



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 8 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2564

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. 0-7431-1890 ต่อ 623 โทรสาร 0-7431-2562

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



วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2564

ที่ปรึกษา	กองบรรณาธิการ	ที่ปรึกษาสถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน
นายแพทย์สมชาย ธรรมสารโสภณ	ศาสตราจารย์ ดร.พันธุ์ทิพย์ รามสูตร	มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ ดร.ศุภพร เพชรเรียง		มหาวิทยาลัยคริสเตียน
อาจารย์แพทย์ศรี ทองเพชร	ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ขำชัย	ประธานกรรมการหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
อาจารย์ประไพพิศ สิงห์เสม	รองศาสตราจารย์ ดร.กุหลาบ รัตนสังธรรม	มหาวิทยาลัยบูรพา
อาจารย์สุทัศน์ เหมทานนท์		สำนักโครงการปริญญาเอก มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ไพบุลย์ ขาวสวนศรีเจริญ	รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา จรจิตร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์สุนทร ปรามเขต	รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
	รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ อารีเอื้อ	โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล
		คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	รองศาสตราจารย์ ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	รองศาสตราจารย์ ดร.สุรชาติ ณ หนองคาย	สถาบันวิจัยประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล
	รองศาสตราจารย์ ดร.โยธิน แสงดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์
	รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
	รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์	สถาบันการจัดการสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงษ์เทพ สุธีรวิทย์	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พูนสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธุ์	โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล
		คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
บรรณาธิการ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทญ.ดร.อรุณวรรณ หล้าอุบล	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อาจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล สิงห์ตง	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	อาจารย์ ดร.อาจันต์ สงห์	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก
	อาจารย์ ดร.นภชา สิงห์วีระธรรม	English Language Editor
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	Mr.Patrick Wauters	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
อาจารย์ปฐมา มาต ไซติบัณฑิต	อาจารย์ ดร.อดิญา ศรีเกษตริณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	อาจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
	อาจารย์ ดร.รัศยานภิก พลศักดิ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
กองจัดการ	อาจารย์ ดร.รจนา วิริยะสมบัติ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง
นางสาวกมลวรรณ จันทรเพท	อาจารย์ ดร.ณัฐ ทวีลเตอร์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	อาจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา
	อาจารย์ ดร.ปริญญ ชัยกองเกียรติ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
	อาจารย์ ดร.ปาริฉัตร อุทัยพันธ์	
	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 ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย



บทบรรณาธิการวารสาร

❧ วัสดีผู้อ่านทุกท่าน ท่ามกลางสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในปี พ.ศ. 2564 ทางทีมบรรณาธิการวารสารได้รับบทความเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หลายเรื่อง เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้กับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนจังหวัดนราธิวาส และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการรับรู้กับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

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

ทั้งนี้ หากผู้อ่านท่านใดมีบทความที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทางวารสารจะพิจารณาตีพิมพ์ในฉบับถัดไปเป็นกรณีพิเศษ

ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ
บรรณาธิการ



สารบัญ

บทความวิจัย :

สภาพการณ์และแนวทางการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาล สำหรับ
นักศึกษาพยาบาล.....1

*How to Develop Nursing Handoff Communication Competency in Nursing Students:
Situations and Guidelines*

จุไรรัตน์ ดวงจันทร์

Churairat Duangchan

ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล เครือข่ายวิทยาลัย
พยาบาลภาคใต้.....13

*Communication Skills to Promote Health Literacy as Perceived by Nursing Students
in the Southern Nursing College Network*

ญัตติ วอลเตอร์, กนกพรรณ พรหมทอง

Yanat Wauters, Kanokpun Promtong

กรณีศึกษา: การหาสาเหตุการบาดเจ็บจากรถตู้โดยสารประจำทางชนต้นไม้ จังหวัดพัทลุง.....26

*A Case Study on Public Transportation and Road Safety: Why so Many Passengers'
Injuries from Van Crashes onto Trees?*

นันทพร กลิ่นจันทร์, นันทนา ศุภศรี, อาชิป อุซึ้ง, เอกกร สว่างนิพันธ์

Nuntaporn Klinjun, Nanthana Supphasri, Asip Useng, Akeon Sawangnipun

อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ทางสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในสังคมเมือง
สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และสังคมชนบท อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช.....39

*How Social Support and Health Literacy Influence Quality of Life of Elders in
Mueang District of Nakhon Si Thammarat*

จามจุรี แซ่หลู่, ธมลวรรณ แก้วกระจก, ดาลิมา สำแดงสาร

Jamjuree Saeloo, Thamolwan Kaewkrachok, Dalima Samdaengsarn

การประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต ของนักศึกษาพยาบาล สังกัด
สถาบันพระบรมราชชนก.....53

*Applying the Empowerment Evaluation Model to Develop Nursing Students'
Identity of Praboromarajchanok Institute*

เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์, วรณดี แสงประทีปทอง, สมคิด พรหมจ้อย, กรกนก ลัธธนันท์

Jiamjit Sophonsuksathit, Vandee Sangprateetpong, Somkid Promjouy, Konkanok Lattanand

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้กับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ เพื่อการป้องกันโรคติด
เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนจังหวัดนราธิวาส.....67

*Relationships Between Knowledge, Perception, and the "New Normal Behaviors" for
Preventing Coronavirus Disease (COVID-19) Infection among People in Narathiwat Province*

ระวี แก้วสุกใส, พรทิวา คงคุณ, บุญยิ่ง ทองคุปต์, ลุตฟี สะมะแอ, สกุนดา บุญนรากร

Rawi Kaewsuksai, Porntiwa Kongkun, Boonying Tongkoop, Lootfee Samaair,

Sakuna Boonnarakorn



สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย :

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการรับรู้กับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์.....80

Relationships between Knowledge, Perception and "New Normal Behaviors" on COVID-19 Prevention among Nursing Students, Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University

รังสฤษฎ์ แวดือราแม, ระวี แก้วสุกใส, พรทิพา คงคุณ, อัชฌา สุวรรณกาญจน์, กรรณภา ไชยประสิทธิ์
Rangsarit Waedueramae, Rawi Kaewsuksai, Porntiwa Kongkun, Atcha Suwankanjana, Kannapa Chaiprasit

ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสัมผัสตัวจากการทำงาน ของชายชาวเลเกาะบุโหลน จังหวัดสตูล.....93

Factors Predicting Health Risk of Lead Exposure among Male Workers in Bulon Island, Satun Province

สุทัศน์ เสียมไหม, ชวนากกร ศรีปรังค์, พยงค์ เทพอักษร, เอกนรินทร์ ลัดเลีย
Suthat Siammai, Chavanakorn Sriprang, Phayong Thepaksorn, Aeknarin Ladlia

ผลลัพธ์ทางคลินิกในการจัดการรายกรณีที่บ้านในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3.....110

Clinical Outcomes of a Home Care Case Management for Patients with Chronic Kidney Disease Stage 3

ไพรัช เพือกสวัสดิ์
Pairat Puaksawat

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตามกรอบมิติคุณภาพการบริการผู้คลอด.....123

Development of a Nursing Care Model for Pregnant Women with Premature Labor
พรจิต จันโทภาส, ศิตรา มยุขโชติ, จุฬารัตน์ ท้าวหาญ

Pornchit Chuntopas, Sitara Mayukhachot, Chularat Howharn

ประสบการณ์ภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน.....138

Experience regarding Innovative Leadership among Head Nurses in Community Hospitals

รัชนิกร ไชหิณ, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, นฤมล ปทุมรักษ์
Ratchaneekorn Kaihin, Phechnoy Singchungchai, Narumon Pathumarak

ผลของการให้คำปรึกษาแบบคู่และการสนับสนุนของสามี ต่อระดับความเข้มข้นของเลือดในสตรีตั้งครรภ์มุสลิมที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก.....150

The Effects of Couple Counseling and Husband Support on Hematocrit Levels in Pregnant Women with Iron Deficiency Anemia, in a Muslim Cultural Context

มนัสมีน เจะโนะ, รุสอัลชียานี วานี, ฟาริซา อิหะโละ, สัลมา ชูออน, เจ๊ะยารีเย๊ะ เจ๊ะโซ๊ะ
Manusmeen Jehnok, Rus-assiyanee Wani, Farisa Ihhaloh, Salma Chuon, Jeayareeyoh Jeasoh



สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย :

ปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ.....164

Clinical Factors Associated with Mortality among Patients with Pneumonia: A Systematic Review

แพรวพลอย ฤกษ์เมือง, ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ, สมเกียรติยศ วรเดช

Praeploy Ruekmuang, Bhunyabhadh Chaimay, Somkiattiyos Woradet

แนวทางการป้องกันการใช้สารเสพติดอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนมุสลิม.....178

Guideline for Prevention of Substance Abuse in a Muslim Community

เจียเรย์เยาะ เจ๊ะโตะ, รอฮานี เจ๊ะอาแซ, วิสุทธิ์ บิลล่าเต๊ะ, สุไฮดาร์ แวเตะ

Jeayareeyoh Jeasoh, Rohani Jeharsae, Wisoot Binlateh, Suhaida Waeteh

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยใช้หลักการฮาลาล และการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมทางเพศของนักศึกษามุสลิม วิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดยะลา.....189

Development of a Teenage Pregnancy Prevention Model Using the Halal Principle and Motivation on Sexual Behavior among Muslim Students from Yala Vocational College

ฮูดา แวหะยี

Hooda Waehayi

การประเมินหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี สถาบันพระบรมราชชนก.....205

The Evaluation of Bachelor of Public Health Program in Dental Public Health (Revised in 2017) Sirindhorn Public Health College, Suphanburi Province, Praboromarajchanok Institute

สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์

Sutthisak Suriruk

ผลการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงต่อการพัฒนาคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2.....220

The Effectiveness of a Transformative Learning Program on Desirable Characteristic Development of Second Year Nursing Students

กาญจนาณัฐ ทองเมืองธัญเทพ, สายฝน อัมพันกาญจน์, ธนัญญา เณรตาก้อง, ยูวรีย์ อินทร์เพ็ญ

kanjananat Tongmuangtunyatep, Saifon Amphankan, Thananya Nentakong,

Yuwaree Inpen

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงต่อการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน.....232

The Effectiveness of a Transformative Learning Program on Health Literacy Promotion among Older Adults with Diabetes

ชลธิชา อมตยคง, โรชินี อูปรา, เอกชัย กันธะวงศ์

Chonticha Amattayakong, Roshinee Oupra, Eakachai Kantawong



สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย :

ประสบการณ์ของทีมพยาบาลต่อการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชด้วยการผูกมัด.....	246

Experiences of a Nursing Team on Behavior Limitation Using Physical Restraint among Psychiatric Patients

พูนสินี แก้วมณี, เปรมฤดี ดำรักษ์, วานีตา สามะ, เรวัต คงผาสุข, นูร์ไอนี คลายนา

Pootsanee Kaewmanee, Preamrudee Damrak, Waneeta Samoh, Rewat Khongphasuk, Noorinee Klayna

ผลของโปรแกรมการเล่นบำบัดต่อทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น.....	259

The Effectiveness of a Play-Therapy Program on Social Skills of Children with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder (ADHD)

นิฏฐา ยอดแก้ว, อรวรรณ หนูแก้ว, วิณา คั่นฉ่อง

Nittha Yodkaew, Orawan Nukaew, Weena Khanchong

ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก การคิดเชิงอนาคต ความยืดหยุ่นผูกพันในวิชาชีพ และการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิตของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.....	273

Positive Psychological Capital, Thinking Like a Futurist, Professional Commitment, and Applying Psychology to Life among Prince of Songkla University Students

อริยา คูหา, ฮานานมุฮิบบะตุตติน นอจิ, สรินภา ปุติ, ปรีนาภา ชูรัตน์, ฐปรัตน์ รักษานุสิทธิ์

Ariya Kuha, Hananmuhibbatuddin Nochi, Sarinda Puti, Preenapa Choorat, Thaparut Rukpanusit

บทความวิชาการ :

ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม.....	288

Stress and Coping in Older Persons with Dementia

ผานิต หลีเจริญ, ลินจง โพธิบาล, ดวงมน ทรัพย์สินเสรี, อรอนงค์ รongสวัสดิ์, ธารินี นนทพุท

Phanit Leecharoen, Linchong Pothiban, Doungmon Trapsinsaree, Onanong Rongsawat, Tharinee Nontaput

บทบาทพยาบาลในการสอนแนะเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกำบังมะเร็งเต้านมในสตรี.....	303

Nurse's Coaching Role: How to Promote Breast Cancer Preventive Behaviors in Women

ปานิสรา ส่องวัฒนายุทธ

Panisara Songwatthananyuth

หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล: ค้นหา วิเคราะห์ และนำไปใช้อย่างไร.....	315

The Evidence-Based Approach in Health Care Management, Applied to Nursing

อัจฉรา คำมะทิตย์

Adchara Khammathit



สารบัญ (ต่อ)

บทความวิชาการ :

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาลและสังคมศาสตร์.....329

*Validation of Nursing Research Reports and Proper Use of Social Science Research
Instruments in Publishing*

มนีรัศมี พัฒนสมบัติสุข

Maneeratsami Pattanasombutsook



สภาพการณ์และแนวทางการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาล สำหรับนักศึกษาพยาบาล

How to Develop Nursing Handoff Communication Competency in Nursing Students: Situations and Guidelines

จุไรรัตน์ ดวงจันทร์*

Churairat Duangchan*

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*

Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*

(Received: January 07, 2020; Revised: January 29, 2021; Accepted: March 09, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้เพื่อศึกษาสภาพการณ์และแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นอาจารย์พยาบาล จำนวน 7 คนและนักศึกษาพยาบาล จำนวน 8 คน ของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โดยการเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. สภาพการณ์เกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลสำหรับนักศึกษาพยาบาลที่ผ่านมา มีการใช้รูปแบบและเทคนิคหลากหลายในการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาล ได้แก่ การส่งตามอาการผู้ป่วย ตามแผนการพยาบาล และการเลียนแบบ นักศึกษาขาดความมั่นใจ กลัวและเครียด ทำให้ส่งข้อมูลได้ไม่ครบถ้วนและใช้เวลานาน และขาดโอกาสในการฝึกฝนก่อนการนำไปใช้ปฏิบัติจริงในคลินิก เนื่องจาก เป็นเนื้อหาภาคทฤษฎี และไม่มีเตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษา

2. แนวทางในการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารเพื่อการส่งต่อข้อมูลสำหรับนักศึกษาพยาบาล ควรมีรูปแบบหรือเทคนิคการส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน เช่น เอสบาร์ เป็นการสอนโดยใช้บทเรียนออนไลน์หรืออีเลิร์นนิ่ง และสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองจากสถานการณ์ตัวอย่าง

ผลการวิจัยนี้ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลสำหรับการสร้างบทเรียนพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารเพื่อการส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 และความจำเป็นทางวิชาชีพการพยาบาล

คำสำคัญ: การสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาล, สมรรถนะการสื่อสาร, นักศึกษาพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding Author: e-mail: julyratana@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 097-2691246)

Abstract

The purpose of this research was to study situations and guidelines of developing nursing students' handoff communication competency. Key informants were 7 instructors and 8 nursing students. Focus groups were held to collect data, which were analyzed by content analysis. The findings are as follows.

The teaching and learning situations to improve nursing handoff communication among nursing students were about patient' symptoms, nursing care plan, and imitating seniors. Most of students lack confidence, they are scared, and their stress is resulting in the omission of information and long time spent. Students need opportunities for practice before being put into clinic. The guidelines for developing handoff communication for nursing students could be inspired by SBAR (Situation- Background- Assessment- Recommendation) techniques with recording forms. Any online or e-learning lesson could be self-directed, as long as there are a variety of clinical situations.

The findings suggest that it is important to create lessons for improving nursing handoff communication competency among nursing students, in full accordance with both the needs of the learners in 21st century approach, and the nursing professional needs.

Keywords: Nursing Handoff Communication, Communication Competency, Nursing Students

บทนำ

การสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาล (Nursing Handoff Communication: NHC) เป็นการถ่ายโอนการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยมาก่อนหน้านี้ไปยังพยาบาลอีกคนหรืออีกทีมการพยาบาล (Cornell, Townsend-Gervis, Yates, & Vardaman, 2013) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ (Nursing Council, 2010) ที่ควรได้รับการพัฒนา ตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากบุคลากรในทีมสุขภาพคาดหวังว่า บัณฑิตพยาบาลควรมีสมรรถนะการสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพในทันทีที่จบการศึกษา และเข้ารับการปฏิบัติงาน รวมทั้งบัณฑิตเองก็คาดหวังให้ตนเองสามารถรายงานข้อมูลที่มีความชัดเจนภายใต้การประเมินข้อมูลที่สำคัญและสามารถส่งการในสถานการณ์เร่งด่วนได้ (Collins, 2014) แต่อย่างไรก็ตามพบว่า นักศึกษาไม่สามารถประยุกต์ความรู้ไปใช้ในการจัดการข้อมูล เพื่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในสถานการณ์จริง

ในระบบบริการการพยาบาล มีรูปแบบการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลที่หลากหลาย เช่น การรายงานด้วยวาจาข้างเตียงผู้ป่วย (Tobiano, Bucknall, Sladdin, Whitty, & Chaboyer, 2018) การใช้กระบวนกรพยาบาล (Sajjaskulchai, & Cheevakasemsook, 2016) และการใช้เทคนิคมาตรฐานเอสบาร์ (Yu & Kang, 2017; Pang, 2017; Stevens, McNiesh, & Goyal, 2020) เป็นต้น รวมทั้งใช้กลยุทธ์ในการพัฒนาที่แตกต่างกันตามบริบทของงานในหน่วยบริการต่าง ๆ (Niyomtin, Cheevakasemsook, & Pinyopasakul, 2017; Nagammal, Nashwan, Nair, & Susmitha, 2017; Siriwat, Rojtinnakorn, Kamsuk, Pokpoonsrap, & Chiaranai, 2019) สำหรับในนักศึกษาพยาบาล แม้ว่าองค์ความรู้เรื่องการสื่อสารทางการพยาบาล ถูกบรรจุอยู่ในหลักสูตรการศึกษาศาสตร์ก็ตาม แต่ขาดการเชื่อมโยงเนื้อหาไปสู่การปฏิบัติจริง นักศึกษาพยาบาลมีโอกาสน้อยในการฝึกปฏิบัติในคลินิก เนื่องจาก ความกังวลในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย การขาดความรู้ และมั่นใจในการส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาล (Lancaster, Westphal, & Jambunathan, 2015; Yu & Kang, 2015) นักศึกษาไม่มีความสามารถเพียงพอ ในการประยุกต์ใช้แนวคิดการสื่อสารที่เรียนรู้จากห้องเรียน มาใช้ในการปฏิบัติงานในคลินิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้ง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความชำนาญ

และการฝึกฝน ดังนั้น การศึกษาในปัจจุบันจึงมีความจำเป็นในการสอนทักษะด้านการสื่อสารเพื่อการส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลสำหรับของนักศึกษาพยาบาล (Farmanbar, & Hosseinzadeh, 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับการจัดการศึกษาพยาบาลศาสตร์ เพื่อเตรียมความพร้อมให้นักศึกษามีสมรรถนะการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาล พบว่า สถาบันการศึกษาในต่างประเทศ มีการสอดแทรกการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาล โดยใช้รูปแบบมาตรฐานเดียวกัน ไร้ตลอดหลักสูตรและมีการติดตามประเมินผล (Saied, James, Singh, & Humaied, 2016) รวมทั้ง มีการพัฒนา กลยุทธ์การเรียนการสอนต่างๆ เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลได้รับการฝึกอบรมสมรรถนะการสื่อสารนี้ ก่อนสำเร็จการศึกษา (Wang, Liang, Blazeck, & Greene, 2015; Yu & Kang, 2017) สำหรับประเทศไทย มีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะนี้ สำหรับนักศึกษาพยาบาลน้อยมาก พบเพียงการศึกษาของ Charuwanno, Wongchaglor, & Pongsananurak (2014) ซึ่งเป็นการสอนการรับส่งเวรในการฝึกภาคปฏิบัติ วิชาบริหารการพยาบาล สำหรับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4

การได้รับการฝึกอบรมทักษะการสื่อสารเพื่อการส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาล จากการฝึกภาคปฏิบัติในคลินิกเป็นสิ่งสำคัญ แต่การจัดให้นักศึกษาได้รับการฝึกอบรมสมรรถนะการสื่อสารก่อนการฝึกภาคปฏิบัติในคลินิก โดยสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองและเรียนรู้ได้ตลอดเวลา จนเกิดความชำนาญในสภาพแวดล้อมทางการศึกษาที่ปลอดภัย มีความยืดหยุ่นทางการเรียนรู้ และสนับสนุนการเรียนรู้ในลักษณะที่ผู้เรียนเป็นสำคัญหรือเป็นศูนย์กลาง ซึ่งการเรียนการสอนในรูปแบบนี้ สอดคล้องกับการสอนการพยาบาลในศตวรรษที่ 21 (Chantian, Saard, von Bormann, & Boonpleng, 2016; Pantaewan, 2016) ซึ่งเป็นนักศึกษาพยาบาลยุคใหม่ เป็นกลุ่มเครือข่ายอิเล็กทรอนิกส์ เรียนรู้ได้ดีเมื่อมีส่วนร่วมและสนุกกับการเรียนที่มีการโต้ตอบ ตลอดจนตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงจากการเรียนในชั้นเรียนแบบเดิม มาเป็นกิจกรรมแบบองค์รวมมากขึ้น ผู้เรียนมีส่วนร่วมมากขึ้นในสภาพแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติ รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทักษะในศตวรรษที่ 21 สำหรับนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ รูปแบบการเรียนรู้จากการปฏิบัติ ซึ่งเป็นรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ โดยมีการจัดกิจกรรมกระบวนการเรียนแบบฝังรู้ ที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติ ผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์และสังเคราะห์อย่างเป็นระบบ จนสามารถสรุปเป็นองค์ความรู้ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ (Suwanjaroen, Sarakshetrin, & Malai, 2017)

จากความสำคัญและความจำเป็นของการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารเพื่อการส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลดังที่กล่าวมานั้น วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ได้จัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาสมรรถนะในด้านนี้ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555 รายวิชาการสื่อสารและสารสนเทศทางการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ (Thai Qualifications Framework: TQF) ระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ ในด้านที่ 5 ทักษะการคิดวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ มาเป็นกรอบในการออกแบบการจัดการเรียนการสอนรายวิชา อย่างไรก็ตามเป็นการจัดการเรียนการสอนในภาคทฤษฎี ทำให้ผู้เรียนได้ประสบการณ์เพียงการสื่อสารในชีวิตประจำวัน และมีการฝึกทักษะการสื่อสารทางการพยาบาลในสถานการณ์จริงน้อยมาก โดยเฉพาะการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาล ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสภาพการณ์และแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลสำหรับนักศึกษาพยาบาล ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติและความจำเป็นทางวิชาชีพการพยาบาล ตามแนวคิดของการประเมินความต้องการที่จำเป็น (Needs Assessment) โดยการระบุความต้องการที่จำเป็น (Needs Identification) การวิเคราะห์ความต้องการที่จำเป็น (Needs Analysis) เพื่อนำไปสู่การกำหนดแนวทางแก้ไข (Needs Solution) (Wongwanich, 2015) ซึ่งเป็นการนำผลการประเมินความต้องการที่จำเป็น ไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายต่อไป สำหรับงานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาความต้องการที่จำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารเพื่อการส่งต่อข้อมูลสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยเลือกวิธีการประเมินความต้องการที่จำเป็นโดยการสนทนากลุ่มอาจารย์และนักศึกษาพยาบาล เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาสาเหตุ และกำหนดแนวทางในการ

พัฒนาที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการที่จำเป็นโดยบูรณาการแนวคิดและทฤษฎี 2 กลุ่ม คือ 1) ความต้องการที่จำเป็นทางวิชาชีพการพยาบาล ได้แก่ สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และ 2) ความต้องการที่จำเป็นในการจัดการเรียนรู้ ได้แก่ กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ และทักษะผู้เรียนแห่งศตวรรษที่ 21 เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ไปสู่การหากลยุทธ์ในการพัฒนาสมรรถนะดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม และเติมเต็มสมรรถนะด้านการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลที่ขาดหายไปจากการเรียนการสอนในหลักสูตรปกติต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ในการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูล สำหรับนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อศึกษาแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูล สำหรับนักศึกษาพยาบาล

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ดำเนินการวิจัยในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. อาจารย์พยาบาล ที่ปฏิบัติงานในวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี มีประสบการณ์การสอนภาคปฏิบัติจาก 3 ภาควิชา ได้แก่ ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช ภาควิชาการพยาบาลเด็กวัยรุ่น ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์และบริหารการพยาบาล ภาควิชาละ 2 คน รวม 6 คน และตัวแทนอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร 1 คน รวมทั้งสิ้น 7 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ 1) จบการศึกษา อย่างน้อยระดับปริญญาโททางการพยาบาล 2) มีประสบการณ์การสอนภาคปฏิบัติ อย่างน้อย 5 ปี 3) ผ่านการอบรมศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล และ 4) สนใจในการให้ข้อมูลการวิจัย

2. นักศึกษาพยาบาล ที่กำลังศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2560 ชั้นปีที่ 3 และ 4 ของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 8 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ 1) ผ่านการฝึกภาคปฏิบัติทั้งในคลินิกและชุมชน อย่างน้อย 2 รายวิชา 2) ไม่เคยลาพักการศึกษาหรือเรียนซ้ำชั้น 3) มีประสบการณ์เป็นผู้ติดต่อประสานงานการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ และ 4) สนใจในการให้ข้อมูลการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured) ซึ่งสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์การวิจัยเกี่ยวกับสภาพการณ์และแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลโดยมีประเด็นคำถาม ดังนี้ 1) การฝึกภาคปฏิบัติที่ผ่านมา นักศึกษามีการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลกับทีมการพยาบาลหรืออาจารย์นิเทศอย่างไร 2) มีปัญหาหรืออุปสรรคในการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลกับทีมการพยาบาลอย่างไร 3) การจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลที่ผ่านมาเป็นอย่างไร และ 4) เพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารกับทีมการพยาบาลที่สอดคล้องตามความต้องการของนักศึกษาและวิชาชีพ ท่านต้องการให้มีจัดการเรียนการสอนอย่างไร ซึ่งใช้ในการสนทนากลุ่มทั้งสำหรับอาจารย์และนักศึกษา แบบบันทึกภาคสนาม (Field Note) เกี่ยวกับบรรยากาศ ท่าทาง สีหน้า และพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลขณะสนทนากลุ่ม แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษา ได้แก่ เพศ ชั้นปี ประสบการณ์ในการฝึกภาคปฏิบัติ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของอาจารย์ ได้แก่ เพศ วุฒิการศึกษา และประสบการณ์ในการสอนภาคปฏิบัติ รวมทั้งเทปบันทึกเสียง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวคำถามในการสนทนากลุ่มผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ การจัดการเรียนการสอนพยาบาลศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน ด้านการวัดและประเมินผล จำนวน 2 ท่าน และด้านการวิจัย 1 ท่าน แก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะและนำไปทดลองสัมภาษณ์อาจารย์และนักศึกษาพยาบาล ซึ่งไม่ใช่ผู้ให้ข้อมูลหลัก กลุ่มละ 2 คน นำข้อมูลและปฏิกิริยาของผู้ให้ข้อมูลมาแก้ไขและปรับปรุงประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่มให้เหมาะสมสำหรับกลุ่มอาจารย์ในคำถามข้อที่ 4 คือ มีแนวทางในการจัดการเรียนการสอนอย่างไร เพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารกับทีมพยาบาลที่สอดคล้องตามความต้องการของนักศึกษาและวิชาชีพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนดแล้ว ได้ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลฯ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการสนทนากลุ่ม
2. เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัยในการจดบันทึกข้อมูล รวมทั้งความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งการเตรียมสถานที่ และวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม
3. แนะนำตัวผู้วิจัย ผู้ช่วยนักวิจัย และผู้ร่วมการสนทนากลุ่ม จากนั้น ผู้วิจัยได้ชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการวิจัย ตลอดจนขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งอธิบายเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล ตลอดจนลงนามแสดงความยินยอมในการให้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร
4. ดำเนินการสนทนากลุ่มแยกกลุ่มอาจารย์และนักศึกษา ขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสนทนากลุ่มโดยใช้เวลา 1 ชั่วโมงโดยประมาณต่อการสนทนากลุ่มในแต่ละครั้ง ดำเนินการสนทนากลุ่มอาจารย์และนักศึกษากลุ่มละ 2 ครั้ง ทั้งนี้เกินกว่าข้อมูลส่วนตัว นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ใช้การสังเกตและจดบันทึก (Field Note) บรรยากาศ ท่าทาง สีหน้าและน้ำเสียง รวมทั้งพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลขณะสนทนากลุ่ม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) ใช้การสนทนากลุ่มร่วมกับข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกภาคสนาม เพื่อประกอบการแปลความหมายร่วมกับการถอดเทป และการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูล (Member Checking) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องและตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด (Chantavanich, 2010) โดยผู้วิจัยทำความเข้าใจเนื้อหาและตรวจสอบความถูกต้องร่วมด้วยขณะสนทนากลุ่ม โดยจดบันทึกข้อมูลสำคัญ สังเกตพฤติกรรม อารมณ์ และความรู้สึก พร้อมทั้งตรวจสอบสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลเล่า หากพบประเด็นที่ขัดแย้งหรือไม่ชัดเจน ผู้วิจัยซักถามเพิ่มเติมเพื่อให้เข้าใจตรงกัน สรุปประเด็นเนื้อหาก่อนยุติการสนทนากลุ่ม และนำเทปเสียงบันทึกการสนทนาถอดแบบคำต่อคำ และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการยืนยันผล (Conformability) กับข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมว่ามีข้อมูลตรงกัน และความตรงกันของข้อมูลที่ได้ทั้งจากกลุ่มอาจารย์และนักศึกษา อีกทั้งมีการทวนสอบข้อสรุปที่ได้กับผู้ให้ข้อมูลหลักในแต่ละกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามเนื้อหาที่ปรากฏ (Manifest Content) โดยการจำแนกประเภทข้อมูล การลงรหัส การจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์ และนำเสนอข้อสรุป (Patton, 2015)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี วพ.พจก. 005/2560 ลงวันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ.2560 และหมดอายุวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ.2561

ผลการวิจัย

จากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักจากทั้งนักศึกษาและอาจารย์พยาบาล จากวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ใน 2 ประเด็นหลัก คือ สภาพการณ์เกี่ยวกับทางการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลสำหรับนักศึกษาพยาบาลที่ผ่านมา และแนวทางการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารเพื่อการส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาล ปรากฏผลการวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า ในกลุ่มนักศึกษาทั้งหมดเป็นเพศหญิง เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 50.00 และชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 50.00 และมีประสบการณ์ในการฝึกภาคปฏิบัติ ร้อยละ 100 กลุ่มอาจารย์พยาบาลเป็นเพศหญิงทั้งหมด จบการศึกษาในระดับปริญญาโท ร้อยละ 57.14 และปริญญาเอก ร้อยละ 42.86 มีประสบการณ์การสอนภาคปฏิบัติเฉลี่ย 21.14 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.02)

2. สภาพการณ์เกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลสำหรับนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555 รายวิชา พย.1231 การสื่อสารและสารสนเทศทางการพยาบาล ซึ่งเป็นรายวิชาในหมวดวิชาเฉพาะ กลุ่มวิชาชีพ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ จำนวน 2 หน่วยกิต ดำเนินการเรียนการสอนในชั้นปีที่ 2 มีเนื้อหาเกี่ยวกับแนวคิด และหลักการสื่อสาร วิธีการสื่อสาร การประยุกต์ความรู้ทางการสื่อสารในการพยาบาลบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน การจัดการกิจกรรมการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนได้ฝึกทักษะการสื่อสารภาษาไทยระหว่างบุคคลทั้งการพูด การอ่าน การฟัง และการเขียนในกลุ่มผู้เรียน ระหว่างผู้เรียนและผู้สอน และบุคคลที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์ที่หลากหลาย เช่น การจัดทำรายงาน การสัมภาษณ์ และการนำเสนอ (Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, 2012) เนื่องจากเป็นการจัดการเรียนการสอนในภาควิชาและชั้นปีที่ 2 ที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการฝึกภาคปฏิบัติทางการพยาบาล ทำให้ผู้เรียนได้ประสบการณ์เพียงการสื่อสารในชีวิตประจำวันและไม่มีฝึกทักษะการสื่อสารทางการพยาบาลในสถานการณ์จริง และเมื่อขึ้นฝึกภาคปฏิบัติในคลินิกและชุมชน ซึ่งเนื้อหาวิชาเหล่านี้มุ่งเน้นศาสตร์การพยาบาลในการดูแลบุคคล ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาในการฝึกภาคปฏิบัติ ทำให้การสอดแทรกสื่อสารทางการพยาบาลถูกละเลยไป ดังผลการสนทนากลุ่มพบว่า ที่ผ่านมามีการใช้รูปแบบและเทคนิคหลากหลายในการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาล นักศึกษาขาดความมั่นใจ และขาดโอกาสในการฝึกฝนก่อนการนำไปใช้ปฏิบัติจริง รายละเอียด ดังนี้

2.1 มีรูปแบบและเทคนิคหลากหลาย ในการส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลที่ผ่านมามีการใช้รูปแบบและเทคนิคที่หลากหลาย ได้แก่ การส่งเวรตามอาการผู้ป่วย ตามแผนการพยาบาล รวมทั้งเป็นการเลียนแบบจากการปฏิบัติต่อ ๆ กัน ดังข้อมูลที่สอดคล้องกันทั้งจากนักศึกษาและอาจารย์ ต่อไปนี้

“ก็ไม่เคยมีใครบอกว่าต้องส่งเวรอย่างไร แบบเป็นจริงเป็นจังสักที” (นศ.1 และ นศ.2)

“ทำตามจากที่พี่ ๆ เขาส่งเวรกันในตอนเช้า แล้วก็เพิ่มเติมว่า ตลอดวันที่ผ่านมามีอะไรเปลี่ยนแปลงไปบ้าง” (นศ.4)

“ไม่ทราบมาก่อนเลย รู้แล้วว่า ต้องส่งให้ครบและเร็ว” (นศ.3)

“ส่งเวรตามอาการของผู้ป่วย เช่น ช่วยเหลือตัวเองได้ การรับประทานอาหารและการขับถ่ายประมาณนี้ค่ะ” (นศ.8)

“ก็ส่งตามแพลนงาน (หมายถึง แผนการพยาบาล) ค่ะ เพิ่มเติมว่าที่ให้การดูแลไปแล้ว ประเมินผลว่าอย่างไร” (นศ.5 และ นศ.6)

“ไม่ได้กำหนดว่าต้องใช้เทคนิคอะไร ส่งตามกระบวนการพยาบาลก็ได้เนาะ” (อจ.1 และ อจ.2)

2.2 ขาดความมั่นใจในการส่งต่อข้อมูล ในการส่งเวรให้กับทีมการพยาบาลที่ผ่านมา นักศึกษารู้สึกไม่มั่นใจ กลัวและเครียด ทำให้ส่งข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน ใช้เวลานาน และเมื่อถูกซักถามข้อมูลเพิ่มเติม ก็ทำให้ลืมนำต้องส่งข้อมูลอะไรบ้าง ดังข้อมูลต่อไปนี้

“กลัวพี่ (หมายถึง พยาบาลหัวหน้าเวร) เขาจะถาม แล้วก็ลืมนำต้องพูดอะไรบ้าง” (นศ.2)

“มันเป็นช่วงเวลาที่เครียด กลัวและตื่นเต้นมากมกค่ะ” (นศ.6 และ นศ.8)

“เวลาถูกถาม มันเหมือนสตัน (หมายถึง หยุดชะงัก) ไปต่อไม่ถูก” (นศ.4)

“เหมือนเขาไม่รู้ว่า และไม่มั่นใจว่า จะต้องพูดอะไรบ้าง” (อจ.5) และ “กว่าจะส่งเวอร์เสร็จแต่ละคน ใช้เวลานานมาก” (อจ.2)

2.3 ขาดโอกาสในการฝึกฝน การเรียนการสอนในรายวิชาการสื่อสารและสารสนเทศทางการพยาบาล เป็นเนื้อหาทฤษฎี ไม่ได้มีการทดลองให้ปฏิบัติ ก่อนการนำมาใช้จริงในภาคปฏิบัติ ซึ่งเป็นรายวิชาการพยาบาลและต้องผ่านประสบการณ์ที่กำหนดของรายวิชานั้น ๆ และไม่มีการเรียนการสอนเพื่อเตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษาอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้นักศึกษาขาดโอกาสในการฝึกให้เกิดความชำนาญ ดังข้อมูลต่อไปนี้

“เรียนทฤษฎีตั้งแต่ปี 2 เวลาฝึกงานก็ปฏิบัติจริงๆ ตอนนั้นเลยคะ” (นศ.1)

“ไม่เคยได้ทดลองก่อน ส่งเวอร์จริงเลยคะ” (นศ.1 และ นศ.3)

“นักศึกษามาวอร์ดเราอาทิตย์เดียว ประสบการณ์ที่กำหนดก็เยอะ...ก็ไม่ได้สอน (หมายถึง การส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาล) แบบจริง ๆ จัง ๆ สักที” (อจ.2)

“ก็ให้เขาไปส่งเวอร์กับพี่เลย ตรวจ Nurse note (หมายถึง บันทึกทางการพยาบาล) ให้แล้ว... เขาก็ส่งตามนั้น ก็ได้เนะ” (อจ.5)

“ไม่รู้สิว่าวิชาไหนต้องสอน ตอนปี 2 เขาก็เรียนในวิชาสื่อสารแล้วนะ...แต่ก็เป็นแค่ทฤษฎี (ปรึกษาอาจารย์ท่านอื่น)” (อจ.4)

3. แนวทางในการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารเพื่อการส่งต่อข้อมูลสำหรับนักศึกษาพยาบาล

ผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสนทนากลุ่ม พบว่า ทั้งนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์ ต้องการให้มีรูปแบบหรือเทคนิคการส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานและมีแบบฟอร์มบันทึก และการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาสมรรถนะนี้ ควรเรียนรู้ได้ด้วยตนเองจากสถานการณ์ตัวอย่าง และเป็นบทเรียนออนไลน์หรืออีเลิร์นนิ่งรายละเอียด ดังต่อไปนี้

3.1 ใช้เทคนิคมาตรฐานและมีแบบฟอร์มบันทึก ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาและอาจารย์พยาบาล ต้องการเทคนิคที่ได้รับการยอมรับและเป็นมาตรฐานสากล รวมทั้งต้องการแบบฟอร์มสำหรับบันทึกเพื่อเตรียมข้อมูลให้พร้อมสำหรับการส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาล ดังข้อมูลต่อไปนี้

“เคยได้ยินว่าต่างประเทศเขามีเทคนิคมาตรฐาน เราน่าจะเอามาใช้บ้าง” (นศ.2)

“อยากได้เทคนิคการส่งเวอร์ที่ดี ๆ ค่ะ ขอแบบฟอร์มบันทึกด้วยคะ จะได้เตรียมข้อมูลได้ครบถ้วน” (นศ.3)

“ตอนฝึกกับ SIM (ย่อมาจาก Simulation = สถานการณ์จำลอง) ที่เพิ่งผ่านมาไง (พยักหน้ากับเพื่อน ๆ) อาจารย์...(ระบุชื่อ) สอนให้โทรศัพท์รายงานแพทย์เป็นขั้นๆ ตั้งแต่แนะนำตัว เล่าอาการ ประวัติต่าง ๆ เพื่อให้แพทย์สั่งการรักษา.....แบบนั้นก็ง่ายยดี” (นศ.5)

“ตอน Pre-clinic (หมายถึง การเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ) ก่อนขึ้นฝึก ICU (ย่อมาจาก Intensive Care Unit=หน่วยบริบาลผู้ป่วยหนัก) ได้ให้ลองฝึกใช้ SBAR (เป็นเทคนิคหนึ่งที่ใช้ในการส่งต่อข้อมูลย่อมาจาก Situation-Background-Assessment-Recommendation=สถานการณ์-ภูมิหลังผู้ป่วย-การประเมินสถานการณ์-ข้อเสนอแนะ) ก็ดีนะ แต่นักศึกษายังไม่คุ้นเคย” (อจ.5) และ “ตอนไปอบรม SBL (ย่อมาจาก Simulation Based Learning=การเรียนรู้จากสถานการณ์จำลอง) เขาใช้ SBAR กัน ก็ดีนะ” (อจ.7)

“เคยเข้าไปอ่านงานวิจัย เขาฝึกการส่งเวอร์และมีแบบบันทึกด้วย” (อจ.2)

3.2 เป็นบทเรียนออนไลน์หรืออีเลิร์นนิ่ง ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาต้องการบทเรียนที่สามารถเรียนรู้ได้นอกเหนือจากการเรียนการสอนตามปกติ เรียนนอกเวลา นอกชั้นเรียน และเรียนซ้ำ ๆ ได้ตามที่ต้องการ ดังข้อมูลต่อไปนี้

“ขอแบบเรียนบนมือถือได้ จะได้เรียนเองนอกเวลา (ปรึกษากันก่อนตอบ)” (นศ.1, นศ.3 และ นศ.4)

“อยากได้แบบเรียนเองก่อนขึ้นฝึกงาน แบบออนไลน์หรืออีเลิร์นนิ่งก็ดีค่ะ” (นศ.5 และ นศ.8) และ “เวลาจะฝึกงาน ก็มาดูซ้ำ ทบทวนหรือเตรียมตัวก่อนได้” (นศ.8)

“อยากให้มันเป็นแบบที่ไปเรียนรู้เองได้ค่ะ ไม่มีเวลาสอน” (อจ.4) และ “ใช่ค่ะ...จะได้ไม่ต้องมารบกวนเวลาฝึกงาน” (อจ.1)

3.3 เรียนรู้ได้ด้วยตนเองจากสถานการณ์ตัวอย่าง ผลการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า ทั้งนักศึกษาและอาจารย์พยาบาลต้องการบทเรียนที่นักศึกษาพยาบาล สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองจากสถานการณ์ตัวอย่างที่หลากหลาย ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องมีการเรียนการสอนเพิ่มเติมในระหว่างการฝึกภาคปฏิบัติในรายวิชาอื่น ๆ ดังข้อมูลต่อไปนี้

“ถ้ามีตัวอย่างให้ดูก็ดีนะ จะได้รู้ว่าอะไรที่ควรจะต้องรายงาน และการส่งเวรที่ดีเป็นอย่างไร” (นศ.1)

“อยากให้มีสถานการณ์ตัวอย่างที่ดีๆ มาให้ดูค่ะ...จะได้เห็นภาพชัดเจน” (นศ.2) และ “ดีค่ะ พวกหนูเห็นด้วย...(พยักหน้ากับเพื่อน ๆ) และมีสถานการณ์ครบทุกแผนก” (นศ.7)

“ถ้ามีสถานการณ์ครบทุกวิชาที่ดูดีนะ....เช่น ภาวะวิกฤติ ที่ ER (หมายถึง แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน) หรือในห้องคลอด ก็จะได้หลากหลาย” (อจ.7)

อภิปรายผล

1. สภาพการณ์เกี่ยวกับทางการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลสำหรับนักศึกษาพยาบาล ผลการวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลจากการสนทนากลุ่มพบว่า การจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับสมรรถนะด้านการสื่อสารทางการพยาบาลที่ผ่านมาขาดการเชื่อมโยงจากทฤษฎีมาสู่การปฏิบัติจริง ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการสื่อสารทางการพยาบาลที่ผ่านมา เน้นเนื้อหาภาคทฤษฎีและขาดการเชื่อมโยงสู่ภาคปฏิบัติ ดังข้อมูลจากนักศึกษา “เรียนทฤษฎีตั้งแต่ปี 2 เทอม 1 เวลาฝึกงานก็ปฏิบัติจริง ๆ ตอนนั้นเลยค่ะ ไม่ได้ให้ทดลองก่อน ส่งจริงเลยค่ะ” และจากอาจารย์ “นักศึกษาเราออร์ดิเรอาที่ตายเดียว ประสบการณ์ที่กำหนดก็เยอะ...ก็ไม่ได้สอน (หมายถึง การส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาล) แบบจริง ๆ จัง ๆ สักที” จึงทำให้ละเลยการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารเพื่อการส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาล รวมทั้งมีรูปแบบหรือเทคนิคการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลที่หลากหลาย ดังข้อมูล “ก็จำ ๆ จากที่พี่ ๆ เขาส่งเวรกันในตอนเช้า...” และ “หนูก็ส่งตามแพลนงานนั้นแหละค่ะ...” ซึ่งให้เห็นว่า นักศึกษามีประสบการณ์การสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลที่ไม่ได้มีรูปแบบเชิงวิชาการ นักศึกษามีโอกาสเรียนรู้ไม่เท่าเทียมกัน หรือมีประสบการณ์ที่จะเรียนรู้การสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษา Yu, & Kang (2015) ซึ่งได้สำรวจความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 หลังจากเสร็จสิ้นการฝึกภาคปฏิบัติ พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาล แต่ไม่ได้รับการสอนวิธีการที่เจาะจง เป็นเพียงการเรียนรู้จากพยาบาลที่เลี้ยงอย่างไม่เป็นทางการโดยการสังเกต และมีเพียงส่วนน้อยที่ได้รับการพัฒนาด้วยแนวทางที่เป็นมาตรฐาน (Lee, Mast, Humbert, Bagnardi, & Richards, 2016) อีกทั้งยังพบว่า เนื้อหาของรายวิชาที่ฝึกภาคปฏิบัติ ก็ทำให้นักศึกษามีโอกาสในการฝึกฝนการส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลแตกต่างกัน หากเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ในรายวิชาปฏิบัติ บริหารการพยาบาล นักศึกษาจะได้ฝึกประสบการณ์ส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลร่วมกับทีมการบริหารพยาบาลมากกว่ารายวิชาในการฝึกภาคปฏิบัติอื่นๆ เป็นต้น

นอกจากนี้ยังพบว่า นักศึกษากลัวและขาดความมั่นใจในการส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาล ดังข้อมูล “กลัวค่ะ ตื่นเต้นไปหมด กลัวพี่เขาจะถาม แล้วก็กลัวว่า ต้องส่งอะไรบ้าง” และข้อมูลจากอาจารย์พยาบาล ที่ระบุว่า “เหมือนเขาไม่รู้ว่าและไม่มั่นใจว่า จะต้องพูดอะไรบ้าง” เนื่องจาก นักศึกษาพยาบาลรับรู้ว่าคุณภาพตนเองต้อง ประสบการณ์มากที่สุดในทีมการพยาบาล อีกทั้งเป็นประสบการณ์ใหม่ที่ไม่คุ้นเคยหรือได้รับการสอนในชั้นเรียนมาก่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ Pang (2017) ซึ่งเป็นการศึกษานำร่องโดยการสัมภาษณ์พยาบาลที่เลี้ยง เพื่อสำรวจข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการสื่อสารของนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษารู้สึกเครียด เมื่อ

ต้องส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับหัวหน้าเวร ข้อมูลที่ส่งต่อไม่ครบถ้วนและขาดข้อมูลที่แสดงถึงความสามารถของนักศึกษา เช่น ตาเห็นว่าผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานอาหาร แต่ไม่ได้ระบุตัวตนเองได้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการรับประทานอาหารอย่างไรบ้าง เช่นเดียวกันกับในหลาย ๆ การศึกษาที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลรู้สึกเครียดและวิตกกังวล กลัวการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกับทีมการพยาบาล (Collins, 2014; Yu, & Kang, 2015) ซึ่งให้เห็นว่า ในการสื่อสารเพื่อการส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลนั้น เป็นสถานการณ์ที่ทำให้นักศึกษารู้สึกเครียด และขาดความมั่นใจ ดังนั้น การจัดกลยุทธ์เพื่อพัฒนาให้นักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะนี้ ต้องจัดให้มีสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่ปลอดภัยและเปิดโอกาสให้ได้เรียนรู้จนเกิดความมั่นใจ ก่อนการนำไปใช้จริงในการฝึกภาคปฏิบัติ

2. แนวทางการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารเพื่อการส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาล พบว่า ต้องการให้มีรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารเพื่อการส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาล โดยสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองจากสถานการณ์ตัวอย่าง ดังข้อมูล “ถ้ามีตัวอย่างให้ดูก็ดีนะ จะได้ว่าอะไรที่ควรจะต้องรายงานและการส่งเวรที่ดีเป็นอย่างไร” แสดงว่า บทเรียนเพื่อการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารเพื่อการส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลนั้น จะต้องมีส่วนสถานการณ์ทางคลินิกที่เป็นตัวอย่างที่ดี เพราะจะช่วยให้นักศึกษาทราบว่า มีรายละเอียดอะไรที่ควรส่งต่อ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยและเสนอแนะของ Yu, & Kang (2015) ที่ว่านักศึกษาเกือบทั้งหมดต้องการให้มีการสอนเกี่ยวกับการส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาล รวมทั้งสอนให้รู้ถึงรายละเอียดของข้อมูลที่ควรส่งต่อ นอกเหนือจากสัญญาณชีพและข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

อีกทั้งผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาต้องการให้มีสถานการณ์ตัวอย่างทางคลินิกที่ให้นักศึกษาได้ทดลองส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาล และสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ Collins (2014) ซึ่งเสนอว่า ควรมีการสร้างประสบการณ์จากสถานการณ์จำลองที่ช่วยให้นักศึกษาได้เรียนรู้และฝึกหัดทักษะการส่งเวรในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยในสถานศึกษาก่อนที่จะไปปฏิบัติจริงเพราะจะทำให้เกิดความมั่นใจ เนื่องจากการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง เป็นวิธีการที่เหมาะสมในการพัฒนาผู้เรียน ให้รู้จริงผ่านการเรียนรู้ ภายใต้การสะท้อนกลับของผู้สอน และการแก้ไขการฝึกปฏิบัติให้ถูกต้องจนบรรลุเป้าหมาย และช่วยลดระยะเวลาการเรียนรู้ที่ต้องไปปฏิบัติกับผู้ป่วยจริงให้สั้นลง ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยในที่สุด (Kumkong, & Chaikongkiat, 2017) อีกทั้งต้องสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ดังข้อมูล “อยากให้แบบที่นักศึกษาไปเรียนรู้เองได้ ไม่มีเวลาสอน” และ “อยากได้แบบเรียนเองก่อนขึ้นฝึกงาน แบบออนไลน์หรืออีเลิร์นนิ่งก็ดีค่ะ” ซึ่งแสดงว่าทั้งผู้สอนและนักศึกษาเชื่อมั่นว่าตนเองมีความรับผิดชอบต่อการเรียนและการเปิดโอกาสผู้เรียนในการวางแผนการเรียนรู้ด้วยตนเอง อีกทั้งนักศึกษามีความพร้อมในด้านการบริหารจัดการตนเอง (Padwang, & Udomluck, 2011) ข้อมูลดังกล่าวยังตรงกับประเด็นที่ต้องการเรียนออนไลน์และเป็นสื่อเสริม ดังข้อมูล “ขอแบบเรียนบนมือถือได้ จะได้เรียนเองนอกเวลา” ซึ่งเป็นพฤติกรรมของผู้เรียนในเจนเนอเรชันวาย (Generation Y) ที่เปิดรับเทคโนโลยี (Phothidara, 2011) รวมทั้ง มีผลการวิจัยที่แสดงว่า นักศึกษาพยาบาลมีความพร้อมและยอมรับการเรียนการสอนแบบออนไลน์ (Chantian, Saard, von Bormann, & Boonpleng, 2016) และสอดคล้องกับการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลเพื่อทักษะผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 (Pantaewan, 2016)

ดังนั้น ความต้องการในการเรียนรู้และมีประสบการณ์จากสถานการณ์จำลองทางคลินิกในรูปแบบออนไลน์ จึงเป็นรูปแบบที่เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน เพราะเป็นการจัดการเรียนการสอนในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย (Collins, 2014) และช่วยให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจ (Yu, & Kang, 2015) นักศึกษาไม่ต้องกังวลกับการทำผิดพลาดและมีโอกาสทำซ้ำได้ แม้ว่าจะไม่พบงานวิจัยที่เป็นสถานการณ์ทางคลินิกแบบออนไลน์กับการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารเพื่อการส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลก็ตาม ผลการวิจัยยังพบว่า นักศึกษาต้องการให้มีแบบฟอร์มบันทึกและใช้เทคนิคมาตรฐานในการส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาล ดังข้อมูล “หนูอยากได้เทคนิคส่งเวรที่ดี ๆ ค่ะ ขอแบบบันทึกด้วยค่ะ จะได้เตรียมข้อมูลได้ครบถ้วน” และ “เคยได้ยินว่าต่างประเทศเขามีรูปแบบมาตรฐาน เราน่าจะเอามาใช้บ้าง” และ “ตอน Pre-Clinic ก่อนขึ้นฝึก ICU ได้ให้ลองฝึกใช้ SBAR ก็ดีนะ แต่นักศึกษายังไม่คุ้นเคย” ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำให้ใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานการสื่อสารเพื่อการส่งต่อข้อมูล (Shahid, & Thomas, 2018) เนื่องจากมีโครงสร้างและลำดับที่ชัดเจน ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการ

รายงานส่งต่อผู้ป่วย (Collins, 2014; Yu & Kang, 2015) ดังผลการวิจัยที่แสดงถึงประสิทธิผลของการนำเทคนิค เอสบาร์ (SBAR) มาใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล (Wang, Liang, Blazeck, & Greene, 2015; Yu, & Kang, 2015; Saied, James, Singh, & Humaied, 2016; Stevens, McNiesh, & Goyal, 2020)

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากสภาพการณ์และแนวทางการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารเพื่อการส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาล ที่ได้จากการสนทนากลุ่มตัวแทนนักศึกษาและอาจารย์พยาบาล ได้ข้อมูลสรุปเบื้องต้น 3 ด้าน คือ 1) ด้านเนื้อหา เป็นวิธีการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลกับทีมการพยาบาลด้วยเทคนิคมาตรฐาน เช่น เอสบาร์ (SBAR) 2) ด้านผู้เรียน คือ ต้องการเรียนรู้ด้วยตนเอง เรียนได้ตลอดเวลาและเรียนซ้ำได้เมื่อต้องการ และ 3) รูปแบบและสื่อการเรียนการสอน เป็นบทเรียนออนไลน์ชนิดสื่อเสริมนอกห้องเรียนและเรียนรู้จากสถานการณ์ ตัวอย่าง ข้อมูลเหล่านี้ สามารถนำไปสู่การพัฒนาบทเรียนเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารเพื่อการส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาลที่เหมาะสมกับความต้องการของทั้งผู้เรียนและผู้สอนและสอดคล้องกับความต้องการจำเป็นทางวิชาชีพการพยาบาล ได้แก่ สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และความต้องการจำเป็นในการจัดการเรียนรู้ ได้แก่ กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ และทักษะผู้เรียนแห่งศตวรรษที่ 21 ต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารสถานศึกษา กรรมการหลักสูตร และอาจารย์ผู้สอนทางพยาบาลศาสตร์ สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงหลักสูตร พัฒนาอาจารย์ที่เกี่ยวข้องในการวางแผน จัดทำบทเรียนหรือโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ รวมถึงการใช้สื่อออนไลน์หรืออีเลิร์นนิ่ง โดยสอดคล้องกับเนื้อหาภาคปฏิบัติทางการพยาบาลทุกรายวิชา ที่สอดคล้องกับสภาพการณ์และความต้องการที่จำเป็นสำหรับวิชาชีพพยาบาลและการจัดการเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 รวมทั้งเป็นเนื้อหาส่วนหนึ่งในการปฐมนิเทศหรือเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติงาน ตลอดจนผู้บริหารทางการพยาบาลในสถานบริการ สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาบัณฑิตพยาบาล ให้มีทักษะการส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ทำการศึกษาวิจัยเพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล ได้แก่ การลดระยะเวลาที่ใช้ในการส่งต่อ คุณภาพของข้อมูลที่ส่ง การทำงานเป็นทีม และวัฒนธรรมความปลอดภัย เป็นต้น โดยใช้เทคนิคมาตรฐานการสื่อสารเอสบาร์ และการเรียนการสอนแบบออนไลน์ ที่สอดคล้องกับสภาพการณ์และความต้องการที่จำเป็นสำหรับวิชาชีพพยาบาลในศตวรรษที่ 21 ต่อไป

References

- Chantavanich, S. (2010). *Qualitative Research Method*. Bangkok: Chulalongkorn University Press.
- Chantian, P., Saard, S., von Bormann, S., & Boonpleng, W. (2016). The Development of an E-Learning Program to Prepare Nursing Students of Phraboromarajchanok Institute for Health Workforce Development in Response to the ASEAN community. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 26(2), 154-65. (in Thai)



- Charuwanno, R., Wongchanglor, J., & Pongsananurak, T. (2014). Effects of Teaching by Using SBAR Technique on Knowledge Attitude and Practice in Taking and Giving Report among Nursing. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 390-397. (in Thai)
- Collins, G. (2014). Using Simulation to Development Handover Skills. *Nursing Times*, 110(8), 12-14.
- Cornell, P., Townsend-Gervis, M., Yates, L., & Vardaman, J. M. (2013). Improving Shift Report Focus and Consistency with the Situation, Background, Assessment, Recommendation Protocol. *The Journal of Nursing Administration*, 3(7-8), 422-428. doi: 10.1097/NNA.0b013e31829d6303.
- Farmanbar, R., & Hosseinzadeh, T. (2016). Need to Teaching Communication Skills of Nursing Students from the Viewpoint of the Faculty Members of Guilan University of Medical Sciences. *Journal of Advances in Medical Education*, 1(3), 47-59.
- Kumkong, M., & Chaikongkiat, P. (2017). High-Fidelity Simulation-Based Learning: A Method to Develop Nursing Competency. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(Suppl), S332-S344. (in Thai)
- Lancaster, R. J., Westphal, J., & Jambunathan, J. (2015). Using SBAR to Promote Clinical Judgement in Undergraduate Nursing Students. *Journal of Nursing Education*, 54(3 Suppl), 31-34.
- Lee, J., Mast, M., Humbert, J., Bagnardi, M., & Richards, S. (2016). Teaching Handoff Communication to Nursing Students: A Teaching Intervention and Lessons Learned. *Nurse Educator*, 41(4), 189-193.
- Nagammal, S., Nashwan, A. J., Nair, S. L. K., & Susmitha, A. (2017). Nurses' Perceptions Regarding Using the SBAR Tool for Hand-Off Communication in a Tertiary Cancer Center in Qatar. *Journal of Nursing Education & Practice*, 7(4), 103-110.
- Niyomtin, P., Cheevakasemsook, A., & Pinyopasakul, W. (2017). The Development of a Referral Communication Model for Emergency Patients at Dansai Crown Prince Hospital, Loei Province. *Journal of Nursing and Health Care*, 35(1), 46-54. (in Thai)
- Nursing Council. (2010). Competencies of Registered Nurse. Bangkok: Suruyod Printing. (in Thai)
- Padwang, B., & Udomluck, S. (2011). A Study of the Self-Directed Learning Readiness of Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Nakorn Lampang. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 21(2), 74-84. (in Thai)
- Pang, W. I. (2017). Promoting Integrity of Shift Report by Applying ISBAR Principle among Nursing Students in Clinical Placement. In E. Masal, I. Önder, S. Beşoluk, H. Çalışkan, & E. Demirhan (Eds.), SHS Web of Conferences: Vol. 37. *Proceeding of ERPA International Congresses on Education 2017 (ERPA 2017)* (pp. 128-136). Budapest, Hungary: Curran Associates.
- Pantaewan, P. (2016). Development of Students in the 21st Century with Active Learning in Nursing Profession. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 17(3), 17-24. (in Thai)
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Phothidara, P. (2011). Nursing Education Management: For Student Generation Y. *Journal of Nursing Science & Health*, 34(2), 61-69. (in Thai)

- Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. (2012). *TQF 2, Bachelor of Nursing Science Programme (Revised Curriculum 2012)*. Phetchaburi: Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province. (in Thai)
- Saied, H., James, J., Singh, E. J., & Humaied, L. A. (2016). Clinical Evaluation of Baccalaureate Nursing Students Using SBAR Format: Faculty Versus Self Evaluation. *Journal of Education and Practice*, 7(11), 9-13.
- Sajjaskulchai, S., & Cheevakasemsook, A. (2016). Effects of Utilizing a Change of Shift Model with the Nursing Process and Risk Management on Communication Errors at Intermediate Care Unit, Police General Hospital. *Journal of The Police Nurse*, 8(2), 91-106. (in Thai)
- Shahid, S., & Thomas, S. (2018). Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR) Communication Tool for Handoff in Health Care—a Narrative Review. *Safety in Health*, 4(1), e7.
- Siriwat, R., Rojtinnakorn, N., Kamsuk, S., Pokpoonsrap, J., & Chiaranai, C. (2019). Development of a Seamless Nursing Communication Model Using SBAR Techniques During Transitional Care Period Emergency Nursing Division Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. *Journal of Nursing and Health Care*, 37(1), 60-69. (in Thai)
- Stevens, N., McNiesh, S., & Goyal, D. (2020). Utilizing an SBAR Workshop with Baccalaureate Nursing Students to Improve Communication Skills. *Nursing Education Perspectives*, 41(2), 117-118.
- Suwanjaroen, J., Sarakshetrin, A., & Malai, C. (2017). Teaching Models to Enhance the 21st Century Skills for Bachelor's Degree Nursing Students. *Nursing Journal*, 44(4), 177-188. (in Thai)
- Tobiano, G., Bucknall, T., Sladdin, I., Whitty, J. A., & Chaboyer, W. (2018). Patient Participation in Nursing Bedside Handover: A Systematic Mixed-Methods Review. *International Journal of Nursing Studies*, 77, 243-258. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.10.014.
- Wang, W., Liang, Z., Blazeck, A., & Greene, B. (2015). Improving Chinese Nursing Students' Communication Skills by Utilizing Video-Stimulated Recall and Role-Play Case Scenarios to Introduce Them to the SBAR Technique. *Nurse Education Today*, 35(7), 881-887.
- Wongwanich, S. (2015). *Needs Assessment Research* (3rd ed.). Bangkok: Chulalongkorn University Press. (in Thai)
- Yu, M., & Kang, K. (2015). SBAR Report Competency and Communication Clarity of Handover in Korean Nursing Students. *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology*, 7(6), 189-200.
- Yu, M., & Kang, K. (2017). Effectiveness of a Role-Play Simulation Program Involving the SBAR Technique: A Quasi-Experimental Study. *Nurse Education Today*, 53, 41-47.

ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลภาคใต้

Communication Skills to Promote Health Literacy as Perceived by Nursing Students in the Southern Nursing College Network

ญันท์ วอลเตอร์^{1*} และ กนกพรพรณ พรหมทอง¹
Yanat Wauters^{1*} and Kanokpun Promtong¹
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง^{1*}
Boromarajonani College of Nursing, Trang^{1*}

(Received: January 11, 2021; Revised: March 25, 2021; Accepted: March 31, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาคนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคใต้ 2) เปรียบเทียบทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพตามการรับรู้ของนักศึกษาระหว่างชั้นปีและระหว่างวิทยาลัยในเครือข่ายภาคใต้ จำนวน 5 แห่ง กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2-4 ที่ กำลังศึกษาในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2563 วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคใต้ จำนวน 400 คน สุ่มตัวอย่าง โดยวิธีแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามเกี่ยวกับทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .89 ตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 เก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทางออนไลน์โดยใช้ Google Form ระยะเวลาเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนเดือนตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2563 สถิติที่ใช้ในการวิจัย คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ One-Way ANOVA ผลการวิจัยพบว่า

1. ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคใต้ โดยรวมทุกชั้นปีอยู่ในระดับมาก ($M=3.81$, $SD=0.67$) และเมื่อจำแนกเป็นรายชั้นปีพบว่าอยู่ในระดับมากเช่นกัน โดยนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($M=3.86$, $SD=0.68$) ส่วนนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ 4 มีคะแนนเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกัน ($M=3.78$, $SD=0.65$ และ $M=3.79$, $SD=0.68$ ตามลำดับ) เมื่อจำแนกเป็นรายสถาบันการศึกษา พบว่า วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง มีระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($M=3.85$, $SD=0.49$) รองลงมา คือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนียะลา ($M=3.84$, $SD=0.46$) และต่ำสุด คือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา ($M=3.75$, $SD=0.46$)

2. เปรียบเทียบทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพระหว่างชั้นปีและสถาบันศึกษาพบว่าทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล เมื่อจำแนกรายชั้นปีและสถาบันศึกษาไม่แตกต่างกัน ($p>.05$)

ผลการศึกษาค้นคว้านี้แสดงให้เห็นว่า วิทยาลัยพยาบาลควรมีการพัฒนาทักษะการสื่อสารแต่ละด้านของนักศึกษาให้มากยิ่งขึ้น ได้แก่ 1) เทคนิคการใช้ภาพเพื่อสื่อความหมาย (Infographic) ที่ประกอบด้วย Key Message 2) เทคนิคการแสดงเพื่อให้ตรวจสอบ (Show-Me) 3) เทคนิคการสอนกลับ (Teach-Back Technique) 4) การใช้คำถามสำคัญ (Ask Me) 3) รวมถึงการใช้ภาษาที่เรียบง่าย การอธิบายชัดเจน การตั้งคำถาม การใช้หุ่นจำลอง และการใช้สื่ออื่น ๆ โดยเน้นการจัดกิจกรรมในการพัฒนาทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรู้ทางสุขภาพในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น การบรรยาย การสาธิต การฝึกทักษะ เป็นต้น

คำสำคัญ: ทักษะการสื่อสาร ความรอบรู้ทางสุขภาพ, นักศึกษาพยาบาล, วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคใต้

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: yanat@bcnt.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 063-5351594)

Abstract

This descriptive research aimed; 1) to study communication skills to promote health literacy as perceived by nursing students, 2) to compare communication skills to promote health literacy as perceived by nursing students classified by year of study, and institutions. Sample consisted of 400 nursing students in years 2-4 studying in the first semester of academic year 2020, in the Southern Nursing College Network. Stratified random sampling was applied. The research instrument was a questionnaire. Its content validity was confirmed; the content validity index (CVI) was equal to 0.89. Reliability of the questionnaire was tested by using Cronbach's alpha coefficient yielding a value of 0.91. Data were collected via on-line using Google Form during the period of October – December, 2020. The statistics used for data analysis were percentage, mean, standard deviation, and one-way ANOVA.

The research results revealed that overall communication skills to promote health literacy as perceived by nursing students in the Southern Nursing College Network was at a high level ($M=3.81$, $SD=0.67$). And when classified by year, it was found that their communication skills to promote health literacy was at a high level as well. The second-year nursing students had the highest mean score ($M=3.86$, $SD=0.68$), while the third- year, and fourth-year students had similar mean scores ($M=3.78$, $SD=0.65$ and $M=3.79$, $SD=0.68$, respectively). When classified by educational institution, it was found that Boromarajonani College of Nursing, Trang had the highest mean score ($M=3.85$, $SD=0.49$), followed by Boromarajonani College of Nursing Yala ($M=3.84$, $SD=0.46$), and the lowest was Boromarajonani College of Nursing, Songkhla ($M=3.75$, $SD=0.46$). When comparing the communication skills to promote health literacy as perceived by nursing students classified by the year of study, and educational institutions, it was found that the communication skills to promote health literacy as perceived by nursing students were not different ($p>.05$).

Communication skills should be more developed in each area for students, including 1) techniques for using images to convey meaning (Infographic) consisting of key message, 2) show-me technique, 3) teach-back technique, 4) use of important questions (Ask me 3) including using language that simple and clear explanation, questioning, using the model, and the use of other media by focusing on organizing activities to develop communication skills to enhance health knowledge in various forms such as lectures, demonstrations, skills training, etc.

Keywords: Communication Skills, Health Literacy, Nursing Students, Southern College of Nursing Network

บทนำ

ภายใต้นโยบายและทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) โดยใช้แนวคิดเรื่องการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นมาตรการและแนวทางพัฒนาในยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพคนไทยเชิงรุก เพื่อก้าวเข้าสู่โมเดลประเทศไทย 4.0 ที่กำหนดวิสัยทัศน์ให้คนไทยมีสุขภาพดี สร้างประเทศให้มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน กำหนดเป้าประสงค์ให้ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้าน

สุขภาพเพิ่มมากขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สามารถช่วยเหลือ ดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนด้านสุขภาพได้ (Board of the 12th National Health Development Plan, 2016)

ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นแนวคิดหนึ่งในการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งมีความหมายที่กว้างกว่าความรู้และการรู้หนังสือ บุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เหมาะสมจะมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน และมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Kitterawuttiwong, 2015) มีความสำคัญทำให้บุคคลเกิดสุขภาพดี และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เพราะบุคคลจะสามารถตัดสินใจจากข้อมูลที่ได้รับ และเข้าใจ จนนำไปใช้ได้ ความรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นประเด็นที่ทั่วโลกกำลังให้ความสนใจ (Chang, 2017) ความรู้ทางสุขภาพถูกจัดว่ามีความสำคัญในศตวรรษที่ 21 โดยเฉพาะประเทศที่รายได้ของประชากรอยู่ในระดับต่ำถึงระดับปานกลาง เนื่องจากพฤติกรรมการเรียนรู้ของประชาชนในยุคนี้ เปลี่ยนแปลงไปอันเนื่องมาจากช่องทางการเรียนรู้หรือการรับข้อมูลข่าวสารที่ง่าย รวดเร็ว แต่อาจไม่ถูกต้องทั้งหมด ทำให้เสี่ยงต่อการเชื่อและนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง (Nammontri, 2018)

นัทเบีม (Nutbeam, 2008; Nutbeam, 2000) ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขมหาวิทยาลัยซิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย แสดงทัศนะว่า ฐานของการออกแบบกระบวนการพัฒนา คือ ความรู้ ดังนั้น การสร้างเสริมความสามารถของบุคคลจึงต้องเน้นที่ความเฉพาะเจาะจงในบริบทที่ดำเนินการ และเน้นการสร้างปฏิสัมพันธ์ร่วม จึงจะสามารถเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพได้ นอกจากนี้หน่วยงานด้านสุขภาพและบริการประชาชนของสหรัฐอเมริกา (U.S. Department of Health and Human Services, 2010) กล่าวว่า การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้กับบุคคลต้องมุ่งเน้นถึงการสร้างเสริมความรู้ให้ถึงระดับที่เพียงพอต่อการใช้โดยเน้นทักษะส่วนบุคคลและความมั่นใจที่จะกระทำเพื่อทำให้สุขภาพของตนเองและชุมชนได้รับการพัฒนาสู่ระดับที่ดีขึ้น ด้วยการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและเงื่อนไขของการใช้ชีวิต จะต้องสร้างเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ถูกต้อง และมีความสามารถในการที่จะใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้นั้นเพื่อทำให้เกิดผลดีกับตัวเอง นอกจากนี้ซอร์เซนและคณะ (Sorensen, Van, Fullam, Doyle, Pelikan, Slonska, et al., 2012) ระบุว่าความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึง หมายถึง ความสามารถที่จะแสวงหา ค้นหา และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ 2) การเข้าใจ หมายถึง ความสามารถที่จะเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ 3) การประเมิน หมายถึง ความสามารถในการอธิบาย การตีความ การคัดกรอง และประเมินข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับจากการเข้าถึง และ 4) การปฏิบัติ หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารและการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจในการรักษาและปรับปรุงสุขภาพ ทั้งนี้การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ประกอบด้วย 1) เทคนิคการใช้ภาพเพื่อสื่อความหมาย (Infographic) ที่ประกอบด้วย Key Message 2) เทคนิคการแสดงให้เห็นตรวจสอบ (Show-Me) 3) เทคนิคการสอนกลับ (Teach-Back Technique) 4) เทคนิคการใช้คำถามสำคัญ (Ask Me 3) รวมถึงการใช้ภาษาที่เรียบง่าย การอธิบายชัดเจน การตั้งคำถาม การใช้หุ่นจำลอง และการใช้สื่ออื่น ๆ

ทักษะการสื่อสารของพยาบาลเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสำคัญในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่บุคคล ดังที่ อภิญา อินทรรัตน์ (Indhraratana, 2014) กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วยการพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพของบุคคล รวมทั้งการลดอุปสรรคที่สร้างโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพและระบบสุขภาพ โดยเฉพาะการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ นั่นคือไม่สามารถสื่อสารข้อมูลในแนวทางที่ประชาชนสามารถนำไปใช้และปฏิบัติได้จริงด้วยตนเองเพื่อป้องกันความเจ็บป่วยและได้รับการรักษาที่จำเป็น รวมทั้งไม่สามารถเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยมีโอกาสซักถามข้อข้องใจจนเกิดความกระจ่างเกี่ยวกับข้อมูลทางสุขภาพ นอกจากนี้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพยังต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านผู้รับบริการ เช่น การไม่รู้หนังสือ ความแตกต่างด้านภาษาและวัฒนธรรม ความพิการ การไร้ความสามารถ และอายุที่มากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการเรียนรู้และการจดจำ เป็นต้น (Osborne, 2004 cited in Indhraratana, 2014) ดังนั้นผู้ให้บริการด้านสุขภาพจึงต้องตระหนักถึงปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ และพัฒนาปรับปรุงบริการสุขภาพเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึง เข้าใจ และทำการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพตนเองโดยได้รับข้อมูลที่เพียงพอ โคลแมน และคณะ (Coleman, Kurtz-Rossi, McKinney, Pleasant, Rootman, & Shohet, 2012) ได้กล่าวถึงการศึกษาเกี่ยวกับความรู้

ด้านสุขภาพที่ผ่านมา มักเน้นไปที่ความสามารถของผู้ป่วยมากกว่าบทบาทบุคลากรด้านสุขภาพ ประชาชนทั่วไปสามารถมีความรอบรู้ด้านสุขภาพได้โดยการใช้ทักษะที่จำเป็นในการแสวงหา ทำความเข้าใจ ประเมิน สื่อสาร และใช้สารสนเทศด้านสุขภาพ ในขณะเดียวกัน นอกจากนี้ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพควรมีการส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพได้โดยการนำเสนอข้อมูล สื่อสารในแนวทางที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามข้อมูลที่ได้รับดีขึ้น

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เป็นสถาบันอุดมศึกษาที่มีหน้าที่ผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชน ดังนั้นจำเป็นต้องพัฒนาให้นักศึกษามีทักษะในการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับบุคคล หรือที่ขวัญเมือง แก้วดำเกิง (Kaeodumkoeng, 2017) ใช้ว่า “การใช้กลวิธีสุขศึกษา” ทั้งนี้จากการวิเคราะห์ พบว่าหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีรายวิชาการสอนและการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ สำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 เป็นรายวิชาที่สอนเกี่ยวกับกลวิธีสุขศึกษาให้กับนักศึกษาพยาบาล และมีการบรรจุเรื่องความรู้ทางสุขภาพไว้ในหลักสูตร เพื่อสร้างความเข้าใจต่อแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ และเพิ่มทักษะการสื่อสารเพื่อการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยการใช้กลวิธีสุขศึกษาให้กับนักศึกษาพยาบาล ซึ่งกลวิธีที่สำคัญที่องค์การอนามัยโลกได้เสนอให้เป็นกลวิธีเพื่อให้เกิดการพัฒนาการสื่อสารในระบบบริการสุขภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย โดยพัฒนาขึ้นจากสภาพปัญหาที่พบ (Kaeodumkoeng, 2017) เช่น เทคนิคการแสดงเพื่อให้ตรวจสอบ (Show-Me) เทคนิคสอนกลับ (Teach-Back Technique) การใช้คำถามสำคัญ (Ask Me 3) เทคนิคการใช้ภาพกราฟิกเพื่อสื่อสารข้อมูล (Infographic) ด้วย Key Message ที่สำคัญ ซึ่งมีการใช้กันมากในการสื่อสารด้านสุขภาพในปัจจุบัน รวมถึงการใช้ภาษาที่เรียบง่าย (Plain Language) การอธิบายอย่างชัดเจน การตั้งคำถาม การใช้หุ่นจำลอง รวมทั้งการใช้สื่ออื่นๆ เป็นต้น ซึ่งกลวิธีสำคัญดังกล่าวจะส่งเสริมให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึง (Access) ข้อมูลที่เชื่อถือได้ ชัดเจน และเพียงพอจนเกิดความเข้าใจ (Understand) ข้อมูลที่ได้รับอย่างถูกต้อง และนำไปใช้ (Apply) ในการปฏิบัติตัวเพื่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งหมายถึงการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพัฒนาทักษะการสื่อสารให้กับนักศึกษาพยาบาลเพื่อนำไปสู่การปฏิสัมพันธ์ที่สามารถสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้กับกลุ่มผู้รับบริการต่อไป ทั้งนี้พบว่า ปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลยังมีจำกัด ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้จึงมีความจำเป็น ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคใต้
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพตามการรับรู้ของนักศึกษาระหว่างชั้นปีและระหว่างวิทยาลัยในเครือข่ายภาคใต้

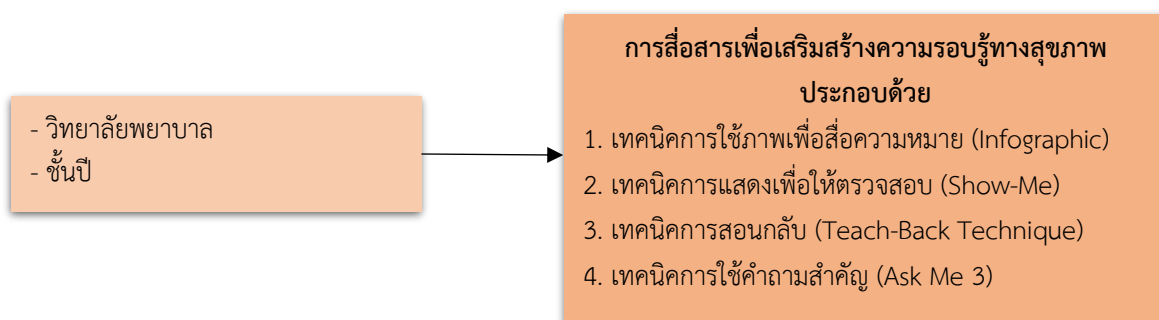
สมมติฐานวิจัย

ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลระหว่างชั้นปีและวิทยาลัยมีความแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดของ Sorensen, Van, Fullam, Doyle, Pelikan, Slonska, et al. (2012) เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึง หมายถึง ความสามารถที่จะแสวงหาค้นหา และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ 2) การเข้าใจ หมายถึง ความสามารถที่จะเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ 3) การประเมิน หมายถึง ความสามารถในการอธิบาย การตีความ การคัดกรอง และประเมินข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับ

จากการเข้าถึง และ 4) การปฏิบัติ หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารและ การใช้ข้อมูลในการตัดสินใจในการรักษาและปรับปรุงสุขภาพ ทั้งนี้การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ประกอบด้วย 1) เทคนิคการใช้ภาพเพื่อสื่อความหมาย (Infographic) ที่ประกอบด้วย Key Message 2) เทคนิคการแสดงให้เห็นตรวจสอบ (Show-Me) 3) เทคนิคการสอนกลับ (Teach-Back Technique) 4) เทคนิคการใช้คำถามสำคัญ (Ask Me 3) รวมถึงการใช้ภาษาที่เรียบง่าย การอธิบายชัดเจน การตั้งคำถาม การใช้หุ่นจำลอง และการใช้สื่ออื่น ๆ ซึ่งในการศึกษานี้ เป็นการเปรียบเทียบทักษะการสื่อสารตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างวิทยาลัยพยาบาลในเครือข่ายภาคใต้และชั้นปี 2, 3, และ 4 ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 - 4 ที่กำลังศึกษาในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2563 ของเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลภาคใต้ จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช จำนวน 314 คน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญบุรีธานี จำนวน 386 คน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา จำนวน 346 คน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา จำนวน 217 คน และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา จำนวน 358 คน รวมทั้งทั้งหมด จำนวน 1,621 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ยะลา และ สงขลา จำนวน 78, 95, 85, 54, และ 88 คน ตามลำดับ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณตามสูตร (Taro Yamane, 1973) เนื่องจากมีประชากรกลุ่มตัวอย่างที่แน่นอน โดยยอมรับให้เกิดความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างได้ 5% ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดตัวอย่าง 400 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นปีของวิทยาลัยพยาบาลทั้ง 5 แห่ง ตามสัดส่วน แล้วจึงสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่คืนที่

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเอกสาร ตำรา แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งลักษณะของแบบสอบถามแบบเลือกตอบ (Check List) จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย เพศ ระดับชั้นปีที่กำลังศึกษา และสถาบันที่ศึกษา

ส่วนที่ 2 ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ เป็นแบบเลือกตอบ (Check List) จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย 1) เทคนิคการใช้ภาพเพื่อสื่อความหมาย (Infographic) 2) เทคนิคการแสดงให้เห็นตรวจสอบ (Show-Me) 3) เทคนิคการสอนกลับ (Teach-Back Technique) และ 4) เทคนิคการใช้คำถามสำคัญ (Ask me 3) โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 5 หมายถึง ทักษะการสื่อสาร

มากที่สุด ถึง 1 หมายถึง ทักษะการสื่อสารน้อยที่สุด การแปลผลคะแนน พิจารณาจากค่าเฉลี่ยคะแนนที่ได้ โดยแบ่งระดับการรับรู้เป็น 5 ระดับ (Wongrattana, 2010) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.51 - 5.00 หมายถึง ทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.51 - 4.50 หมายถึง ทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.51 - 3.50 หมายถึง ทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.51 - 2.50 หมายถึง ทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.50 หมายถึง ทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับน้อยมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านความรู้ทางสุขภาพ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index= CVI) เท่ากับ .89

ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการหาค่าความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) ในกลุ่มที่มีลักษณะที่ใกล้เคียงหรือคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีตรัง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เครือข่ายภาคใต้ แจ้งรายละเอียดขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามทาง Google Form จากนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 2-4 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ทั้ง 5 แห่ง โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2563

2. คณะผู้วิจัยส่งเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย ไปยังแต่ละวิทยาลัย พยาบาล เครือข่ายภาคใต้ อธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย โดยข้อมูลของกลุ่ม ตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการศึกษาโดยภาพรวมเท่านั้น

3. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทางออนไลน์โดยใช้ Google Form โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาที

4. เก็บรวบรวมแบบสอบถาม และตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถาม

5. นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์ และแปลผลข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการประมวลผลข้อมูล โดยใช้สถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างของทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพของ นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีเครือข่ายภาคใต้ ระหว่างชั้นปีและระหว่างวิทยาลัย โดยการใช้สถิติ One-Way ANOVA มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนใช้สถิติดังกล่าว โดยพิจารณาจากกราฟฮิสโตแกรม (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010) พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

จริยธรรมวิจัย

วิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ใบรับรองเลขที่ 73/2563 ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n= 400)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	26	6.50
หญิง	374	93.50
ระดับการศึกษา (ชั้นปี)		
นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2	121	30.25
นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3	142	35.50
นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4	137	34.25
สถาบัน		
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	78	19.50
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี	95	23.75
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช	85	21.25
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา	54	13.50
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	88	22.00

จากตาราง 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.50 เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 ร้อยละ 30.25, 35.50, และ 34.25 ตามลำดับ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช ยะลา และสงขลา ร้อยละ 19.50, 23.75, 21.25, 13.50 และ 22.00 ตามลำดับ

2. ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการใช้ทักษะการสื่อสารของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามชั้นปี เป็นรายข้อและโดยรวม

ทักษะการสื่อสาร	ชั้นปีที่ 2			ชั้นปีที่ 3			ชั้นปีที่ 4		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
1. ใช้จังหวะการพูดที่ไม่เร็วเกินไปในการให้ความรู้ทางสุขภาพ	3.79	0.66	มาก	3.79	0.61	มาก	3.67	0.89	มาก
2. ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย (เลือกใช้คำทั่วไป ไม่ใช้ศัพท์ทางการแพทย์หรือคำที่เข้าใจยาก)	4.01	0.76	มาก	3.89	0.66	มาก	3.89	0.74	มาก
3. อ่านคำชี้แจงต่าง ๆ ด้วยน้ำเสียงที่ดัง ให้ผู้ป่วย/ผู้รับบริการฟัง	3.99	0.65	มาก	3.77	0.63	มาก	3.84	0.67	มาก
4. ใช้คำเปรียบเทียบหรือคำอธิบายที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจหรือเห็นภาพที่ชัดเจน	3.62	0.78	มาก	3.71	0.65	มาก	3.80	0.69	มาก
5. อธิบายคำศัพท์ใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วย	3.77	0.61	มาก	3.74	0.64	มาก	3.73	0.67	มาก

ตาราง 2 (ต่อ)

ทักษะการสื่อสาร	ชั้นปีที่ 2			ชั้นปีที่ 3			ชั้นปีที่ 4		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
6. อธิบายหรือสอนเพียง 2-3 ประเด็นหลักในแต่ละครั้ง พร้อมทั้งตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยเทคนิคการให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับในประเด็นที่พูด	3.72	0.79	มาก	3.76	0.65	มาก	3.82	0.64	มาก
7. เมื่อสิ้นสุดการให้ความรู้ ให้ผู้ป่วยทวนประเด็นสำคัญที่ได้สอนไป (Teach Back)	4.48	0.81	มาก	3.70	0.64	มาก	3.82	0.75	มาก
8. เมื่อสิ้นสุดการให้ความรู้ ให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับสิ่งที่ได้สอนไป (Show Me)	3.81	0.69	มาก	3.78	0.66	มาก	3.90	0.71	มาก
9. เปิดโอกาสหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยซักถามคำถามสำคัญ หรือสิ่งที่ต้องการทราบ (Ask Me 3)	3.79	0.67	มาก	3.86	0.60	มาก	3.98	0.71	มาก
10. แจกเอกสารหรือแผ่นพับที่เข้าใจง่ายให้แก่ผู้ป่วยเพื่อนำไปทบทวน	3.85	0.50	มาก	3.83	0.60	มาก	3.89	0.60	มาก
11. มีการใช้ภาพ (Infographic) ประกอบกับข้อความสำคัญ (Key Message) ที่สื่อความหมายได้ชัดเจน	3.79	0.64	มาก	3.76	0.68	มาก	3.87	0.63	มาก
12. ชัดเส้นใต้ประเด็นสำคัญ ๆ ในเอกสารหรือแผ่นพับที่ผู้ป่วยควรรู้	3.82	0.65	มาก	3.76	0.61	มาก	3.80	0.60	มาก
13. ใช้การเขียนด้วยตัวอักษรที่มีขนาดใหญ่ และชัดเจนในการอธิบายประเด็นสำคัญ	3.69	0.75	มาก	3.80	0.75	มาก	3.77	0.62	มาก
14. ใช้การวาดรูปในการอธิบายแทนที่จะใช้เพียงคำพูดอย่างเดียว	3.78	0.63	มาก	3.72	0.73	มาก	3.77	0.64	มาก
15. ใช้หุ่น/แบบจำลองประกอบในการให้ความรู้ทางสุขภาพ	3.92	0.64	มาก	3.74	0.61	มาก	3.76	0.68	มาก
16. สอบถามผู้ป่วยว่าต้องการให้ญาติหรือผู้ดูแลร่วมฟังการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพด้วยหรือไม่	3.93	0.60	มาก	3.87	0.63	มาก	3.40	0.65	ปานกลาง
รวม	3.86	0.68	มาก	3.78	0.65	มาก	3.79	0.68	มาก
ผลรวมของทุกชั้นปี	M=3.81, SD=0.67 (ระดับมาก)								

จากตาราง 2 พบว่าทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคใต้ โดยรวมทุกชั้นปีอยู่ในระดับมาก ($M=3.81$, $SD=0.67$) และเมื่อจำแนกเป็นรายชั้นปี พบว่าอยู่ในระดับมากเช่นกัน โดยนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($M=3.86$, $SD=0.68$) ส่วนนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ 4 มีคะแนนเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกัน ($M=3.78$, $SD=0.65$ และ $M=3.79$, $SD=0.68$ ตามลำดับ) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่าอยู่ในระดับมากทุกข้อ โดย นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มีทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพสูงสุด คือ หัวข้อการให้ความรู้ให้ผู้ป่วยทวนประเด็นสำคัญที่ได้สอนไป ($M=4.48$, $SD=0.81$) รองลงมาคือ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย (เลือกใช้คำทั่วไป ไม่ใช้ศัพท์ทางการแพทย์หรือคำที่เข้าใจยาก) ($M=4.01$, $SD=0.76$) และต่ำสุด คือการใช้คำเปรียบเทียบหรือคำอธิบายที่ทำให้ผู้ป่วย/

ผู้รับบริการฟัง ($M=3.62$, $SD=0.65$) ส่วนนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 มีทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพสูงสุด คือ หัวข้อใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย (เลือกใช้คำทั่วไป ไม่ใช้ศัพท์ทางการแพทย์หรือคำที่เข้าใจยาก) ($M=3.89$, $SD=0.66$) รองลงมาคือ สอบถามผู้ป่วยว่าต้องการให้ญาติหรือผู้ดูแลร่วมฟังการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพด้วยหรือไม่ ($M=3.87$, $SD=0.63$) และต่ำสุด คือ เมื่อสิ้นสุดการให้ความรู้ให้ผู้ป่วยทวนประเด็นสำคัญที่ได้สอนไป (Teach Back) ($M=3.70$, $SD=0.64$) และ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพสูงสุด คือ เปิดโอกาสหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยซักถามคำถามสำคัญหรือสิ่งที่ต้องการทราบ (Ask Me 3) ($M=3.98$, $SD=0.71$) รองลงมาคือ เมื่อสิ้นสุดการให้ความรู้ให้ผู้ป่วยทวนประเด็นสำคัญที่ได้สอนไป (Teach Back) ($M=3.90$, $SD=0.71$) และต่ำสุด อยู่ในระดับปานกลาง คือ สอบถามผู้ป่วยว่าต้องการให้ญาติหรือผู้ดูแลร่วมฟังการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพด้วยหรือไม่ ($M=3.40$, $SD=0.65$)

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการใช้ทักษะการสื่อสารของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถาบัน

สถาบัน	<i>M</i>	<i>SD</i>	แปลผล
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	3.85	0.49	มาก
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี	3.79	0.42	มาก
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช	3.81	0.42	มาก
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา	3.84	0.45	มาก
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	3.75	0.46	มาก
รวม	3.81	0.44	มาก

จากตาราง 3 โดยภาพรวม พบว่าทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคใต้ อยู่ในระดับมาก ($M=3.81$, $SD=0.44$) เมื่อจำแนกเป็นรายสถาบันการศึกษา พบว่า วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง มีระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($M=3.85$, $SD=0.49$) รองลงมา คือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา ($M=3.84$, $SD=0.46$) และต่ำสุด คือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ($M=3.75$, $SD=0.46$)

3. เปรียบเทียบทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคใต้

ตาราง 4 เปรียบเทียบทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคใต้ระหว่างชั้นปี

แหล่งความแปรผัน (Source of variation)	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>P</i>
ระหว่างกลุ่ม	4.264	2	2.132	3.403	0.132
ภายใน	230.518	368	0.626		
รวม	234.782	370			

จากตาราง 4 พบว่านักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2, 3, และ 4 ในวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคใต้มีทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพไม่แตกต่างกัน ($p>.05$)

ตาราง 5 เปรียบเทียบทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคใต้ระหว่างสถาบันการศึกษา

แหล่งความแปรผัน (Source of variation)	SS	df	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	4.597	4	1.149	1.827	.123
ภายใน	239.165	366	0.629		
รวม	234.782	370			

จากตาราง 5 พบว่าทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพตามการรับรู้ของ นักศึกษาพยาบาลจากแต่ละวิทยาลัยในเครือข่ายภาคใต้ ไม่แตกต่างกัน จึงไม่ต้องทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่

อภิปรายผล

1. คะแนนเฉลี่ยทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคใต้อยู่ในระดับมาก ($M=3.81$, $SD=0.67$) และเมื่อจำแนกเป็นรายชั้นปีพบว่าอยู่ในระดับมากเช่นกัน โดยนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($M=3.86$, $SD=0.68$) ส่วนนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ 4 มีคะแนนเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกัน ($M=3.78$, $SD=0.65$ และ $M=3.79$, $SD=0.68$ ตามลำดับ)

ทั้งนี้เนื่องจากหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2559 มีรายวิชาการสอนและการให้คำปรึกษาทางสุขภาพที่จัดการสอนให้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 เป็นรายวิชาที่สอนเกี่ยวกับกลวิธีสุขศึกษาให้กับนักศึกษาพยาบาล และมีการบรรจุเรื่องความรอบรู้ทางสุขภาพไว้ในเนื้อหา เพื่อสร้างความเข้าใจสำหรับนักศึกษาพยาบาล ต่อแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเพิ่มทักษะการสื่อสารเพื่อการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการใช้กลวิธีสุขศึกษาให้กับนักศึกษาพยาบาล โดยเน้น เทคนิคการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ได้แก่ 1) เทคนิคการใช้ภาพเพื่อสื่อความหมาย (Infographic) ที่ประกอบด้วย Key Message 2) เทคนิคการแสดงเพื่อให้ตรวจสอบ (Show-Me) 3) เทคนิคการสอนกลับ (Teach-Back Technique) โดยให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับในประเด็นที่พูด 4) การใช้คำถามสำคัญ (Ask Me 3) รวมถึงเทคนิคการสื่อสารโดยใช้คำพูดหรือการใช้ภาษาที่เรียบง่าย การอธิบายชัดเจน และการตั้งคำถาม รวมทั้งการใช้หุ่นจำลอง รวมการใช้สื่ออื่น ๆ ประกอบในการสื่อสาร (Boromarajonani College of Nursing, Trang, 2016) ซึ่งเป็นกลวิธีที่สำคัญที่องค์การอนามัยโลกได้เสนอให้เป็นกลวิธีเพื่อให้เกิดการพัฒนาด้านการสื่อสารในระบบบริการสุขภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย โดยพัฒนาขึ้นจากสภาพปัญหาที่พบ (Kaeodumkoemg, 2017) ทั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง มีระดับคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($M=3.85$, $SD=0.49$)

ปัจจุบันพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลยังมีจำกัด แต่มีงานวิจัยเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ โดยการศึกษาเรื่อง ความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร ผลการวิจัยพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพของนิสิตความฉลาดทางสุขภาพของนิสิตคณะกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Khampisut, 2018) และการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการสื่อสารของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดพะเยา พบว่า พยาบาลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะการสื่อสารด้านการฟังในระดับมาก ร้อยละ 77-92.5 ด้านการให้ข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจนอยู่ในระดับมากเช่นกัน ร้อยละ 67-83.7 ด้านการรับข้อมูลข่าวสารที่ปราศจากการลำเอียง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 74.1-91.5 และด้านการสื่อสารแบบเปิด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากเช่นกัน ร้อยละ 71.8-85.6 (Sriwichai, & Limprasert, 2019) นอกจากนี้ การศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของแรงงานชาวกัมพูชาที่ประกอบอาชีพในจังหวัดชลบุรี พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มี

ความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยได้ทั้งการฟังและ การพูดมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ (Hengboriboon, Jaidee, Jaidee, & Suwanjaroen, 2018)

2. ทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลระหว่างชั้นปีและวิทยาลัยไม่มีความแตกต่างกัน

อาจเนื่องจากแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพ และทักษะการสื่อสารเพื่อการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพยังเป็นแนวคิดที่ใหม่ แต่ละวิทยาลัยมีการสอดแทรกเนื้อหาในบางรายวิชา และมีการจัดการเรียนการสอนที่ใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ ยังไม่ได้มีการระบุเนื้อหาไว้ในหลักสูตรที่ชัดเจน ทั้งนี้มีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครชุม พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาแต่ละชั้นปี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อทดสอบความแตกต่างของแต่ละชั้นปี พบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมแตกต่างจากนักศึกษาชั้นปีที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งนักศึกษาในชั้นปีที่ 4 ได้รับการเรียนรู้ และฝึกทักษะการปฏิบัติต่างๆ ทำให้มีประสบการณ์มากกว่า จึงส่งผลให้มีความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าชั้นปีอื่น ๆ (Lattanand & Ninwatcharamanee, 2019) และการศึกษาเรื่อง ความฉลาดทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครชุม ผลการศึกษา พบว่า ความฉลาดทางด้านสุขภาพของนักศึกษาในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงทุกชั้นปี โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่น คือความฉลาดด้านการดูแลสุขภาพ แต่เมื่อเปรียบเทียบความฉลาดทางสุขภาพของนักศึกษาในแต่ละชั้นปี พบว่าไม่แตกต่างกัน (Turner, Rakkwamsuk, & Duangchai, 2018) นอกจากนี้ การศึกษาของ Phongsakchat, Areesophonpichet, & Navicharern (2019) เรื่อง โปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ.ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษา ความเชื่อมั่นแห่งตนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และความรู้ทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลในแต่ละระดับชั้นปีมีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ นักศึกษาที่มีระดับชั้นปีต่างกัน มีความรู้ทางสุขภาพแตกต่างกัน โดยนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่สูงขึ้น ซึ่งได้แก่ชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 มีคะแนนความรู้ทางสุขภาพ มากกว่าชั้นปีที่ 1 และชั้นปีที่ 2 อย่างเห็นได้ชัด

การนำผลการวิจัยไปใช้

วิทยาลัยพยาบาลควรพัฒนาทักษะการสื่อสารแต่ละด้านของนักศึกษาให้มากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะ 1) การใช้คำเปรียบเทียบหรือคำอธิบายที่ทำให้ผู้ป่วย/ผู้รับบริการฟัง 2) เมื่อสิ้นสุดการให้ความรู้ให้ผู้ป่วยทวนประเด็นสำคัญที่ได้สอนไป (Teach Back) และ 3) การสอบถามผู้ป่วยว่าต้องการให้ญาติหรือผู้ดูแลร่วมฟังการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพด้วยหรือไม่ โดยเน้นการจัดกิจกรรมในการพัฒนาทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรู้ทางสุขภาพในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น การบรรยาย การสาธิต การฝึกทักษะ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ตามการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาล ดังนั้น จึงควรศึกษาทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ที่แท้จริงของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งประเมินประเมินโดยผู้อื่น เช่น อาจารย์ผู้สอน พยาบาลพี่เลี้ยง เป็นต้น
2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล
3. ควรศึกษาเกี่ยวกับแนวทาง/วิธีการจัดการเรียนการสอน/โปรแกรมพัฒนาทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล
4. ควรศึกษาทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ

References

- Board of the 12th National Health Development Plan. (2016). *The 12th National Health Development Plan*. Bangkok: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Boromarajonani College of Nursing, Trang. (2016). *Bachelor of Nursing Science Program*. (in Thai)
- Chang, P. (2017). *Health Literacy Movement in Asia*. Proceedings of the 10th Conference on Health Promotion and Environmental Health, Ministry of Public Health, Prince Palace, Bangkok. (in Thai)
- Coleman, C., Kurtz-Rossi, S., McKinney, J. Pleasant, A., Rootman, I., & Shohet, L. (2012). *The Calgary Charter on Health Literacy: Rational and Core Principles for Development of Health Literacy Curricula*. Available from http://www.centreforliteracy.qc.ca/health_literacy/clgary_charter [November 3, 2019]
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J. & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate Data Analysis*. (7th ed.). Pearson: New York
- Hengboriboon, P., Jaidee, P., Jaidee, P., & Suwanjaroen., J. (2018). Health Literacy on Cambodian Workers in Chonburi Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(2), 86-101. (in Thai)
- Indhrratana, A. (2014). Health Literacy of Health Professionals. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 174-178. (in Thai)
- Kaeodumkoeng, K. (2017). *Health Literacy: Access, Understand and Application*. Bangkok: Amarin. (in Thai)
- Khampisut, J. (2018). Health Literacy and Health Promotion Behaviors of Students in Naresuan University. *Journal of Educational Measurement, Mahasarakham University*, 24(1), 67-78. (in Thai)
- Kitterawuttiwong, N. (2015). Health Literacy in Providing Public Health Activities. *KKU Journal for Public Health Research*, 8(2), 68-75. (in Thai)
- Lattanand, K., & Ninwatcharamanee, C. (2019). Literacy of Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing Bangkok. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 35(1), 277-289. (in Thai)
- Nammontri, O. (2018). Health Literacy. *Thai Dental Nurse Journal*, 29(1), 122-128. (in Thai)
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a Public Health Goal: a Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies Into the 21st Century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-67.
- Nutbeam, D. (2008). The Evolving Concept of Health Literacy. *Soc Sci Med*, 67(12), 2072-8.
- Phongsakchat, P., Areesophonpichet, S., & Navicharern, R. (2019). The Effect of Health Literacy Development Program and 3E Health Behaviors based on Local Wisdom among Nursing Students in Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development, Ministry of Public Health. *Journal of Health and Nursing Research*, 35(2), 199-209. (in Thai)
- Sorensen, K., Van Den Broucke., S, Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., et al. (2012). Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *BMC Public Health*, 12(80), 1-13.



- Sriwichai, P., & Limprasert, K. (2019). Communication Behavior among Professional Nurses at General Hospital in Phayao Province. *Journal of Nursing and Health Care*, 37(1), 138-147. (in Thai)
- Turner, K., Rakkwamsuk, S., & Duangchai, O. (2018). Health literacy of Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Chonburi. *JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH*, 12(1), 1-9. (in Thai)
- U.S. Department of Health and Human Services. (2008). *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*. Washington D.C.: U.S. Government Printing Office.
- Wongrattana, C. (2010). *Techniques for Using Statistics in Research*. Bangkok: Faculty of Education, Srinakharinwirot University.

กรณีศึกษา: การหาสาเหตุการบาดเจ็บจากการถูกรถโดยสารประจำทางชนต้นไม้ จังหวัดพัทลุง

A Case Study on Public Transportation and Road Safety:

Why so Many Passengers' Injuries from Van Crashes onto Trees?

นันทพร กลิ่นจันทร์^{1*}, นันทนา ศุภศรี², อาชิป อุเชิง³ และ เอกอร สว่างนินันท์⁴

Nuntaporn Klinjun^{1*}, Nanthana Supphasri² Asip Useng³ and Akeon Sawangnipun⁴

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์^{1*}, สำนักงานขนส่งจังหวัดพัทลุง²,

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา³, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง⁴

School of Nursing, Walailak University^{1*}, Provincial Land Transport Office of Phatthalung²,

Office of Disease Prevention and Control, Songkhla³, Phatthalung Provincial Public Health Office⁴

(Received: March 04, 2020; Revised: March 15, 2021; Accepted: March 31, 2021)

บทคัดย่อ

การหาสาเหตุการบาดเจ็บจากการถูกรถโดยสารประจำทางชนต้นไม้ จังหวัดพัทลุง ระหว่างวันที่ 14-16 กันยายน 2561 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบาดวิทยาการบาดเจ็บ ปัจจัยการเกิดอุบัติเหตุที่ส่งผลต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิต และหาข้อเสนอแนะการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการถูกรถโดยสารประจำทางชนต้นไม้ ศึกษาในกลุ่มประชากรประกอบด้วยผู้ประสบเหตุการณ์ ผู้เห็นเหตุการณ์ ญาติผู้บาดเจ็บ และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับผู้บาดเจ็บ ณ วันที่เกิดเหตุการณ์ จำนวน 24 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามการบาดเจ็บจากการจราจร โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง รวบรวมข้อมูลการบาดเจ็บจากเวชระเบียนของโรงพยาบาล ร่วมกับการตรวจสอบสถานที่เกิดเหตุ และสำรวจสภาพรถ วิเคราะห์การบาดเจ็บ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์สรุปข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านคน ยานพาหนะ และสิ่งแวดล้อม โดยประยุกต์แนวคิด Haddon's Matrix ผลการวิจัยพบว่า

เหตุการณ์นี้เกี่ยวข้องกับพาหนะ 2 คัน มีผู้ประสบเหตุ 15 ราย เป็นผู้ขับขี่รถกระบะ 1 ราย และผู้ขับขี่และผู้โดยสารรถโดยสารประจำทาง 14 ราย (บาดเจ็บ 13 ราย และเสียชีวิต 1 ราย) อัตราการบาดเจ็บร้อยละ 93.3 อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 6.7 อุบัติเหตุเกิดจากรถกระบะเสียหลักชนรถโดยสารประจำทาง ทำให้รถโดยสารชนต้นไม้ในช่องกลางถนนทำให้มีผู้บาดเจ็บ และเสียชีวิต ปัจจัยเสี่ยงด้านคน ได้แก่ ขับรถด้วยความเร็ว รถเข้าเลนขวากระทันหัน ผู้โดยสารไม่คาดเข็มขัดนิรภัย และกระเด็นออกจากรถ ปัจจัยเสี่ยงด้านยานพาหนะ ได้แก่ เข็มขัดนิรภัยหลุดจากที่นั่ง โครงสร้างรถเสียหาย ผู้โดยสารติดภายในรถ และปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพถนนเปียก มีต้นไม้บริเวณช่องกลาง ถนนชนต้นไม้ ถนนเส้นนี้เกิดอุบัติเหตุบ่อย และเข้าถึงที่เกิดเหตุลำบาก

ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเพิ่มมาตรการความปลอดภัยภายในรถโดยสารสาธารณะ เข้มงวดในการบังคับใช้กฎหมายเรื่องการคาดเข็มขัดนิรภัยขณะโดยสารรถโดยสารประจำทาง ควรมีมาตรการในการจัดการต้นไม้บริเวณช่องกลางถนนในเขตปลอดภัยข้างทาง

คำสำคัญ: กรณีศึกษา, การหาสาเหตุ, การบาดเจ็บจากการจราจร, รถโดยสารประจำทาง

Abstract

This case study aimed to identify epidemiology and factors for traffic injuries and deaths caused to passengers when public transportation vans crash onto trees. Research was executed in Phatthalung from 14 to 16 September, 2018. Participants were 24 people being either victims, eyewitnesses, health staff, or emergency and rescue agents. Data were collected using traffic injury investigation forms. Methods for epidemiological investigation were used to interview nurses, rescue teams, and injured who survived from these accidents, to collect data from medical documents, and to survey at the scene and the vehicle together with multidisciplinary team. Data were analyzed by descriptive statistics. Analytic induction was used to analyze the factors by using Haddon's Matrix.

Environmental risks included: a) drenched roads, b) trees in safety zone, c) crash onto trees, d) black spot areas, and e) difficulty of access. Therefore results involved 2 vehicles with 15 victims, including 1 pickup truck driver, and 14 victims in the van (13 injuries and 1 death). At the scene, a person died (6.7%) and 13 people were injured (93.3%). This accident occurred because a pickup truck ran off the road and hit a van, so the van fell into the middle of the road area and hit trees, causing severe injuries and death. Human error-related factors included speeding, and sudden change of lane. Passenger risks included non-use of seat belt, being ejected out of the van, and being stuck in vehicle. Vehicular risks included defective seat belt and structural vehicle damage. Therefore, relevant agencies should focus on measures to increase safety of public transportation, and enforce law on vehicle and passenger safety. The tree's location and proximity to the road should be eliminated in the clear zone on the middle of the road.

Keyword: Case Study Approach, Identifying Causes, Traffic Injuries, Passenger Vans

บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ที่ก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สิน เกิดผลกระทบทางด้านร่างกายเกิดความพิการ ผลกระทบทางด้านจิตใจจากการสูญเสียบุคคลในครอบครัว และเกิดผลกระทบต่อชุมชนและสังคม เกิดความตื่นตระหนก สร้างความสับสนให้กับคนชุมชนและสังคมในวงกว้าง โดยเฉพาะอุบัติเหตุที่เกิดกับรถโดยสารสาธารณะ ซึ่งมีการขนส่งผู้โดยสารจำนวนมาก เมื่อเกิดอุบัติเหตุในแต่ละครั้ง ทำให้เกิดความสูญเสียทรัพย์สิน มีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก (Krug, 2000; Waiyanate, 2006; World Health Organization, 2006; Klinjun, 2015; Klinjun, Chinwong, & Sleight, 2017)

ในประเทศไทย อุบัติเหตุรถโดยสารสาธารณะและส่วนบุคคลเป็นปัญหาที่พบตลอดทั้งปี ข้อมูลจากศูนย์ความปลอดภัยทางถนน พบว่า จำนวนการเกิดอุบัติเหตุและจำนวนการเสียชีวิต จากอุบัติเหตุรถโดยสารสาธารณะและส่วนบุคคล ในปี พ.ศ.2560 สูงกว่าปี พ.ศ.2559 โดยปี พ.ศ.2560 มีการเกิดอุบัติเหตุจำนวน 252 ครั้ง ผู้เสียชีวิตจำนวน 135 ราย ในปี พ.ศ.2559 พบอุบัติเหตุจำนวน 223 ครั้ง ผู้เสียชีวิตจำนวน 130 ราย ปี พ.ศ. 2561 (10 เดือน) จำนวน 98 ครั้ง ผู้เสียชีวิตจำนวน 43 ราย วิเคราะห์สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ รถวิ่งทางไกล ผู้ขับขี่คนเดียว ไม่มีการควบคุมการทำงาน บรรทุกเกิน ผู้โดยสารไม่คาดเข็มขัด วิเคราะห์ปัจจัยด้านผู้ขับขี่ พบว่า ขับรถเร็ว วิ่งรถเลนขวาทาง และหลับใน ด้านผู้โดยสารพบไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ปัจจัยด้านยานพาหนะ พบว่า ขาดการดูแลสภาพรถ (Road Safety Group Thailand, 2018) จากข้อมูลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน แบ่งตามประเภทของยานพาหนะ ในจังหวัดพัทลุง พบว่า ปี พ.ศ. 2561 สูงกว่าปี พ.ศ.2560 โดยปี พ.ศ. 2561 มี

อัตราการเกิดอุบัติเหตุของรถตู้ 53.4 ต่อจำนวนรถตู้จดทะเบียน 10,000 คัน ในปี พ.ศ.2560 มีอัตราการเกิดอุบัติเหตุของรถตู้ 35.6 ต่อจำนวนรถตู้จดทะเบียน 10,000 คัน ดังนั้นการหาสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุที่ทำให้มีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต จึงควรให้ความสำคัญ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่รอบด้านมาใช้ในการป้องกันปัญหาได้เหมาะสม และตรงประเด็นปัญหาที่แท้จริงต่อไป

การศึกษาระบาดวิทยาการบาดเจ็บเป็นการศึกษาที่ครอบคลุมในทุกองค์ประกอบที่ทำให้เกิดบาดเจ็บ ตั้งแต่ผู้บาดเจ็บ (Host) เช่น พฤติกรรม ความรู้ ทักษะ และลักษณะการบาดเจ็บ สิ่งที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ (Agent) เช่น ชนิดยานพาหนะ ความเร็วของพาหนะ และสภาพแวดล้อม (Environment) เช่น ถนน สิ่งอันตรายข้างทาง สภาพสังคม วัฒนธรรมของชุมชน (World Health Organization, 2001) โดยใช้การสอบสวนระบาดวิทยาเป็นเครื่องมือในการหาปัจจัยเสี่ยงของการบาดเจ็บและเสียชีวิต ตามแนวคิด Haddon's Matrix เพื่อนำมาวิเคราะห์ปัจจัยด้านคน ยานพาหนะ และสิ่งแวดล้อม ตั้งแต่ก่อนเกิดอุบัติเหตุ (Pre-crash) ขณะเกิดอุบัติเหตุ (Crash) และหลังเกิดอุบัติเหตุ (Post-crash) (Brass et al, 1998; Robertson, 1998; World Health Organization, 2006; Klinjun, 2015) เพื่อนำมาสู่ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ (Primary prevention) ป้องกันการบาดเจ็บ (Secondary prevention) และป้องกันความรุนแรงที่เกิดจากการบาดเจ็บ (Tertiary prevention) (Barnett, Balicer, Blodgett, Fews, Parker, & Links, 2005)

ดังนั้นเมื่อได้รับแจ้งอุบัติเหตุรถตู้โดยสารประจำทางชนต้นไม้บนถนนเพชรเกษม จังหวัดพัทลุง มีผู้บาดเจ็บจำนวนทั้งหมด 14 ราย (เสียชีวิตจำนวน 1 ราย) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลาได้ร่วมกับศูนย์ความปลอดภัยทางถนนจังหวัดพัทลุง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง จึงดำเนินการหาสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุในครั้งนี้

วัตถุประสงค์วิจัย

1. ศึกษาการระบาดวิทยาการบาดเจ็บจากรถตู้โดยสารประจำทางชนต้นไม้
2. ศึกษาปัจจัยการเกิดอุบัติเหตุที่ส่งผลต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากรถตู้โดยสารประจำทางชนต้นไม้
3. หาข้อเสนอแนะการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากรถตู้โดยสารประจำทางชนต้นไม้

กรอบแนวคิดการวิจัย

Haddon's Matrix Model เป็นแนวคิดในการวิเคราะห์หาสาเหตุการบาดเจ็บที่ครอบคลุมองค์ประกอบระบาดวิทยาการบาดเจ็บ 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านคน (Host) ได้แก่ ทุกคนที่เกี่ยวข้องในเหตุการณ์ ปัจจัยด้านยานพาหนะรวมถึงพลังงานกลทำให้ยานพาหนะเคลื่อนที่ หรือแรงปะทะที่เกิดขึ้นจากการชน (Vector and agent) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ถนน สภาพอากาศ ความสว่าง การจราจร สัญญาณจราจร และสิ่งแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ เช่น ตลาดข้างทาง การขายของริมถนน การช่วยเหลือ เป็นต้น และสอดคล้องตามช่วงเวลาของการเกิดเหตุการณ์ 3 ช่วงเวลา ตั้งแต่ก่อนเกิดอุบัติเหตุ (Pre-crash) ขณะเกิดอุบัติเหตุ (Crash) และหลังเกิดอุบัติเหตุ (Post-crash) (Brass et al, 1998; Robertson, 1998; World Health Organization, 2006; Klinjun, 2015) ดังนั้นการศึกษารั้วนี้ได้ประยุกต์แนวคิด Haddon's Matrix ของ William Haddon Jr (World Health Organization, 2001) มาใช้ตั้งแต่การออกแบบการเก็บข้อมูลการบาดเจ็บทางถนน (Klinjun, 2015) การวางแผนการเก็บข้อมูลโดยสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยพยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข ตำรวจ นักวิชาการขนส่ง และแขวงการทาง ลักษณะของข้อมูลจะครอบคลุมองค์ประกอบระบาดวิทยาการบาดเจ็บ 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านคน ปัจจัยด้านยานพาหนะ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ตามช่วงเวลาของเหตุการณ์ ตั้งแต่ก่อนเกิด ขณะเกิด และหลังเกิดอุบัติเหตุ (Klinjun, 2015) และการวิเคราะห์เชื่อมโยงปัจจัยเสี่ยงกับการป้องกันในแต่ละช่วงเวลา

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเฉพาะกรณี (Case Study Approach) ใช้วิธีการของการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการเก็บข้อมูลภาคสนามด้วยวิธีการหลากหลายครอบคลุมปัจจัยทางระบาดวิทยาการบาดเจ็บ โดยอาศัยความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ ในพื้นที่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ขับขี่รถกระบะ ผู้ขับขี่ และผู้โดยสารรถตู้ประจำทาง ประชาชนผู้เห็นเหตุการณ์ ญาติผู้บาดเจ็บ ตำรวจเจ้าของคดี พยาบาลผู้ดูแลผู้บาดเจ็บ และผู้ช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ได้แก่ พยาบาลประจำศูนย์เรนทรในวันที่เกิดเหตุ และหน่วยกู้ชีพที่ออกปฏิบัติหน้าที่ ณ ที่เกิดเหตุ จากเหตุการณ์รถตู้โดยสารประจำทางชนต้นไม้ บนถนนเพชรเกษม จังหวัดพัทลุง วันที่ 12 กันยายน 2561 ช่วงเวลา 12.00 น.-13.00 น. จำนวน 24 ราย

พื้นที่ทำการศึกษา

โรงพยาบาลที่ผู้บาดเจ็บเข้ารับการรักษาสถานที่เกิดอุบัติเหตุ สถานีตำรวจ และสถานที่เก็บซากรถจังหวัดพัทลุง

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล แบ่งเป็น 3 กลุ่มประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้ประสบเหตุการณ์ ประกอบด้วย ผู้ขับขี่ และผู้โดยสารภายในรถ จำนวน 13 ราย 2) กลุ่มเห็นเหตุการณ์/ผู้ใกล้ชิด ได้แก่ ประชาชนผู้เห็นเหตุการณ์ (อาศัยบริเวณใกล้เคียงจุดเกิดเหตุ) และญาติผู้บาดเจ็บ จำนวน 6 ราย 3) กลุ่มผู้ปฏิบัติหน้าที่ ได้แก่ ตำรวจเจ้าของคดี พยาบาลผู้ดูแลผู้บาดเจ็บ พยาบาลประจำศูนย์เรนทรในวันที่เกิดเหตุ และหน่วยกู้ชีพที่ออกปฏิบัติหน้าที่ ณ จุดเกิดเหตุ จำนวน 5 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามการบาดเจ็บและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน จำนวน 5 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของการเกิดอุบัติเหตุ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมผู้ขับขี่ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมผู้โดยสาร 4) แบบสอบถามสถานที่เกิดอุบัติเหตุและสิ่งแวดล้อม 5) แบบสอบถามยานพาหนะ และ 6) แบบตรวจสอบความครบถ้วนของการเก็บข้อมูลการสอบสวน (Klinjun, 2015)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ได้พัฒนาจากแบบสอบถามการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีการทดลองใช้เก็บข้อมูลการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนนจำนวน 17 เหตุการณ์ในภาคใต้ตอนล่าง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 และทำเป็นคู่มือเผยแพร่ให้กับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่นำมาใช้ในการดำเนินงาน นับว่าเป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานในการดำเนินงาน (Klinjun, 2015) จึงไม่จำเป็นต้องตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 14-16 กันยายน 2561 รายละเอียดดังนี้

1. เตรียมตัวของผู้วิจัย โดยการตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้น (เกิดเหตุการณ์อะไร ที่ไหน เมื่อไหร่) จำนวนผู้ประสบเหตุ จำนวนผู้บาดเจ็บ เสียชีวิต และสถานที่รักษาพยาบาล เตรียมความรู้ แบบเก็บข้อมูล ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อกำหนดวันเวลาในการเก็บข้อมูล นัดวันสัมภาษณ์ผู้บาดเจ็บ การเตรียมข้อมูลที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานต่าง ๆ และชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูล

2. เตรียมความรู้ และวางแผนการทำงาน โดยการประชุมทีมวิจัย หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ตำรวจ แขวงทางหลวงขนส่ง หน่วยกู้ชีพ โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ และสาธารณสุขจังหวัด เพื่อสรุปเหตุการณ์เบื้องต้น ทบทวนข้อมูลที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานต่าง ๆ และวางแผนในการเก็บข้อมูล

3. ดำเนินการเก็บข้อมูล

3.1 ข้อมูลทั่วไปของการเกิดอุบัติเหตุ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของการเกิดอุบัติเหตุ เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ประสบเหตุการณ์ ผู้บาดเจ็บ ประชาชนที่อาศัยบริเวณใกล้เคียงจุดเกิดเหตุ เจ้าหน้าที่ตำรวจ พยาบาลรับแจ้งเหตุของศูนย์เรนทร และหน่วยกู้ชีพที่ออกปฏิบัติหน้าที่

3.2 ข้อมูลด้านถนนและสิ่งแวดล้อม โดยใช้แบบสอบถามสถานที่เกิดอุบัติเหตุและสิ่งแวดล้อม เก็บข้อมูลร่วมกับหน่วยงานด้านถนน โดยการลงพื้นที่สำรวจสภาพที่เกิดเหตุ ตรวจสอบร่องรอยการชน วัดร่องรอยระยะทางของต้นไม้กับไหล่ทาง วัดเส้นรอบวงต้นไม้ และศึกษาภาพถ่ายสถานที่เกิดเหตุ

3.3 ข้อมูลด้านยานพาหนะ โดยใช้แบบสอบถามยานพาหนะ เก็บข้อมูลร่วมกับหน่วยงานด้านขนส่ง โดยรวบรวมข้อมูลรถ รายการจดทะเบียน สำรวจสภาพรถหลังเกิดอุบัติเหตุ ศึกษาภาพถ่ายรถหลังเกิดเหตุ และข้อมูลความเร็ว GPS (Global Positioning System)

3.4 ข้อมูลด้านพฤติกรรมผู้ขับขี่และผู้โดยสาร โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมผู้ขับขี่ และแบบสอบถามพฤติกรรมผู้โดยสาร เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ประสบเหตุการณ์ ผู้บาดเจ็บ ประชาชนที่อาศัยบริเวณใกล้เคียงจุดเกิดเหตุ และเจ้าหน้าที่ตำรวจ

3.4.1 ข้อมูลด้านการบาดเจ็บ โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมผู้ขับขี่ และแบบสอบถามพฤติกรรมผู้โดยสาร เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย โดยการสัมภาษณ์ผู้บาดเจ็บ พยาบาลผู้ดูแลผู้บาดเจ็บ และหน่วยกู้ชีพที่ออกปฏิบัติหน้าที่ รวบรวมข้อมูลการบาดเจ็บจากการทบทวนเวชระเบียน ประวัติการบาดเจ็บ แบบบันทึกการรับแจ้งเหตุและสั่งการการแพทย์ฉุกเฉิน สังเกตอาการผู้บาดเจ็บ

การตรวจสอบข้อมูล

การตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล ตามแบบตรวจสอบความครบถ้วนของการเก็บข้อมูลการสอบสวน โดยผู้วิจัย การตรวจสอบความสอดคล้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยวิธีตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) โดยผู้วิจัยเป็นหลัก ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ (Cheawjindakarn, 2018) 1) ด้านข้อมูล (Data triangulation) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ สังเกต สำรวจ รวบรวมเอกสารจากแหล่งต่าง ๆ และจากการเก็บข้อมูล เกี่ยวกับลักษณะเหตุการณ์ การบาดเจ็บ สภาพที่เกิดเหตุ สภาพรถหลังเกิดเหตุ โดยตรวจสอบว่าข้อมูลไปในทิศทางเดียวกันหรือไม่ มีความเชื่อมโยงเกี่ยวข้อง สอดคล้องกันหรือไม่ และตรวจสอบข้อมูลด้านบุคคล ว่าผู้ให้ข้อมูลมีความเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์หรือผู้ประสบเหตุหรือไม่ อย่างไร ตรวจสอบการให้ข้อมูลว่าตรงกัน เป็นข้อมูลจากสถานการณ์จริงหรือไม่ 2) ด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) โดยผู้วิจัยหลักจะมีส่วนร่วมในการเก็บรวบรวมข้อมูลในทุกด้านร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยใช้วิธีการที่หลากหลายตามขั้นตอนการเก็บข้อมูลแต่ละด้าน จนข้อมูลมีความอึดตัว และมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยวิธีดูความสอดคล้องของข้อมูล และนำผลสรุปส่งกลับให้ผู้เกี่ยวข้องอ่านและยืนยันข้อมูล และ 3) ด้านทฤษฎี ผู้วิจัยได้ตรวจสอบว่าข้อมูลมาสรุปประเด็นสำคัญตาม Haddon's Matrix

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์คุณลักษณะและการบาดเจ็บของผู้ประสบเหตุการณ์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย โดยแบ่งส่วนของร่างกาย (Body Region: BR) ในแต่ละหมวดอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บตามระบบ ISS (Injury Severity Score) เป็น 6 ส่วน ได้แก่ BR 1 ศีรษะและลำคอ BR 2 ใบหน้า BR 3 หน้าอก BR 4 ช่องท้อง หลัง ช่องเชิงกราน BR 5 ไหล่ แขน ขา มือ เท้า และ BR 6 ผิวหนังทั้งหมด (Department of Disease Control, 1995)

วิเคราะห์สรุปข้อมูลตามองค์ประกอบการเกิดอุบัติเหตุ (คน รถ ถนน และสิ่งแวดล้อม) และตามช่วงเวลา (ก่อน ขณะ และหลังเกิดเหตุ) ตามแนวคิดวิธีการของ The Haddon's Matrix (World Health Organization, 2006; Holder, 2001) และหาข้อสรุปประเด็นปัญหา มาเชื่อมโยงการแก้ไขปัญหา

จริยธรรมวิจัย

วัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานสาธารณสุข ดังนั้นข้อมูลและเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ระบุในเอกสารฉบับนี้ ไม่มีการอ้างอิงถึงวันที่ เวลาที่เกิดอุบัติเหตุ ไม่มีข้อมูลที่จะระบุตัวตนรายบุคคล มีการทำแถบดำป้ายทะเบียนรถ และใบหน้าบุคคลในภาพถ่าย และได้รับการอนุญาตในการตีพิมพ์เผยแพร่จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เลขที่หนังสือที่ สธ 0429.3.2/182 วันที่ 18 มกราคม 2564

ผลการวิจัย

1. ระบาดวิทยาเชิงพรรณนาจากรถตู้โดยสารประจำทางชนต้นไม้

1.1 ภาพรวมการเกิดอุบัติเหตุ ช่วงเที่ยงของวันฝนเริ่มเบาบางหลังจากตกลงมาอย่างหนักกระหน่ำหนึ่งรถกระบะที่กำลังวิ่งบนช่องทางเดินรถด้านซ้าย เสียหลักเบี่ยงเข้ามาในช่องทางเดินรถด้านขวา ซึ่งรถตู้โดยสารประจำทางกำลังวิ่งแซงขึ้นมาด้วยความเร็ว 75 กิโลเมตร/ชั่วโมง ทำให้บริเวณส่วนหน้าขวาของรถกระบะชนกับส่วนหน้าด้านข้างของรถตู้โดยสารประจำทาง ทำให้รถตู้โดยสารประจำทางพุ่งไปด้านขวาของถนนชนต้นไม้ในร่องกลางถนน ส่วนรถกระบะหมุนมาจอดบริเวณไหล่ทางช่องเดินรถด้านซ้าย ส่งผลให้ผู้ขับขี่และผู้โดยสารในรถตู้โดยสารประจำทางบาดเจ็บ จำนวนทั้งหมด 14 ราย เสียชีวิต 1 ราย จุดเกิดเหตุ จำนวน 1 ราย (ภาพ 1)



ภาพ 1 สภาพหลังชนของรถกระบะบรรทุกและผู้โดยสารประจำทาง

2. ปัจจัยการเกิดอุบัติเหตุที่ส่งผลต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากรถตู้โดยสารประจำทางชนต้นไม้

2.1 ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ขับขี่และผู้โดยสาร ลักษณะการบาดเจ็บและการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ

2.1.1 พฤติกรรมผู้ขับขี่รถกระบะ เพศชายอายุ 38 ปี 2 เดือน อาชีพรับจ้างขับรถส่งอาหารไก่ของโรงงานแห่งหนึ่งในจังหวัด มีใบอนุญาตขับรถชนิดรถยนต์ส่วนบุคคล ไม่มีประวัติโรคประจำตัว ไม่มีประวัติเกิดอุบัติเหตุทางถนน

วันที่เกิดเหตุไม่มีผู้โดยสาร ขณะขับขี่ได้คาดเข็มขัดนิรภัย ขับรถกลับจากส่งอาหารสัตว์ในอำเภอข้างเคียง เพื่อกลับมารับสินค้าจากโรงงานที่อยู่ใกล้ที่เกิดเหตุ ขณะเกิดเหตุเป็นช่วงหลังจากฝนเริ่มเบาบาง ขณะขับรถอยู่ในช่องทางเดินรถด้านซ้าย ผู้ขับขี่ให้ข้อมูล “รู้สึกเหมือนถนนเป็นลอนนูนทำให้รถที่วิ่งอยู่เผลอไปทางด้านขวา” ในช่วงเวลาเดียวกับรถตู้โดยสารประจำทางวิ่งอยู่ในช่องทางด้านขวากำลังวิ่งแซงขึ้นมา ทำให้เกิดการชนกัน หลังเกิดเหตุการณ์ไม่ได้รับบาดเจ็บ

2.1.2 พฤติกรรมผู้ขับขี่รถตู้โดยสารประจำทาง เพศชายอายุ 67 ปี อาชีพขับรถรับจ้างมาประมาณ 20 ปี ไม่มีประวัติโรคประจำตัว ไม่มีประวัติการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสารเสพติด มีใบอนุญาตเป็นผู้ขับรถทุกประเภทชนิดที่ 2 มีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุ 2 ครั้ง ลักษณะเหตุการณ์ชนท้ายและไม่มีผู้ได้รับบาดเจ็บ เกิดอุบัติเหตุครั้งสุดท้ายเมื่อประมาณ 10 ปีที่ผ่านมา

วันที่เกิดเหตุรับผู้โดยสารมาจากจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 13 ราย เพื่อไปอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ก่อนออกเดินทางผู้ขับขี่ได้บอกให้ผู้โดยสารทุกคนคาดเข็มขัดนิรภัย และบอกทุกครั้ง

ผู้โดยสารขึ้นรถ มีการจอดรถแวะพักที่ร้านแห่งหนึ่ง อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง 1 ครั้งก่อนถึงจุดเกิดเหตุ ผู้ขับขี่และผู้โดยสารให้ข้อมูล “ขณะเกิดเหตุเป็นช่วงหลังจากฝนเริ่มเบาบาง รถกระบะวิ่งอยู่ช่องทางเดินรถด้านซ้าย ในขณะที่รถตู้กำลังวิ่งแซงรถกระบะในช่องทางเดินรถด้านขวา ได้ยินเสียงรถกระบะมากระแทกบริเวณด้านซ้ายของรถตู้ ทำให้รถตู้เสียหลักชนต้นไม้ที่ริมถนน” หลังเกิดเหตุการณ์ผู้ขับขี่รู้สึกตัวดี ออกจากรถได้เอง มีอาการเวียนศีรษะ ปวดบริเวณขาโครงซ้าย

2.1.3 พฤติกรรมและตำแหน่งที่นั่งผู้โดยสารรถตู้โดยสารประจำทาง จากการสัมภาษณ์ผู้โดยสาร และผู้เห็นเหตุการณ์ พบว่า ก่อนเกิดอุบัติเหตุ ผู้โดยสารส่วนใหญ่ ไม่ทราบเหตุการณ์ ได้ยินเสียงคล้ายเสียงรถเบรก ตามด้วยเสียงชน ขณะเกิดอุบัติเหตุ ผู้โดยสารส่วนใหญ่คาดเข็มขัดนิรภัย หลังเกิดอุบัติเหตุ ผู้โดยสารที่นั่งบริเวณประตูห้องโดยสารกระเด็นออกจากรถ จำนวน 1 ราย (ตำแหน่ง 8) (ตาราง 1 และภาพ 2)

ตาราง 1 ตำแหน่งที่นั่ง เพศ อายุ ลักษณะการโดยสาร ลักษณะการบาดเจ็บ และผลการรักษาของผู้ประสบเหตุ (n=14)

ตำแหน่งที่นั่ง	เพศ	อายุ (ปี)	ลักษณะการโดยสารรถ	ลักษณะการบาดเจ็บ	ผลการรักษา
1	ชาย	67	(ขณะ) คาดเข็มขัดนิรภัย (หลัง) รู้สึกตัวดี ออกจากรถเอง	- ปวดขาโครงด้านซ้าย - เวียนศีรษะ ความดันสูง	ตรวจกลับ
2	หญิง	42	(ขณะ) คาดเข็มขัดนิรภัย (หลัง) รู้สึกตัวดี ออกจากรถได้เอง	- เจ็บหน้าอก - ปวดหลัง	ตรวจกลับ
3	ชาย	36	(ขณะ) ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย (หลัง) กระเด็นมาอยู่ส่วนหน้าของรถ รู้สึกตัวดี	- ปวดกระดูกต้นคอ - ต้นขาซ้ายหัก บวมผิดรูป	รักษาตัวใน โรงพยาบาล
4	หญิง	19	(ขณะ) คาดเข็มขัดนิรภัย (หลัง) รู้สึกตัวดี ออกจากรถทางประตูด้านหลัง	- ปวดขาโครงซ้าย - ปวดขาขวา	ตรวจกลับ
5	หญิง	26	(ขณะ) คาดเข็มขัดนิรภัย (หลัง) รู้สึกตัวดี ออกจากรถทางประตูผู้โดยสารด้านหน้า	- แผลถลอกเข้าซ้าย - ปวดแขน	ตรวจกลับ
6	หญิง	77	(ขณะ) คาดเข็มขัดนิรภัย เข็มขัดหลุดออกจากที่ยึด หัว หน้าอก กระแทกเบาะ โครงรถ (หลัง) รู้สึกตัวดี ออกจากรถทางประตูด้านข้าง	- ปวดท้อง - ปวดสะโพก - แผลฉีกขาดที่คอ	ตรวจกลับ
7	ชาย	80	(ขณะ) คาดเข็มขัดนิรภัย (หลัง) รู้สึกตัวดี ออกจากรถทางประตูด้านข้าง	- แผลฉีกขาดข้างตาทิ้งสองข้าง	รักษาตัวใน โรงพยาบาล 1 วัน
8	ชาย	42	(ขณะ) ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย (หลัง) กระเด็นออกจากรถ		เสียชีวิต ณ ที่เกิดเหตุ
9	หญิง	49	(ก่อน) มองข้างทาง (ขณะ) คาดเข็มขัดนิรภัย (หลัง) รู้สึกตัวดี	- ปวดท้อง - ปวดเบ้าตาขวา	รักษาตัวใน โรงพยาบาล 2 วัน
10	ชาย	52	(ขณะ) คาดเข็มขัดนิรภัย (หลัง) รู้สึกตัวดี	- ปวดขาโครงซ้าย - ปวดไหล่	รักษาตัวใน โรงพยาบาล 2 วัน
11	หญิง	22	(ขณะ) จำเหตุการณ์ไม่ได้ (หลัง) สลบ	- ภาวะมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด - บาดเจ็บอวัยวะภายใน ตับ - ขาซ้ายหัก ผิดรูป	รักษาตัวใน โรงพยาบาล
12	ชาย	32	ก่อน) หลับ (ขณะ) คาดเข็มขัดนิรภัย (หลัง) รู้สึกตัวดี	- ปวดขาขวา	ตรวจกลับ
13	ชาย	36	ก่อน) หลับ (ขณะ) คาดเข็มขัดนิรภัย (หลัง) รู้สึกตัวดี	- ปวดต้นคอ หน้าอก หลัง - แขนซ้าย	ตรวจกลับ

ตาราง 1 (ต่อ)

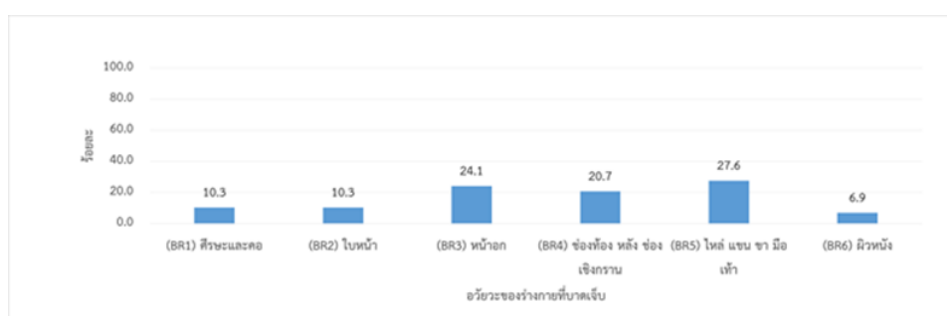
ตำแหน่งที่นั่ง	เพศ	อายุ (ปี)	ลักษณะการโดยสารรถ	ลักษณะการบาดเจ็บ	ผลการรักษา
14	ชาย	21	ก่อน) ดูโทรศัพท์มือถือ (ขณะ) คาดเข็มขัดนิรภัย (หลัง) รู้สึกตัวดี	- ปวดคอ ไหล่ หน้าอก - แผลฉีกขาดคิ้ว มือขวา	รักษาตัวใน โรงพยาบาล 2 วัน



ภาพ 2 ตำแหน่งที่นั่งรถตู้ประจำทาง

2.1.4 ข้อมูลและลักษณะการบาดเจ็บและเสียชีวิต ผู้ประสบเหตุ จำนวนทั้งหมด 15 ราย ประกอบด้วยผู้ขับขี่รถกระบะ จำนวน 1 ราย รถตู้ประจำทาง จำนวน 14 ราย (ผู้ขับขี่ จำนวน 1 ราย และผู้โดยสาร จำนวน 13 ราย) ผู้บาดเจ็บทั้งหมดอยู่ในรถตู้ประจำทาง (เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ จำนวน 1 ราย รักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 6 ราย) อัตราการบาดเจ็บร้อยละ 93.3 อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 6.7 ส่วนใหญ่เพศชาย จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 57.1) เพศหญิง จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 42.9) อายุระหว่าง 19-80 ปี อายุเฉลี่ย 43 ปี ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ส่วนใหญ่บาดเจ็บที่ไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (จำหน่าย) จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 57.2) รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 35.7) เสียชีวิต จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 7.1)

2.1.5 ส่วนของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บ ผู้บาดเจ็บแต่ละรายได้รับบาดเจ็บมากกว่า 1 แห่ง ส่วนใหญ่ได้รับบาดเจ็บบริเวณแขน ขา มือ เท้า ไหล่ เข่า กราม ร้อยละ 27.6 รองลงมาบริเวณหน้าอก ร้อยละ 24.1 และบริเวณช่องท้อง หลัง ช่องเข่า กราม ร้อยละ 20.7 (ภาพ 3)



ภาพ 3 ร้อยละของการบาดเจ็บ จำแนกตามอวัยวะของร่างกาย

2.1.5 การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ ศูนย์นเรนทรจังหวัดพัทลุง รับแจ้งอุบัติเหตุจากพลเมืองดีทางหมายเลขโทรศัพท์ 1669 รวมระยะเวลาตั้งแต่รับแจ้งเหตุถึงรถหน่วยกู้ชีพถึงที่เกิดเหตุระหว่าง 1-7 นาที ระยะเวลาออกจากที่เกิดเหตุถึงโรงพยาบาลที่นำส่งระหว่าง 10-15 นาที

2.2 ปัจจัยด้านถนนและสิ่งแวดล้อม

ลักษณะที่เกิดเหตุ ถนนทางหลวงสายที่ 4 เส้นทางจากจังหวัดพัทลุงไปอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ช่องทางเดินรถ 4 เลน มีเส้นจราจรชัดเจน มีเกาะกลางถนนแบ่งถนนฝั่งละ 2 เลนแบบเป็นร่องเกาะกลาง

ซึ่งมีต้นไม้เป็นระยะ ๆ บริเวณที่เกิดเหตุเป็นเส้นทางตรง จากการสัมภาษณ์ผู้อาศัยใกล้เคียงเกิดเหตุ พบว่า ในรอบปีที่ผ่านมาถนนเส้นนี้เกิดอุบัติเหตุเล็ก ๆ น้อย ๆ บ่อยครั้ง และในปี พ.ศ.2558 มีอุบัติเหตุที่มีผู้บาดเจ็บ จำนวน 10 ราย ในจำนวนนี้เสียชีวิต จำนวน 1 ราย

สภาพหลังเกิดเหตุ ช่วงเวลาที่ยังสภาพแสงสว่างบนถนนปกติ พื้นถนนเปียกมีน้ำขัง มีรอยล้อรถวิ่งออกจากไหล่ทางไปร่องกลางถนนระยะทาง 19.3 เมตร ระยะทางจากเส้นไหล่ทางถึงต้นไม้ 3.3 เมตร ร่องกลางถนนกว้าง 7.5 เมตร ในร่องกลางถนนพบต้นไม้ที่มีร่องรอยการถูกชนจำนวน 2 ต้นที่อยู่ใกล้กัน ต้นไม้ต้นที่ 1 มีเส้นรอบวงบริเวณที่มีร่องรอยการชน 73 เซนติเมตร (เส้นผ่าศูนย์กลาง 11.6 เซนติเมตร) ต้นไม้ต้นที่ 2 มีเส้นรอบวงบริเวณที่มีร่องรอยการชน 94 เซนติเมตร (เส้นผ่าศูนย์กลาง 15.0 เซนติเมตร) มีความลาดเอียงของร่อง 3:1 (ภาพ 4)



ภาพ 4 ต้นไม้บริเวณร่องกลางถนน

2.3 ปัจจัยด้านยานพาหนะ

2.3.1 รถกระบะบรรทุก (ไม่มีหลังคา) สีเทา รุ่นปี ค.ศ.2016 เครื่องยนต์ 4 สูบ 2999 ซีซี 177 แรงม้า วันสิ้นอายุภาษี ปี พ.ศ.2562 ตรวจสภาพรถครั้งล่าสุดเดือนพฤษภาคม 2560 มีการทำประกันภัยภาคบังคับตาม พ.ร.บ. และประกันภัยภาคสมัครใจ สภาพรถหลังเกิดเหตุ มีรอยถลอกและรอยแตกบริเวณบังโคลนและกันชนหน้าขวา (ภาพ 5)



ภาพ 5 สภาพรถกระบะบรรทุกหลังเกิดอุบัติเหตุ

2.3.2 รถตู้โดยสารประจำทาง สีขาว จดทะเบียนปี พ.ศ.2555 เครื่องยนต์ 4 สูบ 151 แรงม้า จำนวนผู้โดยสารนั่ง จำนวน 13 คน วันสิ้นอายุภาษี ปี พ.ศ.2561 ตรวจสภาพรถครั้งล่าสุดเดือนธันวาคม 2560 ประกอบการขนส่งประเภทรถโดยสารประจำทาง หมวด 3 วันสิ้นอายุใบอนุญาตปี พ.ศ.2565 มีการเชื่อมต่อข้อมูลเข้ากับศูนย์ GPS มีการทำประกันภัยภาคบังคับตาม พ.ร.บ. และมีทำประกันภัยภาคสมัครใจ ก่อนเกิดเหตุ ข้อมูลการใช้ความเร็วจาก GPS ขับรถด้วยความเร็ว 71-84 กิโลเมตร/ชั่วโมง ขณะขับแซงรถกระบะใช้ความเร็ว

75 กิโลเมตร/ชั่วโมง สภาพรถหลังเกิดเหตุกันชนหน้าพังเสียหายถึงห้องเครื่อง ประตูด้านซ้ายประตูสไลด์ด้านข้างประตูเปิดออก หลังการถดถอย (ภาพ 6)



ภาพ 6 สภาพรถตู้โดยสารประจำทางหลังเกิดอุบัติเหตุ

2.4 วิเคราะห์ปัจจัยการเกิดอุบัติเหตุที่ส่งผลต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิต ถนนเส้นนี้มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นบ่อยครั้ง บริเวณร่องกลางถนนมีต้นไม้เป็นระยะ และช่วงที่เกิดอุบัติเหตุฝนตกหนักทำให้ถนนเปียก รถกระบะบรรทุกผู้โดยสารที่ก่อกวนวิ่งแซงขึ้นมา ทำให้รถตู้โดยสารประจำทางพุ่งออกนอกเส้นทางชนต้นไม้ในร่องกลางถนน ทำให้ผู้โดยสารบาดเจ็บและเสียชีวิต (ตาราง 2)

ตาราง 2 การประยุกต์ Haddon's Matrix ในการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุที่นำมาสู่การบาดเจ็บรถตู้โดยสารประจำทางชนต้นไม้

ช่วงเวลา	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์		
	คน	พาหนะ	สิ่งแวดล้อม
ก่อนเกิดอุบัติเหตุ	ผู้ขับขี่รถกระบะบรรทุก - ไม่สามารถควบคุมรถได้ รถไถลเข้ามาเส้นทางเดินรถด้านขวา - ผู้ขับขี่รถเลนซ้ายใช้ความเร็ว 60 กิโลเมตร/ชั่วโมง ผู้ขับขี่รถตู้โดยสารประจำทาง - ขับขี่รถเลนขวาใช้ความเร็ว 75 กิโลเมตร/ชั่วโมง		
ขณะเกิดอุบัติเหตุ	ผู้โดยสารรถตู้โดยสารประจำทาง - ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย 2 คน - กระเด็นจากที่นั่ง 1 คน - ส่วนของร่างกายกระแทกกับอุปกรณ์ภายในรถ โครงรถ - กระเด็นออกจากรถ 1 คน	รถกระบะบรรทุก - เสียการทรงตัวไถลเข้ามาเส้นทางเดินรถด้านขวา รถตู้โดยสารประจำทาง - เข็มขัดนิรภัยหลุดออกจากที่ยึด 1 ที่นั่ง - บริเวณส่วนหน้าของรถตู้ เสียหายถึงห้องเครื่อง ประตูผู้โดยสารด้านหน้าประตูสไลด์ด้านข้างประตูเปิดออก หลังการถดถอย	- ถนนเปียกมีน้ำขัง - เกิดอุบัติเหตุบ่อย - ต้นไม้ในร่องกลางถนน - รถตู้โดยสารประจำทางชนต้นไม้ 2 ต้น

ตาราง 2

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์			
ช่วงเวลา	คน	พาหนะ	สิ่งแวดล้อม
หลังเกิดอุบัติเหตุ		รถตู้โดยสารประจำทาง	- การเข้าถึงที่เกิดเหตุ
		- ผู้โดยสารติดภายในรถ 1 ราย	ลำบาก เนื่องจาก
			การจราจรติดขัด และ
			มีประชาชนมุงดู
			เหตุการณ์จำนวนมาก
			- เกิดอุบัติเหตุซ้ำซ้อน
			บนเส้นทางจาก
			เหตุการณ์รถชนท้าย
			กัน 3 คัน

3. ข้อเสนอแนะการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากรถตู้โดยสารประจำทางชนต้นไม้

ข้อเสนอแนะหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่มีผลต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากรถตู้โดยสารประจำทางชนต้นไม้ เชื่อมโยงปัจจัยเสี่ยงด้านคน ยานพาหนะ และสิ่งแวดล้อม ตามช่วงเวลาจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีดังนี้

3.1 ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ โดย 1) หน่วยงานกรมทางหลวง ได้แก่ แขวงทางหลวงชนบทและหน่วยงานในการจัดการต้นไม้บริเวณรองกลางถนนในเขตปลอดภัยข้างทาง และระยะห่างของต้นไม้จากไหล่ทาง เช่น การตัดต้นไม้ หรือหาอุปกรณ์ป้องกัน และสำรวจสภาพพื้นผิวถนนบริเวณที่เกิดเหตุ และ 2) หน่วยงานขนส่งและตำรวจ ควรเพิ่มความเข้มข้นในการปฏิบัติตามมาตรการเพิ่มความปลอดภัยของรถโดยสารสาธารณะในการจัดวางที่นั่งรถตู้โดยสารประจำทาง และควรประชาสัมพันธ์ประชาชนให้ตระหนักถึงความปลอดภัยในการขับขี่ในขณะฝนตก ถนนเปียก เหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดที่อาจเกิดขึ้นในขณะขับขี่ และแนวทางการจัดการกับปัญหา ในกรณีเปลี่ยนช่องทางเดินรถกระทันหัน

3.2 ป้องกันการบาดเจ็บ โดยหน่วยงานขนส่งควรเพิ่มความเข้มข้นในการบังคับใช้กฎหมายเรื่องการคาดเข็มขัดนิรภัยขณะโดยสารรถตู้ประจำทาง และหน่วยงานตำรวจ ควรกวดขันอย่างจริงจังเกี่ยวกับวินัยจราจร เรื่องการไม่คาดเข็มขัดนิรภัย

3.3 ป้องกันความรุนแรงจากการบาดเจ็บ โดยหน่วยงานตำรวจควรเพิ่มความเข้มข้นในการปฏิบัติหน้าที่กั้นฝูงชน ดูแลการจราจร ในที่เกิดเหตุ และในระหว่างที่มีการปฏิบัติหน้าที่ให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บอย่างจริงจังและมีประสิทธิภาพ

อภิปรายผล

อุบัติเหตุรถตู้โดยสารประจำทางส่วนใหญ่ทำให้มีการบาดเจ็บและเสียชีวิตจำนวนมาก จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตขึ้นอยู่กับชนิดของยานพาหนะ ลักษณะการชน การเกิดอุบัติเหตุ และพฤติกรรมความปลอดภัยของผู้ขับขี่และผู้โดยสาร จากการสอบสวนการบาดเจ็บในรถโดยสารสาธารณะในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2549 จนถึงปัจจุบัน พบว่า จำนวนการบรรทุกผู้โดยสาร ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุที่แตกต่างกัน ทำให้มีจำนวนการบาดเจ็บแตกต่างกัน พฤติกรรมการโดยสาร พฤติกรรมด้านความปลอดภัยในขณะโดยสารรถที่แตกต่างกันทำให้ความรุนแรงของการบาดเจ็บแตกต่างกัน (Klinjun, Chinwong, & Sleight, 2017)

เหตุการณ์นี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ใช้บริการรถกระบะในการประเมินสถานการณ์ขณะขับขึ้นรถบนถนนเปียกช่วงฝนตก ทำให้ไม่สามารถมองเห็นลักษณะของพื้นถนนที่อาจไม่เรียบ มีลอน หรือสันขอบถนน ทำให้รถกระบะที่วิ่งในช่องทางด้านซ้ายเสียหลัก เข้าไปในช่องทางเดินรถด้านขวาอย่างกะทันหัน ชนกับบริเวณส่วนหน้าด้านซ้ายของ

รถตู้โดยสารประจำทางในขณะที่กำลังวิ่งแซงขึ้นมา โดยผู้ขับขี่รถตู้โดยสารประจำทางไม่สามารถป้องกันได้ทัน การบาดเจ็บและเสียชีวิตเกิดจากการชนวัตถุอันตรายข้างทาง จากการที่รถตู้โดยสารประจำทางหลังจากถูกชนได้พุ่งไปทางขวาของช่องทางเดินรถลงปร๋องกลางถนนชนต้นไม้ 2 ต้นที่มีเส้นผ่าศูนย์กลาง 11.6 และ 15.0 เซนติเมตร ที่อยู่ห่างจากไหล่ทาง 3.3 เมตร ซึ่งถือว่าเป็นสภาพข้างทางที่เป็นอันตรายต่อผู้ขับขี่ที่กำหนดเขตปลอดภัยข้างทางว่า ต้นไม้ที่ปลูกในบริเวณเขตปลอดภัย (Clear Zone) ไม่ควรมีเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 10 เซนติเมตร และควรมีระยะห่างจากขอบทาง 5-7 เมตร (Taneerananon, 2006) เมื่อรถตู้พุ่งลงร่องแล้วด้านข้างซ้ายของรถบริเวณประตูสไลด์ชนกับต้นไม้ ทำให้ประตูฉีกออก ส่งผลให้ผู้โดยสารที่นั่งตรงจุดชนและไม่คาดเข็มขัดนิรภัยกระเด็นออกจากรถ เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ ผู้โดยสารที่นั่งใกล้กับจุดชนต้นไม้หลังผู้เสียชีวิตบาดเจ็บสาหัส เนื่องจากรถชนกับวัตถุที่ติดตั้งหนาแน่นบนพื้นดิน แรงปะทะเกือบทั้งหมดจะถูกส่งกลับมายังรถ ส่งผลให้เกิดความเสียหายกับรถ และแรงปะทะส่งผลให้ผู้โดยสารในตำแหน่งใกล้จุดชนอย่างรุนแรงและรวดเร็ว (Ponboon, Kanitpon, Boontob, Aniwatkulchai, & Kushari, 2010; Sornkaew, 2017)

จากเหตุการณ์นี้ทำให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามมาตรการเพิ่มความปลอดภัยของรถโดยสารสาธารณะในการจัดวางที่นั่งรถตู้โดยสารสาธารณะ (Announcement of the Department of Land Transport, 2017) ทำให้หลังเกิดเหตุสามารถเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บออกจากรถทางประตูด้านท้ายของรถตู้ และเห็นความสำคัญในการบังคับใช้กฎหมายเรื่องการคาดเข็มขัดนิรภัยขณะโดยสารรถตู้ประจำทาง (National Council for Peace and Order Statement, 2017) โดยก่อนเกิดเหตุตั้งแต่เริ่มออกเดินทางผู้ขับขี่รถตู้ประจำทางจะบอกผู้โดยสารทุกคนคาดเข็มขัดนิรภัย และเมื่อแวะพักระหว่างทาง ก่อนออกรถผู้ขับขี่จะบอกให้ผู้โดยสารคาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้ง จากการแจ้งเตือนและการเคร่งครัดในการคาดเข็มขัดนิรภัยของผู้ขับขี่รถตู้ในครั้งนี้ ทำให้การบาดเจ็บรุนแรงและการเสียชีวิตของผู้โดยสารมีจำนวนไม่มากเมื่อเปรียบเทียบกับเหตุการณ์ที่ผ่านมาและจากสภาพรถหลังเกิดเหตุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในลักษณะนี้ทุกครั้งที่ในกรณีของรถโดยสารสาธารณะ เพื่อหารูปแบบข้อผิดพลาดของคน ยานพาหนะ และสิ่งแวดล้อม
2. ควรศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับกลไกการบาดเจ็บ (Mechanism of Injury) เพื่อนำมาประเมินลักษณะการบาดเจ็บ และความรุนแรง จำแนกตามลักษณะการชน ชนิดของยานพาหนะ และประเมินประสิทธิภาพการใช้อุปกรณ์ป้องกันภายในรถ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา ที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน

References

- Announcement of the Department of Land Transport. (2017). *Regarding the Layout of Public Passenger Van Seats as a Measure to Increase Safety in Public Transport 2017*. (2017, 5 April). Government Gazette. Book 134 Special 98 Ngor. page 22-27. Retrieved from <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2560/E/098/22.PDF> (in Thai)
- Barss, P., Barss, S. B. M., Smith, G. S., Mohan, D., & Baker, S. P. (1998). *Injury Prevention: an International Perspective Epidemiology, Surveillance, and Policy*. Oxford University Press, USA.



- Barnett, D. J., Balicer, R. D., Blodgett, D., Fews, A. L., Parker, C. L., & Links, J. M. (2005). The Application of the Haddon Matrix to Public Health Readiness and Response Planning. *Environmental Health Perspectives*, 113(5), 561-566.
- Cheawjindakarn, B. (2018). Qualitative Case Study Research Techniques. *Liberal Arts Review*, 13(25), 103-118. (in Thai)
- Department of Disease Control. (1995). *Bureau of Epidemiology*. Condensed Chart (AIS 85). Bangkok: War Veterans Organization Printing. (in Thai)
- Holder, Y., Peden, M., Krug, E., Lund, J., Gururaj, G., & Kobusingye, O. (2001). *Injury Surveillance Guidelines*. Geneva, World Health Organization. Retrieved from https://www.who.int/violence_injury_prevention/media/en/136.pdf
- Klinjun, N. (2015). *In-Depth Investigation of Road Injuries and Deaths*. Songkhla: Thirawat Copy Center. (in Thai)
- Klinjun, N., Chinwong, D., & Sleight, A. (2017). Epidemiology of Multiple Casualty Incidents from Road Accidents in Thailand, 2006-2011. *OSIR Journal*, 10(4), 1-8.
- National Council for Peace and Order Statement. (2017). *Regarding Measures to Increase the Safety of Public Transport*. (2017, 21 March). Government Gazette. Book 134 Special 85 Ngor. Page 40-42. Retrieved from https://library2.parliament.go.th/giventake/content_ncpo/ncpo-head-order15-2560.pdf (in Thai)
- Ponboon, S., Kanitpon, K., Boontob, N., Aniwatkulchai, P., & Kushari, B. (2010). Roadside Hazards from the Accident In-Depth Study. *Naresuan University Engineering Journal*, 5(1), 9-16. (in Thai)
- Road Safety Group Thailand. (2018). *Situation of Public Bus Accidents*. Retrieved June 12, 2020 from http://www.roadsafetythai.org/edoc/doc_20181207124103.pdf (in Thai)
- Robertson, L. S. (1998). *Injury Epidemiology Research and Control Strategies* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press, USA.
- Sornkaew, P. (2017). *The Study of Influent Factors on Injury and Fatality of Bus Rollover Accident*. (The Degree of Master of Engineering in Transportation Engineering). Suranaree University of Technology, Nakhon Ratchasima. (in Thai)
- Taneerananon, P. (2006). *Engineering Safer Roads*. Songkhla: Lim Brother Printing Co., Ltd. (in Thai)
- Waiyanate, N. (2006). *Road Traffic injury Investigation*. Nonthaburi: Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control. (in Thai)
- World Health Organization. (2001). *Injury Surveillance Guidelines*. (No. WHO/NMH/VIP/01.02). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2006). *Road Traffic Injury Prevention: Training Manual*. Geneva: WHO. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43271>

อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ทางสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในสังคมเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และสังคมชนบท อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

How Social Support and Health Literacy Influence Quality of Life of Elders in Mueang District of Nakhon Si Thammarat

จามจุรี แซ่หลู^{1*}, ธมลวรรณ แก้วกระจก¹ และ ดาลิมา สำแดงสาร¹
Jamjuree Saeloo^{1*}, Thamolwan Kaewkrachok¹ and Dalima Samdaengsarn¹
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช^{1*}
Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat^{1*}

(Received: November 18, 2020; Revised: January 26, 2021; Accepted: April 19, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพหุภาคีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ทางสุขภาพ คุณภาพชีวิต และศึกษาอิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมเมือง กึ่งเมืองกึ่งชนบท และชนบท อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในแต่ละสังคมจำนวน 130 คน รวมเป็น 390 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นและสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต ตรวจสอบความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .97, .94 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้านความรู้ ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้คูเดอร์และริชาร์ดสัน ได้เท่ากับ .68 สำหรับด้านอื่นๆ คือ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง .83, .86, .56, .85 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และสถิติถดถอย ผลการวิจัยพบว่า

1. แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุทั้งที่อาศัยอยู่ในสังคมเมือง กึ่งเมืองกึ่งชนบท และชนบท โดยภาพรวมพบว่ามีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ($M=3.81$, $SD=0.71$; $M=4.12$, $SD=0.78$; $M=3.69$, $SD=0.56$)

2. ความรอบรู้ทางสุขภาพพบว่ามีความรู้สุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ($M=33.67$, $SD=10.16$; $M=39.88$, $SD=8.13$; $M=29.39$, $SD=7.00$)

3. คุณภาพชีวิตโดยภาพรวมพบว่าในสังคมเมืองโดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ร้อยละ 72.31) ส่วนผู้สูงอายุในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทและชนบทพบว่าโดยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.77, 63.85) และ 4) ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต ในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 45.50 ส่วนในสังคมชนบทแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายได้ร้อยละ 9.60

ดังนั้นควรมีการวางแผนส่งเสริมให้บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุมีศักยภาพในการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของและการสนับสนุนด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุเพื่อยกระดับศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: แรงสนับสนุนทางสังคม, ความรอบรู้ทางสุขภาพ, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุในสังคมเมือง กึ่งเมืองกึ่งชนบท และชนบท

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: jureepink@yahoo.co.th เบอร์โทรศัพท์ 083-0922277)

Abstract

This predictive research aimed to study the levels of social support, health literacy and quality of life, prior to evaluate the influence of both social support and health literacy on quality of life among elderly who are living in urban, semi-urban, rural and semi-rural context in Mueang district of Nakhon Si Thammarat province. Sample was 390 older adults (130 from each of those context), and selected by stratified and simple random sampling. All data were collected using questionnaires. Reliability of social support questionnaire and quality of life questionnaire were both determined using Cronbach's alpha coefficient and obtained the values of .97 and .94, respectively. For the health literacy questionnaire, health knowledge component was examined by using Kuder and Richardson method, yielding values of .68 and .83, respectively. Other components, namely access to health information, communication of health information, decision making, self-management and media literacy, were tested using Cronbach's alpha coefficient, obtaining values of .86, .56, .85, and .89, respectively. Data were analyzed using descriptive and regression analysis. Results revealed the following.

1. Social support of the older adults, living in urban, semi-urban and semi-rural, and rural society were at a high level ($M=3.81$, $SD=0.71$; $M=4.12$, $SD=0.78$; $M=3.69$, $SD=0.56$, respectively).
2. Health literacy in older adults, living in urban, semi-urban and semi-rural, and rural society were at a low level ($M=33.67$, $SD=10.16$; $M=39.88$, $SD=8.13$; and $M=29.39$, $SD=7.00$, respectively).
3. Quality of life of the older adults in urban society was at a good level (72.31%), in semi-urban and semi-rural, and rural society were at a moderate level (60.77%, and 63.85%, respectively).
4. In a semi-urban and semi-rural society, the social support could predict 45.50 percent of quality of life. While in rural society, social support could predict 9.60 percent of quality of life.

Per findings of the study, tangible and intangible social support should be provided to older people in order to promote their quality of life.

Keywords: Social Support, Health Literacy, Quality of Life, Older Adults, Urban, Semi-Urban, Semi-Rural, Rural Society

บทนำ

ปัจจุบันโลกกำลังเผชิญกับสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ซึ่งแต่ละประเทศจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับสภาพเศรษฐกิจ สังคม ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการแพทย์ ทั้งนี้เมื่อ 20 ปีที่ผ่านมาโลกมีประชากรผู้สูงอายุ ประมาณ 540 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 9 (Anantakul, 2016) แต่ในปี พ.ศ. 2558 โครงสร้างประชากรโลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 901 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.3 คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 ประชากรผู้สูงอายุโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 1,402 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.5 และในปี พ.ศ. 2593 ประชากรผู้สูงอายุโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 2,092 ล้านคน หรือร้อยละ 21.5 ของประชากรโลก (United Nation, 2015) ซึ่งเป็นการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์สำหรับในประเทศไทย พบว่า พ.ศ. 2561 มีประชากรผู้สูงอายุ ประมาณ 11.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.6 และคาดประมาณว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ในปี 2581 (Foundation of Thai Gerontology Research and

Development Institute, 2018) ส่วนในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่ามีผู้สูงอายุ จำนวน 265,735 คน ซึ่งมากเป็นอันดับที่ 6 ของประเทศ และอันดับที่ 4 ของภาคใต้ สำหรับอำเภอที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด คือ อำเภอเมือง (Department of Older Persons, 2019)

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม โดยการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในผู้สูงอายุจะเกิดในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายลดลง จึงเกิดปัญหาสุขภาพได้มากกว่าวัยอื่น (Rojanathamkul, 2020) โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2019) พบปัญหาสุขภาพที่ผู้สูงอายุป่วยมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคเข่าเสื่อม ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนอกจากจะกระทบต่อร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจก่อให้เกิดความเครียด เนื่องจากใช้เวลาในการรักษายาวนาน สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก จากรายงานของกรมสุขภาพจิต พบว่าปัญหาด้านสุขภาพจิตที่พบบ่อยคือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับภาวะสมองเสื่อม และปัญหาเรื่องเพศ ซึ่งนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ในปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุมีอันดับการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ในอันดับ 2 รองจากผู้ใหญ่ (Department of Mental Health, 2016) การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอาจทำให้ประเทศไทยต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ในปี 2575 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศในแบบจำลองสังคมผู้สูงอายุ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะพุ่งสูงถึง 1.407 ล้านล้านบาท (Wichitaksorn, 2018) ซึ่งค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นแสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุถดถอยลง

คุณภาพชีวิตเป็นเครื่องชี้วัดความเจริญก้าวหน้าของมิติทางด้านประชากร สังคม สุขภาพ จิตวิญญาณ สิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ที่ดีของมนุษย์ เป็นเป้าหมายที่สำคัญของการพัฒนาประชากรของประเทศต่าง ๆ และเป็นปัจจัยหลักที่แสดงว่าบุคคลสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงประกอบด้วยองค์ประกอบด้านร่างกาย (Physical Domain) ด้านจิตใจ (Psychological Domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) สำหรับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยพบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Srithanee, 2017) เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเสมือนสินทรัพย์ที่บุคคลมีอยู่หรือถูกพัฒนาขึ้น ส่งผลให้เกิดพลังอำนาจ (Empowerment) ขึ้นภายในตัวบุคคล และมีกระบวนการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องต่าง ๆ อันส่งผลดีต่อสุขภาพ ความรอบรู้ทางสุขภาพประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูล 2) ความรู้ ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อ และ 6) ทักษะการตัดสินใจ (Nutbeam, 2008) นอกจากนี้ปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตคือ แรงสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Jintana, Suktan, & Takaew, 2018) และสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบทภาคเหนือตอนบน พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถยกระดับศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ (Kandee, Sukwong, & Weiangkham, 2016) เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินพฤติกรรม และด้านอารมณ์และสังคม ส่งผลให้บุคคลเกิดการรับรู้ว่าตนได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า และการยอมรับ ส่งผลทางบวกต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจ ทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมและการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิต ความรอบรู้ทางสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม จะมีความแตกต่างกันตามลักษณะของสังคมที่อาศัยอยู่ ซึ่งแบ่งออกเป็น สังคมเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และสังคมชนบท (Prutkankit, 2013) เนื่องจากแต่ละสังคมมีความแตกต่างกันทั้งมิติของบริบทการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพ วัฒนธรรม และการบริการสุขภาพ แต่งานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการวิจัยส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ครอบคลุมทุกสังคมในแต่ละการศึกษา ประกอบกับยังไม่พบการศึกษาดังกล่าวในจังหวัด

นครศรีธรรมราช ทำให้ไม่ทราบข้อมูลที่ชัดเจนว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอเดียวกัน แต่ลักษณะทางสังคมต่างกัน คุณภาพชีวิต ความรอบรู้ทางสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม จะมีความแตกต่างกันหรือไม่ และ ความรอบรู้ทางสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต แตกต่างกันหรือไม่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาถึงอิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ทางสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และสังคมชนบท อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากที่สุด ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะทำให้ทราบสถานการณ์ของคุณภาพชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ทางสุขภาพ และอิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ทางสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของประชากรผู้สูงอายุ ในแต่ละสังคมของจังหวัดนครศรีธรรมราช และนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาแรงสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

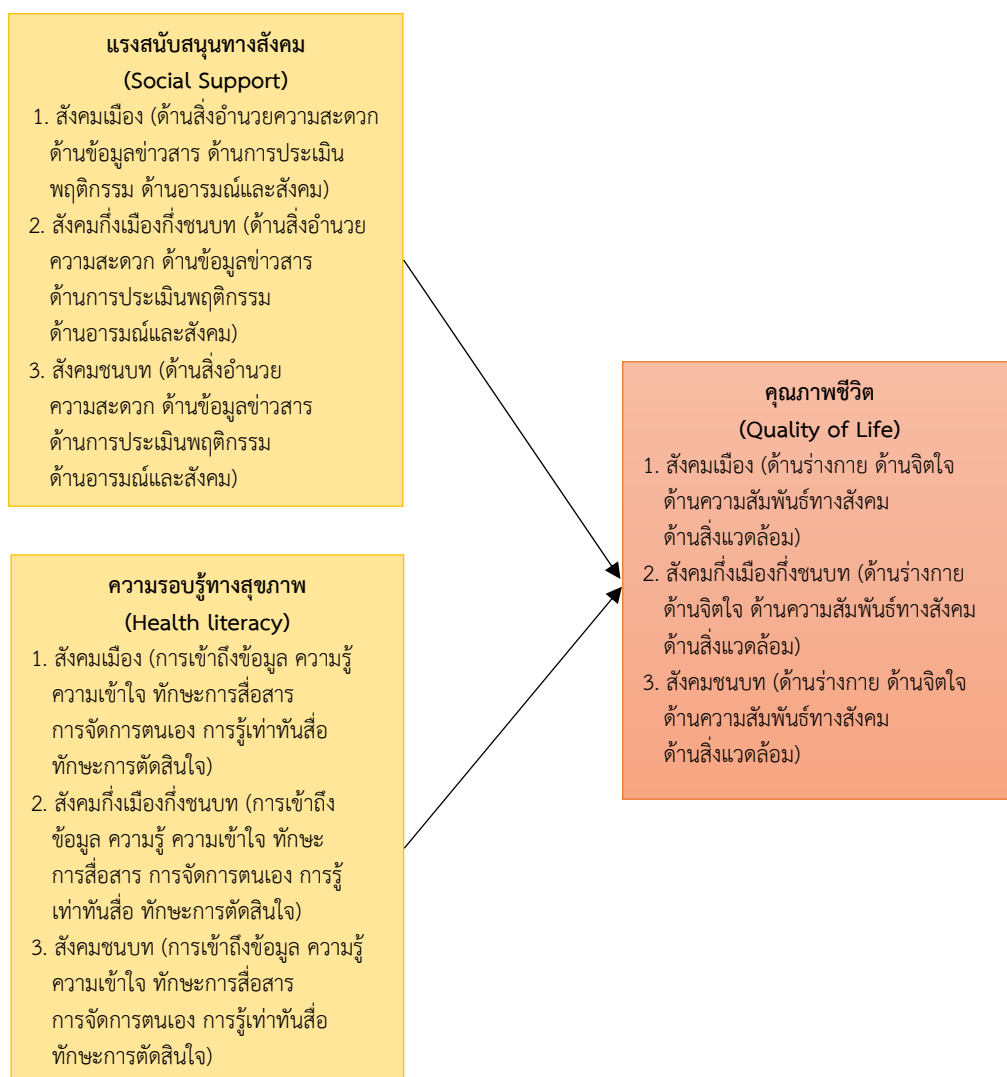
1. เพื่อศึกษาระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ และระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และสังคมชนบท อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และสังคมชนบท อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

สมมุติฐานวิจัย

แรงสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ทางสุขภาพมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และสังคมชนบท อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และสังคมชนบท อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือการสนับสนุนด้านจิตใจจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ซึ่งประกอบด้วย การให้การช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ดังนี้ 1) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร 3) ด้านการประเมินพฤติกรรม 4) ด้านอารมณ์และสังคม ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ความสามารถ 6 ด้าน คือ 1) การเข้าถึงข้อมูล 2) ความรู้ ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อ และ 6) ทักษะการตัดสินใจ เมื่อผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี และมีความรอบรู้ทางสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน ก็จะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี คือ มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำรงชีวิตและพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสมทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (ดังภาพ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์ (Predictive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุเพศชายหรือเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปมีสัญชาติไทย อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นสังคมเมือง ได้แก่ ตำบลในเมือง ตำบลท่าวัง และตำบลคลัง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ได้แก่ ตำบลท่าเรือ ตำบลท่าซัก ตำบลปากพูน ตำบลโพธิ์เสด็จ ตำบลนาเคียน ตำบลมะม่วงสองต้น และตำบลปากนคร และสังคมชนบท ได้แก่ ตำบลนาทราย ตำบลท่าจั่ว ตำบลกำแพงเขา ตำบลไชยมนตรี ตำบลบางจาก และตำบลท่าไร่ (Prutkankit, 2013) ซึ่งแต่ละสังคมมีจำนวนผู้สูงอายุ ดังนี้ สังคมเมือง 13,676 คน สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท 23,288 คน และสังคมชนบท 9,514 คน (Department of Older Persons, 2019)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ใน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช สำหรับจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power (Sanitluang, Sartpet, & Napaarak, 2019) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) สำหรับการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณในการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นตรง ตามที่ Cohen (1977) ได้กำหนดไว้ 3 ระดับ แต่ที่นิยมใช้คือ ระดับปานกลาง เท่ากับ 0.15 ที่ระดับ

นัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ 0.95 จำนวนตัวแปรทำนาย (Number of Predictors) เท่ากับ 2 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 107 คน ซึ่งผู้วิจัยเก็บตัวอย่างเพิ่มเติมอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจากการเก็บรวบรวมได้ไม่ครบถ้วน (Lanmeshow, Hosmer, Klar & Lwanga, 1990) ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุในสังคมเมือง จำนวน 130 คน สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท จำนวน 130 คน และสังคมชนบท จำนวน 130 คน รวมทั้งหมด 390 คน

ขั้นตอนของการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (Sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มแบบแบ่งชั้น โดยการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามลักษณะของสังคมที่อาศัยอยู่ โดยสุ่มตำบลในอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช จากชั้นที่เป็นกลุ่มตำบลในสังคมเมือง (3 ตำบล) สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท (7 ตำบล) และสังคมชนบท (6 ตำบล) สำหรับสัดส่วนในการสุ่มคือ 3:1 ซึ่งสังคมเมืองสุ่มได้ 1 ตำบล คือ ตำบลในเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทสุ่มได้ 2 ตำบล คือตำบลท่าเรือและตำบลท่าซัก ส่วนสังคมชนบทสุ่มได้ 2 ตำบล ได้ตำบลกำแพงเขาและตำบลไชยมนตรี

ขั้นที่ 2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (Sample Random Sampling) โดยนำรายชื่อของผู้สูงอายุ มาจับฉลากแบบแทนที่ (Sampling with Replacement) ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบล คำนวณจากสัดส่วนของประชากรแต่ละตำบล ดังนี้ จากสังคมเมืองได้จากตำบลในเมือง จำนวน 130 คน สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ตำบลท่าเรือ (4,230) ได้ 94 คน ตำบลท่าซัก (1,648) ได้ 36 คน และสังคมชนบท ตำบลกำแพงเขา (1,967) ได้ 82 คน ตำบลไชยมนตรี (1,130) ได้ 48 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ รายได้ ความเพียงพอของรายได้กับการดำรงชีวิต และลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและสื่อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบสอบถามของ Rattana (2009) ซึ่งประกอบด้วยรายการประเมินทั้งหมด 21 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย 1) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก จำนวน 5 ข้อ 2) การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 6 ข้อ 3) การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินพฤติกรรม จำนวน 4 ข้อ และ 4) การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และสังคม จำนวน 6 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากจริงน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน ถึง จริงมากที่สุด ให้ 5 คะแนน สำหรับการกำหนดเกณฑ์ระดับคะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คิดจากคะแนนสูงสุด (5) ลบด้วยคะแนนต่ำสุด (1) หาค่าด้วย 5 (Srisaard, 2012) โดย

ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00	หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50	หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 2.51-3.00	หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50	หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50	หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพ ใช้แบบสอบถามของ Nilnet (2014) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน จำนวนรวมทั้งหมด 38 ข้อ ดังนี้

1. ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ มีตัวเลือก 3 ตัวเลือก มีคำตอบที่ถูกต้องเพียงคำตอบเดียว ตอบเห็นด้วยได้ 1 คะแนน ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยได้ 0 คะแนน ยกเว้นข้อ 2, 6, 8, 9, 11, และ 12 ตอบเห็นด้วยและไม่เห็นด้วยได้ 0 คะแนน ไม่เห็นด้วยได้ 1 คะแนน รวมทั้งหมด 12 คะแนน

2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจำนวน 5 ข้อ มีตัวเลือกในลักษณะของมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากไม่ได้ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนนถึงปฏิบัติทุกครั้ง ให้ 2 คะแนน รวมทั้งหมด 10 คะแนน

3. ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพจำนวน 6 ข้อ มีตัวเลือกในลักษณะของมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากไม่ได้ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนนถึงปฏิบัติทุกครั้ง ให้ 2 คะแนน รวมทั้งหมด 12 คะแนน

4. ด้านการตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบสถานการณ์สั้น โดยให้คะแนนตามการให้เหตุผลในคำถามแต่ละข้อ ตั้งแต่ 1-4 คะแนน ดังนี้ 1 คะแนน ให้เหตุผลจากการใช้ความรู้ ความเข้าใจที่มีในการกำหนดทางเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี 2 คะแนน มีการเพิ่มข้อมูลการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลดีผลเสีย 3 คะแนน มีการเพิ่มการแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเอง 4 คะแนน มีการเพิ่มการแสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งหมด 20 คะแนน

5. ด้านการจัดการตนเอง จำนวน 5 ข้อ มีตัวเลือกในลักษณะของมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากไม่ได้ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนนถึงปฏิบัติทุกครั้ง ให้ 2 คะแนน รวมทั้งหมด 10 คะแนน

6. ด้านการรู้เท่าทันสื่อจำนวน 5 ข้อ มีตัวเลือกในลักษณะของมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากไม่ได้ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนนถึงปฏิบัติทุกครั้ง ให้ 2 คะแนน รวมทั้งหมด 10 คะแนน ยกเว้น ข้อที่ 1 ที่ให้คะแนนในทางกลับกัน

สำหรับการกำหนดเกณฑ์ระดับคะแนนโดยภาพรวม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ยของคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 อยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60.00-79.99 อยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ยของคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไปอยู่ในระดับสูง ดังนั้นคะแนนความรอบรู้สุขภาพทั้งหมดเท่ากับ 74 คะแนน คะแนนน้อยกว่า 44.40 อยู่ในระดับต่ำ 44.41-59.10 อยู่ระดับปานกลาง 59.20 คะแนนขึ้นไป อยู่ในระดับมาก (Intarakamhang, 2017)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF) ชุดย่อฉบับภาษาไทย (Mahatanirunkul, Tuntinirunkul, Pumpsanchai, Wongsuwan, & Ponmanajirungkul, 1997) ประกอบด้วยรายการประเมินทั้งหมด 26 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ คือด้านสุขภาพกาย (7 ข้อ) ด้านจิตใจ (6 ข้อ) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (3 ข้อ) และด้านสิ่งแวดล้อม (8 ข้อ) ส่วนข้อ 1 และข้อ 26 อยู่ในด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณ 5 ระดับ จากไม่เลย ให้ 1 คะแนน ถึง มากที่สุด ให้ 5 คะแนน สำหรับข้อคำถามทางลบ จากไม่เลย ให้ 5 คะแนน ถึง มากที่สุด ให้ 1 คะแนน สำหรับการแปลความหมายของคะแนน มีดังนี้

คุณภาพชีวิต	ระดับดี	ระดับปานกลาง	ระดับไม่ดี
ด้านสุขภาพกาย	27 – 35	17 – 26	7 – 16
ด้านจิตใจ	23 – 30	15 – 22	6 – 14
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	12 – 15	8 – 11	3 – 7
ด้านสิ่งแวดล้อม	30 – 40	19 – 29	8 – 18
คุณภาพชีวิตโดยภาพรวม	96 – 130	61 – 95	26 – 60

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ก่อนนำเครื่องมือไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ไปหาความเที่ยงโดยการทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต นำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง .97, .94 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยด้านความรู้ นำมาคำนวณหาค่าเที่ยงโดยใช้วิธีการของคูเดอร์และริชาร์ดสัน (Kuder and Richardson) ได้ค่าความเที่ยง .68 สำหรับด้านอื่นๆ คือ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการ

รู้เท่าทันสื่อ นำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง .83, .86, .56, .85 และ .89 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 20 มิถุนายน-31 กรกฎาคม 2563 ซึ่งมีขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังองค์การบริหารตำบลในเมือง ตำบลท่าเรือ ตำบลท่าซัก ตำบลกำแพงเขา และตำบลไชยมนตรี จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีการอธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์
2. ผู้วิจัยและคณะไปพบกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้
3. ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้เวลาในการตัดสินใจกับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ลงนามในเอกสารยินยอม เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย กรณีที่อ่านหนังสือไม่ออก เขียนไม่ได้ ผู้วิจัยจะอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาในการทำแบบสอบถาม
4. ดำเนินแจกแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก
5. ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของการตอบแบบสอบถาม ก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ
2. ข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้ทางสุขภาพ และคุณภาพชีวิต วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตต่อคุณภาพชีวิต ก่อนทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมและความรู้ทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการใช้สถิติ โดย
1) หารลักษณะการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normality) ของข้อมูลด้วย Quantile-Quantile plot พบว่าค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนใหญ่อยู่รอบๆ เส้นตรง ดังนั้น สรุปได้ว่า ลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ 2) หารความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) โดยใช้สถิติทดสอบค่าเอฟ (F-test) พบว่าในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และสังคมชนบท ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ($F=107.009, p=.000, F=13.657, p=.000$) ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง และในสังคมเมือง พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง 3) หารความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต พบว่าในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทและสังคมชนบท ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ได้เท่ากับ .675, .31 ซึ่งไม่เกิน .70 ดังนั้นการวิเคราะห์อิทธิพลจึงสามารถทำได้เพียงการวิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และสังคมชนบทเท่านั้น โดยใช้สถิติการถดถอยอย่างง่าย (Simple Linear Regression)

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยได้ขอจริยธรรมวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช เลขจริยธรรมวิจัยที่ Ex-2563 ลงวันที่ 18 มิถุนายน 2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

สังคมเมือง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.92 มีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 55.38 สถานภาพสมรส ร้อยละ 55.38 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.53 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 61.53 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 37.69 อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 36.92 ได้รับข้อมูลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 47.69

สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.38 มีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 61.53 สถานภาพสมรส ร้อยละ 68.46 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 87.69 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 67.69 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 53.84 อาศัยอยู่กับครอบครัวและบุตร ร้อยละ 31.53 ได้รับข้อมูลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 70.00

สังคมชนบท ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.53 มีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 55.38 สถานภาพสมรส ร้อยละ 47.69 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.07 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 79.23 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 39.23 อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 46.15 ได้รับข้อมูลสุขภาพจากโทรทัศน์ ร้อยละ 43.07

2. ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในสังคมเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และสังคมชนบท อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในสังคมเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท สังคมชนบท อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

แรงสนับสนุนทางสังคม	สังคมเมือง (n=130)		สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท (n=130)		สังคมชนบท (n=130)	
	M	SD	M	SD	M	SD
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	3.92	0.79	4.09	1.04	3.70	0.57
ด้านข้อมูลข่าวสาร	3.83	0.79	4.05	0.91	3.73	0.72
ด้านการประเมินพฤติกรรม	3.69	0.85	4.09	0.87	3.63	0.74
ด้านอารมณ์และสังคม	3.80	0.79	4.22	0.68	3.69	0.61
รวม	3.81	0.71	4.12	0.78	3.69	0.56

จากตาราง 1 แรงสนับสนุนทางสังคมโดยภาพรวมของผู้สูงอายุทั้งที่อาศัยอยู่ในสังคมเมือง กึ่งเมืองกึ่งชนบท และชนบท พบว่าอยู่ในระดับมาก ($M=3.81$, $SD=0.71$; $M=4.12$, $SD=0.78$; $M=3.69$, $SD=0.56$) เมื่อพิจารณารายด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดแยกตามความแตกต่างของลักษณะสังคม พบว่าสังคมเมืองคือด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ($M=3.92$, $SD=0.79$) กึ่งเมืองกึ่งชนบทคือด้านอารมณ์และสังคม ($M=4.22$, $SD=0.68$) และชนบทคือด้านข้อมูลข่าวสาร ($M=3.73$, $SD=0.72$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด พบว่าสังคมเมืองคือด้านการประเมินพฤติกรรม ($M=3.69$, $SD=0.85$) กึ่งเมืองกึ่งชนบทคือด้านข้อมูลข่าวสาร ($M=4.05$, $SD=0.91$) และชนบทคือด้านการประเมินพฤติกรรม ($M=3.63$, $SD=0.74$)

3. ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และสังคมชนบท อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตาราง 2 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท สังคมชนบท อำเภอมะนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ความรอบรู้ทางสุขภาพ	สังคมเมือง (n=130)		สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท (n=130)		สังคมชนบท (n=130)	
	M	SD	M	SD	M	SD
ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค (12 คะแนน)	8.50	1.84	7.38	2.39	8.66	1.71
ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (10 คะแนน)	4.88	3.00	6.22	1.94	3.75	1.95
ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (12 คะแนน)	6.00	2.99	7.21	2.35	4.53	2.03
ด้านการตัดสินใจ (20 คะแนน)	6.07	1.69	8.00	3.95	5.72	1.29
ด้านการจัดการตนเอง (10 คะแนน)	4.50	2.38	5.96	2.36	3.48	1.80
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ (10 คะแนน)	3.73	2.92	5.10	2.61	3.26	1.83
ค่าเฉลี่ยรวม	33.67	10.16	39.88	8.93	29.39	7.00

จากตาราง 2 ความรอบรู้ทางสุขภาพโดยภาพรวมของผู้สูงอายุทั้งที่อาศัยอยู่ในสังคมเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และเมือง พบว่ามีความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ($M=33.67$, $SD=10.16$; $M=39.88$, $SD=8.13$; $M=29.39$, $SD=7.00$) สำหรับความรอบรู้รายด้านของผู้สูงอายุในสังคมเมือง พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง ($M=8.50$, $SD=1.84$) ส่วนด้านอื่นๆ อยู่ในระดับต่ำ ในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทพบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค และด้านความสามารถในการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง ($M=7.38$, $SD=2.39$; $M=8.00$, $SD=3.95$) ส่วนด้านอื่นๆ อยู่ในระดับต่ำ ส่วนในสังคมชนบท พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง ($M=8.66$, $SD=1.71$) ส่วนด้านอื่นๆ อยู่ในระดับต่ำ

4. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และสังคมชนบท อำเภอมะนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสังคมเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท สังคมชนบทอำเภอมะนัง จังหวัดนครศรีธรรมราชโดยภาพรวม

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	สังคมเมือง (n=130)		เขตกึ่งเมืองกึ่งชนบท (n=130)		สังคมชนบท (n=130)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตไม่ดี	0	0.00	0	0.00	0	0.00
คุณภาพชีวิตปานกลาง	36	27.69	79	60.77	83	63.85
คุณภาพชีวิตที่ดี	94	72.31	51	39.23	47	36.15
รวม	130	100	130	100	130	100
	$M= 102.41$, $SD= 12.74$		$M= 99.42$, $SD= 15.59$		$M= 91.06$, $SD= 11.42$	

จากตาราง 3 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยภาพรวม ส่วนใหญ่ในสังคมเมืองมีคุณภาพชีวิตที่ดีจำนวน 94 ราย (ร้อยละ 72.31) สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง จำนวน 79 ราย (ร้อยละ 60.77) สังคมชนบทมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง จำนวน 83 ราย (ร้อยละ 63.85)

5. อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท สังคมชนบท อำเภอมะนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท สังคมชนบท อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ปัจจัยทำนาย	<i>b</i>	<i>S.E.</i>	<i>β</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท					
แรงสนับสนุนทางสังคม	13.47	1.30	.66	10.35	<.001
Constant 43.98, $R = .675$, $R^2 = .45$, Adjusted $R^2 = .45$, $F = 107.00$, $P = < .001$					
สังคมชนบท					
แรงสนับสนุนทางสังคม	.30	.08	.31	3.69	<.001
Constant 67.59, $R = .310$, $R^2 = .096$, Adjusted $R^2 = .089$, $F = 13.66$, $P = < .001$					

จากตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยอย่างง่ายเชิงเส้นตรงพบว่า ในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 45.50 ($R^2 = .45$) สามารถเขียนสมการคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$\text{คุณภาพชีวิต} = .66 (\text{แรงสนับสนุนทางสังคม})$$

จากสมการคะแนนมาตรฐานจะเห็นได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุมีแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น .66 หน่วย

สำหรับในสังคมชนบท แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้เพียงร้อยละ 9.60 ($R^2 = .096$) สามารถเขียนสมการคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$\text{คะแนนมาตรฐาน} = .31 (\text{แรงสนับสนุนทางสังคม})$$

จากสมการคะแนนมาตรฐานจะเห็นได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุมีแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น .31 หน่วย

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมโดยภาพรวมของผู้สูงอายุในสังคมเมือง กึ่งเมืองกึ่งชนบท และชนบทอยู่ในระดับมาก เนื่องจากผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่ยังคงอาศัยอยู่กับคู่สมรส ครอบครัวและบุตร ประกอบกับวัฒนธรรมไทยสมาชิกในครอบครัวจะให้ความเคารพนับถือผู้สูงอายุว่าเป็นบุคคลสำคัญที่ลูกหลานต้องดูแลเอาใจใส่ เมื่อผู้สูงอายุมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ไม่สามารถประกอบอาชีพได้หรือผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพาจะต้องมีสมาชิกในครอบครัวคอยดูแล นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ ในด้านค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ค่ารักษาพยาบาล ช่วยเหลือในการตอบสนองการทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การจัดการสิ่งแวดล้อมให้ได้รับความสะดวกสบายและปลอดภัย การพาไปรับการรักษาตามนัดหรือเมื่อเจ็บป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ เนื่องจากครอบครัวคือศูนย์รวมความรักที่ช่วยตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ (Kandee, Sukwong, & Weiangkham, 2016) สำหรับแรงสนับสนุนทางสังคมรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดของผู้สูงอายุในสังคมเมือง คือด้านสิ่งอำนวยความสะดวก เนื่องจากความเป็นเมือง (Urbanization) จะนำมาซึ่งความทันสมัย ความเจริญของถนนหนทาง การคมนาคมสะดวก ความเจริญของตึกบ้านช่องมีความสุขสบายในการอยู่อาศัย (Prutkankit, 2013; Thongthammachai, 2014) ทำให้คนในครอบครัวสามารถดูแลรับส่งเมื่อผู้สูงอายุต้องไปพบแพทย์หรือเดินทางไปต่างๆ จัดหาเสื้อผ้า ของใช้และอาหารมาให้ได้สะดวก จัดที่พักให้ตามความเหมาะสมและสะดวกสบาย ส่วนสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทแรงสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคมมีค่าเฉลี่ยสูงสุด เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวและบุตร จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุรับรู้สิ่งที่ของตนเองในช่วงของการเป็นผู้สูงอายุ คือกำลังใจ ความรัก ความเอาใจใส่จากบุตร บุตรเป็นที่พัก สำหรับคู่ครองคือบุญอยู่ด้วยแล้วอบอุ่น รู้สึกปลอดภัย ดังนั้นการสนับสนุนด้านอารมณ์จึงทำให้

ผู้สูงอายุรู้สึกมีที่พึ่งทางใจ มีคนรัก มีคนดูแลเอาใจใส่ ให้ข้อมูลข่าวสาร ให้คำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ (Kandee, Sukwong, & Weiangkham, 2016) นอกจากนี้สังคมชนบทแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมีค่าเฉลี่ยสูงสุด อาจเนื่องจากการเวลาที่ใช้โดยส่วนใหญ่จะหมดไปกับการทำงานหาเลี้ยงชีพและการพักผ่อนด้วยการดูโทรทัศน์กับครอบครัว จึงทำให้ได้รับข้อมูลข่าวสารเพิ่มขึ้นจากสื่อโทรทัศน์และคนในครอบครัว

ความรอบรู้ทางสุขภาพโดยภาพรวมของผู้สูงอายุในสังคมเมือง กึ่งเมืองกึ่งชนบทและชนบท พบว่ามีความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบกับอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความสามารถในการเรียนรู้ช้าลง บางรายอาจมีความจำเสื่อม รับรู้ปัจจุบันได้น้อยหรืออาจมีความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร ได้ยินไม่ชัด ตามัวมองภาพหรือตัวหนังสือไม่ชัดและไม่สามารถปรับตัวได้ทันกับเทคโนโลยีที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดด ข้อมูลข่าวสารต้องติดตามทางสื่อที่ทันสมัย เช่น โทรศัพท์มือถือ โทศัพท์สมาร์ทโฟน จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการสรรหาข้อมูลข่าวสาร ทำให้ความสนใจหรือรับรู้ข้อมูลทางสุขภาพต่ำ ดังผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ที่มีอายุมากขึ้น มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม จำอดีตได้แม่นยำ แต่รับรู้ในปัจจุบันได้น้อย การเคลื่อนไหวลดลง จะส่งผลต่อการทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การเข้าถึงหรือค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การตัดสินใจที่เหมาะสม การจัดการสุขภาพตนเองและการเข้าถึงสื่อได้น้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ดังนั้นอายุเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความฉลาดทางสุขภาพ อายุมากขึ้นความฉลาดทางสุขภาพลดลง ผู้สูงอายุจึงไม่สามารถระลึกถึงข้อมูลทางสุขภาพ คือไม่สามารถระลึกถึงคำแนะนำหรือการสอนเรื่องการปฏิบัติตัวที่เคยได้รับได้ (Suramitthre, 2013; Nilnet, 2014; Ayotte, Allaire, & Bosworth, 2009; Howard, Sentell, & Gazmararian, 2006)

คุณภาพชีวิตโดยภาพรวมของผู้สูงอายุในสังคมเมือง พบว่ามีคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี เนื่องจากการอาศัยอยู่ในสังคมเมือง ทำให้อยู่ใกล้สถานที่สำคัญ เช่น โรงพยาบาลหรือศูนย์บริการสุขภาพต่างๆ ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอในการดำรงชีพ อาศัยอยู่กับคู่สมรส ทำให้สะดวกและปลอดภัยแก่การใช้ชีวิตและมีความสุขในการดำเนินชีวิต (Noknoi, & Boripan, 2017) สำหรับผู้สูงอายุในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทและสังคมชนบทมีคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง อาจจะเนื่องจากผู้สูงอายุอาศัยอยู่พื้นที่ห่างไกล การเดินทางไม่สะดวก ถ้าไม่มีรถส่วนตัวต้องอาศัยรถประจำทาง ประกอบกับส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมทำให้มีรายได้ไม่แน่นอน จึงเกิดความไม่มั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ ไม่สามารถใช้ชีวิตอย่างสะดวกสบาย ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มนี้อยู่ในระดับต่ำกว่าสังคมเมือง นอกจากนี้ในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทและชนบท ผู้สูงอายุที่มีวุฒิการศึกษาในระดับประถมศึกษาต่ำกว่าสังคมเมือง ซึ่งวุฒิการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมีโอกาสเลือกทำกิจกรรมและสามารถพัฒนาตนเองให้มีคุณภาพและพึ่งตนเองได้ดีกว่า สามารถปฏิบัติตนดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยจึงส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตสูง (Laohabutr, 2014; Phichit, 2015)

อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ทางสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทและสังคมชนบท แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 45.50 และร้อยละ 9.60 ตามลำดับ เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเพณีพฤติกรรม และด้านอารมณ์และสังคม ส่งผลให้บุคคลเกิดการรับรู้ว่าตนได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า และการยอมรับ ส่งผลทางบวกต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจ ทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผลทางจิตใจ คือทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ มีแรงจูงใจในการแก้ไขปัญหาจากการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและสถานการณ์ สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบทภาคเหนือตอนบน พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถยกระดับศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ (Kandee, Sukwong, & Weiangkham, 2016) และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Jintana, Suktan, & Takaew, 2018) ส่วนความรอบรู้ทางสุขภาพไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะมีระดับความรอบรู้สุขภาพอยู่

ในระดับต่ำ แต่คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีและปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุไทยได้รับการดูแลเอาใจใส่ทั้งด้านการใช้ชีวิต ด้านการดูแลสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัว สามารถร้องขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวในเรื่องการดูแลสุขภาพ (Srithanee, 2017)

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้ความรัก ความเอาใจใส่ผู้สูงอายุ โดยให้ความช่วยเหลือในการดูแลกิจวัตรประจำวันตามความต้องการ เช่น การจัดหาอาหาร การทำความสะอาดเสื้อผ้า ที่พักอาศัย และช่วยเหลือด้านการเงินตามความเหมาะสม นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้สูงอายุและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุควรให้ข้อมูลในการออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติและแนวทางการแก้ไข ให้คำปรึกษาเมื่อมีข้อสงสัย พาไปตรวจสุขภาพประจำปี สนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับเพื่อน ๆ และญาติพี่น้อง เข้าร่วมงานประเพณีและกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน และเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพต้องช่วยเหลือพาไปพบแพทย์ ดูแลให้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เพื่อยกระดับศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การทำวิจัยครั้งต่อไปควรทำการวิจัยเกี่ยวกับพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งในสังคมเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และสังคมชนบท

References

- Anantakul, A. (2016). *Aging Society Challenges Thailand*. Proposed Documents at the Meeting of the Royal Academy Thammasat Political Office, Royal Society of Thailand. (in Thai)
- Ayott, B. J., Allaire, J. C., & Bosworth, H. (2009). The Association of Patient Demographic Characteristics and Health Information Recall: The Mediating Role of Health Literacy. *Neurophychal Dev Cogn B Aging Neuropsychal Cogn*, 16(4), 419-32.
- Cohen, J. (1977). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York: Academic Press.
- Department of Mental Health. (2016). *Annual Report 2016*. Bangkok: Bangkok Block. (in Thai)
- Department of Older Persons. (2019). *Statistics of the Number of Elderly by Province and Age in 2018*. Retrieved March 18 2019, from www.dop.go.th/th/know/1/159. (in Thai)
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2018). *Situation of the Thai Elderly*. Retrieved November 1, 2020, from <https://thaitgri.org/?p=38670>. (in Thai)
- Howard, D. H., Sentell, T., & Gazmararian, J. A. (2006). Impact of Health Literacy on Socioeconomic and Racial Differences in Health in a Elderly Population. *J Gen Intern Med*, 21(8), 857-61.
- Intarakamhang, U. (2017). *Health Literacy: Measurement and Development*. Bangkok: Sukhumvit Printing Co., Ltd. (in Thai)
- Jintana, P., Suktan, S., & Takaew, C. (2018). Correlation and Predictive Power Between Social Support and Quality of Life among Older Adult. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(2), 119-131. (in Thai)

- Kandee, P., Sukwong, P., & Weiangkham, D. (2016). Perceived Social Support of Community-Dwelling Rural Elderly in Northern Thailand. *Journal Mental Health Thai*, 24(1), 40-51. (in Thai)
- Lanmeshow, S. L., Hosmer, D. W., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1990). *Adequacy of Sample Size in Health Studies*. New York: John Wiley & Sons.
- Laohabutr, P. (2014). *Quality of Life of the Elderly in Village, Moo 7, Plutaluang Sub-District, Sattahip District, Chonburi Province*. [Research Report]. [Chonburi]. Burapha University. (in Thai)
- Mahatanirunkul, S., Tuntinirunkul, W., Pumpisanchai, W., Wongsuwan, K., & Ponmanajirungkul, R. (1997). *The Comparison of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire, 100 Indicators and 26 Indicators*. Chiang Mai: Suan Prung Hospital. (in Thai)
- Nilnet, W. (2014). *Health Literacy of the Thai Elderly in the Elderly Club in Bangkok*. [Thesis]. Chulalongkorn University. Retrieved October 18, 2020 from <http://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/123456>. (in Thai)
- Noknoi, J., & Boripan, W. (2017). Quality of Life of the Elderly in Songkhla Province. *Princess of Narathivas University Journal*, 9(3), 94-105. (in Thai)
- Nutbeam, D. (2008). The Evolving Concept of Health Literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Phichit, P. (2015). Quality of Life of the Elderly in Surat Thani Province. *Journal of Management Sciences*, 2(2), 157-178. (in Thai)
- Prutkankit, T. (2013). Community Context under the Semi-Urban, Semi-Rural Society. *The Far Eastern University*, 9(1), 7-15. (in Thai)
- Rattana, W. (2009). *Health Care Behavior and Social Support with Quality of Life Elderly, Elderly Club, Surat Thani Hospital*. [Thesis]. [Bangkok]. Srinakharinwirot University. (in Thai)
- Rojanathamkul, N. (2020). *Nursing Care for Elderly: Physiology and Mental Health Aspect*. Bangkok; SKS Interprint Co., Ltd. (in Thai)
- Sanitluang, N., Sartpet, W., & Napaarak, Y. (2019). Sample Size Calculation Using G* POWER Program. *Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology*, 5(1), 496-507. (in Thai)
- Srisaard, B. (2012). *Research for Teacher*. Bangkok; Suveriyasan. (in Thai)
- Srithanee, K. (2017). Relationship Between Health Literacy and Quality of Life of Elderly in the Central Northeastern Region. *Public Health System Research Journal*, 11(1), 26-35. Retrieved from <http://kb.hsri.or.th>. (in Thai)
- Suramitthree, B. (2013). *Health Literacy Study and Operational Situation to Enhance Health Literacy of Thai People to Support Access to the Asean Community*. (Online) Retrieved May 18, 2020, from <http://www.mfa.go.th/dvifa/contents/files/nbt/nbt5/IS/IS5073.pdf>. (in Thai)
- Thongthammachat, N. (2014). Life in the Contemporary Condition of Urban Society. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 9(1), 1669-1687. (in Thai)
- United Nation. (2015). *World Populations Ageing*. Retrieved November 1, 2020, from https://www.un.org/en/development/desa/population/publication/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf.
- Wichitaksorn, N. (2018). *Health Focus*. Retrieved November 1, 2020, from <https://www.hfocus.org/content/2018/01/15303>. (in Thai)

การประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต ของนักศึกษาพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

Applying the Empowerment Evaluation Model to Develop Nursing Students' Identity of Praboromarajchanok Institute

เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์^{1*}, วรณดี แสงประทีปทอง¹, สมคิด พรหมจู้¹ และ กรรณก ลัธนันท์²

Jiamjit Sophonsuksathit^{1*}, Vandee Sangprateetong¹, Somkid Promjouy¹

and Konkanok Lattanand²

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช^{1*}, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกทม²

Sukhothai Thammathirat Open University^{1*}, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok²

(Received: September 19, 2020; Revised: April 26, 2021; Accepted: May 06, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบ และประเมินผลการประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ดำเนินการวิจัย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 240 คน จากวิทยาลัยพยาบาล จำนวน 30 แห่งประกอบด้วย ผู้อำนวยการสถานศึกษา จำนวน 30 คน รองผู้อำนวยการสถานศึกษา จำนวน 30 คน อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยละ 1 คน และอาจารย์ประจำหลักสูตรหรืออาจารย์ผู้สอน วิทยาลัยละ 5 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามและแบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระยะที่ 2 การประยุกต์ใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้บริหาร อาจารย์ และพยาบาลพี่เลี้ยง จำนวน 55 คน และนักศึกษาพยาบาล จำนวน 115 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามและแบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที ผลการวิจัยพบว่า

1. รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดพันธกิจหรือวิสัยทัศน์ 2) การรวบรวมข้อมูลจากการนำเสนอกิจกรรมหลัก จัดอันดับกิจกรรมที่มีความสำคัญรวมทั้งลงมติ และ 3) การวางแผนสำหรับอนาคต มียุทธวิธีการดำเนินงานคือ การฝึกอบรม ให้คำปรึกษา อำนาจความสะดวก สร้างความกระจำ และให้เสรีภาพในการปฏิบัติ

2. หลังทดลองใช้รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต นักศึกษาพยาบาลมีคุณลักษณะอัตลักษณ์บัณฑิตสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 และบุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตในระดับมาก

จากผลการวิจัย รูปแบบนี้สามารถใช้เป็นแนวทางการจัดการศึกษาที่เน้นการพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้มีคุณลักษณะตามอัตลักษณ์บัณฑิตของสถาบันพระบรมราชชนก

คำสำคัญ: การประเมินแบบเสริมพลัง, อัตลักษณ์บัณฑิต, นักศึกษาพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: jiamjitso@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-6767493)

Abstract

This study aimed to develop and evaluate the empowerment evaluation (EE) model for developing nursing students' identity of the Praboromarajchanok Institute (PBRI). The study consisted of two phases. The first phase was the development of the EE model for developing nursing students' identity at the PBRI. A total of 240 participants were selected from thirty colleges of nursing which consisted of one each of director, deputy director, and BSN curriculum committee including five each of nursing instructors. Instruments were a questionnaire on the situation of graduate's identity development, an one questionnaire on graduate's identity behaviors. Data were analyzed using the index of the item - object congruence (IOC), mean, and standard deviation. Then the second phase was conducted to test the EE model to develop nursing students' identity. Key informants were 115 junior year students and 55 administrators, instructors, and preceptors. Research instruments consisted of the EE model, graduates' identity questionnaire, cognition of graduates' identity development questionnaire, and satisfaction questionnaire. Mean, standard deviation, and t-test were used to analyze data.

Results identified three aspects for an EE model that would develop positively the nursing students' identity: 1) mission/vision establishment, 2) data collection of main activities, priority-setting, and consensus, as well as 3) planning for the future. Strategies for implementing the EE model were training, counseling, facilitating, clarifying, and providing freedom of action. Nursing students had significantly higher graduates' identity scores after receiving the EE model than before, at the *p-value* of .001. Academic professionals had also higher scores of graduates' identity development knowledge after receiving the EE model than before, at the *p-value* of .001, and they were satisfied with the EE model at the high level.

Per the findings, the EEF can be an educational management guideline to enhance PBRI graduate identity among nursing students.

Keywords: Empowerment Evaluation, Identity of Nursing Graduates, Nursing Students

บทนำ

ปัจจุบันการจัดการศึกษาในศตวรรษที่ 21 ต้องเน้นการเตรียมผู้เรียนให้พร้อมกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกที่วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทในการดำเนินชีวิต เพื่อให้มีทักษะที่จำเป็นสำหรับการออกไปเผชิญสู่โลกภายนอก เน้นการพัฒนาผู้เรียนอย่างรอบด้าน ปลูกฝังวัฒนธรรม การคิดวิเคราะห์ ความคิดสร้างสรรค์ ความมั่นใจในตนเอง การแสวงหาความรู้การสร้างความรู้ด้วยตนเอง ทำงานเป็นทีมได้ มีความรับผิดชอบต่อส่วนรวม คำนึงถึงสังคม มีคุณธรรม และยึดมั่นในสันติ (Sinlarat, 2014) ทั้งนี้ครอบคลุมถึงการจัดการศึกษาวิชาชีพ การพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งมีพันธกิจหลักในการผลิตบัณฑิตด้านการพยาบาล โดยได้กำหนดคุณลักษณะของผู้สำเร็จการศึกษา เรียกว่า “อัตลักษณ์บัณฑิต” คือการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เป็นการให้บริการที่เป็นมิตร มีความรัก ความเมตตา ใส่ใจในปัญหาและความทุกข์ของผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง ให้บริการตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการที่เป็นจริง โดยรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการเป็นหลัก ประกอบด้วย 1) จิตบริการ (S=Service Mind) 2) การคิดเชิงวิเคราะห์ (A=Analytical Thinking) และ 3) การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (P=Participation) (Educational Development Groups of Praboromarajchanok Institute, 2013) ซึ่งคุณลักษณะทั้ง 3 องค์ประกอบนี้จะแสดงพฤติกรรมโดยไม่แยกเป็น

ส่วน ๆ ดังนั้นกระบวนการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตจึงมีลักษณะบูรณาการกันภายใต้บริบทการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรสาขาพยาบาลศาสตร์

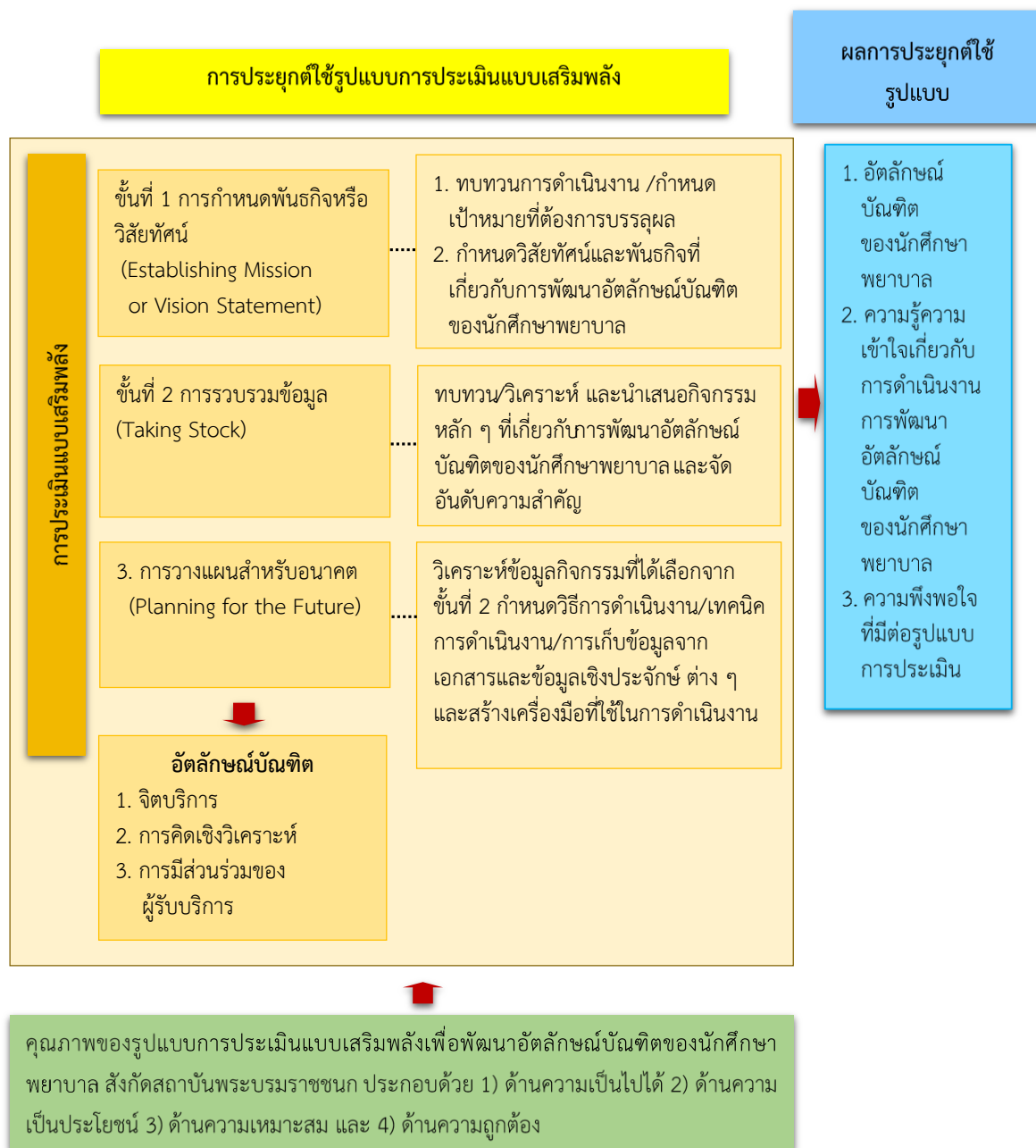
อย่างไรก็ตามการดำเนินการเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตที่ผ่านมา ยังเป็นการดำเนินการในด้านการจัดการเรียนการสอนที่ยึดโยงอยู่กับสมรรถนะและเนื้อหาตามรายวิชา การจัดกิจกรรมพัฒนานักศึกษาและกิจกรรมเสริมหลักสูตรต่าง ๆ ดำเนินไปตามบริบทของสถานศึกษา ทั้งนี้อาจยังไม่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่สอดคล้องกับอัตลักษณ์บัณฑิตที่กำหนดไว้ได้อย่างยั่งยืน จากการศึกษากระบวนการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ของ Tongsom, Janpet, Siriporn, & Hanbenjapong (2020) พบว่า อัตลักษณ์บัณฑิตของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มีพฤติกรรมอัตลักษณ์บัณฑิตอยู่ในระดับดีทั้ง 3 ด้าน โดยด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด และปัญหาอุปสรรคที่สำคัญในการพัฒนาอัตลักษณ์นักศึกษาพยาบาล คือ ขาดการวางแผนแบบเชื่อมโยงเป้าหมายและกิจกรรมไม่ชัดเจน ขาดต่อการนำไปปฏิบัติ ขาดความต่อเนื่อง ขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงานและประเมินผล ไม่สามารถบูรณาการกับการเรียนการสอนและการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ (Nawsuwan, Wisalaporn, & Didyasarin, 2015) ดังนั้นหากสามารถพัฒนาเทคนิค วิธีการ และกลไกต่าง ๆ ที่เหมาะสม จะช่วยให้กระบวนการดำเนินงานมีความเหมาะสม เป็นประโยชน์ และเป็นรูปธรรมมากขึ้น และโดยที่แนวคิดการประเมินแบบเสริมพลัง (Empowerment Evaluation) ซึ่งนำเสนอโดยเฟตเตอร์แมน (Fetterman, 2001) เป็นกระบวนการให้บุคคลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานและแก้ไขปัญหา โดยใช้มนทัศน์ของการประเมิน เทคนิคการประเมิน และข้อค้นพบจากการประเมิน ไปกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาปรับปรุง การกำกับตนเอง โดยใช้วิธีการทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการดำเนินงานที่มีลักษณะเอื้อต่อการปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เน้นให้ผู้เกี่ยวข้องในองค์กรเข้ามาร่วมเรียนรู้ จนในที่สุดสามารถตัดสินใจหรือกำหนดตนเองได้ การวิจัยครั้งนี้จึงคาดหวังว่าจะช่วยให้กระบวนการดำเนินงานในการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตมีความเหมาะสม เกิดประโยชน์และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อันอาจเป็นแนวทางใหม่สำหรับวิทยาการพัฒนาศึกษาผู้เรียนซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาความรู้ใหม่ในด้านเทคนิควิธีการ การประยุกต์ใช้และการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างคุณภาพผู้เรียนด้านวิชาชีพการพยาบาลต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก
2. เพื่อประเมินผลการประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนา อัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้การประเมินแบบเสริมพลังเพื่อให้เกิดการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 1) จิตบริการ 2) การคิดเชิงวิเคราะห์ และ 3) การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ โดยรากฐานของแนวคิดการประเมินแบบเสริมพลังนี้เป็นกระบวนการให้บุคคลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานและแก้ไขปัญหาเป็นการใช้มนทัศน์ของการประเมิน เทคนิคการประเมิน และข้อค้นพบจากการประเมิน ไปกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาปรับปรุง การกำกับตนเอง จนในที่สุดสามารถตัดสินใจหรือกำหนดตนเองได้ มีวิธีการที่นิยมใช้ 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดพันธกิจหรือเป้าหมาย 2) การรวบรวมข้อมูลจากการนำเสนอกิจกรรมหลักที่เกี่ยวกับการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล รวมทั้งจัดอันดับความสำคัญ และ 3) การวางแผนสำหรับอนาคต ซึ่งเน้นให้ผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ได้แก่ ผู้บริหาร อาจารย์ผู้สอน พยาบาลพี่เลี้ยง บุคลากรที่เกี่ยวข้อง และนักศึกษาพยาบาลเข้ามาร่วมเรียนรู้ในการกำหนดแนวทางเพื่อพัฒนาคุณลักษณะนักศึกษาตามอัตลักษณ์บัณฑิตดังแสดงตามภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้วิธีทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดำเนินการเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 พัฒนารูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ 1) บุคลากรของวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร และอาจารย์ประจำหลักสูตร จำนวน 1,528 คน และ 2) ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล การบริหารการพยาบาล การจัดการเรียนการสอน ที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ด้านการจัดการศึกษาทางการพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยผู้อำนวยการ จำนวน 30 คน รองผู้อำนวยการ จำนวน 30 คน อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร จำนวน 30 คน และอาจารย์ประจำหลักสูตร แห่งละ 5 คน จำนวน 150 คน รวมจำนวน 240 คน และผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจงตามตำแหน่งงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับสภาพการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 8 ข้อ ตอนที่ 2 สภาพการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ และตอนที่ 3 ปัญหาและข้อเสนอแนะ เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ

2. โครงสร้างของรูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ประกอบด้วย 2 มิติ คือ 2.1) มิติการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต ได้แก่ การจัดการเรียนการสอน การจัดกิจกรรมพัฒนานักศึกษา และการประเมินอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล และ 2.2) มิติการประเมินแบบเสริมพลัง มี 3 ขั้นตอน ได้แก่ การกำหนดพันธกิจหรือวิสัยทัศน์ การรวบรวมข้อมูล และการวางแผนสำหรับอนาคต

3. คู่มือการใช้รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก โดยการอธิบายหลักการ ความสำคัญ และกระบวนการดำเนินงานในการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ตามขั้นตอนการประเมินแบบเสริมพลัง ประกอบด้วย บทนำ วัตถุประสงค์ ขอบเขต คำจำกัดความ โครงสร้างรูปแบบ กระบวนการและวิธีดำเนินงานรายละเอียดของคู่มือ

4. แบบตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 โครงสร้างและองค์ประกอบของรูปแบบ เป็นข้อคำถามปลายปิด มีข้อพิจารณาความสอดคล้องขององค์ประกอบของโครงสร้างกับนิยามของรูปแบบ 3 ข้อ คือ 4.1) แน่ใจว่าสอดคล้อง 4.2) ไม่แน่ใจว่าสอดคล้อง และ 4.3) แน่ใจว่าไม่สอดคล้อง จำนวน 13 ข้อ และตอนที่ 2 ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงรูปแบบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามเกี่ยวกับสภาพการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการศึกษาพยาบาล การบริหารพยาบาลและการวัดและประเมินผล จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 1.00 และหาความเที่ยงกับผู้บริหารและอาจารย์ผู้สอนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ยะลา จังหวัดยะลา ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ทดสอบค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเกี่ยวกับสภาพการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตและแบบตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบ โดยการทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโครงสร้างของรูปแบบ คู่มือการใช้รูปแบบ และแบบตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล การจัดการศึกษาพยาบาล และการวัดและประเมินผล จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 1.00 และตรวจสอบร่างรูปแบบโดยทดลองใช้กับการจัดการเรียนการสอน ดำเนินการนำร่างรูปแบบที่ปรับแล้วไปทดลองใช้กับการจัดการเรียนการสอน 1 รายวิชา ได้แก่ วิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2561 และประเมินคุณภาพร่างรูปแบบตามมาตรฐานการประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความเป็นไปได้ ความเป็นประโยชน์ ความเหมาะสมและความถูกต้อง โดยรูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มีคุณภาพโดยรวมในระดับมาก จากการทดลองใช้กับการจัดการเรียนการสอน

ตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้ดำเนินการปรับปรุงรายการตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้กับผู้บริหารและอาจารย์ผู้สอน ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ยะลา จังหวัดยะลา ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับ

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้ววิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลสภาพการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต โดยผู้วิจัยประสานสถานศึกษาเพื่อนำแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างโดยจัดส่งและรับคืนทางไปรษณีย์ และประสานโดยตรง ได้แบบสอบถามคืนครบถ้วน จำนวน 240 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 และเก็บรวบรวมข้อมูลการตรวจสอบคุณภาพของร่างรูปแบบของผู้เชี่ยวชาญ โดยจัดส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ เมื่อได้รับการตอบรับได้จัดส่งแบบตรวจสอบคุณภาพพร้อมคู่มือการดำเนินงานตามรูปแบบไปยังผู้เชี่ยวชาญรวมทั้งเดินทางไปพบผู้เชี่ยวชาญด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและสภาพการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) สำหรับข้อมูลของผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบ และสังเคราะห์เนื้อหาสำหรับข้อมูลข้อเสนอแนะในการปรับปรุงโครงสร้างของรูปแบบ

ระยะที่ 2 ประเมินผลการประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยนํารูปแบบไปทดลองใช้ 1 ภาคเรียน ในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สถานศึกษาประเภทวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 30 แห่ง สำหรับทดลองใช้รูปแบบ

กลุ่มตัวอย่างคือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง โดยพิจารณาคุณสมบัติเป็นสถานศึกษาที่ผ่านการประเมินภายนอกจากสำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา และสะดวกในการเดินทางไปทำกิจกรรมและเก็บข้อมูล ซึ่งผู้บริหาร อาจารย์ พยาบาลพี่เลี้ยงและนักศึกษาพยาบาลมีความยินดีและให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจนสามารถดำเนินงานตามกระบวนการเสร็จสิ้น กลุ่มผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยผู้บริหาร อาจารย์ และพยาบาลพี่เลี้ยงในภาคเรียนที่ทดลองใช้รูปแบบ รวมจำนวนทั้งหมด 55 คนและนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2561 ทั้งหมดจำนวน 115 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่ได้จากการวิจัย ระยะที่ 1

2. แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเป็นคำถามแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ (1) ใช่ (2) ไม่ใช่ และ (3) ไม่แน่ใจ มีเกณฑ์การให้คะแนน 1 คะแนนสำหรับคำตอบ ใช่ และ 0 คะแนน สำหรับคำตอบ ไม่ใช่หรือไม่แน่ใจ ประกอบด้วย 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต 28 ข้อ ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดของการประเมินแบบเสริมพลัง 12 ข้อ

3. แบบประเมินพฤติกรรมอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแบบประเมินอัตลักษณ์บัณฑิตของสถาบันพระบรมราชชนกและคุณลักษณะอัตลักษณ์นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล ของ Nawsuwan (2013) เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยจิตบริการ 21 ข้อ ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ 11 ข้อ และ ด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ 25 ข้อ

4. แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อรูปแบบ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 29 ข้อ

5. แบบประเมินคุณภาพรูปแบบ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 4 ด้าน คือ ด้านความเป็นไปได้ ความเป็นประโยชน์ ความเหมาะสม และความถูกต้อง เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 1.00 ทั้ง 4 ฉบับ และหาความเที่ยงกับผู้บริหารและอาจารย์ผู้สอน ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา จังหวัด ยะลา ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ทดสอบค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตตามวิธีของคูเดอร์ - ริชาร์ดสัน โดยใช้สูตร KR- 20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .75 และทดสอบความเที่ยงของแบบประเมินพฤติกรรมอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อรูปแบบ และแบบประเมินคุณภาพรูปแบบ ด้วยการทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .97 .92 และ .96 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นก่อนการทดลองใช้รูปแบบ นำแบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตไปให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลตอบและเก็บคืนด้วยตนเอง

2. ขั้นทดลองใช้รูปแบบ โดย 1) จัดประชุมปฏิบัติงานตามขั้นตอนของการประเมินแบบเสริมพลัง 3 ขั้นตอน เพื่อได้ข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับวิสัยทัศน์ กิจกรรม/โครงการที่เลือก และแนวทางดำเนินงานเกี่ยวกับการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต 2) นำสรุปผลจากข้อ 1 มาประชุมสาขาวิชาเพื่อปรับรูปแบบการเรียนการสอนและกิจกรรมให้สอดคล้อง และประชุมชี้แจงผู้บริหาร อาจารย์ และพยาบาลพี่เลี้ยงในการปฏิบัติตามแนวทางที่ได้จาก ข้อ 1 และประชุมชี้แจงนักศึกษาพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับกิจกรรมการเรียนการสอน และการวัดและประเมินผลตามแนวทางที่กำหนด และ 3) ดำเนินงานตามกิจกรรมที่ได้จากข้อ 1 ทั้งการเรียนการสอนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยมีคณะทำงานเสริมพลังคอยช่วยเหลือ สนับสนุน ตามวิธีการของการประเมินแบบเสริมพลัง ระยะเวลาดำเนินการต่อเนื่อง 1 ภาคเรียน

3. ขั้นหลังทดลองใช้รูปแบบ นำแบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต แบบประเมินอัตลักษณ์บัณฑิต แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบ และแบบประเมินคุณภาพรูปแบบ ให้ผู้บริหาร อาจารย์ และพยาบาลพี่เลี้ยงตอบและเก็บกลับด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตระหว่างก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ โดยค่าสถิติ Paired t- test ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเพื่อหาหลักการแจกแจงเป็นโค้งปกติของข้อมูล พบว่ามีการแจกแจงแบบปกติ ($p = .110, p = .090$) และข้อมูลเป็นมาตราอัตราส่วน

2. วิเคราะห์ เปรียบเทียบผลการประเมินอัตลักษณ์บัณฑิตระหว่างก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ โดยค่าสถิติ Paired Simples t- test ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเพื่อหาหลักการแจกแจงเป็นโค้งปกติของข้อมูล พบว่า 1) ข้อมูลจากการประเมินตนเองของนักศึกษาพยาบาลมีการแจกแจงแบบปกติ ($p = .440, p = .485$) และข้อมูลเป็นมาตราอันดับ และ 2) ข้อมูลจากการประเมินของอาจารย์ผู้สอนและพยาบาลพี่เลี้ยงมีการแจกแจงแบบปกติ ($p = .109, p = .117$) และข้อมูลเป็นมาตราอัตราส่วน

3. วิเคราะห์ความพึงพอใจต่อรูปแบบ โดยหาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. วิเคราะห์หาคุณภาพรูปแบบ โดยหาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

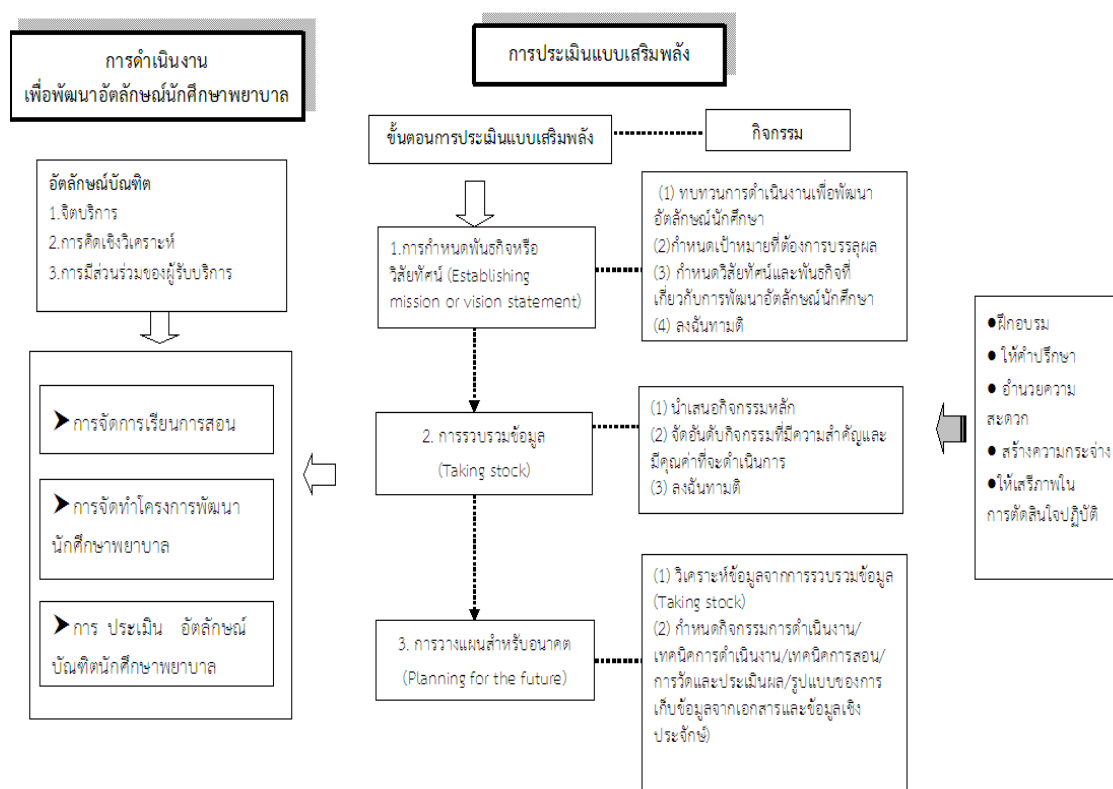
จริยธรรมวิจัย

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ใบรับรองเลขที่ 19/2562

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาแบบแผนการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

รูปแบบ ประกอบด้วย 2 มิติ คือ มิติดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต และมิติการประเมินแบบเสริมพลัง โดยกระบวนการดำเนินงาน ประกอบด้วย การจัดการเรียนการสอน การจัดกิจกรรมพัฒนานักศึกษา และการประเมินอัตลักษณ์บัณฑิต ดำเนินการตามขั้นตอนของการประเมินแบบเสริมพลัง 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดพันธกิจหรือวิสัยทัศน์ 2) การรวบรวมข้อมูล และ 3) การวางแผนสำหรับอนาคต โดยใช้ยุทธวิธีการดำเนินงาน คือ 1) การฝึกอบรม 2) การให้คำปรึกษา 3) การอำนวยความสะดวก 4) การสร้างความกระจำ และ 5) การให้เสริมภาพในการปฏิบัติ ดังแสดงตาม ภาพ 2



ภาพ 2 รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

2. ผลการประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

2.1 เปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจของบุคลากรเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ

ตาราง 1 เปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจของผู้บริหาร อาจารย์ และพยาบาลที่เลี้ยงเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์นักศึกษาพยาบาล

ความรู้ความเข้าใจ	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P-value</i> (1-tailed)
ด้านการจัดการเรียนการสอน						
ก่อนการทดลอง	55	10.85	0.88	8.96	54	< .001
หลังการทดลอง	55	12.38	1.19			
ด้านการจัดโครงการเพื่อพัฒนานักศึกษา						
ก่อนการทดลอง	55	3.93	0.53	8.12	54	< .001
หลังการทดลอง	55	4.60	0.50			
ด้านการประเมินอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล						
ก่อนการทดลอง	55	6.33	1.42	7.30	54	< .001
หลังการทดลอง	55	7.53	0.60			
ด้านแนวทางการประเมินแบบเสริมพลัง						
ก่อนการทดลอง	55	10.03	0.48	8.86	54	< .001
หลังการทดลอง	55	11.08	0.89			
ภาพรวม						
ก่อนการทดลอง	55	31.13	1.80	16.76	54	< .001
หลังการทดลอง	55	35.58	1.82			

จากตาราง 1 พบว่าหลังการทดลอง ผู้บริหาร อาจารย์ และพยาบาลที่เลี้ยงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาลสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งในภาพรวมและรายด้าน

2.2 เปรียบเทียบพฤติกรรมตามคุณลักษณะอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ

ตาราง 2 ผลการประเมินตนเองของนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับพฤติกรรมตามอัตลักษณ์บัณฑิตระหว่างก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ

อัตลักษณ์บัณฑิต	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P-value</i> (1-tailed)
ด้านจิตบริการ						
ก่อนการทดลอง	115	3.78	0.87	17.42	20	< .001
หลังการทดลอง	115	4.48	0.57			
ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์						
ก่อนการทดลอง	115	3.72	0.63	9.56	10	< .001
หลังการทดลอง	115	4.02	0.63			
ด้านการมีส่วนร่วมของ ผู้รับบริการ						
ก่อนการทดลอง	115	3.97	0.82	7.90	24	< .001
หลังการทดลอง	115	4.26	0.79			
ภาพรวม						
ก่อนการทดลอง	115	3.82	0.80	13.89	56	< .001
หลังการทดลอง	115	4.30	0.65			

จากตาราง 2 พบว่าหลังการทดลองนักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมตามคุณลักษณะอัตลักษณ์บัณฑิตสูงกว่าก่อนการทดลองทั้งในภาพรวมและรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 3 ผลการประเมินอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาลโดยอาจารย์ผู้สอนและพยาบาลพี่เลี้ยงระหว่างก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบ

อัตลักษณ์บัณฑิต	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P-value</i> (1-tailed)
ด้านจิตบริการ						
ก่อนการทดลอง	115	120.55	8.79	20.73	114	< .001
หลังการทดลอง	115	128.00	6.67			
ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์						
ก่อนการทดลอง	115	58.96	5.79	19.97	114	< .001
หลังการทดลอง	115	64.83	4.40			
ด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ						
ก่อนการทดลอง	115	73.51	7.52	15.74	114	< .001
หลังการทดลอง	115	83.11	4.17			
ภาพรวม						
ก่อนการทดลอง	115	253.02	20.33	20.34	114	< .001
หลังการทดลอง	115	275.93	14.81			

จากตาราง 3 พบว่าหลังการทดลองนักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมตามคุณลักษณะอัตลักษณ์บัณฑิตสูงกว่าก่อนการทดลองทั้งในภาพรวมและรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2.3 ความพึงพอใจของผู้บริหาร อาจารย์ และพยาบาลพี่เลี้ยงที่เกี่ยวข้องต่อรูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต

ตาราง 4 ความพึงพอใจของผู้บริหาร อาจารย์ และพยาบาลพี่เลี้ยงที่เกี่ยวข้องต่อรูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต

รายการ	ระดับคุณภาพ		ความหมาย
	<i>M</i>	<i>SD</i>	
1. ด้านการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล	4.16	0.60	มาก
2. ด้านการพัฒนาบุคลากรของสถานศึกษา	4.20	0.66	มาก
รวม	4.19	0.62	มาก

จากตาราง 4 พบว่าผู้บริหาร อาจารย์ และพยาบาลพี่เลี้ยงมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตในระดับมาก ทั้งในภาพรวมและรายด้าน

2.4 ผลการประเมินคุณภาพรูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

ตาราง 5 คุณภาพของรูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต ของนักศึกษาพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

รายการ	ระดับคุณภาพ		ความหมาย
	M	SD	
1. ด้านความเป็นไปได้			
1.1 สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในสถานศึกษา	4.29	0.60	มาก
1.2 มีทรัพยากรสนับสนุนอย่างเพียงพอ	4.22	0.66	มาก
1.3 สามารถทำความเข้าใจได้ง่าย	4.09	0.67	มาก
1.4 วิธีการและขั้นตอนไม่ยุ่งยากต่อการนำไปใช้	4.16	0.71	มาก
1.5 ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องสามารถมีส่วนร่วม	4.22	0.53	มาก
1.6 บุคลากรภายใต้ความร่วมมือ	4.47	0.50	มาก
2. ด้านความเป็นประโยชน์			
2.1 ช่วยส่งเสริมการปฏิบัติงานในสถานศึกษา	4.27	0.56	มาก
2.2 ช่วยจัดระบบการปฏิบัติงานมากขึ้น	4.15	0.62	มาก
2.3 ช่วยพัฒนาศักยภาพของบุคลากร	4.35	0.58	มาก
2.4 ช่วยสร้างความมั่นใจในคุณภาพนักศึกษา	4.13	0.47	มาก
2.5 สะท้อนให้เห็นจุดแข็งจุดอ่อนของสภาพดำเนินงานอย่างชัดเจน	4.16	0.50	มาก
2.6 ทำให้ได้ข้อมูลสารสนเทศในการตัดสินใจ	4.07	0.42	มาก
2.7 ช่วยพัฒนาบุคลากรให้มีทักษะด้านการประเมิน	4.36	0.59	มาก
3. ด้านความเหมาะสม			
3.1 สอดคล้องกับพ.ร.บ. การศึกษาแห่งชาติ และมาตรฐานอุดมศึกษา	4.29	0.66	มาก
3.2 มีความสอดคล้องกับบริบทของสถานศึกษา	4.33	0.47	มาก
3.3 ไม่เป็นการสร้างภาระงานต่อของบุคลากร	4.13	0.47	มาก
3.4 ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม	4.27	0.56	มาก
3.5 กระบวนการพัฒนาบุคลากรมีความเหมาะสม	4.27	0.56	มาก
3.6 กิจกรรมสอดคล้องกับการปฏิบัติงาน	4.15	0.62	มาก
4. ด้านความถูกต้อง			
4.1 มีแนวคิดและหลักการตรงกับหลักการจัดการศึกษา	4.45	0.50	มาก
4.2 มีการระบุเนื้อหาที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน	4.27	0.56	มาก
4.3 มีประสิทธิภาพต่อการประเมินอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษา	4.20	0.65	มาก
4.4 ระบบการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลถูกต้อง	4.20	0.40	มาก
4.5 ได้ข้อมูลสารสนเทศในการตัดสินใจที่ชัดเจน	4.42	0.50	มาก
4.6 การมีส่วนร่วมในการพัฒนางานเกิดความชัดเจน	4.15	0.62	มาก
รวม	4.25	0.57	มาก

จากตาราง 5 พบว่า รูปแบบมีคุณภาพด้านความเป็นไปได้ ความเป็นประโยชน์ ความเหมาะสม และความถูกต้องอยู่ในระดับมาก โดยมีประโยชน์ต่อการจัดการศึกษาช่วยพัฒนาความรู้ความเข้าใจและทักษะของบุคลากรและสะท้อนให้เห็นจุดแข็งจุดอ่อนของสภาพการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์นักศึกษาของสถานศึกษาอย่างชัดเจน และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในสถานศึกษา

อภิปรายผล

1. รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มีโครงสร้าง 2 ส่วน คือการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตกับมิติการประเมินแบบเสริมพลัง

ทั้งนี้การดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต ประกอบด้วยการจัดการเรียนการสอน การจัดกิจกรรมพัฒนานักศึกษา และการประเมินอัตลักษณ์บัณฑิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษากระบวนการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ของ Tongsom, Janpet, Siriporn, & Hanbenjapong (2020) พบว่าวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มีการดำเนินการที่สำคัญ ได้แก่ 1) การเป็นต้นแบบ (Role Model) ของอาจารย์และครูพี่เลี้ยง 2) วิธีการจัดการเรียนการสอนของอาจารย์ 3) การอยู่ร่วมกันแบบระบบครอบครัว ซึ่งทุกคนจะมีบทบาทหน้าที่และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน 4) บูรณาการการเรียนการสอนกับกิจกรรมเสริมหลักสูตร และ 5) การกำหนดเป็นนโยบาย เป็นการกำหนดทิศทางการดำเนินงานที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนด และจากการศึกษาโมเดลเชิงสาเหตุของพฤติกรรมผลการดูแลอย่างเอื้ออาทร ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกของ Thipsungnoen, Sabaiying, Sansa, & Kosolchuenvijit (2020) พบว่าปัจจัยด้านการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีพฤติกรรมผลการดูแลอย่างเอื้ออาทรนั้นต้องมีการจัดการเรียนการสอนที่มีการสอนเสริมพลังการเรียนรู้ ผู้สอนต้องไวต่อการประเมิน เพื่อเสริมแรงทางบวกเพื่อให้ผู้เรียนมีพฤติกรรมที่ดีนั้นคงอยู่ต่อเนื่อง ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตมีลักษณะเป็นกลไกของการจัดการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตร์และกิจกรรมเสริมหลักสูตร โดยในคู่มือการดำเนินการเพื่อให้เกิดอัตลักษณ์บัณฑิตสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2554 ได้กำหนดแนวทางการจัดการเรียนการสอนและกิจกรรมเสริมหลักสูตร เพื่อให้เกิดสมรรถนะบัณฑิตที่ตอบสนองอัตลักษณ์ (Praboromarajchanok Institute, 2011) ขณะที่ลักษณะของการพัฒนาบุคลากรที่ใช้ยุทธวิธีแนวคิดการประเมินแบบเสริมพลัง ได้เน้นให้ผู้เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้ได้ส่งผลให้บุคลากรเกิดการพัฒนานตนเองจากการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งกระบวนการฝึกอบรมจะช่วยให้บุคลากรมีความเข้าใจและเกิดความเชื่อมั่นจนสามารถออกแบบกิจกรรม/แผนงาน/โครงการ ที่สนองต่อการพัฒนางานได้ (Kaewchusen, Sangprateetong, Promjouy, & Watana, 2013) สอดคล้องตามแนวคิดของ เฟตเตอร์แมน (Fetterman, 2001) ที่กล่าวว่า “การประเมินแบบเสริมพลัง นอกจากจะทำให้ทราบผลการประเมินของหน่วยงานหรือโครงการแล้ว กระบวนการนี้ยังช่วยพัฒนาบุคลากรให้สามารถทำงานได้ด้วยตนเองในอนาคตด้วย”

2. ผลการประยุกต์ใช้รูปแบบ พบว่า 1) หลังการทดลองใช้รูปแบบนักศึกษามีพฤติกรรมตามคุณลักษณะของอัตลักษณ์บัณฑิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งในภาพรวมและรายด้าน 2) บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ 3) บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการประเมินในระดับมาก แสดงว่าการใช้รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลังเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล มีผลต่อการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต ทั้งนี้เนื่องจากมีแนวทางบูรณาการคุณลักษณะของอัตลักษณ์บัณฑิตในกระบวนการจัดการเรียนการสอน การจัดโครงการพัฒนานักศึกษาและการประเมินอัตลักษณ์บัณฑิตที่ชัดเจน ทำให้การดำเนินงานมีเป้าหมายชัดเจน ทิศทางการดำเนินงานเป็นไปในแนวทางเดียวกัน มีการประสานและรับรู้ข้อมูลอย่างทั่วถึงกัน ส่งผลต่อการดำเนินงานประสบความสำเร็จมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการประกันคุณภาพภายในโดยใช้การประเมินแบบเสริมพลังสำหรับวิทยาลัยเกษตรและเทคโนโลยี ที่พบว่าการประเมินแบบเสริมพลังมีวิธีการ ขั้นตอน และยุทธวิธีที่ช่วยให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินและมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานตามรูปแบบ จนสามารถปฏิบัติงานประกันคุณภาพภายในของสถานศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Kaewchusen, Sangprateetong, Promjouy, & Watana, 2013)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ในการนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ สถานศึกษาควรทำความเข้าใจลักษณะและวิธีการของรูปแบบให้ชัดเจน โดยศึกษาคู่มือการใช้รูปแบบอย่างละเอียด พร้อมทั้งเตรียมการด้านต่าง ๆ เช่น การสร้างความเข้าใจกับบุคลากร การประสานงาน การสร้างทีมงานเสริมพลัง เตรียมเอกสารและข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง

2. ผู้บริหารต้องใช้บทบาทของนักเสริมพลัง อาจจะกำหนดเป็นนโยบาย และสร้างความเข้าใจแก่อาจารย์ในวิทยาลัย มีทีมอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับการเสริมพลัง ซึ่งมีความสำคัญต่อการผลักดันให้การดำเนินงานตามขั้นตอนของการประเมินแบบเสริมพลังมีประสิทธิภาพ

3. สถานศึกษาจัดระบบและกลไกการปฏิบัติงานโดยเน้นการพัฒนาตามอัตลักษณ์บัณฑิต เช่น การวัดและประเมินผลการเรียนการสอน โครงการและกิจกรรมต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับอัตลักษณ์บัณฑิต การจัดให้มีการประเมินอัตลักษณ์ระดับชั้นปี การสร้างความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับการบูรณาการอัตลักษณ์บัณฑิตแก่อาจารย์ บุคลากรและนักศึกษา การจัดทำแผนงาน/โครงการที่ใช้อัตลักษณ์บัณฑิตเป็นฐาน การนิเทศ กำกับ ติดตาม และการรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานเป็นระยะ ๆ เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้กระบวนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาลมีประสิทธิภาพสูงขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาแบบการพัฒนอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล โดยประยุกต์ใช้วิธีการอื่น ๆ ได้แก่ การเทียบเคียงสมรรถนะ การวิจัยแบบมีส่วนร่วม รวมทั้งแนวคิดอื่น ๆ เพื่อค้นพบโครงสร้าง องค์ประกอบ และขั้นตอนการดำเนินการที่ดีที่สุดที่เหมาะสมกับการดำเนินงานเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาล

2. ควรมีการพัฒนาแบบการพัฒนอัตลักษณ์บัณฑิตของนักศึกษาพยาบาลกับสถานศึกษาประเภทอื่น ๆ ทั้งของรัฐและเอกชน เพื่อเป็นการขยายผลการศึกษาและค้นพบองค์ความรู้ที่แตกต่างและเป็นประโยชน์มากขึ้น

References

- Educational Development Groups of Praboromarajchanok Institute. (2013). *Manual of Measurement Tools and Learning Evaluation of Bachelor's Degree Qualification Framework, Nursing Program, Colleges Under the Jurisdiction of Phraboromarajchanok Institutes* (Revised Edition 1). Bangkok. (in Thai)
- Fetterman, D. M. (2001). *Empowerment Evaluation: A Introduction to Theory and Practice*. In Fetterman, D. M., Kaftarian, S. J. and Wandersman, A. (Eds) *Empowerment Evaluation: Knowledge and Tools for Self-Assessment & Accountability*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kaewchusen, P., Sangprateetong, V., Promjouy, S., & Watana, J. (2013). Development of An Internal Quality Assurance Model Using Empowerment Evaluation for Agriculture and Technology College. *Social Sciences Research and Academic Journal*, 8(22), 1-14. (in Thai)
- Nawsuwan, K. (2014). Development of Student Identity Indicators Ministry of Nursing College Public Health. Doctor of Philosophy Educational Administration Hat Yai University. (in Thai)
- Nawsuwan, K., Wisalaporn, S., & Didyasarin, S. W. (2015). Strategies to Develop the Nursing Students' Identity in Nursing Colleges, Ministry of Public Health. *Hatyai Journal*, 13(2), 117-132. (in Thai)
- Praboromarajchanok Institute. (2011). *Action Guide for Achieving Graduate Identity*. (2nd ed.). Bangkok: Yutharin. (in Thai)
- Sinlarat, P. (2014). *Grow to the Full Potential of the 2^{1st} Century of Thai Education*. Bangkok: College of Education Dhurakij Pundit University. (in Thai)
- Thipsungnoen, T., Sabaiying, W., Sansa, N., & Kosolchuenvijit, J. (2020). A Causal Model of Caring Behavior among Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing Under Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 7(1), 16-31. (in Thai)



Thogsom, P., Janpet, A., Siriporn, L., & Hanbenjapong, C. (2020). Graduated Identity Development Process of Colleges under Praboromarajchanok Institute Jurisdiction, Ministry of Public Health. *Journal of Health Science*, 29(3), 547-560. (in Thai)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้กับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนจังหวัดนราธิวาส Relationships Between Knowledge, Perception, and the "New Normal Behaviors" for Preventing Coronavirus Disease (COVID-19) Infection among People in Narathiwat Province

ระวี แก้วสุกใส^{1*}, พรทิพา คงคุณ¹, บุญยิ่ง ทองคุปต์¹, ลุตฟี สะมะแอ¹ และ สกุนา บุญนารากร¹
Rawi Kaewsuksai^{1*}, Porntiwa Kongkun¹, Boonying Tongkoop¹, Lootfee Samaair¹
and Sakuna Boonnarakorn¹

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์^{1*}
Faculty of Nursing Princess of Naradhiwas University^{1*}

(Received: February 23, 2021; Revised: April 27, 2021; Accepted: May 06, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ การรับรู้และพฤติกรรม
การดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้กับ
พฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ของประชาชน จังหวัดนราธิวาส กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนที่มีอายุตั้งแต่
15 ปีขึ้นไป จำนวน 5,444 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป
2) ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 3) การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และ 4) พฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่
เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่า IOC ระหว่าง
.67–1.00 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้โดยใช้ KR-20 ได้ค่าเท่ากับ .80 ค่าอัลฟาครอนบาคด้านการ
รับรู้ เท่ากับ .92 และด้านพฤติกรรมการปฏิบัติเท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐานและสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

ประชาชนจังหวัดนราธิวาส ส่วนใหญ่ร้อยละ 79.50 มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก โดย
มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.29 คะแนน ($M=17.29$, $SD=3.94$) มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก
เช่นเดียวกัน ($M=3.97$, $SD=0.40$) มีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่
ในระดับปานกลาง ($M=1.28$, $SD=0.27$) นอกจากนี้ความรู้และการรับรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับ
พฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ($r=.211$, $p<.01$ และ $r=.101$, $p<.01$
ตามลำดับ)

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสื่อสารทำความเข้าใจและรณรงค์การปฏิบัติพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถี
ใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 โดยเฉพาะการใช้แอปพลิเคชันไทยชนะเก็บข้อมูลการเข้าใช้งานในพื้นที่
สาธารณะของประชาชน เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ควบคุมโรคและเกิดพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบ
วิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ต่อเนื่อง ยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ การรับรู้, พฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่, จังหวัดนราธิวาส

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: rawi.k@pnu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 090-7191303)

Abstract

This descriptive and cross-sectional research aimed to study the level of knowledge, perception, and the "new normal behaviors" for COVID-19 prevention, and then to examine the relationships between knowledge, perception, and those behaviors for COVID-19 prevention in Narathiwat province. Sample was 5,444 people aged 15 and over. Research tool was a questionnaire consisting of 4 parts: 1) general information, 2) knowledge about COVID-19, 3) awareness of COVID-19, and 4) new normal behaviors for the prevention of COVID-19. Content validity of the questionnaire was examined by experts, and obtained IOC values between 0.67–1. Reliability of questionnaire regarding knowledge was tested using KR-20, and obtained a value of 0.80. Reliability of perception, and "new normal behaviors" part was tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding values of 0.92 and 0.90, respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's correlation. Results were as follows.

Most of people (79.50 %) had knowledge about COVID-19 at a high level ($M=17.29$, $SD=3.94$). Their perception about COVID-19 was at a high level ($M=3.97$, $SD=0.40$) as well. While the "new normal behaviors" for the prevention of COVID-19 was at a moderate level ($M=1.28$, $SD=0.27$). Knowledge and perception about the COVID-19 were positively correlated with the new normal behaviors for the prevention of COVID-19 ($r=0.211$, $p<.01$ and $r=.101$, $p<.01$).

From the research results, relevant agencies should communicate, understand and campaign for "new normal behaviors" in order to prevent COVID-19, in particular, the use of the Thai Chana application, the registration of the public access in public areas. The data can be used in surveillance and control disease, and develop New normal behaviors for continual and sustainable COVID-19 prevention.

Keywords: COVID-19, Knowledge, Perception, New Normal Behaviors

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ ที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ตั้งชื่ออย่างเป็นทางการว่า COVID-19 และประกาศเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC) สำหรับประเทศไทยเริ่มแพร่เข้าสู่ประเทศตั้งแต่วันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2563 และประกาศเป็นโรคติดต่ออันตรายพร้อมตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์ COVID-19 (ศบค.) เพื่อบริหารและจัดการวิกฤติ จากรายงาน ณ วันที่ 15 มีนาคม พ.ศ.2564 ทั่วโลกมีผู้ป่วยสะสม 120,452,648 คน เสียชีวิต 2,666,125 คน โดยประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยสะสมและเสียชีวิตมากที่สุด สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยสะสม จำนวน 27,005 ราย เสียชีวิต สะสม 87 ราย และมีผู้ป่วยนอนรักษาอยู่ในโรงพยาบาล จำนวน 684 ราย (Department of Disease Control Ministry of Public Health COVID-19, 2021) สำหรับจังหวัดนราธิวาส ตั้งแต่วันที่ 14 มีนาคม พ.ศ.2563 ถึงวันที่ 5 เมษายน พ.ศ.2564 มีผู้ป่วยสะสม จำนวน 164 ราย รักษาหาย 64 คน เสียชีวิต จำนวน 2 คน (Narathiwat Province, 2021)

โรคโควิด-19 สามารถติดต่อจากคนสู่คน เช่น จากสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วยหรือแพร่ผ่านทางฝอยละอองน้ำลายขนาดใหญ่ (Droplet Transmission) ละอองฝอยขนาดเล็ก (Aerosol Transmission) หรือแพร่ผ่านสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ ที่มีการปนเปื้อนเชื้อ (Transmission Via Fomite) กระทรวงสาธารณสุขได้ออกมาตรการ เพื่อให้หน่วยงานและประชาชนได้ปฏิบัติเพื่อป้องกันสุขภาพหรือจัดสภาพแวดล้อมในสถานที่ต่าง ๆ (Setting) เพื่อ

ป้องกันโรค ไม่ให้แพร่ไปสู่คนหมู่มาก เช่น การให้ความรู้แก่ประชาชน การใช้มาตรการเว้นระยะห่างระหว่างกัน สวมหน้ากากผ้า/หน้ากากอนามัยตลอดเวลา ล้างมือบ่อย ๆ หรือตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนเข้างาน ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิตที่ต่างไปจากวิถีเดิม จนเกิดคำใหม่ในสังคมไทย คือ New Normal หรือ ความปกติใหม่ ฐานวิถีชีวิตใหม่ ซึ่งเป็นรูปแบบการดำเนินชีวิตที่แตกต่างจากเดิม แต่อย่างไรก็ตามหลักปฏิบัติดังกล่าว สามารถชะลอการแพร่ระบาดของของโรคได้ในหลายประเทศรวมถึงประเทศไทยด้วย (Malathum, & Malathum, 2020) ดังนั้นการปฏิบัติอย่างถูกต้องของคนจำนวนมาก จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้แต่ละประเทศสามารถผ่านพ้นวิกฤติของการระบาดของโรคโควิด 19 ในครั้งนี้ได้ (Pannarunothai, 2020)

พฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ที่นักพัฒนาสุขภาพต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบใด ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกบุคคล (Powwattana, Kalampakorn, Lagampan, & Rawiworakul, 2018) การศึกษาในครั้งนี้ มุ่งศึกษา ความรู้ การรับรู้ ซึ่งมีความสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรค ตามมาตรการที่ศูนย์บริหารสถานการณ์ COVID-19 (ศบค.) ที่ได้ขอความร่วมมือให้จังหวัดใช้กลไกการบริหารราชการในพื้นที่ ระดับอำเภอ ระดับตำบล ระดับหมู่บ้านและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บูรณาการความร่วมมือทุกภาคส่วนรณรงค์ประชาสัมพันธ์ สร้างการรับรู้และสร้างความเข้าใจในพฤติกรรมดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ แก่ประชาชนในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค ประกอบด้วย การสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าทุกครั้งเมื่อออกจากเคสสถานหรือเข้าร่วมกิจกรรมที่มีผู้คนแออัด รักษาสุขภาพอนามัยด้วยการล้างมือด้วยสบู่ แอลกอฮอล์ เจลหรือน้ำยาฆ่าเชื้อโรคบ่อย ๆ หลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรมหรือไปในสถานที่ที่มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวนมาก ถือหลักการเว้นระยะห่างอย่างน้อยหนึ่งเมตร หลีกเลี่ยงการติดต่อสัมผัสระหว่างกันและทำความสะอาดที่อยู่อาศัยหรือสถานที่ประกอบกิจการหรือกิจกรรม โดยการเช็ดทำความสะอาดพื้นผิวสัมผัส

ผู้วิจัย ซึ่งเป็นอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ตระหนักถึงภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เห็นความสำคัญในการควบคุมและป้องกันโรค เพื่อลดอัตราป่วยของประชาชนในพื้นที่และยังพบว่าไม่ปรากฏมีการศึกษา เกี่ยวกับ ความรู้ การรับรู้ พฤติกรรมดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ เพื่อการป้องกันโรคโควิด 19 ของประชาชนในจังหวัดนราธิวาส คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพื่อให้เกิดองค์ความรู้เพื่อเป็นข้อมูลการควบคุมและป้องกันโรคโควิด 19 และจัดการศึกษาที่เกี่ยวข้อง อันนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และพฤติกรรมดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน จังหวัดนราธิวาส
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 กับพฤติกรรมดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน จังหวัดนราธิวาส

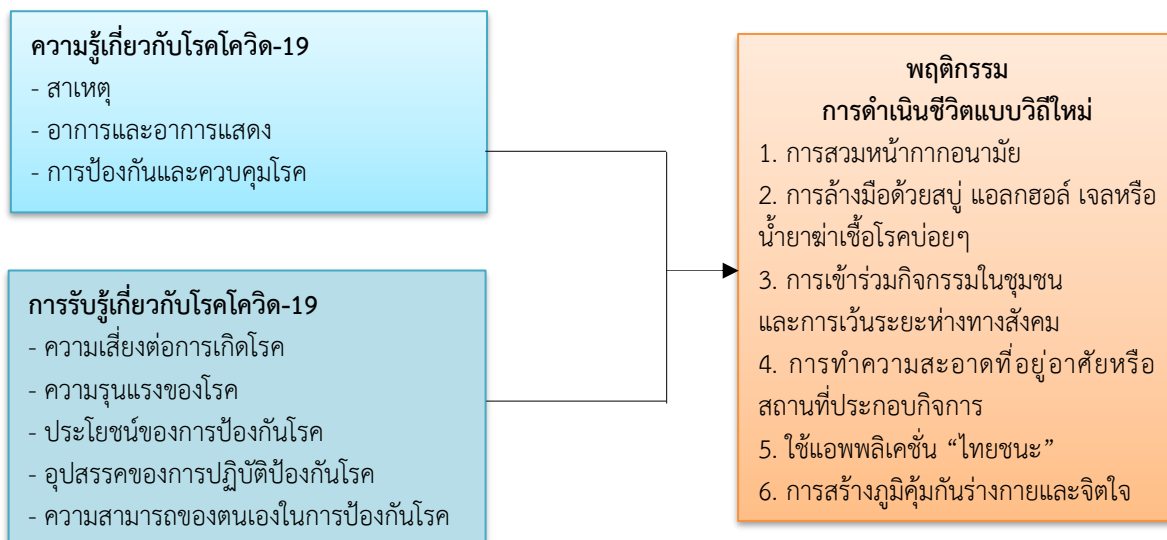
สมมติฐานวิจัย

ความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ในประชาชน จังหวัดนราธิวาส

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของ Strecher & Rosenstock (Strecher & Rosenstock, 1996 cited in Powwattana, Kalampakorn, Lagampan, &

Rawiworakul, 2018) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยปัจจัยร่วมที่เป็นตัวแปรต้น ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 การรับรู้เกี่ยวกับด้านความเสี่ยง ด้านความรุนแรง ด้านประโยชน์ของการป้องกันโรค ด้านอุปสรรคและความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 ตัวแปรตามได้แก่ พฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ ตามมติที่ประชุมศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (Thai Health Promotion Foundation. ,2020) ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและการเว้นระยะห่างทางสังคม การทำความสะอาดที่อยู่อาศัยหรือสถานที่ประกอบกิจการ การใช้แอปพลิเคชันไทยชนะและการสร้างภูมิคุ้มกันร่างกายและจิตใจ ดังแสดงภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย แบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Descriptive)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดนราธิวาส จำนวน 493,985 คน (Health Data Center (HDC) Narathiwat, 2020)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดนราธิวาส ครอบคลุม 13 อำเภอ จำนวน 5,444 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์กลุ่มประชากรหลักแสนควรใช้กลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยร้อยละ 1 (Vallakitsasemsakul 2019 cited in Nawsuwan, Singweratham, Waichompu, & Chayakul, 2020) และทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยคำนวณตามสัดส่วนประชากรของแต่ละอำเภอจำนวน 13 อำเภอ และกำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป 2) มีสติสัมปชัญญะครบถ้วนสมบูรณ์ 3) มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยหรือภาษามลายูถิ่นได้ดี 4) อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และ 5) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวน เอกสาร งานวิจัย และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ภูมิสำเนา เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพช่องทางการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (Check List) และเติมคำในช่องว่าง

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ อาการแสดง การควบคุมและป้องกันโรคโควิด-19 ลักษณะเป็นแบบสอบถามการวัดความรู้ 3 ระดับ คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ จำนวน 20 ข้อ ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบไม่แน่ใจหรือผิด ได้ 0 คะแนน และจัดระดับการแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ (Best, 1978) คือ ระดับน้อย (ไม่เกิน 12 คะแนน) ปานกลาง (12-15 คะแนน)และมาก (16 คะแนน ขึ้นไป)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ประกอบด้วย การรับรู้ด้านความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ด้านความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามวิธีของลิเคอร์ท (Likert Scale) จำนวน 41 ข้อ จัดระดับการแปลผล 5 ระดับ (Best, 1978) ระดับน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 ระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 และระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและการเว้นระยะห่างทางสังคม การทำความสะอาดที่อยู่อาศัยหรือสถานที่ประกอบกิจการ การใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ การสร้างภูมิคุ้มกันร่างกายและจิตใจ ลักษณะเป็นคำถามวัดพฤติกรรมปฏิบัติ 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้งและไม่ปฏิบัติ จำนวน 37 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมด ให้คะแนนเกี่ยวกับการปฏิบัติ ปฏิบัติทุกครั้ง/ทุกวัน ได้ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง ได้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ 0 คะแนน จัดระดับการแปลผล 3 ระดับ (Best, 1978) ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 0.00 – 0.66) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 0.67 - 1.33) และระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 1.34 – 2.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านได้แก่ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย ด้านสาธารณสุขและนักวิชาการสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมและป้องกันโรค ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence) พิจารณาเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ .67-1.00 สร้างเป็นแบบสอบถาม ส่วนข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องต่ำกว่า .67 ทำการปรับปรุงแก้ไขหรือตัดออกตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดนราธิวาส จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้านความรู้โดยใช้ KR-20 และค่าอัลฟาครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ด้านการรับรู้และด้านพฤติกรรมปฏิบัติ เท่ากับ .80, .92 และ .90 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยอบรมเตรียมความพร้อมผู้ช่วยนักวิจัยเกี่ยวกับ การสร้างสัมพันธภาพในชุมชน การประสานงานเครือข่ายในชุมชน ทักษะการใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลและฝึกปฏิบัติทดลองเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยทำหนังสือไปยังนายอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการอำนวยความสะดวกและประสานงานไปยังกำนัน ผู้ใหญ่บ้านในระหว่างการเก็บข้อมูลของผู้ช่วยวิจัย
3. ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลภาคสนามทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถามเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยผู้วิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ก่อนการวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ประกอบด้วย การพิจารณาลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) โดยพิจารณาจากกราฟ P-P Plot และทดสอบตัวแปรอิสระ ตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity) ด้วยสถิติเอฟ (F-test) พบว่าตัวแปรอิสระทุกตัวมีความเชิงเส้นตรงเช่นเดียวกัน ($F=256.051$ Sig<.001 และ $F=58.095$ Sig<.001)

2. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ
3. ข้อมูลความรู้ การรับรู้ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การหาค่าเฉลี่ย (M) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้กับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยผู้วิจัย กำหนดค่าระดับความสัมพันธ์ โดยใช้เกณฑ์ดังนี้ (Thato, 2018)

ค่าสหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.00	ถือว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน
ค่าสหสัมพันธ์ (r) 0.00 - 0.30	ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
ค่าสหสัมพันธ์ (r) 0.31 - 0.70	ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
ค่าสหสัมพันธ์ (r) 0.70 - 1.00	ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ รหัสโครงการ 012-2563-Nq-Xmpv ลงวันที่ 28 กรกฎาคม 2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 5,444$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	2,087	38.34
หญิง	3,357	61.66
อายุ ($M = 39.51$, $SD = 10.27$, $Min = 15$, $Max = 80$)		
ต่ำกว่า 19	333	6.12
20-29	1,264	23.22
30-39	1,261	23.16
40-49	1,164	21.38
50-59	970	17.82
60-69	366	6.72
มากกว่า 70	86	1.58
ศาสนา		
พุทธ	309	5.68
อิสลาม	5,134	94.31
คริสต์	1	0.02
สถานภาพ		
โสด	1,259	23.13
สมรส	3,961	72.76
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	224	4.11

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	1,894	34.79
มัธยมศึกษาตอนต้น	950	17.45
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	1,379	25.33
อนุปริญญา/ปวส.	221	4.06
ปริญญาตรี	573	10.53
ไม่ได้รับการศึกษา	401	7.37
กลุ่มอาชีพ		
ทำงานในสำนักงาน เช่น ข้าราชการ/พนักงาน ของรัฐ/พนักงานบริษัท	439	8.10
บุคลากรทางสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล	29	.50
อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	93	1.70
เสริมสวย/ตัดผม/สปา	24	.40
ขายอาหารทั้งแผงลอยและในร้านค้า	967	17.80
จำหน่ายสินค้าในตลาดสดหรือตลาดนัด	341	6.80
พนักงานขนส่งสินค้า	55	1.00
ประมง	9	.20
เกษตรกร เช่น กรีดยาง ทำสวน ทำนา เป็นต้น	1108	20.40
รับจ้างทั่วไป เช่น ก่อสร้าง	922	16.90
นักเรียน นักศึกษา	440	8.10
ว่างงาน แม่บ้าน	1017	18.70
รายได้		
พอใช้ไม่เหลือเก็บ	4,292	78.84
พอใช้เหลือเก็บ	992	18.22
ไม่พอใช้เป็นหนี้	160	2.94
การได้รับทราบข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19		
เคยรับทราบ	5,312	97.58
ไม่เคยรับทราบ	132	2.42
แหล่งที่ได้รับทราบข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3,978	73.10
อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	4,756	87.40
วิทยุ โทรทัศน์	5,046	92.70
สื่อสังคมออนไลน์	3,758	69.00
สื่อสิ่งพิมพ์ เอกสาร แผ่นพับ	1,507	27.70
รถประชาสัมพันธ์	2,924	53.70
เสียงตามสายในชุมชน มัสยิด	4,468	82.10
เพื่อน คนรู้จัก	5,000	91.80
ประวัติการป่วยด้วยโรคโควิด-19ของสมาชิกในบ้าน		
ไม่เคย	5,383	98.88
เคย	61	1.12

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.66) เป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วง 20 - 29 ปี และ 30 - 39 ปี ในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน อายุเฉลี่ย 39.51 ปี อายุต่ำสุด 15 ปี สูงสุด 80 ปี นับถือศาสนาอิสลามและสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ ด้านการศึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 34.79) มีการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกร ทั้งนี้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.84) มีรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ มีเพียงร้อยละ 18.22 เท่านั้น มีเงินพอใช้และเหลือเก็บ ด้านการรับทราบข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97.58) เคยรับทราบข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยมีแหล่งที่มาของข่าวสารสูงสุด คือ วิทยุ โทรทัศน์ (ร้อยละ 92.70) รองลงมาได้แก่ เพื่อน/คนรู้จัก (ร้อยละ 91.80) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในชุมชน (ร้อยละ 87.40) และเสียงตามสายในชุมชน มัสยิด (ร้อยละ 82.10) ตามลำดับ สำหรับประวัติการป่วยด้วยโรคโควิด-19 ของสมาชิกในบ้าน มีเพียงร้อยละ 1.12 เท่านั้น ที่สมาชิกในบ้านป่วยด้วยโรคโควิด-19

2. ระดับความรู้เรื่องโรคโควิด-19 ของประชาชน จังหวัดนราธิวาส

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ (n= 5,444)

ระดับความรู้	ช่วงคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60)	น้อยกว่า 12	447	8.21
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79)	12 - 15	669	12.29
ระดับมาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	16 - 20	4,328	79.50

คะแนนเฉลี่ย $M=17.29$, $SD= 3.94$, $Min-Max=0 - 20$

จากตาราง 2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.50) มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก รองลงมา (ร้อยละ 12.29) คือระดับปานกลางและต่ำสุด (ร้อยละ 8.21) ระดับน้อย ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 17.29 คะแนน ($M=17.29$, $SD= 3.94$)

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิดเป็นรายข้อ (n= 5,444)

ข้อ	ความรู้	ตอบถูก		ตอบผิด	
		คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
สาเหตุและการติดต่อ					
1	โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ	5,046	92.70	398	7.30
2	โรคโควิด-19 สามารถติดต่อโดยการไอหรือจามโดยผ่านละอองน้ำลาย	5,111	93.90	333	6.10
3	การรับประทานอาหารช้อนเดียวกันมีโอกาสรับเชื้อโรคโควิด-19	4,943	90.80	501	9.20
4	การสัมผัสมือกันมีโอกาสรับเชื้อโรคโควิด-19	4,911	90.20	533	9.80
5	การใช้ของร่วมกัน เช่น แก้วน้ำ ผ้าเช็ดตัว หมอน ผ้าปูที่นอน มีโอกาสรับเชื้อโรคโควิด-19	4,684	86.00	760	14.00
6	ผู้ที่ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ สามารถแพร่เชื้อให้บุคคลอื่นได้	4,456	81.90	988	18.10
7	ผู้ที่อาศัยหรือเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 มีโอกาสได้รับเชื้อโรคโควิด-19	4,770	87.60	674	12.40

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อ	ความรู้	ตอบถูก		ตอบผิด	
		คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
อาการและอาการแสดง					
8	ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่ที่มีอาการไม่รุนแรงคือ มีอาการไข้ ไอแห้ง มีน้ำมูก เจ็บคอ ถ่ายเหลว ซึ่งอาจมีอาการเดียวหรือหลายอาการก็ได้	5,039	92.60	405	7.40
9	ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีอาการรุนแรงคือ ผู้ที่มีอาการหายใจหอบเหนื่อยหรือหายใจลำบาก	4,832	88.80	612	11.20
10	ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีภาวะวิกฤตคือ ผู้ที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	4,411	81.00	1033	19.00
การป้องกันและควบคุมโรค					
11	การใช้หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย สามารถป้องกันการแพร่กระจายของโรคโควิด-19 ได้	5,237	96.20	207	3.80
12	การล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์บ่อย ๆ สามารถป้องกันการแพร่กระจายของโรคโควิด-19 ได้	5,165	94.90	279	5.10
13	การไม่ไปอยู่ในสถานที่ที่มีคนแออัดช่วยลดโอกาสการแพร่กระจายของโรคโควิด-19 ได้	5,020	92.20	424	7.80
14	การเว้นระยะห่าง 1-2 เมตร เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมกับบุคคลอื่น ช่วยลดโอกาสการแพร่กระจายของโรคโควิด-19 ได้	4,967	91.20	477	8.80
15	การไม่รับประทานอาหารร่วมช้อนเดียวกัน สามารถป้องกันการแพร่กระจายของโรคโควิด-19 ได้	4,710	86.50	734	13.50
16	การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เน้นผักผลไม้ สามารถป้องกันการเกิดโรคโควิด-19 ได้	4,242	77.90	1,202	22.10
17	การออกกำลังกายให้ร่างกายแข็งแรง สามารถป้องกันการเกิดโรคโควิด-19 ได้	4,393	80.70	1,051	19.30
18	การพักผ่อนให้เพียงพอ สามารถป้องกันการเกิดโรคโควิด-19 ได้	4,215	77.40	1,229	22.60
19	เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคโควิด-19 หรือสัมผัสกับผู้ติดเชื้อ บุคคลในครอบครัวทุกคนจะต้องไม่ออกไปนอกบ้านเพื่อลดการแพร่กระจายโรคได้	4,643	85.30	80	14.70
20	การใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ ช่วยให้สามารถติดตามและค้นหาเพื่อสกัดกั้นการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-19 กับผู้ไปในสถานที่นั้นได้รวดเร็วขึ้น	3,366	61.80	2,078	38.20

จากตาราง 3 พบว่าข้อคำถามเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิดมากที่สุดจำแนกรายด้าน ได้แก่ ด้านสาเหตุและการติดต่อ คือผู้ที่ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ สามารถแพร่เชื้อให้บุคคลอื่นได้ (ร้อยละ 18.10) ด้านอาการและอาการแสดง คือผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีภาวะวิกฤตคือผู้ที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (ร้อยละ 19) และด้านการป้องกันและควบคุมโรค คือการใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ ช่วยให้สามารถติดตามและค้นหาเพื่อสกัดกั้นการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-19 กับผู้ไปในสถานที่นั้นได้รวดเร็วขึ้น

(ร้อยละ 38.20) ส่วนข้อความที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด ได้แก่ การใช้หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย สามารถป้องกันการแพร่กระจายของโรคโควิด-19 ได้ (ร้อยละ 96.20)

3. การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของประชาชน จังหวัดนราธิวาส

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง (n= 5,444)

รายการประเมิน	M	SD	ระดับ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค	4.30	0.54	มาก
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	4.32	0.57	มาก
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค	4.38	0.54	มาก
การรับรู้ต่ออุปสรรค	3.32	0.96	ปานกลาง
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค	3.97	0.70	มาก
ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวม	3.97	0.40	มาก

จากตาราง 4 พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.97$, $SD = 0.40$) และรายด้านอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกัน ยกเว้น ด้านการรับรู้ต่ออุปสรรค อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.32$, $SD = 0.96$)

4. พฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ เพื่อป้องกันโรคโควิด -19 ของประชาชน จังหวัดนราธิวาส

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ เพื่อป้องกันโรคโควิด -19 ของกลุ่มตัวอย่าง (n= 5,444)

รายการประเมิน	M	SD	ระดับ
การสวมหน้ากากอนามัย	1.49	0.42	มาก
การล้างมือ	1.41	0.39	มาก
การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและการเว้นระยะห่างทางสังคม	1.57	0.39	มาก
การทำความสะอาดที่อยู่อาศัยหรือสถานที่ประกอบกิจการ	1.09	0.44	ปานกลาง
การใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ	.60	0.66	ต่ำ
การสร้างภูมิคุ้มกันร่างกายและจิตใจ	1.14	0.30	มาก
รวม	1.28	0.27	ปานกลาง

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.28$, $SD = 0.27$) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าพฤติกรรมที่อยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและการเว้นระยะห่างทางสังคม ($M = 1.57$, $SD = 0.39$) การสวมหน้ากากอนามัย ($M = 1.49$, $SD = 0.42$) การล้างมือ ($M = 1.41$, $SD = 0.39$) และการสร้างภูมิคุ้มกันร่างกายและจิตใจ ($M = 1.14$, $SD = 0.30$) ยกเว้นพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันไทยชนะอยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($M = .60$, $SD = 0.66$)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้กับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ เพื่อป้องกันโรคโควิด -19 ของประชาชน จังหวัดนราธิวาส

ตาราง 6 แสดงค่าสหสัมพันธ์อย่างง่ายของเพียร์สัน (r) ระหว่างความรู้และการรับรู้กับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง (n= 5,444)

	พฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่
ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19	.211 **
การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19	.101 **

** P-value < .01

จากตาราง 6 ความรู้และการรับรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ($r=.211, p<.01$ และ $r=.101, p<.01$ ตามลำดับ)

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

1. ประชาชนจังหวัดนราธิวาส ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.50) มีความรู้เรื่องโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ เนื่องจากโรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ ที่พบผู้ป่วยในหลายประเทศทั่วโลก จนองค์การอนามัยโลกได้ประกาศเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC) และประเทศไทยได้ประกาศให้เป็นโรคติดต่ออันตราย รัฐบาลได้เล็งเห็นถึงสถานการณ์ที่อาจจะลุกลามและควบคุมได้ยาก จึงตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์ COVID-19 (ศบค.) ขึ้น ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและมาตรการเร่งด่วนในการบริหารสถานการณ์ดังกล่าว หนึ่งในมาตรการคือการจัดทำและเผยแพร่สถานการณ์การระบาดทั้งในและต่างประเทศ การให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและการติดต่อ อาการและการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ผ่านช่องทางสื่อสารต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนรับรู้ความเสี่ยง ลดความตระหนก มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ทั้งนี้ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกากระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) ขอความร่วมมือผู้รับใบอนุญาตประกอบกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ ถ่ายทอดการแถลงข่าวของ ศบค. ร่วมกันทุกวันพร้อมกัน (National Broadcasting and Telecommunication Commission, 2020) จึงทำให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับทราบข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 มาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยในครั้งนี้ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97.60) ได้รับทราบข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยแหล่งที่มาของข่าวสารสูงสุดคือจากวิทยุและโทรทัศน์ (ร้อยละ 92.70) ซึ่งเป็นแหล่งรับข้อมูลข่าวสารที่เข้าถึงประชาชน ที่สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้สำรวจ พบว่าครัวเรือนในประเทศไทย ในปี พ.ศ.2560 มีอุปกรณ์ในการรับชมรายการโทรทัศน์ จำนวน 20.4 ล้านครัวเรือนหรือคิดเป็นร้อยละ 95 (National Statistical Office of Thailand, 2020) นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังมีมาตรการป้องกันโรคโดยเน้นพฤติกรรมส่วนบุคคล การสอบสวนและการคัดกรองโรค รวมถึงการจัดระบบบริการทางการแพทย์ โดยเฉพาะการให้ความรู้แก่ประชาชน เพื่อให้เกิดความตระหนักและปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคได้ถูกต้อง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวังควบคุมโรค ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข เช่น การดำเนินงานเชิงรุกโดยการเคาะประตูบ้านเพื่อให้ความรู้แบบถึงลูกถึงคน การค้นหาผู้ติดเชื้อ การคัดกรองด้วยการวัดไข้ การติดตามการเข้าออกของกลุ่มเสี่ยง ตลอดจนรายงานผลการดำเนินงานวันต่อวันอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง (Nawsuwan, Singweratham, & Thepakorn, 2020) จึงทำให้ประชาชนมีความรู้เรื่องโรคโควิด-19

2. ประชาชนจังหวัดนราธิวาส มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าระดับความรู้เรื่องโรคโควิด-19 ของประชาชนจังหวัดนราธิวาสอยู่ในระดับมาก ซึ่งความรู้เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะหรือวิธีการต่าง ๆ โดยที่วัตถุประสงค์ของความรู้เน้นเรื่องกระบวนการของความจำในการเชื่อมโยงการจัดระบบใหม่ ส่วนการรับรู้เป็นการแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในใจของตนเองและการรับรู้จะถูกต้อง แม่นยำ ได้นั้นขึ้นอยู่กับสิ่งที่ผู้รับรู้ให้ความสำคัญและใส่ใจ เพราะฉะนั้นความรู้และการรับรู้ มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันคือการที่บุคคลจะรับรู้ได้นั้น จำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่องนั้น ๆ (Boonmee, Mahamit Wongsan, & Kawila, 2018) ดังนั้นการที่ประชาชนจังหวัดนราธิวาส มีระดับความรู้เรื่องโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมากจึงทำให้มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน

3. พฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนจังหวัดนราธิวาส โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=1.28, SD=.27$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าพฤติกรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Glomjai, Kaewjiboon, & Chachvarat (2020) ที่ศึกษาพบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจากโรคโควิด-19 การแพร่ระบาดยังคงมีการตรวจพบผู้ป่วยรายใหม่และจำนวนผู้เสียชีวิต ประกอบกับการปฏิบัติการดำเนิน

ชีวิตแบบวิถีใหม่ เป็นการใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย ที่จำเป็นต้องใช้เพื่อควบคุมการระบาดหรือบังคับ เช่น การใช้หน้ากากอนามัย 100 เปอร์เซ็นต์ ในพื้นที่และในกิจกรรมชุมชน การล้างมือด้วยสบู่และการใช้เจลล้างมือแอลกอฮอล์ จึงทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ยังคงปฏิบัติตามพฤติกรรมกาณ์ดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สำหรับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยในครั้งนี้ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ออปพลิเคชันไทยชนะอยู่ในระดับมาก เนื่องจากมีความยุ่งยาก ต้องมีโทรศัพท์สมาร์ทโฟน พร้อมสัญญาณอินเทอร์เน็ตและสอดคล้องกับผลสำรวจ Bangkok Poll (2020) เรื่องคนไทยการ์ดตกหรือยัง ทำการสำรวจความคิดเห็นประชาชน เกี่ยวกับพฤติกรรมกาณ์ป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งส่วนใหญ่ยอมรับว่าพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ปฏิบัติตนน้อยลงคือการเช็กอินไทยชนะหรือลงทะเบียนก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ

4. ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมกาณ์ดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานและสอดคล้องกับการศึกษา Singweratham, Thaopan, Nawsuwan, Pohboon, & Surirak (2020) ที่พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมกาณ์ป้องกันโรคโควิด-19 ของทันตภิบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากเช่นเดียวกัน ทั้งนี้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้อธิบายว่าพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้น บุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ต่อความรุนแรง ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกวิธีการปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุด (Powwattana, Kalampakorn, Lagampan, & Rawiworrakul, 2018)

การนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยนี้ พบว่าพฤติกรรมกาณ์ดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและพบว่าพฤติกรรมกาณ์ใช้ออปพลิเคชันไทยชนะอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสื่อสารทำความเข้าใจและรณรงค์การปฏิบัติพฤติกรรมกาณ์ดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 โดยเฉพาะการใช้ออปพลิเคชันไทยชนะเก็บข้อมูลการเข้าใช้งานในพื้นที่สาธารณะของประชาชน เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันโรคในพื้นที่ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการศึกษาพบว่าความรู้และการรับรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมกาณ์ดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อป้องกันโรคโควิดของประชาชนในจังหวัดนราธิวาส ควรมีการศึกษาหาปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกาณ์ดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อป้องกันโรคโควิด เพื่อนำมาพัฒนาพฤติกรรมกาณ์ดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ โดยเฉพาะพฤติกรรมกาณ์ใช้การใช้ออปพลิเคชันไทยชนะ

References

- Bangkok Poll. (2020). *Don't Let Your Guard Down*. Retrieved February 2, 2021 from <http://bangkokpoll.bu.ac.th/>
- Best, W. J. (1978). *Research in Education*. (3rd ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Boonmee, P., Mahamit, S., & Kawila, T. (2018) Knowledge, Perception, and Awareness of RiskManagement and Patient Safety towards Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Phayao. *Journal of Nursing and Education*, 11(3), 112-124.

- Department of Disease Control Ministry of Public Health. (2021). *COVID-19 Report*. Retrieved April 20, 2021 from <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no437-150364.pdf>
- Glomjai, T., Kaewjiboon, J., & Chachvarat, T. (2020). Knowledge and Behavior of People Regarding Self-Care Prevention from Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). *Journal of Nursing, Public Health, and Education*, 21(2), 29-39.
- Health Data Center (HDC) Narathiwat. (2020). *Narathiwat Population*. Retrieved May 14, 2020 from http://hdc.ntwo.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0
- Malathum, K., & Malathum, P. (2020). The COVID-19 Pandemic: What We Have Learned from Thai Experiences. *Pacific Rim Int J Nurs Res*, 24(4), 431-435.
- Narathiwat Province. (2021). *COVID-19 Report*. Retrieved April 20, 2021 from <http://www2.narathiwat.go.th/nara2016/covid>
- National Broadcasting and Telecommunication Commission. (2020). *Press Conference on the COVID-19 Outbreak*. Retrieved February 2, 2021 from <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/914136>
- National Statistical Office of Thailand. (2021). *TV Viewing Devices in Thai Households*. Retrieved February 2, 2021 from <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/News/2561/N25-01-61-2.aspx>
- Nawsuwan, K., Singweratham, N., & Thepaksorn, P. (2020). Compositions and Indicators for Successful Implementation of Novel Coronavirus (COVID-19) in the Community of Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand. *The Southern College Network Journal and Public Health*, 7(2), ก-จ.
- Nawsuwan, K., Singweratham, N., Waichompu, N., & Chayakul, K. (2020). The Successful Implementation of Novel Coronavirus (COVID-19) in the Community of Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 12(3), 195-212.
- Pannarunothai, S. (2020). Surviving COVID-19 Pandemic with Knowledge and Action. *Journal of Health Systems Research*, 14(1), 1-6.
- Powwattana, A., Kalampakorn, S., Lagampan S., & Rawiworakul. (2018). *Health Promotion and Disease Prevention in Community: An Application of Concepts and Theories to Practice* (Revised Edition). Chachoengsao: M N COMPUTE OFFSET CO., LTD. (in Thai)
- Singweratham, N., Thaopan, W. W., Nawsuwan, K., Pohboon, C., & Surirak, S. (2020). Perception and Preventive Behaviors on the Coronavirus Disease-2019 (COVID-19) among Dental Nurses under the Ministry of Public Health. *J Bamrasnaradura Infect Dis Inst*, 14(2), 104-115.
- Thai Health Promotion Foundation. (2020). *New Way of Life Guide Life Begins with Us*. Retrieved July 15, 2020 from <https://www.thaihealth.or.th/Books/643/คู่มือ%20ชีวิตวิถีใหม่.html>
- Thato, R. (2018). *Nursing Research: Concepts to Application*. (3rd ed.). Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการรับรู้กับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

Relationships between Knowledge, Perception and "New Normal Behaviors" on COVID-19 Prevention among Nursing Students, Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University

รังสฤษฎ์ แวดือราแม^{1*}, ระวี แก้วสุกใส¹, พรทิพา คงคุณ¹, อัจฉา สุวรรณกาญจน์¹ และ กรรณภา ไชยประสิทธิ์¹
Rangsarit Waedueramae^{1*}, Rawi Kaewsuksai¹, Porntiwa Kongkun¹, Atcha Suwankanjana¹ and
Kannapa Chaiprasit¹

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์^{1*}
Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University^{1*}

(Received: February 24, 2021; Revised: April 27, 2021; Accepted: May 21, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 พฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการรับรู้ต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการโรคโควิด-19 ในนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ จำนวน 197 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 3) การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และ 4) พฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่า IOC ระหว่าง .67–1.00 โดยวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านความรู้ โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าเท่ากับ .80 และวิเคราะห์ค่าอัลฟ่าครอนบาช ของด้านการรับรู้เท่ากับ .92 และด้าน พฤติกรรมปฏิบัติเท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

1. ความรู้ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M=0.94$, $SD=0.12$) ระดับมากที่สุด ($M=4.37$, $SD=0.47$) ตามลำดับ

2. พฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=1.64$, $SD=0.33$)

3. ความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล นักศึกษาอื่นๆ และผู้เกี่ยวข้องโดยเฉพาะกระตุ้นให้นักศึกษาใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ รวมทั้งการศึกษาถึงปัจจัยอื่นกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้, การรับรู้, พฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19, นักศึกษาพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: rangsarit.w@pnu.ac.th โทรศัพท์ 086-4808544)

Abstract

This cross-section study aimed to describe 1) the level of knowledge and perception about COVID-19, and new Normal behaviors for the prevention of COVID-19, as well as 2) to study the relationships between knowledge, perception and New normal behaviors for COVID-19 prevention among nursing students. Participants were 197 nursing students from the faculty of nursing at Princess of Naradhiwas University. Research tool was a questionnaire consisting of 4 parts: 1) general information, 2) knowledge about COVID-19, 3) perception about COVID-19, and 4) the "new normal behaviors" for COVID-19 prevention. Content validity of the questionnaire was verified by experts yielding IOC between .67 –1.00. Reliability of the questionnaire regarding knowledge was tested using KR-20, yielding a value of 0.80. While the questionnaire about perception and the "new normal behaviors" were tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding values of 0.92 and 0.90, respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson correlation. The research results were found the following.

1. Knowledge about COVID-19 among nursing students was at a high level ($M=0.94$, $SD=0.12$).
2. Perceptions about COVID-19 among nursing students was at the highest level ($M=4.37$, $SD=0.47$).
3. New normal behaviors for the prevention of COVID-19 among nursing students was at a high level ($M=1.64$, $SD=0.33$).
4. Knowledge and perception about COVID-19 were correlated with the New normal behaviors for the prevention of COVID-19.

The results of this research can be used as a guideline for promoting New normal behaviors for the prevention of COVID-19 among nursing students, other students, and relevant persons, especially encouraging students to use the Thai Chana application. Relationships between other factors and New normal behaviors should be explored in further study.

Keywords: COVID-19, Knowledge, Perception, New Normal Behaviors, Nursing Students

บทนำ

ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญกับปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 (COVID-19) ทั้งนี้ เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคดังกล่าวเป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) (WHO, 2020) ต่อมามีการระบาดมากกว่า 100 ประเทศทั่วโลก (WHO Thailand, 2020) และประเทศไทยได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ที่ต้องมีการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคอย่างเข้มงวด โดยรัฐบาลได้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2563 เพื่อเป็นการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 และกำหนดแนวทางการป้องกันโรคด้วยการใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อย ๆ การเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) การงดการเดินทางไปที่ชุมชน และปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับอนามัยทางเดินหายใจ (Department of Disease Control, 2020) สถานการณ์การระบาดดังกล่าวส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลในสังคมหลายด้าน ได้แก่ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านการศึกษา (Tongkeo, 2020)

จากการเปลี่ยนแปลงไปสู่การดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New Normal) จากการระบาดของโรค COVID-19 ส่งผลให้นักศึกษามีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลง จำเป็นต้องมีการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ การใช้มาตรการระยะห่างทางสังคม การตรวจวัดอุณหภูมิ การสวมหน้ากากผ้า หรือหน้ากากอนามัย สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้กลายเป็นวิถีชีวิตใหม่ที่เกิดขึ้นไม่เฉพาะแต่ในสถาบันการศึกษา ในช่วงเวลาที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 พบว่า มีจำนวนนักเรียนนักศึกษาได้รับผลกระทบจากการปิดสถานศึกษา ส่งผลกระทบเป็นจำนวนมาก จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนการจัดการศึกษา เพื่อให้สามารถดำเนินต่อไปได้ เพราะจะส่งผลต่อคุณภาพของนักเรียน นักศึกษา (UNESCO, 2020) การศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องมีการฝึกปฏิบัติงานจริงกับผู้ป่วย และโรงพยาบาลเป็นแหล่งฝึกที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ ดังนั้นเมื่อนักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องมีการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 สิ่งสำคัญต่อจากนี้ นักศึกษาต้องปรับตัวกับการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New Normal) เน้นการปฏิบัติภายใต้มาตรการการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อให้สามารถศึกษาได้อย่างเต็มที่และปลอดภัยจากโรคโควิด-19 (Department of Health, 2020)

พฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ที่นักพัฒนาสุขภาพต้องมีความรู้ ความเข้าใจ สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบใด ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกบุคคล (Powwattana, Kalampakorn, Lagampan & Rawiworrakul, 2018) การศึกษาในครั้งนี้ มุ่งศึกษา ความรู้ การรับรู้ ซึ่งมีความสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค

คณะผู้วิจัย ซึ่งเป็นอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ เห็นความสำคัญในการควบคุมและป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อลดอัตราป่วยของประชาชนในพื้นที่และพบว่ายังไม่ปรากฏว่ามีการศึกษา เกี่ยวกับ ความรู้ การรับรู้ ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 (COVID-19) นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพื่อให้เกิดองค์ความรู้ด้านการควบคุมและป้องกันโรคโควิด-19 (COVID-19) เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคและวางแผนในการควบคุมและป้องกันโรคในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ และผู้เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการรับรู้ต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New Normal) ของการโรคโควิด-19 ในนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

สมมติฐานวิจัย

ความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New Normal)

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของ Strecher & Rosenstock (Strecher & Rosenstock, 1996 อ้างใน Powwattana, Kalampakorn, Lagampan & Rawiworrakul, 2018) มาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดในวิจัย โดยมีตัวแปรต้น ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการรับรู้เกี่ยวกับ

โรคโควิด-19 โดยความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ประกอบด้วย สาเหตุและการติดต่อ อาการและอาการแสดง และการป้องกันและควบคุมโรค ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ประกอบด้วย การรับรู้ต่อความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรค อุปสรรคของการปฏิบัติป้องกันโรคและความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New Normal) มติที่ประชุมศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) (Thai Health Promotion Foundation, 2020) ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและการเว้นระยะห่างทางสังคม การทำความสะอาดที่อยู่อาศัยหรือสถานที่ประกอบกิจการ การใช้แอปพลิเคชันไทยชนะและการสร้างภูมิคุ้มกันร่างกายและจิตใจ ดังแสดงภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย แบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Descriptive)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ปีการศึกษา 2563 ทุกชั้นปี จำนวน 388 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2563)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส จำนวน 197 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรยามาเน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อนที่ 0.05 และเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยสัดส่วนตามชั้นปี และวิธีสุ่มอย่างง่าย โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้าคือ อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส ไม่น้อยกว่า 6 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ปรับใช้จากแบบสอบถามของโครงการวิจัยเรื่องความรู้ การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมตามวิถีสุขภาวะแบบใหม่ เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด-19) ของประชาชนจังหวัดนราธิวาส (Kaewsuksai, Kongkun, Tongkoop, Waedueramae, Samael, Chaiprasit, et al, 2020) ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ช่องทางการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 มีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (Check List) และเติมคำในช่องว่าง

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ได้แก่ สาเหตุและการติดต่อ อาการและอาการแสดง การป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ลักษณะเป็นแบบสอบถามการวัดความรู้ 3 ระดับ คือ ไข่ 1 คะแนน ไม่ใช่ 0 คะแนน ไม่แน่ใจ 0 คะแนน จำนวน 20 ข้อ และแปลผลระดับคะแนนความรู้เป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ คือ ระดับน้อย (ไม่เกิน 12 คะแนน) ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน) และระดับมาก (16 คะแนน ขึ้นไป) (Best, 1978)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ประกอบด้วย การรับรู้ด้านความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ด้านความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามวิธีของลิเคอร์ท (Likert Scale) จำนวน 41 ข้อ โดยให้คะแนนจากน้อยที่สุดไปยังมากที่สุด เป็น 1 ถึง 5 คะแนน ตามลำดับ และใช้เกณฑ์การแบ่งระดับการรับรู้ เป็น 5 ระดับ (Wongratan, 2010) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในระดับมากที่สุด

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและการเว้นระยะห่างทางสังคม การทำความสะอาดที่อยู่อาศัยหรือสถานที่ประกอบกิจการ การใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ การสร้างภูมิคุ้มกันร่างกายและจิตใจ จำนวน 37 ข้อ ลักษณะคำถามวัดพฤติกรรมปฏิบัติเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (Rating Scale) ให้คะแนนดังนี้คือ ปฏิบัติทุกครั้ง 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติ 0 คะแนน โดยใช้เกณฑ์ของการแบ่งระดับพฤติกรรมปฏิบัติโดยใช้พิสัยหารช่วงชั้นที่ต้องการ มี 3 ระดับ คือ

ค่าเฉลี่ย 0.00 – 0.66 หมายถึง พฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New normal) เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 0.67 – 1.33 หมายถึง พฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New normal) เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.34 – 2.00 หมายถึง พฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New normal) เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมและป้องกันโรค นักวิชาการสาธารณสุขและอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยด้านสาธารณสุข ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence) มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง .67-1.00 นำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มนักศึกษาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามด้านความรู้ โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าเท่ากับ .80 ส่วนแบบสอบถามด้านการรับรู้ และพฤติกรรมปฏิบัติ ซึ่งคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มีค่าอัลฟาครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ของด้านการรับรู้เท่ากับ 0.92 และด้านพฤติกรรมปฏิบัติเท่ากับ .90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอจริยธรรมจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

2. สร้างแบบสอบถามออนไลน์โดยใช้ Google Form
3. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
4. ผู้วิจัยแนบบแบบชี้แจงและแบบขอความยินยอมในการตอบแบบสอบถามในแบบสอบถามออนไลน์เพื่อเป็นการชี้แจงวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง
5. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยส่งลิงค์แบบสอบถามออนไลน์นี้ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง
6. ผู้วิจัยตรวจสอบจำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม และความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกวัน จนได้ข้อมูลครบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยผู้วิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ
2. ข้อมูลความรู้ การรับรู้ วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย (M) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้กับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 (COVID-19) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) โดยผู้วิจัยใช้เกณฑ์ (Wiersma & Jurs, 2009) ดังนี้

ค่า r ตั้งแต่ 0.01-0.20	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมาก
ค่า r ตั้งแต่ 0.21-0.40	มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ
ค่า r ตั้งแต่ 0.41-0.60	มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
ค่า r ตั้งแต่ 0.61-0.80	มีความสัมพันธ์ระดับสูง
ค่า r มากกว่า 0.80	มีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก

ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ของสถิติ โดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov test ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) และความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) ทดสอบโดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่า ค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบ ๆ เส้นตรง จึงสรุปว่า ข้อมูลมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Hair, Black, Babin & Anderson, 2010)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ รหัสโครงการ 012-2563-Nq-Xmpv ลงวันที่ 28 กรกฎาคม 2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 197$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ชั้นปี		
ปี 1	43	21.83
ปี 2	49	24.87
ปี 3	53	26.90
ปี 4	52	26.40
เพศ		
ชาย	22	11.17
หญิง	175	88.83

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
18	11	5.58
19	33	16.75
20	57	28.93
21	44	22.34
22	45	22.84
23	7	3.55
ศาสนา		
พุทธ	12	6.09
อิสลาม	184	93.40
คริสต์	1	0.51
เคยได้รับทราบข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19		
เคย	197	100.00
ไม่เคย	0	0
ได้รับทราบข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จาก		
สื่อสังคมออนไลน์	166	84.26
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	9	4.57
อาจารย์	7	3.55
วิทยุ โทรทัศน์	7	3.55
เพื่อน คนรู้จัก	5	2.54
สอดแทรกในรายวิชา	2	1.02
อาสาสมัครสาธารณสุข	1	0.51

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 88.83) มีอายุอยู่ในช่วง 20, 22 และ 21 ปี (ร้อยละ 28.93, 22.84 และ 22.34 ตามลำดับ) นับถือศาสนาอิสลามเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.40) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) เคยได้รับทราบข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยมีแหล่งที่มาของข่าวสารสูงสุดคือจาก สื่อสังคมออนไลน์ (ร้อยละ 84.26) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 4.57)

2. ความรู้เรื่องโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรู้เรื่องโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง (n=197)

ความรู้เรื่องโรคโควิด-19	M	SD	ระดับ
สาเหตุและการติดต่อ	0.96	0.13	มาก
โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ	0.95	0.21	มาก
โรคโควิด-19 สามารถติดต่อโดยการไอหรือจามโดยผ่านละออง น้ำลาย	0.99	0.10	มาก
การรับประทานอาหารช้อนเดียวกันมีโอกาสรับเชื้อโรคโควิด-19	0.96	0.19	มาก
การสัมผัสมือกันมีโอกาสรับเชื้อโรคโควิด-19	0.93	0.26	มาก
การใช้ของร่วมกัน เช่น แก้วน้ำ ผ้าเช็ดตัว หมอน ผ้าปูที่นอน มีโอกาสรับเชื้อโรคโควิด-19	0.94	0.24	มาก

ตาราง 2 (ต่อ)

ความรู้เรื่องโรคโควิด-19	M	SD	ระดับ
ผู้ที่ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ สามารถแพร่เชื้อให้บุคคลอื่นได้	0.94	0.24	มาก
ผู้ที่อาศัยหรือเดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 มีโอกาสได้รับเชื้อโรคโควิด-19	0.98	0.14	มาก
อาการและอาการแสดง	0.92	0.19	มาก
ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่ที่มีอาการไม่รุนแรงคือ มีอาการไข้ ไอแห้ง มีน้ำมูก เจ็บคอ ถ่ายเหลว ซึ่งอาจมีอาการเดียวหรือหลายอาการก็ได้	0.91	0.28	มาก
ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีอาการรุนแรงคือ ผู้ที่มีอาการหายใจหอบเหนื่อยหรือหายใจลำบาก	0.94	0.23	มาก
ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีภาวะวิกฤตคือ ผู้ที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	0.91	0.29	มาก
การป้องกันและควบคุมโรค	0.94	0.12	มาก
การใช้หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย สามารถป้องกันการแพร่กระจายของโรคโควิด-19 ได้	0.99	0.10	มาก
การล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์บ่อย ๆ สามารถป้องกันการแพร่กระจายของโรคโควิด-19 ได้	0.98	0.12	มาก
การไม่ไปอยู่ในสถานที่ที่มีคนแออัดช่วยลดโอกาสการแพร่กระจายของโรคโควิด-19 ได้	0.98	0.12	มาก
การเว้นระยะห่าง 1-2 เมตร เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมกับบุคคลอื่น ช่วยลดโอกาสการแพร่กระจายของโรคโควิด-19 ได้	0.99	0.10	มาก
การไม่รับประทานอาหารร่วมช้อนเดียวกัน สามารถป้องกันการแพร่กระจายของโรคโควิด-19 ได้	0.97	0.17	มาก
การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เน้นผักผลไม้ สามารถป้องกันการเกิดโรคโควิด-19 ได้	0.87	0.34	มาก
การออกกำลังกายให้ร่างกายแข็งแรง สามารถป้องกันการเกิดโรคโควิด-19 ได้	0.89	0.31	มาก
การพักผ่อนให้เพียงพอ สามารถป้องกันการเกิดโรคโควิด-19 ได้	0.87	0.33	มาก
เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคโควิด-19 หรือสัมผัสกับผู้ที่ติดเชื้อ บุคคลในครอบครัวทุกคนจะต้องไม่ออกไปนอกบ้านเพื่อลดการแพร่กระจายโรคได้	0.97	0.16	มาก
การใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ ช่วยให้สามารถติดตามและค้นหาเพื่อสกัดกั้นการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-19 กับผู้ไปในสถานที่นั้นได้รวดเร็วขึ้น	0.88	0.33	มาก
รวม	0.94	0.12	มาก

จากตาราง 2 พบว่าระดับความรู้เรื่องโรคโควิด-19 ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M=0.94$, $SD=0.12$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ระดับความรู้ด้านสาเหตุและการติดต่อ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M=0.96$, $SD=0.13$) โดยข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ โรคโควิด-19 สามารถติดต่อโดยการไอหรือจามโดยผ่านละอองน้ำลาย ($M=0.99$, $SD=0.10$) ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การสัมผัสมือกันมีโอกาสรับเชื้อโรคโควิด-19 ($M=0.93$, $SD=0.26$) ระดับความรู้อาการและอาการแสดง ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M=0.92$, $SD=0.19$) โดยข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีอาการรุนแรงคือ ผู้ที่มีอาการหายใจหอบเหนื่อยหรือ

หายใจลำบาก ($M=0.94$, $SD\ 0.23$) ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่ที่มีอาการไม่รุนแรงคือ มีอาการไข้ ไอแห้ง มีน้ำมูก เจ็บคอ ถ่ายเหลว ซึ่งอาจมีอาการเดียวหรือหลายอาการก็ได้ และผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีภาวะวิกฤตคือ ผู้ที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ($M=0.91$, $SD=0.28$ และ $M=0.91$, $SD=.29$ ตามลำดับ) ระดับความรู้การป้องกันและควบคุมโรค ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M=0.94$, $SD=0.12$) โดยข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ การใช้หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย สามารถป้องกันการแพร่กระจายของโรคโควิด-19 ได้ และการเว้นระยะห่าง 1-2 เมตร เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมกับบุคคลอื่น ช่วยลดโอกาสการแพร่กระจายของโรคโควิด-19 ได้ ($M=0.99$, $SD=0.10$) ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เน้นผักผลไม้ สามารถป้องกันการเกิดโรคโควิด-19 ได้ และการพักผ่อนให้เพียงพอ สามารถป้องกันการเกิดโรคโควิด-19 ได้ ($M=0.87$, $SD=0.34$ และ $M=0.87$, $SD=0.33$ ตามลำดับ)

3. การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง ($n=197$)

รายการประเมิน	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค	4.53	0.63	มากที่สุด
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	4.70	0.46	มากที่สุด
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค	4.73	0.43	มากที่สุด
การรับรู้ต่ออุปสรรค	3.76	1.01	มาก
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค	4.61	0.50	มากที่สุด
รวม	4.37	0.47	มากที่สุด

จากตาราง 3 พบว่าระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.37$, $SD = 0.47$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ส่วนใหญ่ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมากที่สุด คือ ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค ($M=4.73$, $SD=0.43$) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($M = 4.70$, $SD = 0.46$) ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ($M=4.61$, $SD=0.50$) และด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ($M=4.53$, $SD=0.63$) มีเพียงแค่ด้านเดียวที่มีระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก คือ การรับรู้ต่ออุปสรรค โรค ($M=3.76$, $SD=0.50$)

4. พฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อป้องกันโรคโควิด -19 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อป้องกันโรคโควิด -19 ของกลุ่มตัวอย่าง ($n=197$)

รายการประเมิน	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
การสวมหน้ากากอนามัย	1.84	0.29	มาก
การล้างมือ	1.79	0.33	มาก
การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและการเว้นระยะห่างทางสังคม	1.80	0.32	มาก
การทำความสะอาดที่อยู่อาศัยหรือสถานที่ประกอบกิจการ	1.60	0.48	มาก
การใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ	1.33	0.64	ปานกลาง
การสร้างภูมิคุ้มกันร่างกายและจิตใจ	1.38	0.47	มาก
รวม	1.64	0.33	มาก

จากตาราง 4 พบว่า ระดับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ เพื่อป้องกันโรค

โควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M=1.64$, $SD=0.33$) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าพฤติกรรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัย ($M=1.84$, $SD=0.29$) การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและการเว้นระยะห่างทางสังคม ($M=1.80$, $SD=0.32$) การล้างมือ ($M=1.79$, $SD=0.33$) การทำความสะอาดที่อยู่อาศัยหรือสถานที่ประกอบกิจการ ($M=1.60$, $SD=0.48$) และการสร้างภูมิคุ้มกันร่างกายและจิตใจ ($M=1.38$, $SD=0.47$) ยกเว้น มีเพียงการใช้แอปไทยชนะ ที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=1.33$, $SD=0.64$)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการรับรู้ต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อการโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

ตาราง 5 แสดงค่าสหสัมพันธ์อย่างง่ายของเพียร์สัน (r) ระหว่างความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง ($n=197$)

	พฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New Normal)
ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19	0.285 **
การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19	0.281 **

** $P\text{-value}<0.01$

จากตาราง 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 กับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.285 และ ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 กับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.281

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

1. นักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ มีระดับความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New Normal) อยู่ในระดับมาก คือ

ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M=0.94$, $SD=0.12$) ทั้งนี้ เนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ ที่พบผู้ป่วยในหลายประเทศทั่วโลกองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคดังกล่าวเป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) (WHO, 2020) ต่อมาเกิดการระบาดมากกว่า 100 ประเทศทั่วโลก (WHO Thailand, 2020) และประเทศไทยได้ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ที่ต้องมีการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคอย่างเข้มงวด โดยรัฐบาลได้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2563 เพื่อเป็นการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 อีกทั้งยังได้ตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์ COVID-19 (ศบค.) ขึ้น เพื่อดำเนินงานในการควบคุมป้องกัน และกำหนดแนวทางการป้องกันโรคด้วยการใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อย ๆ การเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) การงดการเดินทางไปที่ชุมชน และปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับอนามัยทางเดินหายใจ ที่สำคัญคือมีการให้ความรู้ผ่านช่องทางสื่อสารต่างๆ มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยถ่ายทอดการแถลงข่าวของ ศบค. ทุกวัน (National Broadcasting and Telecommunication Commission, 2020) ส่งผลให้ประชาชนได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยในครั้งนี้ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) เคยได้รับทราบข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดย

มีแหล่งที่มาของข่าวสารสูงที่สุดคือ สื่อสังคมออนไลน์ (ร้อยละ 84.26) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 4.57) สอดคล้องกับการศึกษาการใช้สื่อภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างเปิดรับสื่ออินเทอร์เน็ต (Internet) มากที่สุด (Kittinaraporn, 2020) นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุข มีการให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อให้เกิดความตระหนักและปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคได้ถูกต้อง โดยดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวังควบคุมโรค เช่น การเยี่ยมบ้าน โดยการเคาะประตู การคัดกรองด้วยการวัดไข้ สอนและให้ความรู้ประชาชน การติดตามการเข้าออกของกลุ่มเสี่ยง ตลอดจนรายงานผลการดำเนินงานวันต่อวัน (Nawsuwan, Singweratham, & Damsangsawas, 2020) จึงทำให้ประชาชนมีความรู้เรื่องโรคโควิด-19

การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M=4.37$, $SD=0.47$) โดยความรู้และการรับรู้ มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน คือ การที่บุคคลจะรับรู้ได้นั้น จำเป็นต้องมาจากการมีความรู้ในเรื่องนั้น ๆ (Boonmee, Mahamit Wongsan, & Kawila, 2018) โดยจากงานวิจัยเรื่องความรู้ การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมตามวิถีสุขภาวะแบบใหม่ เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด-19) ของประชาชนจังหวัดนราธิวาส (Kaewsuksai, Kongkun, Tongkoop, Waedueramae, Samael, Chaiprasit, Boonnarakorn, Suwankanjana, & Salaeh, 2020) พบว่า ความรู้ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของประชาชนจังหวัดนราธิวาส อยู่ในระดับมาก จึงมีผลทำให้ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์มีความรู้ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมากและมากที่สุดตามลำดับ

พฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=1.64$, $SD=0.33$) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความถี่ในการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของวัยรุ่น อยู่ในระดับมาก (Waehayi, 2020) และการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดีเช่นเดียวกัน (Bunthan, Whaikit, Soysang, Soynahk, Akaratanapol, & Kompayak, 2020) จากการเปลี่ยนแปลงไปสู่การดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New Normal) จากการระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลให้นักศึกษามีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลง จำเป็นต้องการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ ในช่วงเวลาที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 พบว่า มีจำนวนนักเรียนนักศึกษาได้รับผลกระทบจากการปิดสถานศึกษา ส่งผลกระทบเป็นจำนวนมาก จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนการจัดการศึกษา เพื่อให้สามารถดำเนินต่อไปได้ เพราะจะส่งผลต่อคุณภาพของนักเรียนนักศึกษา (UNESCO, 2020) การศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องมีการฝึกปฏิบัติงานจริงกับผู้ป่วย และโรงพยาบาลเป็นแหล่งฝึกที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ ดังนั้นเมื่อนักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องมีการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New normal) เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 สิ่งสำคัญต่อจากนี้ นักศึกษาต้องปรับตัวกับการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New Normal) เน้นการปฏิบัติภายใต้มาตรการการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อให้สามารถศึกษาได้อย่างเต็มที่และปลอดภัยจากโรคโควิด-19 (Department of Health, 2020)

2. ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Waehayi (2020) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับน้อยมากกับและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และการศึกษาของ Singweratham, Thaopan, Nawsuwan, Pohboon, & Surirak (2020) ที่พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรค โควิด-19 ของทันตภิบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากเช่นเดียวกัน แต่อย่างไรก็ตาม จากศึกษาของ Powwattana, Kalampakorn, Lagampan, & Rawiworrakul (2018) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้อธิบายว่าพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคนั้น บุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ต่อความรุนแรง ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกวิธีการปฏิบัติที่ดีที่เป็นทางออกที่ดีที่สุด

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การวิจัยนี้ พบว่าพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านแล้วพบว่าพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น ทางคณะพยาบาลศาสตร์ควรให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ รวมทั้งส่งเสริมและกระตุ้นให้นักศึกษาใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ เพื่อประโยชน์ในการควบคุมและป้องกันโรคต่อไป

2. การวิจัยนี้ พบว่าความรู้ และการรับรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 แต่มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ แสดงว่าพฤติกรรม New Normal ที่อยู่ในระดับสูง เกิดจากปัจจัยอื่นมากกว่าความรู้และการรับรู้ ดังนั้น การมีกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง และศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอื่นกับพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 จะส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อป้องกันโรคโควิด -19 ที่ต่อเนื่องต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากการศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องมีการฝึกปฏิบัติงานจริงกับผู้ป่วย และโรงพยาบาลเป็นแหล่งฝึกที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ ควรมีการศึกษาการป้องกันตัวเองจากการปฏิบัติงาน ของนักศึกษาพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการจัดการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลต่อไป รวมทั้ง การศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอื่นกับพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อไป

References

- Best, W. J. (1978). *Research in Education*. (3rd ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Boonmee, P., Mahamit, S., & Kawila, T. (2018) Knowledge, Perception, and Awareness of Risk Management and Patient Safety Towards Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Phayao. *Journal of Nursing and Education*, 11(3), 112-124.
- Bunthan, W., Whaikit, P., Soysang, V., Soynahk, C., Akaratanapol, P., & Kompayak, J. (2020). Factor Influencing to Health Promotion Behavior For Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Prevention Of Older Adults. *Journal of The Police Nurses*, 12(2), 323-337.
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2020). COVID-19 Report. November 29, from <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/news.php> (in Thai)
- Department of Health. (2020). *A Practical Guide for Schools to Prevent the Spread of COVID-19*. Author. (In Thai)
- Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B., & Anderson, E. R. (2010). *Multivariate Data Analysis*. (7th ed). New Jersey: Pearson Education.
- Kaewsuksai, R., Kongkun, P., Tongkoop, B., Waedueramae, R., Samael, L., Chaiprasit, et al. (2020). Knowledge and Perceived for New Normal Related Behaviors for the Prevention of Coronavirus Infection (COVID-19) of People in Narathiwat Province. (*Research report, Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas*), p. 49-60.
- Kittinaraporn, J (2020). Media Uses and the Adaption to the New Normal Healthcare Practices during the Corona Virus (Covid-19) Pandemic: A case of Pathum Thani Province's Citizens. *Rangsit Journal of Arts and Sciences*, 25(1), 15-34.



- National Broadcasting and Telecommunication Commission. (2020). Request for Cooperation with Radio and Television Broadcasting Licensee Broadcasting of the Press Conference of the Coronavirus Disease Situation Management Center 2019. Retrieved January 21, 2021, From <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/914136/>
- Nawsuwan, K., Singweratham, N., & Damsangsawas, N. (2020). Correlation of Perception Disease Severity to Implementation Role for Control of COVID-19 in Communities among Village Health Volunteers in Thailand. *J Bamrasnaradura Infect Dis Inst*, 14(2), 92-103.
- Powwattana, A., Kalampakorn, S., Lagampan S. & Rawiworrakul. (2018). *Health Promotion and Disease Prevention in Community: An Application of Concepts and Theories to Practice (Revised edition)*. Chachoengsao: M N COMPUTE OFFSET CO., LTD. (in Thai)
- Singweratham, N., Thaopan, W. W., Nawsuwan, K., Pohboon, C., & Surirak, S. (2020). Perception and Preventive Behaviors on the Coronavirus Disease-2019 (COVID-19) among Dental Nurses under the Ministry of Public Health. *J Bamrasnaradura Infect Dis Inst*, 14(2), 104-115.
- Thai Health Promotion Foundation. (2020). *New Way of Life Guide Life Begins with Us*. Retrieved August 20, 2020 from <https://www.thaihealth.or.th/Books/643/คู่มือ%20ชีวิตวิถีใหม่.html>
- Tongkeo, T. (2020). New Normal Based Design in Education: Impact of COVID-19. *JOURNAL OF TEACHER PROFESSIONAL DEVELOPMENT*, 1(2), 1-10.
- UNESCO. (2020). *4 Ways COVID-19 Could Change How We Educate Future Generations*. Retrieved August 30, 2020, From <https://www.weforum.org/agenda/2020/03/4-ways-covid-19-educationfuture-generations/>
- Waehayi, H. (2020). Severity Perception and Preventive Behavior on the Coronavirus Disease - 2019 among Youth at Sateng-Nok Subdistrict, Muang District, Yala Province. *Academic Journal of Community Public Health*, 6(4), 158-168.
- Wiersma, W., & Jurs, S. G. (2009). *Research Methods in Education*. Massachusetts: Pearson.
- WHO Thailand. (2020). *Covid 19 What We Know*. Retrieved July 18, 2020, From file://update-28-covid-19-what-we-know---june2020---thai.pdf
- Wongrata, C. (2010). *Techniques for Using Statistics for Research*. 12th ed. Nontaburi: Thainiramitkij Infographic; 2010. (in Thai)
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus*. Geneva: World Health Organization.

ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสัมผัสตะกั่วจากการทำงาน ของชายชาวเลเกาะบุโหลน จังหวัดสตูล

Factors Predicting Health Risk of Lead Exposure among Male Workers in Bulon Island, Satun Province

สุทัศน์ เสียมไหม^{1*}, ชวนากร ศรีปรางค์¹, พยงค์ เทพอักษร¹ และ เอกนรินทร์ ลัดเลีย²

Suthat Siammai^{1*}, Chavanakorn Sriprang¹, Phayong Thepaksorn¹ and Aeknarin Ladlia²

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง^{1*}, องค์การบริหารส่วนตำบลปากน้ำ^{2*}

Sirindhorn College of Public Health, Trang^{1*}, Sub-District Administrative Organization, Paknam^{2*}

(Received: January 06, 2021; Revised: April 27, 2021; Accepted: May 14, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสัมผัสตะกั่วและปัจจัยทำนายความเสี่ยงของการสัมผัสตะกั่วจากการทำงานของชายชาวเลเกาะบุโหลน จังหวัดสตูล จำนวน 130 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* power ได้ สุ่มตัวอย่างโดยวิธี Cluster Random Sampling ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล 2) ข้อมูลปัจจัยคุณลักษณะงาน 3) ข้อมูลปัจจัยด้านความถี่ของการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพในสิ่งแวดล้อมการทำงาน และ 4) ข้อมูลการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสัมผัสตะกั่วจากการทำงาน โดยผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าอยู่ในช่วง .67-1.00 และทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ผลการวิจัย พบว่า

1. คะแนนความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสัมผัสตะกั่วจากการทำงานของชายชาวเลเกาะบุโหลน อยู่ในระดับความเสี่ยงที่ยอมรับไม่ได้ สูงสุด ร้อยละ 50.77 รองลงมา อยู่ในระดับความเสี่ยงสูง ร้อยละ 19.23

2. ตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสัมผัสตะกั่วจากการทำงานของชายชาวเล เกาะบุโหลน จังหวัดสตูล ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 คือ ระยะเวลาการประกอบอาชีพเสี่ยง ระยะเวลาการทำงาน ได้ร้อยละ 52.1 ($R^2_{adj} = 0.521$)

บุคลากรด้านสาธารณสุข ควรนำปัจจัยด้านระยะเวลาการประกอบอาชีพเสี่ยง ระยะเวลาการทำงาน ไปใช้พัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสตะกั่วจากการทำงานเพื่อลดอัตราความเสี่ยงของการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพจากการสัมผัสตะกั่วในการทำงานของชายชาวเลเกาะบุโหลน จังหวัดสตูล

คำสำคัญ: ความเสี่ยงต่อสุขภาพ, การสัมผัสตะกั่ว, ชายชาวเล, เกาะบุโหลน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: suthat@scphtrang.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 086-3643509)

Abstract

This predictive research aimed to study the level of health risk of lead exposure and the predicting factors for health risk of lead exposure among male workers in Bulon island, Satun province. The study was conducted from July to August, 2020. Samples were 130 male workers called Chao Lay, and calculated by G*power program. A cluster random sampling was applied. The research instrument was a questionnaire consisting of four parts: 1) demographic data, 2) job description, 3) frequency of health hazard exposure, and 4) health risk assessment. Content validity of the questionnaire was approved by three experts, yielding values ranged between 0.67- 1.00. Reliability of questionnaire was tested using Conbach's alpha coefficient, yielding a value of .82. Data were analyzed using descriptive statistics, and stepwise multiple regression analysis. Results showed the following.

1. Most of health risk scores of lead exposure among male workers in Bulon island at Satun province were at an unacceptable risk level (50.77%) or a high risk level (19.23%).
2. It was found that 52.1 percent ($R^2_{adj} = 0.521$) of the variability of outcome variable could be explained by the combination of 2 variables with statistical significance ($p < 0.001$): duration of occupation, and working time.

These research findings suggest that employer should pay more attention on duration of occupation and working time, in order to prevent lead exposure at an unacceptable rate.

Keywords: Lead Exposure, Male Workers, Unacceptable Health Risk, Chao Lay, Bulon Island, Satun

บทนำ

สารตะกั่วเป็นมลพิษในสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอย่างร้ายแรงสำหรับมนุษย์ โดยมีผลกระทบต่อทุกระบบของร่างกาย จากรายงานข้อมูล พบว่า ปัญหาสุขภาพจากการสัมผัสสารตะกั่วคิดเป็นร้อยละ 0.6 ของปัญหาสุขภาพทั่วโลก โดยปัญหาการสัมผัสตะกั่วในคนงานก็ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญโดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา (WHO, 2010) นอกจากนี้องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานข้อมูลว่าในปี ค.ศ. 2003 มีประชากรทั่วโลก จำนวน 120 ล้านคนที่มีตะกั่วในเลือดที่ระดับมากกว่า 10 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตรเลือด ($\mu\text{g}/\text{dL}$) (Sripaung, Chari, & Kaewkhamchan, 2020) สำหรับประเทศไทย กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้รายงานผู้ป่วยด้วยโรคพิษตะกั่วมีแนวโน้มการรายงานสูงขึ้นเรื่อย ๆ และสูงสุดในปี พ.ศ. 2544 โดยมีอัตราป่วยเท่ากับ 0.17 ต่อประชากรแสนคน (Sripaung, Chari, & Kaewkhamchan, 2020) จากรายงานของกองระบาดวิทยา รายงานว่า กรณีของภาคใต้ นั้น มักเป็นโรคพิษตะกั่วจากอุตสาหกรรมเนื่องจากมีการใช้เส้นหรือปูนแดงที่มีตะกั่วเป็นส่วนประกอบตะกั่วในการตอกหมั้นเรือ ซึ่งในประเทศไทยมีอุตสาหกรรมตอกหมั้นเรือในประเทศไทยมากกว่า 200 แห่ง โดยเฉพาะในภาคใต้มีทั้งสิ้น 63 แห่ง (Sripaung, Chari, & Kaewkhamchan, 2020) โดยทั่วไปตะกั่วสามารถเข้าสู่ร่างกายได้ 2 ทางหลัก คือ ทางการหายใจและทางปาก ซึ่งมนุษย์สามารถรับสัมผัสสารตะกั่ว จาก 2 แหล่งใหญ่ที่สำคัญคือ จากการประกอบอาชีพ และจากสิ่งแวดล้อม (Untimanon, & Chongsuvivatwong, 2014) ทั้งนี้ในกลุ่มอาชีพต่อและซ่อมเรือไม้เพื่อใช้ประกอบอาชีพประมงของประเทศไทย รวมถึงอาชีพทำมาดอง ส่วนใหญ่ได้นำเอาสารตะกั่วออกไซด์ หรือ เสน มาใช้ในขั้นตอนตอกหมั้นเรือ ร้อยลูกตะกั่ว ทำให้คนงานมีโอกาสสัมผัสสารตะกั่ว เนื่องจากคนงานส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมความปลอดภัยและสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ถูกต้องและเหมาะสม ทำให้ตะกั่วเข้าสู่ร่างกายโดยการดูดซึมผ่านระบบทางเดินอาหารและทางเดินหายใจ (Thanapop, 2011) อีกทั้งในสภาพแวดล้อมการทำงานที่มีปริมาณสารตะกั่วเกินระดับมาตรฐาน ทำให้คนงานมีโอกาสสัมผัส

สารตะกั่ว และอาจก่อให้เกิดโรคพิษตะกั่วทั้งแบบเรื้อรังและเฉียบพลัน อาการที่แสดงอาจเริ่มจากอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง อย่างรุนแรง ปวดตามกล้ามเนื้อและข้อต่อต่างๆ ของร่างกาย และอาจส่งผลต่อระบบประสาทส่วนปลายและสมองได้ การเป็นพิษจากตะกั่วขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่สัมผัส (Exposure Time) ชนิดของตะกั่ว (ตะกั่วอินทรีย์หรือ อนินทรีย์) และ ปริมาณของตะกั่วที่เข้าสู่ร่างกาย (Dose) (Thanapop, 2011)

เกาะบูโหลน เป็นหมู่เกาะที่อยู่ในกลางท้องทะเลอันดามันห่างจากฝั่งราว 22 กิโลเมตร เป็นที่ตั้งชุมชนชาวอุรักลาโว้ยกลุ่มหนึ่งในจังหวัดสตูล ประชากรส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชนชาวเลมากกว่าร้อยละ 90 ซึ่งมีความเป็นเอกลักษณ์ในด้านเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ มีการผสมผสานภาษาและวัฒนธรรมไทยค่อนข้างมาก มีสถานะเป็นพลเมืองไทย บางครั้งจึงเรียกว่า “ไทยใหม่” แต่ในปัจจุบันนิยมเรียกว่า “ชาวเล” โดยพบว่า มีการประกอบอาชีพเสี่ยงต่อการรับสัมผัสตะกั่ว คือ ชาวประมงที่เป็นช่างตอกหมันเรือ ต่อเรือและอาชีพมาดอวน สอดคล้องจากรายงานวิจัยของทีมีวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (Inviya, Chusong, & Sathirapanya, 2018; Sathirapanya, Chusong, Phromphet, Jaeauseng, & Sulong, 2017) พบว่า ผลการศึกษาทางด้านสิ่งแวดล้อมและชีวภาพในพื้นที่เกาะบูโหลน พบปัญหาการปนเปื้อนตะกั่วในสิ่งแวดล้อม ในหลายแหล่ง โดยพบปริมาณการปนเปื้อนตะกั่วในพื้นที่บริเวณโรงเรียน (24.2 mg/kg) ในพื้นที่บ้านเรือน (8.95 mg/kg) พื้นที่จอดเรือและทำอวน (7.1 mg/kg) ขณะที่ผลการตรวจวัดปริมาณตะกั่วในแหล่งน้ำอุปโภค (บ่อน้ำ) พบปริมาณ 0.016 mg/L ซึ่งสอดคล้องกันมีการตรวจพบปริมาณตะกั่วในเล็บและมือของชาวประมงที่ซ่อมเรือ (0.25 µg/cm²), ชาวประมงที่คลี่อวน (38.15 µg/cm²) และชาวประมงที่ทำอวน (1.32 µg/cm²)

ตามท้องที่การบริหารสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานแห่งชาติสหรัฐอเมริกาและแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคพิษตะกั่วโดยกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ได้กำหนดระดับตะกั่วในเลือด ของคนงานไม่ควรเกิน 40 µg/dl (Thanapop, 2011) ทั้งนี้จากข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคพิษตะกั่วในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพหัตถกรรมที่ผ่านมา ยังไม่ครอบคลุมทั้งในกลุ่มแรงงานในระบบและแรงงานนอกระบบที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการสัมผัสสารตะกั่วจากการทำงาน โดยพบว่าอัตราป่วยโรคพิษตะกั่วในกลุ่มวัยแรงงาน ปี 2557 - 2559 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (Sripaung, Chari, & Kaewkhamchan, 2020) และจากรายงานสถานการณ์โรคพิษตะกั่วในประเทศไทย พ.ศ. 2542 - 2544 จำแนกตามประเภทของสถานที่ทำงาน พบว่า คนงานในอุตสาหกรรม มีระดับสารตะกั่วในเลือดเฉลี่ย 14.4 µg/dl รองจาก คนงานในอุตสาหกรรมแบตเตอรี่ (Luanon, Sirirayaporn, Rojanajirapa, & Siriruttanapruk, 2003) สำหรับข้อมูลสถานการณ์โรคพิษตะกั่วในกลุ่มแรงงานชาวประมง ชาวเล ค่อนข้างมีน้อยมาก มีเพียงรายงานวิจัยบางส่วนที่ใกล้เคียง พบว่า จากการตรวจระดับสารตะกั่วในเลือดของช่างหมัน จังหวัดปัตตานี พ.ศ. 2543 พบว่ามีค่าเฉลี่ย 41.4 µg/dl และในปีพ.ศ. 2548 ได้ตรวจระดับสารตะกั่วในคนงานอุตสาหกรรม จังหวัด นครศรีธรรมราช พบว่า ระดับตะกั่วในเลือดของช่างหมัน ช่างไม้ และช่างเทคนิค มีค่าเฉลี่ย 45.2, 20.9 และ 15.8 µg/dl ตามลำดับ โดยพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อระดับตะกั่วในเลือดได้แก่ ตำแหน่งงาน อุณหภูมิหรือจำนวนเรือที่ขึ้นซ่อม และระดับการศึกษาของคนงาน (Thanapop, Geater, Robson, Phakthongsuk, & Viroonudomphol, 2007) จากสภาพปัญหาการปนเปื้อนตะกั่วจากการประกอบอาชีพลงสู่สิ่งแวดล้อมในสถานที่ต่าง ๆ จนนำไปสู่การรับสัมผัสสารตะกั่วเข้าสู่ร่างกายทั้งในกลุ่มบุคคลทำงานอาชีพที่เสี่ยงและประชาชนทั่วไป ได้แก่ ชาวประมงที่ประกอบอาชีพช่างตอกหมัน เรือต่อเรือ อาชีพทำมาดอวน ซึ่งได้มีรายงานศึกษาในกลุ่มคนงานช่างตอกหมันเรือ พบว่า พฤติกรรมของคนงานส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการปนเปื้อนและสัมผัสสารตะกั่วออกไซด์จากการทำงาน เนื่องจากคนงานไม่ใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยที่จำเป็น (หน้ากากถุงมือ) สูบบุหรี่ยี่ห้อหรือรับประทานอาหารระหว่างการทำงานโดยไม่ได้ล้างมือ (Thanapop, Tanapop, & Madardam, 2015) จากรายงานวิจัยการปนเปื้อนฝุ่นตะกั่วในบ้าน พบว่า บ้านช่างตอกหมันเรือมีระดับตะกั่วสูงกว่าบ้านควบคุม(บ้านที่ไม่ใช่ช่างตอกหมันเรือ)อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Thanapop, Geater, Robson, & Phakthongsuk, 2009; Untimanon, Geater, Chongsuvivatwong, Saetia, & Utpan, 2011) สิ่งสำคัญคนงานยังมีโอกาสรับสัมผัสตะกั่วแล้วนำกลับไปปนเปื้อนแก่คนในครอบครัวได้อีก เช่น ภรรยา ลูกของผู้ประกอบอาชีพเสี่ยงอีกด้วย สอดคล้องกับรายงานการศึกษาของ อรพันธ์ อันติมานนท์ พบว่า คนงานที่มีการทำงานเกี่ยวข้องกับ

ตะกั่ว จะมีโอกาสที่จะนำตะกั่วกลับไปปนเปื้อนยังที่พักอาศัย โดยการปะปนไปกับเสื้อผ้าหรือผิวหนังของคนงาน ได้ (Untimanon, Geater, Chongsuvivatwong, Saetia, & Verkasalo, 2012) โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากคนงาน ช่างตอกหมันเรือยังขาดความรู้และความตระหนักถึงอันตรายและการป้องกันการสัมผัสสารตะกั่ว ตลอดจน วิธีการปฏิบัติที่ถูกต้อง ทำให้เกิดการปนเปื้อนสารตะกั่วแก่สมาชิกในครัวเรือน อาจก่อให้เกิดโรคพิษตะกั่วใน คนงานและสมาชิกในครัวเรือนได้ (Thanapop, Geater, Robson, & Phakthongsuk, 2009; Untimanon, Geater, Chongsuvivatwong, Saetia, & Utpan, 2011) และยังพบเด็กกลุ่มเสี่ยงที่เป็นลูกหลานของช่างตอก หมันและซ่อมเรือไม่มีระดับตะกั่วในเลือดสูง (Bureau of Occupational and Environmental Diseases, Diseases Control Department, 2014; Saetia, 2015; Restoration Foundation, 2013; Jaiphan & Phalitipholkarnphim, 2010; Yarnwadsakul & Saetia, 2019) อย่างไรก็ตามในอาชีพประมง นอกจาก คนงานในอุตสาหกรรมที่มีโอกาสปนเปื้อนสารตะกั่วแล้ว ยังมีประชาชนประกอบอาชีพมาดอวน ซ่อมอวน ซึ่งทำหน้าที่ ซ่อมหรือทำอวนใหม่ เป็นแรงงานนอกระบบอีกกลุ่มหนึ่งที่มีโอกาสสัมผัสสารตะกั่วจากขั้นตอนร้อยลูกตะกั่วก่อน นำไปผูกติดกับส่วนปลายของอวน โดยส่วนใหญ่ประชาชนจะทำมาดอวนที่บ้านพักอาศัยและยังมีพฤติกรรมที่เสี่ยง ต่อการสัมผัสสารตะกั่ว (Thanapop, Noocham, Jarat, Plaivang, Munlee, Phikul et al, 2010) เมื่อพิจารณา จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นระบุว่าประชาชนในวัยแรงงานของชาวเลเกาะบูโหลน จังหวัดสตูล มีความเสี่ยงต่อการ สัมผัสตะกั่ว จากการประกอบอาชีพตอกหมันเรือ ซ่อมเรือ และทำมาดอวน ดังนั้นคนงานมีโอกาสสัมผัสสารตะกั่ว ส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรง เกิดการปนเปื้อนสารตะกั่วบริเวณบ้านพักอาศัย ของคนงาน ชุมชนและ สิ่งแวดล้อม ซึ่งได้มีรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องศึกษาค้นพบปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงของการสัมผัสตะกั่วในกลุ่ม คนงานได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านคุณลักษณะงาน และปัจจัยด้านความถี่ของการสัมผัสสิ่งแวดล้อม สุขภาพ (Untimanon, & Chongsuvivatwong, 2014; Thanapop, Noocham, Jarat, Plaivang, Munlee, Phikul et al, 2010; Thanapop, Geater, Robson, Phakthongsuk, & Viroonudomphol, 2007; Chaiklieng, Kampong, & Poochada, 2017)

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังขาดข้อมูลสถานการณ์ความเสี่ยงต่อสุขภาพและ ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสัมผัสตะกั่วจากการทำงานในกลุ่มชายชาวเล เกาะบูโหลน จังหวัดสตูล จากความสำคัญของสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อสุขภาพของการ สัมผัสตะกั่วจากการทำงานของชายชาวเล เกาะบูโหลน จังหวัดสตูล โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการประเมินความ เสี่ยง (Risk Assessment) และจากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อสุขภาพในกลุ่มอาชีพเสี่ยงมาอธิบาย ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสัมผัสตะกั่วจากการทำงานของชายชาวเล เกาะบูโหลน จังหวัดสตูล ซึ่งจะเอื้อประโยชน์ต่อการสร้างองค์ความรู้และส่งเสริมความตระหนักแก่คนงานกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันตนเองจาก การสัมผัสตะกั่วจากการทำงานและสิ่งแวดล้อมจากแหล่งต่างๆได้อย่างเหมาะสมต่อไป

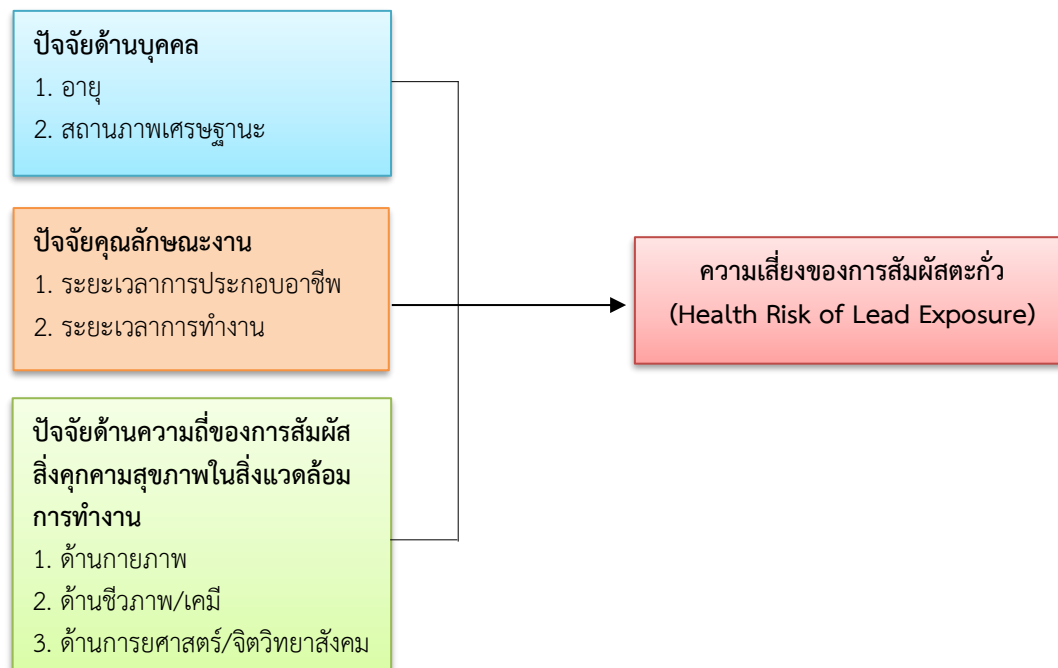
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสัมผัสตะกั่วจากการทำงานของชายชาวเลเกาะบูโหลน จังหวัดสตูล
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสัมผัสตะกั่วจากการทำงานของชายชาวเล เกาะบูโหลน จังหวัดสตูล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาตามแนวคิดการประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) ซึ่งเป็นกระบวนการ การศึกษาอย่างเป็นระบบเพื่อพรรณนาและวัดความเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม สุขภาพ กระบวนการ การ กระทำหรือเหตุการณ์ใด ๆ ซึ่งสภาวิจัยแห่งชาติของสถาบันวิทยาศาสตร์แห่งชาติสหรัฐอเมริกาได้เสนอรูปแบบ การประเมินความเสี่ยงซึ่งได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางจากหน่วยงานต่าง ๆ ในประเทศสหรัฐอเมริกา รวมทั้ง

องค์การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม (Environmental Protection Agency) (Wiwattanadate, 2004) รวมถึงในประเทศไทย OHSAS18001: 2007 และ มอก.18001-2554 ได้ระบุว่า การประเมินความเสี่ยง เป็นกระบวนการในการประมาณระดับความเสี่ยง และตัดสินว่าความเสี่ยงนั้นอยู่ในระดับใด โดยใช้วิธีการประเมินโอกาสและความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นกับคนงานจากการได้รับ/สัมผัสความเสี่ยงตามสถานการณ์ (Department of Industrial Workers, 2000; Wachlajan, 2018) ซึ่งสอดคล้องกับเบคเกอร์ ได้สรุปว่า บุคคลที่รับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงต่อการเป็นโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีจึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (Daduang, 2012) ทั้งนี้ความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสัมผัสตะกั่วจากการทำงานของชาวเล จะสูงหรือต่ำเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เป็นตัวแปรอิสระที่สามารถนำมาใช้เพื่อทำนายความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสัมผัสตะกั่วจากการทำงานได้ คือ ปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านคุณลักษณะงาน ประกอบด้วย ระยะเวลาการประกอบอาชีพ ระยะเวลาการทำงาน และปัจจัยด้านความถี่ของการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพในสิ่งแวดล้อมการทำงาน ประกอบด้วย ด้านด้านชีวภาพ/เคมี และด้านการยศาสตร์/จิตวิทยาสังคม (Untimanon, & Chongsuvivatwong, 2014; Thanapop, Noocham, Jarat, Plaivang, Munlee, Phikul et al, 2010; Thanapop, Geater, Robson, Phakthongsuk, & Viroonudomphol, 2007; Chaiklieng, Kampong, & Poochada, 2017) ซึ่งสรุปมาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังแสดงในภาพ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational Predict Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ คือ ชายชาวเลที่ประกอบอาชีพเสี่ยงการสัมผัสสารตะกั่วในพื้นที่เกาะบูโหลน ตำบลปากน้ำ อำเภอลงู จังหวัดสตูล จำนวน 440 คน (แหล่งข้อมูลจาก Community Folder หมู่ที่ 3 บ้านเกาะบูโหลน ต.ปากน้ำ อ.ลงู จ.สตูล) กำหนดคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) เป็นชายชาวเลที่ประกอบอาชีพเสี่ยงต่อการสัมผัสตะกั่วเป็นเวลามากกว่า 1 ปีขึ้นไป 2) เป็นชายชาวเลที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มี

สถิติสัมพัทธ์และไม่มีอาการเจ็บป่วยทางจิต และ 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในการทำวิจัยครั้งนี้ กำหนดคุณสมบัติเกณฑ์ คัดออก (Exclusion Criteria) คือชายชาวเลที่ประกอบอาชีพเสี่ยงต่อการสัมผัสสารตะกั่วแต่ไม่ได้อาศัยอยู่บนพื้นที่เกาะบูโหลนเป็นประจำ และเกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria) คือชายชาวเลที่ประกอบอาชีพเสี่ยงต่อการสัมผัสสารตะกั่วเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมรวมถึงไม่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่จำเป็น

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ชายชาวเลที่ประกอบอาชีพเสี่ยงต่อการสัมผัสสารตะกั่ว ในพื้นที่เกาะบูโหลน ตำบลปากน้ำ อำเภอลง จังหวัดสตูล มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ใช้ Test Family เลือก F-test, Statistical test เลือก Linear Multiple Regression: Fix Model, R² deviation from Zero กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.15 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .90 ตัวแปรอิสระ (Number of Predictors) 7 ตัวแปร ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 130 คน ทั้งนี้การได้มาของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างเชิงพื้นที่ (Cluster Random Sampling) ในพื้นที่เกาะบูโหลน ตำบลปากน้ำ อำเภอลง จังหวัดสตูล โดยแบ่งออกเป็นพื้นที่เกาะบูโหลนตอน (โซน 1) และเกาะบูโหลนเล (โซน 2) จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีหยิบลูกบอลแบบไม่คืน ในรายชื่อชายชาวเลที่เป็นกลุ่มเสี่ยงจากทั้งหมด 440 คน โดยเทียบตามสัดส่วนของประชากรตามพื้นที่เกาะบูโหลน ทั้ง 2 โซน ได้ขนาดตัวอย่าง 130 คน (Response Rate 100.0%)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaires) ซึ่งผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองตามแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และประยุกต์จากแบบสอบถามของ Chaiklieng, Kampong, & Poochada, 2017 ให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา มีรายละเอียดประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลปัจจัยคุณลักษณะงาน (Job Description) มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 เป็นข้อมูลปัจจัยด้านความถี่ของการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพในสิ่งแวดล้อมการทำงานด้านกายภาพ (ความร้อน, เสียงดัง, แสงสว่าง, ความสั่นสะเทือน, ฝุ่น) เคมี/ชีวภาพ (การใช้สารเคมีทั่วไป, เชื้อโรคจากแหล่งพาหะนำโรค) และการยศาสตร์/จิตวิทยาสังคม(ท่าทางการทำงาน/ความเครียด) มีลักษณะเป็นแบบให้คะแนน Rating Scale 3 ระดับ (1-3) ตั้งแต่ระดับเป็นประจำ (ทุกวัน) นาน ๆ ครั้ง (1-2 วัน/สัปดาห์) ไม่เคย (0 วัน) จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสัมผัสสารตะกั่ว มีลักษณะเป็นแบบให้คะแนน Rating Scale 4 ระดับ (1-4) จำนวน 5 ข้อ นำมาใช้ในการคิดคะแนนความเสี่ยงของการสัมผัสสารตะกั่ว โดยประยุกต์เครื่องมือด้านการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในงานสาธารณสุขโดยอาศัยเมตริกความเสี่ยงต่อสุขภาพ (Health Risk Matrix) (Chaiklieng, Kampong, & Poochada, 2017; Department of Industrial Workers, 2000; Wachlajan, 2018) โดยการระบุเกณฑ์ประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพที่ประกอบไปด้วยการระบุระดับคะแนนของโอกาสในการสัมผัสสารตะกั่วและคะแนนความรุนแรงจากผลกระทบของการสัมผัสสารตะกั่ว ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

โอกาสในการสัมผัสสารตะกั่ว แยกตามระดับคะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่

- 1 คะแนน หมายถึง มีโอกาสสัมผัสสารตะกั่วได้ในรอบ 1 ปี ขึ้นไปจากการทำงาน (น้อย)
- 2 คะแนน หมายถึง มีโอกาสสัมผัสสารตะกั่วทุกเดือนจากการทำงาน (ปานกลาง)
- 3 คะแนน หมายถึง มีโอกาสสัมผัสสารตะกั่วทุกสัปดาห์จากการทำงาน (สูง)
- 4 คะแนน หมายถึง มีโอกาสสัมผัสสารตะกั่วทุกวันจากการทำงาน (สูงมาก)

ความรุนแรงจากผลกระทบของการสัมผัสสารตะกั่ว แยกตามระดับคะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่

- 1 คะแนน หมายถึง อยู่ในภาวะเสี่ยง แต่ไม่มีอาการใกล้เคียงจากการสัมผัสตะกั่ว (น้อย)
- 2 คะแนน หมายถึง มีอาการใกล้เคียงจากการสัมผัสตะกั่ว 1 อาการ (ปานกลาง)
- 3 คะแนน หมายถึง มีอาการใกล้เคียงจากการสัมผัสตะกั่ว 2-3 อาการ (สูง)
- 4 คะแนน หมายถึง มีอาการใกล้เคียงจากการสัมผัสตะกั่ว มากกว่า 3 อาการ (สูงมาก)

สำหรับการสอบถามอาการจากการสัมผัสตะกั่วใช้แบบสอบถามอ้างอิงจากสำนักโรคจากการประกอบอาชีพ (Bureau of Occupational and Environmental Diseases, Diseases control Department, 2017; Benchawang, & Chuengpraser, 2007) โดยสอบถามอาการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวนอาการ 24 ข้อ ได้แก่ ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ มือเท้าอ่อนแรง มึนงง อาเจียน มือสั่น นอนไม่หลับ น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ ไม่มีความรู้สึกที่แขนขา ตื่นเต้น กระวนกระวาย ลื่นเหมือนรับรสโลหะ ปวดข้อ อารมณ์ฉุนเฉียว ปวดบิตอย่างรุนแรงในท้องเป็นพักๆ ข้อมือตกร้าว ข้อเท้าตกร้าว หลงลืมง่าย ท้องผูก ผื่นอ่อนเพลีย เส้นสีน้ำเงินเทาที่เหงือก ชักหรือหมดสติ

สรุปการคำนวณคะแนนความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสสารตะกั่ว เป็นการพิจารณาร่วมกันระหว่างคะแนนโอกาสในการสัมผัสตะกั่วคูณคะแนนความรุนแรงจากการสัมผัสสารตะกั่ว ตามหลักของเมตริกความเสี่ยงต่อสุขภาพ (Health Risk Matrix)

คะแนนความเสี่ยง = คะแนนโอกาสสัมผัสตะกั่ว (1-4) x คะแนนความรุนแรงจากการสัมผัสตะกั่ว (1-4) โดยสามารถนำคะแนนความเสี่ยงที่ได้ไปหาค่าเฉลี่ย (M) และแปลผลเป็นระดับความเสี่ยงได้ 5 ระดับ (Chaiklieng, Kampong, Poochada, 2017; Department of Industrial Workers, 2000; Wachlajan, 2018) ดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง ความเสี่ยงเล็กน้อย
- 2-3 คะแนน หมายถึง ความเสี่ยงที่ยอมรับได้
- 4-6 คะแนน หมายถึง ความเสี่ยงปานกลาง ให้ดำเนินการควบคุมความเสี่ยง
- 8-9 คะแนน หมายถึง ความเสี่ยงสูง ให้ดำเนินการลดความเสี่ยง
- 12-16 คะแนน หมายถึง ความเสี่ยงที่ยอมรับไม่ได้ ต้องหยุดปฏิบัติงาน ลดความเสี่ยงทันที

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีวอนามัย ผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม เพื่อพิจารณาตรวจสอบ ความถูกต้อง สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความตรงตามเนื้อหาที่ต้องการวัด ตรงตามกรอบแนวคิด การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา แล้วนำมาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการนำผลของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านมารวมกันคำนวณหาความตรงตามเนื้อหา ซึ่งทำได้โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) : ซึ่งได้ค่า IOC = 0.67-1.00

การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับ ชาวเลในพื้นที่ตำบลบ่อเจ็ดลูก อำเภอละงู จังหวัดสตูล จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เพื่อดูความชัดเจนของข้อคำถาม รูปแบบของแบบสอบถาม ความเข้าใจในภาษา และนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องเหมาะสม และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ทำหนังสือราชการขอความร่วมมือไปยัง สสอ.ละงู, รพ.สต.บ่อเจ็ดลูก และ อบต.ปากน้ำ จังหวัดสตูล
2. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.บ่อเจ็ดลูก และ อบต.ปากน้ำ เพื่อร่วมลงพื้นที่ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย

3. ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ถ้ากลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยให้เซ็นชื่อลงในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วม

4. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลวิจัย โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละ 30 นาที โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านช่วยเหลือแปลเป็นภาษาถิ่นได้ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจคำถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยคุณลักษณะงาน ปัจจัยด้านความถี่ของการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพในสิ่งแวดล้อมการทำงาน และ ความเสี่ยงของการสัมผัสตะกั่ว โดยข้อมูลจะมีการตรวจสอบความถูกต้องและบันทึกข้อมูลเข้าเป็นข้อมูลคอมพิวเตอร์ จากนั้นจะมีการตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งและวิเคราะห์โดยโปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติ

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยคุณลักษณะงาน ปัจจัยด้านความถี่ของการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพในสิ่งแวดล้อมการทำงาน และความเสี่ยงของการสัมผัสตะกั่ว โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสัมผัสตะกั่วจากการทำงานของชายชาวเล โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงพหุ ผู้วิจัยได้ผ่านการทดสอบข้อตั้ง (Assumption) (Hair, Black, Balin, & Anderson, 2010) ของสถิติที่ใช้ ดังนี้

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

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

2.3 ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นสูง (Multicollinearity) โดยพิจารณาจากค่า Tolerance เท่ากับ .798 และค่า VIF เท่ากับ 1.253

2.4 ไม่เกิดปัญหาความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์ (Autocorrelation) โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.584

ทั้งนี้ตัวแปรที่มีระดับการวัดเป็นนามสเกล (Nominal Scale) ได้แก่ สถานภาพเศรษฐกิจ ผู้วิจัยได้กำหนดตัวแปรนามสเกลเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variables) ในขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ เลขที่ 114/2562 ลงวันที่ 13 มีนาคม 2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยเสี่ยงของชายชาวเลเกาะบุโหลน จังหวัดสตูล

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยเสี่ยงของชายชาวเลเกาะบุโหลน จังหวัดสตูล (n=130)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
20 - 30	16	12.31
31 - 40	24	18.46
41 - 50	42	32.31
51 - 60	37	28.46
มากกว่า 60	11	8.46
$M = 45.89$ ปี $SD = 11.47$ Max 68 ปี Min 20 ปี		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
3,001 - 4,000	11	8.46
4,001 - 5,000	21	16.15
5,001 - 6,000	18	13.85
6,001 - 7,000	30	23.08
มากกว่า 7,000	50	38.46
$M=6,816.92$ บาท $SD=2,622.98$ $Max=30,000$ บาท $Min=2,000$ บาท		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	75	57.69
ประถมศึกษา	22	16.92
มัธยมศึกษา	33	25.39
สถานภาพสมรส		
โสด	16	12.31
สมรส/อยู่ในบ้านเดียวกัน	114	87.69
สถานภาพทางเศรษฐกิจ		
ไม่พอใช้	87	66.92
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	41	31.54
มีเงินเหลือเก็บ	2	1.54
ลักษณะการประกอบอาชีพเสี่ยง		
มาดวน	82	63.08
ซ่อมมวน/แห (ที่มีตะกั่วถ่วงน้ำหนัก)	42	32.31
ซ่อมเรือ	6	4.61
ลักษณะสถานที่ทำงาน		
เป็นสถานที่เดียวกันกับบ้านเรือน	118	90.77
สถานที่ทำงานแยกจากบ้านเรือน	12	9.23
การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะทำงาน		
ไม่เคยสวมใส่	90	69.23
เคยใช้เป็นบางครั้ง	40	30.77
การปฏิบัติตัวหลังเลิกงาน		
พักผ่อน สุขุมหรือ	92	70.77
รับประทานอาหาร	24	18.46
ล้างมือ อาบน้ำชำระล้าง	14	10.77

ตาราง 1 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาการประกอบอาชีพเสี่ยง (ปี)		
$M = 28.65$ ปี $SD = 11.24$ $Max = 50$ ปี $Min = 6$ ปี		
ระยะเวลาการทำงาน (วัน/สัปดาห์)		
$M = 6.54$ วัน $SD = 1.02$ $Max = 7$ วัน $Min = 3$ วัน		

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างชายชาวเลอายุเฉลี่ย 45.89 ปี ($SD=11.47$) มีอายุในช่วง 41-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 32.31 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,816.92 บาท ($SD=2,622.98$) ไม่ได้เรียนหนังสือ มากที่สุด ร้อยละ 57.69 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 87.70 ขณะที่สถานภาพทางเศรษฐกิจ ไม่พอใช้ ร้อยละ 66.92 ประกอบอาชีพทำมาดวน ร้อยละ 63.08 ทำงานบริเวณเดียวกับบ้านเรือน ร้อยละ 90.77 ไม่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลระหว่างทำงาน ร้อยละ 69.23 และมักจะมีพฤติกรรมหลังเลิกงานอันดับแรกคือ พักผ่อน สูบบุหรี่ ร้อยละ 70.77 ระยะเวลาการประกอบอาชีพเสี่ยงเฉลี่ย 28.65 ปี ($SD = 11.24$) และระยะเวลาการทำงานเฉลี่ย 6.54 วัน/สัปดาห์ ($SD = 1.02$)

2. ระดับความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสตะกั่วของชายชาวเลเกาะบูโหลน

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละระดับความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสตะกั่วของชายชาวเล (n=130)

ระดับความเสี่ยงต่อสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความเสี่ยงที่ยอมรับได้	16	12.31
ความเสี่ยงปานกลาง	23	17.69
ความเสี่ยงสูง	25	19.23
ความเสี่ยงที่ยอมรับไม่ได้	66	50.77
$M=9.20$ คะแนน $SD= 4.41$ คะแนน $Max 16$ คะแนน $Min 2$ คะแนน		

จากตาราง 2 พบว่า เกินครึ่งหนึ่งอยู่ในระดับความเสี่ยงที่ยอมรับไม่ได้ ร้อยละ 50.77 รองลงมาอยู่ในระดับความเสี่ยงสูง ร้อยละ 19.23 โดยมีคะแนนความเสี่ยงต่อสุขภาพเฉลี่ย 9.20 คะแนน ($SD = 4.41$) คะแนนความเสี่ยงต่อสุขภาพสูงสุด 16 คะแนน และ คะแนนความเสี่ยงต่อสุขภาพต่ำสุด 2 คะแนน

3. ปัจจัยที่สามารถทำนายความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสัมผัสตะกั่วจากการทำงานของชายชาวเลเกาะบูโหลน จังหวัดสตูล

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของตัวแปรทำนายความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสัมผัสตะกั่วจากการทำงานของชายชาวเลเกาะบูโหลน จังหวัดสตูล

ตัวแปรพยากรณ์	B	S.E.b	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	-4.670	1.744		-2.678	0.080
ระยะเวลาการประกอบอาชีพเสี่ยง(ปี)	0.223	0.027	0.569	8.337	<.001
ระยะเวลาการทำงาน (วัน/สัปดาห์)	1.144	0.295	0.265	3.883	<.001
$R=0.727$; $R^2=0.529$; $R^2_{adj}= 0.521$; $F=15.082$; $SE_{est}= 3.050$; $p\text{-value} <0.001$					

จากตาราง 3 พบว่าตัวแปรที่เข้าสู่สมการทำนาย ได้แก่ ระยะเวลาการประกอบอาชีพเสี่ยง (ปี) และ ระยะเวลาการทำงาน (วัน/สัปดาห์) โดยปัจจัยระยะเวลาการประกอบอาชีพเสี่ยง(ปี) เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสัมผัสตะกั่วจากการทำงานของชายชาวเล เกาะบูโหลน จังหวัดสตูล มากที่สุด ($Beta=$

0.569) และรองลงมา ได้แก่ ระยะเวลาการทำงาน (วัน/สัปดาห์) ($Beta=0.265$) โดยทั้ง 2 ตัวแปรสามารถอธิบายความแปรปรวนของความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสัมผัสตะกั่วจากการทำงานของชายชาวเล เกาะบูโหลน จังหวัดสตูล ได้ร้อยละ 52.1 ($R^2_{adj}=0.521$; $p\text{-value}<.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนาย 3.050 (ตาราง 3) โดยสามารถเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้

คะแนนดิบ

$$\text{ความเสี่ยงต่อสุขภาพ} = -4.670 + 0.223(\text{ระยะเวลาการประกอบอาชีพเสี่ยง;ปี}) + 1.144(\text{ระยะเวลาการทำงาน;วัน/สัปดาห์})$$

คะแนนมาตรฐาน

$$Z(\text{ความเสี่ยงต่อสุขภาพ}) = 0.569(Z_{\text{ระยะเวลาการประกอบอาชีพเสี่ยง;ปี}}) + 0.295(Z_{\text{ระยะเวลาการทำงาน;วัน/สัปดาห์}})$$

อภิปรายผล

1. ระดับความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสัมผัสตะกั่วจากการทำงานของชายชาวเล เกาะบูโหลน จังหวัดสตูล จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสัมผัสตะกั่วจากการทำงานของชายชาวเล เกาะบูโหลน จังหวัดสตูล อยู่ในระดับความเสี่ยงที่ยอมรับไม่ได้ สูงสุด ร้อยละ 50.77 รองลงมา อยู่ในระดับความเสี่ยงสูง ร้อยละ 19.23 เหตุผลที่สามารถอธิบายว่าทำไมชายชาวเลส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสัมผัสตะกั่วจากการทำงานในระดับที่สูงมาก ทั้งนี้เนื่องจากสาเหตุหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กล่าวคือการประกอบอาชีพมาดอวนของกลุ่มตัวอย่างชายชาวเล เกาะบูโหลน จังหวัดสตูล ซึ่งมีสัดส่วนมากที่สุด ร้อยละ 63.08 จากการวิเคราะห์จุดเสี่ยงของขั้นตอนการทำงานพบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อสุขภาพจากการรับสัมผัสตะกั่วจากการทำมาดอวน ในขั้นตอนร้อยลูกตะกั่วเพื่อนำไปผูกติดกับส่วนปลายของอวน อีกทั้งชายชาวเลส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการสัมผัสตะกั่วทั้งทางตรงและทางอ้อมจึงนำไปสู่การมีพฤติกรรมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย ดังนั้นสิ่งนี้จึงเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ชายชาวเลส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสัมผัสตะกั่วจากการทำมาดอวนอยู่ในระดับที่สูงมากดังกล่าว สอดคล้องกับรายงานการศึกษาการศึกษาการปนเปื้อนสารตะกั่วในกลุ่มคนประกอบอาชีพมาดอวน ตำบลปากพูน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช (Thanapop, Noocham, Jarat, Plaivang, Munlee, Phikul et al, 2010) ให้คำแนะนำน่าสนใจคือ การปนเปื้อนสารตะกั่วจากการทำมาดอวน เป็นปัญหาหนึ่งที่หน่วยงานภาครัฐควรตระหนักและหาแนวทางลดการปนเปื้อนสารตะกั่วในผู้ประกอบอาชีพมาดอวนและสมาชิกในครอบครัว มีข้อค้นพบที่สำคัญและน่าสนใจสามารถนำมาอภิปราย คือจากการศึกษาพบข้อจำกัดในวิถีการดำเนินชีวิตของชายชาวเล เกาะบูโหลน จังหวัดสตูล ค่อนข้างมาก ได้แก่ ชายชาวเล ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ มากถึงร้อยละ 57.70 เน้นอนว่าขาดความรู้ ทักษะที่ถูกต้อง ย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ปลอดภัยของชายชาวเลตามมา ซึ่ง Meangphra (2014) กล่าวว่า ปัจจัยที่ช่วยโน้มน้าวบุคคลให้เกิดพฤติกรรมความปลอดภัยเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อ ความเข้าใจ ความรู้ ค่านิยม และทัศนคติ ของบุคคลที่มีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอนามัยของบุคคล สิ่งนี้สามารถสะท้อนให้เห็นได้จากการศึกษาการปนเปื้อนสารตะกั่วในกลุ่มคนประกอบอาชีพมาดอวน ตำบลปากพูน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช (Thanapop, Noocham, Jarat, Plaivang, Munlee, Phikul et al, 2010) พบว่า ระดับการปนเปื้อนตะกั่วที่มีของกลุ่มคนประกอบอาชีพมาดอวนมีความแตกต่างกันตามระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0024$) ขณะที่ได้มีรายงานการศึกษาพบว่า หากคนงานช่างตอกหมันยังขาดความรู้และความตระหนักถึงอันตรายและการป้องกันการสัมผัสสารตะกั่ว ตลอดจนวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้อง ทำให้เกิดการปนเปื้อนสารตะกั่วแก่สมาชิกในครัวเรือน อาจก่อให้เกิดโรคพิษตะกั่วในคนงานและสมาชิกในครัวเรือนได้ (Thanapop, Geater, Robson, & Phakthongsuk, 2009; Untimanon, Geater, Chongsuvivatwong, Saetia, & Utapan, 2011) นอกจากนี้ จากผลการศึกษายังพบว่า กลุ่มตัวอย่างชายชาวเลเกาะบูโหลนส่วนใหญ่ไม่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในระหว่างทำงาน มากถึง ร้อยละ 69.23 สอดคล้องกับรายงานการศึกษาของ Thanapop, Noocham, Jarat, Plaivang, Munlee, Phikul et al, (2010) ได้ศึกษาการปนเปื้อนสารตะกั่วในกลุ่มคน

ประกอบอาชีพมาดอวน ตำบลปากพูน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ในขณะทำงานกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่ได้ใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล ได้แก่ ถุงมือ ผ้าปิดจมูก และยังสอดคล้องกับรายงานศึกษาผลของโปรแกรมอาชีพสุขศึกษาต่อการลดการสัมผัสสารตะกั่วของช่างหมั่นในอุตสาหกรรม จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยพบว่า ก่อนเข้าโปรแกรมอาชีพสุขศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ทำความสะอาดร่างกายหรือเปลี่ยนเสื้อผ้าก่อนกลับบ้าน ทำให้เกิดการปนเปื้อนสารตะกั่วในบริเวณที่พักอาศัย (Thanapop, Tanapop, & Madardam, 2015) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาวิจัยพบพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขอนามัยที่สำคัญหลายประการก็คือ กลุ่มตัวอย่างชายชาวเล ส่วนใหญ่จะพักผ่อน สูบบุหรี่ เป็นลำดับแรกหลังเลิกงาน ร้อยละ 70.77 และรับประทานอาหารทันที ร้อยละ 18.46 ซึ่งถือว่าเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกหลักสุขวิทยาส่วนบุคคลอย่างยิ่ง จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างชายชาวเลเพิ่มความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสัมผัสตะกั่วจากการทำงานดังกล่าว สอดคล้องกับรายงานศึกษาของ Thanapop, Geater, Robson, Phakthongsuk, & Viroonudomphol (2007) พบว่าผู้ประกอบอาชีพช่างตอกหมั่นมีสุขวิทยาส่วนบุคคลไม่ดีจึงทำให้ผู้ประกอบอาชีพในอุตสาหกรรมเรือได้รับสัมผัสตะกั่วเข้าสู่ร่างกายจนก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพได้ (Thanapop, Tanapop, & Noocham, 2012) โดยร้อยละ 67.00 ของช่างตอกหมั่นเรือมีระดับตะกั่วในเลือดเกิน 40 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร ที่ OSHA กำหนด เนื่องจากฝุ่นตะกั่วสามารถติดอยู่ตามเสื้อผ้า ผิวหนัง รวมทั้งเครื่องมือต่างๆของผู้ประกอบอาชีพ หากไม่มีการอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้าหรือซักล้างทำความสะอาดเสื้อผ้าก่อนกลับบ้าน ตะกั่วจะถูกนำจากที่ทำงานไปปนเปื้อนที่บ้านได้ (Untimanon, & Chongsuvivatwong, 2014) นอกจากนี้จากผลการศึกษายังพบจุดเสี่ยงของปัญหาลักษณะสถานที่ทำงาน คือ ชายชาวเลเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 90.77) ใช้บ้านเรือนเป็นสถานที่ทำงานเดียวกันกับการใช้ชีวิตอยู่อาศัย สิ่งนี้ไม่ใช่เป็นความเสี่ยงแก่คนทำงานเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการรับสัมผัสตะกั่วของคนในครอบครัวมากยิ่งขึ้น สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกันกับรายงานศึกษาของ Thanapop, Geater, Robson, & Phakthongsuk (2009) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมอนามัยส่วนบุคคลของช่างตอกหมั่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการนำตะกั่วกลับบ้าน พบว่า ร้อยละ 74.00 ของช่างตอกหมั่นเรือล้างเฉพาะมือและหน้า หลังเลิกงานก่อนกลับบ้าน และร้อยละ 97.00 ไม่เคยเปลี่ยนเสื้อผ้าก่อนกลับบ้าน ร้อยละ 71.00 ไม่ได้ทำความสะอาดรองเท้า ร้อยละ 81.00 ไม่ได้อาบน้ำทันที ขณะเดียวกันจากรายงานศึกษาที่เกี่ยวข้อง พบว่า บ้านช่างตอกหมั่นมีระดับฝุ่นตะกั่วสูงกว่าบ้านกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Untimanon, Geater, Chongsuvivatwong, Saetia, & Utapan (2011), Untimanon, Geater, Chongsuvivatwong, Saetia, & Verkasalo (2012) และเมื่อศึกษาระดับตะกั่วที่ปนเปื้อนสมาชิกครอบครัวพบว่า สมาชิกบ้านช่างตอกหมั่นเรือมีระดับตะกั่วบนผิวหนังทั้งมือและเท้าสูงกว่าบ้านกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Thanapop, Geater, Robson, & Phakthongsuk, 2009)

2. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสัมผัสตะกั่วจากการทำงานของชายชาวเล เกาะบูโหลน จังหวัดสตูล ในการศึกษาวิจัยได้ใช้การวิเคราะห์โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงพหุ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบผ่านข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ทั้ง 4 ข้อ ตามเกณฑ์ของ Hair, Black, Balin, & Anderson (2010) จากนั้นจึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอน ซึ่งวิธีการดังกล่าวถือว่ามีความน่าเชื่อถือและเหมาะสมสอดคล้องกับการวิจัยของ Rasiri & Songthap (2021) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดพิษณุโลก และ การศึกษาของ Chaosuanreecharoen, Kluebklay & Prasert (2018) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในโครงการฟันเทียมพระราชทานของโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง สำหรับปัจจัยที่ร่วมทำนายความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสัมผัสตะกั่วจากการทำงานของชายชาวเล เกาะบูโหลน จังหวัดสตูล พบว่า มีตัวแปรทำนายจำนวน 2 ตัวแปร ที่สามารถอธิบายการผันแปรของความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสัมผัสตะกั่ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ได้แก่ ตัวแปรระยะเวลาการประกอบอาชีพเสี่ยง (ปี) และระยะเวลาการทำงาน (วัน/สัปดาห์) และร่วมกันอธิบายความผันแปรของความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสัมผัสตะกั่วจากการทำงานของชายชาวเล เกาะบูโหลน จังหวัดสตูล ได้ร้อยละ

52.1 ($R^2_{adj} = 0.521$; $p\text{-value} = 0.000$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ผลการศึกษารังนี้ไปตามคำอธิบายของกรอบแนวคิดการประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) ซึ่งสามารถทำนายความเสี่ยงได้ด้วยปัจจัยตัวแปรอิสระที่สำคัญได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสอดคล้องกับ รายงานศึกษาของ Chaivatcharaporn (2017) ได้ศึกษาลักษณะทางคลินิกของโรคพิษตะกั่ว และผลการรักษาในพนักงานโรงงานผลิตแบตเตอรี่ พบว่า อายุงานของพนักงานในโรงงานแบบเตอรี มีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กับระดับตะกั่วในเลือด ซึ่งตัวแปรระยะเวลาการประกอบอาชีพเสี่ยง (ปี) เป็นปัจจัยที่มีอำนาจทำนายความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสัมผัสตะกั่วจากการทำงานของชายชาวเล เกาะบูโหลน จังหวัดสตูล สูงที่สุด ($Beta = 0.569$) สามารถอธิบายได้ว่า การที่ชายชาวเล เกาะบูโหลน จังหวัดสตูล มีระยะเวลาการประกอบอาชีพเสี่ยงยาวนานหลายปีมากเท่าใด ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสัมผัสตะกั่วจากการทำงานเพิ่มสูงขึ้น จากการศึกษาพบว่า ชายชาวเลเกาะบูโหลน มีระยะเวลาการประกอบอาชีพเสี่ยงประเภททำมาดวน มากที่สุด เป็นระยะเวลา 50 ปี ($M = 28.65$ ปี $SD = 11.24$) ซึ่งเมื่อวิเคราะห์และอธิบายตามกลไกธรรมชาติการเกิดโรคจากการประกอบอาชีพ (Occupational Disease) ส่วนใหญ่จะมีการรับสัมผัสปัจจัยเสี่ยงคุกคามน้อยๆแต่ใช้ระยะเวลาการสัมผัสนาน (Benchawang, & Chuengpraser, 2007) จากการศึกษาพบว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจของชายชาวเล ส่วนใหญ่มีสถานภาพไม่พอใช้ มากที่สุดร้อยละ 66.92 จึงทำให้ชายชาวเลต้องทำงานหนักใช้ระยะเวลาในการประกอบอาชีพมาดวน ตอกหมันเรือ ซึ่งเสี่ยงต่อการสัมผัสตะกั่วมากขึ้นไปอีกหลายปี โดยมีข้อจำกัดว่าไม่สามารถเปลี่ยนไปประกอบอาชีพอื่นสำรองได้เลย เนื่องจากอาชีพประมงเป็นอาชีพหลักที่สามารถทำงานได้ตลอดทั้งปีของประชาชนชาวเลบนเกาะบูโหลน สอดคล้องกับรายงานการศึกษาของ Thanapop, Noocham, Jarat, Plaivang, Munlee, Phikul et al, (2010) ได้มีการศึกษาการปนเปื้อนสารตะกั่วในกลุ่มคนประกอบอาชีพมาดวน ตำบลปากพูน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุเกิน 40 ปี ซึ่งมีระยะเวลาการประกอบอาชีพเสี่ยงมากกว่า จะส่งผลให้มีปริมาณสารตะกั่วปนเปื้อนบริเวณมือมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) นอกจากนี้ปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลในลำดับรองลงมาคือตัวแปรระยะเวลาการทำงาน (วัน/สัปดาห์) สามารถร่วมทำนายความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสัมผัสตะกั่วจากการทำงานของชายชาวเล เกาะบูโหลน จังหวัดสตูล ($Beta = 0.265$) อธิบายได้ทำนองเดียวกันว่า ชายชาวเลทำงานที่มีระยะเวลาการรับสัมผัสตะกั่ว คิดเป็นจำนวน วัน/สัปดาห์ มากเท่าใด จะยิ่งส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสัมผัสตะกั่วจากการทำงานเพิ่มสูงขึ้นด้วย จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้ระยะเวลาในการทำงานมากที่สุดถึง 7 วัน/สัปดาห์ นั้นหมายความว่า ชายชาวเล เกาะบูโหลน จังหวัดสตูล ได้รับการสัมผัสตะกั่วจากการทำงานทุกวันก็ว่าได้ สอดคล้องในทิศทางเดียวกันกับข้อค้นพบที่ว่า กลุ่มตัวอย่างชายชาวเล เกาะบูโหลน จังหวัดสตูล มีความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสัมผัสตะกั่วจากการทำงาน อยู่ในระดับความเสี่ยงที่ยอมรับไม่ได้ สูงสุด หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจะต้องดำเนินการจัดการภัยคุกคามสุขภาพจากการสัมผัสตะกั่วนี้ โดยเน้นมาตรการการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วเป็นสิ่งสำคัญตามข้อคำแนะนำของศูนย์ควบคุมโรคแห่งสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้เน้นย้ำเป้าหมายสำคัญของการป้องกันการรับสัมผัสตะกั่วในคนทำงานและเด็กเล็ก ทั้งในระดับ Primary prevention และ Secondary prevention (Centers for Disease Control, 2021) ขณะที่ปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อการทำนายความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสัมผัสตะกั่วจากการทำงานของชายชาวเล เกาะบูโหลน จังหวัดสตูล ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล(อายุ,สถานภาพเศรษฐกิจ) และปัจจัยด้านความถี่ของการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพในสิ่งแวดล้อมการทำงาน(กายภาพ,ชีวภาพ/เคมี,การยศาสตร์/จิตวิทยาสังคม) มีข้อค้นพบที่สำคัญและน่าสนใจสามารถนำมาอภิปราย ดังนี้ คือ จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า ชายชาวเลที่ประกอบอาชีพเสี่ยงนั้นส่วนใหญ่มักจะมีอายุใกล้เคียงกันในช่วงวัยทำงาน(20-60 ปี) แต่ไม่ได้เป็นปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อสุขภาพของการสัมผัสตะกั่วจากการทำงานของชายชาวเลฯ ซึ่งขัดแย้งกับรายงานการศึกษาที่ว่า การเกิดพยาธิสภาพและกลไกการเกิดโรคจากการสัมผัสตะกั่วของคนที่ทำงานจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น(Sripaung, Chari, Kaewkhamchan. 2020) ขณะที่ตัวแปรสถานภาพเศรษฐกิจของชายชาวเล ก็เช่นกัน คือมีฐานะค่อนข้างยากจน ไม่พอใช้ เป็นส่วนมาก ซึ่งตัวแปรปัจจัยด้านบุคคลทั้ง 2 ตัวแปร ไม่ได้มีความแตกต่างกันในคุณลักษณะด้านประชากร จึงไม่มี

ความสัมพันธ์หรือส่งผลต่อความเสี่ยงต่อการสัมผัสตะกั่วจากการงานนั่นเอง นอกจากนี้ จากผลการศึกษา พบว่า ชายชาวเลส่วนใหญ่ที่ประกอบอาชีพเสี่ยงต่อการสัมผัสตะกั่วจากการงานนั้น มักจะมีการสัมผัสปัจจัยสิ่งคุกคามสุขภาพด้านอื่นด้วย ได้แก่ สิ่งคุกคามกายภาพ เช่น การสัมผัสความร้อน, เสียงดัง, แสงสว่าง, ความสั่นสะเทือน, ฝุ่น แต่พบว่าจะมีการสัมผัสในความถี่ค่อนข้างต่ำ คือนานๆครั้งจะมีโอกาสสัมผัส ไม่ได้สัมผัสบ่อยๆ ในทำนองเดียวกัน สำหรับสิ่งคุกคามสุขภาพด้านเคมี พบว่า ชายชาวเลส่วนใหญ่มีความถี่ในการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพต่อการใช้อุปกรณ์ประเภทยื่นน้อยมาก เพราะส่วนใหญ่การประกอบอาชีพมาดอวน ตอกหมันเรือ มักจะใช้เส้นหรือปูนแดงเป็นส่วนประกอบหลักเท่านั้น สอดคล้องกับรายงานที่ระบุว่า ภาคใต้ นั้น มักเป็นโรคพิษตะกั่วจากอู่ต่อเรือ เนื่องจากมีการใช้เส้นหรือปูนแดงที่มีตะกั่วเป็นส่วนประกอบตะกั่วในการตอกหมันเรือเป็นหลัก (Sripaung, Chari, & Kaewkhamchan, 2020) ขณะที่ปัจจัยสิ่งคุกคามสุขภาพด้านชีวภาพจำพวกเชื้อโรคจากแหล่งพาหะนำโรคนั้น ชายชาวเลมีความถี่ของการสัมผัสค่อนข้างน้อยเช่นกัน เนื่องจากส่วนใหญ่ชายชาวเลมักจะใช้สถานที่บริเวณบ้านเรือนโดยเฉพาะบริเวณหน้าบ้าน ใต้ร่มเงาต้นไม้ ซึ่งมีความโล่งแจ้ง การระบายอากาศดี ไม่อับชื้น จึงทำให้ชายชาวเลมีความถี่ของการสัมผัสสิ่งคุกคามสุขภาพด้านชีวภาพน้อยนั่นเอง สำหรับปัจจัยสิ่งคุกคามสุขภาพด้านจิตวิทยาสังคมหรือท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม นั้น มีความถี่ของการสัมผัสค่อนข้างน้อยเช่นกัน ส่วนใหญ่ชายชาวเลไม่ได้ประสบปัญหาเกี่ยวกับการทำงานในท่าทางที่ผิดธรรมชาติ อาจมีบ้างที่ต้องมีการทำงานโดยร่างกายต้องบิด เอี้ยวตัว แต่มีจำนวนน้อย ทำนองเดียวกันชายชาวเลมีความถี่ของการสัมผัสปัจจัยสิ่งคุกคามสุขภาพด้านจิตวิทยาสังคม ค่อนข้างน้อย พบว่า ชายชาวเลส่วนใหญ่ไม่ได้มีปัญหาใดเกี่ยวกับความเครียดจากการทำงาน (จิตวิทยาสังคม) จากข้อค้นพบอธิบายได้ว่า ชายชาวเลมีวิถีการดำเนินชีวิต การทำงานที่เรียบง่าย ไม่ได้แข่งขันกับใคร ไม่มีนายจ้าง เป็นนายจ้างตัวเอง จึงทำให้วิถีการทำงานของชายชาวเล เป็นไปด้วยความปกติทั่วไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานสาธารณสุขระดับพื้นที่ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอละงู โรงพยาบาลละงู และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อเจ็ดลูก ควรจัดกิจกรรมโครงการปรับเปลี่ยนสถานีนงาน (Work Station) และพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยของชายชาวเล เกาะบูโหลน จังหวัดสตูล รวมถึงส่งเสริมการลดระยะเวลาการทำงานสำหรับอาชีพมาดอวน ตอกหมันซึ่งมีความเสี่ยงสูงจากการสัมผัสตะกั่ว โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและภาคีทุกภาคส่วน
2. หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องด้านความมั่นคงของมนุษย์ ได้แก่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสตูล ร่วมกับ องค์การบริหารส่วนตำบลปากน้ำ ควรกำหนดนโยบายและจัดทำโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาคูณภาพชีวิตของชาวเล เกาะบูโหลน โดยเน้นการเสริมสร้างอาชีพอื่นทดแทนที่สร้างรายได้แก่ประชาชนชาวเกาะบูโหลนเพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงจากการสัมผัสตะกั่วจากการงาน ที่ประกอบอาชีพเสี่ยงกันมาอย่างยาวนาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลและผลลัพธ์ของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสตะกั่วจากการงานของชายชาวเล เกาะบูโหลน จังหวัดสตูล
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) เพื่อพัฒนารูปแบบ Model การป้องกัน/ลดการสัมผัสตะกั่วจากการงานของชายชาวเล เกาะบูโหลน จังหวัดสตูล โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

References

- Bureau of Occupational and Environmental Diseases, Diseases Control Department. (2017). *Handbook of Surveillance of Lead Poisoning for Disease Prevention Officers and Provincial Officials*. Nontaburi: Bureau of Occupational and Environmental Diseases, Diseases control Department, Public Health Ministry. (in Thai)
- Bureau of Occupational and Environmental Diseases, Diseases Control Department. (2014). *Guideline for Surveillance and Prevention of Lead in Early Childhood*. Bangkok: Bureau of Occupational and Environmental Diseases, Diseases Control Department, Public Health Ministry. (in Thai)
- Benchawang, Y., & Chuengpraser, W. (2007). *Occupational Disease Diagnosis Standard Commemoration of the 80's Year 5 December*. Nontabur; Office of Compensation Fund; Social Security Bureau, Ministry of Labor. (in Thai)
- Chaiklieng, S., Kampong, T., & Poochada, W. (2017). Health Risk Assessment on Exposure to Ergonomics Factors among Informal Garment Workers. *The Public Health Journal of Burapha University*, 12(1), 99-111. (in Thai)
- Chaosuansreecharoen, K., Kluebklay, P., & Prasert, L. (2018). Factors Predicting Dental Care Behaviors among Elderly in Royal Denture Project, Trang Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(3), 152-168. (in Thai)
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *Lead Poisoning Prevention; Centers for Disease Control and Prevention*. Retrieved August 19,2020 from <https://www.cdc.gov/nceh/lead/prevention/default.htm>.
- Chaivatcharaporn, K. (2017). Lead Poisoning Clinical Presentations and Treatment Outcomes of Battery Manufacturing Workers. *Thai Journal of Toxicology*, 31(2), 25-38. (in Thai)
- Department of Industrial Workers. (2000). *Regulation of the Department of Industrial Workers on the Criteria for Hazard Indentification, Risk Assessment and the Preparation of a Risk Management Service Plan*. Bangkok. (in Thai)
- Daduang, C. (2012). Effect of Protection Program Against Chemical Hazards Control Plants in Migrants, Spraying the Malasai, Kalasin Province. *Thesis of Master of Public Health. Chonburi; Public Health major*. Burapha University. (in Thai)
- Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B., & Anderson, E. R. (2010). *Multivariate Data Analysis*. (7th ed). New Jersey: Pearson Education.
- Inviya, T., Chusong, T., & Sathirapanya, C. (2018). *Report on the Assessment of the Digestive Health and Environmental Factors Around the Early Childhood Ban ko Bu Lon Don*. Faculty of Medicine (Family Medicine and Preventive Medicine). Prince of Songkla University. (in Thai)
- Jaiphan, J., & Phalitipholkarnphim, A. (2010). *Report on the Risk of Lead Exposure among Children in Early Childhood Development Centers Affiliation of Bangkok and Solution*. Bangkok. (in Thai)
- Luanon, W., Siriarayaporn, P., Rojanajirapa, P., & Siriruttanapruk, S. (2003). Situation of Lead Poisoning among Workers in Thailand 1992 – 2001. *Journal of Health Science*, 12(2), 279-284. (in Thai)

- Meangphra, S. (2014). *Behavior of People at the Operational Level on the Prevention of Occupational Accidents: a Specific Study of the Industrial Case of Metal Product, Machinery and Equipment, Bang Pakong District, Chachoengsao Province*. Master of Arts Thesis (Social Work) Bangkok: Graduate Thammasat University. (in Thai)
- Rasiri, T., & Songthap, A. (2021). Factors Predicting Health Promotion Behaviors of Homebound Older Adults in Phitsanulok Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 8(1), 127-139. (in Thai)
- Restoration Foundation. (2013). *The Danger of Lead Poisoning in Building Paints with Decline of Intelligence*. Bangkok. Phimdee. (in Thai)
- Saetia, W. (2015). *Report on the Assessment, Perception and Action on Lead in Color Used in Child Development Centers. Nakhon Si Thammarat*. Office of Disease Prevention and Control 11, Nakhon Si Thammarat Province. (in Thai)
- Sathirapanya, C., Chusong, T., Phromphet, W., Jaeauseng, R., & Sulong, W. (2017). *Report on the Development of Nutrition Promotion Models for Development, Growth and Stimulation of Development of Early Childhood Ban Ko Bulon Don*. Faculty of Medicine (Family Medicine and Preventive Medicine). Prince of Songkla University. (in Thai)
- Thanapop, C., Tanapop, S., & Madardam, U. (2015). The Results of Occupational Health Education Program for Reducing Lead Exposure among Boat-Caulkers, Nakhon Si Thammarat Province. *The Public Health Journal of Burapha University*, 10(2), 77-88. (in Thai)
- Thanapop, C., Geater, A. F., Robson, M. G., & Phakthongsuk, P. (2009). Elevated Lead Contamination in Boat-Caulkers' Homes in Southern Thailand. *Int J Occup Environ Health*, 15(4), 282-290.
- Thanapop, C., Noocham, N., Jarat, M., Plaivang, P., Munlee, A., & Phikul, et al. (2010). Lead Contamination among Fishing Net Sinker-Workers, Pakpoo Sub-District, Muang District, Nakhon Si Thammarat Province. *Journal of Safety and Health*, 11(3), 6-17. (in Thai)
- Thanapop, C., Tanapop, S., & Noocham, N. (2012). Lead Contamination and Health Status of Boatyard Workers. *Journal of Safety and Health*, 18(5), 20-34. (in Thai)
- Thanapop, C. (2011). Situation Analysis of Lead Contamination Among Boatyard Workers in Southern, Thailand and Health Effect. *Journal of Safety and Health*, 14(4), 6-17. (in Thai)
- Thanapop, C., Geater, A., Robson, M., Phakthongsuk, P., & Viroonudomphol, D. (2007). Exposure to Lead of Boatyard Workers in Southern Thailand. *Journal of Occupational Health*, 49(5), 345-352.
- Untimanon, O., & Chongsuvivatwong, V. (2014). Lead Exposure: Occupational and Environmental Health Effect. *Disease Control Journal*, 40(1), 1-28. (in Thai)
- Untimanon, O., Geater, A., Chongsuvivatwong, V., Saetia, W., & Utapan, S. (2011). Skin Lead Contamination of Family Members of Boat-Caulkers in Southern Thailand. *Industrial Health*, 49, 37-46.



- Untimanon, O., Geater, A., Chongsuvivatwong, V., Saetia, W., & Verkasalo, P. K. (2012). Relative Contribution of Potential Modes of Surface Dust Lead Contamination in the Homes of Boatyard Caulkers. *J Occup Health*, 54, 165-73.
- World Health Organization. (2021). *Preventing Disease Through Health Environments; Action is Needed on Chemicals of Major Public Health Concern*. Retrieved April 20, 2021, from https://www.who.int/ipcs/features/10chemicals_en.pdf
- Wiwatanadate, P. (2004). *Health Risk Assessment. Department of Community Medicine*. Faculty of Medicine. Chiang Mai University. Nonthaburi. (in Thai)
- Wachlajan, P. (2018). *Chemical Risk Assessment. Symposium on SMART Factory Towards Sustainable Development*. Bangkok International Trade and Exhibition Center. Bangkok. (in Thai)
- Yarnwaisakul, K., & Saetia, W. (2019). Preventative Model for Lead Exposure in Children at Child Development Centres Based on Community Participation in the Upper Southern Thailand. *Disease Control Journal*, 44(2), 217-226. (in Thai)

ผลลัพธ์ทางคลินิกในการจัดการรายกรณีที่บ้านในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 Clinical Outcomes of a Home Care Case Management for Patients with Chronic Kidney Disease Stage 3

ไพรัช เผือกสวัสดิ์*
Pairat Puaksawat*
โรงพยาบาลท่าฉาง*
Thachang Hospital*

(Received: January 15, 2021; Revised: April 29, 2021; Accepted: April 15, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วยค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Creatinine, Urine Protien Albumin (UPA), Albumin-to-Creatinine Ratio (ACR), Estimated Glomerular Filtration Rate (eGFR), Blood Urea Nitrogen (BUN), Hemoglobin A1c (HbA1C) ในการจัดการรายกรณีที่บ้านระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลัง ได้รับการจัดการรายกรณีที่บ้านในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 จำนวน 40 คน กำหนดขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรม N4studies ใช้สูตร Two Independent Means ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ กระบวนการจัดการรายกรณี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วยวางแผนการดูแลผู้ป่วย การประสานงานการติดตามกำกับการประเมินผลและหนังสือคู่มือปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตารางการติดตามโดยโทรศัพท์เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบบและเก็บข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิก การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ สถิติ Independent t-test, Pair t-test, Mann Whitney U test และ Wilcoxon Signed-Rank test ผลการวิจัยพบว่า

1. หลังมีการจัดการรายกรณีที่บ้านค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Creatinine, UPA, ACR ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ แต่ค่าเฉลี่ย eGFR เพิ่มขึ้นค่า ค่าเฉลี่ย BUN ลดลงมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ย HbA1C เพิ่มขึ้นมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังในกลุ่มที่ได้รับการจัดการรายกรณีที่บ้านในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่า Diastolic blood pressure (DBP), BUN, UPA, ACR, HbA1C พบว่าค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังได้รับการจัดการรายกรณีที่บ้านไม่มีความแตกต่างกัน แต่ค่าเฉลี่ย Systolic Blood Pressure (SBP) ลดลง, Creatinine ลดลง, eGFR เพิ่มขึ้นมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ควรมีการศึกษาออกแบบการวิจัยเกี่ยวกับการควบคุมระดับความดันและการควบคุมการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในครั้งต่อไปพยาบาลควรทำงานร่วมกับสหวิชาชีพในการร่วมกันจัดการรายกรณีที่บ้านเพื่อให้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นควรมีการใช้รูปแบบจัดการรายกรณีที่บ้านเป็นหนึ่งในกระบวนการพัฒนาพฤติกรรมตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3

คำสำคัญ: การจัดการรายกรณี, โรคไตเรื้อรังระดับ 3

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pairat.639@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-7872639)



Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were to compare clinical outcomes of a home care case management nursing approach in patients with chronic kidney disease stage 3. Blood pressure, creatinine, urine protein albumin (UPA), albumin-to-creatinine ratio (ACR), estimated glomerular filtration rate (eGFR), blood urea nitrogen (BUN), and hemoglobin A1c (HbA1C) were the compared clinical outcomes in-home case management. Comparisons were between control and experimental groups, and between pre- and post clinical home care case management in patients with chronic kidney disease stage 3. Sample size was 20 patients with chronic kidney disease stage 3, calculated by two independent means, using the N4studies program. Data were collected using personal questionnaires and clinical outcomes. The home care case management process consisted of patients care planning, coordinating, monitoring and evaluation. The home care case management instruments were educational media on kidney disease, a practical guide books for patients with chronic kidney disease, and follow-up phone calls. Frequency, percentage, independent t-test, paired t-test, the mann-whitney u test, and the Wilcoxon signed-rank test were used for data analysis.

Results showed that the mean measures for blood pressure, creatinine, UPA, and ACR were not significantly different between control and experimental groups in post home care case management. There were no significant difference either between pre-and post home case management mean diastolic blood pressure (DBP), BUN, UPA, ACR, and HbA1C.

In contrast, mean eGFR significantly increased, and mean BUN significantly decreased (at $P<.05$). Mean systolic blood pressure (SBP) and creatinine showed a significant decrease as well, while the mean eGFR was significantly higher at $P<.05$.

The control of blood pressure and the control of urinary protein leakage in patients with chronic kidney disease should be studied in further research. For more effective outcomes, nurses should coordinate with multidisciplinary home care case management. It would be helpful to use the home care case management as a part of the process of self-care behavior development in patients with chronic kidney disease stage 3.

Keywords: Chronic Kidney Disease Stage 3, Home Case Management, Clinical Outcomes, Comparative Research

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง เป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญระดับโลกซึ่งมีแนวโน้มการเจ็บป่วยของประชากรทั่วโลกเพิ่มขึ้นทุกปี 10% ของประชากรทั่วโลกได้รับผลกระทบจากโรคไตเรื้อรัง (CKD) และหลายล้านคนเสียชีวิตในแต่ละปี (Haileamlak, 2018) เพราะไม่สามารถเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสมในปี 1990 โรคไตเรื้อรังได้รับการจัดอันดับที่ 27 ในรายการสาเหตุของจำนวนผู้เสียชีวิตทั่วโลกแต่เพิ่มขึ้นเป็น 18 ในปี 2010 (Jha, Garcia-Garcia, Iseki, Li, Naicker, Plattner, et al, 2013) ปัจจุบันมีคนมากกว่า 2 ล้านคนทั่วโลกที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตหรือการปลูกถ่ายไตเพื่อให้มีชีวิตอยู่ (Couser, Remuzzi, Mendis, & Tonelli, 2011) แต่จำนวนนี้อาจหมายถึงเพียงร้อยละ 10 ของผู้ที่ต้องได้รับการรักษาจาก 2 ล้านคนที่ได้รับการรักษาโรคไตวายส่วนใหญ่ได้รับการรักษาใน 5 ประเทศ สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น เยอรมนี บราซิล และ อิตาลี 5 ประเทศนี้เป็นเพียงร้อยละ 12 ของประชากรโลก มีเพียงร้อยละ 20 เท่านั้นที่ได้รับการปฏิบัติในประเทศกำลังพัฒนาประมาณ 100 ประเทศซึ่งคิดเป็นสัดส่วนมากกว่า

50% ของประชากรโลกมากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาโรคไตเรื้อรังอยู่ในประเทศที่ร่ำรวย Couser, Remuzzi, Mendis, & Tonelli (2011) ซึ่งสามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพและผู้สูงอายุจำนวนมากได้มีการคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยไตวายจะเพิ่มขึ้นอย่างในชนบทในประเทศกำลังพัฒนาเช่นจีนและอินเดียที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นในประเทศที่มีรายได้ปานกลางการรักษาด้วยการล้างไตหรือการปลูกถ่ายไตสร้างภาระทางการเงินอย่างมากสำหรับคนส่วนใหญ่ที่ต้องการ ในอีก 112 ประเทศผู้คนจำนวนมากไม่สามารถรับการรักษาได้ทำให้มีผู้เสียชีวิตมากกว่า 1 ล้านคนต่อปีจากภาวะไตวายที่ไม่ได้รับการรักษาในสหรัฐอเมริกาการรักษาโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มสูงกว่า 48 พันล้านต่อปี การรักษาภาวะไตวายใช้ร้อยละ 6.7 ของงบประมาณ ด้านการสาธารณสุข ในประเทศจีนเศรษฐกิจจะสูญเสีย 558 พันล้านเหรียญสหรัฐ (World Kidney Day, 2015) ในทศวรรษหน้าเนื่องจากผลกระทบต่อการเสียชีวิตและความพิการจากโรคหัวใจและโรคไต 1 ในอวัยวะค่าใช้จ่ายในการล้างไตประจำปีใกล้เคียงกับ 23 ล้านเหรียญสหรัฐคิดเป็นร้อยละ 30 ของงบประมาณของกองทุนทรัพยากรแห่งชาติสำหรับการรักษาเฉพาะทาง (Bill & Melinda, 2020) ในประเทศอังกฤษตามรายงานล่าสุดที่ตีพิมพ์โดย NHS Kidney Care โรคไตเรื้อรังมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูงกว่ามะเร็งเต้านมปอดลำไส้ใหญ่และมะเร็งผิวหนังรวมกัน ในออสเตรเลียการรักษากลับผู้ป่วยไตวายปัจจุบันและรายใหม่ทั้งหมดจนถึงปี 2563 จะมีราคาประมาณ 12 พันล้านเหรียญสหรัฐ ในคนอายุ 65 ถึง 74 ทั่วโลกมีการประเมินว่าหนึ่งในห้าของผู้ชายและผู้หญิงหนึ่งในสี่มี CKD โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เช่น โรคหัวใจโรคเบาหวานหรือโรคไต) ได้เข้ามาแทนที่โรคติดต่อ (มาลาเรีย หรือโรคเอดส์) ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรทั่วโลก ประมาณร้อยละ 80 ของภาระนี้เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้น้อยหรือปานกลางและร้อยละ 25 เป็นคนที่อายุน้อยกว่า 60 ปี โรคไตเรื้อรังเป็นวิกฤตสุขภาพทั่วโลก ยกตัวอย่างเช่นในปี 2548 มีผู้เสียชีวิตทั่วโลกประมาณ 58 ล้านคนโดย 35 ล้านคนเป็นโรคเรื้อรังตามองค์การอนามัยโลก โรคไตเรื้อรังสามารถรักษาได้ ด้วยการวินิจฉัยและการรักษาตั้งแต่เนิ่น ๆ เป็นไปได้ที่จะชะลอหรือหยุดการลุกลามของโรคไต (Allen, 2020)

ข้อมูลจากการศึกษาจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 ถึง พ.ศ. 2551 พบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ประมาณร้อยละ 17.6 ของประชากร หรือประมาณ 8-10 ล้านราย มีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตประมาณ 1,439 รายต่อล้านประชากร (Kantchuetsiri, ChanCharoenThan, ChaiLimpamontree, Trakanwanich, Kochaseni, Yusby, et al, 2016) และมีแนวโน้มมากขึ้นเป็นทุกปี ๆ โรคไตจึงไม่ใช่โรคที่ไกลตัวอีกต่อไป โรคไตเรื้อรังเกิดได้จากหลายสาเหตุที่สำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวานโรคภาวะความดันโลหิตสูง โรคเอสแอลอี (SLE) หรืออาจเกิดจากผลข้างเคียงจากการใช้ยาบางชนิดเป็นประจำ โดยเฉพาะกลุ่มยาแก้ปวด หรือ “ยาเอ็นเสด” (Sirirawong, 2019) ได้มีการศึกษากลุ่มตัวอย่างในประเทศไทยจำนวน 2,396 คน พบว่าในระยะเวลาการติดตามที่ประมาณ 8 ปี พบอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังประมาณ 28% โดยส่วนใหญ่จะยังคงอยู่ในระยะที่ 1 และความผิดปกติของไตส่วนใหญ่คือการรั่วของโปรตีนอัลบูมินพบอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังในประชากรเขตเมืองสูงกว่าเขตชนบท สาเหตุหลักครึ่งหนึ่งของโรคไตเรื้อรังที่วินิจฉัยโดยอายุรแพทย์โรคไตเกิดจากโรคไตจากความดันโลหิตสูงและโรคไต Glomerular Disease ส่วนผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังแล้วนั้นมีโอกาสเกิดการดำเนินโรคแย่งประมาณ 23% และอัตราการลดลงของ GFR ต่อปีจะแตกต่างกันไปตามระยะของโรคไตเรื้อรัง ปัจจัยที่มีผลสัมพันธ์กับการเกิด CKD Progression ได้แก่โรคเบาหวานและระดับกรดยูริกในเลือดสูง ในขณะที่โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และผู้ที่มีรายได้น้อยสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรัง (Ing Satit, Chayakun, Chaiprasert, Tirakupt, Siri Wong, SaengThawan, et al, 2017)

ในจังหวัดสุราษฎร์ธานีพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 24,426 ราย จากประชากรทั้งหมด 866,103 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.82 มีผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายมากถึง 978 คน คิดเป็นร้อยละ 4 ของผู้ป่วยไตเรื้อรังทั้งหมด (Surat Thani Provincial Public Health Office, 2019) มีแนวโน้มของผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปีและต้องรอการบำบัดทดแทนไต และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาแต่ละรายค่อนข้างสูงมีค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไตเฉลี่ยแล้ว 200,000 บาท/คน/ปี ค่าใช้จ่ายนี้ยังไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายด้วยยา ค่าใช้จ่ายทางอ้อมอื่น ๆ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพ

ชีวิตของผู้ป่วย อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ Kantchuetsiri, ChanCharoenThan, ChaiLimpamontree, Trakanwanich, Kochaseni, Yusby, et al (2016)

สำหรับโรงพยาบาลท่าฉางมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 607 ราย จากจำนวนประชากรทั้งหมด 32,087 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.89 ที่มีความผิดปกติจากการตรวจหาลำดับการทำงานของไตด้วยค่า eGFR ที่ต่ำผิดปกติ พบว่ามีผู้ป่วย Stage 1 จำนวน 87 ราย Stage 2 จำนวน 135 ราย Stage 3 จำนวน 315 ราย Stage 4 จำนวน 65 ราย Stage 5 จำนวน 21 ราย ข้อมูลจาก Surat Thani Provincial Public Health Office (2019) จากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีจำนวนมากเมื่อเทียบกับระยะอื่น ๆ ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 ไตได้รับความเสียหายปานกลางและทำงานได้ไม่ดีเท่าที่ควร จะมีภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพอันเป็นผลมาจากของเสียที่สะสมในร่างกาย ทำให้เริ่มมีอาการรู้สึกไม่สบาย คลื่นไส้ เบื่ออาหาร ง่วงซึม สับสน เนื่องจากมีของเสียในร่างกายมากขึ้น เหนื่อยง่าย อ่อนเพลียจากภาวะซีด เนื่องจากไตสร้างฮอร์โมนสร้างเม็ดเลือดแดงไม่เพียงพอ บวมในตำแหน่งต่าง ๆ เช่น เปลือกตา ข้อเท้า เท้า หน้าแข้ง เนื่องจากไตกำจัดน้ำส่วนเกินออกไม่ได้ เมื่อมีน้ำสะสมในร่างกายมากขึ้น จะเกิดภาวะน้ำท่วมปอด และหายใจลำบาก ความดันโลหิตสูง ทำให้มีอาการปวดศีรษะเรื้อรัง อ่อนเพลีย และเป็นโรคหัวใจได้เป็นสิ่งสำคัญซึ่งหากว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการเสื่อมของไตเพิ่มมากขึ้น จะก่อให้เกิดผลกระทบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมเป็นอย่างมาก เนื่องจากการดูแลรูปแบบเดิมส่วนใหญ่ให้การดูแลเฉพาะในโรงพยาบาล โดยที่ข้อมูลได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลที่ได้บางครั้งไม่ได้เป็นข้อมูลที่ได้รับความจริงทำให้รูปแบบการให้การดูแลจึงไม่สอดคล้องและถูกต้องของผู้ป่วยในแต่ละรายทำให้การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยระดับ 3 ยังไม่ดีเท่าที่ควรจะเป็นดังนั้นการจัดการรายกรณีที่บ้านทำให้พยาบาลสามารถเดินเข้าไปในครัวของผู้ป่วย เห็นถึงเครื่องปรุงที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลใช้ในการประกอบอาหาร มีปริมาณของโซเดียมมากน้อยเพียงใด ควรใช้ในปริมาณที่เหมาะสมอย่างไร นอกจากนี้ ยังเห็นถึงปริมาณโปรตีนที่ผู้ป่วยรับประทานในแต่ละมื้อว่าเหมาะสมกับผู้ป่วยไตเรื้อรังระดับ 3 ที่ควรจะได้รับใน 1 วันหรือไม่ และยังได้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้ไตเสื่อมลงได้ เช่น การใช้ยาต้มสมุนไพร หรือ อาหารเสริม ยาที่ไปหาซื้อมารับประทานเอง ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ผู้ป่วยมักจะไม่ได้ให้ข้อมูลทั้งหมดกับเจ้าหน้าที่เมื่อมารับบริการที่คลินิกที่โรงพยาบาล และการออกกำลังกายของผู้ป่วยซึ่งมักจะไม่ค่อยได้ปฏิบัติต้องมีการกระตุ้นและแนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับแต่ละราย ๆ ไป นอกจากนี้การจัดการรายกรณีที่บ้านยังสามารถติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย และการดูแลตนเองของผู้ป่วย หรือ จัดการผู้ดูแลหลักกว่ามีการจัดการเหมาะสมกับโรคที่เป็นหรือไม่ ผู้วิจัยจึงได้ใช้วิธีการสอนและให้คำแนะนำที่บ้านผู้ป่วยกับการดูแลตนเองโดยผ่านหนังสือหนังสือคู่มือปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และใช้วิธีการติดตามผ่านทางโทรศัพท์เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนและให้เกิดความต่อเนื่องในการปฏิบัติ พยาบาลสามารถให้ข้อมูลรวมถึงการจัดการที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม จึงดำเนินการศึกษาการจัดการรายกรณีที่บ้านสำหรับในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ว่าจะสามารถลดระดับความดันโลหิต ลดระดับน้ำตาลสะสม ลดของเสียที่เกิดจากโปรตีน เพิ่มความสามารถในการกรองของไต ลดการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะ ได้หรือไม่

วัตถุประสงค์วิจัย

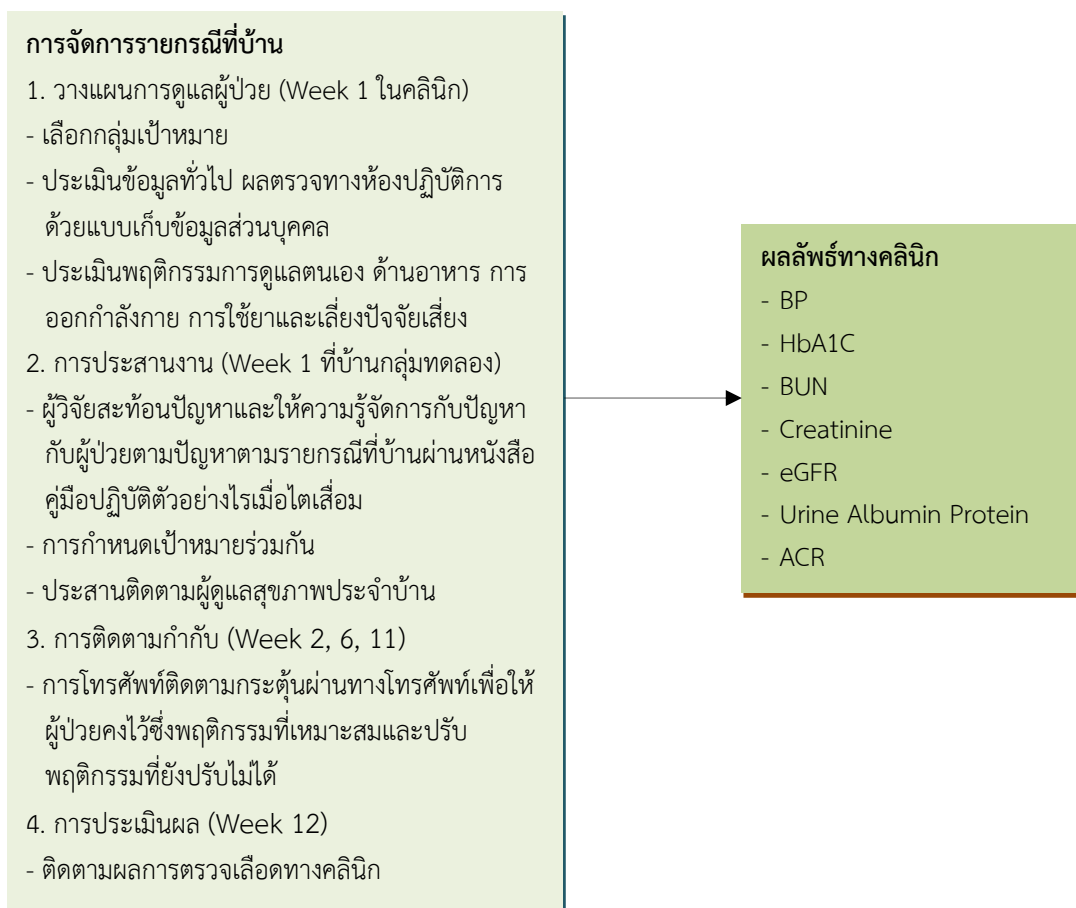
1. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกในการจัดการรายกรณีที่บ้านระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3
2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลัง ได้รับการจัดการรายกรณีที่บ้านในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3

สมมติฐานวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกในการจัดการรายกรณีที่บ้านกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม
2. ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกหลังได้รับการจัดการรายกรณีที่บ้านดีกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีที่บ้าน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการจัดการรายกรณี ของ Case Management Society of America (CMSA), (1994) มาใช้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแต่ละรายให้ได้รับกระบวนการรักษาพยาบาลจากทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง สามารถตอบสนองความคาดหวังและความต้องการของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยใช้กระบวนการจัดการรายกรณี 4 ขั้นตอนแรกของ Case Management Society of America (CMSA), (1994) ประกอบด้วย 1) วางแผนการดูแลผู้ป่วย 2) การประสานงาน 3) การติดตามกำกับ 4) การประเมินผล



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experiment Research) แบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระดับ 3 จำนวน 200 รายที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง ในคลินิกพิเศษ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนวันที่ 1 ตุลาคม 2562 - 31 กันยายน 2563

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. กรณีที่ผู้ป่วยมีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจต้องไม่มีอาการกำเริบ และไม่มีความพิการที่จะมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรม

2. ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีค่า eGFR – EPI ตั้งแต่ 30–59 mL/min/1.73 m² และแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังและมารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลท่าฉาง

3. มีความสามารถสื่อสาร และเข้าใจภาษาไทยได้ดี

4. มีความสนใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนเช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้ระดับความรุนแรงของโรคเปลี่ยนแปลงมากขึ้น

2. มีโรคแทรกซ้อนที่มีผลต่อการทำงานของไต (ยกเว้นโรคความดันโลหิตสูง) เช่น โรคเกาต์ นิ่วทางเดินปัสสาวะ รูมาตอยด์ โรคที่ต้องใช้ NSAIDs Steroid เป็นต้น

3. มีข้อจำกัดในการสื่อสาร เช่น ผู้ที่คนชรา (Very Old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป ความจำเสื่อม

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรังในคลินิกพิเศษ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่สุ่มจากประชากรโดย กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คัดออกกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม N4studies ใช้สูตร Two Independent Means อ้างอิงจากผลการวิจัยเรื่องโปรแกรมการจัดการตนเอง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย อัตราการกรองของไตโรคไตเรื้อรังระดับ 3 โรคความดันโลหิตสูง (Singsangwean, Tipwareerom, & Juntarawijit, 2019) พบว่า อัตราการกรองของไตในกลุ่มทดลองหลังการทดลองมีค่า 55.73 สูงกว่ากลุ่มควบคุมมีค่า 48.97 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกลุ่มทดลอง 7.82 และสูงกว่ากลุ่มควบคุม 5.13 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ผลต่างค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต (δ) = 55.73-48.97 = 6.76 ผลต่างส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอัตราการกรองของไต (σ) = 7.82-5.13 = 2.69 Alpha (α) = 0.05, Beta (β) = 0.20 เมื่อมาแทนค่าในสูตรได้กลุ่มตัวอย่าง 16 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายไปของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยเก็บเพิ่มเป็นกลุ่มละ 20 ราย การสุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือกระบวนการจัดการรายการ 4 ขั้นตอน ประกอบด้วยวางแผนการดูแลผู้ป่วย การประสานงานการติดตามกำกับกำกับการประเมินผล และสื่อให้ความรู้เรื่องโรคไตเป็นหนังสือคู่มือปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังซึ่งผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง นักโภชนาการ เกสเซอร์ นักกายภาพ พัฒนาเป็นรูปเล่ม โดยเนื้อหาประกอบด้วย

1.1 การให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลที่บ้านโดยใช้หนังสือคู่มือปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย ใดคืออะไร หน้าที่ของไต อาการของผู้ป่วยโรคไต การชะลอไตเสื่อม กินอย่างไรเมื่อไตเสื่อม การใส่ยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

1.2 โทรศัพท์มือถือ ใช้สำหรับสอบถามและติดตามความต่อเนื่องในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผลลัพธ์ทางคลินิกในการจัดการรายการที่บ้านในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ซึ่งประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวอื่น (นอกจากโรคไตเรื้อรัง) สิทธิด้านการรักษาพยาบาล

2.2 แบบเก็บข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกก่อน-หลังผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย BP, HbA1C, BUN, Creatinine, eGFR, Urine Albumin Protein, ACR

2.3 ตารางการติดตามโดยโทรศัพท์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้จากการพัฒนาเพื่อใช้ในการวิจัย ได้แก่ หนังสือคู่มือการปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อใดก็ตาม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญงานวิจัย นักโภชนาการและพยาบาลเชี่ยวชาญเรื่องโรคไต ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ผลการคำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยรวมได้ค่า Content Validity Index (CVI) เท่ากับ .83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มควบคุม (ได้รับการพยาบาลตามปกติ)

ชั้นก่อนทดลอง (สัปดาห์ที่ 1)

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยพร้อมกับแนะนำตัวอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิเก็บข้อมูลส่วนบุคคล และผลลัพธ์ทางคลินิกล่าสุด ประกอบด้วย BP, HbA1C, BUN, Creatinine, eGFR, Urine Albumin Protein, Albumin-to-Creatinine Ratio (ACR) นั้วัน เวลา ในการประเมินติดตามผลใช้เวลาประมาณ 10 นาที

ชั้นทดลอง

กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำคลินิก NCD ได้แก่ การซักประวัติ การประเมินผลทางห้องปฏิบัติการเก็บรวบรวมผลข้อมูล การให้ความรู้ ส่งพบนักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด ส่งพบแพทย์ พยาบาลอธิบายแผนการรักษาการและให้ความรู้ ส่งพบเภสัชกร รับประทานยาที่บ้านใช้เวลาประมาณ 50 นาที

ชั้นหลังทดลอง (สัปดาห์ที่ 12)

ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกล่าสุด ประกอบด้วย BP, HbA1C, BUN, Creatinine, eGFR, Urine Albumin Protein, ACR แจ้งผลการทดลองให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และสรุปการเข้าร่วมการศึกษา มอบหนังสือปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อใดก็ตาม ในรายที่มีความสนใจใช้เวลาประมาณ 15 นาที

2. กลุ่มทดลอง (การจัดการรายกรณีที่บ้าน)

ชั้นก่อนทดลอง

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยพร้อมกับแนะนำตัวอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิเก็บข้อมูลส่วนบุคคล และผลลัพธ์ทางคลินิกล่าสุด ประกอบด้วย BP, HbA1C, BUN, Creatinine, eGFR, Urine Albumin Protein, ACR นั้วัน เวลา ลงเยี่ยมบ้าน ใช้เวลาประมาณ 10 นาทีให้บริการตามปกติ

ชั้นทดลอง

(สัปดาห์ที่ 1) ลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยประเมินและวางแผนร่วมกับผู้ป่วยที่บ้านเฉพาะราย เตรียมความพร้อมประเมินปัญหาในส่วนที่ขาด ทั้งความรู้เกี่ยวกับภาวะไตเสื่อม การรับประทานอาหาร การใช้ยาและเลี้ยงปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย รวมถึงการให้กลุ่มตัวอย่างกำหนดเป้าหมาย ร่วมกับผู้ดูแล โดยให้ความรู้และคำแนะนำผ่านหนังสือปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อใดก็ตามใช้เวลาประมาณ 40-50 นาที

(สัปดาห์ที่ 2, 6, 11) โทรศัพท์เพื่อติดตามผลและกระตุ้นผู้ป่วย รวมถึงการให้คำปรึกษาและหาแนวทางร่วมแก้ปัญหาใช้เวลาประมาณ 10 นาที

(สัปดาห์ที่ 1-11) กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามเป้าหมายที่วางเอาไว้

ชั้นหลังทดลอง (สัปดาห์ที่ 12)

นัดหมายเข้าคลินิกประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกล่าสุด ประกอบด้วย BP, HbA1C, BUN, Creatinine, eGFR, Urine Albumin Protein, ACR แจ้งผลการทดลองให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และสรุปการเข้าร่วมการศึกษาใช้เวลาประมาณ 20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ สถิติพรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต, BUN, Creatinine ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบค่าที่แบบอิสระ (Independent t-test) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสำหรับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ใช้สถิติโดยวิธี Kolmogorov-Smirnov ของการทดสอบ ค่าเฉลี่ยค่าความดันซิสโตลิก ความดันไดแอสโตลิก, BUN, Creatinine, eGFR พบว่าไม่ Significance (2-Tailed) ซึ่งแสดงถึงการกระจายโค้งปกติเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ส่วน HbA1C, UPA, ACR พบว่า Significance (2-Tailed) แสดงถึงการกระจายโค้งไม่ปกติ ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น จึงวิเคราะห์ข้อมูลด้วย Mann Whitney U test ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

3. เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกค่าเฉลี่ย ระดับความดันโลหิต BUN ,Creatinine ก่อนและหลังกลุ่มเดียวด้วยสถิติ Pair t-test และเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกค่าเฉลี่ย HbA1C, UPA, ACR ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งไม่ปกติจึงวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ Wilcoxon Signed Rank test

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่ STPHO2020-010 ซึ่งหากการวิจัยครั้งนี้ได้ผลดีสามารถชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยระดับ 3 ได้ ผู้วิจัยจะนำไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มควบคุมต่อไป

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=20) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง (n=20) จำนวน (ร้อยละ)	รวม (n=40) จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ปี)			
≤ 60 ปี	0(0.00)	2(10.00)	2(5.00)
61-80 ปี	18(90.00)	13(65.00)	31(77.50)
≥ 81 ปี	5(25.00)	2(10.00)	7(17.50)
เพศ			
ชาย	5(15.00)	12(60.00)	17(42.50)
หญิง	15(75.00)	8(40.00)	23(57.50)
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	19(95.00)	17(85.00)	36(90.00)
อนุปริญญา	0(0.00)	1(5.00)	1(2.50)
ปริญญาตรี	1(5.00)	2(10.00)	3(7.50)
โรคประจำตัวอื่น			
ความดันโลหิตสูง	19(95.00)	19(95.00)	38(95.00)
เบาหวาน	10(47.60)	11(52.40)	21(53.80)
หอบหืด/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	3(15.00)	0(0.00)	3(7.50)
อื่น ๆ	1(5.00)	1(5.00)	2(5.00)
สิทธิด้านการรักษาพยาบาล			
สวัสดิการข้าราชการ	4(20.00)	4(20.00)	8(20.00)
บัตรผู้สูงอายุ	16(80.00)	14(70.00)	30(75.00)
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	0(0.00)	2(10.00)	2(5.00)

จากข้อมูลทั่วไปพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 61-80 ปี มากที่สุดร้อยละ 77.5 เป็นเพศหญิงร้อยละ 57.5 เพศชาย ร้อยละ 42.5 การศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษา ร้อยละ 90 มีโรคประจำตัวทุกคน ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 95 รองลงมาเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 53.8 ดังแสดงไว้ในตาราง 1

2. ข้อมูลเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกในการจัดการรายกรณีที่บ้านระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตาราง 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกในการจัดการรายกรณีที่บ้านระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผลลัพธ์ทางคลินิก	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		t	p-value (1-tailed)
	M	SD	M	SD		
SBP	139.15	7.05	133.05	8.32	-1.437	.097
DBP	72.05	12.00	72.75	8.67	.211	.417
BUN	23.33	5.20	20.38	4.55	-1.90	.032*
Creatinine	1.37	0.22	1.36	0.22	-.110	.456
eGFR	42.35	6.01	46.84	7.69	2.056	.023*

*p<.05

จากตาราง 2 พบว่าหลังมีการจัดการรายกรณีที่บ้านค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Creatinine, ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน แต่ค่าเฉลี่ย BUN, eGFR ในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P<.05$

ตาราง 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกในการจัดการรายกรณีที่บ้านระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผลลัพธ์	กลุ่ม	Mean	Mean Rank	n	Mann-Whitney U Value	Mann-Whitney U Prob
UPA	ควบคุม	242.50	22.65	20	157.00	0.118
	ทดลอง	367.50	18.35	20		
ACR	ควบคุม	83.60	21.43	20	181.50	0.268
	ทดลอง	67.20	19.58	20		
HbA1C	ควบคุม	4.63	7.79	20	15.50	0.001*
	ทดลอง	6.59	15.95	20		

*P<.01

จากตาราง 3 ผลการทดสอบ UPA, ACR ด้วยค่าสถิติ Mann-Whitney test แบบจับคู่ พบว่า ก่อนและหลังได้รับการจัดการรายกรณีที่บ้านไม่มีความแตกต่างกัน แต่ค่า HbA1C ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ Mann-Whitney test พบว่า ระดับ HbA1C ทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันโดยกลุ่มทดลองมีค่าเพิ่มขึ้นระดับนัยสำคัญที่ระดับ $P<.01$

3. เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลัง ได้รับการจัดการรายกรณีที่บ้านในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ตาราง 4 ผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลัง ได้รับการจัดการรายการณที่บ้านในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนการทดลอง(n=20)		หลังการทดลอง(n=20)		t	P-value (1-tailed)
	M	SD	M	SD		
SBP	127.85	11.59	133.05	8.32	-1.951	.033*
DBP	71.65	9.47	72.75	8.67	-.791	.219
BUN	22.47	7.47	20.38	1.67	1.500	.075
Creatinine	1.43	0.22	1.36	0.22	1.760	.047
eGFR	44.17	6.52	46.84	7.69	-1.943	.033*

*P<.05

จากตาราง 4 ข้อมูลเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังในกลุ่มที่ได้รับการจัดการรายการณที่บ้านในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่าค่าเฉลี่ยระดับ DBP, BUN , ก่อนและหลังได้รับการจัดการรายการณที่บ้าน ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ แต่ค่าเฉลี่ย SBP,Creatinine ,eGFRเมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติทั้งสามตัว แปรพบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P<.05$

ตาราง 5 ผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลัง ได้รับการจัดการรายการณที่บ้านในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ผลลัพธ์	กลุ่ม	M	SD	n	Z	P-value (1-tailed)
UPA	ก่อนการทดลอง	194.00	283.81	20	-0.228	0.410
	หลังการทดลอง	367.50	1113.27	20		
ACR	ก่อนการทดลอง	67.90	78.62	20	-0.816	0.207
	หลังการทดลอง	67.20	87.99	20		
HbA1C	ก่อนการทดลอง	6.96	0.89	20	-1.412	0.079
	หลังการทดลอง	6.59	0.94	20		

จากตาราง 5 ผลการทดสอบ UPA, ACR, HbA1C ด้วยค่าสถิติ Wilcoxon test แบบจับคู่ พบว่าค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังได้รับการจัดการรายการณที่บ้านไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

อภิปรายผล

หลังการได้รับได้รับการจัดการรายการณที่บ้านในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า มีระดับค่าเฉลี่ย BUNกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมและ eGFR ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P<.05$ เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มก่อนและหลังในกลุ่มที่ได้รับการจัดการรายการณที่บ้านในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่าค่าเฉลี่ย SBP, Creatinine ลดลงและค่า eGFR เพิ่มขึ้นมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P<.05$ โดยกระบวนการจัดการรายการณ 4 ขั้นตอนแรกของ Case Management Society of America (CMSA), (1994) ประกอบด้วย 1) วางแผนการดูแลผู้ป่วย 2) การประสานงาน 3) การติดตามกำกับ 4) การประเมินผลเมื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 กลุ่มทดลองได้รับการประเมินและได้ถูกสะท้อนปัญหาและให้ความรู้จัดการกับปัญหาตามรายการณที่บ้าน สอนและแนะนำผ่านหนังสือการปฏิบัติตัวอย่างเมื่อใดเมื่อใดให้มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ให้จำกัดโปรตีนให้อยู่ในปริมาณ 0.6 - 0.8 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน (K/DOQI Guideline, 2007) เพื่อลดปริมาณของของเสีย (Urea) ในกระแสเลือด และมีการติดตามอย่างต่อเนื่องผ่านทางโทรศัพท์ทำให้การรับประทานอาหารประเภทโปรตีนในปริมาณที่เหมาะสมส่งผลให้ ปริมาณของเสีย BUN ที่พบในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อของเสียที่เกิดจากการรับประทานอาหารประเภทโปรตีนที่เหมาะสมควบคุมปริมาณการรับประทานอาหาร

จากเนื้อสัตว์ที่เหมาะสมทำให้ปริมาณที่ Creatinine ที่เกิดจากการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ถูกปล่อยเข้าสู่กระแสเลือดลดลงและสอนให้ใช้ปริมาณโซเดียมที่เหมาะสม การรับประทานยาตามคำแนะนำที่ถูกต้องหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ มีการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามคำแนะนำผ่านหนังสือการปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อไตเสื่อม จึงส่งผลให้ค่า SBP, Creatinine ลดลง อัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการโรคเรื้อรังซึ่งเป็นบทบาทที่มีความสำคัญอย่างยิ่งของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรังเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของผู้รับบริการ (Thangkratok, 2017) ความแตกต่างของปัญหาสุขภาพ ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ และความต้องการด้านสุขภาพของบุคคลที่แตกต่างกัน เพื่อให้การจัดการแก้ไขปัญหานั้นตรงประเด็นและตรงตามความต้องการของผู้ป่วย พยาบาลจัดการรายกรณีจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการประเมินความต้องการด้านสุขภาพ การค้นหาความผันแปรด้านสุขภาพ การวางแผนการจัดการรายกรณี ตลอดจนการปฏิบัติตามการจัดการรายกรณีตามบทบาทของผู้จัดการรายกรณี (Jaimai, & Phegphon, 2018) ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นกระบวนการคิดที่ประกอบด้วยความตั้งใจที่จริงจังที่จะกระทำพฤติกรรมซึ่งสอดคล้องกับเวลา บุคคล สถานที่ โดยอาจทำร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งมีกลยุทธ์ที่ชัดเจนในการปฏิบัติพฤติกรรมและการให้แรงเสริมทางบวกในการปฏิบัติพฤติกรรม ความตั้งใจและกลยุทธ์นี้จะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002) ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ ความเข้าใจและความคิด การเรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาสาระใหม่ ก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจสิ่งแวดล้อมต่างๆ ได้มากขึ้น (Bloom, Benjamins, 1976) ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเช้าที่เหมาะสมทำให้ค่า BUN ลดลงซึ่งส่งผลให้ทำงานในการกรองของไตลงทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของไตเพิ่มขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kantchuetsiri, ChanCharoenThan, ChaiLimpamontree, Trakanwanich, Kochaseni, Yusby, et al. (2016) และการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโดยการจัดการรายกรณีเพื่อให้สอดคล้องกับผู้ป่วยมากที่สุด รวมถึงมีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกโดยเฉพาะอย่างยิ่งการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วย พบว่า eGFR, Creatinine มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .05$ สอดคล้องกับการศึกษาของ (Phaengkha, 2017; Anaman, & Promdee, 2019; Supaphan, 2019; Laatiman, Sompert, Muthumol, & Thumdee, 2019; Kaenkarn, DumNok, & AnutrakulChai, 2019)

การจัดการรายกรณีส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในเกณฑ์ดีขึ้น แต่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ให้อยู่ในเกณฑ์ดีขึ้นโดยกลุ่มทดลองมีค่าเพิ่มขึ้นระดับนัยสำคัญที่ระดับ $P < .01$ ซึ่งมีความขัดแย้งกับการศึกษาของ (Kosonchit, & Noimuen Wai, 2017; Paengkha, 2017; Supaphan, 2019; Rattanaurairai, & Songbutr, 2019) ที่พบว่า การจัดการรายกรณีส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าการจัดการรายกรณีที่บ้านส่งผลต่อค่าระดับความดันซิสโตลิก ในการเปรียบเทียบก่อนและหลังในกลุ่มเดียวกันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .05$ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kosonchit, & Noimuen Wai (2017)

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3 ส่วนใหญ่สามารถชะลอโรคไตเรื้อรัง ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบจัดการรายกรณีซึ่งให้สำคัญกับการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกซึ่งจะช่วยชะลอการเสื่อมของไต คงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีช่วยยืดระยะเวลาการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้นานที่สุด

การนำผลการวิจัยไปใช้

ควรให้มีการจัดการดูแลด้วยการจัดการรายกรณีที่บ้านใช้เป็นแนวทางปรับปรุงและพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ในโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติและดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสมชะลอไตเสื่อม และในรายที่เป็นเบาหวานสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิจัยพบว่าการจัดการรายกรณีที่บ้านในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 พบว่าสามารถชะลอการเสื่อมของไตได้ และยังสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมได้ แต่ยังไม่สามารถควบคุมผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ระดับความดันโลหิต การควบคุมการรื้อของโปรตีนในปัสสาวะได้ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรมีการศึกษาออกแบบการวิจัยเกี่ยวกับการควบคุมระดับความดันและการควบคุมการรื้อของโปรตีนในปัสสาวะในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในครั้งต่อไป
2. ควรมีการศึกษาออกแบบการวิจัยกับสหวิชาชีพในการร่วมกันจัดการรายกรณีที่บ้านเพื่อให้มีผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนจากสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย

References

- Allen, D. (2020). *Global Facts: About Kidney Disease*. National Kidney Foundation Inc. Retrieved January 9, 2020, from <https://www.kidney.org/kidneydisease/global-facts-about-kidney-disease>.
- Anaman, P., & Promdee, A. (2019). Effectiveness of Case Management in Diabetes Patients, Family Doctor Clinic. Mukdahan Hospital. *Journal of Health Sciences Boromarajonani Nurse Sanphasitthiprasong*, 3(2), 37-55. (in Thai).
- Bill, G., & Melinda, G., (2020). Global, Regional, and National Burden of Chronic Kidneydisease, 1990–2017: a Systematic Analysis for the GlobalBurden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 395, 709-733.
- Bloom, Benjamins. (1976). *Human Characteristics and School Learning*. New York: McGraw Hill Book Company.
- Couser, W. G., Remuzzi, G., Mendis, S., & Tonelli, M. (2011). The Contribution of Chronic Kidney Disease to the Global Burden of Major Noncommunicable Diseases. *Kidney International*, 80(12), 1258–1270. <https://doi.org/10.1038/ki.2011.368>.
- Haileamlak, A. (2018). Chronic Kidney Disease is on the Rise. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 28(6), 681–682. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v28i6.1>
- Ing Satit, A., Chayakun, C., Chaiprasert, A., Tirakupt, P., Siri Wong, T., SaengThawan, P., et al. (2017). Disease Progression and Clinical Outcome of Nephrotic Syndrome. Chronic in the Thai SEEK Progression and Outcomes of CKD in Thai SEEK Population. *Institute of Public Health System Research (HSRI)*, 1-41. (in Thai).
- Jaimai, A., & Phegphon, K. (2018). Nursing in a Case Management Model for Type 2 Diabetes in the Community. *Journal of Nursing Public Health and Education*, 2(13), 17-28. (in Thai).
- Jha, V., Garcia-Garcia, G., Iseki, K., Li, Z., Naicker, S., Plattner, B., et al. (2013). Chronic Kidney Disease: Global Dimension and Perspectives. *Lancet (London, England)*, 382(9888), 260–272. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60687-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60687-X).

- Kaenkarn, W., Dumnok, K., & Anutrakulchai, S. (2019). Effectiveness of a Model of Care for Chronic Kidney Disease Using Integrated Disease Management and Case Management in Primary Care Units. *Northeast Journal of Nursing and Health Care*, 37(3), 173-182. (in Thai).
- Kantchuetsiri, S., ChanCharoenThan, W., ChaiLimpamontree, W., Trakanwanich, T., Kochaseni, P., Yusby, A., et al. (2016). *Chronic Kidney Disease Textbook (1st ed.)*. Bangkok: Text and Journal CompanyPublication Co., Ltd.
- Kosonchit, R., & Noimuen Wai, P. (2017). Effectiveness of Case Management in Patients with Diabetes, Pak Phli Hospital. Nakhon Nayok Province. *Nursing material*, 44(2), 26-38. (in Thai).
- Laatiman, S., Sompert, T., Muthumol, P., & Thumdee, D. (2019). Development of Diabetes Care System with a Case Management Model Saraphi Hospital, Saraphi District, Chiang Mai Province. *Medical Journal of Udon Thani Hospital*, 25(3), 283-293. (in Thai).
- Paengkha, W. (2017). Effectiveness of Diabetes Care with Diabetic Nephrotic Stage 2-4 with Case Management, Nam Nao Hospital Network, Nam Nao District, Phetchabun Province. *Journal of Medical Studies Region* 11, 31(3), 405-414. (in Thai).
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice*. 4th (ed). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Singsangwean, P., Tipwareerom, W., & Juntarawijit, Y. (2019). The Effect of Self-Management Program on Food Consumption Behavior and Exercise and Glomerular Filtration Rate among Chronic Kidney Disease Stage 3 Patients with Hypertension. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 13(3), 50-64. (in Thai).
- Supaphan, S. (2019). Development of a Slowing-Down Model in Diabetic and Hypertensive Patients with Case Management at Phu Sing Hospital, Sisaket Province. *Journal of Public Health*, 28(5), 857. (in Thai).
- Rattanaurai, U., & Songbutr, P. (2019). Effects of a Case Management Program in Diabetes Patients with Uncontrolled Sugar Levels. *Journal of Public Health*, 28(Special), 146-151. (in Thai).
- Thangkratok, P. (2017). Role of Professional Nurse in Chronic Disease Management. *Journal of Songkhla Nakarin Nursing*, 37(2), 154-159. (in Thai).
- Surat Thani Provincial Public Health Office. (2019). *Health Data Center*. Retrieved January 12, 2019 from <https://sni.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source>.
- Sirirawong, S. (2019). *World Kidney Day 2019 "Everyone in Thailand Has a Healthy Kidney" Kidney Health for Everyone Everywhere*. reporter@hooninside.com. March 6, 2019 from <https://www.hooninside.com/news-feed/94048/view/>.
- World Kidney Day. (2015). *Chronic Kidney Disease. (2015)*. Retrieved January 18, 2019 from <http://www.worldkidneyday.org/faqs/chronic-kidney-disease/>.

การพัฒนาแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตามกรอบมิติคุณภาพการบริการผู้คลอด

Development of a Nursing Care Model for Pregnant Women with Premature Labor

พรจิต จันทโทปาส¹, ศีตรา มยุขโชติ² และ จุฬารัตน์ ห้าวหาญ^{2*}

Pornchit Chuntopas¹, Sitara Mayukhachot² and Chularat Howharn^{2*}

โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์¹, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์^{2*}

Surin Hospital Surin Province¹, Boromarajonani College of Nursing, Surin^{2*}

(Received: February 24, 2021; Revised: April 29, 2021; Accepted: May 28, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามกรอบมิติคุณภาพการบริการผู้คลอด ดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาเชิงปฏิบัติการเพื่อออกแบบรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบ โดยออกแบบวิธีการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดภายหลังกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 91 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามกรอบมิติคุณภาพการบริการผู้คลอด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางสถิติกรรม และแบบสอบถามพฤติกรรมการณ์ตนเองที่บ้าน ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.77 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ One sample t-test และสถิติ Chi-square ผลการวิจัยพบว่า

1. รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบไปด้วยการให้การพยาบาลที่ห้องรับใหม่ การพยาบาลที่ห้องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และการติดตามเยี่ยมภายหลังจำหน่าย ซึ่งพยาบาลวิชาชีพสามารถใช้รูปแบบการพยาบาลนี้ได้ร้อยละ 100

2. ผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการณ์ตนเองที่บ้านในภาพรวมระดับปานกลาง ($M = 3.32, SD = 0.27$) ระยะเวลาในการได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นหลังจากแรกคลอดร้อยละ 92.31 ใช้เวลาน้อยกว่าค่าเป้าหมายคือ 30 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ($t=8.09, df=90$) ส่วนระยะเวลาการได้รับยาที่ยังการหดตัวของมดลูกหลังแพทย์มีคำสั่งการรักษา พบว่าร้อยละ 53.85 ใช้เวลามากกว่าค่าเป้าหมาย (15 นาที) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ($t=2.15, df=76$) และพบว่าร้อยละ 90.11 สามารถยืดอายุครรภ์ได้มากกว่า 48 ชั่วโมง ซึ่งมากกว่าค่าเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ($t=10.07, df=90$)

รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการลดระยะเวลาแรกคลอด ช่วยยืดอายุครรภ์ แต่ไม่สามารถลดระยะเวลาในการได้รับยาตามแผนการรักษาได้ เนื่องจากการให้ยาเป็นการทำงานร่วมกันหลายวิชาชีพ ดังนั้นควรมีการพัฒนาแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ

คำสำคัญ: การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, การพยาบาล, หญิงตั้งครรภ์, กรอบมิติคุณภาพการบริการ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: howharn@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 099-6169966)

Abstract

The aims of this research and development were to develop a nursing care model for pregnant women with premature labor, following the framework for quality of care for laboring women, and determine the effectiveness of this model. Research process was divided in 3 steps. First step was situation analysis. Second step was to develop a model. A draft of model was sent to five experts, then a pilot study was conducted with 15 pregnant women with premature labor pain. Third and final step was model testing with quasi experimental design. Sample were 91 pregnant women with premature labor pain. Research instrument was a nursing care model for pregnant women with premature labor following the framework for quality of care for laboring women. Data were collected by using demographic sheet, labor and delivery information sheet, and self-care behaviors questionnaire for which Cronbach's alpha coefficient was 0.77. Data were analyzed by descriptive statistic, one sample t-test and chi-square test.

New nursing care model for pregnant women with premature labor pain consisted in nursing care and nursing procedure at the room for check-in, the room for nursing care and follow up after discharge. Nurses used this model at 100%.

Results showed as following. Self-care behaviors mean score were at moderate level ($M = 3.32$, $SD = 0.27$). Medical diagnosis duration at check-in were less statistically significant than the target at $p < .001$ ($t = 8.09$, $df = 90$). Duration for receiving medicine were more statistically significant than the target at $p < .05$ ($t = 2.15$, $df = 76$). Regarding to the extended date of pregnancy was found to be more statistically significant than the target at $p < .001$ ($t = 10.07$, $df = 90$).

In summary, this model is effective in shortening the time for check-in and in extending the length of pregnancy. However, time for medical treatment is still long. Therefore, the development of this model should be done in collaboration with inter-professional practitioners.

Keywords: Premature Labor Pain, Nursing Care, Pregnant Women, Framework of Services

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนด หมายถึง การคลอดทารกตั้งแต่อายุครรภ์ 24^{0/7} สัปดาห์ ถึง 36^{6/7} สัปดาห์ (Maternal and Child Health Board 2013-2015, 2015) ส่วนการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หมายถึง การเจ็บครรภ์คลอดที่มีการหดตัวของมดลูกอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งมีผลทำให้เกิดการบางตัวลง และ/หรือการขยายตัวของปากมดลูก (Maternal and Child Health Board 2013-2015, 2015) การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นเหตุให้ทารกคลอดก่อนกำหนด ซึ่งทำให้ทารกเจ็บป่วยและเสียชีวิตได้ (Sangin, 2014) การเจ็บป่วยของทารกยังส่งผลกระทบต่อมารดาและครอบครัว เช่น การสร้างความวิตกกังวล รวมทั้งภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ดังนั้นการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดจึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญประการหนึ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดย Senthiri, Srisong, Pomprakai, & Permchart (2016) และการศึกษาของ Maneechot, & Nangkala (2017) ที่มีการวิจัยที่คล้ายคลึงกันในการพัฒนาและศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเริ่มตั้งแต่การประเมินสภาพแรกเริ่ม การดูแลที่ห้องคลอด จนวางแผนจำหน่าย ทั้งนี้รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นจะแตกต่างจากรูปแบบ

ที่พัฒนาโดย Leenhapongsatron, & Juntatip (2016) ที่ใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาของ Leenhapongsatron, & Juntatip (2016) ก็ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Senthiri, Srisong, Pomprakai, & Permchart (2016) และ Maneechot & Nangkala (2017) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบนี้มีอายุครรภ์เมื่อคลอดแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอัตราการกลับมารักษาซ้ำไม่แตกต่างกัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Waichompu & Kongchauly (2015) ที่พบว่า การวางแผนจำหน่ายอย่างมีแบบแผนจะช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำได้นอกจากนั้นงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Yusamran, Kongjira, Sirisomboon, Phimon & Chalernchockcharoenkit, 2007) ส่วน Chojjorhorm, Serisathien, Ratinthorn, & Kovavisarach (2009) ได้พัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดโดยเน้นการจัดการปัจจัยเงื่อนไขด้านบุคคลและชุมชนนั้นสามารถเพิ่มการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้ แต่อายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อคลอดนั้นพบว่าอยู่ในช่วงครบกกำหนดทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

โรงพยาบาลสุรินทร์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีผู้มาคลอดเฉลี่ย 4,500-5,000 คนต่อปี ในจำนวนนี้มีหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 6.74 - 8.43 การคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุหลักของการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย โดยเฉพาะในกลุ่มที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม ซึ่งส่งผลให้ทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน และเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด (Medical Record Department Surin Hospital, 2020) รวมทั้งส่งผลกระทบยาวต่อพัฒนาการของเด็ก และเมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลแนวปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดพบว่า แนวปฏิบัติของห้องคลอดโรงพยาบาลสุรินทร์ยังไม่ครอบคลุมประเด็นสำคัญ เช่น การประเมินสภาพปัญหาและความต้องการ การดูแลอย่างต่อเนื่องที่ครอบคลุมไปถึงภายหลังจำหน่าย จากการมีแนวทางการปฏิบัติที่ไม่ชัดเจน ทำให้เกิดการตัดสินใจทางการแพทย์ที่หลากหลายและนำไปสู่วิธีปฏิบัติการพยาบาลที่แตกต่างกัน ส่งต่อผลลัพธ์ของการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ซึ่งพบว่า มีผลการยับยั้งการคลอดไม่สำเร็จเพิ่มขึ้นทุกปีจากร้อยละ 28.25 ในปี พ.ศ.2559 เป็นร้อยละ 36.19 ในปี พ.ศ.2562 มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดอยู่ระหว่างร้อยละ 10.40-11.63 นอกจากนี้ยังพบว่าระยะเวลาได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นหลังจากแรกเริ่มใช้เวลามากกว่า 30 นาที ส่งผลให้เพิ่มระยะเวลาการได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกภายหลังแพทย์มีคำสั่งการรักษา และไม่สามารถยืดอายุครรภ์ได้ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดขึ้นใหม่

จากสถานการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้กล่าวมาข้างต้น ร่วมกับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ตรวจประเมินคุณภาพการพยาบาล การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในครั้งนี้ พัฒนาโดยใช้กรอบมิติคุณภาพการบริการผู้คลอดของ Bureau of Nursing Office of Permanent Secretary (2011) ที่ประกอบไปด้วย 1) ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการอย่างถูกต้องครบถ้วนเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพเพียงพอแก่การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการดูแล รวมทั้งเพียงพอต่อการประเมินผลการพยาบาล 2) การจัดการกับอาการรบกวนด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการช่วยเหลือจัดหรือบรรเทาอาการรบกวนนั้น 3) การดูแลความปลอดภัย 4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรักษาพยาบาล 5) การจัดการให้เกิดการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ การเฝ้าระวังสังเกตอาการอย่างต่อเนื่อง การส่งต่อแผนการรักษาพยาบาล การประสานงานกับหน่วยงานหรือทีมงานที่เกี่ยวข้อง การสื่อสารเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยทั้งการส่งต่อภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล ระหว่างโรงพยาบาลหรือหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล รวมทั้งการช่วยเหลือกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต 6) การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการและครอบครัว และ 7) การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ โดยคาดหวังว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้จะช่วยหญิงตั้งครรภ์ที่แพทย์ให้กลับไปดูแลที่บ้านมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ทำให้ยับยั้งการคลอดก่อนกำหนด โดยยืดอายุครรภ์จนใกล้ครบกำหนด

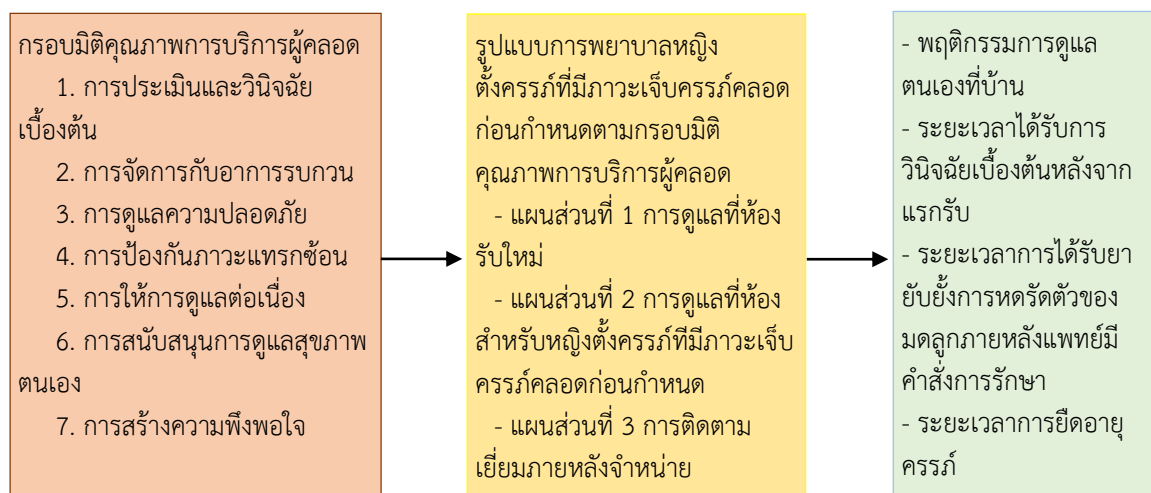
หรือครบกำหนด ส่งผลให้การกลับมารักษาซ้ำลดลง ลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับมารดาและทารกในครรภ์ลด ระยะเวลาอนโรพยาบาลซึ่งทำให้ลดค่าใช้จ่ายทั้งของผู้รับบริการและโรงพยาบาล ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามกรอบมิติ กระบวนการตามคุณภาพการบริการผู้คลอด
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้าน ระยะเวลาได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นหลังจากแรกเริ่ม ระยะเวลาการได้รับยาที่ยับยั้ง การหดตัวของมดลูกภายหลังแพทย์มีคำสั่งการรักษา ระยะเวลาการยืดอายุครรภ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนี้พัฒนาขึ้นตามกรอบมิติ คุณภาพการบริการผู้คลอดที่กำหนดหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพไว้ 7 ประการ คือ 1) การประเมิน ผู้ป่วยและผู้ให้บริการซึ่งรวมถึงการรวบรวมข้อมูลอย่างครบถ้วนตามมาตรฐานการดูแล 2) การจัดการกับอาการ รบกวนต่างๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ 3) การดูแลความปลอดภัย ซึ่งรวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย การจัดการดูแลอุปกรณ์ที่จำเป็นให้เพียงพอ และการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกคนปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด 4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล 5) การดูแลต่อเนื่อง 6) การสนับสนุนการ ดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งรวมทั้งการให้ความรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเอง และ 7) การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ (Bureau of Nursing Office of Permanent Secretary, 2011) นำสู่การพัฒนา รูปแบบที่ประกอบไปด้วยแผนการดูแล 3 ส่วน โดยผลลัพธ์ที่ต้องการคือ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้าน ระยะเวลาได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นหลังจากแรกเริ่ม ระยะเวลาการได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกภายหลัง แพทย์มีคำสั่งการรักษา ระยะเวลาการยืดอายุครรภ์ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา ประกอบไปด้วยการศึกษา 3 ระยะ ดังรายละเอียด
ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาซึ่งประกอบไปด้วยการศึกษา
ดังต่อไปนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดฐานข้อมูลในการสืบค้นที่ประกอบไปด้วย Literature from Pubmed (MEDLINE), Google Scholar, Cochrane database, and Grey Publication กำหนดว่าเป็นผลงานที่เผยแพร่ระหว่าง พ.ศ. 2553 - 2562

2. ศึกษาข้อมูลย้อนหลังของโรงพยาบาลสุรินทร์ และการวิเคราะห์เอกสารแนวปฏิบัติที่ประกาศใช้

3. การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้อง จากข้อมูลพบว่าโรงพยาบาลสุรินทร์เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิที่มีหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 6.74 - 8.43 มีผลการยับยั้งการคลอดไม่สำเร็จเพิ่มขึ้นทุกปี จากร้อยละ 28.25 ในปี พ.ศ. 2559 เป็นร้อยละ 36.19 ในปี พ.ศ. 2562 มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดอยู่ระหว่างร้อยละ 10.40-11.63 จากการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องพบว่า แนวปฏิบัติของห้องคลอดโรงพยาบาลสุรินทร์ที่มีข้ออยู่ยังไม่ครอบคลุมประเด็นสำคัญ เช่น การประเมินสภาพปัญหาและความต้องการที่มีเพียงครั้งเดียวเมื่อแรกเริ่ม มีการรายงานข้อมูลเมื่อหญิงตั้งครรภ์เข้ามารับการดูแลที่ห้องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การให้การพยาบาลที่ไม่จำเพาะเจาะจงผลลัพธ์ทางการพยาบาลต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ผลการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องพบว่าแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีอยู่มีความหลากหลายในการปฏิบัติ ซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลและควรพัฒนาให้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากการตรวจเยี่ยมทางการพยาบาลคือแนวปฏิบัติทางการพยาบาลควรสอดคล้องกับกรอบมิติกระบวนการคุณภาพการบริการผู้คลอด ในระยะที่ 1 ใช้เวลาในการศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม - เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563

ระยะที่ 2 การออกแบบรูปแบบ

1. นำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าการพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่หลากหลาย แต่ยังไม่พบว่ามีงานวิจัยที่ผ่านมาที่มีความสอดคล้องกับกรอบมิติคุณภาพการบริการผู้คลอดทั้ง 7 ประการ (Bureau of Nursing, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2011) จึงนำมาออกแบบรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด รูปแบบดังกล่าวประกอบไปด้วย แผนการพยาบาล 3 ส่วน โดยแผนส่วนที่ 1 ใช้กรอบมิติคุณภาพข้อที่ 1 คือการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการอย่างถูกต้องครบถ้วนเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพเพียงพอแก่การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการดูแล รวมทั้งเพียงพอต่อการประเมินผลการพยาบาล นำมาออกแบบการประเมินใน 2 ระยะ คือ ระยะแรกเริ่มที่ห้องรับใหม่ และที่ห้องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด แผนส่วนที่ 2 การดูแลที่ห้องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ใช้กรอบมิติคุณภาพข้อที่ 2-7 ซึ่งประกอบไปด้วยข้อที่ 2 การจัดการกับอาการรบกวนด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบไปด้วย 2 ประเด็นหลัก คือ การประเมินความปวด และการประเมินสุขภาพจิต 3) การดูแลความปลอดภัย ประกอบไปด้วยความปลอดภัยจากการให้ยา และการป้องกันการพลัดตกหกล้ม 4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรักษาพยาบาล ประกอบด้วยการพยาบาลในกรณีที่มีน้ำเดิน และมีอาการตกเลือดก่อนคลอด 5) การจัดการให้เกิดการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ การประเมินสัญญาณชีพ การประเมินการหดตัวของมดลูก การเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ 6) การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการและครอบครัว โดยการปฐมภูมิ การให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว การให้ความรู้แก่สามี/ญาติ/สมาชิกในครอบครัวในการช่วยดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 7) การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ โดยการแจ้งชื่อผู้ให้บริการทางสุขภาพ และการสอบถามความต้องการการช่วยเหลือในทุกเวที และแผนส่วนที่ 3 เป็นการติดตามทางโทรศัพท์เมื่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับการจำหน่ายให้ไปพักรักษาตัวที่บ้าน การพัฒนาแนวปฏิบัตินี้เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับการดูแลเหมือนกันทุกคน จากข้อมูลในระยะที่ 1

ได้กำหนดผลลัพธ์ของรูปแบบไว้ดังนี้ 1) ระยะเวลาได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นหลังจากแรกรับ โดยกำหนดเป้าหมายไว้ที่ 30 นาที 2) ระยะเวลาการได้รับยาบัยยังการหดตัวของมดลูกภายหลังแพทย์มีคำสั่งการรักษา โดยกำหนดเป้าหมายไว้ที่ 15 นาที 3) ระยะเวลาการยืดอายุครรภ์ โดยกำหนดเป้าหมายไว้ที่ไม่น้อยกว่า 48 ชั่วโมง (2 วัน)

2. หลังจากได้ร่างรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดแล้ว มีการประเมินคุณภาพของการพัฒนาโดยแบบประเมิน AGREEII ฉบับภาษาไทย (AGREE Next Steps Consortium, 2009) ประกอบไปด้วยการประเมิน 6 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์ (จำนวน 3 ข้อ) หมวดที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (จำนวน 4 ข้อ) หมวดที่ 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ (จำนวน 7 ข้อ) หมวดที่ 4 ความชัดเจนของการนำเสนอ (จำนวน 3 ข้อ) หมวดที่ 5 การนำไปใช้ (จำนวน 4 ข้อ) และ หมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของทีมจัดทำ (จำนวน 2 ข้อ) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด จำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติกรรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสูติกรรม 2 ท่าน และพยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสูติกรรม 2 ท่าน กำหนดให้คะแนนเป็น 7 ระดับ คือ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างมาก) ถึง 7 (เห็นด้วยอย่างมาก) ทำการคำนวณคะแนนดังต่อไปนี้

ระดับคะแนนของหมวดคือ $\frac{\text{คะแนนที่ได้} - \text{คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้}}{\text{คะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้} - \text{คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้}}$

โดยที่แต่ละหมวดได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 60 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

3. หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ (Pilot Study) โดยมีการประชุมชี้แจงพยาบาลวิชาชีพทุกคนในห้องคลอด ก่อนเริ่มทดลองใช้ ผลการทดลองใช้ใน 1 เดือน กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย พบว่ามีกิจกรรมการพยาบาลที่ต้องเพิ่มเติมคือการให้ความรู้เพื่อสังเกตและบันทึกการดิ้นของทารกในครรภ์

ระยะที่ 3 ศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

เนื่องจากรูปแบบถูกพัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ มีการทดลองใช้ในเบื้องต้น การศึกษาผลลัพธ์จึงกำหนดเป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดครั้งเดียว (One Group Posttest Only) ใช้ระยะเวลาการศึกษาระหว่างเดือน กรกฎาคม พ.ศ.2563 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 โดยมีวิธีการศึกษาดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสุรินทร์ โดยใน พ.ศ.2562 มีจำนวนทั้งสิ้น 496 ราย

กำหนดคุณสมบัติการคัดเข้า (Inclusion Criteria) ไว้ดังนี้ 1) อายุครรภ์ระหว่าง 24 สัปดาห์ ถึง 36⁺⁶ สัปดาห์ 2) ตั้งครรภ์เดี่ยว 3) ตรวจพบอาการดังนี้ 3.1 มีการหดตัวของมดลูกสม่ำเสมอมากกว่า 4 ครั้งใน 20 นาที หรือ 8 ครั้งใน 60 นาที 3.2 มีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกเปิดขยายมากกว่า 1 เซนติเมตร และ 3.3 มีความบางของปากมดลูกมากกว่าร้อยละ 80

กำหนดคุณสมบัติการคัดออก (Exclusion Criteria) ไว้ดังนี้ 1) ตั้งครรภ์แฝด 2) มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมอื่น ๆ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

กลุ่มตัวอย่าง เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสุรินทร์ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power Test Family คือ χ^2 Tests Statistical คือ Goodness-of-Fit-Tests: Contingency tables กำหนดการทดสอบแบบ two-tail ใช้ผลการศึกษากิจการวิจัยของ Leenhapongsatton, & Juntatip (2016) วิเคราะห์หาค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ได้เท่ากับ 0.32 และอำนาจในการทดสอบ (Power) ได้เท่ากับ 0.80 ค่า df = 2 และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 95 คน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้าคัดออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่ประกอบไปด้วย 1) การพยาบาลที่ห้องรับใหม่ 2) การพยาบาลที่ห้องสำหรับผู้เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่ประกอบไปด้วย การประเมินและวินิจฉัยเบื้องต้น การจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ การดูแลความปลอดภัย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การให้การดูแลต่อเนื่อง การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การสร้างความพึงพอใจแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และ 3) การติดตามเยี่ยมภายหลังการจำหน่าย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางด้านสถิติของหญิงตั้งครรภ์ เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่างแบบสั้น ๆ ประกอบไปด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ต่อเดือน ข้อมูลการตั้งครรภ์ ข้อมูลการฝากครรภ์

2.2 แบบบันทึกผลลัพธ์ของรูปแบบ ประกอบไปด้วย ระยะเวลาที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นหลังจากแรกเริ่ม ระยะเวลาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกภายหลังแพทย์มีคำสั่งการรักษา ระยะเวลาของการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด วันที่คลอด น้ำหนักทารกแรกคลอด

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่บ้าน โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลซึ่ง Vibulwong (2000) ได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและจากรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในปี พ.ศ. 2543 และให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านมารดาและทารกแรกเกิด 3 ท่าน และหัวหน้าพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมในการใช้ภาษา และการจัดลำดับเนื้อหาและหาความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Coefficient Alpha or Cronbach's Alpha) ในหญิงตั้งครรภ์จำนวน 15 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .84 และในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้งฉบับไปหาความเชื่อมั่นใหม่ โดยการนำไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Coefficient Alpha or Cronbach's Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77

แบบสอบถามนี้มีข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลตนเอง 4 ด้าน คือ การพักผ่อนและการทำกิจกรรม 12 ข้อ การรับประทานอาหารและยา 9 ข้อ การมาตรวจตามนัด 3 ข้อ และการสังเกตอาการผิดปกติ 4 ข้อ ลักษณะของข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) แบ่งได้ 4 ระดับ จากปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ให้ 4 คะแนน ถึง ไม่ปฏิบัติเลยหรือปฏิบัติเพียง 1-2 ครั้งใน 1 สัปดาห์ ให้ 1 คะแนน เกณฑ์การแบ่งระดับค่าเฉลี่ยของ Srisaard (1994) ในกรณีที่แบบประเมินมีน้อยกว่า 5 ระดับ โดยแบ่งค่าเฉลี่ยพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่บ้าน เป็น 5 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด

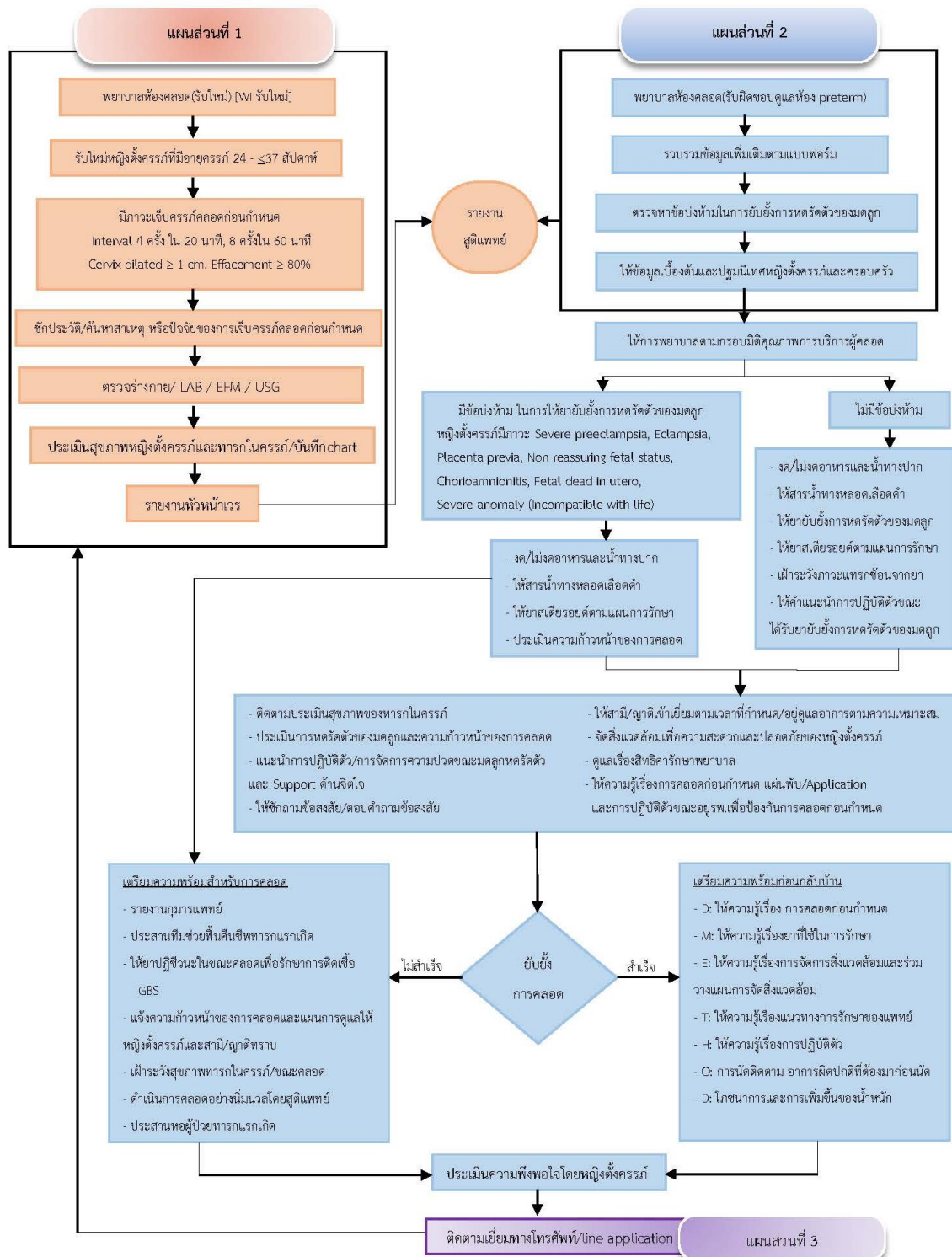
การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

เมื่อกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามที่กำหนดมาที่แผนกห้องคลอด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่ออธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ และขออนุญาตเก็บข้อมูลจากแม่และประวัติดูแล

ขั้นตอน

กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการพยาบาลที่กำหนดไว้ จนแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการเตรียมจำหน่ายกลับบ้านด้วยวิธีการ D-METHOD (แผนส่วนที่ 1 และ 2)



ภาพ 2 รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

ชั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกข้อมูลจากแฟ้มประวัติ และขออนุญาตติดตามทางโทรศัพท์หรือทางไลน์ (แผนส่วนที่ 3) เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาตลอดผู้วิจัยให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และขออนุญาตบันทึกข้อมูลอายุครรภ์เมื่อคลอด วิธีการคลอด น้ำหนักทารกแรกคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อตรวจสอบข้อมูลพบว่ามียุทธศาสตร์ตัวอย่างจำนวน 91 ราย (ร้อยละ 95.79) ที่มีข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ กำหนดการทดสอบแบบสองทาง (Two Way Testing) และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 วิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลด้านระยะเวลาได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นหลังจากแรกรับ (Test Value = 30) ระยะเวลาการได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกภายหลังแพทย์มีคำสั่งการรักษา (Test Value = 15) ระยะเวลาการยืดอายุครรภ์ (Test Value = 48 ชั่วโมง หรือ 2 วัน) กับเป้าหมายที่กำหนด โดยใช้สถิติ One sample t-test ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่าข้อมูลอยู่ในระดับอันตรภาคชั้น จากค่า Skewness ($p=.27$) และ Kurtosis ($p=.57$) พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ
3. เปรียบเทียบสัดส่วนระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่คลอดก่อนกำหนด กับ คลอดครบกำหนด โดยเปรียบเทียบจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นภายใน 30 นาทีหลังจากแรกรับ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกภายใน 15 นาทีภายหลังแพทย์มีคำสั่งการรักษา จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยืดอายุครรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมง โดยใช้สถิติ Chi-Square ทั้งนี้มีความคาดหวังในบางแถว (Row) และสดมภ์ (Cell) ไม่ถึงร้อยละ 20 จึงใช้สถิติ Fisher's Exact Test

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติการทำวิจัยและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลสุรินทร์ (เลขที่ 19/2563 ลงวันที่ 8 พฤษภาคม 2563)

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามกรอบมิติกระบวนการตามคุณภาพการบริการผู้คลอด

รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ประกอบไปด้วย การประเมินและวินิจฉัยเบื้องต้น การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ การดูแลความปลอดภัย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การให้การดูแลต่อเนื่อง การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด การสร้างความพึงพอใจแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โดยแบ่งการดูแลเป็นสามระยะ ได้แก่ 1) ระยะรับใหม่ที่ห้องรับใหม่ มีกิจกรรมหลักคือ การซักประวัติเพื่อค้นหาสาเหตุ/ปัจจัยของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตรวจร่างกาย ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประเมินสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ บันทึกข้อมูล และรายงานหัวหน้าเวร และ 2) ระยะการดูแลตามแผนการรักษาที่ห้องสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ที่ประกอบไปด้วย 1) ประเมินปัญหาและความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 2) การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ ได้แก่ การจัดการกับอาการปวด ความวิตกกังวล 3) การดูแลความปลอดภัย ได้แก่ การป้องกันการพลัดตกหกล้ม การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูก 4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรักษาพยาบาล ได้แก่ การตกเลือดก่อนคลอด 5) การจัดการให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ การเจ็บครรภ์คลอด การดิ้นของทารกในครรภ์ การเตรียมจำหน่ายตามหลัก D-METHOD 6) การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ และครอบครัว คือ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งได้แก่การให้ข้อมูลแก่ญาติในการช่วยดูแล และ 7) การ

สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย ได้แก่ การปฐมพยาบาล การให้ข้อมูลเกี่ยวกับรักษาพยาบาล และ 3) การติดตามเยี่ยมภายหลังการจำหน่าย ซึ่งผลการใช้รูปแบบนี้พบว่าสามารถให้การพยาบาลได้ตามรูปแบบที่กำหนดได้ ร้อยละ 100 ไม่มีกิจกรรมการพยาบาลนอกเหนือจากที่ระบุไว้

2. ผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามกรอบมิติกระบวนการตามคุณภาพการบริการผู้คลอด สามารถนำเสนอได้ดังต่อไปนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการตั้งครรภ์

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
16-19 ปี	15	16.48
20-34 ปี	59	64.84
35 ปี ขึ้นไป	17	18.68
$M = 26.99, SD = 6.89, Min-Max = 16-41$		
ศาสนา		
พุทธ	87	95.60
คริสต์	4	4.40
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	6	6.59
มัธยมศึกษา	54	59.34
อนุปริญญา	2	2.20
ปริญญาตรี	21	23.08
ปริญญาโท	8	8.79
อาชีพ		
ลูกจ้าง	19	20.88
แม่บ้าน	18	19.78
ค้าขาย	15	16.48
รับราชการ	10	10.99
รับจ้าง	10	10.99
เกษตรกร	4	4.40
ว่างงาน	15	16.48
สถานภาพสมรส		
แต่งงาน	85	93.41
หม้าย/หย่า/แยก	6	6.59
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์		
ครรภ์แรก	44	48.35
ครรภ์หลัง	47	51.65
สถานที่ฝากครรภ์		
โรงพยาบาลสุรินทร์	56	61.54
ที่อื่น	35	38.46
วิธีการคลอด		
คลอดทางช่องคลอด	48	52.75
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	43	47.25

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุครรภ์เมื่อคลอด		
ก่อนกำหนด	37	40.66
ครบกำหนด	54	59.34
น้ำหนักทารกเมื่อแรกคลอด		
น้อยกว่า 2,500 กรัม	25	27.47
2,500-3,999 กรัม	66	72.53
$M = 2,683.22, SD = 587.49, Min-Max = 1.140-3,970$		

จากตาราง 1 พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 91 คน เข้าร่วมการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 16-41 ปี อายุเฉลี่ย = 26.99 ปี ($SD = 6.89$) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95.60) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 59.34) อาชีพลูกจ้าง (ร้อยละ 20.88) แต่งงาน (ร้อยละ 93.41) ครรภ์หลัง (ร้อยละ 51.65) ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสุรินทร์ (ร้อยละ 61.54) คลอดทางช่องคลอด (ร้อยละ 52.75) คลอดครบกำหนด (ร้อยละ 59.34) น้ำหนักทารกแรกเกิดอยู่ระหว่าง 1,140-3,970 กรัม น้ำหนักเฉลี่ย = 2,683.22 ($SD = 587.49$)

2.2 ผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาล

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาล

ผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรม การดูแลตนเองที่บ้าน		
ระดับดี (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.51-4.50)	26	28.57
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.51-3.50)	65	71.43
$M = 3.32, SD = 0.27, Min-Max = 2.61-3.82$		
ระยะเวลาในการได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นหลังจากแรกเริ่ม		
น้อยกว่าเท่ากับ 30 นาที	84	92.31
มากกว่า 30 นาที	7	7.69
$M = 20.85, SD = 10.78, Median = 20.00 Min-Max = 3-48$		
ระยะเวลาการได้รับยาต้านการหดตัวของมดลูกภายหลังแพทย์มีคำสั่งการรักษา		
น้อยกว่าเท่ากับ 15 นาที	42	46.15
มากกว่า 15 นาที	49	53.85
$M = 18.10, SD = 12.67, Median = 15.00, Min-Max = \text{ได้รับยาทันที}-130 \text{ นาที}$		
ระยะเวลาของการยืดอายุครรภ์		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 48 ชั่วโมง (2 วัน)	9	9.89
มากกว่า 48 ชั่วโมง (2 วัน)	82	90.11
$M = 26.99 \text{ วัน}, SD = 6.89 \text{ วัน}, Median = 24 \text{ วัน } Min-Max = 16-41 \text{ วัน}$		

จากตาราง 2 ผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตามกรอบมิติกระบวนการตามคุณภาพการบริการผู้คลอด ด้านพฤติกรรม การดูแลตนเองที่บ้านพบว่าโดยภาพรวม มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง ($M = 3.32, SD = 0.27$) ด้านระยะเวลาในการได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นหลังจากแรกเริ่มพบว่าร้อยละ 92.31 ใช้เวลาน้อยกว่า 30 นาที โดยมีค่ากลางที่ 20 นาที ซึ่งพบว่าน้อยกว่าค่าเป้าหมายคือ 30 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ($t = 8.09, df = 90$) ส่วนระยะเวลาของการได้รับยาต้านการหดตัวของมดลูกภายหลังแพทย์มีคำสั่งรักษานั้นพบว่าร้อยละ 53.85 ใช้เวลามากกว่า 15 นาที

โดยมีค่ากลางที่ 15 นาที และค่าเฉลี่ย 18.10 นาที ซึ่งใช้ระยะเวลามากกว่าค่าเป้าหมายคือ 15 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ($t = 2.15$, $df = 76$) ในส่วนของการยืดอายุครรภ์นั้นพบว่าร้อยละ 90.11 สามารถยืดอายุครรภ์ได้มากกว่า 48 ชั่วโมง ซึ่งมากกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ($t = 10.07$, $df = 90$)

เมื่อทำการเปรียบเทียบสัดส่วนระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่คลอดก่อนกำหนด กับ คลอดครบกำหนดพบว่า สัดส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นภายใน 30 นาทีหลังจากแรกคลอดระหว่างกลุ่มคลอดครบกำหนดกับกลุ่มคลอดก่อนกำหนดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สัดส่วนของจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดได้รับยาขับยั้งการหดตัวของมดลูกภายใน 15 นาทีภายหลังแพทย์มีคำสั่งการรักษา ระหว่างกลุ่มคลอดครบกำหนดกับกลุ่มคลอดก่อนกำหนดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนสัดส่วนจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยืดอายุครรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มคลอดครบกำหนดกับกลุ่มคลอดก่อนกำหนดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการคลอดและผลลัพธ์ของรูปแบบ

ผลลัพธ์ของรูปแบบ	คลอดครบกำหนด	คลอดก่อนกำหนด	χ^2	p-value
พฤติกรรม การดูแลตนเองที่บ้าน				
ระดับดี (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.51-4.50)	15 (57.69%)	11 (42.31%)	.04	.51
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50)	39 (60.00%)	26 (40.00%)		
ระยะเวลาในการได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นหลังจากแรกคลอด				
น้อยกว่าเท่ากับ 30 นาที	51 (60.71%)	33 (39.29%)	0.85	.44*
มากกว่า 30 นาที	3 (42.86%)	4 (57.14%)		
ระยะเวลาการได้รับยาขับยั้งการหดตัวของมดลูกภายหลังแพทย์มีคำสั่งการรักษา				
น้อยกว่าเท่ากับ 15 นาที	22 (52.38%)	20 (47.62%)	1.57	.15
มากกว่า 15 นาที	32 (65.31%)	17 (34.69%)		
ระยะเวลาของการยืดอายุครรภ์				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 48 ชั่วโมง (2 วัน)	2 (22.22%)	7 (77.78%)	5.70	.03*
มากกว่า 48 ชั่วโมง (2 วัน)	52 (63.41%)	30 (36.59%)		

*Fisher's Exact Test

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาที่พบว่าร้อยละ 71.43 ของกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่บ้านภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Yusamran, Kongjira, Sirisomboon, Phimon & Chalernchockcharoenkit (2007) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามกรอบมิติคุณภาพการบริการผู้คลอด มีการออกแบบกิจกรรมการพยาบาลที่เน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล (Family Center Care) โดยการอนุญาตให้สมาชิกในครอบครัวเข้าเยี่ยมที่ห้องสำหรับผู้คลอดก่อนกำหนด การให้ข้อมูลความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ การให้ความรู้กับญาติช่วยเพิ่มการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดได้ (Chojjorhorm, Serisathien, Ratinthorn, & Kovavisarach, 2019) นอกจากนั้นการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองโดยแจกทั้งคู่มือและให้ดาวน์โหลด Application ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีแหล่งความรู้ที่พร้อมใช้ตลอดเวลา สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมอาจเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ช่วยยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ได้ (Waichompou & Kongchaay (2015) นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประมาณสองในสามมีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ และประมาณสองในห้าจบการศึกษาสูงกว่า

มัธยมศึกษาทำให้ค่อนข้างมีความพร้อมต่อการเรียนรู้ และนำความรู้ไปปฏิบัติตัว นอกจากนั้นครั้งหนึ่งเป็นครรภ์หลังซึ่งมีประสบการณ์การตั้งครรภ์และการคลอดมาแล้ว ทำให้มีความรู้ในการดูแลตนเองในระดับหนึ่ง ส่งผลให้พบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านในระดับปานกลาง

ผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดตามกรอบมิติคุณภาพการบริการผู้คลอด ด้านระยะเวลาในการได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นหลังจากแรกพบว่ามีร้อยละ 92.31 ใช้ระยะเวลาน้อยกว่า 30 นาที โดยมีค่ากลางที่ 20 นาที ซึ่งพบน้อยกว่าค่าเป้าหมายคือ 30 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Buranabenjasathian (2017) ที่พบว่า การดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามมาตรฐานการดูแลที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มอัตราความครอบคลุมและถูกต้องของการคัดกรองที่แผนกรคลอดได้ และผลการศึกษานี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Leenhapongsatron & Juntatip (2016) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 93.10 ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นภายใน 30 นาทีหลังจากแรกพบ ซึ่งส่งผลต่อระยะเวลาการได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกภายหลังแพทย์มีคำสั่งการรักษานั้น โดยพบว่าร้อยละ 53.85 ใช้เวลามากกว่า 15 นาที (ค่าเฉลี่ย = 18.10 นาที) ซึ่งใช้ระยะเวลามากกว่าค่าเป้าหมายคือ 15 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Leenhapongsatron & Juntatip (2016) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 94.90 ได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกภายใน 15 นาทีภายหลังแพทย์มีคำสั่งการรักษา การศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มที่ใช้เวลามากกว่าเป้าหมายเป็นกลุ่มที่ส่งต่อจากแผนกฝากครรภ์ และส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่าย ทำให้กลุ่มตัวอย่างในส่วนนี้ใช้เวลาในการได้รับยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกภายหลังแพทย์มีคำสั่งการรักษาโดยเฉลี่ยมากกว่า 15 นาทีซึ่งอาจเกิดจากปัญหาการตั้งเกณฑ์ระยะเวลาการได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นหลังจากแรกพบของรูปแบบการพยาบาลใหม่ที่พัฒนาขึ้น เนื่องจากการดูแลรักษาพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดนั้น ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะทีมแพทย์ ซึ่งเป็นบุคลากรสำคัญในการสั่งการรักษา ซึ่งทีมแพทย์นั้นประกอบด้วย สูติแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน แพทย์เพิ่มพูนทักษะ นิสิตแพทย์ ซึ่งแพทย์ที่ทำหน้าที่ในการสั่งการรักษาเบื้องต้นนั้น ต้องมีการตรวจอาการและอาการแสดง การตรวจพิเศษเพิ่มเติม เช่น การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound) การประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยเครื่องอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Fetal Monitoring) เพื่อให้การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการอย่างถูกต้องครบถ้วนเพื่อให้ได้ข้อมูลนั้นมีคุณภาพเพียงพอแก่การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการดูแล เพื่อจะสั่งการรักษาเหมาะสม กระบวนการเหล่านี้ใช้ระยะเวลานานกว่าจะได้ข้อสรุปจากสูติแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และเริ่มกระบวนการให้ยาที่ยับยั้งการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา รวมทั้งในห้องคลอดอาจมีหญิงตั้งครรภ์หรือผู้คลอดที่มีภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลก่อน เช่น ตกเลือด ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ซึ่งจะส่งผลให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดอาจล่าช้าออกไป

ผลการศึกษานี้พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 90.11 สามารถยืดอายุครรภ์ได้มากกว่า 48 ชั่วโมง ซึ่งมากกว่าการศึกษาของ Maneechot & Nangkala (2017) ซึ่งพบเพียงร้อยละ 70.0 ที่สามารถยืดอายุครรภ์ได้มากกว่า 48 ชั่วโมง และมากกว่าการศึกษาของ Leenhapongsatron & Juntatip (2016) ซึ่งพบว่าสามารถยืดอายุครรภ์คลอดก่อนกำหนดเป็นผลสำเร็จมากกว่า 48 ชั่วโมงที่ร้อยละ 89.80 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Senthiri, Srisong, Pomprakai, & Permchart (2016) และการศึกษาของ Raksatham, Kaiphon & Khungtumneam (2018) ที่พบว่ารูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ได้มากกว่า 48 ชั่วโมง นอกจากนั้นการศึกษานี้ยังพบว่าสัดส่วนจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการยืดอายุครรภ์มากกว่า 48 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มคลอดครบกำหนดกับกลุ่มคลอดก่อนกำหนดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้นที่ใช้ตามกรอบมิติกระบวนการตามคุณภาพการบริการผู้คลอดที่มีการพยาบาลที่ครอบคลุมปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ การจัดการกับความวิตกกังวล การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาเร่งการตั้งครรภ์ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรักษาพยาบาล การจัดการให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ การเจ็บครรภ์

คลอด การเดินของทารกในครรภ์ และการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการและครอบครัว ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม จึงทำให้สามารถยืดอายุครรภ์ได้จนไปคลอดได้ในช่วงอายุครรภ์ 37 สัปดาห์มากขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

รูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ได้พัฒนาในการศึกษาค้นคว้านี้ ได้พัฒนาตามกรอบมิติกระบวนการตามคุณภาพการบริการผู้คลอดที่มีความชัดเจนในการประเมินปัญหาและความต้องการทั้งในหอรับใหม่และห้องสำหรับการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอด มีการจัดการกับอาการรบกวนโดยมีการประเมินสุขภาพกายและสุขภาพจิตทุกวัน ส่งผลให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งการดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนให้สามีและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ส่งผลให้รูปแบบการพยาบาลนี้มีประสิทธิภาพในการลดระยะเวลาการรับใหม่ ช่วยยืดอายุครรภ์ได้ ดังนั้นควรมีการประกาศใช้รูปแบบการพยาบาลนี้ให้เป็นแนวปฏิบัติในโรงพยาบาล พร้อมมีการพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง และสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลสำหรับกลุ่มอื่นต่อไป เช่น การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่ายังไม่สามารถลดระยะเวลาในการได้รับยาตามแผนการรักษาซึ่งกิจกรรมในขั้นตอนนี้เป็นกิจกรรมที่ทำงานร่วมกันแบบสหวิชาชีพ รวมทั้งมีกลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลสุรินทร์ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ดังนั้นควรออกแบบรูปแบบการพยาบาลให้ครอบคลุมกับกลุ่มผู้รับบริการในลักษณะเช่นนี้และควรเป็นรูปแบบการทำงานแบบสหวิชาชีพ รวมทั้งการดูแลอย่างต่อเนื่องต้องครอบคลุมการส่งต่อกลับไปยังโรงพยาบาลต้นทาง รวมทั้งการติดตามที่ต้องครอบคลุมการติดตามกับสถานบริการด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นควรมีการเพิ่มการศึกษาตัวแปรแทรกซ้อน เช่น ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อพบว่าการตั้งครรภ์มีภาวะเสี่ยงและหรือภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้การดูแลผู้รับบริการด้านสุขภาพไม่ใช่เพียงแค่ว่าพยาบาลเป็นผู้ดูแลแต่มีสาขาวิชาชีพอื่นร่วมด้วย ดังนั้นควรพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะการเจ็บครรภ์คลอดให้เป็นในลักษณะการทำงานแบบสหวิชาชีพ (Interprofessional Practice) และเพื่อให้เกิดการเชื่อมต่อระหว่างหน่วยงานและระหว่างสถานบริการในเครือข่าย

References

- AGREE Next Steps Consortium. (2009). *The AGREE II Instrument [Electronic version]*. Retrieved May 1, 2020, from <http://www.agreetrust.org>.
- Buranabenasathian, S. (2017). Effective of Preterm Labour Care Process in Maechan Hospital. *Chiangrai Medical Journal*, 9(2), 41-52. (in Thai).
- Bureau of Nursing, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2011). *Nursing Quality Assurance: Quality Assurance of Maternity Nursing Care*. Bangkok. Samchareon Phanich (Bangkok) Co., LTD. (in Thai).
- Chojjorhorm, R., Serisathien, Y., Ratinthorn, A., & Kovavisarach, E. (2019). The Effects of Nursing Therapeutics on Preventive Management of Preterm Labour, Readmission and Gestational Age at Birth in Pregnant Women with Preterm Labor. *Journal of Nursing Science*, 27(2), 39-48. (in Thai).



- Leenhapongsatron, W., & Juntatip, P. (2016). Development of Nursing Practice Guideline for Pregnant Women with Preterm Labour by Evidence Practice in Labour Room at Kingnarai Hospital. *Journal of Nursing Division*, 43(3Suppl), 46-62. (in Thai).
- Maneechot, K., & Nangkala, N. (2017). The Development of Care Model for Pregnant in Labor Pain with Preterm Labor at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. *Journal of Nursing Division*, 44(2): 7-25. (in Thai).
- Maternal and Child Health Board 2013-2015. (2015). *RTCOG Clinical Practice Guideline: The Management of Preterm Labour and Preterm Premature Rupture of Membranes*. Retrieved April 04, 2020 from http://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2017/04/OB_014.pdf. (in Thai).
- Medical Record Department Surin Hospital. (2020). *Annually Report of Labor Unit Surin Hospital*. (in Thai).
- Raksatham, C., Kaiphol, T., & Khungtumneam, K. (2018). The Practiced Guideline for Continuing Care of Pregnant Women with Preterm Labor. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(Supp.), 348-356. (in Thai).
- Sangin, S. (2014). Nursing Care of a Mother Experiencing Preterm Labor. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 22(1), 27-38. (in Thai).
- Senthiri, P., Srisong, S., Pomprakai, R., & Permchat, M. (2016). Development of the Nursing Model for Pregnant Women to Prevent Preterm Labour. *Journal of Nursing and Health Care*, 34(2), 164-173. (in Thai).
- Srisaard, B. (1994). Interpretation of Estimation Scale Data Collecting Tool. *Journal of Educational Measurement Mahasarakham University*, 2(1), 64-70. (in Thai).
- Vibulwong, P. (2000). *The Effect of Supporting Care on The Compliance of Pregnant Women with Pregnancy Induced Hypertension*. A Thesis Submitted in Partial Fulfilment of the Requirement for the Master degree of Maternal and Child Nursing Faculty of Nursing, Mahidol University. (in Thai).
- Waichompu, N. & Kongchaay, A. (2015). Development of a Discharge Planning Model for Pregnant Women with Preterm Labor Pain. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 2(3), 114-128. (in Thai).
- Yusamran, C., Kongjira, A., Sirisomboon, R., Phimon, K., & Chalernchockcharoenkit, A. (2007). Social Support Knowledge and Self-care Ability among Pregnant Women with Premature Labour Pain. *Thai Journal of Nursing Council*, 22(1), 60 - 71. (in Thai).

ประสบการณ์ภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน Experience regarding Innovative Leadership among Head Nurses in Community Hospitals

รัชนิกร ไช่หิน^{1*}, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย¹ และ นฤมล ปทุมรักษ์¹

Ratchaneekorn Kaihin^{1*}, Phechnoy Singchungchai¹ and Narumon Pathumarak¹

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน^{1*}

College of Nursing, Chirstian University^{1*}

(Received: April 06, 2020; Revised: May 02, 2021; Accepted: May 28, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยามีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายความหมายและอภิปรายองค์ประกอบภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงโดยใช้วิธีลูกโซ่ (Snowball Sampling) ผู้ให้ข้อมูลคือ หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชนที่มีประสบการณ์ด้านการบริหารการพยาบาลและด้านนวัตกรรม จำนวน 10 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-Depth Interview) และวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลของโคไลซี (Colaizzi) ตรวจสอบคุณภาพข้อมูลใช้วิธีการแบบสามเส้า ผลการวิจัยพบว่า

ภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย สรุปความหมายได้ 6 ประเด็น คือ 1) ความรู้ความคิดใหม่ ๆ 2) การบริหารการใช้เทคโนโลยีใหม่ 3) การออกแบบการบริหารแนวคิดใหม่ 4) มีความกล้าในการจัดการเปลี่ยนแปลงสิ่งใหม่ 5) มีความเต็มใจในการยอมรับความเสี่ยง และ 6) มีความคิดเชิงบวก ส่วนองค์ประกอบภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย สรุปได้ 8 ด้าน ได้แก่ 1) ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และกลยุทธ์ในการจัดการด้านนวัตกรรม 2) การมีภาวะผู้นำในการสร้างแรงบันดาลใจ 3) การจัดการข้อมูลโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเพิ่มคุณค่าการบริการสุขภาพ 4) การมีทักษะในการทบทวนและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ 5) การเป็นนักออกแบบการใช้นวัตกรรม 6) การจัดการทีมสร้างสรรค์นวัตกรรม 7) การกระตุ้นสมาชิกให้มีความคิดสร้างสรรค์ด้วยการให้รางวัลผลตอบแทน และ 8) ความสามารถตัดสินใจเลือกทำนวัตกรรมที่คุ้มค่า

การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า ภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมทางการพยาบาลเป็นเรื่องใหม่จึงจำเป็นต้องมีการขยายความรู้ต่อทั้งในวิธีคุณภาพและปริมาณเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนสำหรับศาสตร์การบริหารทางการพยาบาล

คำสำคัญ: ภาวะผู้นำด้านนวัตกรรม, ประสบการณ์, หัวหน้าหอผู้ป่วย, โรงพยาบาลชุมชน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Ratchaneekorn531@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 063-7243344)

Abstract

The objective of this phenomenological qualitative research was to describe meanings and components of innovative leadership among head nurses in community hospitals. Snowballing sampling was used to select 10 head nurses into community hospitals who had experience in nursing administration and nursing innovation. Data was collected through in-depth interviews, and then analyzed using Colaizzi's method. Triangulation method was used to verify the qualitative data.

Research findings were classified into two parts: meanings, and components. According to the head nurses, the meanings of innovative leadership were 1) new knowledge and ideas, 2) new technological administration, 3) new administrative design, 4) courage to manage changes, 5) willingness to take risks, and 6) positive thinking. The components of innovative leadership, as stated by the head nurses, were: 1) innovative vision, 2) inspiring leadership, 3) information technology service management, 4) skills in literature reviewing, 5) innovation design, 6) innovation team management, 7) encouraging creativity in their followers, and 8) innovative decision-making ability.

Results of this research indicate that nursing innovative leadership is new knowledge that needs to be further studied quantitatively and quantitatively for clear understanding of nursing administration.

Keywords: Innovation Leadership, Experience, Head Nurse, Community Hospital

บทนำ

ภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมมีความสำคัญสำหรับผู้บริหารในองค์กรการพยาบาลเนื่องจากเป็นผู้ที่สามารถสร้างผลิตภัณฑ์ทางการพยาบาลที่เกิดผลผลิตและการทำงานทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพโดยผ่านการเป็นผู้ที่มีการตัดสินใจทางนวัตกรรม (Won, 2015) และเป็นผู้สนับสนุนให้พยาบาลในหอผู้ป่วยมีแรงบันดาลใจในการมีความคิดสร้างสรรค์ที่จะนำไปสู่การสร้างนวัตกรรมสำหรับการบริการพยาบาล เพื่อเพิ่มคุณค่าและมูลค่าแก่ผู้ใช้บริการสุขภาพ (Harris, Bennett and Ross, 2013; Joseph, 2015; Singchungchai, 2019) ประเด็นที่สำคัญเนื่องจากภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมทางการพยาบาลเป็นเรื่องใหม่ (New Concept) (Bergendahl and Magnusson, 2015) ความหมายของประเด็นนี้จึงยังไม่ชัดเจน (Kaya, Turan, & Aydin, 2016) จากที่กล่าวมานี้ จึงเห็นได้ว่า ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น หรือหัวหน้าหอผู้ป่วย จึงเป็นบุคคลสำคัญในการมีภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมสำหรับองค์กรพยาบาลมาก ดังนั้น การแสวงหาองค์ความรู้ที่ยังไม่ปรากฏในบริบทโรงพยาบาลชุมชน ด้วยวิธีการเชิงคุณภาพจึงเป็นวิธีการหนึ่งเพื่ออธิบายแก่นแท้ของประสบการณ์ภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมทางการพยาบาลได้อย่างลึกซึ้ง โดยปราศจากการคาดคะเนคำตอบล่วงหน้า (Ingham-Broomfield, 2014) นอกจากนั้น กระบวนการเบื้องต้นที่จะเริ่มต้นหาองค์ความรู้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจเนื้อหาที่เป็นจริงตามบริบทนั้น โดยเริ่มต้นศึกษาความหมายจากประสบการณ์ภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมทางการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลชุมชน ผลการวิจัยนี้จึงมีความสำคัญต่อการนำมาจัดเนื้อหาในการพัฒนาเครื่องมือเพื่อการศึกษาภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมทางการพยาบาล อันจะได้แนวทางในการพัฒนาศักยภาพและสมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมการพยาบาลในองค์กรการพยาบาลได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความหมายภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมตามประสบการณ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน
2. เพื่ออภิปรายองค์ประกอบภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมตามประสบการณ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมตามโมเดลของกลิดดอน และรอธเวล (Gliddon & Rothwell, 2018) เพื่อเป็นกรอบแนวคิดตั้งต้นในการศึกษาและพัฒนาไปสู่การกำหนดองค์ประกอบภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วยรายละเอียดของภาวะผู้นำด้านนวัตกรรม 6 ด้าน ได้แก่ 1) การใช้ข้อมูลเพื่อพัฒนานวัตกรรม (Capture Data) 2) การทบทวนแนวทางปฏิบัติเพื่อพัฒนานวัตกรรม (Review Best Practices) 3) การประเมินทางเลือกหรือวิธีการสร้างนวัตกรรม (Evaluate the Choices) 4) การประยุกต์ใช้นวัตกรรม (Apply the Innovation) 5) การอบรมให้ทีมสร้างนวัตกรรม (Train the Team) และ 6) การมีวิสัยทัศน์เท่าทันกับแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลง (Establish the Trend)

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Qualitative Research)

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลคือ หัวหน้าหอผู้ป่วย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) และใช้วิธีลูกโซ่ (Snowball Sampling Technique) จำนวน 10 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีการกำหนดตำแหน่งผู้บริหารตามกรอบโครงสร้างกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30-120 เตียง (ระดับ F2-M2) ทำหน้าที่บริหารจัดการภายในหอผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน หอผู้ป่วยคลอดและหลังคลอด และมีประสบการณ์ด้านการบริหารการพยาบาลและด้านนวัตกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะผู้นำด้านนวัตกรรม โดยใช้ประเด็นคำถามที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมตามประสบการณ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ความหมายของภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมสำหรับผู้บริหารระดับต้นหรือหัวหน้าหอผู้ป่วย คุณลักษณะภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมด้านใดบ้างที่ทำได้จริง และที่ต้องการปรับปรุง และองค์ประกอบภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมสำหรับผู้บริหารระดับต้นหรือหัวหน้าหอผู้ป่วยในเรื่องต่อไปนี้เป็นอย่างไร

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์ดังกล่าวผ่านการตรวจสอบเนื้อหาโดยอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน (อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านนวัตกรรมทางการพยาบาลและภาวะผู้นำด้านนวัตกรรม หัวหน้าพยาบาล ซึ่งจบการศึกษาระดับปริญญาเอกเป็นผู้มีความรู้ความสามารถด้านการบริหารการพยาบาลและการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีความเชี่ยวชาญในการทำวิจัยและนวัตกรรม ได้รับรางวัลชนะเลิศวิจัยและนวัตกรรมระดับประเทศ) พิจารณาและนำมาปรับปรุงให้มีความเข้าใจและมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้นตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน เมื่อผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมวิจัยได้นัดหมาย วัน เวลา สถานที่ในการสัมภาษณ์ ซึ่งการสัมภาษณ์เพื่อให้ข้อมูลอ้อมตัวผู้วิจัยได้สัมภาษณ์เจาะลึกและติดตามสัมภาษณ์จนข้อมูลอ้อมตัวจำนวนทั้งหมด 3-4 ครั้ง การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนใช้เวลา 45-60 นาที เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ได้ทำการถอดเทปแบบคำต่อคำและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลการสัมภาษณ์ก่อนนำมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้แนวทางการวิเคราะห์ของโคไลซี (Colaizzi, 1978 cite in Singchungchai, 2009) มี 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) พรรณนาปรากฏการณ์ที่สนใจโดยนักวิจัย 2) เลือกพรรณนาหัวข้อของปรากฏการณ์ 3) อ่านการพรรณนาหัวข้อทั้งหมด 4) ย้อนกลับไปดูบันทึกต้นฉบับ และคัดลอกประโยคที่สำคัญ 5) พยายามอธิบายความหมายแต่ละประโยคที่สำคัญอย่างชัดเจน และ 6) จัดกลุ่มความหมายเป็นทางการเป็นกลุ่มของหัวข้อสาระสำคัญและเทียบกับเนื้อหาเชิงแนวคิดทฤษฎีที่มี

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Denzin, 2011) ด้วยการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยนัดสัมภาษณ์ในสถานที่และเวลาที่แตกต่างกัน และใช้คำถามเดิมแต่เปลี่ยนผู้ให้ข้อมูล ซึ่งในการสัมภาษณ์จะทำการสัมภาษณ์จนข้อมูลอ้อมตัว (ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 คน)

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยขออนุญาตการทำวิจัยในมนุษย์ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่โครงการวิจัย น.02/2562 วันที่ 17 ตุลาคม 2562

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนี้ประกอบด้วย ความหมายภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมตามประสบการณ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชน และสาระสำคัญขององค์ประกอบภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมตามประสบการณ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยเชิงคุณภาพตามลำดับดังนี้

1. ความหมายภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมตามประสบการณ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน ได้ข้อมูลที่สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ 6 ประเด็น คือ 1) ความรู้ความคิดใหม่ ๆ 2) การบริหารการใช้เทคโนโลยีใหม่ 3) การออกแบบการบริหารแนวคิดใหม่ 4) มีความกล้าในการจัดการการเปลี่ยนแปลงสิ่งใหม่ 5) มีความเต็มใจในการยอมรับความเสี่ยง และ 6) มีความคิดเชิงบวก มีรายละเอียดดังนี้

ประเด็นที่ 1.1 ความรู้ความคิดใหม่ ๆ

การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพออกมาเป็นประเด็นของความรู้ความคิดใหม่ ๆ ที่สามารถแยกมาเป็นประเด็นย่อย (Sub-Themes) คือ ความรู้ใหม่ที่ได้จากการสืบค้น ความคิดใหม่ ๆ ที่ได้จากประสบการณ์ ความรู้ใหม่ที่ทันสมัย ความรู้ใหม่ที่เป็นผลงานวิจัยใหม่ ๆ คิดอะไรใหม่ ๆ ที่ท้าทาย การใช้วิธีการหรือเครื่องมือใหม่ ๆ ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์และมีความสัมพันธ์กับประเด็นความรู้ความคิดใหม่ ๆ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ผู้นำต้องเป็นคนคิดเรื่องใหม่ ๆ เช่น พี่คิดออกแบบให้ระบบการคัดกรองทำงานให้ง่ายขึ้น โดยต้องมีการระดมสมองและนั่ง ๆ ในตึกได้ช่วยกัน จึงได้การคัดกรองอาการแบบใช้เครื่องวัดสัญญาณชีพที่สามารถส่งเสียงเตือนกรณีมีสัญญาณชีพผิดปกติ” ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ 10 ปี ในโรงพยาบาลชุมชน 30 เตียง

“ภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมก็ต้องเป็นคนชอบค้นคว้าอะไรใหม่ ๆ มีองค์ความรู้ใหม่ Update ตลอด อย่างเช่น เรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด คนอื่นจะใช้แบบติด GPS ในรถฉุกเฉินไข่ม้อย แต่ของเราเราจะทำการเชื่อมแผนที่บ้านเข้าไปในโปรแกรมบันทึกประวัติการรักษาของผู้ป่วยที่เรียกว่า HOSXP พอกด

หมายเลขโรงพยาบาลหรือ HN ก็สามารถเชื่อมแผนที่พาเราไปได้โดยเราเชื่อมผ่านสมาร์ทโฟน คือโทรศัพท์มือถือที่ต่อเชื่อมอินเทอร์เน็ต” ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ 6 ปี ในโรงพยาบาลชุมชน 30 เตียง

ประเด็นที่ 1.2 การบริหารการใช้เทคโนโลยีใหม่

ประเด็นนี้สามารถแยกเป็นประเด็นย่อย (Sub-Themes) คือ การใช้แอปพลิเคชันบนมือถือมาช่วยในการทำงาน การใช้เทคโนโลยีช่วยในการจัดระบบบริการ ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์และมีความสัมพันธ์กับประเด็นการบริหารการใช้เทคโนโลยีใหม่ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ต้องใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ ให้เป็นนะ โดยใช้หรือนำเทคโนโลยีมาดัดแปลงปรับปรุงให้มันใช้งานได้ดีเหมาะสมกับงานเรา สนับสนุนงานของเราให้ง่ายขึ้นอะไรแบบนี้แหละ เราได้ประสานเจ้าหน้าที่ไอที ได้ทำการทดลองการเชื่อมระบบรายงานความเสี่ยงลงในไลน์แอปพลิเคชัน เวลามีรายงานก็จะเข้ามาที่ไลน์ของผู้ที่เกี่ยวข้อง” ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ 10 ปี ในโรงพยาบาลชุมชน 30 เตียง

“ทำผลงานนวัตกรรมใหม่ ๆ ทั้งด้านของระบบบริการเช่น การจัดระบบคิวออนไลน์ ทำให้คนไข้พอใจและไม่ต้องมานั่งรอ ซึ่งนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นนี้นำมาใช้ ทำให้งานบริการของเรามีคุณภาพที่ดีขึ้น” ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ 12 ปี ในโรงพยาบาลชุมชน 30 เตียง

ประเด็นที่ 1.3 การออกแบบการบริหารแนวคิดใหม่

การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพออกมาเป็นประเด็นของการออกแบบการบริหารแนวคิดใหม่ ที่สามารถแยกมาเป็นประเด็นย่อย (Sub-Themes) คือ การออกแบบบริการใหม่ การออกแบบผลิตภัณฑ์ใหม่ และการออกแบบการจัดการใหม่ ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์และมีความสัมพันธ์กับประเด็นการออกแบบการบริหารแนวคิดใหม่ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“อย่างเราพบอัตราการติดเชื้อจากการให้สารน้ำมากขึ้น เราเอาผลงานนั้นมาวิเคราะห์ว่าเกิดจากสาเหตุอะไร ทำไมคนไข้ติดเชื้อมากขึ้น เราเลยออกแบบผ้าคลุมบริเวณข้อต่อชุดให้สารน้ำที่มีตัวต่อแบบสามทางหรือทรีเวย์ พบว่ามันเลื่อนหลุดออกจากกันเวลาคนไข้เคลื่อนไหวและพลิกตัว พอเรารู้ปัญหา เราก็ชวนน้อง ๆ ในตึกทำนวัตกรรมผ้าลือคมือ ให้คนไข้เคลื่อนไหวปลายนิ้วได้แต่กระดูกแขนไม่ได้ การเลื่อนหลุดน้อยลง การติดเชื้อก็ลดลง” ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ 22 ปี ในโรงพยาบาลชุมชน 30 เตียง

“ออกแบบงานใหม่ให้อสม.ที่ดูแลครอบครัวในความรับผิดชอบ เข้าไปให้ความรู้และบอกวิธีการที่จะไปโรงพยาบาลได้รวดเร็วทันเวลา แล้วเปิดช่องทางการสื่อสารทางไลน์ แอปพลิเคชัน ให้มีการส่งข่าวสารให้กัน ส่งถึงการทำงานของอสม.แต่ละคน เพื่อสร้างประสบการณ์ในการทำงานให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคนอื่น ๆ ที่ยังไม่เคยพบเคยเห็นอาการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิธีใหม่นี้เยี่ยม คนไข้เข้าถึงทันเวลามากขึ้น ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทันเวลา คนพิการลดลง” ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ 8 ปี ในโรงพยาบาลชุมชน 60 เตียง

ประเด็นที่ 1.4 มีความกล้าในการจัดการการเปลี่ยนแปลงสิ่งใหม่

ประเด็นของการมีความกล้าในการจัดการการเปลี่ยนแปลงสิ่งใหม่ สามารถแยกเป็นประเด็นย่อย (Sub-Themes) คือ กล้าคิด กล้าทำ กล้าเปลี่ยนแปลง นำการเปลี่ยนแปลง และให้คนในหน่วยงานช่วยคิดเปลี่ยนแปลง ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์และมีความสัมพันธ์กับประเด็นการมีความกล้าในการจัดการการเปลี่ยนแปลงสิ่งใหม่ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมนะคะ สิ่งแรกเลยผู้นำต้องกล้าที่จะทำกล้าที่คิดกล้าที่จะเปลี่ยนแปลงลงมือทำเลย อะไรที่เราคิดว่ามันจะช่วยแก้ปัญหา และให้น้องทุกคนในหน่วยงานของเราช่วยกันคิดช่วยกันทำปรับปรุงเปลี่ยนแปลงสิ่งเดิม ๆ ที่ทำแล้วไม่ได้ช่วยให้งานง่าย หรือทำแล้วผลลัพธ์ไม่ดี อันนี้ต้องช่วยกันเปลี่ยนแปลงทั้งองค์กรของเราเลยนะคะ” ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ 15 ปี ในโรงพยาบาลชุมชน 30 เตียง

“ผู้นำเราก็ต้องรู้ว่ามียอะไรที่เปลี่ยนแปลงบ้าง เราจะโต้ตอบกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงนั้นได้เราต้องสามารถนำการเปลี่ยนแปลงได้ ก็คงเป็นการเปลี่ยนจากอย่างเดิมที่เคยทำ การมีความกล้าในการจัดการการเปลี่ยนแปลง” ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ 12 ปี ในโรงพยาบาลชุมชน 30 เตียง

ประเด็นที่ 1.5 มีความเต็มใจในการยอมรับความเสี่ยง

ประเด็นของการมีความเต็มใจในการยอมรับความเสี่ยง ที่สามารถแยกมาเป็นประเด็นย่อย (Sub-Themes) คือ กล้ายอมรับความเสี่ยง และอยากลองทำสิ่งใหม่ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และมีความสัมพันธ์กับประเด็นการมีความเต็มใจในการยอมรับความเสี่ยง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ผู้นำนวัตกรรมเขาต้องกล้าเสี่ยง กล้ายอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น พี่ไม่กลัวเพราะเราก็ต้องยอมรับ เพราะถ้าทำแล้วเกิดข้อผิดพลาดเราก็นำมาทบทวนและปรับปรุง อย่างที่ทำเรื่อง จัดทำวัดความดัน ให้นั่งรอก่อน อย่าเพิ่งวัดความดันทันที อันนี้มีหลายคนบอกว่า คนไขรอนานจะบ่นให้เราแน่ ๆ พอทำไปเราอธิบายเหตุผล ข้อดีของการนั่งรอก่อน ค่อยวัดความดันโลหิต คนไข้เขาเข้าใจนะ” ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ 15 ปี ในโรงพยาบาลชุมชน 30 เตียง

“เกิดจากความที่เขาอยากพัฒนางานหรือว่ามาจากการที่เขาอยากลองสิ่งใหม่ๆ นี่ก็ถือว่าเขามีภาวะผู้นำในเรื่องของนวัตกรรมนะ หลายคนไม่กล้าทำอะไรใหม่ ๆ นะ กลัวผลกระทบที่จะตามมา แต่ที่ว่าคนที่เขาเป็นผู้นำนวัตกรรมเนี่ย เขาต้องกล้าเผชิญกับปัญหาหรือสิ่งที่ตามมา” ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ 8 ปี ในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง

ประเด็นที่ 1.6 มีความคิดเชิงบวก

การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพออกมาเป็นประเด็นของการมีความคิดเชิงบวก ที่สามารถแยกมาเป็นประเด็นย่อย (Sub-Themes) คือ ผู้นำต้องคิดบวกและกระตือรือร้น และต้องสร้างให้คนในองค์กรคิดบวก ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์และมีความสัมพันธ์กับประเด็นการมีความคิดเชิงบวก ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“เรามีความคิดบวก และกระตือรือร้นอยู่แล้ว มาตรงนี้การที่เขาจะสร้างแรงบันดาลใจให้ทีมก็เป็นสิ่งที่ไม่ยาก” ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ 8 ปี ในโรงพยาบาลชุมชน 60 เตียง

“ที่ว่าผู้นำต้องคิดบวกนะ พอเราคิดบวกเราจะมองทุกอย่างว่าเป็นเรื่องที่ทำแล้วดี ทำแล้วมีประโยชน์ สำคัญคือผู้นำต้องสร้างให้คนในองค์กร คิดบวกด้วยจะดีมาก เพราะคนส่วนใหญ่ชอบมองว่าทำอะไรใหม่ๆ แล้วเสียเวลา แค่งานไปวัน ๆ ก็พอ อันนี้เลยไม่เกิดการพัฒนา” ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ 1 ปี ในโรงพยาบาลชุมชน 30 เตียง

2. องค์ประกอบภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมตามประสบการณ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน

สาระสำคัญขององค์ประกอบภาวะผู้นำด้านนวัตกรรม ที่ได้จากหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับด้านนวัตกรรม สามารถสรุปได้ 8 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และกลยุทธ์ในการจัดการด้านนวัตกรรม 2) การมีภาวะผู้นำในการสร้างแรงบันดาลใจ 3) การจัดการข้อมูลโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเพิ่มคุณค่าการบริการสุขภาพ 4) การมีทักษะในการทบทวนและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ 5) การเป็นนักออกแบบการใช้นวัตกรรม 6) การจัดการทีมสร้างสรรค์นวัตกรรม 7) การกระตุ้นสมาชิกให้มีความคิดสร้างสรรค์ด้วยการให้รางวัลผลตอบแทน และ 8) ความสามารถตัดสินใจเลือกทำนวัตกรรมที่คุ้มค่า มีรายละเอียดดังนี้

องค์ประกอบที่ 2.1 ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และกลยุทธ์ในการจัดการด้านนวัตกรรม

ในประเด็นของการเป็นผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และกลยุทธ์ในการจัดการด้านนวัตกรรม โดยแยกออกมาเป็นประเด็นย่อย (Sub-Themes) คือ การถ่ายทอดวิสัยทัศน์ที่ชัดเจน และกลยุทธ์ใหม่ การวางแผนสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาลรองรับการเปลี่ยนแปลง ความมุ่งมั่น ทุ่มเท การเตรียมพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงด้วยการแจ้งข่าวสาร รู้เท่าทันนโยบาย รู้เท่าทันวิสัยทัศน์ขององค์กรการพยาบาล รู้เท่าทันการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล รู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์ รู้เท่าทันแนวโน้มภาวะสุขภาพ รู้เท่าทันการรักษาโรคแนวใหม่ รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของชุมชนหรือสังคม รู้เท่าทันสถานะทางการเงินขององค์กร รู้เท่าทันงบประมาณที่ได้รับจัดสรรเตรียมความพร้อมกำลังคนงบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือ และพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติเพื่อเตรียมรับการเปลี่ยนแปลง ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์และมีความสัมพันธ์กับประเด็นการเป็นผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และกลยุทธ์ในการจัดการด้านนวัตกรรม ดังนี้

“พี่ว่าผู้นำต้องมีวิสัยทัศน์ ต้องรู้ว่าทำยังไงจะทำให้น้องๆรับรู้ เข้าใจในเป้าหมายร่วมกันก่อน อย่างของพี่ พี่ต้องให้น้องรู้ว่าปีนี้เรามีเป้าหมายว่าต้องมียุทธศาสตร์ นวัตกรรม ในหน่วยงานของเราอย่างน้อยก็หนึ่งเรื่อง” ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ 10 ปี ในโรงพยาบาลชุมชน 30 เตียง

“เพราะเราต้องร่วมกันเตรียมรับการเปลี่ยนแปลงเตรียมคิดเตรียมสร้างนวัตกรรมอะไรที่จะรองรับการเปลี่ยนนั้นได้ เช่น กรณีการจะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น น้องในหน่วยงานเลยคิดถึงอุปกรณ์ช่วยผู้สูงอายุที่มา นอนรักษาที่โรงพยาบาล โดยใช้ราวกันเตียงแบบสูงป้องกันตกเตียง ถ้าราวกันเตียงถูกเลื่อนแบบไม่ถูกต้อง หมายถึงการเปิดโดยไม่กดปุ่มล๊อคด้านนอก จะมีเสียงเตือน ญาติที่เฝ้า พยาบาล และญาติข้างเตียงจะช่วยดูแล ป้องกันการตกเตียง” ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ 1 ปี ในโรงพยาบาลชุมชน 60 เตียง

องค์ประกอบที่ 2.2 การมีภาวะผู้นำในการสร้างแรงบันดาลใจ

ในประเด็นของการมีภาวะผู้นำในการสร้างแรงบันดาลใจ แยกเป็นประเด็นย่อย (Sub-Themes) คือ การตัดสินใจอย่างสร้างสรรค์โดยการเลือกวิธีที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาหรือเลือกวิธีปฏิบัติที่ดีที่สุดมาใช้ ในหอผู้ป่วย และมีอิทธิพลโน้มน้าวใจใจ สื่อสารให้สมาชิกเกิดความคิดในการสร้างสรรค์นวัตกรรม ยอมรับและใช้นวัตกรรมในการพัฒนาบริการพยาบาล ยกตัวอย่างที่ผู้ทำนวัตกรรมสำเร็จมาเป็นแรงกระตุ้นให้ทำนวัตกรรม พา ผู้ปฏิบัติทำนวัตกรรม นวัตกรรมคืองานประจำ ต้องคิดบวกและกระตือรือร้น และให้ผู้ปฏิบัติมีโอกาสไป แลกเปลี่ยนเรียนรู้การสร้างสรรค์นวัตกรรมทางการพยาบาล ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้

“หนูจะให้เวลาเขาเคอะพี่ คือหนูจะมีการวางแผนงาน แล้วก็กำหนดเวลาเขาในการคิดนวัตกรรม หรืออะไรใหม่ อย่างเช่นที่ให้เขาคิดเรื่องการจัดการห่ออุปกรณ์ที่มีคม เขาก็คิดมาเสนอเราและลงมือทำ เขาบอกว่าพอทำแล้วสามารถเก็บคมได้ไม่ทิ่มทะลุเวลานำห่อไปนั่งทำปราศจากเชื้อ และทำง่ายกว่าวิธีที่เราค้นจากงาน นวัตกรรมของคนอื่น ใช้เวลาน้อยกว่า” ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ 5 ปี ในโรงพยาบาลชุมชน 120 เตียง

“ยกเอาคนที่ทำนวัตกรรมได้แล้วมาเป็นตัวอย่างให้เขาเห็น การใช้ตัวอย่างคนที่ทำสำเร็จมาทำให้เขามีแรงบันดาลใจในการสร้างนวัตกรรมนะ เพราะคนที่ทำนวัตกรรมได้เขาก็จะมีประสบการณ์ ความภาคภูมิใจ รางวัลที่เขาเคยได้รับ สิ่งเหล่านี้มันก็ทำให้คนที่ฟังอยากทำนวัตกรรม” ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ 6 ปี ในโรงพยาบาลชุมชน 30 เตียง

องค์ประกอบที่ 2.3 การจัดการข้อมูลโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเพิ่มคุณค่าการบริการสุขภาพ

การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์และมีความสัมพันธ์กับประเด็นการจัดการใช้ เทคโนโลยีสารสนเทศใหม่ ๆ แยกออกมาเป็นประเด็นย่อย (Sub-Themes) คือ การใช้ข้อมูลที่ทันสมัย วิเคราะห์ ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ใช้เทคโนโลยีช่วยในการสืบค้นข้อมูล และการทำให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย เกิดความคิดในการใช้เทคโนโลยีใหม่ช่วยจัดการบริการพยาบาล ดังนี้

“การใช้ข้อมูลที่น่านำมาพัฒนานวัตกรรมได้ต้องเป็นข้อมูลที่ทันสมัย นำมาวิเคราะห์ด้วย โปรแกรมคอมพิวเตอร์ แล้วสังเคราะห์ และนำข้อมูลมาใช้ให้เกิดประโยชน์ค่ะ เช่น อย่างเช่น พี่ดูข้อมูลระยะเวลา การรอคอยที่งานผู้ป่วยนอก เวลานานกว่าปีที่ผ่านมา พี่ก็ดูนโยบายเรื่องของ Smart Hospital ก็มาค้นคว้าดูว่า เขาทำอย่างไร จะปรับปรุงอะไรให้โรงพยาบาลของตัวเองดี เลยคิดเรื่องของคิวออนไลน์ สำหรับคนไข้ที่มีโทรศัพท์ น่าจะจองคิวมาก่อนได้” ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ 10 ปี ในโรงพยาบาลชุมชน 30 เตียง

“อันนี้จะเป็นนวัตกรรมแบบบริการนะ ที่เราพัฒนามานะ ทำให้คนไข้โรคหัวใจขาดเลือดเข้ามา รับการรักษาเร็วขึ้น ให้การดูแลโดยทีมแพทย์ พยาบาลที่มีความรู้และทักษะ รวมทั้งการประสานการส่งต่อโดยใช้ เทคโนโลยี ส่งผ่านไลน์ และเชื่อมระบบการติดตามในหน้าจอมอนิเตอร์ในรถ สามารถขอคำปรึกษาแพทย์ ปลายทางได้ตลอดระยะเวลาการส่งต่อและส่งต่อภายในเวลา 30 นาที ที่จะทำให้ผู้ป่วยไปถึงโรงพยาบาล ปลายทางได้รวดเร็วและปลอดภัย ผู้ป่วยรอดชีวิตมากขึ้น นวัตกรรมนี้เราภูมิใจมากนะ” ผู้ให้ข้อมูลที่มี ประสบการณ์ 6 ปี ในโรงพยาบาลชุมชน 30 เตียง

องค์ประกอบที่ 2.4 การมีทักษะในการทบทวนและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์และมีความสัมพันธ์กับประเด็นการมีทักษะในการ ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ แยกเป็นประเด็นย่อย (Sub-Themes) คือ ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อ้างอิงในการ ออกแบบการพยาบาลแนวใหม่ การทำให้สมาชิกเกิดความคิดในการนำหลักฐานเชิงปฏิบัติมาใช้ในการปรับปรุง แนวปฏิบัติ นำ R2R จากที่อื่นมาต่อยอดพัฒนานวัตกรรม เปรียบเทียบการปฏิบัติกับมาตรฐานเพื่อปรับปรุงการ ปฏิบัติแนวใหม่ ดังข้อความต่อไปนี้

“เราอาจเอาแนวปฏิบัติ วิจัย R2R ของที่อื่นมาปรับหรือนำมาอ้างอิงเพื่อนำมาพัฒนาของเรา มาทำนวัตกรรมของเรา โดยยึดจากงานอื่น หรือโรงพยาบาลอื่น อย่างเช่น ต้นปีที่แล้วเราไปดูนำเสนอผลงาน นวัตกรรมการใช้ที่นอนป้องกันแผลกดทับโดยใช้วัสดุที่เป็นโฟมห่อผลไม้มากำ แต่เราหาวัสดุยาก ของเราเลยใช้ถุง ล้างไตบรรจุน้ำ ก็จะมีความเสี่ยงวางรองตามปุ่มกระดูก อันนี้ก็เกิดนวัตกรรมป้องกันแผลกดทับของเราละ” ผู้ให้ ข้อมูลที่มีประสบการณ์ 22 ปี ในโรงพยาบาลชุมชน 30 เตียง

“ทบทวนแนวทางปฏิบัติที่ยึดอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ พร้อมดูการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ ยังผิดพลาด พบคนไข้ล้มโรคหลอดเลือดเข้ามานั่งรอตรวจจะปะปนกับผู้ป่วยทั่วไปที่ลานรอตรวจผู้ป่วยนอกคะ เราก็นำ หลักฐานเชิงประจักษ์มาอ้างอิง แต่ออกแบบระบบใหม่ของเรา โดยเราใช้การคัดกรองดูประวัติการรักษาในระบบ โปรแกรมข้อมูลคนไข้ แบบนี้ทำให้ไม่มีคนไข้ล้มโรคหลอดเลือดเข้าไปปะปนในจุดรอตรวจรวมกับคนไข้อื่น ทำให้เหมาะสม กับบริบทของเรา กับผู้ปฏิบัติด้วย” ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ 12 ปี ในโรงพยาบาลชุมชน 120 เตียง

องค์ประกอบที่ 2.5 การเป็นนักออกแบบการใช้นวัตกรรม

ในประเด็นของการเป็นนักออกแบบการใช้นวัตกรรม แยกเป็นประเด็นย่อย (Sub-Themes) คือ โน้มน้าว จูงใจ ให้เกิดความคิดในการสร้างสรรค์นวัตกรรม ให้ทีมร่วมระดมสมองในการสร้างนวัตกรรม การ สื่อสารให้ผู้ปฏิบัตินำนวัตกรรมทางการพยาบาลที่สร้างไปทดลองใช้ ขออนุมัติใช้นวัตกรรม และประเมินผลการใช้ นวัตกรรม การทำให้เกิดความคิดในการคำนึงถึงประโยชน์ที่ได้รับจากนวัตกรรม นวัตกรรมที่ปรับมีความ น่าเชื่อถือ และคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล ดังนี้

“ต้องให้น้อง ๆ ในหน่วยงานเราช่วยกันแสดงความคิดเห็นร่วมกัน เพื่อมีคนเพิ่มเติมอะไร ถ้าทุก คนโอเค เราก็จะทดลองดูว่าใช้กับเราแล้วเป็นยังไง ก็ติดตามดูกัน เพราะถ้ามีปัญหาที่ต้องมาคุยกัน ปรับกันอีกจน ลงตัว ถึงตอนนั้นก็ค่อยเขียนขอใช้นวัตกรรม คือ ให้ผู้อำนวยการลงนามนะนะ นอกจากนั้นเราก็อบรมความพึง พอใจของผู้ปฏิบัติด้วย ดูผลตอบรับของผู้ใช้ด้วย” ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ 12 ปี ในโรงพยาบาลชุมชน 30 เตียง

“เออเราต้องดูก่อนว่านวัตกรรมที่เราสร้างนั้นมันเข้ากับบริบทของเรามั้ย กับงานเรามั้ย เข้ากับ สภาพของโรงพยาบาลเรามั้ย ว่าจะใช้ได้ไม่ได้ ถามว่าอันนี้เราจะเอามาใช้กับน้องเราได้มั้ย เราต้องคิดก่อน ต้อง ศึกษา แล้วเอามาคุยกันกับน้องเรา ถ้าได้เราก็ตกลงทำแบบเล็กๆ ไปก่อน ถ้าประเมินผลว่าใช้ได้ดี ผลลัพธ์ที่ดี งานเราเร็วขึ้น ลดต้นทุนมากขึ้น อันนี้เราก็ให้ใช้จริง” ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ 5 ปี ในโรงพยาบาลชุมชน 120 เตียง

องค์ประกอบที่ 2.6 การจัดการทีมสร้างสรรค์นวัตกรรม

การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์และมีความสัมพันธ์กับประเด็นการจัดการทีม สร้างสรรค์นวัตกรรม โดยแยกออกมาเป็นประเด็นย่อย (Sub-Themes) คือ ให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยได้ ทดลองทำนวัตกรรมทางการพยาบาล จัดตั้งทีมสร้างนวัตกรรม ให้อิสระให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยในการ สร้างสรรค์สิ่งใหม่ มีการแบ่งเวลาให้ผู้ปฏิบัติในการทำนวัตกรรม เปิดโอกาสให้ทุกคนที่มีความสามารถมาทำ นวัตกรรม สร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมบรรยากาศให้เกิดการสร้างนวัตกรรมในหอผู้ป่วยโดยสนับสนุนให้ผู้ ปฏิบัติได้แลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการสร้างนวัตกรรม ให้ศึกษาดูงานการสร้างนวัตกรรม และจัดเวทีให้นำเสนอ นวัตกรรม ดังนี้

“เราควรแบ่งเวลาให้น้องในหน่วยงานให้ชัดเจนไปเลย เพราะบางครั้งคนที่เขาทำก็ลำบากใจ เราจะกำหนดเวลาโดยทำเป็นตารางเวลา ในหนึ่งสัปดาห์อาจจะแบ่งซัก 2 วันในช่วงบ่ายให้น้องเขาได้คิดค้น เขียน

นวัตกรรม ไหนจะต้องทดลองทำอีกกี่หลายขั้นตอนนะ แล้วก็ต้องมีทีมปรึกษาหารือกัน ควรแบ่งเวลาให้ชัดเจน ” ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ 12 ปี ในโรงพยาบาลชุมชน 30 เตียง

“เราอยากให้มีทีมที่จะทำนวัตกรรม ได้รับโอกาส ได้รับเวลา และให้เขาทำได้อย่างอิสระ สามารถตัดสินใจได้เลยค่ะ เพราะเรื่องของการทำนวัตกรรมเป็นเรื่องของการใช้ความคิดสร้างสรรค์ ต้องให้คนที่ทำมีความสุขในการทำค่ะ แล้วก็แบบสไตล์เอกชน คือ ใครทำได้ก็ให้ทำ ไม่ปิดกั้นค่ะ คือ จะเป็นน้องที่จบใหม่ก็ตาม ขอแค่มีความสามารถ มีความคิดใหม่ๆ ก็เปิดโอกาสให้น้องได้ทำ ” ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ 12 ปี ในโรงพยาบาลชุมชน 30 เตียง

องค์ประกอบที่ 2.7 การกระตุ้นสมาชิกให้มีความคิดสร้างสรรค์ด้วยการให้รางวัลผลตอบแทน

การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพในประเด็นการกระตุ้นสมาชิกให้มีความคิดสร้างสรรค์ด้วยการให้รางวัลผลตอบแทน โดยแยกออกมาเป็นประเด็นย่อย (Sub-Themes) คือ ทำให้ผู้ตามเข้าใจชัดเจนถึงงานที่ต้องกระทำ ให้รางวัลในรูปของการชื่นชมเมื่อสมาชิกมีการคิดสร้างสรรค์นวัตกรรม ประกาศความดีความชอบ ยกย่องเมื่อมีการสร้างนวัตกรรม ให้เงินรางวัล ให้ไปนำเสนอผลงาน ให้ไปอบรมภายนอก เมื่อสมาชิกสามารถนำนวัตกรรมที่สร้างขึ้นไปสู่การปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมาย ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ต้องกำหนดรางวัลเป็นแรงจูงใจให้คนทำนวัตกรรมค่ะ มีรางวัลให้คนที่ทำนวัตกรรมไปเสนอระดับจังหวัด ระดับเขต หรือระดับประเทศนะคะ อาจเป็นเงินรางวัล การเลื่อนเงินเดือนพิจารณาให้พิเศษ การชื่นชมในเวทีประชุมของโรงพยาบาล ” ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ 12 ปี ในโรงพยาบาลชุมชน 120 เตียง

“พี่ว่าคนที่ทำนวัตกรรมได้ เขาควรได้โอกาสที่ดีกว่าคนอื่น คือ เขาควรได้ไปอบรมเพิ่มเติมความรู้ ได้ไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากเวทีนำเสนอผลงานวิจัย นวัตกรรม อย่างที่งานคุณภาพของเขตได้มีการจัดนำเสนอผลงานระดับเขตทุกปี ” ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ 1 ปี ในโรงพยาบาลชุมชน 60 เตียง

องค์ประกอบที่ 2.8 ความสามารถตัดสินใจเลือกทำนวัตกรรมที่คุ้มค่า

การมีความสามารถตัดสินใจเลือกทำนวัตกรรมที่คุ้มค่า แยกเป็นประเด็นย่อย (Sub-Themes) คือ การตัดสินใจอย่างสร้างสรรค์โดยการประเมินความเหมาะสมของนวัตกรรมกับบริบทในหอผู้ป่วย เห็นถึงประโยชน์ที่รับจากการสร้างนวัตกรรม สื่อสารให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจความยากง่ายในการสร้างนวัตกรรม ข้อดีข้อเสียของการสร้างนวัตกรรม งบประมาณในการสร้างนวัตกรรม สื่อสารให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยเกิดการยอมรับนวัตกรรม และประเมินความพร้อมของผู้ใช้นวัตกรรมทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยได้ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ถ้าเราประเมินวิธีสร้างนวัตกรรมนั้น พี่ว่าก็ต้องมาคุยกัน คือทีมของเราก็คงมาประชุมแสดงความคิดเห็นกันว่าวิธีไหนจะเหมาะกับเรา แล้วถ้าทำแล้วจะเป็นยังไง คือเหมือนต้องกำหนดเป้าหมายไว้ซะหน่อย ว่าถ้าสร้างนวัตกรรมนี้ขึ้นต้องลดต้นทุนได้ ต้องลดระยะเวลาการคอยได้ คนไข้พึงพอใจมากขึ้นรึเปล่า ประมาณนี้ ” ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ 22 ปี ในโรงพยาบาลชุมชน 30 เตียง

“การประเมินทางเลือกในการสร้างนวัตกรรมเราต้องดูว่ามันเหมาะสมมั๊ยที่เราจะเอามาใช้กับหน่วยงานของเรานะคะ หรือว่ามันมีความยุ่งยากมั๊ย ถ้าสมมุติว่าเราเอานวัตกรรมเอามาแนวทางใหม่ ๆ เพื่อที่จะกำหนดให้บุคลากรในหน่วยงานของเราได้ปฏิบัติเนี่ย เราก็ต้องดูก่อนว่ามันมีความยุ่งยากในการที่จะปฏิบัติมั๊ย ขั้นตอนในการทำงานมันเพิ่มมากขึ้นมั๊ย แล้วมันจะสะดวกต่อผู้ปฏิบัติของเราที่จะทำมั๊ย หรือว่าอีกประเด็นหนึ่งก็คือ นอกจากประเด็นของความยุ่งยาก หรือความยากง่ายแล้วก็คือ ในประเด็นของความประหยัดนะ คือมันเป็นนโยบายของเราทั้งองค์กรอยู่แล้ว คือเราจะต้องลดต้นทุนในการให้บริการ เช่น เราเปลี่ยนจากการเย็บแผลมาเป็น การปิดด้วยพลาสติกแบบนี้ ก็ถือว่าเป็นการประหยัดอีกวิธีหนึ่งที่เรานำมาใช้ในหน่วยงานในองค์กร ” ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ 1 ปี ในโรงพยาบาลชุมชน 60 เตียง

อภิปรายผล

ความหมายของภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมจากประสบการณ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน สรุปแล้วหมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการแสดงออกถึงการมีความรู้ความคิดใหม่ ๆ การใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ ในการจัดบริการพยาบาล การออกแบบการบริหารแนวคิดใหม่ มีความกล้าในการจัดการการเปลี่ยนแปลงสิ่งใหม่ มีความเต็มใจในการยอมรับความเสี่ยง และมีความคิดเชิงบวก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมของเซนและอีเรน (Sen, & Eren, 2012) ต้องเป็นผู้นำที่สามารถแนะนำสิ่งใหม่ๆ เช่น ความคิด วิธีการ เทคนิค กระบวนการ ผลิตภัณฑ์ บริการ หรือการค้นพบวิธีการในการแก้ปัญหาใหม่ๆ และยังมี ความสอดคล้องกับแนวคิดของอแดร์ (Adair, 2009) ผู้นำด้านนวัตกรรมเป็นผู้มีความสามารถในการทำงานด้วยความคิดใหม่ๆ ที่ไม่เคยมีใครคิดมาก่อน ผู้บริหารต้องมีความเข้าใจที่เป็นเชิงบวกต่อนวัตกรรม ทำให้คนในองค์กรเห็นคุณค่าและประโยชน์ของนวัตกรรมว่าจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นเสมอ และผู้นำต้องมีความเต็มใจในการยอมรับความเสี่ยงกับระบบบริการใหม่ๆ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของกลิดดอน และ รอทเวล (Gliddon & Rothwell, 2018) ผู้นำสามารถชักจูงให้พนักงานสร้างความคิดในการสร้างสรรค์ผลิตภัณฑ์และบริการใหม่ และสอดคล้องกับแนวคิดของวอล์ก (Volk, 2012) ผู้นำต้องกระตุ้นจินตนาการของบุคลากรในองค์กรให้เป็นผู้นำทางความคิดในทุกระดับ และสามารถสร้างปัจจัยการผลิตใหม่ๆ ที่มีความแตกต่างเพื่อประสิทธิภาพที่เหนือกว่าองค์กรคู่แข่ง แต่ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ความหมายที่แตกต่างจากแนวคิดคือ การมีความกล้าในการจัดการการเปลี่ยนแปลง ในประสบการณ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน ให้ความหมายคือ การกล้าคิด กล้าทำ กล้าเปลี่ยนแปลง ไม่ทำอย่างเดิม นำการเปลี่ยนแปลง และให้คนในหน่วยงานช่วยคิดเปลี่ยนแปลงเพื่อเกิดสิ่งใหม่ แนวปฏิบัติใหม่ในหน่วยงาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของอแดร์ (Adair, 2007) เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงกล่าวว่า ผู้บริหารทางการแพทย์ต้องเข้าใจหลักการบริหารการเปลี่ยนแปลง โดยผู้นำต้องมีการกระจายอำนาจ เป็นผู้มีความรับผิดชอบ และการกระตุ้นผู้ตามให้มีความเป็นผู้นำ

องค์ประกอบของภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมสำหรับการวิจัยนี้มี 8 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และกลยุทธ์ในการจัดการด้านนวัตกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของกลิดดอน และ รอทเวล (Gliddon, & Rothwell, 2018) ผู้นำต้องรู้เท่าทันสิ่งที่กำลังเปลี่ยนแปลง ต้องสร้างความตื่นตัวอย่างต่อเนื่อง และต้องมีการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้ใช้นวัตกรรมเพิ่มการยอมรับนวัตกรรมมากขึ้น และสอดคล้องกับแนวคิดของอแดร์ (Adair, 2009) ผู้นำต้องมีความสามารถในการตอบสนองการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยผู้นำต้องมีไหวพริบที่ทำให้องค์กรเป็นผู้ชนะในการแข่งขัน มีความสามารถที่จะจัดทำนวัตกรรมในขณะที่มีทรัพยากรจำกัด แต่สามารถก่อให้เกิดประโยชน์มากที่สุด 2) การมีภาวะผู้นำในการสร้างแรงบันดาลใจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเบสและอวิลิโอ (Bass, & Avilio, 1993) การที่ผู้นำจะจูงใจให้ผู้อื่นให้เกิดแรงบันดาลใจได้โดยทำให้งานมีความหมายและท้าทาย ผู้นำจะกระตุ้นจิตวิญญาณของทีม (team spirit) โดยการแสดงออกซึ่งความกระตือรือร้น 3) การจัดการข้อมูลโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเพิ่มคุณค่าการบริการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของกลิดดอน และ รอทเวล (Gliddon, & Rothwell, 2018) ผู้นำสามารถชักจูงให้พนักงานสร้างความคิดในการสร้างสรรค์ผลิตภัณฑ์ เทคโนโลยีต่าง ๆ มาใช้ในการจัดบริการใหม่ 4) การมีทักษะในการทบทวนและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเดวิดสัน เวบเบิร์ก โพสต์-โอ กราดี และ มอลโลช (Davidson, Weberg, Poster-O' Grady, & Mallooch, 2017) ได้กล่าวถึงผู้นำต้องมีความสามารถในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ ซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นสิ่งที่ช่วยให้เกิดความน่าเชื่อถือในการปฏิบัติ และในด้านการดูแลสุขภาพมีความจำเป็นที่ต้องใช้แนวคิดใหม่ๆ และต้องมีการยืนยันด้วยการศึกษาวิจัยการทดลอง ที่มีระดับของความน่าเชื่อถือ จึงนำมาเป็นหลักฐานอ้างอิงในการปฏิบัติ 5) การเป็นนักร้องออกแบบการใช้นวัตกรรม สอดคล้องกับแนวคิดของกลิดดอน และ รอทเวล (Gliddon, & Rothwell, 2018) ผู้นำจะนำนวัตกรรมที่ได้รับการออกแบบหรือสร้างนั้นไปทดสอบ เพื่อให้แน่ใจว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งอาจรวมถึงการพัฒนาต้นแบบนวัตกรรมเพื่อค้นหาว่าแบบใดที่เป็นไปได้มีประสิทธิภาพหรือมีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยนวัตกรรมอาจได้รับการปรับแต่งขึ้นอยู่กับลักษณะของการเปลี่ยนแปลงขององค์กร สิ่งสำคัญในการประยุกต์ใช้

นวัตกรรมคือ ผู้นำด้านนวัตกรรม ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ และพนักงานที่ร่วมสร้างนวัตกรรม ต้องร่วมกันอธิบายความสำคัญ การสร้าง และประโยชน์ที่จะได้รับจากนวัตกรรมที่สร้างขึ้นเพื่อขออนุมัติสำหรับการใช้นวัตกรรมต่อไป

องค์ประกอบภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมต่อมา 6) การจัดการทีมสร้างสรรค์นวัตกรรม สอดคล้องกับแนวคิดของอแดร์ (Adair, 2009) ผู้นำด้านนวัตกรรมต้องแบ่งเวลาให้ทีมได้พัฒนานวัตกรรม ให้อิสระในการคิดสร้างสรรค์นวัตกรรม เปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนานวัตกรรม 7) การกระตุ้นสมาชิกให้มีความคิดสร้างสรรค์ด้วยการให้รางวัลผลตอบแทน สอดคล้องกับการศึกษาของทินกร บัวชู และสุวิณี วิวัฒน์วณิช (Buachu, & Wivatvanit, 2017) ผู้นำที่จะส่งเสริมให้คนในองค์กรสร้างนวัตกรรมได้ต้องมีการให้รางวัลผลตอบแทนเช่น การชมเชย จัดเวทีให้นำเสนอผลงาน การพิจารณาความดีความชอบ ส่งเสริมให้นำนวัตกรรมไปประกวดชิงรางวัล ส่งเสริมให้นำนวัตกรรมไปจดสิทธิบัตร จัดหารางวัลให้ผู้สร้างนวัตกรรม และส่งเสริมการเป็นวิทยากรเผยแพร่ผลงาน และ 8) ความสามารถตัดสินใจเลือกทำนวัตกรรมที่คุ้มค่า สอดคล้องกับแนวคิดของกลิดดอน และรอธเวล (Gliddon, & Rothwell, 2018) ผู้นำจะใช้ข้อมูลที่รวบรวมไว้ รวมถึงแนวความคิดที่ได้รับจากแรงบันดาลใจ เมื่อเก็บข้อมูลและทบทวนแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุด จะรู้ว่าอะไรคือสิ่งที่ช่วยขับเคลื่อนให้เกิดนวัตกรรม และตัวเลือกที่สามารถช่วยให้ผู้นำด้านนวัตกรรมสามารถกำหนดได้ว่าจะสร้างนวัตกรรมอย่างไร การสร้างนวัตกรรมอาจทำการรวมความคิดเข้าด้วยกันเพื่อพัฒนานวัตกรรม โดยใช้การวางแผน การประชุมวางแผน กลยุทธ์ การประชุมระดมสมอง การทำงานร่วมกันใช้เทคโนโลยี และการสนทนากับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญ รวมทั้งพนักงาน โดยผู้นำด้านนวัตกรรมจะสร้างนวัตกรรมตามที่ประเมินตัวเลือกอย่างละเอียด และกำหนดเป้าหมายสำหรับนวัตกรรมที่สร้างขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำไปใช้ในการจัดทำหลักสูตรสำหรับเพิ่มศักยภาพผู้นำด้านนวัตกรรมสำหรับผู้บริหารระดับต้น โดยคำนึงถึงบริบทของหน่วยงานในการบริหารให้สอดคล้องกับบริบทของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นของโรงพยาบาลชุมชน
2. ใช้ในการประเมินสมรรถนะผู้นำด้านนวัตกรรมสำหรับผู้บริหารระดับต้น เพื่อเตรียมผู้บริหารทางการพยาบาลก่อนเข้าสู่ตำแหน่ง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายองค์ความรู้เรื่ององค์ประกอบภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมทางการพยาบาล จากการศึกษาเชิงคุณภาพเป็นการศึกษาเชิงปริมาณ เช่น การพัฒนาเครื่องมือองค์ประกอบภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมทางการพยาบาล
2. ควรเพิ่มการศึกษาวิจัยในผู้บริหารการพยาบาลในระดับกลางและระดับสูงในโรงพยาบาลสังกัดโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงการมีภาวะผู้นำด้านนวัตกรรมทางการพยาบาลอย่างมีกลยุทธ์

References

- Adair, J. (2007). *Leadership for Innovation: How to Organize Team Creativity and Harvest Ideas*. London: Kogan Page.
- Adair, J. (2009). *Leadership for Innovation: How to Organize Team Creativity and Harvest Ideas*. London: Kogan Page.



- Bass, B. M., & Avolio, B. J. (1993). Transformation Leadership and Organizational Culture. *Public Administration Quarterly*, 17(1), 114-122.
- Buachu, T., & Wivatvanit, S. (2017). Innovation Leadership of Head Nurse, Government University Hospital. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 29(1), 141-153. (in Thai)
- Davidson, S., Weberg, D., Poster-O' Grady, T., & Mallooch, K. (2017). *Leadership for Evidence-Based Innovation in Nursing and Health Professional*. Jones & Bartlett. United State of America: LLC, an Ascend Learning.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). *The SAGE handbook of Qualitative Research*. California: Sage.
- Gliddon, D. G., & Rothwell, W. J. (2018). *Innovation Leadership*. New York: Routledge Publishers.
- Harris, R., Bennett, J., & Ross, F. (2013). Leadership and Innovation in Nursing Seen Through a Historical Lens. *Journal of Advanced Nursing*, 1-10.
- Joseph, L. M. (2015). Organizational Culture and Climate for Promoting Innovativeness. *The Journal of Nursing Administration*, 45(3), 172-178.
- Kaya, N., Turan, N., & Aydin, G. O. (2016). Innovation in Nursing: A Concept Analysis. *Journal of Community & Public Health Nursing*, 2(1), DOI:10.4172/2471-9846.1000108.
- Sen, A., & Eren, E. (2012). Innovation Leadership for the Twenty-First Century. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 41, 1-14.
- Singchungchai, P. (2009). *Principle and Using Qualitative Research in Nursing and Health*. (3th ed). Bangkok: Chanmuang Press Foursquare. (in Thai)
- Singchungchai, P. (2019). Innovative Leadership in Nursing Management. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6(1), 260-266. (in Thai)
- Won, H. (2015). Clinical Leadership of Staff Nurse: A Phenomenology Study. *Indian Journal of Science and Technology*, 8(26), 1-5.

ผลของการให้คำปรึกษาแบบคู่และการสนับสนุนของสามี
ต่อระดับความเข้มข้นของเลือดในสตรีตั้งครรภ์มุสลิมที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก
The Effects of Couple Counseling and Husband Support on
Hematocrit Levels in Pregnant Women with Iron Deficiency Anemia, in a
Muslim Cultural Context

มนัสมีน เจาะโน๊ะ^{1*}, รุสอัสซียานี วานี², ฟาริซา อิหะโล๊ะ², สลมา ชูออน² และ เจียเรย์เยาะ เจ๊ะไซ๊ะ¹
Manusmeen Jehnok^{1*}, Rus-assiyanee Wani², Farisa Ihhaloh², Salma Chuon² and Jeayareeyoh Jeasoh¹
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี^{1*}, โรงพยาบาลกะพ้อ²
Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Pattani Campus^{1*}, Kapho Hospital²

(Received: March 27, 2020; Revised: May 05, 2021; Accepted: May 27, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบคู่และการสนับสนุนของสามีต่อระดับความเข้มข้นของเลือดในสตรีตั้งครรภ์มุสลิมที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์มุสลิมที่มีภาวะโลหิตจางที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลกะพ้อ จังหวัดปัตตานี จำนวน 56 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยเทคนิคการสุ่มตามคุณสมบัติที่กำหนด กำหนดให้ 28 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติระยะเวลา 8 สัปดาห์ หลังจากนั้นประเมินระดับความเข้มข้นของเลือด และ 28 คนหลังเข้ากลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาแบบคู่และการสนับสนุนของสามีเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ แล้วประเมินระดับความเข้มข้นของเลือดหลังการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ และ 2) โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบคู่และการสนับสนุนของสามี ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.83 และวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วยสถิติ independent t-test และ paired t-test ผลการวิจัยพบว่า

ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับความเข้มข้นของเลือดสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)

ดังนั้นพยาบาลแผนกฝากครรภ์สามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์มุสลิมที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเพื่อเพิ่มระดับความเข้มข้นของเลือดได้

คำสำคัญ: การให้คำปรึกษาแบบคู่, โลหิตจาง, ระดับความเข้มข้นของเลือด, สตรีตั้งครรภ์, มุสลิม

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: nus_meen@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 065-7299903)

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to explore the combined effects of couple counseling and husband support on hematocrit levels in pregnant women with iron deficiency anemia, in a Muslim cultural context. Random selection was used to recruit 56 pregnant women with iron deficiency anemia. Participants were all attending the antenatal care clinic of a Kapho hospital in Pattani province. The control group of 28 received the routine antenatal care for 8 weeks. Samples received couple counseling and husband support for 8 weeks, then all women were screened for hematocrit levels. Research instruments were: 1) questionnaire on general information, 2) measurement of the effects of couple counseling and husband support. Content validity of the instruments was validated by 3 experts (CVI equal to 0.83). Data were analyzed by using frequency, percentage, independent t-test and paired t-test

Results indicated that after completion of the intervention, participants in the experimental group had hematocrit level significantly higher than before the intervention, and higher than those in the control group.

These findings suggest that nurses who work at antenatal clinics could utilize this program in Muslim cultural context for pregnant women with iron deficiency anemia to increase their hematocrit level.

Keywords: Couple Counseling, Anemia, Hematocrit Level, Pregnant Women, Muslim

บทนำ

ปัญหาสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขในสามจังหวัดชายแดนใต้ โดยเฉพาะภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์เป็นหนึ่งในปัญหาที่บุคลากรสาธารณสุขให้ความสำคัญ และดำเนินการแก้ไขมายาวนาน แต่พบว่าอัตราการเกิดภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ไม่มีแนวโน้มลดลง และสูงกว่าเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไม่เกินร้อยละ 10 ของสตรีตั้งครรภ์ จากผลการดำเนินงาน ปีพ.ศ. 2559-2561 ของสำนักงานเขตสุขภาพที่ 12 พบอัตราการเกิดภาวะโลหิตจางอยู่ในช่วงร้อยละ 18.54-20.41 เฉพาะจังหวัดปัตตานี พบอัตราการเกิดภาวะโลหิตจางคงที่ตลอดระยะเวลา 3 ปี ร้อยละ 21 ไม่มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่จังหวัดสงขลา เป็นจังหวัดที่มีพื้นที่ใกล้เคียงพบอัตราการเกิดภาวะโลหิตจางในปี 2561 ลดลงจากปี 2559 ประมาณร้อยละ 50 (Department of Health, 2017) เนื่องจากภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์มีผลต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ (Kaljarueg, 2017; Wylie & Bryce, 2008; Goonewardene, Shehata, & Hamad, 2012) ทำให้จังหวัดปัตตานีพบอัตราการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศพบ ร้อยละ 8.57 และมารดาเสียชีวิตร้อยละ 34.98 ต่อแสนประชากร (Department of Health, 2017)

ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์เกิดจากหลายสาเหตุแต่ที่พบบ่อยร้อยละ 80 เกิดจากการขาดธาตุเหล็ก (Anantasawat, 2015; Karaoglu, Pehlivan, & Egri, 2010) สอดคล้องกับสาเหตุการเกิดภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์มุสลิมในจังหวัดปัตตานี พบว่าเกิดจากการขาดธาตุเหล็กสูงถึงร้อยละ 37.8 (Piammongkol, Chongsuvivatwong, Williams, & Ponpatkul, 2006) เนื่องจากขณะตั้งครรภ์ร่างกายสตรีตั้งครรภ์มีความต้องการธาตุเหล็กประมาณ 1,000 mg เพื่อสร้างเม็ดเลือดแดง ทารก และรก แต่สตรีตั้งครรภ์รับประทานธาตุเหล็กไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมขณะตั้งครรภ์น้อย (Sookdee & Wanaratwicheit, 2016) ไม่ให้ความสำคัญกับชนิดของสารอาหารที่ควรได้รับขณะตั้งครรภ์ เลือกรับประทานอาหารที่ชอบ หรืออาหารที่สามารถหาซื้อได้ง่าย นิยมดื่มชา กาแฟ ร่วมกับอาหารมื้อเช้า (Sukchan, 2013; Musoor, 2008) ทำให้ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก สตรีตั้งครรภ์ไม่นิยมรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กเมื่อมีอาการ

ข้างเคียงจากการรับประทานยา เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย และสตรีตั้งครรภ์มีความเชื่อว่าการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กส่งผลให้ทารกตัวโตแล้วทำให้เกิดการคลอดยาก (Sookdee, & Wanaratwichit, 2016) จากความเชื่อและค่านิยมดังกล่าวเป็นปัจจัยที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์มุสลิมเกิดภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ได้

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางเป็นการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงซึ่งสามารถแก้ไขได้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง เรื่องการส่งเสริมการดูแลตนเอง การรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง การรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กอย่างสม่ำเสมอ (Pipatkul, Sinsuksai, & Phahuwatanakorn, 2015) การให้ความรู้รายกลุ่ม การให้ความรู้รายบุคคล เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้ในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง การบันทึกการรับประทานยา การติดตามเยี่ยมเกี่ยวกับการดูแลตนเองจากเจ้าหน้าที่ (Jehnok, 2012; Pinchaleaw, 2017; Boonyaprapapan, Sangin, & Siriarunrat, 2018) การตั้งเป้าหมายร่วมกันในการดูแลตนเอง (Promtongboon, 2012) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางระหว่างสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง และมีแนวทางการรักษาภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ด้วยการให้ยาเสริมธาตุเหล็กวันละ 120 มิลลิกรัม (WHO, 2012) แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับการแก้ไขภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ที่หลากหลาย แต่พบว่าปัญหาภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์มุสลิมในจังหวัดปัตตานีไม่มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากแนวทางการแก้ไขปัญหามาเน้นที่สตรีตั้งครรภ์เป็นคนดำเนินการแก้ไขโดยลำพัง แต่ตามหลักอิสลามสตรีตั้งครรภ์จะให้อำนาจสามี และยินยอมปฏิบัติตามการตัดสินใจของสามีในทุกๆ เรื่อง ทั้งเรื่องสุขภาพของตนเอง เรื่องการตัดสินใจทำหมัน การคุมกำเนิด ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 ของสามีที่นับถือศาสนาอิสลาม จะเข้ามามีบทบาทในการเป็นผู้ตัดสินใจในการกระทำที่เกี่ยวกับภาวะอนามัยการเจริญพันธุ์ (Smuseneto, 2013) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์มุสลิมที่ให้มีส่วนร่วมในการดูแลครรภ์ขณะตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง และจากการศึกษาของ Kongngurn, Wong-Arsa, & Sombutsirinun (2016) พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดและสามี จะช่วยให้สามีสามารถแสดงบทบาทการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์มากกว่าสามีที่ได้รับการพยาบาลปกติ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมในการรับบริการต่างๆ ของแผนกฝากครรภ์ เพื่อให้สามีมีส่วนร่วมในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ สอดคล้องกับแนวทางการให้บริการของระบบงานคลินิกฝากครรภ์ในปัจจุบันที่มีการให้คำปรึกษาแบบคู่ (Couple Counseling) ในสตรีตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกทุกราย

การให้คำปรึกษาแบบคู่เป็นกระบวนการให้คำปรึกษาที่เน้นให้ความรู้โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล (Individual Difference) เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาสามารถเรียนรู้ปัญหา เข้าใจปัญหา มีความสามารถในการเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสมในทางสร้างสรรค์ และมีโอกาสสอบถามในสิ่งที่สงสัย (Chaleoykitti & Keskomon, 2015) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) สำรวจและให้ความรู้ 3) ประเมินความเสี่ยง 4) การคาดคะเนผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข 5) การเปิดโอกาสให้ตัดสินใจร่วมกัน และ 6) สรุปและยุติบริการ (Department of Health, 2011) การได้รับคำปรึกษาแบบคู่ ทำให้สามีสตรีตั้งครรภ์สามารถสนับสนุนและมีส่วนร่วมในการดูแลครรภ์ขณะตั้งครรภ์ในการเลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง และมีการกระตุ้นเตือนการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กอย่างสม่ำเสมอ มีผลทำให้สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีสอดคล้องกับการศึกษาของ Su, Youngwanichsetha & Chatchawet (2021) พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบคู่ตามหลักอิสลามกลุ่มทดลองมีความตั้งใจในการเว้นช่วงการมีบุตรโดยใช้ยาฝังคุมกำเนิดสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกระบวนการให้คำปรึกษาแบบคู่สามีสตรีตั้งครรภ์จะต้องมีส่วนร่วมในด้านข้อมูลข่าวสาร โดยการใช้ความรู้ต่างๆ ในการดูแลครรภ์ การสร้างสัญญาใจ (อามานะห์) ร่วมกันในการดูแลครรภ์ตามบทบาทหน้าที่ของสามีตามหลักศาสนาอิสลาม (Atta Tu Wai, 2009) การดูแลด้านอารมณ์ด้วยการใส่ใจสุขภาพของภรรยาช่วยลดความความวิตกกังวลกับการตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงภาวะโลหิตจาง การจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นในการดูแลครรภ์ขณะตั้งครรภ์ และการประเมินคุณค่าโดยการประเมินสามีสตรีตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่องในการดูแลครรภ์ทำให้สามีสตรีตั้งครรภ์มีความตื่นตัวในการดูแลครรภ์ ผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบคู่และการสนับสนุนของสามีต่อ

ระดับความเข้มข้นของเลือดในสตรีตั้งครรภ์มุสลิมที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เพื่อให้สามีของสตรีตั้งครรภ์สนับสนุนและให้การดูแลภรรยาขณะตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์วิจัย

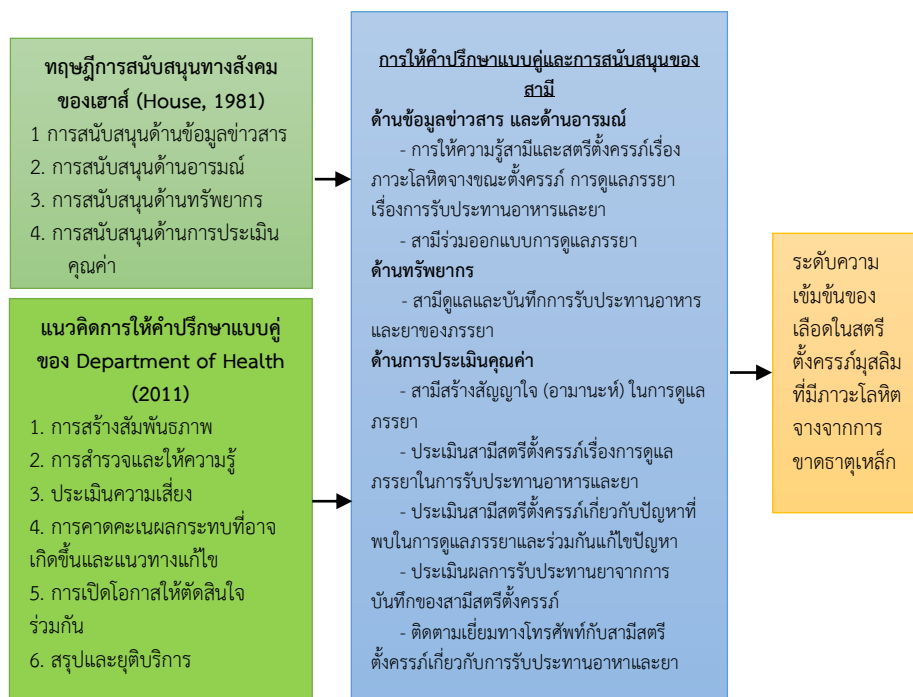
1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเข้มข้นของเลือดในสตรีตั้งครรภ์มุสลิมที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบคู่และการสนับสนุนของสามี
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเข้มข้นของเลือดในสตรีตั้งครรภ์มุสลิมที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบคู่และการสนับสนุนของสามีกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานวิจัย

1. สตรีตั้งครรภ์มุสลิมที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบคู่และการสนับสนุนของสามีมีค่าเฉลี่ยระดับความเข้มข้นของเลือดสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. สตรีตั้งครรภ์มุสลิมที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบคู่และการสนับสนุนของสามีมีค่าเฉลี่ยระดับความเข้มข้นของเลือดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านทรัพยากร และการสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า ร่วมกับแนวคิดการให้คำปรึกษาแบบคู่ของ Department of Health (2011) ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การสำรวจและให้ความรู้ ประเมินความเสี่ยง การคาดคะเนผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข การเปิดโอกาสให้ตัดสินใจร่วมกัน สรุปและยุติบริการ ซึ่งสามีสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นคู่ร่วมกับภรรยาจะมีความรู้ในการดูแลภรรยาสามารถให้การสนับสนุน และดูแลภรรยาที่มีภาวะโลหิตจางได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนจากสามีมีระดับความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้น แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบวัดสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์อำเภอพะโต๊ะ จังหวัดปัตตานี ช่วงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2562 ถึง มกราคม 2563 จำนวน 371 ราย โดยคัดเลือกจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) ระดับความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่าร้อยละ 33 2) อายุครรภ์ 16-28 สัปดาห์ 3) ไม่มีภาวะโรคธาลัสซีเมีย 4) ผลการตรวจอุจจาระปกติ 5) ไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ได้แก่ โรคทางอายุรกรรม เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ 6) ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร 7) อยู่ในพื้นที่สามารถติดตามเยี่ยมได้ 8) สามียะและสตรีตั้งครรภ์สามารถอ่านภาษาไทยได้ และ 9) สามียะและสตรีตั้งครรภ์มารับการฝากครรภ์เป็นคู่ตลอดการวิจัย และมีการกำหนดเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้ 1) สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยภายหลังเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างด้วยโรคทางอายุรกรรม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และ 2) มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการทดลอง เช่น มีภาวะเลือดออก อาเจียนรุนแรง

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลกะพ้อ จำนวน 56 ราย การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power ใช้ Test Family เลือก t-test , Statistical test เลือก Mean: Difference Between Two Independent Means (Two Groups) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ (Large Effect Size) = 0.8 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และ ค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 52 ราย เพื่อป้องกันความสูญหายจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 รวมเป็น 58 ราย แต่ขณะดำเนินการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ คือโรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ จำนวน 2 ราย จึงคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง คงเหลือกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 28 ราย มีเทคนิคการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยกำหนดให้ 28 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และ 28 คนหลังเข้ากลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาแบบคู่และการสนับสนุนของสามี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบคู่และการสนับสนุนของสามีต่อระดับความเข้มข้นของเลือดในสตรีตั้งครรภ์มุสลิมที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กสร้างจากทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) และแนวคิดการให้คำปรึกษาแบบคู่ของ Department of Health (2011) ประกอบด้วยเครื่องมือ ดังนี้

1.1 แบบประเมินความรู้ของสามีเกี่ยวกับเรื่องโรคโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีจำนวน 12 ข้อ เป็นคำถามเลือกตอบ ใช่ 1 คะแนน กับ ไม่ใช่ 0 คะแนน

1.2 แผ่นพลิกการสอนเรื่องภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้น เนื้อหาประกอบด้วย โรคโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ สาเหตุ อาการ ผลกระทบต่อมารดาและทารก อาหารที่มีธาตุเหล็กสูง และวิธีการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อแก้ไขภาวะโลหิตจาง และบทบาทของสามีตามหลักอิสลามในการมีส่วนร่วมดูแลภรรยาเพื่อแก้ไขภาวะโลหิตจาง

1.3 สมุดบันทึกการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กโดยสามีสตรีตั้งครรภ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยให้สามีสตรีตั้งครรภ์บันทึกทุกครั้งที่ได้รับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก

1.4 คู่มือเรื่องการดูแลตนเองตามหลักศาสนาอิสลามสำหรับสตรีตั้งครรภ์มุสลิมที่มีภาวะโลหิตจาง ซึ่งมีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอน จากการศึกษาของ Jehnok (2012) เรื่องผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์มุสลิม เพื่อสามีและสตรีตั้งครรภ์สามารถทบทวนความรู้ด้วยตนเองที่บ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก และระดับความเข้มข้นของเลือดในการเจาะเลือดครั้งแรก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบคู่และการสนับสนุนของสามีต่อระดับความเข้มข้นของเลือดในสตรีตั้งครรภ์มุสลิมที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ตรวจสอบหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ 1) แพทย์ที่รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก 1 ท่าน 2) อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และ 3) พยาบาลที่รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.83 และคู่มือเรื่องการดูแลตนเองตามหลักศาสนาอิสลามสำหรับสตรีตั้งครรภ์มุสลิมที่มีภาวะโลหิตจางเป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง จากการศึกษาของ Jehnok (2012) เรื่องผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์มุสลิม ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

2. แบบประเมินความรู้ของสามีสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับโรคโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ เป็นเครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรมการทดลอง นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับสามีสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน คำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .78

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยขออนุมัติการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดปัตตานี และนำเครื่องมือไปทดลองใช้
2. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูล และการทดลองกับหัวหน้างานฝากครรภ์โรงพยาบาลกะพ้อ จังหวัดปัตตานี หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมก่อนเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

ขั้นทดลอง

กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยพบสตรีตั้งครรภ์ และสามีที่แผนกฝากครรภ์ โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัยพร้อมลงนามยินยอม
 2. ให้สตรีตั้งครรภ์ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
 3. ให้สามีสตรีตั้งครรภ์ตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ เพื่อประเมินความรู้เบื้องต้นก่อนการให้ความรู้
 4. ให้คำปรึกษาแบบคู่เรื่องภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ผลกระทบต่อมารดาและทารกในครรภ์ การดูแลครรภ์เรื่องการรับประทานอาหารและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กขณะตั้งครรภ์
 5. ค้นหาสาเหตุของการเกิดภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ สะท้อนข้อมูลให้สามีและสตรีตั้งครรภ์
 6. สนับสนุนให้สามีสตรีตั้งครรภ์ร่วมออกแบบการดูแลครรภ์
 7. สามีสตรีตั้งครรภ์สร้างสัญญาใจ (อามานะห์) ในการดูแลครรภ์ให้หายจากภาวะโลหิตจาง
 8. ให้สามีสตรีตั้งครรภ์บันทึกการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กทุกวัน
 9. แจกคู่มือเรื่องการดูแลตนเองตามหลักศาสนาอิสลามสำหรับสตรีตั้งครรภ์มุสลิมที่มีภาวะโลหิตจาง
- ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ติดตามเยี่ยมบ้าน มีกิจกรรมดังนี้

1. สอบถามสามีสตรีตั้งครรภ์ในการดูแลครรภ์เรื่องการรับประทานอาหาร และยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก

2. สอบถามสามีสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับปัญหาที่พบในการดูแลภรรยา และร่วมกันแก้ไขปัญหเพิ่มเติม

3. ประเมินการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กตามสมุดบันทึกการรับประทานยาร่วมกับนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4) นัดเจาะเลือดเพื่อประเมินระดับความเข้มข้นของเลือด และอธิบายผลเลือดให้สามีและสตรีตั้งครรภ์รับทราบ

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 6) ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์กับสามีสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและการรับประทานอาหารของภรรยา

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 8) นัดสตรีตั้งครรภ์มาฝากครรภ์พร้อมสามี กิจกรรมดังนี้

1. ประเมินการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กจากสมุดบันทึกการรับประทานยาของสามี
2. ให้สามีสตรีตั้งครรภ์ตอบแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ หลังการทดลอง
3. เจาะเลือดสตรีตั้งครรภ์เพื่อประเมินระดับความเข้มข้นของเลือด
4. สะท้อนข้อมูลการดูแลสุขภาพของภรรยาให้สามี และแจ้งสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยพบสตรีตั้งครรภ์แผนกฝากครรภ์ สร้างสัมพันธภาพ เก็บข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และบุตรในครรภ์ และแจกคู่มือเรื่องการดูแลตนเองตามหลักศาสนาอิสลามสำหรับสตรีตั้งครรภ์มุสลิมที่มีภาวะโลหิตจาง

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ติดตามการดูแลตนเองทางโทรศัพท์เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และยาเสริมธาตุเหล็ก

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4) นัดเจาะเลือดเพื่อประเมินระดับความเข้มข้นของเลือด อธิบายผลเลือดและให้ความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อแก้ไขภาวะโลหิตจาง

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 6) ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 8) นัดสตรีตั้งครรภ์เจาะเลือดเพื่อประเมินระดับความเข้มข้นของเลือด และแจ้งสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้องและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม R (R-Statistical Software Version 3.5.1) ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ เพื่อคำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-Square test)

3. วิเคราะห์ระดับความเข้มข้นของเลือดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test

4. วิเคราะห์ระดับความเข้มข้นของเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Independent t-test

ก่อนที่ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test) ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตั้งต้น (Assumption) ของการใช้สถิติดังกล่าวเพื่อทดสอบการแจกแจงเป็นโค้งปกติของข้อมูล (Normality) โดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติซึ่งมีค่า $p > .05$ (ก่อนและหลังการทดลอง $p = .066$, $p = .200$ ตามลำดับ) (Srisatidnarakul, 2010)

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดปัตตานี เอกสารรับรอง RECPTN No. 0010/62

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ และผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปในสตรีตั้งครรภ์มุสลิมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (n = 56)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 28)		กลุ่มควบคุม (n = 28)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ข้อมูลสตรีตั้งครรภ์					
อายุของหญิงตั้งครรภ์ (ปี)					0.45
น้อยกว่า 20 ปี	2	7.14	3	10.71	
20-35 ปี	23	82.15	19	67.86	
มากกว่า 35 ปี	3	10.71	6	21.43	
อาชีพ					0.56
ประกอบอาชีพ	21	75.00	18	64.29	
แม่บ้าน	7	25.00	10	35.71	
ระดับการศึกษา					0.21
ประถมศึกษา	7	25.00	3	10.71	
มัธยมศึกษา	12	42.86	18	64.29	
สูงกว่ามัธยมศึกษา	9	32.14	7	25.00	
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์					0.56
ครรภ์แรก	10	35.71	7	25.00	
ครรภ์หลัง	18	64.29	21	75.00	
อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก					1.00
น้อยหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	20	71.43	21	75.00	
มากกว่า 12 สัปดาห์	8	28.57	7	25.00	

*p-value for Chi-Square test

จากตาราง 1 แสดงว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่อายุ 20-35 ปี ร้อยละ 82.15 มีการประกอบอาชีพร้อยละ 75.00 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 42.86 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลัง ร้อยละ 64.29 และอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 71.43

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อายุ 20-35 ปี ร้อยละ 67.86 มีการประกอบอาชีพร้อยละ 64.29 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 64.29 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลัง ร้อยละ 75.00 และอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 75.00

เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ และอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-Square test) พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ($P > .05$)

2. เปรียบเทียบระดับความเข้มข้นของเลือดในสตรีตั้งครรภ์มุสลิมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความเข้มข้นของเลือดในสตรีตั้งครรภ์มุสลิมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองโดยใช้ Paired t-test (n = 56)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง (n=28)		หลังการทดลอง (n=28)		t	P-value (2-tailed)
	M	SD	M	SD		
ระดับความเข้มข้นของเลือด						
กลุ่มทดลอง (n=28)	30.93	1.43	32.97	1.91	-8.44	0.00*
กลุ่มควบคุม (n=28)	30.49	1.53	31.28	1.96	-2.045	0.06

จากตาราง 2 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความเข้มข้นของเลือดในสตรีตั้งครรภ์มุสลิมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความเข้มข้นของเลือด ($M=32.97$, $SD=1.91$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M=30.93$, $SD=1.43$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ส่วนกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง ($M=30.49$, $SD=1.53$) และหลังการทดลอง ($M=31.28$, $SD=1.96$) ค่าเฉลี่ยระดับความเข้มข้นของเลือดไม่มีความแตกต่างกัน ($P > .05$)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความเข้มข้นของเลือดในสตรีตั้งครรภ์มุสลิมก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความเข้มข้นของเลือดในสตรีตั้งครรภ์มุสลิมก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Independent t-test (N = 56)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=28)		กลุ่มควบคุม (n=28)		t	P-value
	M	SD	M	SD		
ก่อนทดลอง	30.93	1.43	30.49	1.53	-1.12	0.26
หลังทดลอง	32.97	1.91	31.28	1.96	-3.24	0.00*

จากตาราง 3 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความเข้มข้นของเลือดในสตรีตั้งครรภ์มุสลิมก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยสถิติ Independent t-test พบว่าก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยระดับความเข้มข้นของเลือดระหว่างกลุ่มทดลอง ($M=30.93$, $SD=1.43$) และกลุ่มควบคุม ($M=30.49$, $SD=1.53$) ไม่มีความแตกต่าง ($P > .05$) และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง ($M=32.97$, $SD=1.91$) มีค่าเฉลี่ยระดับความเข้มข้นของเลือดสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M=31.28$, $SD=1.96$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)

อภิปรายผล

การศึกษานี้ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความเข้มข้นของเลือดสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการให้คำปรึกษาแบบคู่และการสนับสนุนของสามี ทำให้สามีสตรีตั้งครรภ์เข้ามามีส่วนร่วมในทุกกระบวนการของการให้คำปรึกษาตลอดการดูแลตั้งแต่การวางแผนการตั้งครรภ์ การประเมินความรู้สามีเกี่ยวกับโรคโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ก่อนและหลังการทดลอง มีการให้ความรู้สามีและสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับโรคโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ผลกระทบของโรคหรือภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับภรรยาและบุตรในครรภ์ วิธีการดูแลครรภ์ให้ห่างจากภาวะโลหิตจางโดยการให้สามีมีส่วนร่วมตัดสินใจ

ในการดูแลภรรยาเกี่ยวกับการช่วยเหลืออาหารที่มีธาตุเหล็กสูง การกระตุ้นเตือนภรรยาในการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กอย่างสม่ำเสมอ และได้มีการทำสัญญาใจ (อามานะห์) ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและสามีสตรีตั้งครรภ์ในการดูแลภรรยาขณะตั้งครรภ์ให้หายจากภาวะโลหิตจางเนื่องจากภาวะโลหิตจางเป็นภาวะของโรคชนิดหนึ่งที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ ซึ่งตามหลักศาสนาอิสลามได้ระบุในหะดีษไว้ว่า “พวกท่านจงบำบัดรักษาโรคกันเถิด” (Japakiya, 2012) และในการทำสัญญาใจมีการทบทวนบทบาทสามีตามหลักศาสนาอิสลามในการดูแลภรรยาตั้งในครรภ์อัลกุรอานกล่าวไว้ว่า “ผู้ที่ดีที่สุดในหมู่พวกท่านคือผู้ที่ปฏิบัติอย่างดีที่สุดต่อภรรยาของเขา” (Smuseneto, Tongsamsi, Benrit, & Useng, 2017) เมื่อสามีมีความรู้ทำให้สามีสามารถให้การดูแลภรรยาขณะตั้งครรภ์อย่างเหมาะสมในบทบาทสามีตามหลักศาสนาอิสลาม ส่งผลทำให้ภายหลังการทดลองสตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีระดับความเข้มข้นของเลือดสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ Su, Youngwanichsetha & Chatchawet (2021) ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบคู่ตามหลักอิสลามต่อความตั้งใจในการเว้นช่วงการมีบุตรโดยใช้ยาฝังคุมกำเนิดในมารดาหลังคลอดวัยรุ่นมุสลิมพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความตั้งใจในการเว้นช่วงการมีบุตรโดยใช้ยาฝังคุมกำเนิดสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้การศึกษารังนี้พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับความเข้มข้นของเลือดสูงขึ้นจากร้อยละ 30.49 เป็นร้อยละ 31.28 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติโดยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคโลหิตจางมีการแจ่มมือเกี่ยวกับการดูแลตนเองสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง และได้รับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้ในการดูแลตนเอง และการศึกษารังนี้สามารถอธิบายตามทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมได้ดังนี้

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การที่สามีสตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลองได้รับความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ผลกระทบของโรคโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ต่อภรรยาและบุตรในครรภ์ วิธีการดูแลภรรยาเรื่องการเลือกอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง ความสำคัญของการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก วิธีการรับประทานยาที่ถูกวิธี ทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น ($M=11.28$, $SD=1.24$) จากก่อนทดลอง ($M=9.17$, $SD=2.05$) จึงสามารถดูแลภรรยาขณะตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางถูกต้อง เนื่องจากการรับรู้ความสามารถในการดูแลภรรยาขณะตั้งครรภ์และความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์มีอิทธิพลทางบวกต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ของสามี (Tasaengsa, Tachasuksr, & Siriarunrat, 2019) การที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง ได้รับการกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจากสามี ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม ซึ่งการที่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กวันละ 3 เม็ด หรือ 200 mg อย่างสม่ำเสมอจะทำให้ระดับฮีโมโกลบินเพิ่มขึ้นวันละ 0.3-1.0 กรัมต่อสัปดาห์ (Tongsong, 2015) สอดคล้องกับการศึกษาของ Pipatkul, Sinsuksai & Phahuwatanakorn (2015) ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการและการรับประทานยาบำรุงธาตุเหล็กต่อภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองสตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการและการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กมีระดับค่าฮีมาโตคริตเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม

การสนับสนุนด้านอารมณ์ สามีสตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลองจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับภรรยาและทารกในครรภ์ ทำให้รับรู้ว่าการตั้งครรภ์มีภาวะเสี่ยง ซึ่งสามีที่รับรู้ว่าการตั้งครรภ์มีภาวะเสี่ยงจะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลภรรยาในระดับมาร้อยละ 72.90 (Tasaengsa, Tachasuksr, & Siriarunrat, 2019) เนื่องจากสามีสตรีตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลกลัวจะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อภรรยาและทารกในครรภ์ มีผลทำให้มีการดูแลเอาใจใส่ภรรยาในการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง และกระตุ้นเตือนภรรยาในการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก ทำให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ที่ดีมีกำลังใจในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์อย่างเหมาะสม (Cohen, Capponi Nyamukapa, Baxter, Crawford, & Worly, 2016)

การสนับสนุนด้านทรัพยากร กลุ่มทดลองเมื่อสามีมีความรู้ในการดูแลภรรยาขณะตั้งครรภ์ สามีสตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลภรรยาดีขึ้น โดยมีพฤติกรรมการช่วยเหลือภรรยาในการเลือกอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง อาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ อาหารที่ช่วยส่งเสริมการดูดซึมธาตุเหล็ก ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การกระตุ้นเตือนจากสามีในการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กเนื่องจากสามีจะต้องบันทึกการรับประทานยาทำให้สตรีตั้งครรภ์ทุกคนในกลุ่มทดลองรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กอย่างสม่ำเสมอ และมีระดับความเข้มข้นของเลือดหลังการทดลองสูงขึ้นจากร้อยละ 30.93 เป็นร้อยละ 32.97 สอดคล้องกับการศึกษาของ Jaranaei, Nirattharadorn, & Buaboon (2018) พบว่าสตรีตั้งครรภ์รายรุ่นที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการมีระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติหลังเข้าร่วมกิจกรรม 12 สัปดาห์

การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า โดยการทำสัญญาใจ (อามานะห์) ของสามีสตรีตั้งครรภ์ ในการดูแลภรรยาให้หายจากภาวะโลหิตจาง ทำให้สามีสตรีตั้งครรภ์มีความตั้งใจเพราะตามบทบัญญัติของศาสนาอิสลามถือเป็นความรับผิดชอบที่ยิ่งใหญ่ที่จะต้องปฏิบัติตามคำมั่นสัญญา เป็นบทบาทของสามีในการดูแลภรรยาขณะตั้งครรภ์ตามศาสนากำหนด และการปฏิบัติตามพันธะสัญญาใจต่อตนเองและผู้อื่นเป็นคุณลักษณะอย่างหนึ่งในคุณลักษณะ 4 ประการของท่านศาสดา (Atta Tu Wai, 2009) และการติดตามเยี่ยมในสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 6 เพื่อประเมินพฤติกรรมสามีเกี่ยวกับการดูแลภรรยาในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมและการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กอย่างสม่ำเสมอ ทำให้สามีเกิดความตื่นตัวในดูแลภรรยาอย่างต่อเนื่อง เมื่อพบปัญหาในการดูแลภรรยาสามารถสอบถามพยาบาล และศึกษาจากคู่มือการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ที่แจกได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Boonyaprapapan, Sangin, & Siriarunrat ในการศึกษากลุ่มทดลองได้รับการติดตามเยี่ยมมีการแจกคู่มือการดูแลตนเอง พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับฮีมาโตคริตสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่าค่าควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการนัดมาตรวจในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อประเมินระดับความเข้มข้นของเลือดภรรยา การสะท้อนการดูแลภรรยาต่อสามี ทำให้สามีรับรู้ภาวะสุขภาพของภรรยาที่มีภาวะสุขภาพที่ดี ระดับความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้นจากการดูแลของตนเองทำให้เกิดกำลังใจในการดูแลภรรยาต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบคู่และการสนับสนุนของสามีต่อระดับความเข้มข้นของเลือดในสตรีตั้งครรภ์มุสลิมที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กไปใช้ในแผนกฝากครรภ์ที่มีผู้รับบริการเป็นสตรีตั้งครรภ์มุสลิมได้ทุกโรงพยาบาล โดยเจ้าหน้าที่หรือพยาบาลที่ให้บริการจะต้องมีทักษะในการให้คำปรึกษาแบบคู่และมีความรู้เกี่ยวกับบทบาทสามีในการดูแลภรรยาตามหลักศาสนาอิสลาม
2. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะในสตรีตั้งครรภ์มุสลิมที่มีภาวะโลหิตจางในการนำผลงานวิจัยไปใช้ดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่นับถือศาสนาอื่น ๆ จะต้องมีการประยุกต์ในส่วนของบทบาทสามีในการดูแลภรรยาให้เหมาะสมกับศาสนาของสตรีตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของการให้คำปรึกษาแบบคู่และการสนับสนุนของสามีในสตรีตั้งครรภ์มุสลิมที่มีภาวะเสี่ยงอื่น ๆ ขณะตั้งครรภ์ เช่น โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับบทบาทของสามีตามหลักอิสลามต่อพฤติกรรมการดูแลภรรยาขณะตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง เช่น โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
3. ควรมีการศึกษาวิจัยต่อยอดโดยการนำเทคโนโลยีผลิตสื่อใช้ในโปรแกรมแทนการให้ความรู้โดยเจ้าหน้าที่พยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหากรณีเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ



References

- Anantasawat, S. (2015). *Obstetrics Nursing 3* (14th ed.). Nonthaburi. YTRprinting. (in Thai)
- Atta Tu Wai, M. (2009). *Husband and Wife Rights*. Retrieved January 30, 2020 from <https://islamhouse.com/th/category/461238/showall/showall/1/>.
- Boonyaprapapan, T., Sangin, S., & Siriarunrat, S. (2018). Effects of the Educative Supportive Program on Self-Care Behavior and Hematocrit Level among Pregnant Women with Iron Deficiency Anemia. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 26(4), 40-50. (in Thai)
- Chaleoykitti, S., & Keskomon, T. (2015). Health Counseling: Development of Quality of Care. *Journal of The Police Nurse*, 7(1), 253-263.
- Cohen, K., Capponi, S., Nyamukapa, M., Baxter, J., & Crawford, A., & Worly B. (2016). Partner Involvement During Pregnancy and Maternal Health Behaviors. *Maternal and Child Health Journal*, 20(11), 2291-2298.
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2011). Training Course Couple Counseling Operating Men Involved in Maternal Health Care. Retrieved 15 May 2020, from https://thailand.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/TOTManual_CoupleCsg.pdf
- Department of Health. (2017). *Maternal and Child Health Division*. Retrieved June 30, 2019 from <http://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/mmr/changwat?year=2017&rg=12>.
- Goonewardene, M., Shehata, M., & Hamad, A. (2012). Anaemia in Pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 26, 3-24.
- House, J. S. (1981). Measure and Concepts of Social Support. In S. E. Cohen, & S. Syme (Eds.), *Social support and Health* (pp. 83-108). Florida: Academic Press.
- Japakiya, I. (2012). Patient Rules in Islamic Law. Retrieved May 30, 2020 from <https://islamhouse.com/th/books/396403/>
- Jaranai, P., Nirattaradorn, M., & Buaboon, N. (2018). The Effect of a Nutrition Promotion Program on the Nutritional Health Behavior and Hematocrit Levels of Adolescent Pregnant Women. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 30(1), 59-69. (in Thai)
- Jehnok, M. (2012). *The Effect of Supportive Education Program for Reduction of Anemia on Self-Care Behavior of Muslim Pregnant Women*. Faculty of Nursing Science (Midwifery), Prince of Songkla University. (in Thai).
- Kaljarueg, P. (2017). Anemia among Pregnant Women at U-Thong Community Hospital, U-Thong District, Suphanburi Province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 27(1), 22-32. (in Thai)
- Karaoglu, L., Pehlivan, E., & Egri, M. (2010). The Prevalence of Nutritional Anemia in Pregnancy in an East Anatolian Province, Turkey. *BMC Public Health* 10, 329. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-329>.
- Kongngurn, P., Wong-arsa, W., & Sombutsirinun, K. (2016). Impacts of an Empowerment Programme for Pregnant Women with Preterm Birth Risks and Their Husbands on Their Health-Promoting Behaviour, Number of Preterm Births and Low Birth-Weight Infants. *Thai Journal of Nursing Council*, 31(3), 67-82. (in Thai)



- Musoor, M. (2008). *Health Beliefs and Socio-Cultural Context in Relation to Self Care of Anemia Pregnant Women in Narathiwat Province*. Master of Public Health Program, Chiang mail University. (in Thai).
- Piammongkol, S., Chongsuvivatwong, V., Williams, G., & Ponpatkul, M. (2006). The prevalence and determinants of Iron Deficiency Anemia in Rural Thai-Muslim Pregnancy Woman in Pattani Province. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 37, 553-558.
- Pinchaleaw, D. (2017). Nurses and Management of Iron Deficiency Anemia in Pregnant Women. *Journal of The Police Nurse*, 9(2), 195-202. (in Thai)
- Pipatkul, W., Sinsuksai, N., & Phahuwatanakorn, W. (2015). Effects of a Nutrition and Iron Supplement Promoting Program on Iron Deficiency Anemia in Pregnant Women. *Journal of Nursing Science*, 33(1), 69-76. (in Thai)
- Promptongboon, S. (2012). *The Effect of Mutual Goal-Setting Oriented Program on Self-Care Behaviors and Hematocrit among Pregnant Women with Iron Deficiency Anemia*. Faculty of Nursing Science (Midwifery), Prince of Songkla University. (in Thai).
- Smuseneto, A. (2013). *Reproductive Rights: Some Rights Lost in the Muslim Way*. Access to Reproductive Health Services among People in the Southernmost Provinces of Thailand. Retrieved June 30, 2019 from <http://rupattani.myreadyweb.com/article/topic-42801.html>.
- Smuseneto, A., Tongsamsoi, K., Benrit, P., & Useng, N. (2017). Sexuality in the Marital Life of Thai Muslims in Pattani Province. *Thammasat Journal of History*, 4(1), 272-323. (in Thai)
- Sookdee, J., & Wanaratwichit, C. (2016). Factors Affecting Iron Deficiency anemia among Pregnant Women Receiving Antenatal Care at Sub-Districts Health Promoting Hospital. *Journal of Health Science Research*, 10(1), 1-7. (in Thai).
- Srisatidnarakul, B. (2010). *The Methodology in Nursing Research*. (5th ed.). Bangkok: You & I. Inter Media Ltd.
- Su, N., Youngwanichsetha, S., & Chatchawet, W. (2021). Effects of Program for Couple Counseling Based on Islamic Principles on Intention Using Norplant for Birth Spacing among Muslim Teenage Postpartum Mothers. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 13(1), 22-38. (in Thai)
- Sukchan, P. (2013). Situation and Development of Hospital Nutritional Education Media for Anemia and Non-Anemia Pregnant Women, Southern Thailand: A Quality Improvement Research. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 5(2), 28-36. (in Thai)
- Tasaengsa, S., Tachasuksr, T., & Siriarunrat, S. (2019). Factors Influencing Adolescent Partner Involvement in Caring for Pregnant Women. *Journal of Nursing and Health Care*, 37(3), 49-58. (in Thai)
- Tongsong, T. (2015). *Pregnancy with Anemia*. Retrieved June 30, 2019 from [/index.php?option=com_content&view=article&id=175:pregnancy-with-anemia&catid=38&Itemid=138](http://index.php?option=com_content&view=article&id=175:pregnancy-with-anemia&catid=38&Itemid=138). (In Thai)



- World Health Organization. (2012). *Guideline: Daily Iron and Folic Acid Supplementation in Pregnant Women*. Retrieved June 30, 2019 from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77770/9789241501996_eng.pdf
- Wylie, L., & Bryce, H. (2008). *The Midwives's Guide to Key Medical Conditions: Pregnancy and Childbirth*. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.

ปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ:

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

Clinical Factors Associated with Mortality among Patients with Pneumonia: A Systematic Review

แพรวพลอย รุกษ์เมือง^{1*}, ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์² และ สมเกียรติยศ วรเดช²

Praeploy Ruekmuang^{1*}, Bhunyabhadh Chaimay² and Somkiattiyos Woradet²

นิสิตหลักสูตร ส.ม. สาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ^{1*},

สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ²

Student in Master of Public Health Program, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University^{1*},

Department of Public Health, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University²

(Received: December 01, 2019; Revised: May 12, 2021; Accepted: June 08, 2021)

บทคัดย่อ

โรคปอดอักเสบเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุขทั่วโลก ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ในกรณีที่ขาดการได้รับการดูแลที่เหมาะสมอย่างทันท่วงที บทความวิชาการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ โดยทำการทบทวนบทความวิจัยจากฐานข้อมูลทั้งในระดับชาติและนานาชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 - 2561 ได้แก่ PubMed, Google Scholar และ ThaiJo พบบทความวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกและการประเมินคุณภาพบทความวิจัย จำนวน 16 บทความ ซึ่งผลการทบทวนปัจจัยทางคลินิกกับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบนำเสนอด้วยแผนภูมิต้นไม้ (Forest Plot) โดยการกำหนดจากค่าขนาดของผลกระทบ (Effect Size) และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% Confidence Interval; 95%CI) จากการทบทวนบทความวิจัยดังกล่าวสามารถสรุปและจำแนกปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ปัจจัยทางคลินิกของอาการและอาการแสดง 2) ปัจจัยทางคลินิกของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ 3) ปัจจัยทางคลินิกของภาวะแทรกซ้อน จากปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบดังกล่าว บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบควรเฝ้าระวังปัจจัยทางคลินิกดังกล่าว เพื่อการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ต่อไป

คำสำคัญ: ปัจจัยทางคลินิก, การเสียชีวิต, โรคปอดอักเสบ, การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pair.praeploy@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 084-5079257)

Abstract

Pneumonia is a respiratory infection that remains a medical and public health problem worldwide. Patients with pneumonia are at risk of death in case of lack of immediate and appropriate care. The purpose of this descriptive article is to systematically review clinical factors associated with mortality among patients with pneumonia. Research articles published in both national and international databases in the period between 1993 and 2018 were systematically reviewed. As a result, 16 articles from PubMed, Google Scholar, and ThaiJo were compatible with both the selection criteria and quality assessment. Results, in terms of clinical factors associated with mortality among patients with pneumonia, were determined by using effect size and 95% confidence interval (95%CI). They were then summarized and classified into 3 groups: 1) clinical factors of signs and symptoms, 2) clinical factors of laboratory testing, and 3) clinical factors of complications. Medical and health professionals who are responsible for treating patients with pneumonia should closely monitor those clinical factors, in order to prevent and reduce the risk factors associated with mortality among patients with pneumonia.

Keywords: Pneumonia, Clinical Factors, Mortality, Systematic Review

บทนำ

โรคปอดอักเสบเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่องค์การอนามัยโลกกำหนดให้เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิต 1 ใน 3 ลำดับแรกของโรคติดเชื้อในหลายภูมิภาคทั่วโลก (Linlawun, 2009) ในแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคปอดอักเสบกว่า 2 ล้านคน (Sectish, & Prober, 2007) ในประเทศสหรัฐอเมริกามีผู้ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบชุมชน (Community - Acquired Pneumonia: CAP) ประมาณ 4 ล้านคนต่อปี โดยมีผู้ป่วยมากกว่า 600,000 คน (15%) ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีอาการรุนแรงต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด (Torres, Ei-Ebiary, Zavala, & Hernandez, 1996) และมีผู้ป่วยเสียชีวิตประมาณ 45,000 คนต่อปี (Marston, Plouffe, File, Hackman, Salstrom, Lipman et al., 1997) ปัจจุบันโรคปอดอักเสบจำแนกออกเป็นโรคปอดอักเสบในโรงพยาบาล (Hospital - Acquired Pneumonia: HAP) และปอดอักเสบชุมชน (Community - Acquired Pneumonia: CAP) ซึ่งโรคปอดอักเสบในโรงพยาบาลเป็นโรคปอดอักเสบที่เกิดหลังจากเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ตั้งแต่ 48 ชั่วโมงขึ้นไป ในขณะที่โรคปอดอักเสบชุมชนเป็นการติดเชื้อที่เกิดขึ้นก่อนเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งเชื้อก่อโรคของโรคปอดอักเสบในชุมชนและโรคปอดอักเสบในโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน (Mandell, Wunderink, Anzueto, Bartlett, Campbell, Dean et al., 2007) การจำแนกประเภทและการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบที่ถูกต้องจึงเป็นประโยชน์ในการดูแลรักษา (Department of Disease Control, Bureau of Epidemiology, 2017)

สำหรับประเทศไทย โรคปอดอักเสบยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ มีอัตราการเสียชีวิตสูงเป็นลำดับ 1 ใน 5 ของสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรไทย จากข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 - 2561 พบว่า อัตราป่วย เท่ากับ 307.12, 333.14, 374.79, 405.71 และ 429.26 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (Bureau of Epidemiology, Thailand, 2017) และมีแนวโน้มของอัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Chaiya, 2558) ภูมิภาคที่มีอัตราป่วยด้วยโรคปอดอักเสบสูงสุดคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (476.38 ต่อแสนประชากร) รองลงมาคือ ภาคเหนือ (471.98) ภาคใต้ (376.84) และภาคกลาง (313.69) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาอุบัติการณ์การเกิดโรคปอดอักเสบตามช่วงเวลา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 - 2561 พบว่า มีอุบัติการณ์ของการป่วย

สูงสุดในช่วงเดือนกรกฎาคม - พฤศจิกายน และมกราคม - มีนาคม ตามลำดับ (Bureau of Epidemiology, Thailand, 2017)

ปัจจุบันโรคปอดอักเสบเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยการฉีดวัคซีนในการป้องกันการติดเชื้อบางชนิดที่อาจก่อให้เกิดโรคปอดอักเสบ เช่น การได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza Vaccine) และวัคซีนป้องกันโรคปอดอักเสบ Pneumococcal Conjugated Vaccine (PCV) (Reechaipichitkul, 2015) อย่างไรก็ตามโรคปอดอักเสบมีสาเหตุจากเชื้อก่อโรคที่หลากหลาย (Bureau of Epidemiology, Thailand, 2017) ซึ่งวัคซีนดังกล่าวที่มีอยู่ในปัจจุบันไม่สามารถป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบครอบคลุมเชื้อทุกชนิด นอกจากนี้วัคซีนที่ใช้ในการป้องกันโรคปอดอักเสบเป็นวัคซีนทางเลือกและมีต้นทุนสูง (Sibunruang, 2018) แนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบควรมีการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการประเมินผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการวินิจฉัย เพื่อการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ (Reechaipichitkul, 2015)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบทั้งในระดับชาติและนานาชาติจำนวนมาก แต่ยังไม่มีการสรุปองค์ความรู้ด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ดังนั้น บทความวิชาการครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ เพื่อนำปัจจัยทางคลินิกล่าไว้ไปประยุกต์ใช้ในการเฝ้าระวัง วางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ และเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ต่อไป

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) จากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางคลินิกและการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ โดยทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ตีพิมพ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 - 2561 บนฐานข้อมูล PubMed (www.pubmed.com) หรือ www.ncbi.nlm.gov) Google Scholar (www.scholar.google.com) และ ThaiJo (www.tci-thaijo.org) ใช้คำค้นหรือคำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษคือ “Pneumonia” “Community Acquired Pneumonia” “Clinical” “Death” และ “Mortality” และใช้คำค้นภาษาไทยคือ “โรคปอดอักเสบ” “โรคปอดบวม” “โรคปอดอักเสบชุมชน” “ปัจจัยทางคลินิก” “การเสียชีวิต” และ “การตาย” นอกจากนี้ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมหรือสืบค้นเอกสารที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมจากเอกสารอ้างอิงที่เกี่ยวข้อง

ผลการสืบค้นบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ พบว่า มีบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งสิ้น จำนวน 45 บทความ คัดเลือกบทความวิจัยตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ด้วยเครื่องมือ PICO โดย P (Population) คือ ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่เสียชีวิต I (Intervention) คือ ปัจจัยทางคลินิก ภาวะร่วมกับการเสียชีวิตโรคปอดอักเสบ C (Comparison Group) คือ การวินิจฉัยโรคปอดอักเสบ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และ O (Outcome of Interest) คือ ปัจจัยทางคลินิกขณะป่วยด้วยโรคปอดอักเสบที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต โดยบริบทที่ศึกษาเป็นบริบทของโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน รวมถึงโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ดังกล่าว มีบทความที่เกี่ยวข้องในการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 22 บทความ และคัดเลือกบทความตามเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) คือ ไม่นำเสนอค่าสถิติของปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตด้วยโรคปอดอักเสบ จำนวน 6 บทความ และประเมินคุณภาพบทความวิจัยโดยแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยตามประเภทของงานวิจัยจากสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute, 2017) จึงได้มาซึ่งบทความที่เกี่ยวข้องในการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 16 บทความ

ผลการทบทวนปัจจัยทางคลินิกกับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบนำเสนอด้วยแผนภูมิต้นไม้ (Forest Plot) โดยการกำหนดจากค่าขนาดของผลกระทบ (Effect Size) ประกอบด้วย ค่าอัตราส่วนความเสี่ยงของปัจจัย (Odds Ratio [OR], Hazard Ratio [HR] และ Risk Ratio [RR]) และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95

(95% Confidence Interval: 95% CI) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ปัจจัยทางคลินิกต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

ระเบียบวิธีวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ พบว่ามีการศึกษาทางวิทยาการระบาดที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ จำนวน 16 บทความ จำแนกเป็นการศึกษาทางวิทยาการระบาดชนิด Cohort Study จำนวน 15 บทความ และการศึกษาชนิด Cross Sectional Study จำนวน 1 บทความ จำแนกเป็นการศึกษาในกลุ่มประเทศยุโรป (ฝรั่งเศส สเปน และอังกฤษ) อเมริกาเหนือ (สหรัฐอเมริกา และแคนาดา) อเมริกาใต้ (ชิลี) เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (ไทย) และเอเชียใต้ (ปากีสถาน) จากบทความวิจัยดังกล่าวสามารถจำแนกกลุ่มปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ปัจจัยทางคลินิกของอาการและอาการแสดง 2) ปัจจัยทางคลินิกของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ 3) ปัจจัยทางคลินิกของภาวะแทรกซ้อน ซึ่งผลการทบทวนดังกล่าวสามารถสรุปและนำเสนอด้วยกราฟ Forest Plot ดังแสดงในภาพ 1, 2 และ 3 มีรายละเอียดของแต่ละปัจจัยดังนี้

ปัจจัยทางคลินิกของอาการและอาการแสดง

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยทางคลินิกด้านอาการและอาการแสดง (Signs and Symptoms) ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ได้แก่ อัตราการหายใจหรือการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด การอักเสบของปอดหลายกลีบ โดยมีรายละเอียดดังนี้

อัตราการหายใจหรือการเต้นของหัวใจ

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีอัตราการหายใจ (Respiration Rate) หรืออัตราการเต้นของหัวใจ (Heart Rate) ผิดปกติ มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีอัตราการหายใจมากกว่า 28 ครั้ง/นาที มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตประมาณ 1.63 ถึง 2.20 เท่า (HR = 1.63, 95% CI: 1.08 - 2.47) (Uranga, Quintana, Aguirre, Artaraz, Diez, Pascual et al., 2018) (OR = 2.20, 95% CI: 1.10 - 4.40) (Irfan, Hussain, Mapara, Memon, Mogri, Bana et al., 2009) (OR = 2.20, 95% CI: 1.10 - 4.80) (Peñafiel, Solar, Gollerino, Gontupil, & Fuenzalida, 2003) นอกจากนี้ การศึกษาของ Mortensen, Coley, Singer, Marrie, Obrosky, & Kapoor et al. (2002) รายงานว่าผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีอัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 125 ครั้งต่อนาที มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตประมาณ 1.58 เท่า (HR = 1.58; 95% CI: 0.80 - 2.86) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในภาพ 1

ความดันโลหิต

ในส่วนของการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure) ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ พบว่า ปัจจัยความดันโลหิตมีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการศึกษาของ Peñafiel, Solar, Gollerino, Gontupil, & Fuenzalida (2003) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตประมาณ 5.90 เท่า (OR = 5.90; 95% CI: 2.10 - 16.00) ในขณะการศึกษาของ Mortensen, Coley, Singer, Marrie, Obrosky, Kapoor et al. (2002) รายงานว่าผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท มีโอกาสเสียชีวิตประมาณ 1.28 เท่า (HR = 1.28; 95% CI: 0.59 - 2.77) อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในภาพ 1

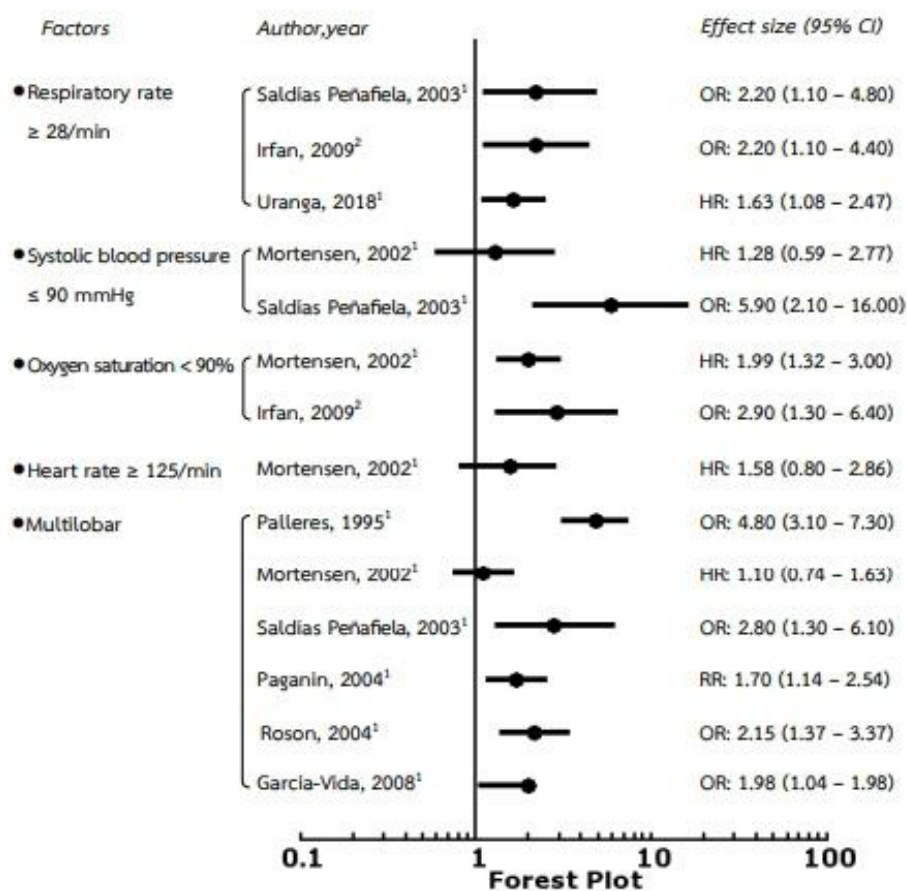
ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด

สำหรับปัจจัยความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) พบว่า มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยที่จากการศึกษาของ Mortensen, Coley, Singer, Marrie, Obrosky,

Kapoor et al. (2002) และการศึกษาของ Irfan, Hussain, Mapara, Memon, Mogri, Bana et al. (2009) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดน้อยกว่าร้อยละ 90 มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ประมาณ 2 ถึง 3 เท่า (HR = 1.99; 95% CI: 1.32 - 3.00) (Mortensen, Coley, Singer, Marrie, Obrosky, Kapoor et al., 2002) (OR = 2.90; 95% CI: 1.30 - 6.40) (Irfan, Hussain, Mapara, Memon, Mogri, Bana et al., 2009) ตามลำดับ ดังแสดงในภาพ 1

การอักเสบของปอดหลายกลีบ

การศึกษาทางวิทยาการระบาดของการอักเสบของปอดหลายกลีบ (Multilobar) พบว่า มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการศึกษาของ Paganin, Lilienthal, Bourdin, Lugagne, Tixier, Genin et al. (2004), Garcia - Vida, Fernandez - Sabe, Caratala, Diaz, Verdaguer, Dorca et al. (2008), Roson, Caratala, Fernandez-Sabe, Tabau, Marresa, & Gudiol (2004), Peñafla, Solar, Gollerino, Gontupil, & Fuenzalida (2003) และการศึกษาของ Palleres, Linares, Vadillo, Cabellos, Manresa, & Viladrich (1995) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีการอักเสบของปอดหลายกลีบมีโอกาสร้อยละ 1.70 ถึง 4.80 เท่า (RR = 1.70; 95% CI: 1.14 - 2.54; OR = 1.98; 95% CI: 1.04 - 1.98; OR = 2.15; 95% CI: 1.37 - 3.37; OR = 2.80; 95% CI: 1.30 - 6.10; OR = 4.80; 95% CI: 3.10 - 7.30) ตามลำดับ อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Mortensen, Coley, Singer, Marrie, Obrosky, Kapoor et al. (2002) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีการอักเสบของปอดหลายกลีบมีโอกาสร้อยละ 1.10 (HR = 1.10; 95% CI: 0.74 - 1.63) ทั้งนี้ผลการศึกษาดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในภาพ 1



Note: Effect size = Odds Ratio: OR, Hazard Ratio: HR, Risk Ratio: RR
95 Percent Confidence Interval: 95% CI, ¹Cohort Study, ²Cross Sectional Study

ภาพ 1 ปัจจัยทางคลินิกของอาการและอาการแสดงที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

2. ปัจจัยทางคลินิกของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยทางคลินิกของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory Investigation) กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ปัจจัยทางคลินิกจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับสารเคมีในกระแสเลือด (ปริมาณยูเรีย อัลบูมิน โปแทสเซียม โซเดียม และฟอสฟอรัส) ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ และภาวะเลือดเป็นกรด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ปริมาณยูเรียในเลือด

สำหรับปัจจัยของการมีปริมาณยูเรียในเลือด (Blood Urea Nitrogen: BUN) สูง มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีปริมาณยูเรียในเลือด มากกว่าหรือเท่ากับ 30 mg/dL มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตประมาณ 1.55 ถึง 8.60 เท่า (HR = 1.55 95% CI: 1.07 - 2.24) (Uranga, Quintana, Aguirre, Artaraz, Diez, Pascual et al., 2018) (HR = 2.44 95% CI: 1.62 - 3.68) (Mortensen, Coley, Singer, Marrie, Obrosky, Kapoor et al., 2002) (OR = 5.40 95% CI: 2.40 - 12.10) (Peñafiel, Solar, Gollerino, Gontupil, & Fuenzalida, 2003) (OR = 8.60; 95% CI: 3.20 - 23.10) (Irfan, Hussain, Mapara, Memon, Mogri, Bana et al., 2009) ตามลำดับ ดังแสดงในภาพ 2

ปริมาณอัลบูมินในเลือด

สำหรับการมีปริมาณอัลบูมินในเลือด (Serum Albumin) ต่ำ มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ซึ่งการศึกษาทางวิทยาการระบาดรายงานว่าผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีปริมาณอัลบูมินในเลือดต่ำ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตประมาณ 3.30 ถึง 4.43 เท่า (OR = 3.30; 95% CI: 1.20 - 9.01) (Irfan, Hussain, Mapara, Memon, Mogri, Bana et al., 2009) (OR = 3.70; 95% CI: 1.30 - 6.40) (Peñafiel, Solar, Gollerino, Gontupil, & Fuenzalida, 2003) (OR = 4.43; 95% CI: 1.27 - 15.44) (Hedlund, Ortqvist, Kalin, & Granath, 1993) ตามลำดับ ดังแสดงในภาพ 2

ปริมาณโพแทสเซียมในเลือด

ในส่วนของการศึกษาปัจจัยการมีโพแทสเซียมในเลือดสูง (Hyperkalemia) กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีโพแทสเซียมในเลือดสูงมีโอกาสร้อยละกับการเสียชีวิตประมาณ 1.56 ถึง 3.60 เท่า (RR = 1.56; 95% CI: 1.04 - 2.36) (Paganin, Lilienthal, Bourdin, Lugagne, Tixier, Genin et al., 2004) (OR = 3.60; 95% CI: 1.30 - 10.02) (Peñafiel, Solar, Gollerino, Gontupil, & Fuenzalida, 2003) ตามลำดับ ดังแสดงในภาพ 2

ปริมาณโซเดียมในเลือด

ปัจจัยของการมีโซเดียมในเลือดต่ำ (Hyponatremia) มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ โดยการศึกษาของ Paganin, Lilienthal, Bourdin, Lugagne, Tixier, Genin et al. (2004) รายงานว่าผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีโซเดียมในเลือดต่ำมีโอกาสร้อยละกับการเสียชีวิตประมาณ 6 เท่า (OR = 6.00; 95% CI: 2.00 - 7.72) ในขณะที่การศึกษาของ Peñafiel, Solar, Gollerino, Gontupil, & Fuenzalida (2003) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีโซเดียมในเลือดต่ำมีโอกาสร้อยละกับการเสียชีวิตลดลงร้อยละ 10 (OR = 0.90; 95% CI: 0.67 - 1.38) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาดังกล่าวนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในภาพ 2

ปริมาณฟอสฟอรัสในเลือด

จากการศึกษาทางวิทยาการระบาดของ Peñafiel, Solar, Gollerino, Gontupil, & Fuenzalida (2003) ที่ศึกษาปัจจัยการมีฟอสฟอรัสในเลือดสูง (Hyperphosphatemia) ในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบมีโอกาสร้อยละกับการเสียชีวิตประมาณ 9.8 เท่า (OR = 9.80; 95% CI: 3.80 - 25.42) ดังแสดงในภาพ 2

ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ

ในส่วนของการศึกษาปัจจัยภาวะออกซิเจนในเลือด (PaO₂) ต่ำ กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ พบว่า มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการศึกษาของ Peñafiel, Solar, Gollerino,

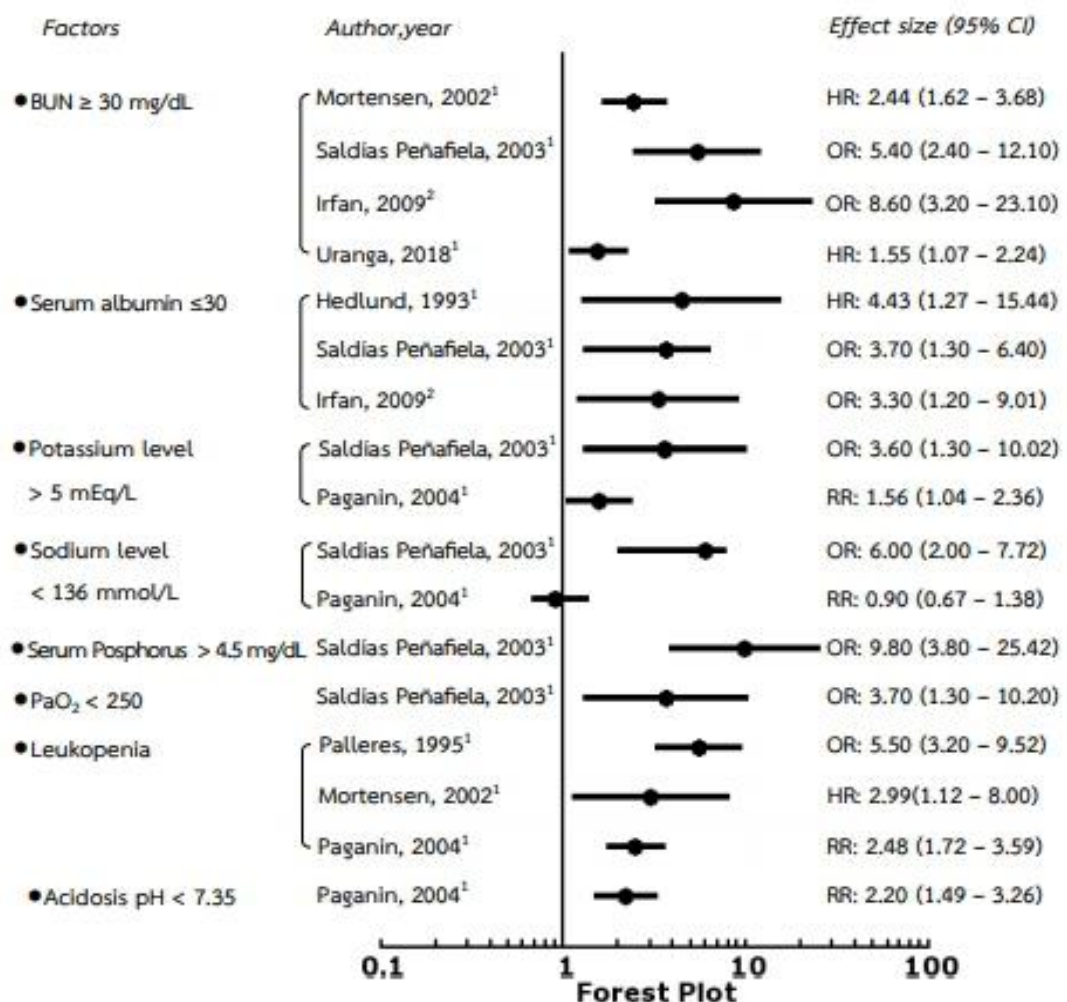
Gontupil, & Fuenzalida (2003) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตประมาณ 3.70 เท่า (OR = 3.70; 95% CI: 1.30 - 10.20) ดังแสดงในภาพ 2

ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ

สำหรับภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Leukopenia) มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการศึกษาทางวิทยาการระบาดรายงานว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตประมาณ 2.48 ถึง 5.50 เท่า (OR = 2.48; 95% CI: 1.72 - 3.59) (Paganin, Lilienthal, Bourdin, Lugagne, Tixier, Genin et al., 2004) (HR = 2.99; 95% CI: 1.12 - 8.00) (Mortensen, Coley, Singer, Marrie, Obrosky, Kapoor et al., 2002) (OR = 5.50; 95% CI: 3.20 - 9.52) (Palleres, Linares, Vadillo, Cabellos, Manresa, & Viladrich, 1995) ดังแสดงในภาพ 2

ภาวะเลือดเป็นกรด

จากการศึกษาทางวิทยาการระบาดของ Paganin, Lilienthal, Bourdin, Lugagne, Tixier, Genin et al., (2004) ที่ทำการศึกษเกี่ยวกับปัจจัยภาวะเลือดเป็นกรด (Acidosis) ในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตประมาณ 2.20 เท่า (RR = 2.20; 95% CI: 1.49 - 3.26) ดังแสดงในภาพ 2



Note: Effect size = Odds Ratio: OR, Hazard Ratio: HR, Risk Ratio: RR

95 Percent Confidence Interval: 95% CI, ¹Cohort Study, ²Cross Sectional Study

ภาพ 2 ปัจจัยทางคลินิกของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

3. ปัจจัยภาวะแทรกซ้อนทางคลินิก

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยภาวะแทรกซ้อนทางคลินิก (Complications) ที่สัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ พบว่า ปัจจัยภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ได้แก่ ภาวะช็อก ภาวะการหายใจล้มเหลว ภาวะไตวายเฉียบพลัน ภาวะหัวใจล้มเหลวหรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะสมองเสื่อม ภาวะการรับรู้เปลี่ยนแปลง ภาวะสับสน ภาวะหายใจลำบาก ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีรายละเอียดดังนี้

ภาวะช็อก

สำหรับการศึกษาปัจจัยภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกที่สัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ซึ่งภาวะช็อก (Shock) มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตประมาณ 7.55 ถึง 11.10 เท่า (OR = 7.55; 95% CI: 3.45 - 16.50) (Garcia - Vidal, Fernandez - Sabe, Carratala, Diaz, Verdaguer, Dorca et al., 2008) (OR = 9.88; 95% CI: 4.10 - 23.57) (Rattanaselanon, 2017) (OR = 10.69; 95% CI: 1.33 - 86.27) (Fernández - Sabé, Carratala, Roson, Dorca, & Verdaguer, 2003) (OR = 11.10; 95% CI: 6.30 - 19.50) (Palleres, Linares, Vadillo, Cabellos, Manresa, & Viladrich, 1995) ตามลำดับ ในขณะที่การศึกษาของ Paganin, Lilienthal, Bourdin, Lugagne, Tixier, Genin et al. (2004) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตประมาณ 12.08 เท่า (OR = 12.08; 95% CI: 0.46 - 31.40) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาดังกล่าว ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในภาพ 3

ภาวะการหายใจล้มเหลว

ปัจจัยภาวะการหายใจล้มเหลว (Respiratory Failure) มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ โดยการศึกษาของ Fernández - Sabé, Carratala, Roson, Dorca, & Verdaguer (2003) รายงานว่าผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตประมาณ 3.50 เท่า (OR = 3.50; 95% CI: 1.03 - 11.96) ในขณะที่การศึกษาของ Garcia - Vidal, Fernandez - Sabe, Carratala, Diaz, Verdaguer, Dorca et al. (2008) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีการหายใจล้มเหลวมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตประมาณ 2.07 เท่า (OR = 2.07; 95% CI: 0.84 - 5.07) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในภาพ 3

ภาวะไตวายเฉียบพลัน

ในส่วนการศึกษาทางวิทยาการระบาดเพื่อศึกษาปัจจัยของภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute Renal Failure) ที่สัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ซึ่งการศึกษาของ Fernández - Sabé, Carratala, Roson, Dorca, & Verdaguer (2003) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตประมาณ 5.83 เท่า (OR = 5.83; 95% CI: 2.32 - 14.68) อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Palleres, Linares, Vadillo, Cabellos, Manresa, & Viladrich (1995) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตประมาณ 1.10 เท่า (OR = 1.10; 95% CI: 0.40 - 3.40) และการศึกษาของ Paganin, Lilienthal, Bourdin, Lugagne, Tixier, Genin et al. (2004) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตลดลงประมาณร้อยละ 68 (OR = 0.32; 95% CI: 0.07 - 1.44) ซึ่งการศึกษาของ Palleres, Linares, Vadillo, Cabellos, Manresa, & Viladrich (1995) และ Paganin, Lilienthal, Bourdin, Lugagne, Tixier, Genin et al. (2004) พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในภาพ 3

ภาวะหัวใจล้มเหลวหรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

สำหรับการศึกษาภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart Failure) หรือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial Infarction) ที่สัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวหรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตประมาณ 1.46 ถึง 2.30 เท่า (HR = 1.46, 95% CI: 1.01 -

1.95) (Eurich, Marrie, Minhas – Sanhu, & Majumdar, 2015) (HR = 1.68, 95% CI: 1.04 - 2.72) (Uranga, Quintana, Aguirre, Artaraz, Diez, Pascual et al., 2018 (OR = 2.30, 95% CI: 1.30 - 4.20) (Palleres, Linares, Vadillo, Cabellos, Manresa, & Viladrich, 1995) ในขณะที่การศึกษาของ Kaplan, Agus, Griffin, Clerrmont, Watson, & Linde - Zwirble (2002) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตประมาณ 1.53 เท่า (OR = 1.53; 95% CI: 1.47 - 1.59) ดังแสดงในภาพ 3

ภาวะการรับรู้เปลี่ยนแปลง

ในส่วนของการศึกษาปัจจัยภาวะการรับรู้เปลี่ยนแปลง (Altered Mental Status) พบว่า มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการศึกษาของ Mortensen, Coley, Singer, Marrie, Obrosky, Kapoor et al. (2002) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะการรับรู้เปลี่ยนแปลงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตประมาณ 2.27 เท่า (HR = 2.27; 95% CI: 1.50 - 3.34) และการศึกษาของ Garcia - Vidal, Fernandez - Sabe, Caratala, Diaz, Verdaguer, Dorca et al. (2008) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะการรับรู้เปลี่ยนแปลงมีโอกาสเสี่ยงกับการเสียชีวิตประมาณ 2.48 เท่า (OR = 2.48; 95% CI: 1.28 - 4.82) นอกจากนี้ การศึกษาของ Fernández - Sabé, Carratala, Roson, Dorca & Verdaguer (2003) ยังรายงานว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะการรับรู้เปลี่ยนแปลงมีโอกาสเสี่ยงกับการเสียชีวิตประมาณ 3.69 เท่า (OR = 3.69; 95% CI: 1.48 - 9.23) ดังแสดงในภาพ 3

ภาวะสับสน

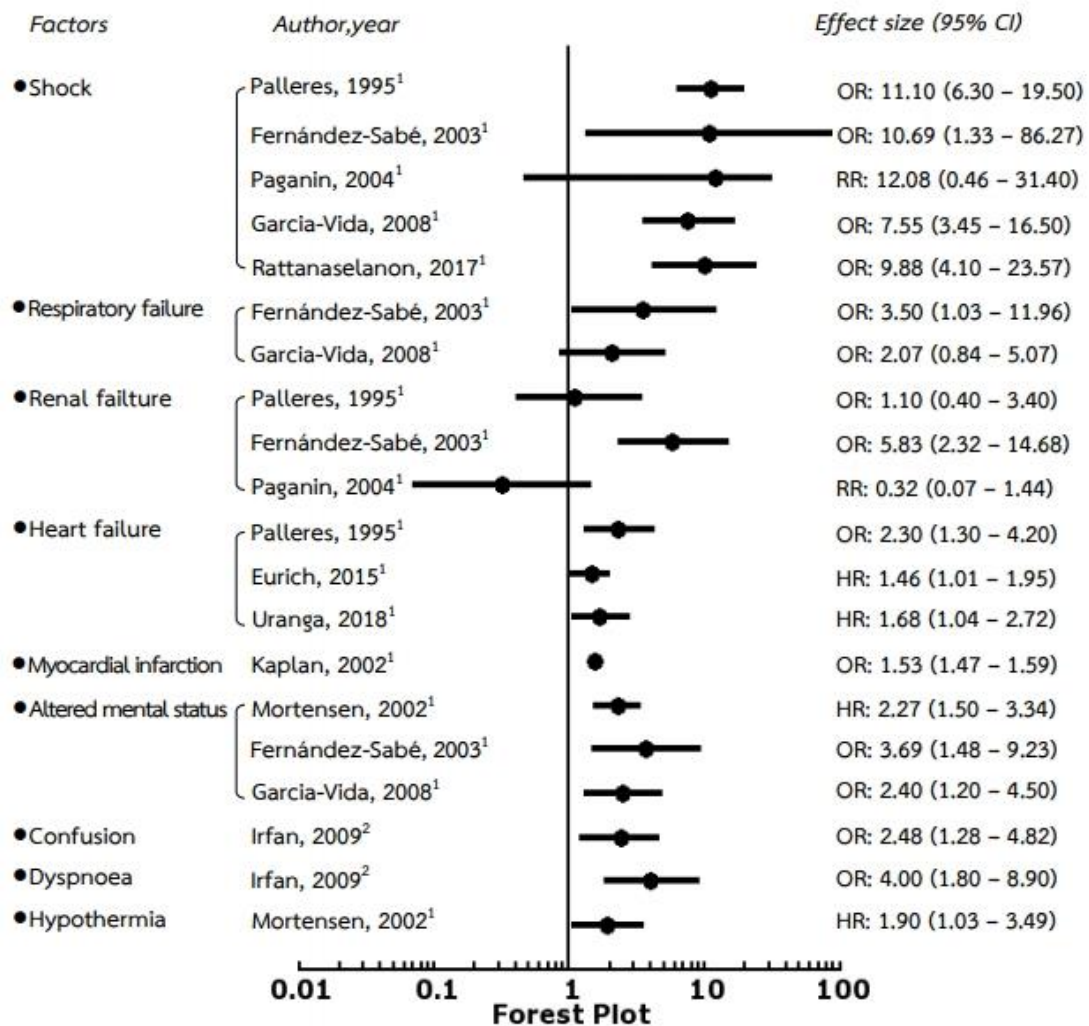
ปัจจัยภาวะสับสน (Confusion) กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการศึกษาของ Irfan, Hussain, Mapara, Memon, Mogri, Bana et al. (2009) รายงานว่าผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะสับสนมีโอกาสเสี่ยงกับการเสียชีวิตประมาณ 2.4 เท่า (OR = 2.40; 95% CI: 1.20 - 4.50) ดังแสดงในภาพ 3

ภาวะหายใจลำบาก

สำหรับปัจจัยภาวะหายใจลำบาก (Dyspnoea) กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการศึกษาของ Irfan, Hussain, Mapara, Memon, Mogri, Bana et al., (2009) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจลำบากมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตประมาณ 4 เท่า (OR = 4.00; 95% CI: 1.80 - 8.90) ดังแสดงในภาพ 3

ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

ในส่วนของการศึกษาปัจจัยภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำมีโอกาสเสี่ยงกับการเสียชีวิตประมาณ 1.90 เท่า (OR = 1.90; 95% CI: 1.03 - 3.49) Mortensen, Coley, Singer, Marrie, Obrosky, Kapoor et al. (2002) ดังแสดงในภาพ 3



Note: Effect size = Odds Ratio: OR, Hazard Ratio: HR, Risk Ratio: RR

95 Percent Confidence Interval: 95%CI, ¹Cohort Study, ²Cross Sectional Study

ภาพ 3 ปัจจัยทางคลินิกของภาวะแทรกซ้อนที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

อภิปรายผล

ปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ สามารถจำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ปัจจัยทางคลินิกของอาการและอาการแสดง ประกอบด้วย อัตราการหายใจหรือการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด และการอักเสบของปอดหลายกลีบ 2) ปัจจัยทางคลินิกของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย ระดับสารเคมีในกระแสเลือด (ปริมาณยูเรีย อัลบูมิน โปแทสเซียม โซเดียม และฟอสฟอรัส) ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ และภาวะเลือดเป็นกรด และ 3) ปัจจัยทางคลินิกของภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย ภาวะช็อก ภาวะการหายใจล้มเหลว ภาวะไตวายเฉียบพลัน ภาวะหัวใจล้มเหลวหรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะสมองเสื่อม ภาวะการรับรู้เปลี่ยนแปลง ภาวะสับสน ภาวะหายใจลำบาก และภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มประเทศยุโรปและอเมริกา โดยเฉพาะในประเทศสเปนและแคนาดา ซึ่งมีจำนวนบทความวิจัยเป็น 2 ใน 3 ของบทความวิจัยที่ได้ทบทวนวรรณกรรมทั้งหมด เมื่อพิจารณาจากบทความวิจัยที่ได้ทบทวนวรรณกรรม พบว่าเป็นการศึกษาทางวิทยาการ

ระบอบที่มีรูปแบบการวิจัยชนิด Cohort Study และ Cross - Sectional Study ซึ่งเป็นการศึกษาทางวิทยาการระบอบเชิงวิเคราะห์ที่มีรูปแบบการวิจัยที่เหมาะสมสำหรับการตอบคำถามในกรณีที่มีผลลัพธ์ (Outcome) ของการศึกษามีน้อยหรือเป็นโรคที่หายาก (Rare Disease) (Surasak & Nathapol, 2014)

นอกจากนี้ การศึกษาในกรณีที่ใช้การทบทวนข้อมูลการเสียชีวิตจากเวชระเบียนสามารถทำให้การศึกษามีขนาดของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่มากขึ้น ทำให้ผลการศึกษามีความแม่นยำมากขึ้น ซึ่งสามารถพิจารณาได้จากค่าช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% Percent Confidence Interval) ที่มีขนาดแคบมากเมื่อกำหนดในกราฟ Forest Plot อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาจำนวนไม่น้อยที่แสดงให้เห็นว่ามีจำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาไม่เพียงพอ เนื่องจากมีค่าช่วงความเชื่อมั่นที่กว้างมาก (Chaimay, 2019) เมื่อพิจารณาจากขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งหมด พบว่า ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายมาก ซึ่งมีขนาดของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 112 ถึง 623,718 คน

ความสำคัญของการรักษาโรคปอดอักเสบ คือ การสังเกต เฝ้าระวังอาการทางคลินิกร่วมกับภาพถ่ายรังสีทรวงอก (Chest X - ray) และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมถึงประเมินผู้ป่วยเพื่อเริ่มต้นการรักษาอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และเหมาะสม หากได้รับการรักษาไม่เหมาะสม อาจทำให้เกิดความรุนแรงของเชื้อก่อโรค ผู้ป่วยตอบสนองการรักษาช้า และเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะเข้ารับการรักษา (Reechaipichitkul, 2015) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในกลุ่มปัจจัยทางคลินิกของอาการและอาการแสดง ปัจจัยความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) เป็นปัจจัยที่มีผลการศึกษาสอดคล้องกันและมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงสุด โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดน้อยกว่าร้อยละ 90 มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตประมาณ 2 ถึง 3 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR = 1.99 95% CI: 1.32 - 3.00) (Mortensen, Coley, Singer, Marrie, Obrosky, Kapoor et al., 2002) (OR = 2.90; 95% CI: 1.30 - 6.40) (Irfan, Hussain, Mapara, Memon, Mogri, Banaet et al., 2009) ทั้งนี้เมื่อความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) น้อยกว่าร้อยละ 90 ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) ซึ่งเป็นภาวะที่ออกซิเจนในเนื้อเยื่อลดลง การส่งออกซิเจนไม่เพียงพอต่อปริมาณความต้องการของร่างกาย หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจะนำไปสู่ภาวะการหายใจล้มเหลวฉับพลัน (Acute Respiratory Failure) (National Institute for Emergency Medicine, 2014) ส่วนกลุ่มปัจจัยทางคลินิกของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ปัจจัยการมีฟอสฟอรัสในเลือดสูง (Hyperphosphatemia) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงสุด โดยพบว่า ในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีระดับฟอสฟอรัสในเลือดสูง (Hyperphosphatemia) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตประมาณ 9.8 เท่า (OR = 9.80; 95% CI: 3.80 - 25.42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการมีฟอสฟอรัสในเลือดสูง (Hyperphosphatemia) มักมีสาเหตุมาจากการทำงานของไตบกพร่อง เนื่องจากกลไกการควบคุมฟอสฟอรัสในร่างกายจะถูกขับออกโดยไต (Udomkamjananun, 2019) และกลุ่มปัจจัยทางคลินิกของภาวะแทรกซ้อน พบว่า ปัจจัยภาวะช็อก (Shock) เป็นปัจจัยที่มีโอกาสเสียชีวิตสูงสุด โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกมีโอกาสรiskต่อการเสียชีวิตประมาณ 7.55 ถึง 11.10 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 7.55; 95% CI: 3.45 - 16.50) (Garcia - Vidal, Fernandez - Sabe, Caratala, Diaz, Verdaguer, Dorca et al., 2008) (OR = 9.88; 95% CI: 4.10 - 23.57) (Rattanaselanon, 2017) (OR = 10.69; 95% CI: 1.33 - 86.27) (Fernández - Sabé, Carratala, Roson, Dorca & Verdaguer, 2003) (OR = 11.10; 95% CI: 6.30 - 19.50) (Palleres, Linares, Vadillo, Cabellos, Manresa, & Viladrich, 1995) ตามลำดับ ขณะที่การศึกษาของ Paganin, Lilienthal, Bourdin, Lugagne, Tixier, Genin et al. (2004) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกมีโอกาสรiskต่อการเสียชีวิตประมาณ 12.08 เท่า (OR = 12.08; 95% CI: 0.46 - 31.40) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ภาวะช็อกจากการติดเชื้อเป็นภาวะเร่งด่วนที่พบได้บ่อย มีอัตราการเสียชีวิตสูง แต่สามารถลดความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตลงได้ด้วยการรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสม (Srivisai, & Onseng, 2560) ทั้งนี้ปัจจัยทางคลินิกทั้ง 3 กลุ่มปัจจัย เป็นปัจจัยที่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงได้

แต่อย่างไรก็ตามการที่ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบมีปัจจัยทางคลินิกดังกล่าวปรากฏขณะเข้ารับการรักษาส่งผลให้การรักษาพยาบาลมีความยุ่งยากและซับซ้อน และมีโอกาสเสียชีวิตสูงขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบดังกล่าว พบว่า ปัจจัยทางคลินิกของอาการและอาการแสดง โดยเฉพาะความดันโลหิต และความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรตรวจวัดสัญญาณชีพในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินและเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยโรคปอดอักเสบอย่างใกล้ชิด รวมถึงควรมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการในส่วนของการระดับสารเคมีในกระแสเลือด (ปริมาณยูเรีย โซเดียม ฟอสฟอรัส อัลบูมิน และโพแทสเซียม) ซึ่งจะช่วยให้ตรวจพบภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และควรวางแผนการรักษาผู้ป่วยให้เป็นไปตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบอย่างใกล้ชิด เพื่อลดปัจจัยที่อาจนำไปสู่การเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาปัจจัยทางคลินิกดังกล่าวและปัจจัยโรคประจำตัว เพื่อเป็นการยืนยันการเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ต่อไป

References

- Chaimay, B. (2019). *Public Health Research Methods*. (4th ed). Songkhla : Numsin Advertisement. (in Thai)
- Chaiya, S. (2015). *Annual Epidemiological Surveillance Report: Pneumonia*. Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Department of Disease Control, Bureau of Epidemiology. (2019). *Surveillance Database*. Retrieved May 30, 2019 from <https://apps.boe.moph.go.th/>
- Eurich, D. T., Marrie, T. J., Minhas-Sanhu, J. K., & Majumdar, S. R. (2015). Ten-Year Mortality After Community-Acquired Pneumonia. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 192(5), 597-604.
- Fernández-Sabé, N., Carratala, J., Roson, B., Dorca, J., Verdagué, R., Manresa, F., (2003). Community-Acquired Pneumonia in Very Elderly Patients Causative Organisms, Clinical Characteristics and Outcomes. *Medicine*, 82(3), 159-169.
- Garcia-Vidal, C., Fernandez-Sabe, N., Caratala, J., Diaz, V., Verdagué, R., Dorca, J. et al. (2008). Early Mortality in Patients with Community Acquired Pneumonia: Causes and Risk Factors. *European Respiratory Journal*, 32(3), 733-739.
- Hedlund, J. U., Ortvist, A. B., Kalin, M. E., & Granath, F. (1993). Factors of Importance for the Long Term Prognosis After Hospital Treated Pneumonia. *Thorax*, 48(1), 785-789.
- Irfan, M., Hussain, S. F., Khubaib, M., Shafia, M., Mogri, M., Bana, M. et al. (2009). Community Acquired Pneumonia: Risk Factors Associated with Mortality in a Tertiary Care Hospitalized Patients. *J Pak Med Assoc*, 59(7), 448-452.
- Kaplan, V., Agus, D. C., Griffin, M. F., Clermont, G., Watson, R. S., & Linde-Zwirble, W. T. (2002). Hospitalized Community-Acquired Pneumonia in the Elderly. *Am J Respir Crit Care Med*, 165(1), 766-772.
- Linlawun, S. (2009). Clinical Features of Community-Acquired Pneumonia at Phrachomklao Hospital Petchaburi. *Region 4-5 Medical Journal*, 28(4), 413-422. (in Thai)

- Mandell, L. A., Wunderink, R. G., Anzueto, A., Bartlett, J. G., Campbell G. D., Dean, N. C. et al. (2007). Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society Consensus Guidelines on the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults. *Clin Infect*, 44(2), 27-72.
- Marston, B. J., Plouffe, J. F., File, T. M., Hackman, B. A., Salstrom, S. J., Lipman, H. B. et al. (1997). Incidence of Community-Acquired Pneumonia Requiring Hospitalization: Results of a Population-Based Active Surveillance Study in Ohio. *Arch Intern Med*, 157(1), 1709-1718.
- Mortensen, E. M., Coley, C. M., Singer, D. E., Marrie, T. J., Obrosky, D. S., Kapoor, W. N., & Fine, M. J. (2002). Causes of Death for Patients with Community-Acquired Pneumonia. *American Medical Association*, 162(1), 1059-1064.
- National Institute for Emergency Medicine. (2014). *Emergency Aeromedical Service Guideline Revision*. Bangkok: Phanyamit Printing Company. (in Thai)
- Paganin, F., Lilienthal, F., Bourdin, A., Lugagne, N., Tixier, F., Genin, R., & Yyin, J-L. (2004). Severe Community-Acquired Pneumonia: Assessment of Microbial Aetiology as Mortality Factor. *European Respiratory Journal*, 24(1), 779-785.
- Palleres, R., Linares, J., Vadillo, M., Cabellos, C., Manresa, F., & Viladrich, P. F. (1995). Resistance to Penicilin and Cephalosporin and Mortality from Severe Pneumococcal Pneumonia in Baecelona, Spain. *The New England Journal of Medicine*, 333(8), 474-480.
- Rattanaselanon, T. (2017). Clinical Aspects and Predictive Risk Factors for Mortality of Hospitalized Community-Acquired Pneumonia in U-thong Hospital: A Case-Control Study, Suphan Buri Province. *Region 4-5 Medical Journal*, 36(4), 291- 303. (in Thai)
- Reechaipichitkul, W. (2015). Management of Pneumonia. *KKU Journal of Medicine*, 1(4), 17-29. (in Thai)
- Roson, B., Caratala, J., Fernandez-Sabe, N., Tabau, F., Marresa, F., & Gudiol, F. (2004). Causes and Factors Associated With Early Failure in Hospitalized Patients With Community-Acquired Pneumonia. *American Medical Association*, 164(1), 502-508.
- Sectish, T. C. & Prober, C. G. (2007). "Pneumonia. In Kliegman, R. M., Behrman, R. E., Jenson, H. B. & Stanton, B. F." *Nelson Textbook of Pediatrics*. (pp. 1795-1799). Philadelphia: Saunders.
- Sibunruang, S. (2019). *Pneumococcus Infection and Prevention of Severe Infections in Adults and the Elderly*. Bangkok: The Thai Red Cross Society. (in Thai)
- Srivisai, T., & Onseng, V. (2017). Septic Shock: Challenges of Emergency Nurse. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 9(2), 152-162. (in Thai)
- Surasak, S., & Nathapol, S. (2014). Critical Appraisal for Health Research Articles. *Naresuan Phayao Journal*, 7(1), 286-297. (in Thai)
- The Joanna Briggs Institute. (2017). *Critical Appraisal Tools*. Retrieved September 4, 2019 from <http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>.



- Torres, A., Ei-Ebiary, M., Zavala, E., & Hernandez, C. (1996). Severe Community-Acquired Pneumonia. *Sem Respir Crit Care Med*, 17(1), 265-71.
- Udomkarnjananun, S. (2019). "Overview of the Causes and Treatment of Hyperphosphatemia. In Kawkitinarong, K., Suwanpimolku, K., Townamchai, N., Preuksapanich, P., Wattanachanya, L., Varachit, P. V." *Comprehensive Review in Internal Medicine*. (pp. 319-326). Bangkok: Print & More Company. (in Thai)
- Uranga, A., Quintana, J. M., Aguirre, U., Artaraz, A., Diez, R., Pascual, S. et al. (2018). Predicting 1-Year Mortality After Hospitalization for Community-Acquired Pneumonia. *PLOS ONE*, 13(2), 1-13.

แนวทางการป้องกันการใช้สารเสพติดอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนมุสลิม Guideline for Prevention of Substance Abuse in a Muslim Community

เจียเรย์เยาะ เจโซ๊ะ¹, รอฮานี เจฮาสะเอ^{1*}, วิสุทธิ์ บิลล่าเต๊ะ² และ สุไฮดาร์ แวเตะ¹

Jeayareeyoh Jeasoh¹, Rohani Jeharsae^{1*}, Wisoot Binlateh² and Suhaida Waeteh¹

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาเขตปัตตานี^{1*}, สำนักงานคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดสงขลา²

Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Pattani Campus^{1*}, Islamic Committee of Songkhla²

(Received: April 12, 2020; Revised: May 18, 2021; Accepted: June 08, 2021)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันการใช้สารเสพติดอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนมุสลิม ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา แกนนำสตรี เยาวชน และบุคลากรทางสุขภาพจำนวน 72 คน ดำเนินการวิจัยโดยใช้กระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสำรวจสภาพปัญหาการใช้สารเสพติด การมีส่วนร่วมในการป้องกันการใช้สารเสพติดและทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการใช้สารเสพติดในชุมชน 2) การพัฒนาแนวทางการป้องกันการใช้สารเสพติดอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนมุสลิม 3) การทดลองใช้แนวทางการป้องกันการใช้สารเสพติด และ 4) การประเมินผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงของชุมชนหลังการใช้แนวทางการป้องกันการใช้สารเสพติดอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนมุสลิม เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต เครื่องมือประกอบด้วยแนวคำถามปลายเปิดสำหรับการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับสถานการณ์การใช้สารเสพติด ความรุนแรงของปัญหาสารเสพติดในชุมชน ทัศนคติเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมและพฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วมในการป้องกันการใช้สารเสพติด แบบบันทึกการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า ผลการวิจัยพบว่า

1. แนวทางการป้องกันการใช้สารเสพติดอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 1) กระบวนการพัฒนามัสยิดให้เป็นศูนย์รวมของชุมชน 2) การกำหนดกฎระเบียบของชุมชน (ฮุกมปากัด) และบังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันการใช้สารเสพติด และ 4) การสร้างกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน แนวทางการป้องกันการใช้สารเสพติดที่พัฒนาขึ้นช่วยให้สมาชิกในชุมชนมีความตระหนักและมีส่วนร่วมในการป้องกันการใช้สารเสพติดในชุมชนเพิ่มขึ้น

2. ผลกระทบหลังจากการนำแนวทางการป้องกันการใช้สารเสพติดไปใช้ ได้แก่ ชุมชนใช้กระบวนการเรียนรู้เพื่อปรับปรุงกระบวนการป้องกันปัญหาการใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง ลดการติดยาเสพติดและครอบครัวยุติ ทำให้เกิดบรรยากาศเชิงบวกและผ่อนคลาย ซึ่งช่วยทำให้เกิดความร่วมมือของคนในชุมชนมากกว่าก่อนดำเนินโครงการ

แนวทางการป้องกันการใช้สารเสพติดอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนมุสลิมนี้เหมาะสมกับชุมชนมุสลิมที่มีผู้นำศาสนาและผู้นำชุมชนที่ให้ความร่วมมือและได้รับความเชื่อจากคนในชุมชน

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, แนวทางการป้องกันสารเสพติด, มุสลิม

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: rohani.j@psu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 081-9900200)

Abstract

This participatory action research aimed to develop a guideline for prevention of substance abuse in a Muslim community. A total of 72 informants were recruited, including community leaders, religious leaders, women leaders, youth, and health personnel. The study was done into 4 steps: 1) performing a qualitative survey on situation of substance abuse, participation on substance prevention, and attitudes on prevention of substance abuse, 2) participatory development of the Guideline for Substance Prevention (GSP) in a target community, 3) implementing the GSP in the target community, and 4) evaluation the impacts and changing of community after the implementation of the GSP. Focus group discussions and in-depth interviews were conducted. An observational form was used for taking note on participant's behaviors during field visit. Triangulation was done to ensure trustworthiness of the study. Data were analyzed using content analysis. Results revealed as follows;

1. The GSP in a Muslim community composed of 4 domains of intervention: a) the mosque-centered community development, b) the determination of community rules (Hukompakat) and effective enforcement, c) the development of a preventive environment in the community, and d) the development of transformative learning. The GSP had improved the awareness on substance prevention and participation in substance prevention among residents in the study community.

2. Impacts of the GSP were a) continuing transformative learning among community members was observed after implementation of the GSP which helped to improved the prevention of substance use continuingly, b) minimizing the stigmatization on substance users and their families and c) improving of preventive environment of substance use and participation in prevention of substance use.

Findings of the study can be utilized in other Muslim community where the religious and community leaders are highly cooperated and trusted by community members.

Keywords: Participation, Guideline for Substance Prevention, Muslim

บทนำ

อัตราการใช้สารเสพติดของประชากรไทยมีประมาณร้อยละ 5.4 ถึง 7.3 (Angkurawaranon, Jiraporncharoen, Likhitsathian, Thaikla, Kanato, Perngparn, 2018) โดยพบอัตราการใช้กระท่อม กัญชา และยาบ้ามากที่สุด (Angkurawaranon, Jiraporncharoen, Likhitsathian, Thaikla, Kanato, Perngparn, 2018; Assanangkornchai, Pattanasattayawong, Samangsri, & Mukthong, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดชายแดนภาคใต้ในปี พ.ศ. 2545-2547 ซึ่งพบอัตราการใช้สารเสพติดของประชากรร้อยละ 5.0 ถึง 7.2 (Assanangkornchai, Pattanasattayawong, Samangsri, & Mukthong, 2007) โดยพบการใช้กระท่อมมากที่สุดร้อยละ 4.7 รองลงมาคือกัญชา ยาบ้า และไอซ์ ซึ่งพบร้อยละ 4.2, 1.1 และ 0.1 ตามลำดับ และพบว่าเยาวชนเริ่มใช้สารเสพติดครั้งแรกตั้งแต่อายุ 8 ปี (Talek, Cottler, & Assanangkornchai, 2017) การใช้สารเสพติดก่อให้เกิดปัญหาอาชญากรรม สุขภาพและเศรษฐกิจซึ่งกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้เสพ ครอบครัวและชุมชน (Choosunthia, & Pinituntorn, 2017) การแก้ไขปัญหาการใช้สารเสพติดที่ผ่านมามุ่งเน้นการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดซึ่งมีประสิทธิภาพในระยะสั้น (Humeniuk, Ali, Babor, Souza-Formigoni, Lacerda, Ling, 2012) และมีอัตราการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำหลังการบำบัดสูง (Assanangkornchai, Nima, McNei &

Edwards, 2018) การพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการใช้อาหารเสพติดซึ่งเป็นกลวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงในการแก้ไข ปัญหาการใช้อาหารเสพติดในระยะยาวพบน้อยและไม่ทราบผลลัพธ์ของการดำเนินการที่ชัดเจน (Intajan, Kohtbantau, & La-onghong, 2013) ซึ่งเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ประชาชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและ แก้ไขปัญหาการใช้อาหารเสพติดน้อย (Jeharsae, Tohpa, Waeteh, Nupech, Jeasoh, Binlatieh, 2017; Suksang, Kahkomwong, Ngamingyaod, & Chotchuong, 2017) ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ขาด ความตระหนักของประชาชนและผู้นำชุมชน วัฒนธรรมและความเชื่อของชุมชน (Jeharsae, Tohpa, Waeteh, Nupech, Jeasoh, Binlatieh, 2017; Pereira, Paes & Sanchez, 2016) อย่างไรก็ตาม พบว่าการป้องกันการ ใช้อาหารเสพติดในชุมชนมุสลิมโดยใช้มัสยิดเป็นศูนย์กลางมีประสิทธิภาพในการป้องกันการใช้อาหารเสพติดในเยาวชน กลุ่มเสี่ยงได้ (Jeharsae, Tohpa, Jehwae, Jehsoh, Nupech, Waeteh, 2018) และช่วยให้ผู้ใช้สารเสพติด เข้าถึงกระบวนการบำบัดรักษามากขึ้น (Kohkawe, 2017; Rashid, Kamali, Habil, Shaharom, Seghatoleslam & Looyeh, 2014)

การศึกษาครั้งนี้คัดเลือกชุมชนมุสลิมบริเวณลุ่มน้ำทะเลสาบแห่งหนึ่งในภาคใต้ซึ่งมีประชากรนับถือ ศาสนาอิสลามร้อยละ 99 (Songkhla Provincial Office, 2009) เป็นชุมชนที่นำหลักศาสนาว่าวิถีชีวิต และ พัฒนามัสยิดให้เป็นศูนย์กลางของการพัฒนาและบริหารจัดการชุมชน ทำให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองและ ช่วยเหลือผู้อื่น มีผู้นำศาสนาที่มีความรอบรู้และได้รับการยอมรับจากสมาชิกของชุมชน มีอัตราการใช้อาหารเสพติด ประเภทยาสูบและบุหรี่สูงสุดเท่ากับร้อยละ 25.5 อัตราการใช้พืชกระท่อม สารผสมใบตัมกระท่อม กัญชา และ แอลกอฮอล์ พบร้อยละ 6.7, 3.2, 3.2 และ 1.4 ตามลำดับ (Jeharsae, Tohpa, Waeteh, Nupech, Jeasoh, Binlatieh, 2017) แม้ชุมชนมีการดำเนินการแก้ไขปัญหาการใช้อาหารเสพติดสำเร็จระดับหนึ่ง แต่ชุมชนยังมีต้นทุน ด้านผู้นำชุมชนที่เข้มแข็งที่จะส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการจัดการปัญหาได้อย่างยั่งยืน หากสามารถสร้าง แรงจูงใจให้ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชนและประชาชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการใช้อาหารเสพติดโดย เชื่อมโยงกับหลักศาสนาและการบริหารจัดการมัสยิดอย่างมีประสิทธิภาพ (Binlateh, & Thongchuay, 2010)

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาแนวทางการการป้องกันการใช้อาหารเสพติดอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนมุสลิม โดย มุ่งเน้นการพัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้นำศาสนาและประชาชนโดยใช้กลไกการทำงานผ่านการจัดการของ คณะกรรมการประจำมัสยิดอย่างเป็นระบบและบูรณาการกับหลักศาสนาเพื่อสร้างแรงจูงใจสมาชิกในชุมชนและ ผู้นำศาสนาให้ตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันการใช้อาหารเสพติดอย่างมีส่วนร่วมบนพื้นฐานการศรัทธาต่อ พระผู้เป็นเจ้าตามหลักศาสนาอิสลาม

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันการใช้อาหารเสพติดอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนมุสลิม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาแนวทางการป้องกันการใช้อาหารเสพติดอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนมุสลิมใช้กรอบแนวคิดการมี ส่วนร่วม 4 ด้าน (Kanong, 2014) ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมในการเสนอข้อคิดเห็นของแผนงาน 2) การมีส่วนร่วม ในการเสนอรูปแบบกิจกรรมเพื่อป้องกันการใช้อาหารเสพติด 3) การมีส่วนร่วมเป็นที่ปรึกษาและดำเนินกิจกรรมการ ป้องกันการใช้อาหารเสพติด และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินติดตาม การแก้ไขปัญหาลงผลการดำเนินกิจกรรม

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่อาศัยในชุมชนที่ศึกษาจำนวน 1,735 คน 310 ครัวเรือน ซึ่งมีลักษณะชุมชนกึ่งเมือง เป็นชุมชนพึ่งพาตนเอง มีระบบเศรษฐกิจของชุมชน บริหารจัดการชุมชนโดยใช้มัสยิดเป็นศูนย์กลาง ซึ่งสามารถผลักดันการพัฒนามิติอื่นๆ ของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีผู้นำศาสนาที่มีความมุ่งมั่นและได้รับการยอมรับจากสมาชิกในชุมชน ประชาชนร้อยละ 99 นับถือศาสนาอิสลาม ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขายและทำการประมง มีการบริหารจัดการชุมชนโดยองค์การบริหารส่วนตำบล แต่ชุมชนมีการบริหารจัดการชุมชนอย่างไม่เป็นทางการโดยใช้หลักศาสนาอิสลาม และขับเคลื่อนชุมชนโดยผู้นำศาสนาซึ่งสมาชิกในชุมชนมีความเลื่อมใสศรัทธา มีการจัดระบบสวัสดิการแก่สมาชิกของชุมชนจากระบบสหกรณ์ออมทรัพย์ของชุมชน โดยสมาชิกในชุมชนมีอัตราการรู้หนังสือร้อยละ 95

คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงประกอบด้วยผู้นำชุมชน 5 คน ผู้นำศาสนา 5 คน แกนนำสตรี 30 คน แกนนำเด็กและเยาวชน 30 คน และบุคลากรทางสุขภาพ 2 คน รวมจำนวนทั้งหมด 72 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

นอกจากนักวิจัยซึ่งเป็นเครื่องมือหลักในการดำเนินการแล้ว การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีแนวคำถามหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับปัญหาการใช้สารเสพติด การมีส่วนร่วมและทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการใช้สารเสพติดของคนในชุมชน 2) แนวคำถามปลายเปิดเพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันการใช้สารเสพติดอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน และ 3) แนวคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงของชุมชนภายหลังการใช้แนวทางการป้องกันการใช้สารเสพติดอย่างมีส่วนร่วมโดยใช้มัสยิดเป็นศูนย์กลาง และ 4) แบบบันทึกการสังเกต

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 0.80 ถึง 1.00 และทดสอบความเข้าใจในข้อคำถามโดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 คน ซึ่งพบว่า แนวคำถามทั้งหมดมีความสอดคล้องกับบริบทของทางวัฒนธรรมและภาษาของผู้ให้ข้อมูลในชุมชนที่ศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน 2558-เดือนมกราคม 2559 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. สรุปรสภาพปัญหาการใช้สารเสพติด การมีส่วนร่วมในการป้องกันการใช้สารเสพติดและทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการใช้สารเสพติดในชุมชนโดยการสนทนากลุ่ม 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้นำชุมชนและผู้นำศาสนาจำนวน 10 คน แกนนำสตรีและบุคลากรสุขภาพจำนวน 32 คน แกนนำเด็กและเยาวชน จำนวน 30 คน รวมทั้งสิ้น 72 คน

2. จัดประชุมกลุ่มแบบ A-I-C (Appreciation-Influence-Control) ร่วมกับสมาชิกชุมชนทั้ง 72 คน โดยมีการแบ่งกลุ่มย่อยกลุ่มละ 10-15 คน เพื่อพูดคุย ระดมความคิด และอภิปรายกลุ่ม โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ขั้นตอนการสร้างองค์ความรู้ (Appreciation) ดำเนินการโดยให้สมาชิกของชุมชน พูดคุย และอภิปรายในประเด็นสถานการณ์ สาเหตุ และการจัดการปัญหาการใช้สารเสพติดในปัจจุบัน ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญ และให้สมาชิกแต่ละคนสรุปประเด็นที่อยากเห็นในอนาคต สรุปประเด็นภาพรวมของกลุ่มย่อยและภาพรวมของชุมชน

2.2 ออกแบบโครงการหรือแผนงานที่ชุมชนจะร่วมดำเนินการและผู้รับผิดชอบ (Influence) โดยการหาวิธีการและเสนอทางเลือกในการแก้ไขปัญหาซึ่งมีสองขั้นตอนคือ การเสนอกิจกรรม โครงการหรือวิธีการแก้ไขปัญหาและการจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมตามศักยภาพของชุมชน และจัดทำแผนงานการป้องกันการใช้สารเสพติดของชุมชน

2.3 สรุปแผนการดำเนินการ ผู้รับผิดชอบ และระยะเวลาในการดำเนินการ (Control) โดยการจัดทำฉันทามติเพื่อดำเนินกิจกรรมหรือโครงการตามที่สมาชิกชุมชนเสนอในข้อ 2.2 มอบหมายงานและแบ่งความ

รับผิดชอบให้แก่สมาชิกของชุมชน จัดทำรายละเอียดหรือแผนปฏิบัติงานร่วมกัน โดยแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบในการดำเนินโครงการต่าง ๆ ตามแผนงานที่จัดทำขึ้น ได้แก่ คณะกรรมการประจำมัสยิด แกนนำเยาวชน และแกนนำสตรี โดยสมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนงบประมาณการดำเนินการ และให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมตามแผนงานที่ชุมชนกำหนด

3. นำแนวทางการป้องกันการใช้สารเสพติดที่สมาชิกของชุมชนร่วมกันพัฒนาไปปฏิบัติและทดลองใช้เป็นระยะเวลา 7 เดือน โดยมีการประเมินผลการนำไปใช้ปรับปรุงหรือปรับเปลี่ยนกิจกรรมหากพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานการป้องกันยาเสพติดโดยการจัดประชุมร่วมกับชุมชนเดือนละหนึ่งครั้ง

4. ประเมินการเปลี่ยนแปลงของชุมชนภายหลังการใช้แนวทางการป้องกันการใช้สารเสพติดที่ชุมชนร่วมพัฒนาขึ้นเมื่อครบ 7 เดือน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา จำนวน 5 คน การสนทนากลุ่ม แกนนำสตรี แกนนำเยาวชน และตัวแทนชุมชน จำนวน 25 คน และการสังเกตพฤติกรรมของสมาชิกในชุมชนเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันการใช้สารเสพติดในชุมชน เพื่อประเมินผลลัพธ์โดยรวมของแนวทางการป้องกันการใช้สารเสพติดร่วมกับสมาชิกในชุมชน

ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) โดยการนำผลสรุปที่ได้ไปให้สมาชิกของชุมชนตรวจสอบ ใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลากหลายวิธี ได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่มจากผู้ให้ข้อมูลที่หลากหลาย ได้แก่ ผู้นำศาสนา แกนนำสตรี แกนนำเยาวชน และตัวแทนชุมชน และการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การใช้สารเสพติด การมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดและทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการใช้สารเสพติด ผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงของชุมชนภายหลังการนำแนวทางการป้องกันการใช้สารเสพติดไปปฏิบัติด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ผู้วิจัยได้ทำการถอดเทปจัดประเภทข้อมูล ลงรหัสข้อมูล (coding) จัดหมวดหมู่ข้อมูล (theme) วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล (Intaprom, 2019)

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของมหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี วันที่ 26 พฤษภาคม 2558 ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์การศึกษา สิทธิในการเข้าร่วมและปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการแก่กลุ่มตัวอย่างทุกราย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของชุมชน

สมาชิกของชุมชนร้อยละ 99 นับถือศาสนาอิสลาม ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขายและประมงร้อยละ 36 และ 26 ตามลำดับ ใช้ภาษาไทยถิ่นใต้เป็นภาษาหลักร้อยละ 94 อัตราการรู้หนังสือของสมาชิกเท่ากับร้อยละ 95 และมีรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือน 10,731 บาทต่อเดือน และร้อยละ 97 ของครัวเรือนมีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย โดยสมาชิกชุมชนร้อยละ 48 มีรายได้เหลือใช้

2. แนวทางการป้องกันการใช้สารเสพติดอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนมุสลิม ประกอบด้วย

2.1 การพัฒนามัสยิดให้เป็นศูนย์รวมของชุมชน โดยการสร้าง “ความผูกพันที่แนบแน่น” ระหว่างมัสยิดกับสมาชิกในชุมชนที่มากกว่าการเป็นสถานที่ประกอบศาสนกิจ แต่มีบทบาทในการบ่มเพาะคนดี สร้างระบบเศรษฐกิจชุมชนและบริหารจัดการชุมชนที่มีประสิทธิภาพภายใต้การดำเนินการของคณะกรรมการประจำมัสยิด ดังนี้

2.1.1 การบ่มเพาะคนดี เป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันการใช้สารเสพติดโดยใช้มัสยิดเป็นศูนย์กลาง โดยชุมชนให้ความหมายของคนดี คือคนที่มีความศรัทธาและยำเกรงต่อพระผู้เป็นเจ้า ซึ่งจะนำไปสู่การคิดและทำในสิ่งที่ดีและยับยั้งความชั่ว คณะกรรมการประจำมัสยิดจึงมีบทบาทในการให้ความรู้ที่จำเป็น ได้แก่ 1) ความรู้หลักศาสนาและการยำเกรงต่อพระผู้เป็นเจ้า โดยการอบรมจริยธรรมแก่สมาชิกของชุมชนอย่างสม่ำเสมอและจัดการเรียนการสอนตามระบบโรงเรียน ซึ่งบริหารจัดการโดยคณะกรรมการประจำมัสยิดและสมาชิกในชุมชน 2) ความรู้ด้านมิติครอบครัว หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของครอบครัวตามหลักศาสนาอิสลาม ซึ่งถ่ายทอดผ่านหลักสูตรการอบรมก่อนแต่งงาน เพื่อให้สมาชิกในชุมชนเข้าใจบทบาทของสามี ภรรยา และพ่อแม่ตามวิถีอิสลามในการบ่มเพาะบุตรหลานให้เป็นคนดีของสังคม และ 3) ความรู้ด้านสังคม หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของตนเองในฐานะที่เป็นสมาชิกของชุมชน โดยมุ่งเน้นการสร้างสามัคคี ให้เกียรติและเชื่อฟังผู้นำ การให้ความรู้เพื่อบ่มเพาะคนดีเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนมาตรการต่างๆ เพื่อพัฒนาชุมชนรวมถึงป้องกันการใช้สารเสพติดในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ ดังคำกล่าว

"พาไปดูงานนอกสถานที่เพราะอยากให้เด็กได้เรียนรู้ในสิ่งที่ไม่เคยได้รู้ อย่างน้อยก็ได้จุดรั้งไว้บ้าง" (สนทนากลุ่มคณะกรรมการมัสยิด)

"เราเห็นว่าในระดับครอบครัว ถ้าพ่ออ่อนแอ ก็จะทำให้เกิดปัญหาเยอะ เรามีการจัดอบรมก่อนแต่งงานให้กับผู้ที่จะแต่งงาน โดยต้องอบรม 3 วัน เพื่อให้เป็นสามีภรรยาที่ดี และเป็นพ่อที่สามารถดูแลลูกตามหลักศาสนาได้" (สนทนากลุ่มคณะกรรมการมัสยิด)

2.1.2 การสร้างระบบเศรษฐกิจชุมชน มัสยิดมีบทบาทในการบริหารจัดการกองทุนประจำหมู่บ้านตามหลักศาสนาอิสลามภายใต้การบริหารจัดการของคณะกรรมการประจำมัสยิด ทำให้ชุมชนมีกองทุนหมุนเวียนที่สามารถพัฒนาชุมชนอย่างต่อเนื่องรวมถึงการพัฒนาเยาวชนและครอบครัว การจัดการศึกษาภาคบังคับเพื่อบ่มเพาะเยาวชนให้เป็นคนดีตามปรัชญาชุมชน โดยจัดการศึกษาให้แก่บุตรหลานของสมาชิกในชุมชน ตั้งแต่ระดับอนุบาลจนถึงระดับมัธยมศึกษา นอกจากนี้ชุมชนจัดตั้งกองทุนออมทรัพย์ประจำมัสยิดและประกอบธุรกิจท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ ทำให้เกิดรายได้หมุนเวียนในชุมชนและปันผลกำไรแก่สมาชิกทุกปี รายได้บางส่วนนำไปจัดสรรเป็นสวัสดิการสังคมให้กับสมาชิกในชุมชน เช่น ทุนการศึกษา เงินช่วยเหลือเด็กกำพร้าและผู้สูงอายุ ซึ่งสมาชิกได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานการสร้างเศรษฐกิจชุมชน ทำให้เกิดความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของชุมชนรวมถึงการป้องกันและแก้ไขปัญหาการใช้สารเสพติด ดังคำกล่าว

"เราส่งเสริมด้านการศึกษา เน้นเด็กรุ่นใหม่มากขึ้น เราจะมีกองทุนชะกาตส่งเสริมให้เด็กเรียนทั้งสามัญและศาสนา" (สนทนากลุ่มคณะกรรมการมัสยิด)

2.1.3 การบริหารจัดการชุมชน ตามหลักศาสนาอิสลาม ปัจจัยสำคัญที่ทำให้มัสยิดเป็นศูนย์กลาง คือ การบริหารจัดการด้วยหลักธรรมาภิบาลตามหลักศาสนาอิสลามอย่างเคร่งครัด ทำให้สมาชิกในชุมชนเกิดความเคารพ ศรัทธาและเชื่อฟังผู้นำศาสนาและคณะกรรมการประจำมัสยิด ส่งเสริมให้สมาชิกของชุมชนให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาของชุมชนโดยการจัดประชุมและหารือเพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของชุมชนอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน เพื่อระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการใช้สารเสพติดในชุมชน กำหนดมาตรการต่าง ๆ เช่น บทลงโทษ การบำบัดการฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติด และมาตรการรักษาความสงบเรียบร้อย ทำให้สมาชิกของชุมชนรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนและรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายในชุมชนจนก่อให้เกิดความตระหนักต่อปัญหาและมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาของตนเอง นำมาซึ่งความร่วมมือในการดำเนินมาตรการการป้องกันการใช้สารเสพติดในชุมชน ดังคำกล่าว

"ที่นี่มัสยิดอยู่กับเรา เป็นหัวใจของชุมชน และเป็นทุกอย่างของชุมชน เรามีวิถีศาสนาเข้ามาแก้ปัญหา" (สนทนากลุ่มคณะกรรมการมัสยิด)

2.2 การกำหนดกฎระเบียบของชุมชน (สุกมปากัด) และบังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยคณะกรรมการประจำมัสยิดซึ่งเป็นตัวแทนของสมาชิกในชุมชนจะหารือประเด็นปัญหาต่าง ๆ ของชุมชนทุกเดือน และกำหนดเป็นกฎระเบียบหรือข้อตกลงของชุมชนโดยมีอิหม่ามเป็นผู้สื่อสารข้อตกลงและกฎระเบียบต่างๆ

ให้กับสมาชิกในชุมชนทราบผ่านการอบรมจริยธรรมหลังการละหมาดและการอบรมจริยธรรมประจำสัปดาห์ โดยมีข้อตกลงที่เกี่ยวกับมาตรการการป้องกันปัญหาการใช้สารเสพติดในชุมชน ดังนี้

2.2.1. ผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติดจะถูกตัดสิทธิสวัสดิการสังคมของชุมชน และห้ามสมาชิกในชุมชนสนับสนุนและช่วยเหลือแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดทุกกรณี

2.2.2. ห้ามคณะกรรมการประจำมัสยิดช่วยเหลือจัดการศพตามหลักศาสนาอิสลามแก่ผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติดทุกราย

2.2.3. หากผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติดสำนึกผิดและต้องการกลับตัวให้สารภาพผิดกับอิหม่ามและขออภัยโทษต่ออัลลอฮ์ (ซ.บ.) และให้เข้าสู่กระบวนการบำบัดตามที่ชุมชนกำหนด หากผู้ใช้สารเสพติดปฏิบัติตามเงื่อนไขตามข้อตกลงของชุมชนแล้ว โทษตามข้อ 2.1 และ 2.2 จะสิ้นสุดลง ดังคำกล่าว

“ที่สำคัญมากเราไม่ได้แค่ สอน อะไรต่างๆ เราจะใช้ไม้อ่อน มาตลอด แต่วันนี้เราเริ่มใช้ไม้แข็ง” (สนทนากลุ่มคณะกรรมการมัสยิด)

3. การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันการใช้สารเสพติด ประกอบด้วย

3.1. การพัฒนาสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ การพัฒนาพื้นที่มัสยิดให้สามารถทำกิจกรรมอื่นนอกเหนือจากการปฏิบัติศาสนกิจ เช่น การจัดสรรพื้นที่ห้องสมุดชุมชนเพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้หลักศาสนาและความรู้ทางสังคมแก่สมาชิกในชุมชน จัดบริการห้องตรวจรักษาโรคโดยมีแพทย์และบุคลากรสุขภาพจิตอาสาซึ่งเป็นสมาชิกของชุมชนให้บริการตรวจรักษาโดยไม่คิดค่าบริการเพื่อเป็นสวัสดิการทางสังคมแก่สมาชิกในชุมชน การจัดสรรพื้นที่มัสยิดเพื่อเป็นสนามกีฬาเพื่อให้สมาชิกของชุมชนทำกิจกรรมร่วมกัน ทำให้เกิดความผูกพันที่แนบแน่นระหว่างสมาชิกในชุมชนกับมัสยิด และเพิ่มโอกาสให้สมาชิกในชุมชนได้เรียนรู้หลักศาสนาอิสลาม ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการบ่มเพาะสมาชิกในชุมชนให้เป็นคนดีตามแนวคิดการป้องกันการใช้มัสยิดเป็นศูนย์กลาง นอกจากนี้ยังมีการรื้อถอนแหล่งมั่วสุมในชุมชน เช่น บ้านร้าง โดยสมาชิกของชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและดำเนินการเพื่อลดแหล่งมั่วสุมของเยาวชนในกลุ่มเสี่ยง ดังคำกล่าว

“มีกิจกรรมเรียนรู้รู้นอกสถานที่ เข้าค่ายในช่วงปิดเทอม จัดบอร์ด ทำอาหาร ขายของทุกอย่าง 5 บาท ทำบัวลอยขาย ละหมาดตะรอเวียะ ละหมาดตะฮัจญ์ด กีฬามุสลัย 10 วันสุดท้ายของเดือนรอมฎอน” (สนทนากลุ่มเยาวชนที่ใช้สารเสพติด)

“กิจกรรมท่อมน้อยลงเพราะมีกิจกรรมตลอดเวลา ดูเค้าดีขึ้นนะเพราะเห็นเค้ามาร่วมกิจกรรมที่มัสยิด” (สนทนากลุ่มเยาวชนที่ไม่ใช้สารเสพติด)

“เมื่อก่อนเยาวชนกับมัสยิดจะเป็นสิ่งที่ห่างกัน สำหรับวัยรุ่น พอพูดถึงมัสยิดก็เป็นสิ่งที่น่ากลัว พอมีกิจกรรมแบบนี้แล้ว ทำให้วัยรุ่นเข้าใกล้มัสยิดมากขึ้น” (สนทนากลุ่มคณะกรรมการมัสยิด)

3.2. การลดการตีตรา เป็นการสร้างพื้นที่ปลอดภัยทางจิตใจสำหรับผู้ที่ใช้สารเสพติด โดยการจัดการแข่งขันฟุตบอลของชุมชนและเปิดโอกาสให้ผู้ที่ใช้สารเสพติดและเยาวชนกลุ่มเสี่ยงเข้าร่วมกิจกรรม โดยกำหนดกติกาการแข่งขันที่นอกเหนือจากการแข่งขันกีฬาทั่วไป แต่สมาชิกของชุมชนกำหนดให้นำคะแนนการทำความดีและการละหมาด เป็นส่วนหนึ่งของการตัดสินแพ้ชนะร่วมด้วย กิจกรรมดังกล่าวก่อให้เกิดผลดีต่อสัมพันธภาพระหว่างเยาวชนกลุ่มเสี่ยง ผู้ใช้สารเสพติด และผู้นำศาสนา ทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น ลดการตีตราผู้ที่ใช้สารเสพติดและช่วยให้ผู้ใช้สารเสพติดเข้าถึงกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูเพิ่มขึ้น จากการที่สมาชิกในชุมชนและผู้ใช้เยาวชนกลุ่มเสี่ยงมีทัศนคติเชิงบวกต่อการป้องกันการใช้สารเสพติดในชุมชนและช่วยให้ผู้ใช้สารเสพติดมีโอกาสในการเรียนรู้หลักศาสนาอิสลามจากการร่วมกิจกรรมของมัสยิด ดังคำกล่าว

“เด็ก ๆ กับอิหม่ามเข้ากันดี แล้วก่อนหน้านี้ไม่กล้าเข้าคุย ไม่ค่อยถูกคอกันกับกรรมการมัสยิด หลังมีโครงการเล่นฟุตบอล สถานการณ์ดีขึ้น แล้วกรรมการมัสยิดมองเราว่า สดุดยอด” (สนทนากลุ่มเยาวชน)

4. การสร้างกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน มัสยิดมีบทบาทสำคัญในการสร้างการเรียนรู้ใหม่โดยผ่านกระบวนการวิเคราะห์ตนเอง และการสะท้อนคิดของสมาชิกในชุมชนผ่านการปรึกษาหารือและการทำเวทีประชาคม การเรียนรู้ที่สำคัญที่ทำให้ชุมชนเกิดความตระหนักในการร่วมกันแก้ไขปัญหาสารเสพติด ได้แก่ การ

เรียนรู้ของผู้นำศาสนาและคณะกรรมการประจำมัสยิดต่อประโยชน์ของการป้องกันและแก้ไขปัญหาการใช้สารเสพติดอย่างมีส่วนร่วม การสร้างพื้นที่ปลอดภัยทางจิตใจให้แก่ผู้หลงผิดแทนการตีตรา การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อผู้ใช้สารเสพติดของสมาชิกในชุมชนและวิถีปฏิบัติของชุมชนในการป้องกันการใช้สารเสพติด ผู้นำศาสนาและคณะกรรมการมัสยิดมีความยืดหยุ่นและรับฟังสมาชิกของชุมชนมากขึ้น ทำให้ลดช่องว่างระหว่างผู้ใช้สารเสพติดและเพิ่มโอกาสให้ผู้ใช้สารเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดมากขึ้น ดังคำกล่าว

“เมื่อก่อนเราได้แค่ตักเตือนมากกว่า เช่น การอ่านคุตบะห์ ในแต่ละวัน แต่หลังทำกิจกรรม มันไม่ใช่เพียงแค่คำสั่งสอน คำเตือน แต่เป็นกระบวนการมากขึ้น” (สนทนากลุ่มคณะกรรมการมัสยิด)

3. ผลกระทบของการใช้แนวทางการป้องกันการใช้สารเสพติดอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนมุสลิม

ผลกระทบที่สำคัญหลังจากชุมชนได้ใช้แนวทางในการป้องกันการใช้สารเสพติดอย่างมีส่วนร่วม ได้แก่

1) สมาชิกในชุมชนนำกระบวนการเรียนรู้เพื่อปรับปรุงการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาการใช้สารเสพติดในชุมชนอย่างต่อเนื่อง นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงวิถีปฏิบัติที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง (transformative learning) 2) ลดการตีตราผู้ใช้สารเสพติดและครอบครัว ซึ่งเกิดจากการการทบทวนโดยใช้กระบวนการเรียนรู้ของชุมชน ทำให้เกิดบรรยากาศในการแก้ไขปัญหาเชิงบวก และ 3) ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น การดำเนินมาตรการเพื่อจัดการตีตราผู้ใช้สารเสพติดจะช่วยส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศการมีส่วนร่วมในการป้องกันการใช้สารเสพติดในชุมชนได้ดีกว่ามาตรการที่ทำให้เกิดการตีตรา เช่น การใช้กฎระเบียบของชุมชนในลงโทษทางสังคมแก่ผู้ใช้สารเสพติดและครอบครัว การลดการตีตราของชุมชนเกิดจากการปรับเปลี่ยนมุมมองและทัศนคติของผู้นำศาสนาที่มีต่อผู้ใช้สารเสพติดในเชิงบวกมากขึ้น ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ผ่อนคลายและเป็นกันเองระหว่างผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชนและเยาวชน การเปิดใจรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของเยาวชนโดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของคนในชุมชน ส่งผลให้เกิดกิจกรรมการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาต่างๆ ขึ้นในชุมชนและเปลี่ยนแปลงวิถีปฏิบัติต่อกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดโดยการเปิดโอกาสให้ปรับปรุงตัว ซึ่งทำให้ผู้เสพยาเสพติดมีโอกาสเข้าถึงการบำบัดรักษาและการเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันการใช้สารเสพติด เกิดความร่วมมือในชุมชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเยาวชนกลุ่มเสี่ยงและช่วยให้เยาวชนที่เริ่มใช้สารเสพติดหยุดเสพยาได้

อภิปรายผล

แนวทางการป้องกันการใช้สารเสพติดอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนมุสลิมประกอบด้วย การพัฒนามัสยิดให้เป็นศูนย์รวมของชุมชน การกำหนดกฎระเบียบของชุมชนและบังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันการใช้สารเสพติดและการสร้างกระบวนการเรียนรู้ของชุมชน ทั้งนี้กระบวนการพัฒนามัสยิดให้เป็นศูนย์รวมของชุมชนโดยผ่านกระบวนการสร้างความผูกพันที่แนบแน่นระหว่างสมาชิกของชุมชนและมัสยิดด้วยการบ่มเพาะคนดีให้แก่สมาชิกของชุมชนทุกช่วงวัย ช่วยให้สมาชิกของชุมชนเกิดความตระหนักถึงหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองต่อสังคมตามหลักศาสนาอิสลาม เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการใช้สารเสพติดในชุมชนมุสลิม (Jeharsae, Tohpa, Jehwae, Jehsoh, Nupech, Waeteh, 2018; Kohkawee, 2017) การสร้างเศรษฐกิจชุมชนทำให้สมาชิกในชุมชนให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนเพราะรับรู้ประโยชน์ด้านเศรษฐกิจและสวัสดิการสังคมที่จะได้รับร่วมกัน ส่วนการบริหารจัดการชุมชนตามหลักศาสนาอิสลาม ทำให้สมาชิกในชุมชนมีความศรัทธาต่อผู้นำอันนำมาซึ่งความเชื่อถือ ไว้วางใจและเชื่อฟังผู้นำศาสนา (Binlateh & Thongchuay, 2010) ซึ่งเป็นวิธีการที่พบได้น้อยในชุมชนอื่นๆ แต่มีประสิทธิภาพสูงในการสร้างความร่วมมือในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาการใช้สารเสพติดในชุมชนมุสลิม แนวทางการป้องกันการใช้สารเสพติดอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้นนี้ยังได้บูรณาการหลักการศาสนาอิสลามเพื่อสร้างความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณของคนในชุมชน โดยเฉพาะการบ่มเพาะให้คนในชุมชนเกิดความยำเกรงต่ออัลลอฮ์ (ช.บ.) ซึ่งเป็นวิธีการช่วยให้คนสามารถยับยั้งความชั่วและไม่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด (Jeharsae, Tohpa, Jehwae, Jehsoh, Nupech, Waeteh, 2018)

การกำหนดกฎระเบียบของชุมชน (ฮุกมปากัต) เป็นแนวทางการป้องกันการใช้สารเสพติดที่พบทั่วไปในชุมชนมุสลิม (Muninaem, 2019) แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติตามข้อตกลงอย่างเคร่งครัด ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า ชุมชนมีการกำหนดกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการใช้สารเสพติดและบังคับใช้กับสมาชิกของชุมชนอย่างเคร่งครัด การใช้กฎของชุมชนมีประโยชน์ในการป้องกันการใช้สารเสพติดในเยาวชนกลุ่มเสี่ยงได้ แต่ทำให้เกิดการติตราดต่อผู้ใช้สารเสพติด ครอบครัวและญาติพี่น้องของผู้ใช้สารเสพติด ส่งผลให้เกิดการต่อต้านและไม่ให้ความร่วมมือต่อกิจกรรมต่างๆ ที่ชุมชนดำเนินการโดยเฉพาะครอบครัวและญาติของผู้ใช้สารเสพติดก่อให้เกิดความขัดแย้งภายในชุมชนและทำให้ผู้ใช้สารเสพติดสูญเสียโอกาสในการเข้าถึงกระบวนการบำบัดรักษา (Crapanzano, Hammarlund, Ahmad, Hunsinger & Kullar, 2019)

การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติดเป็นวิธีการป้องกันที่พบบ่อยเช่นเดียวกับชุมชนอื่น ๆ (Jeharsae, Tohpa, Jehwae, Jehsoh, Nupech, Waeteh, 2018; Kohkawee, 2017) แต่ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันการเข้าถึงสารเสพติด เช่น การจัดตั้งเวรยาม การตรวจตรา (Intajan, Kohtbantau, & La-onghong, 2013; Suksang, Kahkomwong, Ngamingyaod, & Chotchuong, 2017) แต่การศึกษานี้ได้พัฒนาแนวทางการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันการใช้สารเสพติดที่ครอบคลุมการป้องกันการเข้าถึงสารเสพติด เช่น การตั้งเวรยาม การรื้อถอนบ้านร้าง และการสร้างสภาพแวดล้อมเชิงบวก เช่น การสร้างพื้นที่พบปะของสมาชิกในชุมชน การจัดสรรพื้นที่มีสียดเพื่อจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ รวมถึงการลดการติตราดผู้ใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นกลยุทธ์การสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันการใช้สารเสพติดที่มีประสิทธิภาพสูงจากการศึกษาในพื้นที่อื่น ๆ (Miller, Holder, & Voas, 2009) นอกจากนี้พบว่า การสร้างสภาพแวดล้อมเชิงบวกช่วยให้สมาชิกในชุมชนมีความผูกพันกับมัสยิดโดยการร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน ทำให้สัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในชุมชน ผู้นำศาสนาและเยาวชนกลุ่มเสี่ยงและผู้ใช้สารเสพติดดีขึ้น ทำให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน ลดการติตราดผู้ใช้สารเสพติด นำมาซึ่งความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ของชุมชน (Jeharsae, Tohpa, Jehwae, Jehsoh, Nupech, Waeteh, 2018)

การสร้างการเรียนรู้แก่ชุมชน เป็นกระบวนการที่ช่วยให้เกิดการขับเคลื่อนการป้องกันการใช้สารเสพติดอย่างมีส่วนร่วมโดยใช้มัสยิดเป็นศูนย์กลางอย่างยั่งยืน การเรียนรู้ที่สำคัญที่จะส่งผลต่อความยั่งยืนของการดำเนินการป้องกันการใช้สารเสพติดในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม คือ การเรียนรู้เกี่ยวกับประโยชน์และผลดีของการมีส่วนร่วมในการป้องกันการใช้สารเสพติดต่อตนเองและชุมชนจากกิจกรรมที่ดำเนินการ สมาชิกในชุมชนเกิดภาคภูมิใจต่อความสำเร็จและนำมาซึ่งความร่วมมือร่วมใจของคนในชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง (Ocharot, Sathitanant, & Singhalert, 2011)

แนวทางการป้องกันการใช้สารเสพติดอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนมุสลิมทำให้เกิดผลกระทบด้านบวกต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการใช้สารเสพติดในชุมชน ช่วยให้ผู้ใช้สารเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาเพิ่มขึ้น ผู้ที่เริ่มเสพยาสามารถเลิกเสพยาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนจะช่วยป้องกันการใช้สารเสพติดในชุมชนได้ (Jeharsae, Tohpa, Jehwae, Jehsoh, Nupech, Waeteh, 2018) ผลกระทบที่ยั่งยืนที่เกิดขึ้นหลังการใช้แนวทางการป้องกันการใช้สารเสพติดอย่างมีส่วนร่วม คือ การสร้างกระบวนการเรียนรู้แก่ชุมชน จนทำให้ชุมชนเกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีปฏิบัติที่ดีขึ้น สร้างบรรยากาศเชิงบวก เช่น ลดการติตราดผู้ใช้สารเสพติดและครอบครัว กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในเป็นเครื่องมือสำคัญในปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในระยะยาว (Suphromin, 2020)

การนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำแนวทางการป้องกันการใช้สารเสพติดอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนมุสลิมไปเป็นต้นแบบในการป้องกันการการใช้สารเสพติดในชุมชนที่มีผู้นำศาสนาและผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง แต่อาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ในกรณีที่ผู้นำชุมชนและผู้นำศาสนาที่ยังไม่มีความพร้อม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบในระยะยาวต่อการนำแนวทางการป้องกันการใช้สารเสพติดอย่างมีส่วนร่วมชุมชนมุสลิม

References

- Angkurawaranon, C., Jiraporncharoen, W., Likhitsathian, S., Thaikla, K., Kanato, M., Perngarn, U., Assanangkornchai, S., et al. (2018). Trends in the Use of Illicit Substances in Thailand: Results from National Household Surveys. *Drug and Alcohol Review*, 37(5), 658–663.
- Assanangkornchai, S., Nima, P., McNeil, E. B., & Edwards, J. G. (2015). Comparative Trial of the WHO ASSIST- Linked Brief Intervention and Simple Advice for Substance Abuse in Primary Care. *Asian Journal of Psychiatry*, 18(1), 75-80. doi 10.1016/j.ajp.2015.09.003.
- Assanangkornchai, S., Pattanasattayawong, U., Samangsri, N., & Mukthong, A. (2007). Substance Used Among High School Students in Southern Thailand: Trends Over 3 Years (2002-2004). *Drug and Alcohol Dependence*, 86(1), 167-174.
- Binlateh, W., & Thongchuay, C. (2010). The Process of Sustaining Muslim Identities and Strong Community Building: The Case Study of Ban Nua Mosque Community. *AL-NUR Journal*, 5(9), 55-66. (in Thai)
- Choosunthia, W., & Pinituntorn, S. (2017). The Impact of Drug Addition on Patients Admitted to Thanyarakhospital, Udonthani: A Case Study. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University*, 5(3), 523-533. (in Thai)
- Crapanzano, K. A., Hammarlund, R., Ahmad, B., Hunsinger, N., & Kullar, R. (2019). The Association Between Perceived Stigma and Substance Use Disorder Treatment Outcomes: A Review. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 10(1), 1-12.
- Humeniuk, R., Ali, R., Babor, T., Souza-Formigoni, M. L. O., Lacerda, R. B. D., Ling, W., et al. (2012). A Randomized Controlled Trial of a Brief Intervention for Illicit Drugs Linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in Clients Recruited from Primary Health-Care Settings in Four Countries. *Addiction*, 107(5), 957–966.
- Intajan, T., Kohtbantau, S. & La-Onghthong, S. (2013). A Model of Narcotics Prevention in Vocational Institutions in the Lower Northeast. *Rajabhat Maha Sarakham University Journal*, 7(1), 63-71. (in Thai)
- Intaprom, W. (2019). Analysis and Presentation of Qualitative Data Analysis. *Academic Journal Phranakhon Rajabhat University*, 10(2), 313-333. (in Thai)
- Jeharsae, R., Tohpa, H., Jehwae, C., Jehsoh, J., Nupech, C., Waeteh, S., et al. (2018). Development of A Mosque-Center Model of Prevention of Illegal Substance Use: A Case Study of Muslim Village in Pattani Province. *Princess Naradhiwas University J*, 10(1), 67-78. (in Thai)
- Jeharsae, R., Tohpa, H., Waeteh, S., Nupech, C., Jeasoh, J., Binlatieh, W., et al. (2017). Prevalence of Illegal Substance Use, Participation in Drug Prevention of Illegal Substance Use Program Among Muslims in the Southernmost Provinces. *ASJ PSU*, 28(2), 195-207. (in Thai)

- Kanong, P. (2014). *Participatory Development of the People in Protection for Drug Problems Model: A Case Study Honghee Vinllage, Yangtarad Sub-District, Yangtarad District, Kalasin Province*. Mahasarakham University: Mahasarakham.
- Kohkawee, S. (2017). Integration among Homes, Schools, and Mosques to Prevent the Drug Problems Among Young Muslims in Phuket Province. *Phuket Rajabhat University AcademicJouna*, 13(1), 216–238. (in Thai)
- Miller, B. A., Holder, H. D., & Voas, R. B. (2009). Environmental Strategies for Prevention of Drug Use and Risks in Clubs. *J Subst Use*, 14(1), 19-38. doi:10.1080/14659890802305887.
- Muninaem, K. (2019). *Drug Problem Solving by Community Leaders and People in Barahor Mueang District, Pattani Province*. Prince of Songkla University. Songkhla.
- Ocharot, T., Sathitanant, S. & Singhalert, R. (2011). A Model of the Protection and Solution for Drug Problems by Participatory Action Research: A Case Study of Khambong Sub-District Municipality, Huaypheung District, Kalasin Province. *Rajabhat Maha Sarakham University Journal*, 5(2), 73-85. (in Thai)
- Pereira, A. P., Paes, A. T., & Sanchez, Z. M. (2016). Factors Associated with The Implementation of Programs for Drug Abuse Prevention in Schools. *Rev Saude Publica*, 50(44), 1-10. doi:10.1590/S1518-8787.2016050005819.
- Rashid, R. A., Kamali, K., Habil, M, H., Shaharom, M, H., Seghatoleslam, T., & Looyeh, M, Y. (2014). A Mosque-Based Methadone Maintenance Treatment Strategy: Implementation and Pilot Results. *International Journal of Drug Policy*, 25(1), 1071-1075. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.07.003.
- Songkhla Provincial Office. (2009). *Songkhla Province Information*. Retrieved November 28, 2018 from https://www.songkhla.go.th/files/com_news_operation/2015-01/20150107_xkbxnxru.pdf.
- Suksang, S., Kahkomwong, R., Ngamingyaod, W., & Chotchuong, A. (2017). Surveillance Model in Preventing and Solving Drug Abuse Problem by Public Sector: A Case Study in Tha Pae District, Satun Province, and Rataphum District, Songkhla Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4,(special), s230-s242. (in Thai)
- Suphromin, S. (2020). The Effect of Motivation Enhancement Program on Behavior Change in Drugaddicts Group of Community Nursesin MueangRoiEt District Roi Et Province, *Preceding of the 7th NEU National Conference 2020* (pp. 596–605): North Eastern University.
- Talek, M. F., Cottler, L. B., & Assanangkornchai, S. (2017). Estimating the Size of the Drug Using Population in Three Deep-South Provinces of Thailand: Results from A Service Multiplier and Respondent Driven Sampling (RDS) Method. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 18(2), 174-184.

การพัฒนาแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยประยุกต์ใช้หลักการฮาลาล
และการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมทางเพศของนักศึกษา muslim วิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดยะลา
Development of a Teenage Pregnancy Prevention Model
Using the Halal Principle and Motivation on Sexual Behavior
among Muslim Students from Yala Vocational College

ฮูดา แวหะยี*

Hooda Waehayi*

คณะวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและการเกษตร มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา*

Faculty of Science Technology and Agriculture, Yala Rajabhat University*

(Received: December 23, 2020; Revised: May 06, 2021; Accepted: June 08, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สภาพการณ์การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรและแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักศึกษา 2) พัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักศึกษา 3) ประสิทธิภาพของรูปแบบป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โดยประยุกต์ใช้หลักการฮาลาล การสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมทางเพศของนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดยะลา ดำเนินการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรและแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักศึกษา จากผู้ให้ข้อมูล 50 คนด้วยการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักศึกษา โดยผู้วิจัยนำผลการวิจัยจากขั้นตอนที่ 1 การทบทวนวรรณกรรม และการสนทนากลุ่มจากผู้ให้ข้อมูล 50 คน ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ขั้นตอนที่ 3 ประสิทธิภาพของรูปแบบป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โดยประยุกต์ใช้หลักการฮาลาล การสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมทางเพศของนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดยะลา จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โดยประยุกต์ใช้หลักการฮาลาล การสร้างแรงจูงใจ แบบวัดของพฤติกรรมทางเพศของนักศึกษา ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.67-1.00 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ .92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test ผลวิจัยพบว่า

1. การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นในพื้นที่ที่มีสาเหตุหลักเกิดจากวัยรุ่น ยังขาดความเข้าใจว่า การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันสมควรนั้นสามารถป้องกันได้ สื่อหรือพฤติกรรมที่กระตุ้นอารมณ์ทางเพศ ได้แก่ การเที่ยวกลางคืน การเสพยาเสพติด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และสถานที่หล่อแหลมต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และผู้ปกครองขาดความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาที่ถูกต้อง ขาดการรับฟังความคิดเห็น และไม่มีการสื่อสารภายในครอบครัวเรื่องเพศภายในครอบครัว และยังไม่ยอมรับเรื่องเพศศึกษา

2. รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โดยประยุกต์ใช้หลักการฮาลาล และการสร้างแรงจูงใจประกอบด้วย การให้ความรู้ ทักษะชีวิต การวางตัวทางเพศตามหลักการฮาลาล และการให้คำปรึกษาสร้างแรงจูงใจ

3. พบว่าหลังใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โดยประยุกต์ใช้หลักการฮาลาล และการสร้างแรงจูงใจ คะแนนพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมลดลงต่ำกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เสนอแนะ สามารถนำรูปแบบไปใช้ในครอบครัว ชุมชน และ สถานศึกษา เพื่อเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมของวัยรุ่น

คำสำคัญ: พฤติกรรมทางเพศ, การป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร, วัฒนธรรมมุสลิม, หลักการฮาลาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: dadeennan@yahoo.co.th เบอร์โทรศัพท์ 089-6566136)

Abstract

The objectives of this research and development were to: 1) examine teenage pregnancy situation as well as teenage pregnancy prevention guidelines for vocational college students, 2) develop a new teenage pregnancy prevention model, using Halal principles, and 3) evaluate effectiveness of the developed model. Data were analyzed using content analysis. Sample was 30 students. Focus group discussion were conducted among 50 informants. Research instruments were the prevention of pregnancy model, and sexual behavior of student questionnaire. Validity of questionnaire was tested using item-objective congruence Index, yielding a value of 0.86. Reliability was tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding a value of .92. Data were analyzed using Paired t-test. Results showed as follows.

Most of teenage pregnancies in female teenagers in the area were caused by lack of understanding that teenage pregnancy can be prevented in a Muslim cultural context. Other factors are involved, such as watching pornography, drugs and alcohol consumption, lack of adequate sex education, parents' lack of listening, as well as the absence of communication within the family about sex. The prevention of teenage pregnancy model on sexual behaviors, inspired by the Halal principles and motivation, included sex education, life skills, the halal sexual positions, and counseling. Inappropriate sexual behaviors level among students in Yala vocational college was lower than before using the model with statistical significance ($p < .001$).

Therefore, the developed model can be used in families, communities and educational institutions to prevent teenage pregnancy, and inappropriate sexual behavior of adolescents in a Muslim cultural context.

Keyword: Sexual Behaviors, Prevention, Teenage Pregnancy, Muslim Cultural Context, Halal Principles

บทนำ

จากข้อมูลสถิติพบว่าวัยรุ่นไทยคลอดบุตรที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี ระหว่างปี 2552-2562 พบว่ามีจำนวน 1,138,427 ราย ซึ่งในปี 2556 โดยในปี 2562 จำนวน 61,651 ราย คิดเป็นจำนวนเฉลี่ย 97 รายต่อวัน ก่อนตั้งครรภ์แม่วัยรุ่นยังเป็นนักเรียน นักศึกษาในสถานศึกษาถึงร้อยละ 48.5 และส่วนใหญ่แม่วัยรุ่นที่เป็นนักเรียน นักศึกษาไม่ตั้งใจตั้งครรภ์และไม่มีการคุมกำเนิดถึงร้อยละ 55.2 (Reproductive Health Office, 2020) เมื่อพิจารณาจากข้อมูลผู้มารับบริการด้านการให้คำปรึกษาในปี 2561 ของศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น โรงพยาบาลศูนย์ยะลา พบว่า วัยรุ่นมาขอรับคำปรึกษาด้วยเรื่องพฤติกรรมทางเพศมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 85 ในจำนวนนี้พบว่ามีปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์คิดเป็นร้อยละ 3 ซึ่งวัยรุ่นทั้งหมดที่มารับคำปรึกษาเป็นนักศึกษาในเขตอำเภอเมืองยะลาและส่วนใหญ่อกำลังศึกษาในมหาวิทยาลัย (Youth Friend Corner, 2018) อาจเนื่องมาจากนักศึกษาที่ก้าวข้ามรั้วโรงเรียนสู่รั้วมหาวิทยาลัย พบเจอกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ทำให้วัยรุ่นกลุ่มนี้รู้เท่าไม่ถึงการณ์ขาดประสบการณ์ทำให้รู้ไม่เท่าทันคน และเพื่อนต่างเพศในรั้วมหาวิทยาลัย และนอกมหาวิทยาลัย จนเกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นอีกหนึ่งสาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมา ได้แก่ การตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยและการทอดทิ้งเด็ก การติดเชื้อเอดส์ ซึ่งการตั้งครรภ์ไม่พร้อมยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กที่เกิดมาและแม่วัยรุ่นทั้งทางกายและทางจิตใจ (Panichkriangkrai, 2014; Sommana, Chaimay & Woradet, 2018) จากรายงานของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ พบว่า ทารกที่เกิดจากแม่วัยรุ่น มีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น น้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ โลหิตจาง ภาวะขาดสารอาหารทั้งในครรภ์มารดาและหลังคลอด มีโอกาสเจ็บป่วยและพัฒนาการทางร่างกายและสมองช้ากว่าเด็กทั่วไป และที่สำคัญเด็กจะมี

พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาสังคมต่อไปอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นอกจากนี้ยังพบว่าการตั้งครกในขณะที่ยังร่างกายไม่พร้อมส่งผลให้วัยรุ่นเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากภาวะครรภ์เป็นพิษ โลหิตจาง ภาวะตกเลือดหลังคลอด รวมถึงการเสียชีวิตจากการคลอดบุตร และยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ ก่อให้เกิดความเครียดและโรคซึมเศร้าสูง เนื่องจากขาดความเตรียมพร้อมในการมีภาวะครอบครัว (Pilasant, 2015) จากการศึกษางานวิจัยต่าง ๆ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของนักศึกษา คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ ศาสนา รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรสของพ่อแม่ ลักษณะที่พักอาศัย แหล่งความรู้เรื่องเพศศึกษา ซึ่งวัยรุ่นเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จัดเป็นระยะหัวเลี้ยว หัวต่อของชีวิต เนื่องจากเป็นวัยที่เชื่อมต่อยุวกะหว่างเด็กและผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นผลมาจากการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย โดยเฉพาะพัฒนาการทางเพศ ที่ได้รับอิทธิพลจากฮอร์โมนเพศสูงสุดในช่วงวัยรุ่น จึงทำให้เข้าสู่ภาวะทางเพศอย่างสมบูรณ์ และยังเป็นแรงผลักดันให้เกิดอารมณ์ทางเพศได้อารมณ์จึงรุนแรง เปลี่ยนแปลงง่าย ไม่มีความแน่นอน (Arundee, Natrujirote, Kayee & Phungphak, 2016) 2) สัมพันธภาพในครอบครัว ครอบครัวขาดความอบอุ่น บิดามารดาแยกทางกัน ขาดการดูแลเอาใจใส่ส่งผลให้วัยรุ่นไม่ตั้งใจเรียน ไม่เห็นความสำคัญ ของการป้องกันการตั้งครกก่อนวัยอันควร (Meeboon & Hanpichai, 2017) ซึ่งสถาบันครอบครัวมีความสำคัญสูงสุดต่อการกล่อมเกล่าเด็ก และวัยรุ่นให้เติบโตเป็น “คน” ที่สมบูรณ์ มีคุณค่าต่อตนเองและผู้อื่น ความรักของพ่อแม่และความอบอุ่นของครอบครัว เป็นเสมือนเกราะคุ้มกันเด็กจากสิ่งเลวร้ายที่รุมล้อมอยู่ในสังคม แต่ในปัจจุบัน ปัจจัยรุมเร้าต่าง ๆ ได้เข้ามาส่งผลต่อสภาพครอบครัวและลักษณะการอบรมเลี้ยงดูเด็กได้เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลต่อศักยภาพของครอบครัวไทยในการเลี้ยงดู และย่อมส่งผลกระทบต่อพัฒนาการและพฤติกรรมของเด็กไทยในปัจจุบันด้วย 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การใช้สื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ การเที่ยวสถานเริงรมย์ การใช้สารเสพติด ซึ่งปัจจัยด้านนี้เป็นตัวกระตุ้นทำให้วัยรุ่นเกิดพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากการใช้อินเทอร์เน็ตอย่างอิสระของวัยรุ่น โดยขาดการชี้แนะจากผู้ปกครอง การเที่ยวสถานบันเทิงและการใช้สารเสพติดเป็นอีกหนึ่งความท้าทายในกลุ่มวัยรุ่นที่บ่งบอกถึงความกล้าและเป็นตัวบ่งบอกถึงการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ที่วัยรุ่นไม่อาจปฏิเสธเพื่อนได้ และผู้ปกครองเองยังไม่ค่อยเข้าถึงอินเทอร์เน็ต ทำให้ไม่ทราบข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่เปลี่ยนไป (Pupunhong, Wuttisin & Traitip, 2016)

การวางตัวต่อเพศตรงข้ามในศาสนาอิสลามตามหลักการฮาลาล (Wisetrat, 2020) ได้กล่าวถึงหลักการข้างต้นดังนี้ “เพศชายกับเพศหญิงไม่อนุญาตให้พูดคุยกันสองต่อสองอย่างใกล้ชิดแม้จะรู้จักและสนิทสนมกันก็ตาม ห้ามสัมผัสเนื้อต้องตัวกัน รวมไปถึงการจับมือถือแขนกัน” และมีหลักคำสอนปรากฏในอัลกรุอัน ซูเราะฮ์อันนุร บัญญัติที่ 31 ว่า “อย่างมองสิ่งต้องห้าม ให้รักนวลสงวนตัว และต้องไม่เปิดเผย ร่างกาย สิ่งประดับของพวกนาง ให้ปรากฏแก่สายตาเพื่อนต่างเพศ” (Israfil, 2019) การสัมผัสเนื้อตัวและการพูดคุยกันอย่างใกล้ชิดมีโอกาสทำให้เกิดอารมณ์ทางเพศได้ (Wisuttiapranee, 2020) ดังนั้นการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเหล่านี้ตามหลักคำสอนของอิสลามจะเป็นอีกช่องทางในการลดพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม และการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นการสื่อสารสองทาง โดยเน้นการสนทนาแบบฉันทมิตรมากกว่าการชี้แนะเพื่อให้ส่งเสริมสนับสนุนการมีพฤติกรรมสุภาพ และนำไปสู่การปฏิบัติด้วยตนเอง (Dejkhong, 2016) ทำให้นักศึกษาสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ด้วยตนเองมากกว่าการถูกบังคับ ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบป้องกันการตั้งครกก่อนวัยอันควรตามหลักการฮาลาล และการสร้างแรงจูงใจ โดยใช้กรอบแนวคิด การวางตัวต่อเพศตรงข้ามที่ถูกต้องตามหลักศาสนาอิสลาม และทฤษฎีการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ มีประเด็นสำคัญ 2 ประการที่มีอิทธิพลต่อรูปแบบป้องกันการตั้งครกก่อนวัยอันควรตามหลักการฮาลาล และการสร้างแรงจูงใจ คือ การพิจารณาถึงความจำเป็นของการช่วยให้วัยรุ่นเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการหรือทักษะสำหรับการเผชิญกับลักษณะภายในตนของชีวิตทางสังคมที่ได้ดำเนินอยู่โดยใช้หลักคำสอนทางศาสนาในการขัดเกลาและยึดเหนี่ยวจิตใจ รวมถึงการได้รับคำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการวางตัวที่เหมาะสม และประสิทธิภาพของการจัดรูปแบบป้องกันการตั้งครกก่อนวัยอันควรตามหลักการฮาลาล และการสร้างแรงจูงใจ จำเป็นที่จะต้องจัดขึ้นด้วยกระบวนการที่เป็นธรรมชาติที่จะให้เกิดการเรียนรู้

วัตถุประสงค์วิจัย

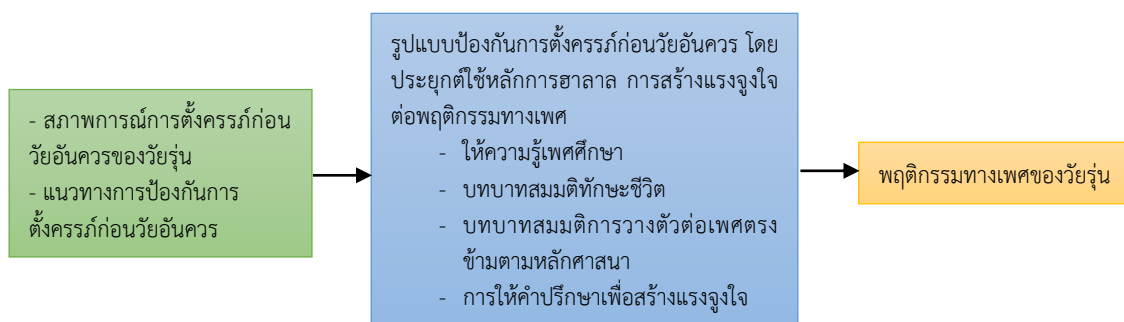
1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรและแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดยะลา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นของนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดยะลา
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โดยประยุกต์ใช้หลักการฮาลาล การสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมทางเพศของนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดยะลา

สมมติฐานวิจัย

นักศึกษาที่เข้าร่วมรูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมอยู่ในเกณฑ์ระดับต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรตามหลักการฮาลาล และการสร้างแรงจูงใจ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิด เพศศึกษา การวางตัวต่อเพศตรงข้ามที่ถูกต้อง ตามหลักศาสนาอิสลาม (Wisuttipranee, 2020) และทฤษฎีการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Detkong, 2016) ซึ่งมีประเด็นสำคัญ 2 ประการที่มีอิทธิพลต่อรูปแบบป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรการตามหลักการฮาลาล เน้นการวางตัวต่อเพศตรงข้าม และเริ่มต้นกิจกรรมโดยการให้นักศึกษาทำจิตใจให้ว่างเปล่า ถ่ายทอดหลักคำสอนทางศาสนาในการอยู่กับเพศตรงข้ามสองต่อสองรวมไปถึงบทลงโทษในโลกมนุษย์และอาคีร์ต(โลกหลังความตาย) และการสร้างแรงจูงใจ โดยเน้นการให้คำปรึกษาสองทางโดยใช้คำถามชี้แนะแต่คำตอบที่ได้หรือแนวปฏิบัติได้จากการหาคำตอบของนักศึกษาเอง นอกจากนี้ยังพิจารณาถึงความจำเป็นของการช่วยให้วัยรุ่นเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการหรือทักษะสำหรับการเผชิญกับลักษณะภายในตนของชีวิตทางสังคมที่ได้ดำเนินอยู่โดยใช้หลักคำสอนทางศาสนาในการขัดเกลาและยึดเหนี่ยวจิตใจ รวมถึงการได้รับคำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการวางตัวที่เหมาะสม ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้
ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นและแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรขั้นตอนนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีการดำเนินงานดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย 1) นักศึกษา จำนวน 10 คน 2) ผู้ปกครอง จำนวน 10 คน 3) ครูผู้สอนจำนวน 10 คน 4) ผู้นำศาสนาจำนวน 10 และ 5) ผู้นำการปกครองท้องถิ่น จำนวน 10 คน รวมทั้งสิ้น 50 คน โดยเลือก

ผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ 1) เป็นนักเรียนที่เคยเข้ารับบริการศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี 3) เป็นครูผู้สอนสุขศึกษาและครูแนะแนว ที่เป็นเครือข่ายศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น โรงพยาบาลยะลา 4) เป็นผู้นำศาสนามาแล้วอย่างน้อย 3 ปี และ 5) เป็นผู้นำการปกครองท้องถิ่นที่ปฏิบัติงานด้านเพศศึกษาของอำเภอเมืองยะลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร มีคำถามจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับสภาพการณ์ปัจจุบัน และปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร 2) ท่านมีข้อคิดเห็นอย่างไรต่อแนวทางการป้องกันวัยรุ่นตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

2. เครื่องบันทึกเสียง และสมุดจดบันทึก สำหรับจดข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย บุคคลที่มีความเชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 คน และอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านอิสลามศึกษา 1 คน จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับครูผู้สอนสุขศึกษาและครูแนะแนว ที่เป็นเครือข่ายศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น รพ. ยะลาจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและความเข้าใจตรงกันในประเด็นคำถามก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน 1 ครั้ง ช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2561 โดยจัดกลุ่มสนทนา 10 คน ไม่รวมผู้วิจัย มีแนวคำถาม 2 ข้อ ให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น มีผู้จดบันทึก 2 คน (Note-Taker) และขออนุญาตบันทึกการสนทนา ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 1.30 – 2.00 ชม. เมื่อสนทนาเสร็จในแต่ละจังหวัดผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ

การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดเวทีนำเสนอ/คืนข้อมูลการศึกษาแก่กลุ่มตัวอย่างทั้ง 5 กลุ่มอีกครั้งเพื่อมารับฟังการคืนข้อมูลในภาพรวมในวันที่ 12 ธันวาคม 2561 เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและความเข้าใจตรงกันก่อนนำผลการศึกษาไปสร้างรูปแบบต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree, & Miller (1992) ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง (Verify)

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โดยประยุกต์ใช้หลักการฮาลาล การสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมทางเพศ มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสารจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับหลักการฮาลาล การสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมทางเพศ

2. จัดสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน 1 ครั้ง ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 โดยจัดกลุ่มสนทนา 5 กลุ่มละ 10 คน ไม่รวมผู้วิจัย โดยกำหนดผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ในเครือข่ายศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น รพ. ยะลา ประกอบด้วย 1) 1) นักเรียน จำนวน 10 คน 2) ผู้ปกครอง จำนวน 10 คน 3) ครูผู้สอนจำนวน 10 คน 4) ผู้นำศาสนาจำนวน 10 คน และ 5) ผู้นำการปกครองท้องถิ่น จำนวน 10 คน รวมทั้งสิ้น 50 คน มีแนวคำถาม 2 ข้อ ได้แก่ 1) ท่านมีข้อคิดเห็นอย่างไรต่อแนวทางการป้องกันวัยรุ่นตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร 2) รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ควรเป็นไปในทิศทางใด ให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น มีผู้จดบันทึก 2 คน (Note-Taker) และ

ขออนุญาตบันทึกการสนทนา ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 1.30-2.00 ชม. เมื่อสนทนาเสร็จผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ

3. ผู้วิจัยนำผลวิจัยจากขั้นตอนที่ 1 รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มในขั้นตอนที่ 2 มาสรุปวิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อยกร่างเป็นรูปแบบป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โดยประยุกต์ใช้หลักการฮาลาล การสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมทางเพศ

4. นำรูปแบบป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โดยประยุกต์ใช้หลักการฮาลาล การสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมทางเพศไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ โดยมีผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ ให้มีการกระตุ้นเตือนผ่านแกนนำวัยรุ่นน ที่ผ่านการอบรมแกนนำผู้คำปรึกษา และให้มีการกระตุ้นเตือนผ่านไลน์กลุ่ม

5. แก่ไขรูปแบบตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ โดยเพิ่มเติมการจัดกลุ่มไลน์ และสร้างแกนนำวัยรุ่นและจัดอบรมหลักสูตรให้คำปรึกษา

6. นำรูปแบบป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โดยประยุกต์ใช้หลักการฮาลาล การสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมทางเพศฉบับสมบูรณ์หาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อชุมชน จากผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ด้านจิตวิทยา สาธารณสุข และผู้นำศาสนา จำนวน 5 คน ด้วยการส่งด้วยจดหมายอิเล็กทรอนิกส์พบว่าผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่ารูปแบบดังกล่าวมีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการร้อยละ 100 โดยเสนอแนะในประเด็นการจัดกิจกรรมให้มีความต่อเนื่องและเน้นการการแรงจูงใจด้วยตัวของวัยรุ่นเองเป็นหลัก

7. นำรูปแบบป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โดยประยุกต์ใช้หลักการฮาลาล การสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมทางเพศ ฉบับสมบูรณ์ไปใช้ทดลองในขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โดยประยุกต์ใช้หลักการฮาลาล การสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมทางเพศ ขั้นตอนนี้เป็นใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (One Groups Pre-test Post-test Design) มีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นนักศึกษาในระดับ ปวช.1-3 วิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดยะลา จำนวน 225 คน

กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาระดับ ปวช.1-3 วิทยาลัยอาชีวศึกษา จำนวน 30 คน เกณฑ์ในการคัดเลือก (inclusion criteria) เป็นนักศึกษาที่นับถือศาสนาอิสลามที่เคยรับบริการศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นโรงพยาบาลยะลา คัดเลือกนักศึกษาโดยการชักชวนและยินดียินยอมเข้าร่วมด้วยความสมัครใจจนครบจำนวนที่ต้องการ คำนวณโดยใช้รูปแบบ G* Power ใช้ Test Family เลือก t-test, Statistical test เลือก Mean: Difference Between Two Dependent Means (Match Paired) เลือก One Tail กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .80 (Cohen, 1988) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถควบคุมการออกจากกลุ่มขณะทำการทดลองได้จึงเผื่อกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ของขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 30 คน ผู้วิจัยจึงใช้นักศึกษาเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรตามหลักการฮาลาล และการสร้างแรงจูงใจ โดยมีการประยุกต์ใช้หลักการฮาลาล การสร้างแรงจูงใจ ต่อพฤติกรรมทางเพศของ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการดำเนินการวิจัยขั้นตอนที่ 2 ซึ่งประกอบด้วย การได้รับความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษา ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมทางเพศตรงข้ามตามหลักการฮาลาล การสร้างแรงจูงใจในการป้องกันตนเองจากพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดของพฤติกรรมทางเพศของนักศึกษาคือแบบวัดพฤติกรรมทางเพศที่ของนักศึกษา โดยปรับปรุงมาจากแบบวัดพฤติกรรมทางเพศของ Wae (2010) จำนวน 3 ข้อ โดยเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ 1 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง

2 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลย 3 คะแนน การพิจารณาระดับพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม ใช้การแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ โดยคำนวณช่วงคะแนนพิสัยหารด้วยช่วงชั้นที่ต้องการ (Srisathitnarakun, 2010) ซึ่งสามารถแปลผลคะแนนมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00 หมายถึง	มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสมในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33 หมายถึง	มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสมในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66 หมายถึง	มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสมในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบวัดพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมสุขภาพ การให้คำปรึกษาจำนวน 3 ท่าน และด้านอิสลามศึกษา 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence [IOC]) เท่ากับ 0.67-1.00 และนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาระดับ ปวช.1-3 วิทยาลัยอาชีวศึกษาผดุงประชายะลา จังหวัดยะลา ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ .92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยอธิบายลักษณะงานวิจัย ลักษณะรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรตามหลักการฮาลาล และการสร้างแรงจูงใจ อธิบายขั้นตอน วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการวิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยและกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบพร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. ให้เซ็นชื่อในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมรูปแบบ

3. ผู้วิจัยทำแบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศ ก่อนเข้ารับรูปแบบ (Pre-test) ในกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นทดลอง

ครั้งที่	กิจกรรม	วัตถุประสงค์ของกิจกรรม	เวลาที่ใช้
1	เปิดสปอร์ตโฆษณาเรื่องวัยใสกับท้องไม่พร้อม แจกแผ่นพับเกี่ยวกับเพศศึกษาบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษา เปิดวีดิทัศน์ “แม่วัยใส” ผลกระทบต่อร่างกาย สังคมและเศรษฐกิจ	1. เพื่อให้เกิดความรู้เรื่องเพศศึกษา ผลกระทบต่อร่างกาย สังคม และเศรษฐกิจ 2. เพื่อให้เกิดการรับรู้ความเสี่ยง อาจเกิดขึ้นเมื่อมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม	1 ชั่วโมงครึ่ง
2	เปิดวีดิทัศน์ “การท้องไม่พร้อมในอิสลาม” คำวินิจฉัยตามหลักศาสนาอิสลามกรณีมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่ง และตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร	1. เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ หลักคำสอน คำวินิจฉัย และบทบัญญัติตามหลักคำสอนของอิสลาม	1 ชั่วโมงครึ่ง - 2 ชั่วโมง
3	ให้สมาชิกที่เข้ารับการอบรม (สุ่มตัวอย่าง/ สมาชิกที่เต็มใจเปิดประสบการณ์) กล่าวถึงประสบการณ์ส่วนตัวที่เกี่ยวข้องกับความอึดอัดใจและปัญหาที่ทำให้ตัวเองรู้สึกไม่มีคุณค่า และเชื่อมโยงถึงว่าในชีวิตของทุกคนจะต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ไม่พร้อม	1. เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปัญหาเรื่องเพศในสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจริงในวัยรุ่น	1 ชั่วโมงครึ่ง - 2 ชั่วโมง
4	บทบาทสมมติโดยใช้หลักการวางตัวต่อเพศตรงข้าม และการให้คำปรึกษาโดยการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากนั้นผู้วิจัยซักถามสมาชิก	1. เพื่อให้เกิดการรับรู้บทบาทการวางตัวต่อเพศตรงข้ามที่ถูกต้อง	1 ชั่วโมงครึ่ง - 2 ชั่วโมง

ครั้งที่	กิจกรรม	วัตถุประสงค์ของกิจกรรม	เวลาที่ใช้
	กลุ่มโดยการให้ตัวอย่างสถานการณ์เสี่ยงแต่ละประเภท โดยเรียงลำดับตัวอย่างจากพฤติกรรมเสี่ยงน้อยไปเสี่ยงมากขึ้นสรุปประเด็นต่าง ๆ โดยผู้วิจัยพยายามกระตุ้นสมาชิกต่อการคิดเกี่ยวกับการตัดสินใจโดยใช้หลักการทางศาสนาเป็นเครื่องมือในการตัดสินใจ ให้สมาชิกกลุ่มซักถาม	ตามหลักศาสนาอิสลามด้วยตนเอง 2. เพื่อให้สามารถสร้างคุณค่าในตนเองและ แรงจูงใจในการป้องกันตนเองจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมโดยตนเอง	
5	การใช้กิจกรรมกระตุ้นเตือนทุก 2 สัปดาห์ โดยการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการป้องกันตนเองจากพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ครั้งที่ 1	1. เพื่อให้นักศึกษาถึงความต้องการและความตั้งใจในการป้องกันตนเองจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมาจากภายในตัวนักศึกษาเอง 2. เพื่อให้นักศึกษาสร้างความรู้สึกถึงความเป็นไปได้และทำได้ด้วยตนเองในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม	1 ชั่วโมงครึ่ง – 2 ชั่วโมง
6	การใช้กิจกรรมกระตุ้นเตือนทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง โดยการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการป้องกันตนเองจากพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ครั้งที่ 2	1. เพื่อให้นักศึกษาถึงความต้องการและความตั้งใจในการป้องกันตนเองจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมาจากภายในตัวนักศึกษาเอง 2. เพื่อให้นักศึกษาสร้างความรู้สึกถึงความเป็นไปได้และทำได้ด้วยตนเองในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม	1 ชั่วโมงครึ่ง – 2 ชั่วโมง
7	การใช้กิจกรรมกระตุ้นเตือนทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง โดยการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการป้องกันตนเองจากพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ครั้งที่ 3	1. เพื่อให้นักศึกษาถึงความต้องการและความตั้งใจในการป้องกันตนเองจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมาจากภายในตัวนักศึกษาเอง 2. เพื่อให้นักศึกษาสร้างความรู้สึกถึงความเป็นไปได้และทำได้ด้วยตนเองในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม	1 ชั่วโมงครึ่ง – 2 ชั่วโมง
8	การใช้กิจกรรมกระตุ้นเตือนทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง โดยการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการป้องกันตนเองจากพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ครั้งที่ 4	1. เพื่อให้นักศึกษาถึงความต้องการและความตั้งใจในการป้องกันตนเองจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมาจากภายในตัวนักศึกษาเอง	1 ชั่วโมงครึ่ง – 2 ชั่วโมง

ครั้งที่	กิจกรรม	วัตถุประสงค์ของกิจกรรม	เวลาที่ใช้
		2. เพื่อให้ นักศึกษาสร้างความรู้สึกถึงความเป็นไปได้และทำได้ด้วยตนเองในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม	

ชั้นหลังการทดลอง

3. หลังจากดำเนินการตามรูปแบบป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรตามหลักการฮาลาล และการสร้างแรงจูงใจผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศ (Post-test) อีกครั้ง

4. ทำการวิเคราะห์ข้อมูล และจัดรูปแบบนี้ให้แก่กลุ่มที่สนใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมทางเพศ ก่อนและหลังการจัดรูปแบบด้วยสถิติ Paired sample t-test ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010) โดยการทดสอบข้อมูลว่ามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) หรือไม่ด้วยการทดสอบจากสถิติ Shapiro-Wilk Test พบว่าข้อมูลมีแจกแจงเป็นโค้งปกติ

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยจะดำเนินการเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา ได้เลขจริยธรรมรับรองหมายเลข 051/2561 ลงวันที่ 3 สิงหาคม 2561 มีการคัดเลือกนักศึกษาโดยการชักชวนและยินดียใจเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ

ผลการวิจัย

1. สภาพการณ์การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นและแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล พบว่า นักศึกษาเคยใช้บริการศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่อายุ 17 ปี ผู้ปกครอง ส่วนใหญ่เพศหญิงร้อยละ 70 อายุ 46-55 ปี ร้อยละ 80 ครูผู้สอนเป็นเครือข่ายศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่เป็นครูแนะแนวร้อยละ 70 ผู้นำศาสนาส่วนใหญ่เพศชายร้อยละ 100 อายุ 46-55 ปี ร้อยละ 60 ผู้นำการปกครองท้องถิ่นส่วนใหญ่เพศชายร้อยละ 70 อายุ 46-55 ปี ร้อยละ 50

1.2 สาเหตุของการเกิดพฤติกรรม ได้แก่ ปังจัยนำ ปังจัยเอื้อ และปังจัยเสริม

ปังจัยนำ หมายถึง วัยรุ่นขาดความรู้เรื่องเพศอย่างเหมาะสมกับวัย การเปลี่ยนแปลงของร่างกายจิตใจ และอารมณ์เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น ความแตกต่างระหว่าง เพศชาย – หญิง ทั้งด้านความคิด ความรู้สึก เพื่อให้เกิดความเข้าใจ รู้เท่าทันตนเองและเพศตรงข้าม วัยรุ่นขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรนั้นสามารถป้องกันได้ตั้งแต่ต้นเหตุ โดยหลีกเลี่ยงการมีคูรักในวัยเรียน เพราะหน้าที่สำคัญของวัยรุ่นในวัยนี้คือการเรียนหนังสือ หากมีคูรักในวัยเรียนต้องหลีกเลี่ยงการอยู่สองต่อสองในที่ลับตา คบกันนอกขอบเขตหลักศาสนา รู้จักยับยั้งชั่งใจ ขาดความรู้ ความเข้าใจ หลักปฏิบัติและความหมาย ในคัมภีร์อัลกุรอานเพราะจะทำให้ไม่เกิดการชานา (การมีเพศสัมพันธ์ ที่ยังไม่แต่งงานตามหลักศาสนา) ซึ่งถือเป็นบาปใหญ่ในอิสลาม ไม่สามารถกระทำได้เลยแม้แต่การจับมือแต่ต้องเข้าใจว่าการแต่งงานเป็นทางออกของการปัญหาเพศสัมพันธ์ที่ไม่ถูกต้อง และขาดทักษะชีวิตที่จำเป็น ได้แก่ ทักษะปฏิเสธ ทักษะการตัดสินใจควรคิดก่อนทำ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง หาข้อดีข้อเสียถ้าไปทำพฤติกรรมเสี่ยงนั้นๆ ดังคำกล่าวของบุคคล ดังนี้

“ศาสนาห้ามมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน เพราะมันบาป” (สนทนากลุ่มผู้นำศาสนาคนที่หนึ่งกล่าว)

“ลูกควรนึกถึงพ่อ แม่ให้เยอะ ๆ” (สนทนากลุ่มวัยรุ่นคนที่สี่กล่าว)

“เด็กขาดความรู้ที่ถูกต้อง ว่าต้องทำยังไง ไม่ให้ท้อง” (สนทนากลุ่มผู้ปกครองคนที่หกกล่าว)

“เด็กไม่เข้าใจและขาดการเข้าถึงหลักศาสนา ซึ่งอัลกรุอันบอกแล้ว ว่าให้ห่างจากการชู้น”

(การมีเพศสัมพันธ์ ที่ยังไม่แต่งงานตามหลักศาสนา) (สนทนากลุ่มผู้นำศาสนาคนที่หกกล่าว)

ปัจจัยเอื้อ หมายถึง ได้แก่ สื่อที่กระตุ้นอารมณ์ทางเพศ เช่น หนังสือ ละคร ซีรีส์ต่าง พฤติกรรมที่นำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยง เช่น การเที่ยวกลางคืน การเสพยาเสพติด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ที่จะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงนั้น สถานที่หล่อแหลมต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น การอยู่สองต่อสองในที่ลับตาคน และกรณีที่มีครูักในวัยเรียนนั้น ควรรู้จักยับยั้งชั่งใจ และควรรักษาวินัยส่วนตัว ดังคำกล่าวของบุคคล ดังนี้

“การอยู่สองต่อสอง ทำให้เกิดอารมณ์ทางเพศได้ง่ายที่สุด และออกจากสถานการณ์นั้นยาก เพราะใจไม่ยอมทำ” (สนทนากลุ่มวัยรุ่นคนที่สองกล่าว)

“เวลาดูหนังโป๊ จะมีอารมณ์ได้ง่ายและเสี่ยงที่จะไปมีเพศสัมพันธ์” (สนทนากลุ่มวัยรุ่นคนที่สี่กล่าว)

ปัจจัยเสริม หมายถึงบุคคลที่สนับสนุนให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมของวัยรุ่น ได้แก่ พ่อแม่ ผู้ปกครองขาดความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาที่ถูกต้อง ขาดการรับฟังความคิดเห็น และไม่มีการสื่อสารภายในครอบครัวเรื่องเพศภายในครอบครัว การมีทิวและลงโทษเมื่อบุตรทำความผิดทำให้วัยรุ่นหันไปเรียกร้องความรักจากคูรัักแทน และผู้ปกครองยังไม่ยอมรับเรื่องเพศศึกษา ดังคำกล่าวของบุคคล ดังนี้

“บางครั้งผู้ปกครองเอง ก็ยังไม่มีความรู้เรื่องเพศมากพอที่จะสอนลูก” (สนทนากลุ่มผู้ปกครองคนที่สี่กล่าว)

“อยากให้พ่อแม่มีเวลารับฟังและเป็นทีปรึกษาเวลาลูกมีปัญหา” (สนทนากลุ่มวัยรุ่นคนที่สามกล่าว)

“ขาดสื่อที่ดีให้ผู้ปกครองได้ศึกษาและยอมรับเรื่องเพศ” (สนทนากลุ่มผู้ปกครองคนที่หนึ่งกล่าว)

“บางครั้งการพูดคุยเรื่องเพศกับลูก ก็รู้สึกอายไม่รู้จะเริ่มอย่างไร” (สนทนากลุ่มผู้ปกครองคนที่หนึ่งกล่าว)

1.3 แนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในอำเภอเมือง จังหวัดยะลา จากสารสนเทศสามารถสรุปได้ดังนี้

ต้องนำคำสอนของศาสนาที่ตนนับถือเป็นบรรทัดฐานในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับเรื่องเพศ เพราะศาสนาได้สอนเรื่องเพศไว้อย่างเหมาะสม ได้แก่ เช่น การไม่หลงเชื่อคำพูดของเพศตรงข้าม สำหรับวัยรุ่นมุสลิมต้องศึกษาอัลกรุอัน (คัมภีร์ที่มุสลิมเชื่อว่าเป็นพระวจนะของพระเจ้าที่ประทานผ่านทางเทวทูตเพื่อเป็นหลักการใช้ชีวิตของมุสลิมทุกคน) ถือศีลอด (การงดเว้นจากการกิน การดื่ม การเสพและการมีความสัมพันธ์ทางเพศตั้งแต่ดวงอาทิตย์ขึ้นจนดวงอาทิตย์ตกตลอดทั้งเดือนของทุกปี โดยมีเจตนาว่าจะทำเพื่อพระเจ้า) ซิกิร (คำกล่าวรำลึกถึงพระเจ้าหลังการละหมาด) และละหมาดซุนนะฮ์ ให้มาก เป็นต้น(การละหมาดนอกเหนือการละหมาดหลัก5เวลาไม่ทำไม่ถือว่าเป็นบาป หากปฏิบัติจะเพิ่มบุญ) จัดอบรมเรื่องเพศศึกษาและการให้คำปรึกษาวัยรุ่นแก่พ่อแม่ผู้ปกครองเพื่อนำไปใช้ในการดูแลสมาชิกในครอบครัว จัดทีมให้ความรู้ในเรื่องเพศศึกษาประจำโรงเรียน อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อกระตุ้นให้วัยรุ่นสามารถสร้างแรงจูงใจในการป้องกันพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมในกลุ่มของผู้นำศาสนาควรมีการจัดกิจกรรมเน้นในเรื่องการเปลี่ยนแปลงของยุคสมัย ค่านิยมและพฤติกรรมของวัยรุ่นที่เปลี่ยนไป เพื่อตั้งรับกับปัญหาได้อย่างถูกต้อง การสร้างแกนนำให้คำปรึกษาในกลุ่มเพื่อนและครูที่ใกล้ชิดกับวัยรุ่นดังคำกล่าวของบุคคล ดังนี้

“การนำหลักศาสนาต่างๆไปใช้ปฏิบัติจะช่วยลดปัญหาทางเพศได้ดีที่สุด” (สนทนากลุ่มผู้นำศาสนาคนที่สามกล่าว)

“พ่อแม่ไม่เคยสอนเพศศึกษา ต้องเรียนรู้เองจากสื่อต่างๆที่เข้าถึงได้ง่ายๆ” (สนทนากลุ่มวัยรุ่นคนที่สามกล่าว)

“อยากให้มิกิจกรรมให้ความรู้เรื่องเพศโดยผู้เชี่ยวชาญทุกสัปดาห์” (สนทนากลุ่มวัยรุ่นคนที่หกกล่าว)

“ควรนำศาสนามาบูรณาการกับวิชาเพศศึกษาโดยเฉพาะในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้” (สนทนากลุ่มผู้นำศาสนาคนที่สามกล่าว)

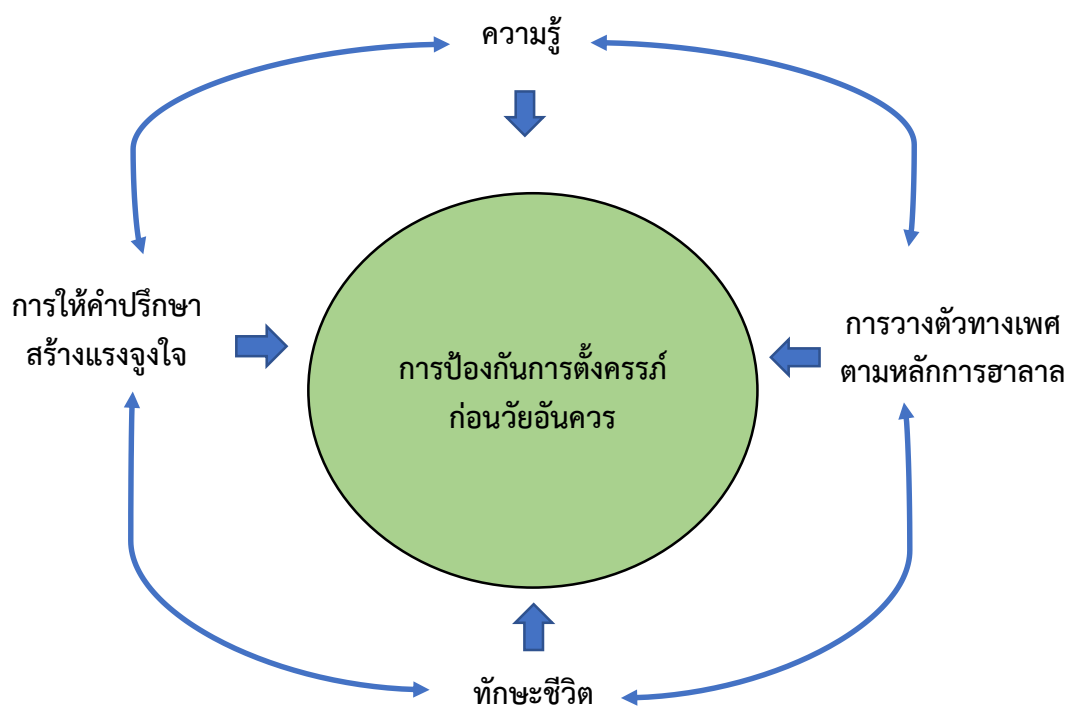
“ผู้ปกครองต้องให้ความรู้ ปลุกฝังจิตสำนึกให้ลูกให้รู้ถูกผิด สิ่งไหนควรและไม่ควร” (สนทนากลุ่มผู้นำศาสนาคนที่สองกล่าว)

“อยากให้มิกิจกรรมให้วัยรุ่นเข้าถึงศาสนาากกว่านี้” (สนทนากลุ่มวัยรุ่นคนที่หนึ่งกล่าว)

“วัยรุ่นควรเกิดความตระหนักที่จะป้องกันตนเองจากพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม” (สนทนากลุ่มวัยรุ่นคนที่หนึ่งกล่าว)

“ควรมีเพื่อนหรือผู้ให้คำปรึกษาในการกระตุ้นให้วัยรุ่นเห็นคุณค่าในตนเอง” (สนทนากลุ่มผู้นำปกครองท้องถิ่นคนที่แปดกล่าว)

2. รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค การวางตัวทางเพศตามหลักการฮาลาล ดังภาพ 2



ภาพ 2 รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โดยประยุกต์ใช้หลักการฮาลาล และการให้คำปรึกษาสร้างแรงจูงใจ

จากภาพ 2 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรจึงเกิดขึ้นและดำเนินกิจกรรมภายใต้แนวคิดหลักการฮาลาลและการสร้างแรงจูงใจ โดยใช้กรอบแนวคิด การวางตัวต่อเพศตรงข้ามที่ถูกต้องตามหลักศาสนาอิสลาม และทฤษฎีการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ มีประเด็นสำคัญ 2 ประการที่มีอิทธิพลต่อรูปแบบป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรคือการตามหลักการฮาลาล และการสร้างแรงจูงใจ 1) การพิจารณาถึงความจำเป็นของการช่วยให้วัยรุ่นเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการหรือทักษะสำหรับการเผชิญกับลักษณะภายในของชีวิต

ทางสังคมที่ได้ดำเนินอยู่โดยใช้หลักคำสอนทางศาสนาในการขัดเกลาและยึดเหนี่ยวจิตใจ และ 2) การได้รับคำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการวางตัวที่เหมาะสมโดยเกิดจากตัวนักศึกษาเอง

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โดยประยุกต์ใช้หลักการฮาลาล และการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมทางเพศของนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดยะลา

3.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 อาชีพของผู้ปกครองกลุ่มตัวอย่างทำสวน คิดเป็นร้อยละ 66.7 รายได้ 3,001- 4,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 46.7 และด้านสถานภาพสมรสของ บิดา-มารดา สมรสและอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 83.2 ด้านลักษณะที่พักอาศัย ที่พักบ้านกับพ่อแม่และแม่ คิดเป็น ร้อยละ 44.6 และด้านแหล่งความรู้เรื่องเพศศึกษานักศึกษาได้รับจากเพื่อนมากที่สุดร้อยละ 30.8

3.2 ประสิทธิภาพของรูปแบบป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โดยประยุกต์ใช้หลักการฮาลาล การสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมทางเพศของนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดยะลา

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมรายข้อของ นักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดยะลา ระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม	n	M	SD	t	p-value (1-tailed)
การจับมือถือแขน					
ก่อนใช้รูปแบบ	30	1.37	0.67	-6.38	<.001
หลังใช้รูปแบบ	30	2.50	0.73		
การกอดจูบกับเพศตรงข้าม					
ก่อนใช้รูปแบบ	30	1.37	0.61	-2.76	<.001
หลังใช้รูปแบบ	30	1.70	0.84		
การร่วมเพศ					
ก่อนใช้รูปแบบ	30	1.30	0.65	-7.00	<.001
หลังใช้รูปแบบ	30	2.47	0.63		

จากตาราง 2 พบว่านักศึกษามีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมลดลง ได้แก่การจับมือถือแขน ($M=2.50$, $SD=0.73$) การกอดจูบกับเพศตรงข้าม ($M=1.70$, $SD=0.84$) และการร่วมเพศ ($M=2.47$, $SD=0.63$) ลดลงต่ำกว่า ก่อนเข้าร่วมรูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) แสดงให้เห็นว่า นักศึกษาหลังเข้าร่วมมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมอยู่ในระดับต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมรูปแบบ

อภิปรายผล

การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นในพื้นที่ที่มีสาเหตุหลัก ๆ เกิดจาก 1) ตัวของวัยรุ่นขาดความเข้าใจ เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ขาดความรู้ ความเข้าใจ หลักปฏิบัติและความหมาย ในคัมภีร์อัลกุรอาน การมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน (ซินา) ขาดทักษะชีวิตที่จำเป็น ได้แก่ ทักษะปฏิเสธ ทักษะการตัดสินใจควรคิดก่อน ทำ ขาดความรู้เรื่องเพศอย่างเหมาะสมกับวัย การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ ซึ่งตรงกับข้อมูลกลุ่มเป้าหมายทางวัฒนธรรม (Office of the Permanent Secretary, Ministry of Culture, 2548 อ้างถึงใน Nakornthap, 2005) ได้กล่าวถึงเด็กในมิติทางศาสนาว่า “เด็กไทยมีแนวโน้มห่างเหินจากสถาบันศาสนามากขึ้น ร้อยละ 65 ไม่เคยเข้าศาสนสถานเลยในรอบ 1 เดือน ในทางตรงกันข้าม วัยรุ่นกลับเลือกที่จะใช้ชีวิตตามทางสรรพสินค้า ดูภาพยนตร์ คุยโทรศัพท์ หรือเล่นอินเทอร์เน็ตเพื่อความบันเทิงมากกว่า” สื่อหรือพฤติกรรมที่กระตุ้นอารมณ์ทางเพศ เช่น หนังสือ ละคร ซีรีส์ต่าง ๆ การเที่ยวกลางคืน การเสพยาเสพติด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ที่จะ

ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงนั้น และสถานที่ล่อแหลมต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น การอยู่สองต่อสองในที่ลับตาคน จะเห็นว่าในปัจจุบันสถานเริงรมย์ มีหลากหลายรูปแบบ เช่น โรงภาพยนตร์ ดิสโก้เธค คอกเทลเลาจ์ ผับ ไนต์คลับ คาราโอเกะ และสถานบริการทางเพศ และเพิ่มขึ้น อย่างรวดเร็ววัยรุ่นจึงนิยมเข้าไปเที่ยวตามสถานเริงรมย์ต่าง ๆ ซึ่งบางแห่งมีการเผยแพร่ภาพที่ยั่วยุกามารมณ์ มีการขายบริการทางเพศแอบแฝงอยู่ และมีการแสดงโชว์ต่าง ๆ ที่กระตุ้นให้เกิดความต้องการทางเพศ และหลังจากนั้นก็ซื้อบริการทางเพศของสถานเริงรมย์แห่งนั้น หรือไปหาทางพ่อนคลายความต้องการทางเพศจากแหล่งอื่น เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ Pupunhong, Wuttisin & Traitip (2016) พบว่า การเที่ยวสถานบันเทิง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น นั่นคือการไปเที่ยวสถานเริงรมย์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น และบุคคลที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมทางเพศ ได้แก่ พ่อแม่ ผู้ปกครองขาดความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาที่ถูกต้อง ผู้ปกครองขาดการรับฟังความคิดเห็น และไม่มีการสื่อสารภายในครอบครัวเรื่องเพศภายในครอบครัว และผู้ปกครองยังไม่ยอมรับเรื่องเพศศึกษา ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ Meeboon & Hanpichai (2017) ที่พบว่าสาเหตุการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นเกิดจาก ครอบครัวขาดความอบอุ่น บิดามารดาแยกทางกัน ขาดการดูแลเอาใจใส่ส่งผลให้วัยรุ่นไม่ตั้งใจเรียน ไม่เห็นความสำคัญ ของการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ซึ่งลักษณะการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวที่ไม่ถูกต้อง ทำให้ลูกเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและเอาแต่ใจตัวเอง ขาดความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม และนำไปสู่การคบเพื่อนที่ไม่ดี เกิดการลอกเลียนแบบพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ถูกต้อง จนกลายเป็นปัญหาสังคมในอนาคต การศึกษาของ Arundee, Natrujirote, Kayee, & Phungphak (2016) พบว่า ครอบครัวในปัจจุบันมีเวลาให้กันน้อยลงต่างคนต่างมีหน้าที่จำเป็นจึงไม่มีเวลาสอนบุตรหลาน การพูดคุยเรื่องเพศในครอบครัวยังไม่เป็นที่ยอมรับ เพราะผู้ใหญ่ในครอบครัวยังเห็นว่าเรื่องเพศเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม และผู้ใหญ่ยังมีความคิดว่าการสอนเรื่องเพศกับวัยรุ่น เป็นการชี้ทางให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมทางเพศมากขึ้น ดังนั้นจึงเป็นอีกหนึ่งเหตุผลที่การให้ความรู้เรื่องเพศผ่านครอบครัว ยังไม่ประสบความสำเร็จ

รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรจึงเกิดขึ้นและดำเนินกิจกรรมภายใต้แนวคิดหลักการฮาลาลและการสร้างแรงจูงใจ โดยใช้กรอบแนวคิด การวางตัวต่อเพศตรงข้ามที่ถูกต้องตามหลักศาสนาอิสลาม และทฤษฎีการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ซึ่งรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับแผนพัฒนา ด้านการพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2563 - 2565) ของคณะกรรมการพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์แห่งชาติ กระทรวงวัฒนธรรม สำนักงานปลัดกระทรวงวัฒนธรรม ยุทธศาสตร์ที่ 1 ขยายสื่อดี การสนับสนุนการผลิตและเผยแพร่ สื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ ข้อที่ 1 สนับสนุนให้มีการพัฒนาประมวลจริยธรรม และแนวปฏิบัติที่ดีของสื่อแต่ละแขนง เพื่อร่วมสร้างสรรค์การเรียนรู้ที่มีการบูรณาการหลักธรรมคำสอนทางศาสนาอย่างมีประสิทธิภาพ (National Safe and Creative Media Development Board Ministry of Culture, 2020) ซึ่งการใช้หลักคำสอนทางศาสนาอิสลามหรือหลักการฮาลาลในการวางตัวต่อเพศตรงข้ามจะช่วยขัดเกลาจิตใจและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมได้ดังกล่าวของ Wisetrat (2020) ว่า“เพศชายกับเพศหญิงไม่อนุญาตให้พูดคุยกันสองต่อสองอย่างใกล้ชิดแม้จะรู้จักและสนิทสนมกันก็ตาม ห้ามสัมผัสเนื้อต้องตัวกัน รวมไปถึงการจับมือถือแขนกัน”(Wisetrat,2020) และอิสลามห้ามกิจกรรมที่จะนำมาซึ่งการประเวณีนอกสมรส กล่าวคือ ปิดกั้นหนทางที่นำไปสู่การดังกล่าว แม้จะเป็นเพียงเล็กน้อยก็ตาม เช่น การแต่งกายให้มิดชิด ไม่โป้ หรือรัดรูป การใช้เครื่องหอมหรือเครื่องสำอางจนเกินขอบเขต การเดินทางคนเดียว การนัดพบตามลำพังกับเพศตรงข้าม การสัมผัสจับมือถือแขน การกอดจูบลูบคลำ และการเล้าโลม เป็นต้น (Assaf-Mufti & bayat, 1995) จากผลการศึกษา พบว่า การสัมผัสระหว่างชายและหญิงในลักษณะต่าง ๆ ได้แก่การจับมือถือแขน การกอดจูบ การลูบคลำ การเล้าโลม จะสามารถพัฒนาไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ได้ (Muss, 1990 อ้างถึงใน Wae, 2010) จะเห็นได้ว่า สัมผัสภาพและความเกี่ยวข้องทางด้านร่างกายและอารมณ์ จะผูกพันกันอย่างลึกซึ้งขึ้นไปเรื่อย ๆ จนถึงขั้นสูงสุด คือมีการมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้รูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรยังได้ บูรณาการการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการวางตัวที่เหมาะสม

โดยเกิดจากตัวนักศึกษาเอง ซึ่งเป็นไปตามหลักทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลักการสำคัญที่จำเป็นในการให้คำปรึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้แก่ การสร้างความร่วมมือมากกว่าการเผชิญหน้า การดึงความต้องการและความตั้งใจมาจากภายในตัวผู้รับการปรึกษามากกว่าการแนะนำสั่งสอน และการสร้างความรู้สึกถึงความเป็นไปได้และทำได้ด้วยตนเอง มากกว่าการเชื่อฟังและทำตาม (Detkong, 2013)

หลังเข้าร่วมรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรตามหลักการฮาลาล และการสร้างแรงจูงใจ สมมติฐาน “คะแนนเฉลี่ยนักศึกษาที่เข้าร่วมรูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมอยู่ในเกณฑ์ระดับต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรตามหลักการฮาลาล และการสร้างแรงจูงใจ” จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยนักศึกษาที่เข้าร่วมรูปแบบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมทางเพศลดลงก่อนเข้าร่วมรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรตามหลักการฮาลาล และการสร้างแรงจูงใจ และหลังเข้าร่วมรูปแบบ พบว่า นักศึกษาหลังเข้าร่วมรูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมลดลงก่อนเข้าร่วมรูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ถึงบทบาทชายและหญิงที่เกี่ยวข้องกันและขอบเขตการวางตัวรวมถึงการบำบัดความต้องการทางเพศตามที่ศาสนาอิสลามกำหนด เพื่อให้สามารถรักษาศีลธรรมจรรยาของทั้งสองฝ่ายได้ ซึ่งมีหลักคำสอนปรากฏในอัลกรุอัน ซูเราะฮ์อันนูร ญะอ์ดีที่ 31 ว่า “และจงประกาศแก่มวลสตรีผู้มีความศรัทธาทั้งหลาย ให้พวกนางยับยั้งสายตาของพวกนาง (อย่างมองสิ่งต้องห้าม) และให้พวกนางรักษาสีงพึงสงวน (อวัยวะเพศ) ของพวกนางไว้ และพวกนางจะต้องไม่เปิดเผย (ร่างกายส่วนที่สวมใส่) สิ่งประดับของพวกนาง (ให้ปรากฏแก่สายตาเพื่อนต่างเพศ) ยกเว้นส่วนที่เปิดเผยจากมัน (คือบางส่วนของร่างกายที่อนุญาตให้เปิดเผยได้) และให้พวกนางดึงผ้าคลุมศีรษะของพวกนางลงมาปิดไว้บนคอเสื้อ (หน้าอก) ของนาง และอย่าให้พวกนางเปิดเผยเครื่องประดับของพวกนาง ยกเว้นสามีนางเอง หรือบิดาของพวกนาง หรือบิดาของคู่ครองของพวกนาง” (Israfil, 2019) รวมทั้งมีการพัฒนาการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสนทนาเป็นระยะ ซึ่งเป็นการสื่อสารสองทาง โดยเน้นการสนทนาแบบฉันทมิตรมากกว่าการชี้แนะเพื่อให้ส่งเสริมสนับสนุนการมีพฤติกรรมสุขภาพ และนำไปสู่การปฏิบัติด้วยตนเอง (Dejkhong, 2016) ภายใต้อาณัติฮาลาล และการสร้างแรงจูงใจ ที่มีผลให้ผู้เข้าร่วมรูปแบบมีความมั่นใจยิ่งขึ้นในการแสดงพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรตามหลักการฮาลาล และการสร้างแรงจูงใจ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมของของกลุ่มทดลองมีคะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.34 และเมื่อกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรตามหลักการฮาลาล และการสร้างแรงจูงใจ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมของของกลุ่มทดลองมีคะแนนค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.22

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำรูปแบบไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยเฉพาะการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ องค์กรศาสนา และการศึกษา
2. สามารถนำรูปแบบไปใช้ในครอบครัว โดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองกับนักวิชาการสาธารณสุขในการขัดเกลาพฤติกรรมโดยใช้หลักการวางตัวตามหลักศาสนาและการติดตามพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นโดยการสนทนาแบบสองทางอย่างเป็นระยะ
3. สามารถนำรูปแบบไปใช้ในชุมชน ผู้นำชุมชนหรือผู้นำท้องถิ่นควรมีการนำรูปแบบไปสอดแทรกในกระบวนการทำงานป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและทำงานร่วมกับนักวิชาการสาธารณสุขและผู้นำศาสนามากขึ้น
4. สามารถนำรูปแบบไปใช้ในสถานศึกษา ครูผู้สอนควรมีการบูรณาการการสอนเพศศึกษาควบคู่กับรูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และมีการติดตามพฤติกรรมทางเพศของนักเรียน นักศึกษา อย่างใกล้ชิด และผู้บริหารสถานศึกษาควรมีการนำรูปแบบไปใช้ในสถานศึกษาโดยเฉพาะโรงเรียนเอกชนสอนศาสนา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนางานวิจัยต่อยอดเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ในประเด็นบทบาทครอบครัวในการสื่อสารกับวัยรุ่น
2. ศึกษางานวิจัยเชิงคุณภาพในการพัฒนาสื่อการสอนเพศศึกษา รูปแบบการสอนที่สามารถใช้ในครอบครัว ชุมชน ตามบริบทพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม
3. ควรมีการศึกษาเชิงนโยบายเพื่อกำหนดนโยบาย และรูปแบบในการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรโดยบูรณาการร่วมกับชุมชน ผู้นำศาสนา ในการแก้ปัญหาและพัฒนาพฤติกรรมทางเพศ

References

- Arundee, S., Natrujirote, W., Kayee, P., & Phungphak, W. (2016). The Needs of Teenage Mothers for Healing and Preventing Unintended Teenage Pregnancy. *Journal of Srinakharinwirot University*, 19(1), 46-61 (in Thai)
- Assaf-Mufti, A., bayat, S., 1995. *Islam and Sex*. Translate by Charan Malulim. Bangkok. Islamic Academy, 1-17 (in Thai)
- Israfil, A. (2019). *Thai Quran Idiom Translation*. Retrieved July 14, 2020, from <https://sites.google.com/site/abuisrafil/contact-us>.
- Detkong, T. (2013). *Motivation Interviewing for NCDs; MI NCDs (Research Synthesis)*. Bangkok. BEYOND PUBLISHING CO, p.11 (in Thai)
- Detkong, T. (2016). *Motivation Interviewing for NCDs; MI NCDs*. Bangkok. BEYOND PUBLISHING CO, p.4 (in Thai)
- Meeboon, N., & Hanpichai, S. (2017). The Causes of Teenage Pregnancy in Chaibadan District. *Academic Journal of Faculty of Humanities and Social Sciences*, 7(1) 71-81 (in Thai)
- Nakornthap, A. (2005). *Thai Children in the Cultural Dimension*. 2-3. (in Thai)
- National Safe and Creative Media Development Board Ministry of Culture. (2020). *Development Plan for the Development of Safe and Creative Media Phase 1 (2020 - 2022)*, p.4 (in Thai)
- Panichkriangkrai, W. (2014). *Teenage Motherhood in Thailand*. (Doctor Dissertation). London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, p.107-108 (in Thai)
- Pilasant, S. (2015). *The Impact of Pregnancy in Thai Teenages*. Technology and Health Policy Assessment Program, p.1-3 (in Thai)
- Pupunhong, W., Wuttisin K. & Traitip T. (2016). Factors Related to Sexual Behavior of Teenagers in Amphoe Meuang Kalasin Province. *Prae-wa Kalasin Journal of Kalasin University*, 3(2), 54-72 (in Thai)
- Reproductive Health Office. (2020). *Annual Report 2020*. Bangkok: Reproductive Health Office, Department of Health, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Sommana, W., Chaimay, B., & Woradet, S. (2018). Factors Associated with Risk Behavior of Teenage Pregnancy among Secondary School Students in Paphayom District, Phatthalung Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(3), 21-22 (in Thai)
- Srisathitnarakun, B. (2010). *The Methodolody in Nursing Research*. (pp.304-305).5. Bangkok: Chulalongkorn University, 304-305 (in Thai)



- Wae, A. (2010). *Family and Environment Factors Affecting Sexual Behaviors of Vocational Students in Yala Municipality*. (Master Thesis). Prince of Songkla University, Songkhla, p.56 (in Thai)
- Wisetrat, W. (2020). *Islam and Posing Towards the Opposite Sex*. Retrieved June 24, 2020, from: <https://www.youtube.com/watch?v=GltYobNtncs>.
- Wisuttipranee, I. (2020). *Islam and Posing Towards the Opposite Sex*. Retrieved June 24, 2020, from <https://www.youtube.com/watch?v=GltYobNtncs>.

การประเมินหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข
(หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
สถาบันพระบรมราชชนก

The Evaluation of Bachelor of Public Health Program in Dental Public Health
(Revised in 2017) Sirindhorn Public Health College,
Suphanburi Province, Praboromarajchanok Institute

สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์*

Sutthisak Suriruk*

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี*
Sirindhorn College of Public Health Suphanburi*

(Received: September 04, 2020; Revised: May 16, 2021; Accepted: June 09, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี สถาบันพระบรมราชชนก โดยใช้รูปแบบการประเมินซีบี (CIPP Model) ประเมินใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ด้านผลผลิต ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้บริหาร จำนวน 10 คน ผู้สอน จำนวน 51 คน และบัณฑิต จำนวน 39 คน รวม 100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามสำหรับผู้บริหาร มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 แบบสอบถามสำหรับผู้สอน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 แบบสอบถามสำหรับบัณฑิต มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า

ด้านบริบท เอกสารหลักสูตร ประมวลรายวิชา และลักษณะวิชาของหลักสูตรทุกรายวิชา มีความสอดคล้องกับสาระการเรียนรู้และสมรรถนะของนักศึกษา อยู่ในระดับมากที่สุด โดยลักษณะวิชาส่วนใหญ่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหลักสูตรและกิจกรรมการเรียนรู้ อยู่ในระดับมาก

ด้านปัจจัยนำเข้า ผู้สอนมีจำนวนเพียงพอ ส่วนใหญ่มีคุณสมบัติตรงกับรายวิชาที่สอน ในระดับปริญญาตรี ทรัพยากรสนับสนุนการเรียนการสอน ด้านอาคารสถานที่ สื่อโสตทัศนูปกรณ์ต่าง ๆ มีจำนวนเพียงพอ สถานที่ฝึกภาคปฏิบัติมีคุณภาพอยู่ในระดับพอใช้ แต่ตำราวารสารมีไม่เพียงพอ

ด้านกระบวนการ ในการบริหารหลักสูตรมีการจัดทำแผนแม่บทและชี้แจงให้ผู้สอนเข้าใจก่อนนำไปใช้ แต่ไม่ได้ชี้แจงสาระสำคัญของหลักสูตรและประมวลรายวิชาให้ผู้สอนเข้าใจก่อนนำไปเขียนแผนการสอน ไม่มีการนิเทศ กำกับติดตาม และประเมินผลการจัดการเรียน การสอน รายวิชาส่วนใหญ่มีแผนการสอน มีบางรายวิชาที่อาจารย์พิเศษ เป็นผู้สอนไม่มีแผนการสอน พฤติกรรมการสอนของผู้สอน พฤติกรรมการเรียนของผู้เรียน และปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียนอยู่ในระดับมาก

ด้านผลผลิตจากสมรรถนะของบัณฑิตที่จบการศึกษา พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับแสดงพฤติกรรมนั้นเกือบทุกครั้ง ($\mu = 4.20$, $\sigma = 0.48$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการปฏิบัติการงานทันตสาธารณสุขโดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล และความหลากหลายทางวัฒนธรรม ($\mu = 4.24$, $\sigma = 0.52$) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ฯ ($\mu = 4.16$, $\sigma = 0.49$)

ควรมีการศึกษาโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้ใช้หลักสูตร และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการใช้หลักสูตร

คำสำคัญ: หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต, สาขาวิชาทันตสาธารณสุข, ประเมินหลักสูตร

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sut_523@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 083-0776939)

Abstract

The purposes of this research was to evaluate a curriculum of the Bachelor of Public Health Program in Dental Public Health (Revised in 2017, Sirindhorn Public Health College, Suphanburi Province, Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development, Suphanburi using Stufflebeam's CIPP Evaluation Model. Four aspects including context, input, process and product were investigated. The population were 100 participants including 39 graduates, 51 instructors, and 10 administrators. The research tool was the two sets of questionnaire; one for administrators and instructors, and the other one for graduates. Reliability of those questionnaires were 0.89, and 0.85, respectively. Data were analyzed by frequency, percentage, arithmetic mean, and standard deviation.

The results of this research were as follows:

1. Context aspect: The curriculum documents, the course syllabus, and all courses in the curriculum were consistent with the learning and competencies of students at the highest level. Most of the course characteristics are consistent with course objectives and learning activities at a high level.

2. Input aspect: There were enough instructors. Most of them had qualifications that matched the courses being taught. Teaching and learning facilities including buildings, and the audio-visual media were sufficient. The qualified practical training facility was at a fair level. But journal texts were not enough.

3. Process aspect: In terms of the course administration, a master plan was prepared and explained to the teachers before using it. But there was no clarification about the essence of the curriculum and the course content for the instructors to understand before writing the lesson plan. There was no supervision, monitoring, and evaluation of teaching and learning management. Most of the courses had a teaching plan. There were some courses taught by the guest lecturers without lesson plans. Teaching behavior of teachers, students' learning behavior, and the interaction between teachers and students were at a high level.

4. In terms of graduates' competency, overall performance was at a high level was ($\mu = 4.20$, $\sigma = 0.48$). When considered in each part, it was found that the highest level was in dental care working based on respect of individuals and awareness of cultural diversity ($\mu = 4.24$, $\sigma = 0.52$). While the lowest level was in health promotion ($\mu = 4.16$, $\sigma = 0.49$).

Recommendation for further study is conducting a participatory action research process among course users, and stakeholders in the curriculum.

Keyword: Evaluation Curriculum, Bachelor of Public Health Program in Dental Public Health (Revised in 2017)

บทนำ

การจัดการศึกษาในระดับอุดมศึกษาของไทยมุ่งการผลิตกำลังคนให้มีคุณภาพและมาตรฐานและสร้างความเชื่อมั่นต่อผู้ใช้บริการ ได้มีนักศึกษานำแนวคิดเชิงอุตสาหกรรม ที่เกี่ยวกับระบบการประกันคุณภาพมาประยุกต์ใช้ทางการศึกษา (Sriyut & Tiacharoen, 2019) ทั้งนี้เพราะสถาบันอุดมศึกษามุ่งพัฒนาความเป็นเลิศด้านคุณภาพทางวิชาการ มุ่งความเป็นเลิศของผลผลิตคือบัณฑิตที่จบการศึกษาออกไป รวมทั้งเน้นความเป็นเลิศ

ขององค์ประกอบของการผลิตบัณฑิตต่าง ๆ ดังที่ Barnett (1994) ได้กล่าวถึงบทบาทสำคัญของสถาบันอุดมศึกษา ซึ่งเป็นแนวคิดมุ่งสู่คุณภาพของการผลิตบัณฑิตไว้ 4 ประการ ดังกล่าวเป็นระบบที่รวมของการบริหารคุณภาพ ทางด้านวิชาการทั้งมวลโดยมีนักศึกษาที่เข้าสู่ระบบการศึกษา เป็นปัจจัยนำเข้า (Input) โดยป้อนเข้าสู่ระบบหรือ กระบวนการผลิต (Process) และกระบวนการผลิตดังกล่าวต้องมีประสิทธิภาพ มีมาตรฐานเดียวกันกับเกณฑ์ มาตรฐานที่มหาวิทยาลัยได้กำหนดไว้ เมื่อผ่านกระบวนการผลิตคือการศึกษากลับไปแล้วก็เป็นผลผลิต เช่นเดียวกับผลผลิตออกมาจากโรงงานอุตสาหกรรม (Output) ดังนั้น มหาวิทยาลัย จึงต้องมุ่งเน้นความเป็นเลิศ ทางวิชาการ และอยู่ภายใต้กรอบกำหนดหรือกลไกมาตรฐานทางด้านวิชาการ เช่นเกณฑ์มาตรฐานเรื่องหลักสูตร เกณฑ์การรับนักศึกษา เกณฑ์การรับและพัฒนาอาจารย์ รวมทั้งเกณฑ์การพัฒนาสถาบันเป็นต้น ในสถานการณ์ ปัจจุบันพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ 2562 (ปรับปรุงครั้งที่ 4) กล่าวว่ามาตรา 32/1 กระทรวงการ อุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม มีอำนาจหน้าที่ เกี่ยวกับการส่งเสริม สนับสนุน และกำกับการ อุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ การวิจัยและการสร้างสรรค์ นวัตกรรม เพื่อให้การพัฒนาประเทศเท่าทันการ เปลี่ยนแปลงของโลกและราชการอื่นตามที่มีกฎหมาย กำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม หรือส่วนราชการ ที่สังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและ นวัตกรรม และมาตรา 32/2 ว่าด้วยการจัดระเบียบราชการกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและ นวัตกรรม ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น ส่งผลต่อการจัดการศึกษาในปัจจุบันให้ทันสมัยตามกฎหมาย (National Education Act, 2019) ในด้านการพัฒนาเศรษฐกิจตามนโยบายรัฐบาลที่จะนำประเทศไทยก้าวสู่ Thailand 4.0 ในการปฏิรูปประเทศไทยไปสู่ความมั่นคง อย่างมั่นคง และยั่งยืน โดยมุ่งเน้นการพัฒนาคน การ บริหารจัดการสมัยใหม่ การสร้างกลุ่มด้านเทคโนโลยี และนวัตกรรม ในการพัฒนาจะมีผลต่อความเป็นสังคมเมือง สังคมผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ในระบบสุขภาพจำเป็นต้องมีแผนการรองรับการสร้างเสริมความเข้มแข็ง การบริหารจัดการ และบุคลากร จึงมุ่งเน้นให้บัณฑิตมีความรู้ความเชี่ยวชาญ ทักษะสูงในวิชาชีพ และมีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ด้วยก้าวที่มั่นคงในวิชาชีพ สู่วัยสังคมและมิติสุขภาพช่องปาก ที่ยั่งยืน อย่างมีคุณค่า (Chularut, 2018)

จากข้อมูลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ.2560 สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปัญหาสุขภาพช่องปากของคนไทย มีอัตราสูงในทุกกลุ่มวัยและมี แนวโน้มสูงขึ้นในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะปัญหาโรคฟันผุในกลุ่มเด็กอายุ 3 ปี มีฟันผุร้อยละ 47.10 เด็ก ประถมศึกษาอายุ 12 ปี มีประสบการณ์การเกิดเป็นโรคฟันผุร้อยละ 58.7 ค่าเฉลี่ยฟันผุถอน 1.4 ซี่ต่อคน กลุ่ม ผู้สูงอายุมีฟันแท้ที่ใช้งานได้ 20 ซี่ขึ้นไป ร้อยละ 56.1 พบฟันผุบริเวณรากฟัน พบมะเร็งในช่องปากเพิ่มขึ้น และมีการสูญเสียฟันจนไม่สามารถเคี้ยวอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพได้ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ถือว่าเป็นปัญหาทันต สาธารณสุขที่สำคัญของประเทศที่ต้องได้รับการจัดการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ดังนั้นทันตบุคลากรจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจในศาสตร์ทางทันตสาธารณสุข การสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก มีทักษะในการวิเคราะห์ วินิจฉัยปัญหา สุขภาพช่องปาก วางแผนดำเนินการแก้ไขปัญหาย่างเป็นระบบ รวมถึงการประยุกต์ใช้ศาสตร์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผสมผสานกับจุดแข็งของบริบทสังคมไทย ตามเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ของกระทรวง สาธารณสุข ที่เน้นการผลิตและพัฒนาทันตบุคลากรที่มีคุณภาพ ในด้านกำลังคนทันตบุคลากร มีจำนวนไม่ เพียงพอต่อการให้บริการสุขภาพทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคในช่องปากและการบริการรักษา ทางทันตกรรมซึ่งตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้สัดส่วนเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข (ตำแหน่งทันตภิบาลเดิม) ต่อประชากรในปี พ.ศ. 2557 เท่ากับ 1: 9,848 คน จะเห็นได้ว่าปัญหาการขาดแคลน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขยังมีอยู่อย่างชัดเจน และในปี พ.ศ. 2559-2563 กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจาก รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุขปี พ.ศ. 2557 มีจำนวนทันตแพทย์และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขใน หน่วยบริการส่วนภูมิภาคจำนวน 4,524 คนและ 6,457 คน ตามลำดับ คิดเป็นการให้บริการสุขภาพช่องปาก 1,762 ครั้งต่อผู้ให้บริการทันตกรรมต่อปี ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ร่วมกับได้มีพระราชบัญญัติการสาธารณสุข ชุมชน พ.ศ. 2556 ถูกประกาศใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุข ที่อยู่ทั่วประเทศ ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา

กำหนดในมาตรา 3 ไว้ว่า “วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน” หมายความว่า วิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์และสิ่งแวดล้อมในชุมชนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุมโรค การตรวจประเมินและการบำบัดโรคเบื้องต้น การดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพ การอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นหน่วยงานในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ที่รับผิดชอบผลิตกำลังคนให้แก่ระบบบริการสุขภาพทั่วประเทศ พิจารณาเห็นว่า ปัจจุบันมีความต้องการบุคลากรสาธารณสุขระดับปริญญาตรี และมีสมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคในช่องปาก การวางแผนและแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปาก และการจัดการด้านสุขภาพช่องปาก ตามบริบทเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ดังนั้นจึงจำเป็นต้องจัดการศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข เพื่อผลิตบุคลากรที่มีสมรรถนะเหมาะสม สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (The Community Health Profession Act, 2013)

เมื่อพิจารณาถึงการพัฒนาคุณภาพการศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยที่การประเมินหลักสูตรเป็นขั้นตอนที่สำคัญและเป็นขั้นตอนที่ทำให้การพัฒนาหลักสูตรครบถ้วนสมบูรณ์ตามหลักการพัฒนาหลักสูตร รูปแบบของ Stufflebeam & Shinkfield (2007) (The Phi Delta Kappa Committee Model or The Stufflebeam Model) ตามรูปแบบนี้การประเมินผลจะต้องประเมินผลสิ่งที่สำคัญ 4 อย่าง คือ บริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Product) จะเห็นได้ว่ารูปแบบนี้มีการแยกบริบทออกจากปัจจัยนำเข้า และประเมินผลจุดหมายของหลักสูตรโดยการวิเคราะห์บริบท

ดังนั้นเพื่อให้หลักสูตรที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน มีความทันสมัย ตอบสนองต่อความต้องการของผู้เรียนและสังคม และเพื่อให้ได้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์สอดคล้องกับสภาพหลักสูตรที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ประกอบกับการออกพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ.2562 ผู้วิจัยจึงพิจารณาเห็นสมควรดำเนินการประเมินหลักสูตรดังกล่าวไปใช้จัดการเรียนการสอน จากการใช้หลักสูตรรุ่นปีการศึกษา 2560 เพื่อนำผลการประเมินมาพิจารณาปรับปรุงการจัดการเรียนการสอน และพัฒนาหลักสูตรรุ่นปีการศึกษา 2563 ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อประเมินหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี สถาบันพระบรมราชชนก โดยใช้ตามรูปแบบซีบีพี (CIPP Model) ตามประเด็นดังต่อไปนี้

1.1 ประเมินสภาวะแวดล้อม (Context Evaluation) ของหลักสูตรโดยประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตรด้านโครงสร้างหลักสูตร เนื้อหาของหลักสูตร การบริหารหลักสูตร

1.2 ประเมินปัจจัยเบื้องต้นหรือปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) ของหลักสูตรโดยประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอุปกรณ์/สื่อการเรียนการสอน สถานที่เรียน นักศึกษาที่เข้าศึกษา

1.3 ประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) ของหลักสูตรโดยประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตรด้านการจัดการเรียนการสอน และการประเมินผลการเรียนการสอน

1.4 ประเมินด้านผลผลิต (product evaluation) โดยประเมินสมรรถนะของบัณฑิตในด้านต่าง ๆ ตามที่กำหนดไว้ในหลักสูตร

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดรูปแบบของ Stufflebeam & Shinkfield (2007) (The Phi Delta Kappa Committee Model or The Stufflebeam Model) ตามรูปแบบนี้การประเมินผลจะต้องประเมินผลสิ่งที่สำคัญ 4 อย่าง คือ บริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Product) ผู้วิจัยได้ออกแบบตามรูปแบบซีบีพี (CIPP Model) โดยแบ่งแบบการประเมินออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินด้านบริบท

(Context Evaluation) ซึ่งจะช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนในการกำหนดวัตถุประสงค์หลักสูตร 2) การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) เป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงสร้างเพื่อกำหนดรูปแบบของหลักสูตร 3) การประเมินด้านกระบวนการ (Process Evaluation) เป็นการตัดสินใจด้านการประยุกต์ใช้เพื่อควบคุมการดำเนินการของหลักสูตร 4) การประเมินด้านผลผลิต (Product Evaluation) เป็นข้อมูลในการจะช่วยเหลือตัดสินใจเพื่อตัดสินและดูแลผลสำเร็จของหลักสูตร

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นรูปแบบการวิจัยเป็นแบบการวิจัยเชิงประเมิน (Evaluation Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้บริหาร อาจารย์ และบัณฑิตที่จบปีการศึกษา 2562 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี สถาบันพระบรมราชชนก ประกอบด้วย รักษาการผู้อำนวยการวิทยาลัย จำนวน 1 คน รองผู้อำนวยการวิทยาลัยกลุ่มวิชาการ/การสอน จำนวน 1 คน รองผู้อำนวยการวิทยาลัยกลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ จำนวน 1 คน รองผู้อำนวยการวิทยาลัยกลุ่มกิจการนักศึกษา จำนวน 1 คน หัวหน้าภาค/กลุ่มวิชา จำนวน 1 คน และอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร จำนวน 5 คน รวม 10 คน อาจารย์ผู้สอน (อาจารย์ประจำและอาจารย์พิเศษ) จำนวน 51 คน และบัณฑิตที่จบปีการศึกษา 2562 จำนวน 39 คน รวมจำนวน 100 คน (Measurement and evaluation registration work Academic Group, Sirindhorn College of Public Health Suphanburi, 2019)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินหลักสูตรครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม มีรายละเอียดของเครื่องมือ ดังนี้

1. แบบสอบถามประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามสำหรับผู้บริหาร โดยผู้ตอบซึ่งเป็นผู้อำนวยการวิทยาลัย รองผู้อำนวยการวิทยาลัย ด้านต่าง ๆ และหัวหน้าภาค/กลุ่มวิชา ต้องจัดให้มีการประชุมอาจารย์ที่รับผิดชอบการเรียนการสอน เพื่อรวบรวมความคิดเห็นในภาพสรุปรวมของวิทยาลัย แบบสอบถามชุดนี้มี 3 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นลักษณะแบบให้เลือกตอบและแบบปลายเปิด/อัตนัย ประกอบด้วย ตำแหน่งการบริหารของผู้ตอบแบบสอบถาม และการดำเนินการก่อนตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความสอดคล้อง ผู้วิจัยสร้างเอง จำนวน 48 รายวิชา โดยเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ให้เลือกตอบตามระดับความสอดคล้องมี 5 ระดับ จาก 5 คะแนน หมายถึง สอดคล้องมากที่สุด ถึง 1 หมายถึง สอดคล้องน้อยที่สุด โดยแบบประเมินความสอดคล้องมี 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ความสอดคล้องลักษณะวิชาชีพในหลักสูตรกับสมรรถนะของนักศึกษา และวัตถุประสงค์ของหลักสูตร

ส่วนที่ 2 ความสอดคล้องของลักษณะวิชาชีพกับสาระการเรียนรู้และกิจกรรมการเรียนรู้ที่กำหนดไว้ในประมวลรายวิชาของนักศึกษา

ตอนที่ 3 แบบประเมินการบริหารหลักสูตร เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบและแบบปลายเปิด/อัตนัย ในประเด็นที่เกี่ยวกับการจัดทำแผนแม่บท การนำแผนแม่บทไปใช้ การสนับสนุนให้อาจารย์จัดทำแผนการสอน การนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผลการจัดการเรียนการสอน ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะอื่น ๆ

1.2 แบบสอบถามสำหรับอาจารย์ มี 3 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับสถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นลักษณะแบบให้เลือกตอบและแบบปลายเปิด/อัตนัย ประกอบด้วย อายุ เพศ วุฒิการศึกษา ตำแหน่งที่ปฏิบัติ ประสบการณ์ด้านการสอน และความรับผิดชอบในฐานะอาจารย์ประจำหรืออาจารย์พิเศษ

ตอนที่ 2 แบบประเมินปัจจัยเบื้องต้น มี 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ปัจจัยเบื้องต้นด้านอาจารย์ เป็นแบบสอบถามสองคำตอบ ให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง ในเรื่องความเข้าใจเกี่ยวกับหลักสูตร จำนวนอาจารย์และปัญหาด้านการสอน วุฒิการศึกษาและฝึกอบรมของผู้สอน ประสิทธิภาพการสอนในรายวิชาที่รับผิดชอบ และแบบสอบถามให้เลือกตอบ และแบบปลายเปิด/อัตนัย

ส่วนที่ 2 ปัจจัยเบื้องต้นด้านทรัพยากรสนับสนุนการเรียนการสอน เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบ และแบบปลายเปิด/อัตนัย ในเรื่อง จำนวน คุณภาพ และความสะดวกในการใช้ของอาคารสถานที่ ตำรา วารสาร สื่อโสตทัศนูปกรณ์ต่าง ๆ และสถานที่ฝึกภาคปฏิบัติความคิดเห็น และข้อเสนอแนะอื่น ๆ

ตอนที่ 3 แบบประเมินสภาพการเรียนรู้ เป็นแบบประเมินค่าให้เลือกตอบตามระดับของการแสดงพฤติกรรมใน 3 ประเด็น ได้แก่ พฤติกรรมการสอนของผู้สอน พฤติกรรมการเรียนของผู้เรียน และปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน โดยกำหนดให้ 5 หมายถึง แสดงพฤติกรรมนั้นเป็นประจำทุกครั้งที่ ถึง 1 หมายถึง ไม่แสดงพฤติกรรมนั้นเลย

1.3 แบบสอบถามสำหรับบัณฑิตที่จบการศึกษา มี 4 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 สถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นลักษณะแบบให้เลือกตอบและแบบปลายเปิด/อัตนัย ประกอบด้วย อายุ เพศ และเหตุผลในการเลือกเรียนหลักสูตรนี้

ตอนที่ 2 ปัจจัยเบื้องต้นด้านทรัพยากรสนับสนุนการเรียนการสอน เป็นแบบสอบถาม ให้เลือกตอบ และแบบปลายเปิด/อัตนัย ในเรื่อง จำนวน คุณภาพ และความสะดวกในการใช้ ของอาคารสถานที่ ตำรา วารสาร สื่อโสตทัศนูปกรณ์ และสถานที่ฝึกภาคปฏิบัติความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่น ๆ

ตอนที่ 3 แบบประเมินสภาพการเรียนรู้ เป็นแบบประเมินค่าให้เลือกตอบตามระดับของการแสดงพฤติกรรมใน 3 ประเด็น ได้แก่ พฤติกรรมการสอนของผู้สอน พฤติกรรมการเรียนของผู้เรียน และปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน โดยกำหนดให้ 5 หมายถึง แสดงพฤติกรรมนั้นเป็นประจำทุกครั้งที่ ถึง 1 หมายถึง ไม่แสดงพฤติกรรมนั้นเลย

ตอนที่ 4 แบบสอบถามประเมินสมรรถนะของบัณฑิตที่จบ เป็นแบบประเมินค่าให้เลือกตอบตามระดับการแสดงพฤติกรรมของสมรรถนะที่กำหนดไว้ในหลักสูตร ประกอบด้วย ข้อคำถามการประเมินทั้งทางบวกและลบตามสมรรถนะต่าง ๆ

ตาราง 1 กรอบตารางแนวทางการประเมินหลักสูตร

ประเด็นที่ประเมิน	ข้อมูล	ผู้ให้ข้อมูล	เครื่องมือ	การวิเคราะห์ข้อมูล
1. บริบท (Context)	1.ความสอดคล้องของเอกสารหลักสูตรและประมวลรายวิชาเนื้อหาของหลักสูตร	- ผู้บริหาร	- แบบสอบถามให้เลือกตอบและแบบเปิด	- คำร้อยละ - วิเคราะห์ เนื้อหา
	2. เอกสารหลักสูตรและประมวลรายวิชา			
	3. ความพร้อมของปัจจัยเบื้องต้นด้านทรัพยากรสนับสนุนการเรียนการสอน			
2. ปัจจัยนำเข้า (Input)	1. ความพร้อมของปัจจัยเบื้องต้นด้านผู้สอน	- ผู้บริหาร	- แบบสอบถามให้เลือกตอบและแบบเปิด	- คำร้อยละ - วิเคราะห์ เนื้อหา
	2. ความพร้อมของปัจจัยเบื้องต้นด้านทรัพยากรสนับสนุนการเรียนการสอน	- อาจารย์		
		- ผู้เรียน		

ตาราง 1 (ต่อ)

ประเด็นที่ประเมิน	ข้อมูล	ผู้ให้ข้อมูล	เครื่องมือ	การวิเคราะห์ข้อมูล
3. กระบวนการ (Process) จัดการเรียนการสอน และ การประเมินผลการเรียนการสอน	1. ความเหมาะสมของแผนแม่บท แผนการจัดการเรียน การสอน และ 2. ความเหมาะสมของการจัดทำ และนำแผนแม่บท/แผนการ จัดการเรียนการสอน ไปใช้ 3.ประสิทธิภาพของการนิเทศ กำกับติดตาม และประเมินผล 4. สภาพการเรียนรู้ที่ทำให้ผู้เรียน เกิดผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์ ของหลักสูตร	- อาจารย์ - ผู้เรียน	- แบบสอบถาม ให้เลือกตอบ และแบบเปิด	- ค่าร้อยละ - วิเคราะห์ เนื้อหา - ค่าเฉลี่ยและส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. ผลผลิต (Product)	- สมรรถนะของผู้เรียนตามที่ กำหนดไว้ในหลักสูตร	- ผู้เรียน	- แบบประเมิน ค่า 5 ระดับ	- ค่าเฉลี่ยและส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินแบบสอบถามตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เพื่อให้เข้ากับบริบท เหตุการณ์ในปัจจุบัน โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ อาจารย์ด้านสาธารณสุข 1 คน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข 1 คน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน การศึกษา 1 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ซึ่งข้อ คำถามแต่ละข้อจะต้องมีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 และมีความเหมาะสมต่อการนำมาใช้กับ ประชากร อนึ่งหากการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิพบว่าข้อคำถามบางข้อต้องแก้ไขปรับปรุงเพื่อให้เป็นไปตาม บริบท ผู้วิจัยจะดำเนินการแก้ไข ปรับปรุงก่อนนำไปใช้กับประชากร

จากนั้นจึงนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 มาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินคร จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 30 คน เพื่อความชัดเจนและข้อคำถามไม่กำกวม ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .70 แบบสอบถามสำหรับผู้บริหารเท่ากับ .60 แบบสอบถามสำหรับอาจารย์เท่ากับ .63 แบบสอบถามสำหรับบัณฑิตที่จบการศึกษาเท่ากับ .70 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอจริยธรรมจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี จากนั้นผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำแบบสอบถามไปให้ผู้บริหาร อาจารย์ และบัณฑิตที่จบ จำนวน 100 คน ในเดือนมิถุนายน 2563 ทั้งนี้ภายหลังประชากรที่ศึกษาส่ง แบบสอบถามคืน ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืนทั้งหมด จำนวน 100 ฉบับ คิด เป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลสถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลการประเมินการใช้หลักสูตรในประเด็นปัจจัยเบื้องต้น ด้านผู้สอน ปัจจัยเบื้องต้นด้านทรัพยากรสนับสนุนการเรียนการสอน กระบวนการเกี่ยวกับการบริหารหลักสูตร เรื่องความเหมาะสมของการจัดทำ และนำแผนแม่บท/แผนการจัดการเรียนการสอนไปใช้ รวมทั้งเรื่อง ประสิทธิภาพของการนิเทศ กำกับ ติดตาม และประเมินผล และในประเด็นการจัดการเรียนรู้ เรื่องสภาพการ

เรียนรู้ที่ทำให้ผู้เรียนเกิดผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) หาค่าร้อยละ (Percentage)

2. ข้อมูลการประเมินเอกสารหลักสูตรและประมวลรายวิชาในประเด็นความสอดคล้องของลักษณะวิชา กับวัตถุประสงค์หลักสูตร ความสอดคล้องของลักษณะวิชาและกิจกรรมการเรียนรู้ที่กำหนดไว้ในประมวลรายวิชา และการประเมินผลผลิตเกี่ยวกับมาตรฐานของบัณฑิตที่จบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) โดยให้คะแนนและใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนน

3. ข้อมูลการประเมินการใช้หลักสูตรในประเด็นกระบวนการเกี่ยวกับการบริหารหลักสูตร เรื่องความ เหมาะสมของแผนแม่บท/แผนการจัดการเรียนการสอนทั้ง 4 ชั้นปี และเรื่องความเหมาะสมของการจัดทำและนำ แผนแม่บท/แผนการจัดการเรียนการสอนทั้ง 4 ชั้นปี ไปใช้ รวมทั้งในประเด็นการจัดการเรียนรู้ เรื่องความ เหมาะสมของการจัดการเรียนรู้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี ได้เลขจริยธรรมหมายเลข PHCSP-A2563/01-8 ลงวันที่ 20 พฤษภาคม 2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้บริหารและอาจารย์รับผิดชอบหลักสูตร

ร้อยละของจำนวนผู้บริหาร พบว่า เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 90.00 และเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 10.00 มีอายุ 41 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 100.00

1.2 ข้อมูลทั่วไปของอาจารย์

ร้อยละของจำนวนอาจารย์ พบว่า จำนวนผู้ตอบแบบประเมินจำนวน 51 คน เป็นอาจารย์ประจำใน วิทยาลัย 43 คน เป็นอาจารย์พิเศษ 8 คน ผู้สอนที่ตอบแบบประเมินส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.22 อายุระหว่าง 31- 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.37 มีอายุ 41 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 29.41 เป็นเพศชาย คิดเป็น ร้อยละ 54.90 และเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 45.10 วุฒิมัธยมศึกษาส่วนใหญ่ ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 55.90 ระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 38.20 ระดับปริญญาเอก คิดเป็นร้อยละ 5.90 มีประสบการณ์ในการสอน น้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.22 เท่ากับ 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.18 มากกว่า 11 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 19.60

1.3 ข้อมูลทั่วไปของบัณฑิต

ร้อยละของจำนวนบัณฑิต พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 87.18 และ เพศชาย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 12.82

2. การประเมินด้านบริบท

2.1 การประเมินโครงสร้างของหลักสูตรและเนื้อหาของหลักสูตร

ความสอดคล้องของลักษณะวิชากับสมรรถนะของนักศึกษาและวัตถุประสงค์ของหลักสูตรที่ กำหนดไว้ในหลักสูตร ตามการประเมินของผู้บริหาร พบว่า ผู้บริหาร มีความเห็นว่า ลักษณะวิชาทางด้านวิชาชีพ มีความสอดคล้องกับสมรรถนะนักศึกษาในระดับมากที่สุด จำนวน 37 รายวิชา ความสอดคล้องกับสมรรถนะนักศึกษา ในระดับมาก เท่ากับ 11 รายวิชา และมีความเห็นว่าลักษณะวิชา 37 วิชา มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของ หลักสูตรในระดับมากที่สุด นอกจากนั้นมีจำนวน 11 รายวิชา มีความสอดคล้องในระดับมาก ในส่วนคะแนนความ สอดคล้องของลักษณะวิชากับสาระการเรียนรู้ และกิจกรรมการเรียนรู้ที่กำหนดไว้ในประมวลรายวิชา ตามการ ประเมินของผู้บริหารพบว่า ผู้บริหารมีความเห็นว่า สาระการเรียนรู้ทุกรายวิชาวิชาชีพ มีความสอดคล้องกับ

ลักษณะวิชาในระดับมาก และกิจกรรมการเรียนรู้ที่กำหนดไว้ในประมวลรายวิชา จำนวนทั้งหมด 48 วิชา มีความสอดคล้องกับลักษณะวิชาในระดับมาก

2.2 การประเมินความเหมาะสมของแผนแม่บท/แผนการจัดการเรียนการสอน

การประเมินความเหมาะสมของแผนแม่บท/แผนการจัดการเรียนการสอน พบว่า มีการจัดการเรียนการสอนตรงตามที่กำหนดไว้ในหลักสูตร

2.3 การประเมินความเหมาะสมของการจัดทำและนำแผนแม่บท/แผนการจัดการเรียนการสอนไปใช้

การจัดทำแผนแม่บท/แผนการจัดการเรียนการสอนและการนำไปใช้ พบว่า มีการจัดทำแผนแม่บท/แผนการจัดการเรียนการสอน โดยมีอาจารย์ซึ่งเป็นผู้สอนจากภาควิชาร่วมดำเนินการและจัดรายวิชาในโปรแกรมการศึกษาตรงตามหลักสูตรที่กำหนด มีการชี้แจงแผนแม่บท/แผนการจัดการเรียนการสอนให้ผู้สอนเข้าใจก่อนนำไปใช้จัดการเรียนการสอน และสนับสนุนให้อาจารย์ที่รับผิดชอบในแต่ละรายวิชาประชุมจัดทำแผนการสอน แต่การอธิบายชี้แจงสาระสำคัญของหลักสูตรให้อาจารย์ผู้สอนเข้าใจก่อนนำไปเขียนแผนการสอน ปฏิบัติได้ไม่ครบทุกรายวิชา

2.4 การนิเทศ กำกับติดตาม และประเมินผลการจัดการเรียนการสอน

การนิเทศ กำกับติดตาม และประเมินผลการจัดการเรียนการสอน พบว่า ยังไม่มีการดำเนินการนิเทศ กำกับติดตามและประเมินผลการจัดการเรียนการสอน และยังไม่มีการนำผลการประเมินมาพัฒนาการจัดการเรียนการสอน

3. การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า

3.1 ปัจจัยเบื้องต้นด้านอาจารย์ สื่อ อุปกรณ์ การเรียนการสอน สถานที่เรียน พบว่า

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เห็นว่า มีจำนวนอาจารย์เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 76.50 วุฒิการศึกษาของผู้สอนส่วนใหญ่ตรงกับรายวิชาที่สอน คิดเป็นร้อยละ 94.12 การฝึกอบรมที่ผู้สอนได้รับในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา มีเนื้อหาตรงกับรายวิชาที่สอนคิดเป็นร้อยละ 94.12 และอาจารย์ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การสอนในรายวิชาที่รับผิดชอบมากกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.10 รองลงมามีประสบการณ์การสอน ระหว่าง 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.56

3.2 ปัจจัยเบื้องต้นด้านผู้สอน สื่อ อุปกรณ์ การเรียนการสอน สถานที่เรียน พบว่า

อาคารสถานที่ อาจารย์ส่วนใหญ่เห็นว่าจำนวนอาคารสถานที่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 76.50 และด้านคุณภาพของอาคารสถานที่อยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 23.50

ตำรา วารสาร อาจารย์ส่วนใหญ่เห็นว่าจำนวนเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 40.10 และ จำนวนไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 59.90 สำหรับจำนวนสื่อโสตและอุปกรณ์ต่าง ๆ คิดว่าเพียงพอ ร้อยละ 21.57 และจำนวนไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 78.43 ด้านคุณภาพของตำรา วารสาร สื่อโสตและอุปกรณ์ต่าง ๆ อยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 49.02 อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 50.98 ด้านความสะดวกในการใช้ตำรา วารสาร สื่อโสตและอุปกรณ์ต่าง ๆ อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 58.82 อยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 41.80

สถานที่ฝึกภาคปฏิบัติ เฉพาะอาจารย์ที่รับผิดชอบการสอนและนิเทศ ภาคปฏิบัติทุกคนมีความเห็นว่า สถานที่ฝึกภาคปฏิบัติมีจำนวนเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 78.43 อาจารย์ส่วนใหญ่เห็นว่าสถานที่ฝึกภาคปฏิบัติมีคุณภาพ อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 88.24 และความสะดวกในการไปฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาและอาจารย์นิเทศ อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 80.39 ตามลำดับ

บันทึกที่ตอบแบบสอบถามปัจจัยเบื้องต้น ด้านทรัพยากรสนับสนุนการเรียนการสอน ดังนี้

อาคารสถานที่ ผู้เรียนส่วนใหญ่อาคารสถานที่ มีจำนวนเพียงพอ จำนวน 20 คน คิดเป็น ร้อยละ 51.28 รองลงมา คือ จำนวนไม่เพียงพอ จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 48.72 และคุณภาพพอใช้ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 51.28 รองลงมา คือ คุณภาพพอใช้ จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 48.72 ตามลำดับ

ตำรา บันทึกส่วนใหญ่เห็นว่าตำรา มีจำนวนเพียงพอ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 53.84 รองลงมา คือ จำนวนไม่เพียงพอ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 46.16 มีคุณภาพพอใช้ จำนวน 21 คน คิดเป็น

ร้อยละ 53.84 คือ คุณภาพดี จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 46.16และความสะดวกในการใช้งานดี จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 56.41 ความสะดวกในการใช้งานดี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 43.59 ตามลำดับ

วารสาร บัณฑิตส่วนใหญ่เห็นว่าวารสาร มีจำนวนเพียงพอ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 46.15 คือ จำนวนไม่เพียงพอ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 53.85 มีคุณภาพดี จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 56.41 คือ คุณภาพพอใช้ จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 43.59 และความสะดวกในการใช้งานดี จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 74.36 รองลงมา คือ ความสะดวกในการใช้งานพอใช้ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 25.64 ตามลำดับ

สื่อสื่อดิจิทัลและอุปกรณ์ต่าง ๆ บัณฑิตส่วนใหญ่เห็นว่าสื่อ-สื่อดิจิทัล และอุปกรณ์ต่าง ๆ มีจำนวนเพียงพอ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 46.15 จำนวนไม่เพียงพอ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 53.85 มีคุณภาพพอใช้ จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 48.72 คุณภาพดี จำนวน 14 คน คิดเป็น ร้อยละ 35.90 คุณภาพดีมาก จำนวน 6 คน คิดเป็น ร้อยละ 15.38 และความสะดวกในการใช้งานพอใช้ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 28.20 ความสะดวก ในการใช้งานดี จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 48.72 ใช้งานดีมาก จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 23.08 ตามลำดับ

สถานที่ฝึกภาคปฏิบัติ ผู้เรียนส่วนใหญ่มีความเห็นว่าสถานที่ฝึกภาคปฏิบัติ มีจำนวนเพียงพอ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 76.92 คือ จำนวนไม่เพียงพอ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 23.08 มีคุณภาพพอใช้ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 23.08 คือ คุณภาพดี จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 76.92และความสะดวก ในการไปฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาและอาจารย์นิเทศมี จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 76.92 ไม่สะดวกจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 23.08 ตามลำดับ

4. การประเมินด้านกระบวนการ

4.1 การประเมินกระบวนการจัดการเรียนการสอน

4.1.1 การประเมินความเหมาะสมของการจัดการเรียนการสอน จำนวนแผนการสอน พบว่า รายวิชาส่วนใหญ่ใน ส่วนมากมีแผนการสอน 48 รายวิชา คิดเป็นร้อยละ 100.00

4.1.2 การประเมินสภาพการเรียนรู้ที่ทำให้ผู้เรียนเกิดผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนสภาพการเรียนรู้จำแนกรายด้านตามการประเมินของอาจารย์และผู้เรียน

รายด้านพฤติกรรม	อาจารย์ (N= 51)		ผู้เรียน (N= 39)	
	μ	σ	μ	σ
1. พฤติกรรมการสอนของอาจารย์	3.91	0.61	4.14	0.52
2. พฤติกรรมการเรียนของผู้เรียน	3.62	0.63	4.08	0.51
3. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับผู้เรียน	4.29	0.54	4.35	0.49

จากตาราง 2 พบว่า สภาพการเรียนรู้จำแนกรายด้านตามการประเมินของอาจารย์ในด้านพฤติกรรมการสอนของอาจารย์ อาจารย์มีความเห็นว่าอาจารย์แสดงพฤติกรรมเหมาะสมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยคะแนน ($\mu=3.91$, $\sigma=0.61$)

ด้านพฤติกรรมการเรียนของผู้เรียน อาจารย์มีความเห็นว่า ผู้เรียนแสดงพฤติกรรมเหมาะสมอยู่ในพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับผู้เรียน ระดับมาก มีค่าเฉลี่ยคะแนน ($\mu=3.62$, $\sigma=0.63$) ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับผู้เรียน อาจารย์มีความเห็นว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับผู้เรียนมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยคะแนน ($\mu=4.29$, $\sigma=0.54$) และเมื่อ ($\mu=4.35$, $\sigma=0.49$) รองลงมา คือ ด้านพฤติกรรมการสอนของอาจารย์ มีค่าเฉลี่ยคะแนน ($\mu=4.14$, $\sigma=0.52$) ตามลำดับ โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านพฤติกรรมการเรียนของผู้เรียนมีค่าเฉลี่ยคะแนน ($\mu=4.08$, $\sigma=0.49$) ตามลำดับ

5. การประเมินด้านผลผลิต

สมรรถนะของบัณฑิตที่จบการศึกษาปีการศึกษา 2562 แบ่งออกเป็น 5 ด้าน

1. ด้านการปฏิบัติทางทันตสาธารณสุข
2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจ การวิเคราะห์ การวินิจฉัย การบำบัดรักษา การบรรเทาอาการ และการฟื้นฟูสุขภาพ แก่ผู้ใช้บริการในทุกระดับของสถานบริการสุขภาพ
3. ด้านการปฏิบัติการด้านทันตสาธารณสุขด้วยความเมตตา กรุณา เอื้ออาทร โดยยึดมั่นในคุณธรรม จริยธรรม กฎหมายและสิทธิของผู้ป่วย
4. ด้านการปฏิบัติการงานทันตสาธารณสุขโดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล และความหลากหลายทางวัฒนธรรม
5. ด้านภาวะผู้นำในการปฏิบัติงาน การบริหาร การปฏิบัติงาน และการทำงานในชุมชน ในหน่วยบริการสุขภาพชุมชน

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย (μ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (σ) สมรรถนะของบัณฑิตที่จบการศึกษาปีการศึกษา 2562 หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข (หลักสูตรปรับปรุงพ.ศ. 2560) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี จำแนกเป็นรายด้าน และภาพรวม (N=39)

มาตรฐานผลการเรียนรู้บัณฑิต	ระดับแสดงพฤติกรรม		ความหมาย
	μ	σ	
1. ด้านการปฏิบัติทางทันตสาธารณสุข	4.21	0.44	มาก
2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจ การวิเคราะห์ การวินิจฉัย การบำบัดรักษา การบรรเทาอาการ และการฟื้นฟูสุขภาพ แก่ผู้ใช้บริการในทุกระดับของสถานบริการสุขภาพ	4.16	0.49	มาก
3. ด้านการปฏิบัติการด้านทันตสาธารณสุขด้วยความเมตตา กรุณา เอื้ออาทร โดยยึดมั่นในคุณธรรม จริยธรรม กฎหมายและสิทธิของผู้ป่วย	4.20	0.51	มาก
4. ด้านการปฏิบัติการงานทันตสาธารณสุขโดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล และความหลากหลายทางวัฒนธรรม	4.24	0.52	มาก
5. ด้านภาวะผู้นำในการปฏิบัติงาน การบริหาร การปฏิบัติงาน และการทำงานในชุมชน ในหน่วยบริการสุขภาพชุมชน	4.18	0.54	มาก
รวม	4.20	0.48	มาก

จากตาราง 3 พบว่า ผู้ตอบแบบประเมินแสดงพฤติกรรมต่อสมรรถนะของบัณฑิตที่จบการศึกษา โดยภาพรวมของแต่ละด้าน ๆ ในภาพรวมอยู่ในระดับแสดงพฤติกรรมนั้นเกือบทุกครั้ง ($\mu=4.20$, $\sigma=0.48$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการปฏิบัติการงานทันตสาธารณสุขโดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล และความหลากหลายทางวัฒนธรรม ($\mu=4.24$, $\sigma=0.52$) รองลงมา คือ ด้านการปฏิบัติทางทันตสาธารณสุข ($\mu=4.21$, $\sigma=0.44$) ตามลำดับ โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจ การวิเคราะห์ การวินิจฉัย การบำบัดรักษา การบรรเทาอาการ และการฟื้นฟูสุขภาพ แก่ผู้ใช้บริการในทุกระดับของสถานบริการสุขภาพ ($\mu=4.16$, $\sigma=0.49$)

อภิปรายผล

1. การประเมินด้านบริบท

การวิเคราะห์ความสอดคล้องของลักษณะวิชา กับสมรรถนะของนักศึกษาและวัตถุประสงค์ของหลักสูตร และการวิเคราะห์ความสอดคล้องของลักษณะวิชา กับสาระการเรียนรู้ และกิจกรรมการเรียนรู้ ส่วนใหญ่มีความสอดคล้องในระดับมากที่สุด รองลงมา มีความสอดคล้องในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาหลักสูตรนี้ได้กำหนดองค์ประกอบต่าง ๆ ไว้เป็นลำดับ และพิจารณารายละเอียดต่าง ๆ ในแต่ละองค์ประกอบได้เป็นอย่างดี

สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาหลักสูตรของ Taba (1962) ที่เชื่อว่าครูผู้สอนซึ่งเป็นผู้ใช้หลักสูตรควรมีส่วนร่วมในการพัฒนาหลักสูตร และได้เสนอกระบวนการพัฒนาหลักสูตรจากล่างขึ้นไปสู่บน 7 ขั้นตอน ได้แก่ วินิจฉัยความต้องการ ความจำเป็นต่าง ๆ ของสังคมและผู้เรียน กำหนดจุดประสงค์ให้ชัดเจนหลังจากวินิจฉัยความต้องการแล้ว คัดเลือกเนื้อหาสาระให้สอดคล้องกับจุดประสงค์ จัดเนื้อหาสาระ คัดเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ให้สอดคล้องกับเนื้อหาวิชา และจุดประสงค์ของหลักสูตร จัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยคำนึงถึงเนื้อหาสาระและความต่อเนื่อง กำหนดสิ่งที่จะประเมินและวิธีการประเมินผล (Thasaneesuan & Narkthong & Chuaytaen & Mukpradab & Puttakun, 2016) 1) วัตถุประสงค์และโครงสร้างของหลักสูตรโดยรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก 2) โครงสร้างและเนื้อหาของหลักสูตรโดยรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก โดยมีจำนวนหน่วยกิตเหมาะสมกับเนื้อหาวิชา เนื้อหามีความทันสมัยและน่าสนใจ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้และสอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน 3) คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์โดยรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก

ด้านบริบทหลักสูตรพบว่า วัตถุประสงค์ของหลักสูตรมีความเหมาะสมและโครงสร้างหลักสูตรมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ส่วนรายวิชาต่าง ๆ มีความเหมาะสมอยู่ใน ระดับมาก การจัดโครงสร้างของหลักสูตร และโครงสร้างรายวิชามีความเหมาะสมและสอดคล้อง และควรมีการปรับปรุงรายวิชาพื้นฐาน รายวิชาบังคับ และรายวิชาเลือก รายวิชาที่มีความเหมาะสมมาก โดยมีการกำหนดองค์ประกอบ และรายละเอียดต่าง ๆ ของหลักสูตรไว้อย่างชัดเจน นอกจากจะแสดงถึงคุณภาพของหลักสูตรแล้ว ยังส่งผลถึงการนำหลักสูตรไปใช้จัดการเรียนการสอน โดยการมีหลักสูตร ซึ่งเปรียบเสมือนแบบแปลนที่ใช้ในการสร้างบ้านที่แสดงโครงสร้างองค์ประกอบต่าง ๆ ครูผู้สอนต้องอาศัยหลักสูตรเพื่อช่วยในการสอน เปรียบเสมือนช่างก่อสร้างที่อาศัยแปลนบ้านในการก่อสร้าง ตามแนวคิดของ Stufflebeam & Shinkfield (2007) ในด้านบริบทที่ประเมินความชัดเจนและความเหมาะสมเป็นไปได้อย่างดีของเป้าหมาย และในส่วนของนักประเมินก็ต้องใช้ผลการประเมินบริบท (Nilphan, 2012) เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ได้อย่างเหมาะสม และมีความสัมพันธ์กับแผนงานโครงการหรือสิ่งที่แทรกแซง

2. การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า

จากผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า Srisuan (2009) จำนวนอาจารย์ผู้สอนมีเพียงพอต่อการจัดการเรียนการสอนแต่มีการศึกษาอาจารย์ส่วนมากยังคุณวุฒิปริญญาตรีโดยเฉพาะวิชาชีพทางทันตแพทย์เป็นเพราะว่าส่วนใหญ่เป็นอาจารย์ที่จบมาใช้ทุนคุณลักษณะของอาจารย์คุณสมบัติของผู้เข้ารับการศึกษา อุปกรณ์การเรียน การสอน ตำราเรียน และสถานที่เรียน มีความเหมาะสมในระดับมาก (Kluaydang, 2017) อาจารย์ประจำหลักสูตร/ผู้ทรงคุณวุฒิ มีความคิดเห็นด้านงบประมาณเหมาะสมสูงสุด รองลงมาคือด้านความพร้อมของนักศึกษา อาจารย์ผู้สอนรายวิชา มีความคิดเห็นด้านความพร้อมของนักศึกษาเหมาะสมสูงสุด รองลงมาคือ ด้านงบประมาณ นักศึกษามีความคิดเห็นด้านคุณลักษณะของอาจารย์เหมาะสมสูงสุด รองลงมาคือ ด้านโครงสร้างหลักสูตร บัณฑิตมีความคิดเห็นด้านความพร้อมของนักศึกษาเหมาะสมสูงสุด รองลงมาคือ ด้านเนื้อหา/รายวิชาในหลักสูตร และผู้บังคับบัญชามีความคิดเห็นด้านโครงสร้างหลักสูตรเหมาะสมสูงสุด และมีข้อเสนอแนะดังนี้ ควรให้ความสำคัญและจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอสำหรับการพัฒนาสื่อและอุปกรณ์การศึกษา (Tipsungnoen & Sabaiying & Sansa & Koschuenwichit, 2017) ซึ่งในการประเมินครั้งนี้พบว่ามีความเห็นแตกต่างในเรื่องของจำนวนวารสารว่ามีจำนวนพอเพียงในส่วนของผู้เรียน แต่ในส่วนของผู้เรียนพบว่าไม่เพียงพอในการค้นหาประกอบการเรียน ควรจัดประชุมชี้แจงเกี่ยวกับคุณลักษณะของอาจารย์ตามมาตรฐานของกพอ.ให้กับคณาจารย์ก่อนเปิดภาคการศึกษา แต่ละปีการศึกษา และควรมีการพัฒนาเอกสารตำราที่ใช้ประกอบการเรียนการสอน ก่อนการเปิดภาคการศึกษาในแต่ละภาคการศึกษาตามแนวคิดของ Stufflebeam & Shinkfield (2007) ที่กล่าวว่า การประเมินปัจจัยนำเข้าเป็นการประเมินเพื่อพิจารณาถึงความเป็นไปได้อย่างดีของโครงการความเหมาะสมและความพอเพียงของทรัพยากรที่จะใช้ในการดำเนินโครงการ เช่น อาคาร สถานที่ อุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ เวลา งบประมาณ เป็นต้น (Tansiri, 2011) การบริหารจัดการดำเนินการอย่างเป็นระบบ และกายภาพและสิ่งแวดล้อม จัดอย่างรอบคอบ ด้านกระบวนการมีการปฏิบัติในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด บรรยากาศและปฏิสัมพันธ์เป็นกัลยาณมิตร รองลงมากิจกรรมพื้นฐานชีวิต และการเรียนการสอนที่บูรณาการไตรสิกขา

3. การประเมินด้านกระบวนการ

จากผลการประเมินด้านกระบวนการ พบว่า การจัดทำแผนการสอนรายวิชาส่วนใหญ่มีแผนการสอนทั้งนี้อาจเนื่องมาจากประมวลรายวิชามีรายละเอียดของการสอนครบถ้วน อย่างไรก็ตามการจัดทำแผนการสอนยังมีความจำเป็นตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพการศึกษาที่กำหนดให้จัดทำแผนการสอนทุกรายวิชา การที่มีประมวลรายวิชาที่มีรายละเอียดครบถ้วนแล้วจะทำให้การกำหนดแผนการสอนง่ายขึ้นจึงจะมีแนวทางให้อาจารย์จัดทำแผนการสอนได้ต่อไป สอดคล้องตามแนวคิด Kluaydang (2017) การบริหารหลักสูตร ควรมีการบริหารหลักสูตรที่เป็นไปตามหลักการของหลักสูตรและหลักการของการบริหารหลักสูตรอย่างเคร่งครัด จริงจัง และต่อเนื่อง ในส่วนการประเมินสภาพการเรียนรู้ที่ทำให้ผู้เรียนเกิดผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตรสภาพการเรียนรู้จำแนกรายด้านตามการประเมินของอาจารย์ในด้านพฤติกรรมการสอนของอาจารย์ ด้านพฤติกรรมการเรียนรู้ของผู้เรียน และด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับผู้เรียนอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาแล้วพฤติกรรมการสอนและการเรียน อยู่ในระดับมากอาจเป็นเพราะการมีปฏิสัมพันธ์ของอาจารย์และนักเรียนอยู่ในระดับมากที่สุด จึงส่งผลต่อพฤติกรรมการเรียนและการสอนไปในทิศทางที่ดี (Sompong, 2012) ซึ่งผลการประเมินด้านกระบวนการ ด้านการประสานงาน คณะกรรมการดำเนินงานตามขั้นตอนของโครงการ คณะทำงานทุกท่านมีความพร้อม ความตั้งใจ และความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานเป็นอย่างมาก นอกจากนี้โรงเรียนยังมีการประชาสัมพันธ์ข่าวสารการดำเนินงานกิจกรรมให้ครูและนักเรียนได้ทราบ ทำให้การบริหารงานเป็นระบบและมีความเข้าใจแนวทางการดำเนินงานในทิศทางเดียวกัน ประเด็นมีการประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด โรงเรียนมีการประเมินผลการดำเนินงานยังไม่เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด

4. การประเมินด้านผลผลิต

จากผลการประเมินด้านผลผลิต พบว่า การประเมินสมรรถนะของบัณฑิตคิดว่าตนเองมีสมรรถนะอยู่ในระดับมาก ได้แก่มาตรฐาน ด้านการปฏิบัติการทางทันตสาธารณสุขโดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล และความหลากหลายทางวัฒนธรรม ประเด็นนี้เมื่อพิจารณาจะพบว่าสังคมปัจจุบันยังคงให้ความสำคัญในเรื่องตัวบุคคล และวัฒนธรรมที่หลากหลายแตกต่างกันไป รองลงมา คือ ด้านการปฏิบัติทางทันตสาธารณสุข เมื่อพิจารณาก็จะพบว่าการประยุกต์ใช้ในองค์กรนั้นทางด้านบัณฑิตให้ความสำคัญเพราะการดูแลสุขภาพในปัจจุบันนี้มีการประยุกต์และบูรณาการ เพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของประชาชน ตามแนวคิด Mertens & Wilson (2012) องค์ประกอบสุดท้ายของการประเมินแบบ CIPP คือ การประเมินที่ได้รับหรือผลผลิต ไม่ว่าจะเป็นทั้งเชิงลบและเชิงบวก ที่มีต่อ กลุ่มเป้าหมาย สอดคล้องตามแนวคิดของ Stufflebeam & Shinkfield (2007) ได้กล่าวถึง ผลของการประเมินทั้งแบบที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและผลลัพธ์ระยะยาว มีการตัดสินใจระหว่างการดำเนินงานและการตัดสินใจจากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย มีการวิเคราะห์โดยดูจากผลกระทบ อาจจะมองในประเด็นของด้านนี้ไว้ที่หลังน่าจะส่งผลมาจากการสังคมในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วบัณฑิตมีความคิดเห็นด้านอื่นที่สำคัญกว่าด้านนี้ ซึ่งหากพิจารณาในส่วนของการสอนแล้วคงต้องเน้นย้ำให้นักศึกษามีความเข้าใจในมาตรฐานของตนเองใหม่ตามหลักวิชาชีพ (Registration, Measurement and Processing Work Academic Group, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, 2016) ในส่วนของด้านที่มีค่าคะแนนสูงสุด คือ ด้านคุณธรรมและจริยธรรม ($M=3.96, SD=0.03$) รองลงมาคือด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ($M=3.95, SD=0.23$) แล้วด้านที่น้อยที่สุด คือด้านทักษะทางปัญญา ($M=3.49, SD=0.05$) และพบว่าประเภทของหน่วยงานที่แตกต่างกัน บัณฑิตจะมีคุณภาพด้านคุณธรรมจริยธรรม ด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และด้านทักษะทางวิชาชีพที่แตกต่างกัน

นอกจากเหตุผลตามที่ได้อธิบายมาแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลต่อการประเมินหลักสูตร ได้แก่

1) บทบาทในการจัดการเรียนรู้ของครูผู้สอน 2) การกำกับติดตามของผู้บริหาร และ 3) ความสนใจใฝ่เรียนรู้ของผู้เรียน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรที่เรียกร้องให้มีความสนใจใฝ่รู้มีทักษะและความสามารถในการแสวงหาความรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการ ความสนใจและความสามารถของตนเอง

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษาที่พบว่า การประเมินของผู้บริหารนั้นผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานด้านการบริหารหลักสูตร ควรให้ความสำคัญกับข้อมูลสารสนเทศ สถานการณ์ปัจจุบัน ผลกระทบจากปัจจัยต่าง ๆ โดยนำมาประกอบการศึกษา ประเมินบทวน หรือปรับปรุงหลักสูตร เพื่อกำหนดจุดมุ่งหมายของหลักสูตรให้เหมาะสมกับความต้องการและการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ
2. ผลการศึกษาที่พบว่า สถานที่ อาคาร ห้องเรียน และวัสดุในชั้นเรียนไม่เพียงพอหรืออยู่ในสภาพที่ไม่พร้อมใช้งานนั้น ควรจัดทำแผนการพัฒนาระบบและแผนงบประมาณถึงความต้องการจำเป็นของวิทยาลัย เพื่อเสนอต้นสังกัด เพื่อดำเนินการจัดสรรงบประมาณในการปรับปรุงพัฒนาตามศักยภาพของวิทยาลัย ควบคู่กับการหาความร่วมมือของภาคีเครือข่ายภาคชุมชน โดยเปิดโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาตามวิสัยทัศน์ของวิทยาลัย
3. ควรจัดให้มีสิ่งสนับสนุนการเรียนการสอนให้มีจำนวนและคุณภาพมากขึ้น โดยการดำเนินการวางแผน กำหนดการจัดหา แผนการใช้สื่อการเรียนรู้และสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสมกับบริบทของวิทยาลัย
4. ผลการศึกษาที่พบว่า อาจารย์ผู้สอนเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จในการใช้หลักสูตร ผู้บริหารหรือผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญ ควรมีแผนการลาศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาของอาจารย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตร โดยคาดว่าทางสถาบันพระบรมราชชนกมีโครงการเปิดปริญญาโท – เอก ทางด้านสาธารณสุข เพื่อเป็นการพัฒนาและรักษามูลค่าการให้มีความรู้และเป็นที่ยอมรับมากยิ่งขึ้นไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้ใช้หลักสูตร และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการใช้หลักสูตร เพื่อกันหาวิธีปฏิบัติที่ดีเลิศเกี่ยวกับการจัดการกับหลักสูตร
2. ควรทำการวิจัยเพื่อประเมินหลักสูตรทุก ๆ 5 ปี เพื่อให้หลักสูตรทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา และความเจริญก้าวหน้าต่าง ๆ เพื่อให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาที่ต่างกัน
3. ควรมีการประเมินคุณลักษณะที่ต้องการของบัณฑิต จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปในการพัฒนาหลักสูตรต่อไปตามคุณลักษณะบัณฑิตที่สถาบันพระบรมราชชนกต้องการ
4. ควรมีการศึกษาติดตามผลผู้สำเร็จการศึกษา เพื่อใช้ผลจากการศึกษาปรับปรุงหลักสูตรให้เหมาะสมกับสภาพความต้องการ ทิศทางและแนวโน้มในอนาคต

References

- Barnett, R. (1994). *The Limits of Competence: Knowledge, Higher Education and Society*.
Buckingham: The Society for Research Into Higher Education and Open University.
- Chularut, P. (2018). *Learning Management for Students in the Thailand 4.0*. Veridian E-Journal, Silpakorn University, Social Sciences and arts 11 No. 2 May - August 2018
- Kluaydang, S. (2017). *Bachelor of Arts Program Assessment. Tourism and hotel industry (New course 2008) Faculty of Management Science Buriram Rajabhat University*. Academic Conference to present research results for graduate studies, the second time, Rajabhat Maha Sarakham University 2017, 733-743. (in Thai)
- Measurement and Evaluation Registration Work Academic Group, Sirindhorn College of Public Health Suphanburi. (2019). *Royal Institute of Thailand (2019). Sirindhorn College of Public Health Suphanburi*. (in Thai)



- Mertens, D., & Wilson, A., (2012). *Program Evaluation Theory and Practice: A Comprehensive Guide*. New York: Guilford.
- National Education Act (No.4) B.E. (2019) (in Thai)
- Nilphan, M. (2012). *Research Report on the Evaluation of Master of Education Program*. Department of Curriculum and Supervision Faculty of Education Silpakorn University, Nakhon Pathom. Nakhon Pathom: Faculty of Education Silpakorn University. (in Thai)
- Registration, Measurement and Processing Work Academic Group, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang. (2016). *Graduation Quality Assessment for Academic Year 2014, Graduate Class 34*. Lampang. (in Thai)
- Sompong, P. (2012). *Evaluation of the Nursing Training Program in General Practice*. (Primary disease treatment) Faculty of Nursing Srinakharinwirot University. Master of Science Thesis Field of Appraisal Science Graduate School Srinakharinwirot University. (in Thai)
- Sriyut, W., & Tiacharoen, S. (2019). The Rajabhat University Administration Towards autonomous University. *Journal of Yanasangvorn Research Institute Mahamakut Buddhist University*, 10(2), 219-230. (in Thai).
- Srisuwan, K. (2009). *Doctor of Medicine Program Assessment 1999, Srinakharinwirot University*. Master of Education Thesis Higher Education Graduate School Srinakharinwirot University. (in Thai).
- Stufflebeam, D. L., & Shinkfield, A. J. (2007). *Evaluation Theory, Models and Applications*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Taba, H. (1962). *Curriculum Development: Theory and Practice*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Tansiri, S. (2011). Relationship Between the Management Model. And Implementation of Standards and Indicators Operation of the School's Buddhist way of Life Under Bangkok In the Office of Phra Nakhon and Dusit districts Academic. *Journal Phranakhon Rajabhat University*, 4(1), 159-165. (in Thai).
- Thasaneesuwan, S., Narkthong, N., Chuaytaen, T., Mukpradab, S., & Puttakun, N. (2016). Assessment of the Bachelor of Nursing Science Program. (Revised version 2006) Police Nursing College. *Journal of Police Nurses*, 8(1), 171-180. (in Thai)
- The Community Health Profession Act, B. E. (2013). Published Documents Community Health Council (2013). *Royal Thai Government Gazette*, 130(118A), 256-372 (in Thai)
- Tipsungnoen, T., Sabaiying, W., Sansa, N., & Koschuenwichit, J. (2017). A Causal Model of Caring Behavior among Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing Under Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 7(1), 16-31. (in Thai)

ผลการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงต่อการพัฒนาคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2

The Effectiveness of a Transformative Learning Program on Desirable Characteristic Development of Second Year Nursing Students

กาญจนาณัฐ ทองเมืองธัญเทพ^{1*}, สายฝน อัมพันกาญจน์², ธัญญา เนมตาก้อง¹ และ ยูวรีย์ อินทร์เพ็ญ¹
Kanjananat Tongmuangtunyatep^{1*}, Saifon Amphankan², Thananya Nentakong¹ and Yuwaree Inpen¹
มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์^{1*}, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท²
Mahidol University Nakhonsawan Campus^{1*}, Boromarajonani College of Nursing, Chainat²

(Received: February 16, 2020; Revised: June 03, 2021; Accepted: June 14, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการสอน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงต่อคะแนนระดับความฉลาดทางอารมณ์ คะแนนระดับสติ และคะแนนระดับความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ที่เรียนวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มโดยคอมพิวเตอร์ จำนวน 30 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ แบบสอบถามสติ และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า

หลังการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ ($M=3.25$, $SD=0.29$) สติ ($M=3.87$, $SD=0.38$) และคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ($M=22.87$, $SD=2.18$) มากกว่าก่อนการจัดการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงมีผลต่อการพัฒนาคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ ด้านความฉลาดทางอารมณ์ สติ และความรู้ในการเรียนรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของนักศึกษาพยาบาลได้

คำสำคัญ: การจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง, การพัฒนาคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์, ความฉลาดทางอารมณ์, สติ, ความรู้

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: tomtam2512@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 094-8291264)

Abstract

This one-group pretest-posttest design quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of a transformative learning program on emotional intelligence level, mindfulness level, and knowledge level of nursing students about family planning. All nursing students were attending the Family and Community Nursing I course. Sample was 30 nursing students in their second year at Boromarajonani College of Nursing in Chainat. They were selected by computerized random sampling. Data were collected by using a questionnaire on emotional intelligence and mindfulness, and a knowledge test about family planning. Content validity and reliability were assessed. Data were analyzed by using descriptive statistics and paired t-test.

Results showed that after receiving the learning program, participants had higher emotional intelligence scores ($M=3.25$, $SD=0.29$), mindfulness scores ($M=3.87$, $SD=0.38$) and knowledge scores about family planning ($M=22.87$, $SD=2.18$) than before receiving the program, with statistical significance of .05.

Per findings, this program can therefore develop the desirable characteristics of nursing students regarding emotional intelligence, mindfulness, and knowledge about family planning.

Keyword: Transformative Learning, Desirable Characteristic Development, Emotional Intelligence, Mindfulness, Family Planning

บทนำ

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีความสัมพันธ์ระหว่างชีวิตมนุษย์กับการพยาบาล โดยเกี่ยวข้องกันด้านการดูแลสุขภาพ ทั้งในขณะที่มีสุขภาพดี และเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย ด้วยศิลปะที่เอื้ออาทรร่วมกับใช้หลักจริยธรรมที่ดีงามในการพยาบาล จากประกาศในราชกิจจานุเบกษาเรื่อง มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 กำหนดคุณภาพบัณฑิตที่สอดคล้องตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (Thai Qualification Framework for Higher Education; TQF: HEd) 6 ด้าน คือ 1) ด้านคุณธรรม จริยธรรม 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะปัญญา 4) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ด้านทักษะการคิดวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ 6) ด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ รวมถึงมาตรฐานการอุดมศึกษาทั้ง 5 ด้าน ที่ผสมผสานในการจัดการเรียนรู้เพื่อให้เกิดอัตลักษณ์บัณฑิตของสถาบันพระบรมราชชนกคือ 1) จิตบริการ (Service Mind) 2) การคิดเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking) และ 3) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ (Participation) เพื่อให้ได้บัณฑิตที่มีคุณภาพและมุ่งเน้นการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Institute Praboromarajchanok, 2018)

กระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงเป็นกระบวนการที่ช่วยพัฒนาบัณฑิตในการสร้างทักษะประสบการณ์ ความรู้ ความสามารถ ส่งเสริมอัตลักษณ์ของบัณฑิต เป็นคนดี และคนเก่ง กระบวนการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงต้องเปลี่ยนแปลงทั้งโลกทัศน์ (Affective) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) และพฤติกรรม (Psychomotor) มีการเปลี่ยนแปลงทุกด้านทั้งองค์รวม มีเครื่องมือที่สำคัญ 6 ปัจจัยคือ ประสบการณ์ของปัจเจกบุคคล การสะท้อนคิดอย่างจริงจัง การใช้สุนทรียสนทนา การมีมุมมองที่ครบถ้วน การให้ความสำคัญต่อบริบทและความสัมพันธ์ที่อยู่บนฐานของความจริงใจ ทุกปัจจัยต้องมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน และได้รับการปฏิบัติภายใต้การส่งเสริมและการสนับสนุนที่ถูกต้องระหว่างผู้เรียน และระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน (Panich, 2015) จากผลการจัดการเรียนรู้ตามทฤษฎีการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทาง

สุขภาพจิต ส่งผลให้ความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล หลังการจัดการเรียนรู้สูงกว่าก่อนการจัดการเรียนรู้ชัดเจน (Prasitvej, Pusrathong, Polin, & Yodthong, 2019)

กรมสุขภาพจิตในประเทศไทยได้พัฒนาแนวคิดความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Intelligence) ที่แยกออกเป็น 3 องค์ประกอบหลักและ 9 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ ด้านดี ด้านเก่ง และด้านสุข ซึ่งด้านดี ประกอบด้วย การควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเอง เห็นใจผู้อื่น และรับผิดชอบ ส่วนด้านเก่ง ประกอบด้วย การรู้จักและมีแรงจูงใจในตนเอง ตัดสินใจและแก้ไขปัญหาและมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และด้านสุข ประกอบด้วย ภูมิใจในตนเอง พึงพอใจในชีวิต และมีความสุขสงบ (Department of Mental Health, 2003) จากการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์กับพฤติกรรมปรับตัวของนักศึกษาพยาบาล มีการศึกษาพบว่านักศึกษาที่มีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ทั้งด้านดี ด้านเก่ง ด้านสุข ในระดับที่สูงจะสามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวันและสามารถปรับตัวในการให้การรักษาพยาบาลได้เป็นอย่างดี (Moopayak, Udomphanthurak, Kanyapattanaporn, Sangchan, & Kaesornsamut, 2015) มีการศึกษาระดับความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับระดับความเครียด ผู้ที่มีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์สูงจะมีระดับความเครียดน้อย (Thongied & Chaiyaprom, 2018) แสดงให้เห็นว่านักศึกษาที่มีระดับความฉลาดทางอารมณ์สูงทั้งด้านดี ด้านเก่ง ด้านสุข มีโอกาสที่จะสามารถพัฒนาคุณลักษณะชีวิต สามารถควบคุมอารมณ์ตนเอง ตัดสินใจ แก้ปัญหา มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้เป็นอย่างดี (Moopayak, Udomphanthurak, Kanyapattanaporn, Sangchan, & Kaesornsamut, 2015) ซึ่งสามารถส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ดีขึ้นได้

นอกจากนี้การมีสติยังช่วยให้เกิดการเข้าถึงความสุขและประสบความสำเร็จในชีวิตได้เช่นกัน การมีสติ (Mindfulness) คือ การใส่ใจและการรู้ตัวอยู่กับปัจจุบันขณะ (Kabat-Zinn, 2005) ซึ่งเป็นพื้นฐานที่ช่วยในการสร้างคุณลักษณะอื่น ๆ ที่ต้องการของการดำเนินชีวิตของตนเอง (Schwartz and Gladding, 2011) จากการศึกษาโดยให้นักศึกษาฝึกการเจริญสติ และประยุกต์ใช้สติในชีวิตประจำวัน เพื่อการพัฒนาตนเอง พบว่าหลังจากที่นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติไปแล้ว 12 สัปดาห์ ส่งผลให้ทุกคนสามารถมีสติในอิริยาบถต่าง ๆ ได้มากขึ้น มีจิตสงบ ผ่อนคลายจากความเครียด มีการปล่อยวางอารมณ์ได้ดีขึ้น (Sriroongrueng, Buncherd, & Thanapongpichat, 2018) นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้โปรแกรมการเจริญสติที่เน้นการเรียนรู้แบบมุ่งการรู้จริงทำได้กับนักศึกษาวิชาชีพครู ส่งผลให้ทุกคนมีสติและมีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในระดับสูงได้ (Thongied & Chaiyaprom, 2018) ดังนั้นการฝึกเจริญสติสามารถส่งผลให้ผู้ฝึกมีจิตมุ่งมั่นอยู่กับสิ่งที่กระทำ เปิดโอกาสตนเองในการรับรู้สิ่งใหม่ หรือที่กำลังปฏิบัติอยู่ เกิดความสามารถในการเรียนรู้และตัดสินใจแก้ปัญหาได้ดีขึ้น

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาทมีการเรียนการสอนการวางแผนครอบครัว ซึ่งเป็นหัวข้อหนึ่งที่สำคัญในการดำเนินชีวิตประจำวัน การเผชิญกับปัญหาที่มักพบได้บ่อย และการแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา กับนักศึกษา การจัดการเรียนรู้โดยดำเนินกิจกรรมตามแผนการสอนที่จัดไว้ในรายวิชา ส่วนใหญ่เป็นการบรรยาย เน้นผลการเรียนรู้ทางด้านความรู้มากกว่าการพัฒนาทักษะชีวิต ยังขาดการเชื่อมโยงและการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องของกิจกรรมเสริมทักษะที่ช่วยส่งเสริมคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของนักศึกษา และพบว่าผลการประเมินคุณลักษณะบัณฑิตด้านทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและทักษะการแก้ปัญหา (Critical Thinking and Problem Solving) และทักษะด้านวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก (Boromarajonani College of Nursing, Chainat, 2017) ซึ่งควรมีการพัฒนาให้มีระดับสูงขึ้น โดยกระตุ้นให้ผู้เรียนปฏิบัติทักษะเพื่อการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องควบคู่กับการจัดการเรียนการสอนในรายวิชา เช่น การตั้งเป้าหมายร่วมกัน การฝึกสติ การฝึกใช้สุนทรียสนทนา และการสะท้อนคิดที่มีเป้าหมายอย่างจริงจัง ที่สามารถส่งเสริมให้นักศึกษาเป็นทั้งคนเก่ง และคนดี สามารถนำความรู้ไปใช้ได้อย่างเหมาะสม ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข

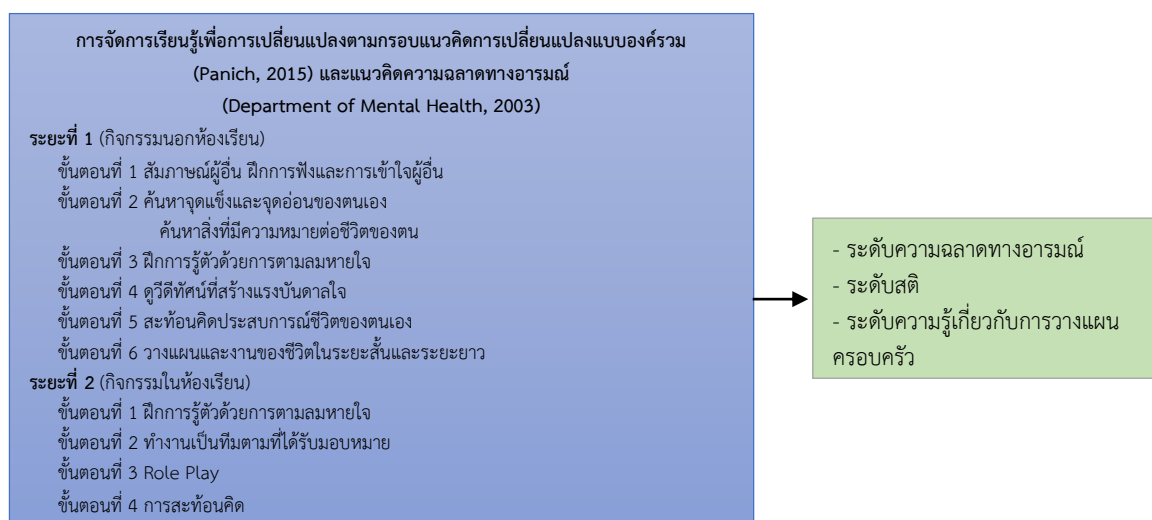
ดังนั้น กระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง จึงมีความสำคัญที่ช่วยพัฒนาคุณลักษณะของนักศึกษา ให้มีความเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น มีแรงจูงใจ มีความรับผิดชอบ มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ตัดสินใจ แก้ปัญหา และใช้ชีวิตอย่างมีความสุข ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงของผู้เรียน เพื่อนำไปเป็นแนวทางการจัดการเรียนรู้ส่งผลต่อการพัฒนาคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ในระดับสูงขึ้น และผู้เรียนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาผลการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงต่อระดับความฉลาดทางอารมณ์ ระดับสติและระดับความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนากระบวนการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเปลี่ยนแปลงแบบองค์รวม (Holistic Change) ด้านโลกทัศน์ ด้านความรู้ความเข้าใจ และด้านพฤติกรรม ที่ประกอบด้วย 6 ปัจจัยหลัก คือ 1) ประสบการณ์ของปัจเจกบุคคลที่ผ่านพบมา นำมาพูดคุยแลกเปลี่ยนการตีความหรือสะท้อนคิด 2) การสะท้อนคิดอย่างจริงจัง การตอบคำถาม Why What How หรือการเขียนบันทึก (Reflection Journal) การตรวจสอบความเชื่อหรือคุณค่าเดิม 3) สนทนาสนทนากับความความไว้วางใจซึ่งกันและกัน เปิดเผยสิ่งที่ซ่อนอยู่ภายในใจของแต่ละคน 4) มุมมองหรือวิถีที่ครอบคลุม การเรียนรู้ที่บูรณาการวิธีการเรียนที่ใช้กระบวนการเชิงอารมณ์ 5) ให้ความสำคัญต่อบริบท ทำความเข้าใจต่อปัจจัยส่วนบุคคล เชิงสังคมและวัฒนธรรม และ 6) ความสัมพันธ์ที่อยู่บนฐานของความจริงใจของสมาชิกที่มีต่อตนเองและต่อเพื่อนร่วมเดินทางเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง นำแต่ละปัจจัยมาเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน และได้รับการปฏิบัติภายใต้การอำนวยความสะดวกจากผู้เรียน และผู้เรียนกับผู้สอน (Panich, 2015) และผสมผสานกับแนวคิดความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Intelligence) แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบหลักและ 9 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ 1) ด้านดี ประกอบด้วย การควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเอง เห็นใจผู้อื่น และรับผิดชอบ 2) ด้านเก่ง ประกอบด้วย การรู้จักและมีแรงจูงใจในตนเอง ตัดสินใจและแก้ไขปัญหาและมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และ 3) ด้านสุข ประกอบด้วย ภูมิใจในตนเอง พึงพอใจในชีวิต และมีความสุขสงบ (Department of Mental Health, 2003) ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ที่สร้างสรรค์สามารถยกระดับความฉลาดทางอารมณ์ สติ และความรู้ ดังแสดงภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการสอน (The One Group Pretest Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท ที่ลงทะเบียนเรียนวิชา การพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 ภาคการเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2560 จำนวน 64 ราย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท ที่ลงทะเบียนเรียนวิชา การพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 ภาคการเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2560 ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน เพิ่ม Attrition rate ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ด้วยการสุ่มอย่างง่ายด้วยคอมพิวเตอร์ โดยไม่รวม 20 คนที่ใช้ในการทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือทั้งหมด 3 ชุด ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวัดระดับความฉลาดทางอารมณ์ โดยใช้แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ สำหรับประชากรช่วงอายุ 12-60 ปี ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (Department of Mental Health, 2003) แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ท (Likert) มี 4 ระดับ จำนวน 52 ข้อ ประกอบด้วย 9 ด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมดูแลตนเอง 6 ข้อ ด้านการเห็นใจผู้อื่น 6 ข้อ ด้านความรับผิดชอบต่อส่วนรวม 6 ข้อ ด้านการมีแรงจูงใจ 6 ข้อ ด้านการตัดสินใจและแก้ปัญหา 6 ข้อ ด้านสัมพันธภาพ 6 ข้อ ด้านความภูมิใจในตนเอง 4 ข้อ ด้านความพอใจชีวิต 6 ข้อ และด้านความสงบทางใจ 6 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนของแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้แก่ ข้อ 1, 4, 6, 7, 10, 12, 14, 15, 17, 20, 22, 23, 25, 28, 31, 32, 34, 36, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 46, 48, 49, 50 ให้คะแนน ดังนี้ 1: ไม่จริง, 2: จริงบางสิ่ง, 3: ค่อนข้างจริง, 4: จริงมาก ส่วนกลุ่มที่ 2 ได้แก่ ข้อ 2, 3, 5, 8, 9, 11, 13, 16, 18, 19, 21, 24, 26, 27, 29, 30, 33, 35, 37, 40, 45, 47, 51, 52 ให้คะแนนดังนี้ 4: ไม่จริง, 3: จริงบางสิ่ง, 2: ค่อนข้างจริง, 1: จริงมาก การแปลความหมายกำหนดเกณฑ์ ดังนี้ (Srisaard, 2553)

ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.00 หมายถึง ระดับจริงมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง ระดับจริงมาก

ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง ระดับจริงน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง ระดับจริงน้อยที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้วัดระดับสติ โดยใช้แบบสอบถามระดับสติ Philadelphia mindfulness scale ฉบับภาษาไทย (Slipakit et al., 2011 cited in Pholchan & Chuangchum, 2014) แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ท (Likert) มี 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ข้อที่ เป็นคำถามเกี่ยวกับการตระหนักรู้ ประเมินค่าระหว่าง 1-5 คะแนน (ไม่เคยเลย-บ่อยมาก) ดังนี้ 5: บ่อยมาก, 4: บ่อย, 3: บางครั้ง, 2: นาน ๆ ครั้ง, 1: ไม่เคยเลย ส่วนข้อคู่เป็นคำถามเกี่ยวกับการยอมรับ ประเมินค่าระหว่าง 1-5 คะแนน (บ่อยมาก-ไม่เคยเลย) ดังนี้ 1: บ่อยมาก, 2: บ่อย, 3: บางครั้ง, 4: นาน ๆ ครั้ง, 5: ไม่เคยเลย การแปลความหมายกำหนดเกณฑ์ ดังนี้ (Srisaard, 2553)

ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง ระดับบ่อยมาก

ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง ระดับบ่อย

ค่าเฉลี่ย	2.51 – 3.50	หมายถึง ระดับบางครั้ง
ค่าเฉลี่ย	1.51 – 2.50	หมายถึง ระดับนานๆครั้ง
ค่าเฉลี่ย	1.00 – 1.50	หมายถึง ระดับไม่เคยเลย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบระดับความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตาม ตารางวิเคราะห์การออกแบบการสร้างแบบทดสอบ (Test Blueprint) ของรายวิชาการพยาบาลครอบครัว และชุมชน 1 เป็นแบบทดสอบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 30 ข้อ การแปลผล ตอบถูกได้ข้อละ 1 คะแนน รวมทั้งหมด 30 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงของเครื่องมือ (Validity) ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบทดสอบระดับความรู้ เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวที่สร้างขึ้นเอง โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ จำนวน 3 ท่าน นำมาคำนวณค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม กับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence) พิจารณาเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง ตั้งแต่ .67-1.00 ส่วนข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องต่ำกว่า .67 ทำการปรับปรุงแก้ไขหรือตัดออกตาม คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือวัดระดับความฉลาดทางอารมณ์ และวัดระดับ สติ มาทดสอบความความเที่ยงกับกลุ่มนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสันนาท ขึ้นปีที่ 2 ที่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ก่อนเริ่มการทดลองเป็นเวลา 1 เดือน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 และ .86 ตามลำดับ และแบบทดสอบระดับความรู้นำมาทดสอบความเที่ยง แบบคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาตั้งแต่ เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยพัฒนาระบบการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงกับผู้เชี่ยวชาญด้านกระบวนการ จำนวน 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนการสอนในสาขาพยาบาลศาสตร์ และผู้สอนหัวข้อการวางแผนครอบครัว ทั้งกิจกรรมในห้องเรียน และนอกห้องเรียนที่เป็นกิจกรรมเสริมที่เชื่อมโยงกับกิจกรรมในห้องเรียน ตามกรอบ แนวคิดของงานวิจัย

2. ผู้สอนจัดทำแผนการสอนตามประมวลรายวิชาโดยเชื่อมโยงกับกิจกรรมนอกห้องเรียนที่วางแผนไว้

3. ผู้วิจัยขออนุมัติการเก็บรวบรวมข้อมูล และนำเครื่องมือไปทดลองใช้ โดยผ่านคณะกรรมการในการ พิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสันนาท

4. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียด และขอความร่วมมือกับผู้อำนวยการวิทยาลัย และผู้สอนหัวข้อการวางแผน ครอบครัว

ขั้นทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 กิจกรรมนอกห้องเรียน

1. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย วิธีการวิจัยแก่กลุ่ม ตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยประเมินความฉลาดทางอารมณ์ สติ และความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเริ่มกิจกรรม

3. ผู้วิจัยอธิบายการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง ประโยชน์ของการมีสติ การดูแลอารมณ์ตนเอง และการนำไปใช้กับการเรียนการสอนการวางแผนครอบครัว โดยใช้เวลาทั้งหมด 3 สัปดาห์ ดังนี้

3.1 สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินกระบวนการพัฒนาการเปลี่ยนแปลง ใช้ระยะเวลา 2 วัน ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

3.1.1 กลุ่มตัวอย่างจับคู่สัมภาษณ์กับเพื่อน ฝึกการฟังและการเข้าใจผู้อื่น ทบทวนประสบการณ์การสัมภาษณ์ของตนเองร่วมกับเพื่อนและอาจารย์ แล้วนำเสนอสิ่งที่ตนเองได้พบ

3.1.2 กลุ่มตัวอย่างค้นหาจุดแข็งและจุดอ่อนของตนเอง ค้นหาสิ่งที่มีความหมายต่อชีวิตของตนเอง กระบวนการสู่กลุ่มตัวอย่างให้นำเสนอ

3.1.3 กลุ่มตัวอย่างฝึกการรู้ตัวด้วยการตามลมหายใจ ด้วยการนอนหลับตาพิจารณาลมหายใจเข้าและหายใจออก กระบวนการสู่กลุ่มตัวอย่างให้อธิบายความรู้สึกหลังปฏิบัติ

3.1.4 กลุ่มตัวอย่างดูวิดีโอที่เกี่ยวกับความทุกข์ของผู้ป่วยที่เกิดจากบริการสุขภาพ วิดีทัศน์ผู้พิการที่ไม่ยอมจำนนต่อชีวิต กระบวนการสู่กลุ่มตัวอย่างให้อธิบายสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดูวิดีโอ

3.1.5 กลุ่มตัวอย่างฝึกใคร่ครวญประสบการณ์ชีวิตของตนเองด้วยการบันทึกและพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม กระบวนการสู่กลุ่มตัวอย่างให้อธิบายสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติ

3.1.6 กลุ่มตัวอย่างทบทวนความฝันและแนวทางที่จะอยู่ในโลกได้อย่างมีความหมาย พร้อมทั้งวางแผนชีวิต และวางแผนงานของตนเองทั้งในระยะสั้นและระยะยาว แล้วนำเสนอ

ระยะที่ 2 กิจกรรมในห้องเรียน

3.2 สัปดาห์ที่ 2

3.2.1 กลุ่มตัวอย่างฝึกการรู้ตัวด้วยการตามลมหายใจในท่านั่งเก้าอี้ ปลอ่ยวางความคิดทุกอย่างเตรียมพร้อมเพื่อจะเรียนในชั้นเรียน ผู้สอนชี้แจงวัตถุประสงค์การเรียนการสอนหัวข้อการวางแผนครอบครัว แล้วให้ทุกคนสะท้อนคิดเกี่ยวกับการนำกิจกรรมจากกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 ไปใช้ในแต่ละวันอย่างไรและได้ประโยชน์อย่างไรลงในสมุดบันทึกการเรียนรู้ของตนเอง ผู้สอนสู่กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อนในห้องเรียน และให้กลุ่มตัวอย่างแบ่งกลุ่มโดยเลือกเพื่อนในกลุ่มอย่างอิสระ เข้ากลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วางแผน วิเคราะห์และค้นหาเนื้อหาการวางแผนครอบครัวในหัวข้อที่กลุ่มรับผิดชอบ และเตรียมวิธีการนำเสนอเพื่อนในห้องด้วยวิธีที่แตกต่างกัน

3.2.2 เมื่อสิ้นสุดชั่วโมงเรียนผู้สอนตั้งถามให้กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมแสดงความคิดเห็น สะท้อนความคิด และการนำกิจกรรมไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเพื่อการเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ

3.3 สัปดาห์ที่ 3

3.3.1 กลุ่มตัวอย่างฝึกการรู้ตัวด้วยการตามลมหายใจในท่านั่งเก้าอี้ ปลอ่ยวางความคิดทุกอย่างเตรียมพร้อมที่จะเรียนในชั้นเรียน ผู้สอนให้ทุกคนสะท้อนคิดเกี่ยวกับการนำกิจกรรมจากกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 ไปใช้ในแต่ละวันอย่างไรและได้ประโยชน์อย่างไรลงในสมุดบันทึกการเรียนรู้ของตนเอง ผู้สอนสู่กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อนในห้องเรียน แล้วให้แต่ละกลุ่มนำเสนอการวางแผนครอบครัวในหัวข้อที่กลุ่มรับผิดชอบ

3.3.2 เมื่อสิ้นสุดชั่วโมงเรียนผู้สอนสรุปความรู้ในแต่ละหัวข้อ และตั้งถามให้กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมแสดงความคิดเห็น สะท้อนความคิด และการนำกิจกรรมไปพัฒนาเพื่อการเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ

ขั้นหลังทดลอง

ผู้วิจัยประเมินระดับความฉลาดทางอารมณ์ ระดับสติ โดยใช้แบบสอบถาม และประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวโดยใช้แบบทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม พร้อมกับสรุปสะท้อนคิดการนำกิจกรรมพัฒนาการเปลี่ยนแปลงไปใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ซึ่งจะได้ข้อมูลในรูปแบบการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนระดับความฉลาดทางอารมณ์ คะแนนระดับสติ และคะแนนระดับความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง โดยใช้สถิติ Paired t-test

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยทำหนังสือพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท เลขที่ BCNC-IRB 2-17-2560 ลงวันที่ 15 พฤศจิกายน 2560 แล้วดำเนินการขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้รับจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษา
ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 96.67 และมี 1 คนที่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 3.33
2. เปรียบเทียบคะแนนระดับความฉลาดทางอารมณ์ คะแนนระดับสติ และ คะแนนระดับความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนระดับความฉลาดทางอารมณ์ก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

การทดสอบ	ก่อนเรียน		หลังเรียน		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ระดับความฉลาดทาง						
อารมณ์						
ด้านการควบคุมตนเอง	3.05	0.32	3.20	0.31		
ด้านการเห็นใจผู้อื่น	3.25	0.36	3.40	0.26		
ด้านความรับผิดชอบต่อ	3.45	0.32	3.52	0.26		
ส่วนรวม						
ด้านการมีแรงจูงใจ	3.09	0.35	3.14	0.36		
ด้านการตัดสินใจและ	3.06	0.31	3.27	0.24		
แก้ปัญหา						
ด้านสัมพันธภาพ	3.04	0.23	3.19	0.42		
ด้านความภูมิใจใน	2.99	0.34	3.18	0.22		
ตนเอง						
ด้านความพอใจชีวิต	3.25	0.24	3.36	0.26		
ด้านความสุขสงบทางใจ	2.74	0.32	3.03	0.31		
ภาพรวม	3.10	0.31	3.25	0.29	0.86	.03*
	(ระดับจริงมาก)		(ระดับจริงมาก)			

หมายเหตุ * $p \leq .05$

จากตาราง 1 ผลการประเมินคะแนนระดับความฉลาดทางอารมณ์ก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง พบว่าหลังได้รับการจัดการเรียนรู้ในภาพรวมมีคะแนนระดับความฉลาดทางอารมณ์มากกว่าก่อนได้รับการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง ($M=3.25$, $SD=0.29$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอยู่ในระดับจริงมาก เมื่อวิเคราะห์รายด้าน ด้านที่มีคะแนนสูงที่สุด คือ ด้านความรับผิดชอบต่อส่วนรวม ($M=3.52$, $SD=0.26$) ด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ ด้านความสุขสงบทางใจ ($M=3.03$, $SD=0.31$)

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนระดับสติก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มตัวอย่าง ($n=30$)

การทดสอบ	ก่อนเรียน		หลังเรียน		<i>t</i>	<i>p-value</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
ระดับสติ						
การตระหนักรู้	2.85	0.30	3.56	0.29		
การยอมรับ	3.25	0.29	4.18	0.47		
ภาพรวม	3.05	0.30	3.87	0.38	1.68	.05*
	(ระดับบางครั้ง)		(ระดับบ่อย)			

หมายเหตุ * $p \leq .05$

จากตาราง 2 ผลการประเมินคะแนนระดับสติก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง พบว่าหลังได้รับการจัดการเรียนรู้ในภาพรวมมีคะแนนระดับสติ มากกว่าก่อนได้รับการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง ($M=3.87$, $SD=0.38$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอยู่ในระดับบ่อย เมื่อวิเคราะห์รายด้าน ด้านที่มีคะแนนสูงที่สุด คือ การยอมรับ ($M=4.18$, $SD=0.47$)

ตาราง 3 ผลการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงต่อคะแนนระดับความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของนักศึกษา ก่อนเรียนและหลังเรียน ($n=30$)

การทดสอบ	ก่อนเรียน		หลังเรียน		<i>t</i>	<i>p-value</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
ระดับความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว	21.65	2.06	22.87	2.18	2.76	.008*

หมายเหตุ * $p \leq .05$

จากตาราง 3 ผลการทดสอบคะแนนระดับความรู้ก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง พบว่า หลังได้รับการจัดการเรียนรู้ในภาพรวมมีคะแนนระดับความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว มากกว่าก่อนได้รับการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง ($M=22.87$, $SD=2.18$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

จากผลการทดสอบก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง พบว่าหลังได้รับการจัดการเรียนรู้มีคะแนนระดับความฉลาดทางอารมณ์ ($M=3.25$, $SD=0.29$) มากกว่าก่อนได้รับการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง ($M=3.10$, $SD=0.31$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 1) สามารถอธิบายได้ว่า กิจกรรมเสริมหลักสูตรที่ให้แก่มกลุ่มตัวอย่างสามารถเพิ่มระดับความฉลาดทางอารมณ์ อาจเนื่องมาจากกิจกรรมเสริมหลักสูตรนี้มีเนื้อหาและกระบวนการในสัปดาห์ที่ 1 ที่ส่งเสริมให้ได้ฝึกทักษะการเข้าใจตนเองและผู้อื่น การ

ไว้วางใจและการรับฟังผู้อื่นอย่างใคร่ครวญ การดูวิทัศน์ และการวางแผนชีวิตตนเอง พุดคุยแลกเปลี่ยนความคิดร่วมกัน โดยมีอาจารย์เป็นผู้ช่วยกระตุ้นให้เกิดความคิดและการพิจารณา ทำให้เกิดการเรียนรู้และข้อคิดนำไปพัฒนาตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงต่อความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาล ศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 วิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต พบว่า นักศึกษากลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงหลังการจัดการเรียนรู้มีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่าก่อนการจัดการเรียนรู้ (Prasitvej, Pusrathong, Polin, & Yodthong, 2019) นอกจากนี้การได้ดูวิทัศน์เกี่ยวกับความทุกข์ของผู้ป่วยกับการฝึกใคร่ครวญประสบการณ์ชีวิตของตนเอง ทำให้ได้เห็นตัวอย่าง เกิดความเข้าใจผู้อื่น ประกอบกับการกระตุ้นการนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องโดยอาจารย์ผู้สอนในรายวิชา ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองในทางที่ดีขึ้น จึงพบว่าผลการศึกษารายด้าน ด้านความรับผิดชอบต่อส่วนรวม ($M=3.52$, $SD=0.26$) และด้านการเห็นใจผู้อื่น ($M=3.40$, $SD=0.26$) มีคะแนนสูงที่สุดตามลำดับ จากแนวคิดความฉลาดทางอารมณ์ คือ ด้านเก่ง ด้านดี และด้านสุข ซึ่งด้านดีคือ สามารถควบคุมอารมณ์ เห็นใจผู้อื่น และมีความรับผิดชอบด้านสุขคือ ความภูมิใจและพึงพอใจในชีวิตของตนเอง (Department of Mental Health, 2003) เช่นเดียวกับการศึกษาการถอดบทเรียนจากการเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์ โดยการวิเคราะห์เชิงให้ผู้ป่วยทางสายตาได้เรียนหนังสือ พบว่า การใช้กระบวนการสะท้อนคิดด้านจิตใจในการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ เกิดอารมณ์ที่มีความสุข ทำให้นักศึกษาปรับเปลี่ยนความคิดแบบเดิมของตนเอง ไปสู่การปฏิบัติแบบใหม่ได้อย่างเหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการ (Jamjan, Boonchoochuay, & Insing, 2015) ดังนั้นบุคคลที่มีการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ที่สูงขึ้นจะสามารถส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ทางวิชาการดีขึ้นตามมาด้วยเช่นกัน (Arora, Ashrafiyan, Davis, Athanasiou, Darzi, & Sevdalis, 2010)

ผลการทดสอบก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงต่อระดับสติ พบว่าหลังได้รับการจัดการเรียนรู้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนระดับสติ ($M=3.87$, $SD=0.38$) มากกว่าก่อนได้รับการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง ($M=3.05$, $SD=0.30$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 2) อาจเนื่องมาจากวิธีการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ จากกิจกรรมการสัมภาษณ์ การฝึกสมาธิ กำหนดลมหายใจในสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 3 ที่ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เกิดการเตรียมความพร้อมทั้งกายและใจ การสงบนิ่งก่อนเรียนช่วยให้มีสมาธิในการเรียนมากขึ้น รวมถึงการควบคุมอารมณ์ ความจำ ความคิดได้ดีขึ้น มีความพร้อมในการเรียน เกิดการพัฒนาฐานคิดความรู้ สามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นพื้นฐานหนึ่งในการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์และการเรียนรู้ (Schwartz and Gladding, 2011; Chiddee, Siriphan, Tawetanawanich, Srathong, & Hayee, 2020) รวมถึงการช่วยสะท้อนความคิดจากการปฏิบัติกิจกรรมจากผู้สอน การดูจิตของตนเองจนเกิดปัญญาตื่นรู้จะเกิดการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานภายในตนเอง ภายในองค์กร จนถึงภายในสังคม เกิดการยอมรับเข้าใจผู้อื่น มีความรับผิดชอบ มีการอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุขที่แท้จริง (Wasri, 2011) จึงส่งผลให้คะแนนระดับสติหลังได้รับการจัดการเรียนรู้มากกว่าคะแนนระดับสติก่อนได้รับการจัดการเรียนรู้ และรายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนสูงที่สุด คือ การยอมรับ ($M=4.18$, $SD=0.47$) นอกจากนี้การนำเสนอในห้องเรียนที่หลากหลายรูปแบบในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดภาพทรงจำสิ่งที่แต่ละกลุ่มนำเสนอ เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตนเองแต่ละบุคคล มีความกล้าในการแสดงออก (Poohongthong, 2018) จึงส่งผลให้คะแนนระดับความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวหลังได้รับการจัดการเรียนรู้ ($M=22.87$, $SD=2.06$) มากกว่าก่อนได้รับการจัดการเรียนรู้ ($M=21.65$, $SD=2.06$) (ตาราง 3) สอดคล้องกับการศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมในกระบวนการจิตปัญญา เช่น การพิจารณาด้วยใจอย่างใคร่ครวญ ความรักความเมตตา และความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง มีผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังใช้กระบวนการสูงกว่าก่อนใช้ (Tongmuangtunyatep, Leksanja, klomyong, Maneechot, & Panchakhan, 2018)

สิ่งที่ส่งผลต่อเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยหลายปัจจัย ปัจจัยหนึ่งคือ กระบวนการจัดการเรียนรู้ที่ช่วยส่งเสริมหรือสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาไปสู่การเปลี่ยนแปลงได้จริง จากการศึกษาจะเห็นว่าทุกกระบวนการ กิจกรรม รวมถึงกลุ่มตัวอย่าง ผู้สอน และกระบวนการต้องมีการเตรียมความพร้อม ผู้สอนในรายวิชาให้ความสำคัญในกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และสิ่งสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งคือ ระยะเวลาในการฝึกกิจกรรมทั้งในและนอกห้องเรียนที่มีเวลาจำกัด จึงส่งผลให้คะแนนระดับความฉลาดทางอารมณ์หลังการจัดการเรียนรู้รายด้านทุกด้านอยู่ในระดับจริงมาก คะแนนระดับสติหลังการจัดการเรียนรู้รายด้านทุกด้านอยู่ในระดับน้อย

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับผู้สอนและผู้เรียนในการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงโดยผู้สอนควรมีความสามารถในการทำกิจกรรม การสะท้อนคิด ที่ดึงดูดให้ผู้เรียนต้องการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง และผู้สอนต้องมีการเตรียมความพร้อมผู้เรียนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และสอดแทรกกิจกรรมที่ส่งเสริมการพัฒนาผู้เรียนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการเรียนรู้ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น ส่งผลต่อการพัฒนาคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของผู้เรียน และช่วยให้ผู้เรียนสามารถบรรลุผลการเรียนรู้ที่คาดหวังของรายวิชาที่กำหนด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลการจัดการเรียนรู้เชิงคุณภาพ และนำผลที่ได้มาประกอบกับข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อให้ผลที่ได้มีความน่าเชื่อถือมากขึ้น
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง กับกลุ่มที่ไม่ได้รับการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง
3. ควรมีการศึกษาการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงต่อการพัฒนาคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ในรายวิชาอื่นเพิ่มมากขึ้น

References

- Arora, S., Ashrafiyan, H., Davis, R., Athanasiou, T., Darzi, A., & Sevdalis, N. (2010). Emotional Intelligence in Medicine: A Systematic Review Through the Context of the ACGME Competencies. *Medical Education*, 44(8), 749-764.
- Boromarajonani College of Nursing, Chainat. (2017). *Self Assessment Report: Annual Academic Report 2017*. Chainat: Boromarajonani College of Nursing, Chainat. (in Thai)
- Chiddee, K., Siriphan, S., Tawetanawanich, Y., Srathong, P., & Hayee, F. (2020). Learning Process Through Contemplative Education: Writing Reflections in a Journal. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 7(3), 23-38. (in Thai)
- Department of Mental Health. (2003). *Emotional Intelligence Handbook*. Retrieved January 10, 2016 from <https://www.dmh.go.th/download/ebooks/EQ11.pdf> (in Thai)
- Institute Praboromarajchanok. (2018). *Details of the Curriculum (The Qualifications for Higher Education) Bachelor of Nursing Science* (Curriculum Improvement 2017). (Mimeographed). (in Thai)



- Jamjan, L., Boonchoochuay, R., & Insing, S. (2015). Transformative Learning: Lesson Learned from Nursing Education. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 24(3), 1-14. (in Thai)
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to Our Senses: Healing Ourselves and the World Through Mindfulness*. Hachette UK.
- Moopayak, K., Udomphanthurak, J., Kanyapattanaporn, C., Sangchan, C., & Kaesornsamut, P. (2015). Correlation Between Emotional Intelligence and Adaptive Behaviors of Nursing Students. *Journal of Nursing Science*, 33(1), 55-65. (in Thai)
- Panich, V. (2015). *Transformative Learning*. Bangkok: LR Printing Mass Product Limited. (in Thai)
- Pholchan, T., & Chuangchum, P. (2014). Effects of Transformative Learning in Medical Student Character Development. *Journal of Buddhachinaraj Medical*, 31(3), 396-411. (in Thai)
- Poohongthong, C. (2018). Transformative Learning: Challenges for Instructors in Higher Education. *Journal of Behavioral Science*, 24(1), 163-182. (in Thai)
- Prasitvej, P., Pusrathong, P., Polin, S., & Yodthong, D. (2019). Effects of Transformative Learning for the Emotional Quotient of the 3rd Year Nursing Students in Nursing Care of Persons with Mental Health Problems Practicum. *Journal of Health Research and Innovation*, 2(1), 73-86. (in Thai)
- Schwartz, M. J., & Gladding, R. (2012). *You Are Not Your Brain: The 4-Step Solution for Changing Bad Habits, Ending Unhealthy Thinking, and Taking Control of Your Life*. Penguin.
- Sriroongrueng, W., Buncherd, H., & Thanapongpichat, S. (2018). Effect of Mindfulness on Self-Development in Students of Prince of Songkla University. *Journal of Thaksin University*, 31(3), 34-40. (in Thai)
- Srisaard, B. (2010). *Preliminary Research*. (8th ed). Bangkok: Suweiriya Sahasanet.
- Thongied, K., & Chaipayrom, D. (2018). Emotional Intelligence and Stress of Nursing Students at Faculty of Nursing, Surattthani Rajabhat University. *Journal of Surattthani Rajabhat*, 5(2), 213-232. (in Thai)
- Tongmuangtunyatep, K., Leksanja, W., klomyong, S., Maneechot, M., & Panchakhan, N. (2018). Effects of the Contemplative Education Process on Knowledge about Family Planning among Students in the Secondary Educational Service Area Office in Region 5, Chai Nat Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(3), 43-52.
- Wasri, P. (2011). *The Education System That Solves the Misery of the Whole Earth*. (2nd ed.). Nakhon Pathom: Contemplative Education Centre, Mahidol University.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงต่อการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

The Effectiveness of a Transformative Learning Program on Health Literacy Promotion among Older Adults with Diabetes

ชลธิชา อมตยงค์^{1*}, โรชินี อุปรา¹ และ เอกชัย กันธะวงศ์¹

Chonticha Amattayakong^{1*}, Roshinee Oupra¹ and Eakachai Kantawong¹

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่^{1*}

Boromarajonani College of Nursing ChaingMai^{1*}

(Received: December 27, 2020; Revised: June 10, 2021; Accepted: June 14, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองหนึ่งกลุ่มทดสอบก่อนและหลังนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในระดับ ปฏิสัมพันธ์และระดับวิจารณ์ญาณ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแม่สา จำนวน 30 คน ได้มาจากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงต่อการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานจำนวน 4 ครั้ง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 2) โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ 3) คู่มือส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่ากลางของสองประชากรไม่อิสระของค่ากลางของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่า

1. ความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับพอใช้ ($M=149.29$, $SD=23.87$, $M=178.26$, $SD=29.08$)

2. ความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

ควรนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน สำหรับด้านการศึกษาวิจัยควรมีงานวิจัยในการติดตามการศึกษาระยะยาวและเน้นความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, โรคเบาหวาน, การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง, ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: chonticha@bcnc.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 094-1146991)

Abstract

This one group pre-test – post-test design quasi-experimental study aimed to promote participation and critical health literacy by conceiving a transformative learning program for older adults with diabetes. The sample size was selected by purposive sampling. Thirty older adults who met the inclusion criteria were selected. Participants attended the activities that were designed to enhance health literacy among older adults with diabetes for four consecutive sessions. Research instruments were 1) a health literacy scale test, validated with reliability of 0.86, 2) the developed learning program, based on literature reviews, 3) a booklet for developing health literacy promotion among older adults with diabetes, checked for its language and content validity. Data were analyzed by using descriptive statistics and pair t-test. Results showed as follows.

1. The participant health literacy level prior to attending the program were at a fair level ($M=149.29$, $SD=23.87$), and after attending the program were higher than prior but still at a fair level ($M=178.26$, $SD 29.08$).

2. After attending the health literacy program, the participants health literacy scores were at a higher level than prior to attending the program, with statistically significance ($p<.001$).

These findings should be used as a basic information for promoting the role of nurses in promoting health literacy among older adults with diabetes. For further research, a study should be conducted regarding long term results which focus on critical health literacy.

Keywords: Health Literacy, Diabetes, Older Adults, Transformative Learning

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพ และการเสียชีวิต โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานหากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆมากมาย รวมถึงเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ เช่นภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดสูงหรือระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและมีความรุนแรง ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีอาจเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต (Maschak-Carey, 2014) การเสียชีวิตจากโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี 2559 มีอัตราการตาย 22.01 เพิ่มขึ้นเป็น 21.87 ต่อแสนประชากร ในปี 2561 (Division of Non Communicable Disease, 2020) และเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานจะเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่สำคัญคือต่อทั้งหลอดเลือดแดงใหญ่และเล็ก ภาวะคุกคามทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานดังกล่าวเป็นสาเหตุให้ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่าอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจากการป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ในปี พ.ศ. 2553 และ พ.ศ. 2557 (Ministry of Public Health, 2515) นอกจากนี้จากสถานการณ์ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนส่งผลกระทบต่อความเจ็บป่วย การเสียชีวิต และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สูงขึ้น ซึ่งเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศอย่างมหาศาล จากการศึกษาข้อมูลงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพย้อนหลังตั้งแต่ปี 2550- ปี -2561 พบว่าภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่รัฐบาลต้องตั้งงบประมาณสนับสนุนเพิ่มขึ้นทุกปี จาก 148,704.5 ล้านบาท ในปี 2550 เป็น 303, 517.1 ล้านบาท ในปี 2561 (Ruckbumnet, 2020)

สาเหตุหลักที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (Supannakul, & Sritong, 2015) การปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับโรคนั้นเกิดจาก

หลายปัจจัย ทั้งปัจจัยด้านผู้สูงอายุ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวาน รวมถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพอื่น ๆ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด คุณภาพชีวิต การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ นอกจากนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่บ่งบอกถึงความสำเร็จของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีและลดความไม่เท่าเทียมทางด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพรวมถึงทักษะการดูแลตนเอง (Lee, Shin, Wang, Lin, Lee, & Wang, 2016)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ทักษะทางปัญญา (Cognitive Skill) และทักษะทางสังคม (Social Skill) ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี (World Health Organization, 1998) ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับ 1) ระดับพื้นฐาน (Functional Health Literacy) คือ ทักษะพื้นฐานด้านการอ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน รวมถึงทักษะเกี่ยวกับจำนวนตัวเลข (Numeracy Skill) 2) ระดับการมีปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive Health Literacy) 3) ระดับวิจรรณญาณ (Critical Health Literacy) (Nutbeam, 2000) ความรู้ด้านสุขภาพถือเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เนื่องจากต้องรับผิดชอบต่อการจัดการภาวะเรื้อรังที่ซับซ้อน ทั้งการปฏิบัติตัว การรับประทานยา การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารและการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตัวเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอจะทำให้สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เข้าใจข้อมูลที่ได้รับ และสื่อสารกับทีมสุขภาพ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาที่สอดคล้องกับบริบทของตนเอง และสามารถแก้ปัญหาและใช้ข้อมูลใหม่ ๆ เพื่อเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม จัดการกับสถานการณ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (Souza, Apolinario, Magaldi, Busse, Campora, & Jacob-Filho, 2014)

ประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอ (Ginggeaw, & Prasertsri, 2016) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจรรณญาณ ซึ่งเป็นระดับที่มีความสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานควบคุมโรคได้ จากการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจรรณญาณ สามารถทำนายผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ได้มากกว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (Reisi, Mostafavi, Javadzade, Mahaki, Tavassoli, & Sharifirad, 2016) ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกระดับ โดยเฉพาะระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจรรณญาณเพื่อให้มีสมรรถนะในการเข้าถึงข้อมูล สามารถวิเคราะห์ พิจารณา และตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลต่าง ๆ มาประยุกต์ในการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมกับบริบทของตนเอง ตามแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยและส่วนมากป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรคโดยเฉพาะโรคเบาหวาน จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกระดับ โดยเฉพาะระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจรรณญาณเพื่อให้มีสมรรถนะในการเข้าถึงข้อมูลสามารถวิเคราะห์ พิจารณา และตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลต่าง ๆ มาประยุกต์ในการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมกับบริบทของตนเอง รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นด้วย โดยปกติแล้วความรอบรู้ด้านสุขภาพจะบ่งบอกถึงระดับความสามารถในการรับข้อมูล ประมวลผล และทำความเข้าใจกับความรู้และความต้องการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานด้วยการตัดสินใจที่เหมาะสม ซึ่งการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงมุมมองที่เชื่อมโยงกับความเชื่อและรูปแบบความคิดที่มีอยู่ผ่านการสนทนาและการสะท้อนคิด (Mezirow, 2000) ซึ่งทั้งหมดนี้ล้วนมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จากการศึกษาของ Chiangkhog, Intarakamhang, Duangchan, & Macaskill (2019) พบว่าการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงมีผลต่อทักษะการเรียนรู้และทักษะทางสังคมของผู้ป่วยโรคเบาหวานรวมถึงผู้สูงอายุโรคเบาหวานและส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงมีข้อตกลงเบื้องต้นที่สำคัญคือ 1) ผู้เรียนต้องเป็นวัยผู้ใหญ่ และ 2) มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ที่มีเหตุและผล (Mezirow, 1992) ดังนั้นการสะท้อนเชิงวิพากษ์ (Critical Reflection) เป็นกระบวนการหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานสามารถผ่านพ้นสถานการณ์และ

อารมณ์ที่ยากลำบากไปได้ และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงผ่านการคิดวิพากษ์ต่อสันนิษฐานของบุคคล รวมถึงการสะท้อนเชิงปัญญา (Cognitive Reflection) และการสะท้อนเชิงวิพากษ์กับบุคคลอื่น ๆ จะช่วยทำให้เกิด การกระตุ้นการสะท้อนตนเชิงวิพากษ์ (Self-Reflection) อย่างมีประสิทธิภาพได้ การเรียนรู้การเปลี่ยนจะปรากฏขึ้นได้ด้วยการทำความเข้าใจในประสบการณ์ด้านต่าง ๆ ของชีวิตที่หลากหลายมากพอ หลังจากนั้นหากผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้คิดสะท้อนตนได้อย่างลึกซึ้งมากพอเกี่ยวกับการเรียนรู้ในกระบวนการ (Process) เนื้อหา (Content) และพื้นฐานความเชื่อเดิม (Premises) เมื่อนั้นผู้สูงอายุโรคเบาหวานจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในกรอบอ้างอิง รวมถึงจิตนิสัยและสันนิษฐานของตนเอง ส่งผลถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรครวมถึงสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมาด้วย ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการศึกษาโดยการใช้แนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน (Chiangkhong, Intarakanhang, Duangchan, & Macaskill, 2019; Nitri & Stewart, 2009) แต่เฉพาะในกลุ่มวัยสูงอายุยังมีหลักฐานงานวิจัยในจำนวนจำกัด

การสะท้อนคิดเชิงวิพากษ์นั้นจะส่งผลให้การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงจัดตั้งเป็นการจัดการเรียนรู้เชิงรุกที่ใช้ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง โดยนำประสบการณ์เดิมของผู้สูงอายุมาใช้ในกระบวนการเรียนรู้ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีทักษะ และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับตนเอง ซึ่งจะพัฒนาให้บุคคลสามารถสร้างสรรค์ความคิดต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ไม่ใช่ถูกชี้นำด้วยความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก หรือการตัดสินใจของผู้อื่นเป็นหลัก แต่ยังเปิดใจรับฟังความคิดเห็นหรือเหตุผลของผู้อื่นประกอบการพิจารณา จะนำไปสู่ความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์และระดับวิจารณญาณที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานสามารถประยุกต์ใช้ความรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์วิจัย

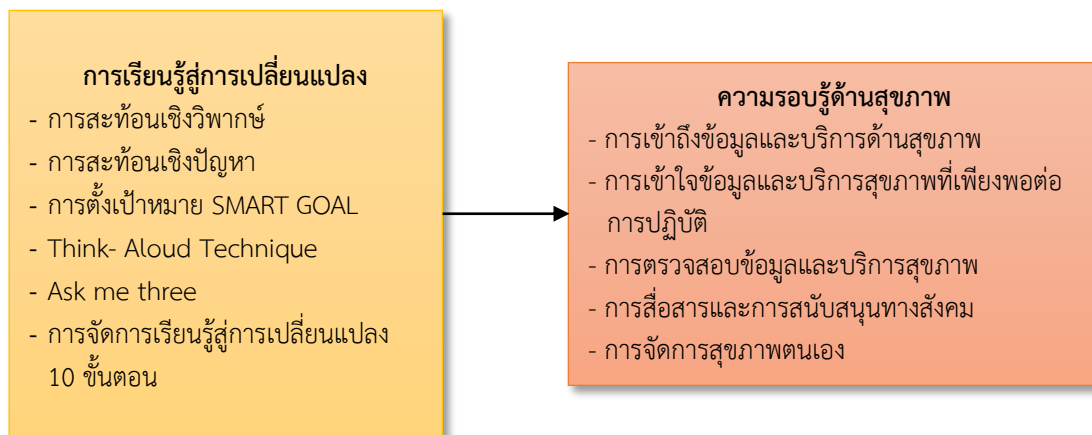
เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงต่อการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ต.แม่สา อ.แม่ริม จ.เชียงใหม่

สมมุติฐานวิจัย

คะแนนความรู้ด้านสุขภาพของผู้เข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงต่อการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ในเรื่องการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง การสะท้อนเชิงวิพากษ์ (Critical Reflection) การสะท้อนเชิงปัญญา (Cognitive Reflection) (Mezirow, 1992) การตั้งเป้าหมายและเทคนิคการสนทนาที่อาจส่งผลถึงความรู้ด้านสุขภาพที่ครอบคลุมความรู้ลึก ความสามารถ ทักษะทางปัญญาและสังคมตามนิยามความรู้ด้านสุขภาพของ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 5 ด้าน ที่ครอบคลุมทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมประกอบด้วย คือ ด้านคือการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และการจัดการสุขภาพตนเอง (Intarakamhang, 2017)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) ชนิดศึกษา 1 กลุ่ม วัดก่อนและหลัง (One Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สา ตำบลแม่สา อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 176 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี 2) ได้คะแนนความรู้ด้านสุขภาพจากการคัดกรองโดยใช้เครื่องมือคัดกรองความรู้ด้านสุขภาพ (Intarakamhang, 2017) ต่ำกว่า 140.99 คะแนน ซึ่งเป็นเกณฑ์คะแนนที่อยู่ในระดับไม่ดีพอ อยู่ในช่วงระหว่าง 47.00 – 140.99 คะแนน 3) มีความสนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์การคัดออก 1) ไม่สามารถมาเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มได้ทุกครั้ง 2) ผู้สูงอายุตอนปลายที่มีอายุมากกว่า 80 ปี ขึ้นไป เพราะอาจมีผลต่อการเรียนรู้การทำงานขั้นสูงของสมอง (Cognitive Function)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเปิดตาราง Sample Size Estimate Effect (Grove, Burns, & Gray, 2013) จากการทดสอบทางเดียว (One-Tailed test) โดยกำหนดอำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ .80 ซึ่งเป็นอำนาจทดสอบที่มาตรฐานและเป็นที่ยอมรับได้ (Gray, Grove, & Sutherland, 2016) ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และใช้ขนาดอิทธิพล (Effect Size) ขนาดกลาง = .5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่ผู้วิจัยสามารถติดตามได้อย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการวิจัย แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยจึงปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 10 เป็น 30 คนเพื่อป้องกันการ Drop Out ของประชากร จากนั้นกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเข้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (Promote Health Literacy Program) ประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 4 ครั้ง ประกอบด้วยการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง 10 ขั้นตอน แต่ละขั้นตอนสอดแทรกอยู่ในการจัดกิจกรรมกลุ่มแต่ละครั้ง ประกอบด้วยครั้งที่ 1) ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยการวิเคราะห์ ความรู้ ความเชื่อ และประสบการณ์เดิม (Prior Knowledge, Believe, and Experience) รวมถึงการตั้งเป้าหมายในการเรียนรู้และการปฏิบัติตัวโดยใช้หลัก SMART Goal ครั้งที่ 2) ขั้นตอนของการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง ประกอบไปด้วยการส่งเสริมความรู้ให้กับกลุ่มตัวอย่างด้าน

ปฏิสัมพันธ์ สะท้อนคิดและอภิปรายกลุ่ม ครั้งที่ 3) ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในระดับคิดวิเคราะห์ รวมถึงการใช้เทคนิค Think- Aloud และ Ask Me Three ครั้งที่ 4) เป็นการทบทวนการเรียนรู้ในขั้นตอนที่ 2 และ 3 ผ่านการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงโดยผ่านกระบวนการ คิดเชิงวิพากษ์ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้คิดวิเคราะห์ถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ควรมีในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โปรแกรมนี้ผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มให้กับผู้เข้าร่วมการโปรแกรมฯ ทุกครั้ง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย (Thai Health Literacy Scales) ที่พัฒนาโดย อังคินันท์ อินทรกำแหง (Intarakamhang, 2017) ซึ่งเป็นแบบวัดความรู้สึก ความเชื่อมั่น ความสามารถและทักษะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นในทุกกลุ่มวัย (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .968 และ .970 ในกลุ่มวัยสูงอายุ เมื่อตัดข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 47 ข้อ ครอบคลุมความรู้ด้านสุขภาพ 5 ด้าน คือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และการจัดการสุขภาพตนเอง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ จากมากที่สุด ให้ 5 คะแนน ถึง น้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนนของความรู้ด้านสุขภาพ คะแนนจะอยู่ในช่วง 47.00-235.00 จะพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดเป็น 3 ระดับ ซึ่งสามารถแปลความหมายของคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับดีมาก 188.00 – 235.00 คะแนน หรือ $\geq$ ร้อยละ 80.00 ของคะแนนเต็ม

ระดับพอใช้ได้ 141.00 – 187.99 คะแนน หรือ $\geq$ ร้อยละ 60.00 - < ร้อยละ 80.00 ของคะแนนเต็ม

ระดับไม่ดีพอ 47.00 – 140.99 คะแนน หรือ < ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม (Intarakamhang, 2017)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ค่าความตรงของเครื่องมือ (Validity) โปรแกรมการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (Promote Health literacy Program) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องในการใช้ภาษา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุจำนวน 2 คน และอาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความเชี่ยวชาญด้านความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 1 คน

ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย (Thai Health Literacy Scales) ผู้วิจัยได้นำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มวิจัย จำนวน 20 คน หลังจากนั้นนำไปคำนวณค่าความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ .86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่เสนอต่อ สาธารณสุขอำเภอแมริม และสำเนาถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สา เพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูล

2. จัดอบรมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 จำนวน 8 คนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดของข้อคำถามในแบบสอบถาม และทดลองให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองสอบถามผู้สูงอายุคนละ 1 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจ ความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล โดยผู้วิจัยสังเกตอย่างใกล้ชิด ทั้งนี้ผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่ดูแลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานตอบแบบสอบถามเพื่อคัดกรองเข้าสู่โปรแกรมฯ เท่านั้น

3. ภายหลังได้รับอนุมัติแล้วเข้าพบผู้อำนวยการสถานีนอมาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล วันเวลาที่เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการใช้สถานที่เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สา ทำการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพจากกลุ่มประชากร หลังจากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

ขั้นตอนทดลอง

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขณะที่กลุ่มตัวอย่างรอรับการตรวจรักษา เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงให้เอกสารคำชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย และขอความยินยอมผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม แล้วจึงขออนุญาตให้นักศึกษาพยาบาลซึ่งได้รับการสอนจากผู้วิจัยในการใช้แบบวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมตอบคำถาม

4. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาคิดคะแนน หากกลุ่มตัวอย่างรายใดมีคะแนนการตอบแบบสอบถามน้อยกว่า 140.99 ผู้วิจัยจะติดต่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมตามความสมัครใจ จนกว่าจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามที่ได้กำหนดไว้

5. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโปรแกรมครบแล้ว ผู้วิจัยจะชี้แจงกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการนัดเพื่อเข้าร่วมโปรแกรม โดยบอกจำนวนครั้ง วัน เวลา สถานที่ และกิจกรรมเบื้องต้นที่กลุ่มตัวอย่างจะได้เข้าร่วม

6. ผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างทุกคนจำนวน 4 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์เพื่อมาเข้าร่วมโปรแกรม

7. เมื่อครบ 4 ครั้ง ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ หลังเข้าร่วมโปรแกรมซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ทุกคนมาครบทั้ง 4 ครั้ง ๆ ละประมาณ 3 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยจะโทรประสานงานและแจ้งข้อมูลกับผู้เข้าร่วมโปรแกรมและผู้ดูแล 2 วันก่อนการจัดกิจกรรมทุกครั้ง โดยแจ้ง วัน เวลา สถานที่ทุกครั้งที่จะจัดกิจกรรม แต่ละครั้งมีการจัดกิจกรรมดังนี้

ครั้งที่	การจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง 10 ขั้นตอน	กิจกรรม
1	1. ขั้นการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้เผชิญกับวิกฤตที่ทำให้สับสน 2. ขั้นการตรวจสอบความรู้สึกของตน 3. ขั้นการประเมินเชิงวิพากษ์ต่อสันนิษฐาน	การวิเคราะห์ ความรู้ ความเชื่อ และประสบการณ์เดิม ที่มีต่อโรคเบาหวาน โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเล่าประสบการณ์ของตน ตั้งเป้าหมายในการเรียนรู้และการปฏิบัติตัวโดยใช้หลัก SMART Goal
2	4. ขั้นการยอมรับความทุกข์หรือความไม่พอใจ และการแลกเปลี่ยนกระบวน การเปลี่ยนแปลงกับบุคคลอื่น 5. ขั้นการสำรวจหาบทบาใหม่ และการปฏิบัติใหม่ 6. ขั้นการวางแผนแนวทางปฏิบัติ	นักวิจัยส่งเสริมความรู้เรื่องข้อมูลทั่วไปของโรคเบาหวาน ให้กับกลุ่มตัวอย่างให้กับกลุ่มตัวอย่าง (Basic Information Related to Diabetes care) ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยตั้งคำถามเพื่อการสะท้อนพื้นความเชื่อเดิมในความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน สะท้อนคิดและอภิปรายกลุ่ม
3	7. ขั้นพัฒนาความรู้ ทักษะเพื่อดำเนินการตามแผนให้สำเร็จ	นักวิจัยให้การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพโรคเบาหวาน ในระดับจิตวิเคราะห์ในด้านการเลือกหาข้อมูล การวิเคราะห์

ครั้งที่	การจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง 10 ขั้นตอน	กิจกรรม
	8. ขั้นการทดลองสวมบทบาทใหม่	ข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพจากสื่อต่างๆรวมถึงการใช้เทคนิค Think- Aloud และ Ask Me Three
4	9. ขั้นตอนการสร้างศักยภาพหรือความมั่นใจในบทบาทใหม่และความสัมพันธ์ใหม่ 10. ขั้นบูรณาการมุมมองไปสู่ชีวิตใหม่	เป็นการทบทวนการเรียนรู้ในขั้นตอนที่ 2 และ 3 ผ่านการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงโดยผ่านกระบวนการ คิดเชิงวิพากษ์

8. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ใช้การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่ากลางของสองประชากรไม่อิสระ (Pair t-Test) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทดสอบการแจกแจงเป็นโค้งปกติของข้อมูลโดยใช้สถิติ Komogorov- Smirnov พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ($p=.200$)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการนำโครงร่างวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ หมายเลขจริยธรรมโครงการวิจัย BCNCT08/2562 ลงวันที่ 1 สิงหาคม 2562 – 31 กรกฎาคม 2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	3	10.00
หญิง	27	90.00
อายุ		
พัสัย 60-74 ปี	$M=65.42, SD=1.24$	
ภูมิลำเนา		
ในเขตเทศบาล	27	90.00
นอกเขตเทศบาล	3	10.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	30	100.00
สถานภาพสมรส		
โสด	3	10.00
สมรส	17	56.67
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	10	33.00

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	5	16.67
เกษตรกรกรรม/รับจ้างทั่วไป	6	20.00
อื่น ๆ	19	63.33
สถานะทางการเงิน		
มีเหลือเก็บ	7	23.33
พอใช้	18	60.00
ไม่พอใช้	5	16.67
การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง		
ดี	21	70.00
ค่อนข้างดี	6	20.00
ปานกลาง	3	10.00
ค่อนข้างแย่	0	0
ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX)		
<125 mg%	1	3.33
125-154 mg%	21	70.00
≥250 mg%	8	26.67
เฉลี่ย 124-282 mg%	M=149.5, SD =16.01	

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาเชิงทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 มีอายุระหว่าง 60-74 ปี มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 16.42 ปี ($SD=1.24$) ส่วนใหญ่ร้อยละ 30 ($n=27$) ทั้งหมดอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.33 ประกอบอาชีพอื่นๆ นอกเหนือจากการค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว เกษตรกรรม รับจ้างทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีสถานะทางการเงินอยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 60.00 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในระดับดี จำนวน 21 คน (ร้อยละ 70.00) รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองค่อนข้างดี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 70.00 ($n=21$) มีระดับน้ำตาลในเลือดในระดับ 125-154 mg%

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มตัวอย่าง ($n=30$)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	M	SD	t	p-value
โดยรวม				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	149.29	23.87	-4.907	<.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	178.26	29.08		
รายด้าน				
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	26.26	4.98	-2.54	<.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	29.90	2.07		
การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	15.56	3.37	1.17	<.008
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	17.16	2.07		

ตาราง 2 (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	M	SD	t	p-value
การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	19.66	3.62	-2.51	<.043
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	21.30	3.31		
การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	52.06	11.21	-8.18	<.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	66.80	4.03		
การจัดการสุขภาพตนเอง				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	31.63	7.87	-7.08	<.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	43.10	1.21		

จากตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.907, p < .001$)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน ของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ($t = -2.54, p < .001$) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม ($t = -8.18, p < .001$) และการจัดการสุขภาพตนเอง ($t = -7.08, p < .001$) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ($t = 1.17, p < .008$) และ การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ ($t = -2.51, p < .043$)

อภิปรายผล

ระดับคะแนนของทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการเลือกดูแลสุขภาพที่เหมาะสมโดยเฉพาะในระดับปฏิสัมพันธ์และวิจารณ์ญาณ สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานทั่วโลกที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ (Kooshyar, Shoorvazi, Dalir, & Hosseini, 2014; Montoya, 2015; Nguyen, Kirk, Arcury, Ip, Grzywacz, Saldana, et al., 2013; Souza, Apolinario, Magaldi, Busse, Campora, & Jacob-Filho, 2014) ในประเทศไทยก็พบผลการวิจัยที่คล้ายคลึงกันว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอ (Supannakul, & Sritong, 2015; Thammapol, Piasue, & Jarupantmaruo, 2016; Ginggaew, & Prasertsri, 2016) และระดับปานกลาง (Rakpanusit, Khoyneung, Isaramalai, S., & Kuha, 2020) อาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดน้อยลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณ์ญาณ ซึ่งพบว่ามีอยู่ในระดับต่ำมากกว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพื้นฐาน (Prabsangob, 2016) นอกจากนี้การศึกษาผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิในภาคอีสานตอนบนของประเทศไทย พบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (Wanichkul, Pungpasuk, Tursakulkeaw, & Utariyaprasit, 2017)

การศึกษาตามการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจุบันมีโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานมุ่งเน้นการศึกษาและการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการเป็นการสื่อสารเพื่อให้ความรู้ เน้นเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ผ่านสื่อแผ่นพับที่มีข้อความที่เข้าใจง่ายและมีความชัดเจน รวมถึงผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ ต่างๆ (Muller, Rowsell, Stuart, Hayter, Little, Ganahl et al., 2017; Sugita, Shinohara, Yokomichi, Suzuki, and Yamagata, 2017; Rattanapongsai, Lakhampun, & Pitchayapinyo, 2016) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลยุทธ์มุ่งเน้นการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพื้นฐานที่ให้

ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม เป็นการปฏิบัติตามคำแนะนำเท่านั้น ไม่ได้เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ที่จะนำไปสู่การคิดวิเคราะห์ และตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เพียงระยะสั้น และไม่สามารถปรับเปลี่ยนอย่างเหมาะสมเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ เกิดขึ้น ผู้สูงอายุโรคเบาหวานต้องการการดูแลที่ซับซ้อน ดังนั้นผู้สูงอายุโรคเบาหวานจึงจำเป็นต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกระดับโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณ์ญาณ

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาค้นคว้าพบว่าระดับคะแนนของความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (คะแนนก่อนเข้าร่วมโปรแกรม $M = 149.29$, $SD = 23.87$ และคะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรม $M = 178.26$, $SD = 29.08$) จากผลการศึกษา ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยสูงขึ้นแต่ยังอยู่ในระดับพอใช้ อาจเป็นผลเนื่องมาจากกระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้ระยะเวลาเพียง 4 สัปดาห์ ทั้งนี้ในขั้นตอนการจัดกิจกรรมนั้นนอกจากขั้นตอนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง 10 ขั้นตอนนั้น ผู้วิจัยได้ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานอันประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมความรู้พื้นฐานในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในเรื่อง ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการรับประทานอาหารและการมีกิจกรรมทางกาย การรับประทานยา ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และการส่งเสริมสุขภาพของตนเองในแต่ละครั้งของการจัดกิจกรรมกลุ่มร่วมด้วยจึงอาจส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนเพิ่มขึ้นจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chiangkhong, Intarakanhang, Duangchan, & Macaskill, (2019) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้กระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ Nitri & Stewart (2009) ใช้โปรแกรมการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงผ่านการสะท้อนคิด และข้อมูลการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของโรคเบาหวาน ผลการศึกษพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพื้นฐาน (Functional Health Literacy) เพิ่มขึ้น

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุตอนต้นและตอนกลาง ซึ่งทั้งหมดได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา และมีรายได้น้อยสองปัจจัยนี้อาจส่งผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยในจังหวัดราชบุรี ที่ศึกษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Primary Health Care) พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานนั้นเป็นผลสืบเนื่องมาจากอายุการศึกษา (Low Education) มีรายได้น้อย (Low Income) (Suksathan, & Prabsangob, 2016) การมีระดับการศึกษาที่ต่ำจะส่งผลให้เกิดทักษะการอ่านและเขียนที่ไม่ดีพอ การมีรายได้น้อยก็ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องไปทำงานเพื่อหาเลี้ยงครอบครัวและตนเอง ส่งผลให้ไม่มีเวลาไปศึกษาข้อมูลด้านสุขภาพหรือเลือกใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อนำมาดูแลตนเอง จากผลการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานถึงแม้จะมีระดับคะแนนและค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมโปรแกรมฯส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพก็ยังอยู่ในระดับพอใช้ ดังนั้น ควรมีการติดตามต่อไปว่ากลุ่มตัวอย่างจะสามารถนำไปใช้จริงในชีวิตประจำวันในการสื่อสาร คิดวิเคราะห์เลือกแนวทางในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อน และส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานนั้นสามารถเพิ่มระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพได้สูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดังนั้นผลการวิจัยที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางใช้ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน รวมถึงการนำไปเป็นพื้นฐานและแนวทางให้พยาบาลและบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในการดูแลส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยเน้นการการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

ระหว่างบุคลากรทางด้านสุขภาพและผู้สูงอายุโรคเบาหวาน รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมที่สามารถชักชวนบุคคลในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มาร่วมดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่อยู่ภายใต้การดูแลของตน โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ให้ความรู้และแนวทางในการปฏิบัติให้กับพยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยในระยะยาว เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ รวมถึงการทำการทดลองแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบประสิทธิผลของกระบวนการการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง โดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกแนวทางในการดูแลตนเอง

References

- Chiangkhong, A, Intarakamhang, U, Duangchan, P., & Macaskill, A. (2019). Effectiveness of Health Literacy through Transformative Learning of Glycemic control in Diabetic Adults. *The Journal of Behavioral Science*, 14(3), 49-61.
- Grove, S., Burns, N., & Gray, J. (2013). *The Practice of Nursing Research*. Appraisal, Synthesis, and Generation (7ed). Missouri; Elsevier Saunders.
- Division of Non Communicable Disease. (2020). *Number and Rate of Non- Communicable Disease Mortality*. Retrieved from <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13653&tid=32&gid=1-020>
- Ginggeaw, S., & Prasertsri, N. (2016). The Relationship Between Health Literacy and Health Behavior Among Older Adults who have Multi-Morbidity. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 25(3), 43-54. (in Thai)
- Gray, J, R., Grove, S, K., & Sutherland, S. (2016). *Burns and Grove's the Practice of Nursing Research*, 8eds. Philadelphia: Elsevier.
- Intarakamhang, U. (2017). *Health Literacy: Measurement and Development*. Bangkok: Pimluck. (in Thai)
- Kooshyar, H., Shoorvazi, M., Dalir, Z., & Hosseini, M. (2014). Health Literacy and its Relationship with Medical Adherence and Health-Related Quality of Life in Diabetic Community-Residing Elderly. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 23(1), 134-143.
- Lee, Y. J., Shin, S. J., Wang, R. H., Lin, K. D., Lee, Y. L., & Wang, Y. H. (2016). Pathways of Empowerment Perceptions, Health Literacy, Self-Efficacy, and Self-Care Behaviors to Glycemic Control in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Patient Education and Counseling*, 99(2), 287-294.
- Maschak-Carey, B. J. (2014). Chapter 41 Assessment and Management of Patients with Diabetes mellitus. In B. G. Bare, J. L. Hinkle, & K. H. Cheever (Eds.), *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing* (13thed.).(pp. 1196-1244). Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins.
- Mezirow, J. (1992). Transformative Learning: Theory to Practice. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 1997(74), 5-12.
- Mezirow, J. (2000). *Learning to Think Like an Adult: Core Concepts of Transformation Theory*. In J. Mezirow (Ed.), *Learning as Transformation: Critical Perspectives on a Theory in Progress*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Ministry of Public Health. (2015). *Public Health Statistics A.D. 2017*. Retrieved from <http://www.pcko.moph.go.th/Health-Statistics/statistics60.pdf> (in Thai)
- Montoya, M. F. (2015). *The Association Between Health Literacy and Diabetes Outcomes and Self-Management Behaviors among Older Adults in the US*. Retrieved from <https://www.semanticscholar.org/paper/The-Association-between-Health-Literacy-and-and-in-Montoya/4aafd47390f0fe6b93a0090d5d082504a4f11bc2>.
- Muller, I., Rowsell, A., Stuart, B., Hayter, V., Little, P., Ganahl, K., et al. (2017). Effects on Engagement and Health Literacy Outcomes of Web-Based Materials Promoting Physical Activity in People with Diabetes: an International Randomized Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 19(1), e21
- Nitri, D. W., & Stewart, M. (2009). Transformative Learning Intervention: Effect on Functional Health Literacy and Diabetes Knowledge in Older African Americans. *Gerontology & Geriatrics Education*, 30(2), 100-113.
- Nguyen, H. T., Kirk, J. K., Arcury, T. A., Ip, E. H., Grzywacz, J. G., Saldana, S. J., et al. (2013). Cognitive Function is a Risk for Health Literacy in Older Adults with Diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 101(2), 141-147.
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a Public Health Goal: a Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies Into the 21st Century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Prabsangob, K. (2016). Relationship of Health Literacy and Self-Care Behavior among Type 2 Diabetic Patients in Banpong District, Ratchburi Province. *The 7th NEU National and International Conference 2020 (NEUNIC 2020) "Learning Innovation for Community Development"*, 1(1), 2858-2869. (in Thai)
- Rakpanusit, T., Khoyneung, N., Isaramalai, S., & Kuha, A. (2020). Effects of Health Literacy and Self- Perceived Health Status on Quality of Life of Elderly in Three Southern Border Provinces of Thailand. *The Sothern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 7(3), 182-194. (in Thai)
- Rattanapongsai, P., Lakhampan, S., & Pitchayapinyo, P. (2016). Effectiveness of the Giving Program Knowledge of Drug Use and Drug Collaboration Among Patients with Uncontrol Type 2 Diabetes Mellitus. *Thai Journal of Nursing Council*, 31(4), 50-62. (in Thai)
- Reisi, M., Mostafavi, F., Javadzade, H., Mahaki, B., Tavassoli, E., & Sharifirad, G. (2016). Communicative and Critical Health Literacy and Self-care Behaviors in Patients with Type 2 Diabetes. *Iranian Journal of Diabetes and Etabolism*, 14(3), 199-208.
- Ruckbumnet, C. (2020). *An Expenditure Budget Burden for the Health Care System*. Parliamentary Budget Office. Retrieved from https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parbudget/ewt_dl_link.php?nid=478. (in Thai)
- Sugita, H., Shinohara, R., Yokomichi, H., Suzuki, K., & Yamagata, Z. (2017). Effect of Text Messages to Improve Health Literacy on Medication Adherence in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: A Randomized Controlled Pilot Trial. *Nagoya Journal of Medical Science*, 79(3).



- Suksathan, W., & Prabsangob. (2016). Health Literacy and Self-Care Behavior in Elderly with Diabetes in Ratchaburi Province, Thailand. *International Journal of Management and Applied Science*, 2(11), 21-24. (in Thai)
- Supannakul, P., & Sritong, W. (2015). Causal Relationship Model of Factors Influencing Glycemic Control Behavior Among Monks with Type 2 Diabetes in Upper Northern Region of Thailand. *Behavioral Science Research Institute*. 21(1), 95-109. (in Thai)
- Souza, J. G., Apolinario, D., Magaldi, R. M., Busse, A. L., Campora, F., & Jacob-Filho, W. (2014). Functional Health Literacy and Glycaemic Control in Older adults with Type 2 Diabetes: a Cross-Sectional Study. *BMJ Open*, 4(2), e004180.
- Thammapol, P., Piasue, N., & Jarupatmaruo. (2016). Health Literacy, Personal Factors, Clinical Health Outcomes, Patients Living with Hypertension, Dyslipidemia, Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of Nursing and Health Care*, 34(3), 176-182. (in Thai)
- Wanichkul, N., Pungpasuk S., Tursakulkeaw, T., & Utariyaprasit, K. (2017). Relationship of Health Literacy, Results of Obtaining Health Knowledge, and Social Influence with Clinical Outcomes of Type 2 Diabetes and/ or Hypertension. *Journal Thailand Nursing and Midwifery Council*, 32(2), 111-125. (in Thai)

ประสบการณ์ของทีมการพยาบาลต่อการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชด้วยการผูกมัด Experiences of a Nursing Team on Behavior Limitation Using Physical Restraint among Psychiatric Patients

ผุสนีย์ แก้วมณีย์^{1*}, เปรมฤดี ดำรงค์¹, วานีตา สามะ¹, เรวัต คงผาสุข¹ และ นูรีโอนี คลายนา²
Pootsanee Kaewmanee^{1*}, Preamrudee Damrak¹, Waneeta Samoh¹, Rewat Khongphasuk¹
and Noorinee Klayna²

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา^{1*}, โรงพยาบาลยะลา²
Boromarajonani College of Nursing, Yala^{1*}, Yala Hospital²

(Received: December 29, 2020; Revised: May 26, 2021; Accepted: June 14, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ของทีมการพยาบาลต่อการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชด้วยการผูกมัด โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเฮอเมนนิวติคส์ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง ผู้ให้ข้อมูลคือบุคลากรทีมการพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 12 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก พร้อมบันทึกเทปร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการบันทึกภาคสนาม เพื่อให้เกิดการตรวจสอบแบบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย ผลวิจัยพบว่า

ประสบการณ์ของทีมการพยาบาลต่อการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชด้วยการผูกมัด มี 6 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) เพื่อความปลอดภัย ได้รับการรักษาที่เหมาะสม 2) ตระหนักถึงสิทธิผู้ป่วย 3) ครอบครัวมีส่วนร่วมและยินยอม 4) ผลกระทบจากการผูกมัดต่อผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ 5) ปฏิบัติชัดเจนตามบทบาทหน้าที่ และ 6) ปัญหาหน่วยงาน

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า การจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชด้วยการผูกมัดมีผลกระทบทั้งดีและเสีย ต่อผู้ป่วย ญาติ และทีมการพยาบาล แต่หากปฏิบัติตามมาตรฐาน ก็จะช่วยลดปัญหาแทรกซ้อน และยังคงเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการผูกมัดผู้ป่วยจิตเวชให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: การผูกมัดผู้ป่วย, ผู้ป่วยจิตเวช, ทีมการพยาบาล, การศึกษาเชิงคุณภาพ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Pootsanee@bcnyala.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 089-7384979)

Abstract

This phenomenological study aimed to describe the experiences of nurses and teams on behavior limitation of psychiatric patients by using physical restraint. Twelve informants who were working in a psychiatric ward from a tertiary hospital in Southern Thailand were recruited by using purposive sampling method. Data were collected by using in-depth interviews with a recording machine, as well as observations and field notes that enabled concurrent data validation with methodological triangulation. Data were analyzed by using inductive method.

Results revealed that six themes were emerged in relation with experiences of nurses and the use of physical restraint techniques to limit psychiatric patients' behaviors: 1) safety and proper treatments, 2) patient's rights, 3) family participation and consent, 4) impact of physical restraint on patients by nursing teams, 5) clear role and duty performance, and 6) encountered problems.

Per findings, using physical restraint should be performed with standards that would decrease complications. An effective nursing care guideline for physical restraint must be developed.

Keywords: Physical Restraint, Psychiatric Patients, Nursing Team

บทนำ

การผูกมัดผู้ป่วยด้วยอุปกรณ์เป็นการจำกัดการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยการหยุดหรือลดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย ไม่ให้เคลื่อนไหวได้อย่างอิสระ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายทั้งต่อตนเอง และผู้อื่น ปกป้องตัวผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยอื่น บุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย (Hathaiphitaks, Vittayanont & Songvorakulphun, 2014 ; Perkins, Prosser, Riley & Whittington, 2012) การผูกมัดจะพบในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาบกพร่องของสภาพจิต ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ผู้ป่วยที่มีภาวะเพ้อสับสนจากโรคทางกาย (Delirium) (Sitdhiraksa, Ratta-apha, Ruchutrakool, Somchrit, Srisomorn, Tewmonkol, et al., 2009; Tadros & Kiefer, 2017) ซึ่งอาการข้างต้นส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะเป็นอันตรายทั้งต่อตนเอง และผู้อื่น ในกระบวนการดูแลรักษาจำเป็นต้องผูกมัดผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ป้องกันการบาดเจ็บหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย และบุคลากรทีมสุขภาพ การผูกมัดจึงต้องทำตามมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย โดยทีมสุขภาพในหอผู้ป่วยจำเป็นต้องเรียนรู้ และช่วยกันดำเนินการผูกมัดด้วยความรวดเร็ว เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และบุคลากร แม้ว่าการผูกมัดนั้นจะเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวช ขณะเดียวกันก็มีผลกระทบต่อผู้ป่วยญาติ รวมถึงบุคลากรเช่นกัน ทีมบุคลากรผู้รักษามักต้องเผชิญต่อปัญหาความคับข้องใจในการผูกมัดผู้ป่วย เพราะรู้สึกว่าการผูกมัดนั้นเป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย และมีแนวโน้มที่จะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย โดยอาจทำให้เกิดบาดแผล รอยขีด หรือผิวหนังถลอกได้ จากการกระแทกกระทั้นขณะทำการผูกมัด หรือจากการเสียดสีของผ้าที่ใช้ผูกมัด ญาติเองก็มีความรู้สึกคับข้องใจต่อการรักษาด้วยวิธีนี้ นอกจากนี้การผูกมัดยังกระทบถึงสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกันของพยาบาลและผู้ป่วย ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติเกิดความขัดแย้งในใจ รู้สึกเครียด และมีความวิตกกังวลเมื่อต้องทำการผูกมัดผู้ป่วย (Moghadam, Khoshknab, & Pazargadi, 2014; Vedana, Da Silva, Ventura, Giacom, Zanetti, Maiasso, et al., 2018)

แม้ว่าการผูกมัดจะกระทำไปเพื่อความปลอดภัยและประโยชน์ของผู้ป่วย แต่ขณะเดียวกันอาจนำมาซึ่งการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับความไม่สุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ กระทบต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย (Santikunaporn, 2014) ดังนั้นในการผูกมัดพยาบาลต้องตระหนักถึงความปลอดภัย

สิทธิผู้ป่วย กฎหมาย จรรยาบรรณ และหลักมนุษยธรรม เพื่อไม่ละเมิดสิทธิผู้ป่วย ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ในหมวด 2 มาตรา 17 ได้ถึงการผูกมัดร่างกายไว้ว่า การบำบัดรักษาโดยการผูกมัดร่างกาย การกักบริเวณหรือแยกผู้ป่วยจะกระทำไม่ได้ เว้นแต่เป็นความจำเป็นเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยเอง บุคคลอื่น หรือทรัพย์สินของผู้อื่นโดยต้องอยู่ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของผู้บำบัดรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ (Department of Mental Health, 2014) ดังนั้น ในการผูกมัด พยาบาลจะต้องพิจารณาพร้อมกับทีมผู้รักษาในการตัดสินใจจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยด้วยการผูกมัด การประเมินอาการผู้ป่วยที่ถูกมัด พยาบาลต้องมีข้อมูลที่เพียงพอเพื่อช่วยในการตัดสินใจ มีเกณฑ์หรือแนวปฏิบัติในการตัดสินใจผูกมัดผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัด พฤติกรรม เพื่อให้ปฏิบัติการผูกมัดได้อย่างเหมาะสม

จากการศึกษาการรับรู้และประสบการณ์ของพยาบาลต่อการผูกมัดผู้ป่วยของหอผู้ป่วยจิตเวชสองแห่งในบราซิล พบว่า พยาบาลรับรู้ว่าการผูกมัดเป็นเรื่องที่ทำให้ไม่พึงพอใจ เป็นการทรมาน สร้างความรู้สึกคับข้องใจ และเป็นประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรม พยาบาลเกิดความเครียดต่อการได้รับบาดเจ็บจากการผูกมัดผู้ป่วย แต่ยังคงเห็นว่าเป็นวิธีที่ได้ผล และช่วยควบคุมอาการก้าวร้าวของผู้ป่วยได้ (Vedana, Da Silva, Ventura, Giacon, Zanetti, Maiasso, et al., 2018) และจากประสบการณ์ในการขึ้นสอนภาคปฏิบัตินักศึกษาในหอผู้ป่วยจิตเวช พบว่าพยาบาลเป็นบุคคลหลักที่ต้องประเมินเพื่อตัดสินใจผูกมัด และดูแลผู้ป่วยที่ถูกผูกมัด ซึ่งในการพิจารณาและการปฏิบัติการผูกมัดนั้น ประสบการณ์ในการผูกมัดของพยาบาลจะเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้การดำเนินการเป็นไปอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง เหมาะสม นอกจากนี้ในหอผู้ป่วยนั้นยังมีบุคลากรอื่นๆในทีมการพยาบาล เช่น ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เป็นต้น ที่ต้องเข้าใจหลักการผูกมัด เพื่อที่จะสามารถร่วมปฏิบัติการผูกมัด และร่วมกันให้การดูแลผู้ป่วยได้ กล่าวได้ว่าประสบการณ์ของทีมงานพยาบาลส่งผลต่อประสิทธิภาพของการปฏิบัติการผูกมัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงประสบการณ์ของทีมงานพยาบาลต่อการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชด้วยการผูกมัด โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาเฮอเมเนนตีคส์ (Hermeneutic Phenomenology) เนื่องจากเป็นการศึกษาที่อยู่บนพื้นฐานของการมองประสบการณ์ที่เป็นจริงของมนุษย์ สามารถทำให้ได้มาซึ่งความหมายจากประสบการณ์ตามการรับรู้ของผู้ที่อยู่ในสถานการณ์นั้น โดยตีความจากประสบการณ์ที่สะท้อนออกมาตามความเข้าใจของบุคคลนั้น ๆ ทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและหลากหลาย (Oumtane, 2016) สามารถบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของทีมงานพยาบาลต่อการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชด้วยการผูกมัดเพื่อจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปใช้ในการวางแผนการพัฒนาบุคลากรในทีมการพยาบาล และแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการผูกมัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อบรรยายและอธิบายประสบการณ์ของทีมงานพยาบาลต่อการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชด้วยการผูกมัด

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ แบบปรากฏการณ์วิทยาเฮอเมเนนตีคส์ (Hermeneutic Phenomenology)

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลคือคือผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด คัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (Key Informants) แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) มีคุณสมบัติ คือ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพ และ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช 2) มีประสบการณ์ในการผูกมัดและดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกผูกมัดอย่างน้อย 6 เดือน ในการศึกษานี้มีผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 12 ราย

สถานที่ศึกษา

หอผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ บริการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวช และยาเสพติด แบบผู้ป่วยใน จำนวนเตียงบริการ 14 เตียง แบ่งเป็นผู้ป่วยชาย จำนวน 9 เตียง ผู้ป่วยหญิง จำนวน 5 เตียง โดยมีจิตแพทย์เป็นผู้ให้การรักษา ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ในการดูแลรักษาผู้ป่วย มีพยาบาล จำนวน 7 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 5 คน เจ้าหน้าที่ทำความสะอาด 2 คน แบ่งการทำงานเป็นผลัด ๆ ละ 8 ชั่วโมง หากมีปัญหาผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงในหอผู้ป่วย จะสามารถตามเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยจากส่วนกลางมาช่วยได้ พยาบาลส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 5 – 8 ปี มีพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาเฉพาะทางในหลักสูตรการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 คน จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน 26 คน จำนวนครั้งของการผูกมัด เฉลี่ย 20 ครั้งต่อเดือน มีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับรักษาโรงพยาบาลเฉพาะทางเฉลี่ยเดือนละ 7 ราย มีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช คือ ไม่มีห้องแยกสำหรับจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยเชิงคุณภาพผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บข้อมูล โดยคณะผู้วิจัย 4 คนแรกได้ผ่านการอบรมวิจัยเชิงคุณภาพ และมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ สำหรับผู้วิจัยที่อยู่นอกหน่วยงานได้รับการเตรียมและพัฒนาทักษะจากผู้วิจัยหัวหน้าโครงการ ให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละครั้งและวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันได้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ตำแหน่ง ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน ประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการจำกัดพฤติกรรมด้วยการผูกมัด
2. แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมและความครอบคลุมของข้อคำถามจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยเป็นข้อคำถามปลายเปิดเพื่อค้นหาความหมายเกี่ยวกับประสบการณ์ในการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชด้วยการผูกมัด เช่น อยากให้ท่านเล่าประสบการณ์ในการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชด้วยการผูกมัด เพราะเหตุใดท่านถึงจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชด้วยการผูกมัด ท่านรู้สึกอย่างไรต่อการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชด้วยการผูกมัด
3. แบบบันทึกข้อมูลภาคสนาม (Field Notes) เพื่อบันทึกสิ่งที่ผู้วิจัยสังเกตเห็นในขณะสัมภาษณ์ เช่น สีหน้าท่าทาง กริยาอาการต่าง ๆ ลักษณะการตอบคำถาม บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมขณะสัมภาษณ์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการอธิบายปรากฏการณ์ให้มีความชัดเจนขึ้น
4. อุปกรณ์สนาม เช่น เทปบันทึกเสียง สมุด ปากกา ดินสอ เป็นต้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด โดยผู้วิจัยแนะนำตัว และสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อสร้างความไว้วางใจ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย อธิบายวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตบันทึกเทประหว่างการสนทนา เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดียอมรับร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ให้ลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นนัดหมายกับผู้ให้ข้อมูลถึงเวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) ตามแนวคำถามที่เตรียมไว้ พร้อมบันทึกเทปทำการสัมภาษณ์ในห้องที่เป็นส่วนตัวสงบ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถเล่าประสบการณ์ได้อย่างเต็มที่ ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมควบคู่ไปกับการสัมภาษณ์ โดยสังเกตบรรยากาศขณะสัมภาษณ์ สีหน้าท่าทาง กริยาต่าง ๆ น้ำเสียง ลักษณะการตอบคำถามของผู้ให้ข้อมูล และจดบันทึกภาคสนามถึงสิ่งที่ได้จากการสัมภาษณ์และสังเกตก่อนนำมาอธิบายไว้ในบทสัมภาษณ์ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละครั้ง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการตรวจสอบแบบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) และได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องตรงตามความเป็นจริงของปรากฏการณ์ ผู้วิจัยมีการตรวจสอบ วิเคราะห์ข้อมูล และยืนยันข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลไปด้วยในระหว่างที่เก็บข้อมูลและสิ้นสุดการเก็บข้อมูล ใช้เวลาสัมภาษณ์ครั้งละ 40 – 60 นาที รายละเอียด

1-3 ครั้ง ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลที่ได้รับมีความอึดตัว โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม – เดือนตุลาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเริ่มขึ้นทันทีภายหลังการสัมภาษณ์ครั้งแรก ทั้งนี้เนื่องจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาแล้วจะนำไปสู่คำถามเพื่อค้นหาปรากฏการณ์ที่มีอยู่ได้อย่างถูกต้องชัดเจน โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย ตามขั้นตอนดังนี้

1. ทำดัชนีข้อมูล โดยผู้วิจัยอ่านทำความเข้าใจข้อมูลทั้งหมด อ่านอย่างละเอียดและอ่านซ้ำหลายครั้ง หากคำหรือข้อความที่มีความหมายเกี่ยวกับประสบการณ์ในการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชด้วยการผูกมัด ชัดเจนได้ไว้แยกประโยคที่สำคัญออกมา แล้วนำมาเขียนในช่องซ้ายมือของแบบบันทึกภาคสนาม
2. จัดกลุ่มดัชนีข้อมูล จัดแบ่งกลุ่มดัชนีข้อมูลตามคำถามการวิจัย แล้วนำมาจัดแบ่งเป็นกลุ่มดัชนีข้อมูลย่อยในแต่ละดัชนีข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย
3. สร้างบทสรุป นำดัชนีข้อมูลย่อยมาจัดกลุ่มแล้วสรุปเป็นหัวข้อย่อย ๆ (Subthemes) ของประสบการณ์ในแต่ละเรื่องของคำถาม แล้วนำหัวข้อย่อยแต่ละหัวข้อมาจัดกลุ่มเพื่อสรุปเป็นหัวข้อ (Theme) เพื่อให้เป็นข้อค้นพบเบื้องต้นของประสบการณ์ในแต่ละเรื่อง แล้วนำหัวข้อ (Theme) ซึ่งเป็นข้อเบื้องต้นที่ได้มาเชื่อมโยงเป็นบทสรุปประสบการณ์ในการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชด้วยการผูกมัด
4. พิสูจน์บทสรุป เพื่อพิสูจน์ว่าบทสรุปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นถูกต้องสมบูรณ์ตรงตามความเป็นจริงที่มีอยู่ของปรากฏการณ์นั้น ผู้วิจัยได้ตรวจสอบกับดัชนีข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย และตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล จำนวน 12 คน โดยผู้ให้ข้อมูลทุกคน ยืนยันว่าถูกต้องตรงตามความเห็นของตน ไม่เพิ่มเติมข้อความใด ๆ และตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของบทสรุปที่สร้างขึ้น กับผู้ให้ข้อมูลทั้ง 12 คน ทั้งนี้เพื่อเป็นการช่วยตรวจสอบว่าบทสรุปนั้นเป็นปรากฏการณ์ประสบการณ์ของทีมการพยาบาลต่อการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชด้วยการผูกมัดของตน จนได้ข้อสรุปที่นักวิจัยสร้างขึ้นมาจากข้อมูลโดยตรง

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ รหัสโครงการวิจัย 8/2563 เมื่อวันที่ 13 กรกฎาคม 2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล บุคลากรทีมการพยาบาลทั้งหมด 12 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 10 คน (ร้อยละ 83.33) พยาบาลวิชาชีพ 7 คน (ร้อยละ 58.33) และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 5 คน (ร้อยละ 41.67) อายุเฉลี่ย 39.58 ปี ($SD=6.63$) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม 10 คน (ร้อยละ 83.33) ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งปัจจุบันเฉลี่ยเท่ากับ 11.17 ปี ($SD=6.03$) มีประสบการณ์ทำงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการจำกัดพฤติกรรมด้วยการผูกมัดเฉลี่ย เท่ากับ 8.33 ปี ($SD=5.55$)

2. ประสบการณ์ของทีมการพยาบาลต่อการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชด้วยการผูกมัด ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนประสบการณ์ต่อการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชด้วยการผูกมัด ดังนี้

2.1 เพื่อความปลอดภัย ได้รับการรักษาที่เหมาะสม

ในการผูกมัดผู้ป่วยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น เพราะเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองได้ มีพฤติกรรมรุนแรง อาจทำร้ายบุคคลอื่น ทำลายข้าวของและเพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นจากการสับสน มึนงง นอกจากนี้การผูกมัดผู้ป่วยยังมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทีมสุขภาพสามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เช่น การฉีดยา เจาะเลือด หรือทำหัตถการต่าง ๆ เป็นต้น

2.1.1 ผู้ป่วย และผู้ป่วยอื่นปลอดภัย

“เพื่อป้องกันอุบัติเหตุของตัวคนไข้เอง แล้วก็คนอื่นด้วย และป้องกันอันตรายทุกอย่าง เพราะคนไข้ที่เราต้อง Restrain บางทีคนไข้ยังก้าวร้าว ยิ่งคุมอารมณ์อะไรไม่ได้ แล้วก็ยังสับสนอยู่” (ID3)

“จำกัดพฤติกรรมของคนไข้ เพื่อให้คนไข้อยู่นิ่ง ควบคุมอารมณ์ตัวเอง แล้วก็อย่าทำร้ายคนอื่น ไม่ทำร้ายเพื่อนที่อยู่ในห้อง” (ID10)

“คนไข้บางคนง งๆ เดินไปห้องน้ำ เซไปเซมา จะล้ม เรากลัวล้มอะไรแบบนี้ เราก็จะผูก” (ID7)

“เราประเมินแล้วว่ามีความรุนแรง มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง แล้วก็ถือเป็นอันตรายต่อคนอื่นอะค่ะ แล้วก็พลัดตกหกล้ม พวก Alcohol ก็จะมีผูกด้วยบางครั้ง ผูกกันเขาล้ม คือจะประเมินรายบุคคล พวกที่เคลื่อนไหวไม่ได้อะค่ะ” (ID5)

2.1.2 บุคลากรปลอดภัย

“เพื่อป้องกันคนไข้ไม่ให้ก้าวร้าวคือเราสามารถที่จะดูแลคนไข้ เข้าถึงได้ง่าย ให้คนไข้ที่ก้าวร้าวไม่ให้ไปวุ่นวายกับคนอื่น แล้วก็ความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ และคนไข้ด้วยกัน แล้วก็ตัวเขาเอง” (ID8)

“ก็เป็นการป้องกันแล้วก็ Save เจ้าหน้าที่ด้วย ในเรื่องของการทำงานที่จะเข้าไปปฏิบัติงานเพราะเหมือนเราต้องเดินเข้าไปหาเขาอย่างนี้ ถ้าเราจำกัดเขาไว้กับที่ อย่างน้อยก็ทำให้เราดูแลเขาได้ง่ายขึ้นมันไม่เสี่ยงทั้งตัวคนไข้คนอื่น แล้วก็เจ้าหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติงาน” (ID2)

2.1.3 ทรัพย์สินไม่เสียหาย

“จุดประสงค์ คือ การป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับตัวคนไข้แล้วก็ทรัพย์สิน เราเคยมีประสบการณ์ว่า เคยประเมินคนไข้ว่าคุยเรื่องจริงๆ คนไข้รับใหม่เข้า Criteria ดูแล้วกริยาเริ่มก้าวร้าว เราก็มองว่า ถ้าก้าวร้าวแล้วเดี๋ยวจะ Restrain เราแก้ไขไม่ทัน คือ คนไข้ก็ทำร้าย ไม่ใช่ทำร้ายเจ้าหน้าที่หรืออะไร แต่ทำลายทรัพย์สิน ก็หมดเยอะ พังประตูเหล็กแล้วก็ถอดด้วย” (ID 12)

“มีคนไข้ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เราไม่ได้ Restrain ก็อาจจะวอดยกเก้าอี้ ยกโต๊ะข้างเตียง ทำลายข้าวของ” (ID1)

2.1.4 ได้รับการรักษาที่เหมาะสม

“เพื่อให้คนไข้สงบ จะได้ให้ยา หรือทำหัตถการ เช่น เจาะเลือด บางคนมี IV อยู่ ก็ผูกเพื่อไม่ให้เลื่อนหลุด ให้ได้รับสารน้ำสารอาหารครบถ้วนตามแผนการรักษา” (ID1)

“ถ้าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือด้วยประเดี๋ยวใดก็ตาม ถ้าเราไม่ Restrain ผู้ป่วยจะ loss ยา ทำให้ loss การรักษาไป เราจะเจาะเลือดส่งตรวจ ก็จะ loss ไป” (ID4)

2.2 ตระหนักถึงสิทธิผู้ป่วย

การผูกยึดนั้นอาจทำให้กระทบสิทธิผู้ป่วย เพราะเป็นการจำกัดอิสระ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายตามที่ต้องการได้ ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ ทีมการพยาบาล จะพิจารณาใช้วิธีการอื่นก่อน เมื่อไม่ได้ผล จึงจะผูกยึดผู้ป่วย ทั้งนี้การผูกยึดเป็นไปเพื่อการรักษา ไม่ใช่เป็นการลงโทษ

“เรามีสิทธิที่จะถูกยึดตรึงเพียงแค่ว่าได้รับการรักษาเท่านั้น ถ้าเกินไปกว่านี้ก็ไม่เห็นด้วย อยู่ดีๆ เราไม่พอใจเขา เราจะไปผูกยึดตรึง ตรึงนั้นมันไม่ถูกต้อง ต้องมองสิทธิเขาเป็นหลัก เขามารักษา ไม่ใช่มาแล้วโดนจับ เมื่ออาการเขาดีขึ้นหรือเป็นไปตามข้อตกลงที่เราตกลงบริการกับเขา เราก็สามารถที่จะปล่อยเขา” (ID4)

“ก็บอกน้องตลอดว่าห้ามใช้กรณีราคาผู้ป่วย ห้ามใช้เด็ดขาด” (ID12)

“เจรจา ก่อน เจรจาเสร็จให้ยา ถ้าไม่ได้ก็อาจต้อง Restrain” (ID12)

“ใช้คำพูดก่อน ถ้ามันไม่สามารถควบคุมเขาได้แล้วอะ ก็ต้องตัดสินใจมัด” (ID2)

2.3 ครอบครัวยมีส่วนร่วมและยินยอม โดยมีกระบวนการคือ แจ้งญาติ ให้ข้อมูล และขอคำยินยอม

ในการดำเนินการผูกยึดนั้น ผู้ป่วยและญาติ อาจไม่เข้าใจถึงความจำเป็น และเหตุผลของการผูกยึด จึงไม่ให้ความร่วมมือต่อการผูกยึด การสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติ มีความจำเป็นในทุกขั้นตอนของการผูกยึด เพื่อลดปัญหาความไม่เข้าใจ และช่วยลดปัญหาอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นตามมา

“เราก็จะให้ข้อมูลเวลาญาติมาเยี่ยม อย่างเช่นก่อนเขาขึ้นไปข้างบน (หอนอนผู้ป่วยอยู่ชั้นบน) เราจะบอกว่าตอนนี้คนไข้โดนมัดอยู่กับเตียงนะอะไรอย่างนี้ เราจะต้องจำกัดเขา เพราะว่าเขาเสี่ยงต่อทำร้ายเจ้าหน้าที่ เสี่ยงต่อทำร้ายเพื่อนคนไข้ด้วยกัน โอเคญาติเขาก็รับทราบ เข้าใจตามนั้น เราต้องการเหมือนให้ข้อมูลก่อนที่เขาจะขึ้นไปเห็น” (ID2)

“บางที่เป็นคนไข้รายใหม่ เขาไม่เคยเห็นสภาพการ Restrain เราก็ต้องอธิบาย เอาทั้งอุปกรณ์มาให้ดูว่ามันเป็นผ้านะ แล้วก็เป็นกุญแจล็อกเป็นลักษณะแบบนี้” (ID3)

“แจ้งญาติให้ทราบทุกครั้งว่าเราต้อง Restrain คนไข้เพื่ออะไร เราก็ต้องบอกญาติก่อนป้องกัน การร้องเรียน เพราะว่าเดี๋ยวมันจะกลายเป็นคดีความ แต่ส่วนใหญ่ที่เจอนั้นญาติไม่ค่อยมีปัญหา ให้ความร่วมมือดี ญาติเข้าใจว่ามันจำเป็นต้องผูกจริง ๆ ถ้าไม่ทำจะเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย ญาติยังบอกเลยว่าดีแล้วที่ผูกไว้จะได้ไม่ต้องไปทำร้ายคนอื่น ไปทำลายข้าวของ” (ID3)

“ใน Case รับใหม่ทุกราย จะมีใบยินยอมการ Restraint อยู่ ซึ่งเราก็จะแจ้งญาติเบื้องต้นว่าถ้าผู้ป่วยมีอาการ Aggressive และส่งผลต่อตนเองและผู้อื่น เราอาจจะจำเป็นต้องผูกผู้ป่วยก่อน เพื่อที่จะให้ได้รับยาหรือเจาะเลือดในเบื้องต้น ถ้าญาติไม่เห็นด้วย ก็เซ็นที่ไม่เห็นด้วย แต่ถ้าญาติเห็นด้วย ญาติก็เซ็นเห็นด้วย เราก็จะเอาใบนี้เป็นหลัก” (ID4)

“ก็มีบ้างคะ ญาติที่ไม่เข้าใจ เพราะเขารักลูกของเขา ก็คือเขาก็จะแสดงแค่พฤติกรรมไม่พอใจ ทำไม่ต้องมัดด้วย ทำไม เขาไม่ได้ทำอะไรแบบนี้ (พูดเสียงดังขึ้น) เราก็อธิบายก็คือให้ข้อมูลให้เขา ให้ข้อมูลที่ชัดเจน เขาก็จะฟังนะ บางคนก็จะอ้อ ค่ะ ๆ” (ID8)

“ส่วนใหญ่ญาตินั้นไม่ยอมให้ผูก แต่พอเราคุยให้เหตุผลเค้าว่าถ้าเราไม่ผูกจะเกิดอะไรขึ้น ถ้าเราผูกเราจะทำ หนึ่งสองสามสี่ห้าให้ เค้าก็จะยอม” (ID9)

2.4 ผลกระทบจากการผูกยึดต่อผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ

ในการผูกยึดผู้ป่วยนั้น เกิดผลกระทบทั้งผลดีและผลเสียต่อผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ทีมพยาบาลจะต้องระมัดระวังในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติการผูกยึด และดำเนินการตามมาตรฐานของวิชาชีพ เพื่อลดผลเสียที่เกิดขึ้น

2.4.1 ผลกระทบจากการผูกยึดต่อผู้ป่วยและญาติ

ผลกระทบจากการผูกยึดต่อผู้ป่วย เกิดขึ้นทั้งต่อร่างกายและจิตใจ เช่น การบาดเจ็บ ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ความรู้สึกโกรธ ส่วนผลกระทบที่เกิดกับญาตินั้นมักจะกระทบต่อจิตใจ และความรู้สึก

“เจอ Case Pneumonia แล้วผู้ป่วยสำคัญ เพราะว่าผู้ป่วย Restrain พอกินทำนอนมันก็อาจจะมีการไปติดหลอดลมอะไรแบบนี้ก็มีนะ เกือบใส่ Tube อีกกรณีผู้ป่วยสูบบุหรี่มา แล้วผู้ป่วยไม่มี Activity เลย แล้วเขาก็นอนตลอด โดน Restrain ด้วย เพราะว่าถ้าเราไม่ Restrain กลางคืน เขาก็ไปสะกิดเพื่อน ไปโน่นนี่นั่น เราก็เลย Restrain พอตื่นเข้ามา ผู้ป่วย Air hunger เพราะเสมหะเยอะ เราก็ Suction และรายงานแพทย์ แพทย์ก็ประสานว่าเราส่งไป Med ก่อนดีกว่า” (ID4)

“ในกรณีที่คนไข้ได้รับยาเยอะๆ การ Ambulate คนไข้จะไม่ดี เพราะว่าอาจจะได้รับอาการข้างเคียงจากการได้รับยาบางตัว ซึ่งจะทำให้เกิด Pneumonia ได้ บางครั้งเรายอมรับว่าเราก็ดูแลไม่เต็มที่เรื่อง Ambulate คนไข้ ซึ่งตรงนั้นเราก็ต้องพยายามเข้าไปเพื่อกระตุ้นคนไข้ ไปเคาะปอด พยายามกระตุ้นให้ตื่นน้ำ ส่วนใหญ่จะเจอในคนไข้ที่ได้รับยาเยอะ ๆ แล้วก็กลับ สะสมเสมหะ โอกาสที่จะเกิด Pneumonia มันก็มี ” (ID3)

“คนไข้ที่อยู่ไม่นิ่ง ดึงเชือก ต่อต้าน ก็จะเป็นแผลถลอก ถลอกไม่เยอะ ก่อนกลับบ้านแผลก็หาย” (ID1)

“มีบางคนเจอว่าต้องผูกมัดก็พากลับเลย เค้าไม่ยอมให้ผูก ถ้าเราไม่ผูกเราดูแลมันอันตรายกับตัวเขา คนรอบข้าง เพราะฉะนั้นคนไข้ต้องผูก สุดท้ายเค้าไม่ยอมให้ผูกก็พากลับ ทั้งที่เราให้ข้อมูลแล้ว แต่ก็นาน ๆ ครั้งนะที่เจอ ตั้งแต่ทำงานที่ไม่ยอมแล้วพากลับก็เคยเดิวนะ” (ID9)

“ญาติจะถาม ทำไมต้องมัดด้วยอะไรแบบนี้ (พูดเสียงดังขึ้น) เราก็ให้ข้อมูลว่าคนไข้ยังคุมอารมณ์ไม่ได้ ก็ต้องมัดก่อน แต่ถ้าคนไข้ควบคุมอารมณ์ได้ก็จะผ่อนคลายให้ เราก็ต้องบอกญาติให้เข้าใจเหตุผลว่าเราต้องควบคุมพฤติกรรมคนไข้เนะ บอกไปแล้วบางทีญาติก็ไม่พอใจ” (ID6)

“เหมือนญาติบางคนเขาก็รับไม่ได้ มันจะมีทะเลาะ บางคนน้ำตาคลออะไรอย่างนี้ สงสารลูกหลานของเขาไงที่โดน” (ID2)

“มันอาจจะมีปัญหาโดยที่ญาติอาจจะมาเห็นคนไข้ พอรับใหม่มาญาติอาจจะเห็นสภาพคนไข้เก่าที่ Restraint อยู่แล้ว ญาติอาจจะไม่พอใจตรงนั้น ด้วยความที่ว่าผูกทำไม ไม่ได้เป็นอะไรเลย แต่ญาติรู้ใหม่ว่าคนไข้บางครั้งนั้นก็คือมีพฤติกรรมก้าวร้าวอยู่ แต่บางคนเขาไม่เข้าใจทั้งที่เราอธิบายอยู่ ก็เกิดกรณีที่เซ็นไม่สมัครอยู่ก็มี เพราะมองเห็นภาพลักษณ์ที่ไม่ดี เขารู้สึกว่ามันไม่ดีใจ” (ID3)

“ญาติบางทีก็กังวล ญาติที่เป็น Cases รายใหม่ บางทีเขาก็เข้าใจว่า เอนะ ถ้า Restrain อย่างนี้แล้วคนไข้จะอยู่อย่างไร จะกินอย่างไร จะนอนอย่างไร จะเข้าห้องน้ำอย่างไร คือญาติบางครั้งก็ไม่เข้าใจ” (ID3)

“เจอแค่นี้ไม่พอใจ กระห (พี่) ไม่ต้องมัดไม่ได้หรืออะไรแบบนี้ ก็ว่า ไม่ได้ละ ก็อธิบายไป แต่ว่าการมัดก็ไม่ใช่ทำให้เขารู้สึกแย่ เราก็ดูแลเต็มที่ คือไม่ได้มัดอะไรแบบที่ทำให้เขารู้สึกไม่ดี เพราะว่าเราก็ดูแลเต็มที่ เหมือนกับจะฉีจะอะไรเราก็ดูแลให้ ดูแลดีตรงนี้ ก็อธิบายคือเราก็ไม่ได้บอกว่ามัดตลอด แคร่ระยะเวลานั้น ๆ ถ้าเขาร่วมมือเราก็ปล่อย” (ID8)

“มีเคสหนึ่งเขาไม่ยอมให้ผูก แล้วญาติพูดว่าไม่ต้องพูดหรือ เราพยายามอธิบาย แต่เขาก็ไม่ยอม สุดท้ายเขาเลยขอ Refer ไปปรึกษาต่อที่อื่น” (ID1)

2.4.2 ผลกระทบจากการผูกยึดต่อทีมการพยาบาล

ผลกระทบเกิดขึ้นกับทีมการพยาบาลนั้น มีทั้งผลดีและผลเสีย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

2.4.2.1 ได้รับบาดเจ็บ

“เคยโดนเล็บข่วน โดนหลายครั้ง แต่มันน้อย ๆ (ชี้ที่บริเวณแขนและมือ) แล้วเวลาจะมัดคนไข้แต่คนไข้ไม่ยอมมัน ก็โดนเหมือนกัน โดนเล็บข่วน ตีมือ มีบ้างเล็ก ๆ น้อย ๆ ” (ID6)

“คนไข้ชกต่อยกัน เราเข้าไปกับพยาบาลประเมินว่าต้องผูก จะเข้าไปคุยก่อน แต่ยังไม่ทันได้คุย คนไข้เอาพวก ขันน้ำ Bed pan มาขว้างก็มีโดนเหมือนกัน อะไรก็ได้ที่ใกล้มือคว้าได้ก็เอามาปา” (ID10)

“คนไข้ถีบ แต่ก็ไม่บ่อย เราก็ต้องระวังด้วย ก็ต้อง Save ตัวเอง” (ID7)

2.4.2.2 สร้างความคับข้องใจแก่ทีมการพยาบาล

“เวลาเราเห็นผู้ป่วยก้าวร้าวเราจะรู้สึกว่าจะเหมาะที่จะมัดเพื่อความปลอดภัย แต่ว่าหลังจากนั้นก็สงสารเขาเหมือนกัน เค้าก็อยากอิสระอะนะ บางทีคนไข้บอกว่ากะเหนื่อยได้ไหม พยายามอ่อนน้อม เราก็สงสารเขา แต่ยังไม่ปล่อยไม่ได้ เพราะเค้ายังควบคุมอารมณ์ไม่ได้” (ID6)

“มันทำให้คนไข้ทรมาน สงสารคนไข้ แต่จำเป็นต้องทำเพื่อการรักษา” (ID7)

“มันไม่ได้อยู่แล้ว มันเหมือนรู้สึกที่เราไปจำกัดสิทธิเค้าอะ แทนที่เค้าจะได้เดินเข้าห้องน้ำ แทนที่เค้าจะได้นั่งกินข้าวสบาย ๆ แทนที่เค้าจะได้มานั่งดูทีวีกับเพื่อน มัน...มันก็ ไม่อยากจะผูกอะ” (ID9)

“เขาเหมือนทรมานเนะ ในการที่ต้องโดนมัดอยู่ 2-3 วัน อะไรอย่างนี้” (ID2)

2.4.2.3 มีผลต่อความปลอดภัยของบุคลากร

“สบายใจ คนไข้ถูกผูกแล้ว ไม่ไปทำลายข้าวของ เรารู้สึกเหมือนไม่กังวล แล้วเราก็อธิบายความปลอดภัย” (ID7)

“ก็รู้สึกว่าเป็นความปลอดภัยของเราด้วย เวลาเราเข้าไปทำอะไรข้างใน (หอนอน) ความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ที่สำคัญ เวลาเราเข้าไปข้างใน (หอนอน) ก็ไม่ต้องระวังว่าคนไข้จะขึ้นมาเมื่อไร ไม่ต้องไปหวาดระแวง และห่วงคนไข้คนที่โดนกระตุ้นด้วย” (ID10)

2.4.2.4 ทำให้ประเมนอาการอื่น ๆ ได้ไม่ชัดเจน

“มีเคส EPS คิดว่าน่าจะมีอาการก่อนหน้านี้ คือ ที่เราเห็นชัดก็คือเขาเกร็งนั้นวันที่ 3 แล้วพอ Restrain ก็เลยสังเกตไม่ได้อะ หนูรู้สึกถ้า Restrain มันประเมนยากยังงัยไม่รู้ ถ้าคนชำนาญแล้วอาจจะได้แต่หนูเพิ่งมาก็เลยจะประเมนยากหน่อย ” (ID5)

“บางอย่างก็ประเมนลำบาก เช่น สั้น การเดิน มันก็ดูยากเวลา มี side effect จากยา อย่างมีคนไข้ก้าวร้าวไปชกต่อยคนอื่น แล้วได้ยา และ Restrain ที่นี้พอผูกแล้วคนไข้หลับ เราก็นึกว่าผูกผูกแล้วคนไข้ไปไหนไม่ได้ก็เลยนอน ที่นี้ตอนไปประเมนคนไข้ปลุกตื่นยาก ดูอ่อนแรงมาก ตื่นมาแป๊บ ๆ แล้วก็นอนต่อ เราก็โทรรายงานหมอค่ะ” (ID5)

“เราไม่เห็นอาการอย่างเด่นชัด บางทีเราก็ไม่รู้ อยู่บนเตียงตีหมด เลยทำให้เราประเมนยาก” (ID7)

2.4.2.5 ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้

“คิดว่าผู้ป่วยเรียนรู้จากการที่เราเข้าไป Restrain นะ คนที่เขามีการรับรู้ที่ดีเขาก็เรียนรู้ เขาก็จะปฏิบัติพฤติกรรมที่มีเหตุและผล ไม่ก่อเหตุทะเลาะวิวาท ไม่ตะโกนเสียงดัง ทำให้เขาอยู่ร่วมกันในสังคมเล็ก ๆ ของเขาได้” (ID4)

“ช่วยลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของคนไข้ คนไข้จะเข็ดเลย อย่างเคสหนึ่ง คนไข้จะดีเลย เพราะเคยโดนผูกเป็นอาทิ คนไข้เคยบอกว่า เห็นเชือกนี้ กลัวยิ่งกว่าปืน” (ID11)

2.5 ปฏิบัติชัดเจนตามบทบาทหน้าที่

ในการผูกยึดนั้น ทีมการพยาบาล และบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง มีการวางแผนร่วมกัน แยกหน้าที่ชัดเจนตามบทบาท ตั้งแต่การประเมนการการผูกยึด การปฏิบัติการผูกยึด การพยาบาลขณะผูกยึด และการประเมนเพื่อยุติการผูกยึด

“เราต้องประเมนตั้งแต่แรกที่เราไขว้เข้ามา เมื่อประเมนแล้วว่าจำเป็นต้องผูก ก็จะต้องปรึกษาในทีม ถ้ารู้สึกว่ารัดมือไม่ไหว ก็จะต้องตาม 191 มา เราก็จะแจ้งให้ทีมทราบว่าคุณคนไหนนะ อยู่ตรงนั้นจะจำกัดพฤติกรรมโดยวิธีการอย่างไบบ้าง พอทีมพร้อมเราก็จะเข้าไป แต่ตามหลัง ก็คือให้ รปภ.หรือตำรวจนำหน้าไปก่อน Save เราด้วย เพราะเราเป็นเจ้าของหน้าที่ผูกมัด ” (ID3)

“เราก็คุยประเมนอาการคนไข้ก่อน พอประเมนแล้วเราต้องผูก เราจะต้องบอกผู้ช่วยอะค่ะให้เตรียม เขาก็จะเตรียมเชือก (ผ้าที่ใช้ผูกมัด) ไว้เรียบร้อย เราก็ตามยามมา พอยามมาก็เข้าไปช่วยผูก ” (ID5)

“การปล่อยคนไข้ พยาบาลวิชาชีพจะเป็นคนประเมน จะเข้าไปพูดคุย Orientation ถามสิ่งที่เขาทำไป ความรู้สึกนึกคิดแยกผิดถูกได้ไหม” (ID4)

2.6 ปัญหาในงาน

ในการผูกยึดผู้ป่วย โดยเฉพาะในเวรบาย ดึก นั้น บุคลากรไม่เพียงพอ และบางครั้งเกิดความล่าช้าในการขอความช่วยเหลือ ทีมการพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องไม่ได้รับการทบทวนความรู้และทักษะที่จำเป็นในการผูกยึดอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งมีบุคลากรใหม่ ซึ่งต้องอาศัยเวลาและการพัฒนาเพื่อสร้างความชำนาญและประสบการณ์ วัสดุอุปกรณ์บางอย่างไม่เพียงพอ และไม่เหมาะสมต่อการใช้งาน ยังไม่มีแนวปฏิบัติการผูกยึดผู้ป่วย หรือเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมนการผูกยึด การปฏิบัติการผูกยึดจึงยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

2.6.1 บุคลากรไม่เพียงพอ ต้องขอความช่วยเหลือ

หอผู้ป่วยมีบุคลากรจำกัดในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในเวรบาย-ดึก เมื่อมีผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง บุคลากรในหอผู้ป่วยไม่สามารถจัดการได้ ต้องตามหน่วยรักษาความปลอดภัย หรือตำรวจ ซึ่งต้องอาศัยเวลา ทำให้ล่าช้า ไม่ทันการ

“เรื่องของคนที่มันไม่พอ บางครั้งเหมือนอย่างในเวรเนี่ยะมีกันอยู่ 2 คน จะต้องรอทีมก็คือ รปภ. ซึ่งรปภ.ตอนกลางคืนเขาต้องดู 3-4 หรือว่า 2-3 จุด แต่เขามีกันแค่ 4 คน อย่างนี้ เขาต้องตามจากจุดต่างๆ เพื่อมาที่ตึก ก็คือมันก็เป็นปัญหา” (ID2)

“ปัญหาแรกก็คือ เรื่องตาม รปภ. บางทีกว่าจะมาถึงคนไข้อาละวาดแล้ว ทำลายข้าวของบ้าง ต่อยบ้าง ที่รปภ.อาจจะขานิดหน่อยกว่าจะมาถึง Ward เพราะว่า รปภ.จะอยู่ข้างหน้าต่างหมดเลย คือ ไม่มี รปภ. อยู่ใกล้กับเรา มันไม่สะดวกตรงนี้จะ เพราะยิ่ง รปภ. มาช้า ความรุนแรงมันยิ่งเกิดขึ้นเยอะ” (ID3)

“ตอนนี้รู้สึกว่าการดูแลเราน้อย เวลาอยู่เวรบายตึกก็อยู่คนเดียว อยากจะให้มียุติการกำลังเพิ่ม น้อย แล้วก็เรื่องสิ่งแวดล้อมก็ยิ่งรู้สึกว่าไม่ปลอดภัยเรื่องประตู เรื่องอะไรก็ยิ่งรู้สึกว่ามันยังไม่ได้มันคงไม่ได้ ปลอดภัยสำหรับเรา เพราะว่าประตูคนไข้ คนไข้อาจจะพังได้” (ID3)

2.6.2 ต้องการการพัฒนา

“เรื่องบุคลากรเราไม่ได้รับการอบรมมานาน ไม่มี Refreshing Course น้อย ๆ เรียนรู้จากรุ่นพี่ อย่าง รปภ. เค้ามานี่สองคน รุ่นพี่ก็จะบอกเข้าไปสิ ๆ จั๊บลาลี เราก็จะบอกอีกทีก็ดเคาะ ๆ อย่าไปจับปลายขา เรียนรู้จากงานตรงนั้น” (ID9)

“การทบทวนความรู้ คิดว่ามันจำเป็นมาก ควรมีทุกระดับที่เกี่ยวข้อง ทั้งคนใหม่คนเก่าต้องจัดคนเก่าบางที่อาจลืมมาทบทวนกัน” (ID10)

“ปกติจะได้รับการอบรมจากรพ. แต่หลังๆ นานมากแล้วไม่ได้รับการอบรมเลย คนใหม่ ๆ ก็ผูกไม่เป็น ส่วนใหญ่ใช้วิธีสอนต่อจากพี่ ๆ” (ID10)

“เรื่องอบรม Restrain ก็เคยได้เข้า ก็ใช้บุคลากรในทีมงานจิตเวชเราแหละในการจัดอบรม แต่ว่า.....(ทำท่าคิด) นานมาแล้วแหละ พอมีเรื่องของข้อจำกัดเวลา เรื่องของเจ้าหน้าที่ที่ไม่พอก็เลยไม่ได้ทำมาสักพักแล้ว” (ID2)

“เมื่อก่อนจะมีพี่....เป็นคนสอนวิธีมัดมัดอย่างไร มีวิดีโอให้ดูว่าวิธีจับคนไข้ยังงัย มัดเชือกยังงัย จะมีเรียกยามมาแล้วสอนพร้อมกัน ดีค่ะ มันช่วยให้เรารู้วิธีการว่าจะทำยังงัย น่าจะมีอีก แต่ตอนนี้ไม่มีแล้ว” (ID6)

2.6.3 เกณฑ์การประเมินการผูกมัดไม่ชัดเจน

“อยากให้ มี Guideline ที่สามารถแบ่ง Level ของการ Restrain ได้ เหมือนคนไข้ Aggressive ขนาดนี้ เราประเมินอะไรบ้าง ต้องทำอะไรบ้าง ประเมิน Score ออกมาเหมือน AWS คือมีระดับ เพื่อทำให้เป็นแนวทางเดียวกัน” (ID4)

“การประเมินว่าอาจจะต้องผูกหรือยังไม่ต้องผูกนั้นยังไม่มีหลักการชัดเจน ตรงนี้ก็ทำให้ทีมเกิดความเห็นต่าง เพราะแต่ละคนนั้นประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยไม่เหมือนกันอะค่ะ” (ID5)

“เรารู้สึกว่า ผูกสปีดตอนเที่ยงค้อมารมณได้ก็ปล่อยเค้าเถอะ แต่บางคนจะไม่ยอมงัย เพิ่งต่อยกันเมื่อไหร่ไม่ปล่อยแล้ว คือเราไม่มีเกณฑ์จริงๆว่าคุณต้องผูกนานแค่ไหน มันขึ้นอยู่กับความรู้สึก มันก็ยากนะ” (ID9)

2.6.4 ความพร้อมของวัสดุอุปกรณ์ และสิ่งแวดล้อม

“มีปัญหาในการจำกัดพฤติกรรมตั้งแต่วัสดุอุปกรณ์ วิธีการผูกของแต่ละคน” (ID1)

“สายที่ใช้ในการผูก นำผ้ามาคลุมอีกทีหนึ่ง ผ้าที่ผูกมันนิ่ม เคยมีแบบเหล็ก ไม่โอเค ตอนนี้ มี สีแดง แคสก็กระตุ้นคนไข้แล้ว อันเก่าเป็นสีเขียวโอเคเลย แต่เก่าแล้ว ขาดแล้วด้วย แล้วเชือกอันสีฟ้าไม่ได้สอดใส่ มันรัด ทำให้คนไข้เป็นแผลได้” (ID1)

“ส่วนมากที่ตึกเรา ใช้วิธีตรึงจุดกดที่คนไข้ ไขว่ล่าย ๆ ฟองน้ำอัด อัดไป ไม่ใช่ผ้าอย่างเดียวแบบนี้ก็มีโอกาสบาดเนื้อคนไข้ได้” (ID1)

“ตอนนี้ปัญหา คือ ผ้า (ผ้าที่ใช้ผูกมัด) ที่ไปเย็บ size จะมาไม่เหมือนกัน บางอย่างมันเล็ก พอเล็กเกินไปมันจะยิ่งรัดคนไข้ เส้นเล็กๆมันจะยิ่งถูไถเยอะ ทำให้เกิดแผลขึ้นได้” (ID3)

“หอผู้ป่วยมันอยู่ชั้นบน มันไม่สะดวกแทนที่จะเปิดประตูเข้าไปได้เลย ต้องเปิดประตู ไขประตู ชั้นบันได ไขประตูอีก มันทำให้เกิดความล่าช้า โครงสร้างอาคารมันไม่เหมาะสมสำหรับคนไข้ด้วย”(ID3)

“ผ้ามันไม่เพียงพอ เราผูกเขาก็กัด ต้องซ่อมบ่อย ทุญแจเป็นสนิมเพราะบางทีโดนน้ำ โดนเยียว เราก็ต้องเปลี่ยน ต้องเอามาหยอดน้ำมัน” (ID11)

อภิปรายผล

จากการศึกษาประสบการณ์ทีมพยาบาลในการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชด้วยการผูกมัด พบว่าในการผูกมัดนั้น ทีมพยาบาลทำการผูกมัดด้วยวัตถุประสงค์ คือเพื่อให้ตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยอื่นและบุคลากรมีความปลอดภัยจากอันตราย และป้องกันการเสียหายของทรัพย์สินที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองได้ ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังผูกมัดผู้ป่วยเพื่อได้รับการรักษาที่เหมาะสม เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยให้อาการทุเลาลง สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า การผูกมัดผู้ป่วยจิตเวชนั้นเป็นไปเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้อื่น ควบคุมพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ และเพื่อประโยชน์ในการรักษา (Kingkaew, Rungruangsiripan, Santikunaporn, & Julla, 2018; Moghadam, Khoshknab, & Pazargadi, 2014; Raveesh & Lepping, 2019) ซึ่งในการผูกมัดนั้นสิ่งสำคัญที่ต้องตระหนักถึง คือ สิทธิผู้ป่วยต้องไม่ใช้การผูกมัดเป็นการลงโทษ เพราะการผูกมัดนั้นทำให้ผู้ป่วยไร้อิสระ เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย ทั้งร่างกายและจิตใจ อาจทำให้ผู้ป่วยขาดอิสรภาพ ทุกข์ทรมาน เป็นการลดทอนสิทธิของผู้ป่วยซึ่งกระทบต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ในการผูกมัดนั้นการตระหนักถึงสิทธิผู้ป่วย และความปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญ ตามสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล และได้รับการปฏิบัติด้วยท่าทีสุภาพ เสมอภาค เท่าเทียม ปราศจากอคติ คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Pato, Suttarungsee, & Nasae, 2013; Santikunaporn, 2014) โดยไม่ละเมิดสิทธิที่ผู้ป่วยพึงได้รับ คำนึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทุกด้านทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยสูงสุด

การสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงในทุกขั้นตอนของกระบวนการผูกมัด เพื่อให้รอบครมีส่วนร่วมและให้ความร่วมมือที่ดีในการรักษา โดยมีกระบวนการคือ แจ้งญาติ ให้ข้อมูล และขอคำยินยอม เมื่อจะต้องผูกมัดต้องเริ่มต้นให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และญาติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีความเข้าใจ รับรู้ข้อมูลที่ถูกต้อง และให้ความร่วมมือในการรักษา ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วย และญาติได้รับการดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างดีที่สุด เพราะญาติอาจมีความรู้สึกผิด คับข้องใจ โกรธ เมื่อเห็นผู้ป่วยต้องถูกผูกมัด การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อการผูกมัดก็จะช่วยให้ผู้ป่วย และญาติเข้าใจต่อการรักษาด้วยวิธีนี้มากขึ้น (Shrestha, 2018; Thanmikhavorn, Nodate) และในการผูกมัดผู้ป่วยจิตเวชไม่ว่าด้วยสาเหตุใดก็ตาม ควรให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อลดความคับข้องใจของผู้ป่วย ทำให้ช่วยลดความรู้สึกโกรธ เกลียดลงได้ (Hathaiphitaks, Vittayanont, & Songvorakulphun, 2014)

ทีมพยาบาลสะท้อนให้เห็นว่าต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญ ปฏิบัติตามบทบาทและหน้าที่อย่างชัดเจน ก่อนการผูกมัดนั้นต้องพิจารณาถึงความจำเป็นในการผูกมัดผู้ป่วย ว่าต้องจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยด้วยการผูกมัดแล้วหรือไม่ตามข้อบ่งชี้ในการผูกมัด ควรมีการพิจารณาร่วมกันในทีมพยาบาล เพื่อให้สมาชิกในทีมทุกคนเข้าใจเหตุผลตรงกัน และมอบหมายงานอย่างชัดเจนว่าใครจะต้องผูกมัดผู้ป่วยในตำแหน่งใด นอกจากนี้ตัวบุคลากรในทีมพยาบาลเองควรมีการพูดคุยทบทวนหลังการผูกมัด เพราะในการผูกมัดนั้นอาจเกิดการกระทบกระทั่งทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บได้ อีกทั้งตัวบุคลากรเองก็มีความเครียดเพราะรับรู้ว่าการผูกมัดนั้นส่งผลกระทบด้านลบต่อผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นเพื่อเป็นการร่วมกันพิจารณาข้อผิดพลาด หรือปัญหาที่เกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข ซึ่งบุคลากรทีมพยาบาลควรมีโอกาสทบทวนข้อมูลต่าง ๆ วิเคราะห์ปัญหา และปรับแผนการดูแลรักษาใหม่ อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยต่อไป (Kingkaew, Rungruangsiripan, Santikunaporn, & Julla, 2018; Sitdhiraksa, Rattapha, Ruchutrakool, Somchrit, Srisomorn & Tewmonkol, et al., 2009) นอกจากนี้การฝึกหรือการเตรียมบุคลากรทีมพยาบาล ให้มีประสบการณ์ และปฏิบัติตามมาตรฐานของวิชาชีพ จะช่วยลดอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย ความไม่พึงพอใจของญาติ และปัญหาการฟ้องร้องที่อาจเกิดขึ้นตามมาได้ (Sriyarat, 2015; Santikunaporn, 2014)

อย่างไรก็ตามในการผูกมัดให้มีประสิทธิภาพนั้น นอกจากทีมพยาบาลต้องปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างเคร่งครัดแล้ว ต้องอาศัยจำนวนบุคลากรที่เพียงพอ มีความชำนาญ มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน

สอดคล้องกับการศึกษาของ Kingkaew, Rungruangsiripan, Santikunaporn, & Julla (2018) ความไม่เพียงพอของบุคลากรในทีม ความรู้ที่ไม่เพียงพอ มีประสบการณ์น้อยเป็นอุปสรรคที่มีผลต่อการผูกมัดที่มีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับที่ Mahmoud (2017) พบว่า ระดับของความรู้และประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับการผูกมัดที่มากขึ้นของพยาบาลจิตเวชส่งผลให้มีความตระหนักต่อการใช้การผูกมัดเพื่อช่วยบำบัดผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ดังนั้นการวางแผนจัดสรรอัตราากำลังที่เพียงพอ และการถ่ายทอดความรู้หรือทบทวนวิธีการผูกมัดที่ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ หรือการมีแนวปฏิบัติที่เหมาะสมชัดเจนก็จะเป็นตัวช่วยสำคัญที่จะทำให้การผูกมัดและการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมมากขึ้น พัฒนาไปสู่ระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพต่อไป

การวิจัยครั้งนี้พบข้อจำกัดในงานวิจัย กล่าวคือศึกษาเฉพาะบุคลากรในทีมการพยาบาลเท่านั้น แต่ในกระบวนการผูกมัดยังมีบุคลากรอื่นที่ส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งไม่ได้อยู่ในการศึกษาครั้งนี้จึงอาจเป็นมุมมองเพียงส่วนเดียว นอกจากนี้เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลตติยภูมิที่ไม่ใช่โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช อาจทำให้มีระบบการจัดการที่แตกต่างกัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

หัวหน้าหอผู้ป่วยควรวางแผนในการพัฒนาบุคลากรประจำปีในเรื่องการทบทวนความรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการจำกัดพฤติกรรมด้วยการผูกมัด ตลอดจนปฐมนิเทศบุคลากรทีมการพยาบาลใหม่ เพื่อให้บุคลากรมีความมั่นใจ และสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดเป็นไปในแนวทางเดียวกัน และคงไว้ซึ่งมาตรฐานการพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาถึงการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการผูกมัดผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยทางกาย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด

References

- Department of Mental Health. (2014). *Mental Health Act, B.E. 2551*. (6nd ed.). Bangkok: Lamom Print. (in Thai).
- Hathaiphitaks, W., Vittayanont, A., & Songvorakulphun, K. (2014). Effect of Feedback on Frustration of Restrained Psychiatric Patients in Songklanagarind Hospital. *Songkhla Med Journal*, 32(5), 317-326. (in Thai).
- Kingkaew, J., Rungruangsiripan, M., Santikunaporn, D., & Julla, N. (2018). Perception of Nursing Staff on Limit Psychiatric Patients' Behaviors by Using Physical Restraint. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 32(2), 113-129. (in Thai).
- Mahmoud, A. B. (2017). Psychiatric Nurses' Attitude and Practice toward Physical Restraint. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(1), 2-7.
- Moghadam, M. F., Khoshknab, M. F., & Pazargadi, M. (2014). Psychiatric Nurses' Pazargadi, M. (2014). Psychiatric Nurses' Perceptions about Physical Restraint; A Qualitative Study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 2(1), 20-30.
- Oumtane, A. (2016). *Qualitative Research in Nursing*. (3rd ed.). Bangkok: CU Print. (in Thai).



- Pato, T., Suttarungsee, W., & Nasae, T. (2013). Nurses' Ethical Dilemmas and Ethical Decision Making in Providing Care for Psychiatric Patients with Violent Behavior in Psychiatric Hospitals, Southern Thailand. *Songkhlanagerind Journal of Nursing*, 33(2), 1-14. (in Thai).
- Perkin, E., Prosser, H., Riley, D. & Whittington, R. (2012). Physical Restraint in A Therapeutic Setting; A Necessary Evil?. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35(1), 43-49. Published Online 2011 December 16. Doi: 10.1016/j.ijlp.2011.11.008.
- Raveesh, B. N., & Lepping, P. (2019). Restraint Guidelines for Mental Health Services in India. *Indian Journal Psychiatry*, 61(4), 698-705. Published Online 2019 April. Doi:10.4103/psychiatry.IndianJ Psychiatry10619.
- Samoh, W., Kongsuwan, V., & Suttharangsee, W. (2017). Development of a Clinical Nursing Practice Guideline (CNPg) for keeping Confidentiality to Psychiatric Patient's Personal Data in Yala Regional Hospital. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(2), 214-230. (in Thai).
- Santikunaporn, D., (2014). Patient Rights and Decision Making on Physical Restraint and Psychiatric Nurses. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental health*, 28(3), 1-12. (in Thai).
- Shrestha, Y. (2018). Knowledge and Attitude of Family Member of Mentally Ill Patient Regarding Restraint, 2016. (2018). *Archives of Psychiatric Nursing Journal*, 32, (3), 297-299. Published Online 2017 November 21. Doi: 10.1016/j.apnu.2017.11.018.
- Sitdhiraksa, N., Ratta-Apha, W., Ruchutrakool, T., Somchrit, L., Srisomorn, S., & Tewmonkol, P., et al., (2009). Clinical Practice Guideline for Physical Restraint. *Journal Psychiatric Association Thailand*, 54(4), 385-398. (in Thai).
- Sriyarat, K., (2015). Nurses' Roles in Management of Aggressive Psychiatric Patients. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 8(1), 43-52. (in Thai).
- Tadros, A., & Kiefer, C. (2017). Violence in the Emergency Department: A Global Problem. *Psychiatric Clinic of North America*, 40(3), 575-584.
- Thanmikhavorn. (No date). *Patients Restraint and Nursing Ethics*. Retrieved August 17, 2020 from <http://www.nurse.ubu.ac.th/sub/knownledgedetail/4.pdf>. (in Thai).
- Vedana, K. G. G., Da Silva, D. M., Ventura, C. A. A., Giacon, B. C. C., Zanetti, A. C. G., Maiasso, A. I., et al., (2018). Physical and Mechanical Restraint in Psychiatric Unit: Perceptions and Experiences of Nursing Staff. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(3), 367-372.

ผลของโปรแกรมการเล่นบำบัดต่อทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น The Effectiveness of a Play-Therapy Program on Social Skills of Children with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder (ADHD)

นิฐยฐา ยอดแก้ว^{1*}, อรวรรณ หนูแก้ว² และ วีณา คั่นฉ้อง²

Nittha Yodkaew^{1*}, Orawan Nukaew² and Weena Khanchong²

โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์^{1*}, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์²

Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital^{1*}, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University²

(Received: April 29, 2020; Revised: June 06, 2021; Accepted: June 15, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ แบบวัดสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเล่นบำบัด ต่อทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่าง คือเด็กโรคสมาธิสั้น อายุ 7-11 ปี จำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยกลุ่มละ 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) โปรแกรมการเล่นบำบัด สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Cattanaach (2003) and Axline ร่วมกับทบทวนวรรณกรรม 2) ข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น และ 3) แบบสังเกตทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นของพยาบาล โปรแกรมการเล่นบำบัด ประกอบด้วย กิจกรรม 4 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที จำนวน 4 ครั้ง และแบบสังเกตทักษะทางสังคม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน และหาค่าความเที่ยงของแบบสังเกตทักษะทางสังคมด้วยค่าดัชนีความสอดคล้องได้เท่ากับร้อยละ 90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks test และ Mann-Whitney test ผลการวิจัยพบว่า

ค่ามัธยฐานของคะแนนทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-4.85, p<.001$) และคะแนนเฉลี่ยอันดับของทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-6.84, p<.001$)

โปรแกรมการเล่นบำบัดในเด็กสมาธิสั้นสามารถเพิ่มทักษะทางสังคมในเด็กสมาธิสั้นได้ จึงควรนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาทักษะทางสังคมในเด็กสมาธิสั้นที่รับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอกของของโรงพยาบาล

คำสำคัญ: โปรแกรมการเล่นบำบัด, การเล่นบำบัด, ทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pongping_nurse@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 085-6543085)

Abstract

This two-group pretest-posttest design quasi-experimental research aimed to examine the effectiveness of a play-therapy program on social skills of children with attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD). The sample consisted of 60 children diagnosed with attention deficit disorder, aged 7-11 years, selected by experimental group with 30 random sampling groups. The research instruments consisted of: 1) the play-therapy program, based on the conceptual framework of Cattanach and Axline and literature reviews, 2) a demographic questionnaire, 3) a social skills observation sheet for nurses. The play-therapy program included 4 activities of 60 minutes each, played 4 times. Content validity of program and social skills observation were verified by 3 experts. Reliability of social skills observation was tested using inter-rater reliability, yielding a value of 90 percent. Data were analyzed using descriptive statistics, Wilcoxon signed-ranks test, and Mann-Whitney test.

Results showed that, after the experiment, median of social skills' score for children with ADHD was significantly higher than before it ($Z = -4.85, p < .001$). Mean rank of social skills' score for children with ADHD in the experimental group was significantly higher than those children in the control group ($Z = -6.84, p < .001$).

Per findings, this play-therapy program could be applied to improve social skills of children with ADHD who are attending out-patient clinics in hospitals.

Keywords: ADHD, Play-Therapy Program, Social Skills, Children

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (Attention – Deficit/ Hyperactivity Disorder: ADHD) เป็นภาวะบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมอง อับติการณ์การเกิดโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย พบร้อยละ 8.1 ซึ่งพบในเพศชายมากกว่าหญิง 3 เท่า และพบในระดับชั้นประถมต้นร้อยละ 9.4 และระดับชั้นประถมปลายร้อยละ 6.4 (Visanuyothin, Pavasuthipaisit, Wachiradilok, Arunruang, & Buranasuksakul, 2013) สำหรับสถิติการเข้ารับบริการของผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้นในโรงพยาบาลอ่างทอง พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ดังจะเห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นชายและหญิงในปี พ.ศ. 2559-2561 จำนวน 1,235 คน, 1,367 คนและ 1,479 คน ตามลำดับ (Medical Record and Statistics Department Angthong Hospital, 2019)

อาการของโรคสมาธิสั้นที่สำคัญ คือ พฤติกรรมขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง พฤติกรรมซนมากกว่าปกติหรืออยู่นิ่ง และพฤติกรรมขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น เด็กสมาธิสั้นนั้นยังมีปัญหาที่สำคัญ คือ การขาดทักษะทางสังคม ได้แก่ พฤติกรรมเจ้ากี้เจ้าการ ก้าวร้าว แกล้งผู้อื่น หงุดหงิดง่าย ไม่ตั้งใจในขณะปฏิบัติกิจกรรม และการไม่เคารพกฎกติกากลุ่มจนทำให้เกิดการขัดแย้งกับผู้อื่น (Rich, Loo, Yang, Dang, & Smalley, 2009) ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้เด็กสมาธิสั้น มีพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับลักษณะของบุคลิกภาพแบบอันธพาลที่จะเกิดขึ้นในวัยผู้ใหญ่ ที่จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวเด็กสมาธิสั้นเอง ครอบครัว ตลอดจนสังคมรอบข้าง และที่สำคัญส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กสมาธิสั้น (Chaiyadech, Yunibhand, & Suktrakul, 2014)

แนวทางการบำบัดรักษาและแนวทางการช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นในปัจจุบันมีหลากหลายวิธี เช่น การรักษาด้วยยา เป็นการช่วยให้เด็กมีสมาธิและอยู่นิ่งได้มากขึ้น ไม่ได้มีผลในการรักษาโรคให้หาย แต่จะช่วยลดอาการหลักของโรค ทำให้สามารถควบคุมตนเองได้ดี มีความตั้งใจในการเรียน การทำงาน รวมทั้งมีโอกาสดีกมีการมีระเบียบวินัย ความรับผิดชอบ และทักษะทางสังคม ต่างๆ ได้ดีขึ้น (Piyasin, Katman, Boon-Yasidhi, Hongsangunsri, Soodkanit & Somboontum, et al., 2010) อย่างไรก็ตามการรักษานั้นยังต้องใช้แบบ

ผสมผสานหลายวิธีร่วมด้วยจึงจะได้ผลดี เช่น การรักษาด้วยยา ร่วมกับการปรับพฤติกรรม และการรักษาด้วยยา ร่วมกับการบำบัดแบบจิตสังคม (Siwamas, 2013; Juidonkloy, 2010) การรักษาแบบบูรณาการด้วยการใช้ยา และการปรับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะการเลี้ยงดู ได้แก่ การปรับพฤติกรรมในเด็ก การทำจิตบำบัด รายบุคคล การปรับความคิดและความประพฤติ การฝึกทักษะด้านการเรียน และการฝึกทักษะทางสังคมให้ เหมาะสมกับวัยของเด็ก (Apinantavej, 2016) วิธีการที่จะช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นมีทักษะทางสังคม ได้แก่ การ สอนตรง การใช้เรื่องราวทางสังคม การแสดงบทบาทสมมติ การเรียนรู้แบบร่วมมือ การใช้เทคนิคการปรับ พฤติกรรม (Juidonkloy, 2010) ดังนั้นจึงควรให้การรักษาโดยใช้วิธีการแบบผสมผสานร่วมกัน และวิธีการหนึ่ง ที่ จะช่วยในการส่งเสริมการมีตัวตนของเด็ก เป็นสื่อกลางในการเชื่อมโยงเด็กกับสถานการณ์ บุคคล การสื่อสาร เป็นการเตรียมความพร้อมด้านสังคม สติปัญญา การดำรงชีวิต และการแก้ปัญหา คือ การเล่นบำบัด (Kosasena, & Yuniband, 2013)

การเล่นบำบัดเป็นวิธีหนึ่งที่น่าสนใจในการบำบัดเด็กสมาธิสั้น เนื่องจากการเล่น คือธรรมชาติของเด็ก ซึ่ง ปัจจุบันการบำบัดเด็กสมาธิสั้นด้วยการเล่นบำบัดมีอย่างแพร่หลาย การเล่นเป็นกิจกรรมหลักของวัยเด็กและเป็น พื้นฐานการเรียนรู้เติบโต รวมถึงการเรียนรู้ของวัยเด็กผ่านการเล่น หรือกล่าวได้ว่า เด็กสามารถเรียนรู้ผ่านการเล่น (Kenny & Winick, 2000) การเล่นบำบัดเปิดโอกาสให้เด็กได้แสดงความคิด แสดงอารมณ์ และเผยศักยภาพที่ แท้จริงในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ส่งเสริมการเรียนรู้เติบโต ครอบคลุมถึงการพัฒนาของความสัมพันธ์ที่อบอุ่น การแก้ปัญหาเพื่อสร้างความตระหนักและความรับผิดชอบซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิต (Paparella, Goods, Freeman, & Kasari, 2011) จากการทบทวนวรรณกรรมและผลการวิจัยทั้งในและต่างประเทศ พบว่า การเล่นบำบัด เป็นอีกแนวทางหนึ่งในการบำบัดเด็กสมาธิสั้น การศึกษาของ Farzadfard, Abdekhodae, & Abadi (2015) ศึกษาประสิทธิผลของการรักษาผสมผสานการเล่นบำบัดและการเล่าเรื่องบำบัดในเด็กก่อนวัย เรียนที่ขาดความสนใจและขาดความตั้งใจ ผลการศึกษา พบว่าเด็กมีความสนใจมากขึ้นกว่ากลุ่มอื่น และจาก การศึกษาของ Robinson (2015) ศึกษาผลของการเล่นบำบัดแบบเด็กเป็นศูนย์กลางในเด็กสมาธิสั้นสำหรับ นักเรียนชั้นประถมศึกษา ผลจากการศึกษาพบว่า เด็กที่ได้รับโปรแกรมมีพฤติกรรมที่ลดลงในขณะที่คนอื่น ๆ ที่ไม่ได้รับโปรแกรมยังคงมีพฤติกรรมค่อนข้างคงที่ ส่วนการศึกษาในประเทศไทย พบการศึกษาการเล่นบำบัดใน เด็กออทิสติก และเด็กออทิสติก ดังการศึกษาของ Laoviriyarat (2009) ศึกษาผลของการเล่นบำบัดที่มีผลต่อ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก พบว่า หลังทำกิจกรรม พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติกด้านความ ก้าวร้าวทางกาย และความก้าวร้าวทางความสัมพันธ์ลดลงการศึกษาของ Buala (2013) ศึกษาผลของการเล่น บำบัดร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กออทิสติก พบว่า พฤติกรรมที่เป็นปัญหา คือพฤติกรรม ด้านอารมณ์ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งและพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กออทิสติก หลังได้รับการเล่น บำบัดร่วมกับครอบครัวมีพฤติกรรมที่ลดลง

ดังนั้น การเสริมสร้างทักษะทางสังคม จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นในการพัฒนาเด็กสมาธิสั้นให้มีพฤติกรรม ที่เหมาะสม ปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ ทักษะทางสังคมของเด็กเป็นทักษะพื้นฐานที่จำเป็นและมีความสำคัญ เพราะ ต้องสามารถปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม มีความสามารถในการสื่อสาร มีความร่วมมือในการทำงาน ร่วมกัน แก้ปัญหาและสามารถปรับตัวได้กับสภาพแวดล้อม สิ่งเหล่านี้เป็นลักษณะที่ช่วยให้ดำรงชีวิตได้อย่าง มีความสุข (Aphai, & Wanwichai 2018; Juidonkloy, 2010; Tipsai, 2012) การศึกษาและทบทวนวรรณกรรม ทักษะทางสังคมในเด็กสมาธิสั้นสามารถแบ่งทักษะทางสังคมได้ดังนี้ คือ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการให้ความ ร่วมมือ ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น ทักษะการรับผิดชอบ ทักษะการควบคุมตนเอง ทักษะความเห็นอก เห็นใจ และทักษะการมีส่วนร่วม (Gresham, & Elliott, 2008)

จากการศึกษาการเล่นบำบัดในเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ในประเทศไทยพบว่า การศึกษาในเด็กออทิสติก และในเด็กออทิสติก ซึ่งเป็นการเล่นบำบัดแบบรายบุคคล ที่เน้นการส่งเสริมพัฒนาการ การศึกษาดังกล่าวข้างต้นยังไม่ปรากฏว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาในเด็กสมาธิสั้นที่เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม และแม้ว่าจะ มีการบำบัดเด็กสมาธิสั้นในคลินิกโดยวิธีการนำการเล่นมารวมด้วยกับวิธีการบำบัดอื่นๆที่มีหลากหลายรูปแบบ

แต่ยังไม่พบว่าได้นำเฉพาะการเล่นบำบัดมาใช้บำบัดเต็มรูปแบบ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการจัดกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้เด็กสมาธิสั้นมีทักษะทางสังคมเพิ่มขึ้น โดยใช้วิธีการเล่นบำบัด เนื่องจากเป็นการบำบัดวิธีหนึ่งที่สอดคล้องกับธรรมชาติ ส่งผลต่อการเรียนรู้ของเด็กสมาธิสั้น โดยการจัดโปรแกรมการเล่นบำบัดต่อทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น เพื่อนำมาใช้ในการจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะทางสังคมแก่เด็กสมาธิสั้น ที่จะส่งผลให้เด็กสามารถปรับตัวและอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เป็นผู้ใหญ่ที่ดีในอนาคตได้

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น ที่ได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัดและเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการดูแลปกติ

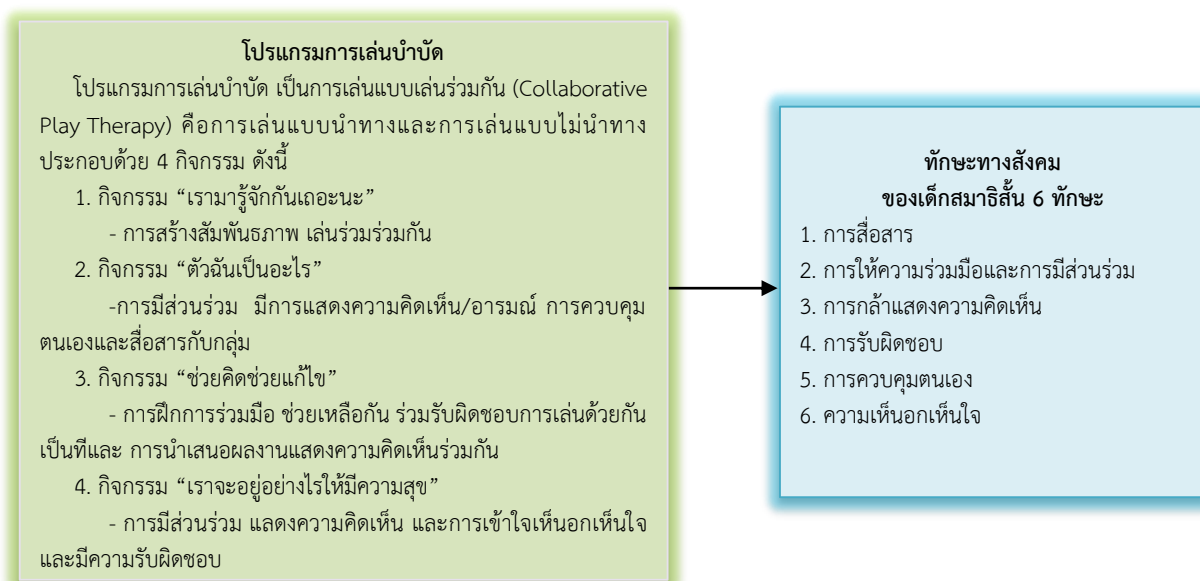
สมมุติฐานวิจัย

1. คะแนนทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น หลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัดมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด
2. คะแนนทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น ที่ได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัดมากกว่าเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการดูแลปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการเล่นบำบัดของ Cattanach (2003) และนำหลักการของการเล่นบำบัดของ Axline as cited in Venfleet, Sywulak & Sniscak (2010) มาประยุกต์ใช้ร่วมกัน โดยแนวคิดการเล่นบำบัดของ Cattanach (2003) เป็นรูปแบบการเล่นที่ผู้บำบัดและเด็กมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม การยอมรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การให้อิสระกับเด็กในการเล่น ร่วมกับการที่ผู้บำบัดเสนอแนะกิจกรรมที่ช่วยสร้างสมดุลภายในใจของเด็ก โดยผู้บำบัดและเด็กร่วมมือกันกำหนดความสนใจและการทำกิจกรรม เกิดกิจกรรมการเล่นอย่างสร้างสรรค์ผ่านการเล่นในลักษณะต่าง ๆ คือ การเล่นผ่านการใช้ร่างกายและประสาทสัมผัส การเล่นกับวัตถุ การเล่นเชิงสัญลักษณ์ และการเล่นบทบาทสมมติ และนำหลักการของการเล่นบำบัดของ Axline as cited in Venfleet, Sywulak & Sniscak (2010) ซึ่งได้แก่ 1) หลักการสร้างสัมพันธภาพ 2) หลักการยอมรับอย่างเข้าใจและการสะท้อนความรู้สึก 3) หลักการเคารพความสามารถของเด็กในการแก้ปัญหา 4) หลักการให้เด็กเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรม และ 5) หลักการกำหนดขอบเขตเพื่อให้การบำบัดเหมาะสมและสอดคล้องกับความเป็นจริง มาบูรณาการใช้กับแนวคิดการเล่นแบบเล่นร่วมกัน

จากการศึกษาทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น (Gresham & Elliott, 2008; Juidonkloy, 2010) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมทักษะทางสังคม (Kuntajorn, 2010; Makboon, 2012; Tipsai, 2012) สามารถให้ความหมายได้ดังนี้ ทักษะสังคมของเด็กสมาธิสั้น คือ ความสามารถของบุคคลในการปรับตัวต่อการดำเนินชีวิต การรู้จักบทบาทหน้าที่ของตนเอง การรับผิดชอบ การควบคุมตนเองและอารมณ์ของตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์ติดต่อกับผู้อื่น การเห็นอกเห็นใจผู้อื่น การแสดงความคิดเห็นที่เหมาะสม และการให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้ 1) ทักษะการสื่อสาร 2) ทักษะการให้ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม 3) ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น 4) ทักษะการรับผิดชอบ 5) ทักษะการควบคุมตนเอง 6) ทักษะความเห็นอกเห็นใจ จากแนวคิดดังกล่าว สรุปภาพรวมกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กสมาธิสั้นมีช่วงอายุระหว่าง 7-11 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกปลูกจิต โรงพยาบาลอ่างทอง ในช่วงเดือนมีนาคม 2560 จำนวน 150 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ตามเกณฑ์การวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็ก ที่มีอายุ 7-11 ปี โดยมารับการรักษาที่คลินิกปลูกจิต โรงพยาบาลอ่างทอง จำนวน 60 คน เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของโพลิสและเบค (Polit & Beck, 2012) วิเคราะห์อำนาจการทดสอบ และคำนวณขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับการศึกษา เรื่องผลของการเล่นบำบัดแบบครอบครัวยมีส่วนร่วมต่อพัฒนาการด้านสังคมสติปัญญา และภาษาของเด็กออทิสติก (Kosasena & Yuniband, 2013) คำนวณขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ 2.24 ซึ่งในงานวิจัยทางการพยาบาลหากมีค่าขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่าง น้อยกว่า .30 มีผลทำให้อำนาจการทดสอบต่ำ (Srisatidnarakun, 2010) ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดอิทธิพลขนาดอิทธิพลปานกลาง เท่ากับ .60 กำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ระดับ .80 เมื่อเปิดตารางสำเร็จรูปทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 44 โดย แบ่งเป็นกลุ่มละ 22 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มละ 30 คน

โดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) 2) เด็กมีอายุระหว่าง 7 - 11 ปี 3) เด็กเหล่านั้นไม่มีโรคทางจิตเวชและโรคที่มีภาวะแทรกซ้อน จากความเจ็บป่วยทางกายอื่นร่วม 4) คัดกรองจากแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น โดยมีคะแนนด้านชอนยูนิง/หุนหันพลันแล่นของแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น (SNAP-IV) โดยมีคะแนนข้อ 10-18 ได้คะแนนมากกว่า 14 คะแนนขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเล่นบำบัด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการเล่นบำบัดของ Cattanach (2003) แนวคิดการเล่นบำบัดแบบเล่นร่วมกัน (Collaborative Play Therapy) ที่ผสมผสานระหว่างการเล่นแบบนำทางและการเล่นแบบไม่นำทางมาบูรณาการเข้ากับหลักการการเล่นบำบัดที่

ผู้บำบัดควรปฏิบัติตามหลักการของ Axline as cited in Venfleet, Sywulak, & Sniscak (2010) นำมาสร้างเนื้อหาเป็นโปรแกรมการเล่นบำบัด ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที รวม 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรม “เรามารู้จักกันเถอะ” เป็นกิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยและผู้รับการบำบัด เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยให้เด็กทำกิจกรรม “หุ่นมือสัตว์น้อย” โดยให้เด็กสมาธิสั้นทำหุ่นมือสัตว์ชนิดต่าง ๆ เลือกทำตามความต้องการและใช้จินตนาการสร้างสรรค์ผลงาน และให้นำเสนอผลงานของตนเอง โดยให้เล่าประวัติของตนเองผ่านการเล่นเชิงสัญลักษณ์ด้วยหุ่นมือสัตว์น้อย กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่นำแนวคิดเล่นแบบนำทางและการเล่นแบบไม่นำทางมาใช้แบบผสมผสาน

ครั้งที่ 2 กิจกรรม “ตัวฉันเป็นอะไร” เป็นกิจกรรมการเล่นกับวัตถุและการเล่นเชิงสัญลักษณ์ โดยให้เด็กทำกิจกรรม “บิงโก อารมณ์ของฉัน” ผู้วิจัยให้เด็กสมาธิสั้นเล่นเกมบิงโก โดยตัวบิงโกเป็นรูปอารมณ์ต่าง ๆ โดยให้เด็กสุ่มจับตัวบิงโก พร้อมบอกลักษณะอารมณ์ ว่าตนเองเคยมีอารมณ์ดังกล่าวหรือไม่ ให้เด็กเล่นเกมต่อไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะมีผู้ชนะ คือ ผู้ที่สามารถวางตัวบิงโกได้ตามแนวที่กำหนด เช่น แนวตั้ง แนวนอน แนวทแยงได้ก่อน โดยกิจกรรมนี้ เป็นกิจกรรมที่นำแนวคิดเล่นแบบนำทางมาใช้ในการบำบัด

ครั้งที่ 3 กิจกรรม “ช่วยคิดช่วยแก้ไข” เป็นกิจกรรมการเล่นกับวัตถุและการเล่นเชิงสัญลักษณ์ โดยให้เด็กทำกิจกรรม “จิ๊กซอร์ ที่หายไป” ผู้วิจัยให้เด็กสมาธิสั้นทำกิจกรรมต่อจิ๊กซอร์ โดยช่วยกันทำเป็นคู่ เมื่อต่อเสร็จให้เด็กนำเสนอผลงานของตนเอง โดยกิจกรรมนี้ เป็นกิจกรรมที่นำแนวคิดเล่นแบบนำทางมาใช้ในการบำบัด

ครั้งที่ 4 กิจกรรม “เราจะอยู่อย่างไรให้มีความสุข” เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยให้เด็กทำกิจกรรม “นิทานแสนสนุก” ผู้วิจัยให้เด็กสมาธิสั้นเลือกนิทานที่อยากฟัง โดยผู้วิจัยเป็นผู้เล่านิทาน หลังจากนั้นผู้วิจัยพูดคุยและสอบถามความคิดเห็นของเด็ก ถึงสาเหตุของพฤติกรรมที่ตัวและครแสดงออกมา และฝึกให้เด็กแสดงบทบาทสมมติ เป็นกิจกรรมที่นำแนวคิดเล่นแบบนำทางมาใช้ในการบำบัด

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น ได้แก่ เพศ อายุ จำนวนพี่น้อง ระดับการศึกษา เกรดเฉลี่ย ประวัติสุขภาพ ประวัติ พัฒนาการ ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคสมาธิสั้น และข้อมูลผู้ปกครอง ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว สถานภาพ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก และสัมพันธภาพในครอบครัว

2.2 แบบสังเกตทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับพยาบาล ที่สร้างขึ้นจากการศึกษาทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น (Gresham & Elliott, 2008; Juidonkloy, 2010) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมทักษะทางสังคม (Kuntajorn, 2010; Makboon, 2012; Tipsai, 2012) ซึ่งประกอบด้วยทักษะทางสังคม 6 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะการสื่อสาร มีจำนวน 2 ข้อ 2) ทักษะการให้ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม มีจำนวน 3 ข้อ 3) ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น มีจำนวน 3 ข้อ 4) ทักษะการรับผิดชอบ มีจำนวน 3 ข้อ 5) ทักษะการควบคุมตนเอง มีจำนวน 2 ข้อ 6) ทักษะความเห็นอกเห็นใจ มีจำนวน 2 ข้อ แบบสังเกตทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น เป็นการบันทึกในรูปแบบระดับคุณภาพของทักษะทางสังคม จำแนกออกเป็น 3 ระดับคะแนน คือ ระดับ 0 คะแนน บันทึกเมื่อเด็กไม่แสดงทักษะสังคมหรือปฏิเสธที่จะทำ, ระดับ 1 คะแนน บันทึกเมื่อเด็กแสดงทักษะสังคมภายใต้การช่วยเหลือของผู้วิจัย, ระดับ 2 คะแนน บันทึกเมื่อเด็กแสดงทักษะสังคมด้วยตนเอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงของเครื่องมือ (Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเล่นบำบัด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) พบว่าได้เท่ากับ .86

2. ความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสังเกตทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับพยาบาลทดลองใช้กับเด็กสมาธิสั้น ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นของการสังเกตโดยใช้วิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Inter-Rater Reliability) ได้เท่ากับร้อยละ 90

3. ความเป็นไปได้ของโปรแกรมการเล่นบำบัด ผู้วิจัยนำโปรแกรมการเล่นบำบัดที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับเด็กสมาธิสั้นในคลินิกปลูกคิด โรงพยาบาลอ่างทอง จำนวน 10 คน พบว่า เนื้อหาและวิธีการมีความเหมาะสม ส่วนระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมแต่ละครั้งความอยู่ที่ 60 นาที

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการทดลอง

1. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเล่นบำบัด แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง และแบบสังเกตทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับพยาบาล

2. ดำเนินการขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม ของศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

3. เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คน โดยมีคุณสมบัติเป็นพยาบาลจิตเวช มีความยินดีให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล

ขั้นดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยพบผู้ปกครอง แนะนำตัวเอง พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และทำแบบประเมินก่อนเริ่มดำเนินการทดลอง โดยใช้แบบประเมินทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง

2. ผู้วิจัยนัดผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นกลุ่มควบคุมอีกครั้ง เพื่อประเมินทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นหลังสิ้นสุดการทดลอง โดยประเมินก่อนและหลังการทดลอง ห่างกัน 4 สัปดาห์

3. เด็กสมาธิสั้นในกลุ่มควบคุม ในขณะที่ผู้ปกครองทำการประเมินแบบสังเกตทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง ในระหว่างนั้นผู้วิจัยจะมีการจัดกิจกรรมการเล่นอย่างอิสระ (Free Play) เพื่อประเมินทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นในขณะที่ทำกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง โดยใช้แบบสังเกตทักษะทางสังคมสำหรับพยาบาล ซึ่งจะประเมินก่อนและหลังเช่นเดียวกับการทำแบบประเมินทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง

กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยพบผู้ปกครอง แนะนำตัวเอง พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และทำแบบประเมินก่อนเริ่มดำเนินการทดลอง โดยใช้แบบประเมินทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง

2. ทำการทดลอง โดยแบ่งกลุ่ม ๆ ละ 4-5 คน รวมจำนวน 7 กลุ่ม เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที กำหนดเวลาในการทำกลุ่ม คือ ทุกวันจันทร์และวันพุธ

3. ระหว่างการทดลองผู้ช่วยวิจัย จะประเมินทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นในขณะที่ทำกิจกรรมทุกครั้ง รวม 4 ครั้ง โดยใช้แบบสังเกตทักษะทางสังคมสำหรับพยาบาล จากนั้นนำคะแนนทั้ง 4 ครั้งมารวมกันและแปลผลระดับคะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) เพื่อแสดงถึงความเหมือนกัน (Homogeneity) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนมัธยฐานทักษะทางสังคมสำหรับพยาบาล ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนมัธยฐานทักษะทางสังคมสำหรับพยาบาล ก่อนและหลังระหว่างกลุ่มทดลองกับและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney test

จริยธรรมวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม ของศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตามหนังสือเลขที่ ศธ 0521.1.05/2090 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลอ่างทอง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (I) (n=30) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (C) (n=30) จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p
อายุ (ปี) (I: $M = 8.60, SD = 1.47, Min = 7, Max = 11$ C: $M = 8.50, SD = 1.22, Min = 7, Max = 11$)			2.24	.655
7 - 9 ปี	17 (56.67)	18 (60.00)		
9 ปี 1 วัน - 11 ปี	13 (43.33)	12 (40.00)		
เพศ			1.00	.317
เพศชาย	23 (76.67)	26 (86.67)		
เพศหญิง	7 (23.33)	4 (13.33)		
ระดับการศึกษา			10.06	.039
ประถมศึกษาตอนต้น	22 (73.33)	19 (63.33)		
ประถมศึกษาตอนปลาย	8 (26.67)	11 (36.67)		
ประวัติสุขภาพ			.218	.640
สุขภาพแข็งแรง	27 (90.00)	28 (93.33)		
มีโรคประจำตัว	3 (10.00)	2 (6.67)		
ประวัติพัฒนาการ			1.17	.278
ปกติ	24 (80.00)	27 (90.00)		
มีปัญหาด้านพัฒนาการ	6 (20.00)	3 (10.00)		
ระยะเวลาการป่วย ($Mean = 2.10, SD = .969, Min = 1, Max = 4$)			5.81	.121
1 ปี	12 (40.00)	5 (16.67)		
2 ปี	10 (33.33)	18 (60)		
มากกว่า 2 ปี	8 (26.67)	7 (23.33)		

จากตาราง 1 พบว่า เด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 7 - 9 ปี ร้อยละ 56.67 อายุ 9 ปี 1 วัน - 11 ปี ร้อยละ 43.33 เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.67 และเพศหญิง ร้อยละ 23.33 ระดับการศึกษาพบว่า ศึกษาชั้นประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 73.33 ศึกษาในชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 26.67 ประวัติด้าน

สุขภาพ พบว่า มีสุขภาพแข็งแรงเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 90.00 ประวัติพัฒนาการ มีพัฒนาการปกติเป็นส่วนใหญ่อ้อยละ 80.00 การได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาโรคมะเร็งใน 1 ปี ร้อยละ 40.00 ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาโรคมะเร็งใน 2 ปี ร้อยละ 33.33 ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาโรคมะเร็งในมากกว่า 2 ปี ร้อยละ 26.67

เด็กสมาธิสั้นกลุ่มควบคุม มีอายุ 7 - 9 ปี ร้อยละ 60.00 อายุ 9 ปี 1 วัน - 11 ปี ร้อยละ 40.00 เป็นเพศชาย ร้อยละ 86.67 และเพศหญิง ร้อยละ 13.33 ระดับการศึกษา กำลังศึกษาชั้นประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 63.33 ชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 36.67 ประวัติด้านสุขภาพ พบว่า มีสุขภาพแข็งแรงเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 93.33 ประวัติพัฒนาการ มีพัฒนาการปกติเป็นส่วนใหญ่อ้อยละ 90.00 ส่วนการได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาโรคมะเร็งใน 1 ปี ร้อยละ 16.67 ได้รับการวินิจฉัยได้รับการรักษาโรคมะเร็งใน 2 ปี ร้อยละ 60.00 และได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาโรคมะเร็งในมากกว่า 2 ปี ร้อยละ 23.33

2. เปรียบเทียบทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด ประเมินโดยพยาบาล โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test

	<i>n</i>	คะแนนทักษะทางสังคม		<i>Z</i>	<i>p</i>
		<i>Md</i>	<i>ICQ</i>		
ก่อนการทดลอง	30	14.50	4.00	-4.85	<.001
หลังการทดลอง	30	30.00	1.25		

จากตาราง 2 ค่ามัธยฐานคะแนนทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด ประเมินโดยพยาบาล หลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด (*Mdn*=30.00, *ICQ*=4.00) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (*Mdn*=14.50, *ICQ*=1.25) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*Z*=-4.85, *p*<.001)

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ประเมินโดยพยาบาล โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test

	<i>n</i>	คะแนนทักษะทางสังคม		<i>Z</i>	<i>p</i>
		<i>Mdn</i>	<i>ICQ</i>		
ก่อนการทดลอง	30	13.00	5.00	-2.54	.101
หลังการทดลอง	30	12.00	5.25		

จากตาราง 3 ค่ามัธยฐานคะแนนของทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มควบคุม ประเมินโดยพยาบาล ก่อนการทดลอง (*Mdn*=13.00, *ICQ*=5.00) หลังการทดลอง (*Mdn*=12.00, *ICQ*=5.25) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*Z*=-2.54, *p*>.05)

3. เปรียบเทียบทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอันดับทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
ประเมินโดยพยาบาล โดยใช้สถิติ Mann-Whitney Test

	n	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Z	p
		Mean Rank	Sum of Ranks	Mean Rank	Sum of Ranks		
ก่อนทดลอง	30	32.58	977.50	28.42	852.50	-.967	.334
หลังทดลอง	30	45.50	1365.00	15.50	465.00	-6.84	.000

จากตาราง 4 คะแนนเฉลี่ยอันดับทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นประเมินโดยพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง โดยกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม (Mean Rank=28.42, Sum of Ranks=852.50) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนเฉลี่ยทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นประเมินโดยพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลอง มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-6.84, p<.001$)

อภิปรายผล

สมมุติฐานข้อที่ 1 คะแนนมัธยฐานทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น หลังได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด ผลการวิจัยพบว่าเมื่อเปรียบเทียบคะแนนมัธยฐานทักษะทางสังคมก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนมัธยฐานทักษะทางสังคม หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนมัธยฐานทักษะทางสังคมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) และสมมุติฐานข้อที่ 2 คะแนนเฉลี่ยอันดับทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัดมีคะแนนค่าเฉลี่ยอันดับมากกว่าเด็กสมาธิสั้นกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) อธิบายได้ว่า

เด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด ได้เห็นผลว่ามีทักษะทางสังคมมากขึ้น จากกิจกรรมที่ 1 เป็นกิจกรรมการสร้าง เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เป็นกิจกรรม “หุ้มนิ้วสัตรี้อย” กิจกรรมนี้ช่วยแนวคิดเล่นแบบนำทาง ช่วยทำให้เด็กมีทักษะทางสังคมในทักษะการสื่อสาร ทักษะการให้ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น และทักษะการรับผิดชอบ (Gresham & Elliott, 2008; Juidonkloy, 2010; Kuntajorn, 2010; Makboon, 2012; Tipsai, 2012) กิจกรรมนี้เน้นถึงเรื่องของการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Axline as cited in Venfleet, Sywulak & Sniscak (2010) กล่าวว่า การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่จะนำไปสู่การยอมรับ การไว้วางใจซึ่งกันและกัน เป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลา รวมถึงคุณสมบัติของผู้บำบัด ที่ไม่เป็นผู้กำหนด ซึ่งจะส่งผลให้เด็กรู้สึกปลอดภัยทางอารมณ์และร่างกาย และสอดคล้องกับแนวคิดของ Cattanach (2003) กล่าวว่า สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการเล่นบำบัด คือ การเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพระหว่างเด็กกับผู้บำบัด เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและมีพื้นที่เชื่อมโยงระหว่างเด็กและผู้บำบัด และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Yuenyong (2016) จัดกิจกรรมการเล่นโดยใช้กิจกรรมยีนดีที่ได้รู้จัก ในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เด็กสมาธิสั้นได้ทำความรู้จักซึ่งกันและกันและกับพยาบาลผู้บำบัด

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมตัวฉันเป็นอะไร เป็นกิจกรรมการเล่นกับวัตถุและการเล่นเชิงสัญลักษณ์ โดยทำกิจกรรม “บิงโก อารมณ์ของฉัน” เป็นกิจกรรมที่นำแนวคิดเล่นแบบนำทาง ซึ่งช่วยทำให้เด็กสมาธิสั้นมีทักษะทางสังคมในทักษะการให้ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น ทักษะการควบคุมตนเอง และทักษะความเห็นอกเห็นใจ (Gresham & Elliott, 2008; Juidonkloy, 2010; Tipsai, 2012) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Axline as cited in Venfleet, Sywulak & Sniscak (2010) กล่าวว่า การเคารพความสามารถ

ในการแก้ไขปัญหาของเด็ก ผู้บำบัดต้องเคารพในความสามารถของเด็กอย่างแท้จริงว่าเด็กสมารถแก้ไขปัญหาเองได้ และเปิดโอกาสให้เด็กได้ทำ โดยเด็กเป็นผู้เลือกที่จะทำและเลือกที่จะเปลี่ยนแปลงเอง

กิจกรรมที่ 3 “ช่วยคิดช่วยแก้ไข” ลักษณะกิจกรรม ช่วยคิดช่วยแก้ไข เป็นกิจกรรมการเล่นกับวัตถุและการเล่นเชิงสัญลักษณ์ โดยทำกิจกรรม “จิ๊กซอร์ ที่หายไป” เป็นกิจกรรมที่นำแนวคิดเล่นแบบไม่นำทาง ซึ่งจะช่วยพัฒนาการเล่นด้านสติปัญญาและความสามารถในการแก้ไขปัญหา ซึ่งนอกจากนี้ยังช่วยพัฒนาทักษะการให้ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น ทักษะการรับผิดชอบ ทักษะการควบคุมตนเอง และทักษะความเห็นอกเห็นใจ (Gresham & Elliott, 2008; Juidonkloy, 2010; Tipsai, 2012) และยังสอดคล้องกับหลักการให้เด็กเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรม ตามแนวคิดของ Axline as cited in Venfleet, Sywulak & Sniscak (2010) กล่าวว่า การให้เด็กเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรมนั้น เป็นการทำให้เด็กดำเนินการกระบวนการเล่นและแสดงออกในสิ่งที่พวกเขากำลังคิดและรู้สึกในขณะนั้น เป็นกระบวนการบำบัดแบบไม่ชี้นำหรือ การแนะนำตามขั้นตอน จะทำให้เด็กรู้สึกเป็นอิสระและจะแสดงออกถึงตัวตนของเด็ก และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Yuenyong (2016) จัดกิจกรรมการเล่นโดยใช้กิจกรรมจิ๊กซอร์พาเพลิน เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้เด็กมีสมาธิในช่วงระยะเวลาที่กำหนดให้

กิจกรรมที่ 4 “เราจะอยู่อย่างไรให้มีความสุข” ลักษณะกิจกรรม เราจะอยู่อย่างไรให้มีความสุข เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยให้เด็กสมารถเล่นทำกิจกรรม “นิทานแสนสนุก” โดยนำแนวคิดเล่นแบบนำทางและไม่นำทาง ซึ่งช่วยทำให้เด็กมีทักษะทางสังคมในทักษะการสื่อสาร ทักษะการให้ความร่วมมือและการมีส่วนร่วม ทักษะการกล้าแสดงความคิดเห็น ทักษะการควบคุมตนเอง และทักษะความเห็นอกเห็นใจ (Gresham & Elliott, 2008; Juidonkloy, 2010; Makboon, 2012; Tipsai, 2012) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกระบวนการให้เด็กเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรมและการรับรู้และการสะท้อนความรู้สึก ตามแนวคิดของ Axline as cited in Venfleet, Sywulak & Sniscak (2010) กล่าวว่า กระบวนการให้เด็กเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรม เด็กจะดำเนินการกระบวนการเล่นและแสดงออกในสิ่งที่พวกเขากำลังคิดและรู้สึกในขณะนั้น และการรับรู้และการสะท้อนความรู้สึก (Empathic recognition and reflection of feelings) เป็นการสะท้อนความรู้สึกถึงการกระทำหรือพฤติกรรมของเด็กสมารถเล่น ที่ปฏิบัติกิจกรรม เป็นสิ่งที่ผู้บำบัดต้องมีความเข้าใจถึงพฤติกรรมของเด็กกลุ่มนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hansen, Meissler, & Oven (2000) กล่าวว่า แนวคิดเรื่องความรู้สึก ควรเริ่มต้นสร้างความรู้สึกที่ทำให้เด็กได้ตระหนักรู้ในสิ่งที่คิดหรือกระทำ ซึ่งจะทำให้เด็กได้กล้าแสดงออกทางความคิดในทิศทางที่เหมาะสมกิจกรรมที่เหมาะสมกับการสะท้อนถึงความรู้สึก เช่น การแสดงบทบาทสมมติ การใช้ดนตรีในการบำบัด การใช้สีในการบำบัด รวมถึงการพูดแสดงความรู้สึก และการศึกษาของ Laoviriyarat (2009) ที่ดำเนินการจัดกิจกรรมการแสดงละคร ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ เป็นกิจกรรมที่让孩子ได้สามารถดำเนินการเล่นและแสดงออกถึงตัวตนของเด็กได้

เด็กสมารถเล่นกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเล่นบำบัด มีทักษะทางสังคมเพิ่มมากขึ้น โดยการทำกิจกรรมการเล่นบำบัดประกอบไปด้วยกิจกรรมในโปรแกรมทั้ง 4 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมใช้ระยะเวลาครั้งละ 60 นาที รูปแบบการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลาต่อเนื่องกัน 4 สัปดาห์ ซึ่งในแต่ละกิจกรรมมีส่วนช่วยทำให้เด็กสมารถมีคะแนนทักษะทางสังคมเพิ่มมากขึ้น แตกต่างกับเด็กสมารถเล่นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ จึงทำให้คะแนนทักษะทางสังคมของกลุ่มควบคุมยังไม่เปลี่ยนแปลงหรือทักษะทางสังคมไม่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Khotaput (2018) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลร่วมกับศิลปะบำบัด ต่อภาวะสมารถเล่นของเด็กสมารถเล่น ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะสมารถเล่นหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลร่วมกับศิลปะบำบัด ลดลงกว่าเด็กสมารถเล่นที่ได้รับการดูแลปกติ ได้แก่ ด้านขาดสมาธิ ($Z = -6.77, p < .001$) ด้านนอนอยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น ($Z = -6.78, p < .001$) และด้านดื้อต่อต้าน ($Z = -6.74, p < .001$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ (Wilkes, Cordier, Bundy, Docking, & Munro, 2011) ซึ่งได้ศึกษาการใช้กิจกรรมการเล่นในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นสมารถเล่นสมารถเล่นอายุ 5-11 ปี ผลการวิจัยพบว่า เด็กสมารถเล่นกลุ่มทดลองมีการปรับตัวทางสังคมมากกว่า ($t = 8.1, p < 0.01$) และกลุ่มควบคุม ($t =$

6.9, $p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Farzadfard, Abdekhodaei, & Abadi (2015) ศึกษาประสิทธิภาพของการรักษาแบบผสมผสานระหว่างการเล่นบำบัดและการเล่าเรื่องบำบัดในเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลอง พบว่า เมื่อนำการเล่นบำบัดร่วมกับการเล่าเรื่องบำบัดมาใช้ พบว่าเด็กสมาธิสั้นกลุ่มทดลองมีความสนใจมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$)

สรุปได้ว่า โปรแกรมการเล่นบำบัดต่อทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมมีส่วนช่วยเพิ่มทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้นกลุ่มนี้ได้ อย่างไรก็ตามการเล่นของเด็กสมาธิสั้นอาจจะต้องประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบท และกลุ่มอายุของเด็กสมาธิสั้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมการเล่นบำบัด ในเรื่องรูปแบบการเล่น วิธีการเล่น และระยะเวลาในการเล่นสำหรับเด็กสมาธิสั้น ไปประยุกต์ใช้ในการเพิ่มทักษะทางสังคมของเด็กสมาธิสั้น คลินิกจิตเวชเด็กของแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช
2. พยาบาลผู้บำบัดควรเป็นพยาบาลที่มีพื้นฐานการดูแลเด็กกลุ่มนี้ หรือผ่านการอบรมจิตเวชเด็ก รวมทั้งผ่านการฝึกอบรมการเล่นบำบัด (Play Therapy) ก่อนการนำโปรแกรมไปใช้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมการเล่นบำบัดต่อทักษะทางสังคมในระยะยาว เช่น หลังการได้รับโปรแกรมการเล่นบำบัด ในเวลา 3 เดือน และ 6 เดือน เป็นต้น เพื่อดูความยั่งยืนของโปรแกรม
2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการเล่นบำบัด ในเด็กจิตเวชกลุ่มอื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกัน เช่น เด็กบกพร่องด้านการเรียนรู้ เป็นต้น

References

- Aphai, P. & Wanwichai, R. (2018). The Development of Thai Traditional Games to Enhance the Social Skills of ADHD Children 6-9 Years Old. *Veridian E-Journal Silpakorn University*, 11(1), 847-864.
- Apinantavej, S. (2016). Treatment of ADHD with Medication and Psychosocial Therapy in Thailand. *Siriraj Medical Bulletin*, 9(3), 175-181.
- Boon-Yasidhi, V. (2012). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management. *The Psychiatric Association of Thailand*, 57(4), 373-386.
- Buala, S. (2013). *The Effect of Play Therapy of the Family Involvement on Problematic Behaviors of Autistic Children*. A Thesis Submitted in Partial Fulfilment of the Requirement for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. (in Thai)
- Cattanach, A. (2003). *Introduction to Play Therapy*. New York: Brunner-Routledge.
- Chaiyadech, M. Yunibhand, J., Suktrakul, S. (2014). Relationships Between Personal Factors, Clinical Factors, and Health Related Quality of Life Among Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 28(2), 100-113. (in Thai)



- Farzadfard, S. A., Abdekhodae, M. S., & Ghenaeechaman, A. A. (2015). Effectiveness of Combined Purposeful Play Therapy and Narrative Therapy on Pre-school Children's Attention and Concentration. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 17(5), 222-228.
- Gresham, F. M., & Elliott, S. N. (2008). *Social Skills Improvement System (SSIS) Rating Scales Manual*. Minneapolis: Pearson.
- Hansen, S., Meissler, K., Ovens, R. (2000). Kids Together: A Group Play Therapy Model for Children with ADHD Symptomology. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 10(3), 191-211.
- Juidonkloy, W. (2010). *Developing Social Skills Enhancing Program for Students with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Grades 1-3*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfilment of the Requirement for Doctoral of Education Degree in Special Education, Srinakharinwirot University. (in Thai)
- Kenny, M. C., & Winick, C. B. (2000). An Integrative Approach to Play Therapy with an Autistic Girl. *International Journal of Play Therapy*, 9(1), 11-33.
- Khotaput, K. (2018). *Effect of Nursing Care with Art Therapy Program on Attention Deficit Hyperactivity Symptoms Among Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. A Thesis Submitted in Partial Fulfilment of the Requirement for The Degree of Master of Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing), Faculty of Nursing, Prince of Songkla University. (in Thai)
- Kosasena, U., & Yuniband, J. (2013). Effects of Play Therapy with Family Involvement on Social, Intellectual, and Language Development of Autistic Children. *The Journal of Psychiatric Nursing And Mental Health*, 27(3), 125-137.
- Kuntajorn, K. (2010). *The Effectiveness of Social Skills Development Program for Adolescents of Juvenile in Rehabilitation Center of Ubonratchathani Province*. A Thesis Submitted in Partial Fulfilment of the Requirement for The Degree of Master of Education Degree in Guidance and Counseling Psychology, Srinakharinwirot University. (in Thai)
- Laoviriyarat, Y. (2009). *Effects of Play Therapy on Problem Behavior of Kindergarteners*. A Thesis Submitted in Partial Fulfilment of the Requirement for The Degree of Master of Education Program in Early Childhood Education, Chulalongkorn University. (in Thai)
- Makboon, P. (2012). *Factors Contributing to Social Skills of Male Children and Young in the Department of Observation and Protection Regional Center of Juvenile Training School II, Ratchaburi Province*. A Thesis Submitted in Partial Fulfilment of the Requirement for The Degree of Master of Arts Program in Community Psychology, Silpakorn University. (in Thai)
- Medical Record and Statistics Department Angthong Hospital. (2019). *Report of Children with Attention Deficit Hyperactivity Statistics*. Angthong Hospital.
- Paparella, T., Goods, S. K., Freeman, S., & Kasari, C. (2011). The Emergence of Nonverbal Attention and Requesting Skills in Young Children with Autism. *Journal of Communication Disorders*, 44, 569-583.



- Piyasin, W., Katman, P., Boon-yasidhi, V., Hongsanguansri, S., Soodkanit, P., Somboontum, T. et al. (2010). *Practice Guidelines Care for Attention Deficit Hyperactivity Disorder at the Provincial Hospital for Pediatrist*. Retrieved March 22, 2016 from <http://www.thaipediatrics.org/Media/media-20161208151415.pdf>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Wolters Klower/Lippincott Williams & Wilkins.
- Rich, C. E., Loo, S. K., Yang, M., Dang, J., & Smalley, S. L. (2009). Social Functioning Difficulties in ADHD: Association with PDD Risk. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(3), 329-344.
- Robinson, A. M. (2015). *The Effects of Child-centered Play Therapy on the Behavioral Performance of Elementary School Students with ADHD*. Texas: A&M University Commerce.
- Siwamas, K. (2013). Transient Tic Disorder and Comorbid Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Childhood: Case Report. *Phichit Hospital Journal*, 28(1), 74-80.
- Srisatidnarakun, B. (2010). *The methodology in nursing research*. (5th ed.). Bangkok: Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.
- Tipsai, K. (2012). *Development Social Skill of Early Childhood Children in Ban Tum Primary school (Npc. 15 Krp. Klangubpatam) under the Office of Sri Sa Ket Primary Education Service Area 4 through Group Activities to enrich the experience*. The Master of Education, Mahasarakham University. (in Thai)
- Venfleet, R., Sniscak, A. E., & Sniscak, C. C. (2010). *Child-Centered Play Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Visanuyothin, T., Pavasuthipaisit, C., Wachiradilok, P., Arunruang, P., & Buranasuksakul, T. (2013). The Prevalence of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand*, 21(2), 66-75.
- Yuenyong, K. (2016). *The Effect of Play Therapy on Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children Aged 6-9 Years*. The Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Chulalongkorn University. (in Thai)

ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก การคิดเชิงอนาคต ความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ
และการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิตของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Positive Psychological Capital, Thinking Like a Futurist, Professional
Commitment, and Applying Psychology to Life among
Prince of Songkla University Students

อริยา คูหา¹, ฮานานมุฮิบบะตุดีน นอจี¹, สรินญา ปุติ¹, ปรีนาภา ชูรัตน์¹ และ ฐปรัตน์ รักษภานุสิทธิ์^{2*}
Ariya Kuha¹, Hananmuhibbatuddin Nochi¹, Sarinda Puti¹, Preenapa Choorat¹
and Thaparut Rukpanusit^{2*}

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี¹,
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี^{2*}
Faculty of Education, Prince of Songkla University Patani Campus¹,
Faculty of Nursing, Prince of Songkla University Patani Campus^{2*}

(Received: February 19, 2021; Revised: June 15, 2021; Accepted: June 15, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก การคิดเชิงอนาคต ความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ และการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิตของนักศึกษา 2) ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกกับการคิดเชิงอนาคต ความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ และการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิต 3) อิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกที่มีต่อการคิดเชิงอนาคต ความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพและการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิต กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จำนวน 165 คน ปีการศึกษา 2562 เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบประเมินทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก การคิดเชิงอนาคต ความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพและการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิตที่มีค่า IOC ระหว่าง .67-1.00 และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .947, .941, .944 และ .964 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และความแปรปรวนพหุคูณทางเดียว (One Way MANOVA) พบว่า

1. ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกของนักศึกษายู่ในระดับสูง ($M=3.76$, $SD=0.60$) การคิดเชิงอนาคตอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.46$, $SD=0.39$) ความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ อยู่ในระดับสูง ($M=3.52$, $SD=0.39$) การประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิต อยู่ในระดับสูง ($M=3.76$, $SD=0.46$)

2. ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการคิดเชิงอนาคต ($r=.220$) ความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ ($r=.359$) และการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิต ($r=.378$) มีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกระดับสูงมีผลต่อตัวแปรทั้งสามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่าทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกระดับต่ำ กล่าวคือ การคิดเชิงอนาคต (.01) ความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ (.001) และการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิต (.001)

สถานศึกษาควรส่งเสริมพัฒนาทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกที่เป็นคุณจริยทรัพย์ให้แก่ผู้เรียน เพราะยังผู้เรียนมีทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกมากเพียงใด ก็ยังมีการคิดเชิงอนาคต และความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพมากเพียงนั้น

คำสำคัญ: ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก, การคิดเชิงอนาคต, การประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิต, ความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ

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

Abstract

The descriptive article aimed to: 1) explore positive psychological capital, thinking like a futurist, professional commitment and applying psychology to life, 2) study the relationships between positive psychological capital and thinking like a futurist, professional commitment and applying psychology to life, as well as 3) examine the effects of positive psychological capital on thinking like a futurist, professional commitment, and applying psychology to life. Sample was 165 graduate students of Prince of Songkla University, enrolled in 2019. Tools utilized were questionnaires on positive psychological capital, thinking like a futurist, professional commitment, and applying psychology to life. Instruments had IOC ranging from .67-1.00, and Cronbach's alpha coefficient yielding values of .947, .941, .944 and .964, respectively. Data were analyzed using mean, standard deviation, Pearson correlation coefficient, and One-way MANOVA.

Results revealed that positive psychological capital, professional commitment, and applying psychology to life were at high level among students, while thinking as a futurist was at a moderate level. There was low statistically significant relationship between positive psychological capital and thinking like a futurist ($r = .220$), professional commitment ($r = .359$) and applying psychology to life ($r = .378$) at .01 level. Positive psychological capital affected thinking like a futurist, professional commitment, and applying psychology to life at statistically significant levels of .01, .001, and .001, respectively.

Positive psychological capital was an excellent wealth which the educational institute should foster and enhance the learners. The more the learner engage with positive psychological capital, the more they show thinking like a futurist, and professional commitment.

Keywords: Positive Psychological Capital, Thinking like a Futurist, Professional Commitment, Applying Psychology to Life

บทนำ

การจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษาตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 มาตรา 28 เน้นที่จะพัฒนาวิชาการ วิชาชีพชั้นสูง และการค้นคว้าวิจัย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้และพัฒนาสังคม การศึกษาในระดับอุดมศึกษา จึงเป็นเสมือนแหล่งความรู้ที่จะเสริมความก้าวหน้าทางวิชาการ วิชาชีพและการสร้างองค์ความรู้ เพื่อพัฒนาสังคม เพื่อใช้เป็นปัจจัยในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์อันเป็นปัจจัยพื้นฐานในการพัฒนาประเทศ (Kaowsomboon, 2015)

ยุทธศาสตร์การพัฒนานักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา ของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาและสถาบันอุดมศึกษา จึงสอดคล้องกับกรอบแผนอุดมศึกษาระยะยาว 15 ปี ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2560 – 2574) และแผนพัฒนาการศึกษาระดับอุดมศึกษา ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560 – 2564 ที่ได้กำหนดเป้าหมายในการสร้างทุนทางสังคมให้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสังคมที่ดีขึ้น (Pawawimon, 2016) กรอบที่พันธกิจของคณะศึกษาศาสตร์และหลักสูตรจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว ที่เน้นการพัฒนาสังคมฐานความรู้บนพื้นฐานพหุวัฒนธรรม สร้างบัณฑิตที่สามารถบูรณาการความรู้สู่การปฏิบัติ (Knowledge to Action) ให้มีทักษะทางวิชาการและวิชาชีพ หลักสูตรจึงได้ตระหนักและให้ความสำคัญในการพัฒนาผู้เรียนให้มีคุณภาพ โดยเฉพาะศาสตร์ทางจิตวิทยาอันเป็นศาสตร์แห่งชีวิต และศาสตร์แห่งจิตใจ เพื่อให้นักศึกษามีภูมิคุ้มกันทางจิตใจได้เข้าใจตนเองและผู้อื่น เพราะศาสตร์ทางด้านจิตวิทยา เป็นวิทยาการที่ครอบคลุม “วงจรความเป็นมนุษย์” ทั้งที่เป็นส่วนใหญ่และส่วนย่อย ความรู้ทาง

จิตวิทยามีประโยชน์ต่อการนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน การที่นักศึกษาในระดับอุดมศึกษาให้ความสำคัญในการเลือกเรียนศาสตร์แห่งจิตวิทยาเป็นวิชาเอก สะท้อนให้เห็นว่านักศึกษามีเจตคติ มีวิจรรณญาณ สนใจ มุ่งอนาคต มีความหวัง ตื่นตัว จึงเห็นแง่บวกของการเรียนจิตวิทยาที่ครอบคลุมทุกๆ มิติของชีวิต โดยเฉพาะบริบททางจิตวิทยาเชิงบวกที่ Tantiwiwat (2017) ได้กล่าวว่า เป็นแขนงวิชาหนึ่งของจิตวิทยาที่น่ากระบวนกรทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการแสวงหาองค์ความรู้ เพื่อการพัฒนาและฝึกฝนให้มีอัจฉริยภาพ เสริมสร้างคุณภาพชีวิตของบุคคลให้มีความสุขและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น Luthans, Avolio, Avey & Norman (2007) พบว่า ลักษณะบุคคลที่มีทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก มักมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) การมองโลกในแง่ดี (Optimism) มีความผาสุกทางด้านจิตใจดี (Psychological Well-Being) ในทางตรงกันข้ามผู้ที่ไม่มีทุนทางจิตวิทยาต่ำจะมีความเครียดในการทำงานสูง Abbas & Raja (2011) และ Poohongthong (2018) พบว่า ทุนทางจิตวิทยาทางบวกส่งผลทางบวกต่อผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของผู้เรียนหลายประการ

นอกจากนี้แล้วทักษะการคิดก็เป็นอีกหนึ่งคุณภาพของพลังแห่งชีวิตที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการคิดเชิงอนาคต ที่เป็นความสามารถในการคาดการณ์สิ่งที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตอย่างมีหลักเกณฑ์ที่เหมาะสม ช่วยให้ขยายขอบเขตการมองชีวิตให้กว้างออกไปจากกรอบที่เคยมองแต่เพียงในชีวิตประจำวัน (Moonkum, 2010) ตลอดจนความยืดหยุ่นผูกพันในวิชาชีพ ที่หมายถึง สภาวะทางจิตใจในทางบวกของบุคคลที่สัมพันธ์กับงานที่ประกอบด้วย ความกระตือรือร้น การทุ่มเทอุทิศและความจดจ่อใส่ใจ Oraphin Choochom. (2016) บุคคลที่มีความยืดหยุ่นผูกพันในงานจะปฏิบัติงานตามบทบาทที่ตนได้รับอย่างเต็มที่ทั้งทางด้านกาย การรู้คิด และอารมณ์ (Poohongthong, 2018) และการประยุกต์นำความรู้ ความสามารถจิตวิทยาไปใช้ในทางวิชาการและวิชาชีพ Larson & Luthans (2006) พบว่า ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงาน และมีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เหล่านี้จึงเป็นความท้าทายของหลักสูตรที่จะช่วยสร้างความมั่นใจในเรื่อง คุณภาพการศึกษาให้นักนักศึกษา ผู้ปกครอง และสังคม

ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษาทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก การคิดเชิงอนาคต ความยืดหยุ่นผูกพันในวิชาชีพ และการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิตของนักศึกษา เพื่อที่จะได้เป็นสารสนเทศเชิงรุกและได้เป็นแนวทางในการสร้างระบบการพัฒนานักศึกษาที่เน้นการปลูกฝังให้นักศึกษามีทักษะ ศักยภาพทางวิชาการ ทางวิชาชีพ และคุณธรรม จริยธรรมเทียบเคียงกับผู้สำเร็จการศึกษาวิชาชีพเดียวกันต่อไป อีกทั้งข้อมูลดังกล่าวอาจถือเป็นตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้เกณฑ์กำหนดคุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ที่สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรและคณะฯ ให้ได้มาตรฐานตามความต้องการ และความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิต สังคม และประเทศชาติยิ่ง ๆ ขึ้นไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก การคิดเชิงอนาคต ความยืดหยุ่นผูกพันในวิชาชีพ และการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิตของนักศึกษา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก กับการคิดเชิงอนาคต ความยืดหยุ่นผูกพันในวิชาชีพ และการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิต
3. เพื่อศึกษาอิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกที่มีต่อการคิดเชิงอนาคต ความยืดหยุ่นผูกพันในวิชาชีพ และการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิต

สมมติฐานวิจัย

1. ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับการคิดเชิงอนาคต ความยืดหยุ่นผูกพันในวิชาชีพ และการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิตของนักศึกษา
2. ระดับทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก มีอิทธิพลต่อการคิดเชิงอนาคต ความยืดหยุ่นผูกพันในวิชาชีพ และการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิตของนักศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychological Capital หรือ PsyCap) เป็นฐานศึกษา ตามแนวคิดของ Luthans, Avolio, Avey & Norman (2007) ที่เชื่อว่าคุณลักษณะเชิงบวกของบุคคลสามารถพัฒนาได้ ประกอบด้วย 1) ความเชื่อมั่นในความสามารถ (Efficacy) ที่หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ในความสามารถของตนในการกระทำหรือปฏิบัติงานหนึ่ง ๆ ให้สำเร็จลุล่วงตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ 2) การมองโลกในแง่ดี (Optimism) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการคาดหวังผลลัพธ์ที่ดี ท่ามกลางอุปสรรคปัญหา เป็นมุมมองที่เชื่อว่าโลก บุคคล และเหตุการณ์ต่าง ๆ มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงที่ดีต่อกัน 3) ความหวัง (Hope) หมายถึง กระบวนการทางความคิดของบุคคลที่คิดและวางแผนเกี่ยวกับเป้าหมายของตนเอง 4) ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ (Resilience) หมายถึง ความสามารถในการต้านทานและรับมือกับความเครียดและอุปสรรคปัญหา อีกทั้งสามารถผ่อนคลายฟื้นตนเองกลับสู่ปกติได้อย่างรวดเร็ว คุณลักษณะนี้ช่วยเกื้อหนุนศักยภาพของบุคคลให้ประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรม เสริมสร้างความเข้มแข็ง และศักยภาพทางจิตใจให้มีพฤติกรรมทางบวกในการทำงาน และการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างไร ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาอิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกที่มีต่อการคิดเชิงอนาคต หมายถึง ความสามารถในการคาดการณ์ไกล และเล็งเห็นผลดีผลเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต รวมทั้งสามารถวางแผนปฏิบัติเพื่อรับผลดีหรือผลเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ด้วยแนวคิดของ Wehmeyer (1986) ความยืดหยุ่นผูกพันในวิชาชีพ ที่หมายถึงสภาวะทางจิตทางบวกของบุคคลที่สัมพันธ์เป็นระบบกับหน้าที่ และบทบาท ตามแนวคิดของ Schaufeli, Salanova, González-Romá, & Bakker (2002) และการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิต ที่ผู้วิจัยสังเคราะห์จากผลการเรียนรู้ที่คาดหวังของรายวิชาและหลักสูตร เพื่อจะได้นำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมต้นทุนทางจิตวิทยาของนักศึกษาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในอนาคต อีกทั้งได้สารสนเทศเพื่อเทียบเคียงกับผู้สำเร็จการศึกษาในวิชาชีพเดียวกันต่อไป อีกทั้งข้อมูลดังกล่าวอาจถือเป็นตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้คุณลักษณะของบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาจากคณะฯ และเป็นแนวทางที่หน่วยงานในระดับหลักสูตร และคณะได้นำมาพัฒนาปรับปรุงการผลิตบัณฑิตให้ตรงตามเป้าหมายของมหาวิทยาลัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ดำเนินการวิจัยในเดือนมกราคม พ.ศ. 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติมุ่งเน้นแบบจำกัด โดยเก็บข้อมูลจากนักศึกษาวิชาเอกและวิชาโทจิตวิทยาและการแนะแนว ชั้นปีที่ 1-4 คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ทุกคนที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2562 จำนวน 188 คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากนักศึกษาวิชาเอกและวิชาโทจิตวิทยาและการแนะแนว ชั้นปีที่ 1-4 คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จำนวน 165 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

โดยใช้สูตรยามานะ (Yamane, 1970) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 127 คน และเก็บเพิ่มเพื่อป้องกันการสูญหาย อีก 20 % ได้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 165 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ และชั้นปี

1.2 แบบสอบถามทางจิตวิทยาเชิงบวก จำนวน 24 ข้อ แบบ Likert Scale 5 ระดับ กล่าวคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Luthans, Youssef, Avolio & Norman (2007) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ความเชื่อมั่นในความสามารถ การมองโลกในแง่ดี ความหวัง และความยืดหยุ่นทางอารมณ์

1.3 แบบสอบถามการคิดเชิงอนาคต จำนวน 40 ข้อ แบบ Likert Scale 5 ระดับ กล่าวคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ผู้วิจัยได้พัฒนาตามแนวคิดของ Wehmeyer (1986) แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การมองการณ์ไกล การรวบรวมข้อมูลก่อนตัดสินใจ การมองเห็นความสัมพันธ์ของสรรพสิ่ง การยอมรับการเปลี่ยนแปลง การกำหนดอนาคตตนเองได้ และการสร้างพลังบวก

1.4 แบบสอบถามความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ จำนวน 30 ข้อ แบบ Likert Scale 5 ระดับ กล่าวคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ตามแนวคิดของ Schaufeli, Salanova, González-Romá, & Bakker (2002) แบ่งได้ 3 ด้าน กล่าวคือ ความกระตือรือร้น การทุ่มเทอุทิศ และความจดจ่อใส่ใจ

1.5 แบบสอบถามการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิต จำนวน 13 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาจากการวิเคราะห์ผลการเรียนรู้ที่คาดหวังของรายวิชาและหลักสูตร มาเป็นต้นแบบในการพัฒนาให้เหมาะสมที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบ Likert Scale 5 ระดับ กล่าวคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ในการแปลผลคะแนนเฉลี่ยการคิดเชิงอนาคต ความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ และการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิต พิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนด้วยเกณฑ์สัมบูรณ์ ดังนี้ (ดัดแปลงมาจาก Prakmuong, 1997)

4.51 - 5.00	หมายถึง	ความคิดเห็นระดับสูงที่สุด
3.51 - 4.50	หมายถึง	ความคิดเห็นระดับสูง
2.51 - 3.50	หมายถึง	ความคิดเห็นระดับปานกลาง
1.51 - 2.50	หมายถึง	ความคิดเห็นระดับน้อย
ต่ำกว่า 1.50	หมายถึง	ความคิดเห็นระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) โดยการนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา 2 ท่าน ด้านภาษา 1 ท่าน เพื่อพิจารณาคุณภาพและความเหมาะสม โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.67-1.00 แก้ไขปรับปรุงแบบสอบถามให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น แล้วนำแบบสอบถามที่ผ่านการคัดเลือก นำไปทดลองใช้ (Try Out) กับนักศึกษาที่ไม่ใช่นักศึกษากลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 50 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach (1951) ได้ค่าความเชื่อมั่นทางจิตวิทยาเชิงบวก การคิดเชิงอนาคต ความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ และการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิต เท่ากับ .947, .941, .944 และ .964 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยหลักผ่านการอบรม จรรยาบรรณวิจัยในมนุษย์ ตั้งแต่ปีการศึกษา 2561 และต่อเนื่องเสมอมา

2. เก็บข้อมูลจากนักศึกษา โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และดำเนินการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม จากนั้นนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ก่อนลงบันทึกข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป จากการตรวจสอบได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ คิดเป็นร้อยละ 87.76

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยค่าสถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ
2. วิเคราะห์ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก การคิดเชิงอนาคต ความยืดหยุ่นผูกพันในวิชาชีพ และด้านการประยุกต์จิตวิทยา ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson Product Moment Coefficient) ระหว่างทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก กับการคิดเชิงอนาคต ความยืดหยุ่นผูกพันในวิชาชีพ และการประยุกต์จิตวิทยา เพื่อชีวิตพิจารณาความสัมพันธ์ สหสัมพันธ์ด้วยเกณฑ์ ดังนี้ (Hinkle, 1998)

ค่า (r)	ระดับของความสัมพันธ์
0.90 - 1.00	มีความสัมพันธ์กันสูงมาก
0.70 - 0.90	มีความสัมพันธ์กันสูง
0.50 - 0.70	มีความสัมพันธ์กันปานกลาง
0.30 - 0.50	มีความสัมพันธ์กันต่ำ

4. วิเคราะห์ระดับทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก ออกเป็น 3 พิสัย เพื่อศึกษาอิทธิพลทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก แต่ละระดับว่าส่งตัวแปรตามทั้งสามอย่างไร ใช้เกณฑ์พิสัยหารด้วยช่วงชั้นที่ต้องการ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33	หมายถึง มีทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67	หมายถึง มีทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00	หมายถึง มีทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกระดับสูง

5. วิเคราะห์อิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกที่มีต่อการคิดเชิงอนาคต และความยืดหยุ่นผูกพันในวิชาชีพ และการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิต ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณแบบทางเดียว (Multivariate Analysis of Variance: One-Way MANOVA) ทดสอบรายคู่ตัวแปรทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกด้วยวิธี Bonferroni โดยก่อนการวิเคราะห์ได้ทดสอบเงื่อนไขของการใช้สถิติ Multivariate Analysis of Variance ของตัวแปรตามคือ การคิดเชิงอนาคต ความยืดหยุ่นผูกพันในวิชาชีพ และการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิต ดังนี้

Variance – Covariance Matrices ของตัวแปรตามในแต่ละกลุ่มต้องเท่ากัน จากการทดสอบโดยใช้ Box's M (Box's Test of Equality of Covariance Matrices) ซึ่งมีค่า Box's M = 12.99, F = .893, df1 = 12, df2 = 461.19, Sig. = .554 ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด (.05) แสดงว่า Variance - Covariance Matrices ของการคิดเชิงอนาคต ความยืดหยุ่นผูกพันในวิชาชีพ และการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิตไม่แตกต่างกัน จึงสอดคล้องการใช้เงื่อนไขของ MANOVA (Vanichbancha, 2009)

ตัวแปรตามต้องมีความสัมพันธ์กัน โดยใช้ Bartlett's Test of Sphericity เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามมีค่า Likelihood Ratio = .000, Approx. Chi-Square=101.055, Sig=.000 แสดงว่าตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=.000$) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบความแปรปรวนตัวแปรพหุคูณ

ตัวแปรตามมีการแจกแจงปกติ (Normality) จากการทดสอบ Kolmogorov-Smirnov พบว่าค่า Significance (2-Tailed) แต่ละค่าเท่ากับ .200 แสดงถึง การกระจายโค้งปกติ สอดคล้องการใช้เงื่อนไขของ MANOVA

เมื่อพบว่าทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกมีผลต่อการคิดเชิงอนาคต ความยืดหยุ่นผูกพันในวิชาชีพ และการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิต จึงได้ทำการทดสอบ Univariate Tests

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูล โดยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองทางจริยธรรมครั้งแรก ตามเลขที่โครงการ psu.pn.2-015/61 ต่อมาได้ขอ

ขยายเวลาการรับรองโครงการ และผ่านการรับรอง ตามเลขที่โครงการ psu.pn.2-041/63 วันที่ 28 กรกฎาคม 2020

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างมีทั้งสิ้น 165 คน เป็นนักศึกษาชาย 35 คน ร้อยละ 21.21 เป็นนักศึกษาหญิง 130 คน ร้อยละ 78.79 ในจำนวนนี้ศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 24 คน ร้อยละ 14.51 ชั้นปีที่ 2 จำนวน 48 คน ร้อยละ 29.10 ชั้นปีที่ 3 จำนวน 48 คน ร้อยละ 29.10 และชั้นปีที่ 4 จำนวน 45 คน ร้อยละ 27.29

2. ระดับทุนจิตวิทยาทางบวกการคิดเชิงอนาคต ความยืดหยุ่นผูกพันในวิชาชีพ และการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิตของนักศึกษา

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก การคิดเชิงอนาคต ความยืดหยุ่นผูกพันในวิชาชีพ และการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิตของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (N=165)

ตัวแปร	M	SD	ระดับ
ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก	3.76	0.60	สูง
ด้านความเชื่อมั่นในความสามารถ	3.64	0.63	ปานกลาง
ด้านการมองโลกในแง่ดี	3.89	0.80	สูง
ด้านความหวัง	3.83	0.70	สูง
ด้านความยืดหยุ่นทางอารมณ์	3.69	0.66	สูง
การคิดเชิงอนาคต	3.46	0.39	ปานกลาง
ด้านการมองการณ์ไกล	3.67	0.61	มาก
ด้านการรวบรวมข้อมูลก่อนตัดสินใจ	3.05	0.51	ปานกลาง
ด้านการมองเห็นความสัมพันธ์	3.50	0.47	ปานกลาง
ด้านการยอมรับการเปลี่ยนแปลง	3.05	0.64	ปานกลาง
ด้านการกำหนดอนาคตตนเอง	3.19	0.50	ปานกลาง
ด้านการสร้างพลังบวกต่อชีวิต	3.19	0.50	ปานกลาง
ความยืดหยุ่นผูกพันในวิชาชีพ	3.52	0.39	มาก
ด้านความกระตือรือร้น	3.59	0.43	มาก
ด้านการทุ่มเทอุทิศ	3.58	0.42	มาก
ด้านความจดจ่อใส่ใจ	3.34	0.50	ปานกลาง
การประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิต	3.76	0.46	มาก

ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M=3.76$, $SD=0.60$) โดยด้านที่ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ “ด้านการมองโลกในแง่ดี” ($M=3.89$, $SD=0.80$) และ “ด้านความเชื่อมั่นในความสามารถ” มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ($M=3.64$, $SD=0.63$) การคิดเชิงอนาคต โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.46$, $SD=0.39$) ด้านที่ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ “ด้านการมองการณ์ไกล” ($M=3.67$, $SD=0.61$) และค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ “ด้านการรวบรวมข้อมูลก่อนตัดสินใจ” ($M=3.05$, $SD=0.51$) และ “ด้านการยอมรับการเปลี่ยนแปลง” ($M=3.05$, $SD=0.64$) ความยืดหยุ่นผูกพันในวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=3.52$, $SD=.39$) ด้านที่ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ “ด้านความกระตือรือร้น” ($M=3.59$, $SD=0.43$) และค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ “ด้านความจดจ่อใส่ใจ” ($M=3.34$, $SD=0.50$) การประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=3.76$, $SD=0.46$)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก กับการคิดเชิงอนาคต ความยืดหยุ่นผูกพันในวิชาชีพ และการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิตของนักศึกษา

ตาราง 2 ค่าสหสัมพันธ์อย่างง่ายของเพียร์สัน (r) ระหว่างทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกกับการคิดเชิงอนาคต ความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ และการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิต ($N=165$)

	ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก (r)
การคิดเชิงอนาคต	.220**
ความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ	.359***
การประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิต	.378***

** $p < .01$, *** $p < .001$

จากตาราง 2 พบว่า ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการคิดเชิงอนาคต ความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ และการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .220, .359 และ .378 ตามลำดับ

4. อิทธิพลของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกที่มีต่อการคิดเชิงอนาคต ความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการคิดเชิงอนาคต ความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ และการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิตของนักศึกษาที่มีทุนจิตวิทยาเชิงบวกระดับแตกต่างกัน

ตัวแปร	ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก					
	ต่ำ ($n=5$)		ปานกลาง ($n=46$)		สูง ($n=114$)	
	M	SD	M	SD	M	SD
การคิดเชิงอนาคต	3.45	0.29	3.30	0.31	3.53	0.40
ความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ	3.39	0.21	3.28	0.33	3.62	0.38
การประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิต	3.66	0.35	3.45	0.39	3.89	0.43

ตาราง 4 การวิเคราะห์อิทธิพลของทุนจิตวิทยาเชิงบวกที่ส่งผลต่อการคิดเชิงอนาคต ความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ และการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิต (One-way MANOVA)

ตัวแปร	สถิติทดสอบ	Value	F	df	p
Intercept	Pillai's Trace	.970	1723.123	3.00	< .01
	Wilks' Lambda	.030	1723.123	3.00	< .01
	Holmell's Trace	32.309	1723.123	3.00	< .01
	Roy's Largest Root	32.309	1723.123	3.00	< .01
ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก	Pillai's Trace	.237	7.204	6.00	< .01
	Wilks' Lambda	.764	7.696	6.00	< .01
	Holmell's Trace	.309	8.185	6.00	< .01
	Roy's Largest Root	.307	16.482	3.00	< .01

จากตาราง 4 พบว่าทุนจิตวิทยาเชิงบวกมีผลต่อ การคิดเชิงอนาคต ความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ และการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.01 ตามที่ผู้วิจัยกำหนด เมื่อพบว่าทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกมีผลต่อการคิดเชิงอนาคต ความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ และการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิต จึงได้ทำการทดสอบ Univariate Tests

ตาราง 5 การวิเคราะห์การคิดเชิงอนาคต ความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ และการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิตของนักศึกษาที่มีทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกแตกต่างกัน (สูง กลาง ต่ำ)

แหล่งความแปรปรวน	ตัวแปรตาม	SS	df	MS	F	p
ทุนทางจิตวิทยา เชิงบวก	การคิดเชิงอนาคต	1.667	2	.834	5.755	.004
	ความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ	3.982	2	1.991	14.997	.001
	การประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิต	6.469	2	3.235	18.079	.001
ความคลาดเคลื่อน	การคิดเชิงอนาคต	23.464	162	.145		
	ความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ	21.507	162	.133		
	การประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิต	28.986	162	.179		
รวม	การคิดเชิงอนาคต	2011.02	165			
	ความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ	2073.897	165			
	การประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิต	2378.467	165			

ผลวิเคราะห์ตาราง 5 พบว่า ระดับทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกที่ต่างกันส่งผลให้ตัวแปรตามแตกต่างกัน โดยพบว่า ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกระดับสูงมีผลต่อการคิดเชิงอนาคต ความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ และการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิต มากกว่าทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรือกล่าวอีกนัย ปฏิสัมพันธ์ระหว่างทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกที่ต่างกัน มีผลต่อการคิดเชิงอนาคต ความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ และการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิตของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .001 และ .001

อภิปรายผล

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกอยู่ในระดับสูง สะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการในการพัฒนานักศึกษาของสถาบัน คณะและหลักสูตรที่ผ่านรายวิชาและกิจกรรมต่าง ๆ ตามมาตรฐานทางวิชาการและวิชาชีพให้กับนักศึกษาอย่างเป็นระบบ ได้พัฒนาทักษะพื้นฐานที่จำเป็นและการปรับตัวในด้านต่าง ๆ บรรลุผล การที่นักศึกษาได้รับการพัฒนาแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม โดยผ่านการเรียนรู้ และการร่วมกิจกรรม/โครงการต่าง ๆ เช่น กิจกรรมต้นกล้าห้องจิตวิทยา 4 ชั้นปี กิจกรรม Psy Ten : เครือข่ายจิตวิทยา 10 สถาบัน การลงพื้นที่โรงเรียนเพื่อสังเกตการณ์การเรียนการสอน การแข่งขันกีฬา 5 วิทย์ กีฬาศึกษาศาสตร์-ครุศาสตร์ ระหว่างมหาวิทยาลัย เพื่อแลกเปลี่ยนด้านการดำเนินงาน ทำกิจกรรม และเป็นแนวทางในการเสริมสร้างศักยภาพของเยาวชน เพื่อสร้างความร่วมมือในการศึกษาของชุมชนในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ การส่งเสริมจิตอาสา การเข้าร่วมกิจกรรมนับชั่วโมง 100 ชั่วโมงทั้งของคณะ และของมหาวิทยาลัยเพื่อให้นักศึกษาได้มีสำนึกรับผิดชอบต่อสังคม มีมนุษยสัมพันธ์ และใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และโครงการอาจารย์ที่ปรึกษาพบนักศึกษาเป็นต้น เพื่อให้นักศึกษาเป็นคนที่สมบูรณ์ในทุก ๆ ด้าน (Trubprawong, 2013) เหล่านี้จึงส่งผลให้ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกของนักศึกษาอยู่ในระดับสูง ตลอดจนองค์ประกอบทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก อาทิเช่น การมองโลกในแง่ดีของนักศึกษาอยู่ในระดับสูง ความหวังอยู่ในระดับสูง และความยึดมั่นทางอารมณ์ของนักศึกษา ซึ่งเป็นลักษณะทั่วไปของบุคคล (Rew, 2005) อยู่ในระดับสูง แม้ว่าความเชื่อมั่นในความสามารถของนักศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่ง Bandura (1997) ได้กล่าวถึง การรับรู้ความสามารถในตนเองว่าเป็นความรู้สึกของบุคคลที่ประเมินความสามารถของตนว่าสามารถแสดงพฤติกรรมในสถานการณ์หนึ่งได้มากน้อยเพียงใด ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนเองมีความมั่นใจว่าสามารถทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้ ก็จะไม่กลัวและไม่หวาดหวั่นต่ออนาคต จะเพียรพยายาม มีความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมนั้น ๆ มากขึ้น แต่ด้วยการมองโลกในแง่ดีที่เป็นภาษาของการสื่อสาร เป็นทักษะที่ช่วยให้ประสบความสำเร็จและก้าวหน้าของนักศึกษาอยู่ในระดับสูง จึงย่อมสามารถยืนยันถึงศักยภาพของนักศึกษาให้สามารถเจริญเติบโต งอกงาม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถใช้การสื่อสาร บริหารคน บริหารเวลา บริหารเพื่อน การจัดการอารมณ์ตนเอง การตั้งใจและหัวนล้อม รวมทั้งกล้าแสดงออก มีภาวะผู้นำ

จากผลวิเคราะห์ครั้งนี้พบว่าทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกอยู่ในระดับสูง จึงเป็นความสำเร็จของสถาบัน และหลักสูตรที่ผลิตนักศึกษา ด้วยบริบทการศึกษาในระดับอุดมศึกษาจะต้องอาศัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งวิชาการ วิชาชีพ ความรู้และความเข้าใจ (Cognitive Factors) อันได้แก่ ความคิด (Thinking) วิสัยความสามารถ (Competency) การเรียนรู้ (Learning) ความจำ (Memory) ความตั้งใจ (Attention) และการแก้ปัญหา (Problem-Solving)

ประสิทธิภาพของความสำเร็จที่หลักสูตรได้พัฒนานักศึกษาในทุกๆ ด้าน จึงได้นำไปสู่คุณภาพผู้เรียน เช่นเดียวกับ Srisawat (2015) ที่ศึกษาและเสริมสร้างทุนทางจิตวิทยาของนักศึกษาโดยการให้คำปรึกษากลุ่ม พบว่า นักศึกษามีทุนทางจิตวิทยา โดยรวมอยู่ในระดับสูง ความหวัง การมองโลกในแง่ดี ความเชื่อในความสามารถของตนเองและความหยุนตัว มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง Vanno (2018) พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนทางวิชาการ และการฟื้นฟูพลังทางวิชาการเป็นองค์ประกอบของทุนจิตวิทยาเชิงบวกทางวิชาการที่เป็นความต้องการจำเป็นที่มีความสำคัญสูงสุด 2 ลำดับแรกไม่ว่าจะเป็นการจัดลำดับความสำคัญด้วยวิธีใดก็ตาม Harinpolsiti, Srisawat & Voracharoensri (2018) พบว่า ก่อนการทดลองทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกของนักเรียน อาชีวศึกษาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนรายองค์ประกอบ พบว่า ความหยุนตัวอยู่ในระดับสูง การมองโลกในแง่ดี การเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และความหวังอยู่ในระดับปานกลาง ผลการค้นพบที่แตกต่างกันนี้อาจอนุมานได้จากบริบทสาขาวิชา และหลักสูตรที่แตกต่างกัน

การคิดเชิงอนาคต พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยองค์ประกอบย่อย กล่าวคือ การรวบรวมข้อมูลก่อนตัดสินใจ การมองเห็นความสัมพันธ์ การยอมรับการเปลี่ยนแปลง การกำหนดอนาคตตนเอง การสร้างพลังบวกต่อชีวิต ที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน (แม้ว่าด้านการมองการณ์ไกลอยู่ในระดับสูง) ซึ่งอาจจะความคิดเห็นในรายการที่นักศึกษาสะท้อนว่า “ไม่สนใจต่ออนาคต ด้วยเชื่อในปัจจุบันที่ได้เลือกทำในสิ่งที่ตนเองพอใจ” (มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด) สะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการความคิดของนักศึกษาในการยอมรับ เช่น การเปิดใจยอมรับสิ่งใหม่ ๆ การยอมรับนวัตกรรม ความคิดเห็นและการเปลี่ยนแปลง (Readiness for Changing) และปรับตัวต่อกฎ ระเบียบ เทคโนโลยี วิถีชีวิตใหม่ๆ ควรได้รับการปรับเปลี่ยนเจตคติจากผู้ที่เกี่ยวข้องให้เป็นการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่ตั้งใจ และใช้กระบวนการทางปัญญามากกว่าการรับรู้ อาจจะทำให้นักศึกษาได้รับองค์ความรู้ นวัตกรรมใหม่ ๆ มากขึ้น ช่วยให้สามารถปรับตัวให้ก้าวไปกับเทคโนโลยี ได้เพิ่มคุณค่าแก่ตนเอง กระตือรือร้น มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ฯลฯ ทั้งนี้คณะ หลักสูตรตลอดจนหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอาจจะระดมพลังสมอง ร่างยุทธศาสตร์และทิศทางการพัฒนานักศึกษาแบบองค์รวมสู่เป้าหมายสากล เช่น พัฒนานักศึกษาที่ไม่เน้นวิชาการเพียงอย่างเดียว หากเน้นถึงความเป็น “บุคคลแห่งวันพรุ่งนี้” โดยใช้กิจกรรมและโครงการเป็นสื่อถึงนักศึกษากลุ่มที่ไม่ค่อยการยอมรับการเปลี่ยนแปลง อย่างก็ตามปัจจุบัน พบว่า การศึกษาเกี่ยวกับการคิดเชิงอนาคต โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยที่ยังมีจำกัด มีเพียงงานวิจัยเกี่ยวกับเด็กอัจฉริยะ และเด็กกลุ่มวิทยาศาสตร์ในระดับมัธยมศึกษา จึงควรที่จะมีการศึกษาเพิ่มขึ้นในกลุ่มตัวอย่างนี้

ความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ อยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า การที่นักศึกษาตัดสินใจให้ความสำคัญในการเลือกเรียนศาสตร์จิตวิทยาเป็นวิชาเอก เข้าศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษา สะท้อนว่านักศึกษามีความสนใจ มีเจตคติและพิจารณาญาณ มีความมุ่งมั่น มีความหวัง ตื่นตัว มีความคิดเติบโต (Growth Mindset) มองเห็นจุดเด่นของจิตวิทยา อันเป็นศาสตร์แห่งชีวิตที่ครอบคลุมทุก ๆ มิติของบุคคลที่จะสามารถนำไปบูรณาการใช้กับตนเองและคนอื่นได้ นอกจากนี้กระบวนการเรียนการสอนที่ส่งเสริมโอกาสได้รับรู้ถึงความสามารถของตนเอง ภาคภูมิใจในตนเอง ในขณะเดียวกันยอมรับและชื่นชมบุคคลอื่น ตลอดจนการที่รับรู้บุคคลต้นแบบ เช่น ศิษย์เก่าที่จบการศึกษา ประสบความสำเร็จและสร้างชื่อเสียง ความประทับใจมีส่วนช่วยหนุนเสริมให้ผูกพันยึดมั่นต่อสถาบัน และหลักสูตร จึงจูงใจเรียนรู้ ซึ่งความยึดมั่นต่อวิชาการ วิชาชีพ และสถาบันที่สำเร็จการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญ มีส่วนในการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพของนักศึกษาทั้งในขณะที่กำลังศึกษาอยู่ และเมื่อสำเร็จการศึกษาไปแล้ว ให้ปรับตัวและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข พร้อมที่จะนำวิชาความรู้ ทักษะ ความสามารถ สมรรถนะไปใช้ได้อย่างเหมาะสม เหล่านี้สังเกตจาก รายการที่ว่า “3. แม้ว่าการเรียนจะยาก แต่ฉันก็พยายามทำให้สำเร็จ และ “24. ฉันรู้สึกว่าการเรียนรู้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต” ที่นักศึกษาให้ค่าเฉลี่ยสูงสุด สะท้อนถึงความคิด ความรู้ ความ

เข้าใจ ความสนใจ มีเจตคติต่อจิตวิทยาในฐานะศาสตร์ที่จะนำไปใช้พัฒนาตนเอง ชุมชนและสังคมที่ยั่งยืน และนำความสำเร็จสู่ตนเองในระยะยาว นอกจากนี้ความผูกพันต่อสถานศึกษา นับเป็นแรงขับใช้เป็นโอกาสพัฒนาตนเอง และนำวิชาการที่ได้มาปรับใช้ให้เหมาะสม (Rojsonkram, 2010) กอปรทั้งอาจจะเป็นเพราะกระบวนการแรกรับนักศึกษาที่ได้มีการประชาสัมพันธ์ มีกิจกรรม Roadshow ให้ทราบถึงทิศทางของแหล่งงานภายหลังเมื่อจบการศึกษาที่จะได้ออกไปประกอบอาชีพ จึงสร้างความตระหนักและเข้าใจบทบาทของตนเองในอนาคต จึงเป็นผลดีให้นักศึกษา “ใช้” ตนเองให้เติบโต ก้าวหน้า พัฒนาตนเองให้ถึงพร้อม อีกทั้งเป้าหมายของการพัฒนานักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาที่มุ่งเน้นพัฒนาทางวิชาการและวิชาชีพตามมาตรฐานการเรียน นักศึกษาที่สำเร็จการศึกษาไปแล้ว ใช้ Soft Skills ในการดำรงชีวิตและการปฏิบัติงาน มีความกระตือรือร้น คิดบวก และความต้องการทำงานให้สำเร็จ (Schaufeli & Bakker, 2010) อาจเพราะคุณค่าและความรับผิดชอบที่นักศึกษาได้รับในขณะที่กำลังศึกษาผ่านประสบการณ์ทางตรงและทางอ้อม จากกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งในและนอกห้องเรียนที่คณาจารย์ได้เคยเชิญพัฒนา ตลอดจนโปรแกรม/โครงการ/กิจกรรมที่หลักสูตรได้จัดระหว่างเรียน เช่น โครงการภายในชั้นเรียน (Project Based Learning) โครงการระหว่างสถาบัน/หน่วยงานว่าด้วยทักษะการทำงานเป็นทีม (Team based learning) การช่วยเหลือ ส่งเสริมซึ่งกันและกัน เอื้ออาทรต่อกัน การแก้ปัญหา (Problem Based Learning) การแสดงความคิดเห็น การยอมรับ ฯลฯ และความสัมพันธ์ (Relationship) ผนวกกับความสนใจและชอบในรายวิชาต่าง ๆ อิทธิพลเพื่อน พี่น้องทั้ง 4 ชั้นปี และคณาจารย์ เป็นบรรยากาศแห่งความสุข ความผูกพันเหล่านี้ จึงส่งผลสู่การเติบโตภายในที่ยั่งยืน ให้นักศึกษายึดมั่นผูกพันในวิชาการและวิชาชีพของตนเอง สอดคล้องกับ Meesan (2014) ที่พบ ความผูกพันของนักศึกษาที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตอยู่ในระดับมาก

การประยุกต์ใช้จิตวิทยาเพื่อชีวิตของนักศึกษาอยู่ในระดับมาก อาจเป็นเพราะศาสตร์ทางจิตวิทยา เป็นวิทยาการที่ครอบคลุม “วงจรความเป็นมนุษย์” มีบทบาทสำคัญมีอิทธิพลกับทุกเพศ ทุกอาชีพ ทุกระดับการศึกษา เช่น อารมณ์ แรงจูงใจ เจตคติ บุคลิกภาพ เชาวน์ปัญญา การรับรู้ ความสนใจ ความขัดแย้ง ฯลฯ จึงสามารถประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตประจำวัน ในการสร้างสัมพันธภาพและการทำงาน ศาสตร์จิตวิทยานำไปสู่การพัฒนางาน พัฒนาทักษะวิชาชีพ พัฒนาตนเอง และพัฒนาผู้อื่น ช่วยให้การอยู่ร่วมกันในสังคมเป็นไปอย่างราบรื่น บุคคลที่ใช้จิตวิทยาเพื่อการดำรงชีวิต จะมีความสามารถในการจัดการความเครียด อารมณ์ และสุขภาพจิต เข้าใจและเห็นคุณค่าตนเองและผู้อื่น มีแรงจูงใจเรียนรู้ สามารถบริหารความขัดแย้งตลอดจนปรับตัวต่อสังคม และการทำงาน เพื่อให้ดำรงชีวิตและประกอบอาชีพได้อย่างก้าวหน้าและเป็นสุข (Kuha, 2019) การศึกษาค้นคว้าที่พบว่า การประยุกต์ใช้จิตวิทยาเพื่อชีวิตอยู่ในระดับมาก นับเป็นความสำเร็จระดับหนึ่งที่นักศึกษาจะได้นำความรู้ “ศาสตร์แห่งตน และศาสตร์แห่งคน” นี้ไปใช้ประโยชน์ เพราะการที่มนุษย์จะเข้าใจผู้อื่นและมีชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ในสังคมจำเป็นที่จะต้องเข้าใจ เข้าถึง “ศาสตร์ความเป็นมนุษย์” เข้าใจว่าคนอื่นคิดเหมือนเราหรือไม่ คิดอย่างไร รู้สึกอย่างไร Tongkittipaporn (2013) กล่าวว่า ความรู้ทางจิตวิทยามีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ อาทิเช่น 1) ช่วยให้เข้าใจและรับรู้ตนเองได้ถูกต้องตามความจริง 2) ช่วยป้องกันเหตุปัจจัยต่าง ๆ ที่จะบั่นทอนพัฒนาการหรือความพิการทางกาย ความเครียดและสุขภาพ 3) ช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพและบรรลุความสำเร็จ 4) เสริมสร้างศิลปะการสื่อสารและการปรับตัวในชีวิตประจำวัน 5) ส่งเสริมทักษะการตัดสินใจบนพื้นฐานของเหตุผลมากกว่าอารมณ์ 6) เสริมสร้างภาวะผู้นำ และการบริหารจัดการตนเอง และป้องกันความตึงเครียดจากการดำเนินชีวิตและการทำงาน 7) เสริมสร้างทักษะการปรับตัวให้ดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเปี่ยมสุข 8) ช่วยให้ตระหนักถึงความสำคัญ มีทักษะการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตตนเองให้ดีขึ้น เหตุนี้การเรียนจิตวิทยาจึงมีผลในทุกๆ มิติของชีวิต นักศึกษาจึงเสมือนเป็น “ผู้มีหน้าตาใจเต็มกรอบ” สามารถใช้จิตวิทยา “ได้” และ “ประยุกต์” เป็น

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ที่พบว่า ทักษะทางจิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญกับการคิดเชิงอนาคต (.01) ความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพ (.001) และการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิต (.001) อภิปรายได้ว่าการคิดเชิงอนาคต ซึ่งเป็นคุณสมบัติของบุคคลที่มีทักษะการคิด สามารถจินตนาการในการ

คาดการณ์ต่ออนาคต ตระหนักเห็นสิ่งต่าง ๆ และเหตุการณ์ต่าง ๆ ว่ามีความสัมพันธ์กัน มีแบบแผน สะท้อนได้จากความกระตือรือร้น ทุ่มเท จดจ่อ มุ่งงาน มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ จึงส่งผลให้นักศึกษามีสภาวะจิตใจที่เย็น มั่นผูกพันในวิชาชีพ สอดคล้องกับ Chen, Zeng, Chang & Cheung (2019) ที่ศึกษาครูระดับประถมศึกษาจำนวน 1,384 คน เมือง Chengdu city ประเทศจีน พบว่า ปัจจัยด้านความคิด ได้แก่ ความคิดเติบโต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก Wongkumsin (2018) พบว่า ความยืดหยุ่นผูกพันต่อวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกของข้าราชการครูอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่ครูมีทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกจะเป็นผู้ที่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ที่รับผิดชอบ กำหนดเป้าหมายในการทำงานเพื่อให้บรรลุความสำเร็จ มีความหวัง มีความมั่นใจในการสอน และพัฒนาวิชาชีพครูให้มีความก้าวหน้า ตลอดจนมีมุมมองเชิงบวกในการทำงานและอุปสรรค สามารถปรับตัวกับปัญหาได้ และสร้างความสุขให้เกิดขึ้นในการทำงาน ซึ่งคุณสมบัติดังกล่าวส่งเสริมให้ครูมีความพร้อมในการพัฒนาตนเอง ทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้และการพัฒนาวิชาชีพให้เจริญก้าวหน้า Yalcin (2016) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันต่อองค์กรกับทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกของครูระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น เมืองเอิร์ชชิน พบว่า ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกมีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กร

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผลของทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกต่อการคิดเชิงอนาคต ความยืดหยุ่นผูกพันในวิชาชีพ และการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิต พบว่าระดับทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกทั้ง 3 ระดับ กล่าวคือ สูง กลาง และต่ำ มีผลต่อตัวแปรตามทั้ง 3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกระดับสูง ส่งผลต่อการคิดเชิงอนาคต (.01) ความยืดหยุ่นผูกพันในวิชาชีพ (.001) และการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิต (.001) เมื่อวิเคราะห์เชิงลึก พบว่า ยิ่งนักศึกษามีระดับทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกสูงเพียงใด ยิ่งสามารถสะท้อนถึงคุณลักษณะการคิดเชิงอนาคต ความยืดหยุ่นผูกพันในวิชาชีพ และการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิตมีทักษะในการกำหนดเป้าหมายเพื่อให้บรรลุความสำเร็จ รับผิดชอบ มีความหวัง มีความมั่นใจ และพัฒนาวิชาชีพตนเอง ตลอดจนมีมุมมองด้านบวกต่อชีวิตและเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น สามารถปรับตัวกับปัญหาและรู้จักสร้างสุขนิสัยที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก เป็นสภาวะทางจิตใจของบุคคลที่แสดงถึงความเข้มแข็งและศักยภาพทางจิตใจที่ช่วยสร้างเสริม พฤติกรรมทางบวก (Srisawat, 2015) และเมื่อนำมารวมกันเป็นตัวแปรเดียวแล้วจะมีประสิทธิภาพในการทำนายผลการปฏิบัติงานของบุคคลได้ดีกว่าแยกกันในแต่ละองค์ประกอบ (Luthans, Youssef, Avolio & Norman, 2007) สอดคล้องกับข้อมูลนักศึกษากลุ่มตัวอย่างในการศึกษารังนี้ก็จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่มีทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกในระดับสูง (114 คน หรือ 69%) ที่ต่างได้ผ่านการเรียนการสอนจากคณาจารย์ผู้สอนที่ทำให้ผู้เรียนผูกพันวิชาการ และมีทุนทางจิตวิทยาเชิงบวก ซึ่งเป็น “Soft Science” ย่อมสามารถส่งเสริมให้ผู้เรียนผูกพัน มีแรงจูงใจพร้อมรับมือกับความท้าทายในอนาคต (Buck & Robertson, 2008) คุณสมบัติที่ดีนี้จึงส่งผลต่อตัวแปรตามทั้ง 3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติไปด้วย ดังนั้นมหาวิทยาลัยจึงควรไม่เพียงแต่นำแนวทางพัฒนาทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกเท่านั้น หากแต่อาจมีขั้นตอนและวิธีการแตกต่างกันตามหน่วยงาน ทุ่มเท พัฒนาอย่างต่อเนื่อง และเป็นระบบเพื่อปรับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้เรียน 4 ด้าน ได้แก่ ความเชื่อมั่นในความสามารถ การมองโลกในแง่ดี ความหวัง และความยืดหยุ่นทางอารมณ์ ก็จะเอื้อให้มิตทักษะการคิดเชิงอนาคต ความยืดหยุ่นผูกพันในวิชาชีพ และการประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิตของนักศึกษาตามไปด้วย

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกของนักศึกษาโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านความยืดหยุ่นทางอารมณ์ ดังนั้นคณะ และหลักสูตร จึงควรรักษาระดับทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกไว้อย่างต่อเนื่องด้วยการจัดกิจกรรม/โครงการในระหว่างเรียน ให้ประสบการณ์บูรณาการความรู้ในห้องเรียนสู่บริบทการทำงาน ใช้สถานการณ์จำลอง การทำงานเป็นทีม และตัวแบบ ฝึกสะท้อนทฤษฎีสู่การปฏิบัติจริงเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อให้นักศึกษาเรียนรู้ ตระหนักว่าไม่มีปัญหาใดที่ไม่สามารถแก้ได้ และมีวุฒิภาวะทางอารมณ์

2. การคิดเชิงอนาคตของนักศึกษาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือด้านการรวบรวมข้อมูลก่อนการตัดสินใจ และด้านการยอมรับการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นกระบวนการวางแผนเชิงรุก จึงอาจเริ่มต้นตั้งแต่การคัดเลือกจากผู้เรียนเข้าหลักสูตร เช่น การใช้เครื่องมือ/แบบประเมินต่างๆ เพื่อเป็นเกณฑ์เลือกรับนักศึกษาใหม่ที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสม หรือมีข้อมูลในการวางแผนการพัฒนาขณะเข้ามาศึกษา ก็จะช่วยทำให้ทราบทิศทางในการพัฒนาต่อต่อไป

3. ความยึดมั่นผูกพันในวิชาชีพของนักศึกษาโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านความจดจ่อใส่ใจ ดังนั้นอาจจะใช้กลไกและกลยุทธ์ในการเรียนการสอนที่หลากหลาย สร้างแรงจูงใจ จัดกิจกรรมที่น่าสนใจ ให้นักศึกษาได้เพิ่มพูนความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย แยกแยะแนวทางเพื่อไปสู่เป้าหมายนั้น และตระหนักรับผิดชอบ ให้นักศึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีวินัยและมุ่งมั่น

4. การประยุกต์จิตวิทยาเพื่อชีวิตของนักศึกษาโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านความรู้จิตวิทยา และด้านความสามารถในการแก้ปัญหาความขัดแย้ง ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้นักศึกษามีทักษะชีวิตทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ ซึ่งจะส่งผลให้นักศึกษามีศิลปะในการดำรงชีวิต เช่น การฝึกฝนตนเอง หรือจัดโปรแกรมฝึกอบรม ฝึกความอดทน ฝึกรู้เท่าทัน ยับยั้งอารมณ์ของตน และฝึกให้กำลังใจตนเองเมื่อเกิดปัญหา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกกับสถาบันอื่น ๆ ในระดับอุดมศึกษาในบริบทเดียวกันว่าผลการทำนวยมืองค์ประกอบทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกที่เหมือนหรือแตกต่างจากผลการวิจัยนี้อย่างไร

2. ควรมีการศึกษาความผูกพันของนักศึกษาที่มีต่อหลักสูตรกับศิษย์เก่า เพื่อนำผลมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาหลักสูตร รวมถึงการศึกษาปัจจัยอื่นๆ เพิ่มเติมที่อาจส่งผลต่อความผูกพันของนักศึกษา

3. ควรมีการศึกษาต่อยอดไปสู่ความผูกพันในระดับคณะ และมหาวิทยาลัย เพราะเป็นสิ่งสำคัญข้อมูลที่ได้ อาจมีส่วนในการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพของนักศึกษา พร้อมกับนำวิชาความรู้ที่ได้ศึกษา มาปรับใช้กับการทำงานได้ชุมชนได้อย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่ให้ทุนอุดหนุนทำวิจัย

References

- Abbas, M., & Raja, U. (2011). Impact of Psychological Capital on Innovative Performance and Job Stress, *Canadian Journal of Administrative Sciences*, 32(2), 73-140. DOI: 10.1002/cjas.1314.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Buck, C., & Robertson, J. (2008). Positive Psychology and Student Engagement. *Journal of Cross-Disciplinary Perspectives in Education*, 1(1), 28-35.
- Chen, X., Zeng, G., Chang, E., & Cheung, H. Y. (2019). What Are the Potential Predictors of Psychological Capital for Chinese Primary School Teachers. *Front. Educ*, 4(50), 1-8. | doi.org/10.3389/educ.2019.00050
- Choochom, O. (2016). A Causal Relationship Model of Teachers' Work Engagement. *International Journal of Behavioral Science*, 11(2), 143-152.



- Cronbach, J. (1951). Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Harinpolsiti, B., Srisawat, P., & Voracharoensri, S. (2018). The Enhancement of Positive Psychology Capital of Vocational Students Through Rational Emotive Behavior Group Counseling. *Journal of Industrial Education, Faculty of Education, Srinakharinwirot University*, 12(1), 56-73. (in Thai)
- Hinkle, E. (1998). *Applied Statistics for the Behavioral Sciences*. New Delhi: India Book Store.
- Kaowsomboon, W. (2015). *Factors Influenced the Decision to Study the Graduate Level at Thaksin University*. Retrieved December 5, 2020 from http://www.tsu.ac.th/grad/report_/files/06044949200949.doc. (in Thai)
- Kuha, A. (2019). *Psychology for Daily Life* (3rd). Songkhla: Neopoint (1995). (in Thai)
- Larson, M., & Luthans, F. (2006). Potential Added Value of Psychological Capital in Predicting Work Attitudes. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 13(2), 75-92.
- Luthans, F., Avolio, J., Avey, B., & Norman, M. (2007). Positive Psychological Capital: Measurement and Relationship with Performance and Satisfaction. *Personnel Psychology*, 60, 541-572.
- Meesan, N. (2014). Institutional Commitment of Students in Dhurakij Pundit University. *Suthiparithat*, 28(88), 255-270. (in Thai)
- Moonkum, S. (2010). *Strategy of Analysis Teaching*. (5th Ed.). Bangkok: Pappim. (in Thai)
- Pawawimon, A. (2016). *Cooperative and Work, Integrated Education, Smart Graduate*. Retrieved December 25, 2020 from <http://wil.crru.ac.th/files/Dr.Aorasa.pdf> (in Thai)
- Poohongthong, J. (2018). Transformative Learning, Teaching, Higher Education. *Journal of Behavioral Science*, 24(1), 163-182. (in Thai)
- Prakmuong, S. (1997). Satisfaction of Teacher and Students Toward Educational Reform Agriculture for Life in Agricultural Technology College in Southern Region. *M.A.Thesis*. Prince of Songkla University. (in Thai)
- Rew. L. (2005). *Adolescent Health: A Multidisciplinary Approach to Theory Research and Intervention*. USA: Sage Publications.
- Rojsongkram, S. (2010). *Factors Relating to the Participation in Activities of Mahidol University International College Students*. Retrieved 2 November 5, 2020 from <http://www.sure.su.ac.th:8080/xmlui/handle/123456789/9632> (in Thai)
- Schaufeli, B., & Bakker, B. (2010). "Defining and Measuring Work Engagement: Bringing Clarity to the Concept". In A. B. Bakker (Ed.) & M. P. Leiter, *Work engagement: A Handbook of Essential Theory and Research*. Psychology Press.
- Schaufeli, W., Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A. (2002). The Measurement of Engagement and Burnout: A Two Sample Confirmatory Factor Analytic Approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.
- Srisawat, P. (2015). A Study and Enhancement of Psychological Capital of University Students Through Group Counseling. *Jr of Educational Research Srinakharinwirot University*, 9(2), 131-146. (in Thai)



- Tantiwiwat, S. (2017). Positive Psychology Capital: Development Implication and Challenging. *Journal of Behavioral Science for Development*, 9(1), 277-290. (in Thai)
- Tongkittipaporn, J. (2013). *General Psychology*. Bangkok: Chulalongkorn University Press. (in Thai)
- Trubprawong, K. (2013). Humanization: is it Absolute? *Executive Journal*, 33(2), 26-34.
- Vanichbancha, K. (2009). *Advanced Statistical Analysis with SPSS for Window (7th ed.)*. Bangkok, Thailand: Chulalongkorn University Book Center. (in Thai).
- Vanno, V. (2018). Needs Assessment of Academic Positive Psychology Capital of Thai University Students. *Journal of Humanities*, 40(2), 74-83. (in Thai)
- Wehmeyer, L. (1986). *Futuristics*. New York: A Growth Company.
- Wongkumsin, T. (2018). Positive Psychological Capital, Psychological, Well-Being and Professional Engagement of Government Teachers under the Bangkok Metropolitan Administration School. *Jr of Social Science and Humanities*, 44(2), 211-248. (in Thai)
- Yalcin, S. (2016). Analyzing the Relationship Between Positive Psychological Capital and Organizational Commitment of the Teachers. *International Education Studies*, 9(8), 20.

ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

Stress and Coping in Older Persons with Dementia

ผาณิต หลีเจริญ^{1*}, ลินจง โพธิบาล², ดวงมน ทรัพย์สินเสรี¹, อรอนงค์ รองสวัสดิ์¹ และ ธารินทร์ นนทพุด¹
Phanit Leecharoen^{1*}, Linchong Pothiban², Doungmon Trapsinsaree¹, Onanong Rongsawat¹ and
Tharinee Nontaput¹

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา^{1*}, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่²
Boromarajonani College of Nursing Songkhla^{1*}, Faculty of Nursing, Chiang Mai University²

(Received: January 28, 2021; Revised: May 06, 2021; Accepted: June 14, 2021)

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ความเสื่อมของสมองจะทำให้เกิดความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวันซึ่งเป็นสาเหตุของความเครียด ความเครียดส่งผลต่อภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และเป็นปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ รวมถึงโรคในระบบภูมิคุ้มกันและโรคเมเร็ง การเกิดความเครียดซ้ำ ๆ ทำให้เกิดความกดดันทางด้านจิตใจและภาวะซึมเศร้า การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถปรับตัวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การเผชิญความเครียดแบ่งออกเป็นสองลักษณะหลัก ๆ คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นปัญหาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นอารมณ์ ถึงแม้ในแต่ละบุคคลมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแตกต่างกันแต่หากการตอบสนองนั้นเกิดผลลัพธ์ทางด้านบวก นั่นก็ถือว่าเป็นการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมของบุคคลนั้น ๆ นอกจากนี้การเผชิญความเครียดของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านพันธุกรรมและบริบทปัจจัยด้านตัวกระตุ้นความเครียด และปัจจัยด้านทรัพยากรการเผชิญความเครียด ความเข้าใจในเรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียด รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องจะเป็นแนวทางให้พยาบาลหรือผู้ดูแลสามารถส่งเสริมการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นบทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด และบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการเผชิญความเครียด

คำสำคัญ: การปรับตัว, คุณภาพชีวิต, ความเครียดและการเผชิญความเครียด, ผู้สูงอายุ, ภาวะสมองเสื่อม

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: phanit34@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-5404574)

Abstract

Dementia influences the quality of life of both older persons and caregivers. Brain degeneration causes more difficulties for normal living, which, in turn, causes stress. Stress affects both physical and psychological health and is a contributing factor for various chronic diseases, including immune system diseases and cancer. Stress that recurs causes distress and depression. Effective coping helps older persons with dementia to adapt to their condition in life and to have better quality of life. Coping can be divided into two main strategies, problem-focused coping and emotion-focused coping. Regardless of what coping method is used, if positive outcomes are the result, those outcomes can refer to using effective coping. There are the factors associated with coping with a dementia situation, including background and context factors, stressor factors, and coping resources factors. Understand stress and coping, including the related factors, can be a guideline for nurses and caregivers to promote effective coping for older persons with dementia. Thus, the purpose of this article is to explain and share knowledge about stress and coping in older persons with dementia, including the factors related to coping and the nurse's role in promoting coping.

Keywords: Adaptation, Quality of Life, Stress and Coping, Older Person, Dementia,

บทนำ

สมรรถภาพการทำหน้าที่ของสมองที่ค่อยๆเสื่อมลงของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ รวมทั้งความสามารถในการทำงาน การทำกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดจนการทำหน้าที่ทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้นตามระยะของโรค ซึ่งความสามารถต่างๆที่ถดถอยลงและภาวะพึ่งพิงเหล่านี้จะส่งผลทางด้านจิตใจต่อผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกด้อยค่า รู้สึกว่าโดนสังคมตีตรา เกิดความอับอาย ขาดความมั่นใจและมีความวิตกกังวล จนในที่สุดต้องแยกตัวออกจากสังคม รู้สึกโดดเดี่ยว ความผาสุกและคุณภาพชีวิตลดลง (Bjorklof, Helvik, Ibsen, Telenius, Grov, & Eriksen, 2019)

ความเครียดจากการใช้ชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อม ส่งผลต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ จากการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศยืนยันว่าความเครียดส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพอย่างมาก (Seangpraw, Auttama, Kumar, Somrongthong, Tonchoy, & Panta, 2019; Yaribeygi, Panahi, Sahraei, Johnston, & Sahebkar, 2017) ผลการศึกษาชี้ชัดว่าความเครียดเป็นมฤตยูที่ทำให้เกิดโรคร้ายแรงไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าตัวเชื้อจุลินทรีย์ที่ก่อโรคในร่างกาย นอกจากนี้ในผู้ที่มีประวัติโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ อยู่แล้ว ความเครียดจะส่งเสริมให้โรคที่เป็นอยู่รุนแรงขึ้นและไม่ตอบสนองต่อการรักษา โดยเฉพาะโรคที่เกี่ยวข้องกับการขาดความสมดุลของฮอร์โมนในร่างกายไม่ว่าจะเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคในระบบต่อมไร้ท่ออื่นๆ ซึ่งการไม่ตอบสนองต่อการรักษานั้นเนื่องมาจากความเครียดทำให้ระบบการทำงานของร่างกายต่อต้านการออกฤทธิ์ของยาที่รักษาโรค นอกจากนี้ความเครียดทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น เช่น ภาวะช็อกจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำกว่าปกติ เส้นเลือดในสมองแตกจากภาวะความดันโลหิตสูงในระดับรุนแรง เป็นที่ยืนยันว่าการบรรเทาความเครียดจะช่วยยืดอายุขัยของประชากรและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ตอบสนองต่อการรักษา (Yaribeygi, Panahi, Sahraei, Johnston, & Sahebkar, 2017)

การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพจะเป็นตัวแปรที่จะช่วยลดผลกระทบของความเครียดที่มีต่อสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมการลดความเครียดจะช่วยชะลอความเสื่อมของสมอง ช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวกับการใช้ชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมได้ เกิดความผาสุกและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นการที่

พยาบาลเห็นความสำคัญของการช่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเผชิญความเครียดหรือตอบสนองต่อความเครียดได้อย่างเหมาะสมจะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อีกทั้งยังช่วยชะลอความเสื่อมของสมองได้อีกด้วย ดังนั้นบทความฉบับนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด และบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการเผชิญความเครียด เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลและผู้ดูแลสามารถส่งเสริมการเผชิญความเครียดให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างถูกต้อง

ความเครียดและการเผชิญความเครียด

แนวคิดหลักๆ ที่มักจะใช้ในการศึกษาเรื่องของความเครียดและการเผชิญความเครียด ได้แก่ แนวคิดความเครียด (Stress Concept) และแนวคิดการเผชิญความเครียด (Coping Concept) ในส่วนแนวคิดของความเครียดจะมีลักษณะที่แตกต่างกันไปตามมุมมองของนักทฤษฎีซึ่งจะได้กล่าวถึงในย่อหน้าถัดไป และส่วนแนวคิดของการเผชิญความเครียดจะเป็นลักษณะของปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลในระหว่างที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และการปฏิสัมพันธ์ในแต่ละครั้งนั้นจะมีผลทำให้เกิดกระบวนการในการเผชิญกับความเครียดของบุคคลแตกต่างกันไปซึ่งขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยด้วยกัน

1. แนวคิดเรื่องความเครียด (Stress Concept)

แนวคิดเรื่องลักษณะของความเครียดถูกแบ่งออกเป็นสามกลุ่มตามมุมมองของนักทฤษฎีดังนี้

1.1 ความเครียดเป็นสิ่งเร้า (Stress as a Stimulus) มุมมองนี้เป็นมุมมองของนักทฤษฎีที่มองความเครียดเป็นสิ่งเร้าหรือเป็นสิ่งที่มากระตุ้น เช่น เหตุการณ์ความสูญเสีย ความเปลี่ยนแปลงของชีวิต การเจ็บป่วย ความเครียดอาจเป็นเหตุการณ์หายหน้าที่สำคัญเช่น สถานการณ์ภายใต้ภัยธรรมชาติ (Feinstein & Collins, 2016) ที่เป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียด

1.2 ความเครียดเป็นการตอบสนองหรือมุมมองตามการตอบสนอง (Stress as a Response) สำหรับมุมมองนี้นักทฤษฎีมองความเครียดเป็นผลกระทบหรือการตอบสนองทางชีวภาพในแต่ละบุคคลต่อสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ แรงภายนอกและภายในหรือสภาพของปฏิกิริยา กระบวนการความเครียดจะกำหนดจากปฏิกิริยาความเครียด นักทฤษฎีที่มองในมุมมองนี้ เช่น เบอร์นาร์ด (Bernard, 1865) และ แคนนอน (Cannon, 1929) ซึ่งศึกษาแนวคิดเรื่องความเครียดในแง่ของสภาวะสมดุลตามหลักวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ โดยศึกษากลไกทางกายภาพในการรักษาสภาวะสมดุลของสภาพแวดล้อมภายในของสิ่งมีชีวิตโดยระบบประสาทพิเศษผ่านกลไกทางสมอง เซลเย่ (Selye, 1976) เป็นนักวิจัยคนแรกๆ ที่ให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาในสิ่งมีชีวิต การตอบสนองต่อความเครียดเน้นที่กระบวนการตอบสนองของบุคคลที่มีต่อความเครียด เช่น เมื่อคนที่เป็นโรคกลัวการเข้าสังคมจะเกิดปฏิกิริยาจากความรู้สึกเครียดในงานปาร์ตี้ ประสบการณ์ของอาการหงุดหงิดทางด้านจิตใจจะสัมพันธ์กับอาการทางกายภาพเช่น ปากแห้งใจสั่นและเหงื่อออก การตอบสนองทางสรีรวิทยาและจิตวิทยาต่อตัวกระตุ้นความเครียดนี้เป็นการเปรียบเทียบกับกลไกการปรับตัวหรือสภาวะการรักษาสมดุลของร่างกาย (Homeostasis)

1.3 ความเครียดเป็นปฏิกิริยาการสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Stress as a Transaction) ในมุมมองนี้ความเครียดถูกมองว่าเป็นกระบวนการทางจิตวิทยา ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งเป็นนักทฤษฎีที่มีชื่อเสียงในกลุ่มนี้ได้ให้ความหมายของการเกิดความเครียดว่า ความเครียดเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ความไม่สมดุลระหว่างความต้องการภายในและความสามารถในการรับมือกับความต้องการนั้น ๆ ความเครียดเป็นปฏิกิริยาการสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสถานการณ์ความเครียดเป็นผลมาจากความพยายามด้านความรู้ ความเข้าใจ และ พฤติกรรมของบุคคลในการจัดการความต้องการภายนอกและ/หรือภายในที่มีเกินกว่าทรัพยากรของบุคคลนั้น ๆ ลาซารัส (Lazarus, 1992) ให้คำจำกัดความของความเครียดว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลเป็นผู้กระทำด้วยตนเองแสดงออกมาให้ปรากฏ ซึ่งกระบวนการความเครียดประกอบด้วยสาเหตุของความเครียด ตัวแปรที่เกิดขึ้นมาก่อนหน้า ตัวแปรสื่อกลางและผลกระทบจากความเครียด ตัวแปรที่

เกิดขึ้นมาก่อนหน้าคือตัวแปรด้านบุคคลเช่นภาวะผูกพันหรือความเชื่อ สิ่งแวดล้อม แรงขับหรือสถานการณ์ที่เป็นอยู่ ตัวแปรสื่อกลางเป็นตัวที่สามารถช่วยลดผลกระทบจากความเครียดที่มีต่อบุคคลนั้น ๆ เช่นแรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อ ความเข้มแข็งอดทนทางด้านจิตใจ รวมถึงการเผชิญความเครียด และสุดท้ายคือผลกระทบที่มีต่อบุคคลนั้น ๆ ไม่ว่าจะเป็นความสุข สุขภาพทางด้านร่างกาย และ สุขภาพทางด้านจิตใจ หรือ คุณภาพชีวิต ในมุมมองของนักทฤษฎีในกลุ่มนี้มองความเครียดเกิดจากการประเมินสถานการณ์กับทรัพยากรที่ตนเองมีอยู่ในแต่ละบุคคล แนวคิดความเครียดเป็นปฏิกิริยาการสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนี้เป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับแนวคิดของการให้การพยาบาล เนื่องจากเป็นมุมมองที่ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมเหมือนกัน และพยาบาลสามารถนำความรู้เหล่านี้มาประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ ดังนั้นงานวิจัยทางการพยาบาลส่วนใหญ่จึงใช้แนวคิดนี้มาเป็นแนวทางในการศึกษาและต่อยอดสร้างความรู้ใหม่ ๆ ในมุมมองที่ต่างกันมาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

2. แนวคิดการเผชิญความเครียด

ที่ผ่านมาแนวคิดเรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดที่เป็นที่รู้จักกันอย่างกว้างขวางในงานวิจัยทางการพยาบาล คือแนวคิดความเครียดและการเผชิญความเครียดของ ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่ศึกษาการเผชิญความเครียดในมุมมองทางด้านสังคม ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อม บุคคลรอบข้าง โครงสร้างทางสังคมกับตัวบุคคล และการประเมินความสมดุลระหว่างสิ่งแวดล้อมนั้น ๆ กับทรัพยากรของบุคคลที่มีอยู่ การเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดขึ้นอยู่กับประเมินของแต่ละบุคคล ซึ่งได้แบ่งลักษณะการเผชิญความเครียดเป็น 2 ลักษณะหลัก ๆ คือการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นอารมณ์ เทย์โล และ สแตนตัน (Taylor & Stanton, 2007) ให้คำจำกัดความการเผชิญความเครียดว่าเป็นความต้องการที่มุ่งเน้นที่ปฏิกิริยาและแรงขับภายในเพื่อจัดการความต้องการภายในที่เกิดจากเหตุการณ์ที่ตึงเครียด แต่อย่างไรก็ตามที่ผ่านมากลยุทธ์การเผชิญความเครียดได้มีการแยกเป็นกลยุทธ์ย่อย ๆ ที่แตกต่างกันไปตามจุดมุ่งหมายของการศึกษา ลักษณะของความเครียด การวิเคราะห์ปัจจัย หรือแนวคิดของนักวิจัย

2.1 กลยุทธ์ในการเผชิญความเครียด (Coping Strategies) กลยุทธ์การเผชิญความเครียดทำหน้าที่ในการจัดการกับสถานการณ์ความเครียด กลยุทธ์การเผชิญความเครียดหลัก 2 กลยุทธ์ (Lazarus & Folkman, 1984) ดังที่กล่าวมาข้างต้น คือกลยุทธ์การเผชิญความเครียดแบบเน้นการจัดการกับปัญหา (Problem-Focused Coping) ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหายุ่งยากภายใต้สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ หน้าที่ของการเผชิญความเครียดลักษณะนี้เน้นการจัดการกับปัญหาโดยตรง สำหรับกลยุทธ์การเผชิญกับความเครียดแบบเน้นการจัดการกับอารมณ์ (Emotion-Focused Coping) จะนำไปสู่การควบคุมอารมณ์ที่ตอบสนองต่อปัญหานั้นๆ หน้าที่ของการเผชิญความเครียดลักษณะนี้จะเน้นการจัดการทางด้านอารมณ์คือการควบคุมอารมณ์ที่เกิดจากความเครียด การศึกษาวิจัยก่อนหน้านี้ส่วนใหญ่จะอธิบายวิธีการเผชิญความเครียดโดยมีพื้นฐานมาจาก กลยุทธ์การเผชิญความเครียดทั้ง 2 แบบข้างต้นนี้ เช่น ลาซารัส (Lazarus, 1992) เสนอกลยุทธ์การเผชิญปัญหา 8 กลยุทธ์ที่ได้มาจากการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์ปัจจัย ดังนี้ การเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้า (Confrontive Coping) คือความพยายามเชิงรุกในการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่เป็นปัญหา การเผชิญความเครียดแบบแยกตัว (Distancing Coping) คือความพยายามที่จะแยกตัวออกจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหา การเผชิญความเครียดแบบการควบคุมตนเอง (Self-Controlling) คือความพยายามที่จะควบคุมความรู้สึกของตัวเองเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา การเผชิญความเครียดแบบการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม (Seeking-Social Support) คือความพยายามในการขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง การเผชิญความเครียดแบบการยอมรับและการรับผิดชอบ (Accepting-Responsibility) คือการยอมรับและรับผิดชอบต่อบทบาทของตนเอง การเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยง-หลีกเลี่ยง (Escape-Avoidance) คือพฤติกรรมการหลบเลี่ยงหรือหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหา การเผชิญความเครียดแบบการแก้ปัญหา (Planful Problem-Solving) คือความ

พยายามที่มุ่งเน้นที่ปัญหาโดยเจตนาเพื่อแก้ไขสถานการณ์ การเผชิญความเครียดแบบการประเมินปัญหาใหม่เชิงบวก (Positive Reappraisal) คือความพยายามในการสร้างความหมายเชิงบวกในสถานการณ์ที่เป็นปัญหา

แอตวิน และ รีเวนสัน (Aldwin & Revenson, 1987) ได้แบ่งวิธีการเผชิญความเครียดจากการวิเคราะห์ปัจจัย โดยแบ่งกลยุทธ์การเผชิญความเครียดเป็น 6 กลยุทธ์ ได้แก่ ความคิดปรารถนา (Wishful Thinking) การเติบโต (Growth) การลดภาวะคุกคาม (Minimize Threat) การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม (Seeking Social Support) การตำหนิตนเอง (Self-blamed) ส่วน แครเวอร์ และ คณะ (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989) แบ่งกลยุทธ์การเผชิญความเครียดจากการพัฒนาเครื่องมือวัดการเผชิญความเครียดตามความแตกต่างของแต่ละบุคคล โดยเครื่องมือวัดการเผชิญความเครียด (Coping Orientation to Problems Experienced Inventory/COPE) นี้แบ่งการเผชิญความเครียดเป็น 2 รูปแบบหลักที่มุ่งเน้นการจัดการกับปัญหา และมุ่งเน้นการจัดการกับอารมณ์เช่นกัน ซึ่งประกอบด้วย 5 มิติย่อย ของการเผชิญความเครียดแบบที่มุ่งเน้นการจัดการกับปัญหาในเชิงบวก ได้แก่การเผชิญความเครียดแบบกระตือรือร้น (Active Coping) การวางแผน (Planning) การระงับกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้อง (Suppression of Competing Activities) ความยับยั้งชั่งใจชะลอการเผชิญปัญหา (Restraint) และการสนับสนุนด้านการช่วยเหลือ (Instrumental Support) และ 5 มิติย่อยของการเผชิญความเครียดแบบที่มุ่งเน้นการจัดการกับอารมณ์ ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) การตีความซ้ำในเชิงบวก (Positive Reinterpretation) การยอมรับ (Acceptance) การใช้ศาสนา (Religion) การปฏิเสธ (Denial) นอกจากนี้ยังมีกลยุทธ์อื่น ๆ อีก 4 กลยุทธ์ คือ การระบายอารมณ์ (Focus on & Venting Emotions) การไม่แสดงออกทางพฤติกรรม (Behavior Disengagement) การไม่คิดถึงปัญหา (Mental Disengagement) ใช้วิธีการอื่น ๆ ในการสร้างอารมณ์สนุก เช่น การดื่มเหล้า (Substance Use Using Alcohol)

การประเมินสถานการณ์ความเครียด (Appraisal concept) เป็นขั้นตอนที่เกี่ยวข้องและเกิดขึ้นไปพร้อม ๆ กันกับการเผชิญความเครียด แนวคิดความเครียดเกิดจากปฏิสัมพันธ์การสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Stress as a Transaction) นั้นมองว่าความเครียดเกิดจากการประเมินสถานการณ์ในครั้งแรก (Primary Appraise) ซึ่งบุคคลสามารถประเมินสถานการณ์ในเบื้องต้น แบ่งเป็น 3 ลักษณะคือเป็นสถานการณ์ที่ไม่เกี่ยวกับตน (Irrelevant) เป็นสถานการณ์ที่ให้ผลเป็นบวก (Benign Positive) และเป็นสถานการณ์ความเครียด (Stressful Situation) ซึ่งสถานการณ์ความเครียด (Stressful Situation) นี้สามารถถูกประเมินเป็น 3 ลักษณะเช่นกันคือเป็นภาวะอันตราย/ความสูญเสีย (Harm/Loss) ภาวะคุกคาม (Threatened) หรือ เป็นความท้าทาย (Challenge) ถ้าหากบุคคลประเมินว่าเป็นสถานการณ์ความเครียดจึงเริ่มประเมินขั้นที่สอง (Secondary Appraise) เพื่อค้นหาวิธีในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง และหลังจากนั้นบุคคลจะมีการประเมินความเครียดซ้ำ (Reappraisal) เพื่อประเมินว่ายังมีความเครียดนั้นอยู่อีกหรือไม่ หรือเป็นการหาข้อมูลใหม่ โดยหาข้อมูลจากสิ่งแวดล้อม ประเมินทรัพยากรการเผชิญความเครียด และติดตามผลการจัดการความเครียด สำหรับการประเมินความเครียดซ้ำในทางบวกจะช่วยบรรเทาความเครียดได้เช่นกัน

การเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมมีหลายระยะซึ่งภาวะของโรคในแต่ละระยะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุแตกต่างกัน ภาวะของโรคเหล่านี้จะส่งผลต่อการรับรู้ การประเมินความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่หลากหลายไม่ต่างจากผู้สูงอายุทั่วไป แต่ความสามารถทางสมองที่เสื่อมลงไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการคิด การเข้าใจ การตัดสินใจต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักจะเสี่ยงที่เผชิญกับปัญหาโดยตรง เมื่อความเสื่อมของสมองเพิ่มความรุนแรงขึ้น ผู้สูงอายุจึงเลือกใช้วิธีการจัดการกับความเครียดด้านมุ่งเน้นอารมณ์ และการบรรเทาความเครียดมากยิ่งขึ้น (De Souza-Talarico et al., 2009) จากการศึกษาของ บียอร์คลอฟ และคณะ (Bjorklof, Helvik, Ibsen, Telenius,

Grov, & Eriksen, 2019) พบว่า ผู้สูงอายุได้ให้ความหมายของการเผชิญความเครียดในการใช้ชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อมว่าเป็นความพยายามอยู่กับภาวะสมองเสื่อมให้ได้อย่างปกติคือการพยายามที่จะใช้ชีวิตให้เป็นปกติมากที่สุดเหมือนก่อนครั้งที่ยังไม่เกิดภาวะสมองเสื่อม และพยายามทำตัวให้มีคุณค่าโดยการช่วยเหลือครอบครัว ทำหน้าที่ที่ตนเองยังสามารถทำได้ การปรับตัวในสถานการณ์ต่าง ๆ เป็นวิธีการที่ผู้สูงอายุพยายามทำความเข้าใจกับสิ่งที่ตัวเองเป็นอยู่ และการปรับเปลี่ยนเป้าหมายในอนาคตของตนเองให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ การยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น เป็นการยอมรับกับความเป็นจริงและการทำความเข้าใจกับสิ่งที่เกิดขึ้น มองอนาคตด้วยความหวัง และการหลีกเลี่ยงกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเป็นการหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่จะทำให้เกิดความเครียดโดยการไม่เข้าไปอยู่ในสถานการณ์ความเครียดนั้น ไม่พูดถึงหรือเปลี่ยนหัวข้อสนทนา จะเห็นได้ว่าวิธีการต่างๆที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมใช้ ส่วนใหญ่จะมุ่งไปที่การจัดการกับความหมายของปัญหาหรือการจัดการกับอารมณ์มากกว่ามุ่งจัดการกับปัญหาโดยตรง

เนื่องจากการเผชิญความเครียดเป็นการตอบสนองในแต่ละบุคคล การประเมินสถานการณ์เดียวกันมีความแตกต่างกัน บางคนอาจมองสถานการณ์หนึ่งเป็นภาวะคุกคามแต่บางคนอาจมองสถานการณ์เดียวกันนั้นว่าเป็นความท้าทาย ทำให้มีการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยด้วยกัน เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล สถานการณ์ความเครียด บุคคลรอบข้าง และแหล่งทรัพยากรภายในและภายนอกตัวบุคคลนั้น ๆ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาได้นำเสนอผลการค้นพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและการเผชิญความเครียด แต่ไม่มีการศึกษามากนักในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นในบทความนี้ขอเสนอปัจจัยที่น่าจะมีผลต่อการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยยึดจากโมเดลกระบวนการความเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมของ จัดจ์ และ คณะ (Judge, Menne, & Whitlatch, 2009) ซึ่งโมเดลกระบวนการความเครียดนี้ได้พัฒนามาจาก โมเดลกระบวนการความเครียดของ เพอร์ลิน และ คณะ (Pearlin, Mullan, Semple, & Skaff, 1990) ที่มองความเครียดเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการดำเนินชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงและมีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย ในมุมมองของ บุคคล กับ สิ่งแวดล้อม และโครงสร้างทางสังคม ซึ่งได้แก่กลุ่มของปัจจัยด้านพื้นหลังและบริบท ปัจจัยด้านตัวกระตุ้นความเครียด และ ปัจจัยด้านตัวแปรสื่อกลางหรือทรัพยากรความเครียด ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่น ๆ เพื่อให้ครอบคลุมปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1. ปัจจัยด้านพื้นหลังและบริบท

ปัจจัยด้านพื้นหลังและบริบทเป็นปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา รายได้ เป็นสิ่งที่แสดงสถานะของบุคคลในสังคม ซึ่งมีผลต่อความรู้สึภายใน การประเมินสถานการณ์และการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียด นอกจากนี้ยังมีผลต่อการประเมินความผาสุก การเข้าใจสถานการณ์ และ ผลของการเผชิญความเครียด

1.1 อายุ เป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด (Park & Hwang, 2009) จากการศึกษาของ ดันเคิล-เชตเตอร์ และ คณะ (Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor, & Falke, 1992) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดแบบการค้นหาแรงสนับสนุนทางสังคม เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ สิริสม และคณะ (Sirisom, Sangsuwan, & Srijugkot, 2013) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดทางบวกในผู้สูงอายุที่มีโรคหลอดเลือดในสมอง จะเห็นได้ว่าเมื่อมีอายุมากขึ้นผู้สูงอายุจะใช้การเผชิญความเครียดทางบวกน้อยลง

1.2 เพศ จากการศึกษาวิจัยพบว่าทางเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดของผู้หญิงและผู้ชายมีความแตกต่างกัน ผู้หญิงมีแนวโน้มการใช้วิธีการเผชิญความเครียดบอกรู้ว่าผู้ชาย และยังพบว่าการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการค้นหาแรงสนับสนุนทางสังคมมักใช้โดยผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย (Cho, Park, & Blank, 2013)

1.3 ระดับการศึกษา นับว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญของบุคคลในการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียด พบว่าวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นปัญหามักใช้น้อยกว่าขณะที่การเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงมักใช้มากกว่าในผู้ป่วยพิการด้านร่างกายที่มีการศึกษาน้อยกว่าชั้นมัธยม (Kara & Acikel, 2011)

1.4 รายได้ สำหรับปัจจัยด้านเศรษฐกิจสามารถเป็นตัวบ่งชี้สถานะของบุคคลในสังคม และมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการประเมินความเครียดและการเผชิญความเครียด ซึ่งพบว่าการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยงใช้มากกว่าในผู้ที่มีความขัดสนทางการเงิน (Kara & Acikel, 2011) และจากการศึกษาในงานวิจัยอื่น ๆ ก็ให้ผลการวิจัยที่คล้ายคลึงกันเช่น Polchaiyo (2000) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นปัญหาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ที่มีรายได้สูงมักให้ความหมายเชิงบวกกับสถานการณ์ความเครียดมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า (Brady & Helges, 2000)

2. ปัจจัยด้านตัวกระตุ้นความเครียด

ความเครียดเกิดจากการที่บุคคลประเมินสถานการณ์นั้น ๆ ว่ามีผลกระทบต่อตนเองมากน้อยเพียงไร เช่นเมื่อผู้ป่วยประเมินว่าภาวะจากโรคที่ตนเองเป็นอยู่นั้นอยู่ในระดับที่รุนแรงขึ้น ผู้ป่วยอาจใช้วิธีการเผชิญความเครียดต่างจากเดิม ปัจจัยตัวกระตุ้นความเครียดในโมเดลของกระบวนการความเครียดได้แบ่งตัวกระตุ้นความเครียดเป็น 2 ระยะ คือตัวกระตุ้นความเครียดระยะเริ่มแรก (Primary Stressor) เป็นตัวกระตุ้นในกระบวนการความเครียดที่เกิดขึ้นก่อน และเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความตึงเครียดในเวลาต่อมาคือตัวกระตุ้นความเครียดระยะที่ 2 (Secondary Stressor) เช่น การรับรู้ว่าตนเองเป็นโรคเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดระยะแรก หลังจากนั้นทำให้การมองเห็นคุณค่าในตัวเองลดลงจากการเกิดโรคนั้น ๆ ซึ่งการมองเห็นคุณค่าในตัวเองที่ลดลงนี้จะกลายเป็นตัวกระตุ้นความเครียดในระยะที่ 2 ถัดมา

2.1 ความไม่แน่นอนจากโรค (Uncertainty in Illness) การเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เป็นสิ่งใหม่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ หรือความไม่แน่นอนในสถานการณ์ต่าง ๆ มีผลต่อการประเมินสถานการณ์ความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) จากผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคเมเร็งเต้านมพบว่าความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วยเป็นตัวพยากรณ์การเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยง (Anusasananun, 2012) บริเธอร์ทอลล์ และ แมคสัน (Bretherton & McLean, 2015) พบว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ สามารถทำนายการปรับตัวทางด้านจิตใจของผู้ป่วยได้ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมความไม่แน่นอนจากโรคที่เป็นอยู่ อาจทำให้ผู้สูงอายุมีการตอบสนองต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตและความเปลี่ยนแปลงนั้นไม่เหมาะสม

2.2 ความเครียดทางด้านร่างกาย (Physical Stress) ความรุนแรงของโรคมีผลต่อการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียด สำหรับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับการคิดการตัดสินใจจึงมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดด้วยเช่นกัน พบว่าสมรรถภาพทางด้านสติปัญญา (Cognitive Ability) มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นปัญหา (Hurt, Burn, Hindle, & Brown, 2012) การศึกษาของ สิริสม และ คณะ (Sirisom, Sangsuwan, & Srijugkot, 2013) พบว่าภาวะพึ่งพาของผู้ป่วยที่มีความพิการทางด้านร่างกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดและเป็นตัวพยากรณ์การเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นปัญหาได้

2.3 การมองเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) เป็นการประเมินคุณค่าของบุคคลที่มีต่อตนเอง (McLeod, 2008) จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีการใช้วิธีการจัดการกับความเครียดเพื่อพยายามรักษาไว้ซึ่งคุณค่าของตนเอง (Hoogeveen, Caffò, & Bos, 2015)

3. ปัจจัยด้านตัวแปรสื่อกลางหรือทรัพยากรความเครียด

ปัจจัยด้านทรัพยากรที่มีอยู่ในตัวบุคคลไม่ว่าจะเป็นมุมมองการมองโลก ความมั่นใจในตนเอง ความหวัง การมองเห็นคุณค่าในตนเอง และ ความตระหนักรู้ รวมถึงบุคลิกภาพส่วนบุคคลมีผลต่อการคิดและพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคล รวมถึงการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดในแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน งานวิจัยที่ค้นหาความแตกต่างระหว่างการใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียดในบุคคลที่มีลักษณะบุคลิกที่แตกต่างกันพบว่า คนที่มี

ลักษณะชอบเข้าสังคม (Extroversion) มีความพิถีพิถัน (Conscientiousness) และเปิดรับประสบการณ์ใหม่ๆ (Openness) มีการใช้กลยุทธ์การเผชิญความเครียดมากกว่าคนที่บุคลิกแปรปรวนทางด้านอารมณ์ (Carver & Connor-Smith, 2010) สำหรับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่าคนที่มีความโน้มในการเก็บอารมณ์หรือถูกควบคุมมักจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยง (Seiffer, Clare, & Harvey, 2005)

3.1 การมองโลกในแง่ดี เป็นความคาดหวังของบุคคลต่ออนาคตของตนเองในทางที่ดี ความคาดหวังของแต่ละบุคคลสามารถมองได้ทั้งเป็นลักษณะบุคลิกภาพของแต่ละบุคคลและสามารถเปลี่ยนแปลงได้จากประสบการณ์ที่ได้รับผ่านช่วงเวลาการใช้ชีวิต การมองโลกในแง่ดีสามารถทำนายวิธีการเผชิญความเครียดของบุคคลได้ การมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดแบบเข้าไปแก้ไขปัญห และแปรผกผันกับการเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยง (Carver, Scheier, & Segerstrom 2010) และนอกจากจะพบว่าการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์กับการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นการจัดการกับปัญหาแล้วยังพบว่าการมองโลกในแง่ดีช่วยให้บุคคลวิเคราะห์ตนเองและปรับโครงสร้างทางปัญญาขึ้นมาใหม่ได้ (Costa-Requena., 2014) สำหรับการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นก็พบว่าการมองโลกในแง่ดีมีความสัมพันธ์กับการเลือกวิธีการเผชิญความเครียด (Lamont, Nelis, Quinn, Martyr, Rippon, Kopelman, et al, 2020)

3.2 ความมั่นใจในตนเอง (Self-Efficacy, or Self-Confidence) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความสามารถของตนเอง หรือความมั่นใจในความสำเร็จของตนเองสำหรับการทำงานใดงานหนึ่งที่เฉพาะเจาะจง คนที่มีความมั่นใจในตนเองจะไม่กลัวต่อเป้าหมายที่ท้าทาย ซึ่งตรงกันข้ามกับคนที่ขาดความมั่นใจจะมีความรู้สึกยากลำบาก มีความพยายามน้อยและมีความล้มเหลว เช่นเดียวกันกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักจะมองหาความสามารถของตนเองในการเลือกวิธีการเผชิญความเครียด (Preston, Marshall, & Bucks, 2007) ในผู้ป่วยเบาหวานพบว่าความมั่นใจในตนเองมีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการแสดงออกมากกว่าการแสดงความนิ่งเฉย (Hattori-Hara & Gonzalez-Celis, 2013)

3.3 ความหวัง (Hope) ความหวังเป็นความคาดหวังถึงผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่วางไว้ การที่บุคคลมีการตั้งความหวังที่สอดคล้องกับความเป็นจริงหรือความเป็นไปได้ในแง่บวกจะช่วยให้บุคคลนั้นมีอารมณ์ในทางบวก มีความพึงพอใจในชีวิต จากการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยมะเร็งพบว่าความหวังมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดจากการเจ็บป่วย ความหวังช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งให้ความหมายกับสถานการณ์ความเครียดใหม่ และความหวังสามารถทำนายวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นปัญหา (Anusasananun, 2012) สำหรับในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าผู้สูงอายุที่มีความหวังมักประเมินสถานการณ์ความเครียดเป็นโอกาส มากกว่าเป็นความสูญเสีย หรือภาวะคุกคาม (Preston, Marshall, & Bucks, 2007)

3.4 ความเข้มแข็งอดทนทางด้านจิตใจ (Hardiness) เป็นทรัพยากรที่มีอยู่ในตัวบุคคลเกิดขึ้นจากการสั่งสมผ่านประสบการณ์ชีวิต ความเข้มแข็งอดทนเป็นคุณสมบัติที่เกี่ยวข้องกับความมุ่งมั่นและความเชื่อที่ส่งผลต่อการประเมินสถานการณ์ความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของแต่ละบุคคล บุคลิกของคนที่มีความเข้มแข็งอดทนจะมีความสามารถในการปรับตัวกับสถานการณ์ความเครียดได้ดีกว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งอดทนทางด้านจิตใจน้อยกว่า (Sarani, Azhari, Mazlom, & Sherbaf, 2015)

3.5 แรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support) เป็นการรับรู้ว่าได้รับความรักและการเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้างหรือบุคคลใกล้ชิด แรงสนับสนุนทางด้านสังคมทำให้เกิดความรู้สึกถึงการมองเห็นคุณค่าของตนเอง ความรู้สึกถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม แรงสนับสนุนทางด้านสังคมก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่ใช้ในกระบวนการเผชิญความเครียด สามารถช่วยลดความวิตกกังวล และสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Noysipoom, 2010) สอดคล้องกันกับผลการศึกษาวิจัยในกลุ่มประชากรที่เป็นโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองพบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวสามารถทำนายการเผชิญความเครียดได้ (Sirisom, Sangsuwan, & Srijugkot, 2013) และในผู้ป่วยพิการทางด้านร่างกายพบว่าผู้ป่วยที่รับรู้แรงสนับสนุนจากเพื่อนมีแนวโน้มใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการแสวงหาแรงสนับสนุนทางด้านสังคมมากกว่าผู้ที่รับรู้แรงสนับสนุนจากเพื่อนน้อยกว่าและผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับครอบครัวมักใช้

วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นปัญหา และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมมากกว่าคนที่อาศัยอยู่ตามลำพัง (Kara & Acikel, 2011) สำหรับในกลุ่มผู้ป่วยโรคเมเร็งพบว่าการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายวิธีการเผชิญความเครียดแบบการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Anusasananon, 2012)

3.6 จิตวิญญาณ (Spirituality) มุมมองทางการศึกษาด้านการพยาบาลมองมิติทางจิตวิญญาณของบุคคลเป็นองค์รวมที่ประกอบไปด้วย กาย จิต และ จิตวิญญาณ คุณลักษณะของจิตวิญญาณจะประกอบไปด้วย ความเชื่อ ระบบ ความหมาย และ จุดมุ่งหมายของชีวิต การเชื่อมต่อ และ การเป็นสิ่งที่เหนือธรรมชาติ สำหรับจิตวิญญาณกับศาสนานั้นมักจะใช้แทนที่กันในบางการศึกษาเนื่องจากศาสนามักจะมีอิทธิพลต่อความเชื่อและการให้ความหมายของชีวิตของบุคคล การศึกษาวิจัยในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่าผู้ที่มีความทุกข์และรู้สึกวุ่นวายตนเองถูกคุกคามทางด้านจิตใจมักจะใช้ศาสนาเป็นวิธีการเผชิญความเครียด พบว่าการเผชิญความเครียดด้านจิตวิญญาณจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมยอมรับกับสิ่งที่ตนเองเป็นอยู่ คงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ของตนเองและบุคคลรอบข้าง ให้ความหวังและให้ความหมายของชีวิต (Agli, Bailly, & Ferrand, 2015)

รูปแบบการส่งเสริมการเผชิญความเครียด

โปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดที่ผ่านมาส่วนใหญ่มีจุดประสงค์เพื่อการบรรเทาความเครียดซึ่งจะช่วยแก้ปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม งานวิจัยอีกส่วนหนึ่งมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาความสามารถทางสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังนี้

ดนตรีบำบัด (Music Therapy) มีหลักฐานจากงานวิจัยยืนยันว่าการใช้ดนตรีบำบัด ไม่ว่าจะโดยวิธีการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ฟังเพลง ร้องเพลง เต้นรำ จะสามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของสมอง เพิ่มความสามารถในการประเมินสถานการณ์ความเครียด ป้องกัน และ บรรเทาอาการจากภาวะซึมเศร้า และยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (McDermott, Orrell, & Ridder, 2014; Moreno-Morales, Calero, Moreno-Morales, & Pintado, 2020)

สัตว์เลี้ยงบำบัด (Pet Therapy) จากการศึกษาการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของ คลีโมวา และคณะ (Klimova et al., 2019) พบว่า สัตว์เลี้ยงบำบัดช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีทักษะทางด้านปัญญาเพิ่มขึ้นและมีผลต่อการควบคุมพฤติกรรม และ อารมณ์ รวมไปถึงการมีสุขภาพจิตและพฤติกรรมทางสังคมที่ดีขึ้น

กิจกรรมกลุ่มบำบัด (Group Activities) กิจกรรมกลุ่มบำบัดจะช่วยพัฒนาทักษะการเข้าสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น รวมถึงช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของสมอง (Cohen-Mansfield, 2018)

การบำบัดด้วยการรับรู้ความจริง (Reality Orientation) เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาความสามารถของสมองและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Chiu, Chen, Chen, & Huang, 2018)

การจัดโครงสร้างกิจกรรมประจำวัน (Structure daily activities) หรือการใช้ชีวิตตามปกติ (Normalization Living) และ การปรับสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย (Adapting the Living Environment) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองตามความสามารถที่มีอยู่ให้ได้อย่างมากที่สุดสามารถช่วยชะลอความเสื่อมของสมอง การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและสร้างบรรยากาศที่คุ้นเคยจะช่วยลดปัญหาทางด้านการนอนหลับ (Sleep-Wake Cycle) พฤติกรรมวุ่นวาย อาการผุดลุกผุดนั่ง (Wandering) (Soril, Leggett, Lorenzetti, Silvius, Robertson, Mansell, et al, 2014)

กิจกรรมบำบัด (Psychomotor Therapy) การให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้เคลื่อนไหวร่างกายจะช่วยส่งเสริมการทำงานของสมองและชะลอความเสื่อมของสมองได้ กัชแมน และ คณะ (Guzman, Robinson, Rochester, James, & Hughes, 2017) พบว่าการเคลื่อนไหวโดยการเดินร่ายนอกจากจะช่วยเพิ่มทักษะทางด้านสติปัญญาแล้วยังสามารถช่วยควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่าการเผชิญความเครียดของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย วิธีการเผชิญความเครียดวิธีเดียวกันอาจให้ผลลัพธ์ที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล พยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำเป็นที่จะต้องมีความรู้และเข้าใจธรรมชาติของความเครียด การเผชิญความเครียด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด และการประเมินผลลัพธ์จากการเผชิญความเครียด เพื่อที่จะสามารถนำความรู้เหล่านี้มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นการจัดการกับปัญหา หรือการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นการจัดการกับอารมณ์ ดังนี้

1. ควรประเมินระดับความเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นรายบุคคล และให้คำปรึกษาโดยให้ผู้สูงอายุทำความเข้าใจกับความเครียดของตนเอง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ระบายความเครียดที่ตนเองมีอยู่ในหลายๆ ลักษณะ เช่น การพูดคุย การทำแบบทดสอบ การจัดกิจกรรมกลุ่ม

2. ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถประเมินสถานการณ์ปัญหาว่าสถานการณ์นั้นส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุอย่างไรบ้าง เป็นอันตราย เป็นการสูญเสีย เป็นภาวะคุกคาม หรือเป็นความท้าทาย หลังจากนั้นให้ผู้สูงอายุได้มีการประเมินทรัพยากรที่มีอยู่ว่าสามารถนำมาใช้ในการเผชิญความเครียดได้อย่างไร พยาบาลสามารถเป็นผู้ให้คำปรึกษาในการประเมินกับสถานการณ์ การเปลี่ยนความหมายของสถานการณ์หากเกินกว่าที่ผู้สูงอายุจะแก้ไขปัญหานั้นได้

3. บทบาทในการส่งเสริมการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียด พยาบาลควรเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อาจเป็นผู้คอยช่วยเหลือ และให้การสนับสนุนทางด้านความรู้ ข้อมูลในด้านต่างๆ สนับสนุนทางด้านอารมณ์ให้ผู้สูงอายุเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมกับตนเองโดยสังเกตผลลัพธ์จากการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแต่ละวิธี เนื่องจากการเผชิญความเครียดในแต่ละวิธีให้ผลลัพธ์ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล เช่น ผู้สูงอายุบางคนมีความสุขสงบเมื่อใช้เวลาอยู่ตามลำพัง แต่บางคนมีอารมณ์ดีเมื่อได้พูดคุยกับผู้คนรอบข้าง

4. บทบาทในการประเมินผลลัพธ์จากการเผชิญความเครียด เป็นบทบาทของพยาบาลการให้ข้อมูลและข้อมูลย้อนกลับถึงผลของการเผชิญความเครียดที่ผู้สูงอายุใช้ไปแล้วนั้นให้ผลเป็นอย่างไร เช่น สุขภาพจิตดีขึ้น อารมณ์ของผู้สูงอายุดีขึ้น พักผ่อนได้มากขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ในทางกลับกันถ้าหากผู้สูงอายุมีอาการหงุดหงิด ซึมเศร้า พักผ่อนไม่ได้ หมายถึงเป็นการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม

5. พยาบาลควรให้ความสำคัญกับปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญความเครียด โดยการสนับสนุนและเสริมสร้างการรับรู้แหล่งทรัพยากรภายในที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด เช่น การส่งเสริมสมรรถภาพของสมอง ให้การสนับสนุนทางด้านสังคม และ เสริมสร้างความหวังที่ตรงกับความเป็นจริง (Leecharoen, 2020) เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสมรรถภาพของสมอง

การส่งเสริมสมรรถภาพของสมอง เป็นการเพิ่มสมรรถภาพของสมองด้านรู้คิดและการฟื้นฟูสมรรถภาพของสมองในส่วนที่สูญเสียไป ซึ่งเป็นบทบาทหนึ่งที่มีความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากความสามารถทางสมองเป็นตัวพยากรณ์โรค บ่งบอกระยะของโรค อีกทั้งยังมีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเองให้มากที่สุด จะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถปรับตัวกับภาวะของโรค และช่วยชะลอความเสื่อมของสมองได้

1. การให้ข้อมูลผู้สูงอายุให้รู้จักตนเอง และสิ่งรอบตัวตามความเป็นจริงให้มากที่สุด (reality orientation) เป็นวิธีการช่วยส่งเสริมทักษะการทำงานของสมอง และทำให้ผู้สูงอายุสามารถแก้ปัญหาด้วยตนเอง โดยฝึกให้รับรู้วัน เวลา สถานที่ รับรู้สภาพต่างๆ รอบตัว สภาพดินฟ้า อากาศ ใช้วิธีฝึกโดยตั้งคำถาม คำตอบ หรือ

วิธีการอื่นๆ ให้ผู้สูงอายุได้สัมผัสความจริงรอบตัว เช่น พุดคุยเรื่องการรับประทานอาหาร การดำเนินชีวิตประจำวัน การฝึกบวก และ ลบเลข

2. การเล่นเกมดนตรี เป็นการช่วยบรรเทาความเครียดให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ใช้ในกรณีที่ผู้สูงอายุเคยเล่นเกมดนตรี ยังสามารถจำวิธีเล่นเกมดนตรีได้ และ ให้เล่นเกมดนตรีที่ตนเองคุ้นเคย เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุระลึกถึงความหลังได้หรือการร้องเพลงและการเปิดเพลงที่ผู้สูงอายุชอบให้ฟัง สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุรับรู้แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ สามารถจัดการกับอารมณ์ตนเองและเป็นการผ่อนคลายความตึงเครียดในชีวิตประจำวัน

3. การจัดให้มีกิจกรรมทางศาสนา เช่น การสวดมนต์ให้พระ จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้ฝึกกระตุ้นความจำได้อาจจะสวดมนต์ที่สั้นหรือฉบับย่อ สนับสนุนการทำบุญตามโอกาสต่างๆ เช่น วันเข้าพรรษา วันมาฆบูชา จะเป็นการกระตุ้นให้ได้รับรู้วันเวลาตามเทศกาล

4. การชักชวนทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อบรรเทาความเครียดโดยการเบี่ยงเบนความสนใจของผู้สูงอายุ เช่น เตรียมอาหาร ทำความสะอาดของใช้ในบ้าน ตกแต่งต้นไม้ การพาผู้สูงอายุออกไปเดินนอกบ้าน จะทำให้ผู้สูงอายุได้เปลี่ยนบรรยากาศ จะเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของสมอง นอกจากนี้ยังช่วยส่งเสริมการรู้สึกมองเห็นคุณค่าของตนเอง

5. การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัย เช่นวางสิ่งของที่ผู้สูงอายุไว้ประจำที่เดิมที่เคยไว้อยู่เสมอ ไม่ควรเปลี่ยนที่วางใหม่หรือไปวางในตำแหน่งอื่นและจัดไว้ในจุดที่มองเห็นได้ง่าย ทำให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ง่ายขึ้น สิ่งเหล่านี้จะช่วยลดการเกิดพฤติกรรมกระวน กระวาย ผุดผกนั้นได้

6. การกระตุ้นความจำ เพื่อเพิ่มความสามารถของสมองด้านความทรงจำ เช่น การเล่นเกมจับคู่ การติดปฏิทินใบใหญ่ๆ และทำเครื่องหมายกากบาทเมื่อผ่านไปในแต่ละวัน ทำป้ายเตือนความจำและชวนให้ผู้สูงอายุทำเครื่องหมายไว้เมื่อทำกิจกรรมนั้น ๆ เช่น การนัดรับประทานอาหารนอกบ้านกับเพื่อนหรือคนในครอบครัว หรือชวนดูรูปต่างๆที่ถ่ายไว้ในอดีต รูปสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนใกล้ชิด พร้อมทั้งกระตุ้นให้นึกชื่อบุคคล และสถานที่จากรูป

7. การพาผู้สูงอายุออกนอกสถานที่ การเดินเล่น การออกกำลังกาย การเลี้ยงสัตว์ เพื่อช่วยบรรเทาความเครียดในการใช้ชีวิตประจำ โดยเฉพาะในระยะเริ่มต้นจนถึงระยะปานกลางที่ความบกพร่องของสมองยังไม่มาก และผู้สูงอายุที่ยังมีร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ การจัดงานพบปะกับลูกหลานและเพื่อน ๆ การทำสิ่งดังกล่าวจะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข แต่ไม่ควรจัดงานสังสรรค์กลุ่มใหญ่ เพราะผู้สูงอายุอาจจะปรับตัวไม่ได้และตื่นกลัว

9. เสริมสร้างความหวังและกำลังใจ ตามสภาพความเป็นจริงเพื่อให้ผู้สูงอายุคาดหวังถึงความสามารถของตนเองในระยะของภาวะสมองเสื่อมที่ตนเองเป็นอยู่ได้อย่างเหมาะสม และความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองรวมทั้งกิจกรรมที่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง หรือวิธีการใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการใช้ชีวิตอยู่กับภาวะสมองเสื่อม

สรุป

ความเครียดในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเกิดจากความยากลำบากในการใช้ชีวิตอยู่กับภาวะของสมองที่เสื่อมลงในแต่ละวันอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมรู้สึกด้อยค่า ขาดความมั่นใจ ความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดลดลง ต้องแยกตัว และ รู้สึกโดดเดี่ยว เมื่อเกิดความเครียดซ้ำ ๆ เป็นระยะเวลานานจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพ และเพิ่มการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ของสมอง การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การเผชิญความเครียดของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยด้วยกัน คือ ปัจจัยด้านพื้นหลังและบริบท ปัจจัยด้านตัวกระตุ้นความเครียด และ ปัจจัยด้านทรัพยากรการเผชิญความเครียด ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมยังสามารถใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่หลากหลาย เช่น การยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น ค้นหาวิธีการดูแลตนเอง ค้นหาความรู้จากคนรอบข้าง การพยายามที่จะไม่คิดถึงสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด หรือการหลบเลี่ยงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด การแยกตัว ซึ่งวิธีการเผชิญความเครียดของ

ผู้สูงอายุแต่ละคนมีความหลากหลายและแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามการใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ให้ผลลัพธ์ทางบวกเป็นการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมของบุคคลนั้นๆ พยาบาลสามารถประเมินผลลัพธ์จากการเผชิญความเครียดและเป็นผู้ช่วยให้คำแนะนำหรือคำปรึกษากับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมให้สามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ด้านการศึกษาวิจัย บทความนี้เป็นการรวบรวมความรู้เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจากหลากหลายประเทศ ทั้งในประเทศไทย ประเทศแถบตะวันตก และ ประเทศในแถบตะวันออก ปัจจุบันยังมีการทำวิจัยในเรื่องปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุไทยที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่มากนัก การศึกษาวิจัยในประเด็นนี้เพิ่มขึ้นจะช่วยให้สามารถเข้าใจรูปแบบของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพและช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้

ด้านการพยาบาล ความรู้เรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียด และ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านพื้นหลังและบริบท ปัจจัยด้านตัวกระตุ้นความเครียด และปัจจัยด้านแหล่งทรัพยากรภายใน/ภายนอก รวมถึงการประเมินผลที่เกิดจากการเผชิญความเครียดเป็นประเด็นที่ควรคำนึงถึงในการดูแลด้านจิตใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในแต่ละราย เนื่องจากการใช้เผชิญความเครียดในรูปแบบเดียวกันอาจให้ผลลัพธ์ที่แตกต่างกันไป ดังนั้นการให้ความสำคัญกับประเด็นต่างๆ เหล่านี้ในผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลจะช่วยให้พยาบาลสามารถส่งเสริมการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างถูกต้อง

References

- Agli, O., Bailly, N., & Ferrand, C. (2015). Spirituality and Religion in Older Adults with Dementia: a Systematic Review. *International Psychogeriatrics*, 27(5), 715-725.
- Aldwin, C. M. & Revenson T. A. (1987). Does Coping Help? A Reexamination of the Relation Between Coping and Mental Health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(2), 337-348.
- Anusasananon, B. (2012). *Coping Behaviors and Predicting Factors among Breast Survivors at Each Phase of Cancer Survivorship*. (Doctoral Dissertation), Chaing Mai University, Faculty of Nursing.
- Bernard Claude. (1865) *An Introduction to the Study of Experimental Medicine*. (English Translation by Henry Copley Greene, 1957) London: Macmillan & Co., Ltd.
- Bjorklof, G. H., Helvik, A. S., Ibsen, T. L., Telenius, E. W., Grov, E. K., & Eriksen, S. (2019). Balancing the Struggle to Live with Dementia: a Systematic Meta-Synthesis of Coping. *BMC Geriatrics*, 19(1), 1-24.
- Brady, S. S., & Helgeson, V. S., (2000). Social Support and Adjustment to Recurrence of Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 17(2), 37-55.
- Bretherton, S. J., & McLean, L. A. (2015). Interrelations of Stress, Optimism and Control in Older People's Psychological Adjustment. *Australasian Journal on Aging*, 34(2), 103-108. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/ajag.12138>.
- Cannon. W. B. (1929). *Bodily Changes in pain, hunger, fear and rage*. New York: D. Appleton & Co.



- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual review of psychology*, 61, 679-704.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology review*, 30(7), 879-889.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Chiu, H. Y., Chen, P. Y., Chen, Y. T., & Huang, H. C. (2018). Reality Orientation Therapy Benefits Cognition in Older People with Dementia: A Meta-Analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 86, 20-28.
- Cho, D., Park, C. L., & Blank, T. O. (2013). Emotional Approach Coping: Gender Differences Onpsychological Adjustment in Young to Middle-Aged Cancer Survivors. *Psychology and Health*, 7. Retrieved February 12, 2019 from <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08870446.2012.762979>
- Cohen-Mansfield, J. (2018). The Impact of Group Activities and Their Content on Persons with Dementia Attending Them. *Alzheimer's research & Therapy*, 10(1), 37.
- Costa-Requena, G., Cantarell-Aixendri, M. C., Parramon-Puig, G., & Serón-Micas, D. (2014). Optimismo Disposicional Yestrategias de Afrontamiento en Pacientes Contraspiente Renal. *Nefrología (Madrid)*, 34(5), 605-610.
- De Souza-Talarico, J. N., Chaves, E. C., Nitrini, R., & Caramelli, P. (2009). Stress and Coping in Older People with Alzheimer's Disease. *Journal of clinical nursing*, 18(3), 457-65. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02508.x. Epub 2008 Nov 29.
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L. G., Taylor, S. E., & Falke, R. L. (1992). Patterns of Coping With Cancer. *Health Psychology*, 11(2), 79-87.
- Feinstein, R. E., & Collins, E. (2016). Crisis Intervention, Trauma, and Disasters, In R. E. Rakel & D. P. Rakel. (Eds) *Textbook of Family Medicine*. (pp. 1062-1073) (9th ed.). USA: Elsevier Saunders.
- Guzman, A., Robinson, L., Rochester, L., James, I. A., & Hughes, J. C. (2017). A Process Evaluation of a Psychomotor Dance Therapy Intervention (DANCIN) for Behavior Change in Dementia: Attitudes and Beliefs of Participating Residents and Staff. *International Psychogeriatrics*, 29(2), 313-322.
- Hattori-Hara, M., & González-Celis, A. L. (2013). Coping Strategies and Self-Efficacy for Diabetes Management in Older Mexican Adults. *Psychology*, 4(6A1), 39-44
- Hoogeveen, F. R., Caffò, A. O., & Bos, J. (2015). Assistance in Maintaining a Positive Self-Image in People with Dementia. *Rivista Internazionale di Filosofia e Psicologia*, 6(2), 417-431.
- Hurt, C., Burn, D., Hindle, J. V., & Brown, R. (2012). Cognition, Coping, and Outcome In Parkinson's Disease. *International Psychogeriatrics*. Retrieve June 15, 2018, from <https://www.researchgate.net/publication/225052135>
- Judge, K. J., Menne, H. L., & Whitlatch, C. J. (2009). Stress Process Model for Individual with Dementia. *The Gerontologist*, 50(3), 294-302. doi: 101093/geront/gnp162.
- Kara, B., & Acikel, C. H. (2011). Predictors of Coping in a Group of Turkish Patients Physical Disability. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 983-993.



- Klimova, B., Toman, J., & Kuca, K. (2019). Effectiveness of the Dog Therapy for Patients with Dementia-a Systematic Review. *BMC Psychiatry*, 19(1), 276.
- Lamont, R. A., Nelis, S. M., Quinn, C., Martyr, A., Rippon, I., Kopelman, M. D. et al. (2020). Psychological Predictors of 'Living Well' with Dementia: Findings from the IDEAL study. *Aging & Mental Health*, 24(6), 956-964.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S. (1992). Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Leecharoen, P. (2020). Factor Predicting Coping in Older Persons with Dementia. (Doctoral Dissertation) Chiang Mai University. Thailand.
- McDermott, O., Orrell, M., & Ridder, H. M. (2014). The Importance of Music for People with Dementia: the Perspectives of People with Dementia, Family Carers, Staff and Music Therapists. *Aging & Mental Health*, 18(6), 706-716.
- McLeod, S. (2008). *Self-Concept*. Retrieve Jan 12, 2018 from <http://www.simplypsychology.org/self-concept.html>.
- Moreno-Morales, C., Calero, R., Moreno-Morales, P., & Pintado, C. (2020). Music Therapy in the Treatment of Dementia: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Medicine*, 7, 160.
- Noysipoom, N. (2010). *Living with Dementia of Older Persons: A Qualitative Case Study*. (Master's Thesis) Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. Bangkok, Thailand.
- Park, B. W., Hwang, S. Y. (2009). Depression and Coping in Breast Cancer Patients. *Journal of Breast Cancer*, 12(3), 199-209.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures. *The Gerontologist*, 30, 583-594.
- Polchaiyo, S. (2000). *Factors Affecting Coping Behaviors in Hemiplegics Elderly at Eastern Regional Hospital in Thailand*. (Master' Thesis) Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University, Bangkok, Thailand.
- Preston, L., Marshall A., & Bucks, R. S. (2007). Investigating the Ways That Older People Cope with Dementia: A Qualitative Study. *Aging & Mental Health*, 11(2), 131-143.
- Salye, H. (1976). *Stress in Health and Disease*. Boston USA: Butterworth's Inc
- Sarani, A., Azhari, S., Mazlom, S. R., & Sherbaf, H. A. (2015). The Relationship Between Psychological Hardiness and Coping Strategies During Pregnancy. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 3(3), 408-417.
- Seangpraw, K., Auttama, N., Kumar, R., Somrongthong, R., Tonchoy, P., & Panta, P. (2019). Stress and Associated Risk Factors among the Elderly: A Cross-Sectional Study from Rural Thailand. *F1000Research*, 8, 1-7.
- Seiffer, A., Clare, L., & Harvey, R. (2005). The Role of Personality and Coping Style in Relation to Awareness of Current Functioning in Early-Stage Dementia. *Aging & Mental Health Journal*, 9(6), 535-541.



- Sirisom, S., Sangsuwan, J., & Srijugkot, J. (2013). The Factors Related Coping of Older Persons with Stroke. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience*. Retrieve Jan 4, 2019 from <http://neurosci.kku.ac.th/wp-content/uploads/2013/09/8-2-5.pdf>
- Soril, L. J., Leggett, L. E., Lorenzetti, D. L., Silviu, J., Robertson, D., Mansell, L., et al. (2014). Effective Use of the Built Environment to Manage Behavioural and Psychological Psychological Symptoms of Dementia: a Systematic Review. *PloS one*, 9(12), e115425. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115425>
- Taylor, S. E., & Stanton, A. L. (2007). Coping Resources, Coping Process, and Mental Health. *Annual. Review of Clinical. Psychology*, 3, 377-401.
- Yaribeygi, H., Panahi, Y., Sahraei, H., Johnston, T. P., & Sahebkar, A. (2017). The Impact of Stress on Body Function: A Review. *EXCLI journal*, 16, 1057-1072.

บทบาทพยาบาลในการสอนแนะเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรี

Nurse's Coaching Role: How to Promote

Breast Cancer Preventive Behaviors in Women

ปาณิสรา ส่องวัฒนายุธ*

Panisara Songwatthanayuth*

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*

Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi*

(Received: March 06, 2020; Revised: April 04, 2021; Accepted: June 14, 2021)

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิดการสอนแนะ (Coaching) คุณลักษณะของพยาบาลผู้สอนแนะที่ดี และบทบาทพยาบาลในการสอนแนะเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรี ซึ่งในปัจจุบันการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีเป็นสิ่งที่สำคัญ โดยกลยุทธ์ในการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีคือส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีที่เหมาะสม การสอนแนะเป็นรูปแบบการสอนที่ช่วยพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ ทำให้สตรีเกิดความมั่นใจมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม ปรับปรุงกระบวนการเรียนรู้ และตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง โดยมีพยาบาลเป็นผู้สอนแนะคอยให้การช่วยเหลือ ชี้แนะให้คำแนะนำ เสริมแรง ให้กำลังใจและให้ข้อมูลย้อนกลับ ทำให้สตรีเกิดความมั่นใจและสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้จริง ซึ่งมี 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ประเมินความพร้อมของสตรี ขั้นตอนที่ 2 สอนแนะสู่เป้าหมายโดยมีการกำหนดเป้าหมาย การวิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อย มีการค้นหาทางเลือก การวางแผนการให้ความรู้และฝึกทักษะ โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ ซึ่งสตรีจะได้รับการเสริมสร้างความรู้ และทักษะในการปฏิบัติ นำไปสู่การป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยการเรียนรู้ด้วยตนเองและสาธิตย้อนกลับ และขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อทำให้สตรีเกิดแรงบันดาลใจในการเรียนรู้ และนำไปสู่การแสวงหาความรู้ การฝึกฝนทักษะ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันมะเร็งเต้านม

คำสำคัญ: การสอนแนะ, พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม, สตรี

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: panisara@pckpb.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 098-8854536)

Abstract

This descriptive article aimed to present the concept of coaching, applied to health promotion and nurses' role while promoting breast cancer preventive behaviors. Prevention of breast cancer is important. An efficient teaching model should include coaching strategies that improve knowledge and understanding about breast cancer, so it makes women confident. Behavior change is the key to improve learning process. It's about making the right decisions. So coaching means that nurses must teach, give advice, help, encourage and give feedback in order for women to be confident and able to put their knowledge into practice. The process of coaching composes three steps. Step 1 is an assessment of readiness. Step 2 consists in an analysis of strengths and weaknesses, including planning to develop education and training skills. A systematic learning process is put in place, which involves practical skills, knowledge on proper diet, exercise routine, stress management, and breast self-examination so to self-directed learning and assessment. Step 3 is evaluation and feedback. This way women are inspired to learn and contribute to prevent breast cancer in the future.

Keywords: Coaching, Breast Cancer Preventive Behavior, Women

บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสำคัญทางสุขภาพที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย เป็นสาเหตุการตายอันดับสองในโลก (Jouybari, Naz, Sanagoo, Kiani, Sayehmiri, Sayehmiri, et al., 2018) ข้อมูลสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านมาพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี 2561 มีผู้ป่วยรายใหม่ที่มาใช้บริการ 2,972 คน พบว่า ผู้หญิงเป็นมะเร็งเต้านมมากที่สุดเป็นอันดับ 1 จำนวน 704 คน (National Cancer Institute Department of Medical Services Ministry of Public Health Thailand, 2018) ปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยรายใหม่ที่มาใช้บริการ จำนวน 3,012 คน พบว่า ผู้หญิงเป็นมะเร็งเต้านมมากที่สุดเป็นอันดับ 1 จำนวน 741 คน (National Cancer Institute Department of Medical Services Ministry of Public Health Thailand, 2019) โรคมะเร็งเต้านมส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันได้แก่ มีผลที่เต้านม คลื่นไส้ อาเจียน ความปวด ความเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ (Denieffe, Cowman, & Gooney, 2014; Soivong, Sawasdisingha, Tanvattanagul, Fukul, Kaewinta, Puangsaijai, et al, 2017) ปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ เครียด ภาวะซึมเศร้า (Vahdaninia, Omidvari, & Montazeri, 2010) การสูญเสียภาพลักษณ์ (Shaw, Sherman, & Fitness, 2015) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ทำหน้าที่ทางสังคมลดลงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตลดลง (Nayeri, Bakhshi, Khosravi, & Najafi, 2020) ถึงแม้ว่าโรคมะเร็งเต้านมในระยะแรกจะสามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาและผลข้างเคียงที่เกิดจากการรักษายังคงทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดที่รุนแรงและคุกคามต่อสุขภาพกายและใจของผู้ป่วย ซึ่งปัจจุบันการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมน่าจะเป็นวิธีการที่ดีที่สุด

การส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านม โดยสตรีที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านมได้ มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ร่วมกับการมีญาติสายตรงหรือสายรองเป็นมะเร็งเต้านม และ/หรือ สตรีที่มีอายุ 35-59 ปี ร่วมกับการได้รับฮอร์โมนนานมากกว่า 5 ปี (National Health Security Office, 2011) ในปัจจุบันพบว่า สตรีไทยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมไม่เหมาะสม มักรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การดื่มแอลกอฮอล์ (Warathornpibun, 2015) มีความเครียด จำนวนร้อยละ 32.24 (Department of Mental Health, 2015) มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองค่อนข้างต่ำ (Saksiri, 2015) และมีการรับรู้ต่ออุปสรรคในการคัดกรองมะเร็งเต้านม (Chotsangsakorn, Thanasilp, & Pudtong, 2019) การสร้างเสริมสุขภาพสตรีในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมสามารถทำได้โดยมีพฤติกรรม

ป้องกันโรคเมร่งเต้านมที่เหมะสม องค์การอนามัยโรคระบุว่าพฤติกรรมป้องกันโรคเมร่งเต้านม คือ การกระทำที่ทำให้ลดความเสี่ยงของการเกิดเมร่งเต้านม ประกอบด้วย การมีกิจกรรมออกกำลังกาย การมีโภชนาการที่เหมะสม สามารถจัดการความเครียดได้ และตรวจเต้านมด้วยตนเอง (World Health Organization, 2013) โดยการหลีกเลี่ยงปัจจัยส่งเสริมจากสารก่อเมร่ง ได้แก่ บุหรี่ อาหารไขมันสูง อาหารปิ้งย่าง แอลกอฮอล์ และสารที่ออกฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของสารก่อเมร่ง ได้แก่ ฮอโมนเอสโตรเจน และโรคเมร่งเต้านมสามารถรักษาหายได้ ถ้าหากมีการตรวจพบความผิดปกติในระยะแรก โดยมีการตรวจคัดกรองเมร่งเต้านมด้วยตนเอง รวมทั้งมีการสร้างความเชื่อมั่นในการความสามารถ และการที่พยาบาลได้เป็นผู้สอนแนะที่เหมะสมจะช่วยเหลือเพิ่มความรู้อและทักษะในการป้องกันพฤติกรรมป้องกันเมร่งเต้านมในสตรี ได้แก่ พฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ พฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ พฤติกรรมการจัดการความเครียดที่เหมะสม และพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองซึ่งเป็นการลดลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดเมร่งเต้านม และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมะสมในการดำเนินชีวิต (Arunjit & Navicharern, 2019)

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิดการสอนแนะ คุณลักษณะของพยาบาลผู้สอนแนะที่ดี และบทบาทพยาบาลในการสอนแนะเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันเมร่งเต้านมในสตรี

แนวคิดการสอนแนะ

โรคเมร่งเต้านมเป็นโรคที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงที่เกิดหลายประการ การป้องกันเมร่งเต้านมนั้นพยาบาลมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันเมร่งเต้านมในสตรี เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดี จำเป็นต้องมีการวิธีการที่ช่วยในการสอนที่มีระบบ มีการวิเคราะห์แหล่งสนับสนุน อุปสรรคที่แท้จริงของสตรีอย่างแท้จริง เพื่อไปสู่การวางแผนในการให้ความรู้และทักษะที่เหมะสมในการป้องกันเมร่งเต้านม ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องหาวิธีการสอนที่เหมะสมในสตรีโดยเฉพาะที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งการสอนแนะเป็นการสอนที่ต้องใช้ศิลปะอย่างหนึ่ง ที่ช่วยให้ผู้ที่ได้รับการสอนแนะสามารถปฏิบัติกิจกรรมการเรียนรู้ได้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและมีความผูกพันอยู่กับการเรียนรู้ มีการสร้างโอกาสให้ผู้รับการสอนแนะ ได้ใช้ความคิด และหาคำตอบที่ถูกต้อง เพื่อพัฒนาศักยภาพไม่ใช่ว่าการบอกคำตอบให้กับผู้รับการสอนแนะ ในการให้ผู้รับบริการผ่านกระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบกับผู้สอนซึ่งเป็นผู้ชี้แนะที่มีความรู้และมีทักษะ เพื่อผู้รับบริการที่รับการสอนแนะเพื่อเสริมสร้างความรู้ และทักษะในการปฏิบัติไปสู่การป้องกันโรคและบรรลุเป้าหมายที่กำหนด การจะบรรลุซึ่งเป้าหมายที่กำหนดไว้ เกิดจากการร่วมมือกันของสองฝ่าย ทั้งผู้ให้การสอนแนะและผู้รับการสอนแนะ ดังนั้นการสอนแนะจึงเป็นกระบวนการการสอนที่มีการสื่อสารสองทาง คือ ผู้สอนแนะและผู้รับการสอนแนะมีการสื่อสารตกลงกันโดยผู้ให้การสอนแนะยึดหลักผู้รับการการสอนแนะเป็นหลักผู้รับการสอนแนะเป็นศูนย์กลาง มีกระบวนการสอนที่มีลำดับขั้นตอน (Gracy, 2001) มีการใช้เทคนิคเฉพาะทางในแต่ละเทคนิคการสอนที่แตกต่างกันในแต่ละคน ผู้สอนแนะต้องรู้จักแก้ปัญหา รู้จักเสนอทางเลือกให้แก่ผู้รับการสอนแนะพิจารณาด้วยตนเอง ซึ่งปัจจุบันมีแนวคิดหลายท่าน ในบทความนี้ขอนำเสนอครั้งนี้ขอใช้แนวคิดของ Eaton & Johnson (2000) ซึ่งมี 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้สอนแนะกับผู้รับการสอนแนะร่วมกัน โดยมีการกำหนดเป้าหมายของการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งเป็นเป้าหมายซึ่งตั้งอยู่กับความเป็นจริง มีความชัดเจน สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง สามารถวัดได้ และระบุเวลาที่ชัดเจน
2. ผู้สอนแนะกับผู้รับการสอนแนะมีการวิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อยของการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน เพื่อค้นหาทางเลือกในการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อร่วมกันค้นหาสิ่งที่เป็นแหล่งสนับสนุนหรือสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรม
3. ผู้สอนแนะกับผู้รับการสอนแนะร่วมกันค้นหาทางเลือกในการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้รับการการสอนเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้
4. ผู้สอนแนะวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมโดยการให้ความรู้และฝึกทักษะ

5. ผู้สอนแนะนำให้ผู้รับการสอนแนะนำการเรียนรู้และฝึกทักษะกิจกรรมด้วยตนเองจากนั้นแสดงวิธีการสาธิตย้อนกลับแก่ผู้สอนแนะ
6. ผู้สอนแนะประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับจากการแสดงวิธีการสาธิตย้อนกลับของผู้รับการสอนแนะ

คุณลักษณะของพยาบาลผู้สอนแนะที่ดี

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านม ฉะนั้นพยาบาลในฐานะผู้สอนแนะจึงควรมีคุณลักษณะของผู้สอนแนะที่ดี ประกอบด้วย การให้คำปรึกษา การสร้างแรงจูงใจ การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี การมีความไวต่อความรู้สึก การใส่ใจผู้รับการสอนแนะ การเป็นผู้ฟังที่ดี และสรุปความให้แก่ผู้รับการสอนแนะ (Eaton & Johnson, 2000)

1. การให้คำปรึกษา เป็นการส่งเสริมให้ผู้รับการสอนแนะหรือผู้รับบริการตระหนักถึงความสามารถของตนเองในการไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยคอยแนะนำให้คำปรึกษาในการวิเคราะห์ จุดเด่น จุดด้อย ของผู้รับการสอนแนะ ให้คำปรึกษาในการค้นหาทางเลือกและแนวทางการแก้ไขเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งมีการให้คำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหากับผู้รับการสอนแนะเมื่อกลับไปฝึกทักษะด้วยตนเองขณะอยู่ที่บ้านและโรงพยาบาล
2. การสร้างแรงจูงใจ เป็นการสร้างแรงผลักดันให้เกิดกับผู้รับการสอนหรือผู้รับบริการไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยเน้นให้ผู้รับการสอนแนะเห็นคุณค่าในศักยภาพของตนเองว่า ผู้รับการสอนแนะสามารถไปถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ จากการที่มีการวิเคราะห์ จุดเด่น จุดด้อย ของผู้รับการสอนแนะ มีการให้กำลังใจแก่ผู้รับการสอนแนะในการฝึกทักษะ ให้คำชมเชยเมื่อผู้รับการสอนแนะสามารถแสดงวิธีการสาธิตย้อนกลับได้ถูกต้อง ยามที่ผู้รับการสอนแนะท้อแท้หรือหมดกำลังใจในการฝึกทักษะจากการที่คิดว่าไม่สามารถทำการฝึกทักษะได้ถูกต้อง ผู้สอนแนะให้กำลังใจในการฝึกทักษะและทบทวนการฝึกทักษะให้แก่ผู้สอนซ้ำ เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้เกิดความพยายามในการฝึกทักษะต่อไป
3. การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี เป็นการสร้างความเป็นมิตรเอื้ออาทรต่อกัน ยอมรับความเป็นบุคคล เพื่อให้ผู้รับการสอนแนะเกิดความผ่อนคลาย และเกิดความไว้วางใจ กล้าซักถามและแสดงความคิดเห็น
4. การเป็นผู้ฟังที่ดี โดยมีการฟังอย่างตั้งใจ ไม่แย่งพูด และมีความไวต่อความรู้สึก ใส่ใจของผู้รับการสอนแนะ
5. การสรุปความ เป็นการรวบรวมเนื้อหาที่สำคัญ อารมณ์ที่เกิดขึ้น สะท้อนกลับเป็นคำพูดที่ได้ใจความทั้งหมดไปที่ผู้รับการสอนแนะ

บทบาทพยาบาลในการสอนแนะเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรี

พยาบาลมีบทบาทในการสอนแนะเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสอนแนะของ Eaton & Johnson (2000) มาใช้ในการสอนเป็นรายบุคคล ใช้เวลาประมาณ 150 นาที มี 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินความพร้อมของสตรี

สร้างสัมพันธภาพและชี้แจงขั้นตอนในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีโดยใช้วิธีการสอนแนะ โดยมีการประเมินความพร้อมของสตรี โดยสอบถามเรื่องอายุ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณดัชนีมวลกาย ซักประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัวเกี่ยวกับโรคมะเร็ง และวัดสัญญาณชีพ เพื่อประเมินความพร้อมของสตรีให้พร้อมก่อนร่วมกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 2 สอนแนะสู่เป้าหมาย

1. พฤติกรรมด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม โดยพยาบาลสอนเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม โดยเน้นการรับประทานโปรตีนจากเนื้อปลา เนื่องจากย่อยง่าย หลีกเลียงเนื้อสัตว์ที่ติดมันเนื่องจากเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม รับประทานผักใบเขียวและผักมีสี ผักตระกูลใบเขียว เช่น ผักบุ้ง ผักคะน้า ขึ้นฉ่าย ผักชี บล็อกโคลี่ ผักมีสี เช่น มะเขือเทศ แครอท เป็นต้น อาหารที่มีโอกาสได้รับสารเร่งเนื้อแดง เช่น ตับหมู เนื้อวัว เนื้อหมู เป็นต้น และ

อาหารที่แปรรูปจากอาหารที่มีโอกาสได้รับสารเร่งเนื้อแดง เช่น สเต็ก แฮมเบอร์เกอร์ ฮอตดอก หมูแปคอน กุนเชียง ไส้กรอก เป็นต้น (Cancer Research UK, 2014) หลีกเลียงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูงในปริมาณมาก เช่น เนย ครีม ไอศกรีม ผลิตภัณฑ์จากนมสด ข้าวขาหมู หนังไก่ทอด อาหารทอดน้ำมันหลายครั้ง (National Breast and Ovarian Cancer Center, 2010) ตามกระบวนการสอนแนะของ Eaton & Johnson (2000) 6 ขั้นตอน ใช้ระยะเวลาประมาณ 20-30 นาที ดังนี้

1.1 กำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านมตามหลัก SMART ในการตั้งเป้าหมายที่ดี 1) เป้าหมายจะต้องมีลักษณะที่เฉพาะเจาะจงและชัดเจน ต้องระบุอย่างชัดเจนว่าต้องทำอะไรหรือต้องการอะไร 2) เป้าหมายจะต้องสามารถวัดได้ในทางสถิติได้ (กำหนดเป้าที่จะวัดเป็นเลข) ซึ่งการทำให้เป้าหมายวัดได้ด้วยตัวเลขจะทำให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่าสำเร็จหรือไม่สำเร็จ 3) เป้าหมายจะต้องเป็นเป้าหมายที่สามารถบรรลุผลได้จริง ต้องตั้งให้มันเป็นไปได้ 4) การที่เป้าหมายจะต้องสอดคล้องกับความเป็นจริง เป็นการตั้งเป้าหมายให้สมเหตุสมผลกับสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ 5) การที่การตั้งเป้าหมายที่ดีจะต้องมีการกำหนดช่วงระยะเวลาในการวัดผลที่ชัดเจน พยาบาลผู้สอนให้สตรีกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในปริมาณที่เหมาะสมและหลีกเลียงอาหารที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมได้ ซึ่งการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนจะทำให้สตรีมีความมุ่งมั่นตามเป้าหมายที่กำหนด (Arunjit & Navicharearn, 2019)

1.2 การวิเคราะห์ จุดเด่น จุดด้อยในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ พยาบาลผู้สอนกับสตรีร่วมกันวิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อยและค้นหาแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านม จากลักษณะอาหารที่สตรีเลือกรับประทานในแต่ละช่วงเวลาในแต่ละวัน ปริมาณอาหารที่สตรีเลือกรับประทาน การจำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพในชุมชนของสตรี การเลือกประกอบอาหารภายในที่พักของสตรีเพื่อรับประทาน ซึ่งการวิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อยจะช่วยให้เข้าใจความต้องการของตนเองได้มากขึ้น (Rukyoo, Lueboonthavatcha, Navicharearn, 2015)

1.2.1 จุดเด่น ในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านม คือ สตรีมีความสนใจในการดูแลสุขภาพและเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ มีการเลือกรับประทานอาหารในปริมาณเหมาะสม รับประทานอาหารเช้า 5 หมู่ สามารถหลีกเลียงอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม และได้รับการสนับสนุนการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อน

1.2.2 จุดด้อย ในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านม คือ สตรีไม่มีความสนใจในการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ เลือกรับประทานอาหารในปริมาณไม่เหมาะสม ไม่ครบ 5 หมู่ อาหารที่มีไขมันสูง และไม่ได้รับการสนับสนุนที่ดีในการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพจากบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อน

1.3 การค้นหาทางเลือก ในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านม พยาบาลผู้สอนกับสตรีร่วมกันค้นหาทางเลือกในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านมจากการวิเคราะห์ จุดเด่น จุดด้อย ของสตรี หากสตรีมีจุดเด่นในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการเลือกรับประทานอาหารป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ผู้สอนแนะส่งเสริมให้สตรีคงไว้ซึ่งพฤติกรรมด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ต่อเนื่องยั่งยืน แต่หากสตรีมีจุดด้อยในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ผู้สอนแนะกับสตรีร่วมกันค้นหาทางเลือก เช่น การสอนแนะให้สตรีเห็นถึงประโยชน์ของการเลือกรับประทานอาหารป้องกันโรคมะเร็งเต้านม เห็นโทษของการเลือกรับประทานอาหาร ไม่ครบ 5 หมู่ และอาหารที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมจากนั้น พยาบาลผู้สอนให้สตรีเสนอทางเลือกในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม ซึ่งการค้นหาทางเลือกที่ดีจากการวิเคราะห์จุดเด่นและจุดด้อยจะทำให้นำไปสู่การตัดสินใจในการวางแผนได้อย่างเหมาะสม (Arunjit & Navicharearn, 2019)

1.4 การวางแผนให้ความรู้และฝึกทักษะพฤติกรรมด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านม พยาบาลผู้สอนให้ความรู้เกี่ยวกับหลักและวิธีเลือกรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ผู้สอนแนะนำให้มีความรู้เกี่ยวกับหลักและวิธีการเลือกรับประทานอาหารป้องกันโรคมะเร็งเต้านม โดยใช้คู่มือส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านม และฝึกทักษะพฤติกรรมด้านการเลือกรับประทานอาหารป้องกันโรคมะเร็งเต้านมให้แก่สตรีโดยใช้แบบอาหารจำลอง แสดงให้สตรีเห็นว่าอาหารชนิดใดเป็นอาหารเพื่อสุขภาพที่สมควรรับประทาน อาหารชนิดใดเป็นอาหารที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมและปริมาณของอาหารที่สมควรเลือกรับประทาน ซึ่งการวางแผนพัฒนาความรู้และฝึกทักษะจะเป็นหนทางนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Sirikunwiwat & Navicharern, 2019)

1.5 การเรียนรู้ด้วยตนเองและการสาธิตย้อนกลับทักษะพฤติกรรมด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านม พยาบาลผู้สอนใช้เวลาแก่สตรีในการเรียนรู้ด้วยตนเองเกี่ยวกับลักษณะและปริมาณของอาหารเพื่อสุขภาพที่สตรีควรเลือกรับประทานลักษณะอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง จากนั้นให้สตรีแสดงวิธีการสาธิตย้อนกลับการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพโดยใช้แบบอาหารจำลอง เลือกอาหารที่สมควรรับประทานหรืออาหารที่ควรหลีกเลี่ยงเพื่อลดการเกิดมะเร็งเต้านม ซึ่งมีการพัฒนาความรู้และทักษะให้ตรงตามความต้องการของผู้รับบริการแต่ละราย เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Sirikunwiwat & Navicharern, 2019)

2. พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านม พยาบาลผู้สอนให้การสอนเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านมในด้านการออกกำลังกายเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม หลักการเริ่มจากการอบอุ่นร่างกายประมาณ 5-10 นาที ออกกำลังกาย 15-30 นาที และสิ้นสุดด้วยการอบอุ่นร่างกาย การออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที/วัน หรือ 3-5 วัน/สัปดาห์ ซึ่งการออกกำลังกายช่วยลดการเกิดมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 25-30 เนื่องจากการเผาผลาญไขมันที่สมบูรณ์ ทำให้เกิดการลดลงของการผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ก่อเกิดมะเร็งเต้านม (National Breast and Ovarian Cancer Center, 2010) การออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน เช่น การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะ การปั่นจักรยาน การรำมวยจีน การแกว่งแขน เป็นต้น จะช่วยเผาผลาญพลังงานได้ดี และช่วยควบคุมน้ำหนักตัว (National Breast and Ovarian Cancer Center, 2010; Wang & Zhou, 2020) นอกจากนี้การบริหารกายจิตด้วยซิงก์ ซึ่งการหายใจเข้าและสีกลมเข้าออกมากขึ้น จะกระตุ้นเส้นประสาทเวกัสส่งสัญญาณไปยังก้านสมอง กระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ร่างกายผ่อนคลาย กล้ามเนื้อลายมีการคลายตัว และขณะเดียวกันปอดขยายตัวได้เต็มที่ ถุงลมในปอดสามารถแลกเปลี่ยนออกซิเจนได้อย่างเต็มที่ ทำให้เลือดได้รับออกซิเจนในปริมาณที่มาก ลดการสะสมของกรดแลคติกในกล้ามเนื้อ เพิ่มการหลั่งสารเอนโดรฟิน ทำให้เกิดความสุข มีสมาธิ ร่างกายผ่อนคลายและเกิดความสมดุล (Markdum, Thanasilp, & Pudtong, 2017) ตามกระบวนการสอนแนะของ Eaton & Johnson (2000) 6 ขั้นตอน ใช้ระยะเวลาประมาณ 20-30 นาที ดังนี้

2.1 การกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม ตามหลัก SMART goal พยาบาลผู้สอนกับสตรีร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายเพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม คือ สตรีสามารถเลือกวิธีออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจนได้ด้วยตนเองตามความถนัดและความสนใจ และสามารถออกกำลังกายได้ 3-5 วัน/สัปดาห์ ครั้งละหรือวันละอย่างน้อย 30 นาที การกำหนดเป้าหมาย (Goal) เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิตและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นเครื่องชี้ทิศทาง เป็นเสาหลักบอกถึงความสำเร็จและความก้าวหน้าของชีวิต (Arunjit & Navicharern, 2019)

2.2 การวิเคราะห์ จุดเด่น จุดด้อย ในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านม พยาบาลผู้สอนกับสตรีร่วมกันวิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อยและค้นหาแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายป้องกันโรคมะเร็งเต้านม จากการออกกำลังกายในแต่ละวัน วิธีการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่สตรีเลือกปฏิบัติ ระยะเวลาในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในแต่ละครั้ง จำนวนครั้งของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพต่อสัปดาห์และสถานที่ที่สตรีใช้ในการออกกำลังกายป้องกันโรคมะเร็งเต้านม หรือเพื่อน

ร่วมออกกำลังกายของสตรี ซึ่งการประเมินและการวิเคราะห์ร่วมกันในจุดเด่นและจุดด้อยของตนเองก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Sirikunwiwat & Navichareern, 2019)

2.2.1 จุดเด่น ในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคเมร็งเต้านม คือ สตรีมีความสนใจในการดูแลสุขภาพและมีความตั้งใจในการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคเมร็งเต้านม มีอุปกรณ์ มีสถานที่ มีทุนทรัพย์ มีบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนในการสนับสนุนการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

2.2.2 จุดด้อย ในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคเมร็งเต้านม คือ สตรีไม่มีความสนใจในการดูแลสุขภาพ ไม่มีความตั้งใจ ไม่มีแรงจูงใจในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ไม่มีเวลา ไม่มีอุปกรณ์ ไม่มีสถานที่ ไม่มีทุนทรัพย์และไม่ได้รับการสนับสนุนการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพจากบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อน ๆ ของสตรี

2.2.3 การค้นหาทางเลือก ในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายป้องกันโรคเมร็งเต้านม ของสตรี จากการวิเคราะห์ จุดเด่น จุดด้อย ในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายป้องกันโรคเมร็งเต้านม หากสตรีมีจุดเด่นในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายป้องกันโรคเมร็งเต้านม ผู้สอนแนะส่งเสริมให้สตรีคงไว้ซึ่งพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคเมร็งเต้านม เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ยั่งยืน แต่หากสตรีมีจุดด้อยในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ พยาบาลผู้สอนกับสตรีร่วมกันค้นหาทางเลือกในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น การสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายป้องกันโรคเมร็งเต้านม การสอนแนะให้สตรีเห็นประโยชน์ของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ สอนให้สตรีเห็นโทษของการไม่ออกกำลังกาย สอนให้สตรีจัดสรรเวลาเพื่อการออกกำลังกาย จากนั้นพยาบาลผู้สอนให้สตรีเสนอทางเลือกในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และพยาบาลผู้สอนเสนอทางเลือกในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคเมร็งเต้านมให้แก่สตรีพิจารณาเป็นทางเลือกในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ฉะนั้นการค้นหาทางเลือกจากการวิเคราะห์จุดเด่นและจุดด้อยจะทำให้นำไปสู่การตัดสินใจในการวางแผนในอนาคตในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคเมร็งเต้านมได้อย่างเหมาะสม (Arunjit & Navichareern, 2019)

2.2.4 การวางแผนให้ความรู้และฝึกทักษะพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคเมร็งเต้านม พยาบาลผู้สอนให้ความรู้เกี่ยวกับหลักในการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคเมร็งเต้านม โดยใช้คู่มือส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคเมร็งเต้านม เรื่องการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพและการออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขน และฝึกทักษะพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคเมร็งเต้านม โดยการใช้การสาธิตการออกกำลังกาย ฉะนั้นการมีความรู้ เข้าใจเหตุผลหรือวิธีการต่าง ๆ ในการปฏิบัติกิจกรรมช่วยให้ผู้รับบริการมีความรู้และเข้าใจ รู้หลักการและมีความเข้าใจความจำเป็นและเหตุผลในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง (Rukyoo, Lueboonthavatcha, & Navichareern, 2015)

2.2.5 การเรียนรู้ด้วยตนเองและการสาธิตย้อนกลับทักษะการออกกำลังกาย พยาบาลผู้สอนให้เวลาแก่สตรีในการเรียนรู้ด้วยตนเองเกี่ยวกับหลักในการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคเมร็งเต้านมและการออกกำลังกาย จากนั้นให้สตรีแสดงวิธีการสาธิตย้อนกลับการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคเมร็งเต้านม ซึ่งมีการพัฒนาความรู้พัฒนาทักษะรวมทั้งการมีสาธิตย้อนกลับจะทำให้ผู้รับบริการมีความสามารถ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Sirikunwiwat & Navichareern, 2019)

3. พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดป้องกันโรคเมร็งเต้านม พยาบาลผู้สอนให้การสอนแนะพฤติกรรมป้องกันโรคเมร็งเต้านมด้านการจัดการความเครียดที่เหมาะสม โดยการทำกิจกรรมต่างๆที่ชอบ เช่น ดูหนัง ฟังเพลง เล่นดนตรี วาดรูป ชมภาพยนตร์ ปลูกต้นไม้ การฝึกเกร็งคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ การใช้จินตนาการ ชีกง เป็นต้น การทำสมาธิก็จะช่วยปรับสมดุลร่างกายและจิตใจ มีความสงบในจิตใจ เกิดปัญญารับรู้ความเป็นจริงในการดำเนินชีวิต และเกิดภูมิคุ้มกันโรค (Janusek, Tell, & Mathews, 2019) แล้วดำเนินการตามกระบวนการสอนแนะของ Eaton & Johnson (2000) 6 ขั้นตอน ใช้ระยะเวลาประมาณ 20 นาที ดังนี้

3.1 การกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดป้องกันโรคเมร็งเต้านม ตามหลัก SMART goal พยาบาลผู้สอนกับสตรีร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการ

จัดการความเครียดที่เหมาะสม คือ สตรีสามารถเลือกวิธีการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสมกับตนเอง ซึ่งการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนจะทำให้สตรีมีความมุ่งมั่นตามเป้าหมายที่กำหนด และต้องการทำให้สำเร็จ (Arunjit & Navicharn, 2019)

3.2 การวิเคราะห์ จุดเด่น จุดด้อย ในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดป้องกันโรคมะเร็งเต้านม พยาบาลผู้สอนกับสตรีร่วมกันวิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อย และค้นหาแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรี สาเหตุและความถี่ของการเกิดความเครียด วิธีการจัดการความเครียดของสตรี เพื่อผ่อนคลายความเครียดของสตรี ซึ่งการวิเคราะห์ร่วมกันในจุดเด่นและจุดด้อยของตนเองก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเกิดพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสมในบริบทความต้องการเป็นรายบุคคล(Sirikunwivat & Navicharn, 2019)

3.2.1 จุดเด่น ในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดป้องกันโรคมะเร็งเต้านม คือ ลักษณะนิสัยของสตรีไม่เคร่งเครียด สตรีสามารถเลือกวิธีการจัดการความเครียดที่ถุกวิธี ได้รับการสนับสนุนที่ดีในการผ่อนคลายความเครียดจากบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนของสตรีกลุ่มเสี่ยง

3.2.2 จุดด้อย ในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดที่ป้องกันโรคมะเร็งเต้านม คือ ลักษณะนิสัยของสตรีเคร่งเครียด เลือกวิธีการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม ไม่ได้รับการสนับสนุนที่ดีในการผ่อนคลายความเครียดจากบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อน

3.2.3 การค้นหาทางเลือก ในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดที่เหมาะสม จากการวิเคราะห์ จุดเด่น จุดด้อย ในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดที่เหมาะสม หากสตรีมีจุดเด่นในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ยั่งยืน แต่หากสตรีมีจุดด้อยในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดที่เหมาะสม ร่วมกันค้นหาทางเลือกในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น การสอนแนะให้สตรีเห็นประโยชน์ของการไม่เครียด และการจัดการความเครียดที่เหมาะสม จากนั้นพยาบาลผู้สอนให้สตรีเสนอทางเลือกในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดที่เหมาะสม และพยาบาลผู้สอนเสนอทางเลือกในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดที่เหมาะสมโดยการกำหนดลมหายใจเข้าออกให้แก่สตรีพิจารณาเป็นทางเลือกในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดที่เหมาะสม ซึ่งการค้นหาทางเลือกจะมาจากวิเคราะห์จุดเด่นและจุดด้อยจะทำให้นำไปสู่การตัดสินใจในการวางแผนได้อย่างเหมาะสมของบุคคลที่แท้จริง (Arunjit & Navicharn, 2019)

3.2.4 การวางแผนให้ความรู้และฝึกทักษะพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดป้องกันโรคมะเร็งเต้านม พยาบาลผู้สอนให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการและวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม และการจัดการความเครียดที่เหมาะสมด้วยวิธีการกำหนดลมหายใจเข้าออก โดยใช้คู่มือส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านม และพยาบาลผู้สอนฝึกทักษะพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดที่เหมาะสมด้วยการกำหนดลมหายใจเข้าออกให้แก่สตรีโดยการสาธิต ซึ่งการกำหนดลมหายใจเข้าออกจะทำให้เป็นผู้มีความสงบ เบิกบาน สดชื่น มีเมตตา ยังช่วยให้คลายความเครียด ส่งเสริมให้เกิดมีการสติในการพิจารณาไตร่ตรองอย่างถี่ถ้วนขึ้น ช่วยให้จดจำได้อย่างแม่นยำมากและเกิดการพัฒนาพฤติกรรมให้ดีขึ้น (Pumduang, Phrakrukositwatthanakul, Panasri & Intongpan, 2019)

3.2.5 การเรียนรู้ด้วยตนเองและการสาธิตย้อนกลับทักษะการกำหนดลมหายใจเข้าออก พยาบาลผู้สอนใช้เวลาแก่สตรีในการเรียนรู้ด้วยตนเองเกี่ยวกับหลักการและวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม รวมถึงการจัดการความเครียดที่เหมาะสมด้วยวิธีการกำหนดลมหายใจเข้าออก จากนั้นให้สตรีแสดงวิธีการสาธิตย้อนกลับการกำหนดลมหายใจเข้าออก ซึ่งมีการพัฒนาความรู้ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เหมาะสม มีการพัฒนาทักษะเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งการมีสติย้อนกลับจะทำให้ผู้รับบริการมีความสามารถเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (Sirikunwivat & Navicharn, 2019)

4. พฤติกรรมด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเองป้องกันโรคมะเร็งเต้านม พยาบาลผู้สอนให้การสอนแนะพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งเต้านมด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยการใช้ทักษะการดูแลและการคลำเต้านม

สามารถตรวจด้วยตนเองตั้งแต่อายุ 20 ปี ขึ้นไป ควรตรวจสม่ำเสมอเดือนละ 1 ครั้ง โดยตรวจประมาณวันที่ 7-10 นับจากวันแรกของรอบเดือน ตามกระบวนการสอนแนะของ Eaton & Johnson (2000) 6 ขั้นตอน ใช้ระยะเวลาประมาณ 30-40 นาที ดังนี้

4.1 การกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเองป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ตามหลัก SMART Goal พยาบาลผู้สอนกับสตรีร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คือ สตรีสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ถูกต้องอย่างน้อย 1 ท่า และตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน เดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งจะมีแรงเต้านมสามารถรักษาให้ หายขาดได้ถ้าพบตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self-Examination: BSE) สม่ำเสมอทุกเดือนตั้งแต่อายุ 20 ปี จะช่วยซึ่งเป็นการตรวจหามะเร็งเต้านมได้ในระยะแรก (Catsburg, Miller, & Rohan, 2014; WHO, 2014)

4.2 การวิเคราะห์ จุดเด่น จุดด้อย ในปฏิบัติพฤติกรรมด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเองป้องกันโรคมะเร็งเต้านม พยาบาลผู้สอนกับสตรีร่วมกันวิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อยและค้นหาแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเองจากวิธีการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรี ความถี่ในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี วันเวลาที่เหมาะสมในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความถี่ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองและการได้รับการสนับสนุนให้ตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี ซึ่งการวิเคราะห์ร่วมกันในจุดเด่นและจุดด้อยของตนเองในปัญหาที่มีความเฉพาะเจาะจงของสตรี จะก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเกิดพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสมในบริบทรายบุคคล (Arunjit & Navichareern, 2019)

4.2.1 จุดเด่น ในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเองป้องกันโรคมะเร็งเต้านม คือ สตรีมีความสนใจในการดูแลสุขภาพและการป้องกันมะเร็งเต้านม มีความรู้และมีทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง มีประสบการณ์ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ได้รับการสนับสนุนการตรวจเต้านมด้วยตนเองจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ จากบุคคลในครอบครัวและจากเพื่อนของสตรีกลุ่มเสี่ยง

4.2.2 จุดด้อยในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเองป้องกันโรคมะเร็งเต้านม คือ สตรีไม่มีความสนใจ ไม่มีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพและการป้องกันมะเร็งเต้านม ไม่มีความรู้ ไม่มีทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง ไม่ได้รับการสนับสนุนการตรวจเต้านมด้วยตนเองจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ จากบุคคลในครอบครัว หรือจากเพื่อน

4.2.3 การค้นหาทางเลือก ในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จากการวิเคราะห์ จุดเด่น จุดด้อย ในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หากสตรีมีจุดเด่นในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พยาบาลผู้สอนส่งเสริมให้สตรีคงไว้ซึ่งพฤติกรรมด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่คงทน แต่หากสตรีมีจุดด้อยในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พยาบาลผู้สอนแนะกับสตรีร่วมกันค้นหาทางเลือกในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น การสอนแนะให้สตรีเห็นความสำคัญของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เห็นโทษของการไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งถ้าสตรีรับรู้ถึงประโยชน์ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จะทำให้สตรีมีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมที่ดีด้วย (Tritipsombut, 2019)

4.2.4 การวางแผนให้ความรู้และฝึกทักษะพฤติกรรมด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พยาบาลผู้สอนให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ข้อดีและข้อเสียของการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในแต่ละวิธี ให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการและวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยใช้คู่มือส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านม และพยาบาลผู้สอนฝึกทักษะพฤติกรรมด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเองให้แก่สตรีทั้ง 2 วิธี คือ การดูและคลำเต้านมด้วยตนเอง ด้วยการสาธิตโดยใช้แบบเต้านมจำลอง ซึ่งการสาธิตวิธีการตรวจเต้านม และฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลอง เป็นการเสริมสร้างความเชื่อในด้านบวก กระบวนการกลุ่ม และการกระตุ้นเตือน ส่งผลให้การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ สตรีมีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องต่อไป (Petsirasan & Noonill, 2010)

4.2.5 การเรียนรู้ด้วยตนเองและการสาธิตย้อนกลับทักษะพฤติกรรมด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พยาบาลผู้สอนใช้เวลาแก่สตรีนในการเรียนรู้ด้วยตนเองเกี่ยวกับหลักการและวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จากนั้นให้สตรีแสดงวิธีการสาธิตย้อนกลับการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้แบบเต้านมจำลอง ซึ่งถ้าสตรีมีความรู้มีความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และรับรู้ความสามารถของตนเอง จะส่งผลให้ประสิทธิผลการตรวจเต้านมสูงขึ้น (Chomchuen, Surath & Mukchanan, 2016)

ขั้นที่ 3 การประเมินผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

การประเมินผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่สตรี โดยพยาบาลผู้สอนอาจใช้แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม ของ Arunjit & Navicharern (2019) ซึ่งแบบประเมินที่ได้พัฒนาจากแนวทางการป้องกันมะเร็งเต้านม จำนวน 13 ข้อ จำแนกเป็น 4 ด้านคือ พฤติกรรมด้านการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดที่เหมาะสม และพฤติกรรมด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หรืออาจใช้แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมจากการศึกษาของ Nonthapha & Navicharern (2017) จำนวน 14 ข้อ จำแนกเป็น 4 ด้าน ประกอบไปด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการความเครียด และแบบสอบถามพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง ถ้าสตรีมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ผู้สอนแนะนำให้คำชมเชยและให้กำลังใจ ซึ่งการประเมินผลพบว่า มีพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านมยังไม่เหมาะสมจะให้ข้อมูลย้อนกลับแก่สตรี เพื่อจะทำให้เกิดการพัฒนารูปแบบเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและมีความต่อเนื่อง (Sirikunwiwat & Navicharern, 2019)

สรุป

บทบาทพยาบาลในการสอนแนะสตรีในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านมในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยใช้ขั้นตอนการสอนแนะ 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 ประเมินความพร้อมของสตรี ขั้นที่ 2 สอนแนะสู่เป้าหมาย และขั้นที่ 3 การประเมินผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้สตรีมีการวิเคราะห์จุดอ่อน และจุดแข็ง ของแต่ละคนซึ่งมีความต้องการพัฒนาที่แตกต่างกัน มีการพัฒนาความรู้ความเข้าใจให้เกิดความมั่นใจ มีการเปลี่ยนแปลง ปรับปรุงกระบวนการเรียนรู้และตัดสินใจกระทำพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านมที่เหมาะสม โดยมีพยาบาลเป็นผู้สอนแนะคอยให้การช่วยเหลือ ชี้แนะ ให้คำแนะนำ เสริมแรง ให้กำลังใจและให้ข้อมูลย้อนกลับ ทำให้สตรีเกิดความมั่นใจและสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้จริง ซึ่งจะเป็แนวทางในการประยุกต์ใช้ในสตรีให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งเต้านมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ในปัจจุบันประเทศไทยพบผู้ป่วยรายใหม่ที่เป็นมะเร็งเต้านมในสตรีนับจะทวีการเกิดโรคเพิ่มขึ้นเรื่อยๆทุกปี ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งเต้านมย่อมได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคมรอบข้าง ฉะนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านมจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ พยาบาลสามารถนำการสอนแนะเป็นวิธีหนึ่งที่นำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีได้ สตรีจะได้รับการพัฒนากระบวนการคิด สร้างความเข้าใจและทัศนคติที่ดี วิเคราะห์ตนเองและเสริมทักษะในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านมที่เกิดขึ้นจากตนเองและเติมเต็มจากผู้สอนแนะ ฉะนั้นการศึกษาวิจัยทางการพยาบาลควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนแนะในกลุ่มสตรีและมีการติดตามในระยะยาวมากกว่า 3 เดือน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน และควรมีการขยายผลไปสู่การศึกษาทางการพยาบาลควรมีนโยบายในการจัดการเรียนการสอนที่สอดแทรกการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีในการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษา เพื่อเป็นผู้สอนแนะสตรีผู้รับบริการในการส่งเสริมพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านมต่อไป

References

- Arunjit, S., & Navicharern, R. (2019). The Effect of Coaching Program on Breast Cancer-Preventive Behaviors in Women at Risk. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 20(2), 289-297. (in Thai)
- Cancer Research UK. (2014). *Diet and Breast Cancer*. Retrieved 26 July, 2015, from <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/type/breastcancer/about/risks/diet-and-breast-cancer>.
- Catsburg, C., Miller, A. B., & Rohan, T. (2014). Adherence to Cancer Prevention Guidelines and Risk of Breast Cancer. *International Journal of Cancer*, 135(10), 2444-2452.
- Chomchuen, T., Surath, S., & Mukchanan, B. (2016). Predicting Factors of Breast Self-Examination Effectiveness of Health Volunteers in Chiang Rai Province. *Journal of Community Development and Life Quality*, 4(3), 389-400. (in Thai)
- Chotsangsakorn, R., Thanasilp, S., & Pudtong, N. (2019). Predicting Factors of Breast Cancer Screening Behaviors among Menopausal Women. *Kuakarun Journal of Nursing*, 26(2), 107-120. (in Thai)
- Denieffe, S., Cowman, S., & Gooney, M. (2014). Symptoms, Clusters and Quality of Life Prior to Surgery for Breast Cancer. *Clin Nurs*, 23(17-18), 2491-2502.
- Jouybari, L., Naz, M. S. G., Sanagoo, A., Kiani, F., Sayehmiri, F., Sayehmiri, K., et al. (2018). Toxic Elements as Biomarkers for Breast Cancer: a Meta-Analysis Study. *Cancer Management and Research and Research*, 10, 69-79.
- Eaton, J., & Johnson, R. (2000). *Coaching Successfully*. United States: Dorling Kiddersley Publishing.
- Janusek, W. L., Tell, D., & Mathews, L. H. (2019). Mindfulness Based Stress Reduction Providespsychological Benefit and Restores Immune Function of Women Newly Diagnosed with Breast Cancer: A Randomized Trial with Active Control. *Brain, Behavior, & Community*, 80, 358-373.
- Markdum, J., Thanasilp, S., & Pudtong, N. (2017). The Effects of a Shoulder Exercise Program Combined With Qigong on Ability to Shoulder Function of Breast Cancer Patients After Mastectomy. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 37(1), 38-52. (in Thai)
- National Health Security Office. (2011). Strategic Framework for Health Promotion and Disease Prevention at the National Level 2011-2015. Bangkok: Bureau of Policy and Strategy Ministry of Health. (in Thai)
- National Breast and Ovarian Cancer Center. (2010). *Breast Cancer Risk Factors a Review of Evidence July 2009*. New South Wales: Crown Street Hill.
- National Cancer Institute Department of Medical Services Ministry of Public Health Thailand (2019). *Hospital-Based Cancer Registry*. Bangkok: Information Technology Division National Cancer Institute. (in Thai)
- National Cancer Institute Department of Medical Services Ministry of Public Health Thailand. (2018). *Hospital-Based Cancer Registry*. Bangkok: Information Technology Division National Cancer Institute. (in Thai)

- Nayeri, N. D., Bakhshi, F., Khosravi, A., & Najafi, Z. (2020). The Effect of Complementary and Alternative Medicines on Quality of Life in Patients with Breast Cancer: A Systematic Review. *Indian Journal of Palliative Care*, 26, 95-104.
- Nonthapha, S., & Navicharern, R. (2017). Factors Related to Protection Motivation Theory and Breast Cancer Prevention Behavior among Teachers in Provincial School, Central Region. *Kuakarun Journal of Nursing*, 24(2), 23-35. (in Thai)
- Petsirasan, R., & Noonill, N. (2010). Effectiveness of a Promoting Self-Breast Examination Program for adult Women. *Rama Nurs J*, 16(1), 54-69. (in Thai)
- Pumduang, J., Phrakrukositwatthanukul, Panasri, S., & Intongpan, P. (2019). Enhancing the Potentiality of Learning Behavior by Using Anapanasati a Case Study of Students Bhavanabhodigun Vocational College Koh Samui Surat Thani. *Journal of Social Science and Cultural*, 3(2), 41-53. (in Thai)
- Rukyou, S., Lueboonthavatcha, O., & Navicharern, R. (2015). The Effect of Coaching Program on Caregivers' Agency in Urinary Catheterized Care for Spinal Cord Injured Patients. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 26(1), 45-56. (in Thai)
- Saksiri, W. (2015). Knowledge, Attitude about Breast Self-Examination of Women Aged 30 Years and Older in the Responsibilities of the Health Promotion Hospitals Ban Don Kha. (in Thai)
- Shaw, N. K., Kerman, K., & Fitness, J. (2015). Dating Concerns among Women with Breast Cancer or with Genetic Breast Cancer Susceptibility: A Review and Meta-Synthesis. *Health Psychol Rev*, 9(4), 5-18.
- Soivong, P., Sawasdisingha, P., Tanvattanagul, C., Fukul, A., Kaewinta, Y., Puangsaijai, S., et al. (2017). Efficacy of a Self-Management Program in Breast Cancer Patients. *Thai Journal of Nursing Council*, 32(4), 5-18. (in Thai)
- Sirikunwiwat, J., & Navicharern, R. (2019). The Effect of the Coaching Program in Health Behaviors Modification on HbA1C of Persons with Pre-Diabetes. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 31(2), 10-22. (in Thai)
- Tritipsombut, J. (2019). The Relationships Between Knowledge, Health Perception and Breast Cancer Preventive Behaviors in Risk Group Women. *The Office of Disease Prevention and Control 7 Khon Kaen*, 26(3), 13-24.
- Vahdaninia, M., Omidvari, S., & Montazeri, A. (2010). What do Predict Anxiety and Depression in Breast Cancer Patients? A Follow-Up Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45(3), 355-361.
- Warathornpibun, T. (2015). Consumption Behavior: Consumerism Food and Health-Conscious Food. *Panyapiwat Journal* 2, 255-264. (in Thai)
- Wang, Q., & Zhou, W. (2020). Roles and Molecular Mechanisms of Physical Exercise in Cancer prevention and Treatment. *Journal of Sport and Health Science*, 2020, 1-10. doi.org/10.1016/j.jsbs.2020.07.008
- World Health Organization. (2013). *Cancer Prevention*. Retrieved May 24, 2014, from <http://www.who.int/cancer/prevention/en/>.
- World Health Organization. (2014). *Breast Cancer*. Retrieved August 2, 2016, from <http://www.who.int/cancer/prevention/diagnosiscreening/prevention/breastcancer/en/>.

หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล: ค้นหา วิเคราะห์ และนำไปใช้อย่างไร The Evidence-Based Approach in Health Care Management, Applied to Nursing

อัจฉรา คัมมะทิตย*

Adchara Khammathit*

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี*

Boromarajonani College of Nursing Udonthani*

(Received: February 17, 2021; Revised: May 27, 2021; Accepted: June 14, 2021)

บทคัดย่อ

หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Practice) มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการพยาบาล เนื่องจากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลเป็นการใช้น้องความรู้ที่ดีที่สุดและทันสมัยที่สุดในขณะนั้นมาใช้อ้างอิงร่วมกับข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกโดยคำนึงถึงค่านิยมของผู้ป่วยเพื่อพิจารณาตัดสินแก้ปัญหาการให้บริการทางสุขภาพ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ อธิบายวิธีการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ การวิเคราะห์ และการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ประโยชน์ รายละเอียดประกอบด้วย กระบวนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อให้ผู้อ่านสามารถนำไปเป็นแนวทางของการทบทวนวรรณกรรมตามขั้นตอนอย่างละเอียด โดยภายหลังจากได้องค์ความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจะผ่านขั้นตอนการวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือและความเป็นไปได้ของการนำองค์ความรู้ไปใช้โดยการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ ภายหลังจากการยกย่องจากผู้ทรงคุณวุฒิก็จะเข้าสู่กระบวนการนำองค์ความรู้มาทดลองใช้นำร่องในการให้การพยาบาล โดยมีการเก็บข้อมูลและประเมินผลการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล

บทความนี้แสดงวิธีการอย่างง่ายเพื่อช่วยให้ผู้อ่านเกิดทักษะสำหรับการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ตลอดจนสร้างทัศนคติที่ดีต่อการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: หลักฐานเชิงประจักษ์, หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล, การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ, กระบวนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ, การประยุกต์ทางการพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: adcharakham@bcnu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 088-5626070)

Abstract

Evidence-based nursing management approach plays a crucial role for the improvement of any standard nursing care service in Thailand. The evidence-based nursing approach in management consists in collecting the best and current evidence, and then use it with data from expert's opinion based on patients' preferences, in order to make the best possible management decision for the health care service.

The aim of this article is to explain searching method, analysis and implementation of evidence-based nursing. It includes a systematic review process, in order to assist the manager in simply conducting their own query. After gaining knowledge from the literature, the evidence is be appraised by an expert panel. Approved evidences are subsequently tested by a pilot-study prior to be implemented with patients in any hospital setting. Data collection and nursing evaluation must be constantly employed after evidence-based nursing system is implemented.

This article illustrated a simple method to encourage the managers to build up essential skills for searching evidence, and to have positive opinion about the evidence-based nursing management system.

Keywords: Evidence-Based Approach, Management System, Implementation

บทนำ

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์เป็นการนำผลการวิจัยที่มีคุณภาพมาสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นวิธีที่ทำให้การตัดสินใจน่าเชื่อถือและยกระดับคุณภาพมาตรฐานทางการแพทย์ การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ทางการแพทย์มุ่งเน้นให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นต่อผู้ป่วยทั้งด้านบริการที่ดีขึ้น มีความปลอดภัยสูงขึ้นและลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย (Picheansathian, 2018) นอกจากนั้นการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ยังส่งเสริมให้เกิดบรรยากาศการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ (Kanhadilok, Punsumreung & Malai, 2017)

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าถึงแม้พยาบาลจะเล็งเห็นถึงความสำคัญของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ แต่ยังคงพบว่ามีสถานการณ์ปัจจุบันพยาบาลยังมีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนางานคุณภาพการให้บริการและนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลค่อนข้างน้อย โดยผลการวิจัยเกี่ยวกับการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้เพื่อการพัฒนาบริการพยาบาล ส่วนมากเป็นอาจารย์พยาบาลและนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาทางการแพทย์พยาบาลซึ่งมีจำนวนจำกัด Puttaruksa, Subgranon & Othaganont (2016) พยาบาลบางส่วนยังคงปฏิบัติการพยาบาลตามสิ่งที่ได้เรียนรู้และสืบทอดกันมาจากรุ่นสู่รุ่นโดยอาศัยจากประสบการณ์ในการปฏิบัติมากกว่าการใช้ความรู้ที่ได้มาจากการวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้งนี้เนื่องจากพบว่ามีปัญหาและอุปสรรคบางอย่างในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับพยาบาล เช่น ปัญหาเกี่ยวกับทัศนคติต่อกระบวนการค้นหาลักษณะเชิงประจักษ์ ขาดทักษะในการสืบค้นข้อมูล และ อุปสรรคด้านภาษา (Picheansathian, 2018; Puttaruksa, Subgranon & Othaganont (2016)

อะไรคืออุปสรรคในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับพยาบาล

จากการวิเคราะห์สาเหตุที่เป็นอุปสรรคต่อการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติพบว่าสามารถแบ่งเป็นรายละเอียดได้ดังนี้ (Puttaruksa, Subgranon, & Othaganont, 2016; Picheansathian, 2018; Tonswon, Suwonnaroop & Watthayu 2019)

1. ปัจจัยภายใน ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องภายในตัวบุคคลของบุคลากรทางการแพทย์ได้แก่ด้านทัศนคติ และด้านทักษะต่าง ๆ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ด้านทัศนคติ โดยพบว่าบุคลากรมีทัศนคติเชิงลบต่องานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ อาจเนื่องจากการไม่ได้รับการเตรียมและฝึกการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ทางการแพทย์ เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทิศทางลบต่อการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลากรทางการแพทย์

1.2 ด้านทักษะ ขาดทักษะที่จำเป็นในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่

1.2.1 ขาดทักษะและความเชี่ยวชาญในการใช้ภาษาต่างประเทศ ในปัจจุบันพบว่าผลงานทางวิชาการและรายงานผลการวิจัยส่วนใหญ่ถูกตีพิมพ์ในวารสารต่างประเทศ มีเพียงบางส่วนที่ตีพิมพ์ในฐานข้อมูลของประเทศไทย ทำให้เกิดข้อจำกัดในการใช้งาน ผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า อุปสรรคที่พบมากที่สุดที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ ไม่นำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ คือการรายงานผลการวิจัยส่วนมากตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ เมื่อบุคลากรขาดความเชี่ยวชาญในการใช้ภาษาต่างประเทศจึงทำให้มีการเข้าถึงและนำไปใช้น้อย (Tonsuwon, Suwonnarop & Watthayu, 2019)

1.2.2 ขาดทักษะด้านการวิจัย ผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ประสบการณ์การด้านการวิจัยของบุคลากร เป็นอีกหนึ่งอุปสรรคที่สำคัญต่อการนำหลักฐานเชิงประจักษ์บุคลากรทางการแพทย์ขาดทักษะและความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับงานวิจัย ไม่เข้าใจเกี่ยวกับการวิเคราะห์ทางสถิติ ขาดทักษะการประเมินความน่าเชื่อถือผลงานเชิงวิชาการ

1.2.3 ขาดทักษะในการสืบค้น การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จำเป็นที่จะต้องมีการสืบค้นที่เป็นระบบ และใช้เทคนิคการสืบค้นเพื่อค้นหาค้นคว้าความรู้ที่ต้องการ จากข้อมูลพบว่าบุคลากรทางการแพทย์ส่วนมากยังขาดทักษะการสืบค้นที่เป็นระบบทำให้มีอุปสรรคในการเข้าถึงข้อมูล

2. ปัจจัยภายนอก ได้แก่ สิ่งแวดล้อมต่างที่มีส่วนเกี่ยวข้องและมีผลทำให้เกิดอุปสรรคในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์

2.1 การบริหารจัดการทางการแพทย์ ได้แก่ ขาดการสนับสนุนจากหน่วยงานในการผลิตผลงานเกี่ยวกับหลักฐานเชิงประจักษ์ และขาดการสนับสนุนในการนำไปใช้ ขาดการสร้างเสริมพลังอำนาจ บุคลากรไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะเปลี่ยนแปลงวิธีการดูแลผู้ป่วยด้วยตนเอง

2.2 ภาระงานที่มาก และไม่มีเวลา จากภาระงานที่มากทำให้บุคลากรทางการแพทย์ไม่มีเวลาพอที่จะศึกษา ค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์ และไม่มีเวลาในการนำแนวคิดใหม่ไปลงมือปฏิบัติ

2.3 ด้านความพร้อมของอุปกรณ์และสื่อสนับสนุน ได้แก่ ขาดแหล่งสืบค้น โดยส่วนมากพบว่าในโรงพยาบาลต่าง ๆ มีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูล แหล่งสืบค้นต่าง ๆ บางครั้งงานวิจัยไม่ได้รวบรวมไว้ในที่ที่จะนำมาใช้ได้สะดวก การตีพิมพ์เผยแพร่รายงานการวิจัยล่าช้าทำให้ข้อค้นพบที่ได้ไม่ทันสมัยและเป็นปัจจุบัน และเขียนสรุปผลรายงานวิจัยไม่ชัดเจนหรือเข้าใจได้ยาก

2.4 ด้านการทำงานร่วมสหสาขาวิชาชีพ บุคลากรทางการแพทย์ขาดโอกาสได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ร่วมงานที่มีความรู้ด้านการวิจัย

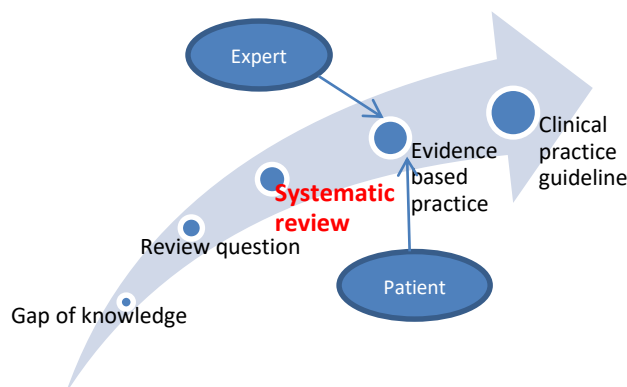
จะส่งเสริมให้พยาบาลเกิดสมรรถนะในการใช้ หลักฐานเชิงประจักษ์ ได้อย่างไร

จากการศึกษาของ Puttaruksa, Subgranon & Othaganont (2016) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยสู่ความสำเร็จในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพ โดยเก็บข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 17 คน มีคุณสมบัติเป็นอาจารย์พยาบาลในวิทยาลัย และมหาวิทยาลัย สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาเอก และมีประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ส่งเสริมให้พยาบาลเกิดสมรรถนะในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบด้วย 6 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านลักษณะขององค์กร 2) ปัจจัยด้านลักษณะของผู้บริหารทางการแพทย์ 3) ปัจจัยด้านลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ 4) ปัจจัยด้านลักษณะของ

สิ่งอำนวยความสะดวก 5) ปัจจัยด้านคุณภาพของงานวิจัยและ 6) ปัจจัยด้านการสื่อสารและการเข้าถึงหลักฐานเชิงประจักษ์ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ Julawong, Munsil & Taweewanich (2018) ที่กล่าวถึงแนวทางการส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์นำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง โดยผู้นำนองค์กรควรเล็งเห็นความสำคัญและสร้างทัศนคติที่ดีแก่พยาบาลในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการพยาบาล และผู้นำควรสนับสนุนและสร้างบรรยากาศแห่งการเรียนรู้ เช่น การจัดสรรเวลา แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ และการเสริมแรงโดยการให้การสนับสนุนทุนเมื่อพยาบาลเข้าร่วมและสร้างผลงานเกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ นอกจากนั้นควรสร้างกลุ่มแกนนำ หรือพี่เลี้ยงในการผลิตผลงานและการใช้ประโยชน์จากหลักฐานเชิงประจักษ์ สิ่งสำคัญอีกหนึ่งประเด็นที่จะช่วยให้เกิดการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืนคือ ควรมีการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนพยาบาลในระดับปริญญาตรีหรือการเรียนหลักสูตรเพิ่มเติมหลังปริญญาควรมีการเพิ่มเติมเนื้อหาเกี่ยวกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และมุ่งเน้นเกี่ยวกับกระบวนการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์และการนำไปใช้ประโยชน์ในสถานการณ์จริง

ความเชื่อมโยงของการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและหลักฐานเชิงประจักษ์

ก่อนเริ่มต้นการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาจำเป็นต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review, SR) การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice, EBP) และแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guidelines, CPGs) ดังแสดงในภาพ



ภาพ 1 ความเชื่อมโยงของ SR, EBP และ CPG (Khammathit & Makrat, 2017)

จากภาพแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของการนำองค์ความรู้ที่มีอยู่ไปใช้ประโยชน์ โดยทำความเข้าใจความเชื่อมโยงของ การค้นหาข้อค้นพบที่มีอยู่ที่ได้รับการตีพิมพ์ เผยแพร่ และนำไปสู่การสรุปเป็นองค์ความรู้และการนำไปใช้ประโยชน์

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review: SR) หมายถึง การศึกษาค้นคว้า รวบรวมผลงานวิจัยที่ทันสมัยและได้มาตรฐาน โดยผ่านกระบวนการประเมินค่าคุณภาพงานวิจัย และคัดเลือกผลงานวิจัยที่ได้มาตรฐานมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยอย่างเป็นระบบ เพื่อสกัดประเด็นความรู้ที่สำคัญจากผลงานวิจัยที่ผ่านมา ให้เป็นความรู้ที่น่าสนใจ ซึ่งสาธารณสุขชนสามารถเข้าใจได้ จัดหมวดหมู่ความรู้ที่ได้ ให้เหมาะสมต่อกลุ่มเป้าหมาย และเผยแพร่สู่สาธารณสุขชน (Khammathit, & Makrat, 2017) โดยการทำให้ Systematic review มีวัตถุประสงค์เพื่อ เพื่อประเมินผลและแปลผลการศึกษาวิจัย ที่มีปรากฏในงานตีพิมพ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องและสามารถตอบคำถามที่ต้องการรู้

หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Practice: EBP) หมายถึง การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ หมายถึง การบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดจากงานวิจัยที่มีอยู่ในขณะนั้น ร่วมกับข้อมูล

เกี่ยวกับค่านิยมและความเชื่อของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ความเชี่ยวชาญของนักปฏิบัติทางคลินิก และทรัพยากร/สิ่งอำนวยความสะดวกที่มีอยู่ เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้มาใช้ในการประกอบการตัดสินใจเพื่อการดูแลหรือการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ

แนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guidelines, CPGs) หมายถึง แนวทางการปฏิบัติงานที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยในการตัดสินใจของ ผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ให้บริการเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพ ที่เหมาะสมสำหรับภาวะใดภาวะหนึ่ง จะเห็นได้ว่า CPGs จะต้องมีการพัฒนา ความรู้ที่นำมาเป็นแนวปฏิบัติจะต้องถูกทบทวนอย่างเป็นระบบ ผ่านการบูรณาการตัดสินใจโดยผู้เชี่ยวชาญ แนวปฏิบัติจะมีความยืดหยุ่นเนื่องจากเป็นหลักการที่ชี้แนวทางเพื่อช่วยการตัดสินใจแก่บุคลากรสุขภาพ ในประเด็นที่เฉพาะเจาะจง

จากความเชื่อมโยงของ SR, EBP และ CPG แสดงให้เห็นขั้นตอนของการพัฒนางานอย่างเป็นกระบวนการ ซึ่งจุดเริ่มต้นเกิดจากการขาดองค์ความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ชัดเจน หรือมีแต่ไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ต้องการศึกษาและพัฒนางานเกิดประเด็นคำถามและต้องการค้นหาคำตอบจนเกิดเป็น คำถามในการทบทวนวรรณกรรม (research Question) จนทำให้เกิดการพัฒนางานเกี่ยวกับ SR, EBP และ CPG ต่อไป

การเริ่มต้นการค้นหาลักษณะเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยควรเริ่มจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เนื่องจากเป็นส่วนสำคัญในการสรุปองค์ความรู้ที่ได้มาจากผลงานวิจัยที่มีความหลากหลายในประเด็นต่าง ๆ กล่าวคือ การศึกษาวิจัยในเรื่องใดเรื่องหนึ่งอาจมีผู้ศึกษาวิจัยในเรื่องเดียวกัน แต่แตกต่างกันที่กลุ่มเป้าหมาย สถานที่ดำเนินงานวิจัย ระยะเวลาศึกษาวิจัย เครื่องมือวัดผล ทำให้มีการสรุปผลงานวิจัยที่เหมือนกัน หรือแตกต่างกัน จึงควรมีการศึกษาวิจัยแบบทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่ผ่านมา เพื่อค้นหาคำตอบที่เป็นปัจจุบัน เนื่องจากมีความน่าเชื่อถือมากกว่างานวิจัยในระดับ Primary Studies และเกิดองค์ความรู้เพื่อนำมาใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาอ้างอิงในการปฏิบัติงานได้

ชนิดของการทบทวนวรรณกรรม

ปัจจุบันมีคำที่เกี่ยวข้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่หลากหลาย ซึ่งอาจทำให้ผู้ศึกษาเกิดความสับสนเกี่ยวกับลักษณะของงานทบทวนวรรณกรรม คำจำกัดความที่เกี่ยวข้องกับการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปได้พอสังเขปดังนี้ (Ganann, Ciliska, & Thomas, 2010; Arksey & O'Malley, 2005)

Rapid Review หมายถึง การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องแบบรวดเร็ว เนื่องจากเป็นงานที่ต้องการสรุปองค์ความรู้เพื่อนำมาใช้ประโยชน์อย่างเร่งด่วน เนื่องจากข้อจำกัดของเวลา มีการรวบรวมผลงานวิจัยบทความวิชาการ ข้อเสนอแนะหรือข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อนำมาใช้งานให้ทันกับสถานการณ์ โดยส่วนมาก Rapid Review จะใช้สำหรับผู้บริหารนโยบาย สถาบันทางสุขภาพ บุคลากรทางสุขภาพ สมาคมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนระบบสุขภาพและการพัฒนานโยบาย เช่น การทำ Rapid Review เกี่ยวกับโรค COVID-19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ ที่ต้องมีการรวบรวมข้อค้นพบอย่างรวดเร็ว เพื่อนำมาสรุปเป็นองค์ความรู้ในการนำไปใช้ในการวางแผนรับมือกับปัญหาและหาแนวทางแก้ไขในระดับนโยบาย

Scoping Review หมายถึง การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับขอบเขตขององค์ความรู้หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นข้อค้นพบ โดยจะมีความแตกต่างจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) แบบดั้งเดิม คือ แบบเดิมจะเป็นการค้นหาลักษณะเชิงลึกของประเด็นที่ต้องการสืบค้น เพื่อหาคำตอบและนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการตัดสินใจ ส่วน Scoping Review จะเป็นการค้นหาเชิงกว้างเพื่อศึกษาประเด็นที่ต้องการรู้ว่ามีข้อเท็จจริงและข้อค้นพบจากงานวิจัยทั้งหมดที่ผ่านมาอย่างไร รวมทั้งงานวิจัยที่อยู่ในระหว่างดำเนินการและยังไม่สิ้นสุดกระบวนการก็จะถูกนำมารวบรวมไว้ใน Scoping Review โดยมีเป้าหมายเพื่อขยายขอบเขตขององค์ความรู้ที่ค้นพบ ตัดสินคุณค่าของงาน Systematic Review ที่พบ สรุปข้อค้นพบที่ทันสมัยและเป็นปัจจุบันในประเด็นเฉพาะที่ศึกษา และชี้ให้เห็นถึงองค์ความรู้ที่ยังขาดหายไปจากการทบทวนวรรณกรรม

Integrating Review คือการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อสรุปเป็นองค์ความรู้โดยนำหลักฐานทางวิชาการหรืองานวิจัยที่มีคุณภาพที่ได้รับการตีพิมพ์ โดยประเภทงานวิจัยที่นำมารวบรวมจะมีระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน เช่น งานวิจัยเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ ที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบ Mixed Method/Mixed Studies

Umbrella Review หมายถึง การทบทวนวรรณกรรม หลักฐานเชิงประจักษ์จากการรวบรวมงานที่เป็น Multiple Review โดยส่วนมากจะเป็นการทบทวนวรรณกรรมโดยนำเอาผลงานตีพิมพ์ประเภท Systematic review วิเคราะห์คุณภาพของกระบวนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและสังเคราะห์ผลลัพธ์ที่ได้โดยเน้น กระบวนการประเมินค่างานวิจัยที่มีคุณภาพ และจัดแบ่งระดับคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบ ผลลัพธ์ที่ได้จะ นำไปใช้ในการเป็นข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้สู่การปฏิบัติ ระบุถึงประเด็นที่ยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน รวมถึงใช้เป็นข้อมูลสำหรับข้อเสนอในการทำวิจัยในอนาคต

การค้นหา วิเคราะห์ และการนำหลักฐานเชิงประจักษ์นำไปใช้ทางการแพทย์

การค้นหา	การวิเคราะห์	การนำไปใช้
การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 1. หลักการและเหตุผล 2. ประเภทการทบทวนวรรณกรรม 3. วัตถุประสงค์ 4. คำถามการทบทวนวรรณกรรม 5. กรอบ PICO/PICo 6. กระบวนการสืบค้น 7. สรุปตารางการสืบค้น 8. การคัดกรองผลงาน 9. การพิจารณาคุณภาพงานวิจัย 10. การรวบรวมผลงานและสรุปผลองค์ความรู้	การตรวจสอบคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์โดยผู้ทรงคุณวุฒิ	- การทดลองนำร่อง (Pilot study) - การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอนคล้ายกับการทำวิจัย โดยผู้ทำการศึกษาแบบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จำเป็นต้องเขียนโครงร่าง (Review Proposal) เพื่อแสดงถึงแนวทางการศึกษา ในกรณีที่ผู้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เป็นนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา ต้องมีการนำเสนอโครงร่างต่อคณะกรรมการพิจารณาโครงร่างวิจัย เช่นเดียวกับการทำวิจัยทั่วไป ในกรณีที่ผู้ศึกษาต้องการพัฒนางานที่เป็น

1. หลักการและเหตุผลในการทบทวนวรรณกรรม

โดยทั่วไป การเขียนเหตุผลในการทบทวนวรรณกรรม จำเป็นต้องเขียนถึง ปัญหาที่พบ ความรุนแรงของปัญหา (สถิติ) งานวิจัยที่ผ่านมาที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเป็นอย่างไร ผลการวิจัยมีผลที่ตรงกัน/ขัดแย้งกัน/หาข้อสรุปไม่ได้ หรือไม่อย่างไร และการทบทวนวรรณกรรมนี้จะประโยชน์อย่างไร ดังตัวอย่าง

ภาวะหิวแหว่ประสาทหลอนเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภทถึงร้อยละ ซึ่งเมื่อเกิดภาวะดังกล่าวมักเกิดปัญหาที่รุนแรงตามมาคือ.....

จากผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า วิธีการที่ดีที่สุดในการจัดการปัญหาหิวแหว่ประสาทหลอนในผู้ป่วยจิตเภทคือ.....โดยพบว่าร้อยละ.....มีการใช้รูปแบบดังกล่าวในการแก้ไขภาวะหิวแหว่ประสาทหลอน

2. ประเภทการทบทวนวรรณกรรม ให้ระบุประเภทของการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งต้องสอดคล้องกับ PICO/PICO ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดในการค้นคว้าเช่น

2.1 ประเภทเชิงทดลอง (เช่น การทบทวนประสิทธิภาพของ Intervention ต่าง ๆ)

2.2 ประเภทเชิงพรรณนา (เช่น การทบทวนสถานการณ์ ปรากฏการณ์ต่าง)

3. วัตถุประสงค์การทบทวนวรรณกรรม การระบุวัตถุประสงค์ ให้เขียนเป็นรายชื่อ ว่าการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้เพื่อศึกษาเรื่องใด ดังตัวอย่าง

3.1 ประเภทเชิงทดลอง

เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างโปรแกรมบำบัดแบบ CBT และ โปรแกรมจิตสังคมบำบัดต่อการลดภาวะหวั่นประสาทหลอนในผู้ป่วยจิตเภท

3.2 ประเภทเชิงพรรณนา (เช่น การทบทวนสถานการณ์ ปรากฏการณ์ต่าง)

เพื่อศึกษาแนวทางในการจัดการภาวะหวั่นประสาทหลอนในผู้ป่วยจิตเภท

4. คำถามการทบทวนวรรณกรรม เป็นการเขียนคำถามการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งคล้ายกับการเขียนคำถามวิจัย โดยเขียนเป็นคำถามกว้าง ๆ ดังตัวอย่าง

4.1 ประเภทเชิงทดลอง (เช่น การค้นหา และเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมต่าง)

โปรแกรมบำบัดแบบ CBT มีประสิทธิภาพมากกว่า โปรแกรมจิตสังคมบำบัดในการลดภาวะภาวะหวั่นประสาทหลอนในผู้ป่วยจิตเภทหรือไม่ อย่างไร

4.2 ประเภทเชิงพรรณนา (เช่น การทบทวนสถานการณ์ ปรากฏการณ์ต่าง)

แนวทางในการจัดการภาวะหวั่นประสาทหลอนในผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพเป็นอย่างไร

5. กรอบ PICO หรือ PICO

การกำหนดกรอบ PICO หรือ PICO ต้องพิจารณาจากประเภทของการทำการทบทวนวรรณกรรม ถ้าเป็นการทบทวนงานวิจัยเชิงปริมาณที่เป็นแบบทดลองวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยประเภท Intervention ต้องใช้กรอบ PICO เนื่องจากเป็นการค้นหาวิธีการ หรือโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะได้จากงานวิจัยเชิงทดลอง เช่น RCT, Quasi Experimental Research ที่ทดสอบประสิทธิภาพของวิธีการต่าง ๆ โดยมีกรอบของ PICO คือ

ตาราง 1 ตัวอย่างการเขียน PICO Framework สำหรับงานวิจัยเชิงทดลอง

PICO	รายละเอียด
P = Participant ให้เขียนกลุ่มตัวอย่างที่เราต้องการค้นคว้า	ผู้ป่วยจิตเภท
I = Intervention ให้เขียนโปรแกรมบำบัด/โปรแกรมที่ต้องการศึกษาค้นคว้า	โปรแกรม CBT
C = Comparison ให้เขียนกลุ่มเปรียบเทียบที่เราต้องการเปรียบเทียบประสิทธิผลกับ Intervention ที่เรากำลังค้นคว้า	โปรแกรมจิตสังคมบำบัด
O = Outcome ให้เขียนการวัดผลที่เราต้องการทราบ เพื่อเอาผลลัพธ์ต่าง ๆ มาเปรียบเทียบกับ ซึ่งการ Outcome ที่กำหนดในกรอบนี้ต้องเป็น Outcome ที่วัดผลของ Intervention ที่เราต้องการค้นคว้า ซึ่งส่วนมากการที่เราจะทราบว่า Outcome เป็นอะไร จะได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมในเบื้องต้น โดยพิจารณาจากแบบประเมินผลวิธีการประเมินผลในงานวิจัยที่ผ่านมา	อาการทางจิต, ภาวะหวั่นประสาทหลอน

ในกรณีที่เป็นการงานวิจัยเชิงปริมาณแบบเชิงพรรณนาหรืองานวิจัยแบบเชิงคุณภาพ งานวิจัยเชิงพรรณนา เช่น descriptive cross sectional design ที่เป็นการศึกษาเชิงสำรวจทั่วไป จะใช้กรอบ PICO ดังนี้

ตาราง 2 ตัวอย่างการเขียน PICO Framework สำหรับงานวิจัยเชิงพรรณนา

PICO	รายละเอียด
P = Participant ให้เขียนกลุ่มตัวอย่างที่เราต้องการค้นคว้า	ผู้ป่วยจิตเภท
I = Phenomenal of Interest ให้เขียนปรากฏการณ์ที่เราต้องการค้นคว้า	การจัดการภาวะหว่วประสาทหลอน
Co = Context ให้เขียนบริบทที่เราศึกษา	โรงพยาบาล

หมายเหตุ: การเขียนกรอบ PICO หรือ PICO ถือเป็นปัจจัยสำคัญ เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถกำหนดทิศทางการ ค้นคว้าได้ตรงประเด็น และต้องคำนึงถึงความสอดคล้องกับคำถามการทบทวนวรรณกรรม

6. กระบวนการสืบค้น

6.1 กำหนดประเด็นการสืบค้น แบ่ง Concept การสืบค้น

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการสืบค้นเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักที่เป็นอุปสรรคในการทบทวนวรรณกรรม จึงควรมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติเพิ่มเติมเกี่ยวกับการสอนวิธีการสืบค้นงานวิจัย เช่น การกำหนดความสำคัญ การเลือกใช้ข้อมูล การสกัดเนื้อหาที่สำคัญซึ่งเป็นพื้นฐานที่จำเป็นก่อนลงมือปฏิบัติจริง (Kanhadilok, Punsumreung & Malai, 2017)

ตัวอย่างการแบ่งเป็นประเด็นการสืบค้น เป็น Concept หลัก ๆ ของการทบทวนวรรณกรรม เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างโปรแกรมบำบัดแบบ CBT และ โปรแกรมจิตสังคมบำบัดต่อการลดภาวะหว่วประสาทหลอนในผู้ป่วยจิตเภท

ตาราง 3 ตัวอย่างการแบ่งประเด็นการสืบค้น

แบ่งประเด็นการสืบค้น	Concept1	Concept2	Concept3	Concept4
	CBT	Psychotherapy	Schizophrenia	Hallucination

6.2 Searching Terms

การกำหนดคำค้น ให้เริ่มจากการคิดที่ละ Concept และแยกเป็นคำค้นหาต่าง ๆ ที่อาจพบในฐานข้อมูล โดยอาจพิจารณาจาก keyword สำคัญที่ปรากฏในบทคัดย่อของผลงานที่ดีพิมพ์ และอาจค้นจาก Medical Subject Heading Database (MeSH term) ซึ่งเป็นดัชนีคำศัพท์ควบคุมที่กำหนดไว้ในแต่ละวารสาร/บทความ ดังตัวอย่างวิธีการคิดคำสืบค้น

ตาราง 4 ตัวอย่างวิธีการคิดคำสืบค้น

แบ่งประเด็นการสืบค้น	Concept1	Concept2	Concept3	Concept4
คำค้นหลัก	Cognitive Behavioral	Psychotherapy	Schizophrenia	Hallucination
Keyword	Therapy			
Synonyms	CBT	Psychosocial	Psychosis	- Auditory
การใช้คำเหมือน	Cognitive Treatment			Hallucination
Thesaurus				- Visual
การใช้คำพ้อง				Hallucination

ตาราง 4 (ต่อ)

แบ่งประเด็นการสืบค้น	Concept1	Concept2	Concept3	Concept4
Truncation Symbol	Cogniti* Behavior?	Psycho*	Schizophreni*	Hallucination*
การใช้สัญลักษณ์แทนเพื่อขยายการค้นให้ครอบคลุม	Therap?			
Boolean operators		and/or/NOT		
การรวมคำหลักเพื่อขยายหรือจำกัดการค้นหา				

6.3 กำหนด Inclusion Criteria

การกำหนด Inclusion Criteria เป็นการกำหนดขอบเขตการสืบค้นให้ชัดเจน โดยต้องสอดคล้องกับ PICO/PICo ที่กำหนด ดังตัวอย่าง

6.3.1 ระยะเวลาตีพิมพ์/ เผยแพร่ ระหว่างปี 2560-ปัจจุบัน

6.3.2 เป็นวิจัยที่ทำในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นจิตเภท และไม่มีโรคร่วมทางกายอื่นๆ

6.3.3 เป็นงานวิจัยที่ทำในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะหูแว่วประสาทหลอนที่ไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย

6.3.4 งานวิจัยเป็นการทำกลุ่มบำบัดที่ในโรงพยาบาล

6.3.5 งานวิจัยที่คัดเลือกเข้า เป็นงานวิจัย RCT, Quasi Experimental Controlled Group, Quasi Experimental Uncontrolled Group

6.3.6 เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ด้วยภาษาไทย และภาษาอังกฤษเท่านั้น

6.4 กำหนด Exclusion Criteria

การกำหนด Exclusion Criteria เป็นการกำหนดขอบเขตการสืบค้นให้ชัดเจน โดยต้องสอดคล้องกับ PICO/PICo ที่กำหนด เพื่อชี้แจงว่างานวิจัยที่อยู่ในขอบเขตของ Exclusion Criteria จะไม่นำมารวบรวมในการทบทวนวรรณกรรม ดังตัวอย่าง

6.4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโรคร่วมอื่นๆ เช่น HT DM Head Injury

6.5 กำหนดฐานข้อมูลในการสืบค้น

เขียนระบบฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น เช่น Medline, Pubmed, CINAHL, Thaijo, Thailist ศึกษาวิธีการสืบค้นจากฐานข้อมูลต่าง ๆ ชนิดของฐานข้อมูลเพื่อการสืบค้น

6.5.1 Platform เช่น EBcohost, OVID DIALOG

6.5.2 Database เช่น Medline, CINAHL, EMBASE, PsychInfo, Scopus, OTseeker, PEDro, POPLINE, Proquest, ScienceDirect, TRIP, Wiley InterScience, SPORTDiscus, ISI Web of Science, PUBMED, EMBASE

7. สรุปตารางการสืบค้น

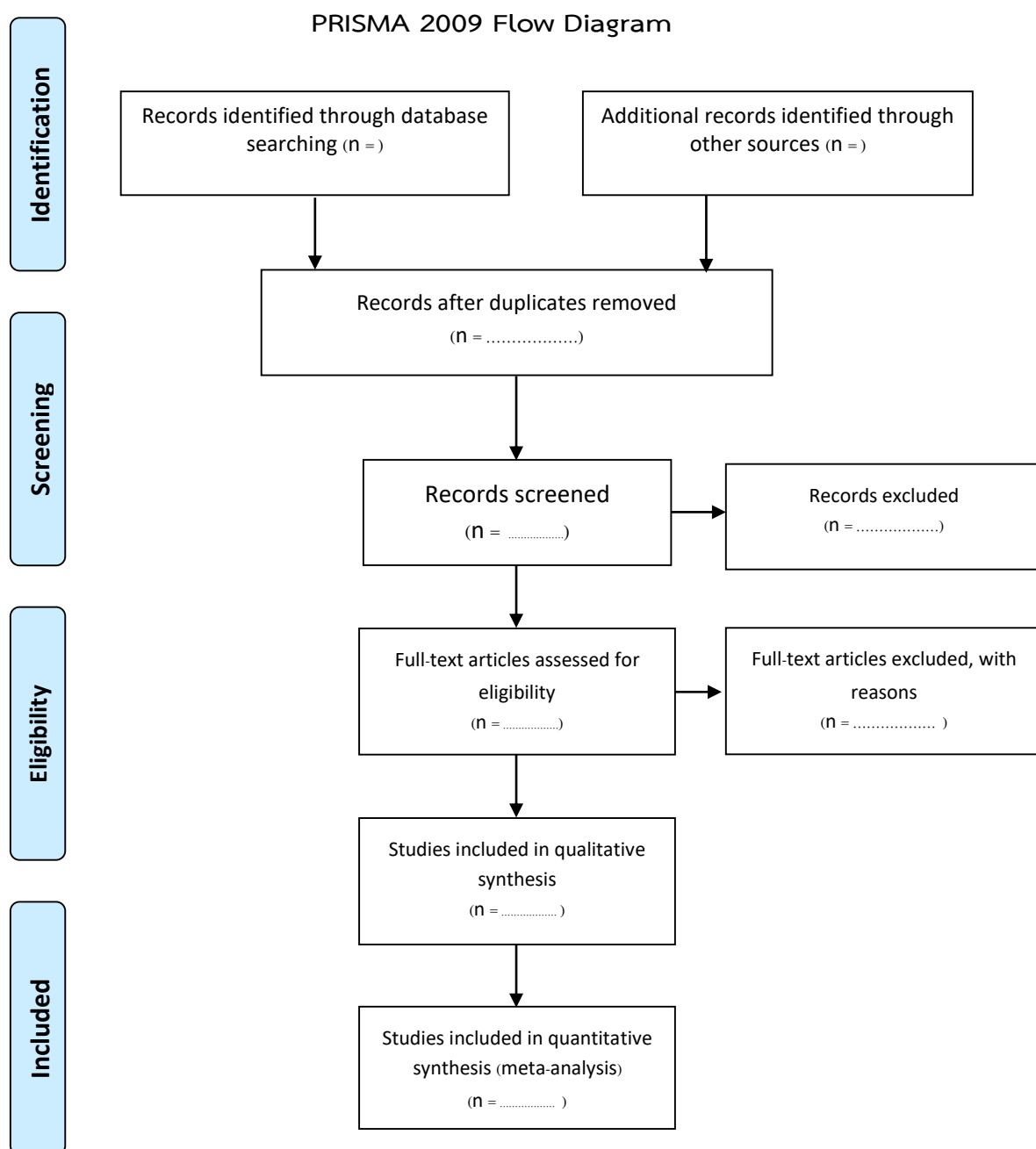
จัดทำตารางการสืบค้น โดยเขียนระบุคำค้น ฐานข้อมูลที่สืบค้น และจำนวนผลงานที่ค้นพบ เพื่อสรุปจำนวนผลการสืบค้น ดังตัวอย่าง

ตาราง 5 ตัวอย่างตารางสรุปการสืบค้น

คำค้น	CINAHL	Science Direct	PsychInfo	รวมจำนวนทั้งหมด
CBT and hallucination	10 เรื่อง	25 เรื่อง	15 เรื่อง	50 เรื่อง
.....				

8. การคัดกรองผลงาน (Screening)

ภายหลังจากการค้นคว้า และได้ข้อมูลสำหรับการทบทวนวรรณกรรม ทีมวิจัยจะร่วมกัน Screen ผลงานวิจัยตาม Inclusion Criteria และ Exclusion Criteria จนได้วิจัยที่ต้องการ ในการคัดกรองผลงานผู้วิจัยสามารถคัดกรองที่เป็นงานวิจัยแบบ Primary Study หรือผลงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ที่ผู้อื่นตีพิมพ์รวบรวมและนำมาหาข้อสรุปว่า จะนำวิจัยเรื่องใด นำเข้าเพื่อตรวจสอบคุณภาพงาน โดยเริ่มต้นจากการอ่านรายละเอียดของหัวข้อเรื่องและบทคัดย่อ ในกรณีทีวิจัยเรื่องนั้นไม่เกี่ยวข้องกันให้คัดออก แต่อาจใช้เนื้อหาบางส่วนสำหรับการเขียนเพื่อประกอบการอภิปรายผลในส่วนต่าง ๆ ขั้นตอนการคัดกรองผลงานต้องมีการนำเสนอโดยใช้ PRISMA diagram เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือของกระบวนการคัดกรองผลงาน



ภาพ 2 PRISMA Diagram

(Moher, Liberati, Tetzlaff & Altman, 2009)

9. การพิจารณาคุณภาพงานวิจัยตามเกณฑ์ Critical Appraisal Tool

ภายหลังคัดเลือกผลงาน ทีมวิจัยแต่ละคน อ่านวิจัยทุกเรื่องที่ผ่านเกณฑ์ Inclusion Criteria โดยละเอียด และทำการวิเคราะห์คุณภาพผลงาน โดยใช้ Critical Appraisal Tool เพื่อตรวจสอบคุณภาพงานวิจัย ผู้วิจัยจำเป็นต้องระบุเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพ Critical Appraisal Tool ที่ใช้ในการประเมินค่างานวิจัย การใช้เครื่องมือวิเคราะห์จะต้องใช้ให้ตรงกับประเภทของงานวิจัย ดังนั้นนักวิจัยควรพิจารณาและจัดประเภทของงานวิจัยและเลือกใช้เครื่องมือประเมินค่าผลงานวิจัยให้สอดคล้องกัน เนื่องจากแนวคิดของสถาบัน The Joanna Briggs Institute (JBI) เป็นสถาบันที่มีการทบทวนวรรณกรรมในรูปแบบงานวิจัยที่หลากหลาย ตั้งอยู่ที่เมือง Adelaide ประเทศ Australia ปัจจุบันสถาบัน JBI มีการขยายความร่วมมือกับนานาประเทศในการสร้างผลงานวิชาการวิชาการ ตีพิมพ์เผยแพร่งานเกี่ยวกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากผลงานวิจัยที่มีระเบียบวิธีวิจัยที่หลากหลาย เช่น Randomize Controlled Trial, Cohort Study, Cross Sectional Study รวมทั้งมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงคุณภาพ และการสรุปองค์ความรู้จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ สถาบัน JBI มีโปรแกรมในการทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ คือ SUMARI Program จึงมีรายละเอียดของการใช้ Critical Appraisal Tool ที่เฉพาะเจาะจงลงไปในแต่ละรูปแบบวิธีวิจัย (The Joanna Briggs Institute, 2021) โดยสามารถศึกษาเพิ่มเติมได้จาก <https://jbi.global/critical-appraisal-tools> โดยสามารถเลือกใช้เครื่องมือดังต่อไปนี้ Checklist for Randomized Controlled Trials, Checklist for Quasi Experimental Studies, Checklist for Analytical Cross Sectional Studies, Checklist for Case Control Studies, Checklist for Case Report, Checklist for Cohort Studies, Checklist for Prevalence Studies, Checklist for Systematic Review, Checklist for Qualitative Research, Checklist for text and Opinion เป็นต้น

หลังจากผู้วิจัยแต่ละคนในทีมประเมินงานวิจัยตามแบบประเมิน Critical Appraisal Tool เพื่อประเมินความน่าเชื่อถือ และคุณภาพงานวิจัย เพื่อนำเข้าสู่การวิเคราะห์โดยการพิจารณาตามเกณฑ์ โดยผลงานวิจัยที่ถูกคัดเลือกให้เป็นผลงานที่มีคุณภาพต้องผ่านเกณฑ์การพิจารณาอย่างน้อย 60% ในกรณีที่ทีมวิจัยอ่านผลงานวิจัยแล้วพบว่าการประเมินค่างานวิจัยไม่ตรงกัน จะใช้วิธีการประชุมเพื่อหาข้อสรุปเพื่อให้เป็นทิศทางเดียวกันในการประเมินผลงานวิจัย ทั้งนี้จำนวนผู้วิจัยภายในทีมควรเป็นจำนวนคี่ เพื่อให้สามารถตัดสินผลของการคัดเลือกร่วมกันได้ตามคะแนนเสียงข้างมาก ในการทำงานร่วมกันของทีมวิจัยในระหว่างการทำงานวิจัยเพื่อประเมินค่างาน ทีมวิจัยแต่ละคนสามารถทำงานได้อย่างอิสระผ่าน SUMARI Program ซึ่งเป็นโปรแกรมของสถาบัน The Joanna Briggs Institute (JBI) ในกรณีที่ทีมวิจัยไม่สามารถใช้โปรแกรมดังกล่าวได้อาจประยุกต์ใช้โปรแกรมอื่นๆ เพื่อให้สามารถทำงานร่วมกันได้ เช่น Google doc. หรือ Google Sheet เป็นต้น

10. การรวบรวมข้อมูลและสรุปผลองค์ความรู้

ผู้วิจัยออกแบบ Data Extraction Sheet ที่ใช้ในการสรุปรายงานวิจัยเป็นหมวดหมู่ หรือเป็นตาราง เพื่อสามารถรวบรวมการทบทวนวรรณกรรมที่เป็นระบบและเข้าใจได้ง่าย ผู้วิจัยสามารถกำหนดประเด็นต่าง ๆ ได้เอง เช่น ชื่อผู้แต่ง ปีที่แต่ง โปรแกรมที่ใช้ กลุ่มตัวอย่าง สถานที่เก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้วัดผลการศึกษา ผลการศึกษาที่พบ แล้วทำเป็นตารางตามหัวข้อต่าง ๆ หลังจากอ่านงานวิจัยที่ถูกคัดเลือกมาทบทวนวรรณกรรมเสร็จ ผู้วิจัยสกัดข้อมูลและเขียนข้อมูลสำคัญที่ต้องการสกัด โดยการทำ Data Extraction Sheet ต้องออกแบบให้สอดคล้องกับคำถามการทบทวนวรรณกรรม ในขั้นตอนของการทำ data Extraction Sheet ในกรณีที่ทีมวิจัยไม่ได้ทำงานผ่าน SUMARI Program สามารถทำในรูปแบบ Google Form เพื่อให้คณะทำงานสามารถทำงานได้อย่างอิสระ รวดเร็วและสามารถนำข้อมูลมารวบรวมได้ง่ายเป็นหมวดหมู่

นำผลการศึกษามาสรุปใน Identified Table และสรุปผลการค้นคว้าเป็นหมวดหมู่ เปรียบเทียบผลการศึกษา เพื่อให้ได้ข้อสรุปขององค์ความรู้ที่มีคุณภาพ รวมทั้งระบุระดับคุณภาพของข้อมูลที่พบในแต่ละการศึกษา ตัวอย่างตารางวิเคราะห์และสรุปผลองค์ความรู้

ตาราง 6 ตัวอย่างตารางวิเคราะห์และสรุปผลองค์ความรู้

ชื่อเรื่อง/ อ้างอิง	รูปแบบ วิจัย	กลุ่ม ตัวอย่าง	รายละเอียด โปรแกรม	เครื่องมือ วัดผล	ระยะเวลา การ ประเมินผล	ผลลัพธ์ การศึกษา	คุณภาพ ข้อมูล Level of Evidence

การเขียนสรุปผลการศึกษาโดยเขียนถึงกระบวนการศึกษาทั้งหมดและผลการศึกษา โดยการเขียนจะเขียนคล้ายกับการเขียนผลงานวิจัยเพื่อให้เห็นกระบวนการค้นคว้าที่มีคุณภาพและผลการศึกษาที่น่าเชื่อถือที่สามารถนำไปใช้ได้ต่อไป ประเด็นสำคัญของการสรุปองค์ความรู้ หากพบว่าผลงานที่คัดเลือกเข้ามาในการสรุปองค์ความรู้มีการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยวิธีวิเคราะห์ห่อหุ้ม (Meta Analysis) สามารถนำมาใช้สรุปเป็นองค์ความรู้ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือได้ เนื่องจากการวิเคราะห์ห่อหุ้ม เป็นเทคนิค การวิเคราะห์งานวิจัยที่ใช้วิธีการทางสถิติมาสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณหลายๆ เรื่อง ที่ศึกษาปัญหาเดียวกันเพื่อหาข้อสรุปอย่างมีระบบเพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่มีความถูกต้อง ลุ่มลึก และน่าเชื่อถือ (Thanakwang, 2010)

การวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

การวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นขั้นตอนของการตรวจสอบคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยผู้ทำการศึกษาต้องนำผลลัพธ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ นำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ อาจเป็น แพทย์ พยาบาล หรือ สหสาขาวิชาชีพทางการแพทย์อื่นๆ ที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญกับเรื่องที่ศึกษา โดยจัดประชุมวิพากษ์องค์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ทีมผู้ศึกษาต้องชี้แจงรายละเอียดของกระบวนการทบทวนวรรณกรรมให้ชัดเจนเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือของคุณภาพงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มา ในขั้นตอนของการประชุมวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้เชี่ยวชาญจะแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม มีการอภิปรายร่วมกันถึงความเป็นไปได้ และวิธีการที่จะนำองค์ความรู้ที่ได้มาใช้ประโยชน์ รวมทั้งมีการตัดสินใจเลือกวิธีการที่ทันสมัยที่สุดและดีที่สุดจากหลักฐานทางวิชาการมาใช้อ้างอิงในการตัดสินใจ โดยคำนึงถึงค่านิยม ความเชื่อของผู้รับบริการร่วมด้วย จากนั้นทีมผู้วิจัย จะนำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงและเพิ่มเติมองค์ความรู้ของหลักฐานเชิงประจักษ์ให้สมบูรณ์ตามบริบทจึงจะสามารถนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปฏิบัติจริงเพื่อยกระดับคุณภาพการพยาบาลต่อไป

การนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ประโยชน์

ทีมวิจัยนำผลการศึกษาที่ได้จากการรวบรวมองค์ความรู้จากวรรณกรรมและข้อคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิที่ผ่านการพิจารณาการตรวจสอบคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ มาสรุปเป็นแนวทางในการปฏิบัติทางการพยาบาล โดยในรายละเอียดของขั้นตอนและวิธีปฏิบัติการพยาบาลจะมีรายละเอียดอ้างอิงถึงระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่นำมาใช้อ้างอิง (รายงานวิจัย) โดยการบอกระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ควรระบุแหล่งที่มาของการจัดระดับความน่าเชื่อถือของรายงานวิจัยที่ใช้อ้างอิง เช่น แบ่งระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวคิดของสถาบัน The Joanna Briggs Institute เป็นต้น

เมื่อได้แนวทางการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ จะสามารถนำลงสู่การปฏิบัติได้โดยผู้บริหารของหอผู้ป่วยร่วมกับทีมวิจัยจัดประชุมชี้แจงแนวทางให้การพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อนำมาใช้ในหอผู้ป่วย โดยควรมีการศึกษานำร่อง (Pilot Study) ทดลองนำวิธีการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย เพื่อศึกษาผลการให้การพยาบาลและความเป็นไปได้ของการปฏิบัติตาม

หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก กลุ่มพยาบาลที่นำวิธีการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ และเก็บข้อมูลผลการให้การพยาบาลกับผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อการพยาบาลของผู้ป่วย เพื่อนำผลลัพธ์ที่ได้มาปรับปรุงแนวทางการพยาบาลให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ภายหลังการศึกษานำร่อง ผู้บริหารของหอผู้ป่วยร่วมกับทีมวิจัยควรมีการประชาสัมพันธ์และชี้แจงผล การศึกษานำร่องแนวทางให้การพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และสนับสนุนให้พยาบาลในหอผู้ป่วยนำ แนวทางให้การพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ได้คุณภาพและมาตรฐาน เดียวกัน การให้บริการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพและทันสมัย จะช่วยให้พยาบาลให้การ พยาบาลด้วยความมั่นใจ เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการและยกระดับคุณภาพการพยาบาล

สรุป

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ นับว่าเป็นสมรรถนะหลักอย่างหนึ่งที่ สำคัญสำหรับพยาบาล จุดเริ่มต้นของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลคือการทำความเข้าใจเกี่ยวกับ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นพื้นฐานของการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์จากประเด็นปัญหา ทางการพยาบาล การตั้งคำถามเกี่ยวกับประเด็นที่ต้องการทบทวนวรรณกรรม การกำหนดกรอบแนวคิดในการ สืบค้น PICO/PICo การกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของผลงานวิจัยที่จะนำมาใช้อ้างอิง การออกแบบ กระบวนการสืบค้น คำค้น และแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือในการสืบค้น ซึ่งกระบวนการต่าง ๆ ในการสืบค้น พยาบาลจำเป็นที่จะต้องมีการฝึกทักษะเพื่อให้เกิดความชำนาญเมื่อต้องการค้นหาหลักฐานหรืองานวิจัยต่าง ๆ มาอ้างอิง นอกจากนั้นทักษะการประเมินค่างานวิจัยซึ่งเป็นหนึ่งในกระบวนการที่สำคัญของการทบทวน วรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เป็นทักษะสำคัญที่พยาบาลควรเรียนรู้และฝึกฝนทักษะการประเมินค่างานวิจัยก่อน นำมาใช้สรุปเป็นองค์ความรู้ เพื่อลดความลำเอียงและใช้ผลการวิจัยที่มีคุณภาพมาอ้างอิงในหลักฐานเชิงประจักษ์

ภายหลังการสรุปผลองค์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จำเป็นที่จะต้องมีการ วิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะนำมาใช้อ้างอิงในการปฏิบัติงาน โดยการเสนอร่างแนวทางการพยาบาล ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ จัดประชุมวิเคราะห์ร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะสาขา เพื่อให้องค์ความรู้ที่ได้มีความ เหมาะสมกับบริบทและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ส่วนการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการพยาบาลควรมีการนำองค์ ความรู้ที่ได้สรุปเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลและนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเล็กในหอผู้ป่วย ก่อน ขยายผลนำไปปฏิบัติงานจริงในหอผู้ป่วยเพื่อยกระดับคุณภาพการพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ทางการพยาบาล ได้แก่

1. ด้านการศึกษา ควรนำไปใช้ในการเรียนการสอนพยาบาลในระดับอุดมศึกษาเพื่อให้นักศึกษาพยาบาล เกิดทัศนคติที่ดี และมีความรู้ความเข้าใจกระบวนการของการผลิตผลงานที่เกี่ยวข้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ เกิดการเรียนรู้ทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็น ได้แก่ การค้นหาปัญหาทางการพยาบาลที่ต้องการแก้ไข การกำหนด เป้าหมายการค้นหาหลักฐานอ้างอิง การฝึกทักษะการสืบค้นอย่างเป็นระบบ การประเมินค่างานวิจัย การ วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำมาใช้ เมื่อบัณฑิตพยาบาลผ่านการเรียนรู้และฝึกทักษะต่าง ๆ จะสามารถลดอุปสรรคที่จะขัดขวางการเรียนรู้ เกิดทัศนคติที่ดีในการนำไปใช้เนื่องจากเห็นว่าเป็นกระบวนการที่ ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และเกิดผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ เมื่อจบเป็นพยาบาลและต้องปฏิบัติงานจริงในการให้บริการทาง สุขภาพจะทำให้เกิดแรงจูงใจที่ดีในการค้นหาหลักฐานทางวิชาการและนำองค์ความรู้ที่ได้มาใช้อ้างอิงเพื่อพัฒนา คุณภาพทางการพยาบาลต่อไป

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรทางพยาบาลที่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยควรทบทวนความรู้ เกี่ยวกับการผลิตผลงานที่เกี่ยวข้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำไปสู่การสร้างมาตรฐานทางการพยาบาลจาก ข้อค้นพบที่เกิดขึ้น

3. ด้านนโยบาย ผู้นำองค์กรทางการพยาบาลควรนำองค์ความรู้เกี่ยวกับการผลิตผลงานวิชาการโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติจริง และส่งเสริมให้เกิดการทำแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guideline) จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ค้นพบจากงานวิจัยที่น่าเชื่อถือและมีคุณภาพ และควรกำหนดและให้ความสำคัญกับสมรรถนะที่พึงประสงค์ของพยาบาลในด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

4. ด้านวิจัย ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับวิธีการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการเตรียมบัณฑิตพยาบาล และพยาบาลที่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยให้มีทัศนคติที่ดี เกิดแรงจูงใจ ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติงาน และศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลลัพธ์และสมรรถนะที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาทักษะการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล

References

- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping Studies: Towards a Methodological Framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. doi:10.1080/1364557032000119616
- Ganann, R., Ciliska, D., & Thomas, H. (2010). Expediting Systematic Reviews: Methods and Implications of Rapid Reviews. *Implementation Science*, 5(1), 56-56. doi: 10.1186/1748-5908-5-56
- Julawong, O., Munsil, J., & Taweewanich, S. (2018). Application of Evidence-Based Practice in Nursing Professions. *Journal of Royal Thai Army Nurses*, 19(2), Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/143885>
- Kanhadilok, S., Punsumreung, T., & Malai, C. (2017). Evidence Based Teaching Strategies in Nursing. *Journal of Nursing and Health Care*, 35(4), 34-41
- Khammathit, A., & Makrat, M. (2017). Using the Systematic Review to Provide a Complete Summary on a Research Question in Evidence Based Practice : A 3 Step Method. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 3(3), 249-259.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7), e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097
- Picheansathian, W. (2018). Searching the Evidence: Essential Skill for Nurse in Thailand 4.0. *The Journal of Nursing and Midwifery Practice*, 5(1), 136-148.
- Puttaruksa, L., Subgranon, R., & Othaganont, P. (2016). Factors Leading to Success in the Implementation of Evidence Based Nursing Practice of Professional Nurses. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 24(3), 94-103.
- Thanakwang, K. (2010). Meta-Analysis: Concepts and Application to Nursing Research. *Thai Journal of Nursing Council*, 25(4), 10-22.
- The Joanna Briggs Institute. (2021). *The Critical Appraisal Tool*. Retrieved on 5 January 2021. from <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Tonsuwon, K., Suwonnaroop, N., & Watthayu, N. (2019). Perceived Barriers to Implementing Evidence, Attitudes, and Research Experiences Toward Evidence-Based Nursing Practice among Professional Nurses in Health Promoting Hospital, *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 25(2), 25-40.

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาลและสังคมศาสตร์ Validation of Nursing Research Reports and Proper Use of Social Science Research Instruments in Publishing

มนีร์ศม์ พัฒนสมบัติสุข^{1*}

Maneeratsami Pattanasombutsook^{1*}

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา^{1*}

Boromarajonani College of Nursing, Yala^{1*}

(Received: March 25, 2020; Revised: May 17, 2021; Accepted: May 14, 2021)

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ นักวิจัยทราบถึงวิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยที่ต้องสอดคล้องกับชนิดของเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาลและสังคมศาสตร์ และสามารถรายงานคุณภาพของเครื่องมือถูกต้องตามหลักการวัด

ผู้เขียนบทความได้สำรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาลและสังคมศาสตร์ คัดเลือกโดยการสุ่มจากวารสารกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี จำนวน 5 ชื่อเรื่องที่ตีพิมพ์ในฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย กลุ่มที่ 1 (TCI 1) ระหว่างปี พ.ศ. 2561 – 2563 จากการทบทวนบทความวิจัยเชิงปริมาณ จำนวน 100 เรื่อง มีการใช้เครื่องมือวิจัยชนิดแบบสอบถาม แบบประเมิน หรือแบบวัดความรู้ ในการวิจัย จำนวน 239 ฉบับ (ไม่นับรวมการสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล) พบว่า 1) มีงานวิจัยร้อยละ 71.97 ที่รายงานวิธีการตรวจสอบคุณภาพและคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ไม่ครบถ้วนและไม่ถูกต้องตามหลักการวัด 2) ด้านการหาความตรง พบว่า ไม่รายงานการหาความตรง ร้อยละ 28.87 รายงานผลการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือที่ใช้ไม่ครบทุกฉบับ ร้อยละ 7 และรายงานค่า IOC เป็นค่าเฉลี่ยรวมทั้งฉบับ ร้อยละ 3 3) ด้านการหาความเชื่อมั่น พบว่า ไม่รายงานการหาค่าความเชื่อมั่น ร้อยละ 16.69 รายงานค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ไม่ครบทุกฉบับ ร้อยละ 1.67 และใช้วิธีการหาค่าความเชื่อมั่นไม่เหมาะสมกับชนิดของเครื่องมือ ร้อยละ 0.84

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยวิจัยทางการพยาบาลและสังคมศาสตร์ที่ผ่านมา ยังขาดการวิเคราะห์คุณภาพและการรายงานคุณภาพเครื่องมือที่ครบถ้วนถูกต้องตามหลักการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัยซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ บทความนี้จึงนำเสนอ วิธีการตรวจสอบคุณภาพและการรายงานผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย เพื่อเป็นแนวทางสำหรับนักวิจัยในการนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

คำสำคัญ: การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย, ความตรง, ความเชื่อมั่น, ความยากง่าย, อำนาจจำแนก

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: piamsook@bcnyala.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 086-9456945)

Abstract

This academic article aimed to provide the proper type of measurement and validation methods, including social science research instruments, as well as correct psychometric properties reporting methods.

A simple survey was undertaken to identify the use of social science research instruments and instrument validation from 5 randomly selected journals that were published in science and technology journals from Thai-Journal Citation Index group I (TCI I) database during 2017 – 2019. From 100 quantitative research articles, 239 questionnaires were used (excluding the part of demographic data). Findings were: 1) 71.97% of research articles reported the validation method and psychometric properties incompletely and incorrectly, 2) validity testing was not reported for 28.87% of articles, 3) for 7% of articles, validity testing did not cover all measurement instruments used, 4) 3% reported IOC wrongly, by using average of total scale, 5) reliability testing was not reported in 16.69% of articles, 6) for 1.67% of articles, reliability testing did not cover all measurement instruments used, and 7) there was a misapplication of reliability testing in 0.84% of selected articles.

Lack of psychometric testing and underreporting were found in social science research instruments used, in particular for validity testing. Thus, psychometric testing and reporting of validation are provided in this article as guidance for using.

Keywords: Nursing Science, Publishing, Research, Validation, Instrument, Social Science Instruments, Validity, Reliability

บทนำ

คุณภาพของงานวิจัยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งคือ คุณภาพของเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาทดสอบสมมติฐานหรือหาคำตอบของการวิจัย แม้กระบวนการวิจัยจะดีเพียงใด แต่หากเครื่องมือวิจัยไม่มีความถูกต้องเหมาะสม ไม่มีคุณภาพที่ดีเพียงพอ ผลการวิจัยนั้นย่อมขาดความน่าเชื่อถือ ไม่เป็นที่ยอมรับ และไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างแท้จริง (Tiensawad, 2019) งานวิจัยทางการแพทย์และสังคมศาสตร์ส่วนใหญ่เป็นการวัดตัวแปรทางด้านจิตสังคมที่มีลักษณะเป็นนามธรรม ไม่สามารถวัดได้โดยตรง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมักจะเป็นแบบวัด แบบประเมิน หรือแบบสอบถาม จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยว่าสามารถใช้เก็บข้อมูลได้ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัยและเชื่อถือได้

จากการที่ผู้เขียนบทความได้สำรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์และสังคมศาสตร์ คัดเลือกโดยการสุ่มจากวารสารกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี จำนวน 5 ชื่อเรื่องที่ตีพิมพ์พื้นฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย กลุ่มที่ 1 (TCI 1) ระหว่างปี พ.ศ. 2561 – 2563 ในบทความวิจัยเชิงปริมาณจำนวน 100 เรื่อง มีการใช้เครื่องมือวิจัยชนิดแบบสอบถาม หรือแบบวัดความรู้ ในการวิจัย จำนวน 239 ฉบับ เป็นแบบประเมิน จำนวน 215 ฉบับ และแบบวัดความรู้ จำนวน 24 ฉบับ (ไม่นับรวมแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล) พบว่า ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยของผู้อื่นมาใช้ ร้อยละ 24.69 สร้างเครื่องมือเอง ร้อยละ 23.43 ดัดแปลงเครื่องมือของผู้วิจัยท่านอื่น ร้อยละ 22.59 ใช้เครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 5.44 และไม่ระบุแหล่งที่มาของเครื่องมือ ร้อยละ 23.85 ด้านการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย พบว่า มีบทความวิจัยที่รายงานการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยด้วยวิธีการตรวจสอบความตรง ร้อยละ 71.13 จำแนกเป็นใช้วิธีการหาค่า CVI ร้อยละ 33.47 หาค่า IOC ร้อยละ 20.5 รายงานว่ามีการหาความตรง แต่ไม่ระบุวิธีหาค่าที่ได้ ร้อยละ

17.16 และไม่รายงานการหาความตรง ร้อยละ 28.87 ปัญหาอื่นๆ ที่พบจากบทความวิจัยที่รายงานการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีหลายฉบับ แต่รายงานผลการตรวจสอบความตรงเพียงค่าเดียว ร้อยละ 7 และ 2) รายงานค่า IOC เป็นค่าเฉลี่ยรวมทั้งฉบับ ร้อยละ 3

จากบทความวิจัยทั้งหมดที่มีการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัยนั้น มีการใช้ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความตรง จำนวน 3-9 คน ร้อยละ 90.79 และไม่ระบุจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในการตรวจสอบความตรง ร้อยละ 9.21 ด้านการตรวจสอบความเชื่อมั่น พบว่า มีบทความวิจัยที่รายงานการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย ร้อยละ 83.31 จำแนกเป็นใช้วิธีการหาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ร้อยละ 72.0 ใช้สูตร KR-20 ร้อยละ 8.80 ทดสอบซ้ำ ร้อยละ 2.51 และไม่รายงานการหาค่าความเชื่อมั่น ร้อยละ 16.69 สำหรับเครื่องมือวิจัยที่เป็นแบบวัดความรู้ จำนวน 24 ฉบับ มีการรายงานค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 ร้อยละ 87.50 ไม่รายงานการหาค่าความเชื่อมั่น ร้อยละ 12.50 มีการรายงานค่าความยากง่ายและอำนาจจำแนก ร้อยละ 16.66 และไม่รายงานการหาค่าความยากง่ายและอำนาจจำแนก ร้อยละ 83.34 ทั้งนี้จากบทความวิจัยทั้งหมดที่มีการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยนั้น ใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการหาความเชื่อมั่น ระหว่าง 30-79 คน ร้อยละ 61.09 ระหว่าง 10-20 คน ร้อยละ 7.11 และไม่ระบุจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการตรวจสอบความเชื่อมั่น ร้อยละ 31.80

ปัญหาอื่นที่พบในการรายงานการตรวจสอบความเชื่อมั่น คือ 1) กรณีที่เครื่องมือฉบับเดียวประกอบด้วยหลายด้าน ผู้วิจัยรายงานเฉพาะค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ ไม่รายงานรายด้าน ร้อยละ 4.18 และรายงานค่าความเชื่อมั่นเฉพาะรายด้าน ไม่รายงานค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ ร้อยละ 0.42 2) กรณีเครื่องมือวิจัยมีหลายฉบับ รายงานค่าความเชื่อมั่นไม่ครบทุกฉบับ ร้อยละ 1.67 3) ใช้วิธีการคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นไม่เหมาะสมกับชนิดของเครื่องมือ โดยเครื่องมือวิจัยเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 ร้อยละ 0.42 และเครื่องมือวิจัยเป็นแบบวัดความรู้ที่ให้ค่าคะแนน 0 และ 1 หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ร้อยละ 0.42

เมื่อตรวจสอบในภาพรวมทั้งหมดทั้งด้านการตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่น พบว่า มีงานวิจัยร้อยละ 71.97 ที่รายงานวิธีการตรวจสอบคุณภาพ และคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ไม่ครบถ้วนและไม่ถูกต้องตามหลักการ ซึ่งทำให้ความน่าเชื่อถือของงานวิจัยลดลง นักวิจัยท่านอื่นไม่สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้จากปัญหาที่พบดังกล่าวจึงมีความจำเป็นที่จะต้องกล่าวถึงวิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยที่พบได้บ่อย คือ การตรวจสอบความตรง ความเชื่อมั่น ความยากง่ายและอำนาจจำแนก รวมถึงวิธีการรายงานคุณภาพเครื่องมือวิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

ด้านที่มาของเครื่องมือวิจัย ลักษณะและคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

เนื่องจากงานวิจัยทางการพยาบาลและทางสังคมศาสตร์ส่วนใหญ่เป็นการวัดตัวแปรทางด้านจิตสังคมหรือวัดปรากฏการณ์ที่มีลักษณะเป็นนามธรรม ไม่สามารถวัดสิ่งที่ต้องการวัดได้โดยตรง ลักษณะการวัดมักไม่สมบูรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่จะเป็นแบบวัด แบบประเมิน หรือแบบสอบถาม ซึ่งการสร้างข้อคำถามแต่ละชุดก็ไม่สามารถนำเนื้อหามาใช้สอบถามได้ทั้งหมด และมักจะให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามด้วยตนเอง (Gray, Grove, & Sutherland, 2017) ดังนั้นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัยจึงควรถูกพัฒนาขึ้นอย่างถูกต้องตามหลักการ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเพื่อให้สามารถวัดในสิ่งที่ต้องการวัดได้จริง และให้ผลการวัดที่เชื่อถือได้ หากผู้วิจัยสร้างเครื่องมือด้วยตนเองหรือนำเครื่องมือวิจัยของผู้อื่นมาใช้ โดยไม่มีการตรวจสอบคุณภาพด้วยกระบวนการที่ถูกต้อง จะทำให้ความน่าเชื่อถือและประโยชน์ของงานวิจัยนั้นลดน้อยลง

การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัยนั้น ผู้วิจัยควรรายงานเกี่ยวกับเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ถึงแหล่งที่มาของเครื่องมือ ลักษณะของเครื่องมือ และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เพื่อให้ผู้อ่านทราบว่าเครื่องมือที่นำมาใช้นั้น มีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้และมีคุณภาพน่าเชื่อถือมากน้อยเพียงใด โดยสรุปได้ดังนี้

ด้าน	รายละเอียด
แหล่งที่มาของเครื่องมือ	ระบุถึงแหล่งที่มาของเครื่องมือ เช่น ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีของนักวิชาการท่านใด (ระบุชื่อและปีพ.ศ.) สร้างเครื่องมือเองด้วยวิธีใด หรือ ปรับปรุงดัดแปลงจากเครื่องมือของนักวิจัยท่านใด (ระบุชื่อ และ ปี พ.ศ.) หากมีผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือหรือจากงานวิจัยที่ผ่านมา ก็ควรระบุด้วย
ลักษณะของเครื่องมือ	อธิบายลักษณะของเครื่องมือว่าเป็นมาตรวัดแบบใด จำนวนกี่ข้อ แบ่งออกเป็นกี่ด้าน ด้านละกี่ข้อ เช่น เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 35 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้คือ ด้านเก่ง จำนวน 15 ข้อ ด้านดี จำนวน 10 ข้อ และด้านมีความสุข จำนวน 10 ข้อ หากมีการให้ความหมายของค่าคะแนนและเกณฑ์การแปลค่าคะแนน ก็ควรระบุด้วย
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (ความตรงและความเชื่อมั่น)	ด้านความตรง - จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และประกอบด้วยใครบ้าง วิธีการตรวจสอบความตรง และค่าที่ได้จากการตรวจสอบความตรง ค่าพิสัย และค่าเฉลี่ยทั้งฉบับ (กรณีเครื่องมือมีหลายฉบับ ต้องระบุทุกฉบับ) ด้านความเชื่อมั่น - กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ทดสอบเครื่องมือวิจัยคือใคร จำนวนเท่าไร วิธีการหาค่าความเชื่อมั่น และค่าที่ได้จากการตรวจสอบความเชื่อมั่น (กรณีเครื่องมือมีหลายฉบับ ต้องระบุทุกฉบับ กรณีเครื่องมือมีหลายองค์ประกอบ ควรระบุทุกองค์ประกอบ) ด้านความยากง่ายและอำนาจจำแนก ข้อสอบเป็นข้อสอบชนิดใด จำนวนกี่ข้อ ค่าความยากง่ายและอำนาจจำแนกที่หาได้

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การประเมินคุณภาพเครื่องมือวิจัยมีหลายวิธี ในกรณีที่เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบบวัด หรือแบบประเมิน จากการสำรวจของผู้เขียนบทความพบว่า งานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ส่วนใหญ่ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยใน 4 คุณสมบัติหลัก คือ ความตรง (Validity) ความเชื่อมั่น (Reliability) ความยากง่าย (Difficulty) และอำนาจจำแนก (Discrimination) ดังจะกล่าวถึงต่อไปนี้

1. ความตรง (Validity)

ความตรงของเครื่องมือวิจัย หมายถึง ความสามารถของเครื่องมือในการวัดคุณลักษณะของตัวแปรหรือสิ่งที่ต้องการวัดได้จริง (DeVellis, 2017) สามารถวัดได้ตรงตามเนื้อหาและพฤติกรรมที่ต้องการวัด (Gray, Grove, & Sutherland, 2017) ความตรงถือเป็นคุณสมบัติที่สำคัญของเครื่องมือวิจัย หากเครื่องมือวิจัยมีค่าความตรงต่ำ แม้จะมีคุณภาพด้านความเชื่อมั่นหรือคุณภาพด้านอื่นๆ สูง ก็ไม่ควรใช้เครื่องมือชิ้นนั้น

ความตรงของเครื่องมือวิจัย สามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ (DeVellis, 2017) คือ ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความตรงตามโครงสร้าง (Construct Validity) และความตรงตามเกณฑ์ (Criterion-Related Validity) ในการศึกษาวิจัยโดยทั่วไปนิยมตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ส่วนการตรวจสอบความตรงประเภทอื่นๆ นิยมใช้ในการวิจัยที่มีลักษณะและระเบียบวิธีวิจัยที่เฉพาะ ดังนั้นในบทความนี้ จะขอกล่าวถึงเฉพาะการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เป็นการตรวจสอบว่าเครื่องมือวิจัยนั้นสามารถวัดเนื้อหาที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของสิ่งที่ต้องการจะวัดได้ตรงและครอบคลุมครบถ้วน โดยเฉพาะเมื่อใช้วัดมโนทัศน์หรือตัวแปรที่เป็นนามธรรมหรือการวัดค่าตัวแปรที่ไม่สามารถวัดได้โดยตรง ไม่มีกฎตายตัว และมีหน่วยการวัดที่ไม่เท่ากัน เช่น ความพึงพอใจ ภาวะผู้นำ พฤติกรรมการดูแลตนเอง สมรรถนะในการสื่อสาร เป็นต้น

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย นอกจากจะเน้นในเรื่องความตรงของเนื้อหาที่ต้องการวัด ยังเน้นในเรื่องความตรงกับวัตถุประสงค์ของการวัดและตรงกับกลุ่มประชากรที่ต้องการวัดด้วย (Gray, Grove, & Sutherland, 2017) ผลการตรวจสอบความตรงของการศึกษาหนึ่งจึงเป็นความตรงสำหรับกลุ่มประชากรนั้นและ

ของบริบทของการศึกษานั้นเท่านั้น ไม่สามารถนำไปอนุมานผลกับกลุ่มตัวอย่างหรือกลุ่มประชากรกลุ่มอื่นที่แตกต่างกันได้ (Tiansawad, 2019) เช่น เครื่องมือวิจัยที่มีความตรงเมื่อนำไปใช้ในกลุ่มประชากรวัยผู้ใหญ่ อาจจะไม่มีความตรงเมื่อนำไปใช้ในกลุ่มประชากรวัยรุ่น หรือเครื่องมือวิจัยที่มีความตรงเมื่อเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือ อาจจะไม่มีความตรงเมื่อนำมาใช้เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุในเขตภาคใต้

ดังนั้น ไม่ว่าผู้วิจัยจะพัฒนาเครื่องมือวิจัยด้วยตนเอง นำเครื่องมือวิจัยของผู้อื่นมาใช้ ดัดแปลงหรือปรับปรุงข้อคำถามจากเครื่องมือวิจัยของผู้อื่นและนำมาใช้ ควรตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัยก่อนนำไปใช้ทุกครั้ง และเมื่อนำเครื่องมือวิจัยไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่ต่างกัน สถานที่ สถานการณ์หรือบริบทที่ต่างกัน ควรตรวจสอบความตรงตามของเครื่องมือก่อนนำไปใช้เช่นกัน

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาทำได้ 3 วิธี คือ การทบทวนวรรณกรรมโดยผู้วิจัย การสอบถามจากกลุ่มประชากรเป้าหมาย และการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (Gray, Grove, & Sutherland, 2017)

1.1 การทบทวนวรรณกรรมโดยผู้วิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาขั้นแรกควรทำตั้งแต่ก่อนที่จะนำเครื่องมือที่นำมาใช้ โดยผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมในสิ่งที่ต้องการศึกษา เลือกเครื่องมือที่เหมาะสมและตรงกับวัตถุประสงค์การวัด จากนั้นจึงพิจารณาถึงแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการสร้างเครื่องมือที่นำมาใช้ว่าตรงกับกรอบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาของผู้วิจัยหรือไม่ ตรวจสอบว่าข้อคำถามในเครื่องมือที่จะนำมาใช้นั้น ตรงกับสิ่งที่ต้องการจะวัด ครอบคลุมตามแนวคิดทฤษฎีที่ต้องการศึกษา และมีความเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการจะวัดหรือไม่

หากตรวจสอบแล้วพบว่า แนวคิดทฤษฎีของเครื่องมือที่จะนำมาใช้ไม่ตรงกันกับแนวคิดทฤษฎีที่ต้องการศึกษา ก็ไม่แนะนำให้ใช้เครื่องมือวิจัยนั้น แต่หากเครื่องมือที่จะนำมาใช้มีเนื้อหาที่ใกล้เคียงกันและตรงกับวัตถุประสงค์ที่จะศึกษา ผู้วิจัยก็ควรปรับปรุงข้อคำถามให้ตรงกับเนื้อหาและกลุ่มประชากรที่ผู้วิจัยต้องการจะวัด เช่น การนำแบบวัดความเครียดในการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ไปใช้ในการวัดความเครียดในการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล ผู้วิจัยควรต้องปรับปรุงข้อคำถามให้มีเนื้อหาที่เหมาะสมกับขอบเขตความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานของนักศึกษาผู้ช่วยพยาบาล แล้วนำเครื่องมือวิจัยที่ปรับปรุงหรือเพิ่มเติมข้อคำถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมก่อนนำไปใช้จริง

ในกรณีที่ผู้วิจัยไม่ได้นำเครื่องมือของผู้อื่นมาใช้ทั้งหมด (Total Scale) เลือกใช้เฉพาะบางองค์ประกอบหรือบางด้าน (Component หรือ Domain) ของเครื่องมือ อย่าดูเพียงแค่ชื่อขององค์ประกอบว่าตรงกับสิ่งที่ต้องการศึกษาแล้วนำมาใช้เลย ควรอ่านข้อคำถามในเครื่องมือทั้งหมดนั้นให้ครบถ้วนก่อน พิจารณาว่าข้อคำถามในองค์ประกอบหรือด้านที่เลือกมานั้นตรงและครอบคลุมสิ่งที่ต้องการวัด หากข้อคำถามของเครื่องมือที่นำมาใช้นั้นไม่ครบถ้วนครอบคลุม ผู้วิจัยก็อาจจะพัฒนาข้อคำถามเพิ่มเติมหรือปรับปรุงข้อคำถามที่มีอยู่ แล้วนำเครื่องมือวิจัยไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงและให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมก่อนนำไปใช้จริง

1.2 การสอบถามจากกลุ่มประชากรเป้าหมายหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

การสอบถามจากกลุ่มประชากรเป้าหมายหรือเรียกอีกชื่อว่าความตรงเชิงพินิจ (Face Validity) เป็นการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัยโดยใช้การตัดสินใจหรือความคิดเห็นของผู้ที่มีความน่าเชื่อถือในระดับหนึ่ง ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญ อาจจะเป็นผู้เกี่ยวข้อง หรือกลุ่มประชากรเป้าหมายของการศึกษาก็ได้ พิจารณาว่าเครื่องมือวิจัยนั้นวัดในสิ่งที่ต้องการวัดได้จริง แต่การตรวจสอบความตรงด้วยวิธีนี้ไม่อาจใช้ได้กับทุกเครื่องมือ ผลที่ได้อาจผิดพลาดคลาดเคลื่อนได้ หากตัวแปรที่ต้องการวัดมีความเป็นนามธรรมสูงหรือมีความซับซ้อนเชิงวิชาการ เช่น การสอบถามถึงผลลัพธ์การเรียนรู้จากนักเรียนชั้นประถม สอบถามกลยุทธ์การบริหารองค์กรจากพนักงานทั่วไป ผู้ตอบอาจจะตอบได้ไม่ตรงหรือตอบคลาดเคลื่อนไปจากเนื้อหาหรือแนวคิดหลักที่ต้องการวัดได้ ความตรงชนิดนี้ถือเป็นการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาในเบื้องต้น เป็นการดูอย่างผิวเผิน เป็นความตรงที่ค่อนข้างอ่อนที่สุด (Gray, Grove, & Sutherland, 2017) ข้อดีคือทำให้กลุ่มตัวอย่างยอมรับและตอบคำถามมากขึ้น แต่ไม่นิยมนำมาเป็นหลักฐานที่ใช้สนับสนุนความตรงของเครื่องมือ

1.3 การใช้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัยโดยใช้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ เป็นขั้นตอนที่สำคัญอีกขั้นตอนหนึ่งในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ตัวแปรที่ไม่สามารถวัดได้โดยตรง เช่น ความพึงพอใจ ความเครียด สมรรถนะ เป็นต้น จำเป็นที่จะต้องมีการให้ความหมายของตัวแปรให้มีเนื้อหาครอบคลุมสิ่งที่ต้องการวัด เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของสิ่งที่ต้องการศึกษา ความรู้และประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญจะช่วยให้เครื่องมือวิจัยนั้นมีความตรงในการวัดเพิ่มขึ้น

โดยทั่วไปแล้ว การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจะใช้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ความสามารถทั้งในส่วนเนื้อหาของเนื้อหา แนวคิดทฤษฎี และกลุ่มประชากรที่ต้องการจะศึกษา (Polit & Beck, 2017) ผู้เชี่ยวชาญควรมีความแตกต่างหลากหลายในด้านประสบการณ์แต่ผู้เชี่ยวชาญในสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการวัดเหมือนกัน การใช้ผู้เชี่ยวชาญที่หลากหลายแต่มีประสบการณ์ร่วมกัน จะทำให้ได้เครื่องมือวิจัยที่มีความตรงสำหรับกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษาเพิ่มขึ้น เช่น การวัดความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกสามีทำร้ายร่างกาย ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนี้อาจจะประกอบไปด้วย สูตินรีแพทย์ พยาบาลแผนกฝากครรภ์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

ไม่มีข้อกำหนดที่แน่นอนในเรื่องจำนวนของผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในการประเมินความตรงตามเนื้อหา โดยทั่วไปนิยมใช้จำนวนผู้เชี่ยวชาญเป็นเลขคี่ เช่น 3, 5, 7, 9 คน ควรใช้ผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 5 คน เพื่อลดโอกาสเกิดความเห็นตรงกันโดยบังเอิญ (Chance Agreement) ซึ่งโอกาสเกิดความเห็นตรงกันโดยบังเอิญนี้จะลดลงเมื่อจำนวนผู้เชี่ยวชาญเพิ่มขึ้น แต่ในกรณีที่หาผู้เชี่ยวชาญในเรื่องที่ศึกษานั้นได้ยาก หรือนำเครื่องมือวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบความตรงมาดีแล้วมาปรับปรุงข้อคำถามโดยไม่ทำให้เนื้อหาและโครงสร้างของข้อคำถามเปลี่ยนแปลง ก็สามารถใช้ผู้เชี่ยวชาญจำนวนอย่างน้อย 3 คนได้ แต่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนควรมีความเห็นตรงกัน (Tiansawad, 2019)

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยใช้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยทั่วไปมี 2 วิธี คือ

1.3.1 การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)

การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เป็นวิธีที่ให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินข้อความแต่ละข้อในเครื่องมือ ประเมินความเกี่ยวข้อง ความชัดเจนของข้อความ ความยากง่าย ความครบถ้วนครอบคลุมเนื้อหา/มโนทัศน์ที่ต้องการจะวัด การใช้ภาษาและความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจะวัด แล้วพิจารณาว่าข้อความนั้น เกี่ยวข้องสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการวัดในระดับใด โดยกำหนดตัวเลือกเป็นมาตรวัด 4 ระดับ คือ 1 หมายถึง ไม่เกี่ยวข้อง, 2 หมายถึง ค่อนข้างไม่เกี่ยวข้อง, 3 หมายถึง ค่อนข้างเกี่ยวข้อง, และ 4 หมายถึง เกี่ยวข้องมาก (Waltz, Strickland, & Lenz, 2010)

การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาควรทำทั้งรายข้อและทั้งฉบับ ดังนี้

1.3.1.1 การหาค่าดัชนีความตรงตามเนือหารายข้อ (Item-level CVI: I-CVI)

ค่าดัชนีความตรงตามเนือหารายข้อ (I-CVI) เป็นข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการพิจารณาเลือกข้อคำถามไว้ ปรับปรุงข้อความ หรือตัดออก การหาค่า I-CVI ทำได้โดย นำจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ประเมินความเกี่ยวข้องที่ให้ค่าคะแนน 3 หรือ 4 ในข้อความนั้นๆหารด้วยจำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด (Polit & Beck, 2017) เช่น ข้อความข้อที่ 1 ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 คนจากจำนวนทั้งหมด 5 คน ประเมินว่าข้อความมีความเกี่ยวข้องในระดับ 3 หรือ 4 ค่า I-CVI ของข้อที่ 1 จะเท่ากับ $4/5 = .80$

เกณฑ์ที่ใช้พิจารณาค่า I-CVI คือ กรณีที่ใช้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 - 5 คน ค่า I-CVI ควรมีค่าเท่ากับ 1.00 กรณีที่ใช้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 6 - 10 คน ค่า I-CVI ควรมีค่า .78 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2014) หากข้อความใดมีค่า I-CVI ต่ำกว่าเกณฑ์ ผู้วิจัยควรพิจารณาปรับปรุงข้อคำถาม หรือตัดข้อคำถามนั้นออกจากเครื่องมือวิจัย แต่หากข้อคำถามนั้นเป็นเนื้อหาที่จำเป็นสำคัญ หากตัดข้อคำถามนั้นแล้วทำให้ข้อคำถามที่เหลืออยู่ ไม่ครบถ้วนครอบคลุมสิ่งที่ต้องการวัด ก็ไม่ควรตัดทิ้ง แต่ควรปรับปรุงข้อคำถามให้มีความชัดเจน ตรงไปตรงมา และเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากยิ่งขึ้น

1.3.1.2 การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (Scale-Level CVI: S-CVI)

การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) สามารถทำได้ 2 วิธี คือ ค่าความตรงเฉลี่ยทั้งฉบับ (Scale-Level CVI/Average: S-CVI/Ave) และความตรงตามเนื้อหาที่ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านมีความเห็นตรงกัน (Scale-Level CVI/Universal Agreement: S-CVI/UA)

1.3.1.2.1 การหาค่า S-CVI/Ave คือ การหาค่าเฉลี่ยของ I-CVI ทุกข้อคำถามในเครื่องมือวิจัยนั้นๆ (Polit & Beck, 2017) โดยการนำค่า CVI ของข้อคำถามทุกข้อมารวมกันและหารด้วยจำนวนข้อคำถาม เช่น ข้อคำถามที่ 1-5 มีค่า I-CVI เท่ากับ .80+.80+.80+1.00+1.00 ค่า S-CVI/Ave จะเท่ากับ $4.4/5 = .88$

เกณฑ์ที่ใช้พิจารณา คือ ค่า S-CVI/Ave ควรมีค่า .90 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2014) ค่า S-CVI/Ave ของเครื่องมือวิจัยที่แปลมาอาจใช้ค่า .80 ได้ (Polit & Hungler, 1999)

1.3.1.2.2 การหาค่า S-CVI/UA ทำได้โดยการหาสัดส่วนของข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านประเมินความเกี่ยวข้องในระดับ 3 หรือ 4 ต่อจำนวนข้อคำถามทั้งหมด เช่น จากข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ มีข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นตรงกันว่าเกี่ยวข้องในระดับ 3 หรือ 4 จำนวน 26 ข้อ ค่า S-CVI/UA จะเท่ากับ $26/30 = .87$

ค่า S-CVI/UA ควรมีค่ามากกว่า .80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2006) สำหรับการหาความตรงชนิดนี้ โอกาสที่ผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดจะมีความเห็นตรงกันนั้นเป็นไปได้ยาก โดยเฉพาะกรณีที่ใช้ผู้เชี่ยวชาญจำนวนมาก (Polit & Beck, 2017) การหาค่าความตรงชนิดนี้ จึงไม่ค่อยพบในรายงานวิจัยทั่วไป แต่จะพบในการวิจัยประเภทที่ต้องการให้เครื่องมือวิจัยมีความตรงตามเนื้อหาสูง เช่น การสร้างหรือพัฒนาเครื่องมือวิจัย

จากการที่ผู้เขียนบทความสำรวจพบว่า ผู้วิจัยไม่รายงานผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ร้อยละ 28.87 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีหลายฉบับ แต่รายงานผลการตรวจสอบความตรงมาเพียงค่าเดียว ร้อยละ 7.0 และการรายงานผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาในรายงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ ผู้วิจัยส่วนใหญ่รายงานผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเฉพาะค่า CVI ของเครื่องมือทั้งฉบับ ทั้งนี้ ผู้วิจัยควรรายงานการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัยที่ใช้ทุกฉบับ รายงานคร่าวๆ ว่าใช้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนกี่ท่านเป็นใครบ้าง รายงานค่า CVI รายข้อเป็นค่าพิสัย และรายงานค่า CVI ทั้งฉบับเป็นค่าเฉลี่ย ตัวอย่างเช่น แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นไทยมีต่อทารกในครรภ์ (Pattanasombutsook, 2018) ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อเท่ากับ .80 - 1.00 และมีค่าเฉลี่ยทั้งฉบับเท่ากับ .98

1.3.2 การหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC)

การหาค่า IOC เป็นการหาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามรายข้อกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence) และยังหมายถึงการหาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามรายข้อกับเนื้อหาหรือองค์ประกอบนั้นๆ (Item-Subscale Congruence) อีกด้วย (Waltz, Strickland, & Lenz, 2010) การตรวจสอบความตรงด้วยวิธีนี้จะเป็นการตรวจสอบความตรงรายข้อเท่านั้น ไม่สามารถตรวจสอบความตรงทั้งฉบับได้

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือด้วยวิธีการหาค่า IOC นี้ จะใช้ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาจำนวน 3 คนขึ้นไปและเป็นจำนวนคี่ ให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนประเมินข้อความแต่ละข้อในเครื่องมือว่าสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือสอดคล้องกับเนื้อหาในองค์ประกอบนั้น ๆ หรือไม่ หากสอดคล้องให้คะแนนเท่ากับ +1 ไม่แน่ใจว่าสอดคล้องหรือไม่ ให้คะแนนเท่ากับ 0 และคิดว่าไม่สอดคล้องให้คะแนนเท่ากับ -1 จากนั้น นำคะแนนของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดมาคำนวณค่า IOC เป็นรายข้อ โดยใช้คะแนนรวมทั้งหมดในข้อนั้นหารด้วยจำนวนผู้เชี่ยวชาญ ตัวอย่างเช่น

ข้อที่	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ					คะแนนรวม	ค่า IOC
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5		
1	+1	+1	0	+1	+1	4	0.8
2	+1	+1	0	-1	+1	2	0.4

เกณฑ์ที่ใช้พิจารณาคัดชั้นความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ คือ ข้อคำถามที่มีค่า IOC เข้าใกล้ 1 แสดงว่ามีความตรงตามเนื้อหา ข้อคำถามที่ใช้ได้ควรมีค่า IOC มากกว่า .50 ขึ้นไป ถ้าข้อคำถามใดได้ค่า IOC ต่ำกว่า .50 ควรต้องปรับปรุงแก้ไขหรือตัดข้อคำถามนั้นออก ทั้งนี้ผู้วิจัยสามารถปรับเกณฑ์เพิ่มค่า IOC ขึ้นได้ หากต้องการให้เครื่องมือวิจัยนั้นมีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเพิ่มขึ้น (Pasunon, 2015) ซึ่ง Waltz, Strickland, and Lenz (2010) แนะนำให้ใช้เกณฑ์ค่า IOC รายข้อที่ .75 หรือมากกว่า

จากการที่ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบว่า มีรายงานวิจัยร้อยละ 3 รายงานผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา IOC ในรูปค่าเฉลี่ยรวมทั้งฉบับ ทั้งนี้การรายงานค่า IOC ของเครื่องมือวิจัย ควรรายงานเป็นค่าพิสัย หรือรายงานว่าข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC ตั้งแต่เท่าไรขึ้นไป ตัวอย่างเช่น การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามความรับผิดชอบต่อสังคมของนักศึกษาวิทยาลัยพัฒนาชุมชนเมือง (Palanan & Ponathong, 2018) ผู้วิจัยตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามศัพท์รายด้านโดยใช้ดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง .80 - 1.00 ทุกข้อ

2. ความเชื่อมั่น (Reliability)

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย หมายถึง ความสม่ำเสมอหรือความคงที่ของค่าที่วัดได้จากการวัดหรือจากการทดสอบที่ต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นการวัดซ้ำโดยผู้ประเมินหลายคนหรือใช้เครื่องมือที่แทนกันได้ ก็จะได้ผลที่ไม่แตกต่างกัน (Gray, Grove, & Sutherland, 2017) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือมีความจำเพาะเจาะจงต่อกลุ่มประชากร ค่าความเชื่อมั่นที่สูงในการศึกษาหนึ่ง ไม่ได้รับประกันว่าเมื่อนำไปใช้ในการศึกษาอื่น บริบทอื่น หรือประชากรกลุ่มอื่นจะได้ค่าที่สูงเช่นเดิม

เมื่อมีการนำเครื่องมือวิจัยไปใช้ทุกครั้ง จึงควรทดสอบค่าความเชื่อมั่นก่อนทุกครั้ง ผู้วิจัยควรทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับประชากรที่ผู้วิจัยต้องการจะศึกษามากที่สุด ในสถานที่หรือสถานการณ์ที่มีบริบทใกล้เคียงกับที่จะเก็บข้อมูลจริงมากที่สุด เช่น ผู้วิจัยต้องการเก็บข้อมูลจริงจากหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลทั่วไป ก็ควรที่จะทดลองใช้เครื่องมือกับหัวหน้าหอผู้ป่วย ของโรงพยาบาลทั่วไป (ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัย) เช่นกัน

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการทดลองใช้เครื่องมือคืออย่างน้อย 30 คน (Polit & Beck, 2017) แต่หากหากกลุ่มตัวอย่างได้ยาก หรือกลุ่มตัวอย่างมีความเป็นเอกพันธ์ (Homogeneity) ก็อาจใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่านี้ได้ แต่ก็ไม่ควรน้อยจนเกินไปจนมีความคลาดเคลื่อน ค่าความเชื่อมั่นที่คำนวณได้จะมีค่าอ้างอิงแตกต่างจากค่าแท้จริงของประชากร

การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ควรหาทั้งรายข้อและทั้งฉบับ ค่าความเชื่อมั่นนิยมแสดงด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient) มีค่าตั้งแต่ -1.00 ถึง +1.00 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ควรเป็นบวก (+) หากค่าที่ได้เป็นลบ (-) แสดงว่าข้อคำถามมีปัญหา อาจเกิดจากข้อคำถามไม่เหมาะสม หรือป้อนข้อมูลผิดพลาด

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม (Inter-Item Correlation) ควรอยู่ระหว่าง .30 - .70 และไม่ควรเกิน .90 ข้อคำถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำกว่า .30 แสดงว่าข้อนั้นมีความสัมพันธ์กับข้ออื่นในระดับต่ำ ควรตัดข้อคำถามนั้นออก การตัดข้อคำถามที่มีค่าความเชื่อมั่นต่ำกว่าเกณฑ์จะทำให้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับสูงขึ้น แต่หากข้อคำถามนั้นมีความจำเป็นสำคัญต่อโครงสร้างและเนื้อหาของตัวแปรที่ต้องการวัด ไม่สามารถตัดทิ้งได้ ก็ควรปรับปรุงข้อคำถามให้ชัดเจนตรงตามเนื้อหาที่ต้องการวัด หรือปรึกษา

ผู้เชี่ยวชาญ และผู้วิจัยควรตรวจสอบว่าข้อคำถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงกว่า .90 มีเนื้อหาซ้ำซ้อนกับข้ออื่นหรือไม่ หากมีเนื้อหาซ้ำซ้อนกัน ควรเลือกตัดออก (DeVellis, 2017; Tabachnick & Fidell, 2007)

เกณฑ์ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับที่ใช้กันอยู่โดยทั่วไป คือ ค่าความเชื่อมั่นระหว่าง .70 - .80 ถือว่ายอมรับได้ ค่าความเชื่อมั่นระหว่าง .80 - .90 ถือว่าอยู่ในระดับดี หากการวิจัยนั้นต้องการเครื่องมือที่มีความแม่นยำสูง ควรใช้ค่าความเชื่อมั่นที่ .90 ขึ้นไป และหากค่าความเชื่อมั่นที่ได้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (.70) ผู้วิจัยควรปรับปรุงแก้ไขข้อคำถาม ก่อนนำไปใช้จริง (DeVellis, 2017; Tabachnick & Fidell, 2007)

ในกรณีที่ผู้วิจัยไม่ได้นำเครื่องมือทั้งฉบับ (Total Scale) มาใช้ เลือกนำมาใช้เฉพาะบางด้านหรือบางองค์ประกอบ (Domain หรือ Component) ควรพิจารณาด้วยว่าค่าความเชื่อมั่นขององค์ประกอบย่อยนั้นไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ เช่น แบบวัดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในครรภ์ของ Cranley (1981) ที่มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับเท่ากับ .85 ค่าความเชื่อมั่นขององค์ประกอบย่อยอยู่ระหว่าง .52 - .73 ซึ่งบางองค์ประกอบมีค่าความเชื่อมั่นต่ำกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ การนำแบบวัดนี้มาใช้จึงควรนำมาใช้ทั้งฉบับ หรือหากจะเลือกนำมาใช้เพียงบางองค์ประกอบ ควรพิจารณาค่าความเชื่อมั่นขององค์ประกอบนั้นด้วยว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ สามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

2.1 ค่าความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency)

การหาค่าความสอดคล้องภายในเป็นการประเมินความสอดคล้องของค่าที่ได้จากการวัดข้อคำถามแต่ละข้อในเครื่องมือวิจัยนั้นๆ ว่าข้อคำถามวัดคุณลักษณะเดียวกันหรือมีความเป็นเอกพันธ์ (Homogeneity) นั้นเอง การหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) หรือใช้สูตร KR-20 และ KR-21 เป็นวิธีที่นิยม เนื่องจากสะดวก ทำการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวครั้งเดียว

แม้การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยโดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) หรือใช้สูตร KR-20 และ KR-21 จะให้ค่าความเชื่อมั่นที่ใกล้เคียงกันมาก ผู้วิจัยก็ต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับลักษณะเครื่องมือวิจัย โดยทั่วไปแล้ว หากเครื่องมือวิจัยนั้นเป็นแบบมีหลายตัวเลือก เช่น แบบมาตราส่วนประมาณค่า ควรใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) หากเครื่องมือวิจัยเป็นแบบวัดผลสัมฤทธิ์ หรือแบบทดสอบ ที่ให้ค่าคะแนน 0 และ 1 คะแนน (Dichotomous Score) ควรใช้สูตร KR-20 หรือ KR-21 (Tiensawad, 2019) ซึ่งสูตร KR-20 จะใช้เมื่อข้อคำถามแต่ละข้อในแบบวัดมีความยากง่ายไม่เท่ากัน และสูตร KR-21 จะใช้ในกรณีที่ผู้วิจัยถือว่าข้อคำถามทุกข้อในแบบวัดมีความยากง่ายเท่ากัน (DeVellis, 2017)

สำหรับการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค หากเครื่องมือวิจัยมีข้อคำถามจำนวนมาก หรือข้อคำถามมีความซ้ำซ้อนกัน ค่าความเชื่อมั่นที่ได้ก็จะสูงเช่นกัน หากค่าความเชื่อมั่นมากกว่า .90 DeVellis (2017) เสนอแนะให้ลดจำนวนข้อคำถามลง ตัดข้อคำถามที่ซ้ำซ้อนกันออก หรือตัดข้อคำถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวมต่ำกว่าหรือสูงกว่าเกณฑ์ออก

ในกรณีที่เครื่องมือวิจัยใช้วัดองค์ประกอบย่อยหรือคุณลักษณะย่อย (Factors หรือ Subscales) ของตัวแปรที่แยกจากกันชัดเจน ผู้วิจัยควรหาค่าความสอดคล้องภายในทั้งของแต่ละองค์ประกอบและรวมทั้งฉบับ (Polit & Beck, 2017) ตัวอย่างเช่น การทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรักใคร่ผูกพันที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นไทยมีต่อทารกในครรภ์ (Pattanasombutsook, 2018) ด้วยการหาค่าความสอดคล้องภายในพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินทั้งฉบับเท่ากับ .94 และรายด้าน คือ ด้านคิดปรารถนาดีต่อลูก เท่ากับ .94 ด้านการเตรียมการเพื่อลูกที่จะเกิดมา เท่ากับ .90 และด้านรู้สึกเชื่อมโยงถึงกันได้กับลูกในท้อง เท่ากับ .89

จากการที่ผู้เขียนบทความสำรวจพบว่ามีรายงานวิจัย ร้อยละ 16.69 ที่ไม่รายงานผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย กรณีเครื่องมือวิจัยมีหลายฉบับ รายงานค่าความเชื่อมั่นไม่ครบทุกฉบับ ร้อยละ 1.67

และเครื่องมือฉบับเดียวที่มีหลายองค์ประกอบ รายงานเฉพาะค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ ไม่รายงานรายองค์ประกอบ ร้อยละ 4.18 รายงานวิธีการหาความเชื่อมั่นไม่สอดคล้องกับเครื่องมือวิจัย ร้อยละ 0.84 และไม่ระบุจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการตรวจสอบความเชื่อมั่น ร้อยละ 31.80

ทั้งนี้ผู้วิจัยควรรายงานว่ากลุ่มตัวอย่างในการทดสอบเครื่องมือคือใคร จำนวนเท่าไร ใช้วิธีใดในการหาความเชื่อมั่น และรายงานค่าที่ได้ หากใช้เครื่องมือหลายฉบับ ก็ต้องรายงานทุกฉบับ หากเครื่องมือฉบับนั้นมีหลายองค์ประกอบ ก็ควรรายงานค่าความเชื่อมั่นของแต่ละองค์ประกอบด้วย ตัวอย่างเช่น แบบประเมินความรักใคร่ผูกพันที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นไทยมีต่อทารกในครรภ์ (Pattanasombutsook, 2018) นำไปใช้ทดสอบกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวมเท่ากับ .94 และรายด้าน ได้แก่ ด้านความคิดเท่ากับ .86 ด้านอารมณ์เท่ากับ .90 และด้านพฤติกรรมเท่ากับ .92

2.2 ความเท่าเทียมกันในการวัด (Equivalence)

ความเท่าเทียมกันในการวัด (Equivalence) หมายถึง ค่าคะแนนที่ได้จากการวัดด้วยแบบวัด 2 ชุดที่มีความเทียบเท่ากัน (แบบวัดคู่ขนาน) หรือเครื่องมือที่ใช้แทนกันได้ (Polit & Beck, 2017) เครื่องมือ 2 ชุดที่นำมาใช้นั้น ต้องมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น คือ สร้างขึ้นด้วยวัตถุประสงค์ที่จะใช้วัดคุณลักษณะเดียวกัน ในวัตถุประสงค์เดียวกัน ด้วยกระบวนการเดียวกัน เมื่อนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากันโดยประมาณ และมีค่าความสัมพันธ์กับตัวแปรที่ 3 ที่สัมพันธ์กันเท่ากัน (Waltz, Strickland, & Lenz, 2010)

การหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีนี้ นิยมใช้กับการวัดที่ไม่ต้องการให้ผู้ตอบจำข้อคำถามได้ เช่น การสอบ ดังตัวอย่างงานวิจัยของ Tantalanukul, Netchang, Udomlerd, Kaewkong, Phomma, & Fongkerd (2017) ที่ใช้แบบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนและหลังเรียน 2 ฉบับที่คู่ขนานกัน ทดสอบเรื่องการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมของนักศึกษาพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 เท่ากับ .70

2.3 ความคงที่ในการวัด (Stability)

ความคงที่ในการวัด หมายถึง การได้ค่าคงเดิมจากการวัดด้วยวิธีเดิมในเวลาที่แตกต่างกัน วิธีที่นิยมใช้มี 2 วิธีคือ การทดสอบซ้ำ (Test-Retest Method) และความน่าเชื่อถือภายในของผู้ประเมิน (Intra-Rater Reliability) ดังนี้

2.3.1 การทดสอบซ้ำ (Test-Retest Method)

การทดสอบซ้ำเป็นวิธีการที่เหมาะสมกับการประเมินคุณลักษณะที่ค่อนข้างคงที่ เช่น บุคลิกภาพ ความเชื่อ ความยึดมั่นผูกพันกับองค์กร โดยใช้เครื่องมือวิจัยชุดเดิมทดสอบซ้ำในบุคคลคนเดียวกันหรือกลุ่มเดียวกัน ในสถานการณ์ที่เหมือนกัน ในระยะเวลาที่ห่างกัน หลังจากนั้นนำค่าคะแนนที่ได้ทั้ง 2 ชุด มาวิเคราะห์ทางสถิติหาค่าความสัมพันธ์ หากข้อมูลเป็นแบบมาตราส่วนช่วง (Interval Scale) หรือมาตราอัตราส่วน (Ratio Scale) ควรหาค่าความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Pearson Product-Moment Correlation หากข้อมูลเป็นแบบมาตราแบบบัญญัติ (Nominal Scale) หรือมาตราเรียงลำดับ (Ordinal Scale) ควรหาค่าความสัมพันธ์โดยใช้สถิติแบบนอนพารามेटริก (Non-Parametric Measure) เช่น สหสัมพันธ์ลำดับที่สเปียร์แมนหรือไครส์แคลร์ ค่าสัมประสิทธิ์ที่คำนวณได้เรียกว่า สัมประสิทธิ์ความคงที่ (Coefficient of Stability) มีค่าระหว่าง 0 ถึง 1 หากค่าที่ได้เข้าใกล้ 1 หมายถึง เครื่องมือวิจัยนั้นมีค่าคงที่ในการวัดสูง (DeVellis, 2017)

ทั้งนี้ไม่มีข้อกำหนดตายตัวเกี่ยวกับระยะเวลาที่ห่างกันระหว่างการวัดครั้งแรกกับการวัดซ้ำ ขึ้นอยู่กับตัวแปรที่ต้องการวัด กระบวนการวัด และคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (Gray, Grove, & Sutherland, 2017) โดยทั่วไปแล้วนิยมวัดซ้ำ 2 สัปดาห์หลังจากการวัดครั้งแรก (Waltz, Strickland, & Lenz, 2010) หากเว้นระยะเวลาวัดซ้ำสั้นเกินไป กลุ่มตัวอย่างอาจจะจดจำข้อคำถามได้ ทำให้ได้ค่าที่สูงเกินจริง แต่หากเว้นระยะเวลาวัดซ้ำห่างกันเกินไป อาจมีโอกาสมิมีปัจจัยอื่นเข้ามามีอิทธิพลต่อคุณลักษณะที่ต้องการวัดได้ เช่น การจำแบบวัดได้ การเรียนรู้มากขึ้นตามเวลา การเรียนรู้จากการปฏิบัติเพิ่มขึ้น หรืออาจมีปัจจัยภายนอกหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างการทำวัดครั้งที่ 1 และ 2 ที่มีผลต่อการวัด หรือคุณลักษณะบางอย่างที่เป็นสภาวะที่เปลี่ยนแปลง

ง่าย เช่น อารมณ์ ความรู้สึก ความเครียด (Gray, Grove, & Sutherland, 2017; Polit & Beck, 2017) ดังนั้น การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีนี้ ผู้วิจัยควรคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลที่อาจทำให้คุณลักษณะที่ต้องการวัดเปลี่ยนแปลงได้ด้วย

ตัวอย่างงานวิจัยที่ใช้การหาค่าความคงที่ในการวัดประเมินคุณภาพของเครื่องมือ เช่น Sriratanaprat (2012) หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวัดความพึงพอใจในการทำงานของพยาบาลไทยด้วยการทดสอบความคงที่ในการวัด คะแนนที่ได้จากการทดสอบซ้ำในระยะเวลาที่ห่างกัน 2 สัปดาห์ มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ($r=.83$; $p<0.01$) แสดงว่าเครื่องมือมีความคงที่ในการวัด

2.3.2 ความน่าเชื่อถือภายในของผู้ประเมิน (Intra-rater หรือ Intra-observer Reliability)

การหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีนี้เป็นการวัดความสอดคล้องของผลการวัดที่ได้จากผู้ประเมินคนเดียว ด้วยเครื่องมือชนิดเดียวกัน วัดซ้ำมากกว่า 1 ครั้งกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกันภายใต้เงื่อนไขหรือสถานการณ์เดียวกัน ในเวลาที่แตกต่างกัน นำค่าคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ หากค่าคะแนนที่ได้เข้าใกล้ 1 แสดงว่ามีความสอดคล้องกันสูง (Waltz, Strickland, & Lenz, 2010) การหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีนี้ นิยมใช้กับการวัดโดยวิธีการสังเกต ถ้าเครื่องมือที่ใช้มีความน่าเชื่อถือ ผลการประเมินที่ได้จากผู้ประเมินคนเดิมจะสอดคล้องกันแม้จะประเมินในระยะเวลาที่ต่างกัน

การหาค่าความน่าเชื่อถือของการประเมินด้วยวิธีความคงที่ในการวัด มีข้อจำกัดคือ

2.3.2.1 หากการให้ค่าคะแนนของการประเมินเป็น 0 หรือ 1 คะแนน (Dichotomous Score) ค่าความเชื่อมั่นที่ได้จะสูงกว่าความเป็นจริง เนื่องจากความคิดเห็นที่ตรงกันโดยบังเอิญ (Agreement by Chance) Gray, Grove, and Sutherland (2017) จึงแนะนำให้ใช้เกณฑ์ค่าความเชื่อมั่นที่เท่ากับหรือมากกว่า .80

2.3.2.2 หากมีการวัดซ้ำมากกว่า 2 ครั้ง เมื่อคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยการใช้สถิติ Pearson Product-Moment Correlation จะต้องวิเคราะห์ข้อมูลทีละคู่ ทำให้ได้ค่าความเชื่อมั่นมากกว่า 1 ค่า ไม่มีค่าเดียวที่เป็นดัชนีของความเชื่อมั่น

2.3.2.3 การคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยการใช้สถิติ Pearson Product-Moment Correlation เพื่อหาความสอดคล้องกัน หากการวัดมีความคลาดเคลื่อนอย่างเป็นระบบ คะแนนที่ได้จากการวัดผันแปรไปในทิศทางเดียวกัน เช่น การวัดครั้งที่ 1 มีค่าคะแนนเท่ากับ 3, 4, 5, 6 การวัดครั้งที่ 2 มีค่าคะแนนเท่ากับ 5, 6, 7, 8 เมื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาหาค่าความสัมพันธ์ จะได้ค่าความเชื่อมั่นที่สูง แม้ข้อมูลจะมีค่าเฉลี่ยที่แตกต่างกัน คือ ค่าเฉลี่ยของคะแนนการวัดครั้งที่ 1 เท่ากับ 4.5 การวัดครั้งที่ 2 เท่ากับ 6.5 ดังนั้นผู้วิจัยจึงควรคำนึงถึงการใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะดังกล่าวด้วย

2.4 ความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมิน (Inter-Rater หรือ Inter-Observer Reliability)

การหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีนี้เป็นการวัดความสอดคล้องของผลการวัดที่ได้จากผู้ประเมิน 2 คน หรือมากกว่า ประเมินหรือสังเกตการกระทำของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกันด้วยเครื่องมือชนิดเดียวกัน ภายใต้เงื่อนไขหรือสถานการณ์เดียวกัน ณ เวลาเดียวกัน ถ้าเครื่องมือที่ใช้และผู้ประเมินมีความน่าเชื่อถือ ผลการประเมินที่ได้จะสอดคล้องกัน (Polit & Beck, 2017) การประเมินด้วยวิธีนี้ ข้อความในแบบประเมินจะต้องชัดเจนว่าจะประเมินอะไรอย่างไร ผู้วิจัยต้องมีการชี้แจงทำความเข้าใจแก่ผู้ประเมิน และหากเป็นไปได้ควรให้ผู้ประเมินได้ทดลองประเมินก่อนที่จะทำการประเมินจริง การประเมินด้วยวิธีนี้เป็นวิธีที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้หลากหลาย เช่น การประเมินความน่าเชื่อถือได้ในการประเมินอาการผู้ป่วย การประเมินทักษะการปฏิบัติงานของนักศึกษาโดยอาจารย์และครูพี่เลี้ยง

การหาค่าดัชนีความสอดคล้องของการประเมินด้วยวิธีนี้ คือ หากผู้ประเมินมี 2 คน การหาค่าความเชื่อมั่นทำได้โดย นำจำนวนข้อที่ผู้ประเมินมีความเห็นเหมือนกันหารด้วยจำนวนข้อที่ผู้ประเมินมีความเห็นเหมือนกันบวกด้วยจำนวนข้อที่ผู้ประเมินมีความเห็นแตกต่างกัน (Polit & Beck, 2017) เช่น ผู้ประเมินมีความเห็นเหมือนกัน 7 ข้อ แตกต่างกัน 3 ข้อ จากข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นจะเท่ากับ

$7/(7+3) = .70$ หรือนำค่าคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และแปลผลตามเกณฑ์ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับที่ใช้กันอยู่โดยทั่วไป (DeVellis, 2017) ตามที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น แต่หากผู้ประเมินมีมากกว่า 2 คน นำค่าคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ความแปรปรวนและทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยจากผู้ประเมินแต่ละคน

ตัวอย่างเครื่องมือวิจัยที่ใช้การหาค่าความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมิน เช่น แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ซึ่งใช้ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย/ผู้พิการ ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับศูนย์สิทธิรธรรม เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของการแพทย์แห่งชาติ เป็นแบบประเมินที่มีความตรงและค่าความเที่ยง (Inter-Rater Reliability) เท่ากับ .98

จากข้อจำกัดดังกล่าว การศึกษาวิจัยทางการแพทย์ การพยาบาลและสังคมศาสตร์ในปัจจุบัน จึงนิยมนำวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intraclass Correlation Coefficient: ICC) มาใช้ การหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีนี้ อาศัยหลักการวัดความสอดคล้อง (Agreement Measurement) และการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ซึ่งการวัดความสอดคล้องนั้นเป็นการวัดความน่าเชื่อถือของผู้ประเมินหรือเครื่องมือหลายชนิดที่วัดในสิ่งเดียวกัน หากมีความน่าเชื่อถือ (Reliability) จะได้ผลการวัดที่สอดคล้องกัน การวิเคราะห์ค่า ICC นี้สามารถนำมาใช้หาค่าได้ทั้งค่าความเชื่อมั่นของการทดสอบซ้ำ ความน่าเชื่อถือภายในของผู้ประเมิน (Intra-rater Reliability) และความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater Reliability) หรือการใช้เครื่องมือหลายชนิดวัดในสิ่งเดียวกัน

ค่า ICC มีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 มีเกณฑ์การแปลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (Koo & Li, 2016) ดังนี้คือ 0.00 - 0.50 หมายถึง ความเชื่อมั่นอยู่ในระดับต่ำ 0.50 - 0.74 หมายถึง ความเชื่อมั่นอยู่ในระดับปานกลาง 0.75 - 0.90 หมายถึง ความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดี และ 0.90 - 1.00 หมายถึง ความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีมาก และ Polit and Beck (2017) เสนอแนะว่าค่า Cohen's kappa ที่ยอมรับได้คือ .60 ขึ้นไป และค่าที่ดีคือ .75 ขึ้นไป

ตัวอย่างงานวิจัยที่ใช้การวิเคราะห์ค่า ICC ได้แก่ การทดสอบความเที่ยงของแบบประเมินแผลเปิดและความสอดคล้องของผลการประเมินแผลของทีมพยาบาลในโครงการดูแลผู้ป่วยที่มีทวารเทียมและแผลโรงพยาบาลรามารัตติ (Kanogsunthornrat, Ariyaprayoon, Suwanparadorn, & Jalapong, 2010) กลุ่มตัวอย่างเป็นแผลชนิดต่างๆ จำนวน 31 แผล และพยาบาลวิชาชีพ 4 คน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในกลุ่ม (ICC) ได้เท่ากับ .995 - .996 และ .998 - .999 การประเมินคุณลักษณะอื่นๆ มีค่า Kappa .84 - 1.00 ผลการศึกษาพบว่า แบบประเมินแผลเปิดเป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยง และทีมพยาบาลในโครงการฯ มีทักษะในการประเมินแผลเท่าเทียมกัน

3. ความยากง่าย (Difficulty)

ความยากง่ายของแบบวัดผลสัมฤทธิ์หรือแบบทดสอบ พิจารณาจากผลการสอบของข้อสอบทั้งฉบับเป็นสำคัญ แบบทดสอบที่ดีจะต้องมีความยากง่ายที่พอเหมาะ ไม่ยากเกินไปหรือไม่ง่ายเกินไป การคำนวณดัชนีความยาก (P_p) ของแบบวัดหรือแบบทดสอบ เป็นการคำนวณจากสัดส่วน (Proportion) ของผู้ที่เลือกคำตอบที่ผิด เช่น ในจำนวนผู้ตอบคำถามข้อที่ 1 ทั้งหมด 50 คน มีผู้ที่ตอบผิดจำนวน 35 คน ค่าความยากของข้อคำถามข้อนี้เท่ากับ $35/50$ คือ .70 ถ้าค่า p สูง แสดงว่าข้อคำถามนั้นมีความยาก จึงมีผู้ตอบผิดจำนวนมาก ถ้าค่า p ต่ำ แสดงว่าข้อคำถามนั้นมีความง่าย จึงมีผู้ตอบถูกจำนวนมาก ค่าที่แสดงระดับความยากของข้อคำถาม (P Level) จึงหมายถึงสัดส่วนของผู้ที่ตอบคำถามผิดนั่นเอง การคำนวณดัชนีความง่าย (P_E) ก็ใช้วิธีการคำนวณเช่นเดียวกัน แต่เปลี่ยนจากสัดส่วนของผู้ที่ตอบผิดเป็นผู้ที่ตอบถูก (Tiansawad, 2019)

ความยากง่ายมีค่าตั้งแต่ 0 - 1 ค่าที่พึงประสงค์อยู่ระหว่าง .30 ถึง .70 (Waltz, Strickland, & Lenz, 2010) และมีเกณฑ์การแปลความหมายของดัชนีความยากง่าย ดังนี้

ค่าดัชนี	ความยาก (P_D)	ความง่าย (P_E)
.00 - .19	ง่ายมาก	ยากมาก
.20 - .39	ค่อนข้างง่าย	ค่อนข้างยาก
.40 - .60	ยากปานกลาง	ยากปานกลาง
.61 - .80	ค่อนข้างยาก	ค่อนข้างง่าย
.81 - 1.00	ยากมาก	ง่ายมาก

ความยากง่ายรายข้อ พิจารณาจากจำนวนผู้ตอบข้อคำถามแต่ละข้อ และความยากง่ายของแบบทดสอบทั้งฉบับ พิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยรวมของแบบทดสอบทั้งฉบับ โดยทั่วไปในแบบทดสอบ 1 ชุดควรมีระดับความยาก-ง่ายที่แตกต่างกัน มีทั้งข้อสอบที่ค่อนข้างยาก ปานกลาง และค่อนข้างง่ายปะปนกัน แต่ก็ไม่ควรยากเกินไปหรือง่ายเกินไป

ค่าความยากง่ายทั้งฉบับควรมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .50 (Tiansawad, 2019) ซึ่งหมายถึง มีความยากง่ายปานกลางนั่นเอง ถ้าค่าเฉลี่ยความยากทั้งฉบับสูงกว่า .50 ถือว่าแบบทดสอบฉบับนั้นค่อนข้างยาก ถ้าค่าเฉลี่ยความง่ายทั้งฉบับสูงกว่า .50 ถือว่าแบบทดสอบฉบับนั้นค่อนข้างง่าย ข้อคำถามที่ดีมากจะมีค่า p อยู่ในช่วง 0.45-0.75 ข้อคำถามที่มีค่า p ต่ำกว่า .20 หรือมากกว่า .80 ควรตัดทิ้ง หรือปรับปรุงข้อคำถามและตัวเลือกใหม่ (Taoklam, 2015)

ในกรณีที่แบบวัดหรือแบบทดสอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าหลายระดับ การประเมินความยากง่ายของแต่ละข้อคำถาม จะพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนคำตอบในข้อนั้นเทียบกับข้ออื่น (Tiansawad, 2019) เช่นแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ (ให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5) คำถามข้อที่ 1 มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.35 คำถามข้อที่ 2 มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.15 แสดงว่าคำถามข้อ 1 ง่ายกว่าคำถามข้อ 2 เนื่องจากข้อ 1 มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าข้อ 2

4. อำนาจจำแนก (Discrimination)

การหาค่าอำนาจจำแนกเป็นการพิจารณาแยกผู้ตอบที่มีความแตกต่างกันในสิ่งที่ต้องการวัดได้ เช่น ในการทดสอบความรู้ ข้อสอบต้องสามารถจำแนกผู้ตอบกลุ่มเก่งกลุ่มอ่อนได้ หรือแบบสอบถามต้องสามารถจำแนกกลุ่มผู้ตอบที่มีความแตกต่างกันได้ โดยพิจารณาจากคะแนนที่ได้ว่ามีกระจายมากน้อยเพียงใด

ในกรณีที่เป็นแบบวัดความรู้ แบบวัดผลสัมฤทธิ์ ผู้วิจัยสามารถหาค่าอำนาจจำแนกของข้อคำถามและแบบทดสอบได้ทั้งการคำนวณหาสัดส่วนผู้ที่ตอบถูกในกลุ่มที่คะแนนสูงและกลุ่มที่ได้คะแนนต่ำ การหาค่าสหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation) หาค่าสหสัมพันธ์แบบไบซีเรียล (Biserial Correlation) หรือเปิดตารางจุง-เตห์-ฟาน (Chung-The-Fan) (Waltz, Strickland, & Lenz, 2010)

วิธีคำนวณหาสัดส่วนผู้ที่ตอบถูกในกลุ่มที่คะแนนสูงและกลุ่มที่ได้คะแนนต่ำ ทำได้โดย 1) นำคะแนนรวมของผู้ตอบทั้งหมดมาจัดเรียงลำดับจากสูงที่สุดไปต่ำสุด 2) คัดเลือกผู้ที่ได้คะแนนกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำมากลุ่มละร้อยละ 27, ร้อยละ 33 หรือร้อยละ 50 ตามความเหมาะสม ถ้ามีผู้ตอบจำนวนมากกว่า 100 คนขึ้นไป มักใช้เทคนิคร้อยละ 27 ถ้าต่ำกว่า 100 คน ควรใช้เทคนิคร้อยละ 33 หรือร้อยละ 50 3) คัดแยกผู้ที่ได้คะแนนที่เหลือไว้ต่างหาก 4) หาสัดส่วนของผู้ที่ตอบถูกในกลุ่มสูง (ค่า P_U) 5) หาสัดส่วนของผู้ที่ตอบถูกในกลุ่มต่ำ (ค่า P_L) 6) คำนวณค่าดัชนีการจำแนก (D) โดยนำค่า P_U ลบด้วย ค่า P_L และ 6) ทำตามขั้นตอนในข้อ 4 – 6 ทุกข้อคำถาม

ค่าอำนาจจำแนก (D) มีค่าระหว่าง -1 ถึง +1 หากค่าอำนาจจำแนกรายข้อหรือค่าเฉลี่ยทั้งฉบับมากกว่า .20 แสดงว่าข้อความนั้นหรือแบบทดสอบนั้น จำแนกกลุ่มคนเก่ง-คนอ่อนได้ หากข้อคำถามหรือแบบทดสอบมีค่า D ต่ำกว่า .20 แสดงว่าข้อความนั้นหรือแบบทดสอบนั้น จำแนกกลุ่มคนเก่ง-คนอ่อนไม่ได้ ควรตัดทิ้งหรือปรับปรุงข้อคำถาม และหากข้อใดมีคนที่ได้คะแนนต่ำตอบได้มากกว่าคนที่ได้คะแนนสูง ค่า D จะเป็นลบ แสดงว่าข้อความนั้นจำแนกกลุ่มคนเก่ง-คนอ่อนไม่ได้ (Tiansawad, 2019)

ตัวอย่างงานวิจัยที่รายงานค่าความยากง่ายและอำนาจจำแนก เช่น งานวิจัยของ Taoklam, Jirojanakul, and Boonprook (2015) ที่วิเคราะห์หาคุณภาพของข้อสอบของคณะพยาบาลศาสตร์ โดยการหาค่าความยากง่าย และอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ ของแบบทดสอบแต่ละฉบับในทุกวิชา และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบทดสอบทั้งฉบับ ผลการวิจัยพบว่า ข้อสอบทั้ง 11 วิชา จำนวนทั้งสิ้น 1,970 ข้อ มีค่าความยากง่ายอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม (p อยู่ระหว่าง .20-.80) ร้อยละ 59.34 ข้อสอบที่ค่าอำนาจจำแนกอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ($r \geq .20$) ร้อยละ 50.15 และแบบทดสอบมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น .70 ขึ้นไป ร้อยละ 38.46

สรุป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง การที่จะรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ได้คำตอบที่ตรงกับสิ่งที่ต้องการจะวัด ผลการวิจัยถูกต้องเชื่อถือได้ จำเป็นที่จะต้องเลือกใช้เครื่องมือวิจัยที่เหมาะสมและมีคุณภาพ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยมีหลายวิธี ผู้วิจัยควรเลือกใช้ให้เหมาะสมกับประเภทของงานวิจัย และชนิดของเครื่องมือ เมื่อนำเครื่องมือไปใช้ สามารถเก็บข้อมูลได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ผลการวิจัยที่แม่นยำ เชื่อถือได้ และผู้วิจัยควรรายงานคุณภาพเครื่องมือให้ครบถ้วนถูกต้อง จะทำให้ผลงานวิจัยนั้นน่าเชื่อถือสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

ข้อเสนอแนะ

คุณภาพของเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาลและสังคมศาสตร์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความตรง เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับการวิจัย การวางแผนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยที่ดีในขั้นของการออกแบบการวิจัยจะช่วยลดการตรวจสอบคุณภาพที่ไม่ครบถ้วนหรือไม่ถูกต้องได้ การทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยและนำเครื่องมือวิจัยไปใช้อย่างถูกต้องตามหลักการจะช่วยลดความผิดพลาดคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นได้

References

- Cranley, M. S. (1981). Development of a Tool for the Measurement of Maternal Attachment During Pregnancy. *Nursing Research*, 30, 281-284.
- DeVellis, R. F. (2017). *Scale Development: Theory and Applications*. (4th ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's the Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. (8th ed.). St. Louis, MO: ELSEVIER.
- Kanogsunthornrat, N., Ariyaprayoon, P., Suwanparadorn, P., & Jalapong, K. (2010). Reliability of the Open Wound Assessment Form and Agreement of Wound Assessment among Nurses. *Ramathibodi Nursing Journal*, 16(3), 421-431. (In Thai)
- Koo, T. K. & Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155-163. doi: 10.1016/jcm.2016.02.012
- Palanan, T., & Ponathong, C. (2018). Confirmatory Factor Analysis Model of Social Responsibility of Students of Urban Community Development College, Navamindradhiraj University, *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 11(2), 35-49. (In Thai)
- Pasunon, P. (2015). Validity of Questionnaire for Social Science Research. *Journal of Social Sciences, Srinakharinwirot University*, 18, 375-396. (In Thai)



- Pattanasombutsook, M. (2018). *Development and Psychometric Evaluation of the Prenatal Attachment Scale for Thai Pregnant Adolescent* (Doctoral Dissertation). Songkhla: Prince of Songkla University, Thailand.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essential of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing Research: Principles and Methods*. (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The Content Validity Index: Are You Sure You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations. *Research in Nursing and Health*, 29, 489-497. doi:10.1002/nur.20147
- Sriratanapapat, J. (2012). *Development and Psychometric Evaluation of the Thai Nurses' Job Satisfaction Scale*. Doctoral Dissertation. Songkhla: Prince of Songkla University, Thailand.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics*. (4th ed.). New York: Pearson.
- Tantalanukul, S., Netchang, S., Udomlerd, M., Kaewkong, N., Phomma, A., & Fongkerd, S. (2017). Effect of Integrated Learning Method on Nursing Student's Learning Achievement about Health Promotion in Patients with Knee Osteoarthritis. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(3), 1-13.
- Taoklam, B., Jirojanakul, P., & Boonprook, S. (2015). The Effects on Test Scores and the Reliability of the test After Excluding the Items with Negative Discrimination Power: Faculty of Nursing, Suan Dusit University. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 31(2), 26-43.
- Tiensawad, S. (2019). *Instrument Development for Nursing Research*. Chiangmai: Siampimnana.
- Waltz, C. F., Strickland, O. L., & Lenz, E. R. (2010). *Measurement in Nursing and Health Research*. (4th ed.). New York: Springer.



คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

กองบรรณาธิการ วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ขอเชิญสมาชิก และ ผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านการสอน การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์ เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร ฯ

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรอง และ ลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์
3. บทความปริทัศน์ บทความพิเศษ และปกิณกะ

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการ อ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 17
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 (หนา) อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุ ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 (หนา) ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรง กับชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์ และ e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 1 หน้าต่อบทคัดย่อ (ไม่เกิน 350 คำ)
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา)
7. การเรียงหัวข้อ หัวข้อย่อยให้ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดอักษร 15 (หนา)
8. การใช้ตัวเลขคำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
9. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า

3 ซม. หัวข้อย่อถัดมาให้อยู่หน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 เซนติเมตร และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข เช่น

1.

1.1

1.1.1

1.1.1.1

1)

1.1)

-

10. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตารางและระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้ใต้ภาพนั้น ๆ เว้นบรรทัดเหนือชื่อตาราง และเหนือรูปภาพ 1 บรรทัด และเว้นใต้ตาราง และใต้ชื่อภาพ 1 บรรทัด และจัดเรียงตามลำดับหรือหมายเลขที่อ้างถึงในบทความ คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือสีก็ได้ ภาพต้องเป็นภาพที่มีความคมชัด ส่วนภาพเขียนลายเส้นต้องชัดเจน มีขนาดที่เหมาะสม กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาใต้ตารางและภาพประกอบนั้น ๆ ด้วย

11. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
 - บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
 - บทนำ
 - วัตถุประสงค์วิจัย
 - สมมติฐาน (ถ้ามี)
 - กรอบแนวคิดการวิจัย
 - ระเบียบวิธีวิจัย
 - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
 - การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - การวิเคราะห์ข้อมูล
 - จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
 - ผลการวิจัย
 - อภิปรายผล
 - การนำผลการวิจัยไปใช้
 - ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
 - References
- บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ)**
- Abstract (in Thai)
 - Abstract

- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework
- Methods
- Population and Sample
- Research Instrument
- Validity and Reliability of the Research Instrument
- Data Collection
- Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- อภิปรายผล (Discussion)
- การนำผลการวิจัยไปใช้ (Implication of the Results)
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (Recommendation for Further Study)
- References

12. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (Abstract)
- บทนำ (Introduction)
- เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่อการนำเสนอตามลำดับ
- สรุป (Conclusion)
- ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
- References

13. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 5th Edition โดย ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <https://www.wooster.edu/psychology/apa-crib.html>.

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อหา

ใช้ระบบนาม- ปี (Name – year system) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุล ทุกคน ถ้ามามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al., ดังตัวอย่าง

(Nawsuwan, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, & Singsri, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, Singsri, Singhasem, Suwannaraj, Janpes et al, 2015)

การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม-ปี และข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....” กรณีชื่อผู้แต่งภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษเช่น

Bandura (1991) ให้นิยามว่า “จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม”...



“พยาบาลจึงจะต้องเป็นนักคิด และมีการประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ความสงสัยที่เกิดขึ้นตลอดเวลา” (Kunaviktikul, 2007)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Nawsuwan (2017)

การอ้างอิงท้ายบทความ

1. บทความทั่วไป ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า “et al.” สำหรับบทความหนังสือหรือเอกสาร ที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งข้อความ และให้วงเล็บ (in thai) ดังตัวอย่าง

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing*, Songkhla. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

Fraenkel, R. J., Wallen, E. N., & Hyun, H. H. (2012). *How to Design and Evaluate Research in Education*. (8th ed.). New York: McGraw-Hill.

2. ผู้เขียนเป็นกลุ่มหน่วยงาน

Praboromarajchanok Institute of Health Workforce Development. (2013) *Collection of Academic Performance in Humanized Service Mind*. Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)

3. การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

Waite, J. (2011). “Information and Documentation. In Potter, A. P., Perry, G. A., Stockert, A. P. & Hall, A.” Basic Nursing Challenge. (pp. 142-164). Missouri: Mosby/Elsevier.

4. การอ้างอิงเอกสารจากอินเทอร์เน็ต

Heubecke, E. (2008). *The New Face of Nursing: Expanding Patient Advocacy with Leadership, Creativity, and Vision*. Johns Hopkins Nursing Magazine. Retrieved November 3, 2013 from <https://magazine.nursing.jhu.edu/>.

5. การอ้างอิงจากวารสาร

Sheiham, A. (2006). Dental Caries Affects Body Weight, Growth and Quality of Life in Pre-School Children. *British Dental Journal*, 201(10), 625-626.

6. วิทยานิพนธ์

Nawsuwan, K. (2015). *Indicators Development of Nursing Students's Identities in Nursing Colleges, Ministry of Public Health*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Doctor of Education Degree in Educational Administration Faculty of Education and Liberal Arts, Hatyai University. (in Thai).



การส่งบทความ

ให้ส่งทางระบบออนไลน์มาที่ วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ผ่านเว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet> หรือ <https://www.tci-thaijo.org/> โดยระบุชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทร ของผู้นิพนธ์ เพื่อวารสารฯ ติดต่อกลับ

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ มีกำหนดออก 3 ฉบับต่อปี คือ ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน) ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม) ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม)

รายการตรวจสอบก่อนส่งบทความ

1. บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. หากเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หรือปริญญาานิพนธ์ต้องผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย
3. บทความจะต้องพิมพ์ภายใต้รูปแบบตามที่วารสารกำหนดอย่างเคร่งครัด
4. บทความที่ออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ก่อนมีการเผยแพร่จะต้องแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิหรือกองบรรณาธิการก่อนจึงจะถือว่าหนังสือรับรองการตีพิมพ์จะสมบูรณ์ หากไม่แก้ไขจะถือสิทธิ์ว่าไม่สมบูรณ์ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการใด ๆ ทั้งสิ้น

เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ

1. บทความต้องผ่านการกลั่นกรองและการประเมินคุณภาพจากกองบรรณาธิการเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ และวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหา บทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2 ท่านต่อบทความ โดยผู้พิจารณาบทความ (Peer - review) จะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double blind) และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
2. บทความต้องได้รับการยอมรับการตีพิมพ์จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 2 ท่าน จึงจะได้รับการตีพิมพ์ หากผู้ทรงคุณวุฒิท่านใดท่านหนึ่งปฏิเสธการตีพิมพ์ (Reject) ถือว่าบทความนั้นปฏิเสธการตีพิมพ์
3. บทความต้องจัดพิมพ์ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด
4. ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ด้วยระบบออนไลน์
4. วารสารสงวนสิทธิ์ที่จะเรียบเรียง และอาจจะปรับปรุงการนำเสนอบทความตามความเหมาะสมและความคิดเห็นของผู้เขียน
5. ผู้เขียนต้องชำระการตีพิมพ์บทความ จำนวน 4,000 บาท



Template บทความวิจัย

3.17 ឆ្នាំ.

บทความใช้รูปแบบ front TH SarabunPSK ทั้งบทความ

2.54 ឆ្នាំ.

2.54 ឆ្នាំ.

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น นายดี มีดี^{1*} และ นางสาวสุข มีสุข² ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น สถานที่ทำงานนายตี^{1*}, สถานที่ทำงานนางสาวสุสุข² ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ) (ขนาดตัวอักษร 12 นนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หน้า)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า (300-350 คำ)

(This area contains faint horizontal lines for writing.)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 นนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่นนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ เช่น

→ การพัฒนาองค์กรแห่งความสุข, บุคลากร

ย่อหน้า 1.75 ซม.

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:..... เบอร์โทรศัพท์ xxx-xxxxxxx) (ขนาด 12 ไม่นา)

2.54 ឆម.



เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า (300-350 คำ)

[illegible]

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ เช่น Happiness Organization Development, Personnel (บรรทัดถัดไปย่อหน้าเหมือนคำสำคัญ ภาษาไทย)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

วัตถุดิบ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

สมมติฐาน (ถ้ามี) (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

กรอบแนวคิดการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

หากมีภาพกรอบแนวคิด ให้ใส่ชื่อภาพไว้กึ่งกลางใต้ภาพ เช่น



ภาพ 1 (หนา)(ชื่อภาพไม่หนา)..... ขนาด 15

(enter ขนาด 15)

ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข.....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา) หาก
มีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข.....

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข.....

การเก็บรวบรวมข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข.....

การวิเคราะห์ข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข.....

(enter ขนาด 15)

จริยธรรมวิจัย (ขนาด 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หนา.....

(enter ขนาด 15)

ผลการวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

1. ข้อมูลทั่วไป

(enter ขนาด 15)

ตาราง 1 ชื่อตาราง..... (ตาราง 1 ขนาด 15 หนา, ชื่อตาราง ขนาด 15 ไม่หนา)
ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หนา) เนื้อหา (ไม่หนา)

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
เพศ		
หญิง (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ชาย (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x



ที่มา: (ถ้ามี)

2. หัวข้อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

(enter ขนาด 15)

ตาราง 2 ชื่อตาราง..... (ตาราง 1 ขนาด 15 หน้า, ชื่อตาราง ขนาด 15 ไม่หน้า)
ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หน้า) เนื้อหา (ไม่หน้า)

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
สมรรถนะการพยาบาล		
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

(enter ขนาด 15)

อธิบายตาราง (เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข

.....
.....

(enter ขนาด 15)

อภิปรายผล (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข

.....
.....

(enter ขนาด 15)

การนำผลการวิจัยไปใช้ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข

.....
.....

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข

.....
.....

(enter ขนาด 15)

References (ขนาด 16 หน้า)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 และถัดไป (1.25 ซม.) และการอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ และการอ้างอิงต้องมีใน references และ บทความ เช่น

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Songkhla*. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

สามารถศึกษาการอ้างอิงได้ในหน้า ค



Template บทความวิชาการ

3.17 ឆ្នាំ.

บทความใช้รูปแบบ front TH SarabunPSK ทั้งบทความ

2.54 ឆ្នាំ.

2.54 ឆ្នាំ.

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น นายดี มีดี^{1*} และ นางสาวสุข มีสุข² ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น สถานที่ทำงานนายตี^{1*}, สถานที่ทำงานนางสาวสุข² ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ) (ขนาดตัวอักษร 12 นนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นา บกคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า (300-350 คำ)

[illegible]

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 นนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่นนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ เช่น

→ การพัฒนาองค์กรแห่งความสุข, บุคลากร

ย่อหน้า 1.75 ซม.

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:..... เบอร์โทรศัพท์ xxx-xxxxxxx) (ขนาด 12 ไม่นา)

2.54 ឆម.



เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า (300-350 คำ)

[illegible]

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ เช่น Happiness Organization Development, Personnel (บรรทัดถัดไปย่อหน้าเหมือนคำสำคัญภาษาไทย)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

เนื้อเรื่อง (ขนาด 16 หน้า) (แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ตองการนำเสนอตามลำดับ)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

สรุป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

ข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ข

(enter ขนาด 15)



References (ขนาด 16 หน้า)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 (1.25 ซม.) และการอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ มีใน references และ บทความ เช่น

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Songkhla*. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

สามารถศึกษาการอ้างอิงได้ในหน้า ค



แบบฟอร์มการส่งบทความวิจัย/บทความวิชาการ
วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

.....ระบุที่อยู่.....

.....ระบุที่อยู่.....

.....ระบุวันที่.....

เรื่อง ขอส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการ
สาธารณสุขภาคใต้

เรียน บรรณาธิการวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบฟอร์มส่งบทความ/ใบสมัครสมาชิก/แบบรับรองบทความจากวิทยานิพนธ์

ด้วยข้าพเจ้า.....ตำแหน่งงาน/หน่วยงาน หากเป็นนิสิตให้ระบุสาขา/คณะ/
มหาวิทยาลัย.....ขอส่งบทความจำนวน.....เรื่อง.....
ดังรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้ เพื่อนำตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการ
สาธารณสุขภาคใต้

ในการนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความที่ข้าพเจ้าได้ส่งมานี้ ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใด ๆ
มาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใด ๆ ทั้งสิ้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

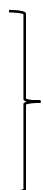
(.....)

ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์.....

โทรสาร.....

e-mail.....



ของผู้เขียนเพื่อสะดวกในการติดต่อ