สถานพยาบาล ประกอบด้วย 3 ระยะเวลา ระยะที่ 1 ระยะการเตรียมความพร้อมก่อนการเปิดศูนย์ ควรพิจารณาในเรื่องสถานที่ การดำเนินการ และระบบที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการเปิดศูนย์กักตัวกลุ่มเสี่ยง ระยะที่ 2 ระยะระหว่างการดำเนินงานการที่ต้องเน้นการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ความร่วมมือในการปฏิบัติตามของกลุ่มเสี่ยง และมาตรฐานการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ และระยะที่ 3 ระยะปิดศูนย์กักตัวกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเน้นมาตรฐานการทำความสะอาดและการคืนข้อมูลกลับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การเปิดศูนย์ฟื้นฟูและดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงนอกพื้นที่สถานพยาบาลถือได้ว่าเป็นอีกหนึ่งมาตรการทางด้านสาธารณสุขในการควบคุมการสัมผัสระหว่างกลุ่มเสี่ยงและผู้ติดเชื้อได้ COVID 19 ส่งผลให้ลดการปัญหาการระบาดลงได้เป็นอย่างดี

**คำสำคัญ:** โควิด-19, กลุ่มเสี่ยง, การกักตัว, ศูนย์ฟื้นฟูและดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยง

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: noppcha@hotmail.com โทรศัพท์ 061-5513399)

## Abstract

As we know, highly contagious virus diseases are significant threats to the future of human being. And COVID-19 represents the most recent challenge to the Thai public health system. This article aims to discuss the necessity to use mandatory quarantine and to identify the quarantined individuals. It describes how to setting up a quarantine outside the local hospital. It shows that quarantine was a critically important strategy during the early stage of the Covid-19 outbreak. The quarantined individuals are whoever may have been exposed to an infection agent or disease and need to restrict their activities.

Setting up a local quarantine for COVID-19 outside a local hospital requires 3 stages. Firstly, the preparation of quarantine management need consideration on place and area management, operation management and system management. Secondly, during progress period, the local quarantine must pay attention on quarantine person's compliance and infection control. Lastly, infection control and summary information are considered during the shutdown period. Setting up a local quarantine outside hospital is one of public health strategies that can control the contact rate between susceptible and disease individuals. This may reduce the size of the epidemic.

**Keywords:** Coronavirus, COVID-19, Quarantine

## บทนำ

การเกิดโรคอุบัติใหม่เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้และสิ่งที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ในการใช้ชีวิตของมนุษย์ ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีความเจริญทางเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทันสมัย ทั้งในการวินิจฉัย การรักษาพยาบาล รวมถึงวัคซีน แต่โลกก็ยังหนีไม่พ้นกับการเกิดโรคอุบัติใหม่ (Morens & Fauci, 2013) การเจริญเติบโตของประชากรอย่างรวดเร็ว การกระจายของระบบสาธารณสุข การมีสังคมผู้สูงอายุ การเดินทางระหว่างประเทศเพิ่มมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงและการขยายที่อยู่ของมนุษย์ ล้วนเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดโรคอุบัติใหม่ (Petersen, Petrosillo, & Koopmans, 2017) สถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในปัจจุบันส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตและเจ็บป่วยจำนวนมาก และมีการแพร่อย่างรวดเร็วและกว้างขวางไปหลายประเทศทั่วโลก ในวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ประกาศให้การระบาดของโรครดังกล่าวเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public health emergency of international concern : PHEIC) (WHO1, 2020)

จากการระบาดของโรคที่มีผลกระทบไปทั่วโลก ประเทศไทยได้มีราชกิจจานุเบกษา ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID- 19)) เป็นโรคติดต่ออันตราย ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ในวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 จากสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงเริ่มต้นส่งผลให้มีผู้ป่วยและมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นในระยะเวลาอันรวดเร็ว ดังนั้นกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข จึงได้ออกแนวทางการจัดการสถานที่ควบคุมเพื่อสังเกตการเริ่มป่วย (Quarantine) ที่ใช้สำหรับให้การดูแลและควบคุมผู้มีความเสี่ยงในการติดเชื้อ หรือผู้ที่เดินทางกลับจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคอย่างต่อเนื่อง (Disease Control Department, 2020) ให้เกินระยะฟักตัวที่ยาวที่สุดของเชื้อก่อนโรค ซึ่งในกรณีของโรคโควิด 2019 มีระยะฟักตัวของโรคนาน 2-14 วัน ดังนั้นจึงต้องแยกตัวเพื่อเฝ้าระวังสังเกตอาการเป็นเวลา 14 วัน โดยต้องได้รับการตรวจเชื้อด้วยวิธีการ Swab เพื่อยืนยันผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในระหว่างการรอผลตรวจ (Patient under investigation : PUI) โดยในกรณีที่พบเชื้อก็จะได้รับ

การรักษาอย่างทันถ่วงทีและในกรณีที่ไม่พบเชื้อหลักการตรวจกลุ่มดังกล่าวต้องกักตัวต่อจนครบ 14 วัน (Disease Control Department, 2020)

จากสถานการณ์ระบาดที่ขยายในวงกว้างในจังหวัดนนทบุรีมีรายงาน ณ วันที่ 22 เมษายน 2563 พบยอดผู้ติดเชื้อสะสม 112 ราย รักษาตัวในโรงพยาบาล 10 ราย เสียชีวิต 1,411 ราย สงสัยป่วย 946 ราย (Emergency Operation Center Nonthaburi, 2020) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลไทรน้อย สาธารณสุขอำเภอไทรน้อย ร่วมกับสถาบันพระบรมราชชนก จึงได้เปิดศูนย์ฟื้นฟูและดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงจาก โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จังหวัดนนทบุรีนอกสถานพยาบาล ที่วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก (วทก.) ที่เป็นสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา สังกัดคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข โดย วทก. เป็นสถาบันการศึกษาที่ผลิตบุคลากรให้กับกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการเรียนการสอนในสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่มีบุคลากรทางการด้านการสอนที่มีความหลากหลายสหสาขาวิชาชีพ บทความนี้มีวัตถุประสงค์ในการนำเสนอความจำเป็นในการกักตัว ผู้ถูกกักตัว รวมถึงการดำเนินการเปิดเป็นศูนย์ฟื้นฟูและดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงนอกพื้นที่สถานพยาบาล

### ความจำเป็นในดำเนินการกักตัวกลุ่มเสี่ยง (When to Use Quarantine)

มาตรการทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญในช่วงของการเกิดโรคอุบัติใหม่คือการจำกัดพื้นที่เพื่อแยกกลุ่มเสี่ยงหรือคนที่สัมผัสโรคออกจากประชาชนทั่วไป ประกอบด้วยการแยกกักกันโรค (Isolation) ที่เน้นการแยกผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อออกจากคนทั่วไปเพื่อไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อและการสัมผัสเชื้อ และการกักตัวกลุ่มเสี่ยงหรือการจัดสถานที่ควบคุมเพื่อสังเกตการเริ่มป่วย (Quarantine) หากมีการดำเนินการดังกล่าวในช่วงการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่จะสามารถลดการแพร่ระบาดของโรคในพื้นที่ที่มีการระบาดทั้งในระดับพื้นที่และในระดับประเทศ (WHO2, 2020) โดยสามารถลดการสัมผัสของโรคระหว่างคนสู่คน (Human to Human) ซึ่งกลุ่มคนสุขภาพดีที่มีโอกาสสัมผัสกับเชื้อโรคต้องได้รับการเฝ้าระวัง (Monitoring) และได้รับการตรวจคัดกรองโรคในระยะเริ่มต้น (Early Detection) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการควบคุมการแพร่ระบาดของโรค เฝ้าระวังอาการ และเกิดการรักษาได้อย่างทันถ่วงที องค์การอนามัยโลกได้ให้ข้อเสนอแนะว่ากลุ่มเสี่ยงที่สัมผัสเชื้อโรคต้องกักตัวจำนวน 14 วัน นับจากวันที่สัมผัสผู้ป่วย โดยให้เกินระยะฟักตัวที่ยาวที่สุดของเชื้อก่อนโรค ซึ่งในกรณีของ COVID 19 ที่มีระยะฟักตัวของโรคนาน 2-14 วัน ดังนั้นจึงต้องแยกตัวเพื่อเฝ้าระวังสังเกตอาการเป็นเวลา 14 วัน (WHO2, 2020) (Disease Control Department, 2020)

การกักกันกลุ่มเสี่ยงในการเกิดเหตุการณ์ระบาด ถือว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นที่ควรมีการดำเนินการในช่วงระยะแรกของการระบาด (Yan, 2007) เช่นเดียวกับการระบาดของโรค Black Death ในกลางศตวรรษที่ 14 การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในปี 1918 และการระบาดของโรคซาร์ (Severe Acute Respirator Syndrome: SARS) ในช่วงปลายปี 2002 จนถึงต้น 2003 (Yan, 2008) ที่พบว่าการกักกันกลุ่มเสี่ยงสามารถควบคุมการสัมผัสโรคระหว่างกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Chowell, 2003) โดยในการดำเนินการกักกันกลุ่มเสี่ยงต้องมีการบริหารจัดการให้มีความเพียงพอในอาหาร น้ำ สภาพของสถานที่ที่ถูกสุขลักษณะ และการเฝ้าระวังสภาวะสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงตลอดช่วงระยะเวลาการกักตัว มีการดำเนินงานขั้นต่ำในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (Infection Prevention and Control: IPC) หากการจัดการไม่ดีก็จะกลายเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคได้โดยง่าย (WHO2, 2020) ดังนั้นในการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูและดูแลกลุ่มเสี่ยงต้องมีการวางแผนในการดำเนินงานให้เป็นอย่างที่ (Mccall, 2020) (Lauer, 2020)

### กลุ่มเสี่ยงที่ต้องการกักตัวกลุ่มเสี่ยง (Quarantine of Persons)

กลุ่มเสี่ยงคือบุคคลที่ถูกควบคุมกิจกรรมหรือการแยกตัวของบุคคลที่ไม่ป่วยแต่มีโอกาสสัมผัสเชื้อโรคหรือโรค เพื่อเฝ้าระวังอาการและเพื่อได้รับการตรวจยืนยันการตรวจทางห้องปฏิบัติการในระยะเริ่มต้น โดยการกักกัน

กลุ่มเสี่ยง (Quarantine) แตกต่างจากการแยกกักกันโรค (Isolation) คือการแยกผู้ป่วยหรือผู้ที่มีเชื้อโรคเพื่อไม่ให้สามารถแพร่กระจายเชื้อโรค (WHO2, 2020) (Disease Control Department, 2020) โดยในกลุ่มเสี่ยงที่จำเป็นต้องได้รับการกักตัว ประกอบด้วย

1. ผู้ที่สัมผัสผู้ติดเชื้อในระยะ 1 เมตร และมีระยะเวลาเกินกว่า 15 นาที
2. ให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อโดยปราศจากการสวมเครื่องป้องกันส่วนบุคคลให้เป็นมาตรฐานการดูแลอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protection Equipment: PPE) อย่างเหมาะสม
3. ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อในทุกกรณีของยานพาหนะ
4. รวมถึงการสัมผัสกับเชื้อในสถานการณ์อื่น ๆ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละพื้นที่และกรณี

โดยก่อนที่จะเริ่มการจัดตั้งศูนย์กักกันกลุ่มเสี่ยงรวมถึงการนำกลุ่มเสี่ยงมา กักกัน ควรมีดำเนินการเตรียมการเผยแพร่ข้อมูลอย่างเหมาะสมเพื่อเป็นการลดความหวาดกลัวและเพิ่มการยอมทำตาม (Compliance) ของผู้ถูกกักกัน (WHO2, 2020) ดังนี้

1. มีการจัดเตรียมข้อมูลสำหรับผู้ที่ถูกกักกันที่เป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวที่เข้าใจง่าย ชัดเจนและเชื่อถือได้ และมีข้อมูลเป็นปัจจุบันสามารถตรวจสอบได้
2. มีสื่อสารและการสร้างความสัมพันธ์อย่างสร้างสรรค์กับชุมชนและประชาชนใกล้เคียง
3. มีการเตรียมการดูแลแบบองค์รวมของผู้ที่ต้องถูกกักกัน ที่ต้องได้รับการดูแลและเตรียมความพร้อมทางด้านสุขภาพ ด้านการเงิน ด้านสังคม และด้านจิตใจ ตลอดจนความต้องการพื้นฐานในขณะที่อยู่อาศัยเช่น อาหาร น้ำ และอื่น ๆ โดยการดูแลนั้นต้องเผื่อระวังซึ่งติดเชื้อได้ง่าย
4. มีการประเมินปัจจัยทางด้านวัฒนธรรม ภูมิประเทศ และเศรษฐกิจ มีผลต่อประสิทธิภาพทางการกักกันกลุ่มเสี่ยงและการจัดตั้งศูนย์กักกันกลุ่มเสี่ยง ไปตามลักษณะของแต่ละพื้นที่ก่อนที่จะเริ่มดำเนินการเพื่อเป็นการลดอุปสรรคในการจัดตั้งศูนย์

## การดำเนินการศูนย์ฟื้นฟูและดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) นอกสถานพยาบาล

การดำเนินการกักกันกลุ่มเสี่ยง หรือการดำเนินการศูนย์ฟื้นฟูและดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต้องเป็นไปตามมาตรฐานและปฏิบัติตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection control : IC) และการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protection Equipment: PPE) โดยให้การดูแลกลุ่มเสี่ยงทุกคนเสมือนผู้มีเชื้อ COVID-19 ทุกราย การจัดตั้งศูนย์ต้องมีการจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกตามความจำเป็นขั้นพื้นฐาน เช่น อาหาร น้ำ และสุขาภิบาล ให้มีความพอเพียงเนื่องจากผู้กักกันถูกแยกออกจากชุมชน และเน้นการมาตรการการป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อ Infection Prevention and Control (IPC) (WHO2, 2020) ดังนั้น ในการเปิดดำเนินการศูนย์ฟื้นฟูและดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงนอกสถานพยาบาล จึงต้องดำเนินการให้ได้ตามมาตรฐานทางการแพทย์และสาธารณสุขตามการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยการเปิดศูนย์ดูแลกลุ่มเสี่ยงควรพิจารณาการดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะการเตรียมความพร้อมก่อนการเปิด ระยะระหว่างดำเนินการ และระยะปิดศูนย์

### 1. ระยะการเตรียมความพร้อมก่อนการเปิดศูนย์ฟื้นฟูและดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (COVID-19)

เนื่องจากการตั้งศูนย์ฟื้นฟูและดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงนอกสถานพยาบาล ดังนั้นการเตรียมความพร้อมจึงมีความจำเป็นเป็นอย่างมากที่จะต้องมีการดำเนินการให้ครบทุกด้าน ดังนี้

1.1 การจัดการด้านสถานที่ (Place) สถานที่และพื้นที่ไม่ได้ถูกออกแบบมาเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยเหมือนในสถานพยาบาล การจัดการพื้นที่ให้เกิดความเหมาะสมตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ IC จึงเป็นสิ่งที่จะต้องให้ความสำคัญ เพราะกลุ่มเสี่ยงทุกคนมีสภาพเสมือนผู้มีเชื้อทุกราย (WHO2, 2020) ดังนั้น พื้นที่

จำเป็นต้องมีการแบ่งแยกอย่างชัดเจนโดยสิ่งที่จะต้องพิจารณาการแบ่งพื้นที่เป็น 3 ส่วน ประกอบด้วยส่วนที่ 1 พื้นที่ปราศจากเชื้อประกอบด้วย Nurse station ที่พักผ่อนระหว่างการปฏิบัติงาน และพื้นที่ใช้เก็บวัสดุอุปกรณ์ต่าง ส่วนที่ 2 พื้นที่ที่มีโอกาสในการสัมผัสเชื้อ ประกอบด้วย บริเวณใช้เปลี่ยนชุดปฏิบัติงาน และชุดที่ใช้ในการดูแลกลุ่มเสี่ยง และส่วนที่ 3 พื้นที่ที่มีการสัมผัสเชื้อ ประกอบด้วย ห้องพักและห้องนำส่วนตัว พื้นที่ที่ใช้ในการรับและส่งผู้ป่วย และบริเวณพักขยะติดเชื้อมาก่อนนำไปทิ้ง

1.2 การดำเนินการ (Operation) การดำเนินการเพื่อให้สามารถเปิดศูนย์ฟื้นฟูและดูแลและประชาชนกลุ่มเสี่ยงนอกสถานพยาบาลได้ ต้องจัดหาสิ่งจำเป็นพื้นฐานในการเปิดให้ในการดูแลกลุ่มเสี่ยงอย่างเหมาะสมในการที่จะให้กลุ่มเสี่ยงอยู่อาศัยได้ด้วยตัวเองและปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด ประกอบไปด้วย

1.2.1 บุคลากรด้านสาธารณสุขที่เพียงพอต่อการให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อติดตามเฝ้าระวังสุขภาพทุกวัน รวมถึงการให้ความรู้และฝึกฝนการใช้อุปกรณ์การป้องกันตัวเองของบุคลากรด้านสาธารณสุข

1.2.2 จัดหาครุภัณฑ์ที่จำเป็นทั้งในด้านการให้บริการพยาบาลใน Nurse Station และสิ่งที่ต้องใช้ในห้องพักของกลุ่มเสี่ยง

1.2.3 วัสดุอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์และไม่ใช่ทางการแพทย์ รวมถึงของใช้พื้นฐานที่จำเป็นตลอดระยะเวลาที่อยู่ศูนย์ของกลุ่มเสี่ยง เช่น ยาสามัญ มีอุปกรณ์ PPE มีน้ำยาฆ่าเชื้อ อย่างพอเพียงต่อการให้บริการเพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อของทั้งผู้ที่ปฏิบัติงานและกลุ่มเสี่ยง

1.3 ระบบการบริหารจัดการ (System) ในการดำเนินการเพื่อให้สามารถเปิดศูนย์ฟื้นฟูและดูแลและประชาชนกลุ่มเสี่ยงนอกสถานพยาบาล จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการระบบให้มีความเหมาะสมและให้เป็นไปตามหลักในการให้บริการในสถานพยาบาลประกอบด้วย

1.3.1 ระบบการลงทะเบียนกลุ่มเสี่ยง ที่ต้องเป็นระบบการรับและจำหน่ายแบบเดียวกับผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

1.3.2 ระบบการส่งต่อผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม การจำหน่าย การส่งตัวในกรณีพบเชื้อ รวมถึงการส่งต่อในกรณีที่มีอาการผิดปกติขณะอยู่ที่ศูนย์ไปยังโรงพยาบาล

1.3.3 ระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกลุ่มเสี่ยงในช่วงที่อยู่ในศูนย์กักกัน โดยเน้นการดูแลที่ได้มาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เฝ้าระวังด้านร่างกายประกอบด้วย การซักประวัติแรกรับการวัดอุณหภูมิกลุ่มเสี่ยง 3 ครั้งต่อวัน ประเมินสภาพทั่วไปทุกวันในขณะที่อยู่ รวมถึงการเฝ้าระวังด้านจิตใจ โดยการซักถามและสนับสนุนด้านกำลังใจ โดยบุคลากรด้านสาธารณสุขจะต้องมีบทบาทการเป็นพี่เลี้ยงในการดูแลตัวเอง

1.3.4 ระบบการควบคุมการติดเชื้อและการจัดการขยะทั้งติดเชื้อและไม่ติด ที่จะต้องมีการทำปฏิบัติตามมาตรฐานการ IC โดยขยะและสิ่งปฏิกูลจัดการแบบขยะติดเชื้อ โดยจัดทำสถานที่รวบรวมขยะให้ชัดเจน

1.3.5 ระบบการติดต่อสื่อสารระหว่างโรงพยาบาล กลุ่มเสี่ยง เจ้าพนักงานควบคุมโรค กองตรวจคนเข้าเมืองในกรณีที่เป็นชาวต่างชาติ

1.3.6 ระบบการเตรียมความพร้อมของชุมชนและประชาชนที่อาศัยอยู่ใกล้เคียง เพื่อให้เกิดการยอมรับและตระหนักรู้ถึงศูนย์ฟื้นฟูและดูแลและประชาชนกลุ่มเสี่ยง

## 2. ระยะดำเนินการศูนย์ฟื้นฟูและดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ในระบะการดำเนินการของศูนย์ฟื้นฟูและดูแลและประชาชนกลุ่มเสี่ยงนอกสถานพยาบาล สิ่งที่สำคัญที่จะทำให้การกักตัวครบ 14 วัน นับจากวันที่สัมผัสผู้ป่วย ประสบความสำเร็จคือการทำให้ผูถูกกักตัวปฏิบัติตาม (Compliance) ตลอดระยะเวลาถูกกักตัว และในระบะการดำเนินงานศูนย์นอกสถานพยาบาลนั้นต้องได้รับความร่วมมือหลายหน่วยงาน ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยในด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลไทรน้อย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทรน้อย และในด้านปกครอง ประกอบด้วย อำเภอ ผู้นำชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชนควรมีกระบวนการดำเนินการประกอบด้วย

2.1 ภาระงานของบุคลากร มีหน้าที่เฝ้าระวังการติดเชื้อของกลุ่มเสี่ยงในช่วงที่อยู่ในศูนย์กักตัว ประกอบด้วย การวัดอุณหภูมิของร่างกาย การเฝ้าระวังการติดเชื้อ การดูแลสุขภาพอนามัยรวมถึงการเฝ้าระวังด้านสุขภาพจิตใจ ทุก 4 - 8 ชั่วโมง และลงบันทึกลงไปในแบบฟอร์มการพยาบาล ในรายที่มีปัญหาเบื้องต้นจะมีการปรึกษาแพทย์เวร ละส่งต่อในรายที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล

2.2 จำนวนและระยะเวลาในการปฏิบัติงานของบุคลากร ต้องมีบุคลากรปฏิบัติงาน 24 ชั่วโมง มีการดำเนินงานแบบสหสาขาวิชาชีพ ที่ประกอบด้วยอาจารย์ทางด้านพยาบาลและสาธารณสุขในวิทยาลัย บุคลากรทางสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลไทรน้อยปฏิบัติงานเต็มเวลาเสมือนหนึ่งเป็นแผนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลไทรน้อยโดยจัดเวรละ 3 คน เช้า บ่าย และดึก และปฏิบัติงานเช่นเดียวกับแผนผู้ป่วยใน

2.3 การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ตามคำแนะนำการใช้อุปกรณ์ส่วนบุคคลป้องกันการติดเชื้อ PPE กรณีโควิด-19 ฉบับ วันที่ 20 เมษายน 2563 (Department of Medical Service, 2020) เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงดังนั้นจึงแบ่งระดับความเสี่ยงเป็นความเสี่ยงต่ำ ความเสี่ยงปานกลางและความเสี่ยงสูง ทั้งนี้มีการแยกตามพื้นที่และลักษณะของการปฏิบัติงานร่วมด้วย โดยเน้นให้บุคลากรปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัดดังนี้

ส่วน	ระดับความเสี่ยง และประเภทพื้นที่	การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล
1	ระดับความเสี่ยงต่ำ (ปราศจากเชื้อ)	ชุดปฏิบัติงาน สวมหน้ากากอนามัย หมวกคลุมผม และถุงมือ
2	ระดับความเสี่ยงปานกลาง (มีโอกาสในการสัมผัสเชื้อ)	ชุดปฏิบัติงาน สวมหน้ากากอนามัย หมวกคลุมผม ถุงมือ Face Shield และ Protective Gown
3	ระดับความเสี่ยงสูง (มีการสัมผัสเชื้อ)	ชุดปฏิบัติงาน สวมหน้ากากอนามัย หมวกคลุมผม ถุงมือ Face Shield Protective gGown และ รองเท้าบูท

2.4 การให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในระหว่างการถูกกักตัว โดยควรมีการเผยแพร่ข้อมูลอย่างเหมาะสมในการลดความหวาดกลัวและเน้นการมีส่วนร่วมนอกจากนี้ยังต้องมีการนำเสนอข้อมูลสถิติการกักตัวให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทราบ เพื่อเป็นการรายงานสถานการณ์การดำเนินการของทั้งกลุ่มเสี่ยงและประชาชนโดยทั่วไปได้รับทราบ

### 3. ระเบียบปิดศูนย์ศูนย์ฟื้นฟูและดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

หลังจากสถานการณ์การระบาดสงบลง การดำเนินการปิดศูนย์ฟื้นฟูและดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการบริหารจัดการที่เหมาะสมและไม่มีผลกระทบต่อบริหารจัดการดังนี้

3.1 ทำความสะอาดสถานที่ ให้เป็นไปตามมาตรฐาน IC ของทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข

3.2 การสรุปและรายงานผลการดำเนินงานต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

3.2 การบริหารทรัพยากรที่มีอยู่ในระหว่างการดำเนินการเปิดศูนย์ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ตลอดจนการถอดบทเรียนในการจัดตั้งศูนย์ร่วมกับหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการบริหารจัดการครั้งต่อไป

3.4 การตรวจสุขภาพให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์

## สรุป

ในสถานการณ์การระบาดของโรคอุบัติใหม่ ในขณะที่ยังไม่มียา วัคซีน หรือวิธีการรักษาอื่น ๆ มาตรการการกักกันกลุ่มเสี่ยง (Quarantine) และการแยกกักกันโรค (Isolation) ถือได้ว่าเป็นมาตรการที่สำคัญในระยะเริ่มต้นของการเกิดโรค (Yan, 2007; Yan, 2008) ในกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ก็เช่นกัน ความท้าทายทางด้านสาธารณสุขและระบาดวิทยาคือการจัดการควบคุมสถานการณ์การระบาดอย่างเร่งด่วน ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นของการระบาดของโรค เพื่อเป็นลดการแพร่กระจายของโรค ในประเทศไทยได้มีการดำเนินการกักตุนพื้นที่พุ่มและดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยกลุ่มเสี่ยงต้องอยู่ในศูนย์พุ่มและดูแลกลุ่มเสี่ยงฯ ในระยะเวลา 14 วัน เพื่อให้ครอบคลุมระยะการฟักตัวของเชื้อโรค (Lauer, 2020) ที่สามารถดำเนินการได้ทั้งในสถานพยาบาลและนอกสถานพยาบาลเพื่อให้เพียงพอต่อการรองรับจำนวนของกลุ่มเสี่ยงที่มีปริมาณเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ของการระบาดในระยะเริ่มต้น โดยในการจัดตั้งศูนย์พุ่มและดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงนอกพื้นที่สถานพยาบาลนั้น ควรดำเนินการร่วมกับสถานพยาบาลในพื้นที่ รวมถึงต้องจัดระบบการปรึกษาผู้ป่วยกับทีมแพทย์และสถานบริการในพื้นที่ (WHO2, 2020) เพื่อมีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน เช่น ระบบทะเบียนผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล และ อื่น ๆ เพื่อให้เป็นไปตามกระบวนการจัดการบริการสุขภาพ ในการคัดเลือกรักษาต้องมีความเหมาะสมในการคัดเลือกรักษาอย่างชัดเจนที่แตกต่างไปจากกลุ่มเสี่ยงในศูนย์กักกันในโรงพยาบาล โดยควรเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ได้สัมผัสผู้ป่วยโดยตรง นอกจากนี้กลุ่มเสี่ยงที่ถูกกักตัวต้องได้รับการจัดการในเรื่อง การดูแลสุขภาพตัวเอง การเงิน สังคม การดูแลสุขภาพจิต รวมถึงความจำเป็นด้านอื่น ๆ ได้แก่ อาหาร น้ำดื่ม และการดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงควรได้รับการดูแลในระดับต้น ๆ โดยวัฒนธรรมภูมิประเทศ และ เศรษฐกิจ มีผลต่อประสิทธิภาพของการดำเนินงานของศูนย์ การประเมินผลในบริบทของพื้นที่ที่มีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการเพื่อดูถึงความสำเร็จของการกักตุน และทราบอุปสรรคในการดำเนินงาน (WHO3, 2020) ในการดำเนินการปิดศูนย์ควรต้องได้รับการตรวจสอบทุกขั้นตอน

เนื่องจากการจัดตั้งศูนย์ดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงอยู่ในพื้นที่ของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก ซึ่งเป็นหน่วยงานราชการในบทความนี้จึงไม่ได้นำเสนอผลกระทบในทางเศรษฐศาสตร์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการศูนย์รวมถึงความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการช่วยสนับสนุนในการดำเนินงานตั้งแต่การเตรียมการ ดำเนินการ และการปิดศูนย์

## ข้อเสนอแนะ

1. การกักตัวกลุ่มเสี่ยงนอกโรงพยาบาลสามารถดำเนินการได้ ทั้งนี้ต้องได้รับความร่วมมือจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ใช่เพียงแค่งานทางด้านสาธารณสุขเท่านั้น เพื่อเป็นการดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงแบบองค์รวมและเกิดภาพรวมของการดำเนินงานของทุกภาคส่วนในพื้นที่การระบาด โดยจะส่งผลให้ทั้งกลุ่มเสี่ยงญาติ ประชาชนทั่วไปเข้าใจในการดำเนินการมากยิ่งขึ้น

2. การรับรู้ความรุนแรง การเข้าใจการกักตัว และการรับรู้สถานการณ์ของโรค ส่งผลทำให้กลุ่มเสี่ยงเข้าใจและปฏิบัติตามการกักตุนระยะของศูนย์ตลอดระยะเวลา 14 ทั้งนี้ยังรวมถึงการดูแลที่ตีร่วมกับกำลังใจทั้งจากเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานและญาติ มีส่วนช่วยให้การกักตัวประสบความสำเร็จ

3. สิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตประจำวันเช่น อาหาร น้ำดื่ม และอุปกรณ์พื้นฐานที่จำเป็นของกลุ่มเสี่ยงควรต้องเกิดจากการร่วมมือกันรวมถึงได้รับการสนับสนุนจากทั้งหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน

## Reference

Chowell, G., Fenimore, P. W., Castillo-Garsow, M. A., & Castillo-Chavez, C. (2003). SARS Outbreaks in Ontario, Hong Kong and Singapore: The Role of Diagnosis and Isolation as a Control Mechanism. *Journal Theor Biol*, 224(1), 1-8.



- Department Disease Control, Ministry of Public Health. (2020). *Guideline to Setting Up Local Quarantine: Traveler Who Come Back from High Risk Areas 5 March 2020*. Retrieved May 17, 2020 from [https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g\\_other/G\\_other\\_01\\_2.pdf](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_other/G_other_01_2.pdf) (in Thai)
- Department of Medical Service, Ministry of Public Health. (2020). *Guideline on Personal Protective Equipment (PPE) Update April 20 2020*. Retrieved May 22, 2020 from <https://pidst.or.th/A888.html>
- Emergency Operation Center Nonthaburi. (2020). *Situation and Supporting on COVID-19 Outbreak in Nonthaburi, Nonthaburi Provincial Public Health Office*. Retrieved April 22, 2020 from <https://ssjnonthaburi.moph.go.th/nont/>
- Lauer, S. A., Grantz K. H., Bi, Q., Jones, F.K., Zheng, Q., Meredith, H. R., et al. (2020). The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) from Publicly Reported Confirmed Case: Estimation and Application. *Ann Intern Med*, 172(2), 577-582.
- McCall, C. M., Nunan, D., & Heneghan, C. (2020). *Is a 14-Day Quarantine Effective Against the Spread of COVID-19?*. *Oxford University* 6 April 2020. Retrieved May 17, 2020 from <https://www.cebm.net/covid-19/is-a-14-day-quarantine-effective-against-the-spread-of-covid-19/>.
- Morens, M. D., & Fauci S. A., (2013). Emerging Infection Disease: Threats to Human Health and Global Stability. *PLOS Pathogens*, 9(7), 1-3.
- Petersen, E, Petrosillo, N., & Koopmans, M. (2017). The ESCMID Emerging Infections Task Force Expert Panel. Emerging infection - an Increasingly Important Topic: Review by the Emerging Infections Task Force. *Clinical Microbiology and Infection*, 24(1), 369-375.
- World Health Organization1, (2020). *Coronavirus*. Retrieved April 30, 2020, from [https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_1;](https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1;)
- World Health Organization2, (2020). *Considerations for Quarantine of Individuals in the Context of Containment for Coronavirus Disease (COVID-19) 19 March 2020*. Retrieved May 7, 2020 from [https://www.who.int/publications-detail/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications-detail/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-(covid-19))
- World Health Organization, (2020). *Statement on the Second Meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee Regarding the Outbreak of Novel Coronavirus (2019-nCoV)*. In: *World Health Organization/Newroom. Geneva (COVID-19) 30 January 2020*. Retrieved May 7, 2020 from [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
- Yan, X., & Zou, Y. (2008). Optimal and Sub-Optimal Quarantine and Isolation Control in SARS Epidemics. *Mathematical and Computer Modelling*, 47(1), 235-245.
- Yan, X., Zou, Y., & Li, J. (2007). Optimal and Sub-Optimal Quarantine and Isolation Control. *World. Journal of Modelling and Simulation*, 3(3), 202-211.



## การบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล Risk Management in Nursing Practicum

มาลี คำคง<sup>1\*</sup> และ จีระภา นະเส<sup>1</sup>

Malee Kumkong<sup>1\*</sup> and Jeerapar Nasae<sup>1</sup>

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา<sup>1\*</sup>

Boromarajonani College of Nursing, Songkhla<sup>1\*</sup>

(Received: July 21, 2019; Revised: September 09, 2020; Accepted: September 29, 2020)

### บทคัดย่อ

การจัดการศึกษาพยาบาล เป็นส่วนหนึ่งในการปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพด้านการจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก ที่กำหนดให้มีการกำกับดูแลที่เพียงพอในแต่ละระดับของผู้เรียนและผู้รับการฝึก เพื่อให้มั่นใจในความปลอดภัยขณะดูแลผู้ป่วย และได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ที่ใกล้เคียงกัน และปฏิบัติตามระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพและประสานสอดคล้องกันในทุกระดับจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่และผู้มาเยือน เนื่องจากผู้เรียนต้องปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในขณะที่ยังมีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ไม่เพียงพอที่จะดูแลได้อย่างมีคุณภาพ ผู้เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาจึงต้องบริหารความเสี่ยงในการฝึกภาคปฏิบัติ โดย 1) ทำความเข้าใจนิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงเพื่อการดำเนินงานอย่างเข้าใจ 2) กำหนดโปรแกรมความเสี่ยงครอบคลุมระบบงานที่เกี่ยวข้องกับการฝึกภาคปฏิบัติ และวิเคราะห์และค้นหาความเสี่ยงในแต่ละโปรแกรม นำมาจัดทำบัญชีความเสี่ยง กำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมกำกับ 3) จัดระดับความรุนแรงของความเสี่ยงเพื่อใช้ประเมินความเสี่ยงหรือความเสียหายที่เกิดขึ้น 4) กำหนดขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงและการรายงานอุบัติการณ์ รวมทั้งกำหนดรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์ และข้อตกลงเบื้องต้นในการรายงานอุบัติการณ์เพื่อการเรียนรู้และแบ่งปันบทเรียนที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงระบบงาน แนวทางนี้เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้การฝึกภาคปฏิบัติบรรลุเป้าหมายคุณภาพและความปลอดภัย และวัตถุประสงค์การเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** การบริหารความเสี่ยง, ความเสี่ยงในการฝึกภาคปฏิบัติ, การฝึกปฏิบัติการพยาบาล

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: malee-kk@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 094-6163524)



## Abstract

Nursing education management is part of practice following hospital's standard and health services in clinical teaching and learning management that requires adequate supervision at each level of learners and trainees to ensure the safety while taking care of patients and gain a similar learning experience as well as comply with an effective and coordinated risk and safety management system at all levels in order manage risks and create security for clients, staff, and visitors.

It happens that students have to practice nursing care while still having insufficient knowledge, skills, and experiences to take care of patients with quality so that those who involve in education management are required to manage risks in the practical training by 1) understanding the terminology related to operational risk management; 2) setting risk program covering work system related to practicum and analyzing to detect risk in each program, as well as setting by risk prevention and control measures, 3) prioritizing risk severity for assessment of risk and damage, 4) setting steps of risk management and incidence report as well as a model of incidence report and assumption of incidence report for learning and sharing learnt lesson leading to change in work system. This guideline is a method for helping nursing practicum to achieve quality, safety, and effective learning objectives.

**Keywords:** Risk Management, Risk of Practicum, Nursing Practicum

## บทนำ

ภาพรวมการบริหารองค์กรตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ กำหนดมาตรฐานการจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิกให้สถาบันการศึกษาร่วมกับองค์กรแหล่งฝึกปฏิบัติ มีการกำกับดูแลที่เพียงพอในแต่ละระดับของผู้รับการฝึก เพื่อให้มั่นใจในความปลอดภัยขณะดูแลผู้ป่วย ได้รับประสบการณ์และการเรียนรู้ใกล้เคียงกัน การปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติขององค์กรทุกฉบับ องค์กรสร้างเจตคติที่ดีเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยแก่ผู้รับการฝึก เป็นต้นแบบที่ดีของระบบคุณภาพ เช่น ความปลอดภัยในการใช้ยา การเรียนรู้จากความผิดพลาด ผู้เรียนเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของระบบคุณภาพและความปลอดภัย รวมทั้งติดตามประเมินผลโปรแกรมการเรียนการสอนทางคลินิกทั้งมิติด้านการเรียนรู้ คุณภาพและความปลอดภัยของการให้บริการ (Health Care Accreditation Institute (Public Organization), 2019) ประกอบกับระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล ให้องค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกันเพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่หรือผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่และผู้มาเยือน โดยองค์กรดำเนินการบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ มีความร่วมมือในการดำเนินการของบุคลากรอย่างทั่วถึง ทั้งระดับผู้บริหารและระดับปฏิบัติ โดยการประเมินความเสี่ยง การรายงานและการติดตาม และประเมินประสิทธิผล การจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการปรับปรุง พัฒนา นำไปสู่การมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผล เช่นเดียวกับองค์กรวิชาชีพการพยาบาลต้องจัดระบบบริหารการพยาบาลที่รับผิดชอบต่อการจัดบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูง เพื่อเป้าหมายหรือผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลคือ ความปลอดภัยของผู้รับบริการ การบรรเทาความทุกข์ทรมาน การได้รับข้อมูลและการเรียนรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง การเสริมพลัง และความพึงพอใจที่บรรลุพันธกิจขององค์กร (Health Care Accreditation Institute (Public Organization), 2019)

การฝึกปฏิบัติของวิชาชีพด้านสุขภาพ ผู้เรียนและผู้สอนปฏิบัติงานในแหล่งฝึกปฏิบัติ ต้องปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและตนเอง การจัดการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย

จึงเป็นจุดเน้นที่สถาบันการศึกษามีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีส่วนร่วมสนับสนุนให้บรรลุเป้าหมายคือ พัฒนาผู้เรียนให้มีความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก มีเจตคติและมีสมรรถนะที่ดีในการปฏิบัติงานบริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพและความปลอดภัย เสริมสร้างความเข้าใจในระบบรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีศักยภาพด้านการส่งเสริมผู้ป่วยและประชาชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพ ร่วมส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยของแหล่งฝึกปฏิบัติ (Kumkong, & Aramrom, 2020)

เช่นเดียวกับการศึกษาพยาบาล มีการจัดการเรียนรู้ให้ผู้เรียนฝึกปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจริง ซึ่งมีโอกาสเกิดความไม่ปลอดภัยสูง จึงต้องกำหนดระบบบริหารความเสี่ยงในการฝึกภาคปฏิบัติ เพื่อดำเนินการให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย ผู้เรียนและผู้เกี่ยวข้อง เนื่องจากการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงผู้เรียนต้องใช้ทักษะการปฏิบัติทั้งที่ตนเองยังมีประสบการณ์ทางคลินิกไม่เพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ มีความรอบคอบและความระมัดระวังไม่เพียงพอ (Health Care Accreditation Institute (Public Organization), 2015) และผลการศึกษาพบว่า การฝึกปฏิบัติการพยาบาลทำให้ผู้เรียนเกิดเครียดในระดับปานกลาง (Fukfon, Sriwichai, Chairinkhom, & Tanyapansin, 2018; Yodthong, Sane, & Chansungnoen, 2018) และความเครียดในระดับปานกลางและระดับสูง (Sriboonpimsuay, Srisutipanporn, & Phanich, 2016) วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากการเรียนภาคทฤษฎีและภาคทดลอง เฉื่อยชา ไม่ตื่นตัว ขาดสมาธิ สภาพร่างกายอ่อนล้าและไม่กระฉับกระเฉงจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ (Kumkong, 2019) ภาวะดังกล่าว เป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Health Care Accreditation Institute (Public Organization), 2015) เช่น ไม่ระบุตัวผู้ป่วย บริหารยาผิด ผู้เรียนถูกเข็มตำ สัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง (Kumkong, 2019) อีกทั้งผู้เรียนต้องปฏิบัติตามมาตรฐานในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันตามบริบทและระดับของแหล่งฝึกปฏิบัติ จึงมีโอกาสเกิดความเสียหายหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อระบบงาน ผู้รับบริการ ผู้เรียนและทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง การบริหารความเสี่ยงจึงเป็นการควบคุมกำกับให้เกิดความปลอดภัย เสริมสร้างการปฏิบัติอย่างปลอดภัยและบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ

### การบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล

แม้ว่าผู้เรียนผ่านการเรียนรู้ภาคทดลองมาแล้วก็ตาม เมื่อปฏิบัติจริงพบว่า ยังขาดความพร้อมด้านความรู้ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ร่างกายและจิตใจ ผู้เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการบริหารความเสี่ยง วัตถุประสงค์ กลวิธีการจัดการ การออกแบบระบบการจัดการเรียนรู้และวิธีการลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ปรับปรุงการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ โดยผู้บริหารและอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรปรับปรุงพัฒนาระบบการจัดการเรียนรู้ให้มั่นใจได้ว่า มีการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกภาคปฏิบัติ ได้แก่ พัฒนาอาจารย์ให้มีความรู้ความสามารถในการจัดการความเสี่ยง คัดเลือกแหล่งฝึกปฏิบัติที่ได้รับการรับรองมาตรฐานและมีระบบความปลอดภัย มีทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ที่เพียงพอ ผู้เรียนรับผิดชอบในการปฏิบัติงานให้ถูกต้องและจัดการตนเองให้มีความพร้อมในการฝึกปฏิบัติทุกเวลา ผู้เรียนและผู้สอนมีความตระหนัก มีทัศนคติที่ถูกต้อง และมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย (Kumkong & Aramrom, 2020)

#### นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลนี้ สอดคล้องกับระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ โดยมีนิยามศัพท์ที่เป็นพื้นฐานในการดำเนินการ ดังนี้ (Sirinakorn, 2014; Health Care Accreditation Institute (Public Organization), 2019)

การบริหารความเสี่ยง (Risk Management) หมายถึง กลวิธีในการบ่งชี้ วิเคราะห์ ประเมิน จัดการ ติดตาม และสื่อสารความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมองค์กรหรือกระบวนการดำเนินงานขององค์กรเพื่อช่วยลดความสูญเสียในการไม่บรรลุเป้าหมายให้เหลือน้อยที่สุดและเพิ่มโอกาสให้องค์กรมากที่สุด การบริหารความเสี่ยง

ขององค์กรโดยรวมต้องผสมผสาน และเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรเพราะเป็นกลไกส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนไปสู่ การกำกับดูแลกิจการที่ดี เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์และการเจริญเติบโตอย่างยั่งยืนขององค์กร และเป็นหัวใจของผู้ มีผลประโยชน์ร่วม ควรสอดคล้องกับแผนการดำเนินงานต่าง ๆ ขององค์กร และพิจารณาความเสี่ยงทั้งหมดโดย ครอบคลุมความเสี่ยงทั่วทั้งองค์กร รวมถึงมีผลกระทบต่อวัตถุประสงค์และความต้องการของผู้มีผลประโยชน์ร่วม (Upanan, 2017)

คุณภาพ (Quality) หมายถึง คุณลักษณะโดยรวมที่แสดงถึงควมมีคุณค่า สามารถตอบสนองความ ต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการหรือเหมาะสมกับเป้าหมายที่กำหนด

วัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety Culture) เป็นค่านิยมและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เมื่อมีความมุ่งมั่น ร่วมกันและความต่อเนื่องของผู้นำองค์กร ผู้บริหาร และบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ที่มุ่งเน้นความปลอดภัย เป็นเป้าหมายมากกว่าการแข่งขันกัน (American Nurse Association, 2016) เป็นคุณลักษณะขององค์กรใน ด้านความปลอดภัย คือการรับรู้ถึงธรรมชาติในกิจกรรมขององค์กรที่มีความเสี่ยงสูง มีโอกาสเกิดความผิดพลาด สิ่งแวดล้อมที่ไม่มีการกำหนดกัน ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติมีความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับปัจจัยมนุษย์ เทคนิค สิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อความปลอดภัย มีบรรยากาศของความไว้วางใจ เชื่อใจ บุคลากรสามารถรายงานความผิดพลาดหรือเกือบ พลาด โดยไม่ต้องหวาดกลัวว่าจะถูกลงโทษ มีความร่วมมือกันอย่างกว้างขวางเพื่อป้องกันความล้มเหลวต่าง ๆ มีความเต็มใจขององค์กรที่จะสนับสนุนทรัพยากรเพื่อความปลอดภัย และมีการเรียนรู้ไปสู่การเปลี่ยนแปลง (Philalai, 2017)

ความเสี่ยง (Risk) หมายถึง โอกาสความน่าจะเป็นที่จะเกิดอุบัติเหตุ หรือโอกาสที่จะประสบกับความ เสียหายหรือเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ทุกประการที่เกิดขึ้น หรือสิ่งที่ควรเกิดแต่ไม่เกิด หรือสิ่งที่เกิดแต่ไม่ควร เกิด อาจส่งผลกระทบต่อหรือก่อให้เกิดความเสียหายต่อระบบการทำงาน ผู้รับบริการ และผู้เรียนมี 3 ประเภท ได้แก่ 1) ความเสี่ยงทั่วไป (Common Risks) เป็นความเสี่ยงที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งไม่พึงประสงค์ที่ไม่ เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วย 2) ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risks) เป็นความเสี่ยงเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือ การดูแลรักษาที่อาจเกิดอันตรายหรือไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย โดยไม่ระบุจำเพาะโรค เช่น เกิดแผลกดทับ และ 3) ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific Clinical Risks) เป็นความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มี ความจำเพาะต่อโรคหรือกลุ่มอาการหรือภาวะเสี่ยงของโรคนั้น ๆ เช่น Hypovolemic Shock ในผู้ป่วย Upper GI Bleeding (Mahidol University Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, 2017)

อันตราย (Harm) หมายถึง การสูญเสียโครงสร้างหรือการทำงานของร่างกาย จิตใจและสังคม อาจเป็น การสูญเสียชั่วคราวหรือถาวร โดยมีระดับอันตรายตั้งแต่ A-I (Wanapirak, n.d.)

ความคลาดเคลื่อนหรือความผิดพลาด (Error) หมายถึง เหตุการณ์ผิดพลาดที่สามารถป้องกันได้โดยอาจ ส่งผลให้เกิดอันตรายหรือไม่เกิดอันตรายก็ได้ เช่น การให้ยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ และผู้ป่วยมีอาการแพ้เกิดขึ้น (Error with AE) หรือให้ยาผิดขนาดแต่ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตราย (Error Without AE) รวมถึงการกระทำในสิ่งที่ผิด หรือไม่กระทำสิ่งที่ถูกหรือที่ควรกระทำ นำไปสู่ผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์หรือโอกาสที่จะเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ อาจเป็นขั้นตอนการวางแผนหรือนำแผนไปปฏิบัติ การไม่ให้การดูแลตามแผนหรือประยุกต์แผนการดูแลไม่ถูกต้อง

เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event: AE) หมายถึง เหตุการณ์ผิดพลาดที่มีความคลาดเคลื่อน (Error) เกิดขึ้นและเกิดผลเสียหาย บาดเจ็บหรืออันตรายที่เป็นผลจากการดูแลรักษา มิใช่กระบวนการตาม ธรรมชาติของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต นอนโรงพยาบาลนานขึ้นหรืออวัยวะสูญเสียการทำหน้าที่ (Wanapirak, n.d.) เป็นความเสี่ยงระดับ E-I เช่น การให้ยา Antibiotic แล้วผู้ป่วยแพ้ยาแบบ Anaphylaxis ซึ่งเป็นการให้ยาที่ ถูกต้องและผู้ป่วยไม่มีประวัติแพ้ยา

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรง (Sentinel Event) หมายถึง เหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้ คาดการณ์มาก่อน มีผลทำให้เกิดความเสียหายหรือก่อให้เกิดการเสียชีวิตหรืออันตรายขั้นรุนแรงที่ผู้เกี่ยวข้องต้อง ใส่ใจ ตื่นตัวและให้ความสำคัญสูง มีเป้าหมายเพื่อจัดการกับเหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้นโดยเร็วที่สุดและรายงาน ผู้บริหารสูงสุด เช่น ทารกถูกกลืนยาตัว และอุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ G-H-I

เกือบพลาด (Near Miss) หมายถึง เหตุการณ์ที่มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อน หรือมีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแล้วแต่ยังไม่ถึงผู้ใด จึงยังไม่มี ความเสียหายเกิดขึ้น (อุบัติการณ์ระดับ A และ B) และเป็น การกระทำหรือละเว้นการกระทำที่อาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยแต่ไม่เกิดอันตรายเนื่องจากความบังเอิญ การป้องกันหรือการทำให้ปัญหาทุเลาลง

อุบัติการณ์ (Incident) หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้ว ซึ่งอาจก่อให้เกิดหรือเกิดอันตรายต่อบุคคล และ/หรือคำร้องเรียน การสูญเสีย ความเสียหาย

### โปรแกรมความเสี่ยงและบัญชีความเสี่ยง

การฝึกภาคปฏิบัติเกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดการเรียนรู้ กระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย ระบบงานของแหล่งฝึกปฏิบัติและระบบสนับสนุนอื่น ๆ และมาตรฐานวิชาชีพ การบริหารความเสี่ยงจึงต้องครอบคลุมการจัดการความเสี่ยงทุกระบบที่อาจเกิดขึ้นในการฝึกภาคปฏิบัติ รวมทั้งความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้รับบริการโดยตรง จึงอาจกำหนดเป็นโปรแกรมความเสี่ยงและบัญชีความเสี่ยงเป็น 9 โปรแกรม แต่ละโปรแกรมเชื่อมโยงสาเหตุหรือผลกระทบและเข้าซ้อนกันได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของสถาบันการศึกษา โดยมุ่งเน้นการนำความเสี่ยงเข้าสู่กระบวนการทบทวน ปรับปรุงและแก้ไขอย่างรอบด้าน ดังนี้ (Kumkong & Aramrom, 2020)

1. โปรแกรมความเสี่ยงทางคลินิก เป็นความเสี่ยงเกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยทั้งความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค เช่น Hypovolemic Shock และความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป เช่น ดึงท่อหรือสายต่าง ๆ พลัดตก หล่น ให้เลือดผิตคน ให้เลือดผิตหมู่อากาศทรุดระหว่างการดูแลรักษา เสียชีวิตที่ป้องกันได้
2. โปรแกรมความเสี่ยงระบบยา เป็นความเสี่ยงเกี่ยวกับยา การจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ ตั้งแต่การจัดเก็บยา การเตรียมหรือผสมยาและการบริหารยา เช่น ผสมยาผิด เตรียมยาผิดขนาด บริหารยาผิดวิธี บริหารยาผิดขนาด ผู้ป่วยแพ้ยาซ้ำ ให้สารน้ำผิตคน
3. โปรแกรมความเสี่ยงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เป็นความเสี่ยงเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมติดเชื้อในผู้ป่วยและผู้เรียน การปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมติดเชื้อ รวมถึงการจัดการวัสดุและของเสียจากการปฏิบัติการพยาบาล เช่น ติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ ติดเชื้อจากการดูดเสมหะ หลอดเลือดอักเสบจากการให้สารน้ำ (Phlebitis)
4. โปรแกรมความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย เป็นความเสี่ยงเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม สาธารณูปโภค อาคาร สถานที่ที่กระหว่างการฝึกปฏิบัติงาน การรักษาความปลอดภัยและสวัสดิภาพ เช่น สถานที่พักไม่ปลอดภัย ผู้เรียนถูกทำร้าย ผู้เรียนเกิดอุบัติเหตุจากการฝึกภาคปฏิบัติ ถูกผู้ป่วย/ญาติคุกคาม ก้าวร้าว
5. โปรแกรมความเสี่ยงด้านเวชระเบียน เป็นความเสี่ยงเกี่ยวกับเวชระเบียนที่ผู้เรียนเกี่ยวข้องหรือมีส่วนในการบันทึกและการใช้เวชระเบียน หรือการบันทึกการพยาบาลในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น ไม่บันทึกเวชระเบียน บันทึกเวชระเบียนผิตคน เวชระเบียนสูญหาย เก็บเอกสารใส่เวชระเบียนผิตคน
6. โปรแกรมความเสี่ยงด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ เป็นความเสี่ยงเกี่ยวกับทรัพยากรสนับสนุนการเรียนรู้ที่ผู้เรียนต้องใช้ในการฝึกภาคปฏิบัติ จำนวนและความหลากหลายของผู้รับบริการ การได้รับการรับรองคุณภาพของแหล่งฝึกปฏิบัติ เช่น จำนวนผู้รับบริการไม่เพียงพอ แหล่งฝึกปฏิบัติไม่ได้รับการรับรองคุณภาพ
7. โปรแกรมความเสี่ยงด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม เป็นความเสี่ยงเกี่ยวกับสิทธิและจริยธรรมในการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น เปิดเผยข้อมูลหรือเปิดเผยร่างกายผู้ป่วย ไม่ขอความยินยอมก่อนทำหัตถการ ปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยบางคน บางโรค
8. โปรแกรมความเสี่ยงด้านผู้เรียน เป็นความเสี่ยงเกี่ยวกับผู้เรียนในการฝึกภาคปฏิบัติทั้งด้านสมรรถนะ คุณธรรม จริยธรรม ความเครียด สภาพร่างกายและจิตใจ การปฏิบัติตามระเบียบของสถาบันการศึกษาและแหล่งฝึกปฏิบัติ การปฏิบัติตามนโยบายและระเบียบปฏิบัติ เช่น ขาดทักษะในการฝึกปฏิบัติงาน พฤติกรรมบริการไม่เหมาะสม ขาดความพร้อมด้านร่างกาย เช่น ง่วงนอน อ่อนล้า

9. โปรแกรมความเสี่ยงด้านผู้สอน หมายถึง ความเสี่ยงเกี่ยวกับผู้สอนทั้งปริมาณที่เพียงพอต่อจำนวนผู้เรียน และคุณภาพของผู้สอนที่มีคุณสมบัติ คุณวุฒิและความเชี่ยวชาญ เช่น ผู้สอนไม่เพียงพอ คุณสมบัติไม่ครบหรือขาดคุณสมบัติในการจัดการเรียนรู้ภาคปฏิบัติ

บัญชีความเสี่ยงแต่ละโปรแกรมดังกล่าว เมื่อเกิดอุบัติการณ์ขึ้นผู้สอนและผู้เรียนร่วมกันประเมินความเสี่ยงและจัดระดับความรุนแรงตามสภาพที่เกิดขึ้นจริงตามเกณฑ์การจัดระดับความรุนแรงของความเสี่ยง

#### การจัดระดับความรุนแรงของความเสี่ยง

การจัดระดับความรุนแรงของความเสี่ยง แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ ความรุนแรงระดับต่ำมากหรือน้อยมาก ระดับต่ำหรือน้อย ระดับปานกลาง และระดับสูงหรือรุนแรงมาก ตามเกณฑ์การจัดระดับความรุนแรง A-I ดังนี้ (The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention: NCCMERP as cite in Sirinakorn, 2014) ดังนี้

#### 1. ความรุนแรงระดับต่ำมากหรือน้อยมาก

A หมายถึง เหตุการณ์ที่มีโอกาสก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน เช่น มียาฉีดหมดอายุในตู้เก็บยา

B หมายถึง เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้นแล้วแต่ตรวจพบก่อนยังไม่ถึงผู้ป่วยและผู้อื่น เช่น หยิบยามาเตรียมฉีดแต่ตรวจซ้ำพบว่ายาหมดอายุ

#### 2. ความรุนแรงระดับต่ำหรือน้อย

C หมายถึง เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยและผู้อื่นแต่ไม่ทำให้ได้รับอันตราย เช่น จัดให้ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวนอนบนเตียงที่ไม่มีราวกันเตียงและไม่มีญาติเฝ้า

D หมายถึง เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยและผู้อื่นและส่งผลให้เกิดการเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายขึ้น เช่น ผู้ป่วยตกเตียงต้องประเมินและสังเกตอาการทางสมอง

#### 3. ความรุนแรงระดับปานกลาง

E หมายถึง เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยและผู้อื่นที่ส่งผลให้ต้องรับการรักษาหรือได้รับการรักษาเพิ่มมากขึ้น หรือต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้นแต่ไม่เกิน 3 วัน หรือมีความกีดกันทางจิตใจหรืออารมณ์ เช่น ผู้ป่วยตกเตียงแล้วเจ็บแผลที่ศีรษะหรือสังเกตอาการในโรงพยาบาล 1-3 วัน หรือต้องรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้นจากจำนวนวันที่รักษาโรคเดิม 1-3 วัน

F หมายถึง เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยและผู้อื่นที่ส่งผลให้ได้รับอันตรายชั่วคราว ต้องได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นหรือนานขึ้นมากกว่า 3 วัน หรือมีความชอกช้ำทางด้านจิตใจหรืออารมณ์ เช่น ผู้ป่วยตกเตียงแล้วมีอาการทางสมอง ต้องรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการทางสมองมากกว่า 3 วัน หรือต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นจากจำนวนวันที่รักษาโรคเดิมมากกว่า 3 วัน

#### 4. ความรุนแรงระดับสูงหรือรุนแรงมาก

G หมายถึง เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยและผู้อื่นที่ส่งผลให้ได้รับอันตรายที่รุนแรงหรือเกิดความพิการอย่างถาวรหรือบาดเจ็บหรือเจ็บปวดทางจิตใจและอารมณ์ เช่น ผ่าตัดขาผิดข้างทำให้สูญเสียขา

H หมายถึง เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยและผู้อื่นที่ส่งผลให้ได้รับอันตรายจนต้องรับการบำบัดรักษาเพื่อช่วยชีวิต (CPR) หรือพิการหลายอย่างหรือพิการซ้ำซ้อน หรือเจ็บปวดทางจิตใจและอารมณ์ เช่น ฉีดยา Penicillin ให้ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ Penicillin ทำให้เกิด Anaphylaxis หัวใจหยุดเต้นต้อง CPR และผู้ป่วยรอดชีวิต

I หมายถึง เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยและผู้อื่นที่ส่งผลให้เสียชีวิตหรือการเสียชีวิตหลายคน หรือบาดเจ็บหรือเจ็บปวดทางจิตใจและอารมณ์อย่างรุนแรง เช่น ฉีดยา penicillin ให้ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ penicillin ทำให้เกิดอาการ anaphylaxis และภาวะหัวใจหยุดเต้นต้อง CPR แต่ผู้ป่วยเสียชีวิต

#### ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง

ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงที่นำเสนอนี้ พัฒมาขึ้นจากการทบทวนและศึกษาแนวคิดความเสี่ยงและความปลอดภัย มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ และประสบการณ์ของผู้เขียนในการบริหารความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลและหน่วยงาน มีการนำไปใช้และปรับปรุงแก้ไข เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินการให้บรรลุ

เป้าหมายคือ การสร้างและคงไว้ซึ่งระบบที่มีคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้เรียนและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง  
ดั่งภาพ 1 (Kumkong & Aramrom, 2020)



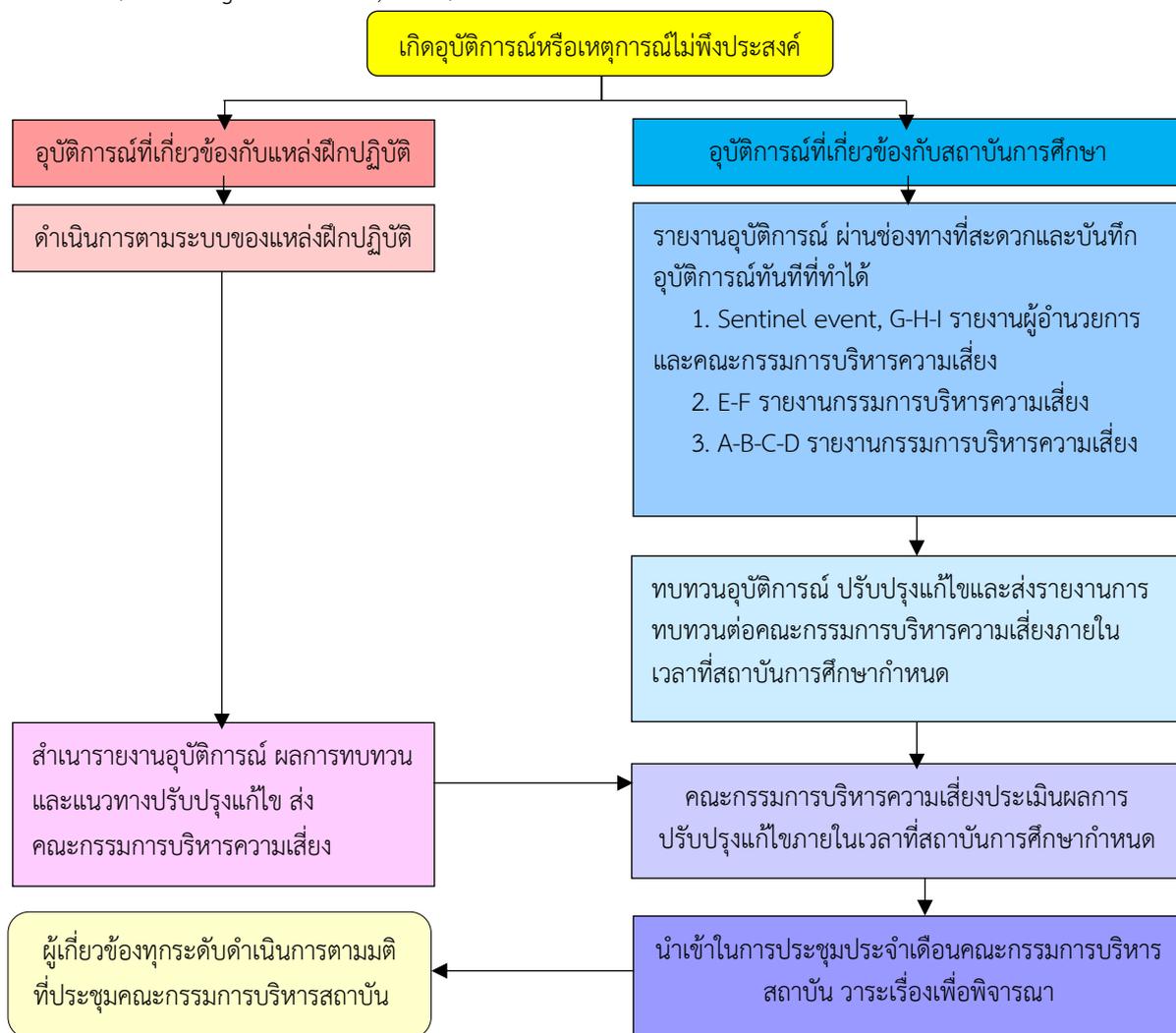
กระบวนการ	รายละเอียด	ผู้รับผิดชอบ
	<p>ต่อผู้เสียหายตามแผนการแก้ไขเบื้องต้นของแหล่งฝึกปฏิบัติ</p> <p>3. ดูแลผู้เสียหาย หากมีผู้ได้รับความเสียหายจากความเสียหาย ให้ผู้ประสานความเสี่ยงหรือผู้รับผิดชอบดูแลช่วยเหลือและเฝ้าระวังผู้เสียหายทันที</p> <p>4. ขอความช่วยเหลือ กรณีผู้ประสานความเสี่ยงหรือผู้รับผิดชอบไม่สามารถดำเนินการได้ ให้พิจารณาขอความช่วยเหลือจากผู้สอนและผู้บริหารตามลำดับขั้นหรือผู้บังคับบัญชาหรือคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง</p> <p>5. บันทึกอุบัติการณ์และรายงานตามระดับความรุนแรงภายในเวลาที่สถาบันการศึกษากำหนด</p> <p>สำหรับความเสี่ยงที่ยังไม่เกิดขึ้น แต่หากความเสี่ยงนั้นเกิดขึ้นแล้วจะส่งผลกระทบต่อระดับ G H I ให้ดำเนินการเช่นเดียวกับระดับ G H I</p> <p>กรณีที่ความเสี่ยงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับฝ่ายใด ให้แจ้งฝ่ายนั้นทราบทันทีผ่านช่องทางหรือวิธีการใด ๆ และให้ฝ่ายที่รับแจ้งบันทึกอุบัติการณ์และปฏิบัติตามขั้นตอน</p> <p>6. ทบทวนความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์ เมื่อเกิดความเสี่ยงผู้รับผิดชอบดำเนินการทบทวนโดยเร็วอย่างรอบด้านเพื่อค้นหาสาเหตุรากของปัญหาและปรับปรุง แก้ไขภายในเวลาที่สถาบันการศึกษากำหนด</p>	
รายงานความเสี่ยง	อาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ ส่งรายงานความเสี่ยงต่อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงภายในเวลาที่สถาบันการศึกษา กำหนด	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
ประเมินผลการปรับปรุงแก้ไข	<p>คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงประเมินผลการดำเนินการปรับปรุงระบบงาน เพื่อประเมินประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินความเสียหายที่เกิดขึ้น</li> <li>2. ประเมินผลการแก้ไขปรับปรุงภายในเวลาที่สถาบันการศึกษา กำหนด</li> </ol>	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
สรุปและรายงานผล	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงนำเสนอผลการบริหารความเสี่ยงต่อที่ประชุมคณะกรรมการบริหารสถาบันศึกษาวาระเรื่องเพื่อพิจารณา และติดตามความก้าวหน้าการดำเนินการ	คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง

ภาพ 1 ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงในการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล (Kumkong & Aramrom, 2020)

ขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงดังกล่าวนี้ สถาบันการศึกษาต้องประสานงานและชี้แจงแหล่งฝึกให้มีความเข้าใจที่ตรงกัน พร้อมทั้งร่วมกันกำหนดมาตรการป้องกันและดำเนินการควบคุมเพื่อไม่ให้เกิดอุบัติการณ์หรือ

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือเกิดขึ้นน้อยที่สุด และอุบัติการณ์รุนแรงไม่เกิดซ้ำ โดยใช้วิธีการจัดการหรือควบคุมความเสี่ยง ได้แก่ 1) หลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk Avoidance) เป็นการหลีกเลี่ยงวิธีการที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยง 2) ป้องกันความเสี่ยง (Risk Prevention) เป็นการป้องกันด้วยวิธีการรัดกุม 3) ถ่ายโอนความเสี่ยง (Risk Transfer) เป็นการควบคุมความเสี่ยงโดยให้บุคคลอื่นหรือหน่วยงานอื่นดำเนินการแทน 4) แบ่งแยกความเสี่ยง (Risk Segregation) เป็นการจัดแบ่งหรือสร้างระบบสำรองให้รัดกุม 5) ลดความสูญเสีย (Loss Reduction) เป็นการแก้ปัญหาอย่างเร่งด่วน ใส่ใจดูแล ให้ความสะดวกสบาย เพื่อลดความไม่พึงพอใจกับผู้ที่ได้รับผลกระทบให้มากที่สุดหรือควบคุมไม่ให้ความเสียหายลุกลาม รวมถึงจ่ายเงินชดเชย และ 6) ยอมรับความเสี่ยง (Risk Retention) เป็นการเลือกที่ยอมรับความเสี่ยงไว้เองทั้งแบบรู้ตัว (Active) และไม่รู้ตัว (Passive) (Mahidol University Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, 2017)

อย่างก็ตาม หากพบความเสี่ยงหรือเกิดอุบัติการณ์ขึ้น ให้ผู้ประสบความเสี่ยงหรือผู้รับผิดชอบดำเนินการตามขั้นตอนดังกล่าว ถ้าความเสี่ยงที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับระบบงานของแหล่งฝึกปฏิบัติ สามารถดำเนินการให้สอดคล้องกับการบริหารความเสี่ยงของแหล่งฝึกปฏิบัติและรายงานอุบัติการณ์ตามขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์ ดังภาพ 2 (Kumkong & Aramrom, 2020)



ภาพ 2 ขั้นตอนการรายงานอุบัติการณ์ (Kumkong & Aramrom, 2020)

การรายงานอุบัติการณ์ อาจใช้แบบบันทึกรายงานอุบัติการณ์ของแหล่งฝึกปฏิบัติ และหากอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นภายนอกแหล่งฝึกปฏิบัติ สถาบันการศึกษาอาจกำหนดแบบรายงานอุบัติการณ์ที่บันทึกสะดวกและไม่

ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้รายงาน อาจเป็นโปรแกรมให้กรอกข้อมูลจนถึงขั้นรายงานผล เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ ในการทบทวนร่วมกับแหล่งฝึกปฏิบัติและร่วมกันพัฒนาต่อไป ตัวอย่างแบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ A-B-C-D ดังภาพ 3 และแบบรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E-F-G-H-I และ Sentinel Event ดังภาพ 4 (Kumkong & Aramrom, 2020)

แบบรายงานอุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ A – B – C – D

ประจำเดือน..... พ.ศ. .... วิชา .....

โปรแกรมความเสี่ยง.....

ความเสี่ยง/อุบัติการณ์	จำนวน (ครั้ง)	ระดับ (A-D)	สถานะของการดำเนินการแก้ไข ป้องกัน		
			ดำเนินการแล้ว	ระหว่างดำเนินการ	ยังไม่ดำเนินการ (ระบุแผน)
1. เตรียมยาฉีด ceftazidime ให้ผู้ป่วยที่มีแผนการรักษา ceftriaxone แต่เมื่อทวนซ้ำพบว่าเตรียมยาฉีด	2	B	✓		
2. เจาะ DTX ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อบ่งชี้และไม่มีแผนการรักษา ทำให้ผู้ป่วยเจ็บโดยไม่ได้ใช้ผลเลือดเพื่อการรักษา	1	C	✓		

ลงชื่อ ..... ผู้รายงาน ลงชื่อ ..... คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง  
ว.ด.ป. .... / ..... / ..... ว.ด.ป. .... / ..... / .....

หมายเหตุ: แนวทางการดำเนินการป้องกัน หากไม่พอให้ระบุรายละเอียดด้านหลังหรือแผ่นต่อหรืออ้างอิงรหัสเอกสาร

ภาพ 3 แบบรายงานอุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ A-B-C-D (Kumkong & Aramrom, 2020)

แบบรายงานอุบัติการณ์ ความรุนแรงระดับ E – F – G – H – I และ Sentinel event

ผู้รายงาน อาจารย์สมศรี สำนักิติ อุบัติการณ์เรื่อง .....บริหารยาผิดคน.....

วันเดือนปีที่เกิดอุบัติการณ์/พบอุบัติการณ์ ..... เวลาที่พบ ..... น.

วันเดือนปีที่บันทึกอุบัติการณ์ ..... เวลาที่บันทึก..... น.

<input type="checkbox"/> โปรแกรมความเสี่ยงทางคลินิก	<input type="checkbox"/> โปรแกรมความเสี่ยงสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้
<input type="checkbox"/> โปรแกรมความเสี่ยงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	<input type="checkbox"/> โปรแกรมความเสี่ยงเวชระเบียนและสารสนเทศ
<input checked="" type="checkbox"/> โปรแกรมความเสี่ยงระบบยา	<input type="checkbox"/> โปรแกรมความเสี่ยงสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม
<input type="checkbox"/> โปรแกรมความเสี่ยงสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	<input type="checkbox"/> โปรแกรมความเสี่ยงด้านผู้เรียน
<input type="checkbox"/> โปรแกรมความเสี่ยงด้านผู้สอน	ระดับความรุนแรง ระดับ E

บรรยายสรุปเหตุการณ์

ผู้เรียนนายา Acyclovir ของผู้ป่วยชื่อนายดำแดงดี (นามสมมุติ) เพียง 14 ฉีดให้ผู้ป่วยชื่อนายสีแสนขำ (นามสมมุติ) เพียง 15 เนื่องจากผู้ป่วยนอนเตียงติดกันและผู้เรียนไม่ได้ถามชื่อ-สกุลผู้ป่วยก่อนฉีดยา หลังจาก drip ยาหมดขวด เมื่อ off ยาจึงตรวจพบว่า ฉีดยาให้ผู้ป่วยผิดคน และเมื่อประเมินประวัติการเจ็บป่วยพบว่า นายสีแสนขำ มี underlying Cirrhosis with ESRD ซึ่งเป็นโรคที่ห้ามใช้หรือควรระวังในการใช้ยา Acyclovir

การแก้ไขขั้นต้น ดำเนินการตามแนวทางของหอผู้ป่วย ดังนี้

1. สังเกตอาการแพ้ยาและอาการข้างเคียงจากการได้รับยาของผู้ป่วยชื่อนายสีแสนขำ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย มีไข้ เบื่ออาหาร อุดจากระวัง ผื่นขึ้นและช้ำประวัติเพิ่มเติม ได้แก่ ประวัติการแพ้ยาต่าง ๆ การรับประทานอาหารเสริมและสมุนไพร การใช้ยาประจำ เพื่อเป็นข้อมูลในการประเมินความรุนแรงและสังเกตอาการที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับยา Acyclovir

2. เบิกยา Acyclovir มาฉีดให้ผู้ป่วยชื่อนายดำแดงดี

3. รายงานแพทย์ผู้รักษาเพื่อพิจารณาให้การรักษาเพิ่มเติมแก่นายสีแสนขำ

ลงชื่อผู้รายงาน ..... ลงชื่อหัวหน้างาน.....  
การทบทวน แก้ไข และปรับปรุงระบบงาน (ส่วนนี้สำหรับผู้รับผิดชอบ/ผู้สอน)  
รับดำเนินการ ว.ด.ป.....เวลา.....น. ทบทวนแก้ไขป้องกัน ว.ด.ป. ....เวลา.....น.  
สถานะ  แก้ไขได้  แก้ไขไม่ได้  ยังไม่แก้ไข  กำลังดำเนินการ แล้วเสร็จเมื่อ.....  
ลงชื่อ.....ผู้รับผิดชอบ/ผู้สอน ว.ด.ป. .... /..... /.....  
ประเมินผลการปรับปรุงระบบงาน (ส่วนนี้สำหรับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง)  
ประเมินผล ว.ด.ป..... ผลลัพธ์.....  
.....  
ลงชื่อ..... คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ว.ด.ป..... /..... /.....

หมายเหตุ ส่งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง: ความเสี่ยงระดับ G - H - I และ Sentinel event รายงานภายใน 2 ชั่วโมง ความเสี่ยงระดับ E-F รายงานภายใน 24 ชั่วโมง

ภาพ 4 แบบรายงานอุบัติการณ์ความรุนแรงระดับ E-F-G-H-I และ Sentinel Event (Kumkong & Aramrom, 2020)

จากประสบการณ์ผู้เขียน การทบทวนแนวคิดความปลอดภัยและวัฒนธรรมความปลอดภัย จะเห็นได้ว่าการฝึกภาคปฏิบัติช่วยบ่มเพาะและสร้างรากฐานการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยและเสริมสร้างให้ผู้เรียนมีทัศนคติ ความเชื่อ การรับรู้และให้คุณค่ากับความปลอดภัย เรียนรู้และแบ่งปันบทเรียน นำไปสู่ความตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นลำดับแรกในทุกกระบวนการของการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งเป็นการพัฒนาระบบงานให้มีคุณภาพ จึงควรมีข้อตกลงเบื้องต้นในการบริหารความเสี่ยง ดังนี้ (Kumkong & Aramrom, 2020)

1. การไม่กล่าวโทษหรือลงโทษบุคคลที่เกี่ยวข้องทุกกรณีและไม่ค้นหาผู้กระทำ
2. การรายงานอุบัติการณ์ถือเป็นการชี้จุดอ่อนหรือปัญหาของระบบงาน ไม่ใช่การจับผิด
3. การรายงานอุบัติการณ์ใช้ประโยชน์เพื่อการทบทวน แก้ไข ปรับปรุงระบบงานให้ดียิ่งขึ้น ไม่อนุญาตให้นำอุบัติการณ์ไปลงโทษใด ๆ และเมื่อเสร็จสิ้นให้ทำลายโดยการย่อยเอกสาร
4. ผู้รับผิดชอบระบบงานจัดทำบัญชีความเสี่ยงและทบทวนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
5. ความร่วมมือในการแก้ไข เมื่อเกิดความเสี่ยงทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องร่วมมือกันแก้ไขปัญหาอย่าง กัลยาณมิตร และได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรม ได้รับการดูแลเกื้อหนุนเมื่อเกิดอุบัติการณ์ขึ้น
6. ผู้เรียนสามารถเปิดใจเกี่ยวกับอุบัติการณ์ที่ตนเองเกี่ยวข้อง และมั่นใจที่จะบอกหรือพูดคุยกับผู้สอน และเพื่อนเกี่ยวกับอุบัติการณ์ทุกเรื่อง

## บทสรุป

การบริหารความเสี่ยงเป็นกลวิธีในการบ่งชี้ วิเคราะห์ ประเมิน จัดการ ติดตาม และสื่อสารความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมองค์กรหรือกระบวนการดำเนินงานขององค์กรเพื่อช่วยลดความสูญเสียในการไม่บรรลุเป้าหมายให้เหลือน้อยที่สุดและเพิ่มโอกาสให้องค์กรมากที่สุด สถาบันการศึกษาทางการแพทย์พยาบาลต้องวางระบบการบริหารความเสี่ยงให้สอดคล้องกับแหล่งฝึก และปฏิบัติตามระบบงานสำคัญของแหล่งฝึกด้านการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลและประสานสอดคล้องกัน โดยกำหนดโปรแกรมความเสี่ยงครอบคลุมระบบงานที่เกี่ยวข้องกับการฝึกภาคปฏิบัติ และวิเคราะห์และค้นหาความเสี่ยงในแต่ละโปรแกรม นำมาจัดทำบัญชีความเสี่ยง กำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมกำกับ จัดระดับความรุนแรงของความเสี่ยง กำหนดขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงและการรายงานอุบัติการณ์ และกำหนดข้อตกลงร่วมกันทั้งองค์กรในการรายงานอุบัติการณ์เพื่อการเรียนรู้และแบ่งปันบทเรียนที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงระบบงาน ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายคุณภาพและความปลอดภัย และวัตถุประสงค์การเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ

## ข้อเสนอแนะ

1. คณะกรรมการบริหารวิชาการหรืออาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร ควรกำหนดระบบบริหารความเสี่ยงในการฝึกภาคปฏิบัติให้สอดคล้องกับการบริหารความเสี่ยงตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ และสอดคล้องกับระบบบริหารความเสี่ยงของแหล่งฝึกปฏิบัติ เพื่อให้สามารถใช้ข้อมูลและเรียนรู้ร่วมกันให้เกิดประโยชน์สูงสุด
2. คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง ต้องสร้างความมั่นใจหรือข้อตกลงเบื้องต้นในการรายงานอุบัติการณ์แก่ผู้สอน เพื่อการใช้ประโยชน์ในการเรียนรู้และปรับปรุงคุณภาพการดูแลรักษา ไม่ใช่เพื่อกำหนดโทษผู้กระทำทุกกรณี
3. อาจารย์ผู้สอน ต้องไม่กล่าวโทษหรือตำหนิหรือทำให้อับอายเมื่อผู้เรียนกระทำความผิดพลาด แต่ นำความผิดพลาดไปสู่การเรียนรู้ร่วมกันในบรรยากาศที่ปลอดภัย ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ แบ่งปันบทเรียนไปสู่การปรับปรุงแก้ไข และเสริมสร้างทัศนคติผู้เรียนอย่างถูกต้อง

## References

- American Nurse Association. (2016). *Culture of Safety*. Retrieved from <https://www.nursingworld.org/practice-policy/work-environment/health-safety/culture-of-safety/>
- Fukfon, K., Sriwichai, P., Chairinkhom, S., & Tanyapansin, P. (2018). Stress and Factors Related to Stress of Nursing Students Regarding the First Clinical Nursing Practice. *Nursing Public Health and Education Journal*, 19(1), 161-168. (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). (2019). *Hospital and Health Care Standard 4 th edtion. (2nd edition)*. Nonthaburi: D-ONE BOOKS. (in Thai)
- Kumkong, M. (2019). Patient Safety: A Guideline to Nursing Practicum. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6(1), 216-228. (in Thai)
- Kumkong, M., & Aramrom, Y. (2020). Risk Management of Nursing Practicum among Nursing Students. In Kumkong, M. (Ed.). *Nursing Education with Nursing Practice for Safety*. Songkhla: Tem printing. (in Thai)



- Mahidol University Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. (2017). *Risk Management*. Retrieved from [https://med.mahidol.ac.th/risk\\_mgt/th/article/03212017-1509](https://med.mahidol.ac.th/risk_mgt/th/article/03212017-1509) (in Thai).
- Philalai, T. (2017). *Risk Management in Nursing*. Retrieved from [https://ramanursealumni.mahidol.ac.th/sites/default/files/public/Torranong%20170824%20Risk%20Management%20in%20Nursing%20%2540Ramathibodi\\_for%20Handout\\_PDF.pdf](https://ramanursealumni.mahidol.ac.th/sites/default/files/public/Torranong%20170824%20Risk%20Management%20in%20Nursing%20%2540Ramathibodi_for%20Handout_PDF.pdf) (in Thai)
- Sriboonpimsuay, W., Srisutipanporn, S., & Phanich, P. (2016). Stress and Coping Prior to Practice in Labour Room of the Third-Year Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing Udonthani. *UMT Poly Journal*, 13(2), 30-38. (in Thai)
- Sirinakorn, R. (2014). *Risk Management*. Short Course Training Handout of Prevention and Infection Control in Hospital. Retrieved from file:///C:/Users/malee/Downloads/Risk%20%20management(1).pdf (in Thai).
- Upanan, P. (2017). *Enterprise Risk Management*. Retrieved from [https://med.mahidol.ac.th/risk\\_mgt/th/article/03202017-1523](https://med.mahidol.ac.th/risk_mgt/th/article/03202017-1523) (in Thai).
- Wanapirak, C. (n.d.). *Adverse Event Review: Trigger Tools*. Retrieved from [https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho\\_web/document/190606155979674918.pdf](https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/190606155979674918.pdf) (in Thai)
- Yodthong, S., Sanee, N., & Chansungnoen, J. (2018). *Stress and Coping among Nursing Students in Principles and Nursing Techniques Practicum, Boromarajonani College of Nursing, Trang*. The 9<sup>th</sup> Hatyai National and International Conference. Retrieved from <http://www.hu.ac.th/conference/proceedings/data/%.pdf> (in Thai).

## จิตตปัญญาศึกษา: กระบวนการเรียนรู้ผ่านการสะท้อนคิดด้วยการเขียนบันทึก Learning Process Through Contemplative Education: Writing Reflections in a Journal

กรศศิ์ ชิดดี<sup>1\*</sup>, ศิริพันธ์ ศิริพันธ์<sup>2</sup>, หยาดชล ทวีธนาวิชย์<sup>1</sup>, ผุสดี สระทอง<sup>3</sup> และ ฟุซียะห์ หะยี<sup>2</sup>  
Kornsasi Chiddee<sup>1\*</sup>, Siriphan Siriphan<sup>2</sup>, Yadchol Tawetanawanich<sup>1</sup>, Pussadee Srathong<sup>3</sup> and Fusiyah Hayee<sup>2</sup>  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรรัช<sup>1\*</sup>, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์<sup>2</sup>,  
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี<sup>3</sup>  
Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj<sup>1\*</sup>, Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University<sup>2</sup>,  
Phrachomkiao Phetchaburi College of Nursing<sup>3</sup>

(Received: May 18, 2020; Revised: September 01, 2020; Accepted: October 06, 2020)

### บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความหมายของจิตตปัญญาศึกษา การสะท้อนคิด และการเขียนบันทึก กระบวนการเรียนรู้ประยุกต์ใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษา และกระบวนการเรียนรู้ผ่านการสะท้อนคิดด้วยการเขียนบันทึก กระบวนการเรียนรู้จิตตปัญญาศึกษาด้วยกระบวนการเรียนรู้ 3 ประการคือ 1) กระบวนการสุนทรียสนทนาการสร้างความเข้าใจของคนที่เกี่ยวข้องมีความสนใจในการเรียนรู้ร่วมกัน 2) กระบวนการฟังอย่างลึกซึ้ง การฟังอย่างลึกซึ้ง (Deep Listening) คือ การฟังโดยไม่ตัดสินถูกผิดด้วยความคิดเห็นของตนเอง 3) กระบวนการสะท้อนการเรียนรู้ของกิบส์ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การบรรยาย (Description) 2) ความรู้สึก (Feelings) 3) การประเมิน (Evaluation) 4) การวิเคราะห์ (Analysis) 5) การสรุป (General Conclusions) 6) การวางแผนปฏิบัติในอนาคต (Personal Action Plans) ทั้งนี้ตั้งอยู่บนรากฐานของการสื่อสารและเชื่อมโยง (Communion and Connection) และการตื่นรู้ (Awareness) ซึ่งแบ่งออกเป็น 7 ประเภท ตามแผนภาพ The Tree of Contemplative Practices เพื่อพัฒนา ด้านพลังชีวิตและการกระทำ (Willing and Doings) การเรียนรู้ด้านความรู้สึก (Feeling) และการเรียนรู้การคิดและตัดสินใจ (Thinking and Judging) จัดตารางการเรียนรู้โดยประยุกต์ใช้ 3 H คือ มือ/กาย (Hands) ใจ (Heart) และ หัว (Head) สำหรับการประเมินผลจากบันทึกการเรียนรู้โดยการเขียนบันทึก หลังจากให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้สึกใช้ประสบการณ์เดิมมาช่วยในการวิเคราะห์และสรุปรวบยอดจากการคิดวิเคราะห์โดยใช้เหตุผลเพื่อวางแผนปฏิบัติในอนาคต จากความเชื่อที่ว่าผู้เรียนจะต้องมีประสบการณ์ในเชิงรูปธรรมเสียก่อน จากนั้นจึงคิดใคร่ครวญต่อประสบการณ์นั้น ๆ ผ่านแง่มุมต่าง ๆ ซึ่งจากการสังเกตอย่างใคร่ครวญมีจุดมุ่งหมายให้เกิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงภายในตนเป็นวิธีการที่ทำให้ได้ทบทวนและสะท้อนการกระทำของตนเองที่เรียกว่า การสะท้อนความคิดโดยสามารถแสดงออกได้ทั้งการพูดและการเขียนบันทึก และการสะท้อนการเรียนรู้ด้วยตนเองและกลุ่ม

**คำสำคัญ:** จิตตปัญญาศึกษา, กระบวนการเรียนรู้, การเขียนบันทึกแบบสะท้อน

\*ผู้ให้กรติดต่อ (Corresponding e-mail: tim2007pon@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 095-2511123)

## Abstract

This article aimed to describe the learning process of contemplative education, through journal writing. Learning by contemplative education consists of three processes: 1) a dialogue process (creating understanding of people who participated in shared learning), 2) a deep listening process (listening without judging other's opinion), as well as 3) the Gibbs' reflection process, which includes the 6 following steps: a) description, b) feelings, c) evaluation, d) analysis, e) general conclusions, and f) personal action plans. This process is based on communion and connection, as well as awareness, which is divided into 7 categories according to the Tree of Contemplative Practices diagram in order to develop willing and doings, learning about feeling as well as thinking and judging. The learning schedule is organized by applying the 3 H: Hands, Heart, and Head. Evaluation of the journal writing is done after exchanging feelings, using previous experiences to help them analyze and draw conclusions from rational thinking to plan their future actions. With the belief that the learners must have concrete experience first, then ponder on the experiences through various aspects from the reflective observations that aim to self-transformative learning. It is a way to review and reflect on one's actions that are reflection by being able to express both oral and written notes, as well as self and group reflection.

**Keywords:** Contemplative Education, Learning Process, Reflection Journal Writing

## บทนำ

“ความสุขในชีวิตของข้าพเจ้า คือ การอยู่กับครอบครัวพร้อมหน้า พร้อมตากัน ทำกิจกรรมร่วมกัน คือ ในวันหยุดทุกคนในครอบครัวก็จะอยู่บ้าน เป็นการพักผ่อน อาจจะออกไปห้างซื้อของหรือทำอาหารกินกันได้พูดคุยกัน อยู่ด้วยกันทำให้ข้าพเจ้ามีความสุขมากและมีความหวังขึ้น ครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญ ความรักในครอบครัวถือว่าเป็นยา ชูกำลังใจได้ดีเมื่อท้อแท้หมดหวัง และข้าพเจ้าจะตั้งใจเรียนเพื่อครอบครัวของข้าพเจ้า ความรู้สึกที่ได้รับจากการทำ กิจกรรม ทำให้เราได้คิด ได้พิจารณาสิ่งที่เราเจอในชีวิตประจำวันว่ามีคุณค่ามาก ได้แนวคิดทางหลักศาสนา เป็นคำ สอนที่ดีมีคุณค่าแก่การนำมาปรับใช้ในชีวิต การเรียนรู้วันนี้ทำให้รู้ถึงข้อดีของแต่ละคนได้พูดคุยทำกิจกรรมร่วมกัน ฝึก สมาธิ ได้อยู่กับตนเองสักพัก ได้คิดอะไรหลาย ๆ อย่างที่เกี่ยวกับตัวเอง” “จากการที่ได้ทำกิจกรรมการลดการพึ่งเรื่อง ประทับใจของเพื่อนได้นิ่งเงียบฟังเพื่อนและในเวลาทุก ๆ นาทีระหว่างที่เพื่อนเล่าเราก็ต้องเงียบเป็นผู้ที่ดี เพื่อนก็ตั้งใจ เล่า ทำให้เราเย็นขึ้นหยุดฟังเมื่อเราสงสัยเราก็จะได้รับคำตอบทั้งหมดหลังจากที่เพื่อนเล่าเสร็จ เวลาเราเล่าเพื่อนก็ฟัง เราทำให้เรารู้สึกดีเมื่อมีคนตั้งใจฟังเราพูด ทำให้เรานิ่งถึงใจเขาใจเรามากยิ่งขึ้น จากการทำกิจกรรมเดินและเปิดเพลง ทำให้รู้สึกผ่อนคลายขึ้นจากตอนที่เครียดรู้สึกทำให้ลืมไปเลยรู้สึกที่ชีวิตคนเราเกิดมาเพื่อทำสิ่งที่มีประโยชน์ไม่ใช่ มาเครียดคิดมากกับเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ ทำให้มีความสุข รู้สึกดีและฝึกสมาธิ” ข้อความนี้เป็นส่วนหนึ่งของการเขียน บันทึกรักที่นักศึกษาสะท้อนความคิดและการเปลี่ยนแปลงหลังจากผ่านกระบวนการเรียนรู้ตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา หลังทำกิจกรรมจบลงนักศึกษาได้เขียนบันทึก 2 ประเด็นดังนี้ 1) รู้สึกอย่างไรกับกิจกรรมที่ได้ทำ 2) ประเมิน ประสิทธิภาพสิ่งที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปในทางที่ดีหรือไม่พบว่าผลของการฝึกปฏิบัติตั้งอยู่บนรากฐานของการสื่อสารและ เชื่อมโยง (Communion and Connection) และ การตื่นรู้ (Awareness)

Poolpatchewin (2012) ได้กล่าวถึงความสำคัญและกระบวนการของจิตตปัญญาศึกษา จะเน้น ประสิทธิภาพตรงภายใน ให้ความสำคัญกับการตระหนักรู้โลกภายในของตนเองที่สัมพันธ์กับโลกภายนอก กระบวนการเรียนการสอนและการประเมินแบบจิตตปัญญาศึกษาจะอยู่บนพื้นฐานของการเป็นกัลยาณมิตร หรือที่ เรียกว่ากัลยาณมิตรเรียนรู้ และกัลยาณมิตรประเมิน (Amicable Learning and Evaluation) ระหว่างผู้เรียน และ ผู้สอนและระหว่างผู้เรียนด้วยกันเอง เพื่อการเรียนรู้และพัฒนาพร้อม จิตตปัญญาศึกษาให้ความสำคัญกับการ

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูล ข่าวสารความรู้ภายใน (Tacit Knowledge) ของแต่ละคน ไม่วิพากษ์ วิจารณ์ ไม่ตัดสิน ภายใต้บรรยากาศของการเคารพ ยอมรับระหว่างกันแบบไม่มีเงื่อนไข เป็นบรรยากาศแบบเปิด เอื้อให้ผู้เรียนรู้สึกมั่นคงปลอดภัยที่จะเปิดเผยและรู้จักตนเอง (Self Disclosure) และผู้อื่น จิตตปัญญาศึกษาเป็นทั้งแนวคิดและแนวปฏิบัติ ที่มีจุดมุ่งหมายให้เกิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning) ภายในตน (Self/Personal Transformation) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในองค์กร (Organizational Transformation) และการเปลี่ยนแปลงภายในสังคม (Social Transformation) โดยที่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่ใช่เป็นการเปลี่ยนแปลงเล็ก ๆ น้อย ๆ แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานอย่างลึกซึ้ง กระบวนการเรียนรู้ตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา กล่าวถึงการเรียนรู้ของมนุษย์แบบองค์รวม ประกอบด้วยการเรียนรู้ด้านพลังชีวิตและการกระทำ (Willing and Doings) การเรียนรู้ด้านความรู้สึก (Feeling) และการเรียนรู้ การคิดและตัดสินใจ (Thinking and Judging) ซึ่งเรียกง่าย ๆ ว่า มือ/กาย (Hands) ใจ (Heart) และหัว (Head) ผู้เรียนจะต้องมีประสบการณ์ในเชิงรูปธรรมเสียก่อน จากนั้นเขาจึงคิดใคร่ครวญต่อประสบการณ์นั้น ๆ ผ่านแง่มุมต่าง ๆ ซึ่งจากการสังเกตอย่างใคร่ครวญ (Reflective Observations) นี้เองผู้เรียนจะสร้างโน้ตค้นในเชิงนามธรรมขึ้นมา เพื่อสร้างฐานความคิดหรือมุมมองจากการบูรณาการข้อสังเกตต่าง ๆ เข้าด้วยกัน จากนั้นผู้เรียนจะใช้ฐานความคิดเหล่านี้เป็นแนวทางนำสู่การลงมือปฏิบัติจริง เป็นพฤติกรรมกระทำด้วยตนเอง (Thana, 2009) ซึ่งมีลักษณะกิจกรรมเชิงปฏิบัติการที่หลากหลาย เพื่อพัฒนาการเรียนรู้ของนักศึกษาอย่างสมบูรณ์ครบ 3 ฐาน คือ ฐานหัว เป็นการพัฒนาด้านความรู้ ความเข้าใจ ฐานใจ เป็นการพัฒนาด้านความรู้สึก และฐานมือ/กาย เป็นการพัฒนาด้านการปฏิบัติหรือพฤติกรรมสู่การสร้างเสริมวินัยในตนเอง ว่าด้วยการควบคุมตนเอง หรือการมีวินัยในตนเองโดยการเรียนรู้ที่เกิดจากความสัมพันธ์ด้วยความรัก ความเมตตาความปรารถนาดี จะสร้างให้บุคคลเกิดความรู้สึกไว้วางใจ เกิดความพอใจ นำไปสู่การยอมรับ และปฏิบัติตามค่านิยมสั่งสอนหรือมีพฤติกรรมเลียนแบบผู้ที่ตนรักและพอใจ เกิดความสุข และพอใจได้เองโดยไม่มีใครบังคับ หรือไม่หวังผลตอบแทนสิ่งใดจากภายนอกเป็นการให้รางวัลและชมเชยตนเอง ความสามารถในการให้รางวัลตนเองนี้ เป็นการแสดงถึงการบรรลุภาวะทางจิตของบุคคล ผู้ที่บรรลุภาวะทางจิตอย่างสมบูรณ์เป็นผู้ที่สามารถควบคุมตนเองให้ปฏิบัติตนอย่างมีเหตุผลในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีจิตสำนึกซึ่งหมายถึง การเกิดวินัยในตนเอง (Sininat, 2000) บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อนำเสนอความหมายของคำที่เกี่ยวข้องในบทความ จิตตปัญญาศึกษา การสะท้อนคิด และการเขียนบันทึก กระบวนการเรียนรู้ประยุกต์ใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษา และกระบวนการเรียนรู้ผ่านการสะท้อนคิดด้วยการเขียนบันทึก เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่จัดให้กับกลุ่มนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตสามารถนำไปใช้กับนักศึกษาทุกชั้นปีเพราะกิจกรรมจะนำไปสู่การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning) ภายในตน (Self/Personal Transformation)

## ความหมายของจิตตปัญญาศึกษา การสะท้อนคิด และการเขียนบันทึก

### จิตตปัญญาศึกษา

Poolpatchewin (2012) กล่าวว่าจิตตปัญญาศึกษา หมายถึง กระบวนการเรียนรู้ด้วยใจอย่างใคร่ครวญ การศึกษาที่เน้นการพัฒนาด้านในอย่างแท้จริง เพื่อให้เกิดความตระหนักรู้ถึงคุณค่าของสิ่งต่าง ๆ โดยปราศจากอคติ เกิดความรักความเมตตา อ่อนน้อมต่อธรรมชาติมีจิตสำนึกต่อส่วนรวม และสามารถเชื่อมโยงศาสตร์ต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ในชีวิตได้อย่างสมบูรณ์ Poolpatchewin (2012) ให้ความหมายของคำว่า จิตตปัญญาศึกษา (Contemplative education) หมายถึงการเรียนรู้ด้วยใจอย่างใคร่ครวญ เป็นกระบวนการการเรียนรู้เพื่อนำไปสู่การเข้าใจตนเอง เป็นการศึกษาที่จัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อ พัฒนาความตระหนักรู้ การเรียนรู้และการรู้เท่าทันมิติ/โลกด้านใน (อารมณ์ ความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ ทศนะ มุมมองต่อชีวิตและโลก) ของตนเอง ให้คุณค่าในเรื่องการเรียนรู้ด้วยใจอย่างใคร่ครวญ ซึ่งหมายถึงการสังเกตอย่างมีสติต่อการเปลี่ยนแปลงภายในตนเองที่เกิดขึ้นจากการเผชิญกับผู้อื่นและโลกภายนอก ผ่านกระบวนการ/วิธีการและกิจกรรมที่หลากหลาย เช่นการนั่งสงบอยู่กับตนเอง การเจริญสติภาวนา การสะท้อนการเรียนรู้ด้วยตนเองและกลุ่ม (Self and Group Reflection) สนทนาสนทนา (Dialogue) การฟังอย่างลึกซึ้ง (Deep Listening) การเขียนบันทึก (Journaling) กิจกรรมอาสาสมัคร บำเพ็ญสาธารณประโยชน์

ศิลปะ ดนตรี ไปจนถึงพิธีกรรมและการปฏิบัติทางศาสนา เป็นต้น มีเป้าหมายก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐาน (Fundamental Transformation) ทางความคิดและจิตสำนึกใหม่เกี่ยวกับตนเองและโลก ส่งผลต่อการประพฤติปฏิบัติและการดำเนินชีวิตอย่างมีสติและปัญญา มีความรักเมตตาต่อตนเองและสรรพสิ่งทั้งในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งและเป็นหนึ่งเดียวกับธรรมชาติ สรุปลิตตปัญญาศึกษา (Contemplative Education) เป็นกระบวนการของการเรียนรู้เพื่อนำไปสู่การเข้าใจตนเองให้ความสำคัญกับการพัฒนาความตระหนักรู้ การเรียนรู้และการรู้เท่าทันมิติ/โลกด้านใน (อารมณ์ ความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ ทักษะ มุมมองต่อชีวิตและโลก) ของตนเอง เป็นบรรยากาศแบบเปิด เอื้อให้ผู้เรียนรู้สึกมั่นคงปลอดภัยที่จะเปิดเผยและรู้จักตนเอง (Self Disclosure) และผู้อื่น

**การสะท้อนคิด** Klubbua, (2017) ได้กล่าวว่า การสะท้อนความคิด (Reflection) คือ การคิดใคร่ครวญอย่างถี่ถ้วน ย้อนกลับในประเด็น เพื่อเปลี่ยนประสบการณ์ในเรื่องนั้นให้เป็นการเรียนรู้และความรู้ หัวใจสำคัญของการสะท้อนความคิด คือ การสร้างและแยกแยะความหมายของสิ่งต่างๆออกมาให้ชัดเจน เป็นผลให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงมุมมองและแนวคิดใหม่โดยอาศัยกระบวนการทางปัญญาและทัศนคติ การทบทวนประสบการณ์ ที่ได้พบ ได้เห็น และได้ฟังมา เพื่อเชื่อมโยงกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ รวมทั้งเป็นการสำรวจตนเอง เพื่อค้นหา ว่าตนเองรู้และไม่รู้อะไร จนนำไปสู่ความเข้าใจและเกิดการเรียนรู้ นอกจากนี้ Lueboonthawatchai (2010) ได้กล่าวว่า “การสะท้อนคิด หมายถึงกระบวนการคิด ไตร่ตรองทวนสอบ (Reflective Thinking) เป็นการพิจารณาสิ่งต่าง ๆ อย่างรอบคอบโดยใช้สติและมีสมาธิซึ่ง เป็นวิธีการที่ทำให้เราได้ทบทวนและสะท้อนการกระทำของตน (Reflective Practice) โดยสามารถ แสดงออกได้ทั้งการพูดและการเขียนเพื่อให้เกิดความเข้าใจและเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์แสวงหาคำตอบโดยใช้เหตุผลแก้ไขปัญหาไปสู่การพัฒนาปรับปรุงตนเองและปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น” Watcharachat, (2018) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการสะท้อนความคิด ดังนี้ 1) ทำให้มนุษย์เป็นอิสระจากการกระทำแบบเดิม ๆ 2) สามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต 3. เกิดความตระหนักในคุณค่าของสิ่งนั้น ๆ 4) เกิดความระมัดระวังในการกระทำสิ่งต่าง ๆ มากขึ้น Gibbs (2000) ได้กล่าวว่า กระบวนการเรียนรู้โดยการสะท้อนคิดของกิบส์ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การบรรยาย (Description) เป็นการบรรยายว่าอะไรเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดการสะท้อนคิด เป็นการบรรยายที่เกิดจากความรู้สึกที่กำลังเผชิญกับสถานการณ์นั้น ๆ 2) ความรู้สึก (Feelings) เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันโดยการสะท้อนการคิดจากการ สังเกตความรู้สึก และการรับรู้ว่ามีปฏิกิริยาอย่างไรหรือรู้สึกอย่างไรกับ สถานการณ์หรือประเด็น แนวคิดนั้น เช่น การขาดความมั่นใจ ความกลัว ความสับสนในการปฏิบัติงาน เป็นต้น 3) การประเมิน (Evaluation) เป็นการประเมินวิเคราะห์ประสบการณ์ร่วมกันว่าเป็นไปในทางดีหรือไม่ดีเกี่ยวกับ สถานการณ์ หรือประเด็นแนวคิดนั้น แล้วนำสิ่งที่ให้คุณค่ามาใช้ในการตัดสินใจ 4) การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์โดยภาพรวมโดยใช้ประสบการณ์เดิมมาช่วยในการมองว่าสถานการณ์นี้เป็นอย่างไร 5) การสรุป (General Conclusions) เป็นการสรุปความคิดรวบยอดจากการวิเคราะห์โดยใช้เหตุ และผลหรือสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ร่วมกัน รวมถึงการสรุปแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยใช้ประสบการณ์เดิมมาช่วย ในการสรุป 6) การวางแผนปฏิบัติในอนาคต (Personal Action Plans) การวางแผนนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติ ในสถานการณ์ใหม่เพื่อแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาตนเอง ถ้าหากสถานการณ์นี้เกิดขึ้นอีกเราจะทำอะไรที่แตกต่างไปจากเดิมบ้างมีขั้นตอนการปฏิบัติอย่างไร จะเห็นได้ว่าขั้นตอนของการสะท้อนความคิดประกอบด้วย 6 ขั้นตอนซึ่งเป็นวงจรที่เริ่มต้นตั้งแต่การให้นักศึกษาได้บรรยายความรู้สึก หรือความคิดในสถานการณ์นั้น หลังจากนั้นจะให้แลกเปลี่ยนความรู้สึกว่า เราารู้สึกอย่างไรกับสถานการณ์นั้น ต่อมาให้นักศึกษาต้องประเมินประสบการณ์ว่าเป็นไปในทางที่ดีหรือไม่ ใช้ประสบการณ์เดิมมาช่วยในการวิเคราะห์ และสรุปรวบยอดจากการคิดวิเคราะห์โดยใช้เหตุผล เพื่อวางแผน ปฏิบัติตนในอนาคต การใช้บันทึกการเรียนรู้ในการจัดการเรียนการสอน เช่น Journal writing หรือ Learning Log สามารถนำไปใช้ในการสะท้อนความคิดนักศึกษาทั้งในภาคทฤษฎี และปฏิบัติ การสะท้อนการคิดโดยการเขียนบันทึก ควรให้เวลาในการสะท้อนคิดอย่างเหมาะสม ไม่สั้นจนเกินไป เช่น ควรให้นักศึกษาลองฝึกเขียนในสัปดาห์แรก จากนั้นควรสะท้อนการคิดในสัปดาห์ถัดไป

**การเขียนบันทึก** การเขียนสะท้อนการเรียนรู้ คือ การสื่อสารที่แสดงถึงความคิดที่เกิดขึ้นต่อเหตุการณ์ เมื่อมองย้อนหลังไปแล้วได้ทำอะไร หรือเกิดเหตุการณ์ใด ทำให้เกิดอย่างไร รู้สึกอย่างไร เมื่อคิดวิเคราะห์แล้วสรุปได้ว่า เหตุการณ์นั้นเกิดได้อย่างไร มีผลต่อจิตใจอย่างไร สัมพันธ์กับความคิดหรือความรู้สึกเดิมหรือไม่ อย่างไร เปลี่ยนแปลง ความคิด วิถีคิด หรือความเชื่อเดิมหรือไม่ ทำให้เกิดความคิดใหม่อะไรบ้าง มีผลต่อพฤติกรรมต่อไปอย่างไร จะนำการเรียนรู้ไปใช้ในชีวิตต่อไปอย่างไร มีข้อคิดเห็นเพิ่มเติม หรือข้อเสนอแนะอะไร การสะท้อนการเรียนรู้ควรทำเมื่อจบการเรียนรู้ทันที ผู้เรียนยังจำเหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึกได้ดี การสะท้อนความคิดด้วยการเขียนผ่านสมุดบันทึกภาพ เป็นการเขียนสะท้อนจากภาพร่วมกับการเขียน ต่าง ๆ ได้มีผู้ให้ความหมายของการสะท้อนความคิดด้วยการเขียนผ่านสมุดบันทึกภาพดังนี้ Saengvani (2015) ได้กล่าวว่า “การสะท้อนความคิดด้วยการเขียนผ่านสมุดบันทึก ภาพนั้นเป็นรูปแบบหนึ่งของการสะท้อนความคิด สมุดบันทึกภาพ คือ สมุดที่ศิลปินเก็บรวบรวม บันทึก สะท้อน สิ่งที่คิด ระดมสมอง ใช้ความคิด และร่างภาพในลักษณะที่มีความหลากหลายระหว่างการสร้างสรรค์ผลงาน ศิลปะ การจดบันทึกด้วยภาพมีความสำคัญแสดงให้เห็นถึงการสังเกต และการเรียนรู้ด้วยตนเอง รูปแบบการสะท้อนคิดสามารถทำได้หลายวิธี ซึ่งผู้สอนสามารถนำไปใช้ได้ตามความเหมาะสม Kamthorn (2018) ได้กล่าวถึงรูปแบบของการสะท้อนความคิด ดังนี้ 1) การเขียนบันทึก (Journal Writing) 2) การสนทนา (Dialogue) 3) การวิเคราะห์อุบัติการณ์ (Incident Analysis) 4) การอ่านงานเขียนอย่างพินิจวิเคราะห์ (Reading With Reflection) 5) การเขียนบัตรคำ (Talking Cards/Index Cards) 6) การเขียนแผนผังความคิด (Reflection Mapping) 7) การวิเคราะห์กระบวนการตัดสินใจ (Decision-Making Analysis) 8) การสนทนาโต๊ะกลม (Reflection Roundtables) 9) กระบวนการกลุ่มแบบหมวกหกใบ (Six Hats) 10) การส่องสะท้อนตนเอง (Self Reflection/Individual Reflection)

Mungnadon (2019) กล่าวถึงประเด็นที่ควรนำมาใช้ในการสะท้อนคิดมี 2 ลักษณะดังนี้ 1) การสะท้อนคิดในสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังและ 2) การสะท้อนคิดในสิ่งที่เป็นผลสำเร็จ Nopakhun, (2008) การเขียนความรู้สึกที่มีต่อกิจกรรมที่ อาจารย์ได้จัด จะช่วยพัฒนาความคิดสร้างสรรค์และจินตนาการเพื่อสะท้อนการปฏิบัติงานของตนเองได้ ผู้เขียนได้ประยุกต์ใช้หลักการต่าง ๆ มาใช้ เพื่ออธิบายการเรียนรู้ที่พัฒนาตนเองโดยกำหนดหัวข้อ/ประเด็น การสะท้อนคิด/การเรียนรู้ผ่านการเขียนสมุดบันทึก ที่สื่อความหมายอธิบายด้านต่าง ๆ 7 ด้านดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในวิชา การเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ เข้าชั้นเรียนตรงเวลา มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและอภิปรายแลกเปลี่ยน ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม จิตอาสาในการทำกิจกรรมทุกเรื่อง
2. บันทึกการเดินทางภายในจิตใจ จดบันทึกการเปลี่ยนแปลงทุกความรู้สึก ทุกการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นกับตนเอง การพรรณนาและการเขียนที่อ่านง่าย สิ่งทีบันทึกมีเนื้อหาสั้น ๆ เกี่ยวกับความรู้รายวิชา/กิจกรรม/อารมณ์/ความรู้สึก/การเปลี่ยนแปลงภายในการสะท้อนคิดความรู้สึกต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ระหว่างร่วมกิจกรรม
3. การเพิ่มพูนความรู้ด้านต่าง ๆ มีความรู้เนื้อหารายวิชาและประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รับรู้อย่างเข้าใจถึงความเชื่อมโยงระหว่างแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง
4. การเปลี่ยนแปลงความสามารถในการเรียนรู้ การประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น แยกแยะปัญหา ทางเลือก สรุปผลการแก้ไข การพัฒนาทักษะต่าง ๆ เช่น การฟัง การพูด การจับประเด็น การนำเสนอ การร่วมมืออภิปราย การภาวนา ฯลฯ
5. การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความนึกคิด ด้านจิตใจ การสังเกตและเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง การเปลี่ยนมุมมองชีวิต ใช้การเชื่อมโยงของทุกสรรพสิ่งและแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับมุมมองดังกล่าว
6. การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมที่มาจาก การเข้าใจตนเอง/เข้าใจผู้อื่น/เข้าใจธรรมชาติ ระบุพฤติกรรมที่ตนเองพึงพอใจ กระทำบ่อย ๆ โดยไม่กระทบต่อการใช้ชีวิต
7. คำพูดใหม่ 1 คำแทนความหมายการเปลี่ยนมุมมองชีวิต-เช่น สติ อ่อนโยน สงบ ธรรมดา นำรื่นรมย์ รับผิดชอบต่ออยู่ ฯลฯ

กระบวนการเรียนรู้ประยุกต์ใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษา ประกอบด้วย 3 กระบวนการหลักนำไปสู่การพัฒนา 3H จิตตปัญญาศึกษา 3 กระบวนการหลัก คือ กระบวนการสุนทรียสนทนา กระบวนการการฟังอย่างลึกซึ้ง กระบวนการสะท้อนการเรียนรู้ (Poolpatchewin, 2010) ในขณะที่การพัฒนา 3H ประกอบด้วย ฐานหัว HEAD ด้านมิติความรู้ ฐานกาย HAND ด้านมิติความดี ฐานใจ HEART ด้านมิติความงามและความจริง (Chiddee, 2016) ผู้เขียนได้นำกระบวนการจิตตปัญญาศึกษามากำหนดรูปแบบการเรียนรู้ดังตาราง

ตาราง 1 กระบวนการเรียนรู้ตามแนวคิดจิตตปัญญา ผ่านการฝึกปฏิบัติ โดยประยุกต์ใช้ 3 H (Phairotangsutorn, 2016) และ (Kamthorn, 2018)

The Tree of Contemplative Practices	กระบวนการเรียนรู้ตามแนวคิดจิตตปัญญา	ประยุกต์ใช้ 3H ผ่านกิจกรรม	การประเมินผล
1. การฝึกผ่านการสงบนิ่ง (Stillness Practices) เช่น การเจริญสติ	1. กระบวนการสุนทรียสนทนา แนวทาง	ฐานหัว HEAD การอ่านและการฟังด้วย	บันทึกการเรียนรู้ โดยการเขียนบันทึก
2. การฝึกผ่านกิจกรรมริเริ่มสร้างสรรค์ (Generative Practices, Co-Creation) เช่น การเจริญเมตตา	กระบวนการของสุนทรียสนทนาคือการสร้างความเข้าใจของคน	สุนทรียสนทนา - นำมาใคร่ครวญและสะท้อนคิด	เริ่มต้นตั้งแต่การให้นักศึกษาได้บรรยายหรือความคิดหลังทำกิจกรรมหรือ หลังจากให้
3. การฝึกผ่านกระบวนการเชิงสร้างสรรค์ (Creation Process Practices) เช่น ศิลปะ ดนตรี การจดบันทึก	ร่วม Dialogue มีจำนวนไม่มากเพื่อที่จะได้สร้างความคุ้นเคยกับ Dialogue แนะนำที่ 7-8	เนื้อหาจากรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย	แลกเปลี่ยนความรู้สึก 1. เรารู้สึกอย่างไรกับสถานการณ์นั้น
4. การฝึกผ่านกิจกรรมทางสังคม (Activist Practices) เช่น กิจกรรมจิตอาสา	คนโดยอาจจะมีคนร่วมมากกว่า 10 คน แต่ไม่ควรน้อยกว่า 5 คน	ของบุคคลเพื่อสร้างแรงบันดาลใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	2. ต้องประเมินประสบการณ์ว่าเป็นไปในทางที่ดีหรือไม่
5. การฝึกผ่านกระบวนการสานสัมพันธ์ (Relational Practices) เช่น การฟังอย่างลึกซึ้ง	ปัจจัยในการพิจารณาจำนวนผู้เข้าร่วม มีความสนใจในการเรียนรู้	สุขภาพและวุฒิภาวะทางอารมณ์ - นำเสนอแผนการ	การอภิปรายในกลุ่มย่อย 3. ใช้ประสบการณ์เดิมมาช่วยในการวิเคราะห์
6. การฝึกผ่านการเคลื่อนไหว (Movement Practices) เช่น การเดินสมาธิ โยคะ	ร่วมกันหากผู้เข้าร่วมมีความสนใจที่จะเข้าร่วมเปิดรับกับสิ่งใหม่ ๆ และเรียนรู้ร่วมกัน มีความ	ปรับพฤติกรรมสุขภาพและวุฒิภาวะทางอารมณ์ (การพัฒนาสุขภาพกายและจิต)	4.สรุปรอยอดจากการคิดวิเคราะห์ที่ใช้เหตุผลเพื่อวางแผนปฏิบัติตนในอนาคต
7. การฝึกผ่านพลังพิธีกรรมศักดิ์สิทธิ์ (Ritual/Cyclical Practices)	หลากหลายหรือ Diversity สิ่งหนึ่งที่สำคัญคือความหลากหลายของผู้เข้าร่วม สำหรับการดำเนินการหากมีคนที่แตกต่างกันในระดับสามารถมองเห็นหรือเข้าใจได้ และที่ไม่สุดโต่งเกินไป มีเวลาให้เหมาะสมตั้งแต่การเริ่มแนะนำ ผู้เข้าร่วมแต่ละ	ฐานกาย HAND เริ่มฐานกาย - การทำสมาธิ (การสงบนิ่ง) อานาปานสติ การภาวนา การเจริญสติ การผ่อนคลายกระดูก การออกกำลังกายโยคะ การนวด การเคลื่อนไหวตามเสียงเพลง	

ตาราง 1 (ต่อ)

The Tree of Contemplative Practices	กระบวนการเรียนรู้ตามแนวคิดจิตตปัญญา	ประยุกต์ใช้ 3H ผ่านกิจกรรม	การประเมินผล
	<p>คนควรมีเวลาให้ตลอดกระบวนการ และเริ่มต้นพร้อมกันไม่เข้ามาแทรกภายหลัง</p> <p>สถานที่ที่เอื้ออำนวยควรเป็นสถานที่ ๆ มีบรรยากาศสบาย ๆ ไม่อึดอัด และไม่มีคนพลุกพล่าน สถานที่ ๆ ปลอดภัยจะช่วยเอื้อต่อสภาพจิตใจ</p> <p><b>2. กระบวนการฟังอย่างลึกซึ้ง</b></p> <p>การฟังอย่างลึกซึ้ง (Deep Listening) คือ การฟังโดยไม่ตัดสิน ถูกผิดด้วยความคิดเห็นของเราเอง สามารถก้าวข้ามเสียงตัดสินเล็ก ๆ ในหัวของเรา (Voice of Judgement) โดยไม่ตอบสนองแบบทันทีทันใด ขณะฟังไม่พูดแทรก และไม่จมจ่อมกับเสียงในหัวตัวเอง อยู่อย่างนั้น (I-In-Me) เพียงแค่ปล่อยผ่าน ห้อยแขวน (Suspending) เสียงตัดสินที่เกิดขึ้นในหัวของเราได้ เราก็จะเริ่มเข้าสู่การฟังในมิติที่มีคุณภาพ ลึกซึ้งขึ้น แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้</p> <p>2.1 OPEN MIND</p> <p>ความสนใจใคร่รู้ (Curiosity) ที่มากพอ จะทำให้เราเปิดความคิด (Open Mind) ไม่ตัดสิน</p>	<p><b>ฐานใจ HEART</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การวิเคราะห์ข้อดีของตนเองการฟังบรรยาย</li> <li>การศึกษาค้นคว้าอิสระ</li> <li>- การทำงานศิลปะ</li> <li>กมลสันทิต การฝึกสังเกต</li> <li>การฟังเรื่องเล่า/กรณีศึกษา/อ่านบทความ/อ่านบทกลอน</li> <li>ฝึกกายตนะ 6</li> </ul>	

ตาราง 1 (ต่อ)

The Tree of Contemplative Practices	กระบวนการเรียนรู้ตามแนวคิดจิตตปัญญา	ประยุกต์ใช้ 3H ผ่านกิจกรรม	การประเมินผล
	<p>เปรียบเทียบกับชุดความคิดเดิม ๆ เราก็จะเป็นอิสระจากเสียงตัดสินในหัว (Voice of Judgement) สามารถเข้าจับประเด็นที่เนื้อหาสาระที่ได้ฟัง (I-In-It) แม้เป็นเรื่องราวที่คุ้นเคยมีประสบการณ์ความรู้ในสิ่งนั้นมาก่อน เราก็จะไม่พูดแทรก ไม่ผลอสอน ไม่คุยเรื่องของเราทับถมคนที่กำลังพูด “ฉันไม่ตัดสิน ฉันสนใจอยากฟังสิ่งที่เธอพูด...”</p> <p>2.2 OPEN HEART</p> <p>ความกรุณา (Compassion) ที่มากพอ จะทำให้เราเปิดใจ (Open Heart) ข้ามพ้นเสียงเล็ก ๆ ที่เป็นเสียงแห่งอคติ ความรังเกียจ ดูถูก ดูแคลน (Voice of Cynicism) เนื่องด้วยผลไปเปรียบเทียบกับคุณค่าเดิมที่ตัวเรา ที่กลุ่มเรายึดอยู่ ความเคารพในผู้อื่น กลุ่มอื่น จะทำให้เราสามารถฟังได้อย่างเข้าอกเข้าใจ (Empathic Listening) แม้ไม่คุ้นเคยในเรื่องราวที่ฟัง แต่รับรู้ถึงความรู้สึกของผู้พูดได้ (I-In-You) “ฉันเคารพเธอ และ ฉันเปิดใจฟังเธอ”</p>		

ตาราง 1 (ต่อ)

The Tree of Contemplative Practices	กระบวนการเรียนรู้ตามแนวคิดจิตตปัญญา	ประยุกต์ใช้ 3H ผ่านกิจกรรม	การประเมินผล
	<p>2.3. OPEN WILL</p> <p>ความกล้าหาญ (Courage) ที่จะปล่อยผ่านตัวตน คลายจากการยึดมั่นในความคิดเดิมของตนเอง เสียงเล็กๆ ของความกลัว (Voice of Fear) ที่จะสูญเสียตัวตนหายไป เมื่อปล่อยผ่านความคิดแบบในอดีตไปได้ จะเกิดพื้นที่ว่าง เพื่อต้อนรับความคิดที่สดใหม่ เกิดการหลอมรวมประหนึ่งว่าคนพูดคนฟังเป็นคนเดียวกัน และเป็นหนึ่งเดียวกับธรรมชาติ ออกจากอดีต อนาคต ออกจากตัวฉัน-ตัวเธอ (Presencing) เชื่อมต่อกับปัญญาแห่งจักรวาล เกิดบั้งแว็บ (Intuition, Wisdom) พร้อมพูดพร้อมทำ (Open Will) เท่าทันช่วงเวลาแห่งปัจจุบันขณะ (I-In-Now)</p> <p>“เมื่อถึงเวลาที่เหมาะสม ความคิดที่สดใหม่ จะถูกส่งออกมาผ่านเสียงของฉัน”</p> <p><b>3. กระบวนการสะท้อนการเรียนรู้</b></p> <p>กระบวนการเรียนรู้โดยการสะท้อนคิดของกิบส์ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้</p>		

ตาราง 1 (ต่อ)

The Tree of Contemplative Practices	กระบวนการเรียนรู้ตามแนวคิดจิตตปัญญา	ประยุกต์ใช้ 3H ผ่านกิจกรรม	การประเมินผล
	1. การบรรยาย (Description) 2. ความรู้สึก (Feelings) 3. การประเมิน (Evaluation) 4. การวิเคราะห์ (Analysis) 5. การสรุป (General Conclusions) 6. การวางแผนปฏิบัติในอนาคต (Personal Action Plans)		

**กระบวนการเรียนรู้ผ่านการสะท้อนคิดด้วยการเขียนบันทึก**

นักศึกษาได้รับการเรียนรู้ร่วมกันในชุมชนแห่งการเรียนรู้จากเนื้อหาวิชาการ รายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันการเจ็บป่วยของบุคคล จัดการเรียนรู้การสอนในชั้นปีที่ 3 และการเข้าร่วมกิจกรรมผ่านประสบการณ์การเรียนรู้ของตนเองและผู้อื่นโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (Chiddee, 2016)

1. **ขั้นปรับร่างกาย** (Chiddee, 2016) เพื่อให้นักศึกษาได้มีโอกาสเตรียมร่างกายให้พร้อมสำหรับเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ โดยมีกิจกรรม ผีกโยคะ การผ่อนคลายกระดูก และ ทำสมาธิด้วยการเดินเข้าจังหวะเพลงการเคลื่อนไหวตามจังหวะ การฝึกสติและการเปิดรับผู้อื่น เช่น การประมื่อ การเป็นผู้นำผู้ตาม การทำสมาธิ (การสงบนิ่ง) การภาวนา การฝึกสติและการตามรู้อารมณ์ ความคิด ความรู้สึกของตนเอง การสะท้อนคิด/ความรู้สึกของนักศึกษาจากบันทึก (Kornsasi, 2016) “ได้ฝึกโยคะ ทำให้รู้สึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ” “จากการได้เดินฝึกสมาธิ โดยการฟังจังหวะ ทำให้มีสติในการเดินแต่ละก้าวมากขึ้น แต่บางครั้งก็มีสติหลุดออกคิดเรื่องอื่นด้วย รอบที่ 2 ให้นับเป็นนิ้ว ชี้ กลาง นาง ก้อย ก็ทำให้มีสมาธิมากขึ้นไม่วอกแวก ไม่หันมองเพื่อน รู้สึกดีมากค่ะ เป็นการเตรียมพร้อมก่อนเรียนที่ดี รู้สึกผ่อนคลายโล่ง ๆ” “จากการเดินทำสมาธิทำให้จิตใจสงบและนิ่ง ผ่อนคลายจากความเครียด ได้อยู่กับตนเองมากขึ้น ทำให้รู้สึกตัวเอง ปล่อยวางทุกสิ่งทำให้จิตใจแจ่มใสขึ้น รู้สึกมีความสุข” “ความรู้สึกที่ได้รับจากการเดินภาวนา รู้สึกว่าได้ฝึกสมาธิจริง มีสมาธิ มีสติอยู่กับตัวเองมากขึ้นรู้สึกว่าจิตใจจดจ่อกับสิ่งที่ทำมากขึ้น มีประโยชน์ กับตัวเองทั้งในขณะที่ทำ และในอนาคตคือเมื่อถึงเวลาเรียนก็จะมาในขณะที่ทำ และในอนาคต คือเมื่อถึงเวลาเรียนก็มาประยุกต์ใช้กับการเรียนค่ะ” “จากการทำกิจกรรมเดินจับมือเป็นจังหวะ แล้วเดินเป็นวงกลมสิ่งที่ได้รับ คือ ความมีสติ ความตั้งใจ ต่อกิจกรรมที่กำลังทำอยู่กับเรามีสติมีความตั้งใจไม่เล่นเราจะรู้ได้เลยว่าจังหวะการเดินการจับมือของเราจะมีจังหวะที่ดีสม่ำเสมอ อาจจะมีบ้างที่ผิดพลาดแต่เมื่อตั้งต้นใหม่ตั้งสติใหม่ ฟังใหม่เราก็จะกลับมาทำได้อีกครั้ง ทั้งยังฝึกความสัมพันธ์ของการเคลื่อนไหวระหว่างมือและเท้าอีกด้วย มีความสุขได้ปลดปล่อยอารมณ์” “การเจริญภาวนาในการทำสมาธิ ในท่าที่สบายๆ รู้สึกหายใจเข้าออกของตัวเองอยู่ทุกขณะ อยู่กับตัวเอง อยู่กับปัจจุบัน ไม่คิดฟุ้งซ่าน พื้นฐานด้านจิตใจเราจะต้องให้สติเรามีนิ่งฝึกประจำสม่ำเสมอไม่นานก็เกิดผล ความรู้สึกจิต จิตเป็นเรื่องที่ความรู้สึกนึกคิด คิดได้ต่าง ๆ นานา จนไม่อยู่กับตัวเอง เราจึงมีวิธีฝึกจิตภาวนาจากพระอาจารย์โดยการฟัง” “ความรู้สึกที่ได้ทำกิจกรรม - สงบ สมาธิ ปัญญา

2. **ขั้นเปิดฐานใจ** (Chiddee, 2016) เพื่อให้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติ “การเรียนรู้ด้วยใจที่ใคร่ครวญ” หมายถึง การเปิดประสาทสัมผัส ผ่าสิ่งเกิดสิ่งต่าง ๆ และสิ่งเกิดตนเองไปพร้อม ๆ กัน กิจกรรมที่จัดทำให้รู้สึกผ่อนคลาย สอดแทรกความสนุกสนาน นักศึกษาได้เรียนรู้จากประสบการณ์ตรงของตนเอง และผ่านการสะท้อนคิดพร้อมที่จะ แลกเปลี่ยนบทเรียนของตนเอง ทำให้ไม่รู้สึกถูกบังคับให้เรียนรู้สิ่งที่ไม่เชื่อมโยงกับการปฏิบัติ เกิดบรรยากาศการ แลกเปลี่ยนที่เป็นกันเอง เชื่อมโยงสู่พัฒนาความสามารถของนักศึกษาในการรับรู้ ด้วยประสาทสัมผัสที่ละเอียดอ่อน รับรู้และยอมรับประสบการณ์ของตนเอง และผู้อื่น ทำความรู้จักตนเอง ผ่าสังเกตธรรมชาติ และทำงานศิลปะ ดังนี้ 1) กิจกรรมการวาดภาพ “Contour (เส้นแสดงรูปร่าง)” 2) กิจกรรม “ภาพโดนใจ” 3) กิจกรรม “ของรักของหวง” 4) กิจกรรมสุนทรียสนทนา 5) กิจกรรมทำความรู้จักตนเอง 6) กิจกรรมผ่าสังเกตธรรมชาติ 7) กิจกรรมสายธารชีวิต

การสะท้อนความคิด/ความรู้สึกของนักศึกษาจากบันทึก ผลการเรียนรู้ “ความรู้สึกจากการทำกิจกรรมทำให้ หนูรู้สึกว่ถ้าเราตั้งใจฟังที่เพื่อนพูดจริงๆ แล้ว เราจะได้ความรู้จากที่เพื่อนอ่าน แต่มีบางขณะ บางเวลาที่สิ่งแวดล้อม ไม่เอื้ออำนวย เช่น เสียงหัวเราะ ก็จะทำให้สติเรากระเจิงไป ต้องเริ่มใหม่บ่อยครั้ง และจากการเรียนรู้ในวิชานี้ตั้งแต่ชั่วโมง แรกทั้งหมดเรื่อยมาทำให้หนูเข้าใจว่า หนูคือนักเรียนเปรียบเหมือนเมล็ดพันธุ์ที่ต้องการน้ำแร่ธาตุ อากาศ ซึ่ง เปรียบเทียบเหมือนความรู้ที่อาจารย์มอบให้ เพื่อให้เราเจริญเติบโต งอกงามไปในแต่ละขั้นตอน ซึ่งอาจารย์เป็นปัจจัย หลักที่ทำให้เราเติบโต มีความรู้ ถ้าเราไม่มีอาจารย์ เราก็คงไม่คิดไม่มีการเรียนรู้ในหลายเรื่องเกิดขึ้น” “จากกิจกรรมนี้ ฝึกให้หนูเข้าใจถึงสุนทรียสนทนามากขึ้น คือ รู้จักการฟังมากขึ้น รู้จักฟังผู้อื่นมากขึ้น ตั้งใจฟังเพื่อนโดยไม่แทรกถามเพื่อน ไม่พูดนำ บางครั้งเราก็ตั้งใจฟังเพื่อน มากเกินไป จนทำให้เพื่อนเขินอาย จนพูดอะไรไม่ออก ในฐานะเราเป็นผู้พูด เราก็ รู้สึกดีที่เราตั้งใจฟังเรา แต่ก็อายที่จะเล่าเมื่อเห็นว่าเขาตั้งใจฟังเรามาก ทำให้เราอายที่จะเล่า ได้ฝึกเป็นผู้ฟังที่ดี ฝึกใจ ตัวเอง ในการหักห้ามและยับยั้ง ในการถามคำถามขณะฟัง ได้นึกถึงอดีตที่ประทับใจและแบ่งปันให้ผู้อื่นรู้ “จากการ อ่านหนังสือ สุขง่าย แค่ปลายจมูก เข้าใจในการทำสมาธิ การตั้งใจ ได้ดี เพราะมีวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับบุคลิกและ ลักษณะของตัวเอง ทำให้รู้ว่าการที่รู้มาก ๆ คิดมาก ๆ มันไม่ส่งผลดีต่อตัวเองเลย มีวิธีการเขียนดี อ่านง่ายเข้าใจ ต่อการฝึกปฏิบัติให้เกิดบุญ แม้ไม่ถือศีลห้า ศีลแปดก็สามารถได้บุญเหมือนกัน” “เข้าใจในตัวเอง ว่าการตั้งใจมาก เกินไปถ้าทำไม่ได้ก็ไม่มีอะไรดีขึ้น ทำให้รู้จักมองโลกในแง่ดี ใจเย็น มีสติ มากขึ้นค่ะ” “จิตฟังธรรม การรู้สติ ตลอดเวลา การกำหนดสติ โดยการกำหนดหายใจ เข้า ออกแต่ทุกคนไม่ได้ฝึกจิตให้นิ่งได้ทุกคน พระพุทธเจ้าก็เช่นกัน แต่ก็ควรรู้ว่า จิตที่หลุดไปนั้น ไปที่ไหนแล้วให้กลับมารู้ลมหายใจเหมือนเดิมการเกิดขึ้นและดับไปของจิต ที่ไม่ใช่ตัวเรา ภาพ (เกิดขึ้นกับเราตลอดเวลา) ไม่ต้องตายก็เจอ ควรเอา จิตคู่กับกายเสมอ คือ อมตะ ฐารมณคือภพฐารต่อไป และชาติ ไม่มีอะไรอยู่อย่างถาวร เหมือนแก้วที่แตก ต้องรู้ สุข ทุกข์ของเราเสมอ” ความรู้สึกจากกิจกรรมวาดรูป “ตกลงดี น่ารัก เหมือนเด็กอนุบาล ได้พูดคุยกับเพื่อนทำให้รู้ความคิดแต่ละคนต่างกัน” “ผลที่ได้รับจากการเรียนรู้เป็นการบังคับตัวเอง ในการวาดรูปแบบไม่มองกระดาษ ฝึกการคิดคำถามจากความรู้สึก สร้างปฏิบัติสัมพันธ์กับเพื่อนได้ดี” ข้อคิดที่ได้จาก การทำกิจกรรมสะท้อนการคิด”เรื่องของการรู้จักให้และรับไปคู่กัน มีการยกตัวอย่างที่ทำให้เห็นภาพได้ชัดเจน การ ภาวนา การขอบคุณชื่นชมต่าง ๆ สอนให้รู้จักการยอมรับที่ทำอะไรเพื่อคนอื่น เข้าใจในสิ่งนั้นมีคำสอนมากมายที่ทำให้ เกิดการหลุดพ้น ปล่อยวางความทุกข์ต่าง ๆ สอนการฝึกปฏิบัติทำสมาธิในรูปแบบที่สามารถเลือกไปปฏิบัติได้ดิฉันชอบ บทความหนึ่งที่ว่าด้วย ไม่มีอะไรในโลกนี้ ที่ดำรงอยู่อย่างสูงส่งเหมือนของตาย ไม่มีชีวิตไหนที่ควรค่าแก่การสัดกันกิด กันออกไปก่อน เพียงเพราะ “มันไม่ใช่” มันไม่มีสิ่งไหนในโลกและจักรวาล ที่ไม่ควรค่าพอแก่การชื่นชมขอบคุณ ขอเพียงนำตัวเองออกมา” “สิ่งที่ได้รับจากการเรียนรู้ เชื่อมโยงความรู้เก่ากับความรู้ใหม่ที่ได้รับ ความรู้ทันสมัย เข้าใจได้ ยิ่งขึ้น การเรียนครั้งนี้ได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพิ่มมากขึ้น คือแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อน การนั่งเป็น ผู้ฟังที่ดี และการเป็นผู้พูดที่ดี อาจารย์ได้มีการจัดที่นั่งเรียนใหม่ทำให้เห็นเพื่อนทุกคน” “ข้อคิดที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรม ที่ได้อ่านบทความต่อ ๆ กัน ฟังเพื่อนอ่าน ตัวเองก็อ่านจากบทความที่ได้ฟังขณะเพื่อนอ่านแล้วเราก็มีสมาธิติดตาม บทความที่ให้ข้อคิดแนวคิดในการจัดการปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับตัวเราทำให้ได้รับรู้เกี่ยวกับเรื่องราวต่างๆของคน มีวิธี จัดการที่ติมองให้ลึกซึ้งเข้าไปแล้วเราจะเข้าใจอะไรหลายๆอย่างขึ้นมากจากบทความที่มีเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับคนเรา

ให้เรามองมุมใหม่ คิดใหม่ ทำใหม่ เข้าใจตัวเอง เข้าใจความทุกข์ของตัวเอง เข้าถึงความกลัวของตน เมื่อเข้าใจแล้วเราจะมีวิธีรับมือกับมัน”

**การบันทึกข้อดีของตนเอง** ส่วนใหญ่เริ่มต้นด้วยความรู้สึกเกี่ยวกับ 1) ความรัก เช่นการรักครอบครัว เพื่อนคนรัก รักสุขภาพ รักสวยรักงามให้ตัวเองและคนอื่น เป็นห่วงเพื่อน 2) การช่วยเหลือคนอื่นเต็มที่ มีจิตอาสา เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ รับฟังปัญหาของคนอื่น ชอบคิดแก้ปัญหา รู้สึกจัดการกับความเครียดของตัวเองเป็นคนสังเกตคนออกว่า ขณะนั้นอยู่ในอารมณ์ช่วงไหน ชอบอาสาช่วยเหลือคนอื่น ชอบเทศน์คนอื่น 3) ความรับผิดชอบในหน้าที่ ตรงต่อเวลา รักษาคำพูด รู้จักหน้าที่ตนเองเป็นคนที่ชอบฟังความทุกข์ของผู้อื่น คอยเป็นที่ปรึกษา มีความรับผิดชอบใช้จุดด้อยในการพัฒนาตัวเอง 4) การดูแลคนอื่น ใส่ใจ ใส่ใจรายละเอียดของคนรอบข้าง เข้าใจง่าย มักใช้สติและเหตุผลเสมอ เป็นคนให้อภัยคนง่าย ชอบพูดคำว่า ขอโทษ ไม่ว่าจะเป็นคนผิดหรือไม่ผิด เห็นใจคนที่มีโอกาสน้อยกว่า 5) การไว้ใจได้ทุกเรื่อง เข้าใจผู้อื่น เป็นคนไม่ใส่ใจกับคำพูดของคนอื่นที่ไม่ใช่เพื่อน เป็นคนฟังคนในครอบครัวและยอมรับความคิดเห็นของคนอื่น ไม่ค่อยเกลียดใคร 6) ความมั่นใจตัวเอง แบ่งหน้าที่ถูก แบ่งเวลาเป็น มีความมุ่งมั่นในสิ่งที่ทำ 7) รู้จักคุณค่าในตนเอง วาดรูปเป็น เล่นดนตรีได้ รักสัตว์ ทำกับข้าวเป็น มีเป้าหมายในชีวิตเป็นคนยิ้มเก่ง ใช้ชีวิตเรียบง่ายมักมองหาสิ่งใหม่ ๆ ในชีวิตตลอด

**การฝึกรับรู้จากอายตนะ 6** “รับรู้เรื่องราว : ธรรมชาติรอบวิทยาลัย ที่สว่างสดใส มีคนเดินผ่านไปมา แต่ดิฉันพยายามหลับตาอยู่กับตัวเองให้มากที่สุด หู : ดิฉันเปิดเพลงเบาๆ เพื่อให้รู้สึกสบายขึ้น ๆ ได้ยินเสียงธรรมชาติ คือ นก (เบา ๆ) มีเพื่อนคุยด้วยกันไม่ดังมาก จมูก : กลิ่นอากาศ, น้ำในบ่อข้างนวมินทร์ สดชื่นค่ะ กลิ่นกล้วยหอม ลิ่น: ได้กินกล้วย รับรู้ถึงรสชาติที่หวานอร่อย กาย : รู้สึกมันคง ได้อยู่กับที่ ไม่ค่อยได้สัมผัสสิ่งรอบข้างมากเท่าไรเพราะนั่งเฉยๆ ค่ะ ใจ:สงบค่ะ สบายใจขึ้นเพราะดิฉันชอบที่เงียบมีเพลงเบา ๆ ให้ฟังแต่สมาธิยัง “วอกแวกอยู่ เพราะมีสิ่งรบกวนค่ะ” สถานที่ ได้ไกลนวมินทร์ สัมผัสที่เด่นและรับรู้ได้เร็ว:หู สัมผัสที่ไม่ค่อยรับรู้:กาย เพราะจะอยู่เฉย ๆ ไม่รู้จักเมื่อรับรู้เท่าทันการเกิด” “ตาเห็นต้นไม้ เห็นน้ำในสระ จมูก ได้กลิ่นส้ม หู ได้ยินเสียงเพลง เสียงคนคุยกัน รสหวานจากกล้วยหอมสุก กาย ร้อนบางทีก็มีลมพัดผ่านเบา ๆ ใจ นั่งอยู่นอกห้อง สัมผัสไหนเด่น รับรู้ได้เรื่อง ตา เพราะเวลาจะทำอะไร ตาเราจะมองหาทันทีที่หาลอดด้านสัมผัสไหนจะไม่ค่อยรับรู้ หู ได้ยินไม่ชัด ฟังไม่รู้เรื่องถ้ามีเสียงเบา รู้เท่าทันการเกิด/รับรู้เรื่องอะไรบ้าง รับรู้เรื่องอุณหภูมิ รู้สึกร้อนอบอ้าวขึ้นทันทีเมื่อออกจากห้องเรียน รับรู้กลิ่นผลไม้สัมที่เพื่อนกำลังปอกเปลือกส้ม” “กิจกรรมอายตนะ ตา (การเห็น)= เห็นทางเดิน สระมรกต ชุ่ม ดิฉันกำลังก่อสร้าง โรงอาหาร หอพัก ชิงชา นก อาคารเรียน คน กระเป่า กล้วย กล้วย (ได้กลิ่น) = ใต้น้ำ กลิ่นดิน กลิ่นกล้วยหอม หู (ได้ยิน) = เสียงก่อสร้าง เสียงเพื่อนคุยกัน เสียงนก เสียงรถ ลิ่น (รู้สึก) = หวาน อ่อนนุ่ม กาย (สัมผัส) = ร้อน (ไอแดด) เอามือจับกล้วยรู้สึก เรียบยาว จับต้นเสาเรียบ ใจ (รู้เรื่องราว) = รับรู้กำลังรวบรวมจิตใจ ให้อยู่กับเนื้อกับตัว เพื่อให้เห็นความเคลื่อนไหวรอบรู้ รับรู้ที่กำลังกินกล้วย กำลังเขียนหนังสือ กำลังมองรอบๆ ทบทวนเรื่องราวที่เกิดขึ้นทั้งที่ผ่านมาและขณะปัจจุบัน สัมผัสไหนเด่น (รับรู้ได้เร็ว) ตา (การเห็น) : สามารถเห็นได้เร็ว ไกล เห็นได้มาก เวลาเมื่อไรมากระทบเปลือกตาจะปิดทันที เห็นสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว ลิ่น (รู้สึก) : รับรู้ที่กำลังกินมีรสชาติแต่ถ้าไม่มองแล้วกินจะใช้เวลาในการวิเคราะห์ว่าสิ่งที่กินเข้าไปคืออะไร นอกจากสิ่งที่กินเข้าไปเป็นสิ่งที่กินประจำก็สามารถรู้ได้ทันที รู้เท่าทันการเกิด (รับรู้เรื่องราวอะไรบ้าง) รู้ว่าทำอย่างไร แล้วผลจะเป็นอย่างไร เช่นรู้สึกหิว รู้ว่ากินแล้วจะหายหิว ก็ไปกิน รู้ว่า ทุกสิ่งทุกอย่างเป็นไปตามธรรมชาติ มีกฎก็ต้องปฏิบัติตามกฎ ถ้าไม่ปฏิบัติก็จะส่งผลเสียต่อตัวเราเอง รู้ว่าการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม จะทำให้เราเกิดการเรียนรู้” “อานาปานสติ การกำหนดลมหายใจ จากการเรียนรู้ครั้งนี้อาจารย์ได้ให้หนึ่งฟังการบรรยายธรรมอานาปานสติรู้สึกตัวตัวเองสามารถนั่งฟังอย่างสงบได้นานขึ้น สามารถรู้ลมหายใจของตนเองได้ ฟังแล้วสามารถนำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้ค่ะ”

**3. กิจกรรมพัฒนาฐานคิด และเสริมสร้างประสบการณ์** (Chiddee,2016) เพื่อให้ให้นักศึกษาได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ ๆ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงแต่ละด้าน ด้านกาย ด้านจิต ด้านคิด รวมถึงการทำสมาธิเข้าใจความแตกต่างระหว่างบุคคล โดยวางใจเป็นกลาง เห็นในความเป็นธรรมชาติและความเป็นจริงในความแตกต่าง ประกอบด้วยการบรรยายเรื่องหลักการพื้นฐานจิตตปัญญาศึกษา สุนทรียสนทนา (การตั้งใจฟัง และแขวนลอยการ

ตัดสินใจฟังผู้อื่นอย่างตั้งใจและลอคคิตของตนเอง) กงล้อสี่ทิศ (การเรียนรู้บุคลิกภาพตนเองและผู้อื่น) ผลการเรียนรู้ “ฝึกความเข้าใจตัวเอง ได้นึกถึงเรื่องดี ๆ เข้าใจนิสัยเพื่อนทำให้รู้สึกดี” “นั่งสมาธิทำให้ใจสงบก่อนเรียนหยุดคิดเรื่องเครียดๆของวันนี้ “การทำโยคะทำให้ผ่อนคลายทั้งกล้ามเนื้อและสมอง” “เกมส์จี้มนี่เพื่อน สนุกสนาน สับสนนิดหนอยคะ แต่พยายามทำให้ได้” “สิ่งที่เปลี่ยนแปลง ได้ลดความเครียดจากการเรียนช่วงเช้าคะ” “การเปลี่ยนแปลงมองเห็นตัวตนในตัวเองมากขึ้น ผ่านมุมมองต่าง ๆ ผ่านตัวเอง ผ่านการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับเพื่อน สร้างความภูมิใจ ในตนเองมากขึ้น เห็นคุณค่าในตัวเองมากกว่าเดิม” “จากการได้ทำสมาธิโดยการเดินวันนี้พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีอาการง่วงซึม แต่พอได้ทำกิจกรรมในตอนแรก คิดว่าจะหลับ แต่ก็มีกลับทำให้ตื่นซงั้น และไม่มีตื่นแบบง่วงเลย และวุ่นวาย แต่ตื่นมาเหมือนค่างพร้อมที่รับทุกสิ่งที่จะเกิดขึ้นหลังจากนี้” “รู้อะไรไม่จริงจัง ทำอะไรไปแล้วไม่ค่อยตามผล ชอบทำงาน ถ้าอะไรไม่รู้จะไม่พยายาม ถ้าอยากรู้อะไรก็ทำให้ที่สุด แต่ทำไมทำก็จะทิ้งเลย คิดไวไปมันใจเกิน” “สิ่งที่เปลี่ยนแปลง รู้จักตนเองและเพื่อนมากขึ้น คลายเครียด “สิ่งที่เปลี่ยนแปลง/สิ่งที่เกิดขึ้นรู้สึกผ่อนคลาย มีความสุขที่ได้ทำกิจกรรม ทั้งโยคะและการพูดคุยข้อดีกับเพื่อนๆทำให้เราได้มุมมองแนวคิดแบบใหม่” “การเปลี่ยนแปลง เปิดใจยอมรับในตัวเพื่อนและตัวเอง” “การเปลี่ยนแปลงจากครั้งก่อนทำให้มีสมาธิเพิ่มมากขึ้น มีความรู้สึกอยู่กับตัวเอง มีสติขึ้น ทำให้เวลาคิดอะไรจะทำให้ตัดสินใจได้ดีขึ้นจากการเดินภาวนา” “ผลที่ได้รับจากกิจกรรมคือ ทำให้มีสมาธิมากขึ้นมีจิตใจที่สงบขึ้น เพราะต้องอยู่กับตัวเองและอยู่กับเพลงและคิดว่าวิธีเดินภาวนาเป็นวิธีที่ทำได้ง่ายและได้ผลชัดเจนคือทำให้สงบมีสมาธิ” “การเปลี่ยนแปลงจากครั้งก่อนทำให้เราได้อยู่กับตัวเองมากขึ้นได้นั่งนึกไตร่ตรองว่าตนเองมีข้อดีอย่างไร ทำให้เรามีสมาธิขึ้นหลังจากการนั่งสมาธิ” “บันทึกการเรียนรู้ จากการทำกิจกรรมนี้ ทำให้หนูเข้าใจว่า คนเราแต่ละคนมีความคิดที่แตกต่างกัน อาจจะมีที่คิดเหมือนกันบ้าง อาจเพราะพื้นฐานความคิด ความรู้สึก ประสบการณ์ นั้นแตกต่าง และทั้งหมดนั้นเป็น ข้อดีที่ทุกคนคิดว่าเป็นข้อดีของตนเอง มันอาจมาจากความรู้สึกที่เหมือนกันหรือ และได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ซึ่งมันจะทำให้เราคิดว่าข้อดีบางข้อของเพื่อน เราไม่คิดว่ามันเป็นข้อดี เราอาจจะมองข้ามมันไป ซึ่งทำให้เรารู้ว่าเพื่อนมีความคิด ความรู้สึกที่แตกต่างจากเรา ความรู้สึก ทำให้เราคิดไม่เหมือนเพื่อนเลยอะ? เกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้หนูมีความรู้สึกว่า เราคิดไตร่ตรองดี แล้วหรือ เปล่า ว่าสิ่งที่เราเขียนนั้นเป็นข้อดีของเรา กิจกรรมนี้ฝึกให้หนูมองข้อดีของเพื่อน แล้วคิดถึงตัวเองมากขึ้น ว่าเราเข้าใจตัวเราแล้วหรือยัง”

### การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงจากภายใน (Chiddee, 2016)

ผลที่คาดว่าจะเกิดกับนักศึกษา ความสงบ ความนิ่ง การผ่อนคลาย ความสบายใจ การมีสติ จดจ่อ ได้อยู่กับตัวเอง ทำให้ตระหนักรู้ในตัวเองมากขึ้น รู้จักการปล่อยวาง ตัดความคิด หยุดการกระทำ การสงบนิ่งก่อนเรียนช่วยให้มีสมาธิในการเรียนดีขึ้น เรื่องอารมณ์ ความจำ ความคิดให้ดีขึ้น มีความพร้อมในการเรียน ช่วงเวลานี้เป็นช่วงเวลาที่ได้อยู่กับตัวเอง ได้ทำอะไรช้าลง เข้าใจตนเองมากขึ้น ได้ทบทวนตัวเอง ได้ระบายอารมณ์ ความรู้สึก การรับรู้ร่างกายและจิตใจตนเองและเพื่อน

พัฒนาฐานคิดความรู้ และเสริมสร้างประสบการณ์ ฝึกการใช้สุนทรียสนทนาเรียนรู้เนื้อหาวิชาการ เช่น เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยของบุคคล เช่น ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่ โรคจากวิถีชีวิต (Lifestyle) เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง ปัญหาจากการทำงาน การเผชิญปัญหาและการปรับตัวสุขภาพวัยทอง ฝึกการใช้อายุตนเอง 6 การสังเกตอย่างใคร่ครวญโดยสังเกตผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 6 ฝึามองอย่างเปิดรับความเป็นตัวตน ความสงบ สมาธิ ได้ฝึกการสังเกตรายละเอียด การสังเกตอย่างใคร่ครวญทำให้ได้คิดทบทวน ได้ใช้เวลาอยู่กับตัวเอง ทำให้เรียนรู้เกี่ยวกับตัวเองการฟังเรื่องเล่าจากเพื่อน ๆ เพื่อให้ได้เรียนรู้ผ่านมุมมองของผู้อื่นอ่านบทกลอน บทกวี ของรักของหวง การแบ่งปันและการแลกเปลี่ยน การสุนทรียสนทนาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้พูด โดยผู้ฟัง ตั้งใจฟัง และแขวนลอยการตัดสินผู้พูด เพื่อฝึกฟังผู้อื่นอย่างตั้งใจและลอคคิตของตนเอง การเขียนผังความคิด นำเสนอแผนการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองและเชื่อมโยงไปสู่การเขียนแผนการดูแลสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลบนพื้นฐานทฤษฎีการดูแลด้วยความเอื้ออาทร และนำแผนการสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ในการฝึกภาคปฏิบัติต่อไป การฟังเรื่องเล่าทำให้เกิดความรู้สึกสนุกและซาบซึ้งในขณะเดียวกันได้คิด เชื่อมโยงกับ

วิทยาลัยพยาบาล เช่น การเห็นคุณค่าของคำว่าพยาบาล มีความซาบซึ้งประทับใจต่อชีวิตประวัติของมิสโนติงเกลจาก ภาพยนต์ การตระหนักถึงหน้าที่ของพยาบาล ความรู้สึกซาบซึ้งในวิชาชีพพยาบาลการเข้าใจผู้ป่วย เมื่อมีกิจกรรมที่ แปรเปลี่ยนทำให้เกิดความสนุกสนาน ความผ่อนคลาย การลิ้มความทุกข์ในช่วงเวลา มีสติ มีสมาธิ ทำให้เรียนรู้ที่จะ ถ่ายทอดความคิด การมีสติกับการวาดภาพและระบายสี การอ่านข้อเขียนเพื่อขอบคุณสรรพสิ่งในโลก ให้การเรียนรู้ที่ จะ ทุกสิ่งทุกอย่างบนโลกใบนี้ล้วนแล้วแต่สัมพันธ์และเชื่อมโยงกัน มีสมาธิกับการเคลื่อนไหวที่สอดคล้องประสานกัน กระตุ้นให้ ร่างกายตื่นตัวการเคลื่อนไหวตามจังหวะนี้ทำให้ได้สะท้อนตนเอง รู้จักตนเองมากขึ้น เห็นข้อบกพร่อง ข้อจำกัดของ ตนเอง ความไร้จังหวะ การขาดสติ นอกจากนั้นยังได้เรียนรู้เกี่ยวกับความสามัคคี ความพร้อมเพรียง ความไว้วางใจกัน และกัน การเปิดใจรับ และเรียนรู้ว่าสมาธิสามารถเกิดได้ทุกอิริยาบถขณะยืน เดิน นั่งที่มีใจการนั่งเพียงอย่างเดียว การฟังประสบการณ์จากเพื่อน ๆ ทำให้ได้เรียนรู้ชีวิต เข้าใจสัจธรรมของการใช้ชีวิต ได้รับแรงบันดาลใจในการค้นหา ตัวเองและการดำเนินชีวิต การหยุดรับฟัง การฟังอย่างลึกซึ้ง ปราศจากอคติ ไม่ตัดสินผู้อื่นจากประสบการณ์เดิม การ เปิดใจยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง การสนทนากลุ่มทำให้ได้เรียนรู้มุมมองของเพื่อน ได้ระบายความรู้สึก ได้ทบทวน ตัวเอง นอกจากนั้นยังทำให้ความสัมพันธ์กับเพื่อนดีขึ้น บทบาทอาจารย์ที่มีการรับฟังเรื่องของนักศึกษา การสนทนา ประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับนักศึกษา การเฝ้าสังเกตนักศึกษาและเรียนรู้ตัวอย่างใคร่ครวญ การสะท้อนความคิดผ่านการ สนทนาของนักศึกษา การสัมภาษณ์และการเฝ้าสังเกตพฤติกรรมของนักศึกษา และการบันทึกการเรียนรู้ทำให้อาจารย์ และนักศึกษามีการเติบโตขึ้น เกิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning) ภายในตน (Self/Personal Transformation) เชื่อมโยงสู่การเข้าใจโลกมนุษย์และทุกสรรพสิ่งอย่าง สุขสงบ

## สรุป

กระบวนการเรียนรู้ตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา ประกอบด้วย 3 กระบวนการหลักนำไปสู่การพัฒนา 3H จิตตปัญญาศึกษา 3 กระบวนการหลัก คือ กระบวนการสุนทรียสนทนา กระบวนการการฟังอย่างลึกซึ้ง กระบวนการ สะท้อนการเรียนรู้ ประยุกต์ใช้ 3H ประกอบด้วย ฐานหัว HEAD ฐานกาย HAND ฐานใจ HEART ในการจัดกิจกรรม การเรียนรู้ ประเมินผลจาก การบันทึกผลการเรียนรู้ (Journal Writing) เป็นการสะท้อนคิดจากนักศึกษาโดยนักศึกษา มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยสุนทรียสนทนาจะเปิดพื้นที่ปลอดภัยให้นักศึกษาเลือกที่จะเล่าหรือเลือกที่จะฟัง หากเป็น พื้นที่ของชุมชนแห่งการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์ต่อกันด้วยดี การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงจากภายใน จากความสงบ ความนิ่ง การผ่อนคลาย ความสบายใจ การมีสติ จดจ่อ ได้อยู่กับตัวเอง ทำให้ตระหนักในตัวเองมากขึ้น รู้จักการ ปล่อยวาง ตัดความคิด หยุดการกระทำ การสงบนิ่งก่อนเรียนช่วยให้มีสมาธิในการเรียนดีขึ้น เรื่องอารมณ์ ความจำ ความคิดให้ดีขึ้น มีความพร้อมในการเรียน การรับรู้ร่างกายและจิตใจตนเองและเพื่อน การพัฒนาฐานคิดความรู้ และ เสริมสร้างประสบการณ์ ฝึกการใช้สุนทรียสนทนา กลุ่มย่อยเพื่อเรียนรู้เนื้อหาวิชาการ เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพและ การป้องกันการเจ็บป่วยของบุคคล ฝึกการใช้อายุตนเอง 6 การสังเกตอย่างใคร่ครวญโดยสังเกตผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 6 เฝ้ามองอย่างเปิดรับความเป็นตัวตน ความสงบ สมาธิ ได้ฝึกการสังเกตรายละเอียด การสังเกตอย่างใคร่ครวญทำให้ได้ คิดทบทวน ได้ใช้เวลาอยู่กับตัวเอง ทำให้เรียนรู้เกี่ยวกับตัวเองการฟังเรื่องเล่าจากเพื่อน ๆ เพื่อให้ได้เรียนรู้ผ่านมุมมอง ของผู้อื่นการสุนทรียสนทนาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้พูด โดยผู้ฟัง ตั้งใจฟัง และแขวนลอยการตัดสินผู้พูด เพื่อฝึก ฟังผู้อื่นอย่างตั้งใจและลดอคติของตนเอง การเขียนผังความคิดนำเสนอแผนการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองและ เชื่อมโยงไปสู่การเขียนแผนการดูแลสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย

อาจารย์ลดบทบาทผู้รู้และผู้สอนเปลี่ยนมาเป็นรับฟังเรื่องราวของนักศึกษา เชื่อมโยงวงการสนทนาเพื่อ แลกเปลี่ยนประสบการณ์เดิมระหว่างนักศึกษา การเฝ้าสังเกตนักศึกษาและเรียนรู้ตัวอย่างใคร่ครวญและการสะท้อน ความคิดผ่านการสนทนาของนักศึกษา การสัมภาษณ์และการเฝ้าสังเกตพฤติกรรมของนักศึกษา เป็นผู้เอื้ออำนวยความ สะดวก (Facilitator) ใช้หลักการ Happiness เลือกรูปแบบการเรียนรู้ได้เรียนอย่างมีความสุข เป็นความสุขที่เกิดจาก ประการที่หนึ่ง ผู้เรียนได้เรียนในสิ่งที่ตนสนใจสาระการเรียนรู้ ชวนให้สนใจใฝ่ค้นคว้าศึกษาท้าทาย ให้แสดง ความสามารถและให้ใช้ศักยภาพของตนอย่างเต็มที่ ประการที่สองปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน

และระหว่างผู้เรียนกับผู้เรียน มีลักษณะเป็นกัลยาณมิตร มีการช่วยเหลือ เกื้อกูลซึ่งกันและกัน มีกิจกรรมร่วมด้วยช่วยกัน ทำให้ผู้เรียนรู้สึกมีความสุขและสนุกกับการเรียน จิตตปัญญาศึกษาเน้นประสบการณ์ตรงภายใน ให้มีความสำคัญกับการตระหนักรู้โลกภายในของตนเองที่สัมพันธ์กับโลกภายนอก กระบวนการเรียนการสอนและการประเมินแบบจิตตปัญญาศึกษาจะอยู่บนพื้นฐานของการเป็นกัลยาณมิตร หรือที่เรียกว่ากัลยาณมิตรเรียนรู้ และกัลยาณมิตรประเมิน (Amicable Learning and Evaluation) ระหว่างผู้เรียนและผู้สอนและระหว่างผู้เรียนด้วยกันเอง เพื่อการเรียนรู้และพัฒนาร่วม จิตตปัญญาศึกษาให้ความสำคัญกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูล ข่าวสารความรู้ภายใน (Tacit Knowledge) ของแต่ละคน ไม่วิพากษ์ วิจารณ์ ไม่ตัดสิน ภายใต้บรรยากาศของการเคารพ ยอมรับระหว่างกันแบบไม่มีเงื่อนไข เป็นบรรยากาศแบบเปิด เอื้อให้ผู้เรียนรู้สึกมั่นคงปลอดภัยที่จะเปิดเผยและรู้จักตนเอง (Self Disclosure) และผู้อื่น เมื่อนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประเมินร่วมกันเพื่อนำผลไปพัฒนาตนเองและการเรียนรู้ตลอดชีวิต

## ข้อเสนอแนะ

### ด้านจิตตปัญญา

1. ด้านการเป็นผู้เอื้ออำนวยความสะดวก Facilitator คือกระบวนการทำหน้าที่เป็นผู้จัด กระบวนการเรียนรู้ บทบาทของกระบวนการ จุดเด่นอยู่ตรงที่ กระบวนการจะสามารถจัดกิจกรรมที่ทำให้เข้าใจด้านในของตัวเอง รู้ตัว เข้าถึงความจริง ทำให้เปลี่ยนมุมมองเกี่ยวกับโลกและผู้อื่น เกิดความเป็นอิสระ ความสุข ปัญญา และความรักอันไพศาลต่อเพื่อนมนุษย์และสรรพสิ่ง มนุษย์มีความต้องการที่จะพัฒนาความเป็นมนุษย์ให้มีความสมบูรณ์ กระบวนการเชื่อว่ามนุษย์ทุกคน มีจุดบกพร่องเป็นสิ่งสกัดกั้นทำให้เกิดความกลัว ไม่กล้าที่จะเผชิญและข้ามผ่าน ไปสู่การพัฒนาตนเอง กระบวนการจึงเน้นการสอน ภายในจิตใจ มากกว่าจะสอนเรื่องความรู้ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงด้านในตัวตนเกิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning) ที่จะแสวงหาความรู้ได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับการเรียนรู้สมัยใหม่ ที่เน้น “การสร้างความรู้” หรือ “การเรียนรู้ที่เกิดจากภายในตัวของผู้เรียนเอง” ไม่ใช่การรับความรู้

2. ด้านการเป็นกัลยาณมิตร ผู้ที่มีใจเป็นเพื่อน บรรณาธิการเป็นพิเศษ ผู้ที่หวังดีให้ความช่วยเหลือ ว่ากล่าวตักเตือน แนะนำ ไม่ปล่อยให้คิดผิดพูดผิดทำผิดทั้ง ๆ ที่รู้ ไม่ปล่อยให้หมักหมมมีความเสื่อมเสียเกิดขึ้นแม้ป้องกันได้ ความสำคัญของกัลยาณมิตรเอื้อต่อการพัฒนาชีวิตเป็นหลักธรรม และบุคคลก็มีความสำคัญอย่างที่สุดในการนำผู้อื่นให้เข้าสู่มรรคาแห่งพุทธธรรมเป็นบ่อเกิดแห่งกุศลธรรมเป็นการเข้าถึงประโยชน์ในปัจจุบัน และอนาคตเป็นการพัฒนาใน 4 ด้าน คือการพัฒนาทางกาย เพื่ออบรมการใช้กายสัมผัสทั้งห้าในทางที่เป็นคุณ โดยปราศจากโทษ และให้ได้รับซึ่งโลกธรรมฝ่ายอิฏฐารมณ์อย่างถูกต้องชอบธรรม การพัฒนาศีล เพื่อให้มีความเป็นปกติ การพัฒนาจิต ให้เป็นสัมมาสมาธิ เพื่อให้เกิดความเข้มแข็ง มั่นคง สดชื่น เบิกบาน สุขในชีวิต และใช้สมาธิจิตในทางกุศล เป็นบาทฐานแห่งการพัฒนาปัญญาต่อไป การพัฒนาปัญญา มีความฉลาดในการแก้ปัญหาอุปสรรคของชีวิต

3. ด้านการเป็นครู บทบาทของครูยุคใหม่ ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือผู้เรียนให้พัฒนาตนเองให้ได้เต็มศักยภาพ และส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพราะเทคโนโลยีในยุคปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วและก้าวล้ำไปในอนาคตจึงต้องเรียนรู้สิ่งใหม่ตลอดเวลา ดังนั้นครูต้องปรับตัวให้เข้ากับเทคโนโลยีสมัยใหม่ตามธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลง แม้เทคโนโลยีจะเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ครูยุคใหม่ต้องสามารถเปลี่ยนแปลงได้ทันเทคโนโลยีสมัยใหม่ได้ว่าข้อมูลใดสามารถ นำไปปรับใช้ในชีวิตจริง แต่ควรเน้นศีลธรรม คุณธรรม ที่พัฒนาไปพร้อมกับสติปัญญาที่ถูกต้อง สมบูรณ์ยั่งยืนโดยแสดงบทบาท ครูเป็นโค้ช เน้นถามตอบ ฟังผู้เรียน กระตุ้นให้สร้างแรงบันดาลใจ สะท้อนคิด และสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้

### ด้านการสะท้อนคิด

1. ด้านครูผู้สอน และด้านวิธีการจัดการเรียนการสอน เริ่มต้นจากครูผู้สอนต้องสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นด้วยการใช้คำถามปลายเปิด หรือเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ระบายนามความคิด ความรู้สึกด้วยวิธีการต่าง ๆ โดยครูต้องเป็นผู้ฟังที่ดี ช่างสังเกต ให้การเสริมแรงอย่างสม่ำเสมอ

2. ด้านนักศึกษา นักศึกษาต้องฝึกคิดวิเคราะห์ มีทักษะในการตั้งคำถาม และกล้าแสดงความคิดเห็น
3. จัดการเรียนการสอนต้องใช้วิธีการต่าง ๆ เช่น กรณีศึกษา ประชุมกลุ่ม สนทนารายบุคคล ทำบันทึกการเรียนรู้ (Journal Writing หรือ Learning Log) และต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้เป็นองค์ประกอบทั้ง 3 ด้านนั้นมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการส่งเสริมการสะท้อนความคิดให้เกิดขึ้น

## References

- Chiddee, K. (2016). *Development of Learning Management Model on Health Promotion and Illness Prevention Based Upon Complative Education Concept For Health Behavior Modification and Emotional Quotient Enhancement of Nursting Students*. Dissertation, Ed. D. Health Education and Physical Education. (Health Education Management) Srinakharinwirot (In Thai).
- Nopakhun, C. (2018). Reflections of Thought Through a Picture Book of Early Childhood Education Students. *Suan Dusit University Graduate School Journal Suan Dusit University*, 14(3).
- Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing: A Guide to Teaching Learning Methods*. Oxford: Oxford Brookes University.
- Kamthorn, L. (2018). *Teaching Management by Means of Reflective Thinking*. Retrieved 2020, April 10 from <https://www.gotoknow.org>
- Lueboonthawatchai, O. (2010). *Health Consultation*. Bangkok: Chulalongkorn University. Printing House. (In Thai)
- Mungnadon, R. (2019). Learning Development Through Reflection, Learning Development through Reflection, *Journal of Health and Nursing Research*, 35(2).
- Phairotangsutorn, T. (2016). *Contemplative Education (Theory): Contemplative Education* Retrieved 2020, April 10 from <https://www.runwisdom.com>
- Poolpatchewin, C. (2010). *Crystallization and Explosion of Experience in Cognitive Education and Practice*. Retrieved 12 March 2013, from <http://jitwiwat.blogspot.com>.
- Poolpatchewin, C. (2012). *Crystallization and Experience Explosion: In Intellectual Contemplation and Contemplative Practice*. Retrieved October 29, 2015, from <http://jitwiwat.blogspot.com>.
- Thongtavee, C. (2008). Annual Conference on Intellectual Psychology Education for Human Development, The Center for Intellectual Education Mahidol University. Bangkok: (In Thai)

## ความกล้าหาญเชิงจริยธรรมทางการพยาบาล Moral Courage in Nursing

อรอนงค์ รongsawat<sup>1\*</sup>, ดวงมน ทรัพย์สินเสรี<sup>1</sup> และ ผาณิต หลีเจริญ<sup>1</sup>  
Onanong Rongsawat<sup>1\*</sup>, Doungmon Trapsinsaree<sup>1</sup> and Phanit Leecharoen<sup>1</sup>  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา<sup>1\*</sup>  
Boromarajonani College of Nursing Songkhla<sup>1\*</sup>

(Received: July 15, 2020; Revised: September 28, 2020; Accepted: October 07, 2020)

### บทคัดย่อ

จริยธรรม เป็นสิ่งที่มีในตัวของผู้คนทุกคน เสมือนเข็มทิศในการส่งเสริมความคิดและการกระทำที่ถูกต้องเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ภายใต้เหตุผลที่สนับสนุนการกระทำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่ผิดจริยธรรมหรือสถานการณ์ที่เป็นปัญหาทางจริยธรรม อันนำมาก่อให้เกิดความเสียหายต่อตนเอง บุคคลอื่น หน่วยงาน องค์กร และประเทศชาติ การกระทำหรือพฤติกรรมเพื่อแก้ปัญหาในเหตุการณ์ที่สุ่มเสี่ยงทางจริยธรรม บุคคลนั้นต้องมีทักษะในการวิเคราะห์ปัญหามาสู่ความสามารถในการเผชิญปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสมรองรับด้วยเหตุผลทางจริยธรรม หลายครั้งที่บุคคลแก้ปัญหาทางจริยธรรมแล้วได้รับผลกระทบในทางลบ

จากเหตุผลดังกล่าว หลายคนเลือกที่จะวางเฉยต่อปัญหาทางจริยธรรมและปล่อยให้ปัญหาทางจริยธรรมเกิดขึ้น แม้ว่าตัวเองตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นก็ตามด้วยความกลัว ดังนั้นการวางเฉยเป็นทางออกที่ดีที่สุด นอกจากนี้จริยธรรมยังเป็นแกนหลักสำคัญอย่างหนึ่งในการประกอบอาชีพหรือเรียกว่า จรรยาบรรณวิชาชีพ เช่น วิชาชีพพยาบาล ซึ่งเป็นวิชาชีพที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของมนุษย์ตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งเสียชีวิต สังคมคาดหวังในตัวพยาบาลไม่ใช่เพียงแค่ความรู้หรือสติปัญญาเท่านั้น แต่สังคมยังต้องการพยาบาลที่มีจริยธรรมในการปฏิบัติงาน รวมถึงความสามารถและทักษะในการแก้ปัญหาทางจริยธรรม

ความกล้าหาญเชิงจริยธรรมมีความสำคัญต่อวิชาชีพพยาบาลในการเผชิญและแก้ปัญหาทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานรวมทั้งลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้นการปลูกฝังความกล้าหาญเชิงจริยธรรมจึงจำเป็นต้องเริ่มต้นตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาลเพื่อใช้ในการเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติงานก่อนจบการศึกษา วัตถุประสงค์ของบทความนี้เพื่ออธิบาย แนวคิดความกล้าหาญเชิงจริยธรรม กระบวนการเกิดความกล้าหาญเชิงจริยธรรม

**คำสำคัญ:** ความกล้าหาญเชิงจริยธรรม, การพยาบาล, ปัญหาทางจริยธรรม

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kanonrad\_p@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 086-7479144)



## Abstract

The objective of this article is to explain the concept of moral courage. Morals in all humans are like a compass for encouraging right action for the right reasons in each situation. Especially, in situations facing moral problems that lead to damage oneself, others, institutes, organizations and country. The action or behavior required to solve the moral problem in risk situations, is dependent on a person having the skill to analyze the moral problem and find a solution supported by moral reason including confidence in their action although they perceive that future risk may occur. Frequently, after solving moral problems people face negative outcomes from their actions.

Because of the above reasons, many people choose to ignore moral problems and let the situation go. Although they recognize the moral problem, they fear the negative outcome from solving it. In addition, morals are integral to the “Professional code of conduct” of the nursing professional. The nursing profession is related to the health of human from birth until death. Society expects nurses to not only have knowledge but also moral behavior. Nurses should take care of patients with their heart, respecting human rights using their ability and skill to solve moral problems.

Moral courage is important to professional nursing for facing and solving moral problems in the workplace, including reduction of risk in their workplace. Therefore, moral courage must begin with nursing studies and practicum, for facing and solving moral problems in workplace before they graduate.

**Keyword:** Moral Courage, Nursing, Moral Problem, Ethics

## บทนำ

วิชาชีพพยาบาล (Professional Nursing) ซึ่งเป็นวิชาชีพที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของมนุษย์ ตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งเสียชีวิต ครอบคลุมร่างกายและจิตใจของบุคคลทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย สังคมต้องการพยาบาลที่มีจริยธรรมที่มีความประพฤติที่ดีงามในการปฏิบัติการพยาบาล ยิ่งไปกว่านั้นสามารถที่แก้ปัญหาทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดีเพื่อดำรงไว้ซึ่งจริยธรรมแห่งวิชาชีพ จริยธรรมมีส่งผลต่อประพฤติกรรมและกิริยาที่ถูกต้องและเหมาะสมดีงาม และเป็นที่ยอมรับตามมาตรฐานทางสังคม โดยพฤติกรรมทางจริยธรรมจะแสดงให้เห็นถึง การสร้างความคิด การมีเหตุผล เสียสละ เห็นประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าส่วนตนนำมาซึ่งประโยชน์สุขแก่ ตนเอง สังคม และประเทศชาติ (Lumjai, 2014) นอกจากนี้จริยธรรมยังเป็นแกนสำคัญอย่างหนึ่งในการประกอบทุกอาชีพ โดยมีหน้าที่ควบคุมและส่งเสริมการทำงานให้ถูกต้องเหมาะสม และรวมถึงการแก้ปัญหาต่าง ๆ ในการปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ผู้พิพากษา อัยการ ตำรวจ ครู นักการเมือง แพทย์ เป็นต้น

ในทางกลับกันพบว่า พยาบาลวิชาชีพ ถูกมองในทางลบอาจเนื่องมาจากหลายสาเหตุ ได้แก่ ความคาดหวังการพยาบาลไม่เป็นไปตามที่ต้องการ ความบกพร่องด้านจริยธรรมวิชาชีพของพยาบาล รวมถึงการพยาบาลที่ไม่ได้มาตรฐาน ส่งผลทำให้เกิดข้อร้องเรียนต่อผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลเพิ่มขึ้นตามลำดับ (Aussawapronwiput, 2016) สอดคล้องกับงานวิจัย เรื่องการปฏิบัติตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 ของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง พบว่า ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลถูกร้องเรียนเพิ่มขึ้นจากสาเหตุสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ พยาบาลไม่มีความรู้เพียงพอในเรื่องกฎหมายวิชาชีพ พยาบาลให้การพยาบาลไม่ได้มาตรฐานวิชาชีพ และผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลไม่ปฏิบัติ

ตามหลักจริยธรรมทางการแพทย์ (Tipsumanunt, Howteerakul, Suwannapong, & Tipayamonkholgul, 2017) นอกจากนี้พยาบาลจบใหม่หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยจะถูกข้อร้องเรียนได้มากกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงาน ตรงกับการศึกษาความเสี่ยงของพยาบาลและการรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ รายงานว่าพยาบาลที่มีความเสี่ยงมากคือ พยาบาลผู้อ่อนหัด (Novice) รองลงมาคือ พยาบาลผู้เริ่มก้าวหน้า (Advanced Beginner) ขณะที่พยาบาลที่มีประสบการณ์จะมีความเสี่ยงน้อยกว่า (Panaso, 2560; Edmonson, 2010) และที่สำคัญที่สุดคือความรู้สึกของพยาบาลที่ถูกร้องเรียนหรือฟ้องร้องจากการปฏิบัติงานมีผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ โดยพยาบาลที่ถูกฟ้องร้องมีภาวะหดหู่ เศร้า ท้อแท้ ผิดหวัง ความไม่ปลอดภัยในการปฏิบัติงาน ขาดความกล้าหาญในการเผชิญปัญหาโดยเฉพาะปัญหาทางจริยธรรม หลังจากถูกฟ้องร้องพยาบาลเหล่านี้จะหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาโดยทั่วไปหรือปัญหาทางจริยธรรมในการปฏิบัติงาน โดยเลือกการเก็บเงียบ และวางเฉยต่อเหตุการณ์นั้น ๆ ทำยสุดท้ายก็ลาออกจากการเป็นพยาบาลวิชาชีพ (Edmonson, 2010; Leuter, Petrucci, Mattei, Tabassi, & Lancia, 2013; Lindh, Barbosa da Silva, Berg, & Severinsson, 2010; Yeh, Wu, & Che, 2012)

จากปัญหาดังกล่าวพยาบาลต้องได้รับการปลูกฝังจริยธรรมทางการแพทย์และการพัฒนาทางจริยธรรมอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการพัฒนาความกล้าหาญเชิงจริยธรรม (Moral Courage) ควรจะเริ่มตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล โดยนักศึกษาแต่ละคนต้องมีพื้นฐานความรู้ทางด้านจริยธรรม และมีการพัฒนาทักษะทางจริยธรรมการคิดวิเคราะห์ปัญหาทางจริยธรรม (Moral Problem) โดยการเสริมสร้างประสบการณ์ในการจัดการกับปัญหาเชิงจริยธรรมระหว่างการฝึกการปฏิบัติงานทางการแพทย์เพิ่มเพื่อประสบการณ์ในการเผชิญและกล้าแสดงความกล้าหาญทางจริยธรรมในการแก้ปัญหาทางจริยธรรม เป็นการผสมผสานระหว่างการฝึกปฏิบัติงานทางการแพทย์ร่วมกับการนำความรู้ทางจริยธรรมทางการแพทย์นำมาใช้อย่างเป็นรูปธรรม ตรงกับมาตรฐานการอุดมศึกษา ปี 2561 โดยกำหนดผลลัพธ์การศึกษาที่ต้องการคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์โดยใช้กรอบมาตรฐาน DOE (Desired Outcome of Education) บัณฑิตต้องมีบทบาทการเป็นผู้ร่วมสร้างความมั่นคงและเป็นพลเมืองไทยที่สร้างที่ยั่งยืนให้กับประเทศ ในประเด็นด้านพลเมืองที่เข้มแข็ง (Active Citizen) ประกอบด้วย กล้าหาญเชิงจริยธรรม (Moral Courage) ยึดมั่นในความถูกต้อง รู้คุณค่าและรักความเป็นไทย เสริมสร้างสันติสุขอย่างยั่งยืน ร่วมมือรวมพลังเพื่อสร้างสรรค์การพัฒนา (Office of the Education Council, 2018) ดังนั้นนักศึกษาพยาบาลต้องได้รับการปลูกฝังและพัฒนาจริยธรรมทางการแพทย์ เสริมสร้างความกล้าหาญเชิงจริยธรรมตามกรอบมาตรฐานอุดมศึกษา 2561

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อนำเสนอเกี่ยวกับ แนวคิดความกล้าหาญเชิงจริยธรรม (Concept of Moral Courage) กระบวนการเกิดความกล้าหาญเชิงจริยธรรม (Process of Moral Courage)

### แนวคิดความกล้าหาญเชิงจริยธรรม (Concept of Moral Courage)

ความกล้าหาญเชิงจริยธรรม เป็นความสามารถในการรับมือกับกับปัญหาเกี่ยวกับจริยธรรมในสถานการณ์ที่ยุ่ยาก ซับซ้อน มีความเสี่ยงต่ออันตราย โดยบุคคลที่มีสมรรถนะความกล้าหาญเชิงจริยธรรม จะมีความกล้าในเผชิญปัญหาจริยธรรม และสามารถข้ามผ่านความกลัวและความวิตกกังวลในตัวเอง รวมถึงความมุ่งมั่นในการจัดการกับปัญหาทางจริยธรรมที่เกิดขึ้น โดยยึดหลักความถูกต้องตามหลักจริยธรรม โดยมีการแสดงออก เช่น คำพูด พฤติกรรม หรือการกระทำ ต่อปัญหาทางจริยธรรม (Action of Moral Courage) (Lachman, 2010) โดยบุคคลนั้นคาดหวังว่า การกระทำหรือพฤติกรรมของตนในการแก้ปัญหาทางจริยธรรมนั้น จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้อื่น หน่วยงาน และสังคม แม้ว่าตนเองได้รับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่อตนเองแต่ยังคงมีความมุ่งมั่นในการแก้ปัญหาทางจริยธรรมด้วยความกล้าหาญ มากไปกว่านั้นความกล้าหาญเชิงจริยธรรม (Moral Courage) ที่แสดงออกมาต้องผ่านการคิดอย่างมีเหตุผล (Moral Reasoning) นำมาช่วยตัดสินใจในการแก้ปัญหาเชิงจริยธรรม (Moral Decision Making) ภายใต้อุดมคติทางจริยธรรม (Moral Values) หลักจริยธรรม (Moral Principle) ความรู้ทางจริยธรรม (Ethical Knowledge) และมีความมุ่งมั่นทางจริยธรรม (Moral

Commitment) ทั้งหมดเป็นตัวผลักดันให้บุคคลมีความกล้าหาญเชิงจริยธรรมในการเผชิญและแก้ปัญหาทางจริยธรรมปราศจากความกลัวหรือผลกระทบในทางลบ (Duska, 2013; Gallagher, 2011; Murray, 2010)

การปลูกฝังความกล้าหาญเชิงจริยธรรม (Cultivation of Moral Courage) ของแต่ละบุคคลนั้นมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น บุคลิกเฉพาะตัว การอบรมเลี้ยงดูจากครอบครัว ความรู้ด้านจริยธรรม ประสบการณ์ในอดีต กระบวนการคิดวิเคราะห์ต่อปัญหา รวมถึงความสามารถในการเผชิญปัญหา เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามความกล้าหาญเชิงจริยธรรมสามารถพัฒนาเพิ่มขึ้นได้โดยการฝึกฝน เรียนรู้ วิเคราะห์ปัญหาทางจริยธรรม เพิ่มเติมประสบการณ์ในการเผชิญรวมทั้งการแก้ปัญหาทางจริยธรรม (Murray, 2010) สำหรับนักศึกษาพยาบาลต้องมีการพัฒนาและปลูกฝังความกล้าหาญเชิงจริยธรรมสามารถพัฒนาพร้อมกับการจัดการเรียนการสอนในการขึ้นปฏิบัติงานร่วมกับอาจารย์ผู้นิเทศ โดยร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาเชิงจริยธรรมที่เกิดขึ้นระหว่างการฝึกปฏิบัติงานในสถานการณ์จริง ร่วมกันเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาเชิงจริยธรรม เป็นการเพิ่มประสบการณ์ให้นักศึกษาพยาบาลมีการพัฒนาทักษะความกล้าหาญเชิงจริยธรรมอย่างเป็นรูปธรรมก่อนจบการศึกษา

### กระบวนการเกิดความกล้าหาญเชิงจริยธรรม (Process of Moral Courage)

กระบวนการเกิดความกล้าหาญเชิงจริยธรรม ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ (Di you & Bebeau, 2013) ได้แก่

1. ความไวทางจริยธรรม (Moral Sensitivity) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการรับรู้ปัญหาทางจริยธรรม และความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นในสถานการณ์ ความไวทางจริยธรรมเป็นทักษะของบุคคลในรับรู้ (Cognition) ต่อการเกิดปัญหาที่เกิดขึ้นความเสี่ยงรวมถึงข้อขัดแย้งอันนำมาสู่ความเสียหายที่อาจก่อตัวในอนาคต บุคคลที่มีทักษะความไวทางจริยธรรมจะมีทักษะในการรับรู้ปัญหา อารมณ์ของบุคคล (Feeling) ความขัดแย้งในความเชื่อ (Belief) คุณค่าของบุคคล (Values) และความรับผิดชอบในหน้าที่ (Moral Obligation and Moral Duty) นำมาซึ่งปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ดังนั้นบุคคลที่มีทักษะความไวทางจริยธรรมจะมีความสามารถในการป้องกันปัญหาและความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นต่อ บุคคล หน่วยงานและองค์กร (Comrie, 2012) และเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้บุคคลตระหนักรู้ปัญหาและความเสี่ยงนำมาสู่การคิดวิเคราะห์ปัญหาและการแก้ปัญหาในที่สุด

ความไวทางจริยธรรมมีความสำคัญอย่างมากต่อการพยาบาลเนื่องจากการพยาบาลเป็นการดูแลผู้ป่วยทั้งในยามปกติ เจ็บป่วย วิกฤต และใกล้ตาย ความเสี่ยงในการปฏิบัติงานทั้งตัวผู้ป่วยเองและผู้ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง หากพยาบาลมีทักษะความไวทางจริยธรรมจะช่วยลดความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดกับผู้ป่วย ตนเอง เจ้าหน้าที่ หน่วยงานและองค์กร (Lutzen, Blom, Ewalds-Kvist, & Winch, 2010) และเป็นส่วนสำคัญด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) จึงเป็นทักษะที่สำคัญสำหรับพยาบาลในการป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิด รวมถึงลดข้อผิดพลาดจากการปฏิบัติงาน และจุดเริ่มต้นในการกระตุ้นให้เกิดการวิเคราะห์ปัญหา การตัดสินใจในการป้องกันและแก้ปัญหา (Moral Decision Making) โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับความรับผิดชอบต่อหน้าที่ (Moral Obligation) (Comrie, 2012) ดังนั้นความไวทางจริยธรรมเป็นคุณลักษณะเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล ความสามารถในการตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงและการป้องกันความเสี่ยง สัมพันธ์โดยตรงกับการป้องกันอันตรายในการปฏิบัติงาน

จากเหตุผลดังกล่าวการศึกษาทางการพยาบาลต้องให้ความสำคัญโดยการปลูกฝังทักษะความสามารถความไวทางจริยธรรม (Moral Sensitivity) ตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากความไวทางจริยธรรมเป็นกระบวนการตั้งต้นในการรับรู้ปัญหาและความเสี่ยงที่อาจเกิดอันตรายหรือผลลบในการปฏิบัติงาน (Lutzen, Blom, Ewalds-Kvist, & Winch, 2010) สำหรับความไวทางจริยธรรมทางการพยาบาลสนับสนุนให้ผู้ป่วยปลอดภัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Patient Safety) มีส่วนช่วยให้พยาบาลทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

ในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย หากพยาบาลได้รับการเรียนรู้และฝึกทักษะความไวทางจริยธรรมจะช่วยให้พยาบาลมีความสามารถในการรับรู้ปัญหาทางจริยธรรมได้อย่างรวดเร็วสามารถป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยโดยตรง ดังนั้นการฝึกทักษะความไวทางจริยธรรมควรเริ่มปลูกฝังและฝึกฝน ตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาลเพื่อผลิตพยาบาลให้มีทักษะและความสามารถในการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นหน้าที่และเป็นความรับผิดชอบต่อหน้าที่และจรรยาบรรณวิชาชีพ (Comrie, 2012) จากเหตุผลดังกล่าว การศึกษาทางการพยาบาลต้องมีการผสมผสานการเรียนรู้ทักษะความไวทางจริยธรรมร่วมกับการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลในสถานการณ์จริงเพื่อกระตุ้นในการรับรู้ปัญหาและความเสี่ยง

2. เหตุผลทางจริยธรรม (Moral Reasoning) หมายถึงกระบวนการคิดและการตระหนักรู้ในการพิจารณาของปัญหาทางจริยธรรม แสดงให้เห็นถึงความสามารถถึงกระบวนการคิดของบุคคลโดยใช้หลักจริยธรรมเป็นฐานความคิดและเหตุผลก่อนการตัดสินใจกระทำ (Rhein, 2013) ลักษณะสำคัญของเหตุผลทางจริยธรรม (Moral Reasoning) ประกอบด้วย 2 ประการคือ ลักษณะของเหตุผลที่ลดปัญหาที่จะเกิดขึ้น และชนิดของเหตุผลภายใต้หลักจริยธรรมและบรรทัดฐานของกลุ่มคนในบริบทเดียวกัน เพื่อนำมาสู่การตัดสินใจทางจริยธรรม (Moral Decision Making) ในลำดับต่อมา ดังนั้นเหตุผลทางจริยธรรมเกี่ยวข้องกับกระบวนการคิดที่ใช้ในการป้องกันการเกิดปัญหาหรือการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นให้ลดลง และเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมในบุคคลในการจัดการกับปัญหาทางจริยธรรม หากพยาบาลมีเหตุผลทางจริยธรรมจะส่งผลให้เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการเผชิญและแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหตุผลสมผล เหตุผลทางจริยธรรมในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น การให้คุณค่า (Value) มุมมอง (Worldviews) และประสบการณ์ในการเผชิญปัญหาและแก้ปัญหา (Experiences) นอกจากนี้หากบุคคลมีทักษะในการใช้เหตุผลทางจริยธรรมในการแก้ปัญหาบ่อย จะส่งเสริมให้บุคคลนั้นมีการพัฒนาความทักษะความเชี่ยวชาญของการใช้เหตุผลทางจริยธรรมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับหลักจริยธรรม บรรทัดฐานของสังคมและกฎหมาย ยึดหลักประโยชน์ของส่วนรวมเป็นหลัก กล่าวได้ว่าเหตุผลทางจริยธรรมนำไปสู่การตัดสินใจในการกระทำ (Moral Decision Making) และการกระทำที่พึงงาม (Moral Action) (Nather, 2013)

สรุปได้ว่าเหตุผลทางจริยธรรมเป็นกระบวนการคิดวิเคราะห์โดยใช้หลักจริยธรรม นำไปสู่การแสดงออกทางจริยธรรม (Moral Action) เพื่อผลลัพธ์ที่ดีในการแก้ปัญหา ดังนั้นเหตุผลทางจริยธรรมจึงมีประโยชน์ต่อบุคคลในการเผชิญปัญหาวิเคราะห์ปัญหา รวมถึงการสร้างความมั่นใจในการแสดงออกทางจริยธรรม สำหรับเหตุผลทางจริยธรรมในพยาบาล พบว่ามีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อการพยาบาล สนับสนุนการแก้ปัญหาทางจริยธรรมอย่างเหมาะสม ก่อให้เกิดคุณภาพการพยาบาลที่ดีได้มาตรฐาน การพัฒนาทักษะการใช้เหตุผลทางจริยธรรมจึงมีจำเป็นต้องได้รับการฝึกฝนเช่นกัน ที่สำคัญนักศึกษาพยาบาลต้องมีเข้าใจในหลักจริยธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานในการวิเคราะห์เหตุผลในการตัดสินใจรวมถึงพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์

3. ความมุ่งมั่นทางจริยธรรม (Moral Commitment) หมายถึงความตั้งใจในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วยความมุ่งมั่น ซึ่งสัมพันธ์ระหว่างเหตุผลทางจริยธรรม (Moral Reasoning) และการแสดงออกทางจริยธรรม (Moral Action) นอกจากนี้ปัจจัยอื่น ๆ มีผลต่อความมุ่งมั่นทางจริยธรรมร่วมด้วย ได้แก่ คุณค่า (Value) ความเชื่อ (Strong Beliefs) ความตั้งใจ (Commitment) และความรับผิดชอบ (Responsibility) ความรู้ด้านจริยธรรม (Knowledge) ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมสร้างต่อความมุ่งมั่นทางจริยธรรม หากบุคคลมีความมุ่งมั่นทางด้านจริยธรรมจะส่งผลให้บุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นในตนเองและกล้าหาญในการแสดงออกทางจริยธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาทางจริยธรรม (Borhani, Jalali, Abbaszadeh, & Haghdoost, 2014) นอกจากนี้ปัจจัยในตนเองแล้ว พบว่า ปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น วัฒนธรรม บรรทัดฐานในสังคม และศาสนา จะเพิ่มความมุ่งมั่นทางจริยธรรม

สำหรับความมุ่งมั่นทางจริยธรรมทางการพยาบาล (Moral Commitment in Nursing) เป็นทักษะเฉพาะที่สำคัญสำหรับพยาบาลรวมทั้งนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากความมุ่งมั่นทางจริยธรรมจะช่วยสนับสนุนการแสดงออกทางจริยธรรมที่เหมาะสมในสถานการณ์ (Moral Action) โดยเฉพาะการสร้างเชื่อมั่นในการ

แสดงออกทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งโดยปกติแล้วพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญกับปัญหาทางจริยธรรมอยู่บ่อยครั้งในการปฏิบัติงานโดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ความมุ่งมั่นทางจริยธรรมจะส่งเสริมทัศนคติด้านบวกในการเผชิญปัญหาทางจริยธรรมและส่งเสริมมาตรฐานการพยาบาลที่ดี รวมถึงพฤติกรรมที่ดีเหมาะสมทั้งในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์ที่มีปัญหา (Nesje, 2015) พยาบาลมีความมุ่งมั่นทางจริยธรรมช่วยให้พยาบาลนั้นตระหนักถึงในการรักษาและดำรงไว้ซึ่งมาตรฐานการพยาบาล การเคารพสิทธิของผู้ป่วย จรรยาบรรณวิชาชีพ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย บทบาทหน้าที่ที่ดี สร้างความมั่นใจในการทำงานที่ได้มาตรฐานและน่าไว้วางใจในการปฏิบัติหน้าที่ ที่สำคัญความมุ่งมั่นทางจริยธรรมของพยาบาลจะมีประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วยและคุณภาพการพยาบาล ในการให้ช่วยเหลือรวมถึงคำแนะนำในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยอย่างเต็มความรู้ความสามารถตามหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ ด้วยเหตุนี้ความมุ่งมั่นทางจริยธรรมสมควรได้รับการปลูกฝังให้กับนักศึกษาพยาบาลเป็นการเพิ่มความตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมของวิชาชีพ รักษาไว้ซึ่งมาตรฐานวิชาชีพเป็นที่ยอมรับของสังคม รวมทั้งเป็นที่พึงของผู้ป่วยและญาติเกิดความไว้วางใจและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

4. พฤติกรรมทางจริยธรรม (Moral Action) หมายถึงการแสดงออกทางจริยธรรมซึ่งเป็นพฤติกรรมของบุคคล โดยพฤติกรรมนั้นสัมพันธ์กับความมุ่งมั่นทางจริยธรรม (Moral Commitment) และเหตุผลทางจริยธรรม (Moral Reasoning) พฤติกรรมทางจริยธรรมเป็นปัจจัยสุดท้ายในกระบวนการคิดวิเคราะห์จนบุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมทางจริยธรรมในสถานการณ์ โดยเฉพาะพฤติกรรมในการแก้ปัญหาทางจริยธรรม บุคคลที่แสดงพฤติกรรมทางจริยธรรมสามารถอธิบายพฤติกรรมของตนได้ว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากเหตุผลใด เพื่อสิ่งใด มีเหตุผลใดที่สนับสนุนพฤติกรรม เชื่อมั่นว่าพฤติกรรมทางจริยธรรมนั้นอยู่บนพื้นฐานของความถูกต้องตามหลักจริยธรรม ตามบรรทัดฐานของสังคม ค่านิยมอันดีงาม

## สรุป

จริยธรรม เป็นคุณสมบัติที่สำคัญของคนในสังคม โดยจะช่วยในการส่งเสริมกระบวนการคิดและการตัดสินใจในทิศทางที่เหมาะสม ถูกต้อง ดีงาม มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมของคน รวมไปถึงการประกอบอาชีพ ซึ่งทุกอาชีพต้องมีจริยธรรมเป็นตัวขับเคลื่อนการทำงานที่ ความรับผิดชอบทั้งต่อตนเอง บุคคลอื่น หน่วยงานและองค์กรรวมถึงประเทศชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแก้ปัญหาต่าง ๆ รวมถึงปัญหาทางจริยธรรมในการปฏิบัติงาน ซึ่งนับวันปัญหาต่าง ๆ และปัญหาทางจริยธรรมมีจำนวนเพิ่มขึ้นและทวีความรุนแรง สำหรับวิชาชีพพยาบาลเป็นอาชีพหนึ่งที่ต้องมีจริยธรรมรวมและจรรยาบรรณวิชาชีพในการประกอบอาชีพ สังคมไม่ได้คาดหวังพยาบาลมีเพียงแต่ความรู้เท่านั้น แต่สังคมยังต้องการพยาบาลที่มีจริยธรรมในการปฏิบัติงานและดำรงไว้ซึ่งจรรยาบรรณมาตรฐานวิชาชีพ รวมถึงทักษะความสามารถของพยาบาลในการเผชิญและแก้ปัญหาในการปฏิบัติงานและปัญหาทางจริยธรรมที่เกิดขึ้น ดังนั้น พยาบาลต้องมีความสามารถและทักษะในการเผชิญและการจัดการปัญหา โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานการณ์ที่มีความเสี่ยง ความกล้าหาญเชิงจริยธรรม (Moral Courage) เป็นทักษะความสามารถขั้นสูงในการเผชิญและการจัดการกับปัญหาได้เป็นอย่างดีและมีประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหา ซึ่งความกล้าหาญเชิงจริยธรรมนั้นต้องมีทักษะความสามารถทางจริยธรรมอื่น ๆ ร่วมด้วย ได้แก่ ความไวทางจริยธรรม (Moral Sensitivity) เหตุผลทางจริยธรรม (Moral Reasoning) ความมุ่งมั่นทางจริยธรรม (Moral Commitment) และ พฤติกรรมทางจริยธรรม (Moral Action) ซึ่งทักษะเหล่านี้สามารถพัฒนาได้โดยการเรียนรู้ และฝึกฝน รวมถึงกระตุ้นให้หน้าทักษะความกล้าหาญเชิงจริยธรรมในการจัดการกับปัญหาทางจริยธรรม

## ข้อเสนอแนะ

การปลูกฝังจริยธรรมและพัฒนาทักษะทางจริยธรรมต่าง ๆ เป็นหัวใจสำคัญในการประกอบอาชีพ รวมถึงการดำเนินชีวิต ความกล้าหาญเชิงจริยธรรม เป็นทักษะทางจริยธรรมอย่างหนึ่งในการจัดการและเผชิญกับปัญหาทางจริยธรรม พยาบาลวิชาชีพเป็นอาชีพที่ต้องเผชิญกับปัญหาทางจริยธรรมในการปฏิบัติงานซึ่งนับวันจะมี

จำนวนเพิ่มขึ้นและทวีความรุนแรง ดังนั้น การพัฒนาและการปลูกฝังความกล้าหาญเชิงจริยธรรมจึงมีความสำคัญ รวมถึงการเสริมสร้างประสบการณ์ในการนำทักษะความกล้าหาญเชิงจริยธรรมนำมาใช้ในการจัดการกับปัญหาทางจริยธรรมในการปฏิบัติงานอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งกระบวนการเกิดความกล้าหาญเชิงจริยธรรมประกอบด้วย ความไวทางจริยธรรม เหตุผลทางจริยธรรม ความมุ่งมั่นทางจริยธรรม และพฤติกรรมทางจริยธรรม ดังนั้น การศึกษาทางการพยาบาลต้องมีนโยบายในการสอดแทรกพัฒนาจริยธรรมและความกล้าหาญเชิงจริยธรรมในการเรียนการสอนทั้งวิชาทั้งทฤษฎีและปฏิบัติ

## References

- Di You., & Bebeau, M. J. (2013). The Independence of James Rest's Components of Morality: Evidence from a Professional Ethics Curriculum Study. *Ethics and Education*, 1-14. doi.org/10.1080/17449642.2013.846059.
- Panaso, C. (2017). The Perception of Risk to Preserve the Code of Ethics in Nursing for Nurses at Somdechphrapinklao Hospital Naval Medical Department. *Public Health & Health Laws Journal*, 3(2), 167-179. (in Thai)
- Lumjai, P. (2014). The Model of Moral and Ethical Secondary Students Development. *Journal of Humanities and Social Sciences University of Phayao*, 2(3), 29-41. (in Thai)
- Aussawapronwiput, W. (2014). Standards of Nursing Care: Nursing Process and Professional Ethics. *Public Health & Health Laws Journal*, 2(3), 393-400. (in Thai)
- Tipsumanunt, W., Howteerakul, N., Suwannapong, N., & Tipayamonkhonggul, M. (2017). Nursing Performance in Relation to Nursing Council Regulations on Professional Ethics of Nurse and Midwifery B.E. 2550 among Professional Nurses in One Tertiary Hospital. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 28(2), 116-127. (in Thai)
- Office of the Education Council. (2018). *National Education Standards B.E. 2561*. Bangkok: 21 Century Company Limited. (in Thai)
- Borhani, F., Jalali, T., Abbaszadeh, A., & Haghdoost, A. (2014). Nurses' Perception of Ethical Climate and Organizational Commitment. *Nursing Ethics*, 21(3), 278-288. doi: 10.1177/0969733013493215
- Comrie, R. W. (2012). An Analysis of Undergraduate and Graduate Student Nurses' Moral Sensitivity. *Nursing Ethics*, 19(1), 116-127.
- Duska, R. (2013). Integrity and Moral Courage. *Journal of Financial Service Professionals*, 67(7), 20-22.
- Edmonson, C. (2010). Moral Courage and the Nurse Leader. *Online Journal of Issues in Nursing*, 15(3), 10-19. DOI: 10.3912/OJIN.Vol15No03Man05
- Gallagher, A. (2011). Moral Distress and Moral Courage in Everyday Nursing Practice. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 8. doi: 10.1177/0969733009106649
- Lachman, V. D. (2010). Strategies Necessary for Moral Courage. *Online Journal of Issues in Nursing*, 15(13), 12E-19E.
- Leuter, C., Petrucci, C., Mattei, A., Tabassi, G., & Lancia, L. (2013). Ethical Difficulties in Nursing, Educational Need Attitudes about Using Ethics Resources. *Nursing Ethics*, 20(3), 348-358.
- Lindh, I-B., Barbosa da Silva, A., Berg, A., & Severinsson, E. (2010). Courage and Nursing Practice: A Theoretical Analysis. *Nursing Ethics*, 17(5), 551-565.



- Lutzen, K., Blom, T., Ewalds-Kvist, B., & Winch, S. (2010). Moral Stress, Moral Climate and Moral Sensitivity among Psychiatric Professionals. *Nursing Ethics*, 17(2), 213-224. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733009351951>
- Murray, J. S. (2010). Moral Courage in Healthcare: Action Ethically Even in the Presence of Risk. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 15(3), 1-9. doi: 10.3912/OJIN.Vol15No03Man02
- Nather, F. (2013). Exploring the Impact of Formal Education on the Moral Reasoning Abilities of College Students. *College Student Journal*, 3, 470-477.
- Nesje, K. (2015). Nursing Students' Prosocial Motivation: Does it Predict Professional Commitment and Involvement in the Job? *Journal of Advanced Nursing*, 71(1), 115-125. doi: 10.1111/jan.12456
- Rhein, D. (2013). The Workplace Challenge: Cross-Cultural Leadership in Thailand. *ISEA*, 14(1), 41-55.
- Yeh, M., Wu, S., & Che, H. (2012). Cultural and Hierarchical Influences: Ethical Issues Faced by Taiwanese Nursing Students. *Medical Education*, 44(5), 475-484.

## ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ กับการจัดการความปวดของพยาบาล ในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้

### Relationship Between Knowledge and Attitude, and Pain Management of Nurses in Pediatric Intensive Care Units, Southern Part of Thailand

วันธนี วิรุณหพาณิช<sup>1\*</sup>, ฮัมดี มาแย<sup>1</sup> และ พิสมัย วัฒนสิทธิ์<sup>1</sup>

Wantanee Wiroonpanich<sup>1\*</sup>, Humdee Mayae<sup>1</sup> and Pissamai Wattanasit<sup>1</sup>

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์<sup>1\*</sup>

Prince of Songkla University<sup>1\*</sup>

(Received: June 28, 2020; Revised: May 20, 2020; Accepted: September 14, 2020)

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงความสัมพันธ์นี้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ กับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาคใต้ จำนวน 88 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้และทัศนคติ กับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ค่าความเที่ยงแบบสอบถามความรู้ โดยใช้วิธีคูเดอริชาร์ดสัน (KR-20) ได้เท่ากับ .81 และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวด โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .86 และแบบสอบถามการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .79 หาค่าความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวดของพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง ( $M=36.95, SD=3.75$ )

2. คะแนนเฉลี่ยการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้ อยู่ในระดับสูง ( $M=91.00, SD=7.83$ )

3. ความรู้และทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .058; p = .59$ )

ควรจัดอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ให้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้ โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับการประเมินความปวดและการบรรเทาความปวดโดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยาในผู้ป่วยเด็ก

**คำสำคัญ:** ความรู้และทัศนคติ, การจัดการความปวด, ผู้ป่วยเด็กวิกฤต

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: mr.dee\_01@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 085-4726412)

## Abstract

This correlational research aimed to study the relationships between knowledge and attitude, and pain management of nurses into Pediatric Intensive Care Units (PICU) in Southern Thailand. Sample was 88 nurses working in PICU. Purposive sampling was applied. Data were collected using a questionnaire, which had three parts: 1) demographic data, 2) knowledge and attitude, and 3) pain management. Reliability of the questionnaire for the knowledge part was tested using Kuder Richardson method (KR-20), yielding a value of .81. Reliability of questionnaire for attitude and pain management was tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding values of 0.86 and 0.79, respectively. Data were analyzed using mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation. And results showed the following.

1. Mean score of knowledge and attitude regarding pain management among nurses in Southern PICU was at a moderate level ( $M=36.95$ ,  $SD=3.75$ ).
2. Mean score of pain management among nurses in Southern PICU was at a high level ( $M=91.00$ ,  $SD=7.83$ ).
3. Knowledge and attitudes did not correlate with pain management ( $r = .058$ ;  $p = .59$ ) of nurses in Southern Pediatric Intensive Care Units.

Therefore, our findings suggest that training should be provided for nurses working in Southern Pediatric Intensive Care Units, in order to increase their knowledge, especially the knowledge about pain assessment and pain relief, using pharmacological and non-pharmacological therapy.

**Keywords:** Knowledge, Attitudes, Pain Management, Pediatric Intensive Care Units, Southern Thailand

## บทนำ

ความปวดเป็นประสบการณ์ที่พบได้อยู่เสมอ ไม่ว่าจะเกิดจากภาวะเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ การผ่าตัด หรือการทำหัตถการ ผู้ป่วยเด็กในประเทศไทยร้อยละ 40-61 จะมีความปวดหลังจากการทำหัตถการหรือหลังผ่าตัด (Thai Association for the Study of Pain, 2018) และพบว่าผู้ป่วยเด็กจะรู้สึกไม่สบายใจจากความปวดหลังผ่าตัดระดับปานกลางถึงรุนแรงในระยะเวลา 24-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤตหลังผ่าตัด หลังจากนั้นความปวดจะค่อยๆลดลง (Phanarat, Wimolrat, Malinee, Fangam, Sutanee, Sasiwimol et al, 2016) จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเด็กวิกฤตส่วนใหญ่มักต้องเผชิญกับความปวดและต้องได้รับการจัดการความปวดอย่างถูกต้องและเหมาะสม

ความปวดในผู้ป่วยเด็กวิกฤตนอกจากการผ่าตัดแล้ว ยังมีสาเหตุหลายประการ ในผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และการได้รับยาที่ทำให้มีอาการง่วงซึม มักมีความเสี่ยงต่อการไม่ได้รับการบรรเทาความปวดอย่างทันที่ สาเหตุจากการไม่สามารถสื่อสารได้ (Chen, Chi, Lai, 2011; Wantanee, 2018) หรือจากกิจกรรมพยาบาล โดยเฉพาะกิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้เกิดความปวด เช่น การพลิกตัวหรือเปลี่ยนท่านอน การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ การทำความสะอาดแผล การถอดสายระบายสิ่งคัดหลั่งหลังจากแผล การถอดสายน้ำเกลือ การเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจ (Fowler, & Marmo, 2010) นอกจากนี้ยังมีความเครียด ความวิตกกังวลและความกลัว ทำให้ความทนต่อความปวดลดลงได้ (Warangkhan, 2011) แต่สำหรับผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษา หอผู้ป่วยเด็กวิกฤต บางรายอาจสามารถสื่อสารให้บรรเทาความปวดได้ หรือเด็กบางคนสามารถสื่อสารด้วย

ภาษากาย เช่น การกรอกรัดมือเรียก การเขย่าข้างเตียง หรือแสดงความปวดด้วยการแสดงออกทางพฤติกรรม (Wilai, 2010; Wiroonpanich, 2561)

การประเมินความปวดในเด็กเป็นสิ่งที่ท้าทายกับพยาบาล ซึ่งการประเมินความปวดนั้นพยาบาลสามารถจัดการ และให้การช่วยเหลือได้ พยาบาลจึงจำเป็นที่จะต้องนำความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการจัดการความปวดที่ถูกต้องและสอดคล้องกัน โดยนำมาประยุกต์ใช้เพื่อให้การจัดการความปวดเป็นไปอย่างเหมาะสมกับเด็ก ความรู้ของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการจัดการความปวด การขาดความรู้ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ทำให้การจัดการความปวดไม่มีประสิทธิภาพ (Twycross, 2010; Czarniecki, Simon, Thompson, Armus, Hanson, Berg, et al., 2011) มีรายงานการศึกษาระดับของความรู้ ทักษะของพยาบาลในการจัดการความปวดในเด็กที่ได้รับการผ่าตัด พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ( $M=71.36, SD=7.91$ ) และพบว่าพยาบาลยังขาดความรู้เรื่องวิธีการใช้เครื่องมือการประเมินความปวด และเลือกใช้แบบประเมินความปวดในเด็กยังไม่ถูกต้องเนื่องจากแบบประเมินมีความหลากหลาย ไม่เข้าใจวิธีการประเมิน ขาดแนวทางที่ชัดเจนในการประเมินความปวดในเด็ก คิดเป็นร้อยละ 13.82 (Katakorn, Autchareeya, & Renu, 2018) และพบว่าพยาบาลจำนวนหนึ่งจะใช้ประสบการณ์ส่วนตัวในการประเมินความปวดและการจัดการความปวด และไม่มีแบบประเมินความปวดก่อนที่จะจัดการกับความปวด (Vincent, 2010) รวมทั้งยังพบความเชื่อที่ผิดว่าผู้ป่วยเด็กจะไม่รู้สึกปวดเท่ากับผู้ใหญ่ เด็กจะบอกพยาบาลเมื่อเด็กรู้สึกปวด และเด็กที่สามารถทำกิจกรรมที่เบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดหรือสามารถนอนหลับได้แปลว่าเด็กไม่ปวด (Petovello, 2012) หากพยาบาลมีทัศนคติ ความเชื่อ และความเข้าใจที่ผิดเกี่ยวกับความปวดในเด็กจะส่งผลให้การจัดการความปวดได้ไม่ตรงกับที่เด็กต้องการ ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีความรู้ ทักษะ และความเข้าใจที่ถูกต้องในการจัดการความปวดภายใต้อิทธิพลของสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วยเด็กแต่ละราย จะนำไปสู่การตัดสินใจ และการทำให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสม (Narayan, 2010)

การจัดการความปวดของพยาบาลที่เหมาะสม ประกอบด้วย การประเมินความปวดและการบรรเทาความปวด โดยการประเมินความปวดในผู้ป่วยเด็กควรเลือกใช้เครื่องมือที่เหมาะสมกับอายุ พัฒนาการ สภาพร่างกายของผู้ป่วยเด็ก และเครื่องมือมีความเที่ยงตรง น่าเชื่อถือ และมีความไวสูง (Czarniecki, Simon, Thompson, Armus, Hanson, Berg, et al., 2011) โดยเครื่องมือประเมินความปวดในเด็กที่นิยมใช้ในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตและได้ทำการทดสอบความเที่ยงในการประเมินความปวดในเด็กทั้งที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจว่าสามารถประเมินความปวดในเด็กวิกฤตได้และใกล้เคียงกับความปวดที่เด็กปวดจริง เช่น CHEOPS, FLACC Scale, COMFORT-B Scale (Johansson, & Eva, 2009) ถึงแม้จะมีการพัฒนาเครื่องมือประเมินความปวดในเด็กป่วยวิกฤตแล้วก็ตามแต่ก็ยังมีรายงานว่าพยาบาลที่ดูแลเด็กป่วยวิกฤตบางส่วนยังไม่ได้ใช้เครื่องมือประเมินความปวดในการประเมินเด็ก เช่น การแสดงออกทางสีหน้า ร้อยละ 83.91 การแสดงท่าทาง ร้อยละ 82.14 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ร้อยละ 50.00 และการถามความปวดจากผู้ป่วยเด็ก ร้อยละ 33.91 หรือถามจากผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 10.70 จะมีผลทำให้ระดับความปวดที่ได้จากผู้ประเมินความปวดแต่ละคนไม่ตรงกันและมีผลต่อการบรรเทาความปวด (Mathew, 2011)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าทั้งความรู้และทัศนคติในการจัดการความปวดมีอิทธิพลต่อการจัดการความปวดในเด็กของพยาบาล และมีความสัมพันธ์กัน (Vincent, 2010) อีกทั้งยังไม่พบการเผยแพร่วรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และการจัดการความปวดในพยาบาลที่ดูแลเด็กวิกฤตในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ความรู้ ทักษะ และการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบ/วิธีการในการส่งเสริมให้พยาบาลที่ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยเด็กวิกฤตมีการจัดการความปวดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

## วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กกวิฤต
2. เพื่อศึกษาระดับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กกวิฤต
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวดกับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กกวิฤต

## กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการศึกษาความรู้ (Knowledge, K) ทัศนคติ (Attitude, A) และการปฏิบัติ (Practice, P) หรือ KAP ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่เหมาะสมในการจัดการกับความวิตกกังวลของคนในแง่มุมมองของความรู้และทัศนคติ และการปฏิบัติของพยาบาล (Launiala, 2009) ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิด KAP ของชาร์ท (Schwart, 1975 อ้างตาม Olet, 2015) นำรูปแบบความสัมพันธ์ที่ 2 ได้แก่ ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กันทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา และการปฏิบัติก็ส่งผลให้เกิดความรู้และทัศนคติได้ โดยทัศนคติที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลมีผลจากการได้รับการเรียนรู้ ซึ่งเมื่อพยาบาลมีความรู้และทัศนคติเชิงบวกจะส่งผลให้เกิดการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Suprana, 2010)

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlational Study)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กกวิฤตโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาคใต้ จำนวน 9 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลสตูล โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โรงพยาบาลสงขลา และโรงพยาบาลปัตตานี มีจำนวนพยาบาลทั้งหมด 117 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กกวิฤตโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในภาคใต้ มีเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยเด็กกวิฤต 2) มีประสบการณ์ในการประเมินและจัดการความปวดในเด็ก กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการเปิดตารางประมาณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ กำหนดขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาได้จากงานวิจัยที่ผ่านมาที่ใกล้เคียงที่สุด ของ Vincent, & Denyes (2004) ที่ได้ศึกษา “การจัดการความปวดในเด็ก: ความสามารถของพยาบาลกับการจัดการความปวดโดยใช้ยา” (Relieving Children’s Pain: Nurses’ Abilities and Analgesic Administration Practices) ค่าขนาดอิทธิพลคำนวณจากสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากตัวแปร ความรู้ ทัศนคติ และการจัดการความปวดของพยาบาลอยู่ในระดับที่ดี  $r = 0.31$  เกณฑ์ที่ยอมรับได้อัลฟา ( $\alpha$ ) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 เมื่อเปิดตารางหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Polit, & Beck, 2008) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 88 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยหาอัตราส่วนของพยาบาลแต่ละโรงพยาบาลและนำมาสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 13 ข้อ 2) แบบสอบถามความรู้และทัศนคติกับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กกวิฤต ผู้วิจัยได้ดัดแปลงเครื่องมือจากแบบสำรวจความรู้ ทัศนคติ และการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กของ Hossain (2010) แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวด จำนวน 50 เลือกลงใช่ หรือ ไม่ใช่ เป็นคำถามด้านบวก 32

ข้อ และคำถามด้านล่าง 18 ข้อ และแบบสอบถามการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต จำนวน 22 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 1-5 ระดับ ได้แก่ 1 = ไม่เคย, 2 = นาน ๆ ครั้ง, 3 = บางครั้ง, 4 = บ่อยครั้ง และ 5 = ประจำ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดการความปวดในเด็ก อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการจัดการความปวดในเด็ก และพยาบาลวิชาชีพผู้มีประสบการณ์และมีความเชี่ยวชาญด้านการจัดการความปวดในเด็ก ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับแก้ ภายใต้อำนาจแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาความเที่ยง (Reliability)

แบบสอบถามความรู้และทัศนคติ กับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต นำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จำนวน 20 คน และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าความเที่ยงแบบสอบถามความรู้ โดยใช้วิธีคูเคอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้เท่ากับ .81 และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวด โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .86 และแบบสอบถามการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .79

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โครงร่างวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลต่าง ๆ โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขออนุมัติในการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลทั้ง 9 แห่ง
2. หลังอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตของโรงพยาบาลทั้ง 9 แห่ง แนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
3. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ช่วยวิจัยของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อชี้แจง แนวทางการตอบแบบสอบถามและการตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบ
4. ผู้ช่วยวิจัยแจกแบบสอบถามให้กับพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด กรณีพบว่าแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ขอให้ผู้ช่วยวิจัยติดต่อผู้ตอบแบบสอบถามให้ตอบแบบสอบถามจนสมบูรณ์
5. นัดหมายให้ผู้ช่วยวิจัยส่งแบบสอบถามกลับภายใน 2 สัปดาห์
6. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และลงรหัสคำตอบในแบบสอบถามทุกชุดที่มีคำตอบสมบูรณ์
7. นำแบบสอบถามไปบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ในระดับนามบัญญัติโดยใช้ความถี่และร้อยละ ส่วนข้อมูลระดับอัตราส่วนใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวดของพยาบาล โดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์การจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตวิเคราะห์โดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ กับการจัดการความปวดของพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ทั้งนี้ ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยการตรวจสอบการแจกแจงข้อมูล พบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ (Normal Distribution) และผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) และความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (Homoscedasticity)

### จริยธรรมวิจัย

วิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (PSU IRB 2017-NSt 015) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (80/2560) โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช (08/2561) โรงพยาบาลตรัง (023/11-2560) โรงพยาบาลสตูล (ETA009/61) โรงพยาบาลหาดใหญ่ (89/2560) โรงพยาบาลยะลา (4/2560) โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต (VPH REC 027/2017) โรงพยาบาลสงขลา (12/2560) และโรงพยาบาลปัตตานี (013/2560)

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 98.86) อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30-39 ปี (ร้อยละ 44.31) นั้บถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 62.50 ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6-10 ปี (ร้อยละ 35.09) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 65.90) วุฒิการศึกษาในสาขาการพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 93.18) ทำงานอยู่ในระดับพยาบาลปฏิบัติการ (ร้อยละ 53.41) อ่านวารสารเกี่ยวกับการพยาบาล/วารสารความปวดในเด็กปีละ 1 ครั้ง เคยเรียนการจัดการความปวดในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 81.82) ทั้งหมดเคยให้การพยาบาลแก่เด็กที่มีความปวดด้วยตัวเอง (ร้อยละ 100) เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวดในเด็กมีจำนวนใกล้เคียงกับกลุ่มที่ไม่เคยได้รับการอบรม (ร้อยละ 54.54 และ 45.46 ตามลำดับ) ร้อยละ 93.18 รับรู้ว่ามีกรจัดทำมาตรฐานหรือแนวทางการปฏิบัติ (guideline) เกี่ยวกับการจัดการความปวดในเด็กในโรงพยาบาล/หอผู้ป่วยของตน

2. ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวด และการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้

**ตาราง 1** ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวด และการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้ (N = 117)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้		คะแนนของกลุ่มตัวอย่าง		M	SD	คะแนนเฉลี่ย (ร้อยละ)	ระดับ
	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด				
ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวด	0	50	25	46	36.95	3.75	71.59	ปานกลาง
การจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้	22	110	74	110	91.00	7.83	70.45	สูง

จากตารางพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวด โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M=36.95, SD=3.75$ , ร้อยละ 71.59) และคะแนนเฉลี่ยการจัดการความปวดการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้โดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $M=91.00, SD=7.83$ , ร้อยละ 70.45)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวด กับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวด กับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้ (N = 117)

ตัวแปร	การจัดการความปวด (r)	p
ความรู้และทัศนคติ	.058	.59

จากตาราง 2 พบว่า ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวดไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.058; p=.59$ )

### อภิปรายผล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 98.86) อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30-39 ปี (ร้อยละ 44.31) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 62.50 ส่วนที่เหลือนับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 37.50 โดยความแตกต่างของแต่ละศาสนา ย่อมมีความเชื่อในคำสอนของศาสนาที่แตกต่างกัน และลักษณะของความเชื่อนั้นมีส่วนสำคัญต่อพฤติกรรมการจัดการความปวด (Chollada, Panuwat, & Chomnad, 2016) อีกทั้งบริบทในภาคใต้ยังมีวัฒนธรรมที่ผูกพันหลากหลายภาษา นับว่าเป็นอุปสรรคสำคัญของการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ เป็นสาเหตุนำไปสู่ความไม่เข้าใจภาษา และการแปลความที่แตกต่างกัน มีผลต่อความสามารถในการจัดการความปวด (Kannika, Phaibun, & Suchart, 2014) ระยะเวลาการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6-10 ปี (ร้อยละ 35.09) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 65.90) ซึ่งระยะเวลาในการปฏิบัติงานอาจมีผลต่อการจัดการความปวดได้ โดยพยาบาลที่มีประสบการณ์สูงจะมีความรู้ในการจัดการความปวดได้ดีกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า (Srisuda, Nisa, Chutarat, Boonteun, Sasithorn, & Rungnapa, 2018) และอาจเป็นผลจากหลักสูตรที่เรียน และการประเมินผลที่มุ่งให้เกิดการพัฒนาตนเองในด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณได้ (Jantaveemuang, & Thongmeekhwan, 2016) มีการอ่านวารสารเกี่ยวกับการพยาบาล/วารสารความปวดในเด็กปีละ 1 ครั้ง ร้อยละ 40.91 และเคยได้รับการอบรมในหัวข้อการจัดการความปวดในเด็ก ร้อยละ 52.13 และเกือบครึ่งหนึ่ง ไม่เคยได้รับการอบรมในหัวข้อการจัดการความปวดในเด็ก (ร้อยละ 54.54) การที่พยาบาลอ่านวารสารอย่างน้อยปีละครั้ง หรือเข้ารับการอบรมในหัวข้อการจัดการความปวด ทำให้พยาบาลได้เพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดมากขึ้น สิ่ง ซึ่งจะส่งผลทัศนคติของพยาบาลเปลี่ยนแปลงตามระดับความรู้ และทักษะในการจัดการความปวด (Derond, Campen, & Klievink, 2000)

2. ระดับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

ความรู้และทัศนคติของพยาบาล ในการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่า มีความรู้และทัศนคติโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 71.59) (ตาราง 2) และเมื่อนำคะแนนมาวิเคราะห์ระดับช่วงชั้น พบว่า ความรู้และทัศนคติของพยาบาลในการจัดการความปวดอยู่ในระดับสูงเพียงร้อยละ 26.13 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 71.60 และระดับต่ำเพียงร้อยละ 2.27 การที่พยาบาลมีความรู้และทัศนคติโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางอาจเนื่องมาจากพยาบาลวิชาชีพในการศึกษา

ครั้งนี้ร้อยละ 54.54 ไม่ได้ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับความปวดและการจัดการความปวดหลังจากจบปริญญาตรี ประกอบกับพยาบาลวิชาชีพเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 40.91) อ่านวารสารเกี่ยวกับการพยาบาล/วารสารความปวด ในเด็กเพียงปีละ 1 ครั้ง ทำให้ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวดในเด็กได้รับเพิ่มพูนไม่มากพอ (Srisuda, Nisa, Chutarat, Boontun, Sasithorn, & Rungnapa, 2018) นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพในการศึกษาครั้งนี้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 65.90) เนื่องจากหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตในภาคใต้ส่วนใหญ่เพิ่งเปิดทำการ ทำให้ความรู้ที่ควรจะได้รับจากประสบการณ์การทำงานน้อย ซึ่งจะมีผลต่อความรู้และการจัดการความปวดในเด็กได้

เมื่อเทียบเคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าไม่มีการศึกษาความรู้และทัศนคติ กกับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตโดยตรง แต่สามารถเทียบเคียงกับการศึกษาของ Katakorn (2018) ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดในประเทศไทย พบว่า ระดับความรู้ ทัศนคติของพยาบาลในการจัดการความปวดในเด็กที่ได้รับการผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง (มีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 71.59) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ และพยาบาลตอบถูกสูงสุด จะเป็นเรื่องความรู้ในด้านสาเหตุของความปวด และการจัดการความปวด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hossain (2010) พบว่า ระดับความรู้ ทัศนคติของพยาบาลในการจัดการความปวดในเด็ก ประเทศบังกลาเทศที่ได้รับการผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง (มีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 66.79) พบพยาบาลมีความรู้ในเรื่องความปวดและการจัดการความปวด โดยพยาบาลตอบได้ถูกต้องที่ระดับคะแนนเกินกว่าร้อยละ 80 ถึง 24 ข้อ จากจำนวน 45 ข้อ

### 3. การประเมินและการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

การประเมินและการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับสูง (มีค่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 70.45) อาจเนื่องจากโรงพยาบาลแต่ละโรงพยาบาลที่ทำการศึกษานี้มีการจัดทำมาตรฐานและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการความปวดในเด็ก (ร้อยละ 93.18) เกือบทุกโรงพยาบาล ดังนั้นพยาบาลจะต้องปฏิบัติภายใต้มาตรฐานและแนวปฏิบัติที่กำหนดขึ้น เมื่อเทียบเคียงกับการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดในประเทศไทยของ Katakorn (2018) พบว่าการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการจัดการความปวดอยู่ในระดับสูง โดยพบการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดเป็นเรื่องเกี่ยวกับการประเมินความปวดภายหลังการได้รับยาคิดเป็นร้อยละ 67.48 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า พยาบาลตอบปฏิบัติเป็นประจำในเรื่อง การจัดการความปวดโดยการให้ยา ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าพยาบาลวิชาชีพให้ความสำคัญต่ออาการข้างเคียงของยาบรรเทาปวด ทั้งนี้อาจเกิดจากความเชื่อและกลัวผลข้างเคียงของยาบรรเทาปวดชนิดเสพติดที่จะส่งผลกระทบต่อกรดศูนย์หายใจซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายาบรรเทาความปวดชนิดเสพติดในเด็กในปริมาณที่เหมาะสมจะทำให้เกิดอาการข้างเคียงคือ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืดเท่านั้น (Monitto, Kost-Byerly, 2011)

### 4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ กกับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

ผลการวิจัย พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติ กกับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ไม่มีความสัมพันธ์กัน ( $r=.058$ ;  $p=.59$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ Hossain (2010) ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเด็ก พบว่าความรู้และทัศนคติ ไม่มีความสัมพันธ์ ( $r=.01$ ;  $p=.89$ ) และสอดคล้องกับ Jonphajong, Ratchanee, & Wongchan (2003) ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติ ของพยาบาลในการจัดการความปวด พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความปวด และมีการศึกษาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการประเมินและการจัดการกับความปวดของพยาบาลวิชาชีพที่เพิ่งสำเร็จการศึกษา (Srisuda, Rungnapa, & Orphan, 2014) ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลมีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการประเมินและการจัดการกับความปวดน้อยมากทุกด้าน ทั้งการประเมินความปวดจากการรายงานของผู้ป่วยและการจัดการกับความปวด

อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต อีกทั้งยังเป็นหอผู้ป่วยที่เพิ่งเปิดใหม่ และอาจเนื่องจากข้อคำถามจำนวนหนึ่งที่ใช้ในการถามความรู้และทัศนคติกับการจัดการความปวดของพยาบาล ไม่เป็นไปในทางเดียวกัน และรวมความรู้และทัศนคติเข้าไปในแบบสอบถามด้วย ดังนั้นถ้าจะหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตให้ถูกต้อง จึงควรปรับคำถามในเครื่องมือประเมินความรู้และทัศนคติกับการจัดการความปวดของพยาบาลให้สอดคล้องกัน

### การนำผลการวิจัยไปใช้

เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบ/วิธีการในการส่งเสริมให้พยาบาลที่ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยเด็กวิกฤตมีการจัดการความปวดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม และเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในการเพิ่มพูนความรู้ในการจัดการความปวดในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตได้อย่างเหมาะสม

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อทำวิจัยในเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความรู้และทัศนคติกับการจัดการความปวดของพยาบาลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต และทำวิจัยในเรื่องการพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็กวิกฤต
2. เพิ่มตัวแปรการรับรู้ความปวดของผู้ดูแลเด็ก เช่น ระดับของความปวด การบรรเทาความปวด เป็นต้น ซึ่งการรับรู้ความปวดที่สอดคล้องกันระหว่างผู้ป่วยเด็ก ผู้ดูแล และพยาบาลจะนำไปสู่การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ และเป็นส่งเสริมสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแล

### References

- Chen, Y. Y., Chi, N. H., & Lai, Y.H. (2011). The Chinese Behavior Pain Scale for Critically Ill Patients: Translation and Psychometric Testing. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 438-448.
- Chollada, T., Panuwat, P., & Chomnad, W. (2016). Multicultural Nursing: Competencies Necessary for Future Thai Nurses. *Research Journal Health Sciences*, 10(1), 8-15.
- Czarnecki, M. L., Simon, K., Thompson, J. J., Armus, C. L., Hanson, T. C, Berg, K. A., et al. (2011). Barriers to Pediatric Pain Management: A Nursing Perspective. *Pain Management Nurse*, 12(3), 54-62.
- Derond, M. E. J., Campen, B. M., & Klievink, R. M. A. (2000). A Pain Monitoring Program for Nurses: Effects on Nurses, Pain Knowledge and Attitude. *Journal of Pain and Symptom Management*, 19(6), 457-465.
- Fowler, L., & Marmo, S. (2010). Pain Assessment Tool in the Critically Ill Post Open Heart Surgery Patient Population. *The American Society of Pain Management Nursing*, 11(3), 134-140.
- Hossain, S. (2010). *Nurses' Knowledge and Attitudes, and Pain Management Practice of Post-Operative Children in Bangladesh*. Master of Nursing Science Prince of Songkla University, Songkla.
- Jantaveemuang, W., & Thongmeekhwan, T. (2016). Nursing Students and Spiritual Health. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 3(3), 208-219. (in Thai)



- Johansson, M., & Eva, K., (2009). The COMFORT Behavioral Scale and the Modified FLACC Scale in Paediatric Intensive Care. *Nursing in Critical Care*, 14(3), 122–130.
- Jonphajong, P., Ratchanee, U., & Wongchan, P. (2003). *Research Report of Knowledge and Attitude of Nurses about Pain and Pain Management*. Alumni Association the Thai Red Cross College of Nursing.
- Kannika, R., Phaibun, S., & Suchart, S. (2014). Satisfaction in Practice of Nurses from Professional Nursing Production Projects to Resolve in Provincial Areas Southern. *Journal of the Ministry of Public Health*, 24(1), 15-20.
- Katakorn, P., Autchareeya, P., & Renu, P. (2018). Nurses' Knowledge, Attitude, and Nursing Practices for Pain Management for Postoperative Children. *Ramathibodi Nursing Journal*, 24(1), 37-50.
- Launiala, A. (2009). How Much Can a KAP Survey Tell Us about People's Knowledge, Attitudes and Practices? Some Observations from Medical Anthropology Research on Malaria in Pregnancy in Malawi. *Anthropology Matters Journal*, 11, 1-13.
- Mathew, P. J. (2011). Knowledge Attitude and Practice of Pediatric Critical Care Nurses Towards Pain: Survey in a Developing Country Setting. *Journal of Postgraduate Medicine*, 57(3), 196-200.
- Monitto, C. L., & Kost-Byerly, S. (2011). The Optimal Dose of Prophylactic Intravenous Naloxone in Ameliorating Opioidinduced Side Effects in Children Receiving Intravenous Patient-Controlled Analgesia Morphine for Moderate to Severe Pain: a Dose Finding Study. *Anesth Analg*, 113(4), 34-42.
- Narayan, M. C. (2010). Culture's Effects on Pain Assessment and Management. *Journal Am Nurse*, 110(4), 38-47.
- Petovello, K. (2012). Pediatric Procedural Pain Management a Review. *International Journal of Child*, 3(4), 10-29.
- Phanarat, R., Wimolrat, S, Malinee, W., Fangam, C., Sutanee, S., Sasiwimol, C., et al. (2016). Suspension Quality Assessment Pain Chronic Pain Patients in Srinagarind Hospital. *Journal of Srinakarin*, 31(2), 151-158.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (8th ed.). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Srisuda, N., Runghana, K., & Orphan, B. (2014). Knowledge and Attitude about Assessment and Pain Management of Professional Nurses Who Have Just Graduated. *Journal of Phrapokkiao Nursing College*, 25(2), 65-72.
- Suprana, B. (2010). *Knowledge and Attitudes of Nurse and their Practices Regarding Post-Operative Children in Bangladesh*. Master of Nursing Science Prince of Songkla University, Songkla.
- Thai Association for the Study of Pain. (2018). *Guidelines for the Development of Pain Management Acute in Children*. Bangkok: Noppachai Printing.
- Twycross A. (2010). Managing Pain in Children: Where to from Here?. *Journal Clinical Nursing*, 19, (15-16).



- Vincent, C. V. H. (2010). Nurses' Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding Children's Pain. *Journal of Maternal and Child Nursing, 30*, 177-183.
- Vincent, C. V. H., & Denyes, M. J. (2004). Relieving Children's Pain: Nurses' Abilities and Analgesic Administration Practices. *Journal of Pediatric Nursing, 19*, 40-50.
- Wantanee, W. (2018). *Nursing Pain Management in Pediatric Have Surgery and are Restricted to Communication with Endotracheal Tubes*. Bangkok: Sahamit Phatthanakan.
- Warangkhan, A. (2013). *Effectiveness of the Use of Clinical Practice Guidelines for Pain Management in Critically ill Patient Surgery Chiang Rai Hospital*. Graduate School, Mae Fah Luang University, Chiang Rai. (in Thai).
- Wilai, T. (2012). *Operational Handbook for Assessment and Pain Management in Critical Pediatric*. Nursing Service Department Songkhla Nakin Hospital. Reproduce.

## ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการทำงานของบุคลากรด้านสุขภาพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา Factors Affecting the Work Ability of Health Personnel in Health Promoting Hospitals in Yala Province:

ณัฐพัชร์ ทองสุวรรณ<sup>1\*</sup> และ จุฑารัตน์ สติธิปัญญา<sup>2</sup>

Nuttaphat Thongsuwan<sup>1\*</sup> and Chutarat Sathirapanya<sup>2</sup>

สำนักงานพระพุทธศาสนา จังหวัดหนองบัวลำภู<sup>1\*</sup>, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์<sup>2</sup>

Nongbualamphu Office of Buddhism<sup>1\*</sup>, Prince of Songkla University<sup>2</sup>

(Received: April 11, 2020; Revised: September 15, 2020; Accepted: September 15, 2020)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการทำงาน และปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดยะลา (รพ.สต.จังหวัดยะลา) ปีงบประมาณ 2557 จำนวน 420 คน สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามคุณลักษณะทางประชากร 2) แบบสอบถามปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านจิตสังคม มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .95 3) แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .65 4) แบบสอบถามประเมินความสามารถในการทำงาน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .91 สำหรับค่าความเที่ยงจากการทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาช เท่ากับ .96, .86 และ .53 ตามลำดับ และ 5) แบบสอบถามเกี่ยวกับวิถีการดำเนินชีวิตเนื่องจากเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบ ผลการศึกษาพบว่า

1. ระดับความสามารถในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M=32.05, SD=4.26$ )

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา คือ ผลตอบแทนจากงาน ปัจจัยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และปัจจัยคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งร่วมกันทำนายความสามารถในการทำงานของบุคลากรโดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ เท่ากับ 0.304 และความสามารถในการทำนายได้ร้อยละ 8.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลจากการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้บริหารควรเน้นการสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน การดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของบุคลากรรวมทั้งส่งเสริมให้บุคลากรได้รับความเข้าใจ และเจตคติต่อการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

**คำสำคัญ:** ความสามารถในการทำงาน, สิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านจิตสังคม, คุณภาพชีวิต, รพ.สต.

\*ผู้ในการติดต่อ (Corresponding e-mail: pcr\_cmru@hotmail.com, chutaratster@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 089-5527649)

## Abstract

This descriptive research aimed to: 1) study the level of work ability, and 2) consider factors affecting work ability among health personnel in health promoting hospital in Yala province. The population groups of this research included 427 persons working at health promoting hospitals in Yala province in 2014, all 222 sample size calculated by using Yamane formula. Questionnaire were distributed to all of them and 420 (96.38%) of health personnel reply. Research instrument was a questionnaire divided into five parts: 1) demographic data, 2) effort-reward imbalance (ERI), 3) quality of life (WHOQOL-BREF), 4) Work Ability Index (WAI), and 5) way of life in risk-prone areas under insurgency terrorism. The Cronbach's alpha coefficient was used to examine reliability of parts 2), 3) and 4) yielding values of 0.96, 0.86 and 0.53 respectively. Statistical analysis was performed using descriptive statistics, Pearson's Product Moment correlation, and Stepwise Multiple Regression Analysis.

The research findings found the following.

1. Overall, the work ability of the health personnel working at health promoting hospital in Yala province was at a moderate level.
2. The factors affecting the work ability of the health personnel working at health promoting hospitals in Yala province were reward, physical domain, and social relationships. These factors could predict 8.60% of the variance of work ability with statistical significance ( $p < .05$ ).

The findings of this study suggest that administrators should promote, and support health personnel concerning all those factors affecting the work ability.

**Keyword:** Work Ability, Sub-District Health Promoting Hospital, Health Personnel

## บทนำ

สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ ที่เกิดขึ้นมายาวนานกว่า 10 ปี (พ.ศ. 2547 – 2557) ยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ จำนวนเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดยะลา ปัตตานี นราธิวาส และสงขลาเกิดขึ้นรวม 13,085 เหตุการณ์ ผู้เสียชีวิต 5,469 ราย ผู้ได้รับบาดเจ็บ 9,653 ราย ลักษณะของเหตุการณ์เป็นรูปแบบการลอบทำร้าย ลอบยิง วางระเบิด และทำลายทรัพย์สินของประชาชนและสถานที่ราชการ (Thailand Emergency Command Center Yala Province, 2012) ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ดังกล่าว ต้องดำเนินชีวิตอยู่อย่างวิตกกังวล เกิดความหวาดระแวง หวาดกลัว ขาดความเชื่อมั่น สูญเสียรายได้ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ เศร้าโศก เสียใจจากการสูญเสียญาติหรือบุคคลอันเป็นที่รักในครอบครัว และขาดความมั่นคง ความปลอดภัยในการดำรงชีวิตบุคลากรสาธารณสุขเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ในการดำรงชีวิตประจำวันและการทำงาน โดยเฉพาะบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งมีบทบาทเน้นการทำงานเชิงรุก การให้บริการต้องเข้าถึงประชาชนและชุมชน เหตุการณ์ครั้งสำคัญ เมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2550 มีการบุกยิงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประจัน (สถานีอนามัยประจัน) บ้านบราโอ ตำบลประจัน อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี เป็นเหตุให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเสียชีวิต 2 ราย และลอบวางเพลิงเผาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สถานีอนามัย) หลายแห่งทั่วพื้นที่ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (Isra News Institute, 2009) ทำให้บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ต้องทำงานอยู่ท่ามกลางความรู้สึกไม่ปลอดภัย เกิดความวิตกกังวลและส่งผลกระทบต่อการทำงานในพื้นที่

“ความสามารถในการทำงาน” เป็นความสามารถหรือความพร้อมของบุคคลในการทำงานในปัจจุบัน และอนาคตอันใกล้ ซึ่งมีโครงสร้างและ องค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านคน ปัจจัยด้านงาน และปัจจัยนอกงาน (Ilmarinen, Tuomi, & Seitsamo, 2005) ซึ่งองค์ประกอบทั้งหมดมีความสัมพันธ์กันตลอดชีวิตการทำงาน ของบุคคลแนวคิดสำคัญของความสามารถในการทำงานระบุว่าเป็นความสอดคล้องที่สมดุลกันระหว่างคนและงาน โดยความสามารถในการทำงานของบุคคลจะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเข้าสู่ในวัยกลางคน หรืออายุ 45 ปีขึ้นไป ดังนั้นการส่งเสริมและปรับปรุงความสามารถในการทำงานของบุคคลให้ดีขึ้นเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง (Ilmarinen, Tuomi, & Seitsamo, 2005)

บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา ต้องปฏิบัติงานใกล้ชิดกับประชาชน มีหน้าที่ให้บริการทางสุขภาพแก่ผู้มารับบริการตลอด 24 ชั่วโมง เป็นการปฏิบัติงานที่มีภาระงานที่ต้อง มีความรับผิดชอบสูงเพราะในแต่ละวันมีผู้รับบริการจำนวนมาก และข้อจำกัดด้านพื้นที่การปฏิบัติงานของ บุคลากรที่มีพื้นที่ชายแดนและอยู่ภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบ ดังนั้นบุคลากรต้องปฏิบัติหน้าที่ท่ามกลาง ปัญหาอุปสรรคที่มากกว่าพื้นที่ปกติส่งผลทำให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานเกิดความเครียด เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต คุณภาพชีวิตต่อสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และสัมพันธภาพของผู้ร่วมงาน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประสานงาน ระหว่างสหสาขาวิชาชีพและส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการทำงานในการให้บริการประชาชนของโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล จังหวัดยะลา

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการทำงานมีหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ วิธีการ ดำเนินชีวิต และพฤติกรรมในการทำงาน เช่น ท่าทางการทำงาน การใช้เครื่องป้องกันอันตรายส่วนบุคคล โดย พบว่า ลักษณะงานที่ทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง คือ งานที่ต้องใช้กำลังมาก งานที่มีสิ่งแวดล้อมการ ทำงานที่เป็นอันตราย และงานที่การบริหารจัดการไม่ดี (Kaewboonchoo, Saleekul, & Tompuksa, 2007) นอกจากนี้การพัฒนาคุณภาพพระบสุขภาพเป็นอีกประเด็นสำคัญที่อาจจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการทำงานของ บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา และจากการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของ แพทย์ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า คุณภาพชีวิตของแพทย์ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ยังไม่ดีเท่าที่ควร ประเด็นที่ต้องเร่งแก้ปัญหา คือ ด้านสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ซึ่งเป็นสาเหตุ หลักในการวางแผนส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของแพทย์ในฐานะกลุ่มบุคคลที่สำคัญในทีมสุขภาพ ซึ่งจะ นำมาสู่คุณภาพชีวิตของประชาชน (Phutthachat, 2007)

จากการศึกษาสภาพความเป็นมาผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของปัจจัยที่จะส่งผลกระทบต่อความสามารถ ในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา ภายใต้ข้อจำกัดด้านพื้นที่ที่อยู่ใน สถานการณ์ความไม่สงบดังกล่าว จึงศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำงานของบุคลากร ผล การศึกษาจะเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับผู้บริหารในการประกอบการตัดสินใจในการวางแผนพัฒนาสภาพการ ทำงานของบุคลากรให้มีคุณภาพต่อไป

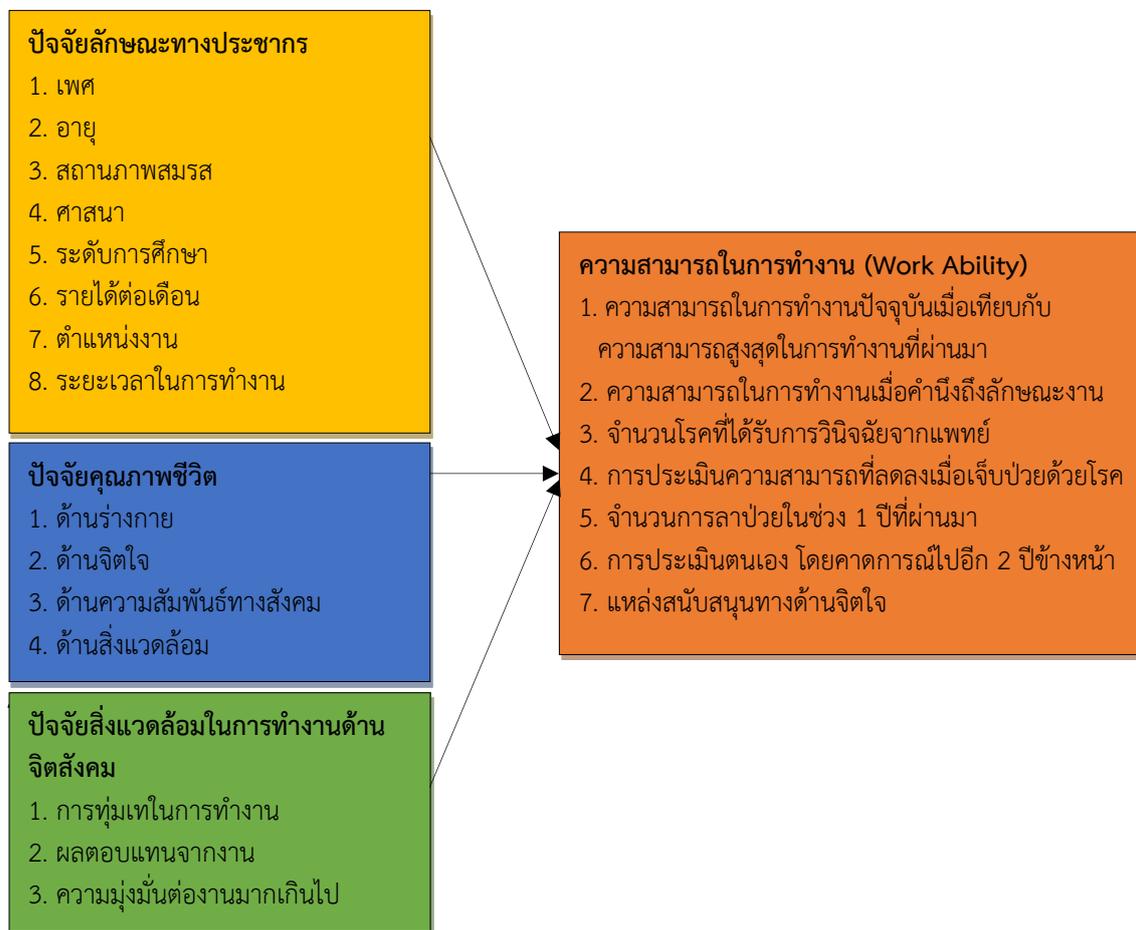
### วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด ยะลา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล จังหวัดยะลา

### กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการ ทำงานด้านจิตสังคม (Effort-Reward Imbalance Questionnaire: ERIQThai) ได้แก่ การทุ่มเทในการทำงาน (Effort) ผลตอบแทนจากงาน (Reward) และความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป (Over Commitment) ปัจจัย

คุณภาพชีวิต (Quality of Life: QOL) คือ ด้านร่างกาย (Physical Domain) ด้านจิตใจ (Psychological Domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) มีความเกี่ยวข้อง และส่งผลต่อความสามารถในการทำงาน (WA) ของบุคลากร จึงนำมาสู่การกำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ (ภาพ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยในรูปแบบเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน 427 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร Yamane (Kitpreedaborisut, 1997) ได้ขนาดตัวอย่าง 222 คน แต่เนื่องจากพื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้เป็นพื้นที่พิเศษที่มีเหตุการณ์และสถานการณ์ความไม่สงบ ผู้วิจัยใช้วิธีการส่งแบบสอบถามให้แก่ประชากรทุกคน รวมแบบสอบถามที่ส่งทั้งหมดจำนวน 430 ฉบับ ได้รับกลับคืนจำนวน 420 ฉบับ

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพ ตำแหน่งงาน และระยะเวลาในการทำงาน ข้อคำถามเป็นลักษณะแบบเลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 8 ข้อ

2. แบบสอบถามปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านจิตสังคม โดยใช้คำถามปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านจิตสังคม (Effort-Reward Imbalance Questionnaire: ERIQThai) (Buapeth,2007) ข้อคำถามเป็นลักษณะแบบเลือกตอบจำนวน 23 ข้อ แบ่งเป็น 3 ส่วนคือ การทุ่มเทในการทำงาน (Effort) จำนวน 6 ข้อ ผลตอบแทนจากงาน (Reward) จำนวน 11 ข้อ ความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป (Over Commitment) จำนวน 6 ข้อ

3. แบบวัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (Mahatnirankul, Poompaisarnchai & Tapanya, 1997) ข้อคำถามเป็นลักษณะแบบเลือกตอบมี 2 ชนิดคือ แบบภาวะวิสัย (Perceived Objective) และแบบอัตวิสัย (Self-report Subjective) จำนวน 24 ข้อ แบ่งเป็น 4 ส่วนคือ ด้านร่างกาย (Physical Domain) จำนวน 7 ข้อ ด้านจิตใจ (Psychological Domain) จำนวน 6 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) จำนวน 3 ข้อ และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) จำนวน 8 ข้อ

4. แบบประเมินความสามารถในการทำงาน ประเมินโดยการใช้ดัชนีความสามารถในการทำงาน (Work Ability Index: WAI) (Kaewboonchoo, Saleekul, & Tompuksa, 2007) ข้อคำถามเป็นลักษณะแบบเลือกตอบจำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็น 7 ตัวชี้วัดคือ 1) ความสามารถในการทำงานในปัจจุบันเปรียบเทียบกับความสามารถการทำงานครั้งที่ดีที่สุดที่ผ่านมา 2) ความสามารถในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านร่างกายและด้านความคิด 3) จำนวนโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ 4) ความบกพร่องในงานที่เกิดเนื่องจากการเจ็บป่วย 5) จำนวนวันการขาดงานเนื่องจากการเจ็บป่วยในช่วงปีที่ผ่านมา 6) การทำนายความสามารถในการทำงานของตนเองจากปัจจุบันไปอีก 2 ปีข้างหน้า และ 7) สภาวะของจิตใจทั่วไปทั้งในขณะทำงานและขณะพักผ่อน

5. แบบสอบถามวิถีการดำเนินชีวิตเนื่องจากเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ เป็นแบบสอบถามเชิงคุณภาพ ข้อคำถามเป็นลักษณะแบบปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาค่าความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งไม่ได้สุ่มเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี จำนวน 30 คน แบบสอบถามปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านจิตสังคม ของ Buapeth มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .95 แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตของ Mahatnirankul มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .65 และแบบสอบถามประเมินความสามารถในการทำงาน ของ Mahatnirankul, Poompaisarnchai & Tapanya มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .91 สำหรับค่าความเที่ยงจากการทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) รอนบาช เท่ากับ .96, .86 และ .53 ตามลำดับ

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยออกหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ ถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นพื้นที่วิจัย โดยพิมพ์แบบสอบถามพร้อมอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามโดยตรงกับผู้ประสานผู้รับผิดชอบ รพ.สต. รายอำเภอเพื่อกระจายและนำส่งต่อกับกลุ่มตัวอย่างโดยการขอความร่วมมือจัดประชุมและลงเก็บข้อมูลในแต่ละพื้นที่ โดยใช้เวลาประมาณ 10 วันในแต่ละอำเภอ โดยกลุ่มตัวอย่างจะตอบแบบสอบถามด้วยตนเองจากนั้นจึงรวบรวมส่งผู้ประสานงานในแต่ละอำเภอ และส่งต่อผู้วิจัยในเวลาที่กำหนด โดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูลทั้งหมดจำนวน 60 วัน

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ประสบการณ์การทำงาน รายได้ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านจิตสังคม (ERIQ) ปัจจัยคุณ คุณภาพชีวิต และความสามารถในการทำงานบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบล จังหวัดยะลาโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยมัชฌิมเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistics)

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคุณลักษณะทางประชากร ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านจิตสังคม และคุณภาพชีวิต กับความสามารถในการทำงาน โดยใช้สถิติไคว-สแควร์ (Chi - Square) สำหรับตัวแปรคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ประสบการณ์การทำงาน รายได้ กับความสามารถในการทำงาน และใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) สำหรับตัวแปรคุณลักษณะประชากร ตัวอย่าง ได้แก่ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านจิตสังคม (ERIQ) ปัจจัยคุณภาพชีวิต โดยมีเกณฑ์การแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้(Phusee-orn,2008 cite in 2005)

- .10 ≤ r,R ≤ .29 หรือ -.29 ≤ r,R ≤ -.10 มีความสัมพันธ์ระดับน้อย
- .30 ≤ r,R ≤ .49 หรือ -.49 ≤ r,R ≤ -.30 มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
- .50 ≤ r,R ≤ 1.0 หรือ -1.0 ≤ r,R ≤ -.50 มีความสัมพันธ์ระดับมาก

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการทำงาน (คุณลักษณะทางประชากร ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านจิตสังคม ปัจจัยคุณภาพชีวิต) ของบุคลากร โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในรูปของการทำนาย ประกอบด้วยตัวแปร 2 ชนิด เพื่อสร้างสมการพยากรณ์ตัวแปรเกณฑ์ด้วยกลุ่มของตัวแปรพยากรณ์

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79.30) อายุระหว่าง 20 – 29 ปี (ร้อยละ 53.57) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 66.67) นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 84.29) ศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 71.90) รายได้ต่อเดือน 10,000 – 20,000 บาท (ร้อยละ 50.48) ตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน (ร้อยละ 47.14) และระยะเวลาในการทำงาน 1 – 9 ปี ในชุมชน (ร้อยละ 68.81)

#### 2. ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านจิตสังคม (ERIQ)

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านจิตสังคม

ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านจิตสังคม	M	SD	การแปลผล
1. การทุ่มเทในการทำงาน (Effort)	12.76	4.20	ทุ่มเทในการทำงานน้อย
2. ผลตอบแทนจากงาน (Reward)	17.21	5.82	ผลตอบแทนจากงานต่ำ
2.1 ความภาคภูมิใจในตนเอง (Esteem)	7.53	0.76	ภาคภูมิใจในตนเองต่ำ
2.2 ความมั่นคงในหน้าที่การงาน (Job Security)	3.63	0.95	ความมั่นคงในการทำงานต่ำ
2.3 ความก้าวหน้าและค่าตอบแทน (Job Promotion and Salary)	6.60	0.81	ความก้าวหน้าในการทำงานน้อย
3. ด้านความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป (Over Commitment)	15.11	2.39	ความมุ่งมั่นต่องานปานกลาง

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านจิตสังคม ประเด็นด้านการทุ่มเทในการทำงาน (Effort) อยู่ในระดับทุ่มเทในการทำงานน้อย (M=12.76, SD=4.20) ด้านผลตอบแทนจากงาน (Reward) อยู่ในระดับผลตอบแทนจากงานต่ำ (M=17.21, SD=5.82) และด้านความมุ่งมั่นต่องานมากเกินไป (Over Commitment) อยู่ในระดับความมุ่งมั่นต่องานปานกลาง (M=15.11, SD=2.39)

### 3. ปัจจัยคุณภาพชีวิต (OQL)

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน

ปัจจัยคุณภาพชีวิต	M	SD	การแปลผล
ด้านร่างกาย	24.55	3.46	คุณภาพชีวิตปานกลาง
ด้านจิตใจ	19.37	2.42	คุณภาพชีวิตปานกลาง
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	10.86	1.91	คุณภาพชีวิตไม่ดี
ด้านสิ่งแวดล้อม	28.49	4.36	คุณภาพชีวิตปานกลาง
<b>รวม</b>	<b>83.3</b>	<b>10.12</b>	<b>คุณภาพชีวิตปานกลาง</b>

จากตาราง 2 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M=83.3, SD=10.12$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงที่สุดคือ ด้านสิ่งแวดล้อม ( $M=28.49, SD=4.36$ ) รองลงมาคือ ด้านร่างกาย ( $M=24.55, SD=3.46$ ) และด้านจิตใจ ( $M=19.37, SD=2.42$ ) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ( $M=10.86, SD=1.91$ )

### 4. ปัจจัยความสามารถในการทำงาน (WAI)

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยความสามารถในการทำงาน

ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านจิตสังคม	M	SD	การแปลผล
1. ความสามารถในการทำงานของท่านปัจจุบันเมื่อเปรียบเทียบกับความสามารถในการทำงานที่ดีที่สุดที่ผ่านมา	6.69	1.51	
2. ความสามารถในการทำงานเมื่อคำนึงถึงลักษณะงาน	4.53	1.23	
3. การเจ็บป่วยด้วยโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์	6.55	0.92	
4. การประเมินความสามารถที่ลดลงเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรค	5.59	0.62	
5. จำนวนการลาพักในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	4.49	0.62	
6. การประเมินตนเองโดยคาดการณ์ไปอีก 2 ปีข้างหน้า	6.33	1.38	
7. แหล่งสนับสนุนทางด้านจิตใจ	3.35	0.72	
<b>รวม</b>	<b>32.05</b>	<b>4.62</b>	<b>ความสามารถในการทำงานปานกลาง</b>

จากตาราง 3 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนของปัจจัยความสามารถในการทำงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M=32.05, SD=4.26$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทำงานปัจจุบันเมื่อเปรียบเทียบกับความสามารถในการทำงานที่ดีที่สุดที่ผ่านมา ( $M=6.69, SD=1.51$ ) การเจ็บป่วยด้วยโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ( $M=6.55, SD=0.92$ ) การประเมินตนเองโดยคาดการณ์ไปอีก 2 ปีข้างหน้า ( $M=6.33, SD=1.38$ ) การประเมินความสามารถที่ลดลงเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรค ( $M=5.59, SD=0.62$ ) ความสามารถในการทำงานเมื่อคำนึงถึงลักษณะงาน ( $M=4.53, SD=1.23$ ) จำนวนการลาพักในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ( $M=4.49, SD=0.62$ ) และแหล่งสนับสนุนทางด้านจิตใจ ( $M=3.35, SD=0.72$ )

5. ตัวแปรพยากรณ์ที่ร่วมกันทำนายความสามารถในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา

จากตาราง 4 พบว่า ตัวแปรพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา สูงสุดเข้ามาก่อน คือ ผลตอบแทนจากงาน ( $X_{10}$ ) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ( $R$ ) เท่ากับ 0.238 ( $p < .05$ ) และมีประสิทธิภาพของการพยากรณ์ปรับปรุง ( $R^2_{adj}$ ) ร้อยละ 5.40 เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ คือ ปัจจัยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ( $X_{12}$ ) เข้าไปพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ( $R$ ) เพิ่มขึ้นเป็น 0.279 ( $p < .05$ ) มีประสิทธิภาพของการพยากรณ์ปรับปรุง ( $R^2_{adj}$ ) ร้อยละ 7.30 และเมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ คือ ปัจจัยคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ( $X_{14}$ ) เข้าไปพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ( $R$ ) เพิ่มขึ้นเป็น 0.304 ( $p < .05$ ) และมีประสิทธิภาพของการพยากรณ์ปรับปรุง ( $R^2_{adj}$ ) ร้อยละ 8.60

ตาราง 4 สัมประสิทธิ์ของตัวแปรพยากรณ์ที่สัมพันธ์กับความสามารถในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา

ตัวแปรพยากรณ์	B	S.E <sub>b</sub>	t	P-value	
ผลตอบแทนจากงาน (Reward) ( $X_{10}$ )	-0.162	0.038	-0.205	-4.239*	<0.001
ปัจจัยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ( $X_{12}$ )	0.197	0.064	0.148	3.061*	0.002
ปัจจัยคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ( $X_{14}$ )	0.457	0.176	0.121	2.596*	0.010

ค่าคงที่ = 26.461 ;  $R = 0.304$  ;  $R^2 = 0.092$  ;  $R^2_{adj} = 0.086$  ;  $S.E_{est} = 4.401$

จากตาราง 4 พบว่า ตัวแปรพยากรณ์ที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ความสามารถในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ผลตอบแทนจากงาน ( $X_{10}$ ) ปัจจัยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ( $X_{12}$ ) และปัจจัยคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ( $X_{14}$ ) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ เท่ากับ 0.304 ประสิทธิภาพของการพยากรณ์ปรับปรุง ร้อยละ 8.60 และมีความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ เท่ากับ 4.401 โดยตัวแปรพยากรณ์ ผลตอบแทนจากงาน ( $X_{10}$ ) ปัจจัยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ( $X_{12}$ ) และปัจจัยคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ( $X_{14}$ ) มีค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ เท่ากับ -0.162, 0.197 และ 0.457 ตามลำดับ

สมการพยากรณ์ความสามารถในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา ( $Y$ ) ในรูปคะแนนดิบคือ  $\hat{Y} = 26.461 - 0.162 X_{10} + 0.197 X_{12} + 0.457 X_{14}$

## อภิปรายผล

### 1. ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านจิตสังคม

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านจิตสังคม คือ ผลตอบแทนจากงานส่งผลต่อความสามารถในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นลบ แสดงให้เห็นว่า ผลตอบแทนจากงานมีผลในทิศทางตรงกันข้ามกับความสามารถในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา จากการที่พบว่าผลตอบแทนจากงานเป็นตัวแปรพยากรณ์ความสามารถในการทำงานของบุคลากรนั้นอาจเนื่องมาจากความรู้สึกในการทำงานของบุคลากรนั้นไม่ได้คาดหวังค่าตอบแทนที่มากขึ้นแล้วจะสามารถในการทำงานได้เพิ่มขึ้น ซึ่งปัจจุบันผลตอบแทนจากการทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดยะลานั้นมีทั้งเงินเดือน ค่าเสี่ยงภัย และ อายูราชการทวีคูณ (เพิ่มอายูราชการเป็น 2 เท่าในระยะเวลาที่รับราชการใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ จังหวัดปัตตานี ยะลา และ นราธิวาส) ซึ่งความเหมาะสมของค่าตอบแทนที่บุคลากรได้รับนั้นไม่ว่าจะมากหรือน้อย จะนำมาเทียบกับความเสี่ยงต่อชีวิตตนเอง ครอบครัว ตลอดจนสุขภาพทางด้านจิตใจ ในการทำงานที่จำเป็นต้องปฏิบัติหน้าที่ท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นในพื้นที่ไม่ได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Puttachat (2007) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของแพทย์ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อศึกษา

ระดับคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของแพทย์ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งต้องปฏิบัติงานอยู่ท่ามกลางภาวะวิกฤต ซึ่งพบว่า ปัจจัยด้านความพึงพอใจรายได้เป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของแพทย์ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Tzeng, Chung, Lin, & Yang (2012) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านจิตสังคมและคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลทหาร ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านจิตสังคมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลทหาร 3 แห่งทางตอนใต้ของประเทศไต้หวัน พบว่า ค่า ERI ratio ของบุคลากรทางการแพทย์ชายและหญิงมีค่าที่สูงซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดผลเสียทางสุขภาพจิตและสุขภาพกายกับบุคลากรทางการแพทย์ทั้งชายและหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบว่า บุคลากร ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา มีความรู้สึกเมื่อเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ในขณะที่ท่านปฏิบัติงานอยู่คือ มีความหวาดกลัว หวาดระแวง เป็นกังวล เป็นห่วงในชีวิตและทรัพย์สิน ร้อยละ 41.43 ไม่กล้าออกไปปฏิบัติหน้าที่ ร้อยละ 32.86 และอยากโอนย้ายเข้าจังหวัด หรือ ย้ายออกนอกพื้นที่ ร้อยละ 25.71 และมีส่วนถึงความรู้สึกต่อการแต่งกายไปทำงานโดยใช้เครื่องแบบในการปฏิบัติงานคือ ใส่เครื่องแบบบางครั้งเพราะรู้สึกปลอดภัยในการทำงานในพื้นที่ ร้อยละ 43.81 ไม่ใส่เครื่องแบบเพราะกลัวเป็นจุดเด่นมากเกินไป ร้อยละ 18.81 สิ่งสะท้อนเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นปัญหาที่อาจจะก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ และส่งผลไปถึงระดับความสามารถในการทำงานของบุคลากร ดังนั้นควรมีการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นสิ่งคุกคามต่อสุขภาพอนามัยและความสามารถในการทำงานของบุคลากร พร้อมกับการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา ให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ที่ท่าปัจจุบันให้ยาวนานขึ้น

## 2. คุณภาพชีวิต

การศึกษาครั้งนี้พบว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิต คือ ปัจจัยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ส่งผลต่อความสามารถในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งปัจจัยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมีค่าสัมประสิทธิ์เป็นบวก แสดงให้เห็นว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกายมีผลในทิศทางเดียวกันกับความสามารถในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา โดยบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Bukvova, & Helena (2010) ได้ศึกษาเรื่องการรับรู้คุณภาพชีวิตกลุ่มวิสัญญีแพทย์และกลุ่มที่ไม่ใช่วิสัญญีแพทย์ พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกายของกลุ่มวิสัญญีแพทย์และกลุ่มที่ไม่ใช่วิสัญญีแพทย์มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนคือ 72.97 11.78 และ 77.17 11.78 และคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน คะแนนคือ 66.44 13.66 และ 71.79 11.48 ตามลำดับสอดคล้องกับงานวิจัยของ Mariza, Mirna, Andrea, Viviane, Efigenia, Andrea, & Raquel (2014) ศึกษาการทำงานด้านจิตสังคมและคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรด้านสาธารณสุข: กรณีศึกษาแบบภาคตัดขวางกับบุคลากรผู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขพบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตการทำงานปานกลาง และมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15.4 มีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ไม่ดี นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า มีความสัมพันธ์ในส่วนของเงื่อนไขด้านการทำงานของสมรรถนะทางร่างกายที่ต่ำลงและคุณภาพชีวิตการทำงานที่ไม่ดีของบุคลากรด้านสาธารณสุข เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Kulnarong (2009) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานกับคุณภาพชีวิต ของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัยในจังหวัดนราธิวาส พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความชุกของความเครียดจากการทำงานแบบ High strain 5.2% Active 19.0% Passive 17.6% และ Low Strain 58.2% และมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 74.4% และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wattanarat (2010) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กร: ศึกษาเปรียบเทียบกรณีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ 3 แห่งในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี ซึ่งพบว่าบุคลากรโรงพยาบาลที่ศึกษามีคุณภาพชีวิตการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนโยบายและยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดยะลา ได้เน้นการสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน รวมทั้ง

ชีวิตครอบครัว ซึ่งบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา ล้วนมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือ และเป็นพี่พี่ของชาวบ้าน ประกอบกับด้านความมั่นคงตามแนวชายแดนได้มีหน่วยงานราชการทำงานแบบบูรณาการร่วมกันในหลายกิจกรรมมีการประสานร่วมงานกับบุคลากรด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบ ทำให้บุคลากรเกิดความอบอุ่น และมีขวัญกำลังใจ ดังนั้นการส่งเสริมให้บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา ให้ได้รับความเข้าใจและการสนับสนุนจากประชาชนในพื้นที่เพื่อลดช่องว่างในการปฏิบัติงานดูแลสุขภาพประชาชนให้ได้รับความเชื่อใจและเข้าใจในสถานการณ์ พร้อมกันนี้เพื่อให้ประชาชนได้รับรู้ถึงเจตคติที่ต่อการปฏิบัติงานของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์เพื่อประชาชนเป็นหลัก

### 3. สมการพยากรณ์ความสามารถในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล จังหวัดยะลา

ตัวแปรพยากรณ์ที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ความสามารถในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ผลตอบแทนจากงาน ( $X_{10}$ ) ปัจจัยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ( $X_{12}$ ) และปัจจัยคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ( $X_{14}$ ) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ เท่ากับ 0.304 ประสิทธิภาพของการพยากรณ์ปรับปรุง ร้อยละ 8.60 และมีความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ เท่ากับ 4.401 โดยตัวแปรพยากรณ์ ผลตอบแทนจากงาน (Reward) ( $X_{10}$ ) ปัจจัยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ( $X_{12}$ ) และปัจจัยคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ( $X_{14}$ ) มีค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ เท่ากับ -0.162, 0.197 และ 0.457 ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kulnarong (2009) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานกับคุณภาพชีวิต ของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัยในจังหวัดนราธิวาส เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดจากการทำงาน ระดับคุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดจากการทำงานกับคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ ของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัยในจังหวัดนราธิวาส ซึ่งพบว่า คุณภาพชีวิตของบุคลากรโดยรวมอยู่ในระดับกลาง 74.4% ซึ่งบุคลากรมีคุณภาพชีวิตในระดับดี 25.6% นอกจากนี้พบว่า ความเครียดจากการทำงานมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $P < 0.01$  และด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $P < 0.05$  สมการพยากรณ์ความสามารถในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา ( $Y$ ) ในรูปคะแนนดิบ คือ  $\hat{Y} = 26.461 - 0.162 X_{10} + 0.197 X_{12} + 0.457 X_{14}$  สอดคล้องกับงานวิจัยของ Masa, Rajna, Milan, Karin, & Jadranka(2013) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำงานโดยการปฏิบัติงานแบบกะของพยาบาลโรงพยาบาลโครเอเชีย ของพยาบาลกลุ่มที่ปฏิบัติงานเป็นกะและกลุ่มที่ไม่ได้ปฏิบัติงานเป็นกะ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการทำงาน (WAI) ของกลุ่มที่ปฏิบัติงานเป็นกะและกลุ่มที่ไม่ได้ปฏิบัติงานเป็นกะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งตัวแปรที่ส่งผลต่อสภาพการปฏิบัติงาน(ปฏิบัติงานเป็นกะ/ไม่ได้ปฏิบัติงานเป็นกะ) ( $p < 0.05$ ) คือ ตัวแปรความสามารถในการทำงาน (ต่ำ/สูง) และตัวแปรคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (ไม่ดี/ดี)

### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากลุ่มตัวอย่างบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในจังหวัดยะลา ถึงระดับความสามารถในการทำงานและปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการทำงานของบุคลากร เพื่อนำผลที่ได้จากการวิจัยไปใช้ประกอบการกำหนดนโยบายในส่วนที่เกี่ยวกับการพัฒนาความสุขในการทำงาน และสร้างขีดความสามารถในการทำงานเชิงรุกในพื้นที่มากขึ้น พร้อมทั้งเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการแก้ไขกฎระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความสามารถในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในจังหวัดยะลาทั้งในส่วนของภาพรวมจังหวัด รายอำเภอ หรือรายโรงพยาบาลตามความเหมาะสมด้านพื้นที่และข้อจำกัดในแต่ละชุมชนโดยผู้บริหารและหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ควรพิจารณากระดับคุณภาพชีวิตด้าน สิ่งแวดล้อมของบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบในภาคใต้ให้อยู่ในระดับที่น่าพึงพอใจให้บุคลากรรู้สึกปลอดภัย ตลอดจนมีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับปัจจัยหรือผลกระทบที่มีต่อ คุณภาพชีวิตด้าน

สิ่งแวดล้อม ของบุคลากรในพื้นที่ จะสามารถดึงดูดและกระตุ้นให้บุคลากรพัฒนาความสามารถในการทำงานให้เพิ่มสูงขึ้น อาทิ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านจิตสังคม คือ ผลตอบแทนจากงาน ที่ถือเป็นตัวแปรสำคัญที่มีผลโดยตรงกับความสามารถในการทำงาน ควรที่จะพิจารณาความเหมาะสมของผลตอบแทนจากงานให้ครอบคลุม ทั้งเงินเดือน ค่าเสี่ยงภัย และ อายุราชการที่คุ้มค่า เป็นต้น

2. ควรพิจารณาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการทำงานทั้งปัจจัยด้านบวกด้านลบเพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับประเมินผลสภาวะการณ์ที่ผ่านมา รวมถึงการวางแผนพัฒนารูปแบบการทำงานให้เหมาะสมกับบุคลากรของโรงพยาบาล โดยปัจจัยสำคัญคือ การส่งเสริมให้ประชาชน ผู้ใช้บริการ ตลอดจนผู้บังคับบัญชาในหน่วยงานมีความเห็น ออกเห็นใจและเข้าใจแนวทางและเหตุผลในการปฏิบัติภารกิจในช่วงสภาวะที่เกิดเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ให้ได้รับความเข้าใจและการสนับสนุนจากประชาชนในพื้นที่เพื่อลดช่องว่างในการปฏิบัติงานดูแลสุขภาพประชาชนให้ได้รับความเชื่อใจและเข้าใจในสถานการณ์ ประชาชนได้รับรู้ถึงเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มุ่งมั่นทำเพื่อประชาชนเป็นหลัก ประกอบกับ ผู้บริหารควรเน้นการสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน การดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของบุคลากรรวมทั้งส่งเสริมให้บุคลากรได้รับความเข้าใจ และเจตคติต่อการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่มีผลโดยตรงกับความสามารถในการทำงานของบุคลากรในพื้นที่

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาประเด็นเดียวกันในหลากหลายรูปแบบทั้งการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสนทนากลุ่ม (Focus Group) รวมถึงการร่วมสังเกตการณ์ จะทำให้สามารถศึกษาระดับความสามารถในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างทั้งในเชิงลึกและภาพกว้างได้ดีมากยิ่งขึ้น อีกทั้งควรศึกษาในรูปแบบของการศึกษาเปรียบเทียบ เพื่อให้เห็นความแตกต่างทั้งในเชิงพื้นที่ และระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เช่น ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างระดับความสามารถในการทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลประจำอำเภอในพื้นที่เดียวกัน หรือ กรณีเวลาที่เกิดเหตุการณ์ไม่สงบในภาวะฉุกเฉิน และภาวะปกติ นอกจากนี้ ควรศึกษาต่อถึงปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อความสามารถในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างนอกเหนือจากประเด็นที่ศึกษาในครั้งนี้

### References

- Buapeth, A. (2007). Environmental Factors in Psychosocial Work Environment Effects to the Relationship Between Mental Health Problems and Job Satisfaction of the Garment Workers in the Large Sized Factory. *Journal of Health Science*, 42(1), 5-17.
- Bukvova, H. (2010). *Studying Research Collaboration: a Literature Review*. Sprouts: Working Papers on Information Systems. 10, 3. Retrieved from <http://sprouts.aisnet.org/10-3>.
- Ilmarinen, J., Tuomi, K., & Seitsamo, J. (2005). New Dimensions of Work Ability. *Elsevier International Congress*, 1280, 3-8.
- Isra News Institute. (2009). *Unrest Situation in the Three Southern Border Provinces 2009*. Retrieved on 25th December 2012. from <http://www.tjanew.org/cms/index.php>.
- Kaewboonchoo, O., Saleekul, S., & Tompuksa, M. (2007). The Relationship Between General Characteristics and Work Ability in Chemical Truck Drivers. *Journal of Nursing Science and Health*, 35(2), 62-71.
- Kitpreedaborisut, B. (1997). *Research Methodology in Social Sciences*. 7<sup>th</sup>ed. Bangkok: Charoen Phon Press.
- Kulnarong, S. (2009). *Relationships Between Occupational Stress and Quality of Life of Health Personnel Working in Health Centres in Narathiwat Province*. Thesis of the Master of



Science, the Department of Occupational Medicine Prince of Songkla University, Songkla.

- Mahatnirankul, S. Tantipiwatanasakul, W., Poompaisal, W. Wongsuwan, K., Pornmanajirangkul R. (1997). *Indicator of Quality of Life by the World Health Organization, Thai Version*. The Project of Creating a Software Package for Surveying Mental Health in the Area in 2002. Suanprung Psychiatric Hospital: Chiang Mai.
- Mariza, A.B.T., Mirna, R.B., Andrea, M.D.V., Viviane, E.G., Efigenia, F. E.F., Andrea, M.E.de.B.L.M., & Raquel, C.F. (2014). Psychosocial Work Conditions and Quality of Life among Primary Health Care Employees: a Cross Sectional Study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 72.
- Masa, S., Rajna, G., Milan, M., Karin, J., & Jadranka, M. (2013). Shift Work, Quality of Life and Work Ability among Croatian Hospital Nurses. *Original Scientific Paper*, 37(2), 379-384.
- Phusee-Orn, S. (2008). *Statistics Package for the Social Sciences*. Kalasin: Prasarn Press.
- Puttachat, P. (2007). *Factors Influencing Quality of Life of Physicians in the Three Southern Border Provinces of Thailand*. Research Report of the Department of Family Medicine. *Songkhla: Hatyai Regional Hospital*, 25(1), 29-37.
- Rajna, G., Milan, M., Bojana, K., & Jadranka, M. (2009). Work-Related Stress, Education and Ability among Hospital Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), 2056-2066.
- Tzeng, D., Chung, W., Lin, C., & Yang, C. (2012). Effort-Reward Imbalance and Quality of Life of Healthcare Workers in Military Hospitals: a Cross-Sectional Study. *BMC Health Services Research*, 12, 309.
- Wattanarat, P. (2010). *The Relationship Between Quality of Working Life and Commitment to Organization: Comparative Study of 3 Large Hospitals in the Municipality of Ubon Ratchathani, Muang District, Ubon Ratchathani Province*. Thesis of the Master of Public Administration, the Department of Public Administration, Ubon Ratchathani University, Ubon Ratchathani.

การนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลักและการถ่ายทอดค่านิยมหลักสู่การปฏิบัติ  
ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ  
โรงพยาบาลกรุงเทพในเครือดุสิตเวชการ ภาคใต้

Core Value Based Leadership and Implementation of Core Values with Head  
Nurses as Perceived by Registered Nurses in Bangkok  
Dusit Vetchakarn Hospitals, Southern Group, Thailand

ศรินยา ลุนพงษ์<sup>1</sup> และ นงนุช บุญยัง<sup>2\*</sup>

Sarinya Lunpong<sup>1</sup> and Nongnut Boonyoung<sup>2\*</sup>

โรงพยาบาลกรุงเทพหาดใหญ่<sup>1</sup>, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์<sup>2\*</sup>

Bangkok Hospital Hatyai<sup>1</sup>, Faculty of Nurse Prince of Songkla University<sup>2\*</sup>

(Received: May 24, 2019; Revised: May 20, 2020; Accepted: September 15, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลัก การถ่ายทอดค่านิยมหลักสู่การปฏิบัติ การถ่ายทอดค่านิยมหลักสู่การปฏิบัติจำแนกตามค่านิยมหลัก และหาความสัมพันธ์ระหว่างการนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลักกับการถ่ายทอดค่านิยมหลักสู่การปฏิบัติของหัวหน้าหอผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลโรงพยาบาลกรุงเทพในเครือดุสิตเวชการภาคใต้ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร ยามาเน่ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 202 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ด้วยการหาค่า CVI ได้เท่ากับ .93 ตรวจสอบความเที่ยงแบบสอบถามการนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลัก และการถ่ายทอดค่านิยมหลักสู่การปฏิบัติ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .95 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสัมพันธ์ใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

1. ระดับการนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลักโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $M=4.14, SD=0.6$ )

2. ระดับการถ่ายทอดค่านิยมหลักสู่การปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $M=4.05, SD=0.56$ )

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมากโดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือด้านการกำหนดค่าจำกัดความและคุณลักษณะที่พึงประสงค์ ( $M=4.08, SD=0.55$ )

3. ระดับการให้ความสำคัญและการสร้างแรงบันดาลใจมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ( $M=4.00, SD=0.58$ ) การถ่ายทอดค่านิยมหลักสู่การปฏิบัติจำแนกตามค่านิยมหลักโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $M=4.05, SD=0.55$ ) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมากโดยด้านจรรยาบรรณธำรงไว้มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $M=4.07, SD=0.55$ ) เข้าใจความรู้สึกและความต้องการของผู้รับบริการมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ( $M=4.01, SD=0.57$ )

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลักกับการถ่ายทอดค่านิยมหลักสู่การปฏิบัติของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลกรุงเทพเครือดุสิตเวชการ ภาคใต้ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ( $r = 0.80, p < 0.001$ )

ผลการศึกษานี้ยืนยันว่าการนำที่ยึดมั่นในค่านิยมหลักทำให้นำนามีแนวทางที่ชัดเจนในการด้านถ่ายทอดค่านิยมหลักสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นที่ประจักษ์ซึ่งผู้ปฏิบัติงานรับรู้ได้ ทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามค่านิยมหลักได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** ค่านิยมหลัก, การถ่ายทอดค่านิยมหลักหัวหน้าหอผู้ป่วย, การนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลัก

\*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding e-mail : erasongang@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 085-0819227)

## Abstract

This descriptive article intended to measure the level of core value-based leadership, the level of implementation of core values into practice among nurses. The sample group was 202 registered nurses with more than 1 year of experience, determined by using the Yamane's formula, as well as random sampling by multi-stage sampling. Data were collected with a questionnaire that was validated by 3 experts, yielding a CVI value of 0.93. Reliability of part 2 and 3 of questionnaire was tested by Cronbach's alpha coefficient, which reached 0.95 and 0.80, respectively. Data was analyzed by frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's Product Moment Correlation.

The results of the study showed the followings.

1. Core value-based leadership in head nurses was at a high level ( $M=4.14$ ,  $SD=0.6$ ).
2. Level of implementation of core values into the practice of head nurses, as perceived by registered nurse, was at a high level ( $M=4.05$ ,  $SD=0.56$ ).
3. The highest mean score was in the dimension of setting definitions, and desirable characteristics ( $M=4.08$ ,  $SD=0.55$ ).
4. The lowest mean score was in dimension of awareness and inspiration creating ( $M=4.00$ ,  $SD=0.58$ ).
5. Level of implementation of core values into the practice of head nurses, as perceived by registered nurses, classified by core values, was at a high level ( $M=4.05$ ,  $SD=0.55$ ). The implementation of core values regarding moral commitment was at the highest level ( $M=4.07$ ,  $SD=0.55$ ). And the dimension of deep empathy was at the lowest level ( $M=4.01$ ,  $SD=0.57$ ).
6. Relationships between core value-based leadership style and implementation of core values among head nurses, as perceived by registered nurses, was statistically significant ( $r=0.80$ ,  $p<0.001$ ).

**Keyword:** Core Values, Implementation, Core Value-Based Leadership

## บทนำ

ยุคปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงด้านของปัจจัยต่างๆในสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจส่งผลให้การจัดการกับความต้องการของลูกค้ามีความท้าทายหลายประการ องค์กรต้องใช้ความคิดทักษะ พลังงานและความกระตือรือร้นของบุคลากรทั้งหมดเพื่อให้เกิดการพัฒนา สร้างความสำเร็จ และมีความยั่งยืนขององค์กร ค่านิยมหลักเป็นสิ่งที่บุคลากรทุกคนต้องยึดถือในการปฏิบัติ เป็นตัวผลักดันให้บรรลุวิสัยทัศน์ พันธกิจ บอกถึงสิ่งที่องค์กรให้คุณค่า คุณลักษณะเด่นขององค์กร ทำให้ได้เปรียบคู่แข่งได้ (Pipatphokakul, 2010) องค์กรที่มีพนักงานในองค์กรมีพฤติกรรมในการทำงานที่สอดคล้องกับค่านิยมหลักองค์กรอย่างสม่ำเสมอจนกลายเป็นวัฒนธรรมองค์กรที่ดี สร้างผลการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้น และเติบโตอย่างยั่งยืน (Great Place to Work, 2014)

บริษัทเครือกรุงเทพดุสิตเวชการ เป็นองค์กรเอกชนทางสุขภาพ ที่ให้ความสำคัญในการพัฒนาบุคลากร ค่านิยมหลักเป็นเครื่องมือหนึ่งที่จะนำพาองค์กรสู่ความเป็นเลิศ มีเป้าหมายการทำงานร่วมกัน เกิดพลังขับเคลื่อนที่นำไปสู่ภาพลักษณ์อันพึงประสงค์ขององค์กร (Phutachote, 2013) บริษัทเครือกรุงเทพดุสิตเวชการ มีการกำหนดค่านิยมที่สอดคล้องกับ วิสัยทัศน์ โดยกำหนดเป็นชื่อย่อของเครือโรงพยาบาล คือ BDMS โดย B : Beyond Expectation ให้บริการเหนือกว่าความเป็นเลิศ D : Deep Empathy เข้าใจความรู้สึกและความ

ต้องการของผู้รับบริการ M : Moral Commitment อารังจรรยาบรรณ S : Service with Thai Hospitality คงเอกลักษณ์ไทยด้วยหัวใจบริการ โดยใช้ค่านิยมดังกล่าวร่วมกันทุกโรงพยาบาลในเครือข่ายเพื่อให้เกิดความครอบคลุม เป็นมาตรฐานในทิศทางเดียวกัน เสริมสร้างให้มีความเข้าใจร่วมกัน และมีพฤติกรรม การแสดงออกไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีนโยบายปลูกฝังและเสริมสร้างค่านิยมดังกล่าวให้กับบุคลากรในองค์กร ผ่านกิจกรรมและสื่อต่าง ๆ โดยผู้นำมีส่วนร่วม (Bankok Dusit Medical Services, 2015)

ผู้นำสามารถสร้างอิทธิพลต่อบุคลากรในการปฏิบัติงาน สร้างการมีส่วนร่วม สร้างแรงจูงใจให้เกิดการพัฒนากระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพไปในทิศทางเดียวกันเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ (Satyendra, 2015) ผู้นำจึงต้องมีภาวะผู้นำที่สามารถถ่ายทอดค่านิยมหลักสู่บุคลากรได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้น ค่านิยมหลักซึ่งมีความสามารถในการเชื่อมโยง ค่านิยมตนเอง ค่านิยมองค์กร และค่านิยมของผู้ตาม ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันได้ โดยเคารพลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ขับเคลื่อนองค์กรให้ประสบความสำเร็จ (Frost, 2014) การถ่ายทอดค่านิยมหลักสู่การปฏิบัติเป็นการแสดงพฤติกรรมของผู้นำให้เห็นเป็นรูปธรรมในการขับเคลื่อน ค่านิยมหลักการให้พนักงานรับรู้ เข้าใจ ผู้นำระดับต้นซึ่งมีความใกล้ชิดกับบุคลากร สามารถวางแผน ปฏิบัติ ประเมินผล และปรับปรุงแก้ไข การปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลที่ดีต่อ องค์กรได้ ผู้นำระดับต้นจึงต้องมีความสามารถในการถ่ายทอดค่านิยมหลักองค์กรสู่การปฏิบัติ ซึ่งหัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นผู้นำระดับต้นที่มีผลต่อพนักงานทุกคนในหน่วยงานโดยทำหน้าที่ รับและส่งต่อนโยบายขององค์กร ออกแบบ และใช้กลยุทธ์ จึงต้องมีความสามารถในการวางแผนและพัฒนาบุคลากรพยาบาลมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีส่วนร่วม มีค่านิยม และพฤติกรรมในการปฏิบัติตามแผนไปในทางเดียวกัน เสริมสร้างและสนับสนุนให้พยาบาล วิชาชีพมีพฤติกรรม จริยธรรมที่สอดคล้องกับค่านิยมหลัก อีกทั้งหัวหน้าหอผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการพัฒนา คุณภาพด้านการบริหารทางการพยาบาลและการบริการ การสื่อสารเพื่อให้พยาบาลได้รับทราบวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม ทิศทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารทางการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงต้องใช้หลายทักษะ ความสามารถในการเป็นผู้นำรวมถึงการนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลัก เพื่อขับเคลื่อนค่านิยมหลักองค์กร

การนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลักของหัวหน้าหอผู้ป่วยจะสามารถเชื่อมโยง ถ่ายทอดค่านิยมหลัก องค์กรเข้ากับพยาบาลและประสานความร่วมมือกันของพนักงานและรักษาเสถียรภาพค่านิยมร่วมกัน (Shatalebi, & Yarmohammadian, 2011) ส่งผลให้การปฏิบัติพยาบาลมีคุณภาพ ผู้ใช้บริการมีความพึง พอใจ เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ เกิดภาพลักษณ์ที่ดีต่อวิชาชีพ และบรรลุเป้าหมาย องค์กร (Nursing Organization Wachirabarami Hospital, 2018) ในทางตรงข้าม หากหัวหน้าหอผู้ป่วยไม่มีการนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลักจะไม่สามารถเชื่อมโยง สื่อสารให้พยาบาลเกิดเข้าใจในค่านิยมหลัก การปฏิบัติ ของพยาบาลไม่เป็นทิศทางเดียวกัน ซึ่งบริษัทเครือข่ายกรุงเทพดุสิต เวชการ รวมถึงองค์กรพยาบาลในบริษัทเครือ กรุงเทพดุสิตเวชการ ได้มีการนำค่านิยมมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน เป็นระยะเวลาอันยาวนานแต่ยังคงยังไม่ เคยมีการศึกษาการถ่ายทอดค่านิยมหลักสู่การปฏิบัติ ซึ่งบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพต้องยึดค่านิยม หลักองค์กร และนำสู่การปฏิบัติของพยาบาลสร้างการขับเคลื่อนองค์กรตามค่านิยมหลักเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี จากการพัฒนาวัฒนธรรมที่ผ่านมาพบการศึกษาถึงประโยชน์ของค่านิยมหลักเช่น เป็นเครื่องมือในการพัฒนา องค์กรสู่ความสำเร็จ ความยึดมั่นผูกพันของบุคลากร ความสุขของบุคลากรแต่ยังไม่พบศึกษาการถ่ายทอด ค่านิยมสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้องค์กรมีค่านิยมตามที่กำหนด และการนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยม หลักพบว่ามีการศึกษาในสถานศึกษาและองค์กรสุขภาพในต่างประเทศไม่พบการศึกษาในบริบทของหัวหน้าหอ ผู้ป่วยและในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในประเด็นการนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลัก การถ่ายทอด ค่านิยมสู่การปฏิบัติตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลกรุงเทพในเครือข่ายดุสิตเวชการ ภาคใต้ เพื่อเป็น แนวทางในการพัฒนาการนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลัก และแนวทางในการส่งเสริมการปฏิบัติที่สอดคล้องกับ ค่านิยมองค์กร รวมทั้งสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการพัฒนา และปลูกฝังค่านิยมให้คงอยู่อย่างยั่งยืน เกิดผลลัพธ์ที่ดีขององค์กร

## วัตถุประสงค์วิจัย

1. ศึกษาระดับการนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลักของหัวหน้าหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพ ในเครือข่ายเขตสุขภาพ ภาคใต้
2. ศึกษาระดับการถ่ายทอดค่านิยมหลักสู่การปฏิบัติของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพในเครือข่ายเขตสุขภาพ ภาคใต้
3. ศึกษาระดับการถ่ายทอดค่านิยมหลักสู่การปฏิบัติจำแนกตามค่านิยมหลัก ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพในเครือข่ายเขตสุขภาพ ภาคใต้
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลักกับการถ่ายทอดค่านิยมหลัก สู่การปฏิบัติของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพในเครือข่ายเขตสุขภาพ ภาคใต้

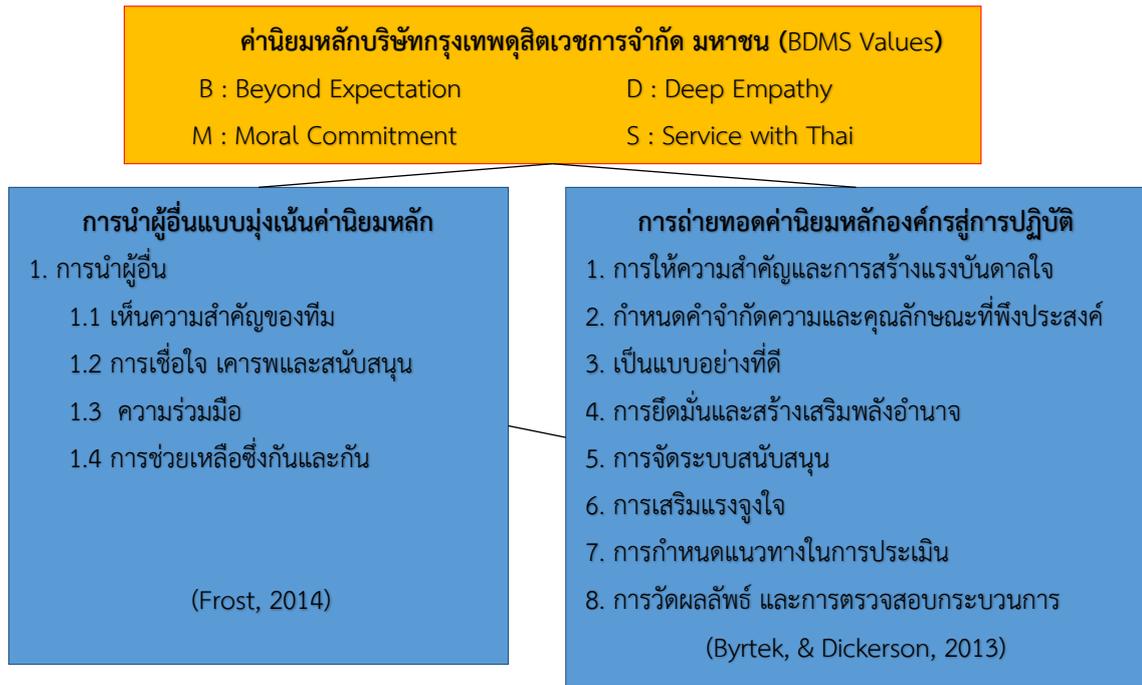
## สมมุติฐานวิจัย

การนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลักมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการถ่ายทอดค่านิยมสู่การปฏิบัติตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพในเครือข่ายเขตสุขภาพ ภาคใต้

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาการนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลัก ผู้วิจัยได้ดัดแปลงกรอบแนวคิดภาวะผู้นำแบบมุ่งเน้นค่านิยมตามแนวคิดของ ฟรอสต์ (Frost, 2014) ประกอบด้วย การนำตนเอง การนำผู้อื่น และการนำองค์กร ซึ่งการนำตนเองมีลักษณะของความเป็นปัจเจกบุคคลซึ่งประเมินจากบุคคลอื่นได้ยาก และการนำองค์กรในรายละเอียดพบว่ามีความทับซ้อนกับการถ่ายทอดค่านิยมหลักสู่การปฏิบัติ ดังนั้นในการศึกษานี้จึงใช้หลักการการนำผู้อื่น เป็นการนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลักเพื่อให้เกิดความชัดเจนและเชื่อมโยงกับค่านิยมหลักองค์กร ซึ่งการนำผู้อื่น ในการบริหารงาน ผู้บริหารทางการแพทย์จะต้องนำทีมพยาบาลเพื่อให้พยาบาลสามารถทำงานด้วยความเต็มใจในการปฏิบัติตามค่านิยมหลักได้และทราบวิธีการทำงานร่วมกันเพื่อเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพสูง ซึ่งการนำผู้อื่นประกอบด้วย 1) เห็นคุณค่าของทีม 2) เชื่อใจ เคารพและสนับสนุน 3) ความร่วมมือ 4) การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การนำของหัวหน้าหอผู้ป่วย ช่วยให้พยาบาลทำงานร่วมกัน ระบุวิธีการทำงานร่วมกัน เห็นคุณค่าของทีม ความเคารพและการสนับสนุนการทำงานร่วมกัน การพึ่งพาอาศัยกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สร้างให้เกิดความเชื่อใจและความร่วมมือเพื่อให้การทำงานของทีมพยาบาลเกิดผลลัพธ์ที่ดี

การถ่ายทอดค่านิยมสู่การปฏิบัติผู้วิจัยได้นำขั้นตอนการถ่ายทอดค่านิยมสู่การปฏิบัติของเบอร์เทค และดิเคอร์สัน (Byrtek, & Dickerson, 2013) ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ 1) การให้ความสำคัญและการสร้างแรงบันดาลใจ 2) กำหนดจำกัดความและคุณลักษณะที่พึงประสงค์ 3) เป็นแบบอย่างที่ดี 4) การยึดมั่นและสร้างเสริมพลังอำนาจ 5) การจัดระบบสนับสนุน 6) การเสริมแรงจูงใจ 7) การกำหนดแนวทางในการประเมิน 8) การวัดผลลัพธ์ และการตรวจสอบกระบวนการการนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลัก การถ่ายทอดค่านิยมหลักสู่การปฏิบัติและค่านิยมหลักมีความเชื่อมโยงกับค่านิยมหลัก (BDMS Values) ดังภาพประกอบ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาในโรงพยาบาลกรุงเทพในเครือดุสิตเวชการ ภาคใต้ จำนวน 6 โรงพยาบาล ประกอบด้วยโรงพยาบาลกรุงเทพภูเก็ต โรงพยาบาลกรุงเทพหาดใหญ่ โรงพยาบาลสิริโรจน์ โรงพยาบาลตึกุ โรงพยาบาลกรุงเทพสมุย โรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ รวม 345 คน (ข้อมูลวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2562)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกรุงเทพเครือดุสิตเวชการภาคใต้ ที่ปฏิบัติงานมากกว่า 1 ปี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร ยามาเน่ (Yamane, 1973) ที่ระดับความคลาดเคลื่อน .05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 195 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มการเก็บกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมเป็น 215 ราย และสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์สัดส่วน โรงพยาบาลกรุงเทพภูเก็ต 86 คน โรงพยาบาลกรุงเทพหาดใหญ่ 76 คน โรงพยาบาลสิริโรจน์ 32 คน โรงพยาบาลกรุงเทพ สมุย 9 คน โรงพยาบาลตึกุ 6 คนโรงพยาบาลกรุงเทพสุราษฎร์ 6 คน การสุ่มจากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพจากแต่ละโรงพยาบาลด้วยการสุ่มกลุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยนำรายชื่อพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานมากกว่า 1 ปีเรียงลำดับตัวเลขและจับฉลากเลขคู่หรือเลขคี่ในแต่ละโรงพยาบาล จนได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติที่กำหนดครบตามขนาดที่กำหนดในแต่ละโรงพยาบาล

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น 1 ชุดประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาปฏิบัติงานร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วยปัจจุบัน ประสบการณ์การประชุมในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับค่านิยมหลักองค์กรในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา และการปฏิบัติงานสอดคล้องกับค่านิยมหลักของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระดับการนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลัก ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ประยุกต์ตามกรอบแนวคิดของ ฟรอสต์ (Frost, 2014) 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด มีคำตอบให้เลือกตอบเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตั้งแต่ 1-5 แปลผลโดยใช้เกณฑ์การแบ่งอัตรภาคชั้นตามค่าพิสัยเป็น 3 ช่วง (Srisatidnarakul, 2010) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่รู้ว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยมีภาวะผู้นำแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลักอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่รู้ว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยมีภาวะผู้นำแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลักอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่รู้ว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยมีภาวะผู้นำแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลักอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการถ่ายทอดค่านิยมสู่การปฏิบัติ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดของ ของเบอร์เทค และดิเคอร์สัน (Byrtek & Dickerson, 2013) จำนวน 44 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด มีคำตอบให้เลือกตอบเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตั้งแต่ 1-5

แปลผลโดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยในการให้ความหมายคะแนนเฉลี่ย (Healthcare Accreditation Institute, 2008) โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง มีระดับการถ่ายทอดค่านิยมสู่การปฏิบัติมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง มีระดับการถ่ายทอดค่านิยมสู่การปฏิบัติมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง มีระดับการถ่ายทอดค่านิยมสู่การปฏิบัติน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.50 หมายถึง มีระดับการถ่ายทอดค่านิยมสู่การปฏิบัติน้อยที่สุด

การแปลผลความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำแบบมุ่งเน้นคุณค่าหลักกับการถ่ายทอดค่านิยมสู่การปฏิบัติใช้เกณฑ์การแปลผลความสัมพันธ์และให้ความหมายค่าความสัมพันธ์ (Hinkle, 1998) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

0.91 - 1.00 หมายถึง ภาวะผู้นำแบบมุ่งเน้นคุณค่าหลักมีความสัมพันธ์กับการถ่ายทอดค่านิยมหลักสู่การปฏิบัติระดับสูงมาก

0.71 - 0.90 หมายถึง ภาวะผู้นำแบบมุ่งเน้นคุณค่าหลักมีความสัมพันธ์กับการถ่ายทอดค่านิยมหลักสู่การปฏิบัติระดับสูง

0.51 - 0.70 หมายถึง ภาวะผู้นำแบบมุ่งเน้นคุณค่าหลักมีความสัมพันธ์กับการถ่ายทอดค่านิยมหลักสู่การปฏิบัติระดับปานกลาง

0.31 - 0.50 หมายถึง ภาวะผู้นำแบบมุ่งเน้นคุณค่าหลักมีความสัมพันธ์กับการถ่ายทอดค่านิยมหลักสู่การปฏิบัติในระดับต่ำ

0.01 - 0.30 หมายถึง ภาวะผู้นำแบบมุ่งเน้นคุณค่าหลักมีความสัมพันธ์กับการถ่ายทอดค่านิยมหลักสู่การปฏิบัติในระดับต่ำมาก

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ใช้วิธีการตรวจสอบโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ 1 ท่าน หัวหน้าหอผู้ป่วยที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการสร้างเครื่องมือวิจัย 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความสอดคล้อง ความครอบคลุมของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัยและกรอบแนวคิดและทำการปรับปรุง แก้ไขแบบสอบถามตาม ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนไปทดลองใช้ วิเคราะห์โดยค่าดัชนีความตรง (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ .93

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้นำ แบบสอบถาม ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเทพราชสิมา ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .95 และ .85 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือรับรองโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลในเครือข่ายเครือข่ายภาคใต้และแนบสำเนาถึงหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลกรุงเทพในเครือข่ายภาคใต้
2. ติดต่อประสานงานกับฝ่ายการพยาบาลหรือผู้ประสานงานเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยรายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนของพยาบาลวิชาชีพ ที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูลจำนวน 6 โรงพยาบาล
3. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลผู้วิจัยติดต่อผู้ประสานงานทางโทรศัพท์เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดของคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย
4. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างทางไปรษณีย์ไปยังผู้ประสานงานของกลุ่มการพยาบาลจำนวน 6 โรงพยาบาล
5. ประสานงานกับผู้ประสานงานในการเก็บข้อมูล โดยกำหนดเวลาในการตอบแบบสอบถามและส่งแบบสอบถามคืนผู้วิจัยภายใน 4 สัปดาห์ นับตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2562 – 1 มีนาคม 2562
6. ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามที่ได้รับคืน 202 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 93.9 และนำมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนการบันทึกข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลระดับการนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลักของหัวหน้าหอผู้ป่วย ระดับการถ่ายทอดค่านิยมหลักสู่การปฏิบัติ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์โดยใช้ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลักของหัวหน้าหอผู้ป่วยและการถ่ายทอดค่านิยมหลักสู่การปฏิบัติตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยใช้เกณฑ์ระดับค่าความสัมพันธ์ของฮิงเคิล (Hinkle, 1998) ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ได้ตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลแบบโค้งปกติโดยการทดสอบสถิติ One-sample Kolmogorov-Smirnov test ที่นัยสำคัญ  $> 0.05$  พบว่าการนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลักของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีค่า Sig=0.68 การถ่ายทอดค่านิยมหลักสู่การปฏิบัติมีค่า Sig=0.30 และทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรโดย Linearity test พบว่าข้อมูลมีค่า F-test 8.42 (sig=0.02) แสดงว่าตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง

### จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัสหนังสือรับรอง PSU IRB 2018 - NST 039

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 99.00) มีอายุเฉลี่ย 31.04 ปี ( $SD=6.16$ ) ระยะเวลาปฏิบัติงานร่วมกับหัวหน้าอยู่ในช่วง 1-3 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 68.80) รองลงมาอยู่ในช่วง 4-6 ปี (ร้อยละ 14.90) ระยะเวลาทำงานในโรงพยาบาลเครือข่ายเขตสุขภาพ ภาคใต้ อยู่ในช่วง 1-3 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 37.50) หัวหน้าหอผู้ป่วยมีประสบการณ์เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยเฉลี่ย 5.83 ปี โดยระดับ 1-3 ปีมีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 49.00) ส่วนใหญ่ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมาได้ผ่านการอบรมบุคลิกภาพของพนักงานและการส่งมอบบริการมากที่สุด (ร้อยละ 35.10) รองลงมาคืออบรม/ประชุมความเข้าใจวัฒนธรรมองค์กรโครงสร้างการบริหารจัดการ (ร้อยละ 21.10) และ อบรม/สัมมนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับค่านิยมหลัก (ร้อยละ 16.6) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างรับรู้การปฏิบัติงานได้สอดคล้องกับค่านิยมหลัก (BDMS) ในระดับมากโดยเฉพาะด้าน Deep Empathy (เข้าใจความรู้สึกและความต้องการของผู้รับบริการ) (ร้อยละ 60.40) รองลงมาคือด้าน service with Thai Hospitality (คงเอกลักษณ์ไทยด้วยใจบริการ) (ร้อยละ 57.40) และยังรับรู้ถึงการนำความต้องการของผู้รับบริการและครอบครัวมาเป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการพยาบาล ระดับมาก (ร้อยละ 62.90) และหอผู้ป่วยมีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่องระดับมาก (ร้อยละ 57.90)

2. ระดับการนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลักของหัวหน้าหอผู้ป่วย ระดับการถ่ายทอดค่านิยมหลักสู่การปฏิบัติของหัวหน้าหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

**ตาราง 1** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลักของหัวหน้าหอผู้ป่วย ด้านการนำผู้อื่นจำแนกเป็นรายข้อ

ด้านการนำผู้อื่น	M	SD	ระดับ
1. สนับสนุนสมาชิกในทีมพยาบาลให้ยึดมั่นต่อพฤติกรรมบริการที่ดี	4.24	0.68	สูง
2. ชี้ให้เห็นความสำคัญของการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในทีมพยาบาล เพื่อความเป็นเลิศของบริการ	4.20	0.66	สูง
3. ให้ความไว้วางใจความมุ่งมั่นสู่ความสำเร็จของทีมพยาบาลในการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ	4.19	0.71	สูง
4. สนับสนุนการปฏิบัติงานของทีมพยาบาลตามแนวทางที่สอดคล้องกับค่านิยมองค์กร	4.18	0.68	สูง
5. เป็นผู้นำทีมการพยาบาลที่ปฏิบัติงานอย่างเปิดเผยและซื่อสัตย์	4.15	0.72	สูง
6. สร้างความร่วมมือในทีมพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานให้สำเร็จ	4.15	0.69	สูง
7. ช่วยเหลือสนับสนุนสมาชิกในทีมในการปฏิบัติตามค่านิยมองค์กรในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยง	4.14	0.72	สูง
8. สนับสนุนข้อมูลเพื่อการตัดสินใจและเคารพการตัดสินใจของทีมการพยาบาล	4.12	0.68	สูง
9. สร้างความร่วมมือของทีมพยาบาลต่อการเรียนรู้ปัญหาการปฏิบัติงานเพื่อผู้ใช้บริการ	4.12	0.66	สูง
10. รับฟังความกังวลใจของลูกน้องทุกคนในทีม	4.11	0.75	สูง
11. เป็นผู้นำทีมพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่เพื่อผู้ใช้บริการ	4.11	0.66	สูง
12. ร่วมมือกับทีมพยาบาลออกแบบการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับค่านิยมองค์กร	4.11	0.67	สูง

ตาราง 1 (ต่อ)

ด้านการนำผู้อื่น	M	SD	ระดับ
13. สร้างความเชื่อมั่นในตนเองของทีมพยาบาลในการพัฒนาการบริการพยาบาลร่วมกัน	4.10	0.70	สูง
14. ยึดหลักการทำงานเป็นทีมเพื่อผลการปฏิบัติงานได้มาตรฐานระดับสูง	4.07	0.70	สูง
15. ร่วมทีมออกแบบบริการที่สอดคล้องกับมาตรฐานระดับสูง	4.03	0.72	สูง
<b>รวม</b>	<b>4.14</b>	<b>0.60</b>	<b>สูง</b>

จากตาราง 1 การนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลักนิยมหลักของหัวหน้าหอผู้ป่วยด้านการนำผู้อื่นโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $M=4.14$ ,  $SD=0.60$ ) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 ข้อคือ การสนับสนุนสมาชิกในทีมพยาบาลให้ยึดมั่นต่อพฤติกรรมบริการที่ดี ( $M=4.24$ ,  $SD=0.68$ ) การชี้ให้เห็นความสำคัญของการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในทีมพยาบาลเพื่อความเป็นเลิศของบริการ ( $M=4.20$ ,  $SD=0.66$ ) ให้ความไว้วางใจความมุ่งมั่นสู่ความสำเร็จของทีมพยาบาลในการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ ( $M=4.19$ ,  $SD=0.71$ ) โดยมีค่าเฉลี่ยรองลงมาตามลำดับ

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการถ่ายทอดค่านิยมหลักสู่การปฏิบัติของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโดยภาพรวมและรายด้าน

การถ่ายทอดค่านิยมหลักสู่การปฏิบัติ	M	SD	ระดับ
1. กำหนดคำจำกัดความและคุณลักษณะที่พึงประสงค์	4.08	0.56	มาก
2. เป็นแบบอย่างที่ดี	4.08	0.58	มาก
3. ยึดมั่นและสร้างเสริมพลังอำนาจ	4.07	0.59	มาก
4. วัดผลลัพธ์ และการตรวจสอบกระบวนการ	4.05	0.62	มาก
5. จัดระบบสนับสนุน	4.04	0.60	มาก
6. เสริมแรงจูงใจ	4.04	0.62	มาก
7. กำหนดแนวทางในการประเมิน	4.03	0.61	มาก
8. ให้ความสำคัญและการสร้างแรงบันดาลใจ	4.00	0.58	มาก
<b>รวม</b>	<b>4.05</b>	<b>0.55</b>	<b>มาก</b>

จากตาราง 2 การถ่ายทอดค่านิยมหลักสู่การปฏิบัติของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $M=4.05$ ,  $SD=0.56$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมากโดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 ด้านคือด้านการกำหนดคำจำกัดความและคุณลักษณะที่พึงประสงค์ ( $M=4.08$ ,  $SD=0.55$ ) รองลงมาได้แก่ การเป็นแบบอย่างที่ดี ( $M=4.08$ ,  $SD=0.58$ ) การยึดมั่นและสร้างเสริมพลังอำนาจ ( $M=4.07$ ,  $SD=0.59$ ) มีค่าเฉลี่ยรองลงมาตามลำดับ

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการถ่ายทอดค่านิยมหลักสู่การปฏิบัติจำแนกตามค่านิยมหลัก

การถ่ายทอดค่านิยมหลักสู่การปฏิบัติจำแนกตามค่านิยมหลัก	M	SD	ระดับ
1. ให้บริการเหนือกว่ามาตรฐาน (Beyond Excellence)	4.06	0.56	มาก
2. เข้าใจความรู้สึกและความต้องการของผู้รับบริการ (Deep Empathy)	4.01	0.57	มาก
3. ดำรงไว้ซึ่งจรรยาบรรณ (Moral commitment)	4.07	0.55	มาก
4. คงเอกลักษณ์ไทยด้วยหัวใจบริการ (Service with Thai Hospitality)	4.05	0.55	มาก
<b>รวม</b>	<b>4.05</b>	<b>0.55</b>	<b>มาก</b>

จากตาราง 3 การถ่ายทอดค่านิยมหลักสู่การปฏิบัติจำแนกตามค่านิยมหลักโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $M=4.05, SD=0.55$ ) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกข้ออยู่ในระดับมากโดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ จรรยาบรรณธารงไว้ อยู่ในระดับมาก ( $M=4.07, SD=0.55$ ) เหนือกว่ามาตรฐาน ( $M=4.06, SD=0.56$ ) คงเอกลักษณ์ไทยด้วยหัวใจบริการ ( $M=4.05, SD=0.55$ ) เข้าใจความรู้สึกและความต้องการของผู้รับบริการ ( $M=4.01, SD=0.57$ ) มีค่าเฉลี่ยรองลงมาตามลำดับ

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลักของหัวหน้าหอผู้ป่วยและการถ่ายทอดค่านิยมหลักสู่การปฏิบัติตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

ถ่ายทอดค่านิยมหลักสู่การปฏิบัติ	การนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลัก (ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์: r)
กำหนดคำจำกัดความ และคุณลักษณะที่พึงประสงค์ เป็นแบบอย่างที่ดี	0.84 <sup>***</sup>
การยึดมั่นและสร้างเสริมพลังอำนาจ	0.83 <sup>***</sup>
การวัดผลลัพธ์และการตรวจสอบกระบวนการ	0.83 <sup>***</sup>
การจัดระบบสนับสนุน	0.81 <sup>***</sup>
การกำหนดแนวทางในการประเมิน	0.81 <sup>***</sup>
การเสริมแรงจูงใจ	0.79 <sup>***</sup>
การให้ความสำคัญ และการสร้างแรงบันดาลใจ	0.76 <sup>***</sup>
<b>รวม</b>	<b>0.80<sup>***</sup></b>

<sup>\*\*\*</sup>  $p < 0.001$

จากตาราง 3 พบว่าการนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลักมีความสัมพันธ์กับการถ่ายทอดค่านิยมสู่การปฏิบัติ ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ( $r=0.80$ ) โดยมีความสัมพันธ์กันในทางบวกเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าความสัมพันธ์สูงสุด คือ ด้านการกำหนดคำจำกัดความและคุณลักษณะที่พึงประสงค์ ( $r=0.84$ ) รองลงมาคือด้านเป็นแบบอย่างที่ดี ( $r=0.83$ ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลักอยู่ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

## อภิปรายผล

1. การนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลักของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพในเครือดุสิตเวชการ ภาคใต้พบว่าภาวะผู้นำแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลักด้านการนำผู้อื่นมีค่าเฉลี่ยในระดับสูง ( $M=4.14, SD=0.6$ ) อธิบายได้ว่า หัวหน้าหอผู้ป่วย มีประสบการณ์การเป็นหัวหน้าเฉลี่ย 5.8 ปี ตามเส้นทางความก้าวหน้าขององค์กรในเครือดุสิตเวช หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีอายุงาน 7 ปีขึ้นไป และหรือผลการประเมินอยู่ในกลุ่ม Talent ได้รับการอบรมพัฒนาทักษะด้านการบริหาร ภาวะผู้นำอย่างต่อเนื่องโดยกำหนดตามระดับชั้นของผู้บริหาร การปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปี คือผู้มีประสบการณ์และมีความเข้าใจสถานการณ์อย่างลึกซึ้ง สามารถวินิจฉัยปัญหาได้ถูกต้อง รวดเร็ว วิเคราะห์เรื่องราวหรือสถานการณ์ได้ รู้วิธีแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม ได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงาน (Benner, 1984) สอดคล้องกับการศึกษาของ Curtis, & Sheerin (2011) พบว่าประสบการณ์เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพด้านภาวะผู้นำซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญในการบริหารของหัวหน้าหอผู้ป่วยและต้องใช้ระยะเวลาในการสะสมประสบการณ์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kaseng, Boonyoung, & Apichato (2008) ที่พบว่าระยะเวลาการปฏิบัติงานและเวลาในการดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพแตกต่างกับหัวหน้าหอผู้ป่วยที่รอการ

รับรองคุณภาพอย่างชัดเจนโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ผ่านการรับรองคุณภาพมีระยะเวลาการปฏิบัติงานและการดำรงตำแหน่งนานกว่าซึ่งอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้การปฏิบัติบรรลุวัตถุประสงค์ได้และหากปฏิบัติงานในสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนจะทำให้เพิ่มสมรรถนะให้สูงขึ้น ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Arbabisarjou, Foroghameri, Sarani, Mahmoudi, & Bahrampour (2016) ที่พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความรู้ความสามารถในวิชาชีพ ทักษะการบริหารหอผู้ป่วยในระดับดีโดยไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอายุ ประสบการณ์ ประสบการณ์หลายปีในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วย

บทบาทหน้าที่หัวหน้าหอผู้ป่วยคือปฏิบัติงานในฐานะผู้บริหารระดับต้น มีความรับผิดชอบบริหารการพยาบาลในระดับหน่วยงานหรือหอผู้ป่วยเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ของกลุ่มการพยาบาลและโรงพยาบาล มีบทบาทบังคับบัญชา ตรวจสอบ ควบคุมการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งเป็นผู้เชื่อมโยงนโยบายจากองค์กรพยาบาลสู่การปฏิบัติในหอผู้ป่วย จัดระบบบริการพยาบาลและระบบพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงานให้มีมาตรฐาน เกิดการให้บริการ พยาบาลที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Nursing Division Ministry of Public Health, 2018) การมีบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยแสดงออกถึงการเป็นผู้นำได้ชัดเจนเป็นที่รับรู้ของพยาบาลในหอผู้ป่วยนั้นๆ โดยจากศึกษาครั้งนี้พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยให้ความสำคัญกับสนับสนุนสมาชิกในทีมพยาบาลให้ยึดมั่นต่อพฤติกรรมบริการที่ดีได้ในระดับสูง ( $M=4.2, SD=6.8$ ) สนับสนุนการปฏิบัติงานของทีมพยาบาลตามแนวทางที่สอดคล้องกับค่านิยมองค์กรในระดับสูง ( $M=4.18, SD=6.8$ ) การแสดงออกถึงการสนับสนุน ส่งเสริมทำให้พยาบาลรู้สึกว่าการให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาในการปฏิบัติงาน สร้างสัมพันธ์ที่ดีต่อการทำงานในองค์กร มีความเป็นกันเอง ตลอดจนการได้รับการปฏิบัติอย่างยุติธรรมและส่งเสริมพัฒนาบุคลากรให้ปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับการศึกษาของ Rhoades, & Eisenberger (2002) ที่พบว่าเพราะหัวหน้าเปรียบเสมือนตัวแทนขององค์กรหากพนักงานรับรู้การสนับสนุน จากหัวหน้าที่ดีพนักงานจะเกิดความไว้วางใจมีความสุขในการทำงาน ได้รับการชี้แนะ ให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาที่ดีในการทำงาน ส่งเสริมความก้าวหน้าด้านกรงาน พนักงานจะพิจารณาบทบาทของหัวหน้าในฐานะผู้นำจากการให้คุณค่าในการทำงานและการศึกษาของ Chomsri, Jullamate, & Krajaiklang (2018) พบว่าบุคลากรจะรับรู้ว่าเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าได้จากการได้รับการพัฒนางานที่ช่วยส่งเสริมความก้าวหน้าของ การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมอบหมาย งานที่ตรงกับความรู้ความสามารถของตนเอง นอกจากนี้การศึกษาพบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยยังชี้ให้เห็นความสำคัญของการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในทีมพยาบาลเพื่อความ เป็นเลิศของบริการในระดับสูง ( $M=4.20, SD=0.66$ ) อธิบายได้ว่าพยาบาลรับรู้ถึงการให้ความสำคัญกับการทำงานเป็นทีมของหัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งการเห็นความสำคัญของทีมคือความไว้วางใจสร้างแรงจูงใจ เคารพ สนับสนุนการทำงานร่วมกัน พึ่งพาอาศัยกัน เชื่อใจ มุ่งมั่นในเป้าหมายเดียวกันเพื่อผลลัพธ์ที่ดีขององค์กร (Byrtek, & Dickerson, 2013) สอดคล้องกับการวิจัยของ Badri, & Mohammad (2011) บทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ ให้ความสำคัญในการประสานความร่วมมือกันของพนักงานเป็นการรักษาเสถียรภาพค่านิยมร่วมกันและคำนึงถึง ความแตกต่างส่วนบุคคลที่สำคัญการทำงานแบบมีค่านิยมร่วมกันเป็นรูปแบบผู้นำแบบมุ่งเน้นค่านิยม หลักซึ่งช่วย ให้องค์กรประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน

2. ระดับการถ่ายทอดค่านิยมหลักสู่การปฏิบัติของหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลรับรู้โดยรวมอยู่ในระดับ มาก ( $M=4.8, SD=0.58$ ) อธิบายได้ว่า จากลักษณะผู้นำองค์กรหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้นำระดับต้นสามารถมี อิทธิพลต่อพยาบาลในหน่วยงาน มีหน้าที่รับและส่งต่อนโยบายขององค์กร เป็นแบบอย่างและมีอิทธิพลต่อ พนักงานคนอื่น ๆ ใกล้ชิดกับพนักงานระดับปฏิบัติการจึงสามารถถ่ายทอดค่านิยม หลักได้อย่างมีประสิทธิภาพ สะท้อนได้จากหัวหน้าหอผู้ป่วยได้ให้ความสำคัญในด้านกำหนดค่าจำกัดความและคุณลักษณะที่พึงประสงค์ ( $M=4.08, SD=0.56$ ) และการเป็นแบบอย่างที่ดีในระดับมาก ( $M=4.08, SD=0.58$ ) (ตาราง 2) ซึ่งการถ่ายทอดค่านิยม ให้เกิดความชัดเจนผู้นำต้องเป็นแบบอย่างแสดงให้เห็นตลอดเวลาว่ายึดค่านิยมเป็นแนวทางในการบริหารจัดการ สื่อสารให้ทุกคนเข้าใจค่านิยมหลัก ส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติในองค์กร (Tangkittithavorn, 2016) ค่านิยม

หลักเป็นเรื่องที่เกือบทุกองค์กรให้ความสำคัญ เช่นเดียวกันกับบริษัทเครื่องกรุงเทพอุตสาหกรรม ได้ให้ความสำคัญในการปฏิบัติตามค่านิยมหลักเนื่องจากค่านิยมหลักเป็นตัวช่วยให้เกิดวัฒนธรรมองค์กรที่ดี (Pipatphokakul, 2010) อีกทั้งในภาวะปัจจุบันมีการแข่งขันทางด้านธุรกิจสูงทำให้องค์กรพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีความเป็นเอกลักษณ์ สร้างความแตกต่าง สร้างประสบการณ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ จึงกำหนดและได้ดำเนินการถ่ายทอดพันธกิจวิสัยทัศน์ค่านิยมสู่การปฏิบัติผ่านระบบการนำไปยังบุคลากร ทุกคนและหน่วยงานโดยการสื่อสารทุกช่องทาง ทั้งทางตรงทางอ้อมตลอดจนนำสู่การกำหนดค่านิยมองค์กร เชื่อมโยงสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์เพื่อให้สามารถเข้าใจและนำไปปฏิบัติได้และบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร

พิจารณารายด้านของการถ่ายทอดค่านิยมสู่การปฏิบัติผลการศึกษาคั้งนี้พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมาก ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 ด้านอภิปรายดังนี้

ด้านกำหนดคำจำกัดความและคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย พบว่าอยู่ในระดับมาก ( $M=4.08, SD=0.56$ ) อธิบายได้ว่า การนำค่านิยมหลักสู่การปฏิบัติต้องกำหนดคำจำกัดความแต่ละค่านิยมหลัก เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนนำสู่การปฏิบัติและวัดผลที่ชัดเจน (Byrtek & Dickerson, 2013) ซึ่งการกำหนดคุณลักษณะที่ชัดเจนทำให้พยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติได้ง่าย โดยการกำหนดพฤติกรรมที่พึงประสงค์พร้อมตัวอย่างการปฏิบัติที่สอดคล้องกับพฤติกรรมนั้นๆ ผู้นำมีบทบาทในการทำการทบทวน ปรับปรุง สนับสนุน กำหนดคำจำกัดความให้ออกมาเรียบง่าย ชัดเจน ตรงตามเป้าหมาย สื่อสารค่านิยมและพฤติกรรมนั้นให้พยาบาลในหอผู้ป่วยรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร การสื่อสารจะเป็นกระบวนการในการสร้างความเข้าใจและ จุดหมายร่วมกันทำให้เกิดการยอมรับและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Punthawornwong, Boonyoung, & Tongsook. (2015) พบว่าการสื่อสารโดยการบอกอธิบายทำให้พยาบาลรับทราบข้อมูลและยอมรับวิสัยทัศน์สู่การปฏิบัติ

ด้านการเป็นแบบอย่างที่ดีของหัวหน้าหอผู้ป่วย พบว่าอยู่ในระดับมาก ( $M=4.08, SD=0.58$ ) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่ง (ร้อยละ 68.8) ปฏิบัติงานร่วมกันหัวหน้าหอผู้ป่วย 1-3 ปี ซึ่งสามารถเห็นได้ถึงพฤติกรรม การปฏิบัติงานของหัวหน้าได้อย่างใกล้ชิด โดยจากการศึกษาคั้งนี้พบว่าการตัดสินใจของหัวหน้าอยู่บนพื้นฐาน หลักการของค่านิยมหลักองค์กรค่าเฉลี่ยมากที่สุด ( $M=4.13, SD=0.61$ ) และมีพฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศ สอดคล้องกับค่านิยมในระดับมาก ( $M=4.07, SD=0.65$ ) เนื่องจากผู้นำคือผู้ที่มีอิทธิพลต่อผู้อื่นสามารถกระตุ้นให้ เชื่อถือ ยอมรับ ในการกระทำเพื่อการบรรลุเป้าหมายร่วมกัน (Chongvisal, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ Rattikamsuka, & Oumtanee (2014) ในการบริหารของหัวหน้างานดีเด่นพบว่าการเป็นแบบอย่างที่ดีของ หัวหน้าหอผู้ป่วยทั้งในด้านการทำงาน การให้ความสำคัญกับการเรียนรู้พัฒนาทักษะจะเพิ่มประสิทธิภาพในการ ทำงานของพยาบาล

การยึดมั่นและการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่าอยู่ในระดับมาก ( $M=4.07, SD=0.59$ ) อธิบายได้ว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยมีใช้กลยุทธ์การส่งเสริมค่านิยมในแนวทางเดียวกับองค์กรแสดงให้เห็นถึงความสำคัญในการ พัฒนาศักยภาพมิโยบายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สนับสนุนให้บุคลากรทุกระดับเข้ามารับรู้ มีส่วนร่วมจาก การศึกษาพบว่า หัวหน้าสนับสนุนให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการเสนอแนะและพัฒนาพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของ หอผู้ป่วยสอดคล้องกับค่านิยมองค์กร ( $M=4.09, SD=0.61$ ) การมีส่วนร่วมในการพัฒนาพฤติกรรมเป็นการ เสริมสร้างพลังอำนาจจะมีผลต่อพฤติกรรมขององค์กรและทัศนคติ ของบุคคล การได้รับอำนาจและโอกาสได้รับการสนับสนุนทำให้มีทัศนคติและพฤติกรรมในการทำงานเปลี่ยนไป เป็นการเพิ่มแรงจูงใจลดความขัดแย้ง (Dubrin, 2013) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Umaporn, Somchart, & Sukhontha (2012) พบว่าการ เสริมสร้างพลังอำนาจให้พยาบาลเข้าถึงอำนาจเป็นการเปิดโอกาสให้มีอิสระในการตัดสินใจภายในขอบเขตวิชาชีพ ทำให้รู้สึกมีคุณค่ามีประโยชน์ในการพัฒนาตนเอง การเสริมพลังอำนาจส่งผลให้มีสมรรถนะในการปฏิบัติของ พยาบาลสูงขึ้นและสามารถปฏิบัติงานได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. ระดับการถ่ายทอดค่านิยมหลักสู่การปฏิบัติจำแนกตามค่านิยมหลัก ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพ ในเครือข่ายเขตสุขภาพ ภาคใต้พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $M=4.05$ ,  $SD=0.55$ )

เมื่อพิจารณาทางด้านค่านิยมหลักพบว่าและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับมากโดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ชำรงไว้ซึ่งจรรยาบรรณ ( $M=4.07$ ,  $SD=0.55$ ) อธิบายได้ว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยมีส่วนสำคัญต่อจรรยาบรรณ มีบทบาทในการจัดระบบสนับสนุนให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานจรรยาบรรณและจริยธรรม ซึ่งพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ได้รับการปลูกฝังจรรยาบรรณวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ในการกระทำเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย การกระทำเพื่อหลีกเลี่ยงสาเหตุหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น การกระทำด้วยความซื่อสัตย์ การกระทำต่อผู้รับบริการด้วยความยุติธรรม การบอกความจริง (Nursing Association of Thailand, 2003) พยาบาลปฏิบัติงานโดยตรงกับผู้รับบริการต้องคำนึงถึงคุณธรรม จริยธรรมและจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพในการปฏิบัติงานอย่างสูง ทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถสื่อสาร เชื่อมโยง ถ่ายทอดค่านิยมหลักด้านจรรยาบรรณให้พยาบาลเข้าใจและนำไปปฏิบัติได้ง่าย

ด้านเข้าใจความรู้สึกและความต้องการของผู้รับบริการอยู่ในระดับมาก แต่ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดในการถ่ายทอดค่านิยมหลักทั้ง 4 ด้าน ( $M=4.01$ ,  $SD=0.57$ ) อธิบายได้ว่า องค์กรและหัวหน้าหอผู้ป่วยให้ความสำคัญในการดูแลผู้รับบริการด้วยความใส่ใจ เอาใจเขามาใส่ใจเราเข้าถึงความรู้สึกและจิตวิญญาณ ทำการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการสามารถเป็นแบบอย่างรับฟังผู้รับบริการและเพื่อนร่วมงานด้วยความเห็นอกเห็นใจและรับฟังอย่างตั้งใจ ทำความเข้าใจผู้รับบริการและเพื่อนร่วมงาน สร้างความเชื่อถือและสนับสนุนด้วยความเต็มใจ (Bankok Dusit Medical Services, 2015) อย่างไรก็ตามการส่งเสริมการพัฒนาทักษะด้านความเข้าใจผู้อื่นประกอบด้วยองค์ประกอบหลายด้าน เช่น ด้านจิตใจ การสะท้อนคิด การตระหนักรู้ รวมถึงประสบการณ์เรียนรู้ การเข้าอกเข้าใจผู้อื่น (Dallas, 2015) ซึ่งบางทักษะพยาบาลต้องพัฒนาด้วยตนเอง หัวหน้าหอผู้ป่วยจึงต้องเน้นย้ำการเรียนรู้เพิ่มเติม ส่งเสริม พัฒนาให้พยาบาลสามารถประเมินความต้องการของผู้รับบริการได้ชัดเจน ครอบคลุมและรวดเร็ว

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลักกับการถ่ายทอดค่านิยมหลัก สู่การปฏิบัติของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ในทางบวกในระดับสูง เมื่อพิจารณาพบว่าการนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลักเป็นผู้นำที่ขับเคลื่อนด้วยการทำงานเป็นทีม มีอิทธิพลต่อผู้อื่น มีความสามารถในการนำค่านิยมหลักสู่การกระทำและสร้างแรงบันดาลใจมีความสามารถในการเชื่อมโยงค่านิยมตนเอง องค์กร และพยาบาลได้ ทำให้ได้รับความร่วมมือจากพยาบาลในการปฏิบัติตามค่านิยมองค์กรซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยสร้างความร่วมมือในทีมพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานได้สำเร็จในระดับสูง ( $M=4.15$ ,  $SD=0.69$ )

หัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถสร้างอิทธิพลต่อบุคลากรในการปฏิบัติงาน สร้างการมีส่วนร่วม สร้างแรงจูงใจให้เกิดการพัฒนากระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพไปในทิศทางเดียวกันเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ (Satyendra, 2015) ในการขับเคลื่อนค่านิยมหลักผู้นำเป็นปัจจัยสำคัญ มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดค่านิยมหลัก โดยเปิดโอกาสให้บุคลากรมีส่วนร่วม มีความสามารถในการมีอิทธิพลต่อผู้อื่นในการนำค่านิยมสู่การกระทำ คำพูด สร้างแรงบันดาลใจ (Kraemer, 2011) การนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลักเป็นภาวะผู้นำที่แสดงให้เห็นถึงลักษณะผู้นำที่ใช้ค่านิยมหลัก สื่อสารค่านิยมขององค์กรให้สมาชิกในองค์กรทราบว่าจะปฏิบัติตน อย่างไรเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ ขององค์กร วิเคราะห์และกำหนดรูปแบบพฤติกรรมที่สอดคล้อง และเชื่อมโยงกับค่านิยมองค์กร และพนักงานเป็น รากฐานของการพัฒนาองค์กรสู่ความยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของ Fongprae (2016) ที่พบว่าปัจจัยด้านค่านิยมร่วมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการพัฒนาองค์กรให้มีศักยภาพสูงขึ้น

สมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์การทำงานอีกทั้งวิชาชีพพยาบาลได้ปลูกฝังการพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่องโดยพบว่าการนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลักกับการกำหนดคำจำกัดความและคุณลักษณะมีความสัมพันธ์สูงสุด ( $r=0.84$ ) อธิบายได้ว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยมีสมรรถนะเกี่ยวกับการให้ความหมายและค่านิยม ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่มาจากความรู้ ทักษะ จิตสำนึกและค่านิยมที่เกี่ยวข้องกับพนักงานและมี

อิทธิพลอย่างมากต่อผลสัมฤทธิ์ในการทำงาน (Saenprasang, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ Zydziunaite, (2018) การนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลัก ส่งผลให้พนักงานมีความก้าวหน้า โดยผู้นำที่เรียนรู้การมีส่วนร่วม ค่านิยม มีการเชื่อมโยงระหว่างผู้นำองค์กรและพนักงานอย่างใกล้ชิด มีความคิดบวกในการปฏิบัติต่อพนักงานจะเพิ่มผลผลิตความคิดสร้างสรรค์ สร้างวัฒนธรรมที่มีประสิทธิภาพสูงในองค์กร เกิดความพึงพอใจของพนักงาน ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการสร้างวัฒนธรรมที่มีประสิทธิภาพสูงในองค์กร

### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยพบว่า การนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลักมีความสัมพันธ์กับการถ่ายทอดค่านิยมสู่การปฏิบัติในทางบวก จึงควรสนับสนุนและนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลัก
2. การศึกษาระดับขั้นตอนการถ่ายทอดค่านิยมสู่การปฏิบัติสามารถนำไปเป็นแนวทางให้ผู้บริหารทางการพยาบาลพัฒนาการถ่ายทอดค่านิยมองค์กรสู่พยาบาลในขั้นตอนที่พบค่าเฉลี่ยน้อยเช่น การกำหนดแนวทางในการประเมิน การให้ความสำคัญและการสร้างแรงบันดาลใจ เพื่อให้ปฏิบัติงานได้สอดคล้องกับค่านิยมหลัก ทำให้องค์กรมีความก้าวหน้าบรรลุวิสัยทัศน์พันธกิจ พัฒนาคุณภาพการบริการที่ยั่งยืน

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ผู้บริหารควรให้การสนับสนุนพัฒนาการนำผู้อื่นแบบมุ่งเน้นค่านิยมหลักซึ่งเป็นภาวะผู้นำที่สามารถถ่ายทอดค่านิยมหลักได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ควรส่งเสริมให้มีการกำหนดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ตามค่านิยมหลักที่เฉพาะเจาะจงในการปฏิบัติงานระดับหน่วยงานที่ชัดเจนเพื่อให้บุคลากรสามารถนำไปปฏิบัติได้ง่ายเนื่องจากจากการศึกษาพบว่าเป็นสิ่งที่พยาบาลรับรู้และปฏิบัติได้ง่าย
3. ควรพัฒนารูปแบบการสังเคราะห์ความรู้สึกและความต้องการของผู้รับบริการที่รวดเร็วโดยใช้แอปพลิเคชันเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็ว
4. ควรมีการศึกษาในด้านผลลัพธ์การถ่ายทอดค่านิยมหลักที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

### References

- Arbabisarjou, A., Foroghameri, G., Sarani, H., Mahmoudi, N., & Bahrampour, A. (2016). Assessment of Head Nurses' Professional Skills from Head Nurses' Perspective. *International Journal of Advanced Biotechnology and Research (IJBR)*, 7(5), 1836-1840.
- Badri, S., & Mohammad, H. Y. (2011). Value Based Leadership Paradigm. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 15, 3703-3707. doi: 10.1016/j.sbspro.2011.04.359
- Bankok Dusit Medical Services. (2015). *Annual Report*. Chindawatana, P. (Ed.). Retrieved from <https://bdmsth.listedcompany.com/misc/CSR/20160321-bdms-csrreport2015-th>
- Benner, P. (1984). *Form Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Byrtek, G. J., & Dickerson, M. (2013). Actualizing Organizational Core Values: Putting Theory Into Practice. *Business Management Dynamics*, 3(2), 7-25.
- Chongvisal, R. (2007). *Human Relations: Human Behavior in Organizations*. Bangkok: Kasetsart University Press.

- Chomsri, D., Jullamate, P., & Krajaiklang, N. (2018). Factors Related to the Level of Organizational Engagement of Nursing Faculty Members Towards Their Institution, Burapha University. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(1), 268-280.
- Curtis, E. A., de Vries, J., & Sheerin, F. K. (2011). Developing Leadership in Nursing: Exploring Core Factors. *British Journal of Nursing*, 20(5), 306-309.
- Dallas, C. J. (2015). Empathy: The Power for Developing Nursing Profession. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 25(2), 13-24.
- Dubrin, A. J. (2013). *Fundamentals of Organizational Behavior : An Applied Perspective*. USA: Elsevier.
- Fongprae, P. (2016). *Factors Affecting the Development of Organizations to Become High Performance Organizations Case study: United Overseas Bank (Thai) Public Company Limited*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Masters of Business Administration; MBA, Global Business Management, Burapha University University. (in Thai).
- Frost, J. (2014). Values Based Leadership. *Industrial and Commercial Training*, 46(3), 124-129. doi.org/10.1108/ICT-10-2013-0073
- Great Place to Work. (2014). *Organisational Values. Are They Worth the Bother*. Retrieved from <http://www.greatplacetowork.co.uk/publications-and-events/publications-a-research/863-organisational-values-are-they-worth-the-bother>
- Healthcare Accreditation Institute. (2008). *Hospital Standards and Health Services for the 60th Anniversary of the Commemoration of His Majesty the King's Accession to the Throne*. Nontaburi: Deewan book.
- Hinkle, D. E. (1998). *Applied Statistics for the Behavioral Sciences*. Boston: Houghton Mifflin.
- Kaseng, K., Boonyoung, N., & Apichato, A. (2008). Development of Nurses' Core Competencies by Head nurses in General Hospitals, Southern Thailand. *Songklanagarind Medical Journal*, 26(3), 253-259.
- Kraemer, H. M. J., Jr. (2011). *The four Principles of ValuesBased Leadership from Values to Action*. Retrieved from <https://play.google.com/books/reader?id=kQyM2L5U6ZkC&pg=GBS.PP1>
- Nursing Association of Thailand. (2003). *Nursing Ethics: Year 2003*. Nakhonpathom: ASEAN Institute for Health Development Mahidol University.
- Nursing Division Ministry of Public Health. (2018). *Roles of Professional Nurses*. Atthachawat, A. Sathirangkun, T. Likitlacha, N & Paisanpanichkul, A. (Ed.). Pratum Thani: Suetawan Publishing. (in Thai)
- Nursing Organization Wachirabarami Hospital. (2018). *Announcement of Nursing Group Policy No. 2/2018 on Behavior Development Based on Values MOPH NURSES*. Retrieved from [http://wachira.ppho.go.th/web\\_wachira/knowledge\\_file/20171219114205\\_16](http://wachira.ppho.go.th/web_wachira/knowledge_file/20171219114205_16)
- Phutachote, N. (2013). *Organizational Behavior*. Bangkok: v Print. (in Thai)



- Pipatphokakul, P. (2010). *Service Excellence: Service Culture*. Nonthaburi: Amarin Printing & Publishing Public. (in Thai)
- Punthawornwong, S., Boonyoung, N., & Tongsook, P. (2015). Head Nurses' Shared Vision and Adoption Process of Vision for Implementation of Registered Nurses as Perceived by Registered Nurses in General Hospitals, Southern Thailand. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 35(3), 141-156
- Rattikarnsuka, J., & Oumtanee, A. (2014). Nursing Management of Head Nurses Receiving the Outstanding Award. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(2), 179-186.
- Rhoades, L., & Eisenberger, R. (2002). Perceived Organizational Support: A Review of the Literature. *Journal of Applied Psychology*, 87(4), 698-714. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.87.4.698>
- Satyendra, D. (2015). *Importance of Leadership for Organizational Excellence*. Retrived from <http://ispatguru.com/importance-of-leadership-for-organizational-excellence/>
- Shatalebi, B., & Yarmohammadian, M. H. (2011). Value Based Leadership Paradigm. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 15, 3703-3707. doi:10.1016/j.sbspro.2011.04.359
- Srisatidharakul, B. (2010). *Methodology in Nursing Research*. Bangkok: U&I media.
- Tangkittithavorn, K. (2016). National Forum Human Resources for Health 2017. *How to integrate Core Value: MOPH to Create organizational culture*. Retrieved from [http://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/202%20How%20to%20integrate](http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/202%20How%20to%20integrate)
- Umaporn, P., Udom, L., Somchart, T., & Sukhontha, K. (2012). An Empowerment of Work Influencing the Job Competency of Registered Nurses, a Private Hospital, Bangkok Metropolis. *Journal of Public Health*, 42(2), 92-102.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: an Introduction Analysis*: Harper & Row.
- Zydzianaite, V. (2018). Leadership Values and Values Based Leadership: What is the Main Focus?. *Applied Research In Health And Social Sciences: Interface And Interaction*, 15(1), 43-58.

ผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อคะแนนความปวด และความพึงพอใจ  
ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่ง

The Effect of Foot Reflexology on Pain Score and Satisfaction among  
Post-Operative Patients with Appendectomy

ศุภรดา มั่นยืน<sup>1\*</sup>, วรวิทย์ แสงทอง<sup>1</sup> และ อรอนงค์ เพชรงาม<sup>1</sup>  
Suparada Munyeun<sup>1\*</sup>, Worawut Saengthong<sup>1</sup> and On-anong Petngarm<sup>1</sup>  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์<sup>1\*</sup>  
Boromarajonani College of Nursing, Surin<sup>1\*</sup>

(Received: October 10, 2019; Revised: May 20, 2020; Accepted: September 15, 2020)

**บทคัดย่อ**

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองนี้ เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบคะแนนความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งที่ได้รับยาแก้ปวดตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับยาแก้ปวดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า และความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งที่ได้รับยาแก้ปวดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า คัดเลือกจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 60 ราย ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งที่ได้รับยาแก้ปวดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า 30 ราย และกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งที่ได้รับยาแก้ปวดตามปกติ 30 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน Repeated Measures ANOVA และ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งกลุ่มที่ได้รับยาแก้ปวดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า และกลุ่มที่ได้รับยาแก้ปวด คะแนนความปวดลดลงทั้งสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01
2. เมื่อเปรียบเทียบความต่างคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่ง กลุ่มที่ได้รับยาแก้ปวดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า และกลุ่มที่ได้รับยาแก้ปวด พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งที่ได้รับยาแก้ปวดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ามีความพึงพอใจหลังการนวดโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.43 จากคะแนน 5

ดังนั้น การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเป็นการช่วยส่งเสริมการไหลเวียนเลือด สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่ง

**คำสำคัญ:** การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า, ความปวด, ความพึงพอใจหลังได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่ง

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kfirst-2@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 098-2680834)

## Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effects of using foot reflexology in order to improve pain score and satisfaction among post-operative patients with appendectomy. Sixty post-operative patients with appendectomy were recruited. They were randomly assigned into experiment and control group (30 subjects/group). The experiment group received foot reflexology with analgesic drugs, while the control group received only analgesic drugs. Data were collected and analyzed by utilizing repeated measures ANOVA for pain score before and after the experiment. Independent t-test was used for comparison of pain score between the experimental and control group. The findings of this study revealed as follows.

1. After the experiment, both experimental and control group had lower pain score than before the experiment ( $p < .01$ ).
2. There was no difference on pain score between experimental and control groups.
3. The experimental group who received foot reflexology and analgesic drugs had satisfaction score at a higher level ( $Mean = 4.43$ ).

The findings suggests that foot reflexology could be used to increase patients' blood flow, relationship between nurse and patient, as well as the satisfaction of patients.

**Keywords:** Foot Reflexology, Pain Level, Patient Satisfaction, Post-Operation, Appendectomy

## บทนำ

ปัจจุบันโรคในระบบทางเดินอาหารมีอัตราการป่วยเพิ่มขึ้น โดยในประเทศไทยพบมากเป็น ลำดับที่ 2 ของผู้ป่วยนอก และอันดับที่ 4 ของผู้ป่วยใน ซึ่งสอดคล้องกับสถิติชีพ ระหว่างปี 2558-2560 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่มีผู้ป่วยนอกเข้ารับรักษาโรกระบบย่อยอาหารเพิ่มขึ้นทุกปี ร้อยละ 11.7, 11.8 และ 12.0 ตามลำดับ และไส้ติ่งอักเสบพบมากเป็นอันดับที่ 3 ของโรกระบบทางเดินอาหาร ของผู้ป่วยในรองจากโรคอื่น ๆ ของหลอดอาหาร ได้แก่ กระเพาะและดูโอดินัม อันดับ 1 และ โรคอื่น ๆ ของตับ อันดับ 2 สถิติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2561 จำนวน 95,100, 83,236, 96,502, 93,714, 92,124 และ 90,352 ราย ตามลำดับ (National Statistic Office Thailand, 2019) และสำหรับโรงพยาบาลศูนย์ เช่น โรงพยาบาลสุรินทร์ จากการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคไส้ติ่งอักเสบ ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมของโรงพยาบาลสุรินทร์ สุรินทร์ พบว่า ในปี พ.ศ.2560 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2558 คิดเป็นร้อยละ 14.14, 24.34 และ 24.50 ตามลำดับ (Report the Patient Data of Surgery Ward Surin Hospital, 2017) ซึ่งการรักษาส่วนใหญ่ในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ การผ่าตัดนำไส้ติ่งออก

การรักษาไส้ติ่งอักเสบโดยการผ่าตัด ที่นิยมทำได้ 2 แบบ คือ การผ่าตัดช่องท้องบริเวณหน้าท้องด้านขวาล่าง และผ่าตัดร่วมกับการใช้กล้องส่องตรวจหน้าท้อง ซึ่งการผ่าตัดทั้ง 2 แบบนี้ทำให้เกิดความปวดต่างกันโดยการผ่าตัดช่องท้องบริเวณหน้าท้องด้านขวาล่าง จะทำให้เกิดอาการปวด การอักเสบวมแดง และภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัดตามมาได้มากกว่าปัจจุบันจึงนิยมทำการผ่าตัดร่วมกับการใช้กล้องส่องตรวจช่องท้อง (Sunthornsirisap, & Sanasuttipun, 2012) ความปวดจะกระตุ้นการหลั่งสารแคทีโคลามีน (Catecholamine) ทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรง กล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มความต้องการใช้ออกซิเจน ทำให้มีการเผาผลาญในร่างกายเพิ่มขึ้น มีการเพิ่มการใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย และยาคลายกล้ามเนื้อขณะผ่าตัด เป็นผลให้การทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะอ่อนล้าและอ่อนเพลียภายหลังได้รับการผ่าตัด

การจัดการกับความปวดนั้นมีหลายวิธี ได้แก่ การบรรเทาความปวดโดยใช้ยาและการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา สำหรับการบรรเทาความปวดโดยใช้ยา โดยยาแก้ปวดในกลุ่ม Opioids เป็นยาหลักและมี

ประสิทธิภาพสูงในการรักษาอาการปวดหลังผ่าตัด อย่างไรก็ตามยาลดปวดก็ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้ เช่น ง่วงซึม คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก การเสพติดยา และการใช้ยาเกินขนาด หรือใช้ยาเป็นระยะเวลานาน ก็อาจเกิดการหายใจจนเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ (Kumkaew, Phattanarudee, & Areepium, 2015) เทคนิคในการระงับปวดหลังการผ่าตัดสามารถทำได้ทั้งการใช้ยา และแบบไม่ใช้ยา หรือแบบผสมผสานทั้ง 2 อย่าง

การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นการแพทย์ทางเลือก ที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดการความเจ็บปวดด้วยยา ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดจากผลข้างเคียงของยาการฉีดยาปริมาณมาก นอกจากนี้สามารถเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเองของผู้ป่วย (Chanlawong, Kanchanawetra, & Buddhawong, 2017) ซึ่งการใช้การแพทย์ทางเลือกปัจจุบัน ถึงแม้ว่ายังไม่เป็นการยอมรับโดยทั่วไป เพราะขาดการศึกษายืนยันทางวิทยาศาสตร์ถึงประสิทธิผลของการแพทย์ทางเลือกอย่างเป็นทางการ แต่ก็ได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นมากในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นวิธีที่ไม่มีฤทธิ์ทำหรือปฏิบัติต่อร่างกายที่รุนแรง ไม่ใช่ผลิตภัณฑ์ที่เป็นสารเคมี อันตราย และเป็นศาสตร์สุขภาพทางเลือกที่มาจากสังคมและวัฒนธรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเป็นวิธีการหนึ่งในการสร้างพลังบำบัด (Energy Healing) ผ่านขั้นตอนการนวด โดยการกดจุดที่เป็นอวัยวะตัวแทนต่าง ๆ ภายในร่างกายเพื่อปรับสมดุลในการไหลเวียนของพลังไม่ให้ติดขัด เพื่อบรรเทาความไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่ไม่ได้รุกเข้าสู่ร่างกาย (Non Invasive) (Damrongrucktham, Kimpee, Toskukao, & Asdornwised, 2009) จะสะท้อนไปยังสมองไปกระตุ้นให้เกิดการหลั่งสารเอนดอร์ฟินที่มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน ช่วยในการลด ความปวด การนวดสัมผัสยังก่อให้เกิดสัมผัสภาพ และความรู้สึกที่ดี ช่วยลดความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียด ช่วยเพิ่มความผ่อนคลาย และการกดจุดสะท้อนไปยังอวัยวะต่าง ๆ เช่น สมอง ซีรีเบลลัม ก้าน สมอง ต่อมพิตูทารี ไฮสั่นหลัง เป็นการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทที่ควบคุมการสั่งการ การ ประสานงาน การหลั่งฮอโมน ช่วยปรับการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายให้กลับสู่สภาพสมดุล ตามปกติ (Pukahuta, 2018) จึงสามารถลดอาการปวด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการใช้การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าร่วมกับการใช้ยาแก้ปวดตามปกติในลดความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่ง ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นทางเลือกในการจัดการความปวดของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

## วัตถุประสงค์วิจัย

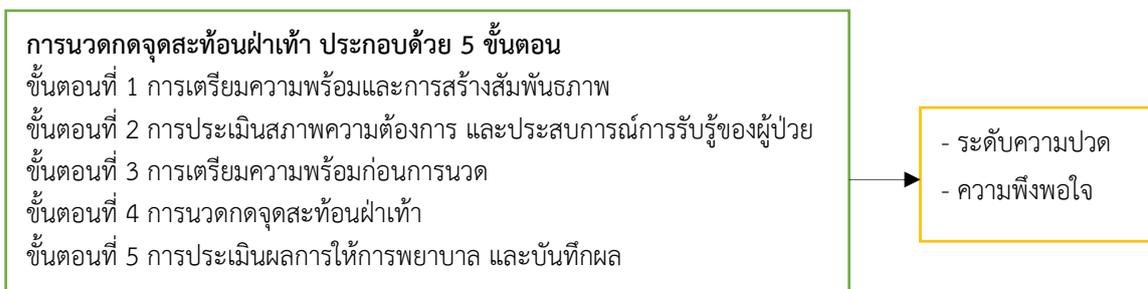
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่ง ก่อนและหลังในกลุ่มที่ได้รับยาแก้ปวดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า และกลุ่มที่ได้รับยาแก้ปวดตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบความต่างของคะแนนความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่ง ระหว่างกลุ่มหลังได้รับยาแก้ปวดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า และหลังได้รับยาแก้ปวดตามปกติ
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจในผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่ง ที่ได้รับยาแก้ปวดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า

## สมมติฐานวิจัย

1. คะแนนความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่ง ที่ได้รับยาแก้ปวดตามปกติ หลังได้รับยาน้อยกว่าก่อนได้รับยาและกลุ่มที่ได้รับยาแก้ปวดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า หลังได้รับยาร่วมกับการนวดขามีค่าคะแนนความปวด น้อยกว่าก่อนได้รับยา
2. เปรียบเทียบระดับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่ง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับยาแก้ปวดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า มีระดับความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาแก้ปวดตามปกติ
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งที่ได้รับยาแก้ปวดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้ามีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป

## กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าใช้แนวคิดการดูแลแบบผสมผสาน โดยประยุกต์แนวความคิดการแพทย์แผนตะวันตกและการแพทย์แผนตะวันออก ร่วมกันอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างผลการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ซึ่งการไหลเวียนของพลังงานขณะนวดกดจุดฝ่าเท้าจะทำให้มีการถ่ายทอดพลังงานไปตามเส้นโคจรพลังงาน (Meridian) พลังงานไหลสะดวก (Energy Free Flow) ทำให้ระบบไหลเวียนเลือดทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เซลล์ต่าง ๆ ได้รับสารอาหาร และออกซิเจนได้ดีขึ้น การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายกลับสู่ภาวะสมดุล และใช้ทฤษฎีควบคุมความปวดที่มีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับกลไกการเกิดความปวด คือ ทฤษฎีควบคุมประตู (Gate Control Theory) โดยมีกลไกการควบคุมสำคัญ คือ กลไกการควบคุมที่ระดับไขสันหลัง และระบบประสาทส่วนกลางของแมลแซคและวอลล์ (Melzack, & Wall, 1996) เมื่อมีการกระตุ้นด้วยพลังงานกล เช่น การกดจุดจะไปกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ เกิดการยับยั้งการนำสัญญาณประสาทที่ T-Cell ทำให้สัญญาณประสาท และความรูสึกปวดที่ถูกส่งมายังใยประสาทขนาดเล็กถูกยับยั้ง ไม่มีการส่งกระแสประสาทไปที่สมอง (ประตูถูกปิด) จึงไม่รูสึกปวดแต่ถ้ามีการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็กทำให้ยับยั้งเซลล์บริเวณ substantia gelatinosa (SG) ส่งผลให้ไปยับยั้ง การยับยั้งที่ T-Cell (ประตูถูกเปิด) ทำให้รูสึกปวด



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่ง อายุ ตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน พ.ศ. 2562

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่ง อายุ ตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลสุรินทร์ คำนวณโดยใช้โปรแกรม G\* Power ใช้ Test Family เลือก t-test , Statistical test เลือก Mean: Difference between Two independent Means (Two groups) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน ผู้วิจัยเผื่อร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 30 คน โดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Random Sampling) ตามลำดับการกลับมาจากผ่าตัดไส้ติ่ง โดยเลขคี่จะอยู่กลุ่มทดลอง และเลขคู่จะอยู่กลุ่มควบคุม แบ่งเป็นทดลอง 30 คน และ กลุ่มควบคุม 30 คน ผู้วิจัยได้ออกแบบการวิจัยเพื่อควบคุมปัจจัยแทรกซ้อน (Confounding Factors) ที่อาจมีผลต่อการทดลองได้แก่ ความเชื่อ ศาสนา การศึกษาอายุ ประเภทของยาแก้ปวด จัดให้กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีโอกาสเท่าเทียมกันในการถูกจัดเข้ากลุ่มลักษณะใดลักษณะหนึ่งโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย นอกจากนี้ยังมีเกณฑ์การคัดเลือกตามข้อตกลงเบื้องต้น ให้เหมือนกันเพื่อควบคุมตัวแปรปรวนที่ส่งผลต่อระดับความปวด คือ

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบปกติที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (Normal Appendicitis Without Complication)

2. ไม่มีภาวะการติดเชื้อหลังการผ่าตัด 48 ชั่วโมง
3. มีระดับความปวดแผลอยู่ในระดับปานกลาง หรืออยู่ในระดับคะแนน 4-7 คะแนน
4. เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่ง วันที่ 3

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยสับสน หรือ ไม่รู้สึกตัว
2. มีแผลและการอักเสบ ติดเชื้อที่ผิวหนังบริเวณเท้า

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ คู่มือการนวดกดจุดสะท้อนที่ฝ่าเท้าโดยดัดแปลงจากการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าร่วมกับการกำหนดลมหายใจ (Sritan, 2017) โดยประกอบด้วยท่านวด 19 ท่าใช้เวลาในการทำท่าที่ 1-3 ท่าละ 5 วินาที ท่าที่ 4 –19 ประมาณท่าละประมาณ 1 นาที 30 วินาที รวมใช้เวลาในการนวด 25 นาที การควบคุมคุณภาพการนวดโดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านการนวดแพทย์แผนไทย ประจำโรงพยาบาลเป็นที่ปรึกษา และควบคุมขณะทำการนวด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด วันเวลาที่ผ่าตัด ตำแหน่ง และลักษณะแผล ผู้ดูแลหลังผ่าตัด การได้รับยาบรรเทาปวดแผลหลังผ่าตัด

2.2 การประเมินความปวด (Numerical Pain Scale) ซึ่งสร้างโดย (McCaffery, & Beebe, 1993) เป็นแบบประเมิน ซึ่งแยกการประเมินตามกลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งที่ได้รับยาแก้ปวดและการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ให้ เป็นผู้ป่วยกลุ่มเอ และผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งที่ได้รับยาแก้ปวดหลังการผ่าตัด ให้เป็นผู้ป่วยกลุ่มบี โดยระยะเวลาในการประเมินจะประเมินผู้ป่วยกลุ่มเอก่อนการนวด หลังได้ยา 45 นาที, 120 นาที, และ 150 นาทีและ ผู้ป่วยกลุ่มบีจะประเมินผู้ป่วยก่อนได้รับยา หลังได้ยา 45 นาที, 120 นาที, และ 150 นาที

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ซึ่งผู้วิจัยสร้างเอง ประกอบด้วย ข้อคำถาม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเวลา 2 ข้อ ด้านขั้นตอนการให้บริการ 3 ข้อ และประโยชน์ของการนวดกดจุดแบ่งเป็น ด้านร่างกาย 5 ข้อ และด้านจิตใจและอารมณ์ 3 ข้อ รวมทั้งหมด 13 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามแนวคิดของ Likert (1967) โดยการตรวจให้คะแนนแล้ว นำคะแนนที่ได้มาแปลความหมาย โดยนำไปเทียบกับเกณฑ์แปลความหมาย ดังนี้

- 4.51 – 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด
- 3.51 – 4.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก
- 2.51 – 3.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง
- 1.51 – 2.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย
- 1.00 – 1.50 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงของเครื่องมือ (Validity) ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของคู่มือการนวดกดจุดสะท้อนที่ฝ่าเท้า สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่ง โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เป็นอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญวิชาชีพการนวดไทย 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญทางศัลยกรรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญทางศัลยกรรม 1 ท่าน ได้ทำการตรวจสอบและนำมาคำนวณค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ที่มีค่าสอดคล้องระหว่างทำนวดกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่าเท่ากับ 0.67 – 1.00 ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยใช้เครื่องมือมาตรวัดระดับความรู้สึกปวด (Pain Sensation Scale) ซึ่งสร้างโดย (McCaffery, & Beebe, 1993) เป็นเครื่องมือในการประเมินระดับความรู้สึกปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่ง

และ เครื่องมือแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงของได้ทำการหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .73

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

#### ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยฝึกการนวดกดจุดสะท้อนที่ฝ่าเท้ากับผู้เชี่ยวชาญด้านการนวดแผนไทย และผ่านการฝึกอบรมการนวดกดจุดสะท้อนที่ฝ่าเท้า นอกจากนี้ผู้วิจัยฝึกฝนด้วยตนเองเพิ่มเติมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการนวด
2. ผู้วิจัยขออนุมัติการเก็บรวบรวมข้อมูล และนำเครื่องมือไปทดลองใช้ โดยผ่านคณะกรรมการในการพิจารณาด้าน จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
3. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียด และขอความร่วมมือหัวหน้าหอผู้ป่วย ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้นวดกดจุดสะท้อนที่ฝ่าเท้า คัดเลือกผู้ช่วยวิจัย จำนวน 4 คน โดยเป็นผู้ที่ผ่านการเรียนวิชาการนวดแผนไทย และได้รับการอบรมการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า โดยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญวิชาชีพการนวดไทย การควบคุมคุณภาพการนวดของผู้ช่วยวิจัยโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการนวดแพทย์แผนไทย ประจำโรงพยาบาลเป็นที่ปรึกษา และควบคุมขณะทำการนวดมีความตั้งใจ มีมนุษยสัมพันธ์ดี และสามารถแนะนำผู้ป่วยในการใช้แบบประเมินได้ดี ยินดีให้ความร่วมมือ

#### ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยในและพยาบาลประจำการ เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยเชิญผู้ป่วยที่สนใจเข้าร่วมโครงการและแนะนำผู้วิจัย กับผู้ป่วยที่สนใจ และผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และแจ้งการพิทักษ์ สิทธิของการเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลทั่วไป จัดเข้ากลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมและนัดหมายเวลาที่จะดำเนินการวิจัยเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

#### 4. ดำเนินการทดลองในกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติ ดังนี้

4.1 กลุ่มทดลอง หรือกลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า มีการปฏิบัติการพยาบาลหลังผ่าตัดนำไส้ติ่งออก วันที่ 3 หลังได้รับยาบรรเทาความปวด 2 ชั่วโมง โดยผู้ศึกษาเริ่มจากการเตรียมกลุ่มตัวอย่างในครั้งแรก โดยการสร้างสัมพันธภาพ การแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และการประเมินผล ครั้งที่ 2 ผู้ศึกษาไปพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลปฏิบัติการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า โดยเริ่มประเมินสภาพทั่วไป สัญญาณชีพ และวัดคะแนนความปวดของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรม จากนั้นจัดทำกลุ่มตัวอย่างให้อยู่ในท่าที่สุขสบาย และทำความสะอาดบริเวณเท้าของกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงปฏิบัติการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ทั้งหมด 19 ท่า เป็นระยะเวลา 25 นาที โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยโดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านการนวดแพทย์แผนไทย ประจำโรงพยาบาลเป็นที่ปรึกษา และควบคุมขณะทำการนวดเนื่องจากประสบการณ์การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าในการปฏิบัติในสภาพจริงน้อยอาจส่งผลกระทบต่อความปวด แต่อย่างไรก็ตามการนวดจะไม่ส่งผลเสียต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด แต่จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถผ่อนคลายจากการสัมผัสได้ จากนั้นผู้ศึกษาจะมีการประเมินสภาพทั่วไป สัญญาณชีพ วัดความปวดก่อนนวด หลังได้ยา 45 นาที 120 นาที และ 150 นาทีแล้วจึงบันทึกผล

4.2 กลุ่มควบคุม หรือกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติทั่วไปมีการปฏิบัติการพยาบาล โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดไส้ติ่ง ความปวดหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด และการจัดการกับความปวดแก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ การเก็บรวบรวมข้อมูล และการประเมินผล จากนั้นทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการเริ่มประเมินสภาพทั่วไป สัญญาณชีพ วัดความปวดก่อนนวด หลังได้ยา 45 นาที 120 นาที และ 150 นาที และบันทึกผล

5. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้องและวิเคราะห์ข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน  
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งก่อนและหลังในกลุ่มที่ได้รับยาแก้ปวดตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับยาแก้ปวดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า โดยใช้สถิติใช้ Repeated Measures ANOVA

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความต่างของคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งที่ได้รับยาแก้ปวดตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับยาแก้ปวดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า โดยใช้สถิติ Independent t-test)

4. วิเคราะห์ระดับความพึงพอใจในผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งที่ได้รับยาแก้ปวดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อน ฝ่าเท้า โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

โดยก่อนที่ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test) ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการใช้สถิติดังกล่าวเพื่อทดสอบการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) ของข้อมูล โดยการพิจารณากราฟ Histogram พบว่า ลักษณะกราฟเป็นรูประฆังคว่ำ มีความสมมาตร และมีจุดยอดโค้งอยู่ตรงกลาง จึงสรุปได้ว่า ลักษณะข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010)

### จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการควบคุมด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ รหัส P-EC 26-01-62 เมื่อวันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2562

### ผลการวิจัย

- ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ และการทดสอบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		$\chi^2$	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>เพศ</b>					0.278	0.598
หญิง	17	56.67	27	90.00		
ชาย	13	43.33	3	10.00		
<b>อายุ</b>					5.925	0.314
18-30	6	20.00	5	16.67		
31-40	4	13.33	9	30.00		
41-50	10	33.33	10	33.33		
51-60	4	13.33	5	16.67		
61-70	4	13.33	1	3.33		
71-80	2	6.68	-	-		
<b>ศาสนา</b>					1.017	0.313
พุทธ	30	100	29	96.67		
คริสต์	-	-	1	3.33		
<b>สถานภาพ</b>					1.931	0.381
โสด	4	13.33	5	16.67		

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		$\chi^2$	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
คู่มือ/หยาบร่าง/แยกกันอยู่	19	63.34	22	73.33	1.537	0.674
<b>ระดับการศึกษา</b>	7	23.33	3	10.00		
ประถมศึกษา	15	50.00	12	40.00		
มัธยมศึกษา	9	30.00	10	33.34		
อนุปริญญาตรี	2	6.67	1	3.33		
ปริญญาตรี	4	13.33	7	23.33	1.432	0.698
<b>อาชีพ</b>						
เกษตรกร	16	53.33	15	50.00		
รับจ้างทั่วไป	6	20.00	4	13.33		
รับราชการ	3	10.00	6	20.00		
อื่น ๆ	5	16.67	5	16.67	.000	1.00
<b>ประสบการณ์ได้รับการผ่าตัด</b>						
ครั้งแรกไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน	26	86.67	26	86.67		
เคยได้รับการผ่าตัด	4	13.33	4	13.33	13.611	<.001
<b>ชนิดของยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับในระยะเวลา 3 วันแรกหลังผ่าตัด</b>						
Opioid	11	36.67	25	83.33		
Paracetamol	19	63.33	5	16.67		

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.67 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 43.33 โดยอยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปีเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็น ร้อยละ 33.33 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 63.34 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50.00 การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 53.33 ประสบการณ์ได้รับการผ่าตัดส่วนใหญ่ครั้งนี้ เป็นการผ่าตัดครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 86.67 และยาบรรเทาปวดส่วนใหญ่ที่กลุ่มทดลองได้รับเป็นยา Paracetamol คิดเป็นร้อยละ 63.33 และรองลงมาเป็นยาในกลุ่ม Opioid ซึ่งยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ ได้แก่ ยามอร์ฟิน และยาเพธาดีน คิดเป็นร้อยละ 36.67

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90.00 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 10.00 โดยอยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปีเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 33.33 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นสถานภาพคู่คิดเป็นร้อยละ 73.33 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 96.67 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40.00 การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 50.00 ประสบการณ์ได้รับการผ่าตัด ส่วนใหญ่ครั้งนี้เป็นการผ่าตัดครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 86.67 และยาบรรเทาปวดส่วนใหญ่ที่กลุ่มทดลอง ได้รับเป็นยาในกลุ่ม Opioid คิดเป็นร้อยละ 83.33 ซึ่งยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ ได้แก่ ยามอร์ฟิน และยาเพธาดีน รองลงมาเป็นยา Paracetamol คิดเป็นร้อยละ 16.67

เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพ และประสบการณ์ได้รับการผ่าตัดไม่แตกต่างกัน แต่ชนิดของยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับในระยะเวลา 3 วันแรกหลังผ่าตัด พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. เปรียบเทียบคะแนนความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งก่อนและหลังในกลุ่มที่ได้รับยาแก้ปวดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าและกลุ่มที่ได้รับยาแก้ปวดตามปกติ

**ตาราง 2** เปรียบเทียบคะแนนความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งก่อนและหลังในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA

ความปวด	n	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		F	p-value
		M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง	30	4.63	0.99	4.70	0.70	0.12	0.367
หลังการทดลองหลังได้ยา 45 นาที	30	4.17	0.98	4.27	0.58	25.956	<.001
หลังได้ยา 120 นาที	30	3.90	0.80	3.83	0.83	17.825	<.001
หลังได้ยา 150 นาที	30	3.64	0.84	3.58	0.91	5.778	<.001

\*P<0.01

จากตาราง 2 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งก่อนและหลังในกลุ่มที่ได้รับยาแก้ปวดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าค่าเฉลี่ย (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 30 คน ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองคะแนนความปวดหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มแต่ละช่วงเวลา พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความปวดน้อยกว่ากลุ่มทดลองหลังได้ยา 120 นาที และ หลังได้ยา 150 นาที

3. เปรียบเทียบความต่างของคะแนนความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งระหว่างกลุ่มหลังได้รับยาแก้ปวดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า และหลังได้รับยาแก้ปวดตามปกติ

**ตาราง 3** ความปวดหลังผ่าตัดไส้ติ่งระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	n	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
		M	SD	M	SD			
กลุ่มควบคุม	30	4.63	0.99	4.17	0.98	0.29	58	0.76
กลุ่มทดลอง	30	4.70	0.70	4.27	0.58	0.47	58	0.63

จากตาราง 3 พบว่า ระดับความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า และได้รับยาแก้ปวดตามปกติ ไม่มีความแตกต่างกัน

4. ความพึงพอใจในผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งที่ได้รับยาแก้ปวดร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า

**ตาราง 4** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจต่อการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า

ประเด็น/ด้าน	M	SD	ความพึงพอใจ
<b>1. ด้านเวลา</b>			
1.1 การให้บริการเป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด	4.70	0.47	มากที่สุด
1.2 ความรวดเร็วในการให้บริการ	4.77	0.43	มากที่สุด
<b>2. ด้านขั้นตอนการให้บริการ</b>			
2.1 ผู้ให้บริการมีความเต็มใจในการให้บริการอย่างสุภาพ	4.73	0.45	มากที่สุด

ตาราง 4 (ต่อ)

ประเด็น/ด้าน	M	SD	ความพึงพอใจ
2.2 ผู้ให้บริการมีความความพร้อมในการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ	4.57	0.50	มากที่สุด
2.3 ผู้ให้บริการมีขั้นตอนการให้บริการเป็นไปตามที่ให้ข้อมูลไว้	4.40	0.50	มาก
<b>3. ประโยชน์ของการนวดกดจุด</b>			
3.1 ด้านร่างกาย			
3.1.1 ทำให้รู้สึกผ่อนคลายระบบประสาทและกล้ามเนื้อ	4.27	0.74	มาก
3.1.2 ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวเคลื่อนไหวได้สะดวกขึ้น	4.03	0.67	มาก
3.1.3 ทำให้รู้สึกสดชื่น และรู้สึกร่างกายกระปรี้กระเปร่า	4.17	0.38	มาก
3.1.4 ทำให้เคลื่อนไหวได้มีความยืดหยุ่นพอเหมาะ	4.00	0.59	มาก
3.1.5 ทำให้เลือดไหลเวียนได้สะดวกขึ้น	4.30	0.65	มาก
3.2 ด้านจิตใจและอารมณ์			
3.2.1 ทำให้คลายความกังวล คลายเครียด	4.53	0.51	มากที่สุด
3.2.2 ทำให้รู้สึกเป็นสุข อบอุ่น	4.40	0.50	มาก
3.2.3 ทำให้รู้สึกสบายใจ	4.67	0.48	มากที่สุด
<b>รวม</b>	<b>4.43</b>	<b>0.10</b>	<b>มาก</b>

จากตาราง 4 กลุ่มที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าร่วมกับยาแก้ปวด พบว่ามีความพึงพอใจหลังได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $M=4.43, SD=0.10$ ) โดยประเด็นความรวดเร็วในการให้บริการ มีความพึงพอใจมากที่สุด อยู่ในระดับมากที่สุด ( $M=4.77, SD=0.43$ ) การให้บริการเป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดมีความพึงพอใจรองลงมา อยู่ในระดับมากที่สุด ( $M=4.70, SD=0.47$ ) ทำให้เคลื่อนไหวได้มีความยืดหยุ่นพอเหมาะ มีความพึงพอใจน้อยที่สุด อยู่ในระดับมาก ( $M=4.00, SD=0.59$ )

### อภิปรายผล

1. คะแนนเฉลี่ยระดับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งก่อนและหลังในกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าร่วมกับยาแก้ปวด และกลุ่มควบคุมที่ได้รับยาแก้ปวดอย่างเดียว พบว่า คะแนนความปวดหลังทดลองน้อยกว่าก่อนทดลองทั้งสองกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่เนื่องจากกลไกความปวดของแต่ละบุคคล มีความแตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น การผ่าตัดนาน ความยาวของแผล เพศ การประคบการนวดปวดมาก่อน ดังนั้น คะแนนความปวดที่ลดลงอาจไม่ได้เกิดจากการนวดโดยตรง นอกจากนี้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับยาแก้ปวดทั้งสองกลุ่ม

การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าด้วยท่านวดทั้งหมด 19 ท่า ส่งผลต่อการลดลงของการปวดแผลผ่าตัดสามารถอธิบายตามแนวคิดการควบคุมประตู (Leaungsomnapa, & Ngamkam, 2013) เนื่องจากการนวดจะสามารถกระตุ้นให้ที่เซลล์ปิดประตูได้การนวดเท้าเป็นการกระตุ้นเส้นใยประสาทขนาดใหญ่ ทำให้เส้นใยประสาทขนาดใหญ่มีสัญญาณประสาทมากกว่า ทำให้เซลล์เอสจี ที่อยู่ระดับไขสันหลังบริเวณซีสเทนท์เทียจีลาติโนซาถูกกระตุ้นส่งผลให้เกิดการยับยั้งสัญญาณประสาทที่จะมากระตุ้นเซลล์ที่ ซึ่งเป็นเซลล์ประสาทส่งต่อที่อยู่บริเวณเนื้อเทาด้านหลังของไขสันหลัง ซึ่งจะทำหน้าที่ไปกระตุ้นการ ทำงานของสมองให้รับรู้และเกิดความรู้สึกปวด การเกิดเหตุการณ์การปิดกั้นหรือยับยั้งสัญญาณ ประสาทที่จะถูกส่งต่อไปยังไขสันหลังและสมอง เรียกว่าประตูปิด ตามแนวคิดของทฤษฎีการควบคุม ประตู (Gate Control Theory) ทำให้บุคคลรับรู้ความรู้สึกปวดแผลผ่าตัดลดลง (Tiran, & Chummun, 2005) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การนวดเท้าเป็นวิธีการหนึ่งของการจัดการความปวดแผลผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่ง สามารถเป็นส่วนเสริมให้การจัดการความปวดแผลผ่าตัดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ระดับคะแนนความรู้สึกปวดของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองอยู่ที่ระดับปานกลางกลุ่มควบคุมที่ได้รับยาแก้ปวดทั้งกลุ่ม Opioid และ Non-Opioid สามารถลดอาการปวดหลังผ่าตัดได้ในทุกระดับของการปวด โดยในกรณีผู้ป่วยที่มีความปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรงซึ่งจำเป็นต้องได้รับ Opioids การให้ยาในกลุ่มนี้เสริมจะสามารถเพิ่มฤทธิ์ควบคุมอาการปวดได้ดี (Songtong, 2019) ระดับความปวดจึงลดลงหลังจากได้รับยา

2. เปรียบเทียบระดับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งก่อนและหลังในกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนที่ฝ่าเท้าร่วมกับยาแก้ปวดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้รับยาแก้ปวดอย่างเดียว เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของลำดับของระดับคะแนนความปวดก่อนและหลัง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

กลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ร่วมกับให้ยาแก้ปวดมีคะแนนความปวดลดลง ถึงแม้ว่าอาจจะไม่ได้เกิดจากการนวดโดยตรง แต่การนวดส่งเสริมให้การทำงานของระบบไหลเวียน และระบบประสาทดีขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีโซนบำบัด (Zone Theory) ที่กำหนดว่าร่างกายมีโซนพลัง 10 โซน ซึ่งจะทอดผ่านร่างกายจากเท้าไปยังศีรษะ ฝ่าเท้าจะมีแผนผังแสดงตำแหน่งอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย การนวดกดจุดฝ่าเท้าจะช่วยให้มีการไหลของพลังได้สะดวก ผลของการนวดจะกระตุ้นของอวัยวะเหล่านั้นกลับมาทำหน้าที่ตามปกติ เพิ่มการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทำให้ผู้ถูกนวดรู้สึกผ่อนคลาย (Pengkaew, 2015)

จากการวิเคราะห์กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มควบคุมได้รับยาแก้ปวดในกลุ่ม Opioid 25 คน จาก 30 คน คิดเป็นร้อยละ 83.3 มากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับยาแก้ปวดในกลุ่ม Opioid 11 คน จาก 30 คน คิดเป็นร้อยละ 36.7 และเมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เกี่ยวกับชนิดของยาแก้ปวดที่ผู้ป่วยได้รับในระยะเวลา 3 วันแรกหลังผ่าตัด พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเกณฑ์การให้ยาแก้ปวดจากสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2009) การใช้ยาแก้ปวดพิจารณาจากคะแนนความปวด ผู้ป่วยที่มีอาการปวดปานกลาง VAS (Visual Analogue Scale) 4-6 จะพิจารณาให้ยาแก้ปวดกลุ่ม Weak Opioid + - Paracetamol + - NSAIDs โดยผู้ป่วยมีสิทธิและความชอบธรรมในการรับการบำบัดความปวดอย่างเต็มที่ ดังนั้น การพิจารณาการให้ยา จะสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และประเมินผลจากผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินความปวดด้วยตนเอง ในกลุ่มทดลองยาที่ผู้ป่วยได้รับส่วนใหญ่จะเป็นยารับประทาน คือ ยาพาราเซตามอล ร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า ระดับความปวดลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ส่วนใหญ่ได้รับยาในกลุ่ม Opioid จึงมีฤทธิ์ในการระงับปวดที่ดีมาก ออกฤทธิ์เร็ว Peak Effect ของยาอยู่ที่ 15 นาทีสำหรับ IV Morphine (Songtong, 2019) จึงทำให้ระดับความปวดของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองลดลง แต่ไม่มีความแตกต่างกันนอกจากนี้จากการประเมินสัญญาณชีพ โดยการวัดความดันโลหิตก่อนและหลังการนวด พบว่าหลังการนวด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความดันโลหิตลดลง สอดคล้องกับ งานวิจัยของ Nimsuwan (2018) การนวดจะเป็นการกระตุ้นหลอดเลือดทำให้ทำงานพื้นตัวกระฉับกระเฉง แรงที่นวดจะทำให้เส้นเลือดมีการบีบตัวได้ดีช่วยให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงอวัยวะทุกส่วนได้ดียิ่งขึ้น การนวดที่ใช้น้ำมันนวดระดับปานกลาง มีผลกระตุ้นการตอบสนองของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ทำให้หลอดเลือดขยายตัวส่งผลให้ความดันเลือดลดลงแต่การไหลเวียนเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น

ผลการวิจัยของ Sritan (2017) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าร่วมกับการกำหนดลมหายใจต่อระดับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ดังนั้นการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าร่วมกับยาแก้ปวดอาจไม่ส่งผลโดยตรงต่อการลดระดับความปวด นอกจากนั้นในการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการนวดฝ่าเท้ากลุ่มตัวอย่างเพียงครั้งเดียวเป็นระยะเวลา 30 นาที ในขณะที่ Sritan (2017) นวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า โดยใช้เวลา 15 นาที วันละครั้งจำนวน 3 วัน จึงอาจส่งผลต่อระดับความปวดที่ไม่แตกต่างกันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการวิจัยนี้

3. คะแนนความพึงพอใจต่อการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า หลังการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจหลังได้รับการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.43 เนื่องจาก การนวดกดจุดสะท้อนที่ฝ่าเท้าช่วยลดระดับความรู้สึกปวด และการนวดกดจุดสะท้อนที่ฝ่าเท้ายังเป็นการส่งผ่านความหวังใจ ความเห็นอกเห็นใจ และความเอื้ออาทรอย่างตั้งใจจริงของผู้นวด การพักผ่อนในสถานที่เงียบสงบ

บรรยากาศเป็นธรรมชาติ และเป็นส่วนตัวช่วยลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างนวดช่วยให้ผู้ป่วยสามารถระบายความทุกข์ใจหรือซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ได้มากขึ้น (Cassieyth, 2008) นอกจากนี้การนวดแบบกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าเป็นการให้การดูแลที่เน้นการสัมผัสด้วยมือ เป็นอีกวิธีของเทคนิคสัมผัสบำบัดส่งผลดีต่อจิตใจของผู้ป่วย เกิดการผ่อนคลาย ช่วยลดความวิตกกังวล (Uppanisakorn, Songwathana, & Saesia, 2010) การจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงายหรือทำนั้งยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายขึ้น ส่งผลดีต่อจิตใจและอารมณ์เป็นอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย ผ่อนคลาย ทั้งยังเป็นวิธีการหนึ่งที่เป็นการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคลากรพยาบาลกับผู้ป่วย ผู้ป่วย สามารถรับรู้ถึงความเอื้ออาทร ความเอาใจใส่ ที่มีต่อผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ทำให้ผู้ป่วยเกิดความ ไว้วางใจ ช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวลในขณะที่รักษาตัวในโรงพยาบาล ส่งผลให้ความปวดแผล ผ่าตัดลดลง นอกจากนี้ญาติของผู้ป่วยยังมีความรู้สึกพึงพอใจที่ผู้ดูแลให้ความสนใจและใส่ใจผู้ป่วย ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี

### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำวิธีการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าจริงมาใช้เป็นวิธีการทางเลือกแบบไม่ใช้ยา ในการให้การพยาบาล เพื่อลดความปวด ควรดำเนินการในกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในระยะพักฟื้นอาจสอนทักษะการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าให้ผู้ดูแล (Care Giver) ในการนำไปใช้กับผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับบ้าน เนื่องจากระยะหลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมงผู้ป่วยมีอาการปวดมาก ยังคงต้องการการรักษาด้วยยาแก้ปวด
2. การนำผลการวิจัยไปใช้ควรมีการควบคุมปัจจัยรบกวน (Confounding Factors) เช่น ความแตกต่างของยาระงับปวดในกลุ่ม Opioid และ Non-Opioid ที่ได้รับทำให้อัตราการปวดได้มาก-น้อยแตกต่างกัน

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าครั้งเดียว อาจน้อยเกินไปที่จะไปมีผลต่อการลดระดับความปวดในระยะหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง อาจต้องมีการนวด 2-3 ครั้ง หรือ การนวดอยู่ในระยะ 3 หลังผ่าตัดเป็นต้นไป
2. การวิจัยกึ่งทดลองที่วัดผลของการนวดกดจุดฯ ต่อระดับความปวด ต้องมีการควบคุมตัวแปรกวนระยะเวลาในการนวด จำนวนครั้งในการนวด และต้องแบ่งกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่เหมือนกันก่อนที่จะนำมาเปรียบเทียบกัน

### References

- Cassieyth, B. (2008). Integrative Medicine Service, Memorial Sloan-Kettering Cancercenter. *Integrating Oncology: Incorporating Complementary Medicine into Conventional Center Care*, 6, 67-78.
- Chanlawong, B., Kanchanawetra, C., Buddhawong, S., & Khaokhokkrut, R. (2017). The Effectiveness of Pain-Relieving Program with Relaxation Techniques on Pain Level in Post Appendectomy Patients who Got Pain and Asked for Pain Killer Drug at 2-4 Hours before Prescription Schedule, Debaratana Nakhon Rat Chasima Hospita Ratchasima. *JOURNAL KORAT*, 3(1), 97-108. (in Thai)
- Damrongrucktham, C., Kimpee, S., Toskukao, T., & Asdornwised, U. (2009). Effects of Hand Reflexology on Level of Pain in Abdominal Surgery Patients. *J NursSci*, 27(2), 49-58. (in Thai)
- Hair, J. F., Jr., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate Data Analysis*. (7th ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.



- Kumkaew, J., Phattanarudee, S., & Areepium, N. (2015). Postoperative Pain Management in Adult Abdominal Surgical Patients in General Surgical Department, Nopparat Rajathanee Hospital. *Thammasat Medical Journal*, 15(1), 80-90. (in Thai)
- Leaungsomnapa, Y., & Ngamkam, S. (2013). Attention to pain. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*, 30(1), 83-93. (in Thai)
- Likert, R. (1967). "The Method of Constructing and Attitude Scale". In Reading in Fishbein, M (Ed.), *Attitude Theory and Measurement*. New York: Wiley & Son.
- Melzack, R., & wall, P. D. (1996). Pain Mechanisms: A New Theory. *Pain Foru*, 5(1), 3-11.
- McCaffery, M., & Beebe, A. (1993). *Pain: Clinical Manual for Nursing Practice*. Baltimore: Mosby Company.
- National Statistic Office Thailand. (2019). *Health status: Cause of Illness*. National Statistic Office Thailand Retrieved November 5, 2019 from <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/05.aspx> (in Thai)
- Nimsuwan, K. (2018). *Development of a Mixed Massage Program by Integrating the Royal Thai and Chinese Acupressure Techniques for Relieving Stress and Increasing the Sleep Quality of People with Primary Insomnia*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Doctoral degree in Research and Statistics in Cognitive Sciences, Burapha University. (in Thai)
- Pengkaew, S. (2015). *Effects of Foot Reflexology on Abdominal Distention and Postoperative Recovery in Elderly Patients with Abdominal Surgery*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Master Degree in Nursing Faculty of Nursing, Prince of Songkla University. (in Thai)
- Pukahuta, P. (2018). The Effectiveness of Hand Reflexology on Level of Pain intensity in Abdominal Surgical Patients. *The third Ratchathani University National Conference 25 May 2018*. Ubonratchathani, Ratchathani University, 500-508. (in Thai)
- Report the Patient Data of Surgery Ward Surin Hospital. (2017). *Statistics the Patient Data of Surgery Ward Surin Hospital*. Surin, Surin Hospital. (in Thai)
- Songtong, A. (2019). *Pain Management for Cancer Patient*. Chulalongkorn. Hospital Retrieved November 5, 2019 from [http://www.chulacancer.net/uploads/articles\\_attc/1488849016](http://www.chulacancer.net/uploads/articles_attc/1488849016) (in Thai)
- Sritan, S. (2017). Effect of Foot Reflexology Massage with Breathing Exercise on Level Pain in Postoperative Abdominal Surgery Patients. *Journal of the Police Nurse*, 9(1), 37-46. (in Thai)
- Sunthornsirisap, S., & Sanasuttipun, W. (2012). Effect of Distraction Using Digital Game on Pain in Children Post Appendectomy 24 Hours. *J NursSci*, 30(4), 72-79. (in Thai)
- Tiran, D., & Chummun, H. (2005). The Physiological Basis of Reflexology and its Use as a Potential Diagnostic Tool. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 11(1), 58-64.
- Uppanisakorn, S., Songwathana, P., & Saesia, W. (2010). Effects of Foot Reflexology and Intermittent Pneumatic Calf Compression on Femoral Venous Blood Flow Velocity in Critically Ill Patients. *Thai Journal of Nursing Council* 2010, 25(2), 28-38. (in Thai)

## การพัฒนากระบวนการคัดกรองการรู้คิดของผู้สูงอายุในชุมชน

### Development of a Cognitive Screening Process for Older Adults in Community

กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง<sup>1\*</sup>, เบนจามิน แฮมสเต็ด<sup>2</sup>, โรเบิร์ต เพลทซ์ ซไนเดอร์<sup>2</sup>, แคทเทอรีน โปเทมป้า<sup>2</sup>,  
นพพร จันทระเสนา<sup>3</sup>, สุรีภรณ์ สีสิ่ง<sup>4</sup>, วชิราภรณ์ สิ้นเจริญเลิศ<sup>4</sup> และ ปรีวัฒน์ วิเศษสิทธิ์<sup>4</sup>

Kamonthip Tanglakmankhong<sup>1\*</sup>, Benjamin M Hampstead<sup>2</sup>, Robert J. Ploutz-Snyder<sup>2</sup>, Kathleen Potempa<sup>2</sup>, Nopporn Chantarasena<sup>3</sup>, Sureeporn Seesing<sup>4</sup>, Wachiraporn Sinchareonlert<sup>4</sup>  
and Pariwat Wisetsit<sup>4</sup>

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี<sup>1\*</sup>, มหาวิทยาลัยมิชิแกน<sup>2</sup>, โรงพยาบาลหนองหาน อุตรธานี<sup>3</sup>,  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรธานี<sup>4</sup>

Boromarajonani College of Nursing Udonthani<sup>1\*</sup>, University of Michigan<sup>2</sup>, Nonghan Hospital<sup>3</sup>,  
Provincial Public Health Office, Udonthani<sup>4</sup>

(Received: October 12, 2019; Revised: July 22, 2020; Accepted: September 15, 2020)

#### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) อธิบายสถานการณ์การคัดกรองการรู้คิด 2) พัฒนากระบวนการคัดกรองการรู้คิด 3) ตรวจสอบคุณภาพแบบทดสอบ AMT (Abbreviated Mental Test) และ 4) ประเมินผลการคัดกรองจากการพัฒนากระบวนการคัดกรองการรู้คิดของผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในจังหวัดอุตรธานี จำนวน 446 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบ Cluster Sampling เครื่องมือที่ใช้ เป็น โครงการพัฒนากระบวนการคัดกรอง แบบทดสอบสภาพสมอง AMT และ MMSE (Mini-Mental State Examination) แบบประเมินตนเอง และฐานข้อมูล Aging Survey Udonthani วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้ Content Analysis ผลการวิจัยพบว่า

1. สถานการณ์การคัดกรองการรู้คิดขั้นต้นในการตรวจสอบสุขภาพผู้สูงอายุประจำปี ทำโดย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้แบบทดสอบ AMT พบความผิดปกติเพียง ร้อยละ 1.1 ของกลุ่มตัวอย่าง และพบว่าร้อยละ 84.2 ของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่เคยใช้แบบคัดกรอง AMT และ MMSE
2. การพัฒนากระบวนการ ทำโดยให้ความรู้ และฝึกทักษะการคัดกรอง ฝึกลงฐานข้อมูล ให้กับพยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับการประเมินผลติดตามเป็นระยะ
3. ผลการตรวจสอบคุณภาพแบบทดสอบ AMT พบว่าคำถามบางข้อมีข้อจำกัดเชิงบริบทและวัฒนธรรม ไม่เหมาะกับผู้สูงอายุในชุมชน
4. การประเมินผลหลังการพัฒนา พบว่า พยาบาล และ เจ้าหน้าที่ สามารถคัดกรองการรู้คิดได้ตามแนวทางคู่มือคัดกรอง ยกเว้น ไม่สามารถจัดพื้นที่คัดกรองให้เหมาะสมได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ รู้สึกสบายใจ และมั่นใจในผลคัดกรองที่ถูกประเมินโดยพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ เมื่อคัดกรองใหม่ พบความผิดปกติของการรู้คิดในผู้สูงอายุกลุ่มเดียวกัน สูงขึ้น 24 เท่า ส่วนการคัดกรองด้วย MMSE พบผลผิดปกติ ร้อยละ 12.3

ควรมีการปรับข้อคำถามของ AMT หรือเปลี่ยนแบบคัดกรองเพื่อการคัดกรองที่มีความเที่ยงตรงตามโครงสร้างมากขึ้น และการคัดกรองควรทำโดยพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรม

**คำสำคัญ:** แบบทดสอบสภาพสมอง, AMT, กระบวนการคัดกรองการรู้คิด, ผู้สูงอายุในชุมชน

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: tang\_kamon@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-6702152)



## Abstract

This research and development study aimed to 1) describe the situation of a cognitive screening, 2) develop a process for administrative cognitive screening, 3) validate an Abbreviated Mental Test (AMT), and 4) evaluate the outcomes of administrative cognitive screening in the community. Participants were 446 older adults recruited by cluster sampling from 200,481 adults aged more than 60 years. Measurement included a cognitive screening administration project, an Abbreviated Mental Test (AMT), a Mini-Mental State Examination, a Self-report checklist, as well as an aging survey database for Udonthani. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis. The study found that 1) The initial cognitive screening in the annual health examination, performed by volunteer health workers with the AMT test, found cognitive impairment in only 1.1% of the sample and 84.2% of nurses in district health promotion hospital did not have experience with cognitive screening. 2) A process for administrative cognitive screening was developed by educating the nurses and other health personnel, practicing cognitive screening and how to enter data to database and periodic evaluation. 3) The validation of the AMT test revealed that some items were contextual and cultural limitations and not appropriate for older adults in the community. 4) After training, AMT was examined to the same older adult sample, cognitive impairment was found almost 24 times greater. Most nurses and health personnel were able to administer cognitive screening according to the guidelines, except having an appropriate area to do the test. The sample population suffering from cognitive impairment, as defined by MMSE, was 12.3%. Most older adults felt more comfortable and confident having the screening test administered by trained health personnel than volunteer health workers who they felt were not as professional in giving this test. Therefore, we suggest that the Thai AMT should be modified so an appropriate screening tool would produce a scale that measures more adequately. Cognitive screening should be administered by trained nurses.

**Keywords:** The Abbreviated Mental Test, Cognitive Screening Administration, Older Adults in Community

## บทนำ

สถานการณ์การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุ และสัดส่วนจำนวนประชากรในประเทศไทย กำลังเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการวางแผนที่ดี รายงานข้อมูลสถิติประชากรไทย พบว่า ปี 2560 ประชากรที่อายุ 60 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 17 ของประชากรทั้งหมด 65.5 ล้านคน และมีคาดประมาณว่า อีก 4 ปี ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ เมื่อสัดส่วนประชากร ผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 20 ของจำนวนประชากร (Prasartkul Vapattanawong, Rittirong, Chuanwan, Kanchanachitra, Jaratsit, et al., 2019) สถานการณ์ดังกล่าว ทำให้ประเทศไทยต้องเตรียมการ กับ อายุคาดเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น การเจ็บป่วยที่ซับซ้อนขึ้น และการดูแลในระยะยาวของผู้สูงอายุ ข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ทั่วโลก ชี้ชัดว่า โรคสมองเสื่อม ในกลุ่มผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และเป็นปัญหาที่ทำนายของทุกประเทศทั่วโลก เพราะโรคสมองเสื่อม ก่อให้เกิดความพิการและการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ยาวนาน จนกลายเป็นภาระโรค (Burden of Diseases) ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Year: DALY) หรือจำนวนปีที่เสียไปเพราะ สภาวะที่มีความพิการหรือเจ็บป่วย ซึ่งโรคสมองเสื่อมเป็นหนึ่งในภาระโรคของโลก (The Global Burden of Diseases: GBD) ที่มีความรุนแรงที่ไม่ทำให้เสียชีวิตทันที แต่มีระยะเวลาที่ต้องมีชีวิตอยู่กับโรคหลายปี ภาระโรคเป็นตัวชี้วัดใหม่ที่ได้รับการสนใจอย่าง

มาก เพราะสะท้อนให้เห็นถึง ความสูญเสียทางสุขภาพ ปัจจุบันจากสถิติของทั่วโลก โรคสมองเสื่อม เป็นสาเหตุการตาย อันดับที่ 5 (Nicoles, 2018) รายงานจาก Alzheimer's Disease International (2019) เรื่องทัศนคติต่อโรคสมองเสื่อม พบว่า บุคลากรสาธารณสุข ส่วนใหญ่ ร้อยละ 62 ยังมีความเชื่อที่ผิดว่า ว่า โรคสมองเสื่อมเป็นความผิดปกติตามธรรมชาติที่ต้องเกิดขึ้น ในผู้สูงอายุ ทำให้ไม่ตระหนักต่อการคัดกรองโรค ในขณะที่ ร้อยละ 82 ของประชาชนทั่วไปอยากให้มีการทดสอบทางพันธุกรรม ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมองเสื่อมหรือไม่ และ เกือบร้อยละ 80 ของคนทั่วไป กังวล กลัวว่าตนเอง อาจเป็นโรคสมองเสื่อม ในอนาคต และ 1 ใน 4 ของประชากร คิดว่า ไม่มีทางป้องกันการเกิดโรคสมองเสื่อมได้ ข้อมูลจาก Alzheimer's Disease International ในปี พ.ศ. 2562 คาดประมาณว่า จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม ทั่วโลกจะมีประมาณ กว่า 50 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้น ในอีก 30 ปี ข้างหน้า เป็น 152 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการเตรียมการและวางแผนอย่างดี เพื่อรับมือกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การคัดกรองในช่วงเริ่มต้น จึงมีความจำเป็นมาก เพราะการค้นหาผู้สูงอายุที่มีการถดถอยของการรู้คิด (Cognitive Decline) เป็นการช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม เพื่อชะลออาการ ก่อนการเกิดโรคสมองเสื่อม ซึ่งเป็นช่วงระยะที่สำคัญมาก (World Health Organization, 2017)

ปัจจุบัน การคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยด้วยการประเมินการรู้คิด เป็นหนึ่งในสิบตัวชี้วัดสำคัญของผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 60 ปี ที่ต้องรายงานในโปรแกรม JHCIS, HosxP และฐานข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) ในรหัสแฟ้ม Special PP ซึ่งมี 10 ตัวชี้วัด ได้แก่ 1) ความดันโลหิตสูง 2) เบาหวาน 3) โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง 4) สุขภาพช่องปาก 5) ภาวะสมองเสื่อม 6) ภาวะซึมเศร้า 7) ข้อเข่าเสื่อม 8) ภาวะหกล้ม 9) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และ 10) Body Mass Index โดยเป็นการคัดกรองเพื่อประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุประจำปี ในช่วงต้นปีงบประมาณในเดือนตุลาคม ถึงธันวาคม ของทุกปี แบบทดสอบ AMT และ The Thai Version of the Mini Mental State Examination (Thai MMSE 2002) เป็นแบบคัดกรองการรู้คิด ระดับประเทศ ที่ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) รายงานผล โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) จะเป็นผู้ประเมินเบื้องต้น หากได้ค่าคะแนน AMT ต่ำกว่า 8 แสดงว่า ผู้สูงอายุเริ่มมีภาวะการรู้คิดผิดปกติ ต้องส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. คัดกรองเพิ่มเติม ด้วย แบบคัดกรอง MMSE (Department of Medical Services Ministry of Public Health Thailand, 2015) รายงานตัวเลขจากฐานข้อมูล Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข ชี้ให้เห็นว่า ประเทศไทยสามารถคัดกรองภาวะความเสี่ยงต่อสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นมาก จากร้อยละ 14.07 ในปี 2559 เป็นร้อยละ 72.69 ในปี 2562 (Ministry of Public Health, 2019)

ทั้งนี้ การประเมินสถานการณ์ กระบวนการ การตรวจสอบคุณภาพแบบทดสอบสภาพสมอง AMT ฉบับภาษาไทย ที่กระทรวงสาธารณสุขใช้ และผลลัพธ์จากการคัดกรอง ยังไม่พบหลักฐานการศึกษาอย่างชัดเจน ดังนั้น ผู้วิจัย จึงสนใจศึกษา สถานการณ์ และ กระบวนการคัดกรอง เพื่อการวิจัยและพัฒนา โดยเริ่มดำเนินการร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ไปตลอดทั้งกระบวนการพัฒนา ซึ่งการศึกษารุ่นนี้จะเป็นแนวทางสำคัญในการเตรียมรับมือกับการแก้ปัญหาสมองเสื่อม ได้ทันที่ด้วย การคัดกรองที่ถูกต้อง แม่นยำ ทำให้สามารถจัดการช่วยเหลือผู้สูงอายุรายบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

## วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่ออธิบายสถานการณ์การคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน ของจังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อพัฒนากระบวนการคัดกรองการรู้คิดในผู้สูงอายุในชุมชน ของจังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อตรวจสอบคุณภาพแบบทดสอบสภาพสมอง AMT ฉบับภาษาไทย
4. เพื่อประเมินผลการคัดกรองจากการพัฒนากระบวนการคัดกรองการรู้คิดในผู้สูงอายุในชุมชน

## สมมุติฐานการวิจัย

หลังการพัฒนากระบวนการคัดกรองการรู้คิด ของผู้สูงอายุในชุมชน ให้เจ้าหน้าที่ ใน รพ.สต. จำนวน ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการรู้คิดถดถอย จากการประเมินด้วยแบบทดสอบสภาพสมอง AMT สูงกว่า ผลการคัดกรอง โดย อสม. จากการตรวจสุขภาพประจำปี ของผู้สูงอายุกลุ่มเดียวกัน

## กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินงาน โดยประยุกต์ใช้แนวคิด Self-Reflective Spiral Cycles ของ Kemmis, McTaggart, and Nixon (2014) เป็นกรอบแนวคิด ในการวิจัย เพื่อวิจัยและพัฒนา ค้นหาแนวทาง วิถีปฏิบัติ และปรับปรุง กระบวนการพัฒนากระบวนการคัดกรองการรู้คิด ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา การวิจัยกึ่งทดลอง ร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยระเบียบวิธีวิจัย เป็นไปตามแต่ละขั้นตอนของการวิจัยและพัฒนา 5 ขั้นตอนดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 อธิบายสถานการณ์ การคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุของจังหวัดอุดรธานี (R1)** ด้วยรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา จากข้อมูลการคัดกรองของ อสม. ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลจากสถานการณ์จริงของการคัดกรองประจำปี ในช่วงเดือน ตุลาคม ถึง ธันวาคม 2561 ซึ่งเป็นข้อมูล Secondary Data ของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับ ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา และผลการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมองเสื่อม จากฐานข้อมูลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุประจำปี จากแบบคัดกรอง AMT จากฐานข้อมูล Health Data Center Version 2.0 จาก ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Public Health, 2020) ซึ่งเป็น ข้อมูลภาวะสุขภาพ ที่รวบรวมมาจาก ระบบรายงาน ฐานข้อมูล 43 แห่ง จาก แต่ละสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และเขตสุขภาพ ใช้ในการกำหนดนโยบาย กำกับ ทิศทางแนวทางการบริหารจัดการระบบ และตัดสินใจในประเด็นสำคัญ ของ กระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Public Health, 2014) โดยผู้วิจัยทำหน้าที่สื่อถึง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เพื่อขออนุญาตให้ใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุประจำปีของจังหวัดอุดรธานี จาก Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบการพัฒนากระบวนการคัดกรอง (D1)** โดยจัดทำ โครงการพัฒนากระบวนการคัดกรองการรู้คิดของผู้สูงอายุ ในชุมชน ที่ผู้วิจัยพัฒนาเอง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ ของ Kemmis (2014) เป็นเครื่องมือในการดำเนินงานและปรับปรุงกระบวนการพัฒนากระบวนการคัดกรองการรู้คิด ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 วางแผนเปลี่ยนแปลง โดย เริ่มจากการทบทวนปัญหาการคัดกรองในปีที่ผ่านมา ร่วมกันระหว่างผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ที่ปรึกษาและนักวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุดรธานี ผู้นิเทศงานผู้สูงอายุ และฐานข้อมูล จาก สสจ.อุดรธานี ผู้ดำเนินการคัดกรอง จากโรงพยาบาลหนองหาน และ รพ.สต. ในเขตอำเภอ

หนองหาน ร่วมกับการรวบรวมและวิเคราะห์ ข้อมูลการคัดกรอง ผู้สูงอายุ ที่ถูกคัดกรองขั้นต้นตามขั้นตอนปกติ จากอสม. ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ ช่วงเดือน ตุลาคม ถึง ธันวาคม 2561 ด้วย แบบประเมิน AMT ซึ่ง เป็นการคัดกรองประจำปี และมีรายงานหลักฐานในฐานข้อมูลการคัดกรองของ สสจ. อุตรธานี เรียบร้อยแล้ว และวางแผน กระบวนการพัฒนาความรู้ ทักษะการคัดกรอง ของผู้คัดกรอง ฐานข้อมูล และวิธีการนิเทศการคัดกรอง ร่วมกัน

กิจกรรมที่ 2 ปฏิบัติตามแผนพัฒนา และ สังเกตกระบวนการคัดกรอง โดยเริ่มจากการ ฝึกอบรม ทบทวนความรู้ และการให้คะแนน ในการใช้แบบคัดกรอง AMT และ MMSE กับ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เก็บ ข้อมูล ใน รพ.สต. ในอำเภอหนองหาน รวมถึงการพัฒนา และการให้ความรู้ในการศิษย์ข้อมูลรายชื่อ ในฐานข้อมูล Aging Survey Udon หลังจากนั้น ผู้วิจัย และทีมนิเทศ ติดตามเยี่ยมนิเทศ เสริมพลัง สังเกตการณ์การคัดกรอง

กิจกรรมที่ 3 สะท้อนกลับกระบวนการเป็นระยะ จาก ข้อมูลที่ศิษย์เข้าระบบฐานข้อมูล Aging Survey Udonthani และ จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แก้ปัญหา ร่วมกัน ผ่านไลน์

กิจกรรมที่ 4 ปรับปรุงแผนการดำเนินการ แล้วทดลองกลับไปใช้ซ้ำ ในขั้นตอนที่ 2 3 และ 4

**ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลการใช้กระบวนการคัดกรอง (R2) ขั้นตอนนี้ใช้รูปแบบวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design)**

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้สูงอายุจังหวัดอุตรธานี จากฐานข้อมูล สสจ. อุตรธานี ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 200,481 คน กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ใน รพ.สต. อำเภอหนองหาน จำนวน 446 คน การคำนวณขนาดตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ด้วยสูตรการ ประมาณขนาดตัวอย่าง มาตรฐานได้โค้งปกติ ซึ่งมีค่าสอดคล้องกับระดับนัยสำคัญที่ 0.05 Margin of Error of 5% และ A Population Percentage of Variability of 50% (Taherdoost, 2017) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 384 คน และเก็บเพิ่มร้อยละ 20 กรณี Missing Data ดังนั้นจำนวนสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ 446 คน การสุ่ม กลุ่มตัวอย่าง ใช้แบบ Cluster Sampling โดยเลือกอำเภอ ในจังหวัดอุตรธานี มีทั้งหมด 20 อำเภอ สุ่มเลือก 1 อำเภอ ได้อำเภอ หนองหาน จากนั้นเลือก รพ.สต. ในเขตอำเภอหนองหานและสุ่มเลือกจากหน่วยบริการปฐม ภูมิ ทั้งหมด 15 แห่งแล้วสุ่มเลือกแบบง่าย โดยการจับฉลาก คิดตามสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุ ประมาณร้อยละ 12-14 ได้กลุ่มตัวอย่างจาก ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชน รพ.หนองหาน จำนวนผู้สูงอายุ 2575 คน สุ่มเลือกด้วยการ จับฉลากได้ 361 คน และ รพ.สต. หนองบัวแดง จำนวนผู้สูงอายุ 703 คน สุ่มเลือกด้วยการจับฉลากได้ 85 คน รวม 446 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือทดลอง เป็นโครงการพัฒนากระบวนการคัดกรองการรู้คิดของผู้สูงอายุในชุมชน ที่ผู้วิจัยพัฒนาเองตามกรอบแนวคิด Self-Reflective Spiral Cycles

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบคัดกรอง AMT (Abbreviated Mental Test) เป็นแบบทดสอบสภาพสมอง ที่ใช้จริง ระดับประเทศ ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้ในการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุทุกคนใน ชุมชน แบบคัดกรอง AMT พัฒนาครั้งแรกเพื่อ ใช้คัดกรอง ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางจิตที่ได้รับการรักษาใน โรงพยาบาลจิตเวช ในประเทศอังกฤษ (Hodkinson, 1972) และได้รับการเสนอแนะ จาก The Royal College of Physicians and the British Geriatrics Society ให้ใช้ในการคัดกรองผู้สูงอายุทุกคน ที่มารับการรักษาใน โรงพยาบาลในประเทศอังกฤษ AMT เป็นแบบทดสอบ 10 ข้อ ใช้ทดสอบ เรื่อง การรับรู้เรื่อง เวลา สถานที่ สมาธิ ความจำ และเหตุการณ์สำคัญ โดยมีคะแนนเต็ม 10 หากได้ต่ำกว่า 8 แสดงว่า มีความรู้คิดถดถอย มีความเสี่ยง ต่อการเป็นสมองเสื่อม (Jitapunkul, Pillay, & Ebrahim, 1991) สำหรับแนวทางการคัดกรองที่ประเทศไทย กำหนด คือ ให้ อสม.เป็นผู้คัดกรอง หากได้คะแนน ต่ำกว่า 8 จะต้องได้รับคำแนะนำ และส่งไปคัดกรองต่อ ด้วย แบบคัดกรอง MMSE (Department of Medical Services Ministry of Public Health Thailand, 2015)

2.2 แบบคัดกรอง MMSE (The Mini-Mental State Examination) เป็นแบบคัดกรองที่มีการนำไปใช้คัดกรองสภาพสมองเบื้องต้น ต้นฉบับภาษาอังกฤษ เป็นของ Folstein, Robins, & Helzer (1983) แปลเป็นฉบับภาษาไทยและนำมาใช้เป็นแบบคัดกรองต่อเนื่อง จาก AMT โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้ทดสอบความเสี่ยงต่อสมองเสื่อม ผู้คัดกรอง คือ เจ้าหน้าที่ ใน รพ.สต. แบบคัดกรองมี 11 ข้อคำถาม ทดสอบ การรับรู้วัน เวลา สถานที่ (Orientation) การจดจำ (Registration) สมาธิ และการคำนวณ (Attention, & Calculation) ความจำระยะสั้น (Recall) การบอกชื่อสิ่งของ (Naming) การพูดซ้ำคำ (Repetition) การเข้าใจความหมายและทำตามคำสั่ง (Verbal Command) การอ่าน เขาใจความหมาย และทำตามได้ (Written Command) การเขียนภาษาอย่างมีความหมาย (Writing) และ ความสัมพันธ์ระหว่าง ตากับมือ (Visuoconstruction) คะแนนเต็ม 30 จุดตัดสำหรับคะแนนที่ประเมินว่ามีการรู้คิดลดลง ขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา ดังนี้ ถ้าอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ใช้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 จาก 23 โดยไม่ต้องทำข้อ 4 9 และ 10 ถ้าระดับประถมศึกษา ใช้คะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 จาก 30 และระดับสูงกว่าประถมศึกษา ใช้คะแนนน้อยกว่าหรือ เท่ากับ 22 จาก 30

2.3 ฐานข้อมูล Aging Survey Udonthani ของ สสจ. อุตรธานี ซึ่งมีการปรับปรุงและพัฒนา มา 3 ปี จาก ปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลผู้สูงอายุของจังหวัดอุตรธานี

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เนื่องจาก ผู้วิจัยใช้ เครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ให้มีการคัดกรองประจำปี จากการทบทวนวรรณกรรม ไม่พบ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ของแบบทดสอบ AMT ฉบับภาษาไทย ดังนั้น ผู้วิจัย จะรายงานผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ทั้งค่าความเที่ยง จาก Cronbach Alpha และ ความตรงเชิงเนื้อหา เมื่อเปรียบเทียบกับ เครื่องมือต้นฉบับ และ เครื่องมือที่แปลไปใช้ใน จากประเทศอื่น ในส่วนของผลการศึกษา ส่วน แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น MMSE (The Mini-Mental State Examination) ฉบับภาษาไทย หรือ MMSE Thai 2002 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการแปลและทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ โดย ได้ค่า True Positive ร้อยละ 48.7 และ True Negative ร้อยละ 80.9 (Institute of Geriatric Medicine Department of Medical Services Ministry of Public Health, 2008) เครื่องมือนี้ มีการใช้อย่างแพร่หลายในประเทศไทย และพบหลักฐานการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแล้ว ผู้วิจัยจึงไม่ทดสอบซ้ำ

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยทำหนังสือ ขออนุญาตเก็บข้อมูล จาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี ถึง สสจ.อุตรธานี สาธารณสุขอำเภอหนองหาน และโรงพยาบาลหนองหาน

**ขั้นก่อนทดลอง** ผู้ดำเนินการคัดกรอง จาก โรงพยาบาลหนองหาน และ รพ.สต. ในเขตหนองหาน ดำเนินการคัดกรองการรู้คิดของ ผู้สูงอายุ ตามขั้นตอนปกติของการคัดกรองประจำปี โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดำเนินการ ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ ช่วงเดือน ตุลาคม ถึง ธันวาคม 2561

**ขั้นทดลอง** ปฏิบัติการตาม โครงการพัฒนากระบวนการคัดกรองการรู้คิดของผู้สูงอายุ โดยให้ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ ในรพ. สต. ดำเนินการ เก็บข้อมูลใหม่ ทั้งแบบคัดกรอง AMT และ MMSE ชุดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยก่อนการรวบรวมข้อมูล ผู้เก็บข้อมูล ต้องแนะนำตัวกับผู้สูงอายุ ที่เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของแบบสอบถาม และเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม (ประมาณ 10 -20 นาที) และชี้แจงแก่ผู้สูงอายุถึงการรักษาความลับของข้อมูล จากนั้นขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้สูงอายุลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัย ก่อนการตอบแบบสอบถาม

**ขั้นหลังการทดลอง** ผู้วิจัยศึกษา เปรียบเทียบผลลัพธ์จากการพัฒนากระบวนการคัดกรองการรู้คิดใน ผู้สูงอายุในชุมชน ระหว่าง ผลการคัดกรอง โดย อสม จากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุประจำปี ในเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม 2561 กับ ผลการคัดกรอง หลัง โครงการพัฒนา กระบวนการคัดกรองการรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มเดียวกัน ในเดือนมีนาคม ถึงเมษายน 2562

### การวิเคราะห์ข้อมูล

เตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ ด้วยการบรรณาธิกรข้อมูล (Data Editing) และทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ทำการลงรหัส และบันทึกข้อมูลลงในแฟ้มและฐานข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ จากข้อมูลส่วนบุคคล และแบบคัดกรอง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ขั้นตอนที่ 4 พัฒนา เพิ่มเติม ปรับปรุง แก้ไข กระบวนการ (D2) ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยวางแผนปรับปรุงกระบวนการตามผลของ R2 และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ดังนี้

**ผู้ให้ข้อมูล** เป็นผู้คัดกรอง จำนวน 19 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ เป็น พยาบาลวิชาชีพหรือนักวิชาการสาธารณสุข ที่ทำงานในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพชุมชน ใน รพ.หนองหาน และ รพ.สต. หนองบัวแดงใต้ ยินดีฝึกอบรมและเข้าร่วมคัดกรองการรู้คิด ผู้สูงอายุ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบประเมินตนเอง ต่อกระบวนการคัดกรอง AMT และ MMSE มีทั้งหมด 45 ข้อ ปรับหัวข้อ การประเมินการคัดกรอง มาจากคู่มือ การทดสอบสภาพสมองเสื่อม AMT และ MMSE (Department of Medical Services Ministry of Public Health Thailand, 2015) โดยให้ผู้คัดกรองใน รพ. สต. ประเมินตนเอง ว่า ได้ทำทุกครั้ง ได้ทำบางครั้ง หรือ ไม่ได้ทำตามแนวทางคู่มือคัดกรอง พร้อมให้เหตุผล กรณีไม่ได้ทำตามแนวทางในคู่มือ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำ แบบประเมินที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสร้างเครื่องมือคัดกรอง 1 คน นักวิชาการสาธารณสุขด้านการนิเทศการคัดกรอง ผู้สูงอายุ 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการคัดกรองเครื่องมือทดสอบสภาพสมอง 1 คน ได้ค่า Content Valid Index เท่ากับ .96 จากนั้นนำไปทดลองใช้ กับ เจ้าหน้าที่ และพยาบาล ใน รพ.สต. จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและความเข้าใจตรงกันในประเด็นข้อคำถามก่อนนำไปใช้จริง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้คัดกรอง ทุกคน ประเมินตนเอง และเขียนบันทึกสะท้อนคิด ต่อกระบวนการคัดกรอง ภายหลัง สิ้นสุดกระบวนการคัดกรองผู้สูงอายุ และในช่วงเวลาของการคัดกรอง มีการประชุมติดตามการทำงานของผู้คัดกรอง ทุกเดือน จำนวน 3 ครั้ง โดยในแต่ละครั้ง จะมีกิจกรรม ดังนี้ 1) สังเกตกระบวนการคัดกรอง 2) การอภิปรายกลุ่ม (Group Discussion) ร่วมกัน ระหว่าง ผู้นิเทศกระบวนการ ผู้คัดกรอง และ ผู้รับผิดชอบฐานข้อมูลของพื้นที่ และ 3) ติดตามปัญหาในการคัดกรอง เพื่อการแก้ไข ปรับปรุง และทดลองทำซ้ำ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณจากการประเมินตนเองวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ จาก Self- Report and Group Discussion วิเคราะห์ด้วยการทำ Content Analysis

ขั้นตอนที่ 5 รายงานผลการพัฒนากระบวนการคัดกรองการรู้คิดของผู้สูงอายุในชุมชน ผู้วิจัยสรุปผลที่ได้จากการพัฒนากระบวนการคัดกรอง มาแนะนำเสนอให้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี โรงพยาบาลหนองหาน และ รพ.สต. ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงนำเสนอในงานสัมมนาทางวิชาการโรคสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย และตีพิมพ์เผยแพร่ใน วารสารทางวิชาการ

### จริยธรรมวิจัย

ผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จาก สสจ.อุดรธานี รหัสโครงการที่ UDREC 0862

### ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมองเสื่อม ของจังหวัดอุดรธานี

ข้อมูลจากการคัดกรองผู้สูงอายุภาพรวม โดยอสม. ในฐานข้อมูลผู้สูงอายุ ของจังหวัดอุดรธานี ปี 2562 ประมวลผลเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2562 (Ministry of Public Health, 2019) พบว่า จำนวนผู้สูงอายุในจังหวัด

อุดรธานี ทั้งหมด 207,848 คน ได้รับการคัดกรองการรู้คิด ด้วย แบบคัดกรอง AMT จำนวน 156,419 คน คิดเป็นร้อยละ 77.22 ในจำนวนผู้สูงอายุที่ถูกคัดกรอง พบภาวะปกติ 154,331 คน คิดเป็นร้อยละ 98.66 ภาวะผิดปกติจำนวน 2,074 คน คิดเป็น ร้อยละ 1.32

ข้อมูลระดับอำเภอหนองหาน พบว่า จำนวนผู้สูงอายุ ทั้งหมด 15,035 คน ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ด้วย แบบคัดกรอง AMT จำนวน 9,923 คน คิดเป็นร้อยละ 66 ในจำนวนผู้สูงอายุที่ถูกคัดกรอง พบภาวะปกติ 9,569 คน คิดเป็นร้อยละ 96.43 ภาวะผิดปกติจำนวน 353 คน คิดเป็น ร้อยละ 3.56

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 446 คน อายุเฉลี่ย 69 ปี ( $Mean=69.02, SD=6.33$ ) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.8 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 81.88 ไม่ได้เรียน ร้อยละ 4.7

กลุ่มผู้คัดกรอง 19 คน อายุเฉลี่ย 40 ปี ( $Mean=40.10, SD=9.85$ ) ทุกคนจบปริญญาตรี เป็นนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 57.9 และ พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 42.1 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.4

เมื่อประเมินความสามารถและปัญหาในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ก่อนเริ่มการวิจัย พบว่า ผู้คัดกรองทั้งพยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุข ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การคัดกรองสมองเสื่อมด้วย AMT และ MMSE มาก่อนถึงร้อยละ 84.2 จากการทบทวนปัญหาในปีที่ผ่านมาจากการสนทนากลุ่ม พบปัญหา ดังนี้

1.1 ด้านเวลา มีช่วงเวลาที่จำกัดมากในการคัดกรอง เพราะต้องรีบทำให้แล้วเสร็จ ภายใน 3 เดือนแรกของปีงบประมาณ ภายในเดือน ตุลาคม ถึงธันวาคม

1.2 ด้านผู้คัดกรอง รพ. สต. ส่วนใหญ่ ใช้วิธีแจ้งให้ตัวแทน อสม มารับคำชี้แจง แล้วนำไปขยายต่อให้ อสม. คนอื่น ๆ ในชุมชน นำไปคัดกรองภาวะสมองเสื่อม แล้วนำแบบคัดกรองกลับมาส่งที่ รพ.สต. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ รวบรวม แล้วกลับมาลงข้อมูล ในฐานข้อมูล

1.3 ด้านภาระงาน เนื่องจากมีงานคัดกรองหลายตัวที่สำคัญ และต้องรีบคัดกรองให้แล้วเสร็จ ในช่วงเริ่มปีงบประมาณใหม่ จึงไม่มีเวลาลงข้อมูลผลการคัดกรองรายข้อ ในฐานข้อมูล Aging Survey Udon รวมทั้ง ฐานข้อมูลของ HDC มีช่องให้ลงข้อมูลไม่ได้ต้องการข้อมูลรายข้อ ให้ลง เฉพาะว่า คัดกรองสมองเสื่อมแล้วได้ค่าปกติ หรือ ผิดปกติ เท่านั้น

## 2. การพัฒนากระบวนการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม มีดังนี้

2.1 ขึ้นวางแผน วิเคราะห์ปัญหาการคัดกรองที่ผ่านมา และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข ตรวจสอบรายชื่อผู้สูงอายุให้เป็นปัจจุบัน กำหนด ชื่อผู้สูงอายุ วันเวลา สถานที่ที่จะคัดกรอง ผลการวิเคราะห์ พบว่าเจ้าหน้าที่ไม่มีเวลา ไม่มีประสบการณ์ในการคัดกรองเพราะส่วนใหญ่ผลตรวจปกติ จึงไม่มีการส่งต่อมารพ.สต เพื่อประเมินเพิ่มเติม ด้วยแบบคัดกรอง MMSE ข้อมูลผลการคัดกรองที่ลงคะแนนตัวเลข เป็น 0 ในฐานข้อมูลไม่สามารถอธิบายได้ว่า ไม่ได้คัดกรอง เพราะ ไม่พบผู้สูงอายุ หรือ ผู้สูงอายุมิชอบจำกัดทางร่างกายที่ไม่สามารถประเมินได้ หรือคัดกรองแล้วไม่ได้คะแนน

2.2 ขึ้นดำเนินการ และ ส่งเหตุการณ์ เตรียมความพร้อม เจ้าหน้าที่ ด้วยการจัดอบรมให้ความรู้ และฝึกทักษะแบบ On the Job Training เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ ทบทวนกระบวนการคัดกรอง ที่เป็นปัญหา ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เทคนิคการคัดกรองจาก ผู้ที่มีประสบการณ์

2.3 ขึ้นสะท้อนกลับกระบวนการ มีการเสนอให้ตรวจเยี่ยม เพื่อรับฟัง ปัญหา เรื่องการให้คะแนน และเทคนิคต่าง ๆ ขณะคัดกรอง ร่วมกับ ทีมที่ปรึกษาด้านแบบคัดกรอง และการลงข้อมูลรายข้อในฐานข้อมูล

2.4 ขึ้นปรับแผนดำเนินการ ผู้วิจัยได้ข้อเสนอแนะจากการตรวจเยี่ยมติดตาม หลังทดลองดำเนินการของผู้คัดกรอง โดยผู้วิจัยตรวจเยี่ยม ทุกเดือน ปรับแผน 2 ครั้ง ดังนี้

ปรับแผนครั้งที่ 1 เพิ่มช่องทางการให้คำปรึกษา จากข้อเสนอแนะว่า ควรมีผู้เชี่ยวชาญ หรือหน่วยงานที่สามารถให้คำปรึกษาได้ตลอดเวลา กรณีไม่มั่นใจในการคัดกรอง การให้คะแนน หรือ การลงฐานข้อมูล โดยเพิ่มช่องทางการให้คำปรึกษาและตอบคำถาม ผ่าน ไลน์ หรือ Email โดยทีมที่ปรึกษา จาก

วิทยาลัยพยาบาล และ สสจ. และควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เทคนิคการคัดกรองจาก ผู้ที่มีประสบการณ์ในพื้นที่ ผ่าน ไลน์ (Line Application)

ปรับแผนครั้งที่ 2 พบปัญหาการลงข้อมูลคัดกรองคลาดเคลื่อน และบางคนลงข้อมูลไม่ได้ มีข้อเสนอให้เพิ่มที่ปรึกษาด้านการดูแลฐานข้อมูลทั้งจาก สสจ. และจากพื้นที่ กรณีมีปัญหาเชิงเทคนิค ของโปรแกรมการลงข้อมูลการคัดกรอง ในฐานข้อมูล เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ สามารถช่วยดูให้ได้

ข้อสรุปแนวทางที่ต้องพัฒนา หลังการพัฒนาศักยภาพผู้คัดกรองและฝึกคัดกรองจริง เมื่อให้ผู้คัดกรองประเมินตนเองรวมทั้งผู้วิจัยร่วมสังเกตการณ์การคัดกรองจากการตรวจเยี่ยม และ การสนทนากลุ่ม พบว่า กระบวนการที่ต้องพัฒนาในการคัดกรองการรู้คิดของผู้สูงอายุในชุมชน มี 3 ประเด็นหลัก ได้แก่

2.4.1 ด้านการให้ความรู้ และฝึกทักษะการคัดกรอง พยาบาลและเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. สามารถคัดกรองได้ตาม แนวทางคู่มือ คัดกรอง และการให้คะแนน ยกเว้นเรื่อง การจัดเตรียมสภาพแวดล้อมและบรรยากาศ ให้เหมาะสม และเป็นส่วนตัวในการคัดกรอง พบว่า ร้อยละ 84.2 ไม่ได้ทำ หรือสามารถทำได้เป็นบางครั้ง เพราะส่วนใหญ่เมื่อต้องไปประเมินที่บ้านผู้สูงอายุ ซึ่งอาจมีเสียงลูกหลาน สมาชิกครอบครัว สัตว์เลี้ยง หรือเสียงรถ รอบบ้าน เสียงโทรศัพท์มือถือ รบกวนการคัดกรอง และร้อยละ 36.8 ของผู้คัดกรอง ไม่ได้เตรียมแฟ้มประวัติของผู้สูงอายุไปด้วยขณะไปตรวจคัดกรอง เพื่อตรวจสอบคำตอบที่ได้ กับ ข้อมูลในแฟ้มประวัติ ดังนั้น จึงมีข้อเสนอแนะร่วมกันว่า ควรคัดกรองที่ รพ.สต. เพราะจะสามารถตรวจสอบข้อมูลผู้สูงอายุเรื่อง วันเดือนปีเกิด หรือประวัติความเสี่ยงร่วมอื่นจาก แฟ้มประวัติได้

2.4.2 ด้านฐานข้อมูล Aging Survey Udon พบว่า ฐานข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุ มีรายละเอียดรายชื่อของทุกแบบคัดกรอง ซึ่งทำให้มีประโยชน์ในการนำมาใช้พัฒนางานได้เป็นอย่างดี สิ่งที่ยังพบปัญหา คือ ข้อมูลผู้สูงอายุ ที่เสียชีวิตไปแล้วค้างอยู่ในระบบ ข้อมูลผู้สูงอายุที่อายุ ระหว่าง 59-60 ปี ยังมีความสับสน เพราะ รพ.สต. นับเป็นผู้สูงอายุแล้ว แต่ฐานข้อมูล นับรายละเอียดเป็นรายวัน ทำให้ รายชื่อบางคน ยังไม่ถูกนับเป็นผู้สูงอายุ รวมทั้งเมื่อนำข้อมูลไปคำนวณ เพื่อการนำไปใช้ประโยชน์ พบว่า ข้อมูลที่ลง เป็น เลข ศูนย์ ไม่สามารถตีความได้ชัดเจน ว่า ผู้สูงอายุปฏิเสธไม่ตอบคำถามนั้น หรือ ผู้ประเมินลืมถาม แล้วข้ามข้อนั้นไป หรือ ผู้สูงอายุตอบไม่ได้จริง ๆ ดังนั้นควรมีการให้หมายเหตุ เพิ่มเติม จะทำให้ Missing Data ถูกอภิปรายอย่างถูกต้อง และชัดเจนขึ้น

2.4.3 ด้านการนิเทศ ประเมินผลติดตามเป็นระยะ พบว่า การเพิ่มช่องทางการใช้ Line ทำให้เกิดการสื่อสาร สองทาง และทำให้เกิดการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ ร่วมกันระหว่าง ผู้คัดกรอง และผู้นิเทศการคัดกรอง

### 3. ตรวจสอบคุณภาพแบบทดสอบสภาพสมอง AMT ฉบับภาษาไทย

เมื่อเปรียบเทียบแบบทดสอบ AMT รายข้อ ระหว่างข้อคำถามต้นฉบับในประเทศอังกฤษ และ AMT ฉบับภาษาไทย เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง พบว่า ข้อคำถามข้อ 3 ของไทย ไม่ได้วัด ความจำระยะสั้น เหมือนข้อคำถามของต้นฉบับ มีข้อคำถามถามแตกต่างกัน 2 ข้อ ตามบริบทของประเทศนั้น ๆ ได้แก่ ข้อ 8 และ 9 เมื่อทดสอบค่าความเชื่อมั่นของ แบบคัดกรอง AMT ฉบับภาษาไทย ได้ค่า Cronbach Alpha รวบรวมที่ 0.65 และรายข้อ อยู่ที่ 0.60-0.68 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบแบบทดสอบ AMT รายข้อ ระหว่างข้อคำถามต้นฉบับในประเทศอังกฤษ และ AMT ฉบับภาษาไทย และ ค่าคะแนนรายรวมและรายข้อของค่าความเชื่อมั่นด้วย Cronbach Alpha ของแบบทดสอบ AMT ฉบับภาษาไทย

แบบคัดกรอง AMT รายข้อ จากต้นฉบับ (Hodkinson, 1972)	แบบคัดกรอง AMT รายข้อ ฉบับภาษาไทย	Cronbach Alpha
1. อายุ	1. อายุ	0.66

ตาราง 1 (ต่อ)

แบบคัดกรอง AMT รายข้อ จากต้นฉบับ (Hodkinson, 1972)	แบบคัดกรอง AMT รายข้อ ฉบับ ภาษาไทย	Cronbach Alpha
2. เวลา ปัจจุบัน	2. เวลา ปัจจุบัน	0.63
3. ทบหนวที่อยู่ โดยบอกที่อยู่ (42 West Street) แล้วให้ตอบหลังทำแบบทดสอบทุกข้อ	3. ที่อยู่ปัจจุบันของท่าน	0.67
4. ปี ปัจจุบัน	4. ปี พ.ศ. ปัจจุบัน	0.63
5. สถานที่ ปัจจุบัน	5. สถานที่ ปัจจุบัน	0.68
6. ชี้ แล้วบอกว่า 2 คนนี้เป็นใคร	6. ชี้ แล้วบอกว่า 2 คนนี้เป็นใคร	0.65
7. วัน เดือน ปี เกิด	7. วัน เดือน ปี เกิด	0.62
8. ปีที่เกิด สงครามโลกครั้งที่ 1	8. เหตุการณ์ 14 ตุลา หรือ วันมหาวิปโยค เกิดในปี พ.ศ.อะไร	0.66
9. ชื่อผู้นำประเทศ คนปัจจุบัน	9. พระนามพระมหากษัตริย์ องค์ปัจจุบัน	0.60
10. ให้นับถอยหลัง จาก 20 จนถึง 1	10. ให้นับถอยหลัง จาก 20 จนถึง 1	0.62
	<b>รวม</b>	<b>0.65</b>

เมื่อพิจารณา แบบคัดกรอง AMT รายข้อ พบว่า ข้อคำถามข้อ 8 มีผู้สูงอายุ ตอบถูก เพียงร้อยละ 15.02 รวมทั้ง ข้อคำถาม ที่ 4 9 และ 7 มีผู้สูงอายุ ตอบถูก ร้อยละ 73.09 76.23 และ 77.80 ตามลำดับ

4. เปรียบเทียบผลการคัดกรองจากการพัฒนากระบวนการคัดกรองการรู้คิดในผู้สูงอายุในชุมชน

พบว่า การคัดกรองโดย อสม พบ ความผิดปกติเพียงร้อยละ 1.12 ในขณะที่มีการคัดกรองใหม่ โดย เจ้าหน้าที่ ใน รพ.สต. กับผู้สูงอายุกลุ่มเดียวกัน พบว่า การคัดกรอง ด้วย AMT พบผลผิดปกติ ถึงร้อยละ 26.28 ความผิดปกติสูงขึ้น 24 เท่า ในขณะที่ คัดกรอง MMSE พบผลผิดปกติ ร้อยละ 12.11 ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบผลการคัดกรองประจำปีโดย อสม กับการคัดกรอง โดย เจ้าหน้าที่ รพสต

ผลการคัดกรอง	ผลปกติ		ผลผิดปกติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คัดกรอง AMT โดย อสม ประจำปี 2562 (ตุลาคม ถึง ธันวาคม 2561)	441	98.88	5	1.12
คัดกรอง AMT โดย เจ้าหน้าที่ รพ. สต. ประจำปี 2562 (มกราคม ถึง เมษายน 2562)	327	73.32	119	26.28
คัดกรอง MMSE โดย เจ้าหน้าที่ รพ สต ประจำปี 2562 (มกราคม ถึง เมษายน 2562)	392	87.89	54	12.11

สำหรับผลการคัดกรอง ด้วยแบบวัด MMSE รายข้อ พบความผิดปกติ ร้อยละ 12.11 และ สิ่งที่ผู้สูงอายุ มากกว่าร้อยละ 50 ที่ข้อจำกัดได้แก่ ทักษะเกี่ยวกับ การคำนวณลบเลขหรือการสะกดถอยหลัง (Calculation, & Attention) ความจำระยะสั้น การพูดซ้ำคำที่ได้ยิน (Short Term Memory) ความสัมพันธ์ระหว่าง ตากับ มือ (Visuoconstruction)

## อภิปรายผล

### 1. สถานการณ์และผลการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมองเสื่อม

ภาพรวมการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมในจังหวัดอุดรธานี โดย อสม. พบภาวะรู้คิดผิดปกติจำนวน 2,074 คน คิดเป็น ร้อยละ 1.32 ซึ่งใกล้เคียงกับ ข้อมูลภาพรวมประเทศไทย จากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปีงบประมาณ (ปี 2560-2562) ที่พบว่า ภาพรวม ทั้ง 12 เขตสุขภาพ พบภาวะความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมองเสื่อม จากการคัดกรองด้วย แบบวัด AMT ประมาณ 2.14, 1.66 และ 1.51 ซึ่งพบผลของการรู้คิดผิดปกติลดลงทุกปี (Ministry of Public Health, 2019) ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า ระบบการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุในชุมชนทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ มากขึ้น อย่างไรก็ตาม เมื่อเทียบกับ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ที่มีการทำนายแนวโน้มการเกิดโรคสมองเสื่อม พบว่า ภาพรวม สัดส่วนประมาณของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อยู่ระหว่างร้อยละ 5-8 และปัจจุบัน มีคนใช้สมองเสื่อม ประมาณ 50 ล้านคน และร้อยละ 60 เป็นคนใช้จากประเทศที่มีรายได้ต่ำ ถึง กลาง โดยคาดการณ์ว่า ทุก ๆ ปี จะมีคนไข้ใหม่ จากโรคสมองเสื่อม ประมาณ 10 ล้านคน (World Health Organization, 2019)

เมื่อประเมินความสามารถในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. พบว่า ส่วนใหญ่ แทบไม่มีประสบการณ์ หรือเคยได้คัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เนื่องจาก การคัดกรองเบื้องต้นจาก อสม. พบผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงน้อยมาก เพียงไม่เกินร้อยละ 2 ต่อปี จึงทำให้ไม่มี Case ส่งต่อ มา รพ.สต. รวมทั้งมีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุบ่อย ทำให้มีคณใหม่ เข้ามาทำงานผู้สูงอายุ หลังการพัฒนาศักยภาพผู้คัดกรองและผ่านการฝึกคัดกรองจริง พบว่า พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใน รพ. สต. สามารถคัดกรองภาวะสมองเสื่อมได้ตาม แนวทางคู่มือ คัดกรอง และการให้คะแนน เนื่องจาก AMT ฉบับ ภาษาไทย เป็นแบบคัดกรองที่ทำได้ง่าย สั้น ใช้เวลาในการคัดกรองน้อย เพราะไม่มีการประเมินความจำระยะสั้น และมีดีสัมพันธ์ (Visuospatial Skills) อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยหลายชิ้น ยืนยันว่า ความจำระยะสั้น และ มิติสัมพันธ์ เป็นด้านที่มีความสำคัญและควรประเมินในระยะเริ่มแรก เพราะมักพบ ความสามารถด้านนี้ลดลงในกลุ่มที่เริ่มมี สมองเสื่อมอัลไซเมอร์ (Nakawiro, Chansirikar, Srisuwan, Aebthaisong, Sudsakorn, Vidhyachak, et al., 2017)

### 2. กระบวนการพัฒนาความรู้ ฐานข้อมูลและ การนิเทศติดตาม

กระบวนการคัดกรอง ใช้การพัฒนากระบวนการ ด้วยการพัฒนาศักยภาพผู้คัดกรอง และการลงข้อมูลการคัดกรองรายชื่อในฐานข้อมูล Aging Survey ของ สสจ. อุดรธานี และการปรับวิธีนิเทศติดตาม

ด้านการพัฒนาความรู้และทักษะการคัดกรอง ใช้วิธี อบรม 1 วัน หลังจากนั้น มี Clip VDO ตัวอย่างการคัดกรองและคู่มือการคัดกรอง ไว้ให้ผู้คัดกรอง ใน Line Group เพื่อให้ผู้คัดกรองกลับมาทบทวนความรู้ได้ รวมทั้ง ใช้วิธี On the Job Training คือให้ผู้มีประสบการณ์ในการคัดกรอง ใน รพ.สต. ช่วยเป็นพี่เลี้ยง และมีกรบันทึก Clip การคัดกรอง มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน เพื่อการพัฒนา รวมทั้ง กรณีมี Case ตัวอย่างที่น่าสนใจ และให้คะแนนยาก โดยเฉพาะข้อ 10 ใน แบบทดสอบ MMSE การทดสอบการเขียนภาษาอย่างมีความหมาย ซึ่งมีความสับสนในการให้คะแนนค่อนข้างมาก ตามหลักการให้คะแนนข้อนี้คือ คือ เน้นที่ การให้ความหมาย ประโยคควรมีประธาน กิริยากรรม แต่หากเขียนไม่ครบสมบูรณ์ สะกดผิด แต่มีความหมาย ก็ให้คะแนน แต่ต้องไม่เป็นคำโดด ๆ เช่น พ่อ แม่ หนังสือ ความหมาย (Department of Medical Services Ministry of Public Health Thailand, 2015)

ด้านฐานข้อมูล Aging Survey Udon มีการลงข้อมูลการคัดกรองรายชื่อ ในฐานข้อมูล โดยเปิดโอกาสให้มีการสื่อสารแบบสองทาง ทางไลน์ และการนิเทศติดตามเป็นระยะ ทำให้ สสจ. และ รพ.สต. ทวนสอบความถูกต้องของข้อมูลกันได้ ได้ข้อมูลที่ต้องเป็นปัจจุบัน ทราบความเสี่ยงรายด้านของสมองเสื่อม ทำให้แก้ปัญหาได้ทันที และจัดการช่วยเหลือรายบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

ด้านวิธีการนิเทศประเมินผล การปรับวิธีการประเมินผล โดยเยี่ยมเสริมพลัง รับฟัง ติดตาม ร่วมกัน แก้ปัญหาเป็นระยะ แลกเปลี่ยนเทคนิคการคัดกรอง มีช่องทางให้ปรึกษาได้ตลอดผ่าน Line ผลลัพธ์ พบว่า เจ้าหน้าที่คัดกรองได้ถูกต้อง แม่นยำขึ้น

### 3. การตรวจสอบคุณภาพแบบทดสอบสภาพสมอง AMT ฉบับภาษาไทย

เมื่อเปรียบเทียบค่าความเชื่อมั่นของ แบบคัดกรอง AMT ด้วยค่า Cronbach Alpha จากการศึกษาในประเทศไทยครั้งนี้ กับ การศึกษาของประเทศอื่น ๆ พบว่า ค่าความเชื่อมั่น แตกต่างกันอย่างมาก โดยของประเทศไทย ค่า Cronbach Alpha ภาพรวม อยู่ที่ 0.65 ส่วนของต้นฉบับประเทศอังกฤษ อยู่ที่ 0.89 ประเทศอิหร่าน ทำการศึกษาในปี 2560 ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.90 (Foroughan, Wahlund, Jafari, Rahgozar, Farahani, et al, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอังกฤษ ในปี 2534 ค่าความเชื่อมั่นของแบบคัดกรอง AMT อยู่ที่ 0.90 (Jitapunkul, Pillay, & Ebrahim, 1991) โดยหลักการแล้ว ค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ ควรอยู่ระหว่าง 0.70 ถึง 0.95 หากพบค่า Alpha ที่ต่ำ อาจเป็นผลมาจาก ข้อคำถามระหว่างแต่ละข้อ มีความสัมพันธ์กันต่ำ หรือ ข้อคำถามมี โครงสร้างแนวคิดที่แตกต่างกัน (Heterogeneous Constructs) ดังนั้น ควรพิจารณาบางข้อคำถาม เพื่อการปรับปรุง หรือ ตัดทิ้ง

เมื่อตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ กับเครื่องมือต้นฉบับ พบว่า ข้อคำถามข้อที่ 3 ในฉบับภาษาไทย ถามถึง ที่อยู่ ปัจจุบัน ในขณะที่ แบบสอบถามต้นฉบับ (Hodkinson, 1972) ถามถึง การทบทวน ที่อยู่ (Address for Recall) โดย ให้ข้อมูลที่อยู่ แห่งหนึ่ง แล้วถามข้ออื่นไปจนจบ แล้วกลับมาทบทวนถามที่อยู่ที่เคยบอกไว้ เพื่อประเมิน ความจำระยะสั้น ซึ่งเป็น ด้านที่สำคัญในการวัดการรู้คิดถดถอย ที่อาจนำไปสู่ ความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม (Jitapunkul, Pillay, & Ebrahim, 1991) ซึ่งเป็นการวัดคนละแนวคิด ดังนั้นการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ จึงเป็นเรื่องซับซ้อน และสำคัญมาก โดยเฉพาะความตรงตามโครงสร้าง (Construct Validity) เครื่องมือที่ดี ต้องสามารถคัดกรอง ได้ตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้และเป็นไปตามหลักการของทฤษฎีนั้น ๆ

### 4. ผลการคัดกรองจากการพัฒนากระบวนการคัดกรองการรู้คิดในผู้สูงอายุในชุมชน

#### 4.1 ผลการคัดกรองการรู้คิดของผู้สูงอายุในชุมชน

ก่อนการพัฒนา พบว่า ผลการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดสมองเสื่อม จากผลการตรวจสอบสุขภาพประจำปี มีเพียงผลรวมสรุปว่า ผู้สูงอายุ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือไม่ ในฐานข้อมูล หลังการพัฒนาระบบการ มีการลงข้อมูลรายชื่อ ของผลการคัดกรอง ทำให้ทราบความผิดปกติดังนี้ เมื่อพิจารณาผลการคัดกรอง ด้วยแบบคัดกรอง AMT รายชื่อ พบว่า ข้อคำถามข้อ 8 เหตุการณ์ 14 ตุลาคม หรือ วันมหาวิปโยค เกิดในปี พ.ศ. อะไร มีผู้สูงอายุในชุมชน ตอบผิดถึง ร้อยละ 85.0 รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างประมาณ 1 ใน 4 ตอบ ข้อคำถามข้อที่ 4 เกี่ยวกับ ปี พ.ศ. ปัจจุบัน และ ข้อ 9 พระนามพระมหากษัตริย์ รัชกาลที่ 9 ไม่ได้ และกลุ่มตัวอย่าง 1 ใน 5 ตอบคำถาม ข้อ 7 เกี่ยวกับ วัน เดือน ปี เกิด ไม่ได้ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะแบบคัดกรอง มีข้อจำกัดในการใช้คัดกรองในชุมชนชนบท ที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ จบระดับประถมศึกษา ในขณะที่ เหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนานแล้ว ในช่วงที่การสื่อสารยังไม่แพร่หลาย และเหตุการณ์จลาจลที่เกิดขึ้นกลุ่มนักศึกษา ระดับอุดมศึกษาในมหาวิทยาลัยในกรุงเทพฯ (Kongkirati, 2005) ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่จบประถมศึกษา อยู่ต่างจังหวัด ไม่เคยได้ยิน และไม่รู้จักเหตุการณ์นี้มาก่อนเลย ในขณะที่ แบบสอบถาม ในต่างประเทศ ใช้เหตุการณ์สงครามโลกครั้งที่ 1 (Hodkinson, 1972, Rocca, Bonaiuto,, Lippi, Luciani, Pistarelli, Grandinetti, et al 1992) หรือ ครั้งที่ 2 (Piotrowicz., Romanik, Skalska, Gryglewska, Szczerbinska, Derejczyk, et al., 2018) เป็นเหตุการณ์ที่รุนแรงและรู้จักในวงกว้างมากกว่า

ข้อคำถามที่เกี่ยวข้อง ปีปัจจุบัน และวัน เดือน เกิด พบว่า ผู้สูงอายุ ประมาณหนึ่งในสี่ ตอบไม่ได้ อาจเป็นผลจากความจำของตัวเอง หรือ อาจเป็นผลจากบริบทด้านวัฒนธรรมในการนับปี ได้หลายแบบ ในประเทศไทย งานวิจัย เพื่อ ศึกษา ข้อมูลอายุ และวันเกิดของประเทศไทย สนับสนุน สถานการณ์นี้ว่า ประเทศไทย มีระบบในการรายงานประชากร 2 ระบบ คือ การนับตาม จันทรคติ และ แบบปีสากล ซึ่งแม้แต่ในใบแจ้งเกิด ยังมี ข้อมูลวันเดือน ปีเกิด ทั้ง 2 ระบบ ทำให้การนับ อายุ และการแจ้งวันเกิด หรือ ปีเกิด อาจมีความสับสน และคลาดเคลื่อนได้ (Chayovan, & Knodel, 1993) รวมทั้งหากผู้คัดกรองไม่มี ข้อมูลการเกิดของผู้สูงอายุ ขณะไปคัดกรอง อาจทำให้ตรวจสอบไม่ได้ว่า คำตอบที่ผู้สูงอายุตอบ ถูกต้องหรือไม่ นอกเหนือจากนั้น ยังมีข้อคำถามเรื่อง พระนามของพระมหากษัตริย์ ที่อาจทำให้ผู้สูงอายุ สับสน เนื่องจากเป็นช่วงเปลี่ยนผ่าน รัชกาลที่ 9 และ

รัชกาลที่ 10 ของประเทศไทย ในช่วงปี 2559 จนถึง 2562 ซึ่งเป็นช่วงเดียวกับที่มีการคัดกรอง แม้ว่าแบบคัดกรอง AMT จะเป็นแบบทดสอบที่ง่าย สั้น และสะดวกในการให้อสม. ช่วยคัดกรองเบื้องต้นมาให้ก่อน การคัดกรองการรู้คิดด้วยแบบคัดกรอง AMT อาจไม่ใช่ แนวทางการคัดกรอง ที่ได้ประโยชน์มากนัก เนื่องจาก ข้อจำกัดของแบบคัดกรองเองที่พบว่าข้อคำถามอย่างน้อย 4 ใน 10 ข้อ ไม่เหมาะกับผู้สูงอายุในชุมชน และ แบบคัดกรอง AMT มีค่าความเชื่อมั่นรายข้อและโดยรวม ต่ำกว่า ค่ามาตรฐานของค่า Cronbach Alpha ที่ยอมรับได้ รวมทั้ง ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุ พบว่า รู้สึกยอมรับผลการคัดกรอง และ เชื่อมั่นในศักยภาพการคัดกรองความเสี่ยงของการเป็นโรคสมองเสื่อม โดย พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใน รพ.สต. มากกว่า อสม. หากต้องการให้อสม. ช่วยคัดกรอง อาจจะต้องมีการพัฒนาความรู้ทักษะเพิ่มเติมให้กับ อสม. อย่างต่อเนื่อง และ ควรส่งเสริมให้มีกิจกรรมหรือเวทีแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงาน อสม. มากยิ่งขึ้น (Soontreewong, Suwan, Jantharamolee, & Srisupanan, 2019) เนื่องจาก การคัดกรองโดย พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้ สามารถตรวจสอบ วันเดือนปีเกิด ที่อยู่ ที่ผู้สูงอายุแจ้งไว้ในแฟ้มประวัติ และตรวจสอบประวัติร่วมที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อม เช่น ภาวะซึมเศร้า เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไทรอยด์ ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว และยังมีโอกาสสังเกตพฤติกรรมร่วม ขณะคัดกรอง เช่น ความผิดปกติของการใช้ภาษา เช่น การนึกคำที่จะพูดไม่ออก ความเข้าใจภาษาลดลง (Aphasia) การเดิน การสั้น การเกร็ง หรือการเคลื่อนไหวแขน ขา ผิดปกติ กรณีมีความเสี่ยงต่อการเป็นภาวะสมองเสื่อม จาก กลุ่ม Parkinson Disease ซึ่งการคัดกรองโดย พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ได้รับการอบรม เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จะทำให้ ค้นหาความผิดปกติได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น ติดตามความก้าวหน้าของโรค และสามารถส่งต่อ เพื่อการวินิจฉัยเพิ่มเติม หรือ รักษาได้ทันท่วงที

ผลการคัดกรอง จาก แบบคัดกรอง MMSE ครั้งนี้ ทำให้ทราบความเสี่ยงรายด้านของการรู้คิดของผู้สูงอายุในชุมชน ที่พบว่า ด้านที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ที่ข้อจำกัดจากการประเมินด้วยแบบคัดกรอง MMSE ได้แก่ ทักษะเกี่ยวกับ สมาธิ ความจำระยะสั้น และมีสติความสัมพันธระหว่างตา สมอง กับมือ สอดคล้องกับผลการวิจัย ทั้งในและต่างประเทศที่พบว่า ความจำระยะสั้น และ สติความสัมพันธ เป็นด้านที่ผู้สูงอายุมักได้คะแนนน้อย (Kardtip, Monkong, & Malathum, 2019) และเป็นด้านที่หากมีการทำกิจกรรมกลุ่ม เพื่อกระตุ้นความสามารถของสมอง (Cognitive Training) จะ ช่วยให้ผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้นมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น (Nakawiro, Chansirikar, Srisuwan, Aebthaisong, Sudsakorn, Vidhyachak, et al., 2017; Petersen, Lopez, Armstrong, Getchius, Ganguli, Gloss, et al, 2018) ซึ่งการทราบข้อมูลดังกล่าวจะมีประโยชน์ต่อการจัดกิจกรรมช่วยเหลือเฉพาะรายบุคคลหรือกลุ่ม ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.2 กระบวนการคัดกรอง เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์จากการพัฒนากระบวนการคัดกรองความเสี่ยง ทำให้เห็นว่า ในผู้สูงอายุ ที่คัดกรองด้วยแบบสอบถาม AMT โดย อสม. กับ การคัดกรองโดย พยาบาลและเจ้าหน้าที่ ใน รพ.สต. ในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน ในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน คือภายในปีงบประมาณ 2562 เช่นกัน พบว่า จำนวนการคัดกรองที่พบความผิดปกติ แตกต่างกัน ถึง 24 เท่า (ร้อยละ 1.12 และร้อยละ 26.28) ในขณะที่ การคัดกรอง MMSE โดย รพ.สต. พบผลผิดปกติ ร้อยละ 12.11 ผลความแตกต่างที่คลาดเคลื่อนมาก จากความสามารถของผู้คัดกรอง ตัวแบบสอบถามเอง สถานที่คัดกรองและวิธีการคัดกรอง ทำให้ต้องมีการทบทวนร่วมกันว่า ควรเปลี่ยนผู้คัดกรองเป็นพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใน รพ.สต. ปรับแบบสอบถาม AMT รายข้อ ปรับวิธีการคัดกรอง และสถานที่คัดกรอง

## การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การคัดกรองสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ควรคัดกรองโดย เจ้าหน้าที่ ใน รพ.สต. ที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือคัดกรองการรู้คิด เพื่อความน่าเชื่อถือ และการยอมรับจากผู้สูงอายุ และทำให้ เจ้าหน้าที่ได้มีโอกาสสังเกตพฤติกรรมร่วม ขณะคัดกรอง เช่น การเดิน การเคลื่อนไหว การมีสมาธิต่อการตอบคำถามของผู้สูงอายุ

2. เพื่อความเที่ยงตรง และเชื่อถือได้ การคัดกรองควรเกิดขึ้น ใน รพ. สต. ที่มีห้องส่วนตัว เพราะการคัดกรองที่บ้าน มีเสียงรบกวน อากาศร้อน และบางครั้งมีสมาชิกในครอบครัวนั่งอยู่ด้วย ทำให้ผู้สูงอายุขาดสมาธิ อาจทำให้ผลคลาดเคลื่อนต่อการตอบคำถามของผู้สูงอายุ การคัดกรองใน รพ.สต. ทำให้สามารถเตรียมเพิ่มประวัติ และเห็นข้อมูลผู้สูงอายุได้ครบถ้วนกว่าการไปประเมินที่บ้าน

3. การคัดกรองควรเริ่มดำเนินการตั้งแต่การคัดกรองกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดถดถอยในระยะเริ่มต้น (Mild Cognitive Impairment) ซึ่งจะเป็นกระบวนการสำคัญในการเตรียมรับมือกับการแก้ปัญหาสมองเสื่อมได้ทันที่ และสามารถจัดการช่วยเหลือรายบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

4. แบบคัดกรองที่ต้องการให้ออสม. หรือ กลุ่มที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ช่วยประเมินเบื้องต้น ควรเป็นแบบคัดกรอง ที่ให้คะแนนได้ง่าย ใช้เวลาน้อย มีหลักการให้คะแนนชัดเจน มีหลักฐานการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในประเทศไทย เช่น Mini-Cog Thai Version (Kusalaruk, & Nakawiro, 2012; Trongsakul, Lambert, Clark, Wongpakaran, & Cross, 2015) หรือ MoCA Basic Thai Version (Julayanont, Tangwongchai, Hemrungronj, Tunvirachaisakul, Phanthumchinda, Hongsawat, et al, 2015)

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. แบบการคัดกรองการรู้คิดในผู้สูงอายุ AMT ควรผ่านการทดสอบความเที่ยง และความตรงในทุกมิติ ทั้งในเชิงภาษา บริบท วัฒนธรรม ความตรงตามทฤษฎี และการทำนายพยากรณ์โรคสมองเสื่อมได้

2. ควรศึกษา ปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการคัดกรอง นอกเหนือจาก เครื่องมือคัดกรอง ในทุกบริบท เช่น วิธีการคัดกรอง สถานที่ที่ใช้คัดกรอง ความน่าเชื่อถือของผู้คัดกรอง ผู้ลงข้อมูลในฐานข้อมูล

3. ควรมีการวิจัย เพื่อพัฒนา ฐานข้อมูลให้มีความน่าเชื่อถือ มีความทันสมัย เป็นปัจจุบัน ถูกต้องทวนสอบได้ และสามารถนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการบริหาร ติดตาม นิเทศ และวางแผนระบบสุขภาพได้

### References

- Alzheimer's Disease International. (2019). *World Alzheimer Report 2019: Attitude to Dementia*. London: Alzheimer's Disease International
- Chayovan, N., & Knodel, J. (1993). *Age and Birthdate Reporting in Thailand: Evidence from the 1987 Demographic and Health Survey*. Retrieved from Columbia, Maryland Department of Medical Services Ministry of Public Health Thailand. (2015). *Geriatric Screening and Assessment Tool Kit*. Bangkok: WVO Officer of Printing Mill.
- Folstein, M. F., Robins, L. N., & Helzer, J. E. (1983). The Mini-Mental State Examination. *Arch Gen Psychiatry*, 40(7), 812.
- Foroughan, M., Wahlund, L. O., Jafari, Z., Rahgozar, M., Farahani, I. G., & Rashedi, V. (2017). Validity and Reliability of the Abbreviated Mental Test Score (AMTS) among Older Iranian. *Psychogeriatrics*, 17(6), 460-465.doi:10.1111/psyg.12276
- Hodkinson, H. M. (1972). Evaluation of a Mental Test Score for Assessment of Mental Impairment in the Elderly. *Age Ageing*, 1(4), 233-238.
- Institute of Geriatric Medicine Department of Medical Services Ministry of Public Health. (2008). *Medical Technology Assessment: A Comparison of Mini-Mental State Examination-Thai (MMSE Thai) 2002 and Thai Mini-Mental State Examination (TMSE) for Screening Older Persons with Dementia*. Retrieved from Nonthaburi.
- Jitapunkul, S., Pillay, I., & Ebrahim, S. (1991). The Abbreviated Mental Test: Its Use and Validity. *Age Ageing*, 20(5), 332-336.



- Julayanont, P., Tangwongchai, S., Hemrungronj, S., Tunvirachaisakul, C., Phanthumchinda, K., Hongsawat, J., et al, (2015). The Montreal Cognitive Assessment-Basic: A Screening Tool for Mild Cognitive Impairment in Illiterate and Low-Educated Elderly Adults. *J Am Geriatr Soc*, 63(12), 2550-2554. doi:10.1111/jgs.13820
- Kardtip, T., Monkong, S., & Malathum, P. (2019). Health Status of Older Adults with Cognitive Impairment. *Journal of Thai Nursing and Midwifery Council*, 34(1), 104-121.
- Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014). *The Action Research Planner: Doing Critical Participatory Action Research*. New York: Springer.
- Kongkirati, P. (2005). *And Then the Movement Appears Politics and Culture of Students and Scholars Before 14 October (in Thai)*. Bangkok: Thammasat University Press.
- Kusalaruk, P., & Nakawiro, D. (2012). A Validity Study of the Mini-Cog Test in Thai Dementia Patients. *Ramathibodi Medical Journal*, 35(4), 264-271.
- Ministry of Public Health. (2014). *The Guideline of Health Data Center Version 2.0*. Nonthaburi: Information and Communications Technology Center.
- Ministry of Public Health (2019). *Health Data Center*. Retrieved November 17<sup>th</sup>, 2019 from [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat\\_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=df0700e8e3c79802b208b8780ab64d61](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=df0700e8e3c79802b208b8780ab64d61)
- Ministry of Public Health (2020). *Health Data Center*. Retrieved February 25<sup>th</sup>, 2020 from [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat\\_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=df0700e8e3c79802b208b8780ab64d61](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=df0700e8e3c79802b208b8780ab64d61)
- Nakawiro, D., Chansirikar, S., Srisuwan, P., Aebthaisong, O., Sudsakorn, P., Vidhyachak, C., et al. (2017). Group-Based Training of Executive Function, Attention, Memory and Visuospatial Function (Team-V) in Patients with Mild Neurocognitive Disorder. *J Psychiatr Assoc Thailand*, 62(4), 337-348.
- Nicoles, E. (2018). Global, Regional, and National Burden of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 1990-2016: a Systematic Analysis of the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol*, 18(1), 88-106. doi:10.1016/s1474-4422(18)30403-4
- Petersen, R. C., Lopez, O., Armstrong, M. J., Getchius, T. S. D., Ganguli, M., Gloss, D., et al. (2018). Practice Guideline Update Summary: Mild Cognitive Impairment: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 90(3), 126-135. doi:10.1212/WNL.0000000000004826
- Piotrowicz, K., Romanik, W., Skalska, A., Gryglewska, B., Szczerbinska, K., Derejczyk, et al. (2018). The Comparison of the 1972 Hodkinson's Abbreviated Mental Test Score (AMTS) and its variants in screening for cognitive impairment. *Aging Clin Exp Res*. doi:10.1007/s40520-018-1009-7
- Prasartkul, P., Vapattanawong, P., Rittirong, J., Chuanwan, S., Kanchanachitra, M., Jaratsit, S., et al. (2019). *The Situation of the Thai Elderly in 2017*. Bangkok: Institute for Population and Social Research, Mahidol University and Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI).



- Rocca, W. A., Bonaiuto, S., Lippi, A., Luciani, P., Pistarelli, T., Grandinetti, A., et al (1992). Validation of the Hodkinson Abbreviated Mental Test as a Screening Instrument for Dementia in an Italian Population. *Neuroepidemiology*, 11(4-6), 288-295. doi:10.1159/000110943
- Soontreewong, S., Suwan, P., Jantharamolee, S., & Srisupanan, M. (2019). Development of a Model for Improving Job Performance of Village Health Volunteers from in Trang Municipality, Trang Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6(1) 75-88.
- Taherdoost, H. (2017). Determining Sample Size; How to Calculate Survey Sample Size *International Journal of Economics and Management Systems*, 2.
- Trongsakul, S., Lambert, R., Clark, A., Wongpakaran, N., & Cross, J. (2015). Development of the Thai Version of Mini-Cog, a Brief Cognitive Screening Test. *Geriatrics & Gerontology International*, 15(5), 594-600. doi:10.1111/ggi.12318
- World Health Organization. (2017). *Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017–2025*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2019). *Fact Sheet on Dementia*. Geneva. World Health Organization.

ผลของโปรแกรมสหปัจจัยต่อการลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น  
: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ  
Effect of Multicomponent Interventions on Reducing  
Alcohol Drinking Behavior Among Adolescents: A Systematic Review

เอกชัย กันธะวงศ์<sup>1\*</sup> และ โรชนี อุปรา<sup>1</sup>  
Eakachai Kantawong<sup>1\*</sup> and Roshinee Oupra<sup>1</sup>  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่<sup>1\*</sup>  
Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai<sup>1\*</sup>

(Received: April 30, 2020; Revised: September 11, 2020; Accepted: September 16, 2020)

### บทคัดย่อ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงผลของการใช้โปรแกรมสหปัจจัยเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น อายุ 10-19 ปี การศึกษาครั้งนี้ได้สืบค้นงานวิจัยจากวารสารที่มีผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพ ซึ่งตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษในระหว่าง พ.ศ. 2553-2562 จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ CINAHL, PubMed, PsylInfo, และ Cochrane พบบทความวิจัย 19 ฉบับที่มีคุณภาพตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด ซึ่งนำมาใช้สังเคราะห์องค์ความรู้ในการศึกษาครั้งนี้ ผลการวิจัยว่า

โปรแกรมสหปัจจัยที่มีการดำเนินการในระดับโรงเรียน โดยใช้รูปแบบการให้ความรู้และการฝึกทักษะทางสังคมอย่างหลากหลาย ร่วมกับการเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมเป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการชะลอเวลาในการเริ่มดื่ม และลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นในระยะยาว ในขณะที่โปรแกรมสหปัจจัยที่มีดำเนินการป้องกันในหลายระดับทั้งในระดับโรงเรียน ครอบครัว และชุมชน ก็ถือเป็นอีกหนึ่งกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมการดื่มของวัยรุ่นด้วยเช่นกัน

ควรนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมสหปัจจัยในการชะลอระยะเวลาในการเริ่มดื่มแอลกอฮอล์ และลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยรุ่น ให้มีองค์ประกอบของโปรแกรมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของวัยรุ่น ตลอดจนเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรม อย่างไรก็ตามการออกแบบโปรแกรมสหปัจจัยเพื่อการป้องกันหรือลดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น ควรคำนึงถึงความเหมาะสมของโปรแกรมตามบริบทของชุมชนเป็นสำคัญ

**คำสำคัญ:** โปรแกรมสหปัจจัย, วัยรุ่น, แอลกอฮอล์, พฤติกรรมการดื่ม

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Roshinee@bcnc.ac.th โทรศัพท์ 086-4115010)



## Abstract

This systematic review aims to examine the effect of multicomponent intervention on reducing alcohol drinking behaviors among adolescents age 10-19 years. Literature searching in CINAHL, PubMed, PsycInfo, and Cochrane Library was conducted to collect peer-reviewed articles published in English between 2010 and 2019. Nineteen articles met the inclusion criteria and were retained for evidence synthesis.

The main finding of this review found that school-based education in multiple life skills training with parental involvement were effective in delaying the onset of drinking and reducing adolescents' alcohol consumption in long-term. While most multicomponent interventions implementing in multi-level (i.e., school, family, and community) also provided the benefits on decreasing adolescents' alcohol consumption as well.

Therefore, the results of this study could be applied as a guideline in order to develop a multicomponent intervention for delaying drinking's onset and reducing drinking behavior among adolescent population. Intervention components for further studies should be designed based on adolescents needed. Moreover, parental involvement and culture appropriateness should be considered when designing a multicomponent alcohol prevention programs for adolescents.

**Keywords:** Multicomponent, Adolescent, Alcohol, Drinking Behavior

## Introduction

The rising trends of underage drinking has become a serious public health issue worldwide including Thailand. Thailand ranked the third in early adolescent alcohol consumption compared to other Asian countries (World Health Organization [WHO], 2018). A Thai National survey reported more than half (54.8 %) of grade 7 - 12 students had taken their first alcohol at least once in their lifetime (Thailand Country Office, WHO, 2017). The impact of adolescents' drinking is a lot more severe as compared to adult drinking. In fact, underage drinking often results in unintentional injuries and death, suicide, aggression and victimization, risky sexual behaviors, and other social ailments (Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2018; Kumsuk, 2020). Moreover, prolonged and consistent alcohol usage during adolescence could affect functional and structural changes in the brain (Müller-Oehring, Kwon, Nagel, Sullivan, Chu, Rohlfing, et al., 2018). The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2017) indicated that adolescents who start to drink alcohol before the age of 15 are four times more likely to become alcoholism in adulthood. Therefore, adolescence is a crucial period to intervene and interrupt trajectory towards long-term adverse health outcomes.

Multicomponent intervention appeared as a potential strategy to combat with a wide range of health risk behaviors among adolescents including alcohol and other substance use prevention (Filho, Bandeira, Minatto, Linard, da Silva, da Costa et al., 2019). Multicomponent interventions have begun to gain widespread popularity in the prevention of underage drinking. Multicomponent alcohol prevention interventions are the programs that include different approaches to delay the onset of alcohol initiation and/or reduce problematic drinking among adolescents (Chung, Creswell, Bachrach, Clark, & Martin, 2018; Foxcroft & Tsertsvadze, 2012).

The programs with a parenting intervention were typically combine with classroom curricular. These programs were usually delivered in the school settings to whole populations at risk of alcohol drinking based on primary prevention approach.

Previous existing evidences claimed that school-based multicomponent interventions are more effective in decreasing adolescents' drinking behavior in terms of long-term effects than single component interventions focusing on education component alone (Das, Salam, Arshad, Finkelstein, & Bhutta, 2016). In addition, high intensively multicomponent intervention was the most successful for increasing knowledge regarding alcohol drinking and reducing hazardous drinking among adolescents (Thadani, Huchting, & LaBrie, 2009). Despite the importance of multi-component interventions, their effectiveness and details of interventions are remained unclear. Therefore, the purpose of this systematic review is to evaluate the evidence related to the effects of multicomponent interventions on reducing alcohol consumption among 10- to 19-year-old adolescents. This enhanced understanding about the effects of multicomponent intervention on adolescents' drinking behavior. Findings from this review would benefit for healthcare professionals to develop effective multicomponent interventions to postpone alcohol drinking initiation and/or to reduce alcohol consumption frequency among adolescents in the future.

## Objectives

The purpose of this systematic review is to evaluate the evidence related to the effects of multicomponent interventions on reducing adolescents' alcohol drinking behavior.

## Methods

### Search Strategy

Articles were electrically searched from CINAHL, PubMed, PsylInfo, and Cochrane and restricted to peer-review articles published in English from 2010-2020. This time period was chosen to ensure that the literature being reviewed was contemporary and to avoid repeating findings from a study conducted in 2010 that already provided valuable information on the effectiveness of universal alcohol prevention programs in reducing alcohol drinking behavior among children and adolescents (Foxcroft & Tsertsvadze, 2012). Moreover, studies occurring before 2010 may not reflect current practices. The PICOT framework was used to identify the search terms in a way that addressed the purpose of this study

### Study Eligibility Criteria

A two-stage process was used to select the studies for appraisal in this review. First, we independently screened the titles and abstracts identified from searching strategy based on the inclusion and exclusion criteria. Eligible studies were those that 1) primarily targeted adolescents age 10- 19 years at baseline (Population); 2) published in the English language; 3) tested educational or psychosocial prevention interventions that focused on reducing the onset of alcohol initiation and/or reducing drinking behavior (Intervention); 4) compared the outcomes of the intervention group to those of the control group (Comparison); 5) measured adolescents' drinking behavior (Outcomes); and 6) were randomized controlled trials (RCTs) or quasi-experimental design with comparison group (Type of study). The studies were excluded from

this review if they: 1) were opinion papers, reviews or meta-analyses, protocols, or policy reports; 2) secondary analyses; and 3) included an entire sample of people who had any level of alcohol addiction, and/or any alcohol-related psychiatric problems.

### Study Selection

The study selection process was performed independently by the first and second authors. After screening all abstracts based on the inclusion and exclusion criteria and removing duplicates and articles that were clearly irrelevant based on the abstract screening, the remaining full text articles were retrieved and assessed for eligibility. In addition, the first author also hand-searched the reference lists of these full-text articles for any relevant reviews and original studies. We then resolved screening conflicts by consensus. The full search strategy is reported in a PRISMA flow chart (Figure 1).

### Data Extraction

The first author extracted information on each study's characteristics based on The Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) checklist. Specifically, a data extraction table was used to collect information on author(s)/year of publication/country, study population, intervention objectives, outcomes measurement, design, intervention's components, duration/length of follow-up, and key findings. The second author independently verified the extracted data. Discrepancies were discussed until consensus was reached.

### Quality Appraisal

The recommendations from the Cochrane Handbook for Systematic Review of Intervention (Higgins et al., 2019) were used to formulate criteria for evaluating risk of bias, which include the following indicators: 1) selection; 2) performance; 3) detection; 4) attrition; and (5) reporting biases. Risk of bias of the studies included were reported in three categories, which were low risk, high risk, and unclear. We independently appraised each potential study; mutual agreement was solved by discussion.

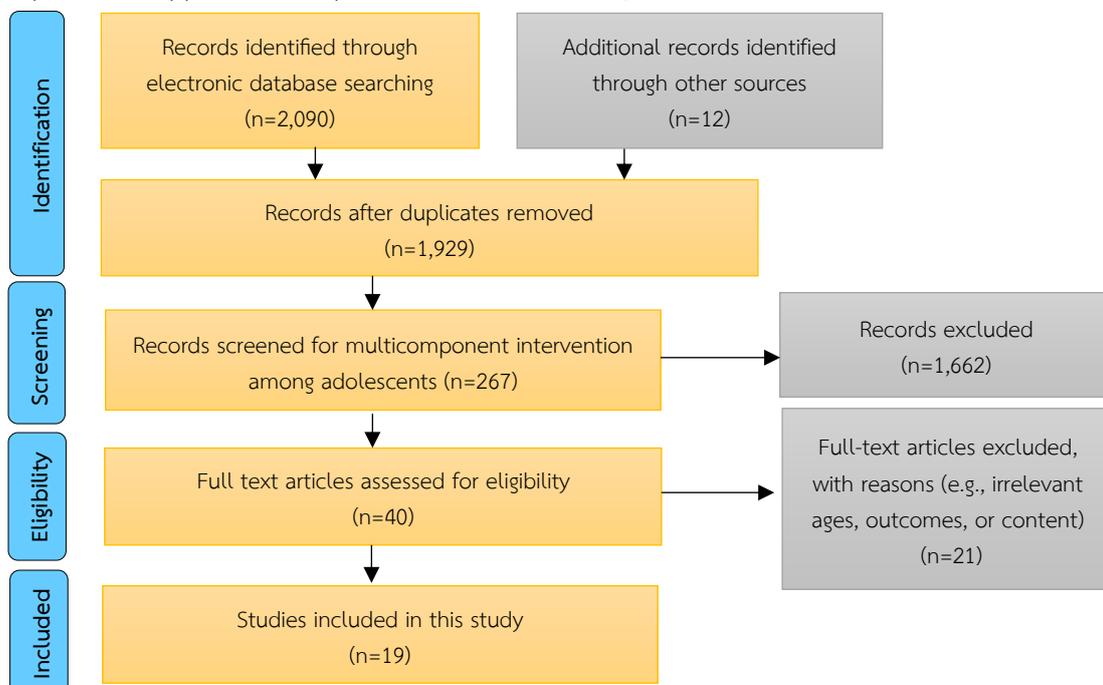


Figure 1 PRISMA Flow chart of article selection

## Results

### Study Characteristics

A total of 2,102 studies were identified based on our initial electronic database search. After title and abstract screening, 40 studies were identified as potentially meeting inclusion and exclusion criteria. Full text articles were obtained and reviewed for eligibility by the first and second author. Finally, 19 articles met the eligibility criteria and were included in this systematic review (Figure 1). Of those nineteen studies, 11 studies were conducted in the U.S. (57.9%); two occurred in the Netherlands; one study was conducted in each of the following countries: Australia, Germany, Norway, Poland, Sweden, and Scotland. Thirteen studies (68.4%) were cluster RCTs; four studies used a RCT design (21.1%); and two studies were a quasi-experimental with comparison group design (10.5%).

### Quality Assessment of the Article

More than half of the included studies ( $n=11$ ; 57.9%) had a low risk of selection bias with all reporting randomization to each condition. Nine studies (47.3%) provided sufficient detail to assure that they allocated participants to experimental and control groups with concealment. Due to the nature of the interventions tested, 18 studies were rated as high-risk of performance bias, while all studies were rated as high-risk of detection bias because all of them were self-reported measurements. Only one study was rated as low-risk of performance bias because intervention was delivered to adolescent-parent dyads through online modules. Eight studies failed to report the attrition rate to allow assessment of the risk of bias for incomplete outcome data; seven studies were rated as low risk because they reported <20% loss of participants and indicated no differential attrition between group or condition. Lastly, all studies had low risk of reporting bias because pre-specified outcomes were reported.

### Participants and Settings

The sample sizes of the 19 studies ranged from 188 to 11,960, and the intervention settings were classified as school-based, home-based, and community-based. Eight studies (42.1%) included school-based interventions; six (31.6%) were community-based; three (15.8%) were conducted in both school and community settings; and two (10.5%) were home-based with the intervention being delivered to adolescents and parents through computerized programs. The research participants' mean age at baseline in the included studies ranged from 10.8 to 17.9 years. The proportion of male participants ranged from 44.7% to 63.4%.

### Intervention Duration and Delivery

The duration of the multicomponent interventions varied across studies. Thirteen effective interventions integrated adolescent and parent components and ranged from three weeks (Byrnes, Miller, Grube, Bourdeau, Buller, Wang-Schweig et al., 2019) to five academic years (Hawkins, Oesterle, Brown, Abbott, & Catalano, 2014). Only two of these 13 studies had booster sessions with one having five annual boosters (Schinke, Schwinn, & Fang, 2010), and the other including one booster session after 6 months post-intervention (Koning, Maric, MacKinnon, & Vollebergh, 2015). More than half of the interventions ( $n=7$ ) were implemented between 3 and 10 weeks in duration. The number of sessions ranged from seven (Brody, Chen, Kogan, Murry, & Brown, 2010) to 20 (Strom, Adolfsen, Handegard, Natvig, Eisemann, Martinussen et al., 2015). The



intervention time period ranged from 20 (Byrnes, Miller, Grube, Bourdeau, Buller, Wang-Schweig et al., 2019; Koning, Maric, MacKinnon, & Vollebergh, 2015) to 60 minutes (Brody, Chen, Kogan, Murry, & Brown, 2010; Marsiglia, Ayers, Baldwin-White, Booth, Marsiglia, & Ayers, 2016) with three interventions having sessions longer than 60 minutes in length (Gonzales, Jensen, Tein, Wong, Dumka, & Mauricio, 2018; Riesch, Brown, Anderson, Wang, Canty-Mitchell, & Johnson, 2012; Toumbourou, Douglas, Shortt, Hutchinson, & Slaviero, 2013). The majority of interventions were delivered one day a week, with three studies offering the intervention one day a month. Two studies did not clearly report the intervention frequency but indicated that it was delivered more than four times throughout one academic year (Table 1). Among four effective large-scale alcohol prevention programs, these interventions took place in community settings. The duration ranged from one to five years. The number of sessions/activities and intervention frequency were not exactly reported due to the heterogeneous setting and communities' needs.

### Key Component of Successful Intervention

Eight successful educational intervention which targeted both adolescents and parents (Brody, Chen, Kogan, Murry, & Brown, 2010; Byrnes, Miller, Grube, Bourdeau, Buller, Wang-Schweig et al., 2019; Gonzales, Jensen, Tein, Wong, Dumka, & Mauricio, 2018; Koning, Maric, MacKinnon, & Vollebergh, 2015; Marsiglia, Ayers, Baldwin-White, Booth, Marsiglia, & Ayers, 2016; McKay et al., 2018; Schinke, Schwinn, & Fang, 2010; Toumbourou, Douglas, Shortt, Hutchinson, & Slaviero, 2013). All these parental involvement studies were face-to-face parent sessions delivered through interactive workshops, lecturing, skills training, role play, group discussion, or homework assignment. These studies reported a significant reduction of adolescents' alcohol drinking behavior in both short- and long-term follow-up. The majority of them focused on improving adolescents' knowledge and awareness regarding negative consequence of underage drinking; changing drinking attitude, enhancing self-esteem, increasing peer resistance; as well as the developing life skills such as problem solving, decision-making, communication, and/or refusal skill. Simultaneously, other features of the interventions focused on family rules, parental support, parent-child communication, conflict reduction, parental supervision, and/or parental monitoring.

Four of nineteen studies were the large scale environmentally focused interventions, which implemented in individual, family, schools, and community levels (Flewelling, Grube, Paschall, Biglan, Kraft, Black et al., 2013; Hawkins, Oesterle, Brown, Abbott, & Catalano, 2014; Jansen, Haveman-Nies, Bos-Oude, Izeboud, de Rover, & Veer, 2016; Komro, Livingston, Wagenaar, Kominsky, Pettigrew, & Garrett, 2017). These studies involved stakeholders in the communities to develop projects and implement interventions; they targeted environmental levels by foster anti-underage drinking norm and enforced local policy. Findings show a significant long-term effect on delaying onset of drinking, decreasing past month drinking behavior and binge drinking amongst intervention group.

**Table 1** Study characteristics and key finding (N=19)

Author (year)/ Country	Participant	Design/Intervention	Outcomes Measurement	Key Finding
Baldus et al (2016) Germany	N: I=153, C=149 Age: 10-14 M=59%	RCT I: A&P training C: No S: 7, 4 boosters. D: 50-60 mins	- Past 30 days alcohol use - % of new alcohol users - Lifetime alcohol use	- NS of past 30 days alcohol use and % of new user - ↓lifetime alcohol uses prevalence; NS
Brody et al (2010) USA	N: I=369, C=298 Mean age=10.8 M= NR	Cluster RCT I: A&P training, family practice C: Information flyers S: 7; D: 45-60 mins	- Past month drinking - Past month binge drinking - Alcohol Composite Index	- ↓past month drinking I>C - ↓Alcohol initiation rate I>C ( $p < .05$ ) - ↓ binge drinking I>C ( $p < .05$ )
Byrnes et al (2019) USA	N: I=205, C=206 Mean age=16.4 M=44.7%	RCT I: Interactive online A&P C: No S: 6; D: 15-20 mins	- Past 30 days, 6 months alcohol use (frequency, quantity, drunkenness, and binge drinking)	- ↓33% past 30days drinking ( $p < .001$ ) - ↓ rate of binge drinking and drunkenness I>C ( $p < .05$ ) at 1-year f/u
Foxcroft et al (2016) Poland	N: I=247, C=367 Mean age=12.1 M=63.4%	Cluster RCT I: A&P training, family practice C: Information S: 7; D: 20 mins	- Past year drinking and drink without permission	- NS
Gonzales et al (2018) US	N: I=338, C=178 Mean age=17.9 M=48.8%	RCT I: A&P training, coping training, workshops C: meeting, information S: 9; D: 90 mins	- Past year frequency of alcohol use - Binge drinking and drunkenness	- ↓frequency drinking ( $p < 0.05$ ; $d=0.43$ ) and drunkenness ( $p < 0.05$ ; $d=0.41$ ) - NS For binge drinking
Koning et al (2015) USA	N: I=874, C=883 Mean age=12.7 M=51%	Cluster RCT I: A&P training, group meeting, workshops C: No S: 12; D: 20 mins	- Drinking behavior - Drinking self- control	- ↓weekly drinking I>C ( $p < .001$ ) - NS in drinking self-control

Table 1 (Continue)

Author (year)/ Country	Participant	Design/Intervention	Outcomes Measurement	Key Finding
Malmberg et al (2014) Netherland	N: I=1,195, C=1,259 Mean age=13.01 M=49.4%	RCT I: Online A&P training, online discussion C: No S=9; D=30 mins	- New incidences of alcohol (lifetime and 1-month prevalence)	- NS
Marsiglia et al (2016) USA	N: I=117, C=148 Age=11-13 years M=51.1%	Cluster RCT I: A&P training, workshops, group discussion C: No S=8; D=60 mins	- Alcohol use (amount and frequency) - Anti-drugs norms	- ↓ alcohol use at 18 months f/u (I>C) - ↑ anti-drug norms (I>C)
McKay et al (2018) Ireland and Scotland	N: I=5,749, C=5,567 Age=11-12 M=51%	Cluster RCT I: A&P training, parental rule training, school curriculum C: No S=10; D=40 mins	- Heavy episodic drinking (HED) - Alcohol-related harms (ARHs)	- ↓ HED (I:17% vs C:26%; OR=0.60, 95% CI 0.49 - 0.73) - NS in ARHs
Riesch et al (2012) USA	N: I=150, C=83 Mean age=10.8 M=51%	Cluster RCT I: A&P training, Video tape, workshop, group discussion C: No S=7; D=2 hours	- Alcohol consumption rate without parents' permission	- NS
Schinke et al (2010) USA	N: I=162, C=163 Mean age=10.68 M=59%	RCT I: A&P interactive training, discussion, booklet C: No S=10; D=2 hours	- Past 30 days drinking, binge drinking - Alcohol refusal skills - Drinking Intentions	- ↓ past 30-days drinking, binge drinking, drinking intention ( $p < .05$ ) - ↑ refusal skills ( $p < .05$ )
Skarstrand et al (2013) Sweden	N: I=216, C=371 Mean age=12 M=50.9%	Cluster RCT I: A&P training, parent workshop, class discussion C: No S=10; D=40 mins	- Past month drinking - Past month binge drinking	- NS

Table 1 (Continue)

Author (year)/ Country	Participant	Design/Intervention	Outcomes Measurement	Key Finding
Spoth et al (2011) US	N: I=6,059, C=5,901 Age=10-14 years M=NR	Cluster RCT I: school curriculum, parent training, parental support C: No S=15; D=40-50 mins	- Initiation rate (new user) - Past month drinking, drunkenness	- ↓ rate of new users, ↓drunkenness ( $p<0.05$ ) - NS for past month alcohol use.
Strom et al (2015) Norway	N: I=1,007, C=567 Mean age=13.46 M=49.4%	Quasi-experimental I: school curriculum, school workshop, parent training, assignments C: No S=20; D=60 mins	- Monthly alcohol use - alcohol attitudes - Perceived behavioral control (PBC) - alcohol expectancy	- ↑Alcohol-related knowledge ( $p<.005$ ) - NS in frequency of monthly alcohol use, alcohol attitudes, PBC or alcohol expectancy
Toumbourou et al (2013) Australia	N: I=1,218, C=1,110 Mean age=12.3 M=NR	Cluster RCT I: school curriculum, parent training, parent handbook C: No S=10; D= 1 hour	- Alcohol initiation - Alcohol drinking frequency - Heavy drinking	- ↓lifetime use (OR, 0.78; 95% CI, 0.62- 0.97) - ↓heavy drinking (OR, 0.75; CI, 0.60-0.94)
Flewelling et al (2013) USA	N: I=7,229, C=7,108 Mean age=NR Age: 13-16 M=49%	Cluster RCT I: A&P training, community projects, law enforcement C: No D: 3 years	- Past month drinking - Past month binge drinking	- NS - ↓ rate of underage alcohol selling
Hawkins et al (2014) USA	N: I=2,410, C=2,010 Age=10-13 years M=sex balance	Cluster RCT I: Community projects, education, law enforcement C: Information D: 5 years	- Prevalence of alcohol use	- ↑ alcohol abstained rate (RR = 1.31; 95% CI, 1.09-1.58; $p<0.05$ ) - NS of past month alcohol use

Table 1 (Continue)

Author (year)/ Country	Participant	Design/Intervention	Outcomes Measurement	Key Finding
Jansen et al (2016) Netherland	N: I=5,881, C=3,122 Mean age=14.4 M=49%	Quasi-experimental I: A&P training, community projects, law enforcement C: No D: 5 years	- Current alcohol use, and binge drinking	- ↓ 11% alcohol use ( $P < 0.01$ ) in I group - ↓ 6% binge drinking ( $P < 0.01$ ) in I group
Komro et al (2017) USA	N: I=224, C=588 Mean age=14.9 M=50.5%	Cluster RCT I: A&P training, community workshop, posters, law enforcement; C: No D:1 year	- Past month alcohol use - Past month heavy drinking	- ↓ 25% past month alcohol use - ↓ 24% heavy drinking over 2.5-year period - ( $p < 0.05$ )

N = Number, I = Intervention group, C = Control group, M = Male, S = Sessions, D = Duration, ↓ = Decrease, ↑ = Increase, NS = No significant

### Effect on Adolescent Alcohol Consumption

Twelve (63.15%) of 19 trials indicated statistically significant decreases in alcohol drinking behavior (e.g., weekly drinking, past month alcohol use, drinking frequency, binge drinking, heavy drinking, past month drunkenness) among adolescents participating in the interventions, compared to those in control conditions (e.g., no intervention, informational e-mail, educational booklets, parent postcards). Three studies also reported statistically significant improvements in other areas, including alcohol-related knowledge (Strom, Adolfsen, Handegard, Natvig, Eisemann, Martinussen et al., 2015), alcohol-refusal skills (Schinke, Schwinn, & Fang, 2010), anti-drinking norms (Marsiglia, Ayers, Baldwin-White, Booth, Marsiglia, & Ayers, 2016), and future drinking intention (Schinke, Schwinn, & Fang, 2010). Ten studies found a significant long-term effect ( $\geq 1$  year) of the intervention on reducing adolescents' drinking behavior (Brody, Chen, Kogan, Murry, & Brown, 2010; Byrnes, Miller, Grube, Bourdeau, Buller, Wang-Schweig et al., 2019; Gonzales, Jensen, Tein, Wong, Dumka, & Mauricio, 2018; Hawkins, Oesterle, Brown, Abbott, & Catalano, 2014; Jansen, Haveman-Nies, Bos-Oude, Izeboud, de Rover, & Veer, 2016; Komro, Livingston, Wagenaar, Kominsky, Pettigrew, & Garrett, 2017; Marsiglia et al., 2016; McKay et al., 2018; Schinke, Schwinn, & Fang, 2010; Toumbourou, Douglas, Shortt, Hutchinson, & Slaviero, 2013), two studies (Byrnes, Miller, Grube, Bourdeau, Buller, Wang-Schweig et al., 2019; Komro, Livingston, Wagenaar, Kominsky, Pettigrew, & Garrett, 2017) found intermediate effect ( $\geq 6$  months), and only one (Brody, Chen, Kogan, Murry, & Brown, 2010) found short-term effect ( $\leq 3$  months).

## Discussion

This systematic review summarized nineteen recently published articles of the effect of multicomponent interventions on reducing adolescents' drinking behavior. Overall, 12 out of 19 studies reported statistically significant effects of multicomponent alcohol prevention interventions across a broad-range of alcohol-related outcome measures. Based on our review, we found that interventions should be delivered on weekly basis, at least 6 consecutive weeks would therefore sufficient to change adolescents' belief regarding drinking and actual drinking behavior as well (Brody, Chen, Kogan, Murry, & Brown, 2010; Byrnes, Miller, Grube, Bourdeau, Buller, Wang-Schweig et al., 2019). Importantly, the components of the intervention is also an essential factor to consider when designing an alcohol prevention program for adolescents. Adolescent representatives should be involved in the development process of the program in order to develop the intervention that their needed, which will increase the effectiveness of the program (Jansen, Haveman-Nies, Bos-Oude, Izeboud, de Rover, & Veer, 2016; Komro, Livingston, Wagenaar, Kominsky, Pettigrew, & Garrett, 2017).

School-based multicomponent intervention with high-intensity face-to-face sessions which includes education, and refusal skills and multiple life skills training, with booster sessions appear to hold the most promise of long-term effect on postponing onset of drinking and reducing adolescents' drinking behavior (Brody, Chen, Kogan, Murry, & Brown, 2010; Spoth, Redmond, Clair, Shin, Greenberg, & Feinberg, 2011) when compared to those with no follow-up sessions. The Interventions that has the duration of study from four weeks onwards were more likely to be effective in reducing adolescents' drinking behaviors when comparing to those that less than a 4-week. Furthermore, the finding supports the effectiveness of certain multicomponent interventions with parental involvement for the prevention of alcohol misuse amongst adolescents. In conclusion, we found that the effects of parental involvement interventions are small but generally consistent and also persistent into the medium to longer term especially among secondary school student population. These finding are consistent with prior study from Foxcroft, & Tsertsvadze (2012) which suggested that the combination of adolescent and parental training is more effective than those interventions which targeted adolescent alone. Nevertheless, the findings of this systematic review do have limitation due to some of the methodological issues. The first limitation was majority of the studies (n= 11) included in this study were published in English language and were conducted in the United State. Secondly, the study sample sizes does varied, therefore it could be said that the generalization of this findings is limited.

The combination of school-based educational program and large-scale alcohol prevention intervention which targeted family and community levels also hold a promise for reducing quantity and frequency of drinking amongst intervention group versus control condition (Hawkins, Oesterle, Brown, Abbott, & Catalano, 2014 [ $p < .05$ ]; Jansen, Haveman-Nies, Bos-Oude, Izeboud, de Rover, & Veer, 2016 [ $p < .01$ ]; Komro, Livingston, Wagenaar, Kominsky, Pettigrew, & Garrett, 2017 [ $p < .05$ ]). However, one multi-level intervention (Flewelling, Grube, Paschall, Biglan, Kraft, Black et al., 2013), which focused only strengthen community's law enforcement demonstrated no effect on reducing adolescents' binge drinking, even the selling rates of alcohol



for underage drinkers were significantly increased ( $p < .05$ ). This may reflect the idea that implementation of underage drinking law enforcement alone may not an appropriate component for adolescent alcohol prevention intervention. However, better understanding about content and delivery context of effective multi-level interventions are needed.

### Implication of the Results

1. Nursing and public health educators can utilize the finding from this review to educate nursing and public health students to develop the suitable strategies for prevention alcohol drinking and other substances use aiming to promote adolescent healthy behaviors.
2. Healthcare professionals should integrate alcohol prevention program as a part of school curriculum with parental involvement component and collaborate with community partners to implement the community projects to promote anti-underage drinking norms.

### Recommendation for Future Study

Further studies of multicomponent intervention to deduce drinking behavior among adolescent population with proper research methodology are still needed to improve on the methodological rigor of the existing studies. Also, involving stakeholders in the community to implement multi-level (school, family, and community) alcohol drinking prevention would support the successful of the program. Furthermore, cultural appropriateness and parental involvement should not be neglected when design the intervention for adolescent.

### Acknowledgement

We would like to acknowledge the research funding from Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai, Thailand in the completion of this work.

### References

- Baldus, C., Thomsen, M., Sack, P. M., Broning, S., Arnaud, N., Daubmann, A., & Thomasius, R. (2016). Evaluation of a German Version of The Strengthening Families Program 10-14: A Randomised Controlled Trial. *The European Journal of Public Health, 26*(6), 953-956.
- Brody, G. H., Chen, Y. F., Kogan, S. M., Murry, V. M., & Brown, A. C. (2010). Long-Term Effects of The Strong African American Families Program on Youths' Alcohol Use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 281-285. doi:10.1037/a0018552
- Byrnes, H. F., Miller, B. A., Grube, J. W., Bourdeau, B., Buller, D. B., Wang-Schweig, M., & Woodall, W. G. (2019). Prevention of Alcohol Use in Older Teens: A Randomized Trial of an Online Family Prevention Program. *Psychology of Addictive Behaviors, 33*(1), 1-14.
- Center for Disease Control and Prevention (CDC). (2018). *Underage Drinking*. Retrieved January 29, 2020 from <http://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/underage-drinking.htm>
- Chung, T., Creswell, K. G., Bachrach, R., Clark, D. B., & Martin, C. S. (2018). Adolescent Binge Drinking: Developmental Context and Opportunities for prevention. *Alcohol Research: Current Reviews, 39*(1), 5-15.



- Das, J. K., Salam, R. A., Arshad, A., Finkelstein, Y., & Bhutta, Z. A. (2016). Interventions for Adolescent Substance Abuse: An Overview of Systematic Reviews. *The Journal of Adolescent Health, 59*(4S), S61–S75.
- Filho, V. C. B., Bandeira, A. S., Minatto, G., Linard, J. G., da Silva, J. A., da Costa, R. M. et al. (2019). Effect of a Multicomponent Intervention on Lifestyle Factors among Brazilian Adolescents from Low Human Development Index Areas: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(267), 1-12.
- Flewelling, R. L., Grube, J. W., Paschall, M. J., Biglan, A., Kraft, A., Black, C., et al. (2013). Reducing Youth Access to Alcohol: Findings from a Community-Based Randomized Trial. *American Journal of Community Psychology, 51*(12), 264-277. doi:10.1007/s10464-012-9529-3
- Foxcroft, D. R., & Tsertsvadze, A. (2012). Universal Alcohol Misuse Prevention Programs for Children and Adolescents: Cochrane Systematic Reviews. *Perspectives in Public Health, 132*(3), 128-134.
- Foxcroft, D. R., Callen, H., Davies, E. L., & Okulicz-Kozaryn, K. (2016). Effectiveness of the Strengthening Families Program 10-14 in Poland: Cluster Randomized Controlled Trial. *The European Journal of Public Health, 27*(3), 494-500. doi:10.1093/eurpub/ckw195
- Gonzales, N. A., Jensen, M., Tein, J. Y., Wong, J. J., Dumka, L. E., & Mauricio, A. M. (2018). Effect of Middle School Interventions on Alcohol Misuse and Abuse in Mexican American High School Adolescents: Five-Year Follow-up of a Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry, 75*(5), 429-437.
- Hawkins, J. D., Oesterle, S., Brown, E. C., Abbott, R. D., & Catalano, R. F. (2014). Youth Problem Behaviors 8 Years After Implementing the Communities That Care Prevention System: A Community Randomized Trial. *JAMA Pediatric, 168*(2), 122-129.
- Higgins, J. P. T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J. et al. (2019). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. (2<sup>nd</sup> Ed.). Chichester: John Wiley & Sons.
- Jansen, S. C., Haveman-Nies, A., Bos-Oude, I., Izeboud, C., de Rover, C., & Veer, P. (2016). Effectiveness of a Dutch Community-Based Alcohol Intervention: Changes in Alcohol Use of Adolescents After 1 and 5 Years. *Drug & Alcohol Dependence, 159*, 125-132.
- Komro, K. A., Livingston, M. D., Wagenaar, A. C., Kominsky, T. K., Pettigrew, D. W., & Garrett, B. A. (2017). Multilevel Prevention Trial of Alcohol Use Among American Indian and White High School Students in the Cherokee Nation. *American Journal of Public Health, 107*(3), 453-459.
- Koning, I. M., Maric, M., MacKinnon, D., & Vollebergh, W. A. M. (2015). Effects of a Combined Parent–Student Alcohol Prevention Program on Intermediate Factors and Adolescents’ Drinking Behavior: A Sequential Mediation Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(4), 719-727.



- Kumsuk, S. (2020). Relationships between Emotional Quotient and Alcohol Consumption among Teenagers in Mueang Lampang. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 7(2), 167-178.
- Malmberg, M., Kleinjan, M., Overbeek, G., Vermulst, A., Monshouwer, K., Lammers, J., et al. (2014). Effectiveness of The Healthy School and Drugs Prevention Program on Adolescents' Substance Use: A Randomized Clustered Trial. *Addiction*, 109(6), 1031-1040. doi:10.1111/add.12526
- Marsiglia, F., Ayers, S., Baldwin-White, A., Booth, J., Marsiglia, F. F., & Ayers, S. L. (2016). Changing Latino Adolescents' Substance Use Norms and Behaviors: The Effects of Synchronized Youth and Parent Drug Use Prevention Interventions. *Prevention Science*, 17(1), 1-12.
- McKay, M., Agus, A., Cole, J., Doherty, P., Foxcroft, D., Harvey, S., et al. (2018). Steps Towards Alcohol Misuse Prevention Program (STAMPP): A School-Based and Community-Based Cluster Randomized Controlled Trial. *BMJ Open*, 8(3), e019722. doi:10.1136/bmjopen-2017-019722
- Müller-Oehring, E. M., Kwon, D., Nagel, B. J., Sullivan, E. V., Chu, W., Rohlfing, T., et al. (2018). Influences of Age, Sex, and Moderate Alcohol Drinking on the Intrinsic Functional Architecture of Adolescent Brains. *Cerebral Cortex*, 28(3), 1049–1063.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). (2017). *Underage Drinking: Increases the Risk of Alcohol Problems Later in Life*. Retrieved March 6, 2020 from <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/underage-drinking>
- Riesch, S. K., Brown, R. L., Anderson, L. S., Wang, K., Canty-Mitchell, J., & Johnson, D. L. (2012). Strengthening Families Program (10-14): Effects on The Family Environment. *Western Journal of Nursing Research*, 34(3), 340–376.
- Schinke, S. P., Schwinn, T. M., & Fang, L. (2010). Longitudinal Outcomes of An Alcohol Abuse Prevention for Urban Adolescents. *Journal of Adolescence Health*, 46(5), 451-457.
- Skarstrand, E., Sundell, K., & Andreasson, S. (2014). Evaluation of a Swedish Version of The Strengthening Families Program. *European Journal of Public Health*, 24(4), 578-584.
- Spoth, R., Redmond, C., Clair, S., Shin, C., Greenberg, M., & Feinberg, M. (2011). Preventing Substance Misuse Through Community-University Partnerships: Randomized Controlled Trial Outcomes 4½ Years Past Baseline. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(4), 440–447.
- Strom, H. K., Adolfsen, F., Handegard, B. H., Natvig, H., Eisemann, M., Martinussen, M., & Kopusov, R. (2015). Preventing Alcohol Use with a Universal School-Based Intervention: Results from An Effectiveness Study. *BMJ Public Health*, 15(e337). doi:10.1186/s12889-015-1704-7
- Thailand Country Office, World Health Organization (WHO). (2017). *Thailand 2015 Global School-Based Student Health Survey*. Retrieved January 29, 2020 from <https://www.who.int/ncds/surveillance/Thailand-GSHS-2015Report.pdf?ua=1>
- Thadani, V., Huchting, K., & LaBrie, J. (2009). Alcohol-Related Information in Multi-Component Interventions and College Students' Drinking Behavior. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 53(2), 31–51.



- Toumbourou, J. W., Douglas Gregg, M. E., Shortt, A. L., Hutchinson, D. M., & Slaviero, T. M. (2013). Reduction of Adolescent Alcohol Use Through Family-School Intervention: A Randomized Trial. *Journal of Adolescent Health, 53*(6), 778-784.
- World Health Organization [WHO]. *Global Status Report on Alcohol and Health 2018*. (2018). Retrieved January 25, 2020 from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>

## ความรู้ และการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ Knowledge and Perceived Threat of Zika Virus Disease among Pregnant Women

อาภรณ์ ภูพัตถยากร<sup>1\*</sup>, ยานัท วอลเตอร์<sup>1</sup> และ ศักดิ์สิทธิ์ สามทิศ<sup>1</sup>  
Aporn Poopattayakorn<sup>1\*</sup>, Yanat Wauters<sup>1</sup> and Saksit Samtid<sup>1</sup>  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง<sup>1\*</sup>  
Boromarajonani College of Nursing, Trang<sup>1\*</sup>

(Received: February 18, 2020; Revised: September 07, 2020; Accepted: September 16, 2020)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความรู้ และการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง ระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2562 จำนวน 108 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสซิกา 3) การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา และ 4) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรง (CVI) เท่ากับ .93 และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้ โดยใช้ KR-20 และด้านการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา โดยใช้ Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .64 และ .74 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94.40) มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสซิกาอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบได้ถูกต้องน้อยที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ โรคติดเชื้อไวรัสซิกาสามารถติดต่อจากมารดาสู่ทารกในครรภ์ (ร้อยละ 10.70) ผู้ติดเชื้อไวรัสซิกาส่วนใหญ่มีภูมิคุ้มกันแข็งแรง อาจทำให้เสียชีวิตได้ (ร้อยละ 20.20) และการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งต่าง ๆ เช่น น้ำลาย น้ำมูก ของผู้ติดเชื้อไวรัสซิกาทำให้ติดเชื้อโรคนี้อาจได้ (ร้อยละ 23.80)

2. การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งการรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาอยู่ในระดับมาก ( $M=4.13$ ,  $SD=.569$  และ  $M=3.53$ ,  $SD=.529$  ตามลำดับ)

3. ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสซิกาไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรง ( $r=0.005$ ,  $p>.05$ ) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ( $r=-0.034$ ,  $p>.05$ )

ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้ และเสริมสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาของหญิงตั้งครรภ์ต่อไป

**คำสำคัญ:** โรคติดเชื้อไวรัสซิกา, หญิงตั้งครรภ์, ความรู้, การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: aporn@bncn.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 087-2767029)

## Abstract

This descriptive research aimed to 1) study the level of knowledge, perceived threat of Zika virus disease among pregnant women, and 2) study the relationship between knowledge and perceived threat of Zika virus disease in pregnant women. Sample was 108 pregnant women who attended the antenatal care department, Trang Hospital during March - May 2019. The research tool was a questionnaire consisting of 4 parts: 1) general information, 2) knowledge of Zika virus disease 3) perceived severity of Zika virus disease, and 4) perceived susceptibility of Zika virus disease. The questionnaire was checked for content validity by a panel of experts. The validity index (CVI) was 0.93. Its reliability was tested using KR-20 in the part of knowledge, and Cronbach's alpha coefficient in the part of perceived threat yielding values of .64 and .74, respectively. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's Product Moment Correlation. The study found that

1. The majority of the sample (94.4%) had knowledge about Zika virus disease at a low to moderate level. When classified by item, it was found that the top three most wrong answers were 1) Zika virus disease can be transmitted from mother to fetus (10.70%), 2) Most patients with Zika virus disease have severe symptoms that may lead to death (20.20%), and 3) exposure to blood and secretions such as saliva and nasal mucus of patients with Zika virus disease can cause the disease (23.80%).

2. Perceived threat of Zika virus disease, namely perceived severity and perceived susceptibility were at a high level ( $M=4.13$ ,  $SD=.569$  and  $M=3.53$ ,  $SD=.529$  respectively).

3. Knowledge of Zika virus disease did not correlate with perceived severity ( $r=0.005$ ,  $p>.05$ ), and perceived susceptibility of Zika virus disease ( $r=-0.034$ ,  $p>.05$ ).

The findings from this study can be further used to provide knowledge, and promote perceived threat among pregnant women.

**Keywords:** Zika Virus Disease, Pregnant Women, Knowledge, Perceived Threat

## บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสซิกาหรือไข้ซิกา (Zika Virus Disease; ZIKV) เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มียุงลาย (Aedes Mosquito) เป็นพาหะนำโรคเช่นเดียวกับโรคไข้เลือดออก โรคไข้วัดช้อยุงลาย (Chikungunya) และไข้เหลือง โดยเชื้อไวรัสซิกาสามารถแพร่โดยยุงลายที่มีเชื้อแล้วไปกัดคน (Bureau of Emerging Infectious Diseases, 2016; Government Pharmaceutical Organization, 2017) และโรคนี้อย่างสามารถติดต่อจากคนสู่คนได้โดยผ่านทางกรรมเพศสัมพันธ์ (Janyapat, 2017; Government Pharmaceutical Organization, 2017; World Health Organization, 2016)

โรคติดเชื้อไวรัสซิกาเป็นโรคที่อาการไม่รุนแรง โดยอาการส่วนใหญ่ที่มักพบ คือ มีไข้ต่ำ ๆ มีผื่นขึ้นตามร่างกาย อ่อนเพลีย อาจพบมีเยื่อตาอักเสบ ปวดกล้ามเนื้อและข้อ ซึ่งสามารถหายไปเองได้โดยไม่ต้องรักษา แต่ในช่วงปี พ.ศ. 2557-2559 มีรายงานถึงความสามารถของเชื้อไวรัสซิกาในการก่อให้เกิดโรครุนแรงทางระบบประสาท เช่น โรค Guillain-Barre Syndrome และ Meningoencephalitis หรือ Myelitis ในมนุษย์ นอกจากนี้ยังพบว่าการระบาดของเชื้อไวรัสซิกาในประเทศบราซิลสัมพันธ์กับอัตราการเกิดความผิดปกติของทารกในครรภ์ คือ ภาวะศีรษะเล็ก (Microcephaly) ซึ่งเป็นภาวะที่ศีรษะของทารกมีขนาดเส้นรอบศีรษะเล็กกว่าทารกวัยเดียวกัน ส่งผลต่อการพัฒนาทางด้านสมอง ทำให้ทารกอาจเติบโตไปเป็นเด็กที่มีความพิการได้ โดยพบอุบัติการณ์

เพิ่มขึ้นกว่า 20 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนที่จะมีการระบาดของเชื้อไวรัสซิกา (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2016) ซึ่งมูลเหตุเหล่านี้เองที่ทำให้นานาชาติประหลาดใจ รวมไปถึงองค์การอนามัยโลกมีการตื่นตัวต่อการระบาดของโรคนี้น่าขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อทารกตั้งที่กล่าวไปแล้ว นั่นคือ ภาวะศีรษะเล็ก (Microcephaly)

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคนี้นี้เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern; PHEIC) เมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 (Chibueze, Tirado, Lopes, Balogun, Takemoto, Dagvadorj, et al, 2017) และเมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2559 ประเทศไทยได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขให้โรคติดเชื้อไวรัสซิกาเป็นโรคที่ต้องแจ้งความตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2523 และดำเนินมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคอย่างเข้มข้น (Pratoomsri, & Silaporn, 2016)

กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุขได้สรุปสถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาประจำวันที่ 15 พฤษภาคม 2560 ระบุว่า องค์การอนามัยโลก ได้รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสซิกา ณ วันที่ 13 เมษายน 2560 ระบุว่าตั้งแต่ปี 2550 ถึงวันที่ 11 เมษายน 2560 มีประเทศที่มีรายงานพบผู้ติดเชื้อไวรัสซิกา โดยมีผู้กลายเป็นพาหะทั้งหมด 84 ประเทศ โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มประเทศที่มีรายงานพบผู้ป่วยในพื้นที่ใหม่หรือมีการพบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จำนวน 60 ประเทศ (ประเทศสิงคโปร์เป็นเพียงประเทศเดียวในกลุ่มประเทศอาเซียนที่อยู่ในกลุ่มนี้) 2) กลุ่มประเทศที่มีรายงานพบผู้ป่วยก่อนปี พ.ศ. 2559 จำนวน 18 ประเทศ (ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มนี้) และ 3) กลุ่มประเทศที่หยุดการแพร่เชื้อแต่ยังคงมีโอกาสนในการเกิดการติดต่อของเชื้อไวรัสซิกาในอนาคต จำนวน 6 ประเทศ (Bureau of Emerging Infectious Diseases, 2017) ถึงแม้ว่าในขณะนี้ประเทศไทยจะไม่มีรายงานผู้ป่วยแล้ว แต่ยังมีประเทศเพื่อนบ้านคือประเทศสิงคโปร์ที่ยังมีการพบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จึงมีโอกาสที่โรคจะแพร่ระบาดเข้ามายังประเทศไทย นอกจากนี้ ประเทศไทยยังตั้งอยู่ในเขตร้อนชื้นมีสภาพอากาศเหมาะแก่การเจริญพันธุ์ของยุงลายที่นำเชื้อไวรัสซิกาเป็นอย่างมาก

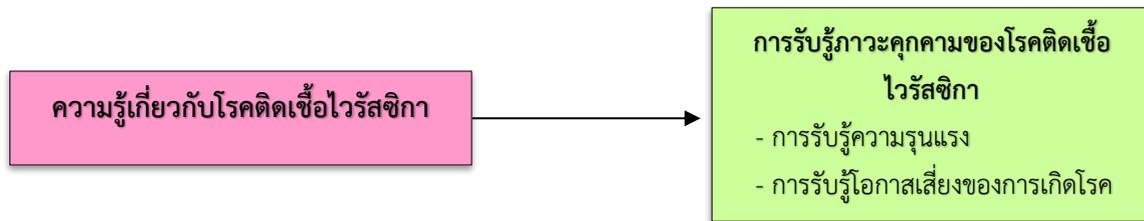
เนื่องจาก การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความรู้ และการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง นั่นคือ การเกิดภาวะศีรษะเล็กแต่กำเนิดของทารกในครรภ์ในประเทศไทยรวมทั้งจังหวัดตรังยังมีจำกัด ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงสนใจที่จะดำเนินการศึกษาในประเด็นดังกล่าว เพื่อเป็นข้อมูลในการให้ความรู้ และสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในหญิงตั้งครรภ์ต่อไป

## วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ และการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Strecher & Rosenstock (1996) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยปัจจัยร่วมซึ่งเป็นตัวแปรต้นที่เลือกนำมาศึกษา ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ส่วนตัวแปรตาม ได้แก่ การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ดังแสดงตามภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลศูนย์ตรังระหว่างเดือน มีนาคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2562 จำนวน 108 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลศูนย์ตรัง จำนวน 84 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G\* Power ใช้ Test family เลือก Exact, Statistical test เลือก Correlation: Bivariate Normal Model กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.3 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .80 (Wiratchai, 2012) ได้กลุ่มตัวอย่าง 84 คน การสุ่มตัวอย่าง (Random sampling) การได้มาของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling)

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย อายุ อายุครรภ์ ครั้งที่มารับการฝากครรภ์ ความตั้งใจที่จะตั้งครรภ์ครั้งนี้ ระดับการศึกษา อาชีพ การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสซิกา และแหล่งความรู้ที่ได้รับเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสซิกา จำนวน 19 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด และการรับรู้ภาวะคุกคาม (การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยง) ของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบ Likert Rating Scale 5 ระดับ ซึ่งพัฒนาโดยทีมผู้วิจัย โดยเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล ด้านการรับรู้ภาวะคุกคาม (การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยง) อ้างอิงตามเบสท์ (Best, 1977) คือ

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80	หมายถึง มีการรับรู้ที่น้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60	หมายถึง มีการรับรู้ที่น้อย
คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40	หมายถึง มีการรับรู้ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20	หมายถึง มีการรับรู้มาก
คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00	หมายถึง มีการรับรู้มากที่สุด

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วยนักระบาดวิทยา จำนวน 1 คน และอาจารย์พยาบาลสาขาสูติศาสตร์ จำนวน 1 คน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน จำนวน 1 คน คำนวณหาค่า CVI ได้เท่ากับ 0.93 นำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ในกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง นั่นคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง ในเดือนธันวาคม 2561 - มกราคม 2562 กุมภาพันธ์ จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้ (KR-20) เท่ากับ .64 และด้านการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .74 ก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

### การรวบรวมข้อมูล

1. ส่งหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ตรังเพื่อขอเก็บข้อมูล
2. ติดต่อผู้ประสานงานเพื่อชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม และการเก็บ รวบรวมแบบสอบถามในหน่วย ผากครรภ์ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณคนละ 15-20 นาที
3. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ระดับความรู้ และการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในกลุ่มหญิง ตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาใน กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในแผนกฝากครรภ์ โดยใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation ทั้งนี้ก่อนการ วิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) นี้

ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ประกอบด้วย 1) ข้อมูลมีลักษณะการแจกแจงเป็น โค้งปกติ (Normality) โดยพิจารณาจากค่า Skewness และ Kurtosis พบว่า อยู่ในช่วง 0.01-1.49 รวมทั้งการ วิเคราะห์ Normal Q-Q Plot การวิเคราะห์ทั้ง 2 วิธี พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ และ 2) ตัวแปรอิสระ และตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity) โดยวิเคราะห์จาก Scatter/Dot พบว่า ข้อมูลมีความสัมพันธ์ เชิงเส้นตรง (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010)

### จริยธรรมวิจัย

วิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ใบรับรองเลขที่ 48/2561

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=84)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ $M=27.01$ , $SD=6.53$ , Range=13-42 (ปี)		
ต่ำกว่า 20	16	19.05
20-30	38	45.24
30-50	30	35.71
อายุครรภ์ $M=27.10$ , $SD=9.76$ , Range=6-39 (wks)		
ไตรมาสที่ 1 (1-14 wks)	12	14.30
ไตรมาสที่ 2 (15-28 wks)	27	32.10
ไตรมาสที่ 3 (29-42 wks)	45	53.60
มารับการฝากครรภ์ (ครั้งที่)		
1	25	29.76
2-3	15	17.86
4-5	15	17.86
6-10	18	21.43
> 10	11	13.09

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความตั้งใจที่จะตั้งครรภ์ครั้งนี้		
ตั้งใจ	73	86.90
ไม่ตั้งใจ	11	13.10
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	1	1.20
ประถมศึกษา	9	10.70
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3)	25	29.80
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) หรือ ปวช.	29	34.50
อนุปริญญาหรือปวส.	2	2.40
ปริญญาตรี	18	21.40
อาชีพ		
เกษตรกรรม	11	13.10
ค้าขาย	23	27.40
รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน	28	33.30
อื่น ๆ	22	26.2
เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสซิกา		
เคย	27	32.10
ไม่เคย	57	67.90
ถ้าเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสซิกาแหล่งความรู้ที่ได้รับเป็นลำดับแรก		
วิทยุ / โทรทัศน์	23	27.40
Line, Facebook	2	2.40
อื่น ๆ	2	2.40

จากตาราง 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 27.01 ปี ( $SD=6.53$ ) โดยมีอายุสูงสุด 42 ปี และอายุน้อยที่สุด 13 ปี อายุครรภ์เฉลี่ย 27.10 สัปดาห์ ( $SD=9.76$ ) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.90) มีความตั้งใจที่จะตั้งครรภ์ครั้งนี้ ระดับการศึกษาสูงสุด คือ มัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 64.3 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 33.30) มีอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน และไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสซิกา (ร้อยละ 67.90) โดยกลุ่มที่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 27.40) ได้รับความรู้จากวิทยุ / โทรทัศน์เป็นแหล่งแรก

2. ระดับความรู้ และการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ (n=84)

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	4	4.76
ปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	68	80.95
ต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60)	12	14.29

จากตาราง 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.95) มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับต่ำ (ร้อยละ 14.29) และต่ำสุดคือ ระดับดี (ร้อยละ 4.76)

**ตาราง 3** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสซิกาเป็นรายข้อ (n=84)

ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสซิกา	ตอบถูก		ตอบผิด	
	(คน)	ร้อยละ	(คน)	ร้อยละ
<b>สาเหตุการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสซิกา</b>				
1 โรคติดเชื้อไวรัสซิกามีอยู่หลายเป็นพาหะนำโรค ซึ่งมักออกหากินในช่วงเวลาเช้า บ่ายแก่ ๆ และช่วงเย็น	70	83.30	14	16.70
2 ยุงที่เป็นพาหะของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาเป็นคนที่คนละชนิดกับยุงที่เป็นพาหะของโรคไข้เลือดออกและโรคไข้ปวดข้อยุงลาย (ยุงก้นปล่อง)	23	27.40	61	72.60
3 โรคติดเชื้อไวรัสซิกาสามารถติดต่อจากมารดาสู่ทารกในครรภ์	9	10.70	75	89.30
4 โรคติดเชื้อไวรัสซิกาสามารถติดต่อทางเพศสัมพันธ์	45	53.60	39	46.40
5 การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งต่าง ๆ เช่น น้ำลาย น้ำมูก ของผู้ติดเชื้อไวรัส ซิกาทำให้ติดเชื้อโรคนี้ได้	20	23.80	64	76.20
<b>อาการและอาการแสดงของเกิดโรคติดเชื้อไวรัสซิกา</b>				
1 ระยะฟักตัวของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ใช้เวลาประมาณ 3 - 12 วัน	74	88.10	10	11.90
2 โรคติดเชื้อไวรัสซิกามักมีอาการของโรคคล้ายไข้หวัดใหญ่ คือ มีไข้ มีผื่นแดง เยื่อบุตาอักเสบ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ	77	91.70	7	8.30
3 ผู้ติดเชื้อไวรัสซิกาจะมีอาการ ประมาณ 2 - 7 วัน	68	81.00	16	19.00
4 ผู้ติดเชื้อไวรัสซิกาส่วนใหญ่มีอาการรุนแรง อาจทำให้เสียชีวิตได้	17	20.20	67	79.80
<b>การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสซิกา</b>				
1 การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคไวรัสซิกา คือ การป้องกันไม่ให้ยุงกัด เช่น ใช้น้ำยากันยุง นอนในมุ้ง สวมเสื้อผ้าเนื้อหนา สีอ่อน ๆ ที่สามารถคลุมผิวหนังและร่างกายได้มิดชิด เป็นต้น	81	96.40	3	3.60
2 การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสซิกาด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม คือ การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เช่น คว่ำภาชนะที่มีน้ำขัง ใส่ทรายอะเบท กำจัดลูกน้ำในน้ำ ใช้ปิดฝาภาชนะที่สามารถบรรจุน้ำได้ เพื่อป้องกันน้ำขังที่จะเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง	81	96.40	3	3.60
3 หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการเดินทางไปยังประเทศที่มีการระบาดของโรค แต่หากจำเป็นต้องเดินทาง ควรปรึกษาแพทย์ และป้องกันไม่ให้ถูกยุงกัด	79	94.00	5	6.00
4 หากมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค ควรมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย เช่น การใช้ถุงยางอนามัย	77	91.70	7	8.30
5 หลีกเลี่ยงการรับบริการตรวจสุขภาพและการติดตามดูแลรักษาในคลินิกฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ	82	97.60	2	2.40
<b>การรักษาโรคติดเชื้อไวรัสซิกา</b>				
1 ปัจจุบันมีวัคซีนสำหรับรักษาโรคติดเชื้อไวรัสซิกา	23	27.40	61	72.60
2 การรักษาหลักๆ ของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา คือ การบรรเทาอาการและป้องกันการสูญเสียน้ำออกจากร่างกาย	65	77.40	19	22.60

ตาราง 3 (ต่อ)

	ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสซิกา	ตอบถูก		ตอบผิด	
		(คน)	ร้อยละ	(คน)	ร้อยละ
3	ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสซิกาสามารถรับประทานยาแอสไพรินเพื่อบรรเทาอาการไข้ได้ หรือยากลุ่มลดอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) อื่น เช่น ยาไอบู โพรเฟน เป็นต้น	35	41.70	49	58.30
4	หากมีอาการคล้ายเป็นโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ได้แก่ ตาแดง มีผื่นบริเวณลำตัว ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ให้รักษาเหมือนโรคที่มีอาการใกล้เคียงกัน เช่น โรคไข้เลือดออก	76	90.50	8	9.50
5	หากผู้ป่วยมีอาการแ่ลง เช่น ไข้สูงและไข้ไม่ลงใน 2-3 วัน ปวดศีรษะมาก อ่อนเพลียมาก หรือมีจุดเลือดออกตามตัว ให้รีบไปพบแพทย์ทันที ไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง	82	97.60	2	2.40

จากตาราง 3 พบว่าข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิดมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ โรคติดเชื้อไวรัสซิกาสามารถติดต่อจากมารดาสู่ทารกในครรภ์ (ร้อยละ 89.30) ผู้ติดเชื้อไวรัสซิกาส่วนใหญ่มักมีอาการรุนแรง อาจทำให้เสียชีวิตได้ (ร้อยละ 79.80) และการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งต่าง ๆ เช่น น้ำลาย น้ำมูก ของผู้ติดเชื้อไวรัสซิกาทำให้ติดเชื้อโรคนี้อได้ (ร้อยละ 76.20) ส่วนข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุดคือ หญิงตั้งครรภ์ควรมารับการตรวจ สุขภาพและการติดตามดูแลรักษาในคลินิกฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ และหากผู้ป่วยมีอาการแ่ลง เช่น ไข้สูงและไข้ไม่ลงใน 2-3 วัน ปวดศีรษะมาก อ่อนเพลียมาก หรือมีจุดเลือดออกตามตัว ให้รีบไปพบแพทย์ทันที ไม่ควรซื้อ ยามารับประทานเอง (ร้อยละ 97.60)

ตาราง 4 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาของกลุ่มตัวอย่าง (n=84)

ข้อความ	M	SD	ระดับ
1. โรคติดเชื้อไวรัสซิกาเป็นโรคที่มีความรุนแรงต่อทารกในครรภ์	4.14	0.66	มาก
2. ถ้าหญิงตั้งครรภ์เป็นโรคติดเชื้อไวรัสซิกา จะต้องรีบเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	4.40	0.73	มากที่สุด
3. หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสซิกาโดยเฉพาะใน 3 เดือนแรก จะส่งผลให้ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะศีรษะเล็กแต่กำเนิดได้	3.94	0.81	มาก
4. ทารกที่มีศีรษะเล็กจากการติดเชื้อไวรัสซิกาจะมีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ได้ เช่น อาการชัก ความผิดปกติในการดูดหรือกลืน และพัฒนาการทางสมองและร่างกายล่าช้า เป็นต้น	3.96	0.75	มาก
5. ภาวะแทรกซ้อนของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา คือ อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงเฉียบพลัน ซึ่งอาจรุนแรงจนเกิดอัมพาตได้	3.93	0.77	มาก
<b>ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวม</b>	<b>4.07</b>	<b>0.58</b>	<b>มาก</b>

จากตาราง 4 พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาของกลุ่มตัวอย่างทั้งโดยภาพรวม ( $M=4.07$ ,  $SD=0.58$ ) อยู่ในระดับมาก และรายข้ออยู่ในระดับมากเช่นกัน ยกเว้น การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับถ้าหญิงตั้งครรภ์เป็นโรคติดเชื้อไวรัสซิกาจะต้องรีบเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อยู่ในระดับมากที่สุด ( $M=4.40$ ,  $SD=.73$ ) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงต่ำสุด คือ ภาวะแทรกซ้อนของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา คือ อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงเฉียบพลัน ซึ่งอาจรุนแรงจนเกิดอัมพาตได้ ( $M=3.93$ ,  $SD=0.77$ )

ตาราง 5 ค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาของกลุ่มตัวอย่าง (n=84)

ข้อความ	M	SD	ระดับ
1. โรคติดเชื้อไวรัสซิกาเป็นโรคที่พบน้อย และติดต่อได้ยากมากในพื้นที่ที่ฉันพักอาศัย	3.51	0.86	มาก
2. ฉันมีโอกาสเป็นโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ถ้าโดนยุงลายกัดหรือมีคนป่วยโรคนี้นในพื้นที่ใกล้เคียง	3.62	0.90	มาก
3. ถ้าฉันติดเชื้อไวรัสซิกาขณะตั้งครรภ์จะส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์	3.98	0.69	มาก
4. ฉันคิดว่า ฉันไม่ได้เสี่ยงต่อการเป็นโรคติดเชื้อไวรัสซิกา	3.58	0.97	มาก
5. ฉันมีร่างกายแข็งแรง หากติดเชื้อไวรัสซิกา จะไม่ส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์	3.07	1.05	ปานกลาง
<b>ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวม</b>	<b>3.55</b>	<b>0.54</b>	<b>มาก</b>

จากตาราง 5 พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวม ( $M=3.55, SD=0.54$ ) อยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากเช่นกัน ยกเว้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงในหัวข้อ ฉันมีร่างกายแข็งแรง หากติดเชื้อไวรัสซิกาจะไม่ส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง ( $M=3.07, SD=1.05$ ) และเป็นข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงต่ำสุด

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง

ตาราง 6 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างความรู้และการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาของกลุ่มตัวอย่าง (n=84)

การรับรู้ภาวะคุกคาม	ความรู้ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา	0.005	0.961
โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา	-0.034	0.760

จากตาราง 6 พบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลตรัง ( $p>.05$ )

## อภิปรายผล

จากผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 27 ปี อายุต่ำสุด 13 ปี และสูงสุด 42 ปี มีอายุครรภ์เฉลี่ย 27.10 สัปดาห์ ส่วนใหญ่มารับการฝากครรภ์ครั้งแรก และมีความตั้งใจที่จะตั้งครรภ์ครั้งนี้ การศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) หรือ ปวช. ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ส่วนแหล่งความรู้ที่ได้รับเป็นลำดับแรกเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสซิกา คือสื่อวิทยุ/โทรทัศน์

ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสซิกา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95.24) มีความรู้อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง มีเพียงร้อยละ 4.76 ที่มีความรู้ในระดับดี ทั้งนี้เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคอุบัติใหม่ ยังไม่เป็นที่รู้จัก รวมทั้งการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ ยังไม่แพร่หลายเท่าที่ควร เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ที่น้อยที่สุดเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสซิกา รองลงมาคือ การรักษาโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ส่วนความรู้เรื่องการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส ซิกา กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้มากที่สุด เนื่องจากการป้องกันโรคนี้เหมือนกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นที่ยอมรับของประชาชนทั่วไป เมื่อจำแนกข้อ

คำถามเป็นรายชื่อ พบว่าคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบได้ถูกต้องน้อยที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ โรคติดเชื้อไวรัสซิกา สามารถติดต่อจากมารดาสู่ทารกในครรภ์ (ร้อยละ 10.70) ผู้ติดเชื้อไวรัสซิกาส่วนใหญ่มักมีอาการรุนแรง อาจทำให้เสียชีวิตได้ (ร้อยละ 20.20) และการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งต่าง ๆ เช่น น้ำลาย น้ำมูก ของผู้ติดเชื้อไวรัสซิกาทำให้ติดเชื้อโรคนี้อีก (ร้อยละ 23.80) ซึ่งประเด็นเหล่านี้เป็นเนื้อหาความรู้ที่ยังมีการเผยแพร่กันน้อย ทำให้ประชาชนทั่วไปรับรู้ข้อมูลส่วนนี้ยังไม่ทั่วถึง ซึ่งเนื้อหาส่วนมากที่มีการเผยแพร่ในสื่อต่าง ๆ ได้แก่ โรคนี้เกิดจากยุงลาย โดยมีการป้องกันเหมือนกับโรคไข้เลือดออก ดังนั้นการป้องกันที่สำคัญคือ ไม่ให้ยุงกัดและการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย (Wauters, Poopattayakorn, & Chotiban, 2018) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในที่พบว่าระดับความรู้เรื่องการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสซิกาอยู่ในระดับดี

การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรครวมอยู่ในระดับมาก ( $M=4.07$ ,  $SD=0.58$  และ  $M=3.55$ ,  $SD=0.54$  ตามลำดับ) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Janpet, & Sivadamrongpong (2009) ซึ่งพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตเทศบาลนครยะลาอยู่ในระดับดี เนื่องจากโรคติดเชื้อไวรัสซิกาเป็นโรคกลุ่มเดียวกับโรคไข้เลือดออก เพียงแต่มีความรุนแรงที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นสิ่งที่ดี ถึงแม้ว่าประชาชนยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนี้นี้ในระดับที่ดีนัก แต่ก็มี การรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคในระดับมาก เนื่องจากเป็นโรคที่ใกล้เคียงกับ โรคไข้เลือดออก ซึ่งเป็นโรคที่คนทั่วไปรู้จักเป็นอย่างดี

ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสซิกา พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ( $p>.05$ ) ซึ่งไม่เป็นไปตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ การให้ความรู้หรือการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคนี้นี้ยังมีน้อย รวมทั้งการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคนี้นี้ยังมีจำกัด ทำให้ประชาชนไม่มีความรู้ที่ชัดเจนมากพอ และมีคนเพียงบางกลุ่มเท่านั้นที่รู้จักโรคนี้นี้

### การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลวิจัยครั้งนี้พบว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสซิกา และมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสซิกาอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง พยาบาลจึงควรจัดโปรแกรมให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ในเรื่องโรคซิกาในแผนกฝากครรภ์ และพบว่าช่องทางที่จะสื่อสารกับหญิงตั้งครรภ์ได้มาก คือ สื่อวิทยุ/โทรทัศน์ ดังนั้นควรจัดทำสื่อผ่านช่องทางนี้

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดโปรแกรมให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ในเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสซิกา โดยเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลที่หลากหลาย
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดทำสื่อการสอนเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสซิกาผ่านทางสื่อวิทยุ/โทรทัศน์
3. ควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น โดยมีการสุ่มตัวอย่างจากทุกโรงพยาบาล/รพ.สต. ในจังหวัดตรังหรือภาคใต้ตามสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในแต่ละหน่วยบริการ
4. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสซิกาของหญิงตั้งครรภ์ ในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น โดยมีการสุ่มตัวอย่างจากทุกโรงพยาบาล/รพ.สต. ในจังหวัดตรังหรือภาคใต้ตามสัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในแต่ละหน่วยบริการ



## References

- Best, W. J. (1977). *Research in Education*. 3<sup>rd</sup> ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Bureau of Emerging Infectious Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2016). *Movement of Zika Virus Disease*. Issued on February 14, 2016 Retrieved October 31, 2017 from [http://beid.ddc.moph.go.th/beid\\_2014/sites/default/files/files/khwaamekhlueenaiworkhtidechueaiwraschikaa\\_14feb.pdf](http://beid.ddc.moph.go.th/beid_2014/sites/default/files/files/khwaamekhlueenaiworkhtidechueaiwraschikaa_14feb.pdf)
- Bureau of Emerging Infectious Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2016). *Knowledge of Zika Virus Disease*. Retrieved October 31, 2017 from [http://beid.ddc.moph.go.th/beid\\_2014/sites/default/files/factsheet\\_zika020259.pdf](http://beid.ddc.moph.go.th/beid_2014/sites/default/files/factsheet_zika020259.pdf)
- Bureau of Emerging Infectious Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2017). *Q&A: Zika Virus Disease and Pregnant Women*. Retrieved October 31, 2017 from [http://beid.ddc.moph.go.th/beid\\_2014/sites/default/files/QAforpreg\\_Jurai\\_5Jan2016.pdf](http://beid.ddc.moph.go.th/beid_2014/sites/default/files/QAforpreg_Jurai_5Jan2016.pdf)
- Bureau of Emerging Infectious Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2017). *Zika Virus Disease. Situation on May 15, 2017*. Retrieved October 31, 2017 from [http://beid.ddc.moph.go.th/beid\\_2014/sites/default/files/Situation%20Zika150560.pdf](http://beid.ddc.moph.go.th/beid_2014/sites/default/files/Situation%20Zika150560.pdf)
- Chibueze, C. E., Tirado, V., Lopes, S. K., Balogun, O. O., Takemoto, Y., Swa, T., et al. (2017). *Zika Virus Disease Infection in Pregnancy: a Systematic Review of Disease course and Complications*. *Reproductive Health* (2017) 14:28. Retrieved October 31, 2017 from DOI:<http://dx.doi.org/10.1186/s12978-017-0285-6>
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health (2016). *Manual of Zika Virus Disease Prevention and Control for Health and Public Health Personnel*. Nonthaburi: The War Veterans Organization of Thailand under Royal Patronage of His Majesty the King Printing.
- Government Pharmaceutical Organization. (2017). *Zika Virus Disease Infection*. *Research & Development Newsletter GPO*, 24 (1), 7-11.
- Janpet, A., & Sivadamrongpong, W. (2009). *Knowledge, Perception, and Social Support on a Preventive Behavior of Dengue Hemorrhagic Fever of People at Yala City Municipality*. Boromarajonani College of Nursing, Yala.
- Janyapat, P. (2017). *Zika Virus Disease with Aedes Mosquito Vector: Warning for Pregnant Women in Having Baby with Microcephaly*. Retrieved August 17, 2017 from [http://theworldmedicalcenter.com/th/new\\_site/health\\_article/detail/?page;](http://theworldmedicalcenter.com/th/new_site/health_article/detail/?page;)
- Pratoomsri, N., & Silaporn, P. (2017). The Zika Virus Disease Outbreak in Health Region 4; September-December, 2016. *Journal of Medical and Public Health Region 4*, 7(1), 27-37. World Health Organization. (2016). *Zika virus Fact Sheet*. Retrieved August 17, 2017 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/zika/en/>
- Strecher, V. J., & Rosenstock, I. M. (1996). The Health Belief Model. In K. Glanz, F. Lewis, & B Rimer (Eds.). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (2<sup>nd</sup> ed., pp.41-59). San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.



Wauters, Y., Poopattayakorn, A., & Chotibun, P. (2018). Zika Virus Disease and Pregnancy: Role of Community Health Nurse in the Disease Prevention. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(2), 312-321.

Wiratchai, N. (2012). *Statistic in Use*. (2<sup>nd</sup> ed.). Bangkok: Chulalongkorn University.

## การพัฒนาประสิทธิภาพการใช้เครื่องมือ TaWai for Health ในการคุ้มครองผู้บริโภค : กรณีศึกษาพื้นที่อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี Optimization a Guideline for Consumer Protection Using TaWai for Health Application: A Case Study of Warin Chamrap, Ubon Ratchathani

รุ่งนภา กวงวงษ์<sup>1</sup>, วรสุดา ยูงทอง<sup>2</sup>, จิราภรณ์ เรืองยิ่ง<sup>3</sup> และ ภาณุพงศ์ พุทธิรักษ์<sup>4,5\*</sup>

Rungnapa Kongwong<sup>1</sup>, Worasuda Yoongthong<sup>2</sup>, Jiraporn Ruangying<sup>3</sup> and Panupong Puttarak<sup>4,5\*</sup>

โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี<sup>1</sup>, สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา<sup>2</sup>,  
สถาบันสันติศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์<sup>3</sup>, คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์<sup>4\*</sup> และ  
สถานวิจัยยาสมุนไพรและเทคโนโลยีชีวภาพทางเภสัชกรรม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์<sup>5\*</sup>,  
Warinchamrab Hospital, Ubon Ratchathani<sup>1</sup>, Food and Drug Administration<sup>2</sup>,  
Institute for Peace Studies, Prince of Songkla University<sup>3</sup>, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Prince of Songkla  
University<sup>4\*</sup> and Phytomedicine and Pharmaceutical Biotechnology Excellence Center,  
Prince of Songkla University<sup>5\*</sup>

(Received: May 31, 2019; Revised: August 05, 2020; Accepted: September 28, 2020)

### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การใช้เครื่องมือ TaWai for Health และพัฒนาประสิทธิภาพการใช้เครื่องมือดังกล่าวในการคุ้มครองผู้บริโภค โดยดำเนินการ 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิเคราะห์รายงานปัญหาและการจัดการปัญหาในฐานข้อมูล TaWai for Health โดยใช้เครื่องมือแอปพลิเคชัน TaWai for Health และแบบสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบและระดับอำเภอ จำนวน 2 คน นำเสนอผลวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบร้อยละและเชิงเนื้อหา 2) พัฒนาประสิทธิภาพการใช้เครื่องมือ TaWai for Health ในการคุ้มครองผู้บริโภค โดยข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 6 คน และการรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้เสียในการปฏิบัติงาน จำนวน 33 คน ได้นำไปทดลองและพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติงานจริงในพื้นที่อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ในระหว่าง เดือนตุลาคม 2561-มกราคม 2562 ผลการวิจัยพบว่า

รายงานปัญหาด้านงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในฐานข้อมูล TaWai for Health จำนวนทั้งสิ้น 2,266 รายงาน แบ่งเป็นปัญหาผลิตภัณฑ์อันตราย 1,366 รายงาน อาการไม่พึงประสงค์ 611 รายงาน และโฆษณาเกินจริง 289 รายงาน ซึ่งมีเพียง 636 รายงานหรือร้อยละ 28 เท่านั้นที่แสดงสถานะว่ามีการแก้ไขปัญหารีบร้อย สาเหตุเกิดจากผู้ดูแลระบบระดับอำเภอไม่ได้แก้ไขสถานะรายงานในฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบันเนื่องจากขาดความเข้าใจในการใช้งานระบบดังกล่าวและยังไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนตรวจสอบรายงานประจำวัน ทั้งนี้เครือข่ายต้องการสื่อสำหรับเรียนรู้วิธีการใช้งานแอปพลิเคชัน TaWai for Health ด้วยตนเองที่เข้าใจง่ายและปฏิบัติได้

การพัฒนาประสิทธิภาพการใช้เครื่องมือ TaWai for Health ในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการทำงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ซึ่งผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญและเป็นที่ยอมรับของผู้มีส่วนได้เสีย หลังจากได้ทดลองปฏิบัติในสถานการณ์จริง 4 ครั้ง ร่วมกับทีมเครือข่ายในพื้นที่ พบว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นสามารถปฏิบัติได้จริงและแก้ไขปัญหาได้ในเวลาที่กำหนด โดยแนวทางที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) รายงานเหตุการณ์ 2) ตรวจสอบรายงานและจัดลำดับความสำคัญ 3) จัดการปัญหาตามความเร่งด่วน 4) สรุปผลและป้อนข้อมูลสถานการณ์จัดการแก้ไขปัญหาในระบบให้เป็นปัจจุบัน 5) ติดตามและประเมินผล

ดังนั้น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอประกาศแนวทางดังกล่าวเป็นแนวทางการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคอำเภอวารินชำราบ และควบคุมติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ:** TaWai for Health, งานคุ้มครองผู้บริโภค, ผลิตภัณฑ์สุขภาพ, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: panupong.p@psu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 081-6518303)

## Abstract

The objectives of this research and development aimed to study the implementation of the TaWai for Health application, a guideline for consumer protection, and to increase its efficiency using two steps of operation. The first step was to analyze the report situation from the database by using data evaluation form and management situation by interviewing 2 TaWai system administrators. The result was presented in percentage and content analysis. The second step was to increase the efficacy of TaWai for Health applications for consumer protection. The data from in-depth interviews from 6 experts and opinion hearing from 33 stakeholders were used to try out and develop the customer protection procedure using TaWai for Health application by the customer protection team in Warin Chamrap, Ubon Ratchathani, from 1 October 2018 to 31 January 2019.

The result from TaWai for Health database showed a total of 2,266 consumer protection problem reports in 3 topics, including 1,366 illegal or harmful product reports, 611 adverse product reaction reports, and 289 illegal advertisement reports. Among these reports, only 636 reports were recorded as complete reports, which accounted for 28.06 % of the total. Data analysis revealed that the low complete report rate due to irregular check and update the reports of case managers, lack of understanding of case management system, and vagueness of concrete management of daily reports. TaWai for Health networks needs the self-learning media for more understanding the application management and implementation.

To develop the efficacy of the TaWai for Health application, the researchers created the practical management guideline applied from Surveillance and Rapid Response Time (SRRT) method. The experts and stakeholders proved the guideline before implementation. After four times of implementation and evaluation by TaWai for Health network in the study area, this procedure was practical and able to resolve the problem in time. The management guideline was including five steps. The first step was the problem report. The second step was to check and prioritize the report. The third step was problem management in order to the urgency of the problems. The fourth step is the case summary and updates of report status. The final step was the monitoring and evaluation. For an effective practice, the researcher recommends this procedure to the board of quality of life development as a practical guideline for systematic documentation and continuously controls the healthcare product problems.

**Keyword:** TaWai, Health, Consumer Protection, Management Guideline, Healthcare Product

## บทนำ

งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น ยา สมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เครื่องสำอาง มักพบปัญหาผลิตภัณฑ์ไม่ขึ้นทะเบียน มีการลักลอบปลอมปนยาหรือสารอันตรายในผลิตภัณฑ์ โฆษณาอวดอ้างสรรพคุณเกินจริง เป็นต้น ซึ่งบางเหตุการณ์อันตรายรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต โดยเฉพาะกลุ่มผลิตภัณฑ์ลดน้ำหนัก ซึ่งผู้บริโภคในปัจจุบันมีความเสี่ยงในการหาซื้อผลิตภัณฑ์ดังกล่าวมาใช้ได้ง่าย ผ่านช่องทาง ร้านค้าออนไลน์ต่าง ๆ สื่อโซเชียลมีเดีย การขายตรง รถเร่ขายของตามตลาดนัดหรือตามงานเทศกาลต่าง ๆ เป็นต้น ทั้งนี้แต่ละช่วงวัยมีความเสี่ยงอันตรายจากการใช้ผลิตภัณฑ์ที่แตกต่างกัน โดยวัยสูงอายุเสี่ยงต่อการใช้ผลิตภัณฑ์ปลอมปนสเตียรอยด์จากการศึกษากลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบมีการใช้ยาสเตียรอยด์โดยไม่มีข้อบ่งใช้ร้อยละ 22 (Kongwong, 2013)

ซึ่งประเทศไทยต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้ยาสเตียรอยด์โดยไม่มีข้อบ่งชี้ถึงปีละ 1,900 ล้านบาทต่อปี (Rajatanavin, Thakkinian, Chailuekkit, Savanga-riyasakul, Sooksriwong, Silakawut, et al., 2007) วิทยาลัย/วิทยาการทำงาน เสี่ยงต่อการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อความสวยงาม เช่น เครื่องสำอาง ผลิตภัณฑ์ลดน้ำหนัก จากฐานข้อมูลผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างปี 2555 - 2560 พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายจากผลิตภัณฑ์กลุ่มลดน้ำหนัก จำนวน 40 คน บางรายอาการรุนแรงต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาออกคำสั่งเครื่องสำอางอันตรายที่จำหน่ายในท้องตลาดจำนวน 835 ยี่ห้อ (Cosmetic Control Group, 2019) ทั้งนี้หากผู้บริโภคไม่มีความรู้ อาจได้รับอันตรายจากการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัยได้ ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ปัญหาการดำเนินงานจัดการปัญหาด้านงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพประเทศไทยยังล่าช้าและขาดการจัดเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพและการประเมินติดตามผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ

ปี พ.ศ. 2559 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ร่วมกับ ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนา ระบบยา (กพย.) ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Health Product Vigilance Center Thailand) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และเครือข่ายเภสัชกรงานคุ้มครองผู้บริโภคเขตพื้นที่บริการสุขภาพที่ 10 ร่วมพัฒนา แอปพลิเคชัน TaWai for Health version 1 เพื่อประโยชน์ในการทำงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ทั้งนี้ก่อนเริ่มกระบวนการพัฒนาเครื่องมือดังกล่าว ได้ศึกษาเครื่องมือเฝ้าระวังอันตรายจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพในประเทศไทย พบว่ามีเครื่องมือ กรมวิทย์ With You กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และ HPVC สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งทั้งสองระบบขาดการจัดเก็บข้อมูลในส่วนการประเมินผลจัดการปัญหา และข้อมูลบางอย่างที่จำเป็นสำหรับการจัดการปัญหาด้านงานคุ้มครองผู้บริโภค ดังนั้น แอปพลิเคชัน TaWai for Health Version 1 ที่พัฒนาขึ้นมาจึงช่วยในการเติมเต็มระบบการทำงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพประเทศไทย โดยเก็บข้อมูลรายงาน 3 ประเภท ได้แก่ 1) รายงานอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2) รายงานผลิตภัณฑ์ต้องสงสัยอันตราย และ 3) รายงานโฆษณาเกินจริงหรือเข้าข่ายห้ามโฆษณา หลังนำร่องทดลองใช้งาน แอปพลิเคชัน TaWai for Health version 1 มีผู้สนใจสมัครใช้งานและรายงานปัญหาเข้าในระบบ ปี 2560 พบรายงานมากกว่า 1,500 รายงาน แต่ในฐานข้อมูลยังพบการจัดการปัญหาล่าช้า จึงเป็นที่มาในการศึกษาวิจัยเพื่อการพัฒนาประสิทธิภาพการใช้เครื่องมือ TaWai for Health ในการคุ้มครองผู้บริโภค: กรณีศึกษาพื้นที่อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยการประยุกต์ใช้แนวทางของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team (SRRT) สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (Bureau of Epidemiology, 2012A) เพื่อเป็นต้นแบบในการพัฒนาแนวทางวิจัยในครั้งนี้

### วัตถุประสงค์วิจัย

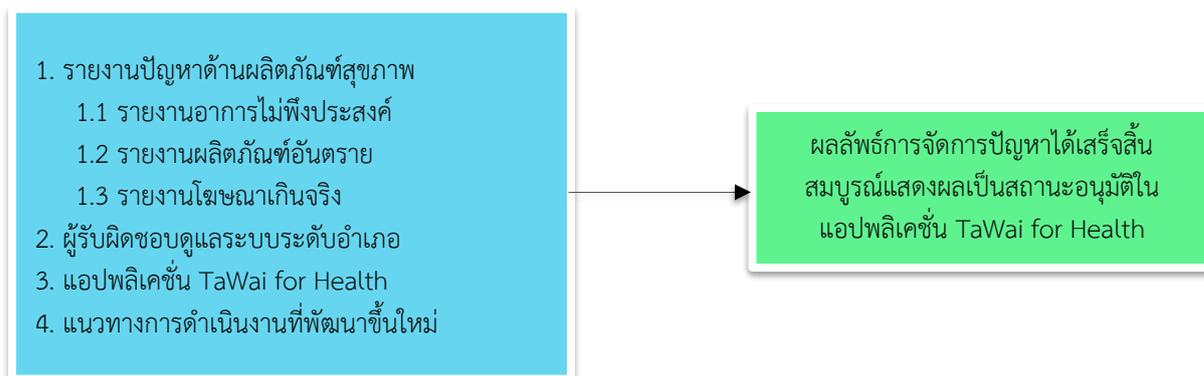
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การใช้เครื่องมือ TaWai for Health ในการคุ้มครองผู้บริโภค
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานโดยใช้เครื่องมือ TaWai for Health ในการคุ้มครองผู้บริโภคให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

### สมมติฐานวิจัย

แนวทางพัฒนาการใช้เครื่องมือ TaWai for Health ในการคุ้มครองผู้บริโภคที่พัฒนาขึ้นใหม่ จะช่วยให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากกระบวนการทำงานที่ชัดเจนและมีการควบคุมกำกับติดตามผลดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการทำงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบลของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ประกอบด้วยกระบวนการ 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) รับแจ้งเหตุการณ์ 2) ตรวจสอบเหตุการณ์ 3) วินิจฉัยเหตุการณ์ 4) สอบสวน ควบคุมโรค/จำกัดการระบาด และ 5) การรายงานผลการดำเนินงาน โดยดำเนินงานภายใต้หลักการการทำงาน “รู้เร็ว แจ้งเร็ว ควบคุมเร็ว” (Bureau of Epidemiology, 2012B) ซึ่งการควบคุมการกระจายของโรคได้ทันเหตุการณ์ จะช่วยลดผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนและงบประมาณค่าใช้จ่ายของภาครัฐ ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดว่าหลักการดังกล่าวสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาด้านงานคุ้มครองผู้บริโภคได้ เพื่อประโยชน์ในการดักจับปัญหาที่รวดเร็วและการจัดการปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ทันเหตุการณ์ผ่านระบบรายงาน TaWai for Health ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการระหว่าง ตุลาคม 2561-มกราคม 2562 โดยมีกระบวนการดำเนินการวิจัยเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การใช้งาน TaWai for Health ในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ** ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนย่อย ได้แก่ 1) ศึกษารายงานปัญหาและประเมินการจัดการปัญหาในระบบฐานข้อมูลแอปพลิเคชัน TaWai for Health 2) สัมภาษณ์เชิงลึก ( In-depth interview) ผู้ดูแลระบบรายงาน TaWai for Health ระดับอำเภอ เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน และข้อเสนอแนะพัฒนาระบบสำหรับผู้พัฒนาเครื่องมือ TaWai for Health

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. รายงานและการจัดการปัญหาทั้งหมดในฐานข้อมูล TaWai for Health ช่วงเวลา มกราคม 2560-ตุลาคม 2561
2. ผู้ดูแลระบบ TaWai for Health ระดับอำเภวารินชำราบ มีทั้งสิ้น 2 คน เก็บข้อมูลทั้ง 2 คน ช่วงเวลาเก็บข้อมูล ตุลาคม 2561

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. Application TaWai for Health Version 1
2. แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นผู้ดูแลระบบ TaWai for Health ระดับอำเภวารินชำราบ ประกอบด้วยคำถามปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 1) ปัจจัยและสาเหตุที่รายงานปัญหาในฐานข้อมูล TaWai for Health ไม่ได้รับการจัดการแก้ไขปัญหา 2) ปัญหาอุปสรรคในการใช้เครื่องมือ TaWai for Health ในพื้นที่ 3) ข้อเสนอแนะสำหรับพัฒนาการใช้งานเครื่องมือ TaWai for Health

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. Application TaWai for Health version 1 ผ่านการประเมินตามแนวทาง Nielson'Heuristic Usability คะแนน 3.79 อยู่ในเกณฑ์ระดับดี

2. แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นผู้ดูแลระบบ TaWai for Health ระดับอำเภอตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญด้านงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ จำนวน 2 ท่าน

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การศึกษารายงานและประเมินการจัดการปัญหาในระบบฐานข้อมูลแอปพลิเคชัน TaWai for Health โดยวิธีการ ดึงข้อมูลแสดงผลรายงานและการจัดการปัญหาในฐานข้อมูล TaWai for Health ช่วงเวลา มกราคม60 – ตุลาคม 2561 จำแนกประเภทรายงาน ออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) รายการอาการไม่พึงประสงค์ 2) รายงานผลิตภัณฑ์อันตราย 3) รายงานโฆษณาเกินจริง และการจัดการปัญหาแบ่งเป็น 4 สถานะ ดังนี้ 1) รายงานรอตรวจสอบ 2) รายงานด่วน 3) รายงานรอดำเนินการ และ 4) รายงานอนุมัติ โดยสถานะอนุมัติ หมายถึงรายงานที่มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาลงแล้วเสร็จ หลังจากนั้นวิเคราะห์รายงานปัญหาที่ไม่ได้รับการแก้ไข ปัญหาโดยการสุ่มอ่านรายงานตามความสะดวกจำนวน 30 รายงาน

2. สัมภาษณ์ความคิดเห็นผู้ดูแลระบบ TaWai for Health ระดับอำเภอโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลรายงานในฐานข้อมูล TaWai for Health โดยใช้สถิติความถี่และร้อยละ

2. วิเคราะห์การจัดการปัญหารายงานในฐานข้อมูล TaWai for Health โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

### ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาแนวทางการดำเนินงานโดยใช้เครื่องมือ TaWai for Health ในการคุ้มครองผู้บริโภค

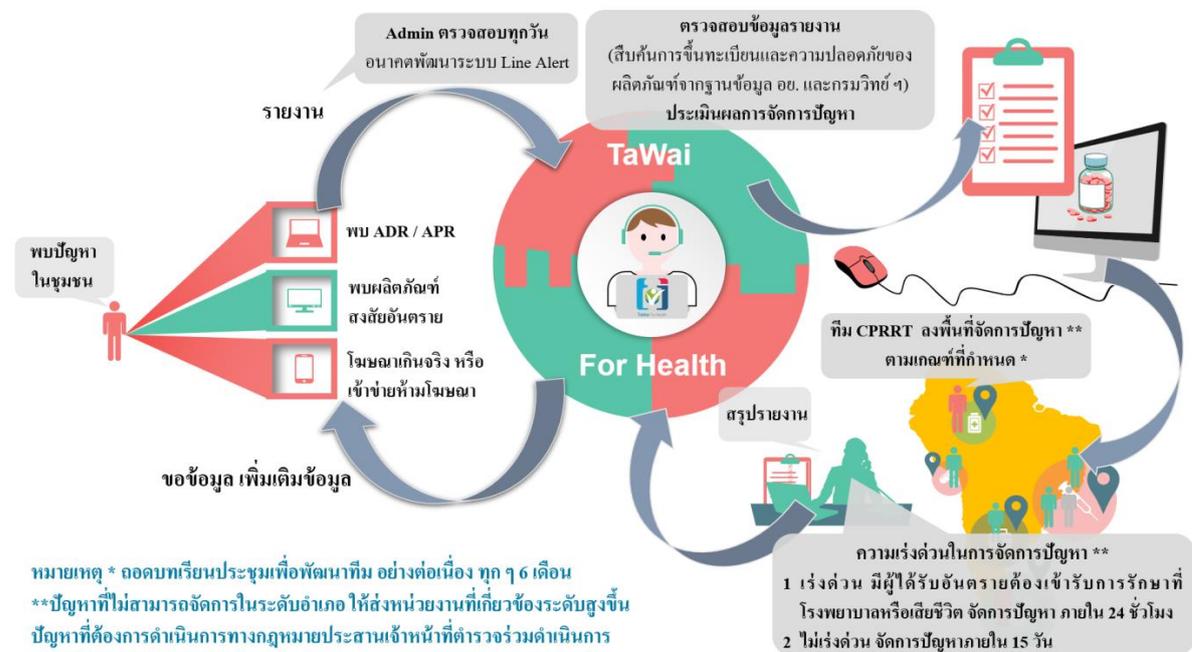
1. ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและศึกษาแนวคิดการทำงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team: SRRT) สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (Bureau of Epidemiology, 2012B) เพื่อเป็นต้นแบบในการพัฒนาแนวทางการจัดการปัญหาด้านงานคุ้มครองผู้บริโภค โดยยึดขั้นตอนระบบการทำงานแสดงดังภาพ 2

ระบบงาน SRRT อำเภอและเครือข่ายระดับตำบล



ภาพ 2 ระบบงานดำเนินงานเฝ้าระวังเหตุการณ์ของ SRRT เครือข่ายระดับตำบลสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค 2555

2. ทีมวิจัยพัฒนาจัดทำร่างแนวทางดำเนินงานใหม่เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการใช้เครื่องมือ TaWai for Health ในการคุ้มครองผู้บริโภค โดยใช้ชื่อทีมงานนี้ว่าทีมคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพเคลื่อนที่เร็ว (Consumer Protection Rapid Response Team: CPRRT) ซึ่งประยุกต์ระบบการดำเนินงานของทีม SRRT และการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคที่ผ่านมา รายละเอียดระบบแนวทางที่พัฒนาขึ้นแสดงดังภาพ 3



ภาพ 3 ร่างระบบการดำเนินงานใหม่โดยใช้เครื่องมือ TaWai for Health ในการคุ้มครองผู้บริโภค

3. นำร่างแนวทางเสนอผู้เชี่ยวชาญด้านงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ พิจารณาความเป็นไปได้และความเหมาะสม จำนวน 2 ท่าน พัฒนาปรับปรุงตามคำแนะนำ

4. นำร่างแนวเสนอผู้เชี่ยวชาญด้านงาน SRRT จำนวน 6 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญระดับเขต 2 คน จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ระดับจังหวัด 1 คน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ระดับอำเภอ 3 คน จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวารินชำราบและโรงพยาบาลวารินชำราบ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมและครอบคลุมเนื้อหา รวมถึงความเป็นไปได้ในการนำร่างแนวทางดังกล่าว มาใช้ปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) พัฒนาปรับปรุงร่างแนวทางตามคำแนะนำ

5. นำร่างแนวทางฯ ที่พัฒนาตามคำแนะนำผู้เชี่ยวชาญด้านงาน SRRT รับฟังความคิดเห็นจากคณะทำงานคุ้มครองผู้บริโภคอำเภอวารินชำราบซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้เสียในการนำแนวทางดังกล่าวไปปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ จำนวน 33 คน ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอ ตำรวจ นายกเทศมนตรี แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข ทั้งในส่วนระดับอำเภอ และตำบล โดยกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group Interview) ประเด็นคำถาม ความเป็นไปได้ในการนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในการปฏิบัติงานในพื้นที่และข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อให้แนวทางที่เกิดขึ้นเป็นที่ยอมรับจากทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง

6. ทดลองใช้แนวทางที่พัฒนาขึ้นใหม่ในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นจริง จำนวน 4 เหตุการณ์ ได้แก่ 1) รายงานปัญหาจำหน่ายยาแผนโบราณไม่มีทะเบียน 2) รายงานปัญหาพบการปลอมปนพลาสติกในเนื้อหมูปอด 3) รายงานปัญหาพบร้านชำจำหน่ายยาอันตราย 4) พบรายงานปัญหาผู้ป่วยใช้ยาปลอมปน สเตียรอยด์ หลังจากนั้นประเมินผลและสรุปแนวทาง

7. วิเคราะห์และปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานโดยใช้เครื่องมือ TaWai for Health ในการคุ้มครองผู้บริโภค หลังทดลองปฏิบัติงานจริง และรับรองแนวทางดำเนินงานโดยคณะทำงานคุ้มครองผู้บริโภค อ.วารินชำราบ

## จริยธรรมวิจัย

มีการปกป้องกลุ่มตัวอย่าง รายงานปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในฐานข้อมูล TaWai for Health มีการกำหนดสิทธิการเข้าถึงข้อมูล และเป็นความลับ

## ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การใช้งาน TaWai for Health ในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

1. การศึกษารายงานปัญหาและประเมินการจัดการปัญหาในระบบฐานข้อมูลแอปพลิเคชัน TaWai for Health พบรายงานปัญหาในฐานข้อมูล TaWai for Health ในช่วงเวลาที่ศึกษาจำนวน 2,266 รายงาน โดยประเภทรายงานที่พบมากที่สุดคือ ผลิตภัณฑ์ส่งสัยอันตราย รองลงมาคืออาการไม่พึงประสงค์และโฆษณาเกินจริง ตามลำดับ โดยประเภทรายงานที่ได้รับการจัดการปัญหามากที่สุดคือ อาการไม่พึงประสงค์คิดเป็นร้อยละ 42.22 แต่เมื่อพิจารณาภาพรวมทั้งหมดในระบบ พบว่ารายงานปัญหาได้รับการแก้ไขเพียงร้อยละ 28.06 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้คือรายงานที่เข้าสู่ระบบ TaWai for Health ต้องได้รับการจัดการปัญหาทุกรายงาน ข้อมูลดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ รายงานปัญหาและการจัดการปัญหาที่แสดงในฐานข้อมูลแอปพลิเคชัน TaWai for Health

ประเภทปัญหา	จำนวน	ร้อยละ	รายงานสถานะใน TaWai for Health							
			รอดตรวจสอบ		รายงานด่วน		รอดดำเนินการ		อนุมัติ	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อาการไม่พึงประสงค์	611	26.96	329	53.84	9	1.47	15	2.45	258	42.22
2. ผลิตภัณฑ์ส่งสัยอันตราย	1,366	60.28	980	71.74	14	1.024	17	1.24	355	25.98
3. โฆษณาเกินจริง	289	12.75	218	75.43	0	0	48	16.6	23	7.95
รวม	2,266	100	1,527	67.38	23	1.01	80	3.53	636	28.06

ทั้งนี้ เมื่อสุ่มวิเคราะห์อ่านรายละเอียดรายงานที่ไม่ได้ดำเนินการจัดการปัญหาจำนวน 30 รายงาน พบว่ามี 14 รายงาน คิดเป็นร้อยละ 46.6 ได้รับการแก้ไขปัญหาเป็นที่เรียบร้อย แต่ผู้ดูแลระบบระดับอำเภอ ไม่ได้ดำเนินการแก้ไขปรับเปลี่ยนสถานะการจัดการปัญหาให้ตรงกับความเป็นจริงและเป็นปัจจุบันตามที่ระบบได้กำหนดไว้ ทำให้ตัวเลขที่แสดงในฐานข้อมูล Tawai for Health มีจำนวนรายงานที่ได้รับการจัดการปัญหาคต่ำกว่าความเป็นจริง

2. ปัญหาอุปสรรคการใช้งานแอปพลิเคชัน TaWai for Health ผู้ดูแลระบบระดับอำเภอ

ระบบการใช้งาน Tawai for Health มีความซับซ้อน ผู้ดูแลระบบระดับอำเภอยังไม่เข้าใจการใช้งานระบบทั้งหมด ส่วนใหญ่ใช้เมนูรายงานปัญหา เมนูการจัดการข้อมูลสรุปและประเมินผลไม่ได้ใช้งานและไม่เข้าใจถึงความสำคัญ ไม่มีการตรวจสอบรายงานประจำวัน จึงทำให้รายงานเข้ามาในระบบไม่ได้รับการตรวจรับ การแก้ไขปัญหาล่าช้า เสนอให้ผู้พัฒนาระบบ Tawai for Health ออกแบบการใช้งานที่ง่ายขึ้น และพัฒนาสื่อการสอนในรูปแบบออนไลน์ หรือรูปแบบอื่นๆที่เข้าใจง่ายสำหรับศึกษาด้วยตนเอง และสามารถโต้ตอบกับผู้พัฒนาระบบเมื่อพบปัญหาการใช้งาน พร้อมพัฒนาการแจ้งเตือนเมื่อมีรายงานเข้ามาในระบบ เพื่อการจัดการปัญหาที่เร็วขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาแนวทางการดำเนินงานโดยใช้เครื่องมือ TaWai for Health ในการคุ้มครองผู้บริโภค

ทีมผู้วิจัยศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน SRRT และระบบงานคุ้มครองด้านสุขภาพ พัฒนาร่างแนวทางเพื่อรับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญด้านงานคุ้มครองผู้บริโภคและด้านงาน SRRT ผลพบว่าผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยกับร่างแนวทางที่พัฒนาขึ้น แต่ทั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญด้านงาน SRRT แสดงความห่วงใย

เรื่องความปลอดภัยของผู้รายงาน จึงให้เพิ่มเติมขั้นตอนแจ้งเหตุการณ์ต้องเป็นความลับ หลังจากนั้นรับฟังความคิดเห็นจากผู้ที่มีส่วนได้เสีย ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ เพื่อปรับปรุงร่างแนวทางให้เป็นที่ยอมรับร่วมกัน สำหรับนำไปใช้ในการปฏิบัติจริงในพื้นที่ ซึ่งมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากร่างที่พัฒนาขึ้นดังนี้

1. เพิ่มการกำหนดจำนวนผู้ที่ร่วมออกตรวจในแต่ละครั้งอย่างน้อย 3 คน
2. การตรวจสอบหรือจัดการปัญหาในรูปแบบให้คำแนะนำหรือตักเตือน ไม่ต้องประสานงานเจ้าหน้าที่ตำรวจ กรณีที่ต้องการบังคับใช้กฎหมาย ให้ประสานงานเจ้าหน้าที่ตำรวจร่วมปฏิบัติการด้วย
3. เพิ่มการกำหนดระยะเวลาการจัดการปัญหาให้ชัดเจน ในกรณีร้องเรียนที่เป็นหนังสือราชการ แนวทางที่พัฒนาขึ้นใหม่ได้นำไปปฏิบัติในเหตุการณ์จริง 4 ครั้ง ซึ่งสามารถดำเนินการได้จริงตามแนวทางที่กำหนดไว้ โดยขอสรุปแนวทางที่พัฒนาขึ้นดังนี้

1. ขั้นตอนรายงานเหตุการณ์ ผู้รายงาน รายงานปัญหาผ่านระบบ TaWai for Health ทั้งนี้กรณีมีการรายงานปัญหาผ่านช่องทางอื่นให้ผู้ดูแลระบบประจำอำเภอนำรายละเอียดข้อมูลลงรายงานในระบบ TaWai for Health ให้เรียบร้อย

2. ขั้นตอนการตรวจสอบรายงานเหตุการณ์ ผู้ดูแลระบบประจำอำเภอตรวจสอบรายงานทุกวัน โดยตรวจสอบความสมบูรณ์ของรายงาน หากข้อมูลไม่สมบูรณ์ประสานขอข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รายงาน หรือ ลงพื้นที่ร่วมกับทีมหาข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อวางแผนการจัดการปัญหาต่อไป

3. ขั้นตอนการจัดการปัญหา เป็นขั้นตอนวางแผนและดำเนินการจัดการปัญหา โดยมีข้อกำหนดดังนี้

- 3.1 กรณีเหตุการณ์เร่งด่วน หมายถึง มีผู้ได้รับผลกระทบอันตรายรุนแรงต้องเข้ารักษาที่โรงพยาบาลหรือเสียชีวิต จัดการปัญหาภายใน 24 ชั่วโมง

3.2 กรณีเหตุการณ์ไม่เร่งด่วน หมายถึง ไม่มีผู้ได้รับอันตรายรุนแรงจัดการปัญหาภายใน 15 วัน

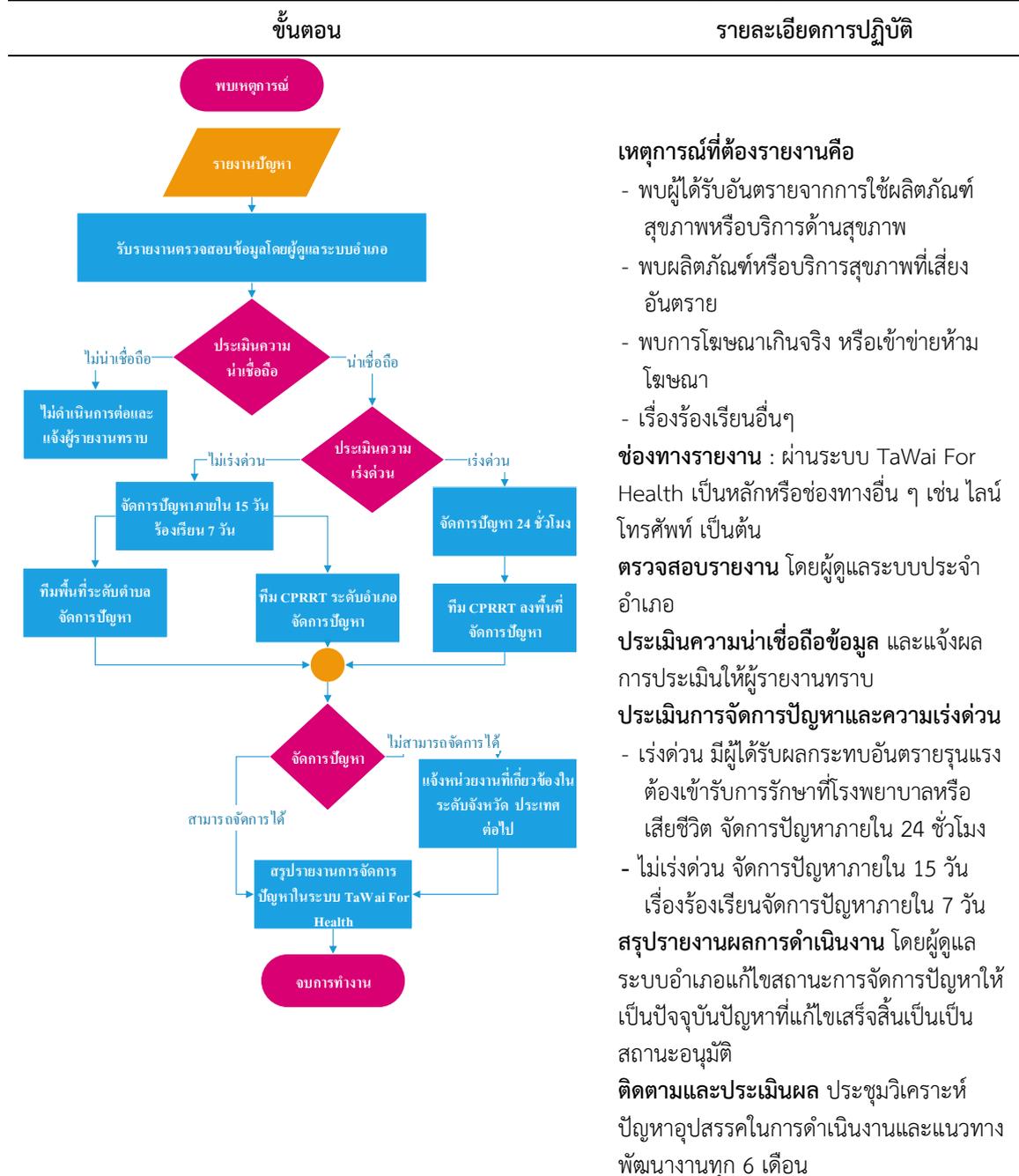
3.3 กรณีเป็นเรื่องร้องเรียนหนังสือราชการจัดการปัญหาภายใน 7 วัน

ทีมลงพื้นที่ในการจัดการปัญหาแบ่งเป็น 2 ทีม ได้แก่ ทีม CPRRT ระดับอำเภอ และทีม CPRRT ระดับตำบล โดยรายงานปัญหาที่มีอันตรายผลกระทบรุนแรง หรือร้องเรียน ดำเนินการจัดการปัญหาโดยทีม CPRRT ระดับอำเภอ รายงานปัญหาไม่รุนแรงสามารถจัดการโดยพื้นที่ได้ ดำเนินการโดยทีม CPRRT ระดับตำบล ทั้งนี้ทั้งสองทีมสามารถร่วมดำเนินการได้แล้วแต่กรณี โดยทีมปฏิบัติงานในแต่ละครั้งไม่น้อยกว่า 3 คน ทั้งนี้เหตุการณ์ใดที่ต้องการจัดการปัญหาโดยการบังคับใช้กฎหมายให้ประสานงานกับพนักงานเจ้าหน้าที่ตำรวจร่วมดำเนินการ สำหรับเหตุการณ์ที่ไม่สามารถจัดการปัญหาได้ในระดับพื้นที่ส่งต่อระดับจังหวัด เขต และประเทศต่อไป

4. ขั้นตอนสรุปผล รายงานปัญหาที่ได้รับการดำเนินการจัดการแก้ไขเป็นที่เรียบร้อย ผู้ดูแลระบบอำเภอสรุปรายงานและเปลี่ยนสถานะรายงานในฐานข้อมูล TaWai for Health ให้เป็นสถานะอนุมัติ

5. ขั้นตอนติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน เป็นขั้นตอนติดตามและประเมินความต่อเนื่องของกระบวนการทำงาน โดยเครือข่ายพื้นที่

ตาราง 2 แนวทางการดำเนินงานโดยใช้เครื่องมือ TaWai for Health ในการคุ้มครองผู้บริโภค



ตาราง 3 ตัวอย่างการจัดการรายงานปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ หลังพัฒนาแนวทางใหม่

รายละเอียดเหตุการณ์	ช่องทางรายงาน	แนวทางดำเนินการ
แจ้งเหตุการณ์ร้านชำจำหน่ายสเตียรอยด์	TaWai For Health	Admin ประเมินเหตุการณ์: เข้าข่ายไม่เร่งด่วน ดำเนินการ: ประสานทีม CPRRT ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ 3 คนดำเนินการลงพื้นที่ตรวจสอบร้านชำ ผลไม่พบยาสเตียรอยด์จำหน่ายในร้าน เจ้าของร้านให้ข้อมูลเคยนำยาดังกล่าวมาจำหน่าย เนื่องจากตนเองใช้แล้วอาการปวดดีขึ้นจึงนำมาขายที่ร้าน แต่ปัจจุบันเลิกขายแล้ว ไม่มีข้อมูลผู้ที่นำยาสเตียรอยด์มาส่งที่ร้านเนื่องจากคนขายไม่ให้รายละเอียดติดต่อไว้ สรุปการดำเนินการ: ให้คำแนะนำผู้ประกอบการห้ามจำหน่ายยา ที่มีขายสามัญประจำบ้าน ขอความร่วมมือส่งข้อมูลให้พนักงานเจ้าหน้าที่ หากมีรายละเอียดข้อมูลเกี่ยวกับผู้นำยาสเตียรอยด์มาขาย บันทึกรายงานในระบบ TaWai For Health เปลี่ยนสถานะในโปรแกรมเป็นอนุมัติ เป็นการจัดการปัญหาระดับพื้นที่ การจัดการปัญหาคั้งนี้ใช้ระยะเวลา 4 วัน หลังได้รับรายงาน
ร้านขายยาแผนโบราณผลิตยาไม่มีทะเบียน	หนังสือร้องเรียน	Admin ประจําอำเภอ ประเมินเหตุการณ์: เข้าข่ายไม่เร่งด่วน ดำเนินการ: ประสานทีม CPRRT ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ 3 คนดำเนินการลงพื้นที่ตรวจสอบร้านขายยาดังกล่าว พบว่ามีการจำหน่ายยาไม่มีทะเบียนจริง ผู้ประกอบการให้ข้อมูลว่าอดีตมีใบอนุญาตเวชกรรมทางแพทย์แผนไทยจึงผลิตยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ร้าน ปัจจุบันไม่มีใบอนุญาตดังกล่าวแล้ว แต่ยังมีกรดำเนินการผลิตอยู่ หลังได้รับคำแนะนำจะหยุดจำหน่าย สรุปการดำเนินการ: ให้คำแนะนำงดผลิตยา ทำบันทึกรายงานส่ง สสจ. นัดทีมลงพื้นที่สุ่มตรวจเฝ้าระวังร้าน บันทึกรายงานในระบบ TaWai For Health เปลี่ยนสถานะในโปรแกรมเป็นอนุมัติ เนื่องจากเฝ้าระวังติดตาม ไม่พบการกระทำผิดอีก การจัดการปัญหาคั้งนี้ใช้ระยะเวลา 3 วัน หลังได้รับรายงาน เฝ้าระวังติดตามต่อเนื่อง 1 เดือน

### อภิปรายผล

#### 1. การศึกษาสถานการณ์การใช้งาน TaWai for Health ในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

รายงานปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการจัดการและแก้ไขปัญหาแสดงผลในระบบฐานข้อมูล TaWai for Health เพียงร้อยละ 28 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้คือร้อยละ 100 เมื่อวิเคราะห์เนื้อหารายงานที่ไม่ได้แสดงสถานะอนุมัติ ซึ่งระบบตีความว่าไม่มีการดำเนินการจัดการปัญหา พบว่าร้อยละ 46.6 ได้รับการแก้ไขปัญหาเป็นที่เรียบร้อย แต่ผู้ดูแลระบบอำเภอไม่ได้เปลี่ยนสถานะรายงานให้เป็นปัจจุบัน ทำให้ตัวเลขรายงานการจัดการปัญหาในฐานข้อมูล TaWai for Health ต่ำกว่าความเป็นจริง นับเป็นความคลาดเคลื่อนในระดับบุคคล (Personal Error) ดังนั้นหากจะมีการนำข้อมูลไปอ้างอิงเพื่อประโยชน์ในการพัฒนางานต่อไป ตัวเลขที่แสดงนั้นยังมีความคลาดเคลื่อน ทั้งนี้อาจเนื่องจากระบบดังกล่าวยังเป็นระบบใหม่ ซึ่ง TaWai for Health เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการทำงานคุ้มครองผู้บริโภค มีความแตกต่างจากเครื่องมือหรือระบบที่พัฒนาก่อนหน้านี้ เช่น กรมวิทย์ With You กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และ HPVCL สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา แต่สามารถส่งเสริมการทำงานร่วมกันได้ โดยมีจุดเด่นในการทำงานที่ครอบคลุมการเก็บข้อมูลทุกด้าน ทั้งผู้ป่วย ผลิตภัณฑ์ และด้านเศรษฐศาสตร์ และการประเมินประสิทธิภาพการทำงานได้ จึงทำให้มีการเก็บข้อมูลเยอะและระบบซับซ้อน ดังนั้นผู้ใช้งานต้องได้รับการอบรมก่อนใช้งานระบบ เพื่อการเก็บข้อมูลที่นำเชื่อถือ สำหรับการจัดการปัญหารายงานเข้ามาในระบบ TaWai for Health ล่าช้า เนื่องจากผู้ดูแลระบบระดับอำเภอไม่ได้ดำเนินการตรวจสอบรายงานอย่างสม่ำเสมอและไม่มีระบบแจ้งเตือน ซึ่งทีมพัฒนาต้องพัฒนาระบบต่อไปในอนาคต

การจำแนกประเภทรายงานในฐานข้อมูล TaWai for Health จำแนกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) รายงานอาการไม่พึงประสงค์ 2) รายงานผลิตภัณฑ์อันตราย 3) รายงานโฆษณาเกินจริง ซึ่งแตกต่างจาก เครื่องมือเฝ้าระวังด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่พัฒนาขึ้นมาก่อน เช่น กรมวิทย์ with you จึงจำแนกเป็นรายผลิตภัณฑ์ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลในฐาน TaWai for Health สามารถดึงข้อมูลรายชนิดผลิตภัณฑ์ได้ ยกตัวอย่าง ผลิตภัณฑ์ที่รายงานใน

ประเภทอาการไม่พึงประสงค์ในช่วงการศึกษามากที่สุดคือยา พบ 580 รายการ คิดเป็นร้อยละ 95 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่รายงานใน กรมวิทย์ With You ผลิตภัณฑ์ที่รายงานมากที่สุดในฐานข้อมูลดังกล่าวคือยา จำนวน 587 รายการ (Department of Medical Sciences, 2019) ทั้งนี้ที่ TaWai for Health จำแนกประเภทรายงานลักษณะดังกล่าว เพื่อประโยชน์ในการจัดลำดับความเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหา

## 2. พัฒนาแนวทางการดำเนินงานโดยใช้เครื่องมือ TaWai for Health ในการคุ้มครองผู้บริโภค

แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้เครื่องมือ TaWai for Health ในการคุ้มครองผู้บริโภคได้ประยุกต์ใช้หลักการทางงาน SRRT ซึ่ง ประเสริฐ ไหลหาโคตร ได้ศึกษาและสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานทีม SRRT ระดับตำบล ไว้ดังนี้ 1) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอน 2) มีการแบ่งปันและใช้ทรัพยากรร่วมกัน 3) มีการจัดระบบในการเฝ้าระวังโรคในหมู่บ้าน 4) การทำงานเป็นทีม ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน มีการประสานการทำงานร่วมกันอย่างเป็นเอกภาพ (Laihakhot, 2016) โดยกระบวนการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้เครื่องมือ TaWai for Health ในการคุ้มครองผู้บริโภคที่ได้จากการศึกษานี้ มีการนำปัจจัยแห่งความสำเร็จดังกล่าวมาใช้ในกระบวนการดำเนินงาน เช่นการรับฟังผู้มีส่วนได้เสีย การจัดระบบเฝ้าระวังและการทำงานเป็นทีม และได้สรุปขั้นตอนการทำงานประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) รายงานเหตุการณ์ 2) การตรวจสอบรายงานเหตุการณ์ 3) การจัดการปัญหา 4) สรุปผลและจัดการเปลี่ยนสถานะรายงานให้เป็นปัจจุบัน และ 5) ขั้นตอนติดตามและประเมินผล โดยแนวทางที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้ได้กำหนดให้มีการตรวจสอบรายงานทุกวัน มีรูปแบบและคณะทำงาน รวมถึงได้กำหนดเป้าหมายระยะเวลาการจัดการปัญหาอย่างชัดเจนเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการทำงาน และมีการประชุมประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้จากการดำเนินการทางผู้วิจัยสามารถนำเอาแนวทางของ SRRT มาประยุกต์ใช้กับงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ ถึงแม้จะมีบางประเด็นที่แตกต่างจากระบบ SRRT เช่น ผู้ประสานงานหลักในกระบวนการดำเนินงาน SRRT คือ นักวิชาการสาธารณสุขด้านระบาดวิทยา ส่วนงานคุ้มครองผู้บริโภคคือ เกษัชกร ส่วนเหตุการณ์จัดการปัญหานั้น งานด้าน SRRT ส่วนใหญ่เป็นเป็นผลด้านบวกต่อสุขภาพประชาชนความร่วมมือในการจัดการปัญหาจากคนในพื้นที่จึงสูง ในขณะที่งานคุ้มครองผู้บริโภคถึงแม้จะเป็นประโยชน์ต่อประชาชน แต่การแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่อาจสร้างความลำบากใจให้ทีมดำเนินงาน เนื่องจากมีประเด็นเรื่องกฎหมายและการเสียผลประโยชน์ ผู้เชี่ยวชาญด้านงาน SRRT มีมุมมองเรื่องความร่วมมือเฝ้าระวังของคนในชุมชน งานคุ้มครองผู้บริโภคน่าจะต่ำกว่างานด้านโรคระบาด ดังนั้นจึงต้องสร้างกระบวนการให้เครือข่ายมั่นใจถึงเรื่องความปลอดภัยในการรายงานปัญหา เช่น ต้องเก็บความลับของผู้รายงานให้ดี ซึ่งระบบ TaWai for Health สามารถช่วยแก้ไขปัญหาส่วนนี้ได้ เพราะมีการปกปิดความลับผู้รายงาน และมีการออกแบบโครงสร้างการเก็บข้อมูลที่ตี สามารถนำไปวิเคราะห์เพื่อแก้ปัญหาเชิงระบบได้ ในขณะที่ทีมงาน SRRT ในระดับตำบล ยังไม่มีเครื่องมือที่ใช้เก็บรายงานในรูปแบบ อิเล็กทรอนิกส์ หรือ โปรแกรมรายงานที่พัฒนาขึ้นมาโดยเฉพาะปัจจุบันเก็บรายงานในรูปแบบกระดาษ โดยความเห็นผู้เชี่ยวชาญด้านงาน SRRT ส่วนใหญ่ สนับสนุนและคิดว่า การประยุกต์ใช้แนวทาง SRRT บวกกับการใช้งานเครื่องมือ TaWai for Health ตามแนวทางที่ศึกษาสามารถปฏิบัติงานในพื้นที่ได้จริง ทั้งนี้เพื่อให้การทำงานเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและถูกต้อง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอวารินชำราบ ต้องควบคุมกำกับและติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และควรมีช่องทางการสื่อสารระหว่างคณะทำงานคุ้มครองผู้บริโภคอำเภอและมีการสื่อสารแลกเปลี่ยนการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อกระตุ้นการทำงานและพูดคุยทบทวนแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน

อย่างไรก็ตามการทดลองปฏิบัติงานตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นได้นำมาทดลองเพียง 4 เหตุการณ์ และดำเนินการเพียงในพื้นที่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี การนำเอาแนวทางนี้ไปใช้ในพื้นที่อื่น ๆ จำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาการนำแนวทางนี้ไปประยุกต์ใช้และพัฒนาให้เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่อีกชั้นหนึ่ง นอกจากนี้การพัฒนาเครื่องมือ TaWai for Health ในอนาคตควรออกแบบระบบการใช้งานเครื่องมือให้สะดวกและใช้งานง่ายขึ้นสำหรับเครือข่าย มีคู่มือการใช้งานอย่างง่ายสำหรับผู้สนใจ นอกจากนี้ต้องมีการพัฒนารูปแบบการสื่อสารและกระบวนการจัดการปัญหาร่วมกับหน่วยงานระดับสูงขึ้นไปในระดับจังหวัด เขต และประเทศผ่าน

เครื่องมือ TaWai for Health เพื่อประโยชน์ในการจัดการปัญหาด้านงานคุ้มครองผู้บริโภคที่รวดเร็วและขยายวงกว้าง ซึ่งจะส่งผลให้สามารถใช้แนวทางการจัดการปัญหาที่พัฒนาขึ้นนี้ร่วมกับเครื่องมือ TaWai for Health ในการจัดการปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ อย่างมีประสิทธิภาพในอนาคตได้

ทั้งนี้ การพัฒนาแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้เครื่องมือ TaWai for Health ในการคุ้มครองผู้บริโภคในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ วิจิมากร เม่งช่วย และคณะ ซึ่งได้ศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และได้สรุปกรอบภารกิจและแผนงานการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคไว้ 5 หัวข้อ ดังนี้ 1) การจัดการข้อมูล 2) การพัฒนาศักยภาพผู้บริโภคและเครือข่าย 3) การเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภค 4) การประสานงานในเรื่องการรับเรื่องร้องเรียน 5) การสื่อสารสาธารณะ เพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร ทั้งนี้มีประเด็นที่มีความแตกต่างกันในส่วนกระบวนการสื่อสารสาธารณะ ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไม่ได้กำหนดเป็นขั้นตอนดังกล่าวไว้ ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าหากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีการเพิ่มเติมขั้นตอนการดำเนินงานในหัวข้อที่ 6 เป็นเรื่องสื่อสารสาธารณะ น่าจะทำให้กระบวนการจัดการปัญหาด้านงานคุ้มครองผู้บริโภคสมบูรณ์ขึ้น (Mengchuay, & Sutheravut, 2010) นอกจากนี้การศึกษาค้นคว้านี้ยังสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติการทำงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่องแนวทางปฏิบัติงานการจัดการภัยจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยแบ่งภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพออกเป็น 4 หัวข้อ ได้แก่ 1) จากผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยตรง 2) จากพฤติกรรมผู้บริโภค 3) จากสถานประกอบการ และ 4) จากการโฆษณา ทั้งนี้เครื่องมือ TaWai for Health ที่พัฒนาขึ้นนี้ได้ออกแบบการรวบรวมปัญหาครอบคลุมทั้ง 4 หัวข้อ โดยเป็นทั้งหัวข้อหลักและหัวข้อย่อยในรายงาน ส่วนแนวทางจัดการปัญหา อย. ได้กำหนด 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1)การตรวจจับภัย ซึ่งเทียบกับการศึกษาค้นคว้าคือ กระบวนการเฝ้าระวังปัญหาในพื้นที่ 2) การประเมินภัย ซึ่งเทียบกับการศึกษาค้นคว้าคือกระบวนการประเมินความเร่งด่วน 3) การควบคุมและลดขนาดปัญหา ซึ่งเทียบกับการศึกษาค้นคว้าคือ กระบวนการจัดการปัญหา และ 4) การทบทวนและประเมินผล แสดงให้เห็นว่าการศึกษาค้นคว้านี้มีแนวทางและขั้นตอนการทำงานคล้ายคลึงกับแนวทางของ อย. ถึงแม้จะมีการกำหนดหัวข้อที่แตกต่างกัน ซึ่ง อย.ใช้ชื่อทีมจัดการปัญหาว่า ทีมตระหนักรู้อาหารและยา (Food and Drug Administration, 2016) สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้ชื่อทีมว่า ทีมคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพเคลื่อนที่เร็ว (Consumer Protection Rapid Response Team: CPRRT)

ซึ่งจุดเด่นของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วม แนวทางที่พัฒนาขึ้นเป็นที่ยอมรับคณะทำงาน เมื่อนำไปสู่การปฏิบัติจริงจึงได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีกับทีมปฏิบัติงาน ข้อจำกัดคือจำนวนเหตุการณ์ที่ทดลองปฏิบัติจริง 4 เหตุการณ์ ยังไม่ครอบคลุมประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริงทั้งหมด ควรเพิ่มระยะเวลาและจำนวนเหตุการณ์ในการทดลองแนวทางเพิ่มขึ้น

### การนำผลการวิจัยไปใช้

แนวทางที่พัฒนาขึ้นถูกนำมาใช้เป็นแนวทางหลักในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคอำเภอวารินชำราบ ทำให้การจัดการปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากเป็นแนวทางที่ยอมรับร่วมกันและมีกระบวนการติดตามและประเมินผล นอกจากนี้เครื่องมือ TaWai for Health ยังมีการนำไปใช้ในหลายพื้นที่ทั้งใน รพ.สต. โรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุข ในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 10 และ 12 และได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในการนำเครื่องมือ TaWai for Health ไปใช้ประโยชน์ในงาน RDU Community

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. แนวทางที่พัฒนาขึ้นนี้ ภายใต้บริบทพื้นที่อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี หากจะนำไปใช้ในพื้นที่อื่น ควรมีการศึกษาค้นคว้าให้เหมาะสมกับพื้นที่ตนเอง

2. เครื่องมือ TaWai or Health อยู่ในช่วงพัฒนาซึ่งจากผลการศึกษายังพบปัญหาการใช้งานเครื่องมือดังกล่าว ส่งผลให้ข้อมูลที่แสดงในระบบมีความคลาดเคลื่อน ทีมพัฒนาเครื่องมือควรศึกษาวิจัยพัฒนาเครื่องมือให้ใช้งานง่าย และพัฒนาสื่อการสอนการให้ผู้ใช้งานสามารถศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเอง และเพิ่มช่องทางติดต่อปัญหาเพื่อช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาให้กับผู้ใช้งานอย่างรวดเร็ว

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณวิทยาลัยการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพแห่งประเทศไทย (วคบท.) แผนงานพัฒนาวิชาการและกลไกคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) และสถาบันวิจัยระบบสุขภาพแห่งชาติ (สวรส.) ที่สนับสนุนงบประมาณในการศึกษาครั้งนี้

### References

- Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control. (2012 A). *Standards and Guidelines of Surveillance and Rapid Response Team*. Bangkok: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand. Limited. (In Thai)
- Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control. (2012 B). *Event Surveillance Guidelines of SRRT for Sub-District Networks*. Bangkok: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand. Limited. (In Thai)
- Cosmetic Control Group, Food and Drug Administration. (2019). *Dangerous Cosmetics*. Retrieved May 29, 2019 from [http://www.fda.moph.go.th/sites/Cosmetic/SitePages/Dangerous\\_Cosmetics.aspx](http://www.fda.moph.go.th/sites/Cosmetic/SitePages/Dangerous_Cosmetics.aspx)
- Department of Medical Sciences. (2019). *Alarm System Database for Quality and Safety of Healthcare Products*. Retrieved May 29, 2019 from [http://alert.dmsc.moph.go.th/drug\\_alert\\_show\\_guest.php](http://alert.dmsc.moph.go.th/drug_alert_show_guest.php)
- Food and Drug Administration. (2016). *Management Guideline for Adverse Health Care Product Problems for Public Health Officer*. Retrieved May 25, 2019 from [http://thaihpvc.fda.moph.go.th/thaihvc/Public/NewsAdr/uploads/hpvc\\_747.pdf](http://thaihpvc.fda.moph.go.th/thaihvc/Public/NewsAdr/uploads/hpvc_747.pdf)
- Kongwong, R. (2013). *Screening of Non-Indication Steroidal Drug Use in Non-Communicable Disease Patients Projects in Warinchamrab, Ubon Ratchathani*. (In Thai)
- Laihakhot, P. (2016). Development of Surveillance Prevention and Control of Dengue Fever in the Village by SRRT District Level Ban Nong Ya Plong Tambon Bo Yai Borabue Mahasarakham. *Mahasarakham Hospital Journal*, 13(3), 43-50.
- Mengchuay, W., & Suthravut, P. (2010). *Development Study of Customer Protection Procedures in Subdistrict Administration Organization: a Case Study of Pak Phun, Nakhon Si Thammarat*. Retrieved May 25, 2019 from <https://www.consumersouth.org/paper/727>
- Rajatanavin, R., Thakinstian, A., Chailuekkit, L., Savanga-riyasakul, A., Sooksriwong, C., Silakawut, P., et al. (2007). *Prevalence of Overt Manifestation of Steroid Abuse Without Medical Indication*. Bangkok: Thailand Research Fund. (In Thai)

## ประสบการณ์ของนักศึกษาที่เข้าร่วมกิจกรรมการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ: การวิจัยเชิงคุณภาพ

### Students' Experiences while Attending Inter-Professional Education (IPE) Activities: A Qualitative Study

อนัญญา คูอาริยะกุล<sup>1\*</sup>, สุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา<sup>1</sup>, อัจฉนี วันชัย<sup>2</sup>,  
สมภรณ์ เทียนขาว<sup>2</sup>, สิริวัฒน์ आयวัฒน์<sup>2</sup>, ประภคต ประภาอินทร์<sup>3</sup> และ นิชดา สารถวัลย์แพศย์<sup>4</sup>  
Ananya Kooariyakul<sup>1\*</sup>, Suchada Intarakumhang Na Rachasima<sup>1</sup>, Ausanee Wanchai<sup>2</sup>,  
Samaphorn Theinkaw<sup>2</sup>, Sireewat Ar-yuwat<sup>2</sup>, Prakrit Prapha-Inthara<sup>3</sup> and Nichada Santwanpas<sup>4</sup>  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิต<sup>1\*</sup>, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช พิษณุโลก<sup>2</sup>,  
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก<sup>3</sup>, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนonthaburi<sup>4</sup>  
Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit<sup>1\*</sup>, Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj Phitsanulok<sup>2</sup>,  
Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok<sup>3</sup>, Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi<sup>4</sup>

(Received: April 20, 2020; Revised: September 10, 2020; Accepted: September 28, 2020)

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การเข้าร่วมกิจกรรมการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์สุขภาพ ผู้ให้ข้อมูล คือนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิตสุขภาพ จาก 3 สถาบัน ที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ ปีการศึกษา 2562 จำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการของจือจี้ ผลการวิจัยพบว่า

1. ความรู้ที่สำคัญสำหรับการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ คือ ความรู้ในเนื้อหาวิชาชีพของแต่ละวิชาชีพ และทักษะที่สำคัญในการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ 3 ลำดับแรก คือ การทำงานเป็นทีม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกัน
  2. ความรู้ที่ได้รับมากที่สุดจากการเข้าร่วมกิจกรรม คือ ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยตามเนื้อหาความรู้ของแต่ละวิชาชีพที่นำมาร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วย และทักษะที่นักศึกษาได้รับมากที่สุดคือ การทำงานเป็นทีม
  3. ประสบการณ์การทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพที่ทำให้มั่นใจในการเป็นนักสุขภาพแบบสหสาขาวิชาชีพ คือ การได้ทำงานเป็นทีมกับเพื่อนต่างวิชาชีพ และการสร้างสัมพันธ์ภาพ
  4. ความรู้สึกต่อการเข้าร่วมกิจกรรม คือ รู้สึกถึงความมีคุณค่าในวิชาชีพของตนเอง และทำให้เข้าใจการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพมากขึ้น
  5. สิ่งที่ดีที่นักศึกษาได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมคือ การเปิดมุมมองของตนเองจากการเข้าใจการทำงานของแต่ละวิชาชีพ การได้รับความรู้เพิ่มเติมจากวิชาชีพอื่น การได้เพื่อนใหม่ และได้ทำงานร่วมกัน ส่วนสิ่งที่ควรปรับปรุงคือ ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม และการชี้แจงงานก่อนเริ่มดำเนินโครงการ
- ดังนั้น สถาบันการศึกษาควรมีการประสานความร่วมมือกันในการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพให้นักศึกษา เพื่อเตรียมความพร้อมและสร้างความมั่นใจ รวมถึงเกิดเจตคติที่ดีในการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเมื่อนักศึกษาสำเร็จการศึกษา

**คำสำคัญ:** ประสบการณ์, กิจกรรมการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: ananya@unc.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 063-15644280)

## Abstract

This phenomenological qualitative study aimed to explore health science students' experiences in attending inter-professional education (IPE) activities. Participants were 30 health science students from 3 institutions. They participated into an inter-professional education (IPE) program in academic year 2019. Data were collected by individual in-depth interviews and analyzed based on Giorgi's phenomenological approach. Results of the study were as follows.

1. The most important knowledge from multidisciplinary work was the main knowledge of each professional. The 3 first important skills for working as a multidisciplinary team were teamwork, effective communication, and mutual acceptance of other opinions.
2. The most knowledge gained from participating in the inter-professional activities was about patient care planning, whereas the most developed skill during the program was teamwork.
3. The multidisciplinary work experience helped nursing students to be confident in being part of a multidisciplinary health professional team.
4. The feeling of participation in the activity were a sense of value in their profession and gain more understanding of multidisciplinary achievements.
5. The good things that students received from participating in the activities were opening one's own view for understanding each profession, acquiring additional knowledge from other professions, making new friends, and working together. Recommendations for improving the program were a longer period for the program, and job clarification before starting the program.

Therefore, education institutions should collaborate together for conducting more inter-professional education programs, so that students will be ready, confident, and have good attitudes towards multidisciplinary team work when graduated.

**Keywords:** Inter-Professional Education, IPE, Health Science Students

## บทนำ

คุณลักษณะของผู้เรียนเพื่อขับเคลื่อนสู่ประเทศไทย 4.0 คือผู้เรียนยุคใหม่ต้องเน้นการคิด มีสมรรถนะ (ปฏิบัติงานได้จริง) เป็นผู้แสวงหาความรู้ด้วยตนเอง สามารถผลิตองค์ความรู้และนวัตกรรมได้ สามารถบูรณาการกับสังคม และเน้นการร่วมมือกันทำ (Chareonwongsak, 2016) ทั้งนี้การจัดการเรียนการสอนที่จะสามารถส่งเสริมทักษะดังกล่าวได้นั้น ผู้สอนต้องเปลี่ยนแปลงทัศนคติจากแนวคิดแบบดั้งเดิมไปสู่แนวคิดใหม่ที่ต้องให้ความสำคัญกับผู้เรียน และทำให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางของกระบวนการเรียนรู้ โดยผ่านรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ให้ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติหรือกระบวนการเรียนรู้แบบฝังรู้ (Active Learning) (Suwanjaroen, Sarakshetrin, & Malai, 2017) ซึ่งรูปแบบหนึ่งของการจัดการเรียนการสอนดังกล่าวคือ การจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ (Interprofessional Education: IPE)

การจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ เป็นการจัดการเรียนการสอนที่เกิดขึ้นเมื่อผู้เรียนจากสองวิชาชีพขึ้นไปได้เรียนรู้เกี่ยวกับ เรียนรู้จาก และเรียนรู้ร่วมกันเพื่อให้เกิดความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพและพัฒนาผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ (World Health Organization, 2010) โดยเป้าหมายของการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย การเรียนรู้ว่าแต่ละวิชาชีพมีบทบาท ความรับผิดชอบอะไร (Role, Responsibility, Respect) รู้จักภาวะความเป็นผู้นำ (Leadership) การทำงานเป็นทีมอย่างเข้าใจกันและกัน (Teamwork) และการเรียนการสอนสะท้อนย้อนคิด (Learning & Reflection) (Sarakshetrin, Sriyasak,

Ketin, & Rongmuang, 2019) นอกจากนี้การจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพยังช่วยพัฒนาความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ดี ที่เกิดจากการทำงานร่วมกันเป็นทีมอีกด้วย (Buring, Bhushan, Broeseker, Conway, Duncan-Hewitt, Hansen, et.al., 2009) สำหรับประเทศไทยการจัดการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพได้เริ่มต้นขึ้นในปี พ.ศ.2557 โดยคณะกรรมการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ เพื่อพัฒนาการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในศตวรรษที่ 21 มีคณะกรรมการการศึกษาแบบสหวิชาชีพ (IPE) ประกอบด้วยตัวแทนจาก สถาบันการศึกษาและสภาวิชาชีพจากหลากหลายวิชาชีพ รวมถึงสัตวแพทย์ พยาบาล กายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ ทันตแพทย์ แพทย์แผนไทย สาธารณสุข เกษษกร และแพทย์ เพื่อดำเนินการขับเคลื่อนการศึกษาแบบสหวิชาชีพในสถาบัน (The National Health Professional Education Foundation, 2010) โดยเป้าหมายหลักของการจัดการศึกษาดังกล่าว คือ การเตรียมผู้เรียนให้มีความพร้อมสำหรับการทำงานเป็นทีม ดังนั้นเมื่อนักศึกษาได้ผ่านกระบวนการเรียนรู้จากการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพจนสำเร็จ การศึกษาออกไปประกอบวิชาชีพ จะสามารถปฏิบัติงานอย่างมีอาชีพพร้อมกันเป็นทีม มีเป้าหมายร่วมกันที่มุ่งให้ สุขภาพของผู้รับบริการดีขึ้น โดยสามารถปฏิบัติงานเป็นทีมสุขภาพ (Collaborative Practice) ที่แข็งแกร่ง สามารถก้าวข้ามความซับซ้อนปัญหาการเจ็บป่วยของมนุษย์ในโลกยุคดิจิทัล ในยุคระบบสุขภาพซับซ้อน ในยุคที่ โลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากและอย่างรวดเร็วทั้งทางภูมิอากาศ สิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยี ในยุคของวิถีชีวิตคนรุ่นใหม่ รวมทั้งในยุคที่คนอายุยืนมากขึ้น ซึ่งรวมกันเป็นปัญหาใหญ่ที่มากขึ้นกว่าผู้เชี่ยวชาญ วิชาชีพสุขภาพสาขาใดสาขาหนึ่งจะสามารถต่อสู่จัดการเพื่อแก้ไขหรือตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ (Health Needs) ได้ (Chuenkongkaew, 2018) ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของสถาบันการศึกษาที่ต้องเตรียมให้ผู้เรียน เหล่านี้มีสมรรถนะในการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากการทำงานในชีวิตจริงของบุคลากรทางด้าน สุขภาพจำเป็นต้องทำงานเป็นทีมและมีความสามารถในการสื่อสารกับคนอื่นๆ อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ พบว่า มีการศึกษาวิจัยทั้งเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพและการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ที่แสดงให้เห็นผลลัพธ์ของการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพในทางบวก เช่น การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ เกี่ยวกับการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพในทางบวก ความรู้และทักษะในการทำงานร่วมกัน การประสานงานกัน การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการเข้าใจในบทบาทของแต่ละวิชาชีพ ซึ่งก่อให้เกิดผลลัพธ์ถึงคุณภาพของ การดูแลผู้รับบริการในทางปฏิบัติได้ ในที่สุด (Hammick, Freeth, Koppel, Reeves, & Barr, 2007; Kenaszchuk, Rykhoff, Collins, McPhail, & van Soeren, 2012; Reeves, Fletcher, Barr, Birch, Boet, Davies, et. al. , 2016; Homeyer, Hoffmann, Hingst, Oppermann, & Dreier-Wolffgramm, 2018) จากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับนักศึกษาและผลดีต่อผู้รับบริการดังกล่าว วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช และวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ในฐานะ สถาบันการศึกษาสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งตั้งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 2 ได้เล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนา สมรรถนะนักศึกษาให้มีความพร้อมในการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ จึงได้ร่วมกันพัฒนาหลักสูตรการเรียน การสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ (Interprofessional Education) ประกอบด้วย 4 หน่วยการเรียนรู้ คือ 1) ทักษะของ นักสุขภาพแบบสหวิชาชีพ 2) แนวคิดของนักสุขภาพแบบสหวิชาชีพ 3) กลวิธีทางสุขภาพของนักสุขภาพแบบสห วิชาชีพ และ 4) การบูรณาการความรู้นโยบายเพื่อประยุกต์อย่างเป็นระบบเพื่อจัดการสุขภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยนำมาจากแนวคิดการจัดการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2010) และดำเนินการจัดโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้ ได้ข้อมูลเชิงลึกในการปรับปรุงพัฒนาวิธีการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพในการศึกษาความคิดเห็นจากผู้เรียนที่มีประสบการณ์การเข้า ร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพมาก่อน เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการพัฒนาการ ดำเนินการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

## วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับการเข้าร่วมการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตร์สุขภาพ

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology study)

### ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลการวิจัย คือ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตร์สุขภาพ ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2562 จาก 3 สถาบัน สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งตั้งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 2 ที่เข้าร่วมโครงการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช จำนวน 6 คน นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์ จำนวน 6 คน และนักศึกษาจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 18 คน ประกอบด้วย สาขาสาธารณสุขชุมชน จำนวน 6 คน สาขาแพทย์แผนไทย จำนวน 6 คน สาขาทันตสาธารณสุข จำนวน 6 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. มีการรับรู้สติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ
2. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

1. เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพไม่ครบทุกขั้นตอน
2. มีการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือมีปัญหาสุขภาพที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน
3. ลาออกหรือยุติการเรียนในช่วงระยะเวลาที่เก็บข้อมูลวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล โดยเป็นผู้สัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล (In-depth Interview) ในระหว่างการสัมภาษณ์มีการจดบันทึก และสังเกตสีหน้าท่าทางของผู้ให้ข้อมูล เครื่องมืออื่น ๆ ที่ใช้ได้แก่ แบบบันทึกภาคสนาม แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล (ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา เกรดเฉลี่ยสะสม และสถาบันการศึกษา) เทปบันทึกเสียง และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับประสบการณ์การเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแนวคำถามเป็นคำถามปลายเปิด เช่น 1) ความรู้/ทักษะที่สำคัญสำหรับการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ 3 ลำดับแรก คืออะไรบ้าง 2) ความรู้/ทักษะอะไรที่ได้รับมากที่สุดจากการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพครั้งนี้ 3) มีประสบการณ์/ทักษะการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพอะไรที่ช่วยให้มั่นใจในการเป็นนักสุขภาพแบบสหสาขาวิชาชีพมากขึ้นบ้างจากการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพครั้งนี้ 4) ความรู้สึกต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพครั้งนี้ และ 5) สิ่งที่ดีและสิ่งที่ควรปรับปรุงในการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพครั้งนี้ ควรเป็นเรื่องใด และมีแนวทางแก้ไข/ข้อเสนอแนะอย่างไร

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ประสบการณ์การเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และอาจารย์สาธารณสุขชุมชน 1 ท่าน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข และนำไปทดลองสัมภาษณ์นักศึกษาที่เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 2 คน เพื่อดูความเหมาะสมของการใช้ภาษาก่อนนำไปใช้จริง ซึ่งพบว่าการปรับคำเล็กน้อยในข้อคำถามข้อที่ 3 คือ มีประสบการณ์/ทักษะอะไรที่ทำให้มั่นใจในการเป็นนักสุขภาพแบบสหสาขาวิชาชีพมากขึ้นจากการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้

## ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยมีคุณภาพ ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบดังนี้ ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยการตรวจสอบข้อมูลซ้ำกับผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยสรุปเรื่องราวต่าง ๆ ให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้องในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล และระหว่างสัมภาษณ์มีการบันทึกเทปซึ่งทำให้ได้ข้อมูลอย่างครบถ้วนทุกครั้ง สามารถตรวจสอบได้ นอกจากนี้ยังมีการตรวจสอบจากสมาชิกผู้ร่วมทีมวิจัย โดยทีมผู้วิจัยมีการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนมุมมองและความคิดเห็นในการเก็บรวบรวมข้อมูล และผู้วิจัยทุกคนจะอ่านบทสัมภาษณ์ที่ได้รับการถอดเทปจากการบันทึกแบบคำต่อคำ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพว่าตรงกันหรือไม่

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ ครบทั้ง 2 ระยะเวลา ผู้วิจัยนัดสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้ให้ข้อมูลรายบุคคล ประมาณ 2-3 ครั้งต่อคน โดยใช้แนวการสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น ระยะเวลาการสัมภาษณ์ประมาณ 30 ถึง 45 นาที จนได้ข้อมูลอิมตัวและครอบคลุมเรื่องที่ต้องการศึกษา ไม่พบประเด็นใหม่เพิ่มเติม โดยระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเทปการสนทนา และจับประเด็นของข้อมูลและบันทึกโดยการสรุปสั้นๆ ภายหลังการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยถอดเทปการสนทนาและพิมพ์เป็นอักษรแบบคำต่อคำ

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลการสัมภาษณ์ที่ถูกบันทึกเทปไว้จะได้รับการถอดเทป จากนั้นข้อมูลทั้งหมดจะได้รับการวิเคราะห์โดยใช้วิธีการของจีโอจี้ (Giorgi's Method) โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) อ่านข้อมูลทั้งหมดเพื่อรับรู้ในภาพรวม 2) แยกข้อความที่เกี่ยวกับประสบการณ์ที่ศึกษาออกจากคำบรรยายของผู้ให้ข้อมูล 3) เชื่อมโยงกับความเข้าใจในแต่ละหน่วยของความหมาย 4) สังเคราะห์หน่วยความหมายทั้งหมดที่ได้ให้มีความสอดคล้องกับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล (Plodpluang, 2013)

## จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เอกสารรับรองเลขที่ SCPHPL 4/2562-01

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล พบว่า ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.67 เพศชาย ร้อยละ 23.33 ส่วนใหญ่ร้อยละ 70.00 มีอายุ 20 ปี รองลงมา ร้อยละ 13.34 มีอายุ 21 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 40.00 เป็นนักศึกษาพยาบาล และร้อยละ 60.00 เป็นนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ ส่วนใหญ่ร้อยละ 53.34 มีเกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ระหว่าง 2.51-3.00 รองลงมาคือ 3.01-3.50 ร้อยละ 30.00 และส่วนใหญ่ร้อยละ 96.67 นับถือศาสนาพุทธ

2. ประสบการณ์ของนักศึกษาที่เข้าร่วมกิจกรรมการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนข้อมูลตามประเด็นดังนี้

2.1 ความรู้/ทักษะที่สำคัญสำหรับการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ พบว่า การทำงานแบบสหสาขาวิชานั้น แต่ละวิชาชีพต้องมีความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชาชีพของตนเองเพื่อให้สามารถนำความรู้ที่แตกต่างกันมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ปวยได้รับการดูแลได้อย่างครอบคลุมและเป็นองค์รวม สำหรับทักษะที่สำคัญในการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ 3 ลำดับแรก คือ การทำงานเป็นทีม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ดังคำกล่าวที่สอดคล้องกันดังนี้

“ทุกคนต้องมีความรู้ในงานของวิชาชีพตนเอง เพราะเวลาทำงานร่วมกัน เราจะต้องแชร์ความรู้ของเราว่าวิชาชีพเราจะดูแลผู้ป่วยอย่างไร คือเอาความรู้มาเสริมกันค่ะ” (นักศึกษาพยาบาล 2)

“เราต้องมั่นใจในงานของตนเองก่อน จึงจะแชร์ความรู้ให้คนอื่นได้” (นักศึกษาสาธารณสุขชุมชน 1)

“เราต้องยอมรับความคิดเห็นและให้เกียรติกัน ไม่มองว่าวิชาชีพใดด้อยกว่ากันค่ะ” (นักศึกษาพยาบาล 1)

“นักศึกษาแต่ละคนมาจากต่างที่กันแล้วต้องมาทำงานร่วมกัน ดังนั้นต้องมีการสื่อสารกันเพื่อให้งานสำเร็จ” (นักศึกษาทันตสาธารณสุข 1)

“การสื่อสารที่ดี จะทำให้เห็นมุมมองของแต่ละคน ส่งผลให้งานเราสำเร็จตามเป้าหมาย และเราต้องนำเสนอผลงานด้วย.....” (นักศึกษาพยาบาล 6)

“การทำงานเป็นทีมและให้ความร่วมมือกันเป็นทักษะที่สำคัญ เพราะถ้าเราทิ้งให้ใครทำงานคนเดียว งานก็จะไม่ครอบคลุมค่ะ” (นักศึกษาแพทย์แผนไทย 2)

“เราต้องเข้าใจกัน ยอมรับกัน คุยกันด้วยเหตุผลค่ะ เพราะจะทำให้การทำงานราบรื่นและเสร็จทันเวลา” (นักศึกษาแพทย์แผนไทย 4)

2.2 ความรู้/ทักษะที่ได้รับมากที่สุดจากการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ พบว่า ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยตามเนื้อหาความรู้ของแต่ละวิชาชีพที่นำมาร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะแตกต่างกันตามปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย สำหรับทักษะที่นักศึกษาได้รับมากที่สุดจากการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้คือการทำงานเป็นทีม ดังคำกล่าวที่สอดคล้องกันดังนี้

“ได้รับความรู้จากเพื่อนต่างวิชาชีพมากเลยคะ เช่น เวลาที่เราลงชุมชนวางแผนการดูแลเคสเพื่อนที่เรียนทันตะ จะบอกว่า ผู้ป่วยเบาหวานจะเกิดโรคปริทันต์ได้นะ ส่วนเพื่อนที่เรียนสาธารณสุขก็จะดูสิ่งแวดล้อม เพื่อนที่เรียนแผนไทย ก็บอกว่าต้องใช้ท่าฤๅษีดัดตน เลยทำให้เรามีความรู้เพิ่มขึ้นด้วย” (นักศึกษาพยาบาล 1)

“ได้การทำงานเป็นทีมคะ เพราะเราต้องทำงานร่วมกัน มีการวางแผนร่วมกันก่อนลงไปให้การดูแลเคสที่เราได้รับมอบหมาย” (นักศึกษาพยาบาล 5)

“กลุ่มหนูได้รับเคสผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และเป็น CVA เราต้องช่วยกันประเมินผู้ป่วยและใช้ความรู้ของวิชาชีพเราในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยด้วยกันคะ” (นักศึกษาพยาบาล 2)

“การทำงานเป็นทีมสำคัญมากคะ เพราะเวลาเราลงชุมชน จะมีเวลาจำกัด 3 ชั่วโมง เราต้องเก็บข้อมูลผู้ป่วยให้ได้มากที่สุดเพื่อนำมาทำโครงการในการดูแล ถ้าเราไม่ทำงานร่วมกันเป็นทีม เราจะได้ข้อมูลไม่รอบด้าน คิดว่าการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ได้ทักษะการทำงานเป็นทีมมากที่สุดเป็นลำดับแรกเลยคะ” (นักศึกษาพยาบาล 4)

“การทำงานร่วมกันคะ เพราะเราต้องแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน แชร้ความรู้และประสบการณ์กัน” (นักศึกษารัฐบาลสาธารณสุขชุมชน 1)

2.3 ประสบการณ์/ทักษะการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพที่ทำให้มั่นใจในการเป็นนักสุขภาพแบบสหสาขาวิชาชีพ จากการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพครั้งนี้ พบว่า ประสบการณ์และทักษะการได้ทำงานเป็นทีมกับเพื่อนต่างวิชาชีพ และการสร้างสัมพันธภาพเป็นสิ่งที่ช่วยให้นักศึกษามีความมั่นใจในการเป็นนักสุขภาพแบบสหสาขาวิชาชีพ ดังคำกล่าวที่สอดคล้องกันดังนี้

“การที่เราได้ทำงานร่วมกันทำให้เราได้ฝึกหลายอย่างทั้งการทำงานเป็นทีม การพูดคุยสื่อสารกัน ดังนั้น การที่เราทำงานร่วมกันครั้งนี้ได้สำเร็จแม้ว่าจะมีติดขัดบ้าง แต่ก็คิดว่าเรามั่นใจได้ว่าเราจะทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพได้ครับ” (นักศึกษาพยาบาล 1)

“การทำงานเป็นทีมครับ ซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ฝึกให้เราได้มีการทำงานเป็นทีม เพราะเราต้องลงไปเก็บข้อมูลเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่เราได้รับมอบหมาย ดังนั้นการที่เราทำงานเป็นทีมร่วมกันจึงให้งานเราสำเร็จ” (นักศึกษารัฐบาลสาธารณสุขชุมชน 3)

“การสร้างสัมพันธภาพที่ดี เพราะถ้าเรามีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีจะทำให้เราสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดี” (นักศึกษาพยาบาล 6)

“การสร้างสัมพันธ์ภาพจะ สำคัญเพราะถ้าเรามีสัมพันธ์ภาพที่ดี จะทำให้เราทำงานได้ง่ายขึ้น”  
(นักศึกษาทันตสาธารณสุข 2)

2.4 ความรู้สึกต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ พบว่า นักศึกษารู้สึกถึงควมมีคุณค่าในวิชาชีพของตนเอง มองว่าเป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์ สนุกและท้าทาย ได้รับความรู้ที่หลากหลาย และทำให้เข้าใจการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพมากขึ้น ดังคำกล่าวที่สอดคล้องกันดังนี้

“รู้สึกมีคุณค่าในวิชาชีพมากขึ้น และทำให้สิ่งที่เรียนมาได้นำไปประยุกต์ใช้จริง” (นักศึกษสาธารณสุขชุมชน 4)

“แรก ๆ ไปแบบง ๆ ไม่ทราบว่าจะทำอะไร แต่พอเข้ากิจกรรมแล้ว รู้สึกสนุก เป็นปี 4 เหมือนกัน ทำให้สนิทกัน กล้าพูดมากขึ้น รู้สึกดีค่ะ ” (นักศึกษาพยาบาล 10)

“ได้รับความรู้หลายอย่าง ไม่ใช่แค่ความรู้ของแต่ละวิชาชีพเท่านั้น ยังได้เรียนรู้การใช้เทคโนโลยีด้วย เช่น การทำ VDO โดยเรียนรู้จากเพื่อน ๆ ค่ะ ” (นักศึกษาพยาบาล 4)

“รู้สึกตื่นเต้นและท้าทาย และเมื่อได้เข้าร่วมกิจกรรมแล้ว รู้สึกสนุก ได้เพื่อน ทำให้ได้รับความรู้และประสบการณ์ที่หลากหลาย จากบางอย่างที่เราไม่รู้ก็ได้รู้ เช่น เรื่องสมุนไพรร” (นักศึกษาพยาบาล 1)

“รู้สึกดีค่ะที่ได้ทำงานร่วมกับเพื่อนวิชาชีพอื่น เป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์ และได้เจอเพื่อนเยอะ” (นักศึกษาแพทย์แผนไทย 5)

“ครั้งแรกไม่อยากไป แต่พอไปแล้วสนุกดี เปิดประสบการณ์ใหม่ ได้ลงพื้นที่กับเพื่อนที่อยู่ต่างวิชาชีพ และรู้สึกว่ามีคุณค่าต่อประชาชนค่ะ” (นักศึกษาพยาบาล 8)

## 2.5 สิ่งที่ดี/สิ่งที่ควรปรับปรุงในการอบรมครั้งนี้ และแนวทางแก้ไข/ข้อเสนอแนะ

2.5.1 สิ่งที่ดีที่นักศึกษาได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพครั้งนี้ คือ การเปิดมุมมองของตนเองจากการเข้าใจการทำงานของแต่ละวิชาชีพ การได้รับความรู้เพิ่มเติมจากวิชาชีพอื่น การได้เพื่อนใหม่ และได้ทำงานร่วมกัน ดังคำกล่าวที่สอดคล้องกัน ดังนี้

“ได้เปิดมุมมองของตนเองให้กว้างขึ้นค่ะว่า เราต้องยอมรับความแตกต่างของแต่ละวิชาชีพ เพราะเราเรียนมาไม่เหมือนกัน” (นักศึกษาพยาบาล 1)

“เป็นโครงการที่มีประโยชน์ คือว่าเมื่อจบไปทำงานจะสามารถทำให้นักศึกษามีทักษะในการทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่นได้” (นักศึกษาพยาบาล 3)

“ได้เห็นการทำงานหลายวิชาชีพนะค่ะ เช่น ตอนที่เราลงชุมชนของเราเอง ถ้าเราจะทำวิธีการดูแลผู้ป่วยทางด้านสมุนไพรร เราจะใช้เวลาในการหาข้อมูลนาน แต่พอเรามีเพื่อนที่เรียนแผนไทย เค้าจะบอกเราได้เลยว่าจะต้องทำยังไง ทำให้เรามีความรู้และทำให้เรามองเห็นคนที่เราจะทำงานด้วยในอนาคตค่ะ” (นักศึกษาพยาบาล 6)

“ทำให้ได้เรียนรู้ว่าวิชาชีพอื่นทำงานอย่างไรและได้เรียนรู้การทำงานร่วมกับผู้อื่น ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และคิดว่าควรมีการจัดกิจกรรมแบบนี้ต่อไปค่ะ” (นักศึกษสาธารณสุขชุมชน 3)

“ได้เพื่อนใหม่ และได้ความรู้ในเรื่องที่เราไม่รู้ เพราะเราเรียนมาคนละวิชาชีพกันครับ ” (นักศึกษาแพทย์แผนไทย 2)

2.5.2 สิ่งที่ต้องปรับปรุง และแนวทางแก้ไข/ข้อเสนอแนะจากการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ประเด็น คือ

2.5.2.1 เพิ่มระยะเวลาในการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับภาระงานที่มอบหมายให้นักศึกษาปฏิบัติ โดยปรับจาก 2 ครั้งเป็น 3 ครั้ง เพื่อให้นักศึกษามีเวลาในการจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพให้ผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย เนื่องจากนักศึกษาแต่ละคนที่อยู่ในกลุ่ม เรียนอยู่ต่างสถาบันกัน เวลาในการเรียนที่สถาบันไม่ตรงกัน ทำให้การสื่อสารกันต้องใช้เวลามากขึ้น ดังคำกล่าวที่สอดคล้องกัน ดังนี้

“ภาระงานที่ต้องทำขณะเข้าร่วมกิจกรรมค่อนข้างมากและมีการแบ่งเป็น 2 เฟส เมื่อแยกกันกลับแล้ว เวลาจะคุยกันต้องใช้เวลา เพราะบางคนไม่ได้เปิดเฟสไว้ตลอดเวลา ถ้าเพิ่มเป็น 3 ครั้งน่าจะดีกว่าค่ะ” (นักศึกษาพยาบาล 2)

“ระยะเวลาไม่น้อยเกินไป งานเยอะ ทำให้ต้องทำงานแข่งกับเวลา งานจะออกมาได้ไม่ค่อยดี ถ้ามีเวลามากกว่านี้น่าจะสมบูรณ์มากขึ้นค่ะ” (นักศึกษาศาธารณสุขชุมชน 1)

“Requirement มากเกินไป ทำให้ทำงานไม่ทันค่ะ ถ้ามีเวลามากกว่านี้จะดีค่ะ” (นักศึกษาศาธารณสุขชุมชน 3)

“น่าจะจัดในช่วงปิดเทอมค่ะ เพราะการจัดช่วงวันเสาร์-อาทิตย์ นักศึกษาจะมีตารางเรียนอยู่แล้ว ทำให้ทำงานได้ไม่เต็มที่” (นักศึกษาทันตสาธารณสุข 2)

2.5.2.2 ควรชี้แจงภาระงานทั้งหมดให้นักศึกษาทราบก่อนเริ่มดำเนินโครงการ เพื่อให้ นักศึกษามีความเข้าใจซึ่งจะช่วยให้งานที่ได้รับมอบหมายเสร็จตามกำหนดเวลา

“อยากให้มีการ Brief งานให้ก่อน เพราะจะทำให้เราวางแผนได้ตั้งแต่เริ่ม งานจะได้เสร็จทันเวลา” (นักศึกษาแพทย์แผนไทย 2)

“อยากให้อาจารย์แจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการก่อนที่จะมาเจอกัน เพื่อจะได้เตรียมตัวได้ถูกต้อง และเพิ่มเติมเรื่องการเขียนโครงการให้นักศึกษาด้วยค่ะ” (นักศึกษาพยาบาล 4)

## อภิปรายผล

1. ความรู้/ทักษะที่สำคัญสำหรับการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ พบว่า การทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ นั้น แต่ละวิชาชีพต้องมีความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชาชีพของตนเอง เนื่องจากแต่ละวิชาชีพมีศาสตร์เฉพาะของตนเอง ที่แตกต่างกัน และบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจะแตกต่างกันในแต่ละวิชาชีพ ดังนั้น ทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย จำเป็นต้องมีความรู้ในเนื้อหาวิชาชีพเฉพาะของตนเองอย่างชัดเจนและถูกต้อง เพื่อให้สามารถนำความรู้ที่แตกต่าง กันมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการเพิ่มพูนความรู้ เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วยอย่างเป็น ระบบ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลได้อย่างครอบคลุมและเป็นองค์รวมมากขึ้น สอดคล้องกับการสัมภาษณ์ นักศึกษาที่เข้าร่วมกิจกรรมที่ว่า “ทุกคนต้องมีความรู้ในงานของวิชาชีพตนเอง เพราะเวลาทำงานร่วมกัน เรา จะต้องแชร์ความรู้ของเราว่าวิชาชีพเราจะดูแลผู้ป่วยอย่างไร คือเอาความรู้มาเสริมกันค่ะ” (นักศึกษาพยาบาล 2) และ “ได้รับความรู้จากเพื่อนต่างวิชาชีพมากเลยคะ เช่น เวลาที่เราลงชุมชนวางแผนการดูแลเคส เพื่อนที่เรียน ทันตะ จะบอกว่า ผู้ป่วยเบาหวานจะเกิดโรคปริทันต์ได้นะ ส่วนเพื่อนที่เรียนสาธารณสุขก็จะดูสิ่งแวดล้อม เพื่อน ที่เรียนแผนไทย ก็จะบอกว่าต้องใช้ท่าฤๅษีตัดตน เลยทำให้เรามีความรู้เพิ่มขึ้นด้วย” (นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล 1) การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Homeyer, Hoffmann, Hingst, Oppermann, & Dreier-Wolffgramm, (2018) ที่พบว่า การจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ ส่งเสริมให้นักศึกษาแพทย์และ นักศึกษาพยาบาลมีเจตคติที่ดีต่อกัน ทำให้เข้าใจในบทบาทของแต่ละวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว และ ส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลและความรู้ที่มีประโยชน์ซึ่งกันและกันในระหว่างปฏิบัติงาน

สำหรับทักษะที่สำคัญในการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ 3 ลำดับแรก คือ การทำงานเป็นทีม การสื่อสาร และการยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เนื่องจากสถานการณ์ทางสุขภาพและความเจ็บป่วยของผู้ป่วยใน ปัจจุบันที่มีความซับซ้อนมากขึ้น การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจึงต้องการความรู้และทักษะการดูแลจากหลากหลาย สาขาวิชาชีพ โดยทักษะสำคัญที่ต้องการ ได้แก่ การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การทำงานเป็นทีมและการ ร่วมมือกันระหว่างวิชาชีพทางด้านสุขภาพ (Homeyer, Hoffmann, Hingst, Oppermann, & Dreier-Wolffgramm, 2018) ซึ่งผลดีของการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพจะเพิ่มคุณภาพของการให้บริการสุขภาพ และ ทำให้การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมีความครอบคลุมและเป็นองค์รวมมากขึ้น (Senadisai, & Prapaipanich, 2011; Sarakshetrin, Sriyasak, Ketin, & Rongmuang, 2019) ดังนั้นการเตรียมผู้เรียนให้มีความพร้อมสำหรับการ

ทำงานเป็นทีมโดยการจัดให้นักศึกษามีกิจกรรมร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพจึงมีความสำคัญ ขณะเดียวกันการทำงานเป็นทีมต้องมีการพูดคุยสื่อสารกันเพื่อให้เกิดความเข้าใจและประสานงานกันได้อย่างราบรื่น ซึ่งการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนอกจากจะนำไปสู่ความสำเร็จในการทำงานเป็นทีมแล้ว ยังทำให้ทีมสุขภาพได้ทราบถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในการที่จะนำข้อมูลเพื่อประกอบการให้บริการสุขภาพที่ถูกต้องอีกด้วย (Senadisai & Prapaipanich, 2011) นอกจากนี้การทำงานร่วมกันให้ประสบความสำเร็จ ทีมสุขภาพต้องยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เพราะแต่ละวิชาชีพมีลักษณะการทำงานที่แตกต่างกันตามศาสตร์วิชาชีพของตนเอง ซึ่งผลลัพธ์ของการทำงานร่วมกันจะส่งผลดีต่อผู้ป่วย โดยการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ ประกอบด้วย นักศึกษาพยาบาล นักศึกษาสาธารณสุขชุมชน นักศึกษาทันตสาธารณสุข และนักศึกษาการแพทย์แผนไทย การศึกษาครั้งนี้ตอบสนองกับหลักสูตรที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับนักศึกษาที่เข้าร่วมกิจกรรมคือ ทักษะการทำงานเป็นทีม ทักษะการสื่อสาร และทักษะการสร้างสัมพันธภาพ (The Curriculum Committee, 2019) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sethasathien (2015) ที่ศึกษารูปแบบการเรียนแบบสหวิชาชีพ ณ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่า นักศึกษาร้อยละ 95.3 เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าการเรียนแบบสหวิชาชีพเป็นวิธีการเรียนที่ช่วยให้เข้าใจบทบาทของแต่ละวิชาชีพ และลักษณะการทำงานร่วมกัน

2. ความรู้/ทักษะที่ได้รับมากที่สุดจากการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ พบว่า นักศึกษาได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยตามเนื้อหาความรู้ของแต่ละวิชาชีพที่นำมาร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะแตกต่างกันตามปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย เนื่องจากการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ จะมีการมอบหมายกรณีศึกษาในชุมชนให้นักศึกษาร่วมกันศึกษา และวางแผนการทำโครงการเพื่อส่งเสริมสุขภาพป้องกัน หรือลดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งนักศึกษาแต่ละวิชาชีพที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันจะต้องศึกษาข้อมูลผู้ป่วย ขณะเดียวกันการที่นักศึกษาแต่ละคนสอบถามข้อมูลผู้ป่วย สมาชิกในกลุ่มจะได้เรียนรู้ข้อมูลของผู้ป่วยและซักถามตามความรู้เฉพาะศาสตร์ของตนเองเพื่อนำข้อมูลมาวางแผนร่วมกันในการจัดทำโครงการ ทำให้นักศึกษาเห็นว่าได้รับความรู้ของแต่ละวิชาชีพมากขึ้น และทำให้มุมมองของการดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Stull, & Blue, 2016; Wong et al., 2016; Zeeni et al., 2016 (Cited in Rukrung, Rukrung, Thaanchan, Ketsakun, Natewong, Phok Phiphat, et. al., 2018) ที่มองว่าการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพจะส่งเสริมความรู้ความสามารถของนักศึกษา ส่งผลประโยชน์ของผู้รับบริการมากขึ้น

สำหรับทักษะที่นักศึกษาได้รับมากที่สุดจากการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้คือ การทำงานเป็นทีม เนื่องจากนักศึกษาแต่ละกลุ่มจะต้องลงปฏิบัติกิจกรรมการประเมินปัญหาสุขภาพ ให้คำปรึกษาแนะนำตามปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย และมีการพัฒนานวัตกรรมเพื่อป้องกันหรือฟื้นฟูสุขภาพให้ผู้ป่วยในชุมชนที่ได้รับมอบหมาย ทำให้ต้องมีการวางแผนการทำงานร่วมกัน โดยนำความรู้ที่มีของแต่ละคนมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบ่งปัน และเสริมต่อยอดกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมมากที่สุด ขณะเดียวกันเมื่อนักศึกษาลงพื้นที่ในชุมชนแล้วการทำงานประสานเป็นทีมที่สอดคล้องกันเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากเพราะส่งผลต่อความเชื่อมั่นและไว้วางใจในการดูแลจากผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Sarakshetrin, Sriyasak, Ketin, & Rongmuang (2019) ที่พัฒนารูปแบบการเรียนรู้อแบบสหสาขาวิชาชีพในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า นักศึกษามีทักษะการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และหลังเข้าร่วมการเรียนรู้ นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Yuenyow, Howham, & Promsuan (2019) ที่ศึกษาผลการจัดการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพต่อการรับรู้และเข้าใจบทบาทตามสาขาวิชาชีพ และความสามารถในการทำงานเป็นทีม พบว่า เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ นักศึกษามีคะแนนความสามารถในการทำงานเป็นทีมสูงกว่าก่อนเริ่มกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการทำงานเป็นทีมจึงเป็นทักษะที่นักศึกษาเห็นว่าได้รับมากที่สุดจากการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพครั้งนี้

3. ประสบการณ์/ทักษะการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพที่ช่วยให้มั่นใจในการเป็น นักสุขภาพแบบสหสาขาวิชาชีพมากขึ้นจากการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพครั้งนี้ พบว่า ประสบการณ์และทักษะการได้ทำงานเป็นทีมกับเพื่อนต่างวิชาชีพ และการสร้างสัมพันธภาพเป็นสิ่งที่ช่วยให้นักศึกษามีความมั่นใจในการเป็นนักสุขภาพแบบสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ นักศึกษาได้ฝึกประสบการณ์การทำงานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแสดงความคิดเห็นในศาสตร์เฉพาะของตนเองและนำมาบูรณาการร่วมกัน ซึ่งการทำงานให้ประสบผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพจึงต้องใช้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพที่ดี (Senadisai, & Prapaipanich, 2011) โดยในกลุ่มจะประกอบด้วยนักศึกษาพยาบาล นักศึกษาศาธารณสุขชุมชน นักศึกษาทันตสาธารณสุข และนักศึกษาการแพทย์แผนไทย ขณะเดียวกันก่อนเริ่มโครงการคณะทำงานได้จัดกิจกรรมจิตปัญญา กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพให้นักศึกษารู้จักกัน และบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดของนักสุขภาพแบบสหสาขาวิชาชีพ ทักษะของนักสุขภาพแบบสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงการบูรณาการความรู้ นโยบายเพื่อประยุกต์อย่างเป็นระบบเพื่อการจัดการสุขภาพบุคคล ครอบครัวและชุมชน จึงทำให้นักศึกษาเข้าใจในแนวคิด หลักการและกระบวนการของการจัดการกิจกรรมการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ ดังนั้นเมื่อนักศึกษาลงกิจกรรมการฝึกปฏิบัติจริง ทำให้นักศึกษาสามารถนำความรู้และประสบการณ์จากการจัดกิจกรรมก่อนเริ่มโครงการมาประยุกต์ใช้ โดยมีการสร้างสัมพันธภาพ และทำงานร่วมกันเป็นทีม ทำให้นักศึกษารู้สึกสนุกกับการเข้าร่วมกิจกรรมและกล้าที่จะแสดงความคิดเห็น สอดคล้องกับคำกล่าวของนักศึกษาที่กล่าวว่า “.....แต่พอเข้ากิจกรรมแล้ว รู้สึกสนุก เป็นปี ๔ เหมือนกัน ทำให้สนิทกัน กล้าพูดมากขึ้น รู้สึกดีค่ะ” (นักศึกษาพยาบาล 10) สอดคล้องกับการศึกษาของ Tanglakmankhong, Khammathit, Thammawongsa & Ardpara (2019) ที่ศึกษาผลการใช้รูปแบบการเรียนการสอนวิชานวัตกรรมทางการแพทย์พยาบาลด้วยการเรียนรู้แบบสหสาขาอาชีพต่อความพร้อมต่อการเรียนรู้แบบสหสาขาอาชีพและทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลเรียนร่วมกับนักศึกษาคณะเทคโนโลยีวิศวกรรมศาสตร์ ผลการศึกษาพบว่า การเรียนแบบสหสาขาอาชีพทำให้นักศึกษามีการพัฒนาด้านการทำงานเป็นทีม การเคารพในบทบาทซึ่งกันและกัน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การมีสัมพันธภาพที่ดี และการพัฒนากระบวนการคิดวิเคราะห์

4. ความรู้สึกต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ พบว่า นักศึกษารู้สึกถึงความมีคุณค่าในวิชาชีพของตนเอง มองว่าเป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์ สนุกและท้าทาย ได้รับความรู้ที่หลากหลาย และทำให้เข้าใจการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพมากขึ้น เนื่องจากการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ นักศึกษาแต่ละกลุ่มจะได้รับมอบหมายให้มีการพัฒนานวัตกรรมเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพหรือนวัตกรรมที่ช่วยฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้นักศึกษาต้องใช้ความรู้ในศาสตร์เฉพาะของตนเองในการทำงานร่วมกันเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยให้ครอบคลุมมากที่สุด และเมื่อได้ข้อมูลแล้วต้องวางแผนร่วมกันในการคิด/พัฒนานวัตกรรมดังกล่าว โดยนวัตกรรมที่นักศึกษาพัฒนาาร่วมกัน เช่น กล้องความรู้เกี่ยวกับเมนูอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน นาฬิกาบอกเวลาพลิกตัวให้ผู้ป่วยสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย รอกสำหรับออกกำลังกายเพื่อป้องกันข้อติดสำหรับผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น หลังจากนั้นจึงนำนวัตกรรมไปให้ผู้ป่วยใช้ในสถานการณ์จริง จึงทำให้นักศึกษามีความภาคภูมิใจและรู้สึกถึงความมีคุณค่าในวิชาชีพของตนเองที่ได้ใช้ความรู้และทักษะจากการเรียนในสถาบันการศึกษาลงสู่การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว สอดคล้องกับคำกล่าวของนักศึกษาที่กล่าวว่า “รู้สึกมีคุณค่าในวิชาชีพมากขึ้น และทำให้สิ่งที่เรียนมาได้นำไปประยุกต์ใช้จริง” (นักศึกษาศาธารณสุขชุมชน 4) การศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Homeyer, Hoffmann, Hingst, Oppermann, & Dreier-Wolfgramm, (2018) ที่พบว่า การจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ ส่งเสริมให้นักศึกษาแพทย์และนักศึกษาพยาบาลมีเจตคติที่ดีต่อกัน ทำให้เข้าใจในบทบาทของแต่ละวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว และส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลและความรู้ที่มีประโยชน์ซึ่งกันและกันในระหว่างปฏิบัติงาน

5. สิ่งที่ดี/สิ่งที่ควรปรับปรุงในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ และแนวทางแก้ไข/ข้อเสนอแนะ

5.1 สิ่งที่ดีที่นักศึกษาได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ ครั้งนี้ คือ การเปิดมุมมองของตนเองจากการเข้าใจการทำงานของแต่ละวิชาชีพ การได้รับความรู้เพิ่มเติมจากวิชาชีพอื่น การได้เพื่อนใหม่ และได้ทำงานร่วมกัน เนื่องจากการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพที่จัดให้นักศึกษาครั้งนี้ เกิดจากความร่วมมือของสถาบันการศึกษา 3 แห่งของเขตสุขภาพที่ 2 ที่ตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมผู้เรียนให้มีความพร้อมสำหรับการทำงานกับสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ซึ่งเป็นปีสุดท้ายของการจัดการเรียนการสอน เนื่องจากการทำงานในชีวิตจริงของบุคลากรทางด้านสุขภาพ จำเป็นต้องทำงานร่วมกันเป็นทีม และมีความสามารถในการสื่อสารกับคนอื่น ๆ ในทีมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของประชาชน ดังนั้นเมื่อนักศึกษาได้ทำกิจกรรมร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ซึ่งกันและกัน จึงทำให้นักศึกษาเข้าใจการทำงานของแต่ละวิชาชีพมากขึ้น และเป็นการเพิ่มพูนความรู้ รวมถึงการได้เพื่อนใหม่ที่ปกติไม่ได้รู้จักกันเนื่องจากเรียนต่างสถาบันและต่างสาขาวิชาชีพกัน การศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Yuenyow, Howham, & Promsuan (2019) ที่ศึกษาผลการจัดการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพต่อการรับรู้และเข้าใจบทบาทตามสาขาวิชาชีพ และความสามารถในการทำงานเป็นทีม พบว่า การจัดการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพมีประสิทธิภาพที่ทำให้นักศึกษาที่มาจากต่างสถาบันมีการรับรู้และเข้าใจบทบาทของสาขาวิชาชีพอื่นในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนมากขึ้น

5.2 สิ่งที่ต้องปรับปรุง และแนวทางแก้ไข/ข้อเสนอแนะจากการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ประเด็นคือ ควรเพิ่มระยะเวลาในการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับภาระงานที่มอบหมายให้นักศึกษาปฏิบัติ และควรชี้แจงภาระงานทั้งหมดให้นักศึกษาทราบก่อนเริ่มดำเนินโครงการ เพื่อให้นักศึกษามีความเข้าใจซึ่งจะช่วยให้งานที่ได้รับมอบหมายเสร็จตามกำหนดเวลา เนื่องจากการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพครั้งนี้ เป็นครั้งแรกของวิทยาลัยในสังกัดเขตสุขภาพที่ 2 ที่ได้มีการจัดกิจกรรมดังกล่าวเพื่อเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาก่อนสำเร็จการศึกษา ซึ่งใช้เวลาช่วงวันหยุดเสาร์-อาทิตย์ 2 ครั้ง และมีการมอบหมายงานให้นักศึกษาแต่ละกลุ่มวางแผนร่วมกันในการพัฒนานวัตกรรมเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพหรือนวัตกรรมที่ช่วยฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัว ด้วยข้อจำกัดด้านเวลา และนักศึกษาในแต่ละกลุ่มอยู่ต่างสถาบันกัน ทำให้การติดต่อสื่อสารเพื่อวางแผนการทำงานระหว่างที่กลับไปเรียนที่สถาบันมีข้อจำกัดจากภาระงานเรียน

### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยพบว่า ทักษะที่สำคัญและเป็นทักษะที่นักศึกษาได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมการจัดการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพมากที่สุด รวมถึงเป็นทักษะสำคัญที่ทำให้นักศึกษามีความมั่นใจในการเป็นนักสุขภาพแบบสหสาขาวิชาชีพคือ การทำงานเป็นทีม ดังนั้นสถาบันการศึกษาควรมีการประสานความร่วมมือกันในการพัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีมให้กับนักศึกษา เช่น จัดนักศึกษาหลากหลายวิชาชีพร่วมกันดูแลผู้ป่วยขณะฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมและสร้างความมั่นใจ รวมถึงเกิดเจตคติที่ดีในการทำงานร่วมกันเมื่อนักศึกษาสำเร็จการศึกษา

2. จากผลการวิจัยพบว่าภาระงานที่นักศึกษาได้รับมอบหมายระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพมีมากเกินไปเมื่อเทียบกับระยะเวลา ดังนั้นการจัดกิจกรรมครั้งต่อไป คณะทำงานควรพิจารณาประเด็นภาระงานให้เหมาะสมกับระยะเวลา หรือปรับเพิ่มระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมให้มากขึ้น โดยอาจปรับเป็น 3 ครั้ง เพื่อให้นักศึกษามีเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยมากขึ้น และมีเวลาในการทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกันเพื่อวางแผนการจัดทำโครงการ/นวัตกรรม ซึ่งจะทำได้ผลงานที่ครอบคลุมกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น และเป็นการพัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีม การสื่อสารและการสร้างสัมพันธ์ภาพด้วย

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัวจากการที่นักศึกษาได้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพ เช่น ความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยจากการที่นักศึกษาร่วมกันให้ความรู้ และพัฒนานวัตกรรมที่ช่วยป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ หรือนวัตกรรมที่ช่วยฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

## References

- Buring, S. M., Bhushan A., Broeseker, A., Conway, S., Duncan-Hewitt, W., Hansen, L., et al. (2009). Interprofessional Education: Definitions, Student Competencies, and Guidelines for Implementation. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 73(4), 1-8.
- Chareonwongsak, K. (2016). *Future Forward of Thailand Education in Thailand 4.0*. Retrieved April, 5, 2020 from <http://www.li.mahidol.ac.th/conference2016/thailand4.pdf>. (in Thai).
- Chuenkongkaew, W., (2018). *Interprofessional Education*. Nonthaburi: The National Health Professional Education Foundation. (in Thai).
- Hammick, M., Freeth, D., Koppel, I., Reeves, S., & Barr, H. (2007). A Best Evidence Systematic Review of Interprofessional Education: BEME Guide no. 9. *Medical Teacher*, 29(8), 735-751.
- Homeyer, S., Hoffmann, W., Hingst, P., Oppermann, R., & Dreier-Wolfgramm, A. (2018). Effects of Interprofessional Education for Medical and Nursing Students: Enablers, Barriers and Expectation for Optimizing Future Interprofessional Collaboration – a Qualitative Study. *BMC Nursing*, 17(1), 1-10.
- Kenaszchuk, C., Rykhoff, M., Collins, L., McPhail, S., & Van Soeren, M. (2012). Positive and Null Effects of Interprofessional Education on Attitudes Toward Interprofessional Learning and Collaboration. *Advances Health Sciences Education Theory Practice Journal*, 17(5), 651-669.
- Plodpluang, A. (2013). Data Analysis in Phenomenology Studies. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 23(2), 1-10.
- Reeves, S., Fletcher, S., Barr, H., Birch, I., Boet, S., Davies, N., et al. (2016). A BEME Systematic Review of the Effects of Interprofessional Education: BEME Guide No. 39. *Medical Teacher*, 38(7), 656-668.
- Rukrung, K., Rukrung, K., Thaanchan, K., Ketsakun, K., Natewong, K., Phok Phiphat, K., et.al. (2018). Readiness for Interprofessional Learning of Sophomore and Junior Nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Suratthani. *Active Learning National Conference, the 6<sup>th</sup>*. Walailuk University. (in Thai).
- 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. (in Thai).
- Senadisai, S., & Prapaipanich, W. (2011). *Fundamental of Nursing: Concepts and Practice*. Bangkok: Judthong CO.LTD. (in Thai).



- Sethasathien, S. (2015). A Model of Interprofessional Education (IPE) in Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Udonthani Hospital. *Journal of Thai Rehabilitation Medicine*, 25(2), 65-70. (in Thai).
- Suwanjaroen, J., Sarakshetrin, A., & Malai, C. (2017). Teaching Models to Enhance the 21<sup>st</sup> Century Skills for Bachelor's Degree Nursing Students. *Nursing Journal*, 44(4), 177-188. (in Thai)
- Tanglakmankhong, K., Khammathit, A., Thammawongsa, N., & Ardpara, A. (2562). The Effectiveness of the Nursing Innovation Course, Using Transprofessional Education Approach on Readiness for Transprofessional Skill and the 21st Century Skill. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6(2), 126-139. (in Thai)
- The Curriculum Committee. (2019). *The Interprofessional Education Curriculum for Health Sciences Students*. Phitsanulok: Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok. (in Thai)
- The National Health Professional Education Foundation. (2010). *Interprofessional Education-IPE*. Retrieved April, 1, 2020 from <https://www.pharmacy.mahidol.ac.th/newsfile/depdocument/pdf>. (in Thai)
- World Health Organization. (2010). *Health Professions Networks Nursing & Midwifery Human Resources for Health: Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Switzerland: Monkeytree Creative Inc.
- Yuenyow, T., Howharn, C., & Promsuan, W. (2019). Effects of Interprofessional Education on Perception on Interprofessional Roles and Responsibility, and Teamwork. *Journal of Nursing, Public Health, and Education*, 20(1), 137-147. (in Thai)

ผลของการเรียนแบบสหวิชาชีพต่อความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้สูงอายุ  
ทัศนคติ และความสามารถในการทำงานเป็นทีมของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์  
ในรายวิชาปฏิบัติโครงการพัฒนาสุขภาพ

Knowledge of Nursing Students about Rational Drug Use in Elderly People, as  
well as Their Attitudes and Teamwork Abilities Towards Inter-Professional  
Education (IPE)

ณิชชา ทิพย์วรรณ<sup>1\*</sup>, ปลื้มจิต โชติกะ<sup>1</sup>, สายฝน สฤชติกุล<sup>1</sup> และ พิมพีใจ อุ่นบ้าน<sup>1</sup>  
Nitcha Tipwan<sup>1\*</sup>, Plemjit Chotiga<sup>1</sup>, Saifon Saritdikul<sup>1</sup> and Pimjai Aunban<sup>1</sup>  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่<sup>1\*</sup>  
Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai<sup>1\*</sup>

(Received: June 05, 2020; Revised: August 28, 2020; Accepted: September 28, 2020)

บทคัดย่อ

งานวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้สูงอายุ ทัศนคติ ความสามารถในการทำงานเป็นทีมของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพ และเปรียบเทียบความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้สูงอายุต่อทัศนคติ และความสามารถในการทำงานเป็นทีม ภายหลังจากการเรียนแบบสหวิชาชีพ ในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต ชั้นปีที่ 4 จำนวน 61 คน เครื่องมือในการศึกษาวิจัยมี 1) แบบประเมินความรู้ของนักศึกษาในการใช้ยาสมเหตุผลในวัยผู้สูงอายุ 2) แบบประเมินทัศนคติของนักศึกษาต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพ และ 3) แบบประเมินทักษะการทำงานเป็นทีม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .74, .81 และ .91 ตามลำดับ กำหนดการให้นักศึกษาได้สร้างสัมพันธภาพและทำงานร่วมกัน 5 ครั้ง ครั้งละ 3-4 ชม. การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Dependent Pair t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. ระดับความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพ ก่อนการเรียนอยู่ระดับปรับปรุง ( $M=13.30, SD=1.10$ ) ภายหลังจากเรียนนักศึกษามีระดับความรู้ที่อยู่ในระดับดีที่สุด ( $M=21.98, SD=1.39$ )
2. ทัศนคติ และความสามารถในการทำงานเป็นทีมของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพ ก่อนการเรียนอยู่ระดับปานกลาง ( $M=2.72, SD=0.13, M=3.18, SD=0.53$ ) ภายหลังจากเรียนอยู่ในมีระดับมากที่สุด และมากตามลำดับ ( $M=4.62, SD=0.49, M=4.16, SD=0.49$ )
3. การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้สูงอายุ ทัศนคติ และความสามารถในการทำงานเป็นทีม ภายหลังจากการเรียนแบบสหวิชาชีพ (Inter-Professional Education: IPE) มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยมีค่าระดับคะแนนภายหลังจากเรียนแบบสหวิชาชีพดีกว่าก่อนเรียนทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .001$

การเรียนแบบสหวิชาชีพนักศึกษาต้องมีความรู้ในศาสตร์ของตนเอง และควรศึกษาความรู้ของสหวิชาชีพอื่นด้วย เพื่อให้การเรียนรู้ที่ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะมีความมั่นใจในการแบ่งปันความรู้ให้กับวิชาชีพอื่นได้ และการจัดการเรียนแบบสหวิชาชีพ

**คำสำคัญ:** การเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพ, ความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้สูงอายุ, ทัศนคติ ความสามารถในการทำงานเป็นทีม

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: nitcha@bcnc.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 081-7963591)

## Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the knowledge of nursing students about rational drug use in elderly people, as well as their attitudes and teamwork abilities towards inter-professional education (IPE), and to compare those two variables after participating into Inter-Professional Education (IPE) activities. Participants were 61 Fourth-Year nursing students. Data were collected by using three instruments: 1) a students' knowledge measurement form on rational drug use in elderly people, 2) a students' attitude form towards Inter-Professional Education (IPE), and 3) an inter-professional teamwork ability assessment form. The instruments' reliability yielded .74, .81 and .91, respectively. Participants were assigned to create a relationship and work together with pharmacy students in five activities for a duration of three or four hours per each. Data were analyzed by using mean, standard deviation and dependent pair t-test statistics. The results of the study showed the following. Before participating in Inter-Professional Education (IPE), the level of knowledge of participants about sensible rational drug use in the elderly was at a moderate level (M=13.30, SD=1.10), while it was at an excellent level (M=21.98, SD=1.39) 2) after participating in Inter-Professional Education (IPE) activities. The attitudes and Inter-Professional teamwork abilities of nursing students were at moderated level before receiving the IPE activity (M=2.72, SD=0.13, M=3.18, SD=0.53), while they were at the highest level, and a high level (M=4.62, SD=0.49, and M=4.16, SD=0.49) after the IPE activities. Comparing the differences between the groups, results were better as well as their scores in all aspects after participating in the Inter-Professional Education (IPE) activities ( $p < .001$ ).

Nursing students should learn more on the other professions for deeper learning and sharing to others. Moreover, nursing education can perform Inter-Professional Education (IPE) with other professions such as engineer, architect, and nutritionist.

**Keywords:** Inter-Professional Education (IPE), Nursing Students

## บทนำ

การเรียนแบบสหวิชาชีพ (Inter-Professional Education: IPE) จะเกิดขึ้นได้ต้องมีอย่างน้อยสองวิชาชีพขึ้นไปมาเรียนรู้ร่วมกัน จะเรียนรู้จากอะไร เกี่ยวกับอะไร เพื่อพัฒนาความร่วมมือ และคุณภาพในการดูแลสุขภาพ การเรียนแบบสหวิชาชีพ สามารถทำได้หลายรูปแบบ เช่น IPE Courses Clinical Rounds Seminars และ Case Base Simulated Learning วิธีการสอนที่จะใช้กับ IPE มีหลายวิธี เช่น Small Group Discussion Sessions และ Critical Reflection เพื่อช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาเรียนรู้บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของตนเองตามวิชาชีพ การพัฒนาคุณค่า ความรู้ ทักษะในวิชาชีพ โดยมีทัศนคติที่ดีต่อกัน การมีสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เพื่อให้เกิดร่วมมือกันในการทำงานเป็นทีม (WHO Education Guidelines, 2013)

กลุ่มสมัชชาสุขภาพของประเทศไทยได้นำแนวทางการปฏิบัติขององค์การอนามัยโลกได้ให้ไว้เมื่อปี 2553 ว่า “การจัดการศึกษาแบบสหวิชาชีพจะเกิดขึ้นเมื่อมีผู้เรียนจากสองวิชาชีพขึ้นไปได้เรียนรู้เกี่ยวกับ เรียนรู้จาก และเรียนรู้ร่วมกันเพื่อให้เกิดความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพและพัฒนาผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ” (WHO, 2010) มากำหนดประเด็นเฉพาะของแผนยุทธศาสตร์การศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในศตวรรษที่ 21 (พ.ศ.2557-2561) โดยมุ่งหวังให้มีผลลัพธ์การเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพคือ รู้จักบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบตามสาขาวิชาชีพ การเคารพสาขาวิชาชีพอื่น (Role, Responsibility, Respect) การทำงานเป็นทีม และมีภาวะผู้นำ (Team Work and Leadership) การเรียนรู้ผ่านการสะท้อนคิด หรือการไตร่ตรองสะท้อนคิด (Learning and

Reflection) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (Communication) การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น และการยอมรับความต้องการของผู้ป่วย (Relationship with, and Recognizing the Need of, The Patient) รวมทั้งการมีคุณธรรม จริยธรรม (Moral and Ethics) (Commission on Inter-Professional Education, 2015)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ได้มีการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555 โดยกำหนดคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ ให้มีความรอบรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาล และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ให้การพยาบาลได้อย่างเป็นองค์รวม แก่ผู้ใช้บริการทุกช่วงวัย สามารถคิดอย่างเป็นระบบ มีเหตุผล คิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ และแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์ วิเคราะห์สถิติได้เหมาะสมกับวิชาชีพ มีคุณธรรม จริยธรรม มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีภาวะผู้นำ ความสามารถในการทำงานเป็นทีมกับสหวิชาชีพ บริหารองค์กรได้ และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง และได้กำหนดการเรียน ในรายวิชาปฏิบัติโครงการพัฒนาสุขภาพ ดังนั้นทางวิทยาลัยฯ ได้มีการจัดการเรียนการสอนให้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตมีหลากหลายวิธี เช่น การจัดทำโครงการ กรณีศึกษา สถานการณ์จริง การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง และการออกแบบการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลจะเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพที่เสื่อมโทรม ไม่ได้เน้นในเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้สูงอายุเท่าที่ควร และไม่มีการจัดการเรียนการสอนที่เป็นแบบสหวิชาชีพ(IPE) ในการดูแลผู้รับบริการวัยสูงอายุ ผลที่ผ่านมานักศึกษายังมีความรู้ความเข้าใจ และให้ความสำคัญเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในวัยสูงอายุค่อนข้างน้อย องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความของ “การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use)” ไว้ คือ “ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม และมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด” (WHO, 2002) ทางกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ประกอบกับนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ต้องมีสมรรถนะการเป็นผู้นำ และการทำงานเป็นทีม(Team Work) หมายถึง ทักษะและการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันกับวิชาชีพอื่นๆ มีการวางแผนการทำงานร่วมกัน มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ตามศาสตร์ของวิชาชีพ Chenkongkaew, (2018) และจากการรายงานวิจัยพบว่าการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างวิชาชีพทำให้เกิดการพัฒนา การเรียนรู้ของนักศึกษาด้านสุขภาพ ทั้งในเรื่องทักษะเชิงวิชาชีพและทักษะเชิงสังคม จึงถูกใช้เป็นกลไกหนึ่งในการขับเคลื่อนระบบการศึกษาของบุคลากรด้านสุขภาพอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน ( Brandt, Lutfiyya, King & Chioreso, 2014; Brashers, Erickson, Blackhall, Owen, Thomas, & Conaway, 2016)

ดังนั้น ในรายวิชาปฏิบัติโครงการพัฒนาสุขภาพสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ได้ลงฝึกปฏิบัติในชุมชนหนองไคร้ ตำบลสันทราย จังหวัด ได้สังเกตเห็นว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 4 จำเป็นที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้สูงอายุ ทักษะในการทำงานเป็นทีมร่วมกับวิชาชีพอื่น ๆ ที่ เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ และนักศึกษาต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพด้วย ทางผู้รับผิดชอบวิชาได้จัดการจัดการเรียนแบบสหวิชาชีพระหว่างนักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 4 และนักศึกษาเภสัชศาสตร์ ชั้นปีที่3 มหาวิทยาลัยพายัพ โดยหวังให้นักศึกษาพยาบาลศาสตรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการใช้ยาไม่สมเหตุผล หรือใช้ยาหลายชนิดเกินความจำเป็นในผู้สูงอายุ และการทำงานเป็นทีมร่วมกับวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ เพื่อจะสามารถให้การดูแลพยาบาลผู้สูงอายุได้ครอบคลุมปัญหา และมีประสิทธิภาพ

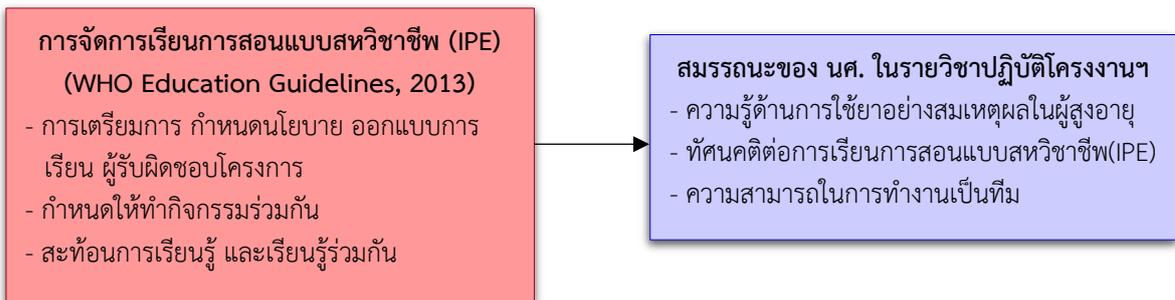
### วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้สูงอายุ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 4 ที่เรียนแบบสหวิชาชีพ ในรายวิชาปฏิบัติโครงการพัฒนาสุขภาพ
2. เพื่อศึกษาทัศนคติ และความสามารถในการทำงานเป็นทีม ต่อการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพ (IPE) ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรในรายวิชาปฏิบัติโครงการพัฒนาสุขภาพ

3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้สูงอายุ ทักษะคิด และความสามารถในการทำงานเป็นทีม ระหว่างก่อนและหลังการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดการเรียนรู้ด้วยวิธีการเรียนแบบสหวิชาชีพ (Inter-Professional Education : IPE) ในการพัฒนาความร่วมมือ และคุณภาพในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ เพื่อช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาเรียนรู้บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของตนเองตามวิชาชีพ การพัฒนาคุณค่า ความรู้ ทักษะในวิชาชีพ โดยมีทัศนคติที่ดีต่อกัน การมีสัมพันธ์ที่ดีต่อกันเพื่อให้เกิดร่วมมือกันในการทำงานเป็นทีม (WHO Education Guidelines, 2013)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

ดำเนินการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One Group Pretest –Posttest Design)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ประจำปีการศึกษา 2560 ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2560 – เมษายน 2561 จำนวน 139 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ โดยการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ใช้ G\* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) กำหนดอิทธิพล = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) ซึ่งเหมาะสมกับสถิติ Paired t-test กำหนดให้ระดับความสำคัญทางสถิติ = 0.05 กำหนดให้ค่าอำนาจการทดสอบ = 0.95 (Cohen, 1988) ได้กลุ่มตัวอย่าง 45 คน แต่ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 61 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ตามช่วงเวลาฝึกปฏิบัติงานที่ตรงกับการเรียนของนักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์ของมหาวิทยาลัยพายัพ และเป็นผู้ที่ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยตามแผนที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกมาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) แต่ละกลุ่มจะจัดคณะกันตามผลการเรียน อ่อน ปานกลาง และเก่ง กลุ่มละ 7 – 8 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ วิธีการเรียนแบบสหวิชาชีพ (Inter-Professional Education: IPE) ประกอบด้วย 3 ระยะ ระยะเตรียมการ ระยะเยี่ยม ระยะเรียนรู้ร่วมกันในทีม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ และเกรดเฉลี่ยสะสม

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยแบบประเมิน 3 แบบ ได้แก่

1. แบบประเมินระดับความรู้ของนักศึกษาในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้สูงอายุ มีจำนวน 25 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ภายใต้คณะกรรมการการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข (Rational Use of Drug Subcommittee, 2017) เนื้อหาประกอบด้วย การบริหารยา ปัจจัยที่มีผลต่อการดูดซึมยา ภาวะแทรกซ้อนจากการทานยาผิดวิธี การให้ยาเหมาะสมกับโรค และการใช้ยาขนาด และเวลาที่เหมาะสม มีค่าคะแนนตอบผิดมีค่าเป็น 0 ตอบถูกมีค่าเป็น 1 โดยอธิบายค่าคะแนน ใช้เกณฑ์ในการแปลความหมายของ Best (1981, cited in Boonchom, 2013)

จำนวนข้อสอบที่ทำได้ 20-25 ข้อ	= ร้อยละ 80-100	= ระดับดีมาก
จำนวนข้อสอบที่ทำได้ 19 ข้อ	= ร้อยละ 75-79 %	= ระดับดี
จำนวนข้อสอบที่ทำได้ 18 ข้อ	= ร้อยละ 70-74 %	= ระดับปานกลาง
จำนวนข้อสอบที่ทำได้ 17 ข้อ	= ร้อยละ 65-69 %	= ระดับน้อย
จำนวนข้อสอบที่ทำได้ $\leq 16$ ข้อ	$\leq$ ร้อยละ 64 %	= ระดับปรับปรุง

2. แบบประเมินทัศนคติต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพ (IPE) มีจำนวน 10 ข้อ โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของ World Health Organization (2010) และ Commission on Interprofessional Education (2015) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Liker Rating Scales) มีความคิดเห็น 5 ระดับ จากคะแนน 1 ถึง 5 คะแนน โดยแบ่งช่วงค่าเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00	หมายถึง	มีทัศนคติระดับดีมาก
คะแนนเฉลี่ย 4.00 - 4.49	หมายถึง	มีทัศนคติระดับดี
คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.99	หมายถึง	มีทัศนคติระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49	หมายถึง	มีทัศนคติระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49	หมายถึง	มีทัศนคติระดับน้อยที่สุด

3. แบบประเมินความสามารถในการทำงานเป็นทีม มีจำนวน 16 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดจุดประสงค์การเรียนรู้ของรายวิชาตามกรอบคุณวุฒิการศึกษาหลักสูตรปรับปรุง 2555 โดยเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Liker Rating Scales) มีความคิดเห็น 5 ระดับ จากคะแนน 1 ถึง 5 คะแนน โดยแบ่งช่วงค่าเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00	หมายถึง	การทำงานเป็นทีมอยู่ในระดับดีมาก
คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49	หมายถึง	การทำงานเป็นทีมอยู่ในระดับดี
คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49	หมายถึง	การทำงานเป็นทีมอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49	หมายถึง	การทำงานเป็นทีมอยู่ในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49	หมายถึง	การทำงานเป็นทีมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา แบบประเมินผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการสอนแบบสหวิชาชีพ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้สูงอายุ 2 ท่าน หาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัด (Index of Item Objective Congruence: IOC) แบบประเมินทั้งหมดได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้ กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มวิจัย จำนวน 15 ราย โดยวิธีทดสอบครั้งเดียว โดยนำผลการทดสอบมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ ของคูเดอร์และริชาร์ดสัน (KR 20) ความเชื่อมั่นได้ค่าเท่ากับ .74 และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .81 และ .91

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

### ขั้นก่อนการทดลอง

1. ประสานงานและขอความร่วมมือจากมหาวิทยาลัยพายัพ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหนองไคร้ ตำบลหนองจ้อม เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุ และการเข้าร่วมรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. ชี้แจงและอธิบายขั้นตอนของการดำเนินการทดลอง เพื่อให้เข้าใจตรงกันในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ และลงลายลักษณ์อักษรการยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง

### ขั้นทดลอง

1. ระยะเวลาเตรียมการก่อนเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมให้กลุ่มตัวอย่างก่อนการดำเนินโครงการ 2 สัปดาห์ ในประเด็นบทบาทพยาบาลในชุมชน และบทบาทเภสัชกร ดำเนินการจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ผ่านเกมต่าง ๆ และจัดตั้งไลน์กลุ่ม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้สร้างความคุ้นเคย และมีช่องทางการติดต่อปรึกษาเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพปัญหาของผู้สูงอายุ และทำแบบทดสอบความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้สูงอายุ ที่สอดคล้องต่อการจัดการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพ และทักษะการทำงานเป็นทีม ใช้ระยะเวลา 40 นาที

### 2. ระยะเวลาเข้าเยี่ยมบ้านค้นหาปัญหาและดำเนินการแก้ไขปัญหาดังนี้

การเลือกกรณีศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหนองไคร้ ตำบลหนองจ้อม ได้รับการมอบหมายกรณีศึกษาคนละ 3 ราย ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ (กรณีศึกษารวมเป็น 24 รายต่อกลุ่ม ภายหลังที่ได้ข้อมูลเบื้องต้น อาจารย์กับนักศึกษาศาสตรช่วยกันคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีการใช้ยาเป็นประจำ เพื่อศึกษาด้านการใช้ยา 2 รายต่อกลุ่ม แล้วดำเนินการ ดังนี้

ครั้งที่ 1 วางแผน เพื่อค้นหาปัญหาผู้สูงอายุที่มีการใช้ยาเป็นประจำ (ระยะเวลา 1/2 วัน)

นำข้อมูลเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่มีการใช้ยาเป็นประจำมาประชุมกลุ่มร่วมกัน ระหว่างนักศึกษาศาสตร และเภสัชศาสตร เพื่อศึกษาข้อมูลเบื้องต้น วางแผนการซักประวัติด้านการใช้ยา และปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

ครั้งที่ 2 รวบรวมข้อมูล และวางแผนแก้ไขปัญหาดังนี้ (ระยะเวลา 1 วัน)

เพื่อซักประวัติ โดยแบ่งนักศึกษาออกเป็น 2 กลุ่มย่อย นักศึกษาศาสตร 4 คน นักศึกษเภสัชศาสตร 2 คนต่อกลุ่มย่อย เพื่อให้ทุกคนได้มีโอกาสได้ซักประวัติ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้มากขึ้น โดยแบ่งระหว่างที่สัมภาษณ์อาจารย์ประจำกลุ่มจะให้ข้อเสนอแนะให้ตรงประเด็น และได้ข้อมูลครบถ้วน

เพื่อวิเคราะห์ปัญหา และวางแผนแก้ไขปัญหาดังนี้ โดยนักศึกษาทั้ง 2 สถาบัน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ร่วมกันว่าผู้สูงอายุมีปัญหาการใช้ยาด้านใด ควรแก้ไขปัญหายังไร ให้การอภิปรายพร้อมให้เหตุผล ในประเด็นความรู้ในการใช้ยา การพยาบาลที่เหมาะสม และแนวทางในการแก้ไขปัญหากับผู้สูงอายุร่วมกัน

ครั้งที่ 3 แก้ไขปัญหาดังนี้ (ระยะเวลา 1/2 วัน)

ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้กับผู้สูงอายุ และการใช้นวัตกรรม เพื่อให้ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ได้แก่ กล่องใส่ยาเพื่อให้ทานยาอย่างจริงจัง 1 โรงพยาบาล 1 โรค การไม่แบ่งยาให้กันทาน การฝากเพื่อนบ้านเพื่อให้ได้ยาทานสม่ำเสมอ เพื่อนบ้านนำส่งตามหมอนัด รู้ทันการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ปฏิทินกินลิ้ม

### ขั้นหลังการทดลอง การเรียนรู้ร่วมกัน (ระยะเวลา 1/2 วัน)

ภายหลังแก้ไขปัญหากับผู้สูงอายุเพื่อให้ใช้ยาได้อย่างสมเหตุผล 1-2 วัน จัดเวทีให้นักศึกษาได้สะท้อนการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และให้ทำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาไม่สมเหตุผลในผู้สูงอายุ ที่สอดคล้องต่อการจัดการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพ และทักษะความสามารถในการทำงานเป็นทีม

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของแบบทดสอบความรู้ของนักศึกษาในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ของผู้สูงอายุได้ แบบประเมินทัศนคติของนักศึกษาต่อการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพ (IPE) และแบบประเมินทักษะการทำงานเป็นทีมของการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพใช้สถิติในการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการเรียนการสอนด้วย Dependent paired t-test

ทั้งนี้ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น(Assumption) เพื่อใช้สถิติ Dependent t-test หารลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normal Distribution) โดยมีใช้สถิติทดสอบ Kalmogorov-Smirnov Tests พบว่าข้อมูลมีการแจกแจง แบบโค้งปกติ ( $p=.378$ )

### จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ เลขที่ E10/2560 สำหรับกลุ่มนักศึกษาที่ไม่ได้เข้าร่วมการวิจัย 78 คน ผู้จัดทำวิจัยได้ร่วมกับอาจารย์คณะเภสัชศาสตร์จัดอบรมบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมเหตุผลในผู้สูงอายุ และการเรียนรู้ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยให้ตัวแทนของนักศึกษาที่เข้าร่วมวิจัยสรุปการเรียนรู้จากการสะท้อนคิด ตามหลักจริยธรรมในการทำวิจัย

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิตชั้นปีที่ 4 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.44) มีอายุระหว่าง 22 – 24 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 22.74 ( $SD=0.63$ ) และเกรดเฉลี่ยสะสมส่วนใหญ่ ระดับเกรดอยู่ระหว่าง 2.50 – 2.99 คิดเป็นร้อยละ 49.18 รองลงมาระดับปานกลางระดับเกรดอยู่ระหว่าง 3.00 – 3.49 คิดเป็นร้อยละ 39.34

2. ระดับความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้สูงอายุ ทัศนคติ และความสามารถในการทำงานเป็นทีมในการเรียนแบบสหวิชาชีพ (IPE) ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในรายวิชาปฏิบัติโครงการพัฒนาสุขภาพ

ตาราง 1 ระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และความสามารถในการทำงานเป็นทีม ภายหลังการเรียนแบบสหวิชาชีพ (IPE) ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในรายวิชาปฏิบัติโครงการพัฒนาสุขภาพ

ตัวแปร		M	SD	ระดับ
ระดับคะแนนความรู้	ก่อนการทดลอง	13.30	1.10	ปรับปรุง
	(คะแนนเต็ม 25 คะแนน)	หลังการทดลอง	21.98	1.39
ทัศนคติในการเรียนแบบสหวิชาชีพ(IPE)	ก่อนการทดลอง	2.72	0.13	ปานกลาง
	(คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	หลังการทดลอง	4.62	0.49
ความสามารถในการทำงานเป็นทีม	ก่อนการทดลอง	3.18	0.53	ปานกลาง
	(คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	หลังการทดลอง	4.16	0.49

จากตาราง 1 พบว่าภายหลังการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพ ระดับคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้สูงอายุ และทัศนคติของนักศึกษาที่มีผลการเรียนแบบสหวิชาชีพในระดับดีมาก ( $M=21.98$ ,  $SD=1.39$ ,  $M=4.62$ ,  $SD=0.49$ ) ส่วนความสามารถในการทำงานเป็นทีมอยู่ในระดับดี ( $M=4.16$ ,  $SD=0.49$ )

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 ที่ตอบความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้สูงอายุถูกและผิด ภายหลังที่มีการเรียนแบบสหวิชาชีพเป็นรายข้อ

ข้อคำถาม	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง มักหลงลืมทานยา และมีปัญหาการมองเห็น ควรแนะนำให้คนเพื่อนบ้านช่วยจัดยาให้ทาน	42	68.85	19	31.15
2. ผู้สูงอายุพาร์กินสัน ได้รับยา Levodopa แนะนำให้ทานร่วมกับอาหารที่มีโปรตีนสูง	51	83.61	10	16.39
3. ผู้สูงอายุซึมเศร้า นอนไม่หลับได้รับยาคลายเครียด แนะนำให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงการขับขีรถ	61	100.00	0	0.00
4. ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงควรจัดยาขับปัสสาวะให้ทานในช่วงก่อนนอนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ	60	98.63	1	1.64
5. ผู้สูงอายุ 70 ปี นน. 72 กิโลกรัม มีไข้สูง 38.4 องศาเซลเซียส ควรให้ยาลดไข้ Para.(500 mg) 2 tab oral prn for fever	61	100.00	0	0.00
6. ผู้สูงอายุ อายุ 68 ปี มีไข้สูง 38 องศาเซลเซียส ไข้เป็นบางครั้ง น้ำมูกใส เจ็บคอเล็กน้อย คอไม่แดงควรได้รับยา Amoxycilling 500 mg oral 1 tab tid pc+hs	61	100.00	0	0.00
7. ผู้สูงอายุมีโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน มีปัญหาทานยาไม่ครบควรจัดทำตลับแบ่งยาให้ทานเป็นสัปดาห์	60	98.63	1	1.64
8. ผู้สูงอายุสมองเสื่อม มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ควรได้รับยา Plasil (10 mg) 1 tab oral เพื่อลดอาการ	32	52.46	29	47.54
9. ผู้สูงอายุมีอาการท้องผูกแนะนำให้ดื่มน้ำสมุนไพร เช่น น้ำมะขาม มะละกอ แทนการสวนด้วย Unison	61	100.00	0	0.00
10. ผู้สูงอายุลืมรับประทานยาใกล้กับเวลารับประทานถัดไป แนะนำให้รับประทานยาในมือถัดไปในขนาด 2 tab	60	98.63	1	1.64
11. การจัดยาให้กับผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงการจ่ายยา 1/2 tab เนื่องจากผู้สูงอายุมักจะทานยาเป็น 1 tab	40	65.57	21	34.43
12. ผู้สูงอายุโรคหัวใจได้รับยาลดไขมันเลือดควรช้กประวัติ การขับถ่ายเป็นเลือด จุดจ้ำเลือด และการทานยาชนิดอื่น ๆ ด้วย	61	100.00	0	0.00
13. ผู้สูงอายุ มีอาการปวดหลังมาก มาตรวจก่อนที่จะให้จัดยา NSAIDs ให้ ควรช้กประวัติการได้รับยา wafarin ด้วย	61	100.00	0	0.00
14. ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวเป็นไตวาย มีอาการกระเพาะปัสสาวะอักเสบได้รับยา Gentamycin 240 mg. iv OD ควรตรวจสอบการทำงานของไต	60	98.63	1	1.64
15. ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวเป็นไตวาย มีไข้สูง ได้รับยาลดไข้ para.(500mg) oral 2 tab ควรตรวจสอบการทำงานของไต	40	65.57	21	34.43
16. ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวเมื่อมาตรวจตามนัดทุกครั้งต้องนำยาที่เหลือมาด้วยทุกครั้ง รวมทั้งยาที่เคยไปรักษาอาการอื่นๆด้วย เพื่อลดค่าใช้จ่ายถ้ายังมียาเหลือ	47	77.05	14	22.95
17. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหอบหืด ได้รับยา Theodur ควรบดให้ผู้สูงอายุรับประทาน	61	100.00	0	0.00

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
18. ผู้สูงอายุเมื่อมีอาการของโรคไม่ดีขึ้น ต้องไปตรวจตามสถานพยาบาลต่าง ๆ หลาย ๆ ที่ เพื่อได้รับยาให้ครอบคลุม	55	99.16	6	9.84
19. ระดับของ Albumin มีผลต่อการดูดซึมยา	21	34.43	40	65.57
20. การซักรั้วประวัติเกี่ยวกับการใช้ยา ต้องซักรั้วประวัติเกี่ยวกับการใช้สมุนไพร และอาหารเสริมด้วย	61	100.00	0	0.00
21. แนะนำผู้สูงอายุให้หลีกเลี่ยงการทานยาปฏิชีวนะร่วมกับการทานนมหรือแคลเซียม	49	80.33	12	19.67
22. การซักรั้วประวัติเกี่ยวกับการใช้ยา ต้องสอบถามในประเด็นอาการข้างเคียง หรืออาการผิดปกติด้วย	61	100.00	0	0.00
23. การซักรั้วประวัติเกี่ยวกับการใช้ยา ต้องซักถามสถานที่ไปตรวจรักษา และยาที่ได้รับทั้งหมด	55	99.16	6	9.84
24. แนะนำให้ผู้สูงอายุ หลีกเลี่ยงการดื่มกาแฟ ร่วมกับทานยาแคลเซียม	61	100.00	0	0.00
25. เมื่อทางโรงพยาบาลมีการปรับเปลี่ยนบริษัทยาควรแจ้งให้ผู้สูงอายุรับทราบ เพื่อป้องกันการได้ยาซ้ำซ้อน	61	100.00	0	0.00

จากตาราง 2 พบว่า ภายหลังจากที่มีการเรียนแบบสหวิชาชีพ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยที่มีคะแนนรายชื่อที่นักศึกษาทุกคนสามารถที่จะตอบคำถามได้ถูกต้อง ร้อยละ 100 มีเพียง 2 ข้อที่นักศึกษาตอบได้ถูกต้องน้อยกว่าร้อยละ 60 เป็นความรู้เกี่ยวกับการดูดซึม การกระจายของตัว และการไม่รู้จักยาที่ลึกลับซึ่งพอลึกคิดว่าถ้ามีอาการเหมือนกันสามารถให้ยาตัวใดก็ได้ในการแก้ปัญหา การแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุ พยาบาลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของการสูงอายุ เพื่อนำมาพิจารณาแก้ไขปัญหาพร้อมด้วย เพราะผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีปัญหาซับซ้อน

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการจัดการเรียนแบบสหวิชาชีพในด้านความรู้ในการใช้ยาสมเหตุผลในผู้สูงอายุ ทักษะคิดต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพ(IPE) และความสามารถในการทำงานเป็นทีม

ตาราง 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพในด้านความรู้ในการใช้ยาสมเหตุผลในผู้สูงอายุ ทักษะคิดต่อการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพ(IPE) และความสามารถในการทำงานเป็นทีมของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 ในรายวิชาปฏิบัติโครงการพัฒนาสุขภาพ

ตัวแปร		M	SD	t	P-value
ความรู้ในการใช้ยาสมเหตุผลในผู้สูงอายุ	ก่อนการทดลอง	13.30	1.10	-41.16	<.001
	หลังการทดลอง	21.98	1.39		
ทักษะคิดต่อการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพ (IPE)	ก่อนการทดลอง	2.72	0.13	26.81	<.001
	หลังการทดลอง	4.24	0.44		
ความสามารถในการทำงานเป็นทีม	ก่อนการทดลอง	3.18	0.45	15.11	<.001
	หลังการทดลอง	4.43	0.46		

จากตาราง 3 พบว่าเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนหลังการจัดการเรียนแบบสหวิชาชีพนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ พบว่ามีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้สูงอายุ มีความแตกต่างกันในก่อนและหลังการเรียนแบบสหวิชาชีพ โดยที่ภายหลังการเรียนแบบสหวิชาชีพนักศึกษามีระดับความรู้ ทักษะ และความสามารถในการทำงานเป็นทีมดีกว่า ( $M=21.98, SD=1.39., M=4.24, SD=0.44., M=4.43, SD=0.46$ ) ก่อนการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพ อย่างชัดเจน ( $M=13.30, SD=1.10., M=2.72, SD=0.13., M=3.18, SD=0.45$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=-41.16, p<.001., t= 26.81, p<.001., t=15.05, p<.001$ )

## อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของเรียนแบบสหวิชาชีพ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ในรายวิชาปฏิบัติโครงการพัฒนาสุขภาพ อภิปรายผลได้ ดังนี้

1. การศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้สูงอายุ ทักษะต่อการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพ และความสามารถในการทำงานเป็นทีมของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 ที่เรียนแบบสหวิชาชีพ

1.1 ระดับความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้สูงอายุ ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ก่อนการเรียนแบบสหวิชาชีพอยู่ในระดับปรับปรุง ภายหลังการเรียนอยู่ในระดับดีมาก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การจัดการเรียนการสอนในลักษณะเป็นกลุ่มย่อย (Small Group) ทำให้นักศึกษามีส่วนร่วมในการเรียนรู้ มีการปรึกษาหารือ มีการทำงานเป็นทีม แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ เรียนการสอนในลักษณะนี้จะช่วยส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการค้นคว้าหาความรู้และฝึกทักษะในการทำงานเป็นทีม มีการระดมสมอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็น นอกจากนี้ การจัดการเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพ ผู้เรียนจะมีรับผิดชอบในวิชาชีพของตนเองเด่นชัดขึ้น พัฒนาการทำงานเป็นทีม พัฒนาบทบาท และการเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพจะส่งเสริมความรู้ความสามารถของนักศึกษา ส่งผลประโยชน์ของผู้รับบริการมากขึ้น (Stull & Blue, 2016; Zeeni, Zeenny, Hasbini-Danawi, Asmar, Bassil, Nasser, & Hoffart, 2016)

1.2 ทักษะต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพของนักศึกษา ทักษะ หมายถึง การแสดงออกถึงความชอบ หรือ ไม่ชอบต่อบุคคล สถานที่ สิ่งของ หรือเหตุการณ์สิ่งใดสิ่งหนึ่ง ทักษะของนักศึกษา ก่อนการเรียนแบบสหวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการเรียนอยู่ในระดับดีมาก สอดคล้องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กระบวนการเรียนรู้ที่สามารถบ่มเพาะความเชื่อและทัศนคติที่ดีมีความสำคัญมากไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าเนื้อหาทางวิชาการ เพราะการเรียนรู้ไม่เพียงแต่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงความรู้ แต่เป็นกระบวนการที่ผลระยะยาวเกี่ยวข้องทั้งพฤติกรรมและทัศนคติด้วย การสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการเรียนสิ่งใดสิ่งหนึ่งเชื่อว่าจะทำให้บุคคลมีฉันทะ ซึ่งส่งผลให้พวกเขาที่มีความสนใจที่จะเรียนรู้ด้วยตนเอง รวมถึงแนวโน้มที่จะประยุกต์ใช้ความรู้ในสถานการณ์จริง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Poorananon & Krirkgulthorn (2011) ที่พบว่า ทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และเป็นปัจจัยที่ให้อำนาจการดำเนินงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Rungruang, Plosingehan & Phuvipadawit (2013) ที่พบว่าเจตคติต่อการประกอบวิชาชีพ การพยาบาล การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการประกอบอาชีพการพยาบาล ส่งผลต่อความตั้งใจในการประกอบ วิชาชีพการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกเหนือจากการวิจัย คณะผู้วิจัยได้สังเกตเห็นพฤติกรรมของนักศึกษามีความกระตือรือร้นมากขึ้นเมื่อมีเพื่อนต่างวิชาชีพมาเรียนด้วย มาตามนัดหมายเร็วกว่าปกติ และนักศึกษายกกว่า “ชอบการเรียนแบบนี้ทำให้กระตือรือร้น มีชีวิตชีวา ได้เพื่อนใหม่ และทำให้เกิดบรรยากาศการเรียนรูที่ดี”

1.3 ความสามารถในการทำงานเป็นทีมร่วมกับสหวิชาชีพ ก่อนการเรียนแบบสหวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการเรียนมีระดับคะแนนเพิ่มขึ้น โดยทักษะการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ด้านภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีม ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การติดต่อสื่อสาร การพัฒนาตนเอง และความรับผิดชอบ

ต่อหน้าที่ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีทุกรายด้าน อันเป็นผลจากการที่มีการออกแบบวิจัยในด้านการเตรียมความพร้อมก่อนการจัดการเรียนการสอน โดยมีกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพ และให้นักศึกษาได้จัดตั้งไลน์กลุ่มเพื่อติดต่อสื่อสารกัน มีการจัดการเรียนรู้ร่วมกันโดยใช้กรณีศึกษา ได้มีการประชุมวางแผนในการเริ่มซักรั้วประวัตินักศึกษาเพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยา ประชุมกลุ่มเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลจากการซักรั้วประวัตินักศึกษา วางแผนให้การดูแลสอนนักศึกษา หรือสร้างนวัตกรรม และนักศึกษาจะมีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันภายหลังการมีกิจกรรมทุกครั้ง จึงทำให้นักศึกษามีความสามารถในการทำงานเป็นทีมได้ดียิ่งขึ้น จะส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Stull & Blue (2016) และของ Zeeni, Zeenny, Hasbini-Danawi, Asmar, Bassil, Nasser, & Hoffart (2016) ที่พบว่า การเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพ ผู้เรียนจะมีการพัฒนาการทำงานเป็นทีม พัฒนาคบหาความรับผิดชอบในวิชาชีพอย่างเด่นชัดมากขึ้น และจะส่งเสริมความรู้ความสามารถของนักศึกษา อันจะส่งผลประโยชน์ของผู้รับบริการมากขึ้น และจากการจัดกิจกรรมในรูปแบบการสร้างสัมพันธ์ภาพ และให้ศึกษาร่วมกันทำให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ และพัฒนาความสามารถในการทำงานเป็นทีม เข้าใจบทบาทของตนเอง และผู้อื่น มีความเป็นผู้นำ พัฒนาการตนเอง มีทักษะในการติดต่อสื่อสาร และกระตุ้นตัวเองให้กระตือรือร้น คิดค้นสิ่งใหม่ ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tanglakmankhong, Khammathit, Thammawongsa, & Ardpara (2019) ที่ศึกษาผลการใช้รูปแบบการเรียนการสอนวิชานวัตกรรมทางการพยาบาลด้วยการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพต่อความพร้อมการเรียนรู้แบบสหสาขาอาชีพและทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ปี 3 จำนวน 121 คน เรียนร่วมกับนักศึกษาคณะเทคโนโลยีวิศวกรรมศาสตร์ ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า นักศึกษามีการพัฒนาการทำงานเป็นทีม การเคารพในบทบาทซึ่งกันและกัน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การมีสัมพันธ์ภาพที่ดี และมีการพัฒนากระบวนการคิดวิเคราะห์ นอกจากนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Sethasathien (2015) โดยแบ่งนักศึกษาเป็นกลุ่มละ 6 – 8 คน แบบคณะวิชาชีพ มอบหมายให้ร่วมกันศึกษาผู้ป่วยอัมพาต ครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูโดยช่วยกันรวบรวมประวัติ ตรวจประเมิน วางเป้าหมายและแผนการรักษาฟื้นฟู โดยมีอาจารย์ร่วมสอนเป็นผู้สังเกตการณ์ประจำกลุ่ม หลังจากนั้นให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอรายงานหน้าชั้นเรียนและนักศึกษา ในชั้นเรียนร่วมกันอภิปรายแล้วอาจารย์ผู้สังเกตการณ์ให้ข้อมูล สะท้อนกลับในด้านกระบวนการกลุ่มนักศึกษาร้อยละ 95.3 เห็นด้วยเป็นอย่างยิ่งว่าเป็นวิธีการเรียนที่ช่วยให้ เข้าใจบทบาทของแต่ละวิชาชีพและลักษณะการทำงานร่วมกัน มากขึ้น

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้สูงอายุ ทักษะคิด และความสามารถในการทำงานเป็นทีมก่อนและหลังการเรียนแบบสหวิชาชีพ ภายหลังจากการจัดการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพมีระดับคะแนนที่สูงกว่า ก่อนการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p \leq .001$ ) โดยที่ค่าคะแนนของความรู้ในการใช้ยาอย่างเหตุผลในผู้สูงอายุ ทักษะคิดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพ และความสามารถในการทำงานเป็นทีม มีค่าแปรผันตรงต่อกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ-Rungruang, Plosingehan & Phuvipadawit (2013) เมื่อนักศึกษามีเจตคติ ที่ดีต่อวิชาชีพน่าจะมี ความตั้งใจมุ่งมั่นในการเรียนเพื่อทำให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนดีและมีความพร้อมในการเป็นพยาบาลวิชาชีพต่อไป โดยเจตคติต่อวิชาชีพ การพยาบาลของนักศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวก กับความตั้งใจในการเลือกประกอบวิชาชีพพยาบาล และสอดคล้องกับการศึกษาของ Rotz, Duenas, Grove, Headly, & Parvanta (2015) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การเรียนรู้ระหว่างวิชาชีพในนักศึกษาปี 1 ของคณะเภสัชศาสตร์และคณะแพทยศาสตร์และการศึกษาของ Colonio Salazar, Andiappan, Radford, & Gallagher (2016) ที่จัดการเรียนร่วมกันระหว่างวิชาชีพให้กับนักศึกษาในชั้นปีที่ 1 พบว่านักศึกษาเกิดการเรียนรู้และเกิดทักษะในศตวรรษที่ 21 ควบคู่ไปพร้อมกัน ดังนั้นวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ควรจัดให้นักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต ชั้นปีที่ 4 ได้มีการเรียนแบบสหวิชาชีพ โดยจัดกิจกรรมการเรียนที่ส่งเสริมทัศนคติด้านบวก ซึ่งจะส่งผลต่อความตั้งใจในการใฝ่หาความรู้ มีความกระตือรือร้น ความรับผิดชอบ สนใจเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ซึ่งการเรียนแบบสหวิชาชีพเป็นการเตรียมความพร้อมในการก้าวเข้าสู่วิชาชีพพยาบาล ในด้านการทำงานเป็นทีมเพื่อให้เกิดความร่วมมือที่ดี

ในการดูแลผู้รับบริการในชุมชน และความรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุสมผลในผู้สูงอายุ เพื่อให้ความรู้ คำแนะนำ  
ปรึกษาสำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในการใช้ยาที่ไม่ถูกขนาด ไม่ถูกวิธีการและความถี่ที่ได้รับยา และจัดทำ  
นวัตกรรม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้กับผู้สูงอายุในชุมชน

ข้อจำกัดของการทำวิจัยครั้งนี้ เนื่องด้วยระยะเวลาในการเปิดเทอม หรือการจัดการเรียนการสอนที่ไม่  
ตรงกันของทั้ง 2 สถาบัน และลักษณะรายวิชาที่เป็นปฏิบัติ และทฤษฎีทำให้นักศึกษาและอาจารย์ผู้นิเทศต้องใช้  
เวลานอกในการเรียนรู้ และจัดกิจกรรมซึ่งอาจจะเบียดการเรียนหลักของนักศึกษา

### การนำผลงานวิจัยไปใช้

การจัดการเรียนแบบสหวิชาชีพ ไม่จำเป็นต้องเรียนรู้ในเฉพาะสาขาด้านสุขภาพ ยังสามารถเรียนรู้  
ร่วมกันได้อีกหลายวิชาชีพ ไม่ว่าจะเป็นวิศวกร สถาปัตยกรรม เพื่อได้เรียนรู้ร่วมกันใน การออกแบบ  
อุปกรณ์เสริมต่าง ๆ ให้กับผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่ต้องการกายอุปกรณ์ การออกแบบบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ  
วิชาชีพด้านโภชนาศาสตร์ เรียนรู้ร่วมกันในการดูแลด้านอาหารที่เหมาะสมกับแต่ละวัย หรือเหมาะสมกับผู้ป่วย  
โรคเรื้อรังต่าง ๆ

การเรียนแบบสหวิชาชีพนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ต้องมีความรู้ในศาสตร์ของตนเองมาพอสมควร และ  
ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ของสหวิชาชีพอื่น ๆ มาก่อน เพื่อให้การเรียนรู้ที่ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น สามารถแบ่งปันความรู้  
ให้กับวิชาชีพอื่นได้ ซึ่งสอดคล้องกับบทวิจารณ์ของ Sethasathien (2015) ที่กล่าวไว้ว่าการเรียนรู้ร่วมกันและ  
การเรียนรู้จากกันและกัน ในระหว่างสหวิชาชีพ ซึ่งช่วยขยายองค์ความรู้ของแต่ละวิชาชีพให้กว้างขวางขึ้นจาก  
การแบ่งปันและนำความรู้มาเสริมต่อยอดซึ่งกันและกัน ดังนั้น การเรียนแบบสหวิชาชีพจึงควรเริ่มต้นทำภาย  
หลังจากที่แต่ละวิชาชีพมีความ รู้ความเข้าใจในศาสตร์เฉพาะของสาขาวิชาชีพของตนเองพอ สมควรแล้ว

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เชิงนโยบาย การเรียนแบบสหวิชาชีพ มีผลดีทำให้นักศึกษามีความกระตือรือร้น มีความรู้ด้านการใช้  
ยาอย่างสมเหตุสมผลมากขึ้น แต่มีอุปสรรคคือระยะเวลาที่นักศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลกับมหาวิทยาลัยเปิดการ  
เรียนการสอนที่ไม่ตรงกันทำให้มีบางส่วนที่ได้เรียนแบบสหวิชาชีพ ผู้บริหารต้องพิจารณาเรื่องการเปิดเทอมให้  
ตรงกัน และให้หาทีมสุขภาพสาขาอื่น ๆ เพื่อให้มีการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพในรายวิชาอื่น ๆ ด้วย

2. ด้านการวิจัย เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อให้มีการวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาสมเหตุสมผลในผู้สูงอายุในชุมชน  
เพื่อให้ทราบปัญหาที่กว้างขึ้น และให้การดูแลพยาบาลได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และควร  
ทำการวิจัยที่มีกลุ่มควบคุมเพื่อปิดจุดอ่อนของวิจัยนี้

3. การเรียนการสอน ควรจัดการเรียนการสอนร่วมกับวิชาชีพอื่น ๆ นอกเหนือไปจากสาขา  
วิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อจัดการเรียนการสอนร่วมกัน เช่น วิศวกรรม เพื่อร่วมจัดทำนวัตกรรมด้านสุขภาพ

### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ที่สนับสนุนเงินทุนสนับสนุน

### References

Boonchom, S. (2013). *Introduction to Research*. (9<sup>th</sup> ed). Bangkok: Suweeriyasarn. (in Thai)  
Brandt, B., Lutfiyya N. M., King, J., & Chioreso, C. (2014). A Scoping Review of Interprofessional  
Collaborative Practice and Education Using the Lens of the Triple Aim. *Journal of  
Interprofessional Care*, 28(5), 393-399.



- Brashers, V., Erickson, J. M., Blackhall, L., Owen, J. A., Thomas, S. M., & Conaway, M. R., (2016). Measuring the Impact of Clinically Relevant Interprofessional Education on Undergraduate Medical and Nursing Student Competencies: A Longitudinal Mixed Methods Approach. *Journal of Interprofessional Care*, 30(4), 448-457.
- Chenkongkaew, W. (2018). *Manual of Interprofessional Education*. (2<sup>nd</sup> ed). Bangkok: P.A.Living. (in Thai)
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (2nd). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Colonio Salazar, F. B., Andiappan, M., Radford, D. R., & Gallagher, J. E. (2016). *Attitudes of the first Cohort of Student Groups Trained Together at the University of Portsmouth Dental Academy Towards Dental Interprofessional Education*. Retrieved in September 26, 2017 from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/eje.12183>
- Commission on Interprofessional Education. (2015). *Inter-Professional Education*. Retrieved in September 26, 2017 from <http://www.healthprofessionals21thailand.org/wp-content/uploads//11/Book-IPE-Fin.pdf>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A Flexible Statistical Power Analysis Program for the Social, Behavioral, and Biomedical Sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Poorananon, P., & Kirkgulthorn, T. (2011). Factors Predicting Nursing Student's Competency in Evidence-Based Nursing. *J Nurs Sci*, 29(2), 47-55. (in Thai)
- Rational Use of Drug Subcommittee. (2017). *Teacher's Guide for Promoting Rational Drug Use*. Bangkok: Agricultural Cooperative Printing Demonstrations of Thai Ltd. (in Thai)
- Rotz, E. M., Duenas, G. G., Grove, A. B., Headly, A., & Parvanta, C. F. (2015). Exploring First-Year Pharmacy and Medical Students' Experiences During a Longitudinal Interprofessional Education Program. *Pharm Teach Lear*, 7(3), 302-311.
- Rungruang, K., Plosingehan, S., & Phuvipadawit, S. (2013). Factors Affecting The Nursing Professional Intention of Nursing Students in College of Nursing Under The Ministry of Public Health. *Journal of Nursing and Education*, 6(3), 119-127. (in Thai)
- Sethasathien, S. (2015). A Model of Interprofessional Education (IPE) in Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Udonthani Hospital. *J Thai Rehabil Med*, 25(2), 65-70. (in Thai)
- Stull, C. L., & Blue, C. M. (2016). Examining the Influence of Professional Identity Formation on the Attitudes of Students Towards Inter-Professional Collaboration. *Journal of Inter-Professional Care*, 30(1), 90-96.
- Tanglakmankhong, K., Khammathit, A., Thammawongsa, N., & Ardpara, A. (2019). The Effectiveness of Teaching in a Nursing Innovation Course Using Interprofessional Education (IPE) Approach on Readiness for IPE, and the 21<sup>st</sup> Century Skills. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6(2), 126-139.
- World Health Organization. (2013). *Interprofessional Education Guildline*. Retrieved from <http://www.WHO/HRH/HPN/10.3>.



- World Health Organization. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Retried from [http://www. WHO/HRH /HPN /10.3](http://www.WHO/HRH/HPN/10.3).
- World Health Organization. (2002). Promoting Rational Use of Medicines: Core Components. WHO Policy Perspectives on Medicines. No.5. Document WHO/EDM/2002.3. Geneva, 2002. Retried from URL:<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h3011e/h3011e.pdf>
- Zeeni, N., Zeenny, R., Hasbini-Danawi, T., Asmar, N., Bassil, M., Nasser, S. et al. (2016). Student Perceptions Towards Interprofessional Education: Findings from a Longitudinal Study Based in a Middle Eastern University. *Journal of Interprofessional Care*, 30(2), 165-174. doi:10.3109/13561820.2015.1117060

## ผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองต่อคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุในสามจังหวัดชายแดนใต้ประเทศไทย

### Effects of Health Literacy and Self-Perceived Health Status on Quality of Life of Elderly in Three Southern Border Provinces of Thailand

ฐปรัตน์ รักษ์ภานุสิทธิ์<sup>1\*</sup>, นันทิยา โขยเนื่อง<sup>1</sup>, แสงอรุณ อิศระมาลัย<sup>2</sup> และ อริยา คูหา<sup>3</sup>

Thaparatt Rakpanusit<sup>1\*</sup>, Nantiya Khoyneung<sup>1</sup>, Sang-Arun Isaramalai<sup>2</sup> and Ariya Kuha<sup>3</sup>

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี<sup>1\*</sup>, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
วิทยาเขตหาดใหญ่<sup>2</sup>, คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์<sup>3</sup>

Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Pattani Campus<sup>1\*</sup>, Faculty of Nursing, Prince of Songkla  
University, Hatyai Campus<sup>2</sup> and Faculty of Education, Prince of Songkla University<sup>3</sup>

(Received: January 21, 2020; Revised: September 09, 2020; Accepted: September 29, 2020)

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุ 433 คนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในสามจังหวัดชายแดนใต้ประเทศไทย คัดเลือกอาสาสมัครจากกลุ่มตัวอย่างใน 17 องค์การบริหารส่วนตำบลที่สมัครใจเข้าร่วมการดำเนินการตามนโยบายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทยให้แข็งแรง เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) และประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์การถดถอย ผลวิจัยพบว่า

ผู้สูงอายุ 416 คน (ร้อยละ 96.07) สะท้อนความรอบรู้ด้านสุขภาพของตนเองในระดับปานกลางถึงระดับเพียงพอ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงและการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีสามารถพยากรณ์การเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .01$ ) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเป็น .649 และสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 42.10 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน ( $b$ ,  $\theta$ ) เป็น .007, .590 และ .096, .145 ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่าอาชีพและระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .136 และ .136 ตามลำดับ สามารถพยากรณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ร้อยละ 13.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ควรให้ความสำคัญกับการดูแลส่งเสริมให้บุคคลมีความแตกฉานด้านสุขภาพโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีระดับความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับที่ไม่เพียงพอ และที่รายงานตนเองว่าคุณภาพชีวิตต่ำนอกจากนี้ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาให้บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่เพียงพอและรายงานคุณภาพชีวิตตนเองต่ำ

**คำสำคัญ:** ผู้สูงอายุ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การรับรู้ภาวะสุขภาพ, คุณภาพชีวิต

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: thaparatt.r@psu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 091-8493977)



## Abstract

Health literacy and its effects on the quality of life remain a fundamental component for public health promotion. The differences in health literacy levels are widely hypothesized to contribute to health disparities. An elderly person with limited health literacy has less health knowledge, worse self-management skills, and lower use of preventive services. This study evaluated the association between health literacy, perceived health status, and the quality of life in elderly. The data was obtained from 433 elderly aged over 60 years in the three Southern Border Provinces of Thailand. They were selected using the voluntary convention sampling from 17 sub-district administrative organizations that implemented the policy regarding promoting healthy aging of Thai elderly. The tool used was a questionnaire including 1) demographic data, 2) the Health Literacy Scale, 3) WHOQOL-BREF-THAI questionnaire, and 4) self-reported health status. Data were analyzed by using descriptive statistic and linear regression analysis.

The results revealed that 416 elderly (96.01%) reported their health literacy at a moderate to an adequate level. Health literacy and perceived health status significantly predicted quality of life ( $p < .01$ ); the coefficient of multiple correlation was .649 and predictive coefficient was 49.8%. And the regression coefficient standardized ( $b, \beta$ ) was .007, .590, and .096, .145 respectively. In addition, occupation and educational levels also predicted better health literacy, which accounted for 13.40% of the variance in health literacy.

The findings of this study suggest that it is necessary to focus more attention on improving people's health literacy, especially elderly with inadequate health literacy and low self-reported quality of life.

**Keywords:** Elderly, Health Literacy, Perceived Health Status, Quality of Life

## Introduction

Thailand is currently experiencing an ageing society resulting from changes in population structure, with a decrease in birth and death rates. This phenomenon has led to the social and economic development in past decades, leading to high technology in medicine and public health services, hence, extending the age of people. In 2009, the elderly rate rose from 11.5 percent up to 16 per cent in 2016, and it is expected to further rise to 20 percent in 2021. By this time, the society will transform to a complete ageing society (Assanchai, 2009; Jitipankul, Pananiramai, Sombat, Yodpetch, Siriboon, Chantasirikarn et al., 2002; Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2017).

The elderly people in the three Southern border provinces (Narathiwat, Yala and Pattani) are diverse in their social, culture, belief, lifestyle, and economic status (Tongdee, Rongmuang, & Nakchatree, 2012) They are not only confronting the degradation of their bodies, like others in different areas, but are also experiencing the unrest situation which is becoming increasingly complex. Moreover, the role and importance of the elderly within their family are reduced. They are increasingly left on their own and not appropriately taken care of by the younger labour force, due to migration from rural to urban areas for better employment opportunities, as well as unwilling temporary migration with family members. This thus creates a certain problem for



the elderly by resulting in stress and non-communicable diseases (Ratnatilaka Na Bhuket, 2013). Even though the government agency has launched out the right health care for elderly such as home health care, special senior clinic in hospital in 2002-2022 (Sritgalin, 2018); it was issues in unrest area.

Experiencing the unrest and becoming homeless, the loss of their loved ones and expansion of individualistic values result in health status and quality of life in the elderly differing from one another (Ratnatilaka Na Phuket, 2013; Tongdee, Rongmuang, & Nakchatree, 2012). Furthermore, most of the elderly persons have at least one chronic disease, such as hypertension, diabetes, renal failure or heart disease. All these factors result in low quality of life for the elderly in the deep border provinces. In addition, there is a low-level quality of education in this area (Pattani Provincial Administrative Organization Report, 2016). Most of the elderly use their local dialect as a means of communication. By using their local dialect, they are only able to communicate with their religious leader and not with everyone. However, when they are neglected, they ought to know how to serve themselves.

The perception of health status is a person's self-awareness towards a healthy condition and their sickness. As far as the related studies are concerned, it was found that those who maintain good health have a good health behaviour (Phan-Ubol, 2010; Plianbumroong, 2016; Waebuesa, 2008) and also exhibit a positive relationship with quality of life (Tangpaisarn, Punchuea, Oraboot, & Sridach, 2007). Since past research have revealed the overall health related quality of life of older people was at a moderate level, because of young healthy elderly, who can work and get enough income for living. However, elderly people are vulnerable and have difficulty in accessing their rights and health services, because the government agency responsible provides an inadequate service and deprives the elderly of their rights (Ratnatilaka Na Phuket, 2013). Therefore, the more cooperation that exists between a family of an elderly person and the community, the better the quality of life they have. In this regard, health literacy was considered a factor that has a direct impact on the quality of life (Tung, Lu, Chen, Liang, Wu & Chu, 2014; Miller, Cage, Nowacki, Jackson & Modlin, 2018).

Health literacy is an important health care environment (Cutilli, 2007). As Paasche-Orlow; Parker, Gazmararian, Nielsen-Bohlman, & Rudd (2005) state "Health literacy is defined as the degree to which individuals have the cognitive and social skills to appropriately access, understand and use health information and services needed to maintain good health" (p. 175). Studies suggest that low health literacy levels are the predictors of disparaging health outcomes, such as poorer self-rated health (Bennett, Chen, Soroui, & White, 2009), higher rates of hospitalization (Cho, Lee, Arozullah, & Crittenden, 2008), and higher rates of mortality (Baker, Wolf, Feinglass, & Thompson, 2008). Additionally, low health literacy level is a predictor of disparaging health outcomes and more frequent use of emergency services (Chesser, Woods, Smothers & Rogers, 2016) and it affects health-related quality of life (Miller, Cage, Nowacki, Jackson & Modlin, 2018). On the other hand, higher health literacy was associated with better physical and mental well-being ((Miller, Cage, Nowacki, Jackson & Modlin, 2018). Likewise, Suksri & Dariwan (2017) show that health literacy and self-caring are related to the quality of life. There



are many factors that influence health literacy level in elderly, such as age, gender, education, a persons' ability, language, culture and so on. Past studies have indicated that higher health literacy was associated with good self-rated health, independently of age, gender, ethnicity, language, religion and education (Khuu, Lee, & Zhou, 2018; Von Wagner, Knight, Steptoe, & Wardle, 2007).

Understanding health literacy among elderly persons is increasingly becoming a world-wide interest (Kobayashi, Wardle, Wolf, Wagner, 2014; Nutbeam, 2008). However, there is very rare information regarding to health literacy of elders in this certain area.

## Objectives

The main aim of this study was to examine the effects of health literacy, self-perceived health status on different domains of quality of life and identify socio-demographic factors associated with health literacy.

## Hypotheses

We hypothesized that elders with high health literacy levels, self-perceived good health status would report well on the quality of life score. Additional there were some sociodemographic factors associated with health literacy.

## Conceptual Framework

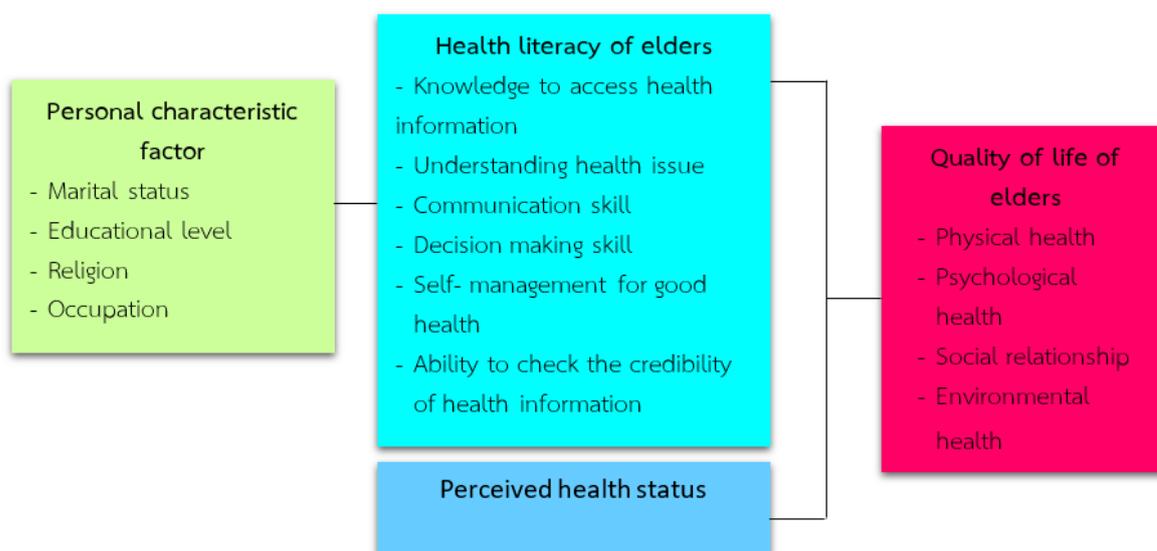
In this study, the researchers used conceptual framework of health literacy and Quality of life.

1. Health literacy of Nutbeam (2008) which consists of 1) Knowledge to access health information and health care services, which are the selection of health data sources, basic rights, community health support. 2) Having knowledge and understanding health issue to practice for being good health. 3) Communication skill to obtain health needs from their healthcare team, skill to evaluate the reliability of health information. 4) Decision making skill to select or avoid health practice to be good health. 5) Self- management for good health behaviors including exercise, coping with stress management, herbs and supplements, and drugs used. 6) Media literacy and ability to compare and check the credibility of health information. When people's knowledge, motivation and competence to access, understand and apply health information to make judgments for disease prevention and health promotion to improve QOL.

2. The perception of health status is a person's self-awareness towards a healthy condition and their sickness. Self-perceived health which is subjective appraisal of his or her health status. Related studies yielded that perceived health status strongly influence quality of life (Kim, 2017).

3. Quality of life (MOP, 2007) that is an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It consists of the person's physical health, psychological health, social relationships and environmental health.

Moreover, it was found from literature review that many socio-demographic factors associated with health literacy



Picture1 Conceptual framework

## Methods

This study is descriptive survey research that uses a structured questionnaire in order to grasp an effect on health literacy, self-perceived health status, and on the quality of life for elders in the three Southern border provinces.

### Population and Sample

The subjects included 433 Thai elderly eligible men and women. The selection was based on convention sampling under 17 sub-district administrative organizations in the three Southern border provinces that were selected for promoting healthy ageing of Thai elders. The criteria for subject selection were those who were over 60 years with no problem of cognitive function and who have resided in the community for at least 6 months. Any elder with difficulty in communication due to a hearing problem or mental disease was excluded. Total elders were and the elderly sample was analysed at a significance of 95% (Yamane, 1973). Each sub-district administrative organizations were calculated to find out the number of elders who belong to each sub-district administrative organizations. A total of 400 samples from 17 sub-district administrative organizations was obtained. However, the total sample was increased by 10% to account for missing and incomplete data. Thus a total of 433 elderly persons participated in this study.

### Research Instrument

1. Demographic questionnaire: this questionnaire was used to collect personal information from the elders. This information includes age, gender, marital status, educational level and others.

2. Health status: a self-report measure of health status was used to measure the health status of the elders. The score ranges were very fare, fair, good, and very good.

3. Quality of life (QoL): 26-items of the World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF-THAI) (Department. of Mental Health, Ministry of Public Health, 2007) comprising of 2 aspects i.e, overall health (Item No 1<sup>st</sup> and 26<sup>th</sup>) and QoL with 4 domains

i.e., physical, psychological, social relationship and environmental QoL was employed in this study. Question of physical health domain relates to sleep, energy, mobility, the extent to which pain prevents the performance of necessary tasks, need for medical treatment to function in daily life and capacity for work. Question of psychological domain relates to concentration capacity, self-esteem, body image and mood. Question of social relationship domain relates to satisfaction with personal relationships, social support and sex. Finally, the question of environment domain relates to safety and security, physical environment satisfaction and finance.

4. Health literacy: 5-items of this tool were assessed in order to examine health literacy (emphasizing both health literacy as well as self-care aspects). The questions were pertaining to basic rights, community health support, knowledge to receive health care service, knowledge to access health information, communication skill to obtain health needs from their healthcare team, skill to evaluate the reliability of health information, self-responsibility for health, travel capability, skill to access healthy diet, exercise, coping with stress management, herbs and supplements, and drugs used. The total score was 67-335 points and subsequently transformed into categories of health literacy into 3 levels namely: inadequate, moderate, and adequate health literacy.

#### **Validity and Reliability of the Research Instrument**

The Thai version of the questionnaires (demographic data, a self-report measure of health status, Quality of life assessment, and health literacy assessment questionnaires) were initially tested for validity of content by three experts. Suggestions from the three experts were incorporated in the final revision of the questionnaires.

Reliability, The Thai version of quality of life questionnaires and health literacy questionnaires were tested for reliability with 30 elders who met the inclusion criteria and whose characteristics were the same as the subjects in Pattani province. Conbach's alpha coefficient was computed for ascertained internal consistency to test the reliability of Quality of Life Questionnaire and Health Literacy Questionnaire; their reliabilities were 0.88 and 0.93 respectively.

#### **Data collection**

The data collection was carried out through face to face interview by research assistants, who are well-trained to be an interviewer and who also belong to each sub-district administrative community. More attention was given to elderly persons who are illiterate in communication and can only speak their local dialects. Hence, the interview was carried out through a questionnaire organized into 4 parts, as mentioned. Furthermore, a structured questionnaire WHOQOL-BREF- THAI was also administered for data collection. The period of data collection was from October 1, 2016, to May 31, 2018.

#### **Data analysis**

Descriptive statistics, such as frequency, percentage, mean and SD, were used for demographic data and descriptive results in two main variables, health literacy and quality of life. Linear regression was used to evaluate the association among health literacy, perceived

health status and overall quality of life of an elderly person. The socio-demographic factors associated with health literacy were also examined by multivariate linear regression providing stepwise technique. In addition, the four assumptions were tested before using regression statistic namely: 1) Scatter plots was tested for homoscedasticity. 2) Normality was checked by Kolmogorov-Smirnov test with not significance ( $p = .20$ ). 3) Multicollinearity was employed by VIF value ( $VIF = 1.10$ ). 4) Durbin-Watson was tested for autocorrelation. The score 1.34 was acceptable for linear regression. The significance level of 0.05 was considered statistically significant.

### Ethical consideration

This study obtained ethical approvals from the Human Research Ethics Committee, Prince of Songkla University via REC No. PSU.1-025/60. During data collection, the study's purpose, the risk and benefit of participation and confidentiality of personal information was explained to each participant. Then he/she was invited to participate in the study and data collections were made according to their voluntary agreement.

### Results

1. Demographic data of elders

**Table 1** Number and percentage of elders of demographic characteristics (N=433)

Variable	Number	%	M	SD
1. Gender				
Male	205	47.34		
Female	228	52.65		
2. Age				
60-70	260	60.00	70.25	7.39
71-80	137	31.64		
>80	36	8.36		
3. Educational level				
illiterate	246	56.81		
Primary school	174	40.19		
High school	6	1.39		
- Diploma or higher	7	1.61		
4. Marital status				
Single	7	1.62		
Married	251	57.97		
Widowed	163	37.64		
Separate/divorced	12	2.77		
5. Religion				
Buddhist	76	17.55		

**Table 1 (Continue)**

Variable	Number	%	<i>M</i>	<i>SD</i>
Christian	8	1.85		
Islam	349	80.60		
6. Occupation				
Unemployed	193	44.57		
Agriculturist	155	35.80		
Pensioner	6	1.39		
General employee	38	8.78		
Business	41	9.47		
7. Income (Thai baht)				
< 5000	390	96.07	2992.26	4279.98
5001-10000	32	7.39		
10001-20000	9	2.08		
> 20000	2	0.46		
8. Family membership				
Alone	31	7.15		
Spouse	44	10.16		
Less than 6 persons	263	60.74		
More than 6 persons	95	21.94		

The half of elders were female (52.65%) and married (57.97%) with a mean age of 70.25 (SD=7.39) years. 56.81% of the elders were illiterate and used local dialects for communication. The level of education for most elders was primary school level or below (96.90%). The majority of elders practised the Islamic religion (80.60%) and lived with their children (Table 1).

## 2. Descriptive result of health literacy

**Table 2** Number percentage mean, standard deviation and level of health literacy of elders (N=433)

Characteristic of Health Literacy	Number	%	<i>M</i>	<i>SD</i>
Inadequate	17	3.93		
Moderate	238	54.97	235	45
Adequate	178	41.11		

Table 2 presents the descriptive results of health literacy. Mean score of health literacy was 235.10. There were 238 elderly persons (54.97%) having moderate health literacy. Only 3.93 % present reported inadequate health literacy.

### 3. Perceived health status

Half of the elderly perceived their health status to be at a good level (52.65%) and rated their health status at a fair level (23.13%). Only one of five rated their health status as healthy or very good level (20.32%).

### 4. Descriptive result of the quality of life (QoL)

**Table 3** Mean and standard deviations of quality of life (QoL) of elders (N=433)

Domain QoL	<i>M</i>	<i>SD</i>	Meaning
Physical	23.07	3.24	Moderate
Psychological	21.43	3.66	Moderate
Environment	28.26	5.13	Moderate
Social relationship	10.51	2.07	Moderate
Overall	90.53	13.72	Moderate

Quality of life of the elderly in these Southern border provinces was overall at a moderate level ( $M = 90.53$ ,  $SD = 13.72$ ). Four components of physical, psychological, environmental, and social relation domains were rated at a moderate level ( $23.07 \pm 3.24$ ;  $21.43 \pm 3.66$ ;  $28.26 \pm 5.13$ ;  $10.51 \pm 2.07$  respectively) (Table 3).

### 5. The effects of health literacy and perceived health status on quality of life

**Table 4** Analysis of linear regression for prediction of overall quality of life (N= 433)

Independent variables	<i>b</i>	<i>SE</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p-value</i>
Health literacy	.007	.000	.590	15.327	.00
Perceived health status	.096	.025	.145	3.776	.00

Constant = 0 .519 ;  $SE_{est} \pm .38$  R = .649;  $R^2 = .421$  ; F = 156.388;  $p = .00$

Health literacy and perceived health status associated with the overall quality of life with multiple correlation coefficient of .649. Health literacy and perceived health status could statistically predict for a better overall quality of life by accounting for 42.10% of the variance in quality of life ( $R^2 = .421$ ; F = 156.4) as seen in Table 4.

### 6. Factors associated with health literacy

**Table 5** Analysis of socio-demographic factors associated with health literacy of elders by linear regression analysis

Variables	<i>b</i>	<i>SE</i>	$\beta$	<i>t</i>
Marital status	-7.535	3.55	-0.97	-2.123*
Educational level	9.154	3.35	0.133	2.729**
Religion	-12.462	2.84	-0.211	-4.383**
Occupation	3.596	1.24	0.136	2.938**

Table 5 (Continue)

Variables	<i>b</i>	<i>SE</i>	$\beta$	<i>t</i>
Living arrangement	-3.145	2.58	-0.056	-1.218
Constant = 273.86	R = .367	SE <sub>est</sub> = 42.295	F= 11.026	$p < .05^*$
	R <sup>2</sup> = .134			$p < .01^{**}$

Researchers analysed which factors, such as marital status, educational levels, religion, occupation and living arrangement, associated with health literacy of elders. The factors significantly associated with health literacy levels were marital status, educational levels, religion, and occupation. Moreover, the linear regression analysis shown in Table 5 reveals that occupation and educational levels were independent factors in predicting better health literacy, which accounted for 13.40% of the variance in health literacy.

## Discussion

Regarding the results, the majority of elders' educational level was illiterate, but their health literacy was at a moderate level. This phenomenon may be explained by the fact that the research assistants translated or interpreted the contents of the questionnaire to them thoroughly so they could answer fully, besides the illiterate elders that indicated only that they were "unread" or "unbookish". They may be poor in reading, but in their daily life, they are alert and aware of social learning. They focus on community health support; acknowledge health information, desire healthcare service, and their needs are attended by the healthcare team. They can adequately account for how to evaluate the reliability of health information etc. Therefore, they can access health information by lifelong learning.

Half of the elderly perceived their health status to be at a good level (52.65%) and 23.13% perceived their health status at a fair level. According to the perception of health status of elders in three Southern Border Provinces of Thailand, they perceived similar to elders in other part of the country (Watcharanat, Tanpichai & Sajjasophon, 2019).

The study revealed that the quality of life for the elderly persons in the three Southern border provinces was overall at a moderate level. The reason for this may be due to the fact the majority of the subjects were young elders (age < 65, 32.80%). Thus, their lifestyle and social context in the community are more likely to be the interactive types, who assist one another.

Moreover, the government promotes a self-reliant community where healthy and young elders could work and earn enough income for living, hence promoting their quality of life. This corresponds to the study of Hongthai, Treesorn, and Pongpoottipat (2014) that studied factors correlating to the quality of life of elderly people in residential homes and found that the overall quality of life was at a good level. This is also similar to the study in other parts of Thailand (Sukanun, Jariyasilp, Thummanon & Jitpakdee, 2011). The positive effect of health literacy on health outcomes has been widely discussed in several kinds of literature (Howard, Garmararian & Parker, 2005; Marathe, Ogden & Woodroffe, 2014), however to the best of our knowledge this is the first study to investigate the positive effect of health literacy on the quality of life of



elderly persons. This relationship has been explained by the elderly persons, who have adequate health literacy and self-perceived health status and good overall quality of life ( $p < .001$ ). Thus, the higher the ability of an elder person, the better they tend to make good health decision and maintain a good quality of life. This has been proved.

This research was done in cooperation with the Sub-District Administrative Community to promote healthy ageing. However; the data collection might be overabundant during the interviewing stage as tools used for measuring health literacy in this study comprises of 67 items which might be difficult for the elderly persons. Confinement of data which collected only from 17 sub-district administrative communities in three Southern Border provinces also may also suffer from lack of systematic sampling.

### Implications and Recommendations

Since the limitations of the elders are reading as well as writing skills, however they are able to communicate with their dialect language. By establishing up an innovative dimension will help them to promote not only health literacy but also quality of life supporting their culture and way of life.

### Recommendation for further study

1. Elders in this area obeyed in religious leaders utilized them for health information and promoting health literacy to elders.
2. Establishing an innovation which is suitable to elder's limitation with reading and writing skills for promoting health literacy.

### Acknowledgements

The author would like to thank the Thai Health Promotion Foundation, Bangkok, Thailand and Prince of Songkla University for providing us the grant for this research.

### References

- Assanchai, P. (2009). *Health Problems and Health Prevention in Elders*. Bangkok: Union Creation. (in Thai)
- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., & Thompson, J. A. (2008). Health Literacy, Cognitive Abilities, and Mortality among Elderly Persons. *Journal of General Internal Medicine*, 23(6), 723–726. Doi:10.1007/11606-008-0566-4.
- Bennett, I. M., Chen, J., Soroui, J. S., & White, S. (2009). The Contribution of Health Literacy to Disparities in Self-Rated Health Status and Preventive Health Behaviours in Older Adults. *Annals of Family Medicine*, 7, 204–211. Doi:10.1370/afm.940.
- Chesser, A. K., Woods, N. K., Smothers, K., & Rogers, N. (2016). Health Literacy and Older Adults: A Systematic Review. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 2, 1-13. Doi:10.1177/2333721416630492.



- Cho, Y. I., Lee, S. D., Arozullah, A. M., & Crittenden, K. S. (2008). Effects of Health Literacy on Health Status and Health Service Utilization amongst Elderly. *Social Science & Medicine*, 66, 1809-1816. Doi:10.1016/j.socscimed.2008.01.003.
- Cutilli, C. (2007). Health Literacy in Geriatric Patients: An Integrative Review of the Literature. *Orthopaedic Nursing*, 26, 43-48.
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2007). *The World Health Organization's WHOQOL-BREF-THAI, Quality of Life Assessment*. Retrieved April 19, 2018 from <https://www.dmh.go.th/test/whoqol/thanks1.asp?id=7177>. (in Thai)
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI) (2017). *Situation of the Thai Elderly 2016*. Retrieved April 19, 2018 from: <http://www.thaitgri.org/?p=38427>. (in Thai)
- Hongthai, K., Treesorn, K., & Pongpoottipat. R. (2014). Factors Correlated Quality of Life of the Elderly People in Residential Homes for the Elderly. *Review of Integrative Business and Economics Research*, 3(NRRU), 16-23.
- Howard, D. H., Garmararian, J., & Parker, R. M. (2005). The Impact of Low Health Literacy on Medical Costs of Medicare Managed Care Enrollees. *The American journal of Medicine*, 118(4), 371-7.
- Khuu, B. P., Lee, H. Y., & Zhou, A. Q. (2018). Health Literacy and Associated Factors among American Immigrants: Addressing the Health Disparities. *Journal of Community Health*, 43(1), 11-18. Doi: 10.1007/s10900-017-0381-0.
- Kim, Hyang-Soo. (2017). Effect of Pain, Nutritional Risk, Loneliness, Perceived Health Status on Health-Related Quality of Life in Elderly Women Living Alone. *Journal of the Korea Convergence Society*, 8(7), 207-218. Doi.org/10.15207/JKCS.2017.8.7.207.
- Kreps, G. L., & Sparks, L. (2008). Meeting the Health Literacy Needs of Immigrant Populations. *Patient education and counseling*, 71(3), 328-332.
- Marathe, J., Ogden, K., & Woodroffe, J. (2014). Health Literacy, Genetic Literacy and Outcomes in Patients with Genetic Cardiac Disease: A Review of the Literature. *Heart, Lung and Circulation*, 23(Suppl2), 12.
- Miller, D. B., Cage, J. L., Nowacki, A. S., Jackson, B., & Modlin, C. S. (2018). Health Literacy (HL) & Health-Related Quality of Life (HRQL) among Minority Men. *Journal of the National Medical Association*, 110(2), 124-129.
- Nutbeam, D. (2008). The Evolving Concept of Health Literacy. *Social Science and Medicine*, 67, 2072-2078.
- Paasche-Orlow, M. K., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., Nielsen-Bohlman, L. T., & Rudd, R. R. (2005). The Prevalence of Limited Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 20(2), 175-184.
- Pattani Provincial Administrative Organization. (2016). *Strategic Development Plan 2016-2020. Pattani: Budget Planning Division*. Retrieved April 9, 2017 from [http://www.pattanipao.go.th/documents/5/1435719420\\_6695.pdf](http://www.pattanipao.go.th/documents/5/1435719420_6695.pdf). (in Thai)



- Phan-Ubol, P. (2010). *A study of Relationship Between Health Perception and Health Self-Caring Behaviour of Thai Andropausal Police Officers in Chonburi Province*. A Master's Project Submitted in Partial Fulfilment of the Requirement for the Master of Education Degree in Developmental Psychology Faculty of Graduate School, Srinakharinwirot University (in Thai).
- Plianbumroong, D. (2016). Health Perceptions and Health Behaviours of Pre-Hypertension Client. *Journal of Nursing and Health Care*, 34(1), 83-92. (in Thai)
- Ratnatilaka Na Phuket, P. (2013). From Problems to Policy: A Case Study of the Elderly in Southern Border Provinces. *Romphruek Journal*, 31(3), 1-25. (in Thai)
- Sritgalin, P. (2008). *Elderly Rights*. Retrieved April 26, 2020, from [https://www.stou.ac.th/stoukc/elder/main2\\_15.html](https://www.stou.ac.th/stoukc/elder/main2_15.html). (in Thai)
- Suksri, S., & Dariwan, S. (2017). Health Literacy and Self-Care Related to Quality of Life of Elderly in Amnatch-haroen Municipality, Amnatcharoen Province. *KKU Research Journal*, 17(4), 73-84. (in Thai)
- Sukanun, T., Jariyasilp, S., Thummanon, T., & Jitpakdee, P. (2011). Quality of Life of the Elderly in Bansuan Municipality, Chonburi Province, Thailand. *Journal of Public Health*, 41(3), 240-9. (in Thai)
- Tangpaisarn, P., Punchuea, R., Oraboot, A., & Sridach, R. (2007). Health-Promoting Behaviour and Quality of Life of the Elderly in Khowrai Primary Care Units, Na Chueak District, Maha Sarakham Province. *Journal of Health Systems Research*, 1(3-4, Supplement 2), 89-96.
- Tongdee, J., Rongmuang, D., & Nakchatree, C. (2013). Health Status and Quality of Life among the Elderly in the Southern Border Provinces of Thailand. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 22(3), 88-99. (in Thai)
- Tung, H., Lu, T., Chen, L., Liang, S., Wu, S., & Chu, K. (2014). Health Literacy Impact on Elderly Patients with Heart Failure in Taiwan. *Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics*, 5, 72-76.
- Von Wagner, C., Knight, K., Steptoe, A., & Wardle, J. (2007). Functional Health Literacy and Health Promoting Behavior in a National Sample of British Adults. *Journal of Epidemiology Community Health*, 61, 1086-1090. Doi: 10.1136/jech.2006.053967.
- Waebuesa, N. (2008). *Relationship Between Perception of Health Status and Self - Care of Diabetes Mellitus Patients in Amphoe Panarea Changwat Pattani*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Education in Health Promotion, Prince of Songkla University. (in Thai).
- Watcharanat, P., Tanpichai, P., & Sajjasophon, R. (2019). The Relationship Between the Perception of Elderly's Health Status and Health Behaviors in Nakhon Nayok Province, Thailand. *The Open Public Health Journal*, 12, 420-423. DOI: 10.2174/1874944501912010420.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis*. (Third edition). New York: Harper and Row.

ผลของการใช้แอปพลิเคชันฮักไตต่อความรู้ทางด้านสุขภาพ  
ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ร่วมด้วย  
กรณีศึกษาศูนย์แพทย์ชุมชนวัดหนองแวง พระอารามหลวง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น  
Effects of Using Hug Tai Application on Health Literacy among Patients with  
Diabetes Type 2, Hypertension, and Chronic Kidney Disease Stage 3 at Wat  
Nong Weang Pra-Aramluang Primary Care Unit in Khon Kaen

ปราณี แสดคง<sup>1\*</sup>, รัชณี พจนาน<sup>1</sup>, วิทยา วาโย<sup>1</sup> และ รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง<sup>1</sup>  
Pranee Saedkong<sup>1\*</sup>, Ratchanee Potchana<sup>1</sup>, Wittaya Wayo<sup>1</sup> and Ratdawan Klungklang<sup>1</sup>  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น<sup>1\*</sup>  
Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen<sup>1\*</sup>

(Received: June 04, 2020; Revised: September 19, 2020; Accepted: September 30, 2020)

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับความรู้ทางด้านสุขภาพจากการใช้แอปพลิเคชันฮักไตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แบบประเมินความรู้ทางด้านสุขภาพ และความพึงพอใจของผู้ใช้แอปพลิเคชัน ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ร่วมด้วย ศูนย์แพทย์ชุมชนวัดหนองแวงพระอารามหลวง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน โดยกลุ่มทดลองใช้แอปพลิเคชันฮักไตผ่านโทรศัพท์มือถือที่สามารถคำนวณปริมาณโซเดียม น้ำตาล และคำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต เป็นเวลา 4 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.74 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Paired t-test และสถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. ความรู้ทางด้านสุขภาพภายหลังการใช้แอปพลิเคชันของกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนการใช้แอปพลิเคชัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
2. ความรู้ทางด้านสุขภาพภายหลังการใช้แอปพลิเคชันของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
3. ความพึงพอใจหลังจากใช้แอปพลิเคชันอยู่ในระดับมาก ( $M=4.25$ ,  $SD=0.74$ )

ควรจัดให้มีการนำแอปพลิเคชันไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและใช้สำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยด้วยตนเอง โดยพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เหมาะสมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมในท้องถิ่น โดยมุ่งเน้นผู้ป่วยและครอบครัว สถานบริการสุขภาพ องค์กรและชุมชนในท้องถิ่น ให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองให้ดียิ่งขึ้นไป

**คำสำคัญ:** แอปพลิเคชันฮักไต, ความรู้ทางด้านสุขภาพ, กรณีศึกษา

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sam\_555skwk@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 089-9373554)

## Abstract

The purpose of this quasi experimental, two group pre-post-test design research, was to study health literacy among diabetes type 2 and hypertension with the 3<sup>rd</sup> stage of chronic kidney disease patients, using a Hug-Tai application. Study was conducted at Wat Nong Weang Pra-Aramluang primary health care of Khon Kaen. Sample was 30 participants, who were assigned to an experimental group or control group (15 participants/group). The experimental group used the application through their mobile phone. The application was used to calculate sodium and sugar calories. In addition, the application could also provide the health information about slowing the progression of kidney disease. The measurements of this study were related to health literacy. Cronbach's alpha coefficient was used to test reliability of research instruments. It obtained a value of 0.74. Descriptive data analysis was also used with percentage, mean, standard deviation, paired t-test and independent t-test.

Results revealed that the health literacy scores of experimental groups after using the Hug-Tai application was significantly higher than before using the application ( $p$ -value<0.05). Health literacy score between experimental group and control group was significantly different ( $p$ -value<0.05). In addition, the satisfaction score to the application was at a high level ( $M=4.24$ ,  $SD=0.74$ ).

The findings suggest that this application is useful for patients with chronic kidney disease. Furthermore, the application can also promote the healthy self-care of patients. Future research should continue developing the application to be more culturally appropriate that can promote health literacy to patients, family, and community.

**Keywords:** Hug-Tai Application, Health Literacy, Case Study

## บทนำ

จากการรายงานข้อมูลการเก็บสถิติของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2540 – 2558 พบจำนวนประชากรผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ซึ่งในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตเฉลี่ยจากประชากรต่อประชากรล้านคนพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2558 เพิ่มขึ้นจาก 1198.8 เป็น 1306.6 ต่อประชากรล้านคน (Division of Non-Communicable Disease, 2018) และมีรายงานความชุกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังใน ระดับภาคพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตสูงสุดเป็นอันดับที่ 2 รองจากภาคกลาง (กรุงเทพมหานคร) โดยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 23.0 ภายใน 1 ปี (Apinya, 2018) จากการเก็บสถิติของคลินิกผู้ป่วยโรคไตที่ศูนย์แพทย์ชุมชนวัดหนองแวง จังหวัดขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2558 พบผู้ป่วยจำนวน 1,047 ราย จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบเพิ่มขึ้นจากเดิมเป็นจำนวน 2,223 คน หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 52.9 ในระยะเวลา 2 ปี โดยมีระยะที่ 1 จำนวน 1,620 คน ระยะที่ 2 จำนวน 405 คนและระยะที่ 3 จำนวน 150 ราย (Wat Nong Wang Community Medical Center, 2018) จากรายงานเห็นได้ว่าอัตราการเกิดโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และถ้าไม่มีการแก้ไข ปัญหาทางสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อชะลอการเสื่อมของไตจะทำให้อัตราการทำงานของไตค่อย ๆ ลดลงจนเข้าสู่ระยะสุดท้ายที่ต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายของประเทศที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่อาจเพิ่มขึ้นอีกหลายหมื่นล้านบาท ต่อไปในอนาคต

โรคไตเรื้อรัง คือ สภาวะที่เนื้อไตถูกทำลายอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอันยาวนานเป็นเดือนหรือเป็นปี มีผลทำให้ความสามารถในการทำงานของไตลดลง ซึ่งสาเหตุสำคัญที่พบได้บ่อย คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 40 และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20 โดยเป็นผลจากการที่มีน้ำตาลในเลือดและมีความดันโลหิตสูง จึงทำให้เกิดพยาธิสภาพที่หลอดเลือดฝอยของไตมีการตีบอุดตันเนื่องจากการมีน้ำตาลสะสมอยู่จำนวนมาก ร่วมกับ ผนังหลอดเลือดแดงหนาตัวจากความดันโลหิตสูง ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงที่ไตลดลงส่งผลให้ประสิทธิภาพการกรองของเสียออกจากร่างกายลดลง จึงพบการรั่วของโปรตีนในน้ำปัสสาวะ (Kidney Disease Association of Thailand, 2017) จากพยาธิสภาพดังกล่าวหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาหาร ไม่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด รวมทั้งระดับความดันโลหิตสูงได้ จะส่งผลให้ประสิทธิภาพการกรองของไตเสื่อมลงเรื่อย ๆ จนเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ป่วยจะทนทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดจากของเสียคั่งในเลือด หรือ ภาวะยูรีเมีย (Uremia) (Kidney Disease Association of Thailand, 2017) ซึ่งอาการรู้สึกเบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ลิ้นไม่รับรส แสบร้อนตามตัว น้ำหนักลด ซีด ขาและหน้าบวม หายใจหอบเหนื่อย น้ำท่วมปอด นอนราบไม่ได้ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ มือเท้าชาจากเส้นประสาทเสื่อม สมองไม่สั่งการ ซึมไม่รู้สีกตัว ชักหรือมีอาการสับสน หากไม่ได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตผู้ป่วยจะเสียชีวิตในระยะเวลาไม่นาน (Kidney Disease Association of Thailand, 2016)

การรักษาโรคไตเรื้อรัง ทำได้โดยการรักษาตามสาเหตุและระดับประคอง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ซึ่งจะขึ้นอยู่กับระยะของโรค ซึ่งปัจจุบัน The National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcomes Quality Initiatives (NKF-K/DOQI) ได้แบ่งระยะของโรคไตออกเป็น 5 ระยะ ตาม ระดับ Glomerular Filtration Rate (GFR) หรือ อัตราการกรองของไต ซึ่งสรุปได้ว่า ภาวะไตเสื่อม ระยะที่ 1 มีค่าอัตราการกรองของไต ร้อยละ 90 ขึ้นไป ระยะที่ 2 มีค่าอัตราการกรองของไตร้อยละ 60-89 ระยะที่ 3 มีค่าอัตราการกรองของไต ร้อยละ 30-59 ระยะที่ 4 มีค่าอัตราการกรองของไต ร้อยละ 15-29 ระยะที่ 5 มีค่าอัตราการกรองของไต น้อยกว่า ร้อยละ 15 ซึ่งในระยะที่ 1-2 ไม่มีอาการแสดงที่ชัดเจนผู้ป่วยมักไม่รู้ตัว นอกจากจะพบได้จากการตรวจค่าอัตราการกรองของไตในห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล แนวทางในการรักษา คือ การชะลอการเสื่อมของไตได้โดย ควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย ระยะที่ 3-4 เป็นระยะที่การทำงานของไตเหลือร้อยละ 20-50 จะพบโปรตีนปนออกมากับน้ำปัสสาวะประมาณ 2-5 มล.ตล และมีการคั่งของ Na, K, Mg, P และ น้ำ ซึ่งการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการปรับวิถีชีวิตของตนเองที่เหมาะสมจะช่วยหยุดยั้งและชะลอการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะท้ายได้ (Phongissaranuporn, Laipoonsawad & Supachaipanichpong, 2018) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 อาจได้รับคำแนะนำเพื่อเตรียมตัวในการบำบัดทดแทนไต เนื่องจากประสิทธิภาพการกรองของไตลดลงมากอาจรักษาด้วยการควบคุมอาหารเพียงอย่างเดียวไม่ได้ และในระยะที่ 5 การทำงานของไตลดลงน้อยกว่าร้อยละ 15 ทำให้เกิดภาวะยูรีเมีย (Uremia) เป็นอาการของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่กล่าวไปแล้วข้างต้นในย่อหน้าที่ 2 ซึ่งในกรณีนี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต หรือ การปลูกถ่ายไต ที่ต้องใช้เวลา และ ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง รวมทั้งยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอีกด้วย (Saedkong, Lunput, PhanomKaen, Mahem, & Pornpeng, 2019)

ความรู้ทางด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นทักษะทางปัญญาและสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกในการแสวงหา ทำความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี (Wongnisanatakul, 2019) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การมีความรู้ทางด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับค่าอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยผู้ป่วยที่มีความรู้ทางด้านสุขภาพสูง จะมีค่าอัตราการกรองของไตสูงกว่าผู้ที่มีความรู้ทางด้านสุขภาพต่ำ ดังนั้นการเสริมสร้างให้เกิดความรู้ทางด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จะสามารถชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้เข้าสู่ระยะที่รุนแรงได้ เนื่องจาก โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีอัตราการกรองของไต ร้อยละ 30-59 ซึ่งสามารถหยุดยั้งหรือชะลอไม่ให้อัตราการกรองของไตลดลงไปมากกว่าเดิมได้โดย การได้รับอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค โดยเฉพาะอาหารที่มีโซเดียมสูง การสร้างความรู้ทางด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะนี้ จะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถใน

การจัดการภาวะสุขภาพของตนเองไปในทางที่ดีได้ (Pannark, Moolsart, & Kaewprom, 2018) ซึ่งได้แก่ ค่าอัตราการกรองของไต น้ำตาลในเลือด และ ค่าความดันโลหิต อยู่ในระดับปกติ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การใช้โมบายแอปพลิเคชัน มีผลให้เกิดการสร้างความรู้ทางด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ดี ซึ่งมีผลต่อความก้าวหน้าของโรคและกลับมา รักษาซ้ำของผู้ป่วย (Seesanea, Wattanakitkriear, Charoenkitkarn, Dumavibhat, & Vanijja, 2018) จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาค้นคว้าและพัฒนาเครื่องมือที่เรียกว่า แอปพลิเคชันฮักไต ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สามารถติดตั้งใน สมาร์ทโฟนระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์และ IOS ช่วยอำนวยความสะดวกในการคำนวณปริมาณโซเดียมใน อาหารที่ผู้ป่วยรับประทานในแต่ละวัน รวมทั้งเตือนเมื่อผู้ป่วยกำลังจะบริโภคอาหารจนทำให้โซเดียมในร่างกาย เกินระดับปกติ อีกทั้งยังเป็นแอปพลิเคชันที่สามารถเชื่อมต่อข้อมูลไร้สาย ทำให้ผู้ใช้สามารถเข้าถึงข้อมูลทาง สุขภาพและวิธีการดูแลตนเองได้ง่าย ซึ่งมีความสอดคล้องกับกระบวนการที่ทำให้เกิดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการใช้การใช้แอปพลิเคชันในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มี ภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 เพื่อศึกษาการเกิดความรู้ทางด้านสุขภาพ ที่ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนทางด้าน พฤติกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้นจากแรงจูงใจหรือจากตัวตนของผู้ป่วยตัดสินใจเอง

### วัตถุประสงค์วิจัย

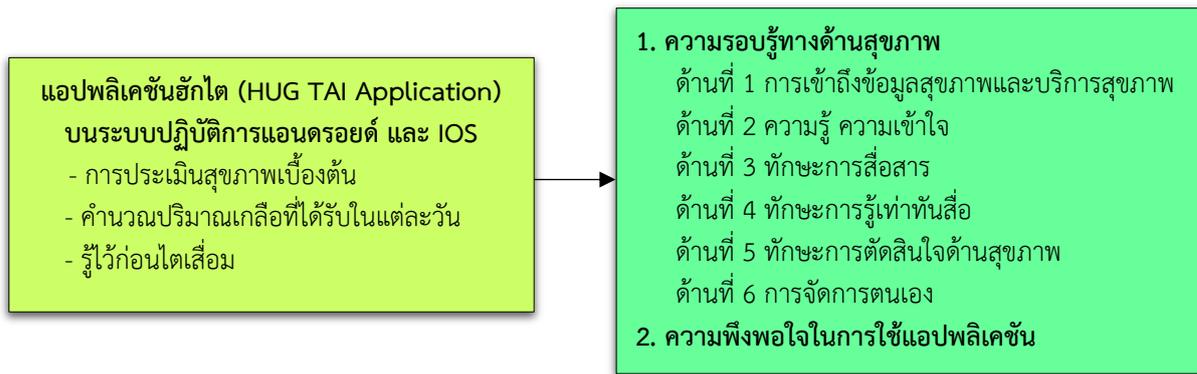
1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ทางด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชันของกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ทางด้านสุขภาพ หลังการใช้แอปพลิเคชัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของกลุ่มทดลองภายหลังการใช้แอปพลิเคชัน

### สมมติฐานวิจัย

1. ภายหลังการทดลองค่าเฉลี่ยความรู้ทางด้านสุขภาพ ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง
2. ภายหลังการทดลองค่าเฉลี่ยความรู้ทางด้านสุขภาพ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจภายหลังการใช้แอปพลิเคชันอยู่ในระดับมาก

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความรู้ทางด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของ Nutbeam (2008) โดยกล่าวไว้ว่า การมีทักษะสังคม การกระบวนกรวิเคราะห์แรงจูงใจ รวมทั้งความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารแนวทางการดำเนินชีวิตเพื่อนำไปสู่การคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง องค์ประกอบสำคัญของความรู้ทางด้านสุขภาพมี 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านความรู้ ความเข้าใจ ด้านการสื่อสาร ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง ซึ่งการพัฒนาองค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน จะนำไปสู่การมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดทฤษฎีความรู้ทางด้านสุขภาพมาออกแบบแอปพลิเคชันฮักไต ประกอบด้วย 3 ฟังก์ชัน ได้แก่ ฟังก์ชันที่ 1 การประเมินสุขภาพเบื้องต้น ฟังก์ชันที่ 2 การคำนวณปริมาณเกลือที่ได้รับในแต่ละวัน ฟังก์ชันที่ 3 การรู้ไว้ก่อนไต เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น เกิดความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชัน



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ (Quasi Experimental Research) แบบ Non-Randomized Control Group Pre-Post Test Design

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ร่วมด้วย อายุ 35 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ร่วมด้วย อายุ 35 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่บ้านมีโทรศัพท์มือถือหรือระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์หรือ IOS สามารถเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้ จำนวน 30 คน โดยคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่มีประวัติขาดยา เป็นเวลา 10 ปี 2) ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่บ้านมีโทรศัพท์มือถือหรือระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ หรือ IOS สามารถเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้ 3) สามารถอ่านภาษาไทยออก สื่อสารได้ 4) มีความสมัครใจเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์ในการคัดออก 1) ไม่สามารถอยู่ร่วมการวิจัยได้ตลอดกระบวนการ

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างโดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ร่วมด้วยตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 30 คน ผู้วิจัยจึงได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็นกลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แอปพลิเคชันฮักไต (HUG TAI Application) ซึ่งมีระบบในการเก็บข้อมูลของผู้ใช้งานในการเปิดใช้งานครั้งแรกจะให้ผู้ใช้งานลงทะเบียน ข้อมูลที่ใช้ลงทะเบียน คือ ผู้วิจัยจะแทนรายชื่อตามรหัสของผู้ใช้งาน เพื่อให้รู้วาระรหัสคือผู้ใช้งานคนใด โดยจะแยกเป็นกลุ่มทดลองแทนชื่อผู้ใช้งานด้วย I01-I15 และกลุ่มควบคุมแทนด้วย C01-C15 และผู้วิจัยจะตั้งรหัสผ่านให้ผู้ใช้งาน โดยข้อมูลดังกล่าวจะไม่มีเผยแพร่สู่สาธารณะที่สามารถบ่งบอกตัวตนของผู้ใช้งานได้ โดยจะมีเว็บไซต์ในการเก็บข้อมูลของผู้ใช้งาน และข้อมูลดังกล่าวจะมีรหัสผ่านในการเข้าไปดูข้อมูลของผู้ใช้งานมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้น หลังจากลงทะเบียนเรียบร้อยแล้วแอปพลิเคชันจะเข้าสู่ระบบให้ผู้ใช้งานทันที และในการใช้งานครั้งต่อไปผู้ใช้งานไม่ต้องเข้าระบบอีกครั้ง

แอปพลิเคชันฮักไต ประกอบด้วย 3 ฟังก์ชันหลัก ดังนี้

1.1 ฟังก์ชันที่หนึ่ง การประเมินสุขภาพเบื้องต้น ในฟังก์ชันนี้มี 5 ตัวเลือกให้ผู้ใช้งานได้กรอกข้อมูลเพื่อตรวจร่างกายประเมินสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ให้ผู้ใช้กรอกข้อมูลส่วนสูงและน้ำหนัก จากนั้นแอปพลิเคชันจะคำนวณและแปลผลรูปร่างออกมาพร้อมให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หากผู้ใช้มีดัชนี

มวลกายที่ไม่เหมาะสมตามเกณฑ์ เพื่อให้ผู้ใช้นำไปปฏิบัติและมีดัชนีมวลกายที่เหมาะสมตามเกณฑ์ แอปพลิเคชัน มีการแสดงกราฟติดตามผลให้ผู้ใช้งานทราบแนวโน้มสุขภาพของตนเองจากข้อมูลที่กรอกลงไปทั้ง 5 ตัวเลือก

1.2 ฟังก์ชันที่สอง การคำนวณปริมาณเกลือ ประกอบด้วย ปริมาณเกลือที่ได้รับในแต่ละวัน ได้แก่ อาหารที่ปรุงประกอบเอง แบ่งออกเป็นเนื้อสัตว์และเครื่องปรุง อาหารจานเดียวและเครื่องดื่มที่มีเกลือ กลุ่ม ทดลองสามารถเลือกเมนูอาหาร/เครื่องปรุง/เครื่องดื่ม ตามจำนวนที่ต้องการ แอปพลิเคชันจะมีการแสดงผล ปริมาณโซเดียมต่อปริมาณที่ระบุ จากนั้นจะมีการแปลผลแสดงผลรวมปริมาณโซเดียม โดยมีหน้าแสดงผลว่า ผู้ใช้งานมีการบริโภคเกลือในปริมาณเท่าไรแล้ว มีการแสดงผลแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ เหมาะสม ขึ้นแถบ สีเขียว เสี่ยง เกลือจะเกินแล้ว และเกลือเกินแล้วอันตราย ขึ้นแถบสีแดง ผลที่แสดงออกมาทำให้ผู้ใช้งานทราบ ปริมาณเกลือที่ตนบริโภคเข้าไปและวางแผนการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันไม่ให้ได้รับเกลือเกินได้ หาก ผู้ใช้งานบริโภคเกลือเกินปริมาณที่ต้องได้รับต่อวัน จะมีคำแนะนำเพื่อให้ผู้ใช้งานสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อควบคุม ปริมาณโซเดียมให้อยู่ในปริมาณที่ต้องได้รับต่อวันได้ ทำให้มีการชะลอการเสื่อมของไตและป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

1.3 ฟังก์ชันที่สาม รู้ไว้ก่อนไตเสื่อม เป็นฟังก์ชันการให้ข้อมูลความรู้ที่จำเป็นเกี่ยวข้องกับโรคไต เรื้อรัง เพื่อให้ผู้ใช้ได้ตระหนักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและนำไปประยุกต์ใช้ปฏิบัติควบคุมในการชะลอไตเสื่อมได้ อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีเนื้อหา 6 เรื่องตามหลัก 3 อ. 2 ส. ได้แก่ คุณรู้จักไตมากแค่ไหน ประสพการณ์ตรงจาก ผู้ป่วยโรคไต น้ำตาลในผลไม้ เรื่องของซัน ฉลากรู้ไว้ไม่เสียหาย และรหัสไม่ลับ 6:6:1

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย สมุดบันทึกการเข้าใช้สื่อแอปพลิเคชันอีกไต

3. แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ 6 ด้าน เกี่ยวกับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ร่วมด้วย โดยใช้หลัก 3 อ 2 ส ประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นโรค ไตเรื้อรังระยะที่ 3 ร่วมด้วย ประกอบด้วย ข้อคำถามแบบเลือกตอบ (Check List) และเติมคำ (Open Ended) ได้แก่ เพศ อายุ ข้อมูลที่อยู่อาศัย จำนวนสมาชิกและครอบครัว การนับถือ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ค่าอัตราการกรองของไต ค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง และค่าความดันโลหิต จำนวน 11 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) 6 ด้าน ที่ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือมา จากแบบวัดของ Health Education Division (2018) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบประเมินความ รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) ด้านการ สื่อสาร (Communication Skill) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ (Decision Skill) และด้านการจัดการตนเอง (Self-Management) ซึ่งแบบประเมินมีลักษณะเป็นข้อคำถาม แบบ Rating Scale 5 ระดับ จำนวน 14 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) 1 ด้าน คือ ด้านความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive) เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส ของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นแบบประเมินที่มีลักษณะเป็นข้อคำถาม แบบ 4 ตัวเลือก ให้เลือกตอบข้อที่ถูกต้อง ที่สุด 5 ระดับจำนวน 10 ข้อ

4. แบบประเมินความพึงพอใจจากการใช้แอปพลิเคชัน ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความ ดันโลหิตสูงที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ร่วมด้วย สำหรับกลุ่มทดลอง ซึ่งแบบประเมินมีลักษณะเป็นข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน คือ ระดับมากที่สุด คือ 5 คะแนน ระดับมาก คือ 4 คะแนน ระดับดี คือ 3 คะแนน ระดับพอใจ คือ 2 คะแนน ระดับปรับปรุง คือ 1 คะแนน

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แอปพลิเคชันฮักไต ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมา ประกอบด้วย นวัตกรรมชุดเครื่องมือฮักไต ซึ่งเป็นเครื่องมือคำนวณปริมาณโซเดียมในอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ลักษณะเป็นเครื่องมือการประเมินปริมาณโซเดียมด้วยตนเอง โดยการจัดทำเป็นเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ที่เรียกว่าแอปพลิเคชันฮักไต ซึ่งมีความแม่นยำ สะดวก ทันทสมัย เข้าถึงง่าย ผ่านโทรศัพท์สมาร์ทโฟนระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์และ IOS ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ประกอบด้วย 1) แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว จำนวน 1 คน 2) อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 คน 3) พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคไตเรื้อรัง จำนวน 2 คน ได้ค่าความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 1.00

2. สมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วย สมุดบันทึกการเข้าใช้สื่อแอปพลิเคชันฮักไต ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ประกอบด้วย 1) แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว จำนวน 1 คน 2) อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 คน 3) พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคไตเรื้อรัง จำนวน 2 คน ได้ค่าความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 1.00

3. แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) แบบประเมินความพึงพอใจจากการใช้แอปพลิเคชัน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ประกอบด้วย 1) แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว จำนวน 1 คน 2) อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 คน 3) พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคไตเรื้อรัง จำนวน 2 คน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.80 และ 0.86 ตามลำดับ ภายหลังจากการพิจารณาเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยจึงได้นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ร่วมด้วย ในเขตรับผิดชอบของศูนย์แพทย์ชุมชนวัดหนองแวง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นจำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยวิธีสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.74

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาของการเข้าร่วมวิจัย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และลงชื่อยินยอมการเข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจในแบบฟอร์มยินยอมที่ผู้วิจัยได้เตรียมไว้ หลังจากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และทำประเมินความรู้ทางด้านสุขภาพ (Pre Test)

**กลุ่มทดลอง** ดำเนินการทดลองตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาในแต่ละสัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 สอนการใช้แอปพลิเคชันฮักไต 3 ฟังก์ชัน ได้แก่ ฟังก์ชันที่หนึ่ง การประเมินสุขภาพเบื้องต้น ฟังก์ชันที่สอง การคำนวณปริมาณเกลือ ฟังก์ชันที่สาม รู้ไว้ก่อนไตเสื่อม ให้กับกลุ่มตัวอย่างคนละ 30 นาที กิจกรรมที่ 2 การแนะนำการใช้สมุดบันทึกการเข้าใช้สื่อแอปพลิเคชันฮักไต เพื่อกำกับการเข้าใช้แอปพลิเคชันด้วยตนเอง

สัปดาห์ที่ 2 ติดตามความก้าวหน้าของการใช้แอปพลิเคชันจากสมุดบันทึกการเข้าใช้แอปพลิเคชัน และสอบถามถึงปัญหาของใช้แอปพลิเคชัน เพื่อปรับแก้ไขปัญหาจากการใช้งาน รวมทั้งสอบถามถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารหรือการประกอบอาหาร

สัปดาห์ที่ 3 ให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาและใช้แอปพลิเคชันด้วยตนเองที่บ้าน และบันทึกการเข้าใช้แอปพลิเคชันลงในสมุดบันทึกการเข้าใช้แอปพลิเคชัน

สัปดาห์ที่ 4 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการใช้แอปพลิเคชัน (Post Test) ด้วยแบบสัมภาษณ์ความรู้ทางด้านสุขภาพ แบบประเมินความพึงพอใจจากการใช้แอปพลิเคชัน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และรายงานผลการดำเนินการวิจัย

### กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมหลังจากผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ในสัปดาห์ที่ 1-3 กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพตามปกติจากศูนย์แพทย์ฯ เมื่อถึงสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ โดยการใช้แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ใช้เวลา 30 นาที และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และรายงานผลการดำเนินการวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และความพึงพอใจของการใช้แอปพลิเคชัน ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความรอบรู้ทางด้านสุขภาพก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชันด้วยสถิติ Paired t-test โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการแจกแจงข้อมูลเป็นโค้งปกติ (Test of Normality) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk Test พบว่า กลุ่มทดลองมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติทั้งก่อนและหลังการทดลอง ( $p=.221, p=.275$ )
3. เปรียบเทียบความรอบรู้ทางด้านสุขภาพหลังการใช้แอปพลิเคชัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการแจกแจงข้อมูลเป็นโค้งปกติ (Test of Normality) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk Test พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ( $p=.275, p=.187$ )

### จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น รหัสโครงการ IRB-BCNKK-2561-7 ลงวันที่ 15 ตุลาคม 2559

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน โดยมีรายละเอียด ดังนี้
  - 1.1 กลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 มีอายุมากกว่า 70 ปี ร้อยละ 73.33 รองลงมาอายุระหว่าง 60 ปี ถึง 69 ปี ร้อยละ 26.67 สถานภาพสมรส หม้าย ร้อยละ 73.33 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 73.33 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 53.33
  - 1.2 กลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 อายุมากกว่า 70 ปี ร้อยละ 100 สถานภาพสมรส หม้าย ร้อยละ 60 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 80 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 80
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชันของกลุ่มทดลอง

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชันของกลุ่มทดลอง (n=15)

Health Literacy	M	SD	t	p-value(1-tailed)
ก่อนการทดลอง	3.67	0.58	3.72	0.002
หลังการทดลอง	4.16	0.43		

จากตาราง 1 พบว่าค่าเฉลี่ยความรอบรู้ทางด้านสุขภาพภายหลังการทดลอง ( $M=4.16, SD=0.43$ ) สูงกว่าก่อนการทดลอง ( $M=3.67, SD=0.58$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ หลังการใช้แอปพลิเคชันระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ หลังการใช้แอปพลิเคชันระหว่าง กลุ่มทดลอง ( $n=15$ ) และกลุ่มควบคุม ( $n=15$ )

Health Literacy		M	SD	t	p-value(1-tailed)
ก่อน	กลุ่มทดลอง	3.67	0.58	0.912	0.377
	กลุ่มควบคุม	3.39	0.91		
หลัง	กลุ่มทดลอง	4.16	0.43	2.89	0.012
	กลุ่มควบคุม	3.39	0.91		

จากตาราง 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ( $M=4.16, SD=0.43$ ) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $M= 3.39, SD=0.91$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มทดลองภายหลังการใช้แอปพลิเคชัน

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มทดลองภายหลังการใช้แอปพลิเคชัน ( $n = 15$ )

ความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชัน	M	SD	ระดับความพึงพอใจ
1. แอปพลิเคชันมีรูปแบบสวยงาม มีความน่าสนใจ น่าใช้	4.47	0.52	มาก
2. แอปพลิเคชันเข้าถึงได้ง่าย สะดวกต่อการใช้งาน	4.13	0.83	มาก
3. แอปพลิเคชันช่วยควบคุมเกลือในอาหารในแต่ละวัน	3.87	0.74	มาก
4. ขนาดตัวอักษรในแอปพลิเคชันมีความเหมาะสม อ่านง่าย	4.53	0.74	มาก
5. แอปพลิเคชันสามารถคิดคำนวณเกลือได้จริงและเข้าใจ ง่ายต่อผู้ใช้งาน	4.13	0.92	มาก
6. เนื้อหาหรือความรู้ต่างๆในแอปพลิเคชันเข้าใจง่าย และมีประโยชน์ต่อผู้ใช้งาน	4.13	0.74	มาก
7. ประเภทของอาหาร เครื่องดื่มหรือเครื่องปรุงมีปริมาณเพียงพอต่อความต้องการที่นำมาคำนวณ	4.00	0.93	มาก
8. การจัดรูปแบบภายในแอปพลิเคชันง่ายต่อการใช้งาน	4.20	0.78	มาก
9. กราฟผลรวมของค่าต่างๆในตรวจร่างกายเข้าใจง่าย	4.47	0.64	มาก
รวม	4.25	0.74	มาก

จากตาราง 3 พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มทดลองภายหลังการใช้แอปพลิเคชัน อยู่ในระดับมาก ( $M= 4.25, SD=0.74$ ) โดยด้านที่มีความพึงพอใจสูงสุดคือ ขนาดตัวอักษรในแอปพลิเคชันมีความเหมาะสม อ่านง่าย ( $M= 4.53, SD=0.74$ )

### อภิปรายผล

การศึกษาผลของการใช้แอปพลิเคชันฮักไตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าเมื่อก่อนการทดลองได้ใช้แอปพลิเคชันฮักไต เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่ม

ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านสูงขึ้นกว่าก่อนใช้แอปพลิเคชัน ( $M=4.16, SD=0.43$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 เนื่องจาก แอปพลิเคชันอีกได้มีฟังก์ชันประกอบด้วย ฟังก์ชันการประเมินสุขภาพเบื้องต้น การคำนวณรูปร่าง (BMI) คำนวณระดับน้ำตาลในเลือด ค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ซึ่งจะมีคำแนะนำทางด้านสุขภาพประกอบกับข้อมูลที่ได้จากการคำนวณ เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ฟังก์ชันการคำนวณปริมาณเกลือ การดูผลแลกรูปร่างของโลหิต การดูผลแลกรูปร่างของโลหิตในอาหารแต่ละชนิด ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคำนวณปริมาณเกลือที่รับประทานในแต่ละวันให้เหมาะสมทั้งการประกอบอาหารเองและการซื้ออาหารสำเร็จรูป และฟังก์ชันการส่งเสริมความรู้จากการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไตตามหลัก 3 อ 2 ส จำนวน 6 เรื่อง ได้แก่ คุณรู้จักไตมากแค่ไหน ประสบการณ์ตรงจากผู้ป่วยโรคไต น้ำตาลในผลไม้ เรื่องของซ็อน ผลการรู้ไว้ไม่เสียหาย และรหัสไม้ลับ 6:6:1 ทำให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการวางแผนการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น (Unaphak, & Rattanamane, 2013; Pannark, Moolsart & Kaewprom, 2018) จากการใช้แอปพลิเคชันอีกได้เป็นการส่งเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน เกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การสื่อสาร ด้านการรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจด้านสุขภาพ และการจัดการตนเอง เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะในการเข้าถึง เข้าใจ ตัดสินใจในการนำข้อมูลทางด้านสุขภาพมาใช้ในการจัดการสุขภาพของตนเองให้เหมาะสม (Ginggaew, Prasertsri & Promwong, 2019) ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพภายหลังการใช้แอปพลิเคชันของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $M=4.16, SD=0.43$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 จากการใช้งานแอปพลิเคชันในการศึกษานี้สอดคล้องกับ Seesanea, Wattanakitkileart, Charoenkitkarn, Dumavibhat, & Vanijja, 2018 พบว่า การนำแอปพลิเคชันมาใช้กับผู้ป่วยสามารถเพิ่มความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น สำหรับการใช้แอปพลิเคชันอีกได้ของกลุ่มทดลองเป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ สามารถที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยนำความรู้ที่ได้จากแอปพลิเคชัน มาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองให้มีความเหมาะสม ซึ่งในแอปพลิเคชันมีฟังก์ชันในการใช้งานทั้งหมด 3 ฟังก์ชัน ที่มีความครอบคลุมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เนื่องจากในแอปพลิเคชันทำให้ผู้ป่วยสามารถทราบถึงภาวะสุขภาพของตนเอง ปริมาณการบริโภคเกลือในแต่ละวัน รวมถึงความรู้และคำแนะนำในการดูแลสุขภาพของตนเองที่ได้จากแอปพลิเคชันจะนำไปสู่การจัดการภาวะสุขภาพของตนเองให้มีประสิทธิภาพ และส่งผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้สามารถควบคุมโรคและจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม (Phongissaranuporn, Laipoonsawad, & Supachaiapanichpong, 2018) รวมทั้งมีสมุดบันทึกการเข้าใช้แอปพลิเคชันที่เป็นส่วนช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าไปใช้งานได้อย่างต่อเนื่อง

ความพึงพอใจหลังจากใช้แอปพลิเคชัน พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มทดลองภายหลังการใช้แอปพลิเคชันอยู่ในระดับมาก ( $M=4.25, SD=0.74$ ) โดยด้านที่มีความพึงพอใจสูงสุดคือ ขนาดตัวอักษรในแอปพลิเคชันมีความเหมาะสม อ่านง่าย ( $M=4.53, SD=0.74$ ) ซึ่งแอปพลิเคชันมีรูปแบบสวยงาม ขนาดตัวอักษรในแอปพลิเคชันมีความเหมาะสม อ่านง่าย สามารถคิดคำนวณเกลือได้จริงและเข้าใจ มีความน่าสนใจ นำใช้งานเข้าถึงได้ง่าย สามารถพกพาอุปกรณ์เครื่องมือสื่อสารเพื่อใช้แอปพลิเคชันได้ทุกที่ สะดวกต่อการใช้งาน (Winaiprasert, & Mamom, 2019) รวมทั้งเนื้อหาหรือความรู้ต่าง ๆ ในแอปพลิเคชันเข้าใจง่ายและมีประโยชน์ต่อผู้ใช้งาน ประเภทของอาหาร เครื่องดื่มหรือเครื่องปรุงมีปริมาณเพียงพอต่อความต้องการที่นำมาคำนวณ การจัดรูปแบบภายในแอปพลิเคชันง่ายต่อการใช้งาน กราฟผลรวมของค่าต่าง ๆ ในตรวจร่างกายเข้าใจง่าย สามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้

ข้อจำกัดในการวิจัยนี้ พบว่า แอปพลิเคชันอีกได้มีฟังก์ชันในการการประเมินสุขภาพเบื้องต้น การคำนวณปริมาณโซเดียม ที่ยังมีข้อจำกัดในการพัฒนาให้ครอบคลุมทักษะทางด้านการสื่อสาร และทักษะการ

รู้เท่าทันสื่อ สำหรับการค้นหาความรู้ทางการดูแลตนเองเพิ่มเติม ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาแอปพลิเคชันให้เหมาะสมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ รวมทั้งเทคโนโลยีสารสนเทศมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องมีการอัพเดทเวอร์ชันของแอปพลิเคชัน ซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถใช้งานแอปพลิเคชันได้ต่อเนื่อง

### การนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางด้านสุขภาพควรรนำแอปพลิเคชันฮักไต (HUG TAI Application) ไปใช้ร่วมกับการเยี่ยมบ้าน และให้ความรู้กับผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นส่วนสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองที่เกิดขึ้นจากการประเมินสุขภาพเบื้องต้น แล้วสามารถที่จะนำความรู้ที่ได้จากแอปพลิเคชันไปใช้ในการจัดการสุขภาพของตนเองให้เหมาะสม

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของการใช้แอปพลิเคชันฮักไตต่อความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ร่วมกับการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้สามารถวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยนำไปสู่การจัดการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

### References

- Apinya, T. (2018). *Operating Manual for Implementation Chronic Kidney Disease (CKD) in Diabetes Patient and Hypertension*. Nonthaburi: Bureau of Non Communicable Disease Ministry of Public Health. (in Thai)
- Division of Non-Communicable Disease. (2018). *Situation of Non-Communicable Diseases (NCD), Illness Statistics and Premature Death. 2018*. Retrieved 5 October 2018 from <http://thaincd.com/2016/media-detail.php?id=12986&gid=1-015-008> (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)
- Health Education Division. (2018). *Enhancing and Assessing Health Literacy and Health Behavior*. Nonthaburi: Ministry of Public Health.
- Kidney Disease Association of Thailand. (2017). *Recommendations for Care for Chronic Kidney Disease Patients Before Kidney Replacement Treatment, 2015*. Bangkok: Kidney Disease Association of Thailand. (in Thai)
- Kidney Disease Association of Thailand. (2016). *Global Prevalence Rate of Diabetes from IDF. 2016*. Retrieved 5 October 2016 from [http://iregist.igenco.co.th/web/dmthai\\_old/statistic/406](http://iregist.igenco.co.th/web/dmthai_old/statistic/406) (in Thai)
- Nutbeam, D. (2008). The Evolving Concept of Health Literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Pannark, P., Moolsart, S., & Kaewprom, C. (2018). The Effectiveness of a Program for Health Literacy Development of the Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes at Bangwua District, Chachoengsao Province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 27(3), 91-106. (in Thai)



- Phongissaranuporn, S., Laipoonsawad, S., & Supachaipanichpong, P. (2018) Outputs of Self-Management Support Program for Delayed-Progression of Diabetes Nephropathy and Clinical Outcomes in Patients Type 2 Diabetes Mellitus Damnoen Saduak Hospital. *Region 4-5 Medical Journal, 37*(2), 148-159. (in Thai)
- Saedkong, P, Lunput, S., PhanomKaen, S., Mahem, K., & Pornpeng, D. (2019). Effect of Using Haktai Tool Innovative on Knowledge Believe and Health Behaviors in Chronic Kidney Disease. *Journal of Nursing and Health Care, 36*(4), 214-222. (in Thai)
- Seesanea, S., Wattanakitkileart, D., Charoenkitkarn, V., Dumavibhat, C., & Vanijja, V. (2018). The Effect of Mobile Application on Medication Adherence in Patients with Acute Coronary Syndrome after Hospitalization. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 28*(1), (61-74). (in Thai)
- Unaphak, P., & Rattanamane, K. (2013). The Correlation Factors of Self-Care Behaviors to Prevent Complications among Patients with Chronic Kidney Disease at Somdetphraphutthalertla Hospital in Samutsongkhram Province. *The Public Health Journal of Burapha University, 10*(2), 44-54. (in Thai)
- Wat Nong Wang Community Medical Center. (2018). *Kidney Disease Patient Information at Nong Waeng Community Medical Center Khon Kaen Province*. Khon Kaen: Wat Nong Wang Community Medical Center. (in Thai)
- Winaiprasert, P., & Mamom, J. (2019). Development the Required Daily Nutrition Applications (NuTu-App) to Promote Nutrition Status in Patients with Pressure Ulcers. *Thai Science and Technology Journal, 27*(3), 485-498. (in Thai)
- Wongnisanatakul, K. (2019). Health Literacy among Diabetic Patients at the Family Practice Center of Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand, 8*(1), 49-61. (in Thai)

ปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง  
ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา  
Factors Affecting Collaborative Governance for Ageing Health Promotion in  
Urban Areas of Local Health Security Fund, Region 12<sup>th</sup> Songkhla

สัณญา ยีอราน<sup>1\*</sup> และ อาจินต์ สงทับ<sup>2</sup>

Sanya Yueran<sup>1\*</sup> and Archin Songthap<sup>2</sup>

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร<sup>1\*</sup>,  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร<sup>2</sup>

Students of the Doctor of Public Health Program Faculty of Public Health Naresuan University<sup>1\*</sup>,  
Faculty of Public Health, Naresuan University<sup>2</sup>

(Received: December 16, 2019; Revised: April 08, 2020; Accepted: October 01, 2020)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการอภิบาลผ่านความร่วมมือและปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 270 คน ได้แก่ คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานด้านผู้สูงอายุของกองทุนหลักประกันสุขภาพ เขตเทศบาลเมืองและเทศบาลนคร จำนวน 9 แห่ง ๆ ละ 30 คน คัดเลือกโดยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุนและการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และ 2) แบบสอบถามการอภิบาลผ่านความร่วมมือ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน มีค่าความตรงของเนื้อหา .80 -1.00 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือ .72 และ .98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน และสถิติการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า

1. การอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 อยู่ในระดับมาก ( $M=4.22, SD=0.54$ ) องค์ประกอบของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ ประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก คือ กลไกของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $M=4.19, SD=0.49$ ) และกระบวนการการอภิบาลผ่านความร่วมมือ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $M=4.17, SD=0.48$ )

2. ปัจจัยที่สามารถอธิบายความผันแปรของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ ได้แก่ การติดตามและประเมินผล ( $\beta =0.294$ ) การจัดการทรัพยากร ( $\beta =0.213$ ) วัฒนธรรมองค์กร ( $\beta =0.147$ ) การประชาสัมพันธ์ ( $\beta =0.154$ ) การจัดการความเป็นผู้นำ ( $\beta =0.109$ ) และการจัดการความรู้ ( $\beta =0.127$ ) ซึ่งสามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 74.80

ข้อค้นพบจากการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้คณะทำงานที่เกี่ยวข้องในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นโดยเฉพาะด้านการติดตามและประเมินผล การจัดการทรัพยากร วัฒนธรรมองค์กร การประชาสัมพันธ์ การจัดการความเป็นผู้นำ และการจัดการความรู้

**คำสำคัญ:** การอภิบาลผ่านความร่วมมือ, การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ, กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: yam\_sanya@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 089-8705625)

## Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to determine factors for collaborative governance in ageing health promotion in urban areas of the Local Health Security Fund (LHSF) of Region 12<sup>th</sup>. A total of 270 subjects, 30 per each of the 9 municipalities, using multi-stage random sampling. They were recruited from committees as well as from an elderly group. Data were collected using a questionnaire including two parts: 1) knowledge about fund management and ageing health promotion, and 2) collaborative governance. The questionnaire was verified by 5 experts, yielding a content validity of 0.80 – 1.00, and a reliability of 0.72 and 0.98, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics such as frequency, percentage, mean and standard deviation, while inferential statistic was a stepwise-multiple regression analysis.

Results showed that collaborative governance for ageing health promotion in urban areas of local health security fund, Region 12 was at high level ( $M=4.22$ ,  $SD=0.54$ ). Collaborative governance consisted of 2 main parts including collaborative governance mechanism, which was observed at a high level ( $M=4.19$ ,  $SD=0.49$ ). Collaborative governance process was also at high level ( $M = 4.17$ ,  $SD = 0.48$ ). Factors that can explain the variation in collaborative governance included monitoring and evaluation ( $\beta = 0.294$ ), resource management ( $\beta=0.213$ ), organization culture ( $\beta=0.147$ ), public relations ( $\beta=0.154$ ), leadership management ( $\beta=0.109$ ) and knowledge management ( $\beta=0.127$ ). These factors coincide with the collaborative governance at 74.80 %.

The findings from the study can be utilized as a guideline for related committees for the betterment of elderly health promotion, especially for: a) monitoring and evaluation, b) resource management, c) culture organization, d) public relations, e) leadership management, and f) knowledge management.

**Keywords:** Ageing Health Promotion, Collaborative Governance, Local Health Security Fund (LHSF)

## บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทั่วโลกมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น (Morgan, & Kunkel, 2016) โดยในปี ค.ศ. 2015 จำนวนประชากร 19 ประเทศทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ประมาณ 700 ล้านคน และอายุ 80 ปี ขึ้นไป ประมาณ 100 ล้านคน (United Nations, 2015) สำหรับประเทศในประชาคมอาเซียน และประเทศไทย จะเข้าสู่สังคมสูงวัยทั้งหมดภายในปี พ.ศ. 2573 (Taweessit, Sanphuwat, & Chuanwan, 2013) ทั้งนี้ ตั้งแต่ปี 2548 ประเทศไทยได้เข้าสู่ “สังคมสูงวัย” (Aged society) และจะใช้เวลาประมาณ 16 ปี หรือประมาณปี 2564 ก่อนจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (Complete Aged Society) และใช้เวลาประมาณ 10 ปี หรือประมาณปี 2574 จะกลายเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super Aged Society) (Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute, 2015) ดังนั้น World Health Organization (2016) ได้ประกาศกลยุทธ์ระดับโลกและแผนการปฏิบัติสำหรับการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ (ปี 2016-2020) โดยเน้นให้ประชาชนทุกคนสามารถมีชีวิตอยู่อย่างยาวนานและการมีสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุ (Healthy Ageing) อาศัยกลยุทธ์ที่สำคัญ 5 ประการ คือ 1) ความมุ่งมั่นต่อปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ 2) การจัดระบบสุขภาพเพื่อสอดคล้องกับความต้องการของประชากรผู้สูงอายุ 3) การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ 4) สร้างความเข้มแข็งในการดูแลระยะยาว และ 5) ปรับปรุงการประเมินผล การติดตามและการวิจัย โดยดำเนินการผ่านความร่วมมือการทำงาน (Collaboration) ของหลากหลายภาคส่วน

สำหรับประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ผ่านการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น อาศัยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการ ภายใต้ความเห็นชอบของคณะกรรมการกองทุนฯ ที่มาจากความร่วมมือของหลายภาคส่วน ตามสัดส่วนที่กำหนด เพื่อเข้ามามีส่วนร่วมค้นหาปัญหาและความต้องการ วางแผน การดำเนินกิจกรรม รวมถึงการติดตามประเมินผลสนับสนุนงบประมาณตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตของประชาชน รวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุ แต่เมื่อพิจารณาการใช้จ่ายงบประมาณทั้งหมดในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ของทุกเขตทั่วประเทศไทยในปี พ.ศ. 2558 และ 2559 ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด โดยเฉพาะเขต 12 มีการใช้จ่ายในปี 2558 และปี 2559 เพียงร้อยละ 44.31 และ 44.91 ตามลำดับ (เกณฑ์ร้อยละ 80 ของงบประมาณในปีนั้น ๆ) และผลการประเมินภาพรวมน้อยกว่าเขตอื่น ๆ (กองทุนอยู่ในระดับศักยภาพปานกลาง) ที่สำคัญ การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูและการรักษาของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คนพิการ และศูนย์เด็กเล็ก มีการใช้จ่ายงบ อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด และต่ำกว่าเขตอื่น ๆ โดยมีการใช้จ่ายในปี พ.ศ. 2558 และ 2559 เพียงร้อยละ 9.82 และ 9.58 ตามลำดับ (เกณฑ์ร้อยละ 15) (National Health Security Office, 2017)

ผลลัพธ์การดำเนินงานที่ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ ที่ผ่านมา และปัญหาของการบริหารจัดการกองทุนฯ รวมถึงการบริหารจัดการระหว่างองค์กรประกอบต่าง ๆ ภายในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย เป็นไปในลักษณะแยกส่วน เกิดช่องว่างทั้งในด้านการจัดการทรัพยากรและการให้บริการต่อประชาชน รวมทั้งทีมผู้ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนยังเป็นกลุ่มเฉพาะ ขาดความหลากหลาย ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ไม่ทั่วถึง การปฏิรูปโดยการปรับระบบและบทบาทการให้บริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ เป็นสิ่งจำเป็น (National Reform Council, 2015) จากปัญหาดังกล่าวนำไปสู่ข้อเสนอการศึกษาในประเด็นการบริหารจัดการกองทุนฯ ผ่านความร่วมมือ การมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุโดยเฉพาะเขตเมืองด้วยการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านความร่วมมือของหลากหลายภาคส่วน สอดคล้องกับ ประทีป ธนกิจเจริญ เสนอการพัฒนากองทุนให้มีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ และสร้างความเป็นเจ้าของ (Ownership) ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสาธารณสุข และประชาชนทุกกลุ่มในชุมชน อาศัยภูมิปัญญาและพลังความร่วมมือของทุกภาคส่วน เป็นเครื่องมือสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคในชุมชน (National Health Security Office, 2014)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารจัดการกองทุนฯ มากที่สุดคือ ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ (Seankosa, Kosonkittumporn, & Poosri, 2014) และปัจจัยด้านความร่วมมือ (Khotwantha, Phromsatyaporn, & Hanjansit, 2014) สำหรับปัญหาและอุปสรรค ที่สำคัญส่งผลให้การบริหารจัดการขาดประสิทธิภาพ คือ กระบวนการ โดยเฉพาะการขาดความร่วมมือจากภาคประชาชน (Chaisawang, Khamrat, & Banchonhattakit, 2009) นอกจากนี้จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการบริหารจัดการความร่วมมือที่มีหลายภาคส่วน คือ แนวคิดการอภิบาลผ่านความร่วมมือ (Collaborative Governance) ของ Emerson, & Nabathci (2015) เป็นรูปแบบการบริหารจัดการระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยอาศัยองค์ประกอบของความร่วมมือ ได้แก่ กลไกการอภิบาลความร่วมมือ และกระบวนการอภิบาลความร่วมมือ (การมีส่วนร่วมตามหลักหลักธรรมาภิบาล การพัฒนาแรงจูงใจร่วมกัน และการสร้างศักยภาพในการปฏิบัติการร่วมกัน) ในการพิจารณาตัดสินใจและการจัดการตามข้อตกลงการอภิปรายร่วมกันเพื่อกำหนดนโยบาย นำนโยบายสู่การปฏิบัติ และบริหารจัดการโครงการ หรือทรัพยากรต่าง ๆ ร่วมกัน นำไปสู่ผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ของกองทุนฯ และผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กำหนด

ดังนั้น ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ผลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุน

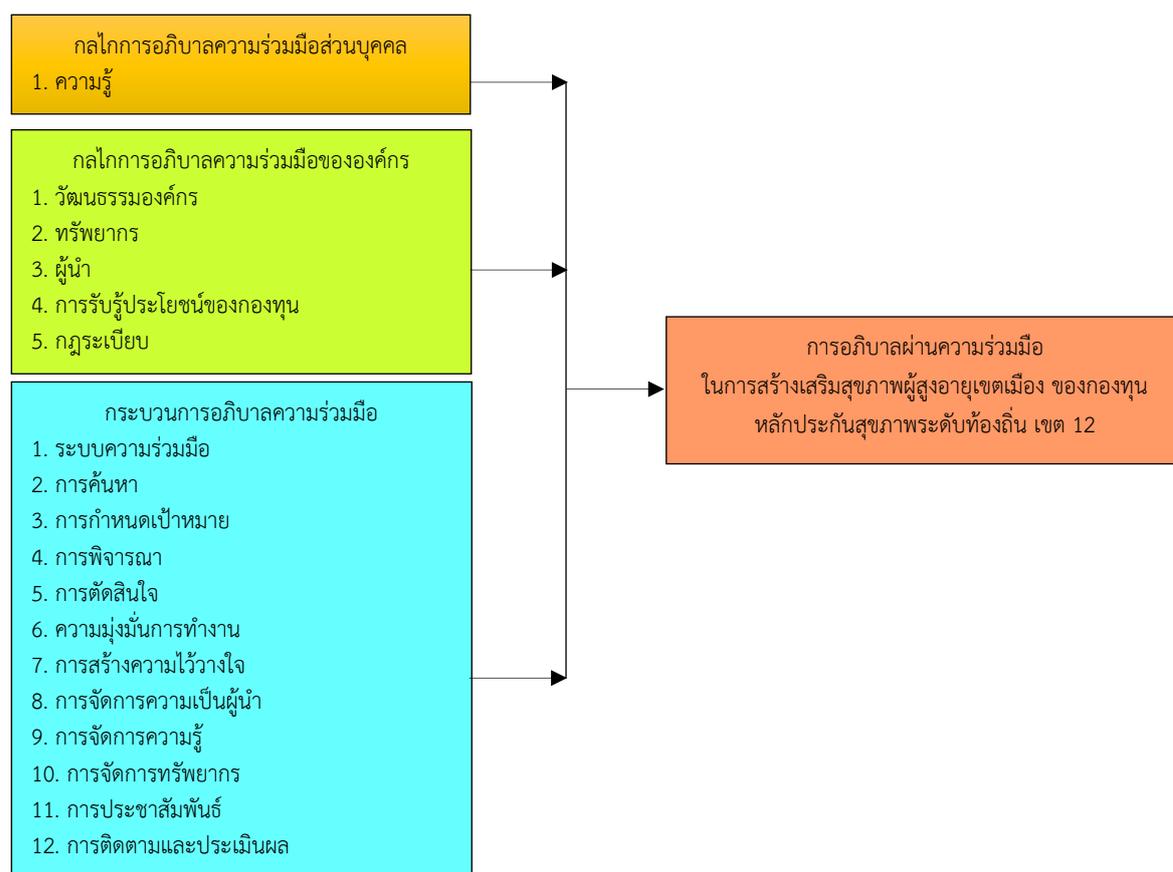
หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 รวมทั้งนำไปใช้ประโยชน์ทั้งในเชิงปฏิบัติการ เชิงวิชาการ และเชิงนโยบายของการพัฒนากองทุนฯ สำหรับการสนับสนุนงบประมาณเพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถมีชีวิตอยู่อย่างยาวนานและการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพในทุกระดับพื้นที่ต่อไป

### วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการอภิบาลผ่านความร่วมมือ กลไก และกระบวนการของการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

### กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการอภิบาลผ่านความร่วมมือ (Collaborative Governance) ของ Emerson, & Nabathci (2015) รวมถึงตัวแปรปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการบริหารจัดการกองทุนฯ ประกอบด้วย กลไกการอภิบาลความร่วมมือ และกระบวนการอภิบาลความร่วมมือ ที่สามารถนำไปสู่การอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Studies)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ ได้แก่ คณะกรรมการบริหาร คณะอนุกรรมการ และ/หรือ คณะทำงานด้านผู้สูงอายุของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับเทศบาลนคร และเทศบาลเมือง ซึ่งมีจำนวนประชากรไม่แน่นอนในแต่ละกองทุนของเขตพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 12 สงขลา รวม 7 จังหวัด ได้แก่ ตรัง พัทลุง สตูล สงขลา ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส จำนวนทั้งสิ้น 25 กองทุน ประกอบด้วย เทศบาลนคร 4 แห่ง และเทศบาลเมือง 21 แห่ง (จังหวัดตรัง 2 กองทุน ได้แก่ เทศบาลนคร 1 แห่ง และเทศบาลเมือง 1 แห่ง พัทลุง 1 กองทุน ได้แก่ เทศบาลเมือง 1 แห่ง สตูล 1 กองทุน ได้แก่ เทศบาลเมือง 1 แห่ง สงขลา 13 กองทุน ได้แก่ เทศบาลนคร 2 แห่ง และเทศบาลเมือง 11 แห่ง ปัตตานี 2 กองทุน ได้แก่ เทศบาลเมือง 2 แห่ง ยะลา 3 กองทุน ได้แก่ เทศบาลนคร 1 แห่ง และเทศบาลเมือง 2 แห่ง และนราธิวาส 3 กองทุน ได้แก่ เทศบาลเมือง 3 แห่ง)

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ เป็นกลุ่มตัวอย่างได้รับแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ หรือ คณะทำงานด้านผู้สูงอายุของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น มีประสบการณ์การทำงานในกองทุนฯ มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ สำหรับเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือเจ็บป่วยกะทันหันจนไม่สามารถให้ข้อมูลการวิจัยได้ และหากมีการปฏิเสธหรือไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด หรือเสียชีวิต หรือทุพพลภาพ รวมถึงหากมีการเดินทางออกจากพื้นที่วิจัยอย่างถาวร

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่จำนวนประชากรไม่แน่นอนของ Daniel, & Cross (2013) สำหรับประมาณการค่าเฉลี่ยของประชากร จากคณะกรรมการบริหาร คณะอนุกรรมการ และ/หรือคณะทำงานด้านผู้สูงอายุของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับเทศบาลนครและเทศบาลเมือง จำนวนทั้งสิ้น 25 กองทุน ที่ระดับความเชื่อมั่น (Confidence Level;  $Z = 1.96$ ) ระดับความแปรปรวน เท่ากับ 0.39 คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้ 234 คน ผู้วิจัยปรับเพิ่มเป็นจำนวนเต็ม ได้เท่ากับ 240 คน และจากนั้นผู้วิจัยกำหนดให้ค่าอัตราการสูญเสียเท่ากับร้อยละ 10 ( $R = 10$ ) เพื่อลดปัญหาของการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่กำหนด หรือข้อมูลมีการสูญหาย (Missing Data) (Chaimay, 2013) ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 270 คน

การได้มาของคณะกรรมการบริหาร คณะอนุกรรมการ และ/หรือคณะทำงานด้านผู้สูงอายุของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับเทศบาลนครและเทศบาลเมือง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) (Kaemkate, 2012) ด้วยการสุ่มจากประชากรของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เขตเมือง ทั้งหมด 25 แห่ง เพื่อได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 270 คน ได้แก่ กองทุนระดับเทศบาลนคร จำนวน 4 แห่ง และกองทุนระดับเทศบาลเมือง จำนวน 21 แห่ง กำหนดสัดส่วนกองทุนแต่ละกลุ่มควรได้รับคัดเลือกร้อยละ 30 ประกอบด้วยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ผลจากการคัดเลือกพื้นที่ คือ เทศบาลนคร 2 กองทุน และเทศบาลเมือง 7 กองทุน แต่เนื่องจากพื้นที่ของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เขตเมืองของเขต 12 สงขลา มีการกระจายตัวของกองทุนในแต่ละจังหวัดแตกต่างกัน เพื่อป้องกันการกระจุกตัวของกลุ่มและลดความคลาดเคลื่อน จึงได้แบ่งพื้นที่ เป็น 3 โซน อาศัยการสุ่มตัวอย่างแบบยกกลุ่ม (Cluster Random Sampling) ผลที่ได้จากการคัดเลือกคือ เทศบาลนครโซนเหนือรวมกับโซนใต้ คัดเลือก 1 กองทุน และโซนกลาง คัดเลือก 1 กองทุน เทศบาลเมืองโซนเหนือ 1 กองทุน เทศบาลเมืองโซนกลาง 3 กองทุน และเทศบาลเมืองโซนใต้ 3 กองทุน และการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้วิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน กลับ ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกทั้งหมด จำนวน 9 แห่ง ประกอบด้วย เทศบาลนคร จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ เทศบาลนครสงขลา และเทศบาลนครตรัง ส่วนเทศบาลเมืองได้รับการคัดเลือก จำนวน 7 แห่ง ได้แก่

เทศบาลเมืองพัทลุง สตุล บ้านพรุ ควนลิ่ง ปัตตานี นราธิวาส และสะเตงนอก ทั้งนี้ แต่ละแห่งทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายพื้นที่ละ 30 คน ที่ประกอบด้วยคณะกรรมการบริหาร 15 คน และคณะกรรมการ หรือคณะทำงานด้านผู้สูงอายุ จำนวน 15 คน รวมทั้งสิ้น 270 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาสร้างแบบสอบถาม สามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่งในองค์กร/พื้นที่ ตำแหน่งในกองทุน ระยะเวลาและจำนวนครั้งของการดำรงตำแหน่งในกองทุน ประสบการณ์และจำนวนครั้งของการอบรมเกี่ยวกับกองทุน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ และเติมข้อความในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 17 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบด้วยคำตอบ ถูก- ผิด การประเมินผลแบบอิงเกณฑ์แบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Lacharaj (1994) ดังนี้

ความรู้ต่ำ มีคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 หรือ น้อยกว่า 9 คะแนน)

ความรู้ปานกลาง มีคะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60 – 70 หรือ 10 – 13 คะแนน)

ความรู้สูง มีคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 หรือ 14 – 17 คะแนน)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบคำถามระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับกลไกการอภิบาลผ่านความร่วมมือ จำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วย ด้านวัฒนธรรมองค์กร 4 ข้อ ทรัพยากร 3 ข้อ ผู้นำ 4 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ 3 ข้อ และกฎระเบียบ 3 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีค่าน้ำหนัก 5 ระดับ ตั้งแต่ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด จนถึง 1 เห็นด้วยน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 เป็นแบบคำถามระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับกระบวนการอภิบาลผ่านความร่วมมือ จำนวน 41 ข้อ ประกอบด้วย ระบบความร่วมมือ 3 ข้อ การค้นหาปัญหา 3 ข้อ การกำหนดเป้าหมาย 3 ข้อ การพิจารณา 3 ข้อ การตัดสินใจ 5 ข้อ ความมุ่งมั่น 3 ข้อ ความไว้วางใจ 3 ข้อ ความเป็นผู้นำ 4 ข้อ การจัดการความรู้ 3 ข้อ การจัดการทรัพยากร 5 ข้อ การประชาสัมพันธ์ 3 ข้อ และการติดตามและประเมินผล 3 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีค่าน้ำหนัก 5 ระดับ ตั้งแต่ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด จนถึง 1 เห็นด้วยน้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 เป็นแบบคำถามระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการอภิบาลผ่านความร่วมมือ จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย ประสิทธิภาพ 3 ข้อ คุณภาพความสัมพันธ์ 3 ข้อ การรับรู้มุมมองที่กว้างขึ้น 1 ข้อ และความเหนียวแน่นของเครือข่าย 1 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีค่าน้ำหนัก 5 ระดับ ตั้งแต่ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด จนถึง 1 เห็นด้วยน้อยที่สุด

แบบสอบถามส่วนที่ 2 – 4 กำหนดค่าคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบตามเกณฑ์ ของ Angsuchoti, & Phuangsomjit (2014) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ความคิดเห็นระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49, หมายถึง ความคิดเห็นระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49, หมายถึง ความคิดเห็นระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ความคิดเห็นระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ความคิดเห็นระดับน้อยที่สุด

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ใช้วิธีตรวจสอบดัชนีความสอดคล้อง ระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย 1) แบบสอบถาม

ความรู้เกี่ยวกับการการบริหารจัดการกองทุนและการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และ 2) แบบสอบถามส่วนกลไก กระบวนการ และการอภิบาลผ่านความร่วมมือทั้งฉบับ มีค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .80-1.00

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาและแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับคณะกรรมการ และคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานด้านผู้สูงอายุ ของกองทุนฯ เทศบาลนครยะลา จำนวน 30 คน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบาค (Cronbach, 1970) สำหรับการหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามที่อยู่ในรูปของสเกลมาตรวัด และใช้เทคนิคของ Kuder-Richardson Approaches (KR-20) (Kuder, & Richardson, 1937) การหาค่าความเที่ยงของแบบทดสอบที่เป็นลักษณะ ถูก ผิด และค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้เท่ากับ .72 และ .98

### การเก็บรวบรวมเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการประสานงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 9 แห่ง หลังจากนั้นนัดหมายเกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่ เมื่อถึงวันที่กำหนด ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ข้อตกลง และทำความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการ/ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัยและเซ็นใบยินยอม ผู้วิจัยทำการแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ระหว่างที่ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หากข้อคำถามใดมีปัญหาที่สามารถซักถาม และผู้วิจัยอธิบายเพิ่มเติมเพื่อความเข้าใจ หลังจากนั้นผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถาม และตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ และค่าร้อยละ
2. การวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ค่าความถี่ และค่าร้อยละ
3. การวิเคราะห์ข้อมูลระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับกลไก กระบวนการ และการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
4. การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise-Multiple Regression Analysis) ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นจำนวน 5 ข้อของ (Vanichbuncha, & Vanichbuncha (2017) พบว่า ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงของตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ความเป็นอิสระต่อกันของค่าความคลาดเคลื่อนพิจารณาจากค่า Dubin-Watson เท่ากับ 1.872 (เกณฑ์คือ 1.50 - 2.50) การแจกแจงปกติของค่าความคลาดเคลื่อน พิจารณาจากตาราง Residuals Statistic พบว่า ค่า Mean เท่ากับ 0 (เกณฑ์คือ Mean = 0) และค่า SD เท่ากับ 0.27 (เกณฑ์คือ SD เข้าใกล้ 1) ซึ่งสอดคล้องกับการแปลผลจากกราฟ Normal Probability Plot ตรวจสอบค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (Homo-Scedasticity) โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter Plot พบว่าค่าความคลาดเคลื่อนกระจายรอบ ๆ ค่า 0 และค่อนข้างคงที่ และตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระต้องไม่สูงเกินไป (Multi-Collinearity) โดยพิจารณาจาก Correlation Matrix พบว่า ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมีค่าตั้งแต่ 0.00 ถึง 0.77 (เกณฑ์คือ น้อยกว่า 0.80) ร่วมกับการพิจารณาจากค่าปัจจัยความแปรปรวนที่เพิ่มสูงขึ้น (Variance inflation factor) มีค่าตั้งแต่ 1.02 ถึง 3.02 (เกณฑ์คือ ทุกค่าต้องน้อยกว่า 10) และ Tolerance มีค่าตั้งแต่ 0.33 ถึง 0.99 (เกณฑ์คือ มีค่าเข้าใกล้ 1 แต่ไม่เกิน 1)

## จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ 0131/2561 ตั้งแต่วันที่ 20 พฤษภาคม 2561 ถึง 20 พฤษภาคม 2562

## ผลการวิจัย

### 1. คุณลักษณะทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.49 อายุเฉลี่ย 51.56 ปี อายุสูงสุด 82 ปี และอายุต่ำสุด 23 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 77.78 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 61.86 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 27.41 มาจากหน่วยบริการสาธารณสุข ร้อยละ 38.89 ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งเฉลี่ย เท่ากับ 4 ปี น้อยที่สุด เท่ากับ 1 ปี จำนวนครั้งของการดำรงตำแหน่งเฉลี่ย 1.63 ครั้ง มากที่สุด 4 ครั้ง น้อยที่สุด 1 ครั้ง เคยได้รับการฝึกอบรม ร้อยละ 63.34 และในรอบ 1 ปี ได้รับการฝึกอบรมจำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 88.31

### 2. ความรู้ เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและการสร้างเสริมสุขภาพ

**ตาราง 1** จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและการสร้างเสริมสุขภาพ

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (คะแนนน้อยกว่า 9)	7	2.60
ปานกลาง (คะแนนอยู่ระหว่าง 10 – 13)	99	36.67
สูง (คะแนนมากกว่า 14 - 17)	164	60.73
รวม	270	100.00

$M=14.36, SD=2.37$

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และการสร้างเสริมสุขภาพ โดยรวมค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $M=14.36, SD=2.37$ ) และเมื่อพิจารณาระดับความรู้ พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 60.73 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 36.67 และระดับต่ำ ร้อยละ 2.60 ตามลำดับ

3. ปัจจัยการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

**ตาราง 2** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยของการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

ปัจจัยของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ	M	SD	ระดับ
1. ด้านกลไกของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ	4.19	0.49	มาก
1.1 กลไกด้านวัฒนธรรมองค์กร	4.31	0.57	มาก
1.2 กลไกด้านทรัพยากร	4.09	0.63	มาก
1.3 กลไกด้านผู้นำ	4.21	0.61	มาก
1.4 กลไกด้านการรับรู้ประโยชน์ของกองทุน	4.24	0.59	มาก
1.5 กลไกด้านกฎระเบียบของกองทุน	4.06	0.68	มาก

ตาราง 2 (ต่อ)

ปัจจัยของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ	M	SD	ระดับ
2. ด้านกระบวนการของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ	4.17	0.48	มาก
2.1 ระบบของความร่วมมือ	4.19	0.60	มาก
2.2 กระบวนการค้นหาปัญหา	4.05	0.67	มาก
2.3 กระบวนการกำหนดเป้าหมาย	4.06	0.67	มาก
2.4 กระบวนการพิจารณา	4.29	0.51	มาก
2.5 กระบวนการตัดสินใจ	4.29	0.51	มาก
2.6 กระบวนการมุ่งมั่นทุ่มเทการทำงาน	4.14	0.60	มาก
2.7 กระบวนการสร้างความไว้วางใจ	4.31	0.55	มาก
2.8 กระบวนการจัดการความเป็นผู้นำ	4.23	0.56	มาก
2.9 กระบวนการจัดการความรู้	4.09	0.63	มาก
2.10 กระบวนการจัดการทรัพยากร	4.14	0.56	มาก
2.11 กระบวนการประชาสัมพันธ์	4.10	0.68	มาก
2.12 กระบวนการติดตามและประเมินผล	4.15	0.61	มาก

จากตาราง 2 ในภาพรวมปัจจัยของการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 อยู่ในระดับมาก โดยที่ค่าเฉลี่ยปัจจัยด้านกลไกของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ และปัจจัยด้านกระบวนการของการอภิบาลผ่านความร่วมมือเท่ากับ 4.19 ( $SD=0.49$ ) และ 4.17 ( $SD=0.48$ ) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายด้านของปัจจัยด้านกลไกของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ พบว่า ทุกปัจจัยอยู่ในระดับมาก โดยปัจจัยที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ กลไกด้านวัฒนธรรมองค์กร ( $M=4.31$ ,  $SD=0.57$ ) รองลงมาคือกลไกด้านการรับรู้ประโยชน์ของกองทุน ( $M=4.24$ ,  $SD=0.59$ ) และปัจจัยด้านกระบวนการของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ พบว่า ทุกปัจจัยอยู่ในระดับมาก โดยปัจจัยที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ กระบวนการสร้างความไว้วางใจ ( $M=4.10$ ,  $SD=0.47$ ) รองลงมาเป็นกระบวนการพิจารณาและกระบวนการตัดสินใจ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน ( $M=4.10$ ,  $SD=0.50$ )

4. การอภิบาลความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการอภิบาลความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

การอภิบาลผ่านความร่วมมือ	M	SD	ระดับ
1. ประสิทธิภาพของความร่วมมือ	4.23	0.59	มาก
2. คุณภาพความสัมพันธ์ของความร่วมมือ	4.21	0.58	มาก
3. การรับรู้มุมมองความคิดเห็นของความร่วมมือ	4.19	0.67	มาก
4. ความเหนียวแน่นของเครือข่ายความร่วมมือ	4.24	0.66	มาก
รวม	4.22	0.54	มาก

จากตาราง 3 พบว่า การอภิบาลความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ทั้ง 4 ด้านโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $M=4.22$ ,  $SD=0.54$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ประสิทธิภาพของความร่วมมือมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ( $M=4.23$ ,  $SD=0.59$ ) ส่วนการรับรู้มุมมองความคิดเห็นของความร่วมมือมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $M=4.19$ ,  $SD=0.67$ )

5. ปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12

ปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 พบว่า มีตัวแปรอิสระ 6 ตัว ซึ่งสามารถอธิบายความผันแปรของการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ได้ร้อยละ 74.80 ด้วยความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์เท่ากับ 0.275

**ตาราง 4** ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุของตัวแปร ที่ส่งผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา

ตัวแปรพยากรณ์	$R^2$	$R^2$ Change	Beta	b	s.e. of b	t	p-value
การติดตามและประเมินผล	0.596	0.596	0.294	0.261	0.045	5.777	<0.001
การจัดการทรัพยากร	0.696	0.099	0.213	0.206	0.054	3.820	<0.001
วัฒนธรรมองค์กร	0.720	0.24	0.147	0.140	0.036	3.903	<0.001
การประชาสัมพันธ์	0.735	0.16	0.154	0.123	0.037	3.292	0.001
การจัดการความเป็นผู้นำ	0.743	0.007	0.109	0.107	0.043	2.475	<0.05
การจัดการความรู้	0.748	0.006	0.127	0.109	0.046	2.404	<0.05

Constant (a) = 0.274, R Square = 0.748, Adjusted R Square = 0.743, F = 130.400, P<0.001

ปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา เรียงตามลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของการอภิบาลผ่านความร่วมมือจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 1 คือ การติดตามและประเมินผล โดยมีผลทางบวกต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 59.6 ( $R$  Square = 0.596) โดยเมื่อคะแนนการติดตามและประเมินผล เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนการอภิบาลผ่านความร่วมมือจะเพิ่มขึ้น 0.261 คะแนน ( $B = 0.261$ ) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 2 คือ การจัดการทรัพยากร โดยมีผลทางบวกต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 9.9 เป็นร้อยละ 69.6 ( $R$  Square Change = 0.099,  $R$  Square = 0.696) โดยเมื่อการจัดการทรัพยากร เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนการอภิบาลผ่านความร่วมมือจะเพิ่มขึ้น 0.206 คะแนน ( $B = 0.206$ ) และตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 3 คือ วัฒนธรรมองค์กร ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 24.0 เป็นร้อยละ 72.0 ( $R$  Square Change = 0.24,  $R$  Square = 0.720) โดยเมื่อวัฒนธรรมองค์กร เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนการอภิบาลผ่านความร่วมมือจะเพิ่มขึ้น 0.140 คะแนน ( $B = 0.140$ ) และแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 4, 5 และ 6 ซึ่งได้แก่ การประชาสัมพันธ์ การจัดการความเป็นผู้นำ และการจัดการความรู้ จะมีลักษณะเช่นเดียวกันตามลำดับ ซึ่งตัวแปรทั้ง 6 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงาน ได้ร้อยละ 74.8 ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ไม่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา รายละเอียดดังตาราง 4 โดยสามารถเขียนเป็นสมการพยากรณ์คะแนนดิบได้ดังนี้

การอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา =  $0.274 + 0.261(\text{การติดตามและประเมินผล}) + 0.206(\text{การจัดการทรัพยากร}) + 0.140(\text{วัฒนธรรมองค์กร}) + 0.123(\text{การประชาสัมพันธ์}) + 0.107(\text{การจัดการความเป็นผู้นำ}) + 0.109(\text{การจัดการความรู้})$

## อภิปรายผล

1. การอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ทั้ง 4 ตำบลนั้น โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $M=4.22, SD=0.54$ ) โดยเฉพาะประสิทธิผลของความร่วมมือเกิดจากกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกองทุน คุณภาพความสัมพันธ์ของความร่วมมือเกิดจากความพึงพอใจต่อการการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการ การรับรู้มุมมองที่กว้างขึ้นเป็นการรับรู้ความคิดเห็นของแต่ละบุคคลที่ทำงานร่วมกันสู่การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และความเหนียวแน่นของเครือข่ายเกิดจากการยอมรับซึ่งกันและกัน ระหว่างองค์กร หรือกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม การอภิบาลผ่านความร่วมมือที่มีศักยภาพเป็นเรื่องสำคัญ อาจเป็นการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมภายใต้เงื่อนไขตามบริบทของระบบ หรืออาจมีการเปลี่ยนแปลงในสภาพที่เฉพาะเจาะจง ทำให้เกิดการก่อตัวของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ อาจรวมถึงคุณภาพหรือปริมาณที่ดีขึ้นของสาธารณประโยชน์ และขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับ Thomson, Perry, & Miller (2015) ที่เห็นว่า ความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการความร่วมมือ ประกอบด้วย การรับรู้ประสิทธิผล การรับรู้คุณภาพสัมพันธ์ของการทำงาน การรับรู้มุมมองความคิดเห็น การรับรู้ความเหนียวแน่นขององค์กร การรับรู้ความสัมพันธ์ในอำนาจ และสอดคล้องกับ Sun (2017) ที่เห็นว่า สิทธิและความเท่าเทียมกันของผู้เข้าร่วม และการให้น้ำหนักความแตกต่างกันตามสถานการณ์ของสมาชิก ควรจะมีการใส่ใจกับคุณภาพและโครงสร้างของสมาชิก โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสัมพันธ์ที่มีอยู่ก่อน แม้ว่าความสัมพันธ์จะเป็นทางบวกหรือลบก็จะมีผลต่อกระบวนการอภิบาลผ่านความร่วมมือ

2. กลไกการอภิบาลความร่วมมือส่วนบุคคลในประเด็นผลจากการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และการสร้างเสริมสุขภาพ โดยรวมค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง เป็นผลจากการที่กลุ่มตัวอย่างในปีที่ผ่านมาได้รับการฝึกอบรมอย่างน้อยจำนวน 1 ครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินผลสัมฤทธิ์ด้านพฤติกรรมตามแนวคิดของเคิร์กแพทริกกรณีศึกษาการฝึกอบรมโครงการพัฒนาผู้นำยุคดิจิทัล ที่พบว่า ผู้เข้าร่วมอบรมมีพฤติกรรมการทำงานที่เปลี่ยนแปลงไปหลังการอบรม มีการนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการทำงาน (Thanadechawat, Sadaenghan, & Ingard, 2017) แต่ยังมี ความไม่รู้อหรือเข้าใจคลาดเคลื่อนอยู่ในบางประเด็น ดังนั้น ควรมีการให้ความรู้ เกี่ยวกับการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ที่สำคัญความรู้เป็นกลไกหนึ่งของการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สอดคล้องกับ Chatameena, Warasai, & Chindapol (2008) ที่ได้สรุปไว้ว่าการถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ให้กันภายในระหว่างบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบริหารจัดการและดำเนินโครงการของ อบจ.แพร่ และของ อบจ.พิษณุโลก

3. ผลการศึกษาปัจจัยทั้งในด้านกลไกระดับองค์กร และกระบวนการของการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยที่ค่าเฉลี่ยปัจจัยด้านกลไกของการอภิบาลผ่านความร่วมมือ และปัจจัยด้านกระบวนการของการอภิบาลผ่านความร่วมมือเท่ากับ 4.19 ( $SD=0.49$ ) และ 4.17 ( $SD=0.48$ ) จะเห็นว่า ปัจจัยของการอภิบาลผ่านความร่วมมือประกอบด้วยหลายมิติของตัวแปรที่เสริมกันเป็นระบบ ภายในระบบประกอบด้วยส่วนประกอบและองค์ประกอบต่าง ๆ ที่ถูกจัดวางให้ทำงานร่วมกันเป็นแบบพลวัตผ่านตัวขับเคลื่อนหรือกลไก และจะพยายามผลักดันช่วยให้เกิดการริเริ่มของกระบวนการความร่วมมือที่นำไปสู่การลงมือปฏิบัติ เพื่อเป้าหมายของความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง สอดคล้องกับ Emerson, & Nabathci (2015) ที่ได้เสนอว่า กรอบการบูรณาการการอภิบาลผ่านความร่วมมือประกอบด้วย บริบทของระบบ (system context) ที่มีผลต่อการกระตุ้นตัวขับเคลื่อนหรือกลไก (Driver) หลักจากนั้นจะมีการพยายามผลักดันช่วยให้เกิดการริเริ่มของระบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือ (Collaboration Governance Regime: CGR) ที่ภายในประกอบด้วยกระบวนการ

ของความร่วมมือ (Collaboration Dynamics) และการปฏิบัติ (Actions) สู่เป้าหมายของความร่วมมือ (Outcomes)

4. ปัจจัยที่มีผลต่อการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 พบว่า ประกอบด้วย การติดตามและประเมินผล การจัดการทรัพยากร วัฒนธรรมองค์กร การประชาสัมพันธ์ การจัดการความเป็นผู้นำ และการจัดการความรู้ ซึ่งสามารถอธิบายความผันแปรของระดับการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 ได้ร้อยละ 74.80 ด้วยความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์เท่ากับ 0.275 ซึ่งปัจจัยหลักเหล่านี้จะทำให้เกิดการกระบวนของความร่วมมือที่นำไปสู่การลงมือปฏิบัติ เพื่อเป้าหมายของความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เขต 12 สงขลา

ผลจากการศึกษาดังกล่าว จะเห็นว่า การติดตามและประเมินผลเป็นกระบวนการของการเก็บรวบรวมข้อมูลของการดำเนินงาน เพื่อใช้เป็นข้อมูลย้อนกลับในการตรวจสอบการดำเนินงาน และผลการดำเนินงาน สำหรับการตัดสินใจ สอดคล้องกับ Ianrum, Promaruk, & Talubnin (2015) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลเมืองฝาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ได้จากการศึกษาประกอบด้วย การประชาสัมพันธ์ และการติดตามรายงานผลการดำเนินงาน และสอดคล้องกับ Phuntulee, & Wanitchanon (2014) เห็นว่า กระบวนการติดตามประเมินผล การประชาสัมพันธ์ เป็นปัจจัยสำคัญของการพัฒนาขีดความสามารถด้านการบริหารจัดการของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดแพร่

การจัดการทรัพยากร เป็นกระบวนการของการได้มาซึ่งทรัพยากรมนุษย์ เทคโนโลยี เงินทุน และทรัพยากรอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการบรรลุเป้าหมายร่วมกัน รวมไปถึงการกระจายทรัพยากรที่สำคัญของกองทุน เพื่อนำทรัพยากรเหล่านั้นไปใช้อย่างเหมาะสม เกิดประโยชน์สูงสุด สอดคล้องกับ Jamsomboon (2016) ที่เห็นว่า แนวทางการพัฒนาที่สำคัญของการจัดการอย่างยั่งยืนกับประสิทธิภาพการบริหารรายการเทิดพระเกียรติของสถานีวิทย์โทรทัศนค์กองทัพบก ควรมียุทธศาสตร์แนวคิดการจัดการทรัพยากร ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมร่วมด้วย

วัฒนธรรมองค์กร เป็นเครื่องมือทางการบริหารที่สำคัญขององค์กร เกิดจากแนวทางการปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่สร้างขึ้นจากบุคคลที่เข้าร่วมความร่วมมือภายในกองทุน โดยมีการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และยึดถือปฏิบัติกันจนเป็นธรรมเนียมปฏิบัติในกองทุนนั้น สะท้อนถึงกระบวนการคิด การตัดสินใจ และเป็นเครื่องมือที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานขององค์กร สอดคล้องกับ Department of Royal Rainmaking and Agricultural Aviation (2017) ได้ดำเนินการเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรโดยมีการจัดทำแผนวัฒนธรรมองค์กรระยะ 5 ปี เพื่อกำหนดทิศทางและแนวทางในการเสริมสร้างให้บุคลากรมีพฤติกรรมตามแนวทางที่พึงประสงค์ มีการทำงาน แนวคิด ทักษะคติที่ดีไปในแนวทางเดียวกัน สอดคล้องกับ Chittaruttha (2010) ที่เห็นว่า วัฒนธรรมองค์กรเป็นปัจจัยสำคัญมากในการบริหารจัดการ คุณค่าเชิงปทัสสถาน และพฤติกรรมที่ประกอบขึ้นเป็นวัฒนธรรมขององค์กรทำให้องค์กรแห่งหนึ่งมีอัตลักษณ์ต่างจากอีกแห่งหนึ่งอย่างสิ้นเชิง รวมทั้งมีอิทธิพลถึงความสำเร็จที่แตกต่างกันขององค์กรแต่ละแห่งด้วย

การประชาสัมพันธ์ เป็นการติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงาน หรือองค์กร และกลุ่มประชาชนเป้าหมาย เพื่อสร้างความเข้าใจ และความไว้วางใจตลอดจนความสัมพันธ์ที่ดี ทำให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ Seankosa, Kosonkittiumporn, & Poosri (2014) ที่เห็นว่า การประชาสัมพันธ์ เป็นหนึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนฯ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในเครือข่ายเขตบริการ ขภาพที่ 7 กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์ (ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์)

การจัดการความเป็นผู้นำหรือภาวะผู้นำ ที่แสดงผ่านการปฏิบัติงานของผู้นำหรือคณะกรรมการกองทุน ในการชักจูง โน้มน้าวหรือสนับสนุนภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันทำงานเพื่อทำให้กองทุนประสบความสำเร็จบรรลุตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่วางไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Srisompong (2016) เห็น

ว่า การบริหารจัดการแบบร่วมมือในโครงการคลองหมอนนา ตำบลลำแดง อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา กลไกการบริหารจัดการแบบร่วมมือ ดำเนินการโดยการตกลงร่วมกันและอาศัยแรงจูงใจในการร่วมโครงการ ซึ่งเกิดจากความไว้วางใจซึ่งกันและกัน การใช้ภาวะผู้นำแบบอำนวยความสะดวกของนายกองค์การบริหารส่วนตำบลในฐานะผู้นำเครือข่าย และสอดคล้องกับ Sun (2017) ที่เห็นว่า ในการกระบวนการของการให้คำปรึกษาเพื่อให้เห็นแสดงบทบาทอย่างเต็มที่ในการทำงานร่วมกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์และบรรลุผลสำเร็จของพวกเขา ความสามารถในการเป็นผู้นำของคณะกรรมการมีความสำคัญ โดยเฉพาะการกระจายความเป็นผู้นำและการแลกเปลี่ยนบทบาทซึ่งกันและกัน

การจัดการความรู้ เป็นการรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในกองทุน ซึ่งมีการกระจายอยู่ในตัวบุคคล กระบวนการทำงานหรือเอกสาร มาพัฒนาให้เป็นระบบ เพื่อให้ทุกคนในกองทุนสามารถเข้าถึงความรู้ และพัฒนาตนเองให้มีความรู้ และมีความสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ Khotwantha, Phromsatyaporn, & Hanjansit (2014) เห็นว่า ปัจจัยหนึ่งของการสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ เป็นการนำองค์ความรู้และภูมิปัญญาท้องถิ่น และปราชญ์ชุมชน มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชน และสอดคล้องกับ Punyawaro, Manmee, & Yenjaime (2018) การพัฒนาองค์กรด้วยหลักการ Knowledge Management (KM) ก็จะทำให้ทุกคนในองค์กรแสวงหาความรู้ร่วมกัน ไม่ว่าจะป็นระดับผู้นำ ผู้ประสานงาน และผู้ปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนางาน พัฒนาคณะ พัฒนาองค์กร ให้มีประสิทธิภาพ และสามารถนำความรู้ที่ได้มาต่อยอดเป็นเป็นนวัตกรรมใหม่ และองค์กรสามารถพัฒนาเปลี่ยนแปลงไปสู่เป้าหมายได้อย่างยั่งยืน

### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นควรมีแผนการติดตามโครงการเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ และดำเนินการตรวจสอบผลการดำเนินงาน และประเมินผลโครงการ รวมทั้งการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสารสนเทศในการพัฒนาโครงการอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถติดตามและประเมินประสิทธิภาพของกองทุนหลักประกันสุขภาพในประเด็นผู้สูงอายุได้
2. กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ควรมีแผนการจัดการทรัพยากร ทั้งการจัดการทรัพยากรบุคคลให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ และการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการอย่างต่อเนื่อง การจัดสรรงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุอย่างเพียงพอและเหมาะสม
3. กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ควรสร้างรูปแบบวัฒนธรรมองค์กรให้เกิดขึ้น ทั้งลักษณะการทำงานที่ต้องมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะทั้งภายในและภายนอก รวมทั้งสร้างความร่วมมือการทำงานสู่ความเป็นทีมของเครือข่าย และการทำงานที่อาศัยข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ
4. กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ควรมีแผนการประชาสัมพันธ์ไปยังกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ องค์กร หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งการประยุกต์ใช้สื่อที่มีความหลากหลายเพื่อให้เข้าถึง มีความเข้าใจ และสนใจการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่
5. กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ควรมีการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการทุกคนสู่ความเป็นผู้นำ ที่สามารถประสานงาน โน้มน้าวหรือจูงใจ สนับสนุนกลุ่มผู้สูงอายุ องค์กร หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
6. กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ควรมีการจัดการความรู้ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อถ่ายทอด สื่อสารและทำความเข้าใจการจัดทำโครงการสู่เครือข่ายอย่างกว้างขวาง
7. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถนำผลการศึกษากลับมาผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่ได้ไปกำหนดนโยบายและแนวทางต่อการพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นให้มีประสิทธิภาพ

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในเชิงลึกด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ
2. ควรนำผลการศึกษาที่ได้ไปวิจัยและพัฒนาเพื่อสร้างรูปแบบการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเขตเมือง ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น
3. ควรมีการศึกษาปัจจัยการอภิบาลผ่านความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทุกระดับทั้งในระดับเทศบาลนคร เทศบาลเมือง และเทศบาลตำบลเพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาและการพัฒนารูปแบบให้มีความเหมาะสมในแต่ละระดับ หรือพื้นที่
4. ควรมีการนำแนวคิดการอภิบาลผ่านความร่วมมือไปประยุกต์ใช้ในการวิจัยเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่

## References

- Angsuchoti, S., & Phuangsomjit C. (2014). *Analysis and Interpretation of Data Unit at 11 in Educational Management Research Unit at 11-15*. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University. (in Thai)
- Chaimay, P. (2013). Sample Size Determination in Descriptive Study in Public Health. *Thaksin University Journal*, 16(2), 9-18. (in Thai)
- Chaisawang, C., Khamrat, C., & Banchonhattakit, P. (2009). The Development of Local Health Assurance Funds in Fao Rai District, Nong Khai Province. *Khon Kaen University Journal for Public Health Research*, 2(2), 71-78. (in Thai)
- Chatameena, W., Warasai, W., & Chindapol, R. (2008). Success Factors for Manage and Operate the Project of Phrae and Phitsanulok Provincial Administration Organization. Bangkok: The Thailand Research Fund. (in Thai)
- Chittaruttha, C. (2010). *Organizational Culture, Sustainable Success Factors*. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House.
- Cronbach, L. J. (1970). *Essentials of Psychological Testing*. New York: Harper and Row
- Danial, W. W., & Cross, C. L. (2013). *Biostatistics A Foundation for Analysis in the Health Sciences* (10<sup>th</sup> ed.), (pp. 189). United States of America: Edwards Brothers Mallo.
- Department of Royal Rainmaking and Agricultural Aviation. (2017). *Organisational Culture Plan Department of Royal Rainmaking and Agricultural Aviation (2017), Fiscal Year 2017*. Retrieved November 1, 2019 from [https://www.royalrain.go.th/upload/culture\\_doc1.pdf](https://www.royalrain.go.th/upload/culture_doc1.pdf) (in Thai)
- Emerson, K., & Nabathci, T. (2015). *Collaborative Governance Regimes*. Washington, DC: Georgetown University Press Washington.
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2015). *Elderly Situation Thailand 2014*. Bangkok: Amarin Printing and Publishing.
- Lacharoj, S. (1994). *Criteria and Methods of Educational Measurement and Evaluation in Schools*. In: *Teaching Document Management and Management Academic Series Educational Measurement and Evaluation Unit 1-7*. Nonthaburi: University Sukhothai Thammathirat Open University. (in Thai)



- lanrum, S., Promaruk, T., & Talubnin, K. (2015). The Potential Development of Board Directors of Health Insurance Fund Muang Fang Sub-district, Muang District, Buriram Province. *Journal of Science & Technology, Ubon Ratchathani University*, 17(1), (pp. 10-22). (in Thai)
- Jamsomboon, S. (2016). Sustainable Administration and Managerial Effectiveness of Honor Programs Promotion Station of The Royal Thai Army Radio and Television. *Journal of the Association of Researchers*, 21(3), (pp. 182-196). (in Thai)
- Kaemkate, W. (2012). *Research Methodology in Behavioral Sciences*. (3<sup>rd</sup> ed). Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. (in Thai)
- Khotwantha, S., Phromsatyaporn, V., & Hanjansit, K. (2014). Development of Strategic Management Models of Local Health Assurance Fund on Kaeng Kheng Subdistrict Administration Organization Kut Khaopun District, Ubon Ratchathani Provinc. *Research and Development Health System Journal*, 7(2), 284-295. (in Thai)
- Kuder, G. F., & Richardson, M. W. (1937). The Theory of the Estimation of Test Reliability. *The Psychometric Society*, 2(3), 151-160.
- Morgan, L. A., & Kunkel, S. (2016). *Ageing, Society, and the Life Course*. (5<sup>th</sup> ed). New York: Springer Publishing Company.
- National Health Security Office. (2014). *Operation Manual of The Local Health Security Fund*. Bangkok: Sahamit Printing and Leasing Company Limited. (in Thai)
- National Health Security Office. (2017). *Local Health Security Fund Summary Report*. Retrieved January 10, 2017 from [https://obt.nhso.go.th/obt/budget\\_overview\\_report](https://obt.nhso.go.th/obt/budget_overview_report)
- National Reform Council. (2015). *Reform Agenda 22: Reforming the Health Service System, Reform Agenda 23: Reforming the Health Promotion, Prevention, Disease Control and Health Hazards and Reform Agenda 24: Reforming the Management Systems and Health Systems Financing*. Bangkok: The Secretariat of The House of Representatives. (in Thai)
- Phuntulee, S., & Wanitchanon, W. (2014). *The Managerial Competency Development of Local Health Security Fund Committees: A Case Study of Committees in Tambol Level, Muang District, Phrae Province*. Research report, Maejo University. (in Thai)
- Punyawaro, P., Manmee T., & Yenjaima, R. (2018), Corporate Development by Creating. KM. *Journal of MCU Alumni Association*, 7(1), (pp. 83-92) (in Thai)
- Seankosa, R., Kosonkittiumporn, S., & Poo Sri S. (2014). Management Model of Local Health Assurance Fund in 7<sup>th</sup> Health Service Network in Roi-Kean Sarasin Provincial Group (Roi-ed, Khon Kean, Maha sarakham, and Kalasin). *Journal of the Graduate School Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage*, 8(2), (pp. 158-168). (in Thai)
- Srisompong, W. (2016). *Collaborative Governance in Khlong Mhonna Project Ramdang Sub-District, Singhanakorn District, Songkhla Province*. A Thesis Submitted in Fulfilment of The Requirements for the Degree of Master of Public Administration, Prince of Songkla University. (in Thai)
- Sun, X. (2017). Research and Prospect of Collaborative Governance Theory. *Public Policy and Administration Research*, 7(7), (pp. 50-53)



- Taweessit, S., Sanphuwan, M., & Chuanwan S. (2013). *Population and Society in ASEAN. Challenges and Opportunities*. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (in Thai)
- Thanadechawat, N., Sadaenghan, P., & Ingard A. (2017). Behavioral Assessment from Kirkpatrick Evaluation Concept, The Case of Digital Leader Training Project. *Burapha Journal of Business Management*, 6(1), (pp. 66-80). (in Thai)
- Thomson, A. M., Perry, J. L., & Miller, T.K. (2015). *Linking Collaboration Processes and Outcomes: Foundations for Advancing Empirical Theory in Big Ideas in Collaborative Public Management*. (2nd ed.), (pp.97-120). New York: Routledge.
- United Nations. (2015). *World Population Ageing Report 2015*. New York: Department of Economic and Social Affairs Population Division.
- Vanichbuncha, K., & Vanichbuncha, T. (2017). *SPSS for window*. Bangkok: Rongphim Samlada. (in Thai)
- World Health Organization. (2016). *Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health (2016 - 2020): A Framework for Coordinated Global Action by the World Health Organization, Member States, and Partners Across the Sustainable Development Goals*. Retrieved November 21, 2016 from <https://www.who.int/ageing/GSAP-Summary-EN.pdf?ua=1>

## ผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษา ต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพชุมชน Effects of Case-Study Learning on Knowledge and Self-Efficacy in Community Health Care

ชลดา กิ่งมาลา<sup>1\*</sup>, เอื้อจิต สุขพูล<sup>1</sup>, ปาวีณี แผงสุข<sup>1</sup> และ ณกร ลุกสยาม<sup>1</sup>  
Chonlada Kingmala<sup>1\*</sup>, Aurjit Sookpool<sup>1</sup>, Pavinee Pangasuk<sup>1</sup> and Nakorn Luxsiam<sup>1</sup>  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์<sup>1\*</sup>  
Boromarajonani College of Nursing, Surin<sup>1\*</sup>

(Received: February 03, 2020; Revised: September 08, 2020; Accepted: October 02, 2020)

### บทคัดย่อ

งานวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2561 ที่กำลังศึกษาในรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 จำนวน 32 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) การเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา ได้ค่าความตรงเท่ากับ .92 2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชุมชน ได้ค่าความตรงเท่ากับ 1.00 ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่า KR-20 เท่ากับ .67 3) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพชุมชน ได้ค่าความตรงเท่ากับ .90 ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป ใช้วิธีการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Pairs t-test และ ผลการวิจัยพบว่า

นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษามีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ ( $M=18.84, SD=3.02$ ) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพชุมชน ( $M=50.03, SD=9.25$ ) หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ( $M=34.41, SD=1.88; M=88.13, SD=5.22$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $p<.001$  และ  $p<.001$  ตามลำดับ)

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา ช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียน เกิดความมั่นใจเมื่อต้องลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริง ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการผสมผสานรูปแบบการจัดการเรียนการสอนอื่นเพิ่มเติม เช่น การใช้คอมพิวเตอร์ช่วยสอน (CAI) การแสดงบทบาทสมมติ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดการเรียนการสอนต่อไป

**คำสำคัญ:** นักศึกษาพยาบาล, การรับรู้ความสามารถของตนเอง, การใช้กรณีศึกษา, การดูแลสุขภาพชุมชน

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: chonladanu@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 084-4975214)

## Abstract

The aim of this quasi-experimental study with one group pretest-posttest design was to study the effects of case-study learning on knowledge and self-efficacy in community healthcare. Participants were 32 Fourth-Year nursing students who were studying the subject Family and Community Nursing Care in academic year 2018. Instrument for data collection was a questionnaire including two parts: 1) case study learning, and 2) knowledge of community healthcare. Validity coefficient of those yielded 0.92 and 1.00, respectively. Reliability was confirmed by using KR-20 (0.67), and 3) self-efficacy towards community healthcare had a validity coefficient of 0.90. Reliability was confirmed by using Cronbach's alpha coefficient (0.85). Data were analyzed and presented by frequency, percentage, means, standard deviation, and paired t-test.

Findings of study were as follows. Comparing before and after using case study showed that nursing students had higher mean score on knowledge ( $M=18.84$ ,  $SD=3.02$ ;  $M=34.41$ ,  $SD=1.88$ ) and self-efficacy of community healthcare ( $M=50.03$ ,  $SD=9.25$ ;  $M=88.13$ ,  $SD=5.22$ ) than the baseline at a .001 statistical significance level ( $p<.001$  and  $p<.001$  respectively).

This study has suggested that case study method can improve knowledge and self-efficacy of learners so that they will have more confident in their practice than before. In the next study, there should be additional forms and teaching methods such as computer-assisted instruction (CAI) and role-play, for the betterment of nursing education quality.

**Keywords:** Student Nurse, Self-Efficacy, Case Study, Community Health Nursing

## บทนำ

การจัดการศึกษาในระดับอุดมศึกษา ตามที่กระทรวงศึกษาธิการได้กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2545) หมวด 4 มาตราที่ 22 ว่า การจัดการศึกษาต้องยึดหลักให้ผู้เรียนทุกคนสามารถเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้ และให้ถือว่าผู้เรียนเป็นสำคัญที่สุด กระบวนการจัดการเรียนการสอนต้องส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถพัฒนาได้ตามธรรมชาติและเต็มตามศักยภาพ และมาตราที่ 24 2) ฝึกทักษะกระบวนการคิด การจัดการ การเผชิญสถานการณ์ และการประยุกต์ความรู้มาใช้เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา 3) ฝึกการปฏิบัติให้ทำได้ คิดเป็น ทำเป็น (Office of Nation Education Standards and Quality Assessment, 2002) อีกทั้งกรอบมาตรฐานคุณวุฒิการศึกษาในระดับอุดมศึกษาได้ส่งเสริมให้มีการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาบัณฑิตออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณธรรมจริยธรรม ด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ด้านทักษะการคิดวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารเทคโนโลยีสารสนเทศ และด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนจึงเป็นกระบวนการที่สำคัญที่จะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ มีทักษะในการคิด แก้ไขปัญหา และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตและอาชีพของตน

การจัดการเรียนการสอนเป็นกระบวนการหนึ่งที่มีความสำคัญเพื่อช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งรูปแบบการจัดการเรียนการสอนในปัจจุบันที่เน้นให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Student Center Instruction) โดยมีรูปแบบการจัดการเรียนที่หลากหลายรูปแบบ เช่น แบบเน้นผู้เรียน แบบเน้นความรู้ ความสามารถ แบบเน้นประสบการณ์ แบบเน้นปัญหา แบบเน้นทักษะกระบวนการ เป็นต้น (Khemmani, 2013) ซึ่งในและรูปแบบนั้นผู้สอนสามารถเลือกใช้วิธีการสอนที่หลากหลาย เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ระดับอุดมศึกษาทั้ง 6 ด้าน โดยเฉพาะด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา ด้านความสัมพันธ์ระหว่าง

บุคคลและความรับผิดชอบ และทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขๆ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติทางวิชาชีพต่อไป นอกจากนี้การจัดการเรียนการสอนในปัจจุบันยังเน้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 โดยเฉพาะทักษะการเรียนรู้ และทักษะการใช้เทคโนโลยี ดังนั้นวิธีการหนึ่งที่น่าสนใจในการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาผลลัพธ์ทางการเรียนดังกล่าวคือ การใช้กรณีศึกษา

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา เป็นกระบวนการจัดการเรียนการสอนที่ผู้สอนนำเสนอกรณีศึกษา หรือตัวอย่าง หรือ เรื่องราวที่เกิดขึ้นหรือที่สมมติขึ้นจากสถานการณ์ใด ๆ ซึ่งมีปัญหาความขัดแย้งกัน โดยนำเสนอในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้ผู้เรียนได้ศึกษาวิเคราะห์ อภิปรายแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันในการหาแนวทางแก้ไขปัญหา เพื่อช่วยให้ผู้เรียนมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและตัดสินใจแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง (Khemmani, 2013) และจากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา พบว่า ภายหลังจากใช้กรณีศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลในคลินิกของนักศึกษาและอาจารย์หลังจากใช้กรณีศึกษาทั้งในสถานการณ์จำลองและสถานการณ์จริงสูงกว่าก่อนใช้กรณีศึกษา (Punthasee & Sikaow, 2009) มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เรื่อง วิกฤตการณ์สิ่งแวดล้อม สูงกว่าก่อนการเรียนโดยใช้กรณีศึกษา (Kullrawong & Sirisomphan, 2015) มีคะแนนความสามารถในการประเมินสภาพปัญหาการหายใจทางวิกฤตขณะนั้นและหลัง สูงกว่าก่อนใช้กรณีศึกษา นักศึกษามีคะแนนรายงานการวิเคราะห์กรณีศึกษา ระหว่างฝึกปฏิบัติจากร้อยละ 80 เป็นร้อยละ 85 (Apichutboonchock, 2015) มีคะแนนเฉลี่ยความคิดเชิงระบบ สูงกว่าก่อนการเรียนโดยใช้กรณีศึกษา (Chaeye, Somsap, Nuntakwang & Phanvatr, 2019) และนักศึกษามีคะแนนความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลได้ดีขึ้น (Chandee, Palee, Niamhom, Jongkae & Sengpanit, 2014) นอกจากนี้การจัดการเรียนแบบบูรณาการยังช่วยเพิ่มความสามารถและความมั่นใจในการปฏิบัติพยาบาลของผู้เรียนได้ (Tantalanukul, Netchang, Udomleard, Kaewkong, Phomma & Fongkeard, 2017) และพัฒนาศักยภาพของผู้เรียนในเรื่องการพัฒนาระบบการคิด และการเป็นผู้เรียนแบบเชิงรุก (Sirisom, Wunnawilai, Ampansirirat, Chuencharoen & Chitviboon, 2015) จากการศึกษาที่ผ่านแสดงให้เห็นว่าการใช้กรณีศึกษาช่วยพัฒนาความสามารถของผู้เรียนให้การปฏิบัติการพยาบาลได้

วิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 เป็นรายวิชาที่จัดขึ้นเพื่อให้นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลสุขภาพชุมชน โดยรายละเอียดของเนื้อหาในรายวิชานี้เป็นส่วนหนึ่งของการสอบขึ้นทะเบียนใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ โดยรายวิชานี้ถูกกำหนดให้จัดสอนให้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 และจากการทบทวนเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนในรายวิชานี้ที่ผ่านมา พบว่า เนื้อหาในหัวข้อการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลสุขภาพชุมชน ค่อนข้างมาก และผลการสอบที่ผ่านมาในหัวข้อการดูแลสุขภาพชุมชนพบว่านักศึกษาส่วนหนึ่งยังมีผลการสอบไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้(ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60) นอกจากนี้จากการสอบถามนักศึกษา พบว่า เนื้อหาในหัวข้อนี้มีเนื้อหามีรายละเอียดค่อนข้างเยอะ และต้องใช้เวลาในการทำ ความเข้าใจ จนบางครั้งนักศึกษาไม่มั่นใจว่าจะสามารถนำความรู้ในส่วนนี้ไปใช้ในการฝึกภาคปฏิบัติได้ และจากการทบทวนเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ผ่านมาส่วนใหญ่ใช้รูปแบบการสอนแบบบรรยายแบบมีส่วนร่วม การสรุปผังความคิดรวบยอด การทำแบบฝึกหัด ซึ่งอาจยังไม่เพียงพอต่อการพัฒนาให้ผู้เรียนเกิดความรู้ และการเสริมสร้างให้ผู้เรียนเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อให้มั่นใจในการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพชุมชนเมื่ออยู่ในสถานการณ์จริง

จากข้อมูลข้างต้น แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการจัดการเรียนเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ที่จะทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง และช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจ จากการทบทวนที่ผ่านมาทำให้เห็นได้ว่ารูปแบบการจัดการเรียนการสอนแบบกรณีศึกษาเป็นวิธีการจัดการเรียนการสอนอีกรูปแบบหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้เรียนให้ดีขึ้น อีกทั้งส่วนหนึ่งของรายวิชาเป็นความรู้พื้นฐานที่จะนำไปใช้ในการสอบเพื่อขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำรูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา มาใช้ในการออกแบบการจัดการเรียนการสอนใน

รายวิชา การพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 ในหัวข้อ การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลสุขภาพชุมชน เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาคำถามความรู้ในการดูแลสุขภาพชุมชน เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพชุมชน และเป็นการพัฒนาคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา รวมถึงทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ต่อไป

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาต่อความรู้ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพชุมชนของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

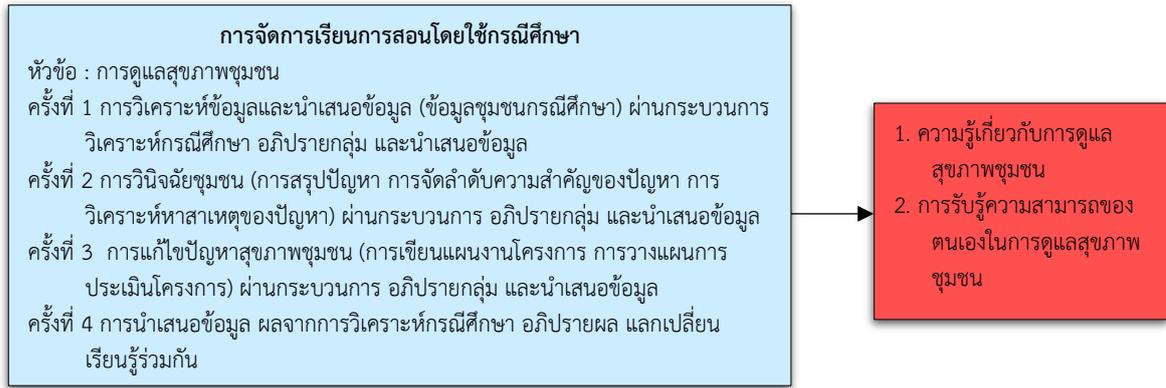
เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชุมชน และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพชุมชนของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ระหว่างก่อนและหลังการใช้กรณีศึกษา

### สมมติฐานวิจัย

หลังการใช้กรณีศึกษาของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชุมชน และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพชุมชน สูงกว่าก่อนการใช้กรณีศึกษา

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาของทีศนา เขมมณี (Khemmani, 2013) ซึ่งได้กล่าว การใช้กรณีศึกษาเป็นกระบวนการจัดการเรียนการสอนที่ผู้สอนนำเสนอกรณีศึกษา หรือ ตัวอย่าง หรือ เรื่องราวที่เกิดขึ้นหรือที่สมมติขึ้นจากสถานการณ์ใด ๆ ซึ่งมีปัญหาความขัดแย้งกัน โดยนำเสนอในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้ผู้เรียนได้ศึกษาวิเคราะห์ อภิปรายแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันในการหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาลกับการดูแลสุขภาพชุมชนของ Nitirat, & Jarujit (2016) โดยผู้วิจัยได้ออกแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา (1 หมู่บ้าน) เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลได้เกิดความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพชุมชน โดยผ่านกระบวนการจัดการเรียนการสอนทั้งหมด 4 ครั้ง ให้ครอบคลุมประเด็นของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพชุมชน การวินิจฉัยสุขภาพชุมชน การวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน และการวางแผนการประเมินผลการดำเนินการดูแลสุขภาพชุมชน โดยใช้รูปแบบกิจกรรม การวิเคราะห์กรณีศึกษา การอภิปรายกลุ่ม และการนำเสนอข้อมูล



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาการเรียนการสอน โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังทดลอง (One Group Pre-Post test) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม 2561 ถึงเดือนตุลาคม 2561

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 ที่กำลังศึกษาในรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 ปีการศึกษา 2561 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แห่งหนึ่งในเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 93 คน

กลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 ที่กำลังศึกษาในรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 ปีการศึกษา 2561 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณจากค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 2.48 มีขนาดที่มากกว่า 0.80 นำมาประมาณขนาดตัวอย่างจากตาราง  $\alpha = 0.5$ , Power = .80 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 26 คน และเพื่อป้องกันการสูญหาย 20 เปอร์เซ็นต์ กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้มีทั้งหมด 32 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ 1) เป็นนักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชา การพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 ปีการศึกษา 2561 และ 2) มีคะแนนความรู้ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพชุมชนอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ทั้งหมดจำนวนทั้งสิ้น 32 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ กรณีศึกษาข้อมูลชุมชน คู่มือการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา ใบงานโดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง กระบวนการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 กรณีศึกษาข้อมูลชุมชน ผู้วิจัยได้พัฒนาและปรับปรุงจากข้อมูลชุมชนตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน ข้อมูลด้านสุขภาพชุมชน ครอบครัว โดยผู้วิจัยได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการจัดการเรียนการสอน การดูแลสุขภาพชุมชน และการวิจัย

1.2 คู่มือการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา และใบงาน ผู้วิจัยได้พัฒนาคู่มือการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาซึ่งเป็นแนวทางในการจัดการสอนได้ตรงตามวัตถุประสงค์ ซึ่งประกอบด้วยกรณีศึกษา แผนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา แนวทางการ/เฉลยกรณีศึกษา และแบบสอบถาม รวมถึง ใบงานที่เป็นแนวทางกำกับกำกับการดำเนินกิจกรรมให้เป็นไปตามแผนการดำเนินการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีทั้งหมด 3 ส่วน ได้แก่

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ เกรดเฉลี่ย ประสบการณ์การเรียนแบบกรณีศึกษา

2.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชุมชน โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 45 ข้อ เนื้อหาประกอบด้วย การประเมินสุขภาพชุมชน การวินิจฉัยชุมชน การแก้ไขปัญหาชุมชน การประเมินผลการแก้ไขปัญหาชุมชน ลักษณะคำตอบเป็นแบบ 4 ตัวเลือก ข้อที่ตอบถูกได้ 1 คะแนน ข้อที่ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนอยู่ในช่วง 0-45 คะแนน โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งเป็น 3 ระดับ (Best,1977) ดังนี้

0 – 15 คะแนน หมายถึง มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชุมชนอยู่ในระดับต่ำ

16 – 30 คะแนน หมายถึง มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง

31 – 45 คะแนน หมายถึง มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชุมชนอยู่ในระดับสูง

2.3 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพชุมชน โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นและพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย การประเมินสุขภาพชุมชน การวินิจฉัยชุมชน การแก้ไขปัญหาชุมชน การประเมินผลการแก้ไขปัญหาชุมชน ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับจากรู้ความสามารถมากที่สุด ให้ 5 คะแนน ถึง รับรู้ความสามารถน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน คะแนนอยู่ในช่วง 20-100 คะแนน โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) ดังนี้

20 – 46.67 คะแนน หมายถึง มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพชุมชนอยู่ในระดับต่ำ

46.68 – 73.34 คะแนน หมายถึง มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพชุมชนในระดับปานกลาง

73.35 – 100 คะแนน หมายถึง มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพชุมชนในระดับสูง

#### การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

รูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านได้ 1) อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนการสอน 2) อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านเนื้อหาการดูแลสุขภาพชุมชน 3) อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านสถิติการวิจัย ได้ค่า Content Validity Index เท่ากับ .92 สำหรับแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชุมชน และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพชุมชน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำไปทดลองใช้ในกลุ่มที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ .67 และได้ค่าความเชื่อมั่น Cronbach alpha coefficient เท่ากับ .85 ตามลำดับ

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

**ขั้นก่อนทดลอง** การเตรียมความพร้อมก่อนจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา โดยการออกแบบกรณีศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ (1 หมู่บ้าน) จัดประชุมอาจารย์ประจำกลุ่มเกี่ยวกับแนวทางการจัดการเรียนการสอนในหัวข้อการบูรณาการกระบวนการพยาบาลในการดูแลสุขภาพชุมชน การใช้คำถามกระตุ้น การให้คำแนะนำในระหว่างการทำกิจกรรม

#### ขั้นทดลอง

1. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย ระยะเวลา การสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยซึ่งจะไม่มีผลกระทบต่อคะแนนในการตัดเกรด และเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบทดสอบ (Pre-test)

2. ดำเนินการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา ในหัวข้อ การบูรณาการกระบวนการพยาบาลในการดูแลสุขภาพชุมชน กิจกรรมประกอบด้วย 4 ครั้งๆละ 3 ชั่วโมง ดังนี้

ครั้งที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลและเลือกรูปแบบการนำเสนอข้อมูล(ขั้นการประเมินสุขภาพชุมชน) เป็นการฝึกการวิเคราะห์ข้อมูล เลือกใช้สถิติได้อย่างเหมาะสม ผ่านกระบวนการอภิปรายกลุ่ม และการนำเสนอข้อมูล

ครั้งที่ 2 วินิจฉัยชุมชน(ขั้นการวินิจฉัยสุขภาพชุมชน) เป็นการฝึกให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การฝึกการสร้างเครื่องมือเพื่อการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา โดยผ่านกระบวนการอภิปรายกลุ่ม และการนำเสนอข้อมูล

ครั้งที่ 3 การแก้ไขปัญหสุขภาพชุมชน (ขั้นการวางแผนแก้ไขปัญหา การดำเนินการแก้ไขปัญหา และการประเมินผลการแก้ไขปัญหา) เป็นการฝึกกระบวนการในการเขียนโครงการเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา การประเมินผลการดำเนินโครงการ ผ่านกระบวนการอภิปรายกลุ่ม และการนำเสนอข้อมูล

ครั้งที่ 4 การนำเสนอข้อมูล เป็นกระบวนการเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน โดยผ่านรูปแบบการนำเสนอข้อมูล

สำหรับนักศึกษาที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จะได้รับการจัดการเรียนการสอนในชั่วโมงเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง โดยครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของรายวิชา

**ขั้นหลังการทดลอง** เมื่อสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม (Post-test)

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชุมชน ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired-t test

ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตั้งเบื้องต้น (Assumption) เพื่อหาลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) ของข้อมูลโดยการพิจารณาจากโดยใช้สถิติทดสอบ One-sample Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ( $p=.598$ ,  $p=.425$ ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพภายหลังทดสอบ พบว่าไม่เป็นไปตามข้อตั้งเบื้องต้น (Assumption) ของการใช้สถิติ Paired t-test ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพชุมชนโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

#### จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เลขที่ P-EC 14-03-61 ลงวันที่ 29 มิถุนายน 2561 ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดของการดำเนินการวิจัย หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยโดยการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อเกรด หรือผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

#### ผลการวิจัย

##### 1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.8) มีอายุเฉลี่ย 21.5 ปี อายุมากที่สุดคือ 22 ปี (ร้อยละ 50) กลุ่มตัวอย่างมีเกรดเฉลี่ยเท่ากับ 2.8 พบมากที่สุดคือ 2.70 และ 2.80 (ร้อยละ 9.4) รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่กลุ่มตัวอย่างประทับใจมากที่สุด คือ การบรรยาย (Lecture) (ร้อยละ 87.5) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเคยเรียนในรูปแบบการใช้กรณีศึกษา (ร้อยละ 93.8)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพชุมชนก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชุมชน ก่อนและหลัง การทดลองโดยใช้ Paired t-test

ตัวแปร	M	SD	df	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชุมชน					
ก่อนการทดลอง	18.84	3.02	31	-23.64	<.001
หลังการทดลอง	34.41	1.88			

จากตาราง 1 พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชุมชน ( $M=34.41$ ,  $SD=1.88$ ) สูงกว่าก่อนการทดลอง ( $M=18.84$ ,  $SD=3.02$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $p=.000$ ) และเมื่อเปรียบเทียบตามเกณฑ์การประเมินในรายวิชา(ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60) พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนผ่านเกณฑ์ของรายวิชา

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพชุมชน ก่อนและ หลังการทดลองโดยใช้ Wicoxon Signed Rank Test

ตัวแปร	M	SD	z	p-value
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพชุมชน				
ก่อนการทดลอง	50.03	9.25	-4.94	<.001
หลังการทดลอง	88.13	5.22		

จากตาราง 2 พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพชุมชน ( $M=88.13$ ,  $SD=5.22$ ) สูงกว่าก่อนการทดลอง ( $M=50.03$ ,  $SD=9.25$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $p=.000$ )

## อภิปรายผล

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชุมชน พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชุมชนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<.001$ ) ซึ่งความรู้ที่เพิ่มขึ้นอาจเกิดจากการออกแบบกรณีศึกษามีความคล้ายคลึงกับสถานการณ์จริง โดยผู้วิจัยใช้ประสบการณ์ในการสอนภาคปฏิบัติที่ผ่านมา มาใช้เป็นฐานในการออกแบบกรณีศึกษา ในประเด็นของข้อมูลที่พบได้บ่อยในช่วงของการฝึกภาคปฏิบัติ มีการทวนสอบข้อมูล เนื้อหา กับผู้ทรงคุณวุฒิ และทีมวิจัยเพื่อให้ได้กรณีศึกษาที่ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงมากที่สุด และมีการทบทวนประเด็นปัญหาที่พบในขณะการทำกิจกรรมสำหรับทีมวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเพื่อวางแผนแก้ไข้ปัญหาในการทำกิจกรรมครั้งต่อไปให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น มีการอธิบายเกี่ยวกับกรณีศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน เปิดโอกาสให้ทุกคนได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับกรณีศึกษาและสรุปประเด็นความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชุมชนเมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้ง ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูล การนำเสนอข้อมูล การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา การวางแผนการแก้ไข้ปัญหาสุขภาพชุมชน และการประเมินผลการแก้ไข้ปัญหาสุขภาพชุมชน ซึ่งการออกแบบการใช้กรณีศึกษาสอดคล้องเทคนิคในการใช้วิธีการสอนโดยใช้กรณีศึกษาของ Khemmani, (2013) ที่กล่าวว่า เทคนิคการใช้วิธีการสอนโดยใช้กรณีศึกษาคือการเตรียมกรณีศึกษาให้พร้อม และต้องมีลักษณะใกล้เคียงความเป็นจริง นำเสนอกรณีศึกษา การศึกษากรณีศึกษาและอภิปราย ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชุมชน อีกทั้งการอภิปรายกลุ่มร่วมกันของสมาชิกในแต่ละกลุ่มทำให้แต่ละคนได้แลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน และการสรุปความรู้ท้ายกิจกรรมจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chaeye, Somsap, Nuntakwang & Phanvatr, (2019) ได้ศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาต่อทักษะความคิดเชิงระบบของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค ในรายวิชาฝึกปฏิบัติการ

พยาบาล พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเชิงระบบสูงกว่าก่อนได้รับการสอนโดยใช้กรณีศึกษา

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพชุมชน พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพชุมชนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) สะท้อนให้เห็นว่า การใช้กรณีศึกษาช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพชุมชน โดยผ่านกระบวนการแบ่งกลุ่มย่อย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันอภิปรายกรณีศึกษา และปฏิบัติตามกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูล การนำเสนอข้อมูล การสรุปปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหাসุขภาพชุมชน และการประเมินผลการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพชุมชนเพิ่มขึ้น และทำให้เกิดความพร้อมในการเผชิญปัญหาเมื่ออยู่ในสถานการณ์จริงเมื่อฝึกภาคปฏิบัติ สอดคล้องกับแนวคิดของ Khemmani, (2013) ได้กล่าวไว้ว่า การใช้กรณีศึกษาเป็นวิธีการสอนที่ช่วยผู้เรียนได้เผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริง และได้ฝึกแก้ปัญหาโดยไม่ต้องเสี่ยงกับผลที่จะเกิดขึ้น ช่วยให้เกิดความพร้อมที่จะแก้ปัญหาเมื่อเผชิญปัญหานั้นในสถานการณ์จริง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Punthasee & Sikaow, (2009) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาต่อการพัฒนาความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลในคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลในคลินิกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .01$ ) แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีน้อย (8 คน) อีกทั้งเป็นการวัดกลุ่มเดียวก่อน-หลังทดลอง อาจจะไม่สามารถเปรียบเทียบกับการสอนในรูปแบบเดิมได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chandee, Palee, Niamhom, Jongkae & Sengpanit, (2014) ได้ศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาต่อความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1 พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มที่ได้รับการเรียนแบบใช้กรณีศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลสูงกว่าก่อนการจัดการเรียนการสอนใช้กรณีศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการเรียนการสอนแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) สะท้อนให้เห็นได้ว่า การจัดการเรียนการสอนแบบใช้กรณีศึกษาช่วยส่งเสริมความสามารถของผู้เรียนในการปฏิบัติการพยาบาล

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นได้ว่าการออกแบบกรณีศึกษาที่มีความคล้ายคลึงกับสถานการณ์จริง มีองค์ประกอบของข้อมูลที่ครบถ้วนตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้และเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลสุขภาพชุมชนได้

### การนำผลการวิจัยไปใช้

ใช้เป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมของผู้เรียนก่อนฝึกภาคปฏิบัติ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความรู้ที่ถูกต้อง และส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลสุขภาพชุมชนเมื่ออยู่ในสถานการณ์จริง และสามารถใช้เป็นแนวทางในการออกแบบการเรียนการสอนในรายวิชาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการเปรียบเทียบประสิทธิภาพของรูปแบบการสอนโดยใช้ 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ
2. ควรเพิ่มการกิจกรรมการเก็บข้อมูลในสถานการณ์จริง เพื่อเพิ่มความเข้าใจและมั่นใจเพิ่มขึ้น



## References

- Apichutboonchock, S, (2015). The Development of a Case Study Learning Model for Developing Student Nurses' Competency in Respiratory Assessment in a Newborn Intensive Care Unit. *Vajira Medical Journal*, 59(3), 25-34.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3<sup>rd</sup> ed). New Jersey: Prentice hall Inc.
- Chaeye, K., Somsap, Y., Nuntakwang, C., & Phanvatr, A., (2019). Effects of Case Study Learning on Systemic Thinking Skill of McCormick Nursing Students in Maternal-Child Nursitn and Midwifery Practicum II Subject. *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office*, 25(1), 23-35. (In Thai)
- Chandee, M., Palee, P., Niamhom, P., Jongkae, P., & Sengpanit, T., (2014). Effect of Case Study Teaching in the Subject of Nursing Care for Person with Health Problem Practicum I on Nursing Students Abilities of Applying Nursing Process. *Journal of Nursing and Education*, 7(4), 135-155. (In Thai)
- Khemmani, T., (2013). *Science of Knowledge Teaching for Efficient Learning Process Management*. 17<sup>th</sup> Edition. Bangkok: Sutthakan Printing.
- Kullrawong, T., & Sirisamphan, O., (2015). The Development of Learning Achievement and Problem Solving Abillties on The Environmental Crisis of Mathayomsuksa 2 Students Using Case Study And Problem Solving. *Veridian E-journal, Slipakorn University*, 8(2), 1735-1748.
- Nitirat, P., & Jarujit, S., (2016). *Nursing Process and Community Health Care*. Bangkok: Tanapress. (In Thai)
- Office of Nation Education Standards and Quality Assessment. (2002). *Criteria and Methods for Evaluating External Quality of Basic Education Institutions*. Bangkok: Office of Nation Education Standards and Quality Assessment. (In Thai)
- Punthasee, P., & Sikaow, O., (2009). The Effectof ClinicalTeaching by Using CaseStudiesonthe Ability Development of Applying Nursing Process in Clinical Practice of Nursing Students. *Thai Journal of Nursing Council*, 24(3), 81-93 (In Thai)
- Sirisom, K., Wunnawilai, P., Ampansirirat, A., Chuencharoen, S., & Chitviboon, A., (2015). Effect of Case Studies Combined with Concept Mapping Technique on Critical Thinking of Nursing Students. *Journal of Nursing Science*, 33(1), 18-26. (In Thai)
- Tantalanukul, S., Netchang, S., Udomleard, M., Kaewkong, N., Phomma, A., & Fongkeard, S., (2017). Effect of Integrated Learning Method on Nursing Students' Learning Achievement about Health Promotion in Patients with Knee Osteoarthritis. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(3), 1-13. (in Thai)

# รูปแบบการบูรณาการพันธกิจ ผ่านกระบวนการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง เพื่อพัฒนาสมรรถนะบัณฑิตและศักยภาพชุมชน ในการรองรับสังคมสูงวัย Integrated Mission Model through Transformative Learning to Develop the Competency of Graduates and the Potential of Community for Supporting the Aging Society

วาสนา มั่งคั่ง<sup>1\*</sup>, ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ<sup>1</sup>, วิภา เอี่ยมสำอาง จารามิลโล<sup>1</sup> วณิดา อินทรราชา<sup>1</sup>  
และ พรรณี ไพศาลทักษิณ<sup>1</sup>

Wasana Mangkhang<sup>1\*</sup>, Sriprapai Inchaihthep<sup>1</sup>, Wipa Iamsurang Jaramillo<sup>1</sup>, Wanida Intaracha<sup>1</sup>  
and Pannee Paisarntuksin<sup>1</sup>

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง<sup>1\*</sup>  
Boromrajonani College of Nursing, Nakorn Lampang<sup>1\*</sup>

(Received: June 30, 2020; Revised: September 08, 2020; Accepted: October 05, 2020)

## บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์สมรรถนะบัณฑิตพยาบาลและศักยภาพของชุมชน ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2) พัฒนารูปแบบการบูรณาการพันธกิจผ่านกระบวนการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง และ 3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ ดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสมรรถนะบัณฑิตพยาบาล และศักยภาพชุมชนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบ ตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ และทดลอง ใช้รูปแบบ ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 4 จำนวน 208 คน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และอนามัยชุมชน จำนวน 23 คน และ ผู้สูงอายุในหมู่บ้านแม่กิง จำนวน 144 คน เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบประเมินสมรรถนะบัณฑิต แบบประเมินการ จัดการสุขภาพตนเอง และแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .92, .91, .88, .79 และ .86 ตามลำดับ และแนวทางการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติทดสอบที และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. สมรรถนะบัณฑิตพยาบาลในปีการศึกษา 2560 ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการ จัดการสุขภาพชุมชนและการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ อยู่ในระดับดี ส่วนชุมชนยังไม่มีระบบการบริหาร จัดการผู้สูงอายุที่ชัดเจน และพบปัญหาสุขภาพจากความเสี่ยงตามวัยและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นกระบวนการบูรณาการการเรียนการสอน การบริการวิชาการแก่ชุมชน และ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง เพื่อนำไปสู่การพัฒนา สมรรถนะบัณฑิต ศักยภาพของผู้สูงอายุในการจัดการสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ แนวคิด ของรูปแบบ เป้าหมายของรูปแบบ กระบวนการของรูปแบบ และการประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบ

3. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบพบว่า สมรรถนะบัณฑิตในปีการศึกษา 2561 ในด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้าน การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และด้านการจัดการสุขภาพชุมชนอยู่ในระดับดี ( $M=3.96$ ,  $SD=0.46$ ,  $M=4.20$ ,  $SD=0.39$  และ  $M=4.17$ ,  $SD=0.41$  ตามลำดับ) ผู้สูงอายุในชุมชนมีความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองของ ผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ( $M=2.65$ ,  $SD=0.13$ ) และคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 42.36 ส่วนชุมชนมี ระบบบริหารจัดการด้านผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยชุมชน และได้รับคัดเลือกเป็นศูนย์วิจัยชุมชนในปี 2563

การนำแนวคิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงมาใช้ในกระบวนการบูรณาการพันธกิจของวิทยาลัย สามารถพัฒนาสมรรถนะบัณฑิตและศักยภาพชุมชนได้ จึงควรนำไปขยายผลในการพัฒนาสมรรถนะบัณฑิตและ ศักยภาพของชุมชนในด้านอื่นที่จำเป็นในยุคปัจจุบัน

**คำสำคัญ:** การบูรณาการพันธกิจ, การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง, สมรรถนะบัณฑิต, สังคมสูงวัย

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: inchaihthep@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 086-6587778)



## Abstract

This research and development aimed to: 1) evaluate the competency of nursing graduates as well as the community potential in caring the elderly, 2) develop a model, with integrated missions, inspired by the concept of transformative learning, in order to develop graduate's competencies of and potential of community in supporting the ageing society, and 3) evaluate the implementation of model so to improve it. Study consisted of three steps: 1) measuring the competencies of nursing graduates, as well as the potential of community regarding the elderly care, and analyzing documents related to the an integrated model, 2) developing such a model for content validity prior to implementing it, and 3) evaluating the utilization of the model so to improve the developed model. Samples consisted of 52 Second-Year nursing students, 156 senior nursing students, 23 adults, elderly nursing instructors and community health nursing instructors, as well as 144 elderly in Mae Kong village. Research instrument was a graduate competency questionnaire, including: elderly care, humanistic care, community health management, self-management of elderly and quality of life in elderly. Reliability of questionnaire was tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding values of .92, .91, .88, .79 and .86 respectively. Guideline for focus-groups related to the participation in the elderly care were checked for validity by 5 experts. Data were analyzed using descriptive statistics, t-test statistics and content analysis. Findings showed as follows.

1. Nursing graduates' competency in the academic year 2017 in elderly care was at a moderate level, while humanistic care, and community health management were at a good level. The target community did not have any elderly management system and found health problems caused by ageing and non-communicable diseases.

2. The developed model integrates several missions including learning process, academic service to the community, and participatory action research, using the concept of transformative learning to develop graduate's competencies in elderly self-management. Model development was divided into 4 steps, namely the concepts, the goal, the process, and evaluation of model.

3. The results from using the model showed that in the academic year 2018, nursing graduate's competencies in the elderly care, humanistic care and community health management were at a good level ( $M=3.96$ ,  $SD=0.46$ ,  $M=4.20$ ,  $SD=0.39$  and  $M=4.17$ ,  $SD=0.41$  respectively). Moreover, the elderly in the community had their self-managements skills at a good level ( $M=2.65$ ,  $SD=0.13$ ) and quality of life also at a good level (42.36%). The elderly in the community had their quality of life at a good level. The community has now an elderly management system.

Applying the transformative learning concept into the mission integration process made us able to develop competencies of nursing graduates as well as the potential of community in caring for their elderly. Therefore, it could be expanded.

**Keywords:** Ageing Society, Elderly Care, Transformative Learning, Competencies of Graduates, Community Elderly Care Integrated Model

## บทนำ

องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่า ในช่วงปี ค.ศ. 2001-2100 จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ โดยทวีปเอเชีย มีประชากรผู้สูงอายุเป็นอันดับ 4 ของโลก และประเทศไทยถือเป็นประเทศที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงที่สุดเป็นอันดับ 4 ในทวีปเอเชีย ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุมาตั้งแต่ พ.ศ. 2548 และกำลังก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุระดับสมบูรณ์ใน พ.ศ. 2564 ซึ่งหมายถึงเป็นสังคมที่มีผู้สูงอายุ มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (United Nation, 2015) ข้อมูลดังกล่าวเป็นสัญญาณเตือนให้มีการเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ เพื่อให้รองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุ การเข้าสู่สังคมสูงอายุกระทบต่อการพัฒนาประเทศและการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทยในระยะยาว ทั้งประเด็นงบประมาณ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยรวม จากการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยในอดีตถึงปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (Thailand Development Research Institute, 2018) แนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุจึงมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุสามารถพัฒนาและดำรงไว้ซึ่งสมรรถนะในการปฏิบัติกิจวัตรด้านต่าง ๆ ได้ ดังที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้เสนอแนะให้ทุกภาคส่วนร่วมกันส่งเสริมผู้สูงอายุให้เกิด “Active Ageing” ซึ่งเป็นกระบวนการสร้างโอกาสที่เหมาะสมด้านสุขภาพการมีส่วนร่วม และความมั่นคงด้านต่าง ๆ ในสังคม เพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตและการอยู่ดีมีสุขเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง สถาบันพระบรมราชชนก มีพันธกิจที่สำคัญคือ การผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพ โดยมีจุดเน้นของวิทยาลัยในด้านการดูแลสุขภาพทุกช่วงวัยเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ สอดคล้องกับสถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทย วิทยาลัยจึงได้ให้ความสำคัญในการจัดการศึกษาที่มุ่งเน้นการพัฒนาสมรรถนะบัณฑิตในด้านการดูแลผู้สูงอายุและการจัดการสุขภาพชุมชน เนื่องจากมีผลการวิจัยที่พบว่า ผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากพยาบาลที่มีสมรรถนะที่ดี (Nawsuwan, Singhasem, & Naksrisang, 2017) จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาสมรรถนะบัณฑิตพยาบาลด้านผู้สูงอายุเพื่อรองรับต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมและความต้องการด้านสุขภาพ แนวทางหนึ่งที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายดังกล่าว คือ การนำแนวคิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning) มาใช้ในการจัดการศึกษา เพื่อให้บัณฑิตพยาบาลเป็นผู้ที่สามารถเปลี่ยนแปลงกรอบแนวคิดในการเข้าใจโลกและเข้าใจมนุษย์ รับมือต่อการเปลี่ยนแปลงได้ (Bhutta, Chen, Cohen, Crisp, Evans, Fineberg, et al., 2010) ดังนั้น การจัดการเรียนการสอนผ่านการบูรณาการพันธกิจ ด้านการวิจัย และบริการวิชาการแก่ชุมชน จะทำให้นักศึกษาพยาบาลได้เข้าใจทุกมิติของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายและแตกต่างทั้งในด้านวิถีชีวิต สุขภาพ สังคม ในสถานการณ์จริง เพื่อนำไปสู่การเรียนรู้โดยเข้าใจความหมายของการพยาบาลผู้สูงอายุอย่างแท้จริง การบูรณาการจึงเกิดประโยชน์ทั้งในด้านการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษา พัฒนาองค์ความรู้สนองต่อระบบสุขภาพและความต้องการของชุมชน (Office of the Higher Education Commission, 2017) เนื่องจากการบูรณาการเป็นการจัดกิจกรรมที่ยึดหลักการเรียนรู้ตามสภาพจริง (Authentic Learning) ทำให้เกิดการพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ควบคู่กับการปรับทัศนคติของผู้เรียนและยังเป็นกระบวนการกระตุ้นให้คิด ตามแนวคิดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ซึ่งสามารถกระตุ้นการเรียนรู้จากภายในตัวของผู้เรียน ภายในตัวครูผู้สอน ให้เกิดการคิดและตัดสินใจ ผ่านการศึกษาชุมชน ส่งผลให้ผู้เรียนมีทั้งสมรรถนะทางวิชาชีพ มีความเข้าใจผู้อื่นและรู้สึกถึงความจริงในสังคมในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น (Wangwun, & Vibulchai, 2017) การบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอน จึงเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้เกิดการเรียนรู้และมีสมรรถนะที่พึงประสงค์ สสนองต่อระบบสุขภาพและความต้องการของชุมชน

การเตรียมความพร้อมในการรองรับสังคมผู้สูงวัย นอกจากจะเตรียมบุคลากรสุขภาพเพื่อให้บริการสุขภาพที่จะเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วแล้ว การเตรียมความพร้อมของชุมชนก็มีความจำเป็นเช่นเดียวกัน กระบวนการที่พบว่า มีประสิทธิภาพในการพัฒนาศักยภาพชุมชนได้แก่การเสริมพลังชุมชน โดยใช้แนวคิดการเสริมพลัง (Empowerment) ของ Gibson (1995) ซึ่งเป็นกระบวนการส่งเสริมให้บุคคลค้นพบปัญหา ความต้องการและจัดการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง เพื่อให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีพลังสามารถควบคุมสิ่งที่

เกิดขึ้นกับชีวิตตนเองได้ แนวคิดนี้จึงเป็นกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ ที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ชุมชนตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถตอบสนองต่อการพัฒนา หรือแก้ไขปัญหาที่เป็นอยู่ พร้อมรับมือกับสภาพสังคมและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป (Phalasuk, 2018) โดยการนำแนวคิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning) มาใช้ในกระบวนการบูรณาการ เนื่องจากกระบวนการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงเป็นกระบวนการที่หนึ่งของการจัดการศึกษาในศตวรรษที่ 21 ที่สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคคลให้เปลี่ยนแปลงกรอบแนวคิด ความเชื่อ มุมมองจากภายในเพื่อนำไปสู่ การเปลี่ยนพฤติกรรมในการเข้าใจผู้อื่นและใช้ชีวิตในสภาพการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง (Worawong, Karbmanee, Manasatchakun, & Khueansombat, 2019) ดังนั้นการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริการวิชาการ จากการศึกษา มาเป็นการสร้างทักษะในการแสวงหาความรู้ในการจัดการสุขภาพตนเองของชุมชน นำไปสู่การ เปลี่ยนแปลงมุมมองและวิธีการพึ่งตนเองของชุมชนในการจัดการสุขภาพ เพื่อให้สามารถรับมือต่อการ เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมและภาวะสุขภาพในการเข้าสู่สังคมสูงวัย

จากเหตุผลดังกล่าวคณะผู้วิจัยได้ตระหนักถึง ความสำคัญของการพัฒนาสมรรถนะบัณฑิตให้สอดคล้อง กับความต้องการของสังคม สอดคล้องกับคุณลักษณะผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 ควบคู่ไปกับการพัฒนาสุขภาพ ชุมชนในยุคสังคมสูงวัย ตามพันธกิจหลักของวิทยาลัยและสถาบันอุดมศึกษา ทั้งในด้านการผลิตบัณฑิต การวิจัย สร้างองค์ความรู้ และการบริการวิชาการสู่สังคม รูปแบบการพัฒนาครั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมสมรรถนะบัณฑิต พยาบาลในด้านการดูแลผู้สูงอายุด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และการจัดการสุขภาพชุมชน ผ่านกระบวนการบูรณา การการเรียนการสอน การวิจัย และบริการวิชาการ โดยใช้แนวคิดการบูรณาการเรียนการสอนในระบบ ประกันคุณภาพการศึกษา การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง และแนวคิดการเสริมสร้างความพลังชุมชน เป็นแนวทาง ในการขับเคลื่อนให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุ ควบคู่ไปกับการเสริมสร้างสมรรถนะบัณฑิตตามเป้าหมายของ คุณลักษณะบัณฑิตของวิทยาลัยฯ และสอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพและชุมชนในยุคของการ เปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสูงวัย

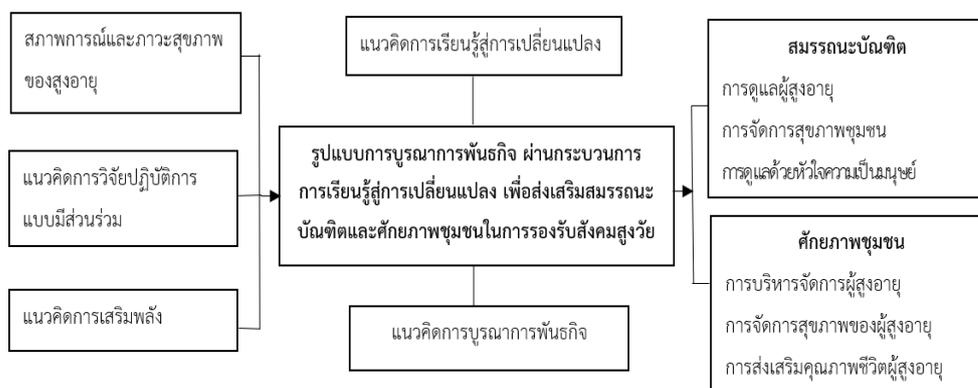
### วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สมรรถนะบัณฑิตพยาบาลและศักยภาพของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบูรณาการพันธกิจผ่านกระบวนการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง เพื่อพัฒนา สมรรถนะบัณฑิตและศักยภาพชุมชนในการรองรับสังคมสูงวัย
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการบูรณาการพันธกิจผ่านกระบวนการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง เพื่อพัฒนาสมรรถนะบัณฑิตและศักยภาพชุมชนในการรองรับสังคมสูงวัย

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการบูรณาการพันธกิจการเรียนการสอน การบริการวิชาการ และ การวิจัย ตามหลักการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการ (Integrated Learning) เนื่องจากการเรียนการสอนแบบ บูรณาการมีคุณค่าและความสำคัญเป็นอย่างมากเนื่องจากจะทำให้ผู้เรียนเกิดความคิดเชื่อมโยง และสะท้อนภาพ ระหว่างความเป็นจริงและความรู้เชิงทฤษฎี ส่งเสริมให้ผู้เรียนประยุกต์ใช้ความรู้ ทำให้การเรียนรู้มีความหมาย และสอดคล้องกับชีวิตจริง โดยใช้กรอบแนวคิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning) ของ Mezirow (2003) เพื่อมุ่งเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผู้เรียนในระดับความเชื่อหรือมุมมองภายใน จนเกิด การเปลี่ยนแปลงโลกทัศน์ สามารถเชื่อมโยงจากประสบการณ์ของตนเองอย่างแท้จริง ไปสู่การเปลี่ยนแปลงในเชิง ปฏิบัติในรูปแบบของสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และการจัดการสุขภาพชุมชน เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมในด้านการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัย

ในกระบวนการของการบูรณาการบริการวิชาการและการวิจัยของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เป็นเครื่องมือในการพัฒนาศักยภาพชุมชน โดยใช้กระบวนการวิจัยเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดที่มุ่งเน้นการเสริมพลังชุมชน (Empowerment) ตามแนวคิดของ Gibson (1995) เพื่อให้ชุมชนเกิดการเปลี่ยนแปลงมุมมองในการเป็นผู้รับความช่วยเหลือด้านการดูแลสุขภาพ มาเป็นผู้ที่รับผิดชอบในสุขภาพของตนเอง ร่วมกันดูแลสุขภาพร่วมกันของประชาชนในชุมชน ตามแนวคิดการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-Management) ของ Creer (2000) ที่กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นรูปแบบของการเปลี่ยนแปลงบางอย่างประกอบต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลประกอบด้วยกระบวนการที่สำคัญ 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal Selection) 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล (Information Collection) 3) การประมวลข้อมูลและการประเมินผล (Information Processing and Evaluation) 4) การตัดสินใจ (Decision Making) 5) การปฏิบัติ (Action) และ 6) การประเมินตนเอง (Self-Reaction) ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลในกิจกรรมและการปฏิบัติที่เป็นการส่งเสริมภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดี (Spearing, Eakin, & Wilson, 2005) ความเชื่อมโยงของแนวคิดทฤษฎี ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ใช้กระบวนการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) แบ่งการดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวิเคราะห์สมรรถนะบัณฑิตพยาบาลและศักยภาพของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ** ขั้นตอนนี้ประกอบด้วยวิเคราะห์เอกสารเกี่ยวกับสมรรถนะบัณฑิตพยาบาลและศักยภาพของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย 1) ผลการประเมินสมรรถนะบัณฑิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2555 (ฉบับปรับปรุง) ตั้งแต่ปีการศึกษา 2559-2560 2) ผลการศึกษาการจัดการสุขภาพตนเอง ปัญหาและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแม่ก่ง ตำบลบ้านเป้า อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ที่เก็บรวบรวมในปี 2558-2560 3) ผลการถอดบทเรียนการดำเนินงานบริการวิชาการ และการดำเนินงานชุมชนเข้มแข็งของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง และ 4) เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ นโยบายและยุทธศาสตร์การผลิตบัณฑิตของสถาบันพระบรมราชชนก การบูรณาการพันธกิจ การจัดการสุขภาพชุมชน และการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือได้แก่ แบบบันทึกผลการวิเคราะห์เอกสาร เกี่ยวกับ 1) ผลการประเมินสมรรถนะบัณฑิตพยาบาลในด้าน การดูแลผู้สูงอายุ และการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และการจัดการสุขภาพชุมชน 2) ข้อมูล

เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพ การจัดการสุขภาพตนเอง ปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และ 3) ผลการถอดบทเรียนการดำเนินงานการบริการวิชาการ และการดำเนินงานชุมชนเข้มแข็งของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ในพื้นที่บ้านแม่ก่ง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในขั้นตอนนี้ใช้การวิเคราะห์เอกสาร โดยผู้วิจัยประสานงานกับผู้นำชุมชน และชมรมผู้สูงอายุบ้านแม่ก่ง คณะทำงานกรรมการชุมชนเข้มแข็งของวิทยาลัย และอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรของวิทยาลัย ในการขอ อนุญาตใช้ข้อมูลทฤษฎีภูมิในการนำมาวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางพัฒนารูปแบบ

### การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการพัฒนาแบบการบูรณาการพันธกิจผ่านกระบวนการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง เพื่อพัฒนาสมรรถนะบัณฑิตและศักยภาพชุมชนในการรองรับสังคมสูงวัย ดำเนินการ ดังนี้

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) อาจารย์และนักศึกษาที่เข้าร่วมโครงการบูรณาการพันธกิจ การศึกษาที่ 1 ปี การศึกษา 2561 ประกอบด้วย อาจารย์จำนวน 11 คน และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 52 คน 2) ผู้สูงอายุในหมู่บ้านแม่ก่ง จำนวน 48 คน ที่เข้าร่วมโครงการป้องกันการทกล้ม 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 19 คน ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบประเมินคุณภาพของรูปแบบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการใช้ประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความถูกต้องตามหลักการ (The Joint Committee on Standards for Education Evaluation, 1994) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด จำนวน 16 ข้อ

2. ประเด็นการสนทนากลุ่มอาจารย์ นักศึกษา ผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุข ที่เข้าร่วมกิจกรรม เป็นประเด็นเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบ ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และข้อเสนอแนะในการปรับปรุง

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ประกอบด้วยนักการศึกษา 2 คน ผู้รับผิดชอบหลักสูตร 1 คน อาจารย์ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 คน และด้านอนามัยชุมชน 1 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยการวิเคราะห์ หาค่าดัชนีความ สอดคล้องระหว่างความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Item Objective Congruence Index : IOC) ได้ค่าอยู่ระหว่าง .80 -1.00 ทุกรายการ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ยกร่างรูปแบบ โดยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 ร่วมกับการวิเคราะห์เอกสาร มากำหนด องค์ประกอบและรายละเอียดของรูปแบบ

2. ตรวจสอบคุณภาพรูปแบบเชิงทฤษฎี โดยส่งร่างรูปแบบให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ประเมินคุณภาพรูปแบบ ผลการประเมินพบว่าทุกด้านมีคุณภาพระดับดี ยกเว้นด้านการใช้ประโยชน์อยู่ในระดับดีมาก และปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 1 ตามข้อเสนอคือ เพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกกระบวนการเพื่อให้เกิดความยั่งยืน ในการพัฒนาตนเอง

3. นำรูปแบบไปทดลองใช้กับอาจารย์จำนวน 11 คน และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 52 คน ในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2561 ที่เข้าร่วมโครงการบูรณาการ มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

3.1 อาจารย์และนักศึกษาให้บริการวิชาการในโครงการป้องกันการทกล้ม จำนวน 3 ครั้ง โดยบูรณาการกับรายวิชาการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กลุ่มเป้าหมายคือผู้สูงอายุในหมู่บ้านแม่ก่ง จำนวน 48 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 19 คน

3.2 อาจารย์และ อสม. ร่วมกันทำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่าง องค์ประกอบทางกายและความเสี่ยงต่อการทกล้มของผู้สูงอายุ ระหว่างการดำเนินการได้ส่งเสริมศักยภาพของ อสม. ในการเป็นผู้วิจัยในทุกกระบวนการ โดยมีอาจารย์เป็นผู้ให้คำปรึกษา ใช้เวลาดำเนินการ 4 เดือน

3.2 ประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบพบว่านักศึกษาและอาจารย์ที่เข้าร่วมโครงการบูรณาการให้ข้อเสนอแนะเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาวิจัยและบริการวิชาการในชุมชน ส่วนชุมชนให้ข้อเสนอแนะให้วิทยาลัยทำวิจัยร่วมกับแกนนำในชุมชนเพื่อพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ด้วยกระบวนการวิจัย

4. ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบครั้งที่ 2 ตามผลการประเมินและข้อเสนอแนะ โดยได้เพิ่มกระบวนการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ตามความต้องการของชุมชน

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)
2. ข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินคุณภาพใช้การวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**ขั้นตอนที่ 3** ขั้นตอนการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ และปรับปรุงรูปแบบการบูรณาการพันธกิจผ่านกระบวนการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง เพื่อพัฒนาสมรรถนะบัณฑิตและศักยภาพชุมชน ในการรองรับสังคมสูงวัย การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นการนำรูปแบบไปใช้ ผู้วิจัยนำรูปแบบไปทดลองใช้ในภาคการศึกษาที่ 1-2 ปีการศึกษา 2561 ในการบริการวิชาการแก่ชุมชนในโครงการ “การบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร” โดยบูรณาการในรายวิชา “โครงการสุขภาพ” และกิจกรรมเสริมหลักสูตร “โครงการพัฒนาสมรรถนะด้านการดูแลผู้สูงอายุ และการจัดการสุขภาพชุมชนของนักศึกษาพยาบาลชั้นปี 4” และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมระหว่างอาจารย์ นักศึกษา และชุมชน เรื่อง “การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้วิธีการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้ม ด้วย Tipple S Exercise” “การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมภายในบ้านผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน” และ “วิถีปฏิบัติในการส่งเสริมความสุขในผู้สูงอายุ (Happy Ageing) ในชุมชน”

2. ขั้นการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ หลังการใช้รูปแบบ การประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบจากกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่มดังนี้ 1) สมรรถนะ 3 ด้านของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 2) ความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และ 3) สนทนากลุ่ม อาจารย์ นักศึกษา ผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชนในประเด็นการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ และประสิทธิผลของรูปแบบ

3. ขั้นการยืนยันรูปแบบ ภายหลังจากใช้รูปแบบคณะผู้วิจัยดำเนินการจัดประชุมสัมมนา อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และคณะกรรมการชุมชนเข้มแข็ง เพื่อให้ข้อเสนอแนะการปรับปรุงแก้ไขรูปแบบให้สมบูรณ์

#### กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. อาจารย์พยาบาลจำนวน 23 คนและนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 156 คน ที่เข้าร่วมโครงการบูรณาการพันธกิจ ในภาคการศึกษาที่ 1-2 ปีการศึกษา 2561
2. ผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุข ในหมู่บ้านแม่ก่ง จำนวน 144 คน
3. ผู้รับผิดชอบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน 6 คน คณะกรรมการชุมชนเข้มแข็งของวิทยาลัยจำนวน 8 คน และอาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 12 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

1.1 แบบประเมินสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบประเมิน Entry to Practice Gerontological Care Competency ของ Canada Association of Schools of Nursing (2007) ประกอบด้วยสมรรถนะ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการส่งเสริมพฤติกรรม ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย และด้านการดูแลระดับประคองในระยะสุดท้าย ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 44 ข้อ

1.2 แบบประเมินสมรรถนะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ พัฒนาโดยคณะกรรมการหลักสูตรของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ตามแนวคิดของ Watson (1988) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การเคารพในความเป็นบุคคล การปกป้องสิทธิผู้รับบริการ การพยาบาลแบบองค์รวม และการเป็นผู้นำ ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ

1.3 แบบประเมินการจัดการสุขภาพชุมชน พัฒนาโดยคณะกรรมการหลักสูตรของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง โดยประยุกต์จากสมรรถนะพยาบาลนักจัดการสุขภาพชุมชนของสำนักงานพยาบาล (Public Health Nursing Division, 2009) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การคิดเชิงระบบ กลยุทธ์การจัดการระบบ การมีส่วนร่วม และการออกแบบระบบการบริการสุขภาพ ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 16 ข้อ

1.4 แบบประเมินการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 กระบวนการ ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลข้อมูล การตัดสินใจ การปฏิบัติ และการประเมินตนเอง ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตรฐานประมาณค่า 3 ระดับ จำนวน 15 ข้อ

1.5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ (ของ WHO) จำนวน 26 ข้อ ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม

## 2. เครื่องมือเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

2.1 ประเด็นการสนทนากลุ่มสำหรับผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุข เกี่ยวกับ การบริหารจัดการผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และความคิดเห็นเกี่ยวกับการปรับปรุงรูปแบบ

2.2 ประเด็นการสนทนากลุ่มสำหรับผู้รับผิดชอบหลักสูตร คณะกรรมการชุมชนเข้มแข็ง และอาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบ และความคิดเห็นเกี่ยวกับการปรับปรุงรูปแบบ และการนำรูปแบบไปขยายผล

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ประกอบด้วยนักการศึกษา 2 คน ผู้รับผิดชอบหลักสูตร 1 คน อาจารย์ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 คน และด้านอนามัยชุมชน 1 คน ผลการวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (IOC) ได้ค่า 0.60 - 1.00

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น ใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha) โดยนำเครื่องมือชุดที่ 1-3 ไปทดลองใช้ในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2560 จำนวน 30 คน ได้ค่าเท่ากับ 0.92, 0.91 และ 0.88 ตามลำดับ ส่วนเครื่องมือชุดที่ 4 และ 5 นำไปทดลองใช้ในผู้สูงอายุศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง จำนวน 20 คน ได้ค่า .79 และ .86 ตามลำดับ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผลการประเมินสมรรถนะบัณฑิต การจัดการสุขภาพตนเอง และการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ เฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ผลการสนทนากลุ่มและข้อมูลปลายเปิดจากแบบสอบถาม วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

## จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เอกสารรับรองเลขที่ E 2562-006

## ผลการวิจัย

1. ผลวิเคราะห์สมรรถนะบัณฑิตพยาบาลและศักยภาพของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

1.1 ผลวิเคราะห์สมรรถนะบัณฑิตพยาบาล พบว่าสมรรถนะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในปีการศึกษา 2560 ในด้านสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ( $M=3.48, SD=0.21$ ) สมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชนและการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ อยู่ในระดับดี ( $M=3.61, SD=0.28$  และ  $M=4.02, SD=0.34$  ตามลำดับ) ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะบัณฑิตในด้านการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเพื่อรองรับสังคมสูงวัยตามจุดเน้นของวิทยาลัย

1.2 ผลวิเคราะห์ศักยภาพของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การศึกษาในชุมชนแม่ก่งซึ่งเป็นพื้นที่ชุมชนเข้มแข็งของวิทยาลัย ชุมชนนี้ได้รับการส่งเสริมด้านสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง จนมีระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ชัดเจน แกนนำชุมชนมีความเข้มแข็ง และชุมชนมีการร่วมแรงร่วมใจในกิจกรรม แต่จากการสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพ ยังพบว่ามีปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และปัญหาสุขภาพที่เกิดจากความเสื่อมตามวัย รวมถึงการควบคุมอาการของโรคและการเจ็บป่วยเรื้อรังยังไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด และพบว่าชุมชนมีศักยภาพที่ควรได้รับการส่งเสริมให้สามารถดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อลดปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นและสามารถพึ่งพาตนเองได้

2. ผลการพัฒนาแบบการบูรณาการพันธกิจผ่านกระบวนการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง เพื่อพัฒนาสมรรถนะบัณฑิตและศักยภาพชุมชนในการรองรับสังคมสูงวัย รูปแบบประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

2.1 แนวคิดของรูปแบบประกอบด้วย พันธกิจและอัตลักษณ์บัณฑิตของสถาบันพระบรมราชชนกที่มุ่งเน้น บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ การสร้างคนจากชุมชนเพื่อตอบสนองระบบสุขภาพชุมชน และจุดเน้นของวิทยาลัยในด้านการดูแลสุขภาพทุกช่วงวัยเพื่อรองรับสังคมผู้สูงวัย การพัฒนาสมรรถนะใช้กรอบแนวคิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning) ของ Mezirow (2003) เพื่อพัฒนาให้บัณฑิตเป็นผู้ที่สามารถเปลี่ยนแปลงกรอบแนวคิดในการเข้าใจโลกและเข้าใจมนุษย์ เพื่อรองรับสังคมสูงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมและความต้องการด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ร่วมกับการใช้แนวคิดที่มุ่งเน้นการเสริมพลังชุมชน (Empowerment) ตามแนวคิดของ Gibson (1995) เพื่อให้ชุมชนเกิดการเปลี่ยนแปลงมุมมองมาเป็นผู้ที่รับผิดชอบในสุขภาพของตนเอง

2.2 เป้าหมายของรูปแบบ เพื่อพัฒนาสมรรถนะบัณฑิตในการรองรับสังคมสูงวัยในด้าน การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และการจัดการสุขภาพชุมชน และเพื่อส่งเสริมศักยภาพชุมชนในการรองรับสังคมสูงวัยในด้านระบบบริหารจัดการด้านผู้สูงอายุ การจัดการสุขภาพตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2.3 กระบวนการของรูปแบบ

2.3.1 การบริการวิชาการแก่สังคม ดำเนินการโดยอาจารย์และนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วยกิจกรรม 2 รูปแบบ คือ การบริการวิชาการโดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อสร้างระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และการส่งเสริมสุขภาพด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กลุ่มเป้าหมายได้แก่ผู้นำชุมชน อสม. และผู้สูงอายุ

2.3.2 การวิจัย ดำเนินการในรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยอาจารย์และนักศึกษาร่วมวิจัยกับชุมชน โดยกำหนดเป้าหมาย 3 ด้าน คือ อาจารย์ได้พัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของชุมชน และนักศึกษาได้พัฒนาสมรรถนะผ่านกระบวนการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง

2.3.3 การเรียนการสอน โดยอาจารย์ใช้กิจกรรม “บันได บัณฑิต” ขับเคลื่อนการพัฒนา นักศึกษาในแต่ละชั้นปีอย่างต่อเนื่อง มุ่งเน้นการส่งเสริมสมรรถนะ ตามลำดับความซับซ้อนของสมรรถนะผ่าน การศึกษาจากสถานการณ์จริง และการบูรณาการการเรียนการสอน บริการวิชาการ และการวิจัย

รูปแบบของการจัดการเรียนรู้ ใช้กระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง 4 รูปแบบ ได้แก่

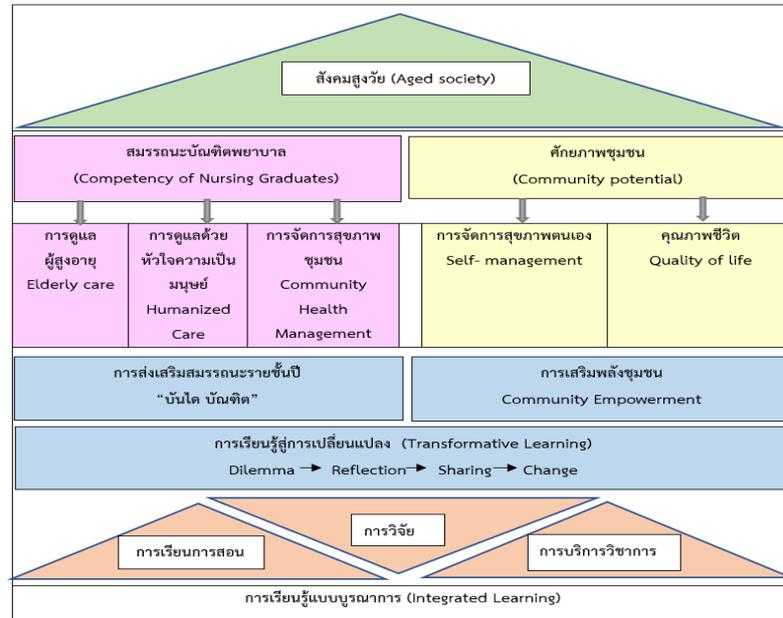
1. การใช้ประสบการณ์จริงกระตุ้นการเรียนรู้ (Dilemma) โดยการจัดประสบการณ์ให้นักศึกษาได้เรียนรู้ร่วมกับชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความหลากหลาย เพื่อกระตุ้นการเชื่อมโยงประสบการณ์ และให้นักศึกษากำหนดเป้าหมายการเรียนรู้ของตนเองและหาวิธีการเรียนรู้เพื่อตอบสนองต่อเป้าหมายที่กำหนด

2. การสะท้อนคิดอย่างใคร่ครวญ (Reflection) โดยอาจารย์กระตุ้นให้นักศึกษาได้ทบทวนความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ ทศนคติ และการแสดงออก กับสิ่งที่เผชิญจากการประสบการณ์ใหม่เทียบเคียงกับประสบการณ์เดิม การสะท้อนคิดอาจจะเกิดระหว่างการเรียนรู้หรือภายหลังการเรียนรู้

3. การสนทนาแลกเปลี่ยนกรอบความคิด (Sharing) โดยการจัดประสบการณ์ให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มของนักศึกษา และแลกเปลี่ยนกับประชาชนในชุมชนที่ร่วมในประสบการณ์เดียวกัน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขวางยิ่งขึ้นภายใต้บรรยากาศที่ให้เกียรติซึ่งกันและกัน

4. การเปลี่ยนแปลงกรอบความคิด (Change) โดยการทบทวนและสะท้อนให้ผู้เรียนได้รับรู้การเปลี่ยนแปลงความคิด ทศนคติ ความเชื่อที่นำไปสู่การกระทำที่แตกต่างไปจากก่อนการเรียนรู้

4.1 การประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบ ประกอบด้วย การประเมินผลลัพธ์ด้านบัณฑิต ในด้านสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และการจัดการสุขภาพชุมชน และการประเมินผลลัพธ์ด้านชุมชน ได้แก่การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดการสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ



ภาพ 1 รูปแบบการบูรณาการพันธกิจผ่านกระบวนการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง เพื่อพัฒนาสมรรถนะบัณฑิตและศักยภาพชุมชนในการรองรับสังคมสูงวัย

3. ประสิทธิผลของรูปแบบการบูรณาการพันธกิจผ่านกระบวนการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง เพื่อพัฒนาสมรรถนะบัณฑิตและศักยภาพชุมชนในการรองรับสังคมสูงวัย

3.1 ผลการประเมินสมรรถนะบัณฑิตในปีการศึกษา 2561 จำนวน 156 คน ด้านการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และการจัดการชุมชน

ตาราง 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสมรรถนะบัณฑิต ระหว่างกลุ่มที่ได้ใช้รูปแบบและกลุ่มที่ไม่ได้ใช้รูปแบบ

สมรรถนะ	ใช้รูปแบบ (n=164)		ไม่ใช้รูปแบบ (n=156)		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
1. สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ	3.96	0.46	3.48	0.21	9.45	318	<0.001**
2. สมรรถนะการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์	4.20	0.39	4.02	0.34	6.06	318	0.003*
3. สมรรถนะการจัดการสุขภาพชุมชน	4.17	0.41	3.61	0.28	8.61	318	0.001**

จากตาราง 1 พบว่าหลังการใช้รูปแบบ สมรรถนะบัณฑิตในด้านการดูแลผู้สูงอายุ การจัดการสุขภาพชุมชนและการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อยู่ในระดับสูง (M=3.96, SD=0.46, M=4.20, SD=0.39, M=4.17, SD=0.41 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยสมรรถนะของบัณฑิตในปีการศึกษา 2560 จำนวน

164 คน ซึ่งไม่ได้ใช้รูปแบบพบว่ามีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยทุกสมรรถนะมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น

### 3.2 ผลการประเมินความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุหลังการใช้รูปแบบ

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ด้าน	ความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเอง	M	SD	ระดับ
1	การตั้งเป้าหมาย	2.83	0.37	ดี
2	การเก็บรวบรวมข้อมูล	2.77	0.32	ดี
3	การประมวลผลข้อมูลและการประเมินผล	2.74	0.47	ดี
4	การตัดสินใจ	2.59	0.42	ดี
5	การปฏิบัติ	2.69	0.45	ดี
6	การประเมินตนเอง	2.41	0.68	ปานกลาง
รวม		2.65	0.13	ดี

จากตาราง 2 ความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุหลังการใช้รูปแบบอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.65 ( $SD=0.13$ ) จากคะแนนเต็ม 3 โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยทุกด้านอยู่ในระดับดี ยกเว้นด้านการประเมินตนเองที่อยู่ในระดับปานกลาง ( $M=2.41$ ,  $SD=0.68$ ) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ การตั้งเป้าหมาย รองลงมาคือการเก็บรวบรวมข้อมูล ( $M=2.83$ ,  $SD=0.37$  และ  $M=2.77$ ,  $SD=0.32$  ตามลำดับ)

### 3.3 ผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังการใช้รูปแบบ

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน 144 คน

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตไม่ดี		คุณภาพชีวิตปานกลาง		คุณภาพชีวิตดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านสุขภาพกาย	42	29.17	68	47.22	34	23.61
ด้านจิตใจ	13	9.03	76	52.78	55	38.19
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	7	4.86	55	38.19	82	56.94
ด้านสิ่งแวดล้อม	32	22.22	44	30.56	68	47.22
คุณภาพชีวิตภาพรวม	25	17.36	58	40.28	61	42.36

จากตาราง 3 พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุผู้สูงอายุในชุมชน ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับดี จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 42.36 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านสุขภาพกายและด้านจิตใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.22 และ 52.78 ตามลำดับ ส่วนด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 56.94 และ 47.22 ตามลำดับ

3.4 ผลที่เกิดกับชุมชน พบว่า ชุมชนมีการจัดทำ “การบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร” โดยมีคณะกรรมการรับผิดชอบและมีแผนการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน มีการดำเนินกิจกรรมโดยนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการดำเนินงาน ร่วมกับอาจารย์ และนักศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาล สรุปผลการดำเนินงาน พบว่า

3.4.1 คณะกรรมการบริหาร มีสมรรถนะในการบริหารจัดการอยู่ในระดับดีมาก

3.4.2 ร้อยละ 100 ของผู้สูงอายุในชุมชน ได้รับการตามความจำเป็น อย่างต่อเนื่อง

3.4.3 ชุมชนได้รับการคัดเลือกจากเครือข่ายบริหารงานวิจัยภาคเหนือ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นศูนย์วิจัยชุมชนเพื่อพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม เมื่อเดือนมกราคม 2563

3.5 ผลที่เกิดกับวิทยาลัย จากการสนทนากลุ่มอาจารย์เข้าร่วมกิจกรรมและคณะกรรมการชุมชน เข้มแข็ง พบว่า การดำเนินการตามรูปแบบทำให้เกิดผลงานวิจัยจำนวน 4 เรื่อง ได้แก่ 1) ความสัมพันธ์ระหว่าง องค์ประกอบทางกายและความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ 2) การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้วิธีการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้ม ด้วย Tipple S Exercise 3) การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมภายในบ้านผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และ 4) วิธีปฏิบัติในการส่งเสริมความสุขในผู้สูงอายุ (Happy Ageing) ในชุมชน ทำให้ต้องค้ำความรู้ที่จะนำเพิ่มเติมในการเรียนการสอน และเพิ่มความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาแก่อาจารย์ ผลที่ตามมาจากการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมทำให้วิทยาลัยได้รับรางวัลหน่วยงานดีเด่นในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง ประจำปี พ.ศ 2562

## อภิปรายผล

1. รูปแบบการบูรณาการพันธกิจ ผ่านกระบวนการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาสมรรถนะบัณฑิต และศักยภาพชุมชน ในการรองรับสังคมสูงวัย พัฒนาขึ้นเพื่อเป้าหมายสองประการ ประการแรกคือเพื่อพัฒนาสมรรถนะบัณฑิตโดยใช้แนวคิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning) ของ Mezirow (2003) เนื่องจากแนวคิดนี้มุ่งเน้น การเปลี่ยนแปลงผู้เรียนในระดับความเชื่อหรือมุมมองภายใน เกิดการเปลี่ยนแปลงโลกทัศน์ และเชื่อมโยงจากประสบการณ์ของตนเองอย่างแท้จริง ไปสู่การเปลี่ยนแปลงในเชิงปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายการจัดการศึกษาของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพในศตวรรษที่ 21 ที่มุ่งหวังให้บุคลากรสุขภาพเป็นผู้ที่สามารถเปลี่ยนแปลงกรอบแนวคิดในการเข้าใจโลกและเข้าใจมนุษย์ เพื่อรองรับต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมและความต้องการด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป สามารถเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพ (Bhutta, Chen, Cohen, Crisp, Evans, Fineberg, et al., 2010) เป้าหมายประการที่สองของรูปแบบคือการส่งเสริมศักยภาพชุมชน ผ่านกระบวนการเสริมพลังชุมชน โดยใช้แนวคิดการเสริมพลัง (Empowerment) ของ Gibson (1995) เนื่องจากแนวคิดของการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงและการเสริมพลังชุมชน มีประเด็นที่สอดคล้องกัน คือ การมีเป้าหมายในการสร้างการเปลี่ยนแปลงในตัวบุคคล โดยที่หลักการเสริมพลังชุมชนมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพให้ชุมชนเห็นปัญหาที่เผชิญอยู่ กำหนดเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้หลุดพ้นจากสภาพปัญหา ส่งเสริมกระบวนการที่เอื้ออำนวยให้บุคคลได้มีโอกาสในการพัฒนา และปรับปรุงคุณภาพชีวิตของตน ตระหนักและต้องการเปลี่ยนแปลงเพื่อตอบสนองต่อการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาที่เป็นอยู่ พร้อมรับมือกับสภาพสังคมและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป (Phalasuk, 2018) ความสำเร็จที่เกิดขึ้นจะนำไปสู่ความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง และจะส่งผลให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น (Phourai, 2019) จุดเด่นของรูปแบบนี้คือการนำแนวคิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงมาใช้ในกระบวนการบริการวิชาการ โดยสนับสนุนการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริการวิชาการจากการให้ความรู้ มาเป็นการสร้างทักษะในการแสวงหาความรู้ในการจัดการสุขภาพตนเองของชุมชน ผ่านการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เพื่อส่งเสริมการพึ่งตัวเองของชุมชนให้สามารถเรียนรู้และแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ ในรูปแบบนี้กระบวนการเปลี่ยนแปลงของชุมชนจะเกิดขึ้นพร้อมกับกระบวนการเรียนรู้ของนักศึกษา ที่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการบริการวิชาการแก่ผู้สูงอายุและร่วมวิจัยกับผู้นำชุมชน ซึ่งถือว่าเป็นประสบการณ์ตรงที่กระตุ้นให้เกิดความคิดเชื่อมโยง และสะท้อนภาพระหว่างความเป็นจริงและความรู้เชิงทฤษฎี ส่งเสริมให้นักศึกษาได้ประยุกต์ใช้ความรู้ และทำให้ได้สัมผัสทุกมิติของภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความหลากหลาย ในชุมชนที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่การเรียนรู้ที่มีความหมายและเข้าใจบทบาทของพยาบาลในสังคมสูงวัยอย่างถ่องแท้

2. รูปแบบการบูรณาการพันธกิจ ผ่านกระบวนการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาสมรรถนะบัณฑิต และศักยภาพชุมชน ในการรองรับสังคมสูงวัย ได้รับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญว่ามีคุณภาพในเชิงทฤษฎีในระดับ

ดีถึงดีมาก ซึ่งเป็นการตรวจสอบคุณภาพตามมาตรฐานการประเมินโปรแกรมหรือรูปแบบที่พัฒนาโดย The Joint Committee on Standards for Education Evaluation (1994) แสดงว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาสมรรถนะบัณฑิตพยาบาลและศักยภาพชุมชน ตอบสนองต่อความต้องการของสังคม รูปแบบการประเมินมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง มีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชน และกระบวนการของรูปแบบมีความถูกต้องตามกรอบแนวคิดที่นำมาอ้างอิง รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการพัฒนาสมรรถนะบัณฑิตส่งเสริมศักยภาพชุมชน และส่งผลดีต่อสถาบัน ดังต่อไปนี้

2.1 สมรรถนะบัณฑิต ในด้านการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และการจัดการสุขภาพชุมชน พบว่าหลังการใช้รูปแบบสมรรถนะทุกด้านอยู่ในระดับสูงและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้รูปแบบ เนื่องจากคณะผู้วิจัยได้นำแนวทางการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอนภายใต้แนวคิดการบูรณาการการเรียนการสอน การเรียนรู้ตามสภาพจริง (Authentic Learning) มาเป็นกระบวนการขับเคลื่อนสู่การมีสมรรถนะที่พึงประสงค์ด้านการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และการจัดการสุขภาพชุมชน เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลได้เข้าใจทุกมิติภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายและแตกต่างทั้งในด้าน วิธีการดำเนินชีวิต สุขภาพ สังคม รูปแบบการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นนี้ได้ออกแบบให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้ และพัฒนาสมรรถนะในการพยาบาลผู้สูงอายุผ่านประสบการณ์จริง โดยเป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้ผู้สอนและผู้เรียนได้สัมผัสความจริงควบคู่ไปกับการเรียนรู้และปรับทัศนคติ ทั้งของผู้สอนและผู้เรียนเป็น กระบวนการ กระตุ้นการเรียนรู้ จากภายในตัวของผู้เรียน ภายในตัวครูผู้สอน ให้เกิดการฉกฉวย ก่อนตัดสินใจ ตัดสินใจ ตัดสินใจ ผ่านการศึกษาชุมชน ส่งผลให้ผู้เรียนมีทั้งสมรรถนะทางวิชาชีพ และมีความเข้าใจผู้อื่นและรู้สึกถึงความเป็นจริงในสังคมในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ขั้นตอนสำคัญอีกขั้นตอนหนึ่ง ในวงจรการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงจากประสบการณ์คือต้องนำมาสู่การสะท้อนคิด (Reflection) ซึ่งเป็นวิธีการเรียนรู้แบบลึก (Deep Learning) เป็นการเรียนรู้ที่จะทำให้เข้าใจความหมายของข้อมูลอย่างถ่องแท้ (Wangwun, & Vibulchai, 2017) การศึกษาครั้งนี้ ได้ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลักดังนี้ 1) การลงศึกษาชุมชน การมอบหมายโจทย์เป็นประเด็นที่ทำให้ผู้เรียนมี แนวทางในการเข้าไปพูดคุยหรือศึกษาข้อมูล 2) การบันทึกข้อมูลของผู้สูงอายุกรณีศึกษาอย่างละเอียด เพื่อนำข้อมูล เหล่านั้นมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งในกลุ่มย่อย และกลุ่มใหญ่ 3) การปรับทัศนคติตลอดเวลาของการเรียนรู้ตามสภาพจริงของผู้เรียน 4) บทบาทของอาจารย์ในการชี้ประเด็น เพื่อปรับความคิดรอบความคิดของนักศึกษา การชี้ประเด็นของ ผู้สอน จากกระบวนการและกิจกรรมหลักดังกล่าวจึงส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะที่สูงขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Wangwun, & Vibulchai (2017) ที่ศึกษาผลของการบูรณาการบริการวิชาการกับการเรียนการสอนต่อสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน หลังการบูรณาการสูงกว่าก่อนเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ Chaleoykitti, Bandansin, Kanglee, & Kumpraw, (2014) ที่พบว่า การบูรณาการบริการวิชาการกับการจัดการเรียนการสอน รายวิชาการศึกษาทั่วไปของนักศึกษาพยาบาลส่งผลให้เกิดสมรรถนะในด้านการทำงานเป็นทีม ด้านการคิดวิเคราะห์ และสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาล

2.2 ศักยภาพของชุมชน พบว่าคณะกรรมการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ มีสมรรถนะในการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีมาก ผู้สูงอายุมีการจัดการสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมุ่งเน้นให้ชุมชนได้ใช้ศักยภาพตนเองโดยการส่งเสริมทักษะในการแสวงหาความรู้และแก้ไขปัญหาด้วยกระบวนการวิจัย ซึ่งเป็นกระบวนการที่เป็นผลมาจากการเสริมพลังชุมชน เพื่อให้ชุมชนเกิดการเปลี่ยนแปลงมุมมองในการเป็นผู้รับความช่วยเหลือด้านการดูแลสุขภาพ มาเป็นผู้ที่รับผิดชอบในสุขภาพของตนเอง ตามแนวคิดการเสริมพลังของ Gibson (1995) ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมให้บุคคลค้นหาปัญหา ความต้องการและจัดการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง เพื่อให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกมีพลังในการควบคุมสิ่งที่เกิดขึ้นกับชีวิตตนเองได้ แนวคิดนี้จึงเป็นกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และกระตุ้นให้ประชาชนมีพลังอำนาจที่จะดูแลสุขภาพ และจัดการกับชุมชนของตนเอง

อย่างเหมาะสม ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Suwana, Panyasaib, Teepsawangb, & Weonchum (2013) ที่ใช้กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจมาเป็นกลวิธีในการกระตุ้นให้ชุมชน เกิดการพัฒนาสุขภาพชุมชนโดยการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง

การจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับดี เนื่องจากผู้สูงอายุได้รับการจากชุดบริการสุขภาพที่ตรงตามปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของตนเอง และได้รับการเสริมพลังให้มีความมั่นใจในการดูแลตนเอง อธิบายได้ด้วยแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) ของ Creer (2000) ที่เสนอไว้ว่า เมื่อบุคคลได้รับการส่งเสริมความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ จะทำให้เกิดความรับผิดชอบในสุขภาพของตนเอง สามารถกำหนดเป้าหมายด้านสุขภาพของชุมชน แสวงหาวิธีการแก้ไขปัญหาตัดสินใจปฏิบัติ และกำกับพฤติกรรมตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ชุมชนมีระบบบริการจัดการสุขภาพที่ดำเนินการโดยชุมชนเองทำให้สมาชิกในชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ เกิดการพัฒนาตนเองและสนับสนุนซึ่งกันและกันในกลุ่ม สอดคล้องกับผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการสุขภาพตนเอง ที่พบว่า การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วางแผนในการติดตามผล และการเฝ้าระวังตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการจัดการดูแลตนเอง สามารถจัดหาเครื่องมือ หรือวิธีการที่ใช้ในการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง (Puwarawuttipanit, Muksikathong, Sriprasong, Plikbua, Kasetkalam, Hanrob, et al., 2015) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Bycroft, & Tracey (2006) ที่พบว่า การสนับสนุนการจัดการตนเองที่ดี จะทำให้ความต้องการของผู้ป่วยและญาติในด้านการรับบริการทางสุขภาพลดลง ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการดูแลและจัดการสุขภาพตนเองมากขึ้น ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการดีขึ้น

### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำแนวคิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงและการเสริมพลังชุมชน มาใช้ในกระบวนการบริการวิชาการ เพื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริการวิชาการจากการให้ความรู้ มาเป็นการสร้างความรู้ร่วมกับชุมชน ผ่านการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริมการพึ่งตัวเองของชุมชน
2. ควรนำรูปแบบการบูรณาการพันธกิจนี้ไปขยายผลกับวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกต่อไป โดยประยุกต์ให้สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทและสภาพแวดล้อมของสถาบัน
3. ควรนำรูปแบบนี้ไปปรับใช้ในการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการในรายวิชาอื่น ๆ โดยเน้นการเรียนรู้ในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นให้นักศึกษาได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริง เห็นถึงพัฒนาการของสถานการณ์จริงนั้น ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงมุมมองและทัศนคติของนักศึกษา

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยติดตามผลที่เกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบโดยการติดตามความยั่งยืนของศักยภาพชุมชน
2. ควรศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ ในด้านอื่นที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณลักษณะของนักศึกษาพยาบาล เช่น ทักษะการสื่อสาร การคิดวิเคราะห์ หรือความสามารถในการตัดสินใจ เป็นต้น
3. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์การให้บริการวิชาการภายใต้บริบทที่แตกต่าง เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนจัดการจัดการเรียนการสอนในรายวิชา

### References

- Bhutta, Z. A., Chen, L., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., et al. (2010). Education of Health Professionals for the 21<sup>st</sup> century: a Global Independent Commission. *The Lancet*, 375(9721), 1137-1138. Retrieved December 7, 2019 from [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60450-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60450-3)



- Bycroft, J. J., & Tracey, J. (2006). Self-Management Support: A Win-Win Solution for the 21<sup>st</sup> Century. *New Zealand Family Practitioner*, 33(4), 243-248.
- Chaleoykitti, S., Bandansin, J., Kanglee, K., & Kumpraw, P. (2014). The Study of Academic Services Integration with Teaching and Learning of General Education for Human Development Course on Volunteer and Happiness of Study among 1<sup>st</sup> Year Nursing Students of the Royal Thai Army Nursing College. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 421-429. (in Thai).
- Creer, T. L. (2000). *Self-Management of Chronic Illness* p. 601-629. In Bockaert, M., Pintrich, P. R., & Zeidner, M., (editors). *Handbook of Self-Regulation*. San Diego: Academic Press.
- Gibson, CHA. (1995). Concept Analysis of Empowerment. *Journal of Advance Nursing*, 16(3), 354- 361.
- Mezirow, J. (2003). Transformative Learning as Discourse. *Journal of transformative Education*, 1(1), 58-63.
- Nawsuwan, P., Singhasem, P., & Naksrisang, W. (2017). Essential Competencies of Registered Nurses for the Care of the Elderly in an Aging Society. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 27(1), 1-11. (in Thai).
- Office of the Higher Education Commission. (2017). *Manual for the Internal Quality Assurance for Higher Education Institutions 2014: Office of the Higher Education Commission (OHEC)*. Bangkok: Office of the Higher Education Commission.
- Phalasuk R. (2018). Participatory Action Research: Development Process Participating Community Health Promotion. *Journal of Nursing College Network and Southern Public Health*, 5(1), 211-223. (in Thai)
- Public Health Nursing Division, Bureau of Health. (2009). *Nursing Practice Standards in the Community*. Bangkok: Thammasat University Press. (in Thai)
- Puwarawuttipanit, W., Muksikathong, C., Sriprasong, S., Plikbua, W., Kasetkalam, P., & Hanrob, S., et al. (2015). A Systematic Review of Chronic Care Model and Self-Management. *Journal of Nursing Science*, 34(1), 3-27. (in Thai)
- Suwana, P., Panyasaib, A., Teepsawangb, D., & Weonchum, N., S., (2013) Result of Learning Health Management Village Project Through Learning-Teaching Process by Learning Model Concept: Case study of Nguakong Village, Banluem District, Udonthani Province. *Naresuan University Journal, Special Issue*, 30-37. (in Thai).
- Thailand Development Research Institute (TDRI). (2018). *The Results of the Public Health Expenditure Estimate in Thailand According to the OECD*. Retrieved November 10, 2019 from <https://tdri.or.th/2018/01/healthexpenditure15yrs/>.
- The Joint Committee on Standards for Educational Evaluations. (1994). *The Program Evaluation Standards: How to Assess Evaluations of Educational Programs*. Newbury Park, CA: Sage.
- United Nation. (2015). *World Population Ageing 2015*. New York: Department of Economic and Social Affairs.



- Wangwun, P., & Vibulchai, N., (2017). Effects of Academic Service Integration with Teaching and Learning to Strengthen the Competencies of the Elderly Care in the Community of Nursing Students. *Maharakham Hospital Journal*, 14(3), 57-66. (in Thai)
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human Science and Human Care: A Theory of Nursing*. Norwalk: Connecticut, Appletion-Century-Crofts.
- Worawong, C., Karbmanee, N., Manasatchakun, PD., & Khueansombat, T., (2019). Development of Community-Based Transformative Learning Model to Enhance Humanized Care Identity of Nursing Students. *Journal of Health Science*, 28(Special Issue), 53-64 (in Thai)

## องค์ประกอบและตัวบ่งชี้ความพร้อมต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพของนักศึกษาอุดมศึกษา Components and Indicators of Readiness for Interprofessional Learning among Undergraduate Nursing Students

ธวัชชัย ยืนยาว<sup>1\*</sup> และ จุฬารัตน์ ห้าวหาญ<sup>1</sup>  
Thawatchai Yeunyow<sup>\*</sup> and Chularat Howharn<sup>1</sup>  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์<sup>1\*</sup>  
Boromarajonani College of Nursing, Surin<sup>1\*</sup>

(Received: April 07, 2020; Revised: September 03, 2020; Accepted: October 06, 2020)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปริมาณนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ความพร้อมต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพของนักศึกษาอุดมศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในจังหวัดสุรินทร์ ได้แก่ 1) นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ 2) นักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ 3) นักศึกษาสาขาวิชาวิศวกรรมไฟฟ้า คณะเกษตรศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสุรินทร์ และ 4) นักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง วิทยาลัยอาชีวศึกษาสุรินทร์ ชั้นปี 2 ปีการศึกษา 2562 จำนวน 380 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้เป็น Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) แปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และแปลจากไทยเป็นอังกฤษ โดยมีค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์ด้วยวิธีแอลฟาของครอนบาค ทั้งฉบับเท่ากับ .91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก ใช้วิธีหมุนแกนองค์ประกอบแบบอโคโนลด้วยวิธีแวนแม็กซ์ ผลวิจัยพบว่า

ความพร้อมต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพของนักศึกษาอุดมศึกษา มี 2 องค์ประกอบ จำนวน 19 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ 1) องค์ประกอบประโยชน์ของการเรียนแบบสหวิชาชีพ มี 15 ตัวบ่งชี้ 2) องค์ประกอบความยากลำบากต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพ มี 4 ตัวบ่งชี้

ควรนำแบบประเมินความพร้อมต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพไปประเมินความพร้อมของนักศึกษาก่อนเริ่มจัดการเรียนรู้ เพื่อให้การออกแบบการจัดการเรียนรู้สามารถเสริมจุดแข็งของการเรียนแบบสหวิชาชีพและออกแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อลดอุปสรรคต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพ

**คำสำคัญ:** ความพร้อมต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพ, องค์ประกอบและตัวบ่งชี้, นักศึกษาอุดมศึกษา

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: thawatchai.yeun@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 095-6089989)



## Abstract

This study aimed to determine components and indicators of readiness for interprofessional learning among undergraduate nursing students. Samples were 380 undergraduate students who were on their first semester in the 2019 Academic year in Surin Province. Participants were composed of: 1) nursing students from Boromarajonani College of Nursing in Surin, 2) public health students from Surindra Rajabhat University (faculty of science and technology), 3) engineering students from Surin campus of Rajamangala University (faculty of agriculture and technology), and 4) diploma students from Surin Vocational College. used in Instrument this study was the Thai-Readiness Questionnaire for Interprofessional Learning Scale (RIPLS). It was tested for reliability, yielding a Cronbach's alpha coefficient value of .91. Readiness for interprofessional learning among undergraduate students had 2 components and 19 indicators. Benefits of interprofessional learning had 15 indicators. And barriers of interprofessional learning had 4 indicators. Data were analyzed using exploratory factor analysis with principle component analysis, and using orthogonal rotation by varimax method.

Results were found as follows; Readiness for interprofessional learning among undergraduate students had 2 components and 19 indicators including 1) benefits of interprofessional learning had 15 indicators and 2) barriers of interprofessional learning had 4 indicators

Suggestions from this study are that readiness for interprofessional learning among students should be determined prior to any interprofessional class. Thus, the benefits of interprofessional learning can be strengthened, and barriers of interprofessional can be reduced.

**Keywords:** Interprofessional Learning, Components and Indicators, Undergraduate Students

## บทนำ

การจัดการศึกษาสำหรับบุคลากรทางสุขภาพยังขาดความต่อเนื่องเชื่อมโยงและสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพและสังคมทำให้ส่งผลต่อสมรรถนะของบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา ดังนั้นการพัฒนาหลักสูตรหรือปรับปรุงการจัดการศึกษาควรต้องอยู่บนฐานของความร่วมมือของระบบการจัดการศึกษาและระบบสุขภาพ รวมทั้งต้องมีกระบวนการเรียนที่เพียงพอในการสร้างประสบการณ์และการฝึกการทำงานเป็นทีมร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพ (ChuenKongkaew, 2016) องค์การอนามัยโลกได้กล่าวถึงการจัดการเรียนการสอนแบบหลากหลายสาขามาตั้งแต่สามสิบปีที่แล้วว่าเป็นการจัดการเรียนการสอนที่มีนักศึกษาและผู้ปฏิบัติจากหลากหลายสาขาทางด้านสุขภาพมาเรียนรู้ร่วมกันและมาฝึกกิจกรรมความร่วมมือกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันความเจ็บป่วย ให้การรักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้รับบริการ (WHO, 1987) อีก 20 ปีต่อมาการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพได้รับความสนใจจากทั่วโลกว่าเป็นการจัดการเรียนการสอนอีกวิธีหนึ่งที่เกิดประโยชน์ต่อผู้เรียน (Hammick, Freeth, Koppel, & Reeves, 2007) การจัดการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพเป็นการเรียนการสอนที่มีการร่วมมือระหว่างสองวิชาชีพหรือมากกว่า หรือวิชาชีพอื่น ๆ นอกเหนือวิชาชีพสุขภาพ พัฒนาความสามารถในการแบ่งปันความรู้ ทักษะ เสริมสร้างความเข้าใจ ความร่วมมือทั้งในด้านการศึกษาการทำงานและการวิจัยร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ (Wannakrairote, 2016) โดยเน้นกิจกรรมการเรียนรู้ที่ทำให้ผู้เรียนได้มีโอกาสเรียนรู้และทำงานร่วมกัน ผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่ส่งเสริมการใช้ประสบการณ์ตรง สร้างวงจรการเรียนรู้และตอบสนองต่อความต้องการของสังคม ส่งผลให้เกิดการสร้างกระบวนการทัศน์ใหม่ในการเรียนรู้ โดยมีเป้าหมายสูงสุด คือ เพื่อให้บัณฑิตได้ฝึกการทำงานร่วมกันแบบสหวิชาชีพ และยังเป็นวิธีการเรียนที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาความสามารถในการแบ่งปันความรู้ทักษะ เสริมสร้างความเข้าใจและความร่วมมือทั้งในด้านการศึกษา การทำงาน

และการวิจัยร่วมกันระหว่างสาขาวิชาชีพ (Barr,2009) สำหรับการศึกษาแบบสหสาขาวิชาชีพมุ่งเน้นการเกิดผลลัพธ์ ได้แก่ การรู้จักบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ (Roles/Responsibilities) หมายถึง การรับรู้และเข้าใจใน สถานภาพ ตำแหน่ง หน้าที่และพฤติกรรมแสดงตามองค์ความรู้ตามวิชาความรู้ที่กำลังศึกษาหรือสำเร็จ การศึกษาตามศาสตร์ของวิชาชีพ และการทำงานเป็นทีม (Team Work) หมายถึง ทักษะและการปฏิบัติกิจกรรม ร่วมกันกับวิชาชีพอื่น ๆ มีการวางแผนการทำงานร่วมกัน มีการมอบหมายบทบาทหน้าที่ตามศาสตร์ของวิชาชีพ (ChuenKongkaew, 2018) การจัดการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์หลาย ประการ เช่น ทำให้ผู้เรียนเกิดการรับรู้และเข้าใจบทบาทตามสาขาวิชาชีพและความสามารถในการทำงานเป็นทีม เพิ่มมากขึ้น (ChuenKongkaew, 2018) การจัดการเรียนแบบสหวิชาชีพเป็นการเตรียมความพร้อมให้บุคลากร ทำงานแบบสหวิชาชีพ เพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวม (Wannakrairote, 2016) การเตรียมความพร้อมต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพจึงเป็นการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพ

แนวคิดความพร้อมต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพของ Mc.Fadyen (2005) ได้อธิบายความพร้อมต่อการ เรียนแบบสหวิชาชีพมีทั้งสิ้น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านการทำงานร่วมกันเป็นทีม 2) ด้านเอกลักษณ์การเรียน ร่วมทางลบ 3) ด้านบทบาทและความรับผิดชอบของวิชาชีพในการเรียนร่วม และ 4) ด้านเอกลักษณ์การเรียนร่วม ทางบวก ซึ่งด้านการทำงานร่วมกันเป็นทีมเป็นการใช้คุณค่าของการสร้างความสัมพันธ์และหลักการพลวัตของ ทีมเพื่อปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพในบทบาทในทีมที่แตกต่างกันในการวางแผนและดูแลผู้ป่วยหรือ ผู้รับบริการ โดยมีผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางให้มีความปลอดภัย ทันเวลา มีประสิทธิภาพมีประสิทธิผล และเป็นธรรม ด้านบทบาทและความรับผิดชอบของวิชาชีพในการเรียนร่วมเป็นการใช้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ บทบาทวิชาชีพของตนเองและวิชาชีพสุขภาพอื่นเพื่อการประเมินและตอบสนองความต้องการด้านการดูแล สุขภาพของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการและประชาชนได้อย่างเหมาะสม ส่วนด้านเอกลักษณ์การเรียนร่วมทางลบและ ด้านเอกลักษณ์การเรียนร่วมทางบวกเป็นการทำงานกับบุคคลในวิชาชีพสุขภาพอื่น ๆ เพื่อจรรโลงบรรยากาศของ ความเคารพซึ่งกันและกันและกันและกันและมีค่านิยมร่วมกัน (ChuenKongkaew, 2018) และยังเกิดผลลัพธ์เชิงคุณค่าจากการ เรียนแบบสหวิชาชีพคือด้านคุณค่าทางสังคม อาจารย์และนักศึกษาเกิดการเรียนรู้ ร่วมกันระหว่างสหสาขาอาชีพ รวมถึงการเพิ่มขีดความสามารถของแต่ละบุคคลในการพัฒนางานร่วมกัน โดยมีอาจารย์ผู้สอน เป็นผู้ช่วยสร้างแรงบันดาลใจ ให้คำปรึกษา ทำให้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นความทรงจำที่ดี (Tanglakmankhong, Khammathit, Thammawongsa, & Ardpara, 2019)

อย่างไรก็ตามการจัดการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพยังไม่เพียงพอกับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ ในปัจจุบัน จำเป็นต้องมีการจัดการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพนั้นควรต้องให้นักศึกษาที่มาจากหลากหลาย วิชาชีพมากกว่าหนึ่งวิชาชีพหรือมีเฉพาะวิชาชีพสุขภาพเข้ามามีกิจกรรมร่วมกัน และปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันเพื่อ ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของประชาชน ซึ่งก่อนการจัดการเรียนรู้ควรต้องมีการประเมินความพร้อมต่อการ เรียนรู้แบบสหวิชาชีพของผู้เรียนก่อน จึงควรมีการศึกษาเพื่อค้นหาคำตอบและตัวบ่งชี้ความพร้อมต่อการ เรียนแบบหลากหลายวิชาชีพของนักศึกษาอุดมศึกษา ซึ่งได้แก่ 1) นักศึกษาพยาบาล มีบทบาทในการ รักษาพยาบาล 2) นักศึกษาสาธารณสุข มีบทบาทในการแนะนำให้สุขภาพศึกษา 3) นักศึกษาวิศวกรรม มีบทบาท ออกแบบนวัตกรรมดูแลสุขภาพ และ 4) นักศึกษาอาชีวศึกษา มีบทบาทในการดูแลด้านการประกอบอาหาร โดยการดูแลสุขภาพชุมชนนั้นต้องร่วมกับทีมสุขภาพ จึงทำการศึกษาเพื่อกำหนดองค์ประกอบย่อยและตัวบ่งชี้ อะไรบ้างเพื่อใช้ในการวัดและประเมินความพร้อมนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา จะเกิดประโยชน์ต่อการนำไป ประยุกต์ใช้ในเตรียมความพร้อมนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาต่อการเรียนการสอนแบบหลากหลายวิชาชีพ ซึ่ง ผู้สอนจะได้ออกแบบวิธีการเรียนการสอนและหัวข้อการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับความพร้อมของผู้เรียนและ เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการเรียนรู้ต่อไป

## วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ความพร้อมต่อการเรียนแบบหลากหลายวิชาชีพของนักศึกษาอุดมศึกษา

## กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความพร้อมต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพของ McFadyen (2005) ซึ่งได้สร้างเครื่องมือเกี่ยวกับความพร้อมต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพ (Readiness for Interprofessional Learning Scale: RIPLS) ซึ่ง Rukrun (2017) ได้แปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยและแปลจากไทยเป็นอังกฤษ (Backward and Forward Translation) โดยมีองค์ประกอบความพร้อมต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพของนักศึกษาอุดมศึกษา 4 องค์ประกอบ จำนวน 19 ตัวบ่งชี้ ซึ่งประกอบด้วย 1) ด้านการทำงานร่วมกันเป็นทีม มีจำนวน 9 ตัวบ่งชี้ 2) ด้านเอกลักษณ์การเรียนรู้ร่วมทางลบ มีจำนวนตัวบ่งชี้ 3 ตัวบ่งชี้ 3) ด้านบทบาทและความรับผิดชอบของวิชาชีพในการเรียนร่วม มีจำนวน 3 ตัวบ่งชี้ และ 4) ด้านเอกลักษณ์การเรียนรู้ร่วมทางบวกมีจำนวน 4 ตัวบ่งชี้

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีเชิงปริมาณ (Quantitative Research)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ นักศึกษาระดับอุดมศึกษาในจังหวัดสุรินทร์ จำนวน 4 แห่ง คือ

- 1) นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ จำนวน 423 คน
- 2) นักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ จำนวน 1,272 คน
- 3) นักศึกษาสาขาวิชาวิศวกรรมไฟฟ้า คณะเกษตรศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสุรินทร์ จำนวน 1,843 คน และ
- 4) นักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง วิทยาลัยอาชีวศึกษาสุรินทร์ จำนวน 678 คน ปีการศึกษา 2562 รวมทั้งสิ้น 4,216 คน

กลุ่มอย่าง ได้แก่ นักศึกษาระดับอุดมศึกษาในจังหวัดสุรินทร์ จำนวน 4 แห่ง คือ 1) นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ชั้นปีที่ 2 จำนวน 41 คน 2) นักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ ชั้นปีที่ 2 จำนวน 114 คน 3) นักศึกษาสาขาวิชาวิศวกรรมไฟฟ้า คณะเกษตรศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสุรินทร์ ชั้นปีที่ 2 จำนวน 165 คน และ 4) นักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง วิทยาลัยอาชีวศึกษาสุรินทร์ ชั้นปีที่ 2 จำนวน 60 คน ปีการศึกษา 2562 รวมทั้งสิ้น 380 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20 เท่าของตัวบ่งชี้ (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีตัวบ่งชี้ จำนวน 19 ตัวบ่งชี้ ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมควรมีจำนวน 380 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ โดยคำนวณสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา จากนั้นนำจำนวนกลุ่มตัวอย่างหารด้วยประชากรทั้งหมดแล้วจึงสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละวิทยาลัยโดยใช้วิธีหยิบลูกบอลแบบไม่คืน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถาบันการศึกษา ชั้นปี เกรดเฉลี่ยสะสมและประสบการณ์เรียนแบบสหวิชาชีพ และส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความพร้อมต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพของนักศึกษาอุดมศึกษา จำนวนทั้งสิ้น 19 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Rating Scale) โดยมีข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 15 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบจำนวน 4 ข้อ มีระดับการให้คะแนน 1- 5 คะแนน คือ มีความพร้อมมากที่สุด (5 คะแนน) มีความพร้อมมาก (4 คะแนน) มีความพร้อมปานกลาง (3 คะแนน) มีความพร้อมน้อย (2 คะแนน) และพร้อมน้อยที่สุด (1 คะแนน)

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามความพร้อมต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพจากเครื่องมือ Readiness For Interprofessional Learning Scale (RIPLS) ที่พัฒนาโดย McFadyen (2005) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเครื่องมือโดยภาพรวมที่มีการใช้ในหลายประเทศ มากกว่า .80 แต่ในรายด้านอยู่ที่ .41 - .89 และแบบสอบถามฉบับนี้ยังแปลเป็นภาษาจีนซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84 (Zhewei, Yihan, & Yang, 2018)

RIPLs ฉบับภาษาไทยที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ขออนุญาตใช้ฉบับที่ Rakrung (2017) ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษได้ดำเนินการในกระบวนการแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และแปลจากไทยเป็นอังกฤษ (Backward and Forward Translation) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาจำนวน 2 ท่าน ส่วนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามฉบับภาษาไทยจากการทดสอบเครื่องมือวิจัยในกลุ่มที่มีลักษณะตัวอย่างที่จะเก็บข้อมูลจริงในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ชั้นปีที่ 1 จำนวน 15 คน และนักศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขางานเทคนิคก่อสร้าง วิทยาลัยเทคนิคสุรินทร์ ชั้นปีที่ 2 จำนวน 15 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน ได้ค่าเท่ากับ .91

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือไปยังผู้อำนวยการและอธิการบดีแต่ละสถาบันการศึกษา จากนั้นชี้แจงผู้ช่วยวิจัยแต่ละสถาบันการศึกษา เพื่อความเข้าใจ และเป็นไปในทิศทางเดียวกันตามวัตถุประสงค์วิจัย แล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามจัดทำในรูปของ Google Form ให้กลุ่มตัวอย่างตอบในชั้นเรียนโดยใช้เวลา 15 – 20 นาที ข้อมูลจาก Google Form จะถูกบันทึกในรูป Spread Sheet พร้อมทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป พบว่ามีแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 380 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

## การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) สกัดปัจจัย (Factor Extraction) ด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis: PCA) ใช้วิธีหมุนแกนองค์ประกอบ (Factor Rotation) แบบออร์โธโกนอล (Orthogonal Rotation) ด้วยวิธีแวนริแมกซ์ (Varimax) และกำหนดน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loading) มากกว่า .50 ทั้งนี้ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลมีลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบ ๆ เส้นตรง ดังนั้นสรุปได้ว่า ลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ
2. ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์องค์ประกอบ โดยพิจารณาความเหมาะสมของข้อมูลจากค่าดัชนีไคเซอร์ - เมเยอร์ - ออลกิน (The Kaiser - Mayer - Olkin Measure of Sampling Adequacy: (MSA)) พบว่ามีค่าเท่ากับ .837 ซึ่งมีค่าสูงกว่า .50 และค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่าข้อมูลมีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก และค่าไควสแควร์ (Chi-Square) ที่ได้จาก Bartlett's Test of Sphericity มีค่าเท่ากับ 3469.331 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สรุปได้ว่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นจึงมีความเหมาะสมในการนำข้อมูลไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

## จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ได้หนังสือรับรองเลขที่ P-EC 06-02-62 ลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2563

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.20 มีอายุเฉลี่ย 19.73 ปี ( $SD=2.08$ ) อายุต่ำสุด 17 ปีและอายุสูงสุด 32 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.90 เป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ ร้อยละ 48.90 รองลงมาเป็นนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ร้อยละ 27.90 นักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษาสุรินทร์ ร้อยละ 12.50 และนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสุรินทร์ ร้อยละ 10.60 ตามลำดับ เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 49.80 เกรดเฉลี่ยสะสมต่ำสุด 2.00 และเกรดเฉลี่ยสะสมสูงสุด 3.89 และนักศึกษาส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ ร้อยละ 67.10

2. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบและตัวบ่งชี้ความพร้อมต่อการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพของนักศึกษาอุดมศึกษา

**ตาราง 1** ค่าไอเกน ร้อยละของความแปรปรวนและร้อยละสะสมของความแปรปรวนองค์ประกอบความพร้อมต่อการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพของนักศึกษาอุดมศึกษา

องค์ประกอบ	ค่าไอเกน	ร้อยละของความแปรปรวน	ร้อยละสะสมของความแปรปรวน
ประโยชน์ของการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ	8.10	42.64	42.64
ความยากลำบากต่อการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ	2.60	13.68	56.32

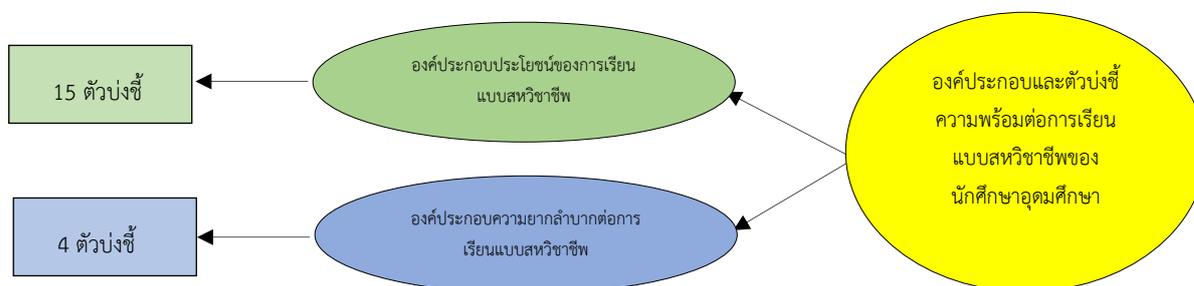
**ตาราง 2** ค่าน้ำหนักองค์ประกอบความพร้อมต่อการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพของนักศึกษาอุดมศึกษา

องค์ประกอบ/ตัวบ่งชี้	ค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้
<b>ประโยชน์ของการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ</b>	
1. เกิดประสิทธิภาพในการทำงานของทีมสุขภาพ	.428
2. ผู้ป่วยได้รับสิทธิประโยชน์สูงสุด	.506
3. เพิ่มความสามารถในการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพ	.555
4. เกิดทักษะการสื่อสารกับสาขาสุขภาพอื่น	.493
5. เกิดทักษะการทำงานเป็นทีมทุกสาขาในการเรียนรู้	.544
6. ได้เรียนรู้ข้อจำกัดการทำงานของตัวเอง	.594
7. เกิดสัมพันธภาพที่ดีในการทำงานร่วมกัน	.560
8. ทำให้เกิดมุมมองที่ดีกับสาขาวิชาชีพอื่น	.550
9. สร้างความไว้วางใจ และเคารพสิทธิ์ซึ่งกันและกัน	.524
10. มีทักษะการสื่อสารที่ดีกับผู้บริหารสุขภาพ	.522
11. เป็นโอกาสที่ดีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสาขาวิชาชีพอื่น	.596
12. สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการได้ครอบคลุม	.566
13. เกิดการรับรู้บทบาทหน้าที่ของตัวเองเพิ่มขึ้น	.545
14. แต่ละสาขาวิชาชีพมีความสำคัญในการสนับสนุนทีมสุขภาพ	.493
15. เกิดองค์ความรู้จากการให้บริการสุขภาพ	.430
<b>ความยากลำบากต่อการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ</b>	
1. ใช้ระยะเวลามากในการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ	.739
2. ไม่มีความจำเป็นสำหรับนักศึกษาระดับอุดมศึกษา	.787
3. ไม่สามารถเชื่อมโยงสู่การให้บริการสุขภาพได้	.663
4. รับรู้บทบาทของตัวเองได้ไม่ชัดเจน	.606

จากตาราง 1 และ 2 พบว่าตัวบ่งชี้ความพร้อมต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพของนักศึกษาอุดมศึกษา จำนวน 19 ตัวบ่งชี้ จัดเป็นองค์ประกอบได้ 2 องค์ประกอบ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวบ่งชี้ 19 ตัวบ่งชี้ ได้ร้อยละ 56.32 โดยมีค่าไอเกน เท่ากับ 8.10 และ 2.60 ทั้งนี้ความแปรปรวนองค์ประกอบประโยชน์ของการเรียนแบบสหวิชาชีพค่าสูงสุด ร้อยละ 42.64 รองลงมาองค์ประกอบความยากลำบากต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพมีส่วนร่วม มีค่าแปรปรวน ร้อยละ 13.68 โดยมีรายละเอียดแต่ละองค์ประกอบดังนี้ (ภาพ 1)

1. องค์ประกอบประโยชน์ของการเรียนแบบสหวิชาชีพ มี 15 ตัวบ่งชี้ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้สูงสุด คือร้อยละ 42.64 มีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ .596 - .428 โดยเรียงลำดับค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้จากมากไปน้อยดังนี้ 1) เป็นโอกาสที่ดีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสาขาวิชาชีพอื่น 2) ได้เรียนรู้ข้อจำกัดการทำงานของตัวเอง 3) สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการได้ครอบคลุม 4) เกิดสัมพันธภาพที่ดีในการทำงานร่วมกัน 5) เพิ่มความสามารถในการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพ 6) ทำให้เกิดมุมมองที่ดีกับสาขาวิชาชีพอื่น 7) เกิดการรับรู้บทบาทหน้าที่ของตัวเองเพิ่มขึ้น 8) เกิดทักษะการทำงานเป็นทีมทุกสาขาในการเรียนรู้ 9) สร้างความไว้วางใจ และเคารพสิทธิซึ่งกันและกัน 10) มีทักษะการสื่อสารที่ดีกับผู้รับบริการสุขภาพ 11) ผู้ป่วยได้รับสิทธิประโยชน์สูงสุด 12) เกิดทักษะการสื่อสารกับสาขาสุขภาพอื่น 13) แต่ละสาขาวิชาชีพมีความสำคัญในการสนับสนุนทีมสุขภาพ 14) เกิดองค์ความรู้จากการให้บริการสุขภาพ 15) เกิดประสิทธิภาพในการทำงานของทีมสุขภาพ

2. องค์ประกอบความยากลำบากต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพ มี 4 ตัวบ่งชี้ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 13.68 มีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ .739 - .606 โดยเรียงลำดับค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้จากมากไปน้อย ดังนี้ 1) ใช้ระยะเวลามากในการเรียนแบบสหวิชาชีพ 2) ไม่มีความจำเป็นสำหรับนักศึกษาระดับอุดมศึกษา 3) ไม่สามารถเชื่อมโยงสู่การให้บริการสุขภาพได้ 4) รับรู้บทบาทของตัวเองได้ไม่ชัดเจน



ภาพ 1 องค์ประกอบความยากลำบากต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพมีส่วนร่วม

## อภิปรายผล

จากแบบสอบถามความพร้อมต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพ จากเครื่องมือ Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) ที่พัฒนาโดย McFadyen (2005) ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การทำงานร่วมกันเป็นทีม 2) เอกลักษณะการเรียนรู้ร่วมทางบวก 3) เอกลักษณะการเรียนรู้ร่วมทางลบ และ 4) บทบาทและความรับผิดชอบของวิชาชีพในการเรียนร่วม ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับองค์ประกอบความพร้อมต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพของนักศึกษาอุดมศึกษาเป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ประโยชน์ของการเรียนแบบสหวิชาชีพ และ 2) ความยากลำบากต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพ เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มีความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งที่เป็นกลุ่มของวิทยาศาสตร์สุขภาพและกลุ่มของสายอาชีพ จึงมีการปรับเปลี่ยนองค์ประกอบและตัวชี้วัดเพื่อให้ได้เครื่องมือในการประเมินความพร้อมต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาให้มีประสิทธิภาพ

องค์ประกอบประโยชน์ของการเรียนแบบสหวิชาชีพซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Illingworth, & Chelvanayagam (2007) ที่ศึกษาประโยชน์ของการเรียนแบบสหวิชาชีพในการดูแลสุขภาพ ซึ่งได้อธิบายว่า การ

เรียนแบบสหวิชาชีพเกิดประโยชน์ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ 1) เพื่อนร่วมงาน (Partnership Working) 2) ประโยชน์สำหรับผู้ให้บริการ (Benefits for Service Providers) 3) ประโยชน์สำหรับสถาบันอุดมศึกษา (Benefits for Higher Education Institutions) และ 4) ประโยชน์สำหรับนักศึกษา (Benefits for Students) ซึ่งรูปแบบที่ทำให้เกิดประโยชน์ในการเรียนแบบสหวิชาชีพ ได้แก่ 1) การเรียนร่วมกันในห้องเรียน (Merging Classes) 2) การใช้สถานการณ์จำลองในการเรียนการสอน (Simulation) 3) การเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Initiatives) และ 4) การเรียนในระบบออนไลน์ (E-learning) (Illingworth, & Chelvanayagam, 2017) และมีการศึกษาของ Patricia (2019) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประโยชน์ของการเรียนแบบสหวิชาชีพและการทำงานเป็นทีมในการฝึกอบรม พบว่าประโยชน์ของการเรียนแบบสหวิชาชีพ ได้แก่ พัฒนาความสัมพันธ์ส่วนตัว (Development of Personal Relationships) การปรับปรุงด้านการเรียนการสอน (Improved Education) การปรับปรุงด้านการดูแลผู้ป่วย (Improved Patient Care) การปรับปรุงด้านความพึงพอใจในการทำงาน (Improved Job Satisfaction) ซึ่งจะเห็นว่าการเห็นประโยชน์ของการเรียนแบบสหวิชาชีพเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความพร้อมในการเรียนแบบสหวิชาชีพ

องค์ประกอบความยากลำบากต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Daly (2004) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเข้าใจกับความยากลำบากในการการเรียนแบบสหวิชาชีพ ได้อธิบายว่าสิ่งที่มีความยากลำบากหรืออุปสรรคในการเรียนแบบสหวิชาชีพ ได้แก่ การสื่อสารระหว่างกลุ่ม (Communication Between Groups) อัตลักษณ์ของวิชาชีพ (Professional Identity) ความแตกต่างของหลักการดูแลผู้ป่วย (Differences in Philosophies of Care) ซึ่งจะเห็นว่าความยากลำบากในการเรียนแบบสหวิชาชีพนั้นเป็นการรับรู้ที่ส่งผลให้เกิดความพร้อมในการเรียนแบบสหวิชาชีพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Sethasathien (2015) ที่พบว่าการจัดการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพในระดับอุดมศึกษานั้นมีอุปสรรคหรือความยากลำบากหลายประการ เช่น แต่ละหลักสูตรจัดการเรียนการสอนเต็มเวลาของหลักสูตร และกำหนดเวลาตามความเหมาะสมของแต่ละหลักสูตร จึงยากต่อการประสานและกำหนดช่วงเวลาในการจัดเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพ แต่เมื่อได้ทดลองจัดการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษาได้รับประสบการณ์จริงแล้วพบว่านักศึกษาร้อยละ 97.70 มีความพร้อมต่อการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพมากขึ้น จึงอาจกล่าวได้ว่าหากมีการรับรู้ประโยชน์ของการเรียนแบบสหวิชาชีพมากกว่าความยากลำบากในการเรียนแบบสหวิชาชีพก็จะทำให้เกิดความพร้อมต่อการเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพมากขึ้น

เมื่อพิจารณาจากค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ (Factor Loading) พบว่า ตัวบ่งชี้ที่มีค่าตัวบ่งชี้สูงสุดในองค์ประกอบประโยชน์ของการเรียนแบบสหวิชาชีพ คือ เป็นโอกาสที่ดีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสาขาวิชาชีพอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rakrung (2017) ที่ศึกษาความพร้อมในการเรียนการสอนแบบสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Sethasathien (2015) ที่ศึกษารูปแบบการเรียนแบบสหวิชาชีพ ณ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งกล่าวได้ว่า หัวใจหลักของการเรียนแบบสหวิชาชีพ คือ การได้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสาขาวิชาชีพอื่น ทั้งในด้านประสบการณ์ องค์ความรู้ และทัศนคติของแต่ละสาขาวิชาชีพ ทำให้เกิดความเข้าใจและการรับฟังมากขึ้นส่งผลให้สามารถทำงานร่วมกันในการแก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนตัวบ่งชี้ที่มีค่าตัวบ่งชี้สูงสุดในองค์ประกอบความยากลำบากต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพ คือ ไม่มีความจำเป็นสำหรับนักศึกษาระดับอุดมศึกษา กล่าวได้ว่า การเรียนการสอนแบบสหวิชาชีพยังไม่แพร่หลายมากนัก และยังมีวิธีการขั้นตอนในการเรียนการสอนที่เป็นแบบแผน มีกติกาหรือข้อกำหนดในการเรียนการสอนที่แตกต่างกันไปในแต่ละสถาบันการศึกษา ในขณะที่วิธีหรือกระบวนการเรียนแบบสหวิชาชีพมีความหลากหลาย โดยเน้นให้ปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน อาจส่งผลให้ผู้เรียนคิดว่ามีความยุ่งยากในการมาทำกิจกรรมระหว่างกันและทำกิจกรรมร่วมกัน และใช้เวลานานมากกว่าจากการเรียนทฤษฎี จึงทำให้นักศึกษาคิดว่าไม่มีความจำเป็นในการเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพในนักศึกษาระดับอุดมศึกษา

## การนำผลการวิจัยไปใช้

ในการจัดการเรียนแบบสหวิชาชีพของนักศึกษาอุดมศึกษาที่เป็นนักศึกษาหลักสูตรด้านการแพทย์พยาบาล สาธารณสุขและในหลักสูตรอื่น ๆ ควรนำทั้ง 2 องค์ประกอบ 19 ตัวบ่งชี้ มาประเมินความพร้อมต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพของนักศึกษาก่อนทำการเรียนการสอนเพื่อจัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับความพร้อมในด้านประโยชน์ของการเรียนแบบสหวิชาชีพและความยากลำบากต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพ ซึ่งจะเกิดประสิทธิภาพในการเรียนรู้และจะเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการเรียนแบบสหสาขาวิชาชีพต่อไป

## ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพื่อยืนยันเชิงทฤษฎีขององค์ประกอบและตัวบ่งชี้ความพร้อมต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพของนักศึกษาอุดมศึกษาโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรรวมระหว่างตัวแปรที่เป็นคุณลักษณะที่สังเกตได้
2. การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินความพร้อมต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพที่พัฒนามาจากต่างประเทศ ซึ่งอาจจะมีบริบทของระบบการศึกษา ระบบการสาธารณสุขที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้นควรศึกษาเพิ่มเติมถึงแนวคิดทฤษฎีที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยเพื่อให้สามารถนำไปใช้ในการประเมินความพร้อมต่อการเรียนแบบสหวิชาชีพที่เหมาะสมกับนักศึกษาระดับอุดมศึกษาของประเทศไทย

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรบุรี ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

## References

- Barr, H. (2009). An Anatomy of Continuing Interprofessional Education. *J Contin Educ Health Prof*, 29, 147–150.
- ChuenKongkaew, W. (2016). *Interprofessional Education*. Bangkok: P. A. Living. (in Thai)
- ChuenKongkaew, W. (2018). *Interprofessional Education*. (2<sup>nd</sup> Edition). Bangkok: P. A. Living. (in Thai)
- Daly, G. (2004). Understanding the Barriers to Multiprofessional Collaboration. *Nursing Times*, 100(9), 78–79.
- Hair, Black, Babin, & Anderson. (2010). *Multivariate Data Analysis*. (7<sup>th</sup> Edition). New Jersey: Pearson Education.
- Hammick, M., Freeth, D., Koppel, I., & Reeves, S. (2007). A Best Evidence Systematic Review of Interprofessional Education: BEME Guide no.9. *Med Teach*, 29, 735-751.
- Illingworth, P., & Chelvanayagam, S. (2007). Benefits of Interprofessional Education in Health Care. *British Journal of Nursing*, 16(2), 121-124.
- Illingworth, P., & Chelvanayagam, S. (2017). The Benefits of Interprofessional Education 10 Years on. *British Journal of Nursing*, 26(14), 814-817.
- McFadyen, A. K. (2005). The Readiness for Interprofessional Learning Scale: a Possible Morestable Sub-Scale Model for the Original Version of RIPLS. *J Interprof Care*, 19(6), 595-603.



- Patricia, A. (2019). The Benefits of Interprofessional Learning and Teamwork in Primary Care Ambulatory Training Settings. *Journal of Interprofessional Education & Practice, 15*, 119–126.
- Rakrungs, K. (2017). Readiness for Interprofessional Learning of Sophomore and Junior Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Suratthani. *The 6<sup>th</sup> Active Learning Conference: How Active Learning answer Thailand 4.0 (pp.220-233)*. Suratthani, Walailak University. 2018. (in Thai)
- Sethasathien, S. (2015). A Model of Interprofessional Education (IPE) in Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Udonthani Hospital. *J Thai Rehabil Med, 25(2)*, 65-70. (in Thai)
- Tanglakmankhong, K., Khammathit, A., Thammawongsa, N., & Ardpara, A. (2019). The Effectiveness of the Nursing Innovation Course, Using Transprofessional Education Approach on Readiness for Transprofessional Skill and the 21<sup>st</sup> Century Skill. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 6(2)*, 126-139. (in Thai)
- Wannakrairote, P. (2016). *The Suggestions on the Development of Specific Health Professional Education for Reform of Educational and Teaching Institutions*. Nonthaburi: The National Health Professions Education Foundation. (in Thai)
- World Health Organization. (1987). Learning Together to Work Together for Health. *Report of a WHO study Group on Multiprofessional Education of Health Personnel: The Team Approach, Technical Report Series 769*; 1987 October 12-16; Geneva. Geneva: World Health Organization.
- Zhewei, Li., Yihan, Sun., & Yang Zhang. (2018). *Adaptation and Reliability of the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) in the Chinese Health Care Students Setting*. BMC Medical Education, 18,309. doi.org/10.1186/s12909-018-1423-8.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลสอบภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่  
Factors Related to the English Test Score of Nursing Students  
at Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai

เกศราภรณ์ ชูพันธ์<sup>1\*</sup> และ กานต์รวี คำซึ้ง<sup>1</sup>  
Kesaraporn Chooapun<sup>1\*</sup> and Karnrawee Khamchang<sup>1</sup>  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่<sup>1\*</sup>  
Boromarajonani College of Nursing, Chiangmai<sup>1\*</sup>

(Received: December 31, 2019; Revised: September 01, 2020; Accepted: October 07, 2020)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลสอบภาษาอังกฤษ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2561 จำนวน 235 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ และ Fisher's Exact Test ผลการวิจัยพบว่า

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 มีผลการสอบภาษาอังกฤษของสถาบันพระบรมราชชนกผ่านเกณฑ์ในระดับ Upper intermediate (> 51 คะแนน) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 78.30 ไม่ผ่านเกณฑ์ โดยมีผลการสอบในระดับ Lower Intermediate ระดับชั้นปีและเกรดวิชาภาษาอังกฤษมีความสัมพันธ์กับผลสอบ ภาษาอังกฤษของสถาบันพระบรมราชชนก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ส่วนการรับรู้และความตระหนักในการสอบภาษาอังกฤษ และระยะเวลาการเรียนภาษาอังกฤษไม่มีความสัมพันธ์กับผลสอบภาษาอังกฤษของสถาบันพระบรมราชชนก

สามารถนำไปวางแผนการจัดการเรียนการสอนวิชาภาษาอังกฤษเพื่อส่งเสริมทักษะการฟัง การอ่าน การพูด และการเขียน ควรบูรณาการวิชาภาษาอังกฤษกับวิชาทางการพยาบาลมากขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้เรียนมีผลการเรียนและทักษะภาษาอังกฤษในระดับดี และสามารถใช้องค์ความรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** การสอบภาษาอังกฤษ, นักศึกษาพยาบาล, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kesaraporn@bcnc.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 085-7157756)

## Abstract

This descriptive research aimed to identify factors related to the English test score among 235 nursing students of Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai in academic year 2018 using stratified sampling. Data collection was conducted through a questionnaire with Cronbach's alpha value of 0.81. Descriptive statistics, Chi-square Test, and Fisher's Exact Test were used to explain factors related results for English examination.

Findings reported that 20% of the sample groups passed the English exam at the upper intermediate level (score > 51), whereas a majority of sample (78.30%), with lower intermediate level, did not pass the exam. Education level (years of study) and English grades had significantly related with the English Examination ( $p < 0.01$ ). However, duration of learning English as well as perception and awareness of the exam had no significantly relationship with the English examination.

The results of this research can be used to develop the teaching and learning strategies to enhance listening, reading, speaking and writing skills. English language should be integrated into nursing subjects to help students to achieve good academic performance and improve English language skills to be able to use English for effective communication in a medical context.

**Keywords:** English Examination, Nursing Students, Related Factors

## บทนำ

กฎบัตรอาเซียนข้อ 34 บัญญัติว่า “The Working Language of ASEAN Shall be English คือ ภาษาที่ใช้ในการทำงานของอาเซียน คือ ภาษาอังกฤษ” (Department of ASEAN Affairs, Ministry of Foreign Affairs, 2019) สาขาวิชาพยาบาลได้ทำความตกลง ในการนี้ได้มีการลงนามการให้สัตยาบันในความตกลงรับรองคุณสมบัติผู้ทำงานซึ่งกันและกัน “ข้อตกลงยอมรับร่วมสาขาวิชาพยาบาลของอาเซียน” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) อำนวยความสะดวกแก่การเคลื่อนย้ายพยาบาลวิชาชีพภายในประเทศสมาชิกอาเซียน 2) แลกเปลี่ยนข้อมูลความชำนาญเรื่องมาตรฐานและคุณสมบัติ 3) ส่งเสริมให้มีการสร้างแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับการให้บริการวิชาชีพพยาบาลที่ดีที่สุด และ 4) เปิดโอกาสให้มีการพัฒนาและการฝึกฝนของพยาบาลวิชาชีพสอดคล้องกับนโยบายแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 รวมถึงแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ที่กำหนดยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศด้านบุคลากรที่เน้นการพัฒนาบุคคลเพื่อให้เกิดทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพ (Ministry of Public Health, 2018) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลกระทบต่อข้อกำหนดแนวทางการจัดการเรียนการสอนของสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลเกือบทุกสถาบัน ที่ต้องเร่งพัฒนาสมรรถนะทางภาษาอังกฤษให้กับนักศึกษาพยาบาล

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เล็งเห็นความสำคัญในการยกระดับด้านภาษาของนักศึกษาเพื่อให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมในศตวรรษที่ 21 และเพื่อเป็นการยกระดับมาตรฐานการจัดการศึกษาให้สอดคล้องกับนโยบายชาติ จึงมีนโยบายให้จัดสอบภาษาอังกฤษให้กับนักศึกษาพยาบาลของทุกวิทยาลัยในสังกัด ปีการศึกษาละ 2 ครั้ง ข้อสอบที่ใช้วัดสมรรถนะทางภาษาอังกฤษ (English Proficient) เทียบเคียงกับมาตรฐานของ Common European Framework of Reference for Languages (CEFR) ประกอบด้วย 1) Listening and Comprehension 30 คะแนน 2) Grammar and Writing 30 คะแนน และ 3) Reading Comprehension 40 คะแนน นำคะแนนรวมที่ได้แบ่งระดับ ดังนี้ คือ ระดับ Beginner (0-25 คะแนน) Lower Intermediate (26-50 คะแนน) Upper Intermediate (51-75 คะแนน) และ Advanced

(76-100 คะแนน) โดยกำหนดเกณฑ์ผ่านตั้งแต่ ระดับ Upper Intermediate คือ มีคะแนนตั้งแต่ 51 คะแนนขึ้นไป (Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development, 2017)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ มีพันธกิจตามทีอุดมศึกษากำหนด คือ การผลิตและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมีศักยภาพสู่สังคม การวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพที่ทันสมัยได้มาตรฐานเพื่อเป็นกรอบระดับมาตรฐานการจัดการศึกษา วิทยาลัยฯ ได้จัดการเรียนการสอนวิชาภาษาอังกฤษตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ทั้งหมด 12 หน่วยกิต ครอบคลุมทั้ง 4 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการฟัง การอ่าน การพูดและการเขียน ผลการทดสอบระดับความรู้ภาษาอังกฤษในสถาบันพระบรมราชชนก (PBRI English test) ปีการศึกษา 2559 และ 2560 พบว่า นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ผ่านเกณฑ์ระดับ Upper intermediate (51-75 คะแนน) ร้อยละ 7.44 และ 19.57 ตามลำดับ (Academic department, 2017) นอกจากนี้ยังพบว่าผลการประเมินสมรรถนะด้านภาษาอังกฤษของนักศึกษาปีการศึกษา 2560 อยู่ระดับพอใช้ ยังไม่สามารถนำทักษะด้านการฟัง การพูด การอ่านและการเขียนไปใช้ในการสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงขาดความมั่นใจเมื่อต้องสื่อสารภาษาอังกฤษในการฝึกปฏิบัติงาน (Boromarajonnani College of Nursing, Chiangmai, 2017) จากผลสอบดังกล่าว วิทยาลัยฯ ตระหนักถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาศักยภาพทักษะภาษาอังกฤษของนักศึกษา ให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ของสถาบันพระบรมราชชนก เพื่อเตรียมความพร้อมในการส่งเสริมความเป็นนานาชาติของอุดมศึกษาไทย โดยในปีการศึกษา 2561 วิทยาลัยฯ ได้จัดการเรียนการสอนภาษาอังกฤษสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยมีอาจารย์ผู้สอนทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศ จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถด้านภาษาอังกฤษ เช่น ปัจจัยด้านผู้เรียน วิธีการเรียน และการสอบ แต่การศึกษาประเด็นทักษะภาษาอังกฤษสำหรับวิชาชีพพยาบาลยังมีจำกัด ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาการจัดการเรียนการสอนและส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะภาษาอังกฤษที่ดีขึ้นต่อไป

### วัตถุประสงค์วิจัย

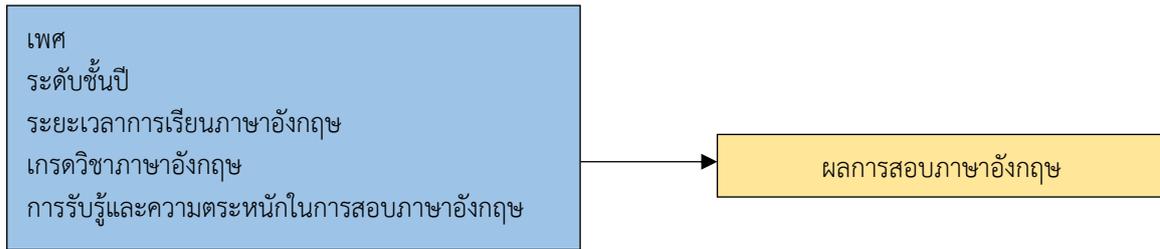
เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2561

### สมมติฐานวิจัย

เพศ ระดับชั้นปี ระยะเวลาการเรียนภาษาอังกฤษ เกรดวิชาภาษาอังกฤษ การรับรู้และความตระหนักในการสอบภาษาอังกฤษ มีความสัมพันธ์กับผลการสอบภาษาอังกฤษ ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2561

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบภาษาอังกฤษของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2561 จึงกำหนดกรอบคิดในการศึกษาจากการทบทวนงานวิจัย (Mangkhang, Yotsena, Pupjain, 2019; Rojanabenjakun, Toopgrajank, & Chandej Charoenwiryakul, 2018; Thorngprim, Thanakoonmetha, & Siridhammanithet, 2018) โดยคัดสรรปัจจัยที่มีความสำคัญและสอดคล้องกับบริบทของวิทยาลัยฯ มาศึกษาวิจัย ประกอบด้วย เพศ ระดับชั้นปี ระยะเวลาการเรียนภาษาอังกฤษ เกรดวิชาภาษาอังกฤษ และการรับรู้และความตระหนักในการสอบภาษาอังกฤษดังที่แสดงไว้ในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2561 จำนวน 611 คน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2561 จำนวน 242 คน ได้จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรทาโร ยามาเน่ (Yamane, 1973) การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1, 2, 3 และ 4 จำนวน 59, 62, 62 และ 59 คน ตามลำดับ รวมทั้งสิ้น 242 คน ทำการสุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายโดยใช้ตารางเลขสุ่ม

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะคำถามปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย เพศ ชั้นปี และระยะเวลาของการเรียนภาษาอังกฤษ
2. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ลักษณะคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย เกรดวิชาภาษาอังกฤษ ในปีการศึกษาที่ผ่านมา และผลสอบภาษาอังกฤษของสถาบันพระบรมราชชนก
3. แบบประเมินการรับรู้และความตระหนักในการสอบภาษาอังกฤษ จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมการเตรียมทางด้านวิชาการและการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิต เป็นแบบประมาณค่า 5 ตัวเลือก การรับรู้และการตระหนักมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (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 ประกอบด้วยอาจารย์สอนภาษาอังกฤษชาวไทย 1 ท่าน และชาวต่างประเทศ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ความสามารถด้านการใช้ภาษาอังกฤษ 1 ท่าน โดยมีค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (Index of Item Objective Congruence, IOC) อยู่ระหว่าง .67-1.00 นำไปทดลองใช้กับ นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2561 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่าแบบประเมินการรับรู้และความตระหนักในการสอบภาษาอังกฤษ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยส่งแบบสอบถาม Google Form ผ่านทางไลน์กลุ่มของนักศึกษา โดยมี เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย (Information Sheet) กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถออกจากการวิจัยในระหว่างการวิจัยได้ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ มีการรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น หากผู้กลุ่มตัวอย่างประสงค์จะเข้าร่วมโครงการวิจัย ต้องให้ความยินยอมโดยกดเลือก “ยินยอม” เข้าร่วมวิจัย ในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Consent Form) เพื่อเริ่มตอบแบบสอบถาม หรือกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยการกดเลือก “ไม่ยินยอม” เพื่อออกจากแบบสอบถาม กำหนดระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 14 วัน ตั้งแต่วันที่ 9-21 พฤศจิกายน 2561 กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม จำนวน 235 คน จาก 242 คน คิดเป็นร้อยละ 97.11

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล เกรดวิชาภาษาอังกฤษ และผลสอบภาษาอังกฤษของสถาบันพระบรมราชชนก วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย เพศ ระดับชั้นปี ระยะเวลาการเรียนภาษาอังกฤษ เกรดวิชาภาษาอังกฤษ การรับรู้และความตระหนักในการสอบภาษาอังกฤษ กับผลการสอบภาษาอังกฤษของสถาบันพระบรมราชชนก ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi Square) และ Fisher's Exact Test

### จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ตามเอกสารรับรองเลขที่ BCNCT09/2561 เมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2561

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 235 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	23	9.79
หญิง	212	90.21
<b>ระดับชั้นปี</b>		
ชั้นปีที่ 1	59	25.11
ชั้นปีที่ 2	61	25.96
ชั้นปีที่ 3	62	26.38
ชั้นปีที่ 4	53	22.55
<b>ระยะเวลาการเรียนภาษาอังกฤษ</b>		
1-12 ปี	86	36.60
มากกว่า 12 ปี	149	63.40
<b>เกรดวิชาภาษาอังกฤษ</b>		
A	51	21.70
B+	70	29.79

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
B	57	24.26
C+	28	11.91
C	14	5.96
D+	8	3.40
D	7	2.98

กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจำนวน 235 คน จาก 242 คน คิดเป็นร้อยละ 97.11 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 90.21 และเพศชายร้อยละ 9.79 กลุ่มตัวอย่างกำลังศึกษาในระดับชั้นปีที่ 1-4 ร้อยละ 25.11, 25.96, 26.38, และ 22.55 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเรียนภาษาอังกฤษตั้งแต่ 1-23 ปี ( $M=13.31$ ,  $SD=3.59$ ) กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 21.70 มีผลการเรียนรายวิชาภาษาอังกฤษอยู่ในระดับดีเยี่ยม (เกรด A) มีเพียงร้อยละ 6.38 ที่มีผลการเรียนวิชาภาษาอังกฤษในระดับอ่อน (เกรด D และ D+) รายละเอียดแสดงในตาราง 1

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้และความตระหนักรู้ในการสอบภาษาอังกฤษ (n = 235 คน)

ระดับ	การรับรู้และความตระหนักรู้ในการสอบภาษาอังกฤษ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง	214	91.06
ปานกลาง	21	8.93
ต่ำ	0	0.00

คะแนนเต็ม 50 คะแนน  
 $M=43.86$ ,  $SD=4.90$   
 $Min=30$ ,  $Max=50$

จากตาราง 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้และความตระหนักรู้ในการสอบภาษาอังกฤษ อยู่ระหว่าง 30-50 คะแนน ( $M=43.86$ ,  $SD=4.90$ ) ส่วนใหญ่ร้อยละ 91.06 มีระดับการรับรู้และความตระหนักรู้ในการสอบภาษาอังกฤษระดับสูง มีเพียงร้อยละ 8.93 มีการรับรู้และความตระหนักรู้ในระดับปานกลาง

## 2. ผลการสอบภาษาอังกฤษ

ตาราง 3 ระดับผลสอบภาษาอังกฤษของสถาบันพระบรมราชชนกจำแนกตามชั้นปี (N = 235 คน)

ชั้นปี	จำนวน (คน)	ระดับผลสอบภาษาอังกฤษของสถาบันพระบรมราชชนก					
		Beginner		Lower Intermediate		Upper Intermediate	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชั้นปีที่ 1	59	3	1.28	51	21.70	5	2.13
ชั้นปีที่ 2	61	1	0.43	52	22.13	8	3.40
ชั้นปีที่ 3	62	0	0.00	47	20.00	15	6.38
ชั้นปีที่ 4	53	0	0.00	34	14.47	19	8.09
รวมชั้นปีที่ 1-4	235	4	1.70	184	78.30	47	20.00

ระดับผลการสอบภาษาอังกฤษของสถาบันพระบรมราชชนก ของกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 78.30 มีคะแนนในระดับ Lower Intermediate และ ร้อยละ 20.00 มีคะแนนในระดับ Upper Intermediate นอกจากนี้ยังพบกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 1.70 มีผลสอบอยู่ในระดับ Beginner เมื่อจำแนกตามระดับชั้นปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างชั้นปีที่ 4 และ ชั้นปีที่ 3 มีผลการสอบในระดับ Upper Intermediate มากที่สุดคือ ร้อยละ 8.09 และ 6.38 ตามลำดับ ส่วนชั้นปีที่ 1 และ 2 มีผลการสอบในระดับ Upper Intermediate น้อยที่สุดเพียงร้อยละ 2.13 และ 3.40 ตามลำดับ รายละเอียดในตาราง 3

นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสอบภาษาอังกฤษของสถาบันพระบรมราชชนก อยู่ระหว่าง 23-74 คะแนน ( $M=44.33$ ,  $SD=8.79$ ) เมื่อจำแนกรายชั้นปีพบว่า กลุ่มตัวอย่างชั้นปีที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด และกลุ่มตัวอย่างชั้นปีที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $M=48.64$ ,  $SD=8.48$ ;  $M=39.42$ ,  $SD=8.72$ )

### 3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบภาษาอังกฤษของสถาบันพระบรมราชชนก

ตาราง 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลสอบภาษาอังกฤษของสถาบันพระบรมราชชนก

ตัวแปร	ผลสอบภาษาอังกฤษ ของสถาบันพระบรมราชชนก		df	$\chi^2$	p-value
	ผ่าน (n=47)	ไม่ผ่าน (n=188)			
ระดับชั้นปีที่ศึกษา			3	15.708	0.001
ชั้นปีที่ 1	5(8.47)	54(91.53)			
ชั้นปีที่ 2	8(13.11)	53(86.89)			
ชั้นปีที่ 3	15(24.19)	47(75.81)			
ชั้นปีที่ 4	19(35.85)	34(64.15)			
เกรดภาษาอังกฤษ			1	7.927 <sup>a</sup>	0.004
ดี/ดีมาก (A-B)	43(24.16)	135(75.84)			
ปานกลาง/พอใช้ (C-D)	4(7.02)	53(92.98)			
การรับรู้และความตระหนักในการสอบ ภาษาอังกฤษ			1	0.209 <sup>a</sup>	0.580
ดี	42(19.63)	172(80.37)			
ปานกลาง/ต่ำ	5(23.81)	16(76.19)			
ระยะเวลาการเรียนภาษาอังกฤษ			1	0.371	0.542
1-12 ปี	19(22.09)	67(77.91)			
> 12 ปี ขึ้นไป	28(18.79)	121(81.21)			

\*a = Fisher's Exact Test

จากตาราง 4 พบว่า ระดับชั้นปี และเกรดวิชาภาษาอังกฤษ มีความสัมพันธ์กับผลสอบภาษาอังกฤษของสถาบันพระบรมราชชนก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) การรับรู้และความตระหนักในการสอบภาษาอังกฤษ และระยะเวลาการเรียนภาษาอังกฤษไม่มีความสัมพันธ์กับผลสอบภาษาอังกฤษของสถาบันพระบรมราชชนก

## อภิปรายผล

### 1. ระดับผลสอบภาษาอังกฤษของสถาบันพระบรมราชชนก

ร้อยละ 20 ของนักศึกษาพยาบาล สอบผ่านการสอบภาษาอังกฤษของสถาบันพระบรมราชชนก ตามกรอบอ้างอิง (CEFR) ในระดับ Upper Intermediate (> 51 คะแนน) มีความสามารถการใช้ภาษาพูดและเขียนได้แทบทุกเรื่องอย่างถูกต้อง และคล่องแคล่วขึ้น รวมทั้งสามารถอ่านและทำความเข้าใจบทความที่มีเนื้อหายากขึ้นได้ (Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development, 2017) อย่างไรก็ตามพบว่า

นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ ร้อยละ 78.30 มีคะแนนสอบภาษาอังกฤษของสถาบันพระบรมราชชนกอยู่ในระดับ Lower intermediate คะแนนน้อยกว่า 51 คะแนน มีความสามารถสื่อสารได้ระดับต้น เข้าใจประโยคและสำนวนที่ใช้บ่อยเกี่ยวกับสิ่งรอบตัว สามารถสื่อสารเรื่องที่ยากและเป็นกิจวัตรที่ต้องมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลโดยตรงและไม่ยุ่งยากเกี่ยวกับสิ่งที่คุ้นเคยหรือทำเป็นประจำ และสามารถอธิบายประวัติของตนเองอย่างง่าย สภาพแวดล้อมขณะที่พูดและเรื่องที่ต้องโต้ตอบทันที ซึ่งเป็นความสามารถที่ต่ำกว่ามาตรฐานของนักศึกษา ระดับอุดมศึกษาที่ต้องมีทักษะภาษาอังกฤษ อย่างน้อยระดับ Upper Intermediate (English Language Institute, 2015) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ณัฏฐ์นรี ฤทธิรัตน์ ที่พบว่า ความสามารถด้านการสื่อสารภาษาอังกฤษของนักศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์อยู่ในระดับพอใช้ (Rittarat, 2016) และสอดคล้องกับรายงานประจำปี 2561 ของสำนักงานจัดอันดับทักษะการใช้ภาษาอังกฤษ (Education First, EF) ระบุว่าไทยอยู่ในอันดับ 64 จาก 88 ประเทศทั่วโลกที่ไม่ได้ใช้อังกฤษเป็นภาษาหลัก และได้คะแนนเพียง 48.54 จาก 100 คะแนน โดยไทยได้คะแนนในอันดับที่ 6 จาก 8 ประเทศในอาเซียน ซึ่งคะแนนของไทยนั้นถูกจัดอยู่ในระดับ "ต่ำ" ซึ่งไทยคงอยู่ในระดับนี้ตั้งแต่ EF ออกรายงานฉบับแรกในปี 2554 (BBC, 2018)

## 2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับผลการสอบภาษาอังกฤษของสถาบันพระบรมราชชนก

2.1 เพศ จากผลการวิจัยพบว่า เพศของนักศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบภาษาอังกฤษของสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวิทยาลัยฯ ได้แจ้งนโยบายของสถาบันพระบรมราชชนกและวิทยาลัยพยาบาล เรื่องการส่งเสริมการเรียนการสอนภาษาอังกฤษให้กับนักศึกษาพยาบาล และข้อบังคับให้นักศึกษาทุกคนสอบผ่านภาษาอังกฤษก่อนสำเร็จการศึกษา ทำให้ทุกคนมีการรับรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการเรียนภาษาอังกฤษ ประกอบกับการจัดการเรียนการสอนภาษาอังกฤษที่ผ่านมาจากวิทยาลัยฯ ได้เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญเท่าเทียมโดยไม่มีการแบ่งแยก จึงทำให้เพศไม่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบภาษาอังกฤษของนักศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของมหาวิทยาลัยบาร์ท ที่ศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างทางเพศในระดับความสามารถด้านภาษาของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา (Iwaniec, Dunn, & Sandoval-Hernández, 2018) และสอดคล้องกับรายงานการวิจัยของมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ (Sathienwongsa & Ritkai, 2018) ที่ระบุว่านักศึกษามหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ที่มีเพศแตกต่างกัน มีระดับความพร้อมในการวัดระดับความรู้ภาษาอังกฤษไม่แตกต่างกัน (Sathienwongsa & Ritkai, 2018)

2.1 ระดับชั้นปี จากผลการวิจัยพบว่า ระดับชั้นปีของนักศึกษามีความสัมพันธ์กับผลการสอบภาษาอังกฤษของสถาบันพระบรมราชชนก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย พบว่า นักศึกษาระดับชั้นปี 1 และ 2 ส่วนใหญ่มีผลการสอบภาษาอังกฤษในระดับ Lower Intermediate ได้คะแนนน้อยกว่า 51 คะแนน เป็นผู้ใช้ภาษาอังกฤษขั้นพื้นฐาน คือสามารถใช้และเข้าใจประโยคในชีวิตประจำวันในระดับกลาง และสามารถสื่อสารประโยคในการแลกเปลี่ยนข้อมูลทั่วไปและการใช้ชีวิตประจำวัน และสิ่งอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องใช้ได้ (Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development, 2017) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่สอบผ่านเกณฑ์ Upper Intermediate ได้คะแนน 51 คะแนนขึ้นไป เป็นนักศึกษาในระดับชั้นปีที่ 3 และ 4 ซึ่งได้เรียนวิชาภาษาอังกฤษครบ 12 หน่วยกิต ตามที่หลักสูตรกำหนด และนอกจากนี้ยังเคยมีประสบการณ์การสอบขณะกำลังศึกษาชั้นปีที่ 1 และ 2 ทำให้มีความรู้ความเข้าใจ และอาจจะคุ้นเคยกับลักษณะข้อสอบ ทำให้สามารถสอบได้คะแนนสูงกว่า และสามารถผ่านเกณฑ์ Upper Intermediate ซึ่งเป็นผู้มีความสามารถในการใช้ภาษาในระดับดี สามารถใช้ภาษา พูดและเขียนได้แทบทุกเรื่องอย่างถูกต้องและคล่องแคล่วขึ้น รวมทั้งสามารถอ่านและทำความเข้าใจบทความที่มีเนื้อหายากขึ้นได้ สอดคล้องกับงานวิจัยประเมินผลการจัดการเรียนการสอนวิชาภาษาอังกฤษสำหรับนักศึกษาพยาบาลของมหาวิทยาลัยพายัพ ระบุว่า การจัดการเรียนการสอนภาษาอังกฤษสำหรับชั้นปีที่ 1-2 มีเนื้อหาที่มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะการใช้ภาษาอังกฤษเพื่อการสื่อสารในชีวิตประจำวัน การอ่านเพื่อจับใจความสำคัญ การเขียนประโยคชนิดต่าง ๆ รวมทั้ง การอ่าน ความเรียงและเขียนเรียงความที่มีโครงสร้างภาษาที่ซับซ้อน ส่วนวิชาภาษาอังกฤษสำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 3-4 เป็นการประยุกต์หลักการใช้ภาษาอังกฤษทั่วไปเพื่อการสื่อสารในวิชาชีพพยาบาล และมีการเรียนคำศัพท์เฉพาะ

ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ ซึ่งแตกต่างจากการใช้ภาษาอังกฤษทั่วไป พบว่า นักศึกษามีผลการเรียนภาษาอังกฤษอยู่ในระดับค่อนข้างดี มีค่าเฉลี่ยของคะแนนผลการเรียน เท่ากับ 77.33 โดยสามารถประยุกต์ใช้ในการสื่อสารเชิงวิชาชีพได้ (LeSeure, & Thammajinda, 2016)

2.3 ระยะเวลาการเรียนรู้ภาษาอังกฤษ จากผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาการเรียนรู้ภาษาอังกฤษของนักศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบภาษาอังกฤษของสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย จากงานวิจัยนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียนภาษาอังกฤษมากกว่า 12 ปี ( $M=13.31$ ,  $SD=3.59$ ) ซึ่งเป็นการเรียนวิชาภาษาอังกฤษในระดับการศึกษาพื้นฐาน ตั้งแต่ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 และยังคงเรียนวิชาภาษาอังกฤษอย่างต่อเนื่องระดับอุดมศึกษา แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ก็ไม่สามารถสอบผ่านตามมาตรฐานได้ สอดคล้องกับรายงานการจัดอันดับทักษะการใช้ภาษาอังกฤษของสถาบัน Education First (EF) ระบุว่าทักษะภาษาอังกฤษของคนไทยอยู่ในระดับต่ำ แม้คนไทยจะเรียนภาษาอังกฤษเป็นเวลา 12 ปี ในชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษา แต่เมื่อจบออกมาแล้วส่วนใหญ่ไม่สามารถที่จะสื่อสารเป็นภาษาอังกฤษได้ ซึ่งเป็นอุปสรรคหลักในการแข่งขันระดับนานาชาติ (BBC, 2018) ถึงแม้ว่าพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ ปี 2542 ได้เสนอการปฏิรูปการเรียนการสอนภาษาอังกฤษให้เป็นไปในทางที่เน้นให้ใช้ภาษาอังกฤษในการสื่อสาร (communicative Language Teaching) แต่ในทางปฏิบัติยังใช้วิธีการสอนแบบดั้งเดิม คือเน้นโครงสร้างหลักไวยากรณ์เป็นสิ่งสำคัญ (Grammar Translation) ซึ่งเน้นให้เกิดการท่องจำเพื่อการสอบมากกว่ากระบวนการฝึกใช้ภาษาเพื่อการสื่อสาร (BBC, 2018) จึงอาจจะสรุปได้ว่า จำนวนปีที่เรียนภาษาอังกฤษอาจจะไม่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบหรือทักษะภาษาอังกฤษเท่ากับการจัดการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพโดยเน้นให้มีการใช้ภาษาอังกฤษในการสื่อสารมากกว่าการท่องจำเพื่อสอบเท่านั้น

2.4 เกรดวิชาภาษาอังกฤษ จากผลการวิจัยพบว่า เกรดวิชาภาษาอังกฤษของนักศึกษามีความสัมพันธ์กับผลการสอบภาษาอังกฤษของสถาบันพระบรมราชชนก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย จากการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเกรดวิชาภาษาอังกฤษในระดับดีถึงดีมาก มีโอกาสที่จะได้คะแนนสอบภาษาอังกฤษของสถาบันพระบรมราชชนกสูงกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของมหาวิทยาลัยราชภัฏในเขตกรุงเทพมหานครที่พบว่า ระดับผลการเรียนวิชาภาษาอังกฤษมีผลต่อทักษะภาษาอังกฤษของนักศึกษา ชั้นปีที่ 2 สาขาวิชาภาษาอังกฤษ คณะครุศาสตร์ (Plailek, 2015) และสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าผลการเรียนวิชาภาษาอังกฤษทั่วไปในระดับดีถึงดีมาก เป็นพื้นฐานให้ผลการเรียนในรายวิชาภาษาอังกฤษสำหรับวิชาชีพพยาบาลอยู่ในระดับค่อนข้างดี (LeSeure, & Thammajinda, 2016) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการสอบความรู้ภาษาอังกฤษของสถาบันพระบรมราชชนก เป็นการทดสอบความรู้ภาษาอังกฤษตามแบบทดสอบมาตรฐานระดับอุดมศึกษาที่สถาบันสร้างขึ้น โดยประเมินความสามารถทางภาษาของผู้สอบเทียบกับเกณฑ์ในกรอบอ้างอิง (CEFR) เป็นข้อสอบที่สถาบันภาษาที่มีผู้เชี่ยวชาญด้านการสอนภาษาอังกฤษเป็นผู้ออกข้อสอบ วัตถุประสงค์ของการสอบ (Objective of English Communication Test) เพื่อ 1) วัดความสามารถทางภาษาอังกฤษทั่วไป 2) ประเมินทักษะทางภาษาในการฟัง พูด อ่าน เขียน ไวยากรณ์และคำศัพท์ และ 3) วัดความสามารถในการสื่อสารในบริบทสากลที่หลากหลาย (Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development, 2017) ดังนั้นการสอบจึงเป็นการวัดความรู้ภาษาอังกฤษที่สะสมทั้งหมด จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนภาษาอังกฤษอยู่ในเกณฑ์ดีมีแนวโน้มที่จะสามารถสอบผ่าน

2.5 การรับรู้และความตระหนักในการสอบ จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้และความตระหนักในการสอบของนักศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบภาษาอังกฤษของสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 91.10 มีระดับการรับรู้และความตระหนักในการสอบภาษาอังกฤษระดับสูง โดยรับรู้ว่าการสอบต้องสอบผ่านตามเกณฑ์ก่อนสำเร็จการศึกษา และตระหนักว่าการสอบภาษาอังกฤษมีความจำเป็นในการเรียนวิชาชีพพยาบาล แนวคิดของ Rojanabenjakun, Toopgrajank, & Charoenwiryakul (2018) กล่าวว่า การตระหนักรู้เป็นแนวคิดเชิงจิตวิทยา (Psychological Approach) ซึ่งผสมผสานกับแนวความคิดเชิงพฤติกรรมศาสตร์ (Behavior Science) การตระหนักรู้มี

ความสำคัญทำให้บุคคลสามารถที่จะรับรู้ รู้จักและเข้าใจตนเองมากขึ้น นำไปสู่กระบวนการความคิดและการแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม การรับรู้และตระหนักรู้ก่อให้เกิดการพัฒนาตนเองให้ดีขึ้นในด้านต่าง ๆ อย่างไรก็ตามการสอบภาษาอังกฤษต้องอาศัยความรู้และทักษะทางภาษาอย่างมาก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอาจจะสะสมความรู้และประสบการณ์ในการทำข้อสอบอาจจะไม่เพียงพอ จึงทำการรับรู้และความตระหนักในการสอบไม่มีความสัมพันธ์กับผลการสอบภาษาอังกฤษ

### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยชี้ว่าระดับชั้นปีมีความสัมพันธ์กับผลสอบภาษาอังกฤษของสถาบันพระบรมราชชนก ดังนั้นวิทยาลัยฯ ควรส่งเสริมกิจกรรมพัฒนาภาษาอังกฤษโดยใช้โครงงานและให้นักศึกษาทุกชั้นปีมีส่วนร่วมและจัดโครงการทบทวนความรู้และการสอบภาษาอังกฤษเป็นระยะ ๆ ตลอดหลักสูตร ควรมีการแจ้งผลการสอบเพื่อให้นักศึกษาได้ประเมินจุดอ่อนและจุดแข็งของตนเอง เพื่อการวางแผนพัฒนาต่อไป

2. จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า เกรดวิชาภาษาอังกฤษ มีความสัมพันธ์กับผลสอบภาษาอังกฤษของสถาบันพระบรมราชชนก ดังนั้นวิทยาลัยฯ ควรวางแผนการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนวิชาภาษาอังกฤษที่ส่งเสริมทักษะการฟัง การอ่าน การพูด และการเขียน และมีการบูรณาการกับวิชาทางการแพทย์พยาบาลมากขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้เรียนมีผลการเรียนและทักษะภาษาอังกฤษในระดับดี เพื่อให้สามารถสอบผ่านการสอบภาษาอังกฤษและใช้สื่อสารเชิงวิชาชีพได้

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยในรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โปรแกรมเตรียมสอบสอบภาษาอังกฤษของสถาบันพระบรมราชชนก โดยเน้นการมีส่วนร่วมของอาจารย์และนักศึกษา ตั้งแต่นักศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 1-4 และมีการติดตามผลสัมฤทธิ์จากการใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้น

2. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาเฉพาะนักศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ เท่านั้น ควรมีการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลจากวิทยาลัยอื่นๆ ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายผลการสอบภาษาอังกฤษเพิ่มเติม

### References

Academic Department, Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai. (2017). Report of English Score. Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai. (in Thai)

Best, J., W. (1977). *Research in Education*. (3<sup>rd</sup> ed). New Jersey: Prentice Hall.

Boromarajonani College of Nursing, Chiangmai. (2017). *The Results of an Assessment of Teaching Basic Academic English Courses B.E. 2017*. Boromarajonani College of Nursing, Chiangmai. (in Thai)

Department of ASEAN Affairs, Ministry of Foreign Affairs. (2019). *Charter of the Association of Southeast Asian Nations*. Retrieved 20 December 2019 from <http://www.mfa.go.th/asean/contents/files/asean-media-center-20121203-180519-958411.pdf>. (in Thai)



- English Language Institute, Office of the Basic Education Commission (2015). *Handbook of Teaching and Learning Management New English Language in Accordance with the Common English Competency Standards (The Common European Framework of Reference for Languages: CEFR) Primary School Level*. Bangkok: Veterans Relief Organization Printing House. (in Thai).
- Iwaniec, J., Dunn, K., & Sandoval-Hernández, A. (2018). *The Nature of Gender Differences Across Proficiency Levels. Paper Presented at Psychology of Language Learning, Tokyo*. Retrieved 30 August 2020 from <https://researchportal.bath.ac.uk/en/publications/the-nature-of-gender-differences-across-proficiency-levels>.
- LeSeure, P., & Thammajinda, O. A. (2016). The Evaluation of the English for Nursing Profession Course (SN 292) at McCormick Faculty of Nursing, Payap University Using CIPP Model. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 36(2), 47-63. (in Thai)
- Mangkhang, W., Yotsena, B., & Pupjain, S. (2019). Teaching Model Using Transformative Learning Approach for English Communication Subject of Boromrajonani College. *Journal of Health Science 2019*, 28(Special Issue), 79-88. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2018). *People Excellence Strategy*. Retrieved 10 March 2018 from [http://person.ddc.moph.go.th/person1/images/People\\_Excellence\\_Strategy\\_v.4.pdf](http://person.ddc.moph.go.th/person1/images/People_Excellence_Strategy_v.4.pdf). (in Thai)
- Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development. (2017). *English Proficiency Test of Students*. Nonthaburi: Praboromarajchanok Institute, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. (in Thai)
- Plailek, T. (2015). Factors Affecting English Speaking Abilities of Second Year English Major Students in the Faculty of Education, Rajabhat Universities in Bangkok. *Journal of Teaching and Education*, 4(1), 121-25. (in Thai)
- Rittarat, N. (2016). *Thai University Students' English Oral Proficiency and Problems to Develop Speaking Skills*. Thesis. Prince Songkla University. (in Thai)
- Rojanabenjakun, P., Toopgrajank, S., & Charoenwiryakul, C. (2018). Factors Affect the Effectiveness of Learning English Language on Higher Education Students. *Journal of the Association of Researchers*, 23(2), 203-214. (in Thai)
- Sathienwongsa, J., & Ritkaew, S. (2018). Walailak University Students' Readiness for an English Proficiency Test. *Walailak Journal of Social Science*, 11(2), 195-222. Retrieved 30 August 2020 from <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/wjss/article/view/163403>. (in Thai)
- Thorngrim, S., Thanakoonmetha, P., & Siridhammanithet, P. (2018). Factors Affecting Students' Ability to Speak English Mahamakut Buddhist University Sirindhorn Campus. *MBU Education Journal*, 6(1), (in Thai).
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis* (3rd ed.). New York: Harper and Row.

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ:  
ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูดเสมหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ  
A Systematic Review: Effectiveness of Implementing Guidelines  
for Suction of Adults with an Artificial Airway

สุรศักดิ์ พุฒิวณิชย์<sup>1\*</sup>, นภาพร พุฒิวณิชย์<sup>1</sup> และ ศักรินทร์ สุวรรณเวหา<sup>1</sup>  
Surasak Puttiwanit<sup>1\*</sup>, Napaporn Puttiwanit<sup>1</sup> and Sakkarin Suwanwaha<sup>1</sup>  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา<sup>1\*</sup>  
Boromarajonani College of Nursing, Songkhla<sup>1\*</sup>

(Received: October 16, 2019; Revised: May 26, 2020; Accepted: October 07, 2020)

### บทคัดย่อ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูดเสมหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ การสืบค้นข้อมูลกระทำอย่างเป็นระบบเพื่อค้นหางานวิจัยที่ทำในประเทศไทยทั้งที่ตีพิมพ์เผยแพร่และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ที่มีรายงานไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบคัดกรองงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด 2) แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย และ 3) แบบบันทึกผลการสกัดข้อมูล แหล่งของการสืบค้นข้อมูลได้แก่ ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย ฐานข้อมูลวิทยุมหาวิทยาลัยในประเทศไทย ศูนย์ข้อมูลการวิจัย ฐานข้อมูลวิทยุมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และ ฐานข้อมูลมหาวิทยาลัยมหิดล การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลลักษณะทั่วไปของรายงานวิจัยใช้การแจกแจงความถี่ และร้อยละ ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูดเสมหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจที่มีข้อมูลทางสถิติที่เพียงพอใช้การวิเคราะห์เมตา โดยโปรแกรมสำเร็จรูป Review Manager Version 5.3 ผลการวิจัยพบว่า

1. ร้อยละ 100 ของงานวิจัยที่พบของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติในการดูดเสมหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ มีคะแนนความไม่สุขสบายจากการดูดเสมหะน้อยกว่ากลุ่มที่ใช้การดูดเสมหะในผู้ใหญ่แบบปกติ
2. ร้อยละ 100 ของงานวิจัยที่พบของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติในการดูดเสมหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ มีการเปลี่ยนแปลงระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ การบาดเจ็บของเยื่อปอดและเยื่อหุ้มปอด และมีความทุกข์ทรมานจากการดูดเสมหะน้อยกว่ากลุ่มที่ใช้การดูดเสมหะในผู้ใหญ่แบบปกติ
3. ร้อยละ 100 ของงานวิจัยที่พบของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติในการดูดเสมหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจมีการเปลี่ยนแปลงของค่าความดันซิสโตลิก ค่าความดันในทางเดินหายใจ และมีปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าออกต่อครั้งไม่แตกต่างกันกับกลุ่มที่ใช้การดูดเสมหะในผู้ใหญ่แบบปกติ

ควรมีการเผยแพร่แนวปฏิบัติในการดูดเสมหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจไปยังหน่วยงานอื่นเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกันและเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องได้รับการดูแลโดยดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ และควรมีการติดตามผลที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่ายในการดูดเสมหะ และภาระงานของพยาบาล

**คำสำคัญ:** การทบทวนวรรณกรรม, แนวปฏิบัติ, การดูดเสมหะ, ผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: surasak44332@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 089-7595880)

## Abstract

Endotracheal suctioning is a component of bronchial hygiene therapy and mechanical ventilation. It involves the mechanical aspiration of pulmonary secretions from a patient with an artificial airway in place. The procedure includes patient preparation, suctioning event(s), and follow-up care. Therefore, a proper guideline for suctioning to avoid side-effects should be promoted. The objective of this systematic review was to study the effectiveness of guidelines of suction for adults with an artificial airway. Information was searched systematically in order to find out the Thai researches which were published and also non-published during the years 2001 to 2015, inclusively. Statistic instruments were: 1) screening research form in accordance with the criteria, 2) research evaluation form, and 3) recording form for extracted data. Sources of queries included Thai Thesis Database, University research database, Research center, Chiang Mai University research database, and Mahidol University database. Data analysis instruments applied to this research were frequency distribution, and percentage. Meta-analysis method was applied through a computer program, namely Review Manager Version 5.3, to analyze the research which had sufficient statistic data about the effectiveness of guidelines of suctioning adults with an artificial airway.

The results of the research were as following: 1) in the intubated sampling patients, healed, based on the guidelines of suction for adult, felt less uncomfortable than the other patients, 2) in the intubated sampling patients, healed, based on the guidelines of suction for adult, the rate of oxygen saturation in blood was in average arterial blood pressure, pulse rate and respiratory rate, 3) the patients, healed, based on the guidelines of suction for adults, Trauma of the bronchial mucosa and suffered less than the other patients, and 4) the intubated sampling patients, healed, based on the guidelines of suction for adults, had systolic pressure change, respiratory pressure change. However, there was no change of the capacity of the air breathed each time between the patient who was healed, based on the guidelines of suction for adults and the other patients. Based on this systematic review, we suggest that the proper guidelines of suction for the adult should be promoted to the related sections to set up the standard which will be benefit to critical patients who need proper guidelines for suction. In addition, following up the appropriate effect after implementing the guidance for example in term of expense and the duty of the nurse is suggested.

**Keyword:** Systematic Review, Implementing Guidelines, Endotracheal Suctioning, Intubated adult Patients

## บทนำ

ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่มักจะเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน มีการอุดตันทางเดินหายใจ หรือไม่สามารถหายใจได้ด้วยตนเอง จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อช่วยในการรักษาและพยุงชีวิตให้อยู่รอด (Boonrat, & Ratananakorn, 2012) การใส่ท่อช่วยหายใจทำให้กลไกการทำทางเดินหายใจให้โล่งตามธรรมชาติลดลง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถไอออกได้เอง และไม่สามารถขจัดเสมหะออกเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีเสมหะคั่งค้างในท่อช่วยหายใจ และทำให้เกิดการอุดตันได้ง่าย (Joffe, & Deem, 2012) กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย คือ การดูดเสมหะ

เพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง และทำให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอโดยการทำให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซระหว่างถุงลม และหลอดเลือดฝอยบริเวณถุงลมตีขึ้น ถึงแม้การดูดเสมหะจะมีความจำเป็นและเกิดประโยชน์ต่อชีวิตของผู้ป่วยแต่การดูดเสมหะก็อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วยได้ (Pederson, Nielsen, Hjermind, & Egerod, 2009)

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบได้บ่อยจากการดูดเสมหะ ได้แก่ ภาวะพร่องออกซิเจน การเปลี่ยนแปลงของการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ ปอดแฟบ มีความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น เกิดการบาดเจ็บของเยื่อหุ้มหลอดลม และเกิดความไม่สุขสบายจากการดูดเสมหะ การเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวอาจส่งผลให้อัตราตาย อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ จำนวนวันการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวเพิ่มสูงขึ้นได้ (Pederson, Nielsen, Hjermind, & Egerod, 2009; Finucane, Tsui, & Santora, 2011, Yuwanida, 2015)

จากการสืบค้นข้อมูลงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูดเสมหะในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจที่ทำในประเทศไทย ย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ. 2560 จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ tdc.thailis.ac.th , thaitesis.org , riclib.nrct.go.th , library.cmu.ac.th และ lib.ns.mahidol.ac.th พบว่ามีงานวิจัยทั้งหมด 6 เรื่อง (Komrat, 2009; Khanuengnit, 2010; Prapaporn, 2010 Monthicha, 2010; Umaporn, 2010; Saisamorn, 2002) ดังนั้นเพื่อเป็นการสรุปองค์ความรู้จากงานวิจัยที่ศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูดเสมหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ จึงต้องอาศัยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบซึ่งจะเป็นวิธีการที่จะนำไปสู่ข้อสรุปที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

การทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูดเสมหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจหลายเรื่องแต่ยังไม่มีการรวบรวมหรือสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อหาข้อสรุปที่ดี และเหมาะสมที่สุดสำหรับดูดเสมหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจอันจะส่งผลต่อการลดภาวะแทรกซ้อนจากการดูดเสมหะ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูดเสมหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในการดูดเสมหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจต่อไป

## วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูดเสมหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อหาข้อสรุปความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูดเสมหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยอาศัยกระบวนการการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual, 2014) ได้แก่ 1) การกำหนดหัวข้อสำหรับการทบทวน 2) การนำเสนอความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 3) การกำหนดวัตถุประสงค์สำหรับการทบทวน 4) การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย 5) การกำหนดชนิดของงานวิจัย 6) การสืบค้นงานวิจัย 7) การประเมินคุณภาพงานวิจัย 8) การสกัดข้อมูล 9) การสังเคราะห์ข้อมูล 10) การนำเสนอผลการทบทวน และ 11) การนำเสนอข้อจำกัดของการทบทวน โดยมีการกำหนดคุณสมบัติงานวิจัยที่นำมาศึกษาโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูดเสมหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ที่ทำในประเทศไทยที่รายงานผลไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ.2560

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากรายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยใช้การทบทวนอย่างเป็นระบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual, 2014) ซึ่งมี 11 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดหัวข้อสำหรับการทบทวน 2) การนำเสนอความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 3) การกำหนดวัตถุประสงค์สำหรับการทบทวน 4) การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย 5) การกำหนดชนิดของงานวิจัย 6) การสืบค้นงานวิจัย 7) การประเมินคุณภาพงานวิจัย 8) การสกัดข้อมูล 9) การสังเคราะห์ข้อมูล 10) การนำเสนอผลการทบทวน และ 11) การนำเสนอข้อจำกัดของการทบทวน

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้สำหรับการศึกษาทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบครั้งนี้ คือ รายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลหะในผู้ใหญ่วิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี เป็นต้นไป โดยคัดเลือกงานวิจัยที่ตีพิมพ์ และไม่ได้ตีพิมพ์ที่ทำในประเทศไทยที่มีรายงานไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 ถึง พ.ศ. 2560 จากการทบทวนมีงานวิจัยทั้งหมดจำนวน 7 เรื่อง

กลุ่มตัวอย่าง คือ รายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลหะในผู้ใหญ่วิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี โดยคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

1. เป็นรายงานการวิจัยที่ศึกษาในประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ
2. เป็นรายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการดูแลหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจเป็นตัวแปรต้น

3. เป็นรายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับผลการดูแลหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจเป็นตัวแปรตาม ได้แก่ ความไม่สุขสบายจากการดูแลหะ การเปลี่ยนแปลงระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ การบาดเจ็บของเยื่อหุ้มปอด ความทุกข์ทรมานจากการดูแลหะ ค่าความดันซิสโตลิก ค่าความดันในทางเดินหายใจ และมีปริมาณอากาศที่หายใจเข้าออกต่อครั้ง

4. เป็นรายงานการวิจัยที่เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) หรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operational Study) ที่มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และมีความสมบูรณ์ในการวิจัยทุกขั้นตอน และมีการรายงานค่าสถิติที่จำเป็นเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติ

จากกลุ่มตัวอย่างเมื่อใช้ตามเกณฑ์การคัดเลือกตามที่กำหนด ได้งานวิจัยที่เข้าเกณฑ์จำนวน 6 เรื่อง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ประเภท ได้แก่

1. แบบคัดกรองงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion Criteria Form) สร้างขึ้นตามเกณฑ์ในการคัดเลือก ได้แก่ เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยตัวแปรต้น คือ แนวปฏิบัติในการดูแลหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ส่วนตัวแปรตาม คือ ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยเป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์ที่ทำในประเทศไทยที่มีรายงานไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 ถึง พ.ศ. 2560 โดยต้องผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทุกข้อ

2. แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย (Critical Appraisal Form) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพเชิงระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัยที่นำมาทบทวนอย่างเป็นระบบโดยใช้แบบประเมินของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual, 2014) โดยใช้เครื่องมือให้ตรงกับรูปแบบการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินงานวิจัยเชิงทดลอง

3. แบบบันทึกผลการสกัดข้อมูล (Data Extraction Form) ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือที่พัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual, 2014) ใช้ในการลงบันทึกข้อมูลจากงานวิจัยที่คัดเลือกมาทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของงานวิจัย ได้แก่ ผู้ทำวิจัย ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์เผยแพร่ วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เนื้อหาสาระของงานวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผลของการวิจัย และข้อเสนอแนะของผู้วิจัย

### การควบคุมคุณภาพการรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยฝึกทบทวนงานวิจัยโดยทดสอบการบันทึกที่ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญโดยการนำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยและแบบบันทึกผลการสกัดข้อมูล ไปทดลองรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัย จำนวน 2 เรื่อง หลังจากนั้นนำผลการลงบันทึกมาเปรียบเทียบเพื่อหาความสอดคล้องตรงกันของการบันทึก (Interrater Agreement) กรณีที่พบความแตกต่างให้พิจารณาหาข้อบกพร่องเพื่อปรับปรุงจนได้ความเห็นที่ตรงกัน

2. นำผลการลงบันทึกที่ได้ความเห็นที่ตรงกันของผู้ทบทวนกับผู้เชี่ยวชาญมาเปรียบเทียบกับผู้ร่วมวิจัยคนอื่นเพื่อหาความสอดคล้องตรงกันของการบันทึก (Interrater Agreement) ในที่สุดได้ผลความสอดคล้องร้อยละ 100

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบมีรายละเอียดดังนี้

1. กำหนดหัวข้อสำหรับการทบทวน ได้กำหนดจากงานวิจัยที่ผ่านมา กล่าวคือ จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าผลของการดูแลทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน มีการเปลี่ยนแปลงของการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เกิดการบาดเจ็บของเยื่อหุ้มสมองและเกิดความไม่สบายจากการดูแล แต่ยังไม่มีการสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ จึงได้กำหนดหัวข้อการทบทวน คือ การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อหาข้อสรุปองค์ความรู้เพื่อนำไปสู่การพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในการดูแลในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจต่อไป

2. นำเสนอความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา ได้มีการนำเสนอโดยกล่าวถึงเหตุผลความสำคัญและความจำเป็นของการทบทวน ความรุนแรงของปัญหา ผลกระทบ สิ่งที่ต้องการทบทวน เมื่อทบทวนแล้วทำให้เกิดอะไรขึ้น ผลดีการนำไปใช้ ขั้นตอน และวิธีการในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

3. กำหนดวัตถุประสงค์สำหรับการทบทวน ครอบคลุม ประชากรที่ศึกษา (Types of Participants) การจัดการต่อประชากร (Types of Intervention) การวัดผลลัพธ์ที่ได้จากการทดลอง (Types of Outcome) และรูปแบบของงานวิจัย (Types of Studies)

4. กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Criteria for Considering Studies for This Review) ในการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยผู้ทบทวนได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย

5. กำหนดชนิดของงานวิจัย เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) หรือการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research)

6. สืบค้นรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องตามเกณฑ์ที่กำหนด มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

6.1 กำหนดคำสำคัญ (Key Words) ในการสืบค้นที่เป็นภาษาไทย ประกอบด้วย

6.1.1 กลุ่มตัวอย่าง (Participants) ได้แก่ การดูแลในผู้ใหญ่ ผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

6.1.2 วิธีการทดลอง (Intervention) ได้แก่ การดูแล แนวปฏิบัติในการดูแล

6.1.3 ตัวแปรผลลัพธ์ (Outcome) ได้แก่ ผลของการดูแล

6.1.4 รูปแบบงานวิจัย (Study) ได้แก่ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การสังเคราะห์งานวิจัย การสังเคราะห์ภูมิปัญญา การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ การวิจัยเชิงทดลอง การวิจัยกึ่งทดลอง

6.2 สืบค้นงานวิจัยโดยใช้คำสืบค้นตามที่กำหนด ด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่

6.2.1 การสืบค้นด้วยคอมพิวเตอร์ (Computerized Searching) โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และบริการสืบค้นออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ต ฐานข้อมูลที่สืบค้น ได้แก่ ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย

(thaitheissis.org) ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัยในประเทศไทย (tdc.thailis.ac.th) ศูนย์ข้อมูลการวิจัย (riclib.nrct.go.th) ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (library.cmu.ac.th) และฐานข้อมูลมหาวิทยาลัยมหิดล (lib.ns.mahidol.ac.th)

6.2.2 การสืบค้นด้วยมือหรืองานวิจัยที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ (Hand Search or unpublished) โดยสำรวจจากวารสารต่าง ๆ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่ จากหนังสือดัชนีวารสารเกี่ยวกับระบบสุขภาพ วิทยุทางการแพทย์และพยาบาล

6.2.3 การสืบค้นจากรายการเอกสารอ้างอิงจากงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และงานวิจัยต้นฉบับ เพื่อสืบค้นงานวิจัยที่สอดคล้องเพิ่มเติม

7. ประเมินคุณภาพงานวิจัย (Assessment Criteria) เมื่อได้งานวิจัยที่สืบค้นมาทั้งหมดแล้วผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

7.1 การคัดกรองงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยอ่านงานวิจัยที่สืบค้นได้ทั้งหมด พิจารณาจากชื่อเรื่อง บทคัดย่อ ทำการคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยที่กำหนดโดยทำร่วมกันสองคนระหว่างผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญ ทุกรายงานการวิจัยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดกรองรายงานวิจัยที่กำหนด

7.2 การประเมินคุณภาพงานวิจัย มีการประเมินตามแบบฟอร์มการประเมินคุณค่างานวิจัยที่พัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute Appraisal Form) โดยการอ่านรายงานวิจัยรอบแรกอย่างละเอียดเพื่อประเมินคุณค่างานวิจัย พิจารณาตามแบบประเมินคุณภาพของงานวิจัยแยกตามประเภทหรือชนิดของงานวิจัย โดยผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญ แยกกันทบทวนเมื่อมีความคิดเห็นไม่ตรงกันให้ทำการปรึกษาเพื่อหามติข้อตกลงร่วมกัน กรณีที่ยังไม่สามารถตกลงกันได้ให้ทำการประเมินอธิบายและสรุปผลร่วมกัน

8. สกัดข้อมูล (Data Extraction) การสกัดข้อมูลโดยใช้แบบสกัดข้อมูลวิจัยที่พัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Data Extraction Form) ทำร่วมกันโดยผู้วิจัยกับผู้เชี่ยวชาญ นำงานวิจัยทั้งหมดมาสกัดข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย บันทึกลงในแบบบันทึกการสกัดข้อมูลโดยให้ผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญ อ่าน บันทึก และนำมาเปรียบเทียบความตรงกัน ทำการบันทึกงานวิจัยที่ศึกษาลงในแบบฟอร์มการสกัดข้อมูล มีการบันทึกที่ไม่ตรงกัน ทำความตกลงกันเพื่อหามติ

9. สังเคราะห์ข้อมูล (Data Synthesis) ประกอบด้วยการสังเคราะห์ในลักษณะ บรรยายเชิงเนื้อหา ซึ่งเป็นการบรรยายลักษณะและผลลัพธ์โดยการสรุปให้เข้าใจและมีความหมายซึ่งการสรุปจะครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี ประชากร วิธีการจัดกระทำ การวัดผลและความถูกต้องเที่ยงตรงของข้อมูล ส่วนงานวิจัยที่มีค่าสถิติเพียงพอใช้การวิเคราะห์เมตาด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป (Review Manager Version 5.3) แยกตามรูปแบบแนวปฏิบัติในการดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ กรณีที่ข้อมูลเป็นการวัดแบบไม่ต่อเนื่อง (Dichotomous Data) ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติ Odds Ratio และกรณีที่ข้อมูลเป็นการวัดแบบต่อเนื่อง (Continuous Data) ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติ Weighted Mean Difference

10. นำเสนอผลการทบทวน (Reporting of findings) มีการนำเสนอทั้งส่วนระเบียบวิธีวิจัย ผลการวิจัย โดยเสนอในรูปตารางกราฟ และแผนภูมิเพื่อความชัดเจน และมีการอภิปรายผล (Interpreting Results) ซึ่งเป็นการเสนอผลการทบทวนวรรณกรรม แปลความหมายข้อคิดเห็นโดยพิจารณาจากข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาศึกษา สามารถนำไปเป็นแนวปฏิบัติได้มากน้อยเพียงใดและเสนอแนะแนวทางการทำวิจัยต่อไป

11. นำเสนอข้อจำกัดของการทบทวน ได้นำเสนอถึงข้อจำกัดในการวิจัย โดยให้ความสำคัญกับความคลาดเคลื่อนจาก Publication Bias ทั้งนี้เนื่องจากการสืบค้นงานวิจัยในครั้งนี้ สืบค้นเฉพาะงานวิจัยที่ตีพิมพ์และไม่ได้รับการตีพิมพ์เป็นภาษาไทยเท่านั้น นอกจากนั้นยังมีการนำเสนอความคลาดเคลื่อนของผลการวิจัยที่นำมาทบทวน จากการรวมเอางานวิจัยหลายงานมาสรุป รวมกัน ความคลาดเคลื่อนจากความแตกต่างของงานวิจัยในแต่ละชั้น กล่าวคือ ประชากรที่แตกต่างกัน ใช้วิธีการจัดกระทำที่แตกต่างกัน การวัดผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน ทำให้การสรุปรวมเป็นองค์ความรู้ไม่สามารถกระทำได้

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics)
2. วิเคราะห์จำแนกรูปแบบของแนวปฏิบัติในการดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยใช้การวิเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหา (Narrative Summary)
3. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจที่มีการแสดงไว้ในรูปแบบของข้อมูลทางสถิติที่เพียงพอจะใช้การวิเคราะห์เมตา โดยโปรแกรมสำเร็จรูป Review Manager Version 5.3 ที่พัฒนาโดยสถาบันคอเครนคอลลาบอเรชัน (The Cochrane Collaboration, 2014) แยกตามรูปแบบแนวปฏิบัติในการดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ กรณีที่ข้อมูลเป็นการวัดแบบไม่ต่อเนื่อง (Dichotomous Data) ใช้การวิเคราะห์ ด้วยสถิติ Odds Ratio และกรณีที่ข้อมูลเป็นการวัดแบบต่อเนื่อง (Continuous Data) ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติ Weighted Mean Difference ส่วนประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจที่ไม่มีการแสดงไว้ในรูปแบบของข้อมูลทางสถิติที่เพียงพอใช้การวิเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหา (Narrative Summary)

### ผลการวิจัย

ผลจากการสืบค้นอย่างเป็นระบบพบงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ มีทั้งหมด 7 เรื่อง งานวิจัย 1 เรื่องถูกคัดออกเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอายุระหว่าง 15- 80 ปี

1. ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่นำมาทบทวน พบว่างานวิจัยที่นำมาทบทวน ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ คิดเป็นร้อยละ 83.33 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวิกฤต และผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม คิดเป็นร้อยละ 66.67 ชนิดของวิธีการจัดกระทำส่วนใหญ่ใช้แนวปฏิบัติในการดูแลคนไข้ คิดเป็น ร้อยละ 83.33 งานวิจัยใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 30 คน ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 66.67 งานวิจัยทุกเรื่องเป็นวิทยานิพนธ์ คิดเป็นร้อยละ 100.00

ตาราง 1 รายละเอียดของงานวิจัยที่นำมาทบทวนอย่างเป็นระบบ

ชื่อผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์	ระเบียบวิธีวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการจัด กระทำ	การวัดผลลัพธ์							ผลการวิจัย	ระดับ หลักฐาน เชิง ประจักษ์		
			ความไม่สุขสบาย	ความอึดอัดของอกซีเจน	ความดันเลือดแดงเฉลี่ย	อัตราการเต้นของหัวใจ	อัตราการหายใจ	การบาดเจ็บของเยื่อหุ้มปอด	ความทุกข์ทรมาน			ความดันซิสโตลิก	ความดันในทางเดินหายใจ
Kornrat (2009)	แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและ หลัง	กลุ่มทดลอง หลังใช้แนว ปฏิบัติ	✓	✓	✓	✓	✓	✓				พบว่ากลุ่ม ทดลองมีการ เปลี่ยนแปลง ผลลัพธ์ทั้ง 6 ตัวน้อยกว่า กลุ่มควบคุม	level 2.c
Khanueng nit (2010)	แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและ หลัง กลุ่มทดลอง 25 ราย กลุ่ม	กลุ่มทดลอง หลังใช้แนว ปฏิบัติ กลุ่มควบคุม	✓	✓	✓	✓	✓	✓				พบว่ากลุ่ม ทดลองมีการ เปลี่ยนแปลง ผลลัพธ์ทั้ง 6	level 2.c

ตาราง 1 (ต่อ)

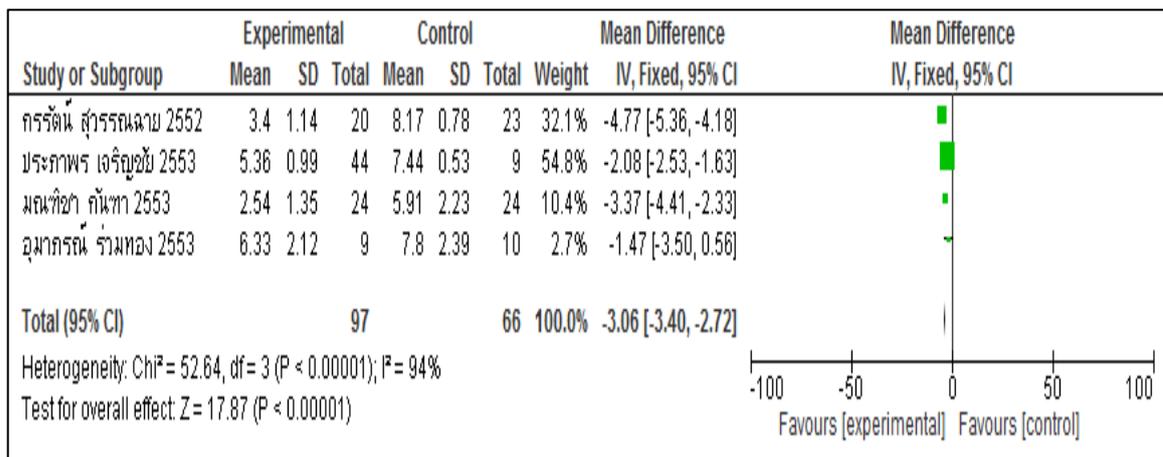
ชื่อผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์	ระเบียบวิธีวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการจัด กระทำ	การวัดผลลัพธ์								ผลการวิจัย	ระดับ หลักฐาน เชิง ประจักษ์		
			ความไม่สุขสบาย	ความอึดอัดของออกซิเจน	ความดันเลือดแดงเฉลี่ย	อัตราการเต้นของหัวใจ	อัตราการหายใจ	การบาดเจ็บของเยื่อหุ้มหลอดเลือด	ความทุกข์ทรมาน	ความดันซิสโตลิก			ความดันในทางเดินหายใจ	ปริมาณอากาศที่หายใจเข้าออก
Prapapom (2010)	ควบคุม 18 ราย	ก่อนใช้แนว ปฏิบัติ											ตัวน้อยกว่า กลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่ม ทดลองมีการ เปลี่ยนแปลง ผลลัพธ์ทั้ง 6 ตัวน้อยกว่า กลุ่มควบคุม	level 2.c
	แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและ หลัง	กลุ่มทดลอง หลังใช้แนว ปฏิบัติ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Monthicha (2010)	กลุ่มทดลอง 68 ราย	ก่อนใช้แนว ปฏิบัติ											ตัวน้อยกว่า กลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่ม ทดลองมีการ เปลี่ยนแปลง ผลลัพธ์ทั้ง 6 ตัวน้อยกว่า กลุ่มควบคุม	level 2.c
	แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและ หลัง	กลุ่มควบคุม ก่อนใช้แนว ปฏิบัติ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Umapom (2010)	กลุ่มควบคุม 31 ราย	ก่อนใช้แนว ปฏิบัติ											ตัวน้อยกว่า กลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่ม ทดลองมีการ เปลี่ยนแปลง ผลลัพธ์ทั้ง 6 ตัวน้อยกว่า กลุ่มควบคุม	level 2.c
	แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและ หลัง	กลุ่มทดลอง หลังใช้แนว ปฏิบัติ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Saisamom (2002)	กลุ่มทดลอง 40 ราย	ก่อนใช้แนว ปฏิบัติ											ตัวน้อยกว่า กลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่ม ทดลองมีการ เปลี่ยนแปลง ผลลัพธ์ทั้ง 6 ตัวน้อยกว่า กลุ่มควบคุม	level 2.c
	แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและ หลัง	กลุ่มควบคุม ก่อนใช้แนว ปฏิบัติ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
	กลุ่มควบคุม 45 ราย	ก่อนใช้แนว ปฏิบัติ											ตัวน้อยกว่า กลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่ม ทดลองมีการ เปลี่ยนแปลง ผลลัพธ์ทั้ง 6 ตัวน้อยกว่า กลุ่มควบคุม	level 2.c
	แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและ หลัง	กลุ่มทดลอง หลังใช้แนว ปฏิบัติ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
	กลุ่มทดลอง 20 ราย	ก่อนใช้แนว ปฏิบัติ											พบว่ากลุ่ม ทดลองมีการ เปลี่ยนแปลง ความอึดอัด ของออกซิเจน อัตราการเต้น ของหัวใจ อัตราการ หายใจ ความ ทุกข์ทรมาน น้อยกว่ากลุ่ม ควบคุม ส่วน ผลลัพธ์ตัวอื่น ทั้ง 2 กลุ่มไม่ แตกต่างกัน	level 2.c
	แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและ หลัง	กลุ่มควบคุม ก่อนใช้แนว ปฏิบัติ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		

2. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจที่มีข้อมูลรายงานวิจัยที่เพียงพอ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ามีงานวิจัยทั้งหมดจำนวน 6 เรื่อง ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ มีการวัดผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน ได้แก่ ความไม่สุขสบายจากการดูแลคนไข้ การเปลี่ยนแปลงระดับความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดแดง การเปลี่ยนแปลงความดันเลือดแดงเฉลี่ย การเปลี่ยนแปลงของอัตราการเต้นของหัวใจ การเปลี่ยนแปลงของอัตราการหายใจ การเปลี่ยนแปลงของค่าความดันซิสโตลิก การบาดเจ็บของเยื่อหุ้มปอด ความทุกข์ทรมานจากการดูแลคนไข้ การเปลี่ยนแปลงของความดันในทางเดินหายใจ และการเปลี่ยนแปลงของปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าออกต่อครั้ง จากความแตกต่างกันของผลลัพธ์ของงานวิจัยและข้อจำกัดของการรายงานข้อมูลทางสถิติในงานวิจัยดังกล่าวทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้วยวิธีวิเคราะห์เมตา (Meta Analysis) ได้หมดทั้ง 6 เรื่อง ผู้วิจัยจึงสรุปผลการทบทวนความรู้เกี่ยวกับประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยจำแนกตามลักษณะของการวัดผลลัพธ์ ดังต่อไปนี้

2.1. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจต่อความไม่สุขสบายจากการดูแลคนไข้

มีงานวิจัย 5 เรื่อง ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจต่อความไม่สุขสบายจากการดูแลคนไข้ แต่มีงานวิจัยเพียง 4 เรื่องเท่านั้นที่มีข้อมูลที่เพียงพอที่สามารถวิเคราะห์เมตา (Meta Analysis) ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวิกฤต วัดความไม่สุขสบายจากการดูแลคนไข้โดยใช้มาตรวัดความไม่สุขสบายแบบตัวเลข (Numerical Rating Scale) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติในการดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจมีคะแนนความไม่สุขสบายจากการดูแลคนไข้น้อยกว่ากลุ่มที่ใช้การดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่แบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากผลการวิเคราะห์ประสิทธิภาพโดยค่าความแตกต่างของน้ำหนักคะแนนเฉลี่ยทั้งหมด (WMD: Weighted Mean Difference) พบว่าการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจมีผลต่อความไม่สุขสบายจากการดูแลคนไข้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.00001$ ) (WMD -3.06 ; 95%CI -3.40, -2.72) (ดังภาพ 1)



ภาพ 1 การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจต่อคะแนนความไม่สุขสบายจากการดูแลคนไข้ที่ประเมินจากมาตรวัดความไม่สุขสบายแบบตัวเลข

สำหรับงานวิจัยที่มีการวัดผลลัพธ์ที่ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยวิธีการวิเคราะห์เมตา (Meta-Analysis) ได้เนื่องจากมีการเสนอผลลัพธ์เป็นร้อยละ และไม่มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานทำให้มีค่าสถิติที่ไม่เพียงพอ จึงใช้การวิเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหา (Narrative Summary) ผลการทบทวนพบว่างานวิจัยทั้ง 6 เรื่อง (Kornrat,

2009 ; Khanuengnit, 2010 ; Prapaporn, 2010 Monthicha, 2010 ; Umaporn, 2010 ; Saisamorn, 2002) ไปในทิศทางเดียวกัน คือ

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับการดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ มีอัตราการเปลี่ยนแปลงระดับความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดแดงน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้การดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่แบบปกติ

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับการดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ มีอัตราการเปลี่ยนแปลงความดันเลือดแดงเฉลี่ยหลังการดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้การดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่แบบปกติ

3. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับการดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ มีอัตราการเปลี่ยนแปลงการเต้นของหัวใจน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่แบบปกติ

4. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับการดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ มีอัตราการเปลี่ยนแปลงการหายใจน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่แบบปกติ

5. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับการดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ มีอัตราการบาดเจ็บของเยื่อหุ้มปอดจากการดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่แบบปกติ

6. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับการดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ มีความทุกข์ทรมานจากการดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่แบบปกติ

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยเพียง 1 เรื่อง (Saisamorn, 2002) ที่ผลการวิจัย พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การดูแลคนไข้ตามขั้นตอนที่กำหนดมีความดันโลหิตซิสโตลิกไม่แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การดูแลคนไข้ตามขั้นตอนที่กำหนดมีปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าออกต่อครั้งไม่แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

3. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การดูแลคนไข้ตามขั้นตอนที่กำหนดมีแรงดันในทางเดินหายใจไม่แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

## อภิปรายผล

ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่ได้รับคัดเลือกมาทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบครั้งนี้ งานวิจัยทุกเรื่องเป็นวิทยานิพนธ์ ซึ่งมีกรอบแนวคิด ระเบียบวิธีวิจัย และการรวบรวมข้อมูลวิจัยที่ชัดเจน นอกจากนี้งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 30 คน ขึ้นไป (ร้อยละ 66.67) ซึ่งการใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 30 คน ถือว่าเป็นขนาดที่สามารถใช้สถิติทดสอบอ้างอิงได้ ทำให้มีอำนาจในการวิเคราะห์ (Power of test) เพิ่มขึ้น จึงทำให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ (Polit, & Beck, 2014)

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ สามารถจำแนกผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ได้ดังนี้

1. ด้านการรับรู้ของผู้ป่วย จากผลการทบทวนงานวิจัยทั้งหมดพบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติในการดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจมีความไม่สบาย การบาดเจ็บของเยื่อหุ้มปอด และความทุกข์ทรมานจากการดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจน้อยกว่ากลุ่มที่ใช้การดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่แบบปกติ สามารถอธิบายได้ว่าการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลคนไข้ในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ จะต้องการประเมินข้อบ่งชี้ก่อนการดูแลคนไข้ทางท่อช่วยหายใจทุกครั้ง ไม่ดูแลคนไข้เป็นกิจวัตรทุก 2 ชั่วโมง ทำให้สามารถลดความไม่สบายจากการดูแลคนไข้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดระคายเคืองเยื่อหุ้มปอดและลดความทุกข์ทรมานจากการดูแลคนไข้ มีการเลือกขนาดสายดูแลคนไข้ที่เหมาะสมกับเส้นผ่าศูนย์กลางภายในท่อช่วยหายใจจึงทำให้ลดการบาดเจ็บเยื่อหุ้มปอดและความทุกข์ทรมานจากการใช้สายดูแลคนไข้ที่มีขนาดเล็กความดันลบที่ใช้ดูแลคนไข้ในช่วง 80-120 มิลลิเมตรปรอท สามารถลดการบาดเจ็บเยื่อหุ้มปอดและความทุกข์ทรมานจากการดูแลคนไข้ได้ และในการดูแลคนไข้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อ

1 รอบเพราะเมื่อใช้ความถี่ในการดูดเสมหะที่เพิ่มขึ้นจะไปเพิ่มความเสี่ยงต่อการระคายเคืองเยื่อหลอดลม (Pederson, Nielsen, Hjerminnd & Egerod, 2009; ICCMU, 2014) นอกจากนี้การใช้เครื่องช่วยหายใจในการให้ออกซิเจนและเพิ่มปริมาตรปอดแทนถุงลมบีบช่วยหายใจ ทำให้มีการเพิ่มปริมาตรอากาศที่แน่นอนทำให้ลดความอึดอัดไม่สุขสบายจากการเพิ่มปริมาตรปอด (Tokarczyk, Greenberg, & Vender, 2012) การดูแลให้ความชื้นผ่านเครื่องช่วยหายใจอย่างเหมาะสม ทำให้ไม่จำเป็นต้องหยอดน้ำเกลือออร์มัลเพื่อละลายเสมหะ และลดความเสี่ยงต่อการถูกกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ หรือรู้สึกอึดอัดไม่สุขสบายจากการหยอดน้ำเกลือ (ICCMU, 2014)

2. ด้านการตอบสนองของร่างกาย จากผลการทบทวนงานวิจัยทั้งหมดพบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติในการดูดเสมหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจมีการเปลี่ยนแปลงระดับความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดแดง การเปลี่ยนแปลงความดันเลือดแดงเฉลี่ย การเปลี่ยนแปลงของอัตราการเต้นของหัวใจ และการเปลี่ยนแปลงของอัตราการหายใจ น้อยกว่ากลุ่มที่ใช้การดูดเสมหะในผู้ใหญ่แบบปกติ สามารถอธิบายได้ว่า การให้ออกซิเจนความเข้มข้นสูง 100 เปอร์เซ็นต์ ก่อนและหลังดูดเสมหะอย่างน้อย 30 วินาที ร่วมกับการเพิ่มปริมาตรปอดก่อนดูดเสมหะ ทำให้ผู้ป่วยมีเวลาในการได้รับออกซิเจนนานขึ้น ประกอบกับปริมาตรปอดที่เพิ่มขึ้นช่วยให้พื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซเพิ่มขึ้นด้วย ป้องกันการลดลงของระดับความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดแดงภายหลังการดูดเสมหะได้และลดการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพที่อาจเกิดจากภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด (Pederson, Nielsen, Hjerminnd & Egerod, 2009; ICCMU, 2014) การประเมินความลึกของการใส่สายดูดเสมหะจะช่วยลดภาวะความดันในช่องอกที่อาจสูงขึ้นได้จากการไอเนื่องจากปลายสายดูดเสมหะไปกระตุ้นเส้นประสาทเวกัส ช่วยลดการเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจ (Pederson, Nielsen, Hjerminnd, & Egerod, 2009) และสำหรับผู้ที่มีความดันในกะโหลกศีรษะสูง ผู้ที่มีภาวะการไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ ไม่ควรเพิ่มปริมาตรปอดและทำกิจกรรมที่ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะและความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น เช่น การพลิกตะแคงตัว การอาบน้ำบนเตียงภายใน 10 นาทีหลังดูดเสมหะซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพได้ (AARC, 2010)

การเปลี่ยนแปลงของค่าความดันซิสโตลิก พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การดูดเสมหะตามขั้นตอนที่กำหนดมีความดันโลหิตซิสโตลิกไม่แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูดเสมหะแบบปกติ สามารถอธิบายได้ว่าการดูดเสมหะทั้ง 2 วิธีนี้ทำให้มีการกระตุ้นหลอดลมและการกระตุ้นเส้นประสาทเวกัส แต่การกระตุ้นหลอดลมและการกระตุ้นเส้นประสาทเวกัสของการดูดเสมหะยังไม่รุนแรงมาก จึงส่งผลให้ค่าความดันซิสโตลิกหลังการดูดเสมหะเพิ่มขึ้นน้อยกว่า 20 มิลลิเมตรปรอทจากระดับเดิม จึงทำให้ร่างกายของผู้ป่วยสามารถปรับตัวตอบสนองต่อภาวะที่เกิดขึ้นได้ (Pappano, & Wier, 2013) ดังนั้น ความดันซิสโตลิกผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การดูดเสมหะตามขั้นตอนที่กำหนดกับกลุ่มที่ใช้การดูดเสมหะแบบปกติจึงมีการเปลี่ยนแปลงของค่าความดันซิสโตลิกไม่แตกต่างกัน

การเปลี่ยนแปลงของปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าออกต่อครั้ง และแรงดันในทางเดินหายใจ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การดูดเสมหะตามขั้นตอนที่กำหนดมีการเปลี่ยนแปลงของปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าออกต่อครั้ง และแรงดันในทางเดินหายใจไม่แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูดเสมหะแบบปกติ สามารถอธิบายได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การดูดเสมหะตามขั้นตอนที่กำหนดและกลุ่มที่ใช้การดูดเสมหะแบบปกติจะแตกต่างกัน และวิธีการดูดเสมหะของกลุ่มที่ใช้การดูดเสมหะในผู้ใหญ่แบบปกติเป็นวิธีที่สามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนการตีบตันหรือหดรัดของหลอดลมจากการกระตุ้นหลอดลมและการกระตุ้นเส้นประสาทเวกัส แต่การกระตุ้นหลอดลมและการกระตุ้นเส้นประสาทเวกัสของการดูดเสมหะในกลุ่มที่ใช้การดูดเสมหะในผู้ใหญ่แบบปกติยังไม่รุนแรงมากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เนื่องจากค่าเฉลี่ยแรงดันในทางเดินหายใจหลังการทดลองสูงขึ้นจากเดิมเพียงเล็กน้อย ซึ่งแรงดันในทางเดินหายใจที่มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นจากระดับเดิมน้อยกว่า 10 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในการทำงานของระบบทางเดินหายใจที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนการตีบตันหรือ หดรัดของหลอดลม (Potter, Perry, Stockert & Hall 2014) จึงส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การดูดเสมหะตามขั้นตอนที่กำหนดมีการเปลี่ยนแปลงของปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าออกต่อครั้ง และการเปลี่ยนแปลงของความดันในทางเดินหายใจไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ใช้การดูดเสมหะแบบปกติ

### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำผลการการทบทวนไปจัดทำคู่มือแนวปฏิบัติที่ดีของการดูแลคนไข้ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ
2. สถาบันการศึกษาพยาบาลควรส่งเสริมและสนับสนุนการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลคนไข้ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจเข้าไปในการเรียนการสอน
3. ควรมีการเผยแพร่แนวปฏิบัติในการดูแลคนไข้ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจไปยังหน่วยงานอื่นเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกันและเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องได้รับการดูแลโดยคนไข้ในท่อช่วยหายใจ

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลคนไข้ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤตด้านอื่น ๆ เช่น อัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ค่าใช้จ่ายในการดูแลคนไข้ ภาระงานของพยาบาล และความพึงพอใจของพยาบาล

### Reference

- Boonrat, J., & Ratananakorn, S. (2012). Spiritual Care for Critically Ill Patients and Families in ICU: Nursing Experiences. *Journal of Narathiwat Rajanagarindra University*, 4(1), 1-13. (in Thai)
- Finucane, B. T., Tsui, B. C. H., & Santora, A. H. (2011). Complications of Airway Management. In B.T. Finucane, B.C.H. Tsui, & A.H. Santora (Eds.), *Principles of Airway management*. 4<sup>th</sup> (ed). Springer: New York.
- Intensive Care Coordination and Monitoring Unit. (2014). *Suctioning an Adult ICU Patient with an Artificial Airway: A Clinical Practice Guideline*. Retrieved May 8, 2016, from [https://www.aci.health.nsw.gov.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/239554/ACI14\\_Suction\\_2-2.pdf](https://www.aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0010/239554/ACI14_Suction_2-2.pdf)
- Joanna Briggs Institute. (2014). *Reviewers' Manual 2014 Edition*. Australia: Solito Fine Colour Printers. Retrieved May 1, 2016, from [http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/JBI-Levels-of-evidence\\_2014.pdf](http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/JBI-Levels-of-evidence_2014.pdf)
- Joffe, A. M., & Deem, S. A. (2012). Physiologic and Pathophysiologic Responses to intubation. In C. A. Hagberg (Ed.), *Benumof and Hagberg's Airway Management*. 3<sup>rd</sup> (ed). Philadelphia, PA: Elsevier/Saunders.
- Khanuengnit, P. (2010). *Effectiveness of Implementing Best Practice Guidelines for Tracheal Suctioning in Adults with an Artificial Airway in Surgical Intensive Care Unit, McCormick Hospital, Chiang Mai Province*. Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing, Graduate School, Chiang Mai University. (in Thai)
- Kornrat, S. (2009). *Effectiveness of Implementing Best Practice Guidelines for Tracheal Suctioning of Adults with an Artificial Airway in Surgical Intensive Care Unit, Sawanpracharak Hospital, Nakhon Sawan Province*. Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing, Graduate School, Chiang Mai University. (in Thai)



- Monthicha, K. (2010). *Effectiveness of Implementing Best Practice Guidelines for Tracheal Suctioning of Adults with an Artificial Airway in The Medical Intensive Care Unit 2, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital*. Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing, Graduate School, Chiang Mai University. (in Thai)
- Pappano, A. J., & Wier, W. G. (2013). *Cardiovascular Physiology*. 10<sup>th</sup> (ed). Philadelphia, PA.
- Pederson, C. M., Nielsen, M. R., Hjerminde, J., & Egerod, I. (2009). Endotracheal Suctioning of the Adult Intubated Patient-what is the Evidence?. *Journal of Intensive and Critical Care Nursing*, 25(1), 21-30.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. 8<sup>th</sup> (ed). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott/Williams & Wilkins Health.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P., & Hall, A. (2014). *Essentials for Nursing Practice*. 8<sup>th</sup> (ed). Elsevier - Health Sciences Division.
- Prapaporn, C. (2010). *Effectiveness of Implementing Best Practice Guidelines for Tracheal Suctioning of Adults with an Artificial Airway in the Intensive Care Unit, Overbrook Hospital, Chiang Rai Province*. Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing, Graduate School, Chiang Mai University. (in Thai)
- Saisamorn, G. (2002). *The Effects of Endotracheal Suctioning on Physical and Psychological Changes in Patients with Mechanical Ventilator*. Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing, Graduate School, Khon Kaen University. (in Thai)
- Tokarczyk, J., Greenberg, B. S., & Vender, S. J. (2012). Oxygen Delivery Systems, Inhalation Therapy, Respiratory Therapy. *Benumof and Hagberg's Airway Management, In C.A. Hagberg (Ed.)*, 3<sup>rd</sup> (ed). Philadelphia, PA: Elsevier/Saunders.
- Umaporn, R. (2010). *Effectiveness of Implementing Best Practice Guidelines for Tracheal Suctioning of Adults with an Artificial Airway in Intensive Care Unit, Banmi Hospital, Lop Buri Province*. Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing, Graduate School, Chiang Mai University. (in Thai)
- Yuwanida, A. (2015). Evidence-Based Practices In Prevention of the Ventilator-Associated Pneumonia (VAP). *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 2(3), 144-158. (in Thai)

ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้ตามทฤษฎีวาร์คกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน  
ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี  
Relations Between VARK Learning Style Model and GPAX of Nursing Students  
at the Boromarajonani College of Nursing in Suratthani

อัจริยา วัชรารวิวัฒน์<sup>1</sup>, สรัญญ์รักษ์ บุญมุสิก<sup>1\*</sup>, จิรภัค สุวรรณเจริญ<sup>1</sup>,  
ปราชาญาวตี ยมานันตกุล<sup>1</sup> และ พลอยพชร สุขพร้อม<sup>1</sup>  
Atchariya Watcharawiwat<sup>1</sup>, Sarunrak Bunmusik<sup>1\*</sup>, Jirapak Suwanjaroen<sup>1</sup>,  
Prachayawatee Yamanantakul and Ploypatchara Sukprom<sup>1</sup>  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี<sup>1\*</sup>  
Boromarajonani College of Nursing, Suratthani<sup>1\*</sup>

(Received: December 30, 2019; Revised: September 24, 2020; Accepted: October 07, 2020)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้ ตามทฤษฎีวาร์ค กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ประจำปีการศึกษา 2561 จำนวน 226 คน ใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสอบถามรูปแบบการเรียนรู้ตามทฤษฎีวาร์ค ผ่านการตรวจสอบความตรง จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67-1.00 และหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันเท่ากับ .91 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และการทดสอบไคร้สแคว์ ผลการวิจัยพบว่า

1. นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ส่วนใหญ่ร้อยละ 43.81 มีการเรียนรู้ผ่านทางกายและความรู้สึก
2. วิธีการเรียนรู้ผ่านทางกายและความรู้สึกที่พบมากที่สุดคือ การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง คิดเป็นร้อยละ 47.34 รองลงมาคือวิธีการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง คิดเป็นร้อยละ 28.57
3. ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้ตามทฤษฎีวาร์ค กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี มีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยเลือกใช้เทคนิคการสอนที่หลากหลาย ให้เหมาะสมกับความถนัดของผู้เรียน และทันสมัยตามทักษะศตวรรษที่ 21 เพื่อให้ผู้เรียนสามารถไปประยุกต์ใช้กับวิชาชีพพยาบาลได้ในอนาคต

**คำสำคัญ:** รูปแบบการเรียนรู้, VARK Model, ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sarunrak4265@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 062-2954563)

## Abstract

The purpose of this descriptive research was to study the correlation between the VARK learning style model, and the level of grade point average (GPAX) of nursing students at the Boromarajonani College of Nursin in, Suratthani. Sample was 226 nursing students, selected by stratified random sampling, in their 1<sup>st</sup> to 4<sup>th</sup> year, during the academic year 2018. Instrument used was a questionnaire about VARK learning style model, which validity was examined by 3 experts, yielding an index of Item-Objective Congruence (IOC) value ranging from 0.67 to 1.00. Reliability of the questionnaire was 0.91. Statistics used for data analysis were frequency, percent and chi-square.

Results showed that many students (43.81%) were learning better through kinesthetic methods and feeling practicing in real situations was more effective (47.34%), followed by practicing in a simulation-based learning (28.57%). VARK learning style was significantly correlated with the level of grade point average (GPAX) of nursing students ( $p < .05$ ). Findings of this research can be used as a guideline for student-centered learning management. Using a variety of teaching techniques to suit the aptitude of learners is indeed consistent with the 21<sup>st</sup> century skills.

**Keyword:** Learning Style, VARK Model, GPAX of Nursing Students

## บทนำ

ประเทศไทยในปัจจุบันได้นำรูปแบบการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 มาใช้เพื่อเป็นการพัฒนาผู้เรียน โดยในการเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 มุ่งเน้นให้ผู้เรียนรู้จักคิดวิเคราะห์ที่มีความคิดสร้างสรรค์มีความมั่นใจในตนเอง แสวงหาความรู้ รู้เท่าทันสารสนเทศในการสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง สร้างสรรค์เรียนรู้เป็นผู้ประกอบการและผู้ผลิต มุ่งความเป็นเลิศอดทนทำงานหนักทำงานเป็นที่รับผิดชอบต่อส่วนรวม คำนึงถึงสังคม มีคุณธรรมยึดมั่นในสันติธรรม และมีความเป็นไทย (Turner, Leungratanamart, Niranrat, Jarnarerux, Wattanakul, & Reunreag, 2015) กรอบความคิดเพื่อการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 มีเป้าหมายไปที่ผู้เรียนเกิดคุณลักษณะในศตวรรษที่ 21 ตามความชอบและความถนัดในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันไป (Janepanish Visudtibhan, & Disornatiwat, 2015) โดยผู้เรียนจะใช้ความรู้ในสาระหลักไปบูรณาการ สังคมประสพการณ์กับทักษะ 3 ทักษะเพื่อการดำรงชีวิตในศตวรรษที่ 21 คือทักษะด้านการเรียนรู้และนวัตกรรม ทักษะสารสนเทศสื่อและเทคโนโลยี และทักษะชีวิตและอาชีพซึ่งการจัดการศึกษาจะใช้ระบบส่งเสริมการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 มี 5 ระบบ คือ ระบบมาตรฐานการเรียนรู้ ระบบการประเมินผลทักษะการเรียนรู้ ระบบหลักสูตรและวิธีการสอน ระบบพัฒนางานอาชีพ และระบบแหล่งเรียนรู้และบรรยากาศการเรียนรู้ การปรับเปลี่ยนวิธีการเรียนรู้ของนักเรียนเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่สำคัญและจำเป็นต่อตัวนักเรียนอย่างแท้จริง มุ่งไปที่ให้นักเรียนสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเองต้องก้าวข้ามสาระวิชาไปสู่การเรียนรู้เพื่อการดำรงชีวิตในศตวรรษที่ 21 ครูต้องไม่สอนหนังสือไม่นำสาระที่มีในตำรามาบอกบรรยายให้นักเรียนจดจำแล้วนำไปสอบวัดความรู้ ครูต้องสอนคนให้เป็นมนุษย์ที่เรียนรู้การใช้ทักษะเพื่อการดำรงชีวิตในศตวรรษที่ 21 เป็นผู้ออกแบบการเรียนรู้และอำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ให้นักเรียนเรียนรู้จากการเรียนแบบลงมือทำโดยมีประเด็นคำถามอยากรู้เป็นตัวกระตุ้นสร้างแรงบันดาลใจให้อยากเรียนที่จะนำไปสู่การกระตือรือร้นที่จะสืบค้นรวบรวมความรู้จากแหล่งต่าง ๆ มาสนับสนุน โดยในการสืบค้นข้อมูลด้วยตนเองเป็นสิ่งที่ส่งเสริมนักเรียนในเรื่องของการเรียนรู้ด้วยตนเองและเป็นการเรียนรู้ที่ให้นักเรียนมีความเข้าใจในหัวข้อที่จะศึกษามากขึ้นโดยนักเรียนแต่ละคนก็จะมีวิธีการศึกษาที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับความถนัดของแต่ละคน แต่สิ่งที่สังคมอยากให้นักเรียนทุกคนมีเหมือนกันคือการนำการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 นำมาใช้ (Panith, 2012) การจัดการการเรียนการสอนในระดับอุดมศึกษามีความมุ่งหมายในการพัฒนาผู้เรียนด้านสติปัญญาและ

ความก้าวหน้าทางวิชาการในวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการเรียนการสอนวิชาชีพพยาบาลนั้นเป็นศาสตร์สาขาหนึ่งของวิชาชีพที่มีความเฉพาะ ผู้เรียนต้องเรียนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ และผู้เรียนแต่ละคนมีการเรียนที่หลากหลายแตกต่างกันออกไป นำไปสู่การมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่แตกต่างกันทั้งระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ส่งผลให้มีความแตกต่างในการเรียนรู้ ดังนั้นการเรียนรู้ของผู้เรียนจึงมีผลอย่างยิ่งต่อการพัฒนาทางการศึกษา โดยการเรียนรู้นั้นเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้เรียนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด ซึ่งจะสามารถเรียนรู้ได้จากการใช้ประสาทสัมผัสต่าง ๆ เช่น การมองเห็นการสัมผัสการได้ยิน เป็นต้นผู้เรียนแต่ละคนจะมีความสามารถในการรับรู้ และเรียนรู้แตกต่างกัน ซึ่งลักษณะต่าง ๆ ของผู้เรียนที่จะเลือกเรียนรู้หรือรับรู้ข้อมูลตามความถนัดของตนเองนั้น เรียกว่ารูปแบบการเรียนรู้ ผู้เรียนแต่ละคนจะมีความถนัดในการรับรู้ตามลักษณะขอเฉพาะของตน ที่จะชอบหรือสนใจรับข้อมูลผ่านทางช่องทางรับรู้ต่าง ๆ เช่น การมองเห็นการได้ยิน และการสัมผัส (Jansen, 2008) ดังนั้นการศึกษารูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียนตามความถนัดในการรับรู้จึงเป็นวิธีหนึ่งในการจำแนกลักษณะการเลือกรับรู้ของผู้เรียน และสามารถทำให้ผู้เรียนเลือกรับข้อมูลหรือใช้ช่องทางที่เหมาะสมได้ดียิ่งขึ้น (Thaewopia, Thongnarong & Wichai, 2017) โดยในปัจจุบันในการแบ่งความถนัดในการเรียนรู้ สถาบันการศึกษาทางด้านสุขภาพได้นำรูปแบบการเรียนรู้ตามทฤษฎี วาร์ค โมเดล มาใช้ในการส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียนโดยเนล เฟรมมิง (Fleming, 2008) ได้จำแนกรูปแบบการเรียนรู้เป็น 4 แบบดังนี้ 1) ผู้เรียนรู้ทางสายตา (V-Learner: Visual Learner) เป็นผู้ที่ชอบและถนัดเรียนด้วยการมองภาพกราฟแผนภูมิ หรือไดอะแกรม เป็นหลัก 2) ผู้ที่เรียนรู้ทางโสตประสาท (A-Learner: Auditory Learner) เป็นผู้ที่ชอบและถนัดเรียนด้วยการฟังคำสนทนาเป็นหลัก 3) ผู้ที่เรียนรู้ทางการเขียนและการอ่าน (R-Learner: Read/Write Learner) เป็นผู้ที่ชอบและถนัดเรียนด้วยการอ่าน และเขียนตัวหนังสือเป็นหลัก 4) ผู้เรียนรู้ทางกายและความรู้สึก (K-Learner: Kinesthetic Learner) เป็นผู้ที่ชอบและถนัดเรียนด้วยการลงมือทำเป็นหลัก เพื่อเป็นกุญแจสำคัญในการพัฒนาประสิทธิภาพทางการเรียนให้ดียิ่งขึ้น ภายใต้ความเชื่อที่ว่าผู้เรียนแต่ละคนมีรูปแบบการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน (Tanwinit, & Sittiprapaporn, 2010)

จากการศึกษาขั้นต้นทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้ตามทฤษฎี วาร์ค โมเดล กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและศึกษารูปแบบการเรียนรู้ตามทฤษฎี วาร์ค โมเดล จำแนกตามผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนว่าในแต่ละกลุ่มมีรูปแบบการเรียนรู้อย่างไร โดยมีการแบ่งกลุ่มจากผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (GPAX) เป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์ดังนี้ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในระดับสูง หมายถึง นักศึกษาที่มีคะแนนเฉลี่ยสะสมตั้งแต่ 4.00-3.31 ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในระดับปานกลาง หมายถึง นักศึกษาที่มีคะแนนเฉลี่ยสะสมตั้งแต่ 3.30-2.60 ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในระดับต่ำ หมายถึง นักศึกษาที่มีคะแนนเฉลี่ยสะสมตั้งแต่ 2.59-1.50 ซึ่งรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาแต่ละคนมีความแตกต่างกันไป ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความน่าสนใจในการนำมาศึกษา อีกทั้งยังเป็นเรื่องที่ยังไม่มีการศึกษาและวิจัยในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี เป็นสถาบันอุดมศึกษาสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข เปิดสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ซึ่งมีการเรียนการสอนเป็นระยะเวลา 4 ปี มุ่งหวังผลิตพยาบาลให้มีคุณภาพ มีคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ บัณฑิตต้องมีความสามารถในการวิเคราะห์การแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบใฝ่รู้ และพัฒนาตนเองได้ตลอดชีวิต หากทราบถึงรูปแบบการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้เรียนในแต่ละกลุ่มจะทำให้ผู้เรียนสามารถเลือกรูปแบบการรับรู้ที่เหมาะสมกับตนเอง และผู้สอนสามารถจัดการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับรูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียนได้ ส่งผลให้เมื่อสำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรแล้ว จะมีความสามารถในการใฝ่หาความรู้พัฒนาตนเองและวิชาชีพ โดยนักศึกษาแต่ละคนอาจมีรูปแบบการเรียนรู้แตกต่างกันขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและการปรับตัวหรือปัจจัยอื่น ๆ บุคคลเมื่อมีบุคลิกภาพมากพอสามารถรับผิดชอบตนเองได้ มีความต้องการที่จะรับผิดชอบตนเองมากขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงรูปแบบการเรียนรู้ตามทฤษฎีวาร์ค จำแนกตามผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้ตามทฤษฎี วาร์ค กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมการเรียนรู้ พัฒนาตนเอง และเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอนให้มีความเหมาะสมกับผู้เรียนมากขึ้น นำไปสู่

การบรรลุเป้าหมายของการเรียน และคาดหวังว่าผู้เรียนจะสามารถนำความรู้ ที่ได้จากการเรียนการสอนไปประยุกต์ใช้กับการทำงานในวิชาชีพพยาบาลในอนาคตต่อไป

### วัตถุประสงค์วิจัย

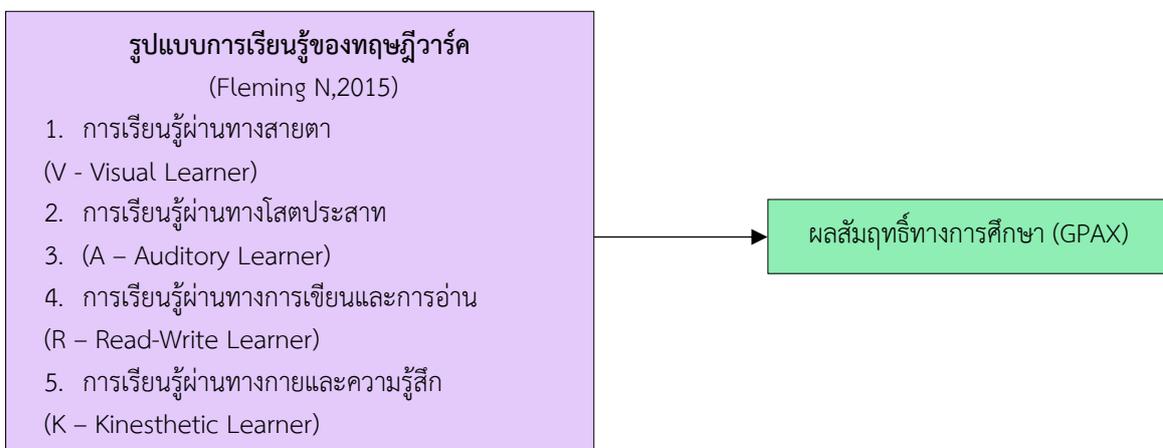
1. เพื่อศึกษารูปแบบการเรียนรู้ตามทฤษฎีวาร์ค ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
2. เพื่อศึกษาวิธีการเรียนรู้ของนักศึกษาตามรูปแบบการเรียนรู้ของทฤษฎีวาร์ค ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้ตามทฤษฎีวาร์ค กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

### สมมติฐานวิจัย

รูปแบบการเรียนรู้ตามทฤษฎีวาร์ค มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

### กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษารูปแบบการเรียนรู้ตามทฤษฎีวาร์ค (VARK Model) จำแนกตามผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี โดยมีการจำแนกรูปแบบการเรียนรู้ของทฤษฎีวาร์ค (Fleming, 2008) ออกเป็น 4 รูปแบบ คือ 1) ผู้เรียนรู้ทางสายตา (V-Learner: Visual Learner) เป็นผู้ที่ชอบและถนัดเรียนด้วยการมองภาพกราฟแผนภูมิ หรือไดอะแกรม เป็นหลัก 2) ผู้ที่เรียนรู้ทางโสตประสาท (A-Learner: Auditory Learner) เป็นผู้ที่ชอบและถนัดเรียนด้วยการฟังคำสนทนา เป็นหลัก 3) ผู้ที่เรียนรู้ทางการเขียนและการอ่าน (R-Learner: Read/Write Learner) เป็นผู้ที่ชอบและถนัดเรียนด้วยการอ่านและเขียนตัวหนังสือเป็นหลัก 4) ผู้เรียนรู้ทางกายและความรู้สึก (K-Learner: Kinesthetic Learner) เป็นผู้ที่ชอบและถนัดเรียนด้วยการลงมือทำเป็นหลัก และมีการจำแนกผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (GPAX) ออกเป็น 3 กลุ่ม โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้ 1) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนระดับสูง หมายถึง นักศึกษาที่มีคะแนนเฉลี่ยสะสมตั้งแต่ 3.31-4.00 2) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนระดับปานกลาง หมายถึง นักศึกษาที่มีคะแนนเฉลี่ยสะสมตั้งแต่ 2.60 – 3.30 3) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนระดับต่ำ หมายถึง นักศึกษาที่มีคะแนนเฉลี่ยสะสมตั้งแต่ 1.50-2.59 ซึ่งสามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ประจำปีการศึกษา 2561 จำนวน 519 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ประจำปีการศึกษา 2561 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ ทาโร่ ยามาเน่ ความคลาดเคลื่อนที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 226 คน และดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) และใช้การสุ่มหน่วยประชากรโดยวิธีการจับฉลากจากเลขที่ของนักศึกษาแต่ละชั้นปี

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามรูปแบบการเรียนรู้ตามทฤษฎีวาร์ค โดยใช้แบบสอบถามชนิดเลือกตอบ 1 คำตอบ จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุมรูปแบบการเรียนรู้ตามทฤษฎีวาร์ค ทั้ง 4 รูปแบบ แบบสอบถามที่นำมาใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปลักษณะของคำถามเป็นแบบเลือกตอบและกรอกข้อมูลให้สมบูรณ์ จำนวน 4 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับรูปแบบการเรียนรู้ตามทฤษฎีวาร์ค แบบเลือกตอบ 1 คำตอบ จำนวน 20 ข้อ โดยมีการแปลความหมายค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามตามเกณฑ์การแปลผลดังนี้

1 ถ้าคะแนนส่วนใหญ่เป็นคำตอบ V หมายถึง ผู้เรียนมีการเรียนรู้ทางสายตา เรียนรู้จากการได้ดูมองเห็นกิริยาท่าทางของครูผู้สอนหรือสื่ออื่น ๆ

2 ถ้าคะแนนส่วนใหญ่เป็นคำตอบ A หมายถึง ผู้เรียนมีการเรียนรู้ทางโสตประสาท เรียนรู้ได้ดีที่สุดจากการได้ยินได้ฟัง การอภิปรายพูดคุยแลกเปลี่ยนกับผู้อื่น

3 ถ้าคะแนนส่วนใหญ่เป็นคำตอบ R หมายถึง ผู้เรียนมีการเรียนรู้ทางการเขียนและการอ่าน การศึกษาเอกสารหนังสือหรือเนื้อหาต่างๆ ด้วยตนเอง เรียนรู้ได้ดีที่สุดจากการอ่าน

4 ถ้าคะแนนส่วนใหญ่เป็นคำตอบ K หมายถึง ผู้เรียนมีการเรียนรู้ทางกายและความรู้สึกเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกายได้ดี เรียนได้ดีที่สุดจากการสัมผัสจับต้องหรือด้วยการลงมือทำจริงเลย

ตอนที่ 3 แบบสอบถามปลายเปิดจำนวน 4 ข้อเกี่ยวกับศึกษาวิธีการเรียนรู้ของนักศึกษาตามรูปแบบการเรียนรู้ของทฤษฎีวาร์ค ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง .67-1.00 จากนั้นนำไปหาความเที่ยง (Reliability) โดยการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ชั้นปีที่ 1-4 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์ผลโดยด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ Test Retest Method ใช้เวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ แล้วนำการวัด 2 ครั้ง ที่ได้มาหาความสัมพันธ์กัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ .91

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลวิจัย โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ (Online Questionnaire) จากการสแกนด้วยตนเอง ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ของการตอบคำถามจำนวน 226 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่าง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลรูปแบบการเรียนรู้ตามทฤษฎีวาร์ค ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้ตามทฤษฎี วาร์ค กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน โดยใช้สถิติทดสอบไคร้สแควร์

3. วิเคราะห์ข้อมูลวิธีการเรียนรู้ของนักศึกษาตามรูปแบบการเรียนรู้ของทฤษฎี วาร์ค ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และใช้สถิติการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

### จริยธรรมวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ได้ผ่านกระบวนการพิจารณารับรองการ จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี หมายเลขการรับรอง BCN Surat 2018/17 ลงวันที่ 13 พฤศจิกายน 2561

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 211 คน คิดเป็นร้อยละ 93.4 เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 31.00 ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุ 19 ปี จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 26.11 เมื่อจำแนกตามผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนพบว่า ส่วนใหญ่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในระดับปานกลาง (2.60-3.00) จำนวน 119 คน รองลงมาคือระดับสูง (3.31-4.00) จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 52.60 และ 30.53 ตามลำดับ

2. ผลการศึกษารูปแบบการเรียนรู้ตามทฤษฎี วาร์ค ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละของรูปแบบการเรียนรู้ตามทฤษฎีวาร์คของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

รูปแบบการเรียนรู้ที่มีความถนัด 4 ด้าน (Quad-Model) ตามทฤษฎี วาร์ค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การเรียนรู้ผ่านทางสายตา (V - Visual Learner)	23	10.17
การเรียนรู้ผ่านทางโสตประสาท (A – Auditory Learner)	17	7.52
การเรียนรู้ผ่านทางการเขียนและการอ่าน (R – Read-Write Learner)	87	38.50
การเรียนรู้ผ่านทางกายและความรู้สึก (K – Kinesthetic Learner)	99	43.81
รวม	226	100.00

จากตาราง 1 แสดงจำนวนร้อยละของรูปแบบการเรียนรู้ตามทฤษฎี วาร์ค ของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม นักศึกษามีการเรียนรู้ผ่านทางกายและความรู้สึก (K-Kinesthetic Learner) มากที่สุด จำนวน 99 คน รองลงมา คือ มีการเรียนรู้ผ่านทางการเขียนและการอ่าน (R – Read-Write Learner) จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 48.81 และ 38.50 ตามลำดับ

2. ผลการศึกษาวิธีการเรียนรู้ของนักศึกษาตามรูปแบบการเรียนรู้ของทฤษฎีวาร์ค ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละวิธีการเรียนรู้ของนักศึกษาตามรูปแบบการเรียนรู้ของทฤษฎีวาร์ค ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

วิธีการเรียนรู้ของนักศึกษาตามรูปแบบการเรียนรู้ของทฤษฎี วาร์ค ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>การเรียนรู้ผ่านทางสายตา (V - Visual Learner)</b>		
การดูแผนผังความคิด/รูปภาพสรุปความรู้ผ่านทางเว็บไซต์/สื่อเทคโนโลยี	19	51.35
การดูวิดีโอ	12	32.43
การจดบันทึกเป็นแผนผังความคิด/รูปภาพ	6	16.22
<b>รวม</b>	<b>37</b>	<b>100</b>
<b>การเรียนรู้ผ่านทางโสตประสาท (A - Auditory Learner)</b>		
การฟังจากเว็บไซต์/สื่อเทคโนโลยี	4	11.76
การฟังเทปบันทึกเสียงบรรยาย	2	5.88
การซักถามสิ่งที่ต้องการเรียนรู้จากผู้รู้	1	2.94
การแลกเปลี่ยนความรู้กับเพื่อน	10	29.41
การฟังบรรยาย	17	50.00
<b>รวม</b>	<b>34</b>	<b>100</b>
<b>การเรียนรู้ผ่านการเขียน และการอ่าน (R - Read-Write Learner)</b>		
การอ่านเอกสารประกอบการสอน	120	39.47
การอ่านหนังสือ/ตำราด้วยตนเอง	34	11.18
การสร้างห้องสมุดของตนเอง	2	0.66
การทำสมุดบันทึกส่วนตัว/ การทำสรุปการเรียนรู้ด้วยตนเอง	45	14.80
การอ่านจากการจดบันทึกขณะฟังบรรยาย	98	32.24
การทำแบบฝึกหัดด้วยตนเองแบบซ้ำ	5	1.64
<b>รวม</b>	<b>304</b>	<b>100</b>
<b>การเรียนรู้ผ่านทางกายและความรู้สึก (K - Kinesthetic Learner)</b>		
การศึกษาจากแหล่งความรู้ในชุมชน	18	4.51
การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง	189	47.34
การร่วมทำงานกลุ่ม	55	13.78
การศึกษาดูงาน/ทัศนศึกษา	23	5.76
การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง	114	28.57
<b>รวม</b>	<b>399</b>	<b>100</b>

จากตาราง 2 แสดงจำนวนร้อยละวิธีการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่างตามรูปแบบการเรียนรู้ของทฤษฎี วาร์ค วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาในภาพรวมและรายด้าน พบว่า

2.1 วิธีการเรียนรู้ผ่านทางกายและความรู้สึก (K-Kinesthetic Learner) มากที่สุดคือ การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง จำนวน 189 คน คิดเป็นร้อยละ 47.34 รองลงมาคือการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57

2.2 วิธีการเรียนรู้ผ่านการเขียน และการอ่าน (R - Read-Write Learner) มากที่สุด คือ การอ่านเอกสารประกอบการสอน จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 39.47 รองลงมาคือการเรียนรู้โดยการจดบันทึกขณะฟังบรรยาย จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 32.24

2.3 วิธีการเรียนรู้ผ่านทางโสตประสาท (A – Auditory Learner) มากที่สุดคือ การฟังบรรยาย จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาคือ การแลกเปลี่ยนความรู้กับเพื่อน จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 29.41

2.4 วิธีการเรียนรู้การเรียนรู้ผ่านทางสายตา (V - Visual Learner) มากที่สุดคือ การดูแผนผังความคิด/รูปภาพสรุปความรู้ผ่านทางเว็บไซต์/สื่อเทคโนโลยี จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 51.35 รองลงมา คือ การแลกเปลี่ยนความรู้กับเพื่อน จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 32.43

3. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้ตามทฤษฎีวาร์ค กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

**ตาราง 3** ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้ตามทฤษฎีวาร์ค กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

รูปแบบการเรียนรู้ตามทฤษฎี วาร์ค	ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน			$\chi^2$	P-value
	สูง จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)		
การเรียนรู้ผ่านทางสายตา (V - Visual Learner)	5 (7.25%)	9 (7.56)	9 (23.68)	24.34	<.001
การเรียนรู้ผ่านทางโสตประสาท (A – Auditory Learner)	4 (5.79)	5 (4.20)	8 (21.05)		
การเรียนรู้ผ่านทาง การเขียน และการอ่าน (R – Read-Write Learner)	30 (43.48)	46 (38.66)	11 (29.95)		
การเรียนรู้ผ่านทางกายและ ความรู้สึก (K – Kinesthetic Learner)	30 (43.48)	59 (49.58)	10 (26.32)		

จากตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้ตามทฤษฎีวาร์ค กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้สูงและปานกลาง จะมีการเรียนรู้ผ่านทางกายและความรู้สึก (K – Kinesthetic Learner) และการเรียนรู้ผ่านทาง การเขียนและการอ่าน (R – Read-Write Learner) เป็นส่วนใหญ่ ส่วนผู้ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ต่ำ จะมีการเรียนรู้ทั้ง 4 รูปแบบกระจายใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาตามระดับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน พบว่าผู้ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในระดับสูง ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีการเรียนรู้ผ่านทางกายและความรู้สึก (K – Kinesthetic Learner) และการเรียนรู้ผ่านทาง การเขียนและการอ่าน (R – Read-Write Learner) เท่ากัน จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 43.48 ผู้ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีการเรียนรู้ผ่านทางกายและความรู้สึก (K – Kinesthetic Learner) จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 41.58 และผู้ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในระดับต่ำ ส่วนใหญ่มีการเรียนรู้ผ่านทาง การเขียนและการอ่าน (R – Read-Write Learner) จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 28.95

### อภิปรายผล

1. รูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี จำแนกตามผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน พบว่า ผู้ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในระดับสูง (4.00-3.31) และผู้ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในระดับปานกลาง (3.30 -2.60) ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีการเรียนรู้ผ่านทางกายและความรู้สึก (K – Kinesthetic Learner) และการเรียนรู้ผ่านทาง การเขียนและการอ่าน (R – Read-Write Learner) ซึ่งสอดคล้องกับมีแฮน

แอนดรู (Meehan-Andrews, 2009) นักศึกษาส่วนใหญ่ชอบการเรียนรู้ผ่านทางกาย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการให้การพยาบาล ต้องอาศัยทักษะความชำนาญจากการลงมือทำ ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์หากมุ่งเน้นการบรรยาย มีกิจกรรมเฉพาะการอ่าน การฟัง หรือการเขียน นักศึกษามักจะไม่สามารถจินตนาการภาพได้อย่างชัดเจน หรือแม้แต่การเห็นภาพผ่านทางสื่อการเรียนการสอนที่เป็นวิดีโอ ที่ทำให้นักศึกษาเห็นภาพ แต่เมื่อต้องลงมือปฏิบัติ ก็ขาดความมั่นใจและขาดศิลปะในการให้การพยาบาล ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนที่มีการเรียนรู้ผ่านทางกายและความรู้สึก (K – Kinesthetic Learner) จึงเป็นการเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้พัฒนาศักยภาพตนเองในการเรียนรู้อย่างรวดเร็ว สามารถคิดวิเคราะห์ และสามารถปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลจนสร้างความคุ้นเคย และให้การพยาบาลด้วยความมั่นใจก่อนไปปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง สร้างความเชื่อมั่นให้กับเพื่อนร่วมวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้ที่มีความถนัดการเรียนรู้ผ่านทางกายและความรู้สึก (K – Kinesthetic Learner) มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ในระดับสูง ถึงปานกลาง ซึ่งแตกต่างกับนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี (Boontuan, Srisuda, & Gunlaya, 2016) ที่พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่ชอบรูปแบบการเรียนรู้ผ่านการเขียนและการอ่าน (R – Read-Write Learner) เช่น การดูตัวอย่างภาพยนตร์เรื่องใหม่ ๆ การศึกษาแผนผังภาพที่แสดงวิธีการใช้กล้อง การเขียนรายงาน การใช้แผนภูมิ มโนทัศน์ และแบบทดสอบความถนัดการเรียนรู้ (Turner, Leungratanamart, Niranrat, Jarnarerox, Wattanakul, & Reunreag, 2015) และแตกต่างจากนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ที่พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่ชอบการเรียนรู้ผ่านทางสายตา (V - Visual Learner) โดยการดูและการมองเห็น (Singweratham, 2019)

2. จากผลการศึกษาวิธีการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่างตามรูปแบบการเรียนรู้ของทฤษฎี วาร์ค วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี พบว่า วิธีการเรียนรู้ผ่านทางกายและความรู้สึก (K – Kinesthetic Learner) ที่พบมากที่สุด คือ การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง จำนวน 189 คน คิดเป็นร้อยละ 47.34 รองลงมาคือการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57 โดยรายวิชาที่มีการจัดการเรียนการสอนโดยการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานีนั้นเป็นไปตามหลักสูตรที่มีการกำหนดไว้ โดยในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2555 จำนวน 28 หน่วยกิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2559 จำนวน 36 หน่วยกิต ซึ่งมีความใกล้เคียงกันกับวิทยาลัยพยาบาลอื่น ๆ โดยเฉพาะวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ในเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ที่สททบกับมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์เช่นเดียวกันแล้วนั้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ยังมีการจัดให้นักศึกษาได้มีการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงในรายวิชาภาคทฤษฎี และภาคทดลอง เช่น การทำอาหารปั่นผสมและอาหารเฉพาะโรคแก่ผู้รับบริการของโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี ในรายวิชาโภชนบำบัด การรวบรวมข้อมูลโดยการซักประวัติ ตรวจร่างกายจากผู้รับบริการในโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี เพื่อวางแผนการพยาบาลในรายวิชาโภชนบำบัดและทฤษฎีทางการพยาบาล การตรวจสุขภาพนักเรียนหลังสิ้นสุดการเรียนหัวข้อการประเมินภาวะสุขภาพ ในรายวิชาหลักการและเทคนิคการพยาบาล การให้ความรู้ทางด้านสุขภาพแก่นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษา และมีวิทยานิพนธ์ต่าง ๆ ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ในรายวิชาการสอนและให้คำปรึกษา นอกจากนี้วิทยาลัยฯ ได้มีการจัดให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงนอกหลักสูตรเพิ่มเติม โดยการเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ร่วมบริการวิชาการแก่สังคม เช่น การให้บริการตรวจสุขภาพทั่วไป และการตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การให้ความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคติดต่อที่มีการระบาดในแต่ละช่วงเวลา การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ทั้งในชุมชนต้นแบบของวิทยาลัยฯ ชุมชนตลาดสดกอบกานจ์ ห้างสรรพสินค้า สถานีรถไฟ และสถานีขนส่ง การปฐมพยาบาลเบื้องต้น โดยเป็นทีมหน่วยปฐมพยาบาลร่วมกับอาจารย์ และพยาบาลวิชาชีพในกิจกรรมสำคัญ ๆ ของจังหวัด เช่น กิจกรรมเทิดพระเกียรติเนื่องในโอกาสต่าง ๆ กิจกรรมแห่ผ้าห่มพระธาตุศรีสุราษฎร์ กิจกรรมสมโภชน์ศาลหลักเมืองจังหวัดสุราษฎร์ธานี การจัดการแข่งขันกีฬา เป็นต้น รวมถึงไปถึงวิธีการสอน โดยการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงนั้น นอกจากจะมีการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาภาคทฤษฎี เช่น วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ วิชาการ

พยาบาลเด็ก วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ วิชาการ  
รักษาพยาบาลเบื้องต้น ที่มีการจัดการเรียนการสอนตั้งแต่ชั้นปีที่ 2 – 4 แล้วยังมีนโยบายจากผู้บริหารส่งเสริมให้  
การจัดการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation Base Learning) โดยสนับสนุนให้มีการ  
พัฒนาห้องปฏิบัติการพยาบาลให้มีความพร้อมเพื่อจัดการเรียนการสอน และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการร่วม  
ดำเนินการในการจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมเพื่อสร้างความมั่นใจ ก่อนฝึกภาคปฏิบัติ และหลังสิ้นสุดการฝึก  
ปฏิบัติเพื่อประเมินความรู้ความสามารถทั้งด้านทักษะ การคิดวิเคราะห์ และการตัดสินใจของทุกรายวิชาใน  
ภาคปฏิบัติ และรวมไปถึงการสอบเลื่อนชั้นปีของนักศึกษา ชั้นปีที่ 2 – 4 เมื่อสิ้นสุดปีการศึกษา ซึ่งจากวิธีการ  
จัดการเรียนการสอนตามการเรียนรู้ผ่านร่างกายและความรู้สึก (K – Kinesthetic Learner) นั้นจัดเป็นวิธีการที่  
ส่งเสริมให้นักศึกษาสามารถพัฒนาศักยภาพได้เต็มความสามารถ ทั้งทางด้านทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ  
ทักษะการคิดวิเคราะห์ แล้วยังสามารถพัฒนาทักษะทางสังคม ทักษะการแก้ปัญหา และการตัดสินใจ ส่งผลให้  
ผู้เรียนได้มีการเรียนรู้ที่มีความสุข (Jansook, Jansook, & Weerawatthanodom, 2017)

3. จากสมมติฐานรูปแบบการเรียนรู้ตามทฤษฎี วาร์ค มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน พบว่า  
ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้ตามทฤษฎี วาร์ค กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ของนักศึกษาวิทยาลัย  
พยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ที่มีผลสัมฤทธิ์  
ทางการเรียนรู้สูงและปานกลาง จะมีการเรียนรู้ผ่านร่างกายและความรู้สึก (K – Kinesthetic Learner) และ  
การเรียนรู้ผ่านทางการเขียนและการอ่าน (R – Read-Write Learner) เป็นส่วนใหญ่ ส่วนผู้ที่มีผลสัมฤทธิ์ทาง  
การเรียนรู้ต่ำ จะมีการเรียนรู้ทั้ง 4 รูปกระจายใกล้เคียงกัน ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่าการเรียนรู้ผ่านร่างกายและ  
ความรู้สึก (K – Kinesthetic Learner) และการเรียนรู้ผ่านทางการเขียนและการอ่าน (R – Read-Write  
Learner) เป็นการเรียนรู้ที่เป็น Active learning เน้นการเรียนรู้ด้วยการกระทำ สามารถทำให้นักศึกษาได้มีการ  
สร้างและพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ใน  
ระดับสูงและปานกลาง สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของจอห์น ดิวอี้ (Unkoonroh, 2000) ที่กล่าวว่า  
การเรียนรู้ด้วยการกระทำเป็นการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยประสบการณ์ตรงจากการเผชิญสถานการณ์จริง  
ฝึกคิด ฝึกลงมือทำ ฝึกทักษะกระบวนการต่าง ๆ ฝึกทักษะการแสวงหาความรู้ และค้นคว้าหาข้อมูลความรู้  
จากแหล่งต่าง ๆ มิใช่เฉพาะในห้องเรียนเท่านั้น ทำให้ผู้เรียนเรียนรู้ด้วยตนเอง ส่งผลให้ผู้เรียนคิดเป็น แก้ปัญหา  
เป็น และเกิดนิสัยการศึกษาค้นคว้าหาความรู้ด้วยตนเองได้ด้วยความมั่นใจ ประกอบกับในการจัดการเรียน  
การสอนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานีที่ผ่านมา ได้มีการพัฒนาการเรียนการสอนเพื่อให้  
นักศึกษามีทักษะศตวรรษที่ 21 (Bellanca, & Brandt, 2010) โดยมีเทคนิคการสอนที่หลากหลาย ทั้งเทคนิคการ  
สอนที่มีรูปแบบการเรียนรู้ผ่านร่างกายและความรู้สึก (K – Kinesthetic Learner) เช่น การใช้สถานการณ์  
จำลองเสมือนจริง (Simulation Base Learning) การแสดงบทบาทสมมติ (Role play) การสาธิตและการสาธิต  
ย้อนกลับ (Demonstration) ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติ หรือการลงมือทำผ่านองค์การเรียนรู้ของ  
ตนเอง ผู้เรียนเป็นผู้เรียนรู้ ผู้สอนเป็นเพียงผู้สนับสนุน (Supporter) และเป็นแหล่งความรู้ (Resource Person)  
ของผู้เรียน จึงเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนลงมือปฏิบัติมากกว่าการฟังบรรยายจากผู้สอนเพียงอย่างเดียว  
ผลการศึกษาของสิริรักษ์ ศรีมาลาและรุ่งทิพา หวังเรืองสถิต (Srimala, & Wangruangsathid, 2015) ที่พบว่า  
การมอบหมายงานให้ผู้เรียนต้องฝึกคิดเป็นรายบุคคล การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ระหว่างเพื่อน  
จะทำให้ผู้เรียนแต่ละคนเกิดการเรียนรู้ผ่านการลงมือทำถึงร้อยละ 41.00 หรือเทคนิคการสอนที่ส่งเสริม  
การเรียนรู้ผ่านทางการเขียนและการอ่าน (R – Read-Write Learner) เช่น การใช้ปัญหาเป็นหลัก (Problem –  
Based Learning) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence – Based Learning) การใช้กรณีศึกษา (Case  
Study/Case Based) ร่วมกับการใช้สื่อ เช่น วิดีโอ ฟอน ที่ส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านทางโสตประสาท (A – Auditory  
Learner) เป็นต้น ซึ่งเทคนิคการสอนต่าง ๆ เป็นเทคนิคการสอนสังเคราะห์ และแก้ปัญหาได้อย่างสร้างสรรค์  
ที่มีการทำกิจกรรมเปลี่ยนแปลงอริยาบถตลอดเวลา ต้องเรียนรู้ไม่หยุดนิ่ง เกิดการตื่นตัวในการแสดงความคิดเห็น  
และการลงมือปฏิบัติ จนสามารถทำให้นักศึกษาเกิดทักษะการคิดวิเคราะห์ เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ

และสัมฤทธิ์ผลตามวัตถุประสงค์ ที่ตอบสนองตามความต้องการและตอบสนองตามรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษา จึงทำให้รูปแบบการเรียนรู้ตามทฤษฎี วาร์ค มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี โดยผู้ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงและปานกลางส่วนใหญ่จะมีการเรียนรู้ผ่านทางกายและความรู้สึก (K – Kinesthetic Learner) มากกว่า

### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ เช่น ห้องปฏิบัติการสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ห้องปฏิบัติการทางการพยาบาล ให้มีคุณภาพและเพียงพอ ตอบสนองต่อความต้องการและความถนัดของนักศึกษา ตามผลการวิจัยที่พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีการเรียนรู้ผ่านทางกายและความรู้สึก (K – Kinesthetic Learner) มากที่สุด
2. เป็นแนวทางในการเลือกใช้เทคนิคการสอนที่มีหลากหลายให้เหมาะสมกับความถนัดของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
3. ใช้ในการส่งเสริมการเรียนรู้ พัฒนาตนเองของนักศึกษา เพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของการเรียน และสามารถไปประยุกต์ใช้กับการทำงานในวิชาชีพพยาบาลในอนาคตต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อรูปแบบการเรียนรู้
2. การเปรียบเทียบรูปแบบการเรียนรู้ระหว่างชั้นปี ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงลักษณะรูปแบบการเรียนรู้ที่เหมาะสมที่สุดต่อการเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
3. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเรียนรู้ตามทฤษฎี วาร์ค โมเดล กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานีเท่านั้น อาจมีตัวแปรอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการเรียนรู้กับนักศึกษาพยาบาล ดังนั้น การทำวิจัยครั้งต่อไปอ่านศึกษาตัวแปรอื่น ๆ จะทำให้ได้องค์ความรู้ใหม่เพิ่มขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลวิจัยที่มีผลการเรียนรู้และความหลากหลายของรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล

### References

- Bellanca, J. A., & Brandt, R. S. (2010). *21<sup>st</sup> Century Skills: Rethinking How Student Learn*. US: Solution Tree.
- Boontuan, W., Srisuda, N., & Gunlaya, N. (2016). Differences in Learning Preference of Nursing Students. Nonthaburi: *Journal of Health Science Research*, 10(1), 54-61. (in Thai)
- Fleming, N. (2008). *VARC Classification of Learning Styles*. London: SEDA.
- Fleming, N. D., & Mills, C. (2008). *VARC a Guide to Learning Styles*. Retrieved October 24, 2018, from: <http://www.varklearn.com/Retrieved>.
- Janepanish Visudtibhan, P., Disornatitawat, P. (2015). Learning Style Preference of Nursing Student at Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 25(1), 70-82. (in Thai)
- Jansen, E. (2008). *Brain-Based Learning: The New Paradigm of Teaching (2<sup>nd</sup>.)* Thousand Oak, California: Corwin.



- Jansook, N., Jansook, C., & Weerawatthanodom, N. (2017). *A Study of VARK Learning Styles of First Year Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Chainat*. Retrieved October 24, 2018, from: <http://conference.nu.ac.th/nrc13/downloadPro.php?plD=199&file=199.pdf> (in Thai)
- Meehan-Andrews, T. A. (2009). Teaching Mode Efficiency and Learning Preferences of First Year Nursing Students. *Nurse Education Today*, 29, 24-32.
- Panith, V. (2012). *Ways to Create Learning for Students in the 21<sup>st</sup> Century*. Bangkok: Sodsri-Saritwong Foundation.
- Singweratham, 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. *The Southern College Network journal of Nursing and Public Health*, 6(3), 27-40. (in Thai)
- Srimala, S., & Wangruangsatid, (2015). Achievement and Satisfaction of Nursing Students Studying Newborn Nursing Care by Using VARK Learning Style. *Journal of Health Science*, 24(4), 751-758. (in Thai)
- Tanwinit, A., & Sittiprapaporn, W. (2010). Learning Styles of Undergraduate Musical Students Attending Music College in Thailand. *Retrieved Electronic. De LEEME (Lista European Electronica de Musical en la Education)*, 2(5), 149-163. (in Thai)
- Thaewopia, S., Thongnarong, P., & Wichai, S. (2017). Learning Style of Nursing Student at of Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen. *Journal of Nursing Health Care*, 35(2), 225-235. (in Thai)
- Turner, K., Leungratanamart, L., Niranrat, S., Jarnarerux, J., Wattanakul, B., & Reunreag, T. (2015). Twenty First Century Skills of Nursing Student of Boromarajonani College of Nursing, Chonburi. *Journal of the Ministry of Public Health*, 25(1), 178-193. (in Thai)
- Unkoonrohid, P. (2000). *Practice Philosophy Foundation of Educational Philosophy in a Democratic Society*. Bangkok: Chulalongkorn University Press.

## ผลของการใช้รูปแบบ PM-CARE Model ในรายวิชาภาคปฏิบัติ ต่อความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล The Effects of a PM-CARE Model on the Abilities of Nursing Students to Use Nursing Processes in Their Practicum

ศศิธร ชิดนายิ,<sup>1\*</sup> พลอยปภัส จรัสธนะพัฒน์<sup>1</sup>, ศุทธิณี วัฒนกุล<sup>1</sup>, กรรณิกา เรือนจันทร์<sup>1</sup>,  
แพรวระพี เรืองเดช<sup>1</sup> และ วรารภรณ์ ยศทวี<sup>2</sup>

Sasidhorn Chidnayee<sup>1\*</sup>, Ploypapus Jarauthanapus<sup>1</sup>, Suttini Wattanakul<sup>1</sup>, Ganigah Ruanjahn<sup>1</sup>,  
Praewrapee Ruengdej<sup>1</sup> and Waraporn Yottavee<sup>2</sup>

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่<sup>1\*</sup>, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตต์<sup>2</sup>  
Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai<sup>1\*</sup>, Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit<sup>2</sup>

(Received: May 11, 2020; Revised: September 19, 2020; Accepted: October 07, 2020)

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ภายหลังการใช้รูปแบบ PM-CARE Model ที่พัฒนาจากแนวคิดการฝึกหัดทางปัญญา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2562 จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือรูปแบบการเรียนการสอน PM-CARE Model เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ 1) แบบประเมินความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ .67-1.00 หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคโดยรวม ได้เท่ากับ .892 ด้านการประเมินภาวะสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .714 ด้านการวินิจฉัยการพยาบาลมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .716 ด้านการวางแผนการพยาบาลมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .875 ด้านการปฏิบัติการพยาบาลมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .900 และการประเมินผลการพยาบาลมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .889 และ 2) ความพึงพอใจในการใช้รูปแบบ เป็นแบบสอบถามเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติทดสอบ Paired t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหาผลการวิจัยพบว่า

1. หลังเรียนโดยใช้รูปแบบ PM CARE Model นักศึกษามีความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาล สูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $p < .001$ )

2. นักศึกษาส่วนใหญ่พึงพอใจการเรียนการสอนรูปแบบ PM-CARE Model เพราะทำให้ปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างนักศึกษาทั้งกับอาจารย์และพยาบาล บรรยากาศกลุ่มสำคัญรู้สึกเป็นทีมเดียวกัน อยากทำได้เหมือนพยาบาล และอาจารย์ แม้ว่ากระบวนการพยาบาลเป็นเรื่องเครียด

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้สอนสามารถนำการเรียนการสอนโดยใช้รูปแบบ PM CARE Model พัฒนานักศึกษาพยาบาลให้สามารถสร้างความรู้โดยเฉพาะการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วย

**คำสำคัญ:** แนวคิดการฝึกหัดทางปัญญา, กระบวนการพยาบาล, นักศึกษาพยาบาล, PM CARE Model

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sasidhorn@bcnc.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 089-7568428)

## Abstract

The aim of this quasi experimental research was to compare the ability of nursing students to use nursing processes after the implement of a PM-CARE model, based on cognitive apprenticeship. Participants were 30 nursing students from Boromarajonani College of Nursing in Chiang Mai in 2019. Experimental instruments was the PM-CARE Model. The collecting instruments was the evaluation form for the ability of nursing process. Reliability was tested by using Cronbach's alpha coefficient, yielding .892. Reliability of health assessment, nursing diagnosis, nursing care plan, nursing practice and evaluation was equal to .714, .716, .875, .900, .889, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test. The qualitative data was verified using simple content analysis. Results showed the following.

1. The ability to use nursing processes after implementing the PM-CARE Model was higher than before study ( $p < .001$ ).

2. Most of the students were satisfied with the PM-CARE Model because it created a good interaction between students, instructors and nurses. Learning atmosphere made students working as a team. Even if the nursing process is stressful, they wanted to do it like nurses and instructors.

This research showed that the cognitive apprenticeship instruction could be used to improve nursing process's ability.

**Keywords:** Cognitive Apprenticeship, Learning and Teaching, Nursing Process, Nursing Students, PM-CARE Model

## บทนำ

การปฏิบัติการพยาบาลมีเป้าหมายหลักเพื่อให้ผู้รับบริการมีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดตามศักยภาพของบุคคล สภากาพยาบาลได้กำหนดให้การปฏิบัติการพยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลเป็นมาตรฐานที่ 1 เชิงกระบวนการ ที่ผู้ปฏิบัติการพยาบาลต้องปฏิบัติตาม (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2019) กระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ในการจัดการเรียนการสอนได้มีการสอนกระบวนการพยาบาลในหลักสูตรตั้งแต่การเรียนภาคทฤษฎีและนำไปสู่การใช้จริงในรายวิชาภาคปฏิบัติ โดยยึดกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาล

ถึงแม้การเรียนการสอนและการฝึกปฏิบัติจะเน้นเรื่องการใช้กระบวนการพยาบาล พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีปัญหาและอุปสรรคในการใช้กระบวนการพยาบาล เช่น การวินิจฉัยการพยาบาล ที่ไม่สามารถเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล เขียนจากความรู้นึกคิดเอง ไม่สามารถรวบรวมข้อมูลในการประเมินภาวะสุขภาพทำให้ไม่รู้ว่ากำหนดปัญหาการพยาบาลอย่างไร (Vibulchai, & Boranmoon, 2014) ขาดทักษะการประเมินภาวะสุขภาพ (Vitoonmetha, Niputhutpong, Iemsam-Ang, & Tejangkura, 2016) จึงควรหาวิธีการจัดการเรียนการสอนที่พัฒนาการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษา

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้แนวคิดการฝึกหัดทางปัญญา (The Cognitive Apprenticeship) เป็นแนวคิดที่เน้นการเรียนการสอนให้พัฒนาการคิดควบคู่กับการพัฒนาทักษะปฏิบัติ เป็นแนวคิดที่มีรากฐานจากทฤษฎีการเรียนรู้เชิงสังคมวัฒนธรรม (Sociocultural Theory of Learning) ที่เชื่อว่าปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างผู้เรียนกับผู้เชี่ยวชาญ การฝึกฝนเรียนรู้ประสบการณ์ ที่มีกระบวนการส่งเสริมให้มีความสามารถจนพัฒนาถึงพื้นที่รอยต่อพัฒนาการของแต่ละบุคคล (Vygotsky's Zone of Proximal Development: ZPD) ทำให้เกิด

กระบวนการพัฒนาศักยภาพผ่านการเรียนรู้จากกระบวนการคิดและการปฏิบัติของผู้เชี่ยวชาญ ผู้เรียนสังเกต เก็บสะสมเป็นประสบการณ์และสามารถนำมาสร้างความรู้ของตนเอง (Chidnayee, 2017; Roth & Bowen, 2009) จึงเป็นแนวคิดที่มีความเหมาะสมกับการเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 จากการศึกษาพบว่าการจัดการเรียนการสอนโดยใช้แนวคิดการฝึกหัดทางปัญญาช่วยส่งเสริมการคิดไตร่ตรอง การคิดวิเคราะห์ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ การอ่านวิเคราะห์ การให้เหตุผลทางคลินิกและทักษะการแก้ปัญหา (Insan, & Phoyen, 2017; Saadati, Ahmad Tarmizi, Mohd Ayub, & Abu Bakar, 2015) เหมาะสมกับการเรียนรู้ในคลินิกหรือแหล่งฝึก (Stalmeijer, Dolmans, Snellen-Balendong, van Santen-Hoeufft, Wolhagen, & Scherpbier, 2013; Woolley & Jarvis, 2007)

รูปแบบ PM-CARE Model เป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่พัฒนาโดย Chidnayee (2017) พัฒนาจากแนวคิดการฝึกหัดทางปัญญา เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลในการเรียนรู้รายวิชาทฤษฎี เป้าหมายของรูปแบบเป็นการพัฒนาทั้งความรู้ที่เด่นชัดของตนเอง (Explicit Knowledge) ทักษะปฏิบัติ กระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ที่สามารถย้อนกลับไปให้เห็นกระบวนการทางความคิดที่อยู่เบื้องหลังการปฏิบัติ หรือการรู้คิด (Metacognition) และวัฒนธรรมหรือวิถีปฏิบัติของวิชาชีพ (Culture in the Profession) ซึ่งแนวคิดนี้เป็นเครื่องมือจัดการเรียนการสอนในการวางแผน การนำไปปฏิบัติ และการประเมินผลประสบการณ์การเรียนรู้ในคลินิกของนักศึกษาพยาบาล (Taylor, & Care, 1999)

รูปแบบ PM-CARE Model ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การเตรียมความพร้อมและสร้างแรงจูงใจ (Preparation and Motivation) 2) เรียนรู้จากตัวแบบ (Modeling) 3) สร้างความรู้ภายใต้การช่วยเหลือและดูแล (Construction by Coaching and Scaffolding) 4) ไตร่ตรองรู้ตัวตน (Articulation and Reflection) และ 5) การสำรวจเรียนรู้สิ่งใหม่ (Exploration) การศึกษารูปแบบไปใช้ในรายวิชาทฤษฎี ที่ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเชื่อมโยงความรู้เพื่อนำไปใช้ในการฝึกภาคปฏิบัติ พบว่า รูปแบบ PM-CARE Model ส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาล สามารถสร้างความรู้ และความเข้าใจในการพยาบาลได้เพิ่มมากขึ้น (Chidnayee, & Kaewurai, 2018)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่จัดการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560 ที่มีปรัชญาของหลักสูตรเชื่อว่า การพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีศาสตร์และศิลป์ในการใช้กระบวนการพยาบาลดูแลสุขภาพแก่ผู้รับบริการ ดังนั้นในการเรียนการสอนทุกรายวิชาทางการพยาบาลจะมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษามีความรู้ความสามารถใช้กระบวนการพยาบาล จากการประเมินผลการฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2561 จากนักศึกษาและผู้สอนพบว่า นักศึกษาไม่มีความมั่นใจในการใช้กระบวนการพยาบาล ใช้เวลานานในการทำ พบปัญหาในแต่ละขั้นตอน ดังนี้ 1) การประเมินภาวะสุขภาพไม่ครอบคลุม ตรวจร่างกายได้น้อย ไม่ทราบว่าจะนำข้อมูลที่มีอยู่ไปใช้อย่างไร 2) การวินิจฉัยการพยาบาล พบปัญหาเขียนข้อวินิจฉัยไม่ถูกต้อง ไม่ครอบคลุม ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย และไม่สามารถเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล พบปัญหาวางแผนการพยาบาลไม่ครอบคลุม 4) การปฏิบัติการพยาบาล ไม่สามารถนำสิ่งที่วางแผนการพยาบาลนำมาใช้ได้ เนื่องจากกำหนดการพยาบาลจากการสืบค้นจากเอกสารหรือตำราที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ตนเองรับผิดชอบ ขาดความเข้าใจความรู้เรื่องโรคและการพยาบาลผู้ป่วยที่ตนเองรับผิดชอบ และ 5) การประเมินผลการพยาบาล ประเมินผลไม่ครอบคลุม ขาดความไวในข้อมูลทำให้ไม่สามารถปรับปรุงแผนการพยาบาลไม่ได้ (Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai, 2019)

ปัญหาดังกล่าวทำให้นักศึกษาไม่สามารถวางแผนการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาได้ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญต่อคุณภาพของพยาบาลในอนาคตและอาจส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย จึงควรเร่งหาวิธีการจัดการเรียนการสอนที่ช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถใช้กระบวนการพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ปีการศึกษา 2562 จึงได้นำรูปแบบ PM-CARE Model มาทดลองใช้ในรายวิชาภาคปฏิบัติเพื่อช่วยส่งเสริมความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ที่จะช่วยเกิดการดำเนินงานอย่างมีระบบขั้นตอน การพยาบาลที่ได้มาตรฐาน ลดอุบัติเหตุร้ายแรง ความเสี่ยง ทำ

ให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่เหมาะสม ต่อเนื่อง แก้ไขปัญหาได้ทันที่และมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความปลอดภัยและความพึงพอใจต่อคุณภาพการพยาบาล

### วัตถุประสงค์วิจัย

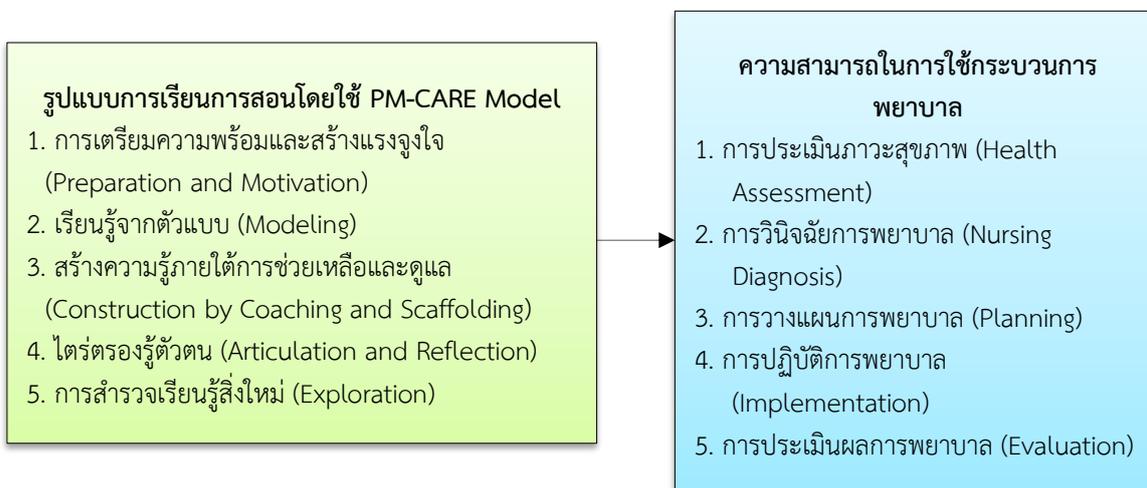
1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ PM-CARE Model ในรายวิชาภาคปฏิบัติ
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ PM-CARE Model ในนักศึกษาพยาบาล

### สมมติฐานวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาลมีความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลเพิ่มขึ้น ภายหลังจากใช้รูปแบบ PM-CARE Model ในรายวิชาภาคปฏิบัติ
2. นักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ PM-CARE Model

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้นำรูปแบบ PM-CARE Model เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาลของ Chidnaye (2017) มาประยุกต์ใช้ในรายวิชาภาคปฏิบัติ ที่มีขั้นตอนคือ 1) การเตรียมความพร้อมและสร้างแรงจูงใจผู้เรียน (Preparation and Motivation) เพื่อให้ผู้เรียนทบทวนเชื่อมโยงความรู้ที่ผ่านมากับความรู้ใหม่ 2) เรียนรู้จากตัวแบบ (Modeling) ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญซึ่งได้แก่ ผู้สอนหรือ พยาบาล ในหอผู้ป่วยที่มีความเชี่ยวชาญมากกว่า 3) สร้างความรู้ภายใต้การช่วยเหลือและดูแล (Construction by Coaching and Scaffolding) เป็นการช่วยให้ผู้เรียนบรรลุศักยภาพเพิ่มสูงขึ้นภายใต้การช่วยเหลือ 4) ไตร่ตรองรู้ตัวตน (Articulation and Reflection) ทำให้ผู้เรียนเรียนรู้แนวทางการพัฒนาตนเอง และ 5) การสำรวจเรียนรู้สิ่งใหม่ (Exploration) เป็นการขยายความรู้ของตนเองในสถานการณ์แตกต่างจากเดิม



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Design Pretest- Posttest Design)

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลพยาบาลชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2562 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ จำนวน 158 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลพยาบาลชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2562 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ที่ฝึกปฏิบัติหอผู้ป่วยหนักในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 จำนวน 30 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ 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 โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างให้เป็นจำนวน 30 คน จำนวน 4 กลุ่มฝึกปฏิบัติกลุ่มละ 3 สัปดาห์ กลุ่มงานวิชาการเป็นผู้จัดแบ่งกลุ่มนักศึกษาทุกรายวิชาโดยใช้กลุ่มเดียวกันตลอดปีการศึกษา นักศึกษากลุ่มละ 7-8 คน โดยใช้ผลการเรียนของชั้นปีที่ 2 แบ่งนักศึกษาออกเป็น 2 ระดับ ระดับที่ 1 มี GPA ระหว่าง 3.00-4.00 และระดับที่ 2 มี GPA ระหว่าง 2.00-2.99 นักศึกษาแต่ละกลุ่มจะประกอบด้วยนักศึกษาทั้ง 2 ระดับเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนแบบร่วมมือ และเป็นการแบ่งปันทรัพยากรอย่างเท่าเทียมกัน เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกเจาะจงโดยกำหนดคุณสมบัติเป็น 1) นักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติหอผู้ป่วยหนักในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2) กลุ่มงานวิชาการดำเนินการแบ่งกลุ่มนักศึกษาออกเป็นกลุ่มละ 7-8 คน โดยใช้ผลการเรียนของชั้นปีที่ 2 นักศึกษาทุกกลุ่มจะประกอบด้วยนักศึกษาทั้ง 2 ระดับ 2) นักศึกษายินดีเข้าร่วมกิจกรรม และ 3) เป็นนักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยที่ผู้วิจัยเป็นอาจารย์สอนภาคปฏิบัติ เกณฑ์การคัดออกคือ นักศึกษาที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกกิจกรรมและในระยะเวลาที่กำหนด

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 รูปแบบการเรียนรู้ PM CARE model เป็นรูปแบบที่พัฒนาโดย Chidnayee (2017) ที่ใช้ในรายวิชาภาคทฤษฎี สำหรับการศึกษาครั้งนี้ได้นำมาประยุกต์ใช้ในรายวิชาภาคปฏิบัติ มีขั้นตอน ดังนี้

1.1.1 การเตรียมความพร้อมและสร้างแรงจูงใจผู้เรียน (Preparation and Motivation) เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้ที่ผ่านมากับความรู้ใหม่ได้

1.1.2 เรียนรู้จากตัวแบบ (Modeling) ผู้วิจัยมีบทบาทเป็นตัวแบบเรื่องกระบวนการพยาบาลพยาบาลที่เลี้ยงจะเป็นตัวแบบเรื่องการทำหัตถการ ในการฝึกปฏิบัติที่หอผู้ป่วย มอบหมายให้นักศึกษารับผิดชอบวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วย ผู้วิจัยสาธิตการวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การประเมินภาวะสุขภาพโดยผู้วิจัยแสดงการเก็บรวบรวมข้อมูล จัดกลุ่มข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จำแนกข้อมูลปกติและผิดปกติ การแปลความหมายของข้อมูลผิดปกติ รวบรวมข้อมูลการสืบค้นข้อมูลประวัติอาการเจ็บป่วยปัจจุบันและอดีต การตรวจร่างกาย การวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลรวบรวมตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's Functional Health Pattern Framework) หรือ FANCAS 2) การวินิจฉัยการพยาบาล แสดงการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อนำไปสรุปปัญหาและสาเหตุของการเกิดปัญหาและการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล จะเน้นการวิเคราะห์โดยมีการนำข้อมูลผู้ป่วยมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับทฤษฎี ทำให้นำไปสู่การวิเคราะห์ปัญหาจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาการพยาบาล กำหนดวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของการพยาบาล กำหนดเกณฑ์การประเมินผล 3) การวางแผนการพยาบาล แสดงให้เห็นถึงการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลโดยเรียงลำดับความสำคัญก่อนหลัง อธิบายถึงกระบวนการพยาบาลและผลของกิจกรรมการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาลในขั้นนี้กิจกรรมที่ซับซ้อนจึงมีพยาบาลในหอผู้ป่วยช่วยเป็นตัวแบบเช่น การดูแลเครื่องช่วยหายใจ 5) การประเมินผลการพยาบาลเป็นการเปรียบเทียบผลการพยาบาลกับวัตถุประสงค์และเกณฑ์การประเมินผลที่กำหนดไว้ และแนวการพยาบาลที่ต้องปรับปรุงเพิ่มเติมเพื่อให้ปัญหาการพยาบาลได้รับการแก้ไข

1.1.3 สร้างความรู้ภายใต้การช่วยเหลือและดูแล (Construction by Coaching and Scaffolding) การชี้แนะหรือการโค้ช (Coaching) ทำในขณะที่นักศึกษาประชุมปรึกษาการพยาบาลก่อนการพยาบาล นำเสนอแผนการพยาบาล หรือขณะทำหัตถการ โดยให้คำแนะนำและกำกับการทำงานเพื่อช่วยพัฒนาทักษะการทำงานและการเขียนแผนการพยาบาล สำหรับนักศึกษาที่ไม่มีความมั่นใจ จะได้รับการกระตุ้นศักยภาพ เช่น การพูดเสริมกำลังใจ ให้เห็นว่านักศึกษาสามารถทำงานชิ้นนั้นให้สำเร็จได้ ช่วยให้นักศึกษาค้นหาปัญหาที่อาจจะเกิด การให้ข้อมูลป้อนกลับ การบอกวิธีการทำงาน เตือนความจำ และให้งานใหม่โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มสมรรถนะให้ใกล้เคียงกับสมรรถนะของผู้เชี่ยวชาญ สำหรับการเสริมศักยภาพ (Scaffolding) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้นักศึกษาสามารถพัฒนาศักยภาพให้เพิ่มมากขึ้นกว่าที่มีอยู่ ผู้สอนให้ความช่วยเหลือเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ โดยจะให้การช่วยเหลือเฉพาะในทักษะที่อยู่เกินความสามารถ เพิ่มระดับของการคิดและการใช้กระบวนการพยาบาล การให้ข้อมูลป้อนกลับในการทำงานร่วมกันและช่วยเหลือเมื่อแก้ปัญหาที่ยาก นักศึกษาที่สามารถตอบคำถาม แสดงวิธีคิด บอกเหตุผลได้ถูกต้องหรือสามารถทำหัตถการนั้น ๆ ได้ ผู้วิจัยจะค่อย ๆ ถอยออกมาปล่อยให้มืออิสระในการคิดแต่จะยังอยู่ภายใต้การดูแลของผู้สอนและพยาบาลพี่เลี้ยง การโค้ชและการเสริมศักยภาพมักดำเนินไปพร้อมๆกัน

1.1.4 ไตร่ตรองรู้ตัวตน (Articulation and Reflection) การพูดหรือสื่อสารออกมา (Articulation) ขั้นตอนนี้ผู้สอนมอบหมายให้นักศึกษานำเสนอกระบวนการพยาบาลที่ได้วางแผนและให้อธิบายแนวคิด หลักการหรือทฤษฎี หรือความรู้ที่นำมาใช้ วิธีคิด เหตุผลและกลยุทธ์ที่เลือกใช้ในการวางแผนการพยาบาล รวมทั้งช่วยเสนอความคิดเห็นของเพื่อน ในขั้นตอนนี้ผู้สอนจะใช้คำถาม เพื่อให้ผู้เรียนคิดวิเคราะห์และมีความรู้ที่ลึกซึ้งมากขึ้น กิจกรรมต่างๆจะใช้คำถามเป็นตัวนำ จะดำเนินการกับการสะท้อนคิด (Reflection) ที่ให้ผู้เรียนทบทวน ไตร่ตรอง และวิเคราะห์การทำงานของตนเอง ความสามารถของตนเอง และเปรียบเทียบกระบวนการแก้ปัญหาของตนเองกับผู้สอนหรือผู้เรียนคนอื่น ๆ เพื่อให้ทราบถึงความรู้ของตนเองและทำให้เกิดการตกผลึกของความคิด เกิดความรู้ที่ได้เรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง

1.1.5 การสำรวจเรียนรู้สิ่งใหม่ (Exploration) นักศึกษาได้รับมอบหมายให้วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาแตกต่างจากกรณีศึกษาเดิม เช่น โรคใหม่ หรือระบบใหม่ ผู้สอนจะกระตุ้นให้ผู้เรียนใช้กระบวนการพยาบาลที่ได้เรียนรู้มาจากขั้นตอนต่าง ๆ ที่ผ่านมา

1.2 แผนการสอนภาคปฏิบัติแผนกหอผู้ป่วยหนัก รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ที่ผ่านการวิพากษ์จากคณะกรรมการของภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้รับผิดชอบหลักสูตรจำนวน 3 คน พิจารณา และให้ข้อเสนอแนะ ประกอบด้วยแผนการสอนภาคปฏิบัติ 1 แผน ที่มีระยะเวลาจำนวน 3 สัปดาห์ต่อกลุ่ม แผนการสอนในคลินิก (Clinical Teaching) จำนวน 5 แผน ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที ได้แก่ แผนการสอนเรื่อง 1) การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ 2) การพยาบาลผู้ป่วยที่หย่าเครื่องช่วยหายใจ 3) คลื่นไฟฟ้าหัวใจและการแปลผล 4) การวิเคราะห์ก๊าซในหลอดเลือดแดง และ 5) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ Shock

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาล เป็นแบบวัดความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนสำหรับรายวิชาภาคปฏิบัติ พัฒนาโดยผู้วิจัย โดยศึกษาจากตำรา บทความ และงานวิจัย เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในรายวิชาปฏิบัติ แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาในรายวิชาทฤษฎี แบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ด้าน คือ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล แบบสอบถามทั้งหมดมีจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ ดังนี้ การประเมินภาวะสุขภาพ มีจำนวน 4 ข้อ การวินิจฉัยการพยาบาล มีจำนวน 4 ข้อ การวางแผนการพยาบาลมีจำนวน 5 ข้อ การปฏิบัติการพยาบาลมีจำนวน 5 ข้อ และการประเมินผลการพยาบาลมีจำนวน 2 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ ดังนี้ 5 หมายถึง มีความสามารถระดับดีมาก 4 หมายถึง มีความสามารถระดับดี 3 หมายถึง มีความสามารถระดับปานกลาง 2

หมายถึง มีความสามารถระดับพอใช้ 1 หมายถึง มีความสามารถควรปรับปรุง การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยตามหลักสถิติ คำนวณหาอันตรภาคชั้น 5 อันดับ และกำหนดช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.50 คะแนน หมายถึง ความสามารถน้อยที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 1.51 – 2.50 คะแนน หมายถึง ความสามารถน้อย

คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.50 คะแนน หมายถึง ความสามารถปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.51 – 4.50 คะแนน หมายถึง ความสามารถมาก

คะแนนเฉลี่ย 4.51 – 5.00 คะแนน หมายถึง ความสามารถมากที่สุด

3. แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจในการเรียนการสอนที่ใช้รูปแบบ PM-Care เป็นแบบสัมภาษณ์กระบวนการกลุ่ม กิ่งโครงสร้างประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ ความประทับใจ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงงานให้ดีขึ้น

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบประเมินความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลและการแก้ปัญหา ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยอาจารย์ที่มีความรู้วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ .67-1.00 ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง และนำแบบสอบถามไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ ที่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 16 คน ที่ฝึกแผนกหอผู้ป่วยหนักวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 นำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ .892 ด้านการประเมินภาวะสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .714 ด้านการวินิจฉัยการพยาบาลมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .716 ด้านการวางแผนการพยาบาลมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .875 ด้านการปฏิบัติการพยาบาลมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .900 และการประเมินผลการพยาบาลมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .889

2. แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจในการเรียนการสอนที่ใช้รูปแบบ PM-Care Model เป็นแบบสอบถามกิ่งโครงสร้าง ผ่านการตรวจสอบลักษณะข้อคำถามและภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ผู้วิจัยปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และนำมาทดลองใช้สัมภาษณ์กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ ที่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน ที่ฝึกแผนกหอผู้ป่วยหนักรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2

3. รูปแบบ PM-CARE Model นำรูปแบบให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คนพิจารณาความเหมาะสมและความสอดคล้องขององค์ประกอบในรูปแบบการเรียนการสอน และให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

##### ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำบันทึกขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการวิทยาลัย และขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ เมื่อได้รับอนุญาตและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย แล้วจึงพบนักศึกษากลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการดำเนินการ และสิทธิในการถอนตัวของนักศึกษาที่จะไม่มีผลต่อการเรียนการสอน

2. การเตรียมพยาบาลพี่เลี้ยงของหอผู้ป่วยหนักเพื่อทำหน้าที่เป็นตัวแบบ คอยดูแลช่วยเหลือในการพยาบาลผู้ป่วยหนัก คุณสมบัติของพยาบาลคือ มีความเต็มใจที่จะสอนนักศึกษา มีประสบการณ์ในหอผู้ป่วยหนักไม่น้อย 2 ปี โดยจัดประชุมก่อนการฝึกปฏิบัติเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการดำเนินกิจกรรมการเรียนการสอนตามรูปแบบการเรียนรู้ บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลพี่เลี้ยง แนวทางการใช้คำถาม พยาบาลพี่เลี้ยง 1 คน รับผิดชอบนักศึกษา 2 คนการเตรียมใช้เวลา 2 วัน ๆ ละ 3 ชั่วโมง

##### ขั้นทดลอง

ดำเนินการทดลองรูปแบบ PM-CARE Model รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 หอผู้ป่วยหนักกลุ่มละ 3 สัปดาห์ จำนวน 4 กลุ่ม รวม 12 สัปดาห์ การฝึกในแต่ละกลุ่มไม่พร้อมกัน ดำเนินการ ดังนี้

ก่อนฝึกปฏิบัติ 2-4 สัปดาห์ เตรียมความพร้อมและสร้างแรงจูงใจผู้เรียน ดำเนินกิจกรรมในช่วงปฐมนิเทศรายวิชาที่กลุ่มวิชาการกำหนดให้ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายวิชา งานที่ได้รับผิดชอบตามรายละเอียดประสบการณ์ภาคปฏิบัติ (มคอ 4) ขั้นตอนการเรียนการสอนตามรูปแบบ บทบาทพยาบาลพี่เลี้ยงและมอบหมายให้บทวนความรู้เดิม การศึกษาค้นคว้าเตรียมแตกต่างจากที่ผ่านมาโดยมีพยาบาลพี่เลี้ยงมาร่วมด้วย ใช้เวลาในการเตรียม 9 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 1 เตรียมความพร้อมในวันแรกของการฝึกปฏิบัติที่หอผู้ป่วยโดยบทวนความรู้เรื่องกระบวนการพยาบาล มอบหมายให้เขียนแผนการพยาบาลผู้ป่วย (Nursing Care Plan) จำนวน 1 ราย/นักศึกษา 1 คน เพื่อประเมินความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของนักศึกษารายบุคคลก่อนการใช้รูปแบบนักศึกษาให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแผน ติดต่อกัน 3 วัน วันที่ 2 ของการฝึกปฏิบัติ กิจกรรมตามรูปแบบ คือ 1) ตัวแบบแสดงวิธีการเขียนแผนการพยาบาลและหัตถการ 2) การชี้แนะหรือการโค้ช เรื่อง การตรวจร่างกาย การดูดเสมหะ การให้เลือด นักศึกษาจะได้รับการโค้ชจากผู้วิจัยหรือพยาบาลพี่เลี้ยง 3) การพูดหรือสื่อสารออกมา ผู้เรียนแต่ละคนนำเสนอการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย ในขั้นตอนนี้ผู้สอนใช้คำถามให้ผู้เรียนอธิบายเหตุผล วิเคราะห์ กิจกรรมการพยาบาลที่ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละคน และ 4) การสะท้อนคิด ในวันศุกร์ สัปดาห์แรกให้ผู้เรียนบอกความรู้ที่ได้รับ ปัญหาอุปสรรค และการวางแผนปรับปรุงเพื่อให้ดีขึ้น

สัปดาห์ที่ 2 มอบหมายให้นักศึกษาเขียนแผนการพยาบาลผู้ป่วย จำนวน 1 ราย ที่แตกต่างจากสัปดาห์ที่ 1 เป็นกิจกรรมการสำรวจเรียนรู้สิ่งใหม่ กิจกรรมตัวแบบทำเฉพาะกิจกรรมใหม่หรือซับซ้อน การชี้แนะหรือโค้ชร่วมกับเสริมศักยภาพ โดยนักศึกษาจะได้รับการกระตุ้นให้ปฏิบัติหัตถการหรือทำงานที่ยากหรือซับซ้อนมากขึ้นหรือกิจกรรมที่ยังไม่สามารถทำได้ นักศึกษานำเสนอหรือสื่อสารกระบวนการพยาบาล แนวคิด วิธีการที่ใช้ และสะท้อนคิดกระบวนการทำงาน ความสามารถของตนเอง วางแผนการพัฒนาจุดอ่อน

สัปดาห์ที่ 3 สัปดาห์สุดท้ายของการฝึก นักศึกษาสำรวจเรียนรู้สิ่งใหม่โดยเลือกผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนหรือแตกต่างจากสัปดาห์ที่ 1 และ 2 เขียนแผนการพยาบาลเพื่อนำเสนอกระบวนการพยาบาล ให้การพยาบาลตามแผนงานที่วางไว้ กิจกรรมการเรียนการสอนทำทุกกิจกรรม โดยเน้นกิจกรรมการเสริมศักยภาพ ผู้วิจัยหรือพยาบาลพี่เลี้ยงจะคอย ๆ ถอยออกมาหากนักศึกษาสามารถทำกิจกรรมนั้นได้ ให้นักศึกษาสะท้อนคิดกระบวนการทำงาน ความรู้ที่ได้รับ แนวทางการพัฒนาตนเอง จุดแข็ง จุดที่ควรพัฒนาของตนเอง วิเคราะห์การทำงานของตนเอง ความสามารถของตนเอง และเปรียบเทียบกระบวนการแก้ปัญหาของตนเองกับผู้สอนหรือผู้เรียนคนอื่น ๆ

### ขั้นหลังการทดลอง

หลังเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยสัมภาษณ์ความพึงพอใจในการเรียนการสอนที่ใช้รูปแบบ PM-Care Model

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ทดสอบข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่า โค้งปกติ ( $p=.200$ )

1. วิเคราะห์คะแนนความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์การเปรียบเทียบความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเรียนรู PM-CARE Model โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test
3. การประเมินความพึงพอใจการใช้รูปแบบการเรียนรู PM-CARE Model โดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

### จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ เลขที่ 003/2562 โดยผู้เรียนมีสิทธิ์ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลต่อคะแนนการฝึก

ภาคปฏิบัติ ในระหว่างการเข้าร่วมวิจัยผู้เรียนสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่ส่งผลใดๆต่อคะแนนการ  
เรียนการสอนรายวิชา

## ผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้  
รูปแบบ PM-CARE Model

ตาราง 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลของกลุ่ม  
ตัวอย่าง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ PM-CARE Model (N=30)

ความสามารถในการใช้ กระบวนการพยาบาล	ก่อนการเรียน		หลังการเรียน		p-value (1-tailed)
	M	SD	M	SD	
ด้านการประเมินภาวะสุขภาพ	2.26	0.68	4.04	0.72	<.001
การวินิจฉัยการพยาบาล	2.95	1.00	4.19	0.50	
การวางแผนการพยาบาล	2.36	0.49	3.83	0.63	
การปฏิบัติการพยาบาล	2.96	0.89	3.91	0.61	
การประเมินผลการพยาบาล	2.45	0.50	3.83	0.79	
โดยรวม	2.62	0.17	3.99	0.43	

จากตาราง 1 พบว่าภายหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้รูปแบบการเรียนรู้ PM-CARE Model ใน  
รายวิชาภาคปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง  
สถิติที่ระดับ .001 ( $p < .001$ )

2. ความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างทุกรายระบุว่า  
มีความพึงพอใจต่อการเรียนการสอน และเมื่อวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์ ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้สามารถจัด  
หมวดหมู่ได้ประเด็นสัมภาษณ์ความพึงพอใจ คือ ความประทับใจ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

### 2.1 ความประทับใจ มีประเด็นดังนี้

#### ทีมเดียวกับพี่

การฝึกปฏิบัติตามรูปแบบ PM-CARE Model อาจารย์และพยาบาลพี่เลี้ยงจะช่วยดูแล  
นักศึกษาในการฝึกทักษะปฏิบัติร่วมกับอาจารย์ ทำให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับอาจารย์และพยาบาลพี่เลี้ยง  
มีความใกล้ชิดกันมากขึ้น

“หนูชอบมาก ๆ ก่อนฝึกกลัว ICU พอมาแล้ว อาจารย์ช่วยอธิบายก่อน พี่ก็แทบจะจับมือสอน  
ทำงานไปด้วยกัน เข้าคู่กัน ทำเป็นทีม สัปดาห์ต่อมา หนูทำได้มากขึ้น พอสัปดาห์ที่ 3 ก็ทำได้มากขึ้นพี่และ  
อาจารย์จะยืนห่าง หนูตั้งใจที่เป็นทีมเดียวกับพี่”

#### เรื่องยากกลายเป็นเรื่องง่าย

ภายหลังการใช้รูปแบบ PM-CARE Model ผู้เรียนชอบขั้นตอนตัวแบบอาจารย์ และพยาบาลพี่  
เลี้ยงสาธิตเป็นตัวอย่าง ทำให้สามารถใช้กระบวนการพยาบาลได้ง่ายขึ้นกว่าเดิม

“ชอบการเรียนที่อาจารย์ทำให้ดูเป็นตัวอย่าง มีพี่คอยช่วยเหลือ อาจารย์จะชี้แนวทางแต่ไม่ได้  
เฉลยให้ทั้งหมด ทำให้มีแนวทางที่จะทำงานได้ พอทำบ่อย ๆ เรื่องที่เคยคิดว่ายากก็ง่ายขึ้น พอทำได้ อาจารย์จะ  
ค่อย ๆ กระตุ้นให้เรียนรู้มากขึ้น ฝึกหัดคิด หัดเชื่อมโยง ช่วงไหนทำได้จะสนุกมาก ถ้าคิดไม่ออกก็จะเครียดหน่อย  
แต่อาจารย์ก็จะไปให้ มีทางออกค่ะ”

## อยากทำได้เหมือนพี่ (พยาบาล) และอาจารย์

ในการฝึกสัปดาห์ที่สอง นักศึกษาปรับตัวเข้ากับการฝึกได้มากขึ้น นักศึกษาส่วนใหญ่บอกว่าอยากเก่งเหมือนพี่ (พยาบาล) ที่สามารถวางแผนการพยาบาลให้กับผู้ป่วยได้ทันที ให้การพยาบาล ทำหัตถการ และใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีต่าง ๆ และอยากมีความรู้เหมือนอาจารย์

“หนูอยากทำได้เหมือนพี่ ๆ อาจารย์ ที่วางแผนการพยาบาลได้เลยหลังฟังรับฟังส่งเวร และอ่านข้อมูลใน Chart พี่ ๆ เก่งมาก พอผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงสามารถสามารถดูแลช่วยเหลือทันที ปรับเครื่องช่วยหายใจ”

### มั่นใจมากขึ้น

นักศึกษาที่ได้รับการโค้ชจากพยาบาลพี่เลี้ยงเรื่องการพยาบาลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และสามารถย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักได้ ทำให้นักศึกษารู้สึกภูมิใจ มีความกล้าและมั่นใจที่จะให้การพยาบาลผู้ป่วย

“หนูได้รับการสอน ดูแลจากพี่ วางแผนการทำงานร่วมกับพี่ ทำการพยาบาลคู่ไปกับพี่ ตอนนั้นคนไข้หนูดีขึ้นย้ายไปอยู่หอผู้ป่วยสามัญ ญาติมาขอบคุณหนู หนูรู้สึกภูมิใจ ทำให้หนูมั่นใจที่จะดูแลคนไข้ค่ะ...”

### 2.2 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ มีประเด็นดังนี้

#### กระบวนการพยาบาลเป็นเรื่องเครียด

การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย นักศึกษาบางคนบอกว่าเครียดเรื่องการวางแผนการพยาบาลที่ใช้กระบวนการพยาบาล ที่ใช้เวลามาก การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล และการวางแผนการพยาบาลที่เรียงลำดับความสำคัญ

“เขียนแผนการพยาบาลเครียดค่ะ ใช้เวลานาน ทำให้นอนดึก ที่ยากคือ เขียนข้อวินิจฉัยปัญหาการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล อาจารย์ให้เรียงลำดับความสำคัญของปัญหา ลำดับกิจกรรมการพยาบาลอีก ที่ผ่านมานี้ก็ได้ข้อไหนก็เขียนเลย ไม่ได้นำข้อมูลมาจาก 11 แบบแผนของกอร์ดอนหรือ FANCAS ...ไม่รู้จะตั้งปัญหาอย่างไร อาจจะเป็นเพราะเราไม่รู้ ความรู้ยังไม่พอกับการวางแผนการพยาบาล...หลังจากที่ฝึกเขียนในเคสที่ 2 ก็ทำได้ดีขึ้น...”

#### พี่(พยาบาล)แต่ละคนแตกต่างกัน

การทำงานร่วมกับพี่ไม่ได้มีด้านดีเสมอไป เพราะแต่ละคนมีความแตกต่างกันไม่เหมือนกัน นักศึกษาเครียดและรู้สึกไม่มั่นใจที่จะทำงาน

“บางครั้งพี่ที่ดูแลหนูเค้าไม่ค่อยพูด รีบทำงาน งานที่ ICU มีงานตลอด ถ้าเราถามเค้าจะตอบสั้น ๆ เลยเครียด ไม่รู้จะต้องทำตัวยังไง เห็นเพื่อน ๆ พอทำงานก็ไปทำด้วยกัน พอเสร็จงานพี่มานั่งสอนอีก... แต่ส่วนใหญ่พี่ๆจะสนใจสอน คงเป็นบุคลิกของเค้า”

ข้อเสนอแนะของนักศึกษาหลังจากที่ได้เรียนรู้โดยใช้รูปแบบแล้ว ส่วนมากชอบการฝึกปฏิบัติตามรูปแบบ เสนอให้นำไปใช้ในรายวิชาอื่น ๆ และอยากให้นำเสนอแนวคิดนี้แก่พยาบาลทุกคน

## อภิปรายผล

ผลการศึกษาแนะนำการอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. การเปรียบเทียบความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลหลังการเรียนรู้โดยใช้รูปแบบ PM CARE Model

การศึกษานี้พบว่าความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลหลังการเรียนรู้โดยใช้รูปแบบ PM CARE Model สูงกว่าก่อนการเรียนรู้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $p < .001$ ) อธิบายได้ว่ารูปแบบ PM CARE Model มีพื้นฐานจากแนวคิดการฝึกหัดทางปัญญาที่นักศึกษาเรียนรู้หรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญที่เป็นอาจารย์และพยาบาลในหอผู้ป่วยในบรรยากาศของการฝึกปฏิบัติจริง ทำให้สังเกตเห็นวิธีคิด ทำงาน ทักษะปฏิบัติ และวิถีปฏิบัติในสังคมของทีมสุขภาพ โดยผ่านกลยุทธ์การสอน เช่น ตัวแบบ การช่วยสนับสนุน การโค้ชและการ

เสริมศักยภาพ ผ่านกลยุทธ์การเรียนรู้เพื่อให้ผู้เรียนตระหนักและนำมาปรับเป็นความรู้ของตนเอง เช่น การพูดหรือสื่อสาร การสะท้อนคิด และการประยุกต์ใช้ (Chidnaye, & Kaewurai, 2018; Stalmeijer, Dolmans, Snellen-Balendong, van Santen-Hoeufft, Wolfhagen, & Scherpbier, 2013; Taylor & Care, 1999) นักศึกษาจึงมีความมั่นใจและสามารถวางแผนการพยาบาลและมีการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยในระดับดีขึ้น (Insan & Phoyen, 2017)

ภายหลังการใช้รูปแบบ PM-CARE Model นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลเพิ่มขึ้น ( $M=3.994$ ,  $SD=.430$ ) และมีคะแนนสูงขึ้นในทุกด้าน เนื่องจากรูปแบบ PM-CARE Model เป็นการเรียนการสอนที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน ผู้เชี่ยวชาญหรือเพื่อน ผู้เรียนได้รับประสบการณ์จริง เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ผู้เรียนเรียนรู้ผ่านการสังเกตการทำงานของผู้เชี่ยวชาญกว่า ที่แสดงเหตุผลหรือความคิดที่อยู่เบื้องหลังการกิจกรรมนั้น ๆ ผู้เรียนสามารถนำไปใช้ในการฝึกปฏิบัติของตนเองต่อไป ในการปฏิบัติการพยาบาลที่ห่อหุ้ม ผู้สอนและพยาบาลจะทำหน้าที่เป็นตัวแบบ โค้ช (Coaching) เสริมศักยภาพ (Scaffolding) ให้กับนักศึกษา ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พยาบาล 1 คนรับผิดชอบนักศึกษา 2 คน ทำให้พยาบาลสามารถดูแลช่วยเหลือนักศึกษาให้ทำกิจกรรมต่างๆได้อย่างใกล้ชิด ทำให้นักศึกษาเกิดความรู้สึกรับผิดชอบหรือให้การพยาบาลหรือการวางแผนการพยาบาล (Weeks, Clochesy, Hutton, & Moseley, 2013) การศึกษาครั้งนี้พยาบาลมีบทบาท คือ 1) เสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤติ 2) ช่วยให้คำแนะนำ เสริมสร้างศักยภาพและเป็นตัวแบบในการดูแลหรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ญาติ และแพทย์ 3) เสริมความรู้ให้กับนักศึกษา จากการศึกษา นักศึกษาสะท้อนว่าตนเองรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน เพราะสามารถทำงานร่วมกับพี่ งานที่ยากกลายเป็นง่ายขึ้น

นอกจากนี้การที่นักศึกษามีความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลเพิ่มขึ้น อาจมาจากนักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงทำให้สามารถเชื่อมโยงความรู้จากภาคทฤษฎี โดยนำเสนอกระบวนการพยาบาลแนวคิดทฤษฎีที่ตนเองนำมาใช้ประกอบการพยาบาล นักศึกษา พยาบาลและอาจารย์ช่วยกันวิเคราะห์วิจารณ์และให้ข้อเสนอแนะในขั้นตอนการพูดหรือสื่อสารออกมา (Articulation) อาจารย์ตั้งคำถามเพื่อเป็นแนวทางให้นักศึกษาค้นหาความรู้ และสรุปเป็นความรู้ของตนเอง ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล (Merritt, Daniel, Munzer, Nocera, Ross, & Santen, 2018) ในขั้นตอนการสำรวจเรียนรู้สิ่งใหม่ (Exploration) นักศึกษาได้รับมอบหมายให้วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยรายใหม่ที่มีความแตกต่างจากเดิม ช่วยทำให้ผู้เรียนขยายกรอบแนวคิดเพื่อไปประยุกต์ใช้มากขึ้น การฝึกทำกิจกรรมบ่อยๆทำให้เกิดทักษะเพิ่มมากขึ้นพัฒนาการแก้ปัญหาด้วยตนเองมากขึ้น (Woolley, & Jarvis, 2007) ภายหลังการทำงานในแต่ละสัปดาห์นักศึกษาก็จะสะท้อนคิด (Reflection) ถึงสมรรถนะของตนเองในการทำงาน ทำให้เรียนรู้ว่าควรปรับปรุงการทำงานของตนเองอย่างไร การสะท้อนคิดและการพูดหรือสื่อสารออกมาทำให้นักศึกษามีการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ เข้าใจความเชื่อมโยงจนทำให้นักศึกษาสามารถสรุปความรู้ในรูปแบบของตนเองได้ (Lyons, McLaughlin, Khanova, & Roth, 2017)

การศึกษาพบว่ารูปแบบ PM-CARE Model ทำให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง ร่วมกับทีมพยาบาลที่เชี่ยวชาญ ปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยทำให้นักศึกษาสามารถวิเคราะห์ จัดแยกแยะข้อมูล คิดเชื่อมโยงข้อมูลได้ (Singweratham, 2019) ทำให้สามารถวางแผนใช้กระบวนการพยาบาล ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่ดูแลได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นสามารถย้ายไปอยู่หอสามัญได้

2. ความพึงพอใจในการใช้รูปแบบ PM-CARE Model ผลการศึกษาพบว่าทุกคนมีความพึงพอใจเนื่องจากปฏิสัมพันธ์ที่ระหว่างผู้เรียนกับผู้เชี่ยวชาญ ผู้เรียนเห็นแนวทางหรือแบบอย่างของการทำงาน มีกระบวนการช่วยเหลือ สนับสนุน ทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกรับผิดชอบช่วยเหลือ จึงเกิดบรรยากาศการเรียนที่ผู้เรียนผ่อนคลาย รู้สึกปลอดภัยส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีขึ้นและมีความพึงพอใจ (Young, Williamson, & Eagan, 2016) นอกจากนี้ นักศึกษาประเมินว่ารูปแบบการเรียนรู้ทำให้ตนเองสามารถทำงานร่วมกับพยาบาลเสมือนทีมเดียวกัน สามารถทำงานในหอผู้ป่วยที่เป็นเรื่องยากได้ ทำให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจให้การพยาบาล

ผู้ป่วย (Stalmeijer, Dolmans, Snellen-Balendong, van Santen-Hoeufft, Wolfhagen, & Scherpbier, 2013) ช่วยส่งผลให้เกิดเจตคติที่ดีต่อการพยาบาล ผู้เรียนเต็มใจที่จะให้การพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ญาติและผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลที่ได้รับ (Chansakul, 2018)

การนำรูปแบบ PM-CARE Model ไปใช้ พบว่ามีปัญหาและอุปสรรคของการนำไปใช้ คือ ความเครียด ทั้งในการทำรายงานวางแผนการพยาบาล และปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลพี่เลี้ยง สำหรับการทำรายงานนั้นผู้เรียน ประเมินว่าในระยะแรกไม่สามารถวางแผนการพยาบาลได้ ใช้เวลานาน ทำให้นอนดึก แต่สามารถทำได้ดีขึ้นใน ครั้งต่อมา สำหรับความเครียดต่อพยาบาลพี่เลี้ยงนั้นเนื่องจากบุคลิกภาพไม่ค่อยพูด และมีงานรีบด่วน หรืออาจ เกิดจากเจตคติของพยาบาลต่อการฝึกปฏิบัติ ควรศึกษาต่อไปเนื่องจากพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วย เสริมสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการพัฒนานักศึกษาพยาบาลเพื่อให้มีเจตคติที่ดีต่อการพยาบาล การพัฒนา ทักษะปฏิบัติทางวิชาชีพ เพื่อเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดีในอนาคต (Woolley, & Jarvis, 2007) การศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีข้อจำกัดของการใช้ขั้นตอนการนำเสนอและการสื่อสาร (Articulation) ที่พบว่ามีเวลาไม่เพียงพอในการ ให้นักศึกษาแต่ละคนนำเสนอ เวลาที่จำกัดมีผลต่อการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ นอกจากนี้เทคนิคการเป็นตัวแทน การช่วยเหลือ การเสริมศักยภาพของพยาบาลพี่เลี้ยงแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน สิ่งเหล่านี้ควรศึกษาแนวทาง เพิ่มเติมเพื่อให้การสอนนักศึกษาในแหล่งฝึกมีประสิทธิภาพสูงสุด

### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. รูปแบบ PM –CARE Model เป็นรูปแบบหนึ่งที่อาจารย์ในวิทยาลัยสามารถใช้เป็นตัวเลือกในการ จัดการเรียนรู้อันเสริมสร้างความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาล การพัฒนานักศึกษาในด้านอื่นๆ
2. รูปแบบ PM –CARE Model ไปเป็นแนวทางการพัฒนาการเรียนการสอนภาคปฏิบัติให้กับอาจารย์ และพยาบาลพี่เลี้ยงในแหล่งฝึก

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาในรูปแบบ PM-CARE Model ในรายวิชาทฤษฎีหรือปฏิบัติเพิ่มเติมโดยใช้ระยะเวลาที่ยาวนาน กว่านี้ในแต่ละกลุ่ม ซึ่งอาจเป็นการติดตามนักศึกษารายกลุ่มทั้งปีการศึกษาในทุกหน่วยการฝึกปฏิบัติ เพื่อที่จะ ศึกษาความคงอยู่ของความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาล
2. ศึกษาเทคนิค วิธีการ กิจกรรมหรือรูปแบบของการเป็นตัวแทนของอาจารย์หรือพยาบาลในแหล่งฝึก เพื่อพัฒนาแนวทางการเรียนการสอนในการใช้ตัวแทนให้มีประสิทธิภาพ
3. ศึกษาทัศนคติของพยาบาลพี่เลี้ยงต่อการสอนนักศึกษา หรือศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ของ นักศึกษาพยาบาลในภาคปฏิบัติ

### References

- Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai. (2019). *Seminar on Practical Training Course for Adult Nursing Practice 2, Academic Year 2018*. Chiang Mai: Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai. (in Thai)
- Chansakul, S. (2018). The Relationship Between Attitude Toward Nursing Profession, Factors Affecting Intention and The Nursing Professional Intention of Nurse Students in Eastern Asia University. *Journal of Nursing, Siam University, 19(37)*, 119-134. (in Thai)
- Chidnayee, S. (2017). Cognitive Apprenticeship: Instructional Model to Construct Knowledge. *Boromarajonani College of Nursing Uttaradit Journal, 9(2)*, 128-139. (in Thai)



- Chidnayee, S., & Kaewurai, W. (2018). The Development of an Instructional Model Based on Cognitive Apprenticeships to Enhance Critical Thinking in Nursing Process Abilities for Nursing Students. *Journal of Education Naresuan University*, 20(4), 191-205. (in Thai)
- Insan, P., & Phoyen, K. (2017). The Development of an Instructional Model Using Cognitive Apprenticeship with Cooperative Learning to Enhance Analytical Reading Ability of Upper Secondary School Student. *Suan Dusit Graduate School Academic Journal*, 13(2), 53-64. (in Thai)
- Lyons, K., McLaughlin, J. E., Khanova, J., & Roth, M. T. (2017). Cognitive Apprenticeship in Health Sciences Education: A Qualitative Review. *Advance in Health Science Education*, 22(3), 723-739.
- Merritt, C., Daniel, M., Munzer, B. W., Nocera, M., Ross, J. C., & Santen, S. A. (2018). A Cognitive Apprenticeship-Based Faculty Development Intervention for Emergency Medicine Educators. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 19(1), 198-204.
- Roth, W. M., & Bowen, G. M. (1995). Knowing and Interacting: A Study of Culture, Practices, and Resources in a Grade 8 Open-Inquiry Science Classroom Guided by a Cognitive Apprenticeship Metaphor. *COGNITION AND INSTRUCTION*, 13(1), 73-128.
- Saadati, F., Ahmad Tarmizi, R., Mohd Ayub, A. F., & Abu Bakar, K. (2015). Effect of Internet-Based Cognitive Apprenticeship Model (i-CAM) on Statistics Learning among Postgraduate Students. *PLoS ONE*, 10(7), e0129938.
- Singweratham, 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. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6(3), 27-40. (in Thai)
- Stalmeijer, R. E., Dolmans, D. H. J. M., Snellen-Balendong, H. A. M., van Santen-Hoeufft, M., Wolfhagen, I. H. A. P., & Scherpbier, A. J. J. A. (2013). Clinical Teaching Based on Principles of Cognitive Apprenticeship. *Academic Medicine*, 88(6), 861-865.
- Taylor, K. L., & Care, D. W. (1999). Nursing Education as Cognitive Apprenticeship. *Nurse Educator*, 24(4), 31-36.
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2019). *Thailand Nursing and Midwifery Council Announcement Regarding Nursing Standards B.E.2562*. (in Thai)
- Vibulchai, N., & Boranmoon, G. (2014). Problems and Obstacles in Implementation of Nursing Students of Srimahasarakham Nursing College. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 30(3), 26-34. (in Thai)
- Vitoonmetha, M., Niputhutpong, S., Iemsam-Ang, M., & Tejangkura, L. (2016). Development of a Guideline to Enhance Nursing Students' Abilities in Utilizing Nursing Process. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 27(2), 100-113. (in Thai)
- Weeks, K. W., Clochesy, J. M., Hutton, B. M., & Moseley, L. (2013). Safety in Numbers 4: The Relationship Between Exposure to Authentic and Didactic Environments and Nursing Students' Learning of Medication Dosage Calculation Problem Solving Knowledge and Skills. *Nurse Education in Practice*, 13(2), 43-54.



- Woolley, N. N., & Jarvis, Y. (2007). Situated Cognition and Cognitive Apprenticeship: A Model for Teaching and Learning Clinical Skills in a Technologically Rich and Authentic Learning Environment. *Nurse Education Today*, 27, 73–79.
- Young, J. E., Williamson, M. I., & Egan, T. G. (2016). Students' Reflections on the Relationships Between Safe Learning Environments, Learning Challenge and Positive Experiences of Learning in a Simulated GP Clinic. *Advances in Health Sciences Education*, 21, 63–77.

## รูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วม ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี

### A Participation Model on Road Safety Management with Kindergarten People in Ubon Ratchathani

ถนอมศักดิ์ บุญสุ<sup>1\*</sup>, อรรณพ สอนธิไชย<sup>1</sup> และ ปณิตา ครองยุทธ<sup>1</sup>  
Thanomsak Boonsu<sup>1\*</sup>, Annop Sonthichai<sup>1</sup> and Panita Krongyuth<sup>1</sup>  
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี<sup>1\*</sup>  
Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani<sup>1\*</sup>

(Received: April 19, 2020; Revised: July 11, 2020; Accepted: October 07, 2020)

#### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี เก็บข้อมูลจาก การสังเกต การทดสอบ การสัมภาษณ์ การบันทึกกิจกรรมการประชุม และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบที่ได้ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้ร่วมวิจัย กลุ่มผู้ให้ข้อมูลและกลุ่มนักพัฒนา จำนวน 165 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และ Paired Simple t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. สถานการณ์ปัญหาความปลอดภัยทางถนน เด็กการเดินทางมาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกับผู้ปกครองโดยส่วนใหญ่ใช้รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 86.49 พฤติกรรมของผู้ขับขี่ที่มารับส่งเด็ก ไม่สวมหมวกกันน็อค ร้อยละ 62.82 และเด็กที่โดยสารมาไม่สวมหมวกกันน็อค ร้อยละ 96.28 ความรู้ของครูด้านความปลอดภัยทางถนนต่อการนำไปสู่การจัดการประสบการณ์การเรียนรู้ให้กับเด็กอยู่ในระดับปานกลาง ( $M=10.50$ ,  $SD=1.67$ ) ในปีการศึกษาที่ผ่านมาอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์เด็กเสียชีวิต 1 คน จุดเสี่ยงสำคัญบริเวณรอบสถานศึกษามีจำนวน 3 จุด

2. รูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี คือ 6 ก. สู่ความปลอดภัยทางถนน ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความสัมพันธ์เพื่อสร้างความร่วมมือ ขั้นตอนที่ 2 การประเมินสถานการณ์อุบัติเหตุในพื้นที่ ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดเป้าหมายร่วมในการดำเนินงาน ขั้นตอนที่ 4 การออกแบบกิจกรรมการลดอุบัติเหตุทางถนน ขั้นตอนที่ 5 การดำเนินกิจกรรมการลดอุบัติเหตุทางถนนร่วมกัน และขั้นตอนที่ 6 การประเมินสะท้อนผลลัพธ์

3. ผลจากการใช้รูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วม พบว่า มีการจัดการจุดเสี่ยงจำนวน 3 จุด การสวมหมวกกันน็อคของเด็กและผู้ปกครอง ร้อยละ 100 ความรู้ของครูด้านความปลอดภัยทางถนนต่อการนำไปสู่การจัดการประสบการณ์การเรียนรู้ให้กับเด็กอยู่ในระดับดี ( $M=18.95$ ,  $SD=1.32$ ) กลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 98.50 มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนน ส่งผลให้สถานศึกษาแห่งนี้ได้รับยกย่องให้เป็นศูนย์เด็กเล็กต้นแบบจากคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนระดับประเทศ เป็นสถานศึกษาคุณภาพจากหน่วยงานต่าง ๆ มากกว่า 50 แห่งจากทั่วประเทศ

ควรนำรูปแบบ 6 ก. สู่ความปลอดภัยทางถนน ที่ได้ไปประยุกต์ใช้กับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หรือโรงเรียนในพื้นที่อื่น ๆ ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อปลูกฝังค่านิยมด้านความปลอดภัยทางถนนให้กับเด็ก ผู้ปกครองและชุมชน

**คำสำคัญ:** การจัดการความปลอดภัยทางถนน, การมีส่วนร่วมรูปแบบ

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: thanomsakboonsu@yahoo.com โทรศัพท์ 087-2503450)



## Abstract

This Participatory Action Research (PAR) aimed to develop a participation model on road safety management with a kindergarten community situated in Ubon Ratchathani. Observation, testing interview, meeting record, and satisfaction survey were used to gather data. The participants were 165 stakeholders and developers. Statistics used were frequency, percentage, and pair t-tests.

Results revealed that 13 teachers and 122 kids were traveling to and from kindergarten by motorcycle (86.49%), by car (12.21%), or by foot with parents (1.30%). Most of parents (62.82%) who used motorbike were not using a helmet and nearly all kids (92.68% were travelling without any head protection. In the previous academic year, one kid had passed away from a traffic accident. Moreover, 3 places were the risk of accident. The participation model of road safety management consisted of 6 steps: 1) build relationship for cooperation, 2) investigate accident situation, 3) establish the goals, 4) design activities for road accident reduction, and 6) evaluation. Evaluation of the model trial found that 98.5% of respondents were satisfied with the model. It is the place as a learning model from 50 agencies in Thailand.

The results of this study suggest that participation model of road safety can be applied within kindergartens and schools, depending on context.

**Keywords:** Road Safety Management, Participation, Model

## บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้รายงานผลความปลอดภัยทางถนนของโลกปี 2561 พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการเกิดอุบัติเหตุทางถนนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ที่มีอัตราการเกิดอุบัติเหตุสูงเป็นอันดับ 9 ของโลก มีคนไทยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนปีละประมาณ 22,491 ราย คิดเป็น 32.7 คนต่อประชากร 1 แสนคน เฉลี่ยแล้วมีคนไทยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุชั่วโมงละ 3 คน (Bangkok Business, 2019) อุบัติเหตุทางถนนไม่ได้ส่งผลกระทบต่อผู้ที่ประสบภัยเท่านั้น แต่ยังก่อให้เกิดความสูญเสียต่อเศรษฐกิจและสังคมไทยโดยรวมอย่างมหาศาลคิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจเฉลี่ยต่อปีเท่ากับ 545,435 ล้านบาท (Thailand Development Research Institute, 2017)

จากระบบบูรณาการข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนน ปี 2561 จังหวัดอุบลราชธานีมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน จำนวน 584คน สูงเป็นอันดับ 4 ของประเทศ รองจากจังหวัดนครราชสีมา กรุงเทพฯ และชลบุรี (Ministry of Public Health, 2018) และจากข้อมูลสามฐานการเกิดอุบัติเหตุจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า อำเภอเมืองอุบลราชธานีเป็นอำเภอที่มีการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนเกิดขึ้นมากที่สุดของจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 449 ครั้ง มีคนบาดเจ็บ 2,630 คน และเสียชีวิต 59 คน คิดเป็น 26.59 คนต่อประชากร 1 แสนคน (Ubon Ratchathani Provincial Health Office, 2018) อุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดในชุมชนที่มีประชากรหนาแน่น และมีจราจรคับคั่งโดยเฉพาะในเขตที่ใกล้กับที่ตั้งของสถานศึกษาหรือสถานประกอบการ (Chatripho, Boonsu, & Ngemwichit, 2012)

จากงานวิจัยรูปแบบการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยบนท้องถนนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลป่าสัก อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน พบว่า ครูของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลป่าสัก จังหวัดลำพูนมีการขับเคลื่อนงานด้านความปลอดภัยทางถนน ใน 3 ประเด็นของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ได้แก่ ด้านพฤติกรรม ด้านการจัดการจุดเสี่ยง ด้านการจัดการเรียนรู้ มีการทำแผนการจัดการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยทางถนน สอดแทรกตลอดหลักสูตร รวมทั้งคอยแนะนำและให้ความรู้ผู้ปกครองในเรื่องความปลอดภัยบนท้องถนนจนทำให้เกิดการลดอุบัติเหตุบนท้องถนนและเป็นการปลูกจิตสำนึกที่ดีให้กับเด็กชั้นปฐมวัย (Chinawong, 2012)

สำหรับพื้นที่ที่ผู้วิจัยให้ความสำคัญและสนใจเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาดังกล่าวคือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดใต้พระเจ้าใหญ่องค์ต่อ สังกัดสำนักงานเทศบาลนครอุบลราชธานีเป็นสถานศึกษาที่ตั้งอยู่ถนนพลแพน อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี อยู่ห่างจากสำนักงานเทศบาลนครอุบลราชธานีมาทางทิศตะวันออกประมาณ 600 เมตร ดูแลเด็กปฐมวัย จำนวน 122 คน มาจากหลากหลายชุมชน จากการลงพื้นที่เบื้องต้นพบข้อมูลว่า มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นหลายครั้งบริเวณด้านหน้าทางเข้าศูนย์พัฒนาเด็กปีที่ผ่านมามีผู้ปกครองและเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดใต้พระเจ้าใหญ่องค์ต่อ เสียชีวิตจากการประสบอุบัติเหตุจากการขับซึ่รถจักรยานยนต์ที่บริเวณสามแยกที่อยู่ใกล้บริเวณโรงเรียนการดำเนินการที่ผ่านมายังไม่มียุทธศาสตร์การจัดการความปลอดภัยทางถนนที่ชัดเจน บริเวณด้านหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการจอดรถไม่เป็นระเบียบ ไม่เคยมีการจัดประชุมและวางแผนร่วมกันกับชุมชนในการแก้ไขปัญหาเพียงความพยายามให้เทศกิจมาช่วยให้การดูแลการข้ามถนนให้กับเด็กนักเรียนแต่ก็ยังไม่มีความต่อเนื่อง เมื่อเกิดอุบัติเหตุเกิดขึ้นจะปล่อยให้เจ้าหน้าที่ของตำรวจและคู่มือจัดการแก้ปัญหาตนเอง ครูมีการจัดประสบการณ์ให้กับเด็กรู้เพียงว่าคนเราเดินทางหรือขนส่งได้ทั้งทางบก ทางน้ำ ทางอากาศ และบอกเด็กให้ทราบว่ามีรถที่วิ่งบนถนน มี รถยนต์ รถไฟ เครื่องบิน เรือ เป็นต้น

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัย ผู้บริหารสถานศึกษา ร่วมกับทีมครูและผู้ปกครองมีความกังวลใจอย่างมากเกรงว่าเด็กที่เป็นบุตรหลานของตนจะประสบกับอุบัติเหตุทำให้สูญเสียชีวิต ทรัพย์สินขึ้นมาอีกได้ เพราะยังพบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่จะขับซึ่รถจักรยานยนต์แต่ไม่สวมหมวกกันน็อค เมื่อสอบถามจากครูทราบว่าผู้ปกครองที่สวมหมวกกันน็อคมีเพียงประมาณ 5 เปอร์เซ็นต์ซึ่งเป็นแบบอย่างที่ไม่ดีแก่บุตรหลาน และไม่สนใจที่จะสวมหมวกกันน็อคให้กับเด็ก ประกอบกับบริเวณด้านข้างของโรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทางทิศเหนือจะมีตลาดกวางซึ่งเป็นตลาดดั้งเดิมของชุมชนเปิดค้าขายตลอดทั้งวันมีการจราจรคับคั่ง ผู้ขับซึ่รถขาดการรักษาวินัยจราจร การขับรถย้อนศร การจอดรถไม่เป็นระเบียบ ขับรถเร็วและแรง เกิดเหตุการณ์รถเฉี่ยวชนกันบ่อยครั้ง และเด็กบางคนโตขึ้นมีการมาขับรถซึ่งบริเวณใกล้สถานศึกษาซึ่งแสดงถึงการขาดการปลูกฝังพฤติกรรมที่ดีตั้งแต่ในช่วงวัยเด็ก

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้จัดทำวิจัยรูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วม ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี ขึ้นโดยคาดหวังจะเกิดการมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครอง ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ร่วมกันสร้างความปลอดภัยทางถนนและมีรูปแบบการสร้างความปลอดภัยทางถนนที่เหมาะสมเพื่อความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของคนในชุมชนต่อไป

### วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาความปลอดภัยทางถนนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
2. เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี

### กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดสำคัญที่เลือกมาประยุกต์ใช้จำนวน 3 แนวคิดเพื่อเป็นแนวทางในการวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยเลือกแนวคิดการมีส่วนร่วมเพื่อการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 5 องค์ประกอบ ของเครนและโอเรแกน (Crane, & O'Regan, 2010) ประกอบด้วย การสังเกต การสะท้อนคิด การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนเลือกแนวทางการจัดการความปลอดภัยทางถนนจากแนวทางการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย มีกระบวนการ 5 ส. (Setthasathien, 2011) ประกอบด้วย ส. ที่ 1 สารสนเทศ (Information) คือ การรวบรวมข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุทางถนนจากหลายแหล่ง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากตัวแทนครู ผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน ผู้บริหารจากสำนักงานเทศบาลนครอุบลราชธานี ตำรวจ ตัวแทนจากบริษัทกลางคุ้มครอง

ผู้ประสบภัยจากรถเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำมาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาความปลอดภัยทางถนนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ส. ที่ 2 สุดเสียง (Priority) คือ การนำข้อมูลมาวิเคราะห์ให้มองเห็นปัญหาในพื้นที่ได้ชัดเจนมากขึ้น ทำให้ทราบจุดเสี่ยงและปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสี่ยง เช่น พฤติกรรมเสี่ยง สภาพสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยง แล้วนำปัญหามาจัดลำดับความสำคัญ ส. ที่ 3 สหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary) เมื่อหาจุดเสี่ยงได้แล้ว ให้พิจารณาาร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพจากหลากหลายภาคส่วนในชุมชนเพื่อกำหนดการวางแผนการดำเนินงานแก้ปัญหาาร่วมกัน ส. ที่ 4 สุดคุ้ม (Cost Effective) คือ เลือกวิธีการที่มีความเป็นไปได้สูง มีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชนและคุ้มค่า มาดำเนินการก่อนเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม และ ส. ที่ 5 ส่วนร่วม (Community Participation) คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน ภาคประชาชนในพื้นที่และภาคีเครือข่ายร่วมดำเนินการ ติดตามประเมินผล และนำผลการดำเนินงานมาาร่วมกันสรุปบทเรียนเพื่อให้ได้รูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี

นำแนวความคิดการดำเนินงานสร้างความปลอดภัยทางถนน จากหลักการกระบวนการขับเคลื่อนกลไกศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) เครื่องมือ 5 ชั้น (Road Safety Academic Center, 2018) ประกอบด้วย สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพ แผนภูมิต้นไม้ปัญหา บันไดผลลัพธ์ การวิเคราะห์แรงเสริมแรงต้าน และการรวบรวมสะท้อนผลลัพธ์ โดยใช้เครื่องมือ 4 ชั้นแรกในระยะเวลาที่ 1 การเตรียมการวิจัย เพื่อประมวลสถานการณ์ปัญหาความปลอดภัยทางถนน การตั้งเป้าหมายร่วม การออกแบบกิจกรรมในการดำเนินงาน และใช้เครื่องมือชั้นที่ 5 การรวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์ ในระยะที่ 3 การติดตามและประเมินผล

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยได้กำหนด กลุ่มเป้าหมายจำนวน 3 กลุ่ม (Chantawanit, 1988) รวมทั้งสิ้น 165 คน ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง 1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูล เป็นบุคคลที่อยู่ในชุมชนมีประสบการณ์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา จุดเสี่ยง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุทางถนน จำนวน 146 คน ประกอบด้วย ตัวแทนครู 8 คน ตัวแทนผู้ปกครอง 12 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 4 คน และเด็ก 122 คน 2) กลุ่มนักพัฒนา เป็นบุคคลที่มีองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยทางถนนและมีเป้าหมายการพัฒนาจำนวน 9 คน ประกอบด้วย ผู้แทนจากสำนักงานเทศบาลนครอุบลราชธานี 2 คน บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ 1 คน แขวงทางจังหวัดอุบลราชธานี 1 คน ตำรวจ 1 คน คณะกรรมการสถานศึกษา 3 คน ประชาชนชาวบ้าน 1 คน 3) กลุ่มผู้ร่วมวิจัย เป็นผู้สนใจในการร่วมทำวิจัย จำนวน 10 คน ประกอบด้วย นักวิจัย 3 คน ตัวแทนครู 5 คน ผู้นำชุมชน 2 คน

2. วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (Tatsiwat, 2009) ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการวิจัย (Pre-research Phase) ผู้วิจัยดำเนินการสร้างความสัมพันธ์กับพื้นที่เริ่มจากการเข้าพบผู้บริหารและคณะครูของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแจ้งความประสงค์เพื่อการปลูกจิตสำนึกการสร้างความปลอดภัยทางถนนร่วมกันของเด็ก ครู ผู้ปกครองและชุมชน ศึกษาข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้น หลังจากนั้นได้เข้าพบผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินการในสองพื้นที่คือ เทศบาลตำบลโนนโพน และเทศบาลนครอุบลราชธานี คัดเลือกพื้นที่ทำการวิจัยได้พื้นที่ที่ทำวิจัย คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดใต้พระเจ้าใหญ่องค์ต่อสังกัดเทศบาลนครอุบลราชธานี เนื่องจากในปีการศึกษาที่ผ่านมาเด็กเสียชีวิตขณะเดินทางมาเรียนบริเวณสามแยกหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งนี้และคณะครูมีความสนใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย ต่อมาได้มีการเตรียมคนและเครือข่ายความร่วมมือเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการดำเนินการ มีการจัดประชุมกลุ่มผู้ให้ข้อมูลและกลุ่มผู้ร่วมวิจัย จำนวน 34 คน เพื่อประเมินสถานการณ์ ตั้งเป้าหมาย และออกแบบกิจกรรมที่ดำเนินการร่วมกันโดยใช้แนวความคิดการขับเคลื่อนกลไกศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนที่มีเครื่องมือ 5 ชั้น (Road Safety Academic Center, 2018) มาใช้ก่อน 4 ชั้น คือ สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพ แผนภูมิต้นไม้ปัญหา บันไดผลลัพธ์ และ

การวิเคราะห์แรงเสริมแรงต้าน ใช้เครื่องมือแบบบันทึกกิจกรรมการประชุม (Chinawong, 2012) เก็บข้อมูลการประชุม ใช้เวลาในระยะเวลาเตรียมการ 2 เดือน

ผู้วิจัยมีลำดับการสร้างและพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วม ดังนี้

1. การศึกษาแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องพบว่า แนวทางหลักในการกำหนดขั้นตอนของรูปแบบจากนักวิชาการหลายท่าน ได้แก่แนวคิดเกี่ยวกับระยะการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 3 ระยะ (Tatsiwat, 2009) การมีส่วนร่วมเพื่อการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 5 องค์ประกอบของเครนและโอเรแกน (Crane & O'Regan, 2010) แนวทางในการสรรหาผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย จากหลักการการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจำนวน 3 กลุ่ม (Chantawanit, 1988) การดำเนินงานสร้างความปลอดภัยทางถนน จากหลักการ กระบวนการขับเคลื่อนกลไกศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) เครื่องมือ 5 ชิ้น (Road Safety Academic Center, 2018) การดำเนินงานและประเมินผลการป้องกันแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนน จากการประยุกต์แนวคิดองค์การอนามัยโลกสู่กลยุทธ์การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน มี 5 องค์ประกอบ (Setthasathien, 2011) และพบว่า มีงานวิจัยที่ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและนำเครื่องมือบางชิ้นมาใช้ในการวิจัย ได้แก่ การจัดการจุดเสี่ยงอันตรายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยรอบมหาวิทยาลัยมหาสารคาม (Somudon, 2011) การวิเคราะห์และระบุตำแหน่งเสี่ยงอันตรายจากการจราจรโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบริเวณมหาวิทยาลัยขอนแก่น (Kanjanasantisuk, 2009) รูปแบบการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยบนท้องถนนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลปาลัก อำเภอมือเมือง จังหวัดลำพูน (Chinawong, 2012) ประกอบกับสถานการณ์ปี 2561 จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน จำนวน 584 คน สูงเป็นอันดับ 4 ของประเทศ (Ministry of Public Health, 2018) ประกอบกับการศึกษาสถานการณ์ในพื้นที่วิจัยพบว่า มีเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดใต้พระเจ้าใหญ่องค์ต่อ เสียชีวิตจากการประสบอุบัติเหตุขณะเดินทางมาเรียนโดยรถจักรยานยนต์ รวมทั้งครู ผู้ปกครองและเด็กมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ยังไม่มีแนวทางหรือรูปแบบใดเลยในการป้องกันอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นในปัจจุบันและอนาคต ผู้วิจัยจึงได้ประชุมกำหนดร่างรูปแบบการดำเนินงานร่วมกับคณะครูและผู้นำชุมชนในพื้นที่ มีขั้นตอนของร่างรูปแบบทั้งสิ้นจำนวน 9 ขั้นตอนคือ ขั้นที่ 1 การสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ขั้นที่ 2 เลือกพื้นที่วิจัย ขั้นที่ 3 การเตรียมคนและเครือข่ายความร่วมมือ ขั้นที่ 4 การจัดทำแผนที่จุดเสี่ยง ขั้นที่ 5 การทำแผนภูมิต้นไม้ปัญหาขั้นที่ 6 การกำหนดเป้าหมายร่วมในการดำเนินงานขั้นที่ 7 การออกแบบกิจกรรมการลดอุบัติเหตุทางถนนขั้นที่ 8 การดำเนินกิจกรรมการลดอุบัติเหตุทางถนนร่วมกันและขั้นที่ 9 การประเมินสะท้อนผลลัพธ์

2. ประชุมพิจารณาร่างรูปแบบและกำหนดรูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วมจากผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการร่างรูปแบบ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาชุมชนท้องถิ่น 1 คน นักวิชาการที่ดูแลงานอุบัติเหตุทางถนนจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี 1 คน ตัวแทนภาคประชาชนจากมูลนิธิประชาสังคมจังหวัดอุบลราชธานี 1 คน ตัวแทนจากสำนักงานเทศบาลนครอุบลราชธานี 2 คน ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2 คน ผู้นำชุมชน 1 คน ตัวแทนผู้ปกครอง 1 คน รวม 10 คน เพื่อพิจารณาร่างรูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วม ที่ประชุมพิจารณาให้ข้อเสนอว่าควรรวมเอาขั้นที่มีลักษณะคล้ายกันมาอยู่เป็นกลุ่มเดียวกัน แล้วใส่ชื่อใหม่ เช่น ขั้นที่ 1 ขั้นที่ 2 ขั้นที่ 3 ปรับคำว่า ขั้นที่ เป็น ขั้นตอนที่ได้เป็น ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความสัมพันธ์เพื่อสร้างความร่วมมือขั้นที่ 4 ขั้นที่ 5 เป็น ขั้นตอนที่ 2 การประเมินสถานการณ์อุบัติเหตุในพื้นที่ขั้นที่ 6 เป็น ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดเป้าหมายร่วมในการดำเนินงานขั้นที่ 7 เป็น ขั้นตอนที่ 4 การออกแบบกิจกรรมการลดอุบัติเหตุทางถนนขั้นที่ 8 เป็น ขั้นตอนที่ 5 การดำเนินกิจกรรมการลดอุบัติเหตุทางถนนร่วมกันขั้นที่ 9 เป็น ขั้นตอนที่ 6 การประเมินสะท้อนผลลัพธ์

3. ทดลองรูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วม โดยมีวิธีการดังนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่าง ออกเป็นจำนวน 3 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้ร่วมวิจัย จำนวน 3 คน 2) กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ที่เป็นเป้าหมายหลักอยู่กับปัญหาในพื้นที่วิจัยจำนวน 146 คน 3) กลุ่มนักพัฒนา เป็นบุคคลที่มีองค์ความรู้เกี่ยวกับการ

จัดการความปลอดภัยทางถนนและมีเป้าหมายการพัฒนาจำนวน 9 คนรวมจำนวนทั้งสิ้น 165 คน โดยเลือกแบบเจาะจง

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย (Research Phase) ใช้องค์ประกอบการมีส่วนร่วมเพื่อการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ตามแนวคิดของเครนและโอเรแกน (Crane & O'Regan, 2010) 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. การเก็บข้อมูลร่วม ผู้วิจัยได้ 1) สร้างและพิจารณาเครื่องมือวิจัยที่จะใช้ในการเก็บข้อมูลร่วมกัน และแบ่งทีมร่วมกันเก็บข้อมูล 2) เก็บรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน 3) ศึกษาดูงานที่โรงเรียนเทศบาล อำนาจ อำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ 4) ประชุมและบันทึกกิจกรรมการประชุม ทำข้อสรุปผลจากข้อมูลที่เก็บได้และข้อเสนอจากการดูงาน เป็นเอกสารเพื่อเตรียมไว้คืนข้อมูลให้กับชุมชน

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสำรวจ เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาความปลอดภัยทางถนน ใช้แนวทางการจัดการความปลอดภัยทางถนนจากแนวทางการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทย ของนายแพทย์อนุชา เศรษฐเสถียร มีกระบวนการ 5 ส. (Setthasathien, 2011) มาประยุกต์ใช้ได้ เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกการสังเกต แบบทดสอบ แบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึกกิจกรรมการประชุม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ ด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนน 1 คน ด้านการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 1 คน และด้านการจัดการศึกษาในกลุ่มเด็กปฐมวัย 1 คน นำคะแนนจากผู้เชี่ยวชาญ มาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency: IOC) (Patiyatani, 2006) แล้วเลือกข้อที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไปมาใช้ในการเก็บข้อมูล

แบบบันทึกการสังเกต โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย บันทึกการสังเกตบริเวณหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เกี่ยวกับการเดินทางมาที่สถานศึกษาของเด็ก การสวมหมวกกันน็อคและพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนนของผู้ปกครอง และเด็กปฐมวัยที่มาโรงเรียน ได้หาค่าความเชื่อมั่นของผู้สังเกต 2 คน คือ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 1 คน ร่วมกัน สังเกตแล้วนำคะแนนมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องของผู้สังเกต RAI (Meechan, 2004) ได้ค่าความเชื่อมั่นของผู้สังเกต เท่ากับ 0.85 เก็บข้อมูลในช่วงเวลา 07.00-08.30 น. และเวลา 15.00-16.30 น. จำนวน 3 วันคือ วันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์

แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วม จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนตอบถูกให้ข้อละ 2 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน รวม 20 คะแนน การแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์ในการแปลความหมาย กำหนดแบ่งระดับเป็น 5 ระดับ (Wannarat, 2017) เพื่อทดสอบความรู้ของครูในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้กับเด็กปฐมวัยในหน่วยการเรียนรู้ที่เกี่ยวกับความปลอดภัยทางถนน คะแนน 1.00-4.00 เท่ากับ ต่ำมาก คะแนน 4.01-8.00 เท่ากับ ต่ำ คะแนน 8.01-12.00 เท่ากับ ปานกลาง คะแนน 12.01-16.00 เท่ากับ สูง และ คะแนน 16.01-20.00 เท่ากับ สูงมาก ได้ค่าความยาก อยู่ระหว่าง .26 ถึง .58 ค่าอำนาจจำแนก อยู่ระหว่าง .21 ถึง .63 และมีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 (Ekakun, 2003) เท่ากับ .79 นำแบบทดสอบความรู้ไปใช้กับครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดใต้พระเจ้าใหญ่องค์ตื้อ 13 คน จำนวน 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัยโดยใช้สูตร t-test แบบ Dependent (Srisaard, 2002)

แบบสัมภาษณ์ เป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้างผู้วิจัยได้นำไปสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการกับผู้มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มเป้าหมายจำนวน 3 คน และส่งตรวจคุณภาพซ้ำโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ แบ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ จำนวน 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้ปกครอง มีแนวคำถาม 3 ประเด็นคือ 1) ท่านคิดว่า ควรจะจัดประสบการณ์การเรียนรู้ด้านความปลอดภัยทางถนน เพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้ความเข้าใจและความตระหนักในความปลอดภัยทางถนน สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างไร 2) หากมีกิจกรรมการสร้างวัฒนธรรมเรื่องความปลอดภัยทางถนน ท่านคิดว่าตนเองจะเข้ามามีส่วนร่วมอย่างไรและจะได้รับประโยชน์อย่างไร 3) ท่านต้องการให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดใต้พระเจ้าใหญ่องค์ตื้อ ร่วมกับเทศบาลนครอุบลราชธานีและภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยทางถนนอย่างไร ใช้เก็บข้อมูลจากผู้ปกครอง 5 คน

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้ปกครอง มีแนวคำถาม 3 ประเด็นคือ 1) ท่านคิดว่า ควรจะจัดประสบการณ์การเรียนรู้ด้านความปลอดภัยทางถนน เพื่อให้เด็กเกิดการเรียนรู้ความเข้าใจและความตระหนักในความปลอดภัยทางถนน สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างไร 2) สมรรถนะใดที่ท่านคิดว่า ต้องการอยากจะได้รับการพัฒนาเพื่อให้สามารถจัดประสบการณ์การเรียนรู้ด้านความปลอดภัยทางถนนได้อย่างมีคุณภาพ 3) ท่านต้องการให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดใต้พระเจ้าใหญ่องค์ที่ ๑ ร่วมกับเทศบาลนครอุบลราชธานีและภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างความปลอดภัยทางถนนอย่างไร ใช้เก็บข้อมูลจากครู 5 คน

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของกลุ่มบุคคลที่มืองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยทางถนนและมีเป้าหมายการพัฒนา มีแนวคำถาม 3 ประเด็นคือ 1) หน่วยงานของท่านมีบทบาทในการสร้างความปลอดภัยทางถนนอย่างไร 2) ท่านคิดว่าจุดเสี่ยง 3 จุด บริเวณหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดใต้พระเจ้าใหญ่องค์ที่ ๑ มีสาเหตุของการเกิดจากอะไรบ้าง และท่านคิดว่าจะแก้ปัญหาการเกิดอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นได้อย่างไร 3) การสร้างรูปแบบความปลอดภัยบนท้องถนนอย่างมีส่วนร่วม ควรจะเริ่มและดำเนินการอย่างไร ใช้เก็บข้อมูลจากกลุ่มนักพัฒนา จำนวน 9 คน

ผู้วิจัยใช้แนวทางการตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยทำการตรวจสอบความเพียงพอของข้อมูลที่สามารถตอบวัตถุประสงค์การวิจัย และใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (Chantavanid, 2003)

2. การสะท้อนคิดร่วม จัดประชุมกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่วิจัย ประกอบด้วยผู้แทนจากสำนักงานเทศบาลนครอุบลราชธานี 3 คน ผู้แทนจากบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ 1 คน ผู้แทนจากแขวงทางจังหวัดอุบลราชธานี 1 คน คณะกรรมการสถานศึกษา 2 คน ตัวแทนผู้ปกครอง 9 คน ครู 13 คน ตำรวจ 1 คน ประชาชนชาวบ้าน 1 คน ผู้นำชุมชน 4 คน อสม. 2 คน นักวิชาการที่ดูแลงานอุบัติเหตุทางถนนจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี 1 คน ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาชุมชนท้องถิ่น 1 คน ตัวแทนภาคประชาชนจากมูลนิธิประชาสังคมจังหวัดอุบลราชธานี 1 คน นักวิจัย 3 คน รวมจำนวน 43 คน เพื่อคืนข้อมูลเติมเต็มข้อมูล ให้ข้อเสนอแนะที่ควรจะมีการดำเนินการ ร่วมเป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินกิจกรรมที่กำหนดร่วมกัน ใช้เครื่องมือแบบบันทึกกิจกรรมการประชุม (Chinawong, 2012) เก็บข้อมูล

3. การวางแผนร่วม ผู้วิจัยร่วมกับเจ้าภาพหลักจัดประชุมวางแผนพิจารณารายละเอียดของแต่ละกิจกรรมร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ใช้เครื่องมือแบบบันทึกกิจกรรมการประชุม (Chinawong, 2012) เก็บข้อมูล

4. การลงมือปฏิบัติร่วม ดำเนินการตามแผนที่วางไว้ตามข้อ 3 และติดตามประเมินผล ใช้เครื่องมือแบบบันทึกกิจกรรมการประชุม (Chinawong, 2012) เก็บข้อมูล

5. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วม ผู้วิจัยร่วมกับคณะกรรมการย่อยแต่ละกิจกรรมมีการถอดบทเรียนภายหลังจากการดำเนินกิจกรรม ใช้เครื่องมือแบบบันทึกกิจกรรมการประชุม (Chinawong, 2012) เก็บข้อมูล

ระยะที่ 3 ระยะติดตามและประเมินผล (Monitoring and Evaluation Phase) จัดประชุมโดยผู้วิจัยร่วมกับ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านความปลอดภัยทางถนน ด้านการบริหารท้องถิ่น ด้านการศึกษา ด้านการวิจัย จำนวน 20 คน เพื่อติดตามและประเมินผล การใช้รูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วมเขียนรายงานสรุปเพื่อปรับปรุงแก้ไข ให้มีความชัดเจน ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ใช้เครื่องมือขั้นที่ 5 การรวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์ (Road Safety Academic Center, 2018) ใช้เครื่องมือแบบบันทึกกิจกรรมการประชุม (Chinawong, 2012) เก็บข้อมูล และใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ ประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 4 ข้อ (Polpong, Nima & Petchuay, 2017) คำถามให้เลือกตอบผลการตรวจสอบเครื่องมือได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.80

ผู้วิจัยใช้แนวทางการตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยทำการตรวจสอบความเพียงพอของข้อมูลความสามารถในการตอบวัตถุประสงค์การวิจัย และตรวจสอบแบบสามเส้า

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และ Paired Simple t-test (Srisaat, 2010)

## จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานีเลขที่การรับรอง SCPHBI 006/2562

## ผลการวิจัย

**ส่วนที่ 1** ผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหาความปลอดภัยทางถนนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่า มีชุมชนจำนวน 13 ชุมชน ส่งบุตรหลานมาเรียน สาเหตุที่มีเด็กจากหลายชุมชนมาเรียนที่สถานศึกษาแห่งนี้เนื่องจากมีชุมชนขนาดใหญ่อยู่ล้อมรอบ อยู่ติดกับตลาดและยังเป็นทางผ่านที่ผู้ปกครองเดินทางไปทำงานที่โรงพยาบาลหน่วยงานภาครัฐและห้างร้านในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานีและเขตเทศบาลเมืองวารินชำราบ ครูมีจำนวนเพียงพอตามเกณฑ์และมีการดูแลเอาใจใส่ดี ดังนั้น จึงมีรถของผู้ปกครองมาส่งบุตรหลานเป็นจำนวนมาก มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นหลายครั้งเป็นเหตุให้เกิดความเสียหายทางด้านร่างกาย ทรัพย์สินและชีวิต ปีที่ผ่านมาเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดใต้พระเจ้าใหญ่องค์ตื้อ เสียชีวิตจากการประสบอุบัติเหตุขณะขับซิ่งจักรยานยนต์มาส่งบุตรที่โรงเรียน มีจุดเสี่ยงสำคัญที่มีอุบัติเหตุบ่อยบริเวณรอบ ๆ สถานศึกษามี จำนวน 3 จุด คือบริเวณด้านหน้าสถานศึกษา สีแยกตลาดกยกยางและสามแยกบริเวณทางลงหาวัดใต้ สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุเกิดจากผู้ขับขี่พาหนะไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร ไม่รัดเข็มขัดนิรภัย ขับรถเร็ว ขับรถย้อนศร เลี้ยวโดยไม่ให้สัญญาณไฟ พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงในการเดินทางมาที่สถานศึกษามีผู้ปกครองซึ่งเป็นผู้ขับซิ่งจักรยานยนต์ไม่สวมหมวกกันน็อค ร้อยละ 62.82 ผู้ซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ที่เป็นเด็กไม่สวมหมวกกันน็อค ร้อยละ 96.28 ที่เป็นผู้ใหญ่ที่ซ้อนท้ายและไม่สวมหมวกกันน็อค ร้อยละ 87.8 ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความรู้สึกถึงความไม่ปลอดภัยที่เมื่อมาจอดรถเพื่อส่งบุตรหลานและรู้สึกไม่สะดวกสบายในการจอดรถทุกครั้งที่มาที่สถานศึกษาต้องการลดพฤติกรรมเสี่ยงจากการไม่สวมหมวกกันน็อคของผู้ปกครองและเด็กเนื้อหาหลักสูตรที่มีอยู่ปัจจุบันมีความไม่เพียงพอต่อการจัดประสบการณ์ให้กับเด็กปฐมวัยได้เข้าใจด้านความปลอดภัยทางถนน พบว่า ครูส่วนใหญ่ขาดความรู้และสมรรถนะในการถ่ายทอดความรู้ด้านความปลอดภัยทางถนนและพบว่า ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วมของครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดใต้พระเจ้าใหญ่องค์ตื้อ หลังการเข้าร่วมวิจัย ( $M=18.95$ ,  $SD=1.32$ ) สูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมวิจัย ( $M=10.50$ ,  $SD=1.67$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

**ส่วนที่ 2** รูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วม พบว่า รูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี คือ 6 ก.สู่ความปลอดภัยทางถนน ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความสัมพันธ์เพื่อสร้างความร่วมมือ

กิจกรรมการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี เมื่อนักวิจัยที่สนใจจะลงไปทำวิจัยในชุมชนที่เป็นพื้นที่วิจัยให้เกิดการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหบางอย่างในอนาคตการสร้างสัมพันธ์ที่ดี เป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้เกิดความร่วมมือเพื่อการเปลี่ยนแปลงในการพัฒนางาน การลงพื้นที่ครั้งนี้ผู้วิจัยได้ฝึกตนเองเรื่องการคิดอย่างเป็นระบบ การเข้าใจความจริงเกี่ยวกับมนุษย์ ทักษะการสื่อสารที่ดี เทคนิคการสร้างการมีส่วนร่วมโดยศึกษาพื้นที่ที่จะลงไปร่วมวิจัยก่อนเบื้องต้นจากเอกสารหรือผู้รู้ ให้เกียรติพื้นที่ที่จะลงไปทำการวิจัย ปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชนที่เป็นพื้นที่วิจัย จะช่วยให้ผู้วิจัยสามารถทำความเข้าใจโลกทัศน์ของคนในพื้นที่ได้ดีมากขึ้นจนทำให้คนในพื้นที่วิจัยเกิดความไว้วางใจต่อผู้วิจัย มีการใช้วิธีพูดคุยแนะนำตัวเองแบบเรียบง่ายไม่เป็นทางการมากนักเพื่อให้ทุกฝ่ายได้ทราบถึงวัตถุประสงค์และต้องการที่อยากจะเข้ามาร่วมในกิจกรรมการวิจัย

กิจกรรมเลือกพื้นที่วิจัย จากที่ผู้วิจัยได้การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในเบื้องต้นแล้วจะทำให้ผู้วิจัยและคนในพื้นที่วิจัยเข้าใจกัน จะได้ข้อมูลบางเรื่องที่บอกถึงปัญหา ความต้องการ จุดแข็ง หรือจุดที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงานที่จะช่วยในการพิจารณาว่าจะเลือกพื้นที่ใดเป็นพื้นที่ในการทำวิจัยร่วมกันได้ซึ่งการคัดเลือกพื้นที่วิจัยยึดเอาประเด็นของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนและประชาชนต้องการมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างแท้จริงในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้หลักการที่ชุมชนที่เป็นพื้นที่วิจัยมีความสนใจและมีความพร้อมที่จะร่วมดำเนินการจึงได้เลือกเอา

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดใต้พระเจ้าใหญ่องค์ต่อเป็นพื้นที่ดำเนินการวิจัยซึ่งตามความเป็นจริงแล้วผู้วิจัยลงไป ทาบทามพื้นที่ที่จะไปทำวิจัยไว้สองพื้นที่แต่ที่ไม่ได้เลือกอีกพื้นที่หนึ่งเนื่องจากพื้นที่มีข้อจำกัดเรื่องสถานที่ตั้ง ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไปอาศัยอยู่ในบริเวณพื้นที่ของวัดและจำนวนเด็กลดลงไม่ถึงร้อยคน ครูผู้ที่จะเข้าร่วมวิจัย มีความกังวลใจยังไม่อยากที่จะเข้าร่วมการวิจัย

กิจกรรมการเตรียมคนและเครือข่ายความร่วมมือ การเตรียมคน ได้แก่ ผู้แทนจากสำนักงานเทศบาล นครอุบลราชธานี บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถแขวงทางจังหวัดอุบลราชธานี ตำรวจ นักวิชาการที่ ดูแลงานอุบัติเหตุทางถนนจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยเพื่อการ พัฒนาชุมชนท้องถิ่น ตัวแทนภาคประชาชนจากมูลนิธิประชาสังคมจังหวัดอุบลราชธานี วิธีการเตรียมใช้การพบปะ พูดคุยแบบไม่เป็นทางการและการประชุมเพื่อทำความเข้าใจร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินสถานการณ์อุบัติเหตุในพื้นที่กิจกรรมการจัดทำแผนที่จุดเสี่ยง วาดแผนที่ชุมชน บริเวณรอบ ๆ สถานศึกษา ให้ทุกคนร่วมกำหนดจุดเสี่ยงลงบนแผนที่ที่เตรียมไว้โดยใช้สติ๊กเกอร์สีแดงหมายความ ว่าจุดที่เกิดอุบัติเหตุและมีการตายเกิดขึ้น สติ๊กเกอร์สีเขียวหมายความจุดที่เกิดอุบัติเหตุมีการบาดเจ็บเล็กน้อย สติ๊กเกอร์สีเหลืองหมายความจุดที่เกิดอุบัติเหตุและมีการบาดเจ็บค่อนข้างมากแต่ไม่ถึงกับเสียชีวิต

กิจกรรมการทำแผนภูมิต้นไม้ปัญหาวาดรูปต้นไม้ แล้วกำหนดให้ลำต้นของต้นไม้แสดงถึงสถานการณ์ ปัญหาความไม่ปลอดภัยทางถนนที่เกิดขึ้นในชุมชน รากของต้นไม้หมายถึง สาเหตุของปัญหาที่ประกอบด้วย ปัจเจกบุคคล สิ่งแวดล้อม และระบบที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหา ส่วนของกิ่งก้านใบของต้นไม้ หมายถึงผลกระทบ ของปัญหาที่เกิดขึ้นเช่น ผลกระทบด้านสุขภาพ ดานครอบครัว ด้านเศรษฐกิจและด้านสังคม แล้วให้ผู้ร่วม กิจกรรมเติมข้อความลงในพื้นที่ต้นไม้ที่กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดเป้าหมายร่วมในการดำเนินงาน ดำเนินการตามขั้นตอนนี้เป็นความต่อเนื่องที่ เกิดจากขั้นตอนที่ 2 โดยการกำหนดเป้าหมายร่วมในการดำเนินงานเป็นลักษณะของบันได 3 ระยะ ดังนี้ ผลลัพธ์ ผลลัพธ์ระยะต้นโดยการพิจารณาเอาส่วนรากของต้นไม้เป็นผลลัพธ์ที่ต้องการร่วมกันคือการปรับแผนการจัด ประสพการณ์การเรียนรู้ให้กับเด็ก การปรับปรุงจุดเสี่ยง 3 จุด ได้แก่ บริเวณด้านหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สี่แยก ตลาดกยงและสามแยกทางลงหาวัดใต้ ผลลัพธ์ระยะปานกลาง พบว่า มีการกำหนดผลลัพธ์ร่วมกันเพื่อการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโดยการกำหนดมาตรการทางสังคม การระดมทุนเพื่อการขับเคลื่อนงาน การ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสร้างความปลอดภัยทางถนน ผลลัพธ์ระยะสุดท้ายกำหนดขึ้นจากการพิจารณาเอาส่วน กิ่ง ก้าน ใบของต้นไม้ มาเป็นผลลัพธ์ที่ต้องการอยากให้เกิดขึ้นร่วมกันคือการเป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้นแบบด้าน ความปลอดภัยทางถนน

ขั้นตอนที่ 4 การออกแบบกิจกรรมการลดอุบัติเหตุทางถนน นำเอาข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาคืนข้อมูล ให้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เป็นตัวแทนจากคนสามกลุ่มคือผู้ร่วมวิจัยผู้ให้ข้อมูล และนักพัฒนา ได้ร่วมพิจารณา และให้ข้อเสนอแนะกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสมในการดำเนินการที่สอดคล้องกับผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ร่วมกันเช่น การ พัฒนาสมรรถนะครูผู้สอนเขียนแผนการจัดประสพการณ์การเรียนรู้ การผลิตสื่อ นวัตกรรมด้านความปลอดภัยทาง ถนนให้กับเด็ก การประชุมคณะผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการปรับสิ่งแวดล้อมและแก้ไขปัญหาดูแลจุดเสี่ยงร่วมกัน การ ขอรับทุนสนับสนุนการซื้อหมวกกันน็อคให้กับเด็กที่ถนนคนเดินของจังหวัด การกำหนดมาตรการเพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเสี่ยงการประกาศในที่ประชุมผู้ปกครอง การสวมหมวกกันน็อค 100 เปอร์เซ็นต์ การฝึกการนำเสนอผล การดำเนินงานเพื่อรับการศึกษาดูงาน เป็นต้นโดยในแต่ละกิจกรรมมีการกำหนดทีมที่เป็นเจ้าภาพในการประสาน การดำเนินงาน และกำหนดวันเวลาที่จะดำเนินกิจกรรมร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 5 การดำเนินกิจกรรมการลดอุบัติเหตุทางถนนร่วมกัน ดำเนินกิจกรรมตามที่ได้ออกแบบ กิจกรรมไว้ในขั้นตอนที่ 4 โดยทีมเจ้าภาพมีการประชาสัมพันธ์และประสานคน ประสานงาน ประสานด้านสิ่ง สนับสนุนการดำเนินงานให้สามารถดำเนินการได้ตามแผนทุกกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 6 การประเมินสะท้อนผลลัพท์ ดำเนินการหลังการดำเนินการขั้นตอนที่ 5 การถอดบทเรียน ติดตามตรวจสอบและประเมินผลว่ากิจกรรมที่กำหนดไว้ทำให้งานบรรลุตามวัตถุประสงค์และผลลัพท์ที่กำหนดหรือไม่ อาจจะเป็นตารางเชื่อมโยงระหว่าง ผลลัพท์ ตัวชี้วัด ผลการดำเนินงานที่มีข้อมูลประกอบ

**ส่วนที่ 3** ผลของรูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วม ผลดังปรากฏตามตาราง 1

**ตาราง 1** การเปรียบเทียบก่อนและหลังใช้รูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วม

ประเด็นการพิจารณา การเปลี่ยนแปลง	ผลที่เกิดจากรูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนน	
	ก่อนการจัดรูปแบบ	หลังการจัดรูปแบบ
1. จุดเสี่ยง	มีจุดเสี่ยง 3 จุดที่เกิดอุบัติเหตุหลายครั้งปีที่ผ่านมา มีเด็กเสียชีวิตจุดเสี่ยงยังไม่ได้รับการแก้ไข	จุดเสี่ยงทั้งสามจุดได้ถูกนำมาแก้ไขร่วมกัน เช่น การตีเส้นจราจร ตัดต้นไม้ปรับภูมิทัศน์ การปรับจุดขายสินค้าหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การกำหนดและประกาศมาตรการทางสังคมในการใช้รถใช้ถนน ปรับพฤติกรรม การขับขี่ การจอดรถที่เป็นระเบียบ เป็นต้น
2. การสวมหมวกกันน็อค	การสวมหมวกกันน็อคผู้ปกครองร้อยละ 37.18 เด็ก ร้อยละ 3.72	ทั้งเด็กและผู้ปกครองสวมหมวกกันน็อค 100 เปอร์เซ็นต์
3. การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ด้านความปลอดภัยทางถนน	จัดประสบการณ์ให้กับเด็กรู้เพียงว่า คนเราเดินทางหรือขนส่งได้ทั้งทางบก ทางน้ำ ทางอากาศ และบอกเด็กให้ทราบว่า พาหนะที่ใช้เดินทาง มี รถยนต์ รถไฟ เครื่องบิน เรือ	สาระการเรียนรู้ที่ 4 เรื่อง สิ่งต่าง ๆ รอบตัว เด็กได้เพิ่มหน่วยการเรียนรู้ ความปลอดภัยบนทางถนน จัดเป็นแผนการจัดการประสบการณ์ตลอดภาคเรียน และผลิตสื่อจำนวน 7 ชุดคือ ไฟจราจรจราจร สนุกกับเกมภาพตัดต่อ เดินทางปลอดภัย ทางม้าลาย พาเพลิน สามสีหาคู่ ตะกร้าไฟจราจรแสนสนุก กระดานแม่เหล็กชวนคิด
4. การสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดการความปลอดภัยทางถนน	ไม่เคยคิดถึงการจัดการความปลอดภัยทางถนนร่วมกับใครหรือหน่วยงานใด ปัญหาจราจรหรือถนนเป็นเรื่องของเจ้าหน้าที่ตำรวจ หรือเทศบาล เท่านั้น ต้องเข้ามาดูแล	เกิดความร่วมมือระหว่างศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ชุมชน เทศบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ปลูกฝังจิตสำนึกที่ดีด้านความปลอดภัยทางถนนให้กับเด็กส่งต่อไปยังผู้ปกครองและชุมชน
5. ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วม	กลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 65.90 ไม่มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วม และมีความรู้สึกว่ามีความรู้ถึงความปลอดภัยทุกครั้งที่จะจอดรถเพื่อส่งบุตรหลานและ ร้อยละ 61.00 รู้สึกไม่สะดวกสบายในการจอดรถทุกครั้งที่มาโรงเรียน	กลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 98.50 มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วม และมีความรู้สึกชื่นชม ภูมิใจที่ได้ร่วมงานวิจัย รู้สึกถึงคุณค่าที่เกิดขึ้นจากงานวิจัย

ผลจากการดำเนินการตาม 6 ขั้นตอน ของ รูปแบบ 6 ก.สู่ความปลอดภัยทางถนน พบว่า สถานศึกษาแห่งนี้ได้รียกย่องให้เป็นศูนย์เด็กเล็กต้นแบบด้านการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วม จากคณะทำงานสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนระดับประเทศ เป็นสถานศึกษาดูงานจากหน่วยงานต่าง ๆ มากกว่า 50 แห่งจากทั่วประเทศ

## อภิปรายผล

1. สถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนบริเวณโดยรอบสถานศึกษาพบว่าการเดินทางมาสถานศึกษาโดยส่วนใหญ่ใช้รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 86.49 รองลงมาเป็นรถยนต์ส่วนตัว ร้อยละ 12.21 และเดินมากับผู้ปกครอง ร้อยละ 1.30 สำหรับการเดินทางโดยรถจักรยานยนต์พบว่าผู้ขับขี่ที่มารับส่งเด็ก ไม่สวมหมวกกันน็อก ร้อยละ 62.82 ในส่วนของเด็กนักเรียนที่โดยสารมา ไม่สวมหมวกกันน็อก 259 คน (ร้อยละ 96.28) ในปีการศึกษาที่ผ่านมา มีอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์เด็กปฐมวัยเสียชีวิต 1 คน จุดเสี่ยงสำคัญบริเวณรอบสถานศึกษามีจำนวน 3 จุด ได้มาโดยกิจกรรมการจัดทำแผนที่จุดเสี่ยงให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดจุดเสี่ยง สอดคล้องกับ Somudon (2011) ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องการจัดการจุดเสี่ยงอันตรายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยรอบมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผลการศึกษา พบว่า การระบุจุดเสี่ยงอันตรายบริเวณชุมชนรอบมหาวิทยาลัยมหาสารคาม วิทยาเขตขามเรียง จำนวน 5 หมู่บ้าน โดยให้คนในชุมชนระบุตำแหน่งที่มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นบ่อยครั้ง ลงบนแผนที่ชุมชนแล้วร่วมกันวิเคราะห์ วางแผนการปรับปรุงแก้ไข รวมทั้งร่วมกัน ปรับปรุงจุดเสี่ยงอันตรายในเบื้องต้น พร้อมทั้งคัดเลือกจุดเสี่ยงอันตรายที่น่าสนใจ และสอดคล้องกับ Kanjanasantisuk (2009) ได้ทำการศึกษาวิเคราะห์และระบุตำแหน่งเสี่ยงอันตรายจากการจราจรโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบริเวณมหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า การระบุจุดเสี่ยงอันตรายจากการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมนั้น จะเป็นทางเลือกอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยระบุตำแหน่งที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจรในพื้นที่ขาดแคลนข้อมูลอุบัติเหตุจราจรหรือมีข้อมูลไม่สมบูรณ์ อีกทั้งยังเป็นการสร้างความตระหนักปลุกกระตุ้นและกระตุ้นให้เกิดจิตสำนึก ในเรื่องความสำคัญและความเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหาคืออุบัติเหตุจราจร

ส่วนการศึกษสาเหตุและผลกระทบของปัญหาโดยใช้แผนภูมิต้นไม้ปัญหาพบว่าสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุเกิดจากผู้ขับขี่พาหนะไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร ไม่รัดเข็มขัดนิรภัย ขับรถเร็ว ขับรถย้อนศร เลี้ยวโดยไม่ให้สัญญาณไฟผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกถึงความไม่ปลอดภัยเมื่อมาจอรถเพื่อส่งบุตรหลานและรู้สึกไม่สะดวกสบายในการจอดรถทุกครั้งที่มาที่สถานศึกษาปีการศึกษาที่ผ่านมา มีผู้ประสบอุบัติเหตุหลายรายและมีเด็กของสถานศึกษาแห่งนี้เสียชีวิตหนึ่งราย สอดคล้องกับ Road Safety Academic Center (2018) ที่ได้จัดทำแนวทางการดำเนินงานและประเมินการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ โดยกำหนดให้มีเครื่องมือ 5 ชิ้นที่ทำการขับเคลื่อนกลไก ศปถ.ไปสู่ผลลัพธ์มีการใช้แผนภูมิต้นไม้ปัญหาเป็นการประมวลสถานการณ์อุบัติเหตุ

การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วมของครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดใต้พระเจ้าใหญ่องค์ต่อก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัยผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วมของครูพบว่า หลังการเข้าร่วมวิจัยมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สำหรับความรู้ที่ต้องการพัฒนาคือความต้องการการจัดทำแผนการจัดประสบการณ์และจัดทำสื่อด้านความปลอดภัยทางถนนที่เหมาะสมกับเด็กปฐมวัย สาเหตุที่ทำให้ผลของการเพิ่มขึ้นของคะแนนเนื่องจากครูได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยทุกขั้นตอนและระหว่างการทำเนิการวิจัยได้มีการกำหนดกิจกรรมให้มีการพัฒนาความรู้และสมรรถนะเรื่องเทคนิคการสร้างสื่อจัดการความปลอดภัยทางถนนโดยสำรวจ จากสถานีตำรวจภูธรเมืองอุบลราชธานี และผู้เชี่ยวชาญ จากสาขาวิชาการศึกษาปฐมวัยคณะครุศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ให้กับครูทุกคน สอดคล้องกับ Chinawong (2012) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาหลักสูตรเพื่อการพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้นแบบ ในการจัดการความปลอดภัยทางถนน โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน พบว่ามีการขับเคลื่อนงานด้านความปลอดภัยทางถนน มีการทำแผนการจัดการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยทางถนน สอดแทรกตลอดหลักสูตร ตั้งแต่เด็กแรกเริ่ม รวมทั้งคอยแนะนำและให้ความรู้ผู้ปกครองในเรื่องความปลอดภัยบนท้องถนนจนทำให้เกิดการลดอุบัติเหตุบนท้องถนนและเป็นการปลูกจิตสำนึกที่ดีให้กับเด็กชั้นปฐมวัย

2. รูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วม หรือ รูปแบบ 6 ก. สู่ความปลอดภัยทางถนน พบว่ามี 6 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความสัมพันธ์เพื่อสร้างความร่วมมือ ประกอบด้วย กิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ที่ดี กิจกรรมเลือกพื้นที่วิจัย กิจกรรมการเตรียมคนและเครือข่ายความร่วมมือ ขั้นตอน

ที่ 2 การประเมินสถานการณ์อุบัติเหตุในพื้นที่ประกอบด้วยกิจกรรมการจัดทำแผนที่จุดเสี่ยง กิจกรรมการทำแผนภูมิต้นไม้ปัญหาขั้นตอนที่ 3 การกำหนดเป้าหมายร่วมในการดำเนินงาน ขั้นตอนที่ 4 การออกแบบกิจกรรมการลดอุบัติเหตุทางถนนขั้นตอนที่ 5 การดำเนินกิจกรรมการลดอุบัติเหตุทางถนนร่วมกันและขั้นตอนที่ 6 การประเมินสะท้อนผลลัพธ์รูปแบบที่ค้นพบและถูกสร้างขึ้นนี้เป็นการกำหนดร่วมกันของผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยโดยใช้ หลักการใช้เครื่องมือ 5 ชิ้นทำให้การขับเคลื่อนกลไก ศปถ.ไปสู่ผลลัพธ์ ของ Road Safety Academic Center (2018) ประกอบด้วย 1) สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพ 2) แผนภูมิต้นไม้ปัญหา 3) บันไดผลลัพธ์ 4) การวิเคราะห์แรงเสริมแรงต้าน และ 5) การรวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์ รูปแบบที่ค้นพบและหลักการใช้เครื่องมือ 5 ชิ้น พบว่า มีความแตกต่างกันที่ขั้นตอนที่ 1 ซึ่งผู้วิจัยถือว่าความสำเร็จครั้งนี้ขั้นตอนนี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี เลือกพื้นที่วิจัย การเตรียมคนและเครือข่ายความร่วมมืองานด้านความปลอดภัยทางถนนเป็นงานยากและซับซ้อน หากต้องการให้งานสำเร็จเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนจึงต้องทำในขั้นตอนที่ 1 นี้ให้ดี

3. ผลของรูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วม พบว่า ผลจากการดำเนินการตามขั้นตอนทั้ง 6 ขั้นตอน ดังกล่าวพบว่า สถานศึกษาแห่งนี้ได้ริบยกย่องให้เป็นศูนย์เด็กเล็กต้นแบบจากคณะทำงานสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขอุบัติเหตุทางถนนระดับประเทศ เป็นสถานที่ศึกษาดูงานจากหน่วยงานต่าง ๆ มากกว่า 50 แห่งจากทั่วประเทศ มีผลงานจากการจัดการจุดเสี่ยง การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย การสวมหมวกกันน็อค 100 เปอร์เซ็นต์ การจัดทำแผนการจัดการประสพการณ์และสื่อที่เป็นนวัตกรรมด้านความปลอดภัยทางถนนสำหรับเด็กปฐมวัย ครู ผู้ปกครอง และเด็ก มีจิตสำนึกร่วมเรื่องความปลอดภัยทางถนน

### การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลของรูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วม ทำให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดใต้พระเจ้าใหญ่องค์ต่อ ได้รับยกย่องให้เป็นศูนย์เด็กเล็กต้นแบบ ดังนั้น สำนักงานเทศบาลนครอุบลราชธานี ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดใต้พระเจ้าใหญ่องค์ต่อ เจ้าหน้าที่ตำรวจ สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ผู้นำชุมชน บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ หัวหน้าแขวงทางจังหวัดอุบลราชธานี ผู้นำชุมชนตัวแทนผู้ปกครองเด็กเป็นต้นควรประชุมร่วมกันอย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง 1) การปรับแผนงาน โครงการหรือกิจกรรมร่วมกัน 2) การดำเนินการร่วมกัน และ 3) การประเมินผลร่วมกันในด้านความปลอดภัยทางถนน เพื่อความต่อเนื่องในการดำเนินการ

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำรูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วม (6 ก.สู่ความปลอดภัยทางถนน) ที่ได้ไปประยุกต์ใช้กับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หรือโรงเรียนในพื้นที่อื่น ๆ ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อปลูกฝังค่านิยมด้านความปลอดภัยทางถนนให้กับเด็ก ผู้ปกครองและชุมชน

### References

- Bangkok Business. (2019). *The Power of the Community to Build a Safe Road*. Retrieved from <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/854720> (in Thai)
- Chantawanit, S. (1988). *Data Analysis in Qualitative Research*. Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)
- Chatripho, K., Boonsu, T., & Ngemwichit S. (2012). *The Form of Measures to Create Road Safety with Participation*. Academic Center for Road Safety. Road Safety Policy Foundation. Bangkok. (in Thai)



- Crane, P., & O'Regan, M. (2010). *On PAR Using Participatory Action Research to Improve Early Intervention*. Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs, Australian Government.
- Ekakun, T. (2003). *Research Methodology in Behavioral and Social Sciences*. 3rd Edition, Ubon Ratchathani: Vidtaya Printing. (in Thai)
- Kanjanasantisuk, C. (2009). *Risk and Identification Analysis by Participation Methods of Community: A Case Study of Khon Kaen University*. Master of Engineering Thesis. Faculty of Engineering. Khon Kaen University. (in Thai)
- Chantawanit, S. (2003) *Data Collection Methods in Qualitative Research*. In *the Qualitative Research Handbook for Development, Uthai Dulyakasem, Editor*. 4th Edition: Research and Development Institute Khon Kaen University.
- Chinawong, K. (2012). *A Model for Creating a Road Safety Culture Through Participation of Pa Sak Sub-District, Muang District, Lamphun Province*. Faculty of Agriculture Chiang Mai University. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2018). *Death Data from Road Accidents in 2018*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Polpong, Nima & Petchuay, 2017 Development of Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control Model with Community Participation. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(Special), 248-253.
- Road Safety Academic Center. (2018). *Process Driven Mechanism for the Establishment of 5 tools*. Retrieved from [www.roadsafetythai.org](http://www.roadsafetythai.org). (in Thai)
- Setthasathien, A. (2011). *Apply the Concept of the World Health Organization to the 5S Strategy for Accident Prevention Road According to the WHO Collaborating Center on Community Safety Promotion*. Karolinska Institute, Sweden. (in Thai)
- Somudon, T. (2011). *Management of Dangerous Risk Points with Community Participation in the Case of Communities Around Kham Riang Campus of Maha Sarakham University*. Master Degree of Engineering Thesis. Faculty of Engineering. Maha Sarakham University. (in Thai)
- Srisaat, B. (2010). *Preliminary Research*. 8th Edition, Bangkok: Suwiryasarn. (in Thai)
- Tatsiwat, C. (2009). *Participatory Action Research (PAR): A New Dimension of Research Methodology for Local Community Development*. Master of Arts Thesis. Graduate school. Ramkhamhaeng University. (in Thai)
- Thailand Development Research Institute. (2017). *Road safety*. Retrieved from <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/854720> (in Thai)
- Ubon Ratchathani Provincial Health Office. (2018). *Data of the Three Accident Bases in Ubon Ratchathani Province 2018*. Ubon Ratchathani Province. (in Thai)
- Wannarat, W. (2017). Test Scores and Grade Cuts. *Journal of Humanities and Social Sciences Rajapruak University*, 2(3), 4-9. (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. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขบรรทัดนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า

3 ซม. หัวข้อย่อถัดมาให้ย่อหน้า 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, 5<sup>th</sup> 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. (8<sup>th</sup> 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. วารสารสงวนสิทธิ์ที่จะเรียงเรียง และอาจจะปรับปรุงการนำเสนอบทความตามความเหมาะสมและความคิดเห็นของผู้เขียน
5. ผู้เขียนต้องชำระการตีพิมพ์บทความ จำนวน 4,000 บาท







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 หนา, ชื่อตาราง ขนาด 15 ไม่หนา)  
ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หนา) เนื้อหา (ไม่หนา)

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 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข

.....  
.....

(enter ขนาด 15)

อภิปรายผล (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข .....

.....

(enter ขนาด 15)

การนำผลการวิจัยไปใช้ (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข .....

.....

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข .....

.....

(enter ขนาด 15)

References (ขนาด 16 หนา)

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







## 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 ขอส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

เรียน บรรณาธิการวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบฟอร์มส่งบทความ/ใบสมัครสมาชิก/แบบรับรองบทความจากวิทยานิพนธ์

ด้วยข้าพเจ้า.....ตำแหน่งงาน/หน่วยงาน หากเป็นนิสิตให้ระบุสาขา/คณะ/มหาวิทยาลัย.....ขอส่งบทความจำนวน.....เรื่อง.....  
ดังรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้ เพื่อนำตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

ในการนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความที่ข้าพเจ้าได้ส่งมานี้ ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใด ๆ มาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใด ๆ ทั้งสิ้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์.....

โทรสาร.....

e-mail.....



ของผู้เขียนเพื่อสะดวกในการติดต่อ