SCNJ

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

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 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2565

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 9 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2565

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
ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย
รองศาสตราจารย์ ดร.กุหลาบ รัตนสัจธรรม
รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา จรจิตร
รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล
รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ อารีเอื้อ
รองศาสตราจารย์ ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต
รองศาสตราจารย์ ดร.สุรชาติ ณ หนองคาย
รองศาสตราจารย์ ดร.โยธิน แสวงดี
รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์
รองศาสตราจารย์ ดร.ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงษ์เทพ สุธีรวุฒิ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พูนสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธุ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทญ.ดร.อรุณวรรณ หล่ำอุบล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล สิงห์ดง
ผู้ช่วยศาสตราจรย์ ดร.อาจินต์ สงทับ
อาจารย์ ดร.นภชา สิงห์วีรธรรม
Mr.Patrick Wauters
อาจารย์ ดร.อติญาณ์ ศรเกษตริน
อาจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา
อาจารย์ ดร.รัถยานภิศ พละศึก
อาจารย์ ดร.มาริสา สุวรรณราช
อาจารย์ ดร.ญนัท วอลเตอร์
อาจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร
อาจารย์ ดร.ปรียนุช ชัยกองเกียรติ
อาจารย์ ดร.ปาริฉัตร อุทัยพันธ์

ที่ปรึกษาสถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ประธานกรรมการหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา
สำนักโครงการปริญญาเอก มหาวิทยาลัยหาดใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
สถาบันวิจัยประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
มหาวิทยาลัยทักษิณ
สถาบันการจัดการสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก
English Language Editor
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

กำหนดออก

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

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ อย่างน้อยจำนวน 2 ท่าน ต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

ISSN 2408-1051(Print), ISSN 2651-2270(Online)
วารสารฯผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI กลุ่มที่ 1

บทบรรณาธิการวารสาร

สวัสดีปีใหม่ พ.ศ. 2565 ทางวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ขอแสดงความยินดีที่ท่านได้มีโอกาสตีพิมพ์ในวารสารที่มีค่า Impactor เฉลี่ย 3 ปี (2559-2561) สูงที่สุดในประเทศ ด้วยความมุ่งมั่นของทีมกองบรรณาธิการ ผู้พิจารณาผลงาน (Peer Review) และความตั้งใจของผู้เขียนผลงาน จนทำให้วารสารได้รับการตอบรับที่ดี มีคุณภาพ สามารถนำไปอ้างอิงหรือใช้ประโยชน์ในเชิงวิชาการได้เป็นอย่างดี ในปี พ.ศ.2565 ทางวารสารได้ปรับจำนวนผู้พิจารณาผลงาน (Peer Review) เป็น 2-3 คน ต่อ 1 บทความตามความต้องการของผู้ส่งบทความเพื่อรองรับการประเมินผลงานเพื่อขอตำแหน่งทางวิชาการตามที่ ก.พ.อ. กำหนด

ในปีนี้ ทางวารสารยังคงทำงานกันอย่างเข้มข้นเพื่อคัดสรรผลงานที่มีคุณภาพเข้าตีพิมพ์ในวารสารทั้งการรับผ่านระบบ Thai jo การจัดอบรมการเขียนบทความทางวิชาการเพื่อชี้แนะแนวทางการเขียนที่ถูกต้อง การใช้สถิติที่ถูกต้อง ตลอดจนผลงานจากนักศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา เพื่อการพัฒนาศักยภาพทางวิชาการให้กับนักวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพต่อไป



ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ
บรรณาธิการ
วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

สารบัญ

บทความวิจัย :

การวิเคราะห์ระบบยาในโรงพยาบาลเพื่อรองรับระบบเภสัชกรรมทางไกล.....1

Analysis of a Hospital Drug Management System for the Implementation of Telepharmacy

ปรุฬห์ รุจนธ ารงค์, ณัฏฐณิชา สวยสม, ณิชากร เชี่ยวชาญธนกิจ, เจนสุดา ศุภรพันธ์, ตวงรัตน์ โพธะ

Parun Rutjanathamrong, Nattanicha Suaysom, Nichakorn Chiewchantanakit, Jensuda Supornpun, Tuangrat Phodha

องค์ประกอบทางพฤกษเคมีเบื้องต้น และฤทธิ์ต้านเชื้อรา Candida spp. ของสารสกัดใบหูกวางสีแดง.....16

Red Leaves Terminalia Catappa Linn. Extract: Phytochemical Constituents and Anti-Candida spp. Activity

ณัฏฐา เชิดชูธีรกุล, เธียร ธีระวรวงศ์, ปิลันธนา เลิศสถิตธนกร

Natta Choedchutirakul, Thien Thiraworawong, Pilanthana Lertsatitthanakorn

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น.....29

Factors Associated with Depression among Pregnant Teenagers

สาวิตรี วงค์ประดิษฐ, โสเพ็ญ ชูนวล, สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ

Sawittree Vongpradit, Sopen Chunuan, Sunanta Youngwanichsetha

บทบาทพยาบาลงานรักษาโรคเบื้องต้นในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 11.....42

Nurse's Roles in a Primary Medical Care Unit (Health Region 11)

ณัฐวิโรจน์ ชูดำ, นัยนา หนูนิล, รัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ์

Nattawirot Choodam, Naiyana Noonil, Rachadaporn Jantasuwan

เปรียบเทียบผลของวิธีสอนระหว่างการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอน กับวิธีสอนแบบปกติต่อความรู้การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล.....55

Nursing Care During Pregnancy: Comparing the Effectiveness of Conventional and Computer Assisted Teaching Programs as well as Nursing Students' Satisfaction

อังสนา วิศรุตเกษมพงศ์, ปัทมาภรณ์ คงขุนทด, ปาลิตา โพธิ์ตา

Angsana Wisarutkasempong, Patamaporn Khongkhoontod, Palita Phota

ผลของการเรียนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานต่อความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล.....69

Effects of a Case-Based Learning on Clinical Decision Making among Nursing Students

สุทธิดา อ่อนละออ, สุภาพร วัฒนา, ฆนรส อภิญญาลังกร, โยษิตา จรัสรัตนไพบูลย์1

Sutthida Ornlaor, Suphaphon Wattana, Khanarot Apinyalungkon, Yosita jaradrattanapaiboon

สารบัญ (ต่อ)

การจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรัง: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ.....81

Caregivers of Children with Chronic Illnesses: A Systematic Review on Family Management

สิริกรานต์ สุทธิสมพร, เกียรติกำจร กุศล

Sirikran Sutthisompohn, Kiatkumjorn Kusol

ปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนวังชมภู จังหวัดเพชรบูรณ์.....94

Factors Predicting Happiness among Older Adults in Rural Petchabun Province

วรวรรณ์ ทิพย์วารีรมย์, แสงเดือน อภิรัตนวงศ์, นิศากร โพธิมาศ

Worawan Tipwareerom, Sangduan Apiratanawong, Nisakorn Pothimas

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของมารดาทำงานนอกบ้าน.....107

Factors Influencing the Success of a 6-Month Exclusive Breastfeeding Period among Working Mothers

อิงหทัย ดำจุติ, ศศิกานต์ กาละ

Ing-hathai Damchuti, Sasikarn Kala

ผลของโปรแกรมการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง.....121

Intention of Breastfeeding among Mothers with Cesarean Section: The Effects of a Nursing Program Based on the Planned Behavior Theory

นิตยา ไชยรัตน์, ศศิกานต์ กาละ

Nittaya Chairat, Sasikarn Kala

การพัฒนาบทเรียนรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชโดยใช้อีเลิร์นนิง สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา.....135

New E-learning Lessons for Teaching the Mental Health and Psychiatric Nursing Course to the 4th-Year Students at the Songkhla College of Nursing

ขวัญเรือน สนิทวงศ์ ณ อยุธยา, เกษศิรินทร์ ภู่เพชร

Khwanruean Sanitwong Na Ayuttaya, Kedsirin Phuphet

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่าย โรงพยาบาลยะลา.....149

Development of a New MOPH ED Triage model for Emergency Departments of Yala Hospital Network

ณัฏฐิกา แซ่แต้, พัชรินทร์ นะนุ้ย

Natthika Saetae, Patcharin Nanui

สารบัญ (ต่อ)

ประสิทธิผลของการใช้คู่มือป้องกันแผลกดทับ 2 ภาษา (ไทย-มลายูถิ่น) ต่อความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการป้องกันแผลกดทับของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดนราธิวาส.....162

Pressure Injuries: The Effects of a Bilingual Manual (Thai-Melayu) on Knowledge, Attitudes, and Prevention Skills among Caregivers of Stroke Patients in Narathiwat

สาวิณี ชาญสินธพ, ฟุรซาน บินซา, สุภาวดี ล้ำสัน, สุวรรณี จันทรักษ์

Sawinee Chansintop, Fursan Binsa, Supavadee Lumsan, Suwannee Jantarak

ผลของโปรแกรมนันทนาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครู.....174

A Recreation Program for Increasing the Adversity Quotient (AQ) Score among Student Teachers in Bangkok

ชวพงษ์ เมธีธรรมวัฒน์, ภาคภูมิ รัตนโรจนากุล, สราวุธ ชัยวิชิต, อมลวรรณ วีระธรรมโม

Chawapong Metheethammawat, Parkpoom Ratanarojnakool, Saravudh Chaivichit, Amonwan Werathammo

องค์ประกอบการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศไทย.....186

Effective Collaboration in Operating Rooms of University Hospitals in Thailand: The 7 Components and 43 Elements of a Structured Practice

ฉันทิกา บัณฑิตเลิศรักษ์, ปรัชญานันท์ เที่ยงจรรยา, นงนุช บุญยัง

Chantika Bunditlerdrak, Pratyanan Thiangchanya, Nongnut Boonyang

การประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559).....199

An Evaluation of the Bachelor of Nursing Science Program (Revised Curriculum B.E. 2559)

ปฐมพร โพธิ์ถาวร, ชรินรัตน์ บุญนวล, ธนพร สายวารี

Patomporn Photaworn, Charinrat Boonnual, Thanaporn Saiwaree1

การบริหารจัดการดูแลตนเองและครอบครัวในระยะยาว ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตอำเภอหนึ่งของจังหวัดชายแดนใต้.....213

Qualitative Study on How Caregivers of Stroke Patients in Southern Thailand Manage their Own Self-Care and the Care for their Family

จิตตินันท์ พงสุวรรณ

Chittinan Pongsuwan

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียกแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา.....228

Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for Patients with ST Elevation Myocardial Infarction (STEMI) at Emergency Department of Yala Hospital

พัชรินทร์ นะนุ้ย, ณัฏฐิกา แซ่แต้, ลลิษ อูแด

Patcharin Nanui, Nattika Saetae, Lalis Udae

สารบัญ (ต่อ)

พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.....241

New Continuing Care Model for Dependent Elderly Patients

นันทิกานต์ หวังจิ, อมรรัตน์ แสงสุวรรณ์

Nanthikarn Wangji, Amonrat Sangsuwan

ผลของการสูดดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชันต่อระบบประสาทอัตโนมัติและอารมณ์ความรู้สึก.....257

Aromatherapy: The Effects of Essential Oil Inhalation on Autonomic Nervous system and Emotions

ศราวุฒิ แพะขุนทด, ศุภะลักษณ์ ฟักค้า, วินัย สยอวรรณ, นภชา สิงห์วีรธรรม

Sarawut Phaekhuntod, Supalak Fakkham, Winai Sayowan, Noppcha Singweratham

ผลการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อการตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการยื้อชีวิตในช่วงสุดท้าย.....270

Palliative Care to Cancer Patients: The Effects of a Systematic Advance Care Planning on the Refusal of End of Life-Sustaining Treatment

ประไพ บุญมรกต, โสเพ็ญ ชูนวล

Prapai Boonmorakot, Sopen Chunuan

การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนที่พักอาศัยอยู่ในโครงการบ้านเอื้ออาทรประชานิเวศน์ โดยทีมหมอครอบครัว ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 3 เทศบาลนครนนทบุรี.....283

A Model of Health Promotion Activities for the Residents of a Slum Upgrading Project in Nonthaburi Municipality

มาสริน ศุกลปักษ์, บุลลี ศรีสุวัฒนากุล, วรานิษฐ์ ลำใย, สุจิรา ฟุ้งเฟื่อง, กนิษฐา ถนัดกิจ, วีรวัฒน์ ทางธรรม

Masarin Sukolpuk, Boonlee Srisuwatanakul, Waranist Lamyai, Sujira Foongfaung, Ganittar Thanadkit, Weerawat thangthum

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.....296

AIDS and other Sexually Transmitted Disease (STDs): The Relationships between Sexual Health Literacy and Protective Behaviors among Adolescents in Northeastern Thailand

อิสรีย์ ปัดภัย, ภาวิณี แสนชนม์, เทพไทย โชติชัย, ศันสนีย์ จันทะสุข, ณิชกานต์ มีลุน, วนิดา ศรีพรหมษา

Isare Padphai, Pawinee sanchon, Tepthai Chotchai, Sansanee Chanthasukh, Nitchakarn Meelun, Wanida Sripromsa

สารบัญ (ต่อ)

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดต่อเนื่องที่บ้าน ต่อปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน และความพึงพอใจของพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ.....310

Children with Congenital Heart disease in Primary Care Unit: A Continuing Care at Home (CCaH) Program and its Effects on Motivation, Hygiene Factors, as well as Satisfaction of Nurses

อัณญ์ยภัคสร ใจสมคม, ธิดารัตน์ หวังสวัสดิ์

Anyapaksorn Jaisomkom, Tidarat Wangsawat

บทความวิชาการ :

พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ: ปัจจัยเชิงสาเหตุ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย.....325

Disaster Preparedness Behaviors: Causal Factors, and Research Avenues

เรียม นมรักษ์, ศรัณย์ พิมพ์ทอง

Riam Namarak, Saran Pimtong

SCNJ
The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

การวิเคราะห์ระบบยาในโรงพยาบาลเพื่อรองรับระบบเภสัชกรรมทางไกล
Analysis of a Hospital Drug Management System for the Implementation of Telepharmacy

ปรุฬห์ รุจนธำรงค์[1], ณัฏฐณิชา สวยสม[1], ณิชากร เชี่ยวชาญธนกิจ[1], เจนสุดา ศุภรพันธ์[1], ตวงรัตน์ โพธะ[1*]
Parun Rutjanathamrong[1], Nattanicha Suaysom[1], Nichakorn Chiewchantanakit[1] Jensuda Supornpun[1], Tuangrat Phodha[1*]
ศูนย์สารสนเทศทางยาและคุ้มครองผู้บริโภค, หน่วยวิจัยเภสัชกรรมปฏิบัติและการจัดการ, คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์[1*],
Drug Information and Consumer Protection Center, Center of Excellence in Pharmacy Practice and Management Research Unit, Faculty of Pharmacy, Thammasat University[1*]

(Received: *April 30, 2021*; Revised: *December 06, 2021*; Accepted: *December 22, 2021*)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ เพื่อวิเคราะห์ระบบยาในโรงพยาบาลสำหรับการรองรับระบบเภสัชกรรมทางไกลในประเทศไทย แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาเอกสาร สถานการณ์ ระบบยา กฎหมาย และแนวปฏิบัติในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลของต่างประเทศและประเทศไทย และขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์ระบบยาในโรงพยาบาลของประเทศไทย เก็บข้อมูลการสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกด้วยคำถามแบบกึ่งมีโครงสร้างจากผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีส่วนได้ส่วนเสียจากนโยบายเภสัชกรรมทางไกล 13 ท่าน จาก 11 หน่วยงาน วิเคราะห์โดยถอดบทสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ และนำมาวิเคราะห์เนื้อหา

ผู้วิจัยได้สังเคราะห์รูปแบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลจากทบทวนเอกสารในขั้นตอนที่ 1 และนำมาเป็นประเด็นคำถามสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในขั้นตอนที่ 2 เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าระบบเภสัชกรรมทางไกลสามารถช่วยสนับสนุนขั้นตอนในระบบยาที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการต่อผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ ขั้นตอนการจ่ายยาและการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีข้อกังวลและข้อคิดเห็นเกี่ยวกับอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นหากนำระบบเภสัชกรรมทางไกลมาใช้ในประเทศไทย คือ ระบบการยืนยันตัวตน การให้ข้อมูลด้านยาแก่ผู้รับบริการ เทคโนโลยีสารสนเทศและการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล รวมถึงการจัดส่งยา

ข้อเสนอเชิงนโยบาย 1) การกำหนดมาตรฐานและแนวปฏิบัติสำหรับการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลควรเป็นบทบาทหน้าที่ของสภาเภสัชกรรมร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง 2) มาตรฐานและแนวปฏิบัติควรสอดรับกับการให้บริการทางไกลกับวิชาชีพอื่นด้วย 3) กระทรวงสาธารณสุขควรมีการพัฒนาความสามารถในการใช้เทคโนโลยีของผู้รับบริการร่วมด้วย โดยสภาเภสัชกรรมควรออกข้อกำหนดระบบยาในโรงพยาบาลที่จะรองรับบริการเภสัชกรรมทางไกลให้ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเทคโนโลยี ด้านบุคลากร ด้านสถานที่ และด้านการประกันคุณภาพ

คำสำคัญ: เภสัชกรรมทางไกล, ระบบยา, ระบบยาในโรงพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: tuangrat25@staff.tu.ac.th เบอร์โทรศัพท์: 086-6006054)

Abstract

This qualitative study aimed to analyze the drug management systems in Thai hospitals for telepharmacy implementation in Thailand. This study composed of two steps: 1) the literatures review of the drug management system, law and practice in telepharmacy service in Thailand and other countries, and 2) indept interview was performed for 13 experts from various stakeholder organizations using the semi-structured questionnaire. The verbatim transcribing was analyzed by content analysis method.

The models of telepharmacy, those were synthesized by literature reviews in the 1st step, and were used for the in-depth interview in the 2nd step in order to study the appropriate model of Thailand. This study found that most of the experts believed that telepharmacy could support each step of drug management system in hospitals, particularly in the step of dispensing and monitoring. However, there were some concerns and comments regarding telepharmacy policy implementation in Thailand including pharmacist and patient identification system, personal data protection, as well as drug delivery system.

The policy recommendations from this study were: 1) telepharmacy practice guidelines should be endorsed by corporation between the Pharmacy Council and the other stakeholders, 2) the guidelines should be consistency with other remote clinical services, and 3) the Ministry of Public Health should improve technology skills for patients. The Pharmacy Council should setup a hospital drug management system for the implementation of telepharmacy concerning with technology, personnel, facility, and quality assurance.

Keywords: Drug Management System, Hospital Drug Management System, Telepharmacy

บทนำ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 47 บัญญัติว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ...” และมาตรา 55 บัญญัติว่า “รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง...” แต่ปัจจุบันพบปัญหาการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ปัญหาค่าใช้จ่าย ปัญหาการเดินทางของประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลจากสถานพยาบาลหรือในถิ่นทุรกันดาร รวมทั้งข้อจำกัดจำนวนบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ ประชาชนบางกลุ่มมีข้อจำกัดทางด้านสภาพร่างกาย เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ หรือ ผู้ทุพพลภาพ ตลอดจนอาชีพบางอย่างที่มีข้อจำกัดจากลักษณะงานที่ทำ ส่งผลให้ไม่สามารถลางานเพื่อเดินทางมายังสถานพยาบาลได้ (Booranarek, Thummaraksa, Kaewchuntra, & Khamwong, 2017)

ในต่างประเทศมีการใช้ระบบโทรเวชกรรม (Telemedicine) มาช่วยในการตรวจวินิจฉัยโรค รักษาโรค และดูแลผู้ป่วยที่ ควบคู่ไปกับระบบเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) จะช่วยลดปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ลดปัญหาความแออัดของผู้ป่วยตามสถานพยาบาลต่าง ๆ (Tiamkao, 2020) และช่วยประหยัดเวลาในการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์

ประเทศไทยมีการศึกษาและพัฒนาระบบโทรเวชกรรมแล้ว (Khongmalai & Jaiwong, 2017), (Kulrattanamaneeporn, Wongboonsin, & Kost, 2010) ส่วนนโยบายเภสัชกรรมทางไกลก่อนหน้านั้นเป็นการให้คำปรึกษาเภสัชกรผ่านวิดีโอคอล (video call) ดังที่ปรากฏในแอปพลิเคชัน (Application) ที่ใช้ในบริบทร้านยา ซึ่งมีทั้งที่คิดและไม่คิดค่าบริการ เช่น Raksa-ป่วยทัก รักษา และ ALL Pharma See เป็นต้น ยังไม่ครอบคลุมถึงการส่งมอบยา นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขก็มีแอปพลิเคชันให้คำปรึกษาคือ H4U-สมุดสุขภาพประชาชน ซึ่งมีแพทย์ให้

คำปรึกษา และแอปพลิเคชันพีซีซี ลิงค์ (PCC Link) ซึ่งมีแพทย์ให้คำปรึกษาในระบบแชทส่วนตัว แต่ไม่พบว่ามีการให้เภสัชกรให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันดังกล่าว

ระบบยา หรือการจัดการระบบยาในโรงพยาบาล (Medication Management System; MMS) ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ด้านด้วยกัน คือ 1) การคัดเลือกและจัดหายา (Medication Selection and Procurement) 2) การเก็บรักษายา (Storage) 3) การสั่งใช้ยา (Ordering and Prescribing) รวมถึงการคัดลอกคำสั่งการใช้ยา (Transcribing Medication Orders) 4) การเตรียมและการจ่ายยา (Preparing and Dispensing) 5) การให้ยา (Administration) และ 6) การติดตามการใช้ยา (Monitoring) แต่ขั้นตอนที่เภสัชกรได้ให้บริการต่อผู้ป่วยโดยตรง คือ ขั้นตอนการเตรียมและการจ่ายยา และขั้นตอนการติดตามการใช้ยา หากนำระบบเภสัชกรรมทางไกลมาใช้ จะต้องสามารถทดแทนการให้บริการของเภสัชกรต่อผู้ป่วยเฉพาะหน้าได้ (Chumchit, & Amrumpai, 2009) ต้องพิจารณาถึงต้นทุนหรืองบประมาณ ตลอดจนบริบททางสังคม อีกทั้งต้องคำนึงถึงด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดมาตรฐาน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพและทั่วถึง

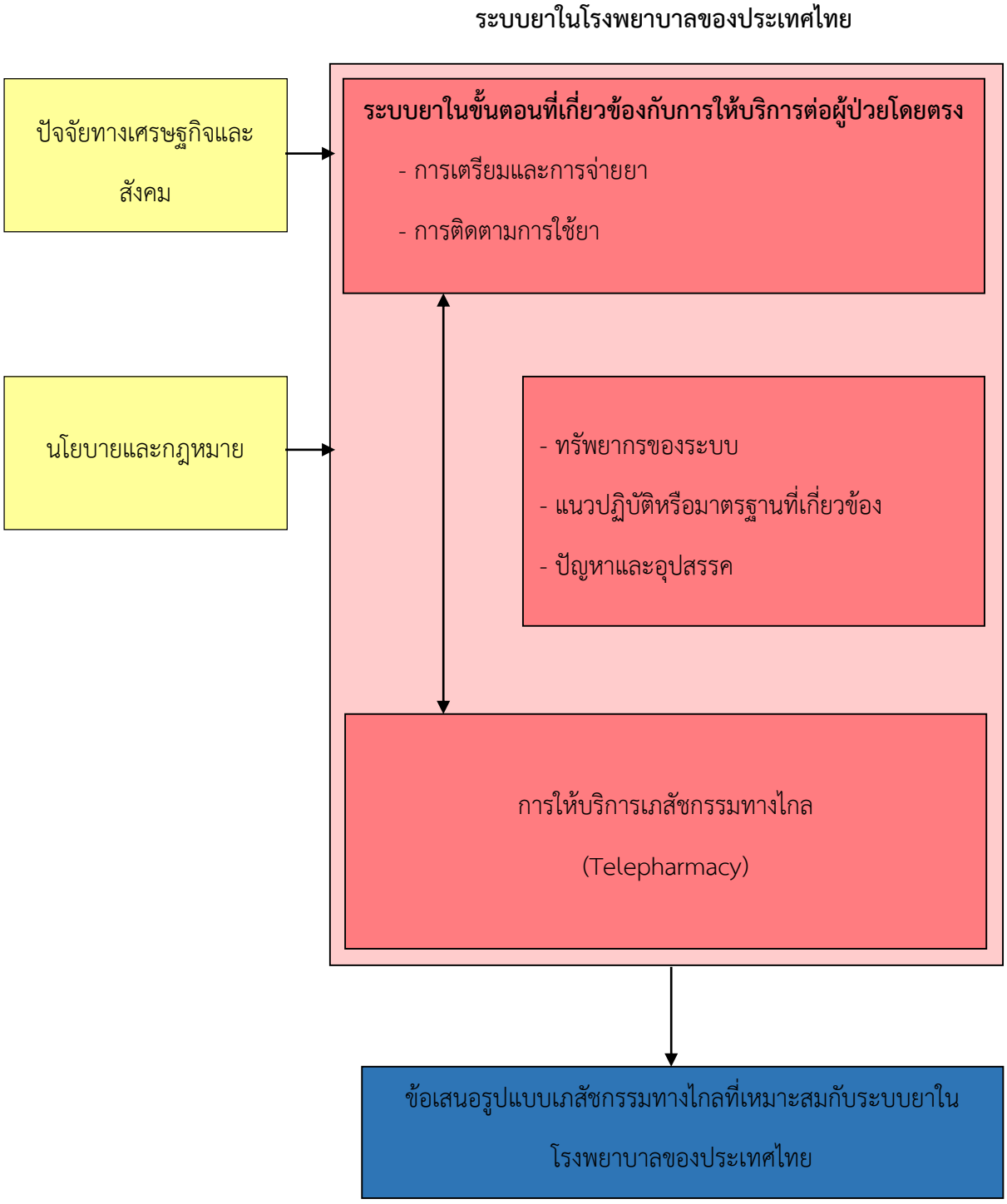
คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564 ได้เสนอแนวทางการกำหนดทิศทางการพัฒนาและปรับปรุงในปีงบประมาณ 2565 ว่าควรทำการศึกษาวิจัยเพื่อกำกับติดตามบริการตามนโยบายใหม่ๆ ทั้งในเรื่องการเข้าถึงบริการ ความปลอดภัย ของผู้ป่วย และคุณภาพมาตรฐานบริการ ได้แก่ บริการ Telehealth Telepharmacy อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาการวิเคราะห์ระบบยาในโรงพยาบาลเพื่อรองรับระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในประเทศไทย จึงจำเป็นต้องทำการศึกษาเพื่อทบทวนข้อมูลด้านสถานการณ์ ระบบยา กฎหมาย และแนวปฏิบัติในการให้บริการ เภสัชกรรมทางไกล และสำรวจความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลในประเทศไทยจะนำไปใช้กำหนดนโยบาย หรือแนวทางการปฏิบัติจริงภายใต้ระบบยาในโรงพยาบาลของประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพและตามมาตรฐานมากยิ่งขึ้นได้อย่างไร

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ระบบยา กฎหมาย และแนวปฏิบัติในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับระบบเภสัชกรรมทางไกลในประเทศไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้วิเคราะห์ระบบยาในโรงพยาบาลเพื่อรองรับระบบเภสัชกรรมทางไกล โดยมีกรอบการวิเคราะห์การนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ (Analytical Framework for Implementation of Public Policy) (Sabatier & Mazmanian, 1980) ประกอบด้วย การทบทวนปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศที่ส่งผลต่อระบบยา ทั้งนี้การวิเคราะห์ระบบยาจะเน้นที่ขั้นตอนที่ดำเนินการโดยเภสัชกร ได้แก่ การเตรียมยา การจ่ายยา และการติดตามการใช้ยา เพื่อจัดทำเป็นข้อมูลให้กับผู้กำหนดนโยบายในการออกแนวปฏิบัติของระบบเภสัชกรรมทางไกลให้สามารถดำเนินการภายใต้ระบบยาในโรงพยาบาลของประเทศไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อวิเคราะห์ระบบยาในโรงพยาบาลของประเทศไทยสำหรับการรองรับระบบเภสัชกรรมทางไกล

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาเอกสารสถานการณ์ ระบบยา กฎหมาย และแนวปฏิบัติในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล

ทบทวนเอกสารด้วยวิธี Documentary Research โดยสืบค้นจากฐานข้อมูล EBSCO, Google Scholar, ProQuest, ScienceDirect, และ Springer Link รวมทั้งเว็บไซต์หน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่เผยแพร่อยู่จนถึงปัจจุบัน (เดือนตุลาคม 2563) โดยคัดเลือกเอกสารที่เกี่ยวข้องกับระบบเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ทั้งในและต่างประเทศ และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับระบบยาในโรงพยาบาลของประเทศไทย ส่วนเอกสารข้อมูลที่อยู่นอกเหนือบทบาทหน้าที่ของเภสัชกร เช่น บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะถูกคัดออก จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์ประเด็นที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ยกร่างประเด็นข้อคำถามสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับระบบเภสัชกรรมทางไกลในประเทศไทย

การศึกษาในขั้นตอนนี้ ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ 1) การตรวจสอบความเที่ยงตรงระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ หรือ Index of Item Objective Congruence (IOC) 2) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) จำนวน 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 30 - 50 นาที โดยใช้ระบบการสัมภาษณ์ผ่านโปรแกรมหรือแอพพลิเคชั่นที่เห็นภาพและเสียง เช่น Google meet, Webex, Microsoft team, Zoom หรือ ผ่านโทรศัพท์ภาพ หรือ วิดีโอ หรือออนไลน์ ทั้งนี้จะหยุดเก็บข้อมูลเมื่อข้อมูลอิ่มตัว หรือเพียงพอ 3) การถอดความจากบทสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) โดยปกปิดผู้ให้ข้อมูลสำคัญด้วยรหัสที่ไม่สามารถบ่งบอกตัวตนได้

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant)

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียจากนโยบายเภสัชกรรมทางไกล และเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในเรื่องบริการสาธารณสุขทางไกล โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection) มีความยินดีที่จะให้ข้อมูล กรณีเป็นเภสัชกรต้องทำงานในหน่วยบริการต่อผู้ป่วย มีประสบการณ์การทำงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ หรือการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ต่อผู้ป่วย หรือมีการกำหนดนโยบายขององค์กร หรือมีประสบการณ์เคยเป็นหัวหน้าในระดับกลุ่มงานหรือหน่วยงาน กรณีไม่ใช่เภสัชกรต้องเป็นผู้มีความรู้หรือประสบการณ์ในการทำงานในองค์กรของตนมากกว่า 3 ปี

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ 13 ท่าน จาก 11 หน่วยงาน ประกอบด้วย ผู้แทนสภาเภสัชกรรม 1 ท่าน (รหัส: PC01) ผู้แทนเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย 1 ท่าน (รหัส: PAT01) ผู้แทนกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 1 ท่าน (รหัส: DOSHH01) ผู้แทนจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล 1 ท่าน (รหัส: HA01) ผู้แทนกรมการแพทย์ 1 ท่าน (รหัสผู้: DMS01) ผู้แทนองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชน 1 ท่าน (รหัส: ICCP01) ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2 ท่าน (รหัส: NHS01, NHS02) ผู้แทนเภสัชกรโรงพยาบาลประจำแผนกบริการผู้ป่วยนอก 2 ท่าน (รหัส: OPD01, OPD02) ผู้แทนเภสัชกรเครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 1 ท่าน (รหัส: UHOSNET01) ผู้แทนอาจารย์คณะเภสัชศาสตร์ 1 ท่าน (รหัส: EDU01) และ ผู้แทนผู้ประกอบธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ 1 ท่าน (รหัส: IT01)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ชุดคำถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารสถานการณ์ ระบบยา กฎหมาย และแนวปฏิบัติในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลของต่างประเทศและประเทศไทย จำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยมีผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์มหาวิทยาลัย จำนวน 3 ท่าน พบว่าค่า IOC ที่ได้มีค่าระหว่าง 0.4 -1 แต่การศึกษานี้จำเป็นต้องใช้ข้อคำถามทั้ง 10 ข้อ เพื่อให้ครอบคลุมมิติต่าง ๆ ของระบบยาในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่ได้ทดลองใช้ข้อคำถามในการสัมภาษณ์ก่อนนำไปใช้สัมภาษณ์เชิงลึก

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การศึกษานี้ทำการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data triangulation) ประกอบด้วย การทบทวนทฤษฎีนโยบายสาธารณะ การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประเมินประเมินผลการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากข้อมูลที่ได้จากกระบวนการเก็บข้อมูลทั้ง 2 ส่วน และใช้สถิติเชิงพรรณนารายงานจำนวน (ร้อยละ) ของผู้ให้ข้อมูลที่ให้ความเห็นในแต่ละประเด็น

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ ใบรับรองเลขที่ 016/2564 ลงวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2564

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาจากเอกสาร

1.1 บริบททางสังคมและเศรษฐกิจ จากการศึกษาพบว่า การให้บริการเภสัชกรรมทางไกลได้กระทำในพื้นที่ซึ่งขาดแคลนเภสัชกร หรือกระทำในพื้นที่ซึ่งเภสัชอยู่ห่างไกลจากผู้ป่วย (Garrelts, 2010; Lam & Rose, 2009; Ameri, Salmanizadeh & Bahaadinbeigy, 2020) ส่วนบริบทของประเทศไทย ตามประกาศสภาเภสัชกรรม ที่ 56/2563 เรื่อง การกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) เกิดขึ้นเนื่องจากความต้องการลดความแออัดของผู้ป่วยที่ต้องมารับการบริการที่โรงพยาบาลซึ่งหลายโรงพยาบาลใช้วิธีการส่งยาทางไปรษณีย์ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ขาดขั้นตอนที่จะได้รับคำแนะนำปรึกษาด้านยาจากเภสัชกรโดยตรง ทำให้สภาเภสัชกรรมเกิดความกังวลว่าผู้ป่วยหรือประชาชนจะไม่ได้รับความปลอดภัยในการใช้ยาจึงต้องกำหนดมาตรการบางอย่างเพื่อเป็นหลักประกันว่าในขั้นตอนที่ยาไปถึงผู้บริโภคหรือประชาชนนั้นจะมีเภสัชกรให้บริการในขณะนั้นได้ อีกทั้งมีการแพร่ระบาดของโควิด-19 จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่เร่งการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลมาใช้เพื่อเลี่ยงการอยู่ในพื้นที่เดียวกันของผู้ป่วยและเภสัชกรซึ่งให้บริการด้วย

เครื่องมือที่นำมาใช้ในการให้บริการขึ้นกับโครงสร้างพื้นฐานของพื้นที่ให้บริการ หรืออุปกรณ์ที่ผู้ให้บริการหรือผู้รับบริการสามารถจัดหาหรือเข้าถึงได้ในขณะนั้น เช่น โทรศัพท์ หรือระบบที่สามารถสื่อสารได้ทั้งภาพและเสียงในเวลาเดียวกัน ซึ่งทำให้เสมือนว่าเภสัชกรได้ปฏิบัติหน้าที่ต่อหน้าผู้ป่วยมากที่สุด

1.2 บริบทด้านกฎหมาย การออกกฎหมายควบคุมการประกอบวิชาชีพของกลุ่มประเทศสหพันธรัฐขึ้นกับแต่ละรัฐ ซึ่งอาจมีการมาตรฐานหรือแนวปฏิบัติที่แตกต่างกัน เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา เป็นต้น ประเทศเหล่านี้จึงมีคำแนะนำหรือแนวปฏิบัติในการดำเนินการเกี่ยวกับเภสัชกรรมทางไกล โดยองค์กรวิชาชีพเภสัชกรรมในระดับประเทศ ส่วนกลุ่มประเทศที่เป็นรัฐเดี่ยว เช่น ไทย ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ เมื่อมีการออกกฎหมายหรือกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ส่งผลให้สามารถใช้ออกกฎหมายหรือกฎระเบียบได้พร้อมกันทั้งประเทศและเป็นทิศทางเดียวกัน

1.3 รูปแบบการออกกฎหมาย การให้บริการเภสัชกรรมทางไกลของแต่ละประเทศนั้นอาจไม่มีกฎหมายหรือมีการกำหนดในรูปแบบกฎหมายก็ได้ ดังนี้

1.3.1 กลุ่มประเทศที่ไม่มีการออกเป็นกฎหมาย เช่น ออสเตรเลีย เนื่องจากเป็นการดำเนินการของภาครัฐ

1.3.2 กลุ่มประเทศที่มีการออกกฎหมายเกี่ยวกับการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ดำเนินการภายใต้กฎหมายผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น สิงคโปร์ โดยอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข โดยกฎหมายดังกล่าวคือ Health Products Act 2007 ส่วนคำแนะนำหรือแนวทางปฏิบัติองค์กรวิชาชีพเภสัชกรรมเป็นผู้กำหนด ดังที่ปรากฏใน Health Products (licensing of retail pharmacies) Regulations 2015

กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่ดำเนินการภายใต้กฎหมายวิชาชีพ เช่น หลายรัฐในสหรัฐอเมริกา แคนาดา ฟิลิปปินส์ โดยอยู่ภายใต้องค์กรวิชาชีพเภสัชกรรม และคำแนะนำหรือแนวทางปฏิบัติองค์กรวิชาชีพเภสัชกรรมเป็นผู้กำหนดเช่นกัน เช่น สหรัฐอเมริกามี The Model State Pharmacy Act and Model Rules of the National Association of Boards of Pharmacy เป็นแนวทางการออกกฎหมายในแต่ละรัฐ ส่วนแคนาดามี Telepharmacy Guidelines 2018 ของสมาคมเภสัชกรโรงพยาบาลแคนาดา กลุ่มที่ 3 กลุ่มที่ดำเนินการภายใต้กฎหมายสถานประกอบการ เช่น ประเทศไทยมีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลโดยใช้ระบบบริการการแพทย์ทางไกล พ.ศ. 2564 ซึ่งอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ซึ่งกำหนดให้สถานพยาบาลที่ให้บริการการแพทย์ทางไกลปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพของตน ส่วนคำแนะนำหรือแนวทางปฏิบัติสภาเภสัชกรรมเป็นผู้กำหนด

1.4 ขั้นตอนในระบบยาที่นำระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลมาใช้ ระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในต่างประเทศได้นำมาใช้ในการทบทวนคำสั่งใช้ยาของแพทย์ ประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย การเตรียมยา การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาโรค การติดตามและประเมินการรักษา โดยเภสัชกรอาจปฏิบัติงานที่บ้านหรือที่โรงพยาบาล

1.5 มาตรฐานการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล จากการศึกษาพบว่า มาตรฐานการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล สามารถสรุปได้ 4 ด้าน ดังนี้

1.5.1 ด้านสถานที่ สิงคโปร์กำหนดให้ผู้ให้บริการเภสัชกรรมทางไกลจะต้องได้รับใบอนุญาตโดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับใบอนุญาตให้ดำเนินการโดยเภสัชกร ส่วนแคนาดามีการกำหนดให้พื้นที่ปฏิบัติงานต้องรักษาความลับหรือความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยได้

1.5.2 ด้านทักษะ จรรยาบรรณวิชาชีพ แต่ละประเทศจะมีทิศทางเดียวกัน คือ เภสัชกรหรือผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องจะต้องมีความรู้ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีที่จำเป็น มีทักษะในการสื่อสาร ตลอดจนต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบ แนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง เภสัชกรผู้ปฏิบัติงานจะต้องรักษาจรรยาบรรณวิชาชีพ โดยประเด็นที่สำคัญ คือ การรักษาความลับของผู้ป่วย การเคารพความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย การได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก่อนให้บริการ

1.5.3 ด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบเทคโนโลยีต้องมีความพร้อมต่อการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล มักไม่กำหนดรูปแบบหรืออุปกรณ์ ขอเพียงให้สามารถสื่อสารด้วยภาพหรือเสียงได้อย่างชัดเจน มีระบบการยืนยันตัวบุคคล ต้องมีระบบคุ้มครองความปลอดภัยของข้อมูล มีการป้องกันการรั่วไหลของข้อมูล และมีทิศทางให้เป็นไปตามกฎหมายของประเทศที่เกี่ยวข้องกับในเรื่องดังกล่าว

1.5.4 ด้านประกันคุณภาพ จากการศึกษาพบว่า ในต่างประเทศมีมาตรการประกันคุณภาพการให้บริการ มีบันทึกการให้บริการ มีกระบวนการตรวจสอบภายใน ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง บุคคลที่ต้องได้รับการฝึกอบรม มีขั้นตอนที่เป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งระบุรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล แคนาดากำหนดว่าการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลต้องมีมาตรฐานไม่ต่ำกว่าการให้บริการที่โรงพยาบาล ส่วนไทยกำหนดให้ต้องมีการควบคุมคุณภาพในเรื่องการส่งยาด้วย

2. ผลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล

ประเด็นจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลด้วยคำถามทั้งหมด 10 ข้อ แสดงประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ดังตาราง 1

ตาราง 1 ประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล

กรอบแนวคิด	คำถาม	ประเด็น	จำนวนผู้ให้ข้อมูล
ระบบยาในขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการต่อผู้ป่วยโดยตรง	1. ท่านคิดว่าควรนำระบบเภสัชกรรมทางไกลมาใช้สำหรับกิจกรรมหรืองานด้านใดบ้าง	1.1 การส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยากับผู้ป่วย	11
		1.2 การติดตามการใช้ยา	9
		1.3 การเข้าถึงข้อมูลความรู้ด้านยาและการส่งมอบข้อมูลด้านยาแก่ผู้ป่วย	7
		1.4 การให้คำปรึกษาเรื่องยา	7
	2. หน่วยงานของท่านมีนโยบายที่เกี่ยวข้องกับระบบเภสัชกรรมทางไกลอย่างไร	2.1 ขณะนี้มีนโยบายเกี่ยวกับโทรเวชกรรม และกำลังเตรียมการเกี่ยวกับการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล	5
		2.2 มีนโยบายในการเตรียมการเรียนการสอนเรื่องเภสัชกรรมทางไกล	2
		2.3 ยังไม่มีนโยบายเกี่ยวกับการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล	2
		2.4 มีนโยบายและการกำหนดแนวปฏิบัติ	1
- ทรัพยากรของระบบ - ปัญหาและอุปสรรค	3. หากนำระบบเภสัชกรรมทางไกลมาใช้ ท่านหรือหน่วยงานของท่านมีความกังวลในด้านใดหรือไม่ อย่างไร หรือมีความพร้อมเพียงใด	3.1 การยืนยันตัวตนของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ	5
		3.2 เทคโนโลยีสารสนเทศที่ใช้ในการบริการเภสัชกรรมทางไกล	4
แนวปฏิบัติหรือมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง	4. การนำระบบเภสัชกรรมทางไกลมาใช้ควรมีแนวปฏิบัติอย่างไรบ้าง	4.1 ผู้ป่วยควรรับรู้และยินยอมให้มีการส่งต่อข้อมูลของตน	6
		4.2 รักษาความลับของผู้ป่วยตาม พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA)	7
		4.3 มีแพลตฟอร์มในการเชื่อมโยงและส่งต่อข้อมูล	7
		4.4 เคารพความเป็นส่วนตัวและรักษาข้อมูลความลับของผู้ป่วย	5
		4.5 มีระบบยืนยันตัวบุคคลทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ	3
ข้อเสนอรูปแบบบริการเภสัชกรรมทางไกลที่เหมาะสมกับระบบยาในโรงพยาบาล	5. ท่านคิดว่าทักษะการสื่อสารหรือความรู้ที่จำเป็นต่อการให้บริการระบบเภสัชกรรมทางไกลมีอะไรบ้าง	5.1 ทักษะการสื่อสารที่ชัดเจน ตรงประเด็น และเข้าใจง่าย	11
		5.2 ทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	8
		5.3 ทักษะในการประเมินและประมวลผลข้อมูล	3
		5.4 ทักษะในการเตรียมข้อมูล	1

ตาราง 1 (ต่อ)

กรอบแนวคิด	คำถาม	ประเด็น	จำนวนผู้ให้ข้อมูล
	6. ท่านคิดว่าการกำหนดมาตรฐานหรือแนวปฏิบัติด้านระบบเภสัชกรรมทางไกลควรเป็นบทบาทหน้าที่ของใคร เพราะเหตุใด	6.1 สภาเภสัชกรรม กำหนดแนวปฏิบัติของวิชาชีพ	13
		6.2 หน่วยงานภาครัฐอื่น ๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการอาหารและยา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ร่วมกำหนดแนวปฏิบัติกับสหสาขาวิชาชีพ	8
		6.3 โรงพยาบาลแต่ละแห่ง กำหนดมาตรฐานโดยประยุกต์ใช้แนวทางปฏิบัติให้เหมาะสมกับหน่วยงานของตนเอง	4
		6.4 เภสัชกรผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความร่วมมือและความเข้าใจในการปฏิบัติ	4
	7. ท่านคิดว่าระบบเภสัชกรรมทางไกลจะช่วยสนับสนุนขั้นตอนการเตรียมและการจ่ายยาและการติดตามการใช้ยาในโรงพยาบาลหรือไม่อย่างไร	7.1 การจ่ายยาและส่งมอบยา	9
		7.2 การติดตามการใช้ยา	8
		7.3 การให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาด้านยา	6
	8. หากไม่มีระบบเภสัชกรรมทางไกล ท่านคิดว่าจะใช้วิธีใดในการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้บ้าง	8.1 การเยี่ยมบ้าน	5
		8.2 การมีหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้านยา	3
	9. ท่านคิดว่าหากนำระบบเภสัชกรรมทางไกลมาใช้ในโรงพยาบาล จะมีอุปสรรคใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับงานที่ท่านดูแลรับผิดชอบ	9.1 เทคโนโลยีสารสนเทศ	4
		9.2 ไม่มีอุปสรรคต่อหน่วยงานโดยตรง	3
		9.3 ระบบเภสัชกรรมทางไกลยังไม่มีนิยามและการกำหนดกิจกรรมที่ชัดเจน	2
	10. ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไร หากจะนำระบบเภสัชกรรมทางไกลมาใช้จริงในประเทศไทย	10.1 ด้านเทคโนโลยี	5
		10.2 ด้านการประกันคุณภาพ	4
		10.3 ด้านบุคลากร	3
		10.4 ด้านสถานที่	1

2.1 ระบบยาในขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการต่อผู้ป่วยโดยตรง

2.1.1 ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่า ควรใช้กับกิจกรรมที่เภสัชกรจะต้องสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ ขั้นตอนการส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยากับผู้ป่วย รองลงมาเป็นขั้นตอนการติดตามการใช้ยา การเข้าถึงข้อมูลความรู้ด้านยาและการส่งมอบข้อมูลด้านยาแก่ผู้ป่วยและการให้คำปรึกษาเรื่องยา นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังกล่าวถึงบางกิจกรรม ได้แก่ การประสานงานและส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน, การเตรียมยา การจัดยา การควบคุมการจัดส่งยา การค้นหาและป้องกันปัญหาการใช้ยา การคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา และการคัดเลือกยาเข้าโรงพยาบาล

ตัวอย่างถ้อยคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

PC01 กล่าวว่า “ใช้ได้กับทุกส่วนที่เกี่ยวข้องกับคนไข้หรือการบริการที่เกี่ยวกับคนไข้ที่อยู่ห่างไกลกัน การสอนเทคนิคอะไรบางอย่าง การใช้ในการติดตาม หรือการให้คำแนะนำระหว่างเภสัชด้วยกัน หรือเภสัชกับคนไข้ หรือเภสัชกับแพทย์”

PAT01 กล่าวว่า "เรื่องของการให้คำแนะนำ รับความรู้ได้ผ่าน app หรือผ่านการใช้ internet หรือโทรศัพท์ แล้วก็ยาก็ส่งไปที่บ้านได้ สามารถทำได้หมด จนส่งยาถึงบ้านคนไข้ เราก็ต้องมีมุมของการให้บริการที่จะ control อย่างไรให้ถูกต้องตามมาตรฐานที่เขาควรจะได้รับ"

2.1.2 ผู้ให้ข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และกรมการแพทย์ กล่าวว่าขณะนี้หน่วยงานของตนมีนโยบายเกี่ยวกับโทรเวชกรรมและกำลังเตรียมการเกี่ยวกับการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล มีผู้ให้ข้อมูลจากผู้แทนเภสัชกรเครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและผู้แทนอาจารย์คณะเภสัชศาสตร์ กล่าวว่าหน่วยงานมีนโยบายในการเตรียมการเรียนการสอนเรื่องเภสัชกรรมทางไกล มีผู้ให้ข้อมูลจากผู้แทนเภสัชกรเครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย กล่าวว่ามีนโยบายลดความแออัดโดยจัดส่งยาให้แก่ผู้ป่วยผ่านทางไปรษณีย์ มีผู้ให้ข้อมูลจากเภสัชกรรมสมาคมแห่งประเทศไทย กล่าวว่ามีการจัดประชุมหารือกันเพื่อร่วมกันออกนโยบายเกี่ยวกับการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล

ตัวอย่างถ้อยคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

DOSHH01 กล่าวว่า "กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการให้บริการของสถานพยาบาลโดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกล ซึ่งจะสอดคล้องกับเรื่องเภสัชทางไกล"

2.2 ทรัพยากรของระบบ ปัญหาและอุปสรรค

ผู้ให้ข้อมูลจากสภาเภสัชกรรม องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชน ผู้แทนเภสัชกรโรงพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และผู้แทนอาจารย์คณะเภสัชศาสตร์ มีข้อกังวลเกี่ยวกับการยืนยันตัวตนของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ผู้ให้ข้อมูลจากองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชน ผู้แทนเภสัชกรเครือข่ายโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และผู้แทนจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล กังวลเกี่ยวกับความพร้อมของเทคโนโลยีสารสนเทศที่จะนำมาใช้ การบันทึกหลักฐานการให้บริการ ทักษะการใช้เทคโนโลยีระบบคลาวด์กลางทางภาครัฐ (Government Data Center and Cloud service; GDCC) การสนับสนุนฮาร์ดแวร์ และซอฟต์แวร์จากรัฐบาล

ตัวอย่างถ้อยคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

PC01 กล่าวว่า “เรื่องข้อมูลเป็นเรื่องที่สำคัญ ข้อมูลที่จะส่งต่อกันควรเป็นชุดเดียวกันหรืออย่างน้อยต้องคุยกันรู้เรื่อง ต้องพัฒนา minimum data set ซึ่งคือ data architecture development กังวลเรื่องความลับของข้อมูล ดังนั้น จึงต้องออกข้อกำหนดว่า ข้อมูลต้องมีอะไรบ้างที่จะทำให้การบริบาลทางเภสัชกรรมยังเป็นไปตามมาตรฐานอยู่ ก็จะช่วย protect เภสัชกรด้วยว่าได้มีการให้บริการที่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ”

DOSHH01 กล่าวว่า "กรณีผู้ป่วยที่ Tele มีญาติมารับยาแทนก็ต้องพิสูจน์ยืนยันตัวตนให้ชัดเจน เพราะว่าบางทีมีการรับยาแทนกันแล้วเอายาไปใช้ในทางที่ผิด"

EDU01 กล่าวว่า "จะส่งของไปเนี่ย ไปถึงมือผู้รับโดยตรงหรือเปล่า หรือ Stability ระหว่างการ Distribution ไปถึงระดับไหน อันนั้นก็คือน่าจะเป็นข้อจำกัดในการที่จะดำเนินการ 2 จุดนี้"

2.3 แนวปฏิบัติหรือมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าหากนำระบบเภสัชกรรมทางไกลมาใช้ ผู้ป่วยควรรับรู้และยินยอมให้มีการส่งต่อข้อมูลของตน โดยต้องมีหนังสือขอความยินยอมในการเข้ารับบริการเภสัชกรรมทางไกล ควรรักษาความลับของผู้ป่วยตาม พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) และกำหนดแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังเห็นว่าควรตรวจสอบและทวนกลับข้อมูลได้ ระบบมีความชัดเจนสะดวกต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ มีแนวปฏิบัติตามประกาศของสภาเภสัชกรรม มีมาตรฐานในการส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วย มีการบันทึกข้อมูลการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล และสหวิชาชีพควรกำหนดเกณฑ์กลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับบริการเภสัชกรรมทางไกล

ตัวอย่างถ้อยคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

NHS02 กล่าวว่า "การนำมาใช้ต้องคำนึงถึงอะไรบ้าง หนึ่ง ขออนุญาตจากผู้ป่วยผ่าน Consent Form ในอนาคตถ้าสามารถทำเป็น Electronic Consent Form ได้ ก็ยิ่งดี"

PAT01 กล่าวว่า "เริ่มตั้งแต่เราจะให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ต้องมี Platform ต้องมีความเข้มข้นในเรื่องของ Database การรักษาความลับ การดูแลข้อมูล ข้อมูลที่มันมี พ.ร.บ. PDPA การรักษาข้อมูล การเข้าถึงข้อมูล การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ หรือว่าการนำส่งต่อข้อมูลให้กับหน่วยงานราชการหรือคนไข้เองขอมา"

2.4 ข้อเสนอรูปแบบบริการเภสัชกรรมทางไกลที่เหมาะสมกับระบบยาในโรงพยาบาล

2.4.1 ผู้ให้ข้อมูลเกือบทั้งหมด เห็นว่าทักษะการสื่อสารที่ชัดเจน ตรงประเด็น และเข้าใจง่ายมีความสำคัญมากที่สุด นอกจากนี้ส่วนใหญ่เห็นว่าทักษะการใช้เทคโนโลยีต้องศึกษาเพิ่มเติมมากขึ้น ส่วนทักษะอื่น ๆ ที่เป็นสิ่งที่เภสัชกรพึงปฏิบัติอยู่ก่อนแล้ว ผู้ให้ข้อมูลบางท่านจึงอาจไม่ได้กล่าวถึงมากนัก

ตัวอย่างถ้อยคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

PC01 กล่าวว่า “เภสัชกรควรมีความพร้อม มีทักษะการเตรียมข้อมูล รู้ข้อมูลที่จะต้องเก็บจากคนไข้และจะส่งต่อกันด้วยรหัสอะไร”

NHS01 กล่าวว่า "นอกจากจะมีความรู้ในเรื่องที่จะคุยกับคนไข้ เขาก็ต้องมีทักษะในการสื่อสารที่จะสามารถสื่อสารได้ชัดเจน เข้าเป้าได้ให้เร็ว เพราะว่าคนไข้เขาอาจจะไม่สะดวกได้นั่งคุยกับเราแบบนี้ ได้นานมาก"

HA01 กล่าวว่า "ทักษะที่จะต้องเพิ่มก็คือ ทักษะในเรื่องของการใช้เทคโนโลยี หรือว่าทักษะ IT"

2.4.2 ผู้ให้ข้อมูลทุกท่านเห็นว่าสภาเภสัชกรรมควรเป็นผู้กำหนดแนวปฏิบัติของวิชาชีพในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ในขณะที่ส่วนใหญ่เห็นว่าควรเป็นบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐอื่น ๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ร่วมกำหนดแนวปฏิบัติกับสหสาขาวิชาชีพ และอีกส่วนหนึ่งเห็นว่าควรเป็นบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลแต่ละแห่งเป็นผู้กำหนดมาตรฐานให้เหมาะสมกับหน่วยงานของตนเอง และควรเป็นบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความร่วมมือและความเข้าใจในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล นอกจากนี้ยังมีข้อคิดเห็นอื่น ๆ ว่าสถาบันการศึกษาควรมีส่วนร่วมกำหนดมาตรฐานหรือแนวปฏิบัติด้านระบบเภสัชกรรมทางไกล มีหลักสูตรการเรียนการสอนเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานจริงในอนาคต นอกจากนี้ยังมีความเห็นว่าควรเป็นบทบาทหน้าที่ของระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ ในการกำหนดหลักฐานในการยืนยันการให้บริการ

ตัวอย่างถ้อยคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

EDU01 กล่าวว่า "ต้องเป็นหน้าที่ของทางวิชาชีพ เพราะสภาเป็นตัวแทนของพวกเราทุกคน สภามีบทบาทตรงนี้ร่วมกับหน่วยงานทางภาครัฐบาล ต้องเอาเจ้าภาพของวิชาชีพร่วมกับทางด้านสังคมหรือประเทศชาติเพื่อทำให้เกิดข้อตกลงหรือว่าแนวทางที่มันมีประโยชน์กับทุกฝ่าย"

2.4.3 ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่า ช่วยทำให้เภสัชกรปฏิบัติงานได้ง่ายและมีความเป็นระบบมากขึ้น เพิ่มความสะดวกแก่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินทางมายังโรงพยาบาล และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลการใช้ยาอย่างถูกต้องและทั่วถึง ส่วนขั้นตอนการติดตามการใช้ยา นอกจากนี้ส่วนหนึ่งเห็นว่าช่วยในขั้นตอนการให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาด้านยา อย่างไรก็ตามมีส่วนน้อยเห็นว่าระบบเภสัชกรรมทางไกลไม่มีความชัดเจนว่าสามารถเตรียมยาผ่านทางระบบเภสัชกรรมทางไกลได้หรือไม่

ตัวอย่างถ้อยคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

IT01 กล่าวว่า "มีการ monitor การใช้ยาเพื่อปรับยาได้เลย อย่างเช่นบางทีบอกว่ากินยาลดไขมันตัวนี้เกิด Rhabdomyolysis อาการปวดกล้ามเนื้อเปลี่ยนยาเลยจากผลการเจาะเลือดอย่างเนี่ยทำได้เลย แล้วก็สุดท้ายติดตามการใช้ยาได้"

2.4.4 ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นหลากหลาย ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน การมีหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้านยา และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างไรก็ตามส่วนน้อยเห็นว่า หากไม่มีการนำระบบเภสัชกรรมทางไกลมาใช้ บทบาทของเภสัชกรจะค่อย ๆ หายไปจากระบบจากการมีระบบโทรเวชกรรมในปัจจุบัน รวมถึงควรมีการพัฒนาเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ตัวอย่างถ้อยคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

HA01 กล่าวว่า "Family Pharmacist ที่จะมีการติดตามการใช้ยา ดูปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้าน แต่ยังมีข้อจำกัดเรื่องของอัตรากำลังตรงส่วนนี้อยู่"

2.4.5 ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นหลากหลาย ได้แก่ ปัญหาสัญญาณอินเตอร์เน็ต ต้นทุนการให้บริการเพิ่มขึ้น เภสัชกรไม่ได้พบกับผู้ป่วยโดยตรงอาจมีข้อผิดพลาดทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ส่งผลให้การรักษาไม่มีประสิทธิภาพหรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์ตามมา ผู้ป่วยอาจกังวลเรื่องความผิดพลาดของยาที่ได้รับ หากมีการให้บริการที่ไม่ตรงตามมาตรฐาน มีการสื่อสารที่ไม่ชัดเจน ผู้ป่วยเกิดความไม่เข้าใจ ส่งผลให้เกิดข้อร้องเรียนได้ รวมถึงอุปสรรคเรื่องกำลังคนในการทำงาน อุปสรรคในการส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วย

ตัวอย่างถ้อยคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

PC01 กล่าวว่า “สภาเภสัชกรรมทำได้เพียงให้คำแนะนำว่าการบริบาลทางเภสัชกรรมควรต้องมีมาตรฐานอะไรบ้าง สิ่งที่จะทำต่อไปคือลงรายละเอียด ซึ่งต้องไปผ่านประชาพิจารณ์อีกเยอะ เพื่อให้ทุกคนยอมรับและเข้าใจตรงกันจึงจะเกิดความร่วมมือ”

OPD01 กล่าวว่า "ปัญหาทางด้านที่ต้องพึ่งคนอื่นคือเทคโนโลยี เภสัชเองไม่ได้เก่งคอมพิวเตอร์ที่จะไปกงการต่าง ๆ ได้ ถ้าเทคโนโลยีมันเสริมได้ก็จบ"

HA01 กล่าวว่า "อุปสรรคที่จะเจอก็ปัญหาเรื่อง Internet บางอย่างเราไม่รู้ ทุกอย่างมันสามารถเป็นไปได้หมด แต่เรามาวิเคราะห์ว่าความเสี่ยงที่มันอาจจะเกิดขึ้นดีกว่า ถ้าเราพูดคุยกับคนไข้โดยที่เราไม่เจอตัวคนไข้ความเสี่ยงคือเราอาจจะได้ข้อมูลไม่ครบ"

2.4.6 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากผู้ให้ข้อมูลสามารถแบ่งออกเป็น 4 ด้าน

2.4.6.1 ด้านเทคโนโลยี ควรจัดเก็บข้อมูลของผู้รับบริการโดยแบ่งตามกลุ่มเป้าหมาย และ ควรมีหน่วยงานกลางมาช่วยในการผลิต Software ที่สามารถเชื่อมโยงกับระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (HIS)

2.4.6.2 ด้านบุคลากร ควรระบุขอบเขตการทำงานของผู้ให้บริการ เพื่อสนับสนุนผู้ปฏิบัติงาน สภาเภสัชกรรมควรประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมมือกันบริหารระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล และไม่ควรจำกัดการทำงานของเภสัชกรอยู่เฉพาะหน่วยงานของตน ควรมีการใช้ทรัพยากรบุคคลอย่างเหมาะสม

2.4.6.3 ด้านสถานที่ ควรมีการสร้างสิ่งแวดล้อมที่พร้อมต่อการปฏิบัติงาน

2.4.6.4 ด้านประกันคุณภาพ ควรมีการเก็บข้อมูลความพึงพอใจจากการใช้บริการเภสัชกรรมทางไกลของผู้รับบริการ ควรมีการกำหนดกิจกรรมที่ชัดเจน ควรมีมาตรฐานในการส่งมอบยาที่เอื้อต่อการให้บริการ และไม่ควรมีการส่งมอบยาให้ผู้ป่วยทางไปรษณีย์ ควรให้ผู้ป่วยเดินทางไปรับยาที่ร้านยาใกล้บ้านที่มีเภสัชกรประจำการอยู่แทน

ตัวอย่างถ้อยคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล

PC01 กล่าวว่า “ควรจะต้องผลักดันผ่านสำนักงานสุขภาพดิจิทัล ภายใต้สำนักนายกรัฐมนตรี เพื่อให้มีมาตรฐานข้อมูล มีเจ้าภาพที่ชัดเจน และข้อมูลต้องเป็นชุดเดียวกัน”

NHS02 กล่าวว่า "กำหนดกิจกรรมการให้บริการ Telepharmacy ให้ชัดว่าโรงพยาบาลกับร้านยาที่เข้าร่วมจะทำอะไรกับผู้ป่วยบ้าง เช่น การประเมิน Drug-Related Problem การ Counseling การส่งยาให้กับผู้ป่วยสามารถมารับยาที่โรงพยาบาลหรือร้านยาได้โดยผนวกกับองค์การไปรษณีย์ แล้วก็ติดตามประเมินผล"

อภิปรายผล

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่าการนำระบบเภสัชกรรมทางไกลมาใช้ในขั้นตอนการส่งมอบยาและให้คำแนะนำการใช้ยากับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของ Lam & Rose (2009) และการศึกษา Ameri, Salmanizadeh & Bahaadinbeigy (2020)

ด้านอุปสรรคและข้อกังวลนั้น ส่วนใหญ่กังวลว่าหากไม่มีระบบยืนยันตัวตนที่มีมาตรฐาน อาจทำให้เกิดการรั่วไหลของข้อมูลและความผิดพลาดในการส่งมอบยา เช่น ส่งมอบยาผิดคน รับยาไม่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดอันตรายจากการใช้ยาหรือเกิดการใช้ยาในทางที่ผิด ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลของประเทศสิงคโปร์ ปี ค.ศ. 2009 ในหัวข้อเรื่องข้อจำกัดและข้อควรระวังเกี่ยวกับการจ่ายยาที่มีแนวโน้มในการนำไปใช้ในทางที่ผิด การสื่อสารผ่านทางวิดีโอโดยไม่ได้พบกับผู้ป่วย อาจเกิดความผิดพลาดและเกิดความเข้าใจที่ไม่ตรงกันระหว่างเภสัชกรและผู้ป่วย ผู้ให้บริการต้องมีทักษะการสื่อสารที่ชัดเจน เข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้รับบริการมีความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมทั้งมีการทวนสอบความเข้าใจของผู้รับบริการร่วมด้วยเสมอ มีแพลตฟอร์มในการให้บริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน และมีระบบรักษาความปลอดภัยของข้อมูล ควรมีสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่มีความเสถียรและรวดเร็วเพียงพอ การจัดส่งยาจำเป็นต้องมีการควบคุมคุณภาพระหว่างการขนส่ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และปลอดภัย

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลจากการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการกำหนดนโยบายเภสัชกรรมทางไกลในระบบยาโรงพยาบาลของประเทศไทย เพื่อให้เกิดการบริการเภสัชกรรมทางไกลที่มีประสิทธิภาพและเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างมีคุณภาพและทั่วถึง

1. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการนำระบบเภสัชกรรมทางไกลมาใช้กับระบบยาในโรงพยาบาลของประเทศไทย

1.1 สภาเภสัชกรรมควรกำหนดมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติ โดยหารือร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการปฏิบัติงาน และสอดรับกับแนวทางในการให้บริการทางไกลของวิชาชีพอื่นด้วยเพื่อให้มีแนวทางที่สามารถปฏิบัติได้จริง และเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

1.2 กระทรวงสาธารณสุขควรมีการพัฒนาความสามารถในการใช้เทคโนโลยีของผู้รับบริการ เช่น การจัดทำสื่อการสอนและมอบหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ

2. ข้อเสนอเชิงปฏิบัติ

2.1 ด้านเทคโนโลยี สถานพยาบาลควรมีนโยบายหรือแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง โดยมีระบบสารสนเทศที่เหมาะสมกับการให้บริการ มีระบบการยืนยันตัวบุคคล การจัดเก็บข้อมูลและบันทึกหลักฐานการให้บริการผู้ป่วย รวมทั้งระบบการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล มีระบบแสดงความยินยอมในการให้ข้อมูลและการส่งต่อข้อมูล มีการฝึกอบรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศแก่บุคลากร ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล มีการเชื่อมต่อข้อมูลสารสนเทศระหว่างสถานพยาบาลด้วยกัน หรือสถานพยาบาลกับร้านยา

2.2 ด้านบุคลากร ควรกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ขอบเขตการทำงานหรือให้บริการ แนวปฏิบัติในการให้บริการของบุคลากรทั้งเภสัชกร ผู้ช่วยเภสัชกร และผู้ที่ดูแลระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ทักษะและความรู้ที่จำเป็นในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล

2.3 ด้านสถานที่ ต้องเหมาะสม เพื่อลดอุปสรรคการสื่อสาร เพื่อรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย

2.4 ด้านการประกันคุณภาพ

2.4.1 การลงแผน (Plan) สภาเภสัชกรรมควรมีการวางแผนและประสานงานร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสถานพยาบาลที่เป็นผู้ให้บริการ เพื่อร่วมมือกันในการบริหารระบบการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล การวางแผนการใช้ทรัพยากรบุคคล รวมถึงทรัพยากรอื่น ๆ เช่น เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการให้บริการให้เกิดความคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพสูงสุด

2.4.2 การลงมือปฏิบัติ (Do) ควรมีการประกันคุณภาพบุคลากร เทคโนโลยีสารสนเทศ และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล กำหนดกิจกรรมและข้อจำกัดสำหรับให้บริการเภสัชกรรมทางไกล มีแนวปฏิบัติในการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน การแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา แนวปฏิบัติในการส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วย โดยสอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาล มีการฝึกฝนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศให้แก่ผู้รับบริการหรือผู้ดูแลเพื่อให้สามารถรับบริการเภสัชกรรมทางไกลได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีแผนสำรองในกรณีที่ระบบบริการเภสัชกรรมทางไกลขัดข้องหรือไม่สามารถใช้งานได้

2.4.3 การตรวจสอบ (Check) ควรมีการประเมินผลการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลจากผู้รับบริการ รวมถึงมีระบบการตรวจสอบภายใน เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่พบจากการให้บริการ

2.4.4 การปรับปรุง (Action) ควรปรับปรุงและพัฒนาการให้บริการให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาระบบยาในโรงพยาบาลทุกขั้นตอน ได้แก่ การคัดเลือกและจัดหายา การเก็บรักษายา การสั่งใช้ยา การเตรียมและการจ่ายยา การให้ยา และการติดตามการใช้ยา เพื่อนำมาวิเคราะห์สำหรับการรองรับบริการเภสัชกรรมทางไกลในอนาคตได้อย่างครอบคลุม และวิเคราะห์ขั้นตอนที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ และนำเสนอเป็นหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์ เพื่อลดความเสี่ยงของประชาชนที่เกิดจากการรับบริการเภสัชกรรมทางไกล

2. ควรศึกษาในมุมมองของร้านยาร่วมด้วย เพื่อให้เห็นถึงภาพรวมของการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลแบบครบวงจร

3. ควรเพิ่มความหลากหลายของหน่วยงานที่ทำการสัมภาษณ์ เพื่อให้เห็นถึงมุมมองและข้อคิดเห็นเกี่ยวกับระบบเภสัชกรรมทางไกลที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละภาคส่วน

4. ควรทำการวิจัยพัฒนารูปแบบบริการ Telepharmacy ที่เหมาะสมบริบทของแต่ละพื้นที่และปฏิบัติได้จริง โดยสอบถามจากเภสัชกรซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานที่ไม่ได้เป็นผู้บริหารให้มากขึ้น

References

Ameri, A., Salmanizadeh, F., & Bahaadinbeigy, K. (2020). Tele-Pharmacy: A New Opportunity for Consultation During the COVID-19 Pandemic. *Health Policy Technol*, *9*(3), 281-282.

Booranarek, S., Thummaraksa, P., Kaewchuntra, K., & Khamwong M. (2017). Health Status and Health Service Accessibility: Samsen Community. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, 33*(2), 54-63. (in Thai)

Chumchit, C., & Amrumpai, Y. (2009). Medication Management System for Medication Safety in Hospital: An Analysis on Problems and Opportunity for Improvement. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal, 4*(1), 127-135. (in Thai)

Garrelts, C. J., Gagnon, M., Eisenberg, C., Moerer, J., & Carrithers, J. (2010). Impact of Telepharmacy in a Multihospital Health System. *American Journal of Health-System Pharmacy*: *AJHP: Official Journal of the American Society of Health-System Pharmacists, 67*(17), 1456-62.

Khongmalai, O., & Jaiwong, W. (2017). Adoption of Telemedicine in Public Health in Rural Areas Case Study: Somdej Phra Yupparat Chiang Khong Hospital. *KMUTT Research and Development Journal, 40*(4), 641-650. (in Thai)

Kulrattanamaneeporn, S., Wongboonsin, K., & Kost, G. J. (2010). Telemedicine: The Innovation in Health Care. *Srinakharinwirot Research and Development (Journal of Humanities and Social Sciences, 2*(1), 42-51. (in Thai)

Lam A. Y., & Rose D. (2009). Telepharmacy Services in an Urban Community Health Clinic System. *Journal of the American Pharmacists Association, 49*(5), 652-659.

National Health Security Office. (2020). *Management of the Universal Health Coverage Fund for the Fiscal Year 2021*. National Health Security Office. Nonthaburi. 15-16. (in Thai)

Tiamkao, S. (2020). *Medical Preparing for New Wave of COVID-19*. Available from https://www.hfocus.org/content/2020/07/1979 [July 25, 2020]. (in Thai)

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

องค์ประกอบทางพฤกษเคมีเบื้องต้น และฤทธิ์ต้านเชื้อรา Candida spp. ของสารสกัดใบหูกวางสีแดง

Red Leaves Terminalia Catappa Linn. Extract: Phytochemical Constituents and Anti-Candida spp. Activity

ณัฏฐา เชิดชูธีรกุล[1*], เธียร ธีระวรวงศ์[2] และ ปิลันธนา เลิศสถิตธนกร[3]

Natta Choedchutirakul[1*], Thien Thiraworawong[2] and Pilanthana Lertsatitthanakorn[3]

นักศึกษาปริญญาโทหลักสูตรการแพทย์แผนไทยมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมไทย คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา[1*], สาขาวิชาชีววิทยา คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา[2], สาขาวิชาผลิตภัณฑ์สมุนไพร กัญชงและกัญชา คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา[3]

Master's degree student in Thai Traditional Pharmacy Thai Tradition Pharmacy, Faculty of Science and Technology, Bansomdejchapraya Rajabhat University[1*], Biology Program, Faculty of Science and Technology, Bansomdejchapraya Rajabhat University[2], Herb, Hemp and Cannabis Products Program, Faculty of Science and Technology, Bansomdejchapraya Rajabhat University[3]

(Received: *May 15, 2020*; Revised: *August 31, 2021*; Accepted: *October 20, 2021*)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาองค์ประกอบทางพฤกษเคมีเบื้องต้นของสารสกัดใบหูกวางสีแดงด้วยวิธีการสังเกตการเกิดสีและการตกตะกอน และเทคนิค Thin Layer Chromatography (TLC) และ 2) ศึกษาฤทธิ์ต้านเชื้อรากลุ่มแคนดิดา ด้วยวิธี Agar Disc Diffusion และวิธี Broth Microdilution โดยนำใบหูกวางสีแดงมาสกัดโดยการหมักด้วย 95% Ethanol และใช้เชื้อรา C. Albican ATCC 90028, C. Glabrata TISTR 5006, C. Kefyr TISTR 5270, C. Krusei TISTR 5256 และ C. Tropicalis TISTR 5045 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ยของค่า Rf และบริเวณยับยั้ง ทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม 2561 ถึง สิงหาคม 2562 ผลการวิจัยพบว่า

1. ใบหูกวาง พบองค์ประกอบทางพฤกษเคมีเบื้องต้น 7 ชนิด ได้แก่ แอนทราควิโนนไกลโคไซด์ เทอร์พีนอยด์ ฟลาโวนอยด์ ซาโปนิน และแทนนิน เมื่อทดสอบด้วยเทคนิค TLC พบสาร Gallic Acid และ Quercetin

2. ผลการทดสอบฤทธิ์ต้านเชื้อรา Candida Spp. ด้วยวิธี Agar Disc Diffusion พบว่า สารสกัดใบหูกวางสีแดงมีฤทธิ์ต้านเชื้อรา C. Glabrata ได้ดีที่สุด รองลงมาคือ C. Kefry และ C. Krusei โดยมีคาเฉลี่ย Inhibition Zone เท่ากับ 1.36, 1.10 และ 1.03 mm (*SD*=0.11, 0.05, 0.30 mm) ตามลำดับ เมื่อทดสอบด้วยวิธี Broth Microdilution มีค่า MIC เท่ากับ 7.81, 31.25 และ 62.50 ตามลำดับ และมีค่า MFC เท่ากับ 125, 125 และ >125 mg/ml ตามลำดับ

ดังนั้น ใบหูกวางสีแดงจึงสามารถนำไปพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ต้านเชื้อราแคนดิดา สามารถเพิ่มทางเลือกในการรักษาให้กับผู้ป่วยได้

คำสำคัญ: ใบหูกวางสีแดง, องค์ประกอบทางพฤกษเคมี, ฤทธิ์ต้านเชื้อราแคนดิดา

[*]ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: may.wrint@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 090-9366615)

Abstract

This experimental study aimed to examine red leaves terminalia catappa linn.(Indian almond leaves) extract, in order to describe 1) color change reaction, precipitation, and Thin Layer Chromatography (TLC), as well as 2) the antifungal actions using the Agar disc diffusion method and Broth Microdilution, as well as maceration of dried leaves with 95% ethanolic liquid. The Candida species consisted of C. albican ATCC 90028, C. glabrata TISTR 5006, C. kefyr TISTR 5270, C. krusei TISTR 5256, and C. tropicalis TISTR 5045. Data were collected from December 2018 to August 2019, and were analyzed using mean, standard deviation of Rf, and inhibition zone. Results were as follows.

1. Terminalia Catappa Linn. red leaves were found to have 7 phytochemical components, namely: anthraquinones, terpenoids, flavonoids, saponins, tannins, as well as gallic acid and quercetin, revealed in the extract of Thin Layer Chromatography (TLC).

2. Antifungal activity study of extract showed that the mean inhibition zone were 1.36, 1.10, and 1.03 mm (*SD*=0.11, 0.05, 0.30 mm against C. glabrata, C. Kefry and C.Krusei, respectively). The minimum inhibitory concentration (MIC) were 7.81, 31.25 and 62.50 mg/ml, respectively, while the Minimum fungicidal concentration (MFC) were 125, 125 and >125 mg/ml against C. glabrata , C. Kefry and C. Krusei, respectively.

Per findings, the crude extract of Terminalia Catappa Linn. red leaves could be developed as an alternative anti-candidiasis product.

Keywords: Terminalia Catappa Linn, Red Leaves, Phytochemical, Inhibit Fungi

บทนำ

เชื้อราแคนดิดา (Candida) เป็นเชื้อราที่เกิดจากยีสต์ อาศัยอยู่ในร่างกาย พบได้บริเวณผิวหนัง ช่องปาก ลำคอ ในลำไส้ และช่องคลอด เป็นเชื้อก่อโรคฉวยโอกาส ก่อให้เกิดโรค Candidiasis มักพบการติดเชื้อในผู้ที่มีภาวะร่างกายอ่อนเพลียหรือมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง การได้รับยาปฏิชีวนะเป็นเวลานาน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการฟอกเลือด ซึ่งสามารถติดเชื้อได้ทางเยื่อเมือก สารคัดหลั่ง จนกระทั่งติดเชื้อในกระแสเลือดไปยังอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย เชื้อราแคนดิดาที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในคนมากที่สุดคือ C. Albican นอกจากนี้ยังสามารถพบ C. Glabrata, C. Tropicalis, C. Parapsilosis และ C. Krusei ที่พบร่วมกับการติดเชื้อมากกว่า 90% (Spampinato, & Leonardi, 2013)

โรค Candidiasis เป็นสาเหตุการติดเชื้อในโรงพยาบาล 8% -10% และมีอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อ Candidiasis สูงตั้งแต่ 15% - 35% ขึ้นอยู่กับเชื้อแคนดิดา (Nicolas, 2013) เชื้อราชนิดที่พบว่าเป็นสาเหตุก่อโรค Candidiasis มากที่สุดได้แก่ C.Albicans (65.3%) รองลงมาคือ Candida Glabrata (11.3%) C.Tropicalis (7.2%), C.Parapsilosis (6.0%) และ C.Krusei (2.4%) (Pfaller, Moet, Messe, Jones, & Castanheira, 2010) โรค Candidiasis ที่ก่อปัญหาสำคัญ ได้แก่ โรคติดเชื้อแคนดิดาในปาก (Candidiasis of Oral Cavity) พบได้บ่อยในผู้ป่วยทารกแรกเกิดผู้สูงอายุและผู้ที่มีระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ ผู้ที่ใช้ยากลุ่มคอร์ติโคสเตอรอยด์หรือยาฆ่าเชื้อติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน โดยทั่วไปแล้วผู้ที่ติดเชื้อราในช่องปากจะพบว่ามีรอยโรคลักษณะสีขาวเป็นหย่อม ๆ บนลิ้น กระพุ้งแก้มด้านในเหงือก ต่อมทอนซิลหรือลำคอ มีอาการเจ็บและอาจมีเลือดออกเล็กน้อยเมื่อถูกขูด หากแพร่กระจายไปยังหลอดอาหารจะทำให้เกิดอาการปวด หรือกลืนลำบากร่วมด้วย (Yuenyaow, & Wansutha, 2018)

การรักษาโรคติดเชื้อแคนดิดาในปากที่นิยมคือการใช้ยาต้านเชื้อรา เช่น ยา Fluconazole Itraconazole และ Echinocandin เนื่องจากมีการดูดซึมทางปาก และมีความปลอดภัยในระดับที่น่าพอใจ (Meis, & Verweij,

2001) แต่ปัญหาที่พบจากการใช้ยาเหล่านี้คือมีรายงานการลดความไวของยา Fluconazole ต่อการต้านเชื้อ C.Glabrata, C.Krusei และ C.Lusitaniae (Vazquez, Peng, Sobel, Steele-Moore, Schuman, Holloway, et al., 2001) ซึ่งเชื้อราเหล่านี้ส่วนใหญ่ดื้อต่อยาหลายขนาน โดยเฉพาะ amphotericin B ซึ่งเป็นยาหลักที่ใช้รักษาโรคติดเชื้อ Candida spp. ที่พบไม่บ่อย และ Echinocandins ทำให้การรักษายุ่งยาก และผู้ป่วยเสียชีวิตในอัตราสูง (Tantimavanich, Kitphiboonpun, & Prachayasittikul, 2018) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการดื้อยา Echinocandin ของเชื้อแคนดิดาที่เพิ่มสูงขึ้นในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ C.Albicans, C.Glabrata, C.Tropicalis และ C.Krusei (Alexander, 2013) ในประเทศไทยมีการนำสมุนไพรมารักษาบำบัดแผลในช่องปากในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งสมุนไพรที่นำมาใช้ส่วนใหญ่จะพบสารแทนนินซึ่งมีฤทธิ์ยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อจุลชีพและทางการแพทย์แผนไทยนั้น รสฝาดสมานของสมุนไพรที่มีสารแทนนินจะมีฤทธิ์ช่วยให้แผลหายเร็ว (Udomkhamsuk, & Sanmanowong, 2007) เช่น เปลือกมังคุด เปลือกทับทิม ชาเขียวญี่ปุ่น ใบหูกวาง เป็นต้น (Tummarongkongkongsatit, & Rojtinnakorn, 2007)

หูกวาง (Terminalia catappa L.) เป็นหนึ่งในพืชที่มีรสฝาด พบได้ทั่วไปในประเทศไทยอยู่ในสกุล Combretaceae เป็นไม้ยืนต้น ผลัดใบ สูง 10-35 เมตร นอกจากนี้ภูมิปัญญาชาวบ้านตั้งแต่ครั้งอดีต จนถึงปัจจุบันที่มีการนำเอาใบหูกวางแห้งแช่ในขวดหมักปลากัด ซึ่งเชื่อว่าจะช่วยป้องกันโรคให้ปลามีสุขภาพแข็งแรง (Pimonrad, Whangchai, Suwanphakdee, & Sriyasak, 2017) จึงได้มีการนำใบหูกวางมาศึกษาเพื่อรักษาโรคในปลากัดและปลาหางนกยูง พบว่า น้ำสกัดใบหูกวางสามารถยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย Aerompnas, Streptococcus และโปรโตซัวชนิด Tetrahymena ที่ระดับความเข้มข้น 1,000, 4,000 และ 2,000 ppm ตามลำดับ (Polpornpisit, Tungtrongpairoj, Chansue, Koeypudcha, Paphawasit, & Makato, 2006) การศึกษาประสิทธิภาพสารสกัดจากใบหูกวาง ในการควบคุมเชื้อแบคทีเรีย Aeromonas hydrophila พบว่า ค่าต่ำสุดที่สามารถยับยั้งการเจริญเติบโคของแบคทีเรีย (MIC) และค่าต่ำสุดที่สามารถฆ่าแบคทีเรีย (MBC) มีค่าเท่ากับ 128 และ 1,000 ppm ตามลำดับ (Yamim, Chlard, & Penprapai, 2001) การศึกษาฤทธิ์ต้านแบคทีเรียของสารสกัดหูกวาง พบว่า มีฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อแบคทีเรียก่อโรคท้องร่วง (Escherichia Coli และ Staphylococcus Aureus) กลุ่มแบคทีเรียที่ทำให้เกิดสิว (Cutibacterium Acnes และ S. Epidermidis) และแบคทีเรียที่ทำให้เกิดกลิ่นอับชื้น (G1A, G1B, G1F, G6E, G6N, G6S, G4D, G10L, และ G2J) ได้ทั้ง 3 กลุ่ม โดยพบว่าสารสกัดในชั้นน้ำมีฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย *P. acnes* ได้ดีที่สุด รองลงมาคือเชื้อ E. Coli, S. Aureus และเชื้อ S. Epidermidis ตามลำดับ (Namwong, 2018) จะเห็นได้ว่ามีการศึกษาถึงคุณสมบัติในการต้านเชื้อแบคทีเรียของสารสกัดใบหูกวางไว้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ ยังไม่พบรายงานการวิจัยเรื่องฤทธิ์ต้านเชื้อราชนิดต่าง ๆ ของสารสกัดใบหูกวาง

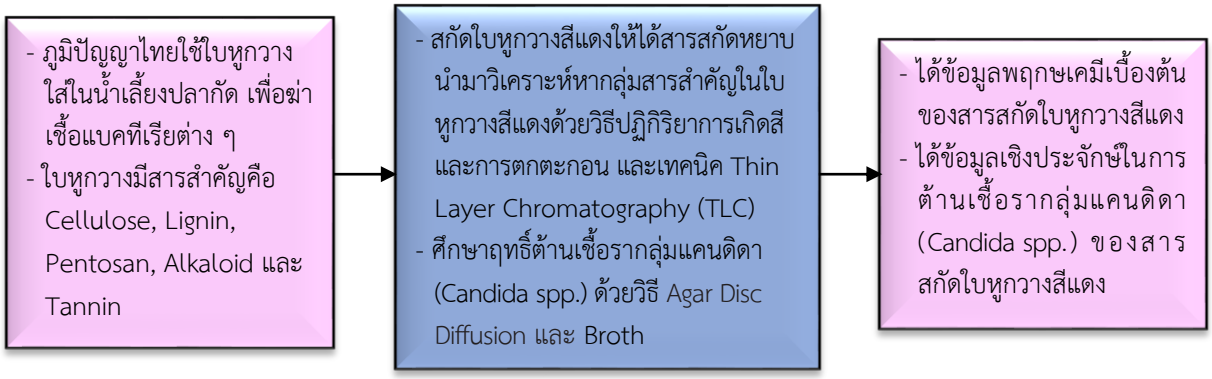
จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ประกอบกับการทบทวนวรรณกรรม ทำให้ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นที่ศึกษาวิจัยเรื่อง การทดสอบองค์ประกอบทางพฤกษเคมีเบื้องต้น และฤทธิ์ต้านเชื้อรา Candida spp. ของสารสกัดใบหูกวางสีแดงเพื่อศึกษาสารพฤกษเคมีเบื้องต้น และฤทธิ์การต้านเชื้อรากลุ่มแคนดิดาของสารสกัดหยาบเอทานอลจากใบหูกวางสีแดง โดยมุ่งหวังการนำผล ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ เพื่อเป็นประโยชน์ทางการรักษาโรคติดเชื้อราต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤกษเคมีเบื้องต้น (Phytochemical screening) ของสารสกัดหยาบเอทานอลจากใบหูกวางสีแดงด้วยปฏิกิริยาการเกิดสีและการตกตะกอน และเทคนิค Thin Layer Chromatography (TLC)
2. เพื่อศึกษาฤทธิ์ต้านเชื้อรากลุ่มแคนดิดา (Candida spp.) ของสารสกัดหยาบเอทานอลจากใบหูกวางสีแดงด้วยวิธี Agar Disc Diffusion และวิธี Broth Microdilution

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดนี้ได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิธีการสกัดสารสำคัญ หาองค์ประกอบทางพฤกษเคมี รวมถึงการทดสอบฤทธิ์ต้านเชื้อรา Candida spp. ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) ประเภทการวิจัยพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ (Basic Science Research) แบบกลุ่มเดียวทดลองหลายครั้ง (One Shot Repeated Measures Design) โดยทำการศึกษาระหว่าเดือนธันวาคม 2561 ถึง สิงหาคม 2562 ณ ห้องปฏิบัติการทางเคมี และห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา โดยควบคุมมาตรฐาน การจัดแบ่งโซนเลี้ยงเชื้อการกำจัดขยะติดเชื้อออกจากห้องปฏิบัติการเคมีทั่วไป ใช้รังสี UV ฆ่าเชื้อทุกครั้งก่อนปฏิบัติงาน รวมถึงการตรวจสอบมาตรฐานเครื่องมือทางห้องปฏิบัติการให้มีความเที่ยงตรงตามรอบที่กำหนด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ใบหูกวางเลือกเก็บใบแก่จัดที่มีสีแดง ทำการเก็บตัวอย่างจากบริเวณรอบ ๆ เขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 โดยผ่านการตรวจสอบยืนยันชนิดของสมุนไพรโดยนักพฤกษศาสตร์ (Wongsatit, 2018)

2. เชื้อราทดสอบ (Tested Fungi) กลุ่ม Candida spp. จากสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย จำนวน 5 สายพันธุ์ ได้แก่ C. Albicans ATCC 90028, C. Glabrata TISTR 5006, C. Kefyr TISTR 5270, Candida Krusei TISTR 5256 และ C. Tropicalis TISTR 5045

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. อุปกรณ์ทางห้องปฏิบัติการ paper disc เส้นผ่านศูนย์กลาง 6 มิลลิเมตร (Whatman Ltd.), Filter Paper 110 มิลลิเมตร (No.4 Whatman Ltd.), Micropipette ขนาด 10-100 µl และ 100-1000 µl, Auto Pipette Tip (AXYGEN), ตู้เพาะเชื้อ (Incubator, MEMMERT), ตู้อบลมร้อน (Hot air oven, MEMMERT), หม้อนึ่งแรงดันฆ่าเชื้อไอน้ำ (Autoclave, TOMY, ES-315), เครื่องกลั่นระเหยสุญญากาศ (Rotary evaporator, Heidolph), 96 Well microplate (Nunc, Corning, NY14831)

2. อาหารเลี้ยงเชื้อ Sabouraud Dextrose Agar (SAD) โดยใช้ปริมาณ 65 g.:1,000 ml เพื่อดูการสร้างโคโลนีของเชื้อราและทดสอบฤทธิ์ต้านเชื้อราเบื้องต้น, Sabouraud Dextrose Broth (SDB) โดยใช้ปริมาณ 30 g.:1,000 ml สำหรับเพาะเลี้ยงเชื้อราสำหรับทดสอบฤทธิ์ต้านเชื้อราต่อ สารสกัดจากใบหูกวางสีแดง

3. สารเคมี Absolute ethanol (Analytical Grade, Merck, Germany), กรดซัลฟิวริกเข้มข้น (10%H_2SO_4, Merck, Germany), คลอโรฟอร์ม ($CHCL_3$, RCI Labscan), สารละลายแอมโมเนีย (10%NH_3, Merck, Germany), ไดคลอโรมีเทน (CH_2CL_2, Honeywell, America), ลวดแมกนีเซียม, กรดไฮโรคลอลิกเข้มข้น (HCl, Merck, Germany), เฟอริกคลอไรด์ (1%$FeCL_3$), น้ำยาเคดเด (Kedde's Reagent), น้ำยาดราเจนดอร์ฟ (Dragendorffs

Regent), กรดแกลเชียลอะซีติก (Glacial Acitic Acid, Quality Reagent Chemical (QREC), New Zealand), โพแทสเซียมไฮดรอกไซด์ (5%KOH), เฟอริกคลอไรด์ (1%$FeCL_3$)

ขั้นตอนการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเตรียมสารสกัดหยาบใบหูกวางสีแดง

นำตัวอย่างใบหูกวางสีแดงมาคัดแยกสิ่งปลอมปน เลือกใบที่มีสีแดง ล้างน้ำให้สะอาด ผึ่งลมให้แห้ง นำไปเข้าตู้อบแห้งที่อุณหภูมิ 45 °C เป็นระยะเวลา 48 ชั่วโมง นำใบแห้งจำนวน 100 กรัม มาสกัดด้วยวิธีการหมัก (Maceration) ด้วยตัวทำละลายคือ 95% Ethanol ปริมาตร 2,000 มิลลิลิตร นำไปเขย่าด้วยเครื่อง Rotator ด้วยความเร็ว 150 rpm เขย่าติดต่อกัน 7 ชั่วโมงต่อวันเป็นระยะเวลา 3 วัน กรองสารละลายและวัดปริมาตร ทำการสกัดซ้ำทั้งหมด 3 รอบ หลังจากนั้นนำสารละลายที่ได้ กรองด้วยกระดาษกรอง ระเหยให้เข้มข้นด้วยเครื่องกลั่นระเหยสูญญากาศแบบหมุน (Rotary evaporator) ที่อุณหภูมิ 45 °C จะได้สารที่มีลักษณะข้นเหนียวสีแดงเข้มเรียกว่าสารสกัดหยาบ (Crude extract) เก็บไว้ในขวดสีชาที่อุณหภูมิ 4 °C

2. การตรวจสอบหาสารพฤกษเคมีเบื้องต้น (Phytochemical screening)

การตรวจสอบสารพฤกษเคมีเบื้องต้นของสารสกัดหยาบเอทานอลจากใบหูกวางสีแดง โดยตรวจสอบสารทุติยภูมิ (Secondary metabolites) 7 กลุ่ม ได้แก่ แอนทราควิโนนไกลโคไซด์ เทอร์พีนอยด์ ฟลาโวนอยด์ ซาโปนิน แทนนิน แอลคาลอยด์ และคาร์ดิแอกไกลโคไซด์ โดยอาศัยปฏิกิริยาการเกิดสีหรือตะกอน ดังนี้ (Ayoola, Coker, Adesegun, & Adepoju-Bello, 2008)

2.1 การตรวจสอบแอนทราควิโนนไกลโคไซด์ (Anthaquinones Glycoside)

ชั่งสารสกัด 0.2 กรัม เติมสารละลาย 10% H_2SO_4 1.0 มิลลิลิตร เขย่า นำไปอุ่นบนเครื่องอังไอน้ำ (Waterbath) 5 นาที กรองส่วนที่ไม่ละลายออกแล้วปล่อยให้สารละลายเย็นลงที่อุณหภูมิห้อง นำของเหลวที่ได้จากการกรอง (Filtrate) ไปเติมสารละลายแอมโมเนีย (10% NH_3) ปริมาตร 0.5 มิลลิลิตรเขย่า ถ้าปรากฏสารละลายเป็นสีชมพูแดงเกิดขึ้นแสดงว่า พบแอนทราควิโนนไกลโคไซด์ โดยเปรียบเทียบกับ Control ซึ่งนำสารสกัด 0.2 กรัม ละลาย 10% H_2SO_4 1.0 มิลลิลิตร เพื่อสังเกตความแตกต่างระหว่างสีที่เกิดขึ้น

2.2 การตรวจสอบเทอร์พีนอยด์ (Terpenoids)

ชั่งสารสกัด 0.2 กรัม สกัดด้วยไดคลอโรมีเทน (Dichloromethane) 3-5 มิลลิลิตร 2-3 ครั้ง เติมคลอโรฟอร์ม (Chloroform) 2 มิลลิลิตร เขย่า ค่อย ๆ เติมกรดซัลฟิวริกเข้มข้น (Conc. H_2SO_4) 2 มิลลิลิตร ถ้าปรากฏวงแหวนสีน้ำตาลแดงระหว่างรอยต่อชั้นคลอโรฟอร์ม และกรดซัลฟิวริก แสดงว่าพบเทอร์พีนอยด์

2.3 การตรวจสอบฟลาโวนอยด์ (Flavonoids)

ชั่งสารสกัด 0.2 กรัมละลายด้วย 50% Ethanol 3 มิลลิลิตร คนให้ละลาย เติมลวดแมกนีเซียมชิ้นเล็ก ๆ ลงไป 2-3 ชิ้น นำไปต้มผ่าน Water bath ที่อุณหภูมิ 70-75 °C ประมาณ 5 นาที ปล่อยให้สารละลายเย็นลง หยดกรดไฮโดรคลอริกเข้มข้น (Conc. HCl) 3-4 หยด เขย่า สังเกตสีที่ปรากฏ หากเปลี่ยนเป็นสีเหลือง ส้ม หรือแดง แสดงว่าพบฟลาโวนอยด์

2.4 การตรวจสอบซาโปนิน (Saponins)

ชั่งสารสกัด 0.1 กรัมเติมน้ำกลั่น 5 มิลลิลิตร นำไปต้มผ่าน Water Bath ที่อุณหภูมิ 70-75 °C เป็นเวลา 5 นาที นำมาเติมน้ำกลั่น 2-3 มิลลิลิตร ใช้มือเขย่าอย่างแรงติดต่อกันนาน 1 นาที ถ้าปรากฏฟองและมีความคงตัวเกิดขึ้น โดยฟองยังคงอยู่ภายใน 30 นาที แสดงว่าพบซาโปนิน

2.5 การตรวจสอบแทนนิน (Tannins)

ชั่งสารสกัด 0.2 กรัมเติมน้ำกลั่น 5 มิลลิลิตร นำไปอุ่นบนเครื่องอังไอน้ำ เติมสารละลาย 1% เฟอร์ริกคลอไรด์ (1% $FeCl_3$) จำนวน 2-3 หยด เขย่า ถ้าปรากฏสารละลายสีเขียวดำ หรือน้ำเงินดำ แสดงว่าพบแทนนิน

2.6 การตรวจสอบแอลคาลอยด์ (Alkaloids)

ชั่งสารสกัด 0.2 กรัม เติมสารละลาย 2% กรดซัลฟิวริก (2% H_2SO_4) 15 มิลลิลิตร ต้มและคนด้วยแท่งแก้ว 10 นาที กรองส่วนที่ไม่ละลายออก แล้วปล่อยให้สารละลายเย็นลงที่อุณหภูมิห้อง หยดน้ำยาดราเจนดอร์ฟ (Dragendorff'sReagent) 3 มิลลิลิตร เขย่า ถ้าปรากฏตะกอนสีส้มแดงแสดงว่าพบแอลคาลอยด์

2.7 การตรวจสอบคาร์ดิแอกไกลโคไซด์ (Cardiac Glycosides)

ประกอบไปด้วยการทดสอบดังนี้ สเตียรอยด์ วงแหวนแลกโทนไม่อิ่มตัว และน้ำตาลดีออกซี หากผลการทดสอบปรากฏผลบวกทั้ง 3 ส่วน จึงจะสรุปได้ว่าพบ คาร์ดิแอกไกลโคไซด์ วิธีทดสอบโดยเตรียมสารละลายตั้งต้นเพื่อใช้สำหรับการทดลองดังนี้ ชั่งสารสกัด 0.2 กรัม สกัดสีออกด้วย ไดคลอโรมีเทน (Dichloromethane) 2-3 ครั้ง

2.7.1 ทดสอบส่วนสเตียรอยด์ (Steroids) โดยใช้การทดสอบ ลีเบอร์แมน (Liberman Test) ชั่งสารสกัด 0.2 กรัม ละลายด้วยไดคลอโรมีเทน 1.0 มิลลิลิตร เขย่าให้เข้ากัน กรองส่วนที่ไม่ละลายออก เติมกรดอะซิติก (Acetic Acid Glacial) 1 มิลลิลิตร และกรดซัลฟิวริกเข้มข้น (Conc. H_2SO_4) 1 มิลลิลตร สังเกตสีที่เกิดขึ้นทันที ถ้าปรากฏสีน้ำเงินหรือเขียว แสดงว่าพบสเตียรอยด์

2.7.2 ส่วนวงแหวนแล็กโทนไม่อิ่มตัว (Unsaturated lactone ring) นำสารละลายตั้งต้น 1 มิลลิลิตร เติมน้ำยาเคดเด (Kedde's Reagent) 1-2 หยด ผสมให้เข้ากัน เติมสารละลาย 5% โพแทสเซียมไฮดรอกไซด์ (5% KOH) 1-2 หยด สังเกตสีที่เกิดขึ้นทันที ถ้าปรากฏสีม่วง แสดงว่าพบวงแหวนแล็กโทนไม่อิ่มตัว

2.7.3 ส่วนน้ำตาลดีออกซี (Deoxyribose) โดยใช้การทดสอบเคลเลอร์-คิเลียนิ (Keller-Kiliani Test) สารละลายตั้งต้น 1 มิลลิลิตร เติมกรดอะซิติก (Acetic Acid Glacial) 1 มิลลิลิตร เติมสารละลาย 1% เฟอร์ริกคลอไรด์ (1% $FeCl_3$) 1-2 หยด เขย่าให้เข้ากัน เอียงหลอดแล้วค่อย ๆ รินกรดซัลฟิวริกเข้มข้น (Conc. $H_{2H}SO_4$) ไปตามข้างหลอดประมาณ 1-2 มิลลิลิตร สังเกตสีตรงรอยต่อระหว่างชั้นของสารละลาย ถ้าปรากฏสีน้ำตาลระหว่างรอยต่อชั้นสารสกัด และกรดซัลฟิวริก แสดงว่าพบน้ำตาลดีออกซี (Chatteeranan, & Niyomthai, 2013)

3. การตรวจสอบสารสำคัญด้วยเทคนิค Thin Layer Chromatography (TLC) (Polyiam, 2013)

3.1 เตรียมสารสกัดเอทานอลจากใบหูกวางสีแดง 5 มิลลิกรัม นำมาผสม 90% Ethanol 1 มิลลิลิตร เพื่อสกัดสารที่มีขั้วออกมา ผสมสารให้เข้ากันโดยเครื่อง Vortex เตรียมสารละลายมาตรฐาน โดยนำสาร Gallic acid 0.2 มิลลิกรัม และสาร Quercetin 0.2 มิลลิกรัม ละลายในเอทานอลอย่างละ 1 มิลลิลิตร จากนั้นใช้หลอด รูเล็ก (Capillary tube) นำสารสกัด และสารมาตรฐานมาในปริมาณ 5 ไมโครลิตร นำไปจุด (Spot) ลงบนแผ่น Aluminium Silica ขนาด 10 เซนติเมตร × 10 เซนติเมตร 6 ตำแหน่งโดยกำหนดให้ห่างจากปลายล่างขอบแผ่น TLC ขึ้นมา 1 เซนติเมตรในแต่ละจุดห่างกัน 0.5 เซนติเมตร ด้านบนของแผ่น TLC ขีดระดับตัวทำละลายไว้ (Solvent front) ห่างจากขอบ 1 เซนติเมตร

3.2 เตรียมวัฏภาคเคลื่อนที่ โดยการผสม Hexane 30 ส่วน Ethyl Acetate 15 ส่วน และ Formic Acid 5 ส่วน (1 ส่วนคือ 1 มิลลิลิตร) จากนั้นเทลงในบีกเกอร์ให้มีความสูงจากก้นบีกเกอร์ ประมาณ 1 เซนติเมตร ปิดด้วยกระดาษฟอยด์ ทิ้งไว้อย่างน้อย 30 นาที เพื่อให้บรรยากาศในบีกเกอร์อิ่มตัว

3.3 นำแผ่น TLC ที่เตรียมไว้ไปตั้งในบีกเกอร์ที่อิ่มตัวด้วยไอของตัวทำละลายพร้อมกับปิดฝา ตั้งไว้ที่อุณหภูมิห้อง ปล่อยให้ตัวทำละลายเคลื่อนที่จนถึงระดับ Solvent Front ที่กำหนดไว้ จากนั้นนำแผ่น TLC ออกจากบีกเกอร์ ปล่อยไว้ให้ตัวทำละลายระเหยจนแห้ง ตรวจสอบแถบสารสำคัญที่เกิดขึ้นบนแผ่น TLC ภายใต้แสง UV ที่ความยาวคลื่น 254 และ 365 nm. จากนั้นใช้ดินสอทำสัญลักษณ์ตำแหน่งสารที่ปรากฏ เพื่อตรวจสอบระยะทางการเคลื่อนที่ของสารและใช้ในการหาค่า R_f บันทึกภาพและตำแหน่งของแถบสารที่ปรากฏ จากนั้นคำนวณค่า R_f เปรียบเทียบค่า R_f ระหว่างสารสกัดที่ได้จากใบหูกวางสีแดงเทียบกับสารมาตรฐาน

4. การทดสอบฤทธิ์การยับยั้งเชื้อ Candida spp.

4.1 วิธี Agar Disc Diffusion (Janwittayanuchit, & Rungsripanurud, 2013)

เตรียมอาหารเลี้ยงเชื้อทั้ง 5 สายพันธุ์ใน 0.85% Sodium chloride เทียบค่าความขุ่นเท่ากับ McFarland Standard 0.5 นำมาป้ายบนผิวหน้าอาหารเลี้ยงเชื้อแข็ง Sabourad Dextrose Agar (SAD) ให้เชื้อ

กระจายสม่ำเสมอทั่วผิวหน้าอาหารเลี้ยงเชื้อตั้งทิ้งไว้ให้แห้ง 1-2 นาทีเตรียมแผ่น Paper disc นำสารสกัดใบหูกวางสีแดงมาละลายด้วย 95% Ethanol ให้ได้ความเข้มข้นในระดับต่าง ๆ คือ 500, 250, 125 และ 62.50 mg/ml นำแผ่นดิสก์ที่หยดสารสกัดใบหูกวางสีแดง และแผ่นดิสก์ที่หยด 95% Ethanol ทิ้งไว้ 30 นาที และวางบนอาหารเลี้ยงเชื้อที่เตรียมไว้ นำเข้าตู้บ่มเชื้อที่อุณหภูมิ 37°C เป็นเวลา 18-24 ชั่วโมง

4.2 วิธี Broth Microdilution (Thatsanawichitphan, 2015)

ทดสอบหาค่าความเข้มข้นต่ำสุดของสารสกัดใบหูกวางสีแดง ที่สามารถยับยั้งเชื้อได้ (Minimal Inhibitory Concentration; MIC) และ ทดสอบหาค่าความเข้มข้นต่ำสุดของสารสกัดใบหูกวางสีแดง ที่สามารถฆ่าเชื้อได้ (Minimal Fungicidal Concentration; MFC) โดยวิธี Broth Microdilution ทำโดยเตรียมเชื้อ Candida spp. ทั้ง 5 สายพันธุ์ ใน 0.85% Sodium Chloride ปรับให้มีปริมาณเชื้อเท่ากับ McFarland Standard 0.5 เพื่อนำไปทดสอบกับสารสกัดใบหูกวางสีแดงดูดอาหารเลี้ยงเชื้อเหลวใส่ลงใน 96-Well plate หลุมที่ 1-12 หลุมละ 50 µl จากนั้นดูดสารสกัดใบหูกวางสีแดง ใส่ลงในหลุมที่ 1 ความเข้มข้น 500 mg/ml ใส่ลงในหลุมที่ 1 ของแถว D ถึง H ทำการเจือจางสารสกัดแบบ 2- Fold serial dilution จากนั้นเติมเชื้อราที่เตรียมไว้ลงไปทุกหลุม ปริมาตร 50 µl ทำซ้ำ 5 ครั้ง หรือ 5 แถว สำหรับสารสกัด และใช้ 95% Ethanol เป็น Negative Control จากนั้นนำไปบ่มที่อุณหภูมิ 37°C เป็นเวลา 18-24 ชั่วโมง อ่านผลและบันทึกผลค่า MIC ซึ่งเป็นความเข้มข้นต่ำสุดของสารสกัดที่สามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อราได้ กล่าวคือไม่พบการเจริญของเชื้อราเมื่อมองด้วยตาเปล่า จากนั้นนำสารละลายในหลุมทดสอบที่ไม่พบการเจริญของเชื้อรามาจุด (Spot) ลงบนอาหารเลี้ยงเชื้อ SDA ในปริมาตร 10 µl จากนั้นนำไปบ่มที่อุณหภูมิ 37°C เป็นเวลา 18-24 ชั่วโมง อ่านผลและบันทึกผลค่า MFC ซึ่งเป็นความเข้มข้นต่ำสุดของสารสกัดที่สามารถฆ่าเชื้อราได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์การเตรียมสารสกัดหยาบใบหูกวางสีแดง (Crude Extract) มาคำนวณหา % Yield จากสูตรการหาร้อยละปริมาณสารสกัด (% Yield of Crude Extract)

$$\%\text{Yield of Crude Extract} = \frac{\text{Weight of Extract recovered (g)}}{\text{Weight of fresh dry plant (g)}} \times 100$$

2. การวิเคราะห์สารพฤกษเคมีจากการสังเกตการเกิดตะกอนและสีต่าง ๆ

3. วิธีการวิเคราะห์หาสารสำคัญด้วยเทคนิค Thin Layer Chromatography (TLC) ใช้สถิติการวิเคราะห์ข้อมูลผลการทดลองจาก การคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) ของค่า R_f

$$R_f = \frac{\text{ระยะทางที่สารเคลื่อนที่ (ซม.)}}{\text{ระยะทางที่ตัวทำละลายเคลื่อนที่ (ซม.)}}$$

4. การวิเคราะห์ข้อมูลการทดสอบฤทธิ์ยับยั้งเชื้อจุลชีพด้วยวิธี Agar disc diffusion ใช้สถิติการวิเคราะห์ข้อมูลผลการทดลองการยับยั้งเชื้อ คือค่าเฉลี่ย (*Mean*) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) ของค่าบริเวณใสรอบแผ่นดิสก์ (Inhibition Zone) จากการทดลอง 5 ซ้ำ

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์การเตรียมสารสกัดหยาบใบหูกวางสีแดง (Crude Extract)

ใบหูกวางสีแดงแห้ง จำนวน 100 กรัม จะได้สารสกัดหยาบที่มีลักษณะข้นเหนียว (Crude Extract) ปริมาตร 18.23 กรัม นำมาคำนวณหา % Yield ของใบหูกวางสีแดง ดังสูตรข้างต้น จะได้ เท่ากับ 18.23%

2. การตรวจสอบสารพฤกษเคมีเบื้องต้นของสารสกัดหยาบเอทานอลจากใบหูกวางสีแดง โดยตรวจสอบสารทุติยภูมิ (Secondary metabolites) 7 กลุ่ม ได้แก่ แอนทราควิโนนไกลโคไซด์ เทอร์พีนอยด์ ฟลาโวนอยด์ ซาโปนิน แทนนิน แอลคาลอยด์ และคาร์ดิแอกไกลโคไซด์ โดยสังเกตปฏิกิริยาการเกิดสีหรือตะกอนพบว่าสารสกัดใบหูกวางสีแดงพบสารพฤกษเคมี ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การตรวจสอบสารพฤกษเคมีเบื้องต้นของสารสกัดหยาบจากใบหูกวางสีแดง

สารพฤกษเคมี	ปฏิกิริยาการเกิดสีหรือตะกอน ที่สังเกตพบ	ผลการตรวจสอบ
แอนทราควิโนนไกลโคไซด์	พบสารละลายเป็นสีชมพูแดง	+
เทอร์พีนอยด์	พบวงแหวนสีน้ำตาลเข้ม	+
ฟลาโวนอยด์	พบสารละลายสีเหลืองออกส้ม	+
ซาโปนิน	พบฟองเล็กน้อย	+
แทนนิน	พบสารละลายสีเขียวดำ	+
แอลคาลอยด์	พบตะกอนสีน้ำตาลอ่อน	-
คาดิแอกไกลโคไซด์	- พบสีฟ้าอมเขียว - ไม่พบวงแหวนแล็กโทนไม่อิ่มตัว - ไม่พบสีน้ำตาลระหว่างรอยต่อชั้นสารสกัด และกรดซัลฟิวริก	-

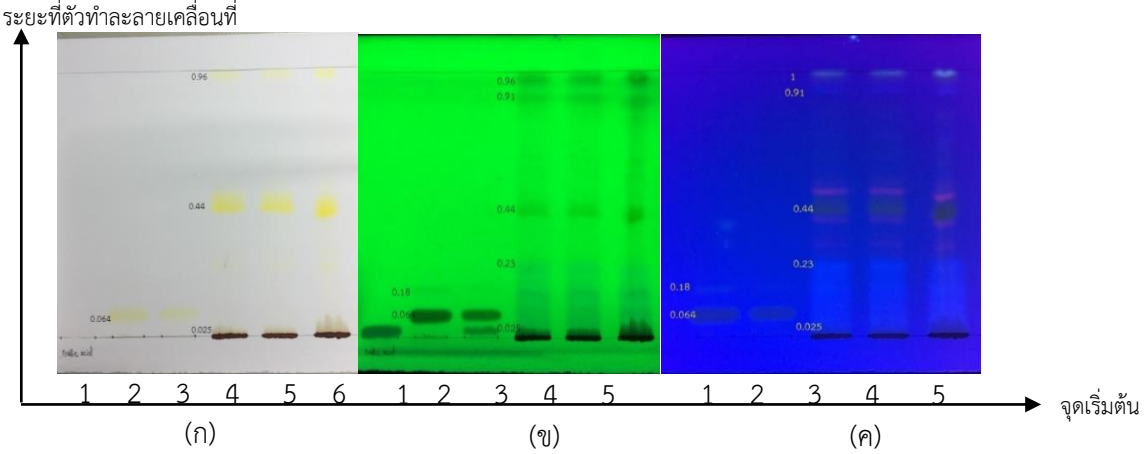
หมายเหตุ - หมายถึง ตรวจสอบไม่พบ, + หมายถึง ตรวจสอบพบ

จากตาราง 1 การตรวจสอบสารพฤกษเคมีเบื้องต้นของส่วนสกัดหยาบชั้นเอทานอลของใบหูกวางสีแดง (Terminalia catappa Linn.) พบสารพฤกษเคมี 5 ชนิด ได้แก่ แอนทราควิโนนไกลโคไซด์ เนื่องจากพบสารละลายเป็นสีชมพูแดง พบสารเทอร์พีนอยด์ เนื่องจากปรากฏวงแหวนสีน้ำตาลเข้ม พบสารฟลาโวนอยด์ เนื่องจากปรากฏสารละลายสีเหลืองออกส้ม พบสารซาโปนิน เนื่องจากปรากฏฟองเล็กน้อย และพบสารแทนนิน เนื่องจากปรากฏสารละลายสีเขียวดำ ไม่พบสารอัลคาลอยด์เนื่องจากไม่ปรากฏตะกอนสีส้มแดง และไม่พบสารคาดิแอกไกลโคไซด์ เนื่องจากปรากฏสีฟ้าอมเขียว ซึ่งแสดงว่าพบสเตียรอยด์เพียงตัวเดียว แต่ไม่พบวงแหวนแล็กโทนไม่อิ่มตัว และไม่พบสีน้ำตาลระหว่างรอยต่อชั้นสารสกัด และกรดซัลฟิวริกซึ่งเป็นส่วนของส่วนน้ำตาลดีออกซี

3. การวิเคราะห์ชนิดของสาระสำคัญในสารสกัดใบหูกวางสีแดงด้วยเทคนิค Thin Layer Chromatography (TLC)

การตรวจสอบรูปแบบสารสำคัญในสารสกัด 95% Ethanol ของใบหูกวางสีแดง โดยใช้เทคนิค TLC โดยใช้ตัวทำละลาย Hexane, Ethyl acetate และ Formic acid ในอัตราส่วน 30:15:5 ของสารสกัดใบหูกวางสีแดงเปรียบเทียบกับสารมาตรฐาน Gallic acid และ Quercetin พบว่าส่วนสารมาตรฐาน Gallic acid เมื่อส่องภายใต้แสง สีขาวและส่องภายใต้แสงอัลตราไวโอเลตที่ความยาวคลื่น 254 nm พบค่า R_f เท่ากับ 0.025 ไม่พบตำแหน่งสารเมื่อส่องภายใต้แสงอัลตราไวโอเลตที่ความยาวคลื่น 366 nmส่วนของสารมาตรฐาน Quercetin เมื่อส่องภายใต้แสงสีขาวพบค่า R_f เท่ากับ 0.064 ส่องภายใต้แสงอัลตราไวโอเลตที่ความยาวคลื่น 254 และ 366 nm พบค่า R_f เท่ากับ 0.064 และ 0.18 ตามลำดับ ส่วนของสารมาตรฐานผสมระหว่าง Gallic Acid และ Quercetin พบว่าเมื่อส่องภายใต้แสงสีขาว พบค่า R_f เท่ากับ 0.025 และ 0.064 ตามลำดับ ส่องภายใต้แสงอัลตราไวโอเลตที่ความยาวคลื่น 254 nm พบค่า R_f เท่ากับ 0.025, 0.064 และ 0.18 ตามลำดับ เมื่อส่องภายใต้แสงอัลตราไวโอเลตที่ความยาวคลื่น 366 nm พบค่า R_f 2 ตำแหน่ง คือ 0.064, 0.18 เมื่อตรวจสอบสารสกัดใบหูกวางสีแดง ด้วยการส่องภายใต้แสงสีขาว พบค่า R_f เท่ากับ 0.025 (เท่ากับ

Gallic Acid), 0.44 และ 0.96 ตามลำดับ เมื่อส่องภายใต้แสงอัลตราไวโอเลตที่ความยาวคลื่น 254 nm พบค่า R_f เท่ากับ 0.025 (เท่ากับ Gallic Acid), 0.064 (เท่ากับ Quercetin), 0.18 (เท่ากับ Quercetin), 0.23, 0.44, 0.91 และ 0.96 ตามลำดับ และเมื่อส่องภายใต้แสงอัลตราไวโอเลตที่ความยาวคลื่น 366 nm พบค่า R_f เท่ากับ 0.025 (เท่ากับ Gallic Acid), 0.23, 0.44, 0.91 และ 1 ตามลำดับ ดังภาพ 2



ภาพ 2 Thin Layer Chromatography (TLC) ของสารสกัดใบหูกวางสีแดง ภายใต้ (ก) แสงขาว (ข) แสงอัลตราไวโอเลต ความยาวคลื่น 254 nm (ค) แสงอัลตราไวโอเลตที่ความยาวคลื่น 366 nm

หมายเหตุ 1 = สารมาตรฐาน Gallic Acid, 2 = สารมาตรฐาน Quercetin, 3 = สารผสมของสารมาตรฐาน Gallic Acid และ Quercetin, 4 5 6 = สารสกัดใบหูกวางสีแดง

4. ฤทธิ์ของสารสกัดใบหูกวางสีแดงในการยับยั้งเชื้อ Candida spp. โดยวิธี Agar Disc Diffusion

จากการศึกษาฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อของสารสกัดใบหูกวางสีแดง โดยใช้วิธี Agar Disc Diffusion พบว่าสารสกัดใบหูกวางสีแดงสามารถต้านเชื้อ Candida spp. ได้บางชนิด ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 บริเวณยับยั้งเชื้อ (Zone of inhibition) ของสารสกัดใบหูกวางสีแดง ในการยับยั้งเชื้อรา *Candida* spp.

เชื้อ	ค่าเฉลี่ยเส้นผ่านศูนย์กลางบริเวณยับยั้งเชื้อ (Zone of Inhibition) (*M*± *SD*, cm) ต่อความเข้มข้นของสารสกัด (mg/ml)							
	62.50 mg/ml		125 mg/ml		250 mg/ml		500 mg/ml	
	M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*
C. Albican ATCC 90028	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
C. Glabrata TISTR 5006	0.81	0.04	1.01	0.10	1.04	0.06	1.36	0.11
C. Kefry TISTR 5270	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.10	1.05
C. Krusei TISTR 5256	0.00	0.00	0.00	0.00	0.50	0.44	1.03	0.30
C. Tropicalis TISTR 5045	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Negative Control (95% Ethanol)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

M = Mean, *SD* = Standard Deviation

จากตาราง 2 พบว่า ใบหูกวางสีแดงที่สกัดด้วย 95% Ethanol เมื่อนำมาทดสอบฤทธิ์ยับยั้งเชื้อรา Candida spp. โดยวิธี Agar Disc Diffusion พบว่าสามารถยับยั้งเชื้อรา C. Glabrata ที่ระดับความเข้มข้น 62.50, 125, 250 และ 500 mg/ml ตามลำดับ โดยมีค่าบริเวณใสของการยับยั้งเชื้อเฉลี่ย (Inhibition Zone) เท่ากับ 0.81, 1.01, 1.04 และ 1.36 cm (*SD*=0.04, 0.10, 0.06 และ 0.11 cm) ตามลำดับ รองลงมาคือสารสกัดสามารถยับยั้งเชื้อรา C. Kefry ที่ระดับความเข้มข้น 500 mg/ml โดยมีค่าบริเวณใสของการยับยั้งเชื้อเฉลี่ย (Inhibition Zone) เท่ากับ 1.10±1.05 cm และสารสกัดสามารถยับยั้งเชื้อรา C. Krusei ที่ระดับความเข้มข้น 250 และ 500 mg/ml โดยมีค่า

บริเวณใสของการยับยั้งเชื้อเฉลี่ย (Inhibition Zone) เท่ากับ 0.50±0.44 และ 1.03±0.30 cm ตามลำดับ ไม่พบบริเวณใสของการยับยั้งเชื้อรา (Inhibition Zone) ของเชื้อ C. Albican และ C. Tropicalis ของสารสกัดที่ระดับความเข้มข้น 62.50, 125, 250 และ 500 mg/ml

5. ผลการทดสอบหาค่าความเข้มข้นต่ำสุดของสารสกัดใบหูกวางสีแดง ที่สามารถยับยั้งเชื้อได้ (Minimum Inhibitory Concentration; MIC) และความเข้มข้นต่ำสุดของสารสกัดใบหูกวางสีแดง ที่สามารถฆ่าเชื้อราได้ (Minimum Fungicidal Concentration; MFC) โดยวิธี Broth Microdilution

จากการศึกษาฤทธิ์ในการยับยั้งและฆ่าเชื้อราของสารสกัดใบหูกวางสีแดง โดยใช้วิธี Broth Microdilution ผลการศึกษาพบว่าสารสกัดใบหูกวางสีแดงมีค่า MIC และ MFC ต่อเชื้อ Candida spp. ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ค่าความเข้มข้นต่ำสุดของสารสกัดใบหูกวางสีแดงที่สามารถยับยั้งเชื้อ(MIC) และค่าความเข้มข้นต่ำสุดของสารสกัดใบหูกวางสีแดงที่สามารถฆ่าเชื้อรา (MFC) ในสกุล *Candida*

เชื้อรา	ค่า MIC ของสารสกัด (mg/ml)	ค่า MFCของสารสกัด (mg/ml)
C. Albican ATCC 90028	62.50	>125
C. Glabrata TISTR 5006	7.81	125
C. Kefry TISTR 5270	31.25	125
C. Krusei TISTR 5256	62.50	>125
C. Tropicalis TISTR 5045	31.25	>125

จากตาราง 3 พบว่า สารสกัดใบหูกวางสีแดงที่ได้จากการสกัดด้วย 95% Ethanol เมื่อนำมาทดสอบฤทธิ์ยับยั้งเชื้อรา Candida spp. โดยวิธี Broth Microdilution พบว่า สารสกัดใบหูกวางสีแดงมีค่าความเข้มข้นต่ำสุดในการยับยั้งเชื้อรา หรือค่า MIC ต่อเชื้อ C. Albicans และ C. Krusei เท่ากับ 62.50 mg/ml และสามารถยับยั้งเชื้อ C. Grabrata, C. Kefyr และ C. Tropicalis โดยมีค่า MIC เท่ากับ 7.81, 31.25 และ 31.25 mg/ml ตามลำดับ และพบว่า สารสกัดนี้มีค่า MFC ต่อเชื้อรา C. Grabrata และ C. Kefyr เท่ากับ 125 mg/ml และมีค่า MFC ต่อเชื้อรา C. Albicans, C. Krusei และ C. Tropicalis เท่ากับ >125 mg/ml

อภิปรายผล

1. จากการสกัดหยาบใบหูกวางสีแดงด้วย 95% Ethanol เพื่อศึกษาสารพฤกษเคมีเบื้องต้น พบว่า องค์ประกอบหลักของใบหูกวางสีแดงมีสารพฤกษเคมีที่สำคัญ 5 กลุ่ม ได้แก่ แอนทราควิโนนไกลโคไซด์ เทอร์พีนอยด์ ฟลาโวนอยด์ ซาโปนิน และแทนนิน เมื่อนำไปศึกษาเอกลักษณ์ทางเคมีเบื้องต้น ด้วยเทคนิค Thin Layer Chromatography (TLC) พบสาร Gallic Acid และ Quercetin ในสารสกัดใบหูกวางสีแดง เช่นเดียวกับ Huayhongthong (2016) ซึ่งทำการศึกษาสารพฤกษเคมี และฤทธิ์ทางชีวภาพของสมุนไพรไทยบางชนิดที่ใช้รักษาโรคเบาหวาน และพบว่าสารสกัดใบหูกวางสีแดงที่สกัดด้วยเอทานอล มีสารกลุ่มเทอร์พีนอยด์ สเตียรอยด์ ซาโปนิน ฟลาโวนอยด์ แทนนิน คูมาริน และแอนทราควิโนนไกลโคไซด์ และสอดคล้องกับ Lalam (2020) ที่ศึกษาองค์ประกอบของใบหูกวางด้วยวิธีที่ทดสอบด้วยการตรวจสอบหลายวิธี พบว่า สารสกัดใบหูกวางประกอบด้วย อัลคาลอยด์ ฟลาโวนอยด์ แอนทราควิโนน แทนนิน และซาโปนิน เป็นองค์ประกอบหลัก

2. การทดสอบฤทธิ์ยับยั้งเชื้อรากลุ่มแคนดิดา (Candida spp.) โดยวิธี Agar Disc Diffusion พบว่า สารสกัดหยาบจากใบหูกวางสีแดงมีฤทธิ์ต้านเชื้อรา C. Glabrata, C. Kefry และ C. Krusei สูงที่สุด ที่ความเข้มข้น 500 mg/ml โดยมีค่าเฉลี่ย Inhibition zone เท่ากับ 1.36, 1.10 และ 1.03 cm (*SD*=0.11, 1.05 และ 0.30 cm) ตามลำดับ ค่าความเข้มข้นต่ำที่สุดในการยับยั้งเชื้อรา (MIC) ของเชื้อ C. Albican, C. Grabrata, C. Kefry, C. Krusei และ C. Tropicalis เท่ากับ 62.50, 7.81, 31.25, 62.50 และ 31.25 mg/ml ตามลำดับ ผลการทดสอบหาค่าความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถฆ่าเชื้อ (MFC) ของสารสกัดต่อเชื้อ C. Albicans, C. Grabrata, C. Kefry, C. kusei

และ C. tropicalis เท่ากับ >125, 125, 125, >125 และ >125 mg/ml ตามลำดับ ซึ่งอธิบายได้ว่าเป็นผลมาจากสารกลุ่ม ฟลาโวนอยด์ และแทนนิน ที่เป็นองค์ประกอบหลักของใบหูกวางสีแดงซึ่งสารแทนนินมีฤทธิ์ในการต้านเชื้อจุลชีพชนิดแบคทีเรียและรายีสต์ โดยการเหนี่ยวนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการสังเคราะห์โปรตีนในการสร้าง DNA, RNA (Adnan, Ibrahim & Yaacob, 2017) ฟลาโวนอยด์ยังยับยั้งการสังเคราะห์กรดนิวคลีอิก ควบคุมการแลกเปลี่ยนสารเข้าออกจากเซลล์จึงมีผลลดการเจริญเติบโตของเชื้อจุลชีพ (Lalam, 2020) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Terças, Monteiro, Moffa, Santos, Sousa, Pinto, et al. (2017). พบว่าส่วนประกอบของใบหูกวางสกัดด้วย N-butanol สามารถแยกองค์ประกอบได้สารแทนนิน กรดแกลลิกและฟลาโวนอยด์ ซึ่งมีฤทธิ์ต้านเชื้อรา *Candida* spp. ได้ดีที่สุด เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Pattaratanakorn, Boonchalaew, Chaipet, Seesad, Rattanakiat, & aovachirasuwan (2014) ที่ทำการศึกษาสารพฤกษเคมีและฤทธิ์ในการต้านจุลชีพของสารสกัดเปลือกต้นมะขามป้อมต้านเชื้อแคนดิดาในช่องปาก พบว่า สารสกัดเปลือกต้นมะขามป้อมที่สกัดด้วย 95% Ethanol มีสารฟีนอลิก และแทนนินเป็นองค์ประกอบ (Yang, Kortesniemi, Karonen, Salminen, 2012) และมีฤทธิ์สามารถต้านเชื้อรา C. Albicans ได้ที่ความเข้มข้น 125 mg/ml

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า สารสกัดจากใบหูกวางสีแดงมีฤทธิ์ในการต้านเชื้อรากลุ่ม Candida spp. โดยมีค่า MIC ต่ำสุดต่อเชื้อ C. Glabrata ซึ่งเชื้อ Candida spp. เหล่านี้เป็นสาเหตุก่อโรคเชื้อราในช่องปากในผู้ป่วยที่มีระดับภูมิคุ้มกันบกพร่อง จากข้อมูลการวิจัยนี้จึงเป็นประโยชน์ในการศึกษาฤทธิ์ของสารสกัดใบหูกวางสีแดงในการต้านเชื้อราชนิดอื่นเพิ่มเติม ซึ่งอาจนำไปสู่การพัฒนาเภสัชภัณฑ์ต้านเชื้อราจากสารสกัดใบหูกวางสีแดงได้ในอนาคต

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลการศึกษาองค์ประกอบทางเคมีเบื้องต้น ของสารสกัดใบหูกวางสีแดง และฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของสารสกัดว่ามีฤทธิ์ในการต้านเชื้อรากลุ่มแคนดิดา (Candida spp.)

2. ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาเภสัชภัณฑ์จากสารสกัดใบหูกวางสีแดงเพื่อต้านเชื้อก่อโรคกลุ่มเชื้อรา Candida spp. ซึ่งจะเป็นการเพิ่มมูลค่าของใบหูกวางสีแดง ส่งเสริมการปลูกต้นหูกวางของเกษตรกรและเพิ่มมูลค่าของใบหูกวาง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิจัยนี้สามารถบอกคุณภาพวิเคราะห์ของสารสกัดใบหูกวางสีแดงที่สกัดด้วยวิธีการหมักใน 95% Ethanol แต่ไม่สามารถบอกปริมาณสารสำคัญแต่ละชนิดในสารสกัดซึ่งแสดงฤทธิ์ต้านเชื้อรา Candida spp. ได้จึงควรศึกษาต่อยอดด้านการสกัดสารจากใบหูกวางและนำสารสกัดมาทำให้บริสุทธิ์ขึ้นเพื่อให้ได้สารออกฤทธิ์มากที่สุดและนำไปสู่การพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์สำรับการต้านเชื้อราต่อไป

References

Adnan, S. N. A., Ibrahim, N., & Yaacob, W. A. (2017). Disruption of Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus Protein Synthesis by Tannins. *GERMS, 7*(4), 186-192.

Ayoola, A. G., Coker, A. B. H., Adesegun, S. A., & Adepoju-Bello, A. (2008). Phytochemical Screening and Antioxidant Activities of Some Selected Medicinal Plants Used for Malaria Therapy in Southwestern Nigeria. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research*, *7*(3), 1019-1024.

Chatteeranan, S., & Niyomthai, S. (2013). Phytochemical Screening and Antioxidant Activity of *Clerodendrum Disparifolium* Leaves. *KKU Sci Journal*, *41*(3), 723-730. (in Thai)

Huayhongthong, N. (2016). *Phytochrmical Screening/Antioxidant Activity/α- Glucosidaes/α-Amylase.* Chemical Education Faculty of Science, Burapha University. (in Thai)

Janwittayanuchit, I., & Rungsripanurud, W. (2013). *Agents Microbacterial In Medical Microbiology, Bacteria.* (pp. 434-436). Bangkok: Chulalongkorn University Press. (in Thai)

Lalam, R. (2020). Antimicrobial and Phytochemical Analysis of Methanolic Leaf Extracts of *Terminalia Catappa* Against Some Human Pathogenic Bacteria. *Journal of Pharmacognosy and Phytochemistry 2020, 9*(1), 1200-120.

Meis, J. F. G. M., & Verweij, P. E. (2001). Current Management of Fungal Infections. *Drugs Journal*, *61*(1), 13-25.

Namwong, S. (2018). *Antibacterial Activity of Terminalia Catappa L. Extract.* Bangkok: Suan Sunandha Rajabhat University. (in Thai)

Pattaratanakorn, K., Boonchalaew, J., Chaipet, S., Seesad, S., Rattanakiat, S., & Laovachirasuwan, P. (2014). Development of Mouthwash from Phyllanthus Emblica L. Bark Extract for Oral Candidiasis. In *The 5th Annual Northeast Pharmacy Research Conference of 2013 "Pharmacy Profession: Moving Forward to ASEAN Harmonization"*. Faculty of Pharmaceutical Sciences. Khon Kaen University. (in Thai)

Pfaller, M. A., Moet, G. J., Messe, S. A., Jones, R. N., & Castanheira, M. (2010). *Candida* Bloodstream Infections: Comparison of Species Distributions and Antifungal Resistance Patterns in Community-Onset and Nosocomial Isolates in the SENTRY Antimicrobial Surveillance Program, (2008–2009). *Antimicrobial Agents Chemother Journal, 55*(2), 561-566.

Pimonrad, P., Whangchai, N., Suwanphakdee, S., & Sriyasak, P. (2017). *Training Materials of Extracts Tannin form Terminalia Catappa Leaf: Easy Preparation Methods And Application in Ornamental Fish.* Faculty of Fisheries, Maejo University. (in Thai)

Polpornpisit, A., Tungtrongpairoj, J., Chansue, N., Koeypudcha, W., Paphawasit, N., & Makato, E. (2006). *The Study of Indian Almond Leaves (Terminalia Catappa L.) on Siamese Fighting Fish (Betta Splendens) and Guppy (Poecilia Reticulata) Diseases Treatment*. Unpublished Manuscript, Faculty of Veterinary Science - Vet, Chulalongkorn University. (In Thai)

Polyiam, U. (2013*). Chemical Composition and Biological Active of Ficus Hispida Linn. Unpublished Manuscript*. Faculty of Science and Technology Rajamangala University of Technology Phra Nakhon. (In Thai)

Spampinato, C., & Leonardi, D. (2013). *Candida Infections, Causes, Targets, and Resistance Mechanisms: Traditional and Alternative Antifungal Agents*. BioMed Research International. Retrieved May 23, 2020 from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3708393/

Tantimavanich, S., Kitphiboonpun, W., & Prachayasittikul, V. (2018). *Candida Auris*: The First Resistant *Candida*. *Journal of Med Tech Assoc Thailand, 46*(2), 6472-6491. (In Thai)

Terças, A, G., Monteiro, A, S., Moffa, E, B., Santos, J, R. A., Sousa, E, M.., Pinto, A, R. B. et al. (2017). Phytochemical Characterization of Terminalia Catappa Linn. Extracts and Their Antifungal Activities Against Candida spp. *US National Library of Medicine National Institutes of Health, 2017*(8), 595.

Thatsanawichitphan, Y. (2014). *Antimicrobial Activity Extracts from Piper Interruptum Opiz and Piper Chantaranothainianum C. Suwanp. & D. A. Simpson.* A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Master of Education Degree in Science Education, Kanchanaburi Rajabhat University. (in Thai)

Tummarongkongkongsatit, A., & Rojtinnakorn, J. (2007). Effective of Thai Herbs Extracts to Inhibit Bacterial Pathogens in Giant Freshwater Prawn (Macrobrachium Rosenbergii). *Journal of Fisheries Technology Research*, *1*(2), 192-200. (in Thai)

Udomkhamsuk, W., & Sanmanowong, P. (2007). Enhancing Knowledge of Care for Oral Candidiasis Infection among Persons with HIV and Familty Members. *KKU Research Journal, 12*(4), 465-471. (in Thai)

Vazquez, J. A., Peng, G., Sobel, J. D., Steele-Moore, L., Schuman, P., Holloway, W. & et al. (2001). Evolution of Antifungal Susceptibility among Candida Species Isolates Recovered from Human Immunodeficiency Virus-Infected Women Receiving Fluconazole Prophylaxis. *Clinical Infectious Diseases*, *33*(7), 1069-1075.

Wongsatit, C. (2018). *Botanist Department of Pharmaceutical Botany, Faculty of Pharmacy.* Mahidol University. (Personal Communication, October 24, 2018)

Yamim, K., Chlard, C., & Penprapai, N. (2001). *Substance Properties of Terminalia Catappa Leaf for Inhibit Bacteria Aeromonas hydrophila.* Faculty of science and fisheries, Technology Rajamangala University. (in Thai)

Yang, B., Kortesniemi, M., Liu, P., Karonen, M., & Salminen, J. P. (2012). Analysis of Hydrolysabletannins and Other Phenolic Compounds in Emblic Leaf Flower (Phyllanthus Emblica L.) Fruits by High Performance Liquid Chromatography - Electrospray Ionization Mass Spectrometry. *Journal of Agriculture and Food Chemistry*, *60*(35), 8672-8683.

Yuenyaow, L., & Wansutha, S. (2018). Anti-*Candida Albicans* of Probiotic. *Journal of Traditional Thai Medical Research, 4*(2), 1-20. (in Thai)

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น
Factors Associated with Depression among Pregnant Teenagers

สาวิตรี วงค์ประดิษฐ[1], โสเพ็ญ ชูนวล[2*] และ สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ[2]
Sawittree Vongpradit[1], Sopen Chunuan[2*] and Sunanta Youngwanichsetha[2]
นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์[1],
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์[2*]
Master student, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University[1],
Faculty of Nursing, Prince of Songkla University[2*]

(Received: *August 17, 2020*; Revised: *September 06, 2021*; Accepted: *December 13, 2021*)

บทคัดย่อ

การวิจัยบรรยายเชิงสหสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าและความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิต แรงสนับสนุนจากครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลในจังหวัดสงขลา จำนวน 298 ราย เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามเหตุการณ์ในชีวิต 3) แบบสอบถามแรงสนับสนุนจากครอบครัว 4) แบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส 5) แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ 6) แบบวัดภาวะซึมเศร้า ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของแบบสอบถามชุดที่ 3, 4, และ 6 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .91, .86 และ .93 ส่วนแบบสอบถามชุดที่ 2 และ 5 ได้ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้วิธีทดสอบซ้ำ ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .86 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

1. ระดับภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอยู่ในระดับปานกลาง (M=18.86, SD=11.17)

2. เหตุการณ์ในชีวิต ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=.48, r=-.38, และ r=-.39 ตามลำดับ)

3. แรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าทางลบในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=-.28)

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการป้องกันภาวะซึมเศร้าและเป็นแนวทางในการดูแลให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีสุขภาพจิตที่ดี

คำสำคัญ: เหตุการณ์ในชีวิต, แรงสนับสนุนจากครอบครัว, สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง, ภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sophen.c@psu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 081-4789574)

Abstract

This descriptive correlational study on depression in teenage pregnant women aimed to examine the relationship among Life event, Family support, Marital relationship, Self-esteem and depression. The samples of the study consisted of 298 teenage pregnant women in Songkhla Province. The instrument used to collect the data was a set of questionnaires including 6 parts: 1) demographic data, 2) life events, 3) family support, 4) marital relationship, 5) self-esteem, and 6) depression. Validity of the whole questionnaire was confirmed by three experts. The questionnaire parts 3, 4, and 6 had Cronbach's alpha reliability coefficient of .91, .86, and .93, respectively, while the questionnaire parts 2 and 5 had test-retest reliability of .86 and .82, respectively. Data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation. Results were as follows.

1. The level of depression among teenage pregnant women was at moderate level (M=18.86, SD=11.17).

2. Life event, marital relationship, and self-esteem were statistically significant associated with depression among teenage pregnant women (r=.48, r=-.38 and r=-.39, p<.01 respectively).

3. Family support was statistically significant associated with depression among teenage pregnant women (r=-.28, p<.01)

Findings of this study could be used as basic information for preventing and taking care of teenage pregnant women so they have good mental health.

Keyword: Teenage Pregnant Women, Depression, Teenager, Pregnancy, Life Events, Family Support, Marital Relationship, Self-Esteem

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ถือเป็นช่วงวิกฤตที่สำคัญครั้งหนึ่งของชีวิต การศึกษาของต่างประเทศ พบว่า ความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะไตรมาสที่ 2 และ 3 ของการตั้งครรภ์ ร้อยละ 23.88, 18.32 ตามลำดับ (Castro, Nogueira, Martins, Coutinho, Duarte, Nicolato et al., 2016) อีกทั้งหญิงตั้งครรภ์ในประเทศด้อยพัฒนาอย่างแอฟริกาใต้ พบหญิงตั้งครรภ์เป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 50 (Heyningen, Myer, Onah, Tomlinson, Field, & Honikman, 2016) และในประเทศไทยมีการศึกษา พบว่า ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยมีความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ร้อยละ 19.82 (Kaewjanta, Rungreangkulki, Thavornpitak, Rujiraprasert, Kotnara, & Kabkumba, 2014) ส่วนภาคกลาง พบว่า ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลศิริราช มีความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ร้อยละ 8.8 (Wongniyom & Apinuntavech, 2014) การเกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในประเทศไทยพบการศึกษามีความแตกต่างกันไป แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงสาเหตุที่แน่ชัดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญและส่งผลต่อความเสี่ยงในชีวิตของหญิงตั้งครรภ์และทารก โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพจิตใจในช่วงระยะตั้งครรภ์ การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในระยะนี้ส่งผลทำให้อารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์อ่อนไหวง่าย เกิดอารมณ์เศร้า นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ง่าย Nawarat, Fongsuwan, & Pungnirund, (2013) พบว่ามารดาที่มีภาวะซึมเศร้าในช่วงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองลดลง มีผลกระทบต่อสุขภาพของตัวมารดาเนื่องจากขาดการเอาใจใส่ตนเอง ส่งผลทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร ส่วนผลกระทบต่อทารก เช่น ทารกในครรภ์ตัวเล็กกว่าอายุครรภ์ เกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด (Sananpanichkul & Leaungsomnapa, 2015) จากการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะมีอารมณ์เศร้าหดหู่ มีความรู้สึกไม่มีคุณค่า มีความคิดทำแท้ง และคิดอยากฆ่าตัวตายหรือ

วางแผนฆ่าตัวตายได้ (Rongluen, Talengjit, & Siriborirak, 2012) อารมณ์เศร้าจะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในขณะตั้งครรภ์ของวัยรุ่นจะกลายเป็นความคิดพยายามฆ่าตัวตายต่อไป (Sukhawaha, Arunpongpaisal, & Rungreangkulkij, 2016) จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ผ่านมา มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระดับสูงและมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า คือ การตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม มีความเครียดขณะตั้งครรภ์ รู้สึกไม่อบอุ่นเมื่ออยู่บ้าน และมีคนในครอบครัวเป็นโรคจิตเภท (Wongniyom & Apinuntavech, 2014) มีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (Heyningen, Myer, Onah, Tomlinson, Field & Honikman, 2016; Jesus, Carvalho-Leite, Nogueira, & Clapis, 2016; Meijer, Bockting, Stolk, Kotov, Ormel & Burger, 2014) ความสัมพันธ์กับคู่สมรสไม่ดี (Heyningen, Myer, Onah, Tomlinson, Field & Honikman, 2016) เหตุการณ์คุกคามในชีวิต (Heyningen, Myer, Onah, Tomlinson, Field, & Honikman, 2016; Jesus, Carvalho-Leite, Nogueira, & Clapis, 2016; Meijer, Bockting, Stolk, Kotov, Ormel, & Burger, 2014; Rwakarema, Premji, Nyanza, Riziki, & Palacios-Derflingher, 2015) ประวัติโดนกระทำรุนแรง (Heyningen, Myer, Onah, Tomlinson, Field, & Honikman, 2016; Jesus, Carvalho, Nogueira, & Clapis, 2016) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง คือ การปรับตัวในชีวิตสมรส ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Kasak, Serisathien, & Bangpichet, 2013) เป็นต้น

การศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีอยู่จำนวนจำกัด และยังไม่ชัดเจน แต่สามารถแบ่งปัจจัยออกเป็น 4 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ปัจจัยทางจิตสังคม และปัจจัยอื่นๆ ซึ่งมีวิธีการศึกษา เกณฑ์การวินิจฉัย การใช้แบบสอบถามที่มีความแตกต่าง และด้วยสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในจังหวัดสงขลาสงขลามีแนวโน้มมากขึ้น พบว่า ประชากรวัยรุ่นหญิงช่วงอายุระหว่าง 15-19 ปี จำนวน 35,892 คน โดยพบอัตราการคลอด 23.93, 18.80 และ 5.18 และอายุในช่วง 10-15 ปี มีอัตราคลอดมีชีพในปี 2561-2563 (ไตรมาส 1) พบอัตราการคลอด 0.49, 0.36 และ 0.36 เกณฑ์ไม่เกิน 1.1:1000 ต่อประชากรหญิงอายุ 10-15 ปี ตามลำดับ (Health Data Center, 2019) และอาจจะมีการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นเพิ่มขึ้นได้เช่นกัน (Srivilai, 2016) เมื่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้น การดำเนินชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงไปไม่สามารถแก้ไขได้อาจส่งผลให้วัยรุ่นเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิต แรงสนับสนุนจากครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดสงขลาเพื่อวางแผนการแก้ไขและสามารถนำมาวางแผนเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดสงขลา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิต แรงสนับสนุนจากครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดสงขลา

สมมติฐานวิจัย

เหตุการณ์ในชีวิต แรงสนับสนุนจากครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

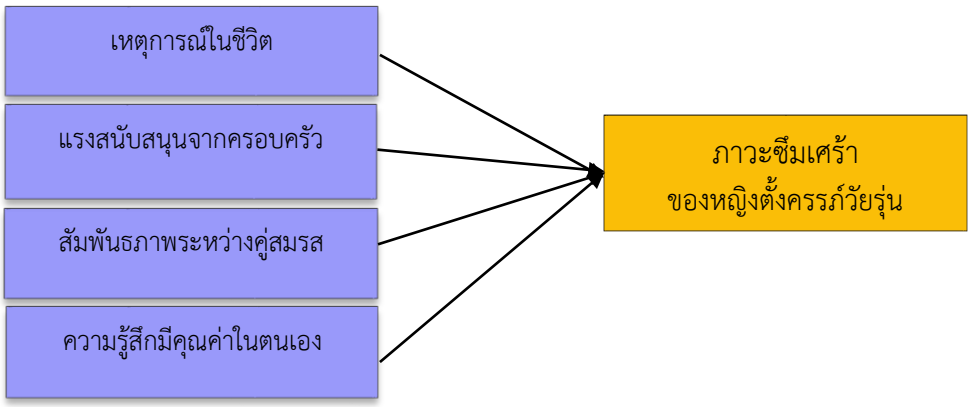
กรอบแนวคิดการวิจัย

ภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ในระยะตั้งครรภ์ เป็นช่วงวัยที่ยังไม่มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ ขาดการยอมรับในครอบครัว มองตนเองในแง่ลบ มีการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทการเป็นมารดา การเริ่มสัมพันธภาพการเป็นสามีภรรยา อาจทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้ สำหรับสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ยังไม่ทราบได้แน่ชัด และยังไม่มีทฤษฎีที่สามารถ

อธิบายภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยตรง ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดที่ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิต แรงสนับสนุนจากครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้า ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้กรอบแนวคิดในการศึกษาในครั้งนี้

เนื่องจากการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตรวดเร็ว โดยเฉพาะถ้าหากวัยรุ่นตั้งครรภ์ประสบกับเหตุการณ์ในชีวิตที่มีผลต่ออารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เป็นเหตุการณ์ทางลบที่คุกคามต่อชีวิต และส่งผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การถูกทำร้าย การมีปัญหาทางการเงิน การเจ็บป่วยหรือได้รับอุบัติเหตุ มีการสูญเสียของบุคคลใกล้ชิด การพลัดพราก เป็นต้น (Holm & Rahe, 1967) เชื่อว่าเหตุการณ์บางเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตทำให้เกิดความเครียดส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ แรงสนับสนุนจากครอบครัว เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่อาจจะมีอิทธิพลที่สำคัญต่อภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ เมื่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือจากแหล่งทางสังคมที่มีความสำคัญ คือ ครอบครัว อีกปัจจัยคือสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส เป็นความสัมพันธ์ระหว่างหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกับสามี ที่อยู่ในสถานภาพการเป็นสามีภรรยาที่ต้องมีการปรับตัวเข้าหากัน มีสัมพันธภาพที่ดี เอาใจใส่ ดูแลซึ่งกันและกัน หญิงตั้งครรภ์ที่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสดี จะมีสภาพจิตใจที่ดี สำหรับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอาจเกิดภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกต่อตนเอง เกี่ยวกับความมีคุณค่า การยอมรับจากคนอื่น ๆ มีทั้งด้านบวกและด้านลบ ส่งผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม และแสดงออกมาทางบุคลิกภาพของคน ๆ นั้นได้ เป็นปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคลในการเผชิญปัญหาในการดำรงชีวิตประจำวัน ยอมรับตนเอง เคารพตนเอง และเห็นคุณค่าในตนเอง (Rosenberg, 1965)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษา 4 ตัวแปร ได้แก่ เหตุการณ์ในชีวิต แรงสนับสนุนจากครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ตามภาพ 1 ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยบรรยายเชิงสหสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดสงขลา

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ หญิงตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 20 ปี ในเขตสุขภาพที่ 12 จังหวัดสงขลา โดยกำหนดคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. อายุน้อยกว่า 20 ปี
2. ไม่มีประวัติการรักษาทางจิตเวช
3. มีความสามารถฟัง พูด อ่าน เขียนสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้

4. ได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือสามีในการเข้าร่วมการวิจัยและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

ใช้วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตร Yamane (1976) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ที่ความคลาดเคลื่อน 5% จากจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 20 ปี ในเขตสุขภาพที่ 12 จังหวัดสงขลา ในปีงบประมาณ 2561 จำนวน 1,453 คน (Health data center : HDC, 2019) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 314 ราย จากนั้นกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของจำนวนหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแต่ละโรงพยาบาล จำนวน 15 โรงพยาบาล เพื่อให้ได้สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการคลินิกฝากครรภ์สูตรของ Ruecha, Lertmaleewong, Laohachinda, Srisuwan, Putthawatana & Thanurak (1997) ดังนี้

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง} = \frac{\text{จำนวนตัวอย่างที่ต้องการ x จำนวนประชากรในแต่ละโรงพยาบาลใน 1 ปี}}{\text{จำนวนประชากรทุกโรงพยาบาลใน 1 ปี}}$$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็นข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา รายได้ อาชีพ โรคประจำตัว ลักษณะของครอบครัว ข้อมูลส่วนบุคคลของสามี ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา รายได้ อาชีพ ข้อมูลเกี่ยวกับสูติกรรม ประกอบด้วย การวางแผนการตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ จำนวนการฝากครรภ์ และบุคคลที่ปรึกษา มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเหตุการณ์ในชีวิต เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์เหตุการณ์ในชีวิตของ Pummanee (2013) โดยดัดแปลงจากแบบสอบถามเหตุการณ์ในชีวิตของ Nakrapanich (1988) ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดเหตุการณ์ในชีวิตของ Holmes & Rahe (1967) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาวัยรุ่นหลังคลอดจากการศึกษาของ Pummanee (2013) ศึกษาเมื่อปีพ.ศ. 2556 โดยผู้วิจัยมีการปรับเปลี่ยนให้เป็นแบบสอบถามเหตุการณ์ในชีวิตขณะตั้งครรภ์และลดจำนวนข้อคำถามลง 16 ข้อ เพื่อไม่ให้ข้อคำถามซ้ำซ้อน รวมทั้งหมด 27 ข้อ โดยให้ผู้ตอบว่ามีหรือไม่มีเหตุการณ์ในชีวิต ซึ่งถ้าตอบว่า “มี” จะได้คะแนนเท่ากับหนึ่ง คะแนน หรือถ้าตอบว่า “ไม่มี” จะได้คะแนนเท่ากับศูนย์

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของ Saengchinda (2016) เพื่อให้เหมาะสมกับการประเมินการสนับสนุนจากครอบครัวต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งแบบสอบถามนี้ได้พัฒนาตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) โดยมีค่าความความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .89 ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ศึกษาเมื่อปีพ.ศ. 2559 มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ 5 ข้อ (ข้อ 1–5) เป็นข้อความด้านบวก 4 ข้อ ด้านลบ 1 ข้อ การสนับสนุนด้านวัตถุ 5 ข้อ (ข้อ 6-10) เป็นข้อความด้านบวก 5 ข้อ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 5 ข้อ (ข้อ 11-15) เป็นข้อความด้านบวก 5 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เป็นจริงมากที่สุด ถึงไม่เป็นจริงเลย ซึ่งแบ่งตามระดับตั้งแต่ “มากที่สุด” ถึง “น้อยที่สุด”

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบวัดสัมพันธภาพในชีวิตสมรสของ Yanvaree (2002) การประเมินตามความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้ตอบเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์กับสามีที่มีต่อกันในการดำเนินชีวิตสมรส ความพึงพอใจต่อชีวิตสมรส การแสดงความรักความผูกพัน การแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ การเผชิญปัญหาในครอบครัวและพฤติกรรมทางเพศ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .93 ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ ศึกษาเมื่อปีพ.ศ. 2545 ข้อคำถาม 15 ข้อ โดยผู้วิจัยมีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาบางส่วนในแบบสอบถามและลดจำนวนข้อคำถามลง 1 ข้อ เพื่อไม่ให้ข้อคำถามซ้ำซ้อนและเข้าใจง่ายสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น รวมทั้งหมด 14 ข้อ มีตัวเลือกที่กำหนดให้ 5 ตัวเลือก ตั้งแต่“เป็นความจริงมากที่สุด” ถึง “ไม่เป็นความจริงเลย”

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) ฉบับภาษาไทยของ ศรีแสง (Sriseang, 2003) นำมาใช้กับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งมีค่า

ความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง .72 แบบประเมินประกอบด้วยข้อความจำนวน 10 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความที่มีความหมายทางบวก จำนวน 5 ข้อ คือ 1, 3, 4, 7, 10 และข้อความที่มีความหมายทางลบจำนวน 5 ข้อ คือ ข้อ 2, 5, 6, 8, 9

ส่วนที่ 6 แบบวัดภาวะซึมเศร้า (Thai Version of the Beck Depression Inventory: BDI) ฉบับภาษาไทย แปลโดย Sriyong (1979) แบบสอบถามมีทั้งหมด 21 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ เริ่มตั้งแต่ไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย (คะแนน 0) ไปถึงอาการรุนแรง(คะแนน 3) ระดับคะแนนจะมี 0, 1, 2, 3 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.93 คะแนนรวมจะอยู่ในช่วง 0 – 63 คะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนดังนี้

0-9 คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าระดับปกติ (Normal)
10-15 คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (Minimal Depression)
16-19 คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Mild-Moderate Depression)
20-29 คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก (Moderate-Severe Depression)
30-63 คะแนน	มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe Depression)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามทั้งหมด คือ 1) แบบสอบถามเหตุการณ์ชีวิต 2) แบบสอบ ถามแรงสนับสนุนทางสังคม 3) แบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส 4) แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ 5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความสามารถและประสบการณ์จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางจิตเวชวัยรุ่น 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสูตินารีเวช 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชวัยรุ่น 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาหาค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถาม โดยใช้เกณฑ์ CVI > .80 (Srisatitnarakun, 2010) ได้ค่าความตรงเท่ากับ .96, 1.00, .96, .97 และ .98 ตามลำดับ ผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้มีความกระชับมากขึ้น ได้แบบสอบถามที่ชัดเจนและมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และนำไปทดลองใช้ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โรงพยาบาลสงขลา จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง ดังนี้ แบบสอบถามแรงสนับสนุนจากครอบครัว เท่ากับ .91 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส เท่ากับ .86 และแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า .93 ส่วนแบบสอบถามเหตุการณ์ในชีวิต และแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนั้น หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้วิธีทดสอบซ้ำ (Test-Retest) โดยใช้ระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ เท่ากับ .86 และ .82 ตามลำดับ ค่าความเที่ยงที่ได้นั้นมีการยอมรับที่มากกว่า .80 (Polit & Beck, 2017)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลทั้ง 15 โรงพยาบาล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนกุมภาพันธ์ ถึง พฤษภาคม 2563 ซึ่งได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. จัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ ในการดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย

2. เมื่อได้รับอนุญาตในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลคลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลสงขลาเพื่อแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ส่วนโรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลปฐมภูมิผู้วิจัยได้จัดเตรียมผู้ช่วยวิจัย โรงพยาบาลละ 1 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและคำถามแต่ละข้อให้ผู้ช่วยผู้วิจัยเข้าใจเป็นอย่างดี เพื่อสามารถตอบคำถามในกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจรวมทั้งต้องวางตัวเป็นกลาง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ใช้การพิจารณาของตนเองมากที่สุด ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ คลินิกฝากครรภ์ เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามคืน

3. ภายหลังโรงพยาบาลส่งแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืน จำนวนทั้งสิ้น 319 ฉบับ และตัด Outlier ออกจำนวน 21 ราย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 298 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.90 ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้หาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ระดับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดสงขลา โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิต แรงสนับสนุนจากครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดสงขลา ดังนี้

3.1 โดยนำตัวแปรทั้งหมด มาทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น จากงานวิจัยเมื่อโดยพิจารณาจากกราฟที่พล็อตค่าของข้อมูล (Normal Q-Q Plot) ข้อมูลทุกตัวแปรมีการจับกลุ่มรวมตัวกันตามแนวของเส้นตรง แสดงถึงการแจกแจงแบบปกติและความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010)

3.2 เมื่อผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น จึงหาความสัมพันธ์ของตัวแปรใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Moment Correlation Coefficient) ทดสอบระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ (Srisatitnarakun, 2010) มีความหมายดังนี้

$r > .80$	หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
$r > .30$ - .80	หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
$r < .30$	หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้หมายเลขรับรอง PSU IRB 2018 – Qn 035 ลงวันที่ 6 สิงหาคม 2561 วันหมดอายุ 6 สิงหาคม 2563 โรงพยาบาลหาดใหญ่ ได้หมายเลขรับรอง 94/2562 ลงวันที่ 25 กันยายน 2562 โรงพยาบาลสงขลา ได้หมายเลขรับรอง Nrt-O3-1508200 ลงวันที่ 21 สิงหาคม 2562 และโรงพยาบาลชุมชนอีก13 โรงพยาบาลได้ส่งบันทึกข้อความขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัยและได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดสงขลา จำนวน 298 ราย กลุ่มตัวอย่างมีอายุต่ำสุด 13 ปี และสูงสุด 19 ปี มีอายุเฉลี่ย 17.39 ปี (*SD*=1.42) โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 17-19 ปี ร้อยละ 62.10 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 64.3 จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 54.70 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 63.40 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 75.50 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 72.80 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 93.60

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสามีมีอายุต่ำสุด 15 ปี และสูงสุด 53 ปี มีอายุเฉลี่ย 21.09 ปี (*SD*=4.68) จบการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 43 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 62.80 มีรายได้อยู่ในช่วง 5,001-10,000 ร้อยละ 50.70 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 56.70 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 81.20 ไม่ตั้งใจในการตั้งครรภ์ ร้อยละ 68.80 มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ร้อยละ 76.80 ไม่เคยมีประวัติการแท้ง ร้อยละ 91.90 อายุครรภ์อยู่ในช่วงไตรมาสที่ 2 ร้อยละ 48.70 เมื่อมีปัญหาจะปรึกษาพ่อ/แม่ ร้อยละ75.80 ในช่วงเวลานี้สามารถปรึกษาปัญหาต่าง ๆ กับพ่อแม่มากที่สุด ร้อยละ 65.80 และเมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ/เศร้าใจจะฟังเพลง ร้อยละ 44.60 น่าสังเกตว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุต่ำสุด 13 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยรุ่นตอนต้นที่ยังไม่มีรายได้ ขาด

ประสบการณ์ในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ ไม่มีความตั้งใจในการตั้งครรภ์ จึงควรเอาใจใส่ช่วยเหลือดูแลใกล้ชิด พร้อมทั้งติดตามหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นด้วยระดับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

2. ระดับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดสงขลา

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (*N* = 298)

ตัวแปร	*Min-Max*	*M*	*SD*	ระดับ
ภาวะซึมเศร้า	0-51	18.86	11.17	ปานกลาง

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในแต่ละระดับ (*N* = 298)

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะปกติ (0-9 คะแนน)	61	20.47
ระดับน้อย (10-15 คะแนน)	79	26.51
ระดับปานกลาง (16-19 คะแนน)	31	10.40
ระดับมาก (20-29 คะแนน)	70	23.49
ระดับรุนแรง (30-63 คะแนน)	57	19.13

จากตาราง 1 พบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 18.86 (*SD*=11.17) และจากตาราง 2 ระดับภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย จำนวน 79 คน ร้อยละ 26.51 และยังมีหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก จำนวน 70 คน ร้อยละ 23.49

3. ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิต แรงสนับสนุนจากครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในจังหวัดสงขลา

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิต แรงสนับสนุนจากครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างสามี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับภาวะซึมเศร้า (*N*=298)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (*r*) ภาวะซึมเศร้า
1. เหตุการณ์ในชีวิต	.482*
2. แรงสนับสนุนจากครอบครัว	-.276*
3. สัมพันธภาพระหว่างสามี	-.382*
4. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	-.394*

*p<.01

จากตาราง 3 พบว่า เหตุการณ์ในชีวิต (*r*=.482, *p*<.01) แรงสนับสนุนจากครอบครัว (*r*=-.276, *p*<.01) สัมพันธภาพระหว่างสามี (*r*=-.382, *p*<.01) ความรู้สึกคุณค่าในตนเอง (*r*=-.394, *p*<.01) ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีปัจจัยแรงสนับสนุนจากครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีระดับภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (*M*=18.86, *SD*=11.17) ภาวะซึมเศร้าในระดับนี้ถือว่ามีความรุนแรง แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ตามปกติ อาจจะเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้รับความรัก กำลังใจจากครอบครัว สามารถประคับประคองการตั้งครรภ์ในครั้งนี้ต่อไปได้ การศึกษาครั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอาศัยในครอบครัวขยาย (ร้อยละ

81.20) และสามารถเปิดใจเข้าไปปรึกษาปัญหาต่าง ๆ กับพ่อแม่ได้มากที่สุด (ร้อยละ 65.80) แสดงให้เห็นว่าครอบครัวยังเป็นที่พึ่งพาสำคัญที่สุดสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและสามารถให้การดูแล ความรักเอาใจใส่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้มากที่สุด แต่การศึกษาในครั้งนี้ยังมีหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก จำนวน 70 คน (ร้อยละ 23.50) แสดงให้เห็นว่า ภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลากหลายปัจจัย อาจจะมาจากสาเหตุที่ต้องหยุดการเรียน ทำให้การศึกษาอยู่ในระดับต่ำ และการตั้งครรภ์ไม่ได้มีการวางแผนมาก่อน ส่งผลให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลได้ หากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่สามารถจัดการปัญหานี้ได้ หรือการขาดรายได้เนื่องจากส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์อยู่ในวัยเรียน จากการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกินครึ่งมีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับมัธยมต้น (ร้อยละ 54.70) ยังไม่มีรายได้ (ร้อยละ 75.50) และไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 72.80) สาเหตุเหล่านี้อาจทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นรู้สึกกดดัน มีความสับสนในการเผชิญกับปัญหาทั้งหมด ส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอยู่ในระดับที่ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าได้

การศึกษาของ Jesse, Kim, & Herndon (2014) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ในภาคตะวันออกของรัฐกลางมหาสมุทรแอตแลนติกมีระดับของภาวะซึมเศร้าที่มีคะแนนมากกว่า 16 คะแนน หรือสูงกว่า มีจำนวน 104 คน (ร้อยละ 32.7) ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ได้ว่าหญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ได้ การไม่มีอาชีพขาดรายได้ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และการที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทการเป็นมารดาครั้งแรกอาจจะไม่สามารถปรับตัวกับเหตุการณ์ที่เปลี่ยนไปได้ ไม่สามารถหาทางออกและแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสมส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นตั้งครรภ์เป็นครรภ์แรก (ร้อยละ 85.20) หากการปรับตัวเป็นไปได้ยากอาจจะส่งให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าไปจนถึงระยะหลังคลอดได้ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Phummanee & Roomruangwong (2015) ศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดบุตรในมารดาวัยรุ่น พบว่า มารดาวัยรุ่นมีการปรับบทบาทการเป็นมารดาในระยะหลังคลอดในอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 88.4) ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิต แรงสนับสนุนจากครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างสามี และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า มีปัจจัย 3 ปัจจัย มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เหตุการณ์ในชีวิต (r=.48, p<.01) สัมพันธภาพระหว่างสามี (r=-.38, p<.01) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (r=-.39, p<.01) และปัจจัยแรงสนับสนุนจากครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ (r=-.28, p<.01)

เหตุการณ์ในชีวิต เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ รวมทั้งประสบการณ์ในชีวิตของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Jantacumma, Powwattana, Lagampan, & Chansatitporn (2018) พบว่า กลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุอยู่ในช่วง 10-19 ปี ที่เข้าคลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาล 4 แห่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างของประเทศไทยมีเหตุการณ์ในชีวิตที่ตึงเครียดมีผลต่อภาวะซึมเศร้าในขณะตั้งครรภ์ ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Tangtekakul, Jirapaet, & Uthis, (2017) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตในระดับต่ำ เมื่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตผ่านมา 1 ปี และประสบการณ์ของความรุนแรงที่เคยเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Heyningen, Myer, Onah, Tomlinson, Field, & Honikman (2016) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์และความทุกข์ยากในเมืองประเทศแอฟริกาใต้ พบว่า ประสบการณ์การเหตุการณ์คุกคามในชีวิตส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ ร้อยละ 22 โดยที่มีหญิงตั้งครรภ์เป็นโรคซึมเศร้าที่แสดงอาการอยากฆ่าตัวตายร้อยละ 50 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Jesus, Carvalho, Nogueira, & Clapis (2016) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในการตั้งครรภ์ในประเทศบราซิล พบว่า เหตุการณ์ใน 12 เดือนที่ผ่านมาและประวัติความรุนแรงมีผลต่อภาวะซึมเศร้า การประเมินภาวะซึมเศร้าพบว่า โรคนี้พบได้บ่อยในระหว่างการตั้งครรภ์และมีความเสี่ยงสูงในหญิงที่เคยมีเหตุการณ์ได้รับความรุนแรงจากครอบครัว

แรงสนับสนุนจากครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่ครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย และเมื่อมีปัญหาจะปรึกษาพ่อ/แม่ (ร้อย

ละ75.80) ในช่วงเวลานี้สามารถปรึกษาปัญหาต่าง ๆ กับพ่อแม่มากที่สุด (ร้อยละ 65.80) สอดคล้องกับการศึกษาของ Buzi, Smith, Kozinetz, Peskin, & Wiemann (2015) ศึกษากรอบแนวคิดทางสังคมวิทยาในการประเมินอาการซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ประเทศสเปน พบว่า การความใกล้ชิดของครอบครัวมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ การดูแลก่อนคลอดและการสนับสนุนจากครอบครัวต่ำส่งผลให้มีแนวโน้มที่วัยรุ่นตั้งครรภ์จะมีภาวะซึมเศร้าในระดับสูงได้ การเผชิญกับปัญหาเพียงลำพัง เกิดความกดดันในตนเอง ไม่กล้าเผชิญหน้ากับครอบครัว และการได้รับการทารุณจากครอบครัว ขาดการสนับสนุนทางครอบครัวส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

สัมพันธภาพระหว่างสามี ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสามี ความรักและความกลมเกลียวระหว่างสามีภรรยาที่มีความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจกันมีผลต่อสภาพจิตใจของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จากการศึกษา พบว่า สัมพันธภาพจากสามีมีสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Kaewjanta, Rungreangkulki, Thavornpitak, Rujiraprasert, Kotnara, & Kabkumba (2014) พบว่า การปรับตัวในชีวิตสมรสและการมีสัมพันธภาพกับสามีมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ สัมพันธภาพที่ไม่ดีกับสามี เมื่อมีเรื่องเดือดร้อน เรื่องทุกข์ใจ ไม่สบายใจ จะเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่มีที่พึ่ง ขาดที่ปรึกษา ต้องเผชิญปัญหาโดยลำพัง เกิดความเครียด กดดัน และนำสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีสามีอายุต่ำสุด 15 ปี ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Pummanee (2013) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาวัยรุ่นช่วงระยะเวลา 1-2 สัปดาห์ พบว่า การมีคู่สมรสอายุน้อยกว่า 18 ปี เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดได้ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับช่วงอายุที่เป็นวัยรุ่นที่รักอิสระ ต้องการเป็นตัวเองสูง ขาดประสบการณ์การใช้ชีวิต ขาดความรับผิดชอบ ส่งผลให้ความสัมพันธ์ที่เกิดไม่ดี ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Lertsakornsiri, Boonyanurut, & Hisako (2012) พบว่า มารดาหลังคลอดที่มีสัมพันธภาพกับสามีที่ดีมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าลดลง 0.21 เท่าของผู้ที่มีสัมพันธภาพไม่ดีกับสามี

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เมื่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า เป็นคนไม่ดี ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง ทำให้พ่อแม่เสียใจ ขาดการยอมรับทางสังคม รับรู้ว่าตนเองตั้งครรภ์ขณะเรียนมองตนเองนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Kaewjanta, Rungreangkulki, Thavornpitak, Rujiraprasert, Kotnara, & Kabkumba (2014) พบว่า วัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มีอายุระหว่าง13 –19 ปี ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เนื่องจากช่วงวัยนี้จะให้ความสำคัญและสนใจเรื่องภาพลักษณ์ ความสวย ความงาม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างจากการตั้งครรภ์ สิ่งเหล่านี้อาจส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Lertsakornsiri, Boonyanurut, & Hisako (2012) พบว่า ผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 5.59 เท่าของผู้ที่มีความรู้สึกมีค่าในตนเองสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถพัฒนาแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในการลดภาวะซึมเศร้า การประเมินเหตุการณ์ในชีวิตในระยะตั้งครรภ์ ส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้

2. ควรมีการวิจัยพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของหญิงตั้งครรภ์ร่วมกับการเสริมสร้างสัมพันธภาพกับสามีเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า

3. ควรมีการวิจัยพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะสัมพันธภาพกับสามี ร่วมป้องกันภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัยในครั้งนี้

References

Beck, A. T. (1967). *Depression-Clinical Experimental and Theoretical Aspects*. New York: Harper and Row.

Buzi, S. R., Smith, B. P., Kozinetz, A. C., Peskin, F. M., & Wiemann, M. C. (2015). A Socioecological Framework to Assessing Depression among Pregnant Teens. *Maternal Child Health, 19*, 2187-2194.

Castro, C. T., Nogueira, C, M., Martins, B. M. Y., Coutinho, F. G., Duarte, G. F., Nicolato, R., et al. (2016). Antenatal Depression: Prevalence and Risk Factor Patterns Across the Gestational Period. *Journal of Affective Disorders*, *192*, 70-75.

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

Health Data Center. (2019). *Number of Population at Songkhla Province 2019*. Retrieved December 21, 2019 from https://ska.hdc.moph.go.th/hdc/report

Heyningen, T. V., Myer, L., Onah, M., Tomlinson, M., Field, S., & Honikman, S. (2016). Antenatal Depression and Adversity in Urban South Africa. *Journal of Affective Disorders*, *203*, 121-129.

Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, *11*, 213-218.

Jantacumma, N., Powwattana, A., Lagampan, S., & Chansatitporn, N. (2018) Predictive Model of Quality of Life among Thai Pregnant Teenage. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, *22*(1), 30-42.

Jesse, D. E., Kim, H., & Herndon, C. (2014). Social Support and Self-Esteems Mediators Between Stress and Antepartum Depressive Symptoms in Rural Pregnant Women. *Research in Nursing & Health, 37*, 241-252.

Jesus, S. M. M., Carvalho Leite, E. P. R., Nogueira, D. A., & Clapis, M. J. (2016). Depression in Pregnancy. Prevalence and Associated Factors. *Investigation Education Enfermeria, 34*(2), 342-350.

Kaewjanta, N., Rungreangkulki, S., Thavornpitak, Y., Rujiraprasert, N., Kotnara, I., & Kabkumba, C. (2014). Prevalence of Depression in Adolescent Pregnancy in Antenatal Clinics, Provincial Hospital, Northeastern Thailand. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand, 59*(3), 207-220. (in Thai)

Kasak, R., Serisathien, Y., & Bangpichet, A. (2013). Factor Predicting Depression in Adolescent Pregnant Woman. *Journal of Nursing Science, 31*(2), 38-48. (in Thai)

Lertsakornsiri, M., Boonyanurut, P., & Hisako, K. (2012). Relationship Between Stress, Social Support, Self-Esteem and Depression in Postpartum Mothers. *Thai Journal of Nursing, 61*(3), 1-8. (in Thai)

Meijer, J. L., Bockting, C. L. H., Stolk, R. P., Kotov, R., Ormel, J., & Burger, H. (2014). Associations of Life Events During Pregnancy with Longitudinal Change in Symptoms of Antenatal Anxiety and Depression. *Midwifery Journal, 30*(5), 526-531.

Nawarat, S., Fongsuwan, W., & Pungnirund, B. (2013). A Structural Equation Model Development of Variables That Effect to Depression among Pregnancy of Thai Adolescent. *Journal of the Association of Researcher, 18*(2), 99-113. (in Thai)

Phummanee, N., & Roomruangwong, C. (2015). Postpartum Depression Teenage Mother: A Study at Department of Medical Services, Sirindhorn Hospital, Bangkok. *Chulalongkorn Medicine, Journal, 59*(2), 195-205. (in Thai)

Polit, D. P. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice (10 th ed.)*. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Pummanee, N. (2013). *Depression after Childbirth among Teenage Mother at Sirindhorn Hospital Medical Service Department*. Faculty of Medicine. A Thesis Submitted in Partial of the Requirements for the Degree of Master of Science Program in Mental Health. Chulalongkorn University. (in Thai).

Rongluen, S., Talengjit, P., & Siriborirak, S. (2012). Unwanted Pregnancies in Teenagers: A Survey of Problems and Needs for Health Care Support. *Siriraj Nursing Journal, 3*(2), 14-28. (in Thai)

Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. New Jersey: Princeton University Press.

Ruecha, Y., Lertmaleewong, M., Laohachinda, Y., Srisuwan, W., Putthawatana P., & Thanurak. R. (1997). *Nursing Research. (6th ed)*. Bangkok: Charoenphon.

Rwakarema, M., Premji, S. S., Nyanza, E. C., Riziki, P., & Palacios-Derflingher, L. (2015). Antenatal Depression is Associated with Pregnancy-Related Anxiety, Partner Relations, and Wealth in Women in Northern Tanzania: a Cross-Sectional Study. *BMC Womens Health, 15*(68), 1-10.

Saengchinda, K. (2016). *Factors Related to Maternal Tasks of Unplanned Adolescent Pregnant Women A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Degree of Master of Nursing Science (Midwifery)*. Burapha University. (in Thai)

Sananpanichkul, P., & Leaungsomnapa, Y. (2015). Adolescent Pregnancy: Maternal Facto Effect on Fetal Outcomes. *Journal Prapokklao Hospital Clinic Medicine Education Center, 32*(2), 147-156.

Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The Health-Related Functions of Social Support. *Journal of Behavioral Medicine, 4*(4), 381–406.

Srisatitnarakun, B. (2010). *Nursing Methodology (5th ed)*. Bangkok: UAnI Inter Media Co., Ltd.

Srivilai, K. (2016). Repeated Pregnancy among Adolescent: A Case Study in a Community Hospital, Southern Thailand. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 3*(3), 142-152. (in Thai)

Sriyong, M. (1979). *Beck Depression Inventory IA [BDI-IA])*. Bangkok: Faculty of Education. Ramkhamhaeng University. (in Thai)

Sukhawaha, S., Arunpongpaisal, S., & Rungreangkulkij, S. (2015). Attempted suicide triggers in Thai Adolescent perspectives. *Archives of Psychiatric Nursing, 30*(3), 334-341. (in Thai)

Tangtekakul, S., Jirapaet, V., & Uthis, P. (2017). The Effect of Integrated Perceived Stresisful Life Event Management Program on Depression of Depression Disorder Patients in Community. *Journal of Health Science Research, 31*(1), 133-147. (in Thai)

Wongniyom, K., & Apinuntavech, S. (2014). The Prevalence and Associated Factors of Depression in Teenage Pregnancy at Siriraj Hospital. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand, 59*(3), 195-205. (in Thai)

Yanvaree, P. (2002). *A Contribution of Marital Relationship, Child-Rearing Practice, and an Attachment History Disruption of Mothers to the Self-Care Behavior and a Tendency of Child-Rearing Behavior of the Mothers. Department of Psychology and Guidance Graduate School*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Master of Art. Silpakorn University. (in Thai)

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

บทบาทพยาบาลงานรักษาโรคเบื้องต้นในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 11
Nurse's Roles in a Primary Medical Care Unit (Health Region 11)

ณัฐวิโรจน์ ชูดำ[1], นัยนา หนูนิล[2*] และ รัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ์[2]
Nattawirot Choodam[1], Naiyana Noonil[2*] and Rachadaporn Jantasuwan[2]
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน[1], สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์[2*]
Master of Science Program in Community Nurse Practitioner[1],
School of Nursing, Walailak University[2*]

(Received: *April 30, 2020*; Revised: *October 14, 2021*; Accepted: *November 25, 2021*)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงผสมผสานนี้ เป็นการศึกษาบทบาทพยาบาลงานรักษาโรคเบื้องต้น ปัจจัยเอื้อและอุปสรรคของพยาบาลต่อการปฏิบัติงานรักษาโรคเบื้องต้น ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิจัยสภาการพยาบาลเรื่องบทบาทความรับผิดชอบของพยาบาลในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 11 ที่ได้มาจากการสุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิ และเจาะจงเลือกพยาบาลที่รับผิดชอบงานรักษาโรคเบื้องต้น จำนวน 46 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามบทบาทพยาบาล แนวทางการสังเกต และสัมภาษณ์การรักษาโรคเบื้องต้น และปัจจัยเอื้อ/อุปสรรคกับการปฏิบัติงานของพยาบาลและการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรคเบื้องต้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา Mann-Whitney U-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ร้อยละ 95.70 อายุเฉลี่ย 43.85 ปี (*SD*=7.90) ปฏิบัติบทบาทพยาบาลรักษาโรคเบื้องต้นระดับมากที่สุด มุ่งเน้นการซักประวัติเพื่อประเมินสุขภาพ และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และพบว่าบทบาทพยาบาลในคลินิกหมอครอบครัว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่มีความแตกต่างกัน ยกเว้นการวินิจฉัยแยกโรค ($p<.05$) สำหรับยาสมุนไพรที่พยาบาลใช้ในงานรักษาโรคเบื้องต้นสามอันดับแรก คือ ฟ้าทะลายโจร มะขามแขก และขมิ้นชัน อุปสรรคของการปฏิบัติงาน คือ ข้อจำกัดเรื่องการใช้ยาในการรักษา จำนวนพยาบาลไม่เพียงพอแต่มีภาระงานหลายด้าน และผู้ใช้บริการรับรู้ว่ายาปฏิชีวนะดีกว่ายาสมุนไพร

ควรพัฒนาสมรรถนะด้านการรักษาโรคเบื้องต้นแก่พยาบาลอย่างต่อเนื่อง มีการวิเคราะห์ภาระงานของพยาบาลและจัดสรรบุคลากรให้เหมาะสม รวมทั้งสร้างความเข้าใจแก่ประชาชนเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและยาสมุนไพรในหน่วยบริการปฐมภูมิ

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล, การรักษาโรคเบื้องต้น, หน่วยบริการปฐมภูมิ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: nnaiyana@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-2705583)

Abstract

The purposes of this mixed methods study were to: 1) describe nurse's roles regarding primary medical care, and 2) study both supportive and barrier factors of working in a primary care unit. This study was a part of the Thailand Nursing and Midwifery Council Research Project, entitled "Roles and Responsibilities of Nurses in Driving Primary Health Care Systems". Several primary care units in Health Region 11 were randomly selected. Participants were 46 nurses, recruited using purposive sampling. Instruments consisted of a questionnaire with different parts, such as nursing role, observation form, and semi-structured interview questionnaire about primary medical care and factors related to nursing roles. Data were analyzed by descriptive statistic, Mann-Whitney U-test, and content analysis. Results showed as follows.

1. Most of nurses (95.70 %) were nurse practitioners with mean age 43.85 years (*SD*=7.90). Their roles regarding primary medical care was at the highest level; the highest mean score was in health assessment, followed by giving health education to patients and families.

2. Overall, the primary medical care roles were not significantly different in primary care unit and primary care cluster. However, the role in medical diagnosis was significantly different ($p<.05$).

3. The herbal medicines were usually used for primary medical care were andrographis panicolata, senna, and turmerin.

4. The barriers factors related to primary medical care were insufficiency of medical use for treatment, inappropriate number of nurses and having multiple workloads as well as patients' preference in antibiotic use.

Therefore, nurse competency in primary medical care should be developed continuously. An analysis of nurse workload and the appropriate allocation of health personnel as well as public awareness of using antibiotics and herbal medicines should be concerned.

Keyword: Nursing Role, Primary Medical Care, Primary Care Unit

บทนำ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 กำหนดให้ "สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนชาวไทยทุกคน" โดยมีนโยบายที่สำคัญ คือ "ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพตามความจำเป็นอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นธรรม มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน" (Constitution of the kingdom of Thailand, 2017; National Health Security Office, 2013) จากนโยบายดังกล่าวระบบบริการสุขภาพจึงได้มีการปฏิรูปและพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียม ทั่วถึง และมีคุณภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุด คือ ประชาชนมีสุขภาพดี และได้รับบริการสุขภาพแบบ "ใกล้บ้านใกล้ใจ" สถานบริการระดับปฐมภูมิจึงต้องพัฒนาศักยภาพให้สามารถดูแลประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เน้นสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2557 กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบ "คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster; PCC)" เพื่อให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม คือ 1 ทีม ต่อประชากร 10,000 คน (Working Group on Service Reform, 2016) ควบคู่ไปกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยมีเป้าหมายเพื่อ "บริการทุกคน ทุกอย่างทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี" (Nursing Division, 2019)

การบริการของพยาบาลนับเป็นฐานสำคัญของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ (Tangcharoensathien, Witthayapipopsakul, Panichkriangkrai, Patcharanarumon, & Milk, 2018) พยาบาล

เป็นบุคคลสำคัญของการให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ (Da Silva, Brault, Pineault, Chouinard, Prud' homme, & D'Amour, 2018) จากการศึกษาพบว่าพยาบาลสามารถช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย สามารถให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ และไม่ต้องเดินทางไปใช้บริการที่ไกล (Boontong, Athaseri, & Sirikul, 2007) สามารถใช้ความรู้ ความสามารถในการให้บริการสุขภาพครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ อย่างเป็นระบบและองค์รวม ทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจมากที่สุด (Janprasert, 2012) นอกจากนี้การมีสัดส่วนของบุคลากรในทีมสุขภาพที่เหมาะสมในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ยังช่วยลดอัตราการตายทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา (Starfield, Shi, & Macinko, 2005)

การรักษาโรคเบื้องต้น เป็นบทบาทสำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ครอบคลุม ตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจพิเศษ การวินิจฉัยแยกโรค การรักษา และการพยาบาลเพื่อให้ผู้มีปัญหาสุขภาพหาย ทุเลาหรือได้รับการส่งต่ออย่างทันท่วงที ดังนั้นกฎหมายวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จึงอนุญาตให้พยาบาลที่ผ่านการอบรมการพยาบาลเวชปฏิบัติ สามารถให้การรักษาโรคเบื้องต้นที่พบบ่อย และการจัดการกับภาวะฉุกเฉินตามข้อกำหนดของกระทรวงสาธารณสุข (Regulation of Ministry of Public Health, 2002) และในปี พ.ศ.2560 สภาการพยาบาลกำหนดบทบาทหน้าที่การรักษาโรคเบื้องต้น 4 ด้าน คือ 1) ด้านการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษาโรค และให้ยาตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และตามข้อกำหนดการรักษาโรคเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค 2) ด้านการบรรเทาอาการ ป้องกันการลุกลามของโรค และการปฐมพยาบาล 3) ด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน และ 4) ด้านการบันทึก รวบรวม ศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลด้านการรักษาโรคเบื้องต้น และผลการรักษาโรคเบื้องต้น เพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Nursing Division, 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาบทบาทในภาพรวมทั้งการปฏิบัติการพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การบริหารการประสานงานสุขภาพชุมชน และการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลระดับปฐมภูมิ (Chaichana, 2017) ประเด็นที่ศึกษา ได้แก่ ระดับบทบาทของพยาบาลปฐมภูมิ (Songkasettarin, Sumpawamana, & Suwanrat, 2010) คุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาล Janprasert, Theunnadee, Piaseu, Noonil, Jaraeprapal, Poonthawe, et.al., 2020) ความคาดหวังของพยาบาลในภาพรวม (Phenbun, Praditbatuka, & Wiwatanapongpan, 2011) คุณภาพชีวิตการทำงานกับการคงอยู่ในงานของพยาบาล (Thanaoakkharasahwat, Suttayakorn, & Prajanban, 2015) เป็นต้น อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาดังกล่าวพบว่า พยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิมีบทบาทสำคัญในการรักษาโรคเบื้องต้นด้านต่างๆ เช่น การตรวจรักษาโรค การรักษาโรคที่พบบ่อยและการทำหัตถการที่กำหนด การให้ยาการรักษาผู้ป่วยเรื้อรัง รวมทั้งมีการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Siriphunanun, Jantarawijit, & Udomvong, 2008; Kasemsuk, Piaseu, & Jarupat Maruo, 2011) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในเขตสุขภาพของภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลาง เป็นต้น แต่ไม่พบการศึกษาของหน่วยบริการปฐมในเขตสุขภาพของภาคใต้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาบทบาทพยาบาลงานรักษาโรคเบื้องต้นในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 11 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางความรับผิดชอบของพยาบาล การสนับสนุนการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนภาคใต้ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาบทบาทของพยาบาลงานรักษาโรคเบื้องต้นในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 11
2. เพื่อศึกษาปัจจัยเอื้อและอุปสรรคของพยาบาลต่อการปฏิบัติงานรักษาโรคเบื้องต้นในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 11

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับเรื่อง บทบาทของพยาบาลงานรักษาโรคเบื้องต้นในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 11 ซึ่งผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการ ดำเนินงานของ Donabedian (1988) ได้เสนอแนวคิดที่สำคัญครอบคลุม 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้าง (Structure) หมายถึง นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งผลให้เกิดการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน ปีพ.ศ.2545 โดยมีเป้าหมายให้คนไทยทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพ ขั้นพื้นฐานอย่างเท่าเทียมกันได้รับ การบริการแบบองค์รวมครบถ้วนและเกิดความไว้วางใจกลับมาใช้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้รายจ่าย อย่างเหมาะสมสามารถปรับตัวกับปัญหาสุขภาพและดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข 2) ด้านกระบวน (Process) คือ บทบาทการรักษาโรคเบื้องต้น ประกอบด้วย ตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษาโรคและให้ยาตาม มาตรฐานการประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ และข้อกำหนดการรักษาโรคเบื้องต้น และการให้ภูมิคุ้มกันโรค บรรเทาอาการ ป้องกันการลุกลามของโรคและการปฐมพยาบาลช่วยเหลือ ผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน และบันทึก รวบรวม ศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลด้านการรักษาโรคเบื้องต้นและผล การดูแลรักษาโรคเบื้องต้นเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยประเมินจากคุณภาพการบริการ และ 3) ด้านผลลัพธ์ (Outcome) ผลจากการดำเนินงานเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน โดยองค์กรพยาบาล ต้องพิจารณากำหนด ตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนผลลัพธ์ การบริหารองค์กรพยาบาล บริหารทรัพยากร การวางระบบงาน กระบวนการให้บริการ ระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการปฏิบัติการ พยาบาล มีการวัด/ประเมินและการบริหารจัดการ ผลลัพธ์ให้บรรลุ นอกจากนี้ยังศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อและอุปสรรคของพยาบาลต่อการปฏิบัติงานรักษาโรคเบื้องต้นเพื่อนำมาประยุกต์ใช้และเป็นข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Method Research) โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในการศึกษาบทบาทพยาบาลรักษาโรคเบื้องต้น ร่วมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพในการศึกษากระบวนการรักษาโรคเบื้องต้นเพื่อศึกษาบทบาทพยาบาลงานรักษาโรคเบื้องต้นในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 11

การวิจัยเชิงปริมาณ ขั้นตอนนี้เพื่อศึกษาบทบาทพยาบาลรักษาโรคเบื้องต้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลที่รับผิดชอบงานรักษาโรคเบื้องต้นในหน่วยบริการปฐมภูมิ จากหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 783 แห่ง ซึ่งเป็นคลินิกหมอครอบครัวจำนวน 104 แห่ง และ รพ.สต. จำนวน 679 แห่ง รวมทั้งสิ้นจำนวน 869 คน (Provincial Statistical Office of Nakhon Si Thammarat, 2018)

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) ซึ่งการสุ่มหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 11 ตามขั้นตอน ดังนี้ 1) สุ่มจังหวัด จำนวน 4 จังหวัด ได้แก่ นครศรีธรรมราช กระบี่ พังงา และสุราษฎร์ธานี 2) เลือกอำเภอแบบเจาะจงที่มีคลินิกหมอครอบครัว 1 แห่ง (ยกเว้นอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีคลินิกหมอครอบครัว 2 แห่ง) จากนั้นสุ่มอำเภอที่เหลืออีก 2 อำเภอ และสุ่ม รพ.สต. อำเภอละ 2 รพ.สต. (ยกเว้นจังหวัดนครศรีธรรมราช อำเภอละ 1 รพ.สต. 1 อำเภอ และ 2 รพ.สต. 1 อำเภอ) ได้คลินิกหมอครอบครัว 5 แห่ง และ รพ.สต. 15 แห่ง และ 3) เจาะจงเลือกพยาบาลที่รับผิดชอบงานรักษาโรคเบื้องต้น ตอบแบบสอบถาม จำนวนทั้งหมด 46 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถามบทบาทของพยาบาลในการรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งผู้วิจัยใช้เครื่องมือที่พัฒนาโดยสภาการพยาบาลร่วมกับภาคีเครือข่ายสถาบันการพยาบาลในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Janprasert, Theunnadee, Piaseu, Noonil, Jaraeprapal, Poonthawe, 2020) ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด การขึ้นทะเบียนพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป รายได้ ประสบการณ์ การอบรมเฉพาะทาง และ 2) บทบาทพยาบาลในการรักษาโรคเบื้องต้น จำนวน 13 ข้อ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่าระดับตัวเลข ตั้งแต่ 0-100 คะแนน ดังนี้ ไม่มีบทบาท เลย (0 คะแนน) มีบทบาทน้อย (1-25 คะแนน)

มีบทบาทปานกลาง (26-50 คะแนน) มีบทบาทมาก (51-75 คะแนน) และมีบทบาทมากที่สุด (76-100 คะแนน) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถามบทบาทของพยาบาลในการรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งผู้วิจัยใช้เครื่องมือที่พัฒนาโดยสภาการพยาบาลร่วมกับภาคีเครือข่ายสถาบันการพยาบาลในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Janprasert, Theunnadee, Piaseu, Noonil, Jaraeprapal, Poonthawe, 2020) นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index : CVI) ของเครื่องมือได้ค่า CVI เท่ากับ 0.97 และเมื่อนำมาทำการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน จากนั้นหาค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. ทำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และสำเนาหนังสือถึงสาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นพื้นที่เป้าหมาย เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ประสานงานกับพยาบาลที่รับผิดชอบงานรักษาโรคเบื้องต้นในหน่วยบริการปฐมภูมิทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย เมื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงนัดวันเวลาล่วงหน้า 1 สัปดาห์เพื่อเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยก่อนตอบแบบสอบถาม
4. ผู้วิจัยให้เวลากลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที หลังจากผู้ให้ข้อมูลทำเสร็จผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามคืนและตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณชุดที่ 1 ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปและบทบาทพยาบาล ใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของบทบาทพยาบาลในคลินิกหมอครอบครัวจำนวน 21 คน และ รพ.สต. จำนวน 25 คน โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

การวิจัยเชิงคุณภาพ

ขั้นตอนเพื่อศึกษากระบวนการรักษาโรคเบื้องต้น ปัจจัยเอื้อ/อุปสรรค และการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรคเบื้องต้น

ผู้ให้ข้อมูล

พยาบาลที่รับผิดชอบงานรักษาโรคเบื้องต้น คลินิกหมอครอบครัว 5 แห่ง และ รพ.สต. 15 แห่ง จำนวน 4 จังหวัด ได้แก่ นครศรีธรรมราช กระบี่ พังงา และสุราษฎร์ธานี โดยสัมภาษณ์และสังเกตพยาบาล จำนวนทั้งหมด 46 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 2 แนวคำถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 3 ส่วน ดังนี้

1. แนวคำถามและสังเกตกระบวนการรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งผู้วิจัยใช้เครื่องมือที่พัฒนาโดยสภาการพยาบาลร่วมกับภาคีเครือข่ายสถาบันการพยาบาลในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Janprasert, Theunnadee, Piaseu, Noonil, Jaraeprapal, Poonthawe, 2020) ประกอบด้วย ตำแหน่งของพยาบาลที่สังเกตการให้บริการ กลุ่มที่พยาบาลให้การพยาบาล เป็นแบบสังเกตแบบมีโครงสร้าง (Structure Observation Sheet) โดยมีแนวทางในการสังเกตการปฏิบัติ บทบาท/การกระทำในการให้บริการรักษาโรคเบื้องต้น และ เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติบทบาทในแต่ละ ขั้นตอน จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) ข้อวินิจฉัยพยาบาล 3) การดำเนินการพยาบาล 4) ผลลัพธ์ของบริการ 5) การบันทึก 6) บันทึกบริบท/สภาพแวดล้อม/ข้อคิดเห็นของผู้สังเกต

2. แนวคำถามปัจจัยเอื้อและอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยใช้เครื่องมือที่พัฒนาโดยสภาการพยาบาลร่วมกับภาคีเครือข่ายสถาบันการพยาบาลในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Janprasert, Theunnadee, Piaseu, Noonil, Jaraeprapal, Poonthawe, 2020) เป็นแบบสัมภาษณ์โดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง

3. แนวคำถามการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน อาจารย์ประจำสาขาเวชปฏิบัติชุมชน 2 ท่านและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการรักษาโรค เบื้องต้นในหน่วยบริการปฐมภูมิ 2 ท่าน โดยให้พยาบาลผู้รับผิดชอบหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการละ 1 ท่าน ตอบคำถาม ได้แก่ ชนิดของยาสมุนไพรที่นำมาใช้ในการรักษาโรคเบื้องต้นในหน่วยบริการ โดยระบุยารับประทาน 10 ชนิด และยาทาภายนอก 5 ชนิด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ชุดที่ 2 ส่วนที่ 1 แนวคำถามสังเกตกระบวนการรักษาโรคเบื้องต้น ส่วนที่ 2 แนวคำถามปัจจัยเอื้อและอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยใช้เครื่องมือที่พัฒนาโดยสภาการพยาบาลร่วมกับภาคีเครือข่ายสถาบันการพยาบาลในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Janprasert, Theunnadee, Piaseu, Noonil, Jaraeprapal, Poonthawe, 2020) นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ของเครื่องมือได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 และ 0.95 และเมื่อนำมาทำการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน จากนั้นหาค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.97 และ 0.95 ตามลำดับ และส่วนที่ 3 แนวคำถามการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน อาจารย์ประจำสาขาเวชปฏิบัติชุมชน 2 ท่านและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการรักษาโรค เบื้องต้นในหน่วยบริการปฐมภูมิ 2 ท่าน นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ของเครื่องมือได้ค่า CVI เท่ากับ 0.95 และเมื่อนำมาทำการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน จากนั้นหาค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยก่อนสัมภาษณ์ และสังเกต

2. ผู้วิจัยใช้ในการสัมภาษณ์และสังเกตกลุ่มตัวอย่างประมาณ 30 นาที หลังจากนั้นจึงนำมาข้อมูลที่ได้มาจัดหมวดหมู่ประเด็นสาระสำคัญของข้อมูลจากข้อคิดเห็น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ กระบวนการรักษาโรคเบื้องต้น และปัจจัยอื้อและอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานของพยาบาล รวมถึงสมุนไพรที่ใช้ในการรักษาโรคเบื้องต้น ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการจัดหมวดหมู่ประเด็นสาระสำคัญของข้อมูลจากข้อคิดเห็น การสังเกต และการสัมภาษณ์เชิงลึก

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เลขที่ WUEC-19-100-01 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และเมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีร่วมวิจัยแล้วจึงให้ลงนามในใบยินยอม ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 95.70 มีอายุเฉลี่ย 43.85 ปี (*SD*=7.90) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์บัณฑิตแต่ไม่ได้เรียนต่อในระดับปริญญาโทหรือเอก ร้อยละ 80.40 ศึกษาต่อในระดับปริญญาโท ร้อยละ 19.60 โดยพบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ศึกษาต่อในระดับปริญญา โทสูงกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว ร้อยละ 29.17 และ 9.09 ตามลำดับ ผ่านการอบรมและขึ้นทะเบียนเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ร้อยละ 95.65 ส่วนใหญ่ได้รับบรรจุเป็น ข้าราชการ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ ร้อยละ 78.26 มีเพียงร้อยละ 10.87 เป็นลูกจ้าง มีประสบการณ์การทำงานพยาบาลเฉลี่ย 21.50 ปี (*SD*=8.66) ประสบการณ์การทำงาน ณ หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิเฉลี่ย 8.97 ปี (*SD*=7.34) มีรายได้เฉลี่ย 40,431.71 บาท (*SD*=10066.76) ประสบการณ์การอบรมการรักษาโรคเบื้องต้นเฉลี่ย11ปี (*SD*= 8.16) มีความรับผิดชอบหลักและรองในงานการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาล ร้อยละ 78.26 และ 21.74 ตามลำดับ

2. บทบาทของพยาบาลงานรักษาโรคเบื้องต้นในคลินิกหมอครอบครัว และรพ.สต.

ตาราง 1 เปรียบเทียบบทบาทพยาบาลงานรักษาโรคเบื้องต้นในคลินิกหมอครอบครัว และรพ.สต.

บทบาทงานรักษาโรคเบื้องต้นในหน่วยบริการปฐมภูมิ	รวม (*n*=46)			คลินิกหมอครอบครัว (*n*=21)			รพ.สต. (*n*=25)			*p*-value
	M	*SD*	ระดับ	*M*	*SD*	ระดับ	*M*	*SD*	ระดับ	
1. ซักประวัติเพื่อประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย	88.28	20.05	มากที่สุด	83.68	24.99	มากที่สุด	92.50	11.99	มากที่สุด	.584
2. ตรวจร่างกายผู้ป่วย	85.89	23.83	มากที่สุด	77.32	30.06	มากที่สุด	93.75	10.33	มากที่สุด	.120
3. เก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ	80.89	25.65	มากที่สุด	80.04	26.66	มากที่สุด	81.66	24.09	มากที่สุด	.888
4. วินิจฉัยแยกโรค	83.07	27.00	มากที่สุด	71.41	33.38	มาก	93.75	10.33	มากที่สุด	.026*
5. สั่งการรักษาโรคเบื้องต้นด้วยยา (ตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ)	83.93	26.89	มากที่สุด	74.14	34.24	มาก	92.92	10.59	มากที่สุด	.170
6. สั่งการรักษาโรคเบื้องต้นด้วยยา (ตามรายการยาที่มีของหน่วยงาน)	83.07	27.00	มากที่สุด	72.32	33.87	มาก	92.92	10.59	มากที่สุด	.081
7. จ่ายยาเพื่อรักษาโรคเบื้องต้น	81.51	28.69	มากที่สุด	69.59	35.65	มาก	92.50	11.27	มากที่สุด	.107
8. ทำหัตถการเพื่อการรักษาโรคเบื้องต้น	87.20	20.63	มากที่สุด	80.95	26.13	ที่สุดมาก	92.90	10.19	มากที่สุด	.342
9. รักษาโรคเบื้องต้นด้วยยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาใช้บริการ	83.28	24.15	มากที่สุด	74.59	29.85	มากที่สุด	91.25	12.01	มากที่สุด	.0.98
10. จ่ายยาเพื่อการรักษาต่อเนื่อง	79.59	28.92	มากที่สุด	69.59	35.01	มาก	88.75	16.41	มากที่สุด	.133
11. สอน/ให้คำแนะนำ/ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยหรือครอบครัวในการดูแลสุขภาพ	88.50	19.56	มากที่สุด	85.50	23.72	มากที่สุด	91.25	13.64	มากที่สุด	.760
12. บันทึกการพยาบาลในระบบสารสนเทศของหน่วยงาน	82.41	24.62	มากที่สุด	75.50	28.44	มากที่สุด	88.75	17.63	มากที่สุด	.2.07
13. ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาที่เหมาะสม	79.59	28.45	มากที่สุด	69.59	34.48	มาก	88.75	15.89	มากที่สุด	.096
เฉลี่ย	**83.63**	**3.26**	**มากที่สุด**	**75.70**	**4.19**	**มากที่สุด**	**90.89**	**4.09**	**มากที่สุด**	**.098**

P<0.05*

จากตาราง 1 พบว่าพยาบาลปฏิบัติบทบาทงานรักษาโรคเบื้องต้นอยู่ในระดับมากที่สุดทั้งในคลินิกหมอครัวครัวและ รพ.สต โดยพยาบาลส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับบทบาทการสอน/ให้คำแนะนำ/ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยหรือครอบครัวในการดูแลสุขภาพ (*M*=88.50, *SD*=19.56) และประเมินภาวะสุขภาพ (*M*=88.28, *SD*=20.25) มากกว่าบทบาทอื่น ๆ ส่วนบทบาทที่พยาบาลทำน้อยคือ การจ่ายยาเพื่อการรักษาต่อเนื่อง *(M*=79.59, *SD*=28.92) และส่งต่อผู้ป่วยไปรับการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาที่เหมาะสม (*M*=79.59, *SD*=28.45) และเมื่อเปรียบเทียบบทบาทของพยาบาลในคลินิกหมอครอบครัวและ รพ.สต.พบว่า พยาบาลใน รพ.สต. มีการปฏิบัติงานรักษาโรคเบื้องต้นมากกว่าในทุกบทบาท โดยเฉพาะบทบาทการวินิจฉัยแยกโรค พยาบาลใน รพ.สต. ปฏิบัติมากว่าพยาบาลในคลินิกหมอครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.05$

3. กระบวนการรักษาโรคเบื้องต้น พบว่า พยาบาลทั้งในคลินิกหมอครัวครัวและ รพ.สต ปฏิบัติงานรักษาโรคเบื้องต้นไม่แตกต่างกัน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นไปตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาลและกระบวนการพยาบาล คือ เริ่มจากการการซักประวัติ โดยเฉพาะอาการสำคัญ และประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน ก่อนการประเมินอาการและตรวจร่างกายที่เกี่ยวข้องกับอาการ จากนั้นจึงวินิจฉัยแยกโรคตามอาการ และระบุกลุ่มโรคตาม ICD 10 เพื่อการบันทึก การรักษาโรคเบื้องต้นส่วนใหญ่เป็นการรักษาตามอาการในรายที่มีอาการไม่รุนแรง สำหรับรายที่ฉุกเฉินจะให้การดูแลเบื้องต้นก่อนส่งต่อ ส่วนการทำหัตการ ได้แก่ ผ่าฝี เจาะถุงน้ำ (Cyst) หรือเย็บแผลในตำแหน่งที่ไม่เป็นอันตราย สำหรับการจ่ายยาส่วนใหญ่เป็นไปตามอาการและขอบเขตที่กฎหมายวิชาชีพรองรับ

นอกจากนี้ พยาบาลให้ความสำคัญกับการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยา และการปฏิบัติตัวตามอาการที่เป็น เช่น เมื่อเป็นไข้หวัด แนะนำให้ดื่มน้ำอุ่น พักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ ออกกำลังกาย สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบกลับมารักษาหรือรีบไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล เป็นต้น แต่คำแนะนำที่เน้นมากจะเป็นเรื่องการรับประทานยา โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะ เนื่องจากหากรับประทานไม่ครบจะทำให้เกิดการดื้อยาและจะต้องเพิ่มยาตัวที่แรงขึ้น รวมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องไปแพทย์ที่โรงพยาบาล เป็นต้น ส่วนการติดตามผลการรักษาโรค ส่วนใหญ่เป็นการบอกให้ผู้ใช้บริการสังเกตอาการหลังจากการรับประทานยา หากอาการไม่ดีขึ้นให้รีบมาที่หน่วยบริการปฐมภูมิอีกครั้ง เพื่อปรับการรักษาหรือส่งต่อไปโรงพยาบาล

สำหรับความแตกต่างพบว่า พยาบาลในคลินิกหมอครอบครัว มีจำนวนพยาบาลมากกว่าใน รพ.สต. และส่วนใหญ่จะได้รับการมอบหมายงานที่ชัดเจนกว่าและทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ตรวจรักษา เภสัชกรจ่ายยา ผู้ช่วยหรืออาสาสมัครจะช่วยหาแฟ้มประวัติ วัดอุณหภูมิกาย วัดความดันโลหิต วัดส่วนสูง อย่างไรก็ตาม พยาบาลในคลินิกหมอครอบครัวก็ยังคงมีบทบาทในการซักประวัติและตรวจร่างกายเบื้องต้นผู้ป่วยก่อนเข้าพบแพทย์ รวมไปถึงการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวและการเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่ควรกลับมาพบแพทย์ และในคลินิกหมอครอบครัวบางแห่งจะมีแพทย์ทำการตรวจรักษาครึ่งวัน บทบาทการรักษาโรคเบื้องต้นจึงยังคงเป็นหน้าที่หลักของพยาบาล

สำหรับการใช้ยาสมุนในการรักษาโรคเบื้องต้น พบว่า มีการใช้ยาสมุนไพรตามอาการเพื่อลดการใช้ยาแผนปัจจุบัน โดยยารับประทานที่ใช้มาก 5 อันดับแรก คือ ฟ้าทะลายโจร เมื่อมีไข้จากไข้หวัด มะขามแขก แก้ท้องผูก ขมิ้นชัน ในรายที่เป็นโรคกระเพาะอาหารและมีอาการปวดท้อง ท้องอืด อาหารไม่ย่อย เถาวัลย์เปรียงสำหรับอาการปวดเมื่อย หรือปวดเข่า เพื่อลดการรับประทานยาแก้ปวดกลุ่ม NSAID และยาอมมะแว้ง แก้อาการไอ ตามลำดับ สำหรับยาทาภายนอกที่ใช้มาก คือ ครีมไพลจีซาล ลดอาการปวดเมื่อย กลีเซอรีนพญายอ ใช้รักษาแผลในปาก และครีมพญายอ ใช้รักษาผิวหนังอักเสบ ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก หรือเป็นเริม งูสวัด เป็นต้น ดังตาราง 2

ตาราง 2 ร้อยละของการใช้ยาสมุนไพรเพื่อรักษาโรคเบื้องต้นในคลินิกหมอครอบครัวและ รพ.สต.

รายการยาสมุนไพร	รวม (*n*=20)		คลินิกหมอครอบครัว (*n*=5)		รพ.สต (*n*=15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดรับประทาน						
1. ฟ้าทลายโจรชนิดแคปซูล (450 mg/cap)	17	85.00	3	60.00	14	93.33

ตาราง 2 (ต่อ)

รายการยาสมุนไพร	รวม (*n*=20)		คลินิกหมอครอบครัว (*n*=5)		รพ.สต (*n*=15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2. มะขามแขก (450 mg./cap)	17	85.00	3	60.00	14	93.33
3. ขมิ้นชันชนิดแคปซูล (500 mg./cap)	16	80.00	3	60.00	13	86.67
4. ยาเถาวัลย์เปรียง (200 mg.)	16	80.00	3	60.00	13	86.67
5. ยาอมมะแว้ง (20 tab/ซอง)	14	70.00	2	40.00	12	80.00
6. ยาเพชรสังฆาต (500 mg./cap)	13	65.00	3	60.00	10	66.67
7. ยาจันทน์ลีลา (500 mg./cap)	12	60.00	1	20.00	11	73.33
8. ยาหอมเทพจิตรแบบเม็ด (200 mg.)	10	50.00	2	40.00	8	53.33
9. ยาประสะไพลชนิดแคปซูล (500 mg.)	7	35.00	1	20.00	6	40.00
10. ยาธาตุอบเชย (180 ml.)	6	30.00	1	20.00	5	33.33
ชนิดทา (ใช้ภายนอก)						
1. ครีมไพลจีซาล (น้ำมันไพล 14%) (30 gm.)	7	35.00	2	40.00	5	33.33
2. กลีเซอรีนพญายอ (สารสกัดพญายอ 4%) (10ml.)	5	25.0	1	20.00	4	26.67
3. ครีมพญายอ (สารพญายอ 4.343%) (5 gm.)	3	5.00	1	20.00	2	13.33
4. ครีมใบบัวบก (20 gm.)	2	10.00	-	-	2	13.33
5. เจลพริก (Capsaicin gel) (30 gm.)	2	10.00	-	-	2	13.33

4. ปัจจัยเอื้อและอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาล มีดังนี้

ปัจจัยเอื้อที่สำคัญ คือ พยาบาลส่วนใหญ่ได้รับการส่งเสริมให้อบรมพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ทำให้พยาบาลสามารถทำการรักษาโรคเบื้องต้นได้ตามขอบเขตวิชาชีพ รวมไปถึงการใช้ยาได้ตามสมรรถนะและตามขอบเขตของกฎหมายวิชาชีพ และผู้บริหารเล็งเห็นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ใช้บริการ จึงมีนโยบายให้พยาบาลมีการฟื้นฟูสมรรถนะการรักษาโรคเบื้องต้นอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อเป็นการพัฒนาความรู้ใหม่ ๆ อยู่เสมอ โดยพยาบาลท่านหนึ่งบอกว่า “ทุก ๆ ปีจะได้ไปฟื้นฟูความรู้เกี่ยวการรักษาโรคเบื้องต้น ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งที่ดีในการที่จะได้รับความรู้ใหม่อยู่เสมอ และขอบคุณผู้บริหารที่เห็นถึงประโยชน์ที่ผู้ใช้บริการจะได้รับ”

อุปสรรคต่อการปฏิบัติงานของพยาบาล ได้แก่ 1) พยาบาลมีข้อจำกัดเรื่องการใช้ยา ทำให้บางครั้งขาดความเชื่อมั่นจากผู้ใช้บริการ โดยเฉพาะในเขตเมืองและในหน่วยบริการที่มีแพทย์ประจำ ผู้ใช้บริการจะยังคงต้องการรักษากับแพทย์มากกว่าพยาบาล โดยพยาบาลท่านหนึ่งบอกว่า “ผู้ใช้บริการชอบบอกว่ามาพบพยาบาลก็จะได้ยาแก้ปวด ลดไข้ แต่ถ้าได้รักษากับหมอก็จะได้ยาหลากหลายมากกว่าและหายเร็วกว่า” และ 2) พยาบาลมีไม่เพียงพอในงานรักษาโรคเบื้องต้น โดยเฉพาะใน รพ.สต. เนื่องจากต้องทำงานหลายด้าน เช่น งานเอกสาร งานโครงการในชุมชน และงานบริการอื่น ๆ ทำให้บางครั้งผู้ใช้บริการมารับบริการแต่ไม่เจอพยาบาล หรือได้รับการบริการที่ไม่เต็มที่ ดังคำกล่าวของพยาบาลที่ว่า “พยาบาลวิชาชีพมีคนเดียว บางทีตรงกับวัน NCD ทำงานไม่ทัน เพราะต้องดูผู้ใช้บริการ NCD ด้วย บางทีก็รีบทำ ยอมรับบางทีก็ได้แค่ซักประวัติ ประเมินอาการเบื้องต้น ให้ยาและคำแนะนำ ไม่ได้ตรวจร่างกายละเอียดมาก”

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาบทบาทพยาบาลงานรักษาโรคเบื้องต้น ปัจจัยเอื้อและอุปสรรคของพยาบาลต่อการปฏิบัติงานรักษาโรคเบื้องต้นในหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 11 ผลการวิจัยอภิปรายได้ ดังนี้

1. พยาบาลหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติ ผ่านการอบรมและขึ้นทะเบียนเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ร้อยละ 95.70 มีประสบการณ์การทำงานพยาบาลเฉลี่ย 21.50 ปี (*SD*=8.66) และ

ปฏิบัติงาน ณ หน่วยบริการปฐมภูมิเฉลี่ย 8.97 ปี (*SD*=7.34) ทำให้พยาบาลมีสมรรถนะด้านการพยาบาลสูงเนื่องจากสามารถเรียนรู้ได้ดี คุ้นเคยกับการปฏิบัติงาน มีทักษะ มีความชำนาญและเชื่อมั่นในตนเอง (Wongkongkam & Nakagasien, 2016) สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า พยาบาลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ตั้งแต่ 6 ปี ขึ้นไป จึงมีความชำนาญต่อการปฏิบัติงานมากกว่า (Kasemsuk, Piaseu, & Jarupat Maruo, 2011) และพบว่าการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ทำให้พยาบาลมีการรับรู้สมรรถนะดีขึ้น เพราะการฝึกอบรมจะช่วยให้บุคคลได้รับความรู้เพิ่มเติม และหากเป็นการอบรมเรื่องใดโดยเฉพาะแล้ว ทำให้สามารถเลือกได้ว่าอะไรที่จะช่วยให้ปฏิบัติงานได้ดี (Ruangdej Chaosuansreecharoen, Chaosuansreecharoen, & Dumtip, 2017) ซึ่งการผ่านการอบรมหลักสูตรระยะสั้นและขึ้นทะเบียนกับสภาการพยาบาล ทำให้พยาบาลมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานรักษาโรคเบื้องต้นมีคุณภาพมากขึ้น (Fongkerd, Himananto, & Petmaneechot, 2017) ตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล ดังนี้ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยแยกโรค 2) การดูแลที่เหมาะสมเบื้องต้น การให้ภูมิคุ้มกันโรค การรักษาโรคและอาการที่พบบ่อย รวมไปถึงการทำหัตถการ และการส่งต่อเพื่อรับการดูแลที่เหมาะสม 3) การติดตามผลการรักษาและให้การช่วยเหลือ และ 4) การรับดูแลต่อเพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง (Regulation of Ministry of Public Health, 2002)

2. บทบาทพยาบาลงานรักษาโรคเบื้องต้นระดับปฐมภูมิในคลินิกหมอครอบครัวและรพ.สต. ส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกัน โดยพยาบาลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการซักประวัติ โดยเฉพาะการซักประวัติอาการสำคัญประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ เพราะหากสามารถซักประวัติได้ครอบคลุม จะเป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัยแยกโรค (Nursing Division, 2019) เช่นเดียวกับการศึกษาบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติในประเทศนิวซีแลนด์ ซึ่งให้ความสำคัญกับบทบาทด้านการส่งเสริม ป้องกันและการรักษาแก่ผู้ใช้บริการทุกช่วงวัย (Kent, Horsburgh, Lay-Yee, Davis, & Pearson, 2005) อย่างไรก็ตามบทบาทการวินิจฉัยแยกโรคระหว่างพยาบาลในคลินิกหมอครอบครัวและรพ.สต. มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) เนื่องจากพยาบาลใน รพ.สต. ต้องปฏิบัติงานเองในทุกบทบาทของการรักษาโรคเบื้องต้น แต่คลินิกหมอครอบครัวจะมีแพทย์เป็นผู้ให้การรักษาหลัก ทำให้พยาบาลปฏิบัติบทบาทนี้น้อยลง

3. พยาบาลใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรคเบื้องต้นในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยพบว่าสมุนไพรที่ใช้ในการรักษาโรคเบื้องต้น 5 อันดับแรก คือ ฟ้าทะลายโจรชนิดแคปซูล มะขามแขก ขมิ้นชัน เถาวัลย์เปรียง และยาอมมะแว้ง จะเห็นได้ว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิมีความตระหนักในการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรคเบื้องต้นค่อนข้างสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Meechumnan (2015) ที่พบว่า ในปี 2557 สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด มียาสมุนไพรและยาแผนไทยเฉลี่ย 16.59 (*SD*=6.90) รายการ คิดเป็นร้อยละ 3.10 ของมูลค่ายาทั้งหมด โดยพบว่ายาสมุนไพรที่มีการสั่งจ่ายมากที่สุด 6 อันดับแรก คือ เถาวัลย์เปรียง ขมิ้นชัน หม่องไพล/บาล์ม ไพล ประสะมะแว้ง ยาประคบ และยาอมมะแว้ง ตามลำดับ นอกจากนี้จากการประเมินผลนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรของสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดสระบุรี ปีงบประมาณ 2560 พบว่า ชนิดของยาสมุนไพรที่ใช้เป็น 5 อันดับแรก ยังคงใกล้เคียงกับหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 11 และจังหวัดร้อยเอ็ด และยังพบว่ามูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในปี พ.ศ. 2560 สูงกว่าปี พ.ศ. 2557 ถึงร้อยละ 30.70 ซึ่งเป็นผลมาจากมาตรการการขับเคลื่อนการใช้ยาสมุนไพร ได้แก่ การกำหนดให้สถานบริการทุกแห่งมีการสั่งใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นลำดับแรก การสนับสนุนสื่อแนวทางการสั่งใช้ยาสมุนไพรสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้สั่งใช้ยา การสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการ การสนับสนุนให้ใช้ยาสมุนไพรแทนยาแผนปัจจุบันและยาปฏิชีวนะ นโยบายการลดใช้ยาปฏิชีวนะ เป็นต้น (Meksawasdichai, 2017)

4. พยาบาลที่ทำหน้าที่รักษาโรคเบื้องต้นจะได้รับการอบรมหลักสูตรเวชปฏิบัติชุมชน เป็นปัจจัยเอื้อที่ทำให้พยาบาลสามารถรักษาโรคเบื้องต้นได้ตามขอบเขตวิชาชีพ รวมถึงการใช้ยาได้ตามสมรรถนะและตามขอบเขตของกฎหมายวิชาชีพ และผู้บริหารเล็งเห็นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ใช้บริการ จึงมีนโยบายให้พยาบาลมีการฟื้นฟูสมรรถนะในการรักษาโรคเบื้องต้นอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อเป็นการพัฒนาความรู้ใหม่ๆ อยู่เสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Janprasert (2012) ที่พบว่า หน่วยงานมีนโยบายสนับสนุนให้พยาบาลอบรมในหลักสูตรพยาบาล

เฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป ได้รับขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานจากการยอมรับของผู้ใช้บริ การ ผู้ร่วมงาน และผู้บริหารให้ความสำคัญโดยการมอบหมายหน้าที่การรักษาโรคเบื้องต้นในคลินิกต่าง ๆ

5. จำนวนพยาบาลไม่สมดุลต่อภาระงาน เนื่องจากพยาบาลต้องรับผิดชอบทำงานหลายด้าน เช่น งานเอกสาร งานโครงการในชุมชน และงานบริการอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาบทบาทของพยาบาลที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีภาระงานรับผิดชอบหลากหลายเกินไป ต้องรับภาระงานของผู้อื่น (Barbiani, Dalla Nora, & Schaefer, 2016) และจำนวนพยาบาลเวชปฏิบัติต่อจำนวนประชากรมีไม่เพียงพอ ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการให้บริการที่ครอบคลุมและทั่วถึง นอกจากนี้การกำหนดบทบาทของพยาบาลในคลินิกหมอครอบครัวยังไม่ชัดเจน และปัญหาการขาดแคลนแพทย์ ทำให้พยาบาลต้องปฏิบัติหน้าที่เกินขอบเขตที่สภาการพยาบาลกำหนดในบางครั้ง (Suwanasaeng & Yingyoud, 2020)

การนำผลการวิจัยมาใช้

1. ควรมีนโยบายจัดสรรบุคลากรทางการพยาบาล และบุคลากรฝ่ายสนับสนุนให้สอดคล้องกับภาระงาน โดยเฉพาะใน รพ.สต.

2. ควรพัฒนาสมรรถนะด้านการรักษาโรคเบื้องต้นแก่พยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านการใช้ยา ทั้งยาแผนปัจจุบันและยาสมุนไพร

3. พยาบาลในคลินิกหมอครอบครัวและ รพ.สต. ควรกระตุ้นและสร้างความเข้าใจแก่ประชาชนเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะและการใช้ยาสมุนไพร

ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการบริการด้านการรักษาโรคเบื้องต้นในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งในคลินิกหมอครอบครัวและ รพ.สต.

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสภาการพยาบาลที่สนับสนุนเครื่องมือและงบประมาณการวิจัย

References

Barbiani, R., Dalla Nora, C. R., & Schaefer, R. (2016). *Nursing Practices in the Primary Health Care Context: A Scoping Review.* Retrieved January 8, 2020 from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5016049/pdf/0104-1169-rlae-24-02721.pdf

Boontong, T., Athaseri, S., & Sirikul, N. (2007). Nurse Practitioners Role Toward Primary Medical Care in Primary Health Care Setting. *Journal Thailand Nursing and Midwifery Council*, 22(4), 24-37.

Chaichana, J. (2017). *A Study of Professional Nurse Roles in Sub-District Health Promotion Hospital. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science,* Chulalongkorn University. (in Thai)

Constitution of the Kingdom of Thailand 2017. (2017). Constitution of the Kingdom of Thailand 2017. *Royal Thai Government Gazette, 134*(40ก), 1-89. (in Thai)

Da Silva, R., Brault, I., Pineault, R., Chouinard, M-D., Prud'homme, A., & D'Amour, D. (2018). Nursing Practice in Primary Care and Patients'Experience of Care. *Journal of primary Care & Community Health, 9*, 1-7.

Fongkerd, S., Himananto, S., & Petmaneechot, K. (2017). Relationships Between Selected Factors to Nurse Practitioner's Role in Primary Medical Care Performance Trained at Borommarajonani College of Nursing, Chon Buri. *HCU Journal of Health Science*, *21*(41), 19-29. (in Thai)

Janprasert, S. (2012). Nurse Practitioners'Performance Quality: A Case Study of Eastern Region. *Thai journal of Nursing Council, 27*(1), 25-38. (in Thai)

Janprasert, S., Theunnadee, S. K., Piaseu, N., Noonil, N., Jaraeprapal, U., Poonthawe, P., et al. (2020). *Responsibilities Roles of Nurses in Driving Primary Health Care System.* Nonthaburi: Thailand Nursing and Midwifery Council. (in Thai)

Kasemsuk, W., Piaseu, N., & Jarupat Maruo, S. (2011). Activities and Primary Medical Care Outcome of Community Nurse Practitioner. *The Journal of Nursing Council, 26*(2), 70-85. (in Thai)

Kent, B., Horsburgh, M., Lay-Yee, R., Davis, P., & Pearson, J. (2005). *Nurses and their Work in Primary Health Care: The National Primary Medical Care Survey (NatMedCa): 2001/02 Report 9.* Retrieved January 8, 2020 from https://www.health.govt.nz/ publication/ nurses-and-their-work-primary-health-care.

Meechumnan, T. (2015). Evaluation of the Use of Herbal and Thai Traditional Medicines in Hospitals under the Ministry of Public Health in Roi-et Province in 2014. *The Journal of Pharmacy Practice, 7*(2), 155-165. (in Thai)

Meksawasdichai, C. (2017). Evaluation of Policies Promoting the Use of Herbal Medicine in Hospitals in the Ministry of Public Health in Saraburi Province in 2017. *Journal of Thai Tradition & Alternative Medicine*, *17*(3), 516-526. (in Thai)

National Health Security Office. (2013). *10 Secret: Should Know about Human Rights.* Bangkok: National Health Security Office (NHSO). (in Thai)

Nursing Division, Ministry of Public Health Thailand. (2019). *Guideline for Nursing Services in Primary Care Cluster*. Nonthaburi: Nursing Division of Ministry of Public Health Thailand. (in Thai)

Phenbun, S., Praditbatuka, S., & Wiwatanapongpan, K. (2011). *Practice Expectation, Actuality and Performances of Professional nurse in Si Sa Ket Hospital.* The 12th Khon Kaen 2011 Graduate Research Conference. (in Thai)

Provincial Statistical Office of Nakhon Si Thammarat. (2018). *Provincial Statistical Report 2018.* Bangkok: National Statistical Office Ministry of Information and Communication Technology. (in Thai)

Regulation of Ministry of Public Health. (2002). Professional Nursing and Midwifery License According to The Requirements for The Primary Medical Care and Immunization Act, B. E. 2545. (date 22 November B.E. 2545). *Royal Thai Government Gazette,* 119(114S), 10-12. (in Thai)

Ruangdej Chaosuansreecharoen, K., Chaosuansreecharoen, P., & Dumtip, P. (2017). Community Nursing Competency among Registered Nurses Working at Tambon Health Promoting Hospital in Three Southern Bordered Provinces. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, *26*(3), 52-65. (in Thai)

Siriphunanun, V., Jantarawijit, Y., & Udomvong, N. (2008). Primary Medical Care of Nurses at Primary Care Unit Chaiang Mai Province. *Thai Journal of Nursing Council*, *23*(1), 74-86. (in Thai)

Songkasettarin, A., Sumpawamana, A., & Suwanrat, K. (2010). Nursing Role in Primary Care Unit. *Journal of Nursing Division*, *37*(3), 52-63. (in Thai)

Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of Primary Care to Health System and Health. *The Milbank Quarterly*, *83*(3), 457-502. https://doi.org/10.1111/j.1468-0009. 2005.00409.

Suwanasaeng, N. & Yingyoud, P. (2020). Primary Care Cluster: Concept and Management of Registered Nurse' Roles. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, *35*(1), 5-17. (in Thai)

Tangcharoensathien, V., Witthayapipopsakul, W., Panichkriangkrai, W., Patcharanarumon, W., & Milk, A. (2018). *Health Systems Development in Thailand: A Solid Platform for Successful Implementation of Universal Health Coverage.* Retrieved October 24, 2019 from https://www.thelancet.com/pbassets/Lancet/pdfs/S0140673618301983_ Thai.pdf.

Thanaoakkharasahwat, W., Suttayakorn, Ch. & Prajanban, P. (2015). The Relationship Between Quality of Work Life with Job Retention of Professional Nurses in Primary Care Unit Region 3. *Journal of Nursing and Health Sciences*, *9*(2), 83-96.

Wongkongkam, K. & Nakagasien.P. (2016). Factors Associated with Health Promotion Competencies of Professional Nurses in the Central Region of Thailand. *Journal of Nursing Science*, *34*(2), 102-116.

Working Group on Service Reform. (2016). *Operating Guidelines of Primary Care Cluster for Service Unit*. Retrieved January 8, 2020 from http://dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/ files/userfiles/files/PCC_Guideline.pdf.

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

เปรียบเทียบผลของวิธีสอนระหว่างการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนกับวิธีสอนแบบปกติต่อความรู้การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล

Nursing Care During Pregnancy: Comparing the Effectiveness of Conventional and Computer Assisted Teaching Programs as well as Nursing Students' Satisfaction

อังสนา วิศรุตเกษมพงศ์[1*], ปัทมาภรณ์ คงขุนทด[1] และ ปาลิตา โพธิ์ตา[1]

Angsana Wisarutkasempong[1*], Patamaporn Khongkhoontod[1] and Palita Phota[1]

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข[1*]

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health[1*]

(Received: *May 24, 2021*; Revised: *November 10, 2021*; Accepted: *November 26, 2021*)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้เพื่อเปรียบเทียบผลการสอนด้วยคอมพิวเตอร์ช่วยสอนและวิธีสอนปกติต่อความรู้การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ระหว่างก่อนเรียน หลังเรียน และ 2 สัปดาห์หลังเรียน (ความคงทนในการเรียนรู้) และความพึงพอใจต่อการเรียนด้วยคอมพิวเตอร์ช่วยสอน กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ปีการศึกษา 2562 คำนวณตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*POWER ได้จำนวน 46 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน เครื่องมือวิจัยกลุ่มทดลอง ได้แก่ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนมีค่า IOC อยู่ระหว่าง .67-1.00 และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการเรียนด้วยคอมพิวเตอร์ช่วยสอนมีค่า CVI เท่ากับ .98 เครื่องมือวิจัยกลุ่มควบคุม ได้แก่ แผนการสอนบรรยายแบบมีส่วนร่วมมีค่า IOC อยู่ระหว่าง .67-1.00 ทดสอบความรู้การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ก่อนเรียน หลังเรียน และ ความคงทนในการเรียนรู้ทั้ง 2 กลุ่มด้วยข้อสอบปรนัย ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น KR-21 เท่ากับ .77 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติทดสอบค่าที Paired Sample t- test และ Independent Sample t- test ผลการวิจัยพบว่า

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้หลังเรียน (*M*=15.65, *SD*=1.61) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (*M*=13.96, *SD*=1.39) ความคงทนในการเรียนรู้ของกลุ่มทดลอง (*M*=15.83, *SD*=1.46) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (*M*=14.26, *SD*=1.42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ความพึงพอใจต่อการเรียนด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนอยู่ในระดับมาก (*M*=4.31, *SD*=.61)

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนไปเป็นแหล่งศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองสำหรับนักศึกษาพยาบาล ซึ่งช่วยพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล และเป็นแนวทางในพัฒนาสื่อการสอนในรูปแบบอื่น ๆ เช่น แอปพลิเคชัน หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เรียนในศตวรรษที่ 21

คำสำคัญ: โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอน, วิธีสอนแบบปกติ, ความรู้การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์, ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: angsana@knc.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 089-7120210)

Abstract

This pretest-posttest quasi-experimental research aimed to compare the effectiveness of conventional and computer assisted instruction programs on nursing care during pregnancy. Retention in learning and satisfaction level in using computer assisted instructions were tested 2 weeks after students received the programs. Participants were the 2nd year nursing students of Nakhon Ratchasima's Boromarajonani Nursing College during the academic year 201. Sample was 46 students, selected by using G*POWER program. Sampling without replacement into the experimental and control groups of 23 participants each was applied. Research instruments for experimental group were: 1) a computer assisted instruction program, validated with an IOC yielding .67-1.00, and 2) a satisfaction questionnaire in using computer assisted instruction, validated with CVI of .98. Instruments used in the control group were the lesson plans, validated by 3 experts with an IOC of .67-1.00. The knowledge of nursing care during pregnancy were repeated measured (pretest, posttest and retention in learning), using the same multiple-choice exam for both groups. Reliability of exam was tested, obtaining a KR-21 of .77. Data were analyzed using both paired sample t-test and independent sample t-test.

Results showed that the experimental group had higher mean score in the post test (*Mean*=15.65, *SD*=1.61) than the control group (*Mean*=13.96, *SD*=1.39). The mean score of retention in learning of experimental group (*Mean*=15.83, *SD*=1.46) was higher than in the control group (*Mean*=14.26, *SD*=1.42) with statistically significant difference ($p<.001$). The satisfaction level in using computer assisted instructions was high (*Mean*=4.31, *SD*=.61).

Therefore, results of the present study suggest that computer-assisted instructions can be used with nursing students as a self-learning resource.

Keywords: Teaching, Learning, Nursing Care, Pregnancy, Comparing, Computer Assisted Insstruction, Conventional Instruction

บทนำ

พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2553 หมวด 9 ว่าด้วยเรื่องเทคโนโลยีเพื่อการศึกษา มาตรา 66 ระบุว่า ผู้เรียนมีสิทธิใช้เทคโนโลยีเพื่อการศึกษาในการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง ดังนั้น การจัดการเรียนแบบเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ (Student Center) โดยการนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ในการจัดการเรียนการสอน นับว่ามีความความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาผู้เรียน (National Education Act of B.E. 2542, 1999) ในอดีตการจัดการเรียนการสอนในระดับอุดมศึกษาเน้นครูเป็นศูนย์กลาง (Teacher-Centered Approach) ใช้วิธีการบรรยายเป็นหลักทำให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ไม่เต็มศักยภาพเท่าที่ควร และไม่เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ตามจุดมุ่งหมายอย่างแท้จริง (Ma-oon, 2016) ปัจจุบันผู้เรียนส่วนใหญ่เป็นกลุ่มคนเจเนอเรชั่นวายและซี (Generation Y and Z) ซึ่งเติบโตมาพร้อมกับเทคโนโลยี และมีความสามารถในการใช้เทคโนโลยี ดังนั้น การจัดการศึกษาในระดับอุดมศึกษาจึงต้องปรับให้สอดคล้องกับผู้เรียนโดยการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการส่งเสริมศักยภาพการเรียนรู้ของผู้เรียนในเจเนอเรชั่นดังกล่าว (Tainchaiyapurk, 2016)

วิธีการสอนถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเรียนรู้และผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียน ผู้สอนต้องส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองและนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ในการสอนให้มากขึ้น (Ma-oon, 2016) เช่นเดียวกัน การจัดการเรียนการสอนในสาขาการพยาบาลก็ได้มีการนำคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (Computer Assisted Instruction: CAI) มาใช้เป็นสื่อในการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล ยกตัวอย่างเช่น สื่อคอมพิวเตอร์ผ่านเครือข่ายอินเตอร์เน็ต เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาทของ Teerawatskul, Suttineam & Buathongjun (2017)

บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน เรื่อง การตรวจครรภ์ของ Buranasak, Limruangrong & Pungbangkadee (2014) โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอน เรื่อง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ Klunkhajhon, Rithpho, Boonpracom & Pienjing (2015) บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการบริหารยาโดยการพ่นแบบฝอยละอองของ Erb-arb & Leevirat (2014) บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน เรื่อง การให้ยาในเด็กของ Punyoo, Saehoong, Kongsaktrakul, Jongaramraung, srichalerm & Wongdaeng (2019) และบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของ Pakdeto, Sawadipanich, & Suntiti (2013) ซึ่งผลการวิจัยที่กล่าวมาชี้ให้เห็นว่าการนำเทคโนโลยีทางการศึกษามาใช้ในการจัดการเรียนการสอนในสาขาการพยาบาล ช่วยพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและทักษะปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลได้เป็นอย่างดี

นอกจากนี้แล้วคอมพิวเตอร์ช่วยสอนยังช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้เรียน ทำให้ผู้เรียนเกิดความจำในระยะยาวตกผลึกความรู้จนกลายเป็นความคงทนในการเรียนรู้ (Retention in Learning) กล่าวคือ ผู้เรียนยังสามารถรักษาระดับความรู้ที่ได้เรียนมาหลังจากทิ้งช่วงเวลาไว้ระยะหนึ่ง (Kowtrakul, 2013) ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ Detamma & Insombat (2017) ที่ได้นำบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน เรื่อง เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารมาใช้สอนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ส่งผลให้ผู้เรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเมื่อผ่านไปแล้ว 2 สัปดาห์ไม่แตกต่างจากหลังเรียนทันที กล่าวคือ 2 สัปดาห์หลังเรียน ผู้เรียนยังสามารถจดจำเนื้อหาและความรู้นั้นได้ นั้นแสดงว่าผู้เรียนเกิดความจำในระยะยาว (Long term Memory) หรือที่เรียกว่า ความคงทนในการเรียนรู้ (Retention in Learning) นั่นเอง และผลการศึกษาของ Punyoo, Saehoong, Kongsaktrakul, Jongaramraung, srichalerm, & Wongdaeng (2019) ที่นำบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน เรื่อง การให้ยาในเด็กมาใช้กับนักศึกษาพยาบาล ทำให้ผู้เรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเมื่อเวลาผ่านไป 2 และ 6 สัปดาห์สูงกว่ากลุ่มที่สอนแบบปกติ

การใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนต้องคำนึงถึงความพร้อมด้านเทคโนโลยีทั้งซอฟต์แวร์ ฮาร์ดแวร์ และความสามารถในการเข้าถึงเทคโนโลยีของผู้เรียนด้วย หากผู้เรียนไม่มีความพร้อมด้านคอมพิวเตอร์หรือสัญญาณอินเตอร์เน็ต อาจทำให้การเรียนรู้ด้วยวิธีนี้ไม่มีประสิทธิภาพได้ หากผู้สอนออกแบบรายวิชาให้มีการเรียนด้วยบทเรียนคอมพิวเตอร์มากเกินไปอาจจะทำให้ผู้เรียนขาดทักษะทางสังคมในการสื่อสารกับครูผู้สอน และเพื่อนร่วมชั้นได้ ดังนั้นในการออกแบบการสอนในรายวิชาควรเลือกเพียงบางหัวข้อเพื่อนำมาสร้างเป็นบทเรียนคอมพิวเตอร์และผสมผสานกับรูปแบบการสอนอื่นร่วมด้วย เช่น การสาธิต การอภิปรายกลุ่ม การใช้คำถาม หรือการใช้ผังความคิด เป็นต้น เพื่อให้ผู้เรียนมีทางเลือกที่หลากหลายในการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Malithong, 2005) เนื่องจากบทเรียนคอมพิวเตอร์มีวิธีการนำเสนอเนื้อหาที่หลากหลาย เช่น ข้อความ ภาพนิ่ง วิดีทัศน์ เสียง รวมถึงมีแบบทดสอบระหว่างเรียนและท้ายบท ทำให้ผู้เรียนสามารถโต้ตอบกับบทเรียนได้ ส่งผลให้ผู้เรียนเกิดความพึงพอใจต่อการเรียน (Bhothidara, 2011) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Teerawatskul, Suttineam & Buathongjun (2017) ที่ได้นำสื่อคอมพิวเตอร์ผ่านเครือข่าย เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาท และการศึกษาของ Buranasak, Limruangrong, & Pungbangkadee (2014) ที่ได้นำบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน เรื่อง การตรวจครรภ์มาใช้เป็นสื่อการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล ส่งผลให้ผู้เรียนเกิดความพึงพอใจต่อเรียน

จากข้อมูลรายละเอียดผลการดำเนินงานของรายวิชา (Course Specification Report) หรือ มคอ. 5 รายวิชาการพยาบาลมารดาทารก และการผดุงครรภ์ 1 สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2561 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ผู้เรียนให้ข้อเสนอแนะต่อการจัดการเรียนการสอน พบว่า เนื้อหามีความแปลกใหม่แตกต่างจากทุกวิชาที่เรียนมา และมีเนื้อหาค่อนข้างยาก เช่น การคำนวณอายุครรภ์ การกำหนดวันคลอด การซักประวัติ การตรวจครรภ์ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการในหญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น ซึ่งที่ผ่านมารูปแบบการจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 เน้นการบรรยายแบบมีส่วนร่วมประกอบสื่อ power point และเอกสารประกอบคำสอน ซึ่งเป็นผู้เรียนกลุ่มใหญ่ จึงทำให้ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สอนน้อยลง มีเพียงเอกสารประกอบคำสอน และตำราเป็นแหล่งศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ซึ่งตำราบางเล่มในห้องสมุดมีจำนวนจำกัดทำให้ไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้เรียนโดยเฉพาะช่วงก่อนสอบ (Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, 2017) ดังนั้น การนำโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วย

สอน เรื่อง การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ มาใช้เป็นสื่อในการจัดการเรียนการสอนจะช่วยให้ผู้เรียนมีแหล่งในการศึกษาค้นคว้านอกห้องเรียนเพิ่มเติม สามารถเรียนรู้ด้วยตนเองได้ตามความต้องการ ตอบสนองความแตกต่างในการเรียนรู้ของผู้เรียน โดยเฉพาะผู้เรียนที่มีผลการเรียนอ่อนหรือเรียนไม่ทัน อีกทั้งผู้วิจัยเชื่อว่าโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนจะช่วยพัฒนาความรู้ ทักษะการคิดวิเคราะห์ของผู้เรียนจนสามารถจดจำความรู้นั้นในระยะยาวได้หรือความคงทนในการเรียนรู้ สามารถนำความรู้ไปใช้ในการฝึกภาคปฏิบัติได้ และเป็นแนวทางในการพัฒนาสื่อการสอนในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารก และการผดุงครรภ์ในบทเรียนอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

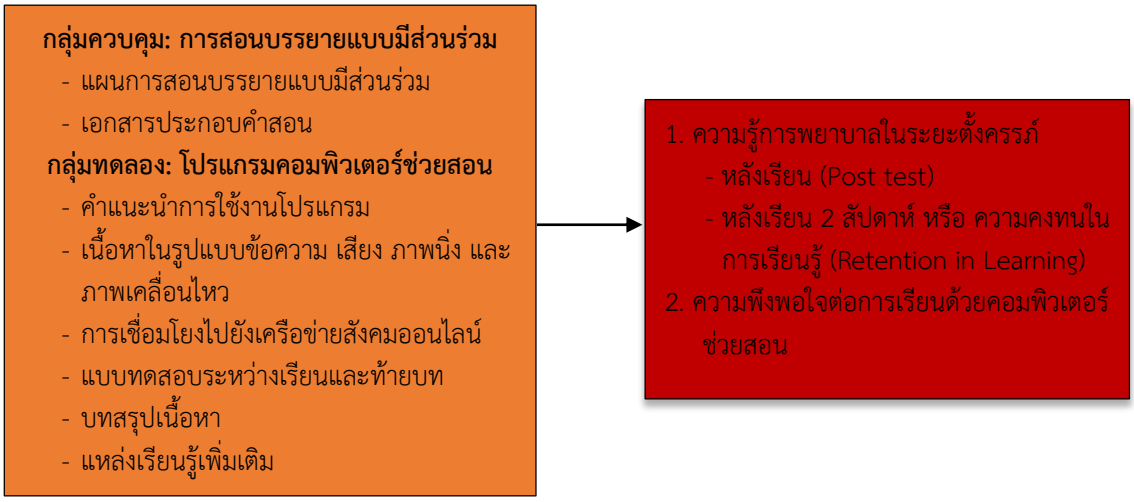
1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เรื่อง การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ ก่อนเรียน หลังเรียน และความคงทนในการเรียนรู้หลังเรียน 2 สัปดาห์ ภายในกลุ่มที่เรียนด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอน และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เรื่อง การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ ก่อนเรียน หลังเรียน และความคงทนในการเรียนรู้หลังเรียน 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มที่เรียนด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอน และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติ
3. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้เรียนต่อการเรียนด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอน

สมมติฐานวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เรื่อง การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ หลังจากเรียนด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนและรูปแบบปกติ สูงกว่าก่อนเรียน
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เรื่อง การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ หลังเรียน และความคงทนในการเรียนรู้หลังเรียน 2 สัปดาห์ของกลุ่มที่เรียนด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติ
3. ความพึงพอใจของผู้เรียนต่อการเรียนด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนอยู่ในระดับมากขึ้นไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากทฤษฎีแรงจูงใจของเคลเลอร์ (Keller, 2006) มาใช้ในการออกแบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอน โดยมีการนำเสนอเนื้อหาในบทเรียนผ่านข้อความ ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว เสียงบรรยายประกอบเนื้อหา และมีการเชื่อมโยงแบบปฏิสัมพันธ์ไปยังสังคมออนไลน์ภายนอก เช่น วิดีทัศน์การตรวจครรภ์ การฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์จากเว็ปไซต์ยูทูป (YouTube) ทำให้ผู้เรียนเกิดความสนใจและเพลิดเพลินระหว่างเรียนในบทเรียนนั้นๆ มีการจัดลำดับเนื้อหาเพื่อให้ผู้เรียนได้เรียนรู้เป็นลำดับขั้นตอนตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ และทำให้ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์กับบทเรียนผ่านการทำแบบทดสอบระหว่างเรียนเมื่อจบเนื้อหาในแต่ละหัวข้อ และมีแบบทดสอบท้ายบท ซึ่งทำให้ผู้เรียนสามารถประเมินความรู้ของตนเองได้ทันที อีกทั้งผู้เรียนยังสามารถทบทวนบทเรียนได้บ่อยครั้งตามความต้องการ ซึ่งจะทำให้ผู้เรียนสามารถจดจำความรู้นั้นในระยะยาวได้ (Long Term Memory) ส่งผลให้ความรู้นั้นยังคงอยู่แม้เวลาผ่านไปก็ยังคงจดจำการเรียนรู้ หรือความรู้นั้นได้ หรือที่เรียกว่าความคงทนในการเรียนรู้ (Retention in Learning) และทำให้ผู้เรียนเกิดความพึงพอใจต่อการเรียน (Satisfaction)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) แบบ Two-Group Pre-test post-test Design

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 จำนวน 196 คน ภาคฤดูร้อน ปีการศึกษา 2562 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ซึ่งเป็นชั้นปีที่ยังไม่เคยเรียนในรายวิชานี้มาก่อน และการเข้าร่วมการทดลองไม่มีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาในชั้นปีนี้ เนื่องจากในปีการศึกษา 2562 นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 มีการเรียนในรายวิชานี้ไปแล้วในภาคเรียนที่ 1 ดังนั้นจึงกำหนดให้นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 เป็นประชากรในการศึกษาครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ในปีการศึกษา 2562 จำนวน 46 คน คำนวณตัวอย่างโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปชื่อว่า G*POWER (Sanitlou, Sartpech, & Napha-Arrak, 2019) โดยกำหนด Test Family เป็น t-test กำหนด Statistical test เป็น *Mean*: Difference Between Dependent Mean (Two Group) เลือก Type of Power analysis เป็น A Priori: Compute Required Sample Size-Given α, Power and Effect Size ซึ่งค่า Effect Size ได้มาจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาของ Teerawatskul, Suttineam, & Buathongjun (2017) คำนวณค่า Effect Size จากสูตรของ Cohen (1992) ได้ค่า Effect Size เท่ากับ .83 กำหนด α=.05 และ Power=.80 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 38 คน เพื่อป้องกันการถอนตัวของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการทดลอง ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมาของ Punyoo, Saehoong, Kongsaktrakul, Jongaramraung, Srichalerm, & Wongdaeng (2019) และ Buranasak, Limruangrong, & Pungbangkadee (2014) พบว่ามีการถอนตัวอยู่ระหว่างร้อยละ 10-20 ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 20 ของขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ (Grove, Burns, & Gray, 2013) ซึ่งคำนวณได้ 8 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงเท่ากับ 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและควบคุมกลุ่มละ 23 คน

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling Without Replacement) โดยการหาพิสัยจากเกรดเฉลี่ยสะสมสูงสุด คือ 3.61 ลบด้วยต่ำสุด คือ 2.34 ได้เท่ากับ 1.27 แล้วหารด้วยจำนวนช่วงชั้น คือ 3 ช่วงชั้นได้เท่ากับ .42 (แบ่งเป็นกลุ่มเก่ง กลุ่มปานกลาง และกลุ่มอ่อน) (Sukwiboon, 2009) ได้กลุ่มเก่ง จำนวน 34 คน มีเกรดเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.19-3.61, กลุ่มปานกลาง จำนวน 113 คน มีเกรดเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.76-3.18 และกลุ่มอ่อน จำนวน 49 คน มีเกรดเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.34-2.75 เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรที่มาจากกลุ่มเก่ง

ปานกลาง และอ่อนในสัดส่วนที่เท่า ๆ กัน และมีโอกาสในการถูกคัดเลือกอย่างเท่าเทียมกัน จึงคัดเลือกตัวอย่างมาจากประชากรทั้ง 3 กลุ่ม ๆ ละ 7-8 คน เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบกลุ่มละ 23 คน (Srisatidnarakul, 2007)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอน เรื่อง การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย คำแนะนำการเข้าใช้งานโปรแกรม เนื้อหาในบทเรียนจะอยู่ในรูปแบบข้อความ เสียงบรรยายประกอบเนื้อหา ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว มีการเชื่อมโยงแบบปฏิสัมพันธ์ไปยังเครือข่ายสังคมออนไลน์ภายนอก เช่น วิดีทัศน์การตรวจครรภ์ การวัดความสูงยอดมดลูก และการฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ในเว็ปไซต์ยูทูป (You Tube) แบบทดสอบระหว่างเรียนและแบบทดสอบท้ายบทประเภทตอบถูก-ผิด และแบบจับคู่เพื่อประเมินความรู้ของผู้เรียนว่ามีความรู้ในหัวข้อนั้น ๆ อยู่ในระดับใด บทสรุป และคำแนะนำแหล่งเรียนรู้เพิ่มเติม (Malithong, 2005) ซึ่งบรรจุลงในโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ที่ชื่อว่า Microsoft PowerPoint เมื่อผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแล้ว ผู้วิจัยนำโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนนี้ไปไว้บนเครือข่ายอินเทอเน็ตโดยใช้ชื่อโดเมนว่า http://webserv.knc.ac.th/NDP/index.php เพื่อให้กลุ่มทดลองได้เข้าไปเรียนด้วยตนเอง

1.2 แผนการสอนบรรยายแบบมีส่วนร่วม เรื่อง การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ สำหรับกลุ่มควบคุม มีการออกแบบบทเรียนโดยกำหนดวัตถุประสงค์ทั่วไป และวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม นำมาออกแบบและลำดับขั้นตอนการนำเสนอเนื้อหาแต่ละหัวข้อ จัดทำแผนการสอน และเอกสารประกอบคำสอน (Wilailak, 2008) เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยนำไปสอนกลุ่มควบคุมต่อไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ชุดข้อสอบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ เพื่อประเมินความรู้การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ก่อนเรียน (Pre-test) หลังเรียน (Post-test) และ 2 สัปดาห์หลังเรียน หรือความคงทนในการเรียนรู้ (Retention in Learning) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกำหนดวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) ตามหลักการของบลูม (Bloom, 1971) จากนั้นนำไปสร้างผังการออกข้อสอบโดยมีระดับความรู้จำ จำนวน 3 ข้อ ความเข้าใจ จำนวน 8 ข้อ การนำไปใช้ จำนวน 5 ข้อ และการวิเคราะห์ จำนวน 4 ข้อ

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการเรียนด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนสำหรับกลุ่มทดลอง ดัดแปลงจากเครื่องมือของ Chaimanee, Dissathaporn, Rojsomrith, & Onming (2017) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การนำเข้าสู่บทเรียน 2) เนื้อหา 3) การออกแบบ 4) แบบทดสอบระหว่างเรียน และ 5) ประโยชน์ที่ได้รับ และ 6) ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เป็นแบบสอบถามแบบประมาณค่า (rating scale) 5 อันดับ โดยมีระดับความพึงพอใจ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอน เรื่อง การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ 3 ท่าน และนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาในบทเรียนกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้ (Item Objective Congruence Index; IOC) มีค่า อยู่ระหว่าง .67-1.00

2. แผนการสอนบรรยายแบบมีส่วนร่วม เรื่อง การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ สำหรับกลุ่มควบคุม ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ 3 ท่าน แล้วนำมาหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหา (Item Objective Congruence Index; IOC) มีค่าอยู่ระหว่าง .67-1.00

3. ชุดข้อสอบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของชุดข้อสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ 3 ท่าน และนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อสอบกับวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม (Item Objective Congruence Index; IOC) มีค่าอยู่ระหว่าง .67-1.00 จากนั้นนำชุดข้อสอบไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 จำนวน 30 คน เนื่องจากเป็นกลุ่มที่เคยเรียนในรายวิชานี้มาก่อนเพื่อหาความเชื่อมั่นของชุดข้อสอบโดยวิธีการคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 21 (Kuder-Richardson: KR-21) ได้ค่าความเชื่อมั่นของชุดข้อสอบทั้งฉบับเท่ากับ .77

4. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการเรียนด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ 3 ท่าน และนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มีค่าเท่ากับ .98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นก่อนการทดลอง

1.1 เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการวิจัยให้แก่ผู้ช่วยวิจัยเพื่อช่วยเหลือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อป้องกันอคติในการวิจัยเนื่องจากเข้าร่วมวิจัยด้วยความเกรงกลัวจะมีผลต่อการเรียน

1.2 ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบนักศึกษาทั้งชั้นปี เพื่อชี้แจงถึงการสุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ดำเนินการชี้แจงรายละเอียดการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และการขอคำยินยอมกับกลุ่มตัวอย่าง เป็นต้น

2. ขั้นทดลอง

เพื่อเป็นการป้องกันเหตุการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างจะนำเนื้อหาการสอนไปแลกเปลี่ยนกัน ซึ่งจะมีผลต่อการวัดความรู้หลังเรียน 2 สัปดาห์ (ความคงทนในการเรียนรู้) จึงได้ดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมให้แล้วเสร็จก่อนจึงดำเนินการวิจัยกับกลุ่มทดลอง ซึ่งมีขั้นตอนการทดลอง ดังนี้

2.1 ขั้นดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุม (ระยะเวลา 2 สัปดาห์)

2.1.1 จัดการเรียนการสอนที่ห้องเรียน 311 อาคารอเนกคุณ

2.2.2 ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบทดสอบวัดความรู้ก่อนเรียน

2.1.3 ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการสอนตามแผนการสอนบรรยายแบบมีส่วนร่วม เรื่อง การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ ประกอบสื่อการสอน Power Point และเอกสารประกอบคำสอน ใช้เวลาสอน 4 ชั่วโมงในวันเดียวกัน โดยแบ่งการสอนออกเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 เวลา 10.00-12.00 น. (2 ชั่วโมง) และช่วงที่ 2 เวลา 13.00-15.00 น. (2 ชั่วโมง) หลังเรียนจบให้ทำแบบทดสอบหลังเรียนทันที

2.1.4 ภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์หลังเรียนจบ กลุ่มควบคุมสามารถทบทวนความรู้ด้วยตนเองจากเอกสารประกอบการสอนที่แจกให้ตามความสะดวก

2.1.5 เมื่อครบ 2 สัปดาห์ให้กลุ่มตัวอย่างทำการทดสอบความรู้อีกครั้ง เพื่อวัดความคงทนของการเรียนรู้ซึ่งใช้แบบทดสอบชุดเดียวกันกับแบบทดสอบก่อนเรียน และหลังเรียน

2.2 ขั้นดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง (ระยะเวลา 2 สัปดาห์)

2.2.1 จัดการเรียนการสอนในห้องปฏิบัติการคอมพิวเตอร์

2.2.2 ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบทดสอบวัดความรู้ก่อนเรียน

2.2.3 ผู้ช่วยวิจัยชี้แจงเกี่ยวกับการใช้งานคอมพิวเตอร์ช่วยสอน แจกรหัสผ่าน (Password) เข้าใช้งานเป็นรายบุคล ให้กลุ่มตัวอย่างเรียนด้วยตนเองผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเป็นเวลา 4 ชั่วโมงในวันเดียวกัน โดยแบ่งการเรียนออกเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 เวลา 10.00-12.00 น. (2 ชั่วโมง) และช่วงที่ 2 เวลา 13.00-15.00 น. (2 ชั่วโมง) หลังเรียนจบให้ทำแบบทดสอบหลังเรียนทันที

2.2.4 ภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์หลังเรียนจบ กลุ่มทดลองสามารถทบทวนความรู้ด้วยตนเองผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอน ซึ่งสามารถเรียนที่ห้องปฏิบัติการคอมพิวเตอร์ หรือ ใช้คอมพิวเตอร์ส่วนบุคคลทบทวนเรียนได้ตามความสะดวก

2.2.5 เมื่อครบ 2 สัปดาห์ทำการทดสอบความรู้อีกครั้ง เพื่อวัดความคงทนของการเรียนรู้ ซึ่งใช้แบบทดสอบชุดเดียวกันกับแบบทดสอบก่อนเรียน และหลังเรียน จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการเรียนด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอน

3. ขั้นหลังการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มควบคุมและนักศึกษาที่ไม่ได้ถูกคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการทดลองในครั้งนี้ได้เข้าใช้งานโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอน และนำไปใช้จัดการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลมารดาทารก และการผดุงครรภ์ 1 ในปีการศึกษา 2563 ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรมแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการแจกแจงความถี่ ร้อยละ พิสัย คะแนนเฉลี่ย (*Mean*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: *SD*) เป็นต้น

2. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (Test of Normality) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนเรียน หลังเรียน และ 2 สัปดาห์หลังเรียน (ความคงทนในการเรียนรู้) มีระดับนัยสำคัญเท่ากับ .161, .072 และ .090 ตามลำดับ ซึ่งตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติเนื่องจากมีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่า .05 สามารถใช้สถิติทดสอบค่าที t-test ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ (Srisatidnarakul, 2007)

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ หลังเรียน และ 2 สัปดาห์หลังเรียน (ความคงทนในการเรียนรู้) ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มแบบไม่เป็นอิสระต่อกันด้วยสถิติ Paired Sample t-test

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มแบบอิสระต่อกัน Independent Sample t-test

5. วิเคราะห์ระดับความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลที่มีต่อการเรียนด้วยบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนด้วยคะแนนเฉลี่ย (*M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*) เป็นต้น

จริยธรรมวิจัย

โครงร่างการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา เลขที่ COA No.008/2563 ลงวันที่ 16 กันยายน 2562

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้านเพศและอายุ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (23 คน)		กลุ่มควบคุม (23 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	1	4.35	1	4.35
หญิง	22	95.65	22	95.65
อายุ				
20 ปี	9	39.13	7	30.43
21 ปี	10	43.47	12	52.17
22 ปี	4	17.40	3	13.05
23 ปี	-	-	1	4.35

จากตาราง 1 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมประกอบด้วยเพศชาย 1 คน คิดเป็นร้อยละ 4.35 เพศหญิง 22 คน คิดเป็นร้อยละ 96.65 เท่ากัน ข้อมูลด้านอายุพบว่า กลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 20 – 21 ปี ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ระหว่าง 20 – 23 ปี

ตาราง 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้านเกรดเฉลี่ยสะสม GPA

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (23 คน)					กลุ่มควบคุม (23 คน)				
	Min	*Max*	*Range*	*M*	*SD*	*Min*	*Max*	*Range*	*M*	*SD*
เกรดเฉลี่ยสะสม										
GPA	2.34	3.59	1.25	2.91	.38	2.39	3.54	1.15	2.93	.32

จากตาราง 2 กลุ่มทดลองมีเกรดเฉลี่ยสะสมต่ำสุด 2.34 สูงสุด 3.59 พิสัย 1.25 (*M*=2.91 *SD*=.38) ส่วนกลุ่มควบคุมมีเกรดเฉลี่ยต่ำสุด 2.39 สูงสุด 3.54 พิสัย 1.15 (*M*=2.93, *SD*=.32) ตามลำดับ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนเรียน หลังเรียน และความคงทนในการเรียนรู้ภายในกลุ่มทดลอง

ตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ก่อนเรียน หลังเรียน และความคงทนในการเรียนรู้ ภายในกลุ่มทดลอง (n=23)

กลุ่มทดลอง	*M*	*SD*	*df*	*t*	*p-value*
ก่อนเรียน (Pre-test)	8.26	1.096	22	20.868	<.001
หลังเรียน (Post-test)	15.65	1.613			
หลังเรียน (Post-test)	15.65	1.613	22	.557	.148
ความคงทนในการเรียนรู้	15.83	1.466			

จากตาราง 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลองก่อนเรียน (*M*=8.26, *SD*=1.096) หลังเรียน (*M*=15.65, *SD*=1.613) เมื่อนำมาวิเคราะห์ความแตกต่างด้วยสถิติ Paired t-test แล้วพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลองหลังเรียน (*M*=15.65, *SD*=1.613) และค่าเฉลี่ยคะแนนเมื่อเวลาผ่านไป 2 สัปดาห์ หรือ ความคงทนในการเรียนรู้ (*M*=15.83, *SD*=1.466) มาวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired t-test แล้วพบว่าไม่แตกต่างกัน ซึ่งชี้ให้เห็นว่าหลังจากเรียนด้วยบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนผ่านไปแล้ว 2 สัปดาห์ค่าเฉลี่ยคะแนนความคงทนในการเรียนรู้ไม่แตกต่างจากหลังเรียนแสดงว่าผู้เรียนจดจำเนื้อหาที่เรียนได้หรือเกิดความคงทนในการเรียนรู้

3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนเรียน หลังเรียน และความคงทนในการเรียนรู้ภายในกลุ่มควบคุม

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ก่อนเรียน หลังเรียน และความคงทนในการเรียนรู้ ภายในกลุ่มควบคุม (n=23)

กลุ่มควบคุม	*M*	*SD*	*df*	*t*	*p-value*
ก่อนเรียน (Pre-test)	8.04	1.846	22	14.528	<.001
หลังเรียน (Post-test)	13.96	1.397			
หลังเรียน (Post test)	13.96	1.397	22	1.194	.061
ความคงทนในการเรียนรู้	14.26	1.421			

จากตาราง 5 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ของกลุ่มควบคุมก่อนเรียน (*M*=8.04, *SD*=1.846) หลังเรียน (*M*=13.96, *SD*=1.397) เมื่อนำมาวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired t-test แล้วพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ของกลุ่มควบคุมหลังเรียน (*M*=13.96, *SD*=1.397 และค่าเฉลี่ยคะแนนเมื่อเวลาผ่านไป 2 สัปดาห์ หรือ ความคงทนในการเรียนรู้ (*M*=14.26, *SD*=1.421) มาวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired t-test แล้วพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความคงทนในการเรียนรู้ไม่แตกต่างจากหลังเรียน ซึ่งชี้ให้เห็นว่าหลังจากเรียนด้วยรูปแบบปกติผ่านไปแล้ว 2 สัปดาห์ค่าเฉลี่ยคะแนนความคงทนในการเรียนรู้ไม่แตกต่างจากหลังเรียน แสดงว่าผู้เรียนจดจำเนื้อหาที่เรียนได้ดีหรือเกิดความคงทนในการเรียนรู้นั่นเอง

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนเรียนและหลังเรียน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ก่อนเรียนและหลังเรียน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=46)

กลุ่ม	ก่อนเรียน (Pre test)					หลังเรียน (Post test)					ความคงทนในการเรียนรู้				
	M	*SD*	*df*	*t*	*p*	*M*	*SD*	*df*	*t*	*p*	*M*	*SD*	*df*	*t*	*p*
ทดลอง	8.26	1.09	35	.48	.155	15.65	1.61	43	3.81	<.001	15.83	1.46	44	3.67	<.001
ควบคุม	8.04	1.84				13.96	1.39				14.26	1.42			

จากตาราง 5 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ก่อนเรียนของกลุ่มทดลอง (*M*=8.26, *SD*=1.09) กลุ่มควบคุม (*M*=8.04, *SD*=1.84) เมื่อนำมาวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Independent t-test แล้วพบว่าไม่แตกต่างกัน เมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังเรียนของกลุ่มทดลอง (*M*=15.65, *SD*=1.61) ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม (*M*=13.96, *SD*=1.39) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความคงทนในการเรียนรู้ของกลุ่มทดลอง (*M*=15.83, *SD*=1.46) และกลุ่มควบคุม (*M*=14.26, *SD*=1.42) เมื่อนำมาวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

6. ความพึงพอใจของผู้เรียนต่อการเรียนด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอน ซึ่งมีรายละเอียดตามตาราง 9 ดังนี้

ตาราง 6 ความพึงพอใจของผู้เรียนต่อการจัดการเรียนการสอนด้วยบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (n=23)

ข้อ	รายการ	*M*	*SD*	การแปลผล
1	ด้านการนำเข้าสู่บทเรียน	4.35	0.56	มาก
2	ด้านเนื้อหา	4.38	0.59	มาก
3	ด้านการออกแบบ	4.16	0.70	มาก
4	ด้านแบบทดสอบ	4.42	0.56	มาก
5	ด้านประโยชน์ที่ได้รับ	4.36	0.58	มาก
	ภาพรวมทั้งฉบับ	**4.31**	**0.61**	**มาก**

จากตาราง 6 ความพึงพอใจของผู้เรียนต่อการเรียนด้วยบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนโดยภาพรวมทั้งฉบับ พบว่า อยู่ในระดับมาก (*M*=4.31, *SD*=.61) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการออกแบบ (*M*=4.16, *SD*=.70) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านแบบทดสอบ (*M*=4.42, *SD*=.56) ข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างในด้านข้อมูลเชิงคุณภาพสามารถสรุปเป็นรายด้านได้ ดังนี้

1. ด้านการนำเข้าสู่บทเรียน ได้แก่ อธิบายขอบเขตเนื้อหาไว้ชัดเจน ล็อคอินเข้าใช้งานได้สะดวก

2. ด้านเนื้อหา ได้แก่ เนื้อหาค่อนข้างมาก แต่สามารถเลือกว่าจะเรียนหัวข้อใดก่อน-หลัง หรือ สามารถเลือกเรียนเฉพาะหัวข้อที่สนใจ หรือหัวข้อที่ไม่เข้าใจบางหัวข้อได้

3. ด้านการออกแบบ ได้แก่ ควรเพิ่มวีดีทัศน์ที่บรรจุในบทเรียน เช่น การซักประวัติหญิงตั้งครรภ์ การตรวจครรภ์ (ควรมีวีดีทัศน์เป็นภาษาไทยให้ด้วย)

4. ด้านแบบทดสอบ ได้แก่ ทำเข้าใจเนื้อหามากขึ้น รู้ว่าไม่เข้าใจหัวข้อใดและสามารถกลับไปทบทวนหัวข้อนั้นได้ ควรมีการอธิบายคำตอบที่ถูกต้อง หรือ แนวทางการเฉลยแบบทดสอบไว้ด้วย

5. ด้านประโยชน์ที่ได้รับจากการเรียนด้วยบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน ได้แก่ เป็นทางเลือกที่ดีเวลาอ่านหนังสือสอบไม่ทัน เหมาะสมสำหรับคนที่ไม่ชอบอ่านหนังสือแต่ชอบการฟัง

จากข้อเสนอแนะด้านข้อมูลเชิงคุณภาพดังกล่าว จะเป็นข้อมูลเพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนาสื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นในอนาคต

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เรื่อง การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้เนื่องจากการจัดรูปแบบการสอนในกลุ่มทดลองโดยใช้คอมพิวเตอร์ช่วยสอนมีวิธีการนำเสนอเนื้อหาของบทเรียนโดยใช้สื่อประสม เช่น ข้อความ ภาพนิ่ง วีดีทัศน์ และเสียง รวมถึงมีแบบทดสอบให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกทำระหว่างเรียน ผู้เรียนสามารถโต้ตอบกับบทเรียนได้ตลอดการเรียน สามารถเรียนเมื่อใดก็ได้ตามความสะดวกของผู้เรียน ดังนั้น บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนจึงเหมาะสมกับ Generation ของผู้เรียน ซึ่งช่วยให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ตามความต้องการของตนเองจึงทำให้เข้าใจเนื้อหาได้เร็วขึ้น และทำให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนดีกว่าการสอนแบบบรรยายโดยครู (Ma-oon, 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของ Klunkhajhon, Rithpho, Boonpracom, & Pienjing (2015) ที่นำโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอน เรื่อง การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา และการศึกษาของTeerawatskul, Suttineam & Buathongjun (2017) ที่ได้นำสื่อคอมพิวเตอร์ผ่านเครือข่ายอินเตอร์เน็ต เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาทไปใช้การเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวทำให้ผู้เรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเรื่องดังกล่าวเพิ่มขึ้น นอกจากนี้แล้วการใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนยังช่วยส่งเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ดังจะเห็นได้จากผลการวิจัยของ Buranasak, Limruangrong, & Pungbangkadee (2014) ที่ได้นำบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน เรื่อง การตรวจครรภ์มาใช้ในการจัดการเรียนการสอน ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะการตรวจครรภ์ดีขึ้น การใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการบริหารยาโดยการพ่นแบบฝอยละอองของ Erb-arb & Leevirat (2014) การใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน การให้ยาในเด็กของ Punyoo, Saehoong, Kongsaktrakul, Jongaramraung, srichalerm, & Wongdaeng (2019) และบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำของ Pakdeto, Sawadipanich, & Suntiti (2013) ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้และเกิดทักษะปฏิบัติการพยาบาลที่ดีขึ้น

ระดับความรู้การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์หลังเรียน 2 สัปดาห์ (ความคงทนในการเรียนรู้) ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้เนื่องจากการจัดรูปแบบการสอนในกลุ่มทดลองโดยใช้คอมพิวเตอร์ช่วยสอนเป็นวิธีการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนมีการเรียนรู้ด้วยตนเอง จึงทำให้มีความตั้งใจและแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูงกว่าการเรียนแบบบรรยาย ความรู้ที่ได้จากการเรียนรู้ด้วยตนเองจึงกลายเป็นความจำในระยะยาวและเกิดเป็นความคงทนในการเรียนรู้ และตกผลึกเป็นองค์ความรู้และสามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้ดีกว่าการเรียนที่เน้นการบรรยายโดยครู (Kowtrakul, 2013) ถึงแม้ว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความคงทนในการเรียนรู้ในกลุ่มทดลอง (M=15.83, SD=1.46) และกลุ่มควบคุม (M=14.26, SD=1.42) จะมีความแตกต่างกันไม่มากนัก เมื่อพิจารณาตามหลักการวัดและประเมินผลภาคทฤษฎีแล้วพบว่า กลุ่มทดลองมีผลการเรียนภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 79.15 อยู่ในระดับ B^+ (ดีมาก) ส่วนกลุ่มควบคุมมีผลการเรียนภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 71.30 อยู่ในระดับ B (ดี) หากต้องการให้ผู้เรียนมีผลการเรียนร้อยละ 80.00 ขึ้นไป (ดีเยี่ยม) อาจจะต้องทำการวิเคราะห์ข้อสอบเป็นรายข้อเพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงรูปแบบการ

นำเสนอเนื้อหาในบทเรียนคอมพิวเตอร์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ตลอดจนกำหนดระยะเวลาและจำนวนครั้งในการเข้าใช้งานบทเรียนคอมพิวเตอร์ให้ผู้เรียนทบทวนบทเรียนบ่อยขึ้น (Jirawatkul, 2020) ดังนั้น การออกแบบสื่อเพื่อตอบสนองการเรียนรู้ของผู้เรียนที่แตกต่างกัน โดยการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนจะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และจดจำความรู้นั้นได้นานขึ้น (Kowtrakul, 2013) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Detamma & Insombat (2017) ที่ได้นำบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน เรื่อง เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร มาใช้สอนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ส่งผลให้ผู้เรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเมื่อผ่านไปแล้ว 2 สัปดาห์ไม่แตกต่างจากหลังเรียนทันที กล่าวคือ ผู้เรียนจดจำไม่ลืมเนื้อหาที่เคยเรียน ทำให้เนื้อหาที่เคยเรียนมากลายเป็นความจำในระยะยาว เกิดเป็นความคงทนในการเรียนรู้ในที่สุด และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Punyoo, Saehoong, Kongsaktrakul, Jongaramraung, srichalerm, & Wongdaeng (2019) ที่มีการนำบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน เรื่อง การให้ยาในเด็กมาใช้กับนักศึกษาพยาบาล ทำให้ผู้เรียนมีความรู้การให้ยาในเด็ก เมื่อเวลาผ่านไป 2 สัปดาห์ และ 6 สัปดาห์สูงกว่ากลุ่มที่สอนแบบบรรยายโดยครู

ความพึงพอใจของผู้เรียนต่อการเรียนด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (*M*=4.31, *SD*=.61) ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ คือ ความพึงพอใจของผู้เรียนต่อการเรียนด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนอยู่ในระดับมาก (*Mean*>3.51) ขึ้นไป เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านแบบทดสอบมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (*M*=4.42, *SD*=.56) ซึ่งผู้เรียนให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมว่า “แบบฝึกหัดทำเข้าใจเนื้อหามากขึ้น รู้ว่าไม่เข้าใจหัวข้อใดและสามารถกลับไปทบทวนหัวข้อนั้นได้” สอดคล้องกับการศึกษาของ Teerawatskul, Suttineam & Buathongjun (2017) ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลที่เรียนด้วยสื่อคอมพิวเตอร์ผ่านเครือข่าย เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาท มีความพึงพอใจต่อการเรียนด้วยวิธีนี้ในระดับมาก เพราะว่าในบทเรียนมีแบบฝึกหัดท้ายบทให้ผู้เรียนได้ทดสอบความรู้ ทำให้เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Buranasak, Limruangrong, & Pungbangkadee (2014) ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลที่เรียนด้วยบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน เรื่อง การตรวจครรภ์ มีความพึงพอใจต่อการเรียนด้วยวิธีนี้ในระดับมากที่สุด เพราะว่าบทเรียนมีภาพประกอบชัดเจนและสวยงาม ทำให้ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหาได้ดีขึ้น ดังนั้น การออกแบบบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนโดยใช้ภาพ เสียงบรรยาย หรือมีแบบฝึกหัดท้ายบทจะทำให้ผู้เรียนเกิดความกระตือรือร้นที่จะใช้คอมพิวเตอร์ช่วยสอนเพื่อทบทวนความรู้ (Malithong, 2005) ส่งผลให้ผู้เรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางเรียนดีขึ้นและเกิดความพึงพอใจต่อการเรียน (Bhothidara, 2011)

สื่อการสอนในรูปแบบบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน เรื่อง การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ สามารถนำมาใช้ประกอบการเรียนการสอนภาคทฤษฎี ช่วยให้นักศึกษาสามารถทบทวนบทเรียนเพื่อเตรียมตัวสอบ เป็นแหล่งค้นคว้าให้กับนักศึกษาที่มีผลการเรียนอ่อนเพื่อการพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนให้ดีขึ้น ช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง สามารถวางแผนและควบคุมการเรียนได้ด้วยตนเอง เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ซึ่งช่วยให้เกิดผลสัมฤทธิ์ทางเรียนดีขึ้น เกิดความพึงพอใจและเจตคติที่ดีต่อการเรียน (Malithong, 2005) อีกทั้งช่วยให้ผู้สอนสามารถเปลี่ยนแปลงเนื้อหาให้ทันสมัยได้ง่ายและสะดวก ลดการใช้ทรัพยากรกระดาษในการจัดทำเอกสารประกอบการสอน และช่วยลดภาระในการเตรียมสอนของอาจารย์

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

สามารถนำโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎี สำหรับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 เพื่อสนับสนุนให้นักศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเอง และเป็นทางเลือกในการศึกษาค้นคว้านอกห้องเรียน ช่วยให้ผู้เรียนสามารถเข้าถึงสื่อการสอนได้ตลอดเวลา โดยเฉพาะผู้เรียนที่มีผลการเรียนอ่อนหรือเรียนไม่ทัน ซึ่งจะช่วยพัฒนาความรู้ ทักษะการคิดวิเคราะห์ของผู้เรียน เกิดความคงทนในการเรียนรู้หรือความจำในระยะยาวสามารถนำความรู้ไปใช้ในการฝึกภาคปฏิบัติได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ด้านการจัดการเรียนการสอน

1.1 ควรนำโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนตามปกติสำหรับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อเป็นทางเลือกในการศึกษาค้นคว้านอกห้องเรียนของนักศึกษา

1.2 ควรพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนที่สามารถแสดงผลในรูปแบบอื่น ๆ เช่น แอพพลิเคชัน หรือ หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เพื่อความหลากหลายในการเข้าใช้งานของผู้เรียน

2. ด้านการวิจัย

2.1 ควรศึกษาผลของโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอน เรื่อง การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ ในระยะยาวเมื่อนักศึกษาเรียนภาคปฏิบัติ เพื่อศึกษาความคงทนในการเรียนรู้ ความสามารถในการตัดสินใจทางการพยาบาล หรือความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารก และการผดุงครรภ์

2.2 ควรพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนให้อยู่ในรูปแบบสถานการณ์จำลอง เช่น สถานการณ์การชักประวัติ การตรวจร่างกาย หรือ การตรวจครรภ์หญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น เพื่อใช้เป็นสื่อในการสอนภาคปฏิบัติ

References

Bhothidara, Y. (2011). Nursing Education Management: For Student Generation Y. *Journal of Nursing Science and Health*, *34*(2), 61-69. (in Thai)

Bloom, B. S. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: McGraw-Hill.

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima. (2017). *Bachelor of Nursing Science Program (Update course of B.E. 2560 (2017)*. n.p. Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima. (in Thai)

Buranasak, J., Limruangrong, P., & Pungbangkadee, R. (2014). The Effect of Computer Assisted Instruction Assisted Instruction of Abdominal Examination on Knowledge, Abdominal Examination Skills and Satisfaction of Nursing Students. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, *15*(3), 361-370. (in Thai)

Chaimanee, T., Dissathaporn, C., Rojsomrith, W., & Onming, R. (2017). The Efficiency of Computer Based Simulation via Internet on Practice Guidelines Prevention of Nosocomial Infection for Nursing Students. *Academic Service Journal Prince of Songkla University*, *28*(1), 130-142. (in Thai)

Cohen, J. (1992). *Quantitative Methods in Psychology: A Power Primer*. *Psychol Bull, 112*(1), 155-9.

Detamma, S., & Insombat, B. (2017). The Effects of Using Computer-Assisted Instruction in the Topic of Information and Communication Technology on Learning Achievement and Learning Retention of Mathayomsuksa 2 Students. *Social Sciences Research and Academic Journal*, *12*(36), 83-96. (in Thai)

Erb-Arb, S. & Leevirat, S. (2014). Effect of Computer-Assisted Instruction for Aerosal Administration Therapy in Children on Nurses, Knowledge and Medication Management Skill and on Children's Respiratory Response. *Journal of Journal of The Royal Thai Army Nurse, 21*(3), 275-282. (in Thai)

Grove, S. K., Burns, N. & Gray, J.R. (2013). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence. (7th ed.)*. St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier.

Jirawatkul, A. (2020). Comparison of Knowledge Scores Between Groups. *Journal of Health Science. 22*(9), 189-190. (in Thai)

Keller, J. M. (2006). *Keller's ARCS Model of Motivational Design*. Retrieved June 21, 2019 from: http//www.arcsmodel.com

Klunkhajhon, S., Rithpho, P., Boonpracom, R., & Pienjing, K. (2015). Development of Computer Assisted Instruction: Regarding the Breastfeeding. *Journal of Nursing and Health Sciences*, *9*(1), 67-82. (in Thai)

Kowtrakul, S. (2013). *Educational Psychology. (11th ed.).* Bangkok: Chulalongkorn University. (In Thai)

Malithong, K. (2005). *Educational Technology and Innovation*. Bangkok: Aroonkarnpim. (In Thai)

Ma-oon, R. (2016). Effective Teaching and Learning in Graduate Education. *Journal of Southern Technology*, *9*(2), 169-174. (in Thai)

National Education Act of B.E. 2542 (1999) and Amendment (Second National Education Act. B.E. 2545 (2002). (2002). *National Education Act*. Retrieved July 21, 2019 from: https://person.mwit.ac.th/01Statutes/NationalEducation.pdf. (in Thai)

Pakdeto, R., Sawadipanich, N. & Suntiti, R. (2013). Effect of A Computer Assisted Instruction Nursing Care of Children with Intravenous Fluid Therapy Toward knowledge. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, *29*(1), 110-120. (in Thai)

Punyoo, J., Saehoong, S., Kongsaktrakul, C., Jongaramraung, J., srichalerm, T., & Wongdaeng, A. (2019). The Effect of Computer-Assisted Instruction of Pediatric Medication Administration on Medication Administration Skills among Nursing Students. *Rama Nurs J*, 25(2), 181-194. (in Thai)

Sanitlou, N., Sartpech, W. & Napha-arrak, Y. (2019). Sample Size Calculation Using G*POWER Program. *SVIT Journal*, *5*(1), 498-507. (in Thai)

Srisatidnarakul, B. (2007). *The Methodology in Nursing Research*. (3rd ed.). Bangkok: Faculty of Nursing Chulalongkorn University. (in Thai)

Sukwiboon, T., (2009). *Considerations for Creating a Rating Scale Tool for Research*. Retrieved June 24, 2019 from: http://www.ms.src.ku.ac.th/scedule /files/2553/Oct/1217086.doc. (in Thai)

Tainchaiyapurk, P. (2016). The Role of the Teacher with the Student: Gen Y. *Journal of MCU Socail Development*, *1*(1), 92-107. (In Thai)

Teerawatskul, S., Suttineam, U. & Buathongjun, J. (2017). Effect of Lecture on Nursing Care of Responses with Neurological Problem Developed by a Teacher and Online Computer on Knowledge, Learning Behavior, and Satisfaction of Nursing Students. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 33(3), 101-111. (in Thai)

Wilailak, T. (2008). *Lesson Design*. Pathum Thani: Valaya Alongkorn Rajabhat University Under the Royal Patronage. (in Thai)

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

ผลของการเรียนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานต่อความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล

Effects of a Case-Based Learning on Clinical Decision Making among Nursing Students

สุทธิดา อ่อนละออ[1*], สุภาพร วัฒนา[1], ฆนรส อภิญญาลังกร[1] และ โยษิตา จรัสรัตนไพบูลย์[1]

Sutthida Ornlaor[1*], Suphaphon Wattana[1], Khanarot Apinyalungkon[1] and Yosita jaradrattanapaiboon[1]

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข[1*]

Boromrajonani College of Nursing, Phrae, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok institute, Ministry of Public Health[1*]

(Received: *December 02, 2020*; Revised: *November 22, 2021*; Accepted: *December 17, 2021*)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนหลังนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกก่อนและหลังการเรียนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ จำนวน 46 คน สุ่มแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคมถึง ตุลาคม พ.ศ. 2562 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย การสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน กรณีศึกษาเป็นฐานที่เป็นสถานการณ์จำลอง คู่มือการเรียนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบทดสอบวัดความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก เป็นแบบทดสอบอัตนัยประยุกต์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Wilcoxon Signed Ranks Test ผลการวิจัยพบว่า

นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง (M=35.59, SD=5.10; M=25.39, SD=4.56) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การจัดการเรียนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน ช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนมีการใช้เหตุผลในการตัดสินใจทางคลินิกที่ดี ส่งผลให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจเมื่อต้องปฏิบัติในสถานการณ์จริง

คำสำคัญ: การเรียนรู้การสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน, ทักษะการตัดสินใจทางคลินิก, นักศึกษาพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: myoil.sutthida@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 095-6903883)

Abstract

The clinical situation which the patient has uncertain situation. Clinical nurses need to develop effective clinical decision-making skills to provide excellent care to patients. This quasi-experimental research, one group pre-posttest design, aimed to compare the effects of a case-based learning on clinical decision making among nursing students. Participants consisted of 46 nursing students in the third year using purposive sampling. The study was conducted during August-October 2019. Research tools included 1) teaching with a case-based learning, 2) a case-based learning scenario, and 3) a case-based learning manual. Data were collected using a modified essay questionnaire regarding clinical decision making, and were analyzed by using percentage, mean, standard deviation and Wilcoxon Signed Ranks Test.

The results showed that after teaching with a case-based learning, mean scores of the clinical decision making among nursing students were statistically and significantly higher than before teaching with a case-based learning (p<.001).

Per findings, the case-based learning is a teaching method that can improve clinical decision making among nursing students so that they will have more confident in applying in the real clinical practice.

Keywords: Case-Based Learning, Clinical Decision Making, Nursing Students

บทนำ

กระบวนการจัดการเรียนการสอนในวิชาชีพพยาบาลเดิมเน้นเนื้อหาวิชาการมากกว่าการสอนให้ผู้เรียนรู้จักคิดอย่างมีวิจารณญาณและคิดสร้างสรรค์ (Wanchai, 2017) ถ่ายทอดความรู้ผ่านการบรรยายโดยผู้รู้หรือจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ทำให้การปฏิบัติงานเป็นลักษณะการทำตามที่ได้รับการสอนหรือทำจากสิ่งที่เคยปฏิบัติเดิมๆ สืบต่อกันมาโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลง (Kunaviktikul, 2015) ในปัจจุบันการเรียนในวิชาชีพพยาบาลเน้นการจัดการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ เน้นการฝึกให้ผู้เรียนรู้จักการเรียนรู้ด้วยตนเองมากขึ้น พัฒนาผู้เรียนให้มีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะคุณธรรมจริยธรรม ทักษะความรู้ ทักษะทางปัญญา ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ทักษะการวิเคราะห์ตัวเลข การสื่อสาร เทคโนโลยีสารสนเทศ และทักษะการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ (Ministry of Education, 2017) ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนในวิชาชีพพยาบาลจึงเน้นทั้งความรู้และการฝึกปฏิบัติ เพื่อให้นักศึกษามีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการประกอบวิชาชีพพยาบาล เช่น ทักษะการคิด การสื่อสารทางการพยาบาล การทำงานเป็นทีม การตัดสินใจ และปฏิบัติการแก้ปัญหา รวมทั้งสามารถให้บริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งการดูแลรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้รับบริการ

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ปฏิบัติโดยตรงต่อชีวิตและสุขภาพของประชาชน โดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้รับบริการเกิดความปลอดภัยสูงสุด ซึ่งหัวใจของความปลอดภัยของผู้ป่วยคือ การป้องกันความผิดพลาดในการดูแลรักษาผู้ป่วย (Chaleoykitti, Kamprow, & Promdet, 2014) วิธีการที่ช่วยลดข้อผิดพลาดจากการพยาบาล คือการส่งเสริมให้พยาบาลมีการตัดสินใจทางคลินิกในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ การตัดสินใจทางคลินิกเป็นการตีความหรือสรุปความต้องการ หรือปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย และตัดสินใจที่จะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้หรือปรับเปลี่ยนแนวทางมาตรฐาน หรือปรับปรุงการปฏิบัติใหม่ที่มีความเหมาะสมกับปฏิกิริยาการตอบสนองของผู้ป่วย (Tanner, 2006) พยาบาลจึงต้องมีความรู้ความสามารถและมีทักษะการตัดสินใจอย่างเหมาะสมขณะให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยภายใต้สถานการณ์การเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

การตัดสินใจทางคลินิกเป็นทักษะที่จำเป็นอย่างมากในการปฏิบัติการพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ในสหรัฐอเมริกาไม่สามารถประเมินอาการ และภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้ และไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างปัญหาที่ต้องให้การดูแลทันทีและปัญหาที่ไม่รุนแรง ทำให้ไม่สามารถตัดสินใจให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลา (Powers, Herron, & Pagel, 2019) และพยาบาลจบใหม่ในอเมริกาใต้หลายคนต้องเผชิญกับความท้าทายในการประเมินอาการของผู้ป่วย จึงไม่สามารถตัดสินใจให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้สำเร็จ ทำให้ต้องจัดระยะเวลาในการเตรียมปฐมนิเทศเพื่อเตรียมความพร้อมให้มากขึ้น (Herron, 2017) สำหรับในประเทศไทย สภาการพยาบาลได้กำหนดสมรรถนะหลักของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ต้องมีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ และการตัดสินใจทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วย (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2019) ดังนั้นหากต้องการให้พยาบาลมีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ และการตัดสินใจทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วย ผู้สอนหลักสูตรพยาบาลจึงควรออกแบบจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาผู้เรียนให้มีทักษะการตัดสินใจทางคลินิกและจบการศึกษาไปเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำการตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ

กระบวนการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกมีกลยุทธ์การสอนที่หลากหลาย ได้แก่ การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง (Sinthuchai, Ubolwan, Bunsonti, Yod-A-Sa, & Doungsuriya, 2019) การจัดการเรียนการสอนแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก (Yuan, Williams, & Man, 2014) และการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน (Abdou & Dogham, 2016; Jeong, & Park, 2015) ซึ่งการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน (Case Based Learning: CBL) เป็นกระบวนการเรียนที่ให้ผู้เรียนได้เรียนรู้จากกิจกรรมการเรียนการสอนที่ใช้กรณีศึกษาจากสถานการณ์จริงที่หลากหลาย โดยมีการเชื่อมโยงความรู้จากภาคทฤษฎีสู่การปฏิบัติ และผลการเรียนรู้จากกรณีศึกษาสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย (McLean, 2016) อีกทั้งยังช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนมีทักษะการคิดวิเคราะห์กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล เน้นกระบวนการในการนำความรู้ที่มีมาใช้ในการตัดสินใจทางคลินิก (Woragidpoonpol, 2015)

การจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน มีขั้นตอนทั้งหมด 7 ขั้นตอน (Williams, 2004) ประกอบด้วย 1) ขั้นกำหนดกรณีศึกษา 2) ขั้นแบ่งกลุ่มวิเคราะห์กรณีศึกษา 3) ขั้นระดมสมอง 4) ขั้นกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ 5) ขั้นระบุผลการศึกษา 6) ขั้นแลกเปลี่ยนผลลัพธ์การเรียนรู้ และ 7) ระบุสิ่งที่ควรปรับปรุงเพื่อนำไปใช้ในคลินิก และหากต้องการให้การเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษามีประสิทธิภาพ ผู้เรียนจำเป็นต้องมีความรู้เดิมมาก่อนจึงจะสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ ซึ่งนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 มีความรู้พื้นฐานจากการเรียนวิชากายวิภาคศาสตร์ วิชาพยาธิสรีรวิทยา วิชาเภสัชวิทยา ที่จะสามารถนำไปวิเคราะห์และประเมินปัญหาของผู้ป่วยในการเตรียมความพร้อมฝึกปฏิบัติเมื่อขึ้นชั้นปีที่ 4 ต่อไป อีกทั้งจากสถานการณ์การระบาดของเชื้อโควิด-19 ทำให้ผู้เรียนมีข้อจำกัดในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยในสถานการณ์จริง การเรียนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานเป็นการเรียนการสอนรูปแบบหนึ่งที่ช่วยให้ผู้เรียนได้เผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริงและได้ฝึกแก้ปัญหาโดยไม่ต้องเสี่ยงกับผลที่จะเกิดขึ้น ช่วยให้เกิดความพร้อมที่จะแก้ปัญหาเมื่อเผชิญปัญหานั้นในสถานการณ์จริง (Khammani, 2018)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลในต่างประเทศพบการศึกษาของแอบดูวและด็อกแฮม (Abdou & Dogham, 2016) ศึกษาผลของการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาที่มีต่อการตัดสินทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลในภาวะวิกฤต ซึ่งมีการกระตุ้นให้ผู้เรียนได้วิเคราะห์ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มและได้รับข้อมูลย้อนกลับระหว่างผู้เรียนและผู้สอนผ่านการใช้กรณีศึกษา พบว่า นักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่ได้รับการสอนโดยใช้กรณีศึกษามีคะแนนการตัดสินใจทางคลินิกเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของจองและปาร์ค (Jeong & Park, 2015) ที่ศึกษาผลของการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาต่อทักษะการตัดสินใจทางคลินิกและการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี พบว่านักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่ได้รับการสอนโดยใช้กรณีศึกษามีคะแนนการตัดสินใจทางคลินิกมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และผลของการเรียนรู้โดยใช้กรณีเป็นฐานโดยใช้วิดีโอต่อการตัดสินใจทางคลินิกและแรงจูงใจในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี พบว่านักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่ได้รับการสอนโดยใช้กรณีศึกษาโดยใช้วิดีโอมีคะแนนการตัดสินใจทางคลินิกหลังการสอนสูงกว่านักศึกษาที่ได้รับการสอนปกติ (Yoo, Park, & Lee, 2010) สำหรับในประเทศไทยพบ

การศึกษาทักษะการตัดสินใจทางคลินิกที่มีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 (Sinthuchai, Ubolwan, Bunsonti, Yod-A-Sa, & Doungsuriya, 2019) การเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับการส่งเสริมทักษะการสะท้อนคิดในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 3 (Phormpayak, Sattayawon, Rattana-Umpa, Hamtanon, & Rungkavat, 2019) จะเห็นได้ว่าการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นรูปแบบการสอนหนึ่งที่สามารถช่วยเพิ่มทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลได้ ซึ่งแทนเนอร์ (Tanner, 20l06) กล่าวว่า การตัดสินใจทางคลินิกประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การให้ความสนใจและรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้น โดยการสังเกตและการคาดการณ์ในสถานการณ์เกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย 2) การตีความ โดยจำแนกข้อมูลที่ปกติและผิดปกติ จะช่วยให้ตีความข้อมูลได้ 3) การตอบสนอง โดยการเลือกปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย และ 4) การสะท้อนการเรียนรู้ โดยการสะท้อนคิดการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ ถ้าหากพยาบาลไม่สามารถระบุการเปลี่ยนแปลงสภาพผู้ป่วย และตัดสินใจให้การดูแลที่เหมาะสมได้ ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ช้าเกินไป ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบแต่การศึกษาในการส่งเสริมความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกโดยการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงและการสะท้อนคิดในรายวิชาภาคปฏิบัติ แต่ยังไม่พบการศึกษาที่จัดการเรียนการการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน ซึ่งเป็นการเรียนการสอนที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนมีการคิดวิเคราะห์กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล สามารถนำความรู้ที่มีในภาคทฤษฎีมาใช้ในการตัดสินใจทางคลินิกตามปัญหาของกรณีศึกษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานต่อความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้นักศึกษามีกระบวนการคิดอย่างเป็นขั้นตอนและมีการใช้เหตุผลในการตัดสินใจทางคลินิกที่ดี และเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกก่อนและหลังการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

สมมุติฐานวิจัย

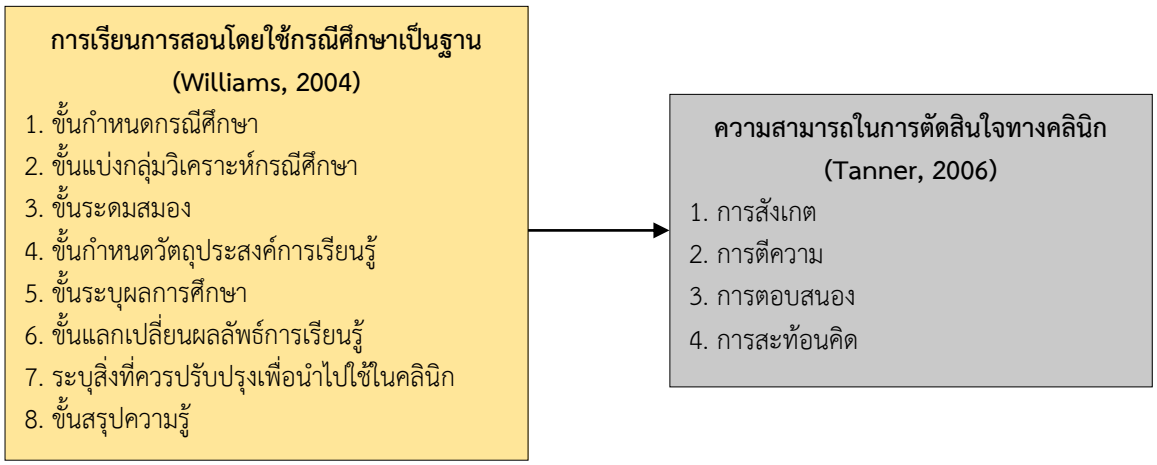
หลังได้รับการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ มีคะแนนความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกสูงกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานในการส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ และจัดการกับข้อมูลความรู้เพื่อประมวลข้อมูล ตัดสินใจ และประเมินผลการพยาบาลแล้วนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้ ประกอบด้วยขั้นตอน (Williams, 2004) ดังนี้ 1) กำหนดกรณีศึกษาที่ส่งเสริมทักษะการตัดสินใจทางคลินิก 2) แบ่งกลุ่มวิเคราะห์กรณีศึกษา 3) ระดมสมองในการอธิบายปัญหาของกรณีศึกษา 4) กำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่เชื่อมโยงกรณีศึกษา เพื่อหาวิธีการแก้ปัญหา 5) ระบุปัญหาของกรณีศึกษา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา เลือกวิธีแก้ปัญหา สรุปเตรียมการนำเสนอ และเตรียมคำถามเพื่อใช้ในการอภิปราย 6) อภิปรายกลุ่มร่วมกัน และ 7) ระบุจุดแข็งและจุดอ่อนในประเมินปัญหา การวินิจฉัยปัญหา และการแก้ปัญหา

การปฏิบัติพยาบาลในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์การเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้เกิดผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์วิกฤตของผู้ป่วยที่เชื่อมโยงกับการขาดทักษะการตัดสินทางคลินิก ดังนั้นวิธีการที่ช่วยลดข้อผิดพลาดจากการพยาบาล คือการส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีการตัดสินใจทางคลินิกใน

การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ โดยจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน ซึ่งเป็นการร่วมกันอภิปรายกรณีศึกษา วิเคราะห์สาเหตุ และเลือกวิธีการแก้ปัญหา โดยมีผู้สอนร่วมสรุปประเด็นสำคัญ เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลสามารถนำทักษะการตัดสินใจทางคลินิกไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อสำเร็จการศึกษา โดยสรุปกรอบแนวคิดดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) กลุ่มเดียววัดซ้ำก่อนและหลังทดลอง (One Group Pre-Posttest)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ ชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนในรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2562 จำนวน 46 คน การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากเป็นการศึกษาประชากรทั้งหมด คือ นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ ชั้นปีที่ 3 ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2562 จำนวน 46 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1.1 การสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานเรื่องการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาทางระบบประสาท การพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาทางระบบทางเดินอาหาร และการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูงในระบบทางเดินหายใจ

1.2 กรณีศึกษา โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาทางระบบประสาท การพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาทางระบบทางเดินอาหาร และการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูงในระบบทางเดินหายใจ

1.3 คู่มือการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานที่ใช้ในการเรียนรู้ในวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเรียนการสอน บทบาทผู้สอน บทบาทผู้เรียน การวัดและประเมินผลการเรียน และแนวทางในการนำรูปแบบการเรียนการสอนไปใช้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบวัดความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก เป็นแบบวัดอัตนัยประยุกต์ (Modified Essay Question, MEQ) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรณีศึกษาที่เสนอตามลำดับเหตุการณ์ โดยเสนอแยกเป็นตอนๆ แล้วตั้งคำถามตามวัตถุประสงค์ที่วัดคือ ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกทั้ง 4 ขั้นตอน ได้แก่ การสังเกต การตีความ การตอบสนอง และการสะท้อนคิด แบบทดสอบมี 3 ชุด ประกอบด้วยกรณีศึกษาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาทางระบบประสาท กรณีศึกษาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหา

ทางระบบทางเดินอาหาร และกรณีศึกษาการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูงระบบทางเดินหายใจ แต่ละกรณีศึกษามีคำถาม 5 ข้อโดยกำหนดคะแนนแต่ละด้านของแต่ละสถานการณ์ตามความสำคัญและความยากง่ายของข้อคำถามความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก แต่ละแบบทดสอบแบ่งตามวัตถุประสงค์ ดังนี้ 1) การสังเกต จำนวน 1 ข้อ คะแนนรวม 15 คะแนน 2) การตีความ จำนวน 1 ข้อ คะแนนรวม 18 คะแนน 3) การตอบสนอง จำนวน 2 ข้อ คะแนนรวม 12 คะแนน และ 4) การสะท้อนคิด จำนวน 1 ข้อ คะแนนรวม 12 คะแนน รวมแบบทดสอบทั้งหมด 3 ชุด คะแนนรวม 48 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจากอาจารย์พยาบาลเด็ก 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลเด็ก 1 ท่าน แบบประเมินความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกมีค่า Index of Item Objective Congruence (IOC) = 1.00 จากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกไปใช้กับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 ที่เคยผ่านการเรียนรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 2 จำนวน 10 คน มีค่า Kuder-Richardson Formula (KR-20) ของแบบทดสอบวัดความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกเท่ากับ .79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดแพร่ เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัย

2. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมก่อนจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน โดยการประชุมอาจารย์ผู้สอนจำนวน 4 คน เกี่ยวกับแนวทางการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน การใช้คำถามกระตุ้นผู้เรียน การออกแบบกรณีศึกษา และเตรียมนักศึกษา โดยชี้แจงหลักการและวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา

3. วันปฐมนิเทศวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ขั้นตอนการวิจัย รูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นทดลอง ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 3 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1 เนื้อหาหัวข้อการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาทางระบบประสาท สัปดาห์ที่ 2 หัวข้อการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาทางระบบทางเดินอาหาร สัปดาห์ที่ 3 หัวข้อการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูงในระบบทางเดินหายใจ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยให้นักศึกษาทำแบบทดสอบวัดความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก (Pretest)

2. ดำเนินการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน โดยจัดการเรียนการสอนแบบบรรยายร่วมกับการอภิปรายโดยใช้คลิปวิดีโอสถานการณ์ จากนั้นแบ่งกลุ่มนักศึกษาเป็น 10 กลุ่ม กลุ่มละ 4-5 คน ผู้สอนนำเสนอกรณีศึกษา และให้แต่ละกลุ่มร่วมกันวิเคราะห์กรณีศึกษาและระดมสมองในการกำหนดแนวทางในการค้นคว้าเพื่อหาวิธีการในการแก้ปัญหา โดยมีผู้สอนคอยแนะนำแนวทางและตั้งคำถามกระตุ้นการค้นคว้า จำนวน 20 นาที จากนั้นนักศึกษาแต่ละกลุ่มร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหาวางแผนการพยาบาลที่หลากหลายในการแก้ไขปัญหา และเลือกวิธีการพยาบาลที่เหมาะสมกับกรณีศึกษา จำนวน 40 นาที จากนั้นให้แต่ละกลุ่มนำเสนอกรณีศึกษา และอภิปรายกลุ่มร่วมกัน เพื่อหาข้อสรุปเกี่ยวกับปัญหา และแนวทางในการแก้ปัญหาจากกรณีศึกษา โดยผู้สอนคอยเสริมแรงเมื่อผู้เรียนอภิปรายได้ดี และร่วมสรุปประเด็นสำคัญกับนักศึกษา จำนวน 40 นาที รวมทั้งหมด 100 นาที

3. เมื่อเสร็จสิ้นการสรุปกรณีศึกษา ผู้สอนให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้เรียนบอกจุดแข็งและจุดอ่อนของตนเองในการประเมินสภาพผู้ป่วย ระบุปัญหา และการพยาบาลผู้ป่วย และบอกวิธีการพัฒนาตนเองเพื่อนำไปใช้ในการขึ้นฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยต่อไป จำนวน 20 นาที

4. ให้นักศึกษาทำแบบทดสอบวัดความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก (Posttest)

ขั้นหลังการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน ผู้วิจัยสรุปผลการดำเนินกิจกรรมระหว่างอาจารย์ผู้สอนและนักศึกษาประกอบด้วยเนื้อหาการเรียนรู้ กิจกรรมการเรียนการสอน และข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานในครั้งต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกระหว่างก่อนกับหลังทดลอง และคะแนนความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกรายด้าน ได้แก่ การประมวลข้อมูลและระบุปัญหา การรวบรวมข้อมูล การตัดสินใจเลือกปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลจากการปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) เพื่อหาลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) ของข้อมูลโดยการพิจารณาโดยใช้สถิติทดสอบ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ได้ค่า p=.002 พบว่าข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการใช้สถิติ Paired t-test ผู้วิจัยจึงใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมจริยธรรมในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ (PPH No.014/2562) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ แจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 97.83 มีอายุเฉลี่ย 21.4 ปี

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ Wilcoxon Signed Ranks Test (N=46)

ตัวแปร	*M*	*SD*	*Mean Rank*	*Sum of Ranks*	*Z*	*p-value* (1-tailed)
ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกหัวข้อการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาทางระบบประสาท						
ก่อนการทดลอง	7.33	2.44	23.45	1032.00	-5.82[b]	<.001
หลังการทดลอง	12.07	3.14				
ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกหัวข้อการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาทางระบบทางเดินอาหาร						
ก่อนการทดลอง	10.82	2.29	23.30	745.00	-2.76[b]	.007
หลังการทดลอง	12.74	1.81				
ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกหัวข้อการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูงในระบบทางเดินหายใจ						
ก่อนการทดลอง	8.07	2.62	23.42	773.00	-4.01[b]	<.001
หลังการทดลอง	9.72	2.67				

ตาราง 1 (ต่อ)

ตัวแปร	*M*	*SD*	*Mean Rank*	*Sum of Ranks*	*Z*	*p-value* (1-tailed)
ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกรวม						
ก่อนการทดลอง	25.39	4.56	23.50	1081.00	-5.91[b]	<.001
หลังการทดลอง	35.59	5.10				

[b]Based on Positive Ranks = คะแนนหลังการทดลอง > คะแนนก่อนการทดลอง

จากตาราง 1 พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกหัวข้อการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาทางระบบประสาท การพยาบาลเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาทางระบบทางเดินอาหาร และการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูงในระบบทางเดินหายใจภายหลังการทดลอง (*M*=12.07, *SD*=3.14; M=12.74, *SD*=1.81; *M*=9.72, *SD*=2.62) สูงกว่าก่อนการทดลอง (*M*=7.33, *SD*=2.44; *M*=10.82, *SD*=2.29; *M*=8.07, *SD*=2.62) ตามลำดับ และคะแนนความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกรวมภายหลังการทดลอง (*M*=35.59, *SD*=5.10) สูงกว่าก่อนการทดลอง (*M*=25.39, *SD*=4.56) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (*p*<.001)

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกรายด้านก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ Wilcoxon Signed Ranks Test (N=46)

ตัวแปร	*M*	*SD*	*Mean Rank*	*Sum of Ranks*	*Z*	*p-value* (1-tailed)
ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก						
การสังเกต						
ก่อนการทดลอง	4.41	1.95	23.16	926.50	-5.51[b]	<.001
หลังการทดลอง	6.78	1.90				
การตีความ						
ก่อนการทดลอง	6.91	1.53	15.25	152.50	-2.73[a]	.006
หลังการทดลอง	6.23	1.61				
การตอบสนอง						
ก่อนการทดลอง	10.20	2.22	24.00	1080.00	-5.93[b]	<.001
หลังการทดลอง	14.72	2.41				
การสะท้อนคิด						
ก่อนการทดลอง	4.54	1.56	21.44	857.50	-5.58[b]	<.001
หลังการทดลอง	7.17	1.68				

[a]Based on Negative Ranks = คะแนนหลังการทดลอง < คะแนนก่อนการทดลอง

[b]Based on Positive Ranks = คะแนนหลังการทดลอง > คะแนนก่อนการทดลอง

จากตาราง 2 พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกด้านการตีความ (*M*=6.23, *SD*=1.61) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (*M*=6.91, *SD*=1.53) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกด้านการสังเกต ด้านการตอบสนอง และด้านการสะท้อนคิด พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในด้านการสังเกต (*M*=6.78, *SD*=1.90) ด้านการตอบสนอง (*M*=14.72, *SD*=2.71) ด้านการสะท้อนคิด (*M*=7.17, *SD*=1.68) สูงกว่าด้านการสังเกตก่อนการทดลอง (*M*=4.41, *SD*=1.95) ด้านการตอบสนองก่อนการทดลอง (*M*=10.20, *SD*=2.22) ด้านการสะท้อนคิดก่อนการทดลอง (*M*=4.54, *SD*=1.56) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (*p*<.001)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลโดยใช้การเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจทางคลินิกสูงกว่าก่อนการทดลอง เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งการจัดการเรียนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานเป็นหนึ่งในรูปแบบการเรียนการสอนที่กระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้อย่างแท้จริง ซึ่งการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษา ช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจเมื่อต้องลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Kingmala, Sookpool, Pangsuk, & Luxsiam, 2020) รวมถึงตรงตามแนวคิดของการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) ที่ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมทางกาย ทางสติปัญญา ทางอารมณ์ ทางสังคมในกิจกรรมการเรียนรู้ มีการสร้างปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนและผู้สอน มีการอภิปรายและสะท้อนคิดเพื่อสร้างองค์ความรู้ รวมทั้งได้พัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการคิดแก้ปัญหา (Khammani, 2018) ส่งผลให้ผู้เรียนเกิดทักษะการตัดสินใจทางคลินิก (Punsumreung & Kaknhadilok, 2017) ดังผลการวิจัยพบว่านักศึกษามีความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกสูงกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของจองและปาร์ค (Jeong & Park, 2015) ที่ศึกษาผลของการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาต่อทักษะการตัดสินใจทางคลินิกและการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 3 โดยศึกษาผ่านคลิปวิดีโอที่แสดงบทบาทสมมติ จำนวน 55 คน พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการตัดสินใจในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ <.001 เนื่องจากทักษะการตัดสินใจทางคลินิก เป็นผลมาจากความรู้และประสบการณ์ โดยการสังเกตข้อมูลที่ช่วยในการคาดการณ์ปัญหาของผู้ป่วย จากนั้นจำแนกข้อมูลที่ปกติและผิดปกติ เพื่อกำหนดการปฏิบัติการพยาบาล และจึงเลือกปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย โดยมีการสะท้อนคิดการเรียนรู้ในระหว่างและหลังปฏิบัติการพยาบาล (Tanner, 2006) ผู้เรียนได้รับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานที่เป็นประสบการณ์การเรียนรู้ที่อาศัยความรู้ การสืบเสาะ โดยใช้สถานการณ์ทางการพยาบาลหรือสถานการณ์ทางคลินิกที่มีการกำหนดวัตถุประสงค์การศึกษา ผ่านการนำเสนอและอภิปรายเกี่ยวกับกรณีศึกษา และมีการระบุสิ่งที่ต้องปรับปรุงเพื่อนำไปใช้ในคลินิก ดังนั้นการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานจึงเป็นกลยุทธ์การเรียนรู้ที่ช่วยให้ผู้เรียนมีการเชื่อมโยงความรู้ในภาคทฤษฎีสู่การพัฒนาทักษะการตัดสินใจทางคลินิก (Hammad & Khalaf, 2020; McLean, 2016; Williams, 2004) ซึ่งเหตุผลที่ทำให้การเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานทำให้ผู้เรียนเกิดทักษะการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจเพิ่มขึ้น ได้แก่ ผู้เรียนแต่ละคนได้สังเกตและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อฝึกการแก้ปัญหาและการตัดสินใจซึ่งเป็นสถานการณ์จริงในคลินิก ผู้เรียนมีความกระตือรือร้นต่อการเรียนรู้ผ่านการกระตุ้นและเสริมแรงบวกจากผู้สอน การเรียนแบบกลุ่มย่อยด้วยบรรยากาศที่ปลอดภัย และการสอนด้วยกรณีศึกษาทำให้ผู้เรียนมีการเตรียมตัวอย่างเพียงพอ ทำให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจในการให้เหตุผลทางคลินิก เพิ่มทักษะการตัดสินทางคลินิกในสถานการณ์ที่ซับซ้อนในการคิดแก้ปัญหาทางการพยาบาล (Andreassen & Holmsen, 2018) และเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในอนาคตได้ (Gholami, Saki, Toulabi, Moghadam, Pour, & Dostizadeh, 2017)

เมื่อพิจารณาคะแนนความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยของความสามารถในการสังเกต ความสามารถในการตอบสนอง และความสามารถในการสะท้อนคิดหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังนี้

ความสามารถในการสังเกต การที่นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการสังเกตสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เนื่องจากผู้วิจัยมีการทบทวนความรู้และประสบการณ์เดิมที่ต้องใช้ในการศึกษา เช่น ระบบที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษา ช่วยให้ผู้เรียนนำมาใช้ในการคิดวิเคราะห์และประเมินปัญหาของกรณีศึกษาได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของแทนเนอร์ (Tanner, 2006) ที่พบว่าในกระบวนการจัดการเรียนการสอน เมื่อผู้เรียนเลือกศึกษากรณีศึกษาภายใต้การทบทวนความรู้ การศึกษาจากตำราและความรู้จากประสบการณ์การขึ้นฝึกสถานการณ์ในคลินิกเดิมในการดูแลผู้ป่วยที่คล้ายคลึงกับกรณีศึกษา จะช่วยให้ผู้เรียนสามารถคาดการณ์และประเมินปัญหาของกรณีศึกษที่จะนำไปสู่การตัดสินใจทางคลินิกได้

ความสามารถในการตอบสนอง จากการที่ผู้เรียนได้รับการกระตุ้นให้มีการตั้งคำถามเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และผู้สอนมีการกระตุ้นให้ผู้เรียนมีการตอบสนองต่อกรณีศึกษาที่กำหนดให้ ส่งผลให้ผู้เรียนสามารถเลือกการพยาบาล

ที่เหมาะสมและสัมพันธ์กับปัญหาเป็นกระบวนการทางปัญญาที่ต้องใช้ความรู้ความเข้าใจในตนเอง และการแก้ปัญหาโดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ ซึ่งหากผู้เรียนตีความข้อมูลและระบุปัญหาแล้วพิจารณาทางเลือกและเลือกปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมตามลำดับความสำคัญและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแล้ว จะส่งผลให้ผู้เรียนเรียนรู้ร่วมกันในการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น หรือความรู้เกี่ยวกับเหตุผลในการเลือกวิธีการแก้ปัญหา โดยเชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎีกับประสบการณ์เป็นผลให้มีการเปลี่ยนความรู้ไปสู่การปฏิบัติซึ่งสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาและตัดสินใจในอนาคต (Edelen & Bell, 2011) ซึ่งการตอบสนองเป็นขั้นตอนที่พยาบาลตอบสนองต่อข้อมูลที่ผ่านการตีความแล้วว่าเป็นสิ่งที่ผิดปกติ และตอบสนองโดยการเลือกปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย (Tanner, 2006)

ความสามารถในการสะท้อนคิด หลังจากผู้เรียนตัดสินใจตอบสนองโดยเลือกปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยแล้ว ผู้เรียนมีการทบทวนตนเองทั้งความคิด ความรู้สึก และการกระทำ รวมทั้งประเมินศักยภาพตนเอง ค้นหาวิธีการพัฒนาตนเองและพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้ดีขึ้น (Mueannadon, Tirapaiwong, Srichairattanakull, & Yutthayong, 2019) ซึ่งจากการวิจัย ผู้เรียนได้รับข้อมูลย้อนกลับในการทบทวนขั้นตอนการประเมินสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยปัญหา และการแก้ไขปัญหา โดยผ่านการเรียนรู้จากประสบการณ์การเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน ส่งผลให้ผู้เรียนเกิดประสบการณ์การเรียนรู้ทางคลินิกและความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก อีกทั้งหากผู้เรียนประสบกับสถานการณ์ทางคลินิกที่มีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและมีความเสี่ยงสูง การสะท้อนคิดจะช่วยให้ให้ผู้เรียนมีการตัดสินใจทางคลินิกอย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดการลดข้อผิดพลาดจากการปฏิบัติการพยาบาล (Tanner, 2006)

ความสามารถในการตีความ การที่นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการตีความต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อภิปรายได้ว่าการที่ผู้เรียนจะสามารถเปรียบเทียบระหว่างข้อมูลปกติหรือข้อมูลผิดปกติ ข้อมูลสัมพันธ์กันหรือไม่สัมพันธ์กัน ข้อมูลมีการเชื่อมโยงและการจัดกลุ่มความสัมพันธ์ของข้อมูล รวมทั้งการสรุปอ้างอิงข้อมูลอย่างมีเหตุผลเพื่อระบุปัญหาและสาเหตุของปัญหาได้ ผู้เรียนต้องมีประสบการณ์ทางคลินิกและพื้นฐานความรู้ที่เพียงพอในวิชาที่เกี่ยวข้อง เช่น วิชาพยาธิสรีรวิทยา วิชาเภสัชวิทยา วิชาจุลชีววิทยา เป็นต้น เพราะเป็นความรู้พื้นฐานที่จะทำให้นักศึกษาสามารถวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ที่รวบรวมได้ทั้งจากผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจพิเศษ เพื่อนำมาระบุปัญหาและสาเหตุของปัญหาต่อไป อีกทั้งผู้เรียนกำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 3 ซึ่งผ่านประสบการณ์ทางคลินิกน้อย และกรณีศึกษาเป็นกรณีศึกษาในผู้ป่วยเด็กที่มีความละเอียดซับซ้อนในภาวะของโรคและกระบวนการดูแล ทำให้ผู้เรียนมีระดับคะแนนการระบุข้อมูลปกติและข้อมูลผิดปกติน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Lawal, Weaver, Bryan, & Lindo (2016) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์การเรียนรู้ทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ณ โรงเรียนพยาบาลคาริบเบียน ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อย มีผลทำให้การเรียนรู้ทางคลินิกลดลง ซึ่งนักศึกษาพยาบาลที่มีประสบการณ์การเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานในรายวิชาทฤษฎีช่วยเพิ่มทักษะการคิดวิเคราะห์และการใช้เหตุผลทางคลินิก เพิ่มการพัฒนาความสามารถในการตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อใช้ในการเตรียมความพร้อมในรายวิชาปฏิบัติต่อไป (Gholami, Saki, Toulabi, Moghadam, Pour, & Dostizadeh, 2017)

ข้อจำกัดของการศึกษา เป็นการศึกษาในกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างกับวิธีการสอนแบบเดิมได้ และนักศึกษาที่เข้าร่วมวิจัยเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีประสบการณ์ทางคลินิกน้อย จึงไม่สามารถระบุข้อมูลปกติและข้อมูลผิดปกติได้ จึงส่งผลให้ความสามารถในการตีความลดลง

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จัดการเรียนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน เพื่อเพิ่มความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง

2. เพิ่มการฝึกกระบวนการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาในรายวิชาที่เป็นภาคทฤษฎีรายวิชาอื่นๆ เพื่อให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงและนำความรู้ทางทฤษฎีไปใช้ในการปฏิบัติต่อไป

3. อาจารย์ควรชี้แนะให้นักศึกษามองเห็นภาพได้อย่างชัดเจนระหว่างการเรียนการสอน เพื่อให้สามารถนำไปตีความได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งกระตุ้นให้นักศึกษาทุกคนมีส่วนร่วมในวิเคราะห์กรณีศึกษา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำวิจัยเพื่อศึกษาผลของการเรียนการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานต่อความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกในรายวิชาปฏิบัติ ซึ่งเป็นการศึกษาจากกรณีศึกษาจริง ทำให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการเรียนรู้และส่งเสริมให้เกิดทักษะการตัดใจทางคลินิกในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรทำวิจัยเพื่อศึกษาการเรียนการสอนที่ช่วยส่งเสริมความสามารถในการตีความข้อมูล ทำให้ผู้เรียนสามารถประมวลข้อมูลและระบุปัญหาที่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้เรียนเลือกปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้เกิดทักษะการตัดใจทางคลินิก

References

Abdou, F. A., & Dogham, R. S. (2016). Effect of Case Based Learning on Internship Critical Care Nursing Students' Clinical Judgment. *Journal of Nursing and Health Science*, *5*(5), 15-20.

Andreassen, H. M., & Holmsen, T. L. (2018). Case-Based Learning in Nursing Education. *Nordisk Sygeplejeforskning, 8*(3), 219-229.

Chaleoykitti, S., Kamprow, P., & Promdet, S., (2014). Patient Safety and Quality of Nursing Service. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 15*(2), 66-70. (in Thai)

Edelen, G. B., & Bell, A. A. (2011). The Role of An Analogy-Guide Learning Experience in Enhancing Students' Clinical Decision Making Skills. *Journal of Nursing Education, 50*(8), 453-460.

Gholami, M., Saki, M., Toulabi, T., Moghadam, P. K., Pour, A. H. H., & Dostizadeh, R. (2017). Iranian Nursing Students' Experiences of Case-Based Learning: A Qualitative Study. *Journal of Professional Nursing, 33*(3), 241-249.

Hammad, B. M., & Khalaf, I. A. (2020). How Does Case-Based Learning Strategy Influence Nursing Students' Clinical Decision-Making Ability in Critical Care Nursing Education? An Integrative Review. *Middle East Journal of Nursing, 14*(3), 3-8.

Herron, E. K. (2017). New Graduate Nurses' Preparation for Recognition and Prevention of Failure to Rescue: A Qualitative Study. *Journal of Clinical Nursing, 27*(1-2), e390-e401.

Jeong, M. E., & Park, H. S. (2015). Effects of Case-Based Learning on Clinical Decision Making and Nursing Performance in Undergraduate Nursing Students. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing, 22*(3), 308-317.

Khammani, T. (2018). *Teaching Science*. Bangkok: Chulalongkorn University Publisher.

Kingmala, C., Sookpool, A., Pangsuk, P., & Luxsiam, N. (2020). Effects of Case-Study Learning on Knowledge and Self-Efficacy in Community Health Care. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 7*(3), 223-232.

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

Lawal, J., Weaver, S., Bryan, V., & Lindo, J. L. M. (2016). Factors That Influence the Clinical Learning Experience of Nursing. *Journal of Nursing Education and Practice, 4*, 32-39.

McLean, S. F. (2016). Case-Based Learning and Its Application in Medical and Health-Care Fields: A Review of Worldwide Literature. *Journal of Medical Education and Curricular Development, 3*, 39-49.

Ministry of Education. (2017). *Thailand Qualification Framework, Nursing Science Program*. Retrieved August 30, 2019 from www.mua.go.th/users/tqf-hed/news/news6.php

Mueannadon, R., Tirapaiwong, Y., Srichairattanakull, J., & Yutthayong, S. (2019). Learning Development through Reflection. *Journal of Health and Nursing Research, 35*(2), 13-25. (in Thai)

Phormpayak. D., Sattayawon, W., Rattana-Umpa, J., Hamtanon, P., & Rungkavat, V. (2019). The Effects of Using Simulation Based Learning and Reflective Thinking Skill Promoting on Nursing Students' Reflective Thinking Behavior and Clinical Decision-Making Abilities. *The Journal of Baromarajonani College of Nusing, Nakhonratchasima, 25*(2), 57-71. (in Thai)

Powers, K., Herron, E. K., & Pagel, J. (2019). Nurse Preceptor Role in New Graduate Nurses' Transition to Practice. *Dimensions of Critical Care Nursing, 38*(3), 131-136.

Punsumreung, T., & Kaknhadilok, S. (2017). Clinical Judgement: An Essential Skill for Nursing Intervention. *Journal of Nursing, Siam University, 18*(35), 81-94.

Sinthuchai, S., Ubolwan, K., Bunsonti, N., Yod-A-Sa, P., & Doungsuriya, P. (2019). Effect of High Fidelity Simulation based Learning on Clinical Decision Making Ability of Nursing Students. *Journal of The Police Nurses, 11*(1), 172-183. (in Thai)

Tanner, C. A. (2006). Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment. *Journal of Nursing Education*, *45*(6), 204-211.

Thailand Nursing and Midwifery Council. (2019). *Competencies of Registered Nurses*. Retrieved May 26, 2021 from https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/004.pdf

Wanchai, A. (2017). Thai Education: Trends in Development of Nursing Profession. *Journal of Nursing, Siam University, 18*(35), 106-117.

Williams, B. (2004). The Implementation of Case-Based Learning-Shaping the Pedagogy in Ambulance Education. *Journal of Emergency Primary Health Care, 2*(3-4), 1-7.

Woragidpoonpol, P. (2015). *Case Based Learning, Office of Educational Quality Development*. Chiang Mai University, Retrieved August 31, 2019 from https://www.eqd.cmu.ac.th/em/data/handbook/CMU_TeachingHandbook.pdf. (in Thai)

Yuan, H. B., Williams, B. A. & Man, C. Y. (2014). Nursing Students' Clinical Judgment in High-Fidelity Simulation Based Learning: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Nursing Education and Practice*, *4*(5), 7-15.

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

การจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรัง: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

Caregivers of Children with Chronic Illnesses: A Systematic Review on Family Management

สิริกรานต์ สุทธิสมพร[1*] และ เกียรติกำจร กุศล[1]

Sirikran Sutthisompohn[1*] and Kiatkumjorn Kusol[1]

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์[1*]

School of Nursing, Walailak University[1*]

(Received: *April 24, 2020*; Revised: *November 26, 2021*; Accepted: *December 28, 2021*)

บทคัดย่อ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนข้อสรุปการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรัง ดำเนินการตามแนวคิดการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Joanna Briggs Institute: JBI) โดยการสืบค้นงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรังจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และการสืบค้นด้วยมือระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2558 – เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 คัดเลือกงานวิจัยโดยใช้แบบประเมินงานวิจัยตามเกณฑ์คัดเข้าที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แล้วนำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์โดยใช้แบบประเมินคุณค่างานวิจัยและแบบรวบรวมข้อมูลงานวิจัยของสถาบันโจแอนนาบริกส์ วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของงานวิจัยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สรุปรายละเอียดและผลการจัดการครอบครัวจากงานวิจัยโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการสืบค้นพบงานวิจัยตามเกณฑ์คัดเลือกได้จำนวน 15 เรื่อง พบประเด็นสำคัญจากงานวิจัย คือ การจัดการครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรังตามกรอบแนวคิดที่พัฒนาโดย Knafl & Deatrick (2003) บอกถึงการรับรู้ความสามารถในการจัดการครอบครัวด้านง่ายและการจัดการครอบครัวด้านยาก รูปแบบการจัดการครอบครัว ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านผู้ดูแล ด้านเด็กและด้านสิ่งแวดล้อม สามารถประเมินผลลัพธ์จากการจัดการครอบครัว ได้แก่ การควบคุมอาการของโรค คุณภาพชีวิต ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน บทบาทของครอบครัว และบทบาทเด็กเป็นต้น

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการประเมินและสนับสนุนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวและส่งเสริมการจัดการครอบครัวให้มีประสิทธิภาพ เพื่อประโยชน์ของเด็กโรคเรื้อรังและครอบครัว อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กในกลุ่มโรคและบริบทอื่น เพื่อนำมาเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนางานวิจัยอย่างเป็นลำดับขั้นต่อไป

คำสำคัญ: การจัดการครอบครัว, ผู้ดูแล, เด็กโรคเรื้อรัง, การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

[*]ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sirikran.sutt@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 086-9492887)

Abstract

This research aimed to systematically review family management among caregivers of children with chronic illnesses, based on the Joanna Briggs Institute (JBI)'s systematic review concept. Studies were searched from an electronic database, as well as manual searching, from January 2014 to December 2019. They were selected by using the inclusion criteria, then analyzed and synthesized by using JBI critical appraisal checklist, and JBI data extraction tool. Descriptive statistics were used, as well as content analysis.

The searching results revealed that 15 studies were meeting the inclusion criteria. Most of those studies were based on the concept of family management among caregivers of children with chronic diseases as theorized by Knafl & Deatrick (2003). This allowed to identify perceived ability in family management both for easiness and difficulty aspects, as well as the family management styles, which depend on factors regarding caregivers, children, and environment. Furthermore, the family management outcomes were able to be assessed, including symptom control, quality of life, readiness for transition, family functioning, and child functioning.

The results of this systematic review can be used as guidelines to assess and promote factors related to family management as well as to implement effective family management that benefits to children with chronic illnesses and their families. However, there should be family management studies among caregivers of children with different type of diseases and contexts, so to serve as evidences to develop further research.

Keywords: Family Management, Caregivers, Children with Chronic Illnesses, Systematic Review

บทนำ

ปัจจุบันการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในเด็กเป็นปัญหาสุขภาพที่มีผลกระทบเป็นอย่างมากทั่วโลก เด็กและวัยรุ่นในประเทศสหรัฐอเมริกาประมาณร้อยละ 25 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และร้อยละ 5 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่าหนึ่งโรค โดยโรคเรื้อรัง 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็ง ร้อยละ 11 โรคทางระบบประสาท ร้อยละ 8 และโรคต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึม ร้อยละ 8 (Odgers, Tong, Lopez-Vargus, Davidson, Jeffe, McKenzie et al., 2018) ประเทศไทยมีจำนวนเด็กโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2561 พบว่า โรคเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ถึงร้อยละ 37.7 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ส่วนใหญ่เป็นเด็กเพศชาย โรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคที่มีความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด โรคทางระบบประสาท โรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง และโรคเอดส์ (Ministry of Public Health, 2019) นอกจากนี้โรคเรื้อรังยังเป็นปัญหาสำคัญของระบบบริการสาธารณสุขและส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจในระดับประเทศ เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังหลายแสนล้านบาทต่อปี โดยในปี พ.ศ. 2560 ภาครัฐมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพร้อยละ 13.3 สูงเป็นอันดับ 3 ในกลุ่มประเทศอาเซียน รองจากประเทศเวียดนามและประเทศสิงคโปร์ (Strategy and Planning Division, 2018)

โรคเรื้อรังส่งผลกระทบโดยตรงต่อเด็กโรคเรื้อรังทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ พัฒนาการและจิตสังคม เด็กจะมีอาการและอาการแสดงที่รุนแรงตามพยาธิสภาพของโรค และสามารถกำเริบได้ตลอดเวลา เด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง เป็นระยะเวลานาน เกิดความเจ็บปวดจากการทำหัตถการเพื่อการรักษา มีความกลัว หงุดหงิด งอแง มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างลดลง ถูกจำกัดกิจกรรมหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้น้อยลง ขาดโอกาสพัฒนาทักษะและความสามารถ ทำให้พัฒนาการล่าช้าได้ และยังต้องขาดเรียนจากความเจ็บป่วยเรื้อรังบ่อยครั้ง (Watthanachai, Aree, & Lamchang, 2016) อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเด็กในครอบครัวเช่นกัน เนื่องจากเป็น

บุคคลใกล้ชิดกับเด็กโรคเรื้อรัง จึงต้องมีหน้าที่ดูแลและจัดการกับอาการของโรคที่สามารถกำเริบได้ตลอดเวลาและไม่สามารถคาดเดาได้ ทำให้ผู้ดูแลได้พักผ่อนน้อย เกิดความเครียด มีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง (Cohn, Pechlivanoglou, Lee, Mahant, Orkin, Marson, et al, 2020) ผู้ดูแลต้องมีการจัดการครอบครัวให้เด็กโรคเรื้อรังได้รับการดูแลรักษาที่เป็นไปตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง เน้นการลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคที่อาจเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย ทำให้เด็กโรคเรื้อรังสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติใกล้เคียงกับเด็กวัยเดียวกันและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามวัยต่อไป (Beacham & Deatric, 2019)

การจัดการครอบครัว (Family Management) เป็นพฤติกรรมหรือการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกในครอบครัวต่อเด็กโรคเรื้อรังหลาย ๆ ด้านในชีวิตประจำวันขณะอาศัยที่บ้าน นอกจากนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวตามบริบทและการรับรู้ของแต่ละครอบครัว ทำให้เกิดเป็นรูปแบบการจัดการของครอบครัว (Family Management Style) ที่แตกต่างกันไป (Knafl & Deatrick, 2003) ผู้ดูแลควรมีความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถตัดสินใจ เพื่อให้เด็กโรคเรื้อรังได้รับการจัดการและการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นไปตามเป้าหมายการรักษา ซึ่งการจัดการครอบครัวที่ดีจะช่วยลดความรุนแรง ลดภาวะแทรกซ้อนของโรคและส่งเสริมให้เด็กโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (Chusri, Deoisres, & Riper, 2017)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรังบางครอบครัวและเด็กโรคเรื้อรังแต่ละกลุ่มโรคมีการจัดการครอบครัวที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การจัดการครอบครัวยังไม่สม่ำเสมอ ผู้ดูแลในบางครอบครัวยังไม่สามารถจัดการความเจ็บป่วยของเด็กโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพและไม่มีผลสรุปที่ชัดเจน ทำให้ยากต่อการตัดสินใจในการนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญในการทบทวนวรรณกรรมและสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรังขณะอาศัยอยู่ที่บ้าน ตามกรอบแนวคิดในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Reviews) จากสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Lockwood, Porrit, Munn, Rittenmeyer, Salmond, Bjerrum, et al., 2017) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพในการหาข้อสรุปเกี่ยวกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรัง และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อทบทวนข้อสรุปการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรังขณะอาศัยอยู่ที่บ้าน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ ดำเนินการตามกรอบแนวคิดการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์ โดยมีขั้นตอน ดังนี้ 1) การกำหนดวัตถุประสงค์และคำถามการสืบค้น (Review Question) 2) การกำหนดแหล่งสืบค้นและข้อมูลที่สืบค้น (Searching Term) 3) การกำหนดเกณฑ์คัดเลือกงานวิจัย (Criteria) 4) การประเมินคุณค่างานวิจัยอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Appraisal Process) 5) การวิเคราะห์ (Data Analysis) และ 6) การสังเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยที่ถูกคัดเลือกจากการรวบรวม (Data Extraction) (Lockwood, Porrit, Munn, Rittenmeyer, Salmond, Bjerrum, et al., 2017)

ระเบียบวิธีวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเป็นรูปแบบการวิจัยในระดับทุติยภูมิ (Secondary Study) โดยดำเนินการตามกระบวนการตามกรอบแนวคิด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ คือ งานวิจัยปฐมภูมิที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรังทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก คือ

เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการจัดการครอบครัว ศึกษาในประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรัง รายงานในช่วง 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2558-พ.ศ. 2562) มีขั้นตอนการวิจัยทุกขั้นตอนสมบูรณ์ มีการนำเสนอข้อมูลที่จำเป็นและเพียงพอต่อการวิเคราะห์ทางสถิติ และกำหนดเกณฑ์การคัดออก คือ เป็นงานวิจัยที่ไม่ใช่ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน ดังนี้ 1) แบบประเมินงานวิจัยตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria Form) ที่ออกแบบโดยผู้วิจัยเพื่อคัดกรองงานวิจัยและคัดเลือกเข้ามาทบทวนต่อ 2) แบบประเมินคุณค่างานวิจัย (JBI Critical Appraisal Checklist) เพื่อประเมินคุณภาพงานวิจัย และ 3) แบบรวบรวมข้อมูลงานวิจัย (JBI Data Extraction Tool) เพื่อลงบันทึกงานวิจัยที่คัดเลือกเข้ามาทบทวนอย่างเป็นระบบ โดยแบบประเมินส่วนที่ 2) และ 3) พัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Lockwood, Porrit, Munn, Rittenmeyer, Salmond, Bjerrum, et al., 2017)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เนื่องจากแบบประเมินงานวิจัยตามเกณฑ์คัดเข้าที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีลักษณะเป็นรายการตามเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยเพื่อนำเข้ามาทบทวน ส่วนแบบประเมินคุณค่างานวิจัย และแบบรวบรวมข้อมูลงานวิจัยที่พัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ ถือเป็นแบบประเมินมาตรฐานสากลจึงไม่จำเป็นต้องตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทั้ง 2 คนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยสืบค้นงานวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดตามวัตถุประสงค์ครั้งนี้จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ CINAHL, PubMed, SCOPUS และ Thai Journals online (Thaijo) ร่วมกับการสืบค้นด้วยมือจากวารสารและวิทยานิพนธ์ ตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการสืบค้น ผู้วิจัยทั้ง 2 คนมีการกำหนดคำสำคัญ (Keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษสอดคล้องกับหลัก PICo โดยแยกกันสืบค้นและได้จำนวนบทความในแต่ละฐานข้อมูลเท่ากัน ตามคำสำคัญที่กำหนด ดังนี้ 1) กลุ่มประชากร (Population): “Chronic Illness Children”, “Chronic Illness Pediatric” และ “เด็กโรคเรื้อรัง” 2) วิธีการ (Intervention): “Family Management”, “Caregiver Management”, “การจัดการครอบครัว” และ “การจัดการของผู้ดูแล” และ 3) บริบท (Context): “Management at home”, “Out Hospital”, และ “การจัดการขณะอยู่ที่บ้าน”

2. ขั้นตอนการคัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด โดยผู้วิจัยหลักและผู้วิจัยร่วมแยกกันอ่านงานวิจัยที่สืบค้นได้จากชื่อเรื่อง บทคัดย่อ แล้วบันทึกข้อมูลลงแบบประเมินงานวิจัยตามเกณฑ์คัดเข้าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3. ขั้นตอนการประเมินคุณค่างานวิจัยอย่างมีวิจารณญาณ ผู้วิจัยหลักและผู้วิจัยร่วมแยกกันอ่านงานวิจัยที่ผ่านการคัดเลือก แล้วบันทึกข้อมูลลงในแบบประเมินคุณค่างานวิจัย

4. ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยหลักและผู้วิจัยร่วมแยกกันวิเคราะห์งานวิจัยที่มีคุณภาพ แล้วบันทึกข้อมูลลงในแบบรวบรวมข้อมูลงานวิจัย

หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้วิจัยร่วมได้นำงานวิจัยจำนวน 3 เรื่อง หาค่าความสอดคล้องตรงกันของการบันทึก (Inter-Rater Agreement) ได้เท่ากับ .89 และนำงานวิจัยทั้งหมดที่ผ่านตามเกณฑ์การคัดเข้าโดยผู้วิจัยมาปรึกษาหาข้อสรุปร่วมกันในประเด็นจากทุกขั้นตอนที่มีความคิดเห็นแตกต่างกัน ส่วนประเด็นที่ยังไม่ตรงกันได้สอบถามจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับประเด็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเป็นผู้ร่วมลงมติในการหาข้อสรุป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากงานวิจัยที่ผ่านกระบวนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรัง มาวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของงานวิจัย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่และการแสดงจำนวนร้อยละ และสรุปรายละเอียดและผลการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรังจาก

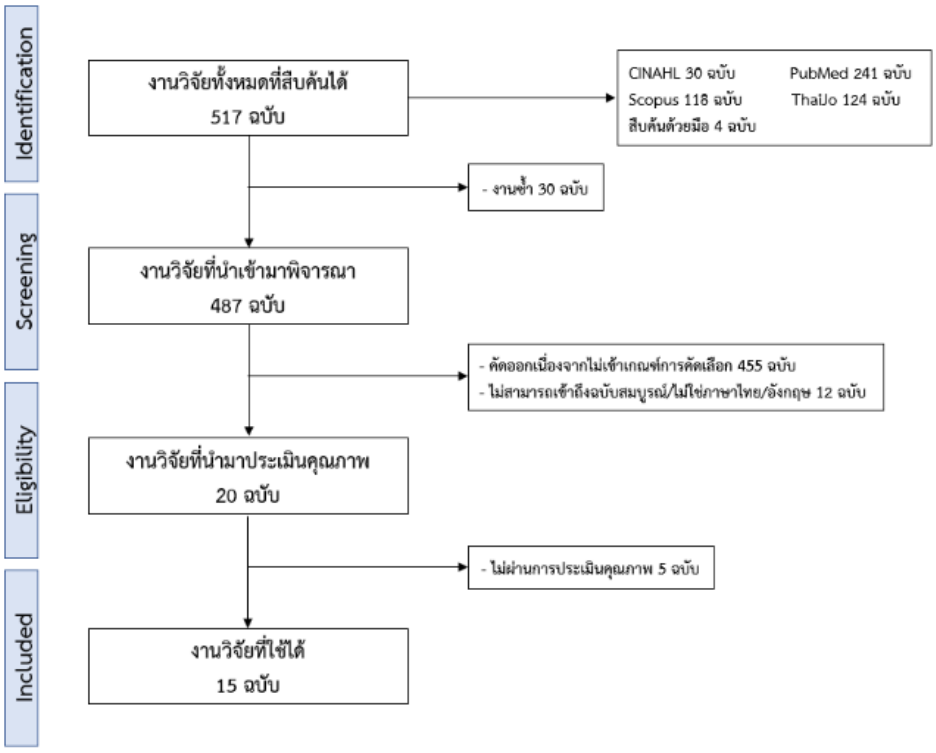
งานวิจัยวิเคราะห์เชิงเนื้อหาที่ผ่านการปรึกษาหาข้อสรุปร่วมกับผู้วิจัยร่วมและผู้ทรงคุณวุฒิ จัดเป็นหมวดหมู่และนำเสนอในรูปแบบตาราง

จริยธรรมวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรังกับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคเรื้อรัง ซึ่งผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ตามเลขที่เอกสารรับรอง WUEC-20-092-01 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ขอยกเว้นการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Exemption) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ผลการวิจัย

จากการสืบค้นงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรัง พบงานวิจัยที่ผ่านการคัดเลือกเข้ามาในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจำนวน 15 เรื่อง โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จำนวน 11 เรื่อง (ร้อยละ 73.33) และสืบค้นด้วยมือจากวารสารและวิทยานิพนธ์ 4 เรื่อง (ร้อยละ 26.67) ตีพิมพ์มากที่สุดในช่วงปี พ.ศ. 2561 จำนวน 5 เรื่อง (ร้อยละ 33.33) ศึกษาในประเทศไทยจำนวน 9 เรื่อง (ร้อยละ 60) และศึกษาในต่างประเทศจำนวน 6 เรื่อง (ร้อยละ 40) เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณจำนวน 14 เรื่อง (ร้อยละ 93.33) และเชิงคุณภาพจำนวน 1 เรื่อง (ร้อยละ 6.67) ทุกเรื่องศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่มากกว่า 30 ราย (ร้อยละ 100) และกลุ่มโรคที่ศึกษามากที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ โรคหืด โรคธาลัสซีเมีย และโรคไต



ภาพ 1 ผลการสืบค้นและคัดเลือกงานวิจัยเข้ากระบวนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ผู้วิจัยได้สรุปรายละเอียดการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรังเชิงเนื้อหาเป็นหมวดหมู่จากงานวิจัยดังแสดงรายละเอียดในตาราง 1

ตาราง 1 สรุปผลการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรังจากงานวิจัยที่ผ่านการคัดเลือกเข้ามาในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (n=15)

ผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์	ระเบียบวิธีวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ประเทศ	ผลการศึกษาที่พบเกี่ยวกับการจัดการครอบครัว
AlOtaibi & AlAteeq (2018)	Quantitative (Descriptive Correlation) JBI level: 3c	ผู้ดูแลเด็กโรคหืด 231 ราย อายุเด็ก: 1-14 ปี	ซาอุดิอาระเบีย	ผู้ดูแลที่มีความรู้จะมีการจัดการครอบครัวในด้านการจัดการเมื่อเด็กมีอาการจับหืดและการจัดการเพื่อป้องกันการเกิดการจับหืดที่ดีและสามารถควบคุมโรคหืดได้ดี
Chawsarn, Jintrawet, & Lamchang, (2018)	Quantitative (Descriptive Correlation) JBI level: 3c	ผู้ดูแลเด็กโรคหืด 85 ราย อายุเด็ก: 1 เดือน-6 ปี	ไทย	ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการจัดการครอบครัวทั้งโดยรวมและรายด้าน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านลักษณะการเจ็บป่วย 2) ด้านบทบาทหน้าที่ในครอบครัว และ 3) ด้านจิตสังคมอยู่ในระดับสูง โดยครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและมีความรู้จะสามารถจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
Sutthisompohn, Lamchang, & Jintrawet (2019)	Quantitative (Predictive Correlation) JBI level: 3c	ผู้ดูแลเด็กโรคหืด 119 ราย อายุเด็ก: 1 เดือน-5 ปี	ไทย	การจัดการครอบครัวโดยรวม ได้แก่ 1) ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก 2) ด้านความสามารถในการจัดการดูแลสภาพความเจ็บป่วย 3) ด้านความพยายามในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย 4) ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว และ 5) ด้านมุมมองของผลกระทบของสภาพความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลางและมีการจัดการที่ง่าย โดยมีปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคหืดทำนายการจัดการครอบครัวได้ร้อยละ 7.20
Watthanachai, Aree, & Lamchang, (2016)	Quantitative (Descriptive Correlation) JBI level: 3c	ผู้ดูแลเด็กโรคหืด 85 ราย อายุเด็ก: 1 เดือน-6 ปี	ไทย	ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการจัดการครอบครัวทั้งโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ 1) ด้านลักษณะการเจ็บป่วย 2) ด้านบทบาทหน้าที่ในครอบครัว และ 3) ด้านจิตสังคมอยู่ในระดับสูง หากไม่มีความรุนแรงผู้ดูแลจัดการได้ดี จะควบคุมอาการของโรคได้
Duangdech, Patoomwan, Pookboonmee, Orathai, & Rehm (2017)	Quantitative (Cross-Sectional & Correlational) JBI level: 3c	ผู้ดูแลเด็กสมองพิการ อายุเด็ก: 5-7 ปี จำนวน: 208 ราย	ไทย	ครอบครัวที่สามารถเผชิญความเครียดได้และมีการจัดการที่ดีเด็กสมองพิการจะมีสุขภาพดี นอกจากนี้ครอบครัวที่มีความเข้มแข็งและมีความรุนแรงของสมองพิการอาจส่งผลทางอ้อมต่อการจัดการครอบครัวได้เช่นกัน
Chusri, Deoisret, & Van Riper (2016)	Quantitative (Descriptive)	ผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซี	ไทย	ผู้ดูแลมีการจัดการครอบครัว 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก 2) ด้าน

ตาราง 1 (ต่อ)

ผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์	ระเบียบวิธีวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ประเทศ	ผลการศึกษาที่พบเกี่ยวกับการจัดการครอบครัว
	JBI Level: 3c	เมีย 309 ราย อายุเด็ก: < 18 ปี		ความสามารถในการจัดการกับสภาพความเจ็บป่วย 3) ด้านความพยายามในการจัดการกับสภาพความเจ็บป่วย 4) ด้านความยากลำบากในการจัดการกับชีวิตครอบครัว 5) ด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาพความเจ็บป่วย และ 6) ด้านสัมพันธภาพของผู้ปกครอง อยู่ในระดับปานกลาง
Kuttasang, Sananreangsak, & Teerarungsikul (2017)	Quantitative (Quasi) JBI level: 2	มารดาเด็กโรคธาลัสซีเมีย 40 ราย อายุเด็ก: 6-12 ปี	ไทย	มารดากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการครอบครัวมีคะแนนการจัดการอยู่ในระดับสูงและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
Yusuk, Sananreangsak, & Teerarungsikul (2019)	Quantitative (Descriptive Correlation) JBI level: 3c	มารดาเด็กโรคธาลัสซีเมีย 109 ราย อายุเด็ก: < 15 ปี	ไทย	มารดามีการจัดการครอบครัว 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก 2) ด้านความสามารถในการจัดการกับสภาพความเจ็บป่วย 3) ด้านความพยายามในการจัดการกับสภาพความเจ็บป่วย 4) ด้านความยากลำบากในการจัดการกับชีวิตครอบครัว 5) ด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาพความเจ็บป่วย และ 6) ด้านสัมพันธภาพของผู้ปกครอง อยู่ในระดับปานกลาง
Son, Kim, Lee, Kim, Chung, & Kim (2018)	Quantitative (Cross-sectional) JBI level: 3c	ผู้ดูแลเด็กโรคผิวหนัง 168 ราย อายุเด็ก: < 13 ปี	เกาหลีใต้	ผู้ดูแลในเด็กโรคผิวหนังที่มีความรุนแรงของโรคมากมีความพยายามในการจัดการครอบครัวมากขึ้น โดยวิธีการที่ผู้ดูแลจัดการต่อเด็กโรคผิวหนัง คือ การทาครีมบำรุงผิว การทาน้ำมัน และการดูแลให้รับประทานยา
Sheng, Ma, Ding & Zhang (2017)	Quantitative (Cross-sectional) JBI level: 3c	ผู้ดูแลเด็กโรคไต 339 ราย อายุเด็ก: < 18 ปี	จีน	ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการครอบครัว ได้แก่ อายุเด็ก ระยะเวลาที่ป่วย รายได้ครอบครัว และอาชีพของผู้ดูแล จำแนกการจัดการเป็น 5 รูปแบบ ได้แก่ 1) Effective 2) Impaired 3) Burdensome 4) Disorganized และ 5) Concerning
Wangsawat, Jaisomkom, Pongjaturawit, Piboonrungroj, Hayeese, & Samael (2019)	Qualitative (Descriptive)	ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 64 ราย อายุเด็ก: 0-3 ปี	ไทย	เด็กร้อยละ 53.20 มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ภาวะหัวใจวายและความดันในปอดสูง รายได้ครอบครัว และการได้รับอาหารไขมันน้อย โดยผู้ดูแลมีประสบการณ์การจัดการด้านโภชนาการเปรียบเทียบพัฒนาการและการเจริญเติบโตกับเด็กวัยเดียวกัน 2) การกระตุ้นให้เด็กได้รับนมหรืออาหารที่ชอบ

ตาราง 1 (ต่อ)

ผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์	ระเบียบวิธีวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ประเทศ	ผลการศึกษาที่พบเกี่ยวกับการจัดการครอบครัว
				3) การดูแลให้เด็กได้รับอาหารเช่นเดียวกับผู้ใหญ่ที่เป็นโรคหัวใจ และ 4) จัดการผลกระทบของภาวะขาดสารอาหารต่อสุขภาพเด็กป่วย
Wattana, Jintrawet, & Lamchang (2018)	Quantitative (Descriptive Correlation) JBI level: 3c	ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว 85 ราย อายุเด็ก: 1-3 ปี	ไทย	การจัดการครอบครัว ได้แก่ 1) ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก 2) ด้านความสามารถในการจัดการดูแลสภาพความเจ็บป่วย 3) ด้านความพยายามในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย 4) ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว และ 5) ด้านมุมมองของผลกระทบของสภาพความเจ็บป่วย อยู่ในระดับปานกลางทั้งโดยรวมและรายด้าน มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่เด็กเจ็บป่วย ความถี่ในการเข้ารับการรักษา การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร
Mendes, Crespo, & Austin (2016)	Quantitative (Descriptive Correlation) JBI level: 3c	ผู้ดูแลเด็กกลุ่มโรคหืด เบาหวาน ลมชัก และภาวะอ้วน 263 ราย อายุเด็ก: 3-19 ปี	โปรตุเกส	ครอบครัวเด็กโรคหืดมีการจัดการด้านความยากลำบากในการจัดการกับชีวิตครอบครัวอยู่ในระดับต่ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มโรคอื่น ผู้ดูแลที่มีจัดการด้านสัมพันธภาพของผู้ปกครองและมีการปรับตัวที่ดีจะทำให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลและความเครียดน้อยดีกว่ากลุ่มโรคอื่น
Sheng, Ma, Ding & Zhang (2018)	Quantitative (Cross-sectional) JBI level: 3c	ผู้ดูแลเด็กโรคเบาหวานกลุ่มโรครูห์มาติก และโรคที่มีความผิดปกติของไต 268 ราย อายุเด็ก: 8-18 ปี	จีน	ปัจจัยทำนายการจัดการครอบครัวที่ง่ายได้แก่ ยาที่ใช้ การศึกษาของมารดา และครอบครัวที่มีรายได้สูง ปัจจัยทำนายการจัดการครอบครัวที่ยาก ได้แก่ กลุ่มโรคเบาหวาน ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ยาที่ใช้ ครอบครัวที่มีบุตรคนเดียวและครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ หากครอบครัวมีการจัดการที่ง่ายจะมีความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี
Zhang, Wei, Shen & Zhang (2015)	Quantitative (Descriptive Correlation) JBI level: 3c	ผู้ดูแลเด็กโรครูห์มาติก มีความผิดปกติของไต ต่อมไร้ท่อและพันธุกรรม 399 ราย	จีน	ศึกษาปัจจัยด้านลักษณะเฉพาะของครอบครัวและเด็ก และด้านบทบาทของครอบครัวและเด็ก การจัดการที่ง่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสังคมของเด็ก และมีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาด้านพฤติกรรมของเด็กและบทบาทของครอบครัวและการจัดการที่ยากมีความ

ตาราง 1 (ต่อ)

ผู้วิจัย/ ปีที่พิมพ์	ระเบียบวิธีวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ประเทศ	ผลการศึกษาที่พบเกี่ยวกับการจัดการครอบครัว
		อายุเด็ก: 6-16 ปี		สัมพันธ์ทางลบกับสังคมของเด็ก และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาด้านพฤติกรรมของเด็กและบทบาทของครอบครัว

นอกจากนี้ยังพบประเด็นสำคัญจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรัง ดังนี้

1. การจัดการครอบครัวเป็นการปฏิบัติ การกระทำ การจัดการดูแลเด็กโรคเรื้อรังในด้านต่างๆ ตามการรับรู้ตามบริบทหรือตามความต้องการของเด็กโรคเรื้อรังและครอบครัวของผู้ดูแลหลักที่อาศัยอยู่กับเด็กโรคเรื้อรังและมีหน้าที่ในการตัดสินใจดูแลเด็กโรคเรื้อรัง ซึ่งการจัดการอาจแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มโรค เช่น การจัดการดูแลให้เด็กโรคหืดรับประทานยาและได้รับยาพ่น การลูบหลังหรือหน้าอกเมื่อเด็กจับหืด การจัดสิ่งแวดล้อม และการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อาการจับหืดกำเริบ (AlOtaibi & AlAteeq, 2018) การทาครีมบำรุงผิวหรือน้ำมัน และการให้เด็กโรคผิวหนังรับประทานยาเพื่อบรรเทาอาการและความรุนแรงของโรค (Son, Kim, Lee, Kim, Chung, & Kim, 2018) การจัดอาหารที่เหมาะสมกับโรคตามความชอบของเด็ก การติดตามภาวะโภชนาการ และการจัดการผลกระทบจากภาวะขาดสารอาหารในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Wangsawat, Jaisomkom, Pongjaturawit, Piboonrungroj, Hayeese, & Samael, 2019)

การจัดการครอบครัวสามารถจำแนกออกเป็นรายด้าน ดังหลายการศึกษาที่มีการทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาตามกรอบแนวคิดการจัดการครอบครัวเด็กโรคเรื้อรังของ Knafl & Deatrick (2003) ได้แก่ การจัดการเด็กโรคหืด 3 ด้าน คือ ด้านลักษณะการเจ็บป่วย ด้านบทบาทหน้าที่ในครอบครัว และด้านจิตสังคม (Chawsarn, Jintrawet, & Lamchang, 2018; Watthanachai, Aree, & Lamchang, 2016) และการจัดการครอบครัวเด็กโรคเรื้อรัง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก 2) ด้านความสามารถในการจัดการกับสภาพความเจ็บป่วย 3) ด้านความพยายามในการจัดการกับสภาพความเจ็บป่วย 4) ด้านความยากลำบากในการจัดการกับชีวิตครอบครัว 5) ด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาพความเจ็บป่วย และ 6) ด้านสัมพันธภาพของผู้ปกครอง (Chusri, Deoisret, & Van Riper, 2016; Mendes, Crespo, & Austin, 2016; Sutthisompohn, Lamchang, & Jintrawet, 2019; Wattana, Jintrawet, & Lamchang, 2018; Yusuk, Sananreangsak, & Teerarungsikul, 2019) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรังมีการจัดการด้านง่าย หมายถึง ผู้ดูแลสามารถจัดการดูแลเด็กโรคเรื้อรังได้ดีและรับรู้ว่าการจัดการดูแลเด็กโรคเรื้อรังไม่ได้เป็นอุปสรรคหรือเพิ่มภาระให้ครอบครัว ส่วนการจัดการด้านยาก หมายถึง ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลเด็กโรคเรื้อรังเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตในครอบครัว ส่งผลกระทบกับความเป็นอยู่ในภาวะปกติเกินกว่าที่ครอบครัวจะรับมือได้ (Sheng, Ma, Ding & Zhang, 2018; Zhang, Wei, Shen, & Zhang, 2015) ทั้งนี้การจัดการครอบครัวที่แตกต่างกันทำให้เกิดรูปแบบหรือวิธีการจัดการครอบครัวเด็กโรคเรื้อรัง (Family Management Style) โดยจำแนกออกเป็น 5 รูปแบบ ตามคะแนนการจัดการครอบครัวเด็กโรคเรื้อรัง (Knafl & Deatrick, 2003) ได้แก่ 1) Effective 2) Impaired 3) Burdensome 4) Disorganized และ 5) Concerning (Sheng, Ma, Ding, & Zhang, 2017)

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการครอบครัว ผู้ดูแลจะสามารถจัดการดูแลเด็กโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพมากหรือน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการจัดการ 3 ด้าน ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้ของผู้ดูแล (AlOtaibi & AlAteeq, 2018; Chawsarn, Jintrawet, & Lamchang, 2018) ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ประสบการณ์การจัดการดูแลเด็กโรคเรื้อรัง และบทบาทของครอบครัว (Zhang, Wei, Shen, & Zhang, 2015) เป็นต้น 2) ปัจจัยด้านเด็ก ได้แก่ อายุเด็ก ระยะเวลาที่เด็กป่วย (Sheng, Ma, Ding, & Zhang, 2017) ความรุนแรงของโรค (Son et al., 2018; Sutthisompohn, Lamchang, & Jintrawet, 2019; Watthanachai, Aree, & Lamchang, 2016) ภาวะแทรกซ้อนของโรค (Wangsawat, Jaisomkom, Pongjaturawit, Piboonrungroj,

Hayeese, & Samael, 2019) ความถี่ในการเข้ารับการรักษา และยาที่เด็กโรคเรื้อรังใช้ (Sheng, Ma, Ding & Zhang, 2018) เป็นต้น และ 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (Chawsarn, Jintrawet, & Lamchang, 2018; Wattana, Jintrawet, & Lamchang, 2018) ความสามารถในการเผชิญความเครียด ความเข้มแข็งของครอบครัว (Duangdech, Patoomwan, Pookboonmee, Orathai, & Rehm, 2017) และการปรับตัว (Mendes, Crespo, & Austin, 2016) เป็นต้น

3. ผลการจัดการครอบครัวเด็กโรคเรื้อรัง เป็นผลลัพธ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นจากการจัดการดูแลเด็กโรคเรื้อรัง ได้แก่ การควบคุมอาการของโรคหืด (Asthma Control) (AlOtaibi & AlAteeq, 2018) (Watthanachai, Aree, & Lamchang, 2016) คุณภาพชีวิตของเด็กโรคเรื้อรัง (Quality of Life) (Mendes, Crespo, & Austin, 2016; Sheng, Ma, Ding & Zhang, 2018) ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน (Sheng, Ma, Ding & Zhang, 2018) บทบาทของครอบครัว และบทบาทเด็ก (Zhang, Wei, Shen, & Zhang, 2015) เป็นต้น ผลการจัดการครอบครัวเด็กโรคเรื้อรังสามารถจำแนกออกเป็นระดับ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถจัดการกับเด็กโรคเรื้อรังในระดับปานกลางถึงระดับมากหรือระดับสูง ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรัง (Chawsarn, Jintrawet, & Lamchang, 2018; Chusri, Deoisret, & Van Riper, 2016; Mendes, Crespo, & Austin, 2016; Sutthisompohn, Lamchang, & Jintrawet, 2019; Wattana, Jintrawet, & Lamchang, 2018; Watthanachai, Aree, & Lamchang, 2016; Yusuk, Sananreangsak, & Teerarungsikul, 2019) นอกจากนี้หากผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรังได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมเกี่ยวกับการจัดการครอบครัว จะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการครอบครัวในเด็กโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kuttasang, Sananreangsak, & Teerarungsikul, 2017)

อภิปรายผล

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรังนี้ เป็นการรวบรวมองค์ความรู้จากงานวิจัยจำนวน 15 เรื่องที่มีความน่าเชื่อถือตามกรอบแนวคิดการทบทวนวรรณกรรมมาตรฐาน พบว่า การจัดการครอบครัวเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลในครอบครัวปฏิบัติหรือจัดการดูแลเด็กโรคเรื้อรังตามบริบทหรือความต้องการของเด็กโรคเรื้อรังและครอบครัว จำแนกการจัดการครอบครัวจากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรังที่พัฒนาโดย Knafl & Deatrick (2003) ออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านลักษณะการเจ็บป่วย 2) ด้านบทบาทหน้าที่ในครอบครัว และ 3) ด้านจิตสังคม (Chawsarn, Jintrawet, & Lamchang, 2018; Watthanachai, Aree, & Lamchang, 2016) และใช้กรอบแนวคิดการจัดการครอบครัวของ Knafl & Deatrick (2003) 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก 2) ด้านความสามารถในการจัดการกับสภาพความเจ็บป่วย 3) ด้านความพยายามในการจัดการกับสภาพความเจ็บป่วย 4) ด้านความยากลำบากในการจัดการกับชีวิตครอบครัว 5) ด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาพความเจ็บป่วย และ 6) ด้านสัมพันธภาพของผู้ปกครอง (Chusri, Deoisret, & Van Riper, 2016; Mendes, Crespo, & Austin, 2016; Sutthisompohn, Lamchang, & Jintrawet, 2019; Wattana, Jintrawet, & Lamchang, 2018; Yusuk, Sananreangsak, & Teerarungsikul, 2019) สามารถบอกถึงการรับรู้ความสามารถในการจัดการเด็กโรคเรื้อรังของผู้ดูแลด้านง่ายหรือด้านยาก (Sheng, Ma, Ding & Zhang, 2018; Zhang, Wei, Shen, & Zhang, 2015) เกิดเป็นรูปแบบการจัดการ 5 รูปแบบ ได้แก่ 1) Effective 2) Impaired 3) Burdensome 4) Disorganized และ 5) Concerning (Sheng, Ma, Ding, & Zhang, 2017)

ผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรังจะสามารถจัดการครอบครัวให้อยู่ในระดับมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่กำหนดความสามารถหรือเป็นอุปสรรคต่อการจัดการครอบครัวทั้งทางตรงและทางอ้อม ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ดูแล ปัจจัยด้านเด็ก และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประเมินได้จากสิ่งที่เกิดขึ้นต่อเด็กและครอบครัว ได้แก่ การควบคุมอาการของโรค (AlOtaibi & AlAteeq, 2018) (Watthanachai, Aree, & Lamchang, 2016) คุณภาพชีวิตของเด็กโรคเรื้อรัง (Mendes, Crespo, & Austin, 2016; Sheng, Ma, Ding & Zhang, 2018) ความพร้อมสู่การเปลี่ยนผ่าน (Sheng, Ma, Ding & Zhang, 2018) บทบาทของครอบครัว และบทบาทเด็ก (Zhang, Wei, Shen, & Zhang, 2015) เป็นต้น

นอกจากนี้หากผู้ดูแลได้รับการส่งเสริม การสนับสนุนและช่วยเหลืออย่างเพียงพอและเหมาะสม ย่อมส่งผลให้ผู้ดูแลมีการจัดการครอบครัวมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Kuttasang, Sananreangsak, & Teerarungsikul, 2017; Chawsarn, Jintrawet, & Lamchang, 2018) ผลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบนี้ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการประเมินและสนับสนุนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัว ส่งเสริมการจัดการครอบครัวอย่างครอบคลุมทุกด้านตามบริบท ตามความต้องการของเด็กโรคเรื้อรังและครอบครัวอย่างแท้จริง อันจะทำให้เด็กโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถใช้ชีวิตได้ตามวัยหรือใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด ลดผลกระทบต่อเด็กโรคเรื้อรังและผู้ดูแล อีกทั้งยังเป็นส่วนช่วยในการลดผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขและเศรษฐกิจของประเทศต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล ใช้เป็นองค์ความรู้ที่มีความน่าเชื่อถือแก่บุคลากรทางสาธารณสุขในการวางแผนส่งเสริมการจัดการครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ

2. ด้านการศึกษา เป็นองค์ความรู้ที่มีความน่าเชื่อถือ เพื่อประยุกต์ใช้ในกระบวนการเรียนการสอนเกี่ยวกับแนวคิดการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรัง

3. ด้านการวิจัย ใช้เป็นองค์ความรู้ที่มีความน่าเชื่อถือในการอ้างอิงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรัง และพัฒนาแนวปฏิบัติที่ช่วยส่งเสริมการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กกลุ่มอื่น เช่น กลุ่มเด็กที่มีความพิการแต่กำเนิดและกลุ่มเด็กที่เจ็บป่วยในระยะเฉียบพลันหรือในระยะวิกฤติ เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการครอบครัว รูปแบบการจัดการครอบครัว ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัว และผลการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรัง ทั้งในบริบทภายในโรงพยาบาลและชุมชน เพื่อนำมาใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์และนำข้อมูลมาพัฒนางานวิจัยอย่างเป็นลำดับขั้นต่อไป

3. ควรมีการศึกษาการจัดการครอบครัวเด็กโรคเรื้อรังตามกรอบแนวคิดการจัดการครอบครัวเด็กโรคเรื้อรังของ Knafl & Deatrick (2003) เนื่องจากมีการศึกษาอย่างแพร่หลาย ซึ่งอาจมีความสอดคล้องหรือความแตกต่างกับบริบทประเทศไทย

References

Alotaibi, E., & AlAteeq, M. (2018). Knowledge and Practice of Parents and Guardians about Childhood Asthma at King Abdulaziz Medical City for National Guard, Riyadh, Saudi Arabia. *Risk Management and Healthcare Policy, 2018*(11), 67–75. doi.org/10.2147/RMHP.S143829.

Beacham, B. L., & Deatrick, J. A. (2019). Adapting the Family Management Styles Framework to Include Children. *Journal of Pediatric Nursing, 45*(2019), 26-36. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.12.006

Chawsarn, O., Jintrawet, U., & Lamchang, S. (2018). *Factors Related to Management Behaviors Among Caregivers of Children with Asthma.* Master Thesis of Nursing Science in Pediatric Nursing, Chiang Mai University. (in Thai).

Chusri, O., Deoisres, W., & Riper, M. Van. (2016). The Styles of Management in Families Having a Child with Thalassemia. SDU *Research Journal Humanities and Social Science, 9*(3), 113-127.

Chusri, O., Deoisres, W., & Riper, M.Van. (2017). Influencing of Family Management in Families with Thalassemic Children on Health Related Quality of Life and Family Functioning: SEM Approach. *Walailak Journal Science and Technology, 16*(1), 27-38. Retrieved from http://wjst.wu.ac.th/index.php/wjst/article/view/3653

Cohn, L. N., Pechlivanoglou, P., Lee, L., Mahant, S., Orkin, J., Marson, A., & Cohen, E. (2020). Health Outcomes of Parents of Children with Chronic Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Pediatrics, 218*, 166-177.

Duangdech, W., Patoomwan, A., Pookboonmee, R., Orathai, P., & Rehm R. S. (2017). A Causal Model of Health Status of Children with Cerebral Palsy. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 21*(4), 291-304.

Knafl, K., & Deatrick, J. A. (2003). Further Refinement of the Family Management Style Framework. *Journal of Family Nursing, 9*, 232-256. doi: 10.1177/1074840703255435.

Kuttasang, R., Sananreangsak, S., & Teerarungsikul, N. (2017). *Effects of Family Management Promotion Program on Maternal Management and Health Status of School Age Children with Thalassemia.* Master Thesis of Nursing Science in Pediatric Nursing, Burapha University. (in Thai).

Lockwood, C., Porrit, K., Munn, Z., Rittenmeyer, L., Salmond, S., Bjerrum, M., et al. (2017). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual.* The Joanna Briggs Institute. Available from https://reviewersmanual.joannabriggs.org/

Mendes, T. P. G. P., Crespo, C. A. M., & Austin, J. K. (2016). Family Cohesion and Adaptation in Pediatric Chronic Conditions: The Missing Link of the Family's Condition Management. *Journal of Child & Family Studies, 25*, 2820–2831. DOI 10.1007/s10826-016-0447-0

Ministry of Public Health. (2019). *Public Health Statistic A.D. 2018*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai).

Odgers, H. L., Tong, A., Lopez-Vargus, P., Davidson, A., Jeffe, A., McKenzie, A., et al. (2018). Research Priority Setting in Childhood Chronic Disease: a Systematic Review. *Archives of Disease in Childhood*, 2018, 1-10. doi:10.1136/archdischild-2017-314631

Sheng, N., Ma, J., Ding, W., & Zhang, Y. (2017). Cluster Analysis for Family Management of Chinese Children with Chronic Kidney Diseases. *Journal of Health Psychology*, 1–11. https://doi.org/10.1177/13591053177333

Sheng, N., Ma, J., Ding, W., & Zhang, Y. (2018). Family Management Affecting Transition Readiness and Quality of Life of Chinese Children and Young People with Chronic Diseases. *Journal of Child Health Care*, 1-16. DOI: 10.1177/1367493517753712

Son, H. K., Kim, D. H., Lee, H., Kim, H., Chung, K., & Kim, H.-S. (2018). Family Management of Childhood Atopic Dermatitis. *Journal of Advanced Nursing, 74*(6), 1371-1379. doi:10.1111/jan.13551

Strategy and Planning Division. (2018). *STATISTICAL THAILAND, 2018*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai).

Sutthisompohn, S., Lamchang, S., & Jintrawet, U. (2019). *Factors Predicting Family Management Among Caregivers of Children with Asthma.* Master Thesis of Nursing Science in Pediatric Nursing, Chiang Mai University. (in Thai)

Wangsawat, T., Jaisomkom, A., Pongjaturawit, Y., Piboonrungroj, P., Hayeese, W., & Samael, L. (2019). Nutritional Status and Experience of a Caregiver in Food Management for Children with Congenital Heart Disease Aged 0-3 Years in Southern Border Provinces. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing, 30*(2), 82-93. (in Thai).

Wattana, S., Jintrawet, U., & Lamchang, S. (2018). *Factors Related to Family Management in Families Having Children with Congenital Heart Disease*. Master Thesis of Nursing Science in Pediatric Nursing, Chiang Mai University. (in Thai).

Watthanachai, P., Aree, P., & Lamchang, S. (2016). Asthma Severity, Family Management Behavior and Asthma Symptom Control in Children Among Family Caregivers. *Nursing Journal, 43*(2), 1-12. (in Thai).

Yusuk, P., Sananreangsak, S., & Teerarungsikul, N. (2019). Factors Related to Maternal Management for Children with Thalassemia. *Journal of The Police Nurses, 11*(1), 151-162. (in Thai).

Zhang, Y., Wei, M., Shen, N., & Zhang, Y. (2015). Identifying Factors Related to Family Management During the Coping Process of Families with Childhood Chronic Conditions: A Multi-Site Study. *Journal of Pediatric Nursing, 30*(2015), 160-173. http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2014.10.002

ปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนวังชมภู จังหวัดเพชรบูรณ์

Factors Predicting Happiness among Older Adults in Rural Petchabun Province

วรวรรณ์ ทิพย์วารีรมย์[1*], แสงเดือน อภิรัตนวงศ์[1] และ นิศากร โพธิมาศ[1]

Worawan Tipwareerom[1*], Sangduan Apiratanawong[1], and Nisakorn Pothimas[1]

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร[1*]

Faculty of Nursing, Naresuan University[1*]

(Received: *June 11, 2020*; Revised: *December 20, 2021*; Accepted: *January 24, 2022*)

บทคัดย่อ

การศึกษาภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์หาปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนวังชมภู จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 269 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บข้อมูลเดือนสิงหาคม - กันยายน 2562 เก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วนคือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความสุข 3) แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน 4) แบบประเมินความยืดหยุ่นทางอารมณ์ และ 5) แบบประเมินการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าความเชื่อมั่นจากสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคของแบบสอบถามที่ 2-5 เท่ากับ .80, .86, .80, .80, และ .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติคแบบเรียงอันดับ ผลการวิจัยพบว่า

ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความสุขของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (*OR*=0.20, 95% *CI*=.01-.39) ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ (*OR*=0.25, 95% *CI*=.07-.43) และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (*OR*=0.22, 95% *CI*=.09-.36) โดยทั้งสามปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายความสุขของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 44.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษานี้ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ให้สามารถดูแลตนเอง และปรับตัวอยู่กับวัยที่เปลี่ยนแปลง เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: ความสุข, ผู้สูงอายุ, ความยืดหยุ่นทางอารมณ์, การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม, ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

[*]ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: worawant@nu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 089-7021936)

Abstract

This Cross-sectional study aimed to explore predicting factors of happiness among older adults in Wungchompoo community of Petchabun Province. Participants were 269 older adults who were aged 60 years and over by using stratified random sampling technique. Data were collected from August to September, 2019. Research instruments consisted of 5 parts: 1) demographic data, 2) happiness scale questionnaire, 3) Barthel activities of daily living (ADL) index questionnaire, 4) resilience quotient questionnaire, and 5) family and friends APGAR questionnaire. The Cronbach's alpha coefficients for the 2nd-5th parts were 0.80, 0.86, 0.80, 0.80, and 0.86, respectively. Data were analyzed by using descriptive, and ordinal logistic regression.

Predicting factors of happiness among older adults included the activity of daily living (ADL) (*OR*=0.20, 95% *CI*=.01-.39), the resilience quotient (*OR*=0.25, 95% *CI*=.07-.43), and perceived social support (*OR*=0.22, 95% *CI*=.09-.36) with overall prediction power of 44.9 percent at $p<.05$.

These results could be applied for caring older adults in a community, so for the elderly to perform self-care and adjust themselves to have a good quality of life.

Keywords: Happiness, Older Adult, Resilience Quotient, Perceived Social Support, Activities of Daily Living, ADL

บทนำ

ประชากรโลก ปี พ.ศ. 2560 มีประชากรวัยผู้สูงอายุ หรือบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวนมากถึง 962 ล้านคน โดยคิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรโลกทั้งหมด 7,550 ล้านคน สำหรับประเทศในกลุ่มอาเซียนที่จัดว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้วมี 3 ประเทศ ได้แก่ สิงคโปร์ (ร้อยละ 20) ไทย (ร้อยละ 17) และเวียดนาม (ร้อยละ 11) (Thai Gerontology Research and Development Institute, 2018) สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจประชากรสูงอายุ ปี พ.ศ. 2560 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยปี พ.ศ. 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ และมีอัตราเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 9.4 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 10.7 ในปี พ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 12.2 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 14.9 และปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 16.7 ของประชากรทั้งประเทศ โดยเป็นเพศชาย ร้อยละ 15.4 และเพศหญิง ร้อยละ 18.0 (National Statistical Office, 2018) และได้มีการคาดการณ์ว่าไม่เกิน 4 ปี ข้างหน้าประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ เมื่อมีสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงขึ้นถึงร้อยละ 20 นอกจากนี้ยังได้มีการคาดการณ์ว่าอีก 20 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุมากถึง 20 ล้านคน และที่สำคัญ คือ กลุ่มประชากรสูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มขึ้นมาจาก 1.5 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2560 เป็น 3.5 ล้านคน (Thai Gerontology Research and Development Institute, 2018)

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าโครงสร้างประชากรวัยสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลและส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง เหมาะสม เพราะเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้ว ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของวัยที่เป็นไปในทางที่เสื่อมถอย อยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน เช่น ไม่สามารถรับประทานอาหาร เข้าห้องน้ำ แต่งตัวเองได้ มากถึงร้อยละ 5 โดยเฉพาะผู้สูงอายุวัยปลายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีมากถึงร้อยละ 19 ของผู้สูงอายุในวัยเดียวกัน นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังเผชิญกับปัญหาทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากพฤติกรรมสุขภาพตั้งแต่ก่อนวัยสูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ (Thai Gerontology Research and Development Institute, 2018) นอกจากนี้วัยสูงอายุเป็นวัยที่เกษียณจากการประกอบอาชีพการงาน หรือจากการที่สมรรถนะในการทำงานลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุต้อง

หยุดทำงาน ทำให้ไม่มีรายได้หรือรายได้ลดลง จากรายงานของ Thai Gerontology Research and Development Institute (2018) พบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุไทยมีรายได้อยู่ใต้เส้นความยากจน ผู้สูงอายุมีรายได้จากการทำงานลดลง จากร้อยละ 35 ในปี 2554 เหลือร้อยละ 31 ในปี พ.ศ. 2560 ผู้สูงอายุมีรายได้หลักจากบุตรลดน้อยลงไปอีก จากร้อยละ 37 ใน ปี.พ.ศ. 2557 เหลือเพียงร้อยละ 35 ในปี พ.ศ. 2560 (Thai Gerontology Research and Development Institute, 2018) นอกจากเรื่องของรายได้ที่ลดลงไปแล้ว ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุโดยพิจารณาจากการที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ร่วมกับสมาชิกอื่นๆ ในครัวเรือน พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยปี พ.ศ. 2537 มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ร้อยละ 3.6 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.3, 7.7, 8.6, 8.7 และ 10.8 ในปี พ.ศ. 2547, 2550, 2554, 2557 และ 2560 ตามลำดับ (National Statistical Office, 2018) ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นอาจมีผลกระทบต่อความสุขของผู้สูงอายุ จากการสำรวจระดับความสุขของผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2560 พบว่าผู้สูงอายุมีความสุขน้อย ร้อยละ 2.8 มีความสุขระดับปานกลาง ร้อยละ 32.1 มีความสุขมากที่สุด ร้อยละ 11.0 และมีผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าตนเองมีความสุขน้อยที่สุดถึงไม่มีความสุขเลย ร้อยละ 0.4 โดยผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) รู้สึกว่าตนเองมีความสุขน้อยถึงน้อยที่สุด หรือไม่มีความสุขเลย สูงกว่าผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) (National Statistical Office, 2018)

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ที่ยึด “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” มุ่งสร้างคุณภาพชีวิตและสุขภาวะที่ดีสำหรับคนไทย พัฒนาคนให้มีความเป็นคนที่สมบูรณ์ พัฒนาคนทุกช่วงวัย และเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ (The National Economics and Social Development Council, 2016) ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตกับการเปลี่ยนแปลงของวัยชราได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความสุข (Happiness) หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลมาจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2009) ความสุขของผู้สูงอายุเกิดจากการที่ผู้สูงอายุสามารถจัดการกับปัญหาในการดำเนินชีวิตได้ มีศักยภาพในการพัฒนาตนเองเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมความดีงามภายในจิตใจ (Boonroungrut, 2008) ความสุขของผู้สูงอายุนั้นมีความแตกต่างกันตามสถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (Gray, Kramanon, & Sangkla, 2015) โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขของผู้สูงอายุนั้นมีหลายปัจจัย ตามแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมที่ประกอบไปด้วย ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสุขของผู้สูงอายุ โดยพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุข ได้แก่ เพศ (Gray, Tantipiwatanaskul, & Suwannopakao, 2010; Gray, Chamratrithirong, Prasartkul, & Pattaravanich, 2012; Gray, Rukumnuaykit, Kittisuksathit, & Thongthai, 2008) ภาวะสุขภาพ (Panyathorn, 2011; Tuntichanwanich, 2009) ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Chupichai, 2007 ; Wongkeenee, Chintanawat, & Sucamvang, 2013) ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ (Moe, Hellzen, Ekker, & Enmaker, 2013) รายได้ (Panyathorn, 2011; Gray, chamratrithirong, Prasartkul, & Pattaravanich, 2012; Gray, Rukumnuaykit, Kittisuksathit, & Thongthai , 2008) ระดับการศึกษา (Tuntichanwanich, 2009) การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่างๆ (Gray, Kramanon, & Sangkla, 2015; Tuntichanwanich, 2009) และการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา (Noknoi, & Boripunt, 2017; Sasiwongsaroj, Pornsiripongse, Burasith, Ketjamnong, & Koosakulrat, 2012)

จากสถานการณ์ผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลวังชมภู อ.เมือง จ.เพชรบูรณ์ มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 1,075 คน จากจำนวนประชากรทั้งหมด 3,805 คน คิดสัดส่วนเป็นร้อยละ 28 โดยแบ่งเป็นกลุ่มเตรียมเข้าสู่วัยสูงอายุ (อายุ 50-59 ปี) จำนวน 652 คน ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) จำนวน 531 คน ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) จำนวน 296 คน และ ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) จำนวน 249 คน ในจำนวนของผู้สูงอายุทั้งหมด มีกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้างแต่มีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม จำนวน 11 คน และผู้สูงอายุที่

เจ็บป่วย อยู่แต่ที่บ้าน มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว จำนวน 5 คน นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้สูงอายุที่เป็นผู้พิการ จำนวน 20 คน ติดสุรา จำนวน 133 คน และติดบุหรี่ จำนวน 50 คน สำหรับลักษณะการอยู่อาศัยนั้น พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ร่วมกับลูกหลาน หรือเครือญาติ มีจำนวน 971 คน ผู้สูงอายุที่อยู่ร่วมกับผู้สูงอายุด้วยกันเอง มีจำนวน 45 คน และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง จำนวน 60 คน จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า มีปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อระดับความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลตำบลวังชมภู ซึ่งยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้อายุในชุมชนนี้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาระดับความสุขและปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนดังกล่าว ข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ให้สามารถดูแลตนเอง สร้างเสริมสุขภาพ ปรับตัวอยู่กับวัยที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างมีความสุข เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

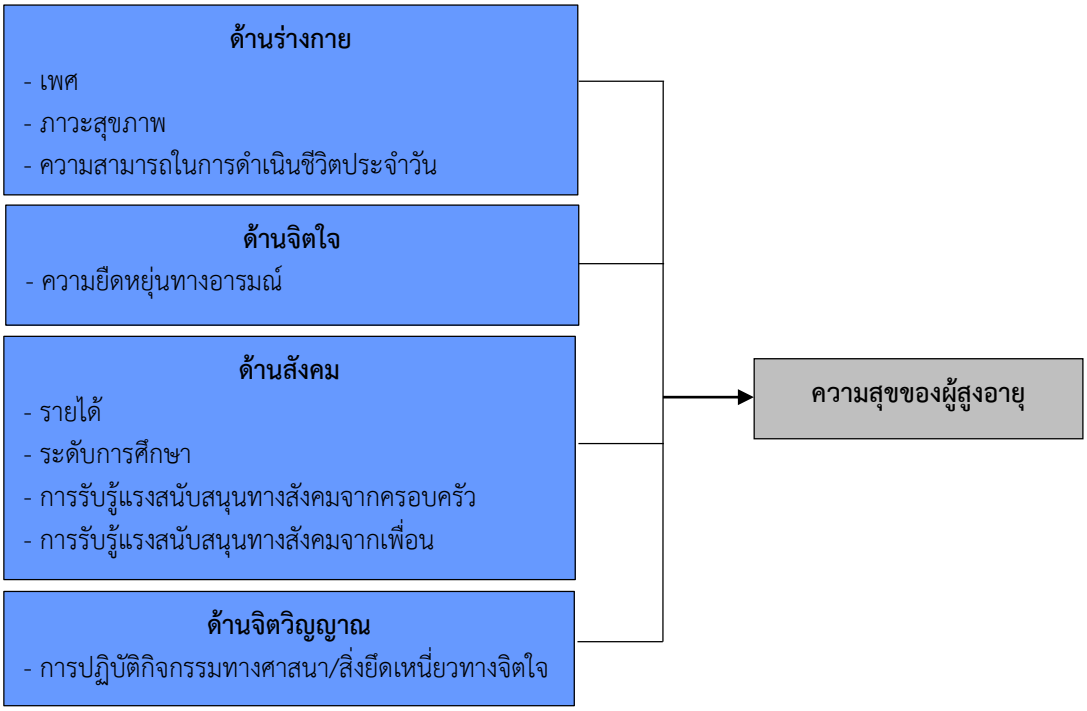
1. เพื่อศึกษาระดับความสุขของผู้สูงอายุโดยแบ่งตามช่วงอายุในชุมชนวังชมภู จังหวัดเพชรบูรณ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนวังชมภู จังหวัดเพชรบูรณ์ ได้แก่ เพศ ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ รายได้ การศึกษา การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา/สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ

สมมติฐานวิจัย

เพศ ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ รายได้ การศึกษา การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา/สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ สามารถทำนายความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนวังชมภู จังหวัดเพชรบูรณ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดจากองค์ประกอบของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ที่ประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ มิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Jandeekayom, & Sriprasarn, 2014) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขของผู้สูงอายุ โดยปัจจัยในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) ด้านร่างกาย ได้แก่ เพศ ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน 2) ด้านจิตใจ ได้แก่ ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ 3) ด้านสังคม ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และ 4) ด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา/สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ แสดงไว้ในรูปภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายของการศึกษานี้ คือ ผู้สูงอายุในตำบลวังชมภู อ.เมือง จ.เพชรบูรณ์ 6 ชุมชนจำนวน 621 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 2) สามารถอ่าน และสื่อสารภาษาไทยได้ และ 3) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้มีปัญหา/อุปสรรคในการเดินทาง เช่น ทุพลภาพ/พิการ และ 2) ไม่ยินยอมเข้าร่วมและให้ข้อมูลในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในตำบลวังชมภู อ. เมือง จ. เพชรบูรณ์ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane (1973) และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง รวม 269 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) จากจำนวนผู้สูงอายุใน 6 ชุมชน แบ่งช่วงอายุเป็น 3 ช่วง คือ อายุ 60-69 ปี อายุ 70-79 ปี และ อายุ 80 ปีขึ้นไป นำมาคำนวณหาสัดส่วนของผู้สูงอายุแต่ละช่วงวัยของแต่ละชุมชน หลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อที่แบ่งตามช่วงวัยของแต่ละชุมชน เพื่อให้ได้จำนวนผู้สูงอายุตามสัดส่วนที่คำนวณ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งพัฒนาโดยนักวิจัย มีทั้งหมด 12 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว สิทธิในการรักษาพยาบาล การมีผู้ดูแลประจำ การเป็นสมาชิกชมรมต่าง ๆ และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา/สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ

2. แบบประเมินความสุข โดยใช้แบบสอบถามดัชนีชี้วัดความสุขฉบับ 15 ข้อ ที่พัฒนาโดย Mongkul, Tangseree, Tangudomrat, Hatapanom, Setchonsuk, & Jutra (2002) เครื่องมือเป็นแบบ Rating Scale 4 ระดับ คะแนนรวมทั้งหมด เท่ากับ 45 คะแนน โดยคะแนน 33-45 คะแนน หมายถึง มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (Good),

คะแนน 27-32 คะแนน หมายถึง มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (Fair), คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 26 คะแนน หมายถึง มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (Poor)

3. แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Modified Barthel ADL index) ที่พัฒนาโดย Jitapunkul, Kamolratanakul, & Ebrahim (1994) มีทั้งหมด 10 ข้อ เครื่องมือเป็นแบบ rating scale โดยคะแนนรวมช่วง 0-4 คะแนน หมายถึง กลุ่มติดเตียง, คะแนน 5-11 คะแนน หมายถึง กลุ่มติดบ้าน และ คะแนน ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง กลุ่มติดสังคม

4. แบบประเมินความยืดหยุ่นทางอารมณ์ โดยใช้แบบประเมินพลังสุขภาพจิต RQ (Resilience Quotient) ที่พัฒนาโดย Department of Mental Health (2008) มีทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (ข้อ 1-10), ด้านกำลังใจ (ข้อ 11-15) และ ด้านการจัดการกับปัญหา (ข้อ 16-20) เครื่องมือเป็นแบบ rating scale 4 ระดับ นำคะแนนรวมที่ได้แต่ละด้าน และคะแนนรวมทั้งหมดเทียบกับเกณฑ์ปกติ ดังนี้

ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (คะแนนเต็ม 40 คะแนน): คะแนน < 27 คะแนน หมายถึง ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ, 27-34 คะแนน หมายถึง เกณฑ์ปกติ และ > 34 คะแนน หมายถึง สูงกว่าเกณฑ์ปกติ

ด้านกำลังใจ (คะแนนเต็ม 20 คะแนน): คะแนน < 14 คะแนน หมายถึง ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ, 14-19 คะแนน หมายถึง เกณฑ์ปกติ และ > 19 คะแนน หมายถึง สูงกว่าเกณฑ์ปกติ

ด้านการจัดการกับปัญหา (คะแนนเต็ม 20 คะแนน): คะแนน < 13 คะแนน หมายถึง ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ, 13-18 คะแนน หมายถึง เกณฑ์ปกติ และ > 18 คะแนน หมายถึง สูงกว่าเกณฑ์ปกติ

คะแนนรวมทั้งหมด 80: คะแนน < 55 คะแนน หมายถึง ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ, 55-69 คะแนน หมายถึง เกณฑ์ปกติ และ > 69 คะแนน หมายถึง สูงกว่าเกณฑ์ปกติ

5. แบบประเมินการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยใช้แบบสอบถามแอปการ์ของครอบครัว (The family APGAR Questionnaire) ที่พัฒนาโดย Smilkstein, Ashworth, & Montano (1982) แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดย Malatum, Intarasombat, & Kongiem (2009) มีทั้งหมด 5 ข้อ เป็นแบบ Rating Scale 5 ระดับ (0=ไม่เคยพอใจ, 4 = พอใจเสมอ) คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน โดยคะแนน 0-6 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุนระดับต่ำ, คะแนน 7-13 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุนระดับปานกลาง และคะแนน 14-20 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุนระดับสูง

6. แบบประเมินการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน โดยใช้แบบสอบถามแอปการ์ของเพื่อน (The Friend APGAR Questionnaire) ที่พัฒนาโดย Smilkstein, Ashworth, & Montano (1982) แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดย Malatum, Intarasombat, & Kongiem (2009) มีทั้งหมด 5 ข้อ เป็นแบบ Rating Scale 5 ระดับ (0=ไม่เคยพอใจ, 4=พอใจเสมอ) คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-20 คะแนนโดยคะแนน 0-6 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุนระดับต่ำ, คะแนน 7-13 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุนระดับปานกลาง และคะแนน 14-20 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจต่อการได้รับแรงสนับสนุนระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามดัชนีชี้วัดความสุขฉบับ 15 ข้อ แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index) แบบประเมินพลังสุขภาพจิต RQ (Resilience Quotient) แบบสอบถามแอปการ์ของครอบครัว (The Family APGAR Questionnaire) และแบบสอบถามแอปการ์ของเพื่อน (The Friend APGAR Questionnaire) นำไปหาค่าความเชื่อมั่นกับผู้สูงอายุที่มีบริบทคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามทั้งหมดมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80, 0.86, 0.80, 0.80, และ 0.86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากโครงการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และได้รับอนุญาตจากนายกเทศบาลตำบลวังชมภูแล้ว นักวิจัยขอพบอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม) ทั้ง 6 ชุมชน เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้สูงอายุเข้าในการศึกษา วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการนัดพบผู้สูงอายุแต่ละชุมชน เมื่อนัดพบผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนแล้ว นักวิจัยเข้าไปแนะนำตัวกับผู้สูงอายุ เพื่อชี้แจง

วัตถุประสงค์ในการศึกษา ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม ประโยชน์ที่จะได้จากการศึกษา และการมีสิทธิในการที่จะถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ กับผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุยินดีที่จะเข้าร่วมการศึกษา ผู้สูงอายุจะได้รับการขอให้เซ็นยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ หากผู้สูงอายุปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการศึกษา ผู้สูงอายุจะไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ภายหลังจากที่ผู้สูงอายุได้เซ็นยินยอมเข้าร่วมการศึกษาแล้ว นักวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ใช้เวลาคนละ 20-30 นาที หากผู้สูงอายุเกิดความไม่สบายใจ หรือรู้สึกเหนื่อยล้าในขณะที่ตอบแบบสอบถาม ผู้สูงอายุสามารถหยุดพักได้ เมื่อรู้สึกดีขึ้นจึงกลับมาตอบแบบสอบถามอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มใช้สถิติไคสแควร์ (Chi Square)

2. ความสามารถในการทำนายของตัวแปรต้นต่อความสุขของผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติคแบบเรียงอันดับ (Ordinal Logistic Regression) เนื่องจากก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แล้วไม่ผ่านตามเกณฑ์ของข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ 1) ตัวแปรอิสระหรือตัวแปรทำนายและตัวแปรตามต้องมีระดับการวัดเป็น Interval หรือ Ratio แต่ในการศึกษานี้ตัวแปรทำนาย ได้แก่ เพศ (ระดับการวัดเป็น Nominal) ภาวะสุขภาพ (ระดับการวัดเป็น Nominal) ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ระดับการวัดเป็น Ordinal) ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ (ระดับการวัดเป็น Ordinal) รายได้ (ระดับการวัดเป็น Ordinal) การศึกษา (ระดับการวัดเป็น Nominal) การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม (ระดับการวัดเป็น Ordinal) และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา /สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ (ระดับการวัดเป็น Nominal) ในขณะที่ตัวแปรตาม (ความสุขของผู้สูงอายุ) มีการจัดกลุ่มคะแนนระดับความสุข (ระดับการวัดเป็น Ordinal) ซึ่งไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้น 2) ข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ (Non-Normal Distribution) จึงไม่สามารถวิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple regression analysis) ได้ ดังนั้นในการศึกษานี้จึงต้องวิเคราะห์โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติคแบบเรียงอันดับ (Ordinal Logistic Regression)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ 238/2519 ลงวันที่ 4 มิถุนายน 2562

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง 269 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 61.3 อายุเฉลี่ย 69.70 ปี (*SD*=7.49) ระดับความสุขแบ่งเป็น กลุ่มที่มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป 74 คน (*Mean Age*=71.28, *SD*=8.82) มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป 140 คน (*Mean Age*=69.44, *SD*=6.96) และมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป 55 คน (*Mean Age*=68.24, *SD*=6.51) ตามลำดับ (ตาราง 1) กลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 97.8 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 56.9 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 77.7 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือนร้อยละ 54.3 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.2 มีรายได้เพียงพอ มีโรคประจำตัวร้อยละ 63.6 สิทธิในการรักษาใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 46.8 มีผู้ดูแลประจำ เช่น สามี ภรรยา ลูก หลาน ร้อยละ 91.1 ไม่เป็นสมาชิกในชมรม/กลุ่มใด ๆ ร้อยละ 68.4 และมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ร้อยละ 98.9 วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi Square) พบว่า ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ภาวะสุขภาพ (โรคประจำตัว) และการมีผู้ดูแลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 1 ระดับความสุขของผู้สูงอายุแบ่งตามช่วงอายุ (n = 269)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนทั้งหมด (*n*=269 คน) *n* (%)	ระดับความสุข ความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (*n*=74) *n* (%)	ความสุขเท่ากับคนทั่วไป (*n*=140) *n* (%)	ความสุขมากกว่าคนทั่วไป (*n*=55) *n* (%)	*p-value*
	M=69.70	*M*=71.28	*M*=69.44	*M*=68.24	.04*
	SD=7.49	*SD*=8.82	*SD*=6.96	*SD*=6.51	
อายุ (ปี)	*Range*=60-95	*Range*=60-93	*Range*=60-95	*Range*=60-86	
60-69	154 (57.2)	39 (14.5)	80 (29.7)	35 (13.0)	
70-79	80 (29.7)	18 (6.7)	47 (17.5)	15 (5.6)	
80 หรือมากกว่า	35 (13.0)	17 (6.3)	13 (4.8)	5 (1.9)	

Note. chi square test, $p<0.05$

2. ปัจจัยที่สามารถทำนายความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนวังชมภู จังหวัดเพชรบูรณ์

ตาราง 2 ปัจจัยทำนายความสุขของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยทำนาย	Estimate	Wald	*p-value*	95% Confidence Interval	
				Lower	Upper
- ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	.20	4.44	.035	.01	.39
- ความยืดหยุ่นทางอารมณ์	.25	7.72	<0.001	.07	.43
- การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.22	10.54	<0.001	.08	.36

จากตาราง 2 ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยปัจจัยทั้งสามปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายความสุขของผู้สูงอายุได้ เท่ากับร้อยละ 44.9 (โดยวิธีของเนเกลเคิร์ก) ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.20 หน่วย (95% CI=.01-.39, *p-value*=.035) สำหรับความยืดหยุ่นทางอารมณ์ที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.25 หน่วย (95% CI=.07-.43, *p-value*<.001) ในขณะที่การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย ผู้สูงอายุจะมีความสุขเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.22 หน่วย (95% CI=.08-.36, *p-value*<.001) (ตาราง 2)

อภิปรายผล

ความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนวังชมภู จังหวัดเพชรบูรณ์ส่วนใหญ่มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป 140 คน (*Mean Age*=69.44, *SD*=6.96) มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป 74 คน (*Mean Age*=71.28, *SD*=8.82) และมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป 55 คน (*Mean Age*=68.24, *SD*=6.51) ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปีถึงร้อยละ 57.2 เป็นกลุ่มที่เกษียณอายุจากการทำงานมาไม่นานและยังคงสามารถปฏิบัติกิจกรรมและยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ จึงมีความรู้สึกว่ามีความสุขเท่ากับคนทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Kruaaem (2017) ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองโพ จังหวัดราชบุรี พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสุขอยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคมที่ยังสามารถไปร่วมกิจกรรมต่างๆในชุมชนได้ จึงรู้สึกพึงพอใจในชีวิตและกับสิ่งที่ได้รับเทียบเท่ากับคนทั่วไป ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Booranaklas (2017) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว กับ

ความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่ง เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสุขอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากสามารถดูแลตนเองได้และมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่อบอุ่น

ปัจจัยที่สามารถทำนายความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนวังชมภู จังหวัดเพชรบูรณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ดังนี้

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันสามารถทำนายความสุขของผู้สูงอายุได้ สามารถอธิบายได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 98.5 เป็นกลุ่มติดสังคม ซึ่งสามารถช่วยเหลือตัวเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้สูงอายุที่ยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ช่วยเหลือพึ่งพาตนเองได้ โดยไม่เป็นภาระของคนอื่น จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความภาคภูมิใจในตนเอง ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดความผาสุกหรือความสุขในชีวิต (Chussanachote, Dallas, & Hengudomsub, 2018) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chimjinda (2012) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองสามารถทำนายความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุได้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย เท่ากับ 0.395 ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 98.5 เป็นกลุ่มติดสังคม ซึ่งสามารถช่วยเหลือตัวเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จึงส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดความผาสุกหรือความสุขในชีวิต

ความยืดหยุ่นทางอารมณ์สามารถทำนายความสุขของผู้สูงอายุ สามารถอธิบายได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 69.1 มีระดับของความยืดหยุ่นทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ บุคคลที่มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์จะเป็นบุคคลที่สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ที่ยากลำบาก มีความคิดทางบวก สามารถเผชิญกับปัญหา แก้ไขปัญหาได้อย่างมีเหตุผล ไม่เครียดหรือวิตกกังวลง่าย (Wathong, & Techamena, 2011) ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย สังคม จิตใจ หากผู้สูงอายุมีความยืดหยุ่นทางอารมณ์ จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีมุมมองในทางบวก มีความรู้สึกที่ดี มีความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งส่งผลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ

การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสามารถทำนายความสุขของผู้สูงอายุ สามารถอธิบายได้ว่า โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 74.3 ผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุน ดูแลช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะการได้รับการดูแลช่วยเหลือทางด้านจิตใจ จะช่วยทำให้ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุมีเพิ่มขึ้น (Heid, Zarit, & Fingerman, 2015) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chimjinda (2012) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุได้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย เท่ากับ 0.576 (p<.001)

สำหรับตัวแปรเพศ ภาวะสุขภาพ รายได้ ระดับการศึกษา การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา/สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ไม่สามารถทำนายการเกิดความสุขของผู้สูงอายุได้ โดย

เพศ ไม่สามารถทำนายการเกิดความสุขของผู้สูงอายุได้ ในสังคมไทยเพศชายจะมีอำนาจและสถานภาพสูงกว่าเพศ แต่ปัจจุบันเพศหญิงมีสถานภาพเท่าเทียมกับเพศชายมากขึ้น การศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีทั้งเพศชายมีความสุขมากกว่าเพศหญิง (Gray, Tantipiwatanaskul, & Suwannopakao, 2010) เพศหญิงมีความสุขมากกว่าเพศชาย (Gray, Chamratrithirong, Prasartkul, & Pattaravanich, 2012) และไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติระหว่างเพศชายและเพศหญิง (Gray, Rukumnuaykit, Kittisuksathit, & Thongthai , 2008)

ภาวะสุขภาพไม่สามารถทำนายความสุขของผู้สูงอายุได้ อธิบายได้ว่า ภาวการณ์เจ็บป่วย หรือการมีโรคประจำตัวจะส่งผลกระทบต่อความสุขของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจะมีข้อจำกัดทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันลดลง ผู้สูงอายุจะรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดี ส่งผลทำให้ความสุขของผู้สูงอายุลดลงได้ (Pawlowski, Downward, & Rasciute, 2011; Lobos, Lapo, & Schnettler, 2016) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวร้อยละ 63.6 แต่ยังคงความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ดี โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม (M=19.43, SD=2.04) ยังคงเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ ประกอบกับความเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงส่งผลกระทบต่อระดับความสุขของผู้สูงอายุไม่มากนัก ดังนั้นจึงทำให้ภาวะสุขภาพไม่สามารถร่วมทำนายความสุขของผู้สูงอายุได้ ซึ่งผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Ubolwan, Poungkaew,

Sanghuachang, & Khunpinit (2018) เรื่องปัจจัยที่ทำนายความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีโรคเรื้อรัง พบว่าภาวะสุขภาพสามารถทำนายความสุขของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 26.60 (p<.001)

รายได้ ไม่สามารถทำนายการเกิดความสุขของผู้สูงอายุได้ อธิบายได้จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี สามารถใช้จ่ายเงินได้ตามอัตภาพไม่เป็นภาระลูกหลาน จะทำให้เกิดความสุขทางใจ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่สามารถบริหารจัดการการเงินของตนเองได้ (Make the Both Ends Meet) โดยไม่มีภาวะหนี้สิน มีเงินเก็บสะสมใช้จ่ายในคราวจำเป็น จะส่งผลต่อความสุข (Ngaorungsri, 2010) จากผลการศึกษาในครั้งนี้ ผู้สูงอายุ ร้อยละ 38.7 มีรายได้ไม่เพียงพอ รวมถึงผู้สูงอายุที่มีรายได้เหลือเก็บ มีเพียงร้อยละ 10.0 จึงมีความเป็นไปได้ที่รายได้จะส่งผลกระทบต่อความสุขของผู้สูงอายุ และเป็นเหตุผลที่รายได้ไม่สามารถทำนายความสุขของผู้สูงอายุได้ ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Gray, Chamratrithirong, Prasartkul, & Pattaravanich (2012) ที่ศึกษาเรื่องรายได้ หนี้สิน การทำใจยอมรับกับปัญหา และความสุขของผู้สูงอายุ และ Gray, Rukumnuaykit, Kittisuksathit, & Thongthai (2008) ที่ศึกษาความสุขภายในของผู้สูงอายุไทย พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจมีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุ เช่น ผู้ที่มีรายได้มากกว่า และภาระหนี้สินน้อยหรือไม่เป็นหนี้ ส่งผลให้ความสุขของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

ระดับการศึกษาไม่สามารถทำนายการเกิดความสุขของผู้สูงอายุได้ โดยส่วนใหญ่มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 52 อธิบายได้ว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการสั่งสมประสบการณ์ชีวิตมานาน เรียนรู้การดำเนินชีวิต การเลือกสิ่งที่ดีสำหรับตนเองย่อมมาจากประสบการณ์ที่สั่งสมมา การแสวงหาความรู้ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิต การจัดการแก้ไขปัญหาต่างๆ ในชีวิต รวมทั้งการดูแลสุขภาพของตนเอง ไม่ได้มาจากระดับการศึกษา ส่งผลให้ระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน ไม่ได้มีผลต่อความแตกต่างกันของระดับความสุขในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Manasatchakun, Chotiga, Hochwalder, Roxberg, Sandborgh, & Asp (2016) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีผลต่อระดับความสุขของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sinchaiwanichakul, & Kespichayawattana (2018) พบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่อระดับการมีสุขภาวะหรือความสุขในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนไม่สามารถทำนายความสุขของผู้สูงอายุได้ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง พบปะสังสรรค์กับเพื่อน รับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลที่อยู่ในวัยเดียวกันและวัยต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ สามารถที่จะยังคงดำรงบทบาททางสังคมได้ จะมีผลส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสุข (Thongchareon, 2011) จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.4 ไม่ได้มีกิจกรรมทางสังคม หรือเข้าเป็นสมาชิก หรือมีกิจกรรมทางสังคม แต่มีการปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เช่น สวดมนต์ไหว้พระ นั่งสมาธิ ทำบุญ ทำทาน เป็นต้น ถึงร้อยละ 98.9 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองในการปรับสมดุลของจิตใจได้ โดยไม่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลที่อาจจะอธิบายได้ว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนจึงไม่มีผลต่อระดับความสุขของผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Ubolwan, Poungkaew, Sanghuachang, & Khunpinit, (2018) พบว่า การรับรู้แรงสนับสนุนจากเพื่อนและได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับเพื่อนของผู้สูงอายุร่วมทำนายความสุขได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา/สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ไม่สามารถทำนายการเกิดความสุขของผู้สูงอายุได้ ไม่สอดคล้องกับ ทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน (Activity Theory) ที่เชื่อว่าผู้สูงอายุจะมีความสุขและประสบความสำเร็จในชีวิตได้ โดยไม่รู้สึกว่าต้องถอยห่างออกจากสังคมเมื่อยังมีกิจกรรมทำอยู่เสมอ (Sombat, Yodphet, & Sukdaporn, 2011) และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Thumcharoen (2012) ที่ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุ ที่พบว่า ปัจจัยภายนอกได้แก่ เขตที่อยู่อาศัยมีอิทธิพลโดยรวมต่อความสุขของผู้สูงอายุมากที่สุด รองลงมาคือ การปฏิบัติภารกิจทางสังคมและศาสนา และสถานภาพสมรส ตามลำดับ

การนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมกลุ่มที่เพิ่มระดับความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนในด้านต่างๆดังนี้

1. ด้านความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย สุขอนามัยส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร และการขับถ่าย

2. ด้านความยืดหยุ่นทางอารมณ์ ได้แก่ การสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ การให้กำลังใจ และการจัดการปัญหาของผู้สูงอายุ

3. ด้านการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เช่น การใช้เวลาร่วมกันในครอบครัว การพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว และการได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ความสุขของผู้สูงอายุอาจจะมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความเป็นพลวัตรที่สามารถเปลี่ยนแปลงไปได้ตามบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 โครงการรัฐสวัสดิการต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุได้รับ (คนละครึ่ง บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ) ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมที่เกี่ยวข้องกับความสุขของผู้สูงอายุ

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความสุขของผู้สูงอายุในบริบทที่แตกต่างกัน เช่น ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัวตนเอง ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ จะทำให้ได้ข้อมูลที่หลากหลาย เป็นประโยชน์ในการเข้าใจถึงความสุขของผู้สูงอายุในภาพรวมมากขึ้น

3. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ทราบข้อมูลเชิงลึกเพื่อเข้าใจถึงความสุขและปัจจัยที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุครอบคลุมในทุกมิติมากขึ้น

References

Boonroungrut, C. (2008). *The Spiritual Well-Being and Happiness in the Elderly at Ban Bangkhae Social Welfare Development Center*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Master Degree of Science Program in Mental Health Faculty of Medicine, Chulalongkorn University. (in Thai)

Booranaklas, W. (2017). The Correlation Between the Self-Care Behaviors, Family Relationship, and Happiness of the Elderly at the Community Saimai District in Bangkok Metropolitan. *Journal of the Police Nurse, 9*(2), 24-32. (in Thai)

Chimjinda, J. (2012). *The Factors Influencing Life Happiness. Amongst the Elderly at a Community in Nakhon Pathom Province*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Master Degree of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, The Graduate School Christian University. (in Thai)

Chupichai, R. (2007). *Alternative: Well Being of Members of the Elderly Club at Pranangklao Hospital, Nonthaburi Province.* A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Master Degree of Science Program of Community Psychology The Graduate School, Kasetsart University. (in Thai)

Chussanachote, W., Dallas, J. C., & Hengudomsub, P. (2018). The Protective Factors Influence On Psychological Well-Being Among Aging People, *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 19*(Supplement), 373-381. (in Thai)

Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2009). *Happiness Index.* Retrieved April 17, 2019 from http://www.dhabhoncom/withyouwithUBU/EvaluationForm-HappinessIndices.pdf.

Department of Mental Health. (2008). *Resilience Quotient: RQ*. Retrieved January 16, 2019 from http://www.dmh.go.th/1677/1677view.asp?id=3927.

Gray, R., Chamratrithirong, A., Prasartkul, P., & Pattaravanich, U. (2012). Income, Debt, Cognitive Strategies of Acceptance and Happiness. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand, 57*(3), 347-356. (in Thai)

Gray, R., Kramanon, R., & Sangkla, J. (2015). "Happiness Diversity among Older Peoplein Different Cultures. In Jumpaklay, A., Wapatanawong, P. & Tangchontip, K." *Population and Social 2015: Variation of Thai Population and Society 2015.* (pp. 253-268). Nakhon Pathom: Institute for Population and Social research, Mahidol University. (in Thai)

Gray, R., Rukumnuaykit, P., Kittisuksathit, S., & Thongthai, V. (2008). Inner Happiness among Thai Elderly. *Journal of Cross-Cultural Gerontology, 23*(3), 211-224. (in Thai)

Gray, R., Tantipiwatanaskul, P., & Suwannopakao, R. (2010). Happiness among Thai People: Living a Virtuous Life Spirituality and Self-Esteem. *Journal of Mental Health of Thailand, 18*(2), 71-85. (in Thai)

Heid, A. R., Zarit, S. H., & Fingerman, K. L. (2015). My Parent is so Stubborn: Perceptions of Aging Parents' Persistence, Insistence, and Resistance, *Journals of Gerontology: Psychological Sciences, 71*(4), 602-612.

Jandeekayom, S., & Sriprasarn, C. (2014). *Health Care and Health Management.* Mahasarakham: General of Education Mahaarakham University. (in Thai)

Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., & Ebrahim, S. (1994). The Meaning of Activities of Daily Living in a Thai Elderly Population: Development of a New Index. *Age ageing, 23*(2), 97-101. (in Thai)

Kruaaem, A. (2017). The Happy Life of the Elderly in Nong Pho District, Ratchaburi Province. *Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal, 3*(1), 59-71. (in Thai)

Lobos, G., Lapo M. C., & Schnettler, B. (2016). In the Choice Between Health and Money, Health Comes First: Rural Chilean Elderly. *Candernos de Saude Publica, 32*(5), 1-12.

Malatum, P., Intarasombat, P., & Kongiem, J. (2009). Relationships of Family Support and Friend Support to Life Satisfaction of Older Adults in Rural Areas*, Ramathibodi Nursing Journal, 15*(3), 431-448. (in Thai)

Manasatchakun, P., Chotiga, P., Hochwalder, J., Roxberg, A., Sandborgh, M., & Asp, M. (2016). Factors Associated with Healthy Aging among Older Persons in Northeastern Thailand, *Journal of Cross-Cultural Gerontology, 18*, 1-6. (in Thai)

Moe, A., Hellzen, O., Ekker, K., & Enmarker, I. (2013). Inner Strength in Relation to Perceived Physical and Mental Health among the Oldest Old People with Chronic Illness. *Aging Mental Health, 17*(2), 189-96. doi:10.1080/13607863.2012.717257.

Mongkul, A., Tangseree, T., Tangudomrat, P., Hatapanom, W., Setchonsuk, P., & Jutra, W. (2002). *Thai Happiness Indicators*. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (in Thai)

National Statistical Office. (2018). *Report on the 2017 Survey of the Older Persons in Thailand*. Retrieved April 17, 2019 from http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/aspx. (in Thai)

Ngaorungsri, K. (2010). *Family Relationship*. Retrieved April 17, 2019 from http://www.academic.nu.ac.th/content. (in Thai)

Noknoi, C., & Boripunt, W. (2017). The Quality of Life of Elders in Songkhla Province. *Princess of Naradhiwas University Journal, 9*(3), 94-105. (in Thai)

Panyathorn, K. (2011). The Relationship Between Selected Factors and the Life Security of the Elderly in Udonthani Province, *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 2*(9), 24-36. (in Thai)

Pawlowski, T., Downward, P., & Rasciute, S. (2011). Subjective Well-being in European Countries-on the Age-specific Impact of Physical Activity. *European Review of Aging and Physical Activity, 8*(2), 93-102.

Sasiwongsaroj, K., Pornsiripongse, S., Burasith, Y., Ketjamnong, P., & Koosakulrat, N. (2012). Buddhist Temple: The Well-Being Space for the Aged in Thailand. *Journal of Population and Social Studies, 20*(2), 2-19. (in Thai)

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)

Smilkstein, G., Ashworth, C., & Montano, D. (1982). Validity and Reliability of the Family APGAR as a Test of Family Function, *The Journal of Family Practice, 15*(2), 303-311.

Sombat, L., Yodphet, S., & Sukdaporn, N. (2011). *Operation and Activities of Elderly Clubs*. Faculty of Social administration, Thammasat University. (in Thai)

Thai Gerontology Research and Development Institute. (2018). *Situation of the Thai Elderly 2017*. Bangkok: October Printing Co. Ltd. (in Thai)

The National Economics and Social Development Council. (2016) .*The Twelfth National Economic and Social Development Plan (2017-2021).* Retrieved April 17, 2019 from https://www.nesdb.go.th/ewt_dl_link.php?nid=6422.

Thongchareon, V. (2011). *Science and Art of Elderly Nursing* (2nd ed.). Faculty of Nursing Mahidol University: Bangkok, 43-54. (in Thai)

Thumcharoen, W. (2012). *The Influence of External and Internal Factors on Happiness of the Elderly.* A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Master Degree of Science Program in Applied Statistics, National Institute of Development Administration. (in Thai)

Tuntichanwanich, C. (2009). The Happy Life of the Elderly in Rayong Province*, Journal of Public Health, 39*(1), 34-47. (in Thai)

Ubolwan, K., Poungkaew, A., Sanghuachang, W., & Khunpinit, K. (2018). Factors Predicting the Happiness of Community-Dwelling Older Adults with Chronic Diseases, *Journal of Public Health, 48*(2), 244-255. (in Thai)

Wathong, A., & Techamena, S. (2011).*The Effect of E&R Program on Resilience among Caregiver of Children with Intellectual Developmental Disorder in Rajanukul Institute* (Muangcare). Rajanukul Institute. Department of Mental Health Ministry of Public Health. (in Thai)

Wongkeenee, W., Chintanawat, R., & Sucamvang, K. (2013). Factors Predicting Active Ageing among Population of Mueang District, Chiang Mai Province, *Nursing Journal, 40*(4), 91-99. (in Thai)

Yamane, T. (1973). *Statistic: An introductory analysis*. (2nd ed.) New York: Harper & Row.

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของมารดาทำงานนอกบ้าน

Factors Influencing the Success of a 6-Month Exclusive Breastfeeding Period among Working Mothers

อิงหทัย ดำจุติ[1] และ ศศิกานต์ กาละ[2*]

Ing-hathai Damchuti[1] and Sasikarn Kala[2*]

นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์[1],

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์[2*]

Master student, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University[1],

Faculty of Nursing, Prince of Songkla University[2*]

(Received: *August 10, 2020*; Revised: *December 09, 2021*; Accepted: *January 21, 2022*)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของมารดาทำงานนอกบ้าน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จากมารดาทำงานนอกบ้านที่มีบุตรอายุ 6 เดือน ถึง 1 ปี ในจังหวัดตรัง จำนวน 160 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3) แบบประเมินเจตคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 4) แบบประเมินความตั้งใจการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 5) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 6) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล และ 7) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมจากนายจ้างและเพื่อนร่วมงาน แบบประเมินทั้งหมดยกเว้นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้ค่า CVI เท่ากับ .87, .90, .85, .93, .87, และ .93 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยง ของแบบประเมินความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว โดยใช้วิธีคูเดอร์-รีชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .70 ส่วนแบบประเมินอีก 6 ชุด โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง .83, .85, .90, .83, และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูล โดยคำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติถดถอยโลจิสติก ผลการวิจัยพบว่า

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40 ระบุว่าตนเองเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวครบ 6 เดือน ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกพบว่า ความรู้ เจตคติ ความตั้งใจ การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล และการสนับสนุนทางสังคมจากนายจ้างและเพื่อนร่วมงาน สามารถอธิบายความผันแปรของความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนได้ ร้อยละ 20 (*Nagelkerke* R^2=.20, p<.05) อย่างไรก็ตามมีเพียงการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของมารดาทำงานนอกบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*OR*=1.067, 95% CI [1.003, 1.135]) และ (*OR*=1.088, 95%CI [1.001, 1.183]) ตามลำดับ

ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพ จึงควรประยุกต์ใช้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล มาเป็นแนวทางในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ในกลุ่มมารดาทำงานนอกบ้านให้ประสบความสำเร็จ

คำสำคัญ: การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว, ความรู้, เจตคติ, ความตั้งใจ, การสนับสนุนทางสังคม

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kalasasikarn@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-6082126)

Abstract

This predictive study aimed to examine the success of a 6-month exclusive breastfeeding period among working mothers, and the factors of influence for it. Purposive sampling was used to select 160 working mothers, having a child of 6 months to 1 year of age in Trang province. There were seven research instruments: 1) the demographic data questionnaire, 2) the Breastfeeding Knowledge Assessment (BKA), 3) the Attitude Assessment Regarding Breastfeeding (AARB), 4) the Breastfeeding Intention Assessment (BIA), 5) the Family Support Assessment (FSA), 6) the Nurse Support Assessment (NSA), as well as 7) the Employer and Colleagues Support Assessment (ECSA). All assessments were content validated by three experts, yielding content validity indices (CVI) of .87, .90, .85, .93, .87, and .93, respectively. The reliability of the Breastfeeding Knowledge Assessment (BKA) was tested using Kuder-Richardson 20 (KR-20), yielding a value of .70. The reliabilities of the AARB, BIA, FSA, NSA, and ECSA yielded Cronbach's alpha coefficients of .83, .85, .90, .83, and .93, respectively. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation and logistic regression.

Results showed that only 40 percent of working mothers from the sample used exclusively breastfeeding for 6 months. The analysis results with logistic regression statistics found that knowledge of exclusive breastfeeding, attitude towards exclusive breastfeeding, intention of exclusive breastfeeding, family social support, social support from nurses, and social support from employers and colleagues could explain 20% of variance (Nagelkerke R^2 = .20, $p < .05$) in 6-month exclusive breastfeeding among working mothers. However, only family social support (*OR* = 1.067, 95% *CI* [1.003, 1.135]) and social support from nurses (*OR* = 1.088, 95%*CI* [1.001, 1.183]) were significant predictors. Therefore, health personnel should apply family social support and social support from nurses as a guideline for promoting the success of a 6 months exclusive breastfeeding period among working mothers.

Keywords: Exclusive Breastfeeding, Knowledge, Attitude, Intention, Social Support

บทนำ

นมแม่มีประโยชน์อย่างมากสำหรับมารดา ทารก สังคมและประเทศชาติ เนื่องจากนมแม่เป็นอาหารที่ได้จากธรรมชาติเหมาะกับความต้องการในการเจริญเติบโตของทารก และยังมีประโยชน์ต่อสุขภาพของมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วย (Kala, Khaonark, Tienmontree, Chairat, Sreepetch, & Damchuti, 2018; Eupairot, 2016) องค์การอนามัยโลกแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว (Exclusive Breastfeeding) 6 เดือน และหลังจากนั้นให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ควบคู่กับอาหารตามวัยจนอายุครบ 2 ปี หรือนานกว่านั้น (World Health Organization [WHO], 2013) ประเทศไทยมีนโยบายสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยได้มีการกำหนดเป้าหมายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนร้อยละ 50 ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (Department of Health, 2021) และเพื่อให้มารดาทุกคนสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ในระยะเวลาเพิ่มมากขึ้น รัฐบาลจึงได้ให้มารดาหลังคลอดสามารถลาคลอดได้เป็นระยะเวลา 90 วัน โดยให้ยังคงได้รับเงินเดือนและค่าตอบแทนเต็มอัตรา (Department of Health, 2013) ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า มีทารกเพียงร้อยละ 49 ที่ได้รับน้ำนมจากมารดาอย่างเดียวหลังคลอด สำหรับประเทศไทยในปี 2548 และ 2549 พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน มีเพียงร้อยละ 14.5 และ 15 ตามลำดับ (Bureau of Health Promotion, 2012) และในปี 2559 ประเทศไทยมีทารก และมีเพียงร้อยละ 23 ที่ได้กินนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรก (Department of Health, 2019) โดยพบว่า ภาคใต้ มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน เพียงร้อยละ 10.4 (Bureau of Health

Promotion, Department of Health, 2013) โดยพบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้มารดาเลิกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่คือการที่มารดาต้องกลับไปทำงานนอกบ้าน (Weerakul, 2015; Nuampa, Sinsuksai, Phahuwatanakorn, & Chanprapaph, 2013; Sinsuksai, Yusamran, & Phupaibul, 2014) เพราะสภาพเศรษฐกิจในปัจจุบันทำให้ผู้หญิงมีความจำเป็นต้องออกมาทำงานนอกบ้านมากขึ้นซึ่งจะเห็นได้จากข้อมูลผู้ที่มีงานทำในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559 จำนวน 37.69 ล้านคน มีผู้ชายร้อยละ 54.44 และผู้หญิงร้อยละ 45.56 สำหรับภาคใต้จากจำนวนผู้มีงานทำ 5.07 ล้านคน เป็นผู้ชายร้อยละ 55.62 และผู้หญิงร้อยละ 44.18 เช่นเดียวกับในจังหวัดตรัง ซึ่งเป็นพื้นที่ศึกษาในครั้งนี้มีจำนวนผู้มีงานทำ 370,402 คน เป็นผู้ชายร้อยละ 53.95 และผู้หญิงร้อยละ 46.05 (National Statistical Office, 2016) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้หญิงมีสัดส่วนการทำงานนอกบ้านใกล้เคียงกับผู้ชาย และพบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ของทุกอำเภอในปี 2552-2554 พบเพียงร้อยละ 23 ร้อยละ 30 และร้อยละ 7.5 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายของประเทศ จะเห็นได้ว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนในมารดาทำงานนอกบ้าน ไม่ประสบความสำเร็จ (Kueaaroon, 2013)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของมารดาทำงานนอกบ้านมีหลายประการ ได้แก่ จำนวนวันลาคลอด ความรู้ เจตคติ ความตั้งใจ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล การสนับสนุนทางสังคมจากนายจ้างและเพื่อนร่วมงาน โดยมารดาที่มีจำนวนวันลาคลอดมากกว่าหรือเท่ากับ 90 วัน มีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนเพิ่มขึ้นเป็น 2.903 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาที่ลาคลอดน้อยกว่า 90 วัน (OR 2.903, 95%CI=1.327, 6.350) (Phunpom, Phahuwatanakorn, & Limruangrong, 2020) ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสำคัญที่จะทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.84, p<.01) (Plaichum, Tongswas, & Somboon, 2012) ซึ่งมารดาที่ขาดความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำให้มีปัญหาเต้านมคัดตึง เกิดความไม่สุขสบาย (Rattasumpun & Keawma, 2018) เจตคติเป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาที่มีเจตคติที่ดี จะไม่เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ แล้วจะเลือกเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และมีระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่นานขึ้น (Wungkum, Thaiyapirom, & Jintrawe, 2011; Rattasumpun & Keawma, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า มารดาที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงมีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จและมีระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น (Pruekphattharanon, & Nusom, 2014) สำหรับความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นับเป็นปัจจัยส่งเสริมความสำเร็จที่สำคัญในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน (Laoongkeaw, 2015) และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว พบว่า ปัจจัยด้านครอบครัว ในครอบครัวใหญ่ที่มีปู่ย่า ตายาย หรือพ่อแม่ ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้มารดาหลังคลอดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แต่ไม่ให้เลี้ยงจนครบ 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= .85, p < .01) (Plaichum, Tongswas, & Somboon, 2012) สำหรับในประเทศไทย พบว่า ญาติของมารดาหลังคลอดไม่ว่าจะเป็น ย่า ยาย หรือญาติที่เป็นผู้หญิงจะมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ส่งเสริมหรือขัดขวางการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Chisuwan, Prasopkittikun, Sangperm, & Payakkaraung, 2012) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลทำให้มารดาสามารถขอคำแนะนำได้เมื่อประสบปัญหาในสถานการณ์จริง ส่งผลให้มารดาสามารถแก้ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวได้ (Chisuwan, Prasopkittikun, Sangperm, & Payakkaraung, 2012) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การได้รับบริการด้านสาธารณสุขจากพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.35, p<.01) (Plaichum, Tongswas, & Somboon, 2012) และปัจจัยการได้รับการสนับสนุนจากสถานประกอบการซึ่งประกอบด้วยนายจ้างและเพื่อนร่วมงาน ตามแนวคิดโครงการสถานที่ทำงานสายสัมพันธ์ของสหพันธ์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โลก ส่งผลให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาในสถานประกอบการสูงกว่าระยะก่อนการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.01) (Yimyam, Thapphansan, & Chumphan, 2012) อีกทั้งสถานที่ทำงานไม่มีที่สำหรับบีบเก็บน้ำนม ขาดอุปกรณ์ในการบีบเก็บน้ำนม หรือลักษณะงานไม่เอื้อต่อการบีบเก็บน้ำนม ทำให้มารดาที่ทำงานนอกบ้านไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างต่อเนื่อง (Rattasumpun & Keawma, 2018) ตั้งแต่ปี 2559 ถึง กรกฎาคม 2561 มีสถานประกอบกิจการจัดตั้งมุมนมแม่

จำนวน 1,745 แห่ง (Department of Health, 2019) แต่ลักษณะของงานบางอย่าง หรือทัศนคติของเจ้านายหรือเพื่อนร่วมงานอาจยังไม่เอื้ออำนวยต่อการที่แม่จะบีบเก็บน้ำนมได้ ทำให้ส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Puapornpong, 2019)

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและปัจจัยที่สนับสนุนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลายประการ มีทั้งปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้และปัจจัยที่แก้ไขได้ยาก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายต่อระยะเวลาความตั้งใจ ความสำเร็จ และพฤติกรรมในกลุ่มมารดาหลังคลอดทั่วไป มารดาหลังคลอดครรภ์แรก มารดาหลังคลอดวัยรุ่น และมารดาหลังผ่าตัดคลอด แต่ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของมารดาทำงานนอกบ้านยังไม่มีความชัดเจนในบริบทของสังคมไทย ซึ่งมารดาทำงานนอกบ้านเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดความล้มเหลวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวหกเดือน ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของมารดาทำงานนอกบ้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การสนับสนุนทางสังคมต่อครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมของพยาบาล การสนับสนุนทางสังคมจากนายจ้างและเพื่อนร่วมงาน เพื่อนำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของมารดาทำงานนอกบ้าน

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของมารดาทำงานนอกบ้าน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของมารดาทำงานนอกบ้าน

สมมติฐานวิจัย

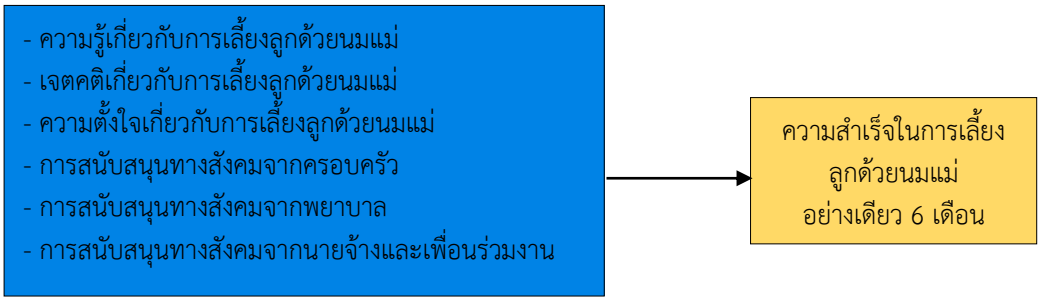
ความรู้ เจตคติ ความตั้งใจ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล การสนับสนุนทางสังคมจากนายจ้างและเพื่อนร่วมงาน สามารถร่วมกันทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาทำงานนอกบ้านได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีเกี่ยวข้องต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ซึ่งจากการทบทวน พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว คือ ความรู้ เจตคติ ความตั้งใจ การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล การสนับสนุนทางสังคมจากนายจ้างและเพื่อนร่วมงาน

การให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และข้อดีของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวและให้ความรู้สอนมารดาตั้งครรภ์ทุกรายเกี่ยวกับการบีบนมแม่ ให้รู้จักวิธีเก็บรักษานมแม่ไว้ให้ลูกอย่างถูกวิธีในกรณีที่แม่ต้องไปทำงาน (Sangkla, 2014; Plaichum, Tongswas, & Somboon, 2012; Chainok, 2015) นอกจากนี้ยังมีเจตคติของมารดาเกี่ยวกับผลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวและแรงจูงใจของมารดาที่จะปฏิบัติตามความคาดหวังของกลุ่มผู้ใกล้ชิดต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวมีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว (Pruekphattharanon, & Nusom, 2014; Vongsubtawee, 2010; Chainok, 2015; Plaichum, Tongswas, & Somboon, 2012) ความตั้งใจหรือความคาดหวังในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญโดยหากมารดามีความตั้งใจหรือความคาดหวังที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นระยะเวลานาน พบว่ามารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้นานกว่า (Gregory, Butz, Ghazarian, Gross, & Johnson, 2015) นอกจากนี้ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวที่ดีมีส่วนช่วยให้มารดาหลังคลอดมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ดี เนื่องจากในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

นั้นมารดาอาจรู้สึกเหน็ดเหนื่อยหรืออ่อนเพลีย มีเวลาในการพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดความเครียด หรือท้อแท้ ในการดูแลลูกและเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ใกล้ชิดและมีความผูกพันกับมารดามากที่สุด ครอบครัวสามารถให้การสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ เพื่อทำให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวได้ (Chainok, 2015; Vongsubtawee, 2010; Chisuwan, Prasopkittikun, Sangperm, & Payakkaraung, 2012) การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล พยาบาลควรช่วยในการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อช่วยให้มารดาหลังคลอดที่ทำงานนอกบ้านสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และระหว่างที่มารดาลาคลอดพยาบาลควรมีการติดตามสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Phunpom, Phahuwatanakorn, & Limruangrong, 2020) การสนับสนุนทางสังคมจากนายจ้างและเพื่อนร่วมงาน การที่มารดาต้องเผชิญกับการไม่เห็นด้วยของผู้ร่วมงาน นายจ้างไม่เห็นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้มารดาไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวได้สำเร็จ (Rattasumpun & Keawma, 2018)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทำนาย (Predictive Research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาทำงานนอกบ้านที่มีบุตรอายุ 6 เดือน ถึง 1 ปี ที่มารับบริการศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองตรัง หน่วยบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี ตำบลทับเที่ยง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาทำงานนอกบ้านที่มีบุตรอายุ 6 เดือน ถึง 1 ปี ที่มารับบริการศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองตรัง หน่วยบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี ตำบลทับเที่ยง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มารดาและทารกไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2) ทารกคลอดครบกำหนด แข็งแรง ไม่มีภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของทอร์นไดก์ (Thorndike, 1987) ซึ่งมีสูตรการคำนวณดังนี้ n=10k+50 เมื่อแทนค่าในสูตรได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 110 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ครอบคลุมประชากรมากขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 160 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบประเมินประกอบด้วย 7 ชุด โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนวันที่ลาคลอดโดยได้รับเงินเดือน จำนวนวันที่ลาคลอดโดยไม่ได้รับเงินเดือน รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว บุคคลในครอบครัวที่ให้การสนับสนุนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ช่วงเวลาของการทำงาน ระยะห่างจากบ้านกับที่ทำงาน ลักษณะที่ทำงาน อุปกรณ์สำหรับบีบเก็บน้ำนม ลำดับที่ของบุตรที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ภาวะสุขภาพแรกเกิดของบุตร น้ำหนักของบุตร เวลาที่เริ่มให้นมแม่ครั้งแรก จำนวนวันลาคลอด ข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว มีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ

2. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของ ChaiNok (2015) มาปรับด้านภาษาในข้อคำถามเพื่อให้สอดคล้องกับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่เฉพาะเจาะจงกับมารดาทำงานนอกบ้าน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ มีข้อคำถามด้านบวกจำนวน 21 ข้อ และข้อคำถามด้านลบ จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการเลือกตอบแบบถูก-ผิด (True False) คะแนนเฉลี่ยความรู้ เท่ากับ 25.71 แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ช่วง (Bloom, 1971) คือ คะแนนความรู้ระหว่าง 1-10 หมายถึง มีระดับความรู้น้อย คะแนนความรู้ระหว่าง 11-20 หมายถึง มีระดับความรู้ปานกลาง คะแนนความรู้ระหว่าง 21-30 หมายถึง มีระดับความรู้มาก

3. แบบประเมินเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบประเมินเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของ ChaiNok (2015) มาปรับด้านภาษาเพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาทำงานนอกบ้าน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่าด้วยมาตราวัดแบบลิเคิร์ทสเกล (Likert Scale) 5 ระดับ มีข้อคำถามด้านบวกจำนวน 11 ข้อ และข้อคำถามด้านลบจำนวน 9 ข้อ ตั้งแต่ น้อยที่สุดให้ 1 คะแนน จนถึง มากที่สุดให้ 5 คะแนน ในคำถามที่มีความหมายเชิงลบจะกลับคะแนนก่อนนำไปคำนวณ มีค่าเฉลี่ยเจตคติ เท่ากับ 2.95 แบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ช่วง (Best, 1977) คือ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.67-5.00 หมายถึง มีเจตคติอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.66 หมายถึง มีเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.33 หมายถึง มีเจตคติอยู่ในระดับไม่ดี

4. แบบประเมินความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างแบบประเมินจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่าด้วยมาตราวัด แบบลิเคิร์ทสเกล (Likert Scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ตั้งแต่ น้อยที่สุดให้ 1 คะแนน จนถึง มากที่สุดให้ 5 คะแนน มีค่าเฉลี่ยความตั้งใจ เท่ากับ 2.96 แบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ช่วงคือ มีความตั้งใจอยู่ในระดับมาก มีความตั้งใจอยู่ในระดับปานกลาง และมีความตั้งใจอยู่ในระดับน้อย

5. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ซึ่งนำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ ChaiNok (2015) มาปรับด้านภาษาในข้อคำถามเพื่อให้สอดคล้องกับการประเมินด้านการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวที่เฉพาะเจาะจงกับมารดาทำงานนอกบ้าน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่าด้วยมาตราวัดแบบลิเคิร์ทสเกล (Likert Scale) 5 ระดับประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ตั้งแต่ น้อยที่สุดให้ 1 คะแนน จนถึง มากที่สุดให้ 5 คะแนน มีค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เท่ากับ 2.69 แบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ช่วง คือ มีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับมาก มีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง และมีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับน้อย

6. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบประเมินการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากพยาบาล ของ Nuampa, Sinsuksai, Phahuwatanakorn, & Chanprapaph (2013) มาปรับด้านภาษาในข้อคำถามเพื่อให้สอดคล้องกับการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลโดยเฉพาะ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่าด้วยมาตราวัด แบบลิเคิร์ทสเกล (Likert Scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ตั้งแต่ ตั้งแต่ น้อยที่สุดให้ 1 คะแนน จนถึง มากที่สุดให้ 5 คะแนน มีค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล เท่ากับ 2.70 แบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ช่วงคือ มีการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลอยู่ในระดับมาก มีการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง และมีการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลอยู่ในระดับน้อย

7. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมจากนายจ้างและเพื่อนร่วมงาน ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างแบบประเมินจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่าด้วยมาตราวัด แบบลิเคิร์ทสเกล (Likert Scale) 5 ระดับ มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ ตั้งแต่ น้อยที่สุดให้ 1 คะแนน จนถึง มากที่สุดให้ 5 คะแนน มีค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล เท่ากับ 2.70 แบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ช่วงคือ มีการสนับสนุนทางสังคมจากนายจ้างและเพื่อนร่วมงานอยู่ในระดับมาก มีการสนับสนุนทางสังคมจากนายจ้างและเพื่อนร่วมงานอยู่ในระดับปานกลาง และมีการสนับสนุนทางสังคมจากนายจ้างและเพื่อนร่วมงานอยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยนำเครื่องมือ จำนวน 7 ชุด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสูติศาสตร์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญประจำคลินิกนมแม่ 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ความเหมาะสมของเนื้อหา ความชัดเจนของข้อความและภาษาที่ใช้ โดยใช้ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ได้ค่าเท่ากับ .87, .90, .85, .93, .87, และ .93 ตามลำดับ หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้มีความชัดเจนของเนื้อหาและมีความเหมาะสมด้านภาษาก่อนนำไปใช้

2. ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับกลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบประเมินความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว โดยใช้วิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson 20: KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .70 ส่วนแบบประเมินเจตคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบประเมินความตั้งใจการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว แบบประเมินการสนับสนุนจากพยาบาล แบบประเมินการสนับสนุนจากนายจ้างและเพื่อนร่วมงาน โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง .83, .85, .90, .83, และ .93 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์เลขที่ PSU IRB 2018 - NSt 042 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นมารดาทำงานนอกบ้าน จำนวน 160 คน โดยผู้วิจัยเข้าพบ แนะนำตัวกับหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองตรัง หน่วยบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี ตำบลทับเที่ยง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือจากมารดาทำงานนอกบ้านขณะพาบุตรมารับวัคซีนในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองตรัง หน่วยบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี ที่มีคุณลักษณะตามที่กำหนดในกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดค่านัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของมารดาทำงานนอกบ้าน โดยใช้การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้านความรู้ เจตคติ ความตั้งใจ การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล และการสนับสนุนทางสังคมจากนายจ้างและเพื่อนร่วมงาน ต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติค (Binary Logistic Regression) ด้วยวิธีวิเคราะห์ถดถอยแบบใส่ข้อมูลพร้อมกันในขั้นตอนเดียว (Enter Method)

จริยธรรมวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยยื่นแบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์เลขที่ PSU IRB 2018 - NSt 042

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มตัวอย่าง อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง คือ 28 ปี (*SD*=5.93) ในด้านระดับการศึกษา พบว่าเกือบหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 33.80 และมากกว่าหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 36.30 นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 21.30 และ 20 ระบุว่าตนเองมีจำนวนวันลาที่ไม่ได้รับเงินเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 วัน และจำนวนวันลาคลอดที่ได้รับเงินเดือนอยู่ในช่วง 46-60 วัน ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 18,540 บาท

(*SD*=8139.86) ในด้านข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งระบุว่ามีครอบครัวเป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 57.50 ได้รับการสนับสนุนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากสามี ร้อยละ 63.10 และไม่มีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ร้อยละ 54.40 ในด้านข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.40 ทำงานในช่วงเวลากลางวัน และมีระยะทางเฉลี่ยระหว่างบ้านกับที่ทำงานเท่ากับ 11 กิโลเมตร (*SD*=8.29) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุว่าสถานที่ทำงานของตนไม่มี มุมนมแม่หรือห้องบีบเก็บน้ำนมในที่ทำงาน ร้อยละ 80.60 ไม่มีตู้เย็นเก็บน้ำนม ร้อยละ 72.50 และไม่มีสถานที่เลี้ยงเด็กเล็ก ร้อยละ 89.40 อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง ร้อยละ 53.10 ระบุว่าที่ทำงานมีตู้เย็นแบบสองประตูเป็นอุปกรณ์สำหรับเก็บน้ำนมหรืออุปกรณ์บีบเก็บน้ำนมของตัวเอง ในด้านประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และข้อมูลเกี่ยวกับบุตร พบว่า น้ำหนักเฉลี่ยของบุตรเมื่อแรกเกิด เท่ากับ 2,950 กรัม (*SD*=255.99) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 ระบุว่าบุตรที่ตนเองเลี้ยงด้วยนมแม่คือบุตรคนแรก ร้อยละ 58.10 ส่วนใหญ่มีบุตรที่มีภาวะสุขภาพแรกเกิดปกติ ร้อยละ 93.80 และไม่ต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ร้อยละ 98.85 แต่กลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 45.6 ระบุว่าตนเองเริ่มให้นมแม่ครั้งแรกในช่วงมากกว่า 1 ชั่วโมง ถึง 2 ชั่วโมงหลังคลอด

2. ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของมารดาที่ทำงานนอกบ้าน จำแนกตามความสำเร็จการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน (N = 160)

ระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว	จำนวน	ร้อยละ
ครบ 6 เดือน	64	40.00
ไม่ครบ 6 เดือน	96	60.00
รวม	160	100.00

จากตาราง 1 พบว่า ร้อยละ 40 ของกลุ่มตัวอย่างระบุว่าตนเองเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวครบ 6 เดือน ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งระบุว่าตนเองมีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวไม่ครบ 6 เดือน ร้อยละ 60.00

3. ปัจจัยทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของมารดาทำงานนอกบ้าน

ตาราง 2 ปัจจัยทำนายระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของมารดาที่ทำงานนอกบ้าน

ตัวแปรพยากรณ์	β	*SE* β	*Wald's* (χ^2)	*df*	*p*	*OR*
ค่าคงที่ (Constant)	-14.059	3.540	15.771	1	<.001**	NA
ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	.116	.078	2.233	1	.135	1.123
เจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	.040	.023	2.880	1	.090	1.041
ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	-.016	.062	.071	1	.790	.984
การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว	.065	.032	4.247	1	.039*	1.067
การสนับสนุนทางสังคมของพยาบาล	.084	.043	3.917	1	.048*	1.088
การสนับสนุนทางสังคมจากนายจ้างและเพื่อนร่วมงาน	.008	.038	.045	1	.831	1.008

Note. $X^2(6)=25.558$, $p=0.000$, Cox & Snell $R^2=.148$, Nagelkerke $R^2=.200$, Percentage Correct = 60, *$p<.05$, ** $p<.001$

จากตาราง 2 พบว่า โมเดลการถดถอยโลจิสติกมีความเป็นไปได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 (6)=25.558, $p<0.01$) และโมเดลนี้สามารถอธิบายความผันแปรของความสำเร็จ ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 20 (Nagelkerke $R^2=.20$) และโมเดลทำนายนี้ มีความแม่นยำ (Percentage Correct) ในการทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของกลุ่มตัวอย่างได้ เท่ากับ ร้อยละ 60 โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการผันแปรความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของ กลุ่มตัวอย่าง คือ

การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน แก่มารดาที่ทำงานนอกบ้าน โดยค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้มารดา มีโอกาสที่จะมีความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนเพิ่มขึ้น

อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของมารดาที่ทำงานงานนอกบ้าน มีเพียงร้อยละ 40 เท่านั้นที่ระบุว่าตนเองมีระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ซึ่งบ่งชี้ว่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ต่ำกว่าค่าเป้าหมายตัวชี้วัด ร้อยละของเด็กแรกเกิดถึงต่ำกว่าหกเดือนกินนมแม่อย่างเดียว ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้ร้อยละ 50 ของเด็กแรกเกิดถึงต่ำกว่าหกเดือนต้องกินนมแม่อย่างเดียว (Department of Health, 2019) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่ามารดาที่ทำงานนอกบ้านในช่วงหกเดือนหลังคลอดมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนต่ำกว่าร้อยละ 50 (Phunpom, Phahuwatanakorn, & Limruangrong, 2020; Abou-ElWafa & El-Gilany, 2019; Dun-Dery & Laar, 2016) โดยสาเหตุที่ทำให้มารดากลุ่มนี้ไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวได้ครบ 6 เดือน คือ การที่มารดาทำงานนอกบ้านมีจำนวนวันลาคลอดที่ไม่ได้รับเงินเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 วัน ร้อยละ 21.3 และมีจำนวนวันลาคลอดที่ได้รับเงินเดือนอยู่ในช่วง 46-60 วัน ร้อยละ 20 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่ามารดาทำงานนอกบ้านที่สามารถลาคลอดได้น้อยกว่า 90 วัน มีโอกาสที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนน้อยกว่ามารดาทำงานนอกบ้านที่สามารถลาคลอดได้มากกว่าหรือเท่ากับ 90 วัน ถึง 2.903 เท่า (*OR*=2.903, 95% *CI* [1.327, 6.350]) (Phunpom, Phahuwatanakorn, & Limruangrong, 2020) เช่นเดียวกับ Dun-Dery & Laar (2016) ที่พบว่ามารดาที่หลังคลอดที่สามารถลาคลอดได้น้อยกว่าสามเดือน (90 วัน) มีโอกาสที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนน้อยกว่ามารดาที่สามารถลาคลอดได้สามเดือน 0.09 เท่า (*OR*=0.09, 95% *CI* [0.02, 0.45]) ดังนั้นประเด็นการเพิ่มวันลาควรให้กับมารดาทำงานนอกบ้านจึงมีความสำคัญต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน

ผลการศึกษา ความรู้ เจตคติ ความตั้งใจ การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล และการสนับสนุนทางสังคมจากนายจ้างและเพื่อนร่วมงาน พบว่า สามารถร่วมกันทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนในมารดาทำงานนอกบ้านได้ร้อยละ 20 (R^2=.20, p<.05) แต่มีเพียงการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลที่สามารถทำนายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า มารดาทำงานนอกบ้านที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวครบ 6 เดือน มากกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว (Jintrawet, tongsawas, & Somboon, 2014; Aryotochter, Prameswari, Azinar, Fauzi, & Nugroho, 2018; Ratnasari, Paramashanti, Hadi, Yugistyowati, Astiti, & Nurhayati, 2017; Thepha, Marais, Bell, & Muangpin, 2017) โดยผลการศึกษาของเดวีและคณะ (Ratnasari, Paramashanti, Hadi, Yugistyowati, Astiti, & Nurhayati, 2017) พบว่า มารดาที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอย่างเพียงพอมีโอกาสในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวหกเดือนสูงกว่ามารดาที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับน้อยถึง 2.89 เท่า (*OR* = 2.89, 95% *CI* [1.29–6.44]) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Tangsuksan, Ratinthorn, Sindhu, Spatz, & Viwatwongkasem, 2020 ที่พบว่าการสนับสนุนที่เพียงพอของครอบครัวช่วยส่งเสริมโอกาสในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวหกเดือนของมารดาทำงานนอกบ้านถึง 4.59 เท่า (*OR* 4.59, 95% *CI* [2.49-8.47]) ในทางกลับกัน มารดาที่ทำงานนอกบ้านต้องการการช่วยเหลือในการเลี้ยงบุตรในระหว่างที่ตนไปทำงาน อีกทั้งต้องการความช่วยเหลือเพื่อลดภาวะเหนื่อยล้าจากการเลี้ยงบุตร การทำงาน และการทำงานบ้าน ดังนั้น การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวจึงถือว่าเป็นอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของมารดาทำงานนอกบ้าน (Thepha, Marais, Bell, & Muangpin, 2017)

บุคคลในครอบครัวที่ทำหน้าที่ในการให้การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด คือ สามีมารดาของตนเองและหรือมารดาของสามี (Jintrawet, tongsawas, & Somboon, 2014; Aryotochter, Prameswari,

Azinar, Fauzi, & Nugroho, 2018; Ratnasari, Paramashanti, Hadi, Yugistyowati, Astiti, & Nurhayati, 2017; Prameswari & Kurnia, 2018; Thepha, Marais, Bell, & Muangpin, 2017) สามี คือ บุคคลสำคัญในครอบครัวที่จะให้การสนับสนุนทางสังคม ทั้งในด้านการสนับสนุนทางด้านความรู้ การส่งเสริมทัศนคติเชิงบวก การสร้างการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การช่วยเหลือในการทำกิจกรรม รวมถึงการสนับสนุนทางด้านอารมณ์แก่มารดาหลังคลอดในช่วงที่จะต้องเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ในระยะหกเดือนแรก (Ratnasari, Paramashanti, Hadi, Yugistyowati, Astiti, & Nurhayati, 2017) เช่น ความรู้และความตั้งใจของสามีเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะช่วยส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดมุ่งมั่นที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนครบหกเดือน (Thepha, Marais, Bell, & Muangpin, 2017) สามีที่มีความเชื่อว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะช่วยให้บุตรและภรรยาของตนเองแข็งแรงและมีสุขภาพดีจะส่งเสริมให้ภรรยาตนเองเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Prameswari & Kurnia, 2018) หรือการที่มารดาหลังคลอดได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากสามีส่งผลให้มารดาหลังคลอดที่ออกไปทำงานนอกบ้านพยายามเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง (Gebrekidan, Fooladi, Plummer, & Hall, 2020) ในทางกลับกัน หากสามีมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น เชื่อว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำให้เต้านมของภรรยามีรูปทรงที่ไม่สวยงาม สามีจะไม่สนับสนุนให้ภรรยาให้นมบุตรหลังคลอด แต่เลือกที่จะเลี้ยงบุตรด้วยนมผสม (Ratnasari, Paramashanti, Hadi, Yugistyowati, Astiti, & Nurhayati, 2017) นอกจากนี้ในบริบทของสังคมไทย มารดาหลังคลอดจะได้รับอิทธิพลในการเลี้ยงลูกรวมถึงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านการซึมซับและการได้รับการถ่ายทอดประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมจากมารดาของตนเอง (Mungkamanee, Dhanawan, Chudujuajean, & Siramaneerat, 2017) ดังนั้น มารดาของหญิงหลังคลอดและมารดาสามีถือว่าเป็นอีกหนึ่งสมาชิกของครอบครัวที่มีส่วนในการให้การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Jintrawet, Tongsawas, & Somboon, 2014; Aryotochter, Prameswari, Azinar, Fauzi, & Nugroho, 2018; Ratnasari, Paramashanti, Hadi, Yugistyowati, Astiti, & Nurhayati, 2017; Prameswari & Kurnia, 2018) โดยมารดาทั้งสองฝ่ายมักจะมาช่วยหญิงหลังคลอดในการเลี้ยงดูบุตร และส่งเสริมการเลี้ยงดูด้วยนมแม่ (Prameswari & Kurnia, 2018)

อีกหนึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของมารดาทำงานนอกบ้านจากผลการศึกษาครั้งนี้ คือ การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล โดยมารดาทำงานนอกบ้านที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวครบ 6 เดือน มากกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล มีค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล เท่ากับ 2.70 (*SD*=0.46) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า ปัจจัยนี้มีผลต่อโอกาสในการประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของมารดาทำงานนอกบ้านเช่นกัน (Chiengta, Baosoung, & Kantaruksa, 2014; Thepha, Marais, Bell, & Muangpin, 2017) โดยการศึกษาของตั้งสุขสันต์และคณะ (Tangsuksan, Ratinthorn, Sindhu, Spatz, & Viwatwongkasem, 2020) พบว่าการสนับสนุนของบุคลากรทางสุขภาพช่วยส่งเสริมโอกาสในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวหกเดือนของมารดาทำงานนอกบ้านถึง 4.59 เท่า (OR 1.95, 95%CI = 1.07-3.55) กล่าวคือ การสนับสนุนจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลเป็นปัจจัยส่งเสริมความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดที่ทำงานนอกบ้าน หากมารดาหลังคลอดได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรที่มีความรู้และทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาจะมีโอกาสในการประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวหกเดือน (Thepha, Marais, Bell, & Muangpin, 2017)

ถึงแม้ว่าผลการศึกษาก่อนหน้านี้ระบุว่า ความรู้ เจตคติ ความตั้งใจ และการสนับสนุนทางสังคมจากนายจ้างและเพื่อนร่วมงานเป็นปัจจัยส่งเสริมความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวครบ 6 เดือนของมารดา (Pruekphattharanon, & Nusom, 2014; Yimyam, Thapphansan, & Chumphan, 2012; Wongpikul, 2015) แต่ผลการศึกษาครั้งนี้ในกลุ่มตัวอย่างมารดาที่ทำงานนอกบ้านพบว่าปัจจัยดังกล่าวไม่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวครบ 6 เดือน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบริบทและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน เช่น ระยะเวลาในการลาคลอดที่สั้น, ประเภทของอาชีพ, ลักษณะการทำงาน, ระยะเวลาการทำงาน, และความเหนื่อยล้าจากการทำงาน อาจจะเป็นอุปสรรคสำคัญในการขัดขวางมารดาที่ทำงานนอกบ้านในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวหกเดือน (Abou-ElWafa & El-Gilany, 2019; Sulaiman, Liamputtong, & Amir, 2016)

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนถือว่าเป็นความท้าทายอย่างมากสำหรับมารดาที่ทำงานนอกบ้าน เนื่องจากมารดาต้องกลับไปทำงานหลังคลอด ซึ่งช่วงนี้ถือว่าเป็นรอยต่อสำคัญที่มารดาจะหยุดหรือให้นมบุตรอย่างเดียวต่อจนครบ 6 เดือนด้วยบริบทของสถานที่ทำงาน ลักษณะการประกอบอาชีพ ภาระหน้าที่ ทั้งในสถานที่ทำงานและในบ้าน ความเครียด แรงกดดัน และปัจจัยอื่นอีกมากมายอาจจะส่งผลให้ความมุ่งมั่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาทำงานนอกบ้านลดลง จนถึงเลิกล้มการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจะครบหกเดือน อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่ามีเพียงการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและพยาบาลส่งผลให้มารดาทำงานนอกบ้านในจังหวัดตรังสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวได้จนครบ 6 เดือน ดังนั้น พยาบาลซึ่งถือว่าเป็นกลไกสำคัญและเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน จะต้องให้ความสำคัญในการวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้มารดาสามารถให้นมบุตรได้อย่างต่อเนื่องตามเป้าหมาย อีกทั้งจะต้องผลักดันให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนในการส่งเสริมและสนับสนุนมารดาอย่างมีประสิทธิภาพ

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้สำหรับข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล การวิจัยและการศึกษาทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือนในกลุ่มมารดาทำงานนอกบ้าน โดยให้ความสำคัญในการให้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและพยาบาลแก่มารดากลุ่มเป้าหมาย ในการวางแผนการพยาบาลมารดาหลังคลอดเพื่อส่งเสริมความสำเร็จของมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขจะต้องมีการประเมินบุคคลในครอบครัวของมารดาที่มีอิทธิพลในการตัดสินใจและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว หรือโปรแกรมพัฒนาความสามารถของพยาบาลในการให้การสนับสนุนทางสังคมเพื่อเตรียมความพร้อมของมารดาหลังคลอดในการให้นมบุตรเมื่อต้องกลับไปทำงาน

ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางปฏิบัติหรือรูปแบบการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ในกลุ่มมารดาทำงานนอกบ้านโดยเฉพาะในกลุ่มมารดาประกอบอาชีพรับจ้างที่ไม่สามารถลาคลอดได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่มอบทุนสนับสนุนการวิจัยส่วนหนึ่งในการศึกษาครั้งนี้

References

Abou-ElWafa, H. S., & El-Gilany, A. (2019). Maternal Work and Exclusive Breastfeeding in Mansoura, Egypt. *Family Practice, 36*(5), 568-572. doi:10.1093/fampra/cmy120.

Aryotochter, A. A. M., Prameswari, G. N., Azinar, M., Fauzi, L., & Nugroho, E. (2018). Association Between Exclusive Breastfeeding with Health Belief Model in Working Mothers. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, *9*(12), 507-512.

Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3rd ed.) Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

Bloom, B. S. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: McGraw–Hill.

Bureau of Health Promotion. (2012). Annual Report 2012, Bureau of Health Promotion, Department of Health. Retrieved March 15, 2018, from http://hp.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=336.

Bureau of Health Promotion, Department of Health. (2013). *Annual Report*. Bangkok: Printing Office Printing House of the War Veterans Organization.

ChaiNok, L. (2015). *Factors Influencing Breast Feeding Behaviors of Postpartum Adolescent Mothers in Maharat Nakhonratchasima Hospital*. Research report Nursing Family and midwife Suranaree University of Technology, Nakhon Ratchasima. (in Thai).

Chiengta, P., Baosoung, C., & Kantaruksa, K. (2014) Effects of Social Support on Success in Exclusive Breastfeeding among Primiparous Mothers. *Nursing Journal*, *41*(3), 1-12. (in Thai).

Chisuwan, C., Prasopkittikun, T., Sangperm, P., & Payakkaraung, S. (2012). Predictive Power of Support from Husbands, Grandmothers, and Nurses on Duration of Exclusive Breastfeeding. *Journal of Nursing Science, 30*(1), 70-80. (in Thai).

Department of Health. (2013). *Breast Milk is the First Drop of the Family Bond.* Retrieved May 18, 2018, from http://www.anamai. moph.go.th/ewt_news.php?nid=773.

Department of Health. (2019). *Public Health Targets 68 Years Old, 50 Percent of Thai Children are Breastfed for 6 Months.* Retrieved June 20, 2020, from https://workpointtoday.com.

Department of Health. (2021). *Public Health Targets 68 Years Old, 50 Percent of Thai Children are Breastfed for 6 Months.* Retrieved Aug 5, 2021, from https://multimedia.anamai.moph.go.th

Dun-Dery, E. J., & Laar, A. K. (2016). Exclusive Breastfeeding among City-Dwelling Professional Working Mothers in Ghana. *International Breastfeeding Journal, 11*(1), 23. doi:10.1186 /s13 006-016-0083-8.

Eupairot, S. (2016). *The Benefits of Breast Milk for Everyone.* Retrieved April 15, 2019, from http://www. breastfeedingthai.com.

Gebrekidan, K., Fooladi, E., Plummer, V., & Hall, H. (2020). Enablers and Barriers of Exclusive Breastfeeding among Employed Women in Low and Lower Middle-Income Countries. *Sexual & Reproductive Healthcare, 25*, 100514. doi:10.1016/j.srhc.2020.100514.

Gregory, E. F., Butz, A. M., Ghazarian, S. R., Gross, S. M., & Johnson, S. B. (2015). Met Expectations and Satisfaction with Duration: a Patient-Centered Evaluation of Breastfeeding Outcomes in the Infant Feeding Practices Study II. *Journal of Human Lactation*, *31*(3), 444-451.

Jintrawet, U., tongsawas, T., & Somboon, L. (2014). Factors Associated with the Duration of Exclusive Breastfeeding among Postpartum Mothers. *Nursing Journal Volume, 41*(1), 133-144. (in Thai).

Kala, S., Khaonark, R., Tienmontree, K., Chairat, N., Sreepetch, S., & Damchuti, I. (2018). Development of a Volunteer Training Program to Promote Breastfeeding in Community. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 5*(2), 16-29. (in Thai).

Kueaaroon, P. (2013). *The Good Development Contest Started with Breast Milk 2013*. Retrieved April 9, 2018, from http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHotnew=42013.

Laoongkeaw, N. (2015). *Successful Lived Experiences of Six Months Exclusive Breastfeeding among Postpartum Mothers.* Master of Nursing Thesis, Master of Nursing Science, Graduate School, Prince of Songkla University. (in Thai).

Mungkamanee, S., Dhanawan, W., Chudujuajean, S., & Siramaneerat, I. (2017). Experiences of Full-time Working Mothers Who Exclusively Breastfeed for Six Months. *International Humanities, Social Sciences and Arts, 10*(5), 192-217.

National Statistical Office. (2016). *Labor Status Number of Employed Persons, Number of Unemployed.* Retrieved June 20, 2020, from http://service.nso.go.th/nso/web/statseries/statseries03.html.

Nuampa, S., Sinsuksai, N., Phahuwatanakorn, W., & Chanprapaph, P. (2013*). Personal Factors, First Feeding Time and Nurse Support in Predicting Successful Exclusive Breastfeeding at Discharge in Mothers with Cesarean Section.* Bachelor of Nursing Thesis Faculty of Nursing Mahidol University, Bangkok. (in Thai).

Phunpom, C., Phahuwatanakorn, W., & Limruangrong, P. (2020). Factors Influencing a 6-Month Exclusive Breastfeeding Period in Working Mothers. *Nursing Science Journal of Thailand*, *38*(1), 47-59. (in Thai).

Puapornpong, P. (2019). Factors Affecting Only Breastfeeding in Remote Communities. Retrieved April 30, 2019, from www.guruobgyn.com.

Plaichum, S., Tongswas, T., & Somboon, L. (2012). Factors Related to Breastfeeding Duration among Adolescent Mothers. *Nursing Journal Volume, 39*(2), 79-87. (in Thai).

Prameswari, G. N., & Kurnia, A. R. (2018). Qualitative Study of Exclusive Breastfeeding Success among Working Mother. *Advances in Health Science Research, 12*, 185-190.

Pruekphattharanon, K., & Nusom, P. (2014). Factors Related to Post-Delivery Mothers' Determination to Feed Their Babies Only by Breastfeeding. *Thai Journal of Nursing Council*, *29*(3), 55-68. (in Thai).

Ratnasari, D., Paramashanti, B. A., Hadi, H., Yugistyowati, A., Astiti, D., & Nurhayati, E. (2017). Family support and exclusive breastfeeding among Yogyakarta mothers in employment. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, *26*(Supplement), S31.

Rattasumpun, S., & Keawma, B. (2018). Factors Predicting Successfulness in Exclusive Breastfeeding among Working Mothers. *Journal of Songkhla Nakarin Nursing*, *38*(4), 14-24. (in Thai).

Sangkla, J. (2014). *Factors Associated with Exclusive Breastfeeding: a Case Study in a Semi-Urban Area, Kanchanaburi*. Master of Arts Thesis Faculty of Fine Arts Mahidol University. (in Thai).

Sinsuksai, N., Yusamran, C., Phupaibul, R. (2014). Breastfeeding Behavior in a Suburban Community. *TJNC, 29*(3), 69-79. (in Thai).

Sulaiman, Z., Liamputtong, P., & Amir, L. H. (2016). The Enablers and Barriers to Continue Breast Milk Feeding in Women Returning to Work. *Journal of Advanced Nursing*, *72*(4), 825-835.

Tangsuksan, P., Ratinthorn, A., Sindhu, S., Spatz, D. L., & Viwatwongkasem, C. (2020). Factors Influencing Exclusive Breastfeeding among Urban Employed Mothers: A Case-Control Study. *Pacific Rim International Nursing Journal, 24*(1), 54-72.

Thepha, T., Marais, D., Bell, J., & Muangpin, S. (2017). Facilitators and Barriers to Exclusive Breastfeeding in Thailand: A Narrative Review. *Journal of Community and Public Health Nursing, 3*(1), 1000160. doi:10.4172/2471-9846.1000160

Vongsubtawee, J. (2010). *Factors Affecting Exclusive Breastfeeding Practice in Families Having 6 Months Old Children, Chachoengsao Province*. Master of Nursing Science Thesis Faculty of Nursing Burapha University. (in Thai).

Weerakul, J. (2015). Factors Associated with Success in Promoting Exclusive Breastfeeding for 6 Months in Naresuan University Hospital. *Naresuan Research*, *12*(1), 746-757. (in Thai).

Wungkum, A., Thaiyapirom, N., & Jintrawe, U. (2011). Factors Related to Continued Breast Feeding among Mothers with Preterm Infants. *Nursing Journal*, *38*(3), 73-85.

Wongpikul, O. (2015). *Knowledge, Attitudes and Practices of Pregnant Women in Muang District Health Promotion Hospital, Nakhon Ratchasima Province.* Retrieved June 7, 2018, from http://www.anamai.moph.go.th/ download.

World Health Organization [WHO]. (2013). *World Health Statistics 2013.* Geneva: World Health Organization.

Yimyam, S., Thapphansan, P., & Chumphan, S. (2012). Development of Ways of Promoting Breastfeeding in Workplaces. *Thai Journal of Nursing Council*, *27*(2), 122-133. (in Thai).

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

ผลของโปรแกรมการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

Intention of Breastfeeding among Mothers with Cesarean Section: The Effects of a Nursing Program Based on the Planned Behavior Theory

นิตยา ไชยรัตน์[1] และ ศศิกานต์ กาละ[2*]
Nittaya Chairat[1] and Sasikarn Kala[2*]
นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์[1],
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์[2*]
Master student, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University[1],
Faculty of Nursing, Prince of Songkla University[2*]

(Received: *July 26, 2020*; Revised: *October 25, 2021*; Accepted: *January 21, 2022*)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องขณะอยู่โรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ แผนกฝากครรภ์และเข้ารักษาต่อเนื่องในระยะหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ณ แผนกสูติกรรม โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของภาคใต้ เลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 25 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน สื่อภาพพลิก และคู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินเจตคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และของบุคคลอ้างอิง 3) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติที่คู่และสถิติทีอิสระ ผลวิจัยพบว่า

1. มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังได้รับโปรแกรม (M=52.16, SD=3.51) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (M=42.24, SD=4.64) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=3.50, p<.01)

2. มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (M=52.16, SD=3.51) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (M=49.64, SD=4.72) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=2.14, p<.05)

โปรแกรมการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน สามารถใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดากลุ่มผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม และสามารถใช้เป็นแนวทางเพื่อการวางแผนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องให้สำเร็จตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะแรกเริ่มหลังคลอด และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างต่อเนื่องจนถึง 6 เดือนหลังคลอด

คำสำคัญ: มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง, ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kalasasikarn@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-6082126)

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of nursing program applying the theory of planned behavior on intention of breastfeeding among mothers with cesarean section during postpartum period in a general public hospital in Southern Thailand. Fifty pregnant women who attended the antenatal clinic, and subsequently gave birth, were recruited, and received care at the postpartum unit. They were allocated to an experimental group (n = 25) and a control group (n = 25). The study instruments were divided in 3 parts: 1) the nursing program based on the planned behavior theory (experimental tool), 2) questionnaires on breastfeeding attitude of cesarean section mothers, and on breastfeeding attitude of subjective norm (monitoring research instruments), and 3) the breastfeeding intention questionnaire as well as a form for personal data (data-collecting instrument). Data were analyzed by using independent t-test and dependent t-test.

The results were summarized as follows: 1) Participants in the experimental group had significantly higher mean score of breastfeeding intention after intervention (M= 52.16, SD= 3.51) than before (M=42.24, SD=4.64) (t=3.50, p<.01), and 2) Participants in the experimental group had significantly higher mean score on breastfeeding intention after intervention (M=52.16, SD=3.51) than of those in the control group (M=49.64, SD=4.72) (t=2.14, p<.05).

Research also showed how family involvement could help mothers to improve their breastfeeding intention after cesarean section. Therefore, this program can be used to guide a further nursing care plan to promote successful breastfeeding among cesarean section mothers since the antepartum, initiation after cesarean section, and further exclusive breastfeeding of the six months postpartum period.

Keywords: Cesarean Section Mothers, Intention of Breastfeeding, Theory of Planned Behavior

บทนำ

นมแม่เป็นอาหารธรรมชาติที่ดีที่สุด ไม่มีอาหารอื่นใดมีประโยชน์และเหมาะสมกับทารกแรกเกิดมากที่สุดเทียบเท่านมแม่ (Kala, Khaonark, Tienmontree, Chairat, Sreepetch, & Damchuti, 2018) มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันถึงประโยชน์ของนมแม่ที่มีอย่างนานับปการ ทั้งประโยชน์ต่อมารดาและทารก แต่จากการสำรวจอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนในประเทศไทย พบว่า ยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน อย่างน้อยร้อยละ 50 ของมารดาหลังคลอดทั่วโลก แต่ในประเทศไทย พบเพียงร้อยละ 5.4 ในปี 2548 ร้อยละ 12.5 ในปี 2555 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 23.1 ในปี 2559 (Unicef, 2016) และจากรายงานการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562 พบอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน เพียง ร้อยละ 14 (National Statistical Office of Thailand, 2020) จากสถานการณ์ดังกล่าว จะเห็นได้ว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทยยังไม่ประสบความสำเร็จ โดยเฉพาะมารดากลุ่มที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องซึ่งมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนต่ำกว่ามารดาคลอดปกติถึง 4.46 เท่า (Khutrakul, 2010) และพบว่า มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเริ่มต้นให้นมทารกในหนึ่งชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพียงร้อยละ 18.9 ส่วนมารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอด สามารถให้นมทารกในหนึ่งชั่วโมงแรกหลังคลอดร้อยละ 51.2 (Orun, Yalcin, Madendag, Ustunyurt-Eras, Kutluk, & Yurdakok, 2010) โดยพบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่พบร้อยละ 56 จะลดเหลือเพียงร้อยละ 18.7 เมื่อครบ 6 เดือนหลังคลอด (Sinsuksai, Nuampa, & Chanprapaph, 2017) การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกลุ่มมารดาที่ผ่าตัด

คลอดทางหน้าท้องขณะอยู่โรงพยาบาลจึงมีความสำคัญ เพื่อช่วยเพิ่มศักยภาพของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในระยะยาวให้ประสบความสำเร็จมากขึ้น (Kling, Haile, Francescon, & Chertok, 2016)

จากข้อมูลดังกล่าวจึงมีการศึกษาเพื่อช่วยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีความตั้งใจการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเหมาะสมตั้งแต่ระยะแรกหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีหลายวิธีดังต่อไปนี้ 1) การให้ความรู้ การชมสื่อวีดิทัศน์ ร่วมกับการแจกคู่มือและฝึกทักษะปฏิบัติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Budsaengdee, Kantaruks, & Chareonsanti, 2013) 2) การมีส่วนร่วมของสามีและญาติ (Tully & Ball, 2014) และ 3) การสนับสนุนจากพยาบาล (Nuampa, Sinsuksai, Phahuwatanakorn, & Chanprapaph, 2013; Loto, Adewuya, Ajenifuja, Orji, Ayandiran, Owolabi et al., 2010) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า วิธีการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องส่วนใหญ่จะเป็นการส่งเสริมในระยะหลังคลอด พบเพียงการศึกษาจากประเทศจีนที่ทำการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ พบว่า ช่วยให้มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) (Ding & Luo, 2019) สำหรับในประเทศไทยยังไม่พบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กลุ่มมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในระยะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ทราบล่วงหน้าว่าจะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Elective Cesarean Section) พบเพียงการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในวันที่นัดหญิงตั้งครรภ์มาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ผลการศึกษาพบว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มทดลองมีความสามารถในการให้นมและคะแนนการไหลของน้ำนมระยะ 48 ชั่วโมงไม่แตกต่างกัน (p>.05) (Baimonta, Nirattharadorn, & Kamolwarin, 2015) จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในวันที่นัดมารดามาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอาจมีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาในทบทวนความรู้ และพบว่าการพยาบาลตามปกติในระยะตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่เป็นวิธีการให้ความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับมารดาที่คลอดปกติ ขาดข้อมูลการส่งเสริมเรื่องการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องซึ่งเป็นปัจจัยขัดขวางความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากการศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะช่วยให้มารดาจัดการและควบคุมความปวดได้ด้วยตนเองในระยะหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Soltanifar & Russell, 2012; Iamchareon, 2016) และพบว่า แม้มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะรู้สึกปวดแผล เหนื่อยล้า แต่เมื่อมารดารับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ช่วยให้มารดารู้สึกมีแรงจูงใจและมีเจตคติที่ดีและสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จตั้งแต่ระยะแรกหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Tully & Ball, 2014) ดังนั้นการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์เพื่อให้ความรู้แก่มารดาได้อย่างเต็มที่ในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการจัดการกับความปวดอาจช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ที่ต้องผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความรู้ มีความวิตกกังวลลดลง ส่งผลต่อเจตคติที่ดีในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น

การสร้างเจตคติที่ดีด้วยกระบวนการให้ความรู้ มีความสำคัญและส่งผลให้เกิดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างเหมาะสม ถึงแม้จะต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เจตคติที่ดีเป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้างความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior: TPB) ของเอจเซน (Ajzen, 1991) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ใช้ในการส่งเสริมให้บุคคลเกิดความตั้งใจและพฤติกรรม โดยอาศัยการสร้างเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับมารดาหลังคลอดอย่างแพร่หลาย ดังนี้ 1) ในกลุ่มมารดาหลังคลอดครรภ์แรก พบว่าสามารถช่วยให้มารดาหลังคลอดมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mohammadi Zeidi, Pakpour Hajiagha, & Mohammadi Zeidi, 2015) 2) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานนอกบ้าน ที่พบว่า ผลของโปรแกรมประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ทำงานนอกบ้านมีเจตคติและความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนหลังคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) (Danthes, 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า การนำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนสามารถช่วยให้มารดามีเจตคติและความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างสำเร็จในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์แรกและกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานนอกบ้าน ซึ่งยังไม่พบการส่งเสริมในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีข้อบ่งชี้ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า

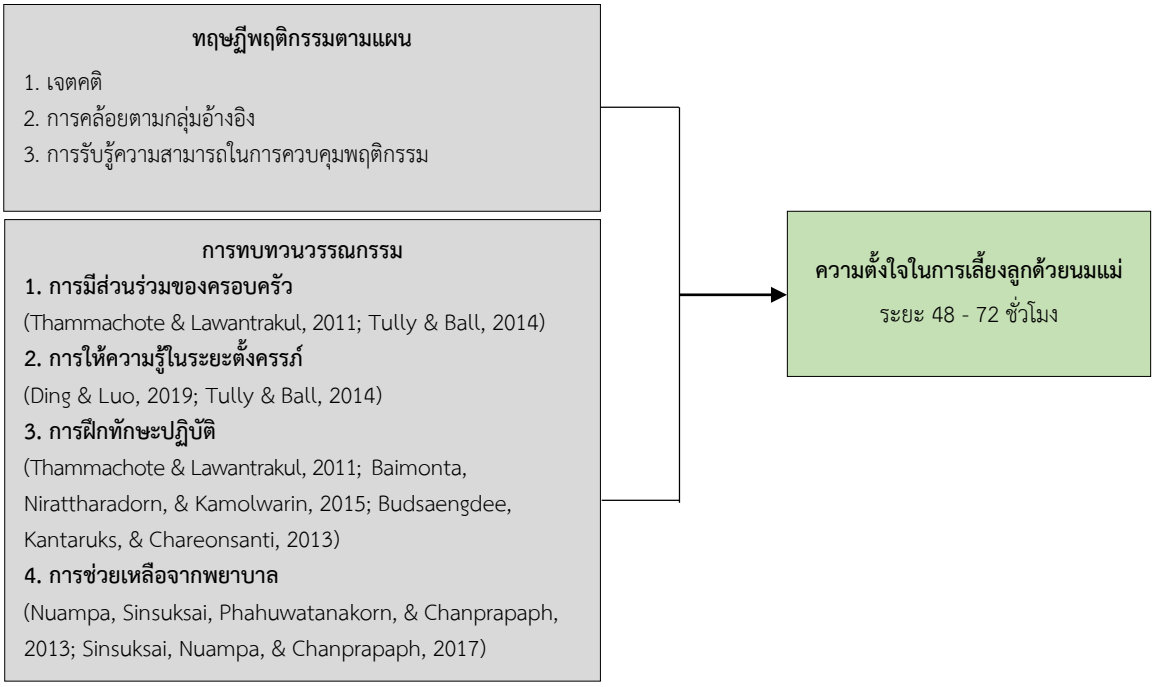
การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกลุ่มมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องส่วนใหญ่จะเป็นการส่งเสริมในระยะหลังคลอด ซึ่งเป็นระยะที่มารดาอาจมีข้อจำกัดในการรับทราบข้อมูล ดังนั้นการนำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมาประยุกต์ใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยใช้วิธีการสร้างเจตคติที่ดีในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และนำบุคคลสำคัญของครอบครัว หรือกลุ่มอ้างอิงเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อให้เกิดความร่วมมือกันวางแผนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สำเร็จตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์และระยะแรกเริ่มหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง นำไปสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior : TPB) ของเอจเซน (Ajzen, 1991) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กิจกรรมในโปรแกรมการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน มีองค์ประกอบ 4 ประการ ได้แก่ 1) เจตคติ (Attitude) 2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm) 3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavior Control) และ 4) ความตั้งใจ (Intention) สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ได้นำองค์ประกอบของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมการพยาบาลแต่ละขั้นตอน เพื่อช่วยให้มารดามีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สำเร็จตั้งแต่ระยะแรกหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) ซึ่งเป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group, Pretest- Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอายุครรภ์ 35 - 37 สัปดาห์ ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของภาคใต้ จำนวน 50 ราย และเข้ารักษาต่อเนื่อง ณ แผนกสูติกรรมในระยะหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติตามที่กำหนด ได้แก่ 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในการตั้งครรภ์ที่ผ่านมาไม่เกิน 2 ครั้ง หรือ หญิงตั้งครรภ์แรกที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 2) หญิงตั้งครรภ์ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์และไม่มีโรคประจำตัว 3) มีเต้านมและหัวนมปกติและไม่มีข้อห้ามในการให้นมลูก 4) มีบุคคลอ้างอิง และ 5) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ส่วนคุณสมบัติที่คัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) มีการแยกทารกจากมารดาและไม่สามารถดูดนมจากเต้ามารดาได้ในระยะที่ดำเนินการวิจัย 2) ทารกมีข้อห้ามในการดูดนมมารดาหรือมีภาวะสุขภาพที่ไม่สามารถดูดนมมารดาได้ 3) มารดามีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมและอายุรกรรมหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและ 4) เปลี่ยนบุคคลอ้างอิง หรือบุคคลอ้างอิง ไม่ใช่คนเดิมในระยะตั้งครรภ์ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดแล้วจัดให้กลุ่มตัวอย่าง มีความเท่าเทียมกันโดยนำมาจับคู่ (Match Pair) ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด โดยพิจารณาถึงองค์ประกอบดังนี้ 1) หญิงตั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง 2) อายุของหญิงตั้งครรภ์ 3) ลักษณะความเกี่ยวข้องของบุคคลอ้างอิงกับหญิงตั้งครรภ์

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power Analysis) ของ Cohen (1988) โดยหาค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) จากการทบทวนงานวิจัยที่ใกล้เคียง ซึ่งใช้การศึกษา เรื่อง ผลของโปรแกรมการสอนโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเป็นฐานต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของหญิงตั้งครรภ์ เมืองดาร์เมียน ประเทศอิหร่าน (Rasoli, Masoudy, Ansari & Bagheri, 2020) คำนวณขนาดอิทธิพลของตัวแปรตามความตั้งใจได้เท่ากับ .97 แต่เพื่อให้การศึกษาครั้งนี้มีความน่าเชื่อถือ จึงใช้ค่าขนาดอิทธิพลที่ .80 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.95 อำนาจการทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ 0.80 โดยเปิดตารางอำนาจการทดสอบของโพลิทและเบค (Polit & Beck, 2012) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มละ 25 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ประกอบด้วย 1) แผนการปรับเจตคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ประกอบด้วยเนื้อหา ประโยชน์และความจำเป็นของนมแม่ต่อสุขภาพของทารกที่คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ผลกระทบของนมผสมต่อสุขภาพลูกน้อย, การวางแผนและขั้นตอนปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง รวมทั้งวิธีการแก้ไขปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สื่อที่ใช้ในการสอน ประกอบด้วย อุปกรณ์การสาธิตการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ เต้านมปลอม ตุ๊กตาทารกแรกเกิด เป็นต้น 2) สื่อภาพพลิก มีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการปรับเจตคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและ 3) คู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง เพื่อกำกับการทดลองในการดำเนินการการทดลอง ดังนี้

2.1 แบบประเมินเจตคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นแบบประเมินที่ใช้สำหรับประเมินเจตคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อควบคุมความเท่าเทียมของกลุ่มตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด และใช้ประเมินเจตคติฯของมารดากลุ่มทดลองซ้ำหลังจากดำเนินการสร้างเจตคติในระยะตั้งครรภ์ โดยผู้วิจัยสร้างเครื่องมือขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเจตคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบสอบถามมีข้อคำถามทั้งหมด

14 ข้อ โดยเป็นคำถามที่มีความหมายด้านบวก 8 ข้อ และด้านลบ 6 ข้อ ลักษณะการเลือกตอบ เป็นแบบประเมินค่า (Likert scale) มี 5 ระดับ อยู่ในช่วง 0 – 70 คะแนน

2.2 แบบประเมินเจตคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของบุคคลอ้างอิง เป็นแบบประเมินที่ใช้สำหรับประเมินเจตคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของบุคคลอ้างอิง ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเพื่อควบคุมความเท่าเทียมของกลุ่มตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด และใช้ประเมินเจตคติฯของบุคคลอ้างอิงกลุ่มทดลองซ้ำหลังจากดำเนินการสร้างเจตคติในระยะตั้งครรภ์ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเจตคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามมีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ โดยเป็นคำถามที่มีความหมายด้านบวก 8 ข้อ และด้านลบ 6 ข้อ ลักษณะการเลือกตอบเป็นแบบประเมินค่า (Likert Scale) มี 5 ระดับ อยู่ในช่วง 0 – 70 คะแนน

3. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ จำนวนครั้งในการตั้งครรภ์ ประวัติการคลอดในครรภ์ก่อน ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการลาคลอด ลักษณะครอบครัว ประสบการณ์และปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในลูกคนก่อน บุคคลอ้างอิง (ที่เป็นผู้ดูแลหลักขณะอยู่ในโรงพยาบาล)

3.2 แบบประเมินความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจ และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแบบสอบถามมีข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ ลักษณะการเลือกตอบเป็นแบบประเมินค่า (Likert Scale) มี 5 ระดับ โดยเป็นคำถามที่มีความหมายด้านบวกทั้งหมด อยู่ในช่วง 0 – 55 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ประกอบด้วย 1) แผนการปรับเจตคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2) สื่อภาพพลิก และ 3) คู่มือการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการปรับเจตคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ฯ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสูติศาสตร์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพแผนกหลังคลอดผู้เชี่ยวชาญในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 1 ท่านและอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรมเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และภาพประกอบ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้กับมารดาระยะตั้งครรภ์ที่มีประวัติการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างและบุคคลอ้างอิง จำนวน 5 คู่

2. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ประกอบด้วย แบบประเมินเจตคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและแบบประเมินเจตคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของบุคคลอ้างอิง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ดังข้างต้น ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .93 ทั้ง 2 ชุด จากนั้นไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่วางแผนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของภาคใต้ จำนวน 20 คน แล้วนำคะแนนมาหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .79 และ .75

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบประเมินความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ดังข้างต้น ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .87 จากนั้นไปทดลองใช้กับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่วางแผนผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของภาคใต้ จำนวน 20 คน แล้วนำ

คะแนนมาหาค่าอำนาจจำแนกนำแบบวัดที่ผ่านเกณฑ์ค่าอำนาจจำแนกแล้ว มาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นรายคู่ (มารดาและบุคคลอ้างอิง) โดยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลในมารดาและบุคคลอ้างอิงในกลุ่มควบคุมจนครบ 25 ราย จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง อีก 25 ราย เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Contaminate) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการในระยะตั้งครรภ์ และระยะหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ดังภาพ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ เรื่องการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ (Normality) โดยสถิติทดสอบค่าที โดยการทดสอบโคลโมโกรอฟ สเมียร์นอฟ (Test of Normality - Kolmogorov: K-S test) ทดสอบสัมประสิทธิ์ความโด่งและความเบ้ของการแจกแจง (Skewness and Kurtosis test) พิจารณาลักษณะการแจกแจงของข้อมูลแผนภูมิอิสโตแกรม (Histogram) และตรวจสอบความเท่ากันของค่าความแปรปรวนระหว่างข้อมูลแต่ละชุด (Test of Homogeneity of Variance) โดยใช้สถิติลีวินส์ (Levene' s Test) พบว่า ข้อมูลมีการกระจายในลักษณะที่ใกล้เคียงกับการแจกแจงปกติ และความแปรปรวนของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันจึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที (t-test) ดังนี้

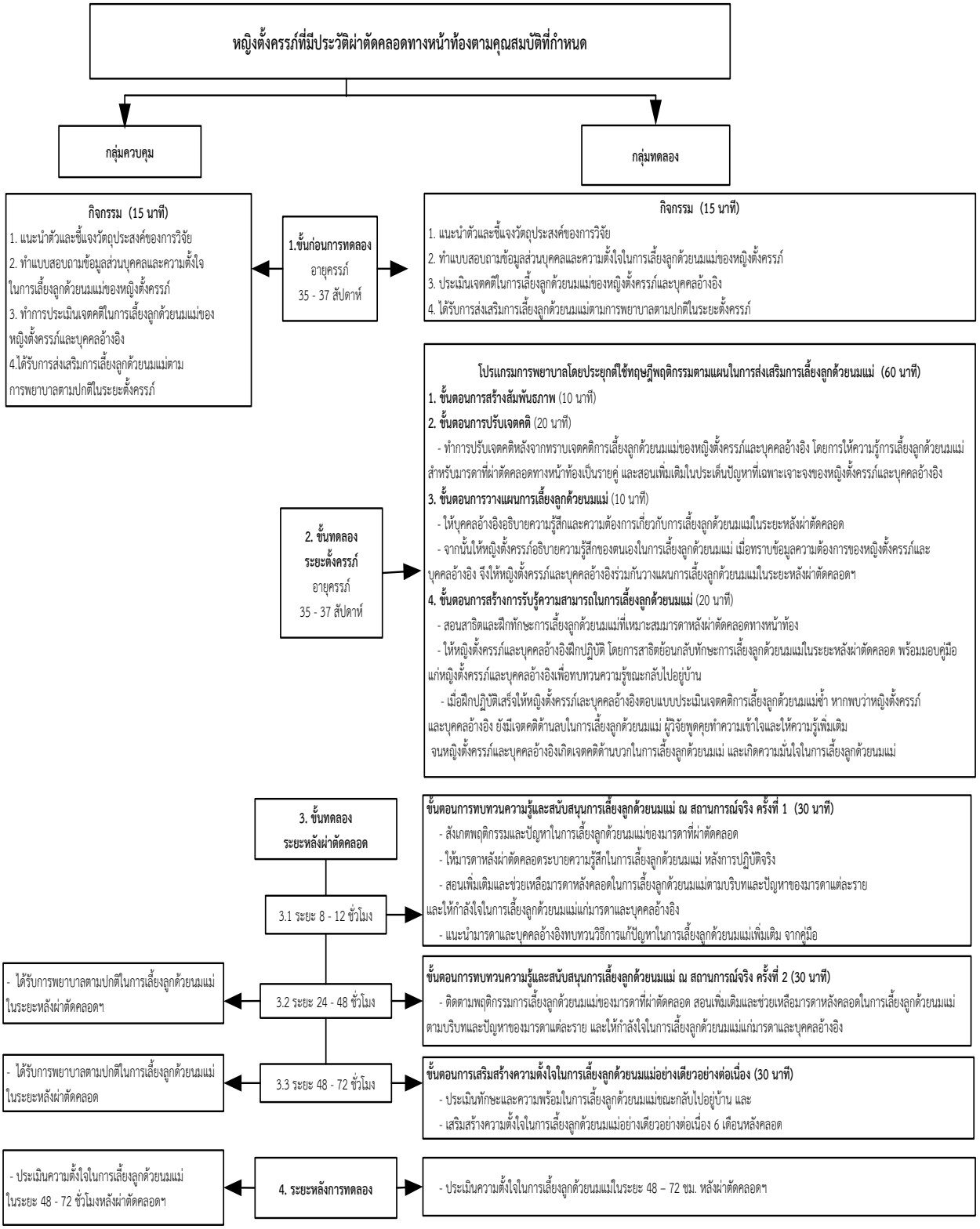
1. ข้อมูลทั่วไป นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธี การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired-t-test)

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงระยะ 48 - 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t – test)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้ดำเนินการตามขั้นตอน โดยผ่านการพิจารณาได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์เลขที่ 2018 NST – Qn 020 และผ่านการพิจารณาการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ลงวันที่ 16 มกราคม 2562 จึงดำเนินการทดลอง



ภาพ 2 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์และกลุ่มอ้างอิงในกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์มีอายุระหว่าง 20 - 35 ปี ร้อยละ 72 บุคคลอ้างอิงส่วนใหญ่ คือ สามี ร้อยละ 92 รองลงมา คือ แม่ของตนเองและพี่สาวหรือน้องสาว จำนวนครั้งในการตั้งครรภ์เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 ถึง ครั้งที่ 4 ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ร้อยละ 60 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ เฉลี่ยร้อยละ 68 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 48 หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 36 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างและค้าขายตามลำดับ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน อยู่ในช่วง 10,001-15,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 28 และ อยู่ในช่วง 15,001-20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 28 เช่นกัน หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่ได้ลาคลอด ร้อยละ 80 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 80 หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีประวัติผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ร้อยละ 96 และไม่เคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องหรือเป็นการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครั้งแรก ร้อยละ 4 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในลูกคนก่อนร้อยละ 84 และมีปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในลูกคนก่อน ร้อยละ 44

ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์และกลุ่มอ้างอิงในกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์มีอายุระหว่าง 20 - 35 ปี ร้อยละ 72 บุคคลอ้างอิงส่วนใหญ่ คือ สามี ร้อยละ 92 รองลงมา คือ แม่ของตนเองและพี่สาวหรือน้องสาว จำนวนครั้งในการตั้งครรภ์เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 ถึง ครั้งที่ 4 ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ร้อยละ 56 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ เฉลี่ยร้อยละ 60 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 56 หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 36 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างและค้าขายตามลำดับ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน อยู่ในช่วง 15,001-20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 40 หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่ได้ลาคลอดร้อยละ 72 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 72 หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีประวัติผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ร้อยละ 88 และไม่เคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องหรือเป็นการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครั้งแรก ร้อยละ 12 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในลูกคนก่อน ร้อยละ 88 และมีปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในลูกคนก่อน ร้อยละ 68

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่มโดยใช้สถิติไค-สแควร์และสถิติฟิชเชอร์ตามระดับตัวแปร พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการตั้งครรภ์ ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>.05) นอกจากนี้ได้ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเจตคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงตั้งครรภ์และบุคคลอ้างอิง และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนการทดลองของหญิงตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองด้วยสถิติทีอิสระ ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเจตคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงตั้งครรภ์และบุคคลอ้างอิง และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนการทดลองของหญิงตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองด้วยสถิติทีอิสระ (N=50)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n=25)				กลุ่มทดลอง (n=25)				*t*
	Min	*Max*	*M*	*SD*	*Min*	*Max*	*M*	*SD*	
- เจตคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงตั้งครรภ์	47.00	63.00	52.92	4.80	30.00	65.00	53.40	7.72	.26 *ns*
- เจตคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของบุคคลอ้างอิง	43.00	61.00	51.96	5.43	35.00	68.00	52.16	6.35	.12 *ns*
- ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงตั้งครรภ์	40.00	55.00	47.72	4.70	36.00	55.00	48.24	4.64	.39 *ns*

ns = Not Statistically Significant

จากตาราง 1 แสดงข้อมูลการทดสอบความเท่าเทียมของค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงตั้งครรภ์และบุคคลอ้างอิง และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนการทดลองของหญิงตั้งครรภ์

ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองด้วยสถิติทีอิสระ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหญิงตั้งครรภ์ ค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของบุคคลอ้างอิง และค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p>.05)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลทดสอบความแตกต่างของความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลทดสอบความแตกต่างของความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และภายในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนโดยใช้สถิติทีคู่ (N=50)

กลุ่ม	ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว				t
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		
	M	*SD*	*M*	*SD*	
กลุ่มควบคุม *(n=25)*	47.72	4.69	49.64	4.72	1.61^{ns}
กลุ่มทดลอง *(n=25)*	48.24	4.64	52.16	3.51	3.50**

ns = Not Significant

**p < .01

จากตาราง 2 พบว่า ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว พบว่า คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=1.61, p>.05) ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=3.50, p<.01)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลทดสอบความแตกต่างของความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนโดยใช้สถิติทีอิสระ (N=50)

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลทดสอบความแตกต่างของความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนโดยใช้สถิติทีอิสระ (N=50)

ตัวแปรตาม	ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว				t
	กลุ่มควบคุม *(n=25)*		กลุ่มทดลอง *(n=25)*		
	M	*SD*	*M*	*SD*	
ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวหลังการทดลอง	49.64	4.72	52.16	3.51	2.14*

*p < .05

จากตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวระยะหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยสถิติทีอิสระ พบว่า ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวระยะหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=2.14, p<.05)

อภิปรายผล

โปรแกรมการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน เป็นโปรแกรมที่ประยุกต์องค์ประกอบของทฤษฎีในแต่ละขั้นตอนร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กลุ่มมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพื่อช่วยให้มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความตั้งใจในการวางแผนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สำเร็จตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ โดยใช้วิธีการประเมินเจตคติและพูดคุยให้ความรู้เป็นรายคู่ โดยการนำบุคคลอ้างอิง ซึ่งเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อมารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยใช้กระบวนการให้ความรู้เพื่อปรับเจตคติแบบรายคู่ พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ผ่านมา จากนั้นผู้วิจัยจึงให้ความรู้ที่เฉพาะเจาะจงตามประเด็นปัญหาของมารดาและบุคคลอ้างอิงแต่ละราย ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยให้มารดาและบุคคลอ้างอิงรับทราบข้อมูลที่ความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ช่วยให้มารดาและบุคคลอ้างอิงมีเจตคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และเกิดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สำเร็จตั้งแต่ระยะแรกเริ่มหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องตลอดจนมีการวางแผนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกันของมารดาและบุคคลอ้างอิง และฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งเป็นกระบวนการเสริมสร้างความมั่นใจและการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พร้อมทั้งมอบคู่มือเพื่อทบทวนในระยะตั้งครรภ์ และติดตามมารดาอย่างต่อเนื่องในระยะหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเป็นกระบวนการให้ความรู้เพื่อสร้างเจตคติ ในโปรแกรมฯ ช่วยให้มารดาและบุคคลอ้างอิงเกิดการรับรู้ข้อมูลที่สำคัญของผลกระทบจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องต่อสุขภาพมารดาและทารก รวมถึงความสำคัญในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งพบว่า หลังผ่านกระบวนการปรับเจตคติ หญิงตั้งครรภ์และบุคคลอ้างอิงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงขึ้น โดยหญิงตั้งครรภ์มีคะแนนเจตคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงขึ้นจาก 53.40 คะแนน (*SD*=7.72) เป็น 66.44 คะแนน (*SD=6*.51) เช่นเดียวกับบุคคลอ้างอิงที่มีคะแนนเจตคติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงขึ้นจาก 52.16 คะแนน (*SD*=6.35) เป็น 66.64 คะแนน (*SD*=4.85) ซึ่งการให้ความรู้เป็นรายคู่เป็นวิธีที่ช่วยให้บุคคลเกิดเจตคติที่ดีและมีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า วิธีการให้ความรู้ ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ที่ทำงานนอกบ้านมีเจตคติและความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) (Danthes, 2016) และพบว่าเจตคติ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้งในระยะเริ่มต้นและระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Lawton, Ashley, Dawson, Waiblinger, & Conner, 2012)

นอกจากนี้โปรแกรมฯ ยังมีการให้มารดาและบุคคลอ้างอิงฝึกทักษะปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์เพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ช่วยให้มารดาและบุคคลอ้างอิง เรียนรู้และเข้าใจบทบาทของตนเอง จากการฝึกทักษะปฏิบัติในสถานการณ์จำลองตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rojanasheeva (2012) ที่พบว่า การให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะปฏิบัติ ช่วยให้มารดาหลังคลอดครรภ์แรกเกิดการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สูงกว่ามารดากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากโปรแกรมจึงช่วยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม และในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของมารดา เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในระยะ 6 เดือน (Rahimi, Dehdari, Faryabi, & Ghazvinian, 2015)

โปรแกรมการศึกษาในระยะหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องครั้งนี้ เป็นขั้นตอนการติดตามและประเมินมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามแผนที่วางไว้ในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งระยะนี้อาจเกิดความล้มเหลวในการปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้หากมารดาประสบปัญหาในสถานการณ์จริง อาจส่งผลทำให้มารดาลดความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยจึงติดตามทบทวนความรู้ ช่วยเหลือมารดาตามบริบทและปัญหาของมารดาแต่ละราย พร้อมทั้งสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยการให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจแก่มารดา โดยผู้วิจัยประเมินทักษะและความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขณะอยู่โรงพยาบาล ช่วยเหลือและทบทวนวิธีการแก้ไขปัญหาที่อาจจะพบในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มเติม เพื่อให้มารดาเกิดความตั้งใจในการปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างต่อเนื่องจนถึง 6 เดือนหลังคลอด และผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องกลุ่มทดลองมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยแม่ก่อนออกจากโรงพยาบาลสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

จะเห็นได้ว่ากระบวนการของโปรแกรมการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ช่วยให้มารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความตั้งใจในการวางแผนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สำเร็จตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ และมีความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องในขณะอยู่โรงพยาบาลและก่อนกลับบ้าน กระบวนการดังกล่าวจึงเป็นการเสริมศักยภาพของมารดาให้มีความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีแนวโน้มที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างต่อเนื่องจนถึงระยะ 6 เดือนหลังคลอด (Kling, Haile, Francescon, & Chertok, 2016) สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันผลของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ดังนี้ 1) การศึกษาของ Danthes (2016) ที่พบว่า ผลของโปรแกรมประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน โดยการให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะปฏิบัติและบุคคลในครอบครัวตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ทำงานนอกบ้านมีเจตคติและความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนหลังคลอดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ 2) การศึกษาของประเทศอิหร่าน ที่พบว่าโปรแกรมการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการให้ความรู้ที่สำคัญในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์และติดตามพฤติกรรมในระยะหลังคลอด ช่วยให้มารดาที่ทำงานนอกบ้านกลุ่มทดลองมีคะแนนเจตคติและความตั้งใจการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Mohammadi Zeidi, Pakpour Hajiagha, & Mohammadi Zeidi, 2015) จะเห็นได้ว่าการนำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สามารถช่วยให้มารดามีเจตคติและความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวตามแผนที่วางไว้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ได้อย่างสำเร็จ ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญ นำไปสู่พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สำเร็จในโอกาสต่อไป เนื่องจากความตั้งใจสามารถทำนายพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Guo, Wang, Liao, & Huang, 2016)

ดังนั้น โปรแกรมการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน จึงสามารถใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกลุ่มมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพื่อสร้างเจตคติและความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์และระยะแรกเริ่มหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพื่อเป็นการเริ่มต้นที่ดีที่ช่วยให้มารดามีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวต่อเนื่องจนถึงระยะ 6 เดือนหลังคลอด

การนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากร สถานพยาบาล และสถาบันการศึกษา สามารถนำรูปแบบโปรแกรมการพยาบาลไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่มารดาที่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ และเป็นรูปแบบการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องซึ่งประสบปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ามารดาหลังคลอดปกติ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

โปรแกรมการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเป็นโปรแกรมที่ดำเนินการตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์และติดตามต่อเนื่องในระยะหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เป็นโปรแกรมที่มีการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ที่คำนึงถึงบริบทปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะแรกเริ่มของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ตลอดจนการจัดการกับอาการข้างเคียงหลังผ่าตัด

อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการในระยะเวลาที่จำกัด และติดตามผลลัพธ์เฉพาะช่วงเวลาที่มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอยู่ในโรงพยาบาลเท่านั้น จึงควรติดตามประเมินความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในระยะ 6 เดือน ถึง 2 ปีหลังคลอด ตลอดจนประเมินความสำเร็จในพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และอย่างต่อเนื่องในระยาวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่มอบทุนส่วนหนึ่งในการสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้

References

Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *50*(2), 179-211.

Baimonta, L., Nirattharadorn, M., & Kamolwarin, S. (2015). The Effect of Promoting Breast Feeding Program on Maternal Breastfeeding and Milk Flow among Women Experiencing Cesarean Section. *Nursing Journal, 42*(4), 65-75. (in Thai).

Budsaengdee, B., Kantaruks, K., & Chareonsanti, J. (2013). Effects of Self-Effiicacy Promotion on Success in Exclusive Breastfeeding among Cesarean Section Mothers. *Nursing Journal*, *40*(3), 1-10. (in Thai).

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Danthes, D. (2016). *Effects of Breastfeeding Promoting Program for Working Pregnant Women on Attitude and Intention to Exclusive Breastfeeding*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Master Degree in Faculty of Nursing Burapha University. (in Thai).

Ding, T. T., & Luo, B. R. (2019). Effect of Individualized Intervention on Postpartum Breast-Feeding Behavior After Cesarean Section. *Journal of Sichuan University. Medical Science Edition*, *50*(4), 609-614.

Guo, J. L., Wang, T. F., Liao, J. Y., & Huang, C. M. (2016). Efficacy of The Theory of Planned Behavior in Predicting Breastfeeding: Meta-Analysis and Structural Equation Modeling. *Applied Nursing Research*, *29*, 37-42.

Iamchareon, T. (2016). Nursing Role in Pain Management after Cesarean Section. *Journal of Nursing and Health Care*, *34*(1), 6-14. (in Thai).

Kala, S., Khaonark, R., Tienmontree, K., Chairat, N., Sreepetch, S., & Damchuti, I. (2018). Development of a Volunteer Training Program to Promote Breastfeeding in Community. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, *5*(2), 16-29. (in Thai).

Khutrakul, P. (2010). Factors Related to Breastfeeding Mother Only, at Least 6 Months Phutthaisong Hospital. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Master Degree in Faculty of Nursing Khon Kaen University. (in Thai).

Kling, D., Haile, Z. T., Francescon, J., & Chertok, I. (2016). Association Between Method of Delivery and Exclusive Breastfeeding at Hospital Discharge. *The Journal of the American Osteopathic Association*, *116*(7), 430-439.

Lawton, R., Ashley, L., Dawson, S., Waiblinger, D., & Conner, M. (2012). Employing an Extended Theory of Planned Behavior to Predict Breastfeeding Intention, Initiation, and Maintenance in White British and South Asian Mothers Living in Bradford. *British Journal of Health Psychology*, *17*(4), 854-871.

Loto, O. M., Adewuya, A. O., Ajenifuja, O. K., Orji, E. O., Ayandiran, E. O., Owolabi, A. T., & ADE OJO, I. P. (2010). Cesarean Section in Relation to Self-Esteem and Parenting Among New Mothers in Southwestern Nigeria. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, *89*(1), 35-38.

Mohammadi Zeidi, I., Pakpour Hajiagha, A., & Mohammadi Zeidi, B. (2015). Effectiveness of Educational Intervention on Exclusive Breast Feeding in Primipara Women: Application of Planned Behavior Theory. *Razi Journal of Medical Sciences*, *21*(127), 12-23.

National Statistical Office of Thailand. (2020). *Multiple Indicator Cluster Survey 2019 Summary of Key Indicators.* Bangkok, Thailand: National Statistical Office of Thailand. (in Thai).

Nuampa, S., Sinsuksai, N., Phahuwatanakorn, W., & Chanprapaph, P. (2013). Personal Factors, First Feeding Time and Nurse Support in predicting Successful Exclusive Breastfeeding at Discharge in Mothers with Cesarean Section. *Journal of Nursing Science*, *31*(2), 49-59. (in Thai).

Orun, E., Yalcin, S. S., Madendag, Y., Ustunyurt-Eras, Z., Kutluk, S., & Yurdakok, K. (2010). Factors Associated with Breastfeeding Initiation Time in a Baby-Friendly Hospital. *The Turkish Journal of Pediatrics*, *52*(1), 10.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research*: *Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.* (9th ed.). Philadelphia, Pa: Lippincott, Williams & Wilkins.

Rahimi, T., Dehdari, T., Faryabi, R., & Ghazvinian, L. (2015). The Applicability of The Theory of Planned-Behavior in Predicting the Intention to Exclusive Breast-Feeding among Pregnant Women in Qom in 2014. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, *14*(4), 299-310.

Rasoli, H., Masoudy, G., Ansari, H., & Bagheri, H. (2020). Effect of Education Based on Extended Theory of Planned Behavior on Exclusive Breastfeeding in Pregnant Women in Darmian in 2017. *Health Scope*, *9*(3). 1-6.

Rojanasheeva, D. (2012). The Result of Nursing Management of Knowledge Providing Pattern for Breastfeeding Primi-Para Mothers at The Tertiary Hospital in Suphanburi Province. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Master Degree in Faculty of Nursing christian University. (in Thai).

Sinsuksai, N., Nuampa, S., & Chanprapaph, P. (2017). Factors Predicting 6-Month-Exclusive Breastfeeding in Mothers with Cesarean Section. *Journal of Nursing Science*, *35*(1), 4-22. (in Thai).

Soltanifar, S., & Russell, R. (2012). The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Guidelines for Caesarean Section, 2011 Update: Implications for the Anesthetist. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, *21*(3), 264–272.

Thammachote, P., & Lawantrakul, J. (2011). The Effects of Breastfeeding Promoting Program Within 48 Hours Post Cesarean Section on Mother's Breastfeeding Behavior and Infant's Breastfeeding Suckling Behavior at Songklanagarind hospital. *Songklanagarind Journal of Nursing, 40*(3), 1-10. (in Thai).

Tully, K. P., & Ball, H. L. (2014). Maternal Accounts of Their Breast-Feeding Intent and Early Challenges After Caesarean Childbirth. *Midwifery, 30*(6), 712–719.

United Nations Children's Fund (UNICEF). (2016*). THAILAND Multiple Indicator.* Cluster Survey 2015-2016 Retrieved May 20, 2018, from https://www.unicef.org/thailand/media/206/file/.pdf

SCNJ
The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

การพัฒนาบทเรียนรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชโดยใช้อีเลิร์นนิง สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

New E-learning Lessons for Teaching the Mental Health and Psychiatric Nursing Course to the 4th-Year Students at the Songkhla College of Nursing

ขวัญเรือน สนิทวงศ์ ณ อยุธยา[1*] และ เกษศิรินทร์ ภู่เพชร[1]

Khwanruean Sanitwong Na Ayuttaya[1*] and Kedsirin Phuphet[1]

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข[1*]

Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health[1*]

(Received: *September 10, 2021*; Revised: *December 26, 2021*; Accepted: *January 24, 2022*)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์ พัฒนาบทเรียนอีเลิร์นนิง และประสิทธิผลของบทเรียนอีเลิร์นนิง ในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ ดำเนินการ 3 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวช 5 คน และนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตรุ่นที่ 52 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา จำนวน 16 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ ได้ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 1.00 ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาบทเรียนอีเลิร์นนิง ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยจากขั้นตอนที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรมมายกร่างรูปแบบ ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสม และความเป็นไปได้ และขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของบทเรียนอีเลิร์นนิง กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตรุ่นที่ 52 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา จำนวน 156 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบทดสอบ ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยสูตร KR-20 เท่ากับ .73 และแบบสอบถามความพึงพอใจหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t–test ผลการวิจัย พบว่า

1. สภาพการณ์ของบทเรียนอีเลิร์นนิง พบว่า ประโยชน์ของการเรียน คือ สามารถเรียนได้ทุกที่ทุกเวลา เลือกบทเรียนที่จะทบทวนได้ และมีช่องทางในการสื่อสารเมื่อไม่เข้าใจ ปัญหา คือ ความไม่เสถียรของสัญญาณอินเตอร์เน็ต การขาดวินัยในการเข้าเรียน และขาดสมาธิในการเรียน ส่วนข้อเสนอแนะ คือ บทเรียนควรมีวัตถุประสงค์ การลำดับเนื้อหา ลักษณะเนื้อหาควรสรุปให้เข้าใจง่าย มีการประเมินผล และการออกแบบภาพกราฟิก ตัวอักษรให้น่าสนใจ

2. บทเรียนอีเลิร์นนิงรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ได้สร้างบทเรียนอีเลิร์นนิง โดยใช้กรอบแนวคิดของการออกแบบการเรียนการสอนแบบจำลอง ADDIE บทเรียนประกอบด้วยเนื้อหา 6 บท มีแบบทดสอบท้ายบท สื่อเป็นคลิปวีดีโอ และเอกสารประกอบการสอน

3. ประสิทธิผลของบทเรียนอีเลิร์นนิง พบว่า คะแนนหลังเรียน (M=32.32, SD=2.72) สูงกว่าก่อนเรียน (M=21.51, SD=3.71) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (p<.001) ร้อยละ 82.69 ของกลุ่มตัวอย่างสอบผ่านการวัดความรู้รวบยอดทางการพยาบาล วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ของสถาบันพระบรมราชชนก รอบที่ 1 ปีการศึกษา 2563 และมีความพึงพอใจโดยภาพรวมต่อการทบทวนด้วยบทเรียน e-Learning อยู่ในระดับมากที่สุด (M=4.82, SD=0.21)

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า บทเรียนอีเลิรนนิงสามารถใช้ในการเตรียมความพร้อมนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ในการสอบประมวลความรอบรู้ของสถาบันพระบรมราชชนก และการสอบขึ้นทะเบียนเพื่อรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภในปีการศึกษาต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนา, บทเรียนอีเลิร์นนิง, รายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

[*]ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e mail: khwan.sa@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-7372878)

Abstract

This research and development study, realized at the Songkhla Boromarajonani College of Nursing, aimed to: 1) document the current use of e-learning lessons, 2) develop new e-learning lessons and, 3) examine effectiveness of those e-Learning lessons for mental health and psychiatric nursing subject. It was divided in 3 phases. First one was to study situation and problems, using a sample of 5 instructors of psychiatric nursing department as well as 16 nursing students. Instrument was an interview form, which had content validity index of 1.00. Phase 2 was the proper development of e-learning lessons, using conceptual framework of ADDIE model, as well as the results from phase 1 along with a literature review for drafting. The draft was validated by a panel of 5 experts for suitability and feasibility. Phase 3 consisted of an assessment of e-learning lesson, using a sample of 156 nursing students. Instrument included an evaluation form, which was tested for reliability using KR-20 with a value of 0.73. A satisfaction questionnaire, which had Cronbach alpha coefficient of 0.93, was also used. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and dependent t–test. Results were as follows.

1. Situation of e-learning lessons revealed a range of benefits including availability of study, selection of lesson, and a way to communicate in case of misunderstanding. However, the problems were instability of internet, lack of discipline in study attendance, and lack of study concentration. Suggestions were that construction of lessons should have objectives, content organization, understandable content summary, evaluation, and interesting graphic design.

2. E-learning lessons development for mental health and psychiatric nursing course consisted of 6 chapters with a quiz at the end of each chapter. The media is a video clip and teaching documents.

3. Effectiveness of e-Learning lessons showed that mean score after study (M= 32.32, SD=2.72) was significantly higher than that of before (M=21.51, SD=3.71) (p<.001). 82.69% of sample passed the first comprehensive examination of Praboromarajchanok institute for mental health and psychiatric nursing subject, and satisfaction towards e-learning lessons was at the highest level (M=4.82, SD=0.21).

Results suggest that e-Learning lessons can be used effectively for examination preparation of fourth year nursing students in the comprehensive examination of Praboromarajchanok institute.

Keywords: e-Learning, Mental Health and Psychiatric Nursing Course

บทนำ

ปัจจุบันการจัดการศึกษา มีการนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการศึกษามาใช้เพื่อเพิ่มทางเลือกในการเรียนรู้ของผู้เรียน ได้ให้ความสำคัญในการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็น และสำคัญสำหรับนักศึกษาในยุคนี้ประกอบด้วย 1) ทักษะด้านการเรียนรู้และนวัตกรรม 2) ทักษะสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี 3) ทักษะชีวิตและอาชีพ นอกจากทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 แล้วนั้น การพัฒนาให้นักศึกษาสามารถดำรงชีวิตและยืนหยัดในโลกอนาคตได้อย่างมีความสุขทั้งด้านการดำเนินชีวิตและด้านหน้าที่การงาน สามารถปรับตัวให้รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงเป็นบัณฑิตที่มีคุณสมบัติพร้อม และประสบความสำเร็จได้นั้น จำเป็นต้องเสริมสร้าง ให้นักศึกษามีคุณลักษณะ ทักษะแห่งอนาคตใหม่ (Thanormchayathawat, Vanitsuppavong, & Niemted, 2016) บทบาทของผู้สอนต้องเปลี่ยนจากการเป็นผู้ให้หรือถ่ายทอดมาเป็นผู้ออกแบบการศึกษาที่มุ่งเน้นให้

ผู้เรียนรู้จักวิธีการแสวงหาความรู้ และเลือกสรรความรู้ที่เหมาะสมด้วยตนเองควบคู่ไปกับการเรียนรู้เนื้อหา เพื่อตอบสนองผู้เรียนที่มีความแตกต่างกันทั้งในด้านความต้องการ ความสนใจ วิธีการ และรูปแบบการเรียนรู้ การเรียนการสอนจึงไม่ควรถูกจำกัดให้อยู่เฉพาะในห้องเรียน และภายในสถาบันการศึกษาอีกต่อไป อินเทอร์เน็ตเป็นเทคโนโลยีที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ของบุคคล โดยให้โอกาสบุคคลแสวงหาความรู้ได้อย่างอิสระ หากผู้สอนเลือกใช้อินเทอร์เน็ตเป็นเครื่องมือในการจัดการเรียนรู้ของผู้เรียนนอกจากจะเป็นการเพิ่มทางเลือกในการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับผู้เรียนที่มีความแตกต่างกันแล้ว ยังเป็นการส่งเสริมการเรียนรู้แบบต่อเนื่องตลอดชีวิตอีกด้วย (Thammetar, 2014)

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้อีเลิร์นนิง (e-Learning) เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่เป็นที่นิยมนำมาใช้ในการเรียนการสอน การเรียนการสอนโดยใช้อีเลิร์นนิง เป็นการถ่ายทอดเนื้อหาผ่านสื่ออิเลคโทรนิคร่วมกับการใช้สื่อการสอนอื่นๆ ประกอบในการศึกษา เช่น เอกสารประกอบการสอน หรือวีดีทัศน์ เพื่อให้ผู้เรียนเข้าถึงเนื้อหาได้ดียิ่งขึ้น ลักษณะสำคัญของการเรียนการสอนแบบอีเลิร์นนิง ผู้เรียนสามารถศึกษาได้ทุกที่ทุกเวลาโดยอาศัยเครือข่าย Internet ในการเข้าเรียน ผู้เรียนสามารถศึกษาเนื้อหาในลักษณะออนไลน์ ซึ่งจะถูกนำเสนอโดยอาศัยเทคโนโลยีมัลติมีเดีย (Multimedia Technology) และเทคโนโลยีเชิงโต้ตอบ (Interactive Technology) นอกเหนือจากนี้ผู้สอนต้องมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถพัฒนาสื่อบทเรียนออนไลน์แบบอีเลิร์นนิงได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทำให้ผู้เรียนเกิดรูปแบบการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-Directed Learning) และสอดคล้องต่อวัตถุประสงค์ที่ต้องการ สนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้เชิงรุก (Active learning) โดยเน้นให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Learner-centered) มีส่วนร่วมในการคิดริเริ่มแสวงหาความรู้ พัฒนาความรู้และทำกิจกรรมด้วยตนเองตามความต้องการ และความสนใจ โดยผู้สอนเป็นผู้นำในการอำนวยความสะดวก แนะนำช่วยเหลือสนับสนุน และสร้างแรงจูงใจมีการตื่นตัวตลอดการเรียนรู้ (Kunaviktikul, 2015)

การจัดการเรียนการสอนด้วยระบบอีเลิร์นนิง มีผลการวิจัยสนับสนุนว่าสามารถนำมาทดแทนหรือใช้เสริมระบบการเรียนการสอนแบบเดิม (Traditional Instruction) ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เนื่องจากการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนในระบบอีเลิร์นนิ่ง เน้นผู้เรียนและกิจกรรมการเรียนการสอนเป็นศูนย์กลาง จากระบบบริการที่ทันสมัย สะดวกรวดเร็ว เข้าถึงง่าย สามารถติดตามและตรวจสอบความก้าวหน้าในการเรียนของผู้เรียนแต่ละราย ได้อย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพ ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย (E-learning Association of Thailand, 2014) สอดคล้องกับงานวิจัย Binhosen, & Namjuntra, (2015) การพัฒนาสื่อการสอนอิเล็กทรอนิกส์รายวิชา BNS 405 การพยาบาลผู้สูงอายุเพื่อการเตรียมความพร้อมในการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ผลการวิจัย พบว่า สื่อการสอนอิเล็กทรอนิกส รายวิชา BNS 405 การพยาบาลผู้สูงอายุฯมีประสิทธิภาพ 87.59/89.97 สูงกว่าเกณฑ์ 80/80 ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) นอกจากนี้การจัดการเรียนการสอนด้วยระบบอีเลิร์นนิงผู้เรียนยังสามารถควบคุมกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยเรียนผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย Valentina & Nelly, (2014) พบว่าการเรียนแบบออนไลน์ช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ตามศักยภาพและความสนใจ ซึ่งเป็นไปตามหลักการของการปฏิรูปการศึกษาที่เน้นให้ผู้เรียน เรียนรู้ตามศักยภาพและความสนใจของตนเอง

สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 รุ่นที่ 52 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา มีการเรียนการสอนรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง 2559 ในการเรียนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ นักศึกษามีการเรียนในรายวิชานี้เฉพาะชั้นปีที่ 3 เท่านั้น เมื่อนักศึกษาเลื่อนชั้นเข้าสู่ชั้นปีที่ 4 ตามหลักสูตรนักศึกษาเรียนภาคทฤษฎี 9 สัปดาห์ ต่อด้วยฝึกภาคปฏิบัติ 20 สัปดาห์ หลังเสร็จสิ้นการฝึกภาคปฏิบัติแล้ว นักศึกษาต้องมาสอบประมวลความรอบรู้ของสถาบันพระบรมราชชนก สำหรับรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็น 1 ใน 8 วิชาที่นักศึกษาต้องสอบ จากการสัมภาษณ์นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนสอบประมวลความรอบรู้ของสถาบันพระบรมราชชนก 3 ปีย้อนหลัง ปีการศึกษา 2560, 2561 และ 2562 พบว่า ขณะเรียนในชั้นปีที่ 4 นักศึกษาต้องให้ความสำคัญกับรายวิชาที่กำลังเรียนและฝึกปฏิบัติ ขาดการทบทวนอย่างต่อเนื่อง นักศึกษามีโอกาสทบทวนรายวิชาที่ต้องสอบประมวลความรอบรู้ ก่อนสอบประมาณ 1 -2 สัปดาห์ สำหรับการทบทวนก่อนสอบวิทยาลัยฯ มีการทบทวนในแต่ละรายวิชาโดยการสอนใน

ห้องเรียน ผลการสอบในรอบแรก 3 ปีย้อนหลัง ปีการศึกษา 2560, 2561 และ 2562 พบว่า นักศึกษาผ่านรอบแรกในวิชาสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ ร้อยละ 77.98, 94.05, 82.95 ตามลำดับ แต่ในปีการศึกษา 2563 ตามแผนแม่บทการศึกษา (Education Master Plan) ของวิทยาลัยฯ การสำเร็จการศึกษาเลื่อนจบเร็วขึ้น ตามคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ส่งผลให้การสอบประมวลความรอบรู้ของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก มีการสอบครั้งที่ 1 เร็วขึ้น คือ มีการสอบหลังจากนักศึกษาฝึกปฏิบัติงานเสร็จสิ้นทุกรายวิชา โดยไม่มีสัปดาห์ของการทบทวนในห้องเรียนเหมือนทุกปีที่ผ่านมาประกอบกับสถานการณ์ของการแพร่ระบาดของโรค COVID19 ซึ่งไม่สามารถจัดการเรียนการสอนในห้องเรียนได้เหมือนปกติ

ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนบนเครือข่ายคอมพิวเตอร์ เป็นเครื่องมือในการสร้างองค์ความรู้ และเป็นสื่อกลางในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน เนื่องจากเป็นระบบที่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ หมวดที่ 9 เทคโนโลยีเพื่อการศึกษา (Office of the Education Council Ministry of Education, 2002) ในฐานะที่เป็นนักการศึกษา และมีนักเทคโนโลยีการศึกษา ผู้สอนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ต่อการศึกษาได้ และมีงานวิจัยสนับสนุนจำนวนมาก การจัดการเรียนการสอนบนเครือข่ายคอมพิวเตอร์ทำให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงขึ้น สนับสนุนให้ผู้เรียนแสวงหาความรู้ด้วยตนเองมากขึ้น (Intarapoo, & Srifa, 2015) จากแนวคิดข้างต้นผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นถึงประโยชน์และสนใจพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการทบทวนบทเรียนด้วย อีเลิร์นนิงในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ซึ่งช่วยอำนวยความสะดวกให้กับผู้เรียน ช่วยให้ผู้เรียนเข้าถึงผู้สอนและเนื้อหาวิชา ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ออนไลน์ ทำให้ผู้เรียนและผู้สอนมีปฏิสัมพันธ์ ด้วยการสื่อสารและเทคโนโลยีที่หลากหลาย แก้ปัญหาและสร้างสรรค์การเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อนำไปสู่ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาการสอบประมวลความรอบรู้ของสถาบันพระบรมราชชนกต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ของการเรียนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิงของนักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา
2. เพื่อพัฒนาบทเรียนอีเลิร์นนิง ใช้ในการทบทวนรายวิชาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของบทเรียนอีเลิร์นนิง สำหรับทบทวนรายวิชาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา

3.1 ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนเรียนและหลังเรียน จากการทบทวนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิงรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา

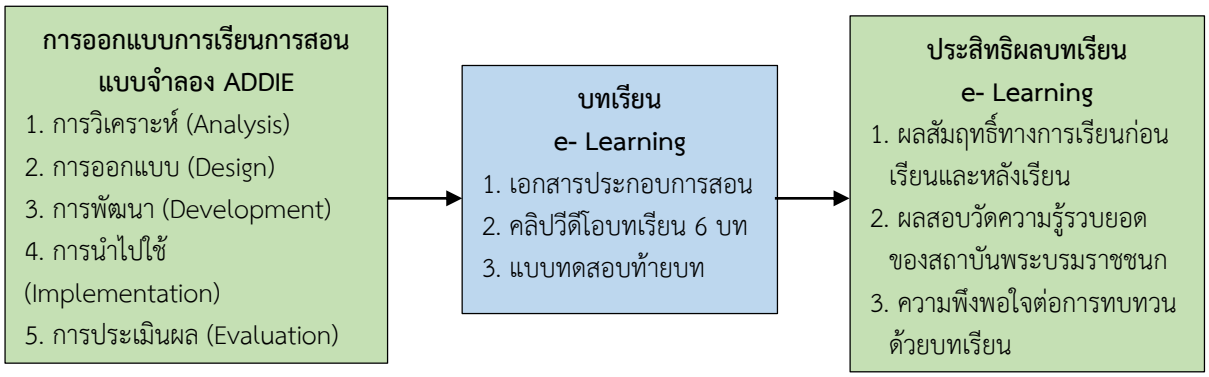
3.2 ผลสอบวัดความรู้รวบยอดวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ของสถาบันพระบรมราชชนก รอบที่ 1 ปีการศึกษา 2563

3.3 ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ต่อการทบทวนบทเรียนรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชโดยใช้อีเลิร์นนิง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดการออกแบบการเรียนการสอน แบบจำลอง ADDIE (Mc Griff, Steven, 2000 cited in Thammetar, 2014) ที่มีองค์ประกอบ 5 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการออกแบบการเรียนการสอนเพื่อรวบรวมข้อมูลสำหรับใช้เป็นแนวทางในการกำหนดขอบเขตของบทเรียน 2) การออกแบบ (Design) เป็นกระบวนการกำหนดว่าจะดำเนินการเรียนการสอนอย่างไร โดยเขียนวัตถุประสงค์ จัดขั้นตอนของการเรียน กำหนดวิธีสอน เลือกสื่อ และกำหนดวิธีการประเมินผล 3) การพัฒนา (Development) เป็นสร้างแผนการเรียนการสอน 4) การนำไปใช้ (Implementation) เป็นการดำเนินการเรียนการสอนตามที่ได้ออกแบบและพัฒนาไว้แล้วในสภาพจริง และ 5) การประเมินผล (Evaluation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายเพื่อ

ประเมินผล ขั้นตอนต่าง ๆ ว่าเป็นไปตามที่ได้วางแผนหรือไม่ และทำการปรับปรุง แก้ไขให้ได้ระบบการสอนที่มีประสิทธิภาพ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพัฒนา (Research and Development: R & D) ผู้วิจัยได้กำหนดรูปแบบการวิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ของการเรียนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิง ขั้นตอนนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ผู้ให้ข้อมูล

อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา จำนวน 5 คน เป็นอาจารย์ที่รับผิดชอบสอนในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช และนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นที่ 52 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา ปีการศึกษา 2562 จำนวน 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์นักศึกษา แนวคำถามในการสนทนากลุ่มนักศึกษา เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช รูปแบบบทเรียนอีเลิร์นนิง การนำไปใช้ในการสอบประมวลความรอบรู้วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ ปัญหาอุปสรรคของการเรียนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิง

2. แบบสัมภาษณ์อาจารย์ แนวคำถามในการสนทนากลุ่มอาจารย์ เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ การทบทวนรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช การนำเข้าสู่บทเรียนเพื่อเชื่อมโยงเนื้อหา การลำดับเนื้อหา กิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ การประเมินผลการเรียนรู้ ลักษณะบทเรียน ลักษณะภาพ กราฟฟิก สีพื้นหลัง ตัวอักษร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาทางพยาบาลจิตเวช 3 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ 2 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 ปรับปรุงแก้ไขแบบสัมภาษณ์ตามข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้สร้างข้อสรุปจากข้อมูล ที่ไม่ใช้สถิติในการวิเคราะห์ ได้มีการจำแนกจัดกลุ่มข้อมูล โดยจัดระเบียบข้อมูลของเนื้อหา และแสดงสรุปผลข้อมูลตามประเด็นที่กำหนด

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาบทเรียนอีเลิร์นนิงสำหรับทบทวนรายวิชาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช

ภายหลังวิเคราะห์สภาพการณ์ จากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ได้นำข้อมูลมาพัฒนาบทเรียนอีเลิร์นนิง รายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช โดยใช้กรอบแนวคิดของการออกแบบการเรียนการสอนแบบจำลอง ADDIE (Mc Griff, Steven, 2000 cited in Thammetar, 2014) โดยสังเคราะห์สาระสำคัญมาพัฒนาบทเรียน e-Learning ดังนี้

1. ยกร่างรูปแบบการพัฒนาบทเรียนอีเลิร์นนิง สำหรับทบทวนรายวิชาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช ออกแบบการเรียนการสอนแบบจำลอง ADDIE มีองค์ประกอบ 5 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์ (Analysis) การออกแบบ (Design) การพัฒนา (Development) การนำไปใช้ (Implementation) และ การประเมินผล (Evaluation)

2. ออกแบบและสร้างเครื่องมือ จำนวน 3 ชุด ได้แก่ 1) บทเรียนอีเลิร์นนิง รายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช 2) แบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อบทเรียนอีเลิร์นนิง

3. นำรูปแบบการพัฒนาบทเรียนอีเลิร์นนิง สำหรับทบทวนรายวิชาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช ให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เพื่อประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบเครื่องมือ

1. บทเรียนอีเลิร์นนิงรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ผู้วิจัยวิเคราะห์เนื้อหา กำหนดขอบเขตและรายละเอียดของเนื้อหา วิธีการนำเสนอเนื้อหา ระยะการนำเสนอ การเลือกสื่อวิธีการโต้ตอบระหว่างโปรแกรมกับผู้เรียน การประเมินผล จัดทำบทดำเนินเรื่อง (storyboard) เอาไฟล์ข้อมูลต่าง ๆ ที่จัดเตรียมไว้แล้ว จัดทำในระบบ Google Classroom นำบทเรียนที่สร้างเรียบร้อยแล้ว ไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตรวจสอบด้านเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านออกแบบบทเรียนคอมพิวเตอร์ 2 ท่าน พบว่า บทเรียนรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชโดยใช้อีเลิร์นนิง มีคุณภาพอยู่ในระดับดี (M=4.10, SD=0.15) ปรับปรุงบทเรียน ตามข้อเสนอแนะผู้เชี่ยวชาญ คือ การแบ่งเนื้อหารายบทให้ย่อยลง คลิปวีดีโอในการทบทวนในแต่ละคลิปไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง แล้วดำเนินการหาประสิทธิภาพของบทเรียน ตามเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งนำไปทดลองใช้ ดังนี้

1.1 หาประสิทธิภาพของบทเรียนทดลองใช้แบบรายบุคคล ตามเกณฑ์ 60/60 กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปี 3 รุ่นที่ 53 ที่เคยผ่านการเรียนในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คนที่มีผลการเรียนทฤษฎีวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ที่ได้เกรดระดับปานกลาง (C+) = 1 คน, ระดับดี (B) =1 คน และระดับดีมาก (B+) = 1 คน เพื่อทดสอบตรวจสอบสำนวนภาษาและลำดับของเนื้อหาให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง นำคะแนนระหว่างเรียน และคะแนนทดสอบหลังเรียนจากการทำแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ ไปหาค่าประสิทธิภาพ (E1/E2) พบว่า E1/E2 = 62.21/ 65.82 นำข้อมูลจากการทดลองใช้ไปปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมมากขึ้น

1.2 หาประสิทธิภาพของบทเรียนทดลองใช้กลุ่มย่อย ตามเกณฑ์ 70/70 กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปี 3 รุ่นที่ 53 ที่เคยผ่านการเรียนในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 13 คน เพื่อหาประสิทธิภาพสื่อ นำคะแนนระหว่างเรียนและคะแนนทดสอบหลังเรียน หาค่าประสิทธิภาพ (E1/E2) พบว่า E1/E2 = 72.82/ 75.96 แล้วทำการปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

2. แบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ผู้วิจัยดำเนินการสร้างตามขั้นตอนการสร้างและหาคุณภาพของแบบทดสอบ เป็นแบบทดสอบปรนัย เป็นชนิด 4 ตัวเลือก จำนวน 75 ข้อ ที่ผ่านผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบด้านเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาเท่ากับ .67-1.00 ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ทดลองใช้ (Try-Out) กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปี 3 รุ่นที่ 53 ที่เคยผ่านการเรียนในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในรายวิชาสุขภาพจิต จำนวน 32 คน เพื่อหาค่าความยากง่าย (p) และอำนาจจำแนก (r) โดยแต่ละข้อต้องมีค่าความยากง่าย (p) ระหว่าง 0.20- 0.80 และอำนาจจำแนก (r) ตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป ได้จำนวน 40 ข้อ และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ (Reliability) โดยใช้สูตร KR-20 ของ Kuder Richardson จำแนกของข้อสอบโดยใช้เทคนิค 27% ของ Chung-The Fan ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบเท่ากับ .73

3. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อบทเรียนรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชโดยใช้อีเลิร์นนิง ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามความพึงพอใจ ต่อเนื้อหาและเทคนิคการผลิตสื่อ ภาพ ภาษา เสียง ตัวอักษรและสี เอกสารประกอบการสอน และแบบทดสอบบทเรียน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ นำแบบสอบถามความพึงพอใจให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านออกแบบบทเรียนคอมพิวเตอร์ 2 ท่าน ตรวจสอบด้านเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาเท่ากับ 1.00 มีการปรับปรุงการใช้ภาษาตามข้อเสนอแนะ นำแบบสอบถามความพึงพอใจไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

ชั้นปี 3 รุ่นที่ 53 ที่เคยผ่านการเรียนในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 16 คน ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ และคำนวณค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.93

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของบทเรียนอีเลิร์นนิง โดยการเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนเรียนและหลังเรียน ศึกษาผลสอบวัดความรู้รวบยอดวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ของสถาบันพระบรมราชชนก รอบที่ 1 ปีการศึกษา 2563 และประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ต่อการทบทวนบทเรียนรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชโดยใช้อีเลิร์นนิง ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้ระเบียบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Groups, Pre-test Post-test Design) มีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ประชากร

นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 รุ่นที่ 52 ปีการศึกษา 2563 จำนวน 156 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง รวมทั้งสิ้นจำนวน 156 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นนักศึกษาพยาบาล ศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 ที่สอบผ่านรายวิชาทฤษฎีสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช และรายวิชาปฏิบัติสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช เพื่อศึกษาผลการพัฒนาบทเรียนอีเลิร์นนิง รวม 8 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. บทเรียนอีเลิร์นนิง รายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
2. แบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน จำนวน 40 ข้อ
3. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพัฒนาบทเรียนรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชโดยใช้อีเลิร์นนิง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ผู้วิจัยได้นำบทเรียนที่สร้างขึ้น ซึ่งผ่านการตรวจสอบเครื่องมือแล้วนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง นำคะแนนทดสอบก่อนเรียน และหลังเรียนมาเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน
2. ศึกษาประสิทธิผลของบทเรียนอีเลิร์นนิงโดยนำผลการสอบวัดความรู้รวบยอดทางการพยาบาลของสถาบันพระบรมราชชนก วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ รอบที่ 1 ปีการศึกษา 2563 ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 รุ่นที่ 52 ปีการศึกษา 2563 เปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา 3 ปีย้อนหลัง (ปีการศึกษา 2562, 2561 และ 2560)
3. ประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการทบทวนบทเรียนรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชโดยใช้อีเลิร์นนิงด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการพัฒนาบทเรียนรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชโดยใช้อีเลิร์นนิง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนเรียนและหลังเรียน ด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิง รายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา ด้วยสถิติ Dependent t–test ทั้งนี้ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010) เพื่อหาการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) พบว่า ค่า Fisher Skewness Coefficient เท่ากับ 1.479 และค่า Fisher Kurtosis Coefficient เท่ากับ 0.326 ซึ่งอยู่ในช่วง ±1.96 จึงสรุปได้ว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Barame, 2008)
2. วิเคราะห์ผลการสอบประมวลความรอบรู้ ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ
3. วิเคราะห์ความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการเรียนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิง โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

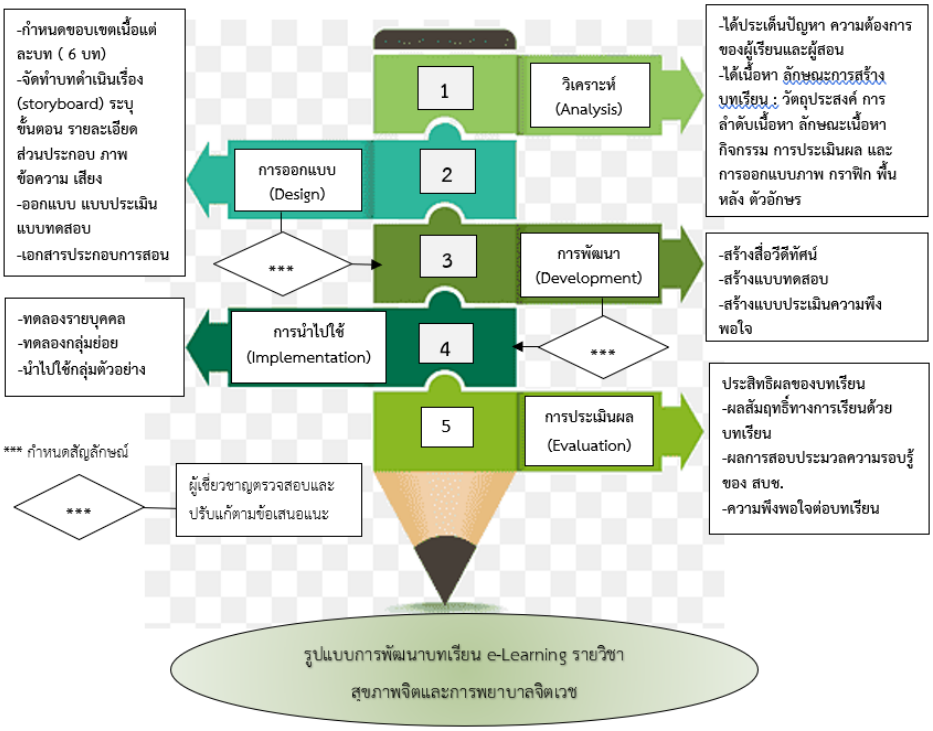
จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ได้รหัสจริยธรรมการวิจัย BCNSK 22/2563 ลงวันที่ 21 ก.พ. 2563

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสภาพการณ์ ปัญหาการทบทวนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิง รายวิชาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช พบปัญหาการทบทวนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิงของผู้เรียน คือ สัญญาณอินเตอร์เน็ตช้า บางครั้งไม่เสถียร ขาดวินัยการเข้าเรียน และไม่มีสมาธิในการจดจ่อกับการเรียน ขาดการสื่อสารแบบสองทาง ยังยึดติดกับการเรียนแบบเดิม ถนัดการเรียนในห้องเรียนมากกว่า และได้ประเด็นประโยชน์ คือ สามารถเรียนได้ทุกที่ ทุกเวลาที่สะดวก สามารถทบทวนได้ รวมถึงเลือกบทที่จะทบทวนได้ มีช่องทางในการสื่อสารสอบถามเมื่อไม่เข้าใจ รูปแบบของบทเรียนทั้งผู้เรียนและผู้สอนแสดงความคิดเห็นต่อบทเรียน ควรมี จุดประสงค์ การลำดับเนื้อหา ลักษณะเนื้อหากิจกรรม การประเมินผล และการออกแบบภาพ กราฟิก พื้นหลัง ตัวอักษร ให้เหมาะสม น่าสนใจ

2. ผลการพัฒนาบทเรียนอีเลิร์นนิง รายวิชาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช ภายหลังวิเคราะห์สภาพการณ์ จากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม และจากการทบทวนวรรณกรรม ได้นำข้อมูลมาสร้างบทเรียนอีเลิร์นนิงสำหรับทบทวนรายวิชาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช โดยใช้กรอบแนวคิดของการออกแบบการเรียนการสอนแบบจำลอง ADDIE (Mc Griff, Steven, 2000 cited in Thammetar, 2014) ลักษณะบทเรียน ประกอบด้วยบทเรียน 6 บทแต่ละบทมีวัตถุประสงค์ ขอบเขตเนื้อหา มีแบบทดสอบท้ายบท สื่อการทบทวนเป็นคลิปวีดีโอ ออกแบบภาพ กราฟิก สรุปเนื้อหาสาระสำคัญของแต่ละบท พร้อมบรรยายประกอบเสียงในคลิปวีดีโอ และมีเอกสารประกอบการสอน ดังภาพ 2



ภาพ 2 รูปแบบการพัฒนาบทเรียนอีเลิร์นนิง รายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

3. ประสิทธิผลของบทเรียนอีเลิร์นนิง สำหรับการทบทวนรายวิชาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

3.1 ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนเรียนและหลังเรียน จากการทบทวนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิง รายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการทบทวนรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช จากการเรียนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิง ก่อนเรียนและหลังเรียน (n=156)

ระยะเวลา	คะแนนเต็ม	*M*	*SD*	*t*	*p-value(1-tailed)*
ก่อนทบทวน	40	21.51	3.71	52.05	<.001
หลังทบทวน	40	32.32	2.72		

จากตาราง 1 พบว่า ก่อนทบทวนรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มีค่าเฉลี่ยคะแนน (*M*=21.51, *SD*=3.71) และหลังทบทวน (*M*=32.32, *SD*=2.72) จะเห็นว่า คะแนนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (*p*<.001)

3.2 ผลสอบวัดความรู้รวบยอดวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ของสถาบันพระบรมราชชนก รอบที่ 1 ปีการศึกษา 2563 เปรียบเทียบ 3 ปีย้อนหลัง

ตาราง 2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่สอบผ่านการวัดความรู้รวบยอดทางการพยาบาลของสถาบันพระบรมราชชนก รอบที่ 1 ปีการศึกษา 2563 (n=156) เปรียบเทียบ 3 ปีย้อนหลัง

ปีการศึกษา	จำนวนผู้เข้าสอบ (คน)	วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์			
		ผู้สอบผ่าน (คน)	ร้อยละ	ผู้สอบไม่ผ่าน (คน)	ร้อยละ
2560	109	85	77.98	24	22.02
2561	84	79	94.05	5	5.95
2562	129	107	82.95	22	17.05
2563	156	129	82.69	27	17.31

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างสอบผ่านการวัดความรู้รวบยอดทางการพยาบาลของสถาบันพระบรมราชชนก วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ รอบที่ 1 ปีการศึกษา 2563 ร้อยละ 82.69 เมื่อเปรียบเทียบ 3 ปีย้อนหลังไม่มีความแตกต่างกัน

3.3 ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ต่อการทบทวนบทเรียนรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชโดยใช้ e-Learning

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการทบทวนด วยบทเรียนอีเลิร์นนิง รายวิชาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช

รายการประเมิน	*M*	*SD*	ระดับความพึงพอใจ
ด้านเนื้อหา	**4.92**	**0.15**	**มากที่สุด**
ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์กับเนื้อหา	4.90	0.29	มากที่สุด
ปริมาณของเนื้อหาในแต่ละบทเรียน	4.87	0.34	มากที่สุด
ความถูกต้องของเนื้อหา	4.97	0.15	มากที่สุด
ลำดับขั้นตอนในการนำเสนอเนื้อหา	4.86	0.34	มากที่สุด
ความน่าสนใจในการดำเนินเรื่อง	4.94	0.24	มากที่สุด
การสรุปเนื้อหาชัดเจน เข้าใจง่าย	5.00	0.00	มากที่สุด

ตาราง 3 (ต่อ)

รายการประเมิน	*M*	*SD*	ระดับความพึงพอใจ
ด้านภาพ ภาษา เสียง	**4.85**	**0.27**	**มากที่สุด**
ความตรงตามเนื้อหาของภาพที่นำเสนอ	4.87	0.34	มากที่สุด
ความสอดคล้องระหว่างปริมาณของภาพและปริมาณของเนื้อหา	4.85	0.35	มากที่สุด
ภาพกราฟิกที่ใช้ประกอบการเรียน	4.78	0.41	มากที่สุด
ความถูกต้องของเนื้อหาที่ใช้เสียงบรรยาย	4.88	0.32	มากที่สุด
ภาษาและเสียงบรรยายที่ประกอบการเรียน	4.87	0.33	มากที่สุด
ด้านตัวอักษรและสี	**4.66**	**0.36**	**มากที่สุด**
รูปแบบของตัวอักษรที่ใช้การนำเสนอ	4.74	0.48	มากที่สุด
ขนาดของตัวอักษรที่ใช้นำเสนอ	4.65	0.47	มากที่สุด
สีของตัวอักษรที่ใช้นำเสนอ	4.60	0.49	มากที่สุด
สีของพื้นบทเรียนใช้นำเสนอ	4.65	0.47	มากที่สุด
สีของภาพและกราฟิก โดยภาพรวม	4.71	0.45	มากที่สุด
ด้านแบบทดสอบบทเรียน	**4.86**	**0.24**	**มากที่สุด**
ความสอดคล้องระหว่างแบบทดสอบกับเนื้อหา	4.92	0.26	มากที่สุด
จำนวนแบบทดสอบ	4.87	0.34	มากที่สุด
ความเหมาะสมของคำถาม	4.89	0.31	มากที่สุด
ความเหมาะสมของตัวลวง	4.92	0.27	มากที่สุด
การรายงานผลคะแนนแต่ละข้อแบบทดสอบ	4.82	0.44	มากที่สุด
การสรุปผลคะแนนรวมหลังแบบทดสอบ	4.78	0.41	มากที่สุด
ด้านการจัดการบทเรียน e-Learning	**4.79**	**0.30**	**มากที่สุด**
การนำเสนอชื่อเรื่องหลักของบทเรียน	4.78	0.47	มากที่สุด
การนำเสนอชื่อย่อยของบทเรียน	4.79	0.40	มากที่สุด
การอำนวยความสะดวกของบทเรียน เช่น แจ้งเวลาการนำเสนอบทเรียนแต่ละบท	4.83	0.38	มากที่สุด
ความเหมาะสมของการสรุปเนื้อหาเอกสารบทเรียน	4.78	0.41	มากที่สุด
การออกแบบบทเรียนโดยรวม	4.83	0.38	มากที่สุด
ความน่าสนใจชวนติดตาม	4.69	0.50	มากที่สุด
การใช้ประโยชน์และความสะดวกในการเข้าเรียน	4.82	0.38	มากที่สุด
การจัดการบทเรียนโดยรวม	4.82	0.38	มากที่สุด
รวม 5 ด้าน	**4.82**	**0.21**	**มากที่สุด**

จากตาราง 3 ผลการวิเคราะห์แบบประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีต่อการทบทวนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิง รายวิชาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช พบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (*M*=4.82, *SD*=0.21) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านเนื้อหา กลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจมากที่สุด (*M*=4.92, *SD*=0.15) รองลงมา คือ แบบทดสอบบทเรียน (*M*=4.86, *SD*=0.24) ด้านภาพ ภาษา เสียง (*M*=4.85, *SD*=0.27) ด้านการจัดการบทเรียนอีเลิร์นนิง (*M*=4.79, *SD*=0.30) และตัวอักษรและสี (*M*=4.66, *S*=0.36) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ได้แก่ เป็นการจัดการเรียนการสอนที่ดี เพราะสามารถย้อนหลังกลับไปดูได้เสมอ สามารถเข้าไปเรียนได้ทุกที่ทุกเวลา สรุปเนื้อหาละเอียดชัดเจน ตรงประเด็น พูดเข้าใจง่าย มีเทคนิคช่วยจำประเด็นสำคัญ ชอบแบบทดสอบต้องการให้มีมากๆ ควรมีการลงในระบบออนไลน์เร็วกว่านี้ ควรลงไว้ตั้งแต่เปิดภาคเรียนที่ 1 ของชั้นปีที่ 4 จะได้มีเวลาเข้าไปทบทวนได้บ่อยๆ ต้องการให้มีการเรียนแบบนี้ให้กับรุ่นน้อง เพื่อการทบทวนในทุกวิชา

อภิปรายผล

1. การศึกษาสภาพการณ์ จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 52 ปีการศึกษา 2562 พบว่า ปัญหาการเรียนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิง คือ สัญญาณอินเตอร์เน็ตช้า บางครั้งไม่เสถียร ขาดวินัยการเข้าเรียน และไม่มีสมาธิในการจดจ่อกับการเรียน ขาดการสื่อสารแบบสองทาง ยังยึดติดกับการเรียนแบบเดิม ถนัดการเรียนในห้องเรียนมากกว่า สำหรับประโยชน์ของการทบทวนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิง คือ สามารถเรียนได้ทุกที่ทุกเวลาที่สะดวก สามารถทบทวนย้อนหลังได้ รวมถึงเลือกบทเรียนที่จะทบทวนได้ มีช่องทางในการสื่อสารสอบถามเมื่อไม่เข้าใจ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย Valentina & Nelly (2014) พบว่าการเรียนแบบออนไลน์ช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ตามศักยภาพและความสนใจ ซึ่งเป็นไปตามหลักการของการปฏิรูปการศึกษาที่เน้นให้ผู้เรียน เรียนรู้ตามศักยภาพและความสนใจของตนเอง แต่ปัญหาที่พบในการเรียนและการสอนออนไลน์ คือ ปัญหาที่เกิดจากอินเตอร์เน็ตไม่ว่าจะเป็นสภาพอากาศ ทำให้สัญญาณไม่เสถียร และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chamnian, & Chamnian (2018) ศึกษาประโยชน์ ปัญหา และแนวทางแก้ไขการใช้สื่อออนไลน์ในการเรียนอย่างมีประสิทธิภาพของโรงเรียนในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ปัญหาของการใช้สื่อออนไลน์ คือ นักเรียนไม่ตั้งใจเรียนเพราะพะวงกับการเล่นโทรศัพท์มือถือ มีประโยชน์ คือ การใช้ในการเรียนการสอน และการบริหารจัดการ แนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาการใช้สื่อออนไลน์ในการเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ คือ การจัดทำสื่อที่สามารถดึงดูดความสนใจของนักเรียน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Salem (2017) การประยุกต์ใช้อีเลิร์นนิงในกระบวนการเรียนการสอน วิทยาลัยเทคโนโลยีบริหารธุรกิจมีนบุรี กรุงเทพ พบว่าการจัดการเรียนรู้โดยใช้ระบบอีเลิร์นนิง ผู้เรียนสามารถเข้าถึงบทเรียนและกิจกรรมต่างๆที่ผู้สอนจัดเตรียมไว้ให้ได้จากทุกสถานที่ทุกเวลาที่มีการออนไลน์ ในการนำระบบอีเลิร์นนิงมาประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนนั้นเพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงเนื้อหาบทเรียน ได้จากอุปกรณ์ต่างๆ เช่น เครื่องคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ ผ่านทางระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต และเพื่อลดระยะเวลาในการเรียนในห้องเรียนของผู้เรียน

จากการสัมภาษณ์อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวช ในการจัดการสอนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิง พบว่า ผู้สอนควรมีการกำหนดขอบเขตเนื้อหา (test Blue Print) ของข้อสอบความรู้รวบยอด วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก มีการชี้แจงบทเรียน มีการทำข้อตกลงกับนักศึกษาก่อนการเรียนในแต่ละบท การลำดับเนื้อหา ลักษณะกิจกรรม มีกิจกรรมที่กระตุ้นการเรียนรู้ เช่น เอกสารประกอบการเรียน การสื่อสารที่กระตุ้นเตือนการเข้าทบทวนเป็นระยะๆ การตอบประเด็นข้อสงสัยที่เป็นปัจจุบัน (real time) มีการประเมินผล มีข้อสอบให้ทบทวนหลังเรียนที่สามารถทราบผลคะแนนของตนเอง และการออกแบบภาพกราฟิก พื้นหลัง ตัวอักษร ที่น่าสนใจ สบายตา และระบบการเข้าเรียน ควรเป็นระบบที่นักศึกษาเข้าถึงง่าย ไม่ซับซ้อน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Subtanadol (2011) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการจัดการเรียนการสอนบทเรียนออนไลน์ ของมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา พบว่า ปัจจัยผู้สอนมีผลต่อการจัดการเรียนการสอนบทเรียนออนไลน์ในด้านเนื้อหาบทเรียน ด้านรูปแบบการปฏิบัติการจัดการเรียนการสอน ด้านการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน ด้านคุณภาพของการใช้สื่อและอุปกรณ์ด้านการวัดผล และประเมินผล และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Salem (2017) การประยุกต์ใช้อีเลิร์นนิงในกระบวนการเรียนการสอน วิทยาลัยเทคโนโลยีบริหารธุรกิจมีนบุรี กรุงเทพ พบว่า การจัดการเรียนรู้โดยใช้ระบบอีเลิร์นนิงผู้สอนก็สามารถออกแบบการเรียนรู้โดยใช้สื่อมัลติมีเดีย ทั้งในรูปข้อความ ภาพ เสียง และภาพเคลื่อนไหว ทำให้การเรียนการสอนมีความน่าสนใจและสื่อความหมายได้ดีกว่าการเรียนภายในห้องเรียนเพียงอย่างเดียว

2. การพัฒนาบทเรียนอีเลิร์นนิงรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มีการพัฒนาและสร้างบทเรียนใช้กรอบแนวคิดการออกแบบการเรียนการสอน แบบจำลอง ADDIE (Mc Griff, Steven, 2000 cited in Thammetar, 2014) ที่มีองค์ประกอบ 5 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์ (Analysis) การออกแบบ (Design) การพัฒนา (Development) การนำไปใช้ (Implementation) และ การประเมินผล (Evaluation) สำหรับการออกแบบและการจัดการเรียนการสอนแบบอีเลิร์นนิงจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากแหล่งทรัพยากรที่มากกว่าการจัดการเรียนการสอนในห้องเรียนปกติ เนื่องจากผู้เรียนและผู้สอนอาจมีความแตกต่างกันในเรื่องของเวลา และสถานที่ ผู้ที่จัดการเรียนการสอนอีเลิร์นนิงจึงจำเป็นต้องมีความเข้าใจลักษณะและธรรมชาติของการเรียนการสอนที่ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การ

สื่อสารด้านคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตเป็นสื่อกลาง ซึ่งผู้เรียนมักคาดหวังการได้รับปฏิสัมพันธ์จากผู้สอน รวมถึงการตอบสนองความแตกต่างรายบุคคลที่มากกว่าในห้องเรียนปกติ ตลอดจนต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการการศึกษาทางไกลผ่านอินเทอร์เน็ต ทฤษฎีการสื่อสาร ทฤษฎีการเรียนรู้ ทฤษฎีระบบ และรูปแบบระบบการเรียนการสอน เป็นฐานในการออกแบบการเรียนการสอนอีเลิร์นนิง เพื่อให้ผู้เรียนบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ได้ (Thammetar, 2014) ซึ่งสอดคล้องกับบทความวิชาการของ Patarasajjatham (2016) ได้ศึกษาการออกแบบการเรียนการสอนเชิงระบบโดยใช้แบบจำลอง ADDIE พัฒนาการคิดแบบ Metacognition ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า การออกแบบการเรียนการสอนเชิงระบบ (Instructional System Design: ISD) สามารถพัฒนากระบวนการคิดให้เกิดผลสัมฤทธิ์ทางปัญญา ซึ่งส่งผลให้สมรรถนะของวิชาชีพพยาบาลและผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติสูงขึ้น

3. ประสิทธิผลของบทเรียนอีเลิร์นนิง ใช้ในการทบทวนรายวิชาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

3.1 ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนก่อนเรียนและหลังเรียน ด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิงรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช พบว่า ก่อนทบทวน มีค่าเฉลี่ยคะแนน (M=21.51, SD=3.71) และหลังทบทวน (M=32.32, SD=2.72) จะเห็นว่า คะแนนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Puengchompoo & Panuthai (2014) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนอีเลิร์นนิงสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในกระบวนวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ พบว่า ผลสัมฤทธิ์ต่อการเรียนการสอนด้วยอีเลิร์นนิง สำหรับนักศึกษาพยาบาลภายหลังการทดลองพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<0.001 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Binhosen & Namjuntra (2015) การพัฒนาสื่อการสอนอิเล็กทรอนิกส์ รายวิชา BNS 405 การพยาบาลผู้สูงอายุเพื่อการเตรียมความพร้อมในการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต พบวา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาสูงกว่าก อนเรียนอยางมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และสอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลในหลักสูตรพื้นฐานการพยาบาลผ่านการเรียนรู้แบบผสมผสานระหว่างวิธีการแบบดั้งเดิมและแบบเรียนรู้ผ่านอีเลิร์นนิงของ Rouhollahet al.(2018) พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนกลางภาคเรียนและคะแนนปลายภาคของกลุ่มทดลองซึ่งเป็นการเรียนรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งเป็นการเรียนรู้แบบดั้งเดิม จะเห็นได้ว่าบทเรียนออนไลน์ช่วยพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนให้สูงขึ้นหลังเรียน

3.2 ผลสอบวัดความรู้รวบยอดวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ของสถาบันพระบรมราชชนก รอบที่ 1 ปีการศึกษา 2563 พบว่า กลุ่มตัวอย่างสอบผ่านการวัดความรู้รวบยอดทางการพยาบาลของสถาบันพระบรมราชชนก วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ รอบที่ 1 ปีการศึกษา 2563 ร้อยละ 82.69 เมื่อเปรียบเทียบ 3 ปีย้อนหลัง ปีการศึกษา 2560, 2561, และ 2562 ผลการสอบผ่านรอบที่ 1 ร้อยละ 77.98, 94.05, และ 82.95 ตามลำดับ ซึ่งผลการสอบไม่มีความแตกต่างกัน จะมีความแตกต่างกันเฉพาะรูปแบบการทบทวนของนักศึกษา คือ ในปีการศึกษา 2560, 2561,และ 2562 เป็นการทบทวนในห้องเรียน แต่ในปีการศึกษา 2563 เป็นการทบทวนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิงเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเปรียบเทียบผลการเรียนรู้ของนักศึกษาที่เรียนออนไลน์กับเรียนในห้องเรียนในประเทศจีน พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของผู้เรียนทั้งสองรูปแบบไม่แตกต่างกัน (Chen, & Jia, 2016)

3.3 ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ต่อการทบทวนบทเรียนรายวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชโดยใช้อีเลิร์นนิง พบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (M=4.82, SD=0.21) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Binhosen & Namjuntra (2015) การพัฒนาสื่อการสอนอิเล็กทรอนิกส์ รายวิชา BNS 405 การพยาบาลผู้สูงอายุเพื่อการเตรียมความพร้อมในการสอบขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต พบว่านักศึกษามีความพึงพอใจที่มีตอสื่อการสอนอิเล็กทรอนิกส รายวิชา BNS 405 การพยาบาลผู้สูงอายุฯ สูงกว่าร้อยละ 80 และสอดคล้องกับ Puengchompoo & Panuthai (2014) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนอีเลิร์นนิงสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในกระบวนวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ พบว่า นักศึกษาที่ใช้

บทเรียนที่สร้างขึ้นมีความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก จะเห็นได้ว่าบทเรียนอีเลิร์นนิงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการจัดการเรียนการสอนที่เหมาะกับนักศึกษาในปัจจุบัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัย พบว่า ประสิทธิผลของการทบทวนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิงรายวิชาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2563 นักศึกษาสอบผ่านการวัดความรู้รวบยอดทางการพยาบาล ของสถาบันพระบรมราชชนก วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ รอบที่ 1 ร้อยละ 82.69 เมื่อเปรียบเทียบ 3 ปีการศึกษาย้อนหลัง ผลการสอบไม่มีความแตกต่างกัน (ปีการศึกษา 2560, 2561 และ 2562 นักศึกษาผ่านรอบแรก ร้อยละ 77.98, 94.05, 82.95 ตามลำดับ) จะมีความแตกต่างกันเฉพาะรูปแบบการทบทวนของนักศึกษา คือ ในปีการศึกษา 2560, 2561, และ 2562 เป็นการทบทวนในห้องเรียน แต่ในปีการศึกษา 2563 เป็นการทบทวนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิงเท่านั้น การวิจัยครั้งนี้จึงสามารถใช้เป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาในการสอบประมวลความรอบรู้ของสถาบันพระบรมราชชนกทุกรายวิชา และเหมาะสมกับสถานการณ์การเรียนการสอนในปัจจุบัน ซึ่งมีการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ซึ่งไม่สามารถจัดการเรียนการสอนในห้องเรียนได้

2. การจัดทำบทเรียนอีเลิร์นนิงเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง สำหรับการเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 (21^{st} Century Skills) ช่วยพัฒนาทักษะด้านสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี เป็นการส่งเสริมให้ผู้เรียนได้สร้างองค์ความรู้ด้วยตนเองจากการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ที่ช่วยให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. การจัดการเรียนการสอนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิงสามารถก่อให้เกิดประสิทธิผลทางการเรียนได้ เท่ากับการเรียนในชั้นปกติ ดังนั้น ควรมีการพัฒนารูปแบบบทเรียนอีเลิร์นนิงให้มีความหลากหลาย และมีการศึกษาวิจัยรูปแบบของบทเรียนอีเลิร์นนิงต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน หรือศึกษาการพัฒนาบทเรียนอีเลิร์นนิงที่นำมาประยุกต์ใช้ ในการเรียนการสอนแต่ละรายวิชา เป็นต้น

2. จากการศึกษาสภาพการณ์ พบว่า นักศึกษามีปัญหาและอุปสรรคในการเข้าเรียนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิง ดังนั้น ควรมีการศึกษาปัจจัย ปัญหาและผลกระทบ ต่อการเรียนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิง ของผู้เรียนที่มีคุณลักษณะแตกต่างกัน

References

Barame, J. (2008). *Statistics for Health Research and Data Analysis with SPSS*. Chonburi: Sri Silpa Printing.

Binhosen, V., & Namjuntra, R. (2015). A Development of E-Learning Course Ware Media of BNS 405: Elderly Nursing on Student's Readiness for Nursing Licensing Examination School of Nursing Rangsit University. *Journal of Nursing and Education, 8*(4), 114-125. (in Thai)

Chamnian, M., & Chamnian, K. (2018). Benefit, Problems and Solutions of Using Online Media in Studies with Efficiency in Schools, Nakhon Si Thammarat Province. *Ratchaphruek Journal, 16*(3), 113-121. (in Thai)

Chen, W., & Jia, J. (2016). Comparison of Online and Onsite Students' Learning Outcomes and Experiences in a Massively Open Online Course in China. *Journal of Educational Technology Development and Exchange*, *9*(1), 67-88.

E-learning Association of Thailand. (2014). *E-learning for Education*. Retrieved Dec 19, 2021, from http://www.e-lat.or.th/joomla/index.php/Th/ home-th/80-e-learning-reports

Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B., & Anderson, E. R. (2010). *Multivariate Data Analysis*. (7th ed). New Jersey: Pearson Education.

Intarapoo, A., & Srifa, P. (2015). Evelopment of Web-B Ased Knowledge Construction System for Undergraduate Students Bachelor Degree in SuanSunandha Rajabhat University. *Research and Development Journal Suan Sunandha Rajabhat University, 7*(3), 161-174. (in Thai)

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

Mc Griff, Steven J. (2000). Instructional System Design (ISD): Using the ADDIE Model. *Instructional Design Models*, *226*(14), 1-2.

Office of the Education Council Ministry of Education. (2002). *National Education Act B.E.1999 and Amendments (Second National Education Act B.E.2002)*. Retrieved Dec 19, 2021, from https://www.sl.ac.th/addons/qa/9.pdf

Patarasajjatham, P. (2016). Instructional System Design (ISD) by ADDIE Model: The Development of Metacognition of Nursing Students. *Journal of Education Silpakorn University, 13*(2), 6-17. (in Thai)

Puengchompoo, W., & Panuthai, S. (2014). Developing of the Learning and Teaching with E-Learning Model for Undergraduate Nursing Students in a Gerontological Nursing Course. *Nursing Journal*, *41*(Supplement), 11-25. (in Thai)

Rouhollah, S., Maryam, B., Sayed, A. H., Elaheh, A., & Nasrin, E. (2018). Improving Nursing Students' Learning Outcomes in Fundamentals of Nursing Course Through Combination of Traditional and e-Learning Methods. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 23*(3), 217-222.

Salem, A. (2017). *Apply of E-learning in the Teaching Process Minburi Bangkok Business Administration Technological College*. A Minor Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Master of Science Degree in Information Technology, Mahanakorn University of Technology. (in Thai)

Subtanadol, T. (2011). Factors Affecting the Teaching and Learning Management of Online Lessons at Nakhon Ratchasima Rajabhat University. *Veridian E-Journal SU, 4*(1), 652-666. (in Thai)

Thammetar, T. (2014). *e-Learning: from Theory to Practice*. Bangkok: Sahamitr printing & Publishing Company. (in Thai)

Thanormchayathawat, B., Vanitsuppavong, P., & Niemted, W. (2016). 21st Century Skills: A Challenge for Student Development. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 3*(2), 208-222. (in Thai)

Valentina, A., & Nelly, A. (2014). The Role of e-Learning, the Advantages and Disadvantages of its Adoption in Higher Education. *International Journal of Education and Research, 2*(12), 397-410.

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่าย โรงพยาบาลยะลา

Development of a New MOPH ED Triage model for Emergency Departments of Yala Hospital Network

ณัฏฐิกา แซ่แต้[1*] และ พัชรินทร์ นะนุ้ย[1]

Natthika Saetae[1*] and Patcharin Nanui[1]

โรงพยาบาลยะลา[1*]

Yala Hospital[1*]

(Received: *November 30, 2021*; Revised: *December 28, 2021*; Accepted: *January 24, 2022*)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์รูปแบบการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลยะลา ดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน โดยศึกษาสถานการณ์การพัฒนารูปแบบการคัดกรอง พัฒนารูปแบบการคัดกรอง และประเมินผลลัพธ์รูปแบบการคัดกรองตาม MOPH ED Triage ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในที่เข้ารับรักษาแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลยะลา จำนวน 134 ราย และ บุคลากรทางพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย จำนวน 35 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย และ 2) แบบประเมินความพึงพอใจ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) .67 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า

1. สถานการณ์การคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลยะลา พบประเด็นที่สำคัญจำนวน 4 เรื่อง ได้แก่ 1) แนวทางในการคัดกรองผู้ป่วยไม่เป็นแบบเดียวกัน 2) การบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนในผู้ป่วยระดับ 1 และ 2, 3) ปัญหาการสื่อสารกับผู้มารับบริการ และ 4) สมรรถนะของพยาบาลคัดกรอง

2. รูปแบบการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลยะลาที่พัฒนาขึ้นเป็น MOPH model ประกอบด้วย 1) แนวทางในการคัดกรองผู้ป่วย (Method: M) ใช้ระบบคัดกรองตาม MOPH ED Triage 2) การใช้แบบบันทึกการคัดกรองผู้ป่วยโรงพยาบาลยะลาที่ปรับปรุงใหม่ (Originality: O) 3) การสื่อสารกับผู้มารับบริการ (Patient: P) โดยการใช้สัญลักษณ์ที่เป็นแผ่นป้ายสื่อสาร 4) มีการลงบันทึกในโปรแกรม HosXp (HosXp: H)

3. ประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบฯ พบว่า 1) คัดกรองถูกต้อง ร้อยละ 90.3 การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกกลุ่ม Fast track ร้อยละ 93.6 การลงข้อมูลในโปรกรม HosXp ร้อยละ 84.7 มีการคัดกรองต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 8.8จากคัดกรองระดับ 1 เป็น ระดับ 4, ร้อยละ 2.2 ส่วนความคิดเห็น/ความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลต่อรูปแบบฯ อยู่ในระดับมาก (M=3.77, SD=0.99)

ดังนั้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินการMOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ส่งเสริมให้มีการดำเนินการในรูปแบบของเครือขายที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในระดับจังหวัด

คำสำคัญ: แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน, รูปแบบการคัดกรอง, โรงพยาบาล เครือข่าย

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: nattika99@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 082-4789269)

Abstract

This developmental research, based on MOPH ED Triage, aimed to develop and evaluate a screening model for emergency departments of Yala hospital network. The study was divided in three phases. Phase 1 consisted in studying the current situation. Phase 2 in drafting the new model, validated by three experts, and Phase 3 into an evaluation of the model. Sample was 134 patients admitted to the emergency unit and 35 health professionals working at Yala hospital. Research instruments were: 1) patient record form, 2) personal information form, and 3) a questionnaire for measuring the nurse satisfaction in using the model. All items had content validity of .60, while Cronbach's alpha coefficient yielded 0.82 for reliability. Data were analyzed using descriptive statistics. Results were as follows.

1. The review of current situation allowed to identify 4 important issues: 1) differences in patient screening procedure, 2) incomplete data record for patients screened at level 1 and 2, 3) communication problems between nurses and patients regarding patient screening, and 4) screening ability of nurses.

2. The MOPH model comprised the following elements: 1) a patient screening guideline based on MOPH ED Triage of emergency department (Method (M)), 2) an improved pattern screening form for accidents, emergency and fast- track patients (Originality (O)), 3) a flow chart symbol communication system with patients (Patient (P)), as well as 4) a HosXp program record (HosXp program (H)).

3. Results from the evaluation process showed that the screening was 90.3% accurate, while input data of fast-track patients was complete at 93.6%. Data entry into HosXp program was 84.7% complete. It found that 8.8% did not meet the screening criteria. 2.2% of the screening level was changed from level 1 to level 4. In addition, the mean score of the nurses' satisfaction in using the model was at a high level (*M*=3.77, *SD*=0.99)

Therefore, in order to increase the efficiency of MOPH ED Triage operations, the Emergency Department should encourage the network to run the operations with the same standard at the provincial level.

Keywords: Emergency Department, Screening Model, Yala Hospital Networks

บทนำ

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความสำคัญ ในการให้บริการด่านหน้าแก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการของโรงพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง ปัจจุบันผู้ป่วยเข้าใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นที่เป็นผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินถึงร้อยละ 60 และมีผู้ป่วยมารับบริการพร้อมกันเป็นจำนวนมากในช่วงเวลาเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการให้บริการที่ล่าช้าและไม่ปลอดภัยในผู้ป่วยบางราย (Dehli, Fredriksen, Osbakk, & Bartnes, 2011) การปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินจึงให้ความสำคัญกับการใช้ระบบการคัดกรองผู้ป่วย (triage systems) ในการจัดระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยและลำดับความเร่งด่วนของการช่วยเหลือ (Ming, Lai & Lau, 2016) ในการตัดสินใจทางคลินิกเพื่อจัดลำดับก่อนหลังในผู้ป่วยทุกราย ระบบการคัดกรองตาม MOPH ED Triage ของกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการคัดกรองระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการตามระดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน ได้รับการรักษาที่เหมาะสมและทันเวลาและจัดการภาวะคุกคามชีวิตอย่างรวดเร็ว (Christ, Goransson, Winter, Bingisser, & Platz, 2010) ลดการเกิดการคัดกรองผู้ป่วยต่ำ-สูงกว่าเกณฑ์ (Under-

Over Triage) (National Institute of Emergency Medicine, 2018) ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรง (Considine, Charlesworth, & Currey, 2014; Dehli, Fredriksen, Osbakk, & Bartnes, 2011) โดยแยกเป็นประเภทตามความรุนแรง 5 ระดับ ดังนี้ ระดับ 1 ผู้ป่วยวิกฤต (Resuscitation) ระดับ 2 เจ็บป่วยรุนแรง (Emergent) ระดับ 3 เจ็บป่วยปานกลาง (Urgent) ระดับ 4 เจ็บป่วยเล็กน้อย (Less-Urgent) ระดับ 5 เจ็บป่วยทั่วไป (Non-Urgent) ซึ่งรูปแบบการคัดกรองตาม MOPH ED Triage ที่มีความชัดเจนเที่ยงตรง ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการบริการที่มีคุณภาพ

โรงพยาบาลยะลา เป็นโรงพยาบาลศูนย์รับผิดชอบในเขตภาคใต้ตอนล่าง และเป็นแม่ข่ายให้กับโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7 แห่ง ในจังหวัดยะลา ได้แก่ โรงพยาบาลรามัน กรงปินัง บันนังสตา ธารโต เบตง ยะหา และกาบัง ได้นำระบบการคัดกรองผู้ป่วยแบบ 5 ระดับตาม MOPD ED Triage มาปรับใช้กับบริบทโรงพยาบาลยะลา ระดับตติยภูมิ ที่มีความแตกต่างในด้านพหุวัฒนธรรม จากสถิติของผู้มารับบริการหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินปีงบประมาณ พ.ศ.2558-2562 จำนวน 47,131, 49,268, 52,130, 57,430 และ 59,418 ราย จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้มารับบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลยะลา มีข้อจำกัดในเรื่องสถานที่คับแคบ เตียงตรวจรักษาให้บริการมี 4 เตียง และมีผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่เข้ามาบริการ เช่น การพ่นยาตามนัดทั้งผู้ใหญ่และเด็ก ร้อยละ 60 การฉีดยาตามนัด การเปลี่ยนใส่สายอาหาร การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 35 รวมทั้งผู้ป่วยทั่วไปเข้ามาตรวจนอกเวลาราชการ เข้ามาปะปนกับผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ทำให้ผู้ป่วยหนักได้รับการดูแลรักษาล่าช้า เนื่องจากใช้ทีมให้บริการทีมเดียวกัน และเผชิญกับปัญหาในหลายด้าน เช่น ประสบการณ์และความรู้ในการคัดกรองของบุคลากร สถานที่ในการคัดกรองคับแคบไม่เป็นสัดส่วน ผู้รับบริการไม่เข้าใจระบบการคัดกรอง ไม่มีแนวปฏิบัติการคัดกรองที่เป็นแนวทางเดียวกันระหว่างโรงพยาบาลยะลาและโรงพยาบาลในเครือข่าย ไม่มีการสื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพ การลงบันทึกข้อมูลเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงและเปลี่ยนระดับการคัดกรองไม่ครบถ้วน ทำให้การวินิจฉัยผิดพลาด บุคลากรทางการพยาบาลไม่ได้อบรมพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองอย่างต่อเนื่อง รวมถึงอุปกรณ์ในการช่วยประเมินคัดกรองไม่เพียงพอ (Wachiradilok, Sirisamutr, Chaiyasit, & Sethasathien, 2016)

ดังนั้น ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่เหมาะสมกับสถานการณ์ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลยะลา โดยนำ MOPH ED Triage เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลยะลาที่สามารถช่วยตัดสินใจในการคัดกรองให้กับพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยและใช้เป็นแนวปฏิบัติในการตัดสินใจแยกประเภทผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ เพื่อลดการคัดกรองที่สูง-ต่ำกว่าเกณฑ์

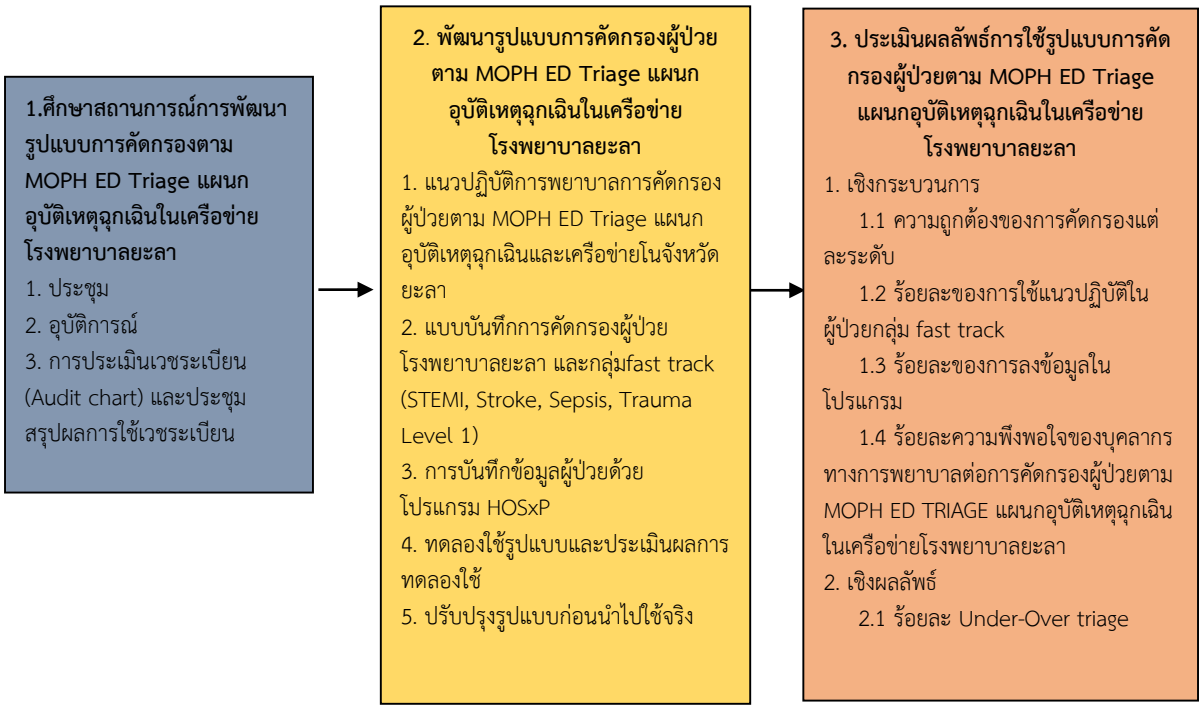
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การพัฒนารูปแบบการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่าย โรงพยาบาลยะลา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่าย โรงพยาบาลยะลา
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่าย โรงพยาบาลยะลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและการพัฒนาเพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาและประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลยะลา มีขั้นตอนในการดำเนินการเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การการพัฒนารูปแบบการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่าย โรงพยาบาลยะลา ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่าย โรงพยาบาลยะลา ประกอบด้วย 2.1 แนวปฏิบัติการพยาบาลการคัดกรองผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและเครือข่ายในจังหวัดยะลา 2.2 แบบบันทึกการคัดกรองผู้ป่วย

และ Fast track ได้แก่ STEMI, Stroke, Sepsis, Trauma Level 1. 2.3 การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยด้วยโปรแกรม HOSxP 2.4 ทดลองใช้รูปแบบและประเมินผลการทดลองใช้ 2.5 ปรับปรุงรูปแบบก่อนนำไปใช้จริง 2.6 นำรูปแบบการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลยะลาไปใช้ โดยการ ประชุมชี้แจงจัดอบรมบุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาลยะลาและเครือข่าย พร้อมนำ MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลยะลา ไปทดลองใช้ในโรงพยาบาลเครือข่ายทั้ง 7 แห่ง และการลงนิเทศ ติดตามการใช้แบบบันทึก และศึกษาปัญหาในการใช้แนวทางการปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่าย โรงพยาบาลยะลา และระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์การใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลยะลา ดังนี้ 3.1 ความถูกต้องของการคัดกรองแต่ละระดับ 3.2 ร้อยละของการใช้แนวปฏิบัติในผู้ป่วยกลุ่ม Fast Track 3.3 ร้อยละของการลงข้อมูลในโปรแกรม HOSxP 3.4 ความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลต่อการคัดกรองผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลยะลา 3.5 ร้อยละ Under-Over triage (ดังภาพ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัย เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2562 ถึงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์รูปแบบการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลยะลา เป็นการศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิ ดังนี้

1. ทบทวนเวชระเบียน (Audit Chart) ของผู้ป่วยหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลยะลา ที่คัดกรองแบบ 5 ระดับ จำนวน 150 แฟ้ม และจากรายงานความเสี่ยง 1 เรื่องของโรงพยาบาลยะลา (พฤศจิกายน พ.ศ. 2562)

2. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยสรุปเนื้อหา จัดหมวดหมู่ แล้วจึงนำมาสังเคราะห์ยกร่างเป็นแนวทางในการพัฒนาการคัดกรองตาม MOPH ED Triage ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ก่อนเก็บข้อมูลเพื่อสนับสนุนแนวทางที่ยกร่างอีกครั้ง

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลยะลา มีขั้นตอนการพัฒนา ดังนี้

1. ผู้วิจัยทบทวนการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของกระทรวงสาธารณสุข และบูรณาการให้สอดคล้องกับสังคมพหุวัฒนธรรมของ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อนำมาวิเคราะห์สาระสำคัญ มาสร้างเป็นรูปแบบดังนี้ 1) แนวทางการปฏิบัติการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลยะลา 2) แบบบันทึกการคัดกรองผู้ป่วยโรงพยาบาลยะลา แยกเป็นกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน กลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุและกลุ่มผู้ป่วย Fast track (ผู้ป่วย STEMI, Stroke และ Sepsis) และผู้ป่วยอุบัติเหตุ เพิ่มรายละเอียดของการบันทึกระดับของกลไกการบาดเจ็บ และผลน้ำตาลในเลือด (DTX) ในผู้ป่วยอุบัติเหตุผู้ป่วย Stroke, ผู้ป่วย Neuro ที่อยู่ในระดับ 1 และ 2 และผู้ป่วยเด็ก 3) การสื่อสารกับผู้รับบริการถึงการคัดแยกผู้ป่วย โดยการใช้แผ่นป้าย 4) การลงข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรม HosXp ตามแบบบันทึกการคัดกรองผู้ป่วยโรงพยาบาลยะลาที่ใช้ MOPH ED Triage

2. ผู้วิจัยนำรูปแบบที่พัฒนาไปประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และเจ้าหน้าที่สารสนเทศ เพื่อร่วมพิจารณาให้สอดคล้องกับการปฏิบัติในหน้างานและปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติตามความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

3. ยกร่างรูปแบบการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่าย โรงพยาบาลยะลา ด้วยการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการดูแลตามหลักวิชาการโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ แพทย์แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการนำไปใช้ และประโยชน์ต่อผู้ป่วย ผลจากการพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity; IOC) เท่ากับ 0.67 จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เห็นว่ารูปแบบดังกล่าว มีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย และผู้ปฏิบัติการพยาบาล แต่มีการปรับปรุงบางประเด็นในการสื่อสารกับผู้มารับบริการเรื่องของระยะเวลาที่ใช้การคัดกรองของแต่ละระดับ ผู้วิจัยจึงปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปปฏิบัติการพยาบาล และทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง

4. นำรูปแบบ MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่าย โรงพยาบาลยะลาไปใช้ โดยการจัดประชุมแก่บุคลากรทางการพยาบาล โดยการประชุมชี้แจงแก่ หัวหน้าแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แพทย์ใช้ทุน และพยาบาลปฏิบัติการ

5. ติดตามลงนิเทศ ณ จุดคัดกรอง เพื่อเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ปฏิบัติงานและทีมสหวิชาชีพ และศึกษาปัญหาในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลยะลา

6. นำ MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่าย โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7 แห่งในจังหวัดยะลา

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่าย โรงพยาบาลยะลา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Study) แบบ Quasi-Experimental Designs แบบศึกษากลุ่มเดียววัดครั้งเดียว (The One-Group Posttest-Only Design) มีขั้นตอนในการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่าย และบุคลากรทางพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลยะลา

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่าย โรงพยาบาลยะลาคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูป G*Power ผู้ศึกษากำหนดค่าอิทธิพลของการทดสอบที่ยอมรับได้ในการวิจัยทางการพยาบาลในระดับกลางที่ 0.50 กำหนดกำลังของการทดสอบ (Power of the test) ที่ 0.95 และค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 134 ราย ระยะเวลาในการศึกษา เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2563

2. บุคลากรทางพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลยะลา ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลยะลา จำนวน 35 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกการคัดกรองของผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลยะลา 2) แบบบันทึกการคัดกรองของผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลยะลา 3) แบบบันทึกการคัดกรองผู้ป่วย Fast Track STEMI โรงพยาบาลยะลา 4) แบบบันทึกการคัดกรองผู้ป่วย Fast Track Stroke โรงพยาบาลยะลา 5) แบบบันทึกการคัดกรองผู้ป่วย Fast Track Sepsis โรงพยาบาลยะลา ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลยะลา ประกอบด้วย 1) ดัชนีของการเกิดกลไกการบาดเจ็บ (Mechanism of Injury) 2) ผลน้ำตาลในเลือด (DTX) 3) การประเมินสัญญาณทางระบบประสาท (Glasgow Coma Score: GCS, Pupil, และ 4) ผลรวมระดับคะแนนของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Search Out Severity Score: SOS Score) 5) การลงลายมือชื่อหลังจากได้รับคำอธิบายถึงระดับความเร่งด่วนในการคัดกรอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 ข้อ ดังนี้ 1) จำนวนผู้ป่วยที่คัดกรองตาม MOPH ED Triage 5 ระดับ 2) ระดับการคัดกรองที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 3) จำนวนการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HosXp

2.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย เพศ อายุ ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน และประสบการณ์ในการทำงาน

2.3 แบบประเมินความคิดเห็น/ความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลต่อการคัดกรองผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลยะลา จำนวน 7 ข้อคำถาม เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ จากมากที่สุด ให้ 5 คะแนน ถึงน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผล (Srisa-Ard, 2014) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	4.51 – 5.00	หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย	3.51 – 4.50	หมายถึง เห็นด้วยมาก
ค่าเฉลี่ย	2.51 – 3.50	หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	1.51 – 2.50	หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด
ค่าเฉลี่ย	1.00 – 1.50	หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลยะลา ร่วมกับใช้แนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ซึ่งได้ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐานในระดับสากล โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ National Institute of Emergency Medicine (2018) และประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติดังกล่าว และได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาตร์ฉุกเฉิน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Item Objective Congruence: IOC) เท่ากับ .67 จากนั้นผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อรูปแบบการคัดแยกตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่าย โรงพยาบาลยะลา จำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนการทดลอง

1. ประชุมชี้แจงการทดลองใช้รูปแบบฯ แก่หัวหน้า/รองหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลปฏิบัติการ วิเคราะห์ประเมินผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลยะลา 10 ราย พบปัญหาในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล จากนั้นแก้ไขปรับปรุงแนวปฏิบัติการ

พยาบาลการการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลยะลา ก่อนนำไปใช้ในสถานการณ์จริง

ขั้นทดลอง

2. ประกาศนโยบาย และประชุมชี้แจงหัวหน้า/รองหัวหน้าหน่วยงาน เกี่ยวกับการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลการการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลยะลา มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยทุกราย แบบประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาล สื่อสารรายละเอียดวิธีการดำเนินการ การติดตามควบคุมกำกับ เพื่อให้หัวหน้าหน่วยงานไปสื่อสารให้บุคลากรในหน่วยงานรับทราบและดำเนินการตามแผน

3. พัฒนาความรู้และทักษะแนวปฏิบัติการพยาบาลการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลยะลา ให้แก่บุคลากรการพยาบาลทุกระดับ โดยการจัดโครงการพัฒนารูปแบบการการคัดกรองตาม MOPH ED Triage ประกอบด้วย กิจกรรมหลัก คือ การอบรมเชิงปฏิบัติการพยาบาลการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลยะลา ผู้เข้าร่วมอบรม ได้แก่ แพทย์จบใหม่ พยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลยะลา พยาบาลที่ปฏิบัติงานผู้ป่วยนอก พยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเครือข่ายทั้ง 7 แห่งในจังหวัดยะลา จัดการอบรมเป็น 2 รุ่น เนื้อหาในการอบรมแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) การบรรยายความรู้เรื่อง การทำความเข้าใจรูปแบบการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลยะลาที่พัฒนาขึ้น 2) ฝึกทักษะเรื่องการประเมินระดับการคัดกรองตาม MOPH ED Triage จากสถานการณ์จำลอง

4. สรุปผลโครงการพัฒนารูปแบบการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลยะลา

5. การควบคุมกำกับ ติดตาม ระดับหน่วยงาน หัวหน้าหน่วยงาน

6. การประเมินการนำรูปแบบ

ขั้นหลังการทดลอง

7. วัดความรู้ก่อนและหลังการอบรมการคัดกรองตาม MOPH ED Triage ของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลยะลา

8. เก็บข้อมูลผลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและเครือข่ายในจังหวัดยะลาจากโปรแกรม HOSxP

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศูนย์ยะลา เลขที่ 27/2563 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และเมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีร่วมวิจัยแล้วจึงให้ลงนามในใบยินยอม ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การพัฒนารูปแบบการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลยะลา

1.1 การทบทวนเวชระเบียน (Audit chart) ของผู้ป่วยหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลยะลา ที่คัดกรองแบบ 5 ระดับ พบว่า

“ระบบคัดกรองในโรงพยาบาลระหว่างแผนกผู้ป่วยนอกและห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินใช้เกณฑ์ระดับความรุนแรงไม่ตรงกัน การแบ่งระดับ (Level) ต่างกัน บุคลากรได้รับการอบรมความรู้มาคนละแบบ ทำให้การให้บริการเกิดความสับสน”

“การคัดกรองในกลุ่มอาการ โรคหัวใจ ที่มีอาการไม่คงที่ ทำให้มีการประเมินและคัดกรองต่ำกว่าความเป็นจริง จากระดับ 2 เป็น ระดับ 4 และการคัดกรองผู้ป่วยหายใจเหนื่อย ระดับ 1 เป็นระดับ 3”

การลงบันทึกข้อมูลไม่มีข้อมูลที่เกี่ยวข้องอาการหรือสาเหตุของโรค ทำให้การประเมินผู้ป่วยผิดพลาด เช่น ไม่มีผล DTX ใน ผู้ป่วยที่เป็น DM ผู้ป่วยsepsis ไม่มี SOS score และผู้ป่วย Trauma ไม่ทราบเกิดอุบัติเหตุอะไร”

1.2 บุคลากรทางการพยาบาลไม่สามารถคัดกรองและหรือคาดการณ์ความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ บันทึกจากรายงานความเสี่ยง 1 เรื่อง ดังนี้

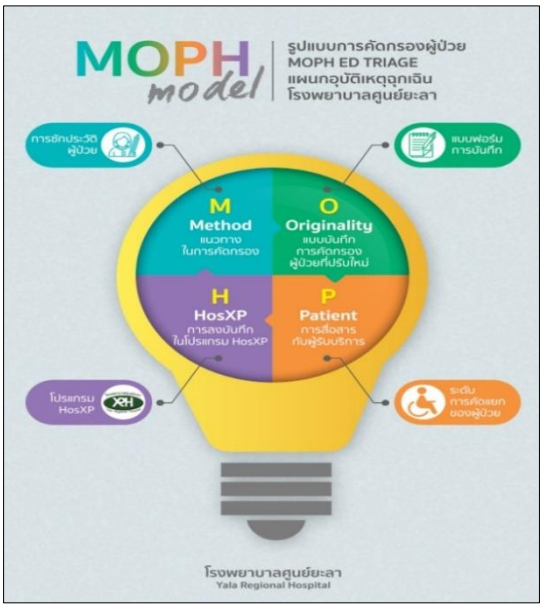
“ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction) ซึ่งมีอาการสำคัญ จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ มา 1วัน พยาบาลผู้ทำการคัดแยกจัดให้เป็นกลุ่มรีบเร่ง (Urgent) และส่งผู้ป่วยไปรอในห้องตรวจแต่ขณะรอแพทย์ตรวจนั้นผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกมากขึ้น เหงื่อแตก หมดสติ จึงทำการย้ายเข้าห้องกู้ชีพเพื่อช่วยชีวิตจำนวน 1ราย”

1.3 จากการประชุมกลุ่ม Trauma สัญจร

“ระบบคัดกรองของแต่ละโรงพยาบาลแตกต่างกัน ทำให้ข้อมูลระดับความรุนแรงของผู้ป่วยไม่ตรงกันช่วงการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลในเครือข่าย นอกจากนั้นแพทย์ใช้ทุนระบุว่าการคัดแยกของห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินไม่ตรงกัน”

“การใช้แบบบันทึกที่ไม่เหมือนกัน พอมาถึงรพ.ยะลา ข้อมูลไม่ครบถ้วน ต้องมาเขียนใบใหม่ ทำให้เสียเวลา”

2. รูปแบบการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่าย โรงพยาบาลยะลา ที่ได้เป็นรูปแบบ MOPH model ดังนี้ 1) แนวทางในการคัดกรองผู้ป่วย (Method: M) ใช้ระบบคัดกรองตาม MOPH ED Triage ในการตัดสินใจในการคัดกรองผู้ป่วยในแต่ละระดับได้แก่ 1.1) Resuscitation (ผู้ป่วยวิกฤต) 1.2) Emergent (เจ็บป่วยรุนแรง) 1.3) Urgent (เจ็บป่วยปานกลาง) 1.4) Less-Urgent (เจ็บป่วยเล็กน้อย) 1.5) Non-Urgent (เจ็บป่วยทั่วไป) 2) การใช้แบบบันทึกการคัดกรองผู้ป่วยโรงพยาบาลยะลาที่ปรับปรุงใหม่ (Originality: O) บันทึกเพิ่มเติมในหัวข้อ ดัชนีของการเกิดกลไกการบาดเจ็บ (Mechanism of Injury) ผลน้ำตาลในเลือด (DTX) การประเมินสัญญาณทางระบบประสาท (Glasgow Coma Score: GCS, Pupil, และคะแนนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Search Out Severity Score: SOS Score) ซึ่งการบันทึกข้อมูลการคัดกรองดังกล่าว ทำให้แยกผู้ป่วยเป็นกลุ่มเฉพาะเจาะจง ได้แก่ แบบบันทึกการคัดกรองของผู้ป่วยอุบัติเหตุ, แบบบันทึกการคัดกรองของผู้ป่วยฉุกเฉิน, แบบบันทึกการคัดกรองผู้ป่วย Fast Track STEMI โรงพยาบาลยะลา, แบบบันทึกการคัดกรองผู้ป่วย Fast Track Stroke โรงพยาบาลยะลา, แบบบันทึกการคัดกรองผู้ป่วย Fast Track Sepsis โรงพยาบาลยะลา ทำให้ประเมินการคัดกรองแบบเร่งด่วนและแยกเป็นกลุ่มโรคได้อย่างรวดเร็ว 3) การสื่อสารกับผู้มารับบริการ (Patient: P) โดยการใช้สัญลักษณ์ที่เป็นแผ่นป้ายสื่อสาร ดังนี้ 3.1) ผู้ป่วยวิกฤต (Resuscitation) ใช้สัญลักษณ์เป็นแผ่นป้ายสีแดง 3.2) เจ็บป่วยรุนแรง (Emergent) ใช้สัญลักษณ์เป็นแผ่นป้ายสีส้ม 3.3) เจ็บป่วยปานกลาง (Urgent) ใช้สัญลักษณ์เป็นแผ่นป้ายสีเหลือง 3.4) เจ็บป่วยเล็กน้อย (Less-Urgent) ใช้สัญลักษณ์เป็นแผ่นป้ายสีเขียว 3.5) เจ็บป่วยทั่วไป (Non-Urgent) ใช้สัญลักษณ์เป็นแผ่นป้ายสีน้ำเงินและทุกป้าย ระบุชื่อ-สกุลผู้ป่วย เวลาที่เข้ามาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน อาการสำคัญ แขวนไว้กับเตียงที่ผู้ป่วยนอน ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว มีป้ายชื่อ-สกุลติดที่ข้อมือ และการลงลายมือชื่อหลังจากได้รับคำอธิบายถึงระดับความเร่งด่วนในการคัดกรอง 4) มีการลงบันทึกในโปรแกรม HosXp (HosXp: H) โดยเริ่มลงข้อมูลตั้งแต่การซักประวัติทำบัตร คัดกรองผู้ป่วย ตรวจรักษาโดยแพทย์ รวมถึงพยาบาลทำหัตถการให้กับผู้มารับบริการจนผู้รับบริการจำหน่ายออกจากแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยการกลับบ้าน นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือเสียชีวิต



ภาพ 2 รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลยะลา

3. ประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่าย โรงพยาบาลยะลา พบว่า

3.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.28 อายุ 30-40 ปี ร้อยละ 82.85 โดยมีอายุเฉลี่ย 35 ปี อายุสูงสุด 56 ปี อายุต่ำสุด 30 ปี เป็นพยาบาลวิชาชีพ 82.85 และมีประสบการณ์ในการทำงานส่วนใหญ่ 1-10 ปี ร้อยละ 82.85 รองลงมาคือ มีประสบการณ์ทำงาน 10-20 ปี จำนวน 5 ราย ร้อยละ 14.28

3.2 การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก Fast track (STEMI, Stroke, Sepsis, Trauma Level 1) การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก Fast Track ใน เดือนมิถุนายน อยู่ที่ร้อยละ 93.58 พบว่า การลงบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก Fast track มาจากการซักประวัติผู้มารับบริการและคัดกรอง พบว่าในกลุ่มที่ลงบันทึกร้อยละ 100 เป็นกลุ่ม Trauma ที่มาด้วยอุบัติเหตุที่เห็นได้ชัดเจน ส่วนกลุ่มโรค STEMI, Stroke และ Sepsis ลงข้อมูลแบบบันทึกอาศัยการซักประวัติจากผู้รับบริการ อยู่ที่ร้อยละ 89.47, 93.34 และ 91.67 ตามลำดับ และกลุ่มอาการ STEMI และ Sepsis ไม่ได้บันทึก ร้อยละ 40 จากไม่มีอาการแสดงแรกรับของผู้มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของการประเมินการการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก Fast track เดือนมิถุนายน 2564 (N=78)

ผลลัพธ์การประเมินการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage	บันทึก		ไม่บันทึก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก Fast track	73	93.58	5	(6.41)
การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก STEMI	17	89.47	2	(40.00)
การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก Stroke	14	93.34	1	(20.00)
การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก Sepsis	22	91.67	2	40.00
การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก Trauma Level 1	20	100.00	0	0.00

3.3 ผลลัพธ์การประเมินการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage พบว่า ความถูกต้องในการคัดกรองผู้ป่วย ร้อยละ 90.3 การบันทึกข้อมูลครบถ้วนในแบบบันทึกการคัดกรอง ร้อยละ 85.8 การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก Fast Track ร้อยละ 95.6 และการลงข้อมูลในโปรแกรม HosXp ร้อยละ 100 (ตาราง 2)

ตาราง 2 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของผลลัพธ์การประเมินการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage (N=134)

ผลลัพธ์การประเมินการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage	มิถุนายน (N=134)	
	จำนวน	ร้อยละ
ความถูกต้องการคัดกรองผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage		
คัดกรองถูกต้อง	**121**	90.29
คัดกรองไม่ถูกต้อง	13	9.71
การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการคัดกรอง		
ครบถ้วน	115	85.83
ไม่ครบถ้วน	19	14.17
การลงข้อมูลในโปรกรม HosXp		
บันทึก	134	100.00
ไม่บันทึก	0	0.00

3.4 ความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลต่อการคัดกรองผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลยะลา

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลต่อการคัดกรองผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลยะลา

ความพึงพอใจ	*M*	*SD*	ระดับความพึงพอใจ
1. สถานที่สำหรับรอการคัดกรองผู้ป่วยและรอรับบริการ	1.97	0.45	น้อย
2. การระบุแนวทางการปฏิบัติของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองไว้อย่างชัดเจน ช่วยให้ท่านคัดกรองผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ	4.31	0.67	มาก
3. รูปแบบการบันทึกข้อมูลการคัดกรองผู้ป่วยแต่ละประเภท ช่วยในการซักประวัติของผู้ป่วยได้รวดเร็วและครอบคลุมมากขึ้น	4.31	0.62	มาก
4. อุปกรณ์และเครื่องมือในการคัดกรองอยู่ในสภาพพร้อมใช้งานและมีจำนวนเพียงพอ	3.03	0.51	ปานกลาง
5. การคัดกรองผู้ป่วยช่วยให้การทำงานในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นระบบมากขึ้น	4.25	0.65	มาก
6. การให้ป้ายสำหรับญาติเข้าไปเยี่ยมและให้ประวัติผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน	4.28	0.73	มาก
7. ท่านมีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบการคัดกรองตาม MOPH ED Triage	4.22	0.80	มาก
รวม	**3.77**	**0.99**	**มาก**

จากตาราง 3 พบว่าความพึงพอใจรวมของบุคลากรทางการพยาบาลต่อการคัดกรองผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลยะลา อยู่ในระดับมาก (*M*=3.77, *SD*=0.99) โดยความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลต่อการระบุแนวทางการปฏิบัติของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองไว้อย่างชัดเจน ช่วยให้ท่านคัดกรองผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (*M*=4.31, *SD*=0.67) และความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลต่อรูปแบบการบันทึกข้อมูลการคัดกรองผู้ป่วยแต่ละประเภท ช่วยในการซักประวัติของผู้ป่วยได้รวดเร็วและครอบคลุมมากขึ้น อยู่ในระดับมาก (*M*=4.31, *SD*=0.62) ส่วนความพึงพอใจของสถานที่สำหรับรอการคัดกรองผู้ป่วยและรอรับบริการ อยู่ในระดับน้อย (*M*=1.97, *SD*=0.45)

3.5 การประเมินการคัดกรองผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของการประเมินการคัดกรองผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน (N=134)

ผลลัพธ์การประเมินการคัดกรอง	มิถุนายน (N=134)	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
การคัดกรองผู้ป่วยต่ำกว่าเกณฑ์ (Under Triage) (น้อยกว่าร้อยละ 5)	12	8.95
การคัดกรองผู้ป่วยสูงกว่าเกณฑ์ (Over Triage) (น้อยกว่าร้อยละ 15)	13	9.70

จากตาราง 4 พบว่าการคัดกรองผู้ป่วยต่ำกว่าเกณฑ์ (น้อยกว่าร้อยละ 5) ร้อยละ 8.95 การคัดกรองผู้ป่วยสูงกว่าเกณฑ์ (น้อยกว่าร้อยละ 15) ร้อยละ 9.70

อภิปรายผล

สถานการณ์การคัดกรองผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลยะลา พบว่า แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน มีกระบวนการพัฒนาจากประเด็นปัญหาความผิดพลาดจากการคัดกรองผู้ป่วย การแบ่งระดับความรุนแรงไม่ถูกต้องตรงกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า โดยการพัฒนาแนวทางนี้ใช้เกณฑ์การคัดแยกและจัดลำดับการบริการ ตาม MOPH ED Triage Guideline ของกระทรวงสาธารณสุข นำมาปรับให้เข้ากับบริบทของงานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลคัดกรองมีการใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน คัดกรองถูกต้อง ร้อยละ 90.29 สอดคล้องกับระบบการคัดกรองประเภทที่มีความละเอียด เที่ยงตรงและมีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด จะช่วยให้พยาบาลสามารถคัดกรองผู้ป่วยได้ถูกต้องตามความเร่งด่วน สามารถส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่รักษาที่มีความเหมาะสมกับอาการผู้ป่วย ลดความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินอย่างแท้จริง ลดอัตราการตายที่ไม่สมควรตายที่แผนกฉุกเฉิน ลดค่าใช้จ่ายและรวมถึงทรัพยากรขององค์กรที่ต้องนำมาใช้เกินความจำเป็น (Christ, Goransson, Winter, Bingisser, Platz, 2010; Wachiradilok, Sirisamutr, Chaiyasit, Sethasathien, 2016)

การพัฒนาการบันทึกการคัดกรองผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลยะลา พบว่า การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก Fast Track มีการบันทึกข้อมูล ร้อยละ 93.6 มาจากการปรับแบบบันทึกการคัดกรองผู้ป่วยแยกเป็นกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน กลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุและกลุ่มผู้ป่วย Fast Track (ผู้ป่วย STEMI, Stroke และ Sepsis) และผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยเพิ่มรายละเอียดของการบันทึกระดับของกลไกการบาดเจ็บและผลน้ำตาลในเลือด (DTX) ในผู้ป่วยอุบัติเหตุผู้ป่วย Stroke, ผู้ป่วย Neuro ที่อยู่ในระดับ 1 และ 2 และผู้ป่วยเด็กให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้นส่งผลดีในเรื่องคุณภาพบริการที่ทำให้พยาบาลรู้แนวทางในการซักประวัติอย่างครอบคลุม และสามารถวินิจฉัยโรคได้เบื้องต้นทำให้ง่ายต่อการตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยไปยังแผนกต่าง ๆ ทำให้ลดปัญหาการผิดพลาดในการคัดกรอง ลดระยะเวลาในการคัดกรองได้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินเพื่อจำแนกผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลสระบุรี ทำให้ความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Jakpaisan, Sithiprachrrat, Prampraamon, & Mara, 2016). นอกจากนี้ ในผู้ป่วยวิกฤตมีการคัดกรองและการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยวิกฤติตามรูปแบบการประเมินอาการตามการจำแนกสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น (6H's 6T's) พบว่าการคัดกรองผู้ป่วยวิกฤติตามรูปแบบได้ถูกต้องครบถ้วนร้อยละ 91.7 ส่งผลให้ทีมสามารถเข้ากระบวนการช่วยฟื้นคืนชีพได้อย่างรวดเร็ว (Yodrak, Saetae, Siriyapan & Taveetong, 2020)

ผลลัพธ์การคัดกรองผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลยะลา พบว่า มีการคัดกรองต่ำกว่าสภาพความรุนแรงที่เป็นจริง ในการคัดกรองระดับ 1 ที่คัดกรองเป็นระดับ 4, การคัดกรองในระดับ 2 เป็นระดับ 3 และเป็นระดับ 4 และมีการคัดกรองสูงกว่าสภาพความเป็นจริง จากคัดกรองระดับ 4 ที่คัดกรองเป็นระดับ 1, การคัดกรองระดับ 3 ที่คัดกรองเป็นระดับ 2 อธิบายได้ว่า ผลการคัดกรองต่ำและสูงกว่าเกณฑ์ (Under- Over Triage) ของพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในการคัดกรอง ณ จุดคัดกรองของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เกิด

จากปัจจัยดังนี้ 1) บุคลากรที่ปฏิบัติงาน ณ จุดคัดกรองมีความหลากหลายของวิชาชีพ พบว่ามีทั้งพยาบาลและเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน ได้ปรับให้พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประเมินและคัดกรองผู้ป่วยทุกราย 2) ประสบการณ์และความสามารถในการทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้าของบุคลากรทางการพยาบาลคัดกรองที่มีความแตกต่างกัน จากงานวิจัยของ Wachiradilok, Sirisamutr, Chaiyasit, Sethasathien (2016) พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่เริ่มทำการคัดกรองจะมี Over และ Under Triage มากกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปีขึ้นไป เนื่องจากพยาบาลนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ มีสรรถนะในการคัดกรองที่แตกต่างกัน ถึงแม้ส่วนหนึ่งเห็นว่าการคัดกรองมี Guideline ที่เป็นสากลและได้มาตรฐานระดับหนึ่งแล้ว แต่หากไม่ได้ทำการคัดกรองบ่อย ๆ หรือไม่เคยได้รับการอบรมฟื้นฟู แลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยกัน จะไม่เข้าใจแนวทางการคัดกรองที่แท้จริง บางคนคัดกรองผู้ป่วยผิด โดยรับรู้ว่าเป็นการคัดกรองที่ถูกมาตลอด 3) การสื่อสารกับผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยเด็ก ที่ไม่สามารถบอกอาการได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน โดยที่อาการฉุกเฉินดังกล่าวต้องการได้รับการตอบสนองจากแพทย์ในการตรวจรักษาทันทีที่มาถึงโรงพยาบาล 4) แพทย์จบใหม่ที่มีการหมุนเวียนมาตรวจผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ขาดทักษะและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย 5) สิทธิ์การรักษาของผู้ป่วยระดับ 4 และระดับ 5 เข้ามารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ เนื่องจากหลีกเลี่ยงการจ่ายค่าตรวจนอกเวลา อย่างไรก็ตาม ปัญหาความรู้/ทักษะในการคัดกรอง บุคลากรทางการพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 5 ปี และได้รับการอบรมความรู้เกิดการคัดกรองที่แตกต่างกัน ควรได้รับการอบรมฟื้นฟูการคัดกรองอย่างต่อเนื่องทุก 1 ปี เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับโรงพยาบาลอื่น จะทำให้เกิดความมั่นใจในการคัดกรองมากขึ้น

ความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลต่อการคัดกรองผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลยะลา อยู่ในระดับมาก มาจากความพึงพอใจของบุคลากรทางการพยาบาลต่อการระบุแนวทางการปฏิบัติของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองไว้อย่างชัดเจน ช่วยให้ท่านคัดกรองผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ เป็นแนวทางมีความสะดวกในการนำไปใช้ และแนวทางอยู่บนพื้นฐานหลักวิชาการที่สามารถใช้ได้จริงในการประเมินและช่วยเหลือผู้ป่วยอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ Pimsung (2017) ภายหลังที่พยาบาลคัดกรองใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองกลุ่มอาการปวดท้องพยาบาลมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมาก และเห็นว่าแนวปฏิบัติมีประโยชน์ต่อคุณภาพการพยาบาลและความชัดเจนของแนวทางปฏิบัติในระดับมากที่สุด

อย่างไรก็ตาม ทางผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการคัดกรองผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage ของกระทรวงสาธารณสุขมาปรับให้สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลยะลา ที่พัฒนาการคัดกรองทั้งระบบให้เป็นรูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลเดียวกัน โดยมีการจัดประชุมอบรมปีละ 1 ครั้ง การนิเทศติดตามหน้างานทุก 3 เดือน ทำให้เกิดการพัฒนารูปแบบคัดกรองผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลยะลา ที่พัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป และประชุมร่วมกับองค์กรแพทย์ นอกเวลาเปิดคลินิกนอกเวลาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน สำหรับผู้ป่วยระดับ 4 และ 5 เพื่อลดความแออัดในช่วงนอกเวลา

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำรูปแบบการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่าย โรงพยาบาลยะลา ไปใช้กับโรงพยาบาลใกล้เคียง ปัตตานีและนราธิวาส
2. ติดตามตัวชี้วัดและนิเทศทางการพยาบาลของผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่าย โรงพยาบาลยะลาทุก 1 ปี
3. ผู้บริหารสามารถประเมินสมรรถนะการคัดกรองของบุคลากรทางการพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน
4. นำผลของการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยมาประยุกต์ในการให้บริการแบบวิถีใหม่ (New Normal)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาคุณภาพการคัดกรองผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้รับบริการแผนอุบัติเหตุและผู้ป่วยนอกตามแนววิถีใหม่
2. เปรียบเทียบความแม่นยำผลการคัดกรองผู้ป่วยด้วยโปรแกรมทางคอมพิวเตอร์

References

Christ, M., Goransson, F., Winter, D., Bingisser, R., & Platz, E. (2010). *Modern Triage in the Emergency Department. Medicine*, *107*(50), 892-898.

Considine, J., Charlesworth, D., & Currey, J. (2014). Characteristics and Outcomes of Patients Requiring Rapid Response System Activation Within 24 Hours of Emergency Admission. *Critical Care and Resuscitation*, *3*(16), 184-189.

Dehli, T., Fredriksen, K., Osbakk, S. A., & Bartnes, K. (2011). Evaluation of a University Hospital Trauma Team Activation Protocol. *Scandinavian Journal of Trauma Resuscitation and Emergency Medicine*, *19*(18), 1-7.

Jakpaisan, S., Sithiprachrrat, J., Prampraamon, C., & Mara, N. (2016). Development of Learning Program for Knowledge and Ability Construction in Emergency Severity Triage by Adult Learning Theory for Registered Nurses in Emergency Department of Saraburi Hospital. *Journal of nursing Division*, *44*(2), 117-140. (in Thai).

Ming, T., Lai, A., & Lau, P. (2016). Can Team Triage Improve Patient Flow in the Emergency Department A Systematic Review and Meta-Analysis. *Advanced Emergency Nursing Journal*, *38*, 233-50.

National Institute of Emergency Medicine. (2018). *Guidelines to Follow the Rules, Criteria and Procedures to Sort and Prioritize Emergency Care at the Emergency Room, According to the Emergency Medical Board*. (3rd ed). Nonthaburi. (in Thai).

Pimsung, S. (2017). The Effect of A Clinical Practice Guideline On Abdominal Pain Triage In Outpatients. *Community Nurse Practitioner Faculty of Nursing Thammasat University*. (in Thai).

Srisa-Ard, B. (2014). *Preliminary Research* (9th ed). Bangkok: Suvereyasar. (in Thai).

Wachiradilok, P., Sirisamutr, T., Chaiyasit, S., & Sethasathien A. (2016). Triage at Emergency department in Thailand. *The Thai journal Nusing*, *31*(2), 96-108. (in Thai).

Yodrak, A., Saetae, N., Siriyapan, S., & Taveetong, S. (2020). Development of an Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) Team Management in In-Patient Departments, Yala Hospital. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, *7*(1), 169-183.

ประสิทธิผลของการใช้คู่มือป้องกันแผลกดทับ 2 ภาษา (ไทย-มลายูถิ่น) ต่อความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการป้องกันแผลกดทับของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดนราธิวาส

Pressure Injuries: The Effects of a Bilingual Manual (Thai-Melayu) on Knowledge, Attitudes, and Prevention Skills among Caregivers of Stroke Patients in Narathiwat

สาวิณี ชาญสินธพ[1*], ฟุรซาน บินซา[1], สุภาวดี ล่ำสัน[1] และ สุวรรณี จันทรักษ์[2]
Sawinee Chansintop[1*], Fursan Binsa[1], Supavadee Lumsan[1] and Suwannee Jantarak[2]
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์[1*], โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์[2]
Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University[1*], Naradhiwas Rajanagarindra Hospital[2]

(Received: *October 25, 2021*; Revised: *December 28, 2021*; Accepted: *January 24, 2021*)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังนี้ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการป้องกันแผลกดทับของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดนราธิวาสก่อนและหลังใช้คู่มือป้องกันแผลกดทับ 2 ภาษา (ไทย-มลายูถิ่น) และ 2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการป้องกันแผลกดทับของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดนราธิวาส ก่อนและหลังใช้คู่มือป้องกันแผลกดทับ 2 ภาษา (ไทย-มลายูถิ่น) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดนราธิวาส จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการป้องกันแผลกดทับ และคู่มือการป้องกันแผลกดทับ 2 ภาษา (ไทย-มลายูถิ่น) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ สถิติ Paired Sample t-test ผลการวิจัยพบว่า

หลังใช้คู่มือป้องกันแผลกดทับ 2 ภาษา (ไทย-มลายูถิ่น) ผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในจังหวัดนราธิวาส มีความรู้ (t=15.12, p<.001) ทัศนคติ (t=7.65, p<.001) และทักษะ (t=22.47, p<.001) ในการป้องกันแผลกดทับสูงกว่าก่อนการใช้คู่มืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผลการวิจัยบ่งชี้ว่า บุคลากรด้านสุขภาพควรจัดทำและพัฒนาแหล่งความรู้ที่เข้าถึงและเข้าใจได้ง่าย โดยใช้ภาษาท้องถิ่นเพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง และมีทัศนคติที่ดีในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ความรู้, ทัศนคติ, ทักษะ, แผลกดทับ, ผู้ดูแล, คู่มือป้องกันแผลกดทับ 2 ภาษา, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: sawinee.c@pnu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 088-7825753)

Abstract

The purposes of this one-group pretest-posttest design quasi-experimental research conducted in Narathiwat Province were to: 1) study the levels of knowledge, attitude, and skills of caregivers of stroke patients about pressure injuries before and after using a bilingual (Thai-Melayu) manual for prevention, 2) to compare the knowledge, attitude, and skill before and after using a bilingual (Thai-Melayu) manual for prevention. The sample was 30 caregivers who took care of stroke patients and met the inclusion criteria. Demographic data were analyzed using descriptive statistics, and pair t-test was used to compare mean regarding research hypotheses. The instruments were an assessment form on knowledge, skills, and attitudes of caregivers about stroke, as well as a bilingual (Thai-Melayu) manual for the prevention of pressure injuries with stroke patients. The research results were as follows.

The mean score of stroke patients' caregivers for knowledge, attitudes, and skills were significantly higher than before using the bilingual manual for prevention of pressure injuries (t=15.12, p <.001, t=7.65, p<.001, t=22.47, p<.001).

The results indicated that healthcare providers should create and develop the information sources that are convenient and accessible to the users by using a local language when appropriate. By using the local language, the caregivers become able to improving their knowledge, understanding, and providing the proper care for patients and having good attitudes in taking care of patients.

Keywords: Knowledge, Skill, Attitude, Pressure Injury, Caregiver, Bilingual (Thai-Melayu) Manual, Stroke Patients

บทนำ

แผลกดทับเกิดจากการถูกทำลายเฉพาะที่ของผิวหนังและหรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง โดยเฉพาะเหนือปุ่มกระดูกหรือบริเวณที่ใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์หรืออุปกรณ์อื่น ๆ ลักษณะของการบาดเจ็บอาจแสดงในรูปแบบของผิวหนังที่ไม่เกิดการฉีกขาดหรือเกิดเป็นแผล และอาจมีอาการเจ็บปวดร่วมด้วยการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นมาจากความรุนแรงของแรงกด และหรือระยะเวลานานของการถูกกดทับ หรือเกิดจากแรงกดร่วมกับแรงไถล (Nation Pressure Ulcer Advisor Panel [NPUAP], 2016) การเกิดแผลกดทับนั้นเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยลงจากการมีพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองรวมไปถึงสาเหตุอื่น ๆ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2013) ได้กำหนดคำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมอง ว่าหมายถึง อาการทางคลินิก (Clinical Syndrome) ที่ประกอบด้วยลักษณะความบกพร่องของระบบประสาท (Neurological Deficit) ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด มีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง และมีสาเหตุมาจากหลอดเลือด (Vascular Origin) ที่ทำให้เกิดการขาดเลือด (Infarction) หรือมีเลือดออก (Hemorrhage) รวมถึงสาเหตุที่ทำให้หลอดเลือดสมองอุดตันหรือแตกที่เกิดจากภาวะต่าง ๆ เช่น การได้รับความกระทบกระเทือน (Trauma) การติดเชื้อ (Infection) หรือเนื้องอก (Neoplasm) เป็นต้น จากข้อมูลองค์การอัมพาตโลก (World Stroke Organization [WSO], 2019) ระบุว่าในปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉลี่ยสูงถึง 80 ล้านคน และประมาณการณ์ว่าทุกปีจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 13.70 ล้านคน ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงมาก อีกทั้งยังเป็นสาเหตุการตายอันดับสองของโลกและของประเทศไทย (Ministry of Public Health, 2020) จากรายงานสถิติสุขภาพจังหวัดนราธิวาส ในปีงบประมาณ 2558 - 2559 สาเหตุการตายที่สำคัญในปี 2559 พบว่าเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองคิดเป็นอัตราตาย 84 ต่อประชากรแสนคน

(Statistical Yearbook Thailand, 2017) การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างรวดเร็ว จึงเป็นสาเหตุให้อัตราการเกิดแผลกดทับเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน

การเกิดแผลกดทับนั้นส่งผลกระทบมากมายต่อผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ผู้ป่วยต้องนอนติดเตียงเป็นเวลานาน ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพา รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์และไร้ความสามารถ ทำให้ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง กลายเป็นพลเมืองที่ด้อยคุณภาพของประเทศ (Raetong, Matchim, & Poosamang, 2020; Suttipong & Sinduh, 2011) หน้าที่การดูแลผู้ป่วยจึงต้องเป็นภาระหนักของผู้ดูแลและหลีกเลี่ยงไม่ได้ มีผลการศึกษาวิจัยมากมายที่ยืนยันปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่าผู้ดูแลมีภาระหน้าที่ในการดูแลครอบครัวเพิ่มขึ้น ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงมาก ทั้งค่าเดินทาง ค่าทำแผลและค่าอุปกรณ์ทำแผล เกิดความเครียดจากการดูแลเนื่องจากต้องใช้ความอดทนและความเข้าใจเป็นอย่างสูงในการดูแลผู้ป่วยแผลกดทับจากโรคหลอดเลือดในสมอง (Artico, Dante, D'Angelo, Lamarca, Mastroianni, Petitti, et al, 2018; Paksee, Sirapo-ngam, Monkong, & Leelacharas, 2016; Prombut, Piaseu, & Sakulhongsopon, 2014; Suttipong & Sinduh, 2011) เมื่อเกิดปัญหาในการดูผู้ป่วย ผู้ดูแลไม่สามารถแก้ไขปัญหา และขาดความมั่นใจไม่สามารถบริหารจัดการได้ เช่น เมื่อสายยางให้อาหารหลุดหรือผู้ป่วยดึงสายยางออก ต้องการให้พยาบาลช่วยสอนให้ (Chantra, 2016) ในด้านการบริการสาธารณสุข ผู้ดูแลสะท้อนว่าศูนย์สุขภาพและโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งไม่มีความชัดเจนในการกำหนดแนวทางและนโยบายเกี่ยวกับการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างบูรณาการ และความร่วมมือของคนในชุมชนยังคงมีน้อย (Pitthayapong, 2018) จากการสำรวจและลงพื้นที่เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีแผลกดทับในจังหวัดนราธิวาส พบว่าผู้ดูแลยังขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแม้ว่าจะได้รับการอธิบายและการฝึกฝนทักษะจากโรงพยาบาลก่อนกลับบ้านแล้วก็ตาม เนื่องจากไม่เข้าใจภาษาไทย เพราะไม่ค่อยได้ใช้ภาษาไทยในชีวิตประจำวันส่วนใหญ่จะใช้ภาษามลายูถิ่น จากเหตุผลดังกล่าวทำให้ประชาชนในจังหวัดนราธิวาสมีปัญหาอุปสรรคในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ (Sangmanee, & Phibal, 2017; Totong, Wongsangiem, & Wongsangiem, 2018) การส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทัศนคติและทักษะที่ดีจึงต้องเกิดจากการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยที่พัฒนาและส่งเสริมความรู้ ทัศนคติและทักษะของผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่ศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้ในรูปแบบต่างๆ เช่น การศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลองมีคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-6.676, p<.001) (Moonthee, Monkong, Sirapo-ngam, & Leelacharas, 2016) และการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันแผลกดทับต่อการลดความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าหลังจากที่เข้าร่วมในโปรแกรม ผู้ดูแลมีความรู้และมีสมรรถนะแห่งตน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (p<0.001) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม (p<0.001, p<0.05 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chiaprasert, Sakunhongsophon, & Terathongkum, 2014) มีการศึกษาที่ใกล้เคียงเกี่ยวกับคู่มือการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร เครือข่ายโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านและในชุมชน โดยการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง Chronic Care Model ของ Wagner (1999) มีประสิทธิผลค่อนข้างสูง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น (Kultipat, Tohthong, & Sukmueang, 2017) ซึ่งแม้เนื้อหาของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านและในชุมชน จะมีความใกล้เคียงกันแต่ยังไม่มีงานใดสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการป้องกันแผลกดทับเป็นภาษามลายูถิ่น ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงได้จัดทำคู่มือป้องกันแผลกดทับ 2 ภาษา (ไทย-มลายูถิ่น) ต่อความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการป้องกันแผลกดทับของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามวิถีมุสลิมขึ้น รวมทั้งศึกษาประสิทธิผลของการใช้คู่มือดังกล่าว เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดนราธิวาสต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการป้องกันแผลกดทับของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดนราธิวาสก่อนและหลังใช้คู่มือป้องกันแผลกดทับ 2 ภาษา (ไทย-มลายูถิ่น)

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการป้องกันแผลกดทับของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดนราธิวาสก่อนและหลังใช้คู่มือป้องกันแผลกดทับ 2 ภาษา (ไทย-มลายูถิ่น)

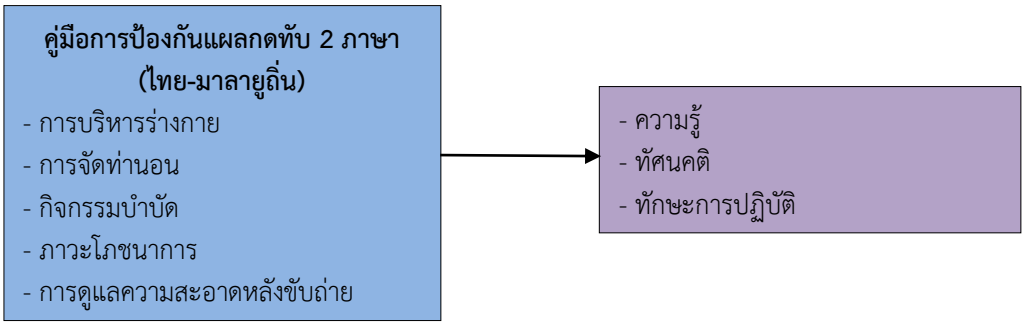
สมมติฐานวิจัย

1. ระดับความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการป้องกันแผลกดทับของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดนราธิวาสหลังใช้คู่มือป้องกันแผลกดทับ 2 ภาษา (ไทย-มลายูถิ่น) สูงกว่าหลังใช้คู่มือ

2. คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการป้องกันแผลกดทับของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดนราธิวาสหลังใช้คู่มือป้องกันแผลกดทับ 2 ภาษา (ไทย-มลายูถิ่น) สูงกว่าก่อนใช้คู่มือ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดครั้งนี้ ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งแนวปฏิบัติการป้องกันแผลกดทับของ Nation Pressure Ulcer Advisor Panel (NPUAP) (2019) ในการพัฒนาคู่มือป้องกันแผลกดทับ 2 ภาษา (ไทย-มลายูถิ่น) ซึ่งประกอบด้วย 1) การบริหารร่างกาย 2) การจัดท่านอน 3) กิจกรรมบำบัด 4) ภาวะโภชนาการ และ 5) การดูแลความสะอาดหลังขับถ่าย โดยเป็นตัวแปรจัดกระทำในการศึกษานี้ ส่วนตัวแปรตามใช้แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ความรู้ ทัศนคติ และทักษะการปฏิบัติ ดังรูปภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดนราธิวาส

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดนราธิวาส จำนวน 30 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Level of Power) .80 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) ที่ .80 ซึ่งเป็นค่ามาตรฐานที่ใช้กันทั่วไปที่มีอำนาจเพียงพอในการทดสอบทางสถิติ (Polit & Beck, 2012) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้า ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ยังไม่เกิดแผลกดทับตามร่างกาย
2. ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน
3. สามารถสื่อสารได้เข้าใจด้วยภาษาไทยและ/หรือภาษามาลายูได้
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ คู่มือป้องกันแผลกดทับ 2 ภาษา (ไทย-มลายูถิ่น) ประกอบด้วย 5 ด้าน 1) การบริหารร่างกาย 2) การจัดท่านอน 3) กิจกรรมบำบัด 4) ภาวะโภชนาการ และ 5) การดูแลความสะอาดหลังขับถ่าย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว เป็นต้น

2.2 แบบประเมินความรู้ในการป้องกันแผลกดทับของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีจำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) การบริหารร่างกาย 2) การจัดท่านอน 3) กิจกรรมบำบัด 4) ภาวะโภชนาการ และ 5) การดูแลความสะอาดหลังขับถ่าย เกณฑ์การให้คะแนนระดับความรู้ ดังนี้ ตอบไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน ตอบใช่ ได้ 1 คะแนน คะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0 ถึง 10 เกณฑ์การแปลผลดังนี้

7-10 คะแนน หมายถึง ความรู้ในการป้องกันแผลกดทับอยู่ในระดับมาก
4-6 คะแนน หมายถึง ความรู้ในการป้องกันแผลกดทับอยู่ในระดับปานกลาง
0-3 คะแนน หมายถึง ความรู้ในการป้องกันแผลกดทับอยู่ในระดับต่ำ

2.3 แบบประเมินทัศนคติในการป้องกันแผลกดทับของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีทั้งหมดข้อ 7 ข้อ แบ่งเป็นข้อความทางบวก 3 ข้อ ข้อความทางลบ 4 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า rating scale 5 อันดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 5 ถึง 35 คะแนน โดยข้อความทางบวก ตำแหน่งเลข 1 ให้ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด และตำแหน่งเลข 5 ให้ 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 4, 6, และ 7 สำหรับข้อความทางลบ ตำแหน่งเลข 1 ให้ 5 คะแนน 1 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด และตำแหน่งเลข 5 ให้ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3 และ 5 เกณฑ์การแปลผลดังนี้

26-35 คะแนน หมายถึง ทัศนคติในการป้องกันแผลกดทับอยู่ในระดับมาก
16-25 คะแนน หมายถึง ทัศนคติในการป้องกันแผลกดทับอยู่ในระดับปานกลาง
5-15 คะแนน หมายถึง ทัศนคติในการป้องกันแผลกดทับอยู่ในระดับต่ำ

2.4 แบบประเมินทักษะในการป้องกันแผลกดทับของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) การบริหารร่างกาย 2) การจัดท่านอน 3) กิจกรรมบำบัด 4) ภาวะโภชนาการ และ 5) การดูแลความสะอาดหลังขับถ่าย มีทั้งหมด 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนทักษะ ดังนี้ ไม่ปฏิบัติ ได้ 0 คะแนน ปฏิบัติถูกต้องบางส่วน ได้ 1 คะแนน ปฏิบัติถูกต้องทั้งหมด ได้ 2 คะแนน คะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0 ถึง 20 คะแนน เกณฑ์การแปลผลดังนี้

15-20 คะแนน หมายถึง ทักษะในการป้องกันแผลกดทับอยู่ในระดับมาก
8-14 คะแนน หมายถึง ทักษะในการป้องกันแผลกดทับอยู่ในระดับปานกลาง
0-7 คะแนน หมายถึง ทักษะในการป้องกันแผลกดทับอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ คู่มือป้องกันแผลกดทับ 2 ภาษา (ไทย-มลายูถิ่น) ผู้วิจัยได้จัดทำเป็นภาษาไทยและได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษามลายูซึ่งเป็นอาจารย์ประจำคณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาส

ราชนครินทร์ แปลย้อนกลับ (Back Translation) แล้วนำแบบประเมินฉบับภาษาไทยมาหาความตรงตามเนื้อหา โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ท่าน พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัยนำมาคำนวณหาค่าความดัชนีตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 1

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 ท่าน แล้วผู้วิจัยนำมาคำนวณหาค่าความดัชนีตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ดังนี้ แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองได้เท่ากับ 0.84 แบบประเมินทัศนคติของผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดแบบสมองได้เท่ากับ 0.80 และแบบประเมินทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองได้เท่ากับ 1 จากนั้นนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาพิจารณาและปรับปรุงแบบสอบถามก่อนนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย นำมาตรวจสอบข้อมูล เมื่อการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ วิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของเนื้อหา จากนั้นจึงนำแบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR20) เท่ากับ 0.89 และนำแบบประเมินทัศนคติของผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองและแบบประเมินทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 และ 0.84 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลประสิทธิผลของการใช้คู่มือการป้องกันแผลกดทับ 2 ภาษา (ไทย-มลายูถิ่น) สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดนราธิวาส ผู้วิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นก่อนการทดลอง

1. เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

2. ผู้วิจัยเริ่มต้นชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลของโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติมพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้ลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยขั้นตอนนี้ใช้เวลาประมาณ 3-5 นาที แต่หากผู้ป่วยมีความสนใจแต่ยังต้องการความเห็นเพิ่มเติมจากผู้อื่นจะให้นำเอกสารชี้แจงไปอ่านเพื่อพิจารณาในภายหลังและสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ ตามความสมัครใจของผู้ป่วย

ขั้นการทดลอง

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือ เริ่มทำการเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 โดยผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับแบบประเมินเกี่ยวกับการวิจัย และตอบแบบประเมินจำนวน 4 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบแบบประเมินความรู้ในการป้องกันแผลกดทับ แบบประเมินทัศนคติในการป้องกันแผลกดทับ และแบบประเมินทักษะในการป้องกันแผลกดทับ ก่อนการใช้คู่มือการป้องกันแผลกดทับ 2 ภาษา (ไทย-มลายูถิ่น) โดยใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที ขณะเก็บข้อมูลใช้ภาษาที่สุภาพให้เกียรติกลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม

4. อธิบายและแนะนำวิธีการใช้คู่มือการป้องกันแผลกดทับ 2 ภาษา (ไทย-มลายูถิ่น) ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหา 5 ด้าน คือ 1) การผู้วิจัยบริหารร่างกาย 2) การจัดท่านอน 3) กิจกรรมบำบัด 4) ภาวะโภชนาการ และ 5) การดูแลความสะอาดหลังขับถ่าย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย

5. จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างใช้คู่มือการป้องกันแผลกดทับ 2 ภาษา (ไทย-มลายูถิ่น) เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ และผู้วิจัยติดตามประเมินปัญหาและอุปสรรคจากการใช้คู่มือ

6. เก็บข้อมูลครั้งที่ 2 เมื่อครบ 4 สัปดาห์ของการใช้คู่มือการป้องกันแผลกดทับ 2 ภาษา (ไทย-มลายูถิ่น) ผู้วิจัยติดตามกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินความรู้ และทัศนคติ โดยใช้แบบประเมินความรู้ในการป้องกันแผลกดทับและแบบประเมินทัศนคติในการป้องกันแผลกดทับ

7. ประเมินทักษะในการป้องกันแผลกดทับหลังการใช้คู่มือการป้องกันแผลกดทับ 2 ภาษา (ไทย-มลายูถิ่น) โดยให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับในกิจกรรมต่าง ๆ ตามที่ปรากฏในคู่มือ แล้วผู้วิจัยประเมินความถูกต้องโดยใช้แบบประเมินทักษะในการป้องกันแผลกดทับ

ขั้นหลังการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล อธิบายผลการทดลอง และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

2. ระดับความรู้ ทัศนคติและทักษะของผู้ดูแลในการประเมินและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวิเคราะห์โดยการแจกแจงคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติและทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการใช้คู่มือด้วยสถิติทีคู่ (Dependent Simple t- test) โดยผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการใช้สถิติการทดสอบค่าทีเพื่อหาลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) โดยใช้สถิติโคลโมโกรอฟสเมียรนอฟ (Kolmogorov-Smirnov test) พบข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) (p=0.200)

จริยธรรมวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผ่านการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส รหัสโครงการวิจัย 08/2563 ลงวันที่ 09/10/2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.33 เพศชาย ร้อยละ 26.67 มีอายุระหว่าง 56 - 75 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.67 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 76.67 ผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย โดยเป็นภรรยา คิดเป็นร้อยละ 50.00 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 100 มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 73.33 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 40.00

2. ระดับความรู้ ทัศนคติและทักษะในการป้องกันแผลกดทับของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดในจังหวัดนราธิวาส

ตาราง 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการป้องกันแผลกดทับของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดนราธิวาส ก่อนและหลังการใช้คู่มือการป้องกันแผลกดทับ 2 ภาษา (ไทย-มลายูถิ่น) (n=30)

ตัวแปรตาม	ก่อนใช้คู่มือ			หลังใช้คู่มือ		
	M	*SD*	ระดับ	*M*	*SD*	ระดับ
ความรู้	4.1	1.71	ปานกลาง	8.4	1.38	มาก
ทัศนคติ	24.03	2.42	ปานกลาง	26.97	2.28	มาก
ทักษะ	4.8	2.00	ต่ำ	15.73	3.06	มาก

จากตาราง 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันแผลกดทับของผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในจังหวัดนราธิวาส ก่อนใช้คู่มือมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (*M*=4.1, *SD*=1.71) หลังใช้คู่มือมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (*M*=8.4, *SD*=1.38) สำหรับคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการป้องกันแผลกดทับของผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในจังหวัดนราธิวาส ก่อนใช้คู่มือมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (*M*=24.03, *SD*=2.42) หลังใช้คู่มือมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (*M*=26.97, *SD*=2.28) ในด้านคะแนนเฉลี่ยทักษะในการป้องกันแผลกดทับของผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในจังหวัดนราธิวาส ก่อนใช้คู่มือมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ (*M*=4.8, *SD*=2.00) หลังใช้คู่มือมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (*M*=15.73, *SD*=3.06)

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติและทักษะในการป้องกันแผลกดทับของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดนราธิวาส ก่อนและหลังใช้คู่มือป้องกันแผลกดทับ 2 ภาษา (ไทย-มลายูถิ่น)

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้ ทัศนคติและทักษะในการป้องกันแผลกดทับของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดนราธิวาส ก่อนและหลังใช้คู่มือป้องกันแผลกดทับ 2 ภาษา (ไทย มลายูถิ่น) (*n* = 30)

ตัวแปรตาม	ก่อนใช้คู่มือ		หลังใช้คู่มือ		*df*	*t*	*p-value* (1-tailed)
	M	*SD*	*M*	*SD*			
ความรู้	4.1	1.71	8.4	1.38	29	15.127	<.001
ทัศนคติ	24.03	2.42	26.97	2.28	29	7.651	<.001
ทักษะ	4.8	2.00	15.73	3.06	29	22.471	<.001

จากตาราง 2 พบว่า หลังใช้คู่มือป้องกันแผลกดทับ 2 ภาษา (ไทย-มลายูถิ่น) ผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในจังหวัดนราธิวาส มีความรู้ (*t*=15.12, *p*=.000) ทัศนคติ (*t*=7.65, *p*=.000) และทักษะ (*t*=22.47, *p*=.000) เกี่ยวกับการป้องกันแผลกดทับสูงกว่าก่อนการใช้คู่มืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อภิปรายผล

1. ระดับความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการป้องกันแผลกดทับของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดนราธิวาสก่อนและหลังใช้คู่มือป้องกันแผลกดทับ 2 ภาษา (ไทย-มลายูถิ่น) ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทัศนคติในการป้องกันแผลกดทับก่อนใช้คู่มืออยู่ในระดับปานกลาง (*M*=4.1, *SD*=1.71, *M*=24.03, *SD*=2.42) และด้านทักษะอยู่ในระดับต่ำ (*M*=4.8, *SD*=2.00) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Chaiwongnakkapun, Jinawin, & Yottavee (2017) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความเครียดและความสามารถ ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบประสาทที่ทดลองในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้หลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีความเครียด (*M*=22.47, *SD*=1.19) ต่ำกว่าก่อนได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุน ผู้ดูแลสะท้อนการดูแลว่าขาดความรู้ในการดูแล รู้สึกเป็นภาระ เป็นการดูแลที่มีช่วงเวลานาน ไม่รู้ว่าสิ้นสุดเมื่อไร เป็นช่วงเวลาของการชดใช้กรรม มีความรู้สึกเหมือนอยู่ในห้องใหญ่ที่มืดและเย็น และอยู่ในชุมชนที่ให้การสนับสนุน (Thongthawee, Matchim, & Kaewsriwong, 2018) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการดูแลที่มีความซับซ้อนและต้องการการดูแลที่เกินกว่าการดูแลสุขภาพทั่วไป ผู้ดูแลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ต้องมีความสามารถในการปฏิบัติที่ใช้ในการดูแลแบบเฉพาะเจาะจง เช่น การทำแผล การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การป้อนอาหาร การดูแลให้ยา การพลิกตะแคงตัว เป็นต้น การได้รับความรู้ และการเสริมทักษะในการดูแลผู้ป่วยจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้และผู้ดูแลจะมีความเชื่อมั่น ในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น (Tachapan, 2013)

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการป้องกันแผลกดทับของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดนราธิวาสก่อนและหลังใช้คู่มือป้องกันแผลกดทับ 2 ภาษา (ไทย-มลายูถิ่น) จากผล

การศึกษา พบว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน คือ คะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติและทักษะในการป้องกันแผลกดทับของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดนราธิวาสหลังใช้คู่มือป้องกันแผลกดทับ 2 ภาษา (ไทย-มลายูถิ่น) สูงกว่าก่อนใช้คู่มือ เนื่องจากผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นจากการใช้คู่มือและสามารถนำมาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาใช้ได้อย่างถูกต้อง และมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Ngaesinchai, Seerasaporn, Santhaweesuk, & Srichom (2017) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีรอยโรคที่ไขสันหลังที่มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว การช่วยเหลือตัวเองและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ผลจากการสอนทักษะการทำความสะอาดร่างกาย การดูแลหลังปัสสาวะ การขับถ่ายอุจจาระ การป้องกันแผลกดทับ การออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวร่างกาย การทำกิจวัตรประจำวันและการปรับสภาพบ้าน หลังจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับสื่อวีดีทัศน์ และคู่มือการดูแลตนเองเพื่อทบทวนการดูแลตนเองต่อที่บ้าน ผลการวิจัยพบว่าหลังจากใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยไม่มีแผลกดทับเกิดขึ้น และผู้ที่มีแผลกดทับมาก่อน พบว่าแผลหายทั้งหมด รวมทั้งผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ทั้งนี้มีการส่งเสริมและให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติทักษะต่างๆ ทั้งการจัดท่า การพลิกตะแคงตัว การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเป็นต้น โดยการประเมินทักษะก่อนหลัง ซึ่งพบว่าผลคะแนนการทดสอบฝึกปฏิบัติ หลังจากผู้ดูแลอ่านคู่มือแล้ว มีคะแนนสูงกว่าก่อนการใช้คู่มือทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Jumpapong (2018) ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยพยาบาลครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ด้านโภชนาการ ได้แก่ การฝึกทักษะการป้อนอาหารและการป้องกันการสำลัก เทคนิคการให้อาหารทางสายยาง การทำอาหารปั่นและการจัดเก็บถนอมอาหาร ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน ได้แก่การทำความ สะอาดร่างกาย การทำความสะอาดหลังการขับถ่าย และการดูแลสายสวนปัสสาวะ ด้านการเคลื่อนไหว ได้แก่ การป้องกันการเกิดข้อยึดติด การป้องกันแผลกดทับ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุติดเตียงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นไม่เกิดแผลกดทับ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Sukwatjanee, & Amatayakul. (2019) ที่ศึกษาการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลด้านการเตรียมอาหาร สำหรับผู้ป่วยที่รับประทานเองได้และผู้ป่วยที่รับประทานทางสายให้อาหาร การทำความสะอาดร่างกาย และการดูแลการขับถ่ายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมวิจัย แต่คะแนนเฉลี่ยการฟื้นฟูร่างกายต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.05$ ผลการสัมภาษณ์พบว่าการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริงช่วยเพิ่มทักษะการดูแลของผู้ดูแล อย่างไรก็ตามแต่การพัฒนาความรู้ทัศนคติและทักษะของผู้ดูแลยังคงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการบาดเจ็บจากแรงกดทับ โดยจะต้องประกอบด้วยกิจกรรม 3 ประการ คือ 1) การศึกษา 2) การฝึกอบรม และ 3) การปฏิบัติตามแบบอย่าง (Lavallée, Gray, Dumville, & Cullum, 2019) ซึ่งหากผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะและทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแล้ว จะเป็นการสนับสนุนให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยและลดแผลกดทับได้ดีขึ้น (Artico, Dante, D'Angelo, Lamarca, Mastroianni, Petitti, et al, 2018) นอกจากนี้การเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพ ยังส่งผลให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลและการปรับตัวดีขึ้น ผู้ป่วยเองมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล (Paksee, Sirapo-ngam, Monkong, & Leelacharas, 2016) รวมทั้งยังพบว่าหากผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงตามบทบาทที่ดี จะส่งผลให้สุขภาพร่างกาย และจิตใจรวมถึงคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Pucciarelli, Vellone, Savini, Simeone, Ausili, Alvaro, et al, 2019) ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

การพัฒนารูปแบบในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการนำคู่มือป้องกันแผลกดทับ 2 ภาษา (ไทย-มลายูถิ่น) สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอด เลือดสมองตามวิถีมุสลิม ช่วยเพิ่มความรู้ ทัศนคติ และทักษะของผู้ดูแล ดังนั้นผู้วิจัยจึงเสนอให้นำคู่มือป้องกันแผลกดทับ 2 ภาษา (ไทย-มลายูถิ่น) มาใช้ควบคู่กับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Planning) จากโรงพยาบาลเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาต่อยอดคู่มือป้องกันแผลกดทับ 2 ภาษา (ไทย-มลายูถิ่น) สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามวิถีมุสลิม ไปพัฒนาต่อยอดเป็นแอพลิเคชั่นเพื่อป้องกันแผลกดทับ 2 ภาษา (ไทย-มลายูถิ่น) สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามวิถีมุสลิม เพื่อให้นำไปใช้ได้สะดวกรวดเร็วและเข้าถึงได้ง่าย

2. ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่กว้างและครอบคลุมมากขึ้น เช่น ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามวิถีมุสลิมทั้งจังหวัดนราธิวาส และสามจังหวัดชายแดนใต้

3. ควรมีการศึกษาและนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวอื่น ๆ เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

References

Artico, M., Dante, A., D'Angelo, D., Lamarca, L., Mastroianni, C., Petitti, T., et al. (2018). Prevalence, Incidence and Associated Factors of Pressure Ulcers in Homepalliative Care Patients: A Retrospective Chart Review. *Palliative Medicine, 32*(1), 299-307.

Chaiwongnakkapun, C., Jinawin, S., & Yottavee, W. (2017). Impact of Supportive-Educative Nursing Systemon Stress and Caring Abilities in Neuro Patients Caregivers. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 4*(3), 203-217. (in Thai).

Chantra, C. (2016). Problems and Requirements of Primary Caregivers in Involving Nutrition and Bed sore Prevention of Bedridden Elderlies. *Princess of Naradhiwas University Journal, 8*(3), 41-50. (in Thai).

Chiaprasert, S., Sakunhongsophon, S., & Terathongkum, S. (2014). Effects of Pressure Sore Prevention Program on Knowledge and Self-Efficacy of Family Caregivers in Decreasing Pressure Sore Risk of Persons with Cerebrovascular Disease. *The Bangkok Medical Journal, 15*(1), 51-56. (in Thai).

Jumpapong, P. (2018). Development of Bed Bound Elder Care Process by Family Nurses, and Participation of Family and Community Party Network at Bangpakong Districts, Bangpakong, Chachoengsao. *Mahasarakham Hospital Journal, 15*(3), 85-92. (in Thai).

Kultipat, A., Tohthong, W., & Sukmueang, J. (2017). The Development of Comprehensive Care Stroke Patients in Phetchabun Hospital Network. *Region 11 Medical Journal, 31*(4), 619-630.

Lavallée, J. F., Gray, T. A., Dumville, J. C., & Cullum, N. (2019). Preventing Pressure Injury in Nursing Homes: Developing a Care Bundle Using the Behaviour Change Wheel. *British Medical Journal, 9*(6), 1-10.

Ministry of Public Health. (2020). *Public Health Statistics A.D. 2019*. Retrieved on 30 June 2021 Retrived from https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf (in Thai).

Moonthee, W., Monkong, S., Sirapo-Ngam, Y., & Leelacharas, S. (2016). Impact of Transitional Care Programme and Family Caregivers on Stroke Patients' Routine Activity Performance, Complications, and Satisfaction. *Thai Journal of Nursing Council, 31*(1), 95-110. (in Thai).

Nation Pressure Ulcer Advisor Panel (NPUAP). (2019). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline.* Retrieved on 30 June 2020. Retrived from https://npiap.com/page/2019Guideline.

Ngaesinchai, S. S., Seerasaporn, P., Santhaweesuk, S., & Srichom, K. (2017). The Result of Rehabilitation Program for Self-Help, Prevention of Pressure Ulcers and Quality of Life in Patients with Spinal Cord Lesions. *Srinagarind Medical Journal, 32*(4), 74-74. (in Thai).

Paksee, N., Sirapo-Ngam, Y., Monkong, S., & Leelacharas, S. (2016). Effects of a Transitional Care Program for Stroke Patients and Family Caregivers on Caregiver's Preparedness, Stress, Adaptation, and Satisfaction. *Rama Nursing Journal, 22*(1), 65-80. (in Thai).

Pitthayapong, S. (2018). Situations, Problems, and Barriers of Post-Stroke Care in the Transitional Period from Hospital to Home. *Thai Red Cross Nursing Journal, 11*(2), 26-39. (in Thai).

Polit, D., F., & Beck, C., T. (2012). *Essentials of Nursing Research, Appraising Evidence for Nursing Practice (8th Edition).* Philadelphia, PA., Lippincott Williams & Wilkins

Prombut, P., Piaseu, M., & Sakulhongsopon, S. (2014). Factors Related to Stress of Family Caregiver of Patients with Stroke at Home. *Rama Nursing Journal, 20*(1), 82-96. (in Thai).

Pucciarelli, G., Vellone, E., Savini, S., Simeone, S., Ausili, D., Alvaro, R., et al. (2019). Roles of Changing Physical Function and Caregiver Burden on Quality of Life in Stroke A Longitudinal Dyadic Analysis. *AHA/ASA Journals, 48*(3), 733-739.

Raetong, P., Matchim, Y., & Poosamang, T. (2020). Experiences of Stroke Patients Receiving Palliative Care in Community: A Phenomenological Study. *Songklanagarind Journal of Nursing, 40*(1), 129-139. (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).

Statistical Yearbook Thailand. (2017). *Mortality Rate in Narathiwat Province*. Retrieved on 30 June 2019. Retrived from http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/pubs/e-book/esyb60/files/assets/basic-html/index.html#1. (in Thai).

Sukwatjanee, A., & Amatayakul, A. (2019). The Development of Competencies of Caregivers in Caring Stroke Patients. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University, 31*(2), 112-125. (in Thai).

Suttipong, C., & Sinduh, S. (2011). Factors Predicting Developmant of Pressure ulcer in Non Diabetic Elderly Stroke Patients. *Journal of Nursing Science, 29*(3), 113-123. (in Thai).

Thongthawee, B., Matchim, Y., & Kaewsriwong, S. (2018). Family Members' Experience in Providing Care for Persons with Stroke: A Phenomenological Study. *Songklanagarind Journal of Nursing, 38*(3), 179-191. (in Thai).

Totong, K., Wongsangiem, T. N., & Wongsangiem, M. (2018). Problems and Needs of Thai Muslim for Health Service Based on Islamic Ways. *The Public Health Journal of Burapha University*, *13*(2), 103-116.

Wagner, E. H. (1999). *A Survey of Leading Chronic Disease Management Programs: are They Consistent with the Literature?.* Manage Care Q 1999, 756-766.

World Health Organization. (2013). *Cerebrovascular Accident*. Retrieved on 30 June 2021 Retrived from https://www.who.int/health-topics/cerebrovascular_accident/en

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

ผลของโปรแกรมนันทนาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครู

A Recreation Program for Increasing the Adversity Quotient (AQ) Score among Student Teachers in Bangkok

ชวพงษ์ เมธีธรรมวัฒน์[1*], ภาคภูมิ รัตนโรจนากุล[1], สราวุธ ชัยวิชิต[1] และ อมลวรรณ วีระธรรมโม[1]

Chawapong Metheethammawat[1*], Parkpoom Ratanarojnakool[1], Saravudh Chaivichit[1] and Amonwan Werathammo[1]

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ[1*]

Srinakharinwirot University[1*]

(Received: *July 22, 2021*; Revised: *December 30, 2021*; Accepted: *January 26, 2022*)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาโปรแกรมนันทนาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครู และ 2) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมนันทนาการ ดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 พัฒนาโปรแกรมนันทนาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครูโดยศึกษาความต้องการจากนิสิตวิชาชีพครู จำนวน 260 คน และนำผลมาพัฒนาโปรแกรมนันทนาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครู ระยะที่ 2 ศึกษาผลการใช้โปรแกรมนันทนาการ จากกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามความต้องการกิจกรรมนันทนาการ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .90 และแบบประเมินความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรค มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Dependent t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. โปรแกรมนันทนาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครู พบว่า 1) ความต้องการกิจกรรมนันทนาการของนิสิตวิชาชีพครู 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) ดนตรีและร้องเพลง 2) เกมและกีฬา และ 3) ละครและภาพยนตร์ ตามลำดับ โดยโปรแกรมนันทนาการที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การควบคุม การมองหาสาเหตุ ความรับผิดชอบ ความเข้าใจ และความอดทน ลักษณะกิจกรรมในโปรแกรม ประกอบด้วย กิจกรรมเดี่ยว กิจกรรมคู่ และกิจกรรมกลุ่ม เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ชั่วโมง

2. หลังใช้การใช้โปรแกรมนิสิตมีความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=0.77, P<.001) โดยมีความสามารถในด้านความอดทนและความเข้าใจสูงกว่าด้านอื่น (M=3.45, SD=0.20; M=3.39, SD=0.25) ตามลำดับ

โปรแกรมนันทนาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครูที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริงและเป็นประโยชน์ต่อนักศึกษาวิชาชีพครู

คำสำคัญ: โปรแกรมนันทนาการ, ความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรค, นิสิตวิชาชีพครู

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: chawapongmethee@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-5432154)

Abstract

This developmental research aimed to create a recreation program, and to study the effects of it, with the aim of increasing the adversity quotient (AQ) score among student teachers in Bangkok. The research was divided in two steps. Step 1 was to study the need for recreational activities among 260 student teachers, and to use the results for developing a recreation program so to enhance the adversity quotient (AQ) score among student teachers. Step 2 was to study the effects of using such a program, with a sample from purposive sampling of 60 participants. The tools used for data collection were a questionnaire regarding the need for recreational activities, as well as an adversity quotient (AQ) evaluation form. Reliability of the tools was tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding values of .90 and .85, respectively. Data were analyzed using percentage, means, standard deviation, and dependent t-test.

1. The top 3 needs of recreation activities among student teachers were: 1) music and singing, 2) games and sports, as well as 3) drama and movies. The recreation program was developed based on 5 domains, namely control, origin, ownership, reach, and endurance. The program activity pattern consisted of individual activities, couples' activities, and group activities of 2 hours each, for 8 consecutive weeks.

2. In terms of AQ, after having participated in the recreation program, students had a better score than before participating into the program with the statistical significance ($t=0.77$, $P<.05$), particularly in the domains of reach and endurance (M=3.45, SD=0.20; M=3.39, SD=0.25, respectively).

The recreation program can increase the AQ score among student teachers. Therefore, it should be applied.

Keywords: Recreation Program, Adversity Quotient Score, AQ, Student Teachers

บทนำ

สภาพสังคมปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การปรับตัวเพื่อให้ทันกับสภาพการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การปกครอง รวมทั้งวิกฤตทางธรรมชาติ ล้วนทำให้เกิดภาวะตึงเครียดได้ง่ายกับบุคคล ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคม ทุกคนต่างมุ่งหมายเพื่อให้ได้มาซึ่งความสุขและความสำเร็จ การได้มาหรือพบกับสิ่งเหล่านี้นักจิตวิทยาและนักวิชาการพบว่า ผู้ที่จะพบกับความสุขหรือประสบความสำเร็จได้ทั้งในหน้าที่การงาน ส่วนตัว หรือครอบครัวได้ จะต้องมีความฉลาดหรือเชาว์อย่างน้อย 6 ด้าน ที่เรียกว่า 6 Qs (Six Quotients)ได้แก่ IQ (เชาว์ทางปัญญา) EQ (เชาว์ทางอารมณ์) AQ (เชาว์แห่งความอึด) MQ (เชาว์ทางคุณธรรมจริยธรรม) SQ (เชาว์ทางด้านจิตวิญญาณ) และ HQ (เชาว์ทางด้านสุขภาพ) (Office of the Education Council, 2009)

ความสำเร็จของแต่ละบุคคลนั้นไม่ได้เกิดขึ้นโดยง่าย ต้องใช้ความพยายามเป็นอย่างมาก เพราะทุกคนต่างก็มุ่งหวังในสิ่งเดียวกันทำให้ต้องแข่งขันเพื่อจะประสบความสำเร็จ มีหลายคนที่สมหวัง และก็มีหลายคนที่ผิดหวัง สิ่งที่ต้องมีนอกจาก IQ และ EQ แล้วนั้นยังต้องมี AQ ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่สำคัญในสังคมที่ต้องการทักษะในการแก้ไขปัญหา (Shinawatra, 2019) กล่าวว่า "การศึกษาแบบนั่งฟังนั่งจดเพื่อเอาความรู้ไปสอบเลย สร้างคนฉลาดที่จะไปสอบแข่งขัน เก่งในสนามสอบที่เก็งกันเอาไว้ แต่เป็นคนที่พอเจอปัญหาที่ไม่เคยเจอ หรือพอต้องลงมือทำแล้วเจอปัญหากลับตัดสินใจถอยหรือหาทางเลี่ยงเพื่อหนีไปทางอื่นโดยอัตโนมัติ การเรียนรู้ที่เหมาะกับโลกยุคใหม่ควรเป็นการศึกษาแบบ Learning by Doing หรือ Activity Based Learning "

โลกในวันนี้ถูกพัฒนาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันที่มีผลมาจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และนวัตกรรม นักเรียนควรมีความพร้อมรับมือกับเทคโนโลยี โดยผู้ที่จะสร้างความพร้อมให้กับเยาวชน คือ ผู้ที่เกี่ยวข้อง สัมพันธ์กัน ไม่ว่าจะเป็นพ่อแม่ผู้ปกครองและคุณครู ซึ่งบุคคลเหล่านี้ก็ไม่สามารถบอกได้ว่าเมื่อไหร่นักเรียนจะมีความพร้อม ไม่สามารถกำหนดเป็นช่วงเวลาตายตัวได้ว่าเมื่อไหร่นักเรียนถึงจะสามารถรับมือกับสิ่งต่าง ๆ ที่รายล้อมรอบตัวเขา ไม่สามารถรู้ได้ว่าเมื่อไหร่เขาจะมีความพร้อมที่จะสามารถจัดการกับชีวิตของเขาได้ด้วยตนเอง แต่สิ่งที่ทำได้คือการให้ทักษะที่จะช่วยให้นักเรียนมีความพร้อม เพื่อที่จะเติบโตได้อย่างมั่นคง และเข้มแข็ง นั้นคือ ทักษะในศตวรรษที่ 21 ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ 1) ทักษะด้านวิชาการเบื้องต้น หรือความรู้พื้นฐาน และ 2) ทักษะด้านความสามารถเฉพาะตัว ซึ่งทักษะด้านความสามารถเฉพาะตัวจะช่วยให้นักเรียนมีความสามารถ แก้ไขปัญหา ได้อย่างเป็นขั้นเป็นตอน มีความสามารถในการแข่งขันกับคนอื่นได้ มีทักษะในการสื่อสารและการทำงานร่วมกับบุคคลอื่น จากบทความวิชาการขององค์การยูนิเซฟของประเทศไทย (Delaney, 2019) ได้สนับสนุนเพิ่มว่าความพร้อมของระบบการพัฒนาบุคลากรทางการศึกษาและความเชื่อมั่นของครูที่จะปฏิบัติตามแนวทางใหม่เป็นเรื่องที่สำคัญต่อความสำเร็จในการนำหลักสูตรที่เน้นการพัฒนาสมรรถนะผู้เรียนไปปฏิบัติอีกด้วย

โปรแกรมนันทนาการจะเป็นการใช้กิจกรรมนันทนาการ 11 ประเภทมาใช้เป็นหลักในการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างทักษะที่ต้องการเสริมสร้าง ซึ่ง Edginton, Hudsun, & Scholl (1995) ได้กล่าวว่าโปรแกรมนันทนาการเป็นส่วนสำคัญในการศึกษาเนื่องจากเป็นพื้นฐานนำไปสู่ความสำเร็จเพราะโปรแกรมจะช่วยให้เพิ่มศักยภาพ และตอบสนองความต้องการและมีความสัมพันธ์กันอย่างมีความหมาย สอดคล้องกับที่ Kerdkaew (1999) กล่าวว่า นันทนาการเป็นกิจกรรมที่มีความใกล้ชิดกับการพลศึกษามาก สามารถพัฒนาบุคคลด้วยกิจกรรมนันทนาการให้เป็นบุคคลที่มีสุขภาพกายและจิตใจดีมีประสิทธิภาพในการทำงานร่วมกับบุคคลอื่นอย่างมีความสุข เพราะเป็นกิจกรรมที่สนุกสนานผ่อยคลายความตึงเครียดทั้งตนเอง และเพื่อนร่วมงานหรือร่วมกิจกรรม

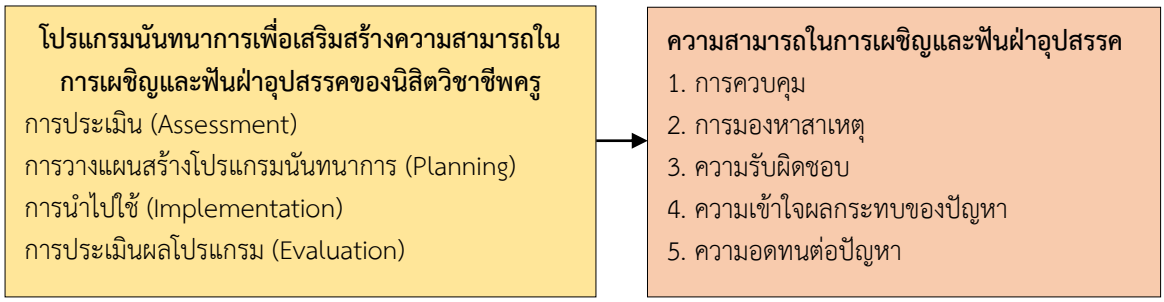
ผู้วิจัยเห็นความสำคัญและความเชื่อมโยงของความฉลาดหรือเชาว์ต่างๆ โดยใช้โปรแกรมนันทนาการในการพัฒนาความสามารถในการเผชิญและฟันฝาอุปสรรคหรือเชาว์แห่งความอดทน เป็นผู้ที่สามารถเผชิญกับปัญหา ฟันฝาอุปสรรคโดยไม่ย่อท้อ สามารถที่จะพลิกวิกฤตให้เป็นโอกาสได้ ด้วยเหตุนี้จึงต้องการทำวิจัยเรื่องการพัฒนาโปรแกรมนันทนาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝาอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครู

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมนันทนาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝาอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครู
2. เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมนันทนาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝาอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครู

กรอบแนวคิดการวิจัย

การออกแบบโปรแกรมนันทนาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝาอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครู ผู้วิจัยสร้างตามแนวคิดของ APIE (Austin, 2013) หลักการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับสถานการณ์อย่างเป็นระบบ (Six Keys Elements of Situated Activity System) ของ Rossman, & Schlatter (2008) และแนวคิดความสามารถในการเผชิญและฟันฝาอุปสรรค (Stoltz, 2000) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการควบคุม 2) ด้านการมองหาสาเหตุ 3) ด้านความรับผิดชอบ 4) ด้านความเข้าใจผลกระทบของปัญหา และ5) ด้านความอดทนต่อปัญหา โดยกิจกรรมประกอบด้วย กิจกรรมเดี่ยว กิจกรรมคู่ และกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้นิสิตวิชาชีพครูแสดงความสามารถของตนเอง มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และยอมรับการเข้าร่วมกิจกรรมกับบุคคลอื่น



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (R&D) ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาความต้องการกิจกรรมนันทนาการของนิสิตวิชาชีพครู โดยนำผลมาพัฒนาโปรแกรมนันทนาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครู ขั้นตอนนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีการดำเนินการดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ นิสิต/นักศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 3 หลักสูตรวิชาชีพครู คณะศึกษาศาสตร์/ครุศาสตร์ จากสถาบันอุดมศึกษาเขตภาคใต้ตอนล่าง จำนวน 3 สถาบัน ดังนี้ 1) มหาวิทยาลัยทักษิณ จำนวน 359 คน 2) มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา จำนวน 243 คน และ 3) มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา จำนวน 195 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นิสิต/นักศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 3 หลักสูตรวิชาชีพครู คณะศึกษาศาสตร์/ครุศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยทักษิณ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา และ มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา จำนวน 260 คน ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างจะต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการประเภทต่าง ๆ ในระดับสถาบัน อย่างน้อยปีการศึกษาละ 1 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 3 ปี และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางเครจซี่ และมอร์แกน ได้จำนวน 260 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามความต้องการกิจกรรมการของนิสิตวิชาชีพครู ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามหลักการ APIE ของ Austin (2013) จำนวน 33 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) 4 ระดับ จากระดับ 4 หมายถึง ความต้องการมากที่สุด ถึงระดับ 1 หมายถึง ความต้องการน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามความต้องการกิจกรรมนันทนาการของนิสิตวิชาชีพครูที่ได้เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า IOC (Index of Item-Objective Congruence) อยู่ระหว่าง 0.80-1.0 และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามความต้องการกิจกรรมนันทนาการของนิสิตวิชาชีพครู ตามวิธีของ Cronbach หรือ วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา (coefficient – α) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยให้นิสิต/นักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 260 คน ทำแบบสอบถามความต้องการกิจกรรมนันทนาการของนิสิตวิชาชีพครู

2. พัฒนาโปรแกรมนันทนาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครูที่สอดคล้องกับความต้องการกิจกรรมนันทนาการของนิสิตวิชาชีพครู ตามหลักการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับสถานการณ์อย่างเป็นระบบ (Six Keys Elements of Situated Activity System) ร่วมกับแนวคิดความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของ Stoltz (2000)

3. นำโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านเพื่อพิจารณาความเหมาะสมของโปรแกรมนันทนาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครู

4. นำข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไข และจัดทำคู่มือการใช้โปรแกรมนันทนาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครู

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลความต้องการกิจกรรมนันทนาการของนิสิตวิชาชีพครูโดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 ศึกษาผลการใช้โปรแกรมนันทนาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครู ขั้นตอนนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดกลุ่มเดียว โดยทดสอบก่อนและหลัง (One Group Pre-test and Post-test Design) มีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ นิสิตระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 3 หลักสูตรการศึกษาบัณฑิต คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ จำนวน 359 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นิสิตระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 3 หลักสูตรการศึกษาบัณฑิต คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ จำนวน 60 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางเครจซี่ และมอร์แกน ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คุณสมบัติจะต้องเป็นผู้ที่ไม่มีประสบการณ์ในการเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการของสถาบันมาก่อน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมนันทนาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครู ตามแนวคิดหลักการของ APIE (Austin, 2013) หลักการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับสถานการณ์อย่างเป็นระบบ (Six Key Elements of Situated Activity System) ของ Rossman, & Schlatter (2008) และแนวคิดความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของ Stoltz (2000) 5 ด้าน ได้แก่ การควบคุม (Control) การมองหาสาเหตุ (Origin) ความรับผิดชอบ (Ownership) ความเข้าใจ (Reach) และความอดทน (Endurance) เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ชั่วโมง โดยรูปแบบกิจกรรมประกอบด้วย กิจกรรมเดี่ยว กิจกรรมคู่ และกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้นิสิตวิชาชีพครูได้แสดงความสามารถของตนเอง มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และยอมรับการเข้าร่วมกิจกรรมกับบุคคลอื่น

2. แบบประเมินความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครู โดยปรับจากแบบประเมินตามแนวคิดของ Stoltz (2000) 5 ด้าน ได้แก่ การควบคุม (Control) การมองหาสาเหตุ (Origin) ความรับผิดชอบ (Ownership) ความเข้าใจ (Reach) และความอดทน (Endurance) ด้านละ 5 ข้อ รวมทั้งสิ้น 25 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) 4 ระดับ จากระดับ 4 หมายถึง ระดับความสามารถมากที่สุด ถึง ระดับ 1 หมายถึง ระดับความสามารถน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบประเมินความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครูที่ได้เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า IOC (Index of Item-Objective Congruence) อยู่ระหว่าง 0.80 – 1.0 หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) แบบประเมินความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครู ตามวิธีของ Cronbach หรือ วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient-α) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อนัดหมายในการทำความเข้าใจในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากการตอบแบบประเมินความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครู สำหรับก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (Pre-test)

ขั้นดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมโปรแกรมนันทนาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครู สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 โปรแกรมนันทนาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรค

สัปดาห์ที่	แผนกิจกรรมนันทนาการ	AQ	เวลา
1	เล็งปล่อยให้ตรงเป้า	Co/En	2 ชั่วโมง
2	สื่อสารไร้สาย ลวดลายไร้เสียง	Co/Or/Ow	2 ชั่วโมง
3	รวมหมู่สู้เชือก	Co/En/ Or/Ow	2 ชั่วโมง
4	ต่อความยาวสาวความยืด	Co/En	2 ชั่วโมง
5	กีฬาสร้างสปิริต	Co/ Or/Ow /En	2 ชั่วโมง
6	สนุกไปกับ The Jungle Book	Re/Co/En	2 ชั่วโมง
7	เข้าใจชีวิตผ่านภาพยนตร์	Co/En	2 ชั่วโมง
8	โอลิมปิคกิจกรรม	Co/En	2 ชั่วโมง

หมายเหตุ: Co คือ การควบคุม Or คือ การมองหาสาเหตุ Ow คือ ความรับผิดชอบ
Re คือ ความเข้าใจ En คือ ความอดทน

ขั้นหลังการทดลอง

หลังการจัดโปรแกรมนันทนาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครู เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครู สำหรับหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครูก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมนันทนาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครู โดยใช้ Dependent t-test ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) เพื่อทดสอบการแจกแจงโค้งปกติ (Normality test) ด้วยการทดสอบจากสถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่าข้อมูลมีลักษณะการแจกแจงปกติ (p=.071)

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่ SWUEC-G-191/2563X ลงวันที่ 10 สิงหาคม 2563

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาโปรแกรมนันทนาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครู

1.1 ความต้องการกิจกรรมนันทนาการของนิสิตวิชาชีพครู และนำผลมาพัฒนาโปรแกรมนันทนาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครู

1.1.1 ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิต/นักศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 3 ที่ขึ้นทะเบียนหลักสูตรวิชาชีพครู คณะศึกษาศาสตร์/ครุศาสตร์ จากสถาบันอุดมศึกษาเขตภาคใต้ตอนล่าง รวม 260 คน เป็นเพศชายจำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ 65 และเพศหญิงจำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 35

1.1.2 ความต้องการกิจกรรมนันทนาการของนิสิตวิชาชีพครู

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความต้องการกิจกรรมนันทนาการของนิสิตวิชาชีพครู จำแนกตามประเภทของกิจกรรม

กิจกรรมการใช้เวลาว่าง	*M*	*SD*	แปลผล
1. กิจกรรมนันทนาการประเภทศิลปหัตถกรรม	3.37	0.84	มาก
2. กิจกรรมนันทนาการประเภทเกมและกีฬา	3.53	0.76	มากที่สุด
3. กิจกรรมนันทนาการประเภทเต้นรำหรือกิจกรรมเข้าจังหวะ	2.31	0.82	น้อย
4. กิจกรรมนันทนาการประเภทละครและภาพยนตร์	3.49	0.63	มาก
5. กิจกรรมนันทนาการประเภทงานอดิเรก	3.33	0.96	มาก
6. กิจกรรมนันทนาการประเภทดนตรีและร้องเพลง	3.74	0.89	มากที่สุด
7. กิจกรรมนันทนาการประเภทกิจกรรมกลางแจ้ง	2.75	0.78	มาก
8. กิจกรรมนันทนาการประเภทวรรณกรรม	3.39	0.92	มาก
9. กิจกรรมนันทนาการประเภทกิจกรรมทางสังคม	3.20	0.79	มาก
10. กิจกรรมนันทนาการประเภทนันทนาการพิเศษ	3.13	0.74	มาก
11. กิจกรรมนันทนาการประเภทอาสาสมัคร	3.39	0.97	มาก
รวม	**3.24**	**0.62**	**มาก**

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการกิจกรรมนันทนาการของนิสิตวิชาชีพครู อยู่ในระดับมาก (*M*=3.24, *SD*=0.62) เมื่อพิจารณาแต่ละประเภทของกิจกรรม พบว่า กิจกรรมนันทนาการประเภทดนตรีและร้องเพลง มีความต้องการสูงที่สุดอยู่ในระดับมากที่สุด (*M*=3.74, *SD*=0.89) รองลงมาได้แก่ กิจกรรมนันทนาการประเภทเกมและกีฬา และกิจกรรมนันทนาการประเภทละครและภาพยนตร์ มีความต้องการอยู่ในระดับมากที่สุด (*M*=3.53, *SD*=0.76) และมาก (*M*=3.49, *SD*=0.63) ตามลำดับ

1.2 การพัฒนาโปรแกรมนันทนาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครู

ผู้วิจัยออกแบบและพัฒนาโปรแกรมนันทนาการตามแนวคิดของ APIE หลักการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับสถานการณ์อย่างเป็นระบบ (Six Keys Elements of Situated Activity System) ประกอบด้วยกิจกรรมนันทนาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครู จำนวน 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ชั่วโมง เสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านเพื่อพิจารณาความเหมาะสมได้ผลดังตาราง

ตาราง 3 ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

ประเด็น	สรุปประเด็น
1. ความเป็นไปได้ของโปรแกรม	1. สามารถพัฒนาโปรแกรมเพื่อนำไปใช้ประโยชน์แก่ผู้เรียนได้ 2. เมื่อกระบวนการพัฒนาเรียบร้อยแล้วควรมีการเผยแพร่เพื่อผู้สอนนำไปใช้กับผู้เรียนกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป
2. ความเหมาะสมของกิจกรรม วัตถุประสงค์ วิธีการและอุปกรณ์	1. ควรระบุจำนวนอุปกรณ์ให้ชัดเจนว่ามีจำนวนเท่าใด 2. ระบุเวลาที่ใช้ดำเนินการกิจกรรมให้ชัดเจน 3. กิจกรรม วิธีการ ควรอธิบายให้มีรายละเอียดที่ชัดเจน ทั้งนี้หากผู้ช่วยวิจัยหรือผู้สนใจต้องการนำกิจกรรมไปใช้งานจะได้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเสมือนผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยเอง

ตาราง 3 (ต่อ)

ประเด็น	สรุปประเด็น
3. การประเมินโปรแกรม รวมถึงการพิจารณาความเหมาะสมของคู่มือการใช้โปรแกรม	1. การประเมินจำเป็นต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกิจกรรม การพัฒนา AQ 2. ควรปรับภาษาของโปรแกรมและคู่มือเพื่อความเข้าใจที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น 3. ปรับคู่มือการใช้ให้มีความสอดคล้องกับโปรแกรมที่ปรับแก้

ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไข และจัดทำคู่มือการใช้โปรแกรมนันทนาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครู โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 4 คู่มือการใช้โปรแกรมนันทนาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครู

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาโปรแกรมนันทนาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครู
วิสัยทัศน์	สร้างโปรแกรมนันทนาการที่ใช้กิจกรรมนันทนาการให้เกิดประสบการณ์นันทนาการ (Recreation Experiences) เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครูตามมิติ CO2RE ของ Stoltz (2000)
พันธกิจ	พัฒนาโปรแกรมนันทนาการจำนวน 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ชั่วโมง ตามกรอบแนวคิดของ CO2RE และบรรลุตามวัตถุประสงค์ของความสามาถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุม (Control) ด้านการมองหาสาเหตุ (Origin) ด้านความรับผิดชอบ (Ownership) ด้านความเข้าใจ (Reach) และด้านความอดทน (Endurance)
กลุ่มเป้าหมาย	นิสิต/นักศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2563 หลักสูตรวิชาชีพครู คณะศึกษาศาสตร์/ครุศาสตร์ จากสถาบันอุดมศึกษาเขตภาคใต้ตอนล่าง
รูปแบบกิจกรรม	ใช้องค์ประกอบในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับสถานการณ์หกประการ (Six Keys Elements of Situated Activity System) ของ Rossman & Schlatter (2015) เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคทั้ง 5 ด้านของ Stoltz (2000)
ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม	8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ชั่วโมง

2. ผลการใช้โปรแกรมนันทนาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครู

ตาราง 5 การเปรียบเทียบความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรค ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรค	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		*df*	*t*	*p-value* (*1-tailed*)
	M	*SD*	*M*	*SD*			
1. การควบคุม (Control)	2.31	0.41	3.41	0.25	59	-6.464	<.001
2. การมองหาสาเหตุ (Origin)	2.32	0.57	3.10	0.26	59	-2.265	.027
3. ความรับผิดชอบ (Ownership)	2.25	0.43	3.04	0.27	59	-5.798	<.001
4. ความเข้าใจ (Reach)	2.44	0.47	3.09	0.25	59	-3.134	.003
5. ความอดทน (Endurance)	2.33	0.39	3.11	0.18	59	-5.766	<.001
รวม	**2.33**	**0.38**	**3.15**	**0.16**	**59**	**-6.975**	**<.001**

จากตาราง 5 พบว่า ผลการประเมินความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมนันทนาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครูในภาพรวม นิสิตมีค่าเฉลี่ยความสามารถหลังใช้โปรแกรม (*M*=3.15, *SD*=0.16) สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม (*M*=2.33, *SD*=0.38) และความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคในรายด้านอยู่ในระดับมาก ทุกด้าน ดังนี้ ด้านการควบคุม (*M*=3.41, *SD*=0.25) ด้านความอดทน (*M*=3.11, *SD*=0.18) ด้านการมองหาสาเหตุ (*M*=3.10, *SD*=0.26) ด้านความเข้าใจ (*M*=3.09, *SD*=0.25) และด้านความรับผิดชอบ (*M*=3.04, *SD*=0.27) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, .01 และ .05 สรุปได้ว่า หลังการใช้โปรแกรมนันทนาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครูส่งผลให้ผู้เรียนมีความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคมากขึ้น

อภิปรายผล

การศึกษาความต้องการนันทนาการ และความสามารถในการฟันฝ่าอุปสรรค เป็นขั้นตอนพื้นฐานในการวางแผนโปรแกรมนันทนาการเพื่อพัฒนาความสามารถในการฟันฝ่าอุปสรรคของนักเรียน นิสิต นักศึกษา อันเป็นข้อมูลที่มาจากประสบการณ์ในการเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ ที่ช่วยสร้างความสนุกสนานเพลิดเพลินแก่ผู้เรียน ซึ่งสอดคล้องกับ Hurd & Anderson (2011) ที่กล่าวถึงการเลือกกิจกรรมนันทนาการในสถานศึกษาว่าต้องคำนึงถึงความสนุกสนาน และมุมมองที่สร้างสรรค์ การเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมจะเพิ่มโอกาสในการประสบความสำเร็จของผู้ที่เข้าร่วม ร่วมถึงผู้จัดนันทนาการด้วยอธิบายว่านันทนาการ เป็นประสบการณ์หรือการกระทำกิจกรรมใด ๆ ที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลได้เลือกสรรเข้าร่วมโดยความสมัครใจ

1. กิจกรรมนันทนาการต่าง ๆ เป็นความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นต่อร่างกายมนุษย์ เพราะในปัจจุบันความเจริญทางด้านวิทยาศาสตร์และอุตสาหกรรมมีมากขึ้น มนุษย์เปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเพื่ออำนวยความสะดวกในการดำรงชีวิต การนำเครื่องจักรมาใช้แทนพลังงานจากมนุษย์มีมากขึ้น การใช้กล้ามเนื้อและพลังงานในร่างกายจึงลดปริมาณลงมาก ทำให้สมรรถภาพลดลง เป็นผลทำให้ความสมบูรณ์ทางจิตใจและร่างกายลดลง ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานก็ลดตามไปด้วย ทำให้มีนักศึกษา นักสังคมศาสตร์ต่างก็มีแนวคิดในการจัดการนำกิจกรรมนันทนาการมาเป็นปัจจัยในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิต โดยจัดร่างกับหลักสูตรการเรียนการสอนในโรงเรียนทุกระดับชั้น ตั้งแต่ระดับก่อนอนุบาล จนกระทั่งถึงอุดมศึกษาและนอกจากนี้ยังเป็นกิจกรรมเสริมหลักสูตรนอกเวลาเรียนด้วย สอดคล้องกับ Hurd & Anderson (2011) ได้กล่าวไว้ว่า การจัดนันทนาการแก่ผู้เข้าร่วมต้องคำนึงถึงความสามารถของผู้เข้าร่วม และโปรแกรมที่จัดต้องเหมาะสมกับช่วงอายุของผู้เข้าร่วมจึงจะสามารถช่วยปรับปรุงสุขภาพ และส่งเสริมกิจกรรมทางกายได้ Tangsujjapoj (2021) กล่าวว่าการเข้าร่วมนันทนาการต้องมีความสัมพันธ์กับการเรียนรู้ทางด้านพุฒิพิสัยที่สามารถใช้ความรู้ทางสติปัญญาที่เกี่ยวข้องกับทักษะการเคลื่อนไหว เจตนพิสัยที่เน้นทัศนคติทักษะทางสังคมในการปฏิสัมพันธ์กับนันทนาการที่ได้เข้าร่วม และทักษะพิสัยในการใช้ความสามารถทางกายในการเคลื่อนไหวของแต่ละคน

เมื่อพิจารณากิจกรรมแยกแต่ละประเภท พบว่า กิจกรรมนันทนาการประเภทดนตรีและร้องเพลง มีความต้องการสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะการฟังเพลง ชมคอนเสิร์ต ชมการแสดง มีความต้องการอยู่ในระดับมากที่สุด และการเล่นดนตรีและการร้องเพลง มีความต้องการอยู่ในระดับมากตามลำดับ เป็นเพราะนิสิต นักศึกษายังอยู่ในช่วงวัยที่รักสนุก รักกิจกรรมที่เพลิดเพลินและมีการตอบสนองต่อเสียงดนตรีที่เป็นกิจกรรมที่ทำได้อยู่เสมอ สอดคล้องกับ Bhatti, Majid, Anwar, & Khan (2016) ที่กล่าวว่าการฟังเพลงทำให้รู้สึกดีกับเนื้อหาของเพลง และดนตรีมีผลต่อการตอบสนองเชิงอารมณ์ของผู้ฟังทั้งยังเป็นการประโลมใจ ดังที่ Edginton, Hudsun, & Scholl (2002) กล่าวถึงลักษณะของนันทนาการไปในทิศทางลักษณะของความคิด ที่ให้ความสำคัญกับการคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคลไปสู่การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ชุมชน และองค์กร รวมไปถึงความรู้สึกต่อกิจกรรมในเวลาว่างมาจากภายในระดับของความรู้สึกและจิตใจของบุคคล หรือต่อสถานการณ์ทางสังคม รวมไปถึงบริบททางวัฒนธรรมที่บุคคลนั้นดำรงอาศัยอยู่ ทั้งนี้ โดยใช้กิจกรรมนันทนาการประเภทชนิดต่าง ๆ เป็นสื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ คือ พัฒนาจิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญาและร่างกาย สอดคล้องกับที่ Khamplew (2018) ได้ศึกษาเจตคติที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติ

เกี่ยวกับนันทนาการของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลกรุงเทพที่ส่งผลในทางบวกแสดงให้เห็นถึงผลสัมฤทธิ์ของการจัดกิจกรรมนันทนาการจึงควรส่งเสริมสร้างค่านิยมเพื่อประโยชน์ต่อส่วนรวม

2. ความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรค (Adversity Quotient) เป็น กระบวนการทางความคิดที่มีต่อการตอบสนองกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่มีความรู้สึกเป็นอุปสรรค เป็นผลให้เกิดความตระหนักและมีแนวคิดต่อสู้เพื่อผ่านกับอุปสรรคทั้งในปัจจุบันและอนาคต ซึ่งองค์ประกอบความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรค ศึกษา โดยปรับตามแนวคิดของ Stoltz (2000) และ Office of the Education Council (2009) กล่าวถึงองค์ประกอบความสามารถในการฟันฝ่าอุปสรรค มีมิติ 4 มิติคือ CO2RE ประกอบด้วย 1) การควบคุม (C=Control) 2) สาเหตุและความรับผิดชอบ (O2=Origin and Ownership) 3) เข้าใจผลกระทบของปัญหา (R=Reach) และ 4) ความอดทนต่อปัญหา (E=Endurance) ซึ่งสามารถแสดงให้เห็นเกี่ยวกับ ความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของบุคคลได้ว่าอยู่ในระดับสูง ปานกลาง หรือต่ำ เป็นการทำนายระดับความสำเร็จของบุคคลได้ดี (Modthond, Tanpichai, & Sajjasoporn, 2019)

3. ผลการเข้าร่วมโปรแกรม นิสิตมีค่าเฉลี่ยความสามารถหลังใช้โปรแกรม สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม รวมถึงในทุกประเด็นอีกด้วย สรุปได้ว่า หลังการใช้โปรแกรมนันทนาการส่งผลให้ผู้เรียนมีความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคมากขึ้น สอดคล้องกับ Sungthong, Tangon, & Kluanuan (2013) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการเผชิญและฝ่าฟันอุปสรรคของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ และงานวิจัยของ Polsorn (2018) วิจัยการพัฒนาโปรแกรมนันทนาการเพื่อพัฒนาความสามารถในการฟันฝ่าอุปสรรคของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ผลการเปรียบเทียบความสามารถในการฟันฝ่าอุปสรรคของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน พบว่า ของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ที่เข้าร่วมโปรแกรมนันทนาการมีการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการฟันฝ่าอุปสรรคดีขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมนันทนาการ

ผลการประเมินความพึงพอใจของนิสิตที่มีต่อโปรแกรม จะเห็นว่าในภาพรวมนิสิตมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมากที่สุด และเมื่อแยกรายด้านก็มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดทุกด้านเช่นกัน ด้วยนิสิตที่เข้าร่วมกิจกรรมมีความเต็มใจและสนุกไปกับการเรียนรู้และการปฏิบัติในทุก ๆ กิจกรรมอีกด้วย แสดงให้เห็นว่าการที่นิสิตมีความต้องการในการเข้าร่วมโปรแกรม และสนใจที่ร่วมปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรมทำให้สามารถเรียนรู้และพัฒนาความสามารถได้ สอดคล้องกับผลการตอบแบบสอบถามความต้องการในการจัดกิจกรรมนันทนาการของนิสิตวิชาชีพครู ซึ่งพบว่า มีความต้องการในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะกิจกรรมนันทนาการประเภทดนตรีและร้องเพลง มีความต้องการสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก อีกทั้งการฟังเพลง ชมคอนเสิร์ต ชมการแสดง การเล่นดนตรีและการร้องเพลงมีความต้องการอยู่ในระดับมากที่สุดและระดับมากตามลำดับ รวมถึงกิจกรรมนันทนาการประเภทกิจกรรมทางสังคม โดยเฉพาะกิจกรรมกีฬาสีหรือ การเข้าชมรม กลุ่มต่างๆ มีความต้องการอยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปได้ว่า โปรแกรมนันทนาการสำหรับนิสิตวิชาชีพครูสามารถเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคให้กับนิสิตวิชาชีพครูกลุ่มนี้ได้ อย่างไรก็ตามกิจกรรมนันทนาการของนิสิตวิชาชีพครูอาจจะต้องประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละสถาบันอุดมศึกษา

การนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมนันทนาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครูมีผลในการเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรค ดังนั้นผู้วิจัยจึงเสนอให้ทดลองใช้โปรแกรมนันทนาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรคของนิสิตวิชาชีพครูในสถาบันอุดมศึกษาที่ผลิตบัณฑิตครูในเขตภาคใต้ตอนบน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาโปรแกรมให้เป็นรูปแบบโปรแกรมออนไลน์ เพื่ออำนวยความสะดวกต่อการใช้งาน และขยายกลุ่มใช้งานได้มากยิ่งขึ้น

2. ควรทำการศึกษาและพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความสามารถในด้านอื่น ๆ ของนิสิต/นักศึกษา

3. ควรทำการศึกษาถึงปัจจัย หรือศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลส่งผลต่อการเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญและฟันฝ่าอุปสรรค

4. ควรทำการศึกษาและพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความสามารถในสาขาวิชาชีพที่สำคัญสาขาอื่น เช่น นักเรียนพยาบาล

5.ควรมีการศึกษาความพึงพอใจของนิสิตในประเด็นที่แตกต่างต่อการเข้าร่วมโปรแกรม

References

Austin, D. R. (2013). *Therapeutic Recreation Processes & Techniques: Evidenced-Based Recreational Therapy (7th ed).* Illinois: Sagamore Publishing.

Bhatti, A. M., Majit, M., Anwar, S. M., & Khan, B. (2016). Human Emotion Recoqnition and Analysis in Response to Audio Music Using Brain Signal. *Computers in Human Behavior*, *65*, 267-275.

Delaney, H. (2019). *Education for the 21st Century*. Retrieved June 12, 2019 from https://www.unicef.org/thailand/th/stories/

Edginton, C. R., Hudsun, S. D., & Scholl, K. G. (1995). *Leisure and Life Satisfaction.* Lowa: Brown and Benchmark.

Edginton, C. R., Hudsun, S. D., & Scholl, K. G. (2002). *Leisure and Life Satisfaction: Foundational Perspectives Dubuque.* Iowa: McGraw-Hill.

Hurd, A. P., & Anderson, D. M. (2011). *The Park and Recreation Professional Handbook*. Illinois: Human Kinetic.

Khamplew, J. (2018). *Relationships Between Attitude and Behavior Towards Recreation Among Student at Rajamangala University of Technology Krungthep.* Presented in Partial Fulfillment of Requirements for the Master of Arts Degree in Sport and Leisure Management at Srinakharinwirot University. (in Thai).

Modthond, K., Tanpichai, P., & Sajjasoporn, R. (2019) Factors Affecting Adversity Quotient of Undergraduate Students in Kasetsart University Kampheang Saen Campus, Nakhonpathom Province. *Journal for Social Sciences* Research, *10*(2), 18-33. (in Thai).

Office of the Education Council. (2009). A Cognitive Study on Desirable Characteristics of Thai People: *The Ability to Face and Overcome Obstacles (Adversity Quotient: AQ)*. Bangkok: (in Thai)

Polsorn, K. (2018). Effects of a Recreation Program for Improvement of Adversity Quotient of Hearing Impaired Students, *Liberal Arts Journal Prince of Songkla University*, 10(2), 333-359. (in Thai).

Rossman, J. R., & Schlatter, B. E. (2008). *Recreation Programming: Designing Leisure Experiences*. Illinois: Sagamore.

Shinawatra, T. (2019). *IQ EQ is Not Enough, Must have AQ*. Retrieved June 12, 2019 from https://www.thaksinofficial.com/good-monday/iq-eq-aq/

Stoltz, P. G. (2000). *Adversity Quotient @ Work: Make Everyday Challenges the Key to Your Success*. New York: Harper Collins.

Sungthong, M., Tangon, K., & Kluanuan, P. (2013). The Factors Related to Adversity Quotient of Students in Rajamangala University of Technology Suvarnabhumi, *Journal of Association of Research*, *18*(1), 97-108. (in Thai)

Tangsujjapoj, S. (2021). *Organization of Physical Activities for Recreation in Educational Institutions*. Retrieved July 05, 2021 from http://ped.edu.ku.ac.th/home/research/data/29_08_2015_21_16_24.pdf

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

องค์ประกอบการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศไทย

Effective Collaboration in Operating Rooms of University Hospitals in Thailand: The 7 Components and 43 Elements of a Structured Practice

ฉันทิกา บัณฑิตเลิศรักษ์[1*], ปรัชญานันท์ เที่ยงจรรยา[2] และ นงนุช บุญยัง[2]

Chantika Bunditlerdrak[1*], Pratyanan Thiangchanya[2] and Nongnut Boonyang[2]

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์[1*]

Faculty of Nursing, Prince of Songkla University[1*]

(Received: *May 04, 2020*; Revised: *January 24, 2022*; Accepted: *January 26, 2022*)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาโดยใช้การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยประเทศไทย ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 23 ท่าน ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานร่วมกับสหวิชาชีพในห้องผ่าตัด 2) นักวิชาการวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพ วิธีการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) รวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้แบบสอบถามคำถามปลายเปิด เพื่อให้เขียนตอบ 2) รวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้แบบสอบถามแบบมาตรประมาณค่า เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อคิดเห็นและประเมินค่าระดับความสำคัญ และ 3) นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และส่งแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบอีกครั้ง หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่า มัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ผลการวิจัยพบว่า

องค์ประกอบการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศไทย มีทั้งหมด 7 องค์ประหลัก 43 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ จริยธรรมในการปฏิบัติงานร่วมกัน 5 องค์ประกอบย่อย การเข้าใจและรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ 6 องค์ประกอบย่อย การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ 8 องค์ประกอบย่อย การปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม 7 องค์ประกอบย่อย การตระหนักรู้ในสถานการณ์ที่นำไปสู่ความขัดแย้ง 6 องค์ประกอบย่อย การยึดผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง 4 องค์ประกอบย่อย และ ภาวะผู้นำในการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ 7 องค์ประกอบย่อย

ผู้ปฏิบัติงานในห้องตัด ผู้บริหารทางสุขภาพหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นแนวทางเพื่อพัฒนาการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพให้เป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น และสามารถนำผลงานวิจัยมาเป็นแนวทางแก่ผู้บริหารในการพัฒนา ประเมินและปรับปรุงเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพ

คำสำคัญ: การปฏิบัติงานร่วมของสหวิชาชีพ, ห้องผ่าตัด, โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

[*]ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: mailychantika@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 089-7294430)

Abstract

The purpose of this research was to identify the components of an effective collaboration practice in operating rooms of university hospitals in Thailand, using the Delphi technique. Participants were 23 experts, divided into 2 groups: 1) practitioners with experience working with multidisciplinary care in the operating room, and 2) health science academics with expertise in multidisciplinary practice. The research methodology consisted of 3 phases. In the first phase, the 23 highly experienced experts in collaboration practice were asked to describe the exact components of an effective and structured collaboration practice in operating rooms from university hospitals in Thailand, by using an open-ended questionnaire. During the second phase, data were collected by rating scales questionnaire. All items were ranked by order of importance. In the last phase, data were analyzed using median and interquartile range, and then used to develop a new version of questionnaire. The new version was sent to experts in order to assess the previously ranked items. Data were analyzed again, still using median & interquartile range, to summarize the study.

Results showed that components of collaboration practice in operating room in Thai university hospitals comprised 7 components and 43 elements as follows: 1) ethics (5 elements), 2) role clarification and responsibility (6 elements), 3) interprofessional communication (8 elements), 4) team functioning (7 elements), 5) situation awareness leading to conflict (6 elements), 6) client-centered care (4 elements), and 7) collaboration leadership (7 elements).

It is recommended that operating room administrators, health personnel or related organizations use these research results as a guideline so to develop effective collaboration practices. Research results can also be used as a guideline for assessment, development and improvement in terms of collaboration in operating rooms.

Keyword: Collaboration Practice, Operating Room, University Hospitals

บทนำ

สถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพปัจจุบันมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว มีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการรักษาพยาบาล เพื่อตอบสนองความซับซ้อนและรุนแรงของปัญหาทางสุขภาพ รวมทั้งโรคอุบัติซ้ำ อุบัติใหม่ COVID-19 ที่ทวีความรุนแรงและส่งผลกระทบไปทั่วโลก ทำให้แนวโน้มความต้องการในการรับบริการทางสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ จากปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและวิธีการรักษาที่ทันสมัย ทำให้การจัดบริการสุขภาพต้องอาศัยทีมของสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญแตกต่างกันมาทำงานร่วมกัน เพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกันโดยยึดผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี มีความปลอดภัย ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม ภายใต้บรรยากาศการทำงานที่ไว้วางใจ เชื่อใจให้เกียรติ (Canadian Interprofessional Health Collaborative: CIHC, 2010; World Health Oraganization: WHO, 2010) ห้องผ่าตัดเป็นหน่วยงานที่สหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญแตกต่างมาทำงานร่วมกันในกระบวนการ ผ่าตัด (ศัลยแพทย์) กระบวนการพยาบาล (ทีมพยาบาลผ่าตัด: พยาบาลส่งเครื่องมือและพยาบาลผู้ช่วยรอบนอก) และกระบวนการระงับความรู้สึก (ทีมวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาล) ในการทำงาน ทุกวิชาชีพต้องใช้ความรู้ และทักษะในงานของตนตามบทบาทวิชาชีพของตนเอง ในขณะเดียวกันต้องมีการประสานงาน สื่อสาร ทำงานและตัดสินใจร่วมกัน (Sullivan, Kiovsky, Mason, Hill, & Dukes, 2015) สถานการณ์การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดเป็นสถานการณ์ที่มีความเร่งรีบ กดดันและมีความขัดแย้งระหว่างวิชาชีพมากกว่าหน่วยงานอื่น ๆ (Attri, Sandhu, Mohan, Bala, Sandhu, & Bansal, 2015) จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า แต่ละปีมีการผ่าตัดเฉลี่ย 234 ล้านครั้ง ในขณะเดียวกัน

พบความผิดพลาดและผู้ใช้บริการมีภาวะแทรกซ้อนสูงถึง 7 ล้านครั้งต่อปี (Weiser, Regenbogen, Thompson, Haynes, Lipsitz, Berry, et al, 2008) ทำให้ส่งผลต่อร่างกาย จิตใจของผู้ป่วย บางรายทำให้พิการ เสียชีวิต สูญเสียค่าใช้จ่าย เวลา ในขณะที่ความผิดพลาดดังกล่าวส่งผลต่อผู้ใช้บริการ ทำให้เกิดความเครียด ซึมเศร้า นำไปสู่การฟ้องร้อง รวมทั้งกระทบภาพลักษณ์ของหน่วยงาน (WHO, 2010) องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 จำนวนผู้ใช้บริการทางสุขภาพ จะเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดเพิ่มสูงถึงร้อยละ 70 หรือ 22 ล้านคน (WHO, 2015) ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ของประเทศไทย ให้บริการรักษาพยาบาลที่มีขีดความสามารถเป็นเลิศและมีความพร้อมสูงสุดทั้งในด้านเครื่องมือ เทคโนโลยี และบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในแต่ละสาขาวิชาชีพ ให้บริการด้านการผ่าตัดที่ซับซ้อน ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเป็นแหล่งเรียนรู้และพัฒนาบุคลากรทางสุขภาพทุกสาขา มีสหวิชาชีพทำงานร่วมกันเป็นจำนวนมาก จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาคุณภาพการทำงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองสถานการณ์ดังกล่าว ดังนั้น การมีทีมผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารระหว่างวิชาชีพที่มีคุณภาพ การดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Attri, Sandhu, Mohan, Bala, Sandhu, & Bansal, 2015) หรือการมีความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ (Collaborative Practice) (CIHC, 2010; Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011; WHO, 2010) จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับยาระงับความรู้สึกและจากการผ่าตัดโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนตามเป้าหมายความปลอดภัย Safe Surgery ใน SIMPLE (The Healthcare Accreditation Institute, 2013) มีความพึงพอใจ (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2019) ในส่วนองค์กร การทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ เป็นหลักการสำคัญในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ลดความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น สร้างต้นแบบในการทำงาน นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการและบรรยากาศองค์กรในระยะยาว นำไปสู่การสร้างวัฒนธรรมการทำงานที่ดี (CIHC, 2010; WHO, 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมในงานวิจัยและฐานข้อมูลต่าง ๆ เช่น PubMed, CUIR, ThaiLIS ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552-พ.ศ.2562 พบว่า มีการกำหนดองค์ประกอบการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพแต่ยังไม่มีการกำหนดที่เฉพาะเจาะจงในบริบทการทำงานที่สำคัญ เช่น ห้องผ่าตัด การกำหนดองค์ประกอบการทำงานร่วมกันที่เฉพาะเจาะจงกับบริบท จะเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารในการนำไปส่งเสริมบรรยากาศการทำงาน เพื่อทำให้เกิดที่ส่งเสริมการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพ จะส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาองค์ประกอบหลัก และองค์ประกอบย่อยของการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ คือ แนวคิดองค์กรความร่วมมือระหว่างวิชาชีพสุขภาพแคนาดา (CIHC, 2010) ประกอบด้วย 1) การเข้าใจในบทบาท 2) การยึดผู้ใช้บริการ ครอบครัว และชุมชนเป็นศูนย์กลาง 3) การปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม 4)ภาวะผู้นำในการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ 5)การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ และ 6) การแก้ไขความขัดแย้งระหว่างวิชาชีพ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยใช้การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) ในการรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เป็นผู้เชี่ยวชาญที่ได้จากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเทคนิคการอ้างอิงแบบบอกต่อ (Snowball Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพในห้องผ่าตัด ทั้งสิ้น 23 ท่าน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

1. ผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานร่วมกับสหวิชาชีพในห้องผ่าตัด หมายถึง บุคคลที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานร่วมกันกับสหวิชาชีพในห้องผ่าตัดอย่างน้อย 5 ปี ขึ้นไป และ/หรือเคยผ่านการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพ จำนวน 11 ท่าน ประกอบด้วย นายกสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย ประธานชมรมวิสัญญีพยาบาล หัวหน้าวิสัญญีพยาบาล หัวหน้าห้องผ่าตัด และผู้มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด เป็นต้น

2. นักวิชาการวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพ ซึ่งมีวุฒิระดับปริญญาโทขึ้นไป และเป็นที่ยอมรับในระดับโรงพยาบาล จำนวน 12 ท่าน ประกอบด้วย ผู้บริหารโรงพยาบาลที่ได้รับการยอมรับด้านการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพ อาจารย์จากสหวิชาชีพ เช่น เทคนิคการแพทย์ เภสัชศาสตร์ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 1 ชุด โดยในรอบที่ 1 เป็นแบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับ องค์ประกอบการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศไทย เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญเขียนตอบ ในรอบที่ 2 ผู้วิจัยนำคำตอบจากรอบที่ 1 มาสร้างเป็นแบบสอบถามองค์ประกอบการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศไทย ในลักษณะมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินค่าระดับความสำคัญของประกอบองค์ประกอบการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศไทย หลังจากนั้นผู้วิจัยได้พัฒนา ในรอบที่ 3 เป็นแบบสอบถามองค์ประกอบการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศไทย ในลักษณะมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยเพิ่มค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) รวมทั้งตำแหน่งคะแนนที่ผู้เชี่ยวชาญตอบลงในแบบสอบถาม เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบคำตอบของตนเอง และกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด เพื่อยืนยัน หรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยโดยเทคนิคเดลฟาย เป็นการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยตรง ส่งผลให้ผู้เชี่ยวชาญมีโอกาสปรับแก้ข้อมูลภาษาและตรวจสอบคำถามคำตอบของตนเองหลายรอบ เป็นการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาคู่กับการตอบแบบสอบถาม ส่วนความเที่ยงจากเทคนิคเดลฟายที่รวบรวมความคิดเห็นประเด็นเดิมซ้ำที่มากกว่า 1 รอบ ส่งผลให้นำไปสู่การสรุปฉันทามติที่มีความเป็นปรนัยสูงและมีความน่าเชื่อถือ (Campbell, 2002)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 ผู้วิจัยประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญ ภายหลังผู้เชี่ยวชาญตอบรับการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจัดส่งโครงร่างวิจัยฉบับย่อพร้อมแบบสอบถามคำถามปลายเปิดทางไปรษณีย์และทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ หลังจากนำคำตอบที่ได้มาจำแนกและจัดกลุ่มแล้ว จัดทำเป็นแบบสอบถามปลายปิดแบบมาตรประมาณค่าเพื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2

การเก็บข้อมูลรอบที่ 2 ใช้แบบสอบถามปลายปิด โดยผู้เชี่ยวชาญจะลงมติจัดลำดับความสำคัญของแต่ละข้อลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็น รวมทั้งสามารถเพิ่มเติมคำแนะนำ และส่งกลับคืนผู้วิจัย เพื่อค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เพื่อสร้างเป็นแบบสอบถามปลายปิดรอบที่ 3

การเก็บข้อมูลรอบที่ 3 ใช้แบบสอบถามปลายปิด เพื่อยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงความคิด และส่งกลับคืนผู้วิจัย เมื่อพบว่าคำตอบที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมีความสอดคล้องกัน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50) จึงสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1 แบบสอบถามคำถามปลายเปิด โดยวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อจำแนกหมวดหมู่แต่ละด้าน ร่วมกับการบูรณาการเอกสารจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อนำไปสร้างแบบสอบถามรอบที่ 2

2. วิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามรอบที่ 2 ผู้วิจัยนำมาคำนวณหาค่ามัธยฐานและพิสัยระหว่างควอไทล์เพื่อนำไปสร้างแบบสอบถามรอบที่ 3

3. วิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามรอบที่ 3 ผู้วิจัยนำมาคำนวณหาค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ในแต่ละข้ออีกครั้งเพื่อสรุปผลการวิจัยโดยพิจารณาจากผลการคำนวณในแต่ละข้อที่มีค่ามัธยฐานมากกว่า 4.00 พิจารณาร่วมกับความสอดคล้องของค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.50 และมีการเปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 15 ถือว่าเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ (รหัสรับรอง PSU IRB 2019-NSt 018)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้เชี่ยวชาญทั้งสิ้น 23 ท่าน แบ่งตามสถานภาพการทำงานเป็นผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานร่วมกับสหวิชาชีพในห้องผ่าตัด จำนวน 11 ท่าน ร้อยละ 47.82 นักวิชาการวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน 12 ท่าน ร้อยละ 52.18 แบ่งเป็นเพศหญิง 16 ท่าน ร้อยละ 69.57 เพศชาย 7 ท่าน ร้อยละ 30.43 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท 6 ท่าน ร้อยละ 26.09 และสำเร็จการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาโท 17 ท่าน ร้อยละ 73.91

2. องค์ประกอบการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศไทย

ตาราง 1 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญขององค์ประกอบการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศไทย

ข้อ	องค์ประกอบ	*MD*	*IR*	ระดับ
	จริยธรรมในการปฏิบัติงานร่วมกัน			
1	ยอมรับ และให้ความสำคัญกับคุณค่าความเป็นมนุษย์ของบุคลากรทุกระดับทุกวิชาชีพ	5	0	มากที่สุด
2	ยึดหลักความยุติธรรม เป็นกลาง และความถูกต้องระหว่างปฏิบัติงานร่วมกัน	5	0	มากที่สุด
3	ปฏิบัติงานโดยใช้ความรู้ ความสามารถอย่างเต็มที่ เพื่อประโยชน์ของผู้ใช้บริการ	5	0	มากที่สุด
4	ปฏิบัติงานโดยไม่มีอคติ และไม่ใช้อำนาจเพื่อประโยชน์ส่วนตน	5	0	มากที่สุด
5	ไม่ปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกัน	5	1	มากที่สุด
	การเข้าใจและรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่			
1	รับรู้บทบาท ความสามารถตามขอบเขตของแต่ละวิชาชีพ	5	0	มากที่สุด
2	แสดงออกถึงการปฏิบัติตามหน้าที่ภายใต้ขอบเขตวิชาชีพของตน ให้ทีมรับทราบและเกิดความเข้าใจ	5	1	มากที่สุด
3	ทราบข้อจำกัด ไม่ละเมิด หรือฝืนปฏิบัติในสิ่งที่อยู่นอกเหนือสมรรถนะ หรือความเชี่ยวชาญตามวิชาชีพของตน	5	1	มากที่สุด
4	แลกเปลี่ยนข้อมูล และวางแผนการรักษา การปฏิบัติงานร่วมกับทีม ตามบทบาทของแต่ละวิชาชีพ	5	1	มากที่สุด
5	ดูแลผู้ใช้บริการตามบทบาท และหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ	5	0	มากที่สุด

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อ	องค์ประกอบ	*MD*	*IR*	ระดับ
6	ประเมินสมรรถนะของตนเอง และพัฒนาความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะของวิชาชีพตนเองสม่ำเสมอรับรู้ในบทบาท ความสามารถ ตามขอบเขตของแต่ละวิชาชีพ	5	1	มากที่สุด
	การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ			
1	ส่งต่อข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานแก่ผู้ที่ปฏิบัติงานร่วมกัน ได้ชัดเจน กระชับ ครอบคลุม และครบถ้วน	5	0	มากที่สุด
2	ปฏิบัติตามมาตรฐานการส่งต่อข้อมูลระหว่างการปฏิบัติงาน ทั้งรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เช่น การใช้ SBAR เป็นต้น	5	0	มากที่สุด
3	ทวนข้อมูลกับผู้ใช้บริการทุกครั้ง เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อน	5	1	มากที่สุด
4	ทวนข้อมูลแก่ผู้ร่วมปฏิบัติงานทุกครั้ง เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อน	5	1	มากที่สุด
5	ตรวจสอบข้อมูลที่มีผลต่อกระบวนการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด เช่น ใบตรวจสอบความถูกต้องของผู้ใช้บริการ เอกสารแสดงความยินยอมในการรักษา เป็นต้น	5	1	มากที่สุด
6	แจ้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบทันที เมื่อเกิดข้อผิดพลาด/ เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์	5	0	มากที่สุด
7	ประยุกต์ใช้เทคโนโลยี สารสนเทศที่เหมาะสมกับข้อมูลที่ต้องการสื่อ	5	1	มากที่สุด
8	พัฒนาทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานร่วมกันทุกระดับ	5	1	มากที่สุด
	การปฏิบัติร่วมกันเป็นทีม			
1	ร่วมกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานให้ชัดเจน เช่น การทำ short brief ก่อนผ่าตัด เป็นต้น	5	0	มากที่สุด
2	ร่วมวางแผนปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดร่วมกับวิชาชีพอื่น	5	1	มากที่สุด
3	ร่วมกำหนดภาระงานที่ชัดเจนตามบทบาทของแต่ละวิชาชีพ	5	1	มากที่สุด
4	รับฟังข้อเสนอแนะของผู้ร่วมปฏิบัติงานในทีม	5	1	มากที่สุด
5	เมื่อเกิดปัญหา ร่วมตัดสินใจ และแสดงความรับผิดชอบ	5	1	มากที่สุด
6	ให้เกียรติ และมีพฤติกรรมถ้อยทีถ้อยอาศัย ระหว่างปฏิบัติงานร่วมกันกับวิชาชีพอื่น ๆ	5	1	มากที่สุด
7	เข้าร่วมกิจกรรมวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพ	4	1	มาก
	การตระหนักรู้ในสถานการณ์			
1	ไม่กล่าวโทษ ตำหนิ หรือซ้ำเติมบุคลากรทั้งในและนอกวิชาชีพ เมื่อเกิดข้อผิดพลาด	5	0	มากที่สุด
2	ไวต่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่ความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติงานของสหวิชาชีพ	5	0	มากที่สุด
3	สนใจข้อมูลที่มีผลกระทบต่อผู้ร่วมปฏิบัติงาน	5	1	มากที่สุด
4	เมื่อเกิดปัญหาในการทำงานรีบเร่งขอความช่วยเหลือจากวิชาชีพอื่นหรือผู้เชี่ยวชาญในด้านนั้น ๆ ทันที	5	1	มากที่สุด
5	แจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบทันที หากจำเป็นต้องปฏิบัติงานที่ไม่เชี่ยวชาญ	5	1	มากที่สุด
6	ประนีประนอมในสถานการณ์ขัดแย้งที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ใช้บริการ	4	1	มาก
	การยึดผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง			
1	ทบทวนข้อมูลจากสหวิชาชีพเพื่อวางแผน และดูแลผู้ใช้บริการในห้องผ่าตัดร่วมกัน	5	0	มากที่สุด
2	รับฟังอย่างเข้าใจ พูดคุยและสร้างกำลังใจแก่ผู้ใช้บริการ	5	1	มากที่สุด
3	กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ เป็นจุดมุ่งหมายสำคัญในการปฏิบัติงาน	5	0	มากที่สุด
4	ให้ผู้ใช้บริการมีส่วนรวมในการตัดสินใจ เลือกแนวทางการดูแล/รักษาในห้องผ่าตัด	4	0	มาก

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อ	องค์ประกอบ	*MD*	*IR*	ระดับ
	ภาวะผู้นำภายใต้การปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ			
1	เป็นผู้นำในการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน เช่น ประเมินความพร้อมของอุปกรณ์ ความเสี่ยงในการเสียเลือด เป็นต้น	5	0	มากที่สุด
2	เปิดใจยอมรับความสามารถที่แตกต่าง ความหลากหลาย และความเชี่ยวชาญของแต่ละวิชาชีพ	5	0	มากที่สุด
3	แสดงความคิดเห็นในการจัดการข้อแย้งได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์	5	0	มากที่สุด
4	บอกให้ผู้อื่นรับรู้เป้าหมายเพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงานร่วมกัน	5	1	มากที่สุด
5	รวมทีม เป็นตัวแทนของวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพ การปฏิบัติงาน และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น	4	0	มาก
6	กล้าแสดงความคิดเห็น และโต้แย้งอย่างสร้างสรรค์ เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อประโยชน์ของผู้ใช้บริการ	4	1	มาก
7	ส่งเสริมให้บุคลากรปฏิบัติงานร่วมกันตามขั้นตอนกฎระเบียบ และแนวปฏิบัติต่าง ๆ	4	1	มาก

จากตาราง 1 พบว่า องค์ประกอบการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศไทย ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 7 องค์ประกอบ 43 องค์ประกอบย่อย องค์ประกอบย่อยมีระดับความสำคัญมากที่สุด จำนวน 37 รายการ และองค์ประกอบย่อยที่มีความสำคัญระดับมาก จำนวน 6 รายการ

อภิปรายผล

ผลวิจัยที่ได้สอดคล้องกับองค์ประกอบขององค์กรความร่วมมือระหว่างวิชาชีพสุขภาพแคนาดา (CIHC, 2010) ยกเว้นองค์ประกอบหลักจริยธรรมในการปฏิบัติงานร่วมกัน ซึ่งกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่ามีระดับสำคัญมากที่สุด เนื่องจากการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพที่ในห้องผ่าตัด เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย และผู้ใช้บริการส่วนใหญ่จำเป็นต้องได้รับการระงับความรู้สึก ทีมสหวิชาชีพจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแล และพิทักษ์สิทธิของผู้ใช้บริการตามมาตรฐานสอดคล้องกับหลักจริยธรรมทางการแพทย์สากล ประกอบด้วย การเคารพในความอิสระ การกระทำในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ การไม่ทำอันตราย และความยุติธรรม (Beauchamp, 2013) โดยเฉพาะประเทศไทย แพทยสภาและสภาการพยาบาลได้กำหนดหลักจริยธรรมข้างต้นสอดแทรกอยู่ในมาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทยสภา (The Medical Council of Thailand, 2012) และมาตรฐานการพยาบาลของสภาการพยาบาล (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2019) ปฏิบัติงานร่วมกัน โดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ ยึดหลักความยุติธรรม ปฏิบัติงานโดยเคารพความเป็นบุคคลของผู้ร่วมปฏิบัติงาน ใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ ไม่มีอคติ (America Association of Nurse Anesthetists: AANA, 2019) และไม่ปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้ร่วมปฏิบัติงาน ทั้งนี้ในปัจจุบันสังคมและกลุ่มผู้ใช้บริการล้วนมีความคาดหวังสูงต่อบริการที่ได้รับจากผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้บริหารต้องคำนึงถึงการบริการจัดการเชิงจริยธรรม ควบคุมและดูแลการปฏิบัติงานโดยยึดหลักจรรยาบรรณวิชาชีพเพื่อผลประโยชน์และความปลอดภัย มีผลต่อความพึงพอใจในงานสามารถให้บริการ และสร้างความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการ (Tateaw & Wisesrith, 2011)

อย่างไรก็ตาม 4 ใน 7 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ จริยธรรมในการปฏิบัติงานร่วมกัน การเข้าใจและรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ และการปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม สอดคล้องกับองค์ประกอบการปฏิบัติงานร่วมกันของ Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (2011)

ในส่วนองค์ประกอบหลักอีก 6 ด้าน นำเสนอการอภิปรายแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

1. การเข้าใจและรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ เป็นองค์ประกอบการปฏิบัติงานร่วมกันที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าสำคัญต่อการปฏิบัติงานร่วมกัน เป็นการรับรู้ แสดงออก เข้าใจบทบาทของตนเองและผู้ร่วมปฏิบัติงาน ร่วม

วางแผนการดูแลผู้ใช้บริการตามบทบาทของตนเองร่วมกับทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งประเมินและพัฒนาศักยภาพความเชี่ยวชาญของตนอยู่เสมอประกอบด้วย การรับรู้บทบาท ความสามารถตามขอบเขตของแต่ละวิชาชีพ การแสดงออกถึงการปฏิบัติตามหน้าที่ภายใต้ขอบเขตวิชาชีพของตน ให้ทีมรับทราบและเกิดความเข้าใจ การทราบข้อจำกัด ไม่ละเมิด หรือฝืนปฏิบัติในสิ่งที่อยู่นอกเหนือสมรรถนะ หรือความเชี่ยวชาญตามวิชาชีพของตนสอดคล้องกับการศึกษาของมหาวิทยาลัยเคอร์ติน ซึ่งบรีเวอร์ (Brewer, 2013) ได้กำหนดกรอบแนวคิด Interprofessional Capability กล่าวคือ การเข้าใจและรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ทั้งของตนเอง และผู้ร่วมปฏิบัติงาน เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานสู่ผลลัพธ์เชิงบวกต่อผู้ใช้บริการ โดยการปฏิบัติงานของบุคคลจะถูกต้อง เหมาะสม ขึ้นอยู่กับความเข้าในบทบาทที่ตนแสดงหรือปฏิบัติ (Lueluang & Vorahan, 2011) ดังนั้นจึงเป็นองค์ประกอบหลักที่ผู้บริหารต้องให้ความสำคัญ ซึ่งส่งผลโดยต่อผู้ใช้บริการ การฝึกอบรม และพัฒนาสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดส่งผลให้สามารถปฏิบัติงานร่วมกับทีมได้ดี จึงต้องมีการวางแผนพัฒนา และกระจายทรัพยากร จัดสรรงานตามบทบาทหน้าที่เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานร่วมกันให้เป็นไปตามมาตรฐาน และบรรลุเป้าหมายขององค์กร (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2018)

2. การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ เป็นองค์ประกอบที่ก่อให้เกิดความสำเร็จในการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพ เป็นการถ่ายทอด และส่งต่อข้อมูล เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน ซึ่งเป็นประเด็นหนึ่งในมาตรฐานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (The Healthcare Accreditation Institute, 2013) เป็นองค์ประกอบการปฏิบัติงานร่วมกันที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าสำคัญต่อการปฏิบัติงานร่วมกัน ผู้ปฏิบัติงานต้องสามารถรับ/ส่งต่อข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานร่วมกันได้ชัดเจน กระชับ ครอบคลุม และครบถ้วนตามมาตรฐาน ทั้งรูปแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ เช่น การใช้ SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) ในการรายงานข้อมูลผู้ป่วย มีการทวนข้อมูลทุกครั้ง เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อน ซึ่งเครื่องมือสำคัญในการสื่อสารที่ส่งผลต่อคุณตรวจสอบความถูกต้องของผู้ใช้บริการ นอกจากนี้ Kasatpibal, Punjasawadwong, Chitreecheur, Chotirosniramit, Sirakamon, & Pakvipas (2015) ได้มีข้อเสนอแนะให้มีการผลักดันการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลก (The WHO SSC) ปัจจุบันสนับสนุนเชิงนโยบายทั้งในระดับประเทศ และโรงพยาบาล รวมทั้งผลักดันให้บรรจุในหลักสูตรฝึกอบรมแก่ทีมสหวิชาชีพ และกำหนดเป็นตัวชี้วัดที่ชัดเจน เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ และเกิดความตระหนักในกลุ่มทีมสหวิชาชีพ โดยกลยุทธ์การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จะเป็นปัจจัยที่ลดและแก้ไขข้อขัดแย้งจากการเจรจาสื่อสารกันภายในทีม (WHO, 2010) รวมทั้งเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ใช้บริการและการจัดการสารสนเทศในองค์กร (Joint Commission International, 2017) ก่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติงานร่วมกัน เพื่อป้องกันความผิดพลาด เกิดความปลอดภัย และคำนึงถึงประโยชน์ของผู้ใช้บริการ ดังนั้นผู้บริหารจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการสื่อสาร ทำความเข้าใจกับบุคลากรทุกระดับ เปิดโอกาสการมีส่วนรวมแสดงความคิดเห็นในกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อเพิ่มพูนทักษะการสื่อสารระหว่างสหวิชาชีพแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานร่วมกันทุกระดับ (Sriwicha & Limprasert, 2020)

3. การปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม ในกระบวนการการผ่าตัด ประกอบไปด้วยสหวิชาชีพผู้มีบทบาทและความเชี่ยวชาญที่แตกต่างกัน ร่วมปฏิบัติงานร่วมกัน อันประกอบด้วย ทีมศัลยแพทย์ ทีมวิสัญญี ทีมพยาบาลห้องผ่าตัด และบุคลากรสายสนับสนุนอื่น ซึ่งกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นร่วมกันว่า การปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีมนั้น จะก่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ใช้บริการ ลดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด และเกิดประโยชน์ต่อองค์กร (Kasatpibal & et al., 2015) มีแนวทางการปฏิบัติงานให้ชัดเจน เช่น การทำ short brief ก่อนผ่าตัด เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Thanapongsathorn, Jitsopa, & Wongviriyakorn (2012) โดยพบว่าการประชุมกลุ่มเตรียมพร้อมก่อนการผ่าตัดของทีมสหวิชาชีพ สามารถเพิ่มระดับความพึงพอใจต่อการทำงานเป็นทีมได้สูงขึ้น ลดระยะเวลาในการปฏิบัติที่สูญเสียไปด้วยเหตุผลที่ไม่ควร เพิ่มความพึงพอใจในการปฏิบัติงานร่วมกัน และเพิ่มความร่วมมือในการทำงานเป็นทีมมากยิ่งขึ้น มีความสัมพันธ์ทางบวกกันกับความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ (Riley, Manias, & Polglas, 2006) รวมทั้งเข้าร่วมกิจกรรมที่ส่งเสริมการปฏิบัติงานร่วมกันเป็นทีม สอดคล้องกับการศึกษาของ Rungrat (2014) พบว่า บุคลากร

ที่เคยผ่านการอบรมเรื่องการบริหารและจัดการ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามกระบวนการอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ส่งผลเชิงบวกต่อผลลัพธ์ในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น ภายใต้การให้เกียรติ และพฤติกรรมถ้อยทีถ้อยอาศัย เนื่องจากทีมสหวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดมีตำแหน่งและหน้าที่แตกต่างกัน แต่ทุกหน้าที่ล้วนมีความสัมพันธ์และมีความเชื่อมโยงกันในทุกระยะของการผ่าตัด หัวหน้างานหรือผู้บริหารจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือประสานในการปฏิบัติงานร่วมกับสหวิชาชีพ เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มศักยภาพและมาตรฐาน (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2018)

4. การตระหนักรู้ในสถานการณ์ที่นำไปสู่ความขัดแย้ง ให้ความสำคัญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งในการปฏิบัติงานร่วมกัน และส่งผลต่อประโยชน์ของผู้ใช้บริการ เนื่องจากการทำงานในห้องผ่าตัดเป็นการทำงานเกี่ยวข้องโดยตรงกับชีวิตและความเป็นความตายของผู้ป่วยตรง จำเป็นต้องไวต่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่ความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติงาน ไม่กล่าวโทษ ตำหนิ หรือซ้ำเติมบุคลากรทั้งในและนอกวิชาชีพ รวมทั้งประนีประนอมในสถานการณ์ขัดแย้งที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ใช้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Makary, Sexton, & Freischlag (2006) พบว่า ในการปฏิบัติงานร่วมกันของแพทย์และพยาบาลในห้องผ่าตัด จะมีการหลีกเลี่ยงที่จะแสดงออกถึงความไม่พอใจต่อผู้ร่วมปฏิบัติงาน เนื่องจากไม่ต้องการให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อปฏิบัติงานร่วมกัน และผู้ปฏิบัติงานต้องสนใจข้อมูลที่รีบเร่งขอความช่วยเหลือจากวิชาชีพอื่นหรือผู้เชี่ยวชาญทันที เมื่อเกิดปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของ Siwawut, Thiangchanya, & Thongsuk (2020) ที่ศึกษาทักษะนอกเหนือทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด โดยแสดงออกถึงการรับรู้ความสามารถ เมื่อต้องปฏิบัติงานที่ไม่เชี่ยวชาญและแจ้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ เป็นองค์ประกอบย่อยหนึ่งของทักษะการตระหนักรู้ในสถานการณ์ที่นำไปสู่ความขัดแย้งซึ่งมีความจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด ดังนั้นในด้านผู้ให้บริการผู้บริหารควรมีการส่งเสริม และสร้างการขับเคลื่อนที่มุ่งเน้นความปลอดภัยสำหรับบุคลากร เพื่อส่งเสริมศักยภาพในการปฏิบัติงาน ถ่ายทอดนโยบายความปลอดภัยแก่บุคลากรใหม่ก่อให้เกิดความตระหนักที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยและเป็นวัฒนธรรมขององค์กรต่อไป (Thongkaew, Thongsuk, & Thiangchanya, 2018) และสำหรับด้านการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพในห้องผ่าตัด เนื่องจากความแตกต่างของบุคคล ทักษะความเชี่ยวชาญ วิธีการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน ย่อมเป็นปัจจัยที่ชักนำในเกิดความขัดแย้งในการปฏิบัติงานร่วมกัน ดังนั้นการบริหารจัดการองค์กรให้บรรลุตามเป้าหมาย ผู้บริหารต้องมีการป้องกัน และส่งเสริมบรรยากาศที่ดีในการปฏิบัติงานร่วมกัน ประนีประนอม สนับสนุนการแสดงออกที่เหมาะสมและมีการเจรจาต่อรองเพื่อหลีกเลี่ยง และลดความรุนแรง ผู้บริหารควรมีการพัฒนาศักยภาพด้านการสื่อสารเมื่อเกิดปัญหาหรือข้อขัดแย้ง จัดอบรม หรือกิจกรรมเสริมความสามัคคี ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความขัดแย้ง และเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานขององค์กร (Lertpunjasub & Stiramon, 2017)

5. การยึดผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง ร่วมวางแผนการดูแลรักษาโดยให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมร่วมกันทีมสหวิชาชีพ โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ใช้บริการที่มารับบริการในห้องผ่าตัดให้มากที่สุด เพื่อตอบสนองความต้องการในขอบเขตที่เหมาะสม และเป็นบริการที่ดี จึงทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจและเกิดทัศนคติที่ดี (Manoonya, 2017) มีการรับฟังพูดคุย สร้างกำลังใจ สนับสนุนให้ผู้ใช้บริการมีส่วนรวมในการตัดสินใจ เลือกแนวทางการดูแล/รักษาในห้องผ่าตัดตามที่สภาการพยาบาล (2019) ได้กำหนดในเป็นมาตรฐานการพยาบาล เน้นการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม ยึดผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง โดยให้ผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกำหนดแผนการดูแล ทั้งนี้เนื่องจากผู้ใช้บริการบางรายจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน ประกอบกับโครงสร้างของห้องผ่าตัดที่เป็นระบบปิด เพื่อการควบคุมความสะอาด ส่งผลให้ผู้ใช้บริการและครอบครัว เกิดความวิตกกังวล เนื่องจากขาดข้อมูล เกิดความไม่แน่ใจในผลของการผ่าตัด เกิดความละเลย เนื่องจากลักษณะการปฏิบัติงานที่มุ่งเน้นการดูแลรักษาผู้ใช้บริการ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น (Pongam, Kunsongkeit, & Duangpaeng, 2012) กำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ เป็นจุดมุ่งหมายสำคัญในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักและเป็นตัวชี้วัดสำคัญของกระบวนการบริการสุขภาพ (The Healthcare Accreditation Institute, 2013) ดังนั้นผู้บริหารจึงมีบทบาทสำคัญในการออกแบบขั้นตอน และประเมินผลเนื่องจากเป็นการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ

อาจได้รับการเตรียมมาแตกต่างกัน แต่ละหน่วยบริการจึงควรมีการพัฒนาบุคลากรให้มีเป้าหมายร่วมกัน และพัฒนาแนวทางปฏิบัติ ในบรรยากาศที่มีความเอื้ออาทร (Wongchaiya, Ampansirirat, & Pinjai, 2017) และการสนับสนุนเชิงนโยบายที่ชัดเจน นำไปสู่แบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติงาน

6. ภาวะผู้นำในการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ การปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพในห้องผ่าตัดไม่ใช่การปฏิบัติตามคำสั่งของทีมใดทีมหนึ่ง หรือบุคคลใดบุคคลหนึ่ง แต่เกิดจากประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน การที่ผู้ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดแต่ละวิชาชีพมีความกล้าในการนำเสนอทางเลือก หรือให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่ตนเองมีความรู้ ความสามารถ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ใช้บริการ บรรลุเป้าหมายเพื่อลดผลกระทบที่มีต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก (Agnoletti, Gambale, & Meineri, 2015) ผู้ปฏิบัติงานเปิดใจยอมรับความสามารถที่แตกต่าง และความเชี่ยวชาญของแต่ละวิชาชีพ แสดงความคิดเห็นในการจัดการข้อแย้งได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ รวมทั้งสามารถบอกให้ผู้อื่นรับรู้เป้าหมายเพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงานร่วมกัน สอดคล้องกับ WHO (2010) ที่ได้กำหนดปัจจัยที่ในการปฏิบัติงานร่วมกันในเกิดประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องมีการเปิดโอกาสให้มีการแสดงแสดงความคิดเห็น บอกความต้องการในการปฏิบัติงาน และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งจะก่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงบวกแก่ผู้ใช้บริการ ดังนั้นผู้บริหารเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ เป็นตัวแทนของวิชาชีพในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงาน และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้บุคลากรปฏิบัติงานร่วมกันตามขั้นตอน กฎระเบียบและแนวปฏิบัติต่าง ๆ เนื่องจากการปฏิบัติตามนโยบายของบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ เป็นปัจจัยที่ส่งผลสนับสนุนการให้เกิดความตระหนักในการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพ เกิดระเบียบแบบแผนในการปฏิบัติงาน เกิดผลลัพธ์ทางบวกในการให้บริการทางสุขภาพ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยพบว่าจริยธรรมในการปฏิบัติงานร่วมกันเป็นองค์ประกอบหลักที่มีความสำคัญในการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพ ผู้บริหารจึงควรมีการพัฒนาส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดเล็งเห็นความสำคัญ มีการจัดส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาจริยธรรมในการปฏิบัติงานร่วมกันมากขึ้นรวมทั้งเปิดโอกาสสนับสนุนให้มีการสร้างแนวทางจริยธรรมในการปฏิบัติงานอย่างเป็นรูปธรรม และสนับสนุนการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมในการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพในห้องผ่าตัด

2. ใช้เป็นเกณฑ์ในการพัฒนาการปฏิบัติงานร่วมกันของบุคลากรในห้องผ่าตัด ในการพัฒนาศักยภาพรายบุคคล และการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพในรูปแบบภาพรวม ก่อให้เกิดรูปธรรม และเกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. ใช้เป็นแนวทางในการบริหารจัดการการศึกษาของสหวิชาชีพ เป็นหลักสูตร หรือโปรแกรมที่มีความชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทการในบริการสุขภาพในห้องผ่าตัด แก่นักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ผลการวิจัยองค์ประกอบการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยประเทศไทย สามารถนำไปต่อยอดในการศึกษาวิจัย เช่น การศึกษาปัจจัยเชิงทำนาย ตัวแปรที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพ หรือการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) เพื่อยืนยันข้อมูลที่ได้จากผลการวิจัยนำไปสู่การพัฒนาการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพในห้องผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

References

Agnoletti, V., Gambale, G. & Meineri, M. (2015). Operating Room Leadership: Who is the One?. *Journal of Anesthesia & Clinical Research*, *6*(10), 576.

America Association of Nurse Anesthetists. (2019). *Standard for Nurse Anesthesia Practice*. Retrieved July 23, 2019 from https://www.aana.com/docs/default-source/practice-aana-com-web-documents-(all)/standards-for-nurse-anesthesia-practice.pdf

Attri, J. P., Sandhu, G. K., Mohan, B., Bala, N., Sandhu, K. S., & Bansal, L. (2015). Conflicts in Operating Room: Focus on causes & resolution. *Saudi Journal of Anaesthesia*, *9*(4), 457-463.

Beauchamp, T. & Childress, J. (2013). *Principles of Biomedical ethics, 7th Ed*. Oxford University Press.

Brewer, M. (2011). *Curtin University's Faculty of Health Sciences Interprofessional Capability Framework. Perth: Curtin University*. Retrieved October 10, 2019 from http://healthsciences.curtin.edu.au/faculty/ipe_publications.cfm

Campbell, S. M., Braspenning, J., Hutchison, A., & Marshall, M. (2002). Research Methods Used in Developing & Applying Quality Indicators in Primary Care. *Quality & Safety in Healthcare*, *11*(4), 358-364

Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2010). *Interprofessional Education & Core Competencies.* Retrieved March 23, 2019 from https://ipcontherun.ca/wp-content/uploads/2014/06/National-Framework.pdf

Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). *Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice: Report of an Expert Panel*. Washington, D.C.: Interprofessional Education Collaborative.

Joint Commission International. (2017). *Joint Commission International Standard for Hospital*. Retrieved March 23, 2020 from https://www.jointcommissioninternational.org/-media/jci/jci-Documents/accreditation/hospital-and-amc/jci-standards-only_6th-ed-hospital.pdf.

Kasatpibal, N., Punjasawadwong, Y., Chitreecheur, J., Chotirosniramit, N., Sirakamon, S., & Pakvipas, P. (2015). *Implementation and Compliance with World Health Organization Surgical Safety Checklist in Government and Private Hospitals in Thailand for Quality Improvement and Safety among Patients Undergoing Surgery*. Retrieved February 25, 2020 from http://kb.hsri.or.th/dspace/ handle/11228/ 4348?locale-attribute=th]. (in Thai)

Lertpunjasub, P., & Stiramon, O. (2017). Conflict Analysis and Management among Registered Nurses in Admission System at The Hospital. *Journal of Social Sciences and Humanities*, *43*(2), 47-63. (in Thai)

Lueluang, W., & Vorahan, W. (2011). *Factors Influencing Role Practices of Professional Nurses at Operating Room in Regional Hospitals, Northeast Region*. Graduate Research Conference (pp. 583-560). Khon Kaen: Khon Kaen University. (in Thai)

Makary, M. A., Sexton, J. B., & Freischlag, J. A. (2006). Operating Room Teamwork among Physicians & Nurses: Teamwork in the Eye of the Beholder. *Journal of the American College of Surgeons*, *202*(5), 746-752.

Manoonya, S. (2017). Effects of Perioperative Nursing Service Based on LEAN Conception to Waiting Time and Customers Satisfaction Damnoen Saduak Hospital. *Journal of the Police Nurses*, *9*(1), 72-81. (in Thai)

Pongam, S., Kunsongkeit, W., & Duangpaeng, S. (2012). *Family Members' Needs and Need Responses during Waiting time for Patients' Undergoing Major Emergency Surgery*. Graduate Research Conference (pp. 605-615). Khon Kaen: Khon Kaen University. (in Thai)

Riley, R., Manias, E., & Polglase, A. (2006). Governing the Surgical Count Through Communication Interactions: Implications for Patient Safety. *Quality & Safety in Health Care*, *15*(5), 369-374.

Rungrat, P. (2014). Relationship Between Personal Factors Knowledge and Attitudes on Risk Management and Compliance with Risk Management Process of Nursing Staff at Bankhai Hospital in Rayong Province. *Journal of Phrapokklao Nursing College, 25*(2), 73-84. (in Thai)

Siwawut, J., Thiangchanya, P., & Thongsuk, P. (2020). Non-Technical Skills of Perioperative Nurses for Patient Safety in Tertiary Hospital. *Thailand. Nursing Journal, 47*(4), 460-471. (in Thai)

Sriwicha, P., & Limprasert, K. (2020). Communication Behavior among Professional Nurses at General Hospital in Phayao Province. *Journal of Nursing and Health Care, 37*(1), 138-147. (in Thai)

Sullivan M., Kiovsky R. D., J Mason D., Hill C. D., & Dukes, C. (2015). Interprofessional Collaboration & Education. *The American Journal of Nursing, 115*(3), 47-54.

Tateaw, W., & Wisesrith, W. (2011). Lived Experiences of Ethical Management in Nursing of Head Nurses in a Tertiary Hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 12*(3), 58-66. (in Thai)

Thailand Nursing and Midwifery Council. (2018). *Announcement of Thailand Nursing and Midwifery Council: Policy of Thailand Nursing and Midwifery Council on the Workforce in the Nursing Team*. Retrieved April 30, 2020 from https://www.tnmc.or.th/ images/userfiles/files /003(1).pdf. (in Thai)

Thailand Nursing and Midwifery Council. (2019). *Announcement of Thailand Nursing and Midwifery Council: Nursing Standards*. Retrieved March 20, 2020 from https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/A111.pdf. (in Thai)

Thanapongsathorn, W., Jitsopa, J., & Wongviriyakorn, O. (2012). Interprofessional Preoperative Briefing Enhances Surgical Teamwork Satisfaction & Decrease Operative Time: A Comparative Study in Abdominal Operation. *Journal of the Medical Association of Thailand*, *95*(12), 8-14.

The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (2013). *E-learning Hospital Accreditation*. Retrieved February 2, 2020 from http://elearning.ha.or.th/moodle/webha/index.php/public. (in Thai)

The Medical Council of Thailand. (2012). *Professional Standards for Medical Practitioners*. Retrieved March 8, 2020 from https://www.tmc.or.th/pdf/00054.pdf. (in Thai)

Thongkaew, S., Thongsuk, P., & Thiangchanya, P. (2018). Patient Safety Awareness among Novice Nurses Working in General Hospitals in Southern Thailand. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 5*(1), 62-73. (in Thai)

Weiser, T. G., Regenbogen, S. E., Thompson, K. D., Haynes, A. B., Lipsitz, S. R., Berry, W. R., et al. (2008). An Estimation of the Global Volume of Surgery: a Modelling Strategy Based on Available Data. *Lancet*, *372*, 139–144.

Wongchaiya, P., Ampansirirat, A., & Pinjai, P. (2017). Patient-Centered Care: Health Care Services for the 21st Century. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, *4*, 361-371. (in Thai)

World Health Organization. (2015). *Cancer Factsheet Number 297*. Retrieved October 23, 2019 from http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en.

World Health Organization. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Retrieved March 20, 2019 from https://apps.who.int/iris/handle/10665/70185.

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

การประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2559)
An Evaluation of the Bachelor of Nursing Science Program (Revised Curriculum B.E. 2559)

ปฐมพร โพธิ์ถาวร[1*], ชรินรัตน์ บุญนวล[1] และ ธนพร สายวารี[1]
Patomporn Photaworn[1*], Charinrat Boonnual[1] and Thanaporn Saiwaree[1]
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก[1*]
Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute[1*]

(Received: *December 07, 2021*; Revised: *January 14, 2022*; Accepted: *January 27, 2022*)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ปรับปรุง พ.ศ. 2559) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิตในระยะครึ่งวงรอบ กลุ่มตัวอย่าง 427 ราย คือ ผู้บริหารหลักสูตร พยาบาล ผู้รับบริการ และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-3 ปีการศึกษา 2562 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงและสุ่มอย่างง่ายแบบแบ่งชั้น เก็บข้อมูลเดือนมกราคม-กรกฎาคม พ.ศ. 2563 โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ปรับปรุง พ.ศ. 2559) และคำถามในการสนทนากลุ่ม ตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องของคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย = 0.67-1.00 ค่าความเชื่อมั่น .84-.99 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า

คะแนนเฉลี่ยด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิตระดับดีมาก (M=4.35, SD=.56, M=4.24, SD=.55, M=4.32, SD=.50, M=4.27, SD=.52 ตามลำดับ) ผลการวิเคราะห์เนื้อหาการสนทนากลุ่มด้านบริบท : หลักสูตรมีความเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของสังคม ควรบูรณาการเนื้อหาแต่ละรายวิชา ด้านปัจจัยนำเข้า : นักศึกษา อาจารย์มีคุณสมบัติเหมาะสม มีทรัพยากรการเรียนรู้เหมาะสม ควรปรับปรุงห้องปฏิบัติการพยาบาลให้มีบรรยากาศการเรียนรู้เสมือนจริง ด้านกระบวนการ: ระบบการจัดการเรียนการสอนดี ควรทบทวนระบบการจัดการเรียนการสอนที่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้เรียน ด้านผลผลิต: นักศึกษาพยาบาลมีคุณลักษณะทางด้านคุณธรรม จริยธรรมที่ดี

สถาบันการศึกษาพยาบาลควรพัฒนาอาจารย์ผู้สอนให้มีศักยภาพสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถทำหน้าที่สอนนักศึกษาที่สถาบันไม่สามารถเลือกรับเฉพาะนักศึกษาที่มีผลการเรียนมัธยมปลายระดับดีมาก ให้เป็นบัณฑิตที่มีคุณภาพเป็นที่พึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตได้

คำสำคัญ: การประเมินหลักสูตร หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ปรับปรุง พ.ศ. 2559) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: patomporn@bcnsk.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 089-1577401)

Abstract

This descriptive research performed in 2019 aimed to evaluate the bachelor of nursing science program from the Boromarajonani College of Nursing in Songkhla (revised curriculum B.E. 2559) in terms of context, input, process, and output during a mid-program. There were 427 participants, including curriculum administrators, patients, as well as nursing students in their 1st, 2nd, and 3rd year. Purposive sampling, and stratified random sampling, were applied. Data on the academic program were collected from January to July, 2020, through a questionnaire of opinion and focus groups. Item-Objective Congruence (IOC) was confirmed by a panel of 3 experts, yielding a value of 0.67-1.00. Reliability showed a value of .84-.99. Data were analyzed using percentage, frequency, mean and standard deviation.

Results revealed that mean score of context, input, process and output was at a very good level (*M*=4.35, *SD*=.56, *M*=4.24, *SD*=.55, *M*=4.32, *SD*=.50, *M*=4.27, *SD*=.52, respectively). For results of content analysis regarding the context: curriculum was considered appropriate and congruent with social needs. As for input, students and instructors had appropriate characteristics, and learning resources were also appropriate, although the nursing laboratory room should be renovated for promoting authentic learning atmosphere. In regard of the process: education system was good and should be kept up with the change for optimal outcomes. And as for output: nursing students had appropriate characteristics in terms of moral and ethical principles.

Per findings, nursing education institute should continuously enhance instructors' competencies for teaching students who are not highly qualified students of high schools to be capable graduates according to employers' satisfaction.

Keywords: Curriculum Evaluation, Bachelor of Nursing Science Program (Revised Curriculum B.E. 2559), Boromarajonani College of Nursing, Songkhla

บทนำ

หลักสูตรเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบการศึกษา (Chintapanyakul, Ruaengsri, Laksana & Lhongsap, 2017) หลังจากใช้หลักสูตรต้องติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อตรวจสอบว่าหลักสูตรมีความเหมาะสมกับสภาพการณ์ที่เป็นปัจจุบัน มีปัญหาด้านต่างๆ ในการใช้หรือไม่ ข้อมูลที่ได้ทำให้มีการปรับปรุงหลักสูตรให้ดีขึ้น หลักสูตรพยาบาลศาสตร์เป็นหลักสูตรที่ผู้สำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรต้องนำความรู้ที่ได้ไปดูแลผู้รับบริการโดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ จากการทบทวนผลการประเมินของสถาบันการศึกษาพยาบาลต่างๆ ที่ผ่านมาพบว่าหลักสูตรมีความเหมาะสม เป็นที่ต้องการของสังคม (Skulpunyawat, 2015; Sateuw, Kumkong & Wiriyasombat, 2015; Kooariyakul, Chidnayee, Wuttijurepan, Udomleard, Lortamma, & Sripalakich, 2017; Poonchai, Arayathanitkul, Meeparn, Indhraratana, Untaja, Prasittivejchakul, et.al., 2019) แต่ความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการมักเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมรอบตัว โดยเฉพาะในปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ มีแนวโน้มการเจ็บป่วยจากโรคที่เกิดจากการผลิตหรือการบริโภคอาหารปนเปื้อนและสารเคมี เช่น โรคมะเร็ง การติดเชื้อ การดื้อยา เป็นต้น (Strategy and Planning Division of Ministry of Public Health, 2019) จึงต้องมีการปรับหลักสูตรให้เหมาะสมทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ดำเนินการวิจัยประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ปรับปรุง พ.ศ. 2555) พบว่าหลักสูตรมีความสอดคล้องกับความต้องการของสังคมอยู่ในระดับมาก มีความสอดคล้องกับความต้องการของสังคมสูงสุดเรื่องปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมครบ 4 มิติ คือมิติด้านการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา

และการฟื้นฟูสุขภาพ มีระดับการพัฒนานักศึกษาสูงสุดเรื่องการมีคุณธรรม จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพในการดำรงตนและการปฏิบัติงาน มีทรัพยากรสนับสนุนการเรียนการสอน อาจารย์ อาจารย์พิเศษและอาจารย์พี่เลี้ยงในแหล่งฝึกเพียงพอและพร้อมในการจัดการเรียนการสอน ด้านคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา 6 ด้านพบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุด คือ ด้านคุณธรรม จริยธรรม โดยมีความโดดเด่นในการเคารพความเป็นบุคคล เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เห็นว่าบุคคลอื่นมีคุณค่า ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่นนักศึกษาดูแลผู้รับบริการได้ดีทำให้ผู้รับบริการให้ความเอ็นดูรักใคร่นักศึกษา ส่วนด้านที่นักศึกษาควรได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม คือ ด้านความรู้ควรพัฒนาความรู้เกี่ยวกับแนวคิดหลักสำคัญในการดูแลผู้รับบริการ ด้านทักษะทางปัญญาควรพัฒนาเกี่ยวกับการนำความรู้ด้านทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการฝึกปฏิบัติ ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขควรพัฒนาทักษะการคิดคำนวณต่าง ๆ และด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพควรพัฒนาทักษะการพยาบาลพื้นฐานบางทักษะของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ให้มีความมั่นใจมากขึ้น ใช้เวลาในการปฏิบัติแต่ละขั้นตอนน้อยลง (Sateuw, Kumkong & Wiriyasombat, 2015) จึงดำเนินการปรับปรุงหลักสูตรในปีพ.ศ. 2559 เมื่อใช้หลักสูตรครบวงรอบ โดยมีการปรับหน่วยกิตจากเดิม 144 หน่วยกิตเป็น 133 หน่วยกิต เพิ่มรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ปรับลักษณะรายวิชาทางการพยาบาลบางรายวิชาจากเดิมเป็นวิชาทฤษฎีเป็นทฤษฎี-ทดลองเพื่อให้นักศึกษามีทักษะปฏิบัติการพยาบาลก่อนฝึกปฏิบัติงานจริงในหอผู้ป่วย มีการกำหนดเกณฑ์การประเมินผลด้านคุณธรรม-จริยธรรมสูงกว่าด้านอื่น ๆ เพื่อคงไว้ซึ่งจุดเด่นของนักศึกษา

ปีการศึกษา 2562 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา จัดการเรียนการสอนโดยใช้หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ปรับปรุง พ.ศ. 2559) ต่อเนื่องมาจากปีการศึกษา 2560-2561 มีนักศึกษาที่เรียนในหลักสูตร 3 ชั้นปี คือ ชั้นปีที่1-3 มีผลการประเมินคุณภาพหลักสูตรปีการศึกษา 2560-2561 โดยคณะกรรมการจากสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา ด้านบริบท ระดับได้มาตรฐาน ด้านปัจจัยนำเข้า 1) นักศึกษา ระดับปานกลาง (M= 2.67-3.00) 2) อาจารย์ ระดับดี (M=4.00) 3) สาระรายวิชาในหลักสูตรระดับปานกลาง-ดี (M=3.00-4.00) ด้านกระบวนการ 1) การวางระบบผู้สอนและกระบวนการจัดการเรียนการสอน ระดับปานกลาง (M=3.00) 2) การประเมินผู้เรียน ระดับดี-ปานกลาง (M=4.11-3.00) 3) ผลการดำเนินงานหลักสูตรตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ระดับดีมาก (M=4.11-5.00) 4) สิ่งสนับสนุนการเรียนการสอน ระดับปานกลาง-ดี (M=3.00-4.00) ด้านผลผลิต ระดับดีมาก (M=4.27-4.30) (Internal Education Quality Assessment Committee Under the Praboromarajchanok Institute, Public health Ministry, 2017-2018) มีข้อเสนอแนะในการพัฒนาหลักสูตร คือ ควรจัดการเรียนการสอนที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ของผู้เรียนด้านการเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ (Learner Person) ด้านการเป็นผู้ร่วมสร้างสรรค์นวัตกรรม (Co-Creator) และด้านการเป็นพลเมืองเข้มแข็ง (Active Citizen) (Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, 2018) และให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาทั้ง 6 ด้าน ที่สามารถประยุกต์ความรู้ใช้ในสถานการณ์ที่แตกต่างหรือเปลี่ยนแปลงได้ (Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, 2017) วิทยาลัยได้ดำเนินการปรับปรุงการจัดการเรียนการสอนตามผลการประมินและข้อเสนอแนะที่กล่าวมาข้างต้นเป็นระยะครึ่งของการใช้หลักสูตร ซึ่งเป็นระยะที่สมควรประเมินหลักสูตรเพื่อปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการใช้หลักสูตรตามแนวคิดของ Buosonte (2013) ที่กล่าวถึงความคลาดเคลื่อนของการใช้รูปแบบ CIPP ในการประเมินว่ามักทำเมื่อสิ้นสุดโครงการ ทำให้ไม่สามารถใช้ผลการประเมินมาดำเนินการปรับปรุงแต่ละด้านได้ จึงไม่สามารถใช้ข้อเสนอแนะในการตัดสินใจดำเนินงานจากผลการประเมินแต่ละด้านได้ และการประเมินมักใช้เครื่องมือฉบับเดียวในการเก็บข้อมูลแต่ละมิติที่มีความแตกต่างกันทำให้ได้ข้อมูลเชิงปริมาณที่ไม่เพียงพอต่อการนำไปใช้ประโยชน์ การประเมินหลักสูตรครั้งล่าสุดที่ผ่านมาของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์และแนวทางการสนทนากลุ่ม โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ อาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล ซึ่งอาจได้ผลการประเมินที่ไม่ครอบคลุม ผู้วิจัยจึงทำการวิจัยการประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ปรับปรุง พ.ศ.2559) ในระยะครึ่งวงรอบการใช้งานตามรูปแบบ CIPP โดยใช้แบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ แบบสัมภาษณ์และคำถามในการสนทนากลุ่มเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยเก็บข้อมูลจากอาจารย์ นักศึกษา พยาบาลในแหล่งฝึกและผู้รับบริการจากนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีการตรวจสอบแบบ

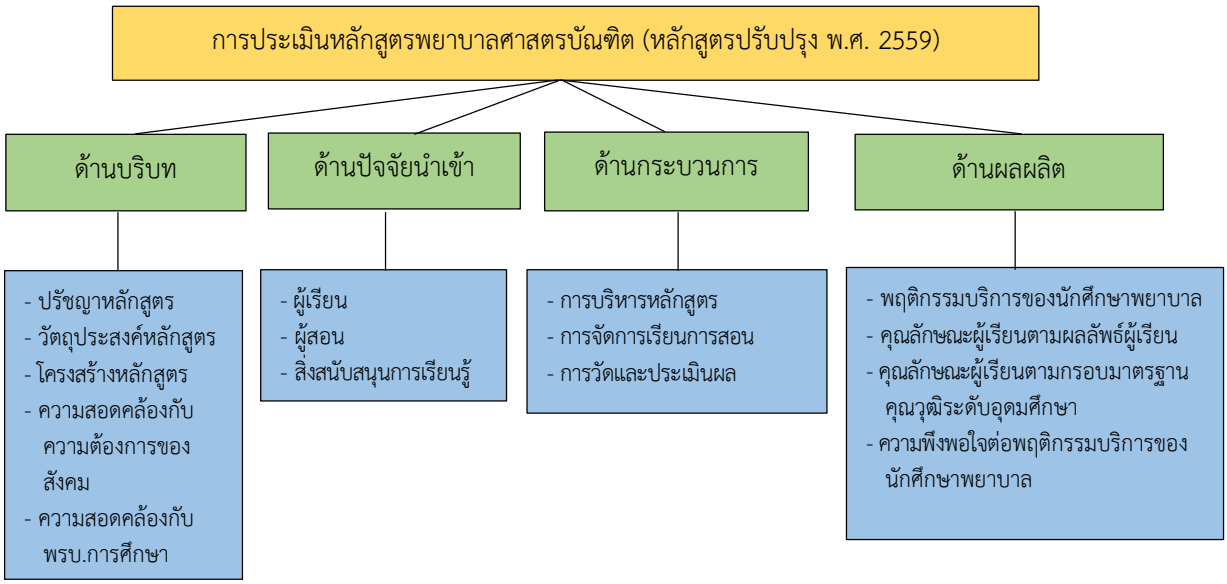
สามเส้า ลดอคติ สามารถประเมินว่าผู้เรียน ผู้สอนและผู้ที่เกี่ยวข้อง มีความคิดเห็นต่อหลักสูตรและมีความพึงพอใจต่อผลผลิตจากหลักสูตรอย่างไร รวมทั้งค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นจากการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตร เพื่อแก้ไขหรือพัฒนาให้หลักสูตรมีคุณภาพเป็นประโยชน์แก่นักศึกษาในระยะครึ่งหลังของการใช้หลักสูตร

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ปรับปรุง พ.ศ.2559) ในระยะครึ่งวงรอบด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิต

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยมาจาก Buosonte (2013) Kooariyakul, Chidnayee, Wuttijurepan, Udomleard, Lortamma & Sripalakich (2017) และใช้รูปแบบการประเมินแบบ CIPP model ของ Stufflebeam, D.L. & Coryn, C.L.S (2014 cited in Chintapanyakul, Ruaengsri, Laksana & Lhongsap, 2017) ซึ่งมีแนวทางการประเมินหลักสูตร 4 ด้าน คือ 1) ด้านบริบท 2) ด้านปัจจัยนำเข้า 3) ด้านกระบวนการ 4) ด้านผลผลิต สรุปได้ดังแผนภาพต่อไปนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive Method) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ รายละเอียด ดังนี้

วิธีวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้บริหารหลักสูตร อาจารย์ประจำหลักสูตรและพยาบาลในแหล่งฝึก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยทำการศึกษาในประชากรทั้งหมด ประกอบด้วยรองผู้อำนวยการกลุ่มวิชาการ ผู้รับผิดชอบหลักสูตร หัวหน้างานการเรียนการสอน หัวหน้างานวัดและประเมินผล หัวหน้างานพัฒนานักศึกษา หัวหน้าภาควิชา รวม 15 คน อาจารย์ประจำหลักสูตรผู้สอนนักศึกษาชั้นปีที่ 1-3 จำนวน 40 คน พยาบาลในแหล่งฝึกที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงประจำปีการศึกษา 2562 จำนวน 40 คน

กลุ่มนักศึกษาพยาบาล ประชากรทั้งหมด 358 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan (1970 cited in Kaemkate, 2012) ได้กลุ่มตัวอย่าง 185 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มอย่างง่ายแบบแบ่งชั้นโดยจับฉลากไม่คืนที่ ได้จำนวนนักศึกษาชั้นปีที่ 1 = 64 คน, ชั้นปีที่ 2 = 40 คน, ชั้นปีที่ 3 =81 คน

กลุ่มผู้รับบริการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ เป็นผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 2 วัน จากนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 หรือ ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา จำนวนเท่ากับหรือมากกว่าจำนวนกลุ่มตัวนักศึกษา ได้กลุ่มตัวอย่าง 147 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 427 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดการวิจัย ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีคุณวุฒิทางการศึกษาระดับปริญญาเอก มีประสบการณ์ในการเป็นอาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มากกว่า 20 ปี จำนวน 3 คน ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย (IOC) = 0.67-1.00 หาค่าความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 อาจารย์พยาบาล พยาบาลวิชาชีพและผู้ใช้บริการจากนักศึกษาพยาบาลในแหล่งฝึกกลุ่มละ 10 คน ได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ .99, .99, .99,.84 ตามลำดับ เป็นคำถามแบบตัวเลือก 5 ระดับ ระดับมากที่สุด หมายถึง ข้อความในแบบสอบถามตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบและมีความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 75 ระดับไม่จริงเลยหรือไม่พอใจเลย หมายถึง ข้อความในแบบสอบถามตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบและมีความพึงพอใจ ร้อยละ 0 การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ผลการประเมินการประกันคุณภาพระดับหลักสูตรของสำนักคณะกรรมการการอุดมศึกษา (2560) ดังนี้

0.01-2.00 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็น/ความพึงพอใจระดับน้อย

2.01-3.00 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็น/ความพึงพอใจระดับปานกลาง

3.01-4.00 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็น/ความพึงพอใจระดับดี

4.01-5.00 คะแนน หมายถึง มีความคิดเห็น/ความพึงพอใจระดับดีมาก

แบบสอบถามที่ใช้แบ่งตามกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามกลุ่มผู้บริหารหลักสูตรและกลุ่มอาจารย์ผู้สอนประจำหลักสูตร ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 3 ข้อ คือ ตำแหน่ง ภาควิชา ความรับผิดชอบการบริหารหลักสูตร

1.2 แบบสอบถามความคิดเห็นด้านบริบท จำนวน 25 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับปรัชญาหลักสูตร 6 ข้อ วัตถุประสงค์หลักสูตร 8 ข้อ โครงสร้างหลักสูตร 4 ข้อ ความสอดคล้องกับความต้องการของสังคม 2 ข้อ ความสอดคล้องกับพระราชบัญญัติการศึกษาและมาตรฐานผลลัพธ์ผู้เรียน 5 ข้อ

1.3 แบบสอบถามความคิดเห็นด้านปัจจัยนำเข้า จำนวน 43 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับนักศึกษา 7 ข้อ อาจารย์ 12 ข้อ ทรัพยากรสนับสนุนการเรียนรู้ 24 ข้อ

1.4 แบบสอบถามความคิดเห็นด้านกระบวนการ จำนวน 47 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับการบริหารหลักสูตร 16 ข้อ การจัดการเรียนการสอน 20 ข้อ การวัดประเมินผล 11 ข้อ

1.5 แบบสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจด้านผลผลิต

ตอนที่ 1 คุณลักษณะผู้เรียนตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา จำนวน 31 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Learner Person) 9 ข้อ การเป็นผู้ร่วมคิดสร้างสรรค์ (Co-Creator) 10 ข้อ การเป็นพลเมืองเข้มแข็ง (Active Citizen) 12 ข้อ

ตอนที่ 2 คุณลักษณะผู้เรียนตามผลลัพธ์ผู้เรียน จำนวน 36 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณธรรม จริยธรรม 6 ข้อ ความรู้ 6 ข้อ ทักษะทางปัญญา 6 ข้อ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 6 ข้อ ทักษะการคิดวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยี 6 ข้อ ทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ 6 ข้อ

ตอนที่ 3 พฤติกรรมบริการของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 26 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับจิตบริการ 11 ข้อ การคิดเชิงวิเคราะห์ 10 ข้อ การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ 5 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามกลุ่มพยาบาลในแหล่งฝึกประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 4 ข้อ คือ โรงพยาบาล หอผู้ป่วย ประสบการณ์ทำงานและประสบการณ์เป็นครูพี่เลี้ยง

2.2 แบบสอบถามความคิดเห็นด้านบริบท จำนวน 9 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับปรัชญาหลักสูตร 2 ข้อ วัตถุประสงค์หลักสูตร 5 ข้อ ความสอดคล้องกับความต้องการของสังคม 2 ข้อ

2.3 แบบสอบถามความคิดเห็นด้านปัจจัยนำเข้า จำนวน 13 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับนักศึกษา 2 ข้อ อาจารย์ 5 ข้อ ทรัพยากรสนับสนุนการเรียนรู้ 6 ข้อ

2.4 แบบสอบถามความคิดเห็นด้านกระบวนการ จำนวน 8 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับการบริหารหลักสูตร 2 ข้อ การจัดการเรียนการสอน 4 ข้อ การวัดประเมินผล 2 ข้อ

2.4 แบบสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจด้านผลผลิต

ตอนที่ 1 คุณลักษณะผู้เรียนตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา จำนวน 36 ข้อเช่นเดียวกับชุดที่ 1

ตอนที่ 2 พฤติกรรมบริการของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 26 ข้อ เช่นเดียวกับชุดที่ 1

ชุดที่ 3 แบบสอบถามกลุ่มผู้รับบริการนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย

3.1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 4 ข้อ เพศ อายุ หอผู้ป่วย โรงพยาบาล

3.2 แบบสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจด้านผลผลิต

3.2.1 พฤติกรรมบริการของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 26 ข้อ เช่นเดียวกับชุดที่ 1

ชุดที่ 4 แบบสอบถามกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย

4.1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 3 ข้อ คือ เพศ อายุ ชั้นปี

4.2 แบบสอบถามความคิดเห็นด้านบริบทจำนวน 25 ข้อ เช่นเดียวกับชุดที่ 1

4.3 แบบสอบถามความคิดเห็นด้านปัจจัยนำเข้า จำนวน 43 ข้อ เช่นเดียวกับชุดที่ 1

4.4 แบบสอบถามความคิดเห็นด้านกระบวนการ จำนวน 47 ข้อ เช่นเดียวกับชุดที่ 1

4.5 แบบสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจด้านผลผลิต

ตอนที่ 1 คุณลักษณะผู้เรียนตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาจำนวน 36 ข้อ เช่นเดียวกับชุดที่ 1

ตอนที่ 2 คุณลักษณะผู้เรียนตามผลลัพธ์ผู้เรียน จำนวน 31 ข้อ เช่นเดียวกับชุดที่ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บข้อมูลจากผู้บริหารหลักสูตร อาจารย์ประจำหลักสูตร พยาบาลในแหล่งฝึกและนักศึกษาพยาบาล ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยส่ง QR Code และที่อยู่ของแบบสอบถามออนไลน์ไปยังผู้บริหารหลักสูตร อาจารย์ประจำหลักสูตร นักศึกษาพยาบาล ผู้ประสานงานในการเก็บข้อมูลประจำหอผู้ป่วยในการเก็บข้อมูลจากพยาบาลในแหล่งฝึกโรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลาและโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

1.2 ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามผ่านระบบออนไลน์

1.3 กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามออนไลน์ประมาณ 15-20 นาที

2. การเก็บข้อมูลจากผู้ใช้บริการ

2.1 ผู้วิจัยไปที่หอผู้ป่วยของโรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลาและโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ที่นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 และ 3 ฝึกปฏิบัติงานระหว่างเดือนกรกฎาคม-กันยายน พ.ศ.2563

2.2 ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง และผู้ดูแลผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ณ หอผู้ป่วยเด็ก และหอผู้ป่วยโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ขอความร่วมมือ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และถามความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ให้ทราบ โดยกลุ่มตัวอย่างรับทราบสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ในการตอบแบบสอบถามนี้ไม่มีถูกหรือผิดและไม่มีผลใดๆ ต่อการให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถาม คำตอบที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับ และไม่มีผลกระทบใดๆที่

ก่อให้เกิดอันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างและบุคคลที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างกรอกแบบฟอร์มใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างนั่งตอบแบบสอบถามที่โต๊ะที่จัดเตรียมไว้ให้

3. หลังจากได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ

4. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่ต้องการ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาจารย์ประจำหลักสูตร พยาบาลและผู้ใช้บริการจากนักศึกษาในแหล่งฝึกและนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ปีการศึกษา 2562

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้บริหารหลักสูตรและอาจารย์ประจำหลักสูตร จำนวน 10 คน พยาบาลที่ดูแลนักศึกษาขณะฝึกงาน 10 คน ผู้รับบริการจากนักศึกษาชั้นปีที่ 2 จำนวน 10 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 10 คน รวมเป็น 20 คน และนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-3 ชั้นปีละ 10 คน รวมทั้งสิ้น 70 คน ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม/ สัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการวิจัย ประกอบด้วยประเด็นในการสนทนากลุ่มสำหรับแต่ละกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ด้านบริบท

1. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา (สำหรับกลุ่มอาจารย์, พยาบาล, นักศึกษา)

2. หากต้องการให้ได้บัณฑิตพยาบาลที่มีความสามารถในการให้บริการพยาบาล วิทยาลัยต้องพัฒนาหลักสูตรอย่างไร (สำหรับกลุ่มพยาบาล)

ด้านปัจจัยนำเข้า

1. นักศึกษาพยาบาลควรมีคุณสมบัติ/ คุณลักษณะอย่างไรที่ช่วยให้การศึกษาตามหลักสูตรได้ผลดี (สำหรับกลุ่มอาจารย์, นักศึกษา)

2. อาจารย์พยาบาลควรมีคุณสมบัติ/ คุณลักษณะอย่างไรที่ช่วยให้ผลดีต่อการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตร (สำหรับกลุ่มอาจารย์, นักศึกษา)

3. ที่ผ่านมาจำนวนอาจารย์ผู้สอน แหล่งฝึกปฏิบัติงาน ห้องเรียนและสื่อการเรียนการสอนต่างๆ มีความเหมาะสมหรือไม่ (สำหรับกลุ่มอาจารย์, พยาบาล, นักศึกษา)

ด้านกระบวนการ

1. การจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของวิทยาลัยที่ผ่านมาควรปรับปรุง/พัฒนาเรื่องใด (สำหรับกลุ่มอาจารย์, พยาบาล, นักศึกษา)

2. การวัดและประเมินผลของวิทยาลัยที่ผ่านมาควรปรับปรุง/พัฒนาเรื่องใด (สำหรับกลุ่มอาจารย์, นักศึกษา)

3. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการบริหารหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่ผ่านมา (สำหรับกลุ่มอาจารย์)

ด้านผลผลิต

1. นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลมีคุณลักษณะเด่นที่แตกต่างนักศึกษาพยาบาลจากสถาบันอื่นอย่างไร (สำหรับกลุ่มพยาบาล)

2. ท่านพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลหรือไม่ อย่างไร (สำหรับกลุ่มผู้รับบริการ)

ผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีคุณวุฒิทางการศึกษาระดับปริญญาเอก มีประสบการณ์ในการเป็นอาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มากกว่า 20 ปี จำนวน 3 คน ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนกลุ่มอาจารย์ พยาบาลแหล่งฝึกและนักศึกษาพยาบาล โดยใช้เวลากลุ่มละ 1-2 ชั่วโมง

2. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้รับบริการพยาบาลจากนักศึกษา

2.1 ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความยินยอมและขออนุญาตจดข้อมูลขณะสนทนา

2.2 พูดคุย สนทนา/สัมภาษณ์ โดยใช้ประเด็นที่เตรียมไว้ โดยใช้เวลาคนละ 5-10 นาที

2.3 ตรวจสอบความเข้าใจที่ตรงกันในเนื้อหาที่ได้จากการสนทนากลุ่ม โดยอ่านสรุปสาระสำคัญที่ได้จากการจดบันทึกระหว่างการสนทนาให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับทราบ

2.4 เมื่อได้ข้อมูลตามประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการ จึงยุติการสนทนา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การจัดกลุ่มเนื้อหาและวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลหาดใหญ่และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ได้เลขจริยธรรม BCNSK 8/2563, SKH. IRB. 2020-Edu-ON3-0613, 83/2563 และ SKPH.IRB.COA 3/2563. ตามลำดับ พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

1. ประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ปรับปรุง พ.ศ.2559) ในระยะครึ่งวงรอบด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิต

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการและด้านผลผลิตตามความคิดเห็นของทุกกลุ่มตัวอย่างต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ปรับปรุง พ.ศ.2559)

รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น		
	M	*SD*	แปลผล
ด้านบริบท	**4.35**	**.56**	**ดีมาก**
ปรัชญาหลักสูตร	4.37	.53	ดีมาก
วัตถุประสงค์ของหลักสูตร	4.36	.58	ดีมาก
โครงสร้างหลักสูตร	4.33	.61	ดีมาก
ความสอดคล้องกับความต้องการของสังคม	4.33	.62	ดีมาก
ความสอดคล้องกับพระราชบัญญัติการศึกษา	4.35	.48	ดีมาก
ด้านปัจจัยนำเข้า	**4.24**	**.55**	**ดีมาก**
นักศึกษา	4.19	.54	ดีมาก
คุณสมบัติด้านความรู้	4.04	.57	ดีมาก
คุณสมบัติด้านกายภาพ	4.30	.56	ดีมาก
คุณสมบัติด้านลักษณะนิสัย	4.28	.54	ดีมาก

ตาราง 1 (ต่อ)

รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น		
	M	*SD*	แปลผล
อาจารย์	4.39	.53	ดีมาก
คุณสมบัติด้านวุฒิการศึกษา	4.55	.53	ดีมาก
คุณสมบัติด้านประสบการณ์สอน	4.38	.55	ดีมากดี
คุณสมบัติด้านจรรยาบรรณครู	4.43	.52	มาก
มีจำนวนเพียงพอ	4.25	.56	ดีมาก
สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้	4.18	.56	ดีมาก
คู่มือ	4.20	.55	ดีมาก
หนังสือ ตำรา วารสารไทย-ภาษาอังกฤษ	3.97	.62	ดี
สถานที่สำหรับเรียนเพียงพอ	4.16	.55	ดีมาก
สถานที่สำหรับฝึกปฏิบัติเพียงพอ	4.24	.57	ดีมาก
ด้านกระบวนการ	**4.32**	**.50**	**ดีมาก**
การบริหารหลักสูตร	4.32	.53	ดีมาก
มีระบบบริหารผู้รับผิดชอบหลักสูตร อาจารย์ประจำหลักสูตร สายสนับสนุน	4.42	.55	ดีมาก
มีระบบธำรงรักษาผู้รับผิดชอบหลักสูตร อาจารย์ประจำหลักสูตร สายสนับสนุน	4.39	.51	ดีมาก
มีการพัฒนา/ปรับปรุงหลักสูตรอย่างต่อเนื่อง	4.43	.57	ดีมาก
มีระบบการช่วยเหลือให้นักศึกษาสำเร็จการศึกษาในระยะเวลาที่กำหนด	4.42	.52	ดีมาก
การจัดการเรียนการสอน	4.35	.50	ดีมาก
ตรวจสอบคุณภาพการจัดการเรียนการสอน	4.53	.54	ดีมาก
ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพด้านต่าง ๆ ของนักศึกษา	4.39	.55	ดีมาก
กิจกรรมการเรียนการสอนมีเนื้อหาสาระทันสมัย เหมาะกับสภาพการณ์ปัจจุบัน	4.40	.51	ดีมาก
จัดการเรียนการสอนในสถานการณ์จำลอง/สถานการณ์จริงส่งเสริมทักษะปฏิบัติ	4.46	.55	ดีมาก
การวัดและประเมินผล	4.31	.47	ดีมาก
เครื่องมือวัดและประเมินผลผ่านการตรวจสอบคุณภาพ	4.38	.53	ดีมาก
เครื่องมือวัดและประเมินผลหลากหลาย	4.36	.52	ดีมาก
ประเมินนักศึกษาได้ตามความเป็นจริง	4.32	.54	ดีมาก
เป็นข้อมูลป้อนกลับให้นักศึกษาพัฒนาตนเอง	4.32	.54	ดีมาก
ด้านผลผลิต	**4.27**	**.52**	**ดีมาก**
คุณลักษณะบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา	4.21	.49	ดีมาก
ด้านคุณธรรม-จริยธรรม	4.42	.47	ดีมาก
ด้านความรู้	4.17	.49	ดีมาก
ด้านทักษะทางปัญญา	4.12	.50	ดีมาก
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ	4.28	.49	ดีมาก
ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ	4.12	.53	ดีมาก
ด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ	4.18	.50	ดีมาก
คุณลักษณะบัณฑิตตามผลลัพธ์ของผู้เรียน	4.28	.57	ดีมาก
ด้านการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Learner Person)	4.13	.57	ดีมาก
ด้านผู้ร่วมคิดสร้างสรรค์ (Co Creator)	4.25	.51	ดีมาก
ด้านพลเมืองเข้มแข็ง (Active Citizen)	4.40	.55	ดีมาก
พฤติกรรมบริการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล	4.32	.51	ดีมาก

ตาราง 1 (ต่อ)

รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น		
	M	*SD*	แปลผล
ด้านจิตบริการ (S=Service Mind)	4.44	.51	ดีมาก
ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ (A=Analytical Thinking)	4.24	.53	ดีมาก
ด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (P=Participation)	4.34	.53	ดีมาก
ความพึงพอใจต่อพฤติกรรมบริการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล	**4.30**	**.54**	**ดีมาก**
ด้านจิตบริการ (S=Service Mind)	4.44	.51	ดีมาก
ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์ (A=Analytical Thinking)	4.24	.53	ดีมาก
ด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (P=Participation)	4.34	.53	ดีมาก
รวม	**4.30**	**.53**	**ดีมาก**

จากตาราง 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของทุกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยอาจารย์ประจำหลักสูตร ผู้รับผิดชอบหลักสูตร ผู้บริหารหลักสูตร พยาบาลในแหล่งฝึกและนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1- 3 ต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ปรับปรุง พ.ศ.2559) โดยภาพรวมระดับดีมาก (*M*=4.30, *SD*=.53)

ด้านบริบท พบว่า ปรัชญาหลักสูตร วัตถุประสงค์หลักสูตร โครงสร้างหลักสูตรมีความเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของสังคม และสอดคล้องกับพระราชบัญญัติการศึกษาระดับดีมาก (*M*=4.37, *SD*=.53, *M*=4.36, *SD*=.58, *M*=4.33, *SD*=.61, *M*=4.33, *SD*=.62, *M*=4.35, *SD*=.48 ตามลำดับ)

ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า นักศึกษามีคุณสมบัติด้านความรู้ ด้านกายภาพและด้านลักษณะนิสัยระดับดีมาก (*M*=4.04, *SD*=.57, *M*=4.30, *SD*=.56, *M*=4.28, *SD*=.54 ตามลำกับ) อาจารย์มีคุณสมบัติด้านวุฒิการศึกษา ประสบการณ์สอน จรรยาบรรณครูและมีจำนวนเพียงพอระดับดีมาก (*M*=4.55, *SD*=.53 , *M*=4.38, *SD*=.55, *M*=4.43, *SD*=.52, *M*=4.25, *SD*=.56 ตามลำดับ) ทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ ได้แก่ คู่มือ หนังสือ ตำราวารสารไทย-ภาษาอังกฤษ สถานที่สำหรับเรียน ฝึกปฏิบัติเพียงพอระดับดีมาก (*M*=,4.20, *SD*=.55, *M*=3.97, *SD*=.62 *M*=4.16, *SD*=.55, *M*=4.24, *SD*=.57 ตามลำดับ)

ด้านกระบวนการ พบว่า ด้านการบริหารหลักสูตรมีระบบบริหารและธำรงรักษาผู้รับผิดชอบหลักสูตร อาจารย์ประจำหลักสูตร บุคลากรสายสนับสนุน มีการพัฒนา/ปรับปรุงหลักสูตรอย่างต่อเนื่อง มีระบบการรับนักศึกษาและมีระบบการช่วยเหลือให้นักศึกษาสำเร็จการศึกษาในระยะเวลาที่กำหนดระดับดีมาก (*M*=4.42, *SD*=.55, *M*=4.39, *SD*=.51, *M*=4.37, *SD*=.55, M=4.42, *SD*=.57 ตามลำดับ) ด้านการจัดการเรียนการสอน มีการตรวจสอบคุณภาพการจัดการเรียนการสอน ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพด้านต่างๆ ของนักศึกษาระดับดีมาก (*M*=4.53, *SD*=.54, *M*=4.31, *SD*=.52, *M*=4.39, *SD*=.55 ตามลำดับ) ด้านการวัดและประเมินผล มีเครื่องมือวัดและประเมินผลที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ หลากหลาย ประเมินนักศึกษาได้ตามความเป็นจริง เป็นข้อมูลป้อนกลับให้นักศึกษาพัฒนาตนเองได้ระดับดีมาก (*M*=4.38, *SD*=.53, *M*=4.36, *SD*=.52, *M*=4.32, *SD*=.54, *M*=4.32, *SD*=.54 ตามลำดับ)

ด้านผลผลิต พบว่า นักศึกษามีคุณลักษณะผู้เรียนตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา ทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านคุณธรรม-จริยธรรม ด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพระดับดีมาก (*M*=4.42, *SD*=.47, *M*=4.17, *SD*=.49, *M*=4.12, *SD*=.50, *M*=4.28, *SD*=.49, *M*=4.12, *SD*=.53, *M*=4.18, *SD*=.50 ตามลำดับ) มีคุณลักษณะผู้เรียนตามผลลัพธ์ผู้เรียน 3 ด้าน คือ ด้านการเรียนรู้ตลอดชีวิต ด้านผู้ร่วมคิดสร้างสรรค์ ด้านพลเมืองเข้มแข็งระดับดีมาก (*M*=4.13, *SD*=.57, *M*=4.25, *SD*=.51, *M*=4.40, *SD*=.55 ตามลำดับ) มีพฤติกรรมบริการพยาบาล 3 ด้าน คือ ด้านจิตบริการ ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์และด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการระดับดีมาก (*M*=4.45, *SD*=.50, *M*=4.27, *SD*=.52, *M*=4.35, *SD*=.62 ตามลำดับ) คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อพฤติกรรมบริการ

พยาบาล 3 ด้าน คือ ด้านจิตบริการ ด้านการคิดเชิงวิเคราะห์และด้านการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการระดับดีมาก (*M*=4.44, *SD*=.51, *M*=4.24, *SD*=.53, *M*=4.34, *SD*=.53 ตามลำดับ)

สำหรับผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่ม สรุปผลได้ดังนี้

1. ด้านบริบท

ควรมีการปรับปรุงหลักสูตรให้มีการบูรณาการวิชาต่างๆ เพื่อลดความซ้ำซ้อนของเนื้อหาวิชาที่เรียนเน้นการจัดการเรียนการสอนที่ทำให้ผู้เรียนเกิดทักษะต่าง ๆ โดยเฉพาะทักษะการคิดวิเคราะห์และทักษะปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งควรมีการเพิ่มรายวิชาที่เป็นแนวโน้มของสภาพสังคมหรือสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน ดังตัวอย่างความคิดเห็นต่อไปนี้

“ควรเพิ่มรายวิชาที่เป็นเทรนด์ของวิถีปัจจุบัน เช่น การจัดการธุรกิจด้านสุขภาพ” (NI1)

“ควรลดจำนวนหน่วยกิตลงโดยเรียนแบบ module เพื่อลดความซ้ำซ้อนของเนื้อหาวิชาที่เรียน” (NI2, NI3, NI5, NI6)

ด้านปัจจัยนำเข้า

ควรมีการปรับปรุงห้องปฏิบัติการพยาบาลให้มีบรรยากาศการเรียนรู้ที่ดี มีวัสดุ อุปกรณ์เพียงพอ มีการบริหารจัดการ ๆ ใช้ห้องให้พร้อมใช้และมีบรรยากาศของห้องที่ดี เพื่อเกิดให้ประสิทธิภาพในการเรียนรู้ของนักศึกษาที่ดีมากยิ่งขึ้นโดยมีความคิดเห็นดังนี้

“อยากให้มีห้องแล็บฝึกปฏิบัติการพยาบาลที่มีสภาพห้องคล้ายกับหอผู้ป่วยจริงแต่ละแผนก เช่น ตึกศัลยกรรม ตึกเด็ก ห้องคลอด จะช่วยให้นักศึกษาเกิดความคุ้นเคยเมื่อขึ้นฝึกปฏิบัติงานจริง” (SN 3-2)

“ควรมีตารางการใช้ห้องฝึกปฏิบัติการพยาบาลในกรณีที่เรียนรายวิชาเดียวกันแต่นักศึกษาหลายกลุ่มหรือเรียนตรงกันหลายวิชา เพื่อไม่เกิดความแออัด อุปกรณ์ไม่เพียงพอ เสียงดังรบกวนกัน” (SN 2-1, SN 2-4, SN2-5, SN2-7, NI1, NI9)

“ทุกภาควิชาทางการพยาบาลควรวางแผนร่วมกันในการหุ่นหรืออุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้สอนนักศึกษาให้เกิดประโยชน์มากที่สุด นักศึกษาเรียนรู้ได้ดี เกิดการเชื่อมโยงเนื้อหาการเรียนได้ดี” (NI 1,2,3,5,7,8)

3. ด้านกระบวนการ

ควรมีการทบทวนระบบการทำงานในส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอนที่ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีมากที่สุดต่อผู้เรียน ได้แก่

3.1 การรับนักศึกษา

“ควรจัดให้มีการสอบเข้าเรียนพยาบาลเพื่อให้ได้นักศึกษาที่มีต้นทุนที่ดี ลดปัญหาได้นักศึกษาที่มีเกรดจากโรงเรียนสูงแต่เมื่อมาเรียนแล้วมีปัญหาเรียนอ่อน คำนวณตัวเลขร้อยละ คำนวณยาไม่ได้” (NI7)

“ควรมีคะแนนอื่น ๆ ที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการรับนักศึกษาเข้าเรียน ไม่ควรพิจารณาจาก GPA อย่างเดียว เพราะนักเรียนที่มาจากบางโรงเรียนโดยเฉพาะโรงเรียนขนาดเล็ก โรงเรียนสอนศาสนา จะมีเกรดสูงมากเมื่อเทียบกับนักเรียนที่มาจากโรงเรียนประจำจังหวัดหรือโรงเรียนขนาดใหญ่” (NI1, NI7)

3.2 การจัดการเรียนการสอน

“ควรปรับเนื้อหาให้ทันสมัย ทันต่อเหตุการณ์เปลี่ยนแปลง เช่น โรคอุบัติใหม่ต่างๆ ที่สามารถนำไปใช้ในการทำงานได้จริง” (NI2, NI4, NI7, RN1-7)

“ควรมีการฝึกปฏิบัติทักษะการพยาบาลกับสถานการณ์จำลองมาก่อนฝึกปฏิบัติงานจริง เพื่อให้นักศึกษาสามารถดูแลผู้ป่วยได้เมื่อฝึกปฏิบัติ” (RNHY1, 3, 4 RNSK1, 5, 7)

“ควรให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติงานในแหล่งฝึกใหม่ๆบ้าง เนื่องจากบางแหล่งฝึกมีจำนวนชุมชนหรือคนในชุมชนน้อย เมื่อมีกลุ่มนักศึกษามาฝึกหลายกลุ่มหรือฝึกบ่อยๆ อาจกระทบวิถีชีวิตของคนในชุมชนได้ (RNCH1-3)

3.3 การวัดและประเมินผล

“ควรมีเครื่องมือประเมินที่เป็นเครื่องมือกลางที่ออกจากกลุ่มวิชาการในการประเมินผลในรายวิชาต่าง ๆ ที่สามารถใช้ด้วยกันได้ ประเมิน LO เดียวกันได้ทุกรายวิชาในวิทยาลัย” (NI1, NI2, NI5, NI7, NI9, NI10)

4. ด้านผลผลิต

นักศึกษาพยาบาลมีคุณลักษณะทางด้านคุณธรรม จริยธรรมที่ดีเป็นที่ชื่นชมของพยาบาลในแหล่งฝึกและผู้ใช้บริการโดยเฉพาะเรื่องกิริยา มารยาท การมีสัมมาคารวะ ดังตัวอย่างการแสดงความคิดเห็นดังนี้

“น้องนักศึกษาของ วพบ. (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา) มีเอกลักษณ์อย่างหนึ่ง คือ มีการยกมือไหว้ผู้ใหญ่ การกล่าวสวัสดี การอ่อนน้อม เป็นเสน่ห์ของมารยาทไทยที่มีในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลาค่ะ” (RNHY1, 3, 4 RNSK1, 5, 7)

“ชื่นชมการสอนและการปลูกฝังจากคณะอาจารย์ เรื่องการพยาบาลอย่างมีคุณธรรมจริยธรรมให้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาล และเป็นการลดการฟ้องร้องหรือคดีความต่างๆได้” (RNHY3,4 RNSK6)

“นักศึกษาจะถามความต้องการอยู่เรื่อย ๆ เลยค่ะ ชอบเวลาที่มีนักศึกษาขึ้นมาฝึกปฏิบัติงานค่ะ” (PSK11, PSK18, PSK22, PHY14, PHY23)

5. ด้านอื่นๆ

ควรมีการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนที่มีการบริหารความเสี่ยงให้ทันต่อเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ก่อน เช่น การเกิดการระบาดของโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ ภัยพิบัติ หรือเหตุการณ์ใดๆ ก็ตามที่ส่งผลต่อการจัดการเรียนการสอนตามปกติ โดยเฉพาะปัจจุบันที่มีการระบาดของโรค COVID19 :ซึ่งกลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นไว้ดังนี้

“วิทยาลัยควรจัดทำระบบและกลไกในการดำเนินการเพื่อจัดการความเสี่ยงในด้านต่างๆ หากมีเหตุการณ์ความเสี่ยงเกิดขึ้นในแหล่งฝึกและควรชี้แจงให้นักศึกษาทราบถึงแนวปฏิบัติในการดำเนินการความเสี่ยงของแหล่งฝึกเพื่อให้นักศึกษาปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ถูกต้อง” (RNHY1,3,4,8 RNSK1,5,8-10 RNCH1-3, 6,8)

อภิปรายผล

การประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ปรับปรุง พ.ศ.2559) ในระยะครึ่งวงรอบด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิต ตามความคิดเห็นเกี่ยวกับหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปรับปรุง พ.ศ.2559 ของนักศึกษาพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งประกอบด้วยผู้บริหารหลักสูตร อาจารย์ประจำหลักสูตร พยาบาลในแหล่งฝึก ผู้ใช้บริการจากนักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-3 ปีการศึกษา 2562 แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ปรับปรุง พ.ศ. 2559) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นโดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก (M=4.30, SD=.53) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านบริบท (M=4.35, SD=.56) ที่เป็นเช่นนี้สามารถอธิบายได้ว่า หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ปรับปรุง พ.ศ. 2559) ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ใช้ในการจัดการเรียนการสอนนั้นเป็นหลักสูตรที่มีคุณภาพ เป็นหลักสูตรที่พัฒนามาจากหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ปรับปรุง พ.ศ. 2555) ซึ่งเป็นหลักสูตรที่มีการประเมินพัฒนาและปรับปรุงหลักสูตรอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ตลอดระยะเวลาที่มีการจัดการเรียนการสอนต่อเนื่องยาวนานถึง 54 ปี หลักสูตรเป็นที่ต้องการของสังคมเห็นได้จากผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักสูตร อาจารย์ประจำหลักสูตร พยาบาลในแหล่งฝึกและนักศึกษาพยาบาลที่แสดงความคิดเห็นว่าหลักสูตรมีความสอดคล้องต่อความต้องการของสังคม โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นอยู่ในระดับดีมาก ตรงกับผลการวิจัยของ Sateuw, Kumkong & Wiriyasombat (2015) ที่พบว่าหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ปรับปรุง พ.ศ. 2555) ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลาใช้ในการจัดการเรียนการสอนมีความสอดคล้องกับความต้องการของสังคมระดับมาก บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาในแต่ละปีได้รับการยอมรับจากโรงพยาบาล/ หน่วยงานของรัฐและเอกชน ได้รับการจ้างงานมีงานทำร้อยละ 100 (Registration, Measurement and Evaluation unit, 2019-2021) ซึ่งเป็นเหตุผลสำคัญเหตุผลหนึ่งที่ทำให้มีนักเรียนร้อยละ 83.70 หรือผู้ปกครองเลือกเรียนในหลักสูตร (Sateuw, Kumkong & Wiriyasombat, 2015) และจากการวิเคราะห์ผลการประเมินคุณภาพหลักสูตรของคณะกรรมการภายนอกวิทยาลัยตั้งแต่ปีการศึกษา 2560-2562 พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินคุณภาพโดยภาพรวม 3 ปีการศึกษาระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นในแต่ละปี (M=3.57, 3.79, 3.87 ตามลำดับ) ((Internal Education Quality Assessment

Committee Under the Praboromarajchanok Institute, Public health Ministry, 2018-2020) โดยด้านบริบท คือ หลักสูตร ซึ่งอยู่ในองค์ประกอบการกำกับมาตรฐาน มีค่าเฉลี่ยคะแนนผ่านเกณฑ์ ระดับได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง ด้านปัจจัยนำเข้าและด้านกระบวนการมีค่าเฉลี่ยคะแนนโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนด้านผลผลิตอยู่ในระดับดีมาก ที่เป็นเช่นนี้เป็นเพราะวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลามีการบริหารหลักสูตรและดำเนินการจัดการเรียนการการสอนภายใต้แนวทางการประกันคุณภาพการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาที่มีตัวบ่งชี้ข้อหนึ่งให้มีการปรับปรุงสาระเนื้อหาสาระในระหว่างวงรอบของการใช้หลักสูตรและกำหนดให้ปรับปรุงหลักสูตรทุก 5 ปี รวมทั้งได้มีการติดตามคุณภาพบัณฑิตภายหลังสำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรทุกปีอย่างต่อเนื่อง มีการนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินติดตามที่ครอบคลุมทั้งด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิตเหล่านั้นมาใช้ปรับปรุงการดำเนินงานในหลักสูตรทุกปี เป็นไปตามแนวคิดการประเมินแบบ CIPP ที่เน้นการประเมินแบบต่อเนื่องครอบคลุมองค์ประกอบทุกด้านของหลักสูตร ไม่เน้นการวิเคราะห์จุดใดจุดหนึ่งทำให้ได้ข้อมูลครบถ้วน สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหา ปรับปรุง พัฒนาหลักสูตรได้ (Skulpunyawat, 2015; Chintapanyakul, Ruaengsri, Laksana, & Lhongsap, 2017)

ความพึงพอใจต่อผลผลิตจากหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ปรับปรุง พ.ศ.2559) ผลการวิจัย พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อผลผลิตจากหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ปรับปรุง พ.ศ.2559) ของทุกกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก (M=4.30, SD=.54) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านจิตบริการ (M=4.44, SD=.51) ที่เป็นเช่นนี้สามารถอธิบายได้ว่าหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ปรับปรุง พศ. 2559) ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ใช้ในการจัดการเรียนการสอนนั้นมีโครงสร้างของหลักสูตรที่เหมาะสมโดยเฉพาะในส่วนของวิชาชีพซึ่งมีจำนวนหน่วยกิต 97 หน่วยกิตจากหน่วยกิตทั้งหมดในหลักสูตร 133 หน่วยกิต คิดเป็นร้อยละ 72.93 มีอาจารย์ผู้สอนที่มีคุณภาพสามารถถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ต่างๆ รวมทั้งการปลูกฝังและเป็นแบบอย่างที่ดีด้านการมีจิตบริการซึ่งเป็นจรรยาบรรณวิชาชีพที่ปลูกฝังกันมายาวนานในขณะที่นักศึกษาเรียนในหลักสูตรได้ดี ทำให้นักศึกษามีพฤติกรรมบริการด้านจิตบริการที่ดี เป็นสิ่งที่สังคมต้องการ ดังผลการสนทนากลุ่มในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลในแหล่งฝึกได้กล่าวว่า “ชื่นชมกิริยามารยาทไทยและความอ่อนน้อมของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ที่มีอยู่ในขณะนี้ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีและจำเป็นต่อการอยู่ร่วมกันในสังคมไทย ”สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sateuw, Kumkong & Wiriyasombat (2015) ที่พบว่า อาจารย์มีความคิดเห็นว่านักศึกษาพยาบาลแสดงพฤติกรรมการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์สูงสุดด้านจิตบริการ มีการสื่อสารกับผู้รับบริการด้วยความเป็นมิตร น้ำเสียงสุภาพ สีหน้ายิ้มแย้ม และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Aanansawat, Jularee, & Seainaun, (2017). ที่พบว่าหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2552 สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า อาจารย์เป็นผู้ที่มีความสำคัญมากต่อการจัดการเรียนรู้ที่มีคุณภาพและสอดแทรกคุณธรรมจริยธรรม คุณลักษณะของผู้เรียนที่มีความเมตตา กรุณาและความสัมพันธ์อันดี กับผู้รับบริการ รวมทั้งสอดคล้องกับผลการประเมินคุณภาพการศึกษาภายในระดับหลักสูตรปีการศึกษา 2560-2562 (Internal Education Quality Assessment Committee under the Praboromarajchanok Institute, Public health Ministry, 2018-2020) ที่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินปัจจัยนำเข้าในส่วนของนักศึกษามีค่าน้อยกว่า 4.00 ในขณะที่ค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินปัจจัยนำเข้าในส่วนของคุณภาพอาจารย์มีค่าเท่ากับ 4.00 สะท้อนให้เห็นว่า ถึงแม้วิทยาลัยฯ ไม่สามารถเลือกผู้เรียนได้ แต่ด้วยความสามารถของผู้สอนก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

สถาบันการศึกษาพยาบาลควรพัฒนาอาจารย์ผู้สอนให้มีศักยภาพสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถทำหน้าที่สอนนักศึกษาที่สถาบันไม่สามารถเลือกรับเฉพาะนักศึกษาที่มีผลการเรียนมัธยมปลายระดับดีมาก ให้เป็นบัณฑิตที่มีคุณภาพเป็นที่พึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบผลการประเมินหลักสูตรเมื่อครบวงรอบและผลการประเมินหลักสูตรในระยะครึ่งวงรอบที่ผ่านมา

2. ควรศึกษาผลผลิตของหลักสูตรอย่างต่อเนื่อง คือ เมื่อศึกษาชั้นปีสุดท้ายของหลักสูตร ระยะ 1 เดือน, 6 เดือน, 1 ปี หลังสำเร็จการศึกษาจากหลักสูตร โดยใช้แนวคิด CIPPIEST เพื่อประเมินความยั่งยืนด้านประสิทธิผลของผลผลิต

References

Aanansawat, S., Jularee, S. & Seainaun, C. (2017). Curriculum Evaluation for Bachelor of Nursing Science, School of Nursing, Suranaree University of Technology. *Nursing Public Health and Education Journal, 18(1)*, 92-103.

Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, (2017-2018). *Self Assessment Report Academic Year 2017-2018.* Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai).

Buosonte, R. (2013). CIPP and CIPPIEST Evaluation Model: Mistaken and Precise Concepts of Applications. *Silpakorn Educational Research Journal, 5(2)*, 7-24.

Chintapanyakul, T., Ruaengsri, S., Laksana, K. & Lhongsap, P. (2017). The New Curriculum Evaluation CIPPIEST Model. *Journal of the Police Nurses 9(2),* 203-212.

Internal Education Quality Assessment Committee Under the Praboromarajchanok Institute, Public Health Ministry. (2018-2020). *Educational Quality Assessment Report Course of the Academic Year 2017-2021*. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai).

Kooariyakul, A., Chidnayee, S., Wuttijurepan, A., Udomleard, M., Lortamma, P. & Sripalakich, J. (2017).The Evaluation of the Bachelor of Nursing Curriculum Revised Edition 2012, Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal, 9*(1), 44-58. (in Thai).

Poonchai, S., Arayathanitkul, B., Meeparn, A., Indhraratana, A., Untaja, P., Prasittivejchakul, A., & Chewsothon, S. (2019). An Evaluation of the Bachelor Science in Nursing Curriculum (Revised. B.E. 2555) of The Royal Thai Army Nursing College. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 20*(2), 380-389.

Registration, Measurement and Evaluation Unit, Boromarajonani College of Nursing Songkhla. (2019-2021). *Annual Report B.E.2019-2021*. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing Songkhla. (in Thai)

Sateuw, S., Kumkong, M., & Wiriyasombat, R. (2015). *An Evaluation of the Bachelor of Nursing Science Program B.E. 2555*. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

Skulpunyawat, S. (2015). An Evaluation of Bachelor of Nursing Science Program (2011) Faculty of Nursing, Eastern Asia University. *Journal of the Police Nurses, 6(2),* 158-167.

Kaemkate, W (2012). *Research Methodology in Behavioral Science*. (3rd ed.). Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. (in thai).

Strategy and Planning Division of Ministry of Public Health. (2019). Thailand Health Profile 2017-2018. Nonthaburi: Ministry of Public Health. Retrive from http://www.cco.moph.go.th/cco24/status/thailand%20health%20profile.pdf

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

การบริหารจัดการดูแลตนเองและครอบครัวในระยะยาว ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตอำเภอหนึ่งของจังหวัดชายแดนใต้

Qualitative Study on How Caregivers of Stroke Patients in Southern Thailand Manage their Own Self-Care and the Care for their Family in the Long-term

จิตตินันท์ พงสุวรรณ*

Chittinan Pongsuwan*

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก*

Boromarajonani College of Nursing, Yala, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute*

(Received: *March 21, 2021*; Revised: *January 08, 2022*; Accepted: *January 28, 2022*)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบวิธีวิทยาการสร้างทฤษฎีฐานรากแบบสเตราส์ (Straussian Grounded Theory Approach) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายวิธีบริหารจัดการดูแลตนเองและครอบครัวในระยะยาว ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตอำเภอหนึ่งของจังหวัดชายแดนใต้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อยวันละ 4 ชั่วโมง เป็นเวลาต่อเนื่องกันตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และอาศัยอยู่ในตำบลหรือเขตเทศบาลของอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดชายแดนใต้ จำนวน 15 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกพร้อมบันทึกเทป ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการบันทึกภาคสนาม เพื่อให้เกิดการตรวจสอบแบบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคการกำหนดรหัส ผลการวิจัย พบว่า

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการบริหารจัดการดูแลตนเอง และครอบครัว ควบคู่ไปกับการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยตามสภาพการเจ็บป่วย ใน 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ทุ่มเทดูแลรักษาผู้ป่วยที่เพิ่งเกิดอาการของโรค ผู้ดูแลจะพยายามปรับตัวอย่าให้ทุกข์มาก หาคนช่วยดูแลผู้ป่วย และปรับ/เปลี่ยนภารกิจอื่นให้สอดคล้องกับการดูแล เพื่อให้ตนมีพลังพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ไม่ได้ ให้ฟื้นหาย/มีอาการดีขึ้นให้ได้ก่อน ทั้งนี้เพื่อเร่งจำกัดผลกระทบและทำให้สมดุลครอบครัวคืนกลับมาโดยเร็ว ระยะที่ 2 หาวิธีป้องกันอย่าให้ทรุด ผู้ดูแลจะใช้ความพยายามอย่างมากและต่อเนื่องในการประคับประคองผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นระดับหนึ่งแล้ว ให้มีอาการทรงอยู่ได้ให้ได้นานที่สุด จะพยายามอดทน ทำใจยอมรับ อยู่ให้ได้ ดูแลผู้ป่วยให้ได้ พยายามดูแลรักษาตนเองไม่ให้ป่วย บริหารจัดการและหาแหล่งช่วยสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้พอใช้ เพื่อทำให้ตนมีชีวิตอยู่ได้โดยไม่เครียดหรือหดหู่กับสภาพที่ตนต้องเผชิญค่อนข้างยาวนาน มากนัก เพิ่มพลังให้ตนสามารถอยู่ดูแลผู้ป่วยที่อาการ ทรง ๆ ทรุด ๆ โอกาสหายเป็นปกติไม่มี ให้ฟื้นฟูสภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง และระยะที่ 3 หยุดแสวงหาการรักษา ดูแลอย่าให้ทุกข์ทรมาน ผู้ดูแลจะปลงกับชีวิต พยายามดูแลสุขภาพตนเอง และสร้างอาชีพ สร้างอนาคตให้ตนเองและครอบครัว เพื่อให้ตนมีสุขภาพที่ดีและสามารถบริหารจัดการเรื่องการดูแลทุกคนในครอบครัวให้มีชีวิต มีอนาคต ที่ไม่ลำบากมากนัก ควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วยที่ หมดหวัง หมดหนทางรักษา ไปตามสภาพอาการ ไม่ให้ทุกข์ทรมาน จนถึงวาระสุดท้าย แต่จะไม่พยายามแสวงหาการรักษาใด ๆ เพิ่มเติมอีก

ผลการศึกษาสามารถให้แนวทางแก่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารจัดการดูแลผู้ดูแลและครอบครัว ที่สอดคล้องกับเป้าหมายการดูแลที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละระยะและวิธีการดูแลที่ผู้ดูแลและครอบครัวร่วมพัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตลอดการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

คำสำคัญ: ผู้ดูแล, โรคหลอดเลือดสมอง, การบริหารจัดการระยะยาว, การดูแลตนเองและครอบครัว, การวิจัยแบบวิธีวิทยาการสร้างทฤษฎีฐานราก

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

Abstract

This qualitative study applied the grounded theory method (Glaser and Strauss, 1965) to explore the perspectives of caregivers on how they manage their long-term self-care as well as the care for their family members, while caring for stroke patients. Fifteen participants, who had spent at least 4 hours a day on caring for stroke patients for a period of six months or more, were recruited in Southern border provinces of Thailand. Data were collected by using in-depth audio taped interviews, together with observations and field notes that enabled concurrent data validation with methodological triangulation. Coding analysis was also performed. The findings revealed as follows.

The participants handled their self-care and family care in a congruent way with their patients' condition, which can be divided in 3 stages. The first stage corresponds to a strategy of care and cure to the patients who had recently developed symptoms. Strategy consisted in trying to adapt themselves so to be not too much suffering. By looking for someone to help their first-stage patient, by adjusting other missions in accordance with the appropriate care, caregivers attempted to limit undesirable effects that could affect them and their families so to restore family balance as soon as possible. They justified adopting this attitude and behaviour saying they had to be ready to care for other patients who could not take or nearly could not take care of themselves so they would recover first.

The second stage consists in preventing deterioration or stroke patients' condition. During this phase, caregivers made great and continuous efforts to support their patients who had already improved to some degree, so to maintain their condition as long as possible. They attempted to be patient and to accept the role they had, so to further being able to keep their care going, while taking care of themselves in the goal of not being sick, and adequately find and manage resources to support their efforts. These were the challenging approaches that made them cope with stresses and strains from the long-term situations they encountered. Along the way, their aim was to regain their power to continuously maintain the rehabilitation of their stroke patients with fluctuating symptoms. In the final stage, labelled as not seeking any treatments but keeping the survivors away from suffering, caregivers were resigning themselves to the situations they faced, and trying to keep themselves healthy, able to manage their families without more difficulties, along with sustaining their care for their patients until the end of their patients' lives.

Findings could be applied to guide nursing administrators and nursing practitioners about how to manage long-term self-care among caregivers and their families throughout the stroke patients' trajectory.

Keywords: Caregiver, Stroke, Long-Term Management, Self-Care, Family Member Care, Grounded Theory

บทนำ

ผู้ดูแล มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการฟื้นหายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดระยะเวลาการดูแลในระยะแรกผู้ดูแลจะพยายามช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาแข็งแรงขึ้นและชดเชยความสามารถในส่วนที่ผู้ป่วยทำไม่ได้ และเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผู้ดูแลจะพยายามฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อการปรับปรุงแก้ไขและคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดี ตลอดจนการคงไว้ซึ่งบทบาทในครอบครัวและบทบาททางสังคมของผู้ป่วยฟื้นหายของผู้ดูแล (Hesamzadeh, Dalvandi, Maddah, Khoshknab, & Ahmadi, 2016; Young, Lutz, Creasy, Cox, & Martz,

2016) การพยายามดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในลักษณะดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวหลากหลายประการ (Lutz & Camicia, 2016; Pesantes, Brandt, Ipince, Miranda, & Diez-Canseco, 2017; Young, Lutz, Creasy, Cox, & Martz, 2016) โดยมักจะประสบกับความเครียดทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ ทำให้สุขภาพกาย สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิต แย่ลง มีโอกาสแยกตัวจากสังคมสูงขึ้น ตลอดจนเกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระและความยุ่งยากในการที่จะต้องดูแลผู้ป่วย (Chika, 2016; Chonsin, Kongvattananon, & Somprasert, 2017; Lutz & Camicia, 2016) ซึ่งเกิดจากการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ไม่ค่อยมีผู้ช่วยดูแล ระยะเวลาการดูแลที่นานขึ้นและจำนวนชั่วโมงการดูแลที่มากต่อวัน (Gbiri, Olawale, & Isaac, 2015) บางราย วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและความเป็นอยู่ทั้งของผู้ป่วยตนเอง และบุคคลรอบข้างที่มีส่วนร่วมในการดูแล (Cecil, Thompson, Parahoo, & McCaughan, 2013) การมุ่งมั่นตั้งใจที่จะดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด ทำให้ผู้ดูแลละเลยการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้ง ๆ ที่ต้องเผชิญปัญหาสุขภาพหลากหลายประการ มักจะไม่ได้ออกกำลังกาย ไม่ได้ไปพบแพทย์ตามนัด ลืมรับประทานยา (Young, Lutz, Creasy, Cox, & Martz, 2016) บางรายต้องทนทุกข์กับโรคเรื้อรังที่มีอยู่เดิม โดยไม่ได้ไปรับการรักษาต่อเนื่อง เนื่องจากไม่สามารถละทิ้งผู้ป่วยให้อยู่คนเดียวได้ (P esantes, Brandt, Ipince, Miranda, & Diez-Canseco, 2017) ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์อย่างมากกับระดับการฟื้นหาย/มีอาการดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย ความรู้สึกนึกคิด สภาพจิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วย และภาวะสุขภาพที่แย่ลงของผู้ดูแลจะส่งผลให้การฟื้นหายของผู้ป่วยน้อยลง และอาจมีโอกาสเข้ารับการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้อีก (Lutz & Camicia, 2016) นอกจากนั้น การที่ต้องอยู่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ดูแลสูญเสียอนาคต ไม่สามารถกลับไปทำงานได้/ทำงานได้น้อยลง รายได้ที่ลดลง ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงความยากลำบากในการบริหารจัดการเพื่อการดูแลผู้ป่วย และชีวิตของตนต้องถูกเปลี่ยนแปลงไปโดยตลอด (Young, Lutz, Creasy, Cox, & Martz, 2016)

การศึกษาเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวในประเทศไทยที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแล (Charoenwuttimakorn, 2012) ความผาสุกของผู้ดูแล (Jaroonsit, 2011) และความต้องการและปัจจัยทำนายความต้องการของผู้ดูแล (Srihabandith, 2017) การพัฒนาทักษะผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกของครอบครัว (Pitthayapong, Thiangtam, Powwattana, Leelacharas, & Waters, 2017) ตลอดจนผู้ให้บริการและบุคคลผู้เกี่ยวข้องในชุมชน (Ruttawongsa, 2011) ผ่านทางโปรแกรมการให้ความรู้และฝึกทักษะ (Pitthayapong, Thiangtam, Powwattana, Leelacharas, & Waters, 2017; Ruttawongsa, 2011) การใช้ทฤษฎีเสริมสร้างพลังอำนาจ (Suriyapuntree, 2011) ที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และการศึกษาที่เน้นการพัฒนาโปรแกรมและรูปแบบการจัดการลดความวิตกกังวลและความเครียด ที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลในครอบครัวของผู้ดูแล (Kantavat, 2017; Rattanapreechakul, 2012; Yotsurin, 2016) ของผู้ให้บริการเป็นหลัก สำหรับในต่างประเทศ เน้นการศึกษาเกี่ยวกับ ความเครียดของผู้ดูแล (Gbiri, Olawale, & Isaac, 2015; Hesamzadeh, Dalvandi, Bagher Maddah, Fallahi Khoshknab, & Ahmadi, 2015) ความรู้สึกเป็นภาระ เป็นความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วย (Gbiri, Olawale, & Isaac, 2015; Kumar, Kaur, & Reddemma, 2015) ความต้องการ และแหล่งประโยชน์ของครอบครัวผู้ดูแล ตลอดจนสภาวะแวดล้อมที่จะส่งผลให้เกิดปัญหาในการดูแลโดยเฉพาะความไม่เหมาะสมและไม่เพียงพอของบริการสุขภาพเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน (Hesamzadeh, Dalvandi, Bagher Maddah, Fallahi Khoshknab, & Ahmadi, 2015) ตลอดจนวิธีการที่ค่อนข้างมีประสิทธิภาพในการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยและปรับตัวกับบทบาทผู้ดูแลได้ (White, Cantu, & Trevino, 2015) วิธีการเผชิญปัญหาของผู้ดูแล (Kumar, Kaur, & Reddemma, 2015) วิธีการและผลลัพธ์จากการปรับตัว/การจัดการกับปัญหาเพื่อจะกลับไปสู่ สมดุลชีวิตใหม่ ของครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย (Hesamzadeh, Dalvandi, Bagher Maddah, Fallahi Khoshknab, & Ahmadi, 2015)

การศึกษาในลักษณะดังกล่าว แม้ว่าจะเป็นการทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่ผู้ดูแลและครอบครัวต้องเผชิญจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการพยายามพัฒนาทักษะการดูแลสมาชิกผู้ดูแลหลัก ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง โดยบางรายงาน ยังมีการพยายามช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล ให้ผู้ดูแลร่วมด้วย แต่

การศึกษาส่วนใหญ่ เป็นการพยายามช่วยเหลือในการจัดการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เกิดจากด้านผู้ให้บริการเป็นหลัก และแม้ว่า การศึกษาในต่างประเทศจะเน้นรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ให้สามารถกลับสู่สมดุลชีวิตใหม่ ได้ แต่เป็นการศึกษาในต่างวัฒนธรรม ดังนั้น ภายใต้สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องและระยะยาว ในสภาวะที่ผู้ดูแลและครอบครัวมีความกดดันจากผลกระทบต่าง ๆ และบริบทการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวที่ไม่เหมาะสมและไม่ต่อเนื่อง ผู้ดูแลเผชิญกับสถานการณ์การเจ็บป่วย และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตนเอง และครอบครัว อย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ค่อนข้างยาวนาน ได้อย่างไร จึงยังคงเป็นปรากฏการณ์ที่ต้องการการอธิบายที่ชัดเจนในเชิงลึก ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษากระบวนการบริหารจัดการเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล โดยใช้การวิจัยแบบวิธีวิทยาการสร้างทฤษฎีฐานรากแบบสเตราส์ (Straussian Grounded Theory Approach) เพื่อทำความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการจัดการดูแลระยะยาว ที่อธิบายเหตุผลที่ผู้ดูแลมีพฤติกรรมตอบสนองในลักษณะเฉพาะนั้น ๆ (Conditions) ซึ่งนำไปสู่ความหลากหลายของยุทธวิธีที่ผู้ดูแลใช้ตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ตนได้เผชิญ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ในระยะยาว (Actions/Interactions or Strategies) และผลลัพธ์ที่เกิดจากการกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมหรือยุทธวิธีนั้น ๆ (Consequences) อย่างไรก็ตาม บทความวิจัยฉบับนี้ เน้นนำเสนอผลการศึกษา การบริหารจัดการดูแลตนเองและครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเผชิญกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยและผลกระทบต่าง ๆ ตลอดระยะเวลาการดูแล ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแล และครอบครัว ในระยะยาวที่มีประสิทธิภาพทั้งในกลุ่มที่ศึกษาและกลุ่มที่มีบริบทใกล้เคียง ให้สามารถสร้างสมดุลชีวิตครอบครัวในสถานการณ์ใหม่ให้กลับมาและคงอยู่ต่อไปได้

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่ออธิบายการบริหารจัดการดูแลตนเองและครอบครัวในระยะยาวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตอำเภอหนึ่งของจังหวัดชายแดนใต้

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบวิธีวิทยาการสร้างทฤษฎีฐานรากแบบสเตราส์ (Straussian Grounded Theory Approach)

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะแรก เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยขอความร่วมมือจากกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ร่วมค้นหา/คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้ดูแลที่จะเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ ตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) มีประสบการณ์การดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อยวันละ 4 ชั่วโมง เป็นระยะเวลาที่ต่อเนื่องตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป (นับจากวันเริ่มการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน) 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 5) ยินดีเข้าร่วมวิจัยและมีความพร้อมที่จะให้ข้อมูล และ 6) อาศัยอยู่ในเขตตำบลหรือเขตเทศบาลของอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดชายแดนใต้ จำนวน 5 คน จากนั้น ผู้วิจัยตั้งสมมติฐาน (Hypotheses) ด้วยการเปรียบเทียบแนวคิด (Concepts) กับลักษณะหรือคุณสมบัติของข้อมูลหมวดนั้น ๆ เพื่อจำแนกความเหมือนและความแตกต่าง ซึ่งจะนำไปสู่การค้นหาว่าแนวคิดนั้น ๆ มีความหลากหลายอย่างไรภายใต้สภาพแวดล้อมที่แตกต่างที่ทำให้ปรากฏการณ์นั้นเกิดขึ้น (Conditions) ในระยะนี้ ผู้วิจัยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างเชิงทฤษฎี (Theoretical Sampling) โดยขอความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่กลุ่มเดิมร่วมค้นหา/คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มเป้าหมายเดิมเพิ่มจำนวน 10 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีความแตกต่างกันในเรื่องต่าง ๆ เช่น งานประจำ/หน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ ฐานะทางการเงิน/การได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยที่มีความพยายามในการฟื้นฟูสภาพตนเอง ต่างกัน ทั้งนี้เพื่อ เป็นแหล่งข้อมูลที่ดีที่จะช่วยให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลที่หลากหลายที่จะทำให้แนวคิด และ

ขอบเขตของทฤษฎีชัดเจนขึ้น นอกจากนั้น ผู้วิจัย ได้พยามมองหาแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดที่กลุ่มตัวอย่างบางรายให้ข้อมูลที่เกี่ยวโยงไปถึง โดยการสัมภาษณ์และสังเกตพฤติกรรมการดูแลของผู้ช่วยดูแลร่วมด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการวิจัย และมีเครื่องมือประกอบการวิจัยที่สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบวิธีวิทยาการสร้างทฤษฎีฐานรากแบบสเตราส์ ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และ 3) แนวคำถามการสัมภาษณ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัย ใช้แนวคำถามการสัมภาษณ์ ศึกษานำร่อง (Pilot Study) กับกลุ่มตัวอย่าง 2 ราย จากนั้น นำแนวคำถามดังกล่าวมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทการศึกษา และปรับภาษาให้สามารถสื่อสารกับกลุ่มตัวอย่างได้เข้าใจโดยง่าย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-กันยายน 2560 โดยไปพบกับบุคคลที่จะเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ (Prospective Participant) ที่บ้าน แนะนำตัวเอง และให้ข้อมูลบุคคลดังกล่าวเกี่ยวกับโครงการวิจัยนี้ ซึ่งรวมถึงการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และระยะของการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่บุคคลจะมีโอกาสเข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมทั้งให้เอกสารที่อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลของโครงการดังกล่าวกับทุกคน ก่อนเชิญชวนบุคคลเหล่านั้นเข้าร่วมโครงการตามความสมัครใจ เมื่อบุคคลยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยเริ่มสร้างและพัฒนาสัมพันธภาพจนบุคคลเกิดความไว้วางใจ ก่อนขอให้ลงนามในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมโครงการ กรอกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย จากนั้น ผู้วิจัยนัดเวลาสัมภาษณ์ตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูลตามแนวคำถามการสัมภาษณ์จะกระทำเมื่อผู้วิจัยสามารถสร้างความไว้วางใจได้อย่างเต็มที่และกลุ่มตัวอย่างรู้สึกสะดวกใจ (Feeling Comfortable) ที่จะเป็นผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลจะถูกเก็บรวบรวมโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยภาษาไทยพร้อมบันทึกเทป (In-depth Audio-Taped Interviews) ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Observations) เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่ไม่ใช่คำพูดและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวข้อง และการบันทึกภาคสนาม อย่างย่อ ๆ เกี่ยวกับสิ่งที่สังเกตได้ในขณะสัมภาษณ์ก่อนนำมาอธิบายไว้ในบทสัมภาษณ์ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละครั้ง (Theoretical Field Notes) ตลอดจนใช้เทคนิคร่วมของการวิจัยเชิงคุณภาพแบบวิธีวิทยาการสร้างทฤษฎีฐานรากแบบสเตราส์ กลับไป-กลับมาจนเกิดความอิ่มตัวทางทฤษฎี (Theoretical Saturation) คือ ไม่พบข้อมูลใหม่หรือข้อมูลสำคัญ และกลุ่มข้อมูลทุกหมวด ได้ถูกพัฒนาตามลักษณะหรือคุณสมบัติของข้อมูลเป็นอย่างดี (Corbin & Strauss, 2008)

การตรวจสอบข้อมูล

เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องตรงตามความเป็นจริงของปรากฏการณ์ ในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) ภายหลังการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้ฟังเทปซ้ำ เทปละ 2 ครั้ง เพื่อจับประเด็นสำคัญพร้อมอธิบายบทสัมภาษณ์ด้วยบันทึกภาคสนาม โดยเฉพาะพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ให้ข้อมูลและสิ่งที่เกี่ยวข้อง ที่ไม่สามารถบันทึกเทปได้ ก่อนส่งเทปให้ผู้รับจ้าง ถอดออกมาเป็นข้อความเชิงบรรยาย จากนั้น ผู้วิจัยได้อ่านบทสัมภาษณ์นั้นอีกครั้งเพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งให้ผู้ให้ข้อมูลช่วยตรวจสอบความถูกต้องร่วมด้วย โดยสรุปแนวคิดที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งก่อนให้ผู้ให้ข้อมูลรับทราบ ก่อนการสัมภาษณ์ที่เจาะจงเพื่อค้นหาความชัดเจนเกี่ยวกับแนวคิดที่ผู้วิจัยยังได้คำตอบไม่ชัดเจนในครั้งต่อไปจนเกิดความอิ่มตัวของข้อมูล ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลทุกคนเห็นด้วยกับข้อสรุปว่าเป็นความเป็นจริง ตรง และครอบคลุมตามประสบการณ์การบริหารจัดการดูแลตนเองและครอบครัวของตน โดยไม่ขอแก้ไขข้อความใด ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเริ่มขึ้นทันทีภายหลังการสัมภาษณ์ครั้งแรก โดยอาศัยเทคนิคการกำหนดรหัส (Coding Analysis) ประกอบด้วย การกำหนดรหัสเพื่อจำแนกข้อมูลเป็นหน่วยย่อย (Open Coding) โดยการนำข้อมูลจากบท

สัมภาษณ์มาตรวจสอบเพื่อค้นหาและขีดเส้นใต้ คำ วลี หรือประโยค จากนั้นพิจารณาจำแนก (Codes) แล้วนำข้อมูลที่มีรหัสเดียวกันมาจัดกลุ่มรวมกันตามลักษณะและคุณสมบัติของข้อมูล เรียกว่า แนวคิด (Concepts) แนวคิดทั้งหมดจะถูกนำมาจำแนกหมวดภายใต้ชื่อที่เป็นนามธรรมมากขึ้นตามลักษณะหรือคุณสมบัติของข้อมูลเรียกว่าหมวดข้อมูล (Categories) จากนั้น หาความสัมพันธ์ของข้อมูลที่ให้รหัสแล้ว (Axial Coding) ด้วยการเชื่อมโยงแนวคิดที่มีลักษณะหรือคุณสมบัติของข้อมูลประเภทเดียวกันเข้าด้วยกัน ตามแบบจำลองที่เรียกว่า “Paradigm Model” ในขั้นตอนนี้ลักษณะหรือคุณสมบัติของแต่ละหมวดข้อมูล (Properties and Dimensions of the Categories) จะถูกนำมาพิจารณาเพื่อจำแนกความหลากหลายของสภาพแวดล้อมที่ทำให้ปรากฏการณ์นั้นเกิดขึ้น (Conditions) พฤติกรรมหรือยุทธวิธีที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลใช้เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ตนได้เผชิญ (Actions/Interactions or Strategies Applied) และ ผลลัพธ์ของพฤติกรรมหรือยุทธวิธีนั้น ๆ (Consequences) เพื่อค้นหาว่าแนวคิดและหมวดข้อมูลมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอย่างไร จากนั้น หมวดข้อมูลจะถูกบูรณาการโดยการเชื่อมโยงเข้ากับความคิดหลัก (a Central Idea) และปรับปรุงทฤษฎีเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษาได้อย่างชัดเจน (Selective Coding) ด้วยเทคนิคช่วยในกระบวนการบูรณาการหมวดข้อมูล ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนความเป็นเหตุเป็นผลของความสัมพันธ์หมวดข้อมูล แต่งเติมในหมวดข้อมูลที่ยังไม่สมบูรณ์ ตัดข้อมูลในส่วนที่เกินหรือไม่เกี่ยวข้องออก และตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของทฤษฎีที่สร้างขึ้นหรือข้อค้นพบเบื้องต้น (Validating the Theoretical Scheme) กับผู้ให้ข้อมูลทั้ง 15 คน โดยผู้วิจัยกระทำกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวกลับไป-กลับมา จนได้ทฤษฎีที่นักวิจัยสร้างขึ้นจากข้อมูลโดยตรง เรียกว่า Core Category หรือ “Substantive Theory”

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา เลขที่ BCNY 015/2559 ลงวันที่ 20 ตุลาคม 2559 ทั้งนี้หากข้อคำถามกระทบจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะปลอบใจ ให้กำลังใจ และให้โอกาสกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจหยุดการสัมภาษณ์ในครั้งนั้น (หากต้องการ) และเพื่อเป็นการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ใช้นามสมมติทั้งในขั้นตอนการสัมภาษณ์และในการเขียนบรรยายเรื่องราวของผู้ให้ข้อมูลในรายงานการวิจัยและการตีพิมพ์เผยแพร่ อีกทั้งบทสัมภาษณ์และเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและสามารถอ้างอิงถึงกลุ่มตัวอย่าง จะถูกเก็บไว้เป็นอย่างดี ก่อนที่จะถูกผู้วิจัยนำมาทำลายหลังจากงานวิจัยเสร็จสิ้น

ผลการวิจัย

ผลการศึกษานี้ เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง กระบวนการบริหารจัดการเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตอำเภอหนึ่งของจังหวัดชายแดนใต้ กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกเข้าร่วมวิจัย จำนวน 15 คน มีอายุระหว่าง 31-84 ปี (เฉลี่ย 53.2 ปี) จำนวน 5 คน นับถือศาสนาอิสลาม เป็นผู้ดูแลหญิง จำนวน 13 คน โดย 8 คน เป็นบุตรของผู้ป่วย ในขณะที่อีก 5 คน เป็นสามี/ภรรยา และ 2 คน เป็นมารดาและบุตรสะใภ้ ทุกคนดูแลผู้ป่วยมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยซึ่งมีระยะเวลาในการดูแลอยู่ระหว่าง 6 เดือน-15 ปี (เฉลี่ย 4 ปี 10 เดือน) และจำนวน 12 คน มีปัญหาสุขภาพร่วมด้วย ในจำนวนดังกล่าว 4 คน มีปัญหาสุขภาพค่อนข้างรุนแรง นอกจากนั้น 10 คน ยังต้องทำงานควบคู่กับการบริหารจัดการภารกิจการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม 9 ครอบครัวมีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 10,000 บาท และมีเพียง 3 คนเท่านั้นที่มีผู้ช่วยดูแลหลัก (ผู้ช่วยดูแลที่ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป/วัน) สำหรับผู้ป่วยในความดูแลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน มีอายุระหว่าง 47-86 ปี (เฉลี่ย 70.2 ปี) โดย 9 คน เป็นผู้ป่วยติดเตียงที่มี Barthel ADLs= 0-4 คะแนน ในขณะที่ 5 คน มีความผิดปกติในการรับรู้ และ 6 คน มีบทบาทในครอบครัวลดลง/ไม่มีบทบาทในสังคมอีกต่อไป

ภายใต้ความไม่เพียงพอและไม่ต่อเนื่องของการช่วยเหลือ/การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ครอบครัว/ญาติ/เพื่อน ผู้ดูแลซึ่งเต็มไปด้วยความอดทน ตั้งใจดูแลรักษา ได้พยายามบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ โดยมีการบริหารจัดการดูแลตนเองและครอบครัวเพื่อจำกัดผลกระทบที่เกิดจาก

สถานการณ์ความเจ็บป่วย ควบคู่ไปกับการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยตามสภาพการเจ็บป่วย ผู้เขียนจึงนำเสนอผลการศึกษานี้โดยแบ่งระยะการบริหารจัดการดูแลตนเองและครอบครัวตามการบริหารจัดการเพื่อการดูแลผู้ป่วยตามสภาพการเจ็บป่วยเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ทุ่มเทดูแลรักษา เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการของโรค ผู้ดูแลจะทุ่มเทดูแลรักษาผู้ป่วยให้ฟื้นหายจากอาการเจ็บป่วยให้ได้ก่อน เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้/ได้บ้าง เป็นการเร่งจำกัดผลกระทบและทำให้สมดุลครอบครัวคืนกลับมาโดยเร็ว ในระยะนี้ ผู้ดูแลจะเน้นดูแลตนเองอย่าให้ทุกข์มาก พยายามผ่อนคลายความเครียด เพื่อให้ตนมีพลังพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย/ไม่ได้ ให้ฟื้นหาย/มีอาการดีขึ้นให้ได้ ตนเองและครอบครัวจะได้ไม่ต้องรับผลกระทบมากนัก ระยะที่ 2 หาวิธีป้องกันอย่าให้ทรุด เป็นระยะที่ผู้ดูแลจะต้องใช้ความพยายามอย่างมากและต่อเนื่องในการประคับประคองผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นระดับหนึ่งแล้ว แต่อยู่ในสภาพที่โมโหร้าย เอาแต่ใจ ขี้หึง และหลงลืม ขี้เกียจ ไม่พยายามฟื้นฟูสภาพตนเอง มีอาการ ทรง ๆ ทรุด ๆ โอกาสหายเป็นปกติไม่มี ให้มีอาการทรงอยู่ได้ให้ได้นานที่สุด/ดีขึ้นได้อีกบ้าง ไม่ให้เกิดอาการแทรกซ้อนจนอาการทรุดลงไปอีก ในระยะนี้ ผู้ดูแลจะพยายามทำให้ตนมีชีวิตอยู่ได้โดยไม่เครียดหรือหดหู่กับสภาพที่ตนต้องเผชิญค่อนข้างยาวนานมากนัก และเริ่มดูแลตนเองและครอบครัวบ้าง เพื่อเพิ่มพลังให้ตนสามารถอยู่ดูแลผู้ป่วยให้ฟื้นฟูสภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง และระยะที่ 3 หยุดแสวงหาการรักษา ดูแลอย่าให้ทุกข์ทรมาน เป็นระยะที่ผู้ดูแลยังคงพยายามดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุดจนถึงวาระสุดท้าย แม้จะรู้ว่าหมดหวัง หมดหนทางรักษาผู้ป่วยให้หายได้ โดยเน้นการดูแลแบบประคับประคองให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมาน แต่ไม่พยายามแสวงหาการรักษาใด ๆ เพิ่มเติมอีก ในระยะนี้ ผู้ดูแลจะเน้นการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้ตนมีสุขภาพที่ดีและสามารถบริหารจัดการเรื่องการดูแลทุกคนในครอบครัวให้มีชีวิต มีอนาคต ที่ไม่ลำบากมากนัก ควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วยไปตามสภาพอาการ เท่าที่ตนจะทำได้ ต่อไป ซึ่งการบริหารจัดการดูแลตนเองและครอบครัวของผู้ดูแลในแต่ละระยะมีความเกี่ยวเนื่องทับซ้อนกันโดยไม่สามารถแยกออกจากกันได้โดยเด็ดขาด ผู้ดูแลได้ให้รายละเอียดในแต่ละระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: ทุ่มเทดูแลรักษา

การต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะแรกของการเจ็บป่วย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มองว่า ต่อจากนี้ไป ตนจะต้องเป็นเสาหลักของบ้าน รับผิดชอบดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว และในฐานะหัวหน้าครอบครัว ตนต้องจัดการดูแลรักษาตนเองและครอบครัว ให้มีความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยให้ได้ โดยที่ตนเองและครอบครัวไม่ได้รับผลกระทบมากนัก ในระยะนี้ ผู้ให้ข้อมูลให้รายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองและครอบครัวรวม 3 วิธี ดังนี้

พยายามปรับตัวอย่าให้ทุกข์มาก

ในระยะแรก ๆ ที่ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ให้ข้อมูลที่เครียดและเป็นทุกข์กับการที่ต้องเห็นสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยอยู่ทุกวัน ๆ และการที่ต้องอยู่ดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา อีกทั้งส่วนใหญ่ยังต้องคอยดูแลและรับผิดชอบบุคคลในครอบครัวร่วมด้วย ได้พยายามหาวิธีปรับตัวโดย พูดคุยปรับทุกข์กับเพื่อน ๆ ญาติ ๆ และคนรู้จัก ที่มาเยี่ยม ให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจ พยายามทำใจให้ยอมรับสถานการณ์ที่ตนและครอบครัวกำลังเผชิญว่า เหตุการณ์อะไรจะเกิดก็ต้องเกิด ตนต้องอดทนหาทางแก้ไขต่อไป ตลอดจนหาเวลาทำงานอดิเรกที่ตนชอบ พยายามหาเวลาออกไปข้างนอกบ้านบ้างเพื่อไปออกกำลังกายและพบปะเพื่อนฝูง โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่เสร็จภารกิจจากการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อจะได้ออกจากสถานการณ์ที่ทำให้ตนเครียดได้บ้าง และทำให้ตนมีพลังพร้อมที่จะอยู่ดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ บุตรสาวที่ดูแลบิดารายหนึ่ง เล่าว่า

“...หนู (ผู้ให้ข้อมูล) แค่ได้คุยปรับทุกข์บ้างกับคนที่เขารู้จักครอบครัวหนู มีเพื่อนสนิทบ้าง ได้คุยบ้าง...มีบ้างที่ทำให้เรา อืม สบายใจขึ้นมานิดนึง ...ต้องยอมรับ ยอมรับความจริง...ว่า เรา (ผู้ให้ข้อมูล) ไปไหนไม่ได้ เพราะว่าพ่อ (ผู้ป่วย) เป็นอย่างนี้...แต่ก็ ออกไปไหนมาไหนบ้าง ในช่วงจากที่หนูเสร็จภารกิจจากทำ (ดูแล) พ่อแล้วนี่...หนูก็จะไปออกกำลังกายบ้างอะไรบ้าง ก็ไปนั่งกินข้าวกับเพื่อนข้างนอกบ้าง (น้องตอง, หน้า 6-7)”

สำหรับผู้ให้ข้อมูลที่นับถือศาสนาอิสลาม จะพยายามใช้หลักความเชื่อทางศาสนา ที่เรียกว่า “ซอบัร” (“ซอบัร”หมายถึง “ความอดทน” (Aubdulloh, 2015) เข้าช่วยปลอบใจตนเองให้ไม่ทุกข์มากและทำให้ตนมีกำลังใจที่จะอดทนดูแลผู้ป่วย ต่อไปได้ ร่วมด้วย ภรรยารายหนึ่ง เล่าว่า

“ ก็ซอบัรแล่อาจารย์ (ผู้วิจัย) ให้รับในเรื่องนี้ไงอาจารย์ ว่าไม่เป็นไร...เรา (ผู้ให้ข้อมูล) ดูแลเขา (ผู้ป่วย) แล้ว เดี๋ยวอัลลอฮฺตอบแทนเราให้...ว่าเราทำดีได้ดีนั้นอาจารย์ เราทำดีกับเขา อีกหน่อยอัลลอฮฺตอบแทนให้เรามีชีวิตที่ดีขึ้น...(กะห์มูนี, หน้า 10-11)”

หาคนช่วยดูแลผู้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูลที่มองว่า การดูแลเป็นภาระที่หนัก ทำให้ตนต้องเหนื่อยล้าเนื่องจากตนต้องทำงานควบคู่ไปด้วย ทำให้ตนเครียดเกินไปและไม่มีความสุขในชีวิตที่เหลืออยู่ ทำให้สุขภาพของตนทรุดลงได้เนื่องจากตนอายุมากแล้ว สุขภาพไม่แข็งแรง ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยคนเดียวได้ตลอดเวลา จะตัดสินใจจ้างผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย ในขณะที่บางรายที่ไม่มีกำลังทรัพย์ในการจ้าง จะใช้วิธีขอให้พี่ ๆ น้อง ๆ คนอื่น มาช่วยดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะในช่วงที่ตนรู้สึกเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วยมาก ๆ ทั้งนี้เพื่อว่าตนจะได้พักให้เกิดพลังพร้อมที่จะอยู่ดูแลผู้ป่วยต่อไป บุตรสาวที่ดูแลมารดารายหนึ่ง เล่าว่า

“บางทีก็โทรไป หาน้องสาว เมื่อไหร่แก (น้องสาว) จะกลับมา พอน้องสาวมาก็คือ ให้แกจัดการหมดเลย ...ก็คือให้แกจัดการอาบน้ำ กินข้าว ให้แกทำทุกอย่าง ...เราจะได้พัก (เดะไลลา, หน้า 9)”

ปรับ/เปลี่ยนภารกิจอื่นให้สอดคล้องกับการดูแล

ผู้ให้ข้อมูลที่ต้องทำงานควบคู่ไปด้วย จะให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก มีการพยายามปรับช่วงเวลาในการทำภารกิจอื่น หรือปรับเปลี่ยนภารกิจอื่น ๆ ให้สอดคล้องกับการดูแล โดยเฉพาะต้องทำให้ตนสามารถดูแลผู้ป่วยเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามเวลาทุกวัน ผู้ให้ข้อมูลจะมีวิธีการหลากหลาย เช่น ออกไปออกกำลังกาย ทำธุระ หรือพบปะเพื่อน ๆ ในตอนเช้าก่อนที่ผู้ป่วยจะตื่นนอน ดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยให้เสร็จก่อนออกไปทำงาน หรือเลื่อนภารกิจอื่นออกไปก่อนหากถึงเวลาที่ต้องปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วย บางรายเปลี่ยนงานจากไปรับจ้างนอกบ้านเป็นเปิดร้านขายอาหารหน้าบ้าน พยายามหางานรับจ้างที่สามารถทำได้ในช่วงเวลาสั้น ๆ ที่ผู้ป่วยสามารถอยู่คนเดียวได้บ้าง บุตรสาวที่ดูแลมารดารายหนึ่ง เล่าว่า

“...ก็ตอนเช้า (ชื่อผู้ให้ข้อมูล) ลุกขึ้นจากบ้านโน้น 5 โมง (ชื่อผู้ให้ข้อมูล) ก็ไปออกกำลังกาย ไปหากับข้าว หาเพื่อนหาอะไร...พอมาถึงนี่ก็ 7 โมง แก (ผู้ป่วย) ก็ตื่น ...ผลไม้อะไร กับข้าวอะไรที่เรา (ผู้ให้ข้อมูล) ต้องการแต่ละวันเราก็ซื้อมา ...มาถึงก็เช็ดตัวแกอะไรแกก็ไปร้าน... (น้องอารี, หน้า 18-19)”

ระยะที่ 2: หาวิธีป้องกันอย่าให้ทรุด

การรับรู้ถึงอาการผู้ป่วยที่ดีขึ้น แต่อยู่ในสภาพที่ อาการทรง ๆ ทรุด ๆ โอกาสหายเป็นปกติไม่มี อีกทั้ง ขี้เกียจไม่พยายามฟื้นฟูสภาพตนเอง และ โมโหร้าย เอาแต่ใจ ขี้หึง และหลงลืม และหากผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน อาการทรุดลงจนอาจต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ดูแลและครอบครัวจะต้องประสบกับความยากลำบากตามมาเช่นในระยะแรกได้อีก ทำให้ผู้ดูแลปรับเปลี่ยนเป้าหมายการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย จากความคาดหวังที่จะให้ผู้ป่วยฟื้นหายเป็นการดูแลรักษาอาการให้คงที่ โดยแม้ ไม่หายก็ขอให้อาการทรง อย่าทรุด ร่วมกับพยายามจัดการดูแลตนเอง เพื่อให้สามารถปรับตัว และอดทนกับสภาพที่ตนต้องเผชิญให้ได้ โดยในระยะนี้ ผู้ดูแลจะต้องใช้ความพยายามในการดูแลตนเองและครอบครัวมากขึ้นกว่าระยะแรก ทั้งนี้เพื่อให้ตนมีพลัง สามารถอยู่ดูแลผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ค่อนข้างยาวนานต่อไปอย่างต่อเนื่องให้ได้ ท่ามกลางการไม่ค่อยได้รับความช่วยเหลือเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งจากญาติและเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ โดยที่ตนเองและครอบครัวไม่ได้รับผลกระทบมากนัก ผู้ให้ข้อมูลให้รายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการที่ตนใช้ 4 วิธี ดังนี้

พยายามอดทน ทำใจยอมรับ อยู่ให้ได้ ดูแลผู้ป่วยให้ได้

ผู้ดูแลให้ข้อมูลว่า ด้วยความอดทนและตั้งใจดูแลรักษา ผู้ป่วยด้วยความรู้สึกรัก ความผูกพันทั้งทางสายเลือดและการที่อยู่ด้วยกันมานาน ทำให้ตนพยายามอดทนดูแลแม้ผู้ป่วยจะ โมโหร้าย เอาแต่ใจ ขี้หึง และหลงลืม โดยพยายามปรับตัวอย่าให้ทุกข์มากอย่างต่อเนื่อง และใช้วิธีการอื่น ๆ ที่จะไม่เพิ่มความเครียดให้ผู้ป่วย เช่น ทำใจเย็นปลงกับสิ่งที่ตนต้องเผชิญ ข่มใจ ออกจากสถานการณ์นั้นไปสักระยะ อ่านอัลกุรอ่าน และใช้หลักความเชื่อทางศาสนาที่ทำให้ตนรู้สึกคลายเครียด มาจัดการกับอารมณ์ของตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงการทำให้สถานการณ์นั้นแย่ลง ร่วมด้วย ทั้งนี้เพื่อให้ตนมีชีวิตอยู่ได้โดยไม่เครียดหรือหดหู่กับสภาพความเป็นอยู่ที่ตนต้องเผชิญมากนัก ช่วยเพิ่มพลังให้ตนสามารถอยู่ดูแลผู้ป่วยต่อไปให้ได้ บุตรสาวที่ดูแลบิดารายหนึ่ง เล่าว่า

“...พอมันมาเจอสถานการณ์จริงมันก็ต้องอดทนน่ะพี่ (ผู้วิจัย) มันต้องอยู่ให้ได้ มันก็เลยต้องบังคับตัวเองว่า เออ อย่าคิดอะไรมาก...ระยะเวลานานขึ้น มันก็หนักพอสมควรค่ะ ...ตัวเราเองเราหดหู่นั้น ...งานก็ไม่ได้ทำ... แต่พอคิด เห้ย พ่อแม่น่ะ ...คำนี้แหละพี่ (แสดงสีหน้าเศร้าๆ) ใช่ ต้องอยู่ให้ได้ เพราะว่าหนูก็ทิ้งไปไม่ได้เหมือนกัน... (น้องตอง, หน้า 6, 9)”

พยายามดูแลรักษาตนเองไม่ให้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูลที่กลัวว่าหากตนเองเจ็บป่วยหรือเจ็บป่วยมากขึ้น ตนจะไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้หรือดูแลได้ไม่ดีเท่าที่ควร ไม่มีใครคอยดูแลผู้ป่วย และไม่มีใครคอยดูแลตนด้วย เล่าว่า ตนจะพยายามดูแลรักษาตนเองไว้ไม่ให้เจ็บป่วยหรือเจ็บป่วยมากขึ้น โดยในรายที่ไม่มีโรคประจำตัว จะพยายามไม่รับประทานอาหารมากเกินไปหรือไม่ทำให้ตนเองอ้วน หรือเป็นโรคความดันโลหิตสูงและต้องมาเจ็บป่วยในลักษณะเดียวกับผู้ป่วย ในขณะที่บางรายที่มีโรคประจำตัวจะพยายามดูแลรักษาสุขภาพตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด พยายามออกกำลังกายตามที่สภาพร่างกายของตนจะเอื้ออำนวย และพยายามควบคุมอาหารเท่าที่ตนพอทำได้ ผู้ให้ข้อมูลที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคหัวใจ เล่าว่า

“ถ้าเวลาเรา (ผู้ให้ข้อมูล) ป่วยน่ะ แล้วก็จะทำยังไง เราจะรักษาเขา (ผู้ป่วย) ยังไง คิดว่าถ้าเราไปก่อน (เสียชีวิตไปก่อน) นี่ (หมายถึงผู้ป่วย) ก็ไม่มีใครดู... ก็อยากจะให้เราหาย เพื่อจะได้ดูแลเขา ...ก็กินยานี่แหล่ พยายามกินยา กินตลอด ก็เดิน ออกกำลังกายบ้าง... (กะห์ซะห์, หน้า 10)”

บริหารจัดการและหาแหล่งสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้พอใช้

การพยายามบริหารจัดการเพื่อการดูแลผู้ป่วยให้ฟื้นหายตั้งแต่ในระยะแรก ทำให้ ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และ ผู้ดูแลไม่ได้ทำงาน/ทำงานได้น้อยลง รายได้ของครอบครัวลดลง ประกอบกับ การไม่ค่อยได้รับการช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาจากญาติ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลต้องบริหารจัดการค่าใช้จ่ายให้พอใช้ ด้วยการพยายามใช้เงินที่มีอยู่จำกัดอย่างประหยัด บางรายที่ไม่ได้ออกไปทำงานนอกบ้านจะพยายามหารายได้เพิ่มด้วยการปรับมาเปิดร้านขายของหน้าบ้านแทน และหาวิธีลดค่าใช้จ่ายด้วยการพยายามหาซื้อของใช้ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยครั้งละจำนวนมาก เพื่อให้ได้ราคาที่ถูกลง ลด/งดการรักษาทางเลือก/การรักษาแผนปัจจุบัน โดยเฉพาะที่มีราคาแพง ในขณะที่ บางรายจะพยายามหาแหล่งสนับสนุนค่าใช้จ่าย โดยทำเรื่องขอรับเงินสวัสดิการผู้พิการจากภาครัฐ พยายามร้องขอจากทางราชการ ขอให้ตนมีอาชีพ ที่สามารถทำควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วยได้ และขอแหล่งเงินกู้ยืมโดยไม่มีดอกเบี้ย ไม่ต้องยุ่งยากเรื่องการค้ำประกัน ขอเงินจากบุตร/พี่ ๆ น้อง ๆ ตลอดจนหาวิธีการให้พี่ ๆ น้อง ๆ ช่วยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ร่วมด้วย บุตรสาวรายหนึ่ง เล่าว่า

“...พอถูกเบอร์ (หวย) (ชื่อผู้ให้ข้อมูล) ก็ไปซื้อมาเยอะ ๆ (หัวเราะ)...ขนมาทีนึง 5-6 ลัง ก็ใช้ได้... พอถูกเบอร์ (ชื่อผู้ให้ข้อมูล) จะไปซื้อก่อนเลย ไปซื้อตั้ง ซื้อนมตั้ง เพราะเราต้องใช้ทุกวันไง กระดาษทิชชูแบบใหญ่น่ะ แบบกว้างนั้น... (น้องนิภา, หน้า 20)”

ในขณะที่บุตรชายอีกราย เล่าว่า

“...พี่สาวก็แบ่งลอตเตอรี่มาให้ เออ ขายไง เพื่อจะได้ดูแลยาย (ผู้ป่วย)...แล้วตอนนี้ก็โควตาแก (พี่สาว) ถูกตัด...ก็ไม่ได้แบ่งให้เรา (ผู้ให้ข้อมูล) แล้ว ถึงเราก็ไป ไปสมัครที่ว่าลงทะเบียน...ผมก็ไปติดต่อพยายามจะขอที่ศาลากลาง...มันจะมีอะไรล่ะ สลากกาชาดอะไร ผมก็ไปคุยแล้ว...(พี่กิตติ, หน้า 24)”

ระยะที่ 3: หยุดแสวงหาการรักษา ดูแลอย่าให้ทุกข์ทรมาน

แม้จะเหนื่อยล้ากับการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะที่ผ่านมา และรับรู้ว่าหมดหวัง หมดหนทางรักษา ในเมื่อผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ผู้ดูแลก็ยังคงพยายามดูแลเรื่องความสุขสบายให้ผู้ป่วยเท่าที่จะทำได้ เน้นการดูแลแบบประคับประคองให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานจนวาระสุดท้ายของชีวิต การที่ต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมาตั้งแต่ในระยะแรก ท่ามกลางรายได้ที่ไม่ค่อยเพียงพอและหรือค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น และการสนับสนุนการดูแลที่ไม่เพียงพอและมีแนวโน้มลดลง ทำให้ผู้ดูแลต้องพยายามบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย ตนเอง และครอบครัว ควบคู่กันไปอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ในระยะนี้ ผู้ดูแลได้เน้นว่าตนได้ดูแลตนเองและครอบครัวมากขึ้นกว่าในระยะที่ผ่านๆ มา โดยได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการใน 2 ลักษณะ ดังนี้

ปลงกับชีวิต พยายามดูแลสุขภาพตนเอง

ผู้ให้ข้อมูลที่ดูแลผู้ป่วยมาจนถึงระยะหยุดแสวงหาการรักษา ดูแลอย่าให้ทุกข์ทรมาน ซึ่งทุกคนนับถือศาสนาพุทธ เล่าว่า ตนเหนื่อยล้ากับการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมาก และเมื่อรับรู้ว่า ไม่มีวิธีการใดที่จะสามารถช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นได้อีกแล้ว ตนจึงปลงตก ยอมรับกับสภาพของผู้ป่วย ไม่พยายามคิดหรือวิตกกังกลกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยอีก ตนเพียงแต่ ดูแลรักษาตามสภาพอาการ ตรงกันข้าม ในระยะนี้ ตนกลับเน้นการดูแลสุขภาพตนเองเป็นหลัก โดยตั้งใจว่าจะพยายามปลง/ปล่อยวาง ไม่เครียดกับชีวิตไม่ว่าตนจะต้องเผชิญกับเรื่องใด ๆ ก็ตาม เนื่องจากเกรงว่าหากตนมุ่งให้ความสำคัญอยู่แต่เฉพาะกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย จะทำให้ตนเจ็บป่วยหรือสุขภาพแย่ลง โดยเฉพาะสุขภาพจิต ตนจะดูแลสุขภาพร่างกาย และสุขภาพจิตให้ดี และวิธีการที่ผู้ให้ข้อมูลเลือกใช้มีหลากหลาย เช่น ฟังธรรมะ นั่งวิปัสสนากรรมฐาน พักผ่อนและออกกำลังกายให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ทั้งนี้เพื่อว่าตนจะสามารถอยู่บริหารจัดการเรื่องการดูแลทุกคนในครอบครัวให้ได้ต่อไป ภรรยารายหนึ่งสะท้อนว่า

“...เพราะที่ผ่านมา 3 ปี กับที่ป้า (ผู้ให้ข้อมูล) ทุ่มอยู่กับตรงนี้ (ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย) ไม่ไปไหนเลย ไม่อะไรเลย อยู่ (เสียงยาว) ดูแลเขา (ผู้ป่วย) ตลอดทุกอย่าง นี่ป้าคิดว่าหลังจากที่ครบ 3 ปี แล้ว ป้าคงต้องปล่อยให้มากกว่านี้ ป้าอาจจะไปไหนก็ได้สักอาทิตย์สองอาทิตย์หรืออะไร ...ไปนั่งวิปัสสนากรรมฐานสักคอสนึง... ต้องพยายามดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิตของตัวเองให้ดี... (ป้าใจ, หน้า 16, 18)”

สร้างอาชีพ สร้างอนาคตให้ตนเองและครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูลที่ต้องออกจากงานมาอยู่ดูแลผู้ป่วยเป็นหลักมาโดยตลอด จะเริ่มคิดถึงอนาคตตนเอง และพยายามทำในสิ่งที่ตนพอทำได้เพื่อสร้างอาชีพใหม่ที่สามารถหารายได้เลี้ยงตนเองและทุกคนในครอบครัวต่อไปให้ได้ โดยเฉพาะภายหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า

“ก็ดีน่ะพี่ (ผู้วิจัย) ...มัน (เปิดร้านขายของหน้าบ้าน) ก็มีรายได้เข้ามาในตัว ถามว่าเหนื่อยเพิ่มไหม เหนื่อยเพิ่มมาก แต่ก็โอเค เพราะว่า มันก็เหมือนกับเป็นอนาคตให้เรา (ผู้ให้ข้อมูล) ด้วยน่ะพี่ ในวันที่เขา (ผู้ป่วย) ไม่อยู่หนู (ผู้ให้ข้อมูล) ก็คิดเหมือนกันว่า ถ้าพ่อ (ผู้ป่วย) ไม่อยู่แล้ว หนูจะทำอะไร...(เปิดร้านขายของหน้าบ้าน) ก็โอเค อยู่ตัวแล้วแหละ... (น้องตอง, หน้า 19-20)”

อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลได้พัฒนาวิธีการของตนเองขึ้น เพื่อช่วยให้ตนเองสามารถคงสมดุลในชีวิตและรักษาสมดุลของครอบครัวให้ดำเนินต่อไปได้ ตั้งแต่ในระยะ ทุ่มเทดูแลรักษา โดย พยายามปรับตัวอย่าให้ทุกข์มาก หาคนช่วยดูแลผู้ป่วย และ ปรับ/เปลี่ยนภารกิจอื่นให้สอดคล้องกับการดูแล ทั้งนี้เพื่อให้ตนรู้สึกผ่อนคลายจากความเครียด มีพลังพร้อมที่จะอยู่ดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ ช่วยให้ครอบครัวไม่ต้องรับผลกระทบมากนัก/สร้างสมดุลครอบครัวให้กลับมาโดยเร็ว และเมื่อถึงระยะ หาวิธีป้องกันอย่าให้ทรุด ที่ผู้ดูแลได้รับผลกระทบที่ต่อเนื่องและค่อนข้างยาวนาน ผู้ดูแลจะพยายามอดทน ทำใจยอมรับ อยู่ให้ได้ ดูแลผู้ป่วยให้ได้ พยายามจัดการกับอารมณ์ของตนเอง/ทำให้ตนรู้สึกดีขึ้นและหลีกเลี่ยงการทำให้สถานการณ์นั้นแย่ลง ตลอดจน พยายามดูแลรักษาตนเองไม่ให้ป่วย บริหารจัดการและหาแหล่งสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้พอใช้ ทั้งนี้เพื่อทำให้ตนมีชีวิตอยู่ได้โดยไม่เครียดหรือหดหู่กับสภาพที่ตนต้องเผชิญค่อนข้างยาวนาน มากนัก จนกระทั่งในระยะ หยุดแสวงหาการรักษา ดูแลอย่าให้ทุกข์ทรมาน ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ดูแลทำใจให้ยอมรับกับสภาพผู้ป่วยและการที่จะต้องสูญเสียผู้ป่วยไปได้ การต้องเผชิญความทุกข์และความเครียดมาตลอดระยะเวลาการดูแล ทำให้ผู้ดูแลปรับเปลี่ยนเป้าหมายมาให้ความสำคัญกับการดูแลตนเองและครอบครัวมากขึ้น โดยปลงกับชีวิต พยายามดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้ตนมีสุขภาพที่ดี มีการสร้างอาชีพ สร้างอนาคตให้ตนเองและครอบครัวเพื่อทดแทนค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นอย่างมากและค่อนข้างยาวนาน ทั้งนี้เพื่อให้ตนเองสามารถอยู่บริหารจัดการเรื่องการดูแลทุกคนในครอบครัวต่อไปให้ได้ ท่ามกลางปัจจัยที่ไม่ค่อยสนับสนุน/ไม่ค่อยเอื้อต่อการดูแล และมีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ

วิธีการสำคัญที่ผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้ใช้เผชิญปัญหา คือ พยายามทำใจให้ยอมรับกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยและผลกระทบที่ตนเองและครอบครัวกำลังเผชิญ และพยายามปรับตัวให้ยอมรับบทบาทผู้ดูแลไปที

ละน้อย จนสามารถปรับตัวได้ค่อนข้างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งการพยายามสร้างสมดุลในชีวิตและครอบครัวในสถานการณ์ใหม่ให้กลับคืนมาและดำเนินต่อไปได้ในที่สุด เป็นการเผชิญปัญหาทั้งแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์และแบบมุ่งแก้ปัญหาควบคู่กันไป สอดคล้องกับผลการศึกษาหลายรายงาน ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาทั้งแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์และแบบมุ่งแก้ปัญหา (Barboza, 2015; Pesantes, Brandt, Ipince, Miranda, & Diez-Canseco, 2017; Qiu, Sit, & Koo, 2018; Rahman, Putit, Suut, Arif, Said, Suhaili, et al., 2020; Young, Lutz, Creasy, Cox, & Martz, 2016) ผู้ดูแลมักจะจัดการกับอารมณ์เพื่อไม่ให้ตนเครียดหรือเป็นทุกข์มากนักด้วยวิธีการต่าง ๆ (Pesantes, Brandt, Ipince, Miranda, & Diez- Canseco, 2017; Rahman, Putit, Suut, Arif, Said, Suhaili, et al., 2020; Young, Lutz, Creasy, Cox, & Martz, 2016) การกระทำในลักษณะดังกล่าวช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าชีวิตยังเป็นของตน อิสระจากบทบาทผู้ดูแล ช่วยให้ตนผ่อนคลาย ไม่เครียดเกินไป/กลับมาอยู่ในภาวะสมดุลทางอารมณ์เหมือนเมื่อตอนที่ตนยังไม่ได้เป็นผู้ดูแล (Pesantes, Brandt, Ipince, Miranda, & Diez-Canseco, 2017; Young, Lutz, Creasy, Cox, & Martz, 2016) ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแลได้ เป็นมิติหนึ่งของความพร้อมในการดูแลที่สามารถทำนายการปรับตัวได้ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Tong-aram, 2019) และการเผชิญปัญหาของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kingmali, 2018)

สำหรับการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา ผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการต่าง ๆ แก้ปัญหาเรื่องภาระการดูแลผู้ป่วย และเรื่องค่าใช้จ่าย เช่น หาคนช่วยดูแลผู้ป่วย ปรับ/เปลี่ยนภารกิจอื่นให้สอดคล้องกับการดูแล บริหารจัดการและหาแหล่งช่วยสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้พอใช้ สร้างอาชีพ สร้างอนาคตให้ตนเองและครอบครัว คล้ายคลึงกับผลการศึกษาหลายรายงานที่พบว่า ผู้ดูแลมักจะขอความช่วยเหลือในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยและเรื่องอื่น ๆ เช่น การทำงานบ้าน จากบุคคลในครอบครัว (Qiu, Sit, & Koo, 2018) พยายามหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางด้านการเงินทั้งจากองค์กรของรัฐบาลและองค์กรอื่น ๆ ที่สามารถเข้าถึงได้ (Young, Lutz, Creasy, Cox, & Martz, 2016) ซึ่งการแสวงหาการสนับสนับทางสังคมเพื่อหาสิ่งช่วยเหลือ เป็นวิธีการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 50 เลือกใช้ในการเผชิญปัญหา (Barboza, 2015) โดยผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การเผชิญปัญหาในลักษณะดังกล่าว ช่วยให้ผู้ดูแลยังพอสามารถดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ ตลอดจนสามารถสร้างสมดุลชีวิต ตนเอง และครอบครัวในสถานการณ์ใหม่ให้กลับคืนมาและคงอยู่ต่อไปได้อย่างมีคุณภาพชีวิตตามอัตภาพ แม้ว่าจะยังได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และยังไม่ได้รับความช่วยเหลือ/การสนับสนุนที่เพียงพอ

ผลการศึกษาครั้งนี้ สะท้อนวิธีการที่ผู้ดูแลใช้ในการเผชิญปัญหาเพื่อให้ตนมีชีวิตอยู่ได้โดยไม่เครียดหรือหดหู่กับสภาพความเป็นอยู่ที่ตนต้องเผชิญมากนัก และมีพลังพร้อมที่จะอยู่ดูแลผู้ป่วยต่อไปให้ได้ โดยเฉพาะในระยะที่ 1-2 ตลอดจนมีสุขภาพที่ดีขึ้นและสามารถบริหารจัดการเรื่องการดูแลทุกคนในครอบครัวได้ต่อไป ตนเองและครอบครัวยังสามารถมีชีวิต มีอนาคต ที่ไม่ลำบากมากนัก ต่อไปได้ เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยมาอย่างต่อเนื่องจนถึงระยะที่ 3 ภายใต้ความช่วยเหลือ/การสนับสนุนที่ไม่เพียงพอและไม่ต่อเนื่อง วิธีการที่ผู้ดูแลพัฒนาขึ้นดูเสมือนจะมีระดับของการปรับตัวและความสำเร็จในการปรับตัวได้ที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อผู้ป่วยเจ็บป่วยนานขึ้น สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วยที่ตนต้องดูแลและผลกระทบที่ตนเองและครอบครัวต้องเผชิญ เป็นการใช้ความอดทน ความเข้มแข็งที่มีอยู่ในตนอย่างมาก ค่อย ๆ สร้างสมดุลใน “ชีวิตใหม่” และครอบครัวให้กลับมาทีละน้อย จนสามารถมีชีวิตปกติได้ภายใต้ภาระที่ต้องรับผิดชอบและข้อจำกัดจากความช่วยเหลือ/การสนับสนุนที่ไม่เพียงพอและไม่ต่อเนื่องที่มี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ แซง และ ลี (Zhang & Lee, 2017) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะใช้วิธีการเผชิญปัญหาหลากหลายวิธีเพื่อปรับเปลี่ยนสถานการณ์และผลกระทบที่ไม่ต้องการ จะตระหนักถึงความเข้มแข็งที่มีอยู่ในตน และพยายามบริหารจัดการเพื่อแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญ โดยจะไม่พยายามคิดถึงความไม่แน่นนอนในอนาคต แต่จะพยายามทำความเข้าใจใหม่กับชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป และพยายามทำให้เกิดความเป็นปกติขึ้นในวิถีชีวิตใหม่ทีละน้อย โดยใช้ความเข้มแข็งที่มีอยู่ในตน ค่อย ๆ หาความรู้ที่เกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วย แก้ปัญหาทักษะการดูแล ร่วมกับการพยายามคงไว้ซึ่งการทำงานและการใช้ชีวิตที่ปกติ ซึ่งการสร้างความสมดุลระหว่างการดูแลผู้ป่วยกับการคงไว้ซึ่งชีวิตที่เป็นปกติของผู้ดูแล

เป็นความพยายามอย่างมากของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบในผลการศึกษาอื่นๆ (Ang, Chow Yeow, & Poon, 2013; Torregosa, Sada, & Perez, 2018) เช่นกัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. สถานบริการด้านสุขภาพระดับพื้นที่และเครือข่ายควรมีนโยบายและสนับสนุนให้มีการจัดระบบบริการที่ครอบคลุมทั้งความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวไปพร้อม ๆ กัน ตลอดจนมีระบบการติดตามประเมินและช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว อย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ สอดคล้องกับความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละระยะ ตลอดการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

2. สถานบริการด้านสุขภาพระดับพื้นที่และเครือข่ายควรมีนโยบายและสนับสนุนให้มี การส่งเสริมผู้ดูแลและครอบครัวให้เข้าใจและตระหนักเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โดยเฉพาะในระยะยาว การแนะนำแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ การจัดระบบประเมินความสามารถในการบริหารจัดการด้านเศรษฐกิจ และการส่งต่อปัญหาดังกล่าวไปยังผู้เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสมควร

3. สถานบริการด้านสุขภาพระดับพื้นที่และเครือข่ายควรมีการประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหา/การจัดการกับความเครียดของผู้ดูแล และครอบครัว จัดระบบการดูแลที่ส่งเสริมการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้แหล่งประโยชน์ในชุมชนมีการจัดตั้งชมรม/จัดกิจกรรมพบปะ สันทนาการ/จัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อช่วยเหลือ/สนับสนุนผู้ดูแลทางด้านอารมณ์ ให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ และให้ความสำคัญกับการจัดระบบบริการรับฝากดูแลผู้ป่วยในบางช่วง ตั้งแต่ในระยะแรกของการดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถคงความสมดุลในบทบาทผู้ดูแล และมีเวลาเพียงพอในการดูแลตนเองและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

4. สถานศึกษาพยาบาลควรจัดให้นักศึกษาได้เรียนรู้เกี่ยวกับ กระบวนการปรับตัวเพื่อการสร้างสมดุลใน “ชีวิตใหม่” และครอบครัว ของผู้ดูแล ทั้งนี้เพื่อการทำความเข้าใจวิธีการช่วยส่งเสริมการปรับตัวเพื่อเผชิญกับสถานการณ์การเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ได้อย่างสอดคล้องและต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และครอบครัวในระยะยาวที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมผู้ดูแล และครอบครัวให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์การเจ็บป่วยโดยได้รับผลกระทบน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นได้ และสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีคุณภาพชีวิต ต่อไป โดยเฉพาะในพื้นที่บริบท

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ ได้รับการสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ข้อตกลงเลขที่ สวรส. 60-013

References

Ang, J. Y. H., Chow Yeow, L., & Poon, E. W. H. (2013). Literature Review: Coping Strategies of Family Caregivers Caring for Stroke Survivors. *Singapore Nursing Journal, 40*(2), 19-27.

Aubdulloh, T. (2015). *Influences of Patience*. https://www.islammore.com/main/content.php?page=sub&category=6&id=903

Barboza, H. R. (2015). A Correlative Study to Assess the Burden and Coping Strategies among Caregivers of Cerebrovascular Accident (CVA) Patients Who are Visiting the Rehabilitation Department of Selected Hospitals of Mangalore Taluk with a View to Provide an

Information Booklet. *Asian J. Nursing Edu. and Research, 5*(2), 202-211. doi:10.5958/2349-2996.2015.00041.5

Cecil, R., Thompson, K., Parahoo, K., & McCaughan, E. (2013). Towards an Understanding of the Lives of Families Affected by Stroke: A Qualitative Study of Home Carers. *Journal of Advanced Nursing, 69*(8), 1761-1770. doi:10.1111/jan.12037

Charoenwuttimakorn, P. (2012). *Factors Related to Preparedness for Caregiving among Caregivers of Patients with Ischemic Stroke.* (Master of Nursing Science in Adult Nursing), Burapha University, Chon Buri, Thailand. https://tdc.thailis.or.th/tdc/dccheck.php?Int_code=95&RecId=18956&obj_id=150981&showmenu=no

Chika, O. P. (2016). *Burden of Care and Presence of Depression in Informal Caregivers of Stroke Survivors Presenting in Outpatient Clinics in Lagos University Teaching Hospital.* (The Fellowship of the College in Family Medicine (FMCFM)), Lagos University Teaching Hospital (LUTH), Lagos, Nigeria. Retrieved from www.dissertation.npmcn.edu.ng

Chonsin, P., Kongvattananon, P., & Somprasert, C. (2017). The Burden of Caregivers Due to Stroke Patients Living at Home: Integrative Review. *The Bangkok Medical Journal, 13*(2). doi:10.31524/bkkmedj.2017.09.015

Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (3rd ed.). Sage Publications.

Gbiri, C. A., Olawale, O. A., & Isaac, S. O. (2015). Stroke Management: Informal Caregivers' Burdens and Strains of Caring for Stroke Survivors. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine,* 58, 98-103. doi:10.1016/j.rehab.2014.09.017

Hesamzadeh, A., Dalvandi, A., Bagher Maddah, S., Fallahi Khoshknab, M., & Ahmadi, F. (2015). Family Adaptation to Stroke: A Metasynthesis of Qualitative Research based on Double ABCX Model. *Asian Nursing Research, 9*(3), 177-184. doi: https://doi.org/10.1016/j.anr.2015.03.005

Hesamzadeh, A., Dalvandi, A., Maddah, S. B., Khoshknab, M. F., & Ahmadi, F. (2016). Family Caregivers' Experiences of Stroke Recovery among Older Adults Living in Iran: A Qualitative Study. *Iranian Red Crescent Medical Journal, (*In Press*)*, e27686. http://ircmj.portal.tools/?page=article&article_id=27686

Jaroonsit, A. (2011). *Factors Related to Well-Being of Family Caregivers of Patients with Stroke.* (Master of Nursing Science in Adult Nursing), Burapha University, Chon Buri, Thailand. https://tdc.thailis.or.th/tdc/dccheck.php?Int_code=95&RecId=17269&obj_id=136052&showmenu=no

Kantavat, L. (2017). *Effects of Media-Based Psychoeducation Program on Stress for Caregivers of Stroke Patients.* (Master of Science (Mental Health)), Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand.https://tdc.thailis.or.th/tdc/dccheck.php?Int_code=90&RecId=50053&obj_id=180078&showmenu=no&userid=0 ( )

Kingmali, K. (2018). *Factors Influencing Family Well-Being among Family Experiencing Stroke Patients.* (Master of Nursing Science in Family Nurse Practitioner), Burapha University, Chon Buri, Thailand. https://tdc.thailis.or.th/tdc/dccheck.php?Int_code=95&RecId=30401&obj_id=186410&showmenu=no

Kumar, R., Kaur, S., & Reddemma, K. (2015). Burden and Coping Strategies in Caregivers of Stroke Survivors. *Journal of Neurology and Neuroscience,* S1. doi:10.21767/2171-6625.S10005

Lutz, B. J., & Camicia, M. (2016). Supporting the Needs of Stroke Caregivers Across the Care Continuum. *JCOM, 23*(12), 557-566.

Pesantes, M. A., Brandt, L. R., Ipince, A., Miranda, J. J., & Diez-Canseco, F. (2017). An Exploration Into Caring for a Stroke-Survivor in Lima, Peru: Emotionalimpact, Stress Factors, Coping Mechanisms and Unmet Needs of Informal Caregivers. *eNeurologicalSci, 6*, 33-50. http://dx.doi.org/10.1016/j.ensci.2016.11.004

Pitthayapong, S., Thiangtam, W., Powwattana, A., Leelacharas, S., & Waters, C. M. (2017). A Community Based Program for Family Caregivers for Post Stroke Survivors in Thailand. *Asian Nursing Research, 11*, 150-157. doi:org/10.1016/j.anr.2017.05.009

Qiu, X., Sit, J. W. H., & Koo, F. K. (2018). The Influence of Chinese Culture on Family Caregivers Ofstroke Survivors: A Qualitative Study. *J Clin Nurs, 27*, e309-e319. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocn.13947

Rahman, M., Putit, Z. b., Suut, N. b., Arif, M. T., Said, A. b., Suhaili, M. R. b., et al. (2020). Coping Strateges by Stroke Caregivers: Evidence from a Qualitative Study in Sarawak, Malasia. *Malaysian Journal of Public Health Medicine,* 20(1), 48-54. doi:10.37268/mjphm/vol.20/no.1/art.550

Rattanapreechakul, B. (2012). *The development of Management of Anxiety Reduction Pattern for Family Caregivers of Stroke Patients at the Tertiary Level Hospital in Suphanburi Province.* (Master of Nursing Management), Christian University, Nakhon Pathom, Thailand. https://tdc.thailis.or.th/tdc/dccheck.php?Int_code=167&RecId=205&obj_id=2515&showmenu=no&userid=0

Ruttawongsa, A. (2011). *Development of the Community-Based Continuing Care Management Guideline for Stroke Survivors of Kosumpisai Hospital and it's Network.* (Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner), Khon Kaen University, Khon kaen, Thailand. https://tdc.thailis.or.th/tdc/dccheck.php?Int_code=92&RecId=42142&obj_id=518096&showmenu=no&userid=0

Srihabandith, W. (2017). *Needs of the Caregivers of Patients with Cerebrovascular Disease and the Predicting Factors of Their Needs.* (Master of Nursing Science in Adult Nursing), Rangsit University, Pathum Thani, Thailand. https://tdc.thailis.or.th/tdc/dccheck.php?Int_code=115&RecId=1560&obj_id=12920

Suriyapuntree, S. (2011). *The Effect of Empowerment Theory on Increasing Efficiency Care among Caregivers of Stroke Patients at Khaung Nai District, Ubon Ratchathani Province.* (Master Degree of Public Health), Mahasarakharm University, Mahasarakharm, Thailand. https://tdc.thailis.or.th/tdc/dccheck.php?Int_code=55&RecId=20339&obj_id=265388

Tong-aram, U. (2019). *Influences of Caregivers' Preparedness, Caregivers' Burden, and Caregivers' Reward on Adaptation of Caregivers Caring for Patients with Stroke.* (Master of Nursing Science in Adult Nursing), Burapha University, Chon Buri, Thailand. https://tdc.thailis.or.th/tdc/dccheck.php?Int_code=95&RecId=32225&obj_id=188364&showmenu=no

Torregosa, M. B., Sada, R., & Perez, I. (2018). Dealing with Stroke: Perspectives from Stroke Survivors and Stroke Caregivers from an Underserved Hispanic Community. *Nurs Health Sci*, 1-9. doi:10.1111/nhs.12414

White, C. L., Cantu, A. G., & Trevino, M. M. (2015). Interventions for Caregivers of Stroke Survivors: An Update of the Evidence. *Clinical Nursing Studies, 3*(3), 87-95. doi: 10.5430/cns.v3n3p87

Yotsurin, P. (2016). *Effect of Family Centered Care Program on Anxiety among Caregivers of Stroke Patients.* (Master of Nursing Science (Adult Nursing)), Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand. https://tdc.thailis.or.th/tdc/dccheck.php?Int_code=57&RecId=54020&obj_id=469313&showmenu=no&userid=0

Young, M. E., Lutz, B. J., Creasy, K. R., Cox, K. J., & Martz, C. (2016). A Comprehensive Assessment of Family Caregivers of Stroke Survivors During Inpatient Rehabilitation. *Disabil Rehabil, 36*(22), 1892–1902. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4959419/

Zhang, J., & Lee, D. T. F. (2017). Meaning in Stroke Family Caregiving: A Literature Review. *Geriatric Nursing, 38*(1), 48-56. doi:org/10.1016/j.gerinurse.2016.07.005

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา

Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for Patients with ST Elevation Myocardial Infarction (STEMI) at Emergency Department of Yala Hospital

พัชรินทร์ นะนุ้ย[1*], ณัฏฐิกา แซ่แต้[1], และ ลลิษ อูแด[1]

Patcharin Nanui[1*], Nattika Saetae[1] and Lalis Udae[1]

หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา[1*]

Emergency Department of Yala Hospital[1*]

(Received: *September 06, 2021*; Revised: *January 28, 2022*; Accepted: *January 31, 2022*)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ เพื่อศึกษาสภาพการณ์ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา ดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน 1) ศึกษาสภาพการณ์ 2) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและนำไปใช้ 3) ประเมินผลลัพธ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน และผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ศึกษาคือ 1) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ แบบวัดความรู้และแบบตรวจสอบการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพตามแผนการดูแลผู้ป่วย 2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยคือ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ผลการวิจัยพบว่า

1. สภาพการณ์การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก พบความเสี่ยงที่สำคัญในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน 3 ด้าน ได้แก่ 1) คัดกรองล่าช้า 2) ระยะเวลาให้ยาละลายลิ่มเลือดนานกว่ามาตรฐาน 3) ได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดล่าช้า

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก ประกอบด้วย การประเมิน/คัดกรอง การให้ยาละลายลิ่มเลือด และการเตรียมผู้ป่วยถ่างขยายหลอดเลือด

3. ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก พบว่าผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง (M=4.00, SD=1.51) เวลาได้รับการตรวจ EKG จนถึงรายงานแพทย์ (M=6.17, SD=2.45) เวลาได้รับยาละลายลิ่มเลือด (M=27.63, SD=3.90) เวลาได้รับการถ่างขยายหลอดเลือด (M=113.17, SD=42.05) น้อยกว่าเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 และความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติในภาพรวมอยู่ในระดับมากโดยพึงพอใจในระบบติดตามการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องมากที่สุด (M= 4.73, SD=0.44)

ดังนั้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ควรมีการศึกษาต่อเนื่อง และใช้แนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งเครือข่ายเพื่อพัฒนาและปรับปรุงการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวปฏิบัติ, การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

[*]ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: cock_moo@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 089-8706721)

Abstract

The purpose of this research was to develop and to evaluate a clinical nursing practice guideline (CNPG) for ST-supraventricular myocardial infarction patients admitted in emergency department at Yala Hospital. The study had three steps. The first step consisted in studying the different clinical situations. The second step was to develop and implement new clinical nursing practice guideline. Third step was an assessment of the clinical nursing practice guideline. Research sample consisted of 30 professional nurses and 30 ST lift myocardial infarction patients. The research tools were: 1) a clinical nursing practice guideline (CNPG) for ST-supraventricular myocardial infarction patients, 2) patients' medical records, 3) a questionnaire regarding nurse's satisfaction, 4) a knowledge test, and 5) CNPG performance checklist. Data were analyzed by descriptive statistics and Wilcoxon signed-rank test. Results were as follows:

1. There were 3 major key risks identified in emergency response: 1) screening delay, 2) waiting time for fibrinolytic drugs, and 3) delay to coronary artery opening.

2. Content of new clinical nursing practice guideline for patients with myocardial infarction of type ST-lift includes assessment, blood clotting medication, and coronary artery opening.

3. The effectiveness of applying clinical nursing practice guideline for patients with ST raised myocardial infarction found that the patients were screened (M=4.00, SD=1.51) at the time of EKG examination. The fibrinolytic drug time (M=27.63, SD=3.90) to coronary artery opening (M=113.17, SD=42.05) was significantly lower than the threshold, according to the physician's report (M=6.17, SD=2.45) statistical .001, .001, .001, and .001, respectively. The percentage of nurse's satisfaction was at the highest level with the continued patient care tracking system (M=4.73, SD=0.44). In order to enhance this guideline, it should be used on a continual basis and follow a standardized protocol

Keywords: Clinical Nursing Practice Guideline, CNPG, Patients with ST Elevation Myocardial Infarction

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่าโรคนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกปีละ 17 ล้านคน (Tungman, 2012) ในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ 25 ล้านคน และคาดว่าตัวเลขจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 23 ล้านคนทั่วโลก ในปี 2573 ในประเทศไทย โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 1 ใน 3 อันดับของสาเหตุการเสียชีวิต มีอัตราเสียชีวิตเฉียบพลันสูงกว่าโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ประมาณ 4-6 เท่า และเสียชีวิตในวันแรกที่เข้ารักษาที่โรงพยาบาลในอัตราที่ค่อนข้างสูง (Soyprasert, Rattanaprom, & Borvornsudhasin, 2560). จากข้อมูลสถิติปี 2556 - 2560 พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดต่อประชากร 100,000 คน เท่ากับ 26.9, 27.8, 29.9, 32.3 และ 31.8 ตามลำดับ (Health Data Center, 2018) การเสียชีวิตเฉียบพลันจากโรคหัวใจหรือ sudden cardiac death ผู้ป่วยจะเสียชีวิตภายใน 1 ชั่วโมง หลังจากเกิดอาการของโรคหัวใจ เช่น อาการแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น พบประมาณร้อยละ 48-63 หรือประมาณครึ่งหนึ่งจะเสียชีวิตแบบเฉียบพลัน ซึ่งสาเหตุหลักการเสียชีวิตแบบเฉียบพลันมาจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจโดยสมบูรณ์ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Akkanit & Pochana, 2018)

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย นับเป็นภาวะวิกฤติที่สำคัญของโรคทางอายุรกรรม เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะฉุกเฉิน ภาวะฉุกเฉินของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ มีอาการเจ็บหน้าอกด้านซ้ายอย่างรุนแรง ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจโดยเร็วที่สุด เป็นการแก้ไขภาวะอุดตันของหลอดเลือด

และเพื่อช่วยรักษาเซลล์กล้ามเนื้อที่ขาดเลือดให้สามารถฟื้นสภาพ จึงจะสามารถลดและจำกัดบริเวณของกล้ามเนื้อหัวใจไม่ให้ตาย แนวทางการรักษาที่ปฏิบัติคือการเปิดหลอดเลือด (Reperfusion) ให้เร็วที่สุดได้แก่ การใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic Agent) การถ่างขยายหลอดเลือด (Primary Percutaneous Coronary Intervention: PCI) การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft: CABG) (Dai, Busby-Whitehead, Alexander, 2016) การช่วยชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องเริ่มตั้งแต่การประเมิน คัดกรอง วินิจฉัย ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตั้งแต่ห้องฉุกเฉิน

โรงพยาบาลศูนย์ยะลา เป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถในการให้ยาละลายลิ่มเลือด และเริ่มถ่างขยายหลอดเลือด (PCI) ได้ในปี 2561 มีการดำเนินการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก ตาม Service Plan โดยปรับปรุงรูปแบบการบันทึกการพยาบาลให้กระชับขึ้น แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลศูนย์ยะลาจัดผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็น 1 ใน 4 อันดับโรคกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญของหน่วยงานซึ่งต้องเฝ้าระวัง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียกที่เข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา ในปี 2561 พบอัตราการเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 26 ของอัตราการเสียชีวิตจากผู้ป่วยทั้งหมด นอกจากนี้ยังพบอุบัติการณ์การให้ยาละลายลิ่มเลือดล่าช้า การถ่างขยายหลอดเลือด (PCI) ล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลา 30 นาที ส่งผลให้เกิดอัตราการเสียชีวิต รวมถึงเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เหตุดังกล่าวแสดงถึงตัวชี้วัดของประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา ทำให้ผลการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนด จากการศึกษาพบว่า การประเมินผู้ป่วยอย่างรวดเร็วที่ห้องฉุกเฉิน คือขั้นตอนหลักสำคัญในการวินิจฉัย และรักษาพยาบาลทันท่วงที รวมถึงมีการช่วยชีวิต ส่งต่อรวดเร็วตามมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดของกระทรวงสาธารณสุข ภายใน 12 ชั่วโมง ภายหลังจากมีอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จะสามารถป้องกันมิให้เกิดการทำลายของกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น (Chuaynarong, & Rongmuan, 2018)

จากการประเมินคุณภาพการดูแลโดยการตามรอยคุณภาพทางคลินิก (Clinical Tracer) และข้อมูลอุบัติการณ์พบว่าพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยล่าช้า ระยะเวลารอคอยให้ยาละลายลิ่มเลือดนานกว่ามาตรฐาน การประเมินที่ผิดพลาด ขาดการปฏิบัติตามมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน และเสียชีวิต แนวปฏิบัติการพยาบาล (Clinical Nursing Practice Guidelines [CNPG]) เป็นเครื่องมือสำคัญที่เกิดจากการนำความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ มาสู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยในการเพิ่มผลลัพธ์คุณภาพในการดูแลรักษาที่เหมาะสม เป็นการปฏิบัติการดูแลหรือทำงานโดยทีมสหสาขาที่มีทิศทางการดูแลอย่างมีแนวทางเดียวกัน โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุด การพัฒนา CNPG จึงมีความสำคัญสำหรับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ

ด้วยเหตุนี้ คณะผู้วิจัยจึงจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก จากแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติ ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) นำมาพัฒนาจากระบบการดูแลที่ปฏิบัติเดิมให้มีศักยภาพ มีความพร้อมในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เหมาะสมกับบริบท มีแนวทางในการดูแลที่ชัดเจน ช่วยตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ตั้งแต่การประเมิน วินิจฉัย การรักษาพยาบาล การวางแผนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลา 30 นาที ได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดใน 180 นาทีและได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ปลอดภัย ต่อเนื่องตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

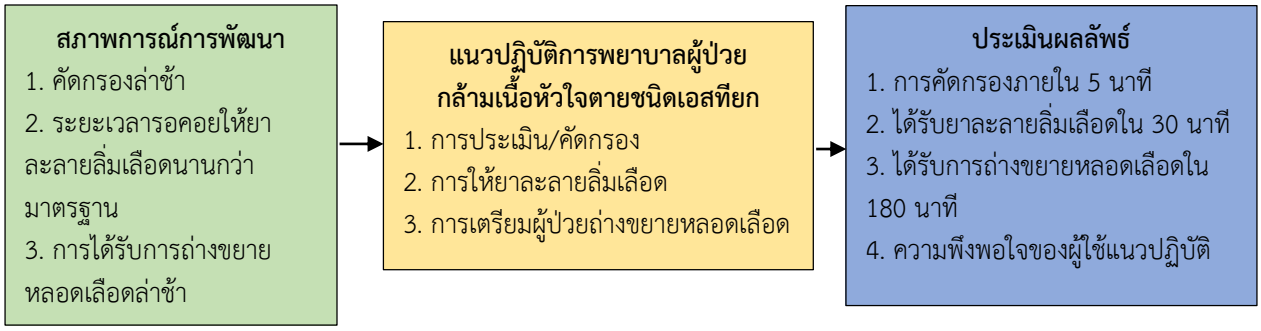
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา

3. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดองค์ความรู้ของผู้ชำนาญ (Expert Opinion) ครอบคลุมด้านการประเมิน/คัดกรอง การวินิจฉัยโรค ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติ ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การพัฒนา ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก โดยผ่านการพิจารณายกร่างจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ และระยะที่ 3 ศึกษาผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพและระยะเวลาในการพยาบาลผู้ป่วย ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเก็บข้อมูล ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 สภาพการณ์การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา ขั้นตอนนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยศึกษา 1) ข้อมูลจากเวชสถิติ และทะเบียนของหน่วยงาน 2) ทบทวนเวชระเบียน ตามรอยการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ 3) วิเคราะห์ปัญหา ระบบงานกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยการสนทนากลุ่ม ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย 1) แพทย์/พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคของโรงพยาบาลศูนย์ยะลา จำนวน 4 คน ได้แก่ แพทย์อายุรกรรมโรคหลอดเลือดหัวใจ 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 2 คนและพยาบาลหัวหน้าหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 คน 2) คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 1 คน 3) บุคลากรในหน่วยงาน จำนวน 4 คน ได้แก่ คณะทำงานด้านความเสี่ยง 1คน ด้านข้อมูล 1คน ด้านบริหาร 1 คน และด้านจริยธรรม 1 คน รวมทั้งสิ้น 9 คน เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติเป็น บุคลากรที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ดังนี้ 1) แพทย์ด้านอายุรกรรมโรคหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาลศูนย์ยะลา 2) แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา 3) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ 4) พยาบาลประจำหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเวชระเบียน ตามรอยจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ มีจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับสภาพการณ์ปัจจุบันและปัญหากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก ที่เข้ารับบริการหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา 2) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก ที่เข้ารับบริการหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา

2. สมุดบันทึกข้อมูลพร้อมเครื่องบันทึกเสียง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแนวคำถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย แพทย์อายุรกรรมโรคหลอดเลือดหัวใจ 1 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ 1คน พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 1คน จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับพยาบาลที่หน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนด้านเนื้อหา และเกิดความเข้าใจตรงกันในทุกประเด็นก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่ม จำนวน 1 ครั้ง ในช่วงเดือนธันวาคม 2561 ถึง พฤษภาคม 2562 มีข้อคำถาม จำนวน 2 ข้อ ผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็น และขออนุญาตบันทึกข้อมูล โดยมีผู้บันทึกข้อมูลการสนทนา 2 คน ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 2 ชั่วโมง จากนั้นผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญในแต่ละข้อคำถามจากการถอดเทป แล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree & Miller (1992) ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยง หาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่และการตรวจสอบความถูกต้อง (verify)

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา โดยนำผลการศึกษาในระยะที่ 1 มาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติดังนี้

1. กำหนดปัญหา พบว่าพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยล่าช้า ระยะเวลารอคอยให้ยาละลายลิ่มเลือดนานกว่ามาตรฐาน การประเมินที่ผิดพลาด ขาดการปฏิบัติตามมาตรฐานในการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จากนั้นนำปัญหามาวิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสารงานวิจัย แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก เพื่อจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาล

2. กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ศึกษาขออนุญาตเชิญบุคลากรในโรงพยาบาลเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อร่วมกันกำหนดประเด็นปัญหา นำเสนอขอบเขตการดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก ประชุมระดมสมองวิเคราะห์สภาพปัญหาที่ผ่านมา

3. กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย

3.1 วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา และศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

3.2 กลุ่มเป้าหมายของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก มีดังนี้

3.2.1 กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา จำนวน 30 คน

3.2.2 กลุ่มผู้ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก ที่รับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา จำนวน 30 คน

4. ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ คัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก

5. ยกร่างแนวปฏิบัติ ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ จัดประชุม เพื่อร่างสาระของแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์

6. ตรวจสอบความตรงและความเที่ยง โดยการนำเสนอร่างสาระแนวปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้เชี่ยวชาญประเมิน และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแนวปฏิบัติให้มีความถูกต้องตามหลักฐานเชิงประจักษ์ หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 คน พิจารณาแสดงความคิดเห็นแล้ว ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะ มาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาร่วมกับทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้แนวปฏิบัติมีความถูกต้องด้านการใช้ภาษา มีความชัดเจน เนื้อหามีความ

ครอบคลุม และสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น โดยทดสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้ คือมีค่าเท่ากับ 1

7. การนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยมีการเตรียมความพร้อมของบุคคลากรโดยอบรมความรู้ให้กับพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินทุกคนในโรงพยาบาลศูนย์ยะลา รวบรวมปัญหาและอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติ เพื่อให้พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการเกิดความเข้าใจ และสามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก ไปทดลองใช้ได้ถูกต้อง

8. การประเมินผล

8.1 ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ผู้วิจัยประชุมทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ เปรียบเทียบกับผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงในระยะก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ ประเมินความคิดเห็นของผู้ใช้ ในด้านรายละเอียด ความยากง่าย ความชัดเจน การยอมรับในความตรงประเด็นกับปัญหา

8.2 ความพึงพอใจพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียกอยู่ในระดับมาก

8.3 อุบัติการณ์ผู้ป่วยไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลา 30 นาที

ระยะที่ 3 ผลของการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pre-test Post-test Design) มีขั้นตอนในการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียกทุกราย ไม่มีภาวะโรคร่วม ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยมีจำนวน 30 คน สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยยินยอมร่วมในการทำวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

2. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลศูนย์ยะลา ที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก จำนวน 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างน้อย 5 ปี 2) ผ่านการอบรมในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง 3) มีประสบการณ์ในดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจตายชนิดเอสทียก 4) ยินยอมร่วมในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยคือ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก (ที่พัฒนาขึ้นใหม่) ประกอบด้วยการประเมิน/คัดกรองผู้ป่วย การวินิจฉัย การให้ยาละลายลิ่มเลือด การเตรียมผู้ป่วยถ่างขยายหลอดเลือด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย มีทั้งหมด 5 ข้อประกอบด้วยเพศ อายุ อาชีพ การศึกษา โรคประจำตัว และข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ประสบการณ์การทำงานและประสบการณ์ประชุม/อบรมด้านโรคหลอดเลือดหัวใจ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 4 ข้อ คำถามเป็นแบบ Rating Scale 5 ระดับ จากพึงพอใจน้อยที่สุดจนถึงพึงพอใจมากที่สุด คือน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน น้อยให้ 2 คะแนน ปานกลางให้ 3 คะแนน มากให้ 4 คะแนน และมากที่สุดให้ 5 คะแนน ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าถึงบริการในโรงพยาบาล 2) ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้าถึงบริการในโรงพยาบาล 3) ความ

พึงพอใจในการระบบติดตามการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 4) ความพึงพอใจต่อนโยบายและการปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบบันทึกข้อมูล ผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก จำนวน 3 คน คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหลอดเลือดหัวใจ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และพยาบาลที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำมาพิจารณาเพื่อปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ และวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective Item Congruence: IOC) มีค่าระหว่าง .0.67-1.00 จากนั้นนำมาแก้ไขปรับปรุงบางข้อของแบบบันทึก เพื่อให้เหมาะสมกับแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น จากนั้นนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน

2. แบบสอบถาม หาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ทำการทดสอบเครื่องมือโดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์ ของแอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยนำ ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่คล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนการเตรียมการทดลอง

1.1 นำโครงการวิจัยเข้าขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ยะลาเพื่อเก็บข้อมูลการวิจัย

1.2 หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ยะลา แล้วผู้ศึกษาเข้าพบหัวหน้ากลุ่มภาระกิจด้านการพยาบาล และหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่ออธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการศึกษา ประโยชน์ของการศึกษา รวมทั้งขออนุญาตในการดำเนินการศึกษา

1.3 หากลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บข้อมูลโดยมีผู้ช่วยวิจัยนำข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ไปเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อเป็นข้อมูลก่อนการพัฒนา

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย นำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียกที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยคู่มือการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีเนื้อหาตั้งแต่การประเมิน/คัดกรองผู้ป่วย การให้ยาละลายลิ่มเลือด การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังจากได้รับยา การเตรียมผู้ป่วยถ่างขยายหลอดเลือดนำสู่การปฏิบัติ ประเมินนิเทศติดตาม พยาบาลวิชาชีพขณะปฏิบัติงานในการใช้แนวปฏิบัติ และตรวจสอบการบันทึกด้านการประเมิน/คัดกรอง ตรวจสอบเวลาที่จดบันทึก เวลามาถึงหน่วยงาน เวลาตรวจ EKG เวลาที่รายงานแพทย์ เวลาได้รับยาละลายลิ่มเลือด เวลาได้รับการถ่างขยายหลอดเลือด เปิดโอกาสให้ซักถามและตอบข้อสงสัย กรณีกลุ่มตัวอย่างมีคำถามหรือบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน จะชี้แจงเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน

3. ขั้นหลังการทดลอง

หลังจากดำเนินการทดรองตามแนวปฏิบัติ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย รวบรวมแบบประเมินที่ได้ มาตรวจสอบความเรียบร้อย ความครบถ้วน เพื่อทำการประเมิน (Post-test) การใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพและ ระยะเวลาประกอบด้วย เวลามาถึงหน่วยงานได้รับการคัดกรอง ประเมินอาการ จนได้รับการตรวจ EKG เวลาตรวจ EKG จนถึงการรายงานแพทย์ เวลาได้รับยาละลายลิ่มเลือด เวลาได้รับการถ่างขยายหลอดเลือด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบ การใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพระยะก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ (Shapiro-Wilk *p-value*=.001)

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบ ระยะเวลาการได้รับการคัดกรองภายในเวลา 5 นาที การได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายในเวลา 10 นาที การได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลา 30 นาที และเวลาได้รับการถ่างหลอดเลือดภายในเวลา 180 นาที โดยใช้สถิติ One sample t-test

จริยธรรมวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา หมายเลข 063/2563 ลงวันที่ 22 เมษายน 2563 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงเรื่องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโดยสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเมื่อ ซึ่งการปฏิเสธนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

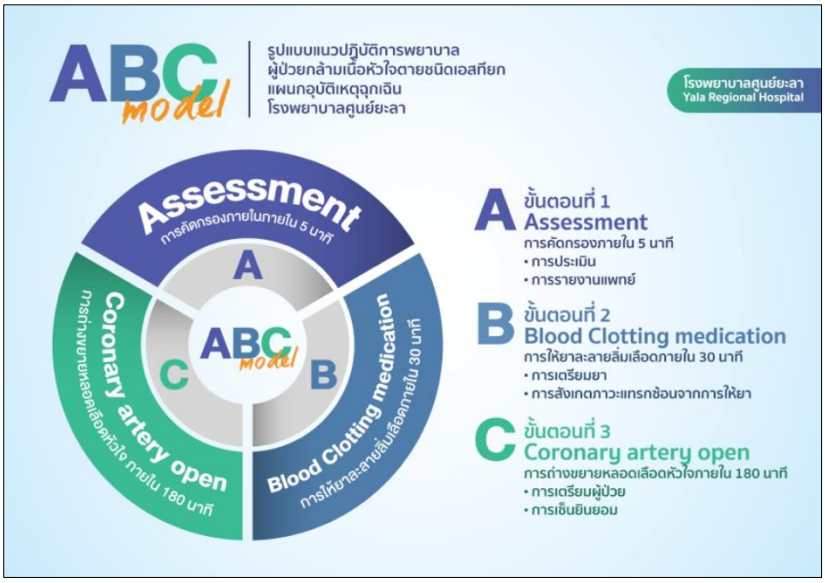
1. สภาพการณ์การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา

จากข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่บันทึกในฐานข้อมูลของหน่วยงาน พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียกที่เข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา ในปี 2561 พบอัตราการเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 26 ในปี 2562 พบอัตราการเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 28 ของอัตราการเสียชีวิตจากผู้ป่วยโรคหัวใจชนิดอื่น นอกจากนี้ยังพบการให้ยาละลายลิ่มเลือดล่าช้าคิดเป็นร้อยละ 32 การถ่างขยายหลอดเลือดล่าช้าคิดเป็นร้อยละ 29 พยาบาลขาดสมรรถนะในด้านการคัดกรอง โดยใช้เวลาคัดกรองเฉลี่ย 7 นาที คิดเป็นร้อยละ 25 ดังตาราง 1

ตาราง 1 ผลจากการวิเคราะห์อุบัติการณ์เชิงลึก

การประเมิน/ให้ยาละลายลิ่มเลือด/เปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ	จำนวนครั้ง	ร้อยละ
1. ถ่างขยายหลอดเลือดล่าช้า	39	29.36
2. ให้ยาละลายลิ่มเลือดล่าช้า	38	32.43
3. ด้านการประเมิน/คัดกรองล่าช้า ผิดพลาด	28	25.17

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา



ภาพ 2 รูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา

จากภาพ 2 รูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียกที่เข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา คือ ABC Model มี 3 ขั้นตอนดังนี้ 1) A=Assessment การประเมิน/คัดกรอง โดยให้ Initial Assessment ภายใน 5 นาที 2) B= Blood Clotting Medication การให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที 3) C=Coronary Artery Opening หรือ Primary Percutaneous Coronary Intervention (PCI) การถ่างขยายหลอดเลือดภายใน 180 นาที เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย เวลาในการคัดกรองผู้ป่วย อุบัติการณ์ที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลา 30 นาที และไม่ได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดภายในเวลา 180 นาที

3. ผลของการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา พบว่าเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเฉลี่ย 4 นาที เวลาได้รับยาละลายลิ่มเลือดเฉลี่ย 28 นาทีเวลาได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจเฉลี่ย 113 นาที

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	25	83.33
ชาย	5	16.67
อายุ(ปี)		
31-40	18	60.00
41-50	11	36.67
51-60	1	3.33
การศึกษา		
ปริญญาตรี	28	93.33
ปริญญาโท	2	6.67
ประสบการณ์การทำงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน		
3-6 ปี (Competent)	2	6.66
> 6-10 ปี (Proficient)	25	83.33
> 10 ปี (Expert)	3	10.00
ประสบการณ์การประชุม/อบรม/สัมมนาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ		
ไม่เคย	0	0.00
เคยอบรม		
อบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน 4 เดือน	8	26.67
อบรมระยะสั้นการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน 3-5 วัน	5	16.67
อบรมการช่วยชีวิตขั้นสูง (Advance cardiovascular life support, ACLS)	30	100.00

จากตาราง 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ เป็นเพศหญิง 83.33 โดยมีช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 60 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 93.33 ประสบการณ์การทำงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน > 10 ปี (Expert) ร้อยละ 83.33 ทุกคนผ่านการอบรมการช่วยชีวิตขั้นสูง (Advanced cardiovascular life support, ACLS)

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	3	10.00
ชาย	27	90.00
อายุ (ปี)		
21-30	2	6.67
31-40	6	20.00
41-50	8	26.67
51-60	14	46.67
ระดับความรุนแรงของโรค		
วิกฤต (Resuscitate)	6	20.00
ฉุกเฉิน (Emergent)	24	80.00
ผลการรักษา		
รอดชีวิต	30	100.00
เสียชีวิต	0	0.00

จากตาราง 3 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า เป็นเพศชายร้อยละ 90.00 โดยมีช่วงอายุ 50-60 ปีมากที่สุด ร้อยละ 46.67 ระดับความรุนแรงของโรค ฉุกเฉิน (Emergent) มากที่สุด ร้อยละ 80.00 ผลการรักษารอดชีวิต มากที่สุด ร้อยละ100.00

ตาราง 4 เปรียบเทียบระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียกแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา ตามเกณฑ์มาตรฐาน ACS (n =30)

ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย	เกณฑ์	*N*	*M*	*SD*	*t*	*df*	*P-value*
ได้รับการประเมิน/คัดกรอง	ภายใน 5 นาที	30	4.00	1.51	-3.631	29	<.001
ได้รับการตรวจ EKG และรายงานแพทย์	ภายใน 10 นาที	30	6.17	2.45	-8.567	29	<.001
ได้รับยาละลายลิ่มเลือด	ภายใน 30 นาที	30	27.63	3.90	-3.332	29	<.001
ได้รับการถ่างขยายหลอดเลือด	ภายใน 180 นาที	30	113.17	42.05	-8.705	29	<.001

จากตาราง 4 หลังการใช้แนวปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียกพบว่า เวลาได้รับการคัดกรอง (*M*=4.00, *SD*=1.51) เวลาได้รับการตรวจ EKG จนถึงรายงานแพทย์ (*M*=6.17 *SD*=2.45) เวลาได้รับยาละลายลิ่มเลือด (*M*=27.63, *SD*=3.90) เวลาได้รับการถ่างขยายหลอดเลือด (*M*=113.17, *SD*=42.05) น้อยกว่าเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3.1 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลศูนย์ยะลา

ตาราง 5 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลศูนย์ยะลา

ความพึงพอใจ	*M*	*SD*	ระดับ
1. ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าถึงบริการในโรงพยาบาล	4.43	0.62	มาก
2. ความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้าถึงบริการในโรงพยาบาล	4.70	0.46	มาก
3. ความพึงพอใจในระบบติดตามการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	4.73	0.44	มาก

ตาราง 5 (ต่อ)

ความพึงพอใจ	*M*	*SD*	ระดับ
4. ความพึงพอใจต่อนโยบายและการปฏิบัติมีทั้งหมด	4.56	0.50	มาก
รวม	**4.61**	**0.50**	**มาก**

จากตาราง 5 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก พบว่าในภาพรวมความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (*M*=4.61, *SD*=0.50) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ความพึงพอใจในระบบติดตามการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (*M*=4.73, *SD*=0.44) รองลงมาคือความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้าถึงบริการในโรงพยาบาล (*M*=4.70, *SD*=0.46) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้าถึงบริการในโรงพยาบาล (*M*=4.43, *SD*=0.62)

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา สามารถอธิบายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. สภาพการณ์การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา จากการทบทวนข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่บันทึกในฐานข้อมูลของหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินพบความเสี่ยงที่สำคัญในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการประเมิน/คัดกรอง เนื่องจากพยาบาลขาดสมรรถนะในการคัดกรองผู้ป่วย การซักประวัติ และประเมินอาการเจ็บหน้าอก ทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินล่าช้า 2) ระยะเวลารอคอยให้ยาละลายลิ่มเลือดนานกว่ามาตรฐาน การประเมินที่ผิดพลาด ขาดการปฏิบัติตามมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือดล่าช้า รวมถึงได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดล่าช้า จากประเด็นดังกล่าว ส่งผลให้เกิดอัตราการเสียชีวิต รวมถึงเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการช่วยชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเริ่มตั้งแต่การประเมิน คัดกรอง วินิจฉัย ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตั้งแต่เบื้องต้นที่ห้องฉุกเฉิน ซึ่งการประเมินผู้ป่วยอย่างรวดเร็วที่ห้องฉุกเฉิน คือขั้นตอนหลักสำคัญในการวินิจฉัย และรักษาพยาบาลทันท่วงที รวมถึงมีการช่วยชีวิต รวดเร็วตามมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดของกระทรวงสาธารณสุข ภายใน 12 ชั่วโมง ภายหลังจากมีอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จะสามารถป้องกันมิให้เกิดการทำลายของกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น (Dai, Busby-Whitehead, Alexander, 2016)

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา ผู้วิจัยพัฒนาแนวปฏิบัติโดยกำหนดแนวทางในการซักประวัติผู้ป่วย การประเมิน/คัดกรองที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการกำหนดเกณฑ์การตรวจ EKG พร้อมรายงานแพทย์ภายใน 10 นาที เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด การวินิจฉัยและให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที ได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดภายใน 180 นาที สามารถลดอัตราตายได้ นอกจากนี้การรับ-ส่งต่อ ตลอดจนการเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจะช่วยให้แพทย์วินิจฉัย ให้การรักษาอย่างรวดเร็ว เป็นการเพิ่มผลลัพธ์คุณภาพในการดูแลรักษาที่เหมาะสม มีทิศทางการดูแลเป็นแนวทางเดียวกัน โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุด ทำให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (Panapoy & Pleeianthaisong, 2018: Soyprasert, Rattanaprom, & Borvornsudhasin, 2017:Chuaynarong & Rongmuan, 2018: Krongthong, Krajaiklang, Surason, & Phromtuang, 2018) ผู้วิจัยจึงพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลศูนย์ยะลา โดยใช้แนวคิดองค์ความรู้ของผู้ชำนาญ (Expert opinion) ครอบคลุมด้านการประเมิน/คัดกรอง การวินิจฉัยโรค ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก การพัฒนาแนวปฏิบัติ ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์การพัฒนา ประกอบด้วย การกำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหา การกำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ การยกร่างแนวปฏิบัติ การตรวจสอบความ

ตรงและความเที่ยงของแนวปฏิบัติ ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก โดยผ่านการพิจารณายกร่างจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ และระยะที่ 3 ศึกษาผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพและระยะเวลาในการพยาบาลผู้ป่วย โดยพบว่าสามารถพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งการประเมิน วินิจฉัย ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก รวมถึงมีการบริหารจัดการระบบที่ดี ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียกลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาการพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร (Akkanit & Pochana, 2018) พบว่าสามารถวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้องและเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดได้อย่างรวดเร็วเพื่อรักษากล้ามเนื้อหัวใจไว้ให้ได้มากที่สุด ซึ่งจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่นำไปสู่การเสียชีวิตได้

3. ผลของการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา พบว่า

3.1 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียกแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา ตามเกณฑ์มาตรฐาน ACS ระหว่างก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ พบว่าหลังการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียกพบว่า เวลาได้รับการคัดกรอง (*M*=4.00, *SD*=1.51) เวลาได้รับการตรวจ EKG จนถึงรายงานแพทย์ (*M*=6.17, *SD*=2.45) เวลาได้รับยาละลายลิ่มเลือด (*M*=27.63, *SD*=3.90) เวลาได้รับการถ่างขยายหลอดเลือด (*M*=113.17, *SD*=42.05) น้อยกว่าเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001,.001,.001 และ .004 ตามลำดับ อาจเนื่องจากผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติมาดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับบริบท มีความกระชับและสามารถปฏิบัติได้จริง ดัดแปลงพัฒนาจากระบบการดูแลที่ปฏิบัติเดิมให้มีศักยภาพ มีความพร้อมในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง มีแนวทางในการดูแลที่ชัดเจน ช่วยตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ตั้งแต่การประเมิน วินิจฉัย การรักษาพยาบาล การวางแผนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลา 30 นาที ซึ่งการประเมินผู้ป่วยอย่างรวดเร็วที่ห้องฉุกเฉิน คือขั้นตอนหลักสำคัญในการวินิจฉัย และรักษาพยาบาลทันท่วงที ภายหลังจากมีอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จะสามารถป้องกันมิให้เกิดการทำลายของกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น (Chuaynarong, & Rongmuan, 2018)

3.2 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลศูนย์ยะลา อยู่ในระดับมาก เนื่องจากปฏิบัติได้ง่าย ไม่ซับซ้อน ลดขั้นตอนที่ยุ่งยาก มีการทำงานเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพ มีการวางแผน วิเคราะห์และนำปัญหามาปรึกษาแลกเปลี่ยนแก้ไขปัญหาอุปสรรคอย่างสม่ำเสมอ เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างวิชาชีพ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก ได้รับการให้บริการที่รวดเร็ว และได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการรักษาจากแพทย์อย่างละเอียด ชัดเจน เข้าใจง่าย ได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ การพัฒนาศักยภาพของพยาบาลให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะการคัดกรอง และประเมินผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริการที่พัฒนาขึ้น ในด้านการกำหนดเกณฑ์ต่าง ๆ ชัดเจน เรียงลำดับเนื้อหาในการบันทึกก่อน-หลังช่วยลดเวลาและความซ้ำซ้อน ง่ายในการบันทึก รวมถึงข้อมูลที่บันทึกสามารถสื่อสารกับทีมสุขภาพได้ แนวปฏิบัติมีความชัดเจน เพราะสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และ การประเมินผล ซึ่งเป็นหัวใจของการพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียกสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากร้อยละ 6 เป็นร้อยละ 0 (Buasri, 2013 Pornchensuanpong, Kamwatchanang & Boonchoo, 2015)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำแนวปฏิบัติไปใช้ ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก ครอบคลุมตั้งแต่หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินจนกระทั่งถึงแผนกฉุกเฉิน ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

2. การทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพ (PDCA) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำรูปแบบแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียกไปใช้กับโรงพยาบาลเครือข่ายสุขภาพเขต12

2. ควรนำรูปแบบนิเทศทางการพยาบาลเพื่อประเมินสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียกหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก ครอบคลุมตั้งแต่หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินจนกระทั่งถึงแผนกฉุกเฉิน ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

2. ควรมีประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพ (PDCA) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก

References

Akkanit, P., & Pochana, P. (2018). Development of STEMI Fast Track in Accidental and Emergency Department, Waritchaphum Hospital, SakonNakhon Province. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, *21*(1), 99-112. (in Thai).

Buasri, A. (2013). *Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Acute Coronary Syndrome Elderly in Emergency Department at Chaturaphakphiman Hospital, Roi-ed Province.* Master of Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing). Faculty of Nursing Burapha University. (in Thai).

Chuaynarong, O., & Rongmuan, D. (2018). The Development of the Screening and Assessment Form for Patients with Chest or Epigastric Pain in Emergency Department at Ranong Hospital. *Journal of Nursing and Health Care, 36*(3), 187-196. (in Thai).

Dai, X., Busby-Whitehead, J., & Alexander, KP. (2016). Acute coronary syndrome in the older adults. *Journal Geriatric Cardio*, *13*(2), 86-101.

Health Data Center. (2018). *Strategy and Planning Division. Ministry of Public Health*. Retrieved August 18, 2018, from http://www.moph.go.th

Krongthong, S., Krajaiklang, S., Surason, N., & Phromtuang, S. (2018). Development of STEMI Fast Track Service Model. *Medical journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals*, *33*(1), 45-60. (in Thai).

Panapoy, A., & Pleeianthaisong, B. (2018). The Development Network of ST Elevated Acute Myocardial Infarction Nursing Care in Buriram Hospital. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals*, *33*(2), 145-163. (in Thai).

Pornchensuanpong, C., Kamwatchanang, C., & Boonchoo K. (2015). Effects of Clinical Practice Guidelines for ST Elevate Myocardial Infarction Patients in Emergency Department, Nakhonnayok Hospital. *The journal of Faculty of Nursing Burapha University, 23*(3), 99-111. (in Thai)

Soyprasert, J., Rattanaprom, A., & Borvornsudhasin, P. (2017). Development of Caring System for ST Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) Patients Undergoing Thrombolytic Agents in Cardiac Network Suratthani Province. *Reg 11 Med Journal*, *31*(3), 495-506. (in Thai).

Tungman, J. (2012) .The Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for the Assessment of Chestpain Patients Suspected of Having Acute Coronary Syndromes. *Journal of Phrapokklao Nursing College, 23*(2), 40-52. (in Thai)

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
New Continuing Care Model for Dependent Elderly Patients

นันทิกานต์ หวังจิ[1*] และ อมรรัตน์ แสงสุวรรณ์[1]
Nanthikarn Wangji[1*] and Amonrat Sangsuwan[1]
โรงพยาบาลโคกโพธิ์[1*]
Khokpho Hospital[1*]

(Received: *September 04, 2021*; Revised: *January 31, 2022*; Accepted: *January 31, 2022*)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และประเมินผลลัพธ์ ดำเนินวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบและ 3) ผลลัพธ์พัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภาคีเครือข่าย ผู้ดูแล จำนวน 50 คน และ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแล จำนวน 60 คู่ ได้รูปแบบการพัฒนา โคกโพธิ์โมเดล เป็นรูปแบบการดูแลต่อเนื่องของทีมพยาบาลแบบ PDCA ซึ่งประกอบด้วยการดูแลผู้ป่วยร่วมกับเครือข่ายโคกโพธิ์ มีการปฏิบัติดูแลอย่างต่อเนื่อง การวางแผนจำหน่าย การติดตามนัด และการส่งต่อ เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง 2) แบบประเมินความพึงพอใจของทีมพัฒนา 3) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ 4) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ระหว่าง .80 -.98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. สถานการณ์การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มจำนวนมากขึ้นในแต่ละปี เนื่องจากขาดระบบการดูแลที่เชื่อมโยงต่อเนื่องกันทั้งในและนอกสถานบริการและ ญาติยังไม่มีความมั่นใจหรือพร่องความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน

2. รูปแบบการพัฒนา 4 ประเด็นตาม KP-PHO Model ดังนี้ 1) แนวปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ 2) แบบฟอร์มวางแผนจำหน่าย 3) แบบฟอร์มนัดและการส่งต่อและ 4) คู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้าน

3. หลังการใช้รูปแบบ พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของทีมอยู่ในระดับพึงพอใจ (M=3.56, SD=0.76) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูสุขภาพที่บ้านอยู่ในระดับดี (M=2.56, SD=0.52) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-5.12, p<.05)

ผลการศึกษานี้จึงสรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่งผล ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลที่บ้านได้ เจ้าหน้าที่ใช้แบบฟอร์มได้ง่ายและมีความพึงพอใจต่อการใช้แบบฟอร์มในการพัฒนา และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยดีขึ้น

คำสำคัญ: พัฒนารูปแบบ, การดูแลต่อเนื่อง, ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

[*]ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: norry19@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 089-4672334)

Abstract

This participatory action research aimed to develop a continuing care model for dependent elderly patients, and assess its outcomes. The research process was divided into three phases: 1) analysis of incidences, 2) development of the model, 3) outcomes. The participants were 50 public health officials and caregivers as well as 60 pairs of dependent elderly patients and their caregivers. The continuing development model, designed for the PDCA nursing teams, in collaboration with Khok Pho networks, included continuing treatments, discharge planning, appointments for follow-up, and referral. The research instruments were 1) a semi-structured questionnaire, 2) a team's satisfaction evaluation form, 3) an evaluation form of active living activities, and 4) an evaluation form of home health care behavior. Cronbach's alpha coefficient for content validity were ranged between 0.80 - 0.98. Data were statistically analyzed by descriptive statistics and paired t-test. And results were as follows.

1. As for the incidences of continuous caregiving for dependent elderly patients, it was found that they had more and more complications each year since there was no continuous caregiving system connecting to inside and outside medical centers, as well as a lack of confidence and knowledge from the relatives to take care of those patients.

2. The KP-PHO model was divided in 4 sections: 1) a guideline of integrated continuing care, 2) a form for discharge planning, 3) a form for appointments and referral, and 4) a home health care manual.

3. After using the model, the team's mean score was satisfactory (M=3.56, SD=0.76), while the mean score of home health care behavior was at a good level (M=2.56, SD=0.52). The comparison between before and after the evaluation of active living activities were statistically significantly different (t=-5.12, p<.05).

It can be concluded that the new continuing care model for dependent elderly patients could well affect the patients and their caregivers. The medical officials could use the forms easily, and they were satisfied with the outcomes.

Keywords: Model Development, Continuing Care, Dependent Older People

บทนำ

ปัจจุบันจำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้น และคาดว่าจะเข้าสู่ "สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์" คือมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ในช่วงปี พ.ศ.2567-2568 (Office of the National Economic and Social Development Council, 2016) กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะเสื่อมถอยด้านสุขภาพจากอายุที่เพิ่มขึ้น และการป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้จนทำให้เกิดพยาธิสภาพสูญเสียหน้าที่ตามระบบร่างกาย ทำให้เกิดข้อจำกัดด้านร่างกาย และจิตใจนำมาสู่การสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง ติดเตียง ติดบ้านเพิ่มจำนวนมากขึ้น National Statistical Office (2017) กล่าวว่า จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องพึ่งพิงคนอื่นช่วยดูแลกว่า 1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15 ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้หากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ รวมถึงการสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย อาจส่งผลให้ทั้งผู้ป่วยและญาติไม่สามารถดูแลตนเอง เกิดภาวะแทรกซ้อน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงได้ เนื่องด้วยปัจจุบันศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุถดถอย จากขนาดครอบครัวที่เล็กลง อาจส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ดังนั้นในปีงบประมาณ 2559 รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้ครอบคลุมทุกมิติเพิ่มขึ้น เพื่อให้สอดคล้องตาม

แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี โดยยึดหลัก ความมั่นคง มั่นคั่ง ยั่งยืน National Health Security Office (NHSO) (2016) มีการวางระบบการดูแลตามกรอบแนวคิดของแผนยุทธศาสตร์ชาติ ยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยสูงอายุ โดยการบูรณาการทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยการวางระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care, LTC) ขึ้นให้ครอบคลุมทั่วประเทศ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเสมอภาคในการดูแล

เครือข่ายอำเภอโคกโพธิ์มีประชากรผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงสูงขึ้นในแต่ละปีสอดคล้องกับฐานข้อมูลของประเทศตั้งแต่ปี 2558-2560 จำนวนผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง 456, 422 และ 433 ราย ตามลำดับ เป็นอำเภอที่อยู่ใน “สังคมผู้สูงอายุ” คิดเป็นร้อยละ 12, 10 และ 13 (Khokpho District, 2017) ดังนั้นภายในพื้นที่ได้มีการสนองนโยบายยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ดีตามมาตรฐานวิชาชีพโดย โรงพยาบาลมีการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพมีกระบวนการวางแผนจำหน่าย การส่งต่อในโปรแกรมเยี่ยมบ้าน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เยี่ยมบ้านตามบทบาทและหน้าที่ของแต่ละหน่วยบริการ และในปี 2559 ในบางพื้นที่ได้เริ่มมีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข โดยบูรณาการการดูแลร่วมกันทุกภาคส่วนในชุมชนมีการพัฒนาศักยภาพผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตำบลละ 1 คน พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตามเกณฑ์ 1:10 คน ได้ครบตามเกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข แต่ก็ยังพบว่า การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงในระบบหน่วยบริการ และชุมชน ยังมีการดำเนินงานที่แยกส่วนการทำงาน ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่จึงไม่ได้เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีความสอดคล้องกับตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลโคกโพธิ์ตั้งแต่ปี 2558-2560 ดังนี้ ผู้ป่วยและญาติได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านสามารถดูแลตนเองได้คิดเป็นร้อยละ 65,74 และ 75 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ7, 6และ 6.8 ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงมีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคปอดบวมและมีการนอนพักรักษาตัวซ้ำจำนวนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี จำนวน 195, 199และ201 รายตามลำดับ (Khokpho hospital, 2017) ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยกลุ่มนี้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ14.93 , 12.52 และ 9.76 ตามลำดับ ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นส่งผลต่อค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในชุมชน ต้องมีการพัฒนาศักยภาพทีมผู้ดูแล พัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่าย สนับสนุนการดูแลตนเอง สนับสนุนทางสังคม พัฒนาระบบติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องโดยมีแนวทางการส่งต่อแบบบูรณาการทีมสหอาชีพต่าง ๆ (Nakgul, 2018; Boonleart, Promarak & Taewpea, 2016) ไม่แตกต่างกับการศึกษาของ Tapasi, Danpradit และ Ratnawijit (2017) ศึกษารูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลวังตะกู จังหวัดนครปฐม เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการโดยการติดสติกเกอร์โทรศัพท์ที่สมุด การเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรในชุมชน การให้ความรู้กับผู้สูงอายุ หลังการพัฒนารูปแบบพบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบ ส่งผลต่อภาวะสุขภาพดีขึ้น แต่มีบางการศึกษาพบว่า การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านเพียงอย่างเดียวอาจไม่ส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้ ต้องมีการบูรณาการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงตั้งแต่สถานบริการและชุมชน ควรตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ดูแลโดยคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ดูแลควรได้รับการสนับสนุนส่งเสริมให้มีความสามารถในการประเมิน และดูแลตนเอง ควรมีการกำหนดทิศทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุให้เป็นรูปธรรมอย่างบูรณาการ (Ciccone, Celani, Chiaramonte, Rossi & Righetti, 2013) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงไว้ซึ่งคุณค่า และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Wicha, 2017) ซึ่งมีความสอดคล้องกับ Arttaros & Apai (2011) และคอนคาลท์ บริดลี่และคณะ (Goncalve-Bradley, Doll, Broad, Gladman, Langhorne, Richards, 2017)

Goncalve-Bradley, Doll, Broad, Gladman, Langhorne, Richards (2017) กล่าวว่า ระบบบริการที่ดีที่จะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนคือ การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่สถานบริการชุมชนและครอบครัว ได้ศึกษาการดูแลต่อเนื่องในเด็กที่ป่วยเรื้อรัง พบว่า รูปแบบการดูแลต่อเนื่องมี 3

ระยะคือ ระยะที่ดูแลโรงพยาบาลโดยการตอบสนองความต้องการของเด็ก การให้ความรู้กับครอบครัว การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ระยะที่ 2 การส่งต่อและ ระยะที่ 3 คือการดูแลที่บ้านโดยการดูแลร่วมกันกับครอบครัวและชุมชน ซึ่งผลการศึกษาไม่แตกต่างกับการศึกษาของ Pischalad & Mulpanun (2016) พบว่าการดูแลต่อเนื่องเป็นแนวคิดการจัดการพยาบาลเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงของการดูแลสุขภาพทั้งในระยะที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยบูรณาการการดูแลทีมสหอาชีพต่าง ๆ ในชุมชน ส่งผลต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ พบว่าการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงในบริบทของแต่ละพื้นที่ มีความแตกต่างกันไป ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ มาบูรณาการหลาย ๆ การศึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงตั้งแต่โรงพยาบาลสู่ชุมชน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้จากการคิดวิเคราะห์ จากทีมที่ให้การดูแลในพื้นที่ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการให้บริการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงได้รับการบริการดูแลสุขภาพอย่าเสมอภาค เท่าเทียมกันภายใต้หลักเศรษฐกิจพอเพียงตามแผนยุทธศาตร์ชาติ 20 ปี ส่งผลต่อความมั่นคง มั่นคั่ง และยั่งยืนในระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการ การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ใช้กรอบแนวคิดการดูแลต่อเนื่องของ Nursing Division (2014) ที่กล่าวไว้ว่า การดูแลต่อเนื่อง เป็นกระบวนการดูแลตั้งแต่ การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อ และการดูแลสุขภาพที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research) ดำเนินการศึกษาตั้งแต่ เดือนกุมภาพันธ์ 2561- ธันวาคม 2561 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยศึกษาจากประสบการณ์จริงในการปฏิบัติงานการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วย ร่วมกับการถอดบทเรียน (Lesson Learned)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ทีมสหวิชาชีพ ทั้งภายในและภายนอกองค์กร และญาติที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแลของโรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี จำนวน 50 ราย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ทีมพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพภาคีเครือข่ายการดูแลในชุมชน และญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 50 ราย คัดเลือกโดยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) กำหนดคุณสมบัติดังนี้ 1)ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน 2) ภาคีเครือข่ายการดูแลในชุมชนเป็นเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 3)

เป็นอาสาสมัครในชุมชนที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และ 4) ญาติผู้ดูแลที่ผ่านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่น้อยกว่า 1 เดือน อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี หรืออายุไม่เกิน 60 ปี และ 5) ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และได้รับการประเมินกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 5 - 11 คะแนน (ติดบ้าน) และมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน (ติดเตียง) จำนวน 60 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แนวคำถามที่ใช้ในการประชุมทีมพัฒนารูปแบบโดยมีประเด็นการประชุมกลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพิงในปัจจุบันในโรงพยาบาลและในชุมชนเป็นอย่างไร 2) ข้อจำกัด ปัญหาและอุปสรรคที่พบในหน่วยงานของท่านเช่น การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อ และการดูแลสุขภาพที่บ้าน 3) ท่านต้องการให้เกิดอะไรที่ดีขึ้นกว่านี้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง 4) อะไรที่ดีแล้วในระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและต้องการเพิ่มเติมอะไรที่ดีขึ้นบ้าง 5) ท่านคิดว่าควรจะพัฒนาอย่างไรในหน่วยงานของท่าน/ระบบ เพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ป่วย

การตรวจสอบเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามปลายเปิด โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณหาค่า IOC ของเครื่องมือได้เท่ากับ 0.89 หลังจากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ โดยการสัมภาษณ์ผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำนวน 5 ราย และปรับปรุงแก้ไขก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วางแผนการดำเนินการวิจัย ได้แก่ วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา บริบท เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ในเครือข่ายโรงพยาบาลโคกโพธิ์ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2561-พฤษภาคม พ.ศ. 2561 โดยมีการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยติดต่อประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือและเก็บรวบรวมข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สำนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และญาติผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย

2. เตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาพัฒนารูปแบบจากกลุ่มตัวอย่าง และการใช้พัฒนารูปแบบกับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผู้ช่วยวิจัยต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงมากกว่า 1 ปี และมีประสบการณ์การพัฒนางานคุณภาพ

3. เก็บรวบรวมข้อมูลศึกษาจากรายงานสถิติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ศึกษาจากความเสี่ยงสำคัญในโรงพยาบาล ตัวชี้วัดสำคัญที่ส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิต และติดต่อประสานงานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครดูแลผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จัดประชุมเพื่อวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันดังนี้

3.1 ประชุมครั้งที่ 1 ประสานงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเครือข่ายปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงสถิติผู้ป่วยสูงอายุ ปัญหา ตัวชี้วัดสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแล และชี้แจงความสำคัญในการทำวิจัย พร้อมกับการใช้แบบสอบถามกึ่งโครงสร้างแบบสนทนากลุ่มในทีมสุขภาพเกี่ยวกับการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปัจจุบันในโรงพยาบาลและในชุมชนเป็นอย่างไร ข้อจำกัด ปัญหาและอุปสรรคที่พบในหน่วยงานมีอะไรบ้างที่ส่งผลต่อการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อ และการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยรวบรวมประเด็นสำคัญในการตอบของกลุ่มตัวอย่างและนัดการประชุมครั้งต่อไปอีก 4 อาทิตย์

3.2 ประชุมครั้งที่ 2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสรุปปัญหาต่าง ๆ จากที่กลุ่มตัวอย่างร่วมกันวิเคราะห์สะท้อนปัญหาในหน่วยงาน และสอบถามเพิ่มเติมจากการประชุมกลุ่ม เกี่ยวกับความต้องการให้เกิดอะไรที่ดีขึ้นกว่านี้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง

3.3 ประชุมครั้งที่ 3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสรุปความต้องการที่กลุ่มตัวอย่างได้เสนอเพื่อให้มีรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และได้นำเสนอรูปแบบจากการศึกษาวิจัยเพื่อให้สอดคล้องตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่างพอสังเขป เพื่อนำไปศึกษาอย่างละเอียดในการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การถอดบทเรียน (Lesson Learned) เป็นข้อมูลที่ได้จากการดำเนินการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) โดยนำมาวิเคราะห์และแปลผลร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในการศึกษาตามบริบทสถานการณ์ และตามหลักการดำเนินงานวงจรคุณภาพ PDCA พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี เนื่องจากขาดระบบการดูแลที่เชื่อมโยงต่อเนื่องกันทั้งในและนอกสถานบริการและ ญาติยังไม่มีความมั่นใจหรือพร่องความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยใช้วงจรการบริหารงานคุณภาพ ด้านการวางแผน (Plan) การดำเนินการ (Do) การติดตาม (Check) และ การปรับปรุง (Act) โดยมีการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยนำผลวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ ผลสัมภาษณ์ ถอดเทปเกี่ยวกับสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และความต้องการในการพัฒนา พร้อมกับการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 เพื่อเสนอร่างรูปแบบจากการทบทวนศึกษาวรรณกรรมเพื่อให้เหมาะสมตามบริบท และปรับเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะของทีมพัฒนารูปแบบ

3. นำเสนอร่างรูปแบบให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบความเหมาะสมสอดคล้อง ซึ่งมี 2 ระดับ จากความสอดคล้อง/เหมาะสม คือ1 สอดคล้อง/เหมาะสม และ0 คือ ไม่สอดคล้อง/ไม่เหมาะสม โดยมีการประเมิน 1) แนวคิดและหลักการที่นำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบมีความเหมาะสม 2) วัตถุประสงค์ของรูปแบบมีความชัดเจนและเหมาะสมสอดคล้องกับแนวคิดและหลักการ 3) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนำไปใช้ได้จริง ผลการวิเคราะห์มีข้อเสนอแนะให้มีการปรับปรุงคู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้าน ให้มีไม้บรรทัดที่สามารถวัดได้ในสมุด เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ สามารถประเมินเปรียบเทียบขนาดของแผลได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ทีมสหวิชาชีพ ทั้งภายในและภายนอกองค์กร และญาติที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแลของโรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี จำนวน 50 ราย และผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน 2) ภาคีเครือข่ายการดูแลในชุมชนเป็นเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 3) เป็นอาสาสมัครในชุมชนที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และ 4) ญาติผู้ดูแลที่ผ่านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่น้อยกว่า 1 เดือน อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี หรืออายุไม่เกิน 60 ปี 5) ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 5-11 คะแนน (ติดบ้าน) และมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน (ติดเตียง)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง, ญาติผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง และทีมพัฒนารูปแบบประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ โรคประจำตัว อาศัยอยู่กับ สิทธิการรักษา

ชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยปรับจากรูปแบบการวางแผนจำหน่ายตาม METHOD จำนวน 6 ข้อ ได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบ Rating Scale เป็น 3 ระดับ คือ 1 ปฏิบัติไม่ถูกต้อง, 2 ปฏิบัติถูกต้องบางส่วนและ 3 ปฏิบัติได้ถูกต้อง

การพิจารณาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน ใช้การแบ่งระดับแบ่งอิงเกณฑ์ โดยหาค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามทั้งชุดซึ่งอยู่ระหว่าง 1-3 คะแนน และแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 มีคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่บ้านระดับดี 1.67-2.33 มีคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่บ้านระดับปานกลาง 1.00-1.66 มีคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่บ้านระดับต่ำ โดยคำนวณช่วงคะแนนพิสัยจากสูตร Srisaad (2013)

ชุดที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินนี้แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุง (Department of Medical service Ministry of Public Health, 2014) จากดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) เป็นการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วยการประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) ล้างหน้า-แปรงฟัน 3) การลุกนั่งจากที่นอน 4) การใช้ห้องสุขา 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้น-ลงบันได 1 ขั้น 8) การอาบน้ำ 9) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและ 10) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ คะแนนของแบบประเมินมีคะแนนตั้งแต่ 0-20 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน คือ 0-4 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (ติดเตียง) คะแนน 5-11 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง ต้องพึ่งพาผู้อื่นบ้าง (ติดบ้าน) คะแนน 12-20 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ดี (ติดสังคม)

ชุดที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ ให้เลือกตอบตามระดับความพึงพอใจ 5 ระดับคือ พอใจมาก พอใจ พอใจน้อยเกือบไม่พอใจ ไม่พอใจน้อย ไม่พอใจมาก โดยเกณฑ์ในการให้คะแนนให้คะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ เกณฑ์ในการวิเคราะห์คะแนนความพึงพอใจ ใช้ในการคำนวณช่วงการวัดดังนี้ พอใจมาก ช่วงคะแนน 4.21-5.00 พอใจ ช่วงคะแนน 3.41-4.20 พอใจน้อยเกือบจะไม่พอใจ ช่วงคะแนน 2.61-3.40 ไม่พอใจ ช่วงคะแนน 1.81-2.60 ไม่พอใจ ช่วงคะแนน 1.00-1.80 (Srisaad, 2013)

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาผลลัพธ์รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ขั้นตอนนี้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (Quasi – Experimental One group Pretest Posttest Design) ตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ 2561 - ธันวาคม 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี เจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแลหลัก

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 กลุ่ม 1) ทีมพัฒนารูปแบบประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพ ภาคีเครือข่ายการดูแลในชุมชน อาสาสมัครในชุมชนที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และญาติผู้ดูแลที่ผ่านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง จำนวน 50 ราย 2) ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโคกโพธิ์ จำนวน 60 ราย 3) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยประจำที่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้านผู้ป่วยอาศัยอยู่กับผู้ดูแล จำนวน 60 ราย เก็บข้อมูลตั้งแต่ กุมภาพันธ์ 2561 - ธันวาคม 2561 เลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ดังต่อไปนี้ 1) เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน 2) เป็นเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 3) เป็นญาติของผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 4) เป็นผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการประเมินกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL) โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 5 - 11 คะแนน (ติดบ้าน) และมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 4 คะแนน (ติดเตียง) จำนวน 60 ราย 5) มีผู้ดูแลหลักในขณะที่ดูแลที่โรงพยาบาลมีสติสัมปชัญญะดี สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ 6) มารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี ในช่วงเดือนสิงหาคม 2561 - ตุลาคม 2561 7) ได้รับการประเมิน ADL ซ้ำ หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล 3 เดือน 8) ผู้ป่วยหรือญาติสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ (10) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์การคัดออก 1) มีอาการวิกฤติต้องได้รับการส่งต่อ 2) เสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1 แนวปฏิบัติติการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้ปฏิบัติงานในแต่ละสาขาอาชีพที่ต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงในหน่วยงานของตนเอง และสำหรับการติดต่อ ประสานงานระหว่างทีมสหอาชีพที่ต้องดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงร่วมกัน

1.2 แบบฟอร์มวางแผนจำหน่าย เป็นแบบฟอร์มวางแผนจำหน่ายสำหรับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลที่มีการปรับจากรูปแบบเดิมที่ใช้ลักษณะการเขียนซึ่งเป็นปัญหาและอุปสรรคสำหรับคนทำงานที่ไม่ไม่สามารถเขียนได้อย่างครอบคลุม ทุกคน จึงมีการปรับเป็นแบบฟอร์มสำหรับประเมินในแต่ละหัวข้อ ว่ามีลักษณะเป็นอย่างไร ประสาน ส่งต่อให้กับทีมสหวิชาชีพใดบ้าง

1.3 แบบฟอร์มนัดและการส่งต่อ เป็นแบบฟอร์มที่ใช้สัญลักษณ์ที่เห็นได้ชัด เกี่ยวกับลักษณะผู้ป่วย อาการเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงในผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงให้มีความรวดเร็วในการดูแล

1.4 คู่มือดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นคู่มือการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่บ้าน ที่ต้องใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยซับซ้อน เช่น การทำผล การดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ การดูแลผู้ป่วยใส่สายให้อาหารทางจมูก โดยจะมีการแนะนำอุปกรณ์ต่าง ๆ วิธีการใช้อุปกรณ์ การประเมินการดูแลที่บ้านของผู้ป่วยและญาติ การประเมินอาการติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองที่บ้านอย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยผู้วิจัยจัดทำขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ โดยปรับจากรูปแบบการวางแผนจำหน่ายตามMETHODจำนวน 6 ข้อ ได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบ Rating Scale เป็น 3 ระดับ คือ1ปฏิบัติไม่ถูกต้อง, 2 ปฏิบัติถูกต้องบางส่วนและ 3 ปฏิบัติได้ถูกต้อง เพื่อการพิจารณาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน

2.2 แบบประเมินความสามารถกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living) ของ Department of Medical Service Ministry of Public (2014) เป็นการประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งบ่งบอกภาระที่ต้องพึ่งพา โดยใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ ความสามาถในการรับประทานอาหาร ล้างหน้า แปรงฟัน การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหวภายในห้องหรือบ้าน การแต่งตัว การขึ้นลงบันได เป็นต้น โดยมีการแปลระดับคะแนนดังนี้ คะแนน0 – 4 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (ติดเตียง) คะแนน 5 – 11 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง ต้องพึ่งพาผู้อื่นบ้าง (ติดบ้าน) คะแนน 12 – 20 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ (ติดสังคม)

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ ให้เลือกตอบตามระดับความพึงพอใจ 5 ระดับคือ พอใจมาก พอใจ พอใจน้อยเกือบไม่พอใจ ไม่พอใจน้อย ไม่พอใจมาก โดยเกณฑ์ในการให้คะแนนให้คะแนน 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index OfItem Objective Congruence: IOC) ระหว่าง .67-1.00 นำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 5 ราย และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) โดยได้ค่าระหว่าง .80 -.98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

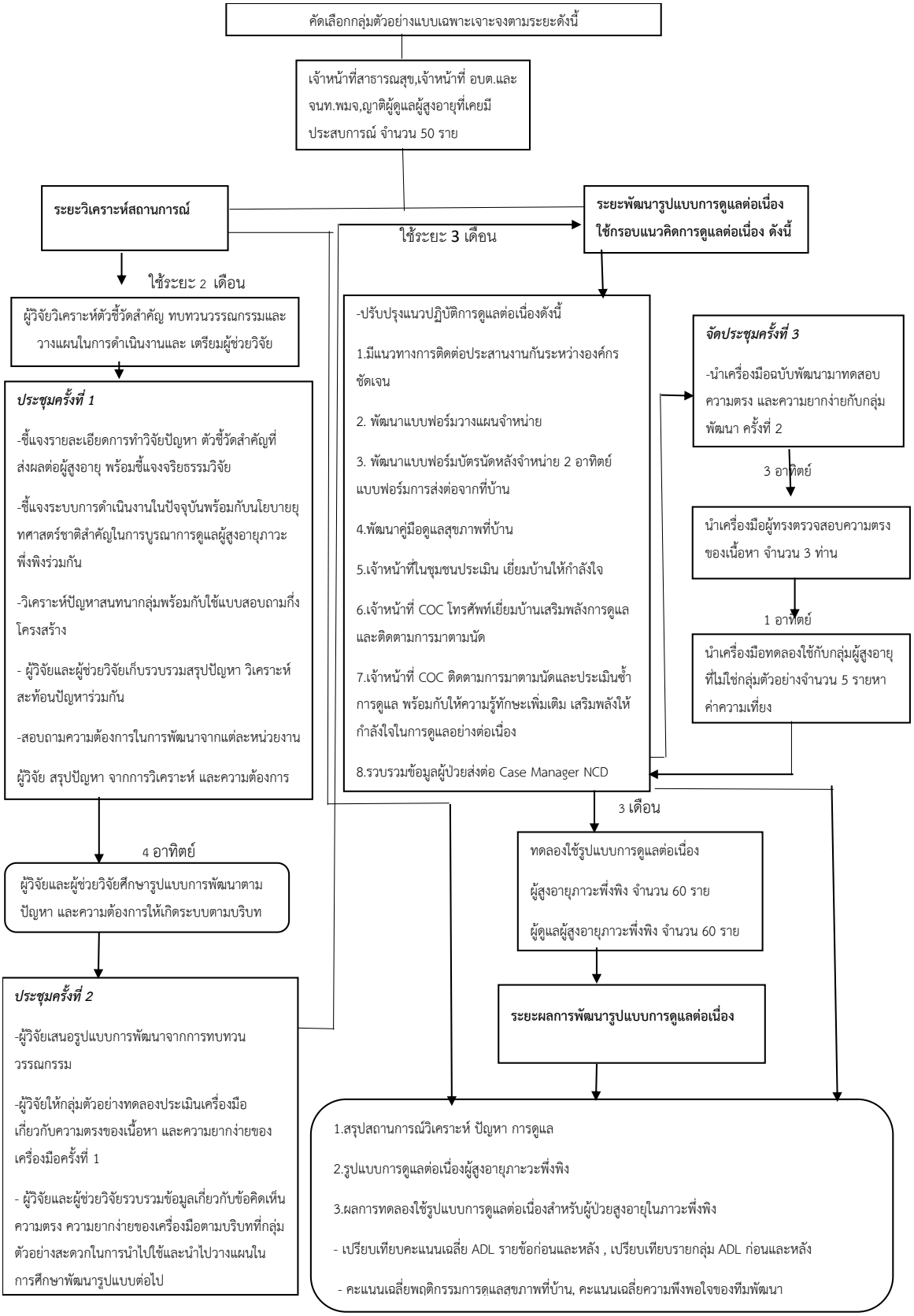
ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลต่อเนื่องผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงมาสังเคราะห์รูปแบบร่วมกับทีมพัฒนารูปแบบ ซึ่งการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องใช้กรอบแนวคิดการดูแลต่อเนื่องของ Nursing Division (2014) กล่าวไว้ว่า การดูแลต่อเนื่อง เป็นกระบวนการการประเมิน วางแผน การประสานความร่วมมือกัน

เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และเอื้ออำนวยให้ผู้รับบริการสามารถเปลี่ยนผ่านจากสถานที่หนึ่งไปอีกสถานที่หนึ่ง การดูแลต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้น ประกอบด้วย 3 กระบวนการดังนี้

กระบวนการที่ 1 เป็นการดูแลระยะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การวางแผนจำหน่ายการดูแลตั้งแต่การประเมินปัญหา การดูแลทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลโดยการปรับและสร้างแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่ายตามหลัก METHOD ที่สามารถใช้ได้ง่ายและครอบคลุมเนื้อหาการประเมินสภาพ การดูแลให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย มีการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพเชื่อมโยงการนำข้อมูลที่ได้จากการวางแผนจำหน่ายมาบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Home Health Care Online เพื่อเกิดความต่อเนื่องและเชื่อมโยงปัญหาการดูแลของผู้ป่วย ก่อนผู้ป่วยจำหน่ายกลับจากโรงพยาบาลญาติจะได้รับการประเมินซ้ำการดูแลก่อนกลับบ้านโดยเจ้าหน้าที่ COC ผู้ป่วยและญาติจะได้รับสมุดบันทึกการดูแลตนเองที่บ้านเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง มีการจดบันทึกความต่อเนื่องของการดูแลระหว่างญาติและเจ้าหน้าที่พยาบาลเพื่อส่งเสริมความตระหนักในการดูแลตนเองที่บ้านโดยที่ผู้ป่วยหรือญาติสามารถประเมิน ปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ และการโทรศัพท์สอบถามเมื่อมีปัญหาการดูแลที่บ้าน

กระบวนการที่ 2 การส่งต่อ มีการส่งต่อ Caseผ่าน โปรแกรม Home Health Care Online เชื่อมโยงการวางแผนจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เจ้าหน้าที่พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่องประสาน Case ส่งต่อทางโทรศัพท์ซ้ำอีกครั้งหลังผู้ป่วยจำหน่าย และมีช่องทางสำหรับการเข้าถึงและรับบริการในโรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านมีภาวะแทรกซ้อนต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ โดยมีใบส่งต่อเฉพาะแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเป็นช่องทางด่วนในการเข้ารับบริการ

กระบวนการที่ 3 การดูแลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีการออกบัตรนัดที่มีสัญลักษณ์ปั๊มเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงเพื่อเป็นสัญลักษณ์การติดตามมารับบริการตามนัดหลังจำหน่าย 2 อาทิตย์ที่มีนัดติดตามอาการที่โรงพยาบาล และเพื่อเป็นช่องทางการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงที่มารับบริการในสถานบริการ เจ้าหน้าที่พยาบาลในชุมชนติดตามเยี่ยม Case ที่บ้าน และมีการติดตามทางโทรศัพท์จากเจ้าหน้าที่ศูนย์ดูแลต่อเนื่องก่อนถึงวันนัด 1 - 2 วัน เพื่อกระตุ้นเตือนการมารับบริการตามนัด ตามภาพ 1



ภาพ 1 กระบวนการพัฒนาผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

ขั้นหลังการทดลอง

หลังการทดลองใช้รูปแบบ ที่พัฒนาขึ้นผู้วิจัยประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยประเมินผลลัพธ์หลังใช้รูปแบบได้แก่ 1) ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ ที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) 3) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 35/61 รับรองตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2561 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2561 โดยผู้วิจัยปฏิบัติตามมาตรฐานสากลของจริยธรรมวิจัยในคน

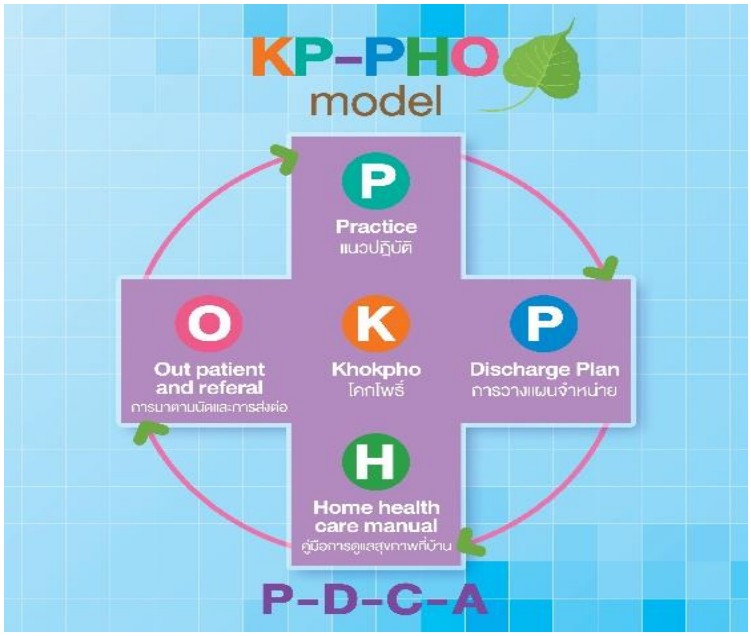
ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าทีมพัฒนารูปแบบ จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 40.46 ปี (*SD*=5.71) รับราชการเป็นส่วนใหญ่ เป็นพยาบาล เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี ค่าเฉลี่ย 13.42 (*SD*= 6.09) สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีจำนวนทั้งหมด 60 ราย มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บ้าง (ติดบ้าน) จำนวน 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.33% และต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (ติดเตียง) จำนวน22 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.66 % จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำ 5.52 (*SD*=2.99) เป็นกลุ่มติดบ้าน พบในกลุ่มเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 71.57 ปี (*SD*=7.29) สถานภาพคู่ ไม่ได้รับการศึกษาภาคบังคับเป็นส่วนใหญ่ มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพ เป็นส่วนใหญ่ และในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 44.93 ปี (*SD*=10.27) นับถือศาสนาอิสลาม สถานภาพคู่ ศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา มีอาชีพเกษตรกร รองลงมาคือรับจ้าง มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,093 บาท มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยประมาณ 1 - 3 ปี ส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง

2. สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการ การดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การวิเคราะห์ข้อมูลจากทีมพัฒนาพบว่า จำนวนผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงอำเภอโคกโพธิ์มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ปอดบวม แผลกดทับ มีความสอดคล้องกับตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ พบว่าผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองที่บ้าน อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน ได้เพียงร้อยละ 64 และร้อยละ 7 ตามลำดับ (Key Performance Indicator Khokpho Hospital, 2017) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มานอนพักรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลจำนวนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี ด้วยสาเหตุการติดเชื้อในกระแสเลือดมากที่สุด จากปัญหาต่าง ๆ ข้างต้น ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ทีมผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการวิเคราะห์ปัญหาเพิ่มเติม ตามกรอบแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง (Nursing Division, 2014) ได้ประเด็นดังนี้ 1) แนวปฏิบัติเดิมที่ใช้ดูแลต่อเนื่องไม่ครอบคลุมตามกระบวนการดูแล ควรจะมีแนวปฏิบัติที่สามารถอ่านแล้วเข้าใจง่ายตามกระบวนการและมาตรฐานการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่การวางแผนจำหน่าย ส่งต่อและ การดูแลสุขภาพที่บ้าน และที่สำคัญควรมีแนวทางติดต่อประสานงานกับหน่วยงานองค์กรนอกเครือข่ายบริการอย่างชัดเจนเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงในการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมสหาชีพต่าง ๆ 2) การวางแผนจำหน่าย พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิงไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างครอบคลุม เนื่องจากแบบฟอร์มวางแผนจำหน่ายที่ใช้ในปัจจุบันมีลักษณะการใช้งานที่ยุ่งยาก 3) ญาติผู้ดูแลหลักไม่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 4) ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงในชุมชนส่วนใหญ่ปฏิเสธการมารับบริการที่โรงพยาบาลเมื่อมีอาการ หรือการมาตามนัด เนื่องจากปัญหาอุสรรคจากการเดินทาง การลืมนัด และการใช้ระยะเวลารอคอยระหว่าง

ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล 5) การประสานงานระหว่างทีมสหาชีพต่าง ๆ ยังไม่ชัดเจนเช่น ระหว่างพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสาธารณสุขยังมีการทำงานแยกส่วน

3. รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จากการวิเคราะห์ปัญหาตามบริบทของเครือข่าย อำเภอโคกโพธิ์ ทีมมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง KP-PHO Model ร่วมกับการดำเนินงานวงจรคุณภาพ PDCA ดังภาพ 2



ภาพ 2 รูปแบบ KP-PHO Model

จากภาพ 2 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง KP-PHO model ภายใต้แนวคิดการดูแลต่อเนื่องของกองการพยาบาลร่วมกับวงจรคุณภาพ PDCA ประกอบด้วย 1) K: KHOKPHO หมายถึง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง เครือข่ายโคกโพธิ์ 2) P: Practice หมายถึงแนวปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง 3) P: Discharge Plan หมายถึง แบบฟอร์มวางแผนจำหน่าย 4) H: Home health care manual หมายถึง คู่มือดูแลสุขภาพที่บ้าน และ 5) O: Out patient and referral หมายถึง การติดตามตามนัดและการส่งต่อ

4. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ ก่อนและหลังพัฒนาด้วยสถิติ Paired t-test (n = 60)

รายการประเมิน	ก่อน		หลัง		*t*	*p-value*
	M	*SD*	*M*	*SD*		*(1-tailed)*
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	5.43	2.80	7.00	2.88	-5.12	<.001
การรับประทานอาหารสามารถตักอาหารและ ช่วยเหลือตัวเองได้	0.73	0.45	1.13	0.57	-2.84	0.01
การสามารถล้างหน้า หวีผม โกนหนวดในระยะเวลา 24 – 48 ชม.	0.77	0.43	0.97	0.33	-2.69	0.01
การเคลื่อนไหวภายในห้อง หรือบ้านสามารถเดินหรือเคลื่อนที่ได้	0.53	0.50	1.07	0.69	-4.28	<.001
การแต่งตัวหรือสวมใส่/เสื้อผ้าสามารถช่วยเหลือตนเองได้	0.40	0.49	0.77	0.12	-3.00	0.01

จากตาราง 1 พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบ คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ และเปรียบเทียบรายข้อพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(p<.05) คือการรับประทานอาหาร ล้างหน้า หวีผม โกนหนวด การเคลื่อนไหวภายในห้อง การแต่งตัวหรือสวมใส่เสื้อผ้า

ตาราง 2 เปรียบเทียบระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำก่อนและหลังพัฒนาด้วยสถิติ Paired t-test (n = 60)

กลุ่มตัวอย่าง	*M*	*SD*	*t*	*p-value*	แปลผล
ก่อนพัฒนา	1.67	0.48	-1.80	0.08	ติดบ้าน
หลังพัฒนา	1.77	0.50			ติดบ้าน

จากตาราง 2 พบว่าระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล (n=60)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	*M*	*SD*	แปลผล
ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแล	2.56	0.52	ระดับดี
การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วยและการดูแลตนเองที่บ้าน	2.63	0.49	ระดับดี
การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เหมาะสม ตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย การเฝ้าระวังและสังเกตอาการ/อาการแทรกซ้อนที่บ้าน	2.60	0.49	ระดับดี
การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เหมาะสม ในกรณีการเกิดเหตุฉุกเฉิน การขอความช่วยเหลือ และการไปตรวจตามนัด	2.83	0.38	ระดับดี
การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการฟื้นฟูสุขภาพที่บ้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย/โรคอย่างสม่ำเสมอ	2.70	0.47	ระดับดี

จากตาราง 3 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.56 (*SD*=0.52) อยู่ในระดับดี และมีบางข้อที่คะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง คือ การใช้ยา ที่ถูกต้อง และการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่

ตางราง 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของทีมพัฒนา (n=50)

ความพึงพอใจ	*M*	*SD*	แปลผล
ความพึงพอใจของทีมพัฒนา	3.56	0.76	ระดับพอใจ

จากตาราง 4 คะแนนความพึงพอใจของทีมพัฒนาหลังได้รับการพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับพอใจ (*M*=3.56, *SD*=0.76)

อภิปรายผล

1. สถานการณ์ เครือข่ายอำเภอโคกโพธิ์มีประชากรผู้สูงอายุจำนวนเพิ่มมากขึ้น จำนวนผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปีเช่นกัน การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในระบบหน่วยบริการ และชุมชนยังมีการดำเนินงานที่แยกส่วนการทำงาน ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงเนื่องจากผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยและญาติขาดทักษะในการดูแลตนเอง การไม่มาตามนัดหรือไม่มารับการรักษาบริการในโรงพยาบาลเมื่อมีอาการเนื่องจากอุปสรรคและข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ พาหนะในการมาและกลับโรงพยาบาล การลืมนัดซึ่ง กระบวนการสำคัญคือการบูรณาการในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกันระหว่างทีมสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์ (Ciccone, Celani, Chiaramonte, Rossi & Righetti, 2013)

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการดูแลต่อเนื่อง (Nursing Division, 2014) ซึ่งมีแนวคิดว่า การดูแลต่อเนื่อง เป็นกระบวนการการประเมิน วางแผน การประสานความร่วมมือกันเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเอื้ออำนวยให้ผู้รับบริการสามารถเปลี่ยนผ่านจากสถานที่หนึ่งไปอีกสถานที่หนึ่ง และการดูแลต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้น โดยมีการบูรณาการใช้แนวทางการพัฒนาคุณภาพ PDCA ร่วมด้วยเพื่อให้รูปแบบที่ได้มีประสิทธิภาพจากการทบทวนวรรณกรรมรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในชุมชนต้องมีการพัฒนาศักยภาพทีมผู้ดูแล พัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่าย สนับสนุนการดูแลตนเอง สนับสนุนทางสังคม พัฒนาระบบติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง โดยมีแนวทางการส่งต่อแบบบูรณาทีมสหอาชีพต่าง ๆ (Nakgul, 2018; Boonleart, Promarak & Taewpea, 2016) ไม่แตกต่างกับการศึกษาของ Tapasi, Danpradit & Ratnawijit (2017) ศึกษารูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลวังตะกู จังหวัดนครปฐม เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการโดยการติดสติกเกอร์โทรศัพท์ที่สมุด การเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรในชุมชน การให้ความรู้กับผู้สูงอายุ หลังการพัฒนารูปแบบพบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบ ส่งผลต่อภาวะสุขภาพดีขึ้น แต่มีบางการศึกษาพบว่า การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านเพียงอย่างเดียวอาจไม่ส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้ ต้องมีการบูรณาการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงตั้งแต่สถานบริการและชุมชน ควรตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ดูแลโดยคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ดูแลควรได้รับการสนับสนุนส่งเสริมให้มีความสามารถในการประเมิน และดูแลตนเอง ควรมีการกำหนดทิศทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุให้เป็นรูปธรรมอย่างบูรณาการ (Ciccone, Celani, Chiaramonte, Rossi & Righetti, 2013)เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงไว้ซึ่งคุณค่า และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ซึ่งมีความสอดคล้องกับ Arttaros & Apai (2011) กล่าวว่า ระบบบริการที่ดีที่จะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืนคือ การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่สถานบริการชุมชน และครอบครัว ได้ศึกษาการดูแลต่อเนื่องในเด็กที่ป่วยเรื้อรัง พบว่า รูปแบบการดูแลต่อเนื่องมี 3 ระยะคือ ระยะที่ดูแลโรงพยาบาลโดยการตอบสนองความต้องการของเด็ก การให้ความรู้กับครอบครัว การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ระยะที่ 2 การส่งต่อและ ระยะที่ 3 คือการดูแลที่บ้านโดยการดูแลร่วมกันกับครอบครัวและชุมชน ซึ่งผลการศึกษาไม่แตกต่างกับการศึกษาของ Pischalad & Mulpanun (2016) พบว่าการดูแลต่อเนื่องเป็นแนวคิดการจัดการพยาบาลเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงของการดูแลสุขภาพทั้งในระยะที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยบูรณาการ การดูแลทีมสหอาชีพต่าง ๆ ในชุมชน ส่งผลต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นได้ รูปแบบดังนี้ 1) แนวปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ 2) แบบฟอร์มวางแผนจำหน่าย 3) แบบฟอร์มนัดและการส่งต่อและ 4) คู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้าน

3. ผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุภาวะพึ่งพิง เมื่อนำรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาจากทีมผู้ปฏิบัตินำมาใช้ในกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ทีมพัฒนาพบว่า ญาติมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพในระดับดี ส่งผลต่อคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สูงขึ้นและผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาเอง

การศึกษาครั้งนี้ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงเนื่องจากเป็นการศึกษาที่ใช้วิธีการเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับผู้ปฏิบัติงาน ทำให้รูปแบบที่ได้จากการพัฒนาสามารถนำไปใช้ได้อย่างเหมาะสมตามบริบทในพื้นที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีและความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลในหอผู้ป่วยสามารถประเมินเกณฑ์การคัดเข้าในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ง่ายและสะดวก ตามแนวทาง METHOD มีการประเมินและการให้ความรู้อย่างง่าย ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลสามารถประเมินการดูแลวางแผนการดุแล และมีการสรุปการดูแลทั้งทีมสหวิชาชีพเพื่อเชื่อมโยงในการส่งต่อข้อมูลใน Home Health Care Online ได้อย่างครบถ้วนตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย

2. พยาบาลศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care: COC) พยาบาลตึกผู้ป่วยในและพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถติดตามการดูแลของผู้ป่วยและญาติที่บ้านโดยใช้คู่มือในการประเมินและเป็นช่องทางการสื่อสารระหว่างพยาบาลโรงพยาบาลและพยาบาลชุมชนเกี่ยวกับความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วย

3. ควรส่งเสริมให้มีการจัดทู่มือเฉพาะสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งใช้รูปเล่มที่สวยงาม มีสีสันน่าใช้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการพัฒนาโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มอื่นๆ เช่น ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่มีแผลเรื้อรัง ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคองเป็นต้น

2. ควรส่งเสริมให้มีการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยติดตามการใช้แบบฟอร์มอย่างต่อเนื่องในรายที่เป็นไปตามเกณฑ์การวางแผนจำหน่าย

References

Arttaros, T., & Apai, J. (2011). Continuing Model Communicable disease in Child. *Journal Thailand Nursing and Midwifery Council, 26(Special), 112-125*. (In Thai).

Boonleart, P., Promarak, T., &Taewpea, S. (2016). Continuous Care Model Development for Disability Elders in Bandongmone Health Promotion Hospital Tumbon Singkok Aumphur Kasetwisai Roi-Et Province. *Journal of the office of DPC 7 Khonkaen, 23*(2), 79-87. (In Thai).

Ciccone, A., Celani, M. G., Chiaramonte, R., Rossi, C., & Righetti, E. (2013). *Continuous Versus.* Intermittent Physiological Monitoring for Acute Stroke 2013: Intervention Review.

Department of Medical Service Ministry of Public Health. (2014). *Screening Guide/Assess the Elderly*. Edition 1. Bangkok: Tahan Pansuak Printing House. (In Thai)

Goncalve-Bradley, D. C., Iliff, S., Doll, H. D., Broad, J., Gladman, J., Langhorne, P., Richards, S. H., & Shepperd, S. (2017). *Early Discharge Hospital at Home*: Cochrane Systematic Reviview.

Khokpho District. (2017). *Population Elder Year 2017*. Khokpho District, Pattani Province.

Khokpho Hospital (2017). *Key Performance Indicator*. Khokpho Hospital.

Nakgul, N. (2018). The Development of a Care Model for Home-Bound and Bed-Bound Chronically ill Patients in Suratthani Municipality. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 1*(7), 36-50. (In Thai).

National Health Security Office (NHSO). (2016). *Guide Support National Health Longterm Care Edition 1.* (In Thai).

National Statistical Office. (2017). *Survey Economicand Social*. Bangkok: National Statistical Office. (In Thai).

Nursing Division. (2014). Criteria Home Health Care. Edition 1. Bangkok: Choomnoomshakornkankaset Print House. (In Thai).

Office of the National Economic and Social Development Council (2016). *Estimate Thai Population Year 2543-2573*. (In Thai)

Pischalad K., & Mulpanun K. (2016). Improvement of a Continuing Care Model in Child. *Nursing Journal, 40*(3), 96-108. (In Thai).

Srisaad, B. (2013). *Basic Research New Update*. Edition 9. Bangkok: Suviriya Print. (In Thai).

Tapasi, W., Danpradit, P., & Ratnawijit, S. (2017). Health Care Service Model for Elderly by Community Participation, Wangtagoo Subdistrict, Nakhon Pathom Province. *Kuakarun Journal of Nursing, 24*(1), 42-54. (In Thai).

Wicha, S. (2017). Development a Health Service Network for Elderly People in Home-Bound and Home-Bed in Hongha. *Health Promotion Hospital*. (In Thai).

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

ผลของการสูดดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชันต่อระบบประสาทอัตโนมัติและอารมณ์ความรู้สึก

Aromatherapy: The Effects of Essential Oil Inhalation on Autonomic Nervous system and Emotions

ศราวุฒิ แพะขุนทด[1*], ศุภะลักษณ์ ฟักคำ[1], วินัย สยอวรรณ[2] และ นภชา สิงห์วีรธรรม[3]

Sarawut Phaekhuntod[1*], Supalak Fakkham[1], Winai Sayowan[2] and Noppcha Singweratham[3]

สาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา[1*], สถาบันพระบรมราชชนก[2], วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก สถาบันพระบรมราชชนก[3]

Master of Science Program in Applied Thai Traditional Medicine Suan Sunandha Rajabhat University[1*], Praboromarajchanok Institute[2], Kanchanabhisek Institute of Medical and Public Health Technology Praboromarajchanok Institute[3]

(Received: *June 15, 2020*; Revised: *January 20, 2022*; Accepted: *January 31, 2022*)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลและเปรียบเทียบการสูดดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชั้นกับการสูดดมกลิ่นน้ำมันอัลมอนด์ต่อการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และอารมณ์ความรู้สึก กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคลากรและนักศึกษาในวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก จำนวน 40 คน คัดเลือกแบบเจาะจง และทำการสุ่มแยกกลุ่มที่มีความเสมอเหมือน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมสูดดมน้ำมันหอมระเหยอัลมอนด์ จำนวน 20 คน และกลุ่มทดลองสูดดมน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชัน จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ แบบบันทึกสัญญาณชีพ แบบบันทึกอารมณ์ความรู้สึกหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือตามวิธีของครอนบาค .847 สถิติที่ใช้ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Chi-Square สถิติ Paired t-test และสถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า

หลังการสูดดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชั้นและการสูดดมกลิ่นน้ำมันอัลมอนด์ มีผลต่ออารมณ์ความรู้สึกและการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราการหายใจ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับการเปรียบเทียบการสูดดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชั้นกับการสูดดมกลิ่นน้ำมันอัลมอนด์ ต่อความอารมณ์ความรู้สึกและการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติไม่แตกต่างกัน

น้ำมันหอมระเหยขมิ้นชันสามารถช่วยลดความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราการหายใจรวมถึงการนำไปใช้ในการผ่อนคลาย ควรพิจารณานำไปใช้ร่วมในการบำบัดทางการแพทย์

คำสำคัญ: น้ำมันหอมระเหยขมิ้นชัน, ระบบประสาทอัตโนมัติ, อารมณ์ความรู้สึก

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pakungtod@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 062-4411523)

Abstract

This experimental research on aromatherapy by inhalation aimed to compare the effects of Turmeric essential oil and sweet almond essential oil on the autonomic nervous system (ANS) (blood pressure, heart rate, respiration rate) and emotions. Participants were 40 staff and students from Kanchanaphisek Institute of Medical and Public Health Technology, randomly assigned into two groups (20 participants/group). The control group received sweet almond essential oil inhalation treatment, while the experimental group received Turmeric essential oil inhalation treatment. Instruments were: 1) a demographic data form, 2) the vital signs record form, and 3) the emotional record form. Reliability of instruments was tested, obtaining a value of 0.847. Data ware analyzed using frequency, percentage, arithmetic mean, standard deviation, as well as paired and independent t-test. Results showed that the effects of turmeric essential oil and sweet almond essential oil inhalation treatments significantly reduced the emotion and function of the ANS ($p<0.05$). However, there was no statistical difference on the emotion and function on the ANS ($p>0.05$) between the two inhalation treatments.

Per findings, Turmeric essential oil inhalation should be applied in order to reduce blood pressure, heart rate, and the respiration rate. So that it can be used as a complementary treatment.

Keywords: Turmeric Essential Oil Inhalation, Sweet Almond Essential Oil Inhalation, Autonomic Nervous System, Emotion

บทนำ

ปัจจุบันมีการใช้สมุนไพรขมิ้นชันเพื่อประโยชน์หลายด้าน ซึ่งเป็นสมุนไพรที่สำคัญของการแพทย์แผนไทยด้านยารักษาโรค สมุนไพรประกอบอาหารซึ่งอยู่คู่กับคนไทยมานาน 100 กว่าปี ความรู้ดังกล่าวได้สืบทอดมาถึงปัจจุบัน ขมิ้นชันเป็นสมุนไพรมีนำใช้ในธุรกิจสปา (spa) และสปาทางการแพทย์ (medical spa) ในรูปแบบที่หลากหลายมากขึ้น เช่น การพอกตัว การแช่ตัวในน้ำอุ่น การขัดตัว สูดดม นวดตัว เป็นต้น มีน้ำมันหอมระเหยและได้รับการยอมรับที่นิยมนำมาใช้เป็นส่วนผสมของ เวชสำอาง ตำรับยาใช้ภายนอก ยาใช้ภายใน หลายตำรับในยาแผนโบราณ (Hongrattanaworakit, 2007) ขมิ้นชันมีส่วนประกอบทางเคมีของสารกลุ่มประกอบคีโตนได้แก่ ar-Turmerone 46.8 %, α-Turmerone12.9%, β-Turmerone 12.0 % มากที่สุดในรากและเหง้า (Changtam, 2015) ฤทธิ์ทางชีวภาพของกลุ่มนี้ช่วยกระตุ้นระบบประสาท ต้านการอักเสบ ระงับการปวด สงบประสาทเมื่อสูดดมสารที่มีกลิ่นหอมสารกลุ่มประกอบคีโตน เป็นองค์ประกอบหลัก ทำให้อัตราหัวใจเต้นและอัตราการหายใจช้าลง ความดันเลือดลดลง (deactivate autonomic arousal) ซึ่งแสดงถึงฤทธิ์สงบประสาท ช่วยให้หลับ และผ่อนคลายลง ในขมิ้นชันยังมีสารประกอบกลุ่มอื่นได้แก่, α-Pinene, β-Pinene, Myrcene, α-Terpinene, P-Cymene มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลางส่วนใหญ่ทำให้สงบ ช่วยในการนอนหลับ องค์ประกอบของสารกลุ่มดังกล่าวได้มีการทดลองในสัตว์ซึ่งที่มีส่วนประกอบของสาร limonene และ β-Pinene โดยให้หนูสูดดมพบว่าทำให้หนูเคลื่อนไหวน้อยลง ร้อยละ 65 % พบฤทธิ์คลายกังวลโดยการทดลอง elevated plus maze (EPM) (Hongrattanaworakit, 2007) ขมิ้นชันยังมีน้ำมันหอมระเหย ที่นิยมใช้อยู่คู่กับวิถีชีวิตของคนไทยมาตั้งแต่ อดีตจนถึงปัจจุบัน เช่น เด็กแรกเกิด คนสมัยก่อนจะใช้ขมิ้นชันทาเพื่อฆ่าเชื้อแทนการใช้สบู่ ใช้ทาศีรษะนาคหลังจากโกนผมเพื่อรักษาแผล ผลของการทานวดด้วยน้ำมันหอมระเหยบริเวณกล้ามเนื้อหลังทำให้เกิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทำให้อาการปวดลดลงและเมื่อจมูกได้รับกลิ่นขณะทำการนวดระบบประสาทรับกลิ่นที่จมูกส่งผลให้ระบบอัตโนมัติทำงาน ความดันโลหิตลดลงอัตราการหายใจลดลง ทำให้จิตวิทยาอารมณ์ความรู้สึกเกิดการผ่อนคลายเมื่อได้รับกลิ่นร่วมกับการนวด และสำหรับการอบไอน้ำสมุนไพรเป็นการ

ได้รับกลิ่นน้ำมันหอมระเหยโดยตรง เป็นการใช้อบสมุนไพรดูแลผู้ที่มีอาการหวัด ภาวะภูมิขั้นปฐมภูมิ (Department of Medical Sciences, 1995)

อย่างไรก็ตาม การใช้น้ำมันหอมระเหยส่วนใหญ่เป็นเพียงการบอกเล่าจากประสบการณ์ในรูปแบบต่าง ๆเช่น การสูดดมทำให้กระปรี้กระเปร่า หรือ การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่าง ๆ ทำให้ผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลเป็นต้น ในแง่ของการศึกษาวิจัยสรรพคุณของน้ำมันหอมระเหยที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนมีน้อยมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งฤทธิ์ต่อระบบประสาท (ส่วนกลางและส่วนปลาย) และข้อมูลเชิงประจักษ์ในการทดสอบฤทธิ์ของน้ำมันหอมระเหยช่วยเพิ่มความไวในการตอบสนอง กลุ่มน้ำมัน Sweet Almond นิยมทำน้ำมันพา ช่วยให้ผิวชุ่มชื้น มีความอ่อนโยน กลิ่นอ่อนๆ ทำให้ผ่อนคลายขณะทำการสูดดม (Sayorwan, 2011) ซึ่งการทำงานของสมองต้องอาศัยการสื่อสารประสาทน้ำมันหอมระเหยบางชนิดมีฤทธิ์กดกระแสประสาทส่งผลให้มีความรู้สึกสงบ ฤทธิ์คลายกังวลหรือหลับมีสารประกอบ ได้แก่ linalool, limonene พบใน น้ำมันดอกส้ม ลาเวนเดอร์ เบอร์กาม็อต น้ำมัน เปปเปอร์มินท์เป็นต้น และสารประกอบดังกล่าวยังพบในขมิ้นชัน (Hongrattanaworakit, 2012) จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ประกอบกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ขมิ้นชันมีการใช้กันตั้งแต่โบราณจากข้อมูลในการกลไกการออกฤทธิ์ในคนยังไม่ทราบชัดเจนมีข้อมูลค่อนข้างน้อยในการทดสอบฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลน้ำมันกลิ่นขมิ้นชันต่อระบบประสาทอัตโนมัติและอารมณ์ เป็นข้อมูลที่เป็นรูปธรรมซึ่งสามารถเป็นแนวทางในการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรในรูปแบบ เวชสำอาง นำไปใช้ในด้านสุคนธบำบัด สปา และการรักษาโรคด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

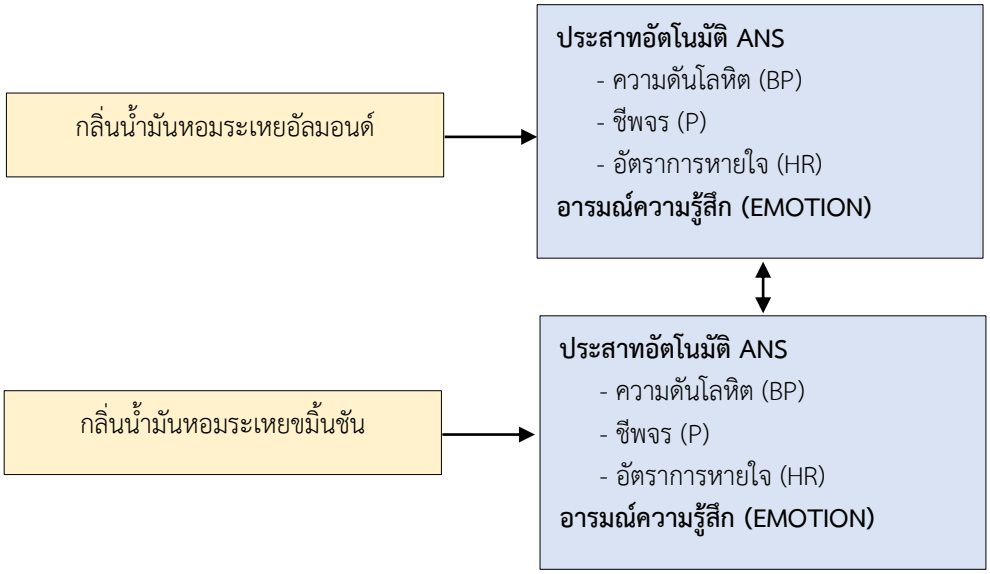
เพื่อศึกษาผลและเปรียบเทียบผลของการสูดดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชั้นกับการสูดดมกลิ่นน้ำมันอัลมอนด์ ต่อการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ อารมณ์และความรู้สึก ได้แก่ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราการหายใจ ของอาสาสมัคร

สมมติฐานการวิจัย

การสูดดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชั้น มีผลต่ออารมณ์ความรู้สึกและการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ ความดันโลหิตลดลง อัตราการเต้นของหัวใจลดลง และอัตราการหายใจลดลง มากกว่าการสูดดมน้ำมันหอมระเหยอัลมอนด์

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ทฤษฎี Charles MD Human Body ของสรีระวิทยา (Thanirat, 2007) โดยโมเลกุลของน้ำมันหอมระเหย กระตุ้น Hypothalamus หลั่งสารสื่อประสาทไปยังระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งส่งผลต่อสัญญาณชีพและอารมณ์ความรู้สึก ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบผลการดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยอัลมอนด์กับการดมน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชัน ที่มีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติและอารมณ์ความรู้สึก ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรและนักศึกษา วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก ปีการศึกษา 2562 ทั้งหมด จำนวน 781 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีโรคแทรกซ้อนเฉพาะโรคที่เกี่ยวกับทางเดินหายใจส่วนบน เมื่อประเมินจากแบบสอบถามข้อมูลสุขภาพ
2. มีความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ มีค่าความดันโลหิตตัวบนน้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตตัวล่าง น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจมีค่าระหว่าง 60-100 ครั้ง/นาที และอัตราการหายใจมีค่าระหว่าง 16-20 ครั้ง/นาที (Buranakijcharoen, 2020)
3. ไม่สูบบุหรี่หรือเลิกบุหรี่ไม่ต่ำกว่า 1 ปี (Ahlstrom, Berglund, Lindvall, & Tengen, 1987)
4. อาสาสมัครต้องไม่มีประวัติการแพ้น้ำหอม หรือน้ำมันหอมระเหย
5. อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ มีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อนเข้าร่วมการทดลอง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีปัญหาด้านสุขภาพที่มีผลต่อการดมกลิ่น และมีอาการแพ้ระหว่างการทดลองและหลังทดลอง
2. กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวออกจากการวิจัย
3. วันที่ทำการทดลองอาสาสมัครพักผ่อนไม่เพียงพอรู้สึกง่วงนอนและอ่อนเพลียในช่วงก่อนเริ่มการวิจัย
4. รับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง ฯลฯ และ แอลกอฮอล์ ในวันที่เข้าร่วมทำวิจัย เนื่องจากอาหารและเครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีน ทรีโอฟิลลิน มีผลต่อระบบประสาทอัตโนมัติ Godzilla, Pietsch, Witt, & Hummel, 2010)
5. ได้รับยาหรืออยู่ระหว่างการบำบัดทางจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรและนักศึกษา วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก กลุ่มที่สนใจสมัครเข้าร่วมโครงการตามความสมัครใจ และคัดเลือกตามคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าร่วม

โครงการวิจัยทั้งหมด จำนวน 100 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power Table) ของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยหาค่าขนาดอิทธิพลความต่าง (Effect Size) โดยประมาณค่าขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม คำนวณได้จากสูตรของแกส (Glass, 1976) คำนวณขนาดอิทธิพลได้ค่าเท่ากับ 0.8 (Sayorwan, 2013) โดยนำค่าไปแทนสูตรได้ค่า d=10.0758 เมื่อเปิดตาราง จะได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน

ผู้วิจัยทำการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 100 คน และทำการสุ่มแยกตัวอย่าง (Randomization) เพื่อแบ่งกลุ่มกลุ่มอาสาสมัครจำนวน 40 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 20 คน คือ กลุ่มควบคุม (Control Group) ให้ดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยอัลมอนด์ จำนวน 20 คน ที่จับฉลากได้เลขคู่ และกลุ่มทดลองกลุ่ม (Experimental Group) ให้ดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชัน จำนวน 20 คน ที่จับฉลากได้เลขคี่ ก่อนทำการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถามเพื่อวัดประสิทธิผลการดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ กลิ่นน้ำมันหอมระเหยอัลมอนด์ 10 mg และน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชัน 10 mg

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก และส่วนสูง ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วย

2.2 แบบสอบถามประสิทธิผลการดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชันและการดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหย อัลมอนด์ ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกสัญญาณชีพ ลักษณะเป็นตาราง ซึ่งเป็นการบันทึกเกี่ยวกับการวัดความดันโลหิต การวัดอัตราการเต้นของหัวใจ และการวัดอัตราการหายใจ วัด 3 ครั้ง ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 ก่อนดมน้ำมันหอม 5 นาที ครั้งที่ 2 หลักจากการดมน้ำมันหอมระเหยครั้งที่ 1 ระยะเวลา 5 นาที และครั้งที่ 3 หลังจากการสูดดมน้ำมันหอมระเหยครั้งที่ 2 ระยะเวลา 5 นาที 2) แบบบันทึกอารมณ์ความรู้สึกหลังจากการดมน้ำมันหอมระเหยครั้งที่ 2 ระยะเวลา 5 นาที

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามประสิทธิผลการดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชันและการดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยอัลมอนด์ และ แบบบันทึกอารมณ์ความรู้สึก เสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการทดสอบทางสุคนธบำบัด 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาที่ต้องการศึกษาจากแบบสอบถาม โดยตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความครอบคลุมของเนื้อหาได้ค่า (Index of Item Objective Congruence : IOC) เท่ากับ 0.67 - 1.00 (Sangpratheepthong, 2001) แบบบันทึกอารมณ์ความรู้สึก โดยพัฒนาจากแบบ The Geneva Emotion and Odor Scale (GEOS) มีการเรียบเรียงและแปลภาษาไทย (Sayorwan, 2011) มีข้อคำถามเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึกทั้งหมด 12 ข้อ โดยให้อาสาสมัครขีดเส้นแสดงระดับอารมณ์ความรู้สึกลงบนเส้นตรงซึ่งมีความยาว 100 มิลลิเมตรซึ่งแปลผลระดับอารมณ์ความรู้สึกเป็นหน่วยมิลลิเมตร

ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือประกอบด้วย 1) การหาค่าความเชื่อมั่นแบบบันทึกอารมณ์ความรู้สึก การดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชันและน้ำมันหอมระเหยกลิ่นอัลมอนด์จำนวน 30 คน หาความเชื่อมั่นจากสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค (Alpha - Coefficient) ของ ได้ค่าเท่ากับ 0.847 2) การตรวจสอบเครื่องมือการวัดสัญญาณชีพรุ่น Multi-parameter Patient Monitor M7000 โดยทำการตรวจวัดทำให้เป็นมาตรฐาน (Calibrate) ด้วยเครื่อง Multi–Para Meter Patient Monitor รุ่น 700

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนก่อนการทดลอง

ขั้นตอนที่ 1 คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ระเบียบวิธีวิจัยและระยะเวลาการวิจัย และอธิบายสิทธิและจริยธรรมวิจัยในมนุษย์แก่ผู้ทดลองให้เข้าใจ

ขั้นตอนที่ 2 เตรียมห้องที่มีอุณหภูมิ 25 องศาเซลเซียส ควบคุมความชื้นในห้อง 40-60 % เตรียม ถังออกซิเจนพร้อมเครื่องวัดแรงดันออกซิเจน เตรียมหน้ากากออกซิเจนพร้อมสายต่อ (Topster) เตรียมน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชัน 10 mg และน้ำมันหอมระเหยอัลมอนด์ 10 mg ในหลอดทดลอง (Centrifuge) และเตรียมเครื่องเฝ้าและติดตามการทำงานของสัญญาณชีพ (Multi-parameter Patient Monitor M7000)

ขั้นตอนที่ 3 ให้ผู้ทดลองนั่งพักในท่าที่สบายประมาณ 5 นาที หลังจากนั้นทำแบบทดสอบวัดความรู้สึกด้านอารมณ์ และติดเครื่องวัดสัญญาณชีพแบบอัตโนมัติและวัดสัญญาณชีพครั้งที่ 1 ก่อนการดมกลิ่น

ขั้นทดลอง

ขั้นตอนที่ 4 ใส่สารน้ำมันหอมระเหยลงในกระเปราะของหน้ากากออกซิเจน หลังจากนั้นให้ผู้ทดลองใส่อุปกรณ์หน้ากากออกซิเจนพร้อมสายต่อ (Topster) ที่จมูกติดอุปกรณ์วัดสัญญาณชีพเพื่อดูการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ด้วยเครื่องเฝ้าและติดตามการทำงานของสัญญาณชีพ (Multi-Parameter Patient Monitor M7000) ในการดมน้ำมันหอมระเหยกลิ่นขมิ้นชันในกลุ่มทดลอง และดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยกลิ่นอัลมอนด์ ในกลุ่มควบคุมระยะเวลา 10 นาที ผ่านถังออกซิเจนแรงดัน 2 ลิตร/นาที

ขั้นตอนที่ 5 ในขณะที่ดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยวัดสัญญาณชีพทุก 1 นาที เป็นเวลา 10 นาที เครื่อง ทำการบันทึกผลอัตโนมัติ ผู้วิจัยทำการบันทึกผลตามเครื่องมือวิจัย ในการวัดสัญญาณชีพ เมื่อครบ 10 นาที ถอดเครื่องวัดความดันออก ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ขั้นตอนที่ 6 หลังจากนั้นถอดหน้ากากออกซิเจนพร้อมสายต่อ (Topster) ออก ให้ผู้ทดลองนั่งพัก 5 นาที

ขั้นหลังการทดลอง

ขั้นตอนที่ 7 ให้ผู้ทดลองทำแบบบันทึกวัดอารมณ์ความรู้สึกหลังจากการดมน้ำมันหอมระเหยกลิ่นขมิ้นชันในกลุ่มทดลอง และดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยกลิ่นอัลมอนด์ในกลุ่มควบคุม

ขั้นตอนที่ 8 ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลการดมน้ำมันหอมระเหยกลิ่นขมิ้นชันในกลุ่มทดลอง และดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยกลิ่นอัลมอนด์ในกลุ่มควบคุม ของก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลที่ได้ โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ โดยใช้ค่าสถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที่ใช้ทดสอบความต่าง ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Chi-Square

2. เปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทอัตโนมัติและอารมณ์ความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชันและดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยอัลมอนด์โดยใช้สถิติ Paired t-test

3. เปรียบเทียบผลการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทอัตโนมัติและอารมณ์ความรู้สึกระหว่างกลุ่มการดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชัน กลิ่นน้ำมันหอมระเหยอัลมอนด์ โดยใช้สถิติ Independents t-test

ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทดสอบการกระจายของข้อมูลพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Kolmogorov-smirnov, sig=.200)

จริยธรรมวิจัย

วิจัยผลของการสูดดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชั้นต่อระบบประสาทอัตโนมัติ อารมณ์ความรู้สึกของเจ้าหน้าที่และนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก ได้ผ่านการรับรองโครงการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก เอกสารรับรองเลขที่ KMPHT- 63010001 ลงวันที่ 2 มกราคม 2563 โดยสอดคล้องกับคำ

ประกาศเฮลซิงกิ กรณีผู้ทดลองมีอาการแพ้ต้องทำการปฐมพยาบาลเบื้องต้น อาการดีขึ้นนำส่งโรงพยาบาล โดยการดูแลของผู้วิจัยอย่างใกล้ชิด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 40)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		Chi-Square
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	6	30.00	14	70.00	.354
หญิง	14	70.00	6	30.00	
อายุ					
18-27 ปี	15	75.00	5	25.00	.778
28-40 ปี	5	25.00	15	75.00	
น้ำหนัก					
39-44 กิโลกรัม	5	25.00	2	10.00	
45-54 กิโลกรัม	8	40.00	8	40.00	.130
มากกว่า 54 กิโลกรัม	7	35.00	10	50.00	
ส่วนสูง					
151-160 ปี	11	55.00	9	45.00	0.06
161-170 ปี	5	45.00	11	55.00	

จากตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสูดดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหย และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสูดดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยอัลมอนด์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.00 มีอายุอยู่ในช่วง 18-27 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75.00 มีน้ำหนักอยู่ในช่วง 45-54 กิโลกรัมมากที่สุด จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 มีส่วนสูงมากที่สุด จำนวน 151-160 เซนติเมตร จำนวน 11 คนคิดเป็นร้อยละ 55.00 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระบบประสาทอัตโนมัติระหว่าง กลิ่นน้ำมันหอมระเหยอัลมอนด์ และกลิ่นน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชัน

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบเฉลี่ย ค่าความดันโลหิตตัวบนของอาสาสมัคร ขณะสูดดมน้ำมันหอมระเหยอัลมอนด์ และขณะสูดดมน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชัน (n = 40)

ค่าความดันโลหิตตัวบน (มิลลิเมตรปรอท)	กลุ่มควบคุม (*n* = 20) น้ำมันหอมระเหยอัลมอนด์		กลุ่มทดลอง (*n* = 20) น้ำมันหอมระเหยขมิ้นชัน		*t*	*df*	*p-value*
	M	*SD*	*M*	*SD*			
ขณะพัก (ก่อน)	106.20	6.97	101.27	8.80	76.995	19	< 0.05
ขณะสูดดมน้ำมันหอมระเหย (หลัง)	98.11	7.00	94.79	7.84	78.286	19	< 0.05
เปรียบเทียบผลต่างระหว่างกลุ่ม	8.00	4.62	6.48	2.40	1.306	39	0.09

จากข้อมูลตาราง 2 ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตตัวบนของกลุ่มควบคุมก่อนให้กลิ่นในขณะพักกับขณะสูดดมน้ำมันอัลมอนด์ พบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนขณะพัก (*M*=106.20, *SD*=6.97) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนขณะสูดดมน้ำมันอัลมอนด์ (*M*=98.11, *SD*=7.00) เมื่อเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตตัวบน ขณะพักและขณะสูดดมน้ำมัน อัลมอนด์ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนของกลุ่มทดลองขณะพัก (*M*=101.27, *SD*=8.80) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนขณะสูดดมน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชัน (*M*=94.79, *SD*=7.84) เมื่อเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตตัวบนขณะพักและขณะสูดดมน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชันแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อเปรียบเทียบค่าความเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มค่าความดันโลหิตตัวบน ของอาสาสมัคร ขณะพักและสูดดมน้ำมันหอมระเหยอัลมอลด์ (*M*=8.00, *SD*=4.62) การเปรียบเทียบค่าความเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มขณะสูดดมน้ำมันระเหยขมิ้นชัน (*M*=6.48,ค่า *SD*=2.40) ไม่แตกต่าง

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบเฉลี่ยค่าความดันโลหิตตัวล่างของอาสาสมัคร ขณะสูดดมน้ำมันหอมระเหยอัลมอนด์และขณะสูดดมน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชัน (n = 40)

ค่าความดันโลหิตตัวบน (มิลลิเมตรปรอท)	กลุ่มควบคุม (*n* = 20) น้ำมันหอมระเหยมอนด์		กลุ่มทดลอง (*n* = 20) น้ำมันหอมระเหยขมิ้นชัน		*t*	*df*	*p-value*
	M	*SD*	*M*	*SD*			
ขณะพัก (ก่อน)	62.46	6.91	62.46	6.91	56.351	19	< 0.05
ขณะสูดดมน้ำมันหอมระเหย (หลัง)	53.44	5.06	6.91	6.05	58.283	19	< 0.05
เปรียบเทียบผลต่างระหว่างกลุ่ม	9.02	4.42	9.87	8.10	7.803	39	0.08

จากตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่างของกลุ่มทดลองขณะพัก (*M*=62.46, *SD*=6.91) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่างขณะสูดดมขมิ้นชัน (*M*=53.44, *SD*=5.06) เมื่อเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตตัวล่างขณะพักและขณะสูดดมน้ำมันขมิ้นชันแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เปรียบเทียบค่าเปรียบเทียบค่าความเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มค่าความดันโลหิตตัวล่างของอาสมัคร ขณะพักก่อนสูดดมน้ำมันหอมระเหยอัลมอนด์ (*M*=9.02, *SD*=4.42) การเปรียบเทียบค่าความเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มค่าความดันโลหิตตัวล่าง ของอาสาสมัครขณะพักและสูดดมน้ำมันหอมระเหยอัลมอลด์ (*M*=9.87, *SD*=4.40) ไม่แตกต่าง

ตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าอัตราการหายใจ Respiratory rate ของอาสาสมัคร ขณะสูดดมน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชัน กับ ขณะสูดดมน้ำมันหอมระเหยอัลมอนด์ และค่าเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่ม (n = 40)

ค่าความดันโลหิตตัวล่าง (มิลลิเมตรปรอท)	กลุ่มควบคุม (*n* = 20) น้ำมันหอมระเหยมอนด์		กลุ่มทดลอง (*n* = 20) น้ำมันหอมระเหยขมิ้นชัน		*t*	*df*	*p-value*
	M	*SD*	*M*	*SD*			
ขณะพัก (ก่อน)	18.27	2.74	17.54	2.79	9.126	19	< 0.05
ขณะสูดดมน้ำมันหอมระเหย (หลัง)	17.02	3.77	16.32	4.53	5.451	19	< 0.05
เปรียบเทียบผลต่างระหว่างกลุ่ม	12.24	0.81	1.22	0.81	0.021	39	0.98

จากตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบเฉลี่ยค่าอัตราการหายใจของอาสาสมัคร ขณะสูดดมน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชัน กับ ขณะสูดดมน้ำมันหอมระเหยอัลมอนด์ พบว่าเฉลี่ยค่าอัตราการหายใจ ขณะพัก (*M*=18.27, *SD*=2.74) ค่าอัตราการหายใจขณะสูดดมน้ำมันอัลมอนด์ (*M*=17.02, *SD*=3.77) เมื่อเปรียบเทียบ ค่าอัตราการหายใจ ขณะพักและขณะสูดดมน้ำมันหอมระเหยอัลมอนด์แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราการหายใจของกลุ่มทดลอง ขณะพัก (*M*=17.54, *SD*=2.79) ค่าเฉลี่ยอัตราการหายใจขณะสูดดมน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชัน (*M*=16.32, *SD*=4.53) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราการหายใจ ขณะพักและขณะสูดดมน้ำหอมระเหยขมิ้นชันแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

เมื่อเปรียบเทียบค่าความเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มของอาสาสมัคร ขณะพักก่อนสูดดมอัลมอลด์ (*M*=12.24, *SD*=0.81) การเปลี่ยนแปลงขณะสูดดมน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชัน (*M*=1.22, *SD*=0.81) ไม่แตกต่าง

ตาราง 5 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจ (Heart rate) ของอาสาสมัครขณะสูดดมน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชัน กับ ขณะสูดดมน้ำมันหอมระเหยอัลมอนด์และค่าการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่ม (n = 40)

ค่าอัตราการเต้นของหัวใจ (Heart Rate)	กลุ่มควบคุม (*n* = 20) น้ำมันหอมระเหยมอนด์		กลุ่มทดลอง (*n* = 20) น้ำมันหอมระเหยขมิ้นชัน		*t*	*df*	*p-value*
	M	*SD*	*M*	*SD*			
ขณะพัก (ก่อน)	76.82	10.41	77.59	15.81	29.724	19	< 0.05*
ขณะสูดดมน้ำมันหอมระเหย (หลัง)	75.63	10.10	74.24	15.18	16.099	19	< 0.05*
เปรียบเทียบผลต่างระหว่างกลุ่ม	1.19	0.77	3.35	0.99	0.021	39	0.94

จากตาราง 5 ผลการเปรียบเทียบเฉลี่ยค่าอัตราการเต้นหัวใจ ของอาสาสมัคร ขณะสูดดมน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชัน กับ ขณะสูดดมน้ำมันหอมระเหยอัลมอนด์ พบว่าเฉลี่ยค่าอัตราการเต้นหัวใจ ของกลุ่มควบคุมขณะพัก (*M*=76.82, *SD*=10.41) ค่าเฉลี่ยค่าอัตราการเต้นหัวใจ ขณะสูดดมน้ำมันอัลมอนด์ (*M*=75.63, *SD*=10.10) เมื่อเปรียบเทียบค่าอัตราการเต้นหัวใจ ขณะพักและขณะสูดดมน้ำมันหอมระเหยอัลมอนด์แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นหัวใจ ของกลุ่มทดลองขณะพักก่อนการสูดดมน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชั้น (*M*=77.59, *SD*=15.81) ค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นหัวใจ ขณะสูดดมน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชั้น (*M*=74.24, *SD*=15.18) เมื่อเปรียบเทียบค่าอัตราการเต้นหัวใจ ขณะพักและขณะสูดดมน้ำหอมระเหยขมิ้นชันแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อเปรียบเทียบค่าเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่ม ค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นหัวใจ ของอาสาสมัครขณะสูดดมน้ำมันหอมระเหยอัลมอนด์ (*M*=1.19, *SD*=0.77) ขณะสูดดมน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชั้น (*M*=3.35, *SD*=0.99) ไม่แตกต่าง

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอารมณ์ความรู้สึกของอาสาสมัครขณะพัก หลังสูดดมน้ำมันหอมระเหยอัลมอนด์

ตาราง 6 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอารมณ์ความรู้สึกของอาสาสมัคร ขณะพักกับหลังสูดดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยอัลมอนด์ และน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชัน (n=20)

อารมณ์ความรู้สึก	หลังสูดดมน้ำมันหอมระเหยอัลมอนด์		*p-value*	หลังสูดดมน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชัน		*p-value*
	M	*SD*		*M*	*SD*	
รู้สึกดี	1.08	1.47	0.340	5.57	2.30	0.005
รู้สึกไม่ดี	4.68	3.11	0.007	1.97	1.91	0.053
รู้สึกกระปรี้กระเปร่า	0.89	1.33	0.320	3.68	2.36	0.642
รู้สึกเฉื่อยชาง่วงซึม	3.92	2.32	0.312	5.53	2.68	0.004
รู้สึกสดชื่น	1.34	1.71	0.623	4.60	2.59	0.281

ตาราง 6 (ต่อ)

อารมณ์ความรู้สึก	หลังสูดดมน้ำมันหอมระเหยอัลมอนด์		*p-value*	หลังสูดดมน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชัน		*p-value*
	M	*SD*		*M*	*SD*	
รู้สึกผ่อนคลาย	1.97	2.37	0.949	6.81	1.68	0.002
รู้สึกเครียด	1.75	1.74	0.642	1.44	1.47	0.182
รู้สึกอึดอัด	1.78	1.42	0.503	1.85	2.23	0.154
รู้สึกเคลิบเคลิ้มรัญจวนใจ	1.48	1.55	0.806	5.59	2.47	0.002
รู้สึกหงุดหงิด	0.85	0.91	0.187	0.86	0.88	0.036
รู้สึกจิตใจสงบนิ่ง	1.52	1.86	0.750	6.01	2.40	0.005
รู้สึกรังเกียจขยะแขยง	1.74	2.07	0.867	0.46	1.09	0.029

จากข้อมูลตาราง 6 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอารมณ์ความรู้สึกของอาสาสมัครขณะพัก หลังสูดดมน้ำมันหอมระเหยอัลมอนด์ มีค่าเพิ่มขึ้น คือ รู้สึกไม่ดี แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

มีค่าความรู้สึกลดลง คือ ความรู้สึกดี รู้สึกกระปรี้กระเปร่า รู้สึกเฉื่อยชาง่วงซึม รู้สึกสดชื่น รู้สึกผ่อนคลาย รู้สึกเครียด รู้สึกอึดอัด รู้สึกเคลิบเคลิ้มรัญจวนใจ รู้สึกหงุดหงิด รู้สึกจิตใจสงบนิ่ง รู้สึกรังเกียจขยะแขยง ของอาสาสมัครขณะพัก กับหลังสูดดมน้ำมันหอมระเหยอัลมอนด์ ไม่แตกต่าง

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ความรู้สึกของอาสาสมัครหลังสูดดมน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชั้นเปรียบเทียบกับระยะพักของอาสาสมัคร ได้แก่ ความรู้สึกดี รู้สึกเฉื่อยชาง่วงซึม รู้สึกผ่อนคลาย รู้สึกเคลิบเคลิ้มรัญจวนใจ รู้สึกหงุดหงิด รู้สึกจิตใจสงบนิ่ง รู้สึกรังเกียจขยะแขยง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความรู้สึกไม่ดี รู้สึกกระปรี้กระเปร่า รู้สึกสดชื่น รู้สึกเครียด รู้สึกอึดอัด ไม่แตกต่าง

ตาราง 7 ผลการเปรียบเทียบผลต่างค่าอารมณ์ความรู้สึกค่าเฉลี่ยของอาสาสมัคร ขณะพักหลังสูดดมกลิ่นน้ำมันอัลมอนด์ และหลังสูดดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชั้น (n = 40)

อารมณ์ความรู้สึก	หลังสูดดม น้ำมันหอมระเหยอัลมอนด์		หลังสูดดม น้ำมันหอมระเหยขมิ้นชัน		*p-value*
	M	*SD*	*M*	*SD*	
รู้สึกดี	-0.62[a]	1.22	+1.76[b]	2.48	0.000
รู้สึกไม่ดี	+0.71	1.04	-1.44	3.12	0.006
รู้สึกกระปรี้กระเปร่า	-0.46	2.01	+0.35	3.35	0.358
รู้สึกเฉื่อยชาง่วงซึม	-0.33	1.44	+2.74	3.72	0.001
รู้สึกสดชื่น	-0.08	0.76	+0.70	2.84	0.238
รู้สึกผ่อนคลาย	+0.02	1.73	+2.50	3.81	0.004
รู้สึกเครียด	-0.32	3.08	-0.94	3.03	0.529
รู้สึกอึดอัด	-0.44	2.91	-1.01	3.05	0.550
รู้สึกเคลิบเคลิ้มรัญจวนใจ	+0.06	1.16	+2.54	3.09	0.002
รู้สึกหงุดหงิด	-0.77	2.51	-1.34	2.65	0.490
รู้สึกจิตใจสงบนิ่ง	-0.24	3.39	+2.42	3.38	0.017
รู้สึกรังเกียจขยะแขยง	+0.30	1.13	+1.85	3.51	0.013

หมายเหตุ **P-value* < 0.05, a หมายถึง ค่าการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ความรู้สึกที่ลดลง, b หมายถึง ค่าการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ความรู้สึกที่เพิ่มขึ้น

จากข้อมูลตาราง 8 เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าอารมณ์ความรู้สึกของอาสาสมัครขณะพัก กับหลังสูดดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยอัลมอนด์ และหลังสูดดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชัน พบว่า อารมณ์ความรู้สึก รู้สึกดี รู้สึกไม่ดี รู้สึกผ่อนคลาย รู้สึกเคลิบเคลิ้มรัญจวนใจ และรู้สึกจิตใจสงบนิ่ง มีความแตกต่างกันอย่างมีความสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และ ส่วนอารมณ์ความรู้สึก รู้สึกกระปรี้กระเปร่า รู้สึกสดชื่น เฉื่อยชาง่วงซึม รู้สึกเครียด รู้สึกอึดอัด รู้สึกอึดอัด รู้สึกหงุดหงิด รู้สึกรังเกียจขยะแขยง พบว่าไม่แตกต่าง

อภิปรายผล

1. การสูดดมกลิ่นน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชั้น มีผลต่อความรู้สึกและการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ โดยส่งผลให้ ความดันโลหิตลดลง อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง และอัตราการหายใจลดลงหลังการสูดดมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากองค์ประกอบทางเคมีที่มีในน้ำมันหอมระเหย (Volatile Oils) สีเหลืองอ่อน ได้แก่ α-Turmerone, β-Turmerone และ Linalool เป็นสารประกอบ คีโตน (Ketone Compounds) ช่วยให้ประสาทสงบ ระงับการปวด ช่วยกันเลือดเป็นลิ่ม สอดคล้องกับงานวิจัย (Changtam, 2015) ได้ศึกษาคุณประโยชน์และฤทธิ์ทางชีวภาพที่หลากหลายของสมุนไพรขมิ้นชัน สารกลุ่มเคอร์คิวมินนอยด์ (Curcuminoids) เป็นสารกลุ่มเซสควิเทอร์ปีน (Sesquiterpene โครงสร้างคาร์บอน 15 คาร์บอน) ส่งผลต่อสัญญาณชีพ สอดคล้องกับงานวิจัย (Prasad, Gupta, & Tyagi, 2014) ได้อธิบายโครงสร้างของน้ำมันหอมระเหยที่ผลต่อสรีระวิทยามีคุณสมบัติด้านการอักเสบ ช่วยผ่อนคลายแก้เกร็ง ส่งผลให้ค่าของสัญญาณชีพ และส่วนประกอบ ของสาร Limonene และ β-Pinene ที่พบในน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชัน ทำให้หนูเคลื่อนไหวน้อยลง ร้อยละ 65 % พบฤทธิ์คลายกังวลโดยการทดลอง Elevated Plus Maze (EPM) (Hongrattanaworakit, 2012) และมีกลุ่มสาร Monoterpenes จะช่วยปรับสมดุลทางจิตใจ นอกจากนี้ยังมีข้อมูลเชิงประจักษ์ในการทดสอบฤทธิ์ของน้ำมันหอมระเหย ช่วยเพิ่มความไวในการตอบสนอง (Sayorwan, 2011) ซึ่งการทำงานของสมองต้องอาศัยการสารสื่อประสาท น้ำมันหอมระเหยบางชนิดมีฤทธิ์กดกระแสประสาทส่งผลให้มีความรู้สงบ ฤทธิ์คลายกังวลหรือหลับมีสารประกอบ ได้แก่ Linalool, Limonene, และกลุ่ม พบใน น้ำมันดอกส้ม ลาเวนเดอร์ เบอร์กาม็อต น้ำมันเปปเปอร์มินท์ เป็นต้น

2. ผลการสูดดมกลิ่นน้ำมันอัลมอนด์ มีผลต่อการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราการหายใจ จากผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการสูดดม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่มีผลต่ออารมณ์ความรู้สึกการสูดดมกลิ่นน้ำมันอัลมอนด์ มีผลต่อความรู้สึกและการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และอัตราการหายใจกลิ่นน้ำมันอัลมอนด์ (Sweet Almond Oil) เนื่องจากมีสารสำคัญในกลุ่ม Sterol อย่าง Beta-Sitosterol Phytosterol ช่วยในเรื่องการเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน จึงส่งผลให้สัญญาณชีพลดลง (Ali, Ali, Wabel, Shams, Ahamad, Khan et al, 2015) สอดคล้องกับงานวิจัย (Piakaew, 2015) ได้ศึกษาเรื่อง ผลการสูดดมน้ำมันลาเวนเดอร์ที่มีต่อการลดความเครียดและคลื่นสมองของหญิงวัยรุ่น ผลพบว่า ค่าเฉลี่ย แอมพลิจูดคลื่นสมองเบต้าในหญิงวัยรุ่นที่สูดดมน้ำมันลาเวนเดอร์และที่สูดดมน้ำมันสวีทอัลมอนด์ ลดลงไม่แตกต่างกัน โดยได้อภิปรายผลวิจัยว่า เนื่องจากโมเลกุลของน้ำ มันลาเวนเดอร์ ถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดและจับกับตัวรับที่อวัยวะ ต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ส่วนผลทางด้านจิตวิทยาจะออกฤทธิ์ผ่านประสาทสัมผัสของกลิ่นหรือระบบรับกลิ่น ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาได้ โดยส่วนมากผลทางด้านจิตวิทยา และผลทางด้านสรีรวิทยาจะเกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน กล่าวคือเมื่อน้ำมันลาเวนเดอร์เข้าสู่สมองส่วนลิมบิค ที่มีสมองส่วนอมิกดาลาและฮิปโปแคมปัส เป็นศูนย์กลางของการควบคุมทางอารมณ์ การรับรู้ความเจ็บปวด ความสุขสบาย และการผ่อนคลายแล้ว ยังส่งผลถึงระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System; CNS) ด้วยซึ่งสามารถวัดได้จากการเปลี่ยนแปลงของ คลื่นสมองโดยใช้เครื่องวัด (Electroencephalogram หรือ EEG) งานวิจัยนี้ศึกษาคลื่นสมองเบต้า (Beta Brainwave) โดยถ้าค่าเฉลี่ยแอมพลิจูดของคลื่นสมองเบต้าที่แสดงเป็นตัวเลขมีค่าน้อย (มีหน่วยเป็นไมโครโวลต์) แสดงว่า บุคคลนั้นมีความกังวล ความวุ่นวายใจลดลง สภาวะของร่างกายขณะนั้นเกิดการผ่อนคลาย และคลื่นสมอง อัลฟา (Alpha Brainwave) โดยถ้าค่าเฉลี่ยแอมพลิจูด ของคลื่น

สมองอัลฟาที่แสดงเป็นตัวเลขมีค่ามาก (มีหน่วย เป็นไมโครโวลต) (Piakaew, 2015) ดังนั้น น้ำมันกลิ่นสวีทอัลมอนด์มีกลิ่นหอมหวานอ่อน ๆ มีสาร Stigmasterol 7-Stigmasterol ช่วยในการคงอยู่ของกลิ่นส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ส่วนสารกรดไขมันไม่อิ่มตัวอย่าง linoleic และ Oleic 62-86% ที่สูงทำให้น้ำมันอัลมอนด์สามารถซึมลงสู่ผิวหนัง มีตัวรับเข้าสู่กระแสเลือดเกิดการเปลี่ยนแปลงของสรีระ ซึ่งส่งผลไปที่ระบบประสาทกลาง รับรู้เรื่องการผ่อนคลาย ดั้งนั้นการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจจะเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน (Wallisuta, 2019)

3. เมื่อเปรียบเทียบการสูดดมน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชันกับการสูดดมน้ำมันหอมระเหยอัลมอนด์ หลังการทดลอง มีผลต่อความรู้สึกและการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ความดันโลหิตลดลง อัตราการเต้นของหัวใจลดลงและอัตราการหายใจลดลงของอาสาสมัคร พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจจะเกิดจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนน้อย เนื่องจากการคำนวนกลุ่มตัวอย่างมีการกำหนดขนาดอิทธิพลในการวิจัยที่ 0.8 ซึ่งมีค่าสูงมากมีส่งผลทำให้ได้ขนาดตัวอย่างที่น้อยและไม่พบแตกต่างกันทางสถิติ อีกทั้งตัวสารทั้งสองประเภทที่ใช้ให้สูดดมเป็นการใช้ส่วนที่เป็นน้ำมัน (Essence) ที่ได้จากการกลั่นพืชหอม ที่ลักษณะโมเลกุลเล็ก ๆ เมื่อสูดดมไปประสาทรับกลิ่นที่อยู่ในโพรงจมูกด้านบนจะมีปฏิกิริยาตอบสนองทางเภสัชวิทยาต่อร่างกายและระบบประสาทที่เร็วที่สุด เพราะหลังจากการสูดดมน้ำมันหอมระเหยจะเข้าสู่กระแสเลือดโดยทางเนื้อเยื่อของปอด สมองส่วนคอร์เท็กซ์ ที่ส่งผลต่อการเรียนรู้ (Intellectual Process) ต่อมพิทิวทอรี (Pituitary Gland) ซึ่งควบคุมระบบฮอร์โมนทั้งหมด (Wallisuta, 2019) โดยน้ำมันหอมระเหยไว้ที่ส่วนต่าง ๆ ของพืช ถ้าได้รับความร้อนจะระเหยเป็นกลุ่มไอ มีประโยชน์ในการบรรเทาอาการเครียดหรือกระตุ้นให้สดชื่นได้ (Thanirat, 2007)

วิจัยนี้ไม่ได้ปกปิดน้ำมันหอมระเหยกับผู้ที่ทำการวัดและประเมินผล ดังนั้น นักวิจัยหรือผู้ที่เกี่ยวข้องอาจมี Co-Intervention หรือให้อะไรบางอย่างพิเศษกับกลุ่มที่ได้น้ำมันขมิ้นชันหรือวัดผลเป็นพิเศษกับกลุ่มนี้ ทำให้ค่าที่ได้น้อยลง ซึ่งจะเห็นได้ชัดเจนว่ากลุ่มที่ได้ขมิ้นชันนั้น มีตัวเลขต่าง ๆ ที่ดีกว่ากลุ่มน้ำมันอัลมอนด์ตั้งแต่ก่อนการวิจัย ดังนั้น การใช้น้ำมันหอมระเหยจึงส่งผลต่อความดันโลหิตและอัตราการหายใจรวมถึงอารมณ์ความรู้สึก ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากการวัดอารมณ์ความรู้สึกในการรับกลิ่น เป็นความชอบของแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกัน บางคนรับได้เร็วบางคนรับได้ช้า จึงส่งผลถึงระดับอารมณ์ความรู้สึก รวมถึงการศึกษาครั้งนี้วัดเพียงแค่ครั้งเดียวดังนั้นจึงอาจจะไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สรุปได้ว่าผลที่เกิดขึ้นทั้งหลายเกิดจากน้ำมันหอมระเหย ทั้งนี้เพราะว่าการให้คนนั่งเฉยๆ ทำใจให้สงบ หรือทำสมาธินั้น หรือให้เกิดการผ่อนคลาย ก็ช่วยลดความดันโลหิตและปรับอารมณ์ต่าง ๆ ได้โดยไม่ต้องใช้น้ำมันหอมระเหยใด ๆ การวิจัยนี้ขาดกลุ่มควบคุมที่สูดดมน้ำมันซึ่งไม่มีสารระเหย ดังนั้นจึงไม่อาจสามารถตอบได้ว่า ผลที่เกิดขึ้นเป็นผลจากน้ำมันหอมระเหยโดยตรงจริง ๆ แล้วอาจจะเป็นผลจากการทำจิตใจให้สงบและผ่อนคลายก็ได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลจากการวิจัยพบว่า น้ำมันหอมระเหยขมิ้นชั้นมีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้ความรู้สึกไม่ดี รู้สึกเฉื่อยชาง่วงซึม รู้สึกเฉื่อยชาง่วงซึม รู้สึกผ่อนคลาย รู้สึกเคลิบเคลิ้มรัญจวนใจ รู้สึกจิตใจสงบนิ่ง การนำผลวิจัยครั้งนี้ไปพัฒนาตำรับ เช่น น้ำหอมปรับอากาศ หรือพัฒนาตำรับสมุนไพรต่าง ๆ น้ำมันทาถูนวด และน้ำมันในการอบไอน้ำสมุนไพร เพื่อเพิ่มมูลค่าของน้ำมันหอมระเหยขมิ้นชัน เพื่อส่งเสริมการปลูก ขมิ้นชันในกลุ่มเกษตร เป็นการเพิ่มมูลค่าของผลิตผลทางการเกษตร

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปเพื่อยืนยันผลต่อสรีรวิทยา เช่น การวิจัยกับระบบประสาทส่วนกลาง เช่น การวิจัยคลื่นสมอง การหาสารสื่อประสาท

2. การศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรนำน้ำมันหอมระเหยที่ขายตามท้องตลาด ชนิดอื่นที่ยังไม่มีข้อมูลการทดลองในด้านฤทธิ์ต่อระบบประสาทอัตโนมัติ อารมณ์ความรู้สึก มาใช้เปรียบเทียบเพื่อดูฤทธิ์และความปลอดภัย

References

Ahlstrom, R., Berglund, B., Lindvall, L., & Tengen, T. (1987). A Comparison of Odor Perception in Smokers, Non Smokers and Passive Smoker. *American Journal of Otolaryngology, 8*(1), 1-6.

Sukhonthasan, A. (2020). *Thai Blood Pressure Association, Guidelines on the Treatment of Hypertension*. Trickthink. Chiang Mai. (In Thai)

Changtam, C. (2015). Usefulness and Various Biological Activities of Curcuma Longa L. Division of Physical Science, Faculty of Science and Technology, *Huachiew Chalermprakiet University. Jouenal Science Techno. Huachiew Chalermprakiet, Samutprakarn, 1*(2), 94-109. (In Thai)

Department of Medical Sciences. (2016). *Thai Herbal Pharmacopoeia. Agricultural Co-Operative Federation of Thailand.* Bangkok. (In Thai).

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences.* Academic Press. New York.

Ali, B., Ali N., Wabel, A., Shams, S., Ahamad, A., Khan, A. S. et al. (2015). Essential Oils Used in Aromatherapy: A Systemic Review. *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine.* 5(8), 601-611.

Godzilla, V., Pietsch, J., Witt, M., & Hummel, T. (2010). Theophylline Induces Changes in the el Etro-Olfactogram of the Mouse. *Europesn Archives of Oto-Rhino-Laryngology, 267*(2), 239-243.

Glass, G., V. (1976). Primary, Secondary, and Meta-Analysis of Research. *Educational Researcher, 5*(10), 3-8.

Hongratanaworakit, T. (2009). Relaxing Effect of Rose Oil on Humans. *Natural Product Communications, 4*(2), 291-296. (in Thai)

Hongrattanaworakit, T. (2012). *Essential Oils and Therapeutic Use Aromatherapy.* Nakhon Nayok Faculty of Pharmacy Srinakharinwirot University. (in Thai)

Prasad, S., Gupta, S. C., Tyagi, A. K., & Aggarwal, B. B. (2014). Curcumin, a Component of Golden Spice: from Bedside to Bench and Back. *Biotechnol Adv, 32*(6), 1053-1064.

Piaew, N. (2015). Effects of Inhalation of Lavender Oil on Stress Reduction. And Brainwaves of Teenage Girls. Faculty of Sports Science Chulalongkorn University. *Journal of Sport Science and Health, 16*(2), 63-67. (in Thai)

Saengprateepthong, W. (2010). *Training Document for Writing and Analysis of Achievement Examination Unit 4 in Education*. Nonthaburi: Faculty of Education, Sukhothai Thammathirat Open University. 32. (in Thai)

Sayorwan, W. (2011*). Effects of Selected Volatile Oils Commonly Used in Thailand on Physiological Activities and Emotions*. The Degree of Doctor of Philosophy Program in Public Health Science. College of Public Health Sciences. Chulalongkorn University. (In Thai)

Sayorwan, W., & Bunpein, A. (2018). The Comparative Effect of Inhaling Kaffir Lime Oil and Rosemary Oil on aAutonomic Nervous System and Driver Test Game. *Journal of Health Science Research, 12*(1), 62-65. (In Thai)

Thanirat, T. (2007). *Academic Textbook of Sukhonthon Badam*. Printing House of the War Veterans Organization of Thailand Bangkok. (In Thai)

Wallisu, O. (2020). Aromatherapy. Article Disseminating Knowledge to the Public. Retrieved Mrach 27, 2020 from https://www.pharmacy.mahidol.ac.th (Aromathe). (in Thai)

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

ผลการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อการตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการยื้อชีวิตในช่วงสุดท้าย

Palliative Care to Cancer Patients: The Effects of a Systematic Advance Care Planning on the Refusal of End of Life-Sustaining Treatment

ประไพ บุญมรกต[1*] และ โสเพ็ญ ชูนวล[2]

Prapai Boonmorakot[1*] and Sopen Chunuan[2]

โรงพยาบาลหาดใหญ่[1*], คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา[2]

Hatyai Hospital[1*], Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla[2]

(Received: *September 11, 2021*; Revised: *January 28, 2022*; Accepted: *February 07, 2022*)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบผลการตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการยื้อชีวิตในช่วงสุดท้ายของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามปกติ 2) เพื่อเปรียบเทียบการตัดสินใจเลือกปฏิเสธการยื้อชีวิตในช่วงสุดท้ายรายข้อระหว่างผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและพักรักษาในโรงพยาบาลหาดใหญ่ระหว่างเดือนสิงหาคม 2562–กันยายน 2563 จำนวน 60 ราย เครื่องมือที่ใช้คือ 1) แบบสอบถามความต้องการดูแลช่วงสุดท้ายของชีวิต 2) คู่มือการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านได้ค่าระหว่าง .67 – 1.00 และหาค่าความเที่ยงแบบวัดซ้ำในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .91 สถิติที่ใช้ในการวิจัยคือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบมีคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการยื้อชีวิตในช่วงสุดท้ายสูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 [t=-7.07]

2. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต การให้ยาปฏิชีวนะหรือสารน้ำที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์และการใส่สายยางให้อาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 และมีผู้ป่วยกลุ่มทดลองต้องการเสียชีวิตที่บ้าน ต้องการยุติเครื่องพยุงชีพที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และ .001 ตามลำดับ

ดังนั้นในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองควรให้มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าร่วมกันระหว่างผู้ป่วยครอบครัวและทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เลือกแผนการดูแลด้วยตนเองตามความต้องการเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: การวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ, การปฏิเสธการยื้อชีวิต, การดูแลประคับประคอง, ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Pboonmorakot@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 086-9607852)

Abstract

The objectives of this quasi-experimental research were: 1) to compare the decision-making to refuse life-sustaining treatment between cancer patients who had received conventional palliative care and cancer patients who had received palliative care along with a systematic advance care planning, and 2) to compare the refusal of life-sustaining equipment/medication between experimental group and control group. The purposive sample was 60 cancer patients who received palliative care at Hatyai hospital from August 2019, to September 2020. The instruments were: 1) a questionnaire on end-of-life care needs, 2) a systematic advance care planning manual. Content validity was examined by 3 experts. Test-retest reliability was assessed in 20 palliative cancer patients, yielding a correlation coefficient of 0.91.

The results were as follows.

1. The cancer patients who received palliative care along with systematic advance care planning had statistically significant higher average scores on the refusal of life-sustaining treatment than patients who received the conventional care plan (t=-7.07 p<.001).

2. Participants from the experimental group refused higher than the control group, with statistical significance (p<.01 and p<.001), the endotracheal tube, isotropy medication, non-beneficial antibiotics or fluids, and inserting nasogastric tube. In addition, most of the participants from the experimental group statistically significantly expressed the desire to withdrawal life-sustaining treatment and to die at home, higher than the control group (p<.05 and p<.001, respectively).

Systematic care planning might be implemented with the agreement and collaboration from patients, so to avoid therapeutic obstinacy and, therefore, to improve quality of the end-of-life among cancer patients in palliative care units.

Keywords: End-of-Life, Cancer Patients, Systematic Advance Care Planning, Palliative Care, Refusal of Life-Sustaining Treatment

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมากขึ้นทุกปี ในปี 2561 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวนมากถึง170,495 ราย (Sanguanraksa, 2019) และในปี 2558-2562 พบว่ามีผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุดอัตรา 36.66 ต่อแสนประชากร (Strategy and Planning Division, 2019) พบผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งอัตรา 117.7 ต่อแสนประชากร (Pokpermdee, 2020) ผู้ป่วยมะเร็งเมื่อโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายอาการทางคลินิกจะเปลี่ยนแปลงรวดเร็วและจะเสียชีวิตในเวลาไม่นานอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นการรักษาแบบประคับประคองให้ได้รับการจัดการอาการรบกวนอย่างมีประสิทธิภาพ มีการรักษาภาวะที่สามารถจัดการได้และการดูแลด้านจิตสังคมจิตวิญญาณ เพื่อบรรเทาอาการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยไม่นำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อการยื้อชีวิต (Pairojkul, 2017)

ความตายในยุคปัจจุบันมีความซับซ้อนจากการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อพยุงชีพและมิติระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ การเตรียมตัวรับมือกับสถานการณ์ของความตายจึงเป็นเรื่องสำคัญ เมื่อความตายมาถึงมนุษย์ทุกคนปรารถนาที่จะจากไปอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ถูกแทรกแซงด้วยการรักษาที่เกินพอดี ไม่ทุกข์ทรมาน ได้อยู่กับครอบครัว (Kunsongkeit, 2013) ได้รับรู้ข้อมูลตรงจริง และมีโอกาสได้กำหนดแผนการรักษาหรือปฏิเสธการรักษาด้วยตนเอง (Vasmalenon, 2015; National Health Omission Office, 2017) ประชาชนไทยทุกคนมีสิทธิตามกฎหมายที่จะกำหนดแผนการรักษาหรือแสดงความประสงค์ไม่รับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อ

ยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยได้ (Booonchalermvipas, 2015) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ได้กำหนดแผนการดูแลรักษาหรือได้ทำหนังสือแสดงเจตนาเอาไว้ มักจะได้รับการรักษาที่เกินความจำเป็นและไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการใส่ท่อช่วยหายใจ การให้เลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด การให้อาหารทางสายยางหรืออาหารทางหลอดเลือดดำ การให้ยาปฏิชีวนะที่เกินความจำเป็น การเข้ารักษาในไอซียู การให้ยากระตุ้นระบบไหลเวียน การเจาะคอ การฟอกเลือดล้างไต หรือการช่วยฟื้นคืนชีพ (Morkchareonpong, 2017; National Health Omission Office, 2017) ดังการศึกษาของ Pairojkul (2020) ที่พบว่ามีผู้ป่วยระยะสุดท้ายร้อยละ 45.7 ได้รับการรักษาที่รุกรานต้องใช้เครื่องพยุงชีพ และต้องเข้ารักษาตัวในไอซียู

การวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) เป็นกระบวนการสื่อสารสนทนาเพื่อกำหนดแผนการดูแลสุขภาพในระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นการทำร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ (National Health Omission Office, 2020) เป็นการพูดคุยถึงสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญและความต้องการทางการแพทย์ว่าจะรับหรือปฏิเสธการรักษาการรักษาที่เป็นการยื้อการตาย (Life Sustain Treatment) เป็นการกำหนดแผนการดูแลสำหรับอนาคตในขณะที่ผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ โดยใช้การสื่อสารเพื่อตัดสินใจร่วมกัน (Pairojkul, 2017; Sriratanaban, 2018; Charkaeow, 2013; Tipkanjanaraykha, Saleekul, Apisitwasana, & Thiammok, 2017) องค์ประกอบสำคัญของการวางแผนดูแลล่วงหน้า คือ ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (patient and family preference) เป็นความต้องการหรือสิ่งที่เป็นเป้าหมายหลักของผู้ป่วย การแสดงเจตนาล่วงหน้า (Advance directive) เป็นหนังสือแสดงเจตนาที่เป็นลายลักษณ์อักษร และผู้ตัดสินใจแทนเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่บอกความต้องการของผู้ป่วยให้แก่บุคคลที่เกี่ยวข้องทราบ (Nagaviroj, 2017) การวางแผนดูแลล่วงหน้า ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ตรงกับความต้องการ

การพูดคุยการวางแผนดูแลล่วงหน้าเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนเพราะมีเรื่องความตายเข้ามาเกี่ยวข้อง สังคมไทยมีความเชื่อว่าการพูดถึงการตายเป็นเรื่องอัปมงคล ต้องมีทักษะการสื่อสารที่ดีเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ มีการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นเป็นตอน (Siriloadjanamanee, Soivong & Phornphibul, 2019) ผู้สื่อสารจะต้องมีเจตคติที่ดี มีความเห็นอกเห็นใจ มีท่าทางที่เป็นมิตรทำให้มีความรู้สึกอบอุ่นจนเกิดเป็นความไว้วางใจ เชื่อถือและศรัทธา (Tipkanjanaraykha, Saleekul, Apisitwasana, & Thiammok, 2017) การพูดคุยและสื่อสารที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยได้วางแผนเพื่อการเปลี่ยนผ่านระยะสุดท้ายของชีวิตจากช่วงรักษาให้ดำเนินไปได้อย่างมีคุณภาพจนกระทั่งเสียชีวิต (Akkayakorn, 2017) รวมทั้งช่วยปกป้องผู้ป่วยให้พ้นจากการรักษาทางการแพทย์ที่ไม่ต้องการ ที่ผ่านมาบุคลากรทางการแพทย์มักจะมีความวิตกกังวลเมื่อต้องพูดคุยเรื่องที่ยากนี้กับผู้ป่วยและครอบครัว บางครั้งทำให้มีการหลีกเลี่ยงการพูดคุย (Pairojkul, 2017) จากการศึกษาของ Akkadechanunt & Phornphibul (2018) พบว่าการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสูงขึ้น แต่พบว่ายังไม่มีรายละเอียดและขั้นตอนของวิธีการพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว

โรงพยาบาลหาดใหญ่ ให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เป็นภารกิจสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขและเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งของการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีจุดเน้นสำคัญคือผู้ป่วยได้การวางแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) และจากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เสียชีวิตในปี 2560 จำนวน 160 รายพบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 44.37 ที่ไม่ได้กำหนดแผนการดูแลล่วงหน้า ครอบครัวต้องตัดสินใจแทนและได้เลือกการรักษาเพื่อการยื้อชีวิตถึงร้อยละ 30 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Klinmalee (2016) ที่พบว่าผู้ตัดสินใจแทนเลือกการรักษาที่ยื้อชีวิตร้อยละ 37.5 ผู้วิจัยเป็นทีมสุขภาพที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ได้เห็นถึงความสำคัญของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อการเลือกปฏิเสธการยื้อชีวิตในช่วงสุดท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้กำหนดแผนการดูแลในระยะท้ายด้วยตนเองที่สอดคล้องกับการดำเนินโรคและได้มีชีวิตในระยะท้ายอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี และนำแนวทางการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบไปพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อการตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการยื้อชีวิตในช่วงสุดท้าย โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

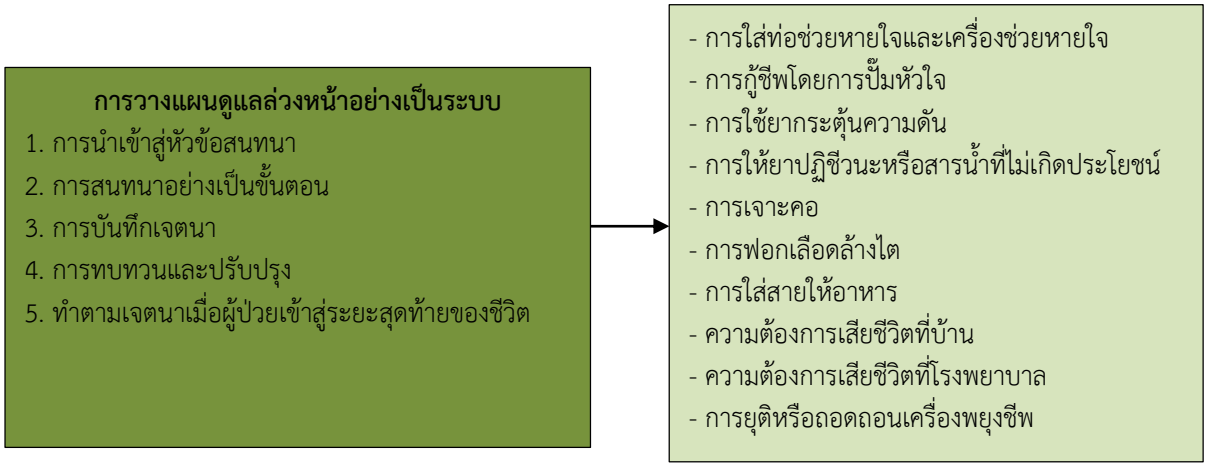
วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลการตัดสินใจเลือกการปฏิเสธการรักษาเพื่อการยื้อชีวิตในช่วงสุดท้าย ของผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามปกติกับผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ

2. เพื่อเปรียบเทียบผลการตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการยื้อชีวิตในช่วงสุดท้ายแบบรายข้อระหว่างผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามปกติกับผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการวางแผนดูแลล่วงหน้าของ Pairojkul (2017) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ 1) การนำสู่หัวข้อสนทนา เป็นการสร้างสัมพันธภาพและประเมินการรับรู้สภาวะโรค 2) การสนทนาอย่างเป็นขั้นตอน เป็นการให้ข้อมูลการดำเนินโรค การพยากรณ์โรค แนวทางการรักษา สิทธิการเลือกรักษาตาม พรบ. มาตรา 12 แลกเปลี่ยนเป้าหมายการดูแลและการเลือก 3) การบันทึกเจตนา เป็นการบันทึกแผนการดูแลของผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษร 4) การทบทวนและปรับปรุง เป็นการทบทวนการตัดสินใจตามที่ได้กำหนดเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และ5) ทำตามเจตนาเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต และประโยคคำพูดสื่อสาร นำมาจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวปฏิบัติ Clinical Practice Guideline for Communicating Prognosis and End of Life in the Advance Stages of a Life Limiting illness แปลเป็นไทยโดย Pairojkul (2017) ผู้วิจัยนำมาจัดทำเป็นคู่มือสื่อสารการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ประเมินผลในประเด็น 1) การใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ 2) การกู้ชีพโดยการปั๊มหัวใจ 3) การใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต 4) การให้ยาปฏิชีวนะหรือสารน้ำที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ 5) การเจาะคอ 6) การฟอกเลือดล้างไต 7) การใส่สายยางให้อาหาร 8) ความต้องการเสียชีวิตที่บ้าน 9) ความต้องการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล และ10) การยุติหรือถอดถอนเครื่องพยุงชีพต่าง ๆ และการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ประกอบด้วยการประเมินและการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ (Symptom Management) การรักษาภาวะที่จัดการได้ (Disease Management) และการดูแลด้านจิตสังคมจิตวิญญาณ (psychochocial & Spiritual Care)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่มแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Two Groups Only Post-test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลหาดใหญ่ เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ 1) ผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ป่วยที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาล 3) ผู้ป่วยรับทราบว่าได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง 4) ผู้ป่วยสามารถสื่อสาร ฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) เป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ระดับความรู้สึกตัวลดลงและไม่สามารถสื่อสารได้หรือผู้ป่วยได้เสียชีวิต

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่มานอนพักรักษาในโรงพยาบาลหาดใหญ่ ระหว่างเดือนสิงหาคม 2562–กันยายน 2563 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 60 ราย กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) ของโพลิทและเบค (Polit & Bect, 2017) ใช้ค่าขนาดอิทธิพลที่ .80 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .95 อำนาจการทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ .80 ได้ขนาดตัวอย่าง 25 ราย และเนื่องจากไม่สามารถควบคุมการออกจากกลุ่มของกลุ่มตัวอย่างขณะทำการทดลองได้จึงเผื่อกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 31 ราย ดังสูตร

$$n = \frac{25}{(1-.1)^2} = 30.86$$

ได้กำหนดเป็นกลุ่มควบคุม 30 รายกลุ่มทดลอง 30 ราย เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และการสุ่มอย่างง่ายเพื่อกำหนดเข้ากลุ่มควบคุมและเข้ากลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วยขั้นตอน การนำสู่หัวข้อสนทนา การสนทนาอย่างเป็นขั้นตอน การบันทึกเจตนา การทบทวนปรับปรุง และการทำตามเจตนาเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วน 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา ผู้ดูแล และข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ การวินิจฉัยโรค การรักษาที่ได้รับ ระดับสมรรถนะ (Palliative Performance Scale)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อความในทางลบจำนวน 8 ข้อ คือข้อ 1-7 และข้อ 9 เป็นข้อความในทางบวก 2 ข้อ คือข้อ 8 และข้อ 10 คำตอบต้องการ หมายถึง ต้องการให้มีกิจกรรมการดูแลนั้นในช่วงสุดท้ายของชีวิต คำตอบ ไม่ต้องการหมายถึง ไม่ต้องการให้มีกิจกรรมการดูแลนั้นในช่วงสุดท้ายของชีวิต การให้ค่าคะแนน คำตอบ ต้องการ ให้ค่าคะแนน 0 คำตอบไม่ต้องการให้ค่าคะแนน 1 ส่วนข้อคำถามในทางบวกผู้วิจัยมีการกลับค่าคะแนนก่อนคำนวณ การแปลผล ค่าคะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยเลือกปฏิเสธกิจกรรมที่เป็นการรักษาเพื่อการยื้อชีวิตมากกว่าเลือกยอมรับการรักษาเพื่อการยื้อชีวิต

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของคู่มือการวางแผนล่วงหน้าอย่างเป็นระบบและแบบแบบสอบถามความต้องการการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิตดังนี้

1. ตรวจสอบหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 2 ท่านและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจำนวน 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ระหว่าง .67 – 1.00

2. ทดสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง แบบวัดซ้ำ (Test-Retest) จำนวน 20 ราย คำนวณค่าความสัมพันธ์ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของความคงที่ (Coefficient of Stability) เท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ จัดทำคู่มือการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ

2. ขั้นดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวมรวมข้อมูลในหอที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เข้าดูแลผู้ป่วยในวันแรกที่แพทย์เจ้าของไข้ลงความเห็นว่าเป็นผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลแบบประคับประคอง

กลุ่มควบคุม

วันที่ 1ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ สอบถามข้อมูลทั่วไป แล้วผู้วิจัยให้การดูแลแบบประคับประคองตามมาตรฐาน คือ ประเมินปัญหาและอาการต่างๆด้านร่างกาย ด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ประเมินความต้องการข้อมูล ประเมินความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย และให้การดูแลตามปัญหารายงานแพทย์เพื่อจัดการอาการ

วันที่ 2-4 ผู้วิจัยติดตามดูแลประเมินผลปัญหาที่ให้การดูแล และประเมินปัญหาอื่น ๆ ค้นหาความต้องการการดูแลรักษา สื่อสารข้อมูลการเจ็บป่วย สื่อสารการกำหนดแผนการดูแล

วันที่ 5 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความต้องการการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต และบันทึกผลการตัดสินใจลงในแบบฟอร์มการแสดงเจตนาเกี่ยวกับการตัดสินใจในช่วงสุดท้ายของชีวิตที่เป็นฟอร์มของโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยอาการทุเลาสามารถกลับบ้านได้ ให้ผู้ป่วยเก็บแบบบันทึกการแสดงเจตนาเกี่ยวกับการตัดสินใจในช่วงสุดท้ายไว้กับตัว และถ่ายสำเนาเก็บที่ผู้ตัดสินใจแทนและเก็บในเวชระเบียนผู้ป่วย

กลุ่มทดลอง

วันที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ สอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยให้การดูแลแบบประคับประคองตามมาตรฐาน คือ ประเมินปัญหาและอาการต่างๆด้านร่างกาย ด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ประเมินความต้องการข้อมูล ประเมินความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย และให้การดูแลตามปัญหา รายงานแพทย์เพื่อจัดการอาการ

วันที่ 2 ผู้วิจัยติดตามประเมินผลปัญหาที่ให้การดูแล และประเมินปัญหาอื่นๆ ค้นหาความต้องการการดูแลรักษา สื่อสารข้อมูลการเจ็บป่วย สื่อสารการกำหนดแผนการดูแล นัดหมายผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อพูดคุยการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

วันที่ 3 จัดประชุมผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อดำเนินการพูดคุยเรื่องวางแผนการดูแลล่วงหน้า โดยใช้ประโยคการสื่อสารตามคู่มือการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบเป็นแนวทางในการพูดคุย

ขั้นตอนที่ 1 การนำเข้าสู่การสนทนา ใช้เวลา 5-10 นาที กิจกรรม คือ สร้างสัมพันธภาพ ประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยและการดำเนินโรค เปิดประเด็นเรื่องการวางแผนดูแลล่วงหน้า

ขั้นตอนที่ 2 การสนทนาอย่างเป็นขั้นตอน ใช้เวลา 20-30 นาที กิจกรรม คือ ให้ข้อมูลความรู้เรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า สิทธิการเลือกปฏิเสธการรักษาในระยะท้ายตาม พรบ. มาตรา 12 สื่อสารการดำเนินโรค การพยากรณ์โรค แลกเปลี่ยนเป้าหมายความต้องการการดูแลในระยะสุดท้าย เช่น การรักษาเพื่อยื้อชีวิตอย่างเต็มที่ การปฏิเสธการรักษาเพื่อการยื้อชีวิตหรือการรักษาที่รุกราน หรือการเลือกดูแลให้สุขสบาย ให้ข้อมูลข้อดีข้อเสียในแต่ละแผนการดูแล ข้อมูลการพยุงชีพ ให้ผู้ป่วยกำหนดผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ทบทวนความเข้าใจข้อมูล ให้เวลาผู้ป่วยในการพูดคุยจนเข้าใจข้อมูลอย่างชัดเจน

ขั้นตอนที่ 3 การบันทึกเจตนาของผู้ป่วย ใช้เวลา 5-10 นาที กิจกรรม คือ เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจเลือกแผนการดูแล ให้ผู้ป่วยบันทึกผลการตัดสินใจลงในแบบฟอร์มการแสดงเจตนาเกี่ยวกับการตัดสินใจในช่วงสุดท้ายของชีวิตที่เป็นฟอร์มของโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 การทบทวนและปรับปรุง หลังจากผู้ป่วยได้กำหนดแผนการดูแลในระยะสุดท้าย ทีมสุขภาพให้การดูแลรักษาตามแผนที่ผู้ป่วยได้กำหนดไว้ เมื่อผู้ป่วยอาการทุเลาสามารถกลับบ้านได้ ให้ผู้ป่วยเก็บแบบบันทึกการแสดงเจตนาเกี่ยวกับการตัดสินใจในช่วงสุดท้ายไว้กับตัว และถ่ายสำเนาเก็บที่ผู้ตัดสินใจแทนและเก็บในเวชระเบียนผู้ป่วย และเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงทรุดลง ทีมสุขภาพมีการทบทวนความต้องการที่ผู้ป่วยได้ตัดสินใจไว้

ขั้นตอนที่ 5 การทำตามเจตนา เมื่อผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ช่วงสุดท้ายของชีวิต ทีมสุขภาพให้การดูแลตามแผนการแสดงเจตนาของผู้ป่วย

วันที่ 4 ให้การดูแลผู้ป่วย ประเมินผลติดตามการดูแลตามปัญหาที่เกิดขึ้น

วันที่ 5 ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามความต้องการการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต (การตอบแบบสอบถามให้ผู้ป่วยทำหลังเสร็จในขั้นตอนที่ 3)

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยวิธีการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการตัดสินใจเลือกปฏิเสธการยื้อชีวิตช่วงสุดท้ายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบทีอิสระ (Independent t- test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ .05 มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนใช้สถิติดังกล่าวโดยพิจารณาจากกราฟฮิสโตแกรมพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

3. วิเคราะห์ความแตกต่างของการตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการยื้อชีวิตช่วงสุดท้ายแบบรายข้อด้วยสถิติไคว์สแคว์

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลเพื่อขอทำวิจัยในคน ได้รับอนุญาตตาม Protocol หมายเลข 51/2562 และ 70/2563 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยทำเอกสารพิทักษ์สิทธิแนบกับแบบสอบถาม ชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือหากต้องการยุติการให้ข้อมูลสามารถทำได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะท้ายซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความเปราะบางทั้งร่างกายและจิตใจ มีโอกาสเกิดความอ่อนไหวทางอารมณ์และความรู้สึกได้ง่าย ผู้วิจัยมีความระมัดระวังในทุกขั้นตอน หากพบว่ามีผลกระทบต่ออารมณ์และความรู้สึกเกิดขึ้นต่อกลุ่มตัวอย่างในขณะทำกิจกรรม ผู้วิจัยยุติการพูดคุยให้การดูแลประคับประคองอารมณ์ แล้วนัดหมายใหม่เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความพร้อม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=60)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (N=30)				กลุ่มทดลอง (N=30)				χ^2
	จำนวน (ร้อยละ)				จำนวน (ร้อยละ)				
	Min	*Max*	*M*	*SD*	*Min*	*Max*	*M*	*SD*	
อายุ	31.16	88.92	61.89	15.85	21.17	80.25	53.42	16.82	
เพศ									
ชาย		12 (40.00)				10 (33.33)			.597^{NS}
หญิง		18 (60.00)				20 (66.67)			
ศาสนา									.647^{NS}
พุทธ		26 (86.67)				26 (86.67)			
อิสลาม		4 (13.33)				4 (13.33)			

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (N=30) จำนวน (ร้อยละ)				กลุ่มทดลอง (N=30) จำนวน (ร้อยละ)				χ^2
	Min	*Max*	*M*	*SD*	*Min*	*Max*	*M*	*SD*	
สถานภาพ									.008[S]
โสด		0 (00)				6 (20.00)			
สมรส		24 (80.00)				21 (70.00)			
หม้าย/แยก/หย่า		6 (20.00)				3 (10.00)			
การศึกษา									.340 [NS]
ประถม		20 (66.67)				16 (53.34)			
มัธยม		3 (10.00)				7 (23.33)			
ปริญญาตรี		7 (23.33)				7 (23.33)			
วินิจฉัย									.110 [NS]
มะเร็งเต้านม		7 (23.33)				6 (20.00)			
มะเร็งปอด		5 (16.67)				4 (13.33)			
มะเร็งลำไส้		3 (10.00)				7 (23.33)			
มะเร็งตับและท่อน้ำดี		6 (20.00)				3 (10.00)			
มะเร็งทางนรีเวช		3 (10.00)				4 (13.33)			
มะเร็งอื่นๆ		6 (20.00)				6 (20.00)			
การรักษา									.258 [NS]
การผ่าตัด		8 (26.67)				11 (36.67)			
ยาเคมีบำบัด		20 (66.67)				18 (60.00)			
การฉายแสง		10 (33.33)				4 (13.33)			
ไม่ได้รับรักษา		9 (30.00)				10 (33.33)			
ระดับ PPS									.608 [NS]
30%		15 (50.00)				10 (33.33)			
40%		6 (20.00)				9 (30.00)			
50%		9 (30.00)				11 (36.67)			
ผู้ดูแล									.038[S]
คู่สมรส		11 (36.67)				7 (23.33)			
พ่อแม่		3 (10.00)				5 (16.67)			
บุตร		14 (46.67)				8 (26.67)			
พี่น้อง เพื่อน		2 (6.67)				10 (33.33)			

NS=Not Statistically Significant, S=Statistically Significant

จากตาราง 1 กลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 21.17–80.25 ปี เฉลี่ย 53.42 ปี (*SD*=16.82) ผู้ป่วยร้อยละ 66.7 เป็นเพศหญิงและร้อยละ 33.33 เป็นเพศชาย ผู้ป่วยร้อยละ 86.67 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 13.33 นับถือศาสนาอิสลาม สถานภาพสมรสร้อยละ 70 โสดร้อยละ 20 และหม้าย/แยก/หย่าร้อยละ 10 การเจ็บป่วย 5 ลำดับแรก คือ โรคมะเร็งลำไส้ร้อยละ 23.3 มะเร็งเต้านมร้อยละ 20.0 มะเร็งปอดร้อยละ13.3 มะเร็งทางนรีเวชร้อยละ 13.3 และมะเร็งตับร้อยละ 10.0 สมรรถนะผู้ป่วย (Palliative Performance Scale: PPS) ระดับ PPS 30 % มีร้อยละ 33.3 PPS 40 % ร้อยละ 30.0 และ PPS 50% ร้อยละ 36.7 และผู้ดูแลร้อยละ 46.7 เป็นบุตร กลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในช่วง 31.16–88.92 ปี เฉลี่ย 61.89 ปี (*SD*=15.8) ผู้ป่วยร้อยละ 60 เป็นเพศหญิงและร้อยละ 40 เป็นเพศชาย นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 86.67 ศาสนาอิสลามร้อยละ 13.33 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 80 และหม้าย/แยก/หย่าร้อยละ

20 การเจ็บป่วย 5 ลำดับแรก คือ โรคมะเร็งเต้านมร้อยละ 23.3 มะเร็งปอดร้อยละ 16.7 และมะเร็งตับ มะเร็งลำไส้ มะเร็งทางนรีเวช มะเร็งตับอ่อนร้อยละ 10.0 เท่ากัน ระดับ PPS 30 % มีร้อยละ 50 ระดับ PPS 40 % ร้อยละ 20.0 และระดับ PPS 50% ร้อยละ 30.0 ผู้ดูแลเป็นพี่น้อง เพื่อนร้อยละ 33.3 ทั้งนี้ ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความคล้ายคลึงกัน ซึ่งผลการทดสอบความแตกต่างของคุณสมบัติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกัน (p>.05) ยกเว้นเรื่องสถานภาพสมรสและผู้ดูแล

2. เปรียบเทียบผลตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการยื้อชีวิตในช่วงสุดท้ายของผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามปกติกับผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการตัดสินใจปฏิเสธการยื้อชีวิตในช่วงสุดท้ายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ (N=60)

การปฏิเสธการรักษาเพื่อการยื้อชีวิต	*N*	*M*	*SD*	*t*	*df*	*p-value*
กลุ่มควบคุม	30	6.23	2.01	-7.068	46.487	<.001
กลุ่มทดลอง	30	9.23	1.16			

จากตาราง 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการยื้อชีวิตในช่วงสุดท้ายของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 [t=-7.07] ดังตาราง 2

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของการตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการยื้อชีวิตในช่วงสุดท้ายแบบรายข้อระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับการวางแผนดูแล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างรายข้อของจำนวน ร้อยละ การตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการยื้อชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ (N=60)

กิจกรรม	กลุ่มควบคุม (N=30)		กลุ่มทดลอง (N=30)		χ^2	*P- value*
	ไม่ต้องการ จำนวน (ร้อยละ)	ต้องการ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ต้องการ จำนวน (ร้อยละ)	ต้องการ จำนวน (ร้อยละ)		
การใส่ท่อช่วยหายใจ	25 (83.33)	5 (16.67)	30 (100)	0 (0.00)	5.455[b]	.052
การกู้ชีพโดยการปั๊มหัวใจ	30 (100.00)	0 (0.00)	30 (100)	0 (0.00)	NA	NA
การใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต	18 (60.00)	12 (40.00)	30 (100)	0 (0.00)	15.000[a]	.001
การให้ยาปฏิชีวนะหรือสารน้ำ	7 (23.33)	23 (76.67)	27 (90.00)	3 (10.00)	27.149[a]	.001
การเจาะคอเมื่อหายใจล้มเหลว	30 (100.00)	0 (0.00)	30 (100.00)	0 (0.00)	NA	NA
การฟอกเลือดล้างไต	28 (93.33)	2 (6.67)	30 (100.00)	0 (0.00)	2.069[b]	.492
การใส่สายยางให้อาหาร	10 (33.33)	20 (66.67)	30 (100.00)	0 (0.00)	30.000[a]	.001
ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน	14 (46.67)	16 (53.33)	7 (23.33)	23 (76.67)	3.590[a]	.05
ต้องการเสียชีวิตที่รพ.	16 (53.33)	14 (46.67)	23 (76.67)	7 (23.33)	3.590[a]	.05
การยุติเครื่องพยุงชีพ	23 (76.67)	7 (23.33)	6 (20.00)	24 (80.00)	19.288[a]	.001

NA=Non-Applicable, a=Chi-Square test, b=Fisher

จากตาราง 3 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองปฏิเสธการใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต การใช้ยาปฏิชีวนะหรือสารน้ำที่ไม่เกิดประโยชน์ การใส่สายยางให้อาหารและต้องการยุติการใช้เครื่องพยุงชีพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ปฏิเสธการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลและต้องการเสียชีวิตที่บ้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปฏิเสธการฟอกเลือดล้างไตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

การศึกษาเรื่องการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อการตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการยื้อชีวิตในช่วงสุดท้าย ผู้วิจัยอธิบายประเด็นสำคัญดังนี้

1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบได้ตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการยื้อชีวิตในช่วงสุดท้ายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลประคับประคองตามปกติ อธิบายได้ว่าการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ เป็นกระบวนการที่มีการพูดคุยกันอย่างเป็นขั้นตอน (Siriloadjanamanee, Soivong & Phornphibul, 2019) ต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลปะ (Boonchalermvipas, 2015) ใช้ภาษาและคำพูดที่ไม่กระทบจิตใจ ฟังอย่างตั้งใจเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ยอมรับความแตกต่างของความคิดตามคุณค่าของผู้ป่วย นอกจากนี้การสร้างสัมพันธภาพที่ดีทำให้รู้สึกผ่อนคลาย เกิดความเชื่อใจต่อกัน และการประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยได้ทบทวนความเปลี่ยนแปลงชีวิต (Nagaviroj, 2017) ทำให้ผู้ป่วยได้ปรับเป้าหมายให้ตรงตามความจริงของการดำเนินโรค และที่สำคัญการมีเวลาให้อย่างเพียงพอทำให้ผู้ป่วยได้ถามข้อสงสัยจนเข้าใจได้ชัดเจน (Raetong, 2016) ดังนั้นการได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยที่เพียงพอชัดเจนและเข้าใจการดำเนินโรคตรงตามความจริง จึงสามารถตัดสินใจปฏิเสธการรักษาที่ยื้อชีวิตมากกว่าเลือกการยื้อชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Akkadechanunt & Phornphibul (2018) ที่พบว่าการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลประคับประคองทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสูงกว่า

2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบตัดสินใจเลือกปฏิเสธการใส่สายยางให้อาหาร การใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต การให้ยาปฏิชีวนะหรือสารน้ำที่ไม่เกิดประโยชน์ และต้องการยุติเครื่องพยุงชีพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายเป็นประเด็นได้ดังนี้

2.1 การใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่สายยางให้อาหาร การให้ยาปฏิชีวนะหรือสารน้ำ รวมทั้งการกู้ชีพด้วยการปั๊มหัวใจและการเจาะคอ เป็นหัตถการที่เป็นรูปธรรมที่มองเห็นได้ว่ามีสายระโยงรยางค์เข้าสู่ร่างกาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประสบการณ์จากการเห็นผู้ป่วยคนอื่นหรือบุคคลในครอบครัว ทำให้รับรู้ได้ถึงความทุกข์ทรมาน จะต้องนอนโรงพยาบาลและเป็นภาระการดูแล ผู้ป่วยจึงตัดสินใจเลือกที่จะไม่เพิ่มความทุกข์ทรมานให้กับตัวเองอีก สอดคล้องกับการศึกษาของ Pukpaijit, Usathaporn, Prutipinyo & Sirichotiratana (2018) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Thaniwattananon, Isaramalai, Naka & Supansathit (2016)

2.2 สถานที่เสียชีวิต พบว่ากลุ่มทดลองต้องการเสียชีวิตที่บ้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีกลุ่มควบคุมร้อยละ 53.3 ที่ต้องการเสียชีวิตที่บ้านเช่นกัน อธิบายได้ว่าบ้านเป็นสถานที่ที่เป็นส่วนตัว เป็นที่คุ้นเคยและมีความผูกพัน คนส่วนใหญ่จึงต้องการอยู่ที่บ้านเพราะได้อยู่กับคนที่รักและญาติพี่น้อง โดยเฉพาะในช่วงสุดท้ายของชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Kosolnanakorn (2016); Phetcharat, Kongpitee, Sansuktawee, Duangmun, Phromloungsri, & Supanpasuch (2017); Klinmalee (2016) แม้ว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ร้อยละ 76.7 ต้องการเสียชีวิตที่บ้านแต่มีกลุ่มทดลองร้อยละ 23.3 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 46.7 ที่ต้องการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล เนื่องจากปัจจุบันสถาบันครอบครัวมีขนาดเล็กลงและมีการแยกกันอยู่เพื่อประกอบอาชีพทำให้ขาดความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เมื่อเจ็บป่วยมักจะพึ่งพาสถานพยาบาลเพราะเชื่อว่ามีความพร้อมในการดูแล ได้รับการดูแลอย่างดีจากการศึกษาของ Pukpaijit, Usathaporn, Prutipinyo & Sirichotiratana (2018); Kosolnanakorn

(2016); Phetcharat, Kongpitee, Sansuktawee, Duangmun, Phromloungsri, & Supanpasuch (2017) นอกจากนี้ การมีสภาวะเป็นสังคมเมือง ผู้คนต้องอาศัยบ้านเช่ามีสถานที่คับแคบเป็นอุปสรรคกับการเป็นสถานที่เสียชีวิต

2.3 การยุติหรือถอดถอนเครื่องช่วยชีวิต พบว่ากลุ่มทดลองต้องการยุติการใช้เครื่องพยุงชีพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผู้ป่วยกลุ่มทดลองร้อยละ 80 ต้องการยุติการใช้เครื่องพยุงชีพ อธิบายได้ว่าในการยอมรับการยุติการพยุงชีพ (Withdrawal Treatment) ขึ้นอยู่กับความเข้าใจเรื่องการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค ความเชื่อความต้องการตามคุณค่าของผู้ป่วย และการได้ตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยครอบครัวและทีมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจยุติการรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิตเพราะไม่ต้องการให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน (Manasurakarn, Chaowalit, Suttharangsee, Isaramalai, & Geden, 2008); Klinmalee (2016); Vattanaprasan, Kongsuwan, & Nilmanat (2019); Suwannil (2012)

จากผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองสามารถเลือกวางแผนการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิตเพื่อไม่ยื้อชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการส่งเสริมให้ทีมสุขภาพได้นำแนวทางการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้กำหนดแผนการดูแลล่วงหน้าที่ตรงกับความต้องการและยังเป็นเครื่องมือในการสื่อสารกับทีมสุขภาพ เกิดประโยชน์ช่วยลดภาระการตัดสินใจของครอบครัว และทีมสุขภาพสามารถดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาวะการดำเนินโรคได้อย่างเหมาะสม

งานวิจัยมีข้อจำกัดการศึกษา โดยการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน ยกเว้นเรื่องสถานภาพและผู้ดูแลที่มีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีสถานภาพโสดร้อยละ 20 และผู้ดูแลของกลุ่มทดลองมีร้อยละ 33.3 ที่เป็นพี่น้องหรือเพื่อน ซึ่งอาจมีผลต่อการตัดสินใจเลือกแผนการรักษาในระยะท้ายได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ทีมประคับประคองสามารถนำแนวทางการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้เนื่องจากเป็นแนวทางที่ปฏิบัติได้จริง เกิดผลลัพธ์ที่ดีและตรงกับแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่มีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการและส่งเสริมคุณภาพชีวิต

2. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารควรสนับสนุนผู้ปฏิบัติงานให้มีความตระหนักเรื่องการวางแผนดูแลล่วงหน้าที่เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มีการขับเคลื่อนเชิงรุกในประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และทีมสุขภาพเคารพและปฏิบัติตามเจตนาของผู้ป่วยที่แสดงเป็นลายลักษณ์อักษร (Advance directive document)

3. ด้านการศึกษา ควรจัดให้มีในการเรียนการสอนเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) ในหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเพื่อเปรียบเทียบการตัดสินใจระหว่างผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยไม่ใช่โรคมะเร็งว่ามีการตัดสินใจเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร และมีปัจจัยอะไรที่มาเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ

2. ศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับหรือไม่ได้รับการดูแลรักษาตามเจตนาปฏิเสธการรักษาเพื่อการยื้อชีวิตในช่วงสุดท้ายและคุณภาพการตายดี

References

Akkadechanunt, T., & Phornphibul, P. (2018). Effectiveness of Implementing Clinical Practice Guideline for Palliative Care in Cancer Patients. *Nursing Journal*, *45*(3), July-September: 68-82. (in Thai).

Boonchalermvipas, S. (2015). End of Patients' Life: A Medical Fact with Legal Limits. *Public Health & Health Laws Journal, 1*(3), September-December. (in Thai)

Charkaeow, P. (2013). *Advance Care Planning and Living will*. In Chanvej, L. (Eds), The Dawn of Palliative Care in Thailand. (pp189-198). Nonthaburi: Beyond Enterprise Company Limited. (in Thai).

Kunsongkeit, W. (2013). Good Death as Perceived by the Cancer Patients. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 21(*4), October-December. (in Thai)

Kosolnanakorn, P. (2016). Factors Associated with Preferences for Place of Terminal Care and Death among Cancer Patients at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Chula Med Journal, 60*(3), 355-364. (in Thai).

Manasurakarn, J., Chaowalit, A., Suttharangsee, W., Isaramalai, S., & Geden, E. (2008). Values Underlying end of Life Decisions of Thai Buddhist Patients and Their Families. *Songkla Med Journal, 26*(6), 549-559. (in Thai)

Morkchareonpong, C. (2017). *Medical Futility*. In Atsawathirakul, N., Sriakkpokin, P., & Svangkul, P. (Eds). Klam Tong Kan Krang Sudtay: Living and Palliative Care. Nonthaburi: October Printing. (in Thai).

Nagaviroj, K., (2017). *Living will and Advance Care Planning*. Atsawathirakun. (Eds). Sukh Sudthy Thi Teuy di. (pp104-111). Bangkok: 3D Printing Equipment co.,LTD. (in Thai).

National Health Omission Office. (2017). *Handbook Medical Personal Laws and Guideline in End of Life Care.* (7th Ed.). Bangkok: 3D Printing Equipment co.,LTD. (in Thai).

National Health Omission Office. (2020). *Operational Definition of Word Use in Palliative Care in Thailand*. 2020 B.E. (in Thai).

Pairojkul, S. (2017). *Training of the Trainers in Palliative Care: Communication in Palliative Care Module 5*, Khonkaen: Klungnana Vitthaya Press. (in Thai).

Pairojkul, S. (2017). *Training of the Trainers in Palliative Care: Goal Setting and Advance Care Planning Module 9*, Khonkaen: Klungnana Vitthaya Press. (in Thai).

Pairojkul, S. (2020). *Palliative Care in Thailand: The Quality of Care*. Siraprapasiri, P., & Horatanarung, D. (Eds). Palliative Care Handbook and End of Life (for Medical Personnel). Nonthaburi: The War Veterans Affairs Office Printing. (in Thai).

Phetcharat, T., Kongpitee, K., Sansuktawee, D., Duangmun, S., Phromloungsri, R., Supanpasuch, S., et al., (2017). Need in End of Life Care of Surgical and Orthopedic Patients. *Srinagarind Med Journal, 32*(3). (in Thai).

Pokpermdee, P. (2020). Twenty-Year National Strategic Plan for Public Health (B.E.2018-2037). *Journal of Health Science, 29*(1), 73-86. (in Thai).

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.* (10th Ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Pukpaijit, R., Usathaporn, S., Prutipinyo, C., & Sirichotiratana, N. (2018). Decision Making to Refuse Medical Intervention in Living Will among Veteran Patients. *Public Health & Health Laws Journal, 4(*1), January-April. (in Thai).

Raetong, P. (2016). Experience of Surrogate Decision Makers in Withdrawing Life-sustaining Traetment: Type of Health Needs from Physicial and Nurses. *Thai Journal of Nursing Council, 31*(4), 122-133. (in Thai).

Sanguanraksa, D. (2019). *Molecular Biology Breast Cancer and Utilization*. In O-Charoenrat, P., Yenbutra, P., Praert,W., Lohsiriwat, V., & Sanguanraksa, D. (Eds.), Breast Cancer. (pp 27). Bangkok: Bangkok Medical Publisher LTD., Part. (in Thai).

Sriratanaban, P. (2018). *Ban Sudthay Khang Chiwit: The Sociology of Illness, Dying and Death*, (3rd Ed.). Nonthaburi: Otober Printing. (in Thai).

Siriloadjanamanee, K., Soivong, P., & Phornphibul, P. (2019). Breaking Bad News in Palliative Care: Integrative Review. *Nursing Journal, 46*(3), 71-85. (in Thai).

Suwannil, L. (2012). *Preferences of Patients and Their Surrogates for Advance Directives at the End of Life, A Thesis Submitted Fulfillment of the Requirement for the Degree of Master of Nursing Prince of Songkla University*. (in Thai).

Thaniwattananon, P., Isaramalai, S., Naka, K., & Supansathit, J. (2016). The Living Will and Health of Elders with Chronic Illness at the End of Life. *Journal of Nursing Science & Health, 39*(2). (in Thai).

Tipkanjanaraykha, K., Saleekul, S., Apisitwasana, N., & Thiammok, M. (2017). Advance Care Planning for Peaceful Death. *Journal of Boromarajonani College of Nursing*, *33*(3). (in Thai).

Vasmalenon, W. (2015). *Pthanukrum Khwam Tay.* (2nd Ed.). Bahgkok: 3 Lada Limited Partnership. (in Thai)

Vattanaprasan, P., Kongsuwan, W., & Nilmanat. (2019). The Lived Experiences of Thai Buddhist Family Members in Decision Making for Withholding or Withdrawing Life Sustaining Treatment for Critical Ill Patient in Terminal Stage. *Songklanagarind Journal of Nursing, 39*(4), 51-62. (in Thai).

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนที่พักอาศัยอยู่ในโครงการบ้านเอื้ออาทรประชานิเวศน์ โดยทีมหมอครอบครัว ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 3 เทศบาลนครนนทบุรี

A Model of Health Promotion Activities for the Residents of a Slum Upgrading Project in Nonthaburi Municipality

มาสริน ศุกลปักษ์[1*], บุลลี ศรีสุวัฒนากุล[2], วรานิษฐ์ ลำใย[1], สุจิรา ฟุ้งเฟื่อง[1], กนิษฐา ถนัดกิจ[1] และ วีรวัฒน์ ทางธรรม[1]

Masarin Sukolpuk[1*], Boonlee Srisuwatanakul[2], Waranist Lamyai[1], Sujira Foongfaung[1], Ganittar Thanadkit[1] and Weerawat thangthum[1]

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก[1*], ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 3 ท่าทราย เทศบาลนครนนทบุรี[2]

Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute[1*], Public Health Service Center 3, Thasai Nonthaburi Municipality[2]

(Received: *October 19, 2021*; Revised: *January 26, 2022*; Accepted: *February 07, 2022*)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนที่พักอาศัยอยู่ในโครงการบ้านเอื้ออาทรประชานิเวศน์ โดยทีมหมอครอบครัว แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาความต้องการและปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพประชาชนที่พักอาศัยในโครงการบ้านเอื้ออาทร กลุ่มตัวอย่าง คือประชาชนที่พักอาศัยอยู่โครงการบ้านเอื้ออาทร จำนวน 440 คน และผู้เกี่ยวข้องจำนวน 20 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนที่พักอาศัยอยู่ในโครงการฯ จากผลการวิจัยระยะที่ 1 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ผลการวิจัย พบว่า

1. ความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง มี 3 ด้าน คือ 1) ความต้องการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ 2) ความต้องการการจัดการสิ่งแวดล้อม และ 3) ความต้องการการบริหารจัดการจากส่วนกลาง ส่วนปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ ด้านปัจจัยนำเกี่ยวกับความรู้การดูแลสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ ปัจจัยเอื้อด้านทรัพยากรและการมีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน และปัจจัยเสริมด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ และการได้รับคำแนะนำการสนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจากบุคคลต่าง ๆ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 40.68

2. รูปแบบกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นมี 5 แผนการจัดกิจกรรม ดังนี้ 1) เวทีประชาคมกำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติเพื่อสุขภาพ 2) สิ่งแวดล้อมดีชีวิตมีสุข 3) ชุมชนเข้มแข็งร่วมแรงพัฒนา 4) ชมรมสร้างเสริมสุขภาพ และ 5) คลินิกสุขภาพดี โดยมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้อยู่ในระดับมาก (M=4.40, SD=0.55)

ดังนั้น ควรส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนต้องดำเนินการให้ครบทุกแผนการจัดกิจกรรมเพื่อสอดคล้องกับความต้องการและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบกิจกรรม, การส่งเสริมสุขภาพประชาชน, โครงการบ้านเอื้ออาทร, ทีมหมอครอบครัว

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: masarin@bcnnon.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 095-950-8831)

Abstract

This research and development study aimed to generate a model of health promotion activities for the residents of a slum upgrading project in a Bangkok suburb, the Eua Athon Housing Project. The study was divided into 2 parts: phase 1 focused on the needs and elements that influenced people's health behaviors, and phase 2 was the model development. The target group was 440 residents of the Eua Arthorn Housing Project in Prachaniwet district of Nonthaburi province, and 20 related persons. Instruments used to collect data were a questionnaire and a semi-structured interview. Content validity was confirmed by 5 experts. Inferential statics were used for data analysis. And the results were as follows.

1. Needs of the target group were at a high level (40.68%) consisting of 3 main categories: 1) health-related needs, 2) environmental management needs, and 3) central management needs. The causal factors of health behavior included: 1) the predisposing factors, namely health care knowledge, attitude toward health care, and perceived health care benefits; 2) the enabling factors provided in the community, consisting of resources and health promotion activities; and 3) the reinforcing factors, namely getting information about health care from various media, and receiving advice and support from various individuals so to practice health care behaviors.

2. The developed model of health promotion activities included five activity plans: 1) a community-based forum for the development of health policies and practices, 2) healthy environment and happy life, 3) a strong community with a common development vision, 4) a good health promotion club, and 5) a wellness clinic. The model suitability for use was at a high level (M=4.40, SD=0.55). As a result, all activity plans should be run to meet the needs and health behaviors of the residents.

Keywords: Health Promotion Activity Model, Eua Athon Housing Project, Family Care Team

บทนำ

“โครงการบ้านเอื้ออาทร” เป็นโครงการของรัฐที่ดำเนินการโดยการเคหะแห่งชาติตามพันธกิจสำคัญ คือ พัฒนาที่อยู่อาศัยให้กับประชาชนโดยเฉพาะผู้มีรายได้น้อย ฟื้นฟูชุมชนเมืองให้มีสภาพแวดล้อมที่ดีและพัฒนาเมืองใหม่เพื่อรองรับการเจริญเติบโตของเมือง รวมถึงพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง สามารถพึ่งตนเองได้ ในการออกแบบที่อยู่อาศัยของการเคหะแห่งขาติเป็นการจัดวางผังโครงการและจ้างเอกชนดำเนินการก่อสร้างอาคารตามรูปแบบที่กำหนด นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมการอยู่อาศัยเพื่อสนับสนุนการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้อยู่อาศัยในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งในมิติทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม (National Housing Authority, 2021)

บริบทสังคมชุมชนบ้านเอื้ออาทรมีความหลากหลายตามประเภทของที่อยู่ ซึ่งประกอบด้วย บ้านเดี่ยว บ้านแฝด บ้านแถว และอาคารชุด(โครงการบ้านเอื้ออาทร) แต่ละประเภทของที่อยู่อาศัยมีการจัดบริการที่สำคัญ ได้แก่ สาธารณูปโภค สาธารณูปการ การดูแลของส่วนกลาง การสร้างอาชีพให้คนในชุมชน รวมถึงการจัดกิจกรรมสำคัญต่าง ๆ ส่วนการใช้ชีวิตของประชาชนในชุมชนอาคารชุดนั้น ในแต่ละแห่งมีความแตกต่างกันตามปัจจัยทางสภาพเศรษฐกิจ สังคม และอัตลักษณ์ของสมาชิกในชุมชน (Lao-on, 2017) ส่วนในเรื่องของสุขภาพจากการศึกษาของ Undara (2019) พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนบ้านเอื้ออาทรบางเขน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.18 มีภาวะอ้วนระดับที่ 1 (ดัชนีมวลกายระหว่าง 25.00 - 29.99) มากที่สุด ร้อยละ 33.67 มีค่าความดันโลหิตระดับสูง (มากกว่า 130 - 139/80 - 89 mmHg) มากที่สุด ร้อยละ 61.22 ส่วนภาวะสุขภาพจิต พบว่า มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 48.99 และยังมีกลุ่มตัวอย่าง ที่มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 22.44 จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการเคหะแห่งชาติ

ให้ความสำคัญกับที่อยู่อาศัย การจัดสิ่งแวดล้อม และระเบียบของชุมชน แต่ในส่วนของสุขภาพของประชาชนที่อาศัยในโครงการบ้านเอื้ออาทรยังพบว่ามีปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขและจัดการ ดังนั้นหากมีการจัดการเพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชนร่วมด้วยก็จะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนในมิติทางสุขภาพเพิ่มขึ้น

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) เบื้องต้น ยังไม่มีรูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนที่อาศัยในโครงการบ้านเอื้ออาทร ประชาชนต้องดูแลตัวเอง ซึ่งจะพบว่ามีปัญหากับผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการ ที่อาศัยในโครงการบ้านเอื้ออาทร ต้องอยู่ตามลำพัง เพราะลูกหลานออกไปทำงาน การเข้าถึงบริการสุขภาพไม่สะดวก รายได้น้อยไม่เพียงพอรายจ่าย ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 3 เทศบาลนครนนทบุรี จึงมีแนวคิดการจัดบริการสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทดังกล่าวโดยการใช้หลักการของทีมหมอครอบครัว ที่กล่าวว่า “ทีมหมอครอบครัว” มีลักษณะสำคัญในการดำเนินงาน ดังนี้ 1. เป็นบริการเชิงรุกในชุมชน 2. ดูแลทุกมิติ 3. ดูแลทุกกลุ่มวัย 4. ทำงานร่วมกันเป็นทีม 5. บริการแบบไร้รอยต่อ และ 6. สร้างนวัตกรรมใหม่ๆ ในการจัดบริการ โดยศูนย์บริการสาธารณสุขจะทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพ ให้คำปรึกษา ประสานการเยี่ยมให้บริการสุขภาพที่บ้านร่วมกับ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) นักบริบาลชุมชน และเครือข่ายองค์กรอื่น ๆ รวมถึงการประสานการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ที่ใกล้เคียง เพื่อให้เกิดการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพประสิทธิภาพ (Office of the Permanent Secretary, 2019) ซึ่งการดำเนินการในรูปแบบนี้จะเป็นการพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ด้วยความร่วมมือร่วมใจของทุกคนเพื่อการดูแลประชาชนในครอบครัวที่ตนเองรับผิดชอบ

กลยุทธ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพมุ่งเน้นให้ความสำคัญตั้งแต่ต้นน้ำ หรือวิธีการที่ทำงานเพื่อแก้ไขรากเหง้าของปัญหาทางสุขภาพ โดยการเปลี่ยนเงื่อนไขและสภาพแวดล้อม กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพจะมีความสัมพันธ์และเสริมซึ่งกันและกันในแต่ละแผนงานหรือกิจกรรม แผนกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ควรประกอบด้วยความหลากหลายของกิจกรรม และมักจะต้องมีความร่วมมือกันในหลากหลายศาสตร์ Noosorn (2021) กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพมีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้น มีการบูรณาการกิจกรรมต่าง ๆ และการดำเนินงานที่ครอบคลุมตามยุทธศาสตร์ 5 ประการของการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Chapter for Health Promotion, WHO, 1986) ดังนั้น กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ จึงเป็นแนวทางในการทำงานของบุคลากรที่ทำหน้าที่ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ที่มีความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

จากข้อมูลข้างต้นดังกล่าวการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนที่พักอาศัยอยู่ในโครงการบ้านเอื้ออาทรประชานิเวศน์ โดยทีมหมอครอบครัว ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 3 เทศบาลนครนนทบุรี ภายใต้ความต้องการและปัจจัยเชิงสาเหตุ ของชุมชนโดยมีการกำหนดรูปแบบกิจกรรมในการพัฒนาสุขภาพที่บูรณาการเข้ากับงานด้านการส่งเสริมสุขภาพของทีมหมอครอบครัว ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน สอดคล้องกับลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ และมุ่งเน้นการมีส่วนร่วม ซึ่งจะเป็นหนึ่งในแนวทางที่จะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนชุมชนอาคารชุดให้มีสุขภาวะที่ดีต่อไป

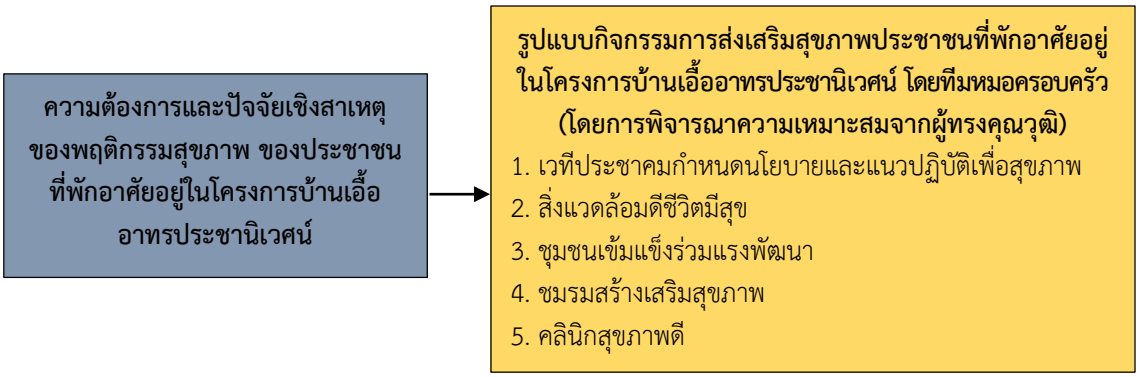
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการและปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนที่พักอาศัยอยู่ในโครงการบ้านเอื้ออาทรประชานิเวศน์ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 3 เทศบาลนครนนทบุรี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนที่พักอาศัยอยู่ในโครงการบ้านเอื้ออาทรประชานิเวศน์ โดยทีมหมอครอบครัว ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 3 เทศบาลนครนนทบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนที่พักอาศัยอยู่ในโครงการบ้านเอื้ออาทรประชานิเวศน์ โดยทีมหมอครอบครัว ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 3 เทศบาลนครนนทบุรี ภายใต้ผลการการศึกษาความต้องการ และปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่พักอาศัยอยู่ในโครงการ

บ้านเอื้ออาทรประชานิเวศน์ คณะผู้วิจัยใช้แนวคิดกลวิธีการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (World Health Organization, 2009) ประกอบด้วย 1) สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build Healthy Public Policy) สร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environments) เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen Community Actions) พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills) ปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (reorient health services) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) นำเสนอเป็น 2 ระยะ (R1,D1) ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาความต้องการและปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนที่พักอาศัยในโครงการบ้านเอื้ออาทรประชานิเวศน์ ใช้การวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยดำเนินการดังนี้

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่พักอาศัยอยู่โครงการบ้านเอื้ออาทรประชานิเวศน์ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 3 เทศบาลนครนนทบุรี อายุ 18 ปี ขึ้นไป มีจำนวน 4,758 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่พักอาศัยอยู่โครงการบ้านเอื้ออาทรประชานิเวศน์ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 3 เทศบาลนครนนทบุรี อายุ 18 ปี ขึ้นไปพักอาศัยอยู่ในโครงการบ้านเอื้ออาทรประชานิเวศน์ คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ สูตรทาโร่ยามาเน่ (Yamane, 1973) หาขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีขนาดเท่ากับ 4,758 คน ความคลาดเคลื่อนที่ผู้วิจัยยอมรับได้เท่ากับร้อยละ 5.0 คำนวณได้ขนาดของตัวอย่าง 368 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยเพิ่มตัวอย่างร้อยละ 20.0 ของค่าที่คำนวณได้ซึ่งเพิ่มอีก 72 คน ได้ตัวอย่างจำนวน 440 คน หลังจากนั้นสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) แบบจับฉลากไม่ใส่กลับ จนได้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้แบบสอบถามปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนที่พักอาศัยอยู่ในโครงการบ้านเอื้ออาทรประชานิเวศน์ ซึ่งคณะผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ของ Mekwimon (2010) ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ 1) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ จำนวน 15 ข้อ 2) เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ 3) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยมีมาตรวัด 5 ระดับจาก เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อในการดูแลสุขภาพ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยมีมาตรวัด 5 หน่วย ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริมในการดูแลสุขภาพ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยมีมาตรวัด 5 หน่วย ได้แก่ ได้รับประจำ ได้รับบ่อย ๆ ได้รับปานกลาง ได้รับนาน ๆ ครั้ง ไม่ได้รับเลย จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยมีมาตรวัด 5 หน่วย ได้แก่ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบ่อย ๆ ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย จำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความเที่ยงตรง (Content Validity) โดยนำเครื่องมือการวิจัยไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ซึ่งความมีเชี่ยวชาญ ด้านการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้านสาธารณสุข และด้านการส่งเสริมสุขภาพ ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา คัดเลือกข้อคำถามที่มีความเที่ยงตรงตั้งแต่ .67-1.00 มาใช้ในการวิจัยและนำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาพิจารณาแก้ไขปรับปรุงตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีของ Kuder-Richardson-20 ในแบบสอบถามส่วนความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่น .618 และด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) จากการนำเครื่องมือไปใช้ ได้ค่าความเชื่อมั่นของ แบบสอบถามเจตคติต่อการดูแลสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่น .746, .860, .891, .967, ตามลำดับ .885

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงประธานนิติบุคคลโครงการบ้านเอื้ออาทร เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยทำหนังสือชี้แจง และอธิบายผู้ประสานงานในพื้นที่เกี่ยวกับโครงการวิจัย และขอให้แนะนำอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน และผู้นำชุมชน ให้แก่ผู้วิจัย โดยผู้วิจัยจะชี้แจงโครงการวิจัยเพื่อขอให้เซ็นยินยอมเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามความต้องการและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน กับกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวน 440 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 20 คน ซึ่งเป็นกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพประชาชนที่พักอาศัยอยู่ในโครงการบ้านเอื้ออาทรประชานิเวศน์ โดยยึดตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเป็นหลัก ได้ตัวอย่างที่เหมาะสมกับ แนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Pothisita, 2019)

ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข นิติบุคคลของโครงการบ้านเอื้ออาทร โดยคณะผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ไปเรื่อย ๆ จนกว่าข้อมูลจะมีลักษณะอิ่มตัว กำหนดเกณฑ์คัดเข้าคือมีอายุ 20 ปีขึ้นไป และ ยินดีให้ข้อมูล และเกณฑ์คัดออก คือ อยู่ในชุมชนโครงการบ้านเอื้ออาทรประชานิเวศน์ น้อยกว่า 1 ปี และรู้สึกไม่สบายใจในการให้ข้อมูลขณะเข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เกี่ยวกับความต้องการของประชาชน เช่น 1) ปัญหาสุขภาพของชุมชนมีอะไรบ้าง 2) ความต้องการของชุมชนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเป็นอย่างไร 3) ท่านต้องการให้ภาคีเครือข่ายสนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพอย่างไร 4) เพราะเหตุใดท่านจึงต้องการให้เพิ่มเติมบริการที่กล่าวมา และ 5) ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงประธานนิติบุคคลโครงการบ้านเอื้ออาทร เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยทำหนังสือชี้แจง และอธิบายผู้ประสานงานในพื้นที่เกี่ยวกับโครงการวิจัย และขอให้แนะนำอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน และผู้นำชุมชน ให้แก่ผู้วิจัย โดยผู้วิจัยจะชี้แจงโครงการวิจัยเพื่อขอให้เซ็นยินยอมเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยจะนัดวัน เวลา สถานที่ กับอาสาสมัคร และสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกลุ่ม จำนวน 1 ครั้ง ๆ ละ 45 – 60 นาที โดยแบ่งกลุ่ม 3 กลุ่ม ๆ ละ 6-8 คน ประกอบด้วยผู้นำชุมชน 1 กลุ่ม อสม. 1 กลุ่ม และ นิติบุคคล 1 กลุ่ม วิธีการคือ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำสนทนากลุ่มให้กับผู้ให้ข้อมูลทราบ และขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา แจ้งสิทธิแก่ผู้ให้ข้อมูลว่าท่านมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามใด ๆ ก็ได้ หรือจะหยุดการสนทนาเมื่อไหร่ก็ได้ และขอให้ทุกคนช่วยรักษาความลับของกลุ่ม หลังจากนั้น ผู้วิจัยจะเริ่มการสนทนาและให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นต่อประเด็น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) แยกแยะข้อมูล แจกแจงเนื้อหาให้เห็นภาพที่ชัดเจน โดยการสร้างข้อสรุปในแต่ละประเด็นและเชื่อมโยงข้อมูลที่ได้จากการตีความ ทำความเข้าใจและค้นหาความหมายที่แท้จริงของข้อมูล เพื่อสร้างข้อค้นพบและสรุปผล (Pothisita, 2019)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนที่พักอาศัยอยู่ในโครงการบ้านเอื้ออาทร

โดยนำผลการวิจัยระยะที่ 1 ซึ่งได้ความต้องการและปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบถึงการสร้างรูปแบบกิจกรรมฯ ที่สอดคล้องกับความต้องการและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เป็นปัจจัยนำเข้าในการสร้างรูปแบบกิจกรรม และประเมินผลรูปแบบกิจกรรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยวางแผนร่างรูปแบบ โดยอาศัยกลวิธีตามปัจจัยที่ค้นพบเป็นฐานในการสร้างและพัฒนา ร่วมกับการนำแนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ เมื่อได้ร่างรูปแบบเรียบร้อยแล้ว และตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบกิจกรรมฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับปรุงรูปแบบกิจกรรมฯ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ มีขั้นตอนดังนี้

1. ร่างรูปแบบกิจกรรม ผู้วิจัยได้ร่างรูปแบบกิจกรรม โดยอาศัยกลวิธีตามปัจจัยที่พบ เป็นฐานในการสร้างและพัฒนา ร่วมกับการนำแนวคิด ทฤษฎี ที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงสาเหตุและตัวแปรผล เพื่อใช้ในการทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ และใช้เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมที่สอดคล้องกับเป้าหมายของรูปแบบ ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดร่างองค์ประกอบของรูปแบบเบื้องต้น ดังนี้ 1) แนวคิดสำคัญของรูปแบบ 2) วัตถุประสงค์ 3) ผู้ใช้รูปแบบ 4) กลวิธีการจัดรูปแบบกิจกรรม 5) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการจัดกิจกรรมตามรูปแบบ 6) คู่มือการใช้รูปแบบกิจกรรม

2. ตรวจสอบรูปแบบกิจกรรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิด้านสาธารณสุข และด้านการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเป็นประโยชน์ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความเป็นปรนัยของร่างรูปแบบกิจกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อคิดเห็นว่าที่สำคัญเกี่ยวกับกลวิธีการจัดรูปแบบกิจกรรม คือ ควรเพิ่มกิจกรรมให้มีความหลากหลายโดยเฉพาะวัยรุ่นและวัยสูงอายุ เพิ่มวิธีการเข้าถึงกลุ่มชุมชนเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

3. นำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ โดยเพิ่มกิจกรรมในการจัดกิจกรรมที่ 4 คือ จัดกิจกรรมเป็นกลุ่มตามความสนใจของแต่ละช่วงวัย และกิจกรรมที่ 5 เพิ่มความเชื่อมโยงในระบบบริการสุขภาพโดยเฉพาะระบบการส่งต่อ และการส่งกลับเข้าสู่ชุมชน และเพิ่มรายละเอียดในคู่มือการใช้รูปแบบกิจกรรมแต่ละขั้นตอนให้มีความชัดเจนเพื่อง่ายต่อการนำไปใช้

4. แก้ไขปรับปรุงรูปแบบกิจกรรมตามข้อเสนอแนะ เพื่อความถูกต้อง ความเหมาะสม การนำไปใช้ประโยชน์และความเป็นไปได้อีกครั้ง ผลการประเมินโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M=4.40, SD=0.55) ทั้งนี้ รูปแบบกิจกรรมสามารถนำไปใช้ได้ตามบริบทที่คล้ายคลึงกันโดยทีมหมอครอบครัว ภายใต้คู่มือการใช้รูปแบบ (Handbook) เพื่อประโยชน์และสร้างความยั่งยืนในการดำเนินการต่อไป

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมการวิจัย โดยขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี เลขที่ COE 63/005 วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2563

ผลการวิจัย

1. ความต้องการของประชาชนที่พักอาศัยในโครงการบ้านเอื้ออาทรประชานิเวศน์ มี 3 ประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

1.1 ความต้องการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความต้องการด้านการดูแลสุขภาพ จากข้อความที่กล่าวว่า

จากปัญหาที่พบด้านสุขภาพ “เกี่ยวกับสุขภาพ ปัจจุบันคนที่อยู่ในนี้ เป็นสโตรก เป็นกันเยอะมาก ตอนนี้ก็เริ่มมีติดเตียง ระยะ 4-5 ปีหลังเยอะมาก เกี่ยวกับความดัน เบาหวาน เขาไม่ค่อยดูแลสุขภาพกัน ทีนี้ก็นำมาซึ่งโรคพวกนี้”

“ปวดเข่าเยอะมาก เดินมาไม่ค่อยได้ เป็นสุขภาพกับคนที่อยู่ในชุมชนนี้” “แต่เข่าเสื่อมเยอะ อายุมากก็จะเป็น”

“มีคนไข้ติดเตียงไม่เท่าไหร่ เดินไม่ไหวขาอ่อนแรง” “มีติดเตียง 5 คน ส่วนใหญ่ อ่อนแรงด้วยโรคชราตามวัย อัมพาตเยอะ”

“บางทีเราจัดกิจกรรม แอโรบิก คนแก่เขาไม่ชอบ อาจเป็นไม้พอง อาจจะเป็นอะไร ที่คนแก่เขาชอบอย่างไทเก๊ก ถ้าแอโรบิก คนแก่เขาเต้นไม่ไหว ต้องหาวิธีว่าคนแก่ยืดหยุ่นได้ เช่นรำวงย้อนยุค”

“ของเรามีแต่กลางแจ้ง ที่จริงเราใฝ่ฝันว่าอยากมีเครื่องออกกำลังกายในร่ม คนแก่มาเล่นได้ คือต้องใช้ทุนเยอะ ก็มีแต่กลางแจ้ง”

“จริง ๆ เรามีสวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ ทุก เดือน แต่หยุดไปช่วงโควิด”

1.2 ความต้องการด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความต้องการด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมจากข้อความที่กล่าวว่า

“ห้องนี้ครับ คนมาร่วมเยอะมาก เกี่ยวกับพระพุทธศาสนา ทางกีฬาผมก็พยายามดึงทุกอย่าง แต่สิ่งที่อยากจะทำแต่ยังไม่มีทุนก็คือ เครื่องออกกำลังกายภายในร่ม”

“ที่จริงเรามีอยู่แล้วริมรั้ว ที่เป็นทางจักรยาน ทางจ๊อกกิ้ง ยาวไปถึงหน้าวัดบัวขวัญ”

“ทุกที่ ปกติเขามีที่จอดรถให้ 200 กว่าคัน แต่นับปัจจุบันนี้พันกว่าคัน ตรงไหนที่ห้ามจอดก็จอดหมดเลย จัดสรรเป็นที่จอดหมดเลย แต่เราควบคุมว่าถ้ารถไม่มีสติกเกอร์ เราจะไม่ให้จอด หรือมาก็ต้องแลกบัตร เวลารถจอดกีดขวาง จะตามได้ มีรู้ว่าเป็นรถใคร รถใคร”

“โครงการบ้านเอื้ออาทรของเราจะได้รับ ผลกระทบจากตลาดข้างเคียงเยอะ โดยเฉพาะ เรื่องกลิ่นและเรื่องขยะ”

“บ้านเอื้ออาทรไปใช้ตรงนั้นตลอด เวลาออกกำลังกาย พอมีขยะ เขาก็ไม่อยากจะไปกัน บางคนก็ไปทางออก 8 กัน”

1.3 ความต้องการด้านการบริหารจัดการจากส่วนกลาง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความต้องการด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมจากข้อความที่กล่าวว่า

“ถ้าพวกที่ย้ายเข้า ออกตลอดทำให้เราดูแลได้ลำบาก”

“ปัจจุบันมี 13 อาคาร โซน 1 13 อาคาร โซน 2 13 อาคาร เนื้อที่ 33 ตร.ม. แล้วมี 24 อีก ประชากรปัจจุบันมี 6-7 พันคน”

“จะรู้เพราะเราอยู่มานาน เวลาเดินสำรวจที่หมอใช้ให้สำรวจ เมื่อก่อนจะไม่รู้ว่า อันไหนบ้านเช่า อันไหนบ้านอยู่เอง เราจะเคาะทุกประตูห้อง ตึกละ 5 ชั้น ไม่มีลิฟท์ เราเดินทุกชั้น สาหัสมาก เหนื่อย”

“ที่จะพอไปได้บ้างหรือคะ คือส่วนมาเป็นคนแก่เลี้ยงลูกหลานอยู่ที่บ้าน เราก็ไม่รู้ว่าจะให้เขาทำยังไงให้เขามาร่วมกิจกรรมกับเรา เขาไม่ว่าง บางคนก็ไม่มา เขารู้อยู่แต่ไม่มา บางทีประกาศก็ไม่มา ไม่ค่อยให้ความร่วมมือ

และกรณีบางคนซึ่งเจ็บป่วย ลูกหลานก็ไปทำงาน เวลาหมอนัดก็ไม่ได้ไปตามนัด ซึ่งบางคนก็ขาดปัจจัยบ้าง อะไรหลาย ๆ อย่าง แล้วเราจะไปช่วยเหลือเขาได้ยังไง”

“ประชากรมี มีคนย้ายเข้า ออก บางทีเจ้าของบ้านจริง ๆ แรก ๆ อยู่ แต่ตอนนี้มีประชากรแฝงเยอะ เพราะเจ้าของบ้านให้เช่า จำนวนเลยไม่แน่นอน”

“นิติเราจะมีกิจกรรมบ่อย ส่งเสริมสุขภาพ เราชักชวนคนออกกำลังกาย แล้ววันสำคัญต่าง ๆ เราจะจัดแข่งกีฬา ทั้งผู้สูงอายุ เด็ก และเยาวชน เช่นจัดแข่งขันปั่นจักรยาน”

“ส่วนมากเราไม่สำรวจเรื่องเด็ก ส่วนมากที่สำรวจก็กลุ่ม อสม. นิติไม่ได้สำรวจ มีหน้าที่เก็บดูแล เด็กเยอะ และประชากรแฝง”

“ระบบบริการ เวลาจะออกไปไหนไม่ต้องออกมาเรียกแท็กซี่ โทรหา รปภ. เขาจะเรียกแท็กซี่มาให้ : แล้ว รปภ. ก็เป็นส่วนสำคัญ ทาง รปภ. เขาจะแจ้งตลอดว่า เกิดอะไรขึ้น กลางคืน กลางวัน เขาจะแจ้งเราด่วน”

“แล้วที่เก่เห็น การบริหารจัดการ ถ้ามีคนไข้ที่ป่วย พี่ก็จะเอา มาอยู่ชั้นล่าง เป็นการบริหารจัดการ เพราะว่าที่นี่ไม่มีลิฟท์ เวลามีคนป่วย”

2 ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่พักอาศัยอยู่ในโครงการบ้านเอื้ออาทรประชานิเวศน์ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 3 เทศบาลนครนนทบุรี

2.1 พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่พักอาศัยอยู่ในโครงการบ้านเอื้ออาทร ประชานิเวศน์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.8 และเพศชาย ร้อยละ 38.2 มีอายุระหว่าง 18-93 ปี อายุเฉลี่ย 51.0ปี (*SD*=14.19) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 31.8 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 29.3 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 35.0 และมัธยมศึกษา ร้อยละ 33.6 มีรายได้ต่อเดือนไม่เพียงพอร้อยละ 57.5 ระยะเวลาที่อยู่ในโครงการบ้านเอื้ออาทรฯมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 59.1 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.4 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (*SD*=10.1) ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 55.2 และมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 44.8 มีการตรวจร่างกายประจำปีอย่างน้อย 1 ครั้ง ร้อยละ 60.7 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาไม่มีความเจ็บป่วยร้อยละ 88.9 และไม่ได้เจ็บป่วยหนักจนต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลร้อยละ 94.3 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ระดับปัจจัยและพฤติกรรมสุขภาพ (n=440)

ปัจจัยและพฤติกรรมสุขภาพ	*M*	*SD*	ระดับร้อยละ (คน)		
			มาก	ปานกลาง	น้อย
1. ปัจจัยนำ					
1.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ (คะแนนเต็ม 15 คะแนน)	12.37	1.84	29.77 (131)	45.46 (200)	24.77 (109)
1.2 เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ (จำนวน 10 ข้อ ค่าคะแนน 10– 50 คะแนน)	32.28	9.79	41.14 (181)	25.68 (113)	33.18 (146)
1.3 การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ (จำนวน 10 ข้อ ค่าคะแนน 10 – 50 คะแนน)	26.83	11.34	33.18 (146)	22.05 (97)	44.77 (197)
2. ปัจจัยเอื้อ					
2.1 ทรัพยากรในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน (จำนวน 4 ข้อ ค่าคะแนน 4 – 20 คะแนน)	12.58	4.92	40.45 (178)	22.05 (97)	37.50 (165)
2.2 การมีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน (จำนวน 5 ข้อ ค่าคะแนน 5 – 25 คะแนน)	16.48	5.22	38.64 (170)	33.41 (147)	27.95 (123)

ตาราง 1 (ต่อ)

ปัจจัยและพฤติกรรมสุขภาพ	*M*	*SD*	ระดับร้อยละ (คน)		
			มาก	ปานกลาง	น้อย
3. ปัจจัยเสริม					
3.1 ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ (จำนวน 5 ข้อ ค่าคะแนน 5 – 25 คะแนน)	15.40	4.42	31.59 (139)	40.68 (179)	27.73 (122)
3.2 ด้านการได้รับคำแนะนำการสนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจากบุคคลต่าง ๆ (จำนวน 4 ข้อ ค่าคะแนน 4 – 20 คะแนน)	12.81	3.85	36.14 (159)	29.09 (128)	34.77 (153)
4. พฤติกรรมสุขภาพ (จำนวน 15 ข้อ ค่าคะแนน 15 – 75 คะแนน)	45.72	10.50	40.68 (179)	32.05 (141)	27.27 (120)

จากตาราง 1 พบว่า 1) ปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ พบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.46 ด้านเจตคติต่อการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 41.14 และด้านการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 33.18 2) ปัจจัยเอื้อ พบว่า มีทรัพยากรในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 40.45 และตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการมีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 38.64 3) ปัจจัยเสริม พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 31.59 การได้รับคำแนะนำการสนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจากบุคคลต่าง ๆ อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 36.14 4) พฤติกรรมสุขภาพ ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 40.68 รองลงมา มีพฤติกรรมสุขภาพ ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 32.05 และมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับน้อยคิดเป็นร้อย 27.27

2. รูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนที่พักอาศัยอยู่ในโครงการบ้านเอื้ออาทรประชานิเวศน์ โดยทีมหมอครอบครัว ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 3 เทศบาลนครนนทบุรี มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กลวิธีการดำเนินงานตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa charter) (World Health Organization, 2009) พบว่า แนวคิดสำคัญของรูปแบบกิจกรรมฯ คือ การบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนกับการดำเนินการงานของทีมหมอครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชนที่พักอาศัยอยู่ในโครงการบ้านเอื้ออาทรประชานิเวศน์ รวมถึงมีกลวิธีการจัดรูปแบบกิจกรรม ประกอบด้วย 1) เวทีประชาคมกำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติเพื่อสุขภาพ 2) สิ่งแวดล้อมดีชีวิตมีสุข 3) ชุมชนเข้มแข็งร่วมแรงพัฒนา 4) ชมรมสร้างเสริมสุขภาพ และ 5) คลินิกสุขภาพดี ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 รูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนที่พักอาศัยอยู่ในโครงการบ้านเอื้ออาทรประชานิเวศน์

กลวิธีการดำเนินงานตามกฎบัตรออตตาวา	ชื่อแผนการจัดกิจกรรม	สาระของกิจกรรม
1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	“เวทีประชาคมกำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติเพื่อสุขภาพ”	1. จัดประชุมผู้นำชุมชนเพื่อกำหนดเป้าหมายและแนวปฏิบัติด้านสุขภาพร่วมกับทีมหมอครอบครัว ภายใต้ความต้องการและปัจจัยเชิงสาเหตุที่พบ 2. สร้างการมีส่วนร่วมกับผู้นำชุมชน อสม นิติบุคคลที่รับผิดชอบโครงการเอื้ออาทร เพื่อผลักดันแนวปฏิบัติด้านสุขภาพไปสู่การปฏิบัติ 3. สร้างการมีส่วนร่วมกับหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อสร้างความร่วมมือในการทำกิจกรรม เป็น

ตาราง 2 (ต่อ)

กลวิธีการดำเนินงานตามกฎบัตรออตตาวา	ชื่อแผนการจัดกิจกรรม	สาระของกิจกรรม
		การตกลงร่วมกันถึงเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน/องค์กร
2. การสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี	“สิ่งแวดล้อมดีชีวิตมีสุข”	1. วางแผนร่วมกัน ปรับปรุง พัฒนาสิ่งแวดล้อมนอกอาคารเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน 2. ประสานภาคีเครือข่ายเพื่อปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ 3. สร้างกิจกรรมการมีส่วนร่วมของบุคคลที่อาศัยในโครงการบ้านร่วมกันปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ชีวิต
3. การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง	“ชุมชนเข้มแข็งร่วมแรงพัฒนา”	1. สร้างทีมการสื่อสารกับกลุ่มประชาชนที่พักอาศัยในโครงการบ้าน 2. ค้นหาบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพ 3. พัฒนาผู้นำด้านสุขภาพ 4. เผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ความรู้ ปรับเจตคติต่อการดูแลสุขภาพ และส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ
4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล	“ชมรมสร้างเสริมสุขภาพ”	1. กิจกรรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาด้านความรู้ทัศนคติ และการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ 2. สร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อสุขภาพ 3. ประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลข่าวสาร ผ่านช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย
5. การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข	“คลินิกสุขภาพดี”	1. จัดบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานโดยทีมหมอครอบครัวให้กับประชาชน 2. การให้คำปรึกษารายบุคคล เพื่อให้คำแนะนำช่วยลดอุปสรรคของแต่ละบุคคล รวมถึงให้คำแนะนำถึงวิธีการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ

ซึ่งรูปแบบกิจกรรมที่พัฒนาขึ้น ได้รับการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผลการประเมินพบว่ามีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในระดับมาก (M=4.40, SD=0.55) โดยกระบวนการของกิจกรรมมีความเหมาะสมกับบริบทของโครงการบ้านเอื้ออาทร และการดำเนินงานของภายใต้ทีมหมอครอบครัว เพื่อให้เกิดการบูรณาการอย่างเป็นรูปธรรมจะนำไปสู่ความยั่งยืนในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนที่พักอาศัยอยู่ในโครงการบ้านเอื้ออาทรต่อไป

อภิปรายผล

1. ความต้องการและปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนที่พักอาศัยอยู่ในโครงการบ้านเอื้ออาทรประชานิเวศน์ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 3 เทศบาลนครนนทบุรี พบว่า ความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง มี 3 ด้าน คือ 1) ความต้องการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ 2) ความต้องการการจัดการสิ่งแวดล้อม และ 3) ความต้องการการบริหารจัดการจากส่วนกลาง เหตุผลที่เป็นเช่นนี้ เนื่องจากบุคคลมีลำดับความต้องการตามทฤษฎีของมาสโลว์ (Maslow, 1943) ที่กล่าวไว้ว่า ความต้องการของบุคคลมี 5 ขั้นตอนด้วยกันเรียงลำดับจากต่ำสุดไปหาสูงสุด ได้แก่ ความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย ความต้องการความรักและสังคม ความต้องการการได้รับการยกย่องนับถือในตนเอง และความต้องการพัฒนาศักยภาพของตนเอง จากการศึกษาพบว่าประชาชนที่พักอาศัยอยู่ในโครงการบ้านเอื้ออาทรประชานิเวศน์ มีความต้องการพื้นฐาน 2 ลำดับแรก คือ ความต้องการด้านร่างกาย และความปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์และความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่

รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลราษฎร์นิยม อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ของ Bunpean, Chantarapon, & Tananusak (2021) พบว่า ประชาชนมีความต้องการด้านสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษา ฟื้นฟู การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการประคบสมุนไพร โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต้องการให้มีการบริการวิชาการเรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไข้เลือดออก โรคเรื้อรัง และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นต้น ส่วนปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ ด้านปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม อยู่ในระดับมากน้อยกว่าร้อยละ 50 อาจกล่าวได้ว่าประชาชนในชุมชนคอนโดเอื้ออาทรยังต้องได้รับการส่งเสริม สนับสนุน พัฒนา ปัจจัยภายในตัวบุคคลทั้งในด้าน ความรู้ เจตคติ การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ และปัจจัยภายนอกบุคคล ในด้านทรัพยากร กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ซึ่งการดำเนินงานหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมนั้นก่อน แล้วจึงวางแผนและกำหนดกลวิธีเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพ โดยพฤติกรรมนี้อาจจะเป็น พฤติกรรมของบุคคลในชุมชนทุก ๆ ช่วงวัย ทั้งทในกลุ่มที่มีสุขภาพดีและกลุ่มโรคเรื้อรัง Green, & Kreuteer (2005)

2. รูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนที่พักอาศัยอยู่ในโครงการบ้านเอื้ออาทรประชานิเวศน์ โดยทีมหมอครอบครัว ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 3 เทศบาลนครนนทบุรี ที่พัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบกิจกรรมที่ได้รับการตรวจสอบยืนยันความเหมาะสม เป็นไปได้ เป็นประโยชน์ และถูกต้อง ตามแนวคิดกลวิธีการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (World Health Organization, 1998) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ตรวจสอบได้ระดับความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรมในระดับมาก (M=4.40, SD=0.55) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากรูปแบบกิจกรรมฯ ดังกล่าวได้รับมีการพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ มุ่งเน้นการเสริมสร้างความต้องการและปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เจตคติต่อการดูแลสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ ทรัพยากรที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน การมีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ และการได้รับคำแนะนำการสนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจากบุคคลต่าง ๆ โดยใช้กลวิธีทางสุขศึกษาด้วยกลยุทธ์ที่หลากหลายภายใต้กระบวนการ การสร้างเสริมความสามารถ การเป็นสื่อกลาง และการชี้แนะ ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ อันได้แก่ 1) การสื่อสารผ่านสื่อโสต (Audio Media) ด้วยการใช้เสียงตามสายเพื่อเป็นสื่อกลางในการประชาสัมพันธ์กิจกรรม 2) การสื่อสารผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ (Print Media) ด้วยการใช้โปสเตอร์ แผ่นพับ คู่มือ เพื่อการเสริมสร้างความสามารถให้แก่ประชาชนในชุมชน 3) การสื่อสารผ่านสื่อบุคคล (Personal Media) จากทีมหมอครอบครัว และบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพ เพื่อการชี้แนะให้แก่ประชาชน รวมถึงการใช้สื่อออนไลน์ (Online Media) ซึ่งกิจกรรมที่กล่าวมาข้างต้นจะช่วยในการเสริมสร้างปัจจัยชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ 4) สร้างการมีส่วนร่วมกับหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อสร้างความร่วมมือในการทำกิจกรรม เป็นการตกลงร่วมกันถึงเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน/องค์กร 5) ทำงานร่วมกับกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะ โรงเรียน สถานประกอบการ และ 6) ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ชีวิต โดยมีแผนการจัดกิจกรรม จำนวน 5 แผนกิจกรรม ดังนี้ แผนการจัดกิจกรรมที่ 1 เรื่อง เวทีประชาคมกำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติเพื่อสุขภาพ แผนการจัดกิจกรรมที่ 2 เรื่อง สิ่งแวดล้อมดีชีวิตมีสุข แผนการจัดกิจกรรมที่ 3 เรื่อง ชุมชนเข้มแข็งร่วมแรงพัฒนา แผนการจัดกิจกรรมที่ 4 เรื่อง ชมรมสร้างเสริมสุขภาพ และแผนการจัดกิจกรรมที่ เรื่อง คลินิกสุขภาพดี ทั้งนี้ อาจกล่าวได้ว่าการพัฒนารูปแบบกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยใช้กลวิธีการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (World Health Organization, 1998) เป็นเครื่องมือสำคัญที่เน้นว่าสุขภาพประกอบด้วย สภาวะของความผาสุกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม และให้ความสนใจการดูแลอย่างองค์รวม โดยมุ้งเน้นให้สุขภาพเป็นหลักสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะเรื่องนโยบายสาธารณะ สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ การปฏิบัติของชุมชน ทักษะส่วนบุคคล และการปรับรูปแบบบริการด้านการดูแลสุขภาพ รวมถึงการเปลี่ยนจุดหมุนจากปัจจัยด้านบุคคลไปสู่มุมมองด้านสังคม วัฒนธรรม การเมือง เศรษฐกิจ และ สิ่งแวดล้อม ผ่านการชี้แนะสังคม การทำให้มีความสามารถและการเป็นสื่องกลาง (Powwattana, Kalampakorn, Lagampan, & Pawiworrakul, 2018) เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้คนในชุมชนมีสุขภาพดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Buntian (2018) พบว่า การพัฒนาและการ

ประเมินรูปแบบการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อมีลักษณะเด่นในการพัฒนาแกนนำ เครือข่าย กลไกและกระบวนการเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สะสมความสำเร็จที่เกิดขึ้น ในรูปแบบการค้นหาปัญหา หาแนวทางแก้ไข โดยนำความเป็นระบบแต่ยืดหยุ่นมาประยุกต์ใช้ในการกำหนดทิศทางหรือแนวทางที่สังคมโดยรวมเชื่อว่าจะนำไปสู่ความอยู่ดีมีสุขต่อไป

ทั้งนี้ ข้อจำกัดในวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้รูปแบบกิจกรรมตามความต้องการและปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนที่พักอาศัยอยู่ในโครงการบ้านเอื้ออาทรประชานิเวศน์ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 3 เทศบาลนครนนทบุรี โดยการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบกิจกรรมฯ จากผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เนื่องจากการจำกัดการเข้าสู่พื้นที่และการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และมาตรการการป้องการและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. รูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนที่พักอาศัยอยู่ในโครงการบ้านเอื้ออาทรประชานิเวศน์ โดยทีมหมอครอบครัว พบว่าแผนการจัดกิจกรรมที่ต้องทำเป็นลำดับแรก คือ แผนการจัดกิจกรรม เรื่อง เวทีประชาคมกำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติเพื่อสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการทำกิจกรรมตามแผนการจัดกิจกรรมอื่นต่อไปได้

2. การดำเนินการตามรูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนที่พักอาศัยอยู่ในโครงการบ้านเอื้ออาทรประชานิเวศน์ โดยทีมหมอครอบครัว จะต้องดำเนินการให้ครบทุกแผนการจัดกิจกรรม ภายใต้ความต้องการและปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มที่ต้องการส่งเสริมสุขภาพตามรูปแบบกิจกรรมที่กำหนด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนที่พักอาศัยอยู่ในโครงการบ้านเอื้ออาทรประชานิเวศน์โดยทีมหมอครอบครัว สามารถนำไปทดลองใช้ในพื้นที่บริบทชุมชนที่ใกล้เคียงร่วมกับออกแบบบูรณาการกิจกรรมหรือขั้นตอนเพิ่มเติมตามความต้องการและปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนเพื่อให้ได้รูปแบบกิจกรรมมีประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

References

Bunpean, A., Chantarapon, P., & Tananusak, A. (2021). A Study of Situation and Health Needs of People in the Area of Ratiyom-District Health PromotingHospital, Sai Noi District, Nonthaburi Province. *Academic Journal of Community Public Health, 7*(3), 101-111. (in Thai).

Buntian, S. (2018). Development Model for Creating Healthy Public Policy in Participatory Action of Kamphaeng Phet Provincial Health Assembly. *Humanities & Social Sciences*, *35*(2), 64-89. (in Thai).

Green, l. W., & Kreuter, M. W. (2005). Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach. 4th ed. New York: Emily Barrosse.

Lao-on, A. (2017). Living in Condominium Community: Case Study in Government Housing Complex, Chiang Mai Province. *CMU Journal of Law and Social Sciences*, *10*(2), 169-196. (in Thai).

Mekwimon, W. (2010). *Health Care Behavior of Peoples beside in Students Applied Thai Traditional Medicine Program Practice Area*. Faculty of Sciences and Technology, Suan Sunandha Rajabhat University. Retrieved January 5, 2020 from http://ssruir.ssru.ac.th/bitstream/ssruir/312/1/039-53.pdf

National Housing Authority. (2021). *Annual Report*. Retrieved October 5, 2021 from https:// https://www.nha.co.th/information/Annual report/.

Noosorn, N. (2021). *Principle of Health Promotion*. Phisanulok. Naresuan University Publishing House. (in Thai).

Office of the Permanent Secretary. (2019). *Primary Health System Act B.E. 2019*. Bangkok: Sililuck Company Limited. (in Thai).

Pothisita, C. (2019). *The Science and Art of Qualitative Research*. Edition 8. Bangkok: Amarin Printing and Publishing Public Company Limited. (in Thai).

Powwattana, A., Kalampakorn, S., Lagampan, S., & Pawiworrakul, T. (2018). *Health Promotion and Disease Prevention in Community: An Application of Concepts and Theories to Practice.* (Revised Edition). Chacheungsow: MN Compute Offset Company Limited. (in Thai).

Undara, W. (2019). The Study of Health Status and Health Behaviors of People in Baan Aur-Arthorn Community Bangkhen (Klong Thanon). *Royal Thai Navy Medical Journal*, *1*(45), 121-138. (in Thai).

World Health Organization. (2009). *Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences* Geneva. Retrieved March 5, 2020 from http://www.who .int/healthpromotion/milestones.pdf?ua=1

Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis. 3rd Edition*. New York: Harper and Row.

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

AIDS and other Sexually Transmitted Disease (STDs): The Relationships between Sexual Health Literacy and Protective Behaviors among Adolescents in Northeastern Thailand

อิสรีย์ ปัดภัย[1*], ภาวิณี แสนชนม์[2], เทพไทย โชติชัย[1], ศันสนีย์ จันทะสุข[1], ณิชกานต์ มีลุน[1] และ วนิดา ศรีพรหมษา[3]

Isare Padphai[1*], Pawinee sanchon[2], Tepthai Chotchai[1], Sansanee Chanthasukh[1], Nitchakarn Meelun[1] and Wanida Sripromsa[3]

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์ และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก[1*], มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร[2], วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก[3]

Sirindhorn College of Public Health, Khon kaen. Faculty of Public Health and Allied Health Science, Praboromarajchanok Institute[1*], Sakonnakhon Rajabhat University[2], Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute[3]

(Received: *August 31, 2021*; Revised: *January 16, 2022*; Accepted: *February 07, 2022*)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ข้อมูลพฤติกรรมทางเพศเพื่อป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศเพื่อป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีอายุ 18 ปี จำนวน 400 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ข้อมูลพฤติกรรมทางเพศและความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจีสติคและตัวแบบผสมเชิงเส้นวางนัยทั่วไป ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 77.75

2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศเพื่อป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั้ง 4 ทักษะอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 63.75

3. ปัจจัยการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ มีโอกาสมีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มากกว่าการดื่ม 5.98 เท่า (OR_{Adj}=5.98, 95% *CI*=3.18to11.24) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และทักษะการประเมินในระดับสูง 2.70 เท่า (OR_{Adj}=2.70, 95% *CI*=1.06 to 6.87) และทักษะการตัดสินใจปฏิบัติระดับสูง 3.32 เท่า (OR_{Adj}=3.32, 95% *CI*=1.37 to 8.06) มีโอกาสมีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มากกว่าระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ควรมีการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศเพื่อป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และวัยรุ่น

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kaogrand@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 097-3077151)

Abstract

This cross-sectional analytical research aimed to: 1) study preventive sexual behaviours, 2) evaluate the levels of sexual health literacy, and 3) identify the relationships between these factors and the protective behaviour level from AIDS and other sexually transmitted diseases (STDs) among adolescents in Northeastern Thailand. The sample was 400 adolescents aged 18 years old. The multistage random sampling method was applied. Data were collected using an online form for general information, sexual behaviours, and sexual health literacy on prevention of AIDS/HIV and other STDs. Data were analyzed using descriptive statistics, logistic regression, and generalized linear mixed models. The results were as follows.

1. The majority of the samples (77.75%) practiced safe sex to prevent AIDS and STDs.

2. Most samples (63.75%) had sexual health literacy (all four skills) at a low level.

3. Adolescents with non-alcohol drinking were more likely to have protective behaviours for AIDS and other STDs, rather than adolescents with alcohol drinking (Adjusted OR = 5.98, 95% CI = 3.18 to 11.24) with statistically significant (P< .05). Adolescents who had information skills and decision-making skills at a high level were more likely to have protective behaviours from AIDS and other STDs, rather than adolescents with low-level skills (Adjusted OR = 2.70, 95% CI =1.06 to 6.87, and Adjusted OR = 3.32, 95% CI = 1.37 to 8.06, respectively).

Per findings, sexual health literacy should be actively promoted in order to prevent AIDS and other STDs among adolescents.

Keyword: Sexually Transmitted Diseases, STDs, AIDS, HIV, Protective Behaviours, Health Literacy, Adolescents

บทนำ

โรคเอดส์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุทำให้ประชาชนทั่วโลกเจ็บป่วยและเสียชีวิต โดยจากรายงานของโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ พบว่า ในปี พ.ศ.2558 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก 36.70 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 2.10 ล้านคนและมีผู้เสียชีวิตเนื่องจากโรคเอดส์ประมาณ 1.10 ล้านคน (UNAIDS, 2016) โดยในปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยจากข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี 2561 พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ แล้วได้รับการวินิจฉัยหรือรู้สถานะว่าตนเองติดเชื้อแล้ว 451,384 คน ดังนั้นคาดว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี อีกประมาณ 28,000 คน ที่ยังไม่รู้สถานะการติดเชื้อ และยังไม่ได้รับการรักษา ที่สำคัญคือสามารถส่งถ่ายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้โดยไม่รู้ตัว และมากกว่าร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่อยู่ในกลุ่มผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปโดยได้รับเชื้อผ่านทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (Department of Disease Control, 2016)

จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่ทั่วโลกอยู่ประมาณ 376 ล้านคน โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ 1 ล้านคนต่อวัน และมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นทุกประเทศ (WHO, 2019) ในประเทศไทยพบข้อมูลผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ในปี 2557 – 2561 พบจำนวนผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบโรคหนองในสูงที่สุด รองลงมาคือ โรคซิฟิลิส โรคหนองในเทียม โรคแผลริมอ่อน และโรคฝีมะม่วงกามโรคต่อมน้ำเหลือง (Situation of the 5 Main Sexually Transmitted Diseases in Youth in Thailand, Fiscal Year, 2014-2018) แต่ปัจจุบันกลับพบว่าโรคซิฟิลิสมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งข้อมูลจากกรมควบคุมโรคปี 2553 พบผู้ป่วย 2.16 ต่อประชากรแสนคน แต่ในปี 2563 พบว่าจำนวนผู้ป่วยซิฟิลิสเพิ่มขึ้นอย่างน่าตกใจถึง 5 เท่า ในปี 2563 คือพบผู้ป่วย 11.51 ต่อประชากรแสนคน สวนใหญกลุมที่ติดโรคนี้มากที่สุด คือ กลุมนักเรียน และวัยรุน (Division of Epidemiology Department of Disease Control, 2019)

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มอายุ 15 – 24 ปี เพิ่มขึ้นในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (ปี 2557 - 2561) โดยมีอัตราป่วยเป็นลำดับที่3 รองจากภาคเหนือและภาคกลาง คือ 150.6, 115.8 และ 94.59 ต่อประชากรแสนคน แต่หากพิจารณาตามรายเขตสุขภาพนั้น พบว่าเขตสุขภาพที่ 10 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูง ถึง 138.7 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเป็นอัตราป่วยที่สูงและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ (Situation of the 5 Main Sexually Transmitted Diseases in Youth in Thailand, Fiscal Year, 2014-2018) ในปี 2561 ทั่วประเทศมีจำนวนผู้ป่วยซิฟิลิส 7,629 คน ซึ่งมีอัตราการป่วยในเพศชาย 3 คนต่อหญิง 2 คน โดยพบว่าในจังหวัดขอนแก่น มีจำนวนผู้ป่วยอัตราสูงสุดถึงมากกว่า 1,000 คน (Division of Epidemiology Department of Disease Control, 2019)

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นี้ถือเป็นโรคที่ต้องดำเนินงานการเฝ้าระวังภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เนื่องจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นโรคที่มีความเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตและพฤติกรรมทางเพศของประชาชน ส่งผลให้ประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ไม่ปลอดภัยมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น ตลอดระยะเวลา 30 ปี ที่สามารถควบคุมการระบาดได้ ปัจจุบันกลับพบว่า โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เริ่มกลับมาเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขอีกครั้ง โดยพบการรายงานผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพิ่มขึ้นต่อเนื่องในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา และแนวโน้มยังเพิ่มขึ้นในกลุ่มเยาวชน (อายุ 15-24 ปี) โดยพบอัตราป่วยสูงกว่ากลุ่มอื่น (Situation of the 5 Main Sexually Transmitted Diseases in Youth in Thailand, Fiscal Year, 2014-2018)

ผลกระทบในการติดเชื้อเอชไอวีที่สืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงสภาพสังคมในปัจจุบันและมีการขับเคลื่อนประทศไปสู่ความทันสมัย จากการศึกษาพบว่าการติดต่อสื่อสาร ไม่ว่าจะเป็นการใช้โทรศัพท์มือถือ การดูโทรทัศน์ ภาพยนตร์ อินเทอร์เน็ต วีซีดี หนังสือลามกรูปภาพ หรือการเข้าถึงสื่อยั่วยุและแหล่งอบายมุขต่างๆรวมถึงการเข้าใช้แหล่งบริการทางเพศค่อนข้างง่ายขึ้น (Phaopan, Mahawerawat, & Pholprueksa, (2011); Bunchiang (2013); Charoensiri, Toonsiri & Leelukkanaveera, 2019) ประชาชนมีความสนใจในพฤติกรรมทางเพศมากขึ้น และนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่ง่ายตามมาและ ความรู้เรื่องโรคติดตอทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นอยู่ในระดับต่ำ โดยข้อมูลเกี่ยวกับเพศศึกษาที่นักเรียนได้รับอาจไม่เพียงพอ (Sirited, Tunit, Hemtong, & Busarathid, 2020) และพบว่านักศึกษาที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่กับครอบครัว, นักศึกษาที่เคยใช้สารเสพติดและนักศึกษาดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Baokhumkong & Kata, 2019)

จากร่างแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) โดยมีเป้าหมายและตัวชี้วัดในข้อ 8 คือ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทยเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 มีแนวทางได้แก่การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อันจะสามารถสร้างเสริมให้สุขภาพของบุคคลและชุมชนดีขึ้น จากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ (Health System Research Institute, 2011) จะเห็นได้ว่าการพัฒนาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนเป็นสิ่งที่การสาธารณสุขไทยนั้นให้ความสำคัญ

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นสูงอยู่ในลำดับต้นโดยเฉพาะโรคเอดส์, โรคซิฟิลิสและโรคหนองใน อันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศและพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อเป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (โรคซิฟิลิสและโรคหนองใน) ในวัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพฤติกรรมทางเพศเพื่อป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศเพื่อป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

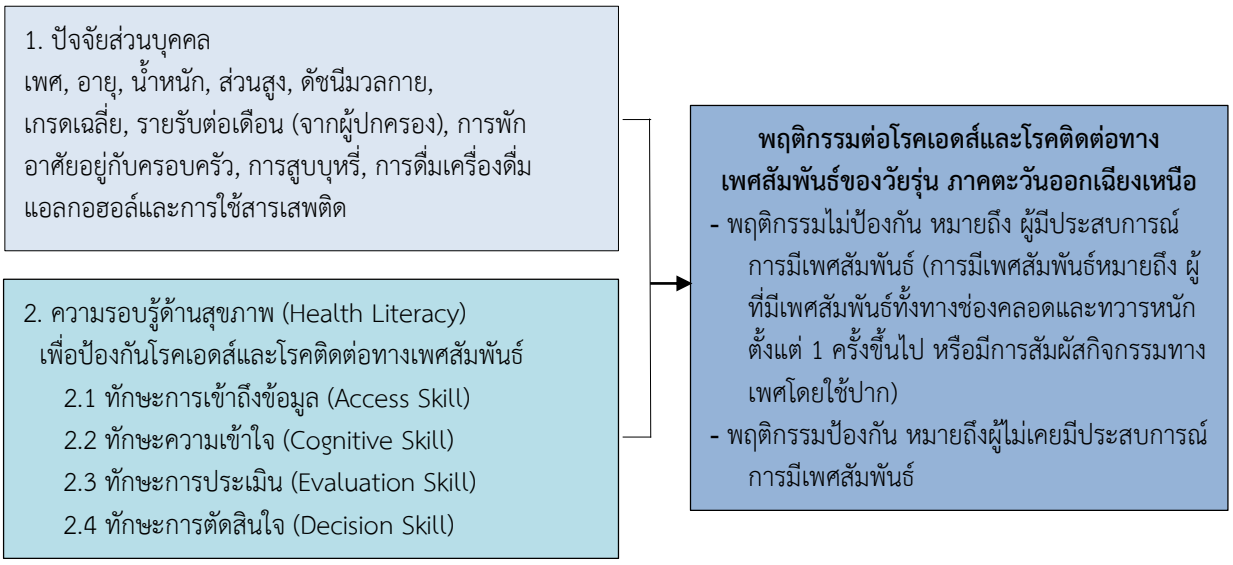
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สมมุติฐานวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยบูรณาการแนวคิดของ ซอเรนเซน และคณะ (Sorensen, Broucke, Fullam, Doyle, Pelikan, Slonska et al, 2012) แบบ 4 ทักษะคือ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลคือ ความสามารถในการรู้วิธีสืบค้นและใช้อุปกรณ์สืบค้น ในการค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องทันสมัยและมีตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือสำหรับการนำมาปฏิบัติ 2) ทักษะความเข้าใจคือ การมีความเข้าใจในข้อมูลด้านสุขภาพ อธิบายสาระสำคัญและนำไปปฏิบัติได้ 3) ทักษะการประเมินคือความสามารถในการคัดกรองและประเมินข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับเพื่อนำไปปฏิบัติ และ 4) ทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้องคือ ความสามารถในการตัดสินใจเพื่อบรรลุเป้าหมายหรือทางเลือกที่เกิดผลดีเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติ เพื่อการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือวัยรุ่นตอนปลาย อายุ 17-19 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มอย่างง่ายคือ วัยรุ่นอายุ 18 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่6 โรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กำหนดขนาดตัวอย่าง โดยคำนวณขนาดตัวอย่างอย่างง่ายสำหรับแบบการถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple Logistic Regression) ในการวิเคราะห์ (Hsieh, Bloch, & Larsen, 1998) โดยนำระดับพฤติกรรมทางเพศจากงานวิจัย (Euawitthayasuphorn & Photimuenthip, 2011) ได้กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 204 คน ทำการปรับขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานศึกษาที่ใช้ตัวแบบการ

ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple Logistic Regression) ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยปรับอิทธิพลขอความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยค่า (Variance Inflation Facor: VIF) (Hsieh, Bloch & Larsen, 1998) และ ρ=ค่าสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์เชิงพหุ (Multiple Correlation) ระหว่างตัวแปรการมีผลต่อพฤติกรรมป้องกัน เมื่อคำนึงถึงระดับความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันที่ไม่ควรมีค่าสูงเกินไปจนเป็นปัญหา Multicollinearity ประกอบกับความเป็นไปได้ในการทำวิจัย ได้แก่ งบประมาณ จึงเลือกใช้สัมประสิทธ์สหสัมพันธ์เชิงพหุ = 0.7 เนื่องจากงานศึกษานี้มีตัวแปรอิสระเข้าตัวแบบในการศึกษาหลายตัวแปร เพื่อปรับแก้อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ด้วยค่า (Variance Inflation Factor; VIF) เมื่อแทนค่าได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 400 คนดังนั้น ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูล ด้วยขนาดตัวอย่างที่ใช้จำนวน 400 คน

ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling Method) โดยการแบ่งภาคตะวันออกเฉียงเหนือออกเป็น 4 เขตสุขภาพ แล้วสุ่มอย่างง่ายเลือกจังหวัดตัวแทนเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด และทำการสุ่มอย่างง่ายเลือกโรงเรียนมัธยมศึกษาจากตัวแทนจังหวัดได้แก่เขต 7 คือ โรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดกาฬสินธุ์ เขต8 คือ โรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดสกลนคร เขต 9 คือ โรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดสุรินทร์และเขต10 คือ โรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานี และสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโรงเรียนละ 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามออนไลน์ผ่านระบบ Google Form แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ, อายุ, น้ำหนัก, ส่วนสูง, เกรดเฉลี่ย, รายรับต่อเดือน (จากผู้ปกครอง), การพักอาศัยอยู่กับครอบครัว, การสูบบุหรี่, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมทางเพศได้แก่ ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ (การมีเพศสัมพันธ์หมายถึง ผู้ที่เคยมีเพศสัมพันธ์ทั้งทางช่องคลอดและทวารหนัก ตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป หรือมีการสัมผัสกิจกรรมทางเพศโดยใช้ปาก) ประสบการณ์การมีคนรักและความตั้งใจในการรักษาพรหมจรรย์ อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การสวมถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ผู้วิจัยบูรณาการแนวคิดของ Sorensen, Broucke, Fullam, Doyle, Pelikan, Slonska et al. (2012) แบบ 4 ทักษะคือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะความเข้าใจ ทักษะการประเมิน และทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และประยุกต์จากการแบ่งเกณฑ์การจำแนกระดับความรู้แจ้งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ระดับต่ำ คือคะแนน < ร้อยละ 75 และคะแนนสูง คือ คะแนน ≥ร้อยละ 75 (Thanasukarn & Neelapaijit, 2015) และประยุกต์ข้อคำถามบางส่วนจากงานวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์(Baokhumkong & Kata, 2019)

1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลเพื่อป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ มีลักษณะแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้งและปฏิบัติทุก ๆ ครั้ง คะแนนเต็ม 25 คะแนน ใช้เกณฑ์การแปลผล (Thanasukarn & Neelapaijit, 2015) ดังนี้

ระดับความรอบรู้ในการเข้าถึงข้อมูลต่ำ หมายถึง ได้คะแนน 1-18 คะแนน หรือ<ร้อยละ 75 ของคะแนนเต็ม

ระดับความรอบรู้ในการเข้าถึงข้อมูลสูง หมายถึง ได้คะแนน 19-25 คะแนน หรือ≥ร้อยละ75 ของคะแนนเต็ม

2. ทักษะความเข้าใจเกี่ยวกับการเพื่อป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ประกอบด้วยคำถามข้อในแต่ละคำถามมี 2 ตัวเลือก คำตอบที่ถูกต้องมีเพียงคำตอบเดียว หากตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แปลความหมายจากค่าคะแนนแบ่งออกเป็น 2 ระดับคะแนนเต็ม 10 คะแนน ใช้เกณฑ์การแปลผล (Thanasukarn & Neelapaijit, 2015) ดังนี้

ระดับความรอบรู้ในความเข้าใจต่ำ หมายถึง ได้คะแนน 0-7 คะแนน หรือ < ร้อยละ75 ของคะแนนเต็ม

ระดับความรอบรู้ในความเข้าใจสูง หมายถึง ได้คะแนน 8-10 คะแนน หรือ ≥ ร้อยละ75 ของคะแนนเต็ม

3. ทักษะการประเมินข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วยคำถาม 5 ข้อ มีลักษณะแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆครั้ง ปฏิบัติเป็น

บางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้งและปฏิบัติทุก ๆ ครั้ง คะแนนเต็ม 25 คะแนน ใช้เกณฑ์การแปลผล (Thanasukarn & Neelapaijit, 2015) ดังนี้

ระดับความรอบรู้ในการประเมินต่ำ หมายถึง ได้คะแนน 1-18 คะแนน หรือ < ร้อยละ75 ของคะแนนเต็ม

ระดับความรอบรู้ในการประเมินสูง หมายถึง ได้คะแนน 19-25 คะแนน หรือ ≥ ร้อยละ75 ของคะแนนเต็ม

4. ทักษะการตัดสินใจปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ มีลักษณะแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้งและปฏิบัติทุก ๆ ครั้ง คะแนนเต็ม 50 คะแนน ใช้เกณฑ์การแปลผล (Thanasukarn, & Neelapaijit, 2015) ดังนี้

ระดับความรอบรู้ในการปฏิบัติบัติต่ำ หมายถึง ได้คะแนน 1-37 คะแนน หรือ<ร้อยละ 75 ของคะแนนเต็ม

ระดับความรอบรู้ในการปฏิบัติสูง หมายถึง ได้คะแนน 38-50 คะแนน หรือ≥ร้อยละ 75 ของคะแนนเต็ม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยมีความเชี่ยวชาญด้านการสาธารณสุข ด้านการศึกษาและด้านการพยาบาล ประเมินความสอดคล้องระหว่างรายการข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย พบว่าทุกข้อมีดัชนีความสอดคล้องระหว่างรายการข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัยมากกว่า 0.67 และมีการปรับรายการคำถามบางข้อตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้ไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้คะแนนแต่ละทักษะดังนี้คือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลเท่ากับ .80 ทักษะความเข้าใจเท่ากับ .90, ทักษะการประเมินเท่ากับ .80 และทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ผ่านระบบ Google Form กระจายแบบสอบถามผ่านระบบ Line Application จำนวน 2 สัปดาห์ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แนะสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมแล้ว จึงเป็นการตอบคำถามในแบบสอบถามออนไลน์ผ่านระบบ Google Form

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจเจกส่วนบุคคลและข้อมูลพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. วิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศและพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (พฤติกรรมป้องกัน) โดยวิเคราะห์ตัวแปรแบบ Bivariate เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกัน ด้วยสถิติ Simple Logistic Regression และควบคุมผลกระทบระหว่างกลุ่มโดยใช้ขนาดระดับเขตสุขภาพด้วยสถิติ Generalized Linear Mixed Model (GLMM)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ : HE642004 วันที่ 11 มีนาคม พ.ศ.2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจเจกส่วนบุคคลและข้อมูลพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.50 ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 50.75, เกรดเฉลี่ยล่าสุด≥ 3.00 ร้อยละ 69.50, รายรับต่อเดือนจากผู้ปกครอง < 2,000 ร้อยละ 47.50, การพักอาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 100, การสูบบุหรี่ส่วนใหญ่ไม่สูบ ร้อยละ 94.75, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ไม่ดื่ม ร้อยละ 67.75, และการไม่ใช้สารเสพติด ร้อยละ 100

1.1 ข้อมูลพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 วิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของกลุ่มตัวอย่าง (n= 400 คน)

ข้อมูลพฤติกรรมทางเพศ	จำนวน	ร้อยละ
1. ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ (การมีเพศสัมพันธ์หมายถึง ผู้ที่เคยมีเพศสัมพันธ์ทั้งทางช่องคลอดและทวารหนัก ตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป หรือมีการสัมผัสกิจกรรมทางเพศโดยใช้ปาก)		
เคย	89	22.25
ไม่เคย	311	77.75
2. ประสบการณ์การมีคนรัก		
เคย	269	67.25
ไม่เคย	131	32.75
3. ความตั้งใจในการรักษาพรหมจรรย์		
ตั้งใจ	227	56.68
ไม่ตั้งใจ	173	43.32
4. อายุการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก/ปี		
< 15	7	7.86
15 - 18	82	92.14
M= 16, *SD*= 6.50		
Median= 16, *Min* = 12, *Max*= 18		
5. การสวมถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์		
สวม	73	82.02
ไม่สวม	16	17.98

จากตาราง 1 พบว่า ข้อมูลพฤติกรรมทางเพศ ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่ไม่เคย ร้อยละ 77.75, ประสบการณ์การมีคนรัก ส่วนใหญ่ เคย ร้อยละ 67.25, ความตั้งใจในการรักษาพรหมจรรย์ ส่วนใหญ่ตั้งใจ 56.68, อายุการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ส่วนใหญ่อายุ 15-18 ปี ร้อยละ 92.14, การสวมถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่สวม ร้อยละ 82.02

2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศเพื่อป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ตาราง 2 วิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศเพื่อป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของกลุ่มตัวอย่าง (n= 400 คน)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูล (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)/ร้อยละ		
ต่ำ (< 75)	347	86.75
สูง (≥ 75)	53	13.25
M= 14.42, *SD*= 3.58		
Median= 15, *Min* = 7, *Max*= 21		
2. ทักษะความเข้าใจ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)/ร้อยละ		
ต่ำ (<75)	137	34.25
สูง (≥75)	263	65.75
M= 7.50, *SD*= 2.00		
Median= 8, *Min* = 1, *Max*= 10		
3. ทักษะการประเมิน (คะแนนเต็ม 25 คะแนน)/ ร้อยละ		
ต่ำ (<75)	270	67.50
สูง (≥75)	130	32.50
M= 15.19, *SD*= 5.80		
Median= 14, *Min* = 5, *Max*= 25		
4. ทักษะการตัดสินใจปฏิบัติ (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)/ร้อยละ		
ต่ำ (<75)	265	66.25
สูง (≥75)	135	33.75
M= 30.93, *SD*= 9.25		
Median= 30, *Min* = 10, *Max*= 49		
ผลรวม		
ต่ำ	**255**	**63.75**
สูง	**145**	**36.25**

จากตาราง 2 พบว่า ทักษะการเข้าถึงข้อมูล, ทักษะความเข้าใจ, ทักษะการประเมินและทักษะการตัดสินใจปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด โดยมีผลรวมระดับต่ำ ร้อยละ 63.75

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

3.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันต่อโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ข้อมูลปัจเจกส่วนบุคคล

ตาราง 3 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยวิเคราะห์ตัวแปรแบบ Bivariate เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันด้วย สถิติ Simple Logistic Regression (n= 400 คน)

ข้อมูลปัจเจกส่วนบุคคล	จำนวน	% พฤติกรรมป้องกัน	Crude OR	95%CI	*p-value*
Over All	400	77.75	77.75	73.35 to 81.73	
1. เพศ					0.129
ชาย	95	70.53	1		
หญิง	282	80.14	1.68	0.99 to 2.86	
เพศทางเลือกชาย	6	-	-	-	
เพศทางเลือกหญิง	17	70.59	100	0.32 to 3.11	
2. ดัชนีมวลกาย (kg/m^2)					0.831
< 23	297	77.10	1		
23-24.99	52	80.77	1.24	0.59 to 2.61	
≥ 25	51	78.43	1.07	0.52 to 2.21	
3. เกรดเฉลี่ยล่าสุด					0.004
< 2.5	25	64.00	1		
2.5-3	97	68.04	1.19	0.47 to 3.00	
≥ 3	278	82.37	2.26	1.09 to 6.29	
4. รายรับต่อเดือน/ บาท (จากผู้ปกครอง)					0.013
< 2,000	190	83.68	1		
2,000-3,000	135	74.81	0.57	0.33 to 1.00	
≥ 3,000	75	68.00	0.41	0.22 to 0.76	
5. การสูบบุหรี่					0.004
สูบ	21	42.86	1		
ไม่สูบ	379	79.68	5.22	2.12 to 12.85	
6. การดื่มแอลกอฮอล์					< 0.001
ดื่ม	129	56.59	1		
ไม่ดื่ม	271	87.82	5.53	3.34 to 9.15	

P ≤ .05

จากตาราง 3 พบว่า ข้อมูลปัจเจกส่วนบุคคลได้แก่ เกรดเฉลี่ยล่าสุดการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันต่อโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตาราง 4 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยวิเคราะห์ตัวแปรแบบ Bivariate ด้วย สถิติ Simple Logistic Regression (n= 400 คน)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	%พฤติกรรมป้องกัน	Crude OR	95%CI	*p-value*
1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูล					0.309
ต่ำ	347	76.95	1		
สูง	53	83.02	1.46	0.68 to 3.13	

ตาราง 4 (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	%พฤติกรรมป้องกัน	Crude OR	95%CI	*p-value*
2. ทักษะความเข้าใจ					0.008
ต่ำ	137	70.07	1		
สูง	263	81.75	1.91	1.18 to 3.09	
3. ทักษะการประเมิน					< 0.001
ต่ำ	270	69.63	1		
สูง	130	94.62	7.66	3.42 to 17.13	
4. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง					< 0.001
ต่ำ	265	69.43	1		
สูง	135	94.07	6.98	3.26 to 14.95	

P ≤ .05

จากตาราง 4 พบว่า ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะความเข้าใจ, ทักษะการประเมิน และทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลปัจเจกส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยใช้สถิติ Generalized Linear Mixed Model (GLMM)

ตาราง 5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจเจกส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยใช้สถิติ GLMM (n= 400 คน)

Factors	Number	%Protective Behavior	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	*p-value*
1. การดื่มแอลกอฮอล์						< 0.001
ดื่ม	129	56.59	1	1		
ไม่ดื่ม	271	87.82	5.53	5.98	3.18 to 11.24	
2. ทักษะการประเมิน						< 0.001
ต่ำ	270	69.63	1	1		
สูง	130	94.62	7.66	2.70	1.06 to 6.87	
3. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง						0.008
ต่ำ	265	69.43	1	1		
สูง	135	94.07	6.98	3.32	1.37 to8.06	

P ≤ .05

จากตาราง 4 ได้นำตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากตาราง 3 และตาราง 4 ได้แก่ข้อมูลทั่วไปคือ เกรดเฉลี่ยล่าสุด, การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ และความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูล, ทักษะความเข้าใจ, ทักษะการประเมิน, และทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เข้าวิเคราะห์โดยใช้สถิติ GLMM นั้นพบว่า มีเพียงการดื่มแอลกอฮอล์และความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูล, ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เท่านั้นที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้คือ ปัจจัยการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ มีโอกาสมีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มากกว่าการดื่ม 5.98 เท่า (Adjusted OR = 5.98, 95% CI = 3.18 to 11.24) โดยทักษะการประเมินระดับสูง มีโอกาสมีพฤติกรรม

ป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มากกว่าระดับต่ำ 2.70 เท่า (Adjusted OR = 2.70, 95% CI =1.06 to 6.87) และทักษะการตัดสินใจปฏิบัติระดับสูง มีโอกาสมีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่าระดับต่ำ 3.32 เท่า (Adjusted OR = 3.32, 95% CI = 1.37 to 8.06) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี พฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 77.75 และมีพฤติกรรมไม่ป้องกัน ร้อยละ 22.25 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chotchai, Seedaket, Suvarnthong, Chanthasukh, Sriyotha, Buajun (2021) พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 22.16 และ Sirited, Tunit, Hemtong & Busarathid (2020) พบข้อมูลการเคยมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดเพชรบุรี ร้อยละ 31.6 แต่แตกต่างจากการศึกษาของ Onjun, Leelukkanaveera, & Homsin (2020) พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของเยาวชนหญิงในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดชลบุรีอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นถึงความเสี่ยงต่อโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น อาจเนื่องมาจากวัยรุ่นมีความอยากรู้อยากลอง การสื่อสารที่ติดต่อกันได้ง่ายในปัจจุบัน และสัญชาตญาณพื้นฐานการเจริญพันธุ์ ประกอบกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 63.75 จึงทำให้มีเพศสัมพันธ์ก่อนเวลาอันสมควร

2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ผลรวมทั้ง 4 ทักษะ ร้อยละ 63.75 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sirited, Tunit, Hemtong & Busarathid (2020) พบว่าความรู้เรื่องโรคติดต อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดเพชรบุรีอยู่ในระดับต่ำ โดยข้อมูลเกี่ยวกับเพศศึกษาที่นักเรียนได้รับอาจไม่เพียงพอ โดยยังมีงานวิจัยสนับสนุนเพิ่มเติมจากการศึกษาของ Sawadcharoenying (2020) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี 2553-2562 ของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พบว่าผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานต่ำ โดยมีหลักฐานยืนยันได้จากอัตราป่วยของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและอัตราป่วยในวัยรุ่นมากขึ้นและสอดคล้องกับงานวิจัยของ Krinara (2013) พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์อยู่ใน ระดับน้อย ร้อยละ 61.80 ในการส่งเสริมให้เกิดความรู้ทางเพศสัมพันธ์ ประกอบกับวัฒนธรรมไทยยังถือว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องที่ต้องปกปิด และงานวิจัยของ Path, 2007; Archavanitkul, 2011; Milintanggur (2019) พบว่าค่านิยมและพฤติกรรมทางเพศในสังคมไทย เรื่องทางเพศ และการแสดงออก ถึงพฤติกรรมทางเพศก่อนการแต่งงาน ถือว่าเป็นความประพฤติที่ไม่เหมาะสม และมักจะถูกประณามจากสังคม ดังนั้นเรื่องของเพศสัมพันธ์ดูเหมือนจะเป็นเรื่องลี้ลับ ที่สังคมจะไม่แสดงออก อย่างเปิดเผย หรือมีการปกปิดข้อมูลไม่ให้รู้ ก่อนจะถึงวัยอันควร หรือเมื่อมีการแต่งงานแล้ว ซึ่ง หลักการสอนเพศศึกษาจึงมักเน้นการห้ามการมีเพศสัมพันธ์จนกว่าจะแต่งงาน แต่แตกต่างจากการศึกษาของ Chananok, Udompoka & Norkaew (2019) พบว่าระดับการปฏิบัติในการป้องกันโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในวัยเรียน ส่วนใหญ่นักเรียนมีการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับดี ร้อยละ 54.0 จะเห็นได้ว่าระดับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในด้านทฤษฎีนั้นอยู่ในระดับดีแต่เมื่อต้องมีการนำไปใช้แล้วพบว่ายังมีปัญหาจากสถิติอัตราป่วยของโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สูง

3. ปัจจัยการไม่ดื่มแอลกอฮอล์ มีโอกาสมีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มากกว่าการดื่ม 5.98 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Baokhumkong, & Kata (2019) พบว่านักศึกษาที่เคยใช้สารเสพติดและนักศึกษาดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์,ก่อนมีเพศสัมพันธ์มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chotchai, Seedaket, Suvarnthong, Chanthasukh, Sriyotha, Buajun (2021) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากถึง 9.78 เท่า จะเห็นได้ว่าการดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้สติสัมปะชัญญะ และการตัดสินใจลดลง เกิดความสนุกเคลิบเคลิ้มส่งผลให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ และ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศในด้านทักษะการประเมินเพื่อป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ระดับสูง มีโอกาสมีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มากกว่าระดับต่ำ 2.70 เท่า และทักษะการตัดสินใจปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ระดับสูง มีโอกาสมีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มากกว่าระดับต่ำ 3.32 เท่า โดยแตกต่างจากการศึกษาของ Tangnorakul, Sananreangsak, & Teerarungsikul (2019) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศกับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศด้านการตัดสินใจมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จะเห็นได้ว่าในยุคสมัยที่มีการใช้ข้อมูลในการสื่อสารผ่านช่องทางสื่อสังคมต่างๆนั้น หากมีทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศด้านการประเมินซึ่งจะมีความสามารถในการอธิบาย การตีความ การคัดกรองและประเมินข้อมูลด้านสุขภาพทางเพศที่ได้รับจากการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสม ก็จะเกิดความรอบรู้มีโอกาสมีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้และทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศด้านการตัดสินใจปฏิบัตินั้นจะทำให้เกิดความสามารถในการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้

การนำผลวิจัยไปใช้

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะความเข้าใจ ทักษะการประเมินและทักษะการตัดสินใจปฏิบัติ สามารถเป็นแนวทางในการบริหารจัดการระบบการให้ความรู้ในวัยรุ่นโดยบุคลากรด้านการศึกษาควรมีการจัดกิจกรรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของวัยรุ่นในการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อพัฒนาแนวทางการเข้าถึงความรู้ทางเพศ การพัฒนาด้านความตระหนักรู้และการมีความคิดอย่างมีวิจารณญาณในการตัดสินใจต่อการป้องกันการเกิดโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ทำการศึกษาวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ผ่านแอพลิเคชั่นหรือรูปแบบออนไลน์เพื่อให้มีการเข้าถึงการเรียนรู้เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ของบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

References

Baokhumkong, J., & Kata, S. (2019). Factors Associated with Risk Behavior of HIV Infection and Sexually Transmitted Diseases of Students: The Case Studyin Ubon Ratchathani Rajabhat University. *Journal of the office of DPC7 Khon Kaen, 26*(1), 66-76. (in Thai)

Chananok, J., Udompoka, T. & Norkaew, J. (2019). The Effect of AIDS Prevention Behavior Promotion Program Sexually Transmitted Diseases and Pregnancy in School among Student Leaders in a Private School in Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office, 5*(1), 96-106. (in Thai)

Chotchai, T., Seedaket, S., Suvarnthong, P., Chanthasukh, S., Sriyotha, P. & Buajun, A.(2021). Risk Behaviors and Factors Associated with Sexual Intercourseamong Upper Secondary School Students. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, *8*(1), 278-292. (in Thai)

Division of Epidemiology Department of Disease Control. (2019). Retrieved November 25, 2020 from https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/771820191010055224.pdf.

Department of Disease Control. (2016). Retrieved November 25, 2020 from https://www.tcijthai.com/news/2019/11/scoop/9565.

Euawitthayasuphorn, K., & Photimuenthip, O. (2011). Knowledge and Attitude of Teenagers Living in the Capitalcity of Nakhon Ratchasima Province. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima, 17*(2), 15-26. (in Thai)

Health System Research Institute. (2011). *Health Promotion Terminology*. Bangkok Design.

Hsieh, F. Y., Bloch, D. A., & Larsen, M. D. (1998). *A Simple Method of Sample Size Calculation for Linear and Logistic Regression*. Stat Med, *17*(14), 1623-1634.

Krinara, P. (2013). Knowledge about Sexually Transmitted Diseases and Pregnancy Prevention among Secondary School Students in Schools Under the Saraburi Municipality. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*, *30*(4), 274-286. (in Thai)

Path, (2007), Archavanitkul, G. (2011), Milintanggur, C. (2019). Attitude of Sex Before Marriage. *Journal of Demography, 35*(1), 87-100. (in Thai)

Onjun, S., Leelukkanaveera, Y., & Homsin, P. (2020). Factors Influencing AIDS Preventive Behaviors among Female Youth Working in Factories Chon Buri Province. *Songklanagarind Journal of Nursing*, *40*(1), 45-57. (in Thai)

Phaopan, Mahawerawat, & Pholprueksa, (2011), Bunchiang. (2013), Charoensiri, S., Toonsiri, C. & Leelukkanaveera, Y. (2019). Factors Affecting Sexually Transmitted Infection Preventive Behaviors among Male Students in Non-formal Education. *Journal of Phrapokklao Nursing College, 30*(2), 14-25. (in Thai)

Sawadcharoenying, P. (2020). A Study of Factors Affecting Sexually Transmitted Disease Prevention and Control Implemented by the Division of Aids and During 2010-2019. Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control. *Ministry of Public Health Thai AIDS Journal*, *32*(3), 95-114. (in Thai)

Situation of the 5 Main Sexually Transmitted Diseases in Youth in Thailand Fiscal Year. (2014-2018). Retrieved November 25, 2020 from https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1006020200507053840.pdf.

Sirited, P., Tunit, P., Hemtong, W. & Busarathid, K. (2020). Knowledge of Sexually Transmitted Diseases and Attitude about Sexually Transmitted Diseases Prevention According to Communicable Disease Act, B. E. 2015 among Secondary School Students in Mueang District, Phetchaburi Province. *Public Health Policy and Laws Journal*, *6*, 53-70. (in Thai)

Sorensen, K., Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., et al. (2012). Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *Bio Public Health*, *12*(80), 147-159. (in Thai)

Tangnorakul, P., Sananreangsak, S. & Teerarungsikul, N. (2019) The Relationship Between Sexual Health Literacy and Sexual Behavior among Middle School Female Students. *Royal Thai Navy Medical Journal, 46*(3), 607-620. (in Thai)

Thanasukarn, C., & Neelapaijit, N. (2015). *Health Literacy Survey for Diabetes and Hypertension Patients*. Retrieved November 25, 2020 from http://www.nkp-hospital.go.th/th/H.ed/mFile/20180122115054.pdf.

United Nations Programe on HIV/AIDS [UNAIDS]. (2016). *Global Report: UNAIDS Global aids Update. Geneva: UNAIDS.* Retrieved November 25, 2020 from https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf.

World Health Organization. (2019). *Caution of Sexually Transmitted Diseases.* Retrieved November25, 2020 from https://ahfthailand.com/ WHO caution of Sexually Transmitted Diseases.

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดต่อเนื่องที่บ้าน ต่อปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน และความพึงพอใจของพยาบาล ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

Children with Congenital Heart disease in Primary Care Unit: A Continuing Care at Home (CCaH) Program and its Effects on Motivation, Hygiene Factors, as well as Satisfaction of Nurses

อัณญ์ยภัคสร ใจสมคม[1*] และ ธิดารัตน์ หวังสวัสดิ์[1]

Anyapaksorn Jaisomkom[1*] and Tidarat Wangsawat[1]

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์[1*]

Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University[1*]

(Received: *September 15, 2021*; Revised: *January 31, 2022*; Accepted: *February 07, 2022*)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Congenital Heart Disease: CHD) ต่อเนื่องที่บ้าน และศึกษาผลของโปรแกรมต่อปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน และความพึงพอใจของพยาบาล การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาของพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD โดยใช้การสนทนากลุ่ม ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ ระยะที่ 3 เปรียบเทียบปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน และความพึงพอใจของพยาบาล ด้วยวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนหลัง กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 30 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ต่อเนื่องที่บ้าน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน และความพึงพอใจต่อโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ต่อเนื่องที่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา และสถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ต่อเนื่องที่บ้าน ประกอบด้วยกิจกรรมการสอนและสาธิต โดยมีสื่อการสอน คือ คู่มือการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD สำหรับพยาบาล กิจกรรมการประเมิน วิเคราะห์ และส่งต่อข้อมูลภาวะสุขภาพและการเจริญเติบโตของผู้ป่วยเด็ก CHD โดยใช้แบบบันทึกภาวะสุขภาพและการเจริญเติบโตของผู้ป่วยเด็ก CHD และแอปพลิเคชัน Line กิจกรรมการสาธิตย้อนกลับการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ในขณะเยี่ยมบ้าน โดยใช้สื่อการสอน คือ คู่มือการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD สำหรับผู้ดูแล และกิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ในการอภิปรายกลุ่ม และผ่านแอปพลิเคชัน Line

2. ค่าเฉลี่ยปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=3.98, p<.001) และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=4.29, p<.001) เช่นกัน

การเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD แก่พยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ด้วยกิจกรรมการสอน สาธิต สาธิตย้อนกลับขณะเยี่ยมบ้าน และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้ และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความพึงพอใจต่องาน และมีแรงจูงใจในการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน, ความพึงพอใจ, โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดต่อเนื่องที่บ้าน

[*]ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: tidarat.tw73@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 086-3616544)

Abstract

The purposes of this research and development study were to develop a continuing care at home (CCaH) program for children with congenital heart disease (CHD), and to examine its effectiveness on motivation and hygiene factors, as well as the satisfaction of nurses. The research was divided into 3 phases. Phase 1 was a study of the problems encountered by nurses in primary care unit while caring for children with CHD, using focus groups. Phase 2 was the development of the program by analyzing data and reviewing relevant literature, ending with the program trial. Phase 3 was the comparison of motivation and hygiene factors and satisfaction of nurses using quasi-experimental research (one group pre-posttest design). The sample consisted of 30 subjects, selected by multistage random sampling technique. Research instrument was the program of continuing care at home for children with CHD. Data were collected using a questionnaire of motivation and hygiene factors, and satisfaction with the program of continuing care at home for children with CHD. Data were analyzed using descriptive statistics and paired-sample t-test.

The research results showed the following.

1. The continuing care at home (CCaH) program for children with CHD in primary care unit consisted of teaching, by using a CHD pediatrics care manual for nurses. The program includes activities to assess, analyze and forward the health status of children with CHD, using both the health monitoring record of children with CHD and the Line application. Demonstration activities to caring for children with CHD during home visits, using CHD pediatrics care manual of caregivers, and activities for exchanging experiences in caring for children with CHD, are also included, both for group discussion and the Line application.

2. Nurses had significantly higher mean scores of motivation and hygiene factors than before receiving the program (t=3.98, p<.001), and the mean score of satisfaction after receiving the program was significantly higher than before receiving the program (t=4.29, p<.001).

Nurses in primary care unit should receive preparation into in caring for children with CHD. Such a preparation should include teaching, demonstrations during home visits, and a focus group for exchanging experiences so they are able to improve their knowledge and skills. This program encourages satisfaction with the job and have incentives to continually develop care for children with CHD in the community.

Keywords: Motivation and Hygiene Factors, Satisfaction, a Continuing Care at Home Program for Children with Congenital Heart Disease

บทนำ

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Congenital Heart Disease: CHD) เป็นความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจและหลอดเลือดตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา หรือมีหลอดเลือดหัวใจเกินภายหลังคลอด พบประมาณ 8 ราย ต่อทารกเกิดมีชีพ 1,000 ราย (Chowdhury, Hoque, Ali, & Hossain, 2018) โดยร้อยละ 84 สามารถตรวจพบได้ภายใน 7 วันหลังคลอด ผู้ป่วยเด็ก CHD ร้อยละ 50 จะไม่แสดงอาการผิดปกติ (Pangkam, 2017) ในขณะที่อีกกึ่งหนึ่งจะปรากฏอาการ เช่น เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย น้ำหนักตัวน้อย ติดเชื้อทางเดินหายใจบ่อย หัวใจเต้นผิดจังหวะ เขียว (Mari, Cascudo, & Alchieri, 2016) ผู้ป่วยเด็ก CHD มีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 25 ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุการตาย 2 อันดับแรก คือ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และภาวะหัวใจวาย (Soiphet, Intichoti, Khrutmuang, &

Suanpan, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wangsawat, Jaisomkom, Pongjaturawit, Piboonrungroj, & Hayeese (2021) ซึ่งพบว่าสาเหตุการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็ก CHD ในจังหวัดชายแดนใต้ ร้อยละ 43.3 เกิดจากโรคปอดอักเสบ ภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยเด็ก CHD ส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ หากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ แต่จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลซึ่งเกือบทั้งหมดเป็นมารดา ร้อยละ 50 ในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD อยู่ในระดับปานกลาง และมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 33.3 (Wangsawat, Phiban, Piboonrungroj, Hayeese, Chansintop, Dereh et al, 2020) ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กมีปัญหาสุขภาพอื่นตามมา เช่น ขาดสารอาหาร พัฒนาการล่าช้า ได้รับวัคซีนไม่ต่อเนื่อง ติดเชื้อทางเดินหายใจบ่อย ฟันผุ การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเด็ก CHD ในวัยเตาะแตะจะขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการดูแลของมารดาและผู้ดูแล (Suklerttrakul, Picheansathian, Jintrawet, & Chotibang, 2018) โดยประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD จะขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม กฎระเบียบ ระบบสุขภาพและการบริการด้านสุขภาพ (Sabzevari, Nematollahi, Mirzaei, & Ravari, 2016) แต่เนื่องจากพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้มีบริบทด้านภาษา ความเชื่อ วิถีชีวิต และวัฒนธรรมที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น ทำให้เอกสารความรู้หรือสื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ที่มีอยู่โดยทั่วไป ไม่สามารถนำมาใช้ในพื้นที่นี้ได้อย่างสมบูรณ์ (Wangsawat, Jaisomkom, Pongjaturawit, Piboonrungroj, & Hayeese, 2021) อีกทั้งคำแนะนำบางส่วนอาจไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ทำให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล และมีความขัดแย้งในใจที่ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ การดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ในพื้นที่นี้จึงควรอยู่ภายใต้การดูแลของพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญและเข้าใจในบริบทอย่างแท้จริง เพื่อให้สามารถนำองค์ความรู้ทางวิชาการมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และสอดคล้องกับวิถีชีวิต โดยไม่ก่อให้เกิดความขัดแย้ง

หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นจุดเริ่มต้นของบริบททางด้านสุขภาพ ที่จะช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จากนโยบายไทยแลนด์ 4.0 ร่วมกับเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ด้านการจัดบริการสุขภาพโดยรวม กำหนดให้พยาบาลและบุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีบทบาทหลัก 4 อย่าง คือ 1) ผู้ปฏิบัติการพยาบาล แต่เนื่องด้วยความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการมีความหลากหลาย พยาบาลจึงต้องมีความรู้และทักษะที่หลากหลายด้วย โดยเฉพาะการประเมินภาวะสุขภาพที่ต้องการความถูกต้องและแม่นยำ 2) ผู้สร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งต้องสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของพื้นที่ 3) ผู้จัดการต้องเป็นศูนย์กลางการประสานงานด้านสุขภาพในชุมชน 4) ผู้พัฒนาคุณภาพการพยาบาลระดับปฐมภูมิ ต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม และวัฒนธรรมที่มีผลต่อการพยาบาล (Chaichana, & Prachusilpa, 2018) เพื่อให้พยาบาลสามารถแสดงบทบาทเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยกระตุ้นเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานที่ต่อเนื่อง โดยพบว่าปัจจัยจูงใจด้านการได้รับการยอมรับ ความสำเร็จในงาน ความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน รวมทั้งจิตบริการด้านการมีสติในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น และการมีทัศนคติที่ดี สิ่งเหล่านี้ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาล (Watcharasing, Boonyaprapan, & Saksri, 2015) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sukkato & Charoenwiriyakul (2020) ซึ่งพบว่า ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จของงาน ลักษณะงาน ความรับผิดชอบ ความก้าวหน้าในงาน รวมถึงปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และผลประโยชน์ตอบแทน ส่งผลต่อการตัดสินใจเข้าร่วมเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่าตำแหน่งงานที่แตกต่างกันมีผลต่อระดับความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลกบินทร์บุรี (Charoennoprakit, 2016) นอกจากปัจจัยส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อมในการทำงานแล้ว สถานการณ์แวดล้อมก็เป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ที่มีเหตุการณ์ความรุนแรงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้บุคลากรสาธารณสุขต้องทำงานภายใต้ความรู้สึกไม่ปลอดภัยทั้งต่อชีวิตและทรัพย์สิน ซึ่งความเครียดและสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตราย ทำให้ความสามารถในการทำงานของบุคลากรลดลง โดยจากการศึกษาของ Thongsuwan & Sathirapanya (2020) พบว่า ผลตอบแทนจากงาน คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม เป็นปัจจัยที่ร่วมกันทำนายความสามารถในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดยะลา จากปัจจัยต่าง ๆ ข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยในชุมชน จำเป็นต้องเตรียมความพร้อมให้แก่พยาบาลทั้งความรู้ ทักษะทางการพยาบาล ทิศทางการทำงาน ระบบบริหาร

จัดการ และเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้พยาบาลในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิสามารถดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ

การดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ในชุมชนจังหวัดชายแดนใต้ จำเป็นต้องใช้กิจกรรมที่หลากหลาย ต่อเนื่อง และสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรม จึงเป็นความท้าทายสำหรับพยาบาลที่ต้องสร้างขวัญกำลังใจในการทำงาน ความรู้สึกมีส่วนร่วม และความพร้อมในการให้บริการสุขภาพเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพ กิจกรรมในโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ต่อเนื่องที่บ้าน สำหรับพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จึงเริ่มต้นด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ระบบเดิม ร่วมพัฒนากิจกรรมและสื่อการสอน รวมถึงเปิดโอกาสให้พยาบาลร่วมกำหนดทิศทางการทำงาน ซึ่งการมีส่วนร่วมช่วยให้ผู้ปฏิบัติเกิดการยอมรับโดยสมัครใจ เต็มใจ และมีความมุ่งมั่นในการสร้างความสำเร็จ โดยพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัดมีความพึงพอใจหลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับมาก (Chantrayotagorn & Udkhammee, 2021) นอกจากนี้ความพร้อมด้านความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ก็เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้พยาบาลขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ร่วมกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อน และอาจมีภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามต่อชีวิตได้โดยตลอด ซึ่งในระยะการศึกษาสภาพปัญหา พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางส่วนให้ข้อมูลว่า ตนเองไม่มั่นใจในการฉีดวัคซีนให้แก่ผู้ป่วยเด็ก CHD เนื่องจากผู้ป่วยตัวเล็ก เจ็บป่วยง่าย และไม่มั่นใจในการจัดการภาวะแทรกซ้อนหลังฉีดวัคซีน ในขณะที่บางส่วนขาดความมั่นใจในการจัดการภาวะพร่องออกซิเจน ทั้งการประเมินภาวะเขียว การจัดท่า และการระบายเสมหะ รวมถึงประเด็นของการตรวจร่างกายผู้ป่วยเด็ก CHD ทั้งการประเมินภาวะเขียว ภาวะบวม การฟังเสียงหัวใจ และการประเมินภาวะสมองขาดออกซิเจนเฉียบพลัน จากข้อค้นพบเหล่านี้จึงนำไปสู่การพัฒนากิจกรรมและสื่อการสอนในโปรแกรมซึ่งประกอบด้วย การสอนและสาธิตโดยมีเนื้อหาสอดคล้องกับคู่มือการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD สำหรับพยาบาล ช่วยให้พยาบาลเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD เพิ่มมากขึ้น รวมถึงกิจกรรมการสาธิตย้อนกลับขณะเยี่ยมบ้าน โดยมีสื่อการสอนคือ คู่มือการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD สำหรับผู้ดูแล ซึ่งตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้การเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยเด็กได้ การทำหัตถการที่บ้าน เป็นการบริการสุขภาพเชิงรุก (Busarathid, Prasomsuk, & Busarathid, 2021) ซึ่งเป็นบทบาทหนึ่งของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และจากการศึกษาของ Promma (2014) พบว่า เด็กโรคหืดมีอาการกำเริบลดลง และมีค่าความจุปอดเพิ่มขึ้น ภายหลังได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน พร้อมกับผู้ดูแลได้รับคู่มือการดูแล ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ที่สอดคล้องตามนโยบายทำให้พยาบาลรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการส่งต่อข้อมูลในการอภิปรายกลุ่ม และแอปพลิเคชัน Line เป็นช่องทางในการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยน และให้ข้อเสนอแนะระหว่างกัน ช่วยให้พยาบาลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD เพิ่มมากขึ้น ซึ่งปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และการยอมรับนับถือ มีผลต่อการตัดสินใจเข้าร่วมเครือข่ายความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล (Sukkato, & Charoenwiriyakul, 2020) แม้การดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ในชุมชนจะเป็นความท้าทายสำหรับพยาบาลระดับปฐมภูมิในจังหวัดชายแดนใต้ แต่หากพยาบาลได้รับการสร้างเครือข่ายให้มีสัมพันธภาพที่ดี เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ก็จะมีส่วนสำคัญที่ช่วยลดความรู้สึกเบื่อหน่าย เพิ่มแรงจูงใจในการทำงาน สร้างเสริมปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน เกิดความพึงพอใจในงาน สิ่งเหล่านี้จะช่วยคงไว้ซึ่งความมุ่งมั่นในการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดภาระของผู้ดูแล และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็ก CHD ในชุมชนให้สูงขึ้น

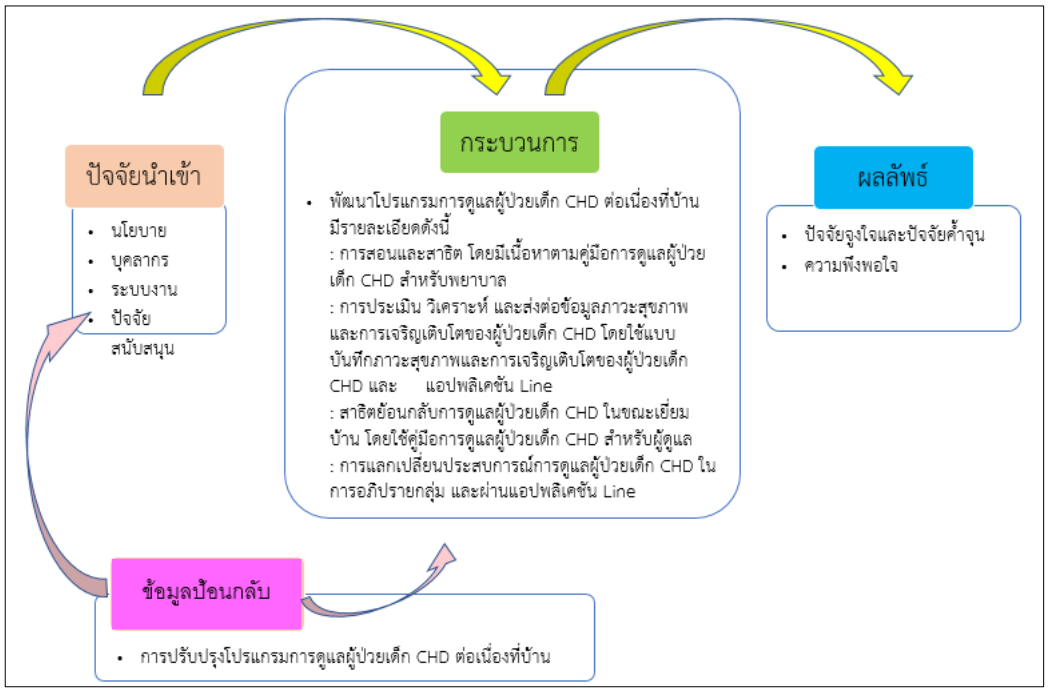
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ต่อเนื่องที่บ้าน สำหรับพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน และความพึงพอใจของพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ต่อเนื่องที่บ้าน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ศึกษาภายใต้ทฤษฎีระบบ (System Theory) (Donabedian, 1980) เริ่มจากศึกษาปัจจัยนำเข้า (Input) โดยการวิเคราะห์ปัญหาระบบการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเดิม นำข้อมูลจากการวิเคราะห์มาพัฒนารูปแบบการดูแลใหม่ (Process) หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้และนำข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) มาพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ต่อเนื่องที่บ้าน โดยศึกษาผลลัพธ์ซึ่งเป็นตัวแปรตาม คือ ระดับปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน และความพึงพอใจพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ (Research and Development) เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและการติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็ก CHD อายุ 0 - 3 ปี สำหรับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในจังหวัดชายแดนใต้ (Wangsawat, Pongjaturawit, Jaisomkom, Tongnuang, & Hayeese, 2020) สำหรับในงานวิจัยนี้จะนำเสนอผลการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและตัวแปรตาม คือ ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน และความพึงพอใจของพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและวิเคราะห์แนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD อายุ 0 – 3 ปี ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ดำเนินการในระหว่างเดือนตุลาคม – พฤศจิกายน 2561 มีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยแยกเป็นรายจังหวัด ได้แก่ นราธิวาส ยะลา และปัตตานี ใช้เวลาจังหวัดละ 1-2 ชั่วโมง มีผู้ให้ข้อมูลจังหวัดละ 5-10 คน รวมทั้งหมดจำนวน 20 คน ประกอบด้วย พยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุขที่ทำงานอยู่ในฝ่ายเวชกรรมสังคม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้แนวคำถามแบบเจาะลึกเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD

ในปัจจุบัน ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการพัฒนาที่ต้องการ เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้าและค้นหาปัญหาเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD อายุ 0-3 ปี ที่ใช้อยู่เดิม

กิจกรรมที่ 2 สังเคราะห์สภาพปัญหา จุดเด่น จุดด้อย และข้อควรพัฒนาของระบบเดิม จากการอภิปรายกลุ่มครั้งที่ 1 หลังจากนั้นจัดทำเอกสารรวบรวมข้อค้นพบของทั้ง 3 จังหวัด ส่งกลับไปยังผู้เข้าร่วมการอภิปรายกลุ่มเพื่อทบทวนและทำความเข้าใจร่วมกัน โดยมีประเด็นปัญหาที่สำคัญคือ 1) ขาดการส่งต่อข้อมูล 2) ไม่มีผู้รับผิดชอบงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ที่ชัดเจน 3) ขาดความมั่นใจในการประเมินและดูแลผู้ป่วย 4) ขาดแคลนอุปกรณ์ในการประเมินผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาและทดลองใช้ ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม 2561-มีนาคม 2562 โดยมีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับนำผลการสังเคราะห์ปัญหาที่พบจากระบบเดิมมาออกแบบโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ต่อเนื่องที่บ้าน รวมถึงร่างคู่มือการดูแลผู้ป่วยเด็กโรค CHD สำหรับพยาบาล และคู่มือการดูแลผู้ป่วยเด็กโรค CHD สำหรับผู้ดูแล (ฉบับร่าง 1)

กิจกรรมที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 4 ชั่วโมง นำเสนอโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ต่อเนื่องที่บ้าน และร่างคู่มือการดูแลผู้ป่วยเด็กโรค CHD ฉบับสำหรับพยาบาลและผู้ดูแล (ฉบับร่าง 1) เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการใช้งานจริง และร่วมให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงเพิ่มเติม โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้ ให้เพิ่มเติมรายการอาหารในท้องถิ่น การให้อาหารตามความเชื่อ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเด็ก CHD การให้วัคซีนในผู้ป่วยเด็ก CHD หลังจากนั้นนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ต่อเนื่องที่บ้าน และคู่มือการดูแลผู้ป่วยเด็กโรค CHD ทั้ง 2 ฉบับ (ฉบับร่าง 2) ไปตรวจสอบความถูกต้อง ชัดเจน และความสอดคล้องของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD โดยการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียว โดยวัดก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (One Group Pre-Posttest Design) ตัวแปรตามที่ศึกษา คือ ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน และความพึงพอใจของพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ จังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส ที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จำนวน 329 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งรับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยเด็กโรค CHD คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) จำนวน 30 คน โดยการกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ควรมีกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 30 คน (Srisatidnarakul, 2007) โดยมีคุณสมบัติ คือ มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD และมีผู้ป่วยเด็ก CHD อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมได้ครบถ้วน มีขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยขั้นที่ 1 นำรายชื่ออำเภอของแต่ละจังหวัดมาจับฉลาก จังหวัดละ 1 อำเภอ ได้แก่ อำเภอตากใบ อำเภอเมืองปัตตานี และอำเภอเมืองยะลา และขั้นที่ 2 นำรายชื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) งานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขในแต่ละอำเภอมาจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling Without Replacement) อำเภอละ 4 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในจังหวัดชายแดนใต้ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยกิจกรรมการสอนและสาธิต โดยมีสื่อการสอน คือ คู่มือการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD สำหรับพยาบาล มีเนื้อหาพร้อมภาพประกอบเกี่ยวกับสาเหตุ พยาธิ การตรวจร่างกาย การดูแลด้านโภชนาการ ยาที่ใช้ในการรักษา และภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด กิจกรรมการ

ประเมิน วิเคราะห์ และส่งต่อข้อมูลภาวะสุขภาพและการเจริญเติบโตของผู้ป่วยเด็ก CHD โดยใช้แบบบันทึกภาวะสุขภาพและการเจริญเติบโตของผู้ป่วยเด็ก CHD และแอปพลิเคชัน Line กิจกรรมการสาธิตย้อนกลับการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ในขณะเยี่ยมบ้าน โดยใช้สื่อการสอน คือ คู่มือการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD สำหรับผู้ดูแล และกิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ในการอภิปรายกลุ่ม และผ่านแอปพลิเคชัน Line หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมและสื่อการสอนทั้งหมดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ชัดเจน และความสอดคล้องของเนื้อหา หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะให้เกิดความเหมาะสม และนำไปทดลองใช้ในพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุง โดยเพิ่มเนื้อหาและภาพประกอบในส่วนของการตรวจร่างกายในบทบาทพยาบาลให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่รับผิดชอบงานด้านการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ตำแหน่ง

2.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนในระบบบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD อายุ 0 – 3 ปี ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ Ketchiratthitikan, Kochapakdee, & Chaimay, (2010) โดยปรับลักษณะข้อคำถามให้มีความเชื่อมโยงกับการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD มีข้อคำถามทั้งสิ้น 60 ข้อ ประกอบด้วย ความสำเร็จในงาน 5 ข้อ การยอมรับนับถือ 5 ข้อ ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ 7 ข้อ ความรับผิดชอบ 6 ข้อ ความก้าวหน้า 3 ข้อ นโยบายและการบริหารงาน 5 ข้อ การบังคับบัญชา 5 ข้อ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 8 ข้อ สภาพงาน 6 ข้อ ความมั่นคงในงาน 5 ข้อ เงินเดือนและค่าตอบแทน 5 ข้อ มีลักษณะเป็นสเกลอันดับ (Rating Scale) ชนิด 5 อันดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ มากที่สุดได้ 5 คะแนน มากได้ 4 คะแนน ปานกลางได้ 3 คะแนน น้อยได้ 2 คะแนน น้อยที่สุดได้ 1 คะแนน มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 60-300 คะแนน การแปลผลแบ่งระดับปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนในระบบบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD อายุ 0-3 ปี ออกเป็น 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์คะแนน ดังนี้

4.21 – 5.00 หมายถึง มีปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับมากที่สุด
3.41 – 4.20 หมายถึง มีปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับมาก
2.61 – 3.40 หมายถึง มีปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับปานกลาง
1.81 – 2.60 หมายถึง มีปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับน้อย
1.00 – 1.80 หมายถึง มีปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับน้อยที่สุด

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบบริหารจัดการในการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD อายุ 0-3 ปี ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ Ketchiratthitikan, Kochapakdee, & Chaimay, (2010) มีข้อคำถามทั้งหมด 46 ข้อ แบ่งเป็น 7 ด้าน ได้แก่ การวางแผน 9 ข้อ การจัดองค์กร 5 ข้อ การบริหารงานบุคคล 8 ข้อ การอำนวยการ 5 ข้อ การประสานงาน 6 ข้อ การรายงาน 8 ข้อ งบประมาณและการเงิน 5 ข้อ มีลักษณะเป็นสเกลอันดับ (Rating Scale) ชนิด 5 อันดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ มากที่สุดได้ 5 คะแนน มากได้ 4 คะแนน ปานกลางได้ 3 คะแนน น้อยได้ 2 คะแนน น้อยที่สุดได้ 1 คะแนน มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 46-230 คะแนน การแปลผลจะแบ่งระดับความพึงพอใจในระบบบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD อายุ 0-3 ปี ออกเป็น 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์คะแนน ดังนี้

4.21 – 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด
3.41 – 4.20 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก
2.61 – 3.40 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง
1.81 – 2.60 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย
1.00 – 1.80 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ต่อเนื่องที่บ้านและสื่อการสอนทั้งหมด รวมถึงแบบสอบถามปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำโปรแกรม สื่อการสอน และแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน และนำข้อเสนอแนะจากการทดลองใช้มาปรับปรุงโปรแกรมและสื่อการสอน เพื่อให้มีความเหมาะสมต่อการใช้งานจริง นอกจากนี้ได้นำแบบสอบถามปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล ไปทดลองใช้กับพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 5 คน รวมเป็น 10 คน หลังจากนั้นจึงนำแบบสอบถามทั้งหมดมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .99 และ .98 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ยะลา และปัตตานี และขออนุญาตเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับอนุญาตจึงขอพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที

กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยขอพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนได้รับโปรแกรมโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน และแบบสอบถามความพึงพอใจ

กิจกรรมที่ 2 การบรรยายให้ความรู้ และสาธิต โดยเนื้อหามีความสอดคล้องกับคู่มือการดูแลผู้ป่วย CHD อายุ 0-3 ปี สำหรับพยาบาลพร้อมแจกคู่มือให้แก่กลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนเรียนรู้

กิจกรรมที่ 3 การวิเคราะห์ภาวะสุขภาพและแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ในความรับผิดชอบของกลุ่มตัวอย่าง

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ใช้เวลาประมาณ 60 – 120 นาที

กิจกรรมที่ 1 การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ ผู้วิจัยนัดผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กมายังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างประเมินภาวะสุขภาพและบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกภาวะสุขภาพและการเจริญเติบโตของผู้ป่วยเด็ก CHD เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดระดับออกซิเจนในเลือด การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และปัญหาช่องปาก

กิจกรรมที่ 2 การสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ และการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD แก่ผู้ดูแล โดยเน้นความสอดคล้องตามภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และบริบทของครอบครัว เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามเพิ่มเติม พร้อมแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยเด็กโรค CHD สำหรับผู้ดูแล

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4) ใช้เวลาประมาณ 30 – 60 นาที

กิจกรรมที่ 1 ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเด็ก CHD ครั้งที่ 1 โดยกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัย เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ และติดตามแนวทางการดูแลเด็ก CHD ที่ผ่านมา พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเพิ่มเติม ร่วมกับบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเด็กในแบบบันทึกภาวะสุขภาพ เพื่อใช้ในการส่งต่อข้อมูล

กิจกรรมที่ 2 สะท้อนคิดเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD เพื่อเรียนรู้ร่วมกันและช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจเพิ่มมากขึ้น และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ในแอปพลิเคชัน Line

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 6) ใช้เวลาประมาณ 4 ชั่วโมง

กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD โดยการอภิปรายกลุ่ม มีการนำเสนอข้อมูลภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็ก CHD อายุ 0 – 3 ปี ที่รับผิดชอบ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD เพิ่มมากขึ้น

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 8) ใช้เวลาประมาณ 30 – 60 นาที

กิจกรรมที่ 1 ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเด็ก CHD ครั้งที่ 2 กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับการประเมินภาวะสุขภาพ และการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกภาวะสุขภาพและการเจริญเติบโตของผู้ป่วยเด็ก CHD รวมทั้งสาธิตย้อนกลับการให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD แก่ผู้ดูแล ตามข้อมูลและปัญหาที่ค้นพบเพิ่มเติม โดยเน้นความสอดคล้องตามภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และบริบทของครอบครัว

กิจกรรมที่ 2 การให้คำแนะนำผ่านแอปพลิเคชัน Line โดยกลุ่มตัวอย่างส่งข้อมูลภาวะสุขภาพและคำแนะนำที่ให้แก่ผู้ดูแลมายังผู้วิจัย และผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับโดยใช้แอปพลิเคชัน Line หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน และแบบสอบถามความพึงพอใจ พร้อมถ่ายรูปแบบสอบถามส่งผ่านแอปพลิเคชัน Line มายังผู้วิจัย เพื่อเก็บข้อมูลหลังได้รับโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประเมินผลลัพธ์และวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยสถิติพรรณนา การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน และความพึงพอใจของพยาบาลก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Pair t-test ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) เพื่อทดสอบการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) ของข้อมูล โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่า ข้อมูลส่วนใหญ่กระจายอยู่รอบ ๆ เส้นตรง

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลยะลา รหัสโครงการ 4/2561

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 29-53 ปี (*M*=41.2 ปี, *SD*=7.61 ปี) นับถือศาสนาอิสลาม จำนวน 25 คน (ร้อยละ 83.3) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 28 คน (ร้อยละ 93.3) สถานภาพสมรส จำนวน 26 คน (ร้อยละ 86.7) มีรายได้ต่อเดือน 12,000-60,000 บาท (*M*=32,966.67, *SD*=11,963.98) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 24 คน (ร้อยละ 80.0) เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จำนวน 29 คน (ร้อยละ 96.7) มีประสบการณ์ในตำแหน่งพยาบาล 2-32 ปี (*M*=17.03 ปี, *SD*=9.16 ปี) ประสบการณ์ทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD อยู่ระหว่าง 0-2 ปี (*M*=0.47 ปี, *SD* = 0.63 ปี)

2. โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ต่อเนื่องที่บ้าน จากปัญหาในระบบเดิมที่พบจึงนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ประกอบด้วยกิจกรรมและสื่อการสอน ดังรายละเอียดในภาพ 2



ภาพ 2 โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ต่อเนื่องที่บ้าน

2. ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน และความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ต่อเนื่องที่บ้าน

ตาราง 1 คะแนนเฉลี่ยและระดับปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนต่อโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ต่อเนื่องที่บ้าน (*N* = 30)

ข้อความ	*M*	*SD*	ระดับ
1. ความสำเร็จในงาน	3.17	1.05	ปานกลาง
2. การยอบรับนับถือ	3.13	1.10	ปานกลาง
3. ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ	3.50	1.01	มาก
4. ความรับผิดชอบ	3.07	0.94	ปานกลาง
5. ความก้าวหน้า	3.33	0.99	ปานกลาง
6. นโยบายและการบริหารงาน	3.00	1.08	ปานกลาง
7. การบังคับบัญชา	2.63	0.76	ปานกลาง
8. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.30	1.09	ปานกลาง
9. สภาพงาน	3.37	0.96	ปานกลาง
10. ความมั่นคงในงาน	3.33	0.84	ปานกลาง
11. เงินเดือนและค่าตอบแทน	3.17	0.83	ปานกลาง
โดยรวม	**3.33**	**0.92**	**ปานกลาง**

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนต่อการทำงานในระบบการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ต่อเนื่องที่บ้าน ก่อนได้รับโปรแกรมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.33 (*SD*=0.92) เมื่อพิจารณารายด้านโดยเรียงจากด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 (*SD*=1.01) รองลงมา คือ สภาพงาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.37 (*SD*=0.96) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเป็นลำดับ 3 เท่ากัน 2 ด้าน คือ ความก้าวหน้า และความมั่นคงในงาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.33 (*SD*=0.99) และ 3.33 (*SD*=0.84)

ตาราง 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ต่อเนื่องที่บ้าน (*N*=30)

ข้อความ	*M*	*SD*	ระดับ
1. การวางแผน	2.86	0.83	ปานกลาง
2. การจัดองค์กร	2.87	0.85	ปานกลาง
3. การบริหารงานบุคคล	2.83	0.78	ปานกลาง
4. การอำนวยการ	2.91	0.73	ปานกลาง
5. การประสานงาน	2.84	0.84	ปานกลาง
6. การรายงาน	2.69	0.86	ปานกลาง
7. งบประมาณและการเงิน	2.81	0.97	ปานกลาง
โดยรวม	**2.82**	**0.78**	**ปานกลาง**

สำหรับความพึงพอใจในการทำงานต่อระบบการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ต่อเนื่องที่บ้าน ก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านการอำนวยการ การจัดองค์กร การวางแผน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.91 (*SD*=0.73), 2.87 (*SD*=0.85) และ 2.86 (*SD*=0.83) เมื่อพิจารณาความพึงพอใจในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.82 (*SD*=0.78) (ตาราง 2)

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน และความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ต่อเนื่องที่บ้าน ในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน และความพึงพอใจของพยาบาลต่อโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ต่อเนื่องที่บ้าน ในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (*N* = 30)

กลุ่มตัวอย่าง	ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนและความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อระบบระบบการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ต่อเนื่องที่บ้าน				*t*	*p-value*
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			
	M	*SD*	*M*	*SD*		
ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน	195.50	42.19	221.47	19.69	3.98	<.001
ความพึงพอใจ	129.93	35.85	149.60	24.93	4.29	<.001

จากตาราง 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนของกลุ่มตัวอย่างต่อระบบการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ต่อเนื่องที่บ้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า คะแนนปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 195.50 (*SD*=42.19) และหลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 221.47 (*SD*=19.69) เมื่อพิจารณาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติทดสอบ Paired t - test พบว่า ค่าเฉลี่ยปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนของกลุ่มตัวอย่างต่อระบบการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ต่อเนื่องที่บ้าน หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (*t*=3.98) ในขณะที่ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อระบบการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ต่อเนื่องที่บ้านก่อนและหลังได้รับโปรแกรม คือ 129.93 (*SD*=35.85) และ 149.60 (*SD*=24.93) พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อระบบการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ต่อเนื่องที่บ้าน หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (*t*=4.29) เช่นเดียวกัน

อภิปรายผล

1. การศึกษาสภาพปัญหาและการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ต่อเนื่องที่บ้าน สำหรับพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ พยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีอุปสรรคในการทำงานทั้งจากปัจจัยภายใน เช่น บางหน่วยงานยังไม่มีการกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ไม่ทราบถึงทิศทางการทำงาน ขาดการส่งต่อข้อมูล ขาดเครือข่ายในการทำงาน มีประสบการณ์ไม่เพียงพอ ขาดความมั่นใจในการประเมินภาวะสุขภาพและให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็ก CHD รวมถึงขาดแคลนอุปกรณ์ในการประเมินผู้ป่วย รวมทั้งปัจจัยภายนอกจากการทำงานท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบ ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายได้ตลอดเวลา สิ่งเหล่านี้ร่วมกันก่อให้เกิดความเครียดและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ มีผลให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง (Thongsuwan, & Sathirapanya, 2020) ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงโอกาสความสำเร็จในงาน การได้รับการยอมรับนับถือ ความรับผิดชอบ และความมั่นคงในงานลดลง นอกจากนี้ลักษณะการทำงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็ก CHD ในชุมชนที่ผ่านมา เป็นเพียงการติดตามผู้ป่วยตามนโยบายการดูแลสุขภาพเด็กโดยรวม เช่น ติดตามการฉีดวัคซีน การประเมินภาวะโภชนาการ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการติดตามประเมินพัฒนาการเด็ก โดยปัญหาของผู้ป่วยเด็ก CHD เป็นเพียงส่วนหนึ่งของการติดตามสุขภาพเด็ก แต่ไม่ได้มีการวิเคราะห์ ศึกษาปัญหา และให้การดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD เป็นรายบุคคลให้ครอบคลุมองค์รวมเลย จากสภาพปัญหาดังกล่าวนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD โดยมีรายละเอียดในโปรแกรมประกอบด้วย กิจกรรมการสอนและสาธิตเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพ ตรวจร่างกาย การใช้ยา ภาวะแทรกซ้อน และให้ให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็ก CHD โดยมีสื่อการสอนคือ คู่มือการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD สำหรับพยาบาล กิจกรรมการสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการวางแผนและดูแลผู้ป่วยแด็ก CHD ขณะเยี่ยมบ้าน โดยมีสื่อการสอนคือ คู่มือการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD สำหรับผู้ดูแล การประเมิน วิเคราะห์ และส่งต่อข้อมูลทางสุขภาพโดยใช้แบบบันทึกภาวะสุขภาพและการเจริญเติบโตของผู้ป่วยเด็ก CHD รวมถึงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ผ่านการอภิปรายกลุ่มและแอปพลิเคชัน Line สื่อการสอนในโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ต่อเนื่องที่บ้าน มีความสอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของผู้ดูแลในจังหวัดชายแดนใต้ จึงเป็นสื่อที่พยาบาลสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ได้จริง ไม่ก่อให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งระหว่างแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามหลักวิชาการ และวิถีชีวิตของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแล นอกจากนี้กิจกรรมและสื่อการสอนยังจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการประเมินและดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD เพิ่มมากขึ้น มีช่องทางในการส่งต่อข้อมูล และมีทิศทางการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน อย่างไรก็ตามยังมีปัญหาสำคัญจากระบบการดูแลแบบเดิมที่โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งพัฒนาขึ้นในครั้งนี้ไม่สามารถแก้ไขได้ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังคงขาดเครื่อง Pulse oximeter ซึ่งเป็นอุปกรณ์สำหรับประเมินระดับออกซิเจน และคัดกรองเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในเบื้องต้น ทำให้พยาบาลยังไม่สามารถประเมินระดับออกซิเจนของผู้ป่วยเด็กในระหว่างการเยี่ยมบ้านได้ ซึ่งจุดนี้ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนเพื่อให้พยาบาลสามารถประเมินและคัดกรองผู้ป่วยเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. เปรียบเทียบปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน และความพึงพอใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ต่อเนื่องที่บ้าน จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่าการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD แบบเดิม จะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของผู้ดูแลเป็นหลัก โดยใช้การสังเกตว่าวิธีการดูแลแบบใดที่ช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น เมื่อเกิดปัญหาก็จะยึดวิธีการดูแลนั้นเป็นหลัก เช่น การงดนมในมื้อที่ผู้ป่วยเด็กมีอาการเหนื่อย ให้ผู้ป่วยเด็กกินขนมกรุบกรอบที่มีส่วนผสมของโซเดียม เพราะคิดว่าดีกว่าไม่กินอะไรเลย ไม่นำเด็กไปฉีดวัคซีนตามนัดเพราะกลัวมีไข้หลังฉีดวัคซีน พฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลเสียต่อสุขภาพของผู้ป่วยเด็กในระยะยาว และนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น ภาวะขาดสารอาหาร ติดเชื้อในทางเดินหายใจ และหัวใจวาย ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Soiphet, Intichoti, & Khrutmuang, 2019) ร่วมกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ในชุมชนแบบเดิม ยังไม่มีผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน ไม่มีเครื่อง Pulse Oximeter การส่งต่อข้อมูลไม่เพียงพอ และพยาบาลขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD โดยเฉพาะด้านการประเมินภาวะสุขภาพ การให้วัคซีน การจัดท่า การระบายเสมหะ การให้นมและอาหาร รวมถึงการ

ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ปัญหาเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าทรัพยากรการบริหารงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ในชุมชนมีไม่เพียงพอ เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ในชุมชนไม่ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย การรับรู้ถึงความสำเร็จที่ลดลงทำให้ขาดแรงจูงใจและพลังขับเคลื่อนในการทำงาน มีผลให้ระดับปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน และความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD แบบเดิมอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น สอดคล้องกับผลการศึกษาในบุคลากรของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม พบว่าบุคลากรมีปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน แต่มีข้อแตกต่างในส่วนของปัจจัยจูงใจที่อยู่ในระดับมาก (Sangchant, Isarapreeda, & Thongpradid, 2012) แสดงให้เห็นว่าพยาบาลซึ่งทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ในชุมชน มีความพึงพอใจในการทำงานในระดับปานกลาง ไม่แตกต่างจากพยาบาลชุมชนในพื้นที่อื่น แต่กลับมีปัจจัยจูงใจที่เป็นตัวกระตุ้นในการทำงานอยู่ในระดับปานกลางซึ่งน้อยกว่าพื้นที่อื่น ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ต่อเนื่องที่บ้านในครั้งนี้ จึงมุ่งพัฒนาพยาบาลซึ่งเป็น 1 ใน 4 ของทรัพยากรบริหารที่จะช่วยขับเคลื่อนการทำงานให้ประสบผลสำเร็จ โดยโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การสอนและสาธิตเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ตามเนื้อหาในคู่มือการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD สำหรับพยาบาล ช่วยให้พยาบาลได้รับความรู้ เข้าใจ และมีทักษะเพิ่มขึ้น เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติขณะสาธิตย้อนกลับในการเยี่ยมบ้าน ซึ่งการได้ใช้ความรู้ทางวิชาการในการปฏิบัติงานตามเป้าหมาย การได้รับการยอมรับจากญาติในขณะให้ความรู้ รวมถึงการยอมรับจากเพื่อนร่วมงานในขณะอภิปรายกลุ่ม สิ่งเหล่านี้เป็นส่วนสำคัญในการเสริมสร้างปัจจัยจูงใจซึ่งเป็นแรงผลักดันในการทำงาน (Kalyanamitra, 2016) และกิจกรรมการเยี่ยมบ้านยังช่วยสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล ก่อให้เกิดการยอมรับและยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำ (Promma, 2014) สิ่งเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้พยาบาลสามารถรับรู้ได้ถึงความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการใช้แบบบันทึกภาวะสุขภาพและการเจริญเติบโตของผู้ป่วย ยังเป็นส่วนหนึ่งของการส่งต่อข้อมูล นอกจากนี้การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ขณะอภิปรายกลุ่มและในแอปพลิเคชัน Line ก่อให้เกิดเครือข่ายและสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน สิ่งเหล่านี้ช่วยลดความไม่พึงพอใจในการทำงาน อีกทั้งกิจกรรมและสื่อการสอนในโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ต่อเนื่องที่บ้าน เกิดจากการมีส่วนร่วมของพยาบาลทั้งในการกำหนดทิศทาง รูปแบบ และการดำเนินการในกิจกรรมด้วยตนเอง ซึ่งการมีส่วนร่วมจะสร้างความสมัครใจ เต็มใจ และความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงานให้สำเร็จตามเป้าหมาย ดังเช่นการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด ซึ่งมีความพึงพอใจหลังได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับมาก (Chantrayotagorn & Udkhammee, 2021) สังเกตได้ว่ากิจกรรมที่ดำเนินการในโปรแกรมครั้งนี้ ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกถึงมีส่วนร่วม ได้รับการยอมรับ สร้างสัมพันธภาพที่ดี มีเครือข่าย มีความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน และความพึงพอใจต่อโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ต่อเนื่องที่บ้าน หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การนำผลการวิจัยไปใช้

การดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ในชุมชนจังหวัดชายแดนใต้ เป็นความท้าทายสำหรับพยาบาลเป็นอย่างมาก ทั้งในส่วนของความซับซ้อนของโรค การตรวจร่างกาย การพยาบาล และการประยุกต์คำแนะนำตามหลักวิชาการให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ดังนั้น จึงควรพัฒนาแนวทางการให้ความรู้ การพัฒนาทักษะ และสร้างสื่อการสอนที่มีประสิทธิภาพและสามารถนำไปใช้ได้จริง รวมถึงควรนำแนวทางการให้ความรู้ในครั้งนี้ไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านกลุ่มอื่น ๆ เพื่อช่วยพยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และมีประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ด้านการนำไปใช้ ควรมีการนำแนวทางในโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก CHD ต่อเนื่องที่บ้าน ไปใช้ให้ความรู้และพัฒนาทักษะแก่พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ที่บ้าน เพื่อให้สามารถพัฒนาองค์ความรู้และทักษะของพยาบาลได้ตรงตามความต้องการ และเกิดความยั่งยืนในการพัฒนางาน

2. ด้านการบริการ ควรจัดหาอุปกรณ์ในการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยเด็ก CHD ให้เพียงพอในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะ Pulse Oximeter เพื่อให้พยาบาลสามารถประเมินสภาพผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

3. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาต่อเนื่องเกี่ยวกับความถูกต้องในการตรวจร่างกาย การประเมินภาวะสุขภาพและการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก CHD ในชุมชน เพื่อเป็นการวัดผลความสำเร็จโดยตรงของโปรแกรมซึ่งควรเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย หรือติดตามการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ดูแลในระยะยาว ซึ่งจะช่วยให้การประเมินความสำเร็จของโปรแกรมมีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากขึ้น

References

Busarathid, K., Prasomsuk, S., & Busarathid, J. (2021). Role of Nurses in Sub-District Health Promotion Hospital for Early Childhood Development Promotion. *Christian University Journal, 27*(2), 120-131. (in Thai)

Chaichana, J., & Prachusilpa, G. (2018). A Study of Professional Nurse Roles in Sub-District Health Promotion Hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 19*(Special Issue), 193-202. (In Thai)

Chantrayotagorn, L., & Udkhammee, K. (2021). Effects of Professional Nurses Participation Program in Perioperative Nursing Care to Patient Safety surgery Phrae Hospital. *Journal of Phrae Hospital, 29*(1), 28- 38. (in Thai)

Charoennoprakit, B. (2016). Factors Affecting the Job Performance Satisfaction of Staffs Under Health Director in Kabinburi Hospital Prachinburi Province. *Mahasarakham Hospital Journal, 13*(3), 34-42. (in Thai)

Chowdhury, F., Hoque, M. M., Ali, M., & Hossain, A. (2018). Comparison of Growth in Children with Cyanotic and Acyanotic Congenital Heart Disease in A Tertiary Care Hospital. *Journal of Bangladesh College of Physicians and Surgeons, 36*(2), 64-69.

Donabedian, A. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Michigan: Health Administration Press.

Kalyanamitra, K. (2016). Two Powerful Motivation to Success. *Valaya Alongkorn Review, 6*(3), 175-183. (In Thai)

Ketchiratthitikan, P., Kochapakdee, W., & Chaimay B. (2010). *Factors Relating to Health Officer Satisfaction Towards the Management of Diabetic Patient Care in Primary Healthcare Centers in Phattalung Province.* Thesis of the Master of Science in Health System Management, the Faculty of Health and Sport Science, Thaksin University, Songkhla.

Mari, M. A., Cascudo, M. M., & Alchieri, J. C. (2016). Congenital Heart Disease and Impacts on Child Development. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery, 31*(1), 31-37.

Pangkam, N. (2017). Effects of Empowerment Program on Caregiver Pediatrics with Congenital Heart Disease Who Were Post Operations for Complicated Prevention. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University, 5*(4), 625-641. (in Thai)

Promma, J. (2014). The Effect of Home Visits for Children with Asthma in Thabo District Nongkhai Province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 24*(3), 41-50. (in Thai)

Sabzevari, S., Nematollahi, M. S., Mirzaei, T., & Ravari, A. (2016). The Burden of Care: Mothers' Experiences of Children with Congenital Heart Disease. *IJCBNM, 4*(4), 374-385.

Sangchant, S., Isarapreeda, P., & Thongpradid, S. (2012). Motivating and Hygiene Factors Relating to Morals of Community Hospital Personnel Under the Office of Public Health, Nakhon Phanom Province. *Nakhon Phanom University Journal, 2*(2), 32-38. (in Thai)

Srisatidnarakul, B. (2007). *The Methodology in Nursing Research*. (4th ed.). Bangkok: U & I intermedia. (in Thai)

Soiphet, N., Intichoti, N., Khrutmuang, W., & Suanpan, N. (2019) Care for Children with Congenital Heart Disease to Prevent Respiratory Tract Infection. *Journal of Health and Nursing Research, 35*(2), 26-37. (in Thai)

Sukkato, W., & Charoenwiriyakul, C. (2020). Motivation Factors and Hygiene Factors Affecting the Decision to Join the Cooperation Network for Improving the Quality of Hospitals. *Journal of Research and Development Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office, 6*(2), 127-139. (in Thai)

Suklerttrakul, T., Picheansathian, W., Jintrawet, U., & Chotibang, J. (2018). Support Program for Thai Mothers of Toddlers with Congenital Heart Disease: A Randommized Control Trial. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 22*(2), 106-119. (in Thai)

Thongsuwan, N., & Sathirapanya, C. (2020). Factors Affecting the Work Ability of Health Personnel in Health Promoting Hospitals in Yala Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 7*(3), 58-69. (in Thai)

Wangsawat, T., Pongjaturawit, Y., Jaisomkom, A., Tongnuang, P., & Hayeese, W. (2020). *Development of Continuing Care Management System and Health Monitoring of Children with Congenital Heart Disease Aged 0-3 Years for Primary Care Unit in Southern Border*. Naradhiwas: Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University. (in Thai)

Wangsawat, T., Phiban, A., Piboonrungroj, P., Hayeese, W., Chansintop, S., Dereh, N. et al., (2020). The Effect of Education Program on Knowledge and Role in the Caregiver for Children with Congenital Heart disease Aged 0 – 3 years. *Princess of Naradhiwas University Journal, 11*(3), 93-103. (in Thai)

Wangsawat, T., Jaisomkom, A., Pongjaturawit, Y., Piboonrungroj, P., & Hayeese, W. (2021). Effecttiveness of Continuing Nutrition Care at Home Program on the Growth of Children with Congenital Heart Disease in a Primary Health Care Unit. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 31*(1), 135-147. (in Thai)

Watcharasing, M., Boonyaprapan, B., & Saksri, S. (2015). Service Mind and Work Motivation Forecasting Nurse's Service Efficiency. *The Journal of Faculty of Applied Arts, 8*(2), 115-131. (in Thai)

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ: ปัจจัยเชิงสาเหตุ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

Disaster Preparedness Behaviors: Causal Factors, and Research Avenues

เรียม นมรักษ์[1*] และ ศรัณย์ พิมพ์ทอง[1]

Riam Namarak[1*] and Saran Pimtong[1]

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ[1*]

Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University[1*]

(Received: *September 16, 2020*; Revised: *October 16, 2021*; Accepted: *February 07, 2021*)

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิดพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ องค์ประกอบ ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติ และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ โดยพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติเป็นการแสดงการแสดงออกด้านของบุคคลทางด้านการกระทำ ความคิด ความรู้สึก ทัศนคติ เพื่อให้เกิดความสนใจและกระตือรือร้น ที่จะปฏิบัติในการเตรียมตัวเพื่อให้เกิดความพร้อมที่จะเรียนรู้หรือกระทำสิ่งต่าง ๆ หรือการวางแผนก่อนที่จะดำเนินการทำกิจกรรม ให้เกิดความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สำหรับกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลที่ได้ดำเนินการก่อนเกิดภัยพิบัติจะเกิดขึ้น เพื่อสร้างความแน่ใจว่าตนเองจะมีการตอบสนองที่มีประสิทธิภาพมากเพียงพอต่อผลกระทบ สามารถลดผลกระทบและอันตรายจากภัยพิบัติได้ เพื่ออำนวยความสะดวกในการตอบสนองที่มีประสิทธิภาพในกรณีฉุกเฉินเกิดขึ้น โดยบุคคลพร้อมที่จะทำหน้าที่และเตรียมการป้องกันล่วงหน้าหรือทันทีก่อนเกิดภัยคุกคาม ในการแบ่งองค์ประกอบการเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ มี 5 องค์ประกอบ คือ การวางแผน การจัดระบบหรือจัดหา การฝึกอบรม การฝึกซ้อม การประเมินและปรับปรุง สำหรับปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือกับภัยพิบัติ ยังมีข้อเสนอแนะที่ค้นพบหลายประการประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับภัยพิบัติและการเตรียมความพร้อม การรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบจากภัยพิบัติ ประสบการณ์รับมือภัยพิบัติ การรับรู้ความเสี่ยงและการลดผลกระทบ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องมีการถ่ายทอดความรู้ กระตุ้นเตือนผ่านช่องทางสื่อสารเพื่อให้ประชาชนมีความพร้อมในการรับมือภัยพิบัติ

คำสำคัญ: พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ, ปัจจัยเชิงสาเหตุ, ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

[*]ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: riam@webmail.npru.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 081-8485477)

Abstract

This article aimed to present the concept of disaster preparedness behaviors, as well as its components, causal factors, and research avenues. Disaster preparedness behaviors represents the expression of a person's actions, thoughts, feelings, attitudes towards prevention of disasters. Practice in preparation to learn or to do things or to plan before proceeding with activities to be ready both physical and mental actions or actions of the activities of the person who had proceeded before the disaster occurred. Goal is to ensure that they will have a sufficiently effective response to the impact so their actions can reduce the impact and danger from disaster. Main objective is to facilitate effective responses in emergencies by having the person aware and prepared in advance or immediately before the threat occurs for protection. There are 5 components of disaster preparedness: 1) plan, 2) organizing system/procurement, 3) training, 4) rehearsal, 5) evaluation and improvement. For the causal factors of disaster preparedness behaviors, several findings are suggested for further research, including knowledge of disasters, preparedness, perceptions of violence, and the impact of disaster's response in the risk perception and mitigation. As a conclusion, relevant departments must have knowledge transfer communication channels to provide people with disaster preparedness.

Keywords: Disaster Preparedness Behavior, Causal Factors, Research Avenues

บทนำ

ภัยพิบัติที่เกิดขึ้นนับวันจะมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ได้สร้างผลกระทบต่อชีวิต ทรัพย์สินระบบเศรษฐกิจทั้งในภาคการค้าการลงทุน ทำให้บริการและการลงทุนต้องหยุดชะงัก กิจการร้านค้าอุตสาหกรรม และการท่องเที่ยวต่าง ๆ สูญเสียรายได้หรือต้องปิดกิจการ นักท่องเที่ยวขาดความเชื่อมั่น พืชผลทางการเกษตรเสียหาย ระบบด้านสาธารณูปโภค ในภาคการผลิต อุตสาหกรรม ประปา ไฟฟ้าได้รับความเสียหาย โดยในทศวรรษที่ผ่านมาภัยพิบัติขนาดใหญ่ที่เกิดขึ้นสร้างความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สิน ระบบเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมเป็นมูลค่ามหาศาล (Kron, 2015) พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือกับภัยพิบัติถือเป็นสถานะของความพร้อมในการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินภัยพิบัติหรือเหตุการณ์รุนแรงอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นและคุกคามกับบุคคล ชุมชน และองค์กร (Lindell & Hwang, 2008) กิจกรรมเตรียมความพร้อมก่อนล่วงหน้าเพื่อเป็นการตอบสนองและการกู้คืนภัยพิบัติ โดยทั่วไปแล้วจะเกี่ยวข้องกับการคาดการณ์สิ่งที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างเหตุการณ์อันตรายเพื่อให้แน่ใจว่าเรามีแผนที่จะจัดการกับความเป็นไปได้ ที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างเหตุการณ์ เช่น การฝึกอบรมและให้ความรู้แก่ทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภัยพิบัติ การเตรียมความพร้อมมีบทบาทสำคัญก่อนการจัดการเหตุฉุกเฉิน มีเหตุผลสำคัญบางประการที่ทำให้ชุมชน องค์กร ครัวเรือน และบุคคลควรสนใจเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ โดยการดำเนินการบางอย่างล่วงหน้าการตอบสนองฉุกเฉินและการดำเนินการกู้คืนจะประสบความสำเร็จมากขึ้น จะต้องอาศัยบุคคลครอบครัวและทุกองค์กรที่เกี่ยวข้องในการตอบสนองและการกู้คืน โดยต้องได้รับการเรียนรู้และฝึกฝน การรู้วิธีดำเนินการป้องกันที่เหมาะสมในระหว่างภัยพิบัติจะช่วยลดการสูญเสียและความเสียหาย ดังนั้นในการเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติต้องมีการกระบวนการที่สามารถทำได้ก่อนเกิดภัยพิบัติที่จะทำให้การตอบสนองต่อภัยพิบัตินั้นมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Perry & Lindell, 2008)

เมื่อพิจารณาถึงงานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติในระดับนโยบาย เน้นการมีเครือข่ายโดยมีศูนย์การเฉพาะกิจป้องกันและแก้ไขปัญหา โดยที่หน่วยงานภาครัฐเข้ามามีบทบาทหลัก ดังเช่นการศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในการจัดการภัยพิบัติแห่งชาติของกระทรวงกลาโหมในประเทศไทยของ Thipyuth (2017) ผลการวิจัยเน้นการป้องกันภัยและการเตรียมความพร้อมเป็นการจัดการภัยพิบัติแห่งชาติของกระทรวงกลาโหม มีการนำนโยบายป้องกัน

และบรรเทาสาธารณภัยไปปฏิบัติกรณีศึกษาเฉพาะในเขตพื้นที่เสี่ยงภัย สอดคล้องกับงานวิจัย แนวทางในการจัดการอุทกภัย กรณีศึกษาเทศบาลนครนนทบุรี ของ Mala, Chomyot & Phromphithakkul (2014) พบว่า หน่วยงานภาครัฐมีหน้าที่หลักในการจัดตั้งศูนย์อำนวยการฉุกเฉิน การจัดเตรียมบุคลากรและเครื่องมือ การกำจัดวัชพืช และการขุดลอกทางระบายน้ำ และการประเมินสถานการณ์น้ำ ในทำนองเดียวกับการศึกษา Hossain (2020) การเตรียมความพร้อมและรับมือภัยพิบัติน้ำท่วมในประเทศบังคลาเทศ พบว่ากระทรวงการจัดการภัยพิบัติและบรรเทาทุกข์ และกรมภัยพิบัติ ร่วมกับองค์กรเอกชน มีการจัดการประสานงานการจัดการภัยพิบัติและรับมือภัยพิบัติระดับชาติ โดยมีการแผนการจัดการภัยพิบัติที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดการสูญเสียและความเสียหายที่เกิดจากภัยธรรมชาติ

การศึกษาในส่วนของปัจจัยเชิงสาเหตุในระดับบุคคลที่เป็นปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก จึงมีความสำคัญเป็นอย่างมากเพื่อให้ได้ข้อค้นพบเกี่ยวปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติน้ำท่วม นำไปพัฒนาพฤติกรรมของบุคคลด้านการเตรียมความพร้อม ดังนั้นบทความนี้ขอนำเสนอพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ องค์ประกอบของการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ ปัจจัยเชิงสาเหตุทั้งภายในและภายนอกบุคคล ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติ และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้ใช้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมได้อย่างถูกต้อง ได้ตระหนักถึงประเด็นปัญหาและมองเห็นความจำเป็นในการพัฒนาร่วมกัน กระบวนการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมที่ผ่านมาให้ เพื่อเกิดเป็นแนวคิดใหม่ในการพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติต่อยอดเป็นการวิจัยครั้งต่อไป

แนวคิดของพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ

ภัยพิบัติ เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมหรือเหตุการณ์ที่มีความซับซ้อนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของสังคมมนุษย์ ให้เกิดความเสียหายคุกคามต่อชีวิตร่างกาย ทรัพย์สิน ความเสียหายทางสังคมเศรษฐกิจ และ สิ่งแวดล้อม (Perry, 2006) โดยที่ภัยพิบัติจะส่งผลกระทบทั้งด้านกายภาพ ซึ่งจะประกอบไปด้วยการบาดเจ็บการเสียชีวิต รวมถึงพืชผลทางการเกษตรและทรัพย์สินมีความเสียหาย นอกจากนี้ยังมีผลกระทบทางสังคมเศรษฐกิจและการเมืองซึ่งรวมถึงจิตสังคม สังคมศาสตร์ สังคมศาสตร์ ซึ่งโดยการปฏิบัติการเตรียมความพร้อมรับมือในกรณีฉุกเฉิน การมีส่วนร่วมในการจัดการจะแก้ไขผลกระทบทางกายภาพและทางสังคมจากภัยพิบัติให้สามารถลดลงได้ (Lindell & Hwang, 2008) โดยที่การปฏิบัติการเตรียมความพร้อมดังกล่าว คือพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติ ซึ่งหมายถึงการแสดงออกของบุคคลทางด้านการกระทำ ความคิด ความรู้สึก ทัศนคติ ให้เกิดความสนใจกระตือรือร้นที่จะปฏิบัติตัวให้เกิดความพร้อมที่จะเรียนรู้ในการกระทำสิ่งต่าง ๆ หรือการวางแผนก่อนที่จะดำเนินการทำกิจกรรม โดยสามารถควบคุมตนเองเพื่อให้มีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ (Perez-Acosta, 2008) การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลที่ได้ดำเนินการก่อนเกิดภัยพิบัติจะเกิดขึ้น เพื่อสร้างความแน่ใจว่าตนเองจะมีการตอบสนองที่มีประสิทธิภาพ สามารถลดผลกระทบและอันตรายจากภัยพิบัติได้ (Coppola, 2011) การที่บุคคลเตรียมพร้อมที่จะรับมือกับพิบัติที่จะเกิดขึ้น บุคคลพร้อมที่จะทำหน้าที่และเตรียมการป้องกันล่วงหน้าหรือทันทีก่อนเกิดภัยคุกคาม (Schmidlin, 2014) และเป็นมาตรการเพื่อให้มีการตอบสนองต่อภัยพิบัติได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ จะทำให้ลดผลกระทบ ลดการสูญเสียด้านชีวิตและทรัพย์สิน

กระบวนการเตรียมความพร้อมจะเริ่มด้วยการวางแผนรับมือภัยพิบัติ จากการประเมินความเสี่ยงต่อเหตุภัยพิบัติน้ำท่วมที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการประเมินผลกระทบต่อคนในชุมชน การพัฒนาระบบการแจ้งเตือนภัยล่วงหน้า การฝึกปฏิบัติและการซักซ้อมการรับมือภัยพิบัติให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเมื่อเกิดภัย (Allender, Rector, & Warner, 2010) โดยบุคคลเลือกวิธีการจัดการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยวิธีการจัดการนั้นจะต้องประกอบด้วยปัจจัยภายในตัวบุคคลร่วมกับปัจจัยทางสภาพแวดล้อมภายนอกอันจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมการจัดการที่ดีด้วยรูปแบบการกระทำในแบบต่าง ๆ การเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัตินั้นในเบื้องต้นจะเชื่อมโยงมาสู่พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติน้ำท่วม ซึ่งการป้องกันการเกิดภัยพิบัติเป็นสิ่งที่ป้องกันได้ยาก แต่ถ้ามีการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติก่อนเกิดเหตุ จะส่งผลให้ลดความสูญเสียได้มาก ทำให้สามารถรับมือ

สถานการณ์ในภาวะฉุกเฉิน และสามารถบรรเทาทุกข์ ช่วยชีวิต และการฟื้นฟูบูรณะในระยะหลังเกิดภัยพิบัติ จะเป็นการช่วยป้องการสูญเสียและสร้างมาตรการป้องกันในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการเตรียมการล่วงหน้าเพื่อคาดการณ์ พยากรณ์ เพื่อป้องกันความเสียหาย การสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นต่อชีวิต ทรัพย์สิน ของบุคคลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เสี่ยง และต้องใช้กระบวนการต่อเนื่องในการป้องกัน บรรเทา และลดผลกระทบ (Kamolvej, 2011) โดยการเตรียมความพร้อมเป็นกิจกรรมที่ดำเนินการก่อนการเกิดภัยพิบัติ มุ่งเน้น เพื่อลดความเปราะบางและเพิ่มศักยภาพบุคคล ชุมชนและสังคมในการรับมือกับ สถานการณ์ฉุกเฉิน ให้สามารถรับมือกับภัยพิบัติ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับตัวเองและสังคมได้ ทั้งยังรวมถึงกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวให้เข้ากับภัยได้ในระยะยาวอีกด้วย การเสริมสร้างความรู้และศักยภาพที่ดำเนินการล่วงหน้าก่อนเกิดภัยพิบัติ เพื่อเตรียมความพร้อมสถานการณ์ฉุกเฉินให้รับมือต่อผลกระทบจากภัยพิบัติได้ทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ เช่น การจัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉิน การเตรียมการอพยพ ประชากร การวางระบบแจ้งเตือน และระบบการสื่อสารในภาวะฉุกเฉินรวมถึงการฝึกซ้อมและอบรมให้ความรู้แก่ประชาชน (Office of the National Economic and Social Development Board, 2011)

องค์ประกอบของพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ

การจัดแบ่งองค์ประกอบการเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติที่มีชื่อว่า Federal Emergency Management Agency: FEMA) เป็นหน่วยงานรัฐของสหรัฐอเมริกาที่ก่อตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2522 สำหรับปฏิบัติการในสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยมีหน้าที่หลักคือการประสานงานสำหรับแก้ปัญหาภัยพิบัติที่เกิดขึ้นในสหรัฐอเมริกา ได้แบ่งองค์ประกอบการเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติออกเป็น 5 องค์ประกอบย่อยดังนี้ 1) วางแผน (Plan) 2) จัดระบบหรือจัดหา (Organize, Equip) 3) ฝึกอบรม (Train) 4) ฝึกซ้อม (Exercise) และ 5) ประเมินและปรับปรุง (Evaluate & Improve) องค์ประกอบย่อยเป็นการแสดงถึงความต่อเนื่องเคลื่อนไหวอย่างเป็นพลวัตเรียกว่า วงล้อแห่งการเตรียมพร้อมเพื่อรับมือภัยพิบัติ (Preparedness Cycle) องค์ประกอบย่อยมีการเชื่อมโยงและต่อเนื่อง เมื่อแยกองค์ประกอบออกมาอย่างชัดเจน สามารถทำให้มองเห็นกิจกรรมในแต่ละองค์ประกอบได้อย่างชัดเจน อันจะทำให้การเตรียมพร้อมเพื่อรับมือภัยพิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ (FEMA, 2012) ดังภาพ 1



ภาพ 1 วงล้อแห่งการเตรียมพร้อม (Preparedness Cycle)
ที่มา: FEMA (2012)

1. การวางแผน หมายถึง การดำเนินการในการกำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์ วิธีการ การบัญชาการและควบคุมเหตุการณ์ แนวทางการวางแผนการอพยพ และทรัพยากรที่ใช้ในการเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติ ตลอดจนการมีส่วนในการริเริ่มพัฒนา ค้นหาสาเหตุของปัญหา ตลอดจนมีส่วนในการตัดสินใจกำหนดความต้องการของชุมชนและมีส่วนในการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการที่ทำให้บุคคลสามารถเอาชีวิตรอดจากสถานการณ์ที่คับขันได้

มีมาตรการและกิจกรรมที่ดำเนินการล่วงหน้าในการให้ความคิดเห็นในกระบวนการจัดวางแผนงาน โครงการ การกำหนดเป้าหมาย การดำเนินงาน งบประมาณ และทรัพยากร ก่อนเกิดภัยพิบัติ เพื่อให้สามารถรับมือกับภัยพิบัติได้อย่างทันการณ์และมีประสิทธิภาพ (Department of Disaster Prevention and Mitigation, 2012; Cohen & Uphoff (1980) นักวิชาการด้านภัยพิบัติ Kamolvej (2011) ได้ให้ความหมายว่า การวางแผน คือ การร่วมกันกับผู้ที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดน้ำท่วม ที่บ้านเรือนโดนน้ำท่วมประจำทุกปีหรืออยู่ในละแวกใกล้เคียงกับแม่น้ำ ลำคลอง และพื้นที่น้ำท่วม เพื่อการเตรียมความพร้อม จัดทำแผนรับมือน้ำท่วม เป็นการเตรียมการไว้ล่วงหน้าเพื่อป้องกันความเสียหายที่อาจจะเกิดขึ้นกับตัวเองและทรัพย์สิน ช่วยเตือนความจำจากความเร่งรีบความตื่นเต้น คลายความกังวลจากภัยน้ำท่วมและปฏิบัติได้ถูกต้องหากมีการเตือนการเฝ้าระวังน้ำท่วม ติดตามการรายงานสถานการณ์อย่างใกล้ชิดเพื่อใช้ขณะน้ำท่วม รวมถึงการวางแผนการเคลื่อนย้ายคน สัตว์เลี้ยง พาหนะ ให้พ้นระดับน้ำที่เคยท่วมมาก่อน การเรียนรู้ข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นและสร้างทักษะความชำนาญแก่ครอบครัว เช่น หมายเลขโทรศัพท์สำหรับเหตุการณ์ฉุกเฉิน เส้นทางการเดินทาง การวางแผนการอพยพที่ปลอดภัย จุดนัดหมายหากเกิดการพลัดหลง ระบบเตือนภัยของรัฐ หรือติดตั้งอุปกรณ์

2. การจัดระบบหรือจัดหา หมายถึง การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็นและ มีประสิทธิภาพ รวมถึงเป็นการเตรียมประชาชนในชุมชนที่มีศักยภาพ ที่จะสามารถให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นเผชิญ การหาแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ เพื่อสร้างประโยชน์ในการเตรียมความพร้อม ไม่ว่าจะเป็นการประสานงาน และดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก รวมถึงการบริหารจัดการ จัดหาสิ่งที่มีความจำเป็นในการเตรียมความพร้อมความต้องการขั้นพื้นฐานทางด้านกายภาพไว้ล่วงหน้า โดยต้องให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเองทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งสามารถเตรียมได้ง่ายที่สุด เพื่อเตรียมการที่จะช่วยลดผลกระทบจากภัยพิบัติ (FEMA, 2012) ในขณะที่ (Beach, 2010) ให้ความหมายว่า การจัดระบบหรือจัดหา ว่าหมายถึง การบริหารจัดการ จัดหาสิ่งที่มีความจำเป็นในการเตรียมความพร้อมความต้องการขั้นพื้นฐานทางด้านกายภาพไว้ล่วงหน้า โดยต้องให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเองทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งสามารถเตรียมได้ง่ายที่สุด

3. การฝึกอบรม หมายถึง กระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ เพื่อสร้างความรู้ ทักษะและความสามารถสำหรับบุคลากรเพื่อให้บรรลุมาตรฐานวิชาชีพและอาสาสมัครมีความสามารถขั้นพื้นฐาน อันจะช่วยปรับปรุงให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพสูงขึ้น (Goldstein, 1993) โดยสามารถให้การตอบสนองความต้องการของผู้ประสบภัยได้อย่างถูกต้อง ดังเช่น วิธีการฝึกอบรม หัวข้อในการอบรม ประเภทของผู้รับการอบรม จำนวนของผู้เข้ารับการอบรมแล้ว และความถี่ของการได้รับการอบรม การฝึกอบรมเป็นกระบวนการเรียนรู้ ประกอบด้วย การเฝ้าระวังภัยน้ำท่วมในชุมชน การแจ้งเตือนภัยน้ำท่วมในชุมชน การจัดการและการประสานงานในการ (FEMA, 2012) นอกจากนี้การเรียนรู้ต้องอาศัยประชาชนในองคการ ชุมชน และสังคมที่มีความรู้ว่าในสถานการณที่ภัยพิบัติเกิดขึ้นผ่านการจัดกิจกรรมในหลักสูตร ดังนั้นในการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติน้ำท่วม อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนทุกคนจะต้องได้รับการฝึกอบรมความรู้และต้องได้รับการฟื้นความรู้อย่างต่อเนื่อง อันจะช่วยปรับปรุงให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพสูงขึ้น

4. การฝึกซ้อม หมายถึง การมีเข้าร่วมฝึกฝนทักษะหรือซักซ้อมในการจำลองสถานการณ์ตามกระบวนการที่ได้วางแผนไว้ เป็นแบบฝึกหัดเพื่อให้ผู้ที่มีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในการรับมือสถานการณ์ฉุกเฉินได้ฝึกซ้อมขั้นตอนปฏิบัติที่จำเป็น ทำให้มีทักษะสามารถใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องและคล่องแคล่ว มีความคุ้นเคยกับขั้นตอนต่าง ๆ ซึ่งช่วยให้พร้อมปฏิบัติงานได้จริงหากเกิดเหตุการณ์ภัยพิบัติขึ้น การฝึกซ้อมยังเป็นการทดสอบ ประเมินความพร้อม และตรวจสอบหาจุดอ่อนหรือข้อควรปรับปรุงของแผนปฏิบัติ นโยบาย และกระบวนการดำเนินงานในการเผชิญสถานการณ์เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินเพื่อพัฒนาปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นได้อีกด้วย (Department of Disaster Prevention and Mitigation, 2017) นอกจากนี้ Wasee (2011) ได้ชี้ให้เห็นว่าการฝึกซ้อม หมายถึง การทำให้บุคคลมีจิตสำนึกในการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติจะช่วยบรรเทาผลกระทบ และลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติ การลดความรุนแรงของผลกระทบจากภัยพิบัติอุทกภัย และการเข้าร่วมกับชุมชนในการซักซ้อม การซ้อมแผนอพยพเมื่อเกิดภัยพิบัติน้ำท่วม พร้อมทั้งซักซ้อมความเข้าใจเรื่องแผนในการรับมือน้ำท่วม และ

การรับมือสภาวะฉุกเฉิน โดยกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (Department of Disaster Prevention and Mitigation, 2012) ได้แบ่งการฝึกซ้อมดังนี้ 1) การฝึกซ้อมเชิงอภิปราย (Discussion-Based Exercise) เป็นการฝึกซ้อมที่เน้นการหารือ อภิปรายถึงแผน มาตรการ หรือวิธีการปฏิบัติจึงมุ่งเน้นที่ประเด็นยุทธศาสตร์และนโยบายของหน่วยงานเป็นสำคัญ มีความซับซ้อนน้อยที่สุด รวมทั้งเป็นการฝึกซ้อมที่ไม่มีการเคลื่อนย้ายทรัพยากรใด ๆ แบ่งเป็น 4 รูปแบบ คือ การสัมมนา (Orientation Seminar) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) การฝึกซ้อมแผนบนโต๊ะ (Table Top Exercise) และการเล่นเกม (Game) 2) การฝึกซ้อมเชิงปฏิบัติการ (Operational-Based Exercise) เป็นการฝึกซ้อมที่มีการเคลื่อนย้าย ระดมทรัพยากร และบุคลากร โดยมีการนำแผน นโยบาย และมาตรการไปสู่การปฏิบัติจริง เพื่อให้ทราบถึงบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบอย่างชัดเจน และสามารถพัฒนาประสิทธิภาพของบุคลากรและทีมงานได้ แบ่งเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ การฝึกปฏิบัติ (Drill) การฝึกซ้อมเฉพาะหน้าที่ (Functional Exercise) และการฝึกซ้อมเต็มรูปแบบ (Full-Scale Exercise)

5. การประเมินและปรับปรุง หมายถึง การประเมินประสิทธิภาพของแผนเกี่ยวข้องกับการรวมกันของกิจกรรมการฝึกอบรม การฝึกซ้อม เพื่อตรวจสอบว่าเป้าหมายวัตถุประสงค์การตัดสินใจการกระทำและระยะเวลาที่ระบุไว้ในแผนนำไปสู่การตอบสนองที่ประสบความสำเร็จ โดยจะมีกระบวนการแก้ไขปัญหาที่ระบุได้ การดำเนินการแก้ไขอาจเกี่ยวข้องกับ ทบทวนสมมติฐานการวางแผนและแนวคิดการดำเนินงาน การเปลี่ยนงานขององค์กร การแก้ไขคำแนะนำในการใช้งานขององค์กร ให้การฝึกอบรมทบทวนความรู้แก่บุคลากร (FEMA, 2012) โดยต้องอาศัยการติดตามประเมินผลการดำเนินงานที่กลุ่มได้คิดปฏิบัติร่วมกัน จะทำให้ทราบความก้าวหน้าของการปฏิบัติงาน ทราบปัญหาอุปสรรค เพื่อมาร่วมกันคิดหาทางแก้ไขปัญหา เป็นการร่วมตรวจสอบและติดตาม การดำเนินการตามโครงการหรือกิจกรรมนั้น ๆ ว่าเป็นไปตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์หรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเป็นโครงการหรือกิจกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมแล้วได้นำมาตรการลดผลกระทบมาใช้หรือไม่ก็มีการใช้ระบบการติดตามตรวจสอบเพื่อป้องปัญหาเกิดขึ้น (Kokpol, 2009) จะเป็นประโยชน์ต่อการพิทักษ์รักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างมาก เพราะประชาชนจะทำหน้าที่คอยเฝ้าระวังและเตือนภัย การดำเนินงานโครงการเพื่อป้องกัน และแก้ไขปัญหาได้ทันท่วงทีก่อนที่จะมีผลร้ายเกิดขึ้น และเมื่อมีการดำเนินการตามโครงการหรือกิจกรรมแล้ว ก็ต้องมีการประเมินผลว่าการดำเนินการนั้น ๆ บรรลุตามเป้าหมายมากน้อยเพียงใด มีการนำมาตรการการป้องแก้ไข ปัญหาสิ่งแวดล้อมมาใช้หรือไม่ และผลของการดำเนินการเป็นอย่างไร เพื่อจะได้เป็นแนวทางในการพิจารณานำเอามาตรการที่เหมาะสมมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ

ปัจจัยภายในบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับทฤษฎีและแนวคิดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมภัยพิบัติ มีหลายทฤษฎีทางจิตวิทยาและพฤติกรรมศาสตร์ได้เกิดขึ้น พบว่ามีทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกที่ผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติ ดังเช่นโดยปัจจัยภายในบุคคลที่สำคัญที่พบว่ามีผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ ได้แก่ความรู้ การรับรู้ความสามารถของตน เจตคติ การรับรู้ความเสี่ยงภัยพิบัติ และประสบการณ์การรับมือภัยพิบัติ โดยความรู้เป็นพื้นฐานที่มีความสำคัญในการที่เรียนรู้ของการมนุษย์ เป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม ความรู้เป็นสารสนเทศที่นำไปสู่การปฏิบัติ เป็นสิ่งที่นำไปใช้จะไม่หมดหรือสึกหรอ แต่จะงอกงามขึ้น ณ จุดที่ต้องการใช้ความรู้นั้น เกิดขึ้นโดยกระบวนการภายในคนหรือกระบวนการสัมพันธ์ระหว่างคน การได้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อเท็จจริง รูปแบบ วิธีการ กฎเกณฑ์ แนวปฏิบัติของบุคคล ซึ่งได้จากการสังเกต ประสบการณ์ หรือจากสื่อต่าง ๆ ดังการศึกษาของ Hossain (2009) ที่ศึกษาพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติน้ำท่วมของหัวหน้าครอบครัวในประเทศบังคลาเทศ พบว่าความรู้เกี่ยวกับน้ำท่วม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติน้ำท่วม สอดคล้องกับการศึกษาของ Thomas, Leander-Griffith, Harp, & Cioffi (2015) พบว่าคนที่มีฐานความรู้ที่มากขึ้นเกี่ยวกับพฤติกรรมเตรียมความพร้อมรับมือกับภาวะฉุกเฉิน มีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมรับมือกับภัยพิบัติ ดังนั้นความรู้จึง

เป็นความสามารถในการใช้ข้อเท็จจริง หรือความคิด ความหยั่งรู้หยั่งเห็น หรือสามารถเชื่อมโยงความคิดให้เข้ากับเหตุการณ์ ความรู้เกี่ยวกับภัยพิบัติและการเตรียมความพร้อมมีความสำคัญเพราะมาตรการด้านการเตรียมความพร้อมจึงเปรียบเสมือนหัวใจหลักของการดำเนินงานด้านภัยพิบัติ โดยความรู้จะก่อให้เกิดความเข้าใจมีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมและเกิดความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมทำให้บุคคลทราบว่าต้องปฏิบัติอย่างไร (Inthonhongpai, 2011)

ในส่วนปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตน คือการที่บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เช่น วิธีการป้องกัน การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และมีความพร้อมตลอดเวลาเมื่อเกิดภัยพิบัติ ตลอดจนการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (Nazli, Nadian, Sapora, Zumrah & Abdullah, 2015) ดังการศึกษาของ Paton, Smith, & Johnston (2005) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อความตั้งใจของแต่ละบุคคลในการเตรียมความพร้อมรับมือกับภัยพิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านเจตคติต่อการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ คือ การที่บุคคล มีความเชื่อ ความรู้ หรือความคิดต่อการทำพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ ว่าเป็นสิ่งที่ดีมีประโยชน์มีคุณค่า พึงกระทำ ทำให้เกิดความรู้สึกชอบพอใจ และพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมหรือสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ ดังการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับภัยน้ำท่วมของประชาชน ตำบลป่าตาล อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี ที่พบว่า ทัศนคติต่อการเตรียมความพร้อมเรื่องการเตรียมความพร้อมรับน้ำท่วมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับภัยน้ำท่วม (Khlaisuk, 2014) นอกจากนี้การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานของบุคลากรกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ของ Panitkitkosolkul (2013) พบว่า เจตคติที่ดีเป็นตัวแปรสำคัญตัวแรกในการทนายพฤติกรรมความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานของบุคลากรกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย

การรับรู้ความเสี่ยงและประสบการณ์รับมือภัยพิบัติ เมื่อประชาชนมีการรับรู้ความเสี่ยงทำให้ประชาชนเกิดการเตรียมความพร้อมในการรับมือต่อการเกิดภัยธรรมชาติ อาจถือได้ว่าเป็นความเชื่อที่บุคคลแต่ละกลุ่มหรือสังคมมีไว้เกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงหรือเกี่ยวกับขอบเขตความสำคัญและระยะเวลาของผลกระทบ ดังนั้นในสถานการณ์ภัยพิบัติบางอย่าง ระดับของความเสี่ยงจะมีผลต่อความคิดของบุคคลในการเตรียมความพร้อมรับมือกับภัยพิบัติ การรับรู้ความเสี่ยงสูง และมีประสบการณ์ภัยพิบัติ เมื่อผู้คนรับรู้ถึงความเสี่ยงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นพวกเขาจะมีส่วนร่วมในพฤติกรรมที่จะไปลดความเสี่ยง (Dillon, Tinsley, & Burns, 2014) จะมีประสิทธิภาพในการรับมือและมีความสามารถในการเตรียมความพร้อมสำหรับภัยพิบัติ และมีระดับความพร้อมในการรับมือกับภัยพิบัติสูงกว่าบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานการรับรู้ความเสี่ยงต่ำและความสามารถในตนเองต่ำ (Goddard, Sheppard, Thompson, & Konecny, 2018) การศึกษาเรื่องการรับรู้ความเสี่ยงและการลดผลกระทบ ปัจจัยต่าง ๆ ของพฤติกรรมเตรียมความพร้อมเรื่องภัยพิบัติของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในเขตมิดเวสต์ ของ Espina (2015) พบว่านักเรียนที่มีการรับรู้ความเสี่ยงสูง ประสบการณ์ภัยพิบัติและมีประสิทธิภาพในการรับมือกับความสามารถในการเตรียมความพร้อมสำหรับภัยพิบัติทั้งหมดมีระดับความพร้อมในการรับมือกับภัยพิบัติสูงกว่านักเรียนที่มีการรับรู้เสี่ยงต่ำ ในการศึกษาในลักษณะเดียวกัน คือความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรงของประสบการณ์ภัยพิบัติครั้งก่อน จะเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับภัยพิบัติ ดังศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ของการเตรียมพร้อมรับมือกับภัยพิบัติและการรับรู้ความเสี่ยงจากน้ำท่วม ของประชาชนในหุบเขาอัลไพน์ในประเทศอิตาลี ประชากร 407 คนใน 9 ชุมชนที่ได้รับความเสี่ยงจากภัยทางธรรมชาติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพร้อมในการรับมือกับภัยพิบัติในอนาคต และการเตรียมพร้อมในกรณีเกิดภัยพิบัติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้ความเสี่ยงพบว่ายิ่งประชาชนรับรู้ความเสี่ยงต่อภัยพิบัติที่จะเกิดขึ้นสูงก็ยิ่งจะมีการเตรียมความพร้อมรับมือสูง (Miceli, Sotgiu, & Settanni, 2008) โดยการวิจัยได้แสดงให้เห็นอย่างต่อเนื่องว่าการรับรู้ถึงความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจะทำให้การตัดสินใจที่จะใช้พฤติกรรมที่คิดว่าจะลดความเสี่ยง (Perry & Lindell, 2008) จากการวิจัยชี้ให้เห็นว่าเมื่อผู้คนรับรู้ถึงความเสี่ยงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นพวกเขาจะมีส่วนร่วมในพฤติกรรมที่จะไปลดความเสี่ยง (Dillon, Tinsley, & Burns, 2014) สอดคล้องกับ การศึกษาของ Glik, Eisenman, Zhou, Tseng, & Asch (2014) ที่พบว่าสมาชิกในชุมชนเมื่อมีการรับรู้ความเสี่ยงเพิ่มขึ้นรวมทั้ง

มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการเตรียมพร้อมในการรับมือกับภัยพิบัติ และพฤติกรรมการเตรียมพร้อมยังเพิ่มขึ้น ดังนั้นจากงานวิจัยที่กล่าวมาสรุปได้ว่า บุคคลกับสิ่งแวดล้อมภายนอกมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ

ปัจจัยภายนอก

การสนับสนุนทางสังคม คือการที่บุคคลได้รับการดูแลเอาใจใส่ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับภัยพิบัติน้ำท่วม ความผูกพันใกล้ชิด การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเปิดรับข่าวสารภัยพิบัติ ดังการศึกษาของหลายการศึกษาพบว่า ถ้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากหน่วยงาน จะส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติหรือทำให้การปฏิบัติงานดีขึ้น (Sukpor & Sekkhunthod, 2016) การสนับสนุนทางสังคม เกี่ยวข้องกระบวนการทางสังคมที่ทำให้ประชาชนได้รับทราบเกี่ยวกับความเสี่ยงและภัยคุกคาม คือการเปิดรับข่าวสารภัยพิบัติ ซึ่งเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ในการแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างบุคคล กลุ่มคนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับภัยพิบัติ เป็นการเผยแพร่ให้มีการรับรู้ว่ากำลังเผชิญกับความเสี่ยงช่วยเตือนภัย ช่วยให้เกิดความรู้ และความเข้าใจในเหตุการณ์ภัยพิบัติ เพื่อลดความตื่นตกใจ ลดความวิตกกังวล โดยเฉพาะการสื่อสารในระยะการเตรียมมือรับภัยพิบัตินั้น จะช่วยเตือนภัยล่วงหน้านานพอที่จะหลบหนีขนย้าย หรืออพยพได้ทันท่วงที และยังเป็นช่องทางในการช่วยประสานงานในการ การป้องกันการบาดเจ็บสูญเสียชีวิตของผู้ประสบภัย จะช่วยให้ประชาชนตื่นตัวมีการเตรียมความพร้อมในการรับมือภัยพิบัติ (Ranke, 2016) จากงานวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องของ Promsri (2014) พบว่า การสื่อสารประชาสัมพันธ์มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติ โดยที่การเปิดรับข่าวสารภัยพิบัติควรใช้ช่องทางในการสื่อสารหลายรูปแบบเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มประชาชนผู้ทีเสี่ยงภัย และยังต้องมีระยะเวลาในการสื่อสารที่เหมาะสมเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดการเตรียมความพร้อมในการรับมือภัยพิบัติ ช่วยให้เกิดผลดีต่อประชาชนที่เสี่ยงและต้องเผชิญกับเหตุการณ์ภัยพิบัติ เกิดความรู้ความเข้าใจในการเตรียมรับมือภัยพิบัติ (Houston & Franken, 2014) การศึกษาการเตรียมความพร้อมในการอุทกภัยของประชาชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมรับอุทกภัยมี 2 ปัจจัย ได้แก่ ความตระหนักในปัญหาอุทกภัย และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอุทกภัย โดยทั้ง 2 ตัวแปรสามารถอธิบายการเตรียมความพร้อมในการรับอุบัติภัยได้ร้อยละ 43.8 (R^2=43.8, P<.01) (Tanyaratsrisaku, Sarakshetrin & Ekkara, 2013) ได้ศึกษาถึงการรับรู้ภัยพิบัติจากดินถล่มและการเตรียมความพร้อมรับรู้ภัยพิบัติดินถล่มของประชาชนในเขตพื้นที่เสี่ยง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า ตัวแปรที่สำคัญที่ทำให้ประชาชนมีการรับรู้ภัยและการเตรียมความพร้อมรับภัยแตกต่างกัน คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภัยจากดินถล่ม ประสบการณ์การฝึกอบรม ประสบการณ์เกี่ยวกับภัยจากดินถล่ม การสื่อสารภายในชุมชน

จากการนำเสนอปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ ได้รับอิทธิพลจากสาเหตุปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอก อย่างไรก็ตามการนำความรู้จากแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการเตรียมความพร้อม องค์ประกอบ และปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมที่เสนอมาตั้งแต่ต้น จะเห็นได้ว่าการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติยังมีช่องว่างทางความรู้ หรือยังมีแนวทางในการศึกษาวิจัยอีกหลายประการ อัน ซึ่งถ้าผู้ที่จะทำการวิจัยในอนาคตได้ตระหนักถึงแนวทางในการศึกษาวิจัยเหล่านี้ ก็จะทำให้ผู้วิจัยสามารถทำงานวิจัยที่ทำให้ได้ความรู้ใหม่ และมีประโยชน์ต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติได้มากยิ่งขึ้น

สรุป

พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ มีความสำคัญและจำเป็นอย่างมากในจัดการภัยพิบัติ โดยความหมายของพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ หมายถึง เป็นการแสดงออกของบุคคลทางด้านการกระทำ ความคิด ความรู้สึก ทัศนคติ เพื่อให้เกิดความสนใจและกระตือรือร้น ที่จะปฏิบัติในการเตรียมตัวเพื่อให้เกิดความพร้อมที่จะเรียนรู้หรือกระทำสิ่งต่าง ๆ หรือการวางแผนก่อนที่จะดำเนินการทำกิจกรรม โดยสามารถควบคุมตนเองเพื่อให้เกิดความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สำหรับการกระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ช่วยลดการบาดเจ็บ ลดความสูญเสียชีวิต และการลดความสูญเสียทรัพย์สินของประชาชน องค์ประกอบของ

พฤติกรรมการเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติสามารถแบ่งออกได้เป็น 5 องค์ประกอบย่อยดังนี้ 1) วางแผน 2) จัดระบบหรือจัดหา 3) ฝึกอบรม 4) ฝึกซ้อม และ 5) ประเมินและปรับปรุง องค์ประกอบย่อยทั้งเชื่อมกันเป็นการแสดงถึงความต่อเนื่องเคลื่อนไหวอย่างเป็นพลวัตเรียกว่า วงล้อแห่งการเตรียมพร้อมเพื่อรับมือภัยพิบัติ (Preparedness Cycle) ส่วนปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัตินั้น สามารถแบ่งได้เป็น 2 ปัจจัยใหญ่ๆ คือปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยภายนอก จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ พบว่า การศึกษาในประเด็นดังกล่าวยังมีข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยหลายประการ เช่น ประเด็นด้านความหมายองค์ประกอบของพฤติกรรมการเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ และปัจจัยเชิงสาเหตุ ทำให้มีข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปอีกหลายประเด็น ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติจะเกิดให้เกิดผลประโยชน์หลายประการ เช่น ทำให้เกิดความเข้าใจและองค์ความรู้ใหม่ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ ยังสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการบริหารจัดการ เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของชุมชน และภาครัฐควรส่งเสริมความสามารถในของบุคคลในชุมชนอย่างไร

ข้อเสนอแนะ

นักวิจัยส่วนใหญ่มีความเห็นตรงกันว่าพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติเป็นพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ ที่มีความจำเป็นอย่างมากกับสถานการณ์ภัยพิบัติที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน อย่างไรก็ตามนักพฤติกรรมศาสตร์ก็ต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมในการเตรียมความพร้อมให้เพิ่มมากขึ้น เพื่อจะได้นำความรู้ไปส่งเสริมพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของบุคคล ชุมชน ตลอดจนองค์การต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การกำหนดความหมายของพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติเป็นเรื่องที่มีความสำคัญในการทำงานวิจัยเป็นอย่างมาก เพราะการกำหนดนิยามที่แตกต่างกันย่อมส่งผลต่อผลการศึกษาวิจัย การกำหนดคำนิยามที่ดีย่อมทำให้ผลการวิจัยในครั้งนั้นมีความน่าเชื่อถือ โดยผู้วิจัยควรพิจารณาบริบทของการวิจัยในครั้งนั้น ๆ ก่อนกำหนดนิยามที่เหมาะสมกับการวิจัยของตนมากกว่ามุ่งที่จะอ้างอิงจากงานวิจัยที่มีอยู่เดิม ซึ่งวิธีการกำหนดคำนิยามวิจัยที่เหมาะสมก็มีวิธีการที่หลากหลายและนับเป็นว่าเป็นสิ่งที่นักวิจัยต้องมีความตระหนักอีกประการหนึ่ง

องค์ประกอบของพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ เป็นประเด็นหนึ่งที่มีความน่าสนใจในการทำการศึกษาวิจัย เพราะมีนักวิจัยกำหนดองค์ประกอบของพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติไว้ค่อนข้างหลากหลาย และมีความแตกต่างจากตัวแปรคุณลักษณะทางจิตเป็นส่วนมาก โดยปกติตัวแปรทางจิตลักษณะมักจะมุ่งวัดคุณลักษณะภายในของบุคคล และวัดลักษณะตามสถานการณ์ด้วยการประเมินจากลักษณะภายนอก ซึ่งพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ เป็นการวัดได้ทั้งที่พฤติกรรมของในระดับบุคคล พฤติกรรมในระดับครอบครัว และระดับชุมชน โดยพฤติกรรมในแต่ละองค์ประกอบนั้นใช้สำหรับวัดพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติในขั้นตอนที่แตกต่างกัน ทำให้การศึกษาหลาย ๆ การศึกษาพบว่าเมื่อทำการวิเคราะห์ปัจจัยแล้ว การวัดพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติมีเพียงองค์ประกอบเดียว (Espina, 2015) ดังนั้นการวิจัยในเรื่องเหล่านั้นจึงศึกษากับตัวแปรพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติเป็นองค์ประกอบเดียว แต่อย่างไรก็ตามในทางการปฏิบัติจริงนั้นพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติมีความแตกต่างในหลายองค์ประกอบ ดังนั้นในการวิจัยในอนาคตนักวิจัยควรนำประเด็นอื่นมารวมพิจารณาในขั้นตอนการออกแบบการวิจัยด้วย เพราะอาจจะทำให้ได้ผลการวิจัยที่แตกต่างจากผลการวิจัยที่มีอยู่เดิม และสามารถปิดช่องว่างความรู้ในด้านดังกล่าวได้ ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ โดยการศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมามีการศึกษาสาเหตุของตัวแปรเชิงสาเหตุที่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไป นักวิจัยจึงควรศึกษานำสาเหตุโดยอ้อมที่ส่งผลกับตัวแปรพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ หรือนำตัวแปรจิตลักษณะเดิมและและตัวตามสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม มาร่วมพิจารณาในขั้นตอนการออกแบบการวิจัยด้วย อาจจะทำให้ได้ผลการวิจัยที่แตกต่างจากผลการวิจัยที่มีอยู่เดิมได้

References

Allender, J. A., Rector, C. & Warner, K. D. (2010). *Community Health Nursing Promoting & Protecting the Public's Health* (7th ed.). *China:* Lippincott Williams & Wilkins Health.

Beach, M. (2010). *Disaster Preparedness and Management*. FA Davis.

Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). Participation's Place in Rural Development: Seeking Clarity Through Specificity. *World Development, 8*(3), 213-235. doi:10.1016/0305-750X(80)90011-X

Coppola, D. P. (2011). *Introduction to International Disaster Management* (2nded.). Butterworth-Heinemann.

Department of Disaster Prevention and Mitigation. (2012). *Strategic Plan, Department of Disaster Prevention and Mitigation 2012-2016.* Bangkok. (in Thai)

Department of Disaster Prevention and Mitigation. (2017). *Prevention and Mitigation Plan Drill Guide Public Disaster.* Bangkok. (in Thai).

Dillon, R. L., Tinsley, C. H., & Burns, W. J. (2014). Near-Misses and Future Disaster Preparedness. *Risk Analysis, 34*(10), 1906-1922.

Espina, E. (2015). A Social Cognitive Approach to Disaster Preparedness. *Philippine Journal of Psychology, 48*(2), 161-174.

Federal Emergency Management Agency. (2012). *Principles of Emergency Managemen*t. Retrieved from http://www.rn.org/courses/coursematerial-80.pdf

Glik, D. C., Eisenman, D. P., Zhou, Q., Tseng, C., & Asch, S. M. (2014). Using the Precaution Adoption Process Model to Describe a Disaster Preparedness Intervention among Low-Income Latinos. *Health Education Research, 29*(2), 272-283. doi:10.1093/her/cyt109

Goddard, S., Sheppard, M., Thompson, K., & Konecny, L. (2018). Disaster Preparedness Knowledge, Beliefs, Risk-Perceptions, and Mitigating Factors of Disaster Preparedness Behaviors of Undergraduate Students at a Large Midwest. A.T. Still University. *Journal of Public Health Issues and Practices, 2*, 1-7.

Goldstein, I. L. (1993). *Training in Organizations: Need Assessment Development and Evaluation (3rd ed.).* Pacific Grove, CA: Brooks/ Cole

Hossain, B. (2020). Role of Organizations in Preparedness and Emergency Response to Flood Disaster in Bangladesh. *Geoenvironmental Disasters*, *7*(33), 1-30. doi.org/10.1186/s40677-020-00167-7

Hossain, S. R. (2009). *Household Preparedness among Flood Affected Area* of *keraniganj Sub-District Dhaka Bangladesh*. Master Degree, Mahidol. University, salaya.

Houston, J. B., & Franken, N. J. (2014). Disaster Interpersonal Communication and Posttraumatic Stress Following the 2011 Joplin, Missouri, Tornado. *Journal of Loss and Trauma, 20*(3), 1-12. doi:10.1080/15325024.2013.848614

Inthonhongpai, S. (2011). *Nursing Process: Tools for Holistic Health Management for Primary Health Development* (5th edition). Maha Sarakham: Mahasarakham University Press. (in Thai).

Kamolvej, T. (2011). *Manual for Local Disaster Management*. Bangkok: King Prajadhipok's Institute. (in Thai)

Khlaisuk, U. (2014). Relationship Between Knowledge Attitude and Behavior of Flood Preparedness of People in Pa Tan Subdistrict, Mueang District, Lop Buri Province. *Journal of Public Health Nursing*, *28*(3), 41-55. (in Thai)

Kokpol, O. (2009). *Companion to the Public Engagement Handbook for Local Administrators*. Bangkok: Charansanitwong Publication. (in Thai)

Kron, W. (2015). Flood Disasters-a Global Perspective. *Water Policy, 17*(S1), 6-24. doi:10.2166/wp.2015.001

Lindell, M. K., & Hwang, S. N. (2008). Households' Perceived Personal Risk and Responses in a Multihazard Environment. *Risk Analysis, 28*(2), 539-556. doi:10.1111/j.1539-6924.2008.01032.x

Mala, T., Chomyot, S., & Phromphithakkul, P. (2014). Guideline for Food Management : Case Study from Nonthaburi Municipllity. *King Prajadhipok's Institute Journal*, *12*(2), 77-105. (in Thai).

Miceli, R., Sotgiu, I., & Settanni, M.. (2008). Disaster Preparedness and Perception of Flood Risk: A Study in an Alpine Valley in Italy. *Journal of Environmental Psychology, 28*(2), 164-173. doi:10.1016/j.jenvp.2007.10.006

Nazli, N., Nadian N., Sapora, S., Zumrah, A. R., & Abdullah, S. (2015). The Factors that Influence the Transfer of Training in Disaster Preparedness Training: A Review. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 192*(C), 54-58. doi:10.1016/j.sbspro.2015.06.008

Office of the National Economic and Social Development Board. (2011). *National Economic and Social Development Plan No. 11*. Office of the National Economic and Social Development Board. Bangkok. (in Thai)

Panitkitkosolkul, S. (2013). Factors Relating to Responsible Work Behaviors of Staff in Department of Disaster Prevention and Mitigation, Ministry of Interior. *Academic Journal Graduate school Suan Dusit University*, *9*(2), 141-150. (in Thai)

Paton, D., Smith, L., & Johnston, D. (2005). When Good Intentions Turn Bad: Promoting Natural Hazard Preparedness. *Australian Journal of Emergency Management, 20*(1), 25-30.

Perez-Acosta, Andres M. (2008). APA Dictionary of Psychology. *Revista Latinoamericana de Psicologia, 40*(2), 381.

Perry, R. W. (2006). What is a Disaster? In: Rodríguez H, Quarantelli EL and Dynes RR (eds) *Handbook of Disaster Research*. New York: Springer, 1-15.

Perry, R. W., & Lindell, M. K. (2008). Volcanic Risk Perception and Adjustment in a Multi-Hazard Environment. *Journal of Volcanology and Geothermal Research, 172*(3), 170-178. doi:10.1016/j.jvolgeores.2007.12.006

Promsri, C. (2014). Natural Disaster Preparedness Awareness: Literature Review. *Executive journal. 34*(2), 92-115.

Ranke, U. (2016). *Natural Disaster Risk Management: Geosciences and Social Responsibility*. Switzerland Springer International.

Schmidlin, T. W. (2014). *Risk Factors and Social Vulnerability.* Kent State USA.

Sukpor, P. & Sekkhunthod, K. (2016). Factors Affecting the Operation on the Disaster on the Disaster Prevention and Mitigration of the Sub-District Municipalities in Prachinburi Province. *Community Research Journal*, *10*(3), 96-104. (in Thai)

Tanyaratsrisaku, A., Sarakshetrin, A., & Ekkara, C. (2013). The Preparation for Flooding of Residents in Suratthani Province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 22*(1), 76-84. (in Thai)

Thipyuth, T. (2017). Human Resource Development for the National Disaster Management in the Ministry of Defence. *Journal of Social Academic*, *10*(1), 41-55. (in Thai)

Thomas, T., Leander-Griffith, M., Harp, V., & Cioffi, J. (2015). Influences of Preparedness Knowledge and Beliefs on Household Disaster Preparedness. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report, 64*(35), 965-971. doi:10.15585/mmwr.mm6435a2

Wasee, P. (2011). *Public Policy Process*. Bangkok: National Health Foundation. (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 ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรอง และ ลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์
3. บทความปริทัศน์ บทความพิเศษ และปกิณกะ

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน– ล่าง, ซ้าย-ขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และ**<u>รายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ</u>** **<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
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
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- References

บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- 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
- Discussion
- Implication of the Results
- Recommendation for Further Study
- References

12. บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ
- Abstract
- บทนำ
- เนื้อเรื่อง (แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ)
- สรุป
- ข้อเสนอแนะ
- References

บทความวิชาการ (ภาษาอังกฤษ) ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Content (แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ)
- Conclusion
- 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 ให้แปลเป้นภาษาอังกฤษเช่น

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 (Corresponding) 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. บทความที่ออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ก่อนมีการเผยแพร่จะต้องแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงวุฒิ หรือกองบรรณาธิการก่อนจึงจะถือว่าหนังสือรับรองการตีพิมพ์จะสมบูรณ์ 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 หรือ 3 ท่าน (ตามประสงค์ที่ท่านเลือกจำนวนผู้ทรงฯ) จึงจะได้รับการตีพิมพ์ หากผู้ทรงคุณวุฒิท่านใดท่านหนึ่งปฏิเสธการตีพิมพ์ (Reject) ถือว่าบทความนั้นปฏิเสธการตีพิมพ์

3. บทความต้องจัดพิมพ์ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด

4. ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ด้วยระบบออนไลน์

5. วารสารสงวนสิทธิ์ที่จะเรียบเรียง และอาจจะปรับปรุงการนำเสนอบทความตามความเหมาะสมและความคิดเห็นของผู้เขียน

6. ผู้เขียนต้องชำระการตีพิมพ์บทความ

6.1 เลือกจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ **จำนวน 2 ท่าน**

- บทความภาษาไทย จำนวน 4,000 บาท
- บทความภาษาอังกฤษ จำนวน 5,000 บาท

6.2 เลือกจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ **จำนวน 3 ท่าน**

- บทความภาษาไทย จำนวน 5,000 บาท
- บทความภาษาอังกฤษ จำนวน 6,000 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.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(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.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(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)

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

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้
ISSN 2408-1051(Print), ISSN 2651-2270(Online)
The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health
วารสารฯผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI กลุ่มที่ 1

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.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(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...............................
....
....
....
....

....
....
....
....

....
....
....

(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

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 (สำหรับการเลือกผู้ทรงฯ 2 ท่าน)**
- ☐ **<u>สำหรับบุคคลภายนอกเลือกผู้ทรงฯ 2 ท่าน (บทความภาษาไทย)</u>** เป็นเงิน 4,000 บาท (สี่พันบาทถ้วน)
- ☐ **<u>สำหรับบุคคลภายนอกเลือกผู้ทรงฯ 2 ท่าน (บทความภาษาอังกฤษ)</u>** เป็นเงิน 5,000 บาท (ห้าพันบาทถ้วน)

☐ **ค่าธรรมเนียมตีพิมพ์บทความ (สำหรับการเลือกผู้ทรงฯ 3 ท่าน)**
- ☐ **<u>สำหรับบุคคลภายนอกเลือกผู้ทรงฯ 3 ท่าน (บทความภาษาไทย)</u>** เป็นเงิน 5,000 บาท (ห้าพันบาทถ้วน)
- ☐ **<u>สำหรับบุคคลภายนอกเลือกผู้ทรงฯ 3 ท่าน (บทความภาษาอังกฤษ)</u>** เป็นเงิน 6,000 บาท (หกพันบาทถ้วน)

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. 098-016-9474 , 074-311-890 ต่อ 623 หรือ e-mail: sc.net.journal@gmail.com

---

สำหรับเจ้าหน้าที่
บทความปีที่.....ฉบับที่.....รหัสบทความ.....

SC-NET-J02

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

ใบระบุจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิอ่านบทความ
ในวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ตามที่ ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....
ได้ดำเนินการส่งบทความวิจัย/วิชาการ เรื่อง.....
.....
.....
ชื่อผู้วิจัยทั้งหมด.....
.....
ในวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ นั้น

(1) ข้าพเจ้าขอเลือกจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิอ่านบทความของข้าพเจ้า จำนวน

☐ 2 ท่าน (ภาษาไทยชำระค่าตีพิมพ์ 4,000 บาท/ภาษาอังกฤษชำระค่าตีพิมพ์ 5,000 บาท)
☐ 3 ท่าน (ภาษาไทยชำระค่าตีพิมพ์ 5,000 บาท/ภาษาอังกฤษชำระค่าตีพิมพ์ 6,000 บาท)

.....
(.....)
วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ: จะยกเว้นค่าตีพิมพ์เฉพาะอาจารย์ภายในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ที่ได้รับการอนุญาตให้ยกเว้นการชำระค่าตีพิมพ์จากวิทยาลัยฯ เท่านั้น