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 3 กันยายน – ธันวาคม 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

ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร
ศาสตราจารย์ พญ.วณิชา ชื่นกองแก้ว
อาจารย์ ดร.ศุลีพร เพชรเรียง
อาจารย์ประไพพิศ สิงหเสม
อาจารย์สุทัศน์ เหมทานนท์
อาจารย์ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ
อาจารย์สุนทร ปราบเขต

บรรณาธิการ

อาจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

อาจารย์ปฐมามาศ โชติบัณ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

กองจัดการ

นางสาวกมลวรรณ จันทร์เพศ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.พันธุ์ทิพย์ รามสูตร	ที่ปรึกษาสถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
รองศาสตราจารย์ ดร.กุหลาบ รัตนสัจธรรม	ประธานกรรมการหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา
รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา จรจิตร	สำนักโครงการปริญญาเอก มหาวิทยาลัยหาดใหญ่
รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ อารีเอื้อ	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รองศาสตราจารย์ ดร.สุรชาติ ณ หนองคาย	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.โยธิน แสวงดี	สถาบันวิจัยประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
รองศาสตราจารย์ ดร.ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงษ์เทพ สุธีรวุฒิ	สถาบันการจัดการสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พูนสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธุ์	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทญ.ดร.อรุณวรรณ หล้าอุบล	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล สิงห์ดง	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อาจารย์ ดร.อาจินต์ สงทับ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
อาจารย์ ดร.นภชา สิงห์วีรธรรม	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก
Mr.Patrick Wauters	English Language Editor
อาจารย์ ดร.อติญาณ์ ศรเกษตริน	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
อาจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
อาจารย์ ดร.รัถยานภิศ พละศึก	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
อาจารย์ ดร.มาริสา สุวรรณราช	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
อาจารย์ ดร.ญนัท วอลเตอร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง
อาจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
อาจารย์ ดร.ปรียนุช ชัยกองเกียรติ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา
อาจารย์ ดร.ปาริฉัตร อุทัยพันธ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

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

สวัสดีผู้อ่านทุกท่าน ท่ามกลางสถานการณ์การแพร่ระบาดระลอกใหม่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในปี พ.ศ.2564 ทางทีมบรรณาธิการวารสารได้รับบทความเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม การดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้จำหน่ายอาหาร จังหวัดนราธิวาส

สำหรับวารสารฉบับนี้ ทางกองบรรณาธิการวารสารฯ ได้รวบรวมบทความทั้งสิ้น 25 บทความ บทความวิจัยทั้งหมด 25 บทความ ซึ่งมีเนื้อหาที่เกี่ยวกับการแพทย์ การสาธารณสุข การศึกษาทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ การปฏิบัติพยาบาลทั้งบนหอผู้ป่วย และชุมชนจากผู้นิพนธ์หลากหลายสาขาที่มีความเชี่ยวชาญมีประสบการณ์ ตลอดจนนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา โดยทุกบทความได้รับตรวจพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญอย่างเข้มข้น และมีการตรวจสอบติดตามการแก้บทความหลังจากผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอย่างละเอียด ทางกองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ จะเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาทักษะทางวิชาการ และวิชาชีพของบุคลากรสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ตลอดจนสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง อันจะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาขาที่เกี่ยวข้องต่อไป

ทั้งนี้ หากผู้อ่านท่านใดมีบทความที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทางวารสารจะพิจารณาตีพิมพ์ในฉบับถัดไปเป็นกรณีพิเศษ

ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ
บรรณาธิการ
วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

สารบัญ

บทความวิจัย :

ภาวะผู้นำและตัวชี้วัดผลการดำเนินงานขององค์กรในภาคเอกชน: การทบทวนอย่างเป็นระบบ........................1

Leadership and Organizational Performance Indicators in Private Sector: A Systematic Review

เกศกนก แสงอุบล, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, พัชราภรณ์ อารีย์

Kedkanok Sangubol, Phechnoy Singchungchai, Patcharaporn Aree

ผลการสอนโดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับการเรียนรู้ผ่านแผนที่มโนทัศน์ และการสะท้อนคิดต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ของนักศึกษาพยาบาล ในจังหวัดปัตตานี..18

The Effects of a Case-Based Learning Method Combined with Concept Mapping and Reflective thinking on the Level of Critical Thinking among Nursing Students in Pattani

ฐปรัตน์ รักษ์ภาณุสิทธิ์, รัตติกาล เรืองฤทธิ์

Thaparat Rakpanusit, Rattikarn Ruangrit

ประสบการณ์การดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง..32

Self-Care Experiences of Pregnant Women with Hypertensive Disorders

นิสาชล สุขแก้ว, วรางคณา ชัชเวช, สุรีย์พร กฤษเจริญ

Nisachon Sukkaew, Warangkana Chatchawet, Sureeporn Kritcharoen

การพัฒนานวัตกรรมหุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขน...49

Intravenous Venipuncture: New Development in Training on Arm Manikin

ธารินี นนทพุทธ, ปฐมามาศ โชติบัณ

Tharinee Nontaput, Pattamamas Chotiban

คุณสมบัติในการวัดทางจิตของแบบประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุ ฉบับสั้นภาษาไทย...........................61

Thai Geriatric Anxiety Scale: Psychometric Properties of the Ten-item Short Form (Thai GAS-10)

สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม, แสงเดือน พรมแก้วงาม, สุทธิลักษณ์ จันทะวัง, อัมภิชา นาไวย์, วราภรณ์ ยศทวี

Sutthida Phongphanngam, Saengduean Phromkaewngam, Sutthilak Chantawang, Amphicha Nawai, Waraporn Yottavee

ผลของการสอนโดยให้คำแนะนำร่วมกับการใช้คู่มือการดูแลตนเอง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และอัตราการติดเชื้อ ในผู้ป่วยใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไต...72

Effects of a Teaching Guidance with Self-Care Booklet on Self-Care Behavior and Infection Rate among Patients with Percutaneous Nephrostomy (PCN)

ประดิพัทธ์ จันทาพูน, กฤตพัทธ์ ฝึกฝน, กรรณิกา สมสิทธิ์

Pradipat Chantapoon, Krittapat Fukfon, Kannikar Somsit

สารบัญ (ต่อ)

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อโครงร่าง ในพนักงานโรงงานแปรรูปไม้ยางพารา จังหวัดยะลา.....85

Prevalence and Related Factors of Musculoskeletal Discomfort among Workers at a Rubber Wood Processing Factory in Yala Province

จามรี สอนบุตร, อุไรวรรณ ศิริธรรมพันธ์, อับดุลบาซิส ยาโงะ

Jarmmaree Sornboot, Uraiwan Sirithammaphan, Abdullbasis Yangok

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน.....99

The Effectiveness of a Health Promotion Program on Daily Living Activities among Elderly with Homebound Condition

นิรัชรา ลิลละฮ์กุล, เจษฎากร โนอินทร์, สัญญา ยือราน, สัตตมาส ลรรพรัตน์, นวลพรรณ ทองคุปต์

Niratchara Lillahkul, Jetsadakorn Noin, Sanya Yueran, Sattamat Lappharat, Nualpan Thongkoop

ผลของการสอนทางสุขภาพตามแนวคิดของแบนดูราต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการให้อาหารเสริมของผู้ดูแลและภาวะโภชนาการของเด็กวัยทารก.....110

Infants' Nutritional Status: The Effects of a Health Education Program on Perceived Self-Efficacy among Caregivers about Complementary Feeding

อัศรีย์ พิชัยรัตน์, เบญจวรรณ ช่วยแก้ว, ธนภรณ์ ศักดิ์แก้ว

Aussaree Pichairat, Benjawan Chuaykaew, Thanaporn Sakkaew

ประสบการณ์ของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไตเนโฟรติก.....122

Experiences of Parents and Grandparents Caring for Their Children in Hospital Nephrotic Syndrome

เบญจวรรณ ช่วยแก้ว, อัศรีย์ พิชัยรัตน์, สร้อยสุวรรณ พลสังข์

Benjawan Chuaykaew, Aussaree Pichairat, Soysuwan Ponsang

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม การดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้จำหน่ายอาหาร จังหวัดนราธิวาส.....133

Prevention of Coronavirus Disease (COVID-19) among Food Vendors in Narathiwat Province: Relationships Between Perception, Social Support and "New Normal Behaviors"

พรทิวา คงคุณ, ระวิ แก้วสุกใส, รังสฤษฎ์ แวดือราแม, บุญยิ่ง ทองคุปต์, มูฮัมหมัดไซด์ ซาและ

Porntiwa Kongkun, Rawi Kaewsuksai, Rangsarit Waedueramae, Boonying Tongkoop, Muhammadsaid Salaeh

สารบัญ (ต่อ)

การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยการผลิตนักศึกษาพยาบาลและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์......147

Determining Unit Cost Per Student and other Academic Services Costs at Boromarajonani College of Nursing in Surin

วรวุฒิ แสงทอง, สุชาดา นิ้มวัฒนากุล, นภชา สิงห์วีรธรรม, ศุภรดา มั่นยืน

Worawut Saengthong, Suchada Nimwatanakul, Noppcha Singweratham, Suparada Munyeun

การวิเคราะห์อภิมาน: ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ......159

Practice Guideline for Weaning from Mechanical Ventilation: A Meta-Analysis

สุรศักดิ์ พุฒิวณิชย์, นภาพร พุฒิวณิชย์, ศักรินทร์ สุวรรณเวหา

Surasak Puttiwanit, Napaporn Puttiwanit, Sakkarin Suwanwaha

ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อความรู้ ความเครียด และสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ในการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงในระยะคลอด......173

The Effects of a Pre-Training Program on Knowledge, Stress, and Nursing Competency among 4th Year Nursing Students in Nursing Care for High-risk Pregnant Women During Labor

ปัทมาภรณ์ คงขุนทด, อังสนา วิศรุตเกษพงศ์, ปาลิตา โพธิ์ตา

Patamaporn khongkhoontot, Angsana Wisarutkasempong, Palita Phota

ปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ......185

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

ละมุน แสงสุวรรณ์, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์, สมเกียรติยศ วรเดช

Lamoon Saengsuwan, Bhunyabhadh Chaimay, Somkiattiyos Woradet

การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริง เพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี......198

Development of an Instructional Model based on Authentic Learning Approach to Enhance Ethical Sensitivity of Nursing Students

อรอนงค์ รองสวัสดิ์, พนัสยา วรรณวิไล, ปฐมามาศ โชติบัณ, จีระภา นะแส, อริสา จิตต์วิบูลย์, อรทัย แก้วมหากาฬ

Onanong Rongsawat, Panatsaya Wannawilai, Pattamamas Chotibun, Jeerapar Nasae, Arisa Chitviboon, Oratai Kaewmahakan

สารบัญ (ต่อ)

การศึกษาภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้าน ในตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร..........213

A Study on Wisdom of Folk Healers in Kampaengphet Province

สายจิต สุขหนู

Saychit Suknoo

การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของการผลิตนักศึกษาและการบริการวิชาการ ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา..........229

Unit Costs Per Student and for Academic Services at Songkhla's Boromarajonani College of Nursing

จีระภา นะแส, จินตวีร์พร แป้นแก้ว, สิริมาส วงศ์ใหญ่, ตวงพร มั่งมี, นภชา สิงห์วีรธรรม, มาลี คำคง

Jeerapar Nasae, Jintaweeporn Paenkaew, Sirimas Wongyai, Tuangporn Mangmee, Noppcha Singweratham, Malee Kumkong

ความฉลาดทางสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ..........240

Health Literacy and other Factors related to Health Promoting Behaviors among Professional Nurses

ปรียนุช ชัยกองเกียรติ, บูรณ์คณัส จันทรศิริพุทธ, พิมพ์ณัฐชา สุไลมาน

Preeyanuch Chaikongkiat, Boonkanas Chantarasiripoot, Pimnatcha Sulaiman

การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มการระลึกความหลังแบบบูรณาการ ต่อความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช..........254

Development of an Integrated Reminiscence Group Program on Depression, Self-esteem, and Quality of Life for Older Adults in Nakhon Si Thammarat

ภาวดี เหมทานนท์, สุทัศน์ เหมทานนท์

Pawadee Hamtanon, Sutus Hamtanon

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแลมุสลิม จังหวัดยะลา..........269

Experiences of Muslim Caregivers to Home Care for Psychiatric Patients in Yala Province

วานีตา สาเมาะ, ผุสนีย์ แก้วมณีย์, เปรมฤดี ดำรักษ์, ศุภวรรณ สีแสงแก้ว, อับดุลมุฮัยมิน แว

Waneeta Samoh, Pootsanee Kaewmanee, Premrudee Damrak, Supawan Srisangkaew, Abdulmuhaimin Wae

องค์ประกอบสมรรถนะการจัดการภัยพิบัติของผู้บริหารการพยาบาล ในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข..........283

Disaster Management Competency among Nursing Administrators in Public Hospitals: A Factor Analysis

รุ่งนภา จันทรา, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, ประดิษฐ์พร พงศ์เตรียง

Rungnapa Chantra, Somjai Puttapitukpol, Praditporn Pongtriang

สารบัญ (ต่อ)

การพัฒนาเว็บแอปพลิเคชัน การรายงานผลทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี..........296

Development of a Web Application for Reporting Laboratory Results to Patients with Diabetes in Health Promoting Hospitals of Suphanburi

พิชญ์วรา จันทร์แย้ม, อุทัย ทับทอง, วัฒนา อ่อนเจริญ, วัชรินทร์ สว่างศรี

Pitchwara Janyam, Uthai Thabthong, Wattana Oncharoen, Watcharin Sawangsri

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง..........296

Depression among Elderly People: Prevalence and Associated Factors

สมเกียรติยศ วรเดช, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์, อรธิรา พลจร, จิราพร พัฒน์มณี

Somkiattiyos Woradet, Bhunyabhadh Chaimay, Ontira Ponjorn, Jiraporn Putmanee

ความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของชาวนา อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก..........318

Prevalence and Factors Affecting the Musculoskeletal Disorders among Farmers, Wang thong District, Phitsanulok Province

สาริณี จันทน์วัฒน์ และ พีรญา อึ้งอุดรภักดี

Sarinee Chanthawat, Piraya Aungudornpukdee

SCNJ The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

ภาวะผู้นำและตัวชี้วัดผลการดำเนินงานขององค์กรในภาคเอกชน: การทบทวนอย่างเป็นระบบ

Leadership and Organizational Performance Indicators in Private Sector: A Systematic Review

เกศกนก แสงอุบล[1], เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย[1*] และ พัชราภรณ์ อารีย์[1]
Kedkanok Sangubol[1], Phechnoy Singchungchai[1*] and Patcharaporn Aree[1]
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน[1*]
Nursing College Christian University of Thailand[1*]

(Received: *May 18, 2021*; Revised: *July 20, 2021*; Accepted: *August 06, 2021*)

บทคัดย่อ

การวิจัยการทบทวนอย่างเป็นระบบมีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปองค์ความรู้ของคุณลักษณะของบทความวิจัยและสังเคราะห์การใช้ทฤษฎีที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะผู้นำและตัวชี้วัดผลการดำเนินงานขององค์กรในภาคเอกชน โดยการสืบค้นรายงานวิจัยจากวารสารฐานข้อมูลทั้งในระดับชาติและนานาชาติมีการตีพิมพ์ในช่วง พ.ศ.2553-2563 ได้แก่ Medline/Pubmed, CINAHL, Research Gate, Google, Google scholar,Thai LIS, Thai jo, Proquest , Science Direct, Scopus, Psyinfo ประเมินคุณภาพเครื่องมือด้วยแบบประเมินคุณภาพมาตรฐานงานวิจัยตามแนวคิดของเคเมท ลี และคุ๊ก (Kmet, Lee & Cook, 2004) ได้ค่าความน่าเชื่อถือ (Inter Rater) ร้อยละ 89.50 ใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความสอดคล้องกันระหว่างผู้ประเมินรายงานโดยใช้สถิติแคปปาพบว่า การประเมินคุณภาพมีความสอดคล้องกัน (k=0.115, p=.305) ผลการวิจัยพบว่า

รายงานการวิจัยทั้งหมดเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (n=20) กลุ่มตัวอย่างศึกษาในบริบทผู้บริหารและผู้บริหารและพนักงานมากที่สุด (n=17) บริบทที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นบริษัทภาคเอกชนมากที่สุด (n=16) งานวิจัยที่ศึกษาขนาดอิทธิพลการทำนายและผลการดำเนินงานขององค์กรมากที่สุด ทฤษฎีภาวะผู้นำที่ใช้ในการศึกษาวิจัยมากที่สุด คือภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของแบสและอโวลิโอ ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานองค์กรเอกชนส่วนใหญ่ประกอบด้วยด้านการเงิน มากที่สุด โดยวัดความสามารถในการทำกำไร (Profitability) การเติบโต (Growth) และการแบ่งส่วนการตลาด (Market Share) ด้านปฏิบัติการ ใช้วัดความพึงพอใจของผู้รับบริการ (Customer Satisfaction) มากที่สุด รองลงมาคือด้านความพึงพอใจของพนักงาน (Employee Satisfaction) และผลการวิจัยส่วนใหญ่พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์และอิทธิพลทางตรงต่อผลการดำเนินงานขององค์กรภาคเอกชน

ดังนั้น ผลการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ชี้ชัดว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการเพิ่มผลการดำเนินงานขององค์กรให้สูงขึ้น ทั้งในโรงพยาบาลเอกชน องค์กรสุขภาพและองค์กรอื่น ๆ ในภาคเอกชน

คำสำคัญ: ภาวะผู้นำ, ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานขององค์กร, องค์กรภาคเอกชน, การทบทวนอย่างเป็นระบบ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding E-mail: phechnoys@christian.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 089-8797469)

Abstract

The purposes of the present systematic review were to synthesize and summarize the existing evidences and theory–based studies on leadership and organizational performance indicators currently used in the private health sector by searching research reports from national and international research databases, published between 2010 and 2020. Eleven (11) databases were systematically searched: Medline/Pubmed, CINAHL, ResearchGate, Google, Google scholar, Thai LIS, Thai JO, Proquest, Science Direct, Scopus, Psyinfo.

The quality appraisal for the study was evaluated using Kmet, Lee and Cook's standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers were used to assess theresearch reports, the inter-rater reliability was 89.5%. Data were analyzed using descriptive statistics. Kappa statistic was uses to test consistency among the two reviewer, obtaining Cohen's Kappa coefficient = 0.115, (p=.305).

As a result, 20 studies were eligible for this systematic review, among which 17 were conducted among managers or among managers and employees. Most studies were on leadership and organizational performance. Bass & Avolio's transformational leadership theory was the most applied leadership theory. Organizational performance indicators were financial performance and operational performance. Most studies were measuring profitability, followed by growth, and market shares. For operational performance, most studies were measuring customer satisfaction, followed by employee satisfaction.

This review indicates that the transformational leadership is an important factor to increasing organizational performance in private sector.

Keywords: Private Sector, Organizational Performance Indicators, Systematic Review

บทนำ

ภาวะผู้นำมีความสำคัญอย่างยิ่งในการบรรลุเป้าหมายขององค์กรและผลการดำเนินงานองค์กร (Zacharatos, Barling & kelloway, 2000; Berson, Shamair, Avolio & Popper, 2001) ผลการดำเนินงานองค์กรจึงเป็นหัวใจสำคัญซึ่งเป็นตัวชี้วัดองค์กร (Venkatraman & Ramanujam, 1986) ในการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์และสำเร็จตามเป้าหมาย (Bass, 1985; Daft, 2000) ผลการดำเนินงานขององค์กรที่ดีขึ้นอยู่กับความสามารถในการทำกำไรและการเติบโตขององค์กร (Ben-Oz & Greve, 2015) ในองค์กรสุขภาพ ภาวะผู้นำส่งผลต่อผลการดำเนินงานขององค์กร (Wang, Sui, Luthans, Wang, & Wu, 2014) ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำและผู้ตามเป็นสิ่งที่สำคัญมากในองค์กร (Day, Fleenor, Atwater, Sturm, & McKee, 2014) ผลการดำเนินงานขององค์กร หมายถึง ความสามารถขององค์กรที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ของผลกำไรที่เพิ่มขึ้น ผลลัพธ์ทางการเงินมากขึ้น ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานองค์กรเป็นภาพสะท้อนประสิทธิภาพ การเติบโตขององค์กร (Khan, Bukhari & Channar, 2016) ในองค์กรภาคเอกชนแบ่งผลการดำเนินงานขององค์กรเป็น 2 มิติ 5องค์ประกอบ ดังนี้ มิติที่ 1 ผลการดำเนินงานองค์กรด้านการเงินและการตลาด มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความสามารถในการทำกำไร (Profitability) 2) การเติบโต (Growth) 3) ประสิทธิภาพขององค์กร (Efficiency) มิติที่ 2 ผลการดำเนินงานองค์กรด้านปฏิบัติการมี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (Customer Satisfaction) และ 2) ความพึงพอใจของพนักงาน (Employee Satisfaction) (Gavrea, Ilies & Stegerean, 2011; Yildiz & Karaka, 2012) อย่างไรก็ตามยังมีช่องว่างในความรู้จากการศึกษาที่พบว่า ภาวะผู้นำที่แตกต่างกันมีผลต่อผลการดำเนินงานองค์กรในบริบทที่ต่างกัน และยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ในการศึกษาภาวะผู้นำ

และผลการดำเนินงานองค์กรในองค์กรภาคเอกชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเพื่อสรุปองค์ความรู้ที่รวบรวมจากการสังเคราะห์งานวิจัยภาวะผู้นำและตัวชี้วัดผลการดำเนินงานองค์กรภาคเอกชน โดยข้อสรุปจากการวิจัยจะเป็นแนวทางในการพัฒนาผู้บริหารเพื่อเพิ่มผลการดำเนินงานขององค์กรและมีตัวชี้วัดผลการดำเนินงานขององค์กรที่เหมาะสมในบริบทอื่นๆขององค์กรภาคเอกชนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อสรุปองค์ความรู้ของคุณลักษณะของบทความวิจัยและสังเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการใช้ทฤษฎีที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะผู้นำและตัวชี้วัดผลการดำเนินงานองค์กรในองค์กรเอกชนที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วง พ.ศ. 2553-2563

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยในครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อศึกษาคุณลักษณะและสังเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับแนวคิดภาวะผู้นำ (Leadership Style) และแนวคิดผลการดำเนินงานขององค์กร (Organizational Performance) ประกอบด้วย 2 มิติ 5 องค์ประกอบ มิติที่ 1 ผลการดำเนินงานองค์กรด้านการเงินและการตลาด มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความสามารถในการทำกำไร (Profitability) 2) การเติบโต (Growth) 3) ประสิทธิภาพ (Efficiency) มิติที่ 2 ผลการดำเนินงานองค์กรด้านปฏิบัติการ มี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (Customer Satisfaction) และ2) ความพึงพอใจ ของพนักงาน (Employee Satisfaction)

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บทความวิจัยเกี่ยวกับภาวะผู้นำและผลการดำเนินงานขององค์กรภาคเอกชน ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วง พ.ศ.2553-2563 โดยสืบค้นรายงานการวิจัย ดังนี้

1. กำหนดคำสำคัญ (Keywords) ประกอบด้วย 1) ภาวะผู้นำ ผลการดำเนินงานองค์กร ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานองค์กร โรงพยาบาลเอกชน องค์กรภาคเอกชน Leadership, Leadership Style, Organizational Performance, Organizational Performance Indicator, Leadership Style and Organizational Performance, in Hospital, in Private Sector

2. กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูลบทความจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Database) ทั้งงานวิจัยในประเทศและต่างประเทศ

3. การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เลือกเฉพาะเจาะจงจากงานวิจัยที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับภาวะผู้นำ และแนวคิดผลการดำเนินงานขององค์กรภาคเอกชน โดยอ่านสกัดข้อมูล และคัดเลือกเนื้อหาที่ตรงประเด็นที่ต้องการศึกษา มาสังเคราะห์ และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของบทความวิจัย โดยวิธี Inter-Rater ตามเกณฑ์ของเคเมท ลีและคุ๊ก (Kmet, Lee, & Cook, 2004) ได้งานวิจัยที่มีคุณสมบัติดังกล่าวจำนวน ทั้งสิ้น 20 เรื่อง

4. สังเคราะห์ข้อมูลของรายงานการวิจัยและนำผลการวิเคราะห์สรุปบรรยายเชิงเนื้อหา โดยจำแนกตามคุณลักษณะของบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎีของตัวแปรและผลการวิจัยจากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะผู้นำและผลการดำเนินงานขององค์กรภาคเอกชน

5. เสนอผลการทบทวนวรรณกรรม โดยการอภิปรายผล ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะแนวทางในการทำวิจัยในอนาคตต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทบทวนอย่างเป็นระบบในครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบคัดเลือกรายงานวิจัยตามแนวคิดของ Prisma (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman & PRISMA, 2009) ตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) ต้องเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณที่เกี่ยวข้องกับภาวะผู้นำและผลการดำเนินงานขององค์กรภาคเอกชน 2) เป็นรายงานวิจัยที่เป็นต้นฉบับเดิมได้รับการตีพิมพ์ และ 3) รายงานต้องได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจากวารสาร

ส่วนที่ 2 แบบสรุปการบันทึกการสกัดข้อมูลทั่วไปของรายงานการวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย สถานที่ศึกษา ช่วงเวลาที่ศึกษา ประเภทของงานวิจัย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง รูปแบบกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ชนิดของตัวแปร แนวคิด/ทฤษฎีภาวะผู้นำองค์ประกอบของภาวะผู้นำ แนวคิดและองค์ประกอบของผลการดำเนินงานองค์กร

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพรายงานการวิจัยโดยใช้เครื่องมือ Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research Paper ของเคเมท ลีและคุ๊ก (Kmet, Lee & Cook, 2004) จำนวน 14 ข้อคำถาม ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของรายงานการวิจัย ประเมินคุณภาพเครื่องมือร่วมกับทีมวิจัยจำนวน 2 คน ได้ค่าความน่าเชื่อถือ (Inter Rater) ร้อยละ 89.50 ทดสอบความสอดคล้องกันระหว่างผู้ประเมิน พบว่ามีความสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (k=0.115, p=0.305)

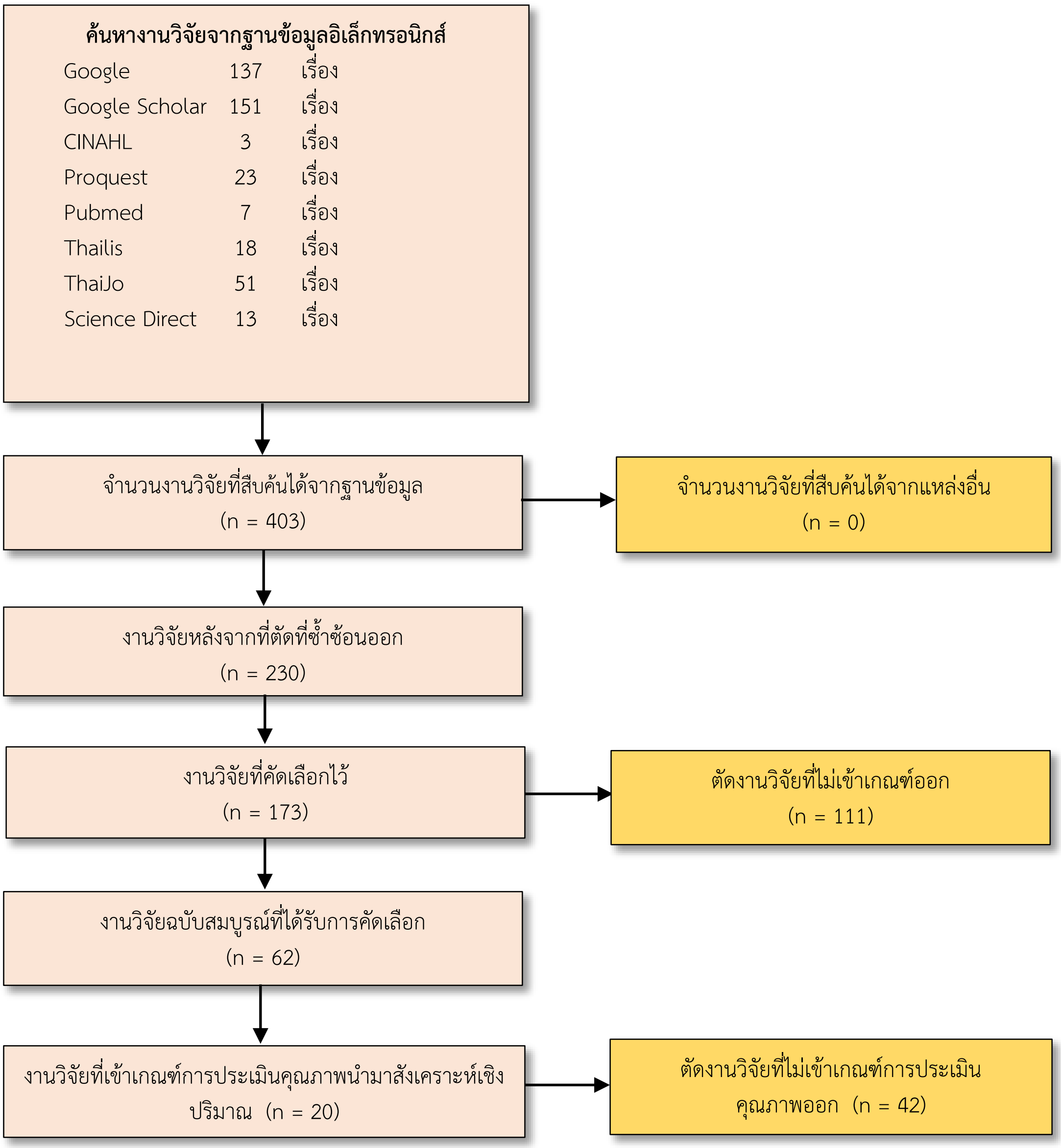
การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอน ดังนี้

1. การสืบค้นรายงานการวิจัยจากฐานข้อมูล สืบค้นพบรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดจำนวน 403 เรื่อง ประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยคัดงานวิจัยที่ไม่เข้าเกณฑ์ออก เหลืองานวิจัยที่เข้าเกณฑ์การประเมินคุณภาพเพื่อนำไปใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจำนวน 20 เรื่อง แสดงขั้นตอนการคัดเลือกผลงานวิจัยตามPRISMA Flow Diagram (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman & PRISMA, 2009) ดังภาพ 1

2. สรุปการประเมินข้อมูลทั่วไปตามแนวทางของ PRISMA (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman & PRISMA, 2009) ประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยใช้เครื่องมือ Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research Paper (Kmet, Lee & Cook, 2004) โดยผู้วิจัย 2 คนที่เป็นอิสระต่อกัน ได้ค่าความน่าเชื่อถือ (Inter Rater) ร้อยละ 89.50

3. การวิเคราะห์รูปแบบของงานวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบประเมินคุณภาพ โดยผู้วิจัยอ่านรายงานการวิจัยทั้ง 20 เรื่อง รอบที่สองอย่างละเอียดเพื่อสกัดข้อความที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์งานวิจัย และบันทึกในแบบบันทึกสกัดข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยได้ร่วมกันตรวจสอบความถูกต้องของการลงบันทึกและการวิเคราะห์



ภาพ 1 แสดงขั้นตอนวิธีสืบค้นและการคัดเลือกผลงานวิจัยตามแนวทาง Prisma 2009

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ลักษณะของงานวิจัย ใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่และการประเมินคุณภาพบทความวิจัยโดยใช้เครื่องมือ Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research paper (Kmet, Lee & Cook, 2004) วิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องกันระหว่างระหว่างทีมผู้วิจัยโดยใช้สถิติแคปปา (Kappa Statistic)

จริยธรรมวิจัย

จริยธรรมการวิจัยในงานวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ น.02/2563 วันที่ 13 สิงหาคม พ.ศ. 2563

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะของบทความวิจัย

จากการสืบค้นพบรายงานวิจัย ภายหลังการประเมินคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด ในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จำนวน 20 เรื่องโดยที่คุณลักษณะของบทความวิจัยเกี่ยวข้องกับภาวะผู้นำต่อผลการดำเนินงานขององค์กรภาคเอกชนพบว่า บทความวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศมากที่สุด (n=16) ส่วนในประเทศไทยยังพบน้อยที่สุด (n=4) พบในบริบทธุรกิจบริษัทเอกชนมากที่สุด (n=16) รองลงมาในบริบทองค์กรสุขภาพและโรงพยาบาลเอกชนน้อยที่สุด (n=4) ระยะเวลาการศึกษาพบในช่วงพ.ศ. 2558-2563 มากที่สุด (n=12) ในช่วงพ.ศ. 2553-2557 (n=8) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาขนาดอิทธิพลการทำนายภาวะผู้นำต่อผลการดำเนินงานองค์กรในองค์กรมากที่สุด (n=18) รองลงมาเป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ของภาวะผู้นำและผลการดำเนินงานองค์กร (n=2) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บริหารมากที่สุด (n=8) รองลงมาเป็นผู้บริหารและพนักงาน (n=6) คุณภาพเครื่องมือเป็นไปตามเกณฑ์ทุกเรื่อง (n=20) และความตรงของเครื่องมือมากกว่า 0.7 มากที่สุด (n=20)

2. การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับภาวะผู้นำกับตัวชี้วัดผลการดำเนินงานในองค์กรภาคเอกชน ผลการวิจัยตามรายละเอียด ตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนของบทความวิจัย ตามกรอบ PICO จำแนกตามการใช้ทฤษฎีภาวะผู้นำกับผลการดำเนินงานองค์กรเอกชน

ผู้แต่ง/ปี/กลุ่มตัวอย่าง ประเด็น/ตัวแปร	**มิติของแนวคิด/ทฤษฎี**	**ผลการศึกษา**
1. Ozsahin, Zehir, & Acar, 2011 ผู้จัดการบริษัทเอกชน ประเทศตุรกี จำนวน 343 คน **ตัวแปร :** ลักษณะของผู้นำ (Leadership Style; IV) ผลการดำเนินงานบริษัท (Firm Performance; DV) การมุ่งเน้นการเรียนรู้ (learning orientation; MV)	ลักษณะภาวะผู้นำ (Yukl, 2002) มี 3 มิติ 1. Change-Oriented 2. Task-Oriented 3. Relations-Oriented Leadership ผลการดำเนินงานบริษัท (Khandwalla, 1977) มี 5 มิติ ได้แก่ 1. Profitability 2. Sale Income Increase 3. Employees' Job Satisfaction 4. Firm's Reputation in Public 5. Financial Power (Liquidity Level)	พบว่าภาวะผู้นำที่มุ่งการเปลี่ยนแปลง , ภาวะผู้นำที่มุ่งงาน และภาวะผู้นำที่มุ่งเน้นความสัมพันธ์ ทุกมิติของภาวะผู้นำมีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานของบริษัทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (B = 0.361, p< 0.000 ; B = 0.134, p < 0.021 ; B= 0.132, p< 0.011)
2. Garcia-Morales, Jimenez-Barrionuevo, & Gutierrez-Gutierrez, 2012 ผู้บริหารบริษัทภาคเอกชน ประเทศสเปนจำนวน 1000 คน **ตัวแปร :** ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (TL; IV) ผลการดำเนินงานองค์กร (OP; DV) นวัตกรรม (Innovation; MV) การเรียนรู้ในองค์กร (Organizational Learning; MV)	ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (McColl-Kennedy & Anderson, 2002) มี 3 มิติ ได้แก่ 1. Charisma 2. Inspiration 3. Intellectual Stimulation ผลการดำเนินงานองค์กร (Murray & Kotabe, 1999) มี 4 มิติ ได้แก่ 1. Return on Asset: ROA 2. Return on Equity: ROE 3. Return on Sale, market 4. Share, Growth of Sale	พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีมีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลการดำเนินงานองค์กร (B=0.410, p<0.001) อิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อการเรียนรู้ในองค์กร (B= 0. 740, p<0. 001, R- $Square$ =0.55) และมีอิทธิพลต่อนวัตกรรมองค์กรทั้งทางตรงและทางอ้อม (B= 0.370, p<0.001; B=0.150, p< 0.01)

ตาราง 1 (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี/กลุ่มตัวอย่าง ประเด็น/ตัวแปร	**มิติของแนวคิด/ทฤษฎี**	**ผลการศึกษา**
3. Samad (2012) พนักงานบริษัทเอกชน ประเทศมาเลเซียจำนวน 150 คน **ตัวแปร :** นวัตกรรม (Innovation; MV) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (TL; IV) ผลการดำเนินงานองค์กร (Organizational Performance; DV)	ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Rosenzweig, Roth & Dean, 2003) มี 4 มิติ ได้แก่ 1.Charisma 2. Inspirational Motivation; IM 3. Intellectual Stimulation; IS 4. Individual Consideration; IC ผลการดำเนินงานองค์กร (Rosenzweig, Roth ,& Dean, 2003) มี 2 มิติ ได้แก่ 1. Employee Satisfaction 2. Customer Satisfaction	พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสามารถทำนายผลการดำเนินงานองค์กรได้ 50% (R Square = 0.50) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงทั้ง 4 องค์ประกอบมีอิทธิพลเชิงบวกต่อผลการดำเนินงานองค์กร ดังนี้ charisma (B=0.490), IM (B=0.210) IS (B= 0.440) IC (B = 0.380)
4. Noruzy, Dalfard, Azhdari, Shirkouhi & Rezazadeh (2013) พนักงานและผู้บริหารบริษัทเอกชน ประเทศอิหร่าน จำนวน 280 คน **ตัวแปร :** ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (TL ; IV) ,การเรียนรู้ในองค์กร (OL; MV), การจัดการความรู้ (MV), นวัตกรรมองค์กร (MV), ผลการดำเนินงานบริษัท (Firm Performance; DV)	ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง : ไม่ระบุ ผลการดำเนินงานองค์กร (Cho, Ozment, & Sink, 2008) มี 4 มิติ ได้แก่ 1. Profitability 2. Sales Growth 3. Customer Satisfaction 4. Overall Performance	พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อผลการดำเนินงานองค์กร (B=0.430, p<0.001)
5. Widiartanto (2013) ผู้จัดการโรงแรม ประเทศอินโดนีเซีย 110 คน **ตัวแปร :** ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (TL; IV) มุ่งเน้นการตลาด (MV) การมุ่งเน้นการเรียนรู้ (MV) ความสามารถของนวัตกรรมองค์กร (MV) ผลการดำเนินงานองค์กร (OP; DV)	ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง Transformation Leadership ผลการดำเนินงานขององค์กร (Pelham & Wilson, 1996) มี 4 มิติ ได้แก่ 1. Sale Growth 2. Market Share 3. Complaint 4. New Customer	พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงไม่มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานขององค์กร (B=0.139, p>0.222) แต่มีอิทธิพลทางตรงต่อการมุ่งเน้นการตลาด; ความสามารถทางนวัตกรรมองค์กร; การมุ่งเน้นการเรียนรู้
6. Choudhary, Akhtar & Zaheer, 2013 พนักงานบริษัทเอกชน ประเทศปากีสถาน จำนวน 155 คน **ตัวแปร :** ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง	ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Bass & Avolio, 1985) และ ผลการดำเนินงานองค์กร (Morales Montes & Jover, 2008) มี 4 มิติ ได้แก่ 1. ผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Assets)	พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อผลการดำเนินงานองค์กรมากกว่าภาวะผู้นำใฝ่บริการโดยผ่านการเรียนรู้ขององค์กร (B=0.621)

ตาราง 1 (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี/กลุ่มตัวอย่าง ประเด็น/ตัวแปร	มิติของแนวคิด/ทฤษฎี	ผลการศึกษา
(TL; IV) ภาวะผู้นำใฝ่บริการ (Servant Leadership; IV) การเรียนรู้ขององค์กร (Organizational learning; MV) ผลการดำเนินงานองค์กร (OP ; DV)	2. ผลตอบแทนของผู้ถือหุ้น (Return on Equity) 3. ผลตอบแทนจากการขาย (Return on Sales) 4. ส่วนแบ่งทางการตลาด	
7. Overstreet, Hanna, Byrd, Cegielski & Hazen, 2013 ผู้บริหารระดับสูง บริษัทเอกชน ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 158 คน **ตัวแปร**: ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (TL; IV) , นวัตกรรมองค์กร (Organizational Innovativeness; MV) ผลการดำเนินงาน (OP ; DV)	ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง : ไม่ระบุ ผลการดำเนินองค์กร (Zelbst, Green & Sower, 2010) มี 2 มิติ ได้แก่ 1. Operational Performance 2. Financial Performance	พบว่า มีอิทธิพลเชิงบวกทั้งทางตรงและทางอ้อมระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงต่อผลการดำเนินองค์กร โดยภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อผลการดำเนินงานด้านการเงิน (B=0.330, p<0.004) และผลการดำเนินงานด้านปฏิบัติการ (B=0.210, p<0.013)
8. Yıldız, Sebahattin & Basturk, Faruk & Boz, İlknur. (2014). พนักงานบริษัทเอกชน ประเทศตุรกี จำนวน 576 คน **ตัวแปร**: ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (TL; IV) ภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยน (Transactional Leadership; IV) นวัตกรรม (Innovation; MV) ผลการดำเนินงานของบริษัท (OP; DV)	ภาวะผู้นำ ได้แก่ 1. Transformational Leadership 2. Transactional Leadership ผลการดำเนินงานของบริษัท (Yildiz & Karaka, 2012) มี 4 มิติได้แก่ 1. ด้านผลกำไร (Profitability) 2. ยอดขาย (Sales) 3. ส่วนแบ่งทางการตลาด (Market Share) 4. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (B= 0.341, p<.005) มีอิทธิพลเชิงบวกต่อผลการดำเนินงานของบริษัท และนวัตกรรมมีอิทธิพลเชิงบวกต่อผลการดำเนินงานของบริษัทอย่างมีนัยสำคัญ (B=0.678, p<0.005) และทำนายผลการดำเนินงานองค์กรได้ร้อยละ 19.4% (*R Square*=0.194)
9. Abrrow (2014) บุคลากรในโรงพยาบาลรัฐบาล ประเทศสหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ จำนวน 189 คน **ตัวแปร**: ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (TL; IV) ผลการดำเนินงานองค์กร(OP; DV) การเรียนรู้ในองค์กร (Organizational Learning; MV), ต้นทุนทางปัญญา (Intellectual Capital; MV)	ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (MLQ) มี 4 มิติ ได้แก่ 1. Idealized Influence 2. Inspirational Motivation 3. Intellectual Stimulation 4. Individualized Consideration ผลการดำเนินงานองค์กร (Anantharaman, 2008) มี 2 มิติ ได้แก่ 1. Customer Focus 2. Employee Focus	พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลเชิงบวกต่อผลการดำเนินงานองค์กร (B=0.570, p<0.001) โดยผ่านการเรียนรู้ในองค์กร (B=0.490, p<0.001) และต้นทุนทางปัญญา (B= 0.280, p<0.003)

ตาราง 1 (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี/กลุ่มตัวอย่าง ประเด็น/ตัวแปร	**มิติของแนวคิด/ทฤษฎี**	**ผลการศึกษา**
10. Khan, Bukhari & Channar (2016) บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ ประเทศปากีสถานจำนวน 30 คน **ตัวแปร**: ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (TL; IV) ภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยน (Transactional Leadership ; IV) ผลการดำเนินงานองค์กร (OP;DV)	Leadership Style; MLQ (Bass & Avolio, 1994) มี 2 มิติ ได้แก่ 1. Transformational Leadership 2. Transactional Leadership; ผลการดำเนินงาน 1. Extra Effort 2. Effectiveness 3. Satisfaction	พบว่า ผลการดำเนินงานองค์กรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (IM; r=0.54, p<0.05) (IS/i) IC; r=0.348, p<0.05) และภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยน Constructive/ Contingent Reward (r=0.027, p<0.05) (Corrective/Management by Exception; r=0.114, p<0.05)
11. Thudam & Salaebing, (2017) พนักงานบริษัทเอกชน ประเทศไทย จำนวน 225 คน **ตัวแปร**: ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (TL; IV) การจัดการความรู้ (Knowledge Management; MV) การเรียนรู้ขององค์กร (MV) ความสามารถทางนวัตกรรม (MV) ผลการดำเนินงานองค์กร (OP; DV)	ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Bass & Riggio, 2006) มี 4 มิติ ได้แก่ 1. Idealized Influence 2. Inspirational Motivation 3. Intellectual Stimulation 4. Individualized Consideration ผลการดำเนินงานขององค์การ มี 2 มิติ ได้แก่ ผลการดำเนินงานด้านการเงิน และด้านลูกค้า	พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง มีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลการดำเนินงานองค์กร (B=0.260, p=0.05) และทำนายผลการดำเนินงานองค์กรโดยผ่านการจัดการความรู้ การเรียนรู้ขององค์กรและความสามารถทางนวัตกรรมได้ร้อยละ 36 (R $Square$=0.36)
12. Lashari & Rana, 2018 พนักงานธนาคาร ประเทศปากีสถาน จำนวน 270 คน **ตัวแปร**: ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (TL; IV) ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interaction; MV) ผลการดำเนินงานองค์กร (Organizational Performance; DV) การจัดการความรู้ (KM ; MV)	ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง มี 5 มิติ ได้แก่ 1. Idealized Influence 2. Inspirational Motivation 3. Intellectual Stimulation 4. Individualized Consideration 5. Risk Acceptance ผลการดำเนินงานองค์กร (Venkatraman, 1989) มี 2 มิติ ได้แก่ 1.Profitability 2. Growth	พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การจัดการความรู้ต่อผลการดำเนินงานองค์กร การจัดการความรู้เป็นตัวกลางความสัมพันธ์รหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และการจัดการความรู้ (B=0.760, p<0.05) และผลการดำเนินงานองค์กร (B=0.620, p<0.05)
13. Saleh, Nusari, Habtoor & Isaac (2018) ผู้จัดการบริษัทภาคเอกชน ประเทศเยเมน จำนวน 240 ราย	ลักษณะภาวะผู้นำ (Leadership Style) มี 2 มิติ ได้แก่ 1. Transformation Leadership 2. Transactional Leadership	พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างภาวะผู้นำต่อผลการดำเนินงานองค์กร (B=0.170, p<0.05) และมีความสัมพันธ์เชิงบวก ระหว่างภาวะผู้นำต่อความผูกพันองค์กร (B=0.440, p<0.05)

ตาราง 1 (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี/กลุ่มตัวอย่าง ประเด็น/ตัวแปร	มิติของแนวคิด/ทฤษฎี	ผลการศึกษา
ตัวแปร: ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (TL; IV) ภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยน (IV) ผลการดำเนินงานองค์กร (OP; DV) ความผูกพันองค์กร (MV)	ผลการดำเนินงานองค์กร; ไม่ระบุ	และมีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความผูกพันองค์กร ต่อผลการดำเนินงานองค์กร (*B*=0.290, *p*<0.05)
14. Ebrahim Hasan Al Khajeh (2018) พนักงานบริษัทเอกชนในสหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ จำนวน 20 องค์กร **ตัวแปร :** ลักษณะภาวะผู้นำ (Leadership Style; IV) ได้แก่ ภาวะผู้นำแบบเผด็จการ, ภาวะผู้นำแบบประชาธิปไตย ภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยน, ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ภาวะผู้นำบารมี, ภาวะผู้นำแบบระบบราชการ, ผลการดำเนินงานองค์กร (OP; DV)	ลักษณะภาวะผู้นำ มี 6 มิติ ผลการดำเนินงานองค์กร (Gavrea, Ilies, & Stegerean, 2011) มี 3 มิติ ได้แก่ 1. ผลการดำเนินการด้านการเงิน (Return on Investment, Profit) 2. ผลตอบแทนจากผู้ถือหุ้น 3. ด้าน Market Share, Sale)	พบว่า ภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยน ภาวะผู้นำบารมี และภาวะผู้นำแบบระบบราชการมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อผลการดำเนินงานองค์กร (*r*=-0.174, -0.432, -0.292; *P*<0.001) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ภาวะผู้นำเผด็จการ และภาวะผู้นำแบบประชาธิปไตยมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อผลการดำเนินงานองค์กร (*r*=0.156, 0.265, 0.064; *P*<0.001) (*R Square* = 0.252; *P*< 0.05)
15. Ogolla & Senaji, 2018 ผู้บริหารของบริษัทเอกชนในประเทศเคนย่า จำนวน 215 คน **ตัวแปร**: ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (TL; IV) ผลการดำเนินงานองค์กร (Organizational Performance; DV)	ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Bass & Riggio, 2006) มี 4 มิติ ได้แก่ 1. Idealized Influence 2. Inspirational Motivation 3. Intellectual Stimulation 4. Individualized Consideration ผลการดำเนินงานองค์กร (Kaplan & Norton, 1992) มี 4 มิติ ได้แก่ 1. Finance 2. Customer Satisfaction 3. Business Process 4. Learning & Growth	พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสามารถทำนายผลการดำเนินงานองค์กรได้ เท่ากับ 60.1% (*R Square* = 0.601; *P*< 0.05)
16. Arif & Akram, 2018 พนักงานบริษัทภาคเอกชน ประเทศปากีสถาน จำนวน 100 คน **ตัวแปร**: ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง	ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Bass,1985) มี 4 มิติ ได้แก่ 1. Idealized Influence 2. Inspirational Motivation 3. Intellectual Stimulation 4. Individualized Consideration ผลการดำเนินงานองค์กร	พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลเชิงบวกต่อผลการดำเนินงานขององค์กร (*B*=0.760, *p*<0.05) และนวัตกรรมองค์กรเป็นตัวกลางความสัมพันธ์ (*R Square*=0.555, *p*<0.05)

ตาราง 1 (ต่อ)

ผู้แต่ง/ปี/กลุ่มตัวอย่าง ประเด็น/ตัวแปร	มิติของแนวคิด/ทฤษฎี	ผลการศึกษา
(TL; IV), นวัตกรรมองค์กร (Organizational Innovation ; MV) ผลการดำเนินงานองค์กร (Task Performance; DV)	(Task Performance): ไม่ระบุ	
17. Ibrahim & Daniel, (2019) พนักงานบริษัทเอกชน ประเทศไนจีเรีย จำนวน 505 คน **ตัวแปร**: ภาวะผู้นำ (Leadership Style; IV) ผลการดำเนินงานองค์กร (OP; DV)	ภาวะผู้นำ (Leadership Style : ไม่ระบุ 1. Effective Leadership ผลการดำเนินงานองค์กร : ไม่ระบุ 1. Level of Productivity	พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างภาวะผู้นำที่มีประสิทธิภาพและระดับผลการดำเนินงานองค์กร และทำนายผลการดำเนินงานองค์กรเพิ่มขึ้นได้ 53.6%
18. Ahmad & Ejaz (2019). พนักงานบริษัทเอกชนประเทศปากีสถานจำนวน 140 คน **ตัวแปร**: ภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยน (Transactional Leadership; IV) ผลการดำเนินงานองค์กร (OP; DV)	ภาวะผู้นำ (MLQ) (Bass, 1990) ผลการดำเนินงานองค์กร (Asrar-ul-Haq & Kuchinke, 2016); ไม่ระบุ	พบว่าภาวะผู้นำแบบแลกเปลี่ยน (B=0.415, p<.001) และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (B=0.352 , p<.001) มีอิทธิพลเชิงบวกต่อผลการดำเนินงานองค์กรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและทำนายผลการดำเนินงานองค์กรได้ร้อยละ 22.4% (*R Square*=0.224)
19. Heldi, Marjan, Ivalaina, Puspa & Warnadie (2019) บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชน ประเทศอินโดนีเซีย จำนวน 341 คน **ตัวแปร**: ภาวะผู้นำใฝ่บริการ (Servant Leadership; IV) ผลการดำเนินงานองค์กร (OP; DV) การเรียนรู้ในองค์กร (MV)	ภาวะผู้นำใฝ่บริการ Servant leadership (Choudhary, Akhtar, & Arshad, 2013) ผลการดำเนินงานองค์กร(Organizational Performance ; ไม่ระบุ	พบว่าภาวะผู้นำใฝ่บริการมีความสัมพันธ์ต่อผลการดำเนินงานองค์กร (r=0.369, p=< 0.001) ซึ่งภาวะผู้นำของบุคลากรการแพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลภาครัฐบาลและภาคเอกชนไม่มีความแตกต่างกัน
20. Klaywong (2020) ผู้บริหารระดับกลางโรงพยาบาลเอกชนประเทศไทย 500 คน **ตัวแปร**: ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (TL; IV) นวัตกรรมองค์กร (Organizational Innovation; MV) การบริหารจัดการการเปลี่ยนแปลง (Change Management; MV) ผลการดำเนินงานองค์กร (Organizational Performance; DV)	ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Bass & Avolio, 1994) มี 4 มิติได้แก่ 1. Idealized Influence 2. Inspirational Motivation 3. Intellectual Stimulation 4. Individualized Consideration ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล มี 5 มิติได้แก่ 1. ด้านการนำองค์กร 2. ด้านการมุ่งเน้นลูกค้า 3. ด้านการมุ่งเน้นบุคลากร 4. ด้านกระบวนการ 5. ด้านการเงิน	ผลการวิจัยพบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง มีอิทธิพลทางบวกต่อ ผลการดำเนินการขององค์กร (B=0.380, p<0.05) โดยทุกตัวแปรร่วมทำนายผลการดำเนินงานได้ร้อยละ 52

หมายเหตุ: (ตัวแปรอิสระ=Independent Variable: IV; ตัวแปรตาม=Dependent Variable: DV; ตัวแปรคั่นกลาง=Mediator Variable: MV

จากตาราง 1 พบว่า แนวคิดภาวะผู้นำที่ใช้ในการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่ใช้ทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของแบสและอโวลิโอ มากที่สุด (*n*= 10) โดยใช้ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงเป็นตัวแปรอิสระ รองลงมาเป็นภาวะผู้นำแลกเปลี่ยน (*n*=4) ส่วนตัวแปรผลการดำเนินงานขององค์กรในภาคเอกชนส่วนใหญ่ศึกษาเป็นตัวแปรตาม (*n*=20) และยังพบว่าส่วนใหญ่ตัวแปรนวัตกรรมเป็นตัวแปรส่งผ่าน (*n*=7) แนวคิดผลการดำเนินงานองค์กรเอกชนมีการวัดผลการดำเนินงานองค์กรโดยใช้เกณฑ์การวัดผลการดำเนินงานองค์กรจากเกณฑ์อัตนัย (Subjective Criteria) (Muniz, Peon & Ordas, 2009; Yeung, 2008) วัดผลเกี่ยวกับการรับรู้และความคิดเห็นมากกว่าเกณฑ์ปรนัย (Objective Criteria) (Yang & Kang, 2008; Ghosh & Wu, 2007) ที่ต้องได้จากข้อมูลเชิงปริมาณ โดยตัวชี้วัดผลการดำเนินงานองค์กรที่ใช้มากที่สุด คือ มิติด้านการเงิน (Financial Performance) คือด้านความสามารถในการทำกำไร (Profitability) (*n*=9) รองลงมาคือด้านการเติบโต (Growth) (*n*=8) ด้านการแบ่งส่วนการตลาด (market Share) (*n*=6) และมิติด้านปฏิบัติการ (Operational performance) (Venkatraman,1989; Kaplan & Norton, 1992; Cho, Ozment, & Sink, 2008; Zelbst ; Gavrea, Ilies & Stegerean, 2011; Yildiz & Karaka, 2012) คือด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการ (Customer Satisfaction) (n=8) รองลงมา คือด้านความพึงพอใจของพนักงาน (Employee Satisfaction) (*n*=4) (Rosenzweig, Roth & Dean, 2003; Anantharaman, 2008 ;Zelbst, Green, Sower & Abshire, 2010) และการศึกษาในองค์กรภาคเอกชน พบว่าภาวะผู้นำมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลทางตรง (*n*=14) และอิทธิพลทางอ้อมต่อผลการดำเนินงานขององค์กร (*n*=4)

อภิปรายผล

จากการทบทวนงานวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงต่อผลการดำเนินงานองค์กรพบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสามารถทำนายผลการดำเนินงานองค์กรได้อย่างมีนัยสำคัญ (De Jong, & Bruch, 2013; Phromket, 2016 ; Thudam & Salaebing, 2017; Ebrahim Hasan Al Khajeh, 2018 ; Klaywong, 2020) จากการศึกษาในบริบทองค์กรในภาคเอกชน ทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า

1. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานขององค์กรในภาคเอกชน จากงานวิจัยในต่างประเทศ ซึ่งศึกษาในผู้บริหารระดับสูง พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลเชิงบวกทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อผลการดำเนินองค์กร โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อผลการดำเนินงานด้านการเงิน (B=0.330, p<0.004) และผลการดำเนินงานด้านปฏิบัติการ (B=0.210, p<0.013) (Overstreet, Hanna, Byrd, Cegielski & Hazen, 2013) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลการดำเนินงานองค์กร (B=0.410, p<0.001) (Garcia-Morales, Jimenez-Barrionuevo, & Gutierrez Gutierrez, 2012) สามารถทำนายผลการดำเนินงานองค์กรบริษัทเอกชนในประเทศเคนย่าได้ 60.1% (*R Square* = 0.601; P<0.05) (Ogolla & Senaji, 2018) นอกจากนี้การศึกษาในผู้บริหารและพนักงานพบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลเชิงบวกต่อผลการดำเนินงานองค์กร (B=0.43, p<.001; B=0.57, p<.001; B=0.76, p=.05) (Noruzy, Dalfard ,Azhdari, Shirkouhi & Rezazadeh, 2013; AL-Abrrow, 2014; Arif & Akram, 2018) และสามารถทำนายต่อผลการดำเนินงานองค์กรร้อยละ 55.5 (*R Square*=.555 p=.05) (Arif & Akram, 2018) ดังนั้นผลการสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้จึง พบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อผลการดำเนินงานขององค์กรในภาคเอกชนมากที่สุด ดังนั้นพฤติกรรมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง จึงเป็นพฤติกรรมการบริหารงานที่เพิ่มระดับความสามารถและศักยภาพในการทำงานที่สูงขึ้น กระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ซึ่งจะนำไปสู่ความสามารถทางด้านนวัตกรรมและเกิดกิจกรรมการสร้างนวัตกรรมในองค์กร (Tushman & Nadler, 1986 ; Senge, Robert, Ross, Smith & Kleiner, 1994) พัฒนารูปแบบการทำงานใหม่ๆ (Noruzy, Dalfard & Azhdari, 2013; Lin & Lee, 2004) นำความรู้และแนวคิดใหม่มาสร้างสรรค์และปรับใช้ในการพัฒนาระบบงาน (Chutiwong & Kertsri, 2011)

2. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานขององค์กรในโรงพยาบาลเอกชน จากการศึกษาบริบทโรงพยาบาลเอกชนในต่างประเทศพบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงมีอิทธิพลเชิงบวกต่อผลการดำเนินงานองค์กร (B=0.570, p<0.001) (AL-Abrrow, 2014) ผลการดำเนินงานองค์กรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านการสร้างแรงบันดาลใจ; r=0.54, ด้านกระตุ้นความคิดทางปัญญาและด้านการคำนึงถึงปัจเจกบุคคล r=0.348, p<0.05) ในบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชนระดับตติยภูมิประเทศปากีสถาน (Khan, Bukhari & Channar, 2016) ส่วนในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาในผู้บริหารระดับกลางโรงพยาบาลเอกชนพบว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ที่มีอิทธิพลทางบวกต่อผลการดำเนินการขององค์กร (B=0.380, p<0.05) ผ่านตัวแปรนวัตกรรมและสามารถทำนายผลการดำเนินงานองค์กรได้ร้อยละ 52 (Klaywong, 2020)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการทบทวนวรณกรรมอย่างเป็นระบบ สะท้อนให้เห็นว่าภาวะผู้นำมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานองค์กร ดังนั้นองค์กรในภาคเอกชน จึงควรมีการนำคุณลักษณะของพฤติกรรมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงไปใช้ตั้งแต่ผู้บริหารระดับสูงขององค์กร ผู้บริหารระดับกลางและผู้บริหารระดับต้นเพื่อพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงให้กลายเป็นวัฒนธรรมและสมรรถนะหลักขององค์กร

2. จากผลวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้องค์ความรู้ใหม่ในการวัดผลการดำเนินงานองค์กรในบริบทขององค์กรเอกชนซึ่งจะสามารถนำไปใช้เป็นเกณฑ์การวัดผลการดำเนินงานองค์กรที่เหมาะสมในบริบทขององค์กรเอกชนทั้งในบริบทขององค์กรสุขภาพและโรงพยาบลเอกชนเพื่อให้เกิดประสิทธิผลที่ดีขององค์กรต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ภาวะผู้นำมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานขององค์กรภาคเอกชนแต่ยังพบว่ายังขาดการศึกษาในองค์กรสุขภาพและในโรงพยาบาลเอกชนซึ่งมีจำนวนน้อยมากเนื่องจากเป็นกลุ่มองค์กรที่สร้างผลลัพธ์ต่อคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพที่ดี อีกทั้งโรงพยาบาลเอกชนทั้งในขนาดกลางและขนาดใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนสูงขึ้น ดังนั้นในหน่วยงานสนับสนุนวิจัยระดับชาติและระดับสถาบันการศึกษา ควรให้การสนับสนุนให้มีทุนวิจัยเพื่อสนับสนุนการผลิต ผลงานวิจัยภาวะผู้นำและตัวชี้วัดผลการดำเนินงานองค์กรในโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยให้มากขึ้น และควรมีหลักสูตรพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสำหรับผู้บริหาร และพัฒนาแบบวัดตัวชี้ผลการดำเนินงานองค์กรในโรงพยาบาลเอกชนให้ชัดเจนต่อไป

References

Ahmad, M., & Ejaz, T. (2019). Transactional and Transformational Leadership Impact on Organizational Performance: Evidence from Textile Sector of Pakistan. *European Online Journal of Natural and Social Sciences*, *8*(2), 97-103.

Asrar-ul-Haq, M., & Kuchinke, K. P. (2016). Impact of Leadership Styles on Employees' Attitude Towards Their Leader and Performance: Empirical Evidence from Pakistani Banks. *Future Business Journal, 2*(1), 54-64.

AL-Abrrow, H. (2014). Transformational Leadership and Organizational Performance in the Public Healthcare Sector: The Role of Organizational Learning and Intellectual Capital. *Irish Journal of Management*, *33*, 27-48.

Al Khajeh, E. H. (2018). Impact of Leadership Styles on Organizational Performance. *Journal of Human Resource Management Research*, 2018, 1-10.

Arif, S., & Akram, A. (2018).Transformational Leadership and Organizational Performance: The Mediating Role of Organizational Innovation. *SEISENSE Journal of Management*, *1*(3), 59-75.

Anantharaman, K., Shivakumar, V., & Saha, D. (2008) Utilisation of Thorium in Reactors. *Journalof Nuclear Materials*, *383*, 119-121.

Bass, B. M. (1985). *Leadership and Performance Beyond Expectations*. Collier Macmillan.

Bass, B. M. & Avolio, B. J. (1990), Developing Transformational Leadership: 1992 and Beyond, *Journal of European Industrial Training*, *14*(5).

Bass, B. M., & Avolio, B. J. (1994). *Improve Organizational Effectiveness Through Leadership*. London: Sage Publication Inc.

Bass, B. M., & Riggio, R. E. (2006). Transformational Leadership. Mahwah, NJ: L. *I Lawrence Erlbaum*.

Berson, Y., Shamair, B., Avolio, Bruce J., & Popper, M. (2001). The Relationship Between Vision Strength, Leadership Style, and Context. *The Leadership Quarterly, 12*, 55-73. Chutiwong, N., & Kertsri, N. (2011). Analysis of Factors Supporting an Innovative Organization in Thailand. *Thammasat Business Journal*, *34*(130), 47-58.

Choudhary, A. I., Akhtar, S. A., & Zaheer, A. (2013). Impact of Transformational and Servant Leadership on Organizational Performance: A Comparative Analysis. *Journal of Business Ethics*, *116*(2), 433- 440.

Cho, J. J., Ozment, J., & Sink, H. L. (2008). Logistics Capability, Logistics Outsourcing and Firm Performance in an E-Commerce Market. *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management, 38*, 336-359.

Cohen, J. (1960). A Coefficient of Agreement for Nominal Scales. *Educational and Psychological Measurement, 20*(1), 37-46.

Daft, R. L. (2000). *Organization Theory and Design*. (7th ed.) South-Western College Publishing, Thomson Learning. U.S.A.

Day, D., Fleenor, J., Atwater, L., Sturm, R., & Mckee, R. (2014). Advances in Leader and Leadership Development: A Review of 25 Years of Research and Theory. *The Leadership Quarterly, 25*, 63-82.

De Jong, S., & Bruch, H. (2013). The Importance of a Homogeneous Transformational Leadership Climate for Organizational Performance. *International Journal of Leadership Studies, 8*(1), 61-78.

Ebrahim Hasan Al Khajeh. (2018). Impact of Leadership Styles on Organizational Performance. *Journal of Human Resources Management Research*, *2018*, 1-10.

Garcia-Morales, V., Jimenez-Barrionuevo, M., & Gutierrez, L. (2012). Transformational Leadership Impact on Organizational Performance through Organizational Learning and Innovation. *Journal of Business Research*, *65*(7), 1040-1050.

Gavrea, C., Ilies, L., & Stegerean, R. (2011) Determinants of Organizational Performance: The Case of Romania. *Management & Marketing Challenges for the Knowledge Society, 6*, 285-300.

Ghosh, D., & Wu, A. (2007). Intellectual Capital and Capital Markets: Additional Evidence. *Journal of Intellectual Capital*, *8*(2), 216-235.

Golla, E., & Johnson, R. (2013). The Relationship Between Transformational and Transactional Leadership Styles and Innovation Commitment and Output at Commercial Software Companies. *The Business Review Cambridge*, *21*(1), 337-343.

Heldi, V. A., Marjan, M., Ivalaina, A., Puspa, D., & Warnadie. (2019). Servant Leadership: Its Impact and Relationship on Organizational Performance & Organizational Learning in Physicians, *International Journal of Innovation, Creativity and Change*, *9*(5), 338-363.

Ibrahim, A. U., & Daniel, C. O. (2019). Impact of Leadership on Organizational Performance. *International Journal of Business Management and Social Research*, *6*(02), 367-374.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1992). The Balanced Scorecard-Measures that Drive Performance. *Harvard Business Review,* (January-February), 71-79.

Khan, Raza, & Bukhari, Adeel. (2016). Effects of Leadership Style on Health Care Organizational Performance: A Survey of Selected Tertiary Care Hospital in Karachi, Pakistan. *International Journal of Economics & Management Sciences, 5*(3), 1-8.

Kmet, L. M., Lee, R. C., & Cook, L. S. (2004). *Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Research Papers from a Variety of Fields*. Canada: Interpret Design Inc.

Khandwalla, P. N. (1977). Some Top Management Styles, Their Context and Performance. *Organization & Administrative Sciences, 7*, 21-45.

Klaywong, C. (2020). The Impacts of Transformational Leadership, Organizational Innovation and Change Management on Private Hospital Performance in Thailand. *Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology*, *5*(4), 127-144.

Lashari, R. H., & Rana, A. H. (2018). The Impact of Transformational Leadership and Social Interaction on Organizational Performance in the Viewpoint of Knowledge Management: An Empirical Study in Banking Sector of Pakistan. *International Journal of Organizational Leadership, 7*(2018), 383-396.

Lin, H.-F., & Lee, G.-G. (2004). Perceptions of Senior Managers Toward Knowledge-Sharing Behavior. *Management Decision, 42*(1/2), 108-125.

McColl-Kennedy, J. R., & Anderson, R. D. (2002). Impact of Leadership Style and Emotions on Subordinate Performance. *The Leadership Quarterly, 13*(5), 545-559.

Moher, M., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis: The PRISMA Statement. *Journal of Clinical Epidemiology, 62*, 1006-1012.

Morales, V., Montes, F., & Jover, A. (2008). The Effects of Transformational Leadership on Organizational Performance Through Knowledge and Innovation. *British Journal of Management, 19*, 299-319.

Murray, J. Y., & Kotabe, M. (1999) 'Sourcing Strategies of US Service Companies: a Modified Transaction-Cost Analysis'. *Strategic Management Journal 20*(9), 791-809.

Muniz, B., Peon, J., & Ordas, C. (2009). Relationship Between Occupation Safety Management and Firm Performance. *Safeth Science*, *47*(7), 980-991.

Noruzy, A., Dalfard, M. V., Behnaz Azhdari, Nazari-Shirkouhi, S., & Rezazadeh, A. (2013). Relations Between Transformational Leadership, Organizational Learning, Knowledge Management, Organizational Innovation, and Organizational Performance: An Empirical Investigation of Manufacturing Firms. *The International Journal of Advanced Manufacturing Technology*, *64*(5-8), 1073-1085.

Ogolla, A., & Senaji, T. A. (2018). Transformational Leadership and Organizational Performance of State Corporation in Kenya. *International Journal of Multidisciplinary Research*, *2*(3), 12-21.

Overstreet, R. E., Hanna, J. B., Byrd, T. A., Cegielski, C. G. & Hazen, B. T. (2013). Leadership Style and Organizational Innovativeness Drive Motor Carriers Toward Sustained Performance. *The International Journal of Logistics Management*, *24*(2), 247-270.

Ozsahin, M., Zehir, C. & Acar, A. Z. (2011). Linking Leadership Style to Firm Performance: The Mediating Effect of the Learning Orientation. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *24*(2011), 1546-1559.

Pelham, A. M., & Wilson, D. T. (1996) A Longitudinal Study of the Impact of Market Structure, Organization Structure, Strategy and Market Orientation Culture on Dimensions of Small-Organization Performance. *Journal of the Academy of Marketing Science, 24*, 27.

Phromket, C. (2016). Building Strategic Leadership, Technology and Market-Based Radical Innovations Capability on Performance of Motor Vehicles and Parts Business in Thailand. *Sakon Nakhon Graduate Studies Journal, 61*(13), 173-185.

Rosenzweig, E. D., Roth, A., & Dean, J. (2003). The Influence of an Integration Strategy on Competitive Capabilities and Business Performance: An Exploratory Study of Consumer Products Manufacturers. *Journal of Operations Management, 21*, 437-456.

Saleh, R. M. M., Nusari, M., Habtoor, N., & Isaac, O. (2018). The Effect of Leadership Style on Organizational Performance: Organizational Commitment as a Mediator Variable in the Manufacturing Sector of Yemen. *International Journal of Management and Human Resource (IJMHS)*, 2(4), 13- 24.

Samad, S. (2012). The Impact of Innovation and Transformational Leadership on Organizational Performance. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *57*(2015), 486-493.

Senge, P. M., Kleiner, A., Roberts, C., Ross, R. B. & Smith, B. J. (1994). *The Fifth Discipline Fieldbook*. Doubleday, New York, 5.

Thudam, P., & Salaebing, M. (2017). The Causal Model of Innovativeness of Halal Food Business in Southern Border Provinces of Thailand. *MFU Connexion: Journal of Humanities and Social Sciences*, *6*(2), 189-211.

Tushman, M. L., & Nadler, D. A. (1986). Organizing for innovation. *California Management Review, 28*(3), 74-92.

Venkatraman, N., & Ramanujam, V. (1986). Measurement of Business Performance in Strategy Research: A Comparison of Approaches. *Academy of Management Review*, *11*, 801-814.

Wang, H., Sui, Y., Luthans, F., Wang, D., & Wu, Y. (2014). Impact of Authentic Leadership on Performance: Role of Followers' Positive Psychological Capital and Relational Processes. *Journal of Organizational Behavior*, *35*(1), 5-21.

Widiartanto, S. (2013). The Effect of Transformational Leadership on Market Orientation, Learning Orientation, Organization Innovation and Organization Performance (Study on Star-Rated Hotels in Central Java Province, Indonesia. *IOSR Journal of Business and Management, 12*(6), 8-18.

Yang, S., & Kang, H. (2008). Is Synergy Always Good? Clarifying the Effect of Innovation Capital and Customer Capital on Firm Performance in Two Contexts. *Technovation*, 28, 667-678.

Yeung, A. (2008). Strategic Supply Management, Quality Initiatives, and Organizational Performance. *Journal of Operations Management*, *26*, 490-502.

Yildiz, S., & Karaka, A. (2012). Defining Methods and Criteria for Measuring Business Performance: a Comparative Research Between the Literature in Turkey and Foreign. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 58*, 1091-1102.

Yıldız, Sebahattin, Basturk, Faruk, & Boz, İlknur. (2014). The Effect of Leadership and Innovativeness on Business Performance. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 150*, 785-793.

Yukl, G. (2002). *Leadership in Organizations (5th ed.).* Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Zacharatos, A., Barling, J., & Kelloway, E. K. (2000). Development and Effects of Transformational Leadership in Adolescents. *The Leadership Quarterly, 11*(2), 211–226.

Zelbst, P., Green, K. Jr, Sower, V. & Abshire, R. (2010), “Relationships among Market Orientation, JIT, TQM, and Agility”, *Industrial Management & Data Systems, 110*(5), 637-658.

ผลการสอนโดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับการเรียนรู้ผ่านแผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิดต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล ในจังหวัดปัตตานี

The Effects of a Case-Based Learning Method Combined with Concept Mapping and Reflective Thinking on the Level of Critical Thinking among Nursing Students in Pattani

ฐปรัตน์ รักษ์ภาณุสิทธิ์[1] และ รัตติกาล เรืองฤทธิ์[1*]
Thaparat Rakpanusit[1] and Rattikarn Ruangrit[1*]
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี[1*]
Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Pattani Campus[1*]

(Received: *May 05, 2021*; Revised: *July 19, 2021*; Accepted: *August 09, 2021*)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังนี้ เพื่อศึกษา 1) การคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี 2) ผลของการสอนโดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับการเรียนรู้ผ่านแผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิดต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล และ 3) ความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับนิยาม ประโยชน์ ปัญหาและอุปสรรคของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับการเรียนรู้ผ่านแผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิด กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 (993-324) จำนวน 34 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ได้ค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์ริชาร์ดสัน เท่ากับ .73 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Dependent t-test และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณเฉลี่ยก่อนการเรียนอยู่ในระดับปานกลาง (*M* = 23.76, *SD*=2.52) ส่วนหลังเรียนมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นแต่ยังอยู่ในระดับปานกลาง (*M* = 26.23, *SD*=2.87)

2. หลังการเรียนโดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับแผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิด นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= - 4.58, P<.01)

3. นักศึกษาพยาบาลให้ความหมายการคิดอย่างมีวิจารณญาณว่าเป็นกระบวนการคิดเป็นขั้นเป็นตอนไตร่ตรองอย่างรอบคอบก่อนการตัดสินใจ และต้องพิจารณาข้อมูลจากหลาย ๆข้อมูลที่มี จึงจะสรุปผลและตัดสินใจ ผลที่เกิดจากการจัดการเรียนการสอน ต้องกระตือรือร้นและตื่นตัวกับความรู้ใหม่และการทำงานเป็นทีม ส่วนอุปสรรคใช้เวลามากในการรวมทีมระดมความคิด

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การบูรณาการเทคนิคการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน ร่วมกับแผนที่มโนทัศน์ และการสะท้อนคิด ช่วยเพิ่มความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของผู้เรียนได้

คำสำคัญ: กรณีศึกษา, แผนที่มโนทัศน์, การสะท้อนคิด, การคิดอย่างมีวิจารณญาณ, นักศึกษาพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: rattikarnruangrit@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 093-6874386)

Abstract

This one-group pretest-posttest design quasi-experimental research aimed to study: 1) the level of critical thinking among nursing students on Pattani Campus of Prince of Songkhla University, 2) the effects of a new case-based learning method, combined with concept mapping and reflective thinking, on the level of critical thinking, and 3) students' opinion related to meaning, benefits and barriers of studying with the case-based learning method. Sample was 34 junior nursing students, recruited on willingness. The instrument was a questionnaire, including demographic data and a critical thinking assessment form. Reliability of the instrument was established by using Kuder–Richardson (KR-20) method, with the result of 0.73. Data were analyzed using descriptive statistics, dependent t-test, as well as content analysis for qualitative data from focus groups. Content analysis was based on students' perception of the case-based They defined critical thinking as a step-by-step process of careful thought before making a decision including available information before the conclusion. These teaching techniques encouraged students to be enthusiastic and alert while studying new knowledge.

Results showed that most of the participants had pretest critical thinking ability at a moderate level (M=23.76, SD=2.52). Teaching by using the case-based learning method in conjunction with concept mapping and reflective thinking was statistically significant (t=-4.58, P<.01) on critical thinking. Moreover, content analysis was based on students' perception of the case-based learning method combined with concept mapping and reflective thinking on critical thinking. They defined critical thinking as a step-by-step process of careful thought before making a decision including available information before the conclusion. These teaching techniques helped students enthusiastic and alert to study new knowledge including working with a team. However, time-consuming was the barrier.

The findings suggest that the case-based Learning method combined with concept mapping and reflective thinking could promote critical thinking among nursing students. This method seems to be suited for both theory and practicum.

Keywords: Case-Based Learning, Concept Mapping, Reflective Thinking, Critical Thinking, Junior Nursing Students

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพและระบบบริการด้านสาธารณสุขมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น มีโรคอุบัติใหม่เกิดขึ้นจำนวนมาก รวมทั้งมีการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ตลอดเวลา พยาบาลจึงจำเป็นต้องใช้ทักษะการตัดสินใจที่ซับซ้อนเพื่อเลือกให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นประสิทธิภาพในการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังนั้นการคิดอย่างมีวิจารณญาณจึงเป็นสมรรถนะที่สำคัญสำหรับพยาบาลเพื่อช่วยให้มีการตั้งคำถามที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย มีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ คิดวิเคราะห์และสามารถวินิจฉัยปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย พร้อมทั้งตัดสินใจแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม อีกทั้งยังช่วยให้พยาบาลสามารถทำงานร่วมกับสหวิชาชีพได้ดียิ่งขึ้นอีกด้วย (Amanda, Debra, & Mary, 2016) ทั้งนี้ได้มีนักวิชาการหลายท่านให้ความหมายของการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Thinking) ที่แตกต่างกัน โดย Srisawad & Chaleoykitti (2017) ได้สรุปความหมายของการคิดอย่างมีวิจารณญาณจากนักวิชาการหลาย ๆ ท่านไว้ว่า การคิดอย่างมีวิจารณญาณเป็นความสามารถในการใช้กระบวนการคิด เป็นการตัดสินใจที่มีเป้าหมายว่าจะเชื่อหรือไม่

เชื่อสิ่งใด มีการไตร่ตรองข้อมูลอย่างรอบคอบ เพื่อตัดสินใจ และนำไปสู่การสรุปที่สมเหตุสมผล นอกจากนี้งานที่พยาบาลทำนั้นเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับความเป็นความตายของชีวิตมนุษย์ การคิดอย่างมีวิจารณญาณจะนำไปสู่การตัดสินใจที่ถูกต้อง ส่งผลต่อการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (Chidmongkol, Tongphet, & Khonyang, 2016; Phaktoop & Khuinak, 2018) จึงเป็นสิ่งจำเป็นในการจัดเรียนการสอนสาขาพยาบาลและเป็นสิ่งท้าทายสำหรับอาจารย์ผู้สอนที่ต้องพัฒนาความสามารถและส่งเสริมสมรรถนะการคิดอย่างมีวิจารณญาณให้แก่นักศึกษา

จากการปรับเปลี่ยนของสังคมโลกและความต้องการใช้บัณฑิตของตลาดงาน ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการสอนเพื่อพัฒนาผู้เรียนให้คิดเป็น แก้ปัญหาเป็น เพื่อให้ผู้เรียนมีคุณภาพการคิดขั้นสูง ตลอดจนการกำหนดกรอบแนวคิดแผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560-2579 ว่า “คนไทยทุกคนได้รับการศึกษาและเรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างมีคุณภาพ ดำรงชีวิตอย่างเป็นสุขสอดคล้องกับหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงและการเปลี่ยนแปลงของโลกศตวรรษที่ 21” โดยกำหนดให้การคิดอย่างมีวิจารณญาณเป็นทักษะจำเป็นของคนในศตวรรษที่ 21 (Office of the Permanent Secretary, Ministry of Education, 2013) รวมทั้งสภาการพยาบาลได้กำหนดสมรรถนะหลักของพยาบาลให้มีทักษะการบริหารจัดการและทักษะการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Announce of Thailand Nursing and Midwifery Council, 2018) ซึ่งจำเป็นต้องใช้กระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณเพื่อให้ผู้เรียนจบเป็นบัณฑิตที่มีคุณภาพสอดคล้องกับความต้องการของตลาดงาน แต่จากการทบทวนผลการวิจัยเกี่ยวกับระดับความคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ระดับความคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (Kosawanon, Rungamornrat, & Panbangpra, 2015; Mortellaro, 2015; Poungjuntaradej, Pleankaew, 2016; Srisawad, 2018)

แนวทางในการจัดการเรียนการสอนที่สามารถพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณมีหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การสอนแบบการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self–Directed Learning) การเรียนรู้ตามสภาพจริง (Authentic Learning) การสอนที่ใช้การวิจัยเป็นฐาน (Research-Based Learning) การสอนโดยการระดมสมอง (Brain Storming) การสอนโดยใช้แผนที่มโนทัศน์ (Concept Mapping) การสอนโดยการโค้ช (Coaching) (Sirisupluxana, 2013) การเรียนรู้โดยการสะท้อนคิด (Reflective Thinking) (Sirisupluxana, 2013, Wichainate, 2014; Kusoom, & Tongvichean, 2017) และการใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน (Case-Based Learning) (Sirisupluxana, 2013, Amanda, Debra, & Mary, 2016; Kusoom, & Tongvichean, 2017) เป็นต้น ดังนั้น ผู้สอนจึงควรพิจารณาเลือกใช้รูปแบบการเรียนการสอนให้เหมาะสมตามรายวิชา และอาจนำมาใช้สอนแบบผสมผสานได้ (Kusoom, & Tongvichean, 2017)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การจัดการเรียนการสอนรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการสร้างเสริมความสามารถการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลได้ ตัวอย่างเช่น การศึกษาผลของการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ภายหลังเรียนนักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณอยู่ในระดับไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (Kosawanon, Rungamornrat, & Panbangpra, 2015) หรือการศึกษาผลของการพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณโดยใช้การสะท้อนคิด ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยของทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (t=0.654, P>0.05) ถึงแม้ในกลุ่มทดลองจะมีคะแนนเฉลี่ยหลังเรียนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (t=0.046, P<0.05) ก็ตาม (Khorphon, Pankeaw, Sarobol, Choopun, Chomchan, & Boonlue, 2019) รวมทั้งการศึกษาผลของการใช้แผนที่มโนทัศน์ต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล ที่พบว่า ถึงแม้ในกลุ่มทดลองจะมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณหลังเรียนสูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (Kaddoura, Van-Dyke, & Yang, 2016) แต่พบว่ามีการศึกษาที่บูรณาการการจัดการเรียนการสอนมากกว่าหนึ่งรูปแบบ ตัวอย่างเช่น การศึกษาผลของการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับการใช้แผนที่มโนทัศน์ต่อความสามารถ

ในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งพบว่า มีผลเพิ่มคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณอย่างมีนัยสำคัญ (Fariborz, Eskandar, Parvin, & Raheleh, 2020)

ทั้งนี้ผู้วิจัยยังไม่พบการศึกษาที่ใช้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับการใช้แผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิดต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยจึงเห็นว่าการจัดการเรียนการสอนโดยการใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน (Case-Based Learning) โดยการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อนำมากำหนดการวางแผนการพยาบาล (Nursing Care Plan) เป็นการจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับนักศึกษาพยาบาลอย่างยิ่ง ทั้งนี้ปัญหาของผู้ป่วยในกรณีศึกษาจำเป็นต้องกำหนดให้มีความซับซ้อนเหมาะสมกับระดับความสามารถของนักศึกษา และจำเป็นต้องใช้การวิเคราะห์ปัญหาโดยใช้แผนที่มโนทัศน์เพื่อกระตุ้นกระบวนการคิดเชิงเหตุและผล รวมถึงการคิดเชิงความสัมพันธ์ ซึ่งเป็นคุณลักษณะหนึ่งของการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และเพื่อเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น รับฟัง เปรียบเทียบ และโต้แย้งความคิดเห็นระหว่างกัน การแบ่งกลุ่มในขนาดที่เหมาะสมเพื่อให้นักศึกษาได้การระดมสมอง จึงเป็นตัวช่วยกระตุ้นกระบวนคิดอย่างมีวิจารณญาณอย่างทั่วถึง ตามหลักการจัดการเรียนรู้แบบทีม (Team-Based Learning) ซึ่งกระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวข้างต้นอยู่ภายใต้การสอนโดยการโค้ช (Coaching) ของครูผู้สอน ซึ่งปรับบทบาทจากผู้บรรยายเป็นหลักมาเป็นผู้ชี้แนะ อำนวยความสะดวกในกระบวนการเรียนรู้ และสุดท้ายการเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้การสะท้อนคิดการเรียนรู้ (Reflective Thinking) ซึ่งจะทำให้นักศึกษาได้ทบทวนความคิดและความรู้ของตนเพื่อสร้างเป็นความรู้ใหม่

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการสอนโดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับการเรียนรู้ผ่านแผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิดต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล โดยบูรณาการการจัดการเรียนการสอน ได้แก่ การใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน การสอนโดยใช้แผนที่มโนทัศน์ การวางแผนการพยาบาล การจัดการเรียนรู้แบบทีม และการเรียนรู้โดยการสะท้อนคิด ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 (993-324) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี เพื่อเพิ่มความสามารถการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาให้จบไปเป็นบัณฑิตที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. ศึกษาระดับความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล
2. ศึกษาผลของการสอนโดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับการเรียนรู้ผ่านแผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิดต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล
3. ศึกษาความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับนิยาม ประโยชน์ ปัญหาและอุปสรรคของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับการเรียนรู้ผ่านแผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิดต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล

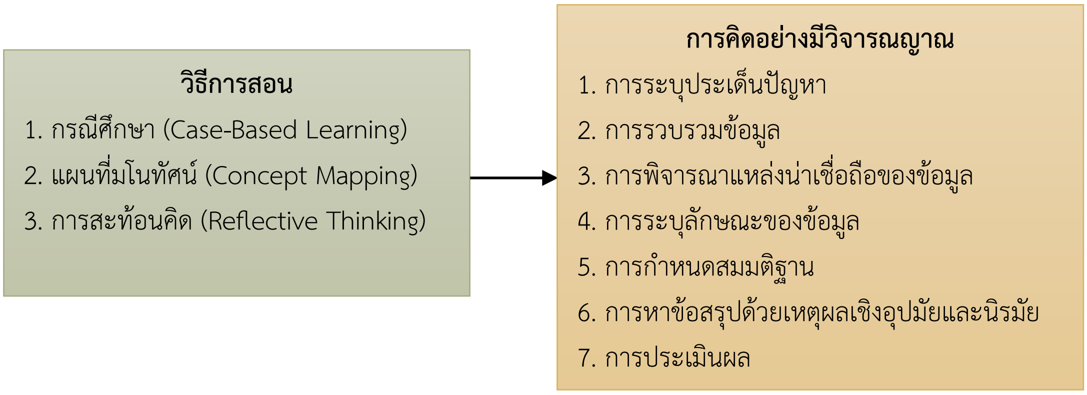
สมมติฐานวิจัย

คะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับการเรียนรู้ผ่านแผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิดมีค่าคะแนนสูงกว่าก่อนการจัดการเรียนการสอน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณของ Leaboontawatchai (2000) โดยใช้สถานการณ์ทางการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยคุณลักษณะ 7 ด้าน ได้แก่ การระบุประเด็นปัญหา (Identify Problem) การรวบรวมข้อมูล (Collecting Information) การพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility of Source of Information) การระบุลักษณะของข้อมูล (Identify Information) การกำหนดสมมติฐาน

(Hypothesis) การหาข้อสรุป (Conclusion) และ การประเมินผล (Evaluation) ซึ่งการจัดการสอนโดยใช้กรณีศึกษา การใช้แผนที่มโนทัศน์ และการเรียนรู้โดยการสะท้อนคิด ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาได้มีโอกาสใช้กระบวนการตามขั้นตอนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One Group Pre-test Post-test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2561 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มเนื่องจากเป็นการศึกษาจากจำนวนประชากรทั้งหมด คือ นักศึกษาพยาบาลที่ลงทะเบียนเรียนวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ทั้งหมด 34 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัย ได้แก่ คู่มือการสอนรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 (993-324) ที่สร้างขึ้นโดยทีมอาจารย์ผู้สอนและทีมผู้วิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1.1 เนื้อหาที่สอนจำนวน 7 หน่วยการเรียนรู้ ได้แก่ 1) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 2) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน 3) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ 4) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจวายเฉียบพลันและใช้เครื่องช่วยหายใจ 5) การพยาบาลผู้ป่วยหมดสติจากคีโตนคั่งและน้ำตาลในเลือดสูง 6) การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ และ 7) การพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้

1.2 กรณีศึกษาที่ใช้ในแต่ละหน่วยการเรียนรู้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1.2.1 กรณีศึกษา ซึ่งจะมอบให้นักศึกษาในวันที่ปฐมนิเทศรายวิชาและศึกษากรณีศึกษามาล่วงหน้าก่อนการเรียนในชั้นเรียน

1.2.2 แนวคำถามกระตุ้นความคิดอย่างมีวิจารณญาณตามองค์ประกอบของ Leaboontawatchai (2000) จำนวน 7 ข้อ ดังนี้ 1) ผู้ป่วยนี้มีข้อมูลใดผิดปกติ 2) ต้องรวบรวมข้อมูลใดเพิ่มเติมบ้าง 3) จากข้อมูลที่รวบรวมได้มีความน่าเชื่อถือหรือไม่ เพราะเหตุใด 4) จากข้อมูลที่ได้จากข้อ 1-3 มีความเชื่อมโยงนำไปสู่ข้อวินิจฉัยการพยาบาลใดบ้าง 5) จากข้อ 4 มีเป้าหมายในการดูแลรักษาอย่างไร 6) ตามเป้าหมายข้อ 5 จะให้การพยาบาลอย่างไร เพราะอะไร และ 7) จะประเมินผลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพยาบาลอย่างไร

1.3 แผนที่มโนทัศน์ หลังจากนักศึกษาได้กรณีศึกษา นักศึกษาเขียนสรุปแผนที่มโนทัศน์ของแต่ละหน่วยการเรียนรู้ โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาประจำกลุ่มดูแลให้คำปรึกษา (Coaching) ก่อนนำเสนอในชั้นเรียนในชั่วโมงที่เรียนหัวข้อนั้น ๆ

1.4 หลังสิ้นสุดการเรียนในแต่ละหน่วยการเรียนรู้นักศึกษาเขียนสะท้อนคิด (Reflective Thinking) รายบุคคล ให้อาจารย์ผู้สอน โดยประกอบด้วยข้อคำถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากขั้นตอนของกระบวนการการสะท้อนคิดของ Gibbs (2013) ประกอบด้วย บรรยายสิ่งที่เรียนรู้ในกรณีศึกษาว่ามีประเด็นอะไรบ้าง อธิบายความคิดหรือความรู้สึกของตนที่มีต่อประเด็นดังกล่าว ประเมินผลเกี่ยวกับการกำหนดปัญหาสุขภาพและการแก้ไขที่ได้จากการเขียนแผนที่มโนทัศน์ว่าถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ วิเคราะห์ข้อมูลในกรณีศึกษาว่าถูกต้องเหมาะสมตามหลักวิชาการหรือไม่ อย่างไร ต้องปรับเปลี่ยนแก้ไขหรือไม่ อย่างไร สรุปผลการวิเคราะห์เพื่อสรุปเป็นปัญหาสุขภาพและแนวทางแก้ไข วางแผนการพยาบาลและกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสมในที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา ภูมิลำเนา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (GPA)

2.2 แบบวัดความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีลักษณะเป็นโจทย์สถานการณ์ ทั้งหมด 6 สถานการณ์ แต่ละสถานการณ์ มีข้อคำถาม 7 ข้อ ประเมินคุณลักษณะของการคิดอย่างมีวิจารณญาณ 7 ด้าน รวมทั้งสิ้น 42 ข้อ และแต่ละข้อมี 3 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งตามอัตรภาคชั้น ดังนี้

ระดับความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณในระดับต่ำ 0 - 14 คะแนน

ระดับความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณในระดับปานกลาง 15 - 28 คะแนน

ระดับความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณในระดับสูง 29 - 42 คะแนน

2.3 แนวคำถามการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความคิดเห็นของนักศึกษาเกี่ยวกับการเรียนโดยใช้กรณีศึกษาต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการนิยามหรือการให้ความหมายของการคิดอย่างมีวิจารณญาณของกลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจากการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับการเรียนรู้ผ่านแผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิด ปัญหาหรืออุปสรรคของการจัดการเรียนโดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับการเรียนรู้ผ่านแผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจความตรงเชิงเนื้อหา 3 ท่าน ที่มีประสบการณ์การสอนและการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต โดยแบบสอบถามการวัดความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นแบบวัดความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข สร้างขึ้นโดยคณะอาจารย์ของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เพื่อเป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพในการเรียนการสอนของสถาบัน (Praboromaharajchanok Institute, n.d.) ได้มีการนำมาใช้ในการประเมินระดับความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณสำหรับนักศึกษาพยาบาล เช่น การศึกษาของ Promnoi, Promtape, & Tasaneesuwan. (2012) ศึกษาความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson: KR-20) เท่ากับ .73 สำหรับการศึกษาครั้งนี้ วิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (Content Validity Index) ได้เท่ากับ .69-1.00 และได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำแบบทดสอบดังกล่าวทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ก่อนการเก็บข้อมูลวิจัย แล้วนำไปคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธีคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson: KR-20) ได้เท่ากับ .73 ส่วนแนวคำถามการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความคิดเห็นของนักศึกษาเกี่ยวกับการเรียนโดยใช้กรณีศึกษาต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ วิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยวิธี Face Validity และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะผู้ทรงคุณวุฒิ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้ที่มีส่วนในการศึกษา 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้วิจัย ผู้สอน และกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ขั้นตอนการเตรียมผู้วิจัย ทำโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ เครื่องมือในการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล เพื่อให้มีความเข้าใจและมีทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ตรงกัน

2. ขั้นตอนการเตรียมอาจารย์ผู้สอน โดยทบทวนและทำความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการและวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยโดยใช้กรณีศึกษา ร่วมกับการใช้แผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิด

3. ขั้นตอนการเตรียมนักศึกษากลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงเกี่ยวกับหลักการและวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยโดยใช้กรณีศึกษา ร่วมกับการใช้แผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิด

4. ขั้นตอนการเตรียมเนื้อหาที่สอนในแต่ละหน่วย โดยผู้วิจัยและอาจารย์ผู้สอนร่วมเตรียมเนื้อหานำมาวิพากษ์เนื้อหาการสอนและปรับปรุงแก้ไขก่อนการจัดการเรียนการสอน

5. ขั้นตอนการเตรียมกรณีศึกษาที่ใช้ในแต่ละหน่วยและข้อคำถาม โดยผู้วิจัยและอาจารย์ผู้สอนร่วมเตรียมเนื้อหาวิพากษ์กรณีศึกษาซึ่งเป็นข้อมูลผู้ป่วยจริงในหอผู้ป่วยหลังวิพากษ์ปรับปรุงแก้ไข ส่งให้ผู้ทรงวุฒิตรวจสอบและปรับตามข้อเสนอแนะก่อนการจัดการเรียนการสอน

6. วันปฐมนิเทศรายวิชา หัวหน้าโครงการวิจัยชี้แจงให้นักศึกษาทราบวัตถุประสงค์ของการจัดเรียนการสอน ในหัวข้อ 7 หน่วยการเรียนรู้ ชี้แจงรายละเอียดและขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัยและนัดหมายวัน เวลา ในการประเมินข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

ขั้นทดลอง ใช้เวลาในการดำเนินการทั้งสิ้น 7 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ชั่วโมงโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ประเมินความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

2. มอบกรณีศึกษาทุกหน่วยการเรียนรู้ให้นักศึกษาทุกคนในวันปฐมนิเทศรายวิชาและให้นักศึกษาวิเคราะห์กรณีศึกษามาล่วงหน้า โดยนักศึกษาถูกแบ่งเป็นกลุ่มๆ ละ 4-5 คน เพื่อร่วมกันจัดทำแผนที่มโนทัศน์ (Concept Mapping) ภายใต้การชี้แนะจากอาจารย์ผู้สอนก่อนการเรียนในชั้นเรียน

3. นักศึกษาแต่ละกลุ่มร่วมกันรวบรวมข้อมูล พิจารณาความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล ระบุลักษณะของข้อมูลของผู้ป่วย ระบุประเด็นปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย กำหนดสมมติฐานเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย หาข้อสรุปเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและกำหนดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาทางสุขภาพของผู้ป่วยด้วยเหตุผลเชิงอุปมัยและนิรมัย พร้อมทั้งระบุวิธีการประเมินผลการแก้ปัญหาดังกล่าว

4. การจัดการเรียนการสอน จัดการเรียนการสอนด้วยหน่วยการเรียนรู้ทั้ง 7 หน่วย เพิ่มเติมจากการจัดการเรียนการสอนแบบบรรยายตามปกติของรายวิชา โดยกลุ่มนักศึกษาที่ได้รับมอบหมายให้วิเคราะห์กรณีศึกษาเป็นแกนนำในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ปัญหาของงผู้ป่วยและร่วมกันอภิปรายผลการวิเคราะห์กรณีศึกษาร่วมกับนักศึกษาในชั้นเรียนตามข้อคำถามที่กำหนด ภายใต้การชี้แนะจากอาจารย์ผู้สอน

5. นักศึกษาส่งการสะท้อนคิด รายบุคคลหลังเสร็จสิ้นการจัดการเรียนการสอนแต่ละหน่วยการเรียนรู้

6. เมื่อเสร็จสิ้นการจัดการเรียนการสอนทุกหน่วยการเรียนรู้ ผู้วิจัยนัดหมายนักศึกษาในการทำแบบสอบถามการวัดความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณหลังการจัดการเรียนการสอน (Post-test) โดยใช้เวลา 45 นาที และสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความคิดเห็นของนักศึกษาเกี่ยวกับการเรียนโดยใช้กรณีศึกษาต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยใช้เวลา 60 นาที

ขั้นหลังการทดลอง เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยอธิบายผลการทดลองแก่กลุ่มตัวอย่าง บอกจุดเด่นของกลุ่มตัวอย่าง และเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงแก่กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล

เรียนตามหน่วยการเรียนรู้ 7 หน่วย หน่วยละ 1 ชั่วโมง

1. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
2. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน
3. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ
4. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจวายเฉียบพลันและใช้เครื่องช่วยหายใจ
5. การพยาบาลผู้ป่วยหมดสติจากคีโตนคั่งและน้ำตาลในเลือดสูง
6. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ
7. การพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้

↔

กิจกรรมแต่ละหน่วยการเรียนรู้

1. วิเคราะห์กรณีศึกษาและตอบแนวคำถามกระตุ้นความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (รายกลุ่ม)
2. เขียนแผนที่มโนทัศน์ (รายกลุ่ม)
3. เขียนสะท้อนคิด (รายบุคคล)

ภาพ 2 กิจกรรมแต่ละหน่วยการเรียนรู้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

2. ระดับคะแนนการคิดแบบมีวิจารณญาณ แจกแจงความถี่และร้อยละ

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณก่อนและหลังการใช้กรณีศึกษาร่วมกับแผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิดด้วยสถิติทีคู่ (Dependent Simple t-test) ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการใช้สถิติการทดสอบค่าทีเพื่อหาลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) โดยใช้สถิติโคลโมโกรอฟสเมียรนอฟ (Kolmogorov-Smirnov test) พบข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) (*Sig.2-tailed, p*=0.200)

4. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ซึ่งมีขั้นตอน (Miller & Crabtree, 1992) ได้แก่ การจัดแฟ้มข้อมูลการลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การพัฒนาและการสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้องนำข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วมาตรวจสอบซ้ำเพื่อให้เกิดความถูกต้องและการสรุปและรายงานการวิจัย

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี เลขที่ PSU.PN.1-004/61 ลงวันที่ 11 มิ.ย. 61 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และการสูญเสียประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย เช่น การสูญเสียเวลา เป็นต้น รวมทั้งชี้แจงสิทธิต่าง ๆ ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่กระทบต่อผลการเรียน ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจ

ผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n= 34)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	6	17.56
หญิง	28	82.44

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) *M*=20.02, *SD*=0.39, *Min*=19, *Max*=21		
≤ 20	31	91.20
> 20	3	8.80
ศาสนา		
พุทธ	10	29.40
อิสลาม	24	70.60
ภูมิลำเนา		
ภายในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้	17	50.00
นอกพื้นที่สามจังหวัด	17	50.00
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (GPA) *M*=3.01, *SD*=0.22, *Min*=2.61, *Max*=3.48		
2.00 - 2.49 (ต่ำ)	0	0.00
2.50 – 2.99 (ปานกลาง)	13	38.20
3.00 – 4.00 (สูง)	21	61.80

ตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.44) เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ระหว่าง 19-21 ปี เฉลี่ย 20.02 ปี (*SD*=0.39) โดยมีภูมิลำเนาในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้เท่ากันกับนักศึกษานอกพื้นที่ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.60) นับถือศาสนาอิสลาม ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (GPA) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 61.80) เฉลี่ย 3.01 (*SD*=0.22)

2. ระดับคะแนนการคิดแบบมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (n=34)

ระดับคะแนนการคิดแบบมีวิจารณญาณ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0-14 คะแนน)	0	0	0	0
ระดับปานกลาง (15-29 คะแนน)	34	100	26	76.56
ระดับสูง (29-42 คะแนน)	0	0	8	23.44

จากตาราง 2 พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างทุกคนมีระดับคะแนนการคิดแบบมีวิจารณญาณในระดับปานกลาง ส่วนหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนการคิดแบบมีวิจารณญาณเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 23.44

3. เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณก่อนและหลังการใช้กรณีศึกษาในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ร่วมกับการใช้แผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิด

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณก่อนและหลังการสอนการใช้กรณีศึกษาร่วมกับการแผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิด (n=34)

คะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ	*n*	*M*	*SD*	*t*	*df*	*p-value* (1-tailed)
ก่อนการสอน	34	23.76	2.52	-4.58	33	<.001
หลังการสอน	34	26.23	2.87			

p<.01

ตาราง 3 พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่เรียนโดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับแผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิดมีคะแนนความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณเฉลี่ยก่อนการเรียนอยู่ในระดับปานกลาง (M=23.76, SD=2.52) ส่วนหลังเรียนเพิ่มขึ้นแต่ส่วนมากยังอยู่ในระดับปานกลาง (M=26.23, SD=2.87) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการคิดอย่างมิวิจารณญาณก่อนและหลังการเรียนโดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับแผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิด พบว่า คะแนนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-4.58, P<.01)

4. ผลของการสอนโดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับการเรียนรู้ผ่านแผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิดต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณในมุมมองของนักศึกษา

เมื่อสนทนากลุ่มกับนักศึกษาจำนวน 15 คน ภายหลังเรียนโดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับแผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิด โดยมีการสนทนาหลังการสอบปลายภาคในรายวิชาการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ 2 แล้ว การสนทนาพบประเด็น ดังนี้

4.1 นิยามของความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ หมายถึง มีกระบวนการในการคิดเป็นขั้นเป็นตอนหรือคิดทบทวนไตร่ตรองอย่างรอบคอบก่อนการตัดสินใจ โดยนักศึกษาทั้งหมดเห็นคล้ายคลึงกันว่า จะต้องคิดเป็นขั้นเป็นตอน ก่อนการตัดสินใจ ต้องพิจารณาข้อมูลจากหลาย ๆ ข้อมูลที่มี และต้องทบทวนเป็นขั้นเป็นตอนจึงจะสรุปผลและตัดสินใจ นักศึกษาคนหนึ่งกล่าว

"กระผมอ่านแล้วอ่านอีก เอาข้อมูลที่มีอยู่มาพินิจพิจารณา ข้อมูลเพียงพอหรือไม่ที่จะประกอบการตัดสินใจ กรณีศึกษาเป็นตัวอย่างให้เราได้รู้ข้อมูลของผู้ป่วย ว่ามีเพียงพอที่จะสรุปว่าเป็นโรคอะไรและการรักษาที่เหมาะสมหรือไม่ ควรให้การพยาบาลอย่างไร มีข้อมูลเพียงพอที่จะสรุปหรือไม่"

การเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาและแผนที่มโนทัศน์เป็นสิ่งที่ดีทำให้พัฒนากระบวนการคิดที่เชื่อมโยงกับข้อมูลที่มี นำมาวิเคราะห์และสรุปผล นำไปสู่การวางแผนการพยาบาลได้ ทำให้เข้าใจเนื้อหาในหน่วยนั้น ๆ ที่เรียนได้เร็วขึ้น และการอ่านค้นคว้าเพิ่มเติมจะมองเห็นภาพกว้างขึ้น ประกอบกับเพื่อนที่นำเสนอเสร็จผู้สอนจะกระตุ้นด้วยคำถามประเด็นสำคัญให้ร่วมกันตอบทำให้ได้ความคิดเห็นที่หลากหลาย นักศึกษาทั้งหมดเห็นด้วยกับการสอนโดยใช้กรณีศึกษา นักศึกษาคนหนึ่งกล่าว

"ชอบการเรียนแบบนี้ ยิ่งถ้าทำทุกหัวข้อจะดีมาก นักศึกษาได้ Active ด้วย จำขั้นตอนและคิดได้เร็วขึ้น กรณีศึกษา ทำให้ทราบประเด็นสำคัญอะไรบ้าง การไปศึกษาเพิ่มเติมเชื่อมโยงทฤษฎี เข้าใจหน่วยนั้น ๆ ได้ง่าย และต้องอ่านมาล่วงหน้าก่อนเข้าชั้นเรียน ดีมาก ๆ."

4.2 ผลที่เกิดจากการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับแผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิด โดยกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับแผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิด ส่งผลให้เกิดดังนี้

4.2.1 ต้องกระตือรือร้นและตื่นตัวมากขึ้น

การเรียนแบบนี้ต้องขยันมากขึ้น ต้องค้นหาคำตอบ ต้องอ่านหนังสือมากขึ้น เพื่อค้นหาคำตอบที่อาจารย์ ถาม เป็นกระการเรียนที่ต้องตื่นตัวอยู่ตลอด ค้นหาความรู้จากหลากหลายแหล่ง เช่น หนังสือ อินเตอร์เน็ต บางครั้งก็ถามอาจารย์ โดยเฉพาะตอนขึ้นคลินิกวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ เราขยันผลการเรียนที่ออกมาก็ดี นักศึกษาคน*กล่าว*

"ในการวิเคราะห์เคส หนูอ่านหนังสือหลายเล่มตามที่อาจารย์เสนอแนะพอเจอเคสบนวอร์ดทำให้หนูเข้าใจโรคและให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ดีขึ้นค่ะ"

"การวิเคราะห์เคสกรณีศึกษาทำให้หนูเข้าใจเนื้อหาลึกซึ้ง สามารถอธิบายพยาธิ แนวคิดต่าง ๆ และเชื่อมโยงเพื่อการนำไปใช้วางแผนการพยาบาล โดยผสมผสานความรู้อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและนำมาอธิบายได้ แยกประเด็นหลักและประเด็นที่สนับสนุนความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้ถูกต้อง"

4.2.2 ต้องปรับตัวและค้นหาความรู้ใหม่ ๆ ส่วนมากก็ค้นหาจากอินเตอร์เน็ต มากกว่าจากหนังสือ ซึ่งต้องศึกษาเพิ่มเติมตามกรณีศึกษาที่ได้รับมอบหมาย ก่อนการเข้าชั้นเรียนเพื่อมาแลกเปลี่ยนกับเพื่อน ๆ ที่เป็นแกนนำในการนำเสนอ โดยอาจารย์เป็นพี่เลี้ยงและเพิ่มเติมที่นักศึกษาตอบได้ไม่หมด

4.2.3 เรียนรู้การทำงานเป็นทีม นักศึกษาให้ความคิดเห็นว่า การทำงานงานเป็นทีมทุกคนต้องรับผิดชอบร่วมกันเพื่อให้งานเสร็จ โดยไปศึกษาเพิ่มเติมแล้วนำมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน แต่หากไม่มั่นใจว่าถูกก็จะไปปรึกษาอาจารย์ผู้สอนในการเชื่อมโยงประเด็นที่ศึกษา เพื่อไปนำเสนอในวันที่เรียนหัวข้อนั้น ๆ ในการทำงานเป็นทีมต้องวางแผนเวลาในการทำงานเพื่อให้งานสำเร็จทันต่อเวลา ดังคำกล่าว

"เราสามารถเรียนรู้กระบวนการทำงาน ตั้งแต่การวางแผน เทคนิคในการค้อหาข้อมูล เราแลกเปลี่ยนทั้งข้อมูลความรู้และเทคนิคการทำงานเป็นทีม ทีมที่เข้าใจกัน รับฟังกัน ทำงานได้เร็ว อาจารย์ให้เลือกกลุ่มเองจะชอบมากกว่าอาจารย์เลือกให้ กลุ่มที่เข้าใจกันนัดกันง่าย"

4.3 ปัญหาอุปสรรคจากการเรียนโดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับแผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิด นักศึกษาให้ความคิดเห็นว่า ใช้เวลามากกว่าการเรียนทั่ว ๆ ไป ต้องทำงานเป็นทีมและต้องมีการระดมสมองเสียเวลาในการที่จะรวมทีม ดังคำกล่าว

"ปัญหาอุปสรรคที่เจอคือการรวมทีมและระดมสมองในการวิเคราะห์เคสเป็นช่วงที่มีงานหลายอย่างมากและขึ้นคลินิกด้วยซึ่งอยู่คนละกลุ่มกันเวลาจึงเป็นอุปสรรคที่จะมาระดมสมองกันค่ะ

อภิปรายผล

1. ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 20.02 ปี ใกล้เคียงกับหลายงานวิจัยทั้งในไทยและต่างประเทศ (Poungjuntaradej, & Pleankaew, 2016; Promnoi, Promtape, & Tasaneesuwan, 2012; Srisawad, 2018) นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มอย่างตัวส่วนมากนับถือศาสนาอิสลามและมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (GPA) อยู่ในระดับสูง (3.00-4.00) อาจเนื่องจากมหาวิทยาลัยอยู่ในพื้นที่ที่มีประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม นักศึกษาที่มาศึกษาจากภายนอกพื้นที่ส่วนมากก็นับถือศาสนาอิสลามอาจจะจากวัฒนธรรมการดำรงชีวิตที่ง่ายในเชิงพื้นที่จึงเลือกเรียนพยาบาลในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี แตกต่างกับการศึกษาอื่นที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (Poungjuntaradej, & Pleankaew, 2016; Srisawad, 2018) ซึ่งมหาวิทยาลัยอยู่ในพื้นที่ที่มีประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม

2. ระดับคะแนนการคิดแบบมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล จากผลการวิจัย พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยการคิดแบบมีวิจารณญาณอยู่ในระดับปานกลาง (M=23.76, SD=2.52) คิดเป็นร้อยละ 100 สอดคล้องกับหลายการศึกษา เช่น การศึกษาของ Kosawanon, Rungamornrat, & Panbangpra (2015) ที่ทำการศึกษาวิจัยในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ทีเรียนรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น หรือการศึกษาของ Srisawad (2018) และของ Poungjuntaradej & Pleankaew (2016) ที่ทำการศึกษาวิจัยในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปี ที่ 1-4 หรือการศึกษาของ Promnoi, Promtape, & Tasaneesuwan (2012) ที่ทำการศึกษาวิจัยในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปี ที่ 4 ที่พบว่า มีคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณในระดับปานกลาง ซึ่งอาจจะมาจากหลายปัจจัย โดยกระบวนการเรียนการสอนที่ผ่านมาโดยชั้นปีที่ 1 และ 2 เป็นการเรียนพื้นฐานวิชาชีพที่มุ่งเน้นเนื้อหาและการจำ ทำให้นักศึกษามีโอกาสพัฒนาการคิดน้อย แต่เมื่อเรียนชั้นปีที่ 3 ภาคการศึกษาแรกซึ่งส่วนใหญ่เป็นวิชาทางการพยาบาลซึ่งมีเนื้อหาวิชาส่วนใหญ่เป็นการนำความรู้ที่เรียนมาประยุกต์ใช้ทางการพยาบาล นักศึกษาจึงยังไม่คุ้นเคย แต่เมื่อนำกรณีศึกษามาใช้ในการเรียนการสอน ฝึกให้นักศึกษาคิดวิเคราะห์ในกรณีศึกษาร่วมกับการใช้แผนที่มโนทัศน์ที่ช่วยให้นักศึกษาเชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎีเพื่อนำไปให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ และเชื่อมความสัมพันธ์อันดีในการเรียนการสอนกับอาจารย์ผู้สอน (Daley, Morgan, & Black, 2016)

3. เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณก่อนและหลังการใช้กรณีศึกษาในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่2 ร่วมกับการใช้แผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิด จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่าการใช้กรณีศึกษาเป็นการกระตุ้นการอภิปรายทั้งในชั้นเรียนและคลินิก (Kusoom, & Tongvichean, 2017) นอกจากนี้การใช้กรณีศึกษากระตุ้นให้นักศึกษาได้ค้นหาข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์และนำเสนอ ซึ่งเป็นการทำงานเป็นกลุ่มซึ่งพวกเขาจะได้ร่วมกัน คิดเพื่อตอบข้อคำถามที่ผู้สอนถาม ซึ่งกรณีศึกษาที่ใช้ในการสอนก็เป็นข้อมูลผู้ป่วยจริงช่วยให้นักศึกษาได้เกิดการเรียนรู้และกระตุ้นการคิด การกระทำบ่อย ๆ ส่งผลให้การคิดอย่างมีวิจารณญาณเพิ่มขึ้น (Popil, 2011) นอกจากนี้การใช้แผนที่มโนทัศน์ ช่วยให้เกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยส่งเสริมให้ผู้เรียนได้วิเคราะห์ข้อมูลที่มีและเปรียบเทียบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เป็นการกระตุ้นและจูงใจให้ผู้เรียนมีการคิดวิเคราะห์มากขึ้นเชื่อมโยงด้วยแผนที่มโนทัศน์ และนำความรู้ที่มีมาพัฒนาเป็นความเข้าใจที่ลึกซึ้ง (Chantian, Nakornchai, Jaroenpong, Maneerat, & Anansupamongkol, 2019) โดยการเชื่อมความสัมพันธ์กันเป็นการฝึกการคิดรวบยอด ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของ Kaddoura, VanDyke, & Shea-Foisy, (2016) ที่พบว่า แผนที่มโนทัศน์ช่วยให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงข้อมูลสำคัญและเพิ่มทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณในการตัดสินใจทางคลินิกด้วย นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งนี้ยังใช้การสะท้อนคิดร่วมด้วย ซึ่งในการสะท้อนคิดเป็นกระบวนการคิดไตร่ตรองผ่านการทบทวนและสะท้อนการกระทำของตน สะท้อนคิดจากการปฏิบัติมีความสำคัญต่อการตัดสินใจทำให้เกิดทักษะในการแก้ปัญหาและเข้าใจเหตุผลของแต่ละปัญหาได้ดี ซึ่งการสะท้อนคิดทำให้เห็นกระบวนการคิดในตัวบุคคลคนนั้น ช่วยให้เกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณและยังช่วยกระตุ้นการเรียนรู้พัฒนาการคิดวิเคราะห์มากขึ้น (Khorphon, Pankeaw, Sarobol, Choopun, Chomchan, & Boonlue, 2019) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Kosawanon, Rungamornrat, & Panbangpra, (2015) ที่ใช้กรณีศึกษาอย่างเดียวในการเรียนการสอนซึ่งพบว่าภายหลังการเรียนคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณไม่แตกต่างกับก่อนเรียน หรือการศึกษาผลของการพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณโดยใช้การสะท้อนคิดของ Khorphon, Pankeaw, Sarobol, Choopun, Chomchan, & Boonlue, (2019) ที่พบว่า ถึงแม้ในกลุ่มทดลองจะมีคะแนนทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณเพิ่มขึ้นหลังได้รับการเขียนสะท้อนคิดอย่างมีนัยสำคัญ (t=0.046, P<0.05) แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (t=0.654, P>0.05) และการศึกษาของ Sirisorm, Ampansirirat, & Chitviboon (2015) ซึ่งใช้กรณีศึกษาร่วมกับแผนที่มโนทัศน์ในการเรียนการสอน ซึ่งพบว่าภายหลังการเรียนคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณไม่แตกต่างกับก่อนเรียนเช่นกัน แต่จะเห็นได้ว่าเมื่อใช้การเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับแผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิดทำให้ผู้เรียนมีคะแนนการคิดอย่างมีวิจารณญาณหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P< .01) นอกจากนี้การสนทนากลุ่ม พบว่านักศึกษาต้องกระตือรือร้นและตื่นตัวมากขึ้น ค้นหาความรู้ใหม่ ๆ จากหลากหลายแหล่งข้อมูลและได้เรียนรู้การทำงานเป็นทีม ซึ่งประสบการณ์ตรงเหล่านี้ช่วยให้นักศึกษาได้เกิดการเรียนรู้ตลอดเวลา นำไปสู่การพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณซึ่งเป็นความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตเมื่อจบการศึกษาออกไปเป็นพยาบาลวิชาชีพต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาร่วมกับการเรียนรู้ผ่านแผนที่มโนทัศน์และการสะท้อนคิดมีผลเพิ่มความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเสนอให้ทดลองใช้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนดังกล่าวนี้ในการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาลทั้งในรายวิชาบรรยาย และรายวิชาปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาหรือติดตามประเมินผลระดับการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 จนสำเร็จการศึกษาและควรมีศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับรายวิชา ผู้เรียน และสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนพัฒนาการเรียนการสอนจากกองทุนวิทยาเขตปัตตานี

References

Amanda, G. C., Debra K. C., & Mary S. (2016). Efficacy of Teaching Methods Used to Develop Critical Thinking in Nursing and Midwifery Undergraduate Students: A Systematic Review of the Literature. *Nurse Education Today, 40*, 209-218. doi: 0.1016/j.nedt 2016.03.010.

Announce of Thailand Nursing and Midwifery Council. (2018). *Core Competencies for Bachelor's, Master's, and Doctorate Degree in Nursing, Advanced Nursing Training Course Certificate, and the Approval Letter of Specific Expertise in Nursing and Midwifery and Specialized of Nursing*. Retrieved April 6, 2020. from https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/004.pdf. (In Thai).

Chantian, P., Nakornchai, T., Jaroenpong, J., Maneerat, S., & Anansupamongkol, D. (2019). The Development of Critical Thinking of Nursing Science Students. *Kasem Bundit Journal, 20*(2), 168-179. (In Thai).

Chidmongkol, R., Tongphet, P. & Khonyang, W. (2016). Teaching for Enhancing Critical Thinking of Nursing Students in Clinical Practice. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 3*(3), 233-245 (In Thai).

Daley, B. J., Morgan, S., & Black, S. B. (2016). Concept Maps in Nursing Education: a Historical Literature Review and Research Directions. *Journal of Nursing Education, 55*(11), 631-639.

Fariborz, R., Eskandar, F. A., Parvin, S., & Raheleh, A. (2020). The Effect of Case-Based Learning with or without Conceptual Mapping Method on Critical Thinking and Academic Self-Efficacy of Nursing Students. *Journal of Biochemical Technology*, *1*(11), 37-44.

Gibbs, G. (2013). Learning by Doing: A Guide to Teaching and Learning Methods. Further Education Unit. Oxford Center for Staff and Learning Development. Oxford Brookes University. Retrieved April 6, 2020. From https://thoughtsmostlyaboutlearning.files.wordpress.com.

Kaddoura, M., VanDyke, O., & Shea-Foisy, K. (2016). Impact of Concept Mapping on the Development of Clinical Judgment Skills in Nursing Students. *Teaching and Leaning in Nursing, 11*(3), 101-107.

Kaddoura, M., Van-Dyke, O., and Yang, Q. (2016) Impact of a Concept Map Teaching Approach on Nursing Students' Critical Thinking Skills. *Nursing & Health Sciences, 18*, 350-354. doi: 10.1111/nhs.12277.

Khorphon, S., Pankeaw, J., Sarobol, T., Choopun, K., Chomchan, S., & Boonlue, N. (2019). Promoting of Critical Thinking Skills in Nursing Students Through Reflective Thinking. *Nursing Journal, 46*(1), 83-96. (In Thai).

Kosawanon, S., Rungamornrat, S., & Panbangpra, S. (2015). Effect of Case Study Teaching Method on Critical Thinking in Nursing Students. *Journal of Nursing Science, 33*(3), 99-108. (In Thai).

Kusoom, W., & Tongvichean, S. (2017). Developing Critical Thinking Skill for Nursing Students. *The Journal of Faculty of Nursing, Burapha University, 25*(3), 1-8. (In Thai).

Leaboontawatchai, O. (2000). *Critical Thinking: Learning of Nursing*. Bangkok: Tanapreat and Graphic. (In Thai).

Miller, W. L., & Crabtree, B. F., (1992). *Primary Care Research: A Multimethod Typology and Qualitative Road Map.* In B. F. Crabtree & W. L., Miller (Eds.), Doing Qualitative Research, 3-28. Newbury Park: SAGE.

Mortellaro, C. (2015). Exploring Factors Influencing Critical Thinking Skills in Undergraduate Nursing Students: A Mixed Methods Study. Seton Hall University Dissertations and Theses (ETDs). 2107. Retrieved April 6, 2020. from https://scholarship.shu.edu/dissertations/2107.

Phaktoop, M., & Khuinak, U. (2018). Critical Thinking in Nursing. *Journal of Nursing and Education, 11*(2), 1-12. (In Thai).

Popil, I. (2011). Promotion of Critical Thinking by Using Case Studies as Teaching Method. *Nurse Education Today, 31*(2), 204-7.

Poungjuntaradej, N., & Pleankaew, P. (2016). Factors Related to Nursing Students' Critical Thinking. *Journal of the Police Nurses, 8*(1), 125-135. (In Thai).

Praboromaharajchanok Institute. (n.d.). *Manual of Quality Assurance in Nursing Colleges: Key Indicator for Evaluation of Nursing Colleges*. Bangkok: Ministry of Public Health. (In Thai).

Promnoi, C., Promtape, N., & Tasaneesuwan, S. (2012). Critical Thinking Ability among Senior Nursing Students Faculty of Nursing, Prince of Songkla University. *Songklanagarind Journal of Nursing, 32*(3), 1-12. (In Thai).

Sirisorm, K., Ampansirirat, A., & Chitviboon, A. (2015). Effect of Case Studies Combined with Concept Mapping Technique on Critical Thinking of Nursing Students. *Journal of Nursing Science, 33*(Suppl 1), 18-26.

Sirisupluxana, P. (2013). Teaching Nursing Students to Develop Critical Thinking Skills. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima, 19*(2), 5-19. (In Thai).

Srisawad, K. (2018). Critical Thinking Skill of Nursing Student at Kasembundit University. *Humanities and Social Science Research Promotion Network Journal, 1*(3), 38-44. (In Thai).

Srisawad, K., & Chaleoykitti, S. (2017). Critical Thinking of Nursing Students. *Royal Thai Army Medical Journal. 70*(3), 169-174. (In Thai).

Wichainate, K. (2014). Reflective Thinking: Teaching Students to Develop Critical Thinking in Nursing Practice. *Journal of the Police Nurses, 6*(2), 188-199. (In Thai).

ประสบการณ์การดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

Self-Care Experiences of Pregnant Women with Hypertensive Disorders

นิสาชล สุขแก้ว[1], วรางคณา ชัชเวช[2*] และ สุรีย์พร กฤษเจริญ[2]
Nisachon Sukkaew[1], Warangkana Chatchawet[2*] and Sureeporn Kritcharoen[2]
นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์[1], มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์[2*]
Master student, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University[1], Prince of Songkla University[2*]

(Received: *September 10, 2020*; Revised: *June 23, 2021*; Accepted: *August 25, 2021*)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 15 ราย เก็บรวมรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล โดยเริ่มเก็บข้อมูลเมื่อผู้ให้ข้อมูลรักษาที่แผนกหลังคลอด และผู้ให้ข้อมูล แต่ละรายมีความพร้อม ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามแนวคิดของลินคอล์นและคูบา โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล ทำการสัมภาษณ์ โดยนำข้อมูลที่ได้มาถอดเทปแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องกับผู้ให้ข้อมูลและตรวจสอบกับอาจารย์ที่ปรึกษา การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยมีขั้นตอน ดังนี้ 1) กำหนดเนื้อหาที่ต้องการเน้นว่าเป็นเนื้อหาของข้อความที่ปรากฏ 2) เลือกหน่วยการวิเคราะห์ 3) หาหน่วยความหมาย 4) ตรวจสอบความถูกต้อง และ 5) สร้างข้อสรุปภายใต้คำถามการวิจัยและวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยจะดำเนินการตามระเบียบการวิจัยเชิงคุณภาพทุกขั้นตอนสามารถทำการตรวจสอบได้ ผลการวิจัยพบว่า

ประสบการณ์การดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก คือ ประเด็นที่ 1 การรับรู้การเป็นความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย คือ สุขภาพของตนเองและทารกเป็นสิ่งสำคัญ และกลัวตนเองและทารกได้รับอันตรายจากโรค ประเด็นที่ 2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อดูแลสุขภาพประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย คือ เรียนรู้ที่จะปรับพฤติกรรมในการมีชีวิตร่วมกับปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่ และปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมบุคลากรทางสุขภาพ ประเด็นที่ 3 การดูแลด้านจิตใจ ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ การจัดการกับความเครียดและความวิตกกังวล และการมีทารกเป็นสิ่งยึดเหนี่ยว และประเด็นสุดท้ายประเด็นที่ 4 สิ่งสนับสนุนการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากสามีและญาติ และการมีแหล่งเรียนรู้ที่เป็นประโยชน์

ผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อทีมบุคลากรทางสุขภาพ ในการนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลและการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันอันตรายและการพัฒนาของโรคที่รุนแรงขึ้น และสามารถนำข้อมูลหรือข้อเท็จจริงดังกล่าวไปพัฒนาแนวทางในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง, การดูแลตนเอง, ประสบการณ์

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: warangkana.c@psu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 082-5949698)

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

วารสารฯผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI
และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 1
ค่าเฉลี่ย Impact Factors ปี พ.ศ.2559-2561 = 0.731

Abstract

This descriptive qualitative research aimed to study self-care experiences of pregnant women with hypertensive disorders at one regional hospital in Southern Thailand. Fifteen participants were recruited by purposive sampling method. Data were collected through in-depth individual interviews, and analyzed using content analysis. To establish credibility of the research, Lincoln and Guba criteria were used, along with confirmability of data from member checking as well as peer debriefing.

Findings showed that self-care experience of pregnant women with hypertensive disorders included the following themes: 1) perception that having hypertensive disorders may affect mother and child health, 2) behavioral modification towards health care, namely learning to adapt behaviors with existing health problems, and 2 following the advices of the health personnel team, 3) concern for mental health care, including stress and anxiety management and restraint with a child, and 4) self-care support from husband and relatives, as well as having access to useful resources.

The findings should be remembered as helpful information for healthcare providers in nursing care planning and caring for pregnant women with hypertensive disorders in order to prevent the severity and progression of the disease.

Keywords: Pregnant Women, Hypertensive Disorders, Self-Care, Experience

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Hypertensive Disorders of Pregnancy: HDP) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยทางสูติกรรม และเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ (American College of Obstetricians and Gynecologists[ACOG], 2019; World Health Organization[WHO], 2019) และการเสียชีวิต ของทารกทั่วโลก (Hobson, Gurusinghe, Lim, Alers, Miller, Kingdom et al., 2018) มีรายงานอุบัติการณ์ร้อยละ 2-8 ของสตรีตั้งครรภ์ (Nathan, Duhig, Hezelgrave, Chappell, & Shennan, 2015) มีรายงานอุบัติการณ์ คิดเป็นร้อยละ 14 ของ สตรีตั้งครรภ์ในประเทศกำลังพัฒนา (Say, Chou, Gemmill, Tuncalp, Moller, Daniels et al., 2014) 94 เปอร์เซ็นต์ของการเสียชีวิตของมารดาทั้งหมด เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและต่ำ (WHO, 2019) ในทวีปเอเชียพบว่าภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์ เป็นสาเหตุการตายของมารดาร้อยละ 5-10 (Youssef, 2019) เช่นเดียวกับประเทศไทยที่พบว่า ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งจากการสำรวจข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข ปี 2562 พบว่า อัตราการตายที่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เท่ากับ 22 รายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย โดยพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 รองจากภาวะตกเลือดหลังคลอด (Strategy and Planning Division, 2019)

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายทั้งต่อตนเองและต่อทารกในครรภ์ (Lahti-Pulkkinen, Girchenko, Tuovinen, Sammallahti, Reynolds, Lahti et al., 2020; Limsiri, 2019; Pongpattaraporm, 2015) ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทางร่างกายต่อสตรีตั้งครรภ์ (Osman, Gaafar, Eissa, Abdella, Ebrashy, Ellithy, 2020) เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด ตับวาย ภาวะไตวายเฉียบพลัน (Khashan, Evans, Kublickas, McCarthy, Kenny, Stenvinkel et al., 2019; Paauw, Graaf, Bozoglan, Ham, Navis, Groen et al., 2018) การแข็งตัวของหลอดเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมอง ภาวะน้ำท่วมปอด การมองเห็นผิดปกติ ภาวะอาการเฮลพ์ (HELLP) และตกเลือดหลังคลอด รวมไปถึงการชักและเสียชีวิตในที่สุด (Butalia,

Audibert, Cote, Firoz, Logan, Magee, 2018; Gupta, Gaur, Mishra, & Dubey, 2018; Ketjirachot, Hornboonherm, Thongsomboon, & Supathaweewat, 2017) และยังส่งผลกระทบด้านสภาพจิตใจของสตรีตั้งครรภ์ หากมีการสูญเสียบุตรจะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Charles, Victor, Jonathan, & Ishaya, 2017) สำหรับผลกระทบต่อทารกในครรภ์ เช่น ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกคลอดก่อนกำหนด ภาวะพร่องออกซิเจนขณะคลอด และทารกตายแรกเกิด (Panpob, 2016; Senthiri, Srisong, Prompakai, Sroisuwan, & Koponrat 2017) ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม กล่าวคือ เมื่อสตรีตั้งครรภ์มีภาวะการเจ็บป่วย ส่งผลให้การปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และภาวะความรุนแรงของโรคทำให้ครอบครัวของสตรีตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น (Lahti-Pulkkinen, Girchenko, Tuovinen, Sammallahti, Reynolds, Lahti et al., 2020; Suttijumnong, Kala, & Kritcharoen, 2016)

แม้ว่าในปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และความสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข จะส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงลดลง แต่อันตรายจากความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ยังเป็นอันตรายต่อชีวิต ถ้าหากสตรีตั้งครรภ์ได้รับการตรวจวินิจฉัยในระยะเริ่มแรกอย่างถูกต้อง ร่วมกับมีความสามารถในการดูแลตนเอง ก็จะสามารถป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะความดันโลหิตสูงได้ (Lahti-Pulkkinen, Girchenko, Tuovinen, Sammallahti, Reynolds, Lahti et al., 2020) โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ จะมีความต้องการการดูแลตนเองที่เปลี่ยนไปจากระยะก่อนการตั้งครรภ์ เพื่อการควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตสตรีตั้งครรภ์และทารก (Techawathakul, 2015) จากการทบทวนวรรณคดีพบว่า การดูแลตนเองที่สำคัญสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ที่สอดคล้องกับภาวะของโรคและการรักษา ได้แก่ การพักผ่อนที่เพียงพอและลดการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก การรับประทานอาหารโดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนสูง การมีความรู้ในการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น การปวดศีรษะ ตาพร่ามัว การดิ้นของทารก และการมาตรวจตามนัดหรือมาก่อนนัดเมื่อมีอาการผิดปกติ (Anansawas, 2017) หากสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์มีความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอจะส่งผลให้โรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นและมีโอกาสพัฒนาไปสู่ภาวะชักจากครรภ์เป็นพิษ (Eclampsia) (Youssef, 2019) ดังนั้นเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายจากภาวะชักจากครรภ์เป็นพิษดังกล่าว สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญมากที่สุดในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายเหล่านี้ (Lahti-Pulkkinen, Girchenko, Tuovinen, Sammallahti, Reynolds, Lahti et al., 2020)

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณคดีพบว่ายังมีการศึกษาที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจำนวนน้อย และยังไม่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีการดูแลตนเองอย่างไร พบเฉพาะการศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ โดยผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ทำให้ไม่สามารถสรุปความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างชัดเจน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาจมีประสบการณ์การดูแลตนเองที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบบรรยาย (Descriptive Qualitative Research)

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือสตรีหลังคลอดที่มีประสบการณ์การดูแลตนเองขณะมีภาวะความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เริ่มเก็บข้อมูลหลังคลอด 1 วัน หรือเมื่อมารดาหลังคลอดมีความพร้อม ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) สตรีหลังคลอดที่มีประสบการณ์การดูแลตนเองด้วยภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้และไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน 3) รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ และไม่อยู่ในภาวะวิกฤต เช่น ปวดศีรษะ ปวดบริเวณลิ้นปี่ ตาพร่ามัว ตกเลือด และได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟตเป็นต้น และ 4) ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความเต็มใจและยินดีให้ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลตนเองที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ในการศึกษานี้มีจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 15 ราย โดยพิจารณาตามความอิ่มตัวของข้อมูล (Saturated Data)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการวิจัยเชิงคุณภาพ เพราะการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการใช้บุคคลเข้าไปสัมผัสกับบุคคลอื่นโดยตรง (Chai, 2019) โดยผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ และความรู้ด้านเนื้อหาวิชาการ เพื่อให้งานวิจัยเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ถูกต้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย มีดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 3 แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกประสบการณ์การดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นคำถามปลายเปิดที่สามารถขยายเป็นข้อคำถามย่อยได้หลายข้อโดยอาศัยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล

3. แบบบันทึกภาคสนาม (Field Note) เพื่อใช้ในการบันทึกพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลในด้านความรู้สึก อารมณ์ สีหน้า ท่าทาง รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์

4. เครื่องบันทึกเสียง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามและแนวคำถามการสัมภาษณ์ ได้รับการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญในงานวิจัยเชิงคุณภาพ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้มีประสบการณ์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะภาวะความดันโลหิตสูง ปรับแก้แบบสัมภาษณ์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตลอดการวิจัย โดยเริ่มจากการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติ ที่ระบุไว้ จากแฟ้มรายชื่อผู้รับบริการในหน่วยงานห้องคลอด จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้ให้ข้อมูลที่แผนกหลังคลอด เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล โดยอธิบายสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัย และบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมขออนุญาตและให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย และทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-Depth Interview) เริ่มเมื่อผู้ให้ข้อมูลในแต่ละรายมีความพร้อม สถานที่ใช้ในการสัมภาษณ์เป็นห้องที่แผนกหลังคลอดที่มีความมิดชิด ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 30-50 นาที และมีบันทึกเทปการสนทนาและการจดบันทึกข้อมูล หลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละวันจะนำข้อมูลที่ได้มาทำการถอดเทป แบบคำต่อคำ อ่านและขีดเส้นใต้ข้อความที่กล่าวถึงประสบการณ์การดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จากนั้นผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลรายวัน โดยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความตรงของข้อมูล ร่วมกับการตรวจสอบกับอาจารย์ที่ปรึกษา และเมื่อพบว่าข้อมูลที่ได้มายังไม่ชัดเจน จะกลับไปสัมภาษณ์เพิ่มเติมในวันต่อไป โดยผู้วิจัยจะขอนัดและติดตามเพื่อทำ

การสัมภาษณ์ที่บ้านหรือทางโทรศัพท์ ตามความสะดวก และความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูล การสัมภาษณ์จะเสร็จสิ้นภายใน 15 วัน นับจากหลังคลอด

ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายได้รับการสัมภาษณ์ 3-4 ครั้ง การสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งสิ้นสุดลงเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัวและผู้วิจัยไม่เกิดประเด็นคำถามอื่น ๆ รวมทั้งผู้วิจัยเกิดความเข้าใจประสบการณ์การดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ชัดเจนและครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาในครั้งนี้

การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

เพื่อให้มีความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยใช้แนวทางการตรวจสอบข้อมูลตามแนวคิด Lincoln, & Guba (1985) ดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility) ผู้วิจัยเริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจ ต่อจากนั้นผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ประสบการณ์การดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เมื่อสัมภาษณ์เสร็จในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การบันทึก และการสังเกตมาประมวลและวิเคราะห์จัดหมวดหมู่ของข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้ไปถอดเทปแบบคำต่อคำ และสรุปใจความสำคัญให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง และนำข้อมูลที่วิเคราะห์ได้มาตรวจสอบกับอาจารย์ที่ปรึกษา

2. ความสามารถนำไปใช้กับกลุ่มอื่น (Transferability) ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ทำให้ได้ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลที่ลึกซึ้งในการศึกษาประสบการณ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยไปใช้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษาได้

3. ความไว้วางใจได้ของข้อมูล (Dependability) ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยได้มีการอธิบายให้เห็นถึงการทำวิจัยอย่างเป็นขั้นตอน ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ และทำการบันทึกอย่างครอบคลุมโดยทุกกระบวนการจะผ่านอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ 2 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบกระบวนการได้มาของข้อมูลและผลที่ได้จากการวิจัย รวมถึงผ่านการตรวจสอบ ความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ก่อนนำเครื่องมือไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง

4. ความสามารถตรวจสอบและการยืนยันข้อมูล (Confirmability) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ผู้วิจัยได้ดำเนินการตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูลจากข้อมูลดิบ วิเคราะห์ผลและสรุปผลมาจากข้อมูลที่ได้มาจากการสัมภาษณ์โดยตรง ไม่มีการบิดเบือนหรือไม่มีอคติของผู้วิจัย มีการตรวจสอบข้อมูลจากอาจารย์ที่ปรึกษา และมีการตรวจทานกับผู้ให้ข้อมูลว่าข้อมูลที่ได้มามีความตรงกัน ข้อมูลที่ได้มาสามารถตรวจสอบได้ และมีหลักฐานการยืนยันได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ ดังนี้ (Chirawatkul, 2012)

1. กำหนดเนื้อหาที่ต้องการเน้นว่าเป็นเนื้อหาของข้อความที่ปรากฏ (Manifest Content) หรือเนื้อหาที่ซ่อนอยู่ในข้อความ

2. เลือกหน่วยการวิเคราะห์ (Unit of Analysis) ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม ใช้ข้อมูลจากวิธีการเก็บข้อมูลเป็นหน่วยการวิเคราะห์ เพื่อให้สามารถจำแนกแหล่งข้อมูลได้

3. หาหน่วยความหมาย (Meaning Unit) หรือหน่วยเนื้อหา (Content Unit) หรือหน่วยดัชนี (Coding Unit) หรือหน่วยสาระ (Textual Unit) หรือ คำสำคัญและวลี หรือแก่นสาระ (Theme) จากคำพูดหรือข้อความต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง แล้วเชื่อมโยงเป็นความหมายเดียวกัน เพื่อให้ข้อมูลสั้นลง จะทำการลดทอนข้อมูล (Data Reduction) แต่ยังคงแก่นของข้อมูล

4. การตรวจสอบความถูกต้อง (Verify) เพื่อให้เกิดความถูกต้องของข้อมูล จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดระยะเวลาในการทำวิจัย ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยตรวจสอบว่าข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัว และไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้นมา

5. สร้างข้อสรุปภายใต้คำถามการวิจัยและวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยสรุปเป็นรายงานการวิจัย และนำเสนอผลการวิจัยเป็นลักษณะบรรยาย (Descriptive Explanation)

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยจาก คณะกรรมการประเมินจริยธรรมในงานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วันที่ 19 ธันวาคม 2558 และ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสงขลา ลงวันที่ 19 เมษายน 2559 โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นความลับและจะถูกทำลายภายหลังงานวิจัยเสร็จสิ้นภายใน 5 ปี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ผู้ให้ข้อมูลเป็นสตรีหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 15 ราย อายุอยู่ในช่วง 21-34 ปี ร้อยละ 73.33 รองลงมาคือ อายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 26.67 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 60.00 และอิสลาม ร้อยละ 40.00 มีสถานภาพสมรสคู่ ทั้ง 15 ราย ร้อยละ 100.00 สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและอาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา ร้อยละ 26.67 เท่ากัน ระดับรองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 20 เป็นแม่บ้าน ร้อยละ 46.67 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยู่ในช่วง 10,001-15,000 บาท/เดือน และ 15,001-20,000 บาท/ เดือน เท่ากัน ร้อยละ 40.00 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 60.00 และผู้ให้ข้อมูลจำนวนมากอยู่แบบครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 73.34)

2. ข้อมูลประวัติการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 53.33 ตั้งครรภ์แรก ร้อยละ 60.00 ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.33) ไม่มีประวัติการตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมาก่อน ประเภทของความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ พบว่ามีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดไม่รุนแรง (Mild Preeclampsia) คิดเป็นร้อยละ 46.67 ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง (Chronic Hypertension) คิดเป็นร้อยละ 46.67 และรองลงมา คือภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง (Severe Preeclampsia) คิดเป็นร้อยละ 6.66 อายุครรภ์ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง อยู่ในช่วงอายุครรภ์ 0-20 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 46.67 และอายุครรภ์ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง อยู่ใน ช่วงอายุครรภ์ 20^{+1} - 40 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 53.33 โดยผู้ให้ข้อมูลทุกคน อายุครรภ์คลอดครบกำหนด (ร้อยละ 100.00) และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) คลอดโดยวิธีผ่าท้องคลอด

3. ประสบการณ์การดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

การวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ประสบการณ์การดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงสามารถจัดหมวดหมู่ของข้อมูลได้ 4 ประเด็นหลัก คือ 1) การรับรู้การเป็นความดันโลหิตสูง ซึ่งประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ สุขภาพของตนเองและทารกเป็นสิ่งสำคัญ และกลัวตนเองและทารกได้รับอันตรายจากโรค 2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ เรียนรู้ที่จะปรับพฤติกรรมในการมีชีวิตร่วมกับปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่ และปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมบุคลากรทางสุขภาพ 3) การดูแลด้านจิตใจ ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ การจัดการความเครียดและความวิตกกังวล และการมีทารกเป็นสิ่งยึดเหนี่ยว และ 4) สิ่งสนับสนุนการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากสามีและญาติ และการมีแหล่งเรียนรู้ที่เป็นประโยชน์

3.1 การรับรู้การเป็นความดันโลหิตสูง

การศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มีการรับรู้เกี่ยวกับการเป็นความดันโลหิตสูงของตนเอง 2 ประการ คือ 1) สุขภาพของตนเองและทารกเป็นสิ่งสำคัญ และ 2) กลัวตนเองและทารกในครรภ์ได้รับอันตรายจากโรค

3.1.1 สุขภาพของตนเองและบุตรเป็นสิ่งสำคัญ

สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ เมื่อรับรู้จากทีมบุคลากรทางสุขภาพว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ จะเริ่มตระหนักได้ว่าสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์เป็นสิ่งสำคัญ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"สิ่งแรกที่นึกถึง หลังรู้ว่าตนเองเป็นโรค คือ พยายามนึกถึงสุขภาพของตนเองและลูก เพราะมันเป็นสิ่งสำคัญที่สุดตอนนั้น ถ้าเราดูแลสุขภาพเราดี ๆ ลูกในครรภ์ก็จะมีสุขภาพที่ดีด้วย" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

"เมื่อรู้ว่าตนเองเป็นความดันโลหิตสูง ก็จะพยายามงด อะไรที่ส่งผลต่อลูก ก็พยายามไม่กิน ...เราก็ต้องทำเพื่อลูก ต้องการให้ลูกเราสมบูรณ์แข็งแรง ไม่เป็นโรค เราต้องเอาลูกไว้ก่อนลูกสำคัญที่สุด ก็เลยต้องดูแลตนเองเพิ่มขึ้น" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15)

3.1.2 กลัวตนเองและทารกได้รับอันตรายจากโรค

สตรีตั้งครรภ์ทุกรายมีความรู้สึก กลัว กังวลและเครียดว่าตนเองและทารกในครรภ์จะได้รับอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ โดยสตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า กลัวทารกในครรภ์ได้รับผลกระทบ เช่น ทารกในครรภ์เสียชีวิต ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกมีสุขภาพที่ไม่แข็งแรง ทารกคลอดออกมาอวัยวะไม่ครบ 32 และทารกจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงเหมือนตนเอง ส่วนในด้านตนเอง กลัวไม่สามารถคลอดลูกได้เอง กลัวต้องผ่าท้องคลอด รวมทั้งกลัวตนเองช็อกและตาย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"กลัวตนเองและทารกได้รับอันตราย กลัวและกังวลว่าลูกจะคลอดก่อนกำหนด กลัวลูกไม่แข็งแรง กลัวลูกไม่สมประกอบออกมาไม่ครบ 32 กลัวตนเองช็อก" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

"เราก็กลัวนะ เพราะว่าโรคนี้มันรุนแรง กลัวอีช็อก เพราะความดันสูง ส่วนมากมันช็อก...ถึงกลัวว่าจะมีผลกระทบต่อเด็ก กลัวหลายอย่างนั้นนะ กลัวลูกเกิดก่อนมั่ง กลัวออกมาไม่เหมือนเพื่อนมั่ง กลัวไปหมด" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

3.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อดูแลสุขภาพ

เมื่อสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มีอาการแสดงของโรคที่ชัดเจน มีการรับรู้ว่าโรคที่เป็นมีความรุนแรงต่อตนเองและต่อบุตรในครรภ์อาจได้รับอันตรายถึงชีวิต จึงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อดูแลสุขภาพ 2 ประเด็น คือ 1) เรียนรู้ที่จะปรับพฤติกรรมในการมีชีวิตร่วมกับปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่ และ 2) ปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมบุคลากรทางสุขภาพ

3.2.1 เรียนรู้ที่จะปรับพฤติกรรมในการมีชีวิตร่วมกับปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เมื่อยอมรับว่าตนเองมีภาวะผิดปกติขณะตั้งครรภ์และรับรู้ว่าต้องได้รับการรักษาและการดูแลที่ต่อเนื่องมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สตรีตั้งครรภ์เกิดความรู้สึกกลัวว่าตนเองและทารกในครรภ์จะได้รับอันตรายจากโรคที่เป็นอยู่ จึงเกิดการเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อให้ตนเองและทารกในครรภ์ปลอดภัย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การนอน จากเดิมที่นอนช้าก็ปรับนอนให้เร็วขึ้น คือนอน 4 ทุ่ม ตื่น 7 โมงเช้า...วันนั้นไปแล้วความดันสูง ถึงกลัว ก็คิดว่าถ้านอนดึกจะทำให้ความดันมันสูงขึ้นกันนั้นนะ ก็เลยนอนเร็วขึ้น ก็พยายามปรับเพราะเราก็เป็นโรคนี้แล้ว ก็พยายามเรียนรู้ชีวิต ต้องอยู่กับมันให้ได้" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

"คิดว่าโรคที่เป็นมาจากการกินอาหาร ก็เลยควบคุมมาตลอด กลัวความดันขึ้นเพราะว่ามันมีผลมาจากการอาหาร เพราะก่อนหน้านี้เรากินแบบไม่เลือกความดันก็ขึ้น ก็เลยเริ่มปรับมาเรื่อย ๆ ความดันมันก็ลดลง...ต้องปรับเปลี่ยน ชีวิตไปตามโรคที่เราเป็นฮะ" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

"ก็พยายามเรียนรู้กับโรคที่เราเป็น โดยที่พยายามปรับแบบค่อยเป็น ค่อยไปปรับทีละนิด... ถึงท้องแรก เราไม่เคยเป็น ก็ต้องทำใจและต้องทำให้ได้ คิดเสมอว่าเพื่อตนเองและลูก...พยายามเรียนรู้เกี่ยวกับการกินอาหารให้เหมาะกับโรคนั้นนะ" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

3.2.2 ปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมบุคลากรทางสุขภาพ

สตรีตั้งครรภ์เมื่อรับรู้ว่าตนเองและทารกในครรภ์เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งได้แก่ ทารกในครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทารกเจริญเติบโตช้า ไม่แข็งแรง คลอดออกมาไม่สมบูรณ์ พิการ ทารกขาดออกซิเจน และทำให้ทารกตายในครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ทุกคนจึงปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อให้ตนเองและทารกในครรภ์ปลอดภัย โดยจะมีการปรับพฤติกรรมในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อนโดยการนอนหลับ ปฏิบัติกิจกรรมทางกาย การไปตรวจตามนัด และการรับประทานยาตามแผนการรักษา

"(หมอ) ให้ลดของดอง ของเค็ม อาหารรสจัด ของมัน ๆ...หมอสั่งมาพันพลื่อ ก็กินแบบนั้น คือ ปฏิบัติตามหมอนั้นนะ คือ คุมอาหาร กินจืด ๆ หลีกเลี่ยงของที่เป็นมัน ของที่เค็ม ชาเย็นกาแฟ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11)

"ก็นอนพัก พักผ่อนเยอะ ๆ ตามหมอว่า...เราหลบมาปฏิบัติตัวตามที่หมอเค้าบอก...ต้องพักผ่อนให้เพียงพอ โดยกลางคืนจะนอนวันละ 7-8 ชม กลางวันนอนพักวันละ 2-3 ชม...หมอว่าสาเหตุหนึ่งกัน ถ้าว่าพักผ่อนไม่เพียงพอนั้น เค้าว่าความดันมันขึ้น ก็เลยต้องนอนมากขึ้น" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

"เดินออกกำลังกายแบบนี้แหล่ะ คือว่าแบบว่าไม่ได้ออกแรง ๆ คือว่าเดินให้กล้ามเนื้อมันไม่ให้มันหย่อนไร คือหมอบอกว่าให้ออกกำลังกายมั้ง แต่ว่าอย่าออกแบบหักโหม...เราก็คิดว่าเคลื่อนไหวมั้ง ถึงไม่ได้ทำจริงจังมากก็ได้มั้งสักหีดก็ยังดีนั้นนะ อย่าให้เราความดันมากขึ้นกว่าเดิม" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12)

"กินยาตามที่หมอให้ หมอบอก...เป็นพวกยาบำรุงเลือด แคลเซียม พวกอะไรพวกนี้... (ยาที่หมอให้) กินหมดเลย กินทุกอย่าง ...ช่วงนี้เราก็กินเพื่อลูกใช่ไหม เพื่อให้ทารกในครรภ์สมบูรณ์ แข็งแรง เราก็กิน ๆ เข้าไป เพราะหมอเค้าคงไม่ให้เรามาเฉยๆ หรอก กินหมดทุกเม็ดแหล่ะ" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

"ก็ฝากมาตั้งแต่แรกเลย ฝากมาตลอด...ก็มาตามนัด มาไม่เคยขาด มาตามนัดตลอด... เพราะว่าถ้าไม่มาตามนัด ถ้าเกิด ว่ามันเกิดผลที่ไม่ดี เกิดอะไรขึ้น หมอเค้าก็ดูแลเราไม่ทัน และอีกอย่าง มันไม่ดีต่อสุขภาพเรากัน ก็เลยมาตามนัด...ถ้าเรามาตามนัดเค้า (บุคลากรทางสุขภาพ) ก็ได้ติดตามอาการเราอย่างต่อเนื่องกัน...ซึ่งเค้าจะได้บอกเราว่าตอนนี้เราเสี่ยงต่ออะไรมั่ง" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

3.3 การดูแลด้านจิตใจ

สิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากรับรู้ คือเกิดภาวะเครียด กลัว และกังวล สตรีตั้งครรภ์เหล่านี้มีการดูแลด้านจิตใจให้ตนเองเข้มแข็ง หรือดูแลเพื่อให้ตนเองสามารถจัดการกับความเครียด ความกลัว และความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม โดยมีการจัดการกับความเครียดและความวิตกกังวล และการมีทารกเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

3.3.1 การจัดการกับความเครียดและความวิตกกังวล

สตรีตั้งครรภ์ทุกคนเกิดความรู้สึกเครียด กลัว และกังวลว่าตนเองและทารกในครรภ์จะได้รับอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูง จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีการจัดการกับความเครียดและความวิตกกังวล ที่แตกต่างกันออกไป เช่น การทำใจยอมรับกับโรคที่เป็นอยู่ การปล่อยวาง ไม่คิดเรื่องที่เครียด การดูหนัง ฟังเพลง การอ่านหนังสือ การไปเที่ยว หรือการบอกเล่าให้มารดาของตนเองฟังเป็นต้น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"พยายามนอนให้เร็วขึ้น ไม่เครียด ไม่คิดมาก ก็พยายามจัดการกับความเครียดแบบปล่อยว่าง ทำใจไม่ให้คิดมากในเรื่องนั้น ๆ บางทีก็ดูหนัง ฟังเพลง" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

"ทำใจไม่ให้เครียด...พยายามไม่เครียดแล้วก็ทำใจให้สบายๆ...พักผ่อนให้เพียงพอ...บางทีก็พูดคุยกับเพื่อน หรือคนข้างบ้าน มันจะได้ไม่คิดเรื่องที่เราเครียดนั้นนะ แต่บางทีถ้ามันรุนแรงมาก ๆ ก็กลับไปพูดกับม๊ะนั้นนะ เค้าก็จะช่วยเราได้" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

3.3.2 การมีทารกเป็นสิ่งยึดเหนี่ยว

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่สามารถดูแลตนเองได้ดี เมื่อเทียบกับจากพยาธิสภาพของโรคและสุขภาพของทารกในครรภ์ เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์เหล่านี้มีสิ่งยึดเหนี่ยวที่สำคัญคือ ทารกในครรภ์ ทารกเป็นหัวใจสำคัญสำหรับสตรีตั้งครรภ์เหล่านี้ ทารกในครรภ์ถือว่าเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวที่สำคัญที่สุดในชีวิตของพวกเค้า จากการสัมภาษณ์พบว่า สตรีตั้งครรภ์ทุกรายต้องการให้ลูกของตนเองคลอดออกมาสมบูรณ์แข็งแรง ปลอดภัย และคลอดออกมาครบ 32 ประการ สตรีตั้งครรภ์บางรายจะพยายามคิดถึงหน้าทารกในครรภ์หรือลูก พยายามคิดว่าลูกต้องการเรา เราต้องการลูก เราต้องอยู่ให้ได้เพื่อลูก ทำให้มีจิตใจที่เข้มแข็งที่จะดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"เราก็ต้องทำเพื่อลูก...ต้องทำให้ลูกเราออกมาสมบูรณ์แข็งแรง ไม่เป็นโรค เราต้องเอาลูกไว้ก่อนลูกสำคัญที่สุดดูแลเพื่อเค้า...ความสำคัญก็ต้องนึกถึงลูก เหมือนเวลาเราอีกินก็ต้องเลือก บางทีอยากก็ไม่กินเพื่อเค้า บางทีเราก็ตั้งอัลเลาะห์ ก็ขอให้ลูกเราออกมาให้ครบให้ปลอดภัย" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

"พยายามนึกถึงลูก ก็จะทำอะไรก็คิดถึงลูก มันทำให้เราดูแลตนเองได้ดีขึ้น ทำให้เราสบายใจขึ้น ถ้าเราดูแลตัวเองดี เราจะมีชีวิตอยู่กับลูกได้นาน ถึงสุขภาพก็จะดีขึ้น...เรากลัว แต่ว่าเราต้องผ่านจุด ๆ นี้ไปให้ได้ มันเหมือนมีลูกเป็นสิ่งยึดเหนี่ยว ถ้าเราดูแลตัวเองดี ๆ ความดันมันจะลด เราจะได้อยู่กับคนรอบข้างได้นานขึ้น" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

3.4 สิ่งสนับสนุนการดูแลตนเอง

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ทุกราย ได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเอง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากครอบครัว ได้แก่ สามีและญาติของตนเองเป็นหลัก รวมถึงการมีแหล่งเรียนรู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลในการดูแลตนเอง

3.4.1 การได้รับการสนับสนุนจากสามีและญาติ

สามีและญาติถือเป็นบุคคลที่สำคัญในการสนับสนุนการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เป็นบุคคลที่ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ มีการดูแลตนเองในทางที่เหมาะสม และเป็นบุคคลที่ช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"บัง (สามี) ไปรับไปส่งทุกวัน ไม่ต้องนั่งรถประจำทาง เพราะเค้ากลัวว่าเราจะมึนหัว จะเป็นลม...ช่วยเหลือดูแลทุกอย่าง ไปรับไปส่ง ช่วยแลลูก หากับข้าว ไปซื้อกับข้าว บังกลัวเราเหนื่อย กลัวว่าความดันอีหล่าว เค้ากลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับเรากับลูกนั้นนะ" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

"เค้า (สามี) เค้าก็ให้คำแนะนำ พูดให้กำลังใจตลอด บอกตลอด บอกว่าพยายามทำใจนั้นนะ ให้ กำลังใจเรา พยายามบอกเราตลอดว่าอย่าเครียด อย่างคิดมาก มันทำให้เราสบายใจขึ้นกว่าเดิม" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

"คนในครอบครัว ญาติ ก็ช่วยดูแลเรา ช่วยแบ่งเบาภาระต่างๆ ค่อยช่วยเรื่องอาหารการกิน ซักผ้า เค้าก็ช่วยทุกอย่างไม่ให้เราเหนื่อย" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

3.4.2 การมีแหล่งเรียนรู้ที่เป็นประโยชน์

การมีแหล่งเรียนรู้ที่เป็นประโยชน์ ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้ในการดูแลตนเองมากขึ้น การศึกษาครั้งนี้พบว่า แหล่งเรียนรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อสตรีตั้งครรภ์ คือการค้นหาข้อมูลจากโทรศัพท์มือถือ แผ่นพับหรือหนังสือที่บุคลากรทางสุขภาพแจกมาจากการฝากครรภ์ การอบรมในโรงพยาบาล การสอบถามผู้ที่มีความรู้หรือสตรีที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

"ไปอบรมเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาล...พอกลับมาก็ทำให้เรารู้เรื่องความดันมากขึ้น ถึงเราก็ดูแลตนเองได้ถูกขึ้นกว่าเดิม" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

"ก็พยายามหาความรู้มาอ่าน เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง เช่น เอกสารที่เค้าแจก ถึงมันจะบอกเกี่ยวกับวิธีที่ช่วยลดความดันโลหิตสูง เหมือนกับการกิน ให้ลดเค็ม ลดมัน ถึงเราทำตาม ก็คิดว่ามันช่วยลดความดันโลหิตไม่ให้สูงขึ้นได้" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

"เข้าไปค้นในอินเตอร์เน็ต เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ก็หาไม่ยากนะมีลุยเค้าก็บอกนะว่า งดอาหารเค็ม มัน ของหวาน และก็ทางที่ดีก็ให้กินน้ำเปล่า เราก็คิดว่าจะช่วยลดความดันได้ ก็เลยทำตามนั้นนะ" (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

อภิปรายผล

จากการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูลประสบการณ์การดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลได้ดังนี้

1. การรับรู้การเป็นความดันโลหิตสูง

การรับรู้การเป็นความดันโลหิตสูงเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มีการดูแลตนเองได้ถูกต้อง จากการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงทั้ง 15 รายมีการรับรู้ว่าโรคความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์เป็นอันตรายต่อชีวิตของตนเองและทารกในครรภ์ หากไม่ดูแลตนเองตามแผนการรักษาของทีมบุคลากรทางสุขภาพจะทำให้โรครุนแรงเพิ่มขึ้น และไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้เป็นไปตามปกติได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Keawpimon, Samankasikorn, Lawantrakul, Boonsin, & Nayai (2015) ที่แสดงให้เห็นว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีความตระหนักเกี่ยวกับโรคและสุขภาพของตนเองและทารก มีแนวโน้มที่จะพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำของทีมบุคลากรทางสุขภาพ และใกล้เคียงกับการศึกษาของ Sumaporn, Manirat, & Nirat (2013) ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 93.33 ไม่เคยมีประวัติการตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และร้อยละ 53.33 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เกิดความรู้สึกกังวลและกลัว กลัวว่าตนเองและทารกได้รับอันตรายจากโรคที่เป็น เช่น ทารกในครรภ์เสียชีวิต ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกมีสุขภาพที่ไม่แข็งแรง ทารกคลอดออกมาอวัยวะไม่ครบ 32 ประการ และทารกจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงเหมือนตนเอง ส่วนในด้านตนเอง กลัวตนเองช็อก เสียชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาของ Suzuki, Shinmura, & Kato, 2015 ที่ศึกษาความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์ชาวญี่ปุ่นที่มีภาวะความดันโลหิตสูงพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีความวิตกกังวล ส่วนใหญ่เป็นสตรีตั้งครรภ์ครั้งแรก และขาดประสบการณ์ในการตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับ Thadakant, Pruksacheva, & Jaovisidha (2010) ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์หลังจากมีการรับรู้ว่ามีภาวะของโรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ จะมีความรู้สึกกลัว กลัวภาวะแทรกซ้อนจากโรคสามารถส่งผลให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของตนเองและทารก เช่น กลัวตนเองชัก กลัวการผ่าตัดคลอด

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อดูแลสุขภาพ

การเรียนรู้ที่จะปรับพฤติกรรมในการมีชีวิตร่วมกับปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มีมุมมองว่า การปรับพฤติกรรมได้นั้นตนเองต้องยอมรับก่อนว่าตนเองมีภาวะผิดปกติในขณะตั้งครรภ์ ตนเองต้องได้รับการรักษา และการดูแลที่ต่อเนื่อง เพื่อให้ตนเองและทารกในครรภ์ปลอดภัย จึงเกิดการเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยจะเริ่มมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากเดิมที่เคยทำเป็นประจำ ปรับเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมใหม่ ให้มีความเหมาะสมกับโรคที่เป็น เช่น การปรับพฤติกรรมการนอน การกิน และการออกกำลังกาย เพื่อไม่ให้โรคมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยสอดคล้องกับการศึกษาของแม็กแคลลิเกท (Mcelligott, 2013) ที่ระบุว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ที่มีการเรียนรู้การมีชีวิตร่วมกับโรค หรือปัญหาที่เผชิญอยู่ได้อย่าง

เหมาะสม จะทำให้สตรีตั้งครรภ์มีการดูแลตนเองอย่างมีทักษะ สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเอง และสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤติได้อย่างปลอดภัย ปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมบุคลากรทางสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีการดูแลตนเอง เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อดูแลสุขภาพ โดยปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมบุคลากรทางสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 86.67 และมีอาชีพเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 46.67 ทำให้การได้รับความรู้ส่วนใหญ่ได้จากทีมบุคลากรทางสุขภาพเป็นหลัก เนื่องจากแพทย์เป็นบุคคลที่มีความรู้ และมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมากกว่าบุคคลอื่น (Hussian, Fatin, & Saffar, 2016) การปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมบุคลากรทางสุขภาพ ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงควรรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม เน้นอาหารที่มีแมกนีเซียมสูง และวิตามินซีอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยลดความไวของเส้นเลือด ต่อสารแอนจีโอเทนซินทู (angiotensin II) และลดจำนวนการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) ทำให้สามารถป้องกันการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษที่รุนแรงได้ (An, Li, Xie, Peng, Li, & Xie et al., 2015; Ricci, Kyle, & Carman, 2013; Tang, Tang, Henry, & Welsh, 2015) แต่จากการศึกษาในครั้งนี้ยังไม่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ให้ข้อมูลที่ตระหนักถึงการเพิ่มอาหารที่มีแคลเซียม เน้นอาหารที่มีแมกนีเซียมสูง และวิตามินซีสูง 2) การพักผ่อนโดยการนอนหลับ ในมุมมองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงพบว่า จะต้องนอนหลับให้เพียงพอ โดยนอนกลางคืนให้ได้วันละ 7-8 ชั่วโมง และกลางวันควรนอนให้ได้อย่างน้อย 2-3 ชั่วโมง หากนอนพักอย่างเพียงพอจะช่วยลดระดับความดันโลหิตสูง ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของสุมิตตา (2015) ที่พบว่า การนอนพักในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ควรนอนพักอย่างน้อยวันละ 8-12 ชั่วโมง และควรนอนพักผ่อนในท่านอนตะแคงซ้าย เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนเลือด ไปเลี้ยงมดลูกและรกมากขึ้น และยังช่วยลดความดันโลหิตจากการที่เลือดไปเลี้ยงไตมากขึ้น (Preechapornprasert & Chanrachakul, 2015) ก็ตาม คณะกรรมการสูติ-นรีแพทย์ของอเมริกา (ACOG, 2013) ระบุว่า การนอนพักหรือการจำกัดกิจกรรม ยังไม่พบว่ามีประโยชน์ที่แน่นอนในการป้องกันหรือลดภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ ดังนั้นไม่ควรจำกัดกิจกรรมในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ทุกราย ควรพิจารณาตามความเหมาะสมและความต้องการของแต่ละราย 3) การปฏิบัติกิจกรรมทางกายสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่จะเน้นการออกกำลังกายแบบเบาๆ ที่ไม่หนัก Anansawas (2017) กล่าวว่า การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสตรีตั้งครรภ์ คือ การออกกำลังกายที่ง่ายๆ ได้แก่ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแขนขา การหมุนข้อมือและหรือหมุนข้อเท้า ช่วยให้เลือดไหลเวียนดีขึ้น เพิ่มความสามารถในการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง 4) การรับประทานยาตามแผนการรักษา เพื่อให้ทารกในครรภ์ มีความสมบูรณ์แข็งแรง ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Jitnawee, Sagultep, Vutichan, & Sungsuwan (2017) พบว่า หากสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูง รับประทานยาที่ถูกต้องตามแผนการรักษา สามารถส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพด้านร่างกายและจิตใจตลอดจน สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้การเสริมแคลเซียมอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ (An, Li, Xie, Peng, Li, & Xie et al., 2015; Tang, Tang, Henry, & Welsh, 2015) และ 5) การไปตรวจตามนัด สตรีตั้งครรภ์ทุกคนฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มาตรฐานการฝากครรภ์ โดยมีมุมมองว่า การไปตรวจตามนัดเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากจะทำให้ทราบถึงภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ จะได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง เมื่อเกิดภาวะที่ผิดปกติ แพทย์จะได้ช่วยเหลือได้ทันท่วงที ทำให้ตนเองและทารกในครรภ์ปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของ Ketjirachot, Hornboonherm, Thongsomboon, & Supathaweewat (2017) ซึ่งพบว่า การไปฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์คุณภาพ สามารถช่วยลดความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงได้ทันท่วงที และเป็นการติดตามประเมินภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์

3. การดูแลด้านจิตใจ

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 53.33 และร้อยละ 93.33 ไม่เคยมีประวัติการตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดความรู้สึกเครียด กลัวและวิตกกังวลว่าตนเองและทารกในครรภ์จะได้รับอันตราย เนื่องจากไม่เคยเป็นโรคนี้มาก่อน สตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้จึงปฏิบัติตนเพื่อลดภาวะเครียดโดยการจัดการกับความเครียดและความวิตกกังวล ในรูปแบบต่าง ๆ ที่แตกต่างกันออกไป เพื่อให้ตนเองสบายใจโดยวิธีการดูแลตนเอง ใช้วิธีการปล่อยวาง หากมีสิ่งใดที่มากระทบต่อจิตใจ จะพยายามไม่คิดมากในเรื่องนั้น ๆ พยายามหากิจกรรมต่าง ๆ ทำ และพยายามนึกถึงทารกที่อยู่ในครรภ์ ซึ่งการดูแลตนเองของสตรีครรภ์ดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ที่จะแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ผ่อนคลายความเครียดด้วยการทำสมาธิ หรือใช้วิธีต่าง ๆ เช่น การสวดมนต์ การทำสมาธิ การฝึกคิดเชิงบวก (Anansawas, 2017; Preechapornprasert & Chanrachakul, 2015; Sawangtook, 2015) เนื่องจากภาวะเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจจะกระตุ้นให้ระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือดทำงานเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง (Mill, 2012) หากสามารถจัดการกับความเครียดและวิตกกังวลได้ ส่งผลต่อการทำงานของระบบไหลเวียนเลือด และระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง (Slater, 2013)

การหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ ถือเป็นวิธีการดูแลจิตใจวิธีหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จากการศึกษาพบว่า ทารกในครรภ์เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวที่สำคัญ ที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีการดูแลตนเองได้ดีขึ้น เพื่อต้องการให้ทารกในครรภ์มีความปลอดภัย หรือเมื่อสตรีตั้งครรภ์รู้สึกท้อ จะนึกถึงทารกในครรภ์ ทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงกลุ่มนี้ มีจิตใจที่เข้มแข็งขึ้น และสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pongpattaraporm (2015) พบว่า การมีสิ่งยึดเหนี่ยว เป็นการดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ ทำให้สตรีตั้งครรภ์เข้าใจและยอมรับในสภาวะสุขภาพ ทำให้เกิดการร่วมมือในแผนการรักษา ซึ่งสามารถลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรค นอกจากนี้องค์การอนามัยโลก (WHO, 2019) ระบุว่า ความเชื่อ การปฏิบัติทางวัฒนธรรม หรือการมีสิ่งยึดเหนียวจิตใจ มีผลต่อการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ โดยหากมีความเชื่อ หรือการมีสิ่งที่ยึดเหนี่ยวทางใจ เช่น การมีที่พึ่ง หรือการมีความหวังเพื่อสิ่งใด ๆ จะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติตัวในทางที่ถูกต้อง

4. สิ่งสนับสนุนการดูแลตนเอง

จากการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากสามีและญาติ ทั้งด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือสนับสนุนกิจวัตรประจำวัน และด้านจิตใจ เช่น การให้กำลังใจ ปลอบใจ เป็นสิ่งสนับสนุนที่สำคัญในการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยพบว่าสามีและญาติเป็นบุคคลที่มีความสำคัญมากที่สุดในการช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในทางที่ถูกต้องเหมาะสมตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่นเดียวกับการศึกษา Plodpluang, Boonyarat, Kanhadilok, Lukin, Uthaithum & Pomphayoon et al. (2019) ที่พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวของสตรีตั้งครรภ์ จะเป็นแรงสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ดี สอดคล้องกับ Maitreechit, Sangin, & Siriarunrat (2020) ที่กล่าวว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวอย่างเพียงพอจะทำให้สตรีตั้งครรภ์มีการปรับตัวได้เหมาะสม โดยเฉพาะคู่สมรสจะมีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ การศึกษาของ Jitnawee, Sagultep, Vutichan, & Sungsuwan (2017) พบว่าความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน จะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงสามารถดูแลตนได้อย่างถูกต้อง ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ส่วนด้านจิตใจ สามีและญาติ คอยให้กำลังใจ ปลอบใจ เมื่อสตรีตั้งครรภ์อยู่ในภาวะเครียด หรือต้องการความช่วยเหลือ สามีและญาติจะอยู่เคียงข้างตลอดเวลา คอยเป็นห่วงเป็นใย ในยามลำบาก และการศึกษาของ Phoodaangau, Deoisres, & Chunlestskul (2013) ที่พบว่าการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว ทั้งด้านการให้ข้อมูล คำแนะนำ กำลังใจ และการทำหน้าที่แทนชั่วคราว รวมถึงการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน ส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจ มีกำลังใจในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ทำให้เกิด

ความรู้สึกมีพลังใจ เพื่อที่จะดูแลตนเองสามารถปฏิบัติตัวตามแพทย์แนะนำได้มากขึ้น นอกจากนี้การศึกษาของ Phumonsakul, Pongrua, & Wattanapaisit (2011) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่การพูดให้คุณค่าในตนเอง ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเห็นตนเองมีคุณค่าทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เกิดความตระหนักในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

การสนับสนุนด้านทรัพยากรโดยเฉพาะการมีแหล่งเรียนรู้ที่เพียงพอ ถือเป็นสิ่งหนึ่งที่มีความสำคัญในการเสริมสร้างศักยภาพของบุคคลเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง และมีศักยภาพมากยิ่งขึ้น โดยจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า การมีแหล่งเรียนรู้ที่เป็นประโยชน์ เช่น การค้นหาข้อมูลจากโทรศัพท์มือถือ แผ่นพับ หนังสือ การอบรมที่สถานพยาบาลจัดให้ หรือการสอบถามจากผู้มีความรู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยหนึ่งในการสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งหากได้รับความรู้ในการดูแลตนเองที่เพียงพอจะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ (Jitnawee, Sagultep, Vutichan, & Sungsuwan, 2017) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Sheppard, Schwartz, Tucker, & McManus (2016) ที่พบว่าการได้รับข้อมูลที่เพียงพอ และเป็นประโยชน์สามารถทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือไม่เพิ่มขึ้นได้ โดยต้องได้รับข้อมูลการดูแลตนเองดังนี้ การได้ข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง โดยสตรีตั้งครรภ์ต้องวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ การได้รับคำปรึกษาแบบตัวต่อตัว การแจกแผ่นพับ หรือการได้รับการอบรม เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับรู้สภาวะของโรคของตนเอง สามารถทำให้สตรีตั้งครรภ์ปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม และสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวินิจฉัยได้อย่างเม่นยำ เพื่อป้องกันความเสี่ยงและอันตรายจากโรค และจากการศึกษาของ Sonmongkol (2016) พบว่าการมีแหล่งเรียนรู้ที่เป็นประโยชน์ สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ในระดับดี การแสวงหาความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เช่น การแสวงหาความรู้ ในเรื่องการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย หรือการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ จะสามารถเพิ่มความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมากขึ้น และนอกจากนี้การแสวงหาข้อมูลข่าวสารถือเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความเจ็บป่วย ดังนั้นการมีแหล่งเรียนรู้ที่เป็นประโยชน์และสตรีตั้งครรภ์มีการแสวงหาข้อมูล จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การดูแลตนเองดียิ่งขึ้น (Orem, Taylor, & Renpenning, 2001)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจะมีความแตกต่างทางบริบท สังคม และวัฒนธรรม ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีการดูแลตนเองที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งการให้คำแนะนำแก่สตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้ต้องทำความเข้าใจกับบริบทของสตรีตั้งครรภ์ในแต่ละราย เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความตระหนัก และสามารถเข้าถึงการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และเหมาะสม

1.2 การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง หากต้องการให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง บุคคลากรทางสุขภาพ ต้องให้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและอันตรายที่จะเกิดขึ้นทั้งมารดาและบุตรในครรภ์ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง เพื่อลดความรุนแรงของโรค ซึ่งหากสตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ที่ถูกต้อง จะส่งผลให้มีการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงดีขึ้น นอกจากนี้บุคลากรทางสุขภาพ ควรส่งเสริมและสนับสนุน ให้ครอบครัว ได้แก่ สามี มารดา บิดา และญาติใกล้ชิด เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากบุคคลในครอบครัวมีส่วนในการช่วยเหลือ สนับสนุน และปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมของสตรีตั้งครรภ์และเป็นการกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์มีการดูแลตนเองอยู่เสมอ

2. ด้านการศึกษาการพยาบาล

สามารถนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการสอนนักศึกษาในเรื่องการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อให้การดูแลตามความเหมาะสมตามความต้องการของสตรีตั้งครรภ์ในแต่ละราย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษาในครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการทำวิจัยต่อไป เช่น เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยต้องคำนึงถึงความแตกต่างทางบริบท สังคม และวัฒนธรรม เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความตระหนัก และสามารถเข้าถึงการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยทีมบุคคลากรทางสุขภาพ ต้องให้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และอันตรายที่จะเกิดขึ้นทั้งมารดาและบุตรในครรภ์เป็นระยะ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง เพื่อลดความรุนแรงของโรค

References

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists [Electronic Version]. *ACOG Practice Bulletin, 133*(1), 1-25.

An, L. B., Li, W. T., Xie, T. n., Peng, X. P., Li, B. L., Xie, S. H., et al. (2015). Calcium Supplementation Reducing the Risk of Hypertensive Disorders of Pregnancy and Related Problems: A Meta-Analysis of Multicenter Randomized Controlled Trials. *International Journal of Nursing Practice, 21*(2), 19-31.

Anansawas, S. (Ed.) (2017). *Nursing Obstetrics.* Nonthaburi: Yutharin. (in Thai)

Butalia, S., Audibert, F., Cote, A. M., Firoz, T., Logan, A. G., & Magee, L. A. (2018). Guidelines for the Management of Hypertension in Pregnancy. *Can J Cardiol, 34*(5), 526-531. doi: 10.1016/ j.cjca. 201802.021

Charles, A., Victor, P., Jonathan, K., & Ishaya, P. (2017). Eclampsia and Pregnancy Outcome at Jos University Teaching Hospital, Jos, Plateau State, Nigeria [Electronic version]. *Journal of Gynecology and Obstetrics, 5*(4), 46-49.

Chirawatkul, S. (2012). *Qualitative Study in Nursing.* Bangkok: Vithaya Pat Printing. (in Thai)

Gupta, A., Gaur, B. S., Mishra, K. B., & Dubey, I. (2018). A Comparison of Platelet Count in Severe Preeclampsia, Mild Preeclampsia and Normal Pregnancy. International *Journal of Research in Medical Sciences, 6*(2), 671-676.

Hobson, S. R., Gurusinghe, S., Lim, R., Alers, N. O., Miller, S. L., Kingdom, J. C., & Wallace, E. M. (2018). Melatonin Improves Endothelial Function in Vitro and Prolongs Pregnancy in Women with Early-Onset Preeclampsia. *Journal of Pineal Research, 22,* 1-14, doi: 10.1111/jpi.12508

Hussian, M. H., Fatin. A., & Saffar. A. A. (2016). Self-Care Management of Pregnancy Induced Hypertension for Pregnant Women Attending Primary Health Care Centers at Kirkuk City. *Journal for Nursing Sciences, 6*(2), 1-10.

Jitnawee, W., Sagultep, B., Vutichan, D., & Sungsuwan, B. (2017). The Effect of Discharge Planning in Maternal Postpartum Severe Preeclampsia. *Region 11 Medical Journal, 31*(1), 166-170. (in Thai)

Keawpimon, P., Samankasikorn, W., Lawantrakul, J., Boonsin, K., & Nayai, U. (2015). The Development of the Reiki Therapeutic Nursing Model for Promoting the Holistic Health in Pregnant Women with Hypertension: the Pilot Study. *Songklanagarind Journal of Nursing, 35*(3), 73-90. (in Thai)

Ketjirachot, R., Hornboonherm, P., Thongsomboon, R., & Supathaweewat, S. (2017). Pregnancy Outcomes in Pregnant Women with Preeclampsia who Delivered at Mahasarakham Hospital. *Journal of Nursing and Health Care, 35*(4), 104-112. (in Thai)

Khashan, A. S., Evans, M., Kublickas, M., McCarthy, F. P., Kenny, L. C., Stenvinkel, et al. (2019). Preeclampsia and Risk of End Stage Kidney Disease: A Swedish Nationwide Cohort Study, *Plos Medicine, 16*(7), doi: 10.1371/journal.pmed.1002875

Lahti-Pulkkinen, M., Girchenko, P., Tuovinen, S., Sammallahti, S., Reynolds, R. M., Lahti, J., et al. (2020). Maternal Hypertensive Pregnancy Disorders and Mental Disorders in Children. *AHA Journals.* Advance Online Publication. Doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA. 119.14140.

Limsiri, P. (2019). *Eclampsia In Wittaya*, T., Tripop, L., & kanokwaroon, V. (Eds.), *Obstetric Crisis,* pp. 161-171. Bangkok: P. A. Living. (In Thai)

Lincoln, S. Y., & Guba, G. E. (1985). *Naturalistic Inquiry.* Newbury Park: SAGE.

Maitreechit, D., Sangin, S., & Siriarunrat, S. (2020). Relationships Between Health Care Behaviors, Anxiety, Social Support and Quality of Life among Pregnant Women with Pregnancy Induced Hypertension. *Chula Med Bull, 2*(1), 39-47.

Mcelligott, D. (2013). *The Nurse as an Instrument of Healing.* In C.C. Barrere & M. B. Helming (Eds.), Holistic Nursing: A Handbook for Practice (pp. 827-842). Burlington: Jones & Bartlett Learning.

Mill, C. S. (2012). *A Comparision of Relaxation Techniques on Blood Pressure Reactivity and Recovery Assessing the Moderating Effect of Anger Coping Style.* Doctoral Dissertation Old Dominon University, Norfolk.

Nathan, H. L., Duhig, K., Hezelgrave, N. L., Chappell, L. C., & Shennan, A. H. (2015). Blood Pressure Measurement in Pregnancy [Electronic Version]. *The Obstetrician & Gynaecologist, 17*(2), 91-98.

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

Osman, O. M., Gaafar, T., Eissa, T. S., Abdella, R., Ebrashy, A., & Ellithy, A. (2020). Prevalence of Vitamin D Deficiency in Egyptian Patients with Pregnancy-Induced Hypertension. *J Perinat Med, Advance Online Publication.* Doi: 10.1515/jpm-2020-0055.

Paauw, N. D., Graaf, A. M., Bozoglan, R. B., Ham, D. P., Navis, G., Groen, H., & Lely, A. T. (2018). Kidney Function After a Hypertensive Disorder of Pregnancy: A Longitudinal Study [Electronic Version]. *American Journal of Kidney Diseases, 71*(5), 619-626.

Panpob, R. (2016). Outcome of Expectant and Aggressive Management in Pregnancy with Severe Preeclampsia. *Region 11 Medical Journal, 30*(1), 7-14. (in Thai)

Phoodaangau, B., & Deoisres, W., Chunlestskul, K. (2013). Maternity Experience: A New Role of Unexpectedly Pregnant Students. *Thai Journal of Nursing Coun, 28*(2), 58-74. (in Thai)

Phumonsakul, S., Pongrua, P., & Wattanapaisit, K. (2011). Family Well-Being, Social Support, Self-Esteem, Perceived Health, and Marital Relationship. *Ramathibodi Nursing Journal, 17*(3), 382-395. (in Thai)

Plodpluang, U., Boonyarat Kanhadilok, S., Lukin, P., Uthaithum, N., Pomphayoon, P., & Intana, J. (2019). Path Analysis of Factors Affecting Quality of Life of Pregnant Women, *Nursing Journal of The Ministry of Public Health, 27*(3), 42-56. (in Thai).

Pongpattaraporm, R. (2015). Case Studies: Nursing Care of Patient with Superimposed Preeclampsia on Chronic Hypertension and Acute Kidney Injury. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand, 5*(1), 94-102. (in Thai)

Preechapornprasert, A., & Chanrachakul, B. (2015). Modern Trend in Pregnancy Induced Hypertension. In Wiboon, R., Boonsri, J., Pathama, p., Tongta, N., & Malee, K (Eds.), *Safe Practice in Maternal and Fetal Medicine* (137-139). Bangkok: Union Creation. (in Thai)

Ricci, S. S., Kyle, T., & Carman, S. (2013). *Maternity and Pediatric Nursing.* (2nd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Sawangtook, S. (2015). *Modern Trend in Pregnancy Induced Hypertension.* In Ruangchainikom, W., Chanratchakun, B., Promsonthi, P., Nantakomoi, D., & Geounuppakul, M. (Eds.), *Safe Practice in Maternal and Fetal Medicine* (141-149). Bangkok: Union Creation Public. (in Thai).

Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tuncalp, O., Moller, A., Daniels, J. et al. (2014). Global Causes of Maternal Death: a WHO Systematic Analysis. *Lancet Global Health, 2*, 323-333. doi: org/ 10.1016/s2214-109x

Senthiri, P., Srisong, S., Prompakai, R., Sroisuwan, P., & Koponrat, K. (2017). Development of the Care Model for Women with Hypertensive Disorder in Pregnancy. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals, 32*(2), 117-129. (in Thai)

Sheppard, J. P., Schwartz, C. L., Tucker, K. L., & McManus, R. J. (2016). Modern Management and Diagnosis of Hypertension in the United Kingdom: Home Care and Self-Care. *Annals of Global Health, 82*(2), 274-287.

Slater, E. (2013). *Energy healing. In B.M. Dossey*, C.C. Barrere, L. Keegen, & M. B. Helming (Eds.), Holistic Nursing: A Handbook for Practice (pp. 751-774). Burlington: Jones & Bartlett Learning.

Sonmongkol, S. (2016). Health Perception, Social Support and Self-Care Behaviors among Adolescent Pregnant in Phuket Province. *Region 11 Medical Journal, 30*(2), 105-114. (in Thai)

Strategy and Planning Division. (2019). Public Health Statistics A.D.2018. *Public Health Statistics A.D. 2018.* Retrieved from http://bps.moph.go.th /new_bps/ sites/default/files/ statistic%2061.pdf. (in Thai)

Suttijumnong, J., Kala, S., & Kritcharoen, S. (2016). Nursing Care Needs of Hospitalized Pregnant Women with Pregnancy Induced Hypertension for Overcoming a Crisis. Songklanagarind *Journal of Nursing, 36(Special edition),* 132-144 (in Thai)

Suzuki, S., Shinmura, H., & Kato, M. (2015). Maternal Uncontrolled Anxiety Disorders Are Associated with the Increased Risk of Hypertensive Disorders in Japanese Pregnant Women. *Journal of Clinical Medicine Research, 7*(10), 791-794.

Tang, R., Tang, I. C., Henry, A., & Welsh, A. (2015). Limited Evidence for Calcium Supplementation in Preeclampsia Prevention: a Meta-Analysis and Systematic Review. *Hypertension in Pregnancy, 34*(2), 181-203.

Techawathakul, S. (2015). Nursing Roles for Preventing Preeclampsia. *Kuakarun. Journal of Nursing, 22*(2), 7-19. (in Thai)

Thadakant, S., Pruksacheva, T., & Jaovisidha, A., (2010). Gestational Diabetes and/or Hypertension Toward Themselvesand Their Fetuses. *Ramathibodi Nursing Journal, 16*(2), 185-199. (in Thai)

World Health Organization. (2019). *Trends in Maternal Mortality 2000 to 2017.* Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

Youssef, G. S. (2019). Hypertension in Pregnancy. *European Society of Cardiology, 22*(17), Retrieved from https://www.escardio.org/Journals/E-Journal-of-Cardiology-Practice/Volume-17/hypertension-in-pregnancy

การพัฒนานวัตกรรมหุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขน

Intravenous Venipuncture: New Development in Training on Arm Manikin

ธารินี นนทพุทธ[1*] และ ปฐมามาศ โชติบัณ[1]
Tharinee Nontaput[1*]and Pattamamas Chotiban[1]
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา[1*]
Boromarajonani College of Nursing, Songkhla[1*]

(Received: *April 29, 2021*; Revised: *August 03, 2021*; Accepted: *August 30, 2021*)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานวัตกรรมนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและพัฒนาหุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขน และศึกษาประสิทธิผลของหุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขน ดำเนินการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาความต้องการหุ่นเพื่อใช้ในการฝึกให้สารน้ำบริเวณแขน ขั้นตอนที่ 2 สร้างและพัฒนาหุ่นฝึก ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ ศึกษาแนวคิด ทบทวนวรรณกรรม สร้างชุดหุ่นฝึก ทดลองใช้ และปรับปรุงหุ่นฝึก ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของหุ่นฝึก กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2562 จำนวน 78 คน เครื่องมือวิจัยคือ แบบสอบถามประสิทธิผลของหุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขน ได้ค่า IOC ระหว่าง .67-1.00 และได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .935 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon Sign Ranks test ผลวิจัยพบว่า

1. หุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขน ประกอบด้วย หุ่นแขน 1 ชุด และระบบจ่ายเลือดเทียม ผลิตจากยางธรรมชาติและยางสังเคราะห์ มีลักษณะคล้ายซองแขน ตั้งแต่ปลายนิ้วถึงข้อศอก ซองแขนมี 2 ชั้น คือ แกนด้านในที่มีหลอดเลือดดำเทียมติดตั้งอยู่ และซองหุ้มด้านนอก โดยหุ่นสามารถใช้สวมกับแขนคนจริงได้ เพื่อทำการฝึกหัตถการ สำหรับหลอดเลือดเทียมของหุ่นสามารถเชื่อมต่อระบบเลือดเทียมได้ ทั้งนี้หลอดเลือดเทียมที่ชำรุดจากการใช้งาน สามารถถอดเปลี่ยนใหม่ได้

2. คุณภาพหุ่น ความพึงพอใจ และความมั่นใจของนักศึกษาพยาบาลที่ใช้หุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขน มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าหุ่นเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p<.001$)

ดังนั้นวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลาจึงควรนำหุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขน ไปให้นักศึกษาพยาบาล ฝึกปฏิบัติทั้งในห้องปฏิบัติการพยาบาลและนำกลับไปฝึกที่หอพักด้วยตนเอง ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานจริงบนหอผู้ป่วย เพื่อสร้างความมั่นใจและความถูกต้องในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำบริเวณแขน

คำสำคัญ: นวัตกรรม หุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: tharinee@bcnsk.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 089-6533539)

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

Abstract

The purposes of this research and development were 1) to create and develop an intravenous venipuncture training model on arm manikin, and 2) to evaluate the effectiveness of the training model. Study was divided into three parts: 1) perform need assessment for use of intravenous venipuncture training model on arm manikin, 2) develop arm manikin training model by a) literature review, b) creating the arm manikin, c) running a try-out, and d) improving the arm manikin. Evaluation of arm manikin training model for its effectiveness was done with 78 nursing students in year 2, during academic year 2019. Research tool was a questionnaire with an IOC range between .67 and 1.00, and a Cronbach's alpha coefficient equal to .935. Data were analyzed using Wilcoxon signed ranks test. Results of this study are as follows.

1. The intravenous venipuncture training consists of an arm manikin and artificial blood supply system. It is made from natural rubber and synthetic rubber like a sleeve from the fingertips to the elbow. The sleeve has two layers; the inner part with the installed artificial vein, and the outer part that can be worn on a man's arm for practicing. The artificial blood vessels can be connected with the artificial blood system that can be replaced when it is damaged.

2. In terms of effectiveness, the nursing students' satisfaction and confidence who used the arm manikin were higher after training than before at a statistically significant level ($p<.001$).

Therefore, Boromarajonani college of nursing should provide nursing students the intravenous venipuncture training model on arm manikin in nursing laboratory, and let students bring the arm manikin to their dormitory a certain time before going for practicum at hospital wards. The more they practice, the more confident and accurate in intravenous venipuncture for patients they become.

Keywords: Training Model, Intravenous Venipuncture, Arm Manikin, Nursing Students, Practicum

บทนำ

การจัดการเรียนการสอนในสาขาการพยาบาลศาสตร์ซึ่งถือเป็นสาขาวิชาชีพสาขาหนึ่งที่มุ่งเน้นให้ผู้ที่สำเร็จการศึกษาซึ่งหมายถึงพยาบาลที่จบไปทำงานการพยาบาลต้องมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดหรือผู้ป่วยต้องเกิดความปลอดภัยในทุกขณะที่อยู่ในความดูแลของพยาบาล ซึ่งหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต นักศึกษาพยาบาลต้องฝึกฝนทักษะต่าง ๆ ทางการพยาบาลให้มีความชำนาญก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลจริงบนหอผู้ป่วยเพื่อดูแลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยและมีความสุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยการบริหารจัดการการศึกษาพยาบาลของสถาบันต่าง ๆ ที่ผลิตบัณฑิตพยาบาลได้มีการพัฒนาหลักสูตรมาอย่างต่อเนื่อง เช่นหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559) จัดทำโดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลภาคใต้ สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งสมทบกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ระบุถึงการพัฒนาปรับปรุงหลักสูตร เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลง ให้การพยาบาลมีมาตรฐานเปนที่ยอมรับทั้งภายใน และตางประเทศ และสอดคลองกับกรอบมาตรฐานคุณวุฒิ โดยกำหนดกลยุทธไว้ 4 ข้อ คือ 1) ส่งเสริมใหมีการจัดการเรียนการสอนแบบ Active Learning ให้มากขึ้น 2) พัฒนาทักษะอาจารย์ในการจัดการเรียนการสอนแบบ Active Learning 3) ส่งเสริมให้มีทรัพยากรสนับสนุนการเรียนรูที่เพียงพอ และ 4) ส่งเสริมให้มีการประเมินการจัดการเรียนการสอนที่ตรงกับสภาพจริงให้มากขึ้น (Authentic Assessment) ดังนั้นครูผู้สอนซึ่งต้องรับผิดชอบในการเตรียมความพร้อมให้แก่นักศึกษาพยาบาลทั้งในรายวิชาภาคทฤษฎี ภาคทดลองและภาคปฏิบัติจึงต้องมี

การพัฒนาการจัดรูปแบบการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นการพัฒนาความรู้ และการฝึกทักษะทางการพยาบาลในห้องปฏิบัติการทางการพยาบาลเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลที่จะจบไปเป็นพยาบาลที่สมบูรณ์ได้นั้น จะต้องได้รับการฝึกประสบการณ์เสมือนจริงในขณะเรียนภาคทดลองให้มากที่สุดโดยการฝึกฝนแบบซ้ำ ๆ เพื่อให้เกิดทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่สมบูรณ์สูงสุด ก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติงานจริงบนหอผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยหรือไม่เกิดความผิดพลาดเนื่องมาจากการปฏิบัติทักษะการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยจริง และเป็นการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานของวิชาชีพอย่างถูกต้องและเหมาะสมที่สุดต่อไป

การเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์ ในยุคศตวรรษที่ 21 (Kunavikikul, 2015) ได้กล่าวไว้ว่าผู้สำเร็จการศึกษาพยาบาลต้องได้รับการเตรียมพร้อมสำหรับการปฏิบัติในศตวรรษที่ 21 โดยการศึกษาต้องมีทั้งภาคทฤษฎีที่เหมาะสม ภาคปฏิบัติในห้องทดลองและการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง เพื่อให้เชื่อมโยงกับสภาพการณ์จริงให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ส่วนการสอนแบบสาธิตของครูผู้สอนในสถานการณ์จำลองในห้องปฏิบัติการพยาบาลหรือการศึกษาด้วยตนเอง การสังเกตการณ์การสาธิตของครูผู้สอนอาจทำให้นักศึกษาไม่สามารถเรียนรู้ได้อย่างเต็มที่ตลอดจนการได้สาธิตย้อนกลับทำได้ไม่เต็มที่โดยเฉพาะทักษะการฉีดยาใต้ผิวหนัง การฉีดยาชั้นกล้ามเนื้อ การเจาะเลือด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและการสวนปัสสาวะ ซึ่งเป็นทักษะที่ต้องใช้ความชำนาญจากการฝึกซ้ำเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นฝึกภาคปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเหล่านี้จริงกับผู้รับบริการบนหอผู้ป่วย เมื่อนักศึกษาได้มีการปฏิบัติอาจารย์ผู้สอนยังพบว่านักศึกษาไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างคล่องแคล่วโดยเฉพาะการเจาะเลือดและการเปิดเส้นเลือดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ข้อมูลจากการสอบถามนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 พบว่า มีสาเหตุสำคัญมาจากการฝึกฝนยังไม่เพียงพอ (Bannaasan, 2017) ซึ่งปัญหาที่อาจารย์นิเทศส่วนใหญ่พบอยู่เสมอในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ คือ นักศึกษาปฏิบัติเทคนิคไม่ถูกต้องและขาดความระมัดระวัง จึงทำให้เกิดการบาดเจ็บหรืออักเสบของหลอดเลือด และเพราะการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็นหัตถการทางการพยาบาลอย่างหนึ่งที่มีความสำคัญและมีความถี่ของการปฏิบัติเป็นจำนวนบ่อยครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อเข้ารับการรักษามักจำเป็นต้องได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา รวมทั้งการได้รับยาฉีด การให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดทางหลอดเลือดดำ ซึ่งต้องมีการแทงเข็มเข้าหลอดเลือดดำ ดังนั้นนักศึกษาพยาบาลจึงต้องได้รับการฝึกฝนเพื่อทำการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ จนมีความมั่นใจและปฏิบัติหัตถการเหล่านี้ได้อย่างถูกต้องก่อนขึ้นปฏิบัติงานจริงบนหอผู้ป่วย และเพราะว่าการแทงเข็มเข้าหลอดเลือดดำเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งต่อการเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล ทำให้นักศึกษาต้องพัฒนาความรู้และทักษะเรื่องการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำจนมีความเชี่ยวชาญ ตั้งแต่การเลือกตำแหน่งและเทคนิคการแทงเข็มเข้าหลอดเลือดดำของผู้ป่วย ได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย ดังนั้น การจัดการเรียนการสอนในภาคทฤษฎี ครูผู้สอนต้องให้ผู้เรียนได้รู้ถึงวัตถุประสงค์ในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ วิธีการให้สารน้ำที่ปลอดภัย การส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วยขณะได้รับสารน้ำรวมถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการแทงเข็มเข้าหลอดเลือดดำ โดยครูผู้สอนต้องจัดประสบการณ์เชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีสู่ภาคการฝึกปฏิบัติ เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลทุกคนได้รับประสบการณ์ในการฝึกทักษะตั้งแต่การเลือกหลอดเลือดดำ การแทงเข็มเข้าหลอดเลือดดำ และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำโดยต้องปฏิบัติให้เสมือนการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริงให้มากที่สุด โดยให้นักศึกษาได้ลงมือฝึกปฏิบัติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำกับหุ่นจำลองซึ่งนักศึกษาควรจะได้ฝึกทักษะกับหุ่นจำลองได้ตลอดเวลาเมื่อนักศึกษาต้องการฝึกทักษะเพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดทักษะ (Psychomotor) และความชำนาญในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

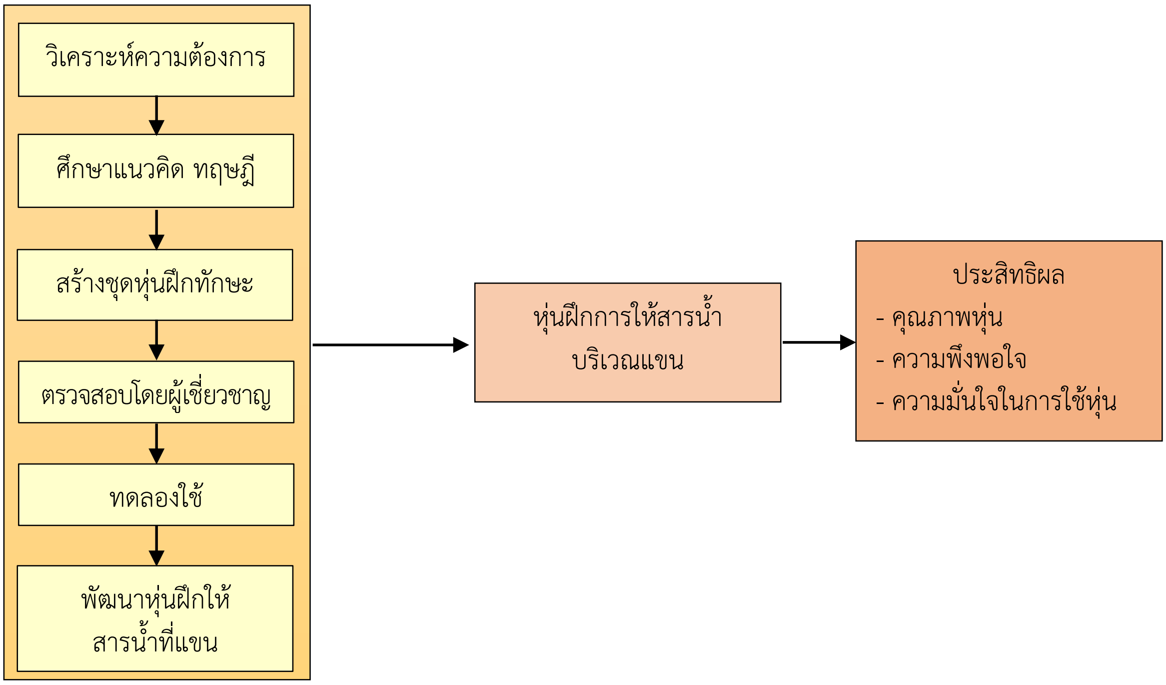
ผู้วิจัยจึงพัฒนานวัตกรรมหุ่นฝึกการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำบริเวณแขน เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลได้ฝึกประสบการณ์เสมือนจริงก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย เพราะ ในปัจจุบันหุ่นที่ใช้สำหรับสอนฝึกทักษะการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็นหุ่นมือที่มีรูปร่าง ลักษณะหลอดเลือดดำและสีผิวไม่เหมือนจริงและบางครั้งครูผู้สอนเลือกใช้หุ่นเต็มตัวให้นักศึกษาหาตำแหน่งบริเวณแขนโดยไม่มีน้ำที่มีสีแดงแทนเลือดไหลย้อนออกมาให้เห็นเมื่อแทงเข็มเข้าหลอดเลือดดำถูกตำแหน่ง ซึ่งจากการสังเกตของผู้วิจัยซึ่งเป็นครูผู้สอนในภาคปฏิบัติ พบว่า นักศึกษา

มีความลังเลในการแทงเข็มเข้าหลอดเลือดดำ มีความสงสัยว่าจะตรวจสอบได้อย่างไรว่าตำแหน่งการแทงเข็มเข้าหลอดเลือดดำถูกต้องหรือไม่ และสามารถปฏิบัติขั้นตอนต่อไปได้หรือไม่ นอกจากนั้นการจัดซื้อหุ่นมาเพื่อฝึกปฏิบัติหัตถการมีราคาแพง จึงมีข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณและการบริหารจำนวนหุ่นให้เพียงพอกับจำนวนนักศึกษาพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงคิดพัฒนาสื่อการสอนเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลได้รับประสบการณ์ในการฝึกทักษะการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเสมือนจริง เพื่อให้หุ่นแขนสามารถสวมได้ที่มือคนจริงซึ่งผู้วิจัยคาดหวังว่านักศึกษาจะได้พูดคุยได้เสมือนปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย และการวางลักษณะหลอดเลือดดำ สีผิวและมีระบบไหลเวียนเลือดเสมือนกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของมนุษย์ เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลฝึกปฏิบัติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำกับนวัตกรรมหุ่นฝึกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งการลงมือปฏิบัติจริงทำให้ผู้เรียนเกิดการจดจำได้นานขึ้น นอกจากนั้น การลงมือปฏิบัติกับหุ่นจำลองที่มีลักษณะเสมือนจริง และนักศึกษาสามารถประเมินได้ด้วยตนเองว่าแทงเข็มถูกตำแหน่งจากการมีน้ำเสมือนเลือดไหลย้อนกลับมา ซึ่งช่วยส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ของผู้เรียนได้ดีขึ้น และเกิดความพึงพอใจจากผลสำเร็จในการฝึกปฏิบัติของผู้เรียนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการหุ่นเพื่อใช้ในการฝึกให้สารน้ำบริเวณแขน
2. เพื่อสร้างและพัฒนาหุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขน
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของหุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขน

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม (Innovation Research and Development) ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาความต้องการหุ่นเพื่อใช้ในการฝึกให้สารน้ำบริเวณแขน

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ความต้องการของอาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล โดยการสอบถามสนทนาในกลุ่มย่อย พบว่าผู้ให้ข้อมูลต้องการ หุ่นฝึกฯที่มีความสะดวกในการใช้งาน เคลื่อนย้ายได้ง่าย ไม่เปื่อยยุ่ย มีความทนทาน และสวยงาม มีกายวิภาคใกล้เคียงกับของจริง มีเส้นเลือดชัดเจน มีความตึงของผิวหนังเทียมใกล้เคียงผิวหนังคนจริง และมีเลือดเทียมไหลออกมาเมื่อฝึกการแทงเข็มเข้าเส้นเลือด เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 สร้างและพัฒนาหุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขน ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และผู้เชี่ยวชาญ

ทีมผู้วิจัย ประชุมปรึกษาเพื่อสร้างหุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขน โดยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านปฏิบัติการพยาบาลจากโรงพยาบาล อาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญการผลิตหุ่นทางการแพทย์จากวัสดุยางพารา แล้วจึงสร้างเบ้าหุ่นตามคุณสมบัติที่กำหนด

ภาพ 2 เบ้าหุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขน

2. สร้างชุดหุ่นฝึกทักษะ

หลังจากจัดทำเบ้าหุ่นและส่วนประกอบหุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขน ตามคุณสมบัติที่กำหนดแล้วในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการผลิตหุ่นทางการแพทย์จากวัสดุยางพารา เพื่อสร้างหุ่นฝึกดังกล่าวในระยะที่ 1

ภาพ 3 หุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขน ในระยะที่ 1

3. ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ

ทีมผู้วิจัยจัดวิพากษ์หุ่นฝึกโดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านปฏิบัติการพยาบาลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน อาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านช่าง ผู้เชี่ยวชาญการผลิตหุ่นทางการแพทย์จากวัสดุยางพารา และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4 ผลการวิพากษ์พบว่าลักษณะหุ่นควรมาวางบนแขนจริงเพื่อให้เห็นว่าตำแหน่งการให้สารน้ำอยู่ที่แขนจริง เส้นเลือดที่แขนต้องไม่ชัดเกินไป สามารถถอดเข้าถอดออกตามขนาดของแขนได้ และนำไปฝึกปฏิบัติบนหอพักได้

ภาพ 4 การตรวจสอบหุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขนจากผู้เชี่ยวชาญ

4. ทดลองใช้

หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาหุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขน แล้วจึงให้นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา จำนวน 15 คน ทดลองใช้แล้วตอบแบบสอบถาม โดยครอบคลุมหัวข้อความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อนักศึกษาเห็นว่าหุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขน มีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อนักศึกษา ร้อยละ 100 และผู้เชี่ยวชาญมีความพึงพอใจค่าเฉลี่ย 4.55 (จากคะแนนเต็ม 5) พบว่านอกจากนี้ได้นำข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพในประเด็นว่าจะรู้ได้อย่างไรว่าสารน้ำออกมา สารน้ำที่ออกมาต้องเลอะเทอะขณะฝึกปฏิบัติ หากเส้นเลือดเทียมแตก เปื่อยยุ่ยจะเปลี่ยนอย่างไร และควรเพิ่มความเข้มของสีผิวหนังเทียมให้เสมือนจริง

ภาพ 5 หุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขน

5. พัฒนาหุ่นฝึก

ภายหลังการทดลองใช้แล้วผู้วิจัยได้พัฒนาหุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขน ต่อโดยได้ปรับปรุงและพัฒนาตามข้อควรปรับปรุงแล้วจึงให้ผู้เชี่ยวชาญชุดที่ 2 ตรวจสอบให้เสนอแนะแล้วจึงนำไปแก้ไขปรังปรุงทั้งลักษณะภายนอก ลักษณะภายใน การผลิตกระเป๋าใส่หุ่นฝึก เพื่อความสวยงามและมีรูปลักษณ์ภายนอกที่น่าใช้มากขึ้นสามารถให้นักศึกษานำไปฝึกปฏิบัติบนหอพักได้

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของหุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขน

ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของหุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขน ด้านคุณภาพหุ่น, ความพึงพอใจ และความมั่นใจของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างการใช้หุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขนแบบใหม่ กับหุ่นฝึกฯแบบเดิม โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดสองครั้ง มีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ นักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2562 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา จำนวน 78 คน ทั้งนี้เนื่องจากการวิจัยดังกล่าวเป็นการวิจัยที่ทำควบคู่ไปกับการจัดการเรียนการสอนตามตารางการสอนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ภาค

การศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2562 จึงไม่สามารถกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาวิจัยเพียงบางส่วนจากประชากรทั้งหมดได้ จึงจำเป็นต้องให้ประชากรเป็นกลุ่มตัวอย่าง แต่เนื่องจากมีนักศึกษา 10 คน ให้ข้อมูลไม่สมบูรณ์จึงตัดออกเหลือกลุ่มตัวอย่าง 68 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ หุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามประสิทธิผลของการใช้หุ่นฝึก ที่ผู้วิจัยสร้างเอง ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณภาพในการนำไปใช้ จำนวน 4 ข้อ ด้านความพึงพอใจต่อการใช้หุ่น จำนวน 5 ข้อ และด้านความมั่นใจในตนเองต่อการใช้หุ่น จำนวน 7 ข้อ รวมทั้งสิ้น 16 ข้อลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามพิจารณาเลือกตอบเพียง 1 ระดับ โดยข้อคำถามเป็นเชิงบวกทุกข้อให้คะแนนจากคะแนนเต็ม 5 หมายถึงปฏิบัติทุกวันถึงคะแนนน้อยที่สุด 1 คะแนน หมายถึงไม่ปฏิบัติเลย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน โดยเป็นอาจารย์พยาบาล 1 คน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 คน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งใช้วิธีหาดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective-Item Congruence; IOC) ด้วยการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งข้อคำถามแต่ละข้อจะต้องมีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และมีความเหมาะสมต่อการนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้หากการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิพบว่ามีข้อคำถามบางข้อต้องแก้ไขปรับปรุงเพื่อให้เป็นไปตามบริบทของพื้นที่ ผู้วิจัยจะดำเนินการแก้ไข ปรับปรุงก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 มาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2562 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .907

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

2. กระบวนการสร้างหุ่น ผู้วิจัยติดต่อผู้เชี่ยวชาญด้านการผลิตหุ่นทางการแพทย์จากวัสดุยางพารา เพื่อสร้างเบ้าหุ่นและส่วนประกอบของหุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขน โดยผู้วิจัยอธิบายความต้องการหุ่นฝึกฯ ตามคุณสมบัติที่ผ่านการวิเคราะห์ความต้องการของผู้ใช้หุ่น เช่นหุ่นแขนควรมีสีผิว ความยืดหยุ่น มีระบบเส้นเลือดเสมือนคนจริง ใช้สวมแขนขณะฝึกฯได้ และผู้วิจัยได้จัดให้มีการวิพากษ์หุ่นฝึกฯต้นแบบ โดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านปฏิบัติการพยาบาลจากโรงพยาบาล อาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านช่าง ผู้เชี่ยวชาญการผลิตหุ่นทางการแพทย์ และนักศึกษาพยาบาล และนำผลการวิพากษ์ไปพัฒนาหุ่นฝึกฯ ก่อนการนำมาทดลองใช้โดยนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 จำนวน 15 คน และตอบแบบประเมินภายหลังการทดลองใช้ ต่อจากนั้นผู้วิจัยได้พัฒนา ปรับปรุงหุ่นฝึกฯ ตามข้อควรปรับปรุง รวมถึงได้มีการติดตามความก้าวหน้าในการผลิตและตรวจสอบความถูกต้อง การส่งมอบหุ่นฝึกฯตามระยะเวลาการผลิตและตามจำนวนที่ต้องการ

3. ผู้วิจัยอธิบายลักษณะงานวิจัย ขั้นตอนการวิจัย วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมและการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง และตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม

4. ผู้วิจัยอธิบายลักษณะและวิธีการใช้หุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขน และวิธีการใช้หุ่นแบบเดิมให้นักศึกษาเข้าใจก่อนการทดลอง

ขั้นทดลอง

5. ให้นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2562 ฝึกให้สารน้ำที่แขนในหุ่นเดิมที่ทางวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา มีอยู่เพื่อใช้ในการเรียนการสอน ซึ่งเป็นชนิดหุ่นเต็มตัวในห้องปฏิบัติการให้ฝึกแทงเข็มที่บริเวณแขนที่มีลักษณะหรือตำแหน่งเส้นเลือดแต่ไม่มีระบบจำลองการไหลเวียนเลือด เมื่อแทงเข็มเข้าไปจะไม่มีเลือดไหลย้อนออกมาแต่ทำให้นักศึกษาได้ฝึกการจับเข็ม การถอดเข็มเหล็กที่ใช้นำเส้นและการติดพลาสเตอร์ที่ถูกต้องได้ โดยปฏิบัติเพียง 1 ครั้งต่อนักศึกษา 1 คน จากนั้นให้นักศึกษาทำแบบประเมินประสิทธิผลการใช้หุ่นแบบเดิม

6. ให้นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2562 ฝึกกับนวัตกรรมหุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขน โดยปฏิบัติเพียง 1 ครั้งต่อนักศึกษา 1คน จากนั้นให้นักศึกษาทำแบบประเมินประสิทธิผลการใช้นวัตกรรมหุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขน

ขั้นหลังการทดลอง

7. กรณีนักศึกษามีความต้องการที่จะฝึกใช้หุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขนอีกครั้ง ผู้วิจัยให้นักศึกษาฝึกจนเกิดความมั่นใจและพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เปรียบเทียบคุณภาพ ความพึงพอใจและความมั่นใจของนักศึกษาพยาบาลระหว่างการใช้หุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขนกับหุ่นเดิม โดยใช้สถิติ Wilcoxon Sign Ranks test

ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์สถิติ Paired t-test ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) โดยการทดสอบข้อมูลว่ามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) หรือไม่โดยพิจารณาจากสถิติ Kolmogorov-smirnov พบว่าข้อมูลไม่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (*p-value*= <.001) (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010)

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ได้เลขจริยธรรมหมายเลข BCNSK 5/2562 ลงวันที่ 22 ตุลาคม 2562

ผลการวิจัย

1. ความต้องการหุ่นเพื่อใช้ในการฝึกให้สารน้ำบริเวณแขนพบว่าผู้ให้ข้อมูลต้องการ หุ่นฝึกฯที่มีความสะดวกในการใช้งาน เคลื่อนย้ายได้ง่าย ไม่เปื่อยยุ่ย มีความทนทาน และสวยงาม มีกายวิภาคใกล้เคียงกับของจริง มีเส้นเลือดชัดเจน มีความตึงของผิวหนังเทียมใกล้เคียงผิวหนังคนจริง และมีเลือดเทียมไหลออกมา

2. หุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขน ประกอบด้วย หุ่นแขน 1 ชุด และระบบจ่ายเลือดเทียม ผลิตจากยางธรรมชาติและยางสังเคราะห์ มีลักษณะคล้ายซองแขน ตั้งแต่ปลายนิ้วถึงข้อศอก ซองแขนมี 2 ชั้น คือ แกนด้านในที่มีหลอดเลือดดำเทียมติดตั้งอยู่ และซองหุ้มด้านนอก โดยหุ่นสามารถใช้สวมกับแขนนักศึกษาพยาบาลได้ เพื่อทำการฝึกหัตการ สำหรับหลอดเลือดเทียมของหุ่นสามารถเชื่อมต่อระบบเลือดเทียมได้ ทั้งนี้หลอดเลือดเทียมที่ชำรุดจากการใช้งาน สามารถถอดเปลี่ยนใหม่ได้

ภาพ 6 หุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขนที่สมบูรณ์แล้ว

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ประสิทธิผลของหุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขน จำแนกรายข้อ

ประสิทธิผล	หุ่นเดิม		หุ่นให้สารน้ำใหม่	
	M	*SD*	*M*	*SD*
คุณภาพหุ่น				
1. ความเหมาะสมของวัสดุที่ใช้ในการผลิตหุ่น	3.41	1.40	4.32	0.68
2. ความประณีต สวยงาม	3.29	1.32	4.31	0.70
3. ความสมบูรณ์ของโครงสร้างตามหลักกายวิภาค	3.35	1.30	4.12	0.68
4. ความเหมือนจริงของรูปร่าง ลักษณะสี	3.41	1.21	4.19	0.65
ความพึงพอใจ				
5. การใช้หุ่นฝึกมีประโยชน์และมีประสิทธิผลในการฝึกทักษะการให้สารน้ำบริเวณแขน	3.62	1.52	4.46	0.56
6. การใช้หุ่นช่วยส่งเสริมการเรียนรู้	3.50	1.44	4.59	0.53
7. ความสนุกกับการใช้หุ่น	3.41	1.41	4.34	0.70
8. ความเหมาะสมหุ่นของฝึกกับการเรียน	3.57	1.42	4.46	0.61
9. ความพึงพอใจต่อการใช้หุ่นในภาพรวม	3.41	1.41	4.37	0.57
ความมั่นใจในตนเองต่อการใช้หุ่น				
10. ความสามารถใช้หุ่นนี้โดยไม่กลัวว่าจะเสียหาย	3.44	1.40	4.24	0.74
11. ความมั่นใจต่อเรียนรู้เนื้อหาการให้สารน้ำบริเวณแขนได้จริงผ่านการใช้หุ่น	3.51	1.22	4.37	0.57
12. ความมั่นใจต่อการใช้หุ่นช่วยให้การปฏิบัติทำได้ครอบคลุมเนื้อหาที่สำคัญและจำเป็นของการให้สารน้ำบริเวณแขน	3.46	1.25	4.34	0.56
13. ความมั่นใจต่อการได้รับการพัฒนาทักษะการให้สารน้ำบริเวณแขนได้มากขึ้นหลังการใช้หุ่น	3.51	1.33	4.35	0.54
14. ความมั่นใจต่อความต้องการใช้หุ่นฝึกนี้อีกในครั้งต่อไป เมื่อได้ทดลองใช้หุ่นฝึกครั้งแรกแล้ว	3.47	1.43	4.47	0.50
15. ความมั่นใจเมื่อปฏิบัติการให้สารน้ำบริเวณแขนในผู้ป่วยจริงจะปฏิบัติได้อย่างสมบูรณ์	3.46	1.37	4.41	0.60
16. ความมั่นใจต่อการใช้หุ่นในภาพรวม	3.53	1.38	4.22	0.73

ตาราง 2 เปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างการใช้หุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขนกับหุ่นเดิม

ประสิทธิผล	*n*	หุ่นเดิม		หุ่นให้สารน้ำใหม่		*t*	*p-value*
		M	*SD*	*M*	*SD*		*(1-tailed)*
คุณภาพหุ่น	68	3.37	1.23	4.23	0.56	-4.776	<.001
ความพึงพอใจหุ่น	68	3.50	1.38	4.44	0.47	-4.817	<.001
ความมั่นใจในการใช้หุ่น	68	3.48	1.28	4.35	0.44	-4.431	<.001
ภาพรวม	**68**	**3.46**	**1.28**	**4.35**	**0.43**	**-4.744**	**<.001**

3. ผลการเปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรมหุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขนหรือหุ่นแบบใหม่กับหุ่นแบบเดิม

จากตาราง 1 ประสิทธิผลของหุ่นเดิมข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ การใช้หุ่นฝึกมีประโยชน์และมีประสิทธิผลในการฝึกทักษะการให้สารน้ำบริเวณแขน (*M*=3.62, *SD*=1.52) รองลงมาคือ ความเหมาะสมหุ่นของฝึกกับการเรียน (*M*=3.57, *SD*=1.42) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ความประณีต สวยงาม (*M*=3.29, *SD*=1.32) สำหรับหุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขน ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ การใช้หุ่นช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ (*M*=4.59, *SD*=0.53) รองลงมาคือ ความมั่นใจต่อความต้องการใช้หุ่นฝึกนี้อีกในครั้งต่อไป เมื่อได้ทดลองใช้หุ่นฝึกครั้งแรกแล้ว (*M*=4.47, *SD*=0.50) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ความสมบูรณ์ของโครงสร้างตามหลักกายวิภาค (*M*=4.12, *SD*=0.68)

จากตาราง 2 พบว่าคุณภาพหุ่น ความพึงพอใจ และความมั่นใจของนักศึกษาพยาบาลที่ใช้หุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขน มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าหุ่นเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p<.001$)

อภิปรายผล

1. ความต้องการหุ่นเพื่อใช้ในการฝึกให้สารน้ำบริเวณแขนประกอบด้วย หุ่นจำลองเฉพาะส่วนแขน เพื่อให้มีความสะดวกในการเคลื่อนย้ายและการนำไปฝึกทักษะด้วยตนเอง มีลักษณะเป็นซองแขน มี 2 ชั้น โดยชั้นด้านในมีการจำลองหลอดเลือดดำเทียมบริเวณแขน เพื่อใช้ฝึกการแทงเข็มให้สารน้ำซึ่งสามารถเลือกแทงเส้นเลือดได้หลายตำแหน่ง ตั้งแต่บริเวณหลังมือจนถึงข้อพับแขน และทำซองแขนชั้นด้านนอกให้สามารถใช้สวมกับแขนคนจริงได้ เพื่อให้ได้ความรู้สึกเสมือนจริงหรือได้พูดคุยขณะปฏิบัติการเสมือนให้สารน้ำที่แขนผู้ป่วยจริง และการทำซองแขนหุ้มด้านนอกเพื่อให้ถอดเปลี่ยนใหม่ได้ เมื่อมีหลอดเลือดเทียมชำรุดจากการใช้ ช่วยให้ยืดอายุการใช้งานของหุ่นที่สามารถซ่อมใช้งานได้ต่อไป

2. หุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขนที่ได้จากการพัฒนาประกอบด้วย นวัตกรรมหุ่นฝึกให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่ผลิตมาจากส่วนประกอบของวัสดุราคาประหยัดและมีลักษณะทางกายวิภาคศาสตร์ของแขนมนุษย์ โดยมีวางระบบการไหลเวียนเลือดตามหลักธรรมชาติของแรงโน้มถ่วง และนำมาใช้สวมแขนคนจริงได้ ทำให้สามารถลดต้นทุนในการสั่งซื้อหุ่นได้มาก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา การใช้นวัตกรรมหุ่นแขนในการฝึกหัตถการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำของนักศึกษาพยาบาล (Choeychom, & Rujiwatthanakorn, 2015) พบว่า การพัฒนานวัตกรรมหุ่นแขนให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำต้นแบบโดยมีส่วนประกอบของวัสดุที่ไม่ใช้แล้วในห้องปฏิบัติการวัสดุราคาประหยัดทำให้สามารถลดต้นทุนในการผลิตได้มาก จึงผลิตนวัตกรรมหุ่นแขนฯได้จำนวนเพียงพอต่อจำนวนนักศึกษาในการใช้ฝึกปฏิบัติหัตถการ ซึ่งนวัตกรรมหุ่นฝึกฯมีต้นทุนในการผลิตพร้อมวัสดุสำรองไว้สำหรับเปลี่ยนเมื่อมีการชำรุด ประมาณตัวละแปดพันบาทในขณะที่การสั่งจัดซื้อหุ่นแขนให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำจากองค์กรภายนอก ประมาณตัวละเกือบสี่หมื่นบาท ซึ่งเป็นข้อมูลจากใบเสนอราคาหุ่นจำลองแขนสำหรับให้น้ำเกลือและฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำของบริษัทแห่งหนึ่ง ทำให้ประหยัดงบประมาณได้ ประมาณตัวละสามหมื่นบาท ซึ่งสอดคล้องกับการประหยัด เรียบง่าย แต่เกิดประโยชน์สูงสุดตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง

3. ประสิทธิผลของการใช้นวัตกรรมหุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขนหรือหุ่นแบบใหม่มีค่าคะแนนการประเมินมากกว่าหุ่นฝึกแบบเดิมที่มีการใช้อยู่ในปัจจุบัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในภาพรวมและรายด้าน ซึ่งผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าผลการศึกษาในภาพรวมน่าจะมีผลลัพธ์มาจากครูผู้สอนที่คิดวางแผนโดยเห็นความสำคัญของการพัฒนาสื่อหลักคือหุ่นช่วยฝึกทักษะฯการให้สารน้ำ เพื่อให้ผู้เรียนได้เรียนรู้เสมือนจริงให้มากที่สุดจากสถานการณ์จำลอง โดยใช้นวัตกรรมหุ่นฝึก ให้ผู้เรียนได้ฝึกการแทงเข็มเข้าหลอดเลือดดำและให้ประเมินได้ด้วยตนเองว่าแทงเข็มเข้าหลอดเลือดดำได้สำเร็จจากการสังเกตว่ามีเลือดไหลย้อนกลับออกมาซึ่งจะส่งผลให้เกิดการจดจำขั้นตอนได้ดียิ่งขึ้นจนสามารถปฏิบัติได้ตามผลของคะแนนประเมินคุณภาพการใช้นวัตกรรมหุ่นฝึกฯสูงกว่าหุ่นแบบเดิม โดยมีความสอดคล้องกับการศึกษา เรื่องการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลโดยใช้การเรียนรู้ด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Wadyim, Wangchom, & Mano, 2017) ซึ่งสรุปผลว่าการจัดการเรียนการสอนด้วยสื่อ e-Learning ที่จะประสบความสำเร็จนั้นผู้สอนควรมีการออกแบบการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้ได้บทเรียนที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับผู้เรียน ดังนั้นการที่ผู้สอนเลือกใช้นวัตกรรมหุ่นที่มีความเสมือนจริงเพื่อช่วยให้ผู้เรียนได้สามารถฝึกทักษะการแทงเข็มให้สารน้ำและฝึกบ่อยครั้งจนเกิดเป็นความชำนาญเทียบเคียงได้เสมือนผู้เรียนได้ปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง และด้วยนวัตกรรมหุ่นฝึกมีขนาดไม่ใหญ่หรือไม่ใช่หุ่นเต็มตัวจึงสามารถนำไปฝึกปฏิบัติหลายครั้งได้จนเกิดความมั่นใจก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติบนคลินิกกับผู้ป่วยจริง และการได้สวมที่แขนคนจริงทุกครั้งก่อนการฝึกจึงช่วยให้เกิดความตระหนักถึงความปลอดภัยและความสุขสบายของผู้ป่วยได้ จึงเหมาะต่อการนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนเมื่อพิจารณาในแต่ละด้านดังนี้

ด้านคุณภาพในการนำไปใช้ของนวัตกรรมหุ่นฝึกฯเนื่องจากผู้วิจัยใช้หลักการกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาในการพัฒนานวัตกรรมหุ่นฝึกให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ดังนั้นคุณลักษณะของนวัตกรรมหุ่นฝึกฯ ที่มีรูปร่างตั้งแต่แขนถึงเลยข้อศอก สีของผิวหนัง รูปร่างเส้นเลือด และการไหลของเลือดคล้ายกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของมนุษย์ จึงมีคุณภาพด้านความเสมือนจริงกว่าหุ่นแบบเดิม

ด้านความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมหุ่นฝึกฯในการแทงเข็มให้สารน้ำ มีค่าคะแนนความพึงพอใจมากกว่าหุ่นแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งนวัตกรรมหุ่นฝึกฯสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้เรียน ในความเหมือนทางกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา การใช้สวมแขนมนุษย์ได้ของนวัตกรรมหุ่นฝึกฯ ทำให้ผู้เรียนเกิดทักษะการเรียนรู้ได้จริงในการสื่อสารพูดคุยกับผู้ป่วยในขณะปฏิบัติการต่างๆตามขั้นตอนในการฝึกทักษะ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Lertlum, Tanasansutee, Panawatthanapisuit, & Bumrungsri, 2019) ได้ทำการประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 จำนวน 136 คน วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนก่อน - หลังการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation Based Learning: SBl) ผลการวิจัยพบว่า เมื่อจัดให้มีการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ผู้เรียนมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการพยาบาลหลังการเรียนรู้ด้วย SBL สูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (t=18.09) เช่นเดียวกับการสอนโดยใช้หุ่นที่มีความเสมือนจริงทำให้ผู้เรียนสามารถฝึกทักษะการแทงเข็มเพื่อให้สารน้ำ จนเกิดความชำนาญเสมือนปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง สามารถฝึกปฏิบัติหลายครั้งได้จนเกิดความมั่นใจก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติบนคลินิกกับผู้ป่วยจริง มีความตระหนักถึงความปลอดภัยและความสุขสบายของผู้ป่วย นวัตกรรมหุ่นฯที่พัฒนาขึ้นนี้จึงมีค่าคะแนนความพึงพอใจจากผู้ใช้มากกว่าหุ่นแบบเดิม

ด้านความมั่นใจในตนเองต่อการใช้นวัตกรรมหุ่นฝึกฯในการแทงเข็มให้สารน้ำ มีค่าคะแนนความมั่นใจมากกว่าหุ่นแบบเดิม ซึ่งกระบวนการวางแผนพัฒนาสื่อการสอนช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดทักษะจากประสบการณ์เสมือนจริง ผู้เรียนเกิดทักษะในการแทงหลอดเลือดดำถูกตำแหน่ง ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการตอบสนองความต้องการฝึกประสบการณ์ที่มีความคล้ายกับผู้ป่วยจริง ซึ่งผู้วิจัยพบว่าเมื่อนักศึกษาเกิดความมั่นใจเมื่อแทงเข็มเข้าหลอดเลือดดำได้ประสบความสำเร็จ โดยการเห็นการไหลย้อนของเลือดในขณะแทงเข็มให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทำให้เกิดความมั่นใจและทำให้เกิดความต้องการที่จะฝึกซ้ำ ๆ เพื่อให้เกิดความชำนาญ ตามการพัฒนานวัตกรรมหุ่นฝึกฯให้มีลักษณะเหมือนจริง ทั้งรูปร่าง ลักษณะหลอดเลือด และการไหลย้อนของเลือดขณะแทงเข็มเข้าหลอดเลือดดำ ช่วยทำให้เกิดความมั่นใจมากขึ้นในการฝึกทักษะ กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมว่า

การที่หุ่นมีเลือดสีแดง และมีเลือดไหลย้อนเมื่อแทงเข็มเข้าหลอดเลือดดำคล้ายผู้ป่วยจริง ทำให้พวกเขาพยายามปฏิบัติหัตถการด้วยความระมัดระวังและถูกต้องตามขั้นตอน และการที่หุ่นสามารถสวมแขนเพื่อนๆแทนเสมือนการให้สารน้ำในผู้ป่วยจึงพูดแนะนำหรือบอกสิ่งต่างๆได้ดีกว่าการพูดกับหุ่นที่โต้ตอบไม่ได้ซึ่งตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ที่ต้องการให้ผู้เรียนได้ฝึกปฏิบัติกับสถานการณ์เสมือนจริงผ่านนวัตกรรมหุ่นฝึกฯ จนเกิดทักษะที่ถูกต้องก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย สอดคล้องกับหลักจริยธรรมในทฤษฎีจริยศาสตร์ ได้แก่ หลักการไม่ทำอันตราย และปฏิบัติตามมาตรฐานการปฏิบัติพยาบาลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ซึ่งพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างถูกต้องและปลอดภัย

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อคิดเห็นว่า คุณลักษณะของนวัตกรรมหุ่นฝึกฯที่มีเลือดไหลย้อนเมื่อแทงเข็มเข้าหลอดเลือดดำช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ ความพร้อมในการปฏิบัติงานจริงให้แก่นักศึกษา และต้องการให้มีนวัตกรรมหุ่นฝึกฯในลักษณะเดียวกันนี้ให้มีจำนวนเพียงพอมากกว่านี้ ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ นำไปสู่การพัฒนาคุณลักษณะและประสิทธิภาพของนวัตกรรมหุ่นและพิจารณาสั่งผลิตเพื่อนำมาใช้ฝึกหัตถการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำของนักศึกษาต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

ดังนั้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา จึงควรนำหุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขน ไปให้นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ฝึกปฏิบัติทั้งในห้องปฏิบัติการพยาบาลและนำกลับไปฝึกที่หอพักด้วยตนเอง ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานจริงบนหอผู้ป่วย เพื่อสร้างความมั่นใจและความถูกต้องในการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำบริเวณแขนได้อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาหุ่นฝึกการให้สารน้ำบริเวณแขนโดยเพิ่มความสมบูรณ์ของโครงสร้างตามหลักกายวิภาค
2. ควรมีการทดลองเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้หุ่นเดิม และกลุ่มที่ใช้หุ่นนำช่วยฝึกการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง

References

Bannaasan, B. (2017). Portable Adult Arm Model for Nursing Students' Venipuncture and Peripheral Intravenous Cannulation Practice. *Thai Journal of Nursing Council, 32*(3), 38-49. (In Thai)

Choeychom, S., & Rujiwatthanakorn, D. (2015). The Use of Manikin Innovation in the Training of Aqueous Solution in the Veins of Nursing Students. *Ramathibodi nursing journal, 21*(3), 395-407. (In Thai)

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J. & Anderson, R. E., (2010). *Multivariate Data Analysis (7th ed.).* NJ: Prentice Hall.

Kunavikikul, W. (2015). Teaching and Learning in the Discipline of Nursing in the 21st Century. *Nursing Journal*, *42*(2), 152-156. (In Thai)

Lertlum, L., Tanasansutee, Ch., Panawatthanapisuit, S., & Bumrungsri, Ch. (2019). Development of a Simulation-Based Learning Model. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 6*(Special), 43-58. (In Thai)

Wadyim, N., Wangchom, S., & Mano, A. (2017). Teaching And Learning Management In Nursing Using Electronic Learning. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, *33*(3), 146-157. (In Thai)

คุณสมบัติในการวัดทางจิตของแบบประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุ ฉบับสั้นภาษาไทย

Thai Geriatric Anxiety Scale: Psychometric Properties of the Ten-item Short Form (Thai GAS-10)

สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม[1*], แสงเดือน พรมแก้วงาม[1], สุทธิลักษณ์ จันทะวัง[1], อัมภิชา นาไวย์[2], วราภรณ์ ยศทวี[3]
Sutthida Phongphanngam[1*], Saengduean Phromkaewngam[1], Sutthilak Chantawang[1], Amphicha Nawai[2], Waraporn Yottavee[3]
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา[1*], วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่[2], วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์[3]
School of Nursing, University of Phayao[1*], Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai[2], Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit[3]

(Received: *May 02, 2021*; Revised: *August 11, 2021*; Accepted: *September 06, 2021*)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบคุณสมบัติในการวัดทางจิตของแบบประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้นภาษาไทย (Thai Geriatric Anxiety Scale Ten-Item Short Form: Thai GAS-10) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนจำนวน 330 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มตำบล หมู่บ้าน แบบหลายขั้นตอนและสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากแบบไม่คืนที่ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมิน Thai GAS-10 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์คุณสมบัติของแบบประเมิน Thai GAS-10 โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน เพื่อทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง และค่าความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ผลการวิจัยพบว่า

ผลการทดสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตของแบบประเมิน Thai GAS-10 มีค่าความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .80 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงโครงสร้างโดยสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบพีซีเอและการหมุนแกนองค์ประกอบด้วยวิธีไวราแมกซ์ พบว่า แบบประเมิน Thai GAS-10 ประกอบไปด้วย 2 องค์ประกอบที่มีค่าไอเกนมากกว่า 1 โดยองค์ประกอบที่ 1 อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 38.05 และองค์ประกอบที่ 2 อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 11.15 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพบว่าโมเดล 2 องค์ประกอบที่ได้มาจากวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบพีซีเอได้ค่า $p > .05$ ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนได้เท่ากับ .976 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้วได้เท่ากับ .955 และดัชนีวัดระดับความกลมกลืนเปรียบเทียบได้เท่ากับ .992 ค่ารากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของเศษเหลือในรูปคะแนนมาตรฐานได้เท่ากับ .035 และค่ารากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนโดยประมาณได้เท่ากับ .034 แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับดี

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า แบบประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้นภาษาไทย (Thai GAS-10) มีคุณสมบัติการประเมินภาวะวิตกกังวลในระดับดีและเหมาะสมกับผู้สูงอายุไทย

คำสำคัญ: การทดสอบคุณสมบัติ, ความวิตกกังวล, แบบประเมินภาวะวิตกกังวล, ผู้สูงอายุไทย

*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding e-mail: sutthidap.up@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 091-0682995)

Abstract

The purpose of this study was to examine the psychometric properties of the ten-item short form of Thai Geriatric Anxiety Scale (Thai GAS-10). Participants were 330 community-dwelling older adults living in community. Multi-stage random sampling was used to select districts and villages. Participants were recruited using simple random sampling without replacement. A demographic questionnaire, and the Thai GAS-10 were used to collect data. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, range, mean, and standard deviation. Principle component analysis (PCA) and confirmatory factor analysis (CFA) were used to evaluate construct validity of Thai GAS-10. Cronbach's alpha coefficient was also used in order to determine internal consistency of Thai GAS-10.

The results from PCA with Varimax revealed that the Thai GAS-10 had two components with eigenvalues exceeding 1, explaining 38.05% and 11.15% of the variance, respectively. CFA was in support of 2-factor model of Thai GAS-10 (p>.05), goodness of fit (index=.976), adjusted goodness of fit (index=.955), comparative fit (index=.992), standardized root mean square (residual=.035), and root mean square error (approximation=.034), which all together indicated a good model fit.

These results suggest that Thai GAS-10 is at a good level and suitable for the Thai elderly anxiety assessment.

Keywords: Psychometric Properties, Anxiety, Anxiety Scale, Thai Older Adults

บทนำ

ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ร้อยละ 9.6-43 รายงานว่าตนมีความวิตกกังวล (Curran, Rosato, Ferry, & Leavey, 2020; de Sousa , Rodrigues, Gregório, Branco, Gouveia, Canhão et al, 2017; Holmes, Esterlis, Mazure, Lim, Ames, Rainey-Smith et al, 2018; Thapa, Visentin, Kornhaber, & Cleary, 2020) ผลจากการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า 12 ปี ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน จำนวน 1,711 คน ของซางและคณะ (Zhang, Norton, Carrière, Ritchie, Chaudieu, & Ancelin, 2015) พบว่า มีอุบัติการณ์การเกิดความวิตกกังวลอยู่ที่ร้อยละ 8.4 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย (Curran, Rosato, Ferry, & Leavey, 2020; Grenier, Payette, Gunther, Askari, Desjardins, Raymond et al, 2019)

ความวิตกกังวลส่งผลกระทบด้านลบต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านจิตใจและทางด้านร่างกาย โดยมีการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและผลการวิเคราะห์แบบอนุมาน พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มและภาวะซึมเศร้า (Payette, Belanger, Leveille, & Grenier, 2016) ความวิตกกังวลยังมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความจำลดลง เพิ่มโอกาสการเข้าไปอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ และสุขภาพทางกายลดลง (Petkus, Gatz, Reynolds, Kremen, & Wetherell, 2016) ผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลจะมีความพิการทางกายมากกว่า (OR=3.08 95% CI 2.29-4.14) มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่า (OR=0.03 95% CI = 0.01-0.06) (de Sousa , Rodrigues, Gregório, Branco, Gouveia, Canhão et al, 2017) และมีคุณภาพการนอนหลับน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีความวิตกกังวล (Gould, Spira, Liou-Johnson, Cassidy-Eagle, Kawai, Mashal et al, 2018) ในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานที่มีกิจกรรมทางกายน้อยและมีการใช้ยาไม่สม่ำเสมอ (Non-Adherent) มีความวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มที่มีการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ โดยพบว่า ความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นหนึ่งระดับ เพิ่มโอกาสเกิดการใช้ยาไม่สม่ำเสมอ 1.25 เท่า [OR = 1.252 95% CI 1.046-1.499,

p=.014] (Mendes, Martins, & Fernandes, 2019) ผลจากการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า 10 ปี ของแคมเบตี้และคณะ (Khambaty, Callahan, Perkins, & Stewart, 2017) พบว่า ผู้สูงอายุที่คัดกรองพบว่ามีความวิตกกังวลป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีความวิตกกังวล 1.36 เท่า (HR = 1.36 95% CI 1.15-1.61, $p < .001$) นอกจากนี้ผลจากการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าในระยะ 3-4 ปี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลมีการรู้คิดลดลงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีความวิตกกังวล (Fung, Lee, Lee, & Lam, 2018; Johansson, Stomrud, Lindberg, Westman, Johansson, van Westen et al, 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการใช้เครื่องมือในการประเมินความวิตกกังวลในผู้สูงอายุหลากหลายเครื่องมือ เช่น Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-A), Hamilton Anxiety Scale 21-Item Depression and Anxiety Stress Scales, State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory, Geriatric Anxiety Inventory (GAI), Adult Manifest Anxiety Scale-Elderly Version (AMAS-E), Worry Scale (WS) และ Geriatric Anxiety Scale (GAS) เป็นต้น ซึ่งแบบวัดส่วนใหญ่พัฒนาในกลุ่มวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่และนำมาประยุกต์ใช้ในผู้สูงอายุ มีเพียง 4 เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในการประเมินความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ได้แก่ GAI, AMAS-E, WS, และ GAS (Balsamo, Cataldi, Carlucci, & Fairfield, 2018) ซึ่งมีการศึกษาพบว่า ในระหว่าง 3 เครื่องมือ คือ GAI, AMAS-E และ GAS เครื่องมือที่ถูกทดสอบว่ามีคุณสมบัติทั้งด้านความตรงและความเที่ยงที่ดี เหมาะสำหรับใช้การประเมินเพื่อคัดกรองความวิตกกังวลในผู้สูงอายุทั้งที่อาศัยอยู่ในชุมชนและใช้คัดกรองในสถานพยาบาลได้ดี คือ GAS (Balsamo, Cataldi, Carlucci, & Fairfield, 2018; Therrien & Hunsley, 2012) ซึ่งแบบประเมิน GAS ฉบับเต็ม ได้ถูกแปลไปเป็นภาษาต่าง ๆ หลายภาษา เช่น ภาษาเยอรมัน ภาษาอารบิค ภาษาเปร์เซีย ภาษาอิตาลี่ และ ภาษาจีน (Picconi, Balsamo, Palumbo, & Fairfield, 2018) และต่อมาได้พัฒนาเป็นฉบับสั้นจำนวน 10 ข้อ โดยมิวเลอร์และคณะ (Mueller, Segal, Gavett, Marty, Yochim, June et al, 2015) เนื่องจากแบบประเมิน GAS ทั้งฉบับเต็มและฉบับสั้น ยังไม่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะแปลเครื่องมือดังกล่าวฉบับสั้น (Geriatric Anxiety Scale-10: GAS-10) เป็นภาษาไทยและทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือ (Psychometric Properties) เพื่อนำไปใช้ในการประเมินความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อทดสอบคุณสมบัติในการวัดทางจิตของเครื่องมือ (Psychometric Properties) ของแบบประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้นภาษาไทย (Thai GAS-10)

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทยที่อาศัยอยู่ในชุมชน ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จำนวน 330 ราย โดยทำการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) ในการสุ่มตำบล หมู่บ้าน หลังจากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่คืนที่ จากรายชื่อผู้สูงอายุของแต่ละหมู่บ้านตามจำนวนสัดส่วนของผู้สูงอายุที่คำนวณไว้

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ต้องการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงโครงสร้าง ด้วยสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ ซึ่งควรมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 300 คน (Tabachnick & Fidell, 2013) เพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามไม่ครบ (Incompletion) หรือถอนตัวจากการตอบแบบสอบถาม (Dropout) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10% (Tabachnick & Fidell, 2013) ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 330 คน และ

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ต้องมีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) โดยข้อคำถามมีทั้งหมด 10 ข้อ มี 3 ด้าน เมื่อคำนวณจำนวนพารามิเตอร์เพื่อใช้ในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจะได้จำนวน 23 พารามิเตอร์ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ คือ อย่างน้อย 10 คน ต่อ 1 พารามิเตอร์ (Kline, 2011; Tabachnick & Fidell, 2013; Tayraukham, 2010) ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 330 คน จึงเพียงพอต่อการวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติดังกล่าว

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบไปด้วย

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการใช้ยา การรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งสร้างโดยผู้วิจัย

2. แบบประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้นภาษาไทย (Thai Geriatric Anxiety Scale: Thai GAS-10) แบบประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับเต็มภาษาอังกฤษ พัฒนาโดยซีกัลและคณะในปี 2010 (Segal, June, Payne, Coolidge, & Yochim, 2010) โดยมีวัตถุประสงค์ที่ต้องการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความวิตกกังวลในผู้สูงอายุทั้งที่อาศัยอยู่ในชุมชน (Community) และในคลินิก (Clinical Setting) ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ครอบคลุมอาการแสดงทั้ง 3 ด้านของภาวะวิตกกังวล ได้แก่ ด้านร่างกาย (Somatic) ด้านความรู้คิด (Cognitive) และด้านจิตใจ (Affective) ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Likert Scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย มีบ้างเป็นบางครั้ง มีเป็นส่วนใหญ่ มีตลอดเวลา โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ไม่มีเลย ให้ 0 คะแนน มีบ้างเป็นบางครั้ง ให้ 1 คะแนน มีเป็นส่วนใหญ่ ให้ 2 คะแนน และมีตลอดเวลา ให้ 3 คะแนน คะแนนยิ่งสูง หมายถึง ยิ่งมีความวิตกกังวลสูง ต่อมาในปี 2015 มูลเลอร์และคณะ (Mueller, Segal, Gavett, Marty, Yochim, June et al, 2015) ได้ทำการศึกษาและพัฒนาแบบประเมินความวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้นขึ้น (Ten-Geriatric Anxiety Scale: GAS-10) เพื่อให้เหมาะกับการไปใช้ในการคัดกรองผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนและในคลินิก โดยได้ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่ทั้งอาศัยอยู่ในชุมชนและมารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิต จำนวน 581 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Item Response Theory Analysis ทำให้ได้เครื่องมือฉบับสั้นจำนวน 10 ข้อ คะแนนรวมทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน โดยคะแนนยิ่งสูงแปลว่ามีความวิตกกังวลสูง โดยสามารถจัดระดับความวิตกกังวลออกเป็น 4 ระดับ คือ วิตกกังวลเล็กน้อย [คะแนนอยู่ระหว่าง 1-6 คะแนน] วิตกกังวลต่ำ [คะแนนอยู่ระหว่าง 7-9 คะแนน] วิตกกังวลปานกลาง [คะแนนอยู่ระหว่าง 10-11 คะแนน] และวิตกกังวลสูง [คะแนนอยู่ระหว่าง 12-30 คะแนน] (Mueller, Segal, Gavett, Marty, Yochim, June et al, 2015) ซึ่งแบบประเมินความวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้น (Ten-Geriatric Anxiety Scale: GAS-10) นี้ คือแบบประเมินที่ถูกแปลและนำทดสอบคุณสมบัติในการวัดทางจิตของเครื่องมือ (Psychometric Properties) ในรายงานวิจัยนี้

กระบวนการแปลเครื่องมือ

เมื่อได้รับอนุญาตให้แปลเครื่องมือจากเจ้าของเครื่องมือแล้ว และถึงแม้ว่าภาษาอังกฤษที่ใช้ในแบบประเมินจะเป็นภาษาที่เข้าใจง่าย ใช้คำศัพท์ที่ไม่ซับซ้อน การศึกษาไม่มีผลต่อการอ่านและตอบแบบสอบถาม แต่เพื่อให้กระบวนการแปลมีคุณภาพและเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในผู้สูงอายุไทย การแปลแบบประเมิน Thai GAS-10 จึงใช้กระบวนการแปลเครื่องมือซึ่งประกอบไปด้วย 1) การแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย (Forward Translate) โดยใช้ทีมผู้แปลที่มีความสามารถใช้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษได้ดี (Bilingual Persons) และใช้ภาษาไทยเป็นภาษาแม่ จำนวน 3 คน เป็นผู้แปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย 2) แปลกลับ (Back Translate) จากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ โดยผู้แปลที่มีความสามารถใช้ภาษาอังกฤษและภาษาไทยได้ดี (Bilingual Persons) ที่ใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษาหลัก จำนวน 2 คน เป็นผู้แปลจากภาษาไทยกลับไปเป็นภาษาอังกฤษ ซึ่งในกระบวนการนี้จะได้ฉบับภาษาอังกฤษฉบับที่แปลกลับมาจำนวน 2 ฉบับ และ 3) ตรวจสอบความสมมูลกันด้านความหมาย (Semantic Equivalence) ระหว่างภาษาอังกฤษต้นฉบับและฉบับที่แปลกลับทั้ง 2 ฉบับ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญงานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ที่ใช้ภาษาอังกฤษได้เพียงภาษาเดียว (Monolingual Person)

จำนวน 1 คน ตามกระบวนการแปลที่ได้รับการแนะนำไว้ (Phongphanngam, & Lach, 2019; Phongphanngam, Lach, Phomkaewngam, & Chantawang, 2019)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้นภาษาอังกฤษ (GAS-10) มีค่าความเที่ยงของแบบวัด (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .89 และความสัมพันธ์สูงกับแบบประเมินความวิตกกังวลฉบับเต็ม [r=.96, *p*<.001] (Mueller, Segal, Gavett, Marty, Yochim, June et al, 2015) แบบประเมิน Thai GAS-10 เมื่อนำไปทดสอบกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 28 คน เท่ากับได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาคเท่ากับ .84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลแล้ว ผู้วิจัยจะเข้าพบผู้สูงอายุตามรายชื่อที่สุ่มได้ (Potential Participants) แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบถึงสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วม หรือถอนตัวออกจากงานวิจัยได้เมื่อต้องการทันที โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งนี้การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปโดยการสมัครใจ ไม่มีการบังคับ ไม่มีการบันทึกชื่อของผู้สูงอายุบนแบบสอบถาม (Anonymous) ข้อมูลที่ได้จะถูกนำเสนอผลการศึกษาโดยภาพรวม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการข้อมูลโดยการอ่านแบบสอบถามและให้ผู้สูงอายุเลือกตอบในแต่ละข้อคำถาม ผู้วิจัยและผู้ช่วยจะทำการตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามก่อนสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุ จำนวน 330 คน ได้ข้อมูลครบจำนวน 330 คน คิดเป็นร้อยละ 100 และถึงแม้ว่าข้อคำถามในแบบสอบถามเป็นข้อคำถามที่ใช้คำที่ไม่ซับซ้อน ง่ายต่อผู้สูงอายุในการทำความเข้าใจ ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้มีการประชุมร่วมกันและทำความเข้าใจแบบสอบถามให้ตรงกันก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการใช้ยา การรับรู้ภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เนื่องจากเครื่องมือที่ถูกแปลมาจากภาษาอื่น โดยมีการปรับภาษาให้เหมาะสมกับประชากรที่ใช้ภาษาและมีวัฒนธรรมที่แตกต่างจากประชากรที่ใช้ในการพัฒนาเครื่องมือ เครื่องมือที่ถูกแปลมานั้นจึงเปรียบเสมือนเป็นเครื่องมือใหม่ (Hilton & Skrutkowski, 2002) จึงต้องมีการตรวจสอบหาค่าความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือถูกแปลมาให้เหมาะสมกับเครื่องมือ (Tiansawad, 2019) ผู้วิจัยจึงตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ของแบบประเมิน Thai GAS-10 โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงโครงสร้างด้วยสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis) ด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบสำคัญ (Principle Component Analysis: PCA) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) ด้วยโปรแกรม LISREL version 8.72 (Jöreskog & Sörbom, 2005; Tayraukham, 2010) และตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้การวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient)

ก่อนวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล พบว่าข้อมูลครบถ้วน ไม่มีข้อมูลไม่ครบ (Missing Data) เนื่องจากมีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนค่าผิดปกติ (Outliers) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้ง 10 ข้อ ของแบบประเมิน Thai GAS-10 พบว่า มีข้อคำถามบางข้อที่มี Outliers จำนวน 3-7 คน เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตอบไม่มีเลย (0 คะแนน) หรือมีบ้างเป็นบางครั้ง (1 คะแนน) หรือมีเป็นส่วนใหญ่ (2 คะแนน) แต่มีเพียงส่วนน้อย คือ คนที่เป็น Outliers ตอบมีตลอดเวลา (3 คะแนน) หรือในบางข้อผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตอบไม่มีเลย (0 คะแนน) หรือมีบ้างเป็นบางครั้ง (1 คะแนน) แต่มีเพียงส่วนน้อย คือ คนที่เป็น Outliers ตอบมีเป็นส่วนใหญ่ (2 คะแนน) เนื่องจากแบบประเมิน Thai GAS-10 เป็นแบบคัดกรองภาวะวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน การตอบคำถามเป็นการเลือกตอบตามความรู้สึกของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถแตกต่างกันได้ในแต่ละบุคคล (Daymont, 2020; Phongphanngam,

2015) และจากผลการวิจัยที่ผ่านมาดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นพบความชุกของภาวะวิตกกังวลของผู้สูงอายุในชุมชนมีจำนวนไม่มาก หากมีการตัดเอากลุ่มที่เป็น Outliers ที่ตอบคำถามต่างจากคนส่วนใหญ่ออก จะทำให้ข้อมูลที่เหลือเป็นข้อมูลเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะวิตกกังวล วิตกกังวลเล็กน้อย หรือวิตกกังวลต่ำ ซึ่งไม่ใช่ข้อมูลที่แท้จริงทั้งหมดของผู้สูงอายุที่ต้องการศึกษา (Daymont, 2020; Phongphanngam, 2015) ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงใช้ข้อมูลทั้งหมดในการวิเคราะห์ข้อมูล และก่อนการวิเคราะห์องค์ประกอบ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลในการใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่าได้ค่า Kaiser-Meyer-Olkin Measurement of Sample Adequacy (KMO) เท่ากับ .855 และผลการทดสอบ Bartlett's Test of Sphericity พบว่ามีนัยสำคัญที่ระดับ < .0001 และการตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ในเมทริกซ์ มีตัวแปรจำนวนน้อยที่ค่าสหสัมพันธ์น้อยกว่า .30 และไม่มีตัวแปรคู่ใดที่มีค่าสหสัมพันธ์เกิน .80 จึงสรุปได้ว่าข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เหมาะสมสามารถใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบได้ (Pett, Lackey, & Sullivan, 2003)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา เลขที่ 2/014/61 ลงวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2561

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 330 ราย ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.85 มีอายุเฉลี่ย 69.92 ปี (*SD*=7.11, range = 60–93) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 61.09) และอาศัยอยู่กับครอบบครัว (ร้อยละ 58.36) ผู้สูงอายุร้อยละ 68.39 ได้รับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 94.85 ได้รับเงินเบี้ยยังชีพ ร้อยละ 50.91 มีสุขภาพแข็งแรงในระดับดี ร้อยละ 76.67 มีภาวะการเจ็บป่วย โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 44.24) ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 25.45) และเบาหวาน (ร้อยละ 14.55) และเมื่อประเมินภาวะวิตกกังวลด้วยแบบประเมิน Thai GAS-10 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล เท่ากับ 2.15 คะแนน (*SD*=2.52, พิสัย=0–14) โดยเป็นกลุ่มที่ไม่มีความวิตกกังวล ร้อยละ 33.94 มีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย ต่ำ สูง และปานกลาง ร้อยละ 60.00, 4.24, 1.21, และ .61 ตามลำดับ ผู้สนใจสามารถอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมได้ในรายงานวิจัยที่ตีพิมพ์ไว้ (Phongphanngam, Lach, Phomkaewngam, & Chantawang, 2019)

2. ผลการศึกษาคุณสมบัติ (Psychometric Properties) แบบประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้นภาษาไทย (Thai GAS-10)

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Component Loading) ของแต่ละข้อคำถามของแบบประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้นภาษาไทย

คำถาม	*M*	*SD*	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ	
			องค์ประกอบที่ 1	องค์ประกอบที่ 2
ข้อที่ 1 "ฉันรู้สึกหงุดหงิดง่าย"	0.38	0.53	.72	
ข้อที่ 2 "ฉันรู้สึกโดดเดี่ยวหรือถูกแยกจากคนอื่น"	0.15	0.39	.73	
ข้อที่ 3 "ฉันรู้สึกเหมือนกับว่าฉันอยู่ในภาวะที่งุนงงสับสน"	0.22	0.42		.56
ข้อที่ 4 "ฉันมีความยากลำบากที่จะนั่งนิ่ง ๆ อยู่กับที่"	0.18	0.41	.49	
ข้อที่ 5 "ฉันไม่สามารถควบคุมความกระวนกระวายใจของฉันได้"	0.05	0.25	.56	

ตาราง 1 (ต่อ)

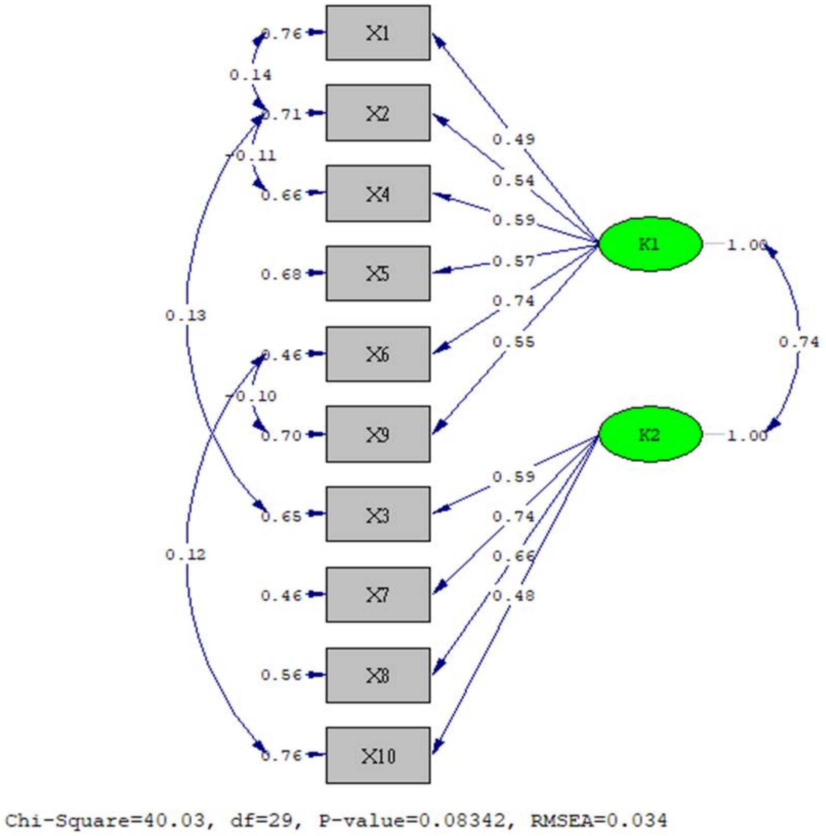
คำถาม	*M*	*SD*	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ	
			องค์ประกอบที่ 1	องค์ประกอบที่ 2
ข้อที่ 6 "ฉันรู้สึกกระวนกระวาย หวาดหวั่น หรือ กระสับกระส่าย"	0.15	0.37	.57	
ข้อที่ 7 "ฉันรู้สึกเหนื่อยล้า"	0.39	0.51		.74
ข้อที่ 8 "กล้ามเนื้อของฉันมีภาวะตึงเครียด"	0.45	0.60		.84
ข้อที่ 9 "ฉันรู้สึกว่าฉันไม่สามารถควบคุมอะไรในชีวิตของฉัน ได้เลย"	0.10	0.31	.61	
ข้อที่ 10 "ฉันรู้สึกเหมือนกับว่ากำลังจะมีเหตุการณ์ร้าย ๆ เกิดขึ้นกับฉัน"	0.08	0.28		.59

หมายเหตุ: แบบประเมินความวิตกกังวลนี้มีลิขสิทธิ์ก่อนนำไปใช้ต้องขออนุญาตเจ้าของเครื่องมือ ทีมผู้นิพนธ์ และอ้างอิงทุกครั้ง

ค่าความเที่ยงของแบบวัด (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .84 เมื่อนำไปทดสอบกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 28 คน และเท่ากับ .80 เมื่อนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (n=330)

ผลการวิเคราะห์วิเคราะห์องค์ประกอบเชิงโครงสร้างของแบบประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้นภาษาไทยด้วยสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis) ด้วยวิธี Principle Component Analysis (PCA) และการหมุนแกนองค์ประกอบด้วยวิธี Varimax (Pett, Lackey, & Sullivan, 2003) พบว่า แบบประเมิน Thai GAS-10 ประกอบไปด้วย 2 องค์ประกอบที่มีค่า ไอเกน (Eigenvalues) มากกว่า 1 (ตาราง 1) โดยองค์ประกอบที่ 1 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 38.05 และองค์ประกอบที่ 2 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 11.15 เมื่อรวมทั้ง 2 องค์ประกอบสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 49.20

เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) พบว่าโมเดล 2 องค์ประกอบที่ได้มาจาก PCA (ดังภาพ 1) ได้ค่า p=.08342 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (Goodness of Fit Index: GFI) เท่ากับ .976 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted Goodness of Fit Index: AGFI) เท่ากับ .955 และดัชนีวัดระดับความกลมกลืนเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index: CFI) เท่ากับ .992 ค่ารากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของเศษเหลือในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized Root Mean Square Residual: Standardized RMR) เท่ากับ .035 และค่ารากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนโดยประมาณ (Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA) เท่ากับ .034 แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี (Chadcham, 2004; Hu & Bentler, 1999; Kline, 2011)



หมายเหตุ: X1-X10 หมายถึงข้อคำถามข้อที่ 1 ถึง 10; K1 และ K2 หมายถึงองค์ประกอบที่ 1 และ 2

ภาพ 1 แสดงผลวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) โมเดล 2 องค์ประกอบ

อภิปรายผล

ดังนั้นการศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบคุณสมบัติในการวัดทางจิตของแบบประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้นภาษาไทย (Thai GAS-10) ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน เนื่องจากแบบประเมิน Thai GAS-10 ถูกแปลมาจากภาษาอังกฤษโดยมีการปรับภาษา (Cross-cultural Translation and Adaptation) ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทยและวัฒนธรรมไทยซึ่งมีภาษาและวัฒนธรรมที่แตกต่างจากประชากรที่ใช้ในการพัฒนาแบบประเมินต้นฉบับภาษาอังกฤษ โดยใช้กระบวนการแปลที่มีคุณภาพ แบบประเมิน Thai GAS-10 นี้จึงเปรียบเสมือนเป็นเครื่องมือใหม่ จึงต้องมีการตรวจสอบหาค่าความตรงและความเที่ยงของแบบประเมิน Thai GAS-10 เพื่อตรวจสอบหาค่าความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ของแบบประเมิน Thai-GAS-10 ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการสำรวจโครงสร้างองค์ประกอบของแบบประเมิน Thai GAS-10 โดยการวิเคราะห์ EFA ด้วยวิธี PCA เพื่อพัฒนาโมเดลองค์ประกอบ และใช้การวิเคราะห์ CFA เพื่อตรวจสอบองค์ประกอบที่ได้จาก PCA ว่าข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้สอดคล้องกับโมเดลขององค์ประกอบที่ได้จากการวิเคราะห์ PCA หรือไม่ ไม่ได้วิเคราะห์ CFA เพื่อยืนยันโครงสร้างองค์ประกอบที่วิเคราะห์ได้จากฉบับภาษาไทยว่าสอดคล้องกับต้นฉบับภาษาอังกฤษหรือไม่ ทั้งนี้เนื่องจากผู้พัฒนาเครื่องมือฉบับสั้นไม่ได้ทำการวิเคราะห์องค์ประกอบของเครื่องมือฉบับสั้น (Chadcham, 2004; Hurley, Scandura, Schriesheim, Brannick, Seers, Vandenberg et al, 1997; Menezes, Gusmão, de Araújo Santana, Aguiar, Mendonça, Barros et al, 2019)

ผลการศึกษาพบว่าแบบประเมิน Thai GAS-10 ประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 2 องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่ 1 ประกอบไปด้วยข้อคำข้อที่ 1, 2, 4, 5, 6, และ 9 องค์ประกอบที่ 2 ประกอบไปด้วยข้อคำข้อที่

3, 7, 8, และ 10 ซึ่งได้องค์ประกอบน้อยกว่าอาการและอาการแสดง 3 ด้านที่ผู้พัฒนาเครื่องมือฉบับภาษาอังกฤษได้กล่าวไว้ในการพัฒนาเครื่องมือฉบับสั้นนี้ เนื่องจากในการพัฒนาแบบประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้นจำนวน 10 ข้อนั้น ผู้พัฒนาได้นำข้อคำถามมาจากแบบประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับเต็มซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ครอบคลุมอาการแสดงทั้ง 3 ด้านของภาวะวิตกกังวล ได้แก่ ด้านร่างกาย (Somatic) ได้แก่ข้อคำถามข้อที่ 4, 7, และ 8 ด้านความรู้ความจำ (Cognitive) ได้แก่ข้อคำถามข้อที่ 3, 5, 9, และ 10 และด้านจิตใจ (Affective) ได้แก่ข้อคำถามข้อที่ 1, 2, และ 6 (Mueller, Segal, Gavett, Marty, Yochim, June et al, 2015) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างทางด้านภาษาและวัฒนธรรม เช่น ข้อ 3 "ฉันรู้สึกเหมือนกับว่าฉันอยู่ในภาวะที่มึนงง สับสน" ซึ่งในต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นข้อคำถามด้านความรู้คิด (Cognitive) ในภาษาไทยพบว่าข้อคำถามนี้ไปอยู่ในองค์ประกอบเดียวกับข้อคำถามข้อที่ 7 ที่ถามเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้า และข้อที่ 8 ที่ถามเกี่ยวกับอาการกล้ามเนื้อตึงเครียดซึ่งอยู่ในด้านร่างกาย (Somatic) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุไทยตีความหมายของอาการมึนงงสับสนเป็นอาการทางกายมากกว่าเป็นเรื่องของความรู้คิด (Cognitive) เป็นต้น ผลการตรวจสอบค่าความเที่ยง (Internal Reliability) โดยใช้การวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของอัลฟา .80 ซึ่งมากกว่า .70 ที่ถือว่ามีค่าความเที่ยงที่ดีสำหรับเครื่องมือใหม่ (Nunnally & Bernstein, 1996)

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของแบบประเมิน Thai GAS-10 แปลผลได้ว่าแบบประเมิน Thai GAS-10 มีความตรงและความเที่ยงที่ดี สามารถนำไปใช้ในการคัดกรองความวิตกกังวลในผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในชุมชน เนื่องจากมีข้อคำถามเพียง 10 ข้อ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามไม่นานและมีการใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายใช้ได้กับผู้สูงอายุที่เรียนจบชั้นประถมศึกษา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งต่อไปควรนำแบบประเมิน Thai GAS-10 ไปใช้ในผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในชุมชนอีกครั้ง และทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) เพื่อยืนยันองค์ประกอบของแบบวัดที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ และเพื่อเป็นการตรวจสอบว่าโครงสร้างองค์ประกอบของแบบประเมิน Thai GAS-10 คงที่หรือไม่ และเมื่อนำไปใช้ในกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน จึงควรมีการศึกษาโดยการนำไปใช้เก็บข้อมูลในผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในภาคอื่น ๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

References

Balsamo, M., Cataldi, F., Carlucci, L., & Fairfield, B. (2018). Assessment of Anxiety in Older Adults: a Review of Self-Report Measures. *Clin Interv Aging,* 13, 573-593.

Chadcham, S. (2004). Confirmatory Factor Analysis. *Journal of Educational Research and Measurement, 2*(1), 15-42.

Curran, E., Rosato, M., Ferry, F., & Leavey, G. (2020). Prevalence and Factors Associated with Anxiety and Depression in Older Adults: Gender Differences in Psychosocial Indicators. *J Affect Disord,* 267, 114-122.

Daymont, C. (2020). Plausible Outliers and Implausible Inliers. *Obesity (Silver Spring), 28*(7), 1174.

De Sousa, R. D., Rodrigues, A. M., Gregório, M. J., Branco, J. D. C., Gouveia, M. J., Canhão, H., et al. (2017). Anxiety and Depression in the Portuguese Older Adults: Prevalence and Associated Factors. *Front Med (Lausanne), 4*, 196.

Fung, A. W. T., Lee, J. S. W., Lee, A. T. C., & Lam, L. C. W. (2018). Anxiety Symptoms Predicted Decline in Episodic Memory in Cognitively Healthy Older Adults: A 3-Year Prospective Study. *International journal of geriatric psychiatry, 33*(5), 748-754.

Gould, C. E., Spira, A. P., Liou-Johnson, V., Cassidy-Eagle, E., Kawai, M., Mashal, N., et al. (2018). Association of Anxiety Symptom Clusters with Sleep Quality and Daytime Sleepiness. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci, 73*(3), 413-420.

Grenier, S., Payette, M. C., Gunther, B., Askari, S., Desjardins, F. F., Raymond, B., et al. (2019). Association of Age and Gender with Anxiety Disorders in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Geriatr Psychiatry, 34*(3), 397-407.

Hilton, A., & Skrutkowski, M. (2002). Translating Instruments Into Other Languages: Development and Testing Processes. *Cancer Nursing, 25*(1), 1-7.

Holmes, S. E., Esterlis, I., Mazure, C. M., Lim, Y. Y., Ames, D., Rainey-Smith, S., et al. (2018). Trajectories of Depressive and Anxiety Symptoms in Older Adults: a 6-Year Prospective Cohort Study. *Int J Geriatr Psychiatry, 33*(2), 405-413.

Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff Criteria for Fit Indexes in Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria Versus New Alternatives. *Structural Equation Modeling, 6*(1), 1-55.

Hurley, A. E., Scandura, T. A., Schriesheim, C. A., Brannick, M. T., Seers, A., Vandenberg, R. J., et al. (1997). Exploratory and Confirmatory Factor Analysis: Guidelines, Issues, and Alternatives. *Journal of Organizational Behavior, 18*(6), 667-683.

Johansson, M., Stomrud, E., Lindberg, O., Westman, E., Johansson, P. M., Van Westen, D., et al. (2020). Apathy and Anxiety are Early Markers of Alzheimer's Disease. *Neurobiol Aging,* 85, 74-82.

Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (2005). *LISREL (Version 8.72) [Computer Software].* Chicago: Scientific Software International.

Khambaty, T., Callahan, C. M., Perkins, A. J., & Stewart, J. C. (2017). Depression and Anxiety Screens as Simultaneous Predictors of 10-Year Incidence of Diabetes Mellitus in Older Adults in Primary Care. *J Am Geriatr Soc, 65*(2), 294-300.

Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. New York: The Guilford Press.

Mendes, R., Martins, S., & Fernandes, L. (2019). Adherence to Medication, Physical Activity and Diet in Older Adults With Diabetes: Its Association With Cognition, Anxiety and Depression. *J Clin Med Res, 11*(8), 583-592.

Menezes, M. S., Gusmão, M. M., de Araújo Santana, R. N., Aguiar, C. V. N., Mendonça, D. R., Barros, R. A., et al. (2019). Translation, Transcultural Adaptation, and Validation of the Role-Modeling. *Cost-Conscious Behaviors Scale, 19*(1), 151.

Mueller, A. E., Segal, D. L., Gavett, B., Marty, M. A., Yochim, B., June, A., et al. (2015). Geriatric Anxiety Scale: Item Response Theory Analysis, Differential Item Functioning, and Creation of a Ten-Item Short form (GAS-10). *Int Psychogeriatr, 27*(7), 1099-1111.

Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1996). *Psychometric Theory*. New York: McGraw Hill.

Payette, M. C., Belanger, C., Leveille, V., & Grenier, S. (2016). Fall-Related Psychological Concerns and Anxiety among Community-Dwelling Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One, 11*(4), e0152848.

Petkus, A. J., Gatz, M., Reynolds, C. A., Kremen, W. S., & Wetherell, J. L. (2016). Stability of Genetic and Environmental Contributions to Anxiety Symptoms in Older Adulthood. *Behav Genet, 46*(4), 492-505.

Pett, M. A., Lackey, N. R., & Sullivan, J. L. (2003). *Making Sense of Factor Anlysis: The Use of Analysis for Instrument Development in Health Care Reserach*. United States of America: Sage Publications, Inc.

Phongphanngam, S. (2015). *Fear of Falling and Disability among Thai Communitt-Dwelling Older Adults (Unpublished Dissertation).* Saint Louis University School of Nursing.

Phongphanngam, S., & Lach, H. W. (2019). Cross-Cultural Instrument Translation and Adaptation: Challenges and Strategies. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 23*(2), 170-179.

Phongphanngam, S., Lach, H. W., Phomkaewngam, S., & Chantawang, S. (2019). Measuring Fear of Falling in Thai Community-dwelling Older Adults with a New Measure *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal, 11*(2).

Picconi, L., Balsamo, M., Palumbo, R., & Fairfield, B. (2018). Testing Factor Structure and Measurement Invariance Across Gender With Italian Geriatric Anxiety Scale. *Front Psychol,* 9, 1164.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics*. Boston: Perason.

Tayraukham, S. (2010). *Advanced Statistics for Educational Research*. Mahasarakham: Mahasarakham University.

Thapa, D. K., Visentin, D. C., Kornhaber, R., & Cleary, M. (2020). Prevalence and Factors Associated with Depression, Anxiety, and Stress Symptoms among Older Adults: A Cross-Sectional Population-Based Study. *Nurs Health Sci,* 22(4), 1139-1152.

Therrien, Z., & Hunsley, J. (2012). Assessment of Anxiety in Older Adults: a Systematic Review of Commonly Used Measures. *Aging Ment Health, 16*(1), 1-16.

Tiansawad, S. (2019). *Instrument Development for Nrusing Research*. Chiang Mai Thailand: Siampimnana.

Zhang, X., Norton, J., Carrière, I., Ritchie, K., Chaudieu, I., & Ancelin, M. L. (2015). Risk factors for Late-Onset Generalized Anxiety Disorder: Results from a 12-Year Prospective Cohort (the ESPRIT study). *Transl Psychiatry, 5*(3), e536.

ผลของการสอนโดยให้คำแนะนำร่วมกับการใช้คู่มือการดูแลตนเอง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและอัตราการติดเชื้อ ในผู้ป่วยใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไต

Effects of a Teaching Guidance with Self-Care Booklet on Self-Care Behavior and Infection Rate among Patients with Percutaneous Nephrostomy (PCN)

ประดิพัทธ์ จันทาพูน[1] , กฤตพัทธ์ ฝึกฝน[2*] และ กรรณิกา สมสิทธิ์[1]
Pradipat Chantapoon[1], Krittapat Fukfon[2*] and Kannikar Somsit[1]
งานการพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์[1], วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา[2*]
Operative Nursing Department, Chiangrai Prachanukroh Hospital[1], Boromarajonani College of Nursing, Phayao[2*]

(Received: *May 21, 2021*; Revised: *August 16, 2021*; Accepted: *September 06, 2021*)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการใส่สายระบายน้ำปัสสาวะและอัตราการติดเชื้อหลังการใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไต ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการสอนโดยให้คำแนะนำร่วมกับการใช้คู่มือการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านผิวหนัง โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ และแบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 ราย เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แผนการสอนโดยให้คำแนะนำการดูแลตนเองหลังการใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไต คู่มือการดูแลตนเอง แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบบันทึกการติดเชื้อหลังผ่าตัด ติดตามผลหลังการศึกษาในเดือนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย การทดสอบ Wilcoxon Sign-Ranks test สถิติ Mann-Whitney U test และ Fisher’s Exact test ผลการวิจัย พบว่า

กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตสูงกว่าก่อนศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จากกรวยไตสูงกว่าก่อนศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตก่อนและหลังการศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีอัตราการ ติดเชื้อร้อยละ 12.5 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่มีอัตราการติดเชื้อที่ร้อยละ 75 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การสอนโดยให้คำแนะนำร่วมกับการใช้คู่มือการดูแลตนเองมีประสิทธิภาพในการลดอัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไต

คำสำคัญ: การสอน, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, สายการระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไต, การติดเชื้อ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: krittapat.f@bcnpy.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 081-2694004)

Abstract

This two-group pretest-posttest design quasi-experimental research aimed to evaluate self-care behavior and infection rate of patients with percutaneous nephrostomy (PCN), after receiving teaching guidance and a self-care booklet compared to regular care. Participants were patients receiving PCN at Chiangrai Prachanukroh Hospital. They were recruited, then assigned to either experimental or control group (16 participants/group). Instruments were composed of a teaching plan on post-PCN self-care, a self-care booklet, a self-care behavior questionnaire, as well as an urinary tract infection (UTI) record form. Outcomes were measured at three months after start of study protocol. Data were analyzed by using descriptive statistics, Wilcoxon sign-ranks test, Mann-Whitney U test, and Fisher's exact test.

After study completion, participants in the experimental group had higher score on PCN self-care behavior than those in the control group ($p<.001$), higher mean difference of PCN self-care ($p<.01$), and 12.5% of UTI infection rate, which was lower than those in the control group (75%) ($p<.001$).

This study had demonstrated that the teaching guidance and the self-care booklet were effective in improving self-care behavior and reducing UTI rate among patients with PCN.

Keywords: Percutaneous Nephrostomy, PCN, Self-Care Behavior, Urinary Tract Infection (UTI)

บทนำ

ภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะ (Obstructive Uropathy) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากเกิดการขัดขวางการไหลของน้ำปัสสาวะ (Tseng & Stoller, 2009) ทำให้ไม่มีน้ำปัสสาวะ (Obstructive Anuria) หรือมีปัสสาวะออกน้อยกว่า 200 มิลลิลิตร ภายใน 24 ชั่วโมง (Halle, Toukep, Nzuobontane, Ebana, Ekane, & Priso, 2016) สาเหตุส่วนใหญ่ของการอุดกั้นระบบทางเดินปัสสาวะส่วนบน ได้แก่ โรคนิ่วในไต และโรคมะเร็ง ที่มีก้อนเนื้องอกเจริญเติบโตกดเบียดทางเดินปัสสาวะ (Dagli & Ramchandani, 2011) การอุดกั้นอาจจะเป็นการอุดกั้นทั้งสองข้างหรือข้างเดียว เมื่อเกิดการอุดกั้นจะทำให้น้ำปัสสาวะไม่สามารถไหลออกจากกรวยไตไปยังท่อไตได้ จึงทำให้น้ำปัสสาวะคั่งค้างภายในไต เกิดภาวะไตบวมน้ำ (Hydronephrosis) และแรงดันในหลอดเลือดไตเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงไตและอัตราการกรองของไตลดลง หากการอุดกั้นไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงทีจะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) ได้ (Tang & Lieske, 2014)

การแก้ไขภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะในปัจจุบันมีหลายวิธี แต่วิธีหนึ่งที่ได้รับความนิยม เนื่องจากผู้ป่วยไม่ต้องเสี่ยงต่อการผ่าตัด และใช้ระยะพักฟื้นน้อยกว่าการผ่าตัด ได้แก่ การใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนัง (Percutaneous Nephrostomy: PCN) เป็นการระบายน้ำปัสสาวะและของเสียที่คั่งค้างอยู่ภายในร่างกายออกสู่ภายนอก ช่วยลดการบวมน้ำของไต ด้วยวิธีใส่สายระบายผ่านทางผิวหนัง (Dagli & Ramchandani, 2011; Fernández-Cacho & Ayesa-Arriola, 2019; Pabon-Ramos, Dariushnia, Walker, d'Othée, Ganguli, & Midia, et al., 2016; Siddiq & Darouiche, 2012) แต่พบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ การติดเชื้อ โดยเฉพาะการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะส่วนบน เนื่องจากมีสายระบายอยู่ภายนอกร่างกายจึงมีโอกาสที่เชื้อโรคสามารถเข้าสู่ร่างกายได้โดยตรง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเทคนิค วิธีการทำหัตถการ และชนิดของสายยางที่สอดใส่เข้าสู่ตัวผู้ป่วย (Maramara, Lobo, & Psevdos, 2018) โดยพบว่าผู้ป่วยใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตมีอัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะอยู่ประมาณร้อยละ 14 - 20 โดยอัตราการติดเชื้อจะเพิ่มสูงขึ้นตามระยะเวลาที่ใส่สายระบายน้ำปัสสาวะ (El Haddad, Viola, Jiang, Raad, Rolston, & Szvalb, 2017)

และมีโอกาสเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง (Septic shock) ได้ร้อยละ 1.3 - 2.2 (Huang, Philip, Richter, Gupta, Lessne, & Kim, 2015) โดยอาจพบภาวะแทรกซ้อนรุนแรงอื่น ๆ เช่น ภาวะเลือดออก การบาดเจ็บของอวัยวะได้แก่ ลำไส้ หลอดเลือด เยื่อหุ้มปอด เป็นต้น (Taylor, Miller, Chi, & Stoller, 2012) เชื้อที่เป็นสาเหตุหลักของภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ที่ใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไต ได้แก่ Pseudomonas aeruginosa, Enterococcus faecalis และ Escherichia coli เป็นต้น (El Haddad, Viola, Jiang, Raad, Rolston, & Szvalb, 2017; Maramara, Lobo, & Psevdos, 2018; Turo, Horsu, Broome, Das, Gulur, Pettersson, et al., 2018) ซึ่งจะเข้าสู่ร่างกายโดยการสัมผัสเชื้อจากสิ่งแวดล้อมภายนอกเข้าสู่ร่างกายทางท่อระบายน้ำปัสสาวะ หรือเกิดจากการไหลย้อนกลับของปัสสาวะจากถุงรองรับที่มีเชื้อแบคทีเรียเข้าสู่ตัวผู้ป่วย (Siddiq & Darouiche, 2012)

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ที่มีผู้ป่วยภาวะอุดกั้นทางเดินปัสสาวะจำนวนมากที่เข้ารับการรักษาโดยการใส่สายระบายน้ำปัสสาวะจากกรวยไต และพบปัญหาการติดเชื้อหลังการใส่สายระบายน้ำปัสสาวะมากกว่าร้อยละ 50 โดยพบว่า ปี พ.ศ. 2556 ถึง พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนัง จำนวน 306, 415 และ 370 ราย และมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะต้องได้รับยาปฏิชีวนะจำนวน 186, 294 และ 221 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 60.78, 70.84 และ 59.73 ตามลำดับ (Chiangraiprachanukhro Hospital, 2015) สาเหตุส่วนใหญ่เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนังที่ไม่ถูกต้อง เช่น มีการหัก พับ งอ และมีการหลุดเลื่อนของสายระบายน้ำปัสสาวะ หรือไม่มีน้ำปัสสาวะไหลแต่ไม่ได้มาพบแพทย์ หรือไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัด ทำให้ภาวะของโรครุนแรงขึ้น ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยการใช้ยาปฏิชีวนะ มีระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลยาวนานขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น

การใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนังจะต้องใส่สายไว้ในระยะหนึ่ง หรือในบางรายอาจใส่สายไว้ตลอดไป ดังนั้น ผู้ป่วยจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตัวเองอย่างถูกต้องเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การเตรียมผู้ป่วยก่อนและหลังการทำหัตถการเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ขั้นตอนการทำและแนวทางการดูแลตัวเองที่ถูกต้อง เมื่อผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษา สามารถดูแลตนเองในสภาพที่ต้องคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตเมื่ออยู่ที่บ้าน จะก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยสูงสุด จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การให้ความรู้โดยใช้โปรแกรมการสอนสุขศึกษาสามารถช่วยเพิ่มความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยขณะใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนัง (Thitisak, Hunnirun, & Ponsuwan, 2011) นอกจากนั้นการสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติโดยพยาบาลวิชาชีพ ยังช่วยลดอัตราการเข้ารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยหลังใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนังได้ถึงร้อยละ 27 และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ถึง 37,608 เหรียญสหรัฐ (Ganter Ritz, Speroni, & Walbridge, 2016) การสอนและให้คำแนะนำเพื่อการดูแลตนเองเป็นบทบาทหนึ่งของวิชาชีพพยาบาล จากการวิเคราะห์การดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า วิธีการสอนและให้คำแนะนำมีความแตกต่างกันไปตามทักษะและประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน และยังพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังการใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไต ได้แก่ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (Chiangraiprachanukhro Hospital, 2015) โดยยังไม่พบงานศึกษาวิจัยที่ศึกษาถึงประสิทธิผลของการสอนให้ความรู้ต่อการลดอัตราการติดเชื้อภายหลังการใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนัง

ผู้วิจัยในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะ ที่ต้องทำหน้าที่เตรียมผู้ป่วยและญาติในการใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนัง และการติดตามผลลัพธ์ภายหลังการใส่สายระบายน้ำปัสสาวะ ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการติดเชื้อ และการเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ จึงประยุกต์ใช้ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-Care Deficit) และทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System) ของโอเรมในการส่งเสริมสนับสนุนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองตามความต้องการ (Orem, Taylor, & Renpenning, 2001) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ

ได้รับการสอน คำแนะนำ ตลอดจนการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อจากการใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนัง ในระยะก่อนและหลังได้รับการสอนโดยให้คำแนะนำร่วมกับการใช้คู่มือการดูแลตนเอง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนัง ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการสอนโดยให้คำแนะนำร่วมกับการใช้คู่มือการดูแลตนเองกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ

3. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนังระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการสอนโดยให้คำแนะนำร่วมกับการใช้คู่มือการดูแลตนเองกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานวิจัย

1. ภายหลังได้รับการสอนโดยให้คำแนะนำร่วมกับการใช้คู่มือการดูแลตนเองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตสูงกว่าก่อนได้รับการสอนโดยให้คำแนะนำร่วมกับการใช้คู่มือการดูแลตนเอง

2. ภายหลังการ กลุ่มทดลองมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตสูงกว่ากลุ่มควบคุม

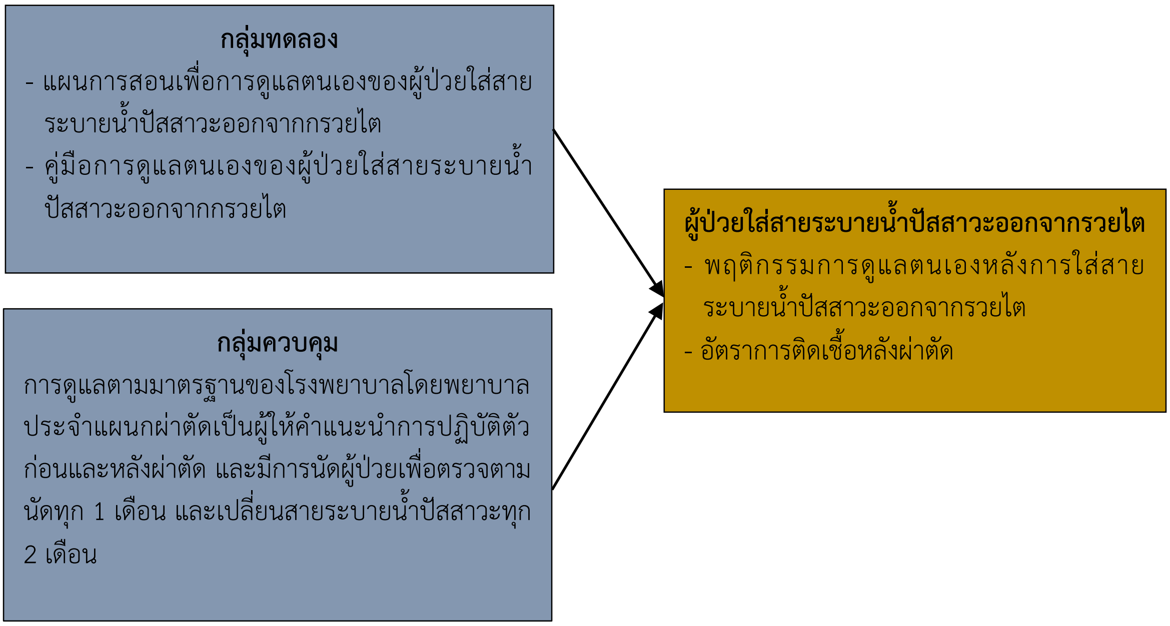
3. กลุ่มทดลองมีอัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีความพร่องการดูแลตนเอง (The Theory of Self-Care Deficit) และทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System) ของโอเรม (Orem, Taylor & Renpenning, 2001) ที่อธิบายว่าบุคคลจะไม่สามารถปฏิบัติการช่วยเหลือตัวเองได้ตามความต้องการถ้ามีข้อจำกัดที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และทฤษฎีระบบการพยาบาลนั้นจะเป็นตัวเลือกในการให้วิธีการพยาบาลที่เหมาะสมกับสภาพและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย 3 ระบบ คือ 1) ระบบทดแทนทั้งหมด จะถูกใช้ในกรณีที่พยาบาลประเมินความต้องการของผู้ป่วยแล้วพบว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ต้องการดูแลช่วยเหลือทั้งหมด หรืออยู่ในภาวะไร้สมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง 2) ระบบทดแทนบางส่วน สำหรับผู้ป่วยที่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง พยาบาลจะเป็นช่วยผู้ป่วยในกิจกรรมที่จำเป็นที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดและจะได้รับการส่งเสริมให้ช่วยเหลือตนเองในส่วนที่สามารถปฏิบัติได้ และ 3) ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ เป็นระบบการพยาบาล ที่เน้นการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติการดูแลตนเอง เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ยังคงมีศักยภาพในการดูแลตนเอง (Orem, Taylor & Renpenning, 2001)

ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านผิวหนังนั้นจะพบกับภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งเกิดจากการพร่องความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนทักษะในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อขณะคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไต โดยที่ผู้ป่วยนั้นยังอยู่ในสภาวะที่สามารถเพิ่มพูนศักยภาพเพื่อการดูแลตนเองได้ ดังนั้น การส่งเสริมสนับสนุนให้ความรู้ตามทฤษฎีระบบการพยาบาลโดยการชี้แนะ (Guiding) การสนับสนุน (Supporting) การสอน (Teaching) และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่

ส่งเสริมการดูแลตนเอง (Providing an Environment) ด้วยการสร้างคู่มือการดูแลตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้เป็นแนวทางการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ การเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องขณะคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตเพื่อการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวนเฉลี่ยโดยประมาณเท่ากับ 363 คนต่อปี

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่ใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์จำนวน 36 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.6 โดยกำหนด Test Family เป็น t-test และเลือก Statistical test เป็น Mean: Different Between Two Independent Means (Two Groups) คำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) จากงานวิจัยที่ผ่านมาที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดก่อนและหลังการทดลอง โดยการให้ความรู้แบบสนับสนุนและให้คู่มือการดูแลตนเอง (Wongngam, Sucamvang, & Nanasilp, 2014) ได้ค่า Effect Size เท่ากับ 1.22 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และ Power of test 95% ได้กลุ่มตัวอย่าง 16 รายต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 18 รายต่อกลุ่ม รวมทั้งสิ้น 36 ราย กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป 2) ได้รับการใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไต มาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน 3) สามารถฟัง พูด และอ่านภาษาไทยได้ 4) สามารถดูแลตนเองได้ตามปกติหรือทำได้แต่มีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือบางส่วน และ 5) ความสมัครใจในการเข้าร่วมงานวิจัย และกำหนดเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยจนครบกระบวนการการประเมินผลการวิจัย เช่น ได้รับการผ่าตัดไต ย้ายสถานพยาบาล หรือเสียชีวิต เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่

1.1 แผนการสอนและให้คำแนะนำเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตที่ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เนื้อหาการสอนที่ประกอบด้วย ความหมายของการใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไต ประเภทของผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไต การเตรียมพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อนการผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไต การดูแลสายระบายน้ำปัสสาวะที่บ้าน อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด และช่องทางการติดต่อหน่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะในกรณีที่มีอาการผิดปกติหรือต้องการคำแนะนำ โดยใช้วิธีการสอนแบบตัวต่อตัว ร่วมกับการใช้ภาพพลิกและคู่มือการดูแลตนเองเป็นสื่อในการสอน เวลาในการสอนประมาณ 30 - 45 นาที

1.2 คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไต ซึ่งพัฒนาโดยทีมวิจัย มีเนื้อหาตามแผนการสอนและรูปประกอบภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวซึ่งเป็น infographic ที่แสดงให้เห็นวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตที่ถูกต้องเปรียบเทียบกับภาพแสดงการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งผู้วิจัยใช้ประกอบการสอนและให้คำแนะนำ โดยผู้ป่วยและญาติจะได้รับคู่มือเพื่อใช้อ่านทบทวนเมื่อต้องการข้อมูลเพิ่มเติมการดูแลด้านต่าง ๆ หลังการใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไต

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไต ซึ่งเป็นสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตในภาพรวม ลักษณะเป็นแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย จำนวน 17 ข้อ โดยแบ่งระดับของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตออกเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูง หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วง >39-51 คะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนอยู่ในช่วง >28-39 คะแนน และพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับต่ำหมายถึง คะแนนอยู่ในช่วง 17-28 คะแนน

2.3 แบบบันทึกการติดเชื้อ เป็นแบบบันทึกผลการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในระยะเวลา 3 เดือนนับตั้งแต่เข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แผนการสอนเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไต และคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไต ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยระบบทางเดินปัสสาวะ 2 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แล้วนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าดันชีความสอดคล้องของเนื้อหาได้เท่ากับ 1.00 และทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทำสอบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนมิถุนายน 2559-พฤษภาคม 2561 โดยมีขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาวิจัยทางชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัย

2. ผู้วิจัยแจ้งรายละเอียดการดำเนินงานวิจัยกับหัวหน้า และทีมสุขภาพประจำห้องผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการทดลองตลอดระยะเวลาของการศึกษา

3. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และประเมินพฤติกรรมการดูแลสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไต โดยใช้เครื่องมือวิจัยที่ทีมวิจัยพัฒนาขึ้น

ขั้นทดลอง

ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลห้องผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะ ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด จึงทำการศึกษาในกลุ่มทดลอง ดังนี้ (แผนภาพ 2)

กลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่างได้การดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่คาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โดยจะได้รับการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวจากพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกที่มีวิธีการให้คำแนะนำแตกต่างกันไปตามความรู้ และประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน และเป็นการสอนโดยการอธิบายจากพยาบาลเป็นหลักในระยะเวลาสั้น จากนั้นจะได้รับการนัดหมายให้มาพบแพทย์และพยาบาลตามนัดทุก 1 เดือน และเปลี่ยนสายระบายน้ำปัสสาวะทุก 60 วันหรือ 2 เดือน

กลุ่มทดลอง

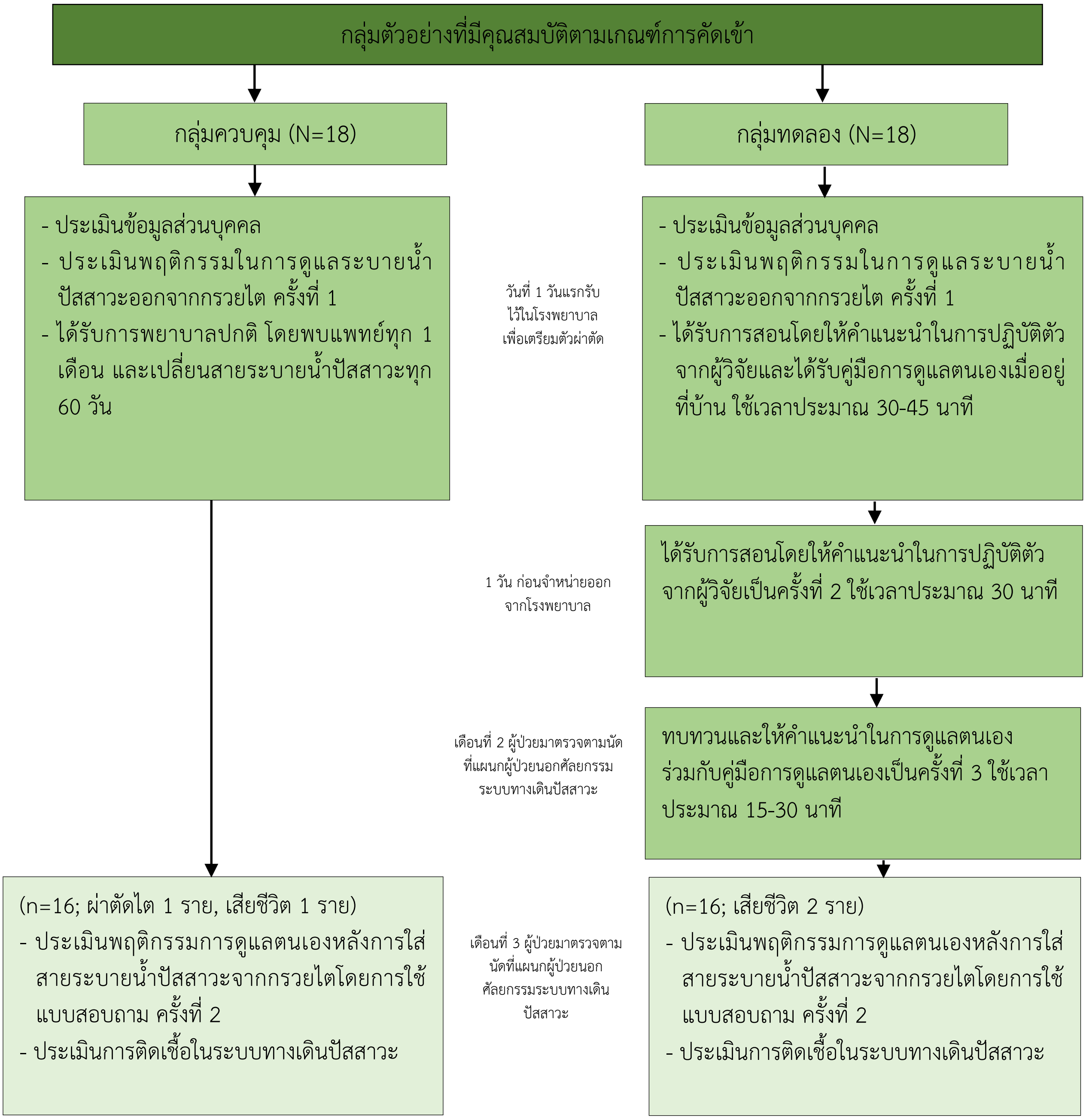
1. ในวันที่ 1 ก่อนการผ่าตัด ซึ่งเป็นวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อเตรียมตัวผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการสอนโดยให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวตามแผนการสอนครั้งที่ 1 จากผู้วิจัย โดยใช้วิธีการสอนแบบตัวต่อตัว ร่วมกับการใช้ภาพพลิกและคู่มือการดูแลตนเองเป็นสื่อในการสอน เวลาในการสอนประมาณ 30 - 45 นาที และได้รับคู่มือการดูแลตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน ที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถเปิดอ่านทบทวนได้ตลอดเวลาที่สงสัยในประเด็นการปฏิบัติเพื่อการดูแลสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตหรืออาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์

2. ใน 1 วันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติจะได้รับการทบทวนความรู้โดยได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวตามแผนการสอนจากผู้วิจัยครั้งที่ 2 ซึ่งเน้นการทบทวนความรู้ความเข้าใจ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ใช้เวลาประมาณ 30 นาที และนัดหมายมาพบแพทย์ในอีก 1 เดือน

3. กลุ่มตัวอย่างมาพบแพทย์ตามนัดหมายปกติที่ห้องผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาลาในเดือนที่ 2 เพื่อเปลี่ยนสายระบายน้ำปัสสาวะจากกรวยไต ผู้วิจัยประเมินความรู้ ทบทวนความรู้เพิ่มเติมให้กับผู้ป่วยในประเด็นความรู้ที่ยังบกพร่อง โดยให้คำแนะนำในการดูแลตนเองร่วมกับคู่มือการดูแลตนเองเป็นครั้งที่ 3 ใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที

ขั้นหลังการทดลอง

ในเดือนที่ 3 หลังจากเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินพฤติกรรมการดูแลสายระบายน้ำปัสสาวะจากกรวยไตโดยการใช้แบบสอบถาม และการประเมินอัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลวิจัยเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย



ภาพ 2 ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป SPSS ภายหลังการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีการกระจายตัวแบบไม่เป็นโค้งปกติ โดยมีวิธีการดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตในป่วยที่ได้รับการคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนังกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการสอนโดยให้คำแนะนำร่วมกับการใช้คู่มือการดูแลตนเองด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Ranks test เนื่องจากมีการกระจายตัวของข้อมูลแบบไม่เป็นโค้งปกติ จากการทดสองโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk ได้ค่า Sig = .001

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากมีการกระจายตัวของข้อมูลแบบไม่เป็นโค้งปกติ

4. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Fisher’s Exact test

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาวิจัยทางชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ วันที่ 16 พฤษภาคม 2559 เลขที่ ชร.0032.102/วิจัย/256

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	*p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	10	62.50	10	62.50	.00	1.000
หญิง	6	37.50	6	37.50		
อายุ (ปี) สูงสุด 84 ปี ต่ำสุด 24 ปี อายุเฉลี่ย 61.63 ปี (*SD* = 16.23)						
<= 60	8	50.00	5	31.25	1.16	.280
> 60	8	50.00	11	68.75		
สถานภาพสมรส						
โสด	1	6.25	3	18.75	3.52	1.72
คู่	6	37.50	9	56.25		
หม้าย/หย่าร้าง	9	56.25	4	25.00		
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	14	87.50	16	100.00		.484[a]
มัธยมศึกษา	2	12.50	0	.00		

[a] Fisher’s Exact test

จากตาราง 1 พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 32 ราย แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 62.50 มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีอายุเฉลี่ย 61.63 ปี (*SD*=16.23) อายุสูงสุด 84 ปี และอายุต่ำสุด 24 ปี กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส หม้าย/หย่าร้าง ร้อยละ 56.25 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 56.25 ทั้งกลุ่มทดลองและควบคุมมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 87.50 และ 100 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการศึกษา พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษาไม่มีความแตกต่างกัน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตในป่วยที่ได้รับการคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนังกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังได้รับการสอนโดยให้คำแนะนำร่วมกับการใช้คู่มือการดูแลตนเอง

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการศึกษา (n=16) ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-ranks test

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม	*M*	*SD*	*Z*	*p-value* (1-tailed)
ก่อนการศึกษา	46.38	2.60	-3.54	<.001
หลังการศึกษา	49.93	1.48		

จากตาราง 2 พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตภายหลังการศึกษา (*M*=49.93, *SD*=1.48) สูงกว่าก่อนการศึกษา (*M*=46.38, *SD*=2.60) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (*z*=-3.54, *p*<.001)

3. เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 3 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตในผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	*d**	*SD*	*Mean Rank*	*Mean difference*	*Z*	*p-value* (1-tailed)
กลุ่มทดลอง	4.93	3.67	20.47	3.31	-2.43	.007
กลุ่มควบคุม	1.69	2.77	12.53			

ตาราง 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตก่อนและหลังการศึกษา (*d*=4.93, *SD*=3.67) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (*d*=1.69, *SD*=2.77) อย่างมีนัยสำคัญสถิติที่ระดับ .01 (*Z*= -2.43, *p*<.007)

4. เปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 4 เปรียบเทียบการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Fisher's Exact test

ตัวแปร	**กลุ่มควบคุม (n=16)**		**กลุ่มทดลอง (n=16)**		*p-value*
	จำนวน	**ร้อยละ**	**จำนวน**	**ร้อยละ**	(2-tailed)
มีการติดเชื้อ	12	75.00	2	12.50	<.001
ไม่มีการติดเชื้อ	4	25.00	14	87.50	

ตาราง 4 พบว่า กลุ่มควบคุมมีจำนวนผู้ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 12 คน คิดเป็นร้อยละ 75 มากกว่ากลุ่มทดลองที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะร้อยละ 12.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (p<.001)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นผลของการพยาบาลโดยการสอนการให้คำแนะนำร่วมกับการใช้คู่มือการดูแลตนเองที่ทำให้พฤติกรรมการดูแลสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตดีขึ้น และลดอัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากการสอนโดยให้คำแนะนำร่วมกับการใช้คู่มือการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีความพร่องการดูแลตนเองและทฤษฎีระบบการพยาบาล ที่อธิบายถึงข้อจำกัดในการดูแลตนเองของผู้ป่วยตามความต้องการ และการพยาบาลเพื่อการทดแทน หรือช่วยเหลือตามศักยภาพและความต้องการของผู้ป่วย โดยที่การส่งเสริมสนับสนุนให้ความรู้สามารถทำได้โดยการชี้แนะ การสนับสนุน การสอน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง (Orem, Taylor & Renpenning, 2001) ในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การสอนแบบตัวต่อตัว และการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม สะท้อนคิดความรู้ ความเข้าใจอย่างแท้จริง และการพัฒนาคู่มือการดูแลตัวเองที่มีภาพประกอบ และการใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สามารถให้ผู้ป่วยอ่านทบทวนเพื่อเตือนความจำในการดูแลตนเองในขณะอยู่ที่บ้าน โดยผลการศึกษาที่มีต่อระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า แผนการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดของโอเรม ทำให้ผู้สูงอายุข้อสะโพกหักเกิดการเรียนรู้ในการดูแลตนเองและส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น (Wongngam, Sucamvang, & Nanasilp, 2014) และการศึกษาของ Ganter, Speroni, & Walbridg (2016) ที่ยืนยันให้เห็นความสำคัญของระบบการพยาบาลแบบการสอนและให้คำแนะนำในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำปัสสาวะจากกรวยไต โดยพบว่า การสอนให้ความรู้โดยการให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม การมีคำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลสายระบายน้ำปัสสาวะเพื่อให้กับผู้ป่วยในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตลอดจนกิจกรรมที่ควรทำและไม่ควรทำ และวันที่ต้องมาตรวจตามนัด จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ช่วยลดอัตราการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ผลจากการศึกษาในครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า การสอนให้คำแนะนำร่วมกับการใช้คู่มือในการดูแลตนเอง ช่วยลดอัตราการติดเชื้อจากการคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลปกติ สามารถอธิบายได้ว่า การสอนและให้คำแนะนำ ตลอดจนการให้คู่มือเพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้อ่านทบทวนความรู้ในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้และเกิดทักษะในการดูแลตนเองจากการฝึกอบรมวิธีการดูแลสายระบายน้ำปัสสาวะจากกรวยไต เพื่อไม่ให้เกิดการหัก พับ งอ หรือไหลย้อนกลับของน้ำปัสสาวะ การดูแลให้อยู่ในระบบปิดตลอดเวลา ตลอดจนการดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการสัมผัสเชื้อที่ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ได้จริงและช่วยลดอัตราการติดเชื้อจากการคาสายระบายน้ำปัสสาวะได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการใช้คู่มือในการดูแลตนเองที่บ้านช่วยเพิ่มระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองและลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Cheumthonh, Kimsungnoen & Namjuntra, 2020) และเพิ่มระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักได้ดีกว่าการสอนแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wongngam, Sucamvang, & Nanasilp, 2014)

แม้ว่าการวิจัยทางการพยาบาลที่ผ่านมายังไม่พบงานวิจัยที่ประเมินผลลัพธ์ของปฏิบัติการพยาบาลต่ออัตราการติดเชื้อจากการคาสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไต เพราะงานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (Catheter-associated UTI: CAUTI) ซึ่งเป็นหัตถการทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นบนหอผู้ป่วยมากกว่าการคาสายสายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไต โดยมีงานวิจัยรายงานว่า การสอนออนไลน์และการสอนสาธิตการดูแลสายสวนปัสสาวะสามารถช่วยลดอัตราการเกิด CAUTI ได้ (Jones, Meyrick, Bath, Dunham, & McNulty, 2019) อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ที่อธิบายว่า การพยาบาลด้วยวิธีการสอน ให้ความรู้อย่างเป็นขั้นตอน โดยมีรูปภาพ แผนภาพและวิดีโอเป็นสื่อการสอน ร่วมกับการให้คู่มือการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตผ่านทางผิวหนัง สามารถช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดได้ (Infection Rate = 0%)

ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนยังคงมีอัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดได้ถึงร้อยละ 53.3 (Azer, Mohsen, & Sayed, 2018) ดังนั้น ผลจากการวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า การสอนให้คำแนะนำร่วมกับการใช้คู่มือการดูแลตนเองมีประสิทธิภาพในการลดการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ใส่สายระบายน้ำปัสสาวะ ออกจากกรวยไตผ่านผิวหนัง

การนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่ใส่สายระบายน้ำปัสสาวะออกจากกรวยไตทุกราย ได้รับการสอนให้คำแนะนำ ร่วมกับการได้รับคู่มือการดูแลตนเอง โดยมีแนวทางการดำเนินงานดังนี้

1. จัดอบรมให้ความรู้กับพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะเกี่ยวกับวิธีการสอน ขั้นตอนการสอนและให้คำแนะนำตามแผนการสอน เพื่อให้การสอนและคำแนะนำมีประสิทธิภาพและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
2. จัดสถานที่และจัดสรรเวลาสำหรับพยาบาลในการสอนให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ที่ส่งเสริมการเรียนรู้ตั้งแต่ก่อนการผ่าตัดไปจนถึงหลังการผ่าตัด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การประเมินผลพฤติกรรมและอัตราการติดเชื้ออาจภายหลังการศึกษาในทุกเดือนที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด หรือเพิ่มการตรวจทางห้องปฏิบัติการร่วมด้วยเพื่อประเมินความผิดปกติในเบื้องต้น เช่น การเพิ่มขึ้นของระดับเม็ดเลือดขาวหรือเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ เป็นต้น
2. ควรมีการขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างและมีการติดตามประเมินผลการเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในระยะยาว เช่น ประเมินผลหลังการสอนในเดือนที่ 6 หรือ 1 ปี เป็นต้น

References

Azer, S. Z., Mohsen, S. A. A.-E., & Sayed, S. Y. (2018). The Effect of Nursing Guidelines on Minimizing Incidence of Complications for Patients with Percutaneous Nephrostomy Tube. *American Journal of Nursing Research, 6*(5), 327-334.

Cheumthonh, P., Kimsungnoen, N., & Namjuntra, R. (2020). The Effects of Educative Supportive Program on Self Care Behavior and HbA1C in Persons Newly Diagnosed with Type 2 Diabetes. *Journal of Nursing Science & Health, 43*(1), 78-86. (in Thai)

Chiangraiprachanukhro Hospital. (2015). *Statistics of Operative Patients*. Retrieved September 13, 2015 from https://www.crhospital.org/home/index1.php?group=12

Dagli, M., & Ramchandani, P. (2011). Percutaneous Nephrostomy: Technical Aspects and Indications. *Seminars in interventional radiology, 28*(4), 424-437.

El Haddad, H., Viola, G., Jiang, Y., Raad, I., Rolston, K. V., & Szvalb, A. (2017). Percutaneous Nephrostomy Tube-related Infections. *Open Forum Infectious Diseases, 4*(suppl1), S349-S349.

Fernández-Cacho, L. M., & Ayesa-Arriola, R. (2019). Quality of Life, Pain and Anxiety in Patients with Nephrostomy Yubes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 27*. Retrieved November 16, 2019 from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100371&nrm=iso

Ganter Ritz, V., Speroni, K. G., & Walbridge, D. (2016). Reducing Complications and Hospitalizations Through an Innovative Catheter Care Clinic for Percutaneous Nephrostomy Catheter Patients. *Journal of Radiology Nursing, 35*(4), 275-280.

Halle, M. P., Toukep, L. N., Nzuobontane, S. E., Ebana, H. F., Ekane, G. H., & Priso, E. B. (2016). The Profile of Patients with Obstructive Uropathy in Cameroon: Case of the Douala General Hospital. *The Pan African medical journal, 23*, 67-67.

Huang, S. Y., Philip, A., Richter, M. D., Gupta, S., Lessne, M. L., & Kim, C. Y. (2015). Prevention and Management of Infectious Complications of Percutaneous Interventions. *Seminars in interventional radiology, 32*(2), 78-88.

Jones, L. F., Meyrick, J., Bath, J., Dunham, O., & McNulty, C. A. M. (2019). Effectiveness of Behavioural Interventions to Reduce Urinary Tract Infections and Escherichia Coli Bacteraemia for Older Adults Across all Care Settings: A Systematic Review. *J Hosp Infect, 102*(2), 200-218.

Maramara, B., Lob'o, Z., & Psevdos, G. (2018). Epidemiology of Nephrostomy Tube–Related Urinary Tract Infections Among US Veterans. *Infectious Diseases in Clinical Practice, 26*(6), 344-347.

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

Pabon-Ramos, W. M., Dariushnia, S. R., Walker, T. G., d'Othée, B. J., Ganguli, S., Midia, M. et al. (2016). Quality Improvement Guidelines for Percutaneous Nephrostomy. *J Vasc Interv Radiol, 27*(3), 410-414.

Siddiq, D. M., & Darouiche, R. O. (2012). Infectious Complications Associated with Percutaneous Nephrostomy Catheters: Do We Know Enough? *Internation Journal of Artificial Organs, 35*(10), 898-907.

Tang, X., & Lieske, J. C. (2014). Acute and Chronic Kidney Injury in Nephrolithiasis. *Current Opinion in Nephrology and Hypertension, 23*(4), 385-390.

Taylor, E., Miller, S., Chi, T., & Stoller, M. L. (2012). Complications Associated with Percutaneous Nephrolithotomy. *Translational Andrology and Urology, 1*(4), 223-228.

Thitisak, P., Hunnirun, P., & Ponsuwan, P. (2011). The Effectiveness of Health Education Program Applying the Self-efficacy Theory on Percutaneous Nephrostomy Patients in Bhumiboladulyadej Hospital. *Journal of Faculty of Physical Education, 14*(1), 203-213. (in Thai)

Tseng, T. Y., & Stoller, M. L. (2009). Obstructive Uropathy. *Clinical Geriatric Medicine, 25*(3), 437-443.

Turo, R., Horsu, S., Broome, J., Das, S., Gulur, D. M., Pettersson, B. et al. (2018). Complications of Percutaneous Nephrostomy in a District General Hospital. *Turkish Journal of Urology, 44*(6), 478-483.

Wongngam, W., Sucamvang, K., & Nanasilp, P. (2014). Effect of Educative-Supportive Nursing on Self-care Behaviors of the Elderly with Hip Fracture During Recovery Stage. *Nursing Jouranl, 41*(2), 72-82. (in Thai)

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อโครงร่าง ในพนักงานโรงงานแปรรูปไม้ยางพารา จังหวัดยะลา

Prevalence and Related Factors of Musculoskeletal Discomfort among Workers at a Rubber Wood Processing Factory in Yala Province

จามรี สอนบุตร[1*], อุไรวรรณ ศิริธรรมพันธ์[1] และ อับดุลบาซิส ยาโงะ[1]

Jarmmaree Sornboot[1*], Uraiwan Sirithammaphan[1] and Abdullbasis Yangok[1]

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก[1*]

Sirindhorn College of Public Health, Yala, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute[1*]

(Received: *January 13, 2021*; Revised: *August 28, 2021*; Accepted: *September 28, 2021*)

บทคัดย่อ

การวิจัยพรรณนาภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง (Musculoskeletal Discomfort: MSD) ในพนักงานโรงงานแปรรูปไม้ยางพาราในจังหวัดยะลา จำนวน 167 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยแบบสอบถามลักษณะงาน และอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ซึ่งดัดแปลงจากแบบสอบถามนอร์ดิก (Nordic Musculoskeletal Questionnaire) ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติวิเคราะห์พหุปัจจัย (Multivariable Analysis) ค่าอัตราแต้มต่ออย่างหยาบ (Crude Odds Ratio) และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ผลการวิจัยพบว่า

1. ความชุกของ MSD โดยรวม (Overall) ในพนักงานโรงงานแปรรูปไม้ยางพารา ในรอบ 7 วัน (7-Day Prevalence) เท่ากับร้อยละ 64.67 และในรอบ 12 เดือน (12-Month Prevalence) เท่ากับร้อยละ 70.06 และอวัยวะที่มีความชุกของ MSD สูงสุด ในรอบ 7 วัน (7-Day Prevalence) และในรอบ 12 เดือน (12-Month Prevalence) คือ ไหล่ (41.92 และ 44.91 ตามลำดับ) รองลงมา คือ หลังส่วนล่าง (34.13 และ 35.33 ตามลำดับ)

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องเชิงบวกกับ MSD ในรอบ 12 เดือน (12-Month) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ แผนกผลิต (B=1.769) การทำงานที่ใช้นิ้วมือ/มือ/แขน ทำงานซ้ำ ๆ ตลอดเวลา (B=2.301) และการทำงานบ้านหลังเลิกงาน (B=0.882)

พนักงานในโรงงานแปรรูปไม้ยางพารามีความชุกของอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างสูง ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับการปรับปรุงสภาพการทำงานโดยเฉพาะท่าทางในการทำงานแบบซ้ำ ๆ

คำสำคัญ: ความชุก, พนักงานโรงงานแปรรูปไม้ยางพารา, อาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อโครงร่าง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail jarmmarees@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 091-0630868)

Abstract

This cross-sectional analytic study aimed to determine the prevalence and related factors of musculoskeletal discomfort among workers at a rubber wood processing factory in Yala Province. Participants were 167 workers. Instrument for data collection was a self-reported questionnaire about personal factors, occupational factors, and musculoskeletal symptoms (modified from Nordic Musculoskeletal Questionnaire). Confidence value of instrument was equal to 0.85. Statistics Data analysis were multiple logistic regression, and confidence interval (95%). Results showed as follows.

1. Regarding overall MSD in rubber wood processing factory, the 7-day prevalence was 64.1 and 12-month prevalence was 70.1 percent. The highest prevalence in 7-day and 12-month MSD among the body parts were shoulder (41.92, and 44.91, respectively) and lower back (34.13, and 35.33, respectively).

2. Statistically significant ($p<0.05$) factors related positive to 12-momth overall MSD were production department ($B=1.769$), fingers/hands/arms repetitive movements all the time ($B = 2.301$) and housework after work (B=0.882).

The MSD was high prevalent in workers in a rubber wood processing factory. Therefore, it was needed to improve the work condition, especially the repetitive working postures importunately.

Keywords: Prevalence, Workers, Rubber Wood Processing Factory, Musculoskeletal Discomfort

บทนำ

อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อหรืออาจเรียกโดยรวมว่า อาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง (Musculoskeletal Disorder: MSD) กลุ่มอาการ MSD ทำให้เกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับข้อต่อกล้ามเนื้อ เอ็นกล้ามเนื้อ เอ็นข้อต่อเส้นประสาท และเนื้อเยื่ออ่อนอื่น ๆ ซึ่งนับเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพที่พบมากปัญหาหนึ่งในหลายประเทศที่ปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (Crawford, Erkovic, Erwin, Copsey, Davis, Giagloglou, et al., 2020) และเป็นปัญหาที่สำคัญในงานอาชีวอนามัยที่สามารถพบได้ในงานหลายลักษณะหรือในหลายกลุ่มอาชีพทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนาและประเทศที่พัฒนาแล้ว ปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียค่าใช้จ่ายมหาศาลในแต่ละปี และเป็นปัญหาที่ส่วนหนึ่งเป็นผลเนื่องมาจากการทำงานในอาชีพต่าง ๆ เช่น แรงงานในอุตสาหกรรมการผลิต อุตสาหกรรมก่อสร้าง และแรงงานในภาคการเกษตร เป็นต้น (Collins, & O'Sullivan, 2015; Deros, Daruis, & Basir, 2015; Keawnual, Lohapoontagoon, & Pochana, 2017)

สถานการณ์เกี่ยวกับ MSD ในประเทศไทยพบว่า ปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้ป่วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อเฉพาะรายที่เกี่ยวข้องกับภาวการณ์ทำงาน 100,743 คน คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 167.22 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2559 ที่พบว่ามีอัตราป่วยเท่ากับ 135.26 ต่อประชากรแสนคน และในส่วนของจังหวัดยะลาพบว่ามีอัตราป่วยเท่ากับ 11.87 ต่อประชากรแสนคน (Bureau of Occupational and Environmental Diseases. Department of Disease Control, 2018) ในส่วนของพนักงานโรงงานแปรรูปไม้นั้น นับเป็นแรงงานหนึ่งในภาคอุตสาหกรรมที่ต้องเผชิญกับความเสี่ยงในการทำงานจากการสัมผัสสิ่งคุกคามทางด้านสุขภาพด้านต่างๆ โดยด้านกายภาพ ได้แก่ เสียงดังจากการเลื่อยไม้ ไสไม้ ความสั่นสะเทือนจากการใช้เครื่องเจาะและเครื่องตัด ด้านเคมี ได้แก่ สารตัวทำละลายประเภทแลคเกอร์ และฝุ่นจากการไสไม้ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการยศาสตร์ที่เกิดจากท่าทางการทำงานที่ต้องออกแรงในการบิดเอี้ยวลำตัว มีการก้มคอและหลังผิดธรรมชาติมีการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัญหาด้านการยศาสตร์นี้จัดเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดปัญหาทางด้านระบบ

กล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างอย่างเรื้อรังได้ (Chauychoocherd, Kongtawelert, Sujirarat, & Bhuanantanondh, 2020; Khongsree, Incharoen, & Thepaksorn, 2018)

ในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับ MSD ในอาชีพช่างเฟอร์นิเจอร์ไม้แต่เป็นการศึกษาในกลุ่มแรงงานนอกระบบ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าคนทำงานในกลุ่มนี้มีความชุกของอาการผิดปกติทาง ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างในช่วง 7 วันที่ผ่านมา และในช่วง 12 เดือน เท่ากับ 69.83 และ 97.93 ตามลำดับ (Chauychoocherd, Kongtawelert, Sujirarat, & Bhuanantanondh, 2020) แต่สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับ MSD ในกลุ่มพนักงานโรงงานแปรรูปไม้ที่เป็นแรงงานในภาคอุตสาหกรรมนั้นยังมีอยู่อย่างจำกัด ทั้งที่ธรรมชาติลักษณะงานของพนักงานโรงงานแปรรูปไม้ต้องอยู่ในท่าฝืนธรรมชาติเดิม ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อปัญหาสุขภาพของพนักงานทำให้เกิดอาการ MSD ที่สามารถแสดงอาการได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวตามมาได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาอาการ MSD ในพนักงานโรงงานแปรรูปไม้ยางพาราในจังหวัดยะลา โดยผลการศึกษาครั้งนี้จะช่วยให้ทราบถึงข้อมูลความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการผิดปรกติดังกล่าว ซึ่งสามารถนำไปใช้เพื่อเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังและป้องกันอาการ MSD ในพนักงานโรงงานแปรรูปไม้ยางพาราต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

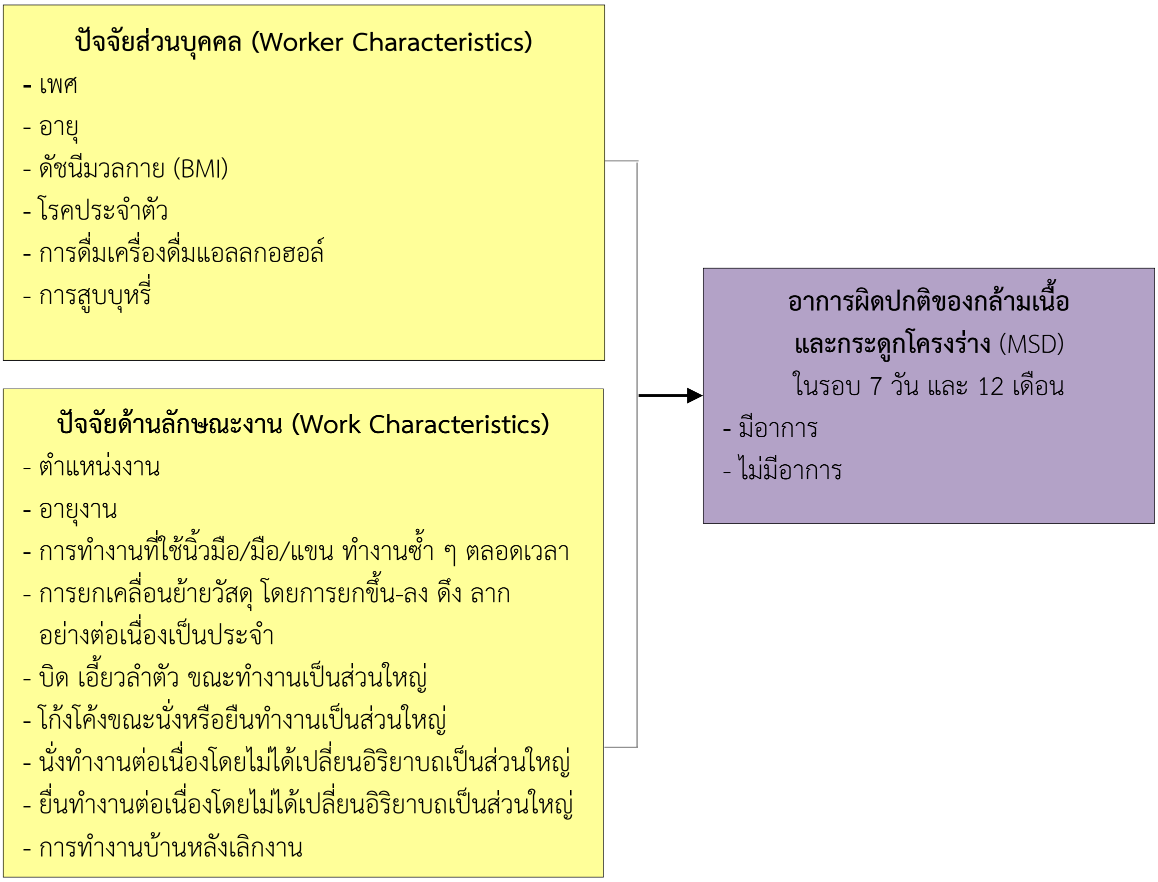
1. เพื่อศึกษาความชุกของอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ในพนักงานโรงงานแปรรูปไม้ยางพาราในจังหวัดยะลา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านบุคคลและด้านลักษณะงาน ที่เกี่ยวข้องกับอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ในพนักงานโรงงานแปรรูปไม้ยางพาราในจังหวัดยะลา

สมมติฐานวิจัย

ปัจจัยด้านบุคคลและด้านลักษณะงานมีความเกี่ยวข้องกับอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ในพนักงานโรงงานแปรรูปไม้ยางพาราในจังหวัดยะลา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการ MSD ที่มีความสัมพันธ์กับการทำงาน (Work-Related) หรืออาจกล่าวได้ว่าในสภาพแวดล้อมหรือการทำงานที่เป็นปัจจัยก่อให้เกิดความผิดปกตินั้น และสำหรับการวิเคราะห์อาการผิดปกติของกล้ามนื้อและระบบโครงร่างผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบสอบถามมาตรฐานนอร์ดิก (Standardized Nordic Questionnaire: SNQ) ซึ่งใช้เป็นเครื่องมือในการกรองปัญหาด้านการยศาสตร์ที่เกี่ยวกับอาการผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง และใช้เป็นข้อมูลในการบริการด้านอาชีวอนามัย แบบสอบถามนี้ยังใช้เป็นการวัดผลลัพธ์ของการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับอาการผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกได้ (Sadyapongse, & Sithisarankul, 2011)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytical Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พนักงานโรงงานแปรรูปไม้ยางพารา ทั้งลูกจ้างประจำและลูกจ้างชั่วคราว ไม่จำกัดเพศ ในสถานประกอบการที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 221 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. พนักงานโรงงานแปรรูปไม้ยางพาราในจังหวัดยะลา ทั้งลูกจ้างประจำและลูกจ้างชั่วคราว ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

2. พนักงานโรงงานแปรรูปไม้ยางพาราในจังหวัดยะลา ทั้งลูกจ้างประจำและลูกจ้างชั่วคราว ที่ปฏิบัติงานในโรงงานอุตสาหกรรมแปรรูปไม้ยางพาราไม่ต่ำกว่า 1 ปี

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Citeria)

1. ผู้ที่เคยมีประวัติบาดเจ็บของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง เช่น กระดูกร้าว กระดูกหัก ข้อเคลื่อน หรือเอ็นฉีก ภายในระยะเวลา 12 เดือน ก่อนวันที่สำรวจ

2. ผู้ที่อยู่ระหว่างการพักงานระหว่างที่เก็บข้อมูลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานโรงงานแปรรูปไม้ยางพารา ในสถานประกอบการที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 167 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีทราบค่าสัดส่วนของประชากร (Chirawatkul, 2015) ในที่นี้ใช้ความชุกของผู้ประกอบอาชีพผลิตยางพารา (Plykaew, Chanprasit, & Kaewthummanukul, 2013) เท่ากับร้อยละ 87.66 ได้จำนวน 167 คน จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วนของแผนก 6

แผนก โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มแผนกทั่วไป ได้แก่ แผนกสำนักงาน และแผนกอู่ซ่อมบำรุง 2) แผนกผลิต ได้แก่ แผนกอัดน้ำยา แผนกโรงเลื่อย แผนกไม้แห้ง และแผนกไม้สด สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่คืนที่ (Non-Replacement) ตามเกณฑ์คัดเข้าจนได้ขนาดตัวอย่างครบตามที่คำนวณได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษางานวิจัย เอกสารและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มาเป็นกรอบในการสร้างและพัฒนาให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเพื่อคัดกรองตามเกณฑ์คัดออก ประวัติการบาดเจ็บในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา จำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านลักษณะงาน ประกอบด้วย ตำแหน่ง อายุงาน การทำงานที่ใช้นิ้วมือ/มือ/แขน ทำงานซ้ำ ๆ ตลอดเวลา การยกเคลื่อนย้ายวัสดุ โดยการยกขึ้น-ลง ดึง ลาก อย่างต่อเนื่องเป็นประจำ บิดเอี้ยวลำตัว ขณะทำงานเป็นส่วนใหญ่ โก้งโค้งขณะนั่งหรือยืนทำงานเป็นส่วนใหญ่ นั่งทำงานต่อเนื่องโดยไม่ได้เปลี่ยนอิริยาบถเป็นส่วนใหญ่ ยืนทำงานต่อเนื่องโดยไม่ได้เปลี่ยนอิริยาบถเป็นส่วนใหญ่และการทำงานบ้านหลังเลิกงาน จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ดัดแปลงจากแบบสอบถามนอร์ดิก (Nordic Musculoskeletal Questionnaire) เพื่อสำรวจอาการ MSD ที่เกิดขึ้นในรอบ 7 วัน (7-Day) และ 12 เดือน (12-Month) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและมีการทดสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) เรียบร้อยแล้ว (Sadyapongse, Sithisarankul, 2011)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item-Objective Congruence Index: IOC) ระหว่าง .67-1.00 จากนั้นนำมาพิจารณาความเหมาะสมของสำนวนภาษา การใช้ถ้อยคำ และนำไปปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ครบถ้วน แล้วนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มที่ศึกษา จำนวน 30 คน ในพนักงานโรงงานแปรรูปไม้ยางพารา วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามในส่วนที่เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มีค่าสัมประสิทธ์ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.75

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอความร่วมมือกับผู้บริหารโรงงานและดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัย แก่ผู้บริหารโรงงานและกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งแจ้งสิทธิ์ที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และผู้วิจัยได้ทำการคัดกรองเบื้องต้นตามเกณฑ์คัดเข้าให้และให้กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านตามเกณฑ์คัดเข้าตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละ 30-45 นาที จำนวน 167 ชุด และได้รับกลับมาทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 100 หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล หากข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์จะให้กลุ่มตัวอย่างตอบข้อมูลที่ยังไม่ครบถ้วนซ้ำอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านลักษณะงาน และอาการ MSD โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการ MSD ในรอบ 12 เดือน (12-Month MSD) ครั้งละ 1 ปัจจัย โดยใช้สถิติ Binary Logistic Regression (Enter Method) กำหนดช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 แยกเป็น Upper Extremities (MSD บริเวณรยางค์ส่วนบน: ตำแหน่งไหล่ ข้อศอก และข้อมือ/มือ) Axial (MSD

บริเวณแกนกลางลำตัว: ตำแหน่งคอ หลังส่วนบน และหลังส่วนล่าง) Lower Extremities (MSD บริเวณรยางค์ส่วนล่าง: ตำแหน่งสะโพก/ต้นขา เข่า และน่อง/เท้า) และ Overall MSD (MSD โดยรวม: MSD ≥1 ตำแหน่งในร่างกาย) และรายงานเป็น Crude Odds Ratio โดยกำหนดช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95

3. วิเคราะห์พหุปัจจัย (Multivariable Analysis) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ใช้วิธีคัดเลือกตัวแปรเฉพาะตัวแปรที่วิเคราะห์อัตราส่วนแต้มต่ออย่างหยาบ (Crude Odds Ratio) แล้วพบว่าอาจมีนัยสำคัญ ($p \leq 0.25$) นำมาวิเคราะห์แบบตัวแปรถอยหลัง (Backward Stepwise: LR) ได้อัตราส่วนแต้มต่อที่ปรับค่าใหม่ (Adjusted Odds Ratio) ของ MSD ในรอบ 12 เดือน (12-Month MSD) กำหนดช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95

จริยธรรมวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ตามเลขที่เอกสารรับรอง 024/2563 ลงวันที่ 28 ธันวาคม 2563 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รวมทั้งแจ้งสิทธิ์ในการถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อตามต้องการ และจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้นโดยไม่มีผลกระทบต่อการฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยส่วนบุคคล (n=167)

ปัจจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	68	40.72
หญิง	99	59.28
อายุ (ปี)		
<20-30 ปี	30	17.96
31-40 ปี	36	21.56
41-50 ปี	65	38.92
51-≥60 ปี	36	21.56
M = 41.78, *SD* = 11.20, *Min* = 18.00, *Max* = 69.00		
โรคประจำตัว		
ไม่มี	120	71.86
มี ≥1 โรค	47	28.14
ดัชนีมวลกาย (BMI)		
<18.50	22	13.17
18.50-22.99	58	34.73
23.00-24.99	42	25.15
25.00-29.99	40	23.95
≥30.00	5	3.00
Mean = 22.95, *SD* = 3.65, *Min* = 14.69, *Max* = 34.77		

ตาราง 1 (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน (คน)	(ร้อยละ)
ดื่มเครื่องดื่มแอลลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	135	80.84
ดื่ม ≥1 แก้ว/สัปดาห์	32	19.16
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ/เคยสูบแต่เลิกแล้ว	129	77.25
ปัจจุบันยังสูบ	38	22.75

จากตาราง 1 พบว่าพนักงานโรงงานแปรรูปไม้ยางพาราส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.28 มีอายุเฉลี่ย 41.78 ปี (*SD*=11.20) และส่วนใหญ่มีอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 38.92 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.86 มีค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 22.95 (*SD*=3.65) และส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 18.50-22.99 ร้อยละ 34.73 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลลกอฮอล์ ร้อยละ 80.84 และไม่สูบ/เคยสูบบุหรี่แต่เลิก ร้อยละ 77.25

2. ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะงาน

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยด้านลักษณะงาน (n=167)

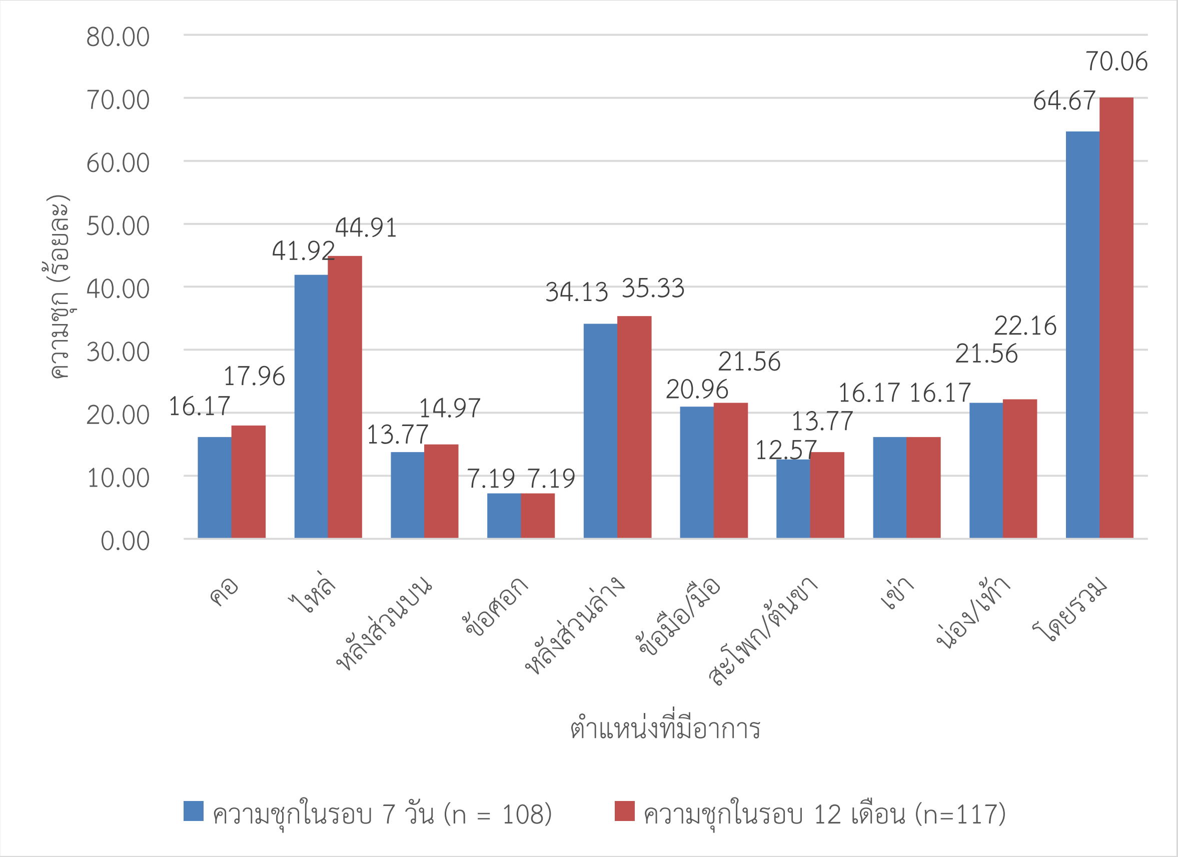
ปัจจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ตำแหน่งงาน		
หัวหน้า/ผู้ช่วยหัวหน้าแผนก	10	5.99
พนักงานทั่วไป/ลูกจ้างทั่วไป/พนักงานจ้างเหมารายวัน	157	94.01
แผนก		
แผนกทั่วไป	31	18.56
แผนกผลิต	136	81.44
อายุการปฏิบัติงาน (ปี)		
≤20 ปี	122	73.05
21 ปี ขึ้นไป	45	26.95
M = 11.15, *SD* = 7.83, *Min* = 2.00, *Max* = 30.00		
การทำงานบ้านหลังเลิกงาน		
ไม่ทำ	52	31.14
ทำ ≥1 อย่าง	115	68.86
การทำงานที่ใช้นิ้วมือ/มือ/แขน ทำงานซ้ำๆ ตลอดเวลา		
ไม่ใช่	80	47.90
ใช่	87	52.10
การยกเคลื่อนย้ายวัสดุ โดยการยกขึ้น-ลง ดึง ลาก อย่างต่อเนื่องเป็นประจำ		
ไม่ใช่	91	54.49
ใช่	76	45.51
บิด เอี้ยวลำตัว ขณะทำงานเป็นส่วนใหญ่		
ไม่ใช่	75	44.91
ใช่	92	55.09
โก้งโค้งขณะนั่งหรือยืนทำงานเป็นส่วนใหญ่		
ไม่ใช่	86	51.50
ใช่	81	48.50

ตาราง 2 (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน (คน)	(ร้อยละ)
นั่งหรือยืนทำงานต่อเนื่องโดยไม่ได้เปลี่ยนอิริยาบถเป็นส่วนใหญ่		
ไม่ใช่	143	85.63
ใช่	24	14.37

จากตาราง 2 พบว่าพนักงานโรงงานแปรรูปไม้ยางพาราส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นพนักงานทั่วไป/ลูกจ้างทั่วไป/พนักงานจ้างเหมารายวัน ร้อยละ 94.01 ทำงานแผนกผลิต ร้อยละ 81.44 มีอายุการปฏิบัติงานเฉลี่ย 11.15 ปี (*SD*=7.83) และส่วนใหญ่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี ร้อยละ 73.05 หลังเลิกงานทำงานบ้านตั้งแต่ 1 อย่างขึ้นไป ร้อยละ 68.86 มีการทำงานที่ใช้นิ้วมือ/มือ/แขน ทำงานซ้ำ ๆ ตลอดเวลา ร้อยละ 52.10 มีการยกเคลื่อนย้ายวัสดุ โดยการยกขึ้น-ลง ดึง ลาก อย่างต่อเนื่องเป็นประจำ ร้อยละ 45.51 มีการบิด เอี้ยวลำตัวขณะทำงานเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.09 มีการโก้งโค้งขณะนั่งหรือยืนทำงานเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 48.50 และนั่งหรือยืนทำงานต่อเนื่องโดยไม่ได้เปลี่ยนอิริยาบถเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 14.37

3. ความชุกของอาการ MSD ในรอบ 7 วัน (7-Day Prevalence) และ 12 เดือน (12-Month Prevence)



แผนภูมิ 1 ความชุกของอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง ในรอบ 7 วัน และ 12 เดือน (n = 167)

จากแผนภูมิ 1 พบว่าในรอบ 7 วัน และ 12 เดือน มีความชุกของอาการ MSD โดยรวม (Overall) เท่ากับ 64.67 และ 70.06 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามตำแหน่งของกลุ่มอาการ MSD พบว่าในรอบ 7 วัน และ 12 เดือนตำแหน่งที่มีความชุกของอาการ MSD มากที่สุด คือ บริเวณไหล่ เท่ากับ 41.92 และ 44.91 ตามลำดับ

รองลงมาบริเวณหลังส่วนล่าง เท่ากับ 34.13 และ 35.33 ตามลำดับ และที่น้อยที่สุด คือ บริเวณข้อศอกซึ่งมีความชุกเท่ากันในรอบ 7 วัน และ 12 เดือน เท่ากับ 7.19

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง (MSD) ในรอบ 12 เดือน

ตาราง 3 ค่า Crude OR ของปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่มีผลต่ออาการ MSD ในรอบ 12 เดือน (12-Month)

ปัจจัย	Upper Extremities [95% Ci]	Axial [95% Ci]	Lower Extremities [95% Ci]	Overall [95% Ci]
เพศ				
ชาย	1	1	1	1
หญิง	NS£	NS¥	NS£	NS£
อายุ (ปี)				
<20-30 ปี	1	1	1	1
31-40 ปี	5.897 [1.32, 26.33]	.227 [0.06, 0.86]	NS€	NS£
41-50 ปี	4.854 [1.26, 18.48]	NS€	NS¥	NS£
>50 ปี	7.523 [1.43, 39.59]	NS€	NS€	NS£
โรคประจำตัว				
ไม่มี	1	1	1	1
มี ≥1 โรค	NS¥	2.333 [2.33, 1.01]	NS€	NS€
ดัชนีมวลกาย (BMI)				
<18.5	1	1	1	1
18.50-22.99	7.381 [1.89, 28.80]	NS¥	NS¥	NS£
23.00-24.99	5.809 [1.40, 24.16]	NS€	NS€	NS£
25.00-29.99	NS£	NS€	NS€	NS£
≥30.00	NS€	NS¥	NS€	NS€
ดื่มเครื่องดื่มแอลลกอฮอล์				
ไม่ดื่ม	1	1	1	1
ดื่ม ≥1 แก้ว/สัปดาห์	NS¥	NS€	NS€	NS£
การสูบบุหรี่				
ไม่สูบ/เคยสูบแต่เลิกแล้ว	1	1	1	1
ปัจจุบันยังสูบ	NS¥	NS£	NS€	NS€

หมายเหตุ *NS* = Not Significant, £ = *p*-value 0.051-0.250, ¥ = *p*-value 0.251-0.500, € = *p*-value > 0.500 และแสดง 95% CI เฉพาะกรณีที่ *p*-value <0.05

ตาราง 4 แสดงค่า Crude OR ของปัจจัยด้านลักษณะงานของกลุ่มตัวอย่างที่มีผลต่ออาการ MSD ในรอบ 12 เดือน (12-Month)

ปัจจัย	Upper Extremities [95% Ci]	Axial [95% Ci]	Lower Extremities [95% Ci]	Overall [95% Ci]
ตำแหน่งงาน				
หัวหน้า/ผู้ช่วยหัวหน้าแผนก	1	1	1	1
พนักงานทั่วไป/ลูกจ้างทั่วไป/พนักงานจ้างเหมารายวัน	NS¥	NS¥	NS€	NS€
แผนก				
แผนกทั่วไป	1	1	1	1
แผนกผลิต	3.792 [1.12, 12.89]	NS£	NS£	6.486 [2.07, 26.33]
อายุการปฏิบัติงาน (ปี)				
≤ 20 ปี	1	1	1	1
21 ปี ขึ้นไป	4.269 [1.40, 13.02]	NS¥	.146 [0.044, 0.492]	NS€
การทำงานบ้านหลังเลิกงาน				
ไม่ทำ	1	1	1	1
ทำ ≥1 อย่าง	3.355 [1.22, 9.23]	NS€	NS¥	4.648 [1.58, 13.69]
การทำงานที่ใช้นิ้วมือ/มือ/แขน ทำงานซ้ำ ๆ ตลอดเวลา				
ไม่ใช่	1	1	1	1
ใช่	8.513 [3.01, 24.11]	2.882 [1.16, 7.15]	NS£	17.078 [4.69, 62.24]
การยกเคลื่อนย้ายวัสดุ โดยการยกขึ้น-ลง ดึง ลาก อย่างต่อเนื่องเป็นประจำ				
ไม่ใช่	1	1	1	1
ใช่	NS¥	NS€	3.844 [1.063, 13.903]	NS€
บิด เอี้ยวลำตัว ขณะทำงานเป็นส่วนใหญ่				
ไม่ใช่	1	1	1	1
ใช่	NS£	NS£	.235 [.059, .943]	NS£
โก้งโค้งขณะนั่งหรือยืนทำงานเป็นส่วนใหญ่				
ไม่ใช่	1	1	1	1
ใช่	NS€	NS€	NS€	NS£
นั่งหรือยืนทำงานต่อเนื่องโดยไม่ได้เปลี่ยนอิริยาบถเป็นส่วนใหญ่				
ไม่ใช่	1	1	1	1
ใช่	NS€	NS€	NS€	NS¥

หมายเหตุ *NS* = not significant, £ = *p*-value 0.051-0.250, ¥ = *p*-value 0.251-0.500, € = *p*-value > 0.500 และแสดง 95% CI เฉพาะกรณีที่ *p*-value <0.05

จากตาราง 3 และ 4 พบว่าพนักงานโรงงานแปรรูปไม้ที่ทำงานในแผนกผลิต มีการทำงานบ้านหลังเลิกงานอย่างน้อย 1 อย่างขึ้นไป และมีการทำงานที่ใช้นิ้วมือ/มือ/แขน ทำงานซ้ำ ๆ ตลอดเวลา มีความสัมพันธ์กับการเกิด MSD ในรอบ 12 เดือน โดยรวม (Overall) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พนักงานที่มีอายุ 31-40 ปี, 41-50 ปี และ >50 ปี และมีดัชนีมวลกาย (BMI) 18.50-22.99 และ 23.00-24.99 มีความสัมพันธ์กับการเกิด MSD บริเวณรยางค์ส่วนบน (Upper Extremities) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพนักงานที่มีอายุ 31-40 ปี มีโรคประจำตัวอน่างน้อย 1 โรคขึ้นไป และมีการทำงานที่ใช้นิ้วมือ/มือ/แขน ทำงานซ้ำ ๆ ตลอดเวลา มีความสัมพันธ์กับการเกิด MSD บริเวณแกนกลางลำตัว (Axial) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

0.05 นอกจากนี้พนักงานที่มีอายุการปฏิบัติงานมากกว่า 21 ปี ขึ้นไป และมีการทำงานโดยการยกเคลื่อนย้ายวัสดุโดยการยกขึ้น-ลง ดึง ลาก อย่างต่อเนื่องเป็นประจำ มีความสัมพันธ์กับการเกิด MSD บริเวณรยางค์ส่วนล่าง (Lower Extremities) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่ออาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง (MSD) โดยรวมในรอบ 12 เดือน

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่ออาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่าง (MSD) โดยรวมในรอบ 12 เดือน (Multiple Logistic Regress: Backword LR Method)

ปัจจัยเสี่ยง	Coefficient (B)	Adjusted OR Exp (B)	95% CI		*p-value*
			Lower	Upper	
แผนกผลิต	1.769	5.867	2.190	15.716	<.001
การทำงานที่ใช้นิ้วมือ/มือ/แขน ทำงานซ้ำ ๆ ตลอดเวลา	2.301	9.984	4.093	24.353	<.001
การทำงานบ้านหลังเลิกงาน (อย่างน้อย 1 อย่างขึ้นไป)	.882	2.415	1.030	5.663	.042

* = *p*-value <0.05 ได้ Model เป็น Logit(*p*) = – 2.012 + 1.769 แผนกผลิต + 2.301 การทำงานที่ใช้นิ้วมือ/มือ/แขน ทำงานซ้ำ ๆ ตลอดเวลา + .882 การทำงานบ้านหลังเลิกงาน (อย่างน้อย 1 อย่างขึ้นไป) โดยควบคุมอิทธิพลของปัจจัยกวน (confounding factors) คือ เพศ ดื่มเครื่องดื่มแอลลกอฮอล์ โก้งโค้งขณะนั่งหรือยืนทำงานเป็นส่วนใหญ่ และบิด เอี้ยวลำตัว ขณะทำงานเป็นส่วนใหญ่ เรียบร้อยแล้ว

จากตาราง 5 ผลการวิเคราะห์พหุปัจจัย พบว่าการทำงานในแผนกผลิต การทำงานที่ใช้นิ้วมือ/มือ/แขน ทำงานซ้ำๆ ตลอดเวลา และการทำงานบ้านหลังเลิกงาน (อย่างน้อย 1 อย่างขึ้นไป) มีความสัมพันธ์กับการเกิด MSD โดยรวม (Overall) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่า *B* = 1.769, 2.301 และ .882 ตามลำดับ

อภิปรายผล

ความชุกของอาการ MSD โดยรวม (Overall) ในรอบ 7 วัน (7-Day Prevalence) และ 12 เดือน (12-Mouth Prevalence) ของพนักงานโรงงานแปรรูปไม้ยางพาราสูง คล้ายคลึงกับการศึกษาการเกิดอาการ MSD ของช่างเฟอร์นิเจอร์ไม้ ที่พบว่ามีความชุกของ MSD ในรอบ 7 วัน และ 12 เดือน ร้อยละ 69.83 และ 97.93 ตามลำดับ (Chauychoocherd, Kongtawelert, Sujirarat, & Bhuanantanondh, 2020) เมื่อพิจารณาบริเวณต่างๆ ของร่างกาย พบว่าพนักงานโรงงานแปรรูปไม้ยางพาราส่วนใหญ่มีอาการ MSD บริเวณรยางค์ส่วนบนและบริเวณแกนลำตัวสูงที่สุดโดยเฉพาะช่วงไหล่และหลังส่วนล่างทั้งในรอบ 7 วัน และในรอบ 12 เดือน สอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งต้องทำงานที่ใช้นิ้วมือ/มือ/แขน ทำงานซ้ำๆ ตลอดเวลา อีกทั้งยังมีการบิด เอี้ยวลำตัว ขณะทำงานเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งการทำงานในลักษณะดังกล่าวจะทำให้เกิดการบาดเจ็บจากชีวกลศาสตร์ของบริเวณไหล่และหลังส่วนล่าง คล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ได้ทำการศึกษาการเกิดอาการ MSD ในช่างเฟอร์นิเจอร์ไม้ โดยผลการศึกษาพบว่าความชุกของบริเวณที่มีอาการ MSD ในรอบ 7 วัน และ 12 เดือน มากที่สุดบริเวณหลังส่วนล่างร้อยละ 49.58 และ 82.64 ตามลำดับ ส่วนบริเวณไหล่/แขนส่วนบนร้อยละ 52.07 และ 21.49 ตามลำดับ (Chauychoocherd, Kongtawelert, Sujirarat, & Bhuanantanondh, 2020) และการศึกษาในพนักงานลอกยางในโรงงานยางพาราแผ่นรมควันที่พบว่ามีความชุกของอาการปวดหลังส่วนล่างมากที่สุดร้อยละ 80.77 โดยกลุ่มนี้เริ่มมีอาการในรอบ 12 เดือน ร้อยละ 85.71 และรองลงมาบริเวณบ่า/ไหล่ร้อยละ 50.00 โดยกลุ่มนี้เริ่มมีอาการในรอบ 12 เดือน ร้อยละ 61.54 ตามลำดับ (Somboontum, Meepradit, & Yingratanasuk, 2017) และการศึกษาในพนักงานโรงงานเผาอิฐที่พบว่ามีความชุกของบริเวณที่มีอาการ MSD ในรอบ 7 วัน และ 12 เดือน มากสุดบริเวณหลังส่วนล่าง เท่ากับ 69.68 และ 76.89 ตามลำดับ ส่วนบริเวณ ไหล่/

บ่า/สะบัก มีความชุกร้อยละ 41.88 และ 50.54 ตามลำดับ (Samael, Useng, Yeemayee, Cheleah, Paehauilay, & Lektip, 2017)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด MSD โดยรวม (Overall) ในรอบ 12 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การทำงานในแผนกผลิต การทำงานที่ใช้นิ้วมือ/มือ/แขน ทำงานซ้ำ ๆ ตลอดเวลา และการทำงานบ้านหลังเลิกงาน ทั้งนี้เนื่องจากแผนกการผลิตมีขั้นตอนการดำเนินงานตั้งแต่เตรียมไม้ท่อน ชั่ง ลำเลียงเข้าโต๊ะเลื่อย ซอยความหนา เลื่อยเปิดปีกไม้ คัดแยกตามขนาดและคุณภาพ จัดเข้ากอง และเตรียมส่งต่อเพื่อจำหน่าย ซึ่งกระบวนการต่างๆ เหล่านี้ พนักงานต้องการทำงานโดยใช้ท่าทางที่ฝืนธรรมชาติ โดยเฉพาะการใช้นิ้วมือ/มือ/แขน เพื่อ จับ ยก และเคลื่อนย้ายไม้ยางพารา นอกจากนี้บางครั้งต้องยกแขนเหนือศีรษะ และต้องทำงานในลักษณะนี้ซ้ำๆ ตลอดระยะเวลาการทำงาน ซึ่งการทำงานในลักษณะดังกล่าวนี้ทำให้ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกถูกบังคับให้อยู่ในบริเวณที่จำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากยกของหนักด้วยจะทำให้กระดูกต้นแขนถูกดึงขึ้นข้อไหล่จึงมีแนวโน้มแคบลงทำให้เอ็นถูกหนีบได้ง่ายขึ้น (Samael, Useng, Yeemayee, Cheleah, Paehauilay, & Lektip, 2017) ดังนั้นจึงอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดอาการ MSD ได้ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับอาการ MSD ของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ที่พบว่าการทำงานที่ใช้มือ/แขนออกแรงซ้ำๆ ตลอดเวลา มีความสัมพันธ์กับอาการ MSD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (B=12.17) (Toonsang, Boonsiri, Srijaroen, Sribenchamas, Samruayruen, & Junsukon, 2019) และในส่วนของการทำงานบ้านหลังเลิกงานที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับอาการ MSD โดยรวม (Overall) ในรอบ 12 เดือนนั้น ทั้งนี้เนื่องจากการทำงานบ้านนับเป็นกิจกรรมหนึ่งที่พนักงานต้องทำงานโดยใช้ท่าทางที่ฝืนธรรมชาติแบบซ้ำๆ ด้วยเช่นกัน ดังนั้นจึงเป็นส่วนหนึ่งที่อาจทำให้เกิดอาการ MSD ได้ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับอาการ MSD ในพนักงานกวาดถนนที่พบว่าการทำงานบ้านหลังเลิกงานมีความสัมพันธ์กับอาการ MSD โดยรวม (Overall) ในรอบ 12 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (B=0.95) (Theerawanichtrakul, & Sithisarankul, 2014)

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ทำให้ไม่สามารถบอกถึงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลได้ และข้อมูลบางส่วนที่สอบถามเป็นข้อมูลย้อนหลังจึงอาจเกิดอคติจากการลืม (Recall Bias) ข้อมูลหรือเหตุการณ์บางอย่าง นอกจากนี้พนักงานแรงงานโรงงานแปรรูปไม้ยางพารายังเป็นอาชีพที่ต้องใช้แรงในการทำงานจึงไม่อาจหลีกเลี่ยงผลกระทบจากอคติที่ผู้มีสุขภาพดีกว่าจะมีโอกาสถูกคัดเลือกเข้าศึกษามากกว่าได้ (Healthy Worker Effect) ซึ่งอาจทำให้ผู้ที่มีอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างบางคนอาจเปลี่ยนงานหรือลาออกจากงานไปแล้วเนื่องจากทนต่อการบาดเจ็บระหว่างทำงานไม่ไหว

การทำงานในโรงงานแปรรูปไม้ยางพาราควรให้ความสำคัญกับการป้องกันการเกิด MSD ของพนักงานโดยเฉพาะในแผนกผลิตที่ส่วนใหญ่ต้องใช้นิ้วมือ/มือ/แขน ทำงานซ้ำ ๆ ตลอดเวลา ด้วยการส่งเสริมให้พนักงานในโรงงานแปรรูปไม้ยางพาราได้พักเพื่อลดอาการปวดล้าของกล้ามเนื้อจากการทำงาน โดยการเปลี่ยนอิริยาบทและยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ทุก 1-2 ชั่วโมง

การนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับโรงงานแปรรูปไม้ยางพารา ทั้งผู้ประกอบการ ผู้บริหารกิจการ เจ้าหน้าที่บริหารทรัพยากรบุคคล และเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย ควรนำผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาอาการ MSD รวมถึงพัฒนาระบบงานอาชีวอนามัยในโรงงานแปรรูปไม้ยางพาราและในกลุ่มอาชีพที่มีลักษณะการทำงานที่ใกล้เคียงกันต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรออกแบบการวิจัยโดยอาจใช้รูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์เป็น Cohort Study หรือ Case-Control เพื่อศึกษาผลต่อสุขภาพของพนักงานโรงงานแปรรูปไม้ยางพาราในระยะยาว และควรมีการประเมินความเสี่ยง

ด้านสุขภาพ เช่น การวิเคราะห์ตารางอันดับการสัมผัสงาน (Job Exposure Matrix) มาใช้ปรับปรุงข้อมูลให้มีคุณค่ามากยิ่งขึ้น

Reference

Bureau of Occupational and Environmental Diseases (BOED). Department of Disease Control. (2018). *Health and Health Problems from Experts and The Environment Report in 2017*. Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai).

Chauychoocherd, T., Kongtawelert, A., Sujirarat, D., & Bhuanantanondh, P. (2020). Factors Associated with Work-Related Musculoskeletal Disorders among Wood Furniture Informal Workers in Sukhothai Province. *Thai Journal of Health Education, 43*(2), 54-65. (in Thai).

Chirawatkul, A. (2015). *Statistics for Health Science Research.* (4th ed). (pp.160). Bangkok: Wittapat Printing.

Collins, J., D., & O'Sullivan, L., W. (2015). Musculoskeletal Disorder Prevalence and Psychosocial Risk Exposures by Age and Gender in a Cohort of Office Based Employees in Two Academic Institutions. *International Journal of Industrial Ergonomics, 46*, 85-97.

Crawford, J. O., Berkovic, D., Erwin, J., Copsey, S. M., Davis, A., Giagloglou, E. et al., (2020). Musculoskeletal Health in The Workplace. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, *34*(5), 101598.

Deros, B., M., Daruis, D., D., I, & Basir, I., M. (2015). A Study on Ergonomic Awareness among Workers Performing Manual Material Handling Activities, *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 195*(3), 1666-1673.

Keawnual, A., Lohapoontagoon, B., & Pochana, K. (2017). Prevalence of Work-Related Musculoskeletal Disorders in Various Occupations. *The Public Health Journal of Burapha University*, *12*(2), 53-64. (in Thai).

Khongsree, S., Incharoen, S., & Thepaksorn, P. (2018). Health Hazard Assessment and Respiratory Symptoms of Para Rubber Wood Sawmill Workers in Trang Province. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences, 1*(1), 47-64. (in Thai).

Plykaew, R., Chanprasit, C., & Kaewthummanukul, T. (2013). Working Posture and Musculoskeletal Disorders among Rubber Plantation Workers. *Nursing Journal, 40*(1), 1-10. (in Thai).

Sadyapongse, K., Sithisarankul, P. (2011). Prevalence and Factors Musculoskeletal Discomfort among Thai-Massage Workers. *Thammasat Medical Journal*, *11*(2), 166-77. (in Thai).

Samael, C., Useng, N., Yeemayee, B., Cheleah, F., Paehauilay, A., & Lektip, C. (2017). Work-Related Musculoskeletal Disorders among Brick Workers in Nakon Si Thammarat Province. *Thanksin. J, 20*(1), 10-6. (in Thai).

Somboontum, R., Meepradit, P., & Yingratanasuk, T. (2017). The Ergonomic Risks Assessment of the Rubber Peeling Task in a Rubber Factory, Chantaburi Province. *Proceeding of 10th Rajamangala University of Technology Tawan-ok Research Conference,* 29-31 May 2017: 443-51. (in Thai).

Theerawanichtrakul, S., & Sithisarankul, P. (2014). Prevalence and Related Factors of Musculoskeletal Discomfort among Road Sweepers in Bangkok. *Thammasat Medical Journal*, *14*(1), 166-77. (in Thai).

Toonsang, T., Boonsiri, P., Srijaroen, W., Sribenchamas, N., Samruayruen, K., & Junsukon, E. (2019) Factors Affected to Muscle Pain among Electronics Industries Workers in Klongluang district Pathumthani Province. EAU HERITAGE JOURNAL Science and Technology, *13*(2), 254-66. (in Thai)

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน

The Effectiveness of a Health Promotion Program on Daily Living Activities among Elderly with Homebound Condition

นิรัชรา ลิลละฮ์กุล[1*], เจษฎากร โนอินทร์[2], สัญญา ยือราน[3] , สัตตมาส ลรรพรัตน์[1]
และ นวลพรรณ ทองคุปต์[1]

Niratchara Lillahkul[1*], Jetsadakorn Noin[2], Sanya Yueran[3], Sattamat Lappharat[1]
and Nualpan Thongkoop[1]

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา[1*], มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จังหวัดพิษณุโลก[2]
และ เทศบาลนครยะลา[3]

Sirindhorn Collge of Public Health, Yala[1*], Pibulsongkran Pajabhat University, Phisanulok[2],
Yala City Municipality[3]

(Received: *June 26, 2021*; Revised: *August 18, 2021*; Accepted: *September 20, 2021*)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังจัดโปรแกรมและวัดซ้ำ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน จำนวน 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ก่อนการทดลองและ หลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน และ 2 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการวิจัยพบว่า

คะแนนเฉลี่ยการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที 1 เดือน และระยะติดตาม 2 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าคะแนนการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านเฉลี่ยเพิ่มขึ้น

ดังนั้น โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น จึงควรสนับสนุนให้มีการจัดโปรแกรมดังกล่าว เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี และสามารถประกอบกิจวัตร และช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิม, การสร้างเสริมสุขภาพ, ภาวะติดบ้าน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: lahnirajra@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 086-9619262)

Abstract

This one-group pre–post-test quasi-experimental with repeated measurements research aimed to study the effectiveness of a health promotion program on the ability to carry out daily tasks among 30 older adults with homebound conditions in a Muslim cultural context. Data were collected using the ability to carry out daily tasks or activities of daily living (ADL) assessment form before the experiment, and after receiving the program for a one-month, and then a 2-month period of time. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and repeated measures ANOVA.

The research results revealed that average score of ADL among elderly Thai Muslims with homebound condition before joining the program, immediately after joining the program, one month, and then two months later, were significantly different (p<0.05) with an increased in mean scores.

Per findings, the health promotion program was effective to improve ADL. Therefore, the program should be implemented to promote homebound elderly to have good health, and are able to do routine tasks and better self-help.

Keywords: Elderly, Daily Activities, Health Promotion, Homebound Conditions, Muslim Cultural Context

บทนำ

สถานการณ์ในปัจจุบันที่พบว่า จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10 ในปี 2548 เป็นร้อยละ 15 ในปี 2557 และคาดการณ์ว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2564 และ 2574 เป็นร้อยละ 20 และ 28 ตามลำดับ (National Statistical Office, 2018) การเพิ่มของผู้สูงอายุส่งผลกระทบหลายด้าน ที่สำคัญ เช่น ด้านภาคแรงงานจะมีสัดส่วนลดลง ส่งผลกระทบต่อการขยายตัวทางด้านเศรษฐกิจ (The Department of Elderly Affairs, 2019) ด้านการดูแล ผู้สูงอายุเหล่านี้จะกลายเป็นภาระพึ่งพิง เนื่องจากพบว่าพบว่ามีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว แต่ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง นอกจากนั้นยัง พบว่า ผู้สูงอายุจำนวนมากที่อาศัยอยู่ตัวคนเดียวตามลำพัง ไม่มีผู้ดูแล ส่งผลทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ไร้คุณค่า ว้าเหว่ ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญ เพื่อให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ มีสุขภาพที่ดีทั้งในด้านกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และเกิดภาระพึ่งพิงน้อยลง สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันภาวะทุพลภาพ (Prevent Disability) และการส่งเสริมความเป็นอิสระ (Enhance Independence) (World Health Organization, 2017)

จากรายงานของผู้สูงอายุของประเทศไทย ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2564 พบว่า ประเทศไทย มีผู้สูงอายุจำนวน 11,627,160 ราย จากจำนวนประชากรทั้งหมด 66,186,727 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.57 ของประชากรทั้งหมด โดยจังหวัดที่มีประชากรมากที่สุด 5 อันดับได้แก่ กรุงเทพมหานคร นครราชสีมา เชียงใหม่ ขอนแก่น และอุบลราชธานี คิดเป็นร้อยละ 19.80, 17.98, 19.60, 18.16 และ 15.48 ต่อประชากรในจังหวัดนั้น ตามลำดับ (The Department of Elderly Affairs, 2019) สำหรับจังหวัดยะลาพบว่า ปี 2564 มีประชากรทั้งสิ้น 451,277 ราย และเป็นประชากรสูงอายุจำนวน 55,557 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.31 โดยในจำนวนผู้สูงอายุเหล่านั้น สามารถแบ่งเป็นผู้สูงอายุติดสังคม 50,533 ราย, ผู้สูงอายุติดบ้าน 901 ราย และ ผู้สูงอายุติดเตียง 287 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.9, 1.62 และ 0.52 ตามลำดับ (Ministry of Yala Public Health, 2021) ซึ่งผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มจะมีลักษณะ คือ กลุ่มติดสังคมสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่มีโรคเรื้อรัง หรือมีโรคเรื้อรังแต่สามารถ

ควบคุมได้ กลุ่มติดบ้าน คือ กลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือต้องการความช่วยเหลือบางส่วน ส่วนติดเตียง คือ กลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องการความช่วยจากผู้ดูแลและผู้อื่น (Department of Health Service Support, 2017)

จากการทบทวนโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุในวัฒนธรรมของประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่ามีโปรแกรมที่หลากหลาย และเป็นโปรแกรมที่เป็นบริบทของแต่ละพื้นที่ ส่วนใหญ่จะดำเนินการในผู้สูงอายุที่ติดสังคม โดยจะมีกิจกรรมหรือกระบวนการของการดำเนินโปรแกรม เช่น การให้ความรู้การปฏิบัติในการออกกำลังกาย การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Phoawchit & Tiamtan, 2016) การผสมผสานด้านการแพทย์และสาธารณสุขแผนปัจจุบันกับการแพทย์แผนไทย (Sajjathram & Others, 2016) การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่าย หรือ ชุมชน ในการส่งเสริมสุขภาพในหลาย ๆ ด้าน เช่นด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการใช้ยาและการรักษา (Praman & Phattharakun, 2016) การส่งเสริมด้านอาชีพ การสร้างระบบการติดต่อประสานงาน (Songpak, Sinsupan & Isarankun Na Ayudhya, 2019) การมีส่วนร่วมของโรงเรียนผู้สูงอายุกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครอบครัว โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การสร้างเสริมด้านการจัดการความเครียด การเข้าวัด ฟังเทศน์ สนทนาธรรมะ และการเข้าร่วมกิจกรรมศาสนา (Kamnak & Phanloetphanit, 2016; Waichompu, Kraonual, Boontu & Maeng, 2020) เป็นต้น ซึ่งจะเห็นได้ว่า โปรแกรมส่วนใหญ่จะคล้ายกัน เป็นโปรแกรมที่มีกิจกรรมสอดคล้องกับแต่ละพื้นที่ แต่ไม่สอดคล้องกับวิถีของชาวไทยมุสลิมเท่าที่ควร ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทบทวนโปรแกรมของแต่ละพื้นที่ และจัดทำโปรแกรมสำหรับชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน เนื่องจาก ผู้สูงอายุที่เป็นชาวไทยมุสลิมที่ในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีอัฒลักษณ์และมีความโดดเด่นแตกต่างจากจังหวัดอื่น ๆ ในประเทศไทย ทั้งด้านภาษา ศาสนา วัฒนธรรมและการดำเนินชีวิต เป็นอยู่ วิถีชีวิต สังคม ประเพณีและวัฒนธรรมต่าง ๆ ตามหลักศาสนาอิสลาม มีความยึดมั่นในหลักคำสอนของศาสนา ดำเนินชีวิตภายใต้หลักศรัทธาและหลักปฏิบัติ (Yeerae, 2010) และผู้วิจัยเลือกกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่ติดบ้าน เนื่องจาก เป็นกลุ่มที่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หากได้รับการสร้างเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพอาจส่งผลทำให้พัฒนาเป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมได้ และเป็นโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของชาวไทยมุสลิม สามรถปฏิบัติได้ส่งผลต่อความยั่งยืนต่อไป ในขณะเดียวกันโปรแกรมนี้จัดเป็นโปแกรมที่เฉพาะรายกรณีในผู้สูงอายุแต่ละราย เนื่องจากความสามารถและข้อจำกัดของผู้สูงอายุแต่ละรายแตกต่างกัน ดังนั้นจึงต้องการศึกษาโปรแกรมสำหรับผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน

วัตถุประสงค์วิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

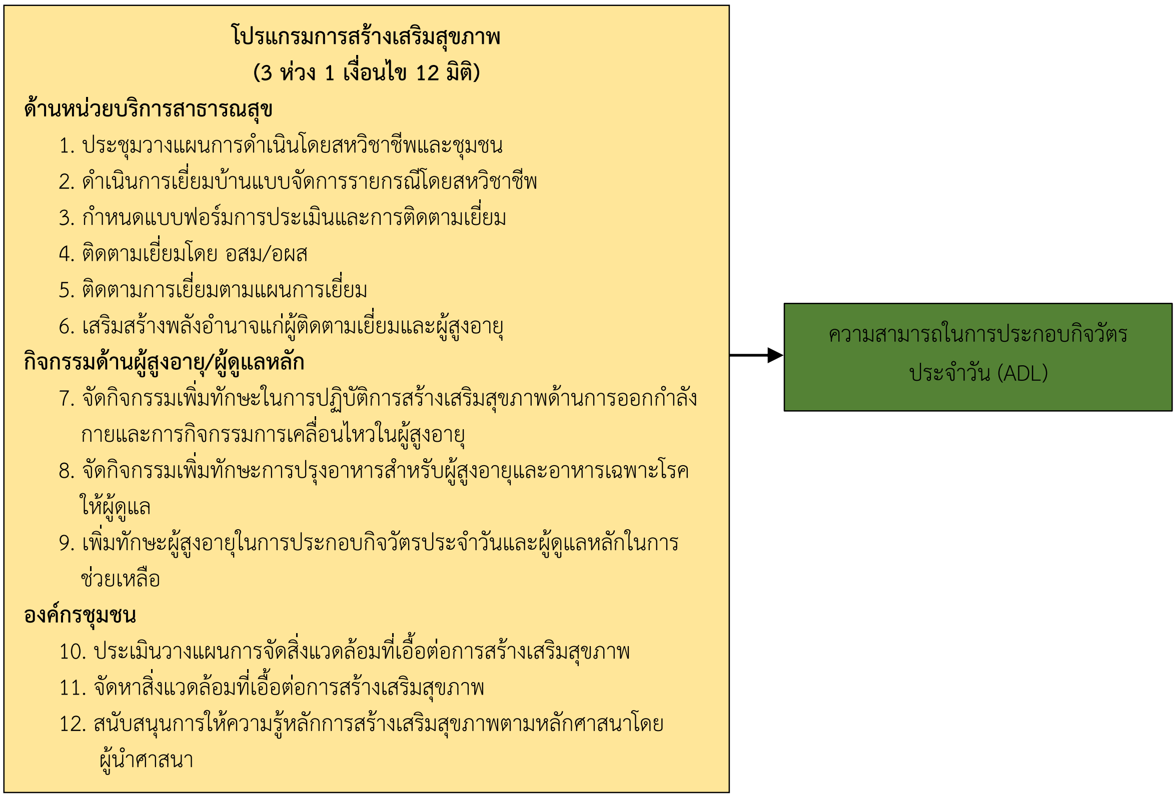
เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน ก่อนการเข้าโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ และหลังเข้าโปรแกรม 1 เดือน และ 2 เดือน

สมมุติฐานวิจัย

คะแนนเฉลี่ยการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน หลังการทดลอง 1 เดือน สูงกว่า ก่อนการทดลอง และ 2 เดือน สูงกว่า ก่อนการทดลอง และ หลังการทดลอง 1 เดือน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเป้นโปรแกรมซึ่งประกอบด้วย 3 ห่วง 1 เงื่อนไข 12 มิติ) หมายถึงโปรแกรมที่เกิดจากความห่วงใยจาก 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 คือทีมสุขภาพซึ่งเป็นหน่วยบริการด้านสาธารณสุข กลุ่มที่ 2 คือผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก กลุ่มที่ 3 คือ องค์กรชุมชน โดยมี 12 กิจกรรม โดยทุกกิจกรรมมีเงื่อนไข คือ บูรณาการกับหลักการทางศาสนาอิสลาม คือ หลักปฏิบัติและหลักศรัทธา โปรแกรมนี้เกิดจากการทบทวนวรรณกรรมและทำเวทีประชาคมในชุมชน พัฒนาแนวคิดการจัดการผู้ป่วยเป็นรายกรณีสู่การสร้างเสริมสุขภาพแบบรายกรณี เพื่อให้สามารถจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละรายลักษณะการสร้างเสริมสุขภาพเป็นแบบสหวิชาชีพ โดยทุกกิจกรรมบูรณาการกับหลักการของศาสนาอิสลาม ซึ่งประกอบด้วยหลักศรัทธาและหลักปฏิบัติ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ระยะนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental study) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังจัดโปรแกรมแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures)

พื้นที่ศึกษา

ผู้วิจัยเลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจงในการศึกษาวิจัย คือ อำเภอรามัน จังหวัดยะลา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิม โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้าดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่ได้รับการประเมิน ADL อยู่ในระดับ 5-11 คะแนน
2. พูด และสื่อสารทางภาษาพูดได้ ทั้งภาษาไทย หรือภาษามลายูท้องถิ่น หรืออย่างใดอย่างหนึ่ง
3. สามารถเข้าร่วมในการทดลองอย่างต่อเนื่อง
4. มีผู้ดูแลหลักอยู่ร่วมดูแลและช่วยเหลือในการทดลองอย่างต่อเนื่อง

5. อยู่ในพื้นที่วิจัยและสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มทดลอง (Exclusion criteria)

1. เสียชีวิตระหว่างดาเนินการทดลอง
2. ป่วยด้วยโรคประจำตัวที่ทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น จนไม่สามารถร่วมการทดลองได้
3. ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย
4. ถอนตัวออกจากการวิจัย ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านอยู่ในเขต อำเภอรามัน จังหวัดยะลา ที่ผ่านการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และมีระดับคะแนน อยู่ระหว่าง 5-11 คะแนน จำนวน 30 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* Power 3.1.9.2 กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) .5 (Cohen, 1977) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) .05 และค่า Power of test .8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือการออกจากการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 รวมเป็น 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยกำหนดคุณสมบัติ (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำแนกออกเป็น 2 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 3 กลุ่มที่รับผิดชอบ กลุ่มที่ 1 หน่วยบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การประชุมวางแผนของทีมสหวิชาชีพและชุมชน 2) ดำเนินการเยี่ยมบ้านแบบจัดการรายกรณีโดยสหวิชาชีพ 3) กำหนดแบบฟอร์มการประเมิน และการติดตามเยี่ยม 4) การติดตามเยี่ยมโดย อสม และ อผส 5) ติดตามการเยี่ยมตามแผนการเยี่ยม 6) เสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ติดตามเยี่ยมและผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วย 3 กิจกรรม 1) จัดกิจกรรมเพิ่มทักษะในการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายและการกิจกรรมการเคลื่อนไหวในผู้สูงอายุ 2) การสาธิตการปรุงอาหารและการจัดเมนูอาหารสำหรับผู้สูงอายุและอาหารเฉพาะโรค 3) จัดกิจกรรมเพิ่มทักษะการปรุงอาหารสำหรับผู้สูงอายุและอาหารเฉพาะโรคให้ผู้ดูแล กลุ่มที่ 3 องค์กรชุมชน ประกอบด้วย 3 กิจกรรม 1) ประเมินวางแผนการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ 2) จัดหาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ 3) สนับสนุนการให้ความรู้หลักการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักศาสนาโดยผู้นำศาสนา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วย เพศและอายุ 2) แบบวัดความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ซึ่งผู้วิจัยใช้ของกรมอนามัย (Department of Medical Services, 2014) มีจำนวน 10 ข้อ 20 คะแนน ประกอบด้วย 1) รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า (Feeding) 2 คะแนน 2) ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมง ที่ผ่านมา (Grooming) 1 คะแนน 3) ลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer) 3 คะแนน 4) ใช้ห้องน้ำ (Toilet use) 2 คะแนน 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility) 3 คะแนน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) 2 คะแนน 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) 2 คะแนน 8) การอาบน้ำ (Bathing) 1 คะแนน 9) การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels) 2 คะแนน 10) การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) 2 คะแนน ผู้สูงอายุกลุ่ม 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวม คะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนน ขึ้นไป ผู้สูงอายุกลุ่ม 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน ผู้สูงอายุกลุ่ม 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน คือ พยาบาลผู้รับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน นักกายภาพบำบัด และอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิจัย นำมาวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective-Item Congruence: IOC) มีค่าระหว่าง 0.67 –1.00 สำหรับแบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93 จากงานวิจัยของ Suwan, Sae-Sia & Songwattana (2017)

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีการดำเนินการแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และทำหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรามันเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

1.2 ดำเนินการประชุม/วางแผนทีมผู้เยี่ยมบ้าน ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขตำบล นักกายภาพ นักโภชนากร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครผู้สูงอายุ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุประจำองค์กรบริหารส่วนตำบล สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

1.3 ผู้วิจัยและผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุประจำโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำรายชื่อผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน มาจัดเรียงและทำการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลากให้ได้กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการแก่ทีมสหวิชาชีพที่ร่วมจัดโปรแกรมการดำเนินงานตามโปรแกรม การเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง การเก็บรวบรวมข้อมูลและการประเมินผลแก่กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

1.4. ผู้วิจัยประเมินผลความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ก่อนเริ่มจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

หน่วยบริการสาธารณสุข

2.1 ประชุมเพื่อวางแผนการดำเนินการ และกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมวิจัย ตามโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ

2.2 ดำเนินการเยี่ยมบ้าน โดยใช้หลักการเยี่ยมบ้านแบบรายกรณี 1 ครั้ง/ราย โดยทีมสหวิชาชีพ โดยจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามรายบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ด้านการออกกำลังกาย ประกอบด้วยลักษณะกิจกรรมการออกกำลังกาย หรือการมีกิจกรรมการเคลื่อนไหว ระยะเวลา จำนวนครั้ง โดยนักกายภาพบำบัด และบูรณาการกับการกล่าวซิกรูลลอฮ์ในขณะมีกิจกรรม ด้านการรับประทานอาหาร ประเภทอาหารที่แนะนำให้รับประทาน พร้อมทั้งให้ความรู้และวิธีการปรุงอาหารจัดเมนูอาหารใน 1 สัปดาห์ที่สอดคล้องกับวิถีการรับประทานอาหาร สำหรับผู้ดูแล ซึ่งเป็นอาหารที่ฮาลาลโดยนักโภชนากร ด้านการจัดการอารมณ์ ประกอบด้วย การละหมาดในกรณีที่มีข้อจำกัด เช่น การนอนละหมาดโดยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพและผู้นำศาสนา

2.3 จัดทำแบบฟอร์มหลังการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการสร้างเสริมสร้างสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ซึ่งประกอบด้วย การออกกำลังกายตามการกำหนดของนักกายภาพ การรับประทานอาหาร และการจัดการอารมณ์ การละหมาด การอ่านซิกรูลลอฮ์

2.4 เยี่ยมติดตามการปฏิบัติตามโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามที่กำหนด โดยเยี่ยมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง พร้อมทั้งจดบันทึก กระตุ้น/ติดตาม เสริมพลังแก่กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล โดย อสมและ ผอส

2.5 ประเมินผลการปฏิบัติตามโปรแกรม พร้อมทั้งช่วยเหลือ สนับสนุน กรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมโดยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ

2.6 เสริมพลังอำนาจแก่กลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแล โดยการให้กำลังใจ ให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร โดยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพและผู้นำศาสนา

ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก

2.7 สอนทักษะแก่กลุ่มตัวอย่างเป็นรายกรณี ในการออกกำลังกายและการมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวที่เหมาะสมกับสภาพกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย โดยนักกายภาพบำบัด

2.8 เพิ่มทักษะการปรุงอาหารสำหรับผู้สูงอายุและอาหารเฉพาะโรค แก่ผู้ดูแลหลักของกลุ่มตัวอย่างโดยนักโภชนากร

2.9 เพิ่มทักษะเป็นรายกรณีแก่กลุ่มตัวอย่างในการประกอบกิจวัตรประจำวัน โดยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ

องค์กรชุมชน

2.10 ร่วมประเมินสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพกับองค์การบริหารส่วนตำบล วางแผนการช่วยในการจัดสิ่งแวดล้อมแก่กลุ่มตัวอย่างเป็นรายกรณี

2.11 ดำเนินการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพโดยครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง และการสนับสนุนความช่วยเหลือจากองค์การบริหารส่วนตำบลและสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

2.12 ให้ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และ อสม/ผสอ ประกอบด้วยความสำคัญของการออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวตามหลักการศาสนา ประโยชน์และผลบุญของการดูแลช่วยเหลือตามหลักการศาสนา แก่กลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลหลัก ทีมสุขภาพ โดยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพและผู้นำศาสนาที่เป็นที่ศรัทธาของชุมชน

3. ขั้นหลังการทดลอง

3.1 ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) หลังจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านครบ 2 เดือน โดยวัดหลังจัดโปรแกรมเดือนที่ 1 และหลังจัดโปรแกรมเดือนที่ 2 จำนวน 2 ครั้ง โดยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ

3.2 เก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ในผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านในกลุ่มทดลอง และวัดซ้ำ ด้วยสถิติ Repeated Measurement One – Way ANOVA ทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni ทั้งนี้ก่อนที่ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติดังกล่าวผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นการแจกแจงเป็นโค้งปกติโดยใช้การทดสอบด้วย Q-Q Plot of Mean พบว่า ข้อมูลอยู่ในแนวเส้นตรง ดังนั้นจึงมีการสรุปว่า ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ

2.2. ทดสอบความแปรปรวนของข้อมูลแต่ละครั้งมีลักษณะเป็น Compound Symmetry หรือไม่ โดยใช้สถิติ Mauchly’s Test of Sphericity พบว่าความแปรปรวนของข้อมูลแต่ละครั้งเป็น Compound Symmetry (*p-value*=<.001) ผู้วิจัยจึงเลือกอ่านผลด้วยวิธี Sphericity Assumed

จริยธรรมวิจัย

ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ 0124/61 รับรอง 19 กรกฎาคม 2561

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านจำแนกตามข้อมูลส่วนตัว (n = 30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 30)	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	15	50.00
หญิง	15	50.00
อายุ (ปี)		
60 – 69 ปี	7	23.33
70 – 79 ปี	7	23.33
80 – 89 ปี	12	40.00
90 ปี ขึ้นไป	4	13.33

M=79.60 ปี, *SD*=9.09 ปี, *Min*=60 ปี, *Max*=92 ปี

จากตาราง 1 ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 50 เพศชายคิดเป็นร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่ช่วงอายุ 80 – 89 ปีคิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมาช่วงอายุ 60- 69 ปี และ 70 – 79 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.33 ตามลำดับ

2. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที (1 เดือน) และระยะติดตามผล (2 เดือน)

ตาราง 2 แสดงเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการประกอบกิจวัตรประวันของ ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรม เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measure One-Way ANOVA) (n = 30)

การเปรียบเทียบรายคู่	การประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)					*P-value*
	ก่อนลงโปรแกรม		หลังลงโปรแกรม		*Difference*	
	M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	
ครั้งที่ 1 (ก่อน) – ครั้งที่ 2 (หลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที)	9.40	1.98	11.06	2.33	-1.67	< 0.001
ครั้งที่ 2 – ครั้งที่ 3 (หลังการเข้าร่วมโปรแกรม 2 เดือน)	11.06	2.33	14.26	2.50	-4.83	< 0.001
ครั้งที่ 1 – ครั้งที่ 3	9.40	1.98	14.26	2.50	-0.168	< 0.001

ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่าง 1 กลุ่มวัดซ้ำ โดยใช้สถิติ Repeated Measurement One – Way ANOVA ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน (ADL) ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที (1 เดือน) และระยะ

ติดตามผล (2 เดือน) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ดังตาราง 2 และพบว่าคะแนนเฉลี่ยของการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุฯ ที่มีภาวะติดบ้านหลังเข้าร่วมโปรแกรม (3 ครั้ง) พบว่า มีความแตกต่างจำนวน 3 คู่ ได้แก่ ครั้งที่ 1 (ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กับ ครั้งที่ 2 (หลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน), ครั้งที่ 2 (หลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน) กับ ครั้งที่ 3 (หลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 เดือน) และ ครั้งที่ 1 กับ ครั้งที่ 3 (หลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 เดือน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.05$ สรุปว่า คะแนนเฉลี่ยของการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุฯ ที่มีภาวะติดบ้านสูงขึ้น 9.40, 11.06 และ 14.26 ตามลำดับ

อภิปรายผล

ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน โดยผู้วิจัยใช้เครื่องมือคือ แบบวัดความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) 1 เดือน และ 2 เดือน หลังจัดโปรแกรมให้แก่ ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน จำนวน 30 คน สรุปได้ว่า โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพโดยทำให้ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p<0.05$)

ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านที่เข้าโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) แตกต่างกัน โดยคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น อภิปรายได้ เมื่อผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน มีทักษะที่เพิ่มขึ้นในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการหน่วยบริการสาธารณสุขที่ประกอบด้วยสหวิชาชีพได้จัดโปรแกรมที่มีการประชุมวางแผน การเยี่ยมบ้านพร้อมการติดตามและการเสริมพลังอำนาจ โดยทีมสหวิชาชีพ และมีผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่งผลให้ทำให้ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันดีขึ้น เนื่องจาก ทักษะความสามารถในตนเอง เป็นตัวพยากรณ์ที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการสร้างวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพในผู้สูงอายุ และการรู้ประโยชน์ส่งผลทำให้พฤติกรรมทางโภชนาการของผู้สูงอายุดีขึ้น (Jamileh Amirzadeh Iranagh, Hejar Abdul Rahman, & Seyedeh Ameneh Motalebi, 2016) และยังพบว่า การที่ผู้สูงอายุได้รับการแนะนำในการดูแลสุขภาพโดยผ่านผู้นำศาสนาซึ่งถือเป็นการสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุที่บูรณาการกับวิถีทางศาสนา ส่งผลทำให้ผู้สูงเกิดการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน และความสัมพันธ์ที่ดีภายในชุมชน เป็นปัจจัยความสำเร็จของการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (Panyaruno, Wijitwatchararak, Amsuk & Charoenjai, 2020)

นอกจากนั้นยังพบว่า การที่ผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ประเมินติดตามอย่างต่อเนื่องทุกวัน ทำให้ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านมีกำลังใจ รับรู้ถึงความห่วงใย รู้สึกมีคุณค่าในขณะเดียวกัน เปรียบเสมือนการกระตุ้นให้ปฏิบัติและมีผู้กำกับการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมดีขึ้น เกิดความพึงพอใจในบริการสุขภาพที่ต่อเนื่อง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองและสามารถพึ่งตนเองได้มากขึ้น ส่งผลทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นตลอดจนคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Padmala, 2019) ดังนั้นการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอโดยทีมสุขภาพที่มีคุณภาพ จะส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สุงอายุติดบ้านเป็นอย่างยิ่ง

ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้านมีคะแนนของการมีการเคลื่อนไหวภายในบ้านเพิ่มขึ้น อภิปรายได้ว่า จากโปรแกรมที่จัดให้ผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน มีกิจกรรมการออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวทางกาย อย่างต่อเนื่อง วันละ 15–30 นาที และมีการบูรณาการโดยขณะมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวมีการรำลึกถึงอัลลอฮ์ (ซิกรูลลอฮ์) ส่งผลทำให้กล้ามเนื้อและร่างกายมีความแข็งแรงและยืดหยุ่นมากขึ้น ทำให้มีพลังที่จะสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ช่วยทำให้การทรงตัวดีขึ้น มีความกระฉับกระเฉงว่องไวมากขึ้น กระดูกแข็งแรงขึ้น ประโยชน์ต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความสมดุลการเคลื่อนไหวและกิจกรรม

ในชีวิตประจำวันโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อการออกกำลังกายนั้นเฉพาะเจาะจงกับผลลัพธ์นั้น (Loampan & Rachnavy, 2019) ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น ส่งผลต่อสมรรถภาพทางกายและความคาดหวังความสามารถตนเองของผู้สูงอายุ มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขน ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ความอ่อนตัวของร่างกายส่วนบน และความอ่อนตัวของร่างกายส่วนล่างสูงขึ้น (การประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น (Areeruk, Rojpaisarnkit, & Wongprasit, 2015)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ทีมสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบล ควรนำแนวคิดการจัดการดูแลรายกรณี และการประเมินติดตามเชิงรุกอย่างต่อเนื่องและจริงจัง เพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุที่ดีขึ้น ลดภาระการดูแลระยะยาวขององค์กรภาครัฐและชุมชน เนื่องจากแนวโน้มสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้น การส่งเสริมสุขภาพที่ดีจะช่วยให้ลดผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงได้

2. ทีมสุขภาพ ควรจัดอบรมญาติผู้ดูแล การจัดสวัสดิการสนับสนุนค่าใช้สอยเช่น วัสดุอุปกรณ์ การจัดอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จัดอบรมสาธิตอาหาร การออกกำลังกาย ที่สอดคล้องกับหลักการศาสนา และกำหนดในแผนงานอย่างต่อเนื่อง

3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการสาธารณสุขและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส) หรืออาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม) โดยให้การสนับสนุนทรัพยากร และงบประมาณ อีกทั้ง ให้ชุมชน และผู้นำศาสนาได้เข้าร่วมในการกำหนดแผนงาน งบประมาณ และโครงการ เพื่อให้การแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุสอดคล้องกับสถานการณ์และสภาพความเป็นจริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเปรียบเทียบการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพครั้งนี้ โดยจัดให้มีกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินเปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้โปรแกรม

2. นำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน นำไปใช้ในบริบทอื่นที่ใกล้เคียงต่อไป

References

Areeruk, N., Rojpaisarnkit, K., & Wongprasit, N. (2015). The Effects of an Integrated Exercise Program on the Health Conditions, Physical Fitness, and Self-Efficacy Expectations of the Elderly. *The Public Health Journal of Burapha University*, *10*(2), 67-76.

Cohen, J. (1977). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (Revised ed.). New York: Academic Press.

Department of Health Service Support. (2017). *Family Volunteer Guideline &Caregivers Group*. Agricultural Co-Operative Federation of Thailand, Ltd. Nonthaburi Province, Thailand.

Iranagh, A, J., Hejar, A., & Motalebi, A, S. (2016). Erratum: Health Blife Model-Based Intervention to Improve Nutritional Behavior amomg Elderly Women. *Nutr Res Pract*, *10*(4), 352-358.

Kamnak, R., & Phanloetphanit, S. (2016). *The Model of Health Promoting-Behaviors in Elderly People at Elderly Schools Wat Huafai Tumbol San Klang Amphor Phan Chiang Rai*. Full Research, MahaChulalongkornrajavidyalaya Sangha College of Chiang Rai.

Loampan, T., & Rachnavy, H. (2019). Muscle Strength and Endurance After Elastic Band Exercise Training in Older Adults. *The Journal of Baromarajonani College of Nusing, Nakhonratchasima, 25*(2), 148-167.

Ministry of Yala Public Health. (2021). *HDC-Dashboard*. Retrieved July 15, 2021, from https://www.ylo.moph.go.th/webssj/index.php.

Padmala, W. (2019). The Community Empowerment Process on Developing Dependent Older People's Quality of Life in Chiang Muan District, Phayao Province. *Academic Journal of Community Public Health,* 5(4), 96-111.

Panyaruno, A., Wijitwatchararak, K., Amsuk, R. & Charoenjai, N. (2020). Ageing Empowerment Guidelines Bu Using The Temple Based Ageing Self - Care in Thailand. *Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology, 5*(1), 103-121.

Phoawchit, P., & Tiamtan, P. (2016). A Development of Health Promotion Activities Model for Aging in Nakhon Sawan Province. *Suthiparithat Journal*, *30*(94), 12-127.

Praman, P., & Phattharakun, W. (2016). A Patient Participation Model for Promoting Healthhy Behaviors of Diabetic Elderly Patients in the Community Medical Center. *Phranakorn Si Ayutthaya Province, Academic Journel Thailand National Spotrs*, *7*(2), 91-106.

Sajjathram, N. (2016). Health Care Model for Quality of Life among the Elderly. *Journal of Humanities and Social Sciences, Rajapruk University*, 1(1), 43-54.

Songpak, K, Sinsupan, N., Isarankura Na Ayudhya. (2019). Development of a Health Promotion Model for the Elderly via Chaisor Village Community Participation in Chaisor Sub district, Chumphae District, KhonKaen Province. *Journal of Humanities & Social Sciences*, 17(2), 159-178.

Suwan, D., Sae-Sia, W.,& Songwattana, P. (2017). Activities of Daily Living in Patients with Multiple Traumatic Injuries. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 9(2), 14-25.

The Department of Elderly Affairs. (2019). *Perspectives on "Aging Society" and Its Impact on the Economy and Society.* Retrieved July 15, 2021, from https://www.dop.go.th/th/know/15/798.

Waichompu, N., Kraonual, S., Boontu, R., & Maeng, D. (2020). Model of Health Promotion Activities in a School for the Elderly Using 3 Dimensions (Diet, Exercise, and Emotion). *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, *7*(2), 1-12.

World Health Organization. (2017). *Aging USA*. Retrieved November 10, 2016, from http://www.who.int/topics/ageing/en/.

Yeerae, N. (2010). *Promoting Islamic Exercise In Pattani Housewives Group.* Master of Science Health System Research and Development. Prince of Songkla University. (in Thai)

SCNJ The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

ผลของการสอนทางสุขภาพตามแนวคิดของแบนดูราต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการให้อาหารเสริมของผู้ดูแลและภาวะโภชนาการของเด็กวัยทารก

Infants' Nutritional Status: The Effects of a Health Education Program on Perceived Self-Efficacy among Caregivers about Complementary Feeding

อัศรีย์ พิชัยรัตน์[1*], เบญจวรรณ ช่วยแก้ว[1] และ ธนภรณ์ ศักดิ์แก้ว[1]

Aussaree Pichairat[1*], Benjawan Chuaykaew[1] and Thanaporn Sakkaew[1]

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง[1*]

Boromarajonani College of Nursing, Trang[1*]

(Received: *April 29, 2021*; Revised: *August 25, 2021*; Accepted: *September 08, 2021*)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแบบคู่ขนานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสอนทางสุขภาพตามแนวคิดของแบนดูราต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการให้อาหารเสริมของผู้ดูแล และภาวะโภชนาการเด็กวัยทารก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลและเด็กวัยทารกอายุ 6 เดือนที่เข้ารับบริการในคลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปะเหลียน อ.ปะเหลียน จ. ตรัง จำนวน 60 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คู่ กลุ่มทดลองได้รับการให้ความรู้ทางสุขภาพตามแนวคิดของแบนดูราต่อการให้อาหารเสริม โดยมีการติดตามเยี่ยมบ้าน และการติดตามทางโทรศัพท์ ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติตามสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก เครื่องมือที่ใช้ในการในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการให้อาหารเสริมและพฤติกรรมการให้อาหารเสริมของผู้ดูแล และประเมินภาวะโภชนาการเด็กวัยทารก โดยแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการให้อาหารเสริม และพฤติกรรมการให้อาหารเสริม หาความตรงของเครื่องมือได้ค่า IOC ระหว่าง .67-1.00 และค่าความเที่ยงจากสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80, .86 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติ Independence t-test และ สถิติ Chi-Square ผลการวิจัยพบว่า

1. ไม่มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการให้อาหารเสริมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการให้อาหารเสริมในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เด็กวัยทารกของกลุ่มทดลองมีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติมากกว่าเด็กวัยทารกของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้น รูปแบบการให้ความรู้ดังกล่าวควรนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลแม่และเด็กในชุมชน โดยมีพยาบาลชุมชนเป็นผู้สอนทางสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ติดตามและควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องไปจนเด็กอายุครบ 1 ปี

คำสำคัญ: ผู้ดูแล, เด็กวัยทารก, การสอนทางสุขภาพ, การให้อาหารเสริม

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: aussareepi@bcnt.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 088-8152525)

Abstract

This study aimed to measure the effects of giving a health education program on complementary feeding self-efficacy (CFS-E), and both behaviorห of caregivers and nutritional status of infants. Program was based on Bandura's concept. Participants were 120 caregivers (60 pairs) and their infant aged 6- month-old, who attended the well-baby clinic at the Paliean Health Promoting Hospital of Trang province. Those were matched into the experimental and control group (30 pairs per group). The experimental group received the health education program based on Bandura's concept, home visit, and telehealth, whereas the control group only received the advice from the handbook of maternal and child health. Research instruments were caregivers' personal demographic, CFS-E, CFB, and infants' nutritional status. The content validity of the questionnaire was .72, and .78. Its reliability was .80, and .86. Data were analyzed using descriptive statistics, independence t-test, and Chi-Square.

The findings showed that 1) there was no difference of CFS-E between the experimental group and the control group 2) the mean CFB of the experimental group was significantly higher than in the control group ($p<0.05$), and 3) infants of the experimental group were more likely to have body weight and height in the normal range, compared to those of the control group ($p<0.05$).

Thus, giving health education program based on Bandura's concept should be applied for providing maternal and childcare in communities. Community nurses should play a health educator role, while health volunteers should monitor infants' nutritional status until one-year of age.

Keywords: Infant, Nutritional Status, Caregiver, Health Education, Complementary Feeding

บทนำ

ภาวะโภชนาการของเด็กวัยทารก อายุแรกเกิดถึงหนึ่งปีมีบทบาทสำคัญต่อการเจริญเติบโต พัฒนาการ และโอกาสในการเกิดโรคในอนาคต (Prell, & Koletzko, 2016) เด็กในวัยนี้มีความต้องการสารอาหารที่มีคุณค่าในปริมาณที่เพียงพอ โดยควรจะได้รับนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน (Exclusive Breastfeeding) และหลังจาก 6 เดือนไปแล้ว เด็กทารกสามารถเริ่มรับประทานอาหารเสริมควบคู่ไปกับนมแม่ได้ถึง อายุ 2 ปี (Winichagoon, & Damrongwongsir, 2020) เด็กวัยทารกที่ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายจะส่งผลการพัฒนาของระบบประสาทที่ล่าช้า (Prell, & Koletzko, 2016) ความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Chronic Non-Communicable Diseases) (Wells, 2018) และรุนแรงจนทำให้เสียชีวิตได้ (Munirul, Arafat, Connell, Mothabbir, McGrath, Berkley et al, 2019) ในทางตรงกันข้าม เด็กที่ได้รับสารอาหารที่มากเกินความต้องการ โดยเฉพาะจากการรับประทานอาหารเสริมในช่วงหย่านม จะส่งผลให้เด็กมีภาวะโภชนาการเกิน จนนำไปสู่การเกิดโรคอ้วน (Laving, Hussain, & Atieno, 2018) นอกเหนือจากนมแม่แล้ว อาหารเสริมเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการส่งเสริมภาวะโภชนาการและสุขภาพของทารก World Health Organization (2017) แนะนำว่า การให้อาหารเสริมแก่เด็กวัยทารกไม่ใช่การให้อาหารหรือเครื่องดื่มที่อ้างสรรพคุณว่ามีคุณค่าเทียบเท่านมแม่ หรือการให้อาหารเสริมเพื่อไปทดแทนการให้นมแม่แก่เด็กวัยทารกอายุ 6 เดือนขึ้นไป สำหรับประเทศไทย การให้อาหารเสริมในเด็กวัยทารกสามารถเริ่มให้ได้เมื่อเด็กมีอายุ 6 เดือน โดยให้อาหารเสริม 1 มื้อ ควบคู่ไปกับการให้นมแม่ และเมื่ออายุครบ 10 เดือนสามารถให้อาหารเสริมเพิ่มขึ้นเป็น 3

มื้อต่อวัน โดยประเภทของอาหารที่แนะนำสำหรับเด็กวัยนี้ คือ ตับบด ไข่แดงบด ผักใบเขียว ผักสีเหลือง เนื้อปลาและเนื้อสัตว์อื่น ๆ (Vazir, Engle, Balakrishna, Griffiths, Johnson, Creed et al, 2013)

ในช่วงของการเปลี่ยนผ่านจากการได้รับนมแม่อย่างเดียวเป็นการให้อาหารเสริมควบคู่ไปด้วย พบว่าบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กวัยนี้ คือ ผู้เลี้ยงดู เนื่องจากเป็นผู้ที่ดูแลใกล้ชิดของเด็กทารก (Kalid, Osman, Sulaiman, Dykes, & Erlandsson, 2019) การที่ผู้ดูแลมีความรู้และความสามารถในการจัดอาหารเสริมที่เหมาะสมให้แก่เด็กจะส่งผลให้เด็กได้รับสารอาหารที่เหมาะสมมีภาวะโภชนาการตามเกณฑ์ มีการเจริญเติบโต และพัฒนาการเป็นไปตามวัย ๆ (Vazir, Engle, Balakrishna, Griffiths, Johnson, Creed et al, 2013) การจัดอาหารเสริมแก่เด็กวัยทารกนั้นเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนซึ่งต้องอาศัยความรู้และความสามารถของผู้ดูแล โดยกลยุทธ์ที่สำคัญในการพัฒนาผู้ดูแล คือ การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะในการให้อาหารเสริม (Complementary Feeding Self-Efficacy: CFS-E) (Bahorsk et al., 2019) ซึ่งถูกพัฒนาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ทางสังคมของ แบนดูรา (Bandura, 1971) ที่เชื่อว่าบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าจะทำงานนั้นได้สำเร็จ โดยบุคคลจะเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิม และประสบการณ์ใหม่ที่เกิดจากการลงมือทำ การเรียนรู้ผ่านต้นแบบ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และความพร้อมของร่างกายและจิตใจ (Bandura, 1971) ดังนั้น หากผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะในการให้อาหารเสริมของตนเองแล้วนั้น บุคคลดังกล่าวจะสามารถให้การดูแลในการให้อาหารเสริมแก่เด็กได้ถูกต้องและปลอดภัย และส่งผลให้เด็กมีการเจริญเติบโตเป็นไปตามเกณฑ์ (Hendriyani, Sudargo, Lusmilasari, Helmyati, Susetyowati, & Nindrea, 2020)

กลวิธีในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของผู้ดูแลเด็กวัยทารกนั้นมีด้วยกันหลายวิธี โดยหนึ่งในวิธีที่มีประสิทธิภาพคือ การสอนทางสุขภาพหรือการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลตามกรอบแนวคิดของแบนดูรา (Bandura) (Chan, Ip, & Choi, 2016; Dodt, Joventino, Aquino, Almeida, & Ximenes, 2015; Jintrawet, Sukkasem, Tongswas, & Somboon, 2015; Khakhong, & Nirattharadorm, 2017; Montigny, & Lacharité, 2005) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้ที่ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของมารดาในการให้นมแม่และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงดูบุตร แต่งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสอนทางสุขภาพหรือการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเพื่อเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความสามารถในการให้อาหารเสริมแก่เด็กในช่วงวัยหกเดือนที่จะเริ่มรับประทานอาหารเสริมนอกเหนือจากการดื่มนมแม่ รวมถึงผลลัพธ์จากการให้อาหารเสริมของเด็กวัยนี้ที่มีผลอย่างไร และในทางปฏิบัติ ในคลินิกสุขภาพเด็กดี ของหน่วยบริการทุกระดับ จะมีการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลตามช่วงวัยที่มารับบริการฉีดวัคซีน ในหลายประเด็น เช่น การส่งเสริมพัฒนาการ การสร้างภูมิคุ้มกันโรค การป้องกันไข้หวัด ท้องร่วง รวมถึงการให้อาหารเสริม แต่ปัญหาของ รพสต.ปะเหลียน มีจำนวนผู้รับบริการจำนวนมาก แต่มีเจ้าหน้าที่จำกัด ทำให้ไม่สามารถให้ความรู้ ความใจในการส่งเสริมภาวะโภชนาการได้ ดังนั้น การนำโปรแกรมการสอนทางสุขภาพ ตามแนวคิดแบนดูรา เรื่องการอาหารเสริมวัยทารกเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถจัดเตรียมและให้อาหารเสริมแก่เด็กได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของเด็กในช่วงวัยต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการให้อาหารเสริมของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มได้รับการสอนทางสุขภาพตามแนวคิดของแบนดูราและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้อาหารเสริมของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนทางสุขภาพตามแนวคิดของแบนดูราและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

3. เพื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการเด็กวัยทารกของกลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการสอนทางสุขภาพตามแนวคิดของแบนดูราและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการให้อาหารเสริมของผู้ดูแลที่ได้รับการสอนทางสุขภาพตามแนวคิดของแบนดูราสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2. คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้อาหารเสริมของผู้ดูแลที่ได้รับการสอนทางสุขภาพตามแนวคิดของแบนดูราสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

3. เด็กวัยทารกของกลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการสอนทางสุขภาพตามแนวคิดของแบนดูรามีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ทางสังคมของ แบนดูรา (Bandura, 1971) ที่เชื่อว่าบุคคลเกิดการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากประสบการณ์ตรง ต้นแบบ การสังเกต และการกระตุ้นเสริมแรง ทฤษฎีนี้มีความเหมาะสมในการออกแบบการสอนทางสุขภาพแก่ผู้ดูแลเด็กวัยทารกเพื่อมุ่งหวังให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และนำไปสู่ผลลัพธ์ปลายทางที่คาดหวัง ดังแสดงในภาพ 1

การสอนทางสุขภาพ
ตามแนวคิดของแบนดูรา

1. การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อนการสอนและระหว่างสอน
2. การสร้างประสบการณ์ตรงจากการลงมือทำผ่านการสอนแบบสาธิตและสาธิตย้อนกลับ
3. การเรียนรู้จากต้นแบบผ่านการสังเกตและและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ต้นแบบ
4. การเสริมแรงและกระตุ้นผ่านการติดตามทางโทรศัพท์และการชมเชยและเสริมแรงขณะสอน

→

1. การให้อาหารเสริมของผู้ดูแล
1.1 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการให้อาหารเสริม
1.2 พฤติกรรมการให้อาหารเสริม
2. ภาวะโภชนาการของเด็กวัยทารก

ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแบบคู่ขนาน (A Quasi-Experimental Single-Blind Parallel-Group Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ผู้ดูแลเด็กและเด็กวัยทารกอายุ 6 เดือน ที่อาศัยในตำบลปะเหลียน อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง และเข้ารับบริการในคลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปะเหลียน อ.ปะเหลียน จ.ตรัง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนของเด็กวัยทารกอายุ 0 - 1 ปี มากที่สุดในพื้นที่อำเภอปะเหลียน จำนวน 195 คน คิดเป็น ร้อยละ 22 จากจำนวนเด็กวัยนี้ทั้งหมดในปี พ.ศ. 2562 (Trang Provincial Public Health Office, 2019)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลเด็กและเด็กวัยทารกอายุ 6 เดือน ที่อาศัยในตำบลปะเหลียน และเข้ารับบริการในคลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปะเหลียน อ.ปะเหลียน จ. ตรัง จำนวน 60 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G-Power กำหนดการทดสอบ t-test แบบวัดค่าเฉลี่ยสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดค่า Effect Size 0.7, α Error Probability .05, และ β Error Probability .80 (Johnson, McMorris, Raynor, & Monsen, 2013) ได้ผลการคำนวณได้ค่าอำนาจการทดสอบตามความเป็น

จริง (Actual Power of Analysis) = 0.8 และขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ จำนวน 52 คู่ แบ่งเป็นสองกลุ่ม กลุ่มละ 26 คู่ ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คู่

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำข้อมูลของผู้ดูแลและเด็กวัยทารกที่เข้ารับบริการในคลินิกเด็กสุขภาพดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปะเหลียน อ.ปะเหลียน จ. ตรัง มารับบริการในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนพฤษภาคม 2563 มาคัดเลือก โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ตรงตามคุณสมบัติของเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กวัยทารกอายุ 6 เดือนโดยที่เด็กในความดูแลมีสุขภาพแข็งแรงและมีภาวะโภชนาการ (น้ำหนักต่อส่วนสูง) อยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถพูด อ่าน เขียน ฟังภาษาไทยได้ดี สามารถติดต่อทางโทรศัพท์และยินดีให้ติดต่อทางโทรศัพท์ได้ ยินยอมให้ติดตามเยี่ยมที่บ้าน รวมทั้งยินยอมและเข้าร่วมการวิจัยทุกขั้นตอน โดยกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในเดือนเมษายนเป็นกลุ่มควบคุม และเดือนพฤษภาคมเป็นกลุ่มทดลอง โดยให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือการทดลองการสอนทางสุขภาพตามแนวคิดของแบนดูราในเรื่องการให้อาหารเสริมแก่เด็กวัยทารก ประกอบด้วย

1.1 การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อนการสอนและระหว่างสอนด้วยกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพและละลายพฤติกรรม

1.2 การสร้างประสบการณ์ตรงจากการลงมือทำผ่านการสอนแบบสาธิตและสาธิตย้อนกลับ โดยใช้สื่อการสอน คือ 1) คู่มือสำหรับผู้ปกครอง เรื่องการให้อาหารเสริมตามวัยสำหรับเด็กวัยทารก 2) แผนการสอน จำนวน 4 เรื่อง ประกอบด้วย ความหมายและความสำคัญของการให้อาหารเสริม รูปแบบการให้อาหารเสริมทารก ภาวะโภชนาการวัยทารก และวิธีการจัดเตรียมอาหารเสริมที่เหมาะสม และ 3) สื่อการสอน Power point Presentation และอุปกรณ์สอนสาธิต

1.3 การเรียนรู้จากต้นแบบ ต้นแบบ คือ ผู้ดูแลเด็กที่ประสบความสำเร็จในการให้อาหารเสริมมาให้ความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยผ่านการสังเกตและและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

1.4 การเสริมแรงและกระตุ้นผ่านการติดตามเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์และการชมเชยและเสริมแรง

2. เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย ความเกี่ยวข้องกับเด็กทารกอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ส่วนแบบสอบถามข้อมูลของเด็กทารก จำนวน 2 ข้อ คือ เพศ และน้ำหนักแรกคลอด

2.2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการให้อาหารเสริมของผู้ดูแลที่พัฒนาโดยผู้วิจัย จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดย 5 คะแนน หมายถึง มีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้เป็นประจำ และ 1 หมายถึง มีความมั่นใจว่าไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้เลย

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการให้อาหารเสริมของผู้ดูแลที่พัฒนาโดยผู้วิจัยจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 7 ข้อ เชิงลบ 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดยข้อคำถามเชิงบวก 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นประจำ และ 0 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย ส่วนข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนกลับกัน

2.4 การประเมินภาวะโภชนาการของเด็กวัยทารก โดยใช้น้ำหนักและความยาวของเด็กวัยทารกที่ผู้วิจัยทำการประเมินกลุ่มตัวอย่างทุกคนด้วยตนเองและใช้เครื่องชั่งน้ำหนักเครื่องเดียวกันในการประเมิน

2.5 เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตน้ำหนักตามส่วนสูงของเด็กเพศหญิงและชาย อายุ 0-2 ปี ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2558 โดยการแปลผล คือ มีภาวะโภชนาการปกติ หมายถึง มีน้ำหนักตาม

ส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์สมส่วน ส่วนผิดปกติ หมายถึง น้ำหนักตามส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ ผอม ค่อนข้างผอม เริ่มอ้วน หรืออ้วน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามแต่ละส่วนผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลเด็กและการวัดประเมินผล จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index :IOC) และผู้วิจัยได้ปรับปรุงและแก้ไขเครื่องมือตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นนำมาทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ดูแลเด็กที่มารับบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองตรัง โรงพยาบาลตรัง จำนวน 50 คน โดยแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการให้อาหารเสริม ได้ค่า IOC ระหว่าง .67-1.00 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80 และ แบบสอบถามพฤติกรรมการให้อาหารเสริมของผู้ดูแล ได้ค่า IOC เท่ากับ .67-1.00 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ส่งหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ปะเหลียน อำเภอปะเหลียน จ.ตรัง เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยลงไปแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. จากนั้นผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลรายชื่อเด็กวัยทารกและผู้ดูแลจากแฟ้มครอบครัว เพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้น

ขั้นทดลอง

ผู้วิจัยได้พบกลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลและเด็กวัย 6 เดือน มารับบริการ ณ คลินิกเด็กสุขภาพดีในเดือนเมษายนและพฤษภาคม 2563 โดยทำการชี้แจงข้อมูลการวิจัย และให้กลุ่มอย่างที่สนใจเข้าร่วมวิจัยเซ็นเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมในการมารับบริการในครั้งต่อไป ผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการเดือนเมษายนเป็นกลุ่มควบคุม และเดือนพฤษภาคมเป็นกลุ่มทดลอง โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้ดูแลเด็กจะได้รับการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการให้อาหารเสริมและพฤติกรรมการให้อาหารเสริมก่อนเข้าร่วมการวิจัย (Pre-test) และเด็กวัยทารกจะได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและเทียบเกณฑ์ประเมินภาวะโภชนาการ จากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะเข้ามารับบริการ ณ คลินิกเด็กสุขภาพดี ได้รับการบริการและคำแนะนำด้านโภชนาการตามสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก งานอนามัยแม่และเด็ก กระทรวงสาธารณสุข โดยจะนัดหมายมารับบริการครั้งต่อไปเมื่อเด็กอายุครบ 9 เดือน

กลุ่มทดลอง ผู้ดูแลเด็กจะได้รับการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการให้อาหารเสริมและพฤติกรรมการให้อาหารเสริมก่อนเข้าร่วมการวิจัยและประเมินภาวะโภชนาการในเด็กวัยทารกเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นกลุ่มทดลองจะได้รับการสอนทางสุขภาพตามแนวคิดของแบนดูราเรื่องการให้อาหารเสริมแก่เด็กวัยทารกและคู่มือผู้ปกครอง ครั้งที่ 1 เป็นการให้ความรู้รายกลุ่ม ณ คลินิกเด็กสุขภาพดี และครั้งที่ 2 เป็นการให้ความรู้รายบุคคลในการติดตามเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลชุมชนและ อาสาสมัครสาธารณสุข หนึ่งสัปดาห์หลังการให้ความรู้ครั้งที่ 1 หลังจากนั้นกลุ่มทดลองจะได้รับการติดตามการให้อาหารเสริม ปัญหา และอุปสรรค รวมทั้งการเสริมแรงให้กำลังใจทางโทรศัพท์ โดย อาสาสมัครสาธารณสุข สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 5-10 นาที จำนวน 9 ครั้ง

ขั้นหลังการทดลอง

หลังจากนั้นเมื่อเด็กครบ 9 เดือน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจะได้รับการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการให้อาหารเสริมและพฤติกรรมการให้อาหารเสริมหลังเข้าร่วมการวิจัย (Post-Test) และเด็กวัยทารกจะได้รับการประเมินภาวะโภชนาการอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการให้อาหารเสริมของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มได้รับการสอนทางสุขภาพตามแนวคิดของแบนดูราและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสำหรับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ดังนี้ 1) การแจกแจงข้อมูลปกติ (Normal Distribution) โดยการทดสอบด้วยสถิติ Shapiro-Wilk พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*=0.85, *p*=0.64) 2) ความแปรปรวนของประชากรทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน โดยใช้สถิติ Levene's test ได้ค่า *p*-value=.713 พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้อาหารเสริมของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสำหรับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ดังนี้ 1) การแจกแจงข้อมูลปกติ (Normal Distribution) โดยการทดสอบด้วยสถิติ Shapiro-Wilk พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*=0.62, *p*=0.36) 2) ความแปรปรวนของประชากรทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน โดยใช้สถิติ Levene's test ได้ค่า *p*- value=.823 พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

3. เปรียบเทียบภาวะโภชนาการของเด็กวัยทารกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-Square

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง เลขอนุมัติที่ 3/2562 ก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ ประโยชน์ และข้อมูลที่สำคัญในการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมและถอนตัวจากการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามใบเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย และเพื่อเป็นการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์และนำเสนอจะใช้รหัสแทนชื่อของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		*p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	(2-tailed)
ความเกี่ยวข้องกับเด็ก					.273
บิดา	1	1.67	-		
มารดา	26	43.33	27	45.00	
ญาติ	3	5.00	3	5.00	
อายุ (ปี)					.352
20-30	15	25.00	16	26.67	
31-40	11	18.34	6	10.00	
41-50	2	3.33	6	10.00	
51-60	2	3.33	2	3.33	
ระดับการศึกษา					.371
ประถมศึกษา	3	5.00	4	6.67	
มัธยมศึกษา	7	11.67	10	16.67	

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		*p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	(2-tailed)
ปวช. หรือ ปวส.	11	18.34	8	13.33	
ปริญญาตรีและสูงกว่า	9	15.00	8	13.33	
อาชีพ					.280
แม่บ้าน	12	20.00	13	21.67	
รับจ้างทั่วไป	9	15.00	8	13.33	
ข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ	4	6.67	3	5.00	
ค้าขาย	5	8.33	6	10.00	
รายได้ของครอบครัว					.421
5000-10000	8	8.33	10	16.67	
10001-15000	6	10.00	6	10.00	
15000 ขึ้นไป	16	26.67	14	23.33	
จำนวนสมาชิกในครอบครัว					.187
น้อยกว่า 3 คน	10	10.00	4	6.67	
4-6 คน	15	25.00	19	31.67	
มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คน	5	8.33	7	11.67	

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลและเด็กทารกวัย 6 เดือน จำนวน 60 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คู่ ไม่มีการถอนตัวหรือถูกคัดออกจากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจะถูกตรวจสอบคุณสมบัติและคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากัน และเด็กวัยทารกถูกคละตามเพศและน้ำหนักแรกคลอด ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดาของเด็กวัยทารก (ร้อยละ 88.33) มีอายุอยู่ในช่วง 20-30 ปี (ร้อยละ 51.67) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับ ปวช.หรือ ปวส. (ร้อยละ 31.67) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้าน (ร้อยละ 41.67) มีรายได้ของครอบครัว 15,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 50) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว 4-6 คน (ร้อยละ 56.67)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการให้อาหารเสริมของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มได้รับการสอนทางสุขภาพตามแนวคิดของแบนดูราและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ตาราง 2 คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการให้อาหารเสริมของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง

ระยะ	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		*df*	*t*	*p*-value
	M	*SD*	*M*	*SD*			(1-tailed)
ก่อนทดลอง	35.27	3.423	34.83	2.842	58	.533	.270
หลังทดลอง	42.97	1.829	34.97	2.671	58	13.535	.088

จากตาราง 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการอาหารเสริมก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการให้อาหารเสริมของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนทางสุขภาพตามแนวคิดของแบนดูราและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ตาราง 3 คะแนนพฤติกรรมการให้อาหารเสริมของผู้ดูแลเด็กระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง

ระยะ	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		*df*	*t*	*p*-value
	M	*SD*	*M*	*SD*			(1-tailed)
ก่อนทดลอง	14.40	2.238	14.40	2.238	58	-.739	.751
หลังทดลอง	25.33	1.807	20.57	1.104	58	12.330	.022*

*$p < .05$.

จากตาราง 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการให้อาหารเสริมก่อนการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนทางสุขภาพ มีคะแนนพฤติกรรมหลังการทดลอง *(M=25.33, SD=1.807)* สูงกว่ากลุ่มควบคุม (*M*=20.57, *SD*=1.104) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (*t*(58)=12.330)

4. ภาวะโภชนาการของเด็กวัยทารกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 4 ภาวะโภชนาการของเด็กวัยทารกระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง

ภาวะโภชนาการ	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ)	χ^2, (*p-value*)
			χ^2Fisher's= 4.356
ปกติ	26(43.3)	19(31.7)	*p-value*=.036*
ผิดปกติ (เริ่มอ้วน,อ้วน,เริ่มผอม)	4(6.7)	11(18.3)	*df*=1

จากตาราง 4 พบว่า ภาวะโภชนาการของเด็กวัยทารก พบว่า เด็กวัยทารกของผู้ดูแลที่ได้รับการสอนทางสุขภาพเรื่องอาหารเสริมมีน้ำหนักและส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ปกติมากกว่าเด็กวัยทารกของกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (χ^2 Fisher's (1, 60) = 4.356)

อภิปรายผล

การศึกษาผลของการสอนทางสุขภาพตามแนวคิดของแบนดูรา ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการให้อาหารเสริมของผู้ดูแล และภาวะโภชนาการของเด็กวัยทารก พบว่า

1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การรับรู้สมรรถนะในการให้อาหารเสริมของผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน หมายความว่า กระบวนการสอนทางสุขภาพและการติดตามตลอดระยะเวลาสามเดือนไม่ทำให้การรับรู้สมรรถนะในการให้อาหารเสริมของผู้ดูแลทั้งสองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rafieyan-Kopaei, Fathian-Dastgerdi, Tarrahi, & Zamani-Alavijeh (2019) ที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะของมารดาเด็กวัยทารกของกลุ่มที่ได้รับการสอนทางสุขภาพกับกลุ่มที่ไม่ได้รับไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากว่ากลุ่มตัวอย่างอาจมีระดับการรับรู้สมรรถนะของตนเองในระดับสูงก่อนที่จะเข้าร่วมการทดลอง กระบวนการให้ความรู้ดังกล่าวจึงไม่มีผลต่อกลุ่มที่มีการรับรู้ที่อยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตามกระบวนการให้ความรู้ทางสุขภาพที่มุ่งเน้นให้ผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะในการให้อาหารเสริมจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดเตรียมและให้อาหารเสริมแก่เด็กวัยนี้ได้ อีกทั้งผู้ดูแลที่มีการรับรู้สมรรถนะในการให้อาหารเสริมระดับสูงจะส่งผลให้ผู้ดูแลจัดเตรียมอาหารเสริมที่เหมาะสมกับเด็กจากวัยทารกจนถึงวัยเตาะแตะ เช่น เน้นจัดอาหารที่เป็นผักและผลไม้ จัดอาหารที่เป็นเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงรวมถึงอาหารหวานให้น้อย และจัดเตรียมอาหารใหม่ ๆ ให้เด็ก (Hendriyani, Sudargo, Lusmilasari, Helmyati, Susetyowati, & Nindrea, 2020)

2. พฤติกรรมการให้อาหารเสริม

ถึงแม้ว่าการรับรู้สมรรถนะตนเองในการให้อาหารเสริมของผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีความแตกต่าง แต่ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลที่ได้รับการสอนทางสุขภาพ เรื่อง ความหมายและความสำคัญของการให้อาหารเสริม รูปแบบการให้อาหารเสริมทารก ภาวะโภชนาการวัยทารก และวิธีการจัดเตรียมอาหารเสริมที่เหมาะสม และได้รับการติดตามในระยะสามเดือน มีคะแนนพฤติกรรมการให้อาหารเสริมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสอนทางสุขภาพ ส่งผลให้เด็กวัยทารกที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลกลุ่มนี้มีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติมากกว่าเด็กวัยทารกในกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการสอนทางสุขภาพ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Rafieyan-Kopaei, Fathian-Dastgerdi, Tarrahi, & Zamani-Alavijeh (2019) ที่พบว่า การให้ความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการให้อาหารเสริมตามคู่มือของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ส่งผลให้มารดาของเด็กวัยทารกมีพฤติกรรมการให้อาหารเสริมที่เหมาะสมทั้งในด้านเวลาที่ควรเริ่มให้อาหารเสริม ความหลากหลายของชนิดอาหาร ความต่อเนื่องในการให้อาหาร และอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Krisame (2020) ที่ใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura โดยการให้ความรู้ การสอนสาธิต การส่งเสริมการมีส่วนร่วม และการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการให้อาหารเสริมวัยทารกของกลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ โดยพฤติกรรมของกลุ่มผู้ดูแลที่พบ คือ จัดเตรียมอาหารเสริมที่แตกต่างจากอาหารของสมาชิกในครอบครัวท่านอื่น เตรียมอาหารเสริมพอดีสำหรับแต่ละมื้อ และมีการล้างวัตถุดิบที่เป็นผักผ่านการล้างผ่านน้ำหรือแช่น้ำ และการศึกษาครั้งนี้ได้ประเมินพฤติกรรมการให้อาหารเสริมของผู้ดูแลที่คลอบคลุมทั้งการเตรียมอาหาร การป้อนอาหาร และการสังเกตการณ์แสดงออกของเด็กในขณะรับประทานอาหาร ซึ่งพบว่า กลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการสอนทางสุขภาพมีพฤติกรรมในการสังเกตการแสดงออกทางสีหน้าของเด็กในขณะรับประทานอาหารมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสอนทางสุขภาพ ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการให้อาหารเสริมแก่เด็กวัยทารกไม่ใช่เป็นเพียงแค่เรื่องอาหาร แต่หมายถึงการดูแลระหว่างการให้อาหารเสริมด้วย

3. ภาวะโภชนาการเด็ก

นอกจากผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมการให้อาหารเสริมแล้ว ผลของการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าการสอนทางสุขภาพแก่กลุ่มผู้ดูแลยังช่วยให้เด็กวัยทารกมีภาวะโภชนาการตามเกณฑ์ น้ำหนักต่อส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือสมส่วนมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสอนทางสุขภาพมีเด็กที่มีภาวะโภชนาการผิดปกติ ได้แก่ เริ่มอ้วน อ้วน และเริ่มผอมถึง 11 คน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Krisame (2020) ที่ใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการให้อาหารเสริมของผู้ดูแลตามแนวคิดของ Bandura พบว่า เด็กวัยทารกที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ น้ำหนักเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีความแตกต่างของทั้งสองกลุ่ม และจากการศึกษาของ Qu, Mi, Wang, Zhang, Yang, Liu et al, (2017) พบว่า การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลตามดัชนีการให้อาหารเสริมในเด็กวัยทารกและวัยเด็กก่อนเรียนช่วยให้เด็กมีส่วนสูงเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ Saleem, Mahmud, Baig-Ansari, & Zaidi (2014) พบว่าการให้ความรู้แก่มารดาเด็กวัยทารกทำให้เด็กวัยทารกที่ได้รับการดูแลมีส่วนสูงและน้ำหนักเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับความรู้ อย่างไรก็ตาม การประเมินภาวะโภชนาการจากโปรแกรมการให้การสอนทางสุขภาพควรมีการประเมินติดตามในระยะยาว เช่น เมื่อเด็กอายุครบ 1 ปี หรือประเมินติดตามทุกสามเดือน (Krisame, 2020; Qu, Mi, Wang, Zhang, Yang, Liu et al, 2017)

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้บ่งชี้ว่าการที่ผู้แลเด็กวัยทารกได้รับการสอนทางสุขภาพและได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ คือ เด็กวัยทารกมีภาวะโภชนาการปกติ ได้รับการเอาใจใส่ในการให้อาหารเสริมแก่เด็กวัยทารกที่ได้รับการดูแล ดังนั้น รูปแบบการให้ความรู้ดังกล่าวควรนำไปใช้ประยุกต์ใช้ในการดูแลแม่และเด็กชุมชนโดยมีพยาบาลชุมชนเป็นผู้สอนทางสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ติดตาม และควรทำต่อต่อเนื่องไปจนเด็กอายุครบ 5 ปี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

รูปแบบการให้ความรู้ดังกล่าวถือว่าเป็นต้นแบบในการส่งเสริมภาวะโภชนาการของเด็กทารกที่ดำเนินการโดยพยาบาล ซึ่งควรมีการประยุกต์โดยใช้โปรแกรมการสอนทางสุขภาพโดยการให้อาสาสมัครเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและประเมินผลในระยะยาว และในการวิจัยในครั้งต่อไปควรจะต้องมีการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคมที่อาจจะส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะตนเองในการให้อาหารเสริมของผู้ดูแลวัยเด็กทารก

References

Bandura, A. (1971). *Social Learning Theory.* Retrieved from http://www.asecib.ase.ro/mps/Bandura_SocialLearningTheory.pdf.

Chan, M. Y., Ip, W. Y., & Choi, K. C. (2016). The Effect of a Self-Efficacy-Based Educational Program on Maternal Breastfeeding Self-Efficacy, Breast Feeding Duration and Exclusive Breast-Feeding Rates: A Longitudinal Study. *Midwifery, 36*, 92-98.

Dodt, R. C. M., Joventino, E. S., Aquino, P. S., Almeida, P. C., & Ximenes, L. B. (2015). An Experimental Study of an Educational Intervention to Promote Maternal Self-Efficacy in Breastfeeding. *Revista Latino-Americana De Enfermagem, 23*(4), 725-732.

Hendriyani, H., Sudargo T., Lusmilasari, L., Helmyati, S., Susetyowati, S., & Nindrea, R. D. (2020). Complementary Feeding Self-Efficacy: A Concept Analysis. *Macedonian Journal of Medical Sciences, 15*(8), 11-22.

Jintrawet, U., Sukkasem, N., Tongswas, T., & Somboon, L. (2015). Effects of Breastfeeding Promotion and Social Support Program on Breastfeeding Self-Efficacy and Exclusive Breastfeeding Rate among Postpartum Mothers. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University, 27*(2), 34-47. (In Thai).

Johnson, K. E., McMorris, B. J., Raynor, L. A., & Monsen, K. A. (2013). What Big Size You Have! Using Effect Sizes to Determine the Impact of Public Health Nursing Interventions. *Applied Clinical Informatics, 4*(3), 434–444. https://doi.org/10.4338/ACI-2013-07-RA-0044.

Kalid, M., Osman, F., Sulaiman, M., Dykes, F., & Erlandsson, K. (2019). Infant and Young Child Nutritional Status and Their Caregivers' Feeding Knowledge and Hygiene Practices in Internally Displaced Person Camps, Somalia. *BMC Nutrition, 5*, 59.

Khakhong, S., & Nirattharadorm, M. (2017). The effects of Promoting Self-Efficacy Program on Breast Feeding Behavior among Adolescent Mothers in Community. *Journal of Public Health, 47*(1), 31-43. (In Thai).

Krisame, K. (2020). Effects of Child Caregivers' Self-Efficacy Enhancement Program for Promoting Child. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office, 4*(8), 72-84. (In Thai).

Laving, A. R., Hussain, S. R., & Atieno, D. O. (2018). Overnutrition: Does Complementary Feeding Play a Role? *Annuals of Nutrition & metabolism, 73*(Suppl 1), 15-18.

Montigny, F., & Lacharité, C. (2005). Perceived Parental Efficacy: Concept Analysis. *Journal of Advanced Nursing, 49*(4), 387-396.

Munirul, I. M., Arafat, Y., Connell, N., Mothabbir, G., McGrath, M., Berkley, J. A., et al. (2019). Severe Malnutrition in Infants Aged < 6 Months-Outcomes and Risk Factors in Bangladesh: A Prospective Cohort Study. *Maternal and Child Nutrition, 15*(1), e12642.

Prell, C., & Koletzko, B. (2016). Breastfeeding and Complementary Feeding: Recommendations on Infant Nutrition. *Deutsches Ärzteblatt International, 113*(25), 435-444.

Qu, P., Mi, B., Wang, D., Zhang, R., Yang, J., Liu, D. et al. (2017). Association Between the Infant and Child Feeding Index (ICFI) and Nutritional Status of 6- to 35-Month-Old Children in Rural Western China. *PloS One, 12*(2), e0171984-e0171984.

Rafieyan-Kopaei, Z., Fathian-Dastgerdi, Z., Tarrahi, M. J., & Zamani-Alavijeh, F. (2019). Effectiveness of Message-Framing Intervention on Complementary Feeding Related Behaviors among Mothers with Infants Aged 4-8 Months: A 3-Arm Randomized Controlled Trial. *Italian Journal of Pediatrics, 45*(1), 158-158.

Saleem, A. F., Mahmud, S., Baig-Ansari, N., & Zaidi, A. K. M. (2014). Impact of Maternal Education about Complementary Feeding on Their Infants' Nutritional Outcomes in Low-and Middle-Income Households: A Community-Based Randomized Interventional Study in Karachi, Pakistan. *Journal of Health, Population and Nutrition, 32*(4), 623-633.

Trang Provincial Public Health Office. (2019). *Population Report.* Retrieved from https://trg.hdc.moph.go.th/hdc/reports/.

Vazir, S., Engle, P., Balakrishna, N., Griffiths, P. L., Johnson, S. L., Creed-Kanashiro, H. et al. (2013). Cluster-Randomized Trial on Complementary and Responsive Feeding Education to Caregivers Found Improved Dietary Intake, Growth and Development among Rural Indian Toddlers. *Maternal and Child Nutrition, 9*(1), 99-117.

Wells, J. C. K. (2018). The Capacity-Load Model of Non-Communicable Disease Risk: Understanding the Effects of Child Malnutrition, Ethnicity and the Social Determinants of Health. *European Journal of Clinical Nutrition, 72*(5), 688-697.

Winichagoon, P., & Damrongwongsir, O. (2020). Breastfeeding Situation, Facilitators and Obstacles, Policy and Program to Promote Breastfeeding in Thailand. *Journal of Nutrition Association of Thailand, 55*(1), 66-81.

World Health Organization. (2017). *Guidance on Ending the Inappropriate Promotion of Foods for Infants and Young Children: Implementation Manual*. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665.

SCNJ The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

ประสบการณ์ของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไตเนโฟรติก

Experiences of Parents and Grandparents Caring for Their Children in Hospital Nephrotic Syndrome

เบญจวรรณ ช่วยแก้ว[1*], อัศรีย์ พิชัยรัตน์[1] และ สร้อยสุวรรณ พลสังข์[1]
Benjawan Chuaykaew[1*], Aussaree Pichairat[1] and Soysuwan Ponsang[1]
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง[1*]
Boromarajonani College of Nursing, Trang[1*]

(Received: *April 30, 2021*; Revised: *August 18, 2021*; Accepted: *September 09, 2021*)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไตเนโฟรติก ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของฮัสเซิล (Husserl) ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ บิดา มารดาหรือปู่ย่า ตายายของผู้ป่วยเด็กโรคไตเนโฟรติก ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไตเนโฟรติกระหว่างการรับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 15 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์เป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง เป็นคำถามปลายเปิดมีความยืดหยุ่น ลักษณะของข้อคำถามมีความชัดเจนและเข้าใจง่าย ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านในการตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสม จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยจัดพิมพ์แบบสัมภาษณ์ และนำไปใช้จริงเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการบันทึกเทป ประมาณ 50 นาทีต่อคน นำข้อมูลที่ได้มาถอดความแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของ โคไลซี่ (Colaizzi) ผลการวิจัยพบว่า

ประสบการณ์ของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไตเนโฟรติกสามารถสรุปได้ทั้งหมด 6 ประเด็น ได้แก่ 1) พฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครอง 2) ให้ความสำคัญกับการรับรู้ของผู้ปกครองต่อการเจ็บป่วย 3) ช่วยเหลือและให้ข้อมูลย้อนกลับในพฤติกรรมการดูแลเพื่อแก้ปัญหา 4) เพิ่มความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ปกครองว่าจะสู้กับโรคนี้ เป็นสิ่งที่เป็นไปได้ 5) สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ปกครองและผู้ป่วย 6) ปัญหาและอุปสรรคที่พบของผู้ปกครอง

ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้เข้าใจการรับรู้ประสบการณ์ของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไตเนโฟรติก ซึ่งบุคลากรทีมสุขภาพสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลเด็กโรคไตเนโฟรติกแบบองค์รวมเพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ประสบการณ์การดูแล, ผู้ปกครองเด็ก, โรคไตเนโฟรติก

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Benjawanch@bcnt.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 081-9680569)

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

Abstract

This qualitative research aimed to study the experiences of parents and grand-parents caring for their children with nephrotic syndrome. Husserl's phenomenology concept was applied. The informants were 15 parents or grandparents of children with nephrotic syndrome who had experiences during hospitalization. The tool used to guide the interview was a semi-structured questionnaire. Questions were open-ended, and flexible. They were clear and easy to understand and examined by 3 experts in order to verify the correctness and appropriateness. The questionnaire was adjusted as recommended by the experts. Data was collected through in-depth interviews. Tape recordings and verbatim transcription were used. The data was analyzed using Colaizzi's method.

Findings were divided into six themes: 1) parental care behaviors, 2) being aware of parents' perception of illness, 3) assisting and providing feedback on care behaviors to solve problems, 4) increasing parents' confidence in fighting the disease and being hopeful, 5) building a positive relationship between the healthcare team, parents, and children, and 6) problems and obstacles encountered by the guardians.

The outcomes of this study provide better understanding about perceived experiences of those family members caring for children with nephrotic syndrome. Health personnel can use the research findings to guide their nursing practices for children with nephrotic syndrome.

Keywords: Children, Nephrotic Syndrome, Parents, Grandparents, Care Experiences

บทนำ

อุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้นทั่วโลก จากข้อมูลปี พ.ศ. 2559 โดยกระทรวงสาธารณสุขพบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.6 ของประชากร หรือประมาณ 8 ล้านคน เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2 แสนคน ป่วยเพิ่มปีละกว่า 7,800 ราย ข้อมูลจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยพบว่า โดยทั่วไปถ้าหากกล่าวถึงผู้ป่วยโรคไต ประชาชนส่วนใหญ่จะนึกถึงผู้ใหญ่ที่มีโรคเรื้อรัง สาเหตุโรคไตเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้ใหญ่ ได้แก่ ไตเสื่อมจากเบาหวาน และภาวะความดันเลือด ซึ่งทำให้เกิดภาวะไตวายได้ มีประชาชนส่วนน้อยที่จะทราบว่าโรคไตก็สามารถเป็นในเด็กได้ (Thai Nephrology Nurse Society, 2020) ซึ่งหากไม่รักษาหรือป้องกันก็อาจนำไปสู่ภาวะไตวายได้เช่นกัน สาเหตุโรคไตเรื้อรังที่พบบ่อยในเด็กนั้นแตกต่างจากในผู้ใหญ่ สาเหตุที่พบบ่อยในเด็ก ได้แก่ ความผิดปกติแต่กำเนิดของไต และของทางเดินปัสสาวะ โรคไตชนิดที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม

สถิติของโรคไตในเด็ก พบว่าโรคไตเนโฟรติก เป็นโรคที่เกิดในผู้ป่วยเด็กประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคไต พบมากในช่วงอายุ 2-7 ปี (Montagnino & Ring, 2009) ถ้าอายุมากกว่า 8 ปีจะพบได้ค่อนข้างน้อย พบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง อัตราส่วน 2:1 และในวัยรุ่นอัตราส่วน 1:1 อุบัติการณ์ในเด็กไทยยังไม่ทราบแน่ชัด แต่ในต่างประเทศ พบ 2-4 คนต่อประชากรเด็กแสนคนต่อปี มีรายงานการศึกษาในผู้ป่วยเด็กไทยที่โรงพยาบาลศิริราช พบผู้ป่วยโรคไตเนโฟรติกจำนวน 133 รายและ โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 174 ราย โดยมีอายุเฉลี่ย 5.5 ปี และ 5.6 ปีตามลำดับ (Musiksukhon, 2012)

พฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมในปัจจุบันของเด็กล้วนส่งผลทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ รวมถึงโรคไตได้ในอนาคต เช่น การมีกิจกรรมประจำวันส่วนใหญ่ที่ไม่ได้ใช้พลังงาน การมีชั่วโมงการออกกำลังกายที่น้อยเกินไป การรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การกินอาหารประเภทแป้ง ไขมัน หรืออาหารและเครื่องดื่มรสหวานที่มากเกินไป ทำให้เกิดโรคอ้วน ส่งผลให้เกิดโรคไตเรื้อรังตามมาได้ ซึ่งอาจจะพัฒนาต่อไปกลายเป็นไตวายระยะสุดท้ายได้ การตรวจพบความผิดปกติของไตในเด็กและได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่

แรกเริ่ม รวมทั้งการหลีกเลี่ยงปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจก่อให้เกิดโรคไตเรื้อรัง เช่น ภาวะอ้วน พฤติกรรมการขับถ่ายที่ไม่เหมาะสม การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ จะสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง และชะลอการเกิดภาวะไตวายระยะสุดท้ายได้ (Daengsakul, 2015)

โรคไตเนโฟรติก เป็นกลุ่มอาการของโรคที่ทำให้โกลเมอรูล่าร์เกิดความเสียหาย เป็นผลให้มีโปรตีนรั่วออกมาทางปัสสาวะเป็นจำนวนมาก ลักษณะเด่นของโรคไตเนโฟรติกจะมี 4 อย่างคือ 1) มีโปรตีนในปัสสาวะมากคือมากกว่า 3.5 กรัม/วัน 2) มีอัลบูมินในเลือดต่ำ 3) บวมกดบุ๋ม 4) ไขมันในเลือดสูง และถ้าเกิดภาวะแทรกซ้อนจะทำให้ผู้ป่วยมีภูมิต้านทานโรคต่ำ เกิดการติดเชื้อได้ง่าย ถ้าเป็นระยะเวลานานอาจเกิดภาวะไตวายได้ นอกจากผลกระทบของโรคแล้ว การที่เด็กต้องรับประทานยาสเตียรอยด์เป็นเวลานานทำให้เด็กมีใบหน้ากลม (Moon Face) และมีผลต่อระบบต่างๆรวมทั้งมีผลกระทบทางด้านจิตใจของบิดา มารดาเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังต้องรักษาต่อเนื่องยาวนาน การพาบุตรมาที่โรงพยาบาลอาจจะต้องทำให้ บิดา มารดาขาดงาน เสียรายได้ของครอบครัวและอาจมีปัญหาอื่น ๆ ตามมาได้ (Siriboonphiphatana, 2012)

โรคไตเนโฟรติกเป็นโรคต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมีตัวผู้ป่วยเด็กเองและครอบครัวเป็นผู้ควบคุมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องร่วมกับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กมีอาการของโรคไตเนโฟรติกกำเริบมีหลายปัจจัย ได้แก่ การที่เด็กรับประทานอาหารเค็ม อาหารไขมันสูง การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การเอาใจใส่จากผู้ปกครอง การติดตามการรักษา และไม่มาตามนัดเป็นต้น ในผู้ป่วยเด็กแต่ละคนก็จะมีวิธีการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน ผู้ปกครองมีหน้าที่หลักในการดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคไตเนโฟรติก โดยเฉพาะในเด็กที่อายุ ต่ำกว่า 9 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ Limbic System ยังทำงานไม่สมบูรณ์ โดยในส่วนที่ลึกที่สุดของสมองเป็นที่ตั้งของกลุ่มระบบลิมบิก (Limbic System) มีศูนย์คอยควบคุมอารมณ์ ความจำ สันดาน ความประพฤติ ความอิ่มทางกายและทางเพศ ทั้งยังควบคุมระดับอุณหภูมิในร่างกาย เกี่ยวข้องกับอารมณ์อ่อนโยนและอารมณ์ร้าย เมื่อถูกกระตุ้นจะก่อให้เกิดอารมณ์และการแสดงออกทางความประพฤติที่แตกต่างกันออกไป นอกจากนี้ บิดา มารดาและผู้ดูแลเด็กควรทำความเข้าใจในโรคที่เด็กเป็น แนวทางการดูแลรักษา ประโยชน์ ผลข้างเคียงของแต่ละวิธีการรักษาและยาแต่ละชนิด และวิธีปฏิบัติตนสำหรับโรคไตเนโฟรติก สำหรับเด็กโตและวัยรุ่น ควรให้เด็กได้ร่วมวางแผนในการใช้ยา และการปฏิบัติตนตามที่แพทย์แนะนำ คอยเป็นกำลังใจให้แก่เด็ก เป็นที่ปรึกษาให้แก่เด็กเมื่อมีปัญหาในการปฏิบัติ และที่สำคัญ ควรปรึกษาแพทย์ผู้รักษาทุกครั้งเมื่อมีปัญหาในการใช้ยาหรือในการปฏิบัติตน (Musiksukhon, 2012)

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไตเนโฟรติก ตามแนวคิดของฮัสเซิล (Husserl, 1965) จะศึกษาประสบการณ์ชีวิตด้วยการ ด้วยการค้นคว้าโดยตรง (Direct Exploration) เน้นความเข้มข้นของข้อมูล รวมถึงความกว้างและ ความลึกของประสบการณ์ วิเคราะห์ และบรรยายปรากฏการณ์ที่เฉพาะเจาะจงอย่างเป็นอิสระ ประกอบด้วย กระบวนการสำคัญ 3 กระบวนการ คือ การหยั่งรู้ การวิเคราะห์ปรากฏการณ์ และการบรรยายปรากฏการณ์ (Uamtani, 2016) มีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ทางการพยาบาลโดยใช้วิธีการปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ ฮัสเซิล (Husserl) เช่น ประสบการณ์การจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ของ Sawasdee (2020) พบว่าผู้ให้ข้อมูลสรุปประเด็นดังนี้ 1) อยู่เพื่อตนเองและครอบครัว 2) ใช้ยาบรรเทาอาการ 3) แสวงหาที่พึ่งทางใจ 4) รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น 5) สร้างคุณค่าให้ตนเอง ส่วนการศึกษาประสบการณ์การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ของ Sangmanee, & Phibal (2017) ค้นพบ 2 ลักษณะคือ 1) การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น 2) ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง) และประสบการณ์การเป็นแม่ของวัยรุ่น ของYakasem & Chaiyasung (2014) ค้นพบ 3 ประเด็นคือ 1) การสร้างครอบครัวใหม่ 2) พยายามให้สิ่งที่ตนเองไม่เคยได้รับแก่ลูก 3) จะไม่ยอมให้ประวัติศาสตร์ซ้ำรอย และประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤต: การวิจัยเชิงคุณภาพ Singdong & Jitpanya (2013) พบว่า ครอบครัวได้สะท้อนประสบการณ์เมื่อสมาชิกครอบครัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ ความวิตกกังวล รู้สึกสับสน หมดหวังและกลัวผู้ป่วยเจ็บปวด ทุกข์ทรมานหรือเสียชีวิต 2) ด้านบทบาท

หน้าที่ของครอบครัว ครอบครัวดำเนินชีวิตด้วยความยากลำบากต้องช่วยประคับประคองจิตใจ ดูแลสมาชิกในครอบครัวคนอื่นให้ดำเนินชีวิตใกล้เคียงกับปกติ รวมถึงการวางแผนดำเนินชีวิตในอนาคตถ้าผู้ป่วยเสียชีวิต 3) ด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวต้องดิ้นรนหาทรัพย์สินมาใช้จ่ายขณะที่เฝ้าดูอาการผู้ป่วยในโรงพยาบาลและต้องเลี้ยงดูสมาชิกคนอื่น 4) ด้านร่างกาย การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของสมาชิกครอบครัวส่งผลต่อการรับประทานอาหาร การนอนหลับ บางรายเกิดความเจ็บป่วยต้องกลับไปพักที่บ้าน ซึ่งครอบครัวให้น้ำหนักด้านจิตใจและอารมณ์มากที่สุด ซึ่งแนวคิดของ ฮัสเซิล (Husserl) นี้ทำให้บุคลากรทีมสุขภาพเกิดความเข้าใจผู้ปกครองเด็กโรคไตเนโฟรติกในประเด็นที่เฉพาะมากยิ่งขึ้น

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของการศึกษาประสบการณ์ของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไตเนโฟรติก ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ปกครองในด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเนฟโฟรติก วิธีการดูแลเด็กเมื่อเป็นโรคไตเนโฟรติก ปัญหาที่ต้องเผชิญ และความคาดหวังในการดูแลเด็กโรคไตเนโฟรติก เพื่อสามารถมองเห็นและเข้าใจถึงพฤติกรรมในแต่ละบริบทของบุคคล สิ่งแวดล้อม สังคมและวัฒนธรรม ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นจากสถานการณ์จริง ประโยชน์ในการวางแผนเพื่อหาแนวทางในการดูแลเด็กโรคไตเนโฟรติก ให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น นำไปวางแผนการพยาบาลได้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยเด็กโรคไตเนโฟรติกในแต่ละรายต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไตเนโฟรติก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของฮัสเซิล (Husserl) เป็นการค้นหาความจริง ที่ปรากฏอยู่โดยไม่มีการคาดการณ์ไว้ล่วงหน้า โดยให้บุคคลอธิบายเรื่องราวและประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ตนเองประสบทางสัมผัสต่าง ๆ ซึ่งผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโรคไตเนโฟรติกบอกเล่าเรื่อง การรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเนโฟรติก วิธีการดูแลเด็กเมื่อเป็นโรคไตเนโฟรติก ปัญหาที่ต้องเผชิญของผู้ปกครอง และความคาดหวังต่อบุคลากรสาธารณสุขในการรักษา โดยผู้วิจัยใช้การหยั่งรู้ วิเคราะห์ปรากฏการณ์ เขียนบรรยายปรากฏการณ์ด้วยวิธีการของโคไลซ์ซี่ (Colaizzi, 1978) และอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น จากการสัมภาษณ์ผู้ปกครองแต่ละราย บนพื้นฐานการรับรู้ส่วนบุคคล ภูมิหลัง สังคม โดยมุ่งทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ในมุมมองของผู้ปกครองเด็กโรคไตเนโฟรติก

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ แบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Study) ตามแนวคิดของ ฮัสเซิล (Husserl)

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโรคไตเนโฟรติกที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในภาคใต้ของไทย จำนวน 15 คน โดยเลือกแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ดังนี้ 1) เป็นบิดาหรือมารดาหรือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กโรคไตเนโฟรติก และ 2) ผู้ป่วยเด็กโรคไตเนโฟรติกที่พักรักษาตัวครั้งที่ 2 ขึ้นไป เก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในภาคใต้ของไทย เก็บข้อมูลในเดือนกรกฎาคม 2561-มีนาคม 2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวคำถามปลายเปิดกึ่งโครงสร้าง จำนวน 25 ข้อ ผู้วิจัยนำแนวคำถามผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ปกครองเด็กโรคไตเนโฟรติกที่

โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จำนวน 5 ราย และนำมาปรับปรุงแนวคำถามจนได้แนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ตัวอย่างแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ได้แก่ “คุณ........พ่อ/แม่/ยาย/ย่า รู้สึกอย่างไรที่ลูกหรือน้องเป็นโรคนี้คะ” “คุณ........พ่อ/แม่/ยาย/ย่ารู้จักโรคนี้ว่าเป็นอย่างไร” “ให้คุณ......พ่อ/แม่/ยาย/ย่าอธิบายเท่าที่ทราบว่าโรคนี้เป็นอย่างไร” “จากที่ลูกหรือน้องเป็นโรคนี้มีผลต่อคุณ............พ่อ/แม่/ยาย/ย่าและครอบครัวอย่างไรบ้างคะ มากน้อยแค่ไหน” “คุณ.......พ่อ/แม่/ยาย/ย่าดูแลลูกหรือน้องเมื่อเป็นโรคนี้อย่างไรคะ”

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวคำถามในการสัมภาษณ์เป็นคำถามปลายเปิดกึ่งโครงสร้าง จำนวน 25 ข้อ ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัย แนวคำถามนี้ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน รวมทั้งนำไปทดลองฝึกสัมภาษณ์กับผู้ปกครองเด็กโรคไตเนโฟรติกที่รักษาตัวที่โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 5 ราย เพื่อตรวจสอบเรื่องภาษา การสื่อความหมาย การตอบสนองต่อคำถาม และความเข้าใจในข้อคำถามของผู้ปกครองเด็กโรคไตเนโฟรติก ก่อนนำไปสัมภาษณ์จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการแนะนำตัวเอง และอธิบายให้ผู้ปกครองเด็กโรคไตเนโฟรติก ทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล กระบวนการสัมภาษณ์ การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง แล้วนัดวัน เวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ พร้อมบันทึกเทป และจดบันทึกข้อมูลรายละ 1-2 ครั้ง ๆ ละ 30-50 นาที โดยสัมภาษณ์ที่ห้องประชุมกลุ่มย่อย ณ หอผู้ป่วย หลังการสัมภาษณ์ครั้งแรกเสร็จสิ้น จะนัดสัมภาษณ์ในครั้งต่อไปในกรณีที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม หรือต้องการยืนยันสรุปข้อมูล ซึ่งขึ้นอยู่กับความสมัครใจ และความยินยอมของผู้ให้ข้อมูล ก่อนยุติการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้สรุปเรื่องราวที่ได้จากการสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลเพื่อยืนยันความถูกต้อง โดยสรุปในวันที่สัมภาษณ์นั้นเลย ทำการเก็บดำเนินการเช่นนี้ไปจนได้ข้อมูลอิ่มตัว (Saturation of Data) ซึ่งในการวิจัยนี้มีผู้ปกครองเด็กโรคไตเนโฟรติกจำนวน 4 ราย ที่ต้องนัดทำการเก็บข้อมูลมากกว่า 1 ครั้ง

การตรวจสอบความน่าเชื่อของข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้สามารถตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล โดยใช้แนวคิดของ Lincoln & Guba (1985) ได้แก่ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ทั้งด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านทฤษฎี และโดยผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความลุ่มลึกของข้อมูล ให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ (Member Checks) ประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นย้อนกลับมาตรวจสอบความเข้าใจของการสรุปและ ตีความของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้แน่ใจว่าข้อสรุปที่ได้เป็นข้อมูลจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลจริง

ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความหลากหลาย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม

ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) โดยการใช้หลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-Depth Interview) และการจดบันทึก และเชื่อมโยงข้อมูลดังกล่าวเข้าด้วยกันเพื่อเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง ตลอดจนนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลอภิปรายร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อลดอคติจากการวิเคราะห์และตีความข้อมูล

ความสามารถในการยืนยัน (Conformability) โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวความคิดในการสร้างแนวคำถามเพื่อให้ครอบคลุมประเด็นที่ต้องการศึกษา และผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ และภายหลังสิ้นสุดการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำการถอดเทปด้วยตนเองและนำข้อมูลที่ได้มาบันทึกให้เป็นระเบียบ เป็นหมวดหมู่ทุกครั้ง ภายหลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลเบื้องต้น วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ของลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

2. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ นำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบของ Colaizzi (1978) ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ คือ อ่านบทสัมภาษณ์ที่ได้จากการถอดความจากเครื่องบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ ร่วมกับฟังเทปซ้ำหลาย ๆ ครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจและให้รหัสข้อมูล จากนั้นดึงข้อความสำคัญออกมาแล้วให้ความหมายที่เป็นไปได้ของแต่ละข้อความนั้น ทำการจัดระบบความหมายของข้อความเป็นกลุ่มประเด็นแล้วเขียนอธิบายประเด็นเป็นความเรียงอย่างละเอียด

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับอนุมัติการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง เลขที่ 13/2561

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ในการศึกษาประสบการณ์ของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไตเนโฟรติก มีผู้ให้ข้อมูลรวมจำนวน 15 ราย เป็น เพศหญิง 10 ราย เพศชาย 5 ราย มีอายุระหว่าง 42-70 ปี มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย โดยการเป็นมารดา จำนวน 9 ราย และเป็นบิดา จำนวน 3 ราย และเป็นยายของผู้ป่วย จำนวน 3 ราย ระดับการศึกษาของผู้ปกครองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี จำนวน 10 ราย ระดับ ปวส. จำนวน 3 ราย และประถมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 2 ราย ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเนโฟรติกอยู่ในช่วง 1-5 ปี โดยพบเด็กที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าวเป็นระยะเวลา 3 ปี มากที่สุด ผู้ปกครองที่อาศัยในจังหวัดที่ศึกษา จำนวน 12 ราย จังหวัดอื่น จำนวน 3 ราย

ลักษณะทั่วไปของหน่วยงาน โรงพยาบาลที่ศึกษา มีขนาด 1,000 เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 และ 2 หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 เป็นผู้ดูแลเด็กป่วยด้วยโรคทางศัลยกรรมเด็กและโรคไม่ติดต่อของเด็ก ซึ่งผู้ป่วยเด็กโรคไตเนโฟรติกจะมีการรับผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 ลักษณะของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 มีจำนวนเตียง 30 เตียง อัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วย 1:10 จำนวนวันนอน เฉลี่ย 4.5 วัน หน่วยงานได้รับตรวจเยี่ยม และการนิเทศงานจากหัวหน้ากลุ่มกลุ่มการพยาบาลสาขาการพยาบาลเด็กเดือนละ 1 ครั้ง มีการมอบหมายการดูแล ผู้ป่วย และครอบครัวเฉพาะรายแบบเจ้าของไข้ มีการอนุญาตให้บิดาหรือมารดาหรือผู้ปกครองเฝ้าไข้ผู้ป่วยเด็กได้เตียงละ 1 คน มีมุมเด็กเล่นอยู่ด้านหน้าของหอผู้ป่วย มีห้องแยกสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ จำนวน 2 ห้อง ห้องแยกจะปิดประตูตลอดเวลาส่วนด้านหลังจะมีโต๊ะให้ญาติรับประทานอาหารเย็น และวางถาดอาหารหรือตากเสื้อผ้าเล็ก ๆ น้อย ๆ มีห้องน้ำรวมแยกเพศชายและเพศหญิง

2. ประสบการณ์ของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไตเนโฟรติก

จากการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไตเนโฟรติก จำนวน 15 ราย ทำให้พบประเด็นต่าง ๆ เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไตเนโฟรติก 6 ประเด็น ได้แก่ 1) พฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครอง 2) ให้ความสำคัญกับการรับรู้ของผู้ปกครอง ต่อการเจ็บป่วย 3) ช่วยเหลือและให้ข้อมูลย้อนกลับในพฤติกรรมการดูแลเพื่อแก้ปัญหา 4) เพิ่มความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ปกครองว่าจะสู้กับโรคนี้ เป็นสิ่งที่เป็นไปได้ 5) สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ปกครองและผู้ป่วย 6) ปัญหาและอุปสรรคที่พบของผู้ปกครอง โดยมีผลการศึกษาในแต่ละประเด็น ดังนี้

พฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครอง เป็นการกระทำของผู้ปกครองในการดูแลเด็กโรคไตเนโฟรติกให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ โดยครอบคลุมพฤติกรรมการดูแลในด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ผู้วิจัยพบว่าส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลมีพฤติกรรมการดูแลเด็กที่เป็นโรคไตเนโฟรติก ในเรื่องการดูแลด้านอาหารและการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่เป็นมารดา เน้นในเรื่องการรับประทานอาหารที่ตรงกับโรค มารดาจะประกอบอาหารให้เด็กรับประทานทั้ง 3 มื้อ โดยมื้อเที่ยงจะใส่กล่องให้เด็กไป

รับประทานด้วย มีการจัดอาหารที่มีประโยชน์ อาหารที่มีโปรตีนเพียงพอกับเด็ก และดูแลให้ได้รับเนื้อสัตว์ ดังคำกล่าวที่ว่า

"แม่จะจัดอาหารอ่อนอ่อน รสไม่จัด ไม่เค็ม อย่าให้อยู่ที่ชุมชนแออัด" (ID ผู้ให้ข้อมูล คนที่ 1)

"ตอนเช้าจะดูแลให้กินยาเม็ดสีชมพู ก็เชื่อฟังดี แต่บ่นเรื่องกินยามั่งว่ายาขม กินทีละ 2 เม็ด และไม่พาไปไหนเลยกลัวลูกไม่สบาย ให้กินอาหารจืด ไม่เติมเกลือเลย" (ID ผู้ให้ข้อมูล คนที่ 6)

"ผมจะบอกไม่ให้เล่นซน ไม่พาลูกไปไหนเลย เพราะกลัวลูกติดเชื้อ" (ID ผู้ให้ข้อมูล คนที่ 10)

"แม่ให้กินจืด ๆ ไม่ใส่เกลือ ไม่ให้กินขนมเลย์" (ID ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11)

ให้ความสำคัญกับการรับรู้ของผู้ปกครอง ต่อความเจ็บป่วย เป็นการรับรู้ของผู้ปกครองจะแปลความหมายจากการพบเห็นหรือได้รับฟังสื่อด้วยความตั้งใจในการรับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับโรคไตเนโฟรติกทั้งหมดมากระทบกับอวัยวะรับสัมผัสได้แก่ ตาและหู และส่งกระแสประสาทไปยังสมอง เพื่อการแปลความตามความสามารถและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกับการรับรู้เกี่ยวกับโรคไตเนโฟรติกว่าเด็กมีอาการอย่างไร รักษาอย่างไร ทำไมต้องมาโรงพยาบาล ดังคำกล่าวที่ว่า

"ลูกบวมอีกแล้ว บวมทั่วตัวมากเลย" (ID ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

"บวมช่วงเช้า จากนั้นบวมที่ลูกไข่" (ID ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

"บวมประจำ ไม่รู้ไปกินอะไรที่ผิด ๆ มาแน่" (ID ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

"เมื่อรู้ว่าลูกเป็นโรคไตรั่ว แม่ตกใจมาก แต่มองว่าเป็นการเจ็บป่วยไม่ใช่การถูกของ แต่สงสารลูกว่ายังเป็นเด็กก็เป็นโรคไตแล้วเหรอ" (ID ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

"ผมต้องทำยังไงบ้าง ให้ลูกหายไวไว" (ID ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

"ลูกผมเป็นโรคอะไร อันตรายหรือเปล่า รักษาได้ไหม" (ID ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

ช่วยเหลือและให้ข้อมูลย้อนกลับในพฤติกรรมการดูแลเพื่อแก้ปัญหา เป็นการสื่อสารที่ช่วยให้ผู้ปกครองมีการปฏิบัติการดูแลที่ดี การดูแลที่เป็นปัญหา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดี การให้ข้อมูลย้อนกลับที่ดี สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดี สร้างแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กโรคไตเนโฟรติก ดังคำกล่าวที่ว่า

"ถ้าพยาบาลไม่บอก ยายก็ให้กินแบบนั้นเหลย และก็มานอนโรงพยาบาลทุกที" (ID ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

"แม่ไม่ตามใจแล้ว ทีหลังต้องเชื่อที่หมอบอก เค้าห้ามกินอะไร ต้องไม่ให้ลูกกิน และที่โรงเรียนก็บอกครูไว้แล้วกัน ว่าน้องกินอะไรได้มั่ง" (ID ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

"ผมทำตามที่หมอและพยาบาลบอกเพ (ทั้งหมด) และช่วงเที่ยงก็บอกให้เค้าคุมอาหารเอง เค้าก็เชื่อฟังนะ" (ID ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15)

เพิ่มความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ปกครองว่าจะสู้กับโรคนี้ เป็นสิ่งที่เป็นไปได้ เป็นการแสดงออกของผู้ปกครองเด็กโรคไตเนโฟรติกมีความมั่นใจในการดูแลเด็กโรคไตเนโฟรติก ซึ่งโรคนี้พบมากในเด็กวัยก่อนเรียนและวัยเรียน ซึ่งวัยดังกล่าวเป็นวัยที่ต้องพึ่งพาบิดา มารดา หรือผู้ปกครองในการดูแลทางด้านสุขภาพ ความเจ็บป่วย โดยบิดามารดาหรือผู้ปกครองควรดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด ในการเฝ้าสังเกตอาการ เพราะโรคไตเนโฟรติกสามารถรักษาให้หายขาดได้ในกรณีที่อาการยังไม่รุนแรง แต่ถ้าหากถึงขั้นภาวะโรคไตเรื้อรัง จะทำให้รักษาได้ยากและอาจไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

" ตอนแรก (ครั้งแรก) ก็ไม่รู้ว่าต้องดูแลลูกอย่างไร พอพยาบาลมาแนะนำการดูแลลูกและให้พูดคุยกับเจ้าหน้าที่อาหาร แม่ก็เตรียมอาหารที่ลูกต้องกินทั้ง 3 มื้อ ก็ทำอาหารเอง ลูกก็กินได้ ไม่ต้องไปหาหมอก่อนนัดเลย" (ID ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

"พยาบาลเค้าดี เค้าบอกว่าแม่อย่าคิดว่าทำไม่ได้ ขอให้แม่มั่นใจว่าทำได้ ลูกคนอื่นมีอาการรุนแรงกว่าลูกแม่ เค้าก็ยังดูแลได้ แม่ก็ดูแลตามที่พยาบาลแนะนำ แล้วทุกอย่างมันจะดีเอง" (ID ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

"หมอบอกว่ารักษาได้ ให้ยายใส่ใจหลานให้มาก กินยาที่หมอให้ตามเวลา ไม่กินของเค็ม ไม่กินของมัน อย่าพาหลานไปที่คนมาก ๆ เดี๋ยวติดเชื้อ ยายทำตามที่หมอบอก หลานยายดีขึ้นเลย ไม่บวมแล้ว" (ID ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

"พยาบาลบอกให้กินยาทุกวัน ห้ามลืม ไม่งั้นเดี๋ยวอาการเป็นมากขึ้น" (ID ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12)

"ลูกผมมาตามหมอนัดทุกรอบ ไม่ผิดนัดเลย ผมว่าถ้าดูแลลูกตามที่หมอและพยาบาลบอก โรคนี้ก็ไม่น่ากลัว อยู่ที่เราคุมตัวเอง" (ID ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13)

สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ปกครองและผู้ป่วย หมายถึง การที่ผู้ปกครองเด็กโรคไตเนโฟรติก มีสัมพันธภาพที่ดี ให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพ ในการดูแลเด็ก เนื่องจากโรคไตเนโฟรติกต้องได้รับการรักษาและดูแลที่ต่อเนื่อง เป็นโรคที่ทีมสุขภาพต้องร่วมมือกับครอบครัวในการดูแลเด็ก เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน แก่เด็กได้รับการดูแลที่เหมาะสม ดังคำกล่าวที่ว่า

"ผมทำตามที่หมอบอก เค้าให้ทำไร ก็ทำแบบนั้น เพราะผมก็อยากให้ลูกผมหาย" (ID ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

"แม่รู้เรื่องโรคจากพยาบาลนี่แหละ ถ้าพยาบาลไม่บอกแม่ก็ไม่ใช่รู้เลย" (ID ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

"พยาบาลดูแลดีมากเลย มาแหลงตลอดว่าให้ทำอะไร กินอะไรได้มั่ง" (ID ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 14)

ปัญหาและอุปสรรคที่พบของผู้ปกครอง เป็นสิ่งที่ผู้ปกครองเด็กโรคไตเนโฟรติกพบขณะที่ดูแลผู้ป่วยเด็ก บางครั้งอยู่นอกเหนือการบริหารจัดการของผู้ปกครองหรือครอบครัว และต้องการหาแนวทางในการหาทางออก หรือสิ่งสนับสนุนอื่น ๆ เพื่อลดปัญหา ความวิตกกังวล หรือความตึงเครียดนั้น ดังคำกล่าวที่ว่า

"ในหนแรกไม่เห็นมีใคร บอกอะไรเกี่ยวกับโรคนี้ให้ยายรู้เลย" (ID ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

"อยากให้หน่วยงาน หรือ อบต. มาช่วยตอนไปหาหมอ ไม่ต้องเสียค่ารถในวันหมอนัด" (ID ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

"เด็กไปฉีดวัคซีนได้ไหม" (ID ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

"ต้องกินยานาน จะมีผลอะไรไหม" (ID ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ปกครองได้สะท้อนสิ่งที่ปรากฏการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไตเนโฟรติก ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครอง ผู้ให้ข้อมูลทุกรายเชื่อว่าพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไตเนโฟรติก ต้องได้รับการดูแลทั้งทางด้านอาหารและการออกกำลังกาย เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดในเรื่องโภชนาการ การใช้ยา การป้องกันการติดเชื้อ และการป้องกันการกำเริบของโรค ขณะที่มีอาการบวมควรเพิ่มสารอาหารที่มีโพแทสเซียมสูงเช่น ส้ม กล้วยหอม องุ่น ไข่ นม จำกัดการบริโภคเกลือ โดยให้เกลือแกงน้อยกว่าวันละ 1-2 มิลิโมล/กิโลกรัม (1 มิลลิโมล=58 มิลลิกรัม) การให้ดื่มน้ำตามปกติ จะจำกัดเฉพาะรายที่มีอาการบวมมาก การรับประทานยาสเตียรอยด์อย่างต่อเนื่อง และเมื่อเด็กกลับบ้านจะหลีกเลี่ยงการไปในที่ชุมชนแออัดหรือใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มีไข้ เป็นหวัด ถ้าจำเป็นต้องใกล้ชิด ควรสวมหน้ากากอนามัยปิดปากและจมูก (Yamsoay, 2021) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Dangskul, Lamchang, & Kantawang (2015) ที่พบว่าเด็กวัยรุ่นกลุ่มอาการเนโฟรติกมีพฤติกรรมการรับประทานโดยรวมอยู่ในระดับสูง และด้านการเลือกชนิดอาหาร และด้านการหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่ควรรับประทานอยู่ในระดับสูง ด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคไตเนโฟรติกอยู่ในระดับปานกลาง โดยอิทธิพลของครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของเด็กวัยรุ่นกลุ่มอาการเนโฟรติกได้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Singdong & Jitpanya (2012) ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยวิกฤต ครอบครัวต้องผลัดกันมาเฝ้าที่โรงพยาบาล ต้องช่วยประคับประคองด้านจิตใจซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยวิกฤต

2. ให้ความสำคัญกับการรับรู้ของผู้ปกครองต่อความเจ็บป่วย ผู้ให้ข้อมูลทุกรายเชื่อว่าการที่เด็กป่วยเป็นโรคไตเนโฟรติก เกิดจากความผิดปกติของไต และสามารถรักษาได้ แต่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง การที่ผู้ปกครองหรือครอบครัวรับรู้ต่อประสบการณ์การเจ็บป่วยและคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้า การรับรู้ด้านนี้เป็นผลจากพฤติกรรมการดูแลและการให้ความหมายของโรคไตเนโฟรติก และจะมีผลต่อรูปแบบการจัดการของครอบครัว ถ้าภาวะโรคไตเนโฟรติกของเด็ก มีอาการเปลี่ยนแปลงบ่อย ๆ การจัดการของผู้ปกครองและครอบครัวจะมีความเครียดมากขึ้น แต่ถ้าอาการของผู้ป่วยเด็กโรคไตเนโฟรติกคงที่ สามารถพยากรณ์โรคได้ดี ความกลัวของผู้ปกครองหรือครอบครัวต่ออนาคตจะน้อยลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Wattahanachai & Tiraiwong (2019) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการของครอบครัว : แนวคิดและแนวทางการนำไปใช้ในการช่วยเหลือครอบครัวเด็กที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ครอบครัวมีการจัดการต่อการเจ็บป่วยเรื้อรังของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ช่วยเหลือและให้ข้อมูลย้อนกลับในพฤติกรรมการดูแลเพื่อแก้ปัญหา ผู้ให้ข้อมูลทุกรายเชื่อว่าหากได้รับช่วยเหลือและการให้ข้อมูลย้อนกลับในพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคไตเนโฟรติก จากทีมสุขภาพ จะทำให้สามารถดูแลเด็กได้ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sawasdee (2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าการรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็นคำแนะนำ ความรัก กำลังใจ ก็สามารถเป็นพลังให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้องต่อไป

4. เพิ่มความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ปกครองว่าจะสู้กับโรคนี้ เป็นสิ่งที่เป็นไปได้ ผู้ให้ข้อมูลทุกรายเชื่อว่าครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและควบคุมกำกับเด็กโรคไตเนโฟรติกเป็นอย่างมาก สอดคล้องกับแนวคิดของ Knafl, Deatrick, Gallo, Dixon, Grey, Knafl, et al. (2011) ที่กล่าวว่าความสามรถในการดูแล เป็นการประเมินศักยภาพของครอบครัวว่าสามารถดูแลเด็กป่วยสำเร็จตามเป้าหมายหรือไม่ เด็กไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ครอบครัวมีความเชื่อมั่นในการจัดการว่าตนองสามารถจัดการสิ่งต่าง ๆ ได้ ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคและมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

5. สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ปกครองและผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลทุกรายเชื่อว่าการสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ปกครองและผู้ป่วย จะช่วยส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมหรือให้ความร่วมมือที่ดีในการดูแล รักษา เด็กโรคไตเนโฟรติก ซึ่งบรรยากาศที่เป็นมิตร ไม่นับรวมลักษณะกิจกรรมที่ทีมสุขภาพจัดให้กับผู้ปกครองและผู้ป่วยโรคไตเนโฟรติก เท่านั้นแต่ยังรวมถึงสิ่งอำนวยความสะดวก และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เช่น การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ การจัดรถรับ-ส่งในวันที่แพทย์นัด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kasiphol, Chunhathititham, Prasertsong, Jaroenjitkul, Nansunanon, & Jarutatsanangkoon (2021) ในเรื่องประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่พบว่า การจัดเตรียมผู้ดูแลและสถานที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระยะยาวเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Watthanachai, & Tirapaiwong (2019) ที่พบว่าแนวคิดการจัดการครอบครัวจะทำให้พยาบาลที่ดูแลครอบครัวเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรังสามารถหาวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการช่วยจัดกิจกรรมหรืออุปกรณ์ที่ตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัวในแต่ละรูปแบบการจัดการที่แตกต่างกันได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

6. ปัญหาและอุปสรรคที่พบของผู้ปกครอง ผู้ให้ข้อมูลทุกรายเชื่อว่าโรคไตเนโฟรติก ส่วนมากจะมีการพยากรณ์โรคดีโดยมีอัตราการอยู่รอดที่สูงมาก สำหรับการรักษาที่สำคัญจะมีการให้ยากดภูมิต้านทาน จะต้องเฝ้าระวังโรคแทรกซ้อน โดยเฉพาะการติดเชื้อการเกิดไตวายเฉียบพลัน การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจการเกิดลิ่มเลือดง่าย (hypercoagulation) และวางแผนการรักษาเพื่อชะลอไม่ให้ไตเสื่อมเข้าสู่ไตวายระยะท้าย ผู้ให้ข้อทุกรายจะวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาของโรคไตเนโฟรติก และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลเด็กโรคไตเนโฟรติก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kasiphol, Chunhathititham, Prasertsong, Jaroenjitkul, Nansunanon, & Jarutatsanangkoon (2021) ที่พบว่าประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักต่อการรับรู้ว่าสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภทครั้งแรกจะรู้สึกกังวลใจในระดับสูง เนื่องจากชาดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยในประเด็นพฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครอง ดังนั้น พยาบาลรวมทั้งบุคลากรทีมสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนช่วยเหลือผู้ปกครองก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ในเรื่องการดูแลเด็กโรคไตเนโฟรติกเกี่ยวกับความรู้ของโรค ยาที่ได้รับ อาหารเฉพาะโรค ภาวะแทรกซ้อนของโรค สิ่งแวดล้อมที่ควรหลีกเลี่ยง และการมาพบแพทย์ตามนัดให้ครอบคลุม

2. นำไปพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล นำผลการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ประสบการณ์ของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไตเนโฟรติกไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไตเนโฟรติกที่โรงพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม และมีประสิทธิภาพ

3. เป็นการสร้างองค์ความรู้ในด้านการเรียนการสอนในวิชา การพยาบาลเด็กและวัยรุ่นให้แก่นักศึกษาพยาบาลเรื่อง ผู้ป่วยเด็กโรคไตเนโฟรติก ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

4. นำผลที่ได้ไปพัฒนาการทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ ครอบครัวและสังคมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไตเนโฟรติกมากยิ่งขึ้น เป็นการขยายองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคไตเนโฟรติกต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลในการจัดโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ของผู้ปกครองต่อความเจ็บป่วยเพื่อให้ผู้ปกครองมีการรับรู้ต่อความเจ็บป่วยของโรคไตเนโฟรติกอย่างเหมาะสม

References

Colaizzi, P. F. (1978). *Psychological Research as the Phenomenologist Views it*. (pp. 48-71). Oxford: London.

Dangskul, S., Lamchang, S., & Kantawang, S. (2015). Factors Influencing Eating Behaviors among Adolescents with Nephrotic Syndrome. *Journal of Nursing*, *42*(2), 62-71. (In Thai)

Husserl, E. (1965). *Phenomenology and the Crisis of Philosophy.* New York: Harper & Row.

Kasiphol, T., Chunhathititham, P., Prasertsong, C., Jaroenjitkul, C., Nansunanon, S., & Jarutatsanangkoon, A. (2020). Primary Caregivers' Experiences of Families with Schizophrenia Patients. *Thai Red Cross Nursing Journal*, *13*(1), 102–128. (In Thai)

Knafl, K., Deatrick, J., Gallo, A., Dixon, J., Grey, M., Knafl, G. et al. (2011). Assessment of the psychometric properties of the Family Management Measure. *Journal of Pediatric Psychology*, *36*(5), 495-505.

Lincoln, Y. S., & Guba E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park: SAGE.

Montagnino, B. A. & Ring, P. A. (2009). The Child with Genitourinary Dysfunction. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds), *Wong's Essentials of Pediatric Nursing* (8th ed.) (pp. 949-973). St. Louis: Mosby.

Musiksukhon, S. (2012). *Children's Nursing Textbook.* (2 nd ed.). Bangkok: Pre One. (In Thai)

Sangmanee, R., & Phibal, A. (2017). Experience of Using Local Wisdom for Self-Care among Patient with Hypertension in the Three Southern Border Provinces. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 4*(3), 76-86. (In Thai)

Sawasdee, P., Wicha, S., Rattayawara, P., Yuwasirikunchai, P., & Kulsavet, S. (2020). The Self – Management Experiences of Older Persons with Depression. *Journal of Nursing, Public Health, and Education*, *21*(3), 43-53. (In Thai)

Singdong, P., & Jitpanya, C. (2012). Relatives' Experiences in Intensive Care Units: A Qualitative Study. *Ramathibodi Nursing Journal*, *18*(3), 404-417. (In Thai)

Siriboonphiphatana, P. (2012). Pediatric Nursing. (2nd ed.). Nonthaburi: Royal Institute of Thailand Ministry of Public Health. (In Thai)

Thai Nephrology Nurse Society. (2020). *Nursing Management for Renal Care Base on Knowledge & Education.* Retrieved October 30, 2020 from https://www.tnnsnurse.org. (In Thai)

Uamtani, A. (2016). *Qualitative Research in Nursing (3rd ed).* Bangkok: Printing House Chulalongkorn University Printing. (In Thai)

Watthanachai, P., & Tirapaiwong, Y. (2019). Family Management: Concept and Implementation Guidelines to Help Families of Children with Chronic Illness. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 7*(2), 12-23. (In Thai)

Yakasem, P., & Chaiyasung, P. (2014). Experiences in Becoming a Teenage Mother. *Journal of Health Science Research*, *8*(1), 28-34. (In Thai)

Yamsoay, A. (2020). *Nursing Care for Children with Health Problems*. Chiangmai: Smart Coating and Service Company Limited Printing. (In Thai)

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้จำหน่ายอาหาร จังหวัดนราธิวาส

Prevention of Coronavirus Disease (COVID-19) among Food Vendors in Narathiwat Province: Relationships Between Perception, Social Support and "New Normal Behaviors"

พรทิวา คงคุณ[1*], ระวิ แก้วสุกใส[1], รังสฤษฎ์ แวดือราแม[1], บุญยิ่ง ทองคุปต์[1], และ มูฮัมหมัดไซด์ ซาเละ[1]
Porntiwa Kongkun[1], Rawi Kaewsuksai[1], Rangsarit Waedueramae[1],
Boonying Tongkoop[1] and Muhammadsaid Salaeh[1]
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์[1*]
Faculty of Nursing Princess of Naradhiwas University[1*]

(Received: *July 07, 2021*; Revised: *August 18, 2021*; Accepted: *September 10, 2021*)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ของผู้จำหน่ายอาหาร จังหวัดนราธิวาส จำนวน 414 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้วิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 3) การสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และ 4) พฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่า IOC ระหว่าง .67–1 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคด้านการรับรู้ ด้านการสนับสนุนทางสังคม และด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เท่ากับ .92, .95 และ .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้จำหน่ายอาหารจังหวัดนราธิวาสมีการรับรู้และการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก (M=3.97, SD=0.40 และ M=3.65, SD=0.82 ตามลำดับ) พฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง (M=1.26, SD=0.25)

2. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=.363) ส่วนการรับรู้ไม่มีความสัมพันธ์

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถใช้เป็นแนวทางในการรณรงค์การปฏิบัติพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 โดยเฉพาะการใช้แอปพลิเคชันไทยชนะไปใช้ประโยชน์ในเฝ้าระวัง ควบคุมโรค ตลอดจนจัดการสนับสนุนทางสังคมเพื่อเป็นแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ต่อเนื่องยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: การรับรู้, การสนับสนุนทางสังคม, โควิด-19, พฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่, จังหวัดนราธิวาส

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: porntiwa.k@pnu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 086-7466162)

Abstract

This descriptive and cross-sectional research aimed to study the level of perception, social support, and new normal behaviors towards coronavirus disease (COVID-19), and then to examine the relationship between perception, social support and those behaviors among food vendors in Narathiwat province. Sample was 414 food vendors, randomly stratified. Research tool was a questionnaire divided into 4 parts: 1) general information, 2) perception of COVID-19, 3) social support for COVID-19 prevention, and 4) new normal behaviors to prevent COVID-19. Questionnaires were validated by experts, obtaining an IOC value between .67–1. Reliability of the questionnaire was tested using Cronbach's alpha coefficient divided into three parts (perception, social support, and New Normal Behaviors), yielding values of .92, .95, and .90, respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson's correlation.

Results showed that food vendors in Narathiwat had self-perception and social support about COVID-19 at a high level (M=3.97, SD=0.40 and M=3.65, SD=0.82, respectively), and "new normal behaviors" for prevention of COVID-19 at a moderate level (M=1.26, SD=0.25). The self-perception was not related to the new lifestyle behaviors. Nevertheless, social support was moderately positive associated with new normal behaviors for COVID-19 prevention with statistical significance (r=.363, p<.01).

Relevant agencies can utilize this result as a guideline to promote new normal behaviors to prevent COVID-19, particularly the use of the Thai Chana application for the disease surveillance and control, as well as providing social support to drive new COVID-19 prevention behaviors sustainably.

Keywords: COVID-19, Perception, Social Support, New Normal Behaviors, Narathiwat Province

บทนำ

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) มีการระบาดรุนแรงในวงกว้างเป็นระยะเวลายาวนาน ส่งผลให้มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตทั่วโลกเป็นจำนวนมาก สถานการณ์ ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2564 ทั่วโลกมีผู้ป่วยติดเชื้อสะสม จำนวน 171,056,223 ราย และมีผู้เสียชีวิตสะสม จำนวน 3,557,413 ราย (ร้อยละ 2.08) ประเทศไทยมีผู้ป่วยยืนยันตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 159,792 ราย และเสียชีวิตสะสม 1,031 ราย (ร้อยละ 0.65) และผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาล 50,416 ราย (Department of Disease Control Ministry of Public Health, 2021) สำหรับจังหวัดนราธิวาส ข้อมูลระหว่างวันที่ 14 มีนาคม 2563 ถึงวันที่ 5 เมษายน 2564 มีผู้ติดเชื้อสะสม 164 ราย รักษาหาย 64 ราย และเสียชีวิต 2 ราย (Narathiwat Province, 2021) องค์การอนามัยโลก (WHO) ประกาศให้การระบาดของโรคโควิด-19 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC) (WHO, 2020) สำหรับประเทศไทยประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ที่ต้องมีการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคอย่างเข้มงวด เนื่องจากปัจจุบันโรคโควิด-19 ยังไม่มียารักษาโรคโดยเฉพาะ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขกำหนดแนวทางการป้องกันตนเองและการแพร่กระจายโรคไปสู่คนหมู่มาก โดยรณรงค์ให้ประชาชนฉีดวัคซีนป้องกันโรค และปฏิบัติตนตามหลัก DMHTT ได้แก่ 1) Distancing คือ การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล 1-2 เมตร 2) Mask wearing คือ การสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า 3) Hand washing คือการล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ 4) Testing คือ การตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายหรือตรวจหา

เชื้อโควิด-19 เฉพาะกรณี และ 5) Thai Cha Na คือ การใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ (Department of Disease Control, 2020) ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำรงชีวิตที่ต่างไปจากวิถีเดิม จนเกิดคำใหม่ในสังคมไทย คือ New Normal หรือความปกติใหม่ ฐานวิถีชีวิตใหม่ ซึ่งหลักปฏิบัติดังกล่าว สามารถชะลอการแพร่ระบาดของของโรคได้ในหลายประเทศรวมถึงประเทศไทยด้วย (Malathum, & Malathum, 2020) ดังนั้นการปฏิบัติตามหลัก DMHTT อย่างถูกต้องจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้สามารถผ่านพ้นวิกฤติของการระบาดของโรคโควิด-19 ได้ (Pannarunothai, 2020)

พฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอธิบายว่า หากบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ว่าหากเกิดโรคแล้วจะทำให้เกิดความรุนแรง รู้สึกถึงการคุกคามต่อตนเอง รับรู้ว่าการกระทำนั้นเป็นประโยชน์ต่อการลดความเสี่ยงหรือความรุนแรง และประโยชน์นั้นมีมากกว่าการรับรู้อุปสรรค บุคคลนั้นจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคนั้น (Powwattana, Kalampakorn, Lagampan, & Rawiworrakul, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของ Waedueramae, Kaewsuksai, Kongkun, Suwankanjana, & Chaiprasit (2021) และ Singweratham, Thaopan, Nawsuwan, Pohboon, & Surirak (2020) ที่พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ และทันตาภิบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญ ที่ช่วยให้บุคคลดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรค ตลอดจนกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ จะมีการปรับตัวและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากกว่าบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย ทั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือด้านจิตใจ ซึ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคม สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ 1) แหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง มีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และ 2) แหล่งทุติยภูมิ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่น ๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของ อสม. ในประเทศไทยด้านการสนับสนุนอุปกรณ์และเวชภัณฑ์อยู่ในระดับมาก (Nawsuwan, Singweratham, Waichompu, & Chayakul, 2020)

ผู้จำหน่ายอาหารในจังหวัดนราธิวาส เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและแพร่กระจายโรคโควิด-19 เนื่องจากลักษณะการทำงานของผู้จำหน่ายอาหารต้องพบปะผู้คนตลอดเวลา มีการพูดคุยกับลูกค้า รับ-ส่งสินค้าและเงินจากมือต่อมือของผู้ซื้อและผู้ขาย รวมทั้งจังหวัดนราธิวาสถือเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการระบาดของโรคโควิด-19 จากมาตรการล็อกดาวน์ของประเทศมาเลเซียทำให้มีแรงงานไทยและแรงงานข้ามชาติลักลอบเข้าประเทศอย่างผิดกฎหมายจำนวนมาก เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีพรมแดนธรรมชาติติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านทำให้เอื้อต่อการลักลอบข้ามไปมา และผู้ที่ลักลอบเข้ามามีโอกาสเป็นผู้ป่วยที่สามารถแพร่กระจายเชื้อให้กับบุคคลอื่นได้ เนื่องจากผู้ลักลอบเมื่อเข้ามาอาศัยในจังหวัดนราธิวาส ไม่ได้กักตัวตามมาตรการควบคุมและป้องกันโรคโควิด-19 มีการดำเนินชีวิตตามปกติ รวมทั้งการจับจ่ายซื้อสินค้าและอาหารในตลาด จึงมีโอกาสสัมผัสกับผู้จำหน่ายอาหาร

ผู้วิจัยตระหนักถึงภาวะสุขภาพของผู้จำหน่ายอาหารในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส และเห็นความสำคัญในการควบคุมและป้องกันโรคโควิด-19 เพื่อลดอัตราป่วยของประชาชนในพื้นที่ และจากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้จำหน่ายอาหารในจังหวัดนราธิวาส ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องดังกล่าวเพื่อให้เกิดองค์ความรู้สำหรับหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้เป็นข้อมูลสำหรับดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคโควิด-19 และเป็นข้อมูลสำหรับจัดการศึกษาในรายวิชาที่เกี่ยวข้อง เช่น วิทยาการระบาด วิชาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นต้น อันนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของผู้จำหน่ายอาหารและผู้เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้จำหน่ายอาหาร จังหวัดนราธิวาส

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้จำหน่ายอาหาร จังหวัดนราธิวาส

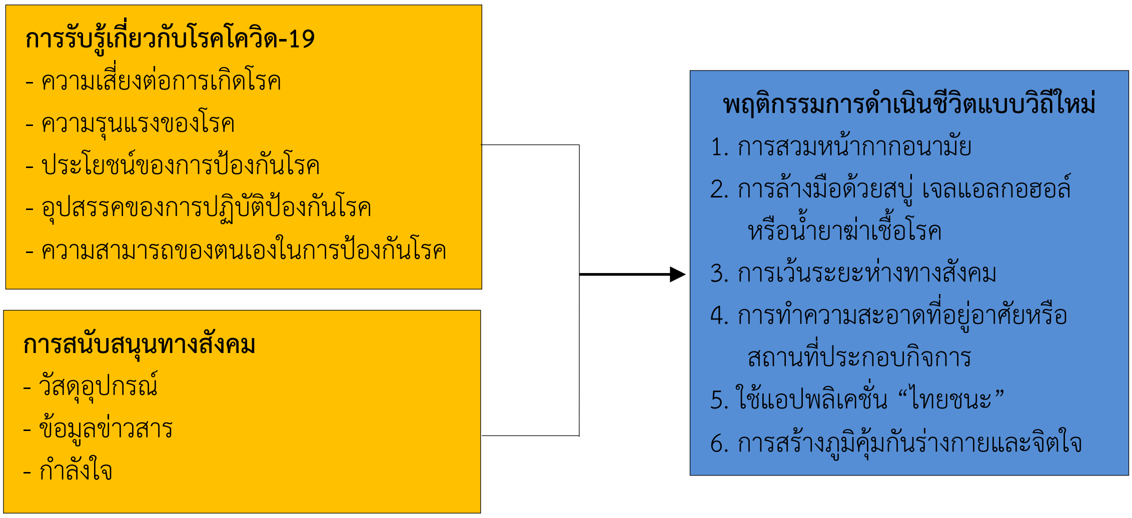
สมมติฐานวิจัย

1. การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการป้องกันโรค อุปสรรคของการป้องกันโรค และความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ของผู้จำหน่ายอาหาร จังหวัดนราธิวาส

2. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ของผู้จำหน่ายอาหาร จังหวัดนราธิวาส

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของ Strecher & Rosenstock (Strecher & Rosenstock, 1996 cited in Powwattana, Kalampakorn, Lagampan, & Rawiworrakul, 2018) และการสนับสนุนทางสังคม เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยปัจจัยร่วมที่เป็นตัวแปรต้น ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับด้านความเสี่ยง ด้านความรุนแรง ด้านประโยชน์ของการป้องกันโรค ด้านอุปสรรค ด้านความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 การสนับสนุนทางสังคมด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านกำลังใจ ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ ตามมติที่ประชุมศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (Thai Health Promotion Foundation, 2020) ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การเว้นระยะห่างทางสังคม การทำความสะอาดที่อยู่อาศัยหรือสถานที่ประกอบกิจการ การใช้แอปพลิเคชันไทยชนะและการสร้างภูมิคุ้มกันร่างกายและจิตใจ ดังแสดงภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้จำหน่ายอาหารที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดนราธิวาส

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้จำหน่ายอาหารที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนราธิวาส คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson's Correlation ผู้วิจัยกำหนด Effect Size=0.3 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988), α=.05, Power=.95 และกำหนดค่า ρ สำหรับสมมติฐานหลัก = 0 จะได้ขนาดตัวอย่าง 138 คน (Sanitlou, Satphet, & Napha-arak, 2019) ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 เท่าตามลักษณะพื้นที่จังหวัดนราธิวาส คือ 1) อำเภอติดชายแดน 2) อำเภอที่เป็นพื้นที่เขา 3) อำเภอเมืองและอำเภอโดยรอบ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 414 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยคำนวณตามสัดส่วนประชากรของแต่ละอำเภอ ครอบคลุม 13 อำเภอ แล้วสุ่มตำบล สุ่มหมู่บ้าน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (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 เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด ช่องทางการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (Check List) และเติมคำในช่องว่าง

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ประกอบด้วย การรับรู้ด้านความเสี่ยงต่อการเกิดโรค 11 ข้อ การรับรู้ด้านความรุนแรง 4 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค 7 ข้อ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรค 12 ข้อ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค 7 ข้อ รวมทั้งสิ้น 41 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามวิธีของลิเคอร์ท (Likert Scale) เกณฑ์การแปลผล 5 ระดับ (Best, 1978) คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ระดับมาก และคะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ประกอบด้วยด้านวัสดุอุปกรณ์ 6 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร 4 ข้อ และด้านกำลังใจ 4 ข้อ รวมทั้งสิ้น 14 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามวิธีของลิเคอร์ท (Likert Scale) เกณฑ์การแปลผล 5 ระดับ (Best, 1978) คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ระดับมาก และคะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัย 6 ข้อ การล้างมือ 6 ข้อ การเว้นระยะห่างทางสังคม 7 ข้อ การทำความสะอาดที่อยู่อาศัยหรือสถานที่ประกอบกิจการ 8 ข้อ การใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ 2 ข้อ การสร้างภูมิคุ้มกันร่างกายและจิตใจ 8 ข้อ รวมทั้งสิ้น 37 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามวัดพฤติกรรมการปฏิบัติ 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ เป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมด ให้คะแนนเกี่ยวกับการปฏิบัติ ปฏิบัติทุกครั้ง/ทุกวัน ได้ 2 คะแนน ปฏิบัติ

บางครั้ง ได้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผล 3 ระดับ คะแนนเฉลี่ย 0.00 – 0.66 หมายถึง ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 0.67 - 1.33 หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.34 – 2.00 หมายถึง ระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมและป้องกันโรค อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence) พิจารณาเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ .67-1.00 สร้างเป็นแบบสอบถาม ส่วนข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องต่ำกว่า .67 ทำการปรับปรุงแก้ไขหรือตัดออกตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ด้านการรับรู้ ด้านการสนับสนุนทางสังคม และด้านพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ เท่ากับ .92, .95 และ .90 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยอบรมเตรียมความพร้อมผู้ช่วยนักวิจัยเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพในชุมชน การประสานงานเครือข่ายในชุมชน ทักษะการใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูล และฝึกปฏิบัติทดลองเก็บข้อมูล ระยะเวลา 5 วัน

2. ผู้วิจัยทำหนังสือไปยังนายอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการอำนวยความสะดวกและประสานงานไปยังกำนัน ผู้ใหญ่บ้านในระหว่างการเก็บข้อมูลของผู้ช่วยวิจัย

3. ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลภาคสนามระหว่างเดือนกันยายน 2563 ณ สถานที่จำหน่ายอาหาร ทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถามเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางคนไม่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทย ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาทีต่อคน ก่อนเก็บข้อมูลผู้ช่วยวิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และเซ็นใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (*M*) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) ค่าต่ำสุด (*Min*) และค่าสูงสุด (*Max*)

2. ข้อมูลการรับรู้ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การหาค่าเฉลี่ย (*M*) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยผู้วิจัยกำหนดค่าระดับความสัมพันธ์ โดยใช้เกณฑ์ดังนี้ (Thato, 2018)

ค่าสหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0	ถือว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน
ค่าสหสัมพันธ์ (r) น้อยกว่า .30	ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ .30 - .70	ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
ค่าสหสัมพันธ์ (r) มากกว่า .70	ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง

ก่อนการวิเคราะห์ ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นประกอบด้วยการพิจารณาลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) โดยพิจารณาจากกราฟ P-P Plot และทดสอบตัวแปรอิสระ ตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity) ด้วยสถิติเอฟ (F-test) พบว่าตัวแปรด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 (F=64.406, Sig<.001)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ เป็นส่วนหนึ่งของวิจัยเรื่อง ความรู้ การรับรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด-19) ของประชาชนจังหวัดนราธิวาส ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ รหัสโครงการ 012-2563-Nq-Xmpv ลงวันที่ 28 กรกฎาคม 2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n= 414)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	307	74.16
ชาย	107	25.84
ศาสนา		
อิสลาม	372	89.85
พุทธ	42	10.15
สถานภาพ		
โสด	10	2.42
สมรส	376	90.82
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	28	6.76
อายุ (*M*= 41.38, *SD*= 11.82, *Min*=15, *Max*=78)		
15 - 19 ปี	2	0.48
20 – 39 ปี	191	46.14
40 – 59 ปี	190	45.89
60 ปีขึ้นไป	31	7.49
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	207	50.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	56	13.53
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	70	16.91
อนุปริญญา/ปวส.	20	4.83
ปริญญาตรี	21	5.07
ไม่ได้รับการศึกษา	40	9.66
รายได้		
พอใช้ไม่เหลือเก็บ	314	75.85
พอใช้เหลือเก็บ	96	23.19
ไม่พอใช้เป็นหนี้	4	0.96
การได้รับทราบข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19		
เคยรับทราบ	405	97.83
ไม่เคยรับทราบ	9	2.17

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แหล่งที่ได้รับทราบข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เพื่อน คนรู้จัก	383	92.51
วิทยุ โทรทัศน์	378	91.30
อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	361	87.20
เสียงตามสายในชุมชน มัสยิด	347	83.81
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	295	71.26
สื่อสังคมออนไลน์	219	52.90
รถประชาสัมพันธ์	241	58.21
สื่อสิ่งพิมพ์ เอกสาร แผ่นพับ	111	26.81
ประวัติการป่วยด้วยโรคโควิด-19ของสมาชิกในบ้าน		
ไม่เคย	409	98.79
เคย	5	1.21

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 74.16) นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 89.85) และมีสถานภาพสมรส (90.82) มีอายุอยู่ในช่วง 20 - 39 ปี และ 40 - 59 ปี ในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 46.14 และ 45.89) โดยอายุเฉลี่ยเท่ากับ 41.38 ปี กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50.00) สามในสี่มีรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 75.85) ด้านการรับทราบข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97.83) เคยรับทราบข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยมีแหล่งที่มาของข่าวสารสูงที่สุด คือเพื่อน/คนรู้จัก (ร้อยละ 92.51) รองลงมา ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ (ร้อยละ 91.30) อสม. ในชุมชน (ร้อยละ 87.20) และเสียงตามสายในชุมชน มัสยิด (ร้อยละ 83.81) ตามลำดับ สำหรับประวัติการป่วยด้วยโรคโควิด-19 ของสมาชิกในบ้าน มีเพียงร้อยละ 1.21

2. การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง (n= 414)

รายการประเมิน	*M*	*SD*	ระดับ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	4.31	0.53	มาก
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	4.31	0.57	มาก
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	4.41	0.53	มาก
การรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรค	3.34	0.93	ปานกลาง
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค	3.87	0.72	มาก
ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวม	**3.97**	**0.40**	**มาก**

จากตาราง 2 พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมอยู่ในระดับมาก (*M*=3.97, *SD*=0.40) เมื่อพิจารณารายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ยกเว้น ด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง (*M*=3.34, *SD*=0.93) สำหรับด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรค (*M*= 4.41, *SD*=0.53) รองลงมา ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน (*M*=4.31, *SD*=0.53 และ 0.57 ตามลำดับ)

3. การสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง (n= 414)

รายการประเมิน	*M*	*SD*	ระดับ
ด้านกำลังใจ	3.81	0.77	มาก
ด้านข้อมูลข่าวสาร	3.63	0.96	มาก
ด้านวัสดุอุปกรณ์	3.58	0.87	มาก
ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวม	**3.65**	**0.82**	**มาก**

จากตาราง 3 พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมอยู่ในระดับมาก (*M*=3.97, *SD*=0.40) และรายด้านอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกันทุกด้าน โดยด้านกำลังใจได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด (*M*=3.81, *SD*=0.77) รองลงมา ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร (*M*=3.63, *SD*=0.96) และด้านวัสดุอุปกรณ์ (*M*=3.58, *SD*=0.87)

4. พฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อป้องกันโรคโควิด -19 ของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง (n= 414)

รายการประเมิน	*M*	*SD*	ระดับ
การสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า	1.49	0.41	มาก
การล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์	1.42	0.37	มาก
การเว้นระยะห่างทางสังคม	1.56	0.39	มาก
การทำความสะอาดที่อยู่อาศัยหรือสถานที่ประกอบกิจการ	1.06	0.43	ปานกลาง
การใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ	0.35	0.58	น้อย
การสร้างภูมิคุ้มกันร่างกายและจิตใจ	1.13	0.30	ปานกลาง
รวม	**1.26**	**0.25**	**ปานกลาง**

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (*M*=1.26, *SD*=0.25) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าพฤติกรรมที่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ การเว้นระยะห่างทางสังคม (*M*=1.56, *SD*=0.39) การสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า (*M*=1.49, *SD*=0.41) และการล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ (*M*=1.42, *SD*=0.37) สำหรับการสร้างภูมิคุ้มกันร่างกายและจิตใจมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (*M*=1.13, *SD*=0.30) และการใช้แอปพลิเคชันไทยชนะมีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย (*M*=.35, *SD*=0.58)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อป้องกันโรคโควิด -19 ของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 5 แสดงค่าสหสัมพันธ์อย่างง่ายของเพียร์สัน (*r*) ระหว่างการรับรู้และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง (n= 414)

พฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่	ค่าความสัมพันธ์ (*r*)	*P-value*
การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยรวม	**.086**	**.080**
- การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค	.037	.455

ตาราง 5 (ต่อ)

พฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่	**ค่าความสัมพันธ์ (*r*)**	***P-value***
- การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.039	.429
- การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	.010	.843
- การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค	-.205*	<.001
- การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค	.415*	<.001
การสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับโรคโควิด-19	**.363***	**<.001**

**P-value*<.01

จากตาราง 5 การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางลบอยู่ในระดับต่ำ (*r*=-.205) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง (*r*=-.415) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (*r*=.363)

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน ดังนี้

1. ผู้จำหน่ายอาหารในจังหวัดนราธิวาสมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก โดยผู้จำหน่ายอาหารในจังหวัดนราธิวาสมีประสบการณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 เกือบทุกคน (ร้อยละ 97.83) เนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่ติดต่อร้ายแรงต้องมีการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคอย่างเข้มงวด หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและบุคคลที่ตระหนักต่อปัญหาดังกล่าวจึงให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ผ่านช่องทางสื่อสารต่าง ๆ ที่หลากหลาย โดยในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้จำหน่ายอาหารได้รับข้อมูลข่าวสารจากหลายช่องทาง เช่น เพื่อน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข วิทยุ โทรทัศน์ เสียงตามสาย และสื่อสังคมออนไลน์ เป็นต้น ทำให้ผู้จำหน่ายอาหารมีความรู้ในเรื่องดังกล่าวจนเกิดเป็นการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค และประโยชน์ของการป้องกันโรค การที่ผู้จำหน่ายอาหารมีการรับรู้ระดับมาก จะมีโอกาสแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในใจของตนเอง การรับรู้จะถูกต้อง แม่นยำได้นั้นขึ้นอยู่กับสิ่งที่ผู้รับรู้ให้ความสำคัญและใส่ใจ (Boonmee, Mahamit Wongsan, & Kawila, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kaewsuksai, Kongkun, Tongkoop, Samaair, & Boonnarakorn (2021) ที่พบว่าประชาชนจังหวัดนราธิวาสมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอธิบายว่าการศึกษาและความรู้เรื่องโรคเป็นปัจจัยร่วมที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคล (Powwattana, Kalampakorn, Lagampan, & Rawiworrakul, 2018)

2. ผู้จำหน่ายอาหารในจังหวัดนราธิวาสได้รับการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลให้มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจำนวนมาก รัฐบาลจึงได้มีมาตรการที่เป็นการสนับสนุนทางสังคมออกมาช่วยเหลือประชาชนในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การแจกหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์หรือเจลล้างมือแก่ประชาชนโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานที่ราชการหรือร้านค้ามีการจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการล้างมือ การสื่อสารให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น เสียงตามสายในชุมชน มัสยิด หรือ การได้รับการเยี่ยมบ้าน จาก อสม. จึงทำให้ผู้จำหน่ายอาหารได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของ อสม. ในประเทศไทยที่พบว่าการสนับสนุนอุปกรณ์และเวชภัณฑ์อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน (Nawsuwan, Singweratham, Waichompu, & Chayakul, 2020) ซึ่งการสนับสนุน

ทางสังคมคือสิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคล หรือกลุ่มบุคคลที่เป็นเครือข่ายทางสังคม อาจเป็นรูปของข้อมูลข่าวสาร เงิน กำลังแรงงาน หรือช่วยด้านกำลังใจ จะเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับสามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ได้ตามความต้องการ (Jirojanakul, 2013) ในกรณีนี้จะส่งผลให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนหรือมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ที่เหมาะสม

3. ผู้จำหน่ายอาหารในจังหวัดนราธิวาสมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาผลการวิจัยรายด้านพบว่า พฤติกรรมการเว้นระยะห่างทางสังคม การสวมหน้ากากอนามัย และการล้างมืออยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ประกอบกับการประกาศใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย หรือการบังคับ เช่น การสวมหน้ากากอนามัย 100 เปอร์เซ็นต์ การล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ ในพื้นที่และในกิจกรรมชุมนุม จึงทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ต้องปรับตัวกับการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 นอกจากนี้ การปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวของผู้จำหน่ายอาหารจะส่งผลให้ผู้ซื้อเกิดความมั่นใจว่าจะปลอดภัย หรือสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อโรคที่ผ่านทางละอองน้ำมูก น้ำลาย การสัมผัสอาหาร เงิน รวมทั้งมือของผู้จำหน่ายและผู้ซื้ออาหารได้ สำหรับพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ ผลการวิจัยพบว่า การปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างรับรู้อุปสรรคต่อการใช้แอปพลิเคชันไทยชนะอยู่ในระดับมาก รู้สึกว่าการใช้แอปพลิเคชันมีความยุ่งยาก ต้องมีโทรศัพท์สมาร์ทโฟนพร้อมสัญญาณอินเตอร์เน็ต ไม่เห็นประโยชน์จากการใช้แอปพลิเคชันและไม่รู้จักแอปพลิเคชันไทยชนะ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kaewsuksai, Kongkun, Tongkoop, Samaair, & Boonnarakorn (2021) ที่พบว่าประชาชนจังหวัดนราธิวาสมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ในขณะที่การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้กับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ (Waedueramae, 2021) และการศึกษาความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา (Glomjai, Kaewjiboon, & Chachvarat, 2020) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่อยู่ในระดับมาก

4. ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้เพียงปัจจัยเดียวอาจไม่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล โดย Pender (1996 cited in Powwattana, Kalampakorn, Lagampan, & Rawiworrakul, 2018) ได้อธิบายแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมประกอบด้วย 1) คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล ได้แก่ ด้านชีวภาพ ด้านจิตใจ ด้านสังคมวัฒนธรรม 2) อารมณ์และความคิดที่เกิดร่วมกับการกระทำพฤติกรรมที่เฉพาะ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลระหว่างสถานการณ์ และ 3) ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม ได้แก่ เจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรม ความต้องการและความชอบอื่นในขณะนั้น โดยการปฏิบัตินั้นบุคคลต้องเป็นผู้เริ่มและกระทำอย่างจริงจัง และพฤติกรรมนั้นต้องมีจุดหมาย สามารถยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีของตน บุคคลจึงจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ Kaewsuksai, Kongkun, Tongkoop, Samaair, & Boonnarakorn (2021), Waedueramae, Kaewsuksai, Kongkun, Suwankanjana, & Chaiprasit (2021) และ Singweratham, Thaopan, Nawsuwan, Pohboon, & Surirak, (2020) ที่พบว่า การรับรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับต่ำและต่ำมาก

เมื่อพิจารณาการรับรู้รายด้านพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับปานกลาง (r=.363) ทั้งนี้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพอธิบายว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองดีจะเป็นแรงจูงในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีและถูกต้อง สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1996 cited in Powwattana, Kalampakorn, Lagampan, & Rawiworrakul, 2018) ที่อธิบายถึงสมรรถนะแห่งตนว่ามีความสำคัญต่อการจูงใจให้บุคคลกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ

ที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตนเองคาดหวัง สอดคล้องกับการศึกษาของ Bunthan, Whaikit, Soysang, Soynahk, Akaratanapol, & Kompayak (2020) พบว่า ปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 นอกจากนี้ พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับต่ำ (*r*=-.205) ทั้งนี้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอธิบายว่า การรับรู้อุปสรรคหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวาง ส่งผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยหากมีการรับรู้อุปสรรคระดับสูง การกระทำพฤติกรรมนั้นมักจะไม่เกิดขึ้น (Strecher & Rosenstock cited in Powwattana, Kalampakorn, Lagampan, & Rawiworrakul, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของ Rodniam, Saetiaw, & Jantaweemuang (2014) พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลในระดับปานกลาง (*r*=-.50)

5. ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับปานกลาง (*r*=.363) สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่ผู้จำหน่ายอาหารได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านกำลังใจ จากบุคลากรด้านสุขภาพ อสม. ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน รวมทั้งการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและด้านวัตถุสิ่งของ ที่สนองตอบความต้องการของตนเอง ทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รู้สึกมั่นคงปลอดภัย ส่งผลให้ สามารถเผชิญความเครียดและปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม มีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ดีตามมา อันนำไปสู่การมีสุขภาพดีต่อไป สอดคล้องการศึกษาของ Karalai & Sriratanaprapat (2018) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*r*=.673, *p*<.01) และการศึกษาของ Suriya, Aungwattana, & Suankaew (2020) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*r*=.847, *p*<.05)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การวิจัยนี้พบว่า พฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันไทยชนะอยู่ในระดับต่ำ การทำความสะอาดที่อยู่อาศัยและสถานที่ประกอบกิจการ การสร้างภูมิคุ้มกันร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องควรสื่อสารทำความเข้าใจและรณรงค์การปฏิบัติพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 โดยเฉพาะการใช้แอปพลิเคชันไทยชนะเก็บข้อมูลการเข้าใช้งานในพื้นที่สาธารณะของประชาชน ตลอดจนส่งเสริมการทำความสะอาดที่อยู่อาศัยและสถานที่ประกอบกิจการ และการสร้างภูมิคุ้มกันร่างกายและจิตใจ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันโรคในระดับบุคคลและชุมชนต่อไป

2. การวิจัยนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการจัดหาสิ่งสนับสนุนทางสังคมให้กับประชาชน เพื่อเป็นแรงจูงใจให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 รวมทั้งโรคอื่น ๆ อย่างต่อเนื่องยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยนี้พบว่า การรับรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้จำหน่ายอาหารในจังหวัดนราธิวาส จึงควรใช้การวิเคราะห์พหุตัวแปร (Multivariate Analysis) เพื่อสามารถนำปัจจัยส่วนบุคคลเข้าไปวิเคราะห์ในโมเดล

2. ควรศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาสาเหตุเชิงลึก และนำองค์ความรู้ที่ได้ไปพัฒนาเป็นโปรแกรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคโควิด-19

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 (COVID319) Prevention of Older Adults. *Journal of the Police Nurses, 12*(2), 323-337.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for The Behavioral Sciences. (2nd).* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Department of Disease Control Ministry of Public Health. (2021). *COVID-19 Report*. Retrieved June 20, 2021 from https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no514-310564.pdf (in Thai)

Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2020). *COVID-19 Report*. Retrieved November 29, 2020 from https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/new.php (in Thai)

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A Flexible Statistical Power Analysis Program for The Social, Behavioral, and Biomedical Sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175-191.

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.

Jirojanakul, P. (2013). *Concepts, Theories on Health Promotion and Their Application*. Nonthabury: Praboromarajchanok. (in Thai)

Kaewsuksai, R., Kongkun, P., Tongkoop, B., Samaair, L., & Boonnarakorn, S. (2021). Relationships Between Knowledge, Perception and The New Normal Behaviors for Preventing Coronavirus Disease (COVID-19) Infection among People in Narathiwat Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 8*(2), 67-79.

Karalai, S., & Sriratanaprapat, J. (2018). Relationship Between Social Support and Health Promoting Behavior among Pregnant Teenagers. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 26*(1), 1-10.

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 (in Thai)

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. & 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)

Rodniam, J., Saetiaw S. & Jantaweemuang W. (2014). Perceived Benefits, Perceived Barriers, Perceived Self-Efficacy and Health Promoting Behaviors, and Health Status of Nursing Students. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 23(3), 88-97.*

Sanitlou, N., Satphet, W., & Napha-arak, Y. (2019). Sample Size Calculation Using G*Power Program. *Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology (Humanities and Social Sciences), 5*(1), 496-507.

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.

Suriya, J., Aungwattana, S., & Suankaew, S. (2020). Social Support and Health Behavior of The Elderly of The Elderly Club of Sungmen District, Phrae Province. *Nursing Journal, 47*(3), 267-276.

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 (in Thai)

Thato, R. (2018). Nursing *Research: Concepts to Application*. (3 rd ed.). Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)

Waedueramae, R., Kaewsuksai R., Kongkun P., Suwankanjana A. & Chaiprasit K. (2021). Relationships Between Knowledge, Perception and New Normal Behaviors on COVID-19 Prevention among Nursing student, Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 8*(2), 80-92.

World Health Organization. (2020). *Coronavirus*. Geneva: World Health Organization.

การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยการผลิตนักศึกษาพยาบาลและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

Determining Unit Cost Per Student and other Academic Services Costs at Boromarajonani College of Nursing in Surin

วรวุฒิ แสงทอง[1*], สุชาดา นิ้มวัฒนากุล[1], นภชา สิงห์วีรธรรม[2] และ ศุภรดา มั่นยืน[1]
Worawut Saengthong[1*], Suchada Nimwatanakul[1], Noppcha Singweratham[2] and Suparada Munyeun[1]
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์[1*], วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก[2]
Boromarajonani College of Nursing Surin[1*],
Kanchabhishek Institute of Medical and Public Health Technology[2]

(Received: *April 16, 2021*; Revised: *August 31, 2021*; Accepted: *September 10, 2021*)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาต้นทุนต่อหน่วย จุดคุ้มทุน ต้นทุนต่อนักศึกษาเต็มเวลา (Full-Time Equivalent Students: FTES) การผลิตนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล และการบริการวิชาการของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เก็บข้อมูลค่าใช้จ่ายเงินงบประมาณแผ่นดินและเงินรายได้ จากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ ในปีงบประมาณ 2563 ในมุมมองของผู้ผลิต โดยกระจายต้นทุนแบบลำดับขั้น เครื่องมือที่ใช้คือ แบบบันทึกต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าลงทุน ต้นทุนโครงการรวม และผลผลิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติความถี่และร้อยละ ผลการวิจัยพบว่า

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ มีต้นทุนรวม 62,318,808.85 บาท มีสัดส่วนร้อยละต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ และครุภัณฑ์ เท่ากับ 54.27, 26.98 และ 18.75 ตามลำดับ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 122,108.75 บาทต่อปี และจุดคุ้มทุนในการผลิต 376 คนต่อปี และ 144,946.02 บาทต่อ FTES หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล มีต้นทุนต่อนักศึกษาเต็มเวลา FTES และต้นทุนต่อหน่วยเท่ากัน 66,690.14 บาทต่อ FTES และ ต่อปี จุดคุ้มทุนในการผลิต 114 คนต่อปี ต้นทุนรวมบริการวิชาการ เท่ากับ 4,777,411.90 บาท ต้นทุนเฉลี่ย เท่ากับ 14,289.68 บาทต่อคน

สถาบันการศึกษาควรนำข้อมูลต้นทุนผลิตผลของการผลิตทุกพันธกิจ นำไปเป็นองค์ประกอบในการบริหารจัดการทรัพยากรทางด้านการศึกษาให้เกิดประโยชน์สูงสุด

คำสำคัญ: ต้นทุนต่อหน่วย, การผลิตนักศึกษา, บริการวิชาการ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

[*]ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: noppcha@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 061-5513399)

Abstract

This descriptive study aimed to investigate the unit cost per student, the unit cost per full-time equivalent students (FTES), and the break-even point on Bachelor of nursing science students and Practical nursing students at Boromarajonani College of Nursing in Surin. Moreover, the unit cost for academic services was estimated. The College's perspectives were analyzed with a step-down method for cost allocation. Labor, material, and capital costs were retrieved from secondary sources from annual government statements of expenditure and revenue for fiscal years 2020. Data were analyzed using Microsoft excel, which determines the amounts and percentages.

The total cost of Boromarajonani College of Nursing Surin was 62,318,808.85 Baht. The proportion on labor cost, material cost and capital cost were 54.27, 26.98 and 18.75, respectively. The unit cost and full-time equivalent (FTES) cost for the course of bachelor of nursing science student were 122,108.75 Bath/person and 144,946.02 Bath/FTES, respectively. In addition, the break-event point presented at 376 students/year. Whereas, the unit cost and full-time equivalent (FTES) cost for the course of practical nursing were 66,690.14 Baht/FTES and Baht/person. Furthermore, the unit break-event point was 114 students/year. The total cost of academic services presented at 4,777,411.90 Baht with the average cost of 14,289.68 Bath/person.

Educational institutions should bring information on the cost of productivity of every mission product to be used as a component in the management of educational resources for maximum benefit.

Keywords: Unit Cost, Graduate Production, Academic Service, Boromarajonani College of Nursing Surin

บทนำ

การบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพนั้นส่วนราชการต้องจัดทำบัญชีต้นทุนในงานบริการสาธารณะตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 หมวด 4 การบริหารราชการอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่าในเชิงภารกิจของรัฐ มาตรา 21 และตามนโยบายการปฏิรูประบบบริหารภาครัฐ ด้านการปรับเปลี่ยนระบบงบประมาณการเงิน (Office of the Council of State, 2003) และการพัสดุได้ใช้ระบบงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงานเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Performance Based Budgeting: SPBB) (Robinson & Last, 2009) มหาวิทยาลัยหรือสถาบันการศึกษาเป็นหน่วยงานที่มีภาระกิจในการจัดการศึกษา นอกจากจะวัดความสำเร็จจากการผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพแล้ว การบริหารจัดการด้านการเงินเพื่อการจัดการศึกษาถือได้ว่าเป็นสิ่งที่สำคัญ โดยต้องวิเคราะห์ต้นทุนของสถาบันเพื่อให้ทราบถึงการบริหารจัดการทรัพยากรว่ามีประสิทธิภาพเกิดความคุ้มค่า คุ้มทุนหรือไม่ ประกอบกับเกณฑ์การประเมินคุณภาพการศึกษาภายในของสำนักงานงานคณะกรรมการอุดมศึกษา ปีการศึกษา 2557 องค์ประกอบที่ 5 การบริหารจัดการตัวบ่งชี้ 5.1 การบริการของสถาบันเพื่อการกำกับติดตามผลลัพธ์ เกณฑ์การประเมินข้อที่ 2 กำหนดให้มหาวิทยาลัยหรือสถาบันการศึกษาต้องกำกับติดตามส่งเสริมสนับสนุนให้ทุกคณะดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางการเงินที่ประกอบไปด้วยต้นทุนต่อหน่วยในแต่ละหลักสูตร สัดส่วนค่าใช้จ่ายเพื่อพัฒนานักศึกษา อาจารย์ และบุคลากรที่เกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการวิเคราะห์ความคุ้มค่าของการบริหารหลักสูตร (Office of the Higher Education Commission, 2014) การบริหารจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตนักศึกษาบนพื้นฐานการใช้ข้อมูลต้นทุนผลผลิต (Unit Cost Analysis) จะส่งผลต่อการตัดสินใจทั้งในการบริหารจัดการแบบภาครัฐและการตัดสินใจในเชิงธุรกิจ (Cleland & Mckibbin, 1990; Drummond & McGuire, 2007)

ค่าใช้จ่ายที่ใช้สำหรับการศึกษาถือได้ว่าเป็นการลงทุน เนื่องจากค่าใช่จ่ายนี้จะส่งผลในอนาคต เมื่อบุคคลได้รับการศึกษาเพิ่มความรู้ความสามารถก็จะส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการผลิตและการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ (Hanjangsit, 2013) การจัดการเรียนการสอนเพื่อผลิตบัณฑิตพยาบาลระดับปริญญาตรีและระดับประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล มีค่าใช้จ่ายที่มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยต้นทุนผลิตนักศึกษาพยาบาลในคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ที่ผ่านมาอยู่ระหว่าง 51,998.48-68,649.98 บาทต่อคน (Praboromarajchanok, 1998; Praboromarajchanok, 2002) ในปี พ.ศ. 2561 คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ศึกษาต้นทุนและจุดคุ้มทุนของการผลิตนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาตรบัณฑิต มีต้นทุนต่อหน่วย 138,783.94 บาทต่อปี จุดคุ้มทุน 136 คน (Singweratham, Mualprasitporn, Sawaengdee, Jitaram, & Tassabutr, 2018) โดยพบว่า วิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิ์ประสงค์ ต้นทุนต่อหน่วย 129,589.42 บาทต่อปี จุดคุ้มทุน 152 คน (Phongsiri, Bootsri, Chobchaing, & Khanphupa, 2017) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ มีต้นทุนต่อหน่วย 124,299.89 บาทต่อปี จุดคุ้มทุน 242 คน (Singweratham, Phongsakchat, & Nansang, 2021) รวมทั้งในสถาบันอื่นที่ต้นทุนการผลิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร (Sathagathonthon, 2020) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา (Plan and Policy Division The office of President, 2018) มีต้นทุนที่สูงเช่นเดียวกัน จะเห็นได้ว่าหากสถานการศึกษามีการบริการจัดการข้อมูลจากการทราบข้อมูลต้นทุนจะส่งผลต่อการบริหารจัด อีกทั้งการทราบจุดคุ้มทุนก็จะเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจในในจำนวนนักศึกษาที่ต้องรับต่อชั้นปี (Singweratham, & Kantabanlang, 2017)

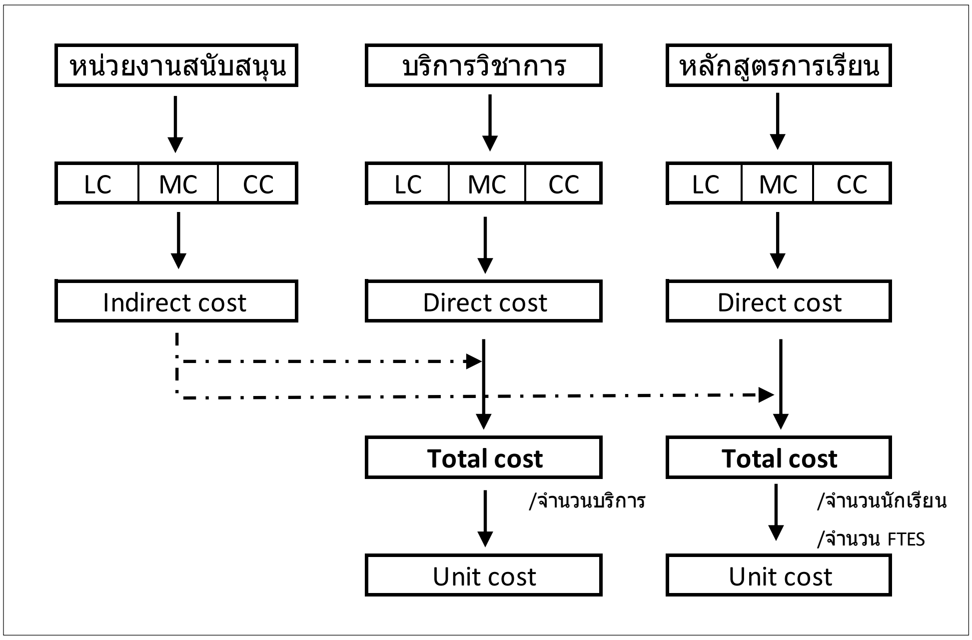
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ก่อตั้งในปี พ.ศ.2515 เปิดรับนักศึกษารุ่นแรกปี พ.ศ. 2516 เป็นวิทยาลัยพยาบาลที่มีพื้นที่ติดกับชายแดนประเทศกัมพูชา การจัดตั้งสถาบันเพื่อผลิตบุคลากรให้กับสถานพยาบาลในพื้นที่จังหวัดชายแดน โดยเป็นสถาบันการศึกษามีพันธกิจหลักในการผลิตนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตและหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รวมถึงการจัดบริการวิชาการตามความเชี่ยวชาญให้กับงานบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขในเขตบริการสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ การดำเนินงานที่ผ่านมา มีการศึกษาต้นทุนการผลิตนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต แต่ยังไม่มีการศึกษาต้นทุนต่อการจัดบริการวิชาการที่เป็นหนึ่งในภาระกิจของสถาบัน ดังนั้นในงานวิจัยครั้งนี้จึงวิเคราะห์ต้นทุนในการผลิตนักศึกษาทั้งสองหลักสูตรต่อปี ต้นทุนต่อนักศึกษาเต็มเวลา (Full-Time Equivalent Students : FTES) (Office of the Higher Education Commission, 2014) รวมถึงการบริการวิชาการแยกตามรายหลักสูตร เพื่อให้ได้ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยที่เป็นปัจจุบันและทราบจุดคุ้มทุนในการผลิตนักศึกษา ตลอดจนการบริการวิชาการ เพื่อเป็นข้อมูลในการบริหารทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาต้นทุนรวม ต้นทุนต่อหน่วย และจุดคุ้มทุนของการผลิตนักศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
2. เพื่อศึกษาต้นทุนการจัดบริการวิชาการในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีกรอบแนวคิดการวิจัยตามการศึกษาต้นทุนแบบหน่วยงาน (Cost Center Approach) (Kaewsonthi & Kamolrattanakul, 1993; Pemphonsub, 1997) ประกอบด้วย 1) แบ่งหน่วยงานต้นทุน 2) หาต้นทุนทางตรงประกอบด้วยค่าแรง (Labor Cost: LC) ค่าวัสดุ (Material Cost: MC) และ ค่าครุภัณฑ์ (Capital Cost : CC) 3) การกระจายต้นทุนจากต้นทุนทางอ้อม (Indirect Cost) ไปสู่ต้นทุนทางตรง (Direct Cost) 4) หาต้นทุนรวม (Total Cost) และ 5) หาต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost) (Singweratham, Phongsakchat & Nansang, 2021) รายละเอียดดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยศึกษาในมุมมองของผู้ผลิต (Provider Perspective) ดำเนินการเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Review) และเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (Prospective Review) สำหรับต้นทุนที่ไม่ได้บันทึกไว้ ปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2563) จัดสรรการกระจายต้นทุนโดยใช้วิธีลำดับขั้น (Step-Down Method) (Kaewsonthi & Kamolrattanakul, 1993)

แหล่งข้อมูล

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ รวบรวมจากค่าใช้จ่ายเงินงบประมาณแผ่นดินและเงินรายได้ในปีงบประมาณ 2563 ของการผลิตนักศึกษาและการบริการวิชาการ ประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรง (LC) ต้นทุนค่าวัสดุ (MC) และต้นทุนค่าลงทุน (CC) (The Comptroller General’s Department, 2019)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวมรวมข้อมูลทั้งเงินงบประมาณแผ่นดินและเงินรายได้ ปีงบประมาณ 2563 โดยได้ปรับปรุงแบบบันทึกข้อมูลจากการศึกษาต้นทุนวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ (Singweratham, Phongsakchat & Nansang, 2021) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน รายละเอียดของเครื่องมือ ได้แก่

1. แบบบันทึกต้นทุนค่าแรง ได้ใช้แบบบันทึก LC1 ที่บันทึกข้อมูล เงินเดือน เงินประจำตำแหน่งทางการบริหารและเงินประจำตำแหน่งทางวิชาการ ค่าตอบแทน ค่าเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.) ค่าเดินทางไปราชการ และหมวดเงินสวัสดิการของบุคลากรทุกคนในวิทยาลัย แบบบันทึก LC2 เป็นแบบบันทึกสัดส่วนการทำงานเพื่อใช้กระจายต้นทุนค่าแรง

2. แบบบันทึกค่าวัสดุ ได้ใช้แบบบันทึก MC1-MC8 โดยแยกไปตามหน่วยต้นทุน โดยบันทึกวัสดุทั่วไปและวัสดุโครงการ บันทึกค่าสาธารณูปโภค (Utility Cost: UC) ประกอบด้วย สาธารณูปโภค

3. แบบบันทึกค่าลงทุน ได้ใช้แบบบันทึก CC1_1-CC1_8 โดยแยกไปตามหน่วยต้นทุน เพื่อบันทึกครุภัณฑ์ที่มูลค่ามากกว่า 5,000 บาทตามเกณฑ์ของกรมบัญชีกลาง (The Comptroller General’s Department, 2019) และแบบบันทึก CC2_1 ใช้บันทึกค่าที่ดิน/สิ่งก่อสร้าง

4. แบบบันทึกต้นทุนโครงการรวม (Project Cost: PC) ใช้แบบบันทึก PC โดยบันทึกข้อมูลของโครงการ ประกอบด้วยค่าแรงและค่าวัสดุของโครงการ ประกอบด้วยโครงการตามพันธกิจของวิทยาลัยและ โครงการของสถาบันพระบรมราชชนก

5. แบบเก็บรายได้แต่ละหลักสูตร (Tuition Fee: TF) ใช้แบบบันทึก TF ประกอบด้วยค่าใช้จ่ายที่นักศึกษาชำระเพื่อการเรียนการสอน

6. แบบเก็บรายได้บริการวิชาการ (Academic Services Fee: AF) ใช้แบบบันทึก AF ประกอบด้วยค่าใช้จ่ายที่ใช้สำหรับการลงทะเบียนการจัดบริการวิชาการ จำนวนผู้เข้าอบรม หน่วยกิต ชั่วโมง และจำนวนวันที่ใช้จัดการเรียนการสอน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 1 จัดเก็บข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยการผลิตโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์โครงสร้างและระบบงาน (System Analysis) ของวิทยาลัยโดยการศึกษาโครงสร้าง ระบบการแบ่งส่วนงาน ลักษณะงาน และหน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงาน (Kaewsonthi, & Kamolrattanakul, 1993) โดยได้แบ่งหน่วยงานดังนี้

1.1 หน่วยงานสนับสนุน (Support Unit) หรือ หน่วยงานที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (Non-Revenue Producing Cost Center: NRPCC) ประกอบด้วย งานอำนวยการ งานวิชาการ งานวิจัย/บริการวิชาการงาน และกิจการนักศึกษา

1.2 บริการวิชาการ (Academic Service Unit) หรือหน่วยงานที่ก่อให้เกิดรายได้ (Revenue Producing Cost Center: RPCC) ประกอบด้วย งานฝึกอบรมและบริการวิชาการ

1.3 หลักสูตรการเรียนการสอน (Teaching Service Cost Center: TSCC) ประกอบด้วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตร์บัณฑิต และหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

2. การหาต้นทุนทางตรงของแต่ละหน่วยงาน (Direct Cost Determination)

3. กำหนดเกณฑ์การกระจายต้นทุน (Allocation Criteria) การศึกษาครั้งนี้ใช้การกระจายแบบลำดับขั้น (Step-Down Allocation) (Kaewsonthi & Kamolrattanakul, 1993) โดยการกระจายต้นหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเรียนการสอน ลงไปยังการผลิตนักศึกษาและหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานบริการวิชาการลงไปยังงานบริการวิชาการ หลังจากนั้นจึงกระจายลงไปยังชั้นปีด้วยจำนวนหน่วยกิตสำหรับการจัดการเรียนการสอน และจำนวนการให้บริการวิชาการตามลำดับ

4. การหาต้นทุนรวม (Total Cost)

5. คำนวณต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost) การผลิตนักศึกษาและจุดคุ้มทุมต่อการผลิตนักศึกษา

ขั้นที่ 2 ผู้วิจัยอธิบายการเก็บข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องของการกรอกข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูล ดำเนินการแก้ไขข้อมูลหากพบข้อผิดพลาด

ขั้นที่ 3 ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ด้วยการใช้ชุดคำสั่งในการสุ่มตรวจสอบความตรงกันและความสอดคล้องของข้อมูลที่บันทึกกับผลลัพธ์โดยรวมของการบันทึกข้อมูล

ขั้นที่ 4 สรุปและรวบรวมรายงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ใช้การวิเคราะห์ด้วยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Excel 2010 โดยใช้สถิติความถี่และร้อยละการคำนวณต้นทุนต่อหน่วยมีรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ค่าเสื่อมราคาต่อปี (Depreciation Cost) ของค่าเสื่อมราคา โดยยึดอายุการใช้งาน (Useful Life) ตามกรมบัญชีกลาง (The Comptroller General's Department, 2014) (The Comptroller General's Department, 2019)

$$\text{Depreciation cost} = \frac{\text{Price}}{\text{Useful life}}$$

2. ต้นทุนทั้งหมด (Total Cost) ของวิทยาลัยและแยกตามรายหลักสูตร

Total Cost = Labor Cost (LC) + Material Cost (MC) + Capital Cost (CC)

3. ต้นทุนต่อหน่วยการผลิตนักศึกษา (Unit Cost) ต้นทุนรวมแยกตามรายหลักสูตรและต้นทุนบริการวิชาการ หารด้วยจำนวนนักเรียนและผู้เข้าอบรมในหลักสูตรในปีที่ทำการศึกษา

$$\text{Unit cost} = \frac{\text{Total cost}}{\text{Amount of student}}$$

4. การคำนวณภาระงานจากจำนวนนักศึกษาเต็มเวลา (Full Time Equivalent Students: FTES) คิดจากหน่วยกิตนักศึกษา (Student Course Credit Hour: SCCH) คูณจำนวนนักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนในแต่ละปี หารด้วยค่าเฉลี่ยหน่วยกิตต่อปี (Average of FTES Per Year) โดยจำนวนหน่วยกิตต่อปีการศึกษาปริญญาตรีมีค่าเท่ากับ 36 และต่ำกว่าระดับปริญญามีค่าเท่ากับ 38 (Office of the Higher Education Commission, 2014)

$$\text{FTES} = \frac{\text{Student course credit hour} \times \text{students}}{\text{Average of FTES per year}}$$

5. ต้นทุนต่อหน่วยภาระงานจากจำนวนนักศึกษาเต็มเวลา (Unit Cost Per FTES)

$$\text{Unit cost per FTES} = \frac{\text{Total cost}}{\text{FTES}}$$

6. การคำนวณจุดคุ้มทุน (Break-Even Point: BEP) คิดได้จาก ต้นทุนคงที่ (Fix Cost) ต่อคน หาร ด้วย รายได้จากการลงทะเบียน (Income) ลบด้วย ต้นทุนผันแปรต่อคน (Variable Cost) ประกอบด้วยค่าวัสดุสิ้นเปลืองต่อคนต่อคนต่อปี (Kaewsonthi & Kamolrattanakul, 1993)

$$\text{BEP} = \frac{\text{Fix cost}}{(\text{Income} - \text{Varible cost})}$$

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินเพื่อการขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในการเก็บข้อมูลวิจัยในการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลที่ใช้ประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เอกสารรับรองเลขที่ P-EC 03-02-64 ลงวันที่ 19 เมษายน 2564

ผลการวิจัย

1. ต้นทุนรวม ต้นทุนต่อหน่วย และจุดคุ้มทุนของการผลิตนักศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าครุภัณฑ์ แยกตามหน่วยงาน

หน่วยต้นทุน	ค่าแรง (ร้อยละ)	ค่าวัสดุ (ร้อยละ)	ค่าครุภัณฑ์ (ร้อยละ)	ต้นทุนรวม (ร้อยละ)
ฝ่ายบริหาร	8,606,249.04 (37.80)	9,165,036.35 (40.25)	4,997,308.79 (21.93)	22,768,594.18 (100.00)
ฝ่ายวิชาการ	1,333,450.43 (63.80)	479,476.15 (23.80)	259,193.66 (12.40)	2,090,120.24 (100.00)
ฝ่ายพัฒนานักศึกษา /ทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม	1,532,097.59 (94.58)	82,371.15 (5.08)	5,525.33 (0.34)	1,619,994.07 (100.00)

ตาราง 1 (ต่อ)

หน่วยต้นทุน	ค่าแรง (ร้อยละ)	ค่าวัสดุ (ร้อยละ)	ค่าครุภัณฑ์ (ร้อยละ)	ต้นทุนรวม (ร้อยละ)
ฝ่ายวิจัย	3,923,803.57	270,916.16	0	4,194,719.73
	(93.54)	(6.46)	(0.00)	(100.00)
ฝ่ายบริการวิชาการ	351,455.89	157,304.86	0	508,760.75
	(69.08)	(30.92)	(0.00)	(100.00)
หลักสูตรฝึกอบรม	862,467.87	1,490,339.63	819,584.40	3,172,391.90
	(27.19)	(46.98)	(25.83)	(100.00)
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต	16,852,249.23	4,689,988.27	4,029,307.07	25,571,544.57
	(65.90)	(18.34)	(15.76)	(100.00)
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล	356,885.27	464,236.99	1,571,561.15	2,392,683.41
	(14.92)	(19.40)	(65.68)	(100.00)
รวม	**33,818,658.89**	**16,817,669.56**	**11,682,480.40**	**62,318,808.85**
	(54.27)	**(26.98)**	**(18.75)**	**(100.00)**

จากตาราง 1 พบว่าการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตการผลิตนักศึกษาและการบริการวิชาการของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ปีงบประมาณ 2563 พบว่าต้นทุนรวมเท่ากับ 62,318,808.85 บาท หากพิจารณาต้นทุนรวมแยกตามหน่วยงานพบว่าหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีต้นทุนรวมสูงที่สุด เท่ากับ 25,571,544.57 บาท และฝ่ายบริการวิชาการมีต้นทุนรวมน้อยที่สุด เท่ากับ 508,760.75 บาท

โดยมีต้นทุนค่าแรงสูงที่สุด เท่ากับ 33,818,658.89 บาท คิดเป็นร้อยละ 54.27 รองลงมาค่าวัสดุ เท่ากับ 16,817,669.56 บาท คิดเป็นร้อยละ 26.98 ค่าครุภัณฑ์เท่ากับ 11,682,480.40 บาท คิดเป็นร้อยละ 18.75 ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละ ต้นทุนทางตรง ต้นทุนทางอ้อมแยกตามหน่วยผลผลิต

หน่วยผลผลิต	ต้นทุนทางตรง (ร้อยละ)	ต้นทุนทางอ้อม (ร้อยละ)	ต้นทุนรวม (ร้อยละ)
หลักสูตร			
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	25,571,544.57	27,301542.26	52,873,086.83
	(48.36)	(51.64)	(100.00)
ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล	2,392,683.41	2,275,62672	4,668,310.13
	(51.25)	(48.75)	(100.00)
งานบริการวิชาการ			
ฝึกอบรม	3,172,391.90	1,605,019.99	4,777,411.90
	(66.40)	(33.60)	(100.00)
รวม	**31,136,619.88**	**31,182,188.97**	**62,318,808.85**
	(49.96)	**(50.04)**	**(100.00)**

จากตาราง 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ มีต้นทุนรวมในการผลิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสูงสุด เท่ากับ 52,873,086.83 บาท รองลงมาต้นทุนรวมการฝึกอบรม เท่ากับ 4,777,411.90 บาท และน้อยที่สุด คือหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลเท่ากับ 4,668,310.13 บาท โดยพบว่าสัดส่วนต้นทุนทางอ้อมมากที่สุดร้อยละ 50.04 รองลงมา ต้นทุนทางตรง ร้อยละ 49.96

ตาราง 3 ต้นทุนต่อหน่วยการผลิตนักศึกษาแยกตามรายชั้นปีการศึกษา

วิทยาลัย	ชั้นปีที่ 1	ชั้นปีที่ 2	ชั้นปีที่ 3	ชั้นปีที่ 4	ต้นทุนตลอดหลักสูตร
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต	191,613.47	163,842.23	157,251.18	33,634.28	122,108.75
ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล	66,690.14				66,690.14

จากตาราง 3 ต้นทุนต่อหน่วยการผลิตนักศึกษาแยกตามรายชั้นปี การผลิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พบว่าชั้นปีที่ 1 มีต้นทุนต่อหน่วยการผลิตมากที่สุดเท่ากับ 191,613.47 บาทต่อปี รองลงมาชั้นปีที่ 2 เท่ากับ 163,842.23 บาทต่อปี ชั้นปีที่ 3 เท่ากับ 157,251.18 บาทต่อปี และชั้นปีที่ 4 น้อยที่สุด เท่ากับ 33,634.28บาทต่อปี ตามลำดับ ส่วนประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล มีต้นทุนต่อปี เท่ากับ 66,690.14 บาทต่อปี

ตาราง 4 จำนวนหน่วยกิตและต้นทุนต่อ FTES จำนวนนักศึกษา ต้นทุนต่อหน่วยและจุดคุ้มทุนแยกตามหลักสูตร

หลักสูตร	จำนวนหน่วยกิต	ต้นทุนต่อ FTES	จำนวนนักศึกษา	ต้นทุนต่อหน่วย	จุดคุ้มทุน
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	365	144,946.02	433	122,108.75	376
ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล	70	66,690.14	70	66,690.14	114

จากตาราง 4 จำนวนหน่วยกิตและต้นทุนต่อ FTES จำนวนนักศึกษา ต้นทุนต่อหน่วยและจุดคุ้มทุนแยกตามหลักสูตรพบว่าต้นทุนต่อภาระงานจากจำนวนนักศึกษาเต็มเวลา FTES ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เท่ากับ 144,946.02 บาทต่อ FTES มีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 122,108.75 บาทต่อปี และจุดคุ้มทุนในการผลิต 376 คนต่อปี หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลมีต้นทุนต่อภาระงานจากจำนวนนักศึกษาเต็มเวลา FTES และต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 66,690.14 บาทต่อปี จุดคุ้มทุนในการผลิต 114 คนต่อปี รายละเอียดดังตาราง 4

2. ต้นทุนการจัดบริการวิชาการในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ตาราง 5 ต้นทุนต่อหน่วยแยกตามหลักสูตรฝึกอบรม (บริการวิชาการ)

หลักสูตร	ต้นทุนทางตรง (ร้อยละ)	ต้นทุนทางอ้อม (ร้อยละ)	ต้นทุนรวม (ร้อยละ)	จำนวนผู้เข้าอบรม	ต้นทุนต่อหน่วย (บาทต่อคน)
การพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ 14	844,882.90 (43.99)	1,075,911.73 (56.01)	1,920,794.63 (100.00)	38	50,547.23
การพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไปครอบครัว (หลักสูตร 4 หน่วยกิต)	622,295.90 (72.24)	239,091.50 (27.76)	861,387.40 (100.00)	54	15,951.62
การอบรมฟื้นฟูการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)	248,324.50 (67.50)	119,545.75 (32.50)	367,870.25 (100.00)	93	3,955.59
การอบรมฟื้นฟูการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)	248,324.50 (67.50)	119,545.75 (32.50)	367,870.25 (100.00)	93	3,955.59

ตาราง 5 (ต่อ)

หลักสูตร	ต้นทุนทางตรง (ร้อยละ)	ต้นทุนทางอ้อม (ร้อยละ)	ต้นทุนรวม (ร้อยละ)	จำนวนผู้เข้าอบรม	ต้นทุนต่อหน่วย (บาทต่อคน)
การพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ 15	844,882.90 (43.99)	1,075,911.73 (56.01)	1,920,794.63 (100.00)	52	36,938.36
โครงการปฐมนิเทศข้าราชการใหม่หลักสูตรการเป็นข้าราชการที่ดี รุ่นที่ 1	369,534.30 (68.83)	167,364.05 (31.17)	536,898.35 (100.00)	48	11,185.38
โครงการปฐมนิเทศข้าราชการใหม่หลักสูตรการเป็นข้าราชการที่ดี รุ่นที่ 2	64,071.40 (27.68)	167,364.05 (72.32)	231,435.45 (100.00)	87	2,660.18
การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน	285,864.25 (70.51)	119,545.75 (29.49)	405,410.00 (100.00)	65	6,237.08
	3,279,856.15 (52.52)	**2,964,734.55 (47.48)**	**6,244,590.70 (100.00)**	**437**	**14,289.68**

จากตาราง 5 ต้นทุนต่อหน่วยแยกตามหลักสูตรฝึกอบรม (บริการวิชาการ) พบว่าหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ 14 ต้นทุนต่อหน่วยสูงสุด เท่ากับ 50,547.23 บาทต่อคน รองลงมา หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ 15 เท่ากับ 36,938.36 บาทต่อคน และน้อยที่สุด โครงการปฐมนิเทศข้าราชการใหม่ หลักสูตรการเป็นข้าราชการที่ดี รุ่นที่ 2 เท่ากับ 2,660.18 บาทต่อคน

อภิปรายผล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ปีงบประมาณ 2563 มีต้นทุนรวม 62,318,808.85 บาท มีสัดส่วนต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ และครุภัณฑ์ เท่ากับ 54.27, 26.98 และ 18.75 สอดคล้องกับการศึกษาต้นทุนการผลิตนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ในปี 2551 (Chuakiat, Puttiwanit & Puttiwanit, 2008) รวมถึงการศึกษาต้นทุนการผลิตนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิ์ประสงค์ (Phongsiri, Bootsri, Chobchaing, & Khanphupa, 2017) และต้นทุนการผลิตนักศึกษาพยาบาลของสถาบันพระบรมราชชนก (Singweratham, Mualprasitporn, Sawaengdee, Jitaram & Tassabut, 2018) จะเห็นได้ว่าทุกสถาบันการศึกษาในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขที่ผลิตบัณฑิตพยาบาลมีสัดส่วนต้นทุนค่าแรงสูงทุกสถาบันทั้งนี้เนื่องจากการเรียนการสอนด้านการพยาบาลต้องใช้อาจารย์ที่มีความรู้ความสามารถและเพียงพอตามเกณฑ์การจัดการศึกษาในระดับอุดมศึกษา (Office of the Higher Education Commission, 2014) ดังนั้นควรวางแผนเรื่องค่าแรงและค่าตอบแทนให้มีความเหมาะสมต่อไป

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ มีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 122,108.75 บาทต่อปี และจุดคุ้มทุนในการผลิต 376 คนต่อปี จะเห็นได้ว่าต้นทุนต่อหน่วยและจุดคุ้มทุนในการผลิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมีค่าใกล้เคียงกับการผลิตพยาบาลของคณะพยาบาลศาสตร์สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขที่มีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 138,783.94 บาทต่อปี และมีจุดคุ้มทุนเท่ากับ 136 คนต่อชั้นปี (Singweratham, Mualprasitporn, Sawaengdee, Jitaram & Tassabutr, 2018) และเมื่อเทียบกับ

สถาบันการศึกษาที่เป็นวิทยาลัยพยาบาล จะเห็นว่าต้นทุนต่อหน่วยการผลิตและจุดคุ้มทุนมีความใกล้เคียงกัน ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์ มีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 129,589.42 และจุดคุ้มทุนเท่ากับ 152 คนต่อปี (Phongsiri, Bootsri, Chobchaing, & Khanphupa, 2017) และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ มีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ114,328.43 และจุดคุ้มทุนเท่ากับ 150 คนต่อปี (Singweratham, Phongsakchat & Nansang, 2021) การศึกษาต้นทุนการผลิตนักศึกษานอกจากจะนำเสนอต้นทุนต่อหน่วยแล้วควรนำเสนอจำนวนจุดคุ้มทุนร่วมด้วย เพื่อจะได้มีข้อมูลในการประมาณการรับนักศึกษาในแต่ละปี โดยในการศึกษาจะมีการแบ่งหน่วยงานต้นทุน (Pemphonsub, 1997) ที่ชัดเจนตามภารกิจ เช่น ฝ่ายบริหาร ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ และ ฝ่ายวิชาการและพัฒนานักศึกษา เช่นเดี่ยวกับการศึกษาต้นทุนการผลิตในระยะหลัง ๆ (Singweratham, Mualprasitporn, Sawaengdee, Jitaram & Tassabutr, 2018; (Phongsiri, Bootsri, Chobchaing, & Khanphupa, 2017); Sathagathonthon, 2020) ที่ทำให้ทราบถึงต้นทุนของแต่ละพันธกิจ ที่ต่างจากการศึกษาต้นทุนที่ผ่านมา ที่ใช้วิธีการศึกษาต้นทุนอย่างง่าย Quick Method (Praboromarajchanok, 1998; Praboromarajchanok, 2002; Klinchan, 2007; Chuakiat, Puttiwanit & Puttiwanit , 2008) โดยการศึกษาต้นทุนอย่างง่ายสามารถตอบคำถามต้นทุนต่อหน่วยได้ (Kaewsonthi & Kamolrattanakul, 1993; Pemphonsub, 1997) แต่ไม่สามารถนำข้อมูลและส่วนประกอบของข้อมูลไปใช้เพื่อการตัดสินใจในการบริหารจัดการการศึกษาได้ (Teswanitch, 2010)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์มีต้นทุนการบริการวิชาการ เท่ากับ 4,777,411.90 บาท ต้นทุนเฉลี่ยต่อหลักสูตรเท่ากับ 14,289.68 บาทต่อคน จะเห็นได้ว่าวิทยาลัยนอกจากจะทำหน้าที่ในการผลิตนักศึกษาแล้วยังพันธกิจในการพัฒนาบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขร่วมด้วย โดยการพัฒนาบุคลากรนั้นได้ใช้ทรัพยากรของวิทยาลัยประกอบด้วยวิทยากร วัสดุ ครุภัณฑ์ อาคารสถานที่ และสาธารณูปโภคร่วมด้วย โดยพบว่าหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) รุ่นที่ 14 ที่มีระยะเวลาในการอบรม 4 เดือน มีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 50,547.23 บาทต่อคน ที่ผ่านมายังไม่มีการคำนวณต้นทุนบริการวิชาการในวิทยาลัย มีเฉพาะการรายงานต้นทุนต่อหน่วยการผลิตนักศึกษาเท่านั้น (Chuakiat, Puttiwanit & Puttiwanit, 2008; Phongsiri, Bootsri, Chobchaing, & Khanphupa, 2017) จะเห็นได้ว่าในปัจจุบันสถาบันการศึกษามีกิจกรรมการให้บริการวิชาการเช่น การเปิดอบรมระยะสั้นตามนโยบายจากส่วนกลาง เช่น การอบรมโครงการปฐมนิเทศข้าราชการใหม่ การเปิดอบรมหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับต้น และระดับกลาง หรืออื่น ๆ ด้วย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการบริหารทรัพยากรจึงควรมีการคิดต้นทุนต่อหน่วยของบริการดังกล่าวร่วมด้วย และที่สำคัญจะได้ไม่คำนวณต้นทุนด้านการบริการวิชาการดังกล่าวเข้ากับการคำนวณต้นทุนต่อหน่วยการผลิตนักศึกษา เพราะหากมีการคำนวณรวมจะส่งผลให้ต้นทุนต่อหน่วยการผลิตของนักศึกษาสูงกว่าความเป็นจริง

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้ เกิดจากระบบปีงบประมาณและปีการศึกษาของการเปิด-ปิดภาคการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกัน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ใช้ปีงบประมาณตามปีที่ศึกษาและนับจำนวนนักศึกษาที่ใช้เพื่อเป็นตัวหารตามที่อยู่ในปีงบประมาณนั้นๆซึ่งสะท้อนต่องบประมาณที่ใช้จริงตามปีการศึกษา

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ต้นทุนที่วิเคราะห์ตามพันธกิจของของสถาบันการศึกษา สามารถนำไปวางแผนการบริหารจัดการงบประมาณให้เกิดประโยชน์สูงสุด และวิธีการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับสถาบันที่ผลิตพยาบาลหรือสถานศึกษาที่มีพันธกิจที่คล้ายคลึงกัน

2. สามารถนำรายละเอียดต้นทุนการจัดบริการวิชาการไปใช้ในการวางแผนการบริหารจัดการด้านการเงินและสนับสนุนการตัดสินใจในการดำเนินโครงการบริการวิชาการเพื่อให้เกิดความคุ้มทุน คุ้มค่ามากที่สุดได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการเปรียบเทียบต้นทุนการผลิตรายปีงบประมาณเพื่อให้ทราบทิศทางในการบริหารจัดการต้นทุนของสถาบันการศึกษา

2. ควรมีการศึกษาความอ่อนไหวของข้อมูลพื้นที่ที่นำเข้ามาคิดในการศึกษาต้นทุน เพื่อทราบว่าตัวแปรใดที่ส่งผลกระทบและขับเคลื่อนต้นทุน เพื่อใช้เป็นประโยชน์ในบริหารจัดการรายการต้นทุน

References

Chuakiat, S., Puttiwanit, S., & Puttiwanit, N. (2008). *Determining Unit Cost Per Nursing Student and Health Personal Development Boromarajonani College of Nursing Songkhla in Fiscal Year 2007*. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing Songkhla. (in Thai)

Cleland, V. S., & Mckibbin, R. C. (1990). *The Economics of Nursing.* Norwalk: Applenton & Lange.

Drummond, M. F., & McGuire, A. (2007). *Ecnomomic Evaluation in Health Care: Merging Theory with Practice.* Oxford: Oxford University Press.

Kaewsonthi, S., & Kamolrattanakul, P. (1993). *Health Economics: An analysis and Evaluation in Public Health.* Bangkok: Chulalongkorn. (in Thai)

Klinchan, A. (2007). *Unit Cost of Production in Phetchabun Rajabhat University*. Phetchabun Rajabhat University. (in Thai)

Office of the Council of State. (2003). *Royal Decree on Rules and Procedures for Good Government Management.* Bangkok: Office of the Council of State. (in Thai)

Office of the Higher Education Commission. (2014). *Manual of Internal Education Quality of Teaching in Higher Education in Education Year 2014.* Bangkok: Pappim. (in Thai)

Pemphonsub, W. (1997). *Principle of Cost Accounting.* Bangkok: Kasetsart University Press. (in Thai)

Phongsiri, P., Kunthida, K., Bootsri, W., Chobchaing, L., & Khanphupa, N. (2017). Unit Cost of Production Analysis of Boromarajonani College of Nursing, Sunpasitthiprasong. *Boromarajonani College of Nursing, Sunpasitthiprasong, 1*(1), 75-91. (in Thai)

Plan and Policy Division The Office of President. (2018). *Unit Cost and Value of Curriculum Administration Nakhon Ratchasima Rajabhat University Year 2017.* Nakhon Ratchasima Rajabhat University: n.p. (in Thai)

Praboromarajchanok. (1998). *Unit Cost of Nursing Colleges and Boromarajonani College of Nursing in Praboromarajchanok Institure, Ministry of Public Health in Fiscal Year 2539-2541.* Nonthaburi: Praboromarajchanok Institute. (in Thai)

Praboromarajchanok. (2002). *Determineing of Unit Cost of Education Management in Praboromarajchanok Institure.* Nonthaburi, Praboromarajchanok Institute. (in Thai)

Robinson, M., & Last D. (2009). *A Basic Model of Performance-Based Budgeting*. Washington DC: Fiscal Affair Department.

Sathagathonthon, G. (2020). Cost Analysis and Worth in Cost of Education Management of the Faculty of Nursning, Naresuan University. *Journal of Health and Nursing Research, 36*(1), 39-54. (in Thai)

Singweratha, N., Phongsakchat, P., & Nansang, S. (2021). Determining Unit Costs Per Student and Break-Event Point of Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira. *Christian University Journal, 27*(1), 1-11. (in Thai)

Singweratham, N., & Kantabanlang, Y. (2017). Current Health Workforce and State of the Health Workforce Development Need in the Thai Health System: A Report by the Phraboromarajchanok Institure the Ministry of Public Healht. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 4*(3), 218-225. (in Thai)

Singweratham, N., Mualprasitporn, R., Sawaengdee, K., Jitaram, P. & Tassabutr, W. (2018). Determining Unit Cost Per Student and Break-Even Point at Nursing Collegue of Praboromarajchanok. *Journal of Healht Science, 27*(5), 932-947. (in Thai)

Teswanitch, J. (2010). *Unit Cost, Managerial Economics Leasson 1-7.* Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University. (in Thai)

The Comptroller General's Department. (2014). *Calculation Criteria on Depreciation and Fixed Assest for Government Agencies.* Office of Finance Standard in Government Agency, Bangkok: The Comptroller General's Department. (in Thai)

The Comptroller General's Department. (2019). *Financeial Guideling on Land, Capital and Material 2019*. Office of Finance Standard in Government Agency, Bangkok: The Comptroller General's Department. (in Thai)

การวิเคราะห์อภิมาน: ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

Practice Guideline for Weaning from Mechanical Ventilation: A Meta-Analysis

สุรศักดิ์ พุฒิวณิชย์[1*], นภาพร พุฒิวณิชย์[1] และ ศักรินทร์ สุวรรณเวหา[1]
Surasak Puttiwanit[1*], Napaporn Puttiwanit[1] and Sakkarin Suwanwaha[1]
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา[1*]
Boromarajonani College of Nursing, Songkhla[1*]

(Received: *December 04, 2020*; Revised: *August 27, 2021*; Accepted: *September 21, 2021*)

บทคัดย่อ

การวิเคราะห์อภิมานนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ การสืบค้นอย่างเป็นระบบเพื่อค้นหางานวิจัยที่ทำในประเทศไทยทั้งที่ตีพิมพ์เผยแพร่และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ที่มีรายงานไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ถึง พ.ศ. 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบคัดกรองงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด 2) แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย และ 3) แบบบันทึกผลการสกัดข้อมูล ผลจากการสืบค้นอย่างเป็นระบบ พบงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ มีทั้งหมด 23 เรื่อง งานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง ถูกคัดออกเนื่องจากไม่ทราบข้อมูลของผลลัพธ์การวิจัยของกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลลักษณะทั่วไปของรายงานวิจัยใช้การแจกแจกความถี่ และร้อยละ ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจที่มีข้อมูลทางสถิติที่เพียงพอ ใช้การวิเคราะห์เมตา โดยโปรแกรมสำเร็จรูป Review Manager Version 5.3 ส่วนงานวิจัยที่มีข้อมูลทางสถิติที่ไม่เพียงพอใช้การวิเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. หลังการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจ (z=6.41, p<.001) ระยะเวลาที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (z=7.24, p<.001) จำนวนวันนอนที่ใช้ในหอผู้ป่วย (z=8.08, p<.001) ค่าใช้จ่ายในการใช้เครื่องช่วยหายใจ (z=3.11, p<.05) และอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ (z=2.21, p<.05) น้อยกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .05

2. หลังการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่างมีอัตราความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมากกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ (z=4.66, p<.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ควรมีการเผยแพร่แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ไปยังหน่วยงานอื่น เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกันและเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องได้รับการดูแลโดยการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และควรมีการติดตามผลที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ เช่น อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และความพึงพอใจของผู้รับบริการ

คำสำคัญ: การวิเคราะห์อภิมาน, แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ, ผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: surasak44332@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 089-7595880)

Abstract

This meta-analysis research aimed to summarize the best available evidence related to the effectiveness of practice guideline utilization for weaning from mechanical ventilation in mechanically ventilated adults. A systematic search was conducted to retrieve both published and unpublished studies conducted in Thailand from 2005 to 2019. Research instruments included 1) a research screening form, 2) a critical appraisal form, and 3) a data extraction form. The systematic search identified a total of 23 studies on effectiveness of practice guideline utilization for weaning from mechanical ventilation in mechanically ventilated adults. One study was excluded due to a lack of information about research outcomes of sample before using practice guideline for weaning from mechanical ventilation. Demographic data were analyzed using frequency, and percentage. Review Manager Version 5.3 was used for the Meta-analysis to determine the effectiveness of practice guideline utilization with sufficient statistical data. Narrative summarization was used for those with insufficient statistical data. Main results were found as follows.

1. After using practice guideline for weaning from mechanical ventilation in mechanically ventilated adults, sample had less duration of use of ventilator (z=6.41, p<.001), duration of weaning from mechanical ventilation (z=7.24, p<.001), length of stay (z=8.08, p<.001), expenditure on use of ventilator (z=3.11, p<.05), and rate of re-intubation than before (z=2.21, p<.05).

2. After using practice guideline for weaning from mechanical ventilation in mechanically ventilated adults, sample had more success rate of weaning from mechanical ventilation than before (z=4.66, p<.001).

Per findings, the practice guideline for weaning from mechanical ventilation in mechanically ventilated adults should be disseminated to other organizations for the same standard and optimal outcomes for critically ill patients receiving weaning from mechanical ventilation. In addition, the results of using practice guideline such as rate of ventilator associated pneumonia and clients' satisfaction should be monitored.

Keyword: Meta-Analysis, Practice Guideline, Utilization for Weaning from Mechanical Ventilation, Mechanically Ventilated Adults

บทนำ

ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน มีการอุดกั้นทางเดินหายใจ หรือไม่สามารถหายใจได้ด้วยตนเอง จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อช่วยในการรักษาและพยุงชีวิตให้อยู่รอด (Bunburaphong, 2018) ซึ่งผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวหลังจากได้รับการรักษาสาเหตุที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจจนอาการดีขึ้นแล้ว จำเป็นที่จะต้องดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ได้รับการพิจารณาถอดเครื่องช่วยหายใจให้เร็วที่สุด เนื่องจากจะส่งผลกระทบให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Tantichatkul & Kenthongdee, 2013; Chamraksa & Srimad, 2014)

สำหรับผลกระทบด้านร่างกายจะมีอาการ เช่น การอ่อนแรงและการอ่อนล้าของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ ปอดอักเสบติดเชื้อจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ ปอดแฟบ ถุงลมฉีกขาดจากความดันภายในปอดที่เพิ่มขึ้น และการเกิดภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีผลกระทบทางด้านจิตใจ เช่น ความไม่

สุขสบาย ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในการใส่ท่อหลอดลมคอและต่อกับเครื่องช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคับข้องใจจากการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลกระทบต่อเนื่องทั้งในด้านค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น และต้องใช้ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้น (Tantichatkul & Kenthongdee, 2013; Chamraksa & Srimad, 2014 ; Edriss, Whiting, & Nugent 2014 ; Aramrom, 2015)

การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจ พยาบาลเป็นหนึ่งผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจจนกระทั่งผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจ หากผู้ป่วยมีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ และได้รับการแก้ไขสาเหตุของการที่ผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจแล้ว ผู้ป่วยควรได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจทันทีภายใน 24 ชั่วโมง (Baptistella, Sarmento, Da Silva, Baptistella, Taglietti, & Zuquello, et al., 2018) แต่การหย่าเครื่องช่วยหายใจที่เร็วเกินไปโดยที่ผู้ป่วยยังไม่มีความพร้อมจะส่งผลเสียต่อผู้ป่วย คือ เพิ่มแรงในการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด ส่งผลให้กล้ามเนื้อหายใจต้องทำงานหนักมากเกินไปทำให้การหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่ประสบความสำเร็จ ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีแนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจเพื่อลดระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันนอน และค่าใช้จ่ายในขณะนอนโรงพยาบาล รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Bunburaphong, 2018 ; Tongtem, Ruaisungnoen & Saensom, 2015)

จากการสืบค้นข้อมูลงานวิจัยเบื้องต้นเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจที่ทำในประเทศไทย 15 ปีย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ถึง พ.ศ. 2562 จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ พบว่ายังขาดการสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยเชิงประจักษ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการทบทวนงานวิจัยด้วยวิธีเมตาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ เพื่อหาข้อสรุปองค์ความรู้เพื่อนำไปสู่การพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิเคราะห์อภิมานงานวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อหาข้อสรุปความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ โดยอาศัยกระบวนการการทบทวนงานวิจัยด้วยวิธีเมตา โดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute, 2014) ได้แก่ 1) การกำหนดหัวข้อสำหรับการทบทวน 2) การนำเสนอความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 3) การกำหนดวัตถุประสงค์สำหรับการทบทวน 4) การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย 5) การกำหนดชนิดของงานวิจัย 6) การสืบค้นงานวิจัย 7) การประเมินคุณภาพงานวิจัย 8) การสกัดข้อมูล 9) การสังเคราะห์ข้อมูล 10) การนำเสนอผลการทบทวน และ 11) การนำเสนอข้อจำกัดของการทบทวน โดยมีการกำหนดคุณสมบัติงานวิจัยในการสืบค้นใช้กรอบของ PICO Framework และเป็นงานวิจัยที่ทำในประเทศไทยที่รายงานตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 ถึง พ.ศ.2562

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์อภิมานงานวิจัย จากรายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ โดยใช้การทบทวนงานวิจัยด้วยวิธีเมตาของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual, 2014) และเป็นงานวิจัยที่ทำ

ในประเทศไทยที่รายงานตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 ถึง พ.ศ.2562 โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จากมหาวิทยาลัยต่าง ๆ และฐานศูนย์ข้อมูลการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ รายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี เป็นต้นไป โดยคัดเลือกงานวิจัยที่ตีพิมพ์ และไม่ได้ตีพิมพ์ที่ทำในประเทศไทยที่มีรายงานไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 ถึง พ.ศ.2562 จากการทบทวนมีงานวิจัยทั้งหมด จำนวน 23 เรื่อง

กลุ่มตัวอย่าง คือ รายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี โดยคัดเลือกตาม PICO Framework ที่กำหนดดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่าง (Participants) ได้แก่ รายงานการวิจัยการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ ที่เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) หรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operational Study) และทำในประเทศไทยที่รายงานตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 ถึง พ.ศ.2562

2. วิธีการทดลอง (Intervention) ได้แก่ แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ การหย่าเครื่องช่วยหายใจ

3. กลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison) ได้แก่ การใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบปกติ

4. ตัวแปรผลลัพธ์ (Outcome) ได้แก่ ประสิทธิผลการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ผลของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

จากกลุ่มตัวอย่างเมื่อใช้ตามเกณฑ์การคัดเลือกตามที่กำหนด ได้งานวิจัยที่เข้าเกณฑ์จำนวน 22 เรื่อง งานวิจัย 1 เรื่องถูกคัดออกเนื่องจากไม่ทราบข้อมูลของผลลัพธ์การวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ประเภท ได้แก่

1. แบบคัดกรองงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion Criteria Form) สร้างขึ้นตามเกณฑ์ในการคัดเลือก ได้แก่ เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ โดยตัวแปรต้น คือ แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ส่วนตัวแปรตาม คือ ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ โดยเป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์ที่ทำในประเทศไทยที่มีรายงานไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 ถึง พ.ศ. 2562 โดยต้องผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทุกข้อ

2. แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย (Critical Appraisal Form) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพเชิงระเบียบวิธีวิจัยของงานวิจัยที่นำมาทบทวนอย่างเป็นระบบ โดยใช้แบบประเมินของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual, 2014)

3. แบบบันทึกผลการสกัดข้อมูล (Data Extraction Form) ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือที่พัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual, 2014) ใช้ในการลงบันทึกข้อมูลจากงานวิจัยที่คัดเลือกมาทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของงานวิจัย ได้แก่ ผู้ทำวิจัย ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์เผยแพร่ วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

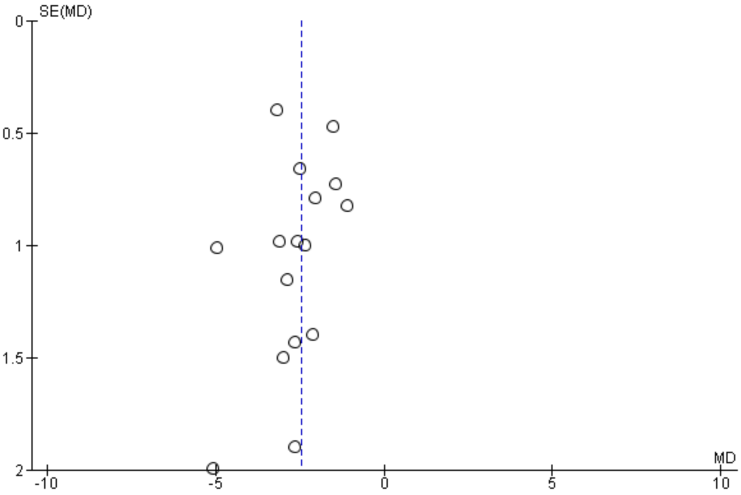
ตอนที่ 2 เนื้อหาสาระของงานวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผลของการวิจัย และข้อเสนอแนะของผู้วิจัย

การควบคุมคุณภาพการรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยฝึกทบทวนงานวิจัยโดยทดสอบการบันทึกร่วมกับผู้เชี่ยวชาญโดยการนำแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยและแบบบันทึกผลการสกัดข้อมูล ไปทดลองรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัย จำนวน 2 เรื่อง โดยคัดเลือกงานวิจัยที่มีคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไปจาก 10 คะแนน หลังจากนั้นนำผลการลงบันทึกมาเปรียบเทียบเพื่อหา

ความสอดคล้องตรงกันของการบันทึก (Interrater Agreement) กรณีที่พบความแตกต่างให้พิจารณาหาข้อบกพร่องเพื่อปรับปรุงจนได้ความเห็นที่ตรงกันของการบันทึกในที่สุด ได้ผลความสอดคล้องร้อยละ 100 (Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual, 2014)

2. ผลการตรวจสอบคุณภาพรายงานวิจัยด้วยวิธีการทางสถิติ พบว่าเมื่อทดสอบคุณภาพข้อมูลด้านอคติจากการตีพิมพ์ด้วยกราฟรูปกรวย (Funnel Plot) พบว่ากราฟมีลักษณะสมมาตรแสดงว่าไม่มีอคติจากการตีพิมพ์ (ภาพ 1) นอกจากนี้ยังมีการทดสอบว่าค่าเฉลี่ยของงานวิจัยมีการกระจายที่แตกต่างกันหรือไม่ (Heterogeneity) โดยใช้ Eyeball test พบว่าค่าเฉลี่ยของงานวิจัยมีการกระจายตัวที่ไม่แตกต่างกันที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (CI 95%) จึงไม่มีผลต่อการทดสอบขนาดอิทธิผล



ภาพ 1 Funnel Plot of Publication Bias test

ตาราง 1 รายละเอียดของงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์อภิมาน

ชื่อผู้แต่ง/ปีที่พิมพ์	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการจัดกระทำ	การวัดผลลัพธ์						ผลการวิจัย
			เวลาการใช้เครื่องหายใจ	เวลาที่ใช้ในการหย่า	จำนวนวันนอน	ค่าใช้จ่าย	อัตราความสำเร็จในการหย่า	อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ	
Jitlam (2012)	กลุ่มทดลอง 26 ราย กลุ่มควบคุม 23 ราย	หลังใช้แนวปฏิบัติ ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	🕑	🕑					พบว่ากลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ทั้ง 2 ตัวน้อยกว่ากลุ่มควบคุม
Khruayoo (2012)	กลุ่มทดลอง 16 ราย กลุ่มควบคุม 15 ราย	หลังใช้แนวปฏิบัติ ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	🕑	🕑					พบว่ากลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ทั้ง 2 ตัวน้อยกว่ากลุ่มควบคุม
Molee (2012)	กลุ่มทดลอง 15 ราย กลุ่มควบคุม 15 ราย	หลังใช้แนวปฏิบัติ ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	🕑	🕑					พบว่ากลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ทั้ง 2 ตัวน้อยกว่ากลุ่มควบคุม
Surimuango (2012)	กลุ่มทดลอง 17 ราย กลุ่มควบคุม 15 ราย	หลังใช้แนวปฏิบัติ ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	🕑	🕑					พบว่ากลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ทั้ง 2 ตัวน้อยกว่ากลุ่มควบคุม
Chaimongkon (2013)	กลุ่มทดลอง 66 ราย กลุ่มควบคุม 56 ราย	หลังใช้แนวปฏิบัติ ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	🕑	🕑	🕑			🕑	พบว่ากลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ทั้ง 4 ตัวน้อยกว่ากลุ่มควบคุม
Laor (2006)	กลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย	หลังใช้แนวปฏิบัติ ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	🕑				🕑		พบว่ากลุ่มทดลองมีเวลาการใช้เครื่องหายใจน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และอัตราความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมากกว่ากลุ่มควบคุม

ตาราง 1 (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการจัดกระทำ	การวัดผลลัพธ์: เวลาการใช้เครื่องหายใจ	เวลาที่ใช้ในการหย่า	จำนวนวันนอน	ค่าใช้จ่าย	อัตราความสำเร็จในการหย่า	อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ	ผลการวิจัย
Buddisak (2007)	กลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย	หลังใช้แนวปฏิบัติ ก่อนใช้แนวปฏิบัติ		🕐			🕐		พบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนเวลาที่ใช้หย่าเครื่องช่วยหายใจทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน
Triamvisit (2011)	กลุ่มทดลอง 72 ราย กลุ่มควบคุม 72 ราย	หลังใช้แนวปฏิบัติ ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	🕐			🕐	🕐		พบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและค่าใช้จ่ายทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน
Sribouroy (2012)	กลุ่มทดลอง 32 ราย กลุ่มควบคุม 32 ราย	หลังใช้แนวปฏิบัติ ก่อนใช้แนวปฏิบัติ		🕐			🕐	🕐	พบว่ากลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ทั้ง 3 ตัวน้อยกว่ากลุ่มควบคุม
Panfuang (2014)	กลุ่มทดลอง 87 ราย กลุ่มควบคุม 87 ราย	หลังใช้แนวปฏิบัติ ก่อนใช้แนวปฏิบัติ		🕐			🕐		พบว่ากลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ทั้ง 2 ตัวน้อยกว่ากลุ่มควบคุม
Saisom (2013)	กลุ่มทดลอง 27 ราย กลุ่มควบคุม 27 ราย	หลังใช้แนวปฏิบัติ ก่อนใช้แนวปฏิบัติ		🕐			🕐		พบว่ากลุ่มทดลองมีเวลาที่ใช้หย่าเครื่องหายใจน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และอัตราความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมากกว่ากลุ่มควบคุม
Wasee (2006)	กลุ่มทดลอง 55 ราย กลุ่มควบคุม 59 ราย	หลังใช้แนวปฏิบัติ ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	🕐	🕐	🕐	🕐		🕐	พบว่ากลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ 4 ตัวแรกน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน
Chatchumni (2012)	กลุ่มทดลอง186ราย กลุ่มควบคุม178ราย	หลังใช้แนวปฏิบัติ ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	🕐	🕐	🕐	🕐	🕐		พบว่ากลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ 4 ตัวแรกน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนอัตราความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน
Wongkham phan (2019)	กลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย	หลังใช้แนวปฏิบัติ ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	🕐	🕐			🕐		พบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนผลลัพธ์ 2 ตัวแรกทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน
Tongtem (2015)	กลุ่มทดลอง 22 ราย กลุ่มควบคุม 22 ราย	หลังใช้แนวปฏิบัติ ก่อนใช้แนวปฏิบัติ					🕐		พบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมากกว่ากลุ่มควบคุม
Rattanaburi (2018)	กลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย	หลังใช้แนวปฏิบัติ ก่อนใช้แนวปฏิบัติ		🕐					พบว่ากลุ่มทดลองมีเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจน้อยกว่ากลุ่มควบคุม
Koonsri (2014)	กลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย	หลังใช้แนวปฏิบัติ ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	🕐						พบว่ากลุ่มทดลองมีเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจน้อยกว่ากลุ่มควบคุม
Koonsri (2014)	กลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย	หลังใช้แนวปฏิบัติ ก่อนใช้แนวปฏิบัติ		🕐			🕐		พบว่ากลุ่มทดลองมีเวลาที่ใช้หย่าเครื่องหายใจน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และอัตราความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมากกว่ากลุ่มควบคุม
Bumroongkit (2005)	กลุ่มทดลอง 196 ราย กลุ่มควบคุม 198 ราย	หลังใช้แนวปฏิบัติ ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	🕐	🕐		🕐			พบว่ากลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ทั้ง 3 ตัวน้อยกว่ากลุ่มควบคุม
Kheawon (2008)	กลุ่มทดลอง 169 ราย กลุ่มควบคุม 141 ราย	หลังใช้แนวปฏิบัติ ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	🕐		🕐			🕐	พบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนวันนอนน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนเวลาที่ใช้เครื่องช่วยหายใจและอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน
Thanajron path (2015)	กลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย	หลังใช้แนวปฏิบัติ ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	🕐				🕐		พบว่ากลุ่มทดลองมีเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนอัตราความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

ตาราง 1 (ต่อ)

ชื่อผู้แต่ง/ ปีที่พิมพ์	กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการจัดกระทำ	การวัดผลลัพธ์						ผลการวิจัย
			เวลาการใช้เครื่องหายใจ	เวลาที่ใช้ในการหย่า	จำนวนวันนอน	ค่าใช้จ่าย	อัตราความสำเร็จในการหย่า	อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ	
Wannakul (2018)	กลุ่มทดลองไม่ระบุ กลุ่มควบคุมไม่ระบุ	หลังใช้แนวปฏิบัติ ก่อนใช้แนวปฏิบัติ		⏲	⏲	⏲	⏲		พบว่ากลุ่มทดลองมีผลลัพธ์ 3 ตัวแรกน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และอัตราความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมากกว่ากลุ่มควบคุม

ระเบียบวิธีวิจัย งานวิจัยทั้ง 22 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่มี 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลัง
ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ งานวิจัยทั้ง 22 เรื่องอยู่ใน level 2.c

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนในการวิเคราะห์อภิมานมีรายละเอียดดังนี้

1. กำหนดหัวข้อสำหรับการทบทวน ได้กำหนดจากงานวิจัยที่ผ่านมา กล่าวคือ จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าผลของการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่ช้าทำให้ปอดอักเสบติดเชื้อจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ ปอดแฟบ ถุงลมฉีกขาดจากความดันภายในปอดที่เพิ่มขึ้น แต่ยังไม่มีการสังเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว จึงได้กำหนดหัวข้อการทบทวน คือ การวิเคราะห์อภิมานเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ เพื่อหาข้อสรุปองค์ความรู้เพื่อนำไปสู่การพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจต่อไป

2. นำเสนอความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา โดยกล่าวถึงเหตุผลความสำคัญ และความจำเป็นของการทบทวน ความรุนแรงของปัญหา ผลกระทบ และวิธีการในการวิเคราะห์อภิมาน

3. กำหนดวัตถุประสงค์สำหรับการทบทวน ครอบคลุม ประชากรที่ศึกษา การจัดกระทำต่อประชากร การวัดผลลัพธ์ที่ได้จากการทดลอง และรูปแบบของงานวิจัย

4. กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Criteria for Considering Studies for This Review) ในการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกรายงานการวิจัย ผู้ทบทวนได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย

5. กำหนดชนิดของงานวิจัย

6. สืบค้นรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กรอบของ PICO Framework ดังนี้

6.1 กำหนดคำสำคัญ (Key Words) ในการสืบค้นที่เป็นภาษาไทย ประกอบด้วย

6.1.1 กลุ่มตัวอย่าง (Participants) ได้แก่ การหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่

6.1.2 วิธีการทดลอง (Intervention) ได้แก่ แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ การหย่าเครื่องช่วยหายใจ

6.1.3 กลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison) ได้แก่ การหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบปกติ

6.1.4 ตัวแปรผลลัพธ์ (Outcome) ได้แก่ ประสิทธิผลการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ผลของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

6.2 สืบค้นงานวิจัยโดยใช้คำสืบค้นตามที่กำหนด ด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่

6.2.1 การสืบค้นด้วยคอมพิวเตอร์ (Computerized Searching) โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ฐานข้อมูลที่สืบค้น ได้แก่ ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ไทย (thaithesis.org) ฐานข้อมูลวิจัยมหาวิทยาลัย

ในประเทศไทย (tdc.thailis.ac.th) ศูนย์ข้อมูลการวิจัย (riclib.nrct.go.th) ฐานข้อมูลวิจัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (library.cmu.ac.th) และฐานข้อมูลมหาวิทยาลัยมหิดล (lib.ns.mahidol.ac.th)

7. ประเมินคุณภาพงานวิจัย (Assessment Criteria) เมื่อได้งานวิจัยที่สืบค้นมาทั้งหมดแล้วผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

7.1 การคัดกรองงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยอ่านงานวิจัยที่สืบค้นได้ทั้งหมด พิจารณาจากชื่อเรื่อง บทคัดย่อ ทำการคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยร่วมกันสองคนระหว่างผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญ

7.2 การประเมินคุณภาพงานวิจัย มีการประเมินตามแบบฟอร์มการประเมินคุณค่างานวิจัยที่พัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute Appraisal Form) โดยการอ่านรายงานวิจัยโดยผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญ แยกกันทบทวนเมื่อมีความคิดเห็นไม่ตรงกันให้ทำการปรึกษาเพื่อหามติข้อตกลงร่วมกัน

8. สกัดข้อมูล (Data Extraction) การสกัดข้อมูลโดยใช้แบบสกัดข้อมูลวิจัยที่พัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Data Extraction Form) ทำร่วมกันโดยผู้วิจัยกับผู้เชี่ยวชาญ นำงานวิจัยทั้งหมดมาสกัดข้อมูล และทำการบันทึกงานวิจัยที่ศึกษาลงในแบบฟอร์มการสกัดข้อมูล

9. สังเคราะห์ข้อมูล (Data Synthesis) ประกอบด้วยการสังเคราะห์ในลักษณะ บรรยายเชิงเนื้อหา ส่วนงานวิจัยที่มีค่าสถิติเพียงพอใช้การวิเคราะห์เมตาด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป (Review Manager Version 5.3) ส่วนงานวิจัยที่มีข้อมูลทางสถิติที่ไม่เพียงพอใช้การวิเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหา

10. นำเสนอผลการทบทวน (Reporting of Findings) มีการนำเสนอทั้งส่วนระเบียบวิธีวิจัยผลการวิจัยโดยเสนอในรูปตารางกราฟ และแผนภูมิเพื่อความชัดเจน และมีการอภิปรายผล (Interpreting Results)

11. นำเสนอข้อจำกัดของการทบทวน ได้นำเสนอถึงข้อจำกัดในการวิจัย โดยให้ความสำคัญกับความคลาดเคลื่อนจาก Publication Bias นอกจากนั้นยังมีการนำเสนอความคลาดเคลื่อนของผลการวิจัยที่นำมาทบทวน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics)

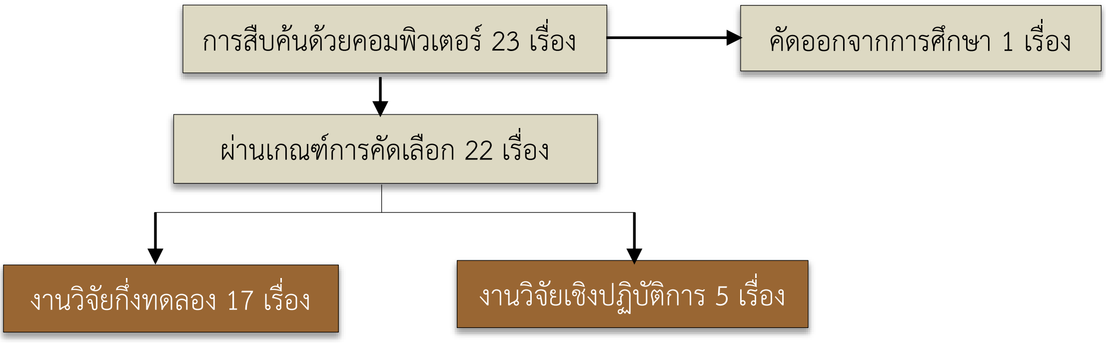
2. ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ที่มีการแสดงไว้ในรูปแบบของข้อมูลทางสถิติที่เพียงพอจะใช้การวิเคราะห์เมตา โดยโปรแกรมสำเร็จรูป Review Manager Version 5.3 กรณีที่ข้อมูลเป็นการวัดแบบไม่ต่อเนื่องใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติ Odds Ratio และกรณีที่ข้อมูลเป็นการวัดแบบต่อเนื่องใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติ Weighted Mean Difference โดยใช้การวิเคราะห์โมเดลสถิติการสุมแบบคงที่ (Fixed Random Model) ส่วนประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจที่ไม่มีการแสดงไว้ในรูปแบบของข้อมูลทางสถิติที่ไม่เพียงพอใช้การวิเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหา (Narrative Summary)

จริยธรรมวิจัย

ขอเลขจริยธรรมการวิจัยที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา รหัสจริยธรรมวิจัย คือ BCNSK 1/2563

ผลการวิจัย

ผลจากการสืบค้นอย่างเป็นระบบพบงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ มีทั้งหมด 23 เรื่อง งานวิจัย 1 เรื่องถูกคัดออกเนื่องจากไม่ทราบข้อมูลของผลลัพธ์การวิจัยของกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ ผลการสืบค้น ดังแสดงตามแผนผัง (ภาพ 2)



ภาพ 2 แผนผังผลการสืบค้นรายงานการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่นำมาทบทวน พบว่างานวิจัยที่นำมาทบทวนส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง คิดเป็นร้อยละ 77.27 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวิกฤต คิดเป็นร้อยละ 36.36 งานวิจัยใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 30 คน ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 54.55 ประเภทงานวิจัยเป็นวารสารงานวิจัย คิดเป็นร้อยละ 50.00

2. ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจที่มีข้อมูลรายงานวิจัยที่เพียงพอ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ามีงานวิจัยทั้งหมดจำนวน 22 เรื่อง มีการวัดผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน ได้แก่ ระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันนอนที่ใช้ในหอผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในการใช้เครื่องช่วยหายใจ อัตราความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ จากความแตกต่างกันของผลลัพธ์ของงานวิจัยและข้อจำกัดของการรายงานข้อมูลทางสถิติในงานวิจัยดังกล่าวทำให้สามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้วยวิธีวิเคราะห์เมตา (Meta Analysis) ได้เพียง 16 เรื่อง ส่วนงานวิจัยอีก 6 เรื่อง ผู้วิจัยได้สรุปเชิงเนื้อหา สรุปผลการทบทวนความรู้เกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ โดยจำแนกตามลักษณะของการวัดผลลัพธ์ ดังต่อไปนี้

ตาราง 2 ค่าความแตกต่างน้ำหนักเฉลี่ยทั้งหมด (WMD: Weighted Mean Difference) และค่าอัตราส่วน (Odd Ratio) จำแนกตามผลลัพธ์ของงานวิจัย (n=16)

ผลลัพธ์ของงานวิจัย	n	WMD	Odd Ratio	95% CI	*Z*	*p-value*
1. ระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจ	9	-2.21	-	-2.88, -1.53	6.41*	<0.001
2. ระยะเวลาที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ	9	-43.28	-	-54.99, -31.56	7.24*	<0.001
3. จำนวนวันนอนที่ใช้ในหอผู้ป่วย	4	-3.04	-	-3.78, -2.30	8.08*	<0.001
4. ค่าใช้จ่ายในการใช้เครื่องช่วยหายใจ	3	-4161.82	-	-6788.87, -1534.76	3.11*	0.002
5. อัตราความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ	11	-	6.25	2.89, 13.50	4.66*	<0.001
6. อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ	3	-	0.29	0.09, 0.87	2.21*	0.03

2.1 ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจต่อระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจ (หน่วยเป็นวัน) จากผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลโดยค่าความแตกต่าง

ของน้ำหนักคะแนนเฉลี่ยทั้งหมด (WMD) พบว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ มีระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจน้อยกว่ากลุ่มที่ก่อนใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z=6.41, p<.001; *WMD*=-2.21; 95%CI -2.88, -1.53)

2.2 ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจต่อระยะเวลาที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (หน่วยเป็นชั่วโมง) จากผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลโดยค่าความแตกต่างของน้ำหนักคะแนนเฉลี่ยทั้งหมด (WMD) พบว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ มีระยะเวลาที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจน้อยกว่ากลุ่มที่ก่อนใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z=7.24, p<.001; *WMD* -43.28; 95%CI -54.99, -31.56)

2.3 ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจต่อจำนวนวันนอนที่ใช้ในหอผู้ป่วย จากผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลโดยค่าความแตกต่างของน้ำหนักคะแนนเฉลี่ยทั้งหมด (WMD) พบว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ มีจำนวนวันนอนที่ใช้ในหอผู้ป่วยน้อยกว่ากลุ่มที่ก่อนใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z=8.08, p<.001; *WMD* -3.04; 95%CI -3.78, -2.30)

2.4 ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจต่อค่าใช้จ่ายในการใช้เครื่องช่วยหายใจ จากผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลโดยค่าความแตกต่างของน้ำหนักคะแนนเฉลี่ยทั้งหมด (WMD) พบว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ มีค่าใช้จ่ายในการใช้เครื่องช่วยหายใจน้อยกว่ากลุ่มที่ก่อนใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z=3.11, p<.05; *WMD* -4161.82; 95%CI -6788.87, -1534.76)

2.5 ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจต่ออัตราความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ จากผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลโดยการเปรียบเทียบอัตราส่วน (Odd Ratio) พบว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจมี อัตราความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมากกว่ากลุ่มที่ก่อนใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z=4.66, p<.001; *Odd Ratio* 6.25; 95%CI 2.89, 13.50)

2.6 ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจต่ออัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ พบว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ มีอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำน้อยกว่ากลุ่มที่ก่อนใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z=2.21, p<.005; *Odd Ratio* 0.29; 95%CI 0.09, 0.87)

สำหรับงานวิจัยที่มีการวัดผลลัพธ์ที่ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยวิธีการวิเคราะห์เมตาได้ เนื่องจากมีการเสนอผลลัพธ์เป็นค่ามัธยฐาน ร้อยละ และไม่มีค่าเบี่ยงเบนมาตราฐานทำให้มีค่าสถิติที่ไม่เพียงพอ จึงใช้การวิเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหา ผลการทบทวนพบว่างานวิจัยทั้ง 6 เรื่อง (Khruayoo, 2012; Jitlam, 2012; Surimuango, 2012; Molee, 2012; Rattanaburi, Noimuenwai & Cheevakasemsook 2018; Wannakul, 2018) ไปในทิศทางเดียวกัน คือ

1. ระยะเวลาที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วย และค่าใช้จ่ายในการใช้เครื่องช่วยหายใจของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจน้อยกว่าที่กลุ่มตัวอย่างก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

2. อัตราความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจมากกว่าที่กลุ่มตัวอย่างก่อนมีการใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

อภิปรายผล

ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่ได้รับคัดเลือกในครั้งนี้ งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารงานวิจัยและเป็นวิทยานิพนธ์ ซึ่งมีกรอบแนวคิด ระเบียบวิธีวิจัย และการรวบรวมข้อมูลวิจัยที่ชัดเจน นอกจากนี้

งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 30 คน ขึ้นไป (ร้อยละ 54.55) ซึ่งการใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 30 คน ถือว่าเป็นขนาดที่สามารถใช้สถิติทดสอบอ้างอิงได้ ทำให้มีอำนาจในการวิเคราะห์ (Power of test) เพิ่มขึ้น ผลการวิจัยจึงมีความน่าเชื่อถือ (Polit & Beck, 2014)

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ สามารถจำแนกผลของการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจมีระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจ (z=6.41, p<.001) ระยะเวลาที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (z=7.24, p<.001) จำนวนวันนอนที่ใช้ในหอผู้ป่วย (z=8.08, p<.001) และค่าใช้จ่ายในการใช้เครื่องช่วยหายใจ (z=3.11, p<.05) น้อยกว่ากลุ่มที่ก่อนใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ สามารถอธิบายได้ว่า การใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ จะมีขั้นตอนการประเมินความพร้อมก่อนการหย่าเครื่องช่วยหายใจทำให้สามารถควบคุมปัจจัยที่จะส่งผลต่อระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ เนื่องจากการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจทำให้ผู้ป่วยได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็วขึ้น นอกจากนี้การพิจารณาเลือกรูปแบบในการหย่าเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย และการดูแลระหว่างหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยการติดตามอย่างใกล้ชิด การประเมินการเปลี่ยนแปลงหลังการหย่าเครื่องช่วยหายใจอย่างมีระบบตามแนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ทำให้ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ และระยะเวลาที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจลดลง (Bunburaphong, 2018 ; Baptistella, Sarmento, Da Silva, Baptistella, Taglietti, & Zuquello, et al. 2018 ; Adegunsoye & Kress 2020) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chatchumni & Konurai, 2012 ที่ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจต่อความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ใส่ท่อหลอดลมคอ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมีระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ และระยะเวลาที่ใช้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจน้อยกว่ากลุ่มที่ก่อนใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจมีอัตราความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (z=4.66, p<.001) มากกว่ากลุ่มที่ก่อนใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ สามารถอธิบายได้ว่า การใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจทำให้การปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจมีความชัดเจน และบุคคลากรสามารถนำไปปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน โดยแนวปฏิบัติจะครอบคลุมการประเมินความพร้อมก่อนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ การค้นหาและแก้ไขสาเหตุของภาวะหายใจล้มเหลว ขณะเดียวกันก็เป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และทำให้ให้ผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จมากขึ้น (Pham, Brochard, & Slutsky 2017; Adegunsoye & Kress 2020) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wongkhamphan, 2019 ที่ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจมีอัตราความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจมากกว่ากลุ่มที่ก่อนใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ นอกจากนี้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจยังมีการดูแลผู้ป่วยหลังการถอดท่อช่วยหายใจ โดยมีการติดตามและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงหลังการถอดท่อช่วยหายใจ เพื่อประเมินความจำเป็นของการกลับมาใส่ท่อช่วยหายใจใหม่และช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะก่ออันตรายให้กับผู้ป่วยหลังการถอดท่อช่วยหายใจ ส่งผลให้อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำลดลง (Tongtem, Ruaisungnoen, & Saensom 2015) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ribouroy, 2012 ที่ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจต่อความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจและอัตราการใส่ท่อซ้ำในผู้ป่วยที่ใช้ท่อช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนักสถาบันบำราศนราดูร ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจมีอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำน้อยกว่ากลุ่มที่ก่อนใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

ในส่วนของข้อจำกัดของงานวิจัยพบว่าการศึกษาครั้งนี้เลือกเฉพาะงานวิจัยที่ทำในประเทศไทยทำให้มีข้อจำกัดในงานวิจัยในครั้งนี้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

2. สถาบันการศึกษาพยาบาลควรส่งเสริมและสนับสนุนการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจเข้าไปในการเรียนการสอน

3. ควรมีการติดตามผลที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ เช่น อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่จากงานวิจัยที่ทำในต่างประเทศเพื่อให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

References

Adegunsoye, A., & Kress J. P. (2020) Weaning from Mechanical Ventilation. In: Hyzy R., & McSparron J. (Eds.), *Evidence-Based Critical Care.* (2nd ed., pp. 237-243). Springer: Cham.

Aramrom, Y. (2015). Evidence-Based Practices In Prevention of the Ventilator-Associated Pneumonia (VAP). *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 2*(3), 144-158. (in Thai).

Baptistella, A. R., Sarmento F. J., Da Silva K. R., Baptistella S. F., Taglietti M, & Zuquello R. A., et al. (2018). Predictive Factors of Weaning from Mechanical Ventilation and Extubation Outcome: A Systematic Review. *J Crit Care, 48*, 56–62.

Buddisak, R. (2007). *The Effectiveness of Weaning Program for People with Chronic Obstructive Pulmonary Disease on Weaning Success and Length of Weaning.* Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing, Graduate School, Burapha University. (in Thai).

Bumroongkit, C., Liwsrisakun, C., Deesomchok, A., Theerakittikul, T., & Pothirat C. (2005). Efficacy of Weaning Protocol in Medical Intensive Care Unit of Tertiary Care Center. *J Med Assoc Thai, 88*(1), 52-57. (in Thai).

Bunburaphong, T. (2018). *Respiratory Care in Clinical Practice.* 10th (ed). Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. (in Thai).

Chaimongkon, R. (2013). *Effectiveness of Implementing Ventilator Weaning Guidelines Among Critically Ill Patients in Sub General Surgical Intensive Care Unit I, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital.* Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing, Graduate School, Chiang Mai University. (in Thai).

Chamraksa, P., & Srimad T. (2014). Factors Predicting Weaning Time in Surgical Respiratory Care Unit. *Princess of Naradhiwas University Journal, 6*(2), 36-46

Chatchumni, M., & Konurai, T. (2012). Effects of Nursing Care Weaning Protocol on Weaning Success in Persons with Endotracheal Tube. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute, 5*(1), 1-14. (in Thai).

Edriss, H., Whiting J., & Nugent K. (2014). A Ventilatorassociated Event in an Intensive Care Unit Patient with Multiple Comorbidities and Prolonged Mechanical Ventilation. *Gaziantep Medical Journal, 20*(3), 277-80.

Jitlam, R. (2012). *Effectiveness of Implementing Clinical Practice Guidelines for Liberation from Mechanical Ventilation Among Ventilator Dependents in Respiratory Care Unit, Lampang Hospital*. Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing, Graduate School, Chiang Mai University. (in Thai).

Joanna Briggs Institute. (2014). Reviewers' Manual 2014 Edition. Australia: Solito Fine Colour Printers. Retrieved November 30, 2019, from http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/JBI-Levels-of-evidence_2014.pdf

Kheawon, N. (2008). Efficacy of Weaning Protocol in Medical Intensive Care Unit of Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. *Maharat NaKhonRatchasima Hospital Medical Bulletin. 32*(1), 29-35. (in Thai).

Khruayoo, N. (2012). *Effectiveness of Implementing Clinical Practice Guidelines for Liberation from Mechanical Ventilation Among Ventilator Dependents in Intensive Care Unit, Somdejphajaotaksinmaharaj Hospital, Tak Province.* Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing, Graduate School, Chiang Mai University. (in Thai).

Koonsri, S., Kasiphol, T., Wattradul D., & Namjuntra, R. (2014). Effects of Weaning Ventilator Protocol and Family Support on Success and Duration of Weaning in Patients with Respiratory Failure. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing, 26*(1), 73-88. (in Thai).

Laor, P. (2006). *The Effectiveness of Weaning Ventilator Protocol on Success of Weaning and Dulation of Mechanical Ventilator in Patients with Respiratory Failure.* Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing, Graduate School, Burapha University. (in Thai).

Molee, S. (2012). *Effectiveness of Implementing Clinical Practice Guidelines for Liberation from Mechanical Ventilation Among Ventilator Dependents in Respiratory Care Unit, Uttaradit Hospital.* Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing, Graduate School, Chiang Mai University. (in Thai).

Panfuang, P. (2014). *The Effectiveness of Weaning Protocol on Weaning Success* and Duration of *Mechanical Ventilation in Critically ill Patient*s with *Mechanical Ventil*ator. Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing, Graduate School, Rangsit University. (in Thai).

Pham, T., Brochard, L. J., Slutsky, A. S. (2017). Mechanical Ventilation: State of the Art. *Mayo Clin Proc, 92*(9), 1382–1400.

Polit, D. F., & Beck C. T. (2014). *Essentials of Nursing Research : Appraising Evidence for Nursing Practice.* 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott/Williams & Wilkins Health.

Rattanaburi, C., Noimuenwai, P., & Cheevakasemsook A. (2018). Effectiveness of Implementing Clinical Practice Guidelines for Caring of Patients Weaning from Mechanical Ventilator at Intensive Care Unit in Thung Song Hospital, Nakhon Si Thammarat Province. *Journal of Sakon Nakhon Hospital, 21*(2), 163-173. (in Thai).

Saisom, S. (2013). *Effects of Weaning Continuum Program on Success and Duration Ventilator Weaning among Patients with Respiratory Failure.* Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing, Graduate School, Chulalongkorn University. (in Thai).

Sribouroy, S. (2012). *Effects of Weaning Protocol on Weaning Success, Length of Weaning, and Rate of Reintubation in Patients with Mechanical Ventilator.* Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing, Graduate School, Rangsit University. (in Thai).

Surimuango, M. (2012). *Effectiveness of Implementing Clinical Practice Guidelines for Liberation from Mechanical Ventilation Among Ventilator Dependents in Intensive Care Unit, Maesot Hospital, Tak Province.* Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing, Graduate School, Chiang Mai University. (in Thai).

Tantichatkul, J., & Kenthongdee W. (2013). The Clinical Nursing Practice Guideline for Weaning from Mechanical Ventilation: An Evidence Based Practice. *Journal of Nursing Division, 40*(3), 56-69.

Tongtem, E., Ruaisungnoen, W., & Saensom D. (2015). Effects of Supportive Mechanical Ventilator Weaning Program among Critically Ill Medical Patients. *Journal of Nursing and Health Care, 33*(2), 74-82. (in Thai).

Triamvisit, S., Watchsrasakslip W., Wongprasert W., & Panchak J. (2011). *Results on the Evidence Based Clinical Practice Guidelines [CPGs] Implementation for Weaning Respirator and the Predicting Factor Determining of Success Weaning in Neurosurgical Patient.* Faculty of Medicine Chiang Mai University. (in Thai).

Wannakul, A. (2018). Development of Clinical Practice Guideline for Weaning Protocol from Mechanical Ventilator in SICU Phatthalung Hospital. *Krabi Medical Journal. 1*(2), 1-11. (in Thai).

Wasee, P., Thongchai, C., Pongmanchit, P., Chuajedton, P. & Sucasem S. (2006). Effectiveness of Evidence - Based Ventilator Weaning Protocol Implementation Among Patients in Surgical Critical Care Unit at Chiangrai Prachanukrau Hospital. *Thai journal of Nursing Council, 21*(3), 75-86. (in Thai).

Wongkhamphan, W. (2019). Effect of Clinical Nursing Practice Guideline of Weaning in Intensive Care Unit Patients at Detudom Crown Prince Hospital. *Journal of Health Sceince Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong, 3*(2), 56-71. (in Thai).

ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อความรู้ ความเครียด และสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ในการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงในระยะคลอด

The Effects of a Pre-Training Program on Knowledge, Stress, and Nursing Competency among 4th Year Nursing Students in Nursing Care for High-risk Pregnant Women During Labor

ปัทมาภรณ์ คงขุนทด[1*], อังสนา วิศรุตเกษพงศ์[1] และ ปาลิตา โพธิ์ตา[1]
Patamaporn Khongkhoontod[1*], Angsana Wisarutkasempong[1] and Palita Phota[1]
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก[1*]
Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Rachasima,
Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute[1*]

(Received: *March 04, 2021*; Revised: *September 07, 2021*; Accepted: *September 23, 2021*)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติ (The Knowledge, Stress, and Practice Program [KSP]) ในการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงในระยะคลอด ต่อความรู้ ความเครียด และสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาล ผู้เข้าร่วมการวิจัยคือนักศึกษา พยาบาลชั้นปีที่ 4 เลือกแบบแบ่งชั้นภูมิตามระดับผลการเรียน จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรม KSP ประกอบด้วย 1) การทบทวนความรู้ 2) การสอนสาธิต 3) การสาธิตย้อนกลับและฝึกทักษะ และ 4) การสรุปสะท้อนคิด เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด 3) แบบประเมินความเครียดในการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด 4) แบบสังเกตสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาล แบบประเมินที่ 2-4 มีค่า IOC ระหว่าง .60-1.00 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70, .96, และ .83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบสถิติ Pair t-test และ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า

หลังสิ้นสุดการใช้โปรแกรม KSP นักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ และสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .05 แต่มีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สำหรับคะแนนเฉลี่ยของความรู้ และสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่า แต่มีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดต่ำกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะว่าควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลปี 4 ก่อนขึ้นฝึก ซึ่งมีโอกาสสูงที่จะได้ให้การพยาบาลแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากเป็นภาวะเสี่ยงสูงที่พบได้มากในผู้รับบริการ

คำสำคัญ: การเตรียมความพร้อมก่อนปฏิบัติงาน, สมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาล, การตั้งครรภ์ที่มีเสี่ยงสูง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: patamaporm2519@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 086-1914027)

Abstract

This quasi-experimental research, two - group pretest-posttest design, aimed to examine the effects of a pre-training program in nursing care for high-risk pregnant women during labor on knowledge, stress, and nursing competency. Participants were 60 of the 4th year nursing students, recruited using stratified random sampling according to their academic achievement. They were assigned into either experiment or a comparison group (30 students per group). The research intervention was the Knowledge, Stress, and Practice Program (KSP), consisting of: 1) tutorials, 2) demonstrations, 3) return demonstrations and practices, and 4) reflective practices. Data were collected using: 1) a general-data record form, 2) a knowledge inventory in nursing care during labor, 3) a stress inventory in providing nursing care during labor, and 4) a nursing-competency observation checklist. Content validity of the second to the fourth part of the instrument was confirmed obtaining the index of item objective congruence (IOC) ranged from .60-1.00. Its reliability yielded .70, .96, and .83 for each item, respectively. Data were analyzed using descriptive statistic, as well as paired and independent t-test.

Research results showed that, after implementing KSP, nursing students in the experiment group had significant statistically higher average scores of knowledge and nursing competency, and lower average score of stress than before participating in the program ($p<.001$). They also had significant statistically higher average scores of knowledge and nursing competency than the lower average scores of students in the comparison group ($p<.001$).

Therefore, the KSP should be used in preparation for practicum of the 4th year nursing students in Maternal and Newborn Nursing and Midwifery Practicum 2.

Keywords: Pre-Training Program, Nursing Competency, High-Risk Pregnancy

บทนำ

การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล ประกอบด้วยภาคทฤษฎี ภาคทดลอง และภาคปฏิบัติ ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลเป็นการบูรณาการแนวคิดศิลปะทางการพยาบาลและสาขาที่เกี่ยวข้องโดยใช้กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมบนพื้นฐานการดูแลอย่างเอื้ออาทรที่เกี่ยวกับการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยใช้ความรู้และทักษะเชิงวิชาชีพ การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นบุคคลภายใต้กฎหมาย จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ ในการส่งเสริมสุขภาพบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพ (Praboromarajchanok Institute, 2012) การจัดการเรียนการสอนทางพยาบาลมุ่งเน้นการเตรียมพยาบาลให้เป็นผู้ที่มีความสามารถทั้งด้านวิชาการและการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งวิชาชีพการพยาบาลเป็นวิชาชีพที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับชีวิตและความปลอดภัยของผู้รับบริการ ในการศึกษาภาคปฏิบัตินักศึกษาต้องปฏิบัติงานโดยใช้สถานการณ์จริงจากผู้รับบริการและครอบครัวในโรงพยาบาลสถานบริการทางสุขภาพและในชุมชนที่มีความสอดคล้องกันระหว่างเนื้อหาวิชาในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ (Jonglertmontree, 2017; Photaworn & Wongpradit, 2017)

สำหรับหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555) ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา กำหนดให้จัดการเรียนการสอน วิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 ในชั้นปีที่ 4 เป็นการเรียนภาคทฤษฎี จำนวน 45 ชั่วโมง หลังสิ้นสุดการเรียนทฤษฎีซึ่งไม่มีชั่วโมงการทดลองปฏิบัติตามหลักสูตร นักศึกษาพยาบาลได้รับการมอบหมายให้ขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 2 หน่วยกิต รวม 120

ชั่วโมง (Praboromarajchanok Institute, 2012) ฝึกปฏิบัติที่ห้องคลอด จำนวน 60 ชั่วโมง หรือ 2 สัปดาห์ ซึ่งการฝึกงานที่ห้องคลอด นักศึกษาเข้าฝึกกลุ่มละ 6-8 คน ต่ออาจารย์ผู้สอน 1 คน

การฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยซึ่งถือว่าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้นักศึกษาเกิดความเครียดได้ เนื่องจากต้องปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจริง ๆ ต้องรับผิดชอบชีวิตมนุษย์ต้องมีความรับผิดชอบสูงทั้งต่อตนเองและบุคคลอื่นมีความละเอียดรอบคอบ และระมัดระวัง เพราะถ้าปฏิบัติผิดพลาดอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยได้ (Vatanasin, 2010). มีการศึกษามากมายพบว่า นักศึกษามีความเครียดมากในการฝึกปฏิบัติงานในห้องคลอด (Jantavat, 2018; Jumthong, Yaelao, Vanindananda, & Bhukong, 2019) เนื่องจากเป็นการเรียนการสอนที่ยุ่งยากซับซ้อน ต้องเผชิญกับผู้รับบริการที่มีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาจากการเจ็บครรภ์คลอดการขาดความรู้และทักษะ กลัวการถูกตำหนิจากผู้รับบริการและญาติ กลัวเกิดอันตรายต่อผู้รับบริการจากการปฏิบัติงานของตนเป็นต้น (Jantavat, 2018) นอกจากนี้การฝึกงานที่ห้องคลอดมีสภาพแวดล้อมที่แตกต่างจากหอผู้ป่วยอื่นอย่างสิ้นเชิงเป็นที่แปลกใหม่สำหรับนักศึกษา สถานการณ์บนหอผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงบ่อย และผู้รับบริการอาจร้องเอะอะโวยวายจากความเจ็บปวดจึงอาจเกิดความเครียดจากสถานการณ์ที่ไม่คาดคิด รวมทั้งต้องตกอยู่ในสายตาของอาจารย์นิเทศพยาบาลที่เลี้ยง ผู้รับบริการ และทีมสุขภาพ ในขณะทำกิจกรรมต่าง ๆ (Saetan, & Kampun, 2014)

มีผู้ศึกษาวิธีการคลายความเครียดในการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา ไว้หลายวิธี ที่ดำเนินการก่อนนักศึกษาขึ้นฝึกปฏิบัติงาน เช่น การเรียนการสอนในห้องปฏิบัติการ การเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยอย่างมีแบบแผนการใช้สถานการณ์จำลองหรือหุ่นจำลอง การใช้สถานการณ์จำลองขั้นสูง การเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง การเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะที่จำเป็นก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานจริง การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ เป็นต้น การเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะที่จำเป็นช่วยลดความเครียดในการปฏิบัติงานได้ (Limthongkul, & Aree-Ue, 2009; Neamsakul, 2018) การใช้สถานการณ์จำลองจากหลายการศึกษาช่วยให้นักศึกษาฝึกคิดและตัดสินใจสามารถเชื่อมโยงกระบวนการคิดไปสู่สถานการณ์จริงได้ (Jamjang, Yomdit, Pongphetdit, Pitaksin, Changsieng, & Montong, 2018) ช่วยลดระยะเวลาการเรียนรู้ที่ต้องปฏิบัติกับผู้รับบริการให้สั้นลง ทำให้ลดอันตรายที่อาจเกิดกับผู้รับบริการ (Lertbannaphong, 2017) ช่วยลดความผิดพลาดทางการแพทย์ เพื่อให้ความปลอดภัยของผู้รับบริการ (Bunmak, & Bunmak, 2013) ช่วยเพิ่มความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ (Kumkong, Leejareon, Aramrom, & Jitviboon, 2016) เฮนริชและคณะ (Henrichs, Rule, Grady, & Ellis, 2002) พบว่าการเรียนการสอนในห้องปฏิบัติการพยาบาลสามารถลดความวิตกกังวลในการปฏิบัติงานจริงและไม่เป็นอันตรายสำหรับผู้ป่วย เมื่อนักศึกษาทำผิดพลาดสามารถสะท้อนกลับให้นักศึกษาทราบได้ทันทีโดยไม่ต้องทำต่อหน้าผู้ป่วย สามารถพัฒนาให้ผู้เรียนมีความรู้มากขึ้น และทำให้ผู้เรียนมีความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Cant & Cooper, 2010)

ที่ผ่านมาการเตรียมนักศึกษาก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานห้องคลอด มีเพียงการปฐมนิเทศรายวิชา แจกคู่มือการฝึกงาน และจัดเตรียมอุปกรณ์สถานที่ไว้ให้นักศึกษาฝึกทักษะปฏิบัติการทำคลอด การตรวจภายในการสวมเสื้อกาวน์ และถุงมือสะอาดด้วยตนเอง พบว่านักศึกษายังมีความเครียด ความวิตกกังวล มีความ สามารถในการเชื่อมโยงความรู้สู่การปฏิบัติน้อย ทำให้อาจารย์ผู้สอนต้องดูแลอย่างใกล้ชิด รวมทั้งจากข้อมูลการมารับบริการที่ห้องคลอดโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา ซึ่งเป็นแหล่งฝึกหลักของนักศึกษา ในช่วงเดือนตุลาคม 2562 พบว่าภาวะเสี่ยงของผู้รับบริการที่พบมาก 2 อันดับแรก คือ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรม KSP Program ขึ้น ประกอบด้วย การบรรยายสรุปทบทวนความรู้ การสอนสาธิตการปฏิบัติการพยาบาลด้วยสถานการณ์จำลอง การฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลด้วยสถานการณ์จำลอง และการสรุปสะท้อนคิดหลังการปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมความรู้ และสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดแก่สตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานร่วมขณะตั้งครรภ์ เพื่อช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล และเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเครียด และสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อม KSP Program ในกลุ่มทดลอง

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเครียด และสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลระยะคลอด และสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลระยะคลอด หลังใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อม ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม

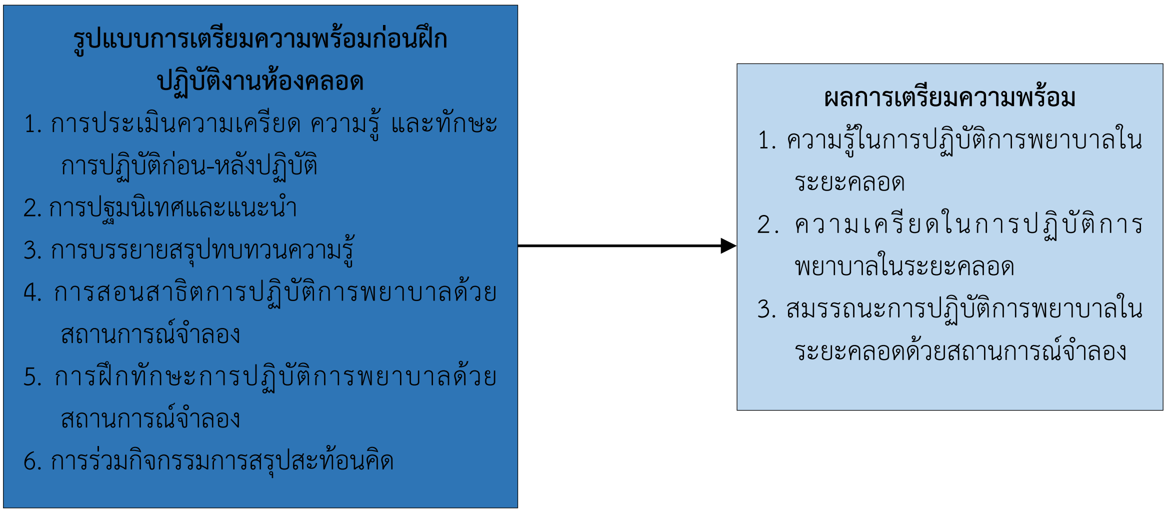
2. คะแนนเฉลี่ยความเครียดในการปฏิบัติการพยาบาลระยะคลอด หลังการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อม ของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรม

3. คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลระยะคลอด และสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลระยะคลอด หลังใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อม ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

4. คะแนนเฉลี่ยความเครียดในการปฏิบัติการพยาบาลระยะคลอด หลังใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อม ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดและหลักการการเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานห้องคลอดของ Jantavat, (2018) และการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง ของ Suwannakeeree, Jullmusi, & Kampun (2016) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนได้แก่ 1) ขั้นเตรียมการ (เตรียมผู้สอน ผู้เรียน และสถานการณ์จำลอง) 2) ขั้นสอน (การอธิบายก่อนการปฏิบัติ การปฏิบัติตามสถานการณ์จำลอง การอภิปรายสรุปและสะท้อนคิดหลังเรียน) และ 3) ขั้นประเมินผล (การประเมินผลตามวัตถุประสงค์ของสถานการณ์จำลอง และการประเมินปัญหาและอุปสรรคในการ (ภาพ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group Pre-Post test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 รุ่นที่ 62 ปีการศึกษา 2562 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา จำนวน 184 คน ใช้เกณฑ์การคัดเข้า คือ ยังไม่เรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 รุ่นที่ 62 ปีการศึกษา 2562 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา จำนวน 60 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยหลักการอำนาจการทดสอบ (Power analysis) คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power รุ่น 3.1.9.7 for Windows โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (α) = .05 ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และอัตราส่วนการจัดสรรขนาดตัวอย่างเท่ากันทั้งสองกลุ่ม (N2/N1 = 1) (Wiratchai, 2012) ประมาณค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) คำนวณจากผลการวิจัย เรื่อง ผลของการใช้สถานการณ์จำลองต่อความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับผู้ป่วยวิกฤติ-ฉุกเฉินของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ระดับความมั่นใจในความสามารถของตนเองของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.38 (*SD*=0.33) และ กลุ่มควบคุมเท่ากับ 4.10 (*SD*=0.50) (Kumkong, Leejareon, Aramrom, & Jitviboon, 2016) ผลการวิเคราะห์พบว่า ได้ค่าขนาดอิทธิพล = 0.6609 ได้ขนาดอิทธิพลจริง (Actual Power) = .8119 และได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน ใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ ตามระดับผลการเรียน วิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 (Stratified Sampling) จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมาจากทุกระดับผลการเรียนตามสัดส่วน โดยวิธีการจับฉลากโดยใช้ตารางเลขสุ่มจากทะเบียนรายชื่อนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สลับเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน แบ่งกลุ่มย่อยกลุ่มละ 5 คน รวม 6 กลุ่ม เช่นเดียวกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเตรียมความพร้อม KSP Program ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1.1 การบรรยายสรุปทบทวนความรู้ เอกสารประกอบการบรรยายสรุปการทบทวนความรู้ สถานการณ์จำลอง และอุปกรณ์ เครื่องใช้ในห้องปฏิบัติการพยาบาล

1.2 การสอนสาธิตการปฏิบัติการพยาบาลด้วยสถานการณ์จำลอง

1.3 กลุ่มทดลองการฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลด้วยสถานการณ์จำลอง

1.4 กลุ่มทดลองร่วมกิจกรรมการสรุปสะท้อนคิดหลังการปฏิบัติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินผลการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงในระยะคลอด ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ผลการเรียนภาคการศึกษาที่ผ่านมา และผลการเรียนสะสมตลอดหลักสูตร

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลระยะคลอด เป็นแบบทดสอบปรนัย 4 ตัวเลือกตอบ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เนื้อหาครอบคลุมเรื่องการพยาบาลผู้คลอดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นแบบทดสอบปรนัย 4 ตัวเลือก 5 ข้อ รวมจำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเครียดในการปฏิบัติการพยาบาลระยะคลอด เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม คะแนนเต็ม 110 คะแนน แปลผลคะแนน ความเครียดเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ ถึง 4 มีความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง (Mahatnirunkun, Pumphaisarnchai, & Ta Panya, 1997)

ส่วนที่ 4 แบบสังเกตสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลระยะคลอด เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 20 ข้อ คะแนนเต็ม 260 คะแนน แปลผลคะแนนเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่มีทักษะปฏิบัติที่ชำนาญน้อยที่สุด ถึงมีทักษะปฏิบัติที่ชำนาญมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการเตรียมความพร้อม KSP Program ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น นำไปหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 3 คน และด้านการวิจัย 2 คน โปรแกรมสอดคล้องกับเนื้อหาวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม และการวัดประเมินผล ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ระหว่าง .60 – 1.00 นำโปรแกรมมาปรับปรุงให้มีความเหมาะสมของกิจกรรมแต่ละขั้นตอน ความเหมาะสมด้านเนื้อหา ภาษา แล้วนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 รุ่น 62 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

แบบประเมินทุกส่วน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ก่อนจะนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงเพื่อตรวจสอบความเที่ยง (reliability) พบว่า ส่วนที่ 2-4 ได้ค่า IOC ระหว่าง .60 -1.00 และส่วนที่ 2 ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้เท่ากับ .70 และส่วนที่ 3-4 หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาก (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .96 และ .83 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นก่อนการทดลอง

1.1 เตรียมโปรแกรม เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมความพร้อมของห้องหุ่นจำลอง วัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ และเวชภัณฑ์ ให้พร้อมใช้งาน

1.2 ขอความร่วมมือ อธิบายขั้นตอนการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ

1.3 ประเมินความเครียด และความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด

1.4 ประเมินสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด

2. ขั้นทดลอง

กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1. การบรรยายสรุปทบทวนความรู้ เรื่องการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 2. การสอนสาธิตการปฏิบัติการพยาบาลด้วยสถานการณ์จำลองที่ 2 การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ 3. การฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลด้วยสถานการณ์จำลองที่ 1 การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มละ 5 คน จำนวน 6 กลุ่ม 4. การประเมินสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดขณะฝึกทักษะด้วยสถานการณ์จำลอง 5. การร่วมกิจกรรมการสรุปสะท้อนคิด ขั้นหลังทดลอง: 1. ประเมินความเครียดและความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด 3. ประเมินความพึงพอใจ 4. เฉลยแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่ ถูกต้องในสถานการณ์จำลอง	1. ศึกษาเอกสารการทบทวนความรู้ด้วยตนเอง 2. การฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลด้วยสถานการณ์จำลองที่ 1 การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มละ 5 คน จำนวน 6 กลุ่ม 3. การประเมินสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดขณะฝึกทักษะด้วยสถานการณ์จำลอง ขั้นหลังทดลอง: 1. ประเมินความเครียดและความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด 3. ประเมินความพึงพอใจ 4. เฉลยแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้อง ในสถานการณ์จำลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน ใช้สถิติหาค่า ความถี่ และร้อยละ

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียด ความรู้ และสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย คะแนนความรู้ ความเครียด และสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดก่อนและหลังใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อม KSP Program ในกลุ่มทดลอง โดยใช้การทดสอบที (Paired t-test)

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเครียด และสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การทดสอบที (Independent t-test)

ทั้งนี้ ได้ทดสอบการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) โดยพิจารณาจากค่า Skewness, Kurtosis ที่อยู่ระหว่าง ±1.96 (-.475, .028 และ 1.047, 1.856 ตามลำดับ) จึงใช้ t-test ได้

จริยธรรมวิจัย

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา เลข IRB คือ COA No. 003/2563 ลงวันที่ 16 กันยายน 2562

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 21-24 ปี ผลการศึกษาสะสมตลอดหลักสูตรใกล้เคียงกัน ระหว่างน้อยกว่า 3.00 และ 3.00 ขึ้นไป ผลการเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 กลุ่มดีเยี่ยม (A,B+) จำนวน 8 คน ดีมาก (B) 18 คน และพอใช้ (C,C+) จำนวน 4 คน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความเครียด และสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดก่อนและหลังใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อม KSP program

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรู้ ความเครียด และสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลระยะคลอด ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อม KSP program ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลระยะคลอด	*n*	M	*SD*	*t*	*df*	*p-value (1-tailed)*
กลุ่มทดลอง						
ก่อน	30	10.13	1.66	-15.66	29	<.001
หลัง	30	13.40	1.00			
กลุ่มควบคุม						
ก่อน	30	10.07	1.20	-6.51	29	<.001
หลัง	30	11.93	1.01			
ความเครียดในการปฏิบัติการพยาบาลระยะคลอด						
กลุ่มทดลอง						
ก่อน	30	48.53	16.04	6.95	29	<.001
หลัง	30	35.00	7.00			
กลุ่มควบคุม						
ก่อน	30	58.53	11.13	11.25	29	<.001
หลัง	30	41.53	4.57			

ตาราง 1 (ต่อ)

ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลระยะคลอด	*n*	*M*	*SD*	*t*	*df*	*p-value* (*1-tailed*)
กลุ่มควบคุม						
ก่อน	30	58.53	11.13	11.25	29	<.001
หลัง	30	41.53	4.57			
สมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลระยะคลอด						
กลุ่มทดลอง						
ก่อน	30	2.67	.18	-10.26	5	<.001
หลัง	30	4.33	.26			
กลุ่มควบคุม						
ก่อน	30	2.34	.13	-2.44	5	.029
หลัง	30	2.55	.24			

จากตาราง 1 แสดงให้เห็นว่า หลังการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อม KSP ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วม โปรแกรมการเตรียมความพร้อม KSP มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และสมรรถนะฯ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยความเครียดในการปฏิบัติการพยาบาลระยะคลอด ต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ความเครียด และสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดของการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อม KSP Program ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ของความรู้ ความเครียด และสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลระยะคลอดก่อนและหลังใช้การทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (n=60)

คะแนน	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		*t*	*df*	*p-value* (*1-tailed*)
	M	*SD*	*M*	*SD*			
ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลระยะคลอด							
ก่อน	10.13	1.66	10.03	1.27	.262	58	.397
หลัง	13.40	1.00	11.93	1.02	5.63	58	<.001
ความเครียดในการปฏิบัติการพยาบาลระยะคลอด							
ก่อน	48.53	16.04	58.53	11.13	-2.81	59	.007
หลัง	35.00	7.00	41.53	4.57	-4.28	49.926	<.001
สมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลระยะคลอด							
ก่อน	173	11.957	171	9.633	.452	10	.661
หลัง	281.50	16.932	240	13.535	4.689	10	.001

จากตาราง 2 ผลการทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า หลังการใช้โปรแกรมเตรียมความพร้อม KSP Program กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย คะแนนความรู้ และคะแนนสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด สูงว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ส่วนคะแนนเฉลี่ยความเครียดใน

การปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด แตกต่างกัน โดยหลังการใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อภิปรายผล

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้และสมรรถนะหลังใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อม ของนักศึกษากลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม เป็นไปตามสมมุติฐานที่กำหนด ทั้งนี้เป็นผลจากกิจกรรมของโปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ประกอบด้วยผู้วิจัยทบทวนแนวคิดที่สำคัญของการพยาบาล วิเคราะห์แนวทางการพยาบาล และตอบข้อซักถาม ให้เอกสารประกอบการบรรยายไปอ่านเพิ่มเติม อีกทั้งผู้วิจัยสอนสาธิตการปฏิบัติการพยาบาลด้วยสถานการณ์จำลองที่ 1 หลังจากนั้นจึงให้นักศึกษาเริ่มฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดด้วยสถานการณ์จำลองที่ 2 แสดงให้เห็นว่า ความรู้จากการทบทวนในโปรแกรม เป็นความรู้ที่แจ้งชัด เข้าใจได้ดี เข้าถึงได้ง่าย ส่งผลให้นักศึกษาเกิดความเข้าใจมากขึ้น สามารถนำไปเป็นพื้นฐานของการคิด วิเคราะห์ ในการทำแบบประเมินความรู้ จึงทำให้มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของนงณภัทร รุ่งเนย และจันทร์จิรา สีสว่าง (Rungnoei, & Seesawang, 2016) ที่ใช้การส่งเสริมการพัฒนาตนเองเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนฝึก พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล สูงกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมการพัฒนาตนเอง

รวมทั้งกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดให้ได้รับความรู้ที่ดี สามารถนำไปใช้เป็นพื้นฐานของการคิด เชื่อมโยง และการตัดสินใจแสดงพฤติกรรม ในการฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดด้วยสถานการณ์จำลองที่ 2 ได้ถูกต้อง ทำให้มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลสูงว่าก่อนใช้โปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษา (Jamjang, Yomdit, Pongphetdit, Pitaksin, Changsieng, & Montong (2018) ที่เตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลอง (SBL) พบว่า นักศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย หลังการเตรียมความพร้อมสูงกว่าก่อนการเตรียม คล้ายกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ต่อการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติการพยาบาลและผลการปฏิบัติการพยาบาลระยะคลอดของนักศึกษาพยาบาล พบว่า การเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติการพยาบาล มีประโยชน์ในระดับมาก และส่วนใหญ่ประเมินตนเอง สามารถปฏิบัติการพยาบาลระยะคลอด ได้ในระดับดี (Chawajaroenpan, & Santwanpas, 2019)

2. คะแนนความเครียดหลังการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อม ของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรม สอดคล้องกับสมมติฐาน ทั้งนี้เป็นผลมาจากการจัดให้มีแหล่งข้อมูล มีผู้ให้คำแนะนำปรึกษาอย่างใกล้ชิด มีความช่วยเหลือจากทีมผู้วิจัย โดยผู้วิจัยที่มีการทบทวนความรู้ บรรยายสรุปแนวคิดที่สำคัญ และวิเคราะห์แนวทางการพยาบาลของสตรีตั้งครรภ์ในระยะคลอดรายที่มีภาวะเบาหวานและรายที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ พร้อมทั้งตอบข้อซักถาม และมีการการสอนสาธิตการปฏิบัติการพยาบาลด้วยสถานการณ์จำลองที่ 1 เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติในสถานการณ์จำลองที่ 2 และผู้วิจัยยังมีการชี้แจงวัตถุประสงค์การเรียนรู้ รูปแบบการเรียนการสอน แนะนำวิธีใช้หุ่นจำลองอุปกรณ์และเครื่องใช้ ตอบข้อสงสัย ก่อนให้ปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จำลอง และนักศึกษาใช้วิธีเผชิญหน้ากับปัญหา พยายามที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาเพื่อหาทางแก้ไข จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไม่หลีกหนี ไม่ถอนตัว ตั้งใจ มีสติขณะเข้าปฏิบัติการพยาบาล ทำให้เผชิญปัญหาได้ปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จำลองได้ดี สามารถผ่านพ้นและแก้ไขจัดการปัญหาได้ ส่งผลให้ความรู้สึกกดดัน ถูกบีบคั้น วิตกกังวล กลัว หลังได้ปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จำลอง ลดลง คล้ายกับการศึกษาความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ในการฝึกปฏิบัติงานห้องคลอด พบว่า การฝึกงานห้องคลอดมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Lertsakornsiri, 2012)

3. คะแนนความรู้และสมรรถนะหลังใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อม ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม เป็นไปตามสมมติฐาน เป็นผลมาจากกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ที่ประกอบด้วย การบรรยายสรุปทบทวนความรู้ การสอนสาธิตการปฏิบัติการพยาบาลด้วยสถานการณ์จำลอง การฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลด้วยสถานการณ์จำลอง และการสรุปสะท้อนคิดหลังการปฏิบัติ แสดงให้เห็นว่า ความรู้จากการทบทวนให้ในโปรแกรม

การเตรียมความพร้อม เป็นความรู้ที่แจ้งชัด เข้าใจได้ดี สามารถเข้าถึงได้ง่าย ส่งผลให้นักศึกษาเกิดความเข้าใจมากขึ้น สามารถนำไปเป็นพื้นฐานของการคิด การวิเคราะห์ การตัดสินใจเลือกทำแบบประเมินความรู้ จึงทำให้มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อีกทั้งกิจกรรมการสาธิตการปฏิบัติการพยาบาลยังส่งผลให้ได้รับความรู้ที่แจ้งชัด สามารถนำไปใช้เป็นพื้นฐานของการคิด การวิเคราะห์ เชื่อมโยงและการตัดสินใจเลือกกระทำการใดๆ ในการฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดด้วยสถานการณ์จำลองที่ 2 ได้ถูกต้องทำให้มีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะสูงว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ ซึ่งในกลุ่มควบคุมมีความรู้จากการอ่านทบทวนด้วยตนเอง การฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดด้วยสถานการณ์จำลองที่ 2 และความรู้ที่ได้รับมาจากการเรียนจากชั้นเรียนปกติเท่านั้น ถึงแม้จะทำให้เพิ่มความรู้และสมรรถนะได้เช่นกัน แต่ยังไม่มากพอ สอดคล้องกับการเตรียมความพร้อม ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลอง (SBL) พบว่า นักศึกษามีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยหลังการเตรียมความพร้อมสูงกว่าก่อนการเตรียม (Jamjang, Yomdit, Pongphetdit, Pitaksin, Changsieng, & Montong, 2018) อีกทั้งยังคล้ายกับ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ ทำให้เพิ่มความรู้ และสมรรถนะได้เช่นกันแต่ยังไม่มากพอ สอดคล้องกับการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลอง (SBL) พบว่า นักศึกษามีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย หลังการเตรียมความพร้อมสูงกว่าก่อนการเตรียม (Jamjang, Yomdit, Pongphetdit, Pitaksin, Changsieng, & Montong, 2018) อีกทั้งยังคล้ายกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ ต่อการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติการพยาบาลและผลการปฏิบัติการพยาบาลระยะคลอดของนักศึกษาพยาบาล พบว่า รับรู้การเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติการพยาบาล มีประโยชน์ในระดับมาก และส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่าสามารถปฏิบัติการพยาบาลระยะคลอด ได้ในระดับดี (Chawajaroenpan, & Santwanpas, 2019) และคล้ายกับการศึกษาการส่งเสริมการพัฒนาตนเองของนักศึกษาพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติต่อความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก (Rungnoei, & Seesawang, 2016) พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล สูงกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมการพัฒนาตนเอง

4. คะแนนเฉลี่ยความเครียดหลังใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อม ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และลดลงหลังการวิจัยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสังเกตพบว่าคะแนนของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมตั้งแต่ก่อนการวิจัย อาจจะสรุปได้ยากว่าเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ แต่การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความ เครียดต่ำกว่า เป็นผลมาจากผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมให้กลุ่มทดลองมีแหล่งข้อมูลที่มากพอ และแจ่มชัด มีผู้วิจัยคอยให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด แหล่งช่วยเหลือและสนับสนุน ซึ่งเป็นแนวทางช่วยให้กลุ่มทดลองมีการเผชิญความเครียดได้ดี จึงมีระดับความเครียดลดลงมาอยู่ในระดับปานกลาง และมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำกว่ากลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มทดลองมีเพียงความรู้เดิมที่ได้รับจากชั้นเรียนปกติ การฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดด้วยสถานการณ์จำลองที่ 2 และการศึกษาเอกสารการทบทวนความรู้ด้วยตนเอง ซึ่งการขาดความรู้ที่ชัดเจน แหล่งช่วยเหลือและสนับสนุนน้อยกว่า และไม่มีผู้ให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้ความรู้สึกกดดัน ถูกบีบคั้น วิตกกังวล กลัว หลังได้ปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จำลอง ยังลดลงไม่มากนัก ซึ่งการให้นักศึกษาได้เรียนรู้ รับทราบข้อมูลต่างๆ จะช่วยให้นักศึกษาลดความวิตกกังวลจากการฝึกปฏิบัติงานได้ คล้ายกับการศึกษาความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ในการฝึกปฏิบัติงานห้องคลอด พบว่า การฝึกงานห้องคลอดมีความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Lertsakornsiri, 2012)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. อาจารย์พยาบาลนำโปรแกรมการเตรียมความพร้อม KSP Program ไปใช้ในการเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลรุ่นต่อไป ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์

2. อาจารย์พยาบาลนำโปรแกรมการเตรียมความพร้อม KSP Program ไปใช้ในการเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาล รุ่น 62 กลุ่มอื่นที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่ขึ้นฝึก ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์

3. อาจารย์พยาบาลนำโปรแกรมการเตรียมความพร้อม KSP Program ไปให้นักศึกษาพยาบาล รุ่น 62 กลุ่มอื่นที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ได้ฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอดด้วยสถานการณ์จำลอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อม KSP Program ไปสู่การใช้สถานการณ์จำลองขั้นสูง (SBL)

2. ควรศึกษาผลการเตรียมความพร้อม ในการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นที่พบได้บ่อยบนหอผู้ป่วยที่เป็นแหล่งฝึก เช่น เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

References

Bunmak, P. & Bunmak, S. (2013). Medical Simulation the Way to Improve Patient Care. *Srinagarin Medical Journal, 28*(supplement), 80-85. (in Thai)

Cant, R. P., & Cooper, S. J. (2010). Simulation-Based Learning in Nurse Education: Systematic Review. *Journal of Advanced Nursing, 66*(1), 3-15.

Henrichs, B., Rule, A., Grady, M., & Ellis, W. (2002). Nurse Anesthesia Students' Perceptions of the Anesthesia Patient Simulator: A Qualitative Study. *American Association of Nurse Anesthetists Journal, 70*(3), 219-225.

Jantavat, P. (2018). Academic Articles: Preparation of Nursing Student for Stress Relief During Practice in Delivery Room. *Kuakarun Journal of Nursing, 25*(1), 184-191. (in Thai)

Kumkong, M., Leejareon, P., Aramrom, U. & Jitviboon, A. (2016). Effects of Simulation-Based Learning on Perceived Self-Efficacy in Providing Nursing Care for Advanced Life Support to Patients with Critical Illness or Emergency Condition among Nursing Students. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 3*(3), 52-64. (in Thai)

Lertbannaphong, T. (2017). Simulation Based Medical Education. *Siriraj Medical Bulletin, 8*(1), 39-46. (in Thai)

Lertsakornsiri, M. (2012). *Stress and Stress Management During Practice in Labor Room of Nursing Students at Saint Louis College.* Bangkok: Saint Louis College. (in Thai)

Limthongkul, M., & Aree-Ue, S. (2009). Sources of Stress, Coping Strategies, and Outcomes among Nursing Students During Their Initial Practice. *Rama Nurse Journal, 15*(2), 192-205. (in Thai)

Photaworn, P., & Wongpradit, S. (2017). Experience in Breathing Meditation Practicing for Decreases the Tension in Testing Maternal-Newborn and Midwifery 2 Subject of Nurse Student. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 4*(1), 171-179. (in Thai)

Praboromarajchanok Institute. (2012). *Bachelor of Nursing Science Program (Update Program A.D. 2012.* Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima. Bangkok: Ministry of Public Health. (in Thai)

Rungnoei, N., & Seesawang, J. (2016). Effects of Self-Development Supportive for the Pre-Practicum Preparation at Intensive Care Unit on Knowledge and Skills among Nursing Students. *Journal of Phrapokklao Nursing College, 27*(2), 29-38. (in Thai)

Saetan, C., & Kampun, S., (2014). Stress and Coping Strategies of Nursing Students in Clinical Practice Preparation of Maternal and Child Health Nursing and Midfifery1. *Journal of Health and Nursing Research (Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok), 30*(3), 54-63. (in Thai)

Suwannakeeree, W. O., Jullmusi, O., & Kampun, S., (2016). Simulation-Based Learning Management for Nursing Students. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University, 28*(2), 1-13. (in Thai)

Vatanasin, S. (2010). Perceived Stress Level and Sourses of Stress among Nursing Students at Faculty of Nursing, Burapha University. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 18*(Supplement), 47-59. (in Thai)

Wiratchai, N. (2012). *Stats to use 2nd edition Revised Version*. Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)

SCNJ The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

ปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

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

ละมุน แสงสุวรรณ์[1*], ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์[2] และ สมเกียรติยศ วรเดช[2]
Lamoon Saengsuwan[1*], Bhunyabhadh Chaimay[2] and Somkiattiyos Woradet[2]
นิสิตหลักสูตร ส.ม. สาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ[1*],
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ[2]
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 University[2]

(Received: *August 01, 2021*; Revised: *September 05, 2021*; Accepted: *September 27, 2021*)

บทคัดย่อ

โรคเลปโตสไปโรสิสเป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนที่ต้องเฝ้าระวังและยังคงเป็นปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสที่มีอาการและอาการแสดงและภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกที่รุนแรงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิต บทความวิชาการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส โดยทำการทบทวนบทความวิจัยที่เผยแพร่ตีพิมพ์ในฐานข้อมูลทั้งในระดับชาติและนานาชาติ ได้แก่ PubMed, Google, Google Scholar, ThaiJo และ Web of Science พบบทความวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกและการประเมินคุณภาพบทความวิจัย จำนวน 14 บทความ ซึ่งผลการทบทวนปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส นำเสนอด้วยแผนภูมิต้นไม้ (Forest Plot) โดยการกำหนดจากค่าขนาดของผลกระทบ (Effect Size) ประกอบด้วย ค่าอัตราส่วนความเสี่ยงของปัจจัย (Odds Ratio (OR) และ Risk Ratio (RR)) และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95.00 (95% Confidence Interval: 95%CI) จากผลการทบทวนบทความวิจัยดังกล่าวสามารถสรุปและจำแนกปัจจัยออกเป็น 1) ปัจจัยด้านอาการและอาการแสดงทางคลินิก และ 2) ปัจจัยภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส ปัจจัยด้านอาการและอาการแสดงทางคลินิก ประกอบด้วย อาการดีซ่าน และเยื่อหุ้มสมองอักเสบ สำหรับปัจจัยภาวะแทรกซ้อนทางคลินิก ประกอบด้วย ปัสสาวะออกน้อย ความดันโลหิตต่ำ หายใจลำบาก ไอเป็นเลือด ปอดผิดปกติ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ปริมาณเม็ดเลือดขาวสูง ภาวะโพแทสเซียมสูง การตกเลือด ภาวะช็อก และภาวะตับแข็ง ปัจจัยดังกล่าวที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรเฝ้าระวังปัจจัยอาการและอาการแสดง และปัจจัยภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกอย่างเข้มงวด เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยที่รุนแรงและอาจนำไปสู่การเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสต่อไป

คำสำคัญ: โรคเลปโตสไปโรสิส, อาการและอาการแสดงทางคลินิก, ภาวะแทรกซ้อนทางคลินิก การเสียชีวิต, การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding: e-mail: iamlamoon07@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 093-8854852)

Abstract

Leptospirosis is a blood infection caused by a bacteria. It is a zoonotic communicable disease that needs surveillance and that is a global health burden. Patients with leptospirosis who have severe clinical signs and symptoms and complication factors are more likely to die. This article aimed to review clinical factors associated with mortality among patients with leptospirosis. The published research articles were reviewed in national and international databases such as PubMed, Google Scholar, and ThaiJo Web of Science. There were 14 articles that were compatible with selection criteria and article quality assessment. Those were presented by forest plots which determined by effect size (Odds Ratio (OR) and Risk Ratio (RR)) and 95% confidence Interval (95%CI). The results of this review were classified into 2 factors associated with mortality consisting of 1) clinical sign and symptom factors, and 2) clinical complication factors. The clinical sign and symptom factors were jaundice and meningism. The clinical complication factors included oliguria, hypotension, dyspnea, hemoptysis, pulmonary disorder, thrombocytopenia, leukocytosis, hyperkalemia, hemorrhage, septic shock, and cirrhosis. Of those factors associated with mortality among patients with leptospirosis, medical and health professionals should implement the surveillance intensively for the clinical signs, symptom and complication factors in order to prevent severity and risk of mortality among patients with leptospirosis.

Keywords: Leptospirosis, Clinical Signs and Symptoms, Clinical Complications, Mortality, Systematic Review

บทนำ

โรคเลปโตสไปโรสิสเป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง (Bureau of General Communicable Diseases, Thailand, 2015) และยังคงเป็นปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญ โรคเลปโตสไปโรสิสเกิดจากเชื้อแบคทีเรียสายพันธุ์ก่อโรคชนิดสไปโรขีต (Spirochete) ใน Genus Leptospira มีสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมตระกูลฟันแทะ (Rodent) เป็นสัตว์รังโรค (Reservoir) และสามารถแพร่เชื้อทางปัสสาวะได้ตลอดชีวิต (Janwitthayanan, 2015) บุคคลทั่วไปสามารถติดเชื้อโรคได้โดยตรงจากการสัมผัสเชื้อโรค หรือการสัมผัสดินและน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อโรค (World Health Organization, 2009) และคนเป็นแหล่งสุดท้ายของการติดเชื้อ (Zetun, Hoffmann, Silva, Souza, & Langoni, 2009) เชื้อโรคเลปโตสไปโรสิสจำแนกด้วยวิธีการตรวจทางน้ำเหลืองวิทยา (Serology) ได้ 24 ซีโรกรุ๊ป (Serogroups) และมากกว่า 250 ซีโรวาร์ (Serovars) (Bureau of General Communicable Diseases, Thailand, 2015) โรคเลปโตสไปโรสิสถูกรายงานครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2429 โดยนายแพทย์ชาวเยอรมัน (Pottha & Panitaumpon, 1970) โรคเลปโตสไปโรสิสพบได้ทั่วโลกและพบมากในเขตร้อน (Terpstra, 2003) อาการทางคลินิกของโรคปรากฏได้หลากหลายขึ้นอยู่กับสายพันธุ์ของเชื้อโรค และชนิดของสัตว์ที่เป็นรังโรค ผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสอาจไม่ปรากฏอาการทางคลินิก จนกระทั่งปรากฏอาการขั้นรุนแรงและขั้นเสียชีวิต (Bureau of General Communicable Diseases, Thailand, 2015) การระบาดของโรคมักเกิดในช่วงฤดูฝนที่มีแหล่งน้ำขังหรือท่วม (Thipmontree, Suputtamongkol, Antibhedhyangkul, Suttinont, Wongswat & Silpasakorn, 2014) ผู้ป่วยที่เคยได้รับการวินิจฉัยและหายป่วยจากโรคเลปโตสไปโรสิสมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีก โรคเลปโตสไปโรสิสเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้ด้วยการใช้ยาปฏิชีวนะ (Krairotchananan, 2017; Saraya, 2015)

จากการคาดการณ์ทั่วโลกพบว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสมากกว่า 1 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 59,000 ราย การระบาดส่วนใหญ่เกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะในเขตภูมิภาค

อเมริกาใต้ แอฟริกา เอเชีย และประเทศหมู่เกาะ สำหรับในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โรคเลปโตสไปโรสิสกลายเป็นโรคประจำถิ่น (Endemic Disease) (Department of Disease Control, Thailand, 2017) ในประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสครั้งแรกในกรุงเทพมหานคร หลังจากน้ำท่วมใหญ่ เมื่อปี พ.ศ. 2485 จากนั้นมีการระบาดเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน ในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสเฉลี่ยปีละ 2,500-3,000 ราย อัตราป่วยตาย (Case Fatality Rate: CFR) สูงถึงร้อยละ 15.00-40.00 และผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงทางคลินิกขั้นรุนแรงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตที่สูงขึ้น (Thipmontree, Suputtamongkol, Antibhedhyangkul, Suttinont, Wongswat, & Silpasakorn, 2014) โรคเลปโตสไปโรสิสพบในทุกภาคของประเทศไทย จากข้อมูลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2561 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราป่วยสูงสุด ส่วนอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคเลปโตสไปโรสิสมีแนวโน้มไม่คงที่ (อัตราป่วยเท่ากับ 3.47, 3.30, 3.51, 5.31 และ 4.47 และมีรายงานผู้เสียชีวิตทุกปีโดยมีอัตราตายเท่ากับ 1.07, 2.37, 1.57, 1.97 และ 1.25 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ) (Bureau of Epidemiology, Thailand, 2019)

ปัจจุบันโรคเลปโตสไปโรสิสยังไม่มีวิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีความไวและความจำเพาะพอที่จะสามารถนำมาใช้ในการวินิจฉัยเบื้องต้นได้ (Hartskeerl, Pereira, & Ellis, 2011) และยังไม่มีวัคซีนในการป้องกันในมนุษย์ (Wilairat, 2008) ผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสอาจมีอาการทางคลินิกและการดำเนินโรคแตกต่างกัน อาจมีอาการไม่รุนแรงจนถึงเสียชีวิต หรืออาการและอาการแสดงทางคลินิกที่คล้ายคลึงกับโรคติดเชื้อทั่วไป โรคไข้เลือดออก หรือโรคสครัปไทฟัส เป็นต้น (Bureau of General Communicable Diseases, Thailand, 2015) การวินิจฉัยโรคเบื้องต้นจำเป็นต้องมีการแยกโรคจากการติดเชื้อชนิดอื่น เนื่องจากผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสประมาณ 1 ใน 2 มีอาการทางคลินิกที่รุนแรงและส่งผลต่อความยุ่งยากและซับซ้อนในการวินิจฉัย และส่งผลกับการเสียชีวิตในที่สุด ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาล่าช้ามากกว่า 3 วันหลังวันเริ่มป่วยอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ประมาณ 2 เท่า (Hinjoy, 2014) จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นบทความวิชาการครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส เพื่อนำข้อค้นพบจากการทบทวนวรรณกรรมไปประยุกต์ใช้ในงานเฝ้าระวัง ให้ข้อชี้แนะในการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส และเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสต่อไป

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางคลินิกกับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส โดยการทบทวนบทความงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 - 2561 บนฐานข้อมูล Google Scholar (www.scholar.google.com) PubMed (www.pubmed.com หรือ www.ncbi.nlm.gov) และ ThaiJo (www.tci-thaijo.org) โดยใช้คำค้นหรือคำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คือ “Leptospirosis” “Severe” “Sign” “Symptom” “Clinical” “Complication” “Fatal” “Death” และ “Mortality” และใช้คำค้นภาษาไทย คือ “โรคเลปโตสไปโรสิส” “ระยะรุนแรง” “อาการ” “อาการแสดง” “อาการทางคลินิก” “ภาวะแทรกซ้อน” “การเสียชีวิต” และ “การตาย” นอกจากนี้ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมหรือสืบค้นเอกสารที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมจากเอกสารอ้างอิงที่เกี่ยวข้อง

ผลการสืบค้นบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส พบว่า มีบทความวิจัยที่สืบค้นปรากฏเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส จำนวน 105 บทความ ทั้งนี้นำกรอบ PICO โดย Population (P) กำหนดกลุ่มตัวอย่างที่เราต้องการค้นคว้าคือ ผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสที่เสียชีวิต Intervention (I) คือปรากฏการณ์ที่เราต้องการ คืออาการทางคลินิก ภาวะแทรกซ้อนต่อการเสียชีวิตเมื่อป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรสิส Comparison Group (C) คือ ผู้ป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรสิส ส่วน Outcome of Interest (O) คือ อาการทางคลินิกและภาวะแทรกซ้อนขณะป่วยหรือรักษาแล้วส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต โดยที่การใช้กรอบ PICO ถือเป็นปัจจัยสำคัญ เพื่อให้สามารถกำหนดทิศทางการค้นคว้า และมีความสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม เมื่อใช้กระบวนการ PICO พิจารณาตามเป็นเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังกล่าว

และประเมินคุณภาพบทความวิจัยโดยแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยตามประเภทของงานวิจัย จากสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute, 2017) และคัดเลือกบทความตามเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) คือ ไม่นำเสนอค่าสถิติของปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตด้วยโรคเลปโตสไปโรสิส จึงได้มาซึ่งบทความที่เกี่ยวข้องในการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 14 บทความ

บทความครั้งนี้นำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตด้วยโรคเลปโตสไปโรสิสด้วยแผนภูมิต้นไม้ (Forest plot) จากการกำหนดค่าขนาดของผลกระทบ (Effect size) ประกอบด้วย ค่าอัตราส่วนความเสี่ยงของปัจจัย (Odds Ratio (OR) และ Risk Ratio (RR)) และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95.00 (95% Confidence interval: 95%CI) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยทางคลินิกกับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส

ผลการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส พบว่า มีการศึกษาทางวิทยาการระบาดที่เกี่ยวข้องจำนวน 14 บทความ จำแนกเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ชนิด Retropspective Study จำนวน 9 บทความ Case Control Study จำนวน 3 บทความ และ Prospective Cohort Study จำนวน 2 บทความ การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในประเทศบราซิล อินเดีย ฟิลิปปินส์ ไต้หวัน ตุรกี ฝรั่งเศส และไทย ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลเอกสารงานวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม

ลำดับที่	ชื่อผู้แต่ง, พ.ศ. หรือปีที่เผยแพร่	ชื่อการศึกษา/งานวิจัย	รูปแบบการวิจัย	พื้นที่ศึกษา
1.	Thanachai Panaphut, Somnuek Domrongkitchaiporn and Bandit Thinkamrop, 2002	Prognostic Factors of Death in Leptospirosis	Case Control Study (N : 17-104)	ไทย
2.	Herve´ Dupont, De´Borah Dupont-Perdrizet, Jean Luc Perie, et al, 1997	Leptospirosis: Prognostic Factors Associated with Mortality	Retrospective Study (N: 68)	ฝรั่งเศส
3.	Elizabeth Daher, Dirce M. Trevisan Zanetta, Marcelo Borges Cavalcante, et al, 1999	RISK FACTORS FOR DEATH AND CHANGING PATTERNS IN LEPTOSPIROSIS ACUTE RENAL FAILURE	Retrospective Study (N: 110)	บราซิล
4.	Paulo C. F. Marotto, Cristiane M. R. Nascimento, Jose Eluf-Neto, Marcia S. Marotto, et al, 1999	Acute Lung Injury in Leptospirosis: Clinical and Laboratory Features, Outcome, and Factors Associated with Mortality	Prospective Cohort Study (N: 42)	บราซิล
5.	M. J. Pappachan, Sheela Mathew, K. P. Aravindan, et al, 2004	Risk Factors for Mortality in Patients with Leptospirosis During an Epidemic in Northern Kerala	Retrospective Study (N : 282)	อินเดีย
6.	Al-shere T. Amilasan, Mugen Ujiie, Motoi Suzuki, et al, 2012	Outbreak of Leptospirosis After Flood, the Philippines, 2009	Retrospective Study (N : 471)	ฟิลิปปินส์

ตาราง 1 (ต่อ)

ลำดับที่	ชื่อผู้แต่ง, พ.ศ. หรือปีที่เผยแพร่	ชื่อการศึกษา/งานวิจัย	รูปแบบการวิจัย	พื้นที่ศึกษา
7.	Hua-Kung Wang, Mong-Hong Lee , Yee-Chun Chen, et al, 2018	Factors Associated with Severity and Mortality in Patients with Confirmed Leptospirosis at a Regional Hospital in Northern Taiwan	Retrospective Study (N : 57)	ไต้หวัน
8.	Omesh Goyal, Deepinder Kaur, Prerna Goyal, et al, 2016	Hepatic Dysfunction and Predictors of Mortality in Leptospirosis: A Reemerging Tropical Disease in Northern India	Retrospective Study (N : 275)	อินเดีย
9.	Elizabeth F. Daher, Geraldo B. Silva Junior, Charles O. Silveira, et al, 2014	Factors Associated with Thrombocytopenia in Severe Leptospirosis (Weil's Disease)	Retrospective Study (N : 374)	บราซิล
10.	Antonio Alberto LOPES, Everaldo COSTA, Yara Aragão COSTA, et al, 2004	Comparative Study of The In-Hospital Case Fatality Rate of Leptospirosis Between Pediatric and Adult Patients of Different Age Groups	Retrospective Study (N : 840)	บราซิล
11.	Gabriela Studart Galdino, Geraldo Bezerra da Silva Junior, Hermano Alexandre Lima Rocha, et al, 2016	Predictors of Acute Kidney Injury and Mortality in Severe Leptospirosis (Weil's Disease)	Retrospective Study (N : 511)	บราซิล
12.	Paulo C.F.Marotto, Albert I.Ko, CristianeMurta-Nascimento, 2010	Early Identification of Leptospirosis-Associated Pulmonary Hemorrhage Syndrome by Use of a Validated Prediction Model	Prospective cohort study (N : 203)	บราซิล
13.	Anne S. Spichler, Pedro J. Vilaça, Daniel A. Athanazio, 2008	Predictors of Lethality in Severe Leptospirosis in Urban Brazil	Case - Control Study (N : 89-289)	บราซิล
14.	Saban Esen, Mustafa Sunbul, Hakan Leblebicioglu, 2004	Impact of Clinical and Laboratory Findings on Prognosis in Leptospirosis	Case - Control Study (N : 72)	ตุรกี

จากบทความวิจัยดังกล่าวสามารถสรุปและจำแนกปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตออกเป็น 1) ปัจจัยด้านอาการและอาการแสดงทางคลินิก และ 2) ปัจจัยภาวะแทรกซ้อนทางคลินิก โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ปัจจัยอาการและอาการแสดงทางคลินิก

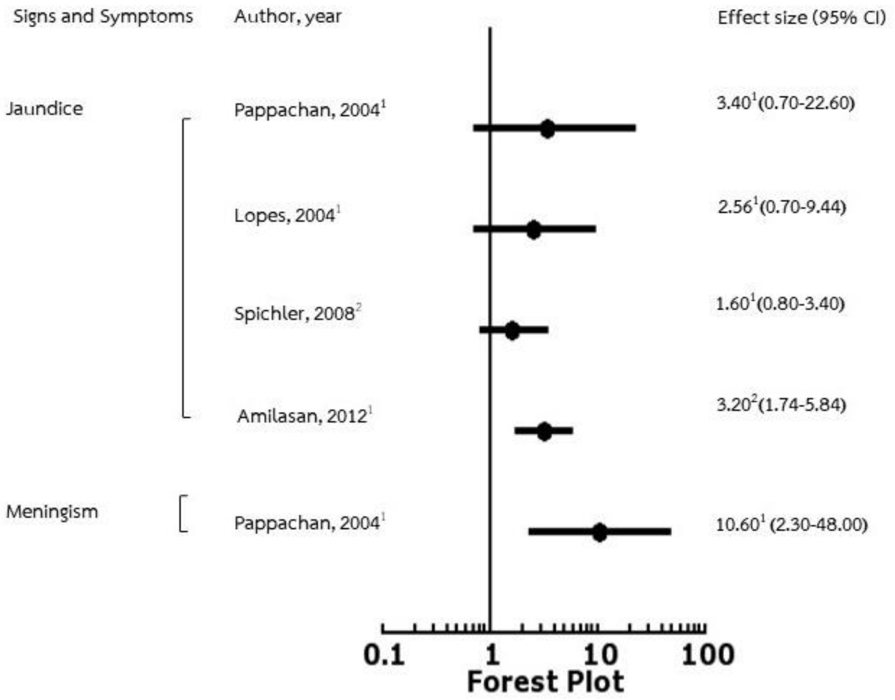
จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยอาการและอาการแสดงทางคลินิก (Clinical Signs and Symptom Factors) ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส พบว่า อาการดีซ่านและภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบมีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในภาพที่ 1 และมีรายละเอียด ดังนี้

อาการดีซ่าน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า อาการดีซ่าน (Jaundice or Icterus) มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสที่มีอาการดีซ่านมีโอกาสเสี่ยงกับการเสียชีวิตประมาณ 3 เท่า (OR_{crude} = 3.20; 95%CI: 1.74-5.84) (Amilasan, Ujiie, Suzuki, Salva, Belo, Koizumi et al., 2012) นอกจากนี้มีอีก 3 การศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสที่มีอาการดีซ่านมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ประมาณ 1.60 – 3.40 เท่า (OR_{crude} = 1.60; 95%CI: 0.80-3.40, $OR_{Adjusted}$ = 2.56 ; 95%CI: 0.70-9.44 และ OR_{crude} = 3.40; 95%CI: 0.70-22.60) (Spichler, Vilaca, Athanazio, Albuquerque, Buzzar, Castro et al., 2008; Lopes, Costa, Sacramento, & Oliveira, 2004; Pappachan, Mathew, Aravindan, Khader, Bharghavan, Kareem et al., 2004) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาทั้ง 3 เรื่องนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

สำหรับการศึกษาภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (Meningism) กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส ซึ่งการศึกษาของ Pappachan, Mathew, Aravindan, Khader, Bharghavan, Kareem et al. (2004) พบว่า ผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสที่มีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบมีโอกาสเสี่ยงกับการเสียชีวิตประมาณ 10 เท่า (OR_{crude} = 10.60; 95%CI: 2.30-48.00)



หมายเหตุ Effect size = [1]Odds Ratio : OR, [2]Risk Ratio : RR , 95 percent confidence interval : 95%CI and Author, year = [1]retrospective study, [2]case control study, [3] prospective cohort study

ภาพ 1 ปัจจัยด้านอาการและอาการแสดงทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส

2. ปัจจัยภาวะแทรกซ้อนทางคลินิก

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส พบว่า ผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสที่มีภาวะแทรกซ้อนทางคลินิก ได้แก่ ภาวะปัสสาวะออกน้อย ความดันโลหิตต่ำ ภาวะหายใจลำบาก อาการไอเป็นเลือด ภาวะผิดปกติเกี่ยวกับปอด ระดับเกล็ดเลือดต่ำ ปริมาณ

เม็ดเลือดขาวสูง ภาวะโพแทสเซียมสูง การตกเลือด ภาวะช็อกและภาวะตับแข็ง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ดังแสดงในภาพ 2 และมีรายละเอียดดังนี้

ภาวะปัสสาวะออกน้อย

ผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสที่มีภาวะปัสสาวะออกน้อย (Oliguria) มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสที่มีภาวะปัสสาวะออกน้อย มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตประมาณ 1.24-9.00 เท่า ($OR_{Adjusted}$ = 1.24, 95%CI: 1.17-1.32), ($OR_{Adjusted}$ = 3.00, 95%CI: 1.20-9.00), ($OR_{Adjusted}$ = 5.40, 95%CI: 1.60-18.00), (OR_{crude} = 8.20, 95%CI: 2.50-28.60), ($RR_{Adjusted}$ = 8.80, 95%CI: 2.40-31.80) ($OR_{Adjusted}$ = 8.98, 95%CI: 1.81-44.60) และ ($OR_{Adjusted}$ = 9.00, 95%CI: 2.10-37.90) (Lopes, Costa, Sacramento & Oliveira, 2004; Spichler, Vilaca, Athanazio, Albuquerque, Buzzar, Castro et al., 2008; Daher, Silva, Silveira, Falcao, Alves, Mota et al. 2014; Pappachan, Mathew, Aravindan, Khader, Bharghavan, Kareem et al., 2004; Panaphut, Domrongkitchaiporn, & Thinkamrop, 2002; Daher, Zanetta, Avalcante & Abdulkader, 1999; Dupont, Perdrizet, Perie, Hansen, Jarrige, & Daijardin, 1997) ในขณะที่การศึกษาของ (Amilasan, Ujiie, Suzuki, Salva, Belo, Koizumi et al. (2012) พบว่าผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสที่มีภาวะปัสสาวะออกน้อยมีโอกาสเสียชีวิตลดลงร้อยละ 27 (RR_{crude} = 0.73, 95%CI : 0.43-1.22) อย่างไรก็ตามการศึกษาของ (Amilasan, Ujiie, Suzuki, Salva, Belo, Koizumi et al. (2012) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ระดับความดันโลหิตต่ำ

การศึกษาระดับความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส พบว่า ผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสที่มีระดับความดันโลหิตต่ำมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสที่มีระดับความดันโลหิตต่ำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงถึง 10.30 เท่า ($RR_{Adjusted}$ = 10.30; 95%CI: 1.30-83.20) (Panaphut, Domrongkitchaiporn, & Thinkamrop, 2002) ในขณะที่การศึกษาทางวิทยาการระบาด พบว่า ผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส ที่มีระดับความดันโลหิตต่ำมีโอกาสเสียชีวิตลดลงร้อยละ 47 (RR_{crude} = 0.63; 95%CI: 0.35-1.13) (Amilasan, Ujiie, Suzuki, Salva, Belo, Koizumi et al., 2012) อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาวะหายใจลำบาก

ในส่วนของปัจจัยการมีภาวะหายใจลำบาก (Dyspnea) พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการศึกษาของ Dupont, Perdrizet, Perie, Hansen, Jarrige, & Daijardin (1997) รายงานว่าผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสที่มีภาวะหายใจลำบากมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตประมาณ 11.70 เท่า ($OR_{Adjusted}$ = 11.70; 95%CI: 2.80-48.50)

อาการไอเป็นเลือด

การศึกษาทางวิทยาการระบาดของอาการไอเป็นเลือด (Hemoptysis) ที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสที่มีอาการไอเป็นเลือดมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตประมาณ 4.84–5.40 เท่า (RR_{crude} = 4.84; 95%CI: 2.63-8.90), (OR_{crude} = 5.40; 95%CI: 1.26-24.69) (Amilasan, Ujiie, Suzuki, Salva, Belo, Koizumi et al., 2012; Pappachan, Mathew, Aravindan, Khader, Bharghavan, Kareem et al., 2004) ตามลำดับ

ภาวะผิดปกติเกี่ยวกับปอด

จากการศึกษาทางวิทยาการระบาดที่เกี่ยวข้องกับภาวะผิดปกติเกี่ยวกับปอด (Pulmonary Involvement, Alveolar, Rales or Crepitations) กับการเสียชีวิต พบว่า ผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตประมาณ 5.20–7.30 เท่า ($RR_{Adjusted}$ = 5.20; 95%CI: 1.40-19.90), ($OR_{Adjusted}$ = 6.00; 95%CI: 3.00-12.00), ($OR_{Adjusted}$ = 7.30; 95%CI: 1.70-31.70) (Panaphut, Domrongkitchaiporn, & Thinkamrop,

2002; Spichler, Vilaca, Athanazio, Albuquerque, Buzzar, Castro et al., 2008; Dupont, Perdrizet, Perie, Hansen, Jarrige, & Daijardin, 1997) ตามลำดับ

ระดับเกล็ดเลือดต่ำ

ในส่วนการศึกษาระดับเกล็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia) กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส พบว่า ผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตประมาณ 3.76 เท่า (RR_{crude} = 3.76; 95%CI: 1.87-7.57) (Amilasan, Ujiie, Suzuki, Salva, Belo, Koizumi et al., 2012) และการศึกษาของ Galdino, Silva Junior, Rocha, Mendes, Guimaraes, Miranda et al. (2016) พบว่า ผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสที่มีปัจจัยระดับเกล็ดเลือดต่ำมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงถึง 11.59 เท่า (OR_{crude} = 11.59; 95%CI: 2.39-56.12)

ปริมาณเม็ดเลือดขาวสูง

การศึกษาทางวิทยาการระบาดของการมีปริมาณเม็ดเลือดขาวสูง (Leukocytosis, WBC count or neutrophils) กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส พบว่า ผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสที่มีปริมาณเม็ดเลือดขาวสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตประมาณ 2.10 – 5.29 เท่า (RR_{crude} = 2.10; 95%CI: 1.05-4.17), ($OR_{Adjusted}$ = 2.50; 95%CI: 1.80-3.50), (OR_{crude} = 5.29; 95%CI: 1.70-21.00) (Amilasan, Ujiie, Suzuki, Salva, Belo, Koizumi et al., 2012; Dupont, Perdrizet, Perie, Hansen, Jarrige, & Daijardin, 1997; Galdino, Silva Junior, Rocha, Mendes, Guimaraes, Miranda et al., 2016) ตามลำดับ

ภาวะโพแทสเซียมสูง

สำหรับปัจจัยการมีภาวะโพแทสเซียมสูง (Hyperkalemia, potassium levels) มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส พบว่า ผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสที่มีภาวะโพแทสเซียมสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตประมาณ 2.60 – 19.90 เท่า ($OR_{Adjusted}$ = 2.60; 95%CI: 1.10-5.90), (OR_{crude} = 4.20; 95%CI: 1.40-13.10), ($RR_{Adjusted}$ = 5.90; 95%CI: 1.70-21.00) และ ($OR_{Adjusted}$ = 19.90; 95%CI: 1.20-342.80) (Marotto, I. Ko, Nascimento, Seguro, Prado, Barbosa et al., 2010; Esen, Sunbul, Leblebicioglu, Eroglu, & Turan, 2004; Panaphut, Domrongkitchaiporn & Thinkamrop, 2002; Marotto, Nascimento, Eluf-Neto, Andrade, Sztajnbok, & Seguro, 1999) ตามลำดับ

การตกเลือด

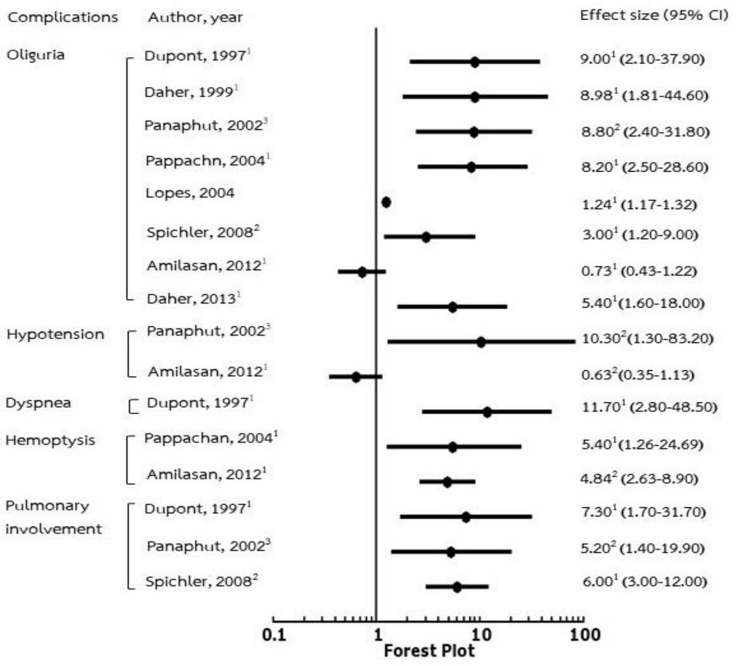
การตกเลือด (Hemorrhage) มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาของ Wang, Lee, Chen, Hsueh, & Chang (2018) พบว่า ผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสที่มีการตกเลือดมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงถึง 70 เท่า ($OR_{Adjusted}$ = 71.17; 95%CI: 4.94-999.99) ตามลำดับ

ภาวะช็อก

สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาของ Marotto, Ko, Nascimento, Seguro, Prado, Barbosa et al. (2010) รายงานว่าผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสที่มีภาวะช็อกมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตประมาณ 60 เท่า ($OR_{Adjusted}$ = 69.90; 95%CI: 20.10-236.40) ซึ่งต่างจากการศึกษาเมื่อปี 1999 ($OR_{Adjusted}$ = 6.0; 95%CI: 0.9-38.80) (Marotto, Nascimento, Eluf-Neto, Andrade, Sztajnbok, & Seguro, 1999) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

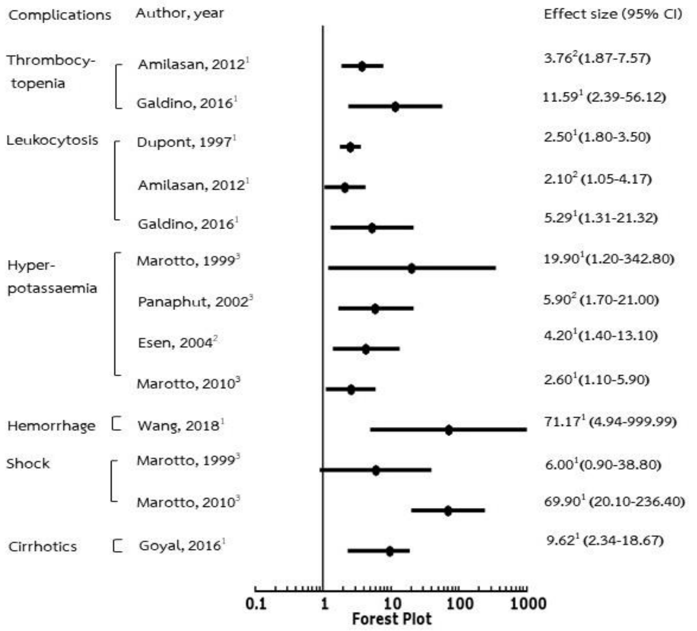
ภาวะตับแข็ง

จากการศึกษาการมีภาวะตับแข็ง (Cirrhosis) มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า ผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสที่มีภาวะตับแข็งมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตประมาณ 9 เท่า ($OR_{Adjusted}$ = 9.62; 95%CI: 2.34-18.67) (Goyal, Kaur, & Chhina, 2016)



หมายเหตุ Effect size = [1]Odds Ratio : OR, [2]Risk Ratio : RR , 95 percent confidence interval : 95%CI
and Author, year = [1]retrospective study[2] case control study [3] prospective cohort study

ภาพ 2 ปัจจัยภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส



หมายเหตุ Effect size = [1]Odds Ratio : OR, [2]Risk Ratio : RR , 95 percent confidence interval : 95%CI
and Author, year = [1]retrospective study[2] case control study [3] prospective cohort study

ภาพ 2 ปัจจัยภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส (ต่อ)

อภิปรายผล

โดยสรุป ปัจจัยทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ คือ 1) ปัจจัยด้านอาการและอาการแสดง และ 2) ปัจจัยภาวะแทรกซ้อนทาง

คลินิกที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส ปัจจัยด้านอาการและอาการแสดงทางคลินิกประกอบด้วย อาการดีซ่าน และเยื่อหุ้มสมองอักเสบ สำหรับปัจจัยภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกประกอบด้วย ปัสสาวะออกน้อย ความดันโลหิตต่ำ หายใจลำบาก ไอเป็นเลือด ปอดผิดปกติ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ปริมาณเม็ดเลือดขาวสูง ภาวะโพแทสเซียมสูง การตกเลือด ภาวะช็อกและภาวะตับแข็ง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มประเทศอเมริกาใต้ และประมาณร้อยละ 50.00 เป็นบทความวิจัยในประเทศบราซิล นอกจากนี้ส่วนที่เหลือเป็นบทความวิจัยในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และมีบทความวิจัยที่ทำการศึกษาในประเทศไทยเพียง 1 บทความ ซึ่งจากการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในประเทศเขตร้อนชื้น ซึ่งสภาพภูมิอากาศเหมาะสำหรับการแพร่กระจายเชื้อโรค และเป็นประเทศที่พบผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสได้ตลอดทั้งปี (Bureau of General Communicable Diseases, Thailand, 2015) เมื่อพิจารณาจากบทความวิจัย พบว่า การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ที่มีรูปแบบการศึกษาชนิด Retrospective study และ Case Control Study ซึ่งการศึกษาทางวิทยาการระบาดเชิงวิเคราะห์ดังกล่าว เป็นรูปแบบการวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการสัมผัสปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคและผลลัพธ์ทางคลินิก (Outcome) และนำเสนอค่า Odds Ratio (OR) (Saokaew & Samsamisri, 2014) เป็นรูปแบบการวิจัยที่เหมาะสำหรับการตอบคำถามในกรณีที่ผลลัพธ์ (Outcome) ของการศึกษามีน้อยหรือเป็นโรคที่หาได้ยาก (Rare Disease) (Surasak, & Nathapol, 2014) ซึ่งการศึกษาโดยภาพรวมปัจจัยทางคลินิกพบมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส แต่อย่างไรก็ตามในบางการศึกษามีค่าช่วงความเชื่อมั่นค่อนข้างกว้างบ่งชี้ให้เห็นว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาอาจจะน้อยหรือเจาะจงกลุ่มตัวอย่างเป็นพิเศษ โดยศึกษาในสถานพยาบาลเพียงแห่งเดียว หรือเฉพาะกลุ่มที่มีอาการรุนแรงหรือ Weil's Disease หรือแม้แต่เลือกศึกษาในบางช่วงเวลาเท่านั้นคือ หลังการเกิดอุทกภัย จึงยังคงเป็นข้อจำกัดสำหรับการศึกษาที่ผ่านมา

จากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสที่มีความหลากหลาย ตั้งแต่ไม่ปรากกฎอาการจนกระทั่งปรากฎอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต โรคเลปโตสไปโรสิสมีอาการคล้ายคลึงกับโรคติดเชื้อประเภทอื่นหรือกลุ่มอาการไข้ไม่ทราบสาเหตุ (Petchkanchanaphong, 2019) นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสอาจมีภาวะแทรกซ้อนได้หลากหลายรูปแบบ (Bureau of General Communicable Diseases, Thailand, 2015) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอาการและอาการแสดงทางคลินิกที่สำคัญ คือ ไข้ (Fever) (ร้อยละ 100.00) รวมถึงอาการดีซ่าน (Jaundice) และเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (Meningism) (ร้อยละ 64.50 และ 25.80) ตามลำดับ (Tangkanakul, Tharmaphornpil, Plikaytis, Bragg, Poonsuksombat, Choomkasien et al., 2000) ซึ่งกลุ่มปัจจัยด้านอาการ และอาการแสดงทางคลินิกมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามปัจจัยอาการและอาการแสดงนี้จะไม่ค่อยพบความสัมพันธ์จากการทบทวนวรรณกรรมมากนักเนื่องจากเป็น 2 อาการพื้นฐานของโรคอื่น ๆ หลายโรค เช่น สครับไทฟัส เมลิออยโดสิส ไข้เลือดออก เป็นต้น จึงไม่ค่อยพบหลักฐานที่เชื่อมโยงมายังสาเหตุการเสียชีวิต

ในส่วนภาวะแทรกซ้อนที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส มักเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวกับการทำงานของไต คือ การมีภาวะปัสสาวะออกน้อย ซึ่งเชื้อเลปโตสไปราทำให้เกิดพยาธิสภาพที่ไตมากกว่าในอวัยวะอื่น (Bureau of General Communicable Diseases, Thailand, 2015) และการมีระดับความดันโลหิตต่ำสามารถพบในผู้ป่วยโรเลปโตสไปโรสิสได้ถึงร้อยละ 60.00 และส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนทางไตและปอดภายหลังภาวะความดันโลหิตต่ำ (Siriwanij, 2005) นอกจากนี้ อาการทางระบบทางเดินหายใจโดยเฉพาะอาการไอเป็นเลือดพบได้มากถึงร้อยละ 20.00-70.00 (Dolhnikoff, Mauad, Bethlem, & Carvalho, 2007) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเลปโตสไปรามีอาการรุนแรง ต้องได้รับการรักษาภายใต้การดูแลของแพทย์ และอาการของโรคคล้ายกับการติดเชื้อชนิดอื่น เช่น การติดเชื้อไวรัสเดงกี่ในโรคไข้เลือดออก การติดเชื้อแบคทีเรียในโรคเมลิออยโดสิสหรือโรคสครับไทฟัส เป็นต้น ดังนั้น การวินิจฉัยโรคได้อย่างรวดเร็วจึงเป็นวิธีการลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรเฝ้าระวังปัจจัยด้านอาการและอาการแสดงทางคลินิก และปัจจัยภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสอย่างใกล้ชิด และควรวางแผนการรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติโรคเลปโตสไปโรสิส เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอาการและอาการแสดงทางคลินิก และปัจจัยภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกในกลุ่มผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสดังกล่าว ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย ปัจจัยความช้าเร็วของการรักษาทางการแพทย์ เพื่อเป็นการยืนยันความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิส ต่อไป

References

Amilasan, A. T., Ujiie, M., Suzuki, M., Salva, E., Belo, M. C.P., Koizumi et al. (2012). Outbreak of Leptospirosisafter Flood, the Philippines, 2009. *Emerging Infectious Diseases*, 18, 1.

Bureau of General Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2015). *Handbook for Leptospirosis Disease; Agricultural Cooperative Assembly of Thailand*. ISBN: 978-616-11-2536-3. (in thai)

Daher, E., Zanetta, D., Avalcante, M., & Abdulkader, R. (1999). Risk Factors For Death And Changing Patterns in Leptospirosis Acute renal Failure. The American Society of Tropical Medicine and Hygiene. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, *61*(4), 630–634.

Daher, E. F., Silva Junior, G. B., Silveira, C. O., Falcao, F.S., Alves, M. P., Mota, J. A., et al., (2014). Factors Associated with Thrombocytopenia in Severe Leptospirosis (Weil's disease). *Clinics*, *69*(2), 106-110.

Department of Disease Control, Bureau of Epidemiology. (2015). *Surveillance Database*. Retrieved June 30, 2019 from https://apps.boe.moph.go.th/ (in Thai).

Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2017). Document for Leptospirosis Symposium 2017. (pp. 14). *Nakhon Si Thammarat. Graphics and design font*. (in thai)

Dolhnikoff, M., Mauad, T., Bethlem, E., & Carvalho, C. (2007). Pathology and Pathophysiology of Pulmonary Manifestations in Leptospirosis. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, *11*, 142-8.

Dupont, H., Perdrizet, D., Zehner, J., Jarrige, B., & Daijardin, J. (1997). Leptospirosis: Prognostic Factors Associated with Mortality. French. *Clinical Infectious Diseases, 25,* 720–4.

Esen, S., Sunbul, M., Leblebicioglu, H., Eroglu, C., & Turan, D. (2004). Impact of Clinical and Laboratory Findingson Prognosis in Leptospirosis. *Swiss Medical Weekly*, *134*, 347-352.

Galdino, G., Silva G., Rocha, H., Mendes, M., Guimaraes, M., Miranda, T., et al. (2016). Predictors of Acute Kidney Injury and Mortality in Severe Leptospirosis (Weil Disease). *Nephrology Dialysis Transplantation*, *31*, 151.

Goyal, O., Kaur, D., Goyal, P., & Chhina, R. (2016). Hepatic Dysfunction and Predictors of Mortality in Leptospirosis: A Re-Emerging Tropical Disease in Northern India. *Tropical Gastroenterology*, *37*(4), 248-257.

Hartskeerl, R. A., Collares-Pereira, M., & Ellis, W. A. (2011) Emergence, Control and Re-Emerging Leptospirosis: Dynamics of Infection in the Changing Word. *Clinical Microbiology and Infection*, *17*(4), 494-501.

Hinjoy, S. (2014) Epidemiology of Leptospirosis from Thai National Disease Surveillance System, 2003-2012. *Outbreak, Surveillance, Investigation & Response*, *7*(2), 1-5.

Janwitthayan, W. (2015). *Leptospira Collagenase Gene Cloning and Protein Production for Enzymatic Activity and Immunoreactivity Study*. *Chilalongkorn University Intellectual Repository.* Retrieved June 30, 2019 from http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/50245. (in thai)

Krairotchananan, P., (2017). "*Leptospirosis (LEPTOSPIROSIS).* In Khunchoo N., Sanhea P." Document for Leptospirosis Symposium 2017. (pp. 20). Bankkok: *Aksorn Graphic and Design Company*. (in thai)

Lopes, A., Costa, E., Costa, Y., Sacramento, E., Oliveira, A., Lopes, M. et al. (2004). Comparative Study of the in-Hospital Case-Fatality Rate of Leptospirosis Between Pediatric and Adult Patients of Different Age Groups. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, *46*(1), 19-24

Marotto, P., Ko, A., Nascimento, C., Seguro, A., Prado, R., Barbosa, et al., (2010). Early Identification of Leptospirosis-Associated Pulmonary Hemorrhage Syndrome by Use of a Validated Prediction Model. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, *60*(3), 218-223

Marotto, P., Nascimento, C., Neto, J., Marotto, M., Andrade, L., Sztajnbok, J., et al. (1999). Acute Lung Injury in Leptospirosis: Clinical and Laboratory Features, Outcome, and Factors Associated with Mortality. Brazil. The Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*, *29*, 1561-3

Panaphut, T., Domrongkitchaiporn, S., & Thinkamrop, B. (2002). Prognostic Factors of Death in Leptospirosis: a Prospectivecohort Study in Khon Kaen, Thailand. *International Journal of Infectious Diseases*, *6*, 52-59.

Pappachan, M., Mathew, S., Aravindan, K., Khader, A., Bharghavan, P., Kareem, M., et al. (2004). Risk Factors for Mortality in Patients with Leptospirosis During an Epidemic in Northern Kerala. *The National Medical Journal of India*, *17*, 240–243

Petchkanchanaphong, W. (2019). *General Knowledge about Infectious Diseases and Carriers Leptospirosis (Leptospirosis)*. Infectious and Carrier Disease Information Center. Retrieved July 5, 2019 from http://webdb.dmsc.moph.go.th/ifc_nih/a_nih_1_001c.asp?info_id=214 (in Thai)

Pottha, U., & Amphon, K. (1970). Leptospirosis in Thailand. *Journal of Medical Technology Chiang Mai*, *3*, 1 (in Thai)

Saokaew, S., & Sumsiwan, N. (2014). Critical Reading of Health Research. *Naresuan Phayao Journal*, *7*(3), 286-297. (in Thai)

Saraya, S. (2015). *Disease During the Flood (Part 3) Leptospirosis*. Retrieved September 3, 2019 from www.pharmacy.mahidol.ac.th. (in thai)

Siriwanij, T., Suttinont, C., Tantawichien, T., Chusil, S., Kanjanabuch, T., & Sitprija, V. (2005). Haemodynamics in Leptospirosis: Effects of Plasmapheresis and Continuous Venovnoushaemofiltration. *Nephrology (Carlton), 10*, 1-6

Spichler, A. S., Vilaca, P. J., Athanazio, D. A., Albuquerque, J. O., Buzzar, M., Castro, B., et al., (2008). Predictors of Lethality in Severe Leptospirosis in Urban Brazil. *The American Society of Tropical Medicine and Hygiene*, *79*, 911-914

Surasak, S., & Nathapol, S. (2014). Critical Appraisal for Health Research Articles. *Naresuan Phayao Journal*, *7*(1), 286-297. (in Thai)

Tangkanakul, W., Tharmaphornpil, P., Plikaytis, B., Bragg, S., Boonsuksombat, D., Choomkasien, P. (2000). Risk with Leptospirosis in Northeastern Thailand. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, *63*(3, 4), 204-208.

Terpstra, W. J. (2003). *Human Leptospirosis: Guildance for Diagnosis, Surveillance and Control*. World Health Organization. Retrieved June 30, 2019 from http://whqlibdoc.who.int

The Joanna Briggs Institute. (2017). *Critical Appraisal Tools*. Retrieved July 5, 2019 from http://joannabriggs.org /research/critical-appraisal-tools.html.

Thipmontree, W., Suputtamonkul, Y., Tantibhedhyangkul, W., Suttinont, C., Wongswat, E., & Silpasakorn, S. (2014). Human Leptospirosis Trends: Northeast Thailand, 2001-20012. *International Journal of Environtmental and Public Health*, *11*, 8542-8551.

Wang, H., Lee, M., Chen, Y., Hsueh, P., & Chang, S. (2018). Factors Associated with Severity and Mortality in Patients with Confirmed Leptospirosisat a Regional Hospital in Northern Taiwan, *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, 1-8.

Wilairat, P. (2008). *Leptospirosis.Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University.* Retrieved July 5, 2019 from https: //www.tm.mahidol.ac.th/clinic/? Q = th% 2FLepto. (in Thai)

World Health Organization (WHO). (2009). *Estimating the Global Burden of Human Leptospirosis.* Retrieved June 30, 2019 from https://www.who.int/zoonoses/ diseases/Lerg_brochure.pdf.

Zetun, C., Hoffmann, J., Silva, R., Souza, L., & Langoni, H. (2009). Leptospira spp. And Toxoplasma Gondii Antibodies in Vampire bats (Desmodus rotundus) in Botucatu Region, SP, Brazil. *International Journal of Medical Microbiology and Tropical Diseases*, *15*, 546-552.

การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริง เพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

Development of an Instructional Model based on Authentic Learning Approach to Enhance Ethical Sensitivity of Nursing Students

อรอนงค์ รองสวัสดิ์[1*], พนัสยา วรรณวิไล[1], ปฐมามาศ โชติบัณ[1], จีระภา นะแส[1], อริสา จิตต์วิบูลย์[1], และ อรทัย แก้วมหากาฬ[1]

Onanong Rongsawat[1*], Panatsaya Wannawilai[1], Pattamamas Chotibun[1], Jeerapar Nasae[1], Arisa Chitviboon[1] and Oratai Kaewmahakan[1]

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก[1*]

Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute[1*]

(Received: *April 28, 2020*; Revised: *September 13, 2021*; Accepted: *September 27, 2021*)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวต่อปัญหาเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 3 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาสถานการณ์การจัดการเรียนการสอนในการปฏิบัติทางการพยาบาลด้านความไวทางจริยธรรม อาจารย์นิเทศจำนวน 19 คน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรม ระยะที่ 3 ศึกษาผลการใช้รูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรมและประเมินความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 จำนวน 54 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยรูปแบบการเรียนการสอนที่นักวิจัยพัฒนาขึ้นและแบบสอบถามปัญหาสถานการณ์ แบบประเมินความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล แบบประเมินความคิดเห็นต่อรูปแบบ โดยแบบประเมินความไวทางจริยธรรม ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงทั้งฉบับ (S-CVI) เท่ากับ .85 ความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และการจัดกลุ่มคำ หาข้อสรุป ผลการวิจัยพบว่า

1. ปัญหาการจัดการเรียนการสอนในการปฏิบัติทางการพยาบาลด้านความไวทางจริยธรรม ได้แก่ 1) นักศึกษาพยาบาลนำทฤษฎีจริยธรรมสู่การปฏิบัติการพยาบาลได้ไม่ครอบคลุม 2) ขาดรูปแบบการเรียนการสอนในการสอดแทรกประเด็นจริยธรรมทางการพยาบาล และ 3) นักศึกษาพยาบาลมีรับรู้ปัญหาทางจริยธรรมแตกต่างกันและค่อนข้างช้า

2. รูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริง ได้แก่ 1) Ethics Conference (ประชุมปรึกษาทางจริยธรรม) 2) Ethics Round (ตรวจเยี่ยมทางด้านจริยธรรม) และ 3) Ethics Report (รายงานวิเคราะห์ประเด็นทางจริยธรรม)

3. ความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลเพิ่มขึ้นก่อนการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (t= 4.63, p=.001) ผลการประเมินความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริง พบว่ามีประโยชน์มากในด้านการลดความเสี่ยงและป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้น การลดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน การตระหนักรู้ถึงสิทธิของผู้ป่วยและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และการรับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ

การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวของนักศึกษาพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริงและมีประโยชน์ต่อนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอน, แนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริง ความไวทางเชิงจริยธรรม, นักศึกษาพยาบาล

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

Abstract

This developmental research aimed to develop an instructional model based on the authentic learning approach to enhance ethical sensitivity towards moral problems among nursing students. The study was conducted in three phases. Phase 1 consisted in a study of ethical sensitivity towards moral problems in clinical teaching. Phase 2 was the conception of an instructional model based on authentic learning approach to enhance ethical sensitivity. And phase 3 was an evaluation the model's effectiveness. Sample was 54 Second-Year nursing students. Research instruments were 1) an open-ended questionnaire for studying current situations, 2) an ethical sensitivity questionnaire for nursing students, and 3) an open-ended questionnaire for exploring viewpoints regarding authentic learning approach to enhance ethical sensitivity. Open ended questions were explicitly considered by a panel of three experts and ethical sensitivity questionnaire for nursing students had scale-level *content validity index* (S-CVI) *of .85.* Cronbach's alpha coefficient was used as a measure to assess the *reliability* of the study, yielding 0.94. Data were analyzed using *frequency, percentage, standard deviation,* paired t-test, and themes. The study findings showed as follows.

1. The nursing students incomprehensively applied ethical theories to their clinical practice. They focused on clinical knowledge and practice in nursing rather than interpolated with nursing ethics, and perceived differently and slowly in ethical perception.

2. The instructional model based on authentic learning approach to enhance ethical sensitivity by meeting with student nurse supervisors for supervisory plan comprised; 1) ethics conference 2) ethics round, and 3) ethics report.

3. After using the model, the ethical sensitivity level of the nursing students was significantly higher than before using the model (t= 4.63, p<.01). The students' opinion towards authentic learning approach including 1) risk reduction and problem prevention, 2) minimizing errors in practical work, 3) awareness about the patients right and respecting the human right, and 4) perceptions of professional nursing roles.

This model is operative for enhancing ethical sensitivity towards moral problems of nursing students.

Keywords: Development of Instructional Model, Authentic Learning Approach, Ethical Sensitivity, Nursing Students

บทนำ

ปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมีการนำอุปกรณ์เครื่องมือและเทคโนโลยีที่ทันสมัยนำมาใช้เพื่อยื้อชีวิตผู้ป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย ขณะเดียวกันความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติต่อการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นเช่นกัน บ่อยครั้งที่เกิดข้อขัดแย้งและข้อร้องเรียนระหว่างผู้ป่วยและญาติกับทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาเชิงจริยธรรม ตัวอย่างเช่น การให้ข้อมูลในการดูแลรักษาไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจเลือกในการรักษา ละเมิดสิทธิผู้ป่วย การเปิดเผยความลับของผู้ป่วย พฤติกรรมการบริการของทีมสหวิชาชีพไม่เหมาะสม รวมไปถึงความไม่เป็นธรรมในการจัดสรรอุปกรณ์ทางการแพทย์เป็นต้น (Indhraratana, 2014) ส่วนใหญ่พบว่าข้อยัดแข้งและข้อร้องเรียนมักเกิดกับพยาบาลวิชาชีพ สืบเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง มีโอกาสเกิดปัญหาต่างๆ

รวมทั้งปัญหาทางจริยธรรมทางการพยาบาลได้ตลอดเวลา ประกอบกับภาระงานของพยาบาลวิชาชีพค่อนข้างหนัก และพยาบาลหลายคนเล็งเห็นความสำคัญของการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์มากกว่าการให้พยาบาลแบบองค์รวม ส่งผลกระทบต่อความไว้วางใจ ความน่าเชื่อถือ รวมไปถึงคุณค่าทางจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพเบี่ยงเบนไปจากที่สังคมคาดหวัง (Pultim, Prutipinyo, Sirichotiratana & Kerdmongkol, 2016: Rahnama, Hamooleh & Kouhnavard, 2017) นอกจากนี้ พยาบาลหลายคนให้ความสนใจในปัญหาเชิงจริยธรรมไม่เท่าที่ควร เนื่องจากรูปแบบของสังคมไทยยังคงเป็นแบบ paternalistic หมายถึงแนวคิดของผู้ให้บริการอยู่ในฐานะที่เหนือกว่าผู้ป่วยทั้งในด้านความรู้และความเข้าใจ บางครั้งก็ตัดสินใจแทน การสั่งให้ทำโดยปราศจากการให้ข้อมูล รวมถึงไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเป็นผู้ติดสินใจทั้ง ๆ ที่เป็นสิทธิของผู้ป่วย นำมาสู่การโต้แย้งและการฟ้องร้อง (Sirilai, 2012)

จากการศึกษาพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าระดับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพโดยภาพรวมมีพฤติกรรมเชิงจริยธรรมระดับปานกลาง ขณะที่ผู้ป่วยและญาติมีความคาดหวังต่อพฤติกรรมด้านจริยธรรมของพยาบาลระดับสูง โดยคาดหวังว่าพยาบาลพร้อมที่เข้าใจรับฟัง เห็นอกเห็นใจผู้ป่วย รับรู้ความเสี่ยง รวมทั้งมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นขณะรักษาตัวที่โรงพยาบาล (Yuenyong, 2009) นอกจากนี้พบว่านักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข มีความรับผิดชอบ ความซื่อสัตย์ ความสามัคคี เสียสละ รวมไปถึงความเมตตากรุณาอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งนักศึกษาพยาบาลเหล่านี้จะเป็นพยาบาลวิชาชีพในอนาคต (Boonsin, Rachawat & Preungdej, 2015) ดังนั้นการพัฒนาความสามารถด้านจริยธรรมจึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญต่อการปลูกฝังจริยธรรมตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล

ความไวทางจริยธรรมเป็นสมรรถนะเบื้องต้นสาหรับการพัฒนาทักษะด้านจริยธรรมอื่น ๆ ซึ่งเป็นทักษะที่มีความไวต่อการรับรู้ความเสี่ยงและปัญหาทางจริยธรรม นำมาสู่การแก้ไขปัญหาทางจริยธรรมที่เหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อถือและความไว้วางใจในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การปฏิบัติงานของพยาบาลมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น(Rongsawat, Trapsinsaree & Leecharoen, 2020; Jormsri & Sripusanapan, 2005) การศึกษาพยาบาลศาสตร์จำเป็นต้องเล็งเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาทักษะความไวทางจริยธรรมและควรปลูกฝังให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะความไวทางจริยธรรมเพิ่มขึ้น ส่งเสริมให้นำความรู้ทางจริยธรรมไปใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามบทบาทหน้าที่เพื่อประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย ตนเองและวิชาชีพ (Keadthong & Sueamak, 2017) ตรงกับการศึกษา Thepnimit, Untaja & Kanglee (2018) กล่าวว่ากระบวนการเรียนการสอนด้านจริยธรรมทางการพยาบาลมีบทบาทสำคัญต่อนักศึกษาพยาบาลทั้งด้านความรู้ ทักษะด้านจริยธรรม รวมไปถึงทัศนคติที่ดี ต้องส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลเผชิญปัญหาทางจริยธรรมในสถานการณ์จริงมีการแก้ปัญหาเชิงจริยธรรมในสถานการณ์ที่กดดัน ส่งเสริมให้นักศึกษามีการแสดงออกที่เหมาะสม รักษามาตรฐานทางวิชาชีพ สอดคล้องกับการพัฒนานักศึกษาพยาบาลศาสตร์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ได้กำหนดให้คุณธรรมและจริยธรรมเป็นหนึ่งในมาตรฐานผลลัพธ์การเรียนรู้ โดยมีแนวทางการจัดการเรียนการสอนที่สามารถช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีการพัฒนาด้านคุณธรรมและจริยธรรมได้ ตัวอย่างเช่น การประชุมปรึกษาด้านจริยธรรม วิเคราะห์และสะท้อนคิดด้านจริยธรรม เป็นต้น ซึ่งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ได้จัดรูปแบบการเรียนการสอนทางจริยธรรมเพื่อพัฒนาคุณธรรมและจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล พบว่ารูปแบบการเรียนการสอนที่ได้ผลมากที่สุด ประชุมหลังการปฏิบัติการพยาบาล (ร้อยละ 87.77) การเขียนสะท้อนคิด (ร้อยละ 82.01) การสัมมนากรณีศึกษา (ร้อยละ 60.43) และการประชุมก่อนเริ่มปฏิบัติการพยาบาล (ร้อยละ 51.80) (Prompahakul & Nilmanat, 2017)

จากข้อมูลดังกล่าวส่งผลทำให้ผู้วิจัยต้องการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ร่วมกับการฝึกปฏิบัติงานในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาสถานการณ์การจัดการเรียนในการปฏิบัติทางการพยาบาลด้านความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล

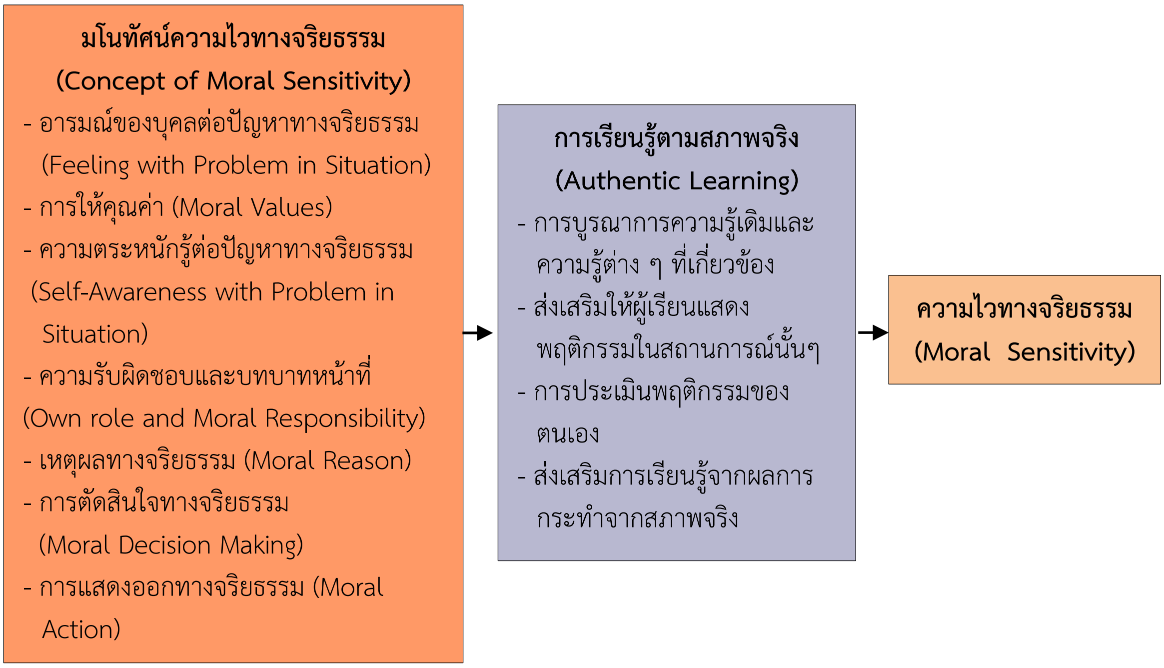
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล ดังนี้

3.1 เปรียบเทียบความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล

3.2 ประเมินความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดกรอบแนวคิดที่ศึกษา จากมโนทัศน์ความไวทางจริยธรรม (Concept of Moral Sensitivity) โดยอธิบายว่าความไวทางจริยธรรม หมายถึงความไวในการรับรู้ถึงปัญหาเชิงจริยธรรมหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดปัญหาทางจริยธรรมในอนาคต หากบุคคลนั้นมีทักษะความไวทางจริยธรรมจะมีความสามารถในการรับรู้ความเสี่ยงและปัญหาเชิงจริยธรรมนำมาสู่การแก้ไขปัญหาเชิงจริยธรรมได้อย่างรวดเร็วและทันท่วงทีองค์ประกอบทักษะความไวทางจริยธรรมประกอบด้วย อารมณ์ของบุคคลต่อปัญหาทางจริยธรรม (Feeling with Problem in Situation) การให้คุณค่า (Moral Values) ความตระหนักรู้ต่อปัญหาทางจริยธรรม (Self-Awareness with Problem in Situation) ความรับผิดชอบและบทบาทหน้าที่ (Own role and Moral Responsibility) นำมาสู่การใช้เหตุผลทางจริยธรรม (Moral Reason) การตัดสินใจทางจริยธรรม (Moral Decision Making) และการแสดงออกทางจริยธรรม (Moral Action) (Lutzen, Dahlqvist, Eriksson & Norberg, 2006) ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้ตามสภาพจริง (Authentic Learning) ที่ระบุว่าการเรียนรู้ในสภาพจริงช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในการเผชิญต่อสถานการณ์จริง เป็นการกระตุ้นกระบวนการคิดของผู้เรียน โดยมีการบูรณาการความรู้เดิมและความรู้ต่าง ๆที่เกี่ยวข้องนำมาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์หรือการแก้ปัญหาในสถานการณ์จริงอย่างเป็นระบบ ส่งเสริมให้ผู้เรียนแสดงพฤติกรรมในสถานการณ์นั้นๆ ได้อย่างสร้างสรรค์และมีการประเมินพฤติกรรมของตนเอง ส่งเสริมการเรียนรู้จากผลการกระทำจากสภาพจริง (Dupuis & Ludwig-Palit, 2016)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประกอบด้วย 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาสถานการณ์การจัดการเรียนการสอนในการปฏิบัติทางการพยาบาลด้านความไวทางจริยธรรม ขั้นตอนนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีการดำเนินการดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วยอาจารย์นิเทศจำนวน 19 คน โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติอาจารย์ร่วมนิเทศในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแนวทางคำถามในการศึกษาปัญหาสถานการณ์โดยการสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร มีแนวคำถามจำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย ข้อ 1 นักศึกษาพยาบาลนำหลักการและทฤษฎีจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นอย่างไร ข้อ 2 การเรียนการสอนในสถานการณ์จริงในการปฏิบัติการพยาบาลมีการสอดแทรกประเด็นจริยธรรมทางการพยาบาลเป็นอย่างไร ข้อ 3 นักศึกษาพยาบาลมีความไวในการรับรู้ปัญหาทางจริยธรรมเป็นอย่างไร

2. สมุดจดบันทึก สำหรับจดข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามที่สร้างขึ้นไปตรวจคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ได้แก่ อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการใช้สถิติการวิจัย 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนการสอน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านจริยธรรมทางการพยาบาล 1 ท่าน สังกัดวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ก่อนนำไปใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน 1 ครั้ง โดยจัดสนทนาเป็นอาจารย์นิเทศวิชาในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล จำนวน 19 คน ไม่รวมผู้วิจัย ใช้เวลาในการสนทนา 2 ชั่วโมง เมื่อผู้วิจัยสนทนาเสร็จสรุปใจความสำคัญเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) การวัดความถี่ของคำ หรือข้อความที่มีอยู่ ตามขั้นตอนดังนี้ การจัดแฟ้ม การลงรหัส (Coding) การจัดประเภทของข้อมูล (Themes) การสร้างหมวดหมู่ การหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่และความสอดคล้อง และหาข้อสรุป รวมถึงตรวจสอบความถูกต้อง (Crabtree & Miller, 1992)

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธี Triangulation โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การตรวจสอบด้านข้อมูลแบบสามเส้า (Data Triangulation) เพื่อดูเนื้อหาสาระที่สมบูรณ์และครอบคลุมประเด็นวิเคราะห์ที่กำหนด 2) การตรวจสอบข้อมูลด้านด้านผู้วิจัยหรือผู้เก็บข้อมูลแบบสามเส้า (Investigator Triangulation) ข้อมูลที่ได้มาเหมือนกันหรือต่างกันถึงความถูกต้องของข้อมูล 3) การตรวจสอบด้านวิธีรวบรวมข้อมูลแบบสามเส้า (Methodological Triangulation) โดยเริ่มจากการสนทนากลุ่ม การแปลความและการตรวจสอบความเชื่อถือของข้อมูลโดยวิธี (Member Check) โดยนำข้อมูลที่ได้กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลอ่าน เพื่อให้ตรวจสอบความถูกต้องตรงกับข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล (Wannapornsiri, 2009)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรม

ผู้วิจัยนัดประชุมอาจารย์นิเทศจำนวน 19 ท่าน มาชี้แจงผลการวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ในระยะแรกและร่วมกันยกร่างรูปแบบการจัดการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรม ดำเนินการจัดประชุมชี้แจง รูปแบบการนิเทศความไวทางจริยธรรมต่ออาจารย์ผู้นิเทศประกอบด้วย 1) Ethics Conference ทุกเช้าของทุกวันในการฝึกปฏิบัติงาน 2) Ethics Round ช่วงบ่ายของทุกวันในการฝึกปฏิบัติงาน และ 3) Ethics Report เป็นการวิเคราะห์ปัญหาจริยธรรมของผู้ป่วยในแต่ละราย และได้นำผลการยกร่างรูปแบบการจัดการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรมให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการเรียนการสอน จำนวน 2 ท่านร่วมพิจารณา ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะให้ Ethics Conference ร่วมกัน การทำ Nursing Conference และ Ethics Round ร่วมกัน Nursing Round ในส่วนเนื้อหา Ethics Report ให้ทำเป็นส่วนหนึ่งของ Nursing Care Plan และนำรูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวต่อปัญหาเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล ระยะเวลา 6 สัปดาห์ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 54 คน

ระยะที่ 3 ศึกษาผลการใช้รูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรม ขั้นตอนนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดกลุ่มเดียว โดยวัดก่อนและหลัง (One Groups Pre-test Post- test Design) มีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ภาคปีการศึกษา 2562 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา จำนวน 78 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ภาคปีการศึกษา 2562 จำนวน 78 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ โปรแกรม G* Powerใช้ Test Family เลือก t-test, Statistical test เลือก Mean: Difference Between Two Dependent Means (Match Paired) เลือก One tail กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.05 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 45 คน เนื่องจากรูปแบบการเรียนการสอนเป็นประโยชน์ต่อกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 54 คน วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างใช้แบบสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีหยิบฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling Without Replacement)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรม ประกอบด้วย Ethics conference ทุกเช้าของทุกวันในการฝึกปฏิบัติงาน Ethics Round ช่วงบ่ายของทุกวันในการฝึกปฏิบัติงาน และการเขียน Ethics Report ใน Nursing Care Plan

2. แบบประเมินความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 43 ข้อโดยดัดแปลงมาจากการวิจัย การพัฒนาและประเมินคุณภาพของแบบประเมินความไวทางจริยธรรมของพยาบาลจิตเวช (Boonyamanee, 2014) แบ่งเป็น แบบประเมินค่า 5 ระดับ จาก แบบประเมินค่า 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับตัวท่านมากที่สุด ถึง แบบประเมินค่า 1 หมายถึงข้อความนั้นตรงกับตัวท่านน้อยที่สุด

3. แบบประเมินความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรมเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ ดังนี้ ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการเรียนการสอนการเรียนรู้ตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรมระหว่างที่ท่านฝึกปฏิบัติงาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบประเมินความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยตรวจสอบดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) โดยนำแบบสอบถามที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการใช้สถิติการวิจัย 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนการสอน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านจริยธรรมทางการพยาบาล 1 ท่าน สังกัดวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรง ทั้งฉบับ (S-CVI) เท่ากับ .85 ความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .94

2. แบบประเมินความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรมเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ โดยนำแบบสอบถามที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนในประเด็นคำถามก่อนนำไปใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยอธิบายลักษณะงานวิจัย ลักษณะรูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรม และการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดการทำวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบและเปิดโอกาสให้ซักถาม พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลก่อนเข้ารับรูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล (Pre-test)

ขั้นทดลอง

1. ดำเนินการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรมในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล ประกอบด้วย

1.1 Ethics Conference (ประชุมปรึกษาทางจริยธรรม) ร่วมกันการทำ Nursing Conference ช่วงเช้าของทุกวันในขึ้นฝึกปฏิบัติ

1.2 Ethics Round (ตรวจเยี่ยมทางด้านจริยธรรม) ร่วมกัน Nursing Round ช่วงบ่ายของทุกวันในขึ้นฝึกปฏิบัติ

1.3 Ethics Report (รายงานวิเคราะห์ประเด็นทางจริยธรรม) ให้ทำเป็นส่วนหนึ่งของ Nursing Care Plan (1 ครั้งต่อ 3 สัปดาห์) ระยะเวลาในการทดลอง 6 สัปดาห์

ขั้นหลังการทดลอง

1. หลังจากดำเนินการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรมในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคการพยาบาล เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำ

แบบประเมินความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลหลังเข้ารับการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรม (Post-test)

2. กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรมเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรม ด้วยสถิติ Pair Sample t-test ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) เพื่อทดสอบว่าการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) ของข้อมูล โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่า ข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบ ๆ เส้นตรง

2. การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์และแบบประเมินความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรม เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ได้หมายเลขรับรอง BCNSK 14/2563 ลงวันที่ 16 ธันวาคม 2562

ผลการศึกษา

1. ปัญหาสถานการณ์การจัดการเรียนในการปฏิบัติทางการพยาบาลด้านความไวทางจริยธรรมต่อปัญหาเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ปัญหาสถานการณ์ ประกอบด้วย 3 ข้อได้แก่ 1) ไม่สามารถนำหลักการและทฤษฎีจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลได้ 2) ไม่มีรูปแบบการจัดการเรียนการสอนประเด็นจริยธรรม 3) ความไวทางจริยธรรมในการรับรู้ปัญหาเชิงจริยธรรมของนักศึกษามีความแตกต่างกันโดยสามารถสรุปเป็นประเด็นได้ดังนี้

ประเด็นที่ 1: ไม่สามารถนำหลักการและทฤษฎีจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลได้

"นักศึกษาพยาบาลไม่สามารถนำความรู้ในทฤษฎีจริยธรรมมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้ สังเกตว่าเมื่อนักศึกษาพยาบาลประสบกับปัญหาทางจริยธรรมหรือข้อขัดแย้งทางจริยธรรมในการฝึกปฏิบัติงาน นักศึกษาจะเลือกที่จะนิ่งเงียบเพราะไม่รู้จะทำอย่างไร ทั้งๆที่มีรู้ทฤษฎีจริยธรรมแต่ไม่สามารถประยุกต์สู่การปฏิบัติได้"

ประเด็นที่ 2: ไม่มีรูปแบบการจัดการเรียนการสอนประเด็นจริยธรรม

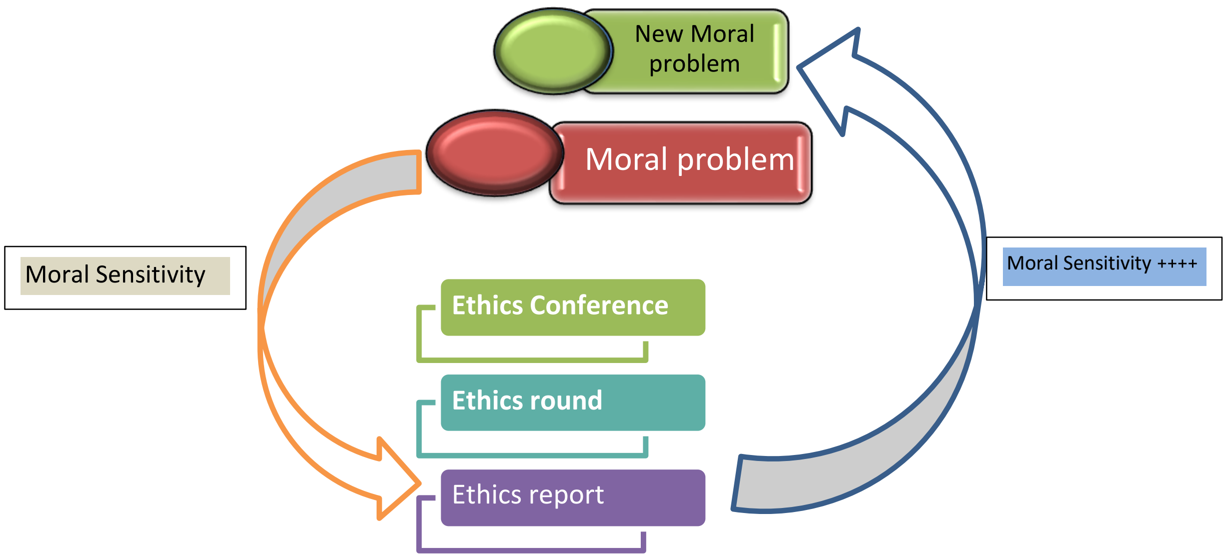
"การเรียนการสอนในฝึกปฏิบัติการพยาบาลมีการสอดแทรกประเด็นจริยธรรมแต่ยังไม่ครอบคลุมยังน้อยและไม่ชัดเจน เนื่องจากการจัดการเรียนการสอนขาดรูปแบบการสอนด้านจริยธรรมที่เป็นรูปธรรม"

ประเด็นที่ 3: ความไวทางจริยธรรมในการรับรู้ปัญหาเชิงจริยธรรมของนักศึกษามีความแตกต่างกัน

"นักศึกษาพยาบาลมีไวในการรับรู้ปัญหาทางจริยธรรมในฝึกปฏิบัติงานแตกต่างกัน พบว่าบางคนมีความไวในการรับรู้ปัญหาทางจริยธรรมค่อนข้างสูงแต่บางคนมีความไวในการรับรู้ปัญหาทางจริยธรรมค่อนข้างช้าหรือไม่รับรู้เลย"

2. รูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรมต่อปัญหาเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลประกอบด้วย 1) Ethics Conference เป็นการประชุมปรึกษาทางจริยธรรม ทำร่วมกับ Nursing Conference ทุกเช้าของทุกวันในการฝึกปฏิบัติงาน 2) Ethics Round ร่วมกัน Nursing Round ช่วงบ่ายของทุกวันในการฝึกปฏิบัติงาน เป็นกระบวนการกระตุ้นความรู้เดิมที่เรียนรู้จากทฤษฎีจริยธรรมทางการพยาบาลนำมาวิเคราะห์กับปัญหาเชิงจริยธรรมเป็นการส่งเสริมความรับผิดชอบด้านจริยธรรม

และช่วยพัฒนาทักษะความไวในการรับรู้ปัญหาเชิงจริยธรรม ร่วมนำเสนอปัญหาที่ตนเองวิเคราะห์ปัญหาเชิงจริยธรรม แนวทางการแก้ไขร่วมกับอาจารย์นิเทศ และสรุปความคิดรวบยอดประเด็นความไวทางจริยธรรมต่อปัญหาเชิงจริยธรรมก่อนลงมือปฏิบัติการพยาบาล 3) Ethics Report โดยเป็นส่วนหนึ่งของ กรณีศึกษา (Case Study) เป็นการวิเคราะห์ปัญหาเชิงจริยธรรมของผู้ป่วยในแต่ละราย รวมถึงความเสี่ยงปัญหาเชิงจริยธรรมโดยเชื่อมโยงความรู้ทฤษฎีจริยธรรมกับกรณีศึกษา เป็นการพัฒนาความคิดวิเคราะห์เชื่อมโยงระหว่างความไวทางจริยธรรมต่อปัญหาเชิงจริยธรรมบนพื้นฐานของจริยศาสตร์ทางการพยาบาล



ภาพ 2 รูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรม

3. ผลการใช้รูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรมต่อปัญหาเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=54)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	49	90.74
ชาย	5	9.26
อายุ		
20 ปี	19	35.19
21 ปี	32	59.26
22 ปี	3	5.56
ศาสนา		
พุทธ	44	81.48
มุสลิม	10	18.52

จากตาราง 1 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.74 เพศชาย ร้อยละ 9.26 อายุเฉลี่ยส่วนใหญ่ 21 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.26 รองลงมา 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.19 และ 22 ปี คิดเป็นร้อยละ 5.56 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 81.48 รองลงมา ศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 18.52 รายละเอียด ดังตาราง 1

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังใช้รูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวต่อปัญหาเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังใช้รูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรม

ความไวทางจริยธรรม	*M*	*SD*	*t*	*df*	*P* (1-tailed)
ก่อนใช้รูปแบบการเรียนการสอน	4.60	.32	4.63	53	< .001
หลังใช้รูปแบบการเรียนการสอน	4.84	.17			

ผลการวิเคราะห์ Paired Sample t – test ก่อนและหลัง ใช้รูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรม พบว่า ก่อนใช้รูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรม (*M*=4.60, *SD*=.32) ต่ำกว่าหลังใช้รูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรม (*M*=4.48, *SD*=.17) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=4.63, p<.001)

3. ผลการประเมินความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวต่อปัญหาเชิงจริยธรรม

ผลการวิเคราะห์พบว่ารูปแบบการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวต่อปัญหาเชิงจริยธรรม มีประโยชน์มากในด้าน 1) ลดความเสี่ยงและป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้น 2) ลดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน 3) ตระหนักรู้ถึงสิทธิของผู้ป่วยและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ 4) รับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ดังประเด็นที่ค้นพบดังนี้

ประเด็นที่ 1: ลดความเสี่ยงและป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

"มีประโยชน์อย่างมาก เพราะเป็นประสบการณ์ด้วยตนเองในสถานการณ์จริง แล้วนำมาประชุมปรึกษากัน ได้ทราบประเด็นใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นจริงบนวอร์ดและได้ทราบการแก้ปัญหาที่ไปในทางที่ดีที่สุด ลดความเสี่ยงและหลีกเลี่ยงปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต"

"จริยธรรมมีประโยชน์ต่อตัวเราและผู้ป่วยมาก ๆ เพราะทำให้เราตระหนักถึงความถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยความปลอดภัย ป้องกันความเสี่ยงทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ทำให้เราเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยมากขึ้นและรับรู้ในบทบาทหน้าที่ของตนเพิ่มขึ้นด้วย"

ประเด็นที่ 2: ลดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน

"เป็นเรื่องที่นักศึกษาได้เรียนรู้ที่จะรับมือ แก้ปัญหา และลดความผิดพลาดในการทำงาน ช่วยให้เข้าใจผู้ป่วยมากขึ้นในประเด็นจริยธรรมซึ่งเป็นเรื่องที่คาดไม่ถึงว่าจะเกิดขึ้นตอนไหน อย่างไร แต่การที่นักศึกษาได้เรียนรู้ถือว่าเป็นภูมิคุ้มกันในอนาคต"

"มีประโยชน์ เนื่องจากได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริง ที่เจอกับตัวเองและผู้ป่วย รับรู้ปัญหาต่าง ๆ และปัญหาทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นได้รวดเร็วลดการทำงานที่ผิดพลาดและการฟ้องร้อง สอนให้เรียนรู้การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า มีไหวพริบมากขึ้น เอาปัญหาทางจริยธรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมาร่วมวิเคราะห์เพื่อพัฒนาตนเองในครั้งต่อไป"

ประเด็นที่ 3: ตระหนักรู้ถึงสิทธิของผู้ป่วยและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

"เป็นสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์อย่างมาก ได้รับรู้คุณค่าในตัวของผู้ป่วย สิทธิของผู้ป่วยที่เราไม่ควรละเมิดรวมทั้งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ นอกจากนี้ได้รู้ถึงคุณค่าของตัวเองในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในทุกด้านรวมถึงการป้องกันอันตรายความเสี่ยงที่อาจเกิดต่อตัวผู้ป่วย ความไวในการรับรู้ปัญหาของผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและเกิดประโยชน์มากที่สุดกับผู้ป่วยจริง ๆ"

"เป็นเรื่องที่นักศึกษาที่ได้เรียนรู้จะรับมือ แก้ปัญหาต่างที่อาจเกิดกับผู้ป่วยในการปฏิบัติงานการเคารพสิทธิของผู้ป่วย เพิ่มความตระหนักในการปฏิบัติงานเพราะคนทุกคนมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ต้องเคารพซึ่งกันและกัน ส่งผลทำให้เราป้องกันตัวเองจากประเด็นผิดจริยธรรมและการร้องเรียนต่อไป"

ประเด็นที่ 4: รับรู้ถึงกฎหมายบทบาทหน้าที่ของพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ

"มีประโยชน์ เพราะการที่เราได้เห็นถึงการทำงานจริง ๆ ไม่ได้ราบรื่นไปหมดทุกอย่าง บางวันอาจไม่เข้าใจกันบ้างระหว่าง ญาติ คนไข้ และพยาบาล เราได้กลับมาคิดทบทวนถึงปัญหาว่าจะช่วยเสริมให้เรามองปัญหาได้ครบทุกด้านและคิดแก้ปัญหาที่ไม่ทำให้เกิดผลเสียต่อทุกฝ่ายตามบทบาทหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและปฏิบัติตัวภายใต้กฎหมาย"

"มีประโยชน์มาก เพราะนอกจากวิชาการและทักษะที่ต้องเข้าใจในการปฏิบัติการพยาบาลแล้วยังต้องมีจริยธรรมเข้ามาเกี่ยวข้อง เข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองตามมาตรฐานวิชาชีพ และกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเข้าใจในตัวผู้ป่วยมากขึ้นได้ทราบถึงสิ่งที่สามารถปฏิบัติได้ และสิ่งที่ไม่สมควรปฏิบัติได้"

อภิปรายผล

ผลการวิจัย ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาสถานการณ์ในการจัดการเรียนในการปฏิบัติทางการพยาบาลด้านความไวทางจริยธรรม พบว่าเมื่อนักศึกษาพยาบาลประสบกับปัญหาทางจริยธรรมหรือข้อขัดแย้งทางจริยธรรมในสถานการณ์จริงยังไม่สามารถนำหลักทฤษฎีจริยธรรมสู่การปฏิบัติ ตรงกับการศึกษาการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา พบว่านักศึกษาพยาบาลมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่ถูกต้องน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 94.21 โดยนักศึกษาพยาบาลมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรมตามประสบการณ์เดิมร้อยละ 75.21 ดังนั้นควรส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลได้มีโอกาสตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้ถูกต้องตามหลักการและทฤษฎีจริยศาสตร์ทางการพยาบาล (Boonmee & Yana, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลในภาคทฤษฎี ส่วนใหญ่ใช้รูปแบบการสอนในชั้นเรียนโดยวิธีการบรรยายการอภิปรายหรือการสาธิต ซึ่งผู้เรียนไม่ได้พบกับสถานการณ์จริงส่งผลให้ใช้กระบวนการคิดเพียงเล็กน้อย ส่วนใหญ่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนได้รับสาระการเรียนรู้ครบตามหลักสูตรกำหนดมากกว่าการคำนึงถึงการพัฒนาทักษะการคิดขั้นสูงของผู้เรียน มีผลต่อผู้เรียนไม่สามารถคิดเชื่อมโยงเชิงบูรณาการความรู้ในห้องเรียนไปสู่การประยุกต์ในการปฏิบัติงานจริง (Waisurasing & Noparoojjinda, 2011)

การเรียนการสอนในสถานการณ์จริงในการปฏิบัติการพยาบาลมีการสอดแทรกประเด็นจริยธรรมทางการพยาบาลแต่ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ตรงกับการศึกษาปัญหาทางจริยธรรมและความกล้าหาญทางจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลภายใต้ พบว่าการเรียนการสอนพยาบาลศาสตร์มีการสอดแทรกทักษะด้านจริยธรรมให้แก่นักศึกษาพยาบาลยังน้อยและไม่มีรูปแบบ ดังนั้นด้านการศึกษาพยาบาลควรปรับเปลี่ยนการเรียนการสอนให้มีสอดแทรกประเด็นจริยธรรมในรายวิชาเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้มีประสบการณ์จริงในการเรียนรู้ปัญหาทางจริยธรรม (Rongsawat, Chaowalit, Nasae & Wood, 2018) นอกจากนี้นักศึกษาพยาบาลแต่ละคนมีความไวการรับรู้ปัญหาทางจริยธรรมแตกต่างกัน นักศึกษาบางคนมีความไวในการรับรู้ปัญหาทางจริยธรรมค่อนข้างเร็วแต่บางคนการรับรู้ปัญหาทางจริยธรรมค่อนข้างช้า ตรงกับการรายงานว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมรวมไปถึงการรับรู้ปัญหาต่าง ๆ ทางจริยธรรม มีหลายปัจจัยได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ปัจจัยภายในตัวบุคคลได้แก่ อายุ การอบรมสั่งสอนจากครอบครัวด้านจริยธรรม ประสบการณ์ในอดีต รวมถึงระดับการศึกษา

ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ กฎระเบียบของกลุ่มคน สังคม ประเพณีวัฒนธรรม สำหรับพยาบาลวิชาชีพพบว่า ปัจจัยภายนอกได้แก่ หลักจริยธรรมทางการพยาบาลและจรรยาบรรณวิชาชีพ ด้วยเหตุนี้ความไวทางจริยธรรมแต่ละคนจึงมีความแตกต่างกัน (Punthasee & Bunyakul, 2017) อย่างไรก็ตามการพัฒนาความไวทางจริยธรรมสามารถเพิ่มขึ้นได้จากระบบการศึกษาและการเรียนรู้

ผลการวิจัย ระยะที่ 2 รูปแบบการเรียนการสอนที่พัฒนาขึ้นเป็นแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริง (Authentic Learning) ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย Ethics Conference, Ethics Round ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในบริบทที่เป็นจริง มีการลงมือกระทำ และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นกระตุ้นให้ผู้เรียนมีความกระตือรือร้นในการนำความรู้เดิมนำมาใช้ในการปฏิบัติ ส่วน Ethics Report โดยเป็นส่วนหนึ่งของ Case Study ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ปัญหาเชิงจริยธรรมของผู้ป่วยในแต่ละรายเป็นการเชื่อมโยงความรู้ทฤษฎีจริยธรรมสู่แนวทางการปฏิบัติ ตรงกับการศึกษาการเรียนรู้ตามสภาพจริง กล่าวว่าการเรียนรู้ตามสภาพจริงเป็นการประยุกต์ใช้องค์ความรู้และทฤษฎีสู่การปฏิบัติ โดยเน้นให้ผู้เรียนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นในมุมมองของตนตามความรู้ตามหลักทฤษฎี ช่วยให้ผู้สอนเข้าใจในความคิดเห็นของผู้เรียนในแต่ละรายได้ชัดเจนยิ่งขึ้น (Maneesakorm Von Bomann, Opasawatchai & Santwanpas, 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wicha (2020) รายงานว่าการเรียนรู้ตามสภาพจริงจะช่วยให้นักศึกษาสามารถตีความและสามารถระบุประเด็นปัญหาเชิงจริยธรรม นำไปสู่กระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้อย่างมีเหตุผลตามหลักการ เพิ่มความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของ จริยธรรมต่อการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาล

ผลการวิจัย ระยะที่ 3 ผลการศึกษาในครั้งนี้เป็นเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความไวทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังใช้รูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวต่อปัญหาเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล พบว่าหลังการใช้รูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริง สอดคล้องกับการรายงานการศึกษาและรูปแบบการเรียนรู้ทางการพยาบาลสามารถพัฒนานักศึกษาพยาบาลด้านความไวทางจริยธรรมได้เพิ่มขึ้น และสามารถต่อยอดความสามารถทางจริยธรรมด้านอื่นๆของนักศึกษาพยาบาลได้แก่ การใช้เหตุผลทางจริยธรรม (Moral Reason) การตัดสินใจทางจริยธรรม (Moral Reasoning) การแสดงออกทางจริยธรรม (Moral Action) (Spekkink & Jacobs, 2020) ตรงกับการศึกษาความไวทางจริยธรรมกล่าวว่า ความไวทางจริยธรรมเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลช่วยให้พยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานและรับรู้ปัญหาเชิงจริยธรรมได้รวดเร็ว ซึ่งแต่ละคนมีทักษะความไวทางจริยธรรมที่แตกต่างกัน ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลมีหน้าที่พัฒนาทักษะความไวทางจริยธรรมแก่นักศึกษาพยาบาลผ่านระบบการเรียนการสอน เพื่อเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลเป็นพยาบาลวิชาชีพที่สมบูรณ์ในอนาคต (Kraaijeveld, Schiderman & Leeuwen, 2020: Wicha, 2020) ดังนั้นรูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงมีผลในการเสริมสร้างความไวทางจริยธรรมแก่นักศึกษาพยาบาล สามารถพัฒนาทักษะความสามารถความไวทางจริยธรรมเพิ่มขึ้น เป็นพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาทักษะต่างๆด้านจริยธรรมอื่นต่อไปได้ในอนาคต

นอกจากนี้ ผลการประเมินความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวต่อปัญหาเชิงจริยธรรม พบว่ามีประโยชน์มากในด้าน 1) ลดความเสี่ยงและป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้น ตรงกับการศึกษา Akca, Simsek, Arslan, Senturk & Akca (2017) กล่าวว่าความไวทางจริยธรรมเป็นตัวรับรู้ปัญหารวมถึงความเสี่ยงต่าง ๆทางจริยธรรม ซึ่งนับวันปัญหาทางจริยธรรมเกิดขึ้นในระบบสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วพร้อมกับการพัฒนาทางเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข ความไวทางจริยธรรมเป็นตัวช่วยให้พยาบาลไวต่อการรับรู้ปัญหารวมถึงป้องกันอันตรายต่าง ๆ ร่วมถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วยนำมาสู่การการป้องกันปัญหาเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาให้ได้มาตรฐานยิ่งขึ้น 2) ลดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน ตรงกับการวิจัย Lee & kim (2020) กล่าวไว้ว่า ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ทีมสหวิชีพต้องให้ความสำคัญมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคโลกาภิวัตน์ ความไวทางจริยธรรมถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการลดความผิดพลาดในการ

ปฏิบัติงาน เนื่องจากเจ้าหน้าที่มีทักษะความสามารถความไวทางจริยธรรมจะรับรู้ความเสี่ยงและปัญหาทางจริยธรรมอย่างอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่สุ่มเสี่ยงหรือสถานการณ์ที่ยุ่งยาก นำมาสู่การแก้ปัญหาทางจริยธรรมได้ทันท่วงทีความผิดพลาดในการปฏิบัติงานลดลง และลดความเครียดในการปฏิบัติงาน

ดังนั้น ความไวทางจริยธรรมมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและลดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน 3) ตระหนักรู้ถึงสิทธิของผู้ป่วยและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สัมพันธ์กับการศึกษาความไวทางจริยธรรม รายงานว่านักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องมีระดับความไวทางจริยธรรมที่สูงเพราะต้องเผชิญกับสถานการณ์การทำงานที่ท้าทายทั้งในปัจจุบันและอนาคต การเพิ่มทักษะความไวทางจริยธรรม จะส่งผลให้พยาบาลตระหนักรู้ในบทบาทหน้าที่และสิทธิของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น คำนึงถึงกฎหมายวิชาชีพ เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และยอมรับความแตกต่างแต่ละบุคล (Yeom, Ahn & Kim, 2016) 4) รับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพที่มีทักษะความไวทางจริยธรรมต้องมีความรู้ทางด้านจริยธรรมเป็นพื้นฐานสามารถแยกแยะได้ว่าอะไรคือบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมการรักษาไว้ซึ่งมาตรฐานวิชาชีพ อะไรที่ควรหลีกเลี่ยงหรือผิดต่อจรรยาบรรณกฎหมายวิชาชีพ ดังนั้นความไวทางจริยธรรมมีผลต่อการรับรู้บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ (Zande, Baart & Vosman, 2014)

สรุปได้ว่าการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรมต่อปัญหาเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล โดยมีรูปแบบ Ethics Conference ทำร่วมกับ Nursing Conference และ Ethics Round ร่วมกัน Nursing Round ของทุกวันในการฝึกปฏิบัติงาน และ Ethics Report ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ Case study ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลพัฒนาทักษะและความสามารถความไวทางจริยธรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความคิดเห็นต่อการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรมต่อปัญหาเชิงจริยธรรมมีประโยชน์มากในด้านลดความเสี่ยงและป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้น ลดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน เพิ่มความตระหนักรู้ถึงสิทธิของผู้ป่วย เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และรับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ จากประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าการจัดการเรียนการสอนของพยาบาลศาสตร์ต้องขยายผลต่อยอดในการพัฒนาทักษะจริยธรรมด้านอื่นในรายวิชาการปฏิบัติทางการพยาบาลให้เพิ่มขึ้น เพื่อเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลด้านจริยธรรมให้ก้าวสู่พยาบาลวิชาชีพที่ได้มาตรฐานในอนาคตตรงความต้องการของสังคม

การนำผลการวิจัยไปใช้

การจัดการเรียนการสอนพยาบาลศาสตร์ในสถาบันต่าง ๆ ที่ผลิตพยาบาลวิชาชีพสามารถนำรูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงเพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรมสามารถนำไปจัดการเรียนการสอนร่วมกับรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลได้ ซึ่งเป็นการพัฒนาทักษะความสามารถความไวทางจริยธรรม แก่นักศึกษาพยาบาลและเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาต่อยอดทักษะทางจริยธรรมอื่น ๆ ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อนักศึกษาพยาบาล องค์กร วิชาชีพ และที่สำคัญที่สุดมีประโยชน์มากต่อผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนโดยการสะท้อนคิดด้านจริยธรรมเพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรม (Ethical Sensitivity)

2. ควรมีการวิจัยที่เปรียบเทียบระหว่างการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ตามสภาพจริงกับรูปแบบการเรียนการสอนอื่น ๆ เพื่อเสริมสร้างความไวทางจริยธรรม (Ethical Sensitivity)

References

Akca, N, K., Simsek, N., Arslan, D, E., Senturk, S & Akca, D. (2017). Moral Sensitivity among Senior Nursing Students in Turkey. *International Journal of Caring Sciences. 10*(2), 1031-1039.

Boonmee, P., & Yana, B. (2007). Ethical Decision Making among Nursing Students at Boromrajonani College of Nursing, Phayao. *Nursing Public Health and Education Journal*. 35-42.

Boonsin, S., Rachawat, P., & Preungdej, S. (2015). Ethical Attitude of Nursing Students in Nursing Colleges Under the Jurisdiction of the Praboromarajchanok Institute. *The Ministry of Public Health. Journal of Boromarajonani College of Nursing, 31*(1), 50-60.

Boonyamanee, B. (2014). *Development and Psychometric Evaluation of the Moral Sensitivity Scale for Thai Psychiatric Nurses*. (Doctor of Philosophy in Nursing, Prince of Songkla University).

Crabtree, B. F., & Miler. W. L. (1992). *Doing Qualitative Research*. London: SAGE Publications.

Dupuis, J., & Ludwig-Palit, D. (2016). Simulation for Authentic Learning in Informal Education. *J Mus Educ, 41*(2), 1-12. doi: 10.1080/10598650.2016.1169730

Indhraratana, A. (2014). Ethical Sensitivity: Concept and Application for Teaching in Nursing. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, *15*(2), 141-147.

Jormsri, P., & Sripusanapan, A. (2005). Psychometri Evaluation of Moral Competence Scale in Nursing Practice among Nursing Students. *Thai Journal of Nursing Council, 20*(3), 1-18.

Keadthong, W., & Sueamak, W. (2017). Development of Moral Thinking and Ethical Behavior of Nursing Students to Have Good Moral Character. *Journal of Public Health Nursing, 31*(2), 257-271.

Kraaijeveld, M. I., Schilderman, J., & Leeuwen, E. V. (2020). Moral Sensitivity Revisited. *Nursing Ethics*. 1-11. doi: 10.1177/0969733020930407

Lee, E., & Kim, Y. (2020). The Relationship of Moral Sensitivity and Patient Safety Attitudes with Nursing Students' Perceptions of Disclosure of Patient Safty Incidents: A Cross - Sectional Study. *PLoS ONE, 15*(1). 1-14.

Lutzen, k., Dahlqvist, V., Eriksson, S., & Norberg, A. (2006). Developing The Concept Of Moral Sensitivity In Health Care Practice. *Nursing Ethics, 13*(2), 187-196.

Maneesakorm Von Bomann, S., Opasawatchai, S., & Santwanpas, N. (2016). Effects of Authentic Learning Style on Data Analysis Skills and Satisfaction of 3rd Year Nursing Students. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 25*(3), 93-107.

Prompahakul, C., & Nilmanat, K. (2017). Moral Competence in Nursing Practice amongst Nursing Students at Prince of Songkla University. *Thai Journal of Nursing Concil, 32*(4), 67-78.

Pultim, D., Prutipinyo, C., Sirichotiratana, N., & Kerdmongkol, P. (2016). Ethical Behavior of The Nursing Profession: A Tertiary Hospital. *Public Health & Laws Journal*, *2*(1), 1-13.

Punthasee, P., & Bunyakul, J. (2017). Factors Affecting Ethical and Legal Behaviors in the Clinical Nursing, Huachiew Chalermprakiet University. *Thai Red Cross Nursing Journal, 10*(1), 81-94.

Rahnama, F., Hamooleh, M, M., & Kouhnavard, M. (2017). Correlation Between Moral Sensitivity and Self-Esteem in Nursing Personnel. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine, 10*(6), 1-8

Rongsawat, O., Chaowalit, A., Nasae, T., & Wood, M. (2018). Moral Problems and Moral Courage in Nursing Practice of Nursing Students in Nursing Colleges, Southern Thailand: Critical Incident Technique. *Songklanagarind Journal of Nursing, 38*(2), 116-126.

Rongsawat, O., Trapsinsaree, D., & Leecharoen, P. (2020). Moral Courage in Nursing. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 7*(3), 39-46.

Sirilai, S. (2012). Ethical Paradigm Shift of Nureses Globalized Era. *EAU Heritage Journal, 6*(2), 1-9.

Spekkink, A., & Jacobs, G. (2020). *The Development of Moral Sensitivity of Nursing Students: A Scoping Review.* Nursing Ethics, 1-18. doi: 10.1177/0969733020972450

Thepnimit, S., Untaja, P., & Kanglee, K. (2018). Moral Development in Nursing Profession. *Journal of The Royal Thai Army Nurese, 19*(2), 136-142.

Waisurasing, L., & Noparoojjinda, S. (2011). The Development of Instructional Model Using Authentic Learning Approach to Enhance Achievement and Critical Thinking Ability of Nursing Students, Boromarajajonani College of Nursing, Suphanburi. *Journal of Nursing and Education, 4*(3), 63-77.

Wannapornsiri, C. (2009). Qualitive Research and Nursing. *Jounal of Nursing Science Naresuan University, 3*(1), 1-7.

Wicha, S. (2020). Nursing Students' Perception of Ethical Dilemmas in the Ward. *Journal of Health Sciences Scholarship, 7*(2), 131-145.

Yeom, H., Ahn, S., & Kim, S. (2016). Effects of Ethics Education on Moral Sensitivity of Nursing Students. *Nursing Ethics, 24*(6), 644-652. doi: 10.1177/0969733015622060

Yuenyong, N. (2009). Ethical Behavior of Professional Nurses. *Pathumthani University Academic Journal, 1*(1), 110-123.

Zande, M. V. D., Baart, A., & Vosman, F. (2014). Ethical Sensitivity in Practice: Finding Tacit Moral Knowing. *Journal of Advanced Nursing, 70*(1), 68-67. doi: 10.1111/jan.12154

SCNJ The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

การศึกษาภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้าน ในตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร

A Study on Wisdom of Folk Healers in Kampaengphet Province

สายจิต สุขหนู[1*]

Saychit Suknoo[1*]

กลุ่มสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร[1*]

Division of Applied Thai Traditional Medicine, Faculty of Public Health, Naresuan University[1*]

(Received: *April 16, 2021*; Revised: *September 14, 2021*; Accepted: *September 27, 2021*)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่ออธิบายความรู้และวิเคราะห์องค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านของหมอพื้นบ้านในชุมชนคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและหาค่าดรรชนีความตรงของแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับ ได้ค่าเฉลี่ย = 0.90 และนำไปใช้สัมภาษณ์หมอพื้นบ้านแบบเจาะลึก จำนวน 15 คน ช่วงระยะเวลาเดือนกันยายน - ธันวาคม พ.ศ. 2561 ผลการวิจัยพบว่า

หมอจำนวน 7 คน ย้ายถิ่นฐานมาจากจังหวัดลำปาง และเป็นหมอที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 8 คน มีอายุระหว่าง 50 - 89 ปี มีประสบการณ์ในการรักษามากกว่า 20 ปี พบว่าส่วนใหญ่เป็นหมอกระดูก ร้อยละ 46.67 หมอนวดจับเส้น ร้อยละ 26.64 หมอยาสมุนไพรร้อยละ 13.31 และหมอธรรม ร้อยละ 13.31 จากศึกษาครั้งนี้พบว่าหมอกระดูกเป็นศาสตร์การแพทย์พื้นบ้านเฉพาะ มีความน่าสนใจ และขาดการสืบทอดองค์ความรู้และภูมิปัญญา ซึ่งมีเหตุจูงใจที่สำคัญ คือ บรรพบุรุษเป็นหมอพื้นบ้านและมีความสนใจอยากช่วยเหลือผู้ป่วย หมอพื้นบ้านมีรูปแบบการรักษาด้านการแพทย์พื้นบ้านผสมผสานกับความเชื่อ โดยมุ่งเน้นการรักษาทางกายและทางจิต จากผลวิเคราะห์องค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้าน พบว่าองค์ความรู้ของหมอมีความคลายคลึงกับศาสตร์การแพทย์แผนไทย ได้แก่ การนวดแบบเชลยศักดิ์ การใช้ยาสมุนไพรมีแนวทางตามหลักเภสัชกรรมไทย แต่ในการนี้พบว่าปัญหาด้านการแพทย์พื้นบ้านในชุมชนขาดความยั่งยืนขององค์ความรู้ เนื่องจากขาดผู้สืบทอดองค์ความรู้อย่างจริงจัง

ดังนั้น ควรรักษาองค์ความรู้และภูมิปัญญาพื้นบ้านมิให้สูญหาย อีกทั้งยังได้ตระหนักถึงคุณค่าของภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านที่ยังคงใช้องค์ความรู้เพื่อเอื้อประโยชน์ในการป้องกัน ดูแลรักษา ฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพอนามัยของคนในชุมชน และเพื่อให้เกิดความยั่งยืนขององค์ความรู้ต่อไป

คำสำคัญ: ภูมิปัญญา, หมอพื้นบ้าน, องค์ความรู้, จังหวัดกำแพงเพชร

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Saychits@nu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 093-1391368)

Abstract

This qualitative study from 2018 aimed to describe knowledge, know-how and wisdom of 15 folk healers in the Khlong Nam Lai district of Kampaengphet province. In-depth interview form was used. Data were compiled. Content validity index for the whole interview was evaluated with an average value of 0.90. Results showed that folk healers were in the age range from 50 to 89. Among them, 7 healers had relocated from Lampang province. Many of them had experience in the treatment of bone and ligament diseases (46.67%), massage therapy (26.64%), herbal therapy (13.31%), magical healing (13.31%), and folk medicine wisdom for more than 20 years. From this study, wisdom among bone folk Healers was specific treatment and the lack of new generation of folk healers affected the sustainability of folk medicine wisdom. Their motivations to be folk healers were that their ancestors were folk healers and thus led them to being interested in helping patients using folk medicine. The treatment processes consisted of folk medicine practices and superstitious beliefs, which focused on physical and mental healing and folk medicine wisdom is related to Thai traditional medicine, such as general massage (Cha-loi-sak), and traditional medicines. However, the lack of new generation of folk healers affected the sustainability of folk medicine wisdom. From this study, our suggestion is that the knowledge and folk medicine wisdom should be maintained and preserved. The awareness to sustain the knowledge and folk medicine wisdom should be raised among people in the community.

Keywords: Wisdom, Folk Medicine, Knowledge, Kampaengphet Province

บทนำ

ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านเป็นศาสตร์การแพทย์แผนไทยที่อยู่คู่คนไทยมาช้านาน เพื่อใช้ในการดำรงชีวิตและการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง คนในครอบครัว รวมทั้งคนในชุมชน จากวิธีการสังเกต การทดลองใช้หรือการลองผิดลองถูก โดยมีการเก็บสั่งสมประสบการณ์ต่าง ๆ จากการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือได้รับการถ่ายทอดและมีการสืบทอดองค์ความรู้นี้จากคนรุ่นก่อนมาสู่คนรุ่นหลังเรื่อยมา จนกลายเป็นรากฐานในการดูแลสุขภาพจนถึงปัจจุบัน (Rakraiklang, Watcharaphattankul, & Boomruen, 2017) ปัจจุบันทั่วโลกได้หันมาให้ความสำคัญกับการแพทย์ดั้งเดิมของแต่ละประเทศเพิ่มมาก และมีการส่งเสริมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้ให้คำแนะนำการใช้การแพทย์ดั้งเดิมของแต่ละประเทศควบคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบันในการป้องกันและการดูแลสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาโรคเพื่อลดจำนวนของผู้ป่วยแต่ละประเทศให้ลดลง (World Health Organization, 2014) ซึ่งมีความสอดคล้องกับประเทศไทยในปัจจุบันที่รัฐบาลให้การสนับสนุนและมีนโยบายจากรัฐบาลในการส่งเสริมภูมิปัญญาไทย การใช้สมุนไพรในการป้องกัน ดูแล รักษา และส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเหมาะกับสถานการณ์ของประเทศไทย ณ ปัจจุบันที่มุ่งเน้นการพัฒนาสมุนไพรและยาไทยสู่ผลิตภัณฑ์สร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจของประเทศ ส่งผลให้ระบบยาภายในประเทศมีความมั่นคงบนฐานของระบบยาจากสมุนไพรและมีการสร้างรายได้ให้กับประเทศ ลดภาระงบประมาณประเทศชาติจากธุรกิจข้ามชาติด้านยา โดยการส่งเสริมการใช้สมุนไพรไทย การแพทย์พื้นบ้านและภูมิปัญญา รวมทั้งการแพทย์ทางเลือกที่เพิ่มมากขึ้น

จากข้อมูลการสำรวจหมอพื้นบ้านของกรมพัฒนาการแพทย์ไทยและการแพทย์ทางเลือก ในปี 2553 พบว่าหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และองค์ความรู้ต่าง ๆ เหล่านี้ไม่มีผู้สืบทอด ขาดหมอพื้นบ้านรุ่นใหม่ขาดการพัฒนาและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ขององค์ความรู้ต่าง ๆ ซึ่งอย่างที่ทราบกันดีว่าองค์ความรู้เหล่านี้ส่วนใหญ่อยู่ในตัวหมอ ซึ่งเปรียบเสมือนองค์ความรู้หรือตำราในบุคคล เพราะหมอพื้นบ้านมีความรู้และประสบการณ์

การรักษามิได้จดบันทึกเป็นตำราหรือลายลักอักษรเสียส่วนใหญ่ (Jaisaman, & Subhadhirasakul, 2014) ดังนั้น เมื่อหมอพื้นบ้านหรือปราชญ์ชาวบ้านได้เสียชีวิตลงนั้น อาจจะส่งผลทำให้องค์ความรู้เหล่านี้สูญหาย หรือถูกลบเลือนไปตามคนรุ่นก่อน (Jaitae, Sukseetong, Junta, & Vipawin, 2020) และในพื้นที่ตำบลคลองน้ำไหล จังหวัดกำแพงเพชร จากการลงสำรวจข้อมูลเบื้องต้น ในปี พ.ศ. 2561 พบว่าหมอพื้นบ้านหลายท่านเป็นผู้สูงอายุ และขาดการสืบทอดองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน ยังไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ เนื่องจากขาดบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนางานและการรวบรวมองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน จากการปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงปัญหาทรัพยากรบุคคลด้านการแพทย์พื้นบ้านที่มีจำนวนน้อยลง ขาดผู้สืบทอด ทำให้องค์ความรู้ต่าง ๆ ไม่ได้รับการเผยแพร่ ไม่ได้รับการจดบันทึกเป็นตำรา จึงทำให้องค์ความรู้ที่มีสูญหายไป ดังนั้นผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้าน ในชุมชนคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร โดยมุ่งจะรวบรวมข้อมูลเพื่อเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนางานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านให้เกิดประโยชน์กับสังคมมากกว่าในปัจจุบัน โดยส่งต่อข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และนำองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยต่อไป อีกทั้งยังเป็นการรักษาองค์ความรู้และภูมิปัญญาพื้นบ้านมิให้สูญหาย ได้ตระหนักถึงคุณค่าของภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านที่ยังคงใช้องค์ความรู้เพื่อเอื้อประโยชน์ในการป้องกัน ดูแล รักษา และเสริมสร้างสุขภาพอนามัยของคนในชุมชน และประชาชนต่อไป และผลักดันให้หมอพื้นบ้านได้รับการรับรองเป็นหมอพื้นบ้านจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่ออธิบายความรู้และวิเคราะห์องค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านของหมอพื้นบ้านในชุมชน คลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร

สมมติฐานวิจัย

องค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านในชุมชนคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร เป็นอย่างไร

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Study) โดยมีวิธีการศึกษา ดังนี้

1. การศึกษาข้อมูลปฐมภูมิ จากเอกสารวิชาการ ตำรา แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาพื้นบ้านและการถ่ายทอดภูมิปัญญา โดยประยุกต์มาจากงานวิจัยของ Maneenoon, Chatawatee, Damkhong, Khiankhan, & Kunworarath (2017) เพื่อนำมาสร้างเครื่องมือในการวิจัย

2. การศึกษาภาคสนาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

หมอพื้นบ้านที่อาศัยอยู่ในชุมชนคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร ปัจจุบันยังให้การดูแลรักษาประชาชนอยู่ และเป็นผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญด้านการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งผู้วิจัยได้ขอรายชื่อการสำรวจหมอพื้นบ้านที่อาศัยอยู่ในชุมชนคลองน้ำไหล จากสำงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ในปี พ.ศ. 2558 พบว่ามีหมอพื้นบ้านจำนวนเพียง 1 คน แต่เมื่อผู้วิจัยลงพื้นที่เบื้องต้น พบว่าในพื้นที่ดังกล่าวมีจำนวนหมอพื้นบ้านและปราชญ์ชาวบ้านอยู่เป็นจำนวนมากที่ไม่ได้รับการขึ้นทะเบียน แต่มีการให้การรักษาและดูแลสุขภาพให้กับประชาชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกหมอพื้นบ้านในชุมชนแบบเจาะจง จำนวน 15 คน โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นหมอพื้นบ้านในชุมชนคลองน้ำไหลที่มีประสบการณ์ในการรักษามากกว่า 20 ปี
2. เป็นหมอพื้นบ้านที่ทำการรักษาประชาชนในชุมชนอยู่ ณ ปัจจุบัน

3. เป็นหมอพื้นบ้านที่ขึ้นทะเบียนและไม่ได้ขึ้นทะเบียนจากกรมการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ประเภท ค

4. หมอพื้นบ้านมีความยินดี ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์และการบันทึกเสียง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. เป็นหมอพื้นบ้านในชุมชนคลองน้ำที่มีประสบการณ์ในการรักษาน้อยกว่า 20 ปี

2. หมอพื้นบ้านไม่มีความยินดีในการตอบแบบสัมภาษณ์และการบันทึกเสียง

3. เป็นผู้ที่ถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีอุปกรณ์ในการเก็บข้อมูล คือ เครื่องบันทึกเสียง สมุดบันทึก แบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์ 2 แบบ มีรายละเอียด ดังนี้

1. การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อเก็บรวบรวมองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้าน ตามการกำหนดประเด็นที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล บทบาทและแรงจูงใจ ภูมิปัญญาที่หมอพื้นบ้านใช้ในการดูแลรักษาสุขภาพ ความชำนาญของหมอพื้นบ้านในการรักษาโรค กระบวนการและขั้นตอนการรักษาของหมอพื้นบ้าน ความยั่งยืนของภูมิปัญญา และการนำประโยชน์ไปใช้ในชุมชน

2. การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Non-Structured) โดยผู้วิจัยให้อิสระในการตอบคำถามของหมอพื้นบ้านได้อย่างเต็มที่ ซึ่งผู้วิจัยจะปรับประเด็นข้อคำถามตามความเหมาะสมของสถานการณ์จริง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแนวคำถามที่สร้างขึ้นเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์แผนไทยประยุกต์ จำนวน 1 ท่าน เจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยจำนวน 1 ท่าน และอาจารย์สาธารณสุขชุมชน จำนวน 1 ท่านของมหาวิทยาลัยนเรศวร ช่วยตรวจสอบความเหมาะสม และแก้ไขให้ข้อเสนอแนะแนวคำถามการวิจัย โดยได้ค่าเฉลี่ยดรรชนีความเที่ยงตรง (Content Validity Index (CVI)) = .71 ซึ่งมีค่า CVI ต่ำกว่า 0.80 ในขั้นตอนต่อไป ผู้วิจัยจึงนำมาหาค่าดรรชนีความตรงทั้งฉบับบ (Content Validity Index for Scale) หรือค่า S-CVI ได้ค่าเฉลี่ย =.90 ซึ่งผ่านเกณฑ์กำหนด S-CVI (ไม่น้อยกว่า .90) ซึ่งใช้วิธีการคำนวณตามสูตรวิจัยของ Chaichanawirote & Vantum (2017) จากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแบบสอบถาม จึงนำแบบสอบถามไปทดลองใช้เก็บข้อมูลจากหมอพื้นบ้านในจังหวัดสุโขทัยและจังหวัดพิษณุโลกจังหวัดละ 1 ท่าน และนำแนวคำถามมาปรับปรุงอีกครั้งเพื่อให้สอดคล้องมากยิ่งขึ้นก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้แบ่งการเข้าถึงข้อมูล และการรวบรวมข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. การศึกษาจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Review Data) เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม (Field Data) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation) โดยการเก็บข้อมูลภาคสนามผู้วิจัยได้ติดต่อประสานกับแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขของโรงพยาบาลคลองลาน (อสม.) จำนวน 1 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ชำนาญในพื้นที่ เพื่อนัดหมาย วันที่ เวลา กับหมอตามวันเวลาดังกล่าว เพื่อเข้าไปสัมภาษณ์ และสนทนาร่วมกับ อสม. โดยจะจดประเด็นที่สำคัญระหว่างการสนทนา โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวตามประเด็นหัวข้อ ทั้งหมด 5 หัวข้อ ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของหมอพื้นบ้าน 2) สถานภาพ และบทบาทการเป็นหมอพื้นบ้าน 3) องค์ความรู้/ภูมิปัญญาที่ท่านใช้ในการดูแลรักษาสุขภาพ 4) ความยั่งยืนขององค์ความรู้/ภูมิปัญญา 5) ประโยชน์ต่อชุมชน ซึ่งในแต่ละส่วนใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาที ร่วมกับการสอบถามแบบไม่มีโครงสร้างร่วมด้วย เพื่อให้ความรู้สึกเป็นกันเองกับหมอ โดยถั่วเฉลี่ยเวลาในการสัมภาษณ์ หมอ 1 ท่านใช้ เวลาประมาณ 2 - 3 ชั่วโมง โดยจะจดประเด็นที่สำคัญระหว่างการสนทนา และบันทึกเสียงร่วมด้วย หลังจากการเก็บข้อมูลภาคสนามผู้วิจัยนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์มาทำการถอดเทปแบบคำต่อคำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เมื่อได้ข้อมูลจากภาคสนาม ผู้วิจัยจะนำมาตรวจสอบความถูกต้อง ซึ่งแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. ตรวจสอบข้อมูล และความสมบูรณ์ของการตอบคำถาม โดยผู้วิจัยนำข้อมูลดิบจากการจดประเด็นในการสัมภาษณ์ มาเรียบเรียงใหม่ตามประเด็นหัวข้อที่ต้องการศึกษา และผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลอีกครั้งจากข้อมูลการถอดเทป ถึงความถูกต้องของเนื้อหาในแต่ละส่วน

2. จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาจัดเป็นหมวดหมู่ ตรวจสอบความตรงและความถูกต้องของเนื้อหาซ้ำก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และข้อมูลทั่วไปผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบวิธีของ (Van Manen, 1990) ซึ่งจะมีการจัดการข้อมูลดิบแต่ละส่วนอย่างเป็นระบบ โดยจะพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาออกเป็นหมวดหมู่ ก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์ต่อไป

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ 0477/61 เมื่อวันที่ 6 กันยายน 2561

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของหมอพื้นบ้าน

ผลการศึกษาพบว่าหมอพื้นบ้านในตำบลคลองน้ำไหล และให้การรักษาดูแลสุขภาพของประชาชนมีรายละเอียดดังนี้ (n = 15)

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของหมอพื้นบ้าน

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	10	66.67
หญิง	5	33.33
2. อายุ		
50 - 59 ปี	3	20.00
60 - 69 ปี	5	33.33
70 - 79 ปี	4	26.67
80 - 89 ปี	3	20.00
3. ศาสนา		
พุทธ	15	100.00
4. สถานภาพ		
คู่	12	80.00
หม้าย	3	20.00
5. การศึกษาในระบบโรงเรียน		
ไม่ได้เรียน	1	6.67
ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า	11	73.34
สูงกว่าประถมศึกษา	3	20.00

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
6. ความสามารถอ่านออกเขียนได้		
อ่าน – เขียนได้	14	93.33
อ่าน – เขียนไม่ได้	1	6.67
7. สถานภาพของหมอพื้นบ้านเกี่ยวกับวิชาชีพ		
หมอกระดูก หมอน้ำมัน	7	46.67
หมอน้ำมนต์ หมอเป่า	1	6.67
หมอนวดจับเส้น	4	26.67
หมอทำคลอด/ตำแย	1	6.67
หมอยาสมุนไพร	1	6.67
หมอดู	1	6.67
8. อาชีพหลัก		
หมอพื้นบ้าน	3	20.00
เจ้าเข้าทรง	1	6.67
เกษตรกร ทำไร่ ทำนา ทำสวน	11	73.33
9. ประสบการณ์การเป็นหมอพื้นบ้าน		
20 – 29 ปี	3	20.00
30 – 39 ปี	3	20.00
40 - 59 ปี	4	26.67
60 - 69 ปี	4	26.67
70 – 79 ปี	1	6.67
10. รายได้จากการเป็นหมอพื้นบ้าน		
3,000 บาทหรือมากกว่า	6	40.00
2,000 บาท	1	6.67
1,000 บาทหรือต่ำกว่า	8	53.33

จากตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของหมอพื้นบ้าน พบว่าหมอที่ให้การรักษาและดูแลสุขภาพของประชาชนมีจำนวน 15 คน เป็นเพศชาย 10 คน และเพศหญิง 5 คน มีการย้ายถิ่นฐานมาจากจังหวัดลำปางบางส่วน (ซึ่งสามารถพูด หรืออ่านภาษาล้านนาได้เป็นอย่างดี จำนวน 6 คน) พบว่าหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มี ช่วงอายุ 60 - 69 ปี จำนวน 5 คน และมีอายุมากที่สุด 89 ปี โดยหมอทุกคนนับถือศาสนาพุทธ และส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ จำนวน 11 คน และหม้าย จำนวน 4 คน ด้านการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่าที่สามารถอ่านออก และเขียนหนังสือได้ จำนวน 11 คน ซึ่งมีเพียง 1 คน ที่ไม่ได้รับการศึกษาอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหลัก คือ เกษตรกรรม ทำไร่ ทำนา ทำสวน จำนวน 11 คน รองลงมา คือ อาชีพหมอพื้นบ้าน จำนวน 3 คน นอกจากนี้ยังพบว่าหมอพื้นบ้านที่มีอาชีพเสริม คือ อสม. จำนวน 3 คน ส่วนใหญ่หมอมีประสบการณ์ในการรักษาโรคเกิน 20 ปี และมากที่สุดจำนวน 70 ปี จำนวน 1 คน ซึ่งทำการรักษาชาวบ้านในชุมชน และชุมชนใกล้เคียง โดยรายได้ของหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีรายได้ไม่แน่นอน เฉลี่ยเดือนละประมาณ 3,000 บาท ซึ่งหมอพื้นบ้านจะได้รับค่าตอบแทนแล้วแต่ผู้ป่วยจะให้เป็นของสมนาคุณ

2. สถานภาพและบทบาทการเป็นหมอพื้นบ้าน

พบว่า ส่วนใหญ่มีแรงจูงใจสำคัญของหมอพื้นบ้าน คือ มีบรรพบุรุษเป็นหมอพื้นบ้านมาก่อนและมีความสนใจอยากช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากการสังเกตประสบการณ์จากครูบาอาจารย์ที่มีประสบการณ์มาก่อน นอกจากนี้ยังมีเหตุจูงใจจากความเชื่อว่ามีพลังพิเศษมาดลใจให้ปฏิบัติหน้าที่ในการรักษา

พบว่าหมอมีแหล่งการเรียนรู้หรือองค์ความรู้ที่ใช้ในการรักษานั้นมาจากการสืบทอดจากบรรพบุรุษและพบว่ายังมีแหล่งความรู้อื่น ๆ ดังนี้ 1) การจดจำมาจากหมอพื้นบ้านรุ่นก่อนพระ อาจารย์ ครู บอกเล่า 2) นิมิตเห็น (ผีบอก) 3) การเข้าอบรมของโรงพยาบาลคลองลาน ด้านการแพทย์แผนไทย เช่น การนวดรักษา และสมุนไพรต่าง ๆ

นอกจากนี้ยังพบว่าหมอพื้นบ้านบางส่วนไม่เคยได้รับการศึกษาเพิ่มเติม จำนวน 8 คน เนื่องจากมีอายุมากและมีความชำนาญในด้านการรักษาโรค ความรู้ หรือองค์ความรู้ของหมอที่ใช้ในการรักษานั้นส่วนใหญ่เป็นความรู้ที่อยู่ในตัวหมอ อยู่ในความทรงจำนั้น ที่ไม่มีการบันทึกเป็นลายลักอักษร หรือถ้าเป็นตำราที่ศึกษาส่วนใหญ่จะเป็นภาษาตั๋วเมือง (ภาษาล้านนา) ที่ได้รับการสืบทอดต่อกันมา

3. องค์ความรู้/ภูมิปัญญาที่หมอพื้นบ้านใช้ในการดูแลรักษาสุขภาพ

พบว่าส่วนใหญ่องค์ความรู้ได้รับการสืบทอดจากบรรพบุรุษและบางท่านได้ร่ำเรียนวิชาการรักษาผู้ป่วยตอนบวชเป็นพระและการเป็นหมอพื้นบ้านนั้นส่วนใหญ่หมอจะไม่มีการปฏิบัติตนอะไรเป็นพิเศษ แต่จะต้องรักษาศีล หมั่นทำบุญสม่ำเสมอ ปฏิบัติตนให้อยู่ในศีลธรรม เป็นแบบอย่างที่ดีของคนในชุมชน เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและศรัทธาในการรักษาผู้ป่วย ซึ่งพบว่าในพื้นที่มีหมอพื้นบ้าน ดังนี้

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละการจำแนกของหมอพื้นบ้าน

หมอพื้นบ้าน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. หมอกระดูก	7	46.67
2. หมอนวด จับเส้น	4	26.67
3. หมอยาสมุนไพร	2	13.33
4. หมอเป่า หมอมนต์/หมอธรรม	2	13.33

ความชำนาญของหมอพื้นบ้านในการรักษาโรคของหมอ 5 ลำดับแรก คือ

1. การรักษาโรคกระดูกและข้อต่อ (หัก แตก ปริ ร้าว หรือการแพลงของข้อต่อ) คำกล่าวที่ว่า “การรักษาโรคกระดูกหัก กระดูกแตก หมอจะจัดและดึงกระดูกให้เข้ารูปก่อน แล้วจึงใช้เฝือกไม้ไผ่ ทาน้ำมันงา หรือน้ำมันมะพร้าว ที่ผ่านการบริกรรมคาถามาพันรอบกระดูกที่หัก โดยใช้สำลีอัดให้แน่นตามช่องวาง แล้วดามไว้ตามระยะเวลาของชนิดกระดูกที่หัก ใช้เวลาประมาณ 2 อาทิตย์ ถึง 2 เดือน ขึ้นอยู่กับอายุของผู้ป่วย ยกเว้นกระดูกเชิงกรานจะใช้การรักษาด้วยวิธีการใช้น้ำมันทาเพียงอย่างเดียว และให้ผู้ป่วยนอนอยู่กับที่”

2. โรคทางกล้ามเนื้อและข้อต่อ เช่น ปวดเมื่อย เคล็ดขัดยอก ปวดตามข้อเข่า ข้อศอก ข้อต่าง ๆ สะบักจม และยอกหลัง จะใช้วิธีการรักษาด้วยวิธีนวดคลายกล้ามเนื้อ และนวดจับเส้นเอ็น (ใช้วิธีการดึง งัดเส้น)

3. โรคผิวหนัง เช่น งูสวัด ผื่นคัน หรือตุ่มต่าง ๆ จะใช้วิธีการรักษาด้วยการทายาสมุนไพร และยาตำรับ เช่น ยาทารักษาโรคงูสวัดประกอบด้วย เสลดพังพอนตัวเมีย ใบพลู บดผสมเหล้าขาวเล็กน้อยทาบริเวณที่เป็นหรือใช้วิธีการเป่า พ่น ในการรักษาร่วมด้วย นอกจากนี้ยังมีสูตรการ คำกล่าวที่ว่า “การรักษาโรคตุ่มที่ผิวหนังแบบตุ่ม โดยจะใช้ถ่านไฟร้อน ๆ พ่นน้ำบนถ่านไฟเพื่อให้น้ำจากถ่านไฟไหลหยดลงตำแหน่งที่เป็นตุ่ม หรือผื่นคัน และเป่ามนต์คาถาซ้ำอีกครั้ง จะทำให้ตุ่ม หรือผื่นแห้ง และหายตามลำดับ”

4. โรคเกี่ยวสตรี เช่น ไข้ทับฤดู ประจำเดือนมาไม่ปกติ และมดลูกต่ำ จะใช้วิธีการนวดจับเส้นร่วมกับการจ่ายยาสมุนไพร เช่น “ตำรับยารักษาอาการมดลูกเคลื่อน มดลูกหย่อน ปีกมดลูกอักเสบของหมอพื้นบ้าน พบว่าตำรับยานี้มีสมุนไพรทั้งหมด 7 ชนิด คำกล่าวที่ว่า “ได้แก่ ว่านชักมดลูก เปลือกต้นข่า ว่านคันทมาลา ว่านมหาเมฆ ว่านนางคำ ข้าวเย็นเหนือ ข้าวเย็นใต้ ซึ่งตำรับยานี้มียารสประธานเป็นยารสสุขุม มีสรรพคุณแก้อาการปวดมดลูก แก้มดลูกพิการ ทำให้มดลูกเข้าอู่เร็วขึ้น แก้ประจำเดือนมาไม่ปกติ ช่วยบำรุงธาตุสำหรับสตรีที่คลอดบุตรใหม่ ๆ”

5. การรักษาโรคตาแดง เช่น ตาแดงจากการติดเชื้อ หรือการระเคืองคายตาจนทำให้ตาขาวแดง ซึ่งจะใช้วิธีการเป่าคาถาตาแดง (คาถาผีบอก) ตรงบริเวณที่เป็น โดยแต่ละโรคจะเป่า หรือพ่น 2 เวลา เช้า และเย็น ใช้เวลาในการรักษาไม่เกิน 2 อาทิตย์ ขึ้นอยู่กับโรค

นอกจากนี้ยังพบว่าหมอพื้นบ้านยังมีความเชี่ยวชาญในด้านอื่น ๆ เช่น ปวดศีรษะ การบรรเทาทุกข์ทางใจ หรือจิตบำบัด และอาการเจ็บปวดที่หาสาเหตุไม่ได้ เช่น มีความเชื่อว่าโดนคุณไสยต่าง ๆ กระทำโทษให้เกิดการเจ็บป่วย ซึ่งมีวิธีการรักษาโรคที่น่าสนใจ ดังนี้

คำกล่าวที่ว่า “การรักษาโรคปวดศีรษะ โดยการนำน้ำสะอาดใส่ขวดประมาณ 1.5 มิลลิลิตร ผสมข้าวสารเล็กน้อยประมาณ 1 กำมือ จากนั้นจะบริกรรมคาถา แล้วให้ผู้ป่วยล้างหน้า และชุบศีรษะ ซึ่งน้ำที่เหลือนั้นให้ผู้ป่วยดื่มให้หมด อาการจะค่อย ๆ ดีขึ้น”

คำกล่าวที่ว่า “การรักษาอาการทางจิตใจ (หมอธรรม) ด้วยการใช้วิธีร่างทรง โดยหมอเชื่อว่าเป็นเจ้าพ่อแสนคำเมืองประทับร่างเพื่อใช้ในการรักษา และช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งแนวทางในการรักษานั้นเป็นการสื่อสารผ่านทางร่างทรง เพื่อให้การรักษาโรค หรืออาการป่วยต่าง ๆ ทั้งทางกาย และทางจิตใจ”

คำกล่าวที่ว่า “การรักษาคุณไสย หมอจะสังเกตอาการของผู้ป่วยที่โดนคุณไสย (มีการเจ็บป่วยหาสาเหตุไม่ได้) เช่น เหม่อลอย พูดพร่ำคนเดียว เป็นต้น ซึ่งได้รับรักษาด้วยการแพทย์ต่าง ๆ แล้วไม่หาย) จากนั้นหมอจะทำน้ำมนต์ และบริกรรมคาถา ให้คนไข้ดื่ม”

กระบวนการ และขั้นตอนการรักษาของหมอพื้นบ้าน

พบว่าหมอพื้นบ้านทุกท่าน ก่อนทำการรักษาผู้ป่วย จะต้องทำพิธีกรรมไหว้ครู เพื่อเคารพครูบาอาจารย์ และสร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการรักษา และเมื่อรักษาหายจะทำพิธีลงขันครู ซึ่งหมอส่วนใหญ่จะมีวัสดุ และอุปกรณ์ในการไหว้ครูที่คล้ายคลึงกัน

คำกล่าวที่ว่า “ขึ้นขันครู ประกอบด้วยดอกไม้ ธูป 2 ดอก เงิน 32 บาท และเหล้าขวดใหญ่ 1 ขวด โดยคนไข้จะต้องนำขันครูมาบูชาบรมครูก่อนการรักษา และขึ้นขันครูไว้ ณ ที่ทำการรักษา ห้ามจับขันครูเด็ดขาด ระหว่างการรักษา เพราะจะทำให้คนไข้แย่ลง และทำให้มนต์คาถาเสื่อม ซึ่งถ้าไปจับขันครูจะต้องทำการขึ้นขันครูใหม่ ลงขันครู จะมีการขอเขมา และให้เงินเป็นของสมนาคุณ ซึ่งผู้ป่วยจะทำก็ได้ไม่บังคับแล้วแต่จิตศรัทรา ซึ่งเงินที่ได้ส่วนหนึ่งจะนำไปทำบุญต่อไป”

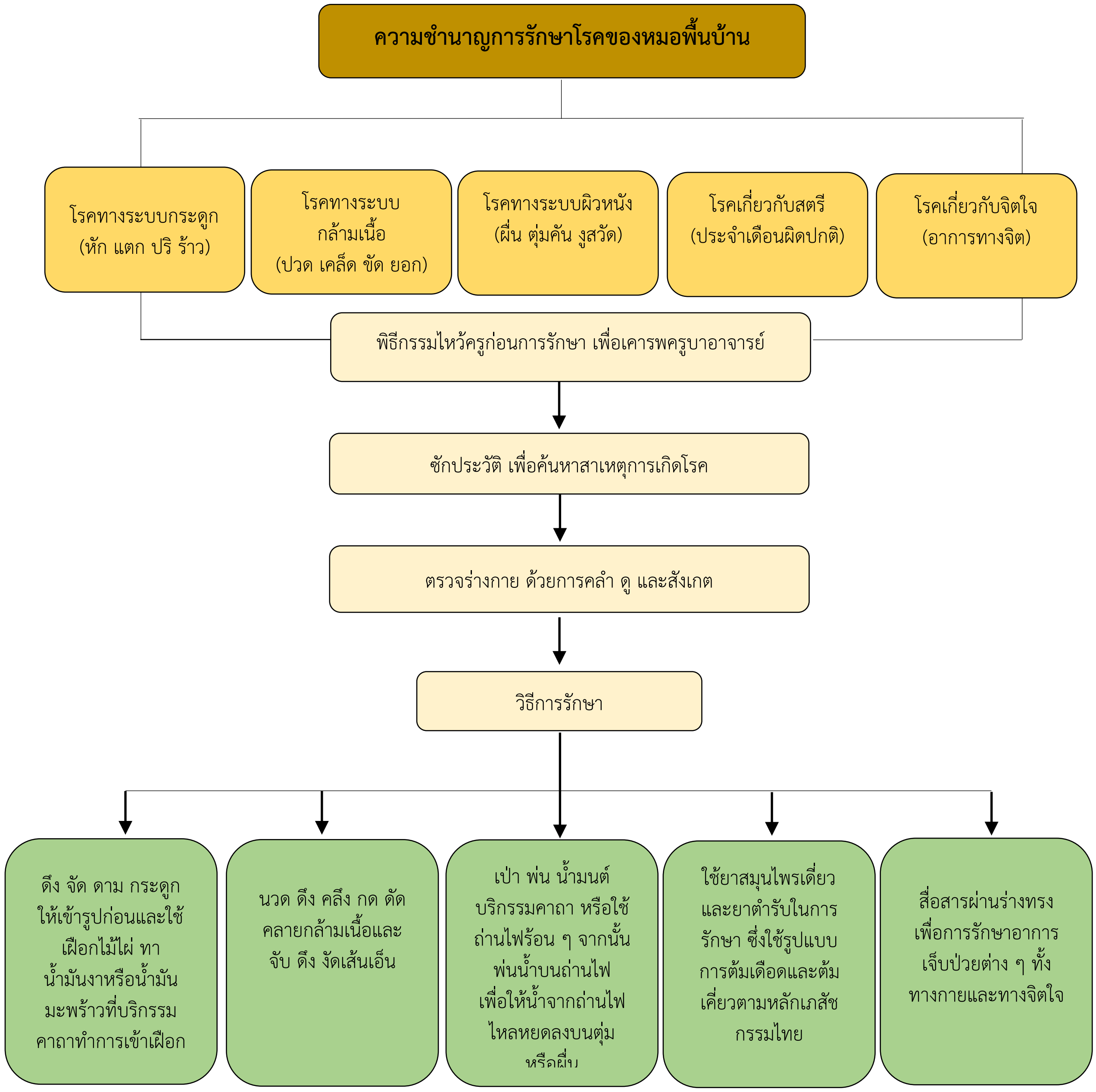
วิธีการ ขั้นตอนการรักษา และการวินิจฉัยโรคของหมอพื้นบ้าน

พบว่าหมอทุกท่านจะใช้วิธีการสอบถามอาการเจ็บป่วย โดยให้ผู้ป่วยเล่าอาการให้ฟัง (การซักประวัติ) หรือบางรายจำเป็นจะต้องตรวจร่างกายด้วยวิธีการดู คลำ และสัมผัส (โดยจะไม่ใช้อุปกรณ์ในการตรวจ) จากนั้นหมอจะนำอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยมาเปรียบการเทียบกับตำรา เพื่อประกอบการรักษา และวินิจฉัยโรค (หมอบางท่านเท่านั้น) จากนั้นหมอจะให้การรักษาตามรูปแบบเฉพาะของแต่ละท่าน ซึ่งพบว่าวิธีการรักษาผู้ป่วยของหมอส่วนใหญ่มีวิธีการที่คล้ายคลึงกัน

คำกล่าวที่ว่า “การตรวจร่างกาย หมอจะดูสภาพที่คนไข้มาหาหมอ จับ คลำ หรือสัมผัสคนไข้บางรายเท่านั้น (คนไข้กระดูกที่ผิดปกติ ส่วนใหญ่หมอจะจับ และจัดกระดูกให้เข้าที่ก่อนการักษา) และตรวจดวงชะตาร่วมด้วยบางกรณี เพื่อดูเคราะห์ของคนไข้ว่ามีเคราะห์หรือไม่จึงทำให้เกิดความเจ็บป่วย และจะทำพิธีสืบชะตาเมื่อพบว่าคนไข้มีเคราะห์” และยังมีหมอที่ใช้พลังสมาธิ หรือเข้าทรง เพื่อเสี่ยงทายด้านไสยศาสตร์ ในการรักษาร่วมด้วย และพบว่าหมอส่วนใหญ่มีรูปแบบการรักษาที่คล้ายคลึงกัน เช่น วิธีการเป่า พ่น ใช้น้ำมัน น้ำมนต์ และมนต์คาถาประกอบการรักษาแต่ละขั้นตอนร่วมด้วย”

ยาสมุนไพรที่ใช้ในการรักษาส่วนใหญ่พบว่าเป็นสมุนไพรเดี่ยว และยาตำรับบ้าง ซึ่งสามารถใช้ได้ทั้งรูปแบบสด หรือแห้ง ส่วนวิธีการเตรียมยาพบว่าส่วนใหญ่จะใช้รูปแบบต้มเดือดดื่ม และเคี่ยวเป็นน้ำมันสำหรับทาภายนอก ซึ่งน้ำมันที่ใช้ในการรักษาส่วนใหญ่จะทำมาจากมะพร้าว หรืองา มาเคี่ยวให้ได้น้ำมัน และพบว่าแหล่งสมุนไพรส่วนใหญ่ได้มาจากการปลูกของหมอตามบริเวณบ้าน เพื่อไว้ใช้เอง หรือใช้รักษาคนไข้ โดยมีหมอ จำนวน 1 คน ที่ให้คนไข้ไปหาซื้อ หรือจัดหาเองเพียงแค่บอกสูตรสมุนไพรไปให้เท่านั้น โดยสมุนไพรที่ใช้เป็นส่วนใหญ่จะ

เป็นสมุนไพรที่ใช้นำมาทำเป็นน้ำมัน คือ มะพร้าว งา และมีสมุนไพรอื่น ๆ เช่น เสลดพังพอนตัวผู้ ไม้ไผ่ ไพล ขมิ้นชัน ใบพลู ว่านนางคำ ว่านชักมดลูก เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่สมุนไพรที่พบจะสามารถพบได้ในท้องถิ่นทั่วไป โดยแสดงรายละเอียด ไว้ในภาพ 1



ภาพ 1 แสดงกระบวนการและขั้นตอนการรักษาของหมอพื้นบ้าน

การวิเคราะห์องค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทย

องค์ความรู้ทางการแพทย์พื้นบ้าน	การวิเคราะห์องค์ความรู้
การรักษาโรคทางระบบกระดูก (หัก แตก ปริ ร้าว) หมอพื้นบ้านรักษาด้วยวิธีการเข้าเฝือกไม้ไผ่ เป็นภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านเฉพาะ โดยใช้วิธีการจัด ดัด ดึง กระดูกที่หักและแตกให้เข้ารูปทรง ใช้น้ำมันงาหรือน้ำมันมะพร้าวทาเพื่อสมานแผล และดามไม้ไผ่	ปัจจุบันการรักษาโรคกระดูก หัก แตก ปริ ร้าว ยังไม่มีข้อมูลการรักษาทางศาสตร์การแพทย์แผนไทย และยังไม่มีการบริการในหน่วยงานของภาครัฐและเอกชน

องค์ความรู้ทางการแพทย์พื้นบ้าน	การวิเคราะห์องค์ความรู้
เพื่อจัดกระดูกให้เข้ารูปและเชื่อมติดกัน ลดการเคลื่อนไหวของกระดูก หลักการรักษาที่สำคัญ คือ การจัดกระดูกต้องจัดให้ได้รูปทรง เนื่องจากอาจจะทำให้กระดูกเชื่อมติดกันผิดรูปได้	ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า หลักการรักษากระดูกหักและแตกของหมอพื้นบ้านมีหลักการรักษาคล้ายคลึงกับการแพทย์แผนปัจจุบัน คือ การจัดกระดูกและการเข้าเฝือกแบบแข็ง เพื่อลดการเคลื่อนไหวทำให้กระดูกเชื่อมติดกัน ซึ่งข้อดีของการใช้เฝือกไม้ไผ่อาจจะทำให้การระบายอากาศเห็นได้ชัด สามารถสังเกตอาการผิดปกติได้ง่าย และช่วยระบบการไหลเวียนเลือด ซึ่งสามารถปรับให้กระชับได้เหมาะสม แต่อาจจะมีข้อจำกัดในการรักษากระดูกไม่ได้ทุกชิ้นและทุกส่วนของร่างกาย ขึ้นอยู่กับการแตกหรือหักของกระดูกแต่ละชนิดและไม่มีความซับซ้อนมาก เป็นต้น
โรคทางระบบกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น หมอพื้นบ้านใช้วิธีการรักษาแบบผสมผสานของอวัยวะ ได้แก่ นิ้วมือ ฝ่ามือ ข้อศอก และเท้า ในการรักษาด้วยการนวด คลึง กด ดึง คลายกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นทั่วร่างกายเพื่อกระจายลม โดยใช้การคลึงและนวด ตั้งแต่เท้าไล่ไปจนถึงศีรษะ ทั่วร่างกายก่อนเบื้องต้น จะไม่เน้นการกดจุดสัญญาณ แต่ใช้วิธีการดัด การดึงและงัดเส้นเอ็นร่วมด้วย เป็นองค์ความรู้ของหมอในการประยุกต์การรักษาในกรณีที่ผู้ป่วยที่มีอาการสะบักจม ยอกหลัง เป็นต้น หลักการรักษาของหมอพื้นบ้านจะใช้วิธีการนวดและคลึง เพื่อกระจายเลือด ลมให้ไหลเวียนทั่วร่างกาย ช่วยลดอาการปวดตึงของกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น โดยใช้เทคนิคการนวดดึงเส้นเอ็น (การนวดโดยการใช้นิ้วโป่งดึงเส้นเอ็นและใช้นิ้วงัดขึ้น) เป็นการรักษาเฉพาะโรค ได้แก่ สะบักจม ยอก เป็นต้น	ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า หลักการรักษาโรคกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นของหมอพื้นบ้านมีความคล้ายคลึงการแพทย์แผนไทย ดังนี้ การรักษาโรคทางการแพทย์แผนไทยแบ่ง ออกเป็น 2 แบบ คือ 1) การนวดแบบเชลยศักดิ์ จะเน้นการนวดคลายการเนื้อด้วยการใช้นิ้วมือ ฝ่ามือ ข้อศอก และเท้า คล้ายคลึงกับของหมอพื้นบ้าน ซึ่งจะไม่นิยมดึงหรืองัดเส้นเอ็น โดยจะนวดเน้นการคลายกล้ามเนื้อ นิยมใช้เพื่อการนวดส่งเสริมสุขภาพ 2) การนวดแบบราชสำนัก จะเน้นการนวดเพื่อการรักษาโรคด้วยวิธีการใช้นิ้วมือกดจุดสัญญาณต่าง ๆ ตามร่างกาย ซึ่งเป็นการรักษาเฉพาะจุด หลักการรักษาของศาสตร์การแพทย์แผนไทย จะใช้วิธีการการนวดและกดจุดตามแนวเส้นประธานสิบ ซึ่งเป็นจุดกำเนิดเลือดและลมต่าง ๆ ในร่างกาย ซึ่งเมื่อเลือดและลมมีการติดขัด จะส่งผลให้เกิดโรค ดังนั้นจึงจะเน้นการกดจุดสัญญาณ เพื่อกระตุ้น การจ่ายลมให้ไหลเวียนดีขึ้น ตามจุดการเป็นโรคแต่ละจุดสัญญาณ
โรคทางระบบผิวหนัง (ผื่น ตุ่มคัน งูสวัด) หมอพื้นบ้านรักษาด้วยวิธีการเป่า พ่น น้ำมนต์ บริกรรมคาถา หรือใช้ถ่านไฟร้อน ๆ จากนั้นพ่นน้ำบนถ่านไฟเพื่อให้น้ำจากถ่านไฟไหลหยดลงตำแหน่งตุ่มหรือผื่นคัน หลักการรักษาของหมอพื้นบ้านจะเน้นการรักษาโรคที่ไม่มีความซับซ้อน	ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า หลักการรักษาโรคทางระบบผิวหนังของหมอพื้นบ้านจะเน้นการรักษาโรคที่ไม่มีความซับซ้อน อาจจะหายได้เอง ซึ่งวิธีการเป่า พ่น ใช้น้ำมนต์ หรือการบริกรรมคาถาอาจจะเป็นการเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันดีขึ้น ซึ่งอาจจะมีความแตกต่างทางด้านการแพทย์แผนไทย ซึ่งการแพทย์แผนไทย ใช้วิธีการรักษาโรคทางระบบผิวหนังส่วนใหญ่จะอ้างอิงจากคัมภีร์โรคทางระบบผิวหนัง เช่น คัมภีร์วิถีกุฏฐโรค กล่าวถึง โรคผิวหนังต่าง ๆ และโรคเรื้อน วิธีการรักษาส่วนใหญ่จะใช้ตำรับยาสมุนไพร ในรูปแบบวิธีการรับประทานและยาใช้

องค์ความรู้ทางการแพทย์พื้นบ้าน	การวิเคราะห์องค์ความรู้
	ภายนอก เน้นกลุ่มยาที่ช่วยบำรุงหรือแก้ระบบเลือดและน้ำเหลือง เพื่อเสริมระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย เป็นต้น
โรคเกี่ยวกับสตรี (ประจำเดือนผิดปกติ) หมอพื้นบ้านใช้วิธีการรักษาด้วยสมุนไพรเดี่ยว และยาตำรับ ได้แก่ ฝาง ไพล ขิง พริกไทย ข้าวเย็นเหนือ ข้าวเย็นใต้ ว่านชักมดลูก เปลือกต้นข่า ว่านคันทมาลา ว่านมหาเมฆ ว่านนางคำ ข้าวเย็นเหนือ ข้าวเย็นใต้ สรรพคุณ ช่วยระบบการไหลเวียนเลือด ลมในร่างกาย แก้ประจำเดือนมาไม่ปกติ ซึ่งมีรูปแบบการใช้แบบต้มเคี่ยว คือ ใส่น้ำท่วมตัวยาสมุนไพร ต้มให้เหลือ น้ำ 1 ส่วน ใน 3 ส่วน รับประทานวันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า เย็น (ทานต่อเนื่องได้) เนื่องจากหมอมีความเชื่อว่ายาต้ม จะทำให้ตัวยาออกฤทธิ์ได้เร็ว ซึ่งรูปแบบการใช้มีความคล้ายคลึงกับการใช้ทางเภสัชกรรมไทย	**โรคเกี่ยวกับสตรี (ประจำเดือนผิดปกติ)** ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า การรักษาของหมอพื้นบ้านมีหลักการคล้ายคลึงกับการแพทย์แผนไทย ซึ่งการรักษาโรคเกี่ยวกับสตรีส่วนใหญ่จะอ้างอิงจากคัมภีร์มหาโชตรัต กล่าวถึง โรคสตรี เช่น อาการปวดประจำเดือน ประจำเดือนมาไม่ปกติ โดยจะใช้วิธีการรักษาด้วยตำรับยาสมุนไพร ด้วยวิธีการรับประทานยาต้มสมุนไพร เพื่อช่วยระบบการไหลเวียนและบำรุงเลือด ซึ่งตัวยาในตำรับยาสมุนไพรมีความคล้ายคลึงกับของหมอพื้นบ้าน และจากการศึกษาค้นคว้าฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาจากงานวิจัยก่อนหน้านี้ พบว่าตัวยาหลัก เช่น ฝาง (Caesalpinia Sappan Linn) มีฤทธิ์ลดการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก ขิง (Zingiber Offcinale Rosce) มีฤทธิ์ลดอาการปวด และลดการหดตัวของมดลูก พริกไทย (Piper Nigrum Linn) มี*ฤทธิ์ลดอาการปวด* ไพล (Zingiber Montanum) มีฤทธิ์ลดอาการปวด และลดการหดตัวของมดลูก ข้าวเย็นเหนือ (Smilax Corbularia Kunth) ข้าวเย็นใต้ (Smilax Glabra Roxb) มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ ต้านอนุมูลอิสระ แก้น้ำเหลืองและเลือดเสีย ข่า (Zingiber Ligulatum Roxb) มีฤทธิ์ลดอาการปวด ฤทธิ์ต้านการอักเสบ ซึ่งสมุนไพรที่พบส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกับงานวิจัยของ Maneenoon, Chatawatee, Damkhong, Khiankhan, & Kunworarath (2017)
โรคเกี่ยวกับจิตใจ และคุณไสย สื่อสารผ่านร่างทรง เพื่อการรักษาอาการป่วยต่าง ๆ ทั้งทางกาย และทางจิตใจ	ปัจจุบันการรักษาโรคเกี่ยวกับจิตใจและคุณไสยยังไม่มีข้อมูลการรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และไม่มีการให้บริการในหน่วยงานของภาครัฐ และเอกชน แต่ผู้วิจัยมีแนวคิดว่าการใช้ร่างทรง เพื่อการรักษาอาการป่วยต่าง ๆ ทั้งทางกาย และทางจิตใจ จะเน้นการรักษาที่ให้กำลังใจผู้ป่วย อาจจะส่งผลให้มีกำลังใจในการรักษาโรค ลดความเครียด และความวิตกกังวล จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความเชื่อร่วมด้วย

4. ความยั่งยืนขององค์ความรู้/ภูมิปัญญา

พบว่าส่วนใหญ่หมอพื้นบ้านยังไม่มีผู้เข้ามาสืบทอดองค์ความรู้ เนื่องจากยังขาดผู้สนใจอยากจะศึกษาเล่าเรียน และไม่มีความจริงจังในการรับการถ่ายทอดองค์ความรู้ ประกอบกับตำราที่ได้รับการสืบทอดมานั้น

เป็นภาษาล้านนาซึ่งอ่านยาก และไม่เข้าใจในภาษา เนื่องจากผู้ที่อ่านออก-เขียนได้ส่วนใหญ่เป็นคนโบราณเท่านั้น แต่ในที่นี้องค์ความรู้ต่าง ๆ ของหมอพื้นบ้านนั้นท่านมิได้หวงวิชาความรู้แต่อย่างใด เพียงแต่ผู้ที่จะรับการถ่ายทอดวิชานั้นจะต้องมีความสนใจอย่างจริงจังมีความพยายามในการเล่าเรียน และบางครั้งผู้ที่รับการถ่ายทอดนั้นจะต้องมีการประพฤติปฏิบัติตัวเองมิให้ละเมิดข้อห้ามที่กำหนดไว้ เช่น กินเนื้อเต่า เนื้อสุนัข และรักษาศีล หรือหมั่นทำบุญสม่ำเสมอ และนอกจากนี้พบว่าองค์ความรู้บางส่วนของพื้นบ้านนั้นถูกบันทึกไว้ในความทรงจำของหมอ หากไม่มีผู้สนใจที่จะศึกษาองค์ความรู้นี้น่าจะสูญสิ้นไปกับตัวหมอพื้นบ้านต่อไปในอนาคต

5. การแพทย์พื้นบ้านต่อประโยชน์ในชุมชน

พบว่าการแพทย์พื้นบ้านยังคงมีประโยชน์ต่อชุมชน และสะดวกในการรักษาสามารถรักษาโรคเบื้องต้นได้ โดยให้การรักษา หรือความช่วยเหลือได้รวดเร็วทันทวงที นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งบรรเทาทุกข์ให้กับชาวบ้าน ซึ่งเสมือนเป็นการบำบัดจิตใจร่วมด้วย แต่ปัจจุบันหมอพื้นบ้านคิดว่าองค์ความรู้ของหมอเองจะถูกลบเลือนไปตามกาลเวลา เพราะปัจจุบันเมื่อเจ็บป่วยไม่สบาย ผู้ป่วยจะไปหาหมอที่โรงพยาบาลแทนการไปหาหมอพื้นบ้าน เพราะว่าปัจจุบันการเดินทาง และเทคโนโลยีต่าง ๆ สะดวกขึ้น จึงทำให้ช่องทางในการรักษาโรคต่าง ๆ มีมากขึ้นด้วยเช่นกัน

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าหมอพื้นบ้านเป็นเพศชาย 10 คน และเพศหญิง 5 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีอายุมากที่สุด คือ 89 ปี แสดงให้เห็นว่าหมอพื้นบ้าน ณ ปัจจุบัน เป็นผู้สูงอายุ และยังขาดการสืบทอดองค์ความรู้ให้กับคนรุ่นหลัง ดังนั้นเมื่อหมอจากไปองค์ความรู้นี้จะศูนย์สิ้นไปพร้อมกับหมอ ดังนั้นควรจัดหาหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านองค์ความรู้ต่าง ๆ มาเก็บรวบรวมองค์ความรู้นี้ เพื่อประโยชน์ต่อชุมชน และประเทศชาติต่อไปในการพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ในการใช้รักษาหรือส่งเสริมสุขภาพของประชาชนต่อไปในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jaisaman, & Subhadhirasaku (2014) กล่าวไว้ว่า ศาสตร์การแพทย์แผนไทยเป็นสิ่งที่อยู่คู่คนไทยมาช้านาน แต่ปัจจุบันขาดผู้สนใจที่จะสืบสานภูมิปัญญา ในการนี้ผู้วิจัยได้ส่งกลับข้อมูลของหมอพื้นบ้านให้กับโรงพยาบาลคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชรในการพัฒนางานด้านการแพทย์แผนไทยต่อไป เพื่อผลักดันให้เห็นความสำคัญขององค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้าน และพบว่าหมอส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา และไม่ได้รับการศึกษา อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ จำนวน 1 คน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าองค์ความรู้ หรือภูมิปัญญาต่าง ๆ ของหมอจะอยู่ภายในตัวหมอเท่านั้น ไม่ได้มีการจดบันทึกรายละเอียดต่าง ๆ เก็บไว้ หมอจะใช้ความชำนาญในการรักษาโรคที่ได้มีการสั่งสมประสบการณ์ต่าง ๆ ทำให้องค์ความรู้อยู่ในความทรงจำ จำได้ขึ้นใจก็สามารใช้ความรู้ในการรักษาผู้ป่วย ซึ่งถ้าไม่ได้รับการเก็บรวบรวมองค์ความรู้ เราอาจจะสูญเสียองค์ความรู้ต่างเหล่านี้ไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wanset, & Onchomchant (2018) กล่าวไว้ว่า องค์ความรู้ด้านภูมิปัญญาของหมอไม่มีการบันทึกเป็นตำรา หรือเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน ซึ่งถ้าพบเป็นตำราก็มีความชำรุดเสียหาย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญทำให้องค์ความรู้ต่าง ๆ สูญหาย และถูกบิดเบือนข้อมูล และพบว่าส่วนใหญ่องค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านได้รับการสืบทอดจากบรรพบุรุษ และบางท่านได้ร่ำเรียนวิชาการรักษาผู้ป่วยตอนบวชเป็นพระ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Surakarakun, Boonsaeng, & Rongmuang (2015) ได้กล่าวไว้ว่า การเป็นหมอพื้นบ้านนั้นมีเหตุจูงใจสำคัญที่คล้ายคลึงกัน คือ ส่วนใหญ่มาจากบรรพบุรุษ หรือมีสมาชิกในครอบครัวเป็นหมอพื้นบ้านมาก่อนจึงได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้สืบต่อกันมา และสอดคล้องกับการศึกษาของ Songnok, & Channete (2018) กล่าวไว้ว่าหากบรรพบุรุษ เป็นหมอพื้นบ้าน บุตรหลานมักจะเป็นผู้ช่วยในการรักษา หยิบจับตัวยาจนเกิดความชำนาญ และสามารถรักษาคนในชุมชน ต่อจากบรรพบุรุษได้ และการเป็นหมอพื้นบ้านนั้นส่วนใหญ่หมอจะไม่มีการปฏิบัติตนอะไรเป็นพิเศษ แต่อาจจะต้องรักษาศีล หมั่นทำบุญสม่ำเสมอ ปฏิบัติตนให้อยู่ในศีลธรรม เป็นแบบอย่างที่ดีของคนในชุมชน เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น และศรัทธาในการรักษาผู้ป่วย ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Yoadsomsuay (2013) กล่าวไว้ว่า การเป็นหมอที่ดีนั้นจะต้องมีการปฏิบัติตัวในการรักษาศีลอย่างสม่ำเสมอ หรือเคร่งครัด เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดี ซึ่งส่งผลให้คนไข้ หรือชาวบ้านเกิดความศรัทธา

เลื่อมใส และเป็นที่ยอมรับนับถือในตัวหมอ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Kesormas, Nakthaworn, Musikapong, & Viriyabubpa (2019) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Songnok, & Channete (2018) กล่าวไว้ว่า หมอพื้นบ้านจะต้องเป็นผู้มีคุณธรรม มีความซื่อสัตว์สุจริต และปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของครู อาจารย์ อย่างเคร่งครัด ให้วางตัวดีเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีของคนในชุมชน

กระบวนการและขั้นตอนการรักษาของหมอ พบว่าหมอพื้นบ้านทุกท่านก่อนทำการรักษาผู้ป่วย จะต้องทำพิธีกรรมไหว้นครู เพื่อเคารพครูบาอาจารย์และสร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้ป่วยให้มีความเชื่อมั่นในการรักษา ซึ่งหมอเชื่อว่าจะทำให้มีประสิทธิผลในการรักษาโรค ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Hongsiri, Rodpo, Duanyai, & Kaewnoi (2020) พบว่าหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีกระบวนการรักษาจะต้องทำพิธีกรรมไหว้ครู และบริกรรมคาถา เพื่อช่วยเสริมประสิทธิผลในการรักษาให้กับผู้ป่วย เพื่อสร้างเชื่อมั่น และความศรัทธา จากนั้นหมอจะเริ่มการซักประวัติ ตรวจร่างกายด้วยวิธีการดู คลำ และสัมผัส (โดยจะไม่ใช้อุปกรณ์ในการตรวจ) จากนั้นหมอจะนำอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยมาเปรียบการเทียบกับตำราเพื่อประกอบการรักษา และวินิจฉัยโรค (หมอบางท่านเท่านั้น) จากนั้นหมอจะให้การรักษาตามรูปแบบเฉพาะของแต่ละท่าน ซึ่งพบว่าวิธีการรักษาผู้ป่วยของหมอส่วนใหญ่มีวิธีการที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Maneenoon, Chatawatee, Damkhong, Khiankhan, & Kunworarath (2017) พบว่าหมอพื้นบ้านส่วนใหญ่มีการตรวจโรคที่คล้ายคลึงกัน คือ การซักประวัติ การสังเกตจากสภาพร่างกาย เช่น สังเกตสภาพทั่วไป ตรวจผิว ตรวจลิ้น ตรวจตา เพื่อประกอบการวินิจฉัยโรคของหมอ แต่ยังมีหมอที่ใช้พลังสมาธิ/นั่งทางใน/เข้าทรงหรือการใช้วิธีเสี่ยงทายด้วยไสยศาสตร์ในการรักษาร่วมด้วย เป็นความเชื่อที่สืบต่อกันมา วิธีการและเครื่องมือที่ใช้รักษาของหมอพบว่าส่วนใหญ่ใช้วิธีการ เป่า พ่น ใช้น้ำมัน น้ำมนต์ และมนต์คาถา หรือวิธีไสยศาสตร์ต่าง ๆ ซึ่งมีเพียง 1 คนใช้วิธีร่างทรงในการรักษา แนวทางการรักษาของหมอแต่และท่านจะคล้าย ๆ กัน เป็นไปแนวทางเดียวกันไม่มีความซับซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Worapani, & Worapani (2018) พบว่าหมอพื้นบ้านถึงมีจะมีความหลากหลาย แตแนวคิด วิธีการรักษาและรูปแบบการรักษาของผู้ป่วยเปนไปตามแนวทางเดียวกัน ไม่ค่อยมีความแตกตางจากหมอพื้นบานท่านอื่น ๆ

การวิเคราะห์องค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านโดยเลือกประเด็นการศึกษาดังต่อไปนี้

การรักษาโรคทางระบบกระดูก (หัก แตก ปริ ร้าว) หลักการรักษากระดูกของหมอพื้นบ้านมีหลักการรักษาคล้ายคลึงกับการแพทย์แผนปัจจุบัน คือ การจัดกระดูกและการเข้าเฝือกแบบแข็ง เพื่อลดการเคลื่อนไหวทำให้กระดูกเชื่อมติดกัน ซึ่งข้อดีของการใช้เฝือกไม้ไผ่อาจจะทำให้การระบายอากาศของเฝือกไหลเวียนได้ดี สามารถสังเกตอาการผิดปกติได้ง่าย ชัดเจน และช่วยระบบการไหลเวียนเลือดดีขึ้น เนื่องจากสามารถปรับเฝือกให้กระชับได้เหมาะสม แต่อาจจะมีข้อจำกัดในการรักษากระดูกไม่ได้ทุกชิ้นและทุกส่วนของร่างกายและการแตกหรือหักของกระดูกจะต้องไม่มีความซับซ้อนมาก เป็นต้น ซึ่งการรักษาด้วยเฝือกไม้ไผ่อาจจะเหมาะในกรณีกระดูกหัก แตก ปริ และร้าว ที่ไม่รุนแรงมากหนัก และไม่มีแผลเปิด ซึ่งจะต้องพิจารณาให้เหมาะสมต่อการรักษาและไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งเป็นศาสตร์ที่ควรได้รับการศึกษาและสืบทอดองค์ความรู้ต่อไป และวิธีการรักษาของหมอพื้นบ้าน ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Tepsuriwong (2020) จากการศึกษาของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของหมอพื้นบ้านในคาบสมุทรสทิงพระ พบว่า หมอมีประสบการณ์ในการรักษาโรคเกี่ยวกับกระดูก กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น

การรักษาโรคทางระบบกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นของหมอพื้นบ้าน ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า หลักการรักษาโรคกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นของหมอพื้นบ้าน จะใช้ประประสบการณ์ในการรักษา กระบวนการและขั้นตอนการรักษาจะแน่นการสัมผัส นวด คลึง ให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายซึ่งวิธีการรักษาจะความคล้ายคลึงการนวดแบบเชลยศักดิ์ หรือการนวดไทย จะเน้นการนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ โดยจะใช้วิธีการนวด คลึง บีบ ตามโครงสร้างเส้นประธานสิบ เพื่อกระตุ้นการทำงานของเลือดลมไหลเวียนทั้งร่างกาย แต่ในการนี้การนวดของหมอพื้นบ้านมีความแตกต่างจากการนวดแบบราชสำนัก ซึ่งการนวดแบบราชสำนักจะใช้นิ้วมือในการนวดรักษาโรคเป็นหลัก มีท่าในการนวดที่เหมาะสม เน้นการกดจุญสัญญาณรักษาโรค มีกระบวนการรักษาที่ชัดเจน ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Oncham, & Boonprasitt (2018)

การรักษาโรคทางระบบผิวหนัง (ผื่น ตุ่มคัน งูสวัด) ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า หลักการรักษาโรคทางระบบผิวหนังของหมอพื้นบ้านจะเน้นการรักษาโรคที่ไม่มีความซับซ้อน อาจจะหายได้เอง ซึ่งวิธีการเป่า พ่น ใช้น้ำมนต์ หรือการบริกรรมคาถาอาจจะเป็นการเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันดีขึ้น และมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Surakarakun, Boonsaeng, & Rongmuang (2015) ที่ได้ศึกษาภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านด้านการรักษาด้วยการเป่า พ่น ในกลุ่มโรคทางผิวหนัง คือ งูสวัด ไฟลามทุ่ง

การรักษาโรคเกี่ยวกับสตรี (ประจำเดือนผิดปกติ) ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า การรักษาของหมอพื้นบ้านมีหลักการคล้ายคลึงกับสาสตร์การแพทย์แผนไทย เนื่องจากหมอมีองค์ความรู้ทางด้านเภสัชกรรมไทย และผสมผสานองค์ความรู้ทางด้านการแพทย์พื้นบ้าน และพบว่าสมุนไพรของหมอพื้นบ้านเป็นกลุ่มตัวยาหลักที่ใช้รักษาโรคทางสตรีในอย่างครอบคลุม และมีความเหมือนและคล้ายคลึงกับสมุนไพรจากการศึกษางานวิจัยของ Maneenoon, Chatawatee, Damkhong, Khiankhan, & Kunworarath (2017) จากการศึกษาภูมิปัญญาการใช้สมุนไพรรักษาโรคโลหิตระดูสตรีของหมอพื้นบ้านในจังหวัดกระบี่และสงขลา และพบว่ายาสมุนไพรที่ใช้ในการรักษาส่วนใหญ่เป็นสมุนไพรเดี่ยวและยาตำรับ ซึ่งสามารถใช้ได้ทั้งรูปแบบสดหรือแห้ง มีรูปแบวิธีการเตรียมยาเพื่อรับประทานในรูปแบบต้มเดือด เพื่อให้ดื่มง่าย หมอเชื่อว่าตัวยาจะออกฤทธิ์ได้ดี หมอมีรูปแบบยาทาภายนอกจากการเคี่ยวน้ำมันมะพร้าวหรือน้ำมันงา เพื่อใช้สามานแผล และพบว่าแหล่งสมุนไพรของหมอส่วนใหญ่ที่มาจากการปลูกไว้ที่บ้าน

จากการศึกษาความยั่งยืนขององค์ความรู้ พบว่าส่วนใหญ่หมอยังไม่มีผู้เข้ามาสืบทอดองค์ความรู้ เนื่องจากขาดผู้สืบทอด ประกอบกับตำราที่ได้รับการสืบทอดนั้นส่วนใหญ่เป็นภาษาล้านนาอ่านยากและไม่เข้าใจในภาษา เนื่องจากผู้ที่อ่านออก - เขียนได้ส่วนใหญ่จะเป็นคนโบราณเท่านั้น แต่ในที่นี้องค์ความรู้ต่าง ๆ ของหมอพื้นบ้านนั้นท่านมิได้หวงวิชาความรู้แต่อย่างใด เพียงแต่ผู้ที่จะรับการถ่ายทอดวิชานั้นจะต้องมีความสนใจอย่างจริงจัง มีความพยายามในการเล่าเรียน และบางครั้งผู้ที่รับการถ่ายทอดนั้นจะต้องมีการประพฤติปฏิบัติตัวเองมิให้ละเมิดข้อห้ามที่กำหนดไว้ เช่น กินเนื้อเต่า เนื้อสุนัข และรักษาศีล หรือหมั่นทำบุญสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jaitae, Sukseetong, Junta, & Vipawin (2020) และพบว่าการแพทย์พื้นบ้านนี้มีประโยชน์ต่อชุมชนมากและมีความสะดวกในการรักษาสามารถรักษาโรคเบื้องต้นได้ ให้ความช่วยเหลือได้รวดเร็วทันทวงที นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งบรรเทาทุกข์ บำบัดจิตใจให้กับชาวบ้าน ซึ่งเปรียบเสมือนเป็นการดูแลรักษาจิตใจร่วมด้วย แต่ปัจจุบันหมอคิดว่าองค์ความรู้ถูกลบเลือนไปตามกาลเวลา เพราะปัจจุบันเมื่อมีการเจ็บป่วยไม่สบายจะไปหาหมอที่โรงพยาบาล เนื่องจากปัจจุบันการเดินทางและเทคโนโลยีต่าง ๆ สะดวกขึ้น จึงทำให้ช่องทางในการรักษาโรคต่าง ๆ มีมากขึ้นด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Pimpisut (2017) กล่าวไว้ว่า หมอสามารถผสมผสานการดูแลสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อนำมาใช้รักษาให้ผู้ป่วยหายจากโรคหรืออาการเจ็บป่วยได้ ซึ่งสมุนไพรท้องถิ่น และการแพทย์พื้นบ้านยังคงเป็นศาสตร์ที่ใช้ดูแลรักษาอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ที่เป็นอาการเจ็บป่วยขั้นพื้นฐาน และไม่จำเป็นที่ต้องเสียเงิน และเดินทางไปหาหมอที่โรงพยาบาล แต่ปัจจุบันอาจถูกลบเลือนไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ส่งกลับข้อมูลด้านการแพทย์แผนไทยให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาและส่งเสริมศาสตร์การแพทย์พื้นบ้านต่อไป

2. นำข้อมูลจากการวิเคราะห์ด้านการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทย มาพัฒนาต่อยอดด้านงานด้านอื่น ๆ ต่อไป เช่น การเปรียบเทียบผลการักษาด้านการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์แผนไทยต่อไปในแต่ละด้านต่อไป

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สถานบริการทางด้านสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้าน และจัดเผยแพร่ความรู้สู่ชุมชน และสถานศึกษา ตลอดจนนำความรู้ใหม่ ๆ มาปรับใช้ในการพัฒนาความรู้ภูมิปัญญาด้านการแพทย์พื้นบ้านต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาหมอพื้นบ้านเฉพาะรายโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และเข้าไปสังเกตการณ์แบบมีส่วนในการรักษาของหมอพื้นบ้าน เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่ชัดเจน และสามารถพัฒนาต่อยอดในการนำองค์ความรู้มาบูรณาการด้านการรักษาทางด้านการแพทย์แผนไทยในปัจจุบัน

2. ควรศึกษาในด้านสมุนไพร และยาตำรับที่มีประสิทธิผลในการรักษาทางด้านห้องปฏิบัติการ และทางคลินิกควบคู่เพื่อยืนยันประสิทธิผลในการรักษา

References

Chaichanawirote, U., & Vantum C. (2017). Evaluation of Content Validity for Research Instrument. *Journal of Nursing and Health Sciences, 11*(2), 105-11. (in Thai).

Hongsiri, A., Rodpo, P., Duanyai, S., & Kaewnoi, A. (2020). Kui Ethnic Indigenous Healers' Wisdom: A Case Study Of Seven In Indigenous or Folk Healers in Prasat Subdistrict, Huai Thab Than District, Si Sa Ket Province. *Journal of Social Sciences and Humanities, 18*(1), 166-240. (in Thai).

Jaisaman, S., & Subhadhirasakul, S. (2014). Study on Indigenous Knowledge of Thai Folk Healer: A Case Study of Mr. Prawit Keawthong Songklanakarin. *Journal of Social Sciences and Humanities, 20*(1), 163-184. (in Thai).

Jaitae, S., Sukseetong, N., Junta, J., & Vipawin, C. (2020). Elderly Persons' Knowledge of and Needs for Health Promotion Based on Lanna Local Wisdom Under Saluang Subdistrict Administrative Organiza-tion, Mae Rim District, Chiang Mai Province. *Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine, 18*(2), 372-379. (in Thai).

Kesormas, S., Nakthaworn, K., Musikapong, K., & Viriyabubpa, C. (2019). A Study on the Traeatment with Herbal Remedies in Seven Groups of Diseases: A Case Study of Mr. Prawit Kaewthong, Songkhla Province. *Journal of Thai Traditional and Alternative Medicine, 17*(2), 263-279. (in Thai)

Maneenoon, K., Chatawatee, D., Damkhong, C., Khiankhan, N., & Kunworarath, N. (2017). Knowledge of Traditional Healers on Utilization of Medicinal Plants Used for Menstual Disorders in Krabi and Songkhla Provinces, Thailand. *Burapha Science Journal, 22*(3), 243-258. (in Thai).

Oncham, J., & Boonprasitt D. (2018). The Study of Four-Region Thai Massage: An Analysis of the Body ofKnowledge and an Empirical Investigation of Practices. *Journal of Silpakorn University, 11*(2), 3482-3494. (in Thai).

Pimpisut, P. (2017). *"Traditional Herb" Local Health Care Wisdom. Tambon Dong mada, Mae Lao District, Chiang Rai Province.* "Research and Innovation move Economy and Society" Naresuan Research Conference 13 th, 1067-1075. (in Thai).

Rakraiklang, S., Watcharaphattankul, O., & Boomruen, S. (2017). *The Study of Traditional Healer's Wisdom of Snake Venom Treatment in Supanburi Province: Case Study of Mor Charn Homglin.* The National Conference "Thai Traditional Medicine of Thailand Wisdom", 95-94. (in Thai).

Songnok, T., & Channete, N. (2018). Local Wisdom in Treatment of Traditional Chemists in Nakhon Ratchasima. *NRRU Community Research Journal, 12*(3), 124-134. (in Thai).

Surakarakun, K., Boonsaeng, T., & Rongmuang, D. (2015). The Indigenous Wisdom of Bone Healer Plai Phraya District Krabi Province. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University, 3*(2), 321-341. (in Thai).

Tepsuriwong, S. (2020). Wisdom of Thai Traditional Medicine from Thai Traditional Healers in Sathingphra Peninsula, Songkhla Province. *Journal of Community Development and Life Quality, 8*(1), 238-249. (in Thai).

Van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. State University of New York Press, Albany.

Wanset, S., & Onchomchant, D. (2018). A Study of Meducinal Plants Utilization of Folk Healers: A Case Study of Folk Healers in Chiang Rai Provincce Thailand. *Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine, 16*(3), 420-435. (in Thai).

Worapani, T., & Worapani, P. (2018). The Study of Knowledge and Wisdom of Folk Medicine in Thai Folk Doctors, Tak Province. *Rajabhat Chiang Mai Research Journal, 19*(1), 113-121. (in Thai).

World Health Organization. (2014). *World Health Assembly Progress on Noncommunicable Diseases and Traditional Medicine*. Retrived December 25, 2020 from https://www.who.int/news/item/ .

Yoadsomsuay, P. (2013). A Study of Wisdom of Folk Doctor in Ampur Ounkharuk, Nakhornnayok Province. *Thammasat Medical Journal, 13*(2), 212-217. (in Thai).

การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของการผลิตนักศึกษาและการบริการวิชาการ ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

Unit Costs Per Student and for Academic Services at Songkhla's Boromarajonani College of Nursing

จีระภา นะแส[1], จินตวีร์พร แป้นแก้ว[1], สิริมาส วงศ์ใหญ่[1*], ตวงพร มั่งมี[1], นภชา สิงห์วีรธรรม[2] และ มาลี คำคง[3]
Jeerapar Nasae[1], Jintaweeporn Paenkaew[1], Sirimas Wongyai[1*],
Tuangporn Mangmee[1], Noppcha Singweratham[2] and Malee Kumkong[3]
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก[1*], วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก[2], คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง[3]
Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute[1*], Kanchabhishek Institute of Medical and Public Health Technology, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute[2], Faculty of Nursing Thaksin University, Phatthalung Campus[3]

(Received: *March 24, 2021*; Revised: *September 16, 2021*; Accepted: *September 28, 2021*)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาต้นทุนต่อหน่วย จุดคุ้มทุนของการผลิตนักศึกษา และศึกษาต้นทุนการจัดบริการวิชาการในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา เก็บข้อมูลค่าใช้จ่ายเงินงบประมาณแผ่นดิน และเงินรายได้ จากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิในปีงบประมาณ 2562 ในมุมมองของผู้ผลิต โดยกระจายต้นทุนแบบลำดับขั้น โดยใช้แบบบันทึกต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าลงทุน ต้นทุนโครงการรวม และผลผลิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้ความถี่ และ ร้อยละ ผลการวิจัยพบว่า

วิทยาลัยพยาบาลพระบรมราชชนนี สงขลา มีต้นทุนรวม 76,456,833.96 บาท มีสัดส่วนต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุและ ครุภัณฑ์ เท่ากับ ร้อยละ 78.36, ร้อยละ 10.56 และร้อยละ 11.08 ต้นทุนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เท่ากับ 142,533.69 บาท ต่อ FTES ต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 126,070.61 บาทต่อปี และจุดคุ้มทุนในการผลิต 446 คนต่อปี หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล มีต้นทุนต่อนักศึกษาเต็มเวลา FTES และต้นทุนต่อหน่วยเท่ากัน 100,325.43 บาท ต่อ FTES และต่อปี จุดคุ้มทุนในการผลิต 163 คนต่อปี และต้นทุนต่อหน่วยศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เท่ากับ 69,596.79 บาทต่อคน และการจัดฝึกอบรมเท่ากับ 3,596.15 บาทต่อคน

ต้นทุนต่อหน่วยและจุดคุ้มทุน เป็นประโยชน์ในการจัดการด้านการเงินการกำหนดจำนวนการผลิตนักศึกษา เพื่อให้มีการบริหารจัดการทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด

คำสำคัญ: ต้นทุนต่อหน่วย, การผลิตนักศึกษา, บริการวิชาการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: c.lox.a@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 085-9000657)

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

Abstract

Analysis of unit costs and calculation of break-even point are important for educational managers. Firstly, this descriptive study aimed to identify the unit costs per student, the unit cost per full-time equivalent students (FTES), and the break-even point for Bachelor of nursing science students as well as for practical nursing students at Songkla's Boromarajonani College of Nursing. Secondly, this study aimed to investigate the unit costs for academic services. The secondary data was collected and calculated from annual government statements of expenditure and revenue for fiscal years 2019. The College's perspectives were analyzed and the step-down method for cost allocation was applied. The labor, material, and capital costs were collected by using unit cost forms. Data were analyzed and presented by frequency and percentages.

The results showed that the total cost was 76,456,833.96 Baht. The percentages for labor, material, and capital costs were 78.36, 10.56 and 11.08, respectively. The unit cost and FTES for training a Bachelor of nursing science student were 126,070.61 Bath/person and 142,533.69 Bath/FTES, respectively. In addition, the break-event point was 446 person/year. The cost and FTES for training on Practical nursing students were equally at 100,325.43 Bath per person and Bath/FTES. The break-event point was 163 person/year. Moreover, the unit cost of nursery 69,596.79 Bath/person and academic training courses were 3,596.15 Bath/person.

The unit cost per student and per academic services are efficient management of education resources. Additionally, the break-event point is essential to set up the minimum number of students per year.

Keywords: Unit Cost, Undergraduate Student Production, Academic Service, Boromarajonani College of Nursing Songkhla

บทนำ

ตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 หมวด 4 การบริหารราชการอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่าในเชิงภารกิจของรัฐ มาตรา 21 และตามนโยบายการปฏิรูประบบบริหารภาครัฐ ด้านการปรับเปลี่ยนระบบงบประมาณการเงิน (Council of Ministers, 2003) และการพัสดุได้ใช้ระบบงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงานเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Performance Based Budgeting: SPBB) (Robinson, & Last, 2009) ได้กำหนดให้ส่วนราชการต้องจัดทำบัญชีต้นทุนในงานบริการสาธารณะ สถาบันการศึกษานอกจากจะวัดความสำเร็จจากการผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพแล้ว สถาบันการศึกษาต้องมีการวิเคราะห์ต้นทุนของสถาบัน เพื่อที่จะได้ทราบถึงการบริหารจัดการทรัพยากรที่ใช้จัดการศึกษาว่ามีการบริหารอย่างมีประสิทธิภาพเกิดความคุ้มค่าหรือไม่อีกทั้งเพื่อช่วยในการตัดสินใจในการลงทุนด้านการศึกษา ประกอบกับเกณฑ์การประเมินคุณภาพการศึกษาภายในของสำนักงานงานคณะกรรมการอุดมศึกษา ปีการศึกษา 2557 องค์ประกอบที่ 5 การบริหารจัดการ ตัวบ่งชี้ 5.1 การบริการของสถาบันเพื่อการกำกับติดตามผลลัพธ์ เกณฑ์การประเมินข้อที่ 2 กำหนดให้มหาวิทยาลัยหรือสถาบันต้องกำกับติดตามส่งเสริมสนับสนุนให้ทุกคณะ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางการเงิน ที่ประกอบไปด้วยต้นทุนต่อหน่วยในแต่ละหลักสูตร สัดส่วนค่าใช้จ่ายเพื่อพัฒนานักศึกษา อาจารย์ บุคลากรการจัดการเรียนการสอนอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการวิเคราะห์ความคุ้มค่าของการบริหารหลักสูตร (Office of the Higher Education Commission, 2014) ดังนั้นการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยการผลิต (Unit Cost Analysis) ของสถาบันการศึกษา จึงเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดสรร

ทรัพยากรการเงินของสถาบัน (Cleland, & Mckibbin, 1990; Drummond, & McGuire, 2007) ตลอดจนการตัดสินใจในเชิงธุรกิจการเงินในอนาคต

สถาบันพระบรมราชชนก เป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ผลิตบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและการพยาบาล ให้กับกระทรวงสาธารณสุข (Singweratham, & Kantabanlang, 2017) โดยมีการรายงานต้นทุนต่อหน่วยผลิตนักศึกษาพยาบาล ในสถาบันพระบรมราชชนก ที่ผ่านมาอยู่ระหว่าง 51,998.48-68,649.98 บาทต่อคน (Praboromarajchanok, 1998; Praboromarajchanok, 2002) ในปี พ.ศ. 2561 สถาบันพระบรมราชชนก ศึกษาต้นทุนและจุดคุ้มทุนของการผลิตนักศึกษาพยาบาลศาตร์จำนวน 14 วิทยาลัย มีต้นทุนต่อหน่วย 138,783.94 บาทต่อปี จุดคุ้มทุน 136 คน (Singweratham, Mualprasitporn, Sawaengdee, Jitaram, & Tassabutr, 2018) วิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิ์ประสงค์ สถาบันพระบรมราชชนก ต้นทุนต่อหน่วย 129,589.42 บาทต่อปี จุดคุ้มทุน 152 คน (Usaho, 2019) รวมทั้งในสถาบันอื่น ๆ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา (Plan and Policy Division The office of President, 2018) การผลิตนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Sathagathonthon, 2020, Wattananon, Boonthongand, & Athaseri, 2000) จะเห็นได้ว่า การนำเสนอข้อมูลต้นทุนร่วมกับจุดคุ้มทุน ส่งผลให้มีข้อมูลเพิ่มเติมในการตัดสินใจในจำนวนนักศึกษาที่ต้องรับต่อชั้นปี ถึงอย่างไรก็ตาม การศึกษาต้นทุนผลผลิตที่ผ่านมาของวิทยาลัยพยาบาล ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ยังไม่เป็นในทิศทางเดียวกัน จึงส่งผลกระทบต่อการพิจารณางบประมาณ ในการผลิตนักศึกษาในภาพรวมของสถาบัน

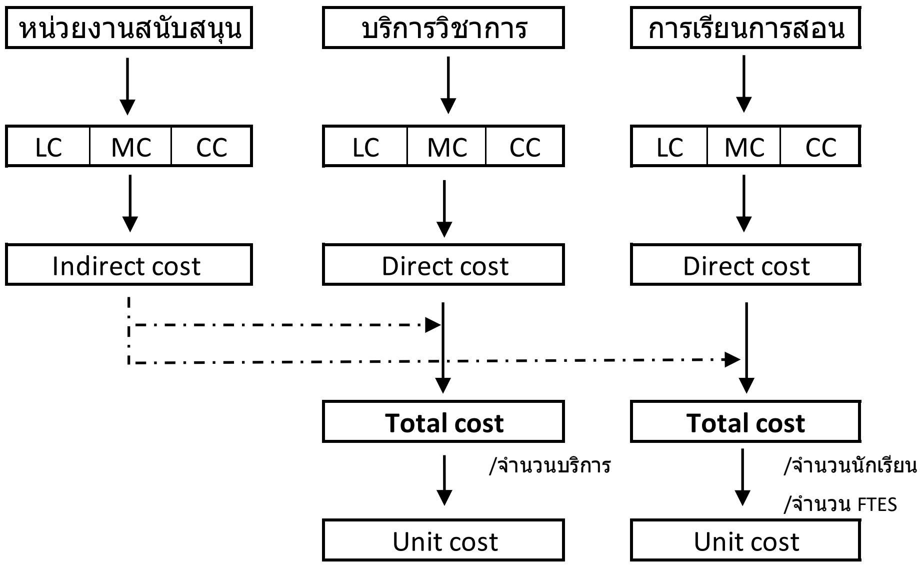
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ก่อตั้งในปี พ.ศ. 2505 เดิมชื่อโรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัยภาคใต้ สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข วิทยาลัยพยาบาลอยู่ในสังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ต่อมาในปี พ.ศ.2536 ได้โอนย้ายมาอยู่ในสถาบันพระบรมราชชนก สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นสถาบันการศึกษามีภารกิจหลักในการผลิตนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล รวมถึงการจัดบริการวิชาการให้กับงานบุคลากร และงานทางด้านสาธารณสุข ดังนั้น ในงานวิจัยครั้งนี้ จึงวิเคราะห์ต้นทุนในการผลิตนักศึกษาทั้งสองหลักสูตรต่อปี ต้นทุนต่อนักศึกษาเต็มเวลา (Full-Time Equivalentstudents: FTES) รวมถึงการบริการวิชาการเพื่อให้ได้ข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยที่เป็นปัจจุบัน และทราบจุดคุ้มทุนในการผลิตนักศึกษา ตลอดจนการบริการวิชาการ เพื่อที่จะมีข้อมูลในการบริหารทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาต้นทุนต่อหน่วยและจุดคุ้มทุนของการผลิตนักศึกษา ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
2. เพื่อศึกษาต้นทุนการจัดบริการวิชาการในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีกรอบแนวคิดการวิจัยตามการศึกษาต้นทุนแบบหน่วยงาน (Cost Center Approach) (Kaewsonthi & Kamolrattanakul, 1993; Pemphonsub, 1997) ประกอบด้วย 1) แบ่งหน่วยงานต้นทุน 2) หาต้นทุนทางตรงประกอบด้วยค่าแรง (Labor Cost: LC) ค่าวัสดุ (Material Cost: MC) และ ค่าครุภัณฑ์ (Capital Cost : CC) 3) การกระจายต้นทุนจากต้นทุนทางอ้อม (Indirect Cost) ไปสู่ต้นทุนทางตรง (Direct Cost) 4) หาต้นทุนรวม (Total Cost) และ 5) หาต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost) รายละเอียดดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Review) ปีงบประมาณ 2562 (1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2562) และข้อมูลรวบรวมข้อมูลไปข้างหน้า (Prospective Review) ในข้อมูลต้นทุนที่ไม่ได้บันทึกไว้ในการกระจายต้นทุน โดยศึกษาในมุมมองของผู้ผลิต กระจายต้นทุนโดยใช้วิธีลำดับขั้น (Step-Down Method) (Kaewsonthi & Kamolrattanakul, 1993)

แหล่งข้อมูล

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ รวบรวมจากค่าใช้จ่ายเงินงบประมาณแผ่นดินและเงินรายได้ในปีงบประมาณ 2562 ของการผลิตนักศึกษาและการบริการวิชาการ ประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุน (The Comptroller General’s Department, 2019)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ปรับปรุงมาจากการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ (Singweratham, Phonsakchat & Nansang, 2021) มีเครื่องมือในการเก็บข้อมูลดังนี้

1. แบบบันทึกต้นทุนค่าแรง (Labor Cost: LC) ได้ใช้แบบบันทึก LC1 ที่บันทึกข้อมูล เงินเดือน เงินประจำตำแหน่งทางการบริหารและเงินประจำตำแหน่งทางวิชาการ ค่าตอบแทน ค่าเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.) ค่าเดินทางไปราชการ และหมวดเงินสวัสดิการของบุคลากรทุกคนในวิทยาลัย แบบบันทึก LC2 เป็นแบบบันทึกสัดส่วนการทำงานเพื่อใช้กระจายต้นทุนค่าแรง

2. แบบบันทึกค่าวัสดุ (Material Cost : MC) ได้ใช้แบบบันทึก MC1-MC8 โดยแยกไปตามหน่วยต้นทุน โดยบันทึกวัสดุทั่วไปและวัสดุโครงการ บันทึกค่าสาธารณูปโภค (Utility Cost: UC) ประกอบด้วย สาธารณูปโภค

3. แบบบันทึกค่าลงทุน (Capital Cost: CC) ได้ใช้แบบบันทึก CC1_1-CC1_8 โดยแยกไปตามหน่วยต้นทุนเพื่อบันทึกครุภัณฑ์ที่มูลค่ามากกว่า 5,000 บาทตามเกณฑ์ของกรมบัญชีกลาง (The Comptroller General’s Department, 2019) และแบบบันทึก CC2_1 ใช้บันทึกที่ค่าดิน/สิ่งก่อสร้าง

4. แบบบันทึกต้นทุนโครงการรวม (Project Cost: PC) ใช้แบบบันทึก PC โดยบันทึกข้อมูลของโครงการประกอบด้วยค่าแรงและค่าวัสดุของโครงการ

5. แบบเก็บรายได้แต่ละหลักสูตร (Tuition Fee: TF) ใช้แบบบันทึก TF ประกอบด้วยค่าใช้จ่ายที่นักศึกษาชำระเพื่อการเรียนการสอนเท่านั้น เพื่อใช้ในการคำนวณจุดคุ้มทุนในการผลิตนักศึกษา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยใช้แบบบันทึกข้อมูล ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ด้านพยาบาล และด้านบริหารการศึกษา จำนวน 3 ท่าน ก่อนนำแบบบันทึกไปใช้เก็บข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินการ

ขั้นที่ 1 จัดเก็บข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยการผลิตโดยมีขั้นตอนดังนี้

1.1 วิเคราะห์โครงสร้างและระบบงาน (System Analysis) ของวิทยาลัยโดยการศึกษาโครงสร้างระบบการแบ่งส่วนงาน ลักษณะงาน และหน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงาน (Kaewsonthi & Kamolrattanakul, 1993) โดยได้แบ่งหน่วยงานดังนี้

1.1.1 หน่วยงานสนับสนุน (Support Unit) หรือ หน่วยงานที่ไม่ก่อให้เกิดรายได้ (Non-Revenue Producing Cost Center: NRPCC) ประกอบด้วย งานบริหาร งานวิชาการ งานกิจการนักศึกษา และงานวิจัย/บริการวิชาการ

1.1.2 บริการวิชาการ (Academic Service Unit) หรือ หน่วยงานที่ก่อให้เกิดรายได้ (Revenue Producing Cost Center: RPCC) เป็นบริการที่วิทยาลัยให้บริการและจัดเก็บรายได้ ประกอบด้วยศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและงานฝึกอบรม

1.1.3 หน่วยงานเพื่อการเรียนการสอน (Teaching Service Cost Center: TSCC) ประกอบด้วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตร์บัณฑิตและหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

1.2 หาต้นทุนทางตรงของแต่ละหน่วยงาน (Direct Cost Determination)

1.3 กำหนดเกณฑ์การกระจายต้นทุน (Allocation Criteria) การศึกษาครั้งนี้ใช้การกระจายแบบลำดับขั้น (Step-Down Allocation) (Kaewsonthi & Kamolrattanakul, 1993) โดยการกระจายต้นทุนของหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเรียนการสอน ลงไปยังการผลิตนักศึกษาและหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานบริการวิชาการลงไปยังงานบริการวิชาการ หลังจากนั้นจึงกระจายลงไปยังชั้นปีด้วยจำนวนหน่วยกิตสำหรับการจัดการเรียนการสอน และจำนวนการให้บริการวิชาการตามลำดับ

1.4 การหาต้นทุนรวม (Total Cost) รวมทั้งหมด

1.5 คำนวณต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost) การผลิตนักศึกษาและจุดคุ้มทุมต่อการผลิตนักศึกษา

ขั้นที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูลปีงบประมาณ 2562 จากแหล่งข้อมูลจากค่าใช้จ่ายเงินงบประมาณแผ่นดิน และเงินรายได้ของวิทยาลัย

ขั้นที่ 3 ผู้วิจัยตรวจสอบการเก็บข้อมูล และความถูกต้องของข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูล หากพบข้อผิดพลาดในการบันทึกข้อมูลให้ดำเนินการแก้ไขข้อมูล

ขั้นที่ 4 ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการใช้ชุดคำสั่งในการสุ่มตรวจสอบความเท่ากันของข้อมูลที่บันทึกกับผลลัพธ์โดยรวมของการบันทึกข้อมูล

ขั้นที่ 5 สรุปและรวบรวมรายงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ ใช้การวิเคราะห์ด้วยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Excel 2010 โดยใช้สถิติ จำนวน และ ร้อยละการคำนวณต้นทุนต่อหน่วยมีรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ค่าเสื่อมราคาต่อปี (Depreciation Cost) ของค่าเสื่อมราคา โดยยึดอายุการใช้งาน (Useful Life) ตามกรมบัญชีกลาง (The Comptroller General's Department, 2014) (The Comptroller General's Department, 2019)

$$\text{Depreciation cost} = \frac{\text{Price}}{\text{Useful Life}}$$

2. ต้นทุนทั้งหมด (Total Cost) ของวิทยาลัยและแยกตามรายหลักสูตร

Total Cost =Labor Cost(LC)+Material Cost (MC)+Capital Cost (CC)

3. ต้นทุนต่อหน่วยการผลิต (Unit Cost) คิดจากต้นทุนรวมทั้งหมด (Total cost) หารด้วยจำนวนผลลัพธ์

$$\text{Unit cost} = \frac{\text{Total Cost}}{\text{Amount of Student}}$$

4. การคำนวณภาระงานจากจำนวนนักศึกษาเต็มเวลา (Full Time Equivalent Students : FTES) คิดจากหน่วยกิตนักศึกษา (Student Course Credit Hour : SCCH) คูณจำนวนนักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนในแต่ละปี หารด้วยค่าเฉลี่ยหน่วยกิตต่อปี (Average of FTES Per Year) โดยจำนวนหน่วยกิตต่อปีการศึกษาปริญญาตรีมีค่าเท่ากับ 36 และต่ำกว่าระดับปริญญามีค่าเท่ากับ 38 (Office of the Higher Education Commission, 2014)

$$\text{FTES} = \frac{\text{Student Course Credit Hour x Students}}{\text{Average of FTES Per Year}}$$

5. ต้นทุนต่อหน่วยภาระงานจากจำนวนนักศึกษาเต็มเวลา (Unit Cost Per FTES)

$$\text{Unit Cost Per FTES} = \frac{\text{Total cost}}{\text{FTES}}$$

6. การคำนวณจุดคุ้มทุน (Break-Even Point: BEP) คิดได้จาก ต้นทุนคงที่ (Fix Cost) ต่อคน หาร ด้วยรายได้จากการลงทะเบียน (Income) ลบด้วย ต้นทุนผันแปรต่อคน (Variable Cost) ประกอบด้วยค่าวัสดุสิ้นเปลืองต่อคนต่อคนต่อปี (Kaewsonthi & Kamolrattanakul, 1993)

$$\text{BEP} = \frac{\text{Fix cost}}{(\text{Income} - \text{Varible cost})}$$

จริยธรรมวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ได้พิจารณาโครงการวิจัยบนพื้นฐานของหลักจริยธรรมการวิจัยสากลตามขั้นตอนเรียบร้อยแล้ว คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์พิจารณาอนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ และรหัสจริยธรรมการวิจัย คือ BCNSK 6/2563 วันที่ 16 ธันวาคม 2562

ผลการศึกษา

1. ต้นทุนต่อหน่วยและจุดคุ้มทุนของการผลิตนักศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยผลผลิตการผลิตนักศึกษาและการบริการวิชาการ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา พบว่าต้นทุนรวม 76,456,833.96 บาท โดยพิจารณาต้นทุนรวมแยกตามหน่วยต้นทุน พบว่า หลักสูตรพยาบาลศาตรบัณฑิต มีต้นทุนรวมสูงที่สุด เท่ากับ 29,873,706.53 บาท และ น้อยที่สุดหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล เท่ากับ 2,751,343.39 บาท โดยมีต้นทุนต้นทุนค่าแรง สูงที่สุด เท่ากับ 59,912,956.45 บาท คิดเป็นร้อยละ 78.36 รองลงมาค่าครุภัณฑ์ เท่ากับ 8,468,364.06 บาท คิดเป็นร้อยละ 11.08 ค่าวัสดุเท่ากับ 8,075,513.45 บาท คิดเป็นร้อยละ 10.56 ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าครุภัณฑ์ แยกตามหน่วยงาน

หน่วยต้นทุน	ค่าแรง (ร้อยละ)	ค่าวัสดุ (ร้อยละ)	ค่าครุภัณฑ์ (ร้อยละ)	ต้นทุนรวม (ร้อยละ)
กลุ่มบริหาร	14,426,893.49 (79.42)	1,198,824.26 (6.60)	2,540,602.15 (13.98)	18,166,319.89 (100.00)
บริการวิชาการ	7,946,939.19 (92.11)	418,250.52 (4.85)	262,099.14 (3.04)	8,627,288.85 (100.00)
กิจการนักศึกษา/ทำนุบำรุง	3,631,595.36 (94.94)	193,550.33 (5.06)	0.00	3,825,145.69 (100.00)
วิจัย	5,411,853.03 (95.77)	222,202.94 (3.93)	17,050.63 (0.30)	5,561,106.59 (100.00)
บริการวิชากร	3,160,489.32 (93.94)	203,857.31 (6.06)	0.00	3,364,346.63 (100.00)
ศูนย์เด็กก่อนวัยเรียน	1,693,593.93 (55.67)	587,809.92 (19.32)	760,530.19 (25.00)	3,041,934.04 (100.00)
หลักสูตรฝึกอบรม	802,280.90 (69.42)	317,231.55 (27.45)	36,130.00 (3.13)	1,155,642.44 (100.00)
หลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต	20,716,514.76 (69.35)	4,601,384.08 (15.40)	4,555,808.69 (15.25)	29,873,706.53 (100.00)
หลักสูตรประกาศนียบัตร ผู้ช่วยพยาบาล	2,122,796.48 (77.15)	332,403,54 (12.08)	296,143.26 (10.76)	2,751,343.29 (100.00)
รวม	**59,912,956.45 (78.36)**	**8,075,513.45 (10.56)**	**8,468,364.06 (11.08)**	**76,456,833.96 (100.00)**

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา มีต้นทุนรวมในการผลิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตสูงสุด เท่ากับ 61,396,385.50 บาท รองลงมาหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล เท่ากับ 7,022,780.13 บาท และน้อยที่สุด คือต้นทุนรวมการฝึกอบรม เท่ากับ 1,913,150.55 บาท โดยพบว่าสัดส่วนต้นทุนทางอ้อมมากที่สุด ร้อยละ 51.84 รองลงมา ต้นทุนทางตรง ร้อยละ 48.16 รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละ ต้นทุนทางตรง ต้นทุนทางอ้อมแยกตามหน่วยผลผลิต

หน่วยผลผลิต	ต้นทุนทางตรง (ร้อยละ)	ต้นทุนทางอ้อม (ร้อยละ)	ต้นทุนรวม (ร้อยละ)
หลักสูตร			
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	29,873,706.53 (48.66)	31,522,678.97 (51.34)	61,396,385.50 (100.00)
ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล	2,751,343.29 (39.18)	4,271,436.84 (60.82)	7,022,780.13 (100.00)
งานบริการวิชาการ			
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	3,041,934.04 (49.67)	3,082,583.74 (50.33)	6,124,517.78 (100.00)
ฝึกอบรม	1,155,642.44 (60.41)	757,508.11 (39.59)	1,913,150.55 (100.00)
รวม	**36,822,629.30 (48.16)**	**39,634,207.66 (51.84)**	**76,456,833.96 (100.00)**

ทุนต่อหน่วยการผลิตนักศึกษาแยกตามรายชั้นปี การผลิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พบว่า ชั้นปีที่ 2 มีต้นทุนต่อหน่วยการผลิตมากที่สุดเท่ากับ 215,231.72 บาทต่อปี รองลงมาชั้นปีที่ 1 เท่ากับ 148,187.41 บาทต่อปี ชั้นปีที่ 3 เท่ากับ 109,985.56 บาทต่อปี ตามลำดับและชั้นปีที่ 4 น้อยที่สุด เท่ากับ 70,647.49 บาทต่อปี ส่วนประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล มีต้นทุนต่อปี เท่ากับ 100,325.43 บาทต่อปี รายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 3 ต้นทุนต่อหน่วยแยกตามรายชั้นปีการศึกษาหลักสูตรที่ผลิต

วิทยาลัย	ชั้นปีที่ 1	ชั้นปีที่ 2	ชั้นปีที่ 3	ชั้นปีที่ 4	ต้นทุนต่อหน่วย
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต	148,187.41	215,231.72	109,985.56	70,647.49	126,070.61
ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล	100,325.43				100,325.43

ตาราง 4 พบว่าต้นทุนต่อภาระงานจากจำนวนนักศึกษาเต็มเวลา FTES ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรเท่ากับ 142,533.69 บาทต่อ FTES มีต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 126,070.61 บาทต่อปี และจุดคุ้มทุนในการผลิต 446 คนต่อปี หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลมีต้นทุนต่อภาระงานจากจำนวนนักศึกษาเต็มเวลา FTES และต้นทุนต่อหน่วย เท่ากับ 100,325.43 บาทต่อ FTES และต่อปี จุดคุ้มทุนในการผลิต 163 คนต่อปี

ตาราง 4 จำนวนหน่วยกิตและต้นทุนต่อ FTESจำนวนนักศึกษาต้นทุนต่อหน่วยและจุดคุ้มทุนแยกตามหลักสูตร

หลักสูตร	จำนวน FTES	ต้นทุนต่อ FTES	จำนวนนักศึกษา	ต้นทุนต่อหน่วย	จุดคุ้มทุน
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	430	142,533.69	487	126,070.61	446
ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล	70	100,325.43	70	100,325.43	163

2. ต้นทุนการจัดบริการวิชาการในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

ต้นทุนต่อหน่วยศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เท่ากับ 69,596.79 บาทต่อคน และการจัดฝึกอบรมเท่ากับ 3,596.15 บาทต่อคน รายละเอียดดังตาราง 5

ตาราง 5 จำนวนหน่วยกิตและต้นทุนต่อ FTESจำนวนนักศึกษาต้นทุนต่อหน่วยและจุดคุ้มทุนแยกตามหลักสูตร

งานบริการวิชาการ	จำนวนผลผลิต	ต้นทุนต่อหน่วย/คน
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	88	69,596.79
ฝึกอบรม	532	3,596.15

อภิปรายผล

การวิจัยนี้ใช้วิธีการการแบ่งต้นทุนตามหน่วยงาน (Cost Center Approach) (Pemphonsub, 1997) ที่ทำให้ทราบข้อมูลต้นทุนต่อหน่วย จุดคุ้มทุน และการคิดต้นทุนรายชั้นปี เช่นเดียวกับการศึกษาต้นทุนในระยะหลัง ๆ (Singweratham, Mualprasitporn, Sawaengdee, Jitaram & Tassabutr, 2018; Phongsiri Kunthlda, Waragkana, Chobchaing & Khanphupa, 2017; Sathagathonthon, 2020) ที่ต่างจากการศึกษาด้วยวิธีการศึกษาต้นทุนอย่างง่าย Quick Method ของการศึกษาต้นทุนที่ผ่านมา (Praboromarajchanok, 1998; Praboromarajchanok, 2002; Klinchan, 2007; Chuakiat, Puttiwanit& Puttiwanit, 2008) ซึ่งจะเห็นได้จากผลการศึกษาด้วยวิธีอย่างง่ายสามารถตอบคำถามเรื่องการหาต้นทุนและการบริหารจัดได้ (Kaewsonthi & Kamolrattanakul, 1993; Pemphonsub, 1997) ดังนั้น การนำเสนอข้อมูลต้นทุนร่วมกับจุดคุ้มทุน (Teswanitch, 2010) ส่งผลให้มีข้อมูลเพิ่มเติมในการตัดสินใจในการรับนักศึกษาเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการบริหารจัดการ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา มีต้นทุนรวม 76,456,833.96 บาท มีสัดส่วนต้นทุนค่าแรงมากที่สุด รองลงมาครุภัณฑ์และค่าวัสดุ เท่ากับ ร้อยละ 78.36,11.08 และ ร้อยละ 10.56 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาต้นทุนการผลิตนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลาในปี 2551 (Chuakiat, Puttiwanit & Puttiwanit, 2008) รวมถึงการศึกษาต้นทุนการผลิตพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิ์ประสงค์ (Phongsiri Kunthlda, Waragkana, Chobchaing & Khanphupa, 2017) และต้นทุนการผลิตนักศึกษาพยาบาลของสถาบันพระบรมราชชนกในปี 2560 (Singweratham, Mualprasitporn, Sawaengdee, Jitaram & Tassabutr, 2018) ที่มีการรายงานต้นทุนของวิทยาลัยพยาบาลจำนวน 14 แห่ง จะเห็นได้ว่าในการพบว่าการผลิตนักศึกษาพยาบาลมีต้นทุนค่าแรงมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากการเรียนการสอนด้านการพยาบาลต้องใช้บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถและมีจำนวนเพียงพอตามเกณฑ์การจัดการศึกษาในระดับอุดมศึกษา (Office of the Higher Education Commission, 2014)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา มีผลผลิตประกอบด้วยการผลิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล และบริการวิชาการ ได้แก่ ศูนย์เด็กเล็กและการฝึกอบรม พบว่ามีต้นทุนการผลิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เท่ากับ 126,070.61 บาทต่อปี หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลมีต้นทุนเท่ากับ 100,325.43 บาทต่อ ต้นทุนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เท่ากับ 69,596.79 บาทต่อคน และการจัดฝึกอบรมเท่ากับ 3,596.15 บาทต่อคน จะเห็นได้ว่าที่ผ่านมายังไม่มีการคำนวณต้นทุนของทุกผลผลิตที่วิทยาลัยพยาบาลดำเนินการ (Chuakiat, Puttiwanit & Puttiwanit, 2008; Phongsiri Kunthlda, Waragkana, Chobchaing & Khanphupa, 2017) จะมีแต่การรายงานต้นทุนต่อหน่วยการผลิตนักศึกษาเท่านั้น โดยการคำนวณต้นทุนที่ผ่านมาน่าจะมีการรวมต้นทุนการให้บริการวิชาการเข้าไปด้วยจึงอาจส่งผลให้ต้นทุนต่อหน่วยในการผลิตสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาต้นทุนการผลิตของสถาบันพระบรมราชชนกในปี 2560 (Singweratham, Mualprasitporn, Sawaengdee, Jitaram & Tassabutr, 2018) ที่มีการแยกหน่วยต้นทุนการบริการวิชาการของทั้ง 14 วิทยาลัย และไม่ได้นำข้อมูลต้นทุนการบริการวิชาการมารวมด้วยกับการคิดต้นทุนต่อหน่วยการผลิตนักศึกษา ดังนั้นหากสถาบันการศึกษามีการดำเนินกิจกรรมบริการวิชาการ เช่น การฝึกอบรม ศูนย์เด็กเล็ก ศูนย์บริการการแพทย์แผนไทย หรืออื่น ๆ ควรแยกศูนย์ต้นทุนต่างหากเพื่อจะได้มีการกระจายต้นทุนทางอ้อมของสถาบันการศึกษาลงไปยังหน่วยบริการวิชาการ ที่จะทำให้ต้นทุนต่อหน่วยการผลิตนักศึกษามีความถูกต้องมากยิ่งขึ้นและทำให้ทราบต้นทุนต่อหน่วยในการผลิตของทุกผลผลิตของสถาบันการศึกษา (Division of Planning The office of President, 2019)

จุดคุ้มทุนในการผลิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเท่ากับ 446 คนต่อปี และหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล จุดคุ้มทุนในการผลิต 163 คนต่อปี พบว่าต้นทุนต่อหน่วยและจุดคุ้มทุนมีความใกล้เคียงกับการศึกษาของสถาบันพระบรมราชชนก (Singweratham, Mualprasitporn, Sawaengdee, Jitaram &Tassabutr, 2018) และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์ Phongsiri Kunthlda,Waragkana, Chobchaing & Khanphupa, 2017; Usaho, 2019) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ (Singweratham, Phonsakchat & Nansang, 2021) ที่เป็นวิทยาลัยในสังกัดสถาบันเดียวกัน หากมีการคำนวณต้นทุนการผลิตและมีการนำเสนอข้อมูลจุดคุ้มทุนในการผลิตแล้วจะส่งผลได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการบริหารจัดการทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด ที่จะส่งผลในการระบุจำนวนในการรับนักศึกษาต่อปี (Singchungchai, Amphama, & Nunkaew, 2001)

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากระบบงบประมาณและการเปิดปิดภาคการศึกษาไม่สอดคล้องกัน ดังนั้นในการนับจำนวนนักศึกษาที่ใช้เพื่อเป็นตัวหารของการคิดต้นทุนในครั้งนี้ ใช้วิธีนับการเข้าออกจริงตามปีการศึกษาที่ได้ลงทะเบียน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ต้นทุนที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้มีการนำเสนอครอบคลุมทุกผลผลิตของสถาบันการศึกษาที่สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการบริหารจัดการงบประมาณในการผลิตนักศึกษาและบริการวิชาการ การทราบจุดคุ้มทุนการการผลิตส่งผลให้สถานศึกษาสามารถกำหนดจำนวนรับนักศึกษาได้

2. รายละเอียดข้อต้นทุนแต่ละประเภทเช่น ค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าครุภัณฑ์ ทำให้ทราบถึงรายละเอียดของต้นทุนว่าสูงขึ้นเกิดจากกระบวนการและหน่วยงานใด ควรมีการนำรายละเอียดดังกล่าวไปเป็นองค์ประกอบในการพิจารณาการจัดสรรงบประมาณในระดับหน่วยงานต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความอ่อนไหวของข้อมูลนำเข้าที่จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงต้นทุนต่อหน่วยเพื่อจะได้ทราบว่าข้อมูลชุดใดเป็นตัวขับเคลื่อนต้นทุนเพื่อให้เกิดประโยชน์เชิงการบริการจัดการในแต่ละรายการต้นทุน

2. ควรมีการศึกษาต้นทุนเปรียบเทียบรายปีงบประมาณเพื่อให้ทราบประสิทธิภาพในการบริหารจัดการของวิทยาลัย

References

Chuakiat, S., Puttiwanit, S., & Puttiwanit, N. (2008). *Determining Unit Cost Per Nursing Student and Health Personal Development Boromarajonani College of Nursing Songkhla in Fiscal Year 2007*. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing Songkhla. (in Thai)

Cleland, V. S., & Mckibbin, R. C. (1990). *The Economics of Nursing*. Norwalk: Applenton & Lange

Council of Ministers. (2003). Royal Decree of Guideline and *Method of Good governance in 2546.* Book136 Section56 Kor. April 30, 2546.

Division of Planning The office of President. (2019). *Unit CostNaresuan University for Fiscal Year 2019.* Phitsanulok, Thailand (in Thai)

Drummond, M. F., & McGuire, A. (2007). *Ecnomomic Evaluation in Health Care: Merging Theory with Practice.* Oxford: Oxford University Press.

Kaewsonthi, S., & Kamolrattanakul, P. (1993). *Health Economics : An Analysis and Evaluation in Public Health.* Bangkok: Chulalongkorn. (in Thai)

Klinchan, A. (2007). *Unit Cost of Production in Phetchabun Rajabhat University*. Phetchabun Rajabhat University. (in Thai)

Office of the Higher Education Commission. (2014). *Manual of Internal Education Quality of Teaching in Higher Education in Education Year 2014*. Bangkok: Pappim. (in Thai)

Pemphonsub, W. (1997). *Principle of Cost Accounting.* Bangkok: Kasetsart University Press. (in Thai)

Phongsiri Kunthlda, P., Bootsri, W., Chobchaing, L., & Khanphupa, N. (2017). Unit Cost of Production Analysis of Boromarajonani College of Nursing, Sunpasitthiprasong. *Boromarajonani College of Nursing, Sunpasitthiprasong, 1*(1), 75-91. (in Thai)

Plan and Policy Division The office of President. (2018). *Unit Cost and Value of Curriculum Administration Nakhon Ratchasima Rajabhat University Year 2017*. Nakhon Ratchasima Rajabhat University: n.p. (in Thai)

Praboromarajchanok. (1998). *Unit Cost of Nursing Colleges and Boromarajonani College of Nursing in Praboromarajchanok Institure, Ministry of Public Healthin Fiscal Year 2539-2541*. Nonthaburi, Praboromarajchanok Institute. (in Thai)

Praboromarajchanok. (2002). *Determineing of Unit Cost of Education Management in Praboromarajchanok Institure.* Nonthaburi, Praboromarajchanok Institute. (in Thai)

Robinson, M. & Last, D. (2009). *A Basic Model of Performance-Based Budgeting.* Washington DC: Fiscal Affair Department.

Sathagathonthon, G. (2020). Cost Analysis and Worth in Cost of Education Management of the Faculty of Nursning, Naresuan University. *Journal of Health and Nursing Research, 36*(1), 39-54. (in Thai)

Singchungchai, P., Amphama, S., & Nunkaew, W. (2001). Cost in Producing Graduates by the Faculty of Nursing, Prince of Songkla University. *The Thai Journal of Nursing Council, 16*(1), 22-38. (in Thai)

Singweratham, N., & Kantabanlang, Y. (2017). Current Health Workforce and State of the Health Workforce Development Need in the Thai Health System: A Report by the Phraboromarajchanok Institure the Ministry of Public Healht. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 4*(3), 218-225. (in Thai)

Singweratham, N., Mualprasitporn, R., Sawaengdee, K., Jitaram, P., & Tassabutr, W. (2018). Determining Unit Cost Per Student and Break-Even Point at Nursing Collegue of Praboromarajchanok. *Journal of Healht Science*, *27*(5), 932-947. (in Thai)

Singweratham, N., Phongsakchat, P. & Nansang, S. (2021). Determining Unit Costs Per Student and Break-Event Point of Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira. *Christian University Journal, 27*(1), 1-11. (in Thai)

Teswanitch, J. (2010). *Unit Cost, Managerial Economics Leasson 1-7.* Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University. (in Thai)

The Comptroller General's Department. (2014). *Calculation Criteria on Depreciation and Fixed Assest for Government Agencies.* Office of Finance Standard in Government Agency, Bangkok: The Comptroller General's Department.

The Comptroller General's Department. (2019). *Financeial Guidelingon Land, Capital and Material 2019.* Office of Finance Standard in Government Agency, Bangkok: The Comptroller General's Department.

Usaho, C. (2019). *Economic Educaiton Theory: Allocation of Educaiton Resources, Cost Measurement*. Retrived 10 October 2020. Available from http://gotoknow.org/blog/model18. (in Thai)

Wattananon, Y., Boonthongand, T., & Athaseri, S. (2000) Cost Analysis for Production of Nursing Students, Faculty of Nursing, Manidol University. *The Thai Journal of Nursing Council, 15*(1), 34-45. (in Thai)

ความฉลาดทางสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ
Health Literacy and other Factors related to Health Promoting Behaviors among Professional Nurses

ปรียนุช ชัยกองเกียรติ[1*], บูรณ์คณัส จันทรศิริพุทธ[1], พิมพ์ณัฐชา สุไลมาน[1]
Preeyanuch Chaikongkiat[1], Boonkanas Chantarasiripoot[1], Pimnatcha Sulaiman[1]
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก[1*]
Boromarajonani College of Nursing, Yala, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute[1*]

(Received: *November 16, 2020*; Revised: *July 08, 2021*; Accepted: *September 28, 2021*)

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงพรรณนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพ ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจังหวัดยะลา จำนวน 184 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น และเลือกแบบเจาะจงเป็นผู้บริหารทางการพยาบาลในสถานบริการทั้ง 3 ระดับ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์มีโครงสร้าง และแบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง ระหว่าง .67-1.00 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .97 และ .92 ตามลำดับวิเคราะหข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและสถิติไคว์สแควร์ ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (*M*=4.12, *SD*=0.40) โดยด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (*M*=4.24, *SD*=0.47) และด้านทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (*M*=3.98, *SD*=0.47) โดยผู้บริหารทางการพยาบาลมีความคิดเห็นว่า พยาบาลวิชาชีพควรมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับสูง เช่น ทักษะทางสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้

2. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (*M*=3.72, *SD*=.63) โดยด้านการจัดการความเครียด มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (*M*=3.94, *SD*=.77) ส่วนด้านการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (*M*=3.05, *SD*=1.01)

3. อายุ และ ความฉลาดทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และระดับสถานบริการสุขภาพที่ปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กันกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ผู้บังคับบัญชา/ผู้บริหารในสถานบริการทางสุขภาพทุกระดับ ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ต่อตนเองในการพัฒนาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และต่อผู้รับบริการ โดยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติตนภายใต้ความรู้ที่ทันสมัย ช่วยให้ผู้รับบริการ/คนไข้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

คำสำคัญ: ความฉลาดทางสุขภาพ, พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ, พยาบาลวิชาชีพ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: preeyanuch@bcnyala.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 081-5403439)

Abstract

This research aimed to study health literacy levels, *as well as* levels of health-promoting behaviors, and factors related to health-promoting behaviors among registered nurses. The sample included 184 registered nurses working at every level of hospitals in Yala province, and 6 nurse administrators working at primary, secondary, and tertiary care. Stratified random sampling, and purposive sampling were applied, respectively. Research tools were structured interviews and questionnaires developed by the researchers. Content validity of the tools were confirmed by 3 experts, obtainning IOC values between 0.67-1.00. Reliability of the questionnaires regarding six dimensions of health literacy, and health-promoting behaviors were tested using Cronbach's alpha coefficient, obtaining values of 0.97 and 0.92, respectively. Reliability of both questionnaires was 0.95. In-depth interviews were done among the six nurse administrators. Data were collected during September and October 2019. The study findings revealed as follows.

1. Health literacy of the registered nurses was at a high level (*M*=4.12, *SD*=0.40). Seeking health-related information and health care had the highest mean score (*M*=4.24, *SD*=0.47), whereas communication skills to promote health had the lowest mean score of health literacy (*M*=3.98, *SD*=0.47). Nurse administrators suggested that registered nurses should have enough health literacy and social skills so to participate into activities, knowing how to use news information, distinguishing different communication styles and applying new information for changing health behaviors.

2. The mean score of health-promoting behaviors of the samples was at a high level (*M*=3.72, *SD*=0.63). Stress management had the highest mean score (*M*=3.94, *SD*=0.77), while exercise behavior had the lowest mean score (*M*=3.05, *SD*=1.01).

3. Age, work experience, and health literacy were significantly and positively associated with health-promoting behaviors at a level of .01.

Per findings, chief medical officers or health administrators should give priority to health literacy development of registered nurses, especially encouraging nurses to seeking health-related information. This could be advantageous, not only for health professionals to develop themselves for good health behaviors and increase their work ability based on an up-to-date knowledge, but also for clients/patients to participate in self-care and finally have positive health behaviors.

Keywords: Health Literacy, Health-Promoting Behaviors, Registered Nurses

บทนำ

Nutbeam (2000) ได้ให้ความหมายของความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ไว้ว่าหมายถึงความรู้ความเข้าใจและทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึงความเข้าใจในบริบททางด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตัวเอง สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2009) ที่ให้ความหมายของความฉลาดทางสุขภาพไว้ว่า หมายถึงทักษะต่าง ๆ ทางการรับรู้และทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ การพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความฉลาดทางสุขภาพจะช่วยสร้างและพัฒนาขีด

ความสามารถในระดับบุคคลเพื่อการธำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน ส่งผลกระทบต่อความสามารถของประชาชนในการใช้ข้อมูลกับระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของตนเองการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการ สามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งกำหนดเป้าประสงค์ในการดูแลสุขภาพตนเองได้ องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศเชิญชวนประเทศสมาชิกให้มุ่งเน้นความสำคัญในการพัฒนาองค์ประกอบฐานรากของความฉลาดทางสุขภาพของปัจเจกบุคคล และการปฏิบัติที่ส่งผลต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of Health) ที่เกี่ยวข้อง (Health Education Division, 2011)

แนวความคิดเกี่ยวกับ Health Literacy มีความชัดเจนมากขึ้น โดยดอน นัทบีม (Nutbeam, 2000) จำแนกความฉลาดทางสุขภาพเป็น 3 ระดับได้แก่ ระดับที่ 1 ขั้นพื้นฐาน (Basic/Functional Health Literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เป็นความสามารถในการประยุกต์ทักษะด้านการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับจำนวนตัวเลข (Numeracy Skill) ระดับที่ 2 ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive Health Literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและการมีพุทธิปัญญา (Cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (Social Skill) ที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และระดับที่ 3 ขั้นวิจารณญาณ (Critical Health Literacy) ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ มุ่งเน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล (Individual Action) เป็นการเชื่อมประโยชน์ของบุคคลกับสังคมและสุขภาพของประชาชน ต่อมาในปี 2561 กองสุขศึกษา (Health Education Division, 2018) ได้ให้ความหมายของความฉลาดทางสุขภาพไว้ว่า คือ ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและการจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี และได้กำหนดคุณลักษณะสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access Skill) หมายถึง การใช้ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ 2) ความรู้ความเข้าใจการสร้างเสริมสุขภาพ (Cognitive Skill) หมายถึง มีความรู้และจำในเนื้อหาสาระสำคัญด้านสุขภาพ สามารถอธิบายถึงความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพในการที่จะนำไปปฏิบัติได้ และสามารถวิเคราะห์ เปรียบเทียบเนื้อหา/แนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพได้อย่างมีเหตุผล 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน 4) ทักษะการจัดการตนเอง (Self-Management Skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง 5) ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงพร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy Skill) หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม

ความฉลาดทางสุขภาพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งทั้งในกลุ่มผู้ให้และผู้รับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ทั้งนี้เพราะพยาบาลวิชาชีพเป็นทีมบุคคลากรสุขภาพที่สำคัญในโรงพยาบาล ทำหน้าที่ให้การพยาบาลซึ่งเป็นการกระทำต่อมนุษย์ในการดูแลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยการฟื้นฟูสภาพการป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2008) แนวทางของสภาการพยาบาลทั้งระดับนานาชาติและของประเทศไทยระบุว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นมิติหนึ่งในสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลและการจัดการ พยาบาลมีส่วนร่วมผลักดันให้เกิดความตื่นตัวในการสร้างเสริมสุขภาพประชาชน ทำให้ต้องปรับ

บทบาทหน้าที่ให้บริการเชิงรุกมากขึ้น มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และจัดทำสื่อต่าง ๆ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งให้คำปรึกษาแก่ผู้ร่วมงาน ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพ สามารถใช้ทักษะที่จำเป็นในการแสวงหา ทำความเข้าใจประเมินสื่อสารและใช้สารสนเทศทางด้านสุขภาพ เพื่อที่จะสามารถนำเสนอข้อมูลและสื่อสารในแนวทางที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตนตามข้อมูลที่ได้รับดีขึ้น บทบาทของพยาบาลในปัจจุบันจึงควรมีส่วนร่วมในการพัฒนา ปรับปรุงความฉลาดทางสุขภาพของสังคมส่วนรวม โดยการใช้กลยุทธ์การสื่อสารการสร้างสื่อให้ความรู้ทางด้านสุขภาพที่เหมาะสม การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ และการให้บริการช่วยเหลืออื่นๆที่สามารถปรับให้เหมาะสมกับผู้รับสารที่มีความแตกต่างและหลากหลายในระดับความรู้ความสามารถภาษาและวัฒนธรรม (Indhraratana, 2014)

อย่างไรก็ตาม พยาบาลไม่ได้เป็นผู้มีความพร้อมที่จะให้บริการสุขภาพดังกล่าวข้างต้นเสมอไป มีผลงานวิจัยบางชิ้นในประเทศไทย (Thungjaroenkul, Swaengdee, Theerawit, & Tungcharoensathien, 2015) ชี้ให้เห็นว่า พยาบาลวิชาชีพในประเทศไทยมีการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อกระดูกหรือข้อโรคไขมันในเลือดสูงโรคความดันโลหิตสูงและโรคไวรัสตับอักเสบตามลำดับ พยาบาลต้องเผชิญปัญหาด้านสุขภาพจากหน้าที่การงาน ซึ่งผลวิจัยนี้ยืนยันว่า แม้พยาบาลมีการใส่ใจต่อการตรวจสุขภาพ แต่ยังพบว่ากลุ่มพยาบาลประจำการมีปัญหาเกี่ยวกับการนอนและมีภาวะตึงเครียดในงานเป็นสัดส่วนมากกว่ากลุ่มพยาบาลที่ไม่ใช่พยาบาลประจำการ เนื่องจากพยาบาลรับภาระงานที่หนัก ปฏิบัติงานเป็นผลัดตลอด 24 ชั่วโมง ต้องเผชิญกับความเร่งรีบ จึงเกิดความเครียดได้ตลอดเวลาและมีปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านต่าง ๆ เช่น การติดเชื้อโรค การบาดเจ็บจากงานการพยาบาลเนื่องจากการช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น การยกผู้ป่วย เป็นต้น นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ โดยบุคคลที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำ จะส่งผลต่อการใช้ข้อมูลข่าวสารและการเข้ารับบริการสุขภาพ เช่น ในการดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเองการป้องกันโรครวมทั้งมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพตั้งแต่อายุน้อยและมักจะมีสุขภาพแย่กว่าหรือป่วยหนักจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าและมีรายงานการศึกษาพบว่า ผู้มีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจมากกว่าโรคมะเร็ง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการขาดความรู้และทักษะในการป้องกันและดูแลสุขภาพตนเอง (Health Education Division, 2018) ดังนั้น ความฉลาดทางสุขภาพจึงเป็นเสมือนกุญแจที่ไขไปสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ แม้ในกลุ่มผู้ให้บริการทางสุขภาพดังเช่นพยาบาลเอง ก็จำเป็นที่จะต้องพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพด้วยเช่นกัน

ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวคิดแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้อธิบายถึงกระบวนการทางชีวจิตสังคมที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ต้องเป็นพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน ดังนั้นการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพบุคคลจะต้องรับเอาพฤติกรรมนั้น ๆ เข้าไว้เป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตด้วย ซึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กันและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ถือเป็นหัวใจสำคัญและเป็นแรงจูงใจในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพคือปัจจัยด้านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม หรืออาจเรียกว่า ความฉลาดทางสุขภาพนั่นเอง ผลที่ได้ก็คือการปรับภาวะสุขภาพ การเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการของมนุษย์ ในการศึกษาที่ผ่านมา มีการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านต่าง ๆ ตามแนวคิดของเพนเดอร์, เมอร์ดาร์ช, และพาร์สัน (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) ในประชากรกลุ่มต่าง ๆ เช่น กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับดี การศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับมาก แต่ด้านการบริโภค

อาหาร ด้านจัดการความเครียด และการเจริญทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง (Vimonwattana, Sangkapong, & Panriansaen, 2017) นอกจากนี้การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่ามีหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคลเช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นต้น ปัจจัยด้านปัจจัยด้านอารมณ์และความคิด เช่น การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น (Bunlong, 2009)

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ในสถานบริการทุกระดับที่มีการเปลี่ยนแปลงบุคลากรรุ่นใหม่ๆเข้ามาทำงานอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้ได้ข้อมูลเป็นแนวทางในการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ พัฒนาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดี โดยสามารถใช้ทักษะที่จำเป็นในการสร้างเสริมสุขภาพให้ตนเอง ลดความเครียดจากการปฏิบัติงาน รวมถึงพัฒนาทักษะในการนำเสนอข้อมูลและสื่อสารให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตนตามข้อมูลที่ได้รับดีขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้มีการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรในหน่วยงาน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม เพื่อให้เป็นแบบอย่างที่ดีในด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้รับบริการได้

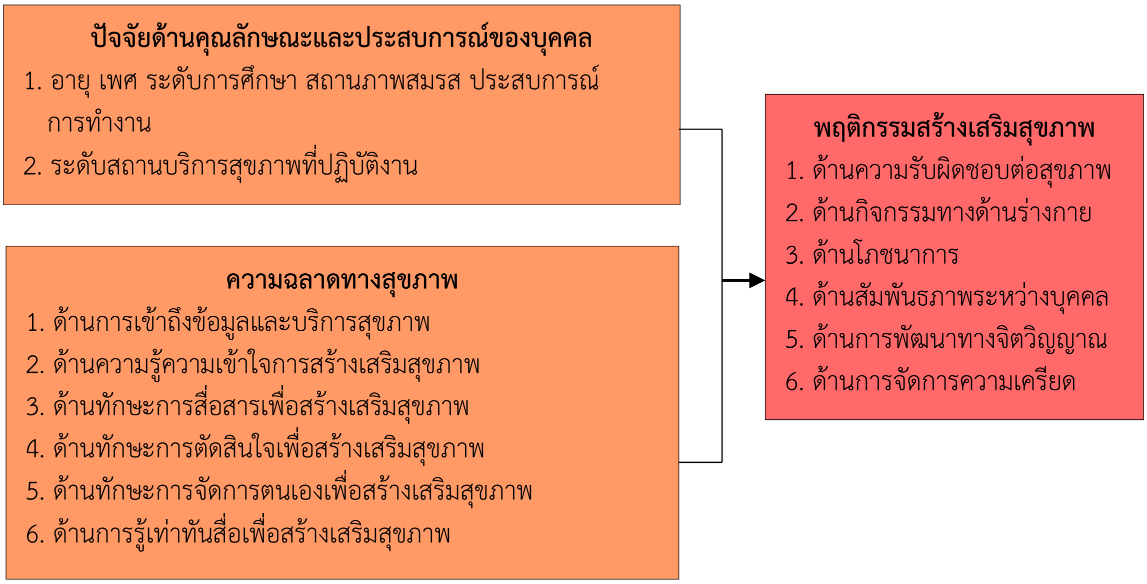
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพจังหวัดยะลา
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพจังหวัดยะลา
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพจังหวัดยะลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตามแนวคิดแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์, เมอร์ดาร์ช, และพาร์สัน (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) ปัจจัยที่สัมพันธ์กันและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ถือเป็นหัวใจสำคัญและเป็นแรงจูงใจในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพคือ ความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งกองสุขศึกษาได้ให้ความหมายของความฉลาดทางสุขภาพไว้ว่า คือความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและการจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี และได้กำหนดคุณลักษณะสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจการสร้างเสริมสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ 4) ทักษะการตัดสินใจเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ 5) ทักษะการจัดการตนเองเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และ 6) การรู้เท่าทันสื่อเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และจากการทบทวนงานวิจัยหลายชิ้นพบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประสบการณ์การทำงาน และสถานที่ปฏิบัติงานมีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้วย (Bunlong, 2009) ในการประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยประเมินตามแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อร่างกาย เป็นการเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองของบุคคล โดยมีการดูแลสุขภาพ แสวงหาข้อมูลและความรู้ที่เป็นประโยชน์ ใช้ระบบบริการสุขภาพ และหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดและของมึนเมาเพื่อสร้างเสริมให้ตนเองปลอดภัยจากสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ 2) ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย เป็นการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่ต้องใช้พลังงานรวมถึงการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันโดยคำนึงถึงสุขภาพของตัวเองเป็นสำคัญ 3) ด้านโภชนาการ เป็นการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายเพื่อให้ได้อาหารครบทั้ง 5 หมู่และมีคุณค่าทางโภชนาการ 4) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นการแสดงออกซึ่งความสามารถและวิธีการสร้างสัมพันธภาพ

กับบุคคลอื่น ซึ่งทำให้ตนเองได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนเพื่อช่วยในการแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ 5) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ตระหนักในการให้ความสำคัญของชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายหรือวางแผนในการดำเนินชีวิต มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการและเกิดความสงบสุขในชีวิต และ 6) ด้านการจัดการกับความเครียด เพื่อช่วยให้ตนเองได้ผ่อนคลายความตึงเครียด โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และพักผ่อนอย่างเพียงพอ กรอบแนวคิดการวิจัยในครั้งนี้ดังแผนภาพ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบวิเคราะห์ (Analytical survey research) เก็บข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนก/งานที่มีการสอนสุขศึกษาแก่ผู้รับบริการ/ญาติ ของโรงพยาบาลศูนย์ (จาก 11 หอผู้ป่วย) โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ในปี 2562 และมีประสบการณ์การปฏิบัติงานมากกว่า 2 ปีขึ้นไป จำนวน 360 คน

คำนวนขนาดตัวอย่างโดยใช้ตาราง Krejcie & Morgan (1970) ที่ระดับความคลาดเคลื่อน .05 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 186 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น โดยไม่ได้คำนวณตามสัดส่วนประชากรของแต่ละชั้น (Disproportionate Stratified Random Sampling) และกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 6 คน โดยกำหนดคุณสมบัติได้แก่ เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในระดับผู้บริหาร มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังใด ๆ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และมีประสบการณ์การปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลมากกว่า 5 ปีขึ้นไป จากโรงพยาบาลศูนย์ 2 คน โรงพยาบาลทั่วไป 1 คน โรงพยาบาลชุมชน 2 คน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตาบลในอำเภอเมือง จังหวัดยะลา 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดในการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ตอน ตอนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประสบการณ์การทำงาน และระดับสถานบริการสุขภาพที่ปฏิบัติงาน ตอนที่ 2 วัดความฉลาดทางสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจการสร้างเสริมสุขภาพ

3) ทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ 4) ทักษะการตัดสินใจเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ 5) ทักษะการจัดการตนเองเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และ 6) การรู้เท่าทันสื่อเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ รวม 30 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา (Health Education Division, 2018) ตอนที่ 3 วัดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน รวม 18 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดของ Pender, Murdaugh, & Parsons (2006) ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียด แบบสอบถามทั้งตอนที่ 2 และ 3 เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากมีมากที่สุด/ปฏิบัติมากที่สุดให้ 5 คะแนน ถึงมีน้อยที่สุด/ปฏิบัติน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน การแปลผลค่าเฉลี่ยของความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพใช้เกณฑ์เดียวกัน เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งระดับตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1981) ออกเป็น 3 ระดับดังนี้

ค่าเฉลี่ยในช่วง 3.68 - 5.00 หมายถึง มีความฉลาดทางสุขภาพ/พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

ค่าเฉลี่ยในช่วง 2.34 - 3.67 หมายถึง ความฉลาดทางสุขภาพ/พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยในช่วง 1.00 - 2.33 หมายถึงความฉลาดทางสุขภาพ/พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับน้อย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยสร้างเป็นแบบสัมภาษณ์มีโครงสร้าง (Structure Interview) เป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจำนวน 3 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 2 คน และหัวหน้าหอผู้ป่วย 1 คน เครื่องมือที่เป็นแบบสอบถาม ผ่านการพิจารณาความชัดเจนและความครอบคลุมเนื้อหา ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item-Objective Congruence Index : IOC) โดยวิเคราะห์ได้ค่า IOC ระหว่าง .67 - 1.00 และหาค่าความเชื่อมั่นโดยการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาช โดยความฉลาดทางสุขภาพ 6 ด้าน ได้เท่ากับ .97 และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้เท่ากับ .92 และหาค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจัดประชุมผู้ช่วยนักวิจัยเพื่อชี้แจงทำความเข้าใจข้อคำถามในแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ การอธิบายเพื่อขอความร่วมมือ และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การลงนามในเอกสารยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการสัมภาษณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ในช่วงเดือน กันยายน ถึง พฤศจิกายน 2562 จากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในจังหวัดยะลาในปี 2562 จำนวน 186 คน ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน 184 คน คิดเป็นร้อยละ 98.92 และสัมภาษณ์เชิงลึกได้ครบถ้วนตามที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ระดับความฉลาดทางสุขภาพและระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่อเนื่อง ได้แก่ อายุ ความฉลาดทางสุขภาพ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) กำหนดค่าระดับความสัมพันธ์ (Wiersma & Jurs, 2009) ดังนี้

0.01-0.20 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก

0.21-0.40 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

0.41 -0.60 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

0.61 -0.80 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูง

มากกว่า 0.80 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก

ทั้งนี้ ก่อนการวิเคราะห์ ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) เพื่อหาลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) ของข้อมูลและตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity) โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่า ค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบ ๆ เส้นตรง ดังนั้นสรุปได้ว่า ลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรไม่ต่อเนื่อง ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประสบการณ์การทำงาน และระดับสถานบริการสุขภาพที่ปฏิบัติงาน กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ใช้การคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ไคว์สแควร์ (Chi-Square)

4. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และกำหนดกรอบประเด็น

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้เสนอผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา เมื่อวันที่ 23 กันยายน 2562 หมายเลขใบรับรอง BCNYA 09/2562

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปีมากที่สุด ร้อยละ 40.22 การศึกษาสูงสุดเป็นระดับปริญญาตรีร้อยละ 96.20 สถานภาพคู่ร้อยละ 75.00 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์มากที่สุด ร้อยละ 34.80 และมีประสบการณ์การทำงานอยู่ระหว่าง 2-10 ปีมากที่สุด ร้อยละ 51.60

2. ความฉลาดทางสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในจังหวัดยะลา

ตาราง 1 ความฉลาดทางสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในจังหวัดยะลา รายด้านและโดยรวม

ความฉลาดทางสุขภาพรายด้าน	*M*	*SD*	ระดับ
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	4.24	.47	สูง
2. ความรู้ความเข้าใจการสร้างเสริมสุขภาพ	4.13	.48	สูง
3. ทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ	3.98	.47	สูง
4. ทักษะการตัดสินใจเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ	4.15	.50	สูง
5. การรู้เท่าทันสื่อเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ	4.12	.49	สูง
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง	4.11	.47	สูง
โดยรวม	**4.12**	**.40**	**สูง**

จากตาราง 1 พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M=4.12, SD=.40) รายด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (M=4.24, SD=.47) อยู่ในระดับสูง และรายด้านทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (M=3.98, SD=.47) แต่ยังคงอยู่ในระดับสูง

3. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ

ตาราง 2 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในจังหวัดยะลารายด้านและโดยรวม

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรายด้าน	*M*	*SD*	ระดับ
1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.80	0.89	สูง
2. กิจกรรมทางด้านร่างกาย	3.05	1.01	ปานกลาง
3. โภชนาการ	3.75	0.88	สูง
4. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	3.90	0.80	สูง

ตาราง 2 (ต่อ)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรายด้าน	*M*	*SD*	ระดับ
5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ	3.89	0.83	สูง
6. การจัดการความเครียด	3.94	0.77	สูง
โดยรวม	**3.72**	**0.63**	**สูง**

จากตาราง 2 พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (*M*=3.72, *SD*=.63) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการจัดการความเครียดมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (*M*=3.94, *SD*=.77) อยู่ในระดับสูง และด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด (*M*=3.05, *SD*=1.01) อยู่ในระดับปานกลาง

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความฉลาดทางสุขภาพ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างอายุ และความฉลาดทางสุขภาพ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ตัวแปร	*n*	*r*	*p*
อายุ	184	.31**	<.01
ความฉลาดทางสุขภาพ	184	.24**	<.01

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประสบการณ์การทำงาน และระดับสถานบริการสุขภาพที่ปฏิบัติงาน กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ตัวแปร	ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ				χ^2	*p*
	ปานกลาง		สูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
หญิง	67	38.50	107	61.50	.469	.512
ชาย	5	50.00	5	50.00		
ระดับการศึกษา						
ปริญญาตรี	70	39.32	108	60.68	.341	.559
ปริญญาโท	2	28.57	5	71.43		(Exact Sig=.437)
สถานภาพสมรส						
โสด	20	54.10	17	45.90	4.347	.114
คู่	49	35.50	89	64.50		
หม้าย/หย่า/แยก	3	33.30	6	66.70		
ประสบการณ์การทำงาน						
2-10 ปี	48	50.50	47	49.50	15.076**	.002
11-20 ปี	12	29.30	29	70.70		
21-30 ปี	12	33.30	24	66.70		
31-40 ปี	0	00.00	12	100.00		
ระดับสถานบริการสุขภาพที่ปฏิบัติงาน						
รพศ.	27	42.20	37	57.80	1.596	.660
รพท.	7	29.20	17	70.80		
รพช.	20	37.00	34	63.00		
รพ.สต.	18	42.90	24	57.10		

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p<.01)

จากตาราง 3 พบว่า อายุ และความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตาราง 3) และ ประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และระดับสถานบริการสุขภาพที่ปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ดังตาราง 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้บริหารที่มีต่อความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่าสามารถนำมากำหนดได้ 4 กรอบประเด็นดังนี้ 1) ความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพและการจัดการตนเอง เป็นไปตามแนวคิดที่ว่า ความฉลาดทางสุขภาพคือความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและการจัดการตนเองรวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี 2) พยาบาลวิชาชีพควรมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับสูง ได้แก่ มีทักษะพื้นฐานทักษะทางสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ 3) ผู้บริหารควรเสริมสร้างให้พยาบาลวิชาชีพมีความฉลาดทางสุขภาพที่สูงขึ้น เพราะจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวและการจัดการทางสุขภาพ ซึ่งมีประโยชน์ทั้งต่อบุคคล และต่อชุมชน/สังคม และส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น 4) พยาบาลวิชาชีพอยู่ในบทบาทที่บุคคลทั่วไปคาดหวังให้เป็นที่พึ่งพิงด้านสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย และมีส่วนสำคัญในปฏิบัติการต่าง ๆ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ หากละเลยการเอาใจใส่ในการสื่อสารกับผู้มารับบริการหรือกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องด้วย ก็ย่อมเกิดผลกระทบโดยตรงกับประสิทธิผลของการให้บริการ เช่น ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเพราะฟังคำพูดที่หมอ/พยาบาลแนะนำไม่เข้าใจ นำไปปฏิบัติที่บ้านได้ไม่ถูกต้อง เป็นต้น โดยสรุปคือ พยาบาลวิชาชีพควรพัฒนาขีดความสามารถในการธำรงรักษาสุขภาพของตนเอง สามารถกำหนดเป้าประสงค์ในการดูแลสุขภาพตนเองได้ มีความฉลาดทางสุขภาพ มีโอกาสหรือทางเลือกในการที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น พร้อมเป็นที่พึ่งพิงด้านสุขภาพของประชาชนผู้รับบริการ

อภิปรายผล

ผลการวิจัยนี้พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยรายด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รายข้อในเรื่องสามารถเลือกใช้แหล่งข้อมูลและบริการทางสุขภาพได้ สืบค้น ค้นหา และตรวจสอบข้อมูลสุขภาพที่ได้ก่อนนำมาใช้ในการปฏิบัติตัว/การปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกันคืออยู่ระหว่าง 4.22 - 4.28 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะสำคัญของความฉลาดทางสุขภาพในองค์ประกอบนี้ในระดับสูงเป็นไปตามแนวทางจำแนกระดับการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Education Division, 2011) และองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Education Division, 2018)

ส่วนผลการวิจัยที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีความฉลาดทางสุขภาพรายด้านทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด รายข้อในเรื่องสามารถเขียน/จัดทำเอกสารอธิบายแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดีได้มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด โดยทักษะในเรื่องการอ่านบทความ บอกเล่า อธิบาย โน้มน้าวหรือชักจูง และเขียน มีค่าเฉลี่ยที่แตกต่างกันคือลดลงไปตามลำดับจาก 4.15 จนถึง 3.67 โดยเฉพาะในเรื่องสามารถเขียน/จัดทำเอกสารอธิบายแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดีได้มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะสำคัญของความฉลาดทางสุขภาพในองค์ประกอบนี้ ยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ถึงระดับมีวิจารณญาณ จึงควรต้องพัฒนาทักษะการสื่อสารในเรื่องการเขียนให้บุคคลอื่นเข้าใจ รวมถึงการโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ต่อทั้งตนเอง คือเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติตนภายใต้ความรู้ที่ทันสมัย สร้างแรงจูงใจให้เกิดความมั่นใจในตนเอง และกับผู้รับบริการ/คนไข้ ให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง และมี

พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าผู้ให้บริการทางสุขภาพ ควรมีความสามารถนำเสนอข้อมูลและสื่อสารในแนวทางที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตนตามข้อมูลที่ได้รับดีขึ้น (Indhraratana, 2014) และสอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากการศึกษาผลของการใช้แอปพลิเคชันฮักไตต่อความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ร่วมด้วย (Saedkong, Potchana, Wayo & Klungklang, 2020) ที่พบว่าหากบุคลากรด้านสุขภาพมีความรอบรู้ทางสุขภาพ สามารถสร้างและนำแอปพลิเคชันนวัตกรรมที่คิดขึ้น ไปใช้ร่วมกับการเยี่ยมบ้านและให้ความรู้กับผู้ป่วยจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองที่เกิดขึ้นจากการประเมินสุขภาพเบื้องต้น และสามารถที่จะนำความรู้ที่ได้จากแอปพลิเคชันไปใช้ในการจัดการสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมได้

ผลการวิจัยในเรื่องพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในจังหวัดยะลาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทุกด้านอยู่ในระดับสูง ยกเว้นกิจกรรมทางด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด โดยเฉพาะในเรื่องการออกกำลังกายต่อเนื่องอย่างน้อยครั้งละ 20 นาที สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Vimonwattana, Sangkapong, & Panriansaen (2017) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพกลุ่มนี้ มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายต่ำกว่าด้านอื่น ๆ จะเห็นได้ว่าแม้กลุ่มตัวอย่างจะเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับ มีความฉลาดทางสุขภาพในระดับที่สามารถหลีกเลี่ยงการกระทำที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพได้ดี แต่ยังจำเป็นต้องเพิ่มการพัฒนาการกระทำที่เป็นผลดีต่อสุขภาพด้วย เช่น การออกกำลังกาย เป็นต้น เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ส่งผลให้มีสุขภาพดี สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ ดังนั้น จึงต้องเสริมสร้างให้พยาบาลวิชาชีพมีความฉลาดทางสุขภาพทั้ง 6 ด้าน โดยเฉพาะในเรื่องการจัดการตนเองเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ จึงจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวและการจัดการทางสุขภาพมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง มีการควบคุมสุขภาพ และปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลให้มีสุขภาพดีขึ้นไปได้ด้วย (Health Education Division, 2018)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ในงานวิจัยนี้พบว่า อายุ ประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยในเรื่องอายุ พบว่าเป็นไปตามแนวคิดของโอเรม (Orem, 1991 cited in, Bunlong, 2009) ที่ว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพราะอายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งในด้านร่างกายและความรู้สึกนึกคิดอายุเป็นตัวบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมภาวะจิตใจและการรับรู้อายุมีอิทธิพลต่อการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลซึ่งอาจเพิ่มตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ และยังสอดคล้องกับผลวิจัยอีกหลายชิ้นที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นทำให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้นด้วย (Surawongsin, 2008) แต่มีผลการศึกษาบางชิ้นที่ไม่สอดคล้อง (Vimonwattana, Sangkapong, & Panriansaen, 2017) ที่พบว่า ปัจจัยชีวสังคมด้านอายุ และประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานใน 5 กลุ่มงานของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มีสถานภาพโสด ร้อยละ 69.60 อายุเฉลี่ย 36 ปี และมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 13.32 ปี ส่วนในงานวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพโสดเพียงร้อยละ 25.10 สถานภาพคู่ถึงร้อยละ 75 มีอายุเฉลี่ย 39.36 ปี และมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 13.89 ปี แม้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองงานวิจัยนี้จะมีอายุ และประสบการณ์ใกล้เคียงกันมาก แต่สถานภาพสมรสแตกต่างกันมากเช่นกัน จึงมีผลให้พฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันไปได้ ทำให้ผลการวิจัยออกมาแตกต่างกัน และเป็นที่น่าสังเกตว่าในงานวิจัยนี้ ตัวแปรสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อาจเนื่องจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นสถานภาพคู่ถึงร้อยละ 75 สถานภาพสมรสจึงอาจเป็นตัวแปรหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้หากมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างดังเช่นที่พบจากผลงานวิจัยของแสงเดือน กิ่งแก้ว และ

นุสรา ประเสริฐศรี (Ginggeaw, & Prasertsri, 2016) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรคพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยนี้ พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับงานวิจัย (Vimonwattana, Sangkapong, & Panriansaen, 2017) ที่พบว่า ปัจจัยเสริมในเรื่องการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อธิบายได้ว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความฉลาดทางสุขภาพ ในเรื่องการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ผลการศึกษาทั้งสองจึงสอดคล้องกันในเรื่องนี้ และสอดคล้องกับงานวิจัย (Ginggeaw, & Prasertsri, 2016) ที่ศึกษาผู้สูงอายุที่ป็นโรคเรื้อรังหลายโรคพบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r =.462, p=<.01) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของจิระภา ขำพิสุทธิ์ (Khampisut, 2018) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนิสิต คณะกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวรพบว่า นิสิตมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับสูงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.33; p=<.01)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง มีทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพน้อยที่สุดกว่าด้านอื่น ๆ ผู้บังคับบัญชา/ผู้บริหารในสถานบริการทางสุขภาพทุกระดับ จึงพึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ในด้านทักษะการสื่อสาร โดยเฉพาะทักษะในเรื่องการอ่านบทความบอกเล่า อธิบาย โน้มน้าวหรือชักจูง และเขียน และทักษะในเรื่องการเขียน/จัดทำเอกสารอธิบายแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพดี การโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลด้านสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ต่อทั้งตนเองคือเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติตนภายใต้ความรู้ที่ทันสมัย สร้างแรงจูงใจให้เกิดความมั่นใจในตนเอง และเกิดประโยชน์กับผู้รับบริการ/คนไข้ โดยสามารถโน้มน้าวหรือชักจูงให้เขามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยเฉพาะคนไข้ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพควรเน้นการให้สุขศึกษาและวางแผนจำหน่ายเป็นรายบุคคลที่เหมาะสม เพื่อไม่ให้มีการกลับเป็นซ้ำอีก

2. ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในเรื่องการออกกำลังกายต่อเนื่องในระดับปานกลาง ผู้บังคับบัญชา/ผู้บริหารในสถานบริการทางสุขภาพทุกระดับจึงควรเป็นเป็นตัวแบบที่ดีด้านสุขภาพ และวางแนวนโยบายในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรด้านการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น เน้นการปฏิบัติได้จริง เพิ่มโอกาสในการควบคุมสุขภาพด้วยตนเอง ให้สามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพตนเอง และมีการเตรียมพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงในทุกช่วงชีวิต เพื่อให้สามารถปรับตัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือเมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาสมรรถนะการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพในทุกระดับของสถานบริการสุขภาพ โดยเฉพาะสมรรถนะทางด้านร่างกาย โดยอาจเป็นการศึกษาสมรรถนะเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับการบริการพยาบาลในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่สามารถปฏิบัติได้จริง หรือพัฒนาแนวปฏิบัติที่ดีในการเลือกรูปแบบการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่เหมาะสมกับพยาบาลวิชาชีพ สามารถควบคุมดูแลสุขภาพของตนเองได้ตามเป้าหมาย และปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ จนใช้เป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตได้

References

Best, J. W. (1981). *Research in Education* (4th ed.). New Jersey: Prentice Hall.

Bunlong, N. (2009). *Factors Related to Health Promoting Behaviors of Health Personnel in General Hospitals, Phangnga Province*. (Master's thesis). Burapha University

Ginggeaw, S., & Prasertsri, N. (2016). The Relationship Between Health Literacy and Health Behaviors among Older Adults who have Multi-Morbidity. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 25*(3), 43-54.

Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B., & Anderson, E. R. (2010). *Multivariate Data Analysis*. (7th ed). New Jersey: Pearson Education.

Health Education Division. Department of Health Service Support. Ministry of Public Health. (2011). *Health Literacy*. (1th ed.). Bangkok: Newthammada Printing.

Health Education Division. Department of Health Service Support. Ministry of Public Health. (2018). *Strengthening and Evaluating Health Literacy and Health Behavior.* Nonthaburi: Printing House, Agricultural Cooperative Association of Thailand, Ltd.

Indhraratana, A. (2014). Health Literacy of Health Professionals. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, *15*(3), 174-178.

Khampisut, J. (2018). Health Literacy and Health Promotion Behaviors of Students in Naresuan University. *Journal of Educational Measurement, Mahasarakham University, 24*(1), 67-78.

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement, 30,* 607-610.

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.

Pender, N. J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice* (3rd ed.). Stamford Connecticut: Appleton and Lange.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice* (5th ed.). New Jersey: Pearson Education, Inc.

Saedkong, P., Potchana, R., Wayo W. & Klungklang, R. (2020). Effects of Using Hug Tai Application on Health Literacy among Patients with Diabetes Type 2, Hypertension, and Chronic Kidney Disease Stage 3 at Wat Nong Weang Pra-Aramluarg Parimary Care Unit in Khon Kaen. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 7*(3), 195-206.

Surawongsin, K. (2008). *Factors Relating to Health Promotion Behaviors of Health Personnel in Permanent Secretary Ministry of Public Health*. (Master of Science, Health Education, Kasetsart University)

Thailand Nursing and Midwifery Council. (2008). *National Nursing and Midwifery Development Plan (2nd Edition) 2007-2016.* Bangkok: Siriyod Publication.

Thungjaroenkul, P., Swaengdee, K., Theerawit, T., & Tungcharoensathien, V. (2015). Health Problems and Health Care Behaviors Among Registered Nurses in Thailand. *Journal of Health Systems Research, 9*(1), 49-60.

Vimonwattana, N., Sangkapong, T., & Panriansaen R. (2017). Factors Affecting the Health Promotion Behaviors of Professional Nurses in Faculty of Medicine, Vajira Hospital, Navamindradhiraj University. *Kuakarun Journal of Nursing, 24*(2), 67-81.

Wiersma, W., & Jurs, S. G. (2009). *Research Methods in Education*. Massachusetts: Pearson.

World Health Organization. (2009). Health Literacy and Health Promotion. Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. *Individual Empowerment Conference Working Document. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development*. Nairobi, Kenya.

การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มการระลึกความหลังแบบบูรณาการ ต่อความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช

Development of an Integrated Reminiscence Group Program on Depression, Self-esteem, and Quality of Life for Older Adults in Nakhon Si Thammarat

ภาวดี เหมทานนท์[1*] และ สุทัศน์ เหมทานนท์[1]
Pawadee Hamtanon[1*] and Sutus Hamtanon[1]
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก[1*]
Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute[1*]

(Received: *June 28, 2021*; Revised: *September 16, 2021*; Accepted: *September 28, 2021*)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ เพื่อศึกษาสภาพการณ์ พัฒนาโปรแกรมกลุ่มการระลึกความหลังแบบบูรณาการ และเปรียบเทียบระดับของความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ของความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต จากผู้สูงอายุ จำนวน 517 คน ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือการวิจัย คือ แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบสอบถามความภาคภูมิใจในตนเอง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณาและสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมกลุ่มการระลึกความหลังแบบบูรณาการ ระยะที่ 3 เปรียบเทียบระดับของความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ใช้กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 จำนวน 15 คน เครื่องมือวิจัย คือ โปรแกรมกลุ่มการระลึกความหลังแบบบูรณาการ แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบสอบถามความภาคภูมิใจในตนเอง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ผลการวิจัย พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 75.05 ซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 20.70 ความภาคภูมิใจในตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.89 และระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 82.79 ระดับปานกลาง ร้อยละ 17.21 โดยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำมากกับคุณภาพชีวิต (r=.148) ความภาคภูมิใจในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยำสคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 ตามลำดับ (r=.549)

2. โปรแกรมกลุ่มการระลึกความหลังแบบบูรณาการ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ การสร้างสัมพันธภาพ เส้นทางชีวิต เส้นทางความสำเร็จ สิ่งคั่งค้างในจิตใจ ความหมายของชีวิต และสร้างแรงผลักดันจากประสบการณ์ในอดีตสู่ปัจจุบัน โดยแต่ละกิจกรรมใช้เวลา 90 นาที สัปดาห์ละ 2 วัน ๆ ละ 1 กิจกรรม

3. ภาวะซึมเศร้า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ มีระดับต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรมแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนความภาคภูมิใจในตนเองและคุณภาพชีวิตหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ สูงกว่าการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001 ตามลำดับ

โปรแกรมกลุ่มการระลึกความหลังแบบบูรณาการ สามารถเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้าลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ: การระลึกความหลัง, ภาวะซึมเศร้า, ความภาคภูมิใจในตนเอง, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pawadeehh@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 093-5781938)

Abstract

This research and development study aimed to conduct situation analysis, then to develop an integrated reminiscence group program, and compare levels of depression, self-esteem and quality of life among older adults before and after participating the program. The method consisted of 3 phases. The first phase was to study of situation of self– esteem, depression and quality of life. Sample was 517 older adults, selected using multi-stage random sampling. The research questionnaires consisted of Thai Geriatric Depression Scale (TGDS), self-esteem scale as well as quality of life. Data analyzed by descriptive statistic and Pearson correlation coefficients. Second phase was to develop an integrated reminiscence group program. The third phase was a pre– posttest one- group research design study in order to compare levels of depression, self - esteem, and quality of life among the 15 older adults, who were found having lower than the 25-percentile of quality of life, and had mild to moderate depression. Data were tested using Wilcoxon Signed Rank Test. The results of this study showed as follows.

1. Most of the older adults were not depressed (75.05%); only 20.70% of them had mild depression. Most of them (73.89%) had a high level of self-esteem. Overall quality of life was at a good level (82.79%) and depression was significantly correlated with quality of life (r=.148, p<.01). While self - esteem had moderately and positively correlated with quality of life (r=.549, p<.001)

2. The integrated reminiscence group program consists of 6 activities, namely relationship building, life path, successful life path, unfinished business in the mind, meaning of life, and creation of an impulsion from the past to the present.

3. After participating the program, the mean score of depression was significantly lower than before participating in the program (p<.001). The mean score of self-esteem and quality of life were significantly higher than before participating the program (p< .05 and .001, respectively).

Per findings, the integrated reminiscence group program could increase self-esteem, decrease depression, and promote quality of life among older adults.

Keyword: Reminiscence, Depression, Self-Esteem, Quality of Life, Older Adult

บทนำ

ภาวะผู้สูงอายุเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ดังคำที่ว่า “ภาวะสูงอายุเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาได้” เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญกับความท้าทายทั้งทางด้านสุขภาพทางกายและจิตใจ ทำให้มีความเปราะบางทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ภาวะสูงอายุจึงมีความสัมพันธ์กับการสูญเสียศักยภาพ (Barakovi´, Husi´, van Hoof , Krejcar, Maresova, Akhtar, & Melero, 2020) โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมลง ทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับโรคเรื้อรัง ที่พบได้บ่อย คือ ภาวะสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้า ซึ่งมักจะนำมาซึ่งความอ่อนแอ การพึ่งพา และความพิการ (Bazooband, Baghbanian, & Torkfar, 2016) ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง เกิดการสูญเสียรายได้ อีกทั้งการเพิ่มขึ้นของภาระและค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ (Zhou, WHe, Gao, Yuan, Feng, & Zhang, 2012) รวมไปถึงการมีเครือข่ายทางสังคมที่น้อยกว่าบุคคลทั่วไป ทำให้ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ เสี่ยงต่อ

พฤติกรรมการทำร้ายตนเองจากภาวะซึมเศร้า (Chen, Li, & Li, 2012) และการมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Khalil & Abed, 2014; Lei, Xu, Nwaru, Long, & Wu, 2016)

การบำบัดทางจิตที่มีประสิทธิภาพ เช่น การรู้คิดบำบัด (Cognitive therapy) พฤติกรรมบำบัดเชิงการรู้คิด (Cognitive behavioral therapy) การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem-solving therapy) การบำบัดเชิงสัมพันธภาพ (Interpersonal therapy) รวมทั้งการบำบัดด้วยการระลึกความหลัง (Reminiscence Therapy) (Chen, Li, & Li, 2012) ซึ่งเป็นกระบวนการทบทวนชีวิต ช่วยส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุสะท้อนคิดในเรื่องราวของตนเอง มีการใช้ความคิดเพื่อทบทวนสิ่งที่ผ่านมา ทำให้ค้นหาความหมายของเหตุการณ์ และการได้บอกเล่าประสบการณ์ของตนเอง เป็นการกระตุ้นความจำและการระบายความรู้สึก ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข มีความภาคภูมิใจต่อเหตุการณ์ที่ระลึกถึง ที่สำคัญจะช่วยให้ผู้สูงอายุปรับความคิดกับสถานการณ์ในอดีต มีการรู้คิดที่เข้มแข็งขึ้น ช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ขัดแย้งในจิตใจในอดีตได้ (Meléndez - Morala, Fortuna - Terrerob, Sales-Galána, & Mayordomo, 2015)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การระลึกความทรงจำด้านบวกมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ กล่าวคือ ช่วยเพิ่มความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง เสริมสร้างสุขภาวะ (Well-Being) ความสมบูรณ์แห่งตน (Ego-Integrity) พัฒนาทักษะทางการรู้คิด (Cognitive Performance) (Pinquart, & Forstmeier, 2012) รวมทั้งช่วยให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิต มีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (O'Rourke, Bachner, Cappeliez, Chaudhury, & Carmel, 2015) กล่าวได้ว่าการระลึกความหลังเป็นการบำบัดที่มีคุณค่า เหมาะสำหรับผู้สูงอายุ และทำได้ง่ายกว่าการรักษาแบบอื่น ซึ่งเชน ลี และลี (Chen, Li, & Li, 2012) กล่าวว่า ผู้บำบัดที่มีประสบการณ์ทางคลินิกน้อย ก็สามารถใช้ทักษะทางการพยาบาลทั่วไปที่ได้ฝึกฝนมาใช้ในการบำบัดด้วยการระลึกความหลังได้

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมกลุ่มการระลึกความหลังแบบบูรณาการตามแนวคิดของ เมเลนเดส โมรอล (Meléndez-Moral, Charco-Ruiz, Mayordomo-Rodríguez, & Sales-Galán, 2013) ร่วมกับการใช้ ภาพถ่าย ของใช้ อุปกรณ์ที่มีมาตั้งแต่อดีต ที่ผู้สูงอายุคุ้นเคย รวมถึงดนตรี เสียงเพลง ภาพยนตร์ในอดีต มีการเชื่อมโยงจากอดีตสู่ปัจจุบัน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับให้ที่มีความสอดคล้องกับบริบทการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในครั้งนี้ ซึ่งได้ข้อมูลเบื้องต้นจากการศึกษาถึงสภาพการณ์ทางด้านความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มาประกอบในการพัฒนาโปรแกรมการระลึกความหลัง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า ส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเอง และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีแบบแผนการดำเนินชีวิตอย่างเต็มศักยภาพ พร้อมที่จะใช้ชีวิตอย่างมีความหมายและเกิดภาวะมั่นคงในชีวิตท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงในยุคปัจจุบัน

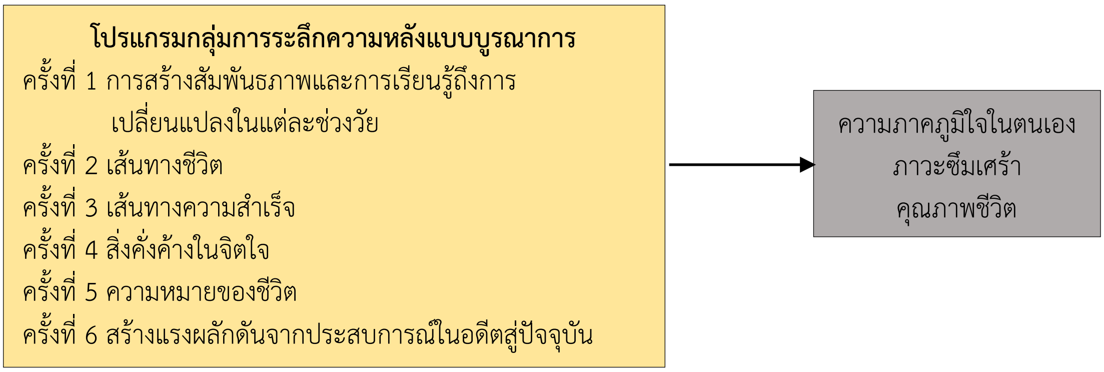
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ของความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมกลุ่มการระลึกความหลังแบบบูรณาการต่อความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับของความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มการระลึกความหลังแบบบูรณาการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การบำบัดด้วยการระลึกความหลัง (Reminiscence Therapy) มีแนวคิดบนพื้นฐานของ 2 ทฤษฎีหลัก คือ 1) ทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคมของอีริคสัน (Erikson's Theory of Psychosocial Development) กล่าวว่า เมื่อบุคคลอยู่ในวัยสูงอายุ มักมองย้อนอดีตเพื่อตรวจสอบและตัดสินว่า ชีวิตที่ผ่านมาแล้วทั้งหมดเขาได้ทำอะไรไป

บ้าง ประสบความสุข ความสำเร็จ และได้รับความสมปรารถนาอย่างไรบ้าง ถ้ามีความรู้สึกว่าได้ใช้ชีวิตคุ้มค่า ได้ทำทุกสิ่งที่ตนควรกระทำ จะรู้สึกพึงพอใจในตนเอง และยอมรับชีวิตของตนอย่างที่มีที่เป็น (Bohlmeijer, Smit, & Cuijpers, 2003) และ 2) ทฤษฎีความต่อเนื่องของแอทชเลย์ (Atchley's Continuity Theory) (Atchley, 1989) ที่เน้นการพัฒนาบุคลิกภาพที่มีผลต่อการปรับตัวต่อความชราภาพ และเน้นว่าพัฒนาการของผู้ใหญ่เป็นกระบวนการต่อเนื่อง เมื่อถึงวัยกลางคน คนเราจะวางโครงสร้างที่เชื่อมต่อกับอดีตและเป็นพื้นฐานของอนาคต เป็นกลยุทธ์การปรับตัวเพื่อความชราภาพที่ประสบความสำเร็จ ซึ่งความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างปัจจัยทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือการคงที่ในผู้สูงอายุแต่ละคน การย้อนนึกถึงความรู้ทักษะ และแนวทางการดำเนินชีวิตที่ผ่านมา ช่วยให้ระลึกความหลังจากอดีตมีความต่อเนื่องสู่ปัจจุบัน สำหรับการระลึกความหลังแบบบูรณาการ (Integrative Reminiscence) เป็นรูปแบบที่เป็นลักษณะของกระบวนการที่ส่งเสริมการยอมรับตนเองและผู้อื่น การแก้ปัญหาและการประนีประนอมความขัดแย้งในใจ ความสร้างรู้สึกมีความหมาย (Sense of Meaning) และการมีคุณค่าในตนเอง (Self-Worth) รวมถึงการเชื่อมโยงจากอดีตต่อเนื่องสู่ปัจจุบัน (Meléndez-Moral, Charco-Ruiz, Mayordomo-Rodríguez, & Sales-Galán, 2013) มีการผสมผสานวิธีการ กิจกรรมและกระบวนการที่หลากหลาย กล่าวคือ ทั้งการเล่าเรื่อง การพูด การเคารพซึ่งกันและกันของบุคคลและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อการค้นหาความหมายของเหตุการณ์ การกระตุ้นความจำและอารมณ์ทางบวกของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข มีความภาคภูมิใจต่อตนเอง และดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพต่อไป โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแผนภูมิ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์ของความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดนครศรีธรรมราช

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ในเขตจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสถิติของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชในเดือนธันวาคม 2561 พบว่ามีจำนวน 201,167 ราย

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 517 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power กำหนดค่า Effect Size หรือค่า r จากงานวิจัยที่หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับตัวแปรที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั้งทางกายและทางจิตสังคมในผู้สูงอายุมีค่าระหว่าง 0.15-0.61 (Sinchaiwanichakul, & Kespichayawattana, 2018; Srikuankaew, Jiawiwatkul, & Thayansin, 2018) เพื่อให้การเก็บข้อมูลมีการกระจายไปยังกลุ่มตัวอย่างที่ครอบคลุมในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงกำหนดค่า Effect Size หรือ ค่า r ที่ต่ำสุด คือเท่ากับ 0.15 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (α)

เท่ากับ 0.5 ค่าอำนาจทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.95 และกำหนดค่า ρ สำหรับสมมติฐานหลัก เท่ากับ 0 ได้กลุ่มตัวอย่างขนาด 470 คน และป้องกันการขาดความสมบูรณ์ของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 517 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ได้กลุ่มตัวอย่างที่มารักษาที่โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 2 แห่ง และกลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จำนวน 2 แห่ง เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการในช่วงเดือนกันยายน-ตุลาคม 2562 ตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป 2) สามารถเดินทางมารับบริการที่สถานบริการได้ ทั้งมารับบริการคนเดียว หรือมากับผู้ดูแล 3) รับการรักษาด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรค ความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง อย่างน้อย 1 โรค และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคดังกล่าว ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 เดือน 4) มีความสามารถในการดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง โดยการใช้แบบประเมิน Barthel Activities of Daily Living: ADL มีคะแนนมากกว่า 12 คะแนน 5) ยินดีให้ข้อมูลด้วยตนเอง และ 6) สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และเกณฑ์คัดออก คือ 1) มีแนวโน้มของภาวะความจำบกพร่อง โดยการใช้แบบคัดกรอง TMSE มีคะแนนน้อยกว่า 23 คะแนน และ 2) มีปัญหาเรื่องการได้ยินชนิดหูหนวก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส การศึกษาอาชีพ การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมทั่วไป การรับรู้ว่าภาวะสุขภาพของตนเองกับบุคคลอื่นในวัยเดียวกัน โรคประจำตัว ซึมเศร้า การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน และการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา

2. แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน มีการแบ่งช่วงคะแนน ดังนี้ 0-4 คะแนน คือ ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ 5-8 คะแนน คือ ภาวะพึ่งพารุนแรง 9-11 คะแนน คือ ภาวะพึ่งพาปานกลาง และ 12 - 20 คะแนน คือ ไม่เป็นการพึ่งพา

3. แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม Thai-Mental State Examination (TMSE) ซึ่งพัฒนาจาก MMSE ของ Folstein และคณะ โดย Train the Brain Forum Thailand (1993) ใช้วัดสมรรถภาพทางสมองทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ เวลา สถานที่ (Orientation) ด้านความจำ (Registration) ความตั้งใจ (Attention) ด้านการคำนวณ (Calculation) ด้านความเข้าใจภาษาและการแสดงออกทางภาษา (Language) และด้านการระลึกได้ (Recall) มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ผู้ที่มีคะแนนตั้งแต่ 23 คะแนนลงมา ถือว่ามีภาวะสมองเสื่อมจึงใช้เพื่อเป็นการคัดกลุ่มผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมออกจากการวิจัยในครั้งนี้

4. แบบสอบถามความภาคภูมิใจในตนเอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-Esteem Scale) ของ Rosenberg, (1965; Gray-Little, Williams, & Hancock, 1997) มีจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบ 4 สเกล การให้คะแนน 1- 4 (จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง) มีข้อคำถามทางลบได้แก่ข้อ 3, 4, 5, 9 คำนวณหาคะแนนเฉลี่ยอ้างอิงมาจากแนวคิดของโรเซนเบิร์ก ดังนี้ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.00-1.50 หมายถึง คุณค่าในตนเองต่ำ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.51-2.50 หมายถึง คุณค่าในตนเองปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.51-3.50 หมายถึง คุณค่าในตนเองสูง และค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.51-4.00 หมายถึง คุณค่าในตนเองสูงสุด

5. แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (Train the Brain Forum Thailand, 1993) มีจำนวน 30 ข้อ เป็นแบบคำถามแบบ ใช่/ การคิดคะแนน คือ ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบว่า "ไม่ใช่" ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า "ใช่" ได้ 1 คะแนน ส่วนการแปลผล มีดังนี้ 0 - 12 คะแนน หมายถึง ปกติ 13 - 18 คะแนน หมายถึง มีความเศร้าเล็กน้อย 19 - 24 คะแนน หมายถึง มีความเศร้าปานกลาง และ 25 - 30 คะแนน มีความเศร้ารุนแรง

6. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก WHOQOL-BRIEF-THAI (Mahatnirunkul, Tantipiwattanaskul, Wongsuwan, & Prommanajirangkul, 1998) และแนวคำถามของแบบประเมิน คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (WHOQOL-OLD) ของ องค์การอนามัยโลก (WHO, 2006) มาสร้างเป็นข้อคำถามแบบ 4 Rating Scale (ระดับคะแนน 1-4/น้อยที่สุด-มากที่สุด) มีข้อคำถามทั้งหมด 37 ข้อ

มีข้อความทางบวก 29 ข้อ และข้อความทางลบ 8 ข้อ แบ่งออกเป็น 7 ด้าน ตามลำดับ คือ 1) ด้านร่างกาย 7 ข้อ 2) ด้านจิตใจและอารมณ์ 9 ข้อ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 5 ข้อ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม 4 ข้อ 5) ด้านความเป็นตัวของตัวเอง 4 ข้อ 6) ด้านความสำเร็จและความคาดหวังในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต 4 ข้อ และ 7) ด้านการเผชิญหน้ากับความตาย 4 ข้อ โดยมีการให้คะแนนโดยรวม คือ 37-67 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตไม่ดี 68-101 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตปานกลาง และ 102-148 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย ผู้วิจัยนำไปหาค่าความเชื่อมั่นกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค = 0.88

2. แบบวัดความภาคภูมิใจในตนเอง และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลจิตเวช 2 ท่าน ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ทั้งฉบับเท่ากับ .82 และ .80 ตามลำดับ หลังจากการปรับปรุงข้อคำถามตามการเสนอแนะแล้ว ผู้วิจัยนำไปหาค่าความเชื่อมั่น กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .71 และ .88 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสือจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช ไปเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตจังหวัด นครศรีธรรมราช ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อติดต่อขอผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการขออนุญาตเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ชี้แจงเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือการวิจัยให้กับผู้ช่วยวิจัยก่อนการใช้เครื่องมือ รวมไปถึงผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลเป็นตัวอย่างให้ผู้ช่วยวิจัย ซึ่งในการเก็บข้อมูลนั้น กรณีที่ผู้สูงอายุสามารถอ่านหนังสือได้และมีสมาธิเพียงพอที่จะทำแบบสอบถาม ก็ให้ผู้สูงอายุทำแบบสอบถามด้วยตัวเอง ส่วนกรณีที่ผู้สูงอายุร้องขอในการให้ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยอ่านแบบสอบถามให้ ก็จะใช้วิธีการสัมภาษณ์ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาที รวมเวลาพักระหว่างการตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้จะมีการทำแบบสอบก่อนพบแพทย์ และใช้สถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว ไม่มีเสียงดัง ภายหลังการเก็บข้อมูลจนครบจำนวน และตรวจสอบความเรียบร้อยของข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต วิเคราะห์โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องและการกระจายของข้อมูล โดยพบว่าเมื่อพิจารณาจาก Q-Q Plot ของค่าระดับภาวะซึมเศร้า ความภาคภูมิใจในตนเอง และคุณภาพชีวิต อยู่ในแนวเส้นตรงแสดงว่ามีการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ และทดสอบ Linearity test พบว่า ภาวะซึมเศร้า (F=12.824; Sig=.000) และความภาคภูมิใจในตนเอง (F=238.887; Sig<.001) กับคุณภาพชีวิต แสดงว่ามีความสัมพันธ์เชิงเส้นกันในแต่ละคู่ สามารถนำไปวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันได้ ส่วนความภาคภูมิใจในตนเอง กับภาวะซึมเศร้า (F=1.636; Sig=.201) แสดงว่าไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้น จึงไม่นำไปวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ทั้งนี้การพิจารณาค่าสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ ใช้เกณฑ์ ดังนี้ .90-1.00 มีความสัมพันธ์กันสูงมาก .70-.90 มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง .50-.70 มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง .30-.50 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ และ .00-.30 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก (Hinkle, 1998)

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มการระลึกความหลังแบบบูรณาการ

จากผลการศึกษาสภาพการณ์ในระยะที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิด ผู้วิจัยนำมายกร่างโปรแกรมกลุ่มการระลึกความหลังแบบบูรณาการ และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน คือ พยาบาลด้านผู้สูงอายุ ด้านจิตเวช และอาจารย์ด้านจิตเวช ด้านละ 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรม ฯ ได้ค่า Item-Objective Congruence Index: IOC เท่ากับ .67-1.00 และผู้วิจัยนำโปรแกรมฯ ที่

ปรับตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิในประเด็นของกระบวนการ และนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในกระบวนการกลุ่มและกิจกรรม หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในประเด็นของภาษาที่ต้องใช้ภาษาถิ่นที่ง่ายต่อความเข้าใจ การใช้เวลา และการหยุดพักระหว่างการทำกิจกรรม ซึ่งโปรแกรมกลุ่มการระลึกความหลังแบบบูรณาการ ภายหลังการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพและการเรียนรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงวัย 2) เส้นทางชีวิต 3) เส้นทางความสำเร็จ 4) สิ่งคั่งค้างในจิตใจ 5) ความหมายของชีวิต และ 6) สร้างแรงผลักดันจากประสบการณ์ในอดีตสู่ปัจจุบัน

ระยะที่ 3 การศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มการระลึกความหลังแบบบูรณาการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่ใช้ในการศึกษาสภาพการณ์ในระยะที่ 1 ที่มีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 จำนวน 154 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ใช้ในการศึกษาสภาพการณ์ในระยะที่ 1 แบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ คือ มีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช สมัครใจเข้าร่วมการทดลอง และไม่มีปัญหาในการเดินทางเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมกลุ่มการระลึกความหลังแบบบูรณาการ ที่ได้จากการพัฒนาในระยะที่ 2

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

2.1 แบบสังเกตการทำกิจกรรม ประกอบด้วย 6 ประเด็น คือ ความตั้งใจ ความเต็มใจในการร่วมกิจกรรม ความจำปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การมีส่วนร่วม ความสนุกสนานในการเข้ากลุ่ม ซึ่งมีลักษณะแบบ 4 ระดับ โดย 0 หมายถึง หลีกเลี่ยงและไม่ให้ความร่วมมือ 1 ร่วมมือในบางขั้นตอน 2 หมายถึง ร่วมมือเป็นส่วนใหญ่ และ 3 หมายถึง ร่วมมือในทุกขั้นตอน

2.2 แบบประเมินที่ใช้ในการศึกษาในระยะที่ 1 คือ 1) แบบประเมินความภาคภูมิใจในตนเอง 2) แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย และ 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 ลงมา ภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และมีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวนทั้งสิ้น 15 คน ดำเนินการวัดความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 15 คน อีกครั้ง เพื่อเป็นคะแนนก่อนการทดลอง

2. ระยะการทดลอง ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คนโดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยได้ถ่ายทอดการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ให้กับผู้ช่วยวิจัย เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยสามารถสังเกตพฤติกรรมการร่วมกลุ่มได้อย่างถูกต้อง

2.2 ผู้วิจัยดำเนินการจัดกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 7 คน และ 8 คน โดยจัดตามความสะดวกตามวันเวลาที่กำหนด

2.3 ผู้วิจัยโทรศัพย์ประสานกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแจ้งวันเวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรม โดยทำกิจกรรมในวัน อังคาร และวันศุกร์ ซึ่งกลุ่มที่ 1 ทำกิจกรรมในเวลา 10.00-11.30 น. และกลุ่มที่ 2 ทำกิจกรรมเวลา 13.30-15.00 น.

2.4 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมโดยใช้พื้นที่ในชุมชน จัดกิจกรรมกลุ่มละ 3 สัปดาห์ ๆ ละ 2 วัน ๆ ละ 1 กิจกรรม ผู้วิจัยเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรม ระหว่างการร่วมกิจกรรมผู้ช่วยวิจัยจะสังเกตพฤติกรรมของการ

ร่วมกลุ่มและมีการสะท้อนถึงความร่วมมือในช่วงสรุปกิจกรรมในแต่ละครั้ง เพื่อค้นหาสาเหตุและการจัดการในกิจกรรมครั้งต่อไป

3. ระยะหลังการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการวัดความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ทันที และใช้คะแนนจากการวัดดังกล่าวเป็นคะแนนภายหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ ความถี่ และร้อยละ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยการใช้สถิติ Wilcoxon Sign Rank Test Paired t-test

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยฉบับนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่ NSTPH 024/ 2562 ลงวันที่ 24 พฤษภาคม 2562

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสภาพการณ์ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัย ด้านข้อมูลส่วนบุคคล ความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง จำนวน 517 คน โดยส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.00 มีอายุ 60-70 ปี ร้อยละ 58.99 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 86.07 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.47 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80.66 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 49.71 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.29 รับรู้ว่าภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับเดียวกับกับบุคคลอื่นในวัยเดียวกัน ร้อยละ 54.93 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 83.17 ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ร้อยละ 54.35 และเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ร้อยละ 84.72 ส่วนภาวะซึมเศร้าพบว่า ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 75.05 ซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 20.70 ซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 3.48 และซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 0.77

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละ ของระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความภาคภูมิใจโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 517)

ระดับความภาคภูมิใจ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับปานกลาง (M=1.51-2.50)	47	9.09
ระดับสูง (M=2.51-3.50)	382	73.89
ระดับสูงสุด (M=3.51-4.00)	88	17.02
$M_{รวม}$=3.10, SD = .41		

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (n=517)

คุณภาพชีวิต (ด้าน)	ไม่ดี		ปานกลาง		ดี		M	SD	แปลค่า
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. ร่างกาย	8	1.55	450	87.04	59	11.41	18.15	2.12	ปานกลาง
2. จิตใจและอารมณ์	0	0	236	45.65	281	54.35	27.61	3.09	ดี
3. ความสัมพันธ์ทางสังคม	0	0	301	58.22	216	41.78	14.66	1.84	ดี
4. สิ่งแวดล้อม	1	0.19	30	5.80	486	94.00	13.26	1.81	ดี
5. ความเป็นตัวของตัวเอง	0	0	45	8.70	472	91.30	13.19	1.83	ดี

ตาราง 2 (ต่อ)

คุณภาพชีวิต (ด้าน)	ไม่ดี		ปานกลาง		ดี		*M*	*SD*	แปลค่า
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
6. ความสำเร็จและความคาดหวังในอดีต ฯ	0	0	37	7.16	480	92.84	13.18	1.88	ดี
7. การเผชิญหน้ากับความตาย	104	20.12	325	62.86	88	17.02	9.55	2.03	ปานกลาง
โดยรวม	**0**	**0**	**89**	**17.21**	**428**	**82.79**	**109.58**	**9.38**	**ดี**

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (n = 517)

ตัวแปร	*r*	*p-value*
ความภาคภูมิใจในตนเอง	.549	<.001
ภาวะซึมเศร้า	-.148	.001

จากตาราง 1 และ 2 ความภาคภูมิใจในตนเอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความภาคภูมิใจในตนเองอยู่ในระดับสูงและระดับสูงสุด ถึงร้อยละ 90.91 ส่วนระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า ผู้สูงอายุทั้งหมดมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง – ดี โดยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมและด้านความสำเร็จและความคาดหวังในอดีต ฯ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีกว่าด้านอื่น ๆ ส่วนด้านร่างกายและด้านการเผชิญหน้ากับความตาย มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำกว่าด้านอื่น ๆ

สำหรับการหาความสัมพันธ์ระหว่างความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับคุณภาพชีวิต (r = .148) ความภาคภูมิใจในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 ตามลำดับ (r=.549) (ตาราง 3)

2. การพัฒนาโปรแกรมการระลึกความหลังแบบบูรณาการต่อความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต สำหรับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยนำเสนอออกเป็น 2 ตอนย่อย ดังนี้

2.1 การนำเสนอขั้นตอนการสร้างโปรแกรม ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมกลุ่มการระลึกความหลังแบบบูรณาการจากการศึกษาสภาพการณ์ในระยะที่ 1 และจากการทบทวนเอกสารตำรา งานวิจัยมาบูรณาการ ซึ่งมีฐานคิดมาจากทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคม แนวคิดการบำบัดด้วยการระลึกความหลัง และแนวคิดผู้สูงอายุ โดยเน้นการก้าวผ่านประสบการณ์ที่เป็นปมปัญหาและภาวะขัดแย้งในใจที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า ร่วมกับการนำประสบการณ์ทางบวกมาพัฒนาความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การใช้หลักการทางศาสนามาเสริมสร้างความหวังนำไปสู่การใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถยอมรับความตายที่จะเกิดขึ้น และดูแลตนเองให้สมดุลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2.2 ขั้นตอนการใช้โปรแกรม ฯ รวม 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ 1 กิจกรรม รวม 3 สัปดาห์ โดยการดำเนินการของแต่ละกิจกรรม คือ การทบทวนการบ้าน 10 นาที การผ่อนคลาย 5 นาที กิจกรรมหลักตามประเด็น 50 นาที การสะท้อนแก่สมาชิก 15 นาที การมอบหมายการบ้าน 5 นาที และข้อซักถามและการประเมินผลจากสมาชิกกลุ่ม 5 นาที รวม 90 นาที โดยแต่ละกิจกรรมมีดังนี้

ขั้นตอน	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย
1. การสร้างสัมพันธภาพ	1. การสร้างสัมพันธภาพและการเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงแต่ละช่วงวัย	1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทำความรู้จักกัน 2. เพื่อให้สมาชิกร่วมแลกเปลี่ยนความทรงจำในแต่ละช่วงวัย	

ขั้นตอน	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย
2. การทบทวนความทรงจำในอดีต	2. เส้นทางชีวิต	1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มระลึกถึงประสบการณ์เหตุการณ์ในอดีตที่ทำให้มีความสุข 2. เพื่อร่วมกันค้นหาความน่าสนใจในประสบการณ์ชีวิตจากอดีตสู่วัยผู้ใหญ่และเข้าสู่วัยสูงอายุ	เสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง ลดภาวะซึมเศร้า
	3. เส้นทางความสำเร็จ	1. เพื่อการระลึกความทรงจำที่ประสบความสำเร็จ 2. เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนถึงประสบการณ์การทำงาน ชีวิตครอบครัว เพื่อน	
	4. สิ่งคั่งค้างในจิตใจ	1. เพื่อการค้นหาปมปัญหาและภาวะขัดแย้งในจิตใจ 2. เพื่อร่วมกันหาแนวทางการหลุดพ้นจากภาวะขัดแย้งในจิตใจ	ลดภาวะซึมเศร้า
3. การสร้างความหมายของการดำเนินชีวิต	5. ความหมายของชีวิต	1. เพื่อการนำแนวคิดทางศาสนานำมาสร้างความหวังในการดำเนินชีวิต	เพิ่มคุณภาพชีวิต
	6. สร้างแรงผลักดันจากประสบการณ์ในอดีตสู่ปัจจุบัน	1. เพื่อการสร้างพลังใจจากประสบการณ์ด้านบวกในอดีตสู่การวางแผนการใช้ชีวิต 2. เพื่อการให้กำลังใจซึ่งกันและกันใ 3. เพื่อประเมินผลโปรแกรม	

3. ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังแบบบูรณาการ ต่อความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุ

ตาราง 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และ คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มการระลึกความหลังแบบบูรณาการโดยใช้ Wilcoxon Sign Rank Test (n=15 คน)

ตัวแปร	ระยะการทดลอง	*M*	*SD*	*Z*	*p-value (1-tailed)*
ความภาคภูมิใจในตนเอง	ก่อน	2.99	.54	-2.017^{c}	.022
	หลัง	3.32	.11		
ภาวะซึมเศร้า	ก่อน	16.53	2.92	-3.415^{b}	<.001
	หลัง	5.87	2.77		
คุณภาพชีวิต	ก่อน	98.53	3.94	-3.359^{c}	.<.001
	หลัง	108.47	6.97		

b. Based on Positive Ranks
c. Based on Negative Ranks

จากตาราง 4 พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างไม่มีการขาดหายไปจากการวิจัย และไม่มีการถอนตัวออกจากการวิจัย ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลการเปรียบเทียบตัวแปร ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ พบว่า ผู้สูงอายุทั้ง 15 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 อายุ 60-80 ปี ร้อยละ 66.67 ศาสนาพุทธ 93.33 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.33 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.00 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 86.67 ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ร้อยละ 66.67 รับรู้ว่าสุขภาพโดยทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง โดย

มีสุขภาพดีเท่ากับคนอื่นที่อยู่ในวัยเดียวกัน ร้อยละ 53.33 และมีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 86.67 และจากการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า ความภาคภูมิใจในตนเอง และคุณภาพชีวิต พบว่า หลังเข้าโปรแกรมภาวะซึมเศร้าลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ความภาคภูมิใจในตนเอง และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001 ตามลำดับ

อภิปรายผล

1. ความสัมพันธ์ระหว่างความภาคภูมิใจในตนเองกับคุณภาพชีวิต

จากผลการศึกษา ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในตนเองอยู่ในระดับสูงและระดับสูงสุด ถึงร้อยละ 90.91 และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับ Orth & Robins (2013) ที่กล่าวว่า ความภาคภูมิใจในตนเองที่สูงสามารถทำนายความสำเร็จในชีวิต เช่น สัมพันธภาพ การทำงาน และสุขภาพ แม้ว่าการเป็นโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุทั่วไป จะเป็นปัจจัยที่มีผลทางลบต่อคุณภาพชีวิต แต่ด้วยผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาถึงร้อยละ 84.72 ซึ่งด้วยวัฒนธรรมของชาวพุทธที่เน้นการร่วมกิจกรรมทางศาสนาที่วัดและมีการสวดมนตร์ ทำสมาธิ ก่อให้เกิดอารมณ์ทางบวก อีกทั้งมุมมองในปัจจุบันที่กล่าวถึงการเจริญสติ พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความภาคภูมิใจในตนเอง (Randal, Pratt, & Bucci, 2015) เพราะช่วยเพิ่มการตระหนักรู้และช่วยกระตุ้นให้บุคคลใส่ใจกับประสบการณ์ในปัจจุบัน รับรู้ว่าภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับเดียวกับกับบุคคลอื่นในวัยเดียวกัน ส่งผลให้ตนเองรับรู้ถึงคุณค่าของตนเองที่มีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ ไม่ก่อเกิดความความทุกข์ทางใจ จึงไม่ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตต่ำ (Khalil & Abed, 2014; Lei, Xu, Nwaru, Long, & Wu, 2016) แม้จะมีข้อจำกัดจากวัยสูงอายุ อีกทั้งการที่ผู้สูงอายุสามารถทำงานที่ก่อให้เกิดรายได้ ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองที่ยังสามารถพึ่งพาตนเองได้ ซึ่งปัจจัยทางการเงินและเศรษฐกิจมีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพชีวิต

2. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิต

จากการศึกษา พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมากกับคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต (Unalan, Gocer, Basturk, Baydur, & Ozturk, 2015; Bodner & Bergman, 2016) ด้วยผู้สูงอายุที่สัมพันธ์กับการลดลงของภาวะสุขภาพ ความยืดหยุ่นของจิตใจในการเผชิญกับปัญหา การควบคุมชีวิต และขนาดของเครือข่ายทางสังคม ส่งผลต่อการคุกคามสุขภาพจิต แต่จากการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ในระดับที่ต่ำ อาจจะเกิดจากการจากแต่การผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรังแต่ยังอยู่ในสภาวะที่ควบคุมได้ มีการรับบริการทางสุขภาพที่สม่ำเสมอ มีอิสระในการทำหน้าที่ รับรู้สมรรถนะของตนเองที่อยู่ในระดับเดียวกับบุคคลอื่น และด้วยที่ผู้สูงอายุมองว่าภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะปกติในวัยสูงอายุและเป็นปฏิกิริยาตามธรรมชาติต่อโรคเรื้อรัง (Sharath & Nuthan, 2020) ที่สำคัญการได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาถึงร้อยละ 84.72 อาจจะเป็นเหตุผลหนึ่งที่นำมาซึ่งความแข็งแกร่งเกิดจากการผ่านเส้นทางชีวิตที่เป็นไปดั่งที่คาดหวังไว้ สามารถพัฒนาทักษะและกลยุทธ์ในการหลีกหนีปัญหาและการแก้ปัญหา รวมไปถึงสามารถจัดการกับเหตุการณ์ในชีวิตที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ ควบคุมอารมณ์ได้ดี และด้วยผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและลูกหลาน รวมทั้งยังมีการทำงานที่ก่อให้เกิดรายได้ สามารถลดการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในช่วงท้ายของชีวิตร่วมกับการมีเครือข่ายทางสังคม ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตค่อนข้างน้อย

3. การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มการระลึกความหลังแบบบูรณาการ

จากการสังเกตพฤติกรรมการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มการระลึกความหลังแบบบูรณาการของผู้สูงอายุ นั้น พบว่า ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความทรงจำในแต่ละประเด็น ซึ่งสมาชิกคนอื่น ๆ รับฟังโดยไม่มีการวิพากษ์หรือตัดสิน การได้ระลึกถึงประสบการณ์ในส่วนที่ประสบความสำเร็จ ทำให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในตนเองที่ได้ฝ่าฟันอุปสรรคต่าง ๆ มาได้ ในส่วนของข้อขัดแย้งที่อยู่ในใจที่อาจจะส่งผลต่อสภาพอารมณ์ทางลบในปัจจุบันได้นั้น การได้เข้าร่วมโปรแกรมทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจถึงเรื่องราวในอดีตที่ไม่สามารถย้อนกลับไปได้อีก การปล่อยจิตใจให้อยู่กับความทุกข์ทางใจ ย่อมส่งผลถึงภาวะสุขภาพทั้งทางจิตใจและร่างกาย โดยเฉพาะอาจจะส่งผล

ความรุนแรงต่อโรคเรื้อรังที่มีอยู่ได้ และการได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสมาชิกกลุ่มถึงการใช้ชีวิตตามสภาพสังคมในปัจจุบัน ส่งผลผู้สูงอายุเข้าใจถึงความแตกต่างระหว่างความทรงจำส่วนตัวกับความทรงจำที่เป็นความจริงทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสย้อนกลับไปมองที่ตัวตนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันมากกว่าการมองว่าสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการดำเนินชีวิต นำไปสู่การวางแผนที่จะดำเนินชีวิตต่อไปด้วยความหวัง เกิดคุณค่าภายในจิตใจ

ผู้วิจัยค้นพบว่าการบ้านมีความสำคัญมากสำหรับการบำบัดด้วยการระลึกความหลังในผู้สูงอายุ ซึ่งการบ้านจะเกี่ยวข้องกับประเด็นของกิจกรรมครั้งถัดไป โดยมีการมอบหมายในช่วงก่อนที่จะจบกิจกรรม และมีการทบทวนถึงการบ้านในช่วงเปิดกลุ่ม ทำให้ผู้สูงอายุได้มีเวลาในการทบทวนเรื่องราวในอดีต ร่วมกับลูกหลานหรือผ่านสิ่งของ ภาพถ่ายที่บ้าน ทำให้มีเรื่องราวหรือประสบการณ์ในอดีตมาแลกเปลี่ยนกันภายในกลุ่ม รวมไปถึงการได้นำภาพถ่าย สิ่งของที่เป็นความทรงจำมาช่วยในการเล่าเรื่อง ทำให้กลุ่มดำเนินไปอย่างมีชีวิตชีวา มีการให้กำลังใจระหว่างสมาชิก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาสรุปไว้ว่า ความสำคัญของการบ้าน ประกอบด้วย 1) ช่วยให้สมาชิกได้ทบทวนความทรงจำในบริบทของตนเอง และสามารถนำเข้าสู่การบำบัดได้อย่างรวดเร็ว ใช้เวลาในการร่วมกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) สามารถใช้การบ้านเพื่อการประเมินความร่วมมือของสมาชิก และ 3) เป็นแนวทางให้สมาชิกกลุ่มในการปฏิบัติทักษะ (Chen, Li, & Li, 2012)

4. การศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มการระลึกความหลังแบบบูรณาการ

จากผลการวิจัย พบว่า ภาวะซึมเศร้า ความภาคภูมิใจในตนเอง และคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มการระลึกความหลังแบบบูรณาการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกลุ่ม มีระดับภาวะซึมเศร้าที่ลดลง ความภาคภูมิใจในตนเองและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ทั้งนี้การที่ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงความทรงจำที่มีลักษณะเชิงบวก ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขที่ได้เล่าเหตุการณ์ต่าง ๆ ของตนในอดีต สำหรับในส่วนของปัญหาและความขัดแย้งในใจในอดีต ที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้านั้น เมื่อผู้สูงอายุผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางลบกับสมาชิกในกลุ่ม ทำให้มีความคิดที่เข้มแข็งขึ้นและปรับเป็นเชิงบวกมากขึ้น (Korte, Cappeliez, Bohlmeijer, & Westerhof, 2012) ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ทั้งที่ผ่านมาและในอนาคตได้ดีขึ้น (Meléndez - Morala, Fortuna - Terrerob, Alicia Sales – Galána, & Mayordomo, 2015)

นอกจากนี้พบว่า การเข้าโปรแกรมกลุ่มการระลึกความหลังช่วยเพิ่มความความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง โดยทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจในชีวิต มองถึงการมีอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ด้วยตนเองมากขึ้น ซึ่งจากข้อมูลการศึกษาแสดงให้เห็นถึง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม อีกทั้งมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาจส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการเข้าร่วมกิจกรรม การไม่มีอาชีพ ทำให้ขาดซึ่งรายได้ เกิดการพึ่งพาลูกหลาน ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการไร้บทบาท การไม่มีประโยชน์ต่อสังคมและตนเอง ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ผลที่ตามมาทำให้ผู้สูงอายุไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งตรงข้ามกับการที่ผู้สูงอายุได้กระทำกิจกรรมทำให้ยังคงมีบทบาทและสถานภาพ ทำให้รู้สึกว่าตนเป็นผู้ที่มีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับของกลุ่ม ดังจะเห็นได้จากการที่ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างได้ออกจากบ้านเพื่อมาเข้าร่วมโปรแกรม ฯ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้สูงอายุด้วยกัน ช่วยให้เกิดการรับรู้ถึงการมีเพื่อนในวัยเดียวกัน มีประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกัน อยู่ในเหตุการณ์ทางสังคมในเรื่องราวเดียวกัน ก่อเกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน และเกิดเครือข่ายทางสังคมขึ้นมาอีกครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การระลึกความหลังช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว (Chiang, Chu, Chang, Chung, Chen, Chiou, & Chou, 2010) มีประสิทธิภาพต่อการบรรเทาภาวะซึมเศร้า และมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย (Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2008) รวมทั้งการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากการที่กลุ่มช่วยให้ผู้สูงอายุค้นหาความพึงพอใจ 3 ประการ คือ 1) ความปลอดภัยและความมั่นคง 2) การเป็นบุคคลที่สมบูรณ์และมีความหมายชีวิต และ 3) การเป็นเจ้าของในเครือข่ายทางสังคม (Barakovi´c, Husi´c, van Hoof , Krejcar, Maresova, Akhtar, & Melero, 2020)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมกลุ่มการระลึกความหลังแบบบูรณาการนี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดปกติ โดยผู้บำบัดควรมีทักษะในการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัด และมีความรู้ ความเข้าใจในระยะพัฒนาการของมนุษย์ และไม่จำเป็นต้องจบการศึกษาที่เฉพาะทางแต่อย่างใด

2. ข้อควรคำนึงในการใช้โปรแกรมนี้กับผู้สูงอายุ คือ การได้เข้ากลุ่มอย่างต่อเนื่อง การช่วยเหลือจากผู้บำบัดในการเตือนล่วงหน้าเรื่องเวลา สถานที่ในการทำกลุ่ม ที่สำคัญกลุ่มจะต้องจัดสถานที่เดิม วันเวลาเดิมของแต่ละสัปดาห์ และ ควรประเมินความสามารถของการรู้คิด และความสามารถในการสื่อสาร ในครั้งแรกของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษา Causal Model ของคุณภาพชีวิต โดยมีตัวแปรเชิงสาเหตุ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความภาคภูมิใจในตนเอง ปัจจัยส่วนบุคคล เพื่อศึกษาถึงข้อสงสัยของวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่าความภาคภูมิใจในตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับสูง รวมทั้งการที่ความภาคภูมิใจในตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า นั้นเกิดจากการมีปัจจัยใดมาเป็นตัวกั้นกลาง

2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกความหลังกับผู้สูงอายุที่มีการลดลงของการรู้คิด เพื่อดูว่าสามารถคงไว้ซึ่งศักยภาพในการทำหน้าที่และป้องกันภาวะซึมเศร้า รวมทั้งการระลึกความทรงจำสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาทักษะใหม่ ๆ

References

Atchley, R. C. (1989). A Continuity Theory of Normal Aging. *Gerontologist, 29*(2), 183-190.

Barakovi´c, S., Husi´c, J. B., van Hoof, J., Krejcar, O., Maresova, P., Akhtar, Z. & Melero, F. J. (2020). Quality of Life Framework for Personalised Ageing: A Systematic Review of ICT Solutions. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*, 2940. https://doi:10.3390/ijerph17082940

Bazooband, A., Baghbanian, A., & Torkfar, G. (2016). A study of Group Reminiscence Therapy and Emotional Intelligence among Elderly Members. *Geriatric Care, 2*, 5927. https://doi: 10.4081/gc.2016.5927

Bodner, E., & Bergman, Y. S. (2016). Loneliness and Depressive Symptoms among Older Adults: The Moderating Role of Subjective Life Expectancy. *Psychiatry Research*, *237*, 78–82.

Bohlmeijer, E., Smit, F., & Cuijpers, P. (2003). Effects of Reminiscence and Life Review on Late-Life Depression: A Meta Analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *18*(12), 1088-1094.

Bulechek, G., Butcher, H., & Dochterman, J. (2008). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (5th ed.). St. Louis: Mosby-Elsevier

Chen, T-J., Li, H-J., & Li, J. (2012). The Effects of Reminiscence Therapy on Depressive Symptoms of Chinese Elderly: Study Protocol of a Randomized Controlled Trial. *BMC Psychiatry*, 12, 189. http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/189 (Open Access)

Chiang, K-J., Chu, H., Chang, H-J., Chung, M-H., Chen, C-H., Chiou, H-Y., & Chou, K-R. (2010). The Effects of Reminiscence Therapy on Psychological Well - Being, Depression, and Loneliness among the Institutionalized Aged. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *25*(4), 380–388

Hinkle, D. E. (1998). *Applied Statistics for the Behavior Sciences.* (4th ed.). New York: Houghton Mifflin.

Khalil, A. A., & Abed, M. A. (2014). Perceived Social Support is a Partial Mediator of the Relationship Between Depressive Symptoms and Quality of Life in Patients Receiving Hemodialysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, *28*(2), 114–118. http://dx.doi.org/10. 1016/j.apnu.2013.11.007.

Korte, L., Cappeliez, P., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2012). Meaning in Life and Mastery Mediate the Relationship of Negative Reminiscence with Psychological Distress among Older Adults with Mild to Moderate Depressive Symptoms. *European Journal of Ageing*, http://doi: 10.1007/s10433-012-0239-3

Lei, P., Xu, L., Nwaru, B. I., Long, Q., & Wu, Z. (2016). Social Networks and Health-Related Quality of Life among Chinese Old Adults in Urban Areas: Results from 4th National Household Health Survey. *Public Health*, *131*, 27–39.

Mahatnirunkul, S., Tantipiwattanaskul, W., Wongsuwan, K., & Prommanajirangkul, W. (1998). Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26items). *Journal of Mental Health Thailand, 5*, 4-15. (In Thai)

Meléndez-Moral, J. C., Charco-Ruiz, L., Mayordomo-Rodríguez, T., & Sales-Galán, A. (2013). Effects of a Reminiscence Program among Institutionalized ElderlyAadults. *Psicothema, 25*(3), 319-323. https://doi: 10.7334/psicothema2012.253

Meléndez-Morala, J. C., Fortuna-Terrerob, F. B., Sales-Galána, A., & Mayordomo, T. (2015). Effect of Integrative Reminiscence Therapy on Depression, Well-being, Integrity, Self-Esteem, and Life Satisfaction in Older Adults. *The Journal of Positive Psychology*, https://doi: 10.1080/17439760.2014.936968 Rodríguez

O'Rourke, N., Bachner, Y. G., Cappeliez, P., Chaudhury, H., & Carmel, S. (2015). Reminiscence Functions and the Health of Israeli Holocaust Survivors as Compared to other Older Israelis and Older Canadians. *Aging & Mental Health*, *19*(4), 335-346.

Orth, U., & Robins, R. W. (2013). Understanding the Link Between Low Self-Esteem and Depression. Current Directions in *Psychological Science*, *22*, 455-460. https://doi.org/10.1177/0963721413492763

Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2012). Effects of Reminiscence Intervention on Psychosocial Outcomes: A Meta - Analysis. *Aging Mental Health, 16*, 541-558. https://doi: 10.1080/13607863.2011.651434. (PubMed)

Sharath, S., & Nuthan, R. (2020). A Study to Assess the Effect of Reminiscence Therapy on Psychological Well-Being, Depression, and Loneliness among Elderly in Selected Old Age Homes of Mysore. IP Journal of *Paediatrics and Nursing Science, 3*(1), 19-23. http://doi.org/10.18231/j.ijpns.2020.003

Sinchaiwanichakul, C., & Kespichayawattana, J. (2018). Factors Related to Healthy Aging among the Older Persons in Community-Dwelling of Bangkok Metropolitan. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, *19*(Supplement), 100-109. (in Thai)

Srikuankaew, A., Jiawiwatkul, A., & Thayansin, S. (2018). The Relationship Between Happiness, Health Literacy and Quality of Life of Elderly: A Case Study in Wiang Elderly School, Fang District, Chiang Mai Province. *MFU Connexion*, *7*(2), 76-95. (in Thai)

Train the Brain Forum Committee (Thailand). (1993). Thai Mental State Examination. *Siriraj Hospital Gazette, 45*, 359-374.

Unalan, D., Gocer, S., Basturk, M., Baydur, H., & Ozturk, A. (2015). Coincidence of Low Social Support and High Depressive Score on Quality of Life in Elderly. *European Geriatric Medicine*, *6*(4), 319–324. https://doi: 10.1016/j.eurger.2015.02.009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). (2006). *The WHOQOL-OLD Module – Manual*. https://www.who.int/mental_health/evidence/WHOQOL_OLD_Manual.pdf

Zhou, W., He, G., Gao, J., Yuan, K., Feng, H., & Zhang, C. K. (2012) The Effects of Group Reminiscence Therapy on Depression, Self - Esteem, and Affect Balance of Chinese Community - Dwelling Elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *54*, 440–447.

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแลมุสลิม จังหวัดยะลา
Experiences of Muslim Caregivers to Home Care for Psychiatric Patients in Yala Province

วานีตา สาเมาะ[1*], ผุสนีย์ แก้วมณีย์[1], เปรมฤดี ดำรักษ์[1], ศุภวรรณ สีแสงแก้ว[1], และ อับดุลมุฮัยมิน แว[2]
Waneeta Samoh[1*], Pootsanee Kaewmanee[1], Premrudee Damrak[1],
Supawan Srisangkaew[1] and Abdulmuhaimin Wae[2]
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก[1*], โรงพยาบาลยะลา[2]
Boromarajonani College of Nursing, Yala, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute[1*],
Yala Hospital[2]

(Received: *April 23, 2021*; Revised: *September 15, 2021*; Accepted: *September 28, 2021*)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแลมุสลิม จังหวัดยะลา คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 12 ราย อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองยะลา เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์รายบุคคล ระหว่างเดือนเมษายน-กรกฎาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และตรวจสอบความน่าเชื่อถือตามแนวคิดของลินคอร์นและคูบาและตรวจสอบความถูกต้องกับผู้ให้ข้อมูลและผู้ร่วมวิจัย ผลการวิจัยพบว่า

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน คือ 1) การรับรู้ต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชของคนในครอบครัว 2) การเจ็บป่วย คือบททดสอบจากพระเจ้า 3) สิ่งที่เรียนรู้จากการดูแล 4) ความช่วยเหลือที่สำคัญ

ผลการวิจัยครั้งนี้ ทำให้เข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ของผู้ดูแลมุสลิมมากขึ้น บุคลากรทางสุขภาพสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลสุขภาพจิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลมุสลิม และยังเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแลมุสลิม และเป็นแนวทางในการเยี่ยมครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชได้

คำสำคัญ: ผู้ดูแลมุสลิม, ผู้ป่วยจิตเวช, ประสบการณ์

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: waneeta@bcnyala.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 082-3675447)

Abstract

This phenomenological research aimed to explain experiences of caregivers of psychiatric patients into home care facilities in Yala Province, in a Muslim cultural context. Participants were 12 caregivers of psychiatric patients living in Mueang Yala district. They were recruited by purposive sampling method from April to July, 2020. Data were collected by using individual semi-structured interviews, and analyzed using content analysis. To establish credibility of the research, Lincoln and Guba criteria were used, along with confirmability of data of member as well as peer debriefing.

The results were classified into 4 main issues: 1) perceptions of family psychiatric illness, 2) illness as God's test, 3) learning from taking care, and 4) important helps.

The results of this study provided a better understanding of caregivers' experiences in caring for psychiatric patients at home in a Muslim cultural context. Health workers can use the research findings as a basis for mental health care for patients and caregivers in accordance with context, culture, beliefs, and lifestyle, as well as a way to develop a psychiatric patients' home care model for caregivers or as a guideline.

Keywords: Caregivers, Psychiatric Patient, Experience, Muslim

บทนำ

การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชมีผลกระทบต่อความสามารถในการดำรงชีวิตในสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว แม้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องก็ยังคงมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ และคงมีอาการหลงเหลือ ทำให้เกิดภาวะทุพลภาพ เกิดความพิการเรื้อรังเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม (Lotrakul & Sukanich, 2015) โดยผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากผู้ดูแลในครอบครัวด้านกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยาให้ต่อเนื่อง การอยู่ร่วมกับผู้อื่น ซึ่งผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ดี จะเป็นผู้ที่มีความรู้ ได้รับการพัฒนาทักษะที่จำเป็น มีแหล่งให้คำปรึกษาและได้รับการสนับสนุนจากชุมชน (Meesri & Dangdomyouth, 2012) ผู้ดูแลที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง สามารถจัดการกับอารณ์ของตนเองได้ ทำให้สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ดี อยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้เหมือนบุคคลปกติทั่วไป ส่วนผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยได้ไม่ดี มักจะมีปัญหาด้านสุขภาพจิต พร่องความสามารถในการควบคุมอารมณ์ มักแสดงอารมณ์โกรธ พูดตำหนิผู้ป่วย พูดส่อเสียด ทำร้ายร่างกายผู้ป่วย เกิดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา และเกิดอาการทางจิตกำเริบได้ (Damruk, Thongprapai, 2019)

นโยบายการดูแลสุขภาพจิตในปัจจุบัน ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยทางจิต ได้กลับสู่ชุมชนและให้ความสำคัญกับครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น ซึ่งการศึกษาของ (Chetchaovalit, Christraksa & Wae-Alee, 2017) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน มีความต้องการได้รับการดูแลตามความเชื่อศาสนาและวัฒนธรรมอีกด้วยซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแลมุสลิม เป็นวัฒนธรรมการดูแลตามความเชื่อ ทางศาสนาอิสลามมาใช้ร่วมในการดูแลทั้งในด้านการแสดงออก การสื่อสาร อาหาร การแต่งกาย พฤติกรรมต่าง ๆ ตามหลักศาสนาและวัฒนธรรม ที่ได้รวมการดูแลสุขภาพตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ มีความสอดคล้องกับวัฒนธรรมที่การดูแลมีการเคารพนับถือและให้คุณค่าของมนุษย์ของผู้ป่วย โดยยึดหลักจริยธรรมเป็นหัวใจสำคัญ (Artsanthia & Chaleoykitti, 2016) ในการดูแลสุขภาพของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ทั้งวิจัยเชิงคุณภาพและวิจัยเชิงปริมาณ แต่ประเด็นการดูแลผู้ป่วยจิตเวชตามวัฒนธรรมและตามความเชื่อของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้นยังมีอยู่น้อย ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยของชาวไทยที่นับถือศาสนาอิสลามส่วนใหญ่นั้น จะยึดหลักการ

ศาสนาอิสลาม ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การดุอาร์เพื่อขอจากพระเจ้าให้หายจากอาการป่วย เชื่อว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นเป็นความประสงค์จากอัลลอฮที่ถูกกำหนด การเสกเป่าและลูบร่างกาย การฟังเสียงการอ่านอัลกุรอาน เป็นต้น (Tohma, Al-fariti, Masarakama, Masoh, Shawo, Radeang, et al, 2019) ซึ่งเป็นความเชื่อที่แตกต่างจากบริบทอื่น รวมถึงผู้ดูแลที่นับถือศาสนาอิสลาม มีความต้องการการดูแลผู้ป่วยตามหลักการของศาสนาและวัฒนธรรมของพื้นที่ชายแดนภาคใต้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแลมุสลิม จังหวัดยะลา โดยใช้ระเบียบการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา เพื่อช่วยให้ผู้วิจัยสามารถทำความเข้าใจ ความหมาย ความคิด ความรู้สึกที่เป็นจริง ตามการรับรู้และการให้ความหมายของผู้ให้ข้อมูลในสถานการณ์นั้น รวมทั้งภูมิหลัง ได้แก่ อายุ การศึกษา วัฒนธรรม และค่านิยมทางสังคมตามประสบการณ์ในมุมมองผู้ดูแล ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ในพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านให้ผู้ดูแลสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุขไปปฏิบัติได้สอดคล้องกับหลักการของศาสนา เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่ออธิบายประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ของผู้ดูแลมุสลิม จังหวัดยะลา

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทย (Phenomenology Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย คือ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 12 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เก็บข้อมูลเดือนเมษายน – กรกฎาคม พ.ศ. 2563 สถานที่เก็บข้อมูลคือบ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จังหวัดยะลา การสัมภาษณ์ดำเนินการจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว

คุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล มีดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลัก (พ่อแม่, ญาติ, พี่น้อง, สามี/ภรรยา)
2. ดูแลผู้ป่วยนานมากกว่า 6 เดือน
3. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยและภาษามลายู (ภาษาท้องถิ่นของมุสลิมในภาคใต้)
4. อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครยะลา
5. ยินยอมในการให้ข้อมูล
6. ไม่มีปัญหาสุขภาพที่ส่งผลให้ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน เช่น ป่วยด้วยโรคติดต่อ (Covid-19) หรือป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและไม่สะดวกในการให้ข้อมูล
7. ไม่ย้ายที่อยู่อาศัยขณะทำการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพ, จำนวนสมาชิกในครอบครัว, ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย, ระดับการศึกษา, อาชีพ, ภาระอื่น ๆ ที่ต้องดูแล, โรคประจำตัว, ผู้ป่วยที่ดูแลเจ็บป่วยด้วยโรค, และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แนวคำถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์วิจัย ประกอบด้วยแนวคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ 1) ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช “อยากให้คุณช่วยเล่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยทางจิตตั้งแต่แรกหน่อยค่ะ” (มีการดูแลอย่างไรบ้าง มีใครช่วยดูแลบ้าง วิธีการดูแลตามความเชื่อ/ศาสนา) 2) ความรู้สึกเมื่อทราบว่าญาติป่วยทางจิต 3) ปัจจัยที่ประสบความสำเร็จ/ขัดขวาง ในการดูแลผู้ป่วย

2. เครื่องบันทึกเสียง

3. สมุดจดบันทึก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแนวคำถาม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยในชุมชนจำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้จบปริญญาโทสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 2 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ทั้งฉบับ เท่ากับ .84 และค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง .70-1.00 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจและปรับแนวคำถามให้เข้าใจง่ายขึ้นก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ในเขตเทศบาลนครยะลา เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่าง นัดหมายกับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) สอบถามความสมัครใจการให้ข้อมูล เพื่อนัดหมายการสัมภาษณ์ตามวัน เวลา สถานที่ให้ข้อมูล มีการสร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัยและเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงลงเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล (Individual Interviews) ซึ่งเป็นการสนทนาโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ได้ข้อมูลของบุคคลในมุมมองต่อประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะดำเนินการสัมภาษณ์โดยใช้คำถามปลายเปิด และพูดคุยแบบไม่เป็นทางการตามแนวคำถามที่สร้างขึ้น และใช้การหยั่งลึก (Probe) เมื่อจำเป็น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม และอิ่มตัวในประเด็นที่ต้องการศึกษา โดยมีการบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์

ในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแต่ละราย มีการสัมภาษณ์อย่างน้อย 1 ครั้ง แต่ไม่เกิน 3 ครั้ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความอิ่มตัวของข้อมูล และความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง แต่ละครั้งใช้เวลานานประมาณ 30-60 เป็นสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก มีการนัดหมาย วัน เวลา ในการสัมภาษณ์ ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล เมื่อสัมภาษณ์เสร็จในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นนัดสัมภาษณ์ครั้งต่อไป และมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ

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

3. การสะท้อนความคิด (Reflexivity) โดยผู้วิจัยจดบันทึกการสะท้อนความรู้สึกความคิด (Reflexive Journal) ของตนเองในสิ่งที่พบเห็นและเกิดขึ้นในระหว่างการสัมภาษณ์และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเป็นการระมัดระวังในการไม่นำเอาความรู้สึกของตนเองไปตีความเหตุการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลพร้อม ๆ กับการรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ทราบประเด็นที่ต้องสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป ในการวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) (Crabtree & Miller, 1992) มีขั้นตอนดังนี้

1. การจัดแฟ้ม (Establishing Files) คือการนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการสัมภาษณ์มาทบทวน แยกแยะและจัดหมวดหมู่

2. การลงรหัสข้อมูล (Coding the Data) นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาลงรหัสหมวดหมู่ของข้อมูล

3. การจัดประเภทของข้อมูล (Identify Unit) จัดประเภทของข้อมูลโดยพิจารณาจากรหัส นำรหัสของข้อมูลที่มีอยู่มารวบรวมในการจัดประเภท ข้อมูลที่มีรหัสคล้ายคลึงกันจะจัดอยู่ด้วยกัน

4. การพัฒนาและการสร้างหมวดหมู่ (Developing Categories) นำข้อมูลที่จัดประเภทโดยแยกประเภทเป็นหัวข้อย่อย ๆ โดยแต่ละข้อย่อยมีความสอดคล้องในเนื้อหา และมีการแจงนับความถี่ของคำหรือข้อความที่ปรากฏในเนื้อหา มีการตรวจสอบวิเคราะห์ข้อมูล แล้วนำมาวิเคราะห์และตีความเพื่อพัฒนาและสร้างหมวดหมู่ของข้อมูล

5. การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ (Interpretively Determine Connections) นำหมวดหมู่ของข้อมูลที่จัดได้มาหาความสัมพันธ์กัน

6. การตรวจสอบความถูกต้อง (Verify) นำข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วมาตรวจสอบซ้ำเพื่อให้เกิดความถูกต้องของข้อมูล

7. การสรุปและรายงานการวิจัย (Report) ผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา การเขียนรายงานมีความคิดรวบยอดที่สมบูรณ์ กระชับ ชัดเจน และมีการนำเสนอผลการวิจัยเป็นลักษณะพรรณนา (Descriptive Explanation)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คณะผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัยตามแนวทางของ (Lincoln & Guba, 1985) ซึ่งมีเกณฑ์ 4 ข้อ ได้แก่

1. ความเชื่อถือได้ (Credibility) ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ทั้งด้านวิธีการรวบรวมข้อมูลวิจัย โดยนัดสัมภาษณ์ในสถานที่และเวลาที่แตกต่างกัน มีการจดบันทึกสะท้อนความรู้สึกความคิดของตนเองในระหว่างการสัมภาษณ์และการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อเป็นการระมัดระวังในการไม่นำเอาความรู้สึกของตนเองไปตีความเหตุการณ์ของผู้ให้ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้ไปถอดเทปแบบคำต่อคำ และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยนำข้อสรุปที่ได้ให้ผู้ให้ข้อมูล (Member Checks) ตรวจสอบความถูกต้อง

2. การพึ่งพากับเกณฑ์อื่น (Dependability) ผู้วิจัยใช้หลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการจดบันทึกภาคสนาม ตลอดจนนำผลที่ได้มาตรวจสอบ วิเคราะห์ และอภิปราย ร่วมกับผู้วิจัยคนที่ 3 และคนที่ 4 เพื่อลดอคติจากการวิเคราะห์และตีความข้อมูล

3. ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความหลากหลาย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม สามารถนำผลการวิจัยไปใช้อธิบายในกลุ่มที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้

4. ความสามารถในการยืนยันผล (Confirmability) ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการสร้างแนวคำถาม เพื่อให้ครอบคลุมประเด็นที่ต้องการศึกษาและผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ และบันทึกรายละเอียดการสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ สามารถตรวจสอบ และยืนยันที่มาของข้อมูลได้

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา เอกสารเลขที่ BCNYA 03/2563 วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2563 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลโดยอธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัย ความเสี่ยงต่อผู้ให้ข้อมูล ซึ่งมีความเสี่ยงที่น้อยมาก มีการปกปิดข้อมูล ใช้รหัสหมายเลขแทนชื่อจริงของผู้ให้ข้อมูล รายชื่อของผู้ให้ข้อมูลจะไม่ปรากฏในรายงานใด ๆ และผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ผู้ให้ข้อมูลลงชื่อในแบบยินยอมเข้าร่วมวิจัยก่อนการดำเนินการวิจัย มีการนัดสัมภาษณ์และบันทึกเสียงรายบุคคลตามวันและเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ในระหว่างสัมภาษณ์หากพบว่าผู้ให้ข้อมูลรู้สึกสะเทือนใจกับเรื่องราวที่เล่า ผู้วิจัยหยุดสัมภาษณ์และให้การดูแลด้านจิตใจ และดำเนินการสัมภาษณ์ต่อหลังจากผู้ให้ข้อมูลยินดีให้สัมภาษณ์ โดยผู้ให้ข้อมูลได้รับค่าชดเชยในการสละเวลาเข้าร่วมโครงการวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านทั้งหมด 12 คน ทุกคนเป็นเพศหญิงและนับถือศาสนาอิสลาม อายุเฉลี่ย 54.42 ปี (*SD*=8.34) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 50) มีสมาชิกในครอบครัวจำนวน 3-5 คน (ร้อยละ

50) มีความสัมพันธ์ในครอบครัว (ยาย, มารดา, บุตร, พี่น้อง) (ร้อยละ 100) ส่วนมากจบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 50) มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ทำสวน กรีดยางพารา (ร้อยละ 66.67) ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 1,000-3,000 บาท (ร้อยละ 41.67) ทุกคนมีภาระที่ต้องดูแลครอบครัว (เช่น ดูแลบุตร ดูแลสามี) ผู้ดูแลส่วนมาก (ร้อยละ 67) มีโรคประจำตัวอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็งเต้านม เครียดจนต้องรับประทานยาจิตเวช ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 13.42 ปี (*SD*=6.04) ผู้ป่วยที่ดูแลส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคจิตเภท (ร้อยละ 66.67) และโรคจิตเวชอื่นๆ เช่น โรคอารมณ์สองขั้ว โรคย้ำคิดย้ำทำ (ร้อยละ 33.33)

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ของผู้ดูแลมุสลิม จังหวัดยะลา

ผลการศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแลมุสลิม เมื่อวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สามารถจำแนกได้เป็น 4 ประเด็นหลักคือ

1. การรับรู้ต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชของคนในครอบครัว

การรับรู้ต่อการเจ็บป่วยในระยะแรก ส่วนใหญ่ผู้ดูแลไม่ได้รับรู้ว่าผู้ที่อยู่ในความดูแลป่วยด้วยโรคทางจิตเวช แต่รับรู้ว่าผิดปกติ และเชื่อว่าอาจเกิดจากการถูกของ หรือเป็นโรคมืด (ไสยศาสตร์) และรับการรักษาจากหมอบ้าน ในระยะต่อมาเมื่อรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น หรือมีผู้แนะนำจึงเข้ารับการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน ส่วนความรู้สึกเมื่อรับรู้ว่าผู้ที่อยู่ในความดูแลป่วยด้วยโรคทางจิตเวช มีความรู้สึก กลัว วิตกกังวล เป็นห่วง เครียด เหนื่อย รู้สึกท้อ และอับอาย ร่วมกับ ร้อยละ 50 ของผู้ดูแลมีโรคประจำตัว และร้อยละ 25 มีภาระต้องดูแลบุคคลอื่นในครอบครัว ทั้งเด็ก และคนที่เจ็บป่วย จึงทำให้เกิดความรู้สึกเหนื่อย ท้อแท้ แต่สิ่งที่ช่วยให้สามารถผ่านมาได้ คือ ความรักที่มีต่อกัน และการฝากฝังจากมารดาที่เสียชีวิตไปแล้ว

1.1 ระยะแรกรับรู้ว่าผู้ป่วยถูกของ หรือเป็นโรคมืด

“คนแก่ก็ไม่รู้ พวกเราก็ไม่รู้ใช่ไหมว่าเป็นแบบนี้ ไม่รู้ว่าเป็นแบบนี้ นึกว่าถูกของ คือคนเมื่อก่อนเขาคิดอย่างนั้น พอนึกว่าถูกของ ก็รักษาแบบหมอบ้านตามทั่วไปในพื้นที่ ไปหาหมอก็แบบเป่า ๆ แบบนั้น มีให้น้ำมนต์ ให้แบบนั้นแหละ รักษาอยู่ประมาณ 1 ปีกว่า” (A2)

“เคยรักษากับหมอบ้าน ให้ดื่มอายนาวา (น้ำที่ผ่านการสวดขอพรให้หายจากการเจ็บป่วย) ที่เขาเตรียมให้ เขาบอกว่าโดนของ แต่จริง ๆ แม่เป็นโรคประสาท” (A2)

“รักษากับอุสตะ....ตลาดเก่า พอดีตอนแรกคิดว่าลูกสาวถูกคนทำของใส่ กลัวพวกญิน พวกโรคมืดอะไรแบบนั้น พอไปแล้วอุสตะบอกว่า ไม่ใช่ ไม่ใช่ญิน ไม่ใช่ผี ถ้าเป็นแบบนั้นจริง ๆ อุสตะจะรู้สึกขนลุกแล้ว อุสตะบอกน่าจะเป็นโรคทางจิตใจ ต้องพาไปโรงพยาบาล” (A8)

1.2 เมื่อรับรู้ว่าป่วยด้วยโรคทางจิตเวช

“เวลาเขาอาละวาด แม่ก็รู้สึกกลัว เคยมีครั้งหนึ่งหลังกลับมาจากโรงพยาบาล หลังคลอดลูกคนเล็ก ลูกคนนี้ (ผู้ป่วย) กำลังหาเสื้อ แล้วหาไม่เจอ เลยเข้ามาบีบคอแม่ กลัวจนน้ำตาไหล....แล้วเขาโยนข้าวของหมดเลย”(A11)

“ก็ตกใจเหมือนกัน แรก ๆ ที่ลูกจะเริ่มป่วย แต่ก่อนตนเคยขายข้าวยำ เขาขโมยเงินไปหมด จนทำให้ร้านเจ๊งเลย พอไม่ให้ก็จะทำลายข้าวของ เทข้าวสารบ้าง เราก็ร้องไห้น้ำตาไหล น้อง ๆ เขาก็กลัว ไม่มีใครกล้าเข้าใกล้” (A11)

“รู้สึกอย่างไรละ รู้สึกผวา ๆ กลัว กังวล บางทีนะ เราก็เป็นไมเกรนหมือนกันนั้นแหละ นอนไม่ได้ตอนที่แก (ผู้ป่วย) อาละวาด กะห์ (เรียกแทนตัวเองว่าพี่สาว) จะบอกให้นะ ขนาดจับเขา (ผู้ป่วย) อยู่นะ ขว้างกระถางต้นไม้นี้กระเด็นเลย ไม่มีใครจับได้ ไปลงบ่อ กระโดดลงบ่อก็ไปช่วย กลับมารอด เขานั้นแหละ กระโดดลงบ่อเอง เขาบอกว่าจะมีคนมาฆ่าเขา เลยกระโดดลงบ่อ พวกพี่ ๆ ยังไม่มีใครมาตามเลย ไม่มีใครวิ่งได้ เลย มีแต่คนอ้วน ๆ ทั้งนั้น เมื่อก่อนผอมแบบนี้แหละ วิ่งได้ ช่วยเขาเองคนเดียว” (A2)

“เป็นห่วง กลัวว่าจะไปไหน เดินเท้าตามหา ปั่นจักรยานก็ไม่เป็นขับรถจักรยานยนต์ก็ไม่เป็น ก็เดินตามหากัน ไปถามชาวบ้านว่าเห็น (ชื่อผู้ป่วย) บ้างไหม ชาวบ้านก็บอกว่าเห็นนะเมื่อกี้ แต่ออกไปไหนแล้วก็ไม่รู้” (A3)

“อยู่ไม่ได้แล้ว แบบเราก็เครียด ลูกก็อ่อน ตอนนั้นลูกอ่อนอยู่ ลูกไม่กี่เดือนเอง ห่วงก็ห่วงลูก ไหนก็พี่ชาย(ผู้ป่วย) อีก” (A2)

“ต้องดูแลทั้งคุณพ่อและ...(ชื่อผู้ป่วย)...พร้อมกัน....ลำบากค่ะ แต่ก็น้องสาวก็คอยช่วยด้วยอีกแรง” (A10)

“พอรู้ว่าลูกเป็นผู้ป่วยจิตเวชก็เริ่มรู้สึกวุ่นวายใจในการใช้ชีวิตมากขึ้น จะทำอะไรก็ลำบาก ต้องทิ้งงานมาดูแล มาคอยเตรียมอาหาร บางครั้งก็ไม่อยากทำอย่างอื่นแล้ว รู้สึกเหนื่อย” (A11)

“ตอนแม่ (ผู้ป่วย) ป่วยแรก ๆ นั้น นอนแก้ผ้า นุ่งผ้าผืนเดียว นอนอยู่ที่ลานหน้าบ้าน รู้สึกอายคนอื่นมาก” (A5)

1.3 สิ่งที่ช่วยให้สามารถผ่านมาได้

“พี่ (ผู้ป่วย) ของเรา เราไม่ยอมให้ปล่อยให้เดินเหมือนกับที่อยู่ในตลาดหรอก โฮ... ทำใจไม่ได้ ถ้าไม่ดูแลก็อยู่บนถนนโน่นแหละ... นึกถึงพี่ชายเรา ถ้าเราปล่อยไม่ดูแล ก็คิดว่า แล้วลูกหลานเขาไปไหนละ ทำไมปล่อยให้พ่อแม่เดินแบบนี้ เราคิดถึงพี่ชายเราเพราะว่าพี่ชายเราเป็นแบบนี้ เรารับไม่ได้ เราไม่อยากให้เป็นแบบนั้น” (A2)

“แม่สั่ง แม่สั่งให้ดูแล กำลังใจอยู่นั้นแหละ แม่ฝากไว้ ติดอยู่ที่คุณแม่ฝากไว้นั้นแหละ ก็เป็นเหมือนหน้าที่ที่แม่ฝากเราไว้ นั้นแหละทุกวันนี้” (A2)

“มีแต่ญาติ ๆ นี่แหละ ญาติคือกำลังหลัง ญาติ พี่เขย หลาน ช่วยกัน เวลาแกอาละวาด ชวนพวกหลานนี่แหละ ตามแกกลับมา อ้อน ๆ ให้กินยา ก็กิน”

2. การเจ็บป่วย คือบททดสอบจากพระเจ้า

ผู้ดูแลส่วนใหญ่สะท้อนให้เห็นถึงการนำหลักคำสอน และหลักปฏิบัติมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย และดูแลจิตใจตนเอง ตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม ที่ถือว่าการเจ็บป่วยเป็นการถูกทดสอบจากพระเจ้า และการเจ็บป่วยจะช่วยปลดเปลื้องความผิดหรือบาปของเรา เช่น การดูแลผู้ป่วยเป็นการทดสอบจากพระเจ้า เมื่อเราถูกทดสอบบาปของเราก็จะลดลง เมื่อเราทำสิ่งดีๆตามหน้าที่ พระเจ้าจะตอบแทนสิ่งดีๆกลับมา หรือการนำหลักปฏิบัติมาใช้ เช่น ละหมาด ขอดุอาอ์ (ขอพร) การอ่านอัลกุรอาน การถือศีลอดช่วงเดือนรอมฎอน หรือการช่วยเหลือผู้อื่น จะช่วยปัดเป่าสิ่งชั่วร้ายออกไป และทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้รับสิ่งดี ๆ กลับมา

“แค่การทดสอบเล็ก ๆ จริง ๆ มามา มีลูกตั้ง 7 คน มีหลาน 23 คน ลูกมามา คนอื่น ๆ ร่างกาย จิตใจ สมบูรณ์หมดเลย มีงานทำ เลี้ยงตัวเองได้” (A8)

“เราก็มอบหมายต่อพระเจ้าเนอะ เราทำหน้าที่เราให้ดีที่สุด แล้วพระองค์ก็จะตอบแทนสิ่งดี ๆ มาให้เรา” (A5)

“แรก ๆ ก็ท้อหลัง ๆ ก็ทำใจยอมรับคิดว่าน่าจะเป็นบททดสอบจากอัลลอฮ ลูกเรา ก็ต้องดูแล เราต้องอดทนกันต่อไป”(A10)

“เราก็ละหมาดขอดุอาอ์ (ขอพร) แบบนั้นแหละ บททดสอบเรา” (A2)

“เตาบัต (ขออภัยโทษ) ต่ออัลลอฮเยอะ ๆ ขอดุอาร์(ขอพร) อัลลอฮอยู่ตลอด ..(ชื่อผู้ป่วย)..ก็ละหมาดด้วย ช่วงเดือนรอมฎอนก็ถือศีลอดทำตามที่แม่บอก”(A10)

“ขอดุอาร์(ขอพร)ตลอด ให้ลูกปลอดภัย ให้อยู่กับคนอื่นได้ และละหมาดครบ 5 เวลา บางครั้งก็เหนื่อยจนรู้สึกท้อ จนไม่อยากละหมาดแล้ว สามีก็คอยบอกว่าอย่าทิ้งละหมาด ทุกอย่างพระเจ้ากำหนดไว้แล้ว” (A11)

“อุสตะ(ครูสอนศาสนา/ผู้รู้) ให้อายัติ(บท) อัลกุรอานให้มามา(แม่) กลับมาอ่าน แล้วเป่าๆให้ลูกสาวส่วนใหญ่เป็น อายัติ (ชื่อบทในอัลกุรอาน) กุรซี อัลบากอเราะห์, อัลบากอเราะห์นี่ อุสตะบอก ถ้าอ่านไม่ได้ก็ให้เปิดทิ้งไว้อย่างน้อย 72 ชั่วโมงในบ้าน จะทำให้ญิน (วิญญาณร้าย) หายไปจากบ้าน แล้วอายัติกุรซีนี้จะเป็นเหมือนรั้วล้อมสิ่งไม่ดี ออกจากตัวเรา”(A8)

"ไม่ค่อยเครียด เพราะมามา มีเพื่อนเยอะ ได้ออกไปพูดคุยกับคนอื่นๆ มามาไปสอนอัลกุรอ่าน ช่วยอาบน้ำศพ ไม่เครียดแล้ว ก็คิดตลอดว่าคือบททดสอบ เพียงเล็กน้อยที่เราได้รับ เราถูกทดสอบ บาปของเราก็จะลดลงด้วย"(A8)

3. สิ่งที่เรียนรู้จากการดูแล

ผู้ดูแลผู้ป่วยสะท้อนถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาในการดูแล ได้เรียนรู้สัญญาณเตือนที่แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบหรือเป็นมากขึ้นและมีการผูกยึดบ้าง การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาตามแผนการรักษา วิธีการจัดการเมื่อผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา และการจัดกับพฤติกรรมรุนแรง หรือพฤติกรรมไม่พึงประสงค์

3.1 สัญญาณเตือนที่แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการกำเริบ

"ก็เที่ยวไปทุบรถคนอื่น รถพี่ของเขา ไม่ทันจะห้าม" (A1)

"เวลาเขาอาละวาด เอามีดพร้าไล่จะมาฟันเรา เราก็จะหนีไปอยู่บ้านญาติ" (A5)

"แกจะนั่งซึม แล้วก็คุยคนเดียว หัวเราะคนเดียว คนไม่รู้ว่าแกเป็นแบบนี้ แต่เราดูแลแกมานานเรารู้" (A2)

"เขาก็เดินเรื่อยเปื่อย คุยไปเรื่อยเปื่อย ไม่หลับไม่นอน" (A1)

3.2 ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบหรือเป็นมากขึ้น

"ถ้ารักษาที่คลินิกนั้น ไม่ได้นาน ประมาณ 1 ปี เพราะว่าต้องจ่ายเงินซื้อยา ซึ่งไม่ทัน ก็เลยหยุดไป พอหยุดไปอาการก็หนักขึ้นเพราะไม่ได้กินยา เพราะว่าไม่มีเงินจ่ายค่ายา พออาการหนักมากขึ้นก็เลยต้องผูกมัดไว้ ผูกมัดไว้ประมาณเกือบ 2 ปี" (A1)

"ครั้งเดียวตอนที่ไปอาละวาดที่ตลาดสดนั้นแหละ......กินแล้ว แต่ตอนนั้นขาดยา อาการก็เลยกำเริบ" (A5)

"เห็นเขาบอกว่าไม่รับประทานยาเลย เพราะหากรับประทานยาจะดูอีกแบบนึง สังเกตได้เพราะตอนกลับมานั้น เขาดูกลัว ร้องโอดครวญว่าปวด เอามือชกกระจก ก็เลยจับผูกมัดต่อ" (A11)

"เมื่อคืน ไม่ยอมนอน พอไม่นอน อาการก็กำเริบ แต่ก็เริ่มสังเกตได้ตั้งแต่เมื่อวาน ก็เลยให้พี่สาวโทรหาแม่เขาหน่อย ก็มีพี่สาวที่ช่วยดูแลอยู่อีกคน (ผู้ป่วย) ไปทั่วเลย ขี่มอเตอร์ไซค์ไป" (A9)

"ส่วนมากแกจะไปเอาของคนอื่น แกกลับมาแกก็เครียด เวลาเราถาม แกไม่ยอมรับ แกจะเครียด แกจะนั่งซึม ถามแล้วไม่ยอมรับ พอเวลาแกเครียดแกก็จะอาละวาด นั้นแหละเหตุผล" (A2)

3.3 การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาตามแผนการรักษา

"แต่เรา(ผู้ดูแล) ก็ยังเป็นคนจัดยาให้ เพราะว่ากลัวว่าจะเอายาที่ต้องกิน 2 เม็ด เอามากินเป็น 1 เม็ด เราก็คอยดูแล้วก็จัดยาให้" (A3)

"มามา ๆ (แม่) เป็นคนจัดให้ทีละมื้อ แล้วเอาให้เขากิน เขาก็กิน เขาไม่เคยจัดเอง" (A8)

"เขาไม่เคยจัดยาเองนะ แต่เขาก็จะถามเราว่า "แม่ จัดยาให้หรือยัง" บางทีเราไม่จัดก็บอกให้เขารอหน่อย เขาไม่เคยที่จะจัดยาเอง เรานี่แหละจัดยาให้" (A1)

"เราจัดยาจากถุงใส่กล่องให้ทุกวัน เค้าจะหยิบกินเอง" (A4)

"เขาจัดยากินเอง......แล้วเราก็ถามเขา ถ้ายังไม่กิน ก็สั่งให้เขากิน ก็ต้องคอยดู จะไว้ใจเขาเลยก็ไม่ได้" (A7)

3.4 วิธีการจัดการเมื่อผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา

"เวลาที่แกไม่ยอมกินยา เราก็ปล่อยให้แกไปก่อน เราก็ค่อย ๆ มาอ้อน ให้แกกิน เราอย่าไปบังคับเขา คนแบบนี้ถ้าบังคับ ยิ่งบังคับ อาการแกยิ่งจะรุนแรง" (A2)

3.5 การจัดกับพฤติกรรมรุนแรง หรือพฤติกรรมไม่พึงประสงค์

"แกคลั่งไม่ค่อยจะหนักเท่าไหร่ เรารู้ว่าแกโมโหนิสัยแกแบบไหน ๆ เรารู้ เราก็อย่าไปโต้เถียงกับเขา ปล่อยให้เขาไปจะทำอะไรก็ปล่อยให้เขาไป แต่แกไม่เคยทำลายข้าวของเลย แกไม่เคยทำ ข้าวของในบ้านนี้ไม่เคยทำ ไม่เคยมีการเสียหาย"(A2)

"ใช่ ตอนนั้นเพิ่งได้เริ่มรับประทานยามาสักพักเองก็เลยมัดไว้ก่อน ก่อนหน้านั้นก็โดนผูกมัดมา 45 วัน พออาการดีขึ้นเลยปล่อย" (A11)

"ต้องพาไปหาหมอต่อ แต่พอเวลาเขาอาละวาด เอามีดพร้าไล่จะมาฟันเรา เราก็จะหนีไปอยู่บ้านญาติ" (A5)

4. ความช่วยเหลือที่สำคัญ

ผู้ดูแลได้สะท้อนคิดถึงความช่วยเหลือที่สำคัญ คือความช่วยเหลือที่ได้รับจากญาติ พี่น้องและคนในครอบครัว ความช่วยเหลือที่ได้รับจากคนในชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน เพื่อนบ้าน อสม. อส. กู้ภัย) ได้แก่ การยอมรับผู้ป่วย เข้าใจและให้โอกาสผู้ป่วย การให้งานทำ ช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทอง (ซะกาต) และความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ (การทำบัตรผู้พิการ) ความช่วยเหลือที่ได้รับจะช่วยแบ่งเบาภาระของผู้ดูแล ทั้งในด้านค่าใช้จ่าย การอำนวยความสะดวก การสร้างกำลังใจ การเพื่อนคู่คิด คอยให้คำแนะนำ และการไปเป็นเพื่อนเมื่อพาผู้ป่วยไปพบแพทย์

4.1 ความช่วยเหลือที่ได้รับจากญาติ พี่น้องและคนในครอบครัว

"เราก็กังวลถ้าวันหนึ่งเราไม่ได้อยู่กับเขา กังวลมาก กลัวว่าพี่ๆเขา จะปล่อยปะละเลย ไม่สนใจ อยากให้คนอื่นๆ สนใจ แต่คนอื่นก็ไม่ได้เหมือนกับเราเสมอไป คนเป็นพ่อเป็นแม่เราก็รักและดูแลจริง ๆ" (A3)

"ส่วนใหญ่จะอยู่กับมามา (แม่ผู้ป่วย) ป่วยตั้งแต่ 22 ปี จนตอนนี้ 30 ปี ก็อยู่กับมามาตลอด ไปไหนไปด้วยกัน ไปฮัจญ์ (ประกอบศาสนกิจที่ประเทศซาอุดิอารเบีย) ก็ไปด้วยกัน ไปกรุงเทพฯ ก็ไปด้วยกัน บางทีก็ไปอยู่บ้านพี่ ๆ เขาที่มาเลเซีย ไปเป็นเดือน ๆ ก็ไปด้วยกันตลอด พี่ ๆ เขาก็ช่วยส่งเงินกลับมา มามาเองก็มีบ้านเช่าได้เงินจากบ้านเช่า" (A8)

"กะห์ (ผู้ดูแล) กับพี่สาวนี่แหละที่เป็นผู้ดูแลหลัก 2 พี่น้องช่วยกันดูแล" (A2)

"กะห์ (ผู้ดูแล) กับพ่อเขานี่แหละ พี่สาวเขาก็ช่วยดูแลด้วย พี่สาวนั้นแหละที่เป็นคนพาไปหาหมอที่ปัตตานี ขับรถจักรยานยนต์ไปกัน 2 คันรถ ต้องขับไป 2 คันตลอด ไปคันเดียวไม่ได้ เขานั่งซ้อนกับพี่เขา กะห์ไปกับพ่อเขา ไปคุยกับหมอ ส่วนพ่อเขานั่งรออยู่ด้านนอก" (A3)

"ญาติคือกำลังหลัก ญาติ พี่เขย หลาน ช่วยกัน เวลาแกอาละวาด ชวนพวกหลานนี่แหละ ตามแกกลับมา อ้อน ๆ ให้กินยา ก็กิน" (A2)

4.2 ความช่วยเหลือที่ได้รับจากคนในชุมชน

"เวลามีปัญหาอะไร ขอความช่วยเหลือจาก (ชื่อเพื่อน) พยาบาลข้างบ้าน น้องสาวแล้วก็ญาติๆ" (A10)

"เวลาพาคนไข้ไปหาหมอ ก็ไปบอกผู้ใหญ่บ้าน ผู้ใหญ่บ้านเขาก็จะจัดการโทรหากู้ภัยเอง" (A1)

"เวลาที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง....กะห์ (แม่ผู้ป่วย) นี่แหละไปบอกกับผู้ใหญ่บ้านขอให้ช่วยพาไปหน่อย ผู้ใหญ่บ้านก็เรียก อส. มาช่วยกันพาไปโรงพยาบาล กะห์เองก็ไม่ไหว" (A1)

"อันนี้ของแม่ยายก๊ะ (แทนคำว่าพี่สาว) ให้ ตอนที่แม่ยายยังอยู่ ก็ช่วยเหลือจุนเจือแก (ผู้ป่วย) ตลอด อาหาร เงินก็มีให้ตลอด ซะกาต (สวัสดิการพื้นฐานในอิสลาม ผู้มีรายได้มากต้องจ่ายให้ผู้ขัดสน) แบบนี้ก๊ะก็ให้แกทุกปี สงสารแกที่มีลูกมีหลาน แต่ก็ไม่มีใครมาดูแล รับภาระอยู่คนเดียว" (A5)

"คนแถว ๆ นี้ก็ช่วย อสม.ก็มาแนะนำ หลวงก็ช่วยให้เงินบ้าง ให้ของบ้าง จากซะกาตบ้าง"(A4)

"ยอ (ผู้ป่วย) ไปช่วยงานร้านอาหาร เช่น ช่วยล้างจาน ได้ค่าจ้างวันนึง 30 บาท แล้วก็มีเงินที่หลวงให้ เงินผู้พิการ" (A4)

"ชาวบ้านจ้างเขา (ผู้ป่วย) ให้ไปเก็บขี้ยาง เขาก็จะทำทั้งหมดนั้น" (A1)

"เขา (เพื่อนบ้าน) รู้นิสัย ส่วนมากจะเอาโทรศัพท์ เสื้อผ้า โทรศัพท์เก่าๆนั้นแหละ เสื้อผ้าแกจะเอาแบบนั้นแหละ เราก็ไปถามเขานั้นแหละว่า โทรศัพท์นี้เท่าไหร่ บอกเลยเดี๋ยวเราจะจ่ายให้ ก็ไม่มีใครว่า ไม่เป็นไรหรอก นิสัยของเขา เขารู้แล้ว คือคนเขารู้แล้ว เข้าใจว่ามันเป็นนิสัยของเขาแล้ว ส่วนใหญ่ของเพื่อนบ้าน" (A2)

4.3 ความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์

"ทีแรกก็ไปซื้อยาที่คลินิกแต่ก็ไม่มีเงิน หมดไปครั้งละ 200 300 บาท 15 วันทีก็ไป จากนั้นก็ไปโรงพยาบาลก็ไม่ได้เสียเงิน ฟรีมาระยะหนึ่ง แล้วก็มี 1 ปี ที่ต้องเสียครั้งละ 30 บาท ๆ พอไปอีกครั้งที่ล่าสุดก็ฟรีอีกแล้ว เพราะว่าหมอทำบัตรผู้พิการให้" (A1)

"หมอนั้นแหละทำเรื่องส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาล แล้วหมอก็บอกว่าไม่เป็นไร เดี๋ยวหมอจะจัดการให้เอง ก็เลยไม่ต้องจ่ายเงิน หมอเขาทำผู้พิการให้ ตอนไปนอนที่โรงพยาบาล"(A3)

อภิปรายผล

ข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยเรื่องประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแลมุสลิม จังหวัดยะลา สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ใน 4 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย 1) การรับรู้ต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชของคนในครอบครัว 2) การเจ็บป่วย คือบททดสอบจากพระเจ้า 3) สิ่งที่เรียนรู้จากการดูแล และ 4) ความช่วยเหลือที่สำคัญ

1. การรับรู้ต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชของคนในครอบครัว การรับรู้ของผู้ดูแลในแต่ละระยะมีความแตกต่างกัน ในระยะแรกของการเจ็บป่วยผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติไป แต่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยอาการทางจิตเวช ผู้ดูแลเชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากการโดนของ ถูกคุณไสย หรือถูกไสยศาสตร์ด้านมืด ผู้ป่วยต้องเสียเวลาเป็นปี ในการรักษากับหมอบ้าน เมื่อไม่ดีขึ้น หรือได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมจึงเข้ารับการรักษากับจิตแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียโอกาสในการได้รับการรักษาในระยะแรกไป ในระยะต่อมาเมื่อผู้ดูแลรับรู้ว่าผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ผู้ดูแลจะรู้สึกกลัว วิตกกังวล เป็นห่วง เครียด เหนื่อย รู้สึกท้อ เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบหรือพฤติกรรมรุนแรง หรือมีอาการทางจิตกำเริบ และรู้สึกอับอายเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมเนื่องจากบางครั้งอาจไม่สามารถจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการหรือมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ก้าวร้าวอาละวาด ไม่ยอมรับประทานยา พฤติกรรมของผู้ป่วยก่อให้เกิดความรำคาญ หรือความเดือดร้อนแก่บุคคลอื่นหรือชุมชนที่อยู่อาศัย ทำให้ผู้ดูแลอยู่ในสภาพที่ถูกกดดัน อับอายและยุ่งยากใจมากขึ้นกว่าผู้ป่วยที่สามารถควบคุมอาการได้ ถ้าหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง หรือเป็นอันตรายต่อบุคคลอื่นมากขึ้นเท่าใด ผู้ดูแลจำเป็นจะต้องดูแลใกล้ชิด และใช้เวลาในการดูแลมากขึ้น ดังที่ (Doungyota, Prasoetsuk, Kirdpitak, & Pinyoanuntapong, 2010) กล่าวว่าลักษณะอาการทางจิตที่มีอาการรุนแรง เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว หลงผิด จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความยุ่งยากลำบากใจในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่องจะมีภาวะสุขภาพด้านจิตใจเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลงกว่าเดิม ก่อให้เกิดความเครียด และซึมเศร้าได้ และการดูแลผู้ป่วยทางจิตชนิดรุนแรง ผู้ดูแลจะมีการรับรู้ในเรื่องภาระการดูแล การใช้เวลา และพลังงานในการดูแลรวมถึงการสูญเสียรายได้ ซึ่งผู้ดูแล จะได้รับผลกระทบเช่นเดียวกัน (Thiensan, 2018) ร่วมกับผู้ดูแลบางส่วนมีโรคประจำตัว และมีภาระต้องดูแลบุคคลอื่นในครอบครัว ทั้งเด็ก และคนที่เจ็บป่วย เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในระยะเวลานานๆ ก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรัง ทำให้เกิดความรู้สึกเหนื่อย ท้อแท้

ซึ่งเป็นปัจจัยโดยตรงที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่าย เมื่อผู้ดูแลเกิดความเครียดสูงจะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายสูง (Glubvong, Intasuwan, Chuawanlee, & Thavichachart, 2010) ผู้ดูแลต้องทุ่มเททั้งแรงกายและแรงใจในการดูแลผู้ป่วย จนทำให้รู้สึกเหน็ดเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับจนสภาพร่างกายทรุดโทรม และนอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาที่ซับซ้อนทำให้ผู้ดูแลไม่มีวันหยุด ไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง ไม่สามารถไปไหนได้อย่างอิสระ ถ้าจำเป็นจะต้องไปไหนก็มีความกังวลและกลัวว่าผู้ป่วยจะเป็นอะไรไปในระหว่างที่ตนไม่อยู่ ทำให้ผู้ดูแลจำเป็นต้องละเลิกกิจกรรมทางสังคม (Spence, Waldron, Kernohan, McLaughlin, Cochrane, & Watson, 2008)

2. การเจ็บป่วย คือบททดสอบจากพระเจ้า ผู้ดูแลยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยตามหลักคำสอนศาสนาอิสลาม โดยถือว่า การเจ็บป่วยเป็นการถูกทดสอบจากพระเจ้า ทั้งช่วยปลดเปลื้องบาปและการหาทางรักษาก็เป็นการทำตามความเชื่ออย่างหนึ่ง โดยทั่วไปศาสนาอิสลามสอนให้มุสลิมทุกคนเชื่อในหลักคำสอนของพระเจ้า ตามแนวคิดของศาสนาอิสลามที่ว่า "ทุกความเหนื่อยล้า ความเจ็บปวด ความโศกเศร้า ความกังวล เจ็บไข้ หรือความยากลำบากที่มุสลิมประสบ แม้กระทั่งหนามที่ตำเขา ล้วนแล้วเป็นสิ่งที่ทำให้อัลลอฮลบล้างความผิดของเขาทั้งสิ้น" และถือว่าการเจ็บป่วยเป็นการทดสอบความอดทนความศรัทธา ความหนักแน่น ความยำเกรงต่อองค์อัลลอฮ รวมทั้งต้องแสวงหาวิธีการรักษาให้ผู้ป่วยพ้นความทุกข์ทรมาน (Wae-Arlee, 2004) ผู้ดูแลมุสลิมมีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติตามแนวทางของศาสนา ยึดมั่นศรัทธาในศาสนา และน้อมนำมาเป็นหลักยึดในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติศาสนกิจ โดยการกระตุ้นและร่วมปฏิบัติศาสนกิจพร้อมกับผู้ป่วย ให้มีการรำลึกและการกล่าวขออภัยโทษต่ออัลลอฮทุกครั้งที่มีโอกาส เพื่อให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เพราะการนำศาสนามาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจะช่วยให้ทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย มีความสบายใจ จิตใจสงบ เป็นวิธีการที่ช่วยบรรเทาความทุกข์ใจ และความเครียดได้เป็นอย่างดี บทบาทในการตอบสนองความหวัง ความปรารถนา คุณค่า ศาสนา ความเชื่อ สิ่งที่เคารพนับถือของผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยบางครั้งญาติผู้ดูแลต้องใช้หลักคำสอนของศาสนา เช่น การสวดหรือภาวนาเพื่อให้จิตใจสงบในการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย (Iseselo, Kajula & Yahya-Malima, 2016) นอกจากนี้ผู้ดูแลที่สะท้อนถึงความเชื่อในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นบุคคลในครอบครัวว่า ไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้นก็จะดูแลกันและกันไปตลอดชีวิต ผู้ดูแลได้มองเห็นคุณค่าในตนเอง รู้สึกเป็นสุขในการดูแลผู้ป่วย เปรียบเสมือนได้รับรางวัลทางด้านจิตใจ ส่งผลให้เกิดความคิดเชิงบวก ความอดทน มุ่งมั่น มีความหวัง ความศรัทธา และมีความเข้มแข็งในการทำหน้าที่เพื่อให้ผ่านความยากลำบากและภาวะวิกฤติในชีวิตได้ เช่นเดียวกับคำกล่าวของท่านศาสดา "และผู้ใดพยายามอดทนอย่างสุดความสามารถ (ในการเผชิญกับบททดสอบต่าง ๆ) อัลลอฮจะเพิ่มพูนความเข้มแข็งในการอดทนแก่เขา และไม่มีสิ่งใดที่บุคคลหนึ่งได้รับการประทานจากอัลลอฮจะประเสริฐและยิ่งใหญ่กว่าความอดทน" (Suthirawut & Nima, 2008)

3. สิ่งที่เรียนรู้จากการดูแล ผู้ดูแลได้สะท้อนถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ว่า มีการสังเกตพฤติกรรม เรียนรู้สัญญาณเตือนต่าง ๆ ก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบ ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 13.42 ปี (*SD*=6.04) ซึ่งผู้ดูแลที่มีประสบการณ์อยู่กับผู้ป่วยจิตเวชเป็นเวลานาน จะมีวิธีการรับมือกับพฤติกรรมของผู้ป่วย สามารถควบคุมอารมณ์ และรู้จักวิธีการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่คาดว่าจะเกิดอันตรายได้ (Kasiphol, Chunhathititham, Prasertsong, Jaroenjitkul, Nansunanon, Jarutatsanangkoon, 2020) โดยที่ผู้ดูแลเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยให้ดำรงชีวิตประจำวันและอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นทั้งในครอบครัวและชุมชนได้อย่างสงบสุข ซึ่งการที่ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพกายและจิตใจที่ดี สามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้และลดการกลับมารักษาซ้ำ (Wiwekwan, 2000) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ได้แก่ การรับประทานอาหารและยา การพักผ่อน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ผู้ดูแลยังต้องเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดูแลได้อย่างเหมาะสม แก้ไขปัญหาเบื้องต้นของผู้ป่วยได้ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หรือป้องกันอาการทางจิตกำเริบ และป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นทั้งกับทั้งผู้ป่วยและบุคคลอื่น สอดคล้องกับ (Smithnaraseth, 2017) ที่ได้กล่าวถึงพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ว่ามีการให้ความเมตตาต่อผู้ป่วย ช่วยเหลือเต็มที่และต่อเนื่องต่อเนื่อง รวมทั้งรู้จักสังเกตและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ทันท่วงที เช่น อาการซึม หัวเราะคนเดียว อาละวาด ไม่ยอมรับประทานยา โดยที่ผู้ดูแลจะไม่บังคับผู้ป่วย ไม่โต้เถียง แต่จะแสดงออกด้วยการกระทำที่สม่ำเสมอ เช่น การช่วยเหลือในการจัดเตรียมยา การพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา หรือการหลบหลีกจากเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดอันตราย ซึ่งผู้ดูแลมักมีพฤติกรรมระแวดระวังอยู่เสมอเพื่อความปลอดภัยของตนเองและผู้ป่วย (Kanungpiarn & Dangdomyouth, 2013)

4. ความช่วยเหลือที่สำคัญ ผู้ดูแลได้สะท้อนถึง ความช่วยเหลือจากญาติ พี่น้องและคนในครอบครัว เช่น การได้รับการดูแลที่เป็นพื้นฐานในชีวิต โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัวทั้งหมด (ยาย, มารดา, บุตร, พี่น้อง) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแลจะได้ผลดี เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย บุคคลในครอบครัวล้วนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเช่นเดียวกันตามบทบาทหน้าที่ และโอกาส (Ounlam, 2021) การที่คนในครอบครัวมีความรัก ความผูกพัน รักใคร่ปรองดองกัน อาจทำให้เกิดความรู้สึกดีที่ได้ดูแลคนในครอบครัว และได้ช่วยกันแก้ปัญหาในครอบครัว ไม่ทอดทิ้งกัน ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีผู้ช่วยดูแลร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ทำให้รู้สึกว่าไม่โดดเดี่ยว มีคนรอบข้างช่วยเหลือในการแก้ปัญหาเป็นกำลังใจ ซึ่งการได้รับความช่วยเหลือและความเอาใจใส่จากคนในครอบครัวจะช่วยลดภาระของผู้ดูแล (Chen & Greenberg, 2004) ยังมีการให้คุณค่ากับสมาชิกในครอบครัวตามบทบาทหน้าที่ และสายใยสัมพันธ์ของพ่อแม่บุตรและเครือญาติที่ยังมีเหลืออยู่ ครอบครัวยังคงเป็นแหล่งที่ให้การดูแล แบ่งปันความรักความอบอุ่นและเป็นที่พักพิงทางใจของสมาชิกยามประสบปัญหา แต่ส่วนใหญ่ก็ยังเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยตลอดไป (Doungyota, Prasoetsuk, Kirdpitak, & Pinyoanuntapong, 2010) ความช่วยเหลือที่ได้รับจากคนในชุมชน เช่น การนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ได้รับเงินช่วยเหลือ การให้งานทำ เป็นการเปิดโอกาสล้วนเกี่ยวข้องถึงสังคมหรือชุมชนที่ผู้ป่วยและครอบครัวอาศัยอยู่ การที่สังคมหรือชุมชนให้การยอมรับ เข้าใจ และช่วยเหลือสนับสนุนทั้งผู้ป่วยและครอบครัวทั้งในยามปกติและเกิดปัญหา จะเป็นการเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้มีความสุขมากขึ้น เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่างๆจึงทำให้ผู้ดูแลมีการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลมีความเหนื่อยหน่ายลดลง ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูงจะรู้สึกว่าตนเองเป็นที่รักที่ต้องการของครอบครัวหรือบุคคลอื่น รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารหรือวัตถุสิ่งของจากบุคคลอื่น รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า (Meesri & Dangdomyouth , 2012) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงลักษณะชุมชนในบริบทสังคมวัฒนธรรมของมุสลิม ที่ดูแลช่วยเหลือไม่ทอดทิ้งกัน (Suthirawut & Nima, 2008) และการได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากผู้ดูแลผูป่วยจิตเวชส่วนใหญ่มีรายได้น้อย 1,000 -3,000 บาท/เดือน บางครอบครัวรายได้ไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ และไม่ค่อยทราบถึงแหล่งช่วยเหลือจากทางภาครัฐหรือสิทธิที่พึงได้รับ บุคลากรทางการแพทย์จึงเข้ามามีบทบาทในการประสานงานและพิทักษ์สิทธิให้กับผู้ป่วย

ข้อจำกัดของงานวิจัยครั้งนี้ คือ ผลการวิจัยเป็นข้อมูลปัจจุบัน และข้อมูลจากความทรงจำของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเวชเท่านั้น อีกทั้งสถานที่ในการให้ข้อมูล บางแห่งยังไม่มิดชิด บางกรณีมีผู้ประสานงานในพื้นที่อยู่ด้วย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอาศัยอยู่ในเขตจังหวัดยะลา อาจยังไม่เป็นตัวแทนที่ดีของกลุ่มประชากรไทยมุสลิมทั้งหมด

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจิตเวช หรือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแลมุสลิม และเป็นแนวทางในการเยี่ยมครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

2. ด้านการบริหารทางการพยาบาล เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลเพื่อกำหนดเป็นนโยบายรูปแบบในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมุสลิม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลและของผู้ป่วยจิตเวช

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในพื้นที่อื่น ๆ ร่วมด้วย และพัฒนาการบริการด้านสาธารณสุขของบุคลากรในพื้นที่ให้เข้าถึงปัญหาและตรงกับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

2. ควรมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแลมุสลิม และอบรมบุคลากรทางสาธารณสุขโดยเฉพาะบุคลากรในระดับปฐมภูมิ (พยาบาล, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อสม.) เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่สอดคล้องกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแลมุสลิม จังหวัดยะลา

References

Artsanthia, J., & Chaleoykitti, S. (2016). Transcultural Nursing in ASEAN Community. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 17*(1), 10-16. (in Thai)

Chen, F., & Greenberg, J. (2004). A Positive Aspect of Caregiving: the Influence of Social Support on Caregiving Gains for Family Members of Relatives with Schizophrenia. *Community Mental Health Journal, 40*, 5. Published online 2018 November. doi:10.1023/B:COMH.0000040656.89143.82

Chetchaovalit, T., Christraksa, W., & Wae-Alee, D. (2017). Needs of Caregivers Providing Home Care for Psychiatric Patients Living in the Border of Southern Thailand. *Journal of The Psychiatric Association of Thailand, 62*(4), 323-336. (in Thai)

Crabtree, B. F. & Miller, W. L. (1992). Doing Qualitative Research. London: SAGE Publications.

Damruk, P., & Thongprapai, P. (2019). Medication Adherence in Home Patients with Schizophrenia: A Care Scheme Developed in Community in Yala Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 6*(Special Issue), 29-42. (in Thai)

Doungyota, T., Prasoetsuk, T., Kirdpitak, P., & Pinyoanuntapong, B. (2010). A Study and Development of Resilience of Psychiatric Patience Caregivers Though Individual Counseling. *Journal of Behavioral Science, 16*(2), 50-65. (In Thai)

Glubvong, M., Intasuwan, P., Chuawanlee, W., & Thavichachart, N. (2010). Factors Affecting Burnout and Care Behavior of Caregivers of Schizophrenic Patients. *Journal of Behavioral Science, 15*(1), 57-75. (In Thai)

Iseselo, M., Kajula, L., & Yahya-Malima, K. (2016). The Psychosocial Problems of Families Caring for Relatives with Mental Illness and Their Coping Strategies: a Qualitative Urban Based Study in Dares Salaam, Tanzania. *BMC Psychiatry, 16,* 146. Published Online 2016 May 14. Doi: 10.1186/s12888-016-0857-y.

Kanungpiarn, T., & Dangdomyouth, P. (2013). Experience of Care Gives in Caring for People with Schizophrenia in Community. *Journal of Nursing Division, 40*(1), 57-66. (In Thai)

Kasiphol, T., Chunhathititham, P., Prasertsong, C., Jaroenjitkul, C., Nansunanon, S., & Jarutatsanangkoon, A. (2020). Primary Caregivers's Experience of Families with Schizophrenia Patients. *Thai Red Cross Nursing Journal, 13*(1), 102-113. (In Thai)

Lincoln, S. Y., & Guba, G. E. (1985). *Naturalistic Inquiry.* Newbury Park: SAGE.

Lotrakul, M., & Sukanich, P. (2015). *Ramathibodi Essential Psychiatry.* (4^{th} ed.). Bangkok: Department of Psychiatry Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. (In Thai)

Meesri, K. & Dangdomyouth, P. (2012). Selected Factor Related to Capabilities Among Caregivers of Schizophrenic Patients in Community. *The Journal of Mental Health of Thailand, 26*(1), 35-49. (In Thai)

Ounlam, T. (2021). Nureses' Roles in Promoting Family Functioning of Schizophrenia Persons in a Community. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 34*(1), 1-12. (In Thai)

Smithnaraseth, A. (2017). Coping and Adaptation of Family Caregivers with Schizophrenia Patients. *EUA Heritage Journal Science and Technology, 11*(3), 43-56. (in Thai)

Spence, A., Waldron, M., Kernohan, G., McLaughlin, D., Cochrane, B., & Watson, B. (2008). Active Carers: Living with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *International Journal of Palliative Nursing, 14*(8), 368-372.

Suthirawut, P., & Nima, Y. (2008). *Integrating the Body of Knowledge, Islamic Law, and Health Promotion.* Songkla: Institute of Research and Development for Health of Southern Thailand: Prince of Songkla University. (in Thai)

Thiensan, T. (2018). Psychiatric and Mental Health Nurses with the Roles of Family Preparedness of Schizophrenic Patients Cares in the Community. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University, 30*(2), 67-77. (In Thai)

Tohma, H., Al-fariti, A., Masarakama, N., Masoh, A., Shawo, L., Radeang, R., et al. (2019). *The Mental Health Care, According to the Islamic Way of Terminally Ill Patients: Case Study Muslims Thailand Patients in the Three Southern Border Provinces.* Health Systems Research Institute. (in Thai)

Wae-Arlee, D. (2004). *Caring for Palliative Patients According to Islamic Guidelines.* Bangkok: O.S.Printing House. (in Thai)

Wiwekwan, Y. (2000). *Mental Health and Caring Behaviors of Caregiver of Schizophrenia Patients.* Master of Nursing Science (Mental Health and Psychiatric Nursing) Thesis, Mahidol University. (in Thai)

SCNJ The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

องค์ประกอบสมรรถนะการจัดการภัยพิบัติของผู้บริหารการพยาบาล ในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

Disaster Management Competency among Nursing Administrators in Public Hospitals: A Factor Analysis

รุ่งนภา จันทรา[1*], สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล[2] และ ประดิษฐ์พร พงศ์เตรียง[3]
Rungnapa Chantra[1*], Somjai Puttapitukpol[2] and Praditporn Pongtriang[3]
วิทยาลัยพยาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก[1*], มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช[2], มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี[3]
Borommarajonani College of Nursing Suratthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute[1*], Sukhothai Thammathairat Open University[2], Suratthani Rajabhat University[3]

(Received: *February 23, 2021*; Revised: *September 14, 2021*; Accepted: *September 28, 2021*)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ โดยมุ่งเพื่อศึกษาตัวบ่งชี้สมรรถนะการจัดการภัยพิบัติของผู้บริหารการพยาบาล ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างขององค์ประกอบสมรรถนะการจัดการภัยพิบัติของผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพ 11 จำนวน 280 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ผู้วิจัยพัฒนาองค์ประกอบสมรรถนะการจัดการภัยพิบัติของผู้บริหารการพยาบาล จากกรอบแนวคิดของสภาการพยาบาลนานาชาติเพื่อสร้างแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่าผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาคเท่ากับ .98 วิเคราะห์ค่าร้อยละ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่หนึ่ง ผลการวิจัยพบว่า

1. องค์ประกอบสมรรถนะการจัดการภัยพิบัติของผู้บริหารการพยาบาล ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 4 ตัวบ่งชี้ คือ การป้องกันและลดความรุนแรง/ผลกระทบ ด้านการเตรียมความพร้อม การตอบสนองและการรับมือ และการฟื้นฟูภายหลังการเกิดภัยพิบัติ

2. สมรรถนะการจัดการภัยพิบัติของผู้บริหารการพยาบาล ในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ทุกตัวบ่งชี้มีค่าน้ำหนักในระดับที่ยอมรับได้ ค่าไคสแควร์สัมพัทธ์มีค่าเท่ากับ 0.169 องศาความเป็นอิสระเท่ากับ 1 ค่าความน่าจะเป็นเท่ากับ 0.681 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI)เท่ากับ 1.00 ค่าดัชนีกำลังสองของส่วนเหลือ (RMR) เท่ากับ 0.001 ค่าดัชนีรากที่สองของความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่า (RMSEA) เท่ากับ 0.000 ค่าวัดความกลมกลืนเปรียบเทียบ (CFI) ที่มีค่า 1.00 และค่าดัชนีความกลมกลืนปกติ (NFI) มีค่า 1.00

ข้อเสนอแนะ จากผลการวิจัยควรนำแบบสอบถามสมรรถนะการจัดการด้านภัยพิบัติที่มีความตรงเชิงโครงสร้าง เพื่อไปประเมินสมรรถนะการจัดการภัยพิบัติของผู้บริหารการพยาบาลตามบริบาทของกระทรวงสาธารณสุข

คำสำคัญ: สมรรถนะ, การจัดการภัยพิบัติ, ผู้บริหารการพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: rungnapac64@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-3964193)

Abstract

This study proposed a factor analysis to identify the indicators of nursing administrators' disaster management competencies, and to examine the structural validity of nursing administrators' disaster management competency components, in hospitals under the Thai Ministry of Public Health of Health Region 11. Sample was 280 participants, recruited by simple random. Disaster management components, and competency indicators of nursing administrators were determined using the international nursing council's conceptual framework. Instrument was a questionnaire validated by 5 experts for content. Its reliability was examined, yielding a Cronbach's alpha coefficient of 0.98. Data were collected and analyzed using percentage, standard deviation, as well as tested construct validity, using first-order confirmatory factor analysis. Results of study were as follows.

1. Disaster management competencies of nursing administrators were divided into four components: 1) disaster protection and reduction of severity, 2) disaster preparedness, 3) disaster response, and 4) disaster recovery and rehabilitation.

2. The disaster management competency of nursing administrators in hospitals under the Ministry of Public Health was consistent with the empirical evidence. All components had an acceptable level. Chi-square value was at 1.69 degrees, freedom was at the 1 level, probability was 0.681, goodness of fit index (GFI) was at 1.00, root mean square residual (RMR) was at 0.00. Root mean square error of approximation (RMSEA) was at 0.00, comparative fit index (CFI) was at 1.00, and the normed fit index (NFI) was at 1.00.

Per findings, construct validity of disaster management competency should be conducted, so that it can be used to evaluate nursing administrators in a public hospital context.

Keyword: Disaster Management Competency, Nursing Administrators

บทนำ

การจัดการภาวะภัยพิบัติเป็นบทบาทที่สำคัญของผู้บริหารการพยาบาล เป็นส่วนหนึ่งของระบบบัญชาการ เหตุการณ์ในโรงพยาบาลเมื่อเกิดภัยพิบัติ (Hospital Incident Command System) (Siripukdeekan, & Wiserith, 2014) ซึ่งเป็นหนึ่งในโครงสร้างทีมบริหารสถานการณ์ของระบบการบัญชาการเหตุการณ์ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข (National Disaster Preparedness Committee, 2015) มีหน้าที่สั่งการ ควบคุม และประสานความร่วมมือของแต่ละหน่วยงาน ในการบริหารสถานการณ์ฉุกเฉิน และสาธารณภัย เป็นระบบปฏิบัติการในการระดมทรัพยากรไปยังที่เกิดเหตุ เพื่อบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน หรือภัยพิบัติให้สามารถป้องกันชีวิต ทรัพย์สินและสิ่งแวดล้อมได้บรรลุเป้าหมายและมีประสิทธิภาพ ผู้บริหารการพยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทที่สำคัญในการจัดการภาวะที่เกิดภัยพิบัติ ในฐานะผู้นำระดับหน่วยงานหรือองค์กร มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการร่วมบริหารจัดการให้ผู้ประสบภัยได้รับการดูแลรักษาทันท่วงทีและถูกต้อง เพื่อลดภาวะเสี่ยงและผลเสียที่ตามมาต่อประชาชนในวงกว้าง ดังนั้น ในภาวะวิกฤติจึงมีความจำเป็นต้องอาศัยสมรรถนะการเป็นผู้นำ (Crisis Management Leader) ที่จะต้องปฏิบัติการตามแผนภัยพิบัติฉุกเฉิน (Emergency Operations Plan) และดำเนินการตามรูปแบบระบบการสั่งการเมื่อเกิดภัยพิบัติ (Incident Command System Protocol) ทั้งนี้การตัดสินใจและการบริหารสั่งการของพยาบาลผู้นำและผู้บริหารส่งผลให้เกิดความปลอดภัยของผู้ประสบภัยและผู้ใต้บังคับบัญชา ส่งผลต่อคุณภาพของการดูแล และผลลัพธ์ของการดูแลที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Goodwin Veenema, Deruggiero, Losinski, & Barnett, 2017) การบริหารจัดการในสถานการณ์ภัยพิบัติ พยาบาลผู้นำ

ต้องคำนึงถึงการเตรียมการ การเตรียมความพร้อม(Preparedness) การทำงานเป็นทีม (Teamwork) และการมีความอดทน (Resiliency) (Willis & Philp, 2017) กล่าวคือ มีการวางแผน การฝึกอบรม ฝึกซ้อมในสถานการณ์จำลอง และเตรียมด้านการเงินในการเตรียมความพร้อม ประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดภัยพิบัติ ตรวจสอบความเป็นปัจจุบันของแผนการบริหารจัดการภัยพิบัติ บริหารจัดการสั่งการ และมอบหมายงานผู้ใต้บังคับบัญชา ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของบทบาทของพยาบาลผู้นำ (Newton, 2017) นอกจากนี้ ในระหว่างเกิดภัยพิบัติ ต้องดูแลเอาใจใส่ การนอนหลับ การพักผ่อน และสภาพจิตใจ อารมณ์ของผู้ใต้บังคับบัญชาหลังเหตุการณ์สงบแล้ว (Livomese, Vedder, 2017) รวมทั้งพยาบาลผู้นำต้องมีความฉลาดทางอารมณ์เพื่อการบริหารจัดการความขัดแย้ง และการสร้างความสัมพันธภาพในองค์กรและระหว่างองค์ที่ดี มีความสามารถและทักษะเชิงการเมือง นโยบาย การบริหารจัดการ การวิเคราะห์ เพื่อการวางแผนและการปฏิบัติการตามยุทธวิธีที่วางแผนไว้และไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า (Shih, 2009)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการภัยพิบัติพบว่า สาเหตุหนึ่งที่ทำให้ภัยพิบัติก่อให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินมาก เนื่องจากขาดการวางแผนการจัดการที่ดีและการพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรทางการพยาบาล ภาวะขาดแคลนอาหาร ยา เวชภัณฑ์ และบุคลากรทางการแพทย์ อัตราพยาบาลมีไม่เพียงพอ (Slepski, 2007) โรงพยาบาลยังขาดการเตรียมความพร้อมในการฝึกซ้อมและการอบรมให้แก่บุคลากร (Witoonsasiwimol & Kanjanarat, 2017) การปฏิบัติงานของทีมสุขภาพมีความสับสน พยาบาลมีความรู้ด้านการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับภัยพิบัติในระดับปฏิบัติการ ไม่มีประสบการณ์หรือมีส่วนร่วมในการจัดการภัยพิบัติมีน้อย (Hammad, Arbon, & Gebbie, 2011) และพบว่าประเทศไทยไม่มีระบบการเตือนภัย เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความชำนาญในการวิเคราะห์เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น อีกทั้งการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การช่วยเหลือผู้รอดชีวิต ก็ขาดการเตรียมแผนแก้ไขสถานการณ์ (Office of The National Economic and Social Development Council, 2011) จากประเด็นปัญหาดังกล่าว สรุปได้ว่าปัญหาในภาพรวมของการจัดการภัยพิบัติคือการบริหารจัดการภัยพิบัติที่ไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากระบบการบริหารส่วนใหญ่มีการกำหนดแนวปฏิบัติและผู้รับผิดชอบในภาพรวมอย่างกว้าง ๆ เมื่อนำแผนไปปฏิบัติงานจริงยังคงพบปัญหาในแต่ละหน่วยงานย่อย มีการวางแผนการเตรียมความพร้อมไม่เพียงพอ ขาดการบัญชาการที่มีเอกภาพ การจัดสรรทรัพยากร การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร การประสานงานและการติดต่อสื่อสาร ซึ่งเป็นความท้าทายของผู้บริหารองค์กรในการวางแผนจัดการภาวะภัยพิบัติอย่างยิ่ง

สมรรถนะพยาบาลเป็นความรู้ ความสามารถของพยาบาลในการจัดการภัยพิบัติให้ไปอย่างมีประสิทธิภาพจึงควรต้องมีความพร้อมตั้งแต่ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องร่วมกับแนวทางการเตรียมพร้อมรับมือโดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาศักยภาพตนเองโดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพให้มีศักยภาพสอดคล้องกับข้อเสนอของสภาการพยาบาลสากล (International Council of Nursing: ICN) ได้แก่ การมีศักยภาพในการเตรียมรับและป้องกันสามารถประเมินสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดภัยพิบัติสามารถให้การช่วยเหลือชีวิตและป้องกันความพิการเมื่อเกิดภัยพิบัติตลอดจนสามารถส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การวางแผนหรือการให้ความร่วมมือได้อย่างมีคุณภาพ โดยผู้บริหารการพยาบาลต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนนโยบายด้านการเตรียมรับภัยพิบัติที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาสมรรถนะของผู้บริหารการพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมของพยาบาลในการเตรียมรับภัยพิบัติ สอดคล้องกับข้อเสนอของ Tipwareeom (2012) ที่ได้เสนอแนะว่า ควรมีการกำหนดบทบาทหน้าที่และสมรรถนะการพยาบาลภัยพิบัติของพยาบาลระดับต่าง ๆ อย่างชัดเจน และ Siripul & Sakdisthanont (2012) ที่ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรกำหนดสมรรถนะของพยาบาลด้านการพยาบาลภาวะพิบัติภัยให้สอดคล้องกับการทำหน้าที่ของพยาบาลระดับต่างๆอย่างชัดเจน ทั้งในระดับพยาบาลปฏิบัติการ(พยาบาลประจำการ) ผู้บริหาร การพยาบาลระดับต้น/ระดับกลาง ผู้บริหารการ พยาบาลระดับสูง ในทุกระยะของการเกิดภาวะพิบัติภัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีสนใจศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะการจัดการภัยพิบัติของผู้บริหารการพยาบาล เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาผู้บริหารการพยาบาลที่สอดคล้องกับบริบทและสังคมไทยต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาตัวบ่งชี้การจัดการภัยพิบัติของผู้บริหารการพยาบาล ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2. เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างองค์ประกอบสมรรถนะการจัดการภัยพิบัติของผู้บริหารการพยาบาล ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

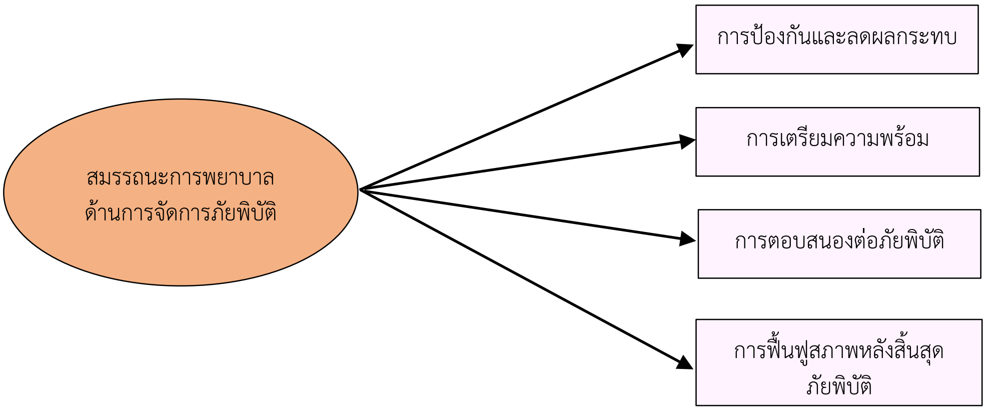
สมมุติฐานการวิจัย

1. ตัวบ่งชี้ที่นำมาศึกษาเป็นตัวตัวบ่งชี้การจัดการภัยพิบัติของผู้บริหารการพยาบาล ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2. องค์ประกอบสมรรถนะการจัดการภัยพิบัติของผู้บริหารการพยาบาล ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีความตรงเชิงโครงสร้าง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาสมรรถนะการพยาบาลด้านการจัดการภัยพิบัติโดยยึดกรอบสมรรถนะ 4 ระยะ ประกอบด้วย การป้องกันและลดผลกระทบ การเตรียมความพร้อม การตอบสนองต่อภัยพิบัติ และการฟื้นฟูสภาพหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ (International Council of Nurses and Western Pacific Region, 2009)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนเมษายน 2563-ธันวาคม 2563 มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาองค์ประกอบสรรถนะการจัดการภัยพิบัติของผู้บริหารการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยพัฒนามาตรวัดตามแนวคิดของ DeVellis (2016) ดังนี้

1.1 ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวกับการพัฒนาเครื่องมือวัดสมรรถนะการจัดการด้านภัยพิบัติ

1.2 สรุปนิยามตัวแปรสมรรถนะการจัดการด้านภัยพิบัติ

1.3 สร้างข้อคำถามตามนิยามเชิงปฏิบัติการในรูปแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยระดับ 1 หมายถึง น้อยที่สุด ระดับ 2 หมายถึง น้อย ระดับ 3 หมายถึง ปานกลาง ระดับ 4 หมายถึง มาก และระดับ 5 หมายถึง มากที่สุด เมื่อได้ข้อมูลแล้วนำมาหาระดับของสมรรถนะโดยใช้ค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ขอบเขตคะแนนของ Best (1981) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง มีระดับสมรรถนะในระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง มีระดับสมรรถนะในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง มีระดับสมรรถนะในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง มีระดับสมรรถนะในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง มีระดับสมรรถนะในระดับน้อยที่สุด

โดยมีรายการสมรรถนะจำนวน 60 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน 1) ด้านระยะการป้องกันและลดผลกระทบ จำนวน 14 ข้อ 2) ด้านระยะการเตรียมความพร้อม จำนวน 19 ข้อ 3) ด้านระยะการตอบสนองต่อภัยพิบัติ จำนวน 19 ข้อ และ 4) ด้านระยะการฟื้นฟูสภาพหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ จำนวน 8 ข้อ

1.4 นำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นไปให้ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านพยาบาลศึกษา จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวัด และประเมินผลทางการศึกษา จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยพิจารณาความสอดคล้องระหว่างนิยามตัวแปร กับข้อคำถาม รวมถึงความถูกต้องทางภาษาและ การใช้คำในข้อคำถาม พบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .67-1.00 จากนั้นผู้วิจัยปรับรายการตัวบ่งชี้สมรรถนะการจัดการภัยพิบัติของผู้บริหารการพยาบาลตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

1.5 นำแบบสอบถามภายหลังปรับแก้ไข ข้อคำถามตามผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับผู้บริหารการพยาบาลจำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .98

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างขององค์ประกอบสมรรถนะการจัดการภัยพิบัติของผู้บริหารการพยาบาล ตามขั้นตอนดังนี้

2.1 ทดสอบข้อมูลเบื้องต้นว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติหรือไม่ ผลการทดสอบมีดังนี้

2.2.1 โดยพิจารณาจากค่าความเบ้ (Skewness) ซึ่งข้อมูลมีค่าติดลบแสดงถึงการกระจายของข้อมูลมีค่าปกติแสดงว่า ผู้ตอบข้อมูลส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อระดับของตัวแปรสูงกว่าค่าเฉลี่ย ส่วนผลการวิเคราะห์ความโด่ง (Kurtosis) ของข้อมูลพบว่า ทุกองค์ประกอบมีค่าความโด่งน้อยกว่า 3 แสดงความข้อมูลมีความโด่งน้อยและมีการกระจายของข้อมูลมาก

2.2.2 ผลการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ขององค์ประกอบสมรรถนะการจัดการด้านภัยพิบัติของผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ดังตาราง

ตาราง 1 ค่าสหสัมพันธ์ของแต่ละตัวบ่งชี้สมรรถนะการจัดการด้านภัยพิบัติของผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข

ตัวบ่งชี้	ตัวบ่งชี้ที่ 1	ตัวบ่งชี้ที่ 2	ตัวบ่งชี้ที่ 3	ตัวบ่งชี้ที่ 4
ตัวบ่งชี้ที่ 1	-	0.795**	0.763**	0.812**
ตัวบ่งชี้ที่ 2	0.795**	-	0.886**	0.883**
ตัวบ่งชี้ที่ 3	0.763**	0.886**	-	0.855**
ตัวบ่งชี้ที่ 4	0.812**	0.883**	0.855**	-

จากตาราง 1 แสดงว่า ตัวบ่งชี้ที่ 1, 2, 3 และ 4, มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ซึ่งหมายความว่า ตัวบ่งชี้เกิดการร่วมเส้นตรงพหุ (Multi Collinearlity) ผู้วิจัยจึงได้ทำการปรับรูปแบบด้วยการคำนวณคะแนนรวมของชุดข้อคำถามรายด้านมาคำนวณค่าสหสัมพันธ์

2.2 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่ง พิจารณาความตรงเชิงโครงสร้างด้วยค่าสถิติวัดระดับความกลมกลืน (Goodness of Fit Measurement) ได้แก่ ค่าไคสแควร์สัมพันธ์ ดัชนีวัดความกลมกลืน (Goodness of Fit Index: GFI) ดัชนีวัดความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (Adjust Goodness of Fit :AGFI) ดัชนี

รากที่สองเฉลี่ยของเศษ (Root Mean Square Residual: RMR) และดัชนีรากที่สองเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่า (Root Mean Square Error of Approximate: RMSEA)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในเขตสุขภาพที่ 11 จำนวน คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดย คอมเลย์และลี (Comrey & Lee, 1992) ได้ระบุว่า การวิเคราะห์องค์ประกอบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 300 ราย ถือว่าดี (As Good) และจำนวน 200 คน ถือว่า พอใช้ (Fair) ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลได้จำนวน 280 ราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดทำรายละเอียดเกี่ยวกับการกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเตรียมแบบสอบถามทั้งแบบสอบถามที่ส่งทางไปรษณีย์และการส่งทางออนไลน์
2. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และประสานงานในแต่ละโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
3. ผู้วิจัยนำส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์พร้อมทั้งส่งเอกสารที่จ่าหน้าซองถึงผู้วิจัยและติดแสตมป์เพื่อการส่งกลับให้ผู้วิจัย และทั้งนี้ได้มีการส่งแบบสอบถามทางออนไลน์
4. เมื่อได้แบบสอบถามกลับแล้ว นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้อง พร้อมข้อมูลมาวิเคราะห์ผลการวิจัยตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล หาค่าสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
2. การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างขององค์ประกอบสมรรถนะการจัดการภัยพิบัติของผู้บริหารการพยาบาล โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่ง

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี เลขที่ 2019/06 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เลขที่ VPH REC 003/2020

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้บริหารการพยาบาล ในโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 280 คน มีรายละเอียด ดังนี้

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=280)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
อายุน้อยกว่า 30 ปี	15	5.36
อายุ 31-40 ปี	25	8.93
อายุ 41-50 ปี	90	32.14
อายุ 51-60 ปี	150	53.57
M=, 48.97, *SD*= 8.86		

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
วุฒิการศึกษา		
ปริญญาตรี	222	79.29
ปริญญาโท	58	20.71
ประสบการณ์การทำงาน		
น้อยกว่า 10 ปี	24	8.57
ระหว่าง 11-20 ปี	48	17.14
ระหว่าง 21-30 ปี	116	41.43
มากกว่า 30 ปี	92	32.86
M=25.42, *SD*=9.10		
ประสบการณ์การเป็นผู้บริหาร		
น้อยกว่า 5 ปี	101	36.07
ระหว่าง 6-10 ปี	71	25.36
มากกว่า 10 ปี	108	38.57
M=10.05, *SD*=8.05		
ประสบการณ์ในการจัดการด้านภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน (ครั้ง)		
ไม่เคย	82	29.29
1 ครั้ง	84	30.00
2 ครั้ง	59	21.07
3 ครั้ง	43	15.36
4 ครั้ง	6	2.14
5 ครั้ง	6	2.14
ประสบการณ์การได้รับการอบรมด้านการจัดการภัยพิบัติ (ครั้ง)		
ไม่เคยเข้ารับการอบรมด้านการจัดการภัยพิบัติ	125	44.64
เคยเข้ารับการอบรมด้านการจัดการภัยพิบัติ	155	55.36

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.57 วุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 79.29 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 41.43 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเป็นผู้บริหารมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 38.57 ซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการจัดการด้านภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉินร้อยละ 29.29 มีประสบการณ์ในการจัดการด้านภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉินจำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 30.00 และส่วนใหญ่เคยเข้ารับการอบรมด้านการจัดการภัยพิบัติ ร้อยละ 55.36

2. องค์ประกอบสมรรถนะการจัดการภัยพิบัติของผู้บริหารการพยาบาล พบว่า มี 4 ตัวบ่งชี้ มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ตัวบ่งชี้การจัดการภัยพิบัติด้านการป้องกันและการลดผลกระทบภัยพิบัติอยู่ระดับมาก (*M*=4.16, *SD*=0.76) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าคะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก คือ 1) มีความรู้ บทบาทหน้าที่ของผู้บริหารการพยาบาลของทีมเมื่อเกิดภัยพิบัติ (*M*=4.36, *SD*=0.76) 2) วิเคราะห์สถานการณ์ที่เสี่ยงว่าจะเกิดภัยพิบัติ (*M*=4.31, *SD*=0.82) 3) มีส่วนร่วมในการวางแผนการจัดการด้านภัยพิบัติ (*M*=4.26, *SD*=0.78) ตามลำดับ

2.2 ตัวบ่งชี้การจัดการภัยพิบัติด้านความพร้อมรับภัยพิบัติ อยู่ระดับมาก (*M*=4.18, *SD*=0.85) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าคะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก คือ 1) ใช้หลักสิทธิมนุษยชนในการปฏิบัติต่อผู้ประสบภัยพิบัติและชุมชนเมื่อเกิดภัยพิบัติ (*M*=4.49, *SD*=0.71) 2) ยึดหลักจริยธรรมเป็นกรอบในการตัดสินใจ

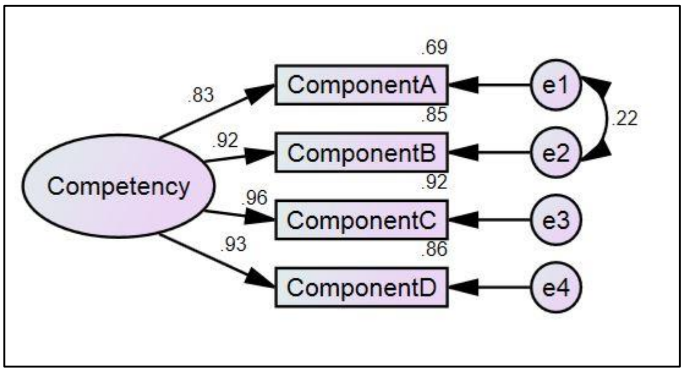
ให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติ (*M*=4.47, *SD*=0.73) 3) รับทราบบทบาทของตนเองตามสายการบังคับบัญชาของหน่วยงานต่าง ๆ เมื่อเกิดภัยพิบัติ (*M*=4.41, *SD*=0.76) ตามลำดับ

2.3 ตัวบ่งชี้ด้านการตอบสนองต่อภัยพิบัติอยู่ระดับมากที่สุด (*M*=4.34, *SD*=0.82) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าคะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก คือ 1) สามารถปกป้องผู้ประสบภัยพิบัติไม่ให้ถูกละเมิดสิทธิส่วนบุคคล (*M*=4.50, *SD*=0.82) 2) สามารถสั่งการในการตั้งรับทีมพยาบาลในสถานพยาบาล (*M*=4.44, *SD*=0.84) 3) แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในการเจรจาต่อรองกับผู้ประสบภัยพิบัติ (*M*=4.42, *SD*=0.87) ตามลำดับ

2.4 ตัวบ่งชี้การจัดการภัยพิบัติด้านการฟื้นฟูหลังภัยพิบัติ อยู่ระดับมาก (*M*=4.12, *SD*=0.89) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าคะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก คือ 1) ให้คำแนะนำผู้ประสบภัยพิบัติในการป้องกันโรคและป้องกันการบาดเจ็บ (*M*=4.18, *SD*=0.84) 2) มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับภัยพิบัติที่เกิดขึ้น (*M*=4.16, *SD*=0.84) 3) ร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชนเพื่อการช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติ (*M*=4.13, *SD*=0.91) และแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งทรัพยากรที่ใช้เมื่อเกิดภัยพิบัติ (*M*=4.13, *SD*=0.86) ซึ่งมีคะแนนเท่ากัน

3. การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างขององค์ประกอบสมรรถนะการจัดการภัยพิบัติของผู้บริหารการพยาบาล ในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจเพื่อพิจารณาความตรงเชิงโครงสร้างและองค์ประกอบสมรรถนะการจัดการภัยพิบัติของผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยจากผลการวิเคราะห์พบว่าองค์ประกอบเชิงสำรวจด้วยวิธีหมุนแกนแบบ Rotated Component Matrix พบว่าองค์ประกอบที่มีค่าไอเกนมากกว่า 1 และการจัดกลุ่มของตัวแปรสังเกตสามารถกำหนดองค์ประกอบ และเมื่อพิจารณารายตัวบ่งชี้พบว่าข้อคำถามในแต่ละตัวบ่งชี้มีบางส่วนสอดคล้องกันและไม่สอดคล้องกันกับแบบวัดสมรรถนะการจัดการภัยพิบัติของผู้บริหารการพยาบาล ในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดย ตัวบ่งชี้ด้านการป้องกัน และการลดผลกระทบภัยพิบัติประกอบด้วยข้อคำถาม A1-A14,B3 และ B4 ตัวบ่งชี้ด้านความพร้อมรับภัยพิบัติ ประกอบด้วยข้อคำถาม B1-B2, B5-B15, B18 และ C1 ตัวบ่งชี้ด้านการตอบสนองต่อภัยพิบัติ ประกอบด้วยข้อคำถาม C2-C16, C18, B16 และ B17 และตัวบ่งชี้ด้านการฟื้นฟูหลังภัยพิบัติ ประกอบด้วยข้อคำถาม D1-D8, B19, C17 และ C19

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่หนึ่ง พิจารณาความตรงเชิงโครงสร้างด้วยด้วยโปรแกรม Amos ซึ่งใช้ค่าสถิติวัดระดับความกลมกลืน (Goodness of fit Measurement) ได้แก่ ค่าไคสแควร์สัมพันธ์ ดัชนีวัดความกลมกลืน (Goodness of Fit Index :GFI) ดัชนีวัดความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว(Adjust Goodness of Fit :AGFI) ดัชนีรากที่สองเฉลี่ยของเศษ(Root Mean Square Residual: RMR) และดัชนีรากที่สองเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่า (Root Mean Square Error of Approximate : RMSEA) มีรายละเอียด ดังภาพ



ภาพ 2 องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับ 1

จากภาพ 1 แสดงว่า องค์ประกอบสมรรถนะการจัดการภัยพิบัติของผู้บริหารการพยาบาล ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยตัวบ่งชี้ ได้แก่ ตัวบ่งชี้ด้านการป้องกันและลดความรุนแรง/ผลกระทบ ตัวบ่งชี้ด้านการเตรียมความพร้อม ตัวบ่งชี้ด้านการตอบสนองและการรับมือ และตัวบ่งชี้ด้านการฟื้นฟูภายหลังการเกิดภัยพิบัติ สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ เป็นองค์ประกอบที่แท้จริงของสมรรถนะด้านการจัดการภัยพิบัติของผู้บริหารการพยาบาล ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผลการวิเคราะห์พบว่าทุกด้านมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในระดับที่ยอมรับได้ (มากกว่า 0.30) โดยพิจารณาจากค่าไคสแควร์สัมพัทธ์มีค่าเท่ากับ 0.169 องศาความเป็นอิสระเท่ากับ 1 ค่าความน่าจะเป็นเท่ากับ 0.681 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 1.00 ค่าดัชนีกำลังสองของส่วนเหลือ (RMR) เท่ากับ 0.001 ค่าดัชนีรากที่สองของความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่า (RMSEA) เท่ากับ 0.000 ค่าวัดความกลมกลืนเปรียบเทียบ (CFI) ที่มีค่า 1.00 และค่าดัชนีความกลมกลืนปกติ (NFI) มีค่า 1.00 ดังตาราง 3

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ดัชนีความกลมกลืนขององค์ประกอบสมรรถนะด้านการจัดการภัยพิบัติของผู้บริหารการพยาบาล ในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ดัชนีความกลมกลืน	เกณฑ์	ดัชนีที่วัดได้	ผลการพิจารณา
χ^2	>.05	0.169	ผ่านเกณฑ์
χ^2/df	< 2.00	0.169	ผ่านเกณฑ์
CFI	≥0.90	1.00	ผ่านเกณฑ์
GFI	≥0.95	1.00	ผ่านเกณฑ์
AGFI	≥0.90	0.997	ผ่านเกณฑ์
RMSEA	<0.05	.000	ผ่านเกณฑ์

อภิปรายผล

1. องค์ประกอบสมรรถนะการจัดการภัยพิบัติของผู้บริหารการพยาบาล ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า องค์ประกอบสมรรถนะการจัดการภัยพิบัติของผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 4 ตัวบ่งชี้ คือ ตัวบ่งชี้การป้องกันและการลดผลกระทบภัยพิบัติ ตัวบ่งชี้ความพร้อมรับภัยพิบัติ ตัวบ่งชี้ การตอบสนองต่อภัยพิบัติ และตัวบ่งชี้ การฟื้นฟูหลังภัยพิบัติ ผู้วิจัยอภิปรายแต่ละตัวบ่งชี้ ดังนี้

1.1 ตัวบ่งชี้การป้องกันและการลดผลกระทบภัยพิบัติ เป็นตัวบ่งชี้ที่มีค่าเฉลี่ยระดับมาก ซึ่งกล่าวถึงตัวบ่งชี้ด้านการลดความเสี่ยง การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งการวางแผนและพัฒนานโยบาย เป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญในการจัดการภัยพิบัติ ซึ่งตัวบ่งชี้นี้จะแยกจากด้านการเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติเพื่อให้ง่าย และสะดวกในการนำไปงานแผนให้การพยาบาลได้อย่างชัดเจน ผู้บริหารการพยาบาลจึงควรมีวิสัยทัศน์ในการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติเพื่อให้ได้รับการยอมรับจากสังคมและวิชาชีพ เป็นผู้นำในการร่วมกำหนดแผน กลยุทธ์และนโยบายขององค์กรพยาบาล อีกทั้งเป็นส่วนหนึ่งของระบบบัญชาการในโรงพยาบาลเมื่อเกิดภัยพิบัติ ผู้บริหารทางการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการในการดำเนินงานของระบบบัญชาการเหตุการณ์ มีหน้าที่ในการร่วมวางแผน ควบคุม กำกับ และติดตามการดำเนินงาน การพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล การจัดสรรทรัพยากรภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพพยาบาล และผู้บริหารการพยาบาลควรมีบทบาทด้านการบริหารและการกำกับดูแล (Management and Supervisory) ในการกำหนดนโยบายและแนวทางการปฏิบัติงานขององค์กรพยาบาลเมื่อเกิดภาวะภัยพิบัติเพื่อให้ระบบการพยาบาลมีคุณภาพ ตามมาตรฐานจรรยาบรรณวิชาชีพและจริยธรรม รวมทั้งการดูแลด้านความปลอดภัยและสวัสดิภาพของผู้ปฏิบัติงาน (Fablgren, & Drenkard, 2002) องค์ประกอบด้านนี้จึงมีความสอดคล้องกับแนวคิดของสภาการพยาบาล

นานาชาติที่ระบุว่า การจัดการด้านภัยพิบัติด้านด้านการป้องกันและการลดผลกระทบภัยพิบัติเป็นสมรรถนะด้านการจัดการภัยพิบัติของพยาบาล

1.2 ตัวบ่งชี้ความพร้อมรับภัยพิบัติ พบว่า มีค่าเฉลี่ยระดับมาก โดยเป็นตัวบ่งชี้ที่กล่าวถึงการปฏิบัติตามหลักจริยธรรมกฎหมาย และความรับผิดชอบ การปฏิบัติตามหลักจริยธรรม การสื่อสาร และการแบ่งปันข้อมูลในกรณีการเตรียมรับและการตอบสนองต่อภัยพิบัติที่เกิดขึ้น รวมทั้งการให้การศึกษา และการเตรียมพร้อมการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับการให้การศึกษาและการเตรียมพร้อมของพยาบาลในกรณีการเตรียมรับและการตอบสนองต่อภัยพิบัติที่เกิดขึ้น ผลจากการศึกษานี้จึงสอดคล้องกับการจัดการภาวะภัยพิบัติของ Beach (2010) กล่าวว่า หน่วยงานหรือองค์กรต้องมีการจัดทำคู่มือ หรือแนวทางการปฏิบัติ (Guideline) กำหนดบทบาทหน้าที่มอบหมายผู้รับผิดชอบในแต่ละหน่วยงานขององค์กรพยาบาล ทำให้บุคลากรทุกระดับรับทราบบทบาทหน้าที่ของตนเอง ผู้บริหารการพยาบาลจึงต้องมีแนวปฏิบัติในการจัดการจัดการภัยพิบัติในรูปแบบต่างๆ เช่น แนวปฏิบัติเมื่อเกิดภัยพิบัติ คู่มือการดำเนินการภัยพิบัติ ความรู้ความสามารถด้านการจัดการภัยพิบัติ รวมทั้งสามารถส่งเสริมความรู้แก่ประชาชนทั่วไปให้สามารถดูแลตนเองได้ เพื่อส่งเสริมศักยภาพในการจัดการภัยพิบัติได้ดียิ่งขึ้น สมรรถนะการจัดการด้านภัยพิบัติด้านการเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัตินี้สอดคล้องกับการจัดการภาวะภัยพิบัติของสภาการพยาบาลนานาชาติ (International Council of Nurses and Western Pacific Region, 2009) กล่าวว่า ปัญหาที่พบจากการจัดการภัยพิบัติ คือขาดการเตรียมพร้อมด้านองค์ความรู้ให้แก่อาสาสมัคร ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล ในการวางแผนเตรียมความพร้อมทางด้านสุขภาพของชุมชน เพื่อรับมือกับภัยพิบัติในบทบาทของผู้บริหารการพยาบาลจะต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนระดับโรงพยาบาลหรือแผนระดับจังหวัดในการจัดการภัยพิบัติของพยาบาล (Ummunt, Kongkom, Nontapate, & Srekate, 2011) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Siripukdeekan, & Wiserith (2014) ที่พบว่า การเตรียมความพร้อมก่อนเกิดภัยพิบัติ ได้แก่ วางแผนจัดการด้านภัยพิบัติที่ส่งผลต่อสุขภาพของชุมชน พัฒนาระบบบริการพยาบาลด้านภัยพิบัติ กำหนดแผนงานด้านภัยพิบัติสำหรับองค์กรพยาบาล พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการ พยาบาลด้านภัยพิบัติ และจัดเตรียมทรัพยากรทางการพยาบาลเพื่อรับมือกับภัยพิบัติ เป็นการจัดการภัยพิบัติภายใต้ขอบเขตของผู้บริหารทางการพยาบาล

1.3 ตัวบ่งชี้การตอบสนองต่อภัยพิบัติ พบว่าอยู่ระดับมากที่สุด ซึ่งเป็นการกล่าวถึงการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลชุมชนของพยาบาลในกรณีการรับมือเมื่อเกิดภัยพิบัติ การดูแลบุคคลและครอบครัว การดูแลด้านจิตใจ โดยการประเมินปัญหาด้านจิตใจ และอารมณ์ของผู้ประสบภัย และการดูแลบุคคลกลุ่มเปราะบาง (Special Needs Populations) เป็นการให้บริการพยาบาลในภาวะฉุกเฉินและภาวะวิกฤติ การพยาบาลผู้ที่ประสบภัย การคัดแยกผู้ป่วย การอำนวยความสะดวกในการจัดตั้งหน่วยบริการทั้งในและนอกโรงพยาบาล การจัดการระบบควบคุมการติดเชื้อ การจัดระบบการส่งต่อไปยังพื้นที่ที่มีความปลอดภัย การจัดระบบการสื่อสารและการประสานงานกับทีมสุขภาพต่าง ๆ (Lin & Chen, 2008) ผู้บริหารการพยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการติดต่อประสานงาน การบริหาร จัดการ และการดูแลรักษาทั้งร่างกายจิตใจในทุกระยะของการเกิดภัย ต้องสามารถปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ ในการปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์ รวมทั้งต้องทำงานร่วมกันกับทีมสหสาขาสุขภาพทั้งของ ภาครัฐและเอกชน (Gebbie & Qureshi, 2002; Jennings-Sanders, Frisch, & Wing, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ Siripukdeekan, & Wiserith (2014) พบว่าการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลระยะการรับมือกับภัยพิบัติ ได้แก่ จัดระบบ ความปลอดภัยของผู้ประสบภัยและบุคลากรทางการพยาบาล จัดบริการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติจัดการทรัพยากรและสาธารณูปโภค ในภาวะภัยพิบัติ และจัดสรรบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อปฏิบัติงานขณะเกิดภัยพิบัติเพื่อให้การตอบสนองต่อภัยพิบัติมีประสิทธิภาพ ดังที่ผลการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่าตัวบ่งชี้การตอบสนองต่อภัยพิบัติอยู่ระดับมากที่สุด

1.4 ตัวบ่งชี้การฟื้นฟูหลังภัยพิบัติ อยู่ระดับมาก ซึ่งตัวบ่งชี้นี้จะกล่าวถึงการดูแลระยะยาว เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวของบุคคล ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ประสบภัยให้สามารถกลับมา

ดำรงชีวิตได้ตามปกติ สอดคล้องกับ Wynd (2006) กล่าวว่าหลังสิ้นสุดภัยพิบัติ สิ่งสำคัญสิ่งหนึ่งที่ผู้บังคับบัญชาควรคำนึงถึงคือการช่วยเหลือเยียวยาบุคลากรในทีมปฏิบัติการขณะเกิดภัยพิบัติ โดยให้ความช่วยเหลือด้านสวัสดิการ ค่าตอบแทน การรักษาพยาบาลทั้งบุคลากรทางการพยาบาลและครอบครัวให้เหมาะสม รวมทั้งประเมินผลกระทบและความรุนแรงจากภัยพิบัติที่ส่งผลต่อชุมชน เพื่อวางแผน ให้การช่วยเหลือและบรรเทาทุกข์ที่เหมาะสม สอดคล้องกับสภาการพยาบาลสากล (International Council of Nurses and Western Pacific Region, 2009) กล่าวว่า หลังสิ้นสุดภัยพิบัติ สิ่งสำคัญคือ การช่วยเหลือผู้รอดชีวิตและการบรรเทาทุกข์ ดูแลรักษา พยาบาลทั้งด้านร่างกายและจิตใจผู้ประสบภัย ญาติและชุมชน ทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดยให้คำแนะนำด้านสุขภาพ และ จัดบริการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ประสบภัย สอดคล้องกับสมาคมพยาบาลประเทศญี่ปุ่น (Ishii, 2012) กล่าวว่า หลังสิ้นสุดภัยพิบัติ ควรมีการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จากการบาดเจ็บและการดูแลด้านจิตใจ โดยเฉพาะในช่วง 6 เดือนแรก ควรมีการจัดระบบติดตามเยี่ยมบ้าน และประสาน งานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานประกันสังคม หน่วยงาน สังคมสงเคราะห์ จากความสำคัญดังกล่าว จึงทำให้องค์ประกอบด้านการฟื้นฟูหลังภัยพิบัติ อยู่ระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ Siripukdeekan, & Wiserith (2014) พบว่า การจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาลระยะการฟื้นฟูสภาพหลังสิ้นสุด ภัยพิบัติได้แก่ช่วยเหลือเยียวยาผู้ประสบภัยและบุคลากรทางการพยาบาลที่ได้รับผลกระทบ ซึ่งจะทำให้ผู้ประสบภัยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องร่วมกับหน่วยงานจ่าง ๆ รวมทั้งการการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ จึงทำให้ตัวบ่งชี้การฟื้นฟูหลังภัยพิบัติอยู่ระดับมาก

2. การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างขององค์ประกอบสมรรถนะการจัดการภัยพิบัติของผู้บริหารการพยาบาล ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า รูปแบบการวัดองค์ประกอบของสมรรถนะด้านการจัดการภัยพิบัติของผู้บริหารการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์กับสมรรถนะการจัดการภัยพิบัติของผู้บริหารการพยาบาลเนื่องจากค่าสถิติดัชนีวัดความกลมกลืนผ่านเกณฑ์ดีทุกตัว แสดงว่าสมรรถนะการจัดการภัยพิบัติของผู้บริหารการพยาบาลมีความตรงเชิงโครงสร้างดี แสดงว่าองค์ประกอบที่พัฒนาขึ้นนี้มีความตรงเชิงโครงสร้างดี สามารถใช้ศึกษาสมรรถนะการจัดการภัยพิบัติของผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข การที่พบว่ารูปแบบมีความเที่ยงตรงดี เนื่องจากตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ดังกล่าวมีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องรองรับ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์แต่ละตัวบ่งชี้พบว่า ทุกตัวบ่งชี้มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหมายความว่า การที่ผู้บริหารจะมีสมรรถนะการจัดการด้านภัยพิบัตินั้นจะต้องมีสมรรถนะในแต่ละตัวบ่งชี้ด้วย จึงจะส่งผลให้มีสมรรถนะการจัดการด้านภัยพิบัติในภาพรวม สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการภาวะภัยพิบัติของสภาการพยาบาลนานาชาติ (International Council of Nurses and Western Pacific Region, 2009) ว่าสมรรถนะการจัดการด้านภัยพิบัติของพยาบาลควรประกอบด้วย 1) สมรรถนะการป้องกันและลดความรุนแรง/ผลกระทบ สมรรถนะการเตรียมความพร้อม สมรรถนะการตอบสนองและการรับมือและสมรรถนะการฟื้นฟูภายหลังการเกิดภัยพิบัติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Thanaroj, Sadhittwithayanan, & Chantra (2014) ที่ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลด้านการจัดการภัยพิบัติ พบว่า สมรรถนะด้านการจัดการภัยพิบัติประกอบด้วยสมรรถนะ ด้านการป้องกันและการบรรเทาความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นจากภัยพิบัติ สมรรถนะด้านเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ สมรรถนะด้านการตอบสนองภัยพิบัติ สมรรถนะด้านการฟื้นฟูสภาพภายหลังเกิดภัยพิบัติ คุณลักษณะ ความเป็นผู้นำของพยาบาลด้านการจัดการภัยพิบัติ และคุณลักษณะทั่วไปของพยาบาลด้านการจัดการภัยพิบัติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

ผู้บริหารการพยาบาลควรนำแบบสอบถามสมรรถนะการจัดการด้านภัยพิบัติที่มีความตรงเชิงโครงสร้างไปประเมินสมรรถนะของผู้บริหารการพยาบาลในฐานะผู้จัดการในภาวะพิบัติภัย (Disaster Manager) ตามบริบทของกระทรวงสาธารณสุข

2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการพยาบาลด้านการจัดการภัยพิบัติสำหรับผู้บริหารการพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นที่จะพัฒนาผู้บริหารการพยาบาลให้มีสมรรถนะด้านการจัดการภัยพิบัติ

References

Beach, M. (2010). *Disaster Preparedness & Management*. Philadelphia: F.A. Davis.

Best, John W. (1981). *Research in Education.* 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice. Hall Inc

Comrey, A. L., & Lee, H. B. (1992). *A First Course in Factor Analysis* (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. Retrived October 15, 2009, from http:// www. ingentaconnect.com/content/apl/lcbi

DeVellis, R. F. (2012). *Scale Development: Theory and Applications.* London: SAGE Publication Ltd.

Fablgren, T., & Drenkard, K. N. (2002). Healthcare System Disaster Preparedness, Part 2: Nursing Executive Role in Leadership. *The Journal of Nursing, 32*(10), 531-537.

Gebbie, K. M., & Qureshi, K. (2002). Emergency and Disaster Preparedness: Core Competenciesfor Nurses: What Every Nurse Should But May Not Know. *American Journal of Nursing, 102*(1), 46-51.

Goodwin Veenema, T., Deruggiero, K., Losinski, S., & Barnett, D. (2017). Hospital Administration and Nursing Leadership in Disasters. *Nursing Administration Quarterly*, *41*(2), 151-163. doi:10.1097/NAQ.0000000000000224

Hammad, K. S., Arbon, P., & Gebbie, K. M. (2011). Emergency Nurses and Disaster Response: An Exploration of South Australian Emergency Nurses' Knowledge and Perceptions of Their Roles in Disaster Response. *Australasian Emergency Nursing Journal, 14*(May), 81-94.

Ishii, M. (2012). *Disaster Nursing 2. Paper Presented at the Disaster Nursing Training Course, May 7 and 8: Chulalongkorn University-Global Development Learning Network (CU-GDLN).* Faculty of Nursing, Chulalongkorn University and Word Bank Tokyo Development Learning center (WBTDLC).

Jennings-Sanders, A., Frisch, N., & Wing, S. (2005). Nursing Students' Perceptions about Disaster. *Disaster Management & Response*, *3*(3), 80-85.

Lin, C. J., & Chen, C. M. (2008). *Important Issues and Challenges: Disaster Nursing.* In C.-M.Chen, Y. M. Chao, & Y. H. Lai (Eds.), Nursing Care in Taiwan. Taipai: Department of Health.

Livomese, K., & Vedder, J. (2017). The Emotional Well-Being of Nurses and Nurse Leaders in Crisis. *Nursing Administration Quarterly*, *41*(2), 144-150. doi:10.1097/NAQ.0000000000000221

National Disaster Preparedness Committee. (2015*). Prevention and Mitigation National Fire and Rescue Department.* Bangkok: Department of Disaster Prevention and Mitigation. Ministry of the Interior

Newton, E. E. (2017). Preparing for the Big One: Emergency Preparedness for Nursing Leaders. Nursing Administration Quarterly. *Apr/Jun, 41*(2), 101-111. doi: 10.1097/NAQ.0000000000000215.

Office of The National Economic and Social Development Council. (2011). *Disaster Management and Rehabilitation After Disaster Report.* Phenchrung Publishing, Bangkok.

Shih, F., Turale, S., Lin, Y., Gau, M., Kao, C., Yang, C., & Liao, Y. (2009). Surviving a Life-Threatening Crisis: Taiwan's Nurse Leaders' Reflections and Difficulties Fighting the SARS Epidemic. *Journal of Clinical Nursing*, *18*(24), 3391-3400. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02521.x

Siripukdeekan, A. & Wiserith, (2014). W. A Study of Disaster Nursing Management. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 15*(2), 348-359.

Siripul, P., Sakdisthanont, S (2012). Disaster Nursing: Essential Competencies for Thai Nurses) *Thai Journal of Nursing Council. 27.* Special Issue, 1-30.

Slepski, L. (2007). Emergency Preparedness and Professional Competency among Health Care Providers during Hurricanes Katrina and Rita: Pilot Study Results. *Disaster Management & Response, 54*(4), 99-110.

Thanaroj, S., Sadhittwithayanan, S., & Chantra, R. (2014). Nurse Competencies in Disaster Management. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, *30*(3), 35-44.

Tipwareeom, W. (2012). Public Health Nursing Role a Natural Disaster Management. *Journal of Public Health Nursing, 26(*3), 119-131.

Ummunt, U., Kongkom, S., Nontapate, O., & Srekate, P. (2011). Natural Disaster Management: Nurse Experience in Southern Province. *Journal of Nursing Devision, 38*(1), 67-74.

Willis, J., & Philp, L. (2017). Orlando Health Nurse Leaders Reflect on the Pulse Tragedy. *Nurse Leader*, *15*(5), 319-322. doi:10.1016/j.mnl.2017.07.007

Witoonsasiwimol, P., & Kanjanarat, P. (2017). Medication Preparedness for Emergency Flooding Situations of Public Hospitals in Central Thailand: A Case Study of Flooding Crisis in 2011 *IJPS, 13*(3), 25-37

Wynd, C. A. (2006). A Proposed Model for Military Disaster Nursing. *Online Journal of Issues in Nursing, 11*(3), 17.

การพัฒนาเว็บแอปพลิเคชัน การรายงานผลทางห้องปฏิบัติการผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

Development of a Web Application for Reporting Laboratory Results to Patients with Diabetes in Health Promoting Hospitals of Suphanburi

พิชญ์วรา จันทร์แย้ม[1*], อุทัย ทับทอง[1], วัฒนา อ่อนเจริญ[1] และ วัชรินทร์ สว่างศรี[2]
Pitchwara Janyam[1*], Uthai Thabthong[1], Wattana Oncharoen[1] and Watcharin Sawangsri[2]
วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก[1*], โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราชสุพรรณบุรี[2]
Kanchanabhisek Institute of Medical and Public Health Technology,
Faculty of Public Health and Allied Health Sciences Praboromarajchanok Institute[1*],
Chaophrayayommarat Hospital[2]

(Received: *December 28, 2020*; Revised: *September 21, 2021*; Accepted: *September 28, 2021*)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สถานการณ์และสภาพปัญหาการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยเบาหวาน 2) พัฒนาเว็บแอปพลิเคชันการรายงานผล 3) ประสิทธิผลของเว็บแอปพลิเคชันการรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ดำเนินการ 3 ขั้นตอน ประกอบด้วยขั้นที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้รับบริการ 6 คน ขั้นที่ 2 พัฒนาเว็บแอปพลิเคชันการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยผู้วิจัยนำผลจากขั้นตอนที่ 1 และทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเพื่อออกแบบและสร้างนวตกรรม ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ขั้นที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของเว็บแอปพลิเคชัน โดยประเมินจากผู้รับบริการ ก่อนและหลังใช้เว็บแอปพลิเคชัน จำนวน 69 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบบันทึกระยะเวลาการใช้บริการในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแบบบันทึกใบอุบัติการณ์ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณาและสถิติ Paired t-test ผลวิจัยพบว่า

1. ปัญหาการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยเบาหวาน คือ ผู้ป่วยที่ต้องไปตรวจเลือดที่โรงพยาบาลและรอผลการตรวจ ก่อนนำผลมาให้กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อที่จะนำไปประกอบการรักษาทำให้ต้องรอคอยผลการตรวจและบางครั้งผลตรวจเลือดสูญหาย หรือลืมนำมาจากที่บ้าน

2. แอปพลิเคชันการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยเบาหวานประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 2) การค้นหาประวัติผู้ป่วยที่ไปรับบริการ 3) ระบบรายงาน

3. หลังการใช้แอปพลิเคชันการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยเบาหวาน ระยะเวลาการใช้บริการที่โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช (M=99.81, SD=38.17) น้อยกว่าก่อนใช้เว็บแอปพลิเคชัน (M=156.74, SD=22.32) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (p<.001) และใบอุบัติการณ์เนื่องจากผู้รับบริการไม่นำผลการเจาะทางห้องปฏิบัติการมาเนื่องจากหาย ชำรุด ลืม ก่อนใช้เว็บแอปพลิเคชันคิดเป็นร้อยละ 10.14 หลังใช้เว็บแอปพลิเคชันไม่มีเหตุการณ์เกิดขึ้นเลย

โรงพยาบาลสามารถควรนำแอปพลิเคชันการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติ ไปใช้ในการรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากโรงพยาบาลไปถึง รพ.สต.ได้โดยตรงเพื่อใช้ในการวางแผนในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตที่รับผิดชอบและใช้ในการค้นหาประวัติการตรวจเลือด

คำสำคัญ: เว็บแอพพลิเคชั่น, การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ, ผู้ป่วยเบาหวาน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: uthai@kmpht.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 083-6968397)

Abstract

This research and development study aimed to: 1) identify reporting laboratory problems process with diabetic patients, 2) develop a web application for reporting laboratory results, and 3) study the effectiveness of the laboratory report process in Health promoting hospital of Muang Suphanburi. Study consisted of 3 steps. First step was the situation analysis regarding problems in reporting laboratory results. Problems were reported through interviewing patients and staff members. Second step was the development of a web application for reporting laboratory results, which was based on the previous step and literature review. Third step was the quality assessment of web application. The laboratory reporting process was evaluated among patients with diabetes and incidents were reported. Reliability was examined using Cronbach's alpha coefficient, yielding a value of .88. Content validity presented higher than 0.5. Descriptive statistic and inferential statistic paired t-test were uses to analyze data. Results of this study revealed as follows.

1. Investigating and reporting blood test results firstly acknowledged that the diabetic patients had to go to the hospital for blood tests. Then, they had to wait for the test result at the hospital. After that, the patients had to bring their laboratory results back to their Health promoting hospital staff in order to be used for treatment.

2. Use of the web application consists of 3 parts: 1) reporting blood test results, 2) finding the history of patients who went to the hospital, and 3) reporting system.

3. After using the web application, duration of service was statistically significant less than before using the web application (M=99.81, SD=38.17, and M=156.74, SD=22.32, respectively, $p<.01$). In addition, after using the web application, there were no reported problems about laboratory result reporting such as lost, damaged, and forgotten document.

Keywords: Web Application, Laboratory Result Report, Diabetes Patients

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงสภาวะสุขภาพของประชาชนในปัจจุบันพบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ เนื่องจากแนวโน้มของโรคที่เพิ่มขึ้น และเมื่อเป็นแล้วรักษาไม่หายขาด ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดผลกระทบหลายอย่างตามมา นอกจากนั้นอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือไตวาย เป็นต้น ทั้งนี้จังหวัดสุพรรณบุรีก็ประสบกับปัญหาของโรคเรื้อรังนี้เช่นกัน คือพบแนวโน้มของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากจำนวน 736 ราย ในปี 2560 เพิ่มเป็น 1,601 ราย ในปี 2561 (Suphanburi Public Health Office, 2018) รัฐบาลได้กำหนดแนวทางการแก้ปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยมีเป้าหมายหลักและแนวทางการทำงานเพื่อจัดการโรคเรื้อรังในระบบบริการปฐมภูมิ โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ไว้ว่าเพื่อ "ป้องกันความเสี่ยง ลดเสี่ยง เสริมศักยภาพในการดูแลตนเอง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี" จากการดำเนินนโยบายดังกล่าวสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้สรุปผลการศึกษาสภาพปัญหาของการจัดการโรคเรื้อรัง ไว้ว่า การจัดบริการสุขภาพที่ไม่ทั่วถึงขาดประสิทธิภาพ มีการแยกส่วนจุดบริการที่ขาดการแก้ปัญหาร่วมกัน และขาดความเชื่อมโยงต่อเนื่องทำให้ 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับวิธีปรับตัวในการดำรงชีวิตประจำวันให้สอดคล้องกับลักษณะของโรคและการรักษาที่มีลักษณะเฉพาะราย 2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีปัญหาซับซ้อนและรุนแรงจำนวนมากได้รับบริการในหน่วยบริการที่มีความ

จำกัดด้านขีดความสามารถและปริมาณทรัพยากรในการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง ทำให้การรักษาล่าช้าไม่ได้ผลเท่าที่ควร 3) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้ามารักษาในสถานบริการในระดับที่สูงขึ้นเพื่อการวินิจฉัยและการรักษามีจำนวนมากทั้งกรณีจำเป็นและไม่จำเป็น ขาดระบบการประสานงาน การส่งต่อข้อมูล และการติดตามต่อเนื่อง และ 4) การดูแลผู้ป่วยเป็นลักษณะแยกส่วน ไม่มีผู้รับผิดชอบเฉพาะในการประสานการดูแลต่อเนื่อง เฝ้าระวังและคัดกรองโรคอย่างต่อเนื่องรวมถึงจัดทำแผนการจัดกิจกรรมเพื่อการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง (Health Systems Research Institute, 2010)

จากรายงานสถานการณ์โรค NCD (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ของคณะทำงานการพัฒนาระบบบริการ service plan โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จ.สุพรรณบุรี พบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประกอบด้วยหลายกลุ่มโรค โดยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เป็นหนึ่งในกลุ่มโรค NCD ซึ่งหากได้รับการดูแลรักษาที่ไม่ถูกต้องจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบ เช่น เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จากข้อมูลในปี 2552 พบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุเสียชีวิตถึงร้อยละ 73 ดังนั้น กลุ่มโรคไม่ติดต่อจึงนับเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศไทย มีความจำเป็นต้องดูแลโรคร่วมทั้งเบาหวาน ความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ดี เพื่อให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพ การให้บริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง ลดการ เจ็บป่วย ลดความพิการ และการ สูญเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ การพัฒนาระบบบริการของคลินิกโรคไม่ติดต่อ (NCD) เป็นหัวใจสำคัญเชิงระบบส่งผลต่อกระบวนการและคุณภาพของการให้บริการ

การให้บริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในโรคเบาหวาน ช่วยลดปัญหาผู้ป่วยแออัดในโรงพยาบาล โดยการกระจายผู้ป่วย) ซึ่งเป็นผู้ป่วยส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลที่มาตรวจรักษา ให้ไปรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อตรวจรักษาและรับยาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีแพทย์และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลไปร่วมด้วย ในการตรวจรักษาจะให้ผู้รับบริการไปตรวจทางห้องปฏิบัติการที่โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช แล้วนำผลการตรวจให้กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในปัจจุบันการรายงานผลการตรวจเลือดของผู้ป่วยเป็นการรายงานโดยการพิมพ์ผลการตรวจจากระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลมาเป็นของรายบุคคล เมื่อผู้ป่วยถึงเวลาจะนำใบรายงานผลการตรวจเหล่านี้กลับไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บางครั้งมีการสูญหายของใบรายงาน หรือได้ใบรายงานมาไม่ครบ ทำให้เสียเวลาทั้งเจ้าหน้าที่เองและผู้ป่วยที่มารอรับบริการ

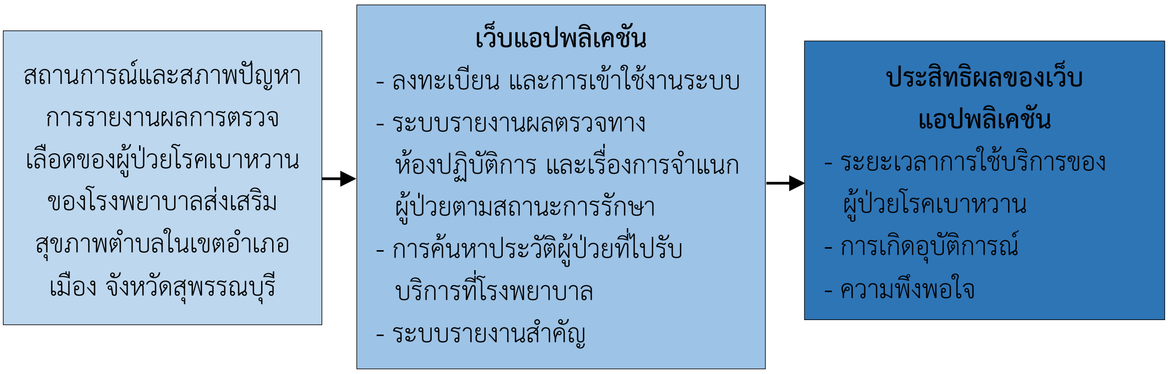
จากปัญหาดังกล่าวการพัฒนาเว็บแอปพลิเคชัน การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยเบาหวาน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี จะทำให้สามารถดูรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยได้จากเว็บไซต์ของโรงพยาบาล เป็นการลดขั้นตอนการทำงาน และลดการใช้กระดาษเพราะไม่ต้องพิมพ์ผลการตรวจเลือด และยังแก้ปัญหาการสูญหายของใบรายงาน หรือได้ใบรายงานมาไม่ครบอีกด้วย นอกจากนี้ยังสามารถดูผลการตรวจเลือดย้อนหลังของผู้ป่วยแต่ละคน ได้สะดวกรวดเร็วอีกด้วย

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการรายงานผลการตรวจเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันการรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของเว็บแอปพลิเคชันการรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการเขียนเว็บแอปพลิเคชัน Visual Studio Code มาพัฒนาเว็บแอปพลิเคชัน ที่เขียนด้วยภาษา PHP (Personal Home Page) โดยใช้ Bootstrap Framework สร้างฐานข้อมูลโดยใช้ Mysql version 5.7.21 เป็นเครื่องมือในการจัดการฐานข้อมูลและ Web server ใช้ Apache version 2.4.41 เป็นตัวประมวลผลเว็บแอปพลิเคชัน โดยฐานข้อมูล (Malithong, 2003)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สำรวจสถานการณ์และสภาพปัญหาการรายงานผลการตรวจเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ขั้นตอนนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีการดำเนินการดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย 1) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 คน 2) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 3 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยกลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คัดเลือกโดย เป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานคัดเลือกโดย เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวคำถามการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ป่วยโรคเบาหวาน เกี่ยวกับสถานการณ์และปัญหาของการรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก โดยกลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ถามในประเด็นเกี่ยวกับ 1) การรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานรูปแบบเดิม 2) ปัญหาในการรับรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน 3) ปัญหาในการแจ้งผลการตรวจเลือดให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 4) การรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานรูปแบบใหม่ 5) แอปพลิเคชันการรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ถามในประเด็นเกี่ยวกับ 1) การรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานรูปแบบเดิม 2) ปัญหาในการรับรู้รายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน 3) การรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานรูปแบบใหม่ 4) เว็บแอปพลิเคชัน การรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกมาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยและผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขเพื่อพิจารณาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเมือง จ.สุพรรณบุรี ที่ทำหน้าที่ให้บริการผู้ป่วยจำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและเข้าใจตรงกันกับประเด็นคำถามก่อนที่จะนำไปใช้จริง

การเก็บรวมรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยการโทรศัพท์ไปสัมภาษณ์เพื่อสอบถามข้อมูลความคิดเห็นเป็นรายบุคคล เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ต่างพื้นที่ ไม่สะดวกที่จะเข้ามาให้สัมภาษณ์พร้อมกันได้ ประกอบด้วยกลุ่มเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 3 คน และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 3 คน มีผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ (Moderator) เป็นผู้ตั้งประเด็นคำถามเพื่อเป็นการจูงใจให้บุคคลนั้น ๆ ได้แสดงความคิดเห็นเห็นต่อประเด็นข้อคำถามให้ได้กว้างขวางลึกซึ้งและละเอียดที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การใช้เว็บแอปพลิเคชันการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ขั้นตอน 2 พัฒนาเว็บแอปพลิเคชันการรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

การสร้างเว็บแอปพลิเคชัน

จากการศึกษาสถาณการณ์ ปัญหา ความต้องการของการรับบริการ การตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการเขียนเว็บแอปพลิเคชัน Visual Studio Code มาพัฒนาเว็บแอปพลิเคชัน ที่เขียนด้วยภาษา PHP (Personal Home Page) โดยใช้ Bootstrap Framework สร้างฐานข้อมูลโดยใช้ MySQL Version 5.7.21 เป็นเครื่องมือในการจัดการฐานข้อมูลและ Web Server ใช้ Apache Version 2.4.41 เป็นตัวประมวลผลเว็บแอปพลิเคชันโดยฐานข้อมูล โดยนำมาพัฒนาพัฒนาเป็นเว็บพลิเคชันดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. จากการสัมภาษณ์พบว่าการรายงานผลเลือดแบบเดิมมีความยุ่งยากในการทำงาน และไม่สามารถนำผลเลือดมา บันทึกในระบบสารสนเทศสุขภาพ (HIS) ของหน่วยบริการได้ ทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน จึงต้องการให้การรายงานผลการตรวจเลือดเป็นระบบออนไลน์ที่สามารถเข้าไปดูผลการตรวจเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการตรวจรักษากับ รพ.สต.ที่รับผิดชอบได้โดยไม่ต้องให้ผู้ป่วยนำผลการตรวจเลือดมาเอง และสามารถพิมพ์ผลการตรวจเลือดนั้นเก็บไว้ใน Family Folder

3. ยกร่างเว็บแอปพลิเคชันการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการเขียนผังงานแสดงขั้นตอนของระบบการรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

4. ออกแบบเว็บแอปพลิเคชันการรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรีโดย แสดงผลของผลลัพธ์ที่ได้จากการร้องขอในรูปแบบของเอกสาร HTML ผ่านทางเว็บบราวเซอร์ (Web Browser) โดยแสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ HN ชื่อ-นามสกุล อายุ ที่อยู่ การวินิจฉัยโรค ข้อมูลผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ SGOT (AST), FBS (Glucose) (NaF), BUN, Uric acid, O antigen, Urine Color, Hct, WBC, MCH, SGPT (ALT) และ Hb A1C ข้อมูลอื่น ๆ ได้แก่ ตามที่แพทย์ต้องการ เช่น LDL, HDL หรือ Triglyceride

5. สร้างโดยเครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาเว็บแอปพลิเคชัน Visual Studio Code ใช้พัฒนาเว็บแอปพลิเคชัน ที่เขียนด้วยภาษา PHP โดยใช้ Bootstrap Framework เพื่อให้รองรับการใช้งานบน Smartphone ได้ทุก Platform ทั้งระบบ IOS และ Android

6. สร้างฐานข้อมูลโดยใช้ Mysql เป็นเครื่องมือในการจัดการฐานข้อมูลและ Web Server ใช้ Apache เป็นตัวประมวลผลเว็บแอปพลิเคชัน โดยฐานข้อมูล

7. ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาของเว็บแอปพลิเคชัน และผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และโครงสร้างของเว็บแอปพลิเคชัน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปพัฒนาเว็บแอปพลิเคชัน โดยผู้เชี่ยวชาญให้เพิ่มขนาดตัวอักษร และการรายงานผลเป็น Microsoft Office (Excel)

8. สร้างเว็บแอปพลิเคชัน การรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการใช้โปรแกรม Visual Studio Code ประกอบไปด้วยการลงชื่อเข้าใช้งาน การแสดงสถานะผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ขึ้นทะเบียนและรายงานผล LAB

9. หลังจากสร้างเว็บแอปพลิเคชัน นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา และด้านสื่อเพื่อประเมินคุณภาพเว็บแอปพลิเคชัน การรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านเนื้อหา 3 คน และด้านสื่อ 3 คน ซึ่งผลการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญอยู่ในระดับดีแต่ให้ปรับสีพื้นหลังของเว็บแอปพลิเคชัน

10. ปรับปรุงเว็บแอปพลิเคชัน ภายหลังการตรวจสอบตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องของรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน หลังจากประเมินคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้และปรับปรุงอีกครั้ง

11. แบบประเมินคุณภาพเว็บแอปพลิเคชัน (Phromwong, 2013) ประกอบด้วย การประเมินคุณภาพเว็บแอปพลิเคชัน ใน 3 ด้าน คือ ด้านการออกแบบเว็บแอปพลิเคชันการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 4 ข้อ ด้านเนื้อหาและความถูกต้องของเว็บแอปพลิเคชันการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 4 ข้อ ด้านการใช้งานของเว็บแอปพลิเคชันการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 3 ช้อ รวมทั้งสิ้นจำนวน 11 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินคุณภาพแอปพลิเคชัน เป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ผลการประเมินอยู่ในระดับดี

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของเว็บแอปพลิเคชันการรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ขั้นตอนนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) มีการดำเนินการดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล 21 แห่ง จำนวน 355 คน

กลุ่มตัวอย่างคือผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล จำนวน 69 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test Family เลือก t-Tests, Statistical test เลือก Means: Differences Between Two Independent Means (Matched Paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha)=.05 และค่า Power=0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน (Cohen, 1977) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถควบคุมการออกจากกลุ่มขณะทำการทดลองได้จึงเผื่อกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่าง 71 คน ดังสูตร

$n = 45/((1-.2)^2)$

$= 70.31$ เท่ากับ 71 คน

ทั้งนี้ ขณะทำการทดลองกลุ่มตัวอย่างได้ออกกลุ่ม จำนวน 2 คน ด้วยสาเหตุย้ายที่อยู่จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมหลังเสร็จสิ้น จำนวน 69 คน

ผู้ป่วยที่ไปเจาะเลือดที่โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช ก่อนใช้เว็บแอปพลิเคชันการรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 69 คน เกณฑ์คัดเข้าคือ ต้องมีการสั่งตรวจเลือดเฉพาะ FBS (Glucose) Hct,

WBC, MCH และ Hb A1C และหลังเว็บแอปพลิเคชันการรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 69 คน ต้องมีการสั่งตรวจเลือดเฉพาะ FBS (Glucose) Hct, WBC, MCH และ Hb A1C

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกเวลาผู้รับบริการมาเจาะเลือดที่มีคำสั่งจาก รพ.สต. โดยบันทึกตั้งแต่ผู้รับบริการมายื่นบัตรจนถึงกระบวนการสิ้นสุดกระบวนการที่ห้องชำระเงิน

2. แบบบันทึกการรายงานอุบัติการณ์ ใช้เก็บข้อมูลในกรณีที่ผู้ป่วยทำใบผลการรายงานผลการตรวจเลือด หาย ชำรุดหรืออื่น ๆ ทำให้ไม่สามารถอ่านผลเลือดได้ ข้อคำถามเป็นแบบตรวจรายการ (Check List)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำคำถาม ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชระเบียน 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 คน เพื่อพิจารณาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับคนไข้ในโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและความเข้าใจในประเด็นต่างๆ ก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลจะเก็บ 2 ระยะ คือ เก็บข้อมูลก่อนการใช้เว็บแอปพลิเคชันการรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี 1 เดือน เก็บข้อมูลจากโปรแกรมของโรงพยาบาลโดยเริ่มนับจากลงทะเบียนที่แผนกเวชระเบียน ลงทะเบียนห้องเจาะเลือดและเวลาสิ้นสุดเมื่อได้ผลเลือด และหลังใช้ เว็บแอปพลิเคชันการรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี 1 เดือน เก็บข้อมูลจากโปรแกรมของโรงพยาบาลโดยเริ่มนับจากลงทะเบียนที่แผนกเวชระเบียน ห้องเจาะเลือดเมื่อเจาะเสร็จสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์จำนวนใบอุบัติการณ์ก่อนและหลังการใช้เว็บแอปพลิเคชันการรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้ความถี่และร้อยละ

2. เปรียบเทียบระยะเวลาการใช้บริการก่อนและหลังการใช้เว็บแอปพลิเคชันการรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ด้วยสถิติ Paired Sample t-test โดยโปรแกรม SPSS Version 16 โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเกณฑ์ยอมรับสมมุติฐาน

ทั้งนี้ ก่อนการวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010) โดยการทดสอบข้อมูลว่ามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) หรือไม่ด้วยการทดสอบจากสถิติ Kolmogorov-Smirmov Test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (p=.221)

จริยธรรมวิจัย

ได้รับการรับรองโครงการวิจัย โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก เอกสารรับรองเลขที่ : KMPHT-63010007 ลงวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2563

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์และสภาพปัญหาการรายงานผลการตรวจเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า

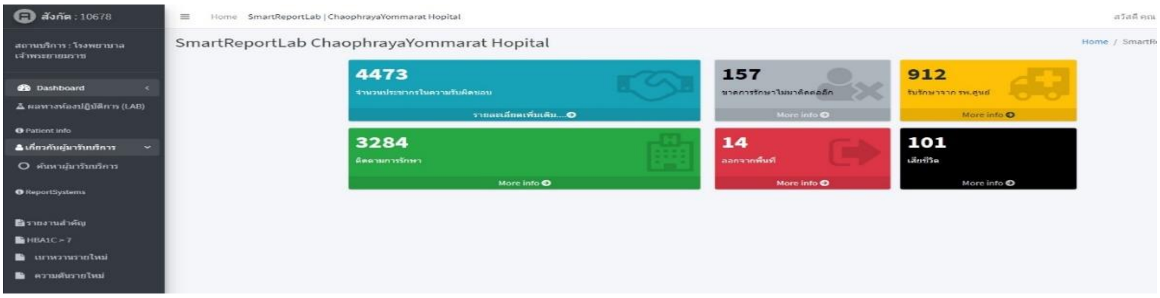
ผลการวิเคราะห์การสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการพัฒนาเว็บแอปพลิเคชัน การรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องไปตรวจเลือดที่โรงพยาบาล เมื่อได้ผลการตรวจแล้วจะต้องนำผลมาให้กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตรับผิดชอบเพื่อที่จะนำไปประกอบการตรวจรักษาต่อไป แต่บางครั้งผู้ป่วยทำผลตรวจเลือดสูญหาย หรือลืมเอามาจากบ้าน ทำให้เสียเวลาในการค้นหา เพิ่มภาระให้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ที่ต้องติดต่อขอผลเลือดจากโรงพยาบาล ทำให้ได้รับการตรวจล่าช้า ทำให้เสียเวลามาก ไม่สะดวก หากมีการรายงานผลการตรวจเลือดจากโรงพยาบาลมาถึง รพ.สต.โดยตรง จะทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องกังวลกับใบรายงานผลการตรวจเลือด เพราะเมื่อมาตรวจที่ รพ.สต. เจ้าหน้าที่จะดูผลการตรวจได้เอง ทำให้สะดวก รวดเร็ว ผู้ป่วยไม่ต้องกังวลกับใบผลตรวจเลือดแบบกระดาษอีกต่อไป ดังคำกล่าวที่ว่า “กลัวจะทำใบผลเลือดหาย แล้วจะไม่ได้ตรวจหรือได้ตรวจรักษาล่าช้า” “บางครั้งก็ลืมไว้ที่บ้านไม่ได้นำมาด้วย ต้องเสียเวลากลับไปเอามาใหม่” “อยากให้มีการส่งผลการตรวจจากโรงพยาบาลมาให้ รพ.สต.โดยตรง จะได้ไม่ต้องกังวล” “หากไม่ต้องนำผลการตรวจมาให้ที่ รพ.สต. จะสะดวก รวดเร็วมากขึ้น”

การพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันการรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มเจ้าหน้าที่รพ.สต.มีความเห็นว่า การรายงานผลเลือดแบบเดิมมีความยุ่งยากในการทำงาน และไม่สามารถนำผลเลือดมา บันทึกในระบบสารสนเทศสุขภาพ (HIS) ของหน่วยบริการได้ ทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน จึงต้องการให้การรายงานผลการตรวจเลือดเป็นระบบออนไลน์ที่สามารถเข้าไปดูผลการตรวจเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการตรวจรักษากับ รพ.สต.ที่รับผิดชอบได้โดยไม่ต้องให้ผู้ป่วยนำผลการตรวจเลือดมาเอง และสามารถพิมพ์ผลการตรวจเลือดนั้นเก็บไว้ใน Family Folder ได้ สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเห็นว่า เมื่อได้รับใบรายงานผลตรวจเลือดที่โรงพยาบาล จะต้องนำมาให้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อที่จะนำไปประกอบการตรวจรักษา แต่บางครั้งผู้ป่วยทำผลตรวจเลือดสูญหาย หรือลืมเอามาจากบ้าน ทำให้เสียเวลาในการค้นหา เพิ่มภาระให้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่ต้องติดต่อขอผลเลือดจากโรงพยาบาล ทำให้ได้รับการตรวจล่าช้า ไม่สะดวก หากมีการรายงานผลการตรวจเลือดจากโรงพยาบาลมาถึง รพ.สต.โดยตรง จะทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องกังวลกับใบรายงานผลการตรวจเลือด เพราะเมื่อมาตรวจที่ รพ.สต. เจ้าหน้าที่จะดูผลการตรวจได้เอง ทำให้สะดวก รวดเร็ว ผู้ป่วยไม่ต้องกังวลกับใบผลตรวจเลือดแบบกระดาษอีกต่อไป

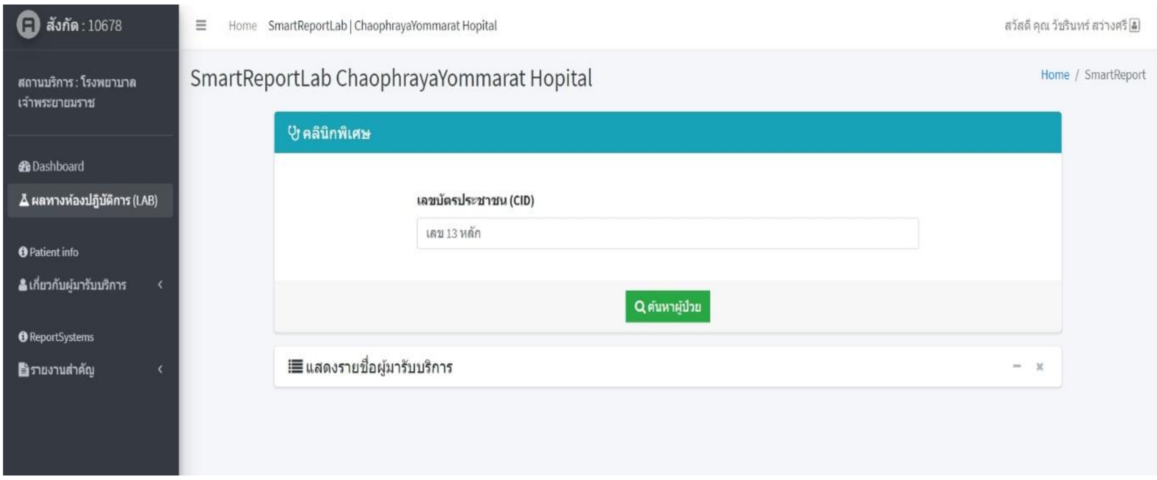
2. เว็บแอปพลิเคชันการรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

ผลการพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันการรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) การรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย ระบบรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การจำแนกผู้ป่วยตามสถานะการรักษา ได้แก่ จำแนกผู้ป่วยตามสถานะการรักษา เพื่อให้ รพ.สต. ทราบจำนวนและประเภทของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อนำไปใช้ในการวางแผน ดูแลรักษาผู้ป่วย ตรวจสอบการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวานว่าได้ขึ้นทะเบียนถูกต้องหรือไม่ เป็นการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างรพ.สต.ด้วยกัน และระหว่าง รพ.สต.กับโรงพยาบาลด้วย เนื่องจากหากข้อมูลไม่ถูกต้องหรือไม่ถูกขึ้นทะเบียน จะไม่ถูกนับเป็นผลงานในระบบสารสนเทศสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) 2) การค้นหาประวัติผู้ป่วยที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาล โดยการระบุเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักของผู้ป่วยที่ต้องการให้แสดงผลตรวจทางห้องปฏิบัติการตามรายการที่ได้รับการตรวจ โดยจะแสดงผลที่ได้ และค่ามาตรฐานของการตรวจนั้น มีการแปลผลตามค่าที่ตรวจพบ สามารถพิมพ์ เป็น PDF File เพื่อเก็บเข้า Family Folder ได้ 3) ระบบรายงานสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วย DM ที่มีค่า HbA1C มากกว่าหรือเท่ากับ 7 ผู้ป่วยเบาหวานสงสัยป่วยรายใหม่ โดยสามารถเลือกวันที่ต้องการให้แสดงข้อมูลตามรายงานที่ต้องการ และสามารถส่งออกเป็นไฟล์รายงาน และส่งออกข้อมูลเป็น Excel ได้ เมื่อต้องการออกจากระบบ ให้กดปุ่มปิดหน้าจอ จะเป็นการออกจากระบบโดยอัตโนมัติ และหากปิดหน้าจอค้างไว้ภายใน 5 นาที จะถูกออกจากระบบทันที หากต้องการใช้งานใหม่ต้องไปเข้าระบบอีกครั้งโดยการใส่ชื่อผู้ใช้และรหัสผ่าน เพื่อเป็นการป้องกันข้อมูลของผู้ป่วย

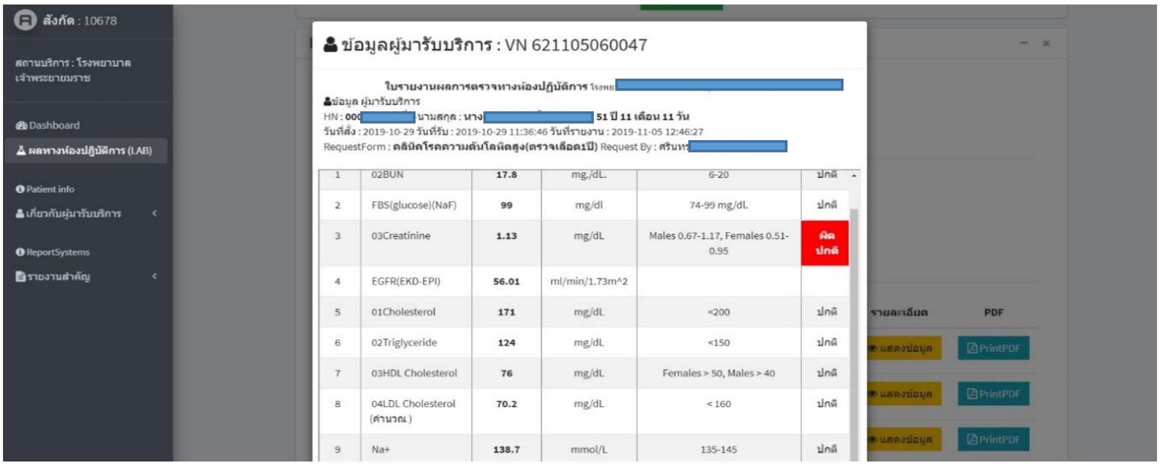
2.1 การรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

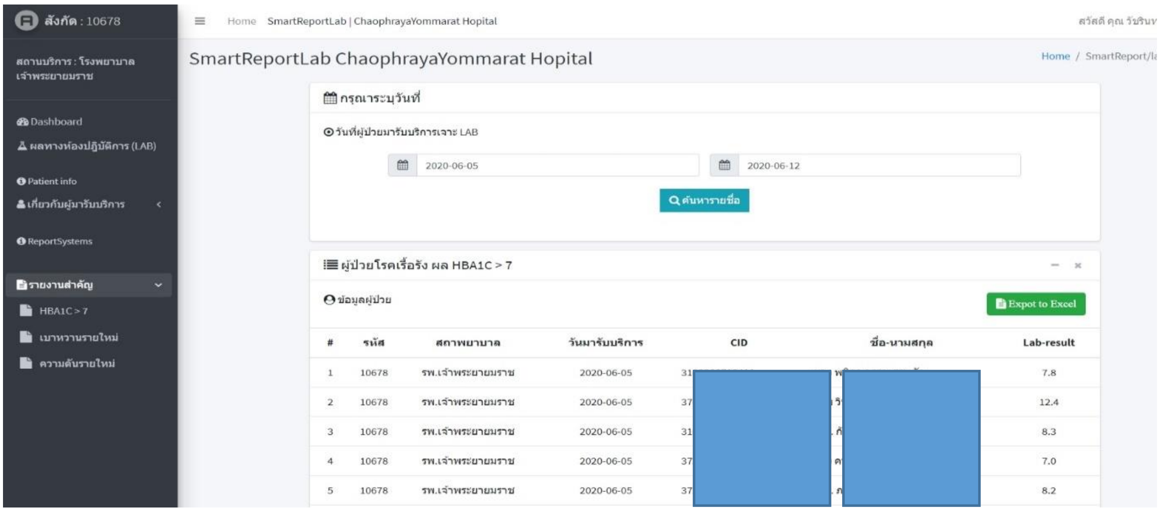


2.2 การค้นหาประวัติผู้ป่วยที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาล



2.3 ระบบรายงาน





3. ประสิทธิผลของเว็บแอปพลิเคชันการรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของระยะเวลาการใช้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไปเจาะเลือด ก่อนและหลังการใช้เว็บแอปพลิเคชันการรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

เว็บแอปพลิเคชัน	*n*	*M*	*SD*	*t*	*df*	*p-value (1-tailed)*
ก่อนใช้	69	156.74	22.32	11.18	68	<.001
หลังใช้	69	99.81	38.17			

จากตาราง 1 พบว่า หลังใช้เว็บแอปพลิเคชันการรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ใช้ระยะเวลาการใช้บริการเจาะเลือด (M=99.81, SD=38.17) น้อยกว่าก่อนใช้เว็บแอปพลิเคชัน (M=156.74, SD=22.32) โดยมีค่า t=11.18 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p<.05)

ตาราง 2 จำนวนใบอุบัติการณ์ก่อนและหลังการใช้เว็บแอปพลิเคชันการรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี (n=69)

เว็บแอปพลิเคชัน	**จำนวนใบอุบัติการณ์**	**ร้อยละ**
ก่อนใช้เว็บแอปพลิเคชัน	7	10.14
หลังใช้เว็บแอปพลิเคชัน	0	0.00

จากตาราง 2 พบว่ามีเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี เขียนใบอุบัติการณ์เนื่องจากผู้รับบริการ ไม่นำผลใบเจาะเลือดมาเนื่องจากหาย ชำรุด ลืม ก่อนใช้เว็บแอปพลิเคชันคิดเป็นร้อยละ 10.14 หลังใช้เว็บแอปพลิเคชันไม่มีเหตุการณ์เกิดขึ้นเลย

อภิปรายผล

1. ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาเกี่ยวกับการรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาตรวจเลือดที่โรงพยาบาล จะได้รับผลการตรวจเลือดเพื่อนำไปตรวจรักษา หรือรับยาต่อที่ รพ.สต.ในเขตรับผิดชอบ ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยทำผลการตรวจเลือดสูญหาย จึงทำให้ไม่ได้รับการรักษาต่อ หรืออาจได้รับการรักษาผิดพลาดได้ เจ้าหน้าที่รพ.สต.ต้องใช้วิธีโทรศัพท์ไปยังโรงพยาบาลที่ตรวจเลือดผู้ป่วย เพื่อขอทราบผลการตรวจเลือด ทำให้เกิดความยุ่งยากในการทำงาน อีกทั้งยังไม่สามารถนำผลเลือดมาบันทึกในระบบสารสนเทศสุขภาพ (HIS) ของหน่วยบริการได้ ทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนอีกด้วย จึงต้องการให้การรายงานผลการตรวจเลือดเป็นระบบออนไลน์ที่สามารถเข้าไปดูผลการตรวจเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการตรวจรักษากับ รพ.สต.ที่รับผิดชอบได้โดยไม่ต้องให้ผู้ป่วยนำผลการตรวจเลือดมาเอง และสามารถพิมพ์ผลการตรวจเลือดนั้นเก็บไว้ใน Family Folder ได้ ซึ่งจะทำให้สะดวก รวดเร็ว แม่นยำ สามารถเข้าดูผลการตรวจได้ทุกที่ทุกเวลา สามารถดูผลการตรวจเลือดย้อนหลังเพื่อประกอบการรักษาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และสามารถสรุปรายงานได้ตามต้องการอีกด้วย ดังนั้นจึงต้องพัฒนาแอปพลิเคชัน ตอบสนองความต้องการของกลุ่มผู้ใช้ขึ้นมาเป็นจำนวนมาก เนื่องจากผู้ใช้มีความต้องการใช้แอปพลิเคชันที่แตกต่างกัน และในปัจจุบันอัตราการใช้ smartphone เพิ่มมากขึ้นเป็นผลจากการให้บริการแอปพลิเคชันต่าง ๆ ที่มีการพัฒนาเพิ่มมากขึ้นด้วย (Kunchitchuayawong, 2013) ซึ่งแฟมิลี่คลินิกเวชกรรมสงขลาได้พัฒนาเว็บแอปพลิเคชันในงานตรวจสุขภาพเพื่อลดปัญหาข้อมูลสูญหาย การใช้งานไม่ง่ายไม่ซับซ้อนและการประมวลผลให้เป็นไปอย่างรวดเร็ว (Charoenchit & Tanon, 2016)

2. ผลการพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันการรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) การรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย ระบบรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การจำแนกผู้ป่วยตามสถานะการรักษา ได้แก่ จำแนกผู้ป่วยตามสถานะการรักษา เพื่อให้ รพ.สต. ทราบจำนวนและประเภทของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อนำไปใช้ในการวางแผน ดูแลรักษาผู้ป่วย ตรวจสอบการขึ้นทะเบียนโรคเรื้อรังว่าได้ขึ้นทะเบียนถูกต้องหรือไม่ เป็นการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างรพ.สต.ด้วยกัน และระหว่าง รพ.สต.กับโรงพยาบาลด้วย เนื่องจากหากข้อมูลไม่ถูกต้องหรือไม่ถูกขึ้นทะเบียน จะไม่ถูกนับเป็นผลงานในระบบสารสนเทศสาธารณสุข (Health Data Center : HDC) 2) การค้นหาประวัติผู้ป่วยที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาล โดยการระบุเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักของผู้ป่วยที่ต้องการให้แสดงผลตรวจทางห้องปฏิบัติการตามรายการที่ได้รับการตรวจ โดยจะแสดงผลที่ได้ และค่ามาตรฐานของการตรวจนั้น มีการแปลผลตามค่าที่ตรวจพบ สามารถพิมพ์ เป็น PDF File เพื่อเก็บเข้า Family Folder ได้ 3) ระบบรายงานสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า HbA1C มากกว่าหรือเท่ากับ 7 ผู้ป่วยเบาหวานสงสัยป่วยรายใหม่ โดยสามารถเลือกวันที่ต้องการให้แสดงข้อมูลตามรายงานที่ต้องการ และสามารถส่งออกเป็นไฟล์รายงาน และส่งออกข้อมูลเป็น Excel ได้ เมื่อต้องการออกจากระบบ ให้กดปุ่มปิดหน้าจอ จะเป็นการออกจากระบบโดยอัตโนมัติ และหากปิดหน้าจอค้างไว้ภายใน 5 นาที จะถูกออกจากระบบทันที หากต้องการใช้งานใหม่ต้องไปเข้าระบบอีกครั้งโดยการใส่ชื่อผู้ใช้และรหัสผ่าน เพื่อเป็นการป้องกันข้อมูลของผู้ป่วย ทำให้การรายงานผลการตรวจเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความสะดวก รวดเร็ว แม่นยำ เช่นเดียวกับการพัฒนาระบบตรวจสุขภาพอของแฟมิลี่แคร์คลินิกเวชกรรมสงขลา ได้ใช้ภาษา PHP เป็นภาษาพัฒนาเว็บแอพพลิเคชั่น และระบบจัดฐานข้อมูล MySQL เพราะเป็นที่นิยมแพร่หลาย (Charoenchit & Tanon, 2016) ซึ่งปัจจุบันการใช้สมาร์โฟนเป็นสิ่งที่สะดวก ทุกคนสามารถเขาถึงและปฏิบัติได้ง่าย ไม่ว่าจะเป็นการจองที่พักผ่านแอพพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนส่งผลต่อการจองที่พักผ่านแอพพลิเคชันบนสมาร์ทโฟนซ้ำในครั้งถัดไปผู้ใช้บริการการจองที่พักผ่านแอพพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน ให้ความสำคัญมากที่สุดในเรื่องการใช้งานง่ายไม่ซับซ้อน แสดงให้เห็นว่าผู้ใช้บริการคำนึงถึงการใช้งานแอพพลิเคชันที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย สามารถใช้งานได้ทุกที่ ไม่เสียเวลาในการใช้งาน (Thipprapai, 2016)

3. ผลการเปรียบเทียบระยะเวลาการรับบริการเจาะเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังการใช้เว็บแอปพลิเคชันการรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือระยะเวลาหลังใช้เว็บแอปพลิเคชันการรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรีลดลง เนื่องจากผู้ป่วยไม่ต้องนำผลการตรวจเลือดที่เป็นกระดาษมาให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต.เพื่อรับการตรวจรักษา เจ้าหน้าที่รพ.สต. สามารถดูรายงานผลการตรวจเลือดจากโรงพยาบาลมาถึง รพ.สต.ได้โดยตรง ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องกังวลกับใบรายงานผลการตรวจเลือด เพราะเมื่อมาตรวจที่ รพ.สต. เจ้าหน้าที่จะดูผลการตรวจได้เอง ทำให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวก และได้รับการตรวจรักษาอย่างรวดเร็ว ทำให้มี ความพึงพอใจ ซึ่งความพึงพอใจของบุคคลต่อกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพ ของกิจกรรมนั้น ๆ โดยเกิดจากพื้นฐานของการรับรู้ค่านิยมและประสบการณ์ที่แต่ละบุคคลได้ รับระดับความพึงพอใจจะเกิดขึ้นเมื่อกิจกรรมนั้น ๆ สามารถตอบสนองความต้องการแก่บุคคลนั้นได้ (Khakom, 2003) การลดระยะเวลาการให้บริการในผู้ป่วยเรื้อรัง จะพัฒนารูปแบบการดำเนินงานทั้งระบบ ปรับการมารับบริการ สลับคลินิกการรับบริการ ซึ่งศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองท่าช้าง จังหวัดจันทบุรีได้จัดทำขึ้น ซึ่งเป็นการปรับการบริการทั้งระบบ (Wasutada, 2017) ยิ่งถ้าแอปพลิเคชันใช้ง่าย ผู้ใช้แอปพลิเคชันจะมีความพึงพอใจมากในเรื่องการออกแบบและสีสันที่สวยงาม จัดหมวดหมู่แสดงข้อมูลที่เหมาะสม และตรงความต้องการอีกทั้งการใช้งานที่ไม่ซับซ้อน (Sinsawad, Chuawong, & Muangpool, 2019)

ใบอุบัติการณ์ที่เกิดกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ก่อนใช่เว็บแอปพลิเคชันการรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี คือ ผลเจาะเลือดหายลืมนำผลเจาะเลือดมาโรงพยาบาล ใบรายงานผลเจาะเลือดชำรุด ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถกรอกข้อมูลได้ ซึ่งหลังจากใช้เว็บแอปพลิเคชันการรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ไม่มีเหตุการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นเลย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเว็บแอปพลิเคชันการรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรีมีประสิทธิภาพ ช่วยลดระยะเวลารอคอยและเป็นการให้บริการแบบวิถีใหม่ คนไข้ใช้ระยะเวลาที่โรงพยาบาลไม่นานซึ่งการใช้เทคโนโลยีจะช่วย ลดปัญหาข้อมูลสูญหาย การใช้งานง่ายไม่ซับซ้อน และ การประมวลผลเป็นไปอย่างรวดเร็ว อีกทั้งยังลดการสิ้นเปลืองทรัพยากร ซึ่งกระบวนการในการพัฒนาจะมี ความสอดคล้องตามนโยบายขององค์กรและสามารถแก้ไขปัญหาของระบบงานเดิมได้โดยใช้เทคโนโลยีทางคอมพิวเตอร์เข้ามาช่วย (Charoenchit & Tanon, 2016) สอดคล้องกับการพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันในงานตรวจสุขภาพของแฟมิลี่คลินิกเวชกรรมสงขลานั้นส่งผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพ ข้อมูลมีความถูกต้อง ลดความเสี่ยงการสูญหายของข้อมูล (Charoenchit & Tanon, 2016)

ข้อจำกัดในการวิจัยในครั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลและ รพ.สต.ใช้โปรแกรมการใช้งานที่ต่างกัน ทำให้การเชื่อมต่อข้อมูลไม่ได้ รพ.สต.ที่ใช้เว็บแอปพลิเคชันการรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ต้องใช้โปรแกรมเดียวกันจึงจะสามารถใช้ได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ใช้ในการรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานจากโรงพยาบาลไปถึง รพ.สต.ได้โดยตรง
2. ใช้ในการวางแผนในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตที่รับผิดชอบ
3. ใช้ในการค้นหาประวัติการตรวจเลือด เพื่อดูแนวโน้มของผลเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานประกอบการรักษาต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันการรายงานผลการตรวจอื่น ๆ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานจากโรงพยาบาล ไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขอื่นได้

2. ในการทำวิจัยครั้งนี้ เป็นการพัฒนาเว็บแอปพลิเคชัน การรายงานผลการตรวจเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน การทำวิจัยครั้งต่อไปควรพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันที่สามารถรายงานประวัติการรักษาในโรคอื่น ๆ ของผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบได้หลากหลาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องแม้ว่าจะไปตรวจที่อื่น

References

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (2nd). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A Flexible Statistical Power Analysis Program for the Social, Behavioral, and Biomedical Sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175-191.

Health Systems Research Institute. (2010). *Knowledge Management and Synthesis of Practice Guidelines for Tambon Health Promoting Hospitals*. Management of Chronic Disease Care System In Case of Diabetes and Hypertension. (in Thai)

Khakom, A. (2003). *The Study Factors Which Related to Credit Service of Government Hosing Bank.* Kasetsart University. Bangkok. (in Thai)

Phromwong, C. (2013). Developmental Testing of Media and Instructional Package. *Silpakorn Journal of Research Sciences, 5*(1), 5-20. (in Thai)

Sinsawad, P., Chuawong, P. & Muangpool, T. (2019). Application to Calculate the High Alert Drugs. *Journal of Project in Computer Science and Information Technology, 5*(1), (in Thai)

Thipprapai, N. (2016). *The Satisfaction and Behavior among Company Workers to use Application Affecting Rebooking Hotel by Application on Smartphone.* M.B.A., Graduate School, Bangkok University. (in Thai)

Wasutada, K. (2017). The Relationship Between Perception Toward Non-Communicable Diseases and Health Promotion Behaviors for Non-Communicable Diseases Prevention among People in Muang District, Chanthaburi Province. *The journal of Pharapokklao nursing College, 29*(2), (in Thai).

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

Depression among Elderly People: Prevalence and Associated Factors

สมเกียรติยศ วรเดช[1*], ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์[1], อรธิรา พลจร[2] และ จิราพร พัฒน์มณี[3]
Somkiattiyos Woradet[1*], Bhunyabhadh Chaimay[1], Ontira Ponjorn[2] and Jiraporn Putmanee[3]
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง[1*], โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพนม[2], โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองศก[3]
Department of Public Health, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University, Phatthalung Campus[1*], Phanom Health Promoting Hospital[2], Klongsok Health Promoting Hospital[3]

(Received: *August 02, 2021*; Revised: *September 23, 2021*; Accepted: *September 28, 2021*)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 1,692 คน ที่ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในพื้นที่อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ. 2561 เครื่องมือวิจัยที่ใช้คือแบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และ 9 คำถาม (9Q) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณโลจิสติก ผลการวิจัยพบว่า

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเท่ากับร้อยละ 8.63

2. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปี ขึ้นไป (OR_{adj}=2.00, *95% CI*: 1.20-3.34) ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว (OR_{adj}=1.96, *95%CI*: 1.26-3.03) และผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ (OR_{adj}=14.40, *95%CI*: 6.20-33.46) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05)

จากผลการศึกษาดังกล่าวบุคลากรสาธารณสุขควรส่งเสริมและเฝ้าระวังผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปี ขึ้นไป และผู้ที่มีโรคประจำตัวอย่างใกล้ชิด รวมทั้งส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ต่อไป

คำสำคัญ: ความชุก, ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: somkiattiyos@tsu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 081-9592939)

Abstract

The purposes of this analytic cross-sectional study were to determine the prevalence of depression as well as factors associated with depression among elderly people. Participants were 1,692 older adults of 60 years old and over, all registered in a Health Promoting Hosptial in Paphayom District, Phatthalung Province. Data was gathered between January and March, 2018. Research tools were the demographic factors questionnaire, as well as the 2 questions (2Q) depression screening test and the 9 questions (9Q) depression srceening test. Demographic factors and prevalence of depression were analyzed by descriptive statistics, while factors associated with depression among elderly were analyzed by multiple logistic regression analysis.

Results showed that the prevalence of depression among elderly people was at the 8.63 percent level. Furthermore, it was found that 80+ years old who had underlying diseases (OR_{adj}=2.00, *95%CI*: 1.20-3.34) and who did not participate in the activities of the elderly club (OR_{adj}=1.96, *95%CI*: 1.26-3.03) were statistical significantly associated with depression (OR_{adj}=14.40, *95%CI*: 6.20-33.46) ($P<0.05$). Results suggest that health professional should closely promote surveillance of the eldely people underlying diseases who are aged over 80 years. In addition, they should be encouraged to attend activities of elderly club in order to prevent depression among elderly people.

Keywords: Depression, Elderly People, Prevalence, 80 y-o and Over

บทนำ

ปัจจุบัน ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นปัญหาทางจิตเวชที่สำคัญของประชากรทั่วโลก รวมถึงสังคมไทย ผู้ที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้าอาจส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในกรณีที่บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงอาจส่งผลต่อการตัดสินใจจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย (Hongsrisuwan, 2016) ซึ่งเป็นการสูญเสียทรัพยากรบุคคล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต จากปัญหาความเสื่อมด้านร่างกายดังกล่าวฯ ส่งผลต่อสภาพอารมณ์ และจำเป็นต้องพึ่งพาจากบุตรหลานหรือบุคคลรอบข้าง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าได้ง่าย (Wongpanarak, & Chaleoykitti, 2014) เนื่องจากอัตราการเกิดของประชากรลดลง และการมีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่พัฒนาขึ้น จึงส่งผลให้ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น องค์การอนามัยโลกรายงานว่าผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 15 มีปัญหาสุขภาพจิต (World Health Organization: WHO, 2017) เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเสื่อมถอยทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม และต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของชีวิต

ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 มีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 10.4 ของประชากรทั้งหมด และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.5 ในปี 2562 และคาดว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์คือมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ในปี 2565 ก่อนจะเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด คือมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 28 ในปี 2576 (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2020) นอกจากนี้ จากรายงานการสำรวจทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตคนไทย ปี 2551 พบว่า ประชาชนทั่วไปมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงชนิดครั้งคราว (2.4%) และชนิดเรื้อรัง (0.3%) หรือรวมทั้งสองชนิดประมาณ 1.5 ล้านคน ซึ่งเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (2.9% และ 1.7% ตามลำดับ) (Pengjuntr, Kongsuk, Kittirattanapaiboon, Chutha, Boonyamarik, Arunpongpaisan, et al, 2010)

ภาวะซึมเศร้าเป็นเรื่องที่บุคคลทั่วไปต้องเผชิญ แต่การละเลยและขาดการดูแลในผู้สูงอายุอาจทำให้ภาวะของโรคมีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะสิ่งที่สามารถหลีกเลี่ยงหรือป้องกันได้ ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่และสถานบริการสุขภาพ เช่น การศึกษาในผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 9.6 (Anantapong, Pitanupong, Werachattawan, & Aunjitsakul, 2017) ในขณะที่การศึกษาผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10.7 (Lavarattanakon, 2016) นอกจากนี้ การศึกษาในผู้สูงอายุเขตอำเภอเมือง จังหวัดระนอง พบความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 21.6% (Saelim, 2019) นอกจากนี้ ยังพบว่า ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากรมีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม การศึกษาแต่ละการศึกษามีข้อสรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในทิศทางที่ตรงกันข้ามและขัดแย้งกัน (Namwong, Khampeera, Chaijundee, & Laongon, 2018; Aoon-kaew & Kuhirunyaratn, 2015; Saelim, 2019; Bunloet, 2016) นอกจากนี้ ปัจจัยดังกล่าวอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามห้วงของความเจริญและการเปลี่ยนแปลงในยุคปัจจุบัน

จังหวัดพัทลุง เป็นจังหวัดภาคใต้ฝั่งอ่าวไทย ประชาชนส่วนใหญ่มีวิถีชีวิตลักษณะชุมชนชนบทและประกอบอาชีพเกษตรกรรม ในปี พ.ศ. 2562 ข้อมูลผู้สูงอายุของจังหวัดพัทลุงและอำเภอป่าพะยอม (Ministry of Public Health, 2018) พบว่า สัดส่วนของประชากรสูงอายุมีประมาณ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด (14.2% และ 16.2% ตามลำดับ) นอกจากนี้ ยังพบว่า ประชากรสูงอายุในอำเภอป่าพยอม จังหวัดพัทลุง ประมาณเกือบครึ่งหนึ่งมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค (42.1%) จำแนกเป็นโรคเบาหวาน (61.4%) โรคความดันโลหิตสูง (57.9%) และโรคหลอดเลือดสมอง (55.0%) ตามลำดับ จากปัญหาดังกล่าว ผู้สูงอายุในอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง มีความเสี่ยงสูงที่จะมีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังไม่มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ซึ่งประโยชน์จากการศึกษาครั้งนี้ เพื่อเป็นการยืนยันปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลและแนวทางในการเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

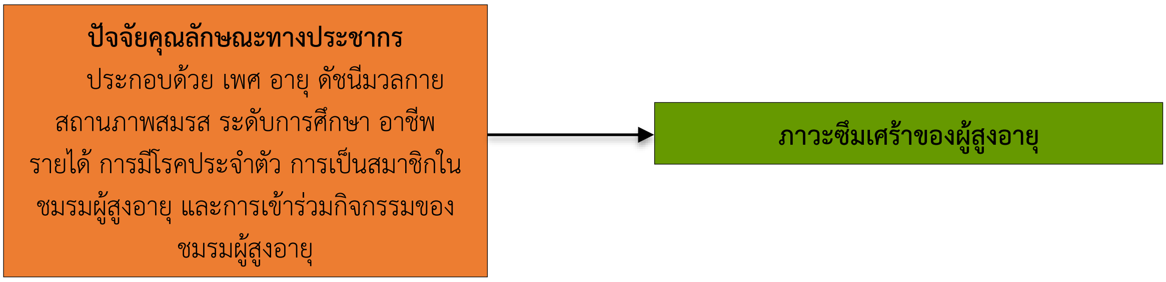
1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

สมมติฐานวิจัย

ปัจจัยคุณลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การมีโรคประจำตัว การเป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ และการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม เช่น รู้สึกเศร้า หดหู่ รู้สึกไร้ค่า เบื่อหน่าย สิ้นหวัง ขาดอารมณ์สนุก อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย (Soonthornchaiya, Kongsuk, Arunpongpaisal, Wisetrit, Sukhawaha, & Leejongpermpool, 2018) ทั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรมพบว่าคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การมีโรคประจำตัว การเป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ และการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ จะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Analytic cross-sectional study) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2561 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป และอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง และขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) จำนวน 4 ตำบล ในเขตพื้นที่อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง จำนวน 4,574 คน (Ministry of Public Health, 2018)

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง โดยสุ่มพื้นที่ตำบลจำนวน 2 ตำบล ได้แก่ ตำบลลานข่อย และตำบลบ้านพร้าว อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ซึ่งมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุจำนวน 919 และ 1,177 คน ตามลำดับ คำนวนหาขนาดตัวอย่างโดยพิจารณาจากวัตถุประสงค์ในการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการประมาณค่าความชุกกรณีทราบค่าประชากร (Wayne, 1995) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความชุกภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ เท่ากับร้อยละ 10.7 (Lavarattanakon, 2016) กำหนดค่าพื้นที่ใต้โค้งปกติ (Alpha) เท่ากับ 0.05 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (Error) เท่ากับ 0.01 ได้ขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 1,970 คน อย่างไรก็ตาม เพื่อความแม่นยำในการศึกษาครั้งนี้ จึงทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 2,096 คนใน 2 ตำบล ซึ่งได้จากการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากจากทั้งหมด 4 ตำบลในอำเภอป่าพะยอม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่งเงินที่ได้รับ ดัชนีมวลกาย การมีโรคประจำตัว การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q (Department of Mental Health, 2018) เป็นการประเมินอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันที่สัมภาษณ์โดย ถ้าตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อแสดงว่ามีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าให้ทำการประเมินด้วย แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (Department of Mental Health, 2018) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าเป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบชนิดประมาณค่า 4 ตัวเลือก (0 หมายถึง ไม่มีเลย, 1 หมายถึง เป็นบางวัน 1-7 วัน, 2 หมายถึง เป็นบ่อยมากกว่า 7 วัน, และ 3 หมายถึง เป็นทุกวัน) จำแนกระดับความของภาวะซึมเศร้าออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ 1) ปกติ (0- 6 คะแนน), 2) ระดับน้อย (7-12 คะแนน), 3) ระดับปานกลาง (13 - 18 คะแนน) และ 4) ระดับรุนแรง (มากกว่า 19 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต ประกอบไปด้วยแบบประเมินจำนวน 2 ชนิด คือ แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ซึ่งเป็นเครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้าที่มีความไวร้อยละ 97.3 และมีความจำเพาะร้อยละ 45.6 และแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) มีค่าความไวเท่ากับร้อยละ 85 ค่าความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 72 (Soonthornchaiya, Kongsuk, Arunpongpaisal, Wisetrit, Sukhawaha, & Leejongpermpool, 2018)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างครั้งละประมาณ 30 นาที โดยผู้ช่วยนักวิจัยซึ่งได้ผ่านการอบรมเกี่ยวกับวิธีการเก็บข้อมูลและการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยเครื่องมือแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q และ 9Q เป็นอย่างดีแล้ว โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการสัมภาษณ์จำนวน 1,692 คน คิดเป็นร้อยละ 80.73 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรและความชุกของภาวะซึมเศร้าวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจงแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (*Mean*) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) ค่าสูงสุด (*Maximum*) และค่าต่ำสุด (*Minimum*)

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทีละตัวแปร (Bivariate Analysis) ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Simple Logistic Regression Analysis) และพิจารณาตัวแปรที่มีค่า *p-value* ของ Wald's test น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.25 เข้าสมการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple Logistic Regression Analysis) และคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า *p-value* มากกว่า 0.25 ออกจากสมการด้วยวิธี Backward Elimination นำเสนอด้วยค่า Crude Odds Ratios (*OR*) Adjusted Odds Ratio *P-value* และค่าช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% Confidence Interval, *95%CI*) การแปลผลพิจารณาจากค่า Odds Ratios กรณีที่ค่า *OR* มีค่ามากกว่า 1 แสดงว่าเป็น ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และกรณีที่ค่า *OR* มีค่าน้อยกว่า 1 แสดงว่าเป็น ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยในเชิงป้องกันต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาประเด็นจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง เลขที่ REC No.006 ลงวันที่ 2 มีนาคม พ.ศ.2561

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มผู้สูงอายุ อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง พบว่า เกินครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.98 ประมาณครึ่งหนึ่งมีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 50.12 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 71.15 (*SD*=8.25) ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 76.06 และเกินครึ่งหนึ่งมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 59.46 ประมาณเกือบครึ่งหนึ่งประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 42.38 มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 46.75 และเกินครึ่งหนึ่งมีรายได้จากตนเอง ร้อยละ 55.56 ประมาณเกือบครึ่งหนึ่งมีดัชนีมวลกายระดับปกติ ร้อยละ 44.86 ผู้สูงอายุเกินครึ่งหนึ่ง มีโรคประจำตัว ร้อยละ 59.75 ประมาณเกือบครึ่งเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และมีผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ

2. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

ตาราง 1 ผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

แบบประเมิน	จำนวน	ร้อยละ
แบบประเมิน 2Q		
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารู้สึกหดหู่ เศร้าหรือท้อแท้สิ้นหวัง		
มีความเสี่ยงซึมเศร้า	223	13.18
ไม่มีความเสี่ยงซึมเศร้า	1,469	86.82
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารู้สึกทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน		
มีความเสี่ยงซึมเศร้า	234	13.83
ไม่มีความเสี่ยงซึมเศร้า	1,458	86.17
แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q		
มีภาวะซึมเศร้า (ระดับน้อย ปานกลาง และรุนแรง)	146	8.63
ปกติ	1,546	91.37

จากตาราง 1 พบว่า เมื่อประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q จำนวน 2 ข้อคำถาม พบผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงซึมเศร้า ร้อยละ 13.18 และ ร้อยละ 13.83 ตามลำดับ เมื่อประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเท่ากับร้อยละ 8.63

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

ตาราง 2 การวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

ปัจจัย	Crude *OR* *(95%CI)*	Adjusted *OR* *(95%CI)*	*p-value*
อายุ (ปี)			0.046
60 - 69	Ref.	Ref.	
70 - 79	1.31 (0.85-2.02)	1.31 (0.83-2.08)	
80 ปี ขึ้นไป	1.87 (1.16-3.04)	2.00 (1.20-3.34)	
การมีโรคประจำตัว			0.003
ไม่มี	Ref.	Ref.	
มี	0.50 (0.34-0.77)	1.96 (1.26-3.03)	
การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ			<0.001
เข้าร่วม	Ref.	Ref.	
ไม่เข้าร่วม	13.82 (5.98-31.97)	14.40 (6.20-33.46)	

จากตาราง 2 พบว่าการวิเคราะห์อย่างหยาบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยด้านอายุ รายได้ การมีโรคประจำตัว และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปี ขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้า 1.87 เท่า (*OR*=1.87, *95%CI*: 1.16-3.04) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี ในส่วนผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บมีภาวะซึมเศร้าลดลงร้อยล 37 (*OR*=0.63 ,*95%CI*: 0.42-0.94) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีภาวะซึมเศร้าลดลงร้อยละ 50 (*OR*=0.50, *95%CI*: 0.34-0.77) ผู้สูงอายุที่เป็นสมชิกชมรมผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าลดลงร้อยละ 47 (*OR*=0.53, *95%CI*: 0.37-0.77) อย่างไรก็ตาม พบว่า ปัจจัยด้าน เพศ (*p-value*=0.100) ดัชนีมวลกาย (*p-value*=0.945) สถานภาพสมรส (*p-value*=0.054) ระดับการศึกษา (*p-value*=0.128) อาชีพ (*p-value*=0.527) และการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ (*p-value*=0.025 ไม่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยด้านอายุ การมีโรคประจำตัว และการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผุ้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 80 ปี ขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้า 2.00 เท่า (OR_{adj}=12.00, *95%CI*: 1.20-3.03) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่างอายุ 60-69 ปี ส่วนผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีภาวะ:ซึมเศร้า 1.96 เท่า (OR_{adj}=1.96, *95%CI*: 1.26-3.06) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว และผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า 14.40 เท่า (OR_{adj}=14.40, *95%CI*: 6.20-33.46) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ

อภิปรายผล

โดยสรุป จากการศึกษาความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อำเภอป่าพยอม จังหวัดพัทลุง พบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเท่ากับร้อยละ 8.63 และพบว่าปัจจัยด้านอายุ การมีโรคประจำตัว และการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาความชุก พบว่า ผู้สูงอายุในอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง มีความชุกของภาวะซึมเศร้าเพียงเล็กน้อยร้อยละ 8.63 เมื่อจำแนกผลการคัดกรอง 2Q พบว่า ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาผู้สูงอายุรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวังร้อยละ 13.18 และรู้สึกทำอะไรไม่เพลิดเพลินร้อยละ 13.83 เมื่อจำแนกผลการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Thai Geriatric Depression Scale; TGDS) พบว่า ผู้สูงอายุในอำเภอป่าพะยอมมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 7.03 ปานกลางร้อยละ 1.42 และรุนแรงร้อยละ 0.1 ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปได้ว่า ผู้สูงอายุประมาณ 2 ใน 3 (ร้อยละ 58.98) เป็นเพศหญิงซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (Lavarattanakon, 2016) นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 3 ไม่มีอาชีพ (ร้อยละ 37.41) มีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 38.12) และประมาณ 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 59.75) อาจส่งผลต่อการมีความชุกของภาวะซึมเศร้าเพียงเล็กน้อย

การศึกษาครั้งนี้มีความชุกใกล้เคียงจากการศึกษาของ Anantapong, Pitanupong, Werachattawan, & Aunjitsakul (2017) ที่ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ ณ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ 9.6 Lavarattanakon (2016) ที่ทำการประเมินความชุกภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ 10.7 การศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างของความชุกจากการศึกษาของ Saelim (2019) ที่ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าในอำเภอเมือง จังหวัดระนอง ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 21.6 นอกจากนี้ การศึกษาของ Bunloet (2016) ที่ทำการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน เขตรับผิดชอบของสถานบริหารปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 36.9

จากการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มี อายุ 80 ปี ขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าสูงถึง 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 – 69 ปี ซึ่งเป็นไปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปี ขึ้นไป อาจมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 59.75) มีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 38.12) หรือมีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 46.75) อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เหมือนคนทั่วไป การศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sirirak & Srisungnoen (2021) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะความจำเสื่อมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุประมาณ 2 เท่า ซึ่งการมีโรคประจำตัวทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่สบายกายและไม่สบายใจ ส่งผลต่อการเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพิงบุคคลในครอบครัว ซึ่งจาการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 71 (*SD*=8.25) ซึ่งเป็นไปได้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุดังกล่าวส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ การศึกษาของ Wiriya & Nawsuwan (2017) ที่ศึกษาสถานการณ์โรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในอำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า (ร้อยละ

6.95) โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 10 ปีขึ้นไป และมีโรคแทรกซ้อนมีความเสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง และมีแนวโน้มต่อการฆ่าตัวตาย

การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยที่ ผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าประมาณ 14 เท่า ซึ่งเป็นไปได้ว่าการเข้าร่วมทำกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน และช่วยลดภาวะความตึงเครียดของการอยู่เพียงพังได้ การศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bunloet (2016) ที่พบว่า ความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาดังกล่าว บุคลากรสาธารณสุขควรส่งเสริมและจัดกิจกรรมกลุ่ม เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง และเพิ่มบทบาททางสังคมในการดำเนินชีวิต เช่น การเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมเป็นการพัฒนาตนเอง ความสามารถในการพัฒนาทักษะต่าง ๆ ที่มีประโยชน์และไม่เป็นภาระของบุคคลในครอบครัว และเป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีขึ้น

นอกจากนี้ ผลการวิจัยดังกล่าวสามารถนำไปเป็นแนวทางในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยบุคลากรสาธารณสุขควรให้ความสำคัญและตระหนักถึงปัจจัยด้านอายุ การมีโรคประจำตัว และการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

สำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป ควรมีการติดตามการเปลี่ยนแปลงภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นประจำทุกปี และปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ต่อไป

References

Anantapong, K., Pitanupong, J., Werachattawan, N., & Aunjitsakul, W. (2017) Depression and Associated Factors among Elderly Outpatients in Songklanagarind Hospital, Thailand: A Cross-Sectional Study. *Songklanagarind Medical Journal, 35*(2), 139-148

Aoon-Kaew, V., & Kuhirunyaratn, P. (2015). The Prevalence of Depression among the Elderly in Ban Prow Community Hospital, Meuang District, Nong Bua Lum Phu. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University, 3*(4), 577-589. (in Thai).

Bunloet, A. (2016). Prevalence and Factors Associated with Depression among the Elderly Community Residents with Chronic Diseases in Samliam Urban Primary Care Unit, Khon Kaen. *Srinagarind Medical Journal, 31*(1), 25-33. (in Thai).

Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2018). *Mental Health Test*. Retrieved January 31, 2019 from https://www.dmh.go.th/test/. (in Thai).

Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2020). *Situation of The Thai Elderly 2019.* Nakorn Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University

Hongsrisuwan, N. (2016). Depression. *HGU Journal of Health Science, 19*(38), 105-118. (in Thai)

Lavarattanakon, B. (2016). Prevalence and Associated Factor of Depression among Elderly in Kantharalak Municipality, Sisaket Province. *Region 11 Medical Journal, 30*(2), 13-23. (in Thai).

Ministry of Public Health. (2018). *Health Data Center: HDC*. Retrieved January 31, 2019 from http://hdcservice.moph.go.th.

Namwong, A., Khampeera, A., Chaijundee, W., & Laongon, K. (2018). Selected Factors Related to Depressive Symptoms among Community-Dwelling Older People with Chronic Illness. *Nursing Public Health and Education Journal, 19*(2), 95-105. (in Thai).

Pengjuntr, W., Kongsuk, T., Kittirattanapaiboon, P., Chutha, W., Boonyamarik, P., Arunpongpaisan, S., et al. (2010). *Prevalence of Mental Disorders in Thailand: Results from the Epidemiology of Mental Disorders National Survey 2008*. Department of Metal Health. (in Thai).

Saelim, S. (2019). Prevalence and Associated Factor of Depression in the Elderly in Muang District, Ranong Province. *Region 11 Medical Journal, 33*(1), 193-202. (in Thai).

Sirirak, P., & Srisungnoen, L. (2021). The Study of Dementia in Elderly Persons in Nakhon Ratchasima Province. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 35*(1), 15-33. (in Thai).

Soonthornchaiya, R., Kongsuk, T., Arunpongpaisal, S., Wisetrit, W., Sukhawaha, S. & Leejongpermpool, J. (2018). The Development and Construct Validity Testing of Depressive Symptom Inventory for Thai Older Persons with Depression Disorders. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 32*(2), 100-112. (in Thai).

Wayne, W. D., (1995). Biostatistics: *A Foundation of Analysis in the Health Sciences*. 6th ed. John Wiley & Sons, Inc., 180.

Wiriya, P., & Nawsuwan, K. (2017). Prevalence of Depression in Diabetic and Hypertension Patients in Khlong Hoi Khong District, Songkhla. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 4*(Special), S1-S18. (in Thai).

Wongpanarak, N., & Chaleoykitti, S. (2014). Depression: A Significant Mental Health Problem of Elderly. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 15*(3), 24-31. (in Thai)

World Health Organization. (2017). *Mental Health of Older Adulth*. Retrieved January 31, 2018 from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults.

ความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ของชาวนา อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก

Prevalence and Factors Affecting Musculoskeletal Disorders among Farmers in Wang thong District of Phitsanulok Province

สาริณี จันทน์วัฒน์[1*] และ พีรญา อึ้งอุดรภักดี[1]
Sarinee Chanthawat[1*] and Piraya Aungudornpukdee[1]
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร[1*]
Faculty of Public Health, Naresuan University[1*]

(Received: *May 26, 2020*; Revised: *September 22, 2021*; Accepted: *September 29, 2021*)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของเกษตรกรชาวนาอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 176 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ประยุกต์จากแบบสอบถามมาตรฐานเกี่ยวกับความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ Standardized Nordic Questionnaire แบบประเมินความเสี่ยงความผิดปกติของระบบกระดูกกระดูกและกล้ามเนื้อของกรมควบคุมโรค และแบบสอบถามความเครียดที่เกิดขึ้นจากการทำงาน Karasek’s Job Content Questionnaire ฉบับภาษาไทย โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาและหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และสถิติ Binary Logistic Regression Analysis ผลการวิจัยพบว่า

1. ความชุกในช่วง 7 วันที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างมีความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย 12 ส่วน) มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ หลังส่วนล่าง หัวเข่า และหัวไหล่ คิดเป็นร้อยละ 69.30, 53.40 และ 42 ตามลำดับ นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์ ความชุกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย 12 ส่วน) มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ หลังส่วนล่าง หัวเข่า และคอ คิดเป็นร้อยละ 68.20, 45.50 และ 38.60 ตามลำดับ

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้แก่ ปัจจัยด้านการทำงาน สภาพสิ่งแวดล้อมทั่วไปหรือลักษณะท่าทางการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง คือ การบิดลำตัวหรือเอี้ยวตัวเสมอๆ และลักษณะการทำนาที่มีการก้มต่อเนื่องขณะทำงานเสมอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR_{adj} = 0.02, 95%CI: 0.01-0.64)

ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรวางแผนเพื่อหาแนวทางในการป้องกันและแก้ไขพฤติกรรม ด้านสุขภาพในการทำงานของเกษตรกร เพื่อลดภาวะการณ์เจ็บป่วยจากการทำงาน รวมถึงการจัดทำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากการทำงานในเกษตรกรชาวนา เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อต่อไป

คำสำคัญ: ความชุก, ปัจจัย, ความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ, ชาวนา

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: lovesarinee@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 088-1550412)

Abstract

This cross-sectional research aimed to investigate prevalence and factors related to musculoskeletal disorders among farmers in Wang Thong District of Phitsanulok Province. Data were collected from 176 farmers, using: 1) a questionnaire on musculoskeletal disorders (adapted from Standardized nordic questionnaire), 2) the risk-assessment form on musculoskeletal disorders from Department of Disease Control, and 3) the Karasek's Job Content questionnaire (Thai version). Content validity of tools were confirmed by experts. Its reliability was tested using Cronbach's alpha coefficient, obtaining a value of 0.82. The data were analyzed using Binary Logistic Regression Analysis. Results showed as follows.

1. The musculoskeletal disorders found within the past 7 days reported by the farmers were mostly at lower back, knees, and shoulders (69.30%, 53.40% and 42% respectively). In the past 12 months, musculoskeletal disorders were found including lower back, knees, and neck (68.20%, 45.50% and 38.60% respectively).

2. Factors affecting the musculoskeletal disorders were functional factors, general environmental conditions and work postures (i.e. always twisting the body, continuous bending while working) ($_{adj}$OR = 0.02, 95%CI: 0.01-0.64).

Per findings, the relevant authorities should plan for prevention of musculoskeletal disorders, and set programs to promote working health behaviors among farmers, in order to reduce risk of musculoskeletal disorders.

Keywords: Prevalence, Factors, Musculoskeletal Disorders, Farmers

บทนำ

ความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal Disorders: MSDs) เป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติจากการเจ็บปวดของกล้ามเนื้อ เอ็นหรือเส้นประสาท ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานและเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญในงานสาธารณสุขที่ทางเวชปฏิบัติพบบ่อยที่สุด ประมาณร้อยละ 60 - 80 ของประชากรโลก รองจากโรคระบบทางเดินหายใจ ที่ต้องได้รับการแก้ไข (Chuppawa, 2015) สามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกเพศ ทุกวัย และเกิดได้จากหลายสาเหตุ ในประเทศสหรัฐอเมริกามีรายงานว่า 1 ใน 2 ของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษามีปัญหาความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (MSDs) ทำให้เกิดการหยุดงาน เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลประมาณ 9 หมื่นล้านเหรียญดอลล่าสหรัฐฯต่อปี (Bone and Joint Initiative USA, 2011) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงหรือความพิการ และหากในอนาคตสถานการณ์ความเจ็บป่วยยังไม่ลดลง อาจทำให้รัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น (Yoopresert, 2009)

ปัญหาความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (MSDs) เป็นปัญหาทางสุขภาพที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้ใช้แรงงานอาชีพชาวนา เนื่องจากเป็นอาชีพที่มีลักษณะงานที่ต้องใช้กำลังและออกแรงมาก ต้องยกหรือเคลื่อนย้ายของหนัก มีท่าทางการทำงาน อิริยาบถ การเคลื่อนไหวร่างกายที่ฝืนธรรมชาติ หรือลักษณะงานที่มีการก้ม ๆ เงย ๆ การออกแรงบิดส่วนต่าง ๆ ของร่างกายตลอดระยะเวลาการทำงาน รวมถึงการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ในการทำนาที่ไม่เหมาะสม และจะส่งผลต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (Bureau of Occupational and Environmental Diseases, 2014) ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ซึ่งชาวนาเป็นอาชีพเกษตรกรรมส่วนใหญ่ของประชากรในประเทศ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาประเทศ

อาชีพชาวนาเป็นอาชีพหลักของประชาชนชาวไทย จากสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับทุกสาขาอาชีพ ชาวนามีประมาณ 3.7 ล้านครอบครัว หรือประมาณ 15.60 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 24.40 หรือประมาณ 1 ใน 4

ของประชากรทั้งประเทศ (Situation of Agricultural Products, 2015) จึงนับได้ว่าเป็นอาชีพที่มีจำนวนประชากรในประเทศทำงานมากที่สุด และมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจากการทำงาน (Occupational Safety and Health Administration, 2013) ทั่วโลกมีรายงานว่า กลุ่มเกษตรกรชาวนาประสบปัญหาสุขภาพกว่า 170,000 คนต่อปี (Palis, Flor, Warburton, & Hossain, 2006) ในปี พ.ศ. 2557 คณะกรรมการบริหารงานความปลอดภัยและสุขภาพอนามัยของสหรัฐอเมริกา มีรายงานการบาดเจ็บจากการทำงาน ร้อยละ 4.80 นอกจากนั้นยังมีความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคระบบทางเดินหายใจ การสูญเสียการได้ยินและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่พบในกลุ่มเกษตรกรชาวนา (Yaruang, 2016) จากหลายการศึกษาพบว่า ปัญหาสุขภาพที่พบมากได้แก่ ปัญหาระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการปวดหลังส่วนล่าง (Bureau of Occupational and Environmental Diseases, 2013) เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศอิหร่าน พบว่าเกษตรกรชาวนามีความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ มีอาการปวดหลังส่วนล่าง ร้อยละ 81.50 (Ahmadi, Gholamnia, Alizadeh, Rasoulzadeh, & Sheikh, 2015) สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาปัญหาสุขภาพของเกษตรกรชาวนาจังหวัดบุรีรัมย์พบว่า ร้อยละ 88.77 มีอาการปวดเอว และร้อยละ 66.30 มีอาการปวดหลัง (Ngamkamol, 2009) เช่นเดียวกับการศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานและภาวะสุขภาพของเกษตรกรชาวนาในจังหวัดเชียงรายจำนวน 401 คน พบว่า เกษตรกรชาวนาร้อยละ 81.30 มีอาการปวดหลัง (Yaruang, 2016)

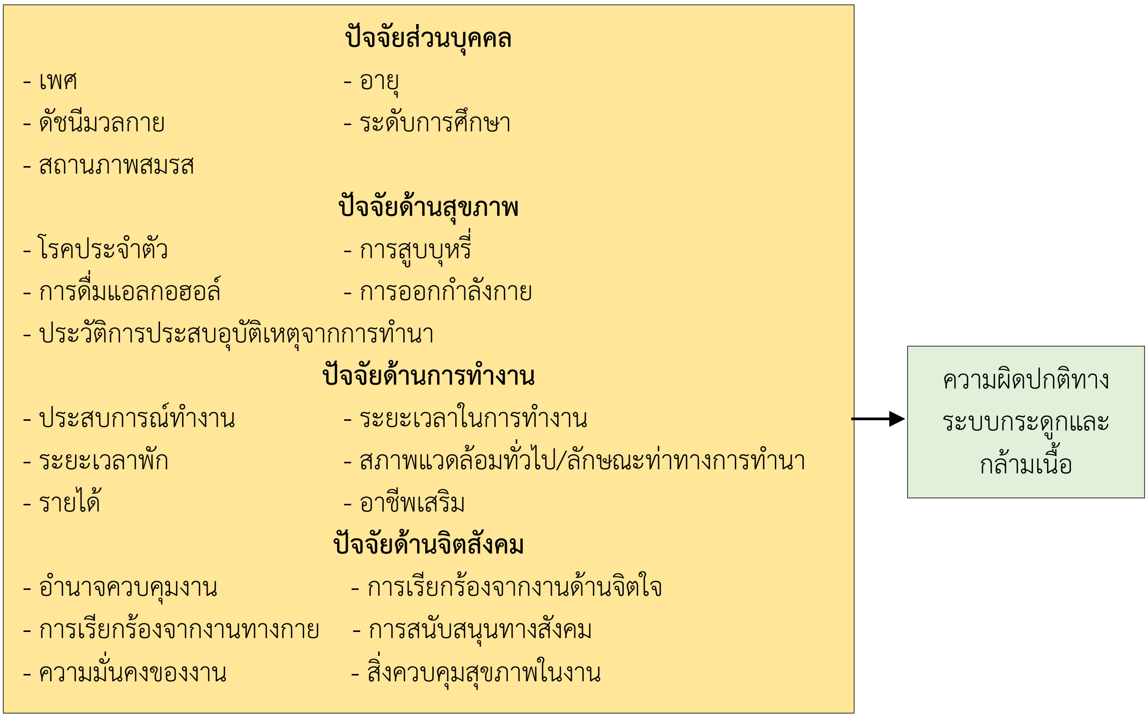
ในขณะที่ประเทศแถบยุโรปได้จัดลำดับอาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพที่อันตรายสูงเป็นลำดับที่ 4 โดยในปี ค.ศ. 1998 พบอัตราตายในกลุ่มเกษตรกร 12.40 ต่อแสนประชากรวัยทำงาน (European Agency for Safety and Health at Work, 2004) เมื่อเทียบกับประเทศแคนาดา ในปี ค.ศ. 1985-1996 มีอัตราตายในกลุ่มเกษตรกรชาวนา 11.60 ต่อแสนประชากรวัยทำงาน อีกทั้งประเทศนิวซีแลนด์ ในช่วงปี ค.ศ.1985-1994 พบว่ามีอัตราการบาดเจ็บที่ทำให้สูญเสียชีวิตเกือบ 1 ใน 4 ของการเสียชีวิตที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงาน (Colemont & Broucke, 2007) และพบการบาดเจ็บจากการทำงานในกลุ่มแรงงานนอกระบบ เฉลี่ยวันละ 11,100 คน จากจำนวนทั้งหมด 4 ล้านคน (Bureau of Occupational and Environmental Diseases, 2013) และพบตัวเลขรายงานการบาดเจ็บจากการทำงานในกลุ่มเกษตรกรสูงมากถึงร้อยละ 83.20 (Buranatrevedh & Sweatsriskul, 2005) จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าเกษตรกรเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสได้รับการบาดเจ็บจากการทำงาน และอาจก่อให้เกิดโรคที่เกี่ยวกับความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของชาวนา อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของชาวนา อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยคัดเลือกปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการใช้ทฤษฎีด้านการยศาสตร์ที่กล่าวถึงท่าทางการทำงานที่ส่งผลต่อการเกิดความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ตามมาตรฐานนอร์ดิค (Standardized Nordic Questionnaire) ซึ่งปัจจัยด้านต่าง ๆ มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกัน ดังนั้นในการศึกษาเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ จึงต้องพิจารณาถึงปัจจัยเหล่านี้ สามารถสรุปกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นเกษตรกรประกอบอาชีพทำนา อาศัยอยู่ในตำบลแม่ระกา อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก และมีชื่ออยู่ในระบบการขึ้นทะเบียนเกษตรกรกับสำนักงานเกษตรอำเภอ จำนวน 985 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ 1) เป็นเกษตรกรที่มีอายุ 20 - 69 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรรมทำนา ไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) มีชื่ออยู่ในระบบการขึ้นทะเบียนเกษตรกรกับสำนักงานเกษตรอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ 1) มีประวัติได้รับการผ่าตัดกระดูกหรือได้รับการบาดเจ็บรุนแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อ 2) บาดเจ็บหรือเสียชีวิตกะทันหันในระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล 3) ย้ายออกจากพื้นที่ในระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ เกษตรกรที่ประกอบอาชีพทำนา อาศัยอยู่ในตำบลแม่ระกา อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก และมีชื่ออยู่ในระบบการขึ้นทะเบียนเกษตรกรกับสำนักงานเกษตรอำเภอ จำนวน 160 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้หลักความน่าจะเป็น (Probability Sampling) จากสูตรประมาณค่าสัดส่วนประชากร (Chaimay, 2013) กำหนดค่าความเชื่อมั่น 95% (α = 0.05) เท่ากับ 1.96 และกำหนดค่าสัดส่วนของการเกิดอาการผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอย่างน้อย 1 ตำแหน่ง เท่ากับ 0.8468 (Chuppawa, 2015) ทั้งนี้ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 176 คน ผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อให้ตัวอย่างมีโอกาสที่ได้รับการคัดเลือกอย่างเท่าเทียมกัน ใช้วิธีการสุ่มโดยหาอัตราส่วน (k) ระหว่างกลุ่มประชากร (N) และกลุ่มตัวอย่าง (n) จากสูตร k = N/n โดยกลุ่มตัวอย่างสำหรับงานวิจัยนี้ N คือ จำนวนประชากรจากการขึ้นทะเบียนเกษตรกรกับสำนักเกษตรอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก นำมาจัดเรียงรายชื่อตามลำดับแต่ละหมู่บ้าน และสุ่มเลือกอย่างเป็นระบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษานี้เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ดัดแปลงจากแบบวัดความเครียดในการทำงาน โดย Karasek's Job Content Questionnaire (Karasek, Theorell, Schwartz, 1998) และแบบสอบถามมาตรฐานเกี่ยวกับความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ Standardized Nordic Questionnaire (Kuorinka, Jonsson, Kilbom, Vinterberg, Bierring-Sorensen, Andersson, et al.,1987) ประกอบด้วยเนื้อหาทั้งหมด 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับโรคประจำตัว การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และประวัติประสบอุบัติเหตุจากการทำนา จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านการทำงาน ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ในการทำนา ระยะเวลาในการทำนา ท่าทางการทำงาน ระยะเวลาพัก รายได้ อาชีพเสริม และสภาพแวดล้อมหรือลักษณะในการทำนา จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านจิตสังคม เป็นแบบสัมภาษณ์ความเครียดที่เกิดจากการทำงาน โดยผู้วิจัยใช้แบบวัดความเครียดในการทำงาน โดย Karasek's Job Content Questionnaire (Karasek, Theorell, Schwartz, 1998) จำนวน 45 ข้อ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1) อำนาจการควบคุมงาน จำนวน 8 ข้อ 2) การเรียกร้องจากงานด้านจิตใจ จำนวน 13 ข้อ 3) การเรียกร้องจากงานทางกาย จำนวน 3 ข้อ 4) การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 8 ข้อ 5) ความมั่นคงของงาน จำนวน 5 ข้อ 6) สิ่งคุกคามสุขภาพในงาน จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 5 ข้อมูลอาการผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ประยุกต์จากแบบสอบถามมาตรฐานเกี่ยวกับความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ Standardized Nordic Questionnaire (Kuorinka, Jonsson, Kilbom, Vinterberg, Bierring, Andersson, et al.,1987) ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดการเกิดความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในช่วง 7 วัน และ 12 เดือนที่ผ่านมา นำเสนอเป็นความชุกของความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ และแบบประเมินความรุนแรงของความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ (Department of Disease Control, 2009) โดยมาตรวัดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale [NRS]) แบ่งระดับความรุนแรงด้วยมาตรวัดที่กำหนดตั้งแต่ 0-3 ดังต่อไปนี้ 0 หมายถึง ไม่มีอาการ 1 หมายถึง มีอาการในช่วงเวลาทำงาน พักแล้วหาย 2 หมายถึง มีอาการในช่วงเวลาทำงาน พักแล้วไม่หาย 3 หมายถึง มีอาการในช่วงเวลาทำงาน พักแล้วไม่หาย ไม่สามารถทำงานได้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการยศาสตร์ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาทุกส่วนยกเว้นส่วนปัจจัยด้านจิตสังคม เนื่องจากเป็นแบบสอบถามมาตรฐานที่พัฒนาโดย (Karasek, Theorell, Schwartz, 1998) โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Index Of Item - Objective Congruence: IOC) เท่ากับ .67 – 1.00 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นเกษตรกรชาวนาที่ขึ้นทะเบียนกับเกษตรอำเภอวังทอง จำนวน 30 คน แล้วจึงนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการศึกษา สำรวจพื้นที่และขอข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยกับองค์การบริหารส่วนตำบลแม่ระกา อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก พร้อมทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขออนุญาตเก็บข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการชี้แจงการเก็บข้อมูลให้กับกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง พร้อมทั้งตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบทั้ง 190 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน

แล้วนำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมทั้งหมดนั้นมาดำเนินการลงรหัสข้อมูลและบันทึกข้อมูลลงโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลความชุกของความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของชาวนา อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอในรูปแบบร้อยละ

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของชาวนา อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยแบบโลจิสติก (Binary Logistic Regression Analysis)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โดยให้การรับรองแบบวิธีเร่งรัด (Expedited Review) ตามเอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัย COA No. 056/2017 เลขทะเบียนใบรับรองจริยธรรมในมนุษย์ คือ IRB No. 994/59

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไป (n=176)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	93	52.80
หญิง	83	47.20
อายุ (ปี)		
20 – 29	7	4.01
30 – 39	15	8.51
40 – 49	31	17.60
50 – 59	62	35.19
60 – 69	61	34.70
ดัชนีมวลกาย (BMI)		
น้อยกว่า 18.5	13	7.40
18.5 – 22.9	94	53.41
23.0 – 24.9	41	23.31
25.0 – 29.9	28	15.90
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	1.11
ประถมศึกษา	125	71.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	29	16.51
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	16	9.10
อนุปริญญา/ปวส.	1	0.60
ปริญญาตรี	3	1.71
สถานภาพสมรส		
โสด	12	6.80
สมรส	134	76.11
หม้าย/หย่าร้าง/แยกทางกัน	30	17.00

จากตาราง 1 เกษตรกรชาวนาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.80 มีอายุตั้งแต่ 50-59 ปี ร้อยละ 35.19 โดยมีอายุเฉลี่ย 53.64 ปี มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.50-22.90 ร้อยละ 53.41 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.00 และสถานภาพสมรสแต่งงาน ร้อยละ 76.11

2. ความชุกของความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของชาวนา อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในช่วง 7 วันและ 12 เดือนที่ผ่านมา (n=176)

ตำแหน่งของร่างกาย	อาการความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ			
	มีอาการ 7 วัน		มีอาการ 12 เดือน	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คอ	72	40.92	68	38.61
หัวไหล่	74	42.00	59	33.52
ข้อศอก	34	19.30	24	13.60
มือ/ข้อมือ	62	35.21	39	23.70
แขนส่วนบน	42	23.90	35	19.91
แขนส่วนล่าง	37	21.00	32	18.21
หลังส่วนบน	62	35.22	60	34.10
หลังส่วนล่าง	122	69.31	120	68.22
สะโพก/ต้นขา/ก้น	42	23.90	35	19.90
หัวเข่า	94	53.41	80	45.50
น่อง	38	21.62	32	18.21
ข้อเท้า/เท้า	51	29.00	45	25.62

จากตาราง 2 พบว่า เกษตรกรชาวนามีความชุกของการเกิดความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในช่วง 7 วันที่ผ่านมามากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ หลังส่วนล่าง หัวเข่า และไหล่ คิดเป็นร้อยละ 69.31, 53.41 และ 42.00 ตามลำดับ นอกจากนี้ความชุกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ หลังส่วนล่าง หัวเข่า และคอ คิดเป็นร้อยละ 68.22, 45.50 และ 38.61 ตามลำดับ

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของชาวนา อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก

ตาราง 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (n=176)

ปัจจัย	Adjusted OR	95 % CI Lower - Upper	*P-value*
ดัชนีมวลกาย (BMI)			
18.5 - 22.9	1**		
น้อยกว่า 18.5	1.95	0.03 - 101.09	0.739
23.0 - 24.9	2.72	0.25 - 29.15	0.408
25.0 - 29.9	1.21	0.14 - 9.94	0.859
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	1.00	1.00 – 1.00	0.352
อาชีพเสริม			0.122
ไม่มี	1**		
มี	23.31	0.42 – 1266.85	

ตาราง 3 (ต่อ)

ปัจจัย	Adjusted OR	95 % CI Lower - Upper	*P-value*
การบิดลำตัวหรือเอี้ยวตัวเสมอๆ			0.026*
ไม่ใช่	1**		
ใช่	0.02	0.01 - 0.64	
การทำนาที่มีการก้มต่อเนื่องขณะทำงานเสมอ			0.011*
ไม่ใช่	1**		
ใช่	18.21	1.94 – 170.70	
ข้อมูลด้านจิตสังคม			
อำนาจการควบคุมงาน	1.21	0.95 - 1.54	0.107
การสนับสนุนทางสังคม	0.00	0.68 - 2.49	0.999
สิ่งคุกคามสุขภาพในงาน	0.95	0.71 - 1.27	0.746

** กลุ่มอ้างอิง

จากตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ พบปัจจัยด้านการทำงาน ได้แก่ ท่าทางการทำงานที่มีการบิดลำตัวหรือเอี้ยวตัวเสมอๆ มีโอกาสในการเกิดความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อเป็น 0.02 เท่าของผู้ที่มีท่าทางการทำงานปกติ (95% CI = 0.01 - 0.64) และท่าทางการทำนาที่มีการก้มต่อเนื่องขณะทำงานเสมอมีโอกาสในการเกิดความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อเป็น 18.21 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีลักษณะการทำงานดังกล่าว (95% CI = 1.94 - 170.70)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาความชุกของความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของชาวนา อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า เกษตรกรชาวนามีความชุกของการเกิดความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในช่วง 7 วัน พบสัดส่วนสูงสุด คือ หลังส่วนล่าง ร้อยละ 69.31 และทั้งความชุกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เกิดขึ้นบริเวณหลังส่วนล่างสูงที่สุดเมื่อเทียบกับตำแหน่งอื่น ๆ ของร่างกาย สอดคล้องกับอาการปวดหลังในกลุ่มอาชีพอื่นมีรายงานการเกิดปัญหาร้อยละ 60 – 80 (Tapagaporn, 2012) และการศึกษาของ Chaiklieng, Juntratep, Suggaravetsiri & Puntumetakul (2012) พบความชุกของอาการ MSDs สูงสุดที่ตำแหน่งของหลังส่วนล่างคือร้อยละ 77.5 อาจเนื่องมาจากเกษตรกรชาวนามีท่าทางการทำงานที่มีการบิดลำตัวหรือเอี้ยวตัวเสมอๆ ลักษณะการทำนาที่มีการก้มต่อเนื่องขณะทำงาน เช่น การเตรียมดิน การใส่ปุ๋ย การปลูกข้าวแบบนาหว่าน ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่ออาการปวดหลัง และเกิดความผิดปกติอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับหลัง เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ (Osborne, Blake, McNamara, Meredith, Phelan & Cunningham, 2012) พบว่าส่วนใหญ่ของเกษตรกรชาวไอริช มีความผิดปกติที่บริเวณหลัง คอ และหัวเข่า นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยด้านท่าทางการทำงาน เช่น การทำนาที่มีการก้มต่อเนื่องขณะทำงาน มีความสัมพันธ์กับการเกิดความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ (Keawduangdee, Puntumetakul, Siritaratiwat, Boonprakob, Wanpen, Rithmark, et al., 2011) พบว่าปัจจัยด้านท่าทางการทำงานที่สัมพันธ์กับอาการปวดหลังส่วนล่างในกลุ่มอุตสาหกรรมสิ่งทอ (แหอวน) ได้แก่ การยืนและการเดินเป็นเวลานาน การทำงานในท่าก้มเงยบ่อย ๆ การทำงานในท่าทางที่ต้องจดจ่อหรือใช้สมาธิมากเป็นเวลานาน การเอื้อมมือเป็นเวลานาน การบิดหมุนลำตัวบ่อย ๆ การยกสิ่งของ การผลักและการดึงลาก (Hmankit & Saramaneein, 2018) พบว่าปัจจัยลักษณะท่าทางการทำงานของพ่อค้าส่งผลไม้ ตลาดเจริญศรีมีความสัมพันธ์กับอาการปวดเมื่อยโครงร่างและกล้ามเนื้อบริเวณไหล่ หลังส่วนบน หลังส่วนล่าง สะโพก/ต้นขาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในขณะที่อาชีพเสริมของกลุ่มตัวอย่างไม่ส่งผลต่อการเกิดความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ อาจเนื่องมาจากลักษณะท่าทางการทำงานของอาชีพเสริมแต่ละประเภท เช่น การรับจ้างทั่วไป การเลี้ยงสัตว์ การค้าขาย นั้นมีลักษณะการทำงานที่ไม่จำเป็นต้องมีการบิดลำตัวหรือเอี้ยวตัว หรือแม้แต่การต้องก้มต่อเนื่องขณะทำงานก็ตาม และหมายรวมถึงรายได้เฉลี่ยต่อเดือนจึงไม่ส่งผลต่อการเกิดความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านจิตสังคม ไม่ส่งผลต่อการเกิดความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ (Sitthisak, 2013) ; (Chuppawa, 2015) ; (Hmankit & Saramaneein, 2018) ที่พบว่าเพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์และการออกกำลังกาย ไม่ส่งผลต่อการเกิดความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ

การนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานสาธารณสุขและผู้รับผิดชอบการทำงานของเกษตรกร หรือตำบล หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินกิจกรรมเพื่อป้องกันพฤติกรรมด้านสุขภาพจากการทำงานของเกษตรกร และลดภาวะการเจ็บป่วยจากการทำงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาครั้งต่อไปในรูปแบบเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก อันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาอย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน
2. ควรมีการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ความผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้ออันเกี่ยวเนื่องจากการทำงานในเกษตรกร ซึ่งจะสามารถลดอุบัติการณ์ของอาการผิดปกติทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อได้

References

Ahmadi, O., Gholamnia, R., Alizadeh, S., S., Rasoulzadeh, Y., & Sheikh, D. P. (2015). Prevalence of Musculoskeletal Disorders among Farmers in Eastern Azerbaijan, Iran. *Indian Journal of Science and Technology*, *8*(28), 1-6.

Bone and Joint Initiative USA. (2011*). Prevalence and Economic Cost. The Burden of Musculoskeletal Diseases in the United States*. Retrieved September 5, 2013, from http://www.boneandjointburden.org

Buranatrevedh, S., & Sweatsrikul, P. (2005). Model Development for Health Promotion and Control of Agricultural Occupational Health Hazards and Accidents in Pathumthani, Thailand. *Industrial Health, 43*, 669-676.

Bureau of Occupational and Environmental Diseases. (2013). *Report of Situation of Occupational and Environmental Diseases.* (in Thai)

Bureau of Occupational and Environmental Diseases. (2014). *Report of Situation of Occupational and Environmental Diseases.* Retrieved August 28, 2016 from http://envocc.ddc.moph.go.th/

Chaiklieng, S., Juntratep, P., Suggaravetsiri, P., & Puntumetakul, R. (2012). Prevalence and Ergonomic Risk Factors of Low Back Pain among Solid Waste Collectors of Local

Administrative Organizations in Nong Bua LamPhu province. *Journal of Medical Technology and Physical Therapy, 24*(1), 97-109. (in Thai)

Chaimay, B. (2013). Sample Size Determination in Descriptive Study in Public Health. *Thaksin Journal, 16*(2), 9-17.

Chuppawa, W. (2015). *Prevalence and Factors Affecting Musculoskeletal Disorders among University Cleaning Workers Locating in the North of Thailand*. Thesis M.P.H in Master of Public Health, Naresuan University, Phitsanulok. (in Thai)

Colemont, A., & Broucke, S. V. D. (2007). Measuring Determinant of Occupational Health Related Behavior in Flemish Farmers: An Application of the Theory of Planned Behavior. *Journal of Safety Research, 39*, 55-64.

European Agency for Safety and Health at Work. (2004). *Agriculture*. Retrieved January 30, 2014, from http://osha.europa.eu/en/sector/agricu.

Hmankit, Y., & Saramaneein, K. (2018). Study of Musculoskeletal Pain in Fruit Wholesalers at Charoen Sri Market Warin Chamrab, Ubon Ratchathani. *Journal of Science and Technology, Ubon Ratchathani University*, *20*(3), 180-188.

Karasek, R., Theorell, T., & Schwartz, J. E., (1998) Job Characteristic in Relation to the Prevalence of Myocardial Infarction in the US Health Examination Survey (HES) and the Health and Nutrition Examination Survey (HANES). *Am J Public Health, 8*, 18-910.

Keawduangdee, P., Puntumetakul R., Siritaratiwat W., Boonprakob Y., Wanpen S., Rithmark P., et al., (2011). *The Prevalence and Associated Factors of Working Posture of Low Back Pain in the Textile Occupation (Fishing Net) in Khon Kaen Province*. A Thesis in Physical Therapy Program, Graduate School, Khon Kaen University (in Thai)

Kuorinka, I., Jonsson, B., Kilbom, A., Vinterberg, H., Bierring-Sorensen, F., Andersson, G., et al., (1987). Standardized Nordic Questionnaire for the Analysis of Musculoskeletal Symptoms. *Applied Ergonomics, 18*(3), 233-237.

Ngamkamol, K. (2009). *Health Status and Occupational Safety Behaviors Among Rice Farmers*. Master of Nursing Science (Occupational Health Nursing), Chiang Mai University. (in Thai)

Occupational Safety and Health Administration. (2013) *Agricultural Operations*. Retrieved April 22, 2015 from URL : http://www.osha.gov.

Osborne, A., Blake, C., McNamara, J., Meredith, D., Phelan, J. & Cunningham, C., (2012). "Risk Factors for Musculoskeletal Disorders among farm Owners and farm Workers: a Systematic Review." *Am J Ind Med, 55*(4), 376-389.

Palis, F. G., Flor, R. J., Warburton, H., & Hossain, M. (2006). Our Farmers at Risk: Behavior and Belief System in Pesticide Safety. *Journal of Public Health 2006*, *25*, 43-8.

Sitthisak, S. (2013). *Prevalence and Related Factors of Musculoskeletal Disorders among Waste Collectors of Phitsanulok Municipality*. Faculty of Medicine. Chulalongkorn University, Bangkok. (in Thai)

Situation of Agricultural Products. (2015). *Report of Situation of Occupational and Environmental Diseases.* Retrieved September 9, 2016 from http://popcensus.nso.go.th/web/kaset/present.html

Yaruang, N. (2016). Low Back Pain in Rice Farmers with the Role of Community Health Nurses. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, *17*(1), 1-9. (in Thai)

Yoopresert, A. (2009). *Factors Affecting Decision of Patients with Myopathy to Choose Thai Traditional Massage Services at Public Health Care Unit Lamphun Municipality*. Master of Public Health, Chiang Mai University. (in Thai)

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

กองบรรณาธิการ วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ขอเชิญสมาชิกและ ผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านการสอนการพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์ เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสาร อื่นเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร ฯ

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรองและ 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 <u>รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า</u>
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วย**ตัวหนา**ไว้หน้าแรกตรงกลาง 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. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 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) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ
- 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 ถ้ามากกว่า 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 Heath 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. การอ้างอิงเอกสารจากอินเตอร์เน็ต

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. หากเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หรือปริญญานิพนธ์ต้องผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย
3. บทความจะต้องพิมพ์ภายใต้รูปแบบตามที่วารสารกำหนดอย่างเคร่งครัด
4. บทความที่ออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ก่อนมีการเผยแพร่จะต้องแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงวุฒิหรือกองบรรณาธิการก่อนจึงจะถือว่าหนังสือรับรองการตีพิมพ์จะสมบูรณ์ 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

- บทความภาษาไทย จำนวน 4,000 บาท
- บทความภาษาอังกฤษ จำนวน 5,000 บาท

Template บทความวิจัย

2.54 ซม.

3.17 ซม.

2.54 ซม.

บทความใช้รูปแบบ front TH SarabunPSK ทั้งบทความ

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17
ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น นายดี มีดี[1*] และ นางสาวสุข มีสุข[2] ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)
ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)
สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น สถานที่ทำงานนายดี[1*], สถานที่ทำงานนางสาวสุข[2] ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)
สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษา 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ) (ขนาดตัวอักษร 12 หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า (300-350 คำ) ....

....

....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ เช่น การพัฒนาองค์กรแห่งความสุข, บุคลากร

ย่อหน้า 1.75 ซม.

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:........................... เบอร์โทรศัพท์ xxx-xxxxxxx) (ขนาด 12 ไม่หนา)

2.54 ซม.

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า (300-350 คำ)
....
....
....
....

....
....
....
....

....
....
....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ เช่น Happiness Organization Development, Personnel (บรรทัดถัดไปย่อหน้าเหมือนคำสำคัญภาษาไทย)

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อหน้า ข ....
....

(enter ขนาด 15)

วัตถุประสงค์วิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อหน้า ข ....
....

(enter ขนาด 15)

สมมติฐาน (ถ้ามี) (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อหน้า ข ....
....

(enter ขนาด 15)

กรอบแนวคิดการวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อหน้า 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) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข...

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข...

การเก็บรวบรวมข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข...

การวิเคราะห์ข้อมูล **(ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา** เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข...

(enter ขนาด 15)

จริยธรรมวิจัย (ขนาด 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หนา..

....

(enter ขนาด 15)

ผลการวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข

1. ข้อมูลทั่วไป

....

(enter ขนาด 15)

ตาราง 1 ....ชื่อตาราง....................... (ตาราง 1 ขนาด 15 หนา, ชื่อตาราง ขนาด 15 ไม่หนา)
ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หนา) เนื้อหา (ไม่หนา)

หัวข้อ	**หัวข้อ**	**หัวข้อ**
เพศ		
หญิง (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ชาย (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

ที่มา: (ถ้ามี)

2. หัวข้อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

(enter ขนาด 15)

ตาราง 2 ....ชื่อตาราง....................... (ตาราง 1 ขนาด 15 หนา, ชื่อตาราง ขนาด 15 ไม่หนา)
ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หนา) เนื้อหา (ไม่หนา)

หัวข้อ	**หัวข้อ**	**หัวข้อ**
สมรรถนะการพยาบาล		
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

(enter ขนาด 15)

อธิบายตาราง (เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข

....

....

(enter ขนาด 15)

อภิปรายผล (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข ....

....

(enter ขนาด 15)

การนำผลการวิจัยไปใช้ (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข ....

....

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ข ....

....

(enter ขนาด 15)

ISSN 2408-1051(Print), ISSN 2651-2270(Online) วารสารฯผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI กลุ่มที่ 1

References (ขนาด 16 หนา)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 และถัดไป (1.25 ซม.) และการอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ และการอ้างอิงต้องมีใน references และ บทความ เช่น

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Songkhla.* Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

สามารถศึกษาการอ้างอิงได้ตามรายละเอียดข้างต้น

Template บทความวิชาการ

2.54 ซม.

3.17 ซม.

2.54 ซม.

บทความใช้รูปแบบ front TH SarabunPSK ทั้งบทความ

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น นายดี มีดี[1*] และ นางสาวสุข มีสุข[2] ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น สถานที่ทำงานนายดี[1*], สถานที่ทำงานนางสาวสุข[2] ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษา 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ) (ขนาดตัวอักษร 12 หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า (300-350 คำ) ....

....

....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ เช่น การพัฒนาองค์กรแห่งความสุข, บุคลากร

ย่อหน้า 1.75 ซม.

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:.......................... เบอร์โทรศัพท์ xxx-xxxxxxx) (ขนาด 12 ไม่หนา)

2.54 ซม.

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า (300-350 คำ) ....

....

....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ เช่น Happiness Organization Development, Personnel (บรรทัดถัดไปย่อหน้าเหมือนคำสำคัญภาษาไทย)

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อหน้า ข ....

(enter ขนาด 15)

เนื้อเรื่อง (ขนาด 16 หนา) (แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อหน้า ข ....

(enter ขนาด 15)

สรุป (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อหน้า ข ....

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อหน้า ข ....

(enter ขนาด 15)

References (ขนาด 16 หนา)

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)

สามารถศึกษาการอ้างอิงได้ตามรายละเอียดข้างต้น

SCNJ

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

ใบชำระค่าตีพิมพ์บทความ

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

ประเภท ☐ บุคคล ☐ หน่วยงาน

ออกใบเสร็จในนาม

....

ชื่อ-นามสกุล...

ที่อยู่จัดส่งเอกสาร...บ้านเลขที่............. ซอย.....................ถนน..............................

ตำบล......................อำเภอ...............................จังหวัด.................................รหัสไปรษณีย์..... ....

เบอร์โทรศัพท์...**E-mail**...

มีความประสงค์จะ

☐ **ค่าธรรมเนียมตีพิมพ์บทความ**

☐ **<u>สำหรับบุคคลภายนอก</u>** เป็นเงิน 4,000 บาท (สี่พันบาทถ้วน)

☐ **<u>บทความภาษาอังกฤษ</u>** เป็นเงิน 5,000 บาท (ห้าพันบาทถ้วน)

ชื่อบทความ ....

....

....

ชื่อผู้เขียนทั้งหมด...

....

โดยได้ชำระเป็น

☐ เงินสด

☐ เช็ค/ตั๋วแลกเงิน/ดร๊าฟ สั่งจ่ายในนาม **"วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา"**

ลงนามผู้สมัคร

ลงชื่อ...

(...)

วันที่.........เดือน....................พ.ศ............

หมายเหตุ: 1) หากท่านชำระเงินแล้ว ให้ส่งหลักฐานมายัง e-mail: sc.net.journal@gmail.com

2) ส่ง เช็ค/ตั๋วแลกเงิน/ดร๊าฟ มายังที่อยู่ วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา 64 ถ.รามวิถี ต.บ่อยาง อ.เมือง จ.สงขลา 90000

ติดต่อสอบถาม: โทร. 066-0035893 หรือ e-mail: sc.net.journal@gmail.com

---

สำหรับเจ้าหน้าที่

บทความปีที่............ฉบับที่.................รหัสบทความ..........................